

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Πτυχιακή Εργασία:

**Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΤΩΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»**

Επιμέλεια:

Γαροφαλάκη Ελευθερία

Ρήστα Φωτεινή

Τσέρρι (Ceri) Νερέντζε (Nerenze)

Επιβλέπων-Εργαστηριακή Συνεργάτης:

Πελεκίδου Λίνα

Ηράκλειο

Οκτώβριος 2016

Copyright@ 2016 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Σ.Ε.Υ.Π., Τ.Ε.Ι.

Κρήτης. <http://www.teicrete.gr/koinerg/koinwnikis.html>

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Πτυχιακής Εργασίας αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία των συγγραφέων, της επιβλέπουσας καθηγήτριας και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

Δήλωση Τήρησης της Ακαδημαϊκής Δεοντολογίας

Οι υπογράφωντες φοιτητές του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης

Γαροφαλάκη Ελευθερία
Ρήστα Φωτεινή
Τσέρρι (Cerri) Νερέντζε (Nerenze)

δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα Πτυχιακή Εργασία με τίτλο:

*Η Διερεύνηση των Στάσεων και Αντιλήψεων των Επαγγελματιών στις Υπηρεσίες
Κοινωνικής Φροντίδας του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»*

είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μας δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης, δηλώνουμε, ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε ίδρυμα ή οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολό της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τίτλος εργασίας: Η Διερεύνηση των Στάσεων και Αντιλήψεων των Επαγγελματιών στις Υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

Ονόματα σπουδαστών: Γαροφαλάκη Ελευθερία, Ρήστα Φωτεινή, Τσέρρι (Cerrì) Νερέντζε (Nerenze)

Όνομα επιβλέποντα εργαστηριακού συνεργάτη: Πελεκίδου Λίνα

Ημερομηνία: Οκτώβριος 2016

Εισαγωγή: Στην Ελλάδα απουσιάζουν συστηματικές προσπάθειες αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας και διασφάλισης της ποιότητας της φροντίδας υγείας, οι οποίες θα συνέβαλαν καθοριστικά στη θέσπιση προτεραιοτήτων και στην ορθολογική λήψη αποφάσεων. Ένα επιπλέον μειονέκτημα στην ελληνική πραγματικότητα αποτελεί η απουσία μηχανισμών αξιολόγησης της ποιότητας φροντίδας υγείας, δηλαδή τα εργαλεία της (Μουστάκα, 2008).

Σκοπός: Η διερεύνηση της στάσης και αντίληψης των επαγγελματιών κοινωνικής φροντίδας σχετικά με την αξιολόγηση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στους Δήμους Αθηναίων, Αμυνταίου και Χανίων.

Μεθοδολογία: Η παρούσα εργασία αποτελεί μία διερευνητική μελέτη ποιοτικού τύπου. Η ποιοτική μεθοδολογία έρευνας θεωρείται η καταλληλότερη προσέγγιση για την διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας (Πανεπιστημιακό Κέντρο Ερευνών Πεδίου, χ.χ.). Η φιλοσοφία της συγκεκριμένης μεθοδολογίας υιοθετήθηκε από την μελέτη (2008-2010) του Προγράμματος EURHOMAP (Mapping professional home care in Europe), και ειδικότερα από την μελέτη του Προγράμματος με θέμα «Φροντίδα κατ' οίκον στην Ευρώπη. Τρέχουσα δομή και μελλοντικές προκλήσεις» (“Home Care across Europe. Current structure and future challenges”). Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν οι κοινωνικοί λειτουργοί (ή κοινωνιολόγοι ή ψυχολόγοι) του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στους Δήμους Αθηναίων, Αμυνταίου και Χανίων. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος βινιέτα (Case Vignette), η οποία αντλήθηκε από την παραπάνω ευρωπαϊκή μελέτη. Η ανάλυση δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της περιγραφικής ανάλυσης περιεχομένου (content analysis).

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, φαίνεται πως, συνολικά, οι επαγγελματίες κοινωνικής φροντίδας κατέχουν μία κοινή αντίληψη στον τρόπο

αντιμετώπισης των περιστατικών τους και ειδικότερα στη διαδικασία παροχής φροντίδας. Επίσης, με βάση τους τρεις δείκτες (δομή, διαδικασία, αποτέλεσμα), αναδείχθηκαν αρκετά χαρακτηριστικά ποιοτικά τόσο με την ευκολία πρόσβασης τους όσο και με τη συμβολή του στην ενδυνάμωση των άτυπων δικτύων φροντίδας, τα οποία αναδεικνύουν τη σημαντικότητα της ύπαρξης ενός τέτοιου είδους Προγράμματος, όπως είναι το «Βοήθεια στο Σπίτι». Παρόλα αυτά, από την έμμεση αξιολόγησή τους φάνηκε πως το Πρόγραμμα κάνει προσπάθειες για απόδοση ικανοποιητικών υπηρεσιών που, όμως δεν έχουν το ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Φάνηκε επίσης, πως έχει την τάση μη βιωσιμότητας και πως δεν ανταποκρίνεται επαρκώς στις ανάγκες των ηλικιωμένων, του προσωπικού και των φροντιστών. Είναι σημαντική η ύπαρξή του, αλλά πρέπει να αλλάξει όλη η λειτουργία του και να στοχεύει περισσότερο στην εκπαίδευση των ηλικιωμένων και των φροντιστών. Πιο συγκεκριμένα, είναι σημαντικό να μπορούν οι εξυπηρετούμενοι να φροντίζουν την υγεία μόνοι τους και να έχουν ποιοτικότερη ζωή με τις υπηρεσίες πρόληψης που πρέπει να προσφέρει σε μεγαλύτερο βαθμό το Πρόγραμμα.

Λέξεις κλειδιά: Υποθετικά σενάρια, στάσεις και αντιλήψεις, αξιολόγηση της ποιότητας κοινωνικών υπηρεσιών.

ABSTRACT

Title: The Investigation of Attitudes and Perceptions of Professionals in Social Care Services' at the "Help at Home" Programme

By: Cerri Nerenze, Garofalaki Eleftheria, Rista Fotini

Supervisor: Pelekidou Lina

Date: October 2016

Introduction: In Greece, systematic efforts of evaluation of health services and quality assurance of health care are missing, which decisively would contribute to establishing priorities and rational decision making. An additional drawback in Greek reality is the lack of evaluation mechanisms in quality of health care, namely its tools (Moustaka, 2008).

Aim: Investigation of the social care professionals' attitude and perception regarding to the evaluation of social care's services at "Help at Home" Programme at municipalities of Athens, Amynteo and Chania.

Methodology: The present study is an exploratory study of qualitative type. The qualitative research methodology is considered to be the most appropriate approach for the investigation of the attitudes and perceptions of professionals in social care services (University of Cyprus Centre for Field Studies, no date). The philosophy of that specific methodology was adopted by the study (2008-2010) of EURHOMAP Programme (Mapping professional home care in Europe), and more specifically by the study of the Programme about "Home Care across Europe. Current structure and future challenges". The population of the study was constituted by the social workers (or sociologists or psychologists) of the "Help at Home" Programme in municipalities of Athens, Amyntaio and Chania. For the data collection the vignette method (Case Vignette) was used, which was drawn by the above European study. Data analysis was performed with the use of the method of content analysis.

Conclusions: According to the study results, it appears that, overall, the social care professionals possess a common perception on how to deal with their cases and in particular with the care process. Moreover, based on the three indicators (structure, process, outcome), several features of quality emerged, both in ease of access and the contribution to the empowerment of the informal care networks, which highlight the importance of the existence of such a Programme, such as "Help at Home". However,

through their indirect assessment it seemed that the Program makes efforts to give satisfactory services, but they don't have the satisfactory result. It also appeared that it has a tendency of unsustainability and that does not respond sufficiently to the needs of the elderly, staff and carers. It's important its existence, but it has to change its entire function and it is important to aim more to train older people and carers. Specifically, it is important that the receivers take care of their health by themselves and have a better quality of life with the preventive services that the Program should provide to a greater extent.

Key words: Vignettes, attitudes and perceptions, evaluation of quality of social services.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Όταν φτάνεις επιτέλους στην τελική ευθεία για την επίτευξη ενός στόχου και κοιτάς πίσω, μόνο τότε συνειδητοποιείς την συνολική σου πορεία και τους ανθρώπους που την επηρέασαν. Αισθανόμαστε λοιπόν την ανάγκη να επισημάνουμε, σε αυτές τις λίγες γραμμές, τις θερμές μας ευχαριστίες σε ανθρώπους οι οποίοι συνέβαλαν σημαντικά στην αποπεράτωση της Πτυχιακής μας Εργασίας.

Ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη αισθανόμαστε προς το πρόσωπο που συνέβαλλε σημαντικά στην εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας, με την αμέριστη βοήθεια, τις συμβουλές και την καθοδήγηση, την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα. Πελεκίδου Λίνα, που δίχως τη βοήθειά της δεν θα ήταν δυνατή η πραγματοποίηση της εργασίας αυτής.

Επίσης, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας σε όλους τους κοινωνικούς επιστήμονες του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», αλλά και των εκάστοτε Προϊστάμενων τους των Δήμων Αθηναίων, Αμυνταίου και Χανίων για τη βοήθειά τους στη συλλογή δεδομένων.

Δεν θα μπορούσαμε να παραβλέψουμε σε αυτό το σημείο την αναφορά μας στις οικογένειές μας για την ιδιαίτερη αγάπη και ευγνωμοσύνη που αισθανόμαστε γι' αυτές οι οποίες προσέφεραν τη συμπαράστασή τους και την υπομονή τους καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειάς μας.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	9
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	17
1.1. Στάσεις και αντιλήψεις	17
1.1.1. Στάσεις.....	17
1.1.2. Αντιλήψεις.....	20
1.1.3. Στάσεις και αντιλήψεις των κοινωνικών λειτουργών απέναντι στους μηχανισμούς ελέγχου και αξιολόγησης.....	21
1.2. Η ποιότητα στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας	24
1.3. Δείκτες ποιότητας	27
1.4. Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	34
2.1. Η αξιολόγηση των δομών κατ' οίκον κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες	34
2.2. Ανασκόπηση στα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας των δομών φροντίδας στο σπίτι. Το παράδειγμα στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες	39
2.2.1. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ηλικιωμένων.....	40
2.2.2. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης του άγχους των φροντιστών.....	43
2.2.3. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των φροντιστών.....	44
2.2.4. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης.....	46
2.2.5. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης των εκπαιδευτικών αναγκών των επαγγελματιών.....	47
2.2.6. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης των αποτελεσμάτων στην υγεία των ηλικιωμένων σχετικά με ψυχικά νοσήματα.....	49
2.2.7. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας από την οπτική των επαγγελματιών.....	50
2.2.8. PEST και SWOT Ανάλυση ως εργαλείο αξιολόγησης του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	53
3.1. Κοινωνικός λειτουργός και αξιολόγηση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Ο ρόλος του ειδικού στον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των δομών κοινωνικής φροντίδας	53
3.2. Η διεπιστημονική ομάδα στην αξιολόγηση των υπηρεσιών	55
3.2.1. Η διεπιστημονική ομάδα στον τομέα της υγείας.....	55
3.2.2. Η συμβολή της διεπιστημονικής ομάδας στην ποιότητα της φροντίδας υγείας.....	60
3.3. Η συμβολή των εξυπηρετούμενων και των ανεπίσημων φροντιστών τους στην αξιολόγηση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας	61
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	65
4.1. Σκοπός και Στόχοι της Μελέτης	65

4.2. Διατύπωση Ερευνητικής Υπόθεσης.....	65
4.3. Διατύπωση Ερευνητικών Ερωτημάτων.....	65
4.4. Μεθοδολογία Εμπειρικής Έρευνας.....	66
4.4.1. Πεδίο Μελέτης	66
4.4.2. Δείγμα και Διαδικασία Δειγματοληψίας.....	67
4.4.3. Μέθοδος της Έρευνας και Ερευνητικό Εργαλείο.....	68
4.4.4. Πιλοτική Έρευνα	71
4.4.5. Προετοιμασία Πεδίου.....	72
4.4.6. Μεθοδολογία Ανάλυσης Δεδομένων	73
4.5. Εκτίμηση Δυσκολιών της Έρευνας.....	74
4.6. Περιορισμοί της Έρευνας.....	75
4.7. Ηθικά Ζητήματα	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	78
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	131
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	151
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	155
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	178
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	179
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	182
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ	184

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΑΕΕ	: Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο
ΑμεΑ	: Άτομα με Ειδικές Ανάγκες
Α.Μ.Ε.Δ.	: Άτομα με Ειδικές Δεξιότητες
ΑΝΚΑ	: Αναπτυξιακή Καρδίτσα
ΒσΣ	: Βοήθεια στο Σπίτι
ΔΗ.Κ.Ε.Α.	: Δημοτική Κοινοφελής Επιχείρηση Δήμου Αμυνταίου
Δ.Υ.ΠΕ.	: Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια
ΕΕΤΑΑ	: Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης
Ε.Σ.Π.Α.	: Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς
Ε.Σ.Υ.	: Ελληνικό Σύστημα Υγείας
ΙΚΑ - ΕΤΑΜ	: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών
Κ.Α.Π.Η.	: Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
ΚΕΑ	: Κοινωνική Εργασία με Άτομα
ΚΕΔΕ	: Κεντρική Ένωση Δήμων Ελλάδας
ΚΕΚ	: Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα
ΚΕΚΑ	: Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινοτικής Ανάπτυξης
ΚΕ.Π.Α.	: Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας
ΚΕΠΠΕΔΗΧ-ΚΑΜ	: Κοινοφελής Επιχείρηση Πολιτισμού και Περιβάλλοντος Δήμου Χανίων – Κέντρο Αρχιτεκτονικής της Μεσογείου
Κ.Α.	: Κοινωνικός Λειτουργός
Ο.Γ.Α.	: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Ο.Δ.Ε.	: Ομάδα Διοίκησης Έργου
Ο.Η.Ε.	: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
Ο.Τ.Α.	: Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Π.Ο.Υ.	: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Φ.Υ.	: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΦΕΚ	: Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης

BCOS	: Bakas Caregiving Outcomes Scale
CBS	: Caregiver Burden Scale
CCCQ	: Client-centered Care Questionnaire
EFQM	: European Foundation for Quality Management
EURHOMAP	: Mapping Professional Home Care in Europe
FAQ1	: Facts on Aging Quiz 1
HADS	: Hospital Anxiety and Depression Scale
HCSM	: Home Care Satisfaction Measure
HSE	: Health Services Executive
ISO	: International Organization for Standardization
JSS	: Job Satisfaction Scale for the Human Services
MMSS	: Mc-Closkey & Mueller Satisfaction Scale
OQLQ	: Oregon Quality of Life Questionnaire
QLSAI	: Quality of Self-Assessment Inventory
QUEST	: Quality of End-of-Life Care and Satisfaction with Treatment
ROPE	: Relating to Old People Evaluation
SLDS	: Satisfaction with Life Domains Scale
UES Questionnaire	: User Experience Survey Questionnaire
WHO	: World Health Organization

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ελλάδα κατά το διάστημα των τελευταίων χρόνων, έχει δεχθεί πληθώρα μεταρρυθμίσεων και οικονομικών και κοινωνικών μεταβολών ως απόρροια της οικονομικής κρίσης, ενώ έχει εξακριβωθεί πως τα κοινωνικά ζητήματα και οι κοινωνικές δομές του Κράτους Πρόνοιας είναι τα πρώτα που πλήττονται. Ένα από αυτά είναι και το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», το οποίο τα τελευταία χρόνια αντιμετωπίζει αναρίθμητα προβλήματα, όσον αφορά τη χρηματοδότησή του, αλλά και για τη συνέχισή του από το επόμενο κιάλας έτος (Πανελλήνιο Συντονιστικό Όργανο Συλλόγων Και Σωματείων «Βοήθεια στο Σπίτι», 2015).

Υπάρχει όμως ένας τρόπος που είναι ικανός να συμβάλει στην αντιμετώπιση της αβεβαιότητας και αυτός είναι η αξιολόγηση. Με βάση αυτήν δηλαδή είναι δυνατόν να αναδειχθούν τα δυνατά σημεία του Προγράμματος, τα οφέλη του και ο αντίκτυπός του στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των εξυπηρετούμενων του, αλλά και τα αδύναμα σημεία του, δηλαδή οι υστερήσεις που μπορεί να υπάρχουν. Επιπλέον, κρίνεται απαραίτητη η αξιολόγηση, διαφορετικά είναι πάρα πολύ δύσκολο να ιεραρχηθούν προτεραιότητες (Ζαϊμάκης, 2011). Άρα, έτσι επαληθεύεται και η σημαντικότητα ύπαρξης του Προγράμματος στην κοινωνία. Παρ' όλα αυτά, όπως και η βιβλιογραφία το επιβεβαιώνει, στην Ελλάδα απουσιάζουν συστηματικές προσπάθειες αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας και διασφάλισης της ποιότητας της φροντίδας υγείας, οι οποίες θα συνέβαλαν καθοριστικά στη θέσπιση προτεραιοτήτων και στην ορθολογική λήψη αποφάσεων. Ένα επιπλέον μειονέκτημα στην ελληνική πραγματικότητα αποτελεί η απουσία μηχανισμών αξιολόγησης της ποιότητας φροντίδας υγείας, δηλαδή τα εργαλεία της (Μουστάκα, 2008).

Η τρέχουσα Πτυχιακή Εργασία αποσκοπεί στην αξιολόγηση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στους Δήμους Αθηναίων, Αμυνταίου και Χανίων. Εξετάζεται δηλαδή από την πλευρά των κοινωνικών επιστημόνων που εργάζονται στο Πρόγραμμα των συγκεκριμένων Δήμων, εάν υπάρχει μία κοινή αντίληψη των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών (ή άλλων παρόχων κοινωνικής φροντίδας) για την ποιότητα των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Επίσης, μέσα από τη μελέτη αυτή διερευνώνται τα δυνατά και τα αδύναμα σημεία που διακατέχουν τις συγκεκριμένες υπηρεσίες, αλλά και επίσης αποσκοπεί

στη διερεύνηση, στην καταγραφή και σύγκριση των στάσεων και αντιλήψεων των κοινωνικών επιστημόνων σχετικά με τον τρόπο αξιολόγησης των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

Αναλυτικότερα, η παρούσα εργασία διακρίνεται σε δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Αρχικά, σχετικά με το θεωρητικό τμήμα της εργασίας, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται και συζητούνται οι βασικές έννοιες, οι οποίες αφορούν το ζήτημα. Πραγματοποιείται ανάλυση των ορισμών της στάσης, αντίληψης, της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και των δεικτών της, αλλά και της αξιολόγησης γενικότερα κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας.

Εν συνεχεία, στο δεύτερο κεφάλαιο, η επικέντρωση γίνεται αφενός στη διαδικασία της αξιολόγησης στην Ελλάδα και το εξωτερικό αναδύοντας ζητήματα τα οποία σχετίζονται με την κουλτούρα και το πλαίσιο στο οποίο διενεργούνται οι αξιολογήσεις αφετέρου δε στα ερευνητικά εργαλεία τα οποία έχουν αναπτυχθεί ειδικά για την αξιολόγηση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» ή σε εκείνα που πληρούν τις προϋποθέσεις για τη χρήση τους στην αξιολόγηση.

Το τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους εστιάζεται στο ρόλο της Κοινωνικής Εργασίας, στη διαδικασία της αξιολόγησης και συγκεκριμένα στην αξιολόγηση των υπηρεσιών του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Ειδικότερα, το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται στο ρόλο που πρέπει να έχει ο κοινωνικός λειτουργός στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των δομών κοινωνικής φροντίδας, το ρόλο της διεπιστημονικής ομάδας, αλλά και τη συμβολή των εξυπηρετούμενων και των φροντιστών τους στη διαδικασία αυτή.

Στο δεύτερο τμήμα της εργασίας, που διακρίνεται σε τέσσερα κεφάλαια, αναπτύσσεται το εμπειρικό κομμάτι. Αναλυτικότερα, στο τέταρτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στον κύριο σκοπό, στους βασικούς στόχους, στην υπόθεση και στα ερευνητικά ερωτήματα. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται το πεδίο της μελέτης, το δείγμα και η διαδικασία δειγματοληψίας, καθώς επίσης και η μέθοδος και το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε. Παρακάτω, γίνεται αναφορά στη διεξαγωγή της πιλοτικής έρευνας με το ειδικώς διαμορφωμένο εργαλείο, προκειμένου να συνάδει με τους στόχους της έρευνας και το τρέχον Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας της Ελλάδας. Κατόπιν, γίνεται μία συνοπτική παρουσίαση των σταδίων της ερευνητικής διαδικασίας, της μεθοδολογίας ανάλυσης των

ποιοτικών δεδομένων, των δυσκολιών, αλλά και των ηθικών ζητημάτων που προέκυψαν.

Τα τρία τελευταία κεφάλαια της έρευνας, περιλαμβάνουν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων που αναδείχθηκαν από την έρευνα, την συζήτηση σχετικά με αυτά, τα συμπεράσματα που αναδύονται, καθώς επίσης και τα επόμενα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν, αλλά και κάποιες πιθανές προτάσεις για δράσεις.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1.1. Στάσεις και αντιλήψεις

Η αξιολόγηση αποτελεί ένα αναπόσπαστο μέρος των κοινοτικών προγραμμάτων. Πρόκειται για μία συνεχή διαδικασία, η οποία έπειτα από περιοδικές εκτιμήσεις του βαθμού εκπλήρωσης των σκοπών, των στόχων και των εφαρμογών του προγράμματος παρέχει νέα δεδομένα και προτάσεις για τυχόν αλλαγές μεθόδων και δράσεων, οι οποίες θα βελτιώσουν την αποτελεσματικότητά του και θα συμβάλλουν στην επίτευξη των μακροπρόθεσμων στόχων (Ζαϊμάκης, 2011). Παρόλα αυτά, η αξιολόγηση στην Ελλάδα φαίνεται να μην έχει σημειώσει σημαντική ανάπτυξη συγκριτικά με άλλα κράτη, εντούτοις, εμφανίζονται διάφορες αξιολογήσεις σποραδικά τα τελευταία χρόνια, έπειτα από απαιτήσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως φορέα χρηματοδότησης προγραμμάτων ερευνών και δράσης (Κασιμάτη, 2002). Σε αυτό το σημείο κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό να διερευνηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις των οργανισμών, των κοινωνικών επιστημόνων και κυρίως των κοινωνικών λειτουργών απέναντι στη φύση και το θεσμό της αξιολόγησης. Προκειμένου, βέβαια, να κριθεί περισσότερο κατανοητή η στάση και η αντίληψη των κοινωνικών λειτουργών, απαραίτητο είναι να διευκρινισθούν οι έννοιες των στάσεων και των αντιλήψεων.

Για το λόγο αυτό λοιπόν, στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα γίνει προσπάθεια να παρουσιαστούν και να αναλυθούν οι έννοιες των στάσεων και των αντιλήψεων, αλλά και με ποιον τρόπο αυτές διαμορφώνονται σύμφωνα πάντα με τον τρόπο χρήσης της αξιολόγησης στην Ελλάδα.

1.1.1. Στάσεις

Έως τώρα, έχουν διατυπωθεί εκατοντάδες ορισμοί που αφορούν τη στάση, εφόσον εκείνη αποτελεί πλέον μία από τις πιο κεντρικές και σύγχρονες έννοιες της Κοινωνικής Ψυχολογίας. Εντούτοις, ακόμη δεν έχει συμφωνηθεί ένας ορισμός κοινά αποδεκτός. Σε ένα γενικότερο πλαίσιο, μία στάση (attitude) εκφράζει τη θετική ή την

αρνητική προδιάθεση και συναίσθημα απέναντι σε ένα πρόσωπο, αντικείμενο ή θέμα, το αξιολογεί και οδηγεί στην ανάλογη δράση (Petty & Cacioppo, 1981). Εκείνη αντιπροσωπεύει τον κεντρικό άξονα της αντίληψης των κοινωνικών φαινομένων από την πλευρά του ανθρώπου, εφόσον αυτή είναι υπεύθυνη που κατευθύνει τη συμπεριφορά του. Η μελέτη των στάσεων βασίζεται στην ανάλυση της αντίληψης των κοινωνικών φαινομένων από την πλευρά του ατόμου, πώς, δηλαδή, το άτομο βλέπει τα διάφορα κοινωνικά στοιχεία στον περίγυρό του, πώς προσαρμόζει τη συμπεριφορά του προς τα διάφορα φαινόμενα του ψυχολογικού και κοινωνικού περιβάλλοντος (Γεώργας, 1995).

Ο αμερικανός Ψυχολόγος της Προσωπικότητας, Gordon Allport αποτέλεσε τον πρώτο επιστήμονα, ο οποίος απέδειξε με σαφή επιχειρήματα τη συμβολή των στάσεων στην κοινωνική και ατομική ψυχολογία, καθώς ασχολήθηκε με τον προσδιορισμό της έννοιας της στάσης. Σύμφωνα με αυτήν, λοιπόν, ο Allport (1935) την ορίζει «ως μια νοητική και νευρική κατάσταση ετοιμότητας, η οποία οργανώνεται μέσω των εμπειριών, προκειμένου να κατευθύνει δυναμικά με αυτόν τον τρόπο τις αντιδράσεις του ατόμου προς αντικείμενα και συνθήκες με τις οποίες συσχετίζεται» (Χαντζή, 2000:40).

Σύμφωνα με τους Rosenberg και Hovland, οι στάσεις ορίζονται ως «προδιαθέσεις προς απόκριση σε κάποια είδη ερεθισμάτων» (Rosenberg & Hovland, 1960 αναφέρεται στην Χαντζή, 2000:41). Για να γίνει πιο κατανοητό, και από τον ορισμό που αποδίδει η σύγχρονη Κοινωνική Ψυχολογία, με τη χρήση της έννοιας στάση προς κάποιο αντικείμενο, κάποια ιδέα ή κάποιο πρόσωπο, εννοείται ένα διαρκές σύστημα με γνωστικό, συναισθηματικό στοιχείο και τέλος με κάποια τάση προς την έκφραση της συμπεριφοράς (Γεώργας, 1986). Στην ουσία αναφέρονται στις τρεις διαστάσεις των στάσεων, δηλαδή τη γνωστική (cognitive), τη συναισθηματική (affective), και τη συμπεριφορική (behavioral). Σύμφωνα με αυτό το πλαίσιο λοιπόν είναι εύλογο να τοποθετηθεί η άποψη σύμφωνα με την οποία οι στάσεις μπορούν να θεωρηθούν τρισδιάστατες, εφόσον αποτελούνται από τα συγκεκριμένα αυτά στοιχεία (γνωστικό, συναισθηματικό, συμπεριφορικό). Η αντίληψη αυτή υποστηρίζει ότι απαραίτητη ενέργεια για την μέτρηση των στάσεων ενός προσώπου είναι να ληφθούν και τα τρία στοιχεία.

Για να στηριχθεί αυτή η άποψη των τριών διαστάσεων απαραίτητο είναι να παρατεθεί και ο εννοιολογικός προσδιορισμός τους. Σε αυτό συνέβαλαν σημαντικά πολλοί επιστήμονες με αποτέλεσμα την απόδειξη ως της πιο διαδεδομένης άποψης

για τη δομή των στάσεων. Παρακάτω παρατίθενται τα στοιχεία και χαρακτηριστικά που εμπεριέχουν αυτές οι διαστάσεις.

- Γνωστική Διάσταση (Cognitive). Σύμφωνα με την γνωστική διάσταση, εκείνη αναφέρεται στις γνωστικές λειτουργίες που χαρακτηρίζουν την ανθρώπινη νόηση/νοημοσύνη. Στη συγκεκριμένη διάσταση εντάσσεται η οργάνωση και κατηγοριοποίηση των διάφορων ερεθισμάτων σε σύνολα μέσω της οπτικής, ακτικής και ακουστικής αντίληψης. Κύριος στόχος της αποτελεί η εύρυθμη λειτουργία της αντίληψης του περιβάλλοντός του, αλλά και την κατανόησή του, δεδομένου ότι η αντίληψη διαφορετικών μεταξύ τους ερεθισμάτων ως ενιαία απλοποιεί τις αντιδράσεις του οργανισμού. Επιπλέον, βασική της δυνατότητα είναι ότι μπορεί να αντιληφθεί και να επεξεργαστεί σύμβολα και αφηρημένες έννοιες, είναι δηλαδή με λίγα λόγια ικανή στην κατηγοριοποίηση των ιδεών. Παρόλα αυτά, πολλές φορές είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία προκαταλήψεων και προβλημάτων στην επικοινωνία μεταξύ των ανθρώπων, καθώς τοποθετεί στην ίδια κατηγορία φαινόμενα τελείως ανεξάρτητα μεταξύ τους.

Σημαντικό στοιχείο της γνωστικής διάστασης αποτελεί η λεγόμενη κεντρικότητα, σύμφωνα με την οποία ένα πρόσωπο ταυτίζεται με ορισμένες στάσεις και πασχίζει να τις υπερασπιστεί θεωρώντας τις ως πολύ σημαντικές γι' αυτό. Εντούτοις, σύμφωνα με την πολιτισμική διάσταση, η κάθε κοινωνία απαρτίζεται και από διαφορετικές αξίες και χαρακτηριστικά με αποτέλεσμα να ορίζει εκείνη σε διαφορετικό πλαίσιο τις γνωστικές κατηγορίες και στάσεις. Δηλαδή, η ίδια στάση και γνωστική κατηγορία μπορεί να εκφράζεται με τελείως διαφορετικό τρόπο σε κάθε κοινωνία σύμφωνα με τα δικά της ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

- Στη δεύτερη διάσταση κατατάσσεται η συναισθηματική (affective), εφόσον μία συγκεκριμένη στάση ακολουθείται πάντα με ένα συναίσθημα, είτε είναι θετικό είτε αρνητικό ή ουδέτερο. Αρκετά συχνό φαινόμενο, πάντως, αποτελεί το γεγονός ότι μία στάση είναι ικανή να διεγείρει εξίσου και θετικά και αρνητικά συναισθήματα ταυτοχρόνως, όπως για παράδειγμα η στάση προς τη χρήση αλκοόλ ή τσιγάρου. Στη βιβλιογραφία πολλές φορές έχει ειπωθεί ότι η συναισθηματική διάσταση είναι αποτέλεσμα της μάθησης είτε μέσω συνθηκών ενίσχυσης είτε κάτω από την επίδραση κοινωνικών παραμέτρων.

- Τρίτη και τελευταία διάσταση αποτελεί η συμπεριφορά (behavioral). Ο ρόλος της συγκεκριμένης διάστασης αποτελεί τη σύνδεση μεταξύ στάσης και συμπεριφοράς

ενός προσώπου. Και σε αυτήν την περίπτωση η συμπεριφορά του ατόμου έχει άμεση αλληλεπίδραση με τα πρόσωπα συμπεριφοράς και τους προσδιορισμένους κανόνες της κοινωνίας. Παρόλα αυτά, αμφισβητείται κατά ένα βαθμό το γεγονός, ότι οι στάσεις που κρατά ένα άτομο θα εκδηλωθούν και με την ανάλογη συμπεριφορά. Οι λόγοι, για τους οποίους υφίσταται αυτό ποικίλλουν, δηλαδή οι συμπεριφορές μπορεί να εκδηλωθούν ανάλογα με τις συνθήκες του περιβάλλοντός του, τις συνήθειες, την ψυχολογική του διάθεση κ.ά. (Γεώργας, 1986).

1.1.2. Αντίληψεις

Η αντίληψη ορίζεται από τους ψυχολόγους, ως μία σύνθετη ψυχολογική διαδικασία, σύμφωνα με την οποία ένα άτομο, σε ένα αρχικό στάδιο, τείνει να αναλύει τα χαρακτηριστικά ενός ερεθίσματος, τα συνθέτει, ενώ παράλληλα τα συσχετίζει σύμφωνα με προηγούμενα βιώματά του (Καλούρη - Αντωνοπούλου, 2000). Σε μεταγενέστερο στάδιο, ως απόρροια των προηγούμενων, έρχεται να ερμηνεύσει και να αντιληφθεί τα μηνύματα του εξωτερικού κόσμου. Αρκετά σημαντική άποψη είναι, ότι η αντίληψη είναι και μία γνωστική λειτουργία, ίσως και η βασικότερη, υπό την έννοια ότι αποτελεί προϋπόθεση για όλες τις υπόλοιπες διεργασίες του γνωστικού συστήματος ενός ανθρώπου και επηρεάζεται τόσο από τους εσωτερικούς παράγοντες ενός ατόμου όσο και από τους εξωτερικούς/περιβαλλοντικούς. Μέσα από μία πληθώρα ερεθισμάτων, το άτομο λαμβάνει μέρος αυτών σύμφωνα πάντα με τις επιθυμίες και τα ενδιαφέροντά του (Καλούρη - Αντωνοπούλου, 2000).

Εντούτοις, παρόλο που η αντίληψη θεωρείται ότι είναι μόνο η συνειδητή γνώση των γεγονότων, πολλές από τις δραστηριότητες της αντίληψης συμβαίνουν αυτόματα και ασυνείδητα, επηρεάζοντας το άτομο χωρίς να το καταλάβει (Culkin & Perrotto, 2004).

Εν κατακλείδι, η αντίληψη επηρεάζεται από παράγοντες, ορισμένοι από τους οποίους είναι η μνήμη, οι προσδοκίες, τα συναισθήματα και ο πολιτισμός. Πολύ ευκολότερα κάποιος μπορεί να αντιληφθεί οικεία αντικείμενα από ότι άγνωστα, εφόσον οι πληροφορίες που τα αφορούν είναι αποθηκευμένες στη μνήμη του. Επιπρόσθετα, μπορεί πιο εύκολα να αντιληφθεί ένα ερέθισμα που περιμένει, επειδή η προσδοκία τον προετοιμάζει πνευματικά να αναγνωρίσει τα χαρακτηριστικά του. Η

συναισθηματική κατάσταση μορφοποιεί και αυτή τις αντιληπτικές εμπειρίες, ενώ ο πολιτισμός επηρεάζει τις αντιλήψεις κάποιου προσώπου για τους άλλους ανθρώπους (Culkin & Perrotto, 2004).

1.1.3. Στάσεις και αντιλήψεις των κοινωνικών λειτουργών απέναντι στους μηχανισμούς ελέγχου και αξιολόγησης

Ο βασικότερος στόχος του ελέγχου και της αξιολόγησης αποτελεί η βελτίωση της παραγωγικότητας, η ενθάρρυνση και ενίσχυση των εργαζομένων για την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων μέσα σε ένα θετικό κλίμα συνεργασίας και αμοιβαίου σεβασμού (Κατσαρός, 2008 αναφέρεται στον Σταθόπουλο, 2012).

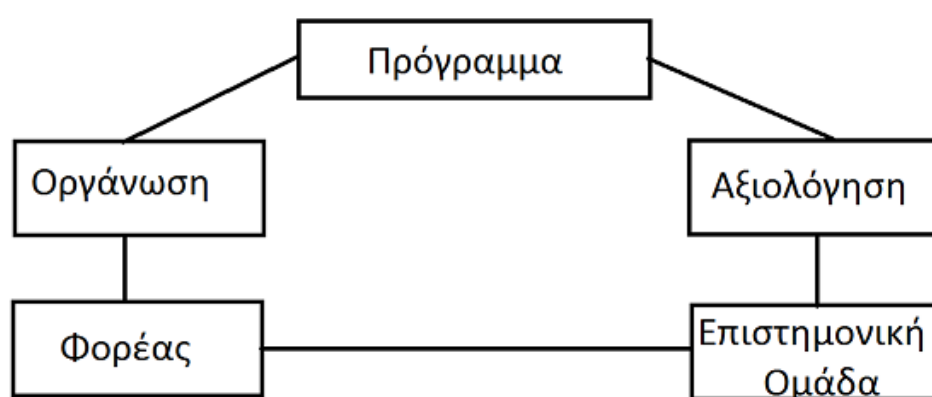
Ωστόσο, στον Ελλαδικό χώρο, και ιδιαίτερα στα πλαίσια του δημοσίου τομέα, έχει παρατηρηθεί η συνεχής αμφισβήτηση και αντιστροφή προς τη λειτουργία του ελέγχου και της αξιολόγησης (Κατσαρός, 2008 αναφέρεται στον Σταθόπουλο, 2012). Αρκετά σύννηθες φαινόμενο αποτελεί το γεγονός ότι αρκετά ανησυχητικό ποσοστό εργαζομένων -συμπεριλαμβανομένων και των κοινωνικών λειτουργών- υιοθετούν συναισθήματα φόβου και διαμορφώνουν στάσεις ανάλογες. Αυτό το συναίσθημα κυριαρχεί, καθώς έπειτα από έναν έλεγχο και αξιολόγηση θεωρούν ότι θα επέλθουν και οι πιθανές διώξεις και τιμωρητική συμπεριφορά από μέρους των διευθυντικών στελεχών για τυχόν λάθη, παραλείψεις, αστοχίες και αναποτελεσματικότητα. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να ειπωθεί, ότι αυτή η στάση των εργαζομένων και δη των κοινωνικών λειτουργών υφίσταται έπειτα από περιπτώσεις υποκειμενικής εκτίμησης κατά παράβαση κανόνων και των περιπτώσεων κατάχρησης εξουσίας και άσκησης πιέσεων και όταν η αξιολόγηση συνδέεται με άδικες και βαριές επιπτώσεις στις συνθήκες απασχόλησης των εργαζομένων (Κατσαρός, 2008 αναφέρεται στον Σταθόπουλο, 2012). Παρόλα αυτά, δεν αποκλείονται περιπτώσεις ανάρμοστης συμπεριφοράς ή και μη αποδοτικής προσφοράς εργαζομένων.

Πολλές φορές, επίσης, έχουν σημειωθεί κομματικές παρεμβάσεις, πελατειακές σχέσεις και συχνά οικογενειακά δίκτυα, ενέργειες κατά τις οποίες αλλοιώνουν τη διαδικασία ελέγχου και αξιολόγησης με αποτέλεσμα να την καθιστούν αναξιόπιστη (Σταθόπουλος, 2012).

Είναι απαραίτητο σε αυτό το σημείο να αποσαφηνιστεί το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια υλοποίησης ενός προγράμματος οι ερευνητές δεν είναι σε θέση να δράσουν

σε ένα ελεύθερο πεδίο, εντούτοις παρεμβαίνει στα πλαίσια και τη λειτουργία ενός θεσμού, ο οποίος θεσμός βλέπει την παρουσία και τη δραστηριότητα των ερευνητών στο χώρο του ως απειλή της αυτονομίας του. Συνεπώς, η οργάνωση θα προσπαθήσει να αντισταθεί με κάθε τρόπο απέναντι σε κάθε εξωτερικό έλεγχο και κάθε τάση πειραματισμού, που δεν ανταποκρίνονται στον μέχρι τώρα ορίζοντα εμπειριών της οργάνωσης (Ζωγράφου, 2002).

Ο Ronge πολύ στοχευμένα κατέδειξε την ανάγκη να ληφθεί υπόψη ότι κατά την αξιολόγηση προγραμμάτων, που εντάσσονται σε μια οργάνωση, υπάρχει ένα τρίγωνο.



Εικόνα 1. Τρίγωνο κατά τη διαδικασία αξιολόγησης Προγραμμάτων που εντάσσονται σε μία οργάνωση

Δίνει το παράδειγμα ότι «εάν ένας οργανισμός λειτουργεί ως φορέας του προγράμματος, θα προσπαθήσει να διατηρήσει την αυτονομία του, άσχετα αν μέσω του προγράμματος αποκτά τη δυνατότητα να εφαρμόσει κάποιο δικό του πρόγραμμα, το οποίο αδυνατούσε να το χρηματοδοτήσει μόνος του» (Ronge, 1988 αναφέρεται στον Ζωγράφου, 2002:219). «Συνεπώς, ο οργανισμός θα βρίσκεται σε θέση άμυνας απέναντι σε μια αξιολόγηση που λειτουργεί σαν εντολοδόχος του χρηματοδότη. Επειδή ο οργανισμός ενδιαφέρεται για τη διατήρηση της εξωτερικής χρηματοδότησης, από τη μια μεριά δεν θα προβάλλει καμία αντίρρηση στην εφαρμογή του προγράμματος και από την άλλη, θα προσπαθήσει να εντάξει το πρόγραμμα στο πλαίσιο της λειτουργίας του οργανισμού κάτω από την υπάρχουσα εποπτεία και διοίκηση, χρησιμοποιώντας, μάλιστα (αν είναι δυνατόν) τους ίδιους επαγγελματίες που εργάζονται στον οργανισμό» (Ronge, 1988 αναφέρεται στον Ζωγράφου, 2002:219). Οπότε καταλήγει στο συμπέρασμα ότι κατά την αξιολόγηση, ο οργανισμός φορέας θα προσπαθήσει να κρύψει ενδεχόμενα ψεγάδια της, ενώ

ταυτόχρονα να υιοθετήσει επιτεύγματα που προβάλλουν την εικόνα του στη δημοσιότητα. Αυτό βέβαια, στην περίπτωση μίας εξωτερικής αξιολόγησης είναι πολύ δύσκολο και αποτελεί, συνεπώς, παράγοντα συγκρούσεων μεταξύ αξιολόγησης και φορέα. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι στις περιπτώσεις εξωτερικής αξιολόγησης οι εκθέσεις αξιολόγησης πολλές φορές είναι εξωπραγματικές με αποτέλεσμα η έρευνα να γίνεται μέσο νομιμοποίησης και προβολής των οργανώσεων (Χανδάνος, 1988 αναφέρεται στον Ζωγράφου, 2002). Οπότε, για το λόγο αυτό, σε κάθε περίπτωση αξιολόγησης, γίνεται συζήτηση σχετικά με ποια θα είναι τα κριτήρια στα οποία θα βασιστεί η αξιολόγηση και ποιος θα την υλοποιήσει. Η δυσπιστία για τη διαδικασία και την αμεροληψία της αξιολόγησης του προσωπικού είναι έκδηλη και σε μεγάλο βαθμό δικαιολογημένη. Όσον αφορά τη λειτουργία του ελέγχου στο δημόσιο τομέα, οι κοινωνικές υπηρεσίες υπόκεινται στις ίδιες μορφές και τα είδη ελέγχου που υπόκεινται και οι υπόλοιπες υπηρεσίες του κράτους (Σταθόπουλος, 2012).

Ο Ronge (1988 αναφέρεται στον Ζωγράφου, 2002) στη συνέχεια έκανε προτάσεις για άρση των συναισθημάτων επιφυλακτικότητας και φόβου, των στάσεων και συμπεριφορών αποστροφής των κοινωνικών λειτουργών που ενδέχεται να αντιμετωπίσει σε κάποια δεδομένη χρονική στιγμή ο ερευνητής κατά την υλοποίηση των προγραμμάτων. Σε αρχικό στάδιο, θα πρέπει να είναι σε θέση ο ερευνητής να γνωρίζει την πεποίθηση που κατέχουν ορισμένοι κοινωνικοί λειτουργοί, ότι δηλαδή έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση στους χρήστες από τον ερευνητή. Από την άλλη μεριά θα αντιμετωπίζουν τον ερευνητή καχύποπτα και σαν απειλή του προγράμματος της κοινωνικής εργασίας ή του ίδιου του οργανισμού-φορέα. Ιδιαίτερα, η δημοσιοποίηση της αξιολόγησης αποτελεί έναν προβληματικό παράγοντα. Εκτός τούτου, ο ερευνητής πρέπει να γνωρίζει ότι οι μέθοδοι της παραδοσιακής εμπειρικής έρευνας δεν μπορούν να υλοποιηθούν σε ένα τέτοιο πλαίσιο. Συνεπώς, ο ερευνητής θα βρίσκεται μπροστά στο δίλημμα, αν πρέπει να επικεντρώσει το ενδιαφέρον του στην οργάνωση και τη λειτουργία του προγράμματος ή στην εξυπηρέτηση των αναγκών των ενδιαφερομένων. Βασική προϋπόθεση για μια καλή συνεργασία σε ένα τέτοιο πρόγραμμα είναι η αποδοχή του ερευνητή ή της ερευνητικής ομάδας εκ μέρους των κοινωνικών λειτουργών, πράγμα που είναι δυνατό, όταν οι στόχοι και ο τρόπος του ερευνητή έχουν διασαφηνισθεί και γίνουν κατανοητοί και αποδεκτοί από τους κοινωνικούς λειτουργούς (Ζωγράφου, 2002).

Ο Ronge συμπληρώνει και καταλήγει στο συμπέρασμα ότι πρέπει να υπάρχει σταθερή βάση συνεργασίας μεταξύ ερευνητή και κοινωνικών λειτουργών π.χ. υπό τη

μορφή τακτικών συναντήσεων, χωρίς να αποκλείεται και η κατ' ιδίαν επαφή με τον ερευνητή. Είναι απαραίτητη η συζήτηση των εκθέσεων αξιολόγησης με τους κοινωνικούς λειτουργούς προτού να λάβουν την τελική τους μορφή και δημοσιοποιηθούν. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος, η οποία αντιμετωπίζεται με μεγάλη καχυποψία όχι μόνο εκ μέρους της οργάνωσης-φορέα, αλλά και των ιδίων των κοινωνικών λειτουργών, που θεωρούν καθετί το αρνητικό στο πρόγραμμα σαν προσωπική μείωση (Ζωγράφου, 2002).

Συμπερασματικά, μία σημαντική παρατήρηση ως έκβαση των παραπάνω προβληματισμών, είναι ότι, σε γενικές γραμμές, ο έλεγχος και η αξιολόγηση έχει μία αρνητική διάσταση και οι στάσεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών έχουν διαμορφωθεί σύμφωνα με την πεποίθηση, ότι ο έλεγχος και η αξιολόγηση είναι υπεύθυνοι για την «παραβίαση της ελευθερίας και της αυτονομίας, όσον αφορά τη συμπεριφορά των εργαζομένων» (Weinbach, 2008 αναφέρεται στον Σταθόπουλο, 2012).

1.2. Η ποιότητα στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας έχει απασχολήσει πολύ έντονα και για το λόγο αυτό έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί που προσπαθούν να την προσδιορίσουν. Το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας είναι πολλοί και ο καθένας διαμορφώνει τη δική του άποψη καθιστά δύσκολο τον καθορισμό της έννοιας της ποιότητας. Οι ορισμοί που έχουν προταθεί για την ποιότητα ποικίλουν. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας δύσκολα γίνεται κατανοητή και επομένως δεν μπορεί να εκτιμηθεί. Ενώ κάποιιοι θεωρούν ότι μπορεί να προσδιοριστεί από ορισμένες πλευρές, όχι όμως από άλλες.

Η ποιότητα των συστημάτων υγείας, σύμφωνα με μια ομάδα εμπειρογνομόνων στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 2001, ορίζεται ως «το επίπεδο επίτευξης των εγγενών στόχων των συστημάτων υγείας και την ανταπόκριση στις εύλογες προσδοκίες του πληθυσμού» (Evans & Murray, 2001 αναφέρεται στην Παπανικολάου, 2007:82). Η αξιολόγηση της ποιότητας πρέπει να γίνεται από τους κύριους συμμετέχοντες (χρήστες, προμηθευτές φροντίδας,

ασφαλιστικοί οργανισμοί, πολιτικοί και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας) και με βάση σαφή κριτήρια, τα οποία ορίζονται από τις αξίες που χαρακτηρίζουν την εκάστοτε κοινωνία (Παπανικολάου, 2007).

Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία ο Avedis Donabedian (1980 αναφέρεται στην Παπανικολάου, 2007), προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας και κατέγραψε μια σειρά από σημαντικές παραμέτρους, οι οποίες επιδρούν καθοριστικά στον ορισμό της. Η πρώτη παρατήρηση έχει να κάνει με τις τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας. Η πρώτη διάσταση αφορά το τεχνικό μέρος (technical science of medicine), δηλαδή στον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζονται η ιατρική επιστήμη και τεχνολογία και άλλες επιστήμες υγείας με σκοπό να αντεπεξέλθουν στα προβλήματα υγείας των ασθενών. Η δεύτερη διάσταση αποτελείται από το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal art of medicine), όπου περιλαμβάνει την αντιμετώπιση του ασθενή από τους επαγγελματίες υγείας και τη συμπεριφορά τους απέναντι του. Η τρίτη διάσταση είναι η ξενοδοχειακή υποδομή (amenities), δηλαδή ο χώρος και οι συνθήκες όπου παρέχονται οι υπηρεσίες στους ασθενείς. Ο Donabedian το 1980, όπως αναφέρει η Παπανικολάου (2007:83), στηριζόμενος στις τρεις αυτές διαστάσεις παρουσίασε τον πρώτο, κλασικό ορισμό της ποιότητας της φροντίδας στην ιατρική ως «αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας σε όλα τα επιμέρους της σημεία».

Επίσης, ο Thompson (1980 αναφέρεται στον Σταυρόπουλο, 2009:14) τον ίδιο χρόνο όρισε ως ποιότητα «το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον κάθε ασθενή είτε στη διάγνωση είτε στη θεραπεία ή στην αποκατάσταση, στην αποφυγή ιατρικών λαθών και στην ευαισθητοποίηση και προσοχή για τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του με ένα τρόπο που ενσωματώνει τόσο το κόστος όσο και την αποτελεσματικότητα και παράλληλα καταγράφει το σύνολο των αποτελεσμάτων».

Δέκα χρόνια αργότερα, το 1990, το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine) ορίζει την ποιότητα στην φροντίδα υγείας ως «το βαθμό, στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα άτομα και τους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι συνεπείς με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση» (Παπανικολάου, 2007:85).

Σύμφωνα με την Κοινή Επιτροπή Πιστοποίησης Υγειονομικών Οργανισμών (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2000 αναφέρεται

στην Παπανικολάου, 2007:87), η ποιότητα ορίζεται ως «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη την παρούσα γνώμη».

Τέλος, τα χαρακτηριστικά που ορίζουν την ποιότητα στη φροντίδα υγείας είναι τα παρακάτω:

- Καταλληλότητα (Appropriateness): ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα η οποία παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς, με δεδομένη την παρούσα γνώση.
- Διαθεσιμότητα (Availability): ο βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη ώστε να αντεπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενούς ο οποίος εξυπηρετείται.
- Συνέχεια (Continuity): ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες, στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου.
- Αποτελεσματικότητα (Effectiveness): ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με το σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώμη, με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή.
- Δραστηκότητα (Efficacy): ο βαθμός στον οποίο η παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή, φάνηκε να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.
- Αποδοτικότητα (Efficiency): η αναλογία των αποδόσεων (αποτέλεσμα της φροντίδας) για έναν ασθενή, προς τις πηγές οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή φροντίδας.
- Σεβασμός και Φροντίδα (Respect and Caring): ο βαθμός στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και εκείνοι οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό για τις ανάγκες, προσδοκίες και προσωπικές διαφορές του.
- Ασφάλεια (Safety): ο βαθμός στον οποίο το ρίσκο μιας μεσολάβησης και το ρίσκο στο περιβάλλον φροντίδας μειώνονται για τον ασθενή και τους λοιπούς εμπλεκόμενους.
- Επικαιρότητα (Timeliness): ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή την πιο ευεργετική ή απαραίτητη στιγμή.

(The Joint Commission of Healthcare Organizations, 2000 αναφέρεται στην Παπανικολάου, 2007:87-88).

1.3. Δείκτες ποιότητας

Οι δείκτες ποιότητας είναι μετρήσιμα στοιχεία, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της ποιότητας, και ως εκ τούτου να γίνουν αλλαγές όσον αφορά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Donabedian, 1988).

Οι δείκτες ποιότητας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να υπολογίσουν τις αποδόσεις στον τομέα της υγείας. Η μέτρηση των αποδόσεων είναι κεντρικής σημασίας για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας υγείας. Οι δείκτες είναι τεκμηριωμένοι και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εντοπίσουν διαφορές στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, τόσο σε ενδονοσοκομειακή όσο και εξωνοσοκομειακή βάση (Hughes, 2008).

Έτσι, με τους δείκτες ποιότητας γίνεται η εκτίμηση των επιδόσεων των υπηρεσιών υγείας, προσδιορίζεται η ποιότητα, τονίζονται οι ανησυχίες, εντοπίζονται οι τομείς που χρειάζονται περαιτέρω μελέτη και πραγματοποιείται μία παρακολούθηση των αλλαγών με την πάροδο του χρόνου. Οι δείκτες ποιότητας είναι σημαντικοί καθώς καθορίζουν κατά πόσο καλά ένας οργανισμός ανταποκρίνεται στις ανάγκες, τις λειτουργικές επιδόσεις και τις προσδοκίες των εξυπηρετούμενων (World Health Organization, 2009).

Ένα ευρέως διαδεδομένο και συχνά χρησιμοποιούμενο αναλυτικό πλαίσιο για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης είναι το μοντέλο που προτάθηκε από τον Avedis Donabedian το 1966. Ενώ υπάρχουν και άλλα μοντέλα για την ποιότητα στον τομέα της υγείας, το μοντέλο του Donabedian εξακολουθεί να είναι το κυρίαρχο πρότυπο για την αξιολόγηση της ποιότητας της υγείας (McQuestion, 2006).

Οι μετρήσεις που χρησιμοποιούνται στο εν λόγω μοντέλο για να αξιολογήσουν και να συγκρίνουν την ποιότητα στην περίθαλψη, ταξινομούνται με βάση τρία πεδία: την δομή (structure), την διαδικασία (process) και το αποτέλεσμα (outcome). Από αυτά τα τρία πεδία προκύπτουν οι εξής δείκτες ποιότητας (Donabedian, 1988):

1. Δείκτης Δομής

Περιγράφει το πλαίσιο στο οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας. Αναφέρεται σε χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας που επηρεάζουν την ικανότητα του συστήματος να καλύψει τις ανάγκες φροντίδας υγείας των ασθενών ή μιας κοινότητας (Mainz et al., 2001 & Palmer et al., 1979 αναφέρονται στον Mainz, 2003). Οι δείκτες δομής περιλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά των υλικών πόρων (όπως εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό και τη χρηματοδότηση), των ανθρώπινων πόρων (όπως ο αριθμός και τα προσόντα του προσωπικού), καθώς και της οργανωτικής δομής (όπως το ιατρικό προσωπικό, η οργάνωση, μέθοδοι αξιολόγησης από ομότιμους κριτές και μεθόδους απόδοσης). Η αξιολόγηση της δομής είναι μια κρίση σχετικά με το αν οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας που παρέχονται ευνοούν ή όχι τους εξυπηρετούμενους (Donabedian, 1988 αναφέρεται στον Mainz, 2003).

2. Δείκτης Διαδικασίας

Δηλώνει ο,τι πραγματικά γίνεται στην παροχή και λήψη φροντίδας, όπως, παραδείγματος χάρη, οι δραστηριότητες του επαγγελματία κατά την διάγνωση, η σύσταση ή εφαρμογή της θεραπείας ή άλλη αλληλεπίδραση μεταξύ του επαγγελματία με τον ασθενή. Επίσης, αφορά το βαθμό επικοινωνίας, πληροφόρησης και υποστήριξης των επαγγελματιών του φορέα. Οι δείκτες διαδικασίας αξιολογούν αυτό που ο φορέας παροχής έκανε για τον ασθενή και το πόσο καλά αυτό έγινε (Donabedian, 1966 αναφέρεται στον Mainz, 2003).

3. Δείκτης Αποτελέσματος

Ο δείκτης του αποτελέσματος επιχειρεί να περιγράψει την συνολική επίδραση της προσφερόμενης φροντίδας για την κατάσταση της υγείας των εξυπηρετούμενων. Τα αποτελέσματα είναι καταστάσεις υγείας ή τα γεγονότα που ακολουθούν τη φροντίδα. Ένας ιδανικός δείκτης αποτελέσματος θα συλλάβει το αποτέλεσμα των διαδικασιών της φροντίδας σχετικά με την υγεία και την ευημερία των ασθενών. Τα αποτελέσματα μπορούν να εκφραστούν ως «Τα πέντε Ds»: (i) Death (Θάνατος): ένα κακό αποτέλεσμα σε περίπτωση που συμβεί πρόωρα (ii) Disease (Νόσος): συμπτώματα, σωματικές ενδείξεις, εργαστηριακές ανωμαλίες (iii) Discomfort (Δυσφορία): συμπτώματα όπως πόνος, ναυτία ή δύσπνοια (iv) Disability (Αναπηρία):

μειωμένη ικανότητα που σχετίζεται με συνήθεις δραστηριότητες στο σπίτι, στη δουλειά, ή την ψυχαγωγία και (v) Dissatisfaction (Δυσαρέσκεια): συναισθηματικές αντιδράσεις προς την ασθένεια και τη φροντίδα της, όπως θλίψη και οργή (Lohr, 1990 αναφέρεται στον Mainz, 2003).

Κάθε πεδίο έχει άμεση επιρροή στο επόμενο. Δηλαδή, η δομή επηρεάζει τη διαδικασία και η διαδικασία με τη σειρά της επηρεάζει το αποτέλεσμα (Λαθήρας, 2013).

Ένας ιδανικός δείκτης πρέπει να έχει τα ακόλουθα κύρια χαρακτηριστικά (Mainz, 2003):

- I. να βασίζεται σε κοινούς ορισμούς και να περιγράφονται αναλυτικά
- II. να είναι συγκεκριμένοι
- III. να είναι έγκυροι και αξιόπιστοι
- IV. να επιτρέπει χρήσιμες συγκρίσεις
- V. να βασίζεται σε τεκμηριωμένα στοιχεία. Κάθε δείκτης πρέπει να καθορίζεται λεπτομερώς, με σαφείς προδιαγραφές των δεδομένων, ώστε να είναι ειδικοί και ευαίσθητοι με τα γεγονότα και τις αλλαγές που έχουν ως στόχο να ανιχνεύσουν.

Η μέτρηση και αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με την χρήση δεικτών εξυπηρετεί πολλούς σκοπούς. Αρχικά, παρέχεται η δυνατότητα να τεκμηριωθεί η ποιότητα της φροντίδας υγείας μέσα από τα αποτελέσματα που θα προκύψουν, καθώς και να τεθούν προτεραιότητες. Επίσης, διευκολύνουν την παρακολούθηση και επιτρέπουν την πραγματοποίηση συγκριτικών μελετών (συγκριτική αξιολόγηση) με την πάροδο του χρόνου στον ίδιο οργανισμό ή μεταξύ διαφορετικών υγειονομικών συστημάτων. Ακόμη, δίνεται η πιθανότητα υποστήριξης της βελτίωσης της ποιότητας και τέλος, οι δείκτες αποτελούν τη βάση για τη χάραξη πολιτικών. Οι δείκτες ποιότητας που βασίζονται σε αξιόπιστα και συγκρίσιμα δεδομένα συμβάλλουν καθοριστικά στον σχεδιασμό στρατηγικών και πολιτικών για τη βελτίωση των υπηρεσιών στον τομέα της υγείας, καθώς και στην παρακολούθηση της εφαρμογής τους. Η χρήση των δεικτών επιτρέπει στους επαγγελματίες και τους οργανισμούς να παρακολουθούν και να αξιολογούν το τι συμβαίνει στους ασθενείς ως αποτέλεσμα του πόσο καλά οι επαγγελματίες και τα οργανωτικά συστήματα λειτουργούν για να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών και να αποτιμήσουν την

αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι δείκτες, ωστόσο, δεν είναι ένα άμεσο μέτρο της ποιότητας. Επειδή η ποιότητα είναι πολυδιάστατη, η κατανόηση της ποιότητας απαιτεί πολλά διαφορετικά μέτρα (Mainz, 2003).

1.4. Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας

Τις τελευταίες δεκαετίες το ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ιατροκοινωνικής φροντίδας, προκειμένου να επέλθει η επίλυση σημαντικών και μεγάλων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν διεθνώς οι Υπηρεσίες και την κρίση αποτελεσματικότητας που διέρχονται. Πλήθος βιβλιογραφίας και άλλων μέσων παρέχουν βαθύτατη ανάλυση των αξιολογήσεων, των σχεδίων τους, των μεθόδων τους, συνδυασμό μεθόδων και τεχνικών ανάλυσης (Κρασιώτη, 2013). Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο εξετάζονται τα βασικότερα σημεία της αξιολόγησης των προγραμμάτων, με εμβάθυνση στην αξιολόγηση των προγραμμάτων στις κοινωνικές και ανθρωπιστικές υπηρεσίες (social and human services).

Ο πρωτοπόρος στα θέματα ορισμού, καθώς επίσης της βελτίωσης της ποιότητας και των δεικτών μέτρησης αποτελεσμάτων στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, Avendis Donabedian (1996 αναφέρεται στην Πελεκίδου, 2010), όρισε την αξιολόγηση ως την διαδικασία διαπίστωσης της αξίας ενός πράγματος. Η έρευνα της αξιολόγησης χρησιμοποιεί επιστημονικές μεθόδους για να διαπιστώσει την αξία ενός προγράμματος αναλύοντας τις σχέσεις αιτίας και αποτελέσματος. Για τους Yeaton και Camberg (1997 αναφέρεται στην Κρασιώτη, 2013), η αξιολόγηση προγραμμάτων είναι μια σημαντική γέφυρα μεταξύ της έρευνας και της διαχείρισης. Σε αυτήν την εποχή των ραγδαίων αλλαγών και της έμφασης στην καινοτομία, την αποκέντρωση, την αποτελεσματική και αποδοτική διαχείριση, η αξιολόγηση προγραμμάτων αποτελεί ολοένα και πολυτιμότερο εργαλείο (Κρασιώτη, 2013). Επιπροσθέτως, μέσω των προγραμμάτων αξιολόγησης συλλέγονται πληροφορίες σχετικά με ένα πρόγραμμα ή κάποια πτυχή ενός προγράμματος, προκειμένου να ληφθούν οι απαραίτητες αποφάσεις σχετικά με το πρόγραμμα αυτό (Khedder, 2009 αναφέρεται στην Κρασιώτη, 2013).

Η αξιολόγηση συμπερασματικά, υφίσταται με σκοπό να διαπιστωθεί, εάν το πρόγραμμα είναι αποτελεσματικό όσον αφορά τη χρήση των πόρων με σύνεση, ώστε

να εκτελεστεί η απαιτούμενη εργασία, σύμφωνα με τα μέτρα απόδοσης ή τους στόχους προκειμένου να τηρηθούν σύμφωνα με το πρόγραμμα. Η αποδοτικότητα (efficiency) και η αποτελεσματικότητα (effectiveness) ενός προγράμματος είναι δυνατό να βοηθήσει τη λήψη αποφάσεων, στη λύση προβλημάτων λογοδοσίας και να αποτελέσει σημαντικό βοήθημα για τον προγραμματισμό. Μπορεί επίσης να βελτιώσει διάφορες λειτουργίες, την ανακατανομή των πόρων και την παρακολούθηση των συμβάσεων (Lane, 1999 αναφέρεται στην Κρανιώτη, 2013). Για να κατανοηθεί η σπουδαιότητα των συστατικών του προγράμματος απαιτείται η αξιολόγηση (Κρανιώτη, 2013).

Στο σημείο αυτό ο Ζαϊμάκης (2011) συμπληρώνει, ότι η αξιολόγηση αποτελεί συνεχή διαδικασία, η οποία, μέσα από περιοδικές εκτιμήσεις του βαθμού εκπλήρωσης των σκοπών, των στόχων και των εφαρμογών του προγράμματος παρέχει νέα δεδομένα και προτάσεις για τυχόν αλλαγές μεθόδων και δράσεων, οι οποίες θα βελτιώσουν την αποτελεσματικότητά του και θα συμβάλλουν στην επίτευξη των μακροπρόθεσμων στόχων. Αυτή τη μορφή αξιολόγησης την ονομάζει διαμορφωτική (formative evaluation) και εμπλουτίζει τις πρακτικές με νέα ποιοτικά στοιχεία μέχρι την ολοκλήρωση του προγράμματος, που ακολουθεί η συνολική αξιολόγηση (summative evaluation).

Ο Ιατρίδης (2000) συμφωνεί με την παραπάνω άποψη, ότι συνιστά μία συνεχή διαδικασία, ενώ προσθέτει ότι μεριμνά για την ενδυνάμωση των μελών της κοινότητας στην αυτοδιάθεση και στην αυτοεκπλήρωση. Η ενδυναμωτική και συμμετοχική αξιολόγηση, λοιπόν, κατά τον Ιατρίδη, σχετίζεται με τις κινήσεις της κοινωνικής μεταρρύθμισης ενάντια στην κοινωνικοοικονομική καταπίεση και τάσσεται υπέρ της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αναδόμησης της κοινωνικής οικονομίας.

Κατά την Μπέρδου (2013), η αξιολόγηση αποτελεί βασικό εργαλείο για την ανάδειξη της επίπτωσης και των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων. Ο όρος «αξιολόγηση» περιλαμβάνει την έννοια της επιστημονικής έρευνας που απαιτεί συστηματική, συνεχή, αντικειμενική συλλογή πληροφοριών για την επίδραση των παρεμβάσεων ενός προγράμματος Κοινωνικής Πολιτικής και τη μετατροπή των συμπερασμάτων σε διορθωτικές ενέργειες. Οι στόχοι της ρέπουν προς τη μέτρηση των αποτελεσμάτων ή της αξίας των προγραμμάτων Κοινωνικής Πολιτικής, την αποτίμηση της αποδοτικότητας των προγραμμάτων και την ανάδειξη νέων μεθόδων άσκησης Κοινωνικής Πολιτικής. Συνεπώς, λοιπόν, η αξιολόγηση αποτελεί αρωγό

προς στα στελέχη των προγραμμάτων, στους συμμετέχοντες και στους φορείς που προσπαθούν να προσαρμόσουν τις παρεμβάσεις, όταν δεν επιτυγχάνονται οι επιδιωκόμενοι στόχοι που έχουν οριστεί.

Ο Donabedian (1966) χώρισε την αξιολόγηση στο χώρο της υγείας σε τέσσερα επίπεδα: α) αξιολόγηση των εισροών (inputs), β) αξιολόγηση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών (process), γ) αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών (outputs), και δ) αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (outcomes), θεωρητικό πλαίσιο το οποίο ανταποκρίνεται αποτελεσματικώς και στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας (Σταθόπουλος, 2012):

- Η αξιολόγηση των εισροών (inputs) είναι υπεύθυνη για την αξιολόγηση του εξοπλισμού, των εγκαταστάσεων, του προσωπικού και άλλων παραγόντων που καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη δομή και το περιεχόμενο μιας υπηρεσίας υγείας.
- Η αξιολόγηση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών (process) αναφέρεται στην αποτίμηση της οργάνωσης και της ποιότητας των «ενδιάμεσων» παρεχόμενων υπηρεσιών. Η αξιολόγηση της ποιότητας εντάσσεται στις διαδικασίες διασφάλισης και βελτίωσης ποιότητας. Πιο συγκεκριμένα, η διαδικασία αναφέρεται στον τρόπο που εκτελείται το πρόγραμμα, πως οι πελάτες εξυπηρετούνται κ.τ.λ.
- Η αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών (outputs) εκτιμά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τον όγκο του παραγόμενου προϊόντος. Οι ενδιάμεσες εκροές χρησιμοποιούνται ως μέτρο αποτελεσματικότητας σε περιπτώσεις, όπου είναι δύσκολη η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μιας υπηρεσίας υγείας.
- Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (outcomes) αναφέρεται στις επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου ή του πληθυσμού. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια λειτουργίας της υπηρεσίας ή μετά την ολοκλήρωση μιας περιόδου λειτουργίας της.



Εικόνα 2. Επίπεδα αξιολόγησης στο χώρο της υγείας (Donabedian, 1966)

Η συνδυασμένη αξιολόγηση των τεσσάρων επιπέδων με τη χρήση κατάλληλων δεικτών μπορεί να οδηγήσει στην ολοκληρωμένη αποτίμηση μιας υπηρεσίας (Τούντας & Οικονόμου, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

2.1. Η αξιολόγηση των δομών κατ' οίκον κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες

Η αξιολόγηση της υγείας του πληθυσμού κάθε χώρας αποτελεί απαραίτητο σημείο αναφοράς για την χάραξη πολιτικής υγείας και για το σχεδιασμό των αλλαγών του συστήματος υγείας, προκειμένου οι αποφάσεις που λαμβάνονται να αντιστοιχούν στην επίλυση των σύγχρονων προβλημάτων στον τομέα αυτόν (Τούντας, 2009).

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, η αξιολόγηση ασχολείται με την πρόοδο της περιοχής ως συνόλου προς το στόχο της υγείας για όλους με την συλλογική απόδοση όλων των κρατών μελών στις προσπάθειές τους για την επίτευξη των στόχων (Αϊβαλιώτη κ.ά., 2014). Όμως, ο στόχος δεν είναι να συγκρίνουν τις επιδόσεις μιας χώρας ή μιας ομάδας χωρών με τις επιδόσεις άλλων χωρών. Παρ' όλο που οι στόχοι και οι αρχές της πολιτικής υγείας για όλους αποτελούν μέρος της εθνικής πολιτικής για την υγεία και τις στρατηγικές των κρατών μελών για πολλά χρόνια, η υγεία είναι τόσο πολύπλοκη, ώστε και οι αναμενόμενες αλλαγές στην πολιτική θα επιφέρουν χρονική καθυστέρηση έχοντας ως συνέπεια, να επηρεάζεται η αξιολόγηση της προόδου και ο προσδιορισμός των συνεπειών και τυχόν αποφάσεων (Αϊβαλιώτη κ.ά., 2014).

Σε όλες τις χώρες υπάρχουν ορισμένοι κανόνες και κανονισμοί σχετικά με την ποιότητα της κατ' οίκον φροντίδας. Ωστόσο, σε κάθε χώρα διαφέρει ο τρόπος με τον οποίο οι κανονισμοί αυτοί υλοποιούνται.

Ένας γενικός ορισμός για την σημασία της κατ' οίκον φροντίδας που αντιπροσωπεύει τις περισσότερες χώρες, σύμφωνα με τις υπηρεσίες που προσφέρουν, μπορεί να δοθεί ως εξής: η βοήθεια όσον αφορά τις σωματικές και οικιακές εργασίες στο σπίτι του αποδέκτη (Rostgaard et al., 2011). Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει βοήθεια με εργασίες όπως το καθάρισμα, τα ψώνια, το ντύσιμο, το μπάνιο, την προετοιμασία και την κατανάλωση των γευμάτων, ψυχολογική υποστήριξη και βοήθεια για να συμμετάσχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες (Rostgaard et al., 2011).

Παρακάτω, γίνεται μια αναφορά του τρόπου με τον οποίο η Ελλάδα αλλά και διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες αξιολογούν τις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας.

Στην Ελλάδα έχει σχεδιαστεί εθνικό πρόγραμμα δράσης για την αξιολόγηση

και την ανάπτυξη της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας υγείας. Στο Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, λειτουργεί Ομάδα Διοίκησης Έργου (Ο.Δ.Ε.), ως Μονάδα Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», με αντικείμενο το συντονισμό και την παρακολούθηση του Προγράμματος η οποία συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και αποτελείται από εννέα τουλάχιστον μέλη. Με την απόφαση συγκρότησης, καθορίζονται η εξειδίκευση του αντικειμένου, οι όροι, οι προϋποθέσεις και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την λειτουργία της. Στην Ο.Δ.Ε. συμμετέχουν εκπρόσωποι του Υπουργείου Εσωτερικών και της ΚΕΔΕ., καθώς και στελέχη της Γ. Γ. Πρόνοιας, της Γ. Γ. Κοινωνικής Ασφάλισης, του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ της ΕΕΤΑΑ και εκπρόσωποι των εργαζομένων (Ν.4277/2014, ΦΕΚ Α' 156 / 01.08.2014).

Στην Αυστρία, η αξιολόγηση και η διαχείριση της ποιότητας προβλέπεται από τον Νόμο “Federal Long-term Care Allowance” ο οποίος περιλαμβάνει πολύ γενικές διατάξεις. Η διασφάλιση της ποιότητας καθορίζεται από την επαρχιακή νομοθεσία και από επαρχιακές εντολές (και αφήνει σημαντικά περιθώρια για τους παρόχους των υπηρεσιών κατ’ οίκον φροντίδας) (Österle & Bauer, 2011). Ανάλογα με τους επαρχιακούς κανονισμούς, η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών εξασφαλίζεται από επαρχιακές αρχές επιθεώρησης και με την εφαρμογή προγραμμάτων πιστοποίησης (π.χ. EFQM vs ISO 9001), ενώ η επαρχιακή νομοθεσία καθορίζει γενικά κριτήρια ποιότητας, η πραγματική εφαρμογή τους έχει αφεθεί στους οργανισμούς των κοινωνικών υπηρεσιών. Η απουσία ενός τυποποιημένου συστήματος ποιότητας περιορίζει τις δυνατότητες συγκρισιμότητας. Υπάρχουν, ωστόσο, ορισμένα πρόσφατα πιλοτικά προγράμματα που επιχειρούν να ενισχύσουν τη διαχείριση της ποιότητας στον τομέα της κατ’ οίκον φροντίδας. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν συνεργασία σε διεθνή προγράμματα, πιστοποίηση της ποιότητας και ανάπτυξη των συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας (Österle & Bauer, 2011).

Όσον αφορά τη Δανία, σε κάθε τοπική αρχή έχει διοριστεί Επιτροπή Κοινωνικής Πρόνοιας (“Social Welfare Committee”) που εποπτεύει την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και αποφασίζει για θέματα, όπως ο αριθμός και το είδος των θεσμικών οργάνων που θα καθοριστούν, ο αριθμός των χρηστών που αντιστοιχεί στα μέλη του προσωπικού και το περιεχόμενο των υπηρεσιών οικιακής βοήθειας. Η Επιτροπή Κοινωνικής Πρόνοιας εποπτεύει επίσης την παροχή των τοπικών κοινωνικών υπηρεσιών. Η επιθεώρηση διενεργείται από διάφορα τμήματα προσφυγών και μέσω της εποπτείας από φορείς της Κεντρικής Διοίκησης και των

Υπουργείων. Για την αξιολόγηση της ποιότητας από τον χρήστη έχουν αναπτυχθεί οι εθνικοί δείκτες, οι οποίοι έχουν κυρίως χρησιμοποιηθεί σε τοπικό επίπεδο, αλλά ως μέρος της μεταρρύθμισης της ποιότητας οι δείκτες θα διατίθενται επίσης ως συγκρίσεις μεταξύ των κοινοτήτων (Rostgaard, 2011).

Στην Αγγλία όλοι οι φορείς παροχής κατ' οίκον φροντίδας πρέπει να είναι εγγεγραμμένοι στην Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας (“Care Quality Commission”), ένα εθνικό ανεξάρτητο ρυθμιστικό όργανο που επιβλέπει την ποιότητα όλων των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας στην Αγγλία. Για να εγγραφεί ένας φορέας παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, θα πρέπει μέσα από ένα σύνολο γραπτών διαδικασιών να καθιστά σαφές πώς η οργάνωση σκοπεύει να συμμορφωθεί με τους Κανονισμούς Κατ' οίκον Φροντίδας 2002 (“Domiciliary Care Regulations 2002”) και τα Εθνικά Ελάχιστα Πρότυπα (“National Minimum Standards”). Οι πάροχοι θα πρέπει επίσης να ορίσουν ένα ανώτερο στέλεχος του οργανισμού, ο οποίος θα είναι αρμόδιος για την εποπτεία της υπηρεσίας. Επιπροσθέτως, οι τακτικές επιθεωρήσεις (προγραμματισμένες ή χωρίς προειδοποίηση) του κάθε οργανισμού ενθαρρύνουν την τήρηση με το σύνολο των Εθνικών Ελάχιστων Προτύπων (“National Minimum Standards”). Υπάρχουν τρεις τύποι επιθεώρησης: ο βασικός έλεγχος, ο τυχαίος και οι θεματικές επιθεωρήσεις. Μια βασική επιθεώρηση αποτελεί σημαντική αξιολόγηση της ποιότητας της υπηρεσίας και είναι συνήθως χωρίς προειδοποίηση. Νεοσυσταθέντες οργανισμοί υποβάλλονται στον βασικό έλεγχο κατά τους πρώτους έξι μήνες. Οι θεματικές επιθεωρήσεις επικεντρώνονται σε ένα θέμα, για παράδειγμα, το πώς το προσωπικό διαχειρίζεται τα φάρμακα των χρηστών (Glendinning & Wilde, 2011).

Οι Δήμοι στη Φιλανδία διεξάγουν τοπικές έρευνες όσον αφορά τον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών. Περιφερειακές κρατικές διοικητικές υπηρεσίες (“Regional State Administrative Agencies”) παρακολουθούν τακτικά την εφαρμογή της νομοθεσίας της κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Το δικαίωμα στην καλή εξυπηρέτηση θεσπίζεται από το Νόμο για το καθεστώς και τα δικαιώματα των Πελατών της Κοινωνικής Πρόνοιας (“Act on the Status and Rights of Social Welfare Clients”) (812/2000). Στον συγκεκριμένο Νόμο αναφέρεται πως ο χρήστης έχει το δικαίωμα να προβεί σε καταγγελία σχετικά με τον τρόπο που ο ίδιος έχει αντιμετωπιστεί, προς την αρμόδια διεύθυνση εντός της υπηρεσίας ή το τμήμα της Κοινωνικής Φροντίδας. Επιπλέον, ο χρήστης έχει τη δυνατότητα να κάνει ένα «αίτημα για διόρθωση», που απευθύνεται στο διοικητικό συμβούλιο της Κοινωνικής

Πρόνοιας του Δήμου. Αν αυτό δεν επιφέρει μεταβολή, είναι επίσης δυνατό για το χρήστη να κάνει μια «διοικητική ένσταση» στο διοικητικό δικαστήριο (Kröger & Leinonen, 2011).

Στην Γερμανία ισχύει ο Νόμος Διασφάλισης της Μακροχρόνιας Φροντίδας (“Long-term Care Insurance Law”), ο οποίος ορίζει τις αρχές που αφορούν τη ρύθμιση και την επέκταση της υποδομής επαγγελματικής φροντίδας. Έκτοτε, έχουν εισαχθεί οι κανονισμοί σχετικά με τα μέτρα διασφάλισης της ποιότητας. Πριν από την εφαρμογή του Νόμου Διασφάλισης της Μακροχρόνιας Φροντίδας, οι πάροχοι φροντίδας ήταν κυρίως μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και, σε μικρότερο βαθμό, ιδιωτικοί φορείς κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Σύμφωνα με τη προαναφερθείσα νομοθεσία, οι πάροχοι υποχρεούνται να καθιερώσουν σύστημα διαχείρισης της ποιότητας προσαρμοσμένο στην κάθε ατομική κατάσταση, για να εφαρμόζουν μέτρα διασφάλισης της ποιότητας και να πληρούν τα πρότυπα εμπειρογνομένων που συστάθηκαν σε εθνικό επίπεδο. Επιπλέον, οι Ιατρικές Υπηρεσίες των Ασφαλιστικών Ταμείων, πραγματοποιούν τον εξωτερικό έλεγχο ποιότητας σύμφωνα με προκαθορισμένα πρότυπα, από το 2011, τουλάχιστον μία φορά το χρόνο. Η μεταρρύθμιση της νομοθεσίας το 2008, τόνισε τη διαφάνεια των αποτελεσμάτων του ελέγχου και ενεργοποίησε επιτόπιους ελέγχους ποιότητας. Επιπλέον, τα αποτελέσματα αυτών των εξωτερικών ελέγχων πρέπει να δημοσιεύονται κατά τρόπο που οι χρήστες μπορούν να κατανοήσουν (Theobald et al., 2011).

Οι υπηρεσίες κατ’ οίκον φροντίδας στην Ιρλανδία δεν ρυθμίζονται από την άποψη της ποιότητας. Ωστόσο, μελετάται ιδιαίτερος η ρύθμιση των υπηρεσιών κατ’ οίκον φροντίδας. Σύμφωνα με την έκθεση του 2009 σχετικά με τα Πακέτα Κατ’ οίκον Φροντίδας (“Home Care Packages”), εθνικές κατευθυντήριες γραμμές για την ποιότητα των υπηρεσιών κατ’ οίκον φροντίδας συντάχθηκαν από την Συμβουλευτική Ομάδα της HSE τον Οκτώβριο του 2008. Ωστόσο, αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές παραμένουν αδημοσίευτες. Η έλλειψη των εθνικών κατευθυντήριων γραμμών τόσο για την αξιολόγηση των αναγκών όσο και για τη διασφάλιση της ποιότητας οδηγεί σε ασυνέπεια της παροχής υπηρεσιών κατ’ οίκον φροντίδας (Timonen et al., 2011).

Όσον αφορά την ποιότητα φροντίδας υπηρεσιών στο σπίτι στην Ιταλία, η κεντρική κυβέρνηση δεν είναι υπεύθυνη για τον καθορισμό κανόνων. Σε σχέση με τους κανονισμούς και την πολιτική, η κατάσταση είναι αρκετά διαφορετική σε όλη τη χώρα. Η ευθύνη για τον καθορισμό των ποιοτικών πλαισίων στην φροντίδα στο σπίτι είναι εξ’ ολοκλήρου στα χέρια των περιφερειακών κυβερνήσεων. Σε γενικές γραμμές,

το επίπεδο της εξασφάλισης της ποιότητας στην κατ' οίκον φροντίδα διαφέρει εξαιρετικά μεταξύ των 20 Ιταλικών Περιφερειών (Gori, 2011).

Στη Νορβηγία, όλες οι δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας ρυθμίζονται βάσει ενός κανονισμού της ποιότητας (“Kvalitet Forskriften”), ο οποίος ορίζει ορισμένες γενικές περιγραφές των πτυχών της ποιότητας, για παράδειγμα, ότι οι άνθρωποι θα έπρεπε να έχουν τη βοήθεια για να ντυθούν, να αποφασίζουν οι ίδιοι πότε επιθυμούν να ξυπνήσουν το πρωί κ.λπ. Ο κανονισμός υποχρεώνει τους Δήμους να έχουν σχέδια και έγγραφες διαδικασίες για το πώς προτίθενται να εφαρμόσουν αυτούς τους κανονισμούς. Η συνολική ευθύνη για την εποπτεία και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας στη Νορβηγία ανήκει στη Νορβηγική Επιτροπή Υγείας (“Norwegian Board of Health”), η οποία συντονίζει τις δραστηριότητες εποπτείας που πραγματοποιούνται από τις 19 Επαρχίες Ιατρικών Υπαλλήλων (“19 County Medical Officers”) σε κάθε νομό, καθώς και στις 19 Επαρχίες Ιατρικών Υπαλλήλων (“19 County Medical Officers”) όπου κάνουν αναφορές που βασίζονται στις επιθεωρήσεις τους. Για τη μέτρηση της ποιότητας χρησιμοποιούνται πολλοί διαφορετικοί δείκτες. Σ' ένα εθνικό επίπεδο, η ποιότητα αποτιμάται μέσω KOSTRA (Δήμος - Κράτος - Αναφορά), που βασίζεται σε γενικούς δείκτες (μορφωτικό επίπεδο του προσωπικού, απουσία λόγω ασθένειας μεταξύ του προσωπικού κ.λπ.). Σε τοπικό επίπεδο, οι Δήμοι χρησιμοποιούν διαφόρων μορφών μέτρα ποιότητας. Στο Όσλο, για παράδειγμα, έρευνες ικανοποίησης των χρηστών διεξάγονται κάθε δύο χρόνια. Τα ευρήματα από αυτές τις έρευνες χρησιμοποιούνται για συγκριτικές αξιολογήσεις καθώς επίσης συνδέονται και με την ανάπτυξη των υπηρεσιών (Vabø, 2011).

Στη Σουηδία ισχύει ο Νόμος Κοινωνικών Υπηρεσιών (“Social Services Act”), ο οποίος περιλαμβάνει μια γενική δήλωση ότι οι υπηρεσίες και η φροντίδα στο πλαίσιο της πράξης θα πρέπει να είναι καλής ποιότητας και ότι η ποιότητα φροντίδας θα πρέπει συστηματικά και συνεχώς να αναπτύσσεται και να εξασφαλίζεται. Οι τοπικές αρχές υποχρεούνται να εγκαταστήσουν συστήματα για την ποιότητα εργασίας, και οι επαγγελματίες και οι αρχές σε εθνικό και τοπικό επίπεδο εργάζονται εντατικά για την ανάπτυξη αξιόπιστων και έγκυρων δεικτών της ποιότητας φροντίδας. Τα τελευταία χρόνια, το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας (“National Board of Health and Welfare”) από κοινού με τη Σουηδική Ένωση των Τοπικών Αρχών και Περιφερειών (“Swedish Association of Local Authorities and Regions”) έχουν δημοσιεύσει ετήσιες αναφορές συγκρίσεων μεταξύ των Δήμων και των τοπικών μονάδων, και έναν «Οδηγό για τους ηλικιωμένους», με κύριο στόχο να

είναι η ανάπτυξη της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και να βελτιωθεί η διαφάνεια του συστήματος φροντίδας, δίνοντας στους αποδέκτες φροντίδας και τις οικογένειές τους πληροφορίες για την ποιότητα της φροντίδας σε τοπικό επίπεδο. Πολλοί Δήμοι έχουν επίσης αναπτύξει τοπικά εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας, που χρησιμοποιούνται συχνά για τις έρευνες προς τους χρήστες και τις οικογένειές τους (Szebehely & Trydegård, 2011).

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μονάδων υγείας είναι ένα μέσο για την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου και για την καλύτερη προστασία και ενίσχυση της υγείας όλων των πολιτών. Είναι επομένως σημαντικό να βρεθεί μία κοινή βάση που επιτρέπει στις ίδιες τις υπηρεσίες υγείας κάθε κράτους να αξιολογεί την αποτελεσματικότητα της εργασίας τους (Furtado, χ.χ.).

Συμπερασματικά, η αξιολόγηση των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας πραγματοποιείται συνολικά στους εργαζόμενους των Προγραμμάτων και περιλαμβάνει τόσο την ιατρική φροντίδα όσο και την κοινωνική φροντίδα.

2.2. Ανασκόπηση στα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας των δομών φροντίδας στο σπίτι. Το παράδειγμα στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες

Η αξιολόγηση, όπως προαναφέρθηκε και σε προηγούμενα κεφάλαια, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόοδο και βοηθά στην προαγωγή των αλλαγών. Για τον λόγο αυτόν λοιπόν, στον διεθνή χώρο, ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 (Τούντας κ.ά., 2007), έχει γίνει αρκετή προσπάθεια για την ανάπτυξη και εφαρμογή εργαλείων και μεθόδων μέτρησης και διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Campbell et al., 2003 αναφέρεται στην Μουστάκα, 2008). Η συστηματική χρήση αυτών των εργαλείων, έχει διαφανεί, ότι βελτιώνει την ποιότητα σχεδιασμού προγραμμάτων προαγωγής υγείας και κοινωνικής φροντίδας και βοηθάει τους επαγγελματίες να εντοπίσουν και να επαναλάβουν προγράμματα και πολιτικές «καλής πρακτικής» (Τούντας κ.ά., 2007).

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα διάφορα εργαλεία που σχετίζονται με την μέτρηση της ικανοποίησης (ηλικιωμένων, φροντιστών, επαγγελματιών) του άγχους των φροντιστών, των εκπαιδευτικών αναγκών των επαγγελματιών, των αποτελεσμάτων στην υγεία των ηλικιωμένων σχετικά με ψυχικά νοσήματα, της ποιότητας από την οπτική των επαγγελματιών αλλά και με την ανάδειξη των δυνατών

και αδύναμων σημείων των Προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι». Όλα αυτά τα εργαλεία που παρατίθενται στο τρέχον κεφάλαιο είναι ειδικά σχεδιασμένα από διάφορες χώρες συμπεριλαμβανομένου και της Ελλάδας ή μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τις ανάγκες μίας αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας.

2.2.1. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ηλικιωμένων

- **Client-centered Care Questionnaire (CCCQ)** → Στην Ολλανδία πολύ πρόσφατα (2014) διεξήχθη μία μελέτη, η οποία ερεύνησε τα χαρακτηριστικά του CCCQ, ενός ολλανδικού ερωτηματολογίου που αξιολογεί την πελατοκεντρικότητα της κατ' οίκον φροντίδας από την πλευρά των εξυπηρετούμενων σε έναν πληθυσμό αδύναμων ηλικιωμένων. Στη μελέτη εξετάστηκε η παραγοντική δομή, η αξιοπιστία, η εγκυρότητα του περιεχομένου και η αποδοχή του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου. Στο ερωτηματολόγιο υπήρχαν διατυπωμένες 15 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αυτές ήταν χωρισμένες σε δύο θεματικούς άξονες, με τον πρώτο να αναφέρεται στη συμπεριφορά που έχουν οι φροντιστές της κατ' οίκον φροντίδας απέναντι στους εξυπηρετούμενους και τον δεύτερο θεματικό άξονα να αναφέρεται στην αυτονομία των εξυπηρετούμενων. Όλες οι ερωτήσεις μετρήθηκαν με βάση την κλίμακα Likert 5 βαθμίδων, που κυμάνθηκαν από 1 («Διαφωνώ απόλυτα») ως 5 («Συμφωνώ απόλυτα») και περιλάμβανε μία ενδιάμεση κατηγορία «Δεν ξέρω/Δεν έχω άποψη».

Αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν, ότι ενώ το CCCQ είναι ένα πολύ αξιόπιστο εργαλείο, ωστόσο δεν είναι τόσο εφικτή η εφαρμογή του όταν πρόκειται να μετρηθεί η πελατοκεντρικότητα από τη σκοπιά των ηλικιωμένων (Muntinga et al., 2014).

- **Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης από το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» (Aletras et al., 2010)** → Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης κατασκευάστηκε και συντάχθηκε από τον καθηγητή του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, κ. Αλετρά Βασίλειο και την ερευνητική ομάδα του κατά το έτος 2006 στα πλαίσια μίας έρευνας, η οποία είχε ως σκοπό την διερεύνηση του δείκτη ικανοποίησης των χρηστών του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» σε πέντε Προγράμματα που λειτουργούν στην Θεσσαλονίκη (Aletras et al., 2010). Το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από κλειστές αλλά και ανοικτές ερωτήσεις για την μέτρηση της

ικανοποίησης των χρηστών του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Στις κλειστές ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκε πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert, ενώ οι θεματικοί άξονες του ερωτηματολογίου αποτελούν α) Το προσωπικό του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», β) Η προσωπική ικανοποίηση από το Πρόγραμμα, και γ) τα Δημογραφικά στοιχεία.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο θεωρήθηκε, ότι είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο όσον αφορά την ικανοποίηση και κρίθηκε απαραίτητη η χρήση του σε περισσότερες έρευνες, με μεγαλύτερο εύρος δείγματος (Aletras et al., 2006).

- **SSRU User Experience Survey Questionnaire (UES Questionnaire)** (Netten et al., 2004) → Το συγκεκριμένο εργαλείο είναι ένα ερωτηματολόγιο που συντάχθηκε από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία του Ηνωμένου Βασιλείου και χρησιμοποιήθηκε αρχικά για τις ανάγκες της έρευνας ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας στο Ηνωμένο Βασίλειο (Netten et al., 2005 αναφέρεται στην Χαλκουτσάκη, 2007). Ήταν υποχρεωτικό να συμπεριληφθούν τέσσερις ερωτήσεις στις έρευνες των περιφερειακών συμβουλίων κοινωνικών υπηρεσιών, οι δυο από τις οποίες θεωρήθηκαν ως οι καλύτεροι δείκτες. Οι ερωτήσεις αυτές είναι: «Ικανοποίηση - Συνολικά πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη βοήθεια από τις κοινωνικές υπηρεσίες που λαμβάνεται σπίτι σας; (Καλύτερος δείκτης) Επικοινωνία με τις Κοινωνικές Υπηρεσίες - Επικοινωνεί κάποιος από τις Κοινωνικές υπηρεσίες μαζί σας για να ελέγξει εάν είστε ικανοποιημένος - ή από τις υπηρεσίες που λαμβάνετε; Βολικές ώρες- Έρχονται οι φροντιστές σε ώρες που σας βολεύουν; Αλλαγές - Εάν ζητήσετε κάποια αλλαγή στη φροντίδα που σας παρέχεται, αυτές οι αλλαγές γίνονται; (Καλύτερος δείκτης)» (Netten et al., 2005). Η Υπηρεσία Κοινωνικών Ερευνών του Πανεπιστημίου του Kent (Personal Social Services Research Unit at Kent, University of Kent) με βάση τα παραπάνω στοιχεία διαμόρφωσε ένα ερωτηματολόγιο για να εξυπηρετήσει τους σκοπούς της έρευνας (Χαλκουτσάκη, 2007).

- **Home Care Satisfaction Measure (HCSM)** → Στο ερωτηματολόγιο περιέχονται ενότητες που αναφέρονται στην Κοινωνική Υπηρεσία, στην Υπηρεσία Υγείας και στην Υπηρεσία Οικιακής Βοήθειας. Κάθε ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις με θετική και αρνητική σημασία. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει 16 ερωτήσεις πενταβάθμιας επιλογής (Ναι σίγουρα, Ναι έτσι νομίζω, Ίσως ναι, ίσως όχι, Όχι δε νομίζω, Σίγουρα όχι) και μία μικτή ερώτηση κλειστής επιλογής πέντε

διαβαθμίσεων και ανοικτού τύπου. Η τελευταία ερώτηση επαναλαμβάνεται σε κάθε ενότητα λόγω της μη χρήσης όλων των υπηρεσιών από όλους τους ηλικιωμένους. Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει 16 όμοιου τύπου με την πρώτη ενότητα και την τελευταία ερώτηση που επαναλαμβάνεται ομοίως. Η τρίτη και τελευταία αποτελείται από 15 ερωτήσεις πενταβάθμιας επιλογής, 2 ερωτήσεις φίλτρο, προκειμένου ο εξεταζόμενος να καθοδηγείται στην παράλειψη των άσχετων γι' αυτόν ερωτήσεων και την τελευταία όμοια ερώτηση. Κάθε ερώτηση φίλτρο περιλαμβάνει 6 υποερωτήματα πενταβάθμιας επιλογής.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, έχει ελεγχθεί για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του, από τον κατασκευαστή Scott Miyake Geron. Έχει εφαρμοστεί στις Η.Π.Α. σε περισσότερους από 6000 ηλικιωμένους που λαμβάνουν κατ' οίκον φροντίδα. Πρόκειται για αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αρχικά εφαρμόστηκε σε μειονότητες περιοχών της Αμερικής από το National Association of State Units on Aging (Geron et al., 2000 αναφέρεται στην Περγάμαλη, 2006).

- **«Ερωτηματολόγιο Εμπειριών Ασθενή» (Patient Experiences Questionnaire)** → Το συγκεκριμένο εργαλείο αξιολογεί τη σχέση μεταξύ των εμπειριών του ασθενή, τις πτυχές της φροντίδας που παρέχεται και τα χαρακτηριστικά των εσωτερικών ενηλίκων ασθενών. Παρέχει 10 υποκλίμακες (Danielsen et al., 2007 αναφέρεται στην Πετράκη, 2007).

- Βρέθηκε δημοσιευμένη μία έρευνα που έλαβε χώρα στο νησί της Χίου. Εκείνη έφερε τον τίτλο **“Αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχο-συναισθηματικής υποστήριξης των ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας, κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού: Η περίπτωση του Προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι»”** (Αλεξιάς & Φλάμου, 2007). Το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε έχοντας ως αναφορά βασικούς άξονες, όπως την αντίληψη των ηλικιωμένων για τα γηρατειά και το θάνατο, τη συμμετοχή σε κοινωνικές ομάδες και την αξιολόγηση του Προγράμματος. Πιο αναλυτικά, στο ερωτηματολόγιο της έρευνας συμπεριλαμβάνονται οι ακόλουθες μεταβλητές: α) Δημογραφικά – οικονομικά – κοινωνικά στοιχεία (φύλο και ηλικία, θρήσκευμα, οικογενειακή κατάσταση, οικονομική κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακές σχέσεις, κατάσταση υγείας, κατάσταση κατοικίας των ερωτώμενων), β) Η αντίληψη των ηλικιωμένων για τη συνταξιοδότηση, γ) Ο τρόπος που βλέπει τον εαυτό του ο ηλικιωμένος και πώς επηρεάζεται από το κατά πόσο έφερε σε πέρας τους στόχους που είχε θέσει, δ) Η

γνώμη των ηλικιωμένων για τα γηρατειά, ε) Η περιγραφή του τρόπου συμβίωσης με την οικογένεια και την ύπαρξη κοινωνικών δεσμών ή τη συμμετοχή σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, οι οποίες θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως αντίδοτο στη μοναξιά και το άγχος του θανάτου, στ) Η κάλυψη που παρέχεται στους ηλικιωμένους από το Πρόγραμμα για: 1. Ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική φροντίδα, 2. Ατομική φροντίδα, 3. Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι σε χώρους. Για τη συγκρότηση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, στοιχεία ελήφθησαν από την έρευνα της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος έτους 2000, αναφορικά με τα θέματα για την κάλυψη των νοσηλευτικών, ατομικών και οικιακών αναγκών, ενώ για τη μέτρηση των στάσεων χρησιμοποιήθηκε κλίμακα τύπου Likert (Αλεξιάς & Φλάμου, 2007).

2.2.2. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης του άγχους των φροντιστών

- **Κλίμακα μέτρησης της ψυχολογικής επιβάρυνσης από τον Σουηδό Elmstahl (Caregiver Burden Scale, CBS, 1996)** → Αποτελείται από 22 ερωτήματα που μετράνε την υποκειμενική εμπειρία της επιβάρυνσης που βιώνει ο φροντιστής ασθενών με χρόνια ανικανότητα λόγω χρόνιας νόσου, όπως το ΑΕΕ (Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο). Τα 22 ερωτήματα της κλίμακας ομαδοποιούνται στους πέντε παρακάτω παράγοντες: «Γενική επιβάρυνση-πίεση» (π.χ. νιώθετε κούραση και καταπόνηση λόγω της διαρκούς φροντίδας του συγγενούς σας;), «απομόνωση» (π.χ. έχει περιοριστεί και έχει μειωθεί σημαντικά η κοινωνική σας ζωή;), «απογοήτευση» (π.χ. προσδοκούσατε ότι η ζωή σας θα ήταν διαφορετική και καλύτερη απ' ό,τι είναι σήμερα, λόγω της φροντίδας του συγγενούς σας;), «συναισθηματική εμπλοκή» (π.χ. αισθάνεστε κάποιες φορές θιγμένος, προσβεβλημένος ή εξοργισμένος με τον ασθενή που φροντίζετε;), «περιβάλλον» (π.χ. το περιβάλλον του σπιτιού που διαμένει ο συγγενής σας και οι συνθήκες διαβίωσης δεν σας παρέχουν τις απαραίτητες ανέσεις, με αποτέλεσμα η φροντίδα του ασθενούς να γίνεται βασανιστική;). Οι απαντήσεις βαθμολογούνται από το 1 (καθόλου/ποτέ) μέχρι το 4 (συχνά) (Μιχαηλίδου κ.ά., 2013).
- **Κλίμακα μέτρησης του άγχους και της κατάθλιψης του φροντιστή (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (Zigmond & Snaith)** → Αποτελείται από 14 ερωτήσεις και χωρίζεται σε δύο υποκλίμακες: Η μια υποκλίμακα

μετράει το άγχος και περιέχει 7 ερωτήσεις και η δεύτερη υποκλίμακα μετράει τα καταθλιπτικά συμπτώματα, όπου περιλαμβάνονται οι υπόλοιπες 7 ερωτήσεις. Η βαθμολόγηση των ερωτήσεων πραγματοποιείται σε κλίμακα που εκτείνεται από το 0 – 3. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της ελληνικής εκδοχής της κλίμακας είναι ικανοποιητικές (Μιχαηλίδου κ.ά., 2013).

2.2.3. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των φροντιστών

- **Κλίμακα των επιπτώσεων της φροντίδας (Bakas Caregiving Outcomes Scale, (BCOS) των Bakas & Champion (1999)** → Η κλίμακα μετράει τις αντιλήψεις των φροντιστών για το βαθμό στον οποίο έχει αλλάξει η ζωή τους από την παροχή φροντίδας σε κάποιο μέλος της οικογένειας. Τα ερωτήματα στην αναθεωρημένη έκδοση του εργαλείου (Bakas et al., 2005; Bakas et al., 2006 αναφέρονται στην Γκοβίνα, 2009) είναι 15, τα οποία μετρούν τις αλλαγές στην κοινωνική λειτουργικότητα, την υποκειμενική ευεξία και τη σωματική υγεία και βασίζεται επίσης στο εννοιολογικό μοντέλο και στην ικανότητα προσαρμογής του Lazarus (1991 αναφέρεται στην Γκοβίνα, 2009). Βαθμολογείται σε επτάβαθμη κλίμακα Likert (1, 2, 3, που σημαίνει μικρή, μέτρια, μεγάλη αλλαγή προς το χειρότερο αντίστοιχα, 4 καμία αλλαγή και 5, 6, 7 για μικρή, μέτρια, μεγάλη αλλαγή προς το καλύτερο αντίστοιχα). Υψηλότερη βαθμολογία καταδεικνύει περισσότερο θετικά αποτελέσματα φροντίδας.

Η κλίμακα BCOS προτείνεται για την έρευνα παροχής φροντίδας λόγω της υπεροχής της στους ελέγχους ψυχομετρικών ιδιοτήτων της σε σχέση με τα υπόλοιπα εργαλεία μέτρησης της επιβάρυνσης. Αναφέρεται ως το μόνο εργαλείο που μετράει τις αντιλαμβανόμενες αλλαγές στην κοινωνική λειτουργικότητα, την υποκειμενική ευεξία και τη σωματική υγεία, ειδικά ως αποτέλεσμα της παροχής φροντίδας (Bakas et al., 2006 αναφέρεται στην Γκοβίνα, 2009). Στα δυνατά σημεία της κλίμακας συγκαταλέγεται η ικανότητά της να μετράει τόσο τις αρνητικές όσο και τις θετικές πλευρές της φροντίδας (Γκοβίνα, 2009).

- **Questionnaire on satisfaction of home health care services** → Το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο είναι ένα αυτο-δομημένο ερωτηματολόγιο το

οποίο διερευνά την ικανοποίηση των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας υγείας (Wei et al., 2011). Αυτό χωρίζεται (α) Στις προσδοκίες της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας και στην αντιληπτή κλίμακα απόδοσης, με βάση το εννοιολογικό μοντέλο της ποιότητας των υπηρεσιών PZB και της SERVQUAL κλίμακας, με ενσωματωμένα πορίσματα των εμπειρογνομόνων και μελετητών. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει συνταχθεί με έξι διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της αξιοπιστίας, υλική υπόσταση, την υπευθυνότητα, τη διασφάλιση, ενσυναίσθηση, και τις πληροφορίες που δίνει, με συνολικά 23 ερωτήσεις με τη μέθοδο πενταβάθμιας κλίμακας Likert, (1 αντιπροσωπεύει «Διαφωνώ», 2 αντιπροσωπεύει «Διαφωνώ», 3 αντιπροσωπεύει «Μέση», 4 αντιπροσωπεύει «Συμφωνώ» και 5 αντιπροσωπεύει «Συμφωνώ απόλυτα»). Το δεύτερο τμήμα ήταν (β) Τα ολικά αποτελέσματα των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδα υγείας. Αυτή η ενότητα επικεντρώνεται στην αξιολόγηση των ασθενών και τη συνολική ικανοποίηση των φροντιστών για τις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας υγείας, με τέσσερις ερωτήσεις. Εκτός από την πρώτη ερώτηση, «Αν χρειαστείτε ποτέ στο σπίτι υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και πάλι, θα μπορείτε να επιλέξετε να:...», όπου παρέχονται τρεις επιλογές, οι άλλες τρεις ερωτήσεις στοχεύουν στην ικανοποίηση των υπηρεσιών της κατ' οίκον φροντίδας υγείας, των νοσηλευτών, γιατρών και του ιδρύματος στο σύνολό του. Μια μέθοδος βαθμολόγησης 5 βαθμίδων έχει υιοθετηθεί, όπου το 1 αντιπροσωπεύει «Διαφωνώ απόλυτα», 2 αντιπροσωπεύει «Διαφωνώ», 3 αντιπροσωπεύει «Μέση» 4 αντιπροσωπεύει «Συμφωνώ» και 5 αντιπροσωπεύει «Συμφωνώ απόλυτα». Το τρίτο τμήμα ήταν (γ) Βασικές πληροφορίες, μεταξύ των οποίων το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, και το επάγγελμα των πρωτογενών φροντιστών, άτομο που νοιάζεται για τον ασθενή, τη σχέση με τον ασθενή, και η διάρκεια της κατ' οίκον φροντίδας υγείας (Wei et al., 2011).

- **Quality of End-of-Life Care and Satisfaction with Treatment (QUEST) Scale** → Η Κλίμακα QUEST αποτελείται από δύο υποκλίμακες ικανοποίησης (Υποκλίμακα Ικανοποίησης από την ιατρική περίθαλψη και Υποκλίμακα Ικανοποίησης από τη Νοσηλευτική Φροντίδα), οι οποίες μετρούν την ικανοποίηση των ερωτηθέντων τους για τους ασθενείς ιατρούς και νοσηλευτές, που περιλαμβάνουν συνολικά 12 θέματα (Guerriere et al., 2013). Η ικανοποίηση έχει βαθμολογηθεί χρησιμοποιώντας μία πεντάβαθμη κλίμακα Likert που κυμαίνεται από το «πολύ δυσαρεστημένος» (βαθμολογήθηκε ως «1») έως «πολύ ικανοποιημένος»

(βαθμολογήθηκε ως «5»).

Έχει αποδειχθεί ότι αυτό το εργαλείο έχει αποδεκτές ψυχομετρικές ιδιότητες με ένα δείγμα των ανιάτων ενηλίκων και των φροντιστών τους. Η QUEST Κλίμακα έδειξε επίσης άριστη εσωτερική συνοχή με τα αποτελέσματα του Cronbach's Alpha να κυμαίνονται από 0,83 – 0,93 (Guerriere et al., 2013).

2.2.4. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης

- **Mc-Closkey & Mueller Satisfaction Scale (MMSS)** (Muller, 1990) → Η MMSS χρησιμοποιήθηκε για να μετρήσει οκτώ συνιστώσες της ικανοποίησης από την νοσηλευτική εργασία, συμπεριλαμβανομένης της ικανοποίησης από εξωγενείς επιβραβεύσεις, τον προγραμματισμό, την ισορροπία της οικογένειας και εργασίας, τους συναδέλφους, τις ευκαιρίες αλληλεπίδρασης, επαγγελματικές ευκαιρίες, επαίνους και αναγνώριση, καθώς και τον έλεγχο και την ευθύνη. Οι ερωτηθέντες αξιολόγησαν την ικανοποίησή τους για κάθε στοιχείο σε μια πεντάβαθμη κλίμακα Likert που κυμαίνεται από πολύ δυσαρεστημένος (1) έως πολύ ικανοποιημένος (5) (Tourangeau et al., 2006).

- **Ερωτηματολόγιο Belimage** → Ολλανδικό σταθμισμένο ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου. Η παρούσα μελέτη χρησιμοποιεί για τη μέτρηση της αντίληψης του νοσηλευτικού προσωπικού στην ποιότητα φροντίδας την επαγγελματική ικανοποίηση, το περιβάλλον εργασίας και το εργατικό δυναμικό, ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου. Δομείται σε πέντε ενότητες, οι οποίες εξετάζουν ένα συγκεκριμένο πεδίο. Οι ερωτήσεις που περιέχονται σε αυτό είναι κυρίως ποιοτικές και αρκετές είναι διαβαθμισμένες σε κλίμακα Likert (Μπροφίδη, 2007).

- **Κλίμακα μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης στις κοινωνικές υπηρεσίες (Job Satisfaction Scale for the Human Services)** → Η JSS Κλίμακα είναι ένα αξιόλογο μικρό facet based (βασισμένο σε πτυχές-δομικά χαρακτηριστικά), άμεσο εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί από ερευνητές και διοικητές (εργοδότες). Η Κλίμακα αναπτύχθηκε και σταθμίστηκε σε μια σειρά από μελέτες από το 1980 έως το 1991 εμπλέκοντας περίπου πάνω από 600 επαγγελματίες. Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου αποτελείται από 14 προτάσεις-θέματα (items), οι οποίες αντιπροσωπεύουν 3 υποκλίμακες, καθεμία από τις οποίες αντιστοιχεί στη μέτρηση ενός διαφορετικού

παράγοντα της επαγγελματικής ικανοποίησης. Αναλυτικότερα, γίνεται εκτίμηση α) της εγγενούς-εσωτερικής ικανοποίησης (intrinsic). Η εγγενής ικανοποίηση έχει σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας (πρόκληση που παρέχει η εργασία, συμβολή εργασίας στην προσωπική ανάπτυξη, αυτοπραγμάτωση μέσω εργασίας, ικανοποίηση που παρέχει η εργασία με τους εξυπηρετούμενους, ικανοποίηση από την παροχή φροντίδας στους ανθρώπους κ.α.), β) της ικανοποίησης από τον τρόπο οργάνωσης της υπηρεσίας (organizational) και γ) της ικανοποίησης από τις οικονομικές απολαβές και τις δυνατότητες για προαγωγή (salary & promotion).

Η συγκεκριμένη Κλίμακα περιορίστηκε στις συγκεκριμένες προτάσεις και δεν συμπεριέλαβε προτάσεις που αναφέρονται στην πίεση της δουλειάς και το στρες. Παρόλο που η επαγγελματική πίεση και το στρες είναι ένα ξεχωριστό φαινόμενο και επηρεάζει την επαγγελματική ικανοποίηση, ωστόσο σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να θεωρείται σαν ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της εργασίας. Η επιλογή αυτή στηρίζεται στο γεγονός ότι ορισμένες προηγούμενες μελέτες απέδειξαν τη σημαντικότητά τους, ως δομικά στοιχεία της εργασίας, που ωστόσο ενδεχομένως αυτά να διαφοροποιούνται από την έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης (Koeske & Koeske, 1989· Mathieu & Farr, 1991· Williams & Hazer, 1986 αναφέρονται στην Μωυσάκη, 2006).

2.2.5. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης των εκπαιδευτικών αναγκών των επαγγελματιών

- **Facts on Aging Quiz 1 (FAQ1) του Palmore E. (1977)** → Χρησιμοποιείται για την εκτίμηση αναγκών εκπαίδευσης σε επαγγελματίες υγείας, όχι μόνο κοινωνικούς λειτουργούς, αλλά και σε φοιτητές επαγγεμάτων υγείας. Πρόκειται για ένα εργαλείο μέτρησης των γνώσεων και προκαταλήψεων, που είναι μικρό σε έκταση και μπορεί κανείς να το απαντήσει γρήγορα. Το FAQ1 είναι μία κλίμακα μέτρησης των γνώσεων. Περιλαμβάνει ερωτήσεις που σχετίζονται με τη φυσιολογική διαδικασία της γήρανσης και τα οργανικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, με ψυχολογικά θέματα και με θέματα γενικών γνώσεων όπως για παράδειγμα, το ποσοστό των ηλικιωμένων στον πληθυσμό κ.τ.λ. (Πλωτνικόφ, 2009).
- **Relating to Old People Evaluation (ROPE)** → Κατασκευάστηκε το 2008 και έχει σκοπό να μετρά προσωπικές στάσεις - συμπεριφορές (Allen et al., 2008

αναφέρεται στην Πλοτνικόφ, 2009). Αποτελείται από 20 προτάσεις που περιγράφουν κάποια πρόθεση -συμπεριφορά. Οι 6 είναι θετικές και οι 14 αρνητικές. Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα Likert 3 βαθμών (ποτέ, μερικές φορές, πάντα). Στόχος είναι, σύμφωνα με τους συγγραφείς, να απαντηθεί ποια είναι η συχνότητα των διακρίσεων σχετικά με την ηλικία, ποιοι τύποι διακρίσεων είναι οι πιο συχνοί και ποιοι τύποι ανθρώπων κάνουν πιο συχνά διακρίσεις. Συμπερασματικά, η κλίμακα ROPE μπορεί να φανερώσει τον τρόπο που συμπεριφέρονται οι κοινωνικοί λειτουργοί στους ηλικιωμένους και τις προσδοκίες τους από την εργασία τους με αυτούς. Με έμμεσο τρόπο μπορεί η κλίμακα να συμβάλει στην εξαγωγή συμπερασμάτων σχετιζόμενων με τυχόν αδυναμίες των επαγγελματιών (Πλοτνικόφ, 2009).

- **Geriatric Social Work Competency Scale II:** → Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από τέσσερις θεματικές ενότητες, με την πρώτη να αναφέρεται στις αξίες, τον κώδικα δεοντολογίας και τη χρήση της θεωρίας. Στη δεύτερη θεματική ενότητα διερευνάται ο τρόπος με τον οποίο ένας κοινωνικός λειτουργός μπορεί να επιτύχει τη σωστή εκτίμηση, το βαθμό που την επιτυγχάνει και τα μέσα που ενδεχομένως χρησιμοποιεί. Η τρίτη θεματική ενότητα εξετάζει τον τρόπο που ο επαγγελματίας χειρίζεται ορισμένες καταστάσεις, δημιουργεί αλλά και διαχειρίζεται τη σχέση του με τον ηλικιωμένο και τους φροντιστές του. Η τέταρτη και τελευταία ενότητα αναφέρεται στις υπηρεσίες, τα προγράμματα και τις σχετικές πολιτικές. Σε αυτό το σημείο γίνεται εκτίμηση της ικανότητας του κοινωνικού λειτουργού να συμβάλει στη χρήση των υπηρεσιών, στην κάλυψη των αναγκών, αλλά επίσης γίνεται εκτίμηση των γνώσεων του για το ποιες είναι οι διαθέσιμες πηγές που έχει και της εκτίμησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών ή μέτρων ή πολιτικών. Σε αυτό το σημείο ανάγεται και το συμπέρασμα ότι ο ερωτώμενος, μέσα από αυτήν τη διαδικασία, καλείται να αξιολογήσει τον εαυτό του ως προς την ίδια την ουσία της δουλειάς του, ως προς τις αξίες του και τη συνέπειά του απέναντι στις αξίες του επαγγέλματός του (Πλοτνικόφ, 2009).

- **SNAP Instrument** → Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 38 προτάσεις που αποτελούν μία λίστα από πιθανά θέματα για συνεχιζόμενη εκπαίδευση στη γεροντολογία, στα οποία ο ερωτώμενος πρέπει να εκτιμήσει ο ίδιος την ανάγκη του για εκπαίδευση. Οι ερωτώμενοι απαντούν σε κλίμακα Likert 5 βαθμίδων (0: no, 1: little, 2: moderate, 3: great, 4: critical). Εδώ καλείται ο επαγγελματίας να αξιολογήσει τον εαυτό του και το επίπεδο εκπαίδευσής του στα θέματα της σωματικής υγείας των

ηλικιωμένων, της ψυχικής υγείας και στις γενικές δεξιότητες που πρέπει να διαθέτει, καθώς και στη συνεργασία του με άλλα επαγγέλματα υγείας. Η συγκεκριμένη κλίμακα εντάσσει πολύ σημαντικά, διαφορετικά θέματα στην αξιολόγηση των κοινωνικών λειτουργιών. Εισάγει δηλαδή θέματα σοβαρά όπως τη χρήση φαρμάκων που είναι γνωστό ότι στους ηλικιωμένους συχνά είναι ανεξέλεγκτη, τις διατροφικές τους συνήθειες που σχετίζονται και με την κοινωνική τους κατάσταση, καθώς και τη συνεργασία των κοινωνικών λειτουργιών με άλλους επαγγελματίες υγείας (Πλοτνικόφ, 2009).

2.2.6. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης των αποτελεσμάτων στην υγεία των ηλικιωμένων σχετικά με ψυχικά νοσήματα

- **Αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής (Quality of Self Assessment Inventory, QLSAI, Skantze 1993)** → Το εργαλείο αυτό προσφέρει πληροφόρηση σε τομείς της ποιότητας ζωής που είναι σημαντικοί για τους ασθενείς, έτσι ώστε τα αποτελέσματα στη συνέχεια να χρησιμοποιηθούν στο ατομικό θεραπευτικό σχεδιασμό του ασθενούς. Οι τομείς που αξιολογούνται είναι οι εξής: σωματική υγεία, στέγη, περιβάλλον κατοικίας, οικονομικά θέματα, αυτοεξυπηρέτηση και νοικοκυριό, εξάρτηση, επαφές, εργασία, ψυχαγωγία, γνώση και εκπαίδευση, υποκειμενικές εμπειρίες, ψυχική υγεία, κοινωνικές υπηρεσίες, θρησκευτικές πεποιθήσεις (Οικονόμου κ.ά., 2001).
- **Κλίμακα ικανοποίησης με Τομείς της Ζωής (Satisfaction with Life Domains Scale. SLDS, Baker & Intagliata 1982, Johnson 1991)** → Το συγκεκριμένο εργαλείο αναπτύχθηκε, προκειμένου να μετρήσει την επίδραση της ψυχικής νόσου στην ποιότητα ζωής χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών στα πλαίσια ενός προγράμματος κοινοτικής στήριξης, στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης. Το περιεχόμενο των ερωτήσεων αναφέρεται στην ικανοποίηση του ασθενούς με τις συνθήκες στέγασης, τους συγκατοίκους και τους γείτονες, την τροφή, τον ρουχισμό, την υγεία, τους φίλους, την οικογένεια, τις σχέσεις με άλλους ανθρώπους, την εργασία, το ημερήσιο πρόγραμμα, τον ελεύθερο χρόνο, την ψυχαγωγία, τις τοπικές υπηρεσίες και την παροχή υπηρεσιών, την οικονομική κατάσταση, καθώς και την τρέχουσα στεγαστική ρύθμιση σε σύγκριση με τη διαμονή και νοσηλεία σε νοσοκομείο

(Οικονόμου κ.ά., 2001).

- **Ερωτηματολόγιο Όρεγκον για την ποιότητα της Ζωής (Oregon Quality of Life Questionnaire, OQLQ, Bigelow et al. 1982, 1991, Bigelow & Young 1991) →**

Το περιεχόμενο του εργαλείου ελέγχει 14 τομείς: ψυχική δυσφορία, ψυχολογική ευεξία, αντοχή στη ματαίωση, συνολική ικανοποίηση με τις βασικές ανάγκες, ανεξαρτησία, διαπροσωπικές συναλλαγές, οικογενειακούς ρόλους, κοινωνική στήριξη, οικιακές εργασίες, δυνατότητα για εργασία, απόδοση στην εργασία, διαχείριση ελεύθερου χρόνου, αρνητικές επιπτώσεις από τη χρήση αλκοόλ ή εξαρτησιογόνων ουσιών (Οικονόμου κ.ά., 2001).

2.2.7. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας από την οπτική των επαγγελματιών

- **Case Vignette** → Το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο έχει ως ιδιότητα, την περιγραφή περιπτώσεων ανθρώπων και των συμπεριφορών στις οποίες οι συμμετέχοντες έχουν τη δυνατότητα να καταθέσουν τα σχόλια και την άποψή τους (Hazel, 1995). Η συγκεκριμένη μέθοδος έχει την ικανότητα, να προκαλέσει, εμμέσως, τις αντιλήψεις, απόψεις, πεποιθήσεις και συμπεριφορές από τις απαντήσεις ή σχόλια που προκύπτουν από τις ιστορίες που απεικονίζουν σενάρια και καταστάσεις (Barter & Renold, 1999). Χαρακτηριστικό παράδειγμα στη χρήση της αποτέλεσε η μελέτη EURHOMAP (Mapping Professional Home Care in Europe) που έλαβε χώρα σε 31 χώρες της Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένου και της Ελλάδας, κατά το διάστημα 2008 με 2010. Κύριος σκοπός της ήταν η συγκριτική αξιολόγηση των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας (νοσηλευτικής και κοινωνικής) στις χώρες της Ευρώπης. Οι βινιέτες περιέγραφαν διαφορετικές καταστάσεις ανθρώπων που ζουν στο σπίτι και έχουν διάφορες ανάγκες φροντίδας (Νικολαΐδου & Βαρνάβα, 2015).

Μέσα από αυτά τα ερωτηματολόγια μετρούσαν τις διαθέσιμες υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας στις Ευρωπαϊκές χώρες, τη χρηματοδότησή τους, τον τρόπο με τον οποίο έχουν πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες. Εξέτασε συνάμα τον τρόπο οργάνωσης της παροχής των υπηρεσιών κάθε χώρας, τον ρόλο των άτυπων φροντιστών, αλλά και αν τυχόν υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις σε περίπτωση που η φροντίδα στο σπίτι δεν αποτελούσε δυνατή επιλογή (Genet et al., 2012).

- Κατά το διάστημα Οκτωβρίου 2005 με Ιούνιο του 2006, διεξήχθη μία σχετική έρευνα αξιολόγησης του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» μέσα από την οπτική των εργαζομένων σε αυτά. Η συγκεκριμένη έρευνα εκπονήθηκε από το Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, ύστερα από σχετικό αίτημα σε συνεργασία με το Σύλλογο Εργαζομένων στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, αλλά και με τη συμβολή του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης. Για τη διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις βάσει ερωτηματολογίου. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 4 διακριτά μέλη. Στο πρώτο μέρος συλλέγονται τα δημογραφικά δεδομένα. Στο δεύτερο μέρος ακολουθούν ερωτήσεις ανοικτού τύπου που πηγάζουν από το ερευνητικό ερώτημα που σχετίζεται με το επίπεδο παροχής υπηρεσιών από το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Στο τρίτο μέρος υπάρχουν ερωτήσεις ανοικτού τύπου που πηγάζουν από το ερευνητικό ερώτημα που ασχολείται με τη λειτουργικότητα του Προγράμματος και των παρεχόμενων υπηρεσιών και στο τέταρτο μέρος ολοκληρώνεται το ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις ανοικτού τύπου που εξετάζουν τη δικτύωση προγράμματος με λοιπούς φορείς και δυνατότητα συνεισφοράς καλών πρακτικών (Λιοφάγος, 2011).

2.2.8. PEST και SWOT Ανάλυση ως εργαλείο αξιολόγησης του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

- Τελευταία έρευνα που βρέθηκε (PEST και SWOT Ανάλυση του Προγράμματος) χρησιμοποίησε ως εργαλεία αξιολόγησης τις “PEST” και “SWOT” αναλύσεις, προκειμένου να αναδειχθούν τα δυνατά και τα αδύναμα σημεία του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Με τη συμβολή αυτών των εργαλείων αξιολόγησης είναι δυνατόν να υπάρξει μία πλήρης και συνεκτική εικόνα του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος λειτουργίας του Προγράμματος, με στόχο την ανάπτυξη του στρατηγικού του σχεδιασμού και τη βελτίωση της λειτουργίας του (Σωτηριάδου, 2010).

Ανακεφαλαίωση

Σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα, και την άποψη του Τούντα και των συνεργατών του (2007), ανάγεται το συμπέρασμα ότι στην Ευρωπαϊκή Ένωση δεν

υπάρχει ακόμη συμφωνία στην ορολογία και τη θεωρητική σύλληψη της διασφάλισης της ποιότητας. Ως αποτέλεσμα, βρίσκονται σε χρήση διαφορετικά είδη εργαλείων, προσφέροντας ένα μεγάλο βαθμό επικάλυψης, αλλά και κάποια ποικιλία όσον αφορά στο περιεχόμενο και τη μορφή. Λόγω της κατάστασης που επικρατεί στο ελληνικό σύστημα και την παντελή απουσία μηχανισμών αξιολόγησης της ποιότητας της φροντίδας υγείας, γίνεται φανερή η ανάγκη που έχει δημιουργηθεί για την ανάπτυξη εργαλείων αξιολόγησης. Η δημιουργία ενός τέτοιου εργαλείου ειδικά σχεδιασμένου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να προσφέρει σημαντική πληροφορία για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στα πλαίσια αυτής στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

3.1. Κοινωνικός λειτουργός και αξιολόγηση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Ο ρόλος του ειδικού στον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των δομών κοινωνικής φροντίδας

«Το έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον για το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση πολιτικών και προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας καθιστά το θέμα εξαιρετικά επίκαιρο και διαμορφώνει ένα πλαίσιο συζήτησης τόσο στον επιστημονικό χώρο όσο και σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης» (Κανδυλάκη & Καραγκούνης, 2005:338).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί θεωρούνται ως οι κατ' εξοχήν ειδικοί για την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και τη στελέχωση των οργανισμών κοινωνικής φροντίδας, ιδίως των πρωτογενών κοινωνικών υπηρεσιών. Σε ειδικές μάλιστα περιπτώσεις, προβλέπεται από τη σχετική νομοθεσία η αποκλειστική αρμοδιότητα και ευθύνη του κοινωνικού λειτουργού για την παροχή εξειδικευμένων κοινωνικών υπηρεσιών (Σταθόπουλος, 2000).

Ο σχεδιασμός κοινωνικών υπηρεσιών τα τελευταία χρόνια έχει υιοθετήσει μία σύγχρονη αντίληψη, η οποία εστιάζει στον αναπτυξιακό σχεδιασμό, ρόλος του οποίου επεκτείνεται στη μακροκλίμακα με παρεμβάσεις τόσο πρόληψης και έγκαιρης αντιμετώπισης των κοινωνικών δυσλειτουργιών (ανεργία, χρήση ουσιών, παραβατικότητα κ.ά.) όσο και ανάπτυξης κοινωνικών δομών (Καλλινικάκη, 2010). Στο σημείο αυτό, αρμοδιότητα του κοινωνικού λειτουργού, ο οποίος ασχολείται με το σχεδιασμό είναι να γνωρίζει συγκεκριμένες γνώσεις σχετικά με τις θεωρίες τους τύπους και τα μοντέλα σχεδιασμού, αλλά και να έχει γνώση εξειδικευμένων δεξιοτήτων για την επίτευξη των στόχων. Είναι σημαντικό επίσης να γνωρίζει ποιες είναι οι προσφορότερες διαδικασίες λήψης αποφάσεων (σκοποί, στόχοι, δικαιούχοι παροχών), το νομικό πλαίσιο (δημόσιο, ιδιωτικό, εθελοντικό, μικτό), ο υπολογισμός του κόστους των σχεδιαζόμενων υπηρεσιών, η επαγγελματική στελέχωση, η αξιολόγηση κ.ά. (Καλλινικάκη, 2010).

Στην περίπτωση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» ο κοινωνικός λειτουργός διακατέχεται από ένα ευρύ φάσμα ρόλων που καλείται να διαδραματίσει. Ένας πρώτος ρόλος και πολύ σημαντικός είναι αυτός του συντονιστή της λειτουργίας

του Προγράμματος, ο οποίος μέσα απ' αυτόν είναι υπεύθυνος και για τον προγραμματισμό των επισκέψεων που θα πρέπει να προβούν τα υπόλοιπα στελέχη του. Είναι σαφές ότι το κομμάτι αυτό χαρακτηρίζεται γραφειοκρατικό, ωστόσο ο ρόλος αυτός χαρακτηρίζεται σημαντικός, εφόσον οι ανάγκες που συνεχώς αυξάνονται στις τοπικές κοινωνίες τον κρίνουν αναγκαίο.

Επίσης, σημαντική είναι η ευθύνη του κοινωνικού λειτουργού να καταγράφει και να παρακολουθεί τους εξυπηρετούμενους με ασφάλεια και απόλυτο σεβασμό του απορρήτου, ενώ ταυτόχρονα είναι υπεύθυνος να συγκεντρώνει τα στατιστικά δεδομένα, τα οποία θα χρησιμοποιηθούν σε μία επερχόμενη τελική αξιολόγηση του Προγράμματος (Κουτσούπη, 2011). «Η αξιολογική διαδικασία θα πρέπει να συνδέεται άμεσα με την κοινωνική εργασία και την κοινωνική φροντίδα, καθώς δεν συμβάλλει μόνο στην αποτελεσματικότητα και τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών. Αναλυτικότερα, η αξιολόγηση μπορεί να βοηθήσει στην απαντητικότητα των αποδεκτών των κοινωνικών υπηρεσιών, να εντοπίσει τα κενά στην επιστημονική γνώση και να προωθήσει την ανάπτυξή της, ενώ μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη νέων μοντέλων παρέμβασης και παροχής υπηρεσιών. Παράλληλα, μπορεί να χαρακτηριστεί ως εργαλείο ενδυνάμωσης και κοινωνικής αλλαγής, καθώς μάλιστα τονίζει τη συνέπεια στην καλή πρακτική» (Κανδυλάκη & Καραγκούνης, 2005:337).

Σημαντικό είναι ο κοινωνικός λειτουργός να εφαρμόζει τις αρχές και τις μεθόδους του κοινωνικού σχεδιασμού, δεδομένου ότι το συγκεκριμένο Πρόγραμμα είναι κοινοτικό, προκειμένου να εξασφαλίζονται οι προοπτικές για την εύρυθμη λειτουργία του Προγράμματος, ενώ μάλιστα να χρησιμοποιεί τις μεθόδους διαμεθοδικής εργασίας. Δηλαδή, ο επαγγελματίας συνεργάζεται με άτομα (εξυπηρετούμενοι), ομάδες (στελέχη του Προγράμματος) και με κοινότητα (τοπική κοινωνία), προκειμένου αφενός να υποστηρίξει τα άτομα και το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον, αφετέρου δε να του παρασχεθούν μέσα από τις υπηρεσίες της ομάδας και των προνοιακών υπηρεσιών οι προϋποθέσεις και οι παροχές, οι οποίες θα αποστρέφουν τον κοινωνικό αποκλεισμό του ατόμου.

Ένας άλλος ρόλος που έχει ο κοινωνικός λειτουργός είναι να ανιχνεύσει, να διερευνήσει, να καταγράψει, αλλά και να μελετήσει τις ανάγκες κοινωνικής φροντίδας γι' αυτή την πληθυσμιακή ομάδα - στόχο. Η εκτίμηση αναγκών μπορεί να συμβάλει στην ταξινόμηση, την ιεράρχηση και την καλύτερη κατανόηση των τοπικών αναγκών, στη βελτίωση των υπαρχόντων προγραμμάτων, στην ανάδειξη νέων αναγκών και στη διερεύνηση μηχανισμών επίλυσης προβλημάτων (Ζαϊμάκης, 2011).

Στο πλαίσιο της Κοινωνικής Εργασίας με Άτομα (ΚΕΑ), ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει να υπερασπίσει τα ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα των εξυπηρετούμενων αλλά και να τους προστατεύει από κινδύνους που ελλοχεύουν για τον κοινωνικό αποκλεισμό τους. Η προστασία τους ενισχύεται με την παροχή συμβουλευτικής και συναισθηματικής υποστήριξης τόσο των εξυπηρετούμενων, αλλά βέβαια και των φροντιστών τους με σκοπό να τους αποφορτίσει σημαντικά και να τους καταστήσει λειτουργικά μέλη της κοινότητας. Στο πλαίσιο επίσης της συνεργασίας του κοινωνικού λειτουργού με τους ωφελούμενους του Προγράμματος, διευθετεί και τις προνοιακές παροχές, ενώ παράλληλα προσπαθεί να τους ευαισθητοποιήσει και να τους ενημερώσει, όχι βέβαια μονάχα αυτούς, αλλά και την ευρύτερη τοπική κοινότητα, προκειμένου να διακοπούν τυχόν προκαταλήψεις σε σχέση με την τρίτη ηλικία και τα άτομα με αναπηρία (Κουτσούπη, 2011).

Σε αυτό το σημείο, έρχεται και η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού στο πλαίσιο της Κοινωνικής Εργασίας με Κοινότητα (ΚΕΚ). Αναλυτικότερα, ο ρόλος του διαμεσολαβητή ανάμεσα στον εξυπηρετούμενο και τις υπηρεσίες προνοιακού χαρακτήρα είναι καθοριστικός, εφόσον δίνει την πρόσβαση σε υπηρεσίες και των τριών βαθμίδων υγείας, σε υπηρεσίες κοινωνικής προστασίας, αλλά και σε επιτροπές για τις συντάξεις αναπηρίας με αποτέλεσμα να μειώνεται σημαντικά ο κίνδυνος περιθωριοποίησης του ατόμου (Κουτσούπη, 2011).

3.2. Η διεπιστημονική ομάδα στην αξιολόγηση των υπηρεσιών

3.2.1. Η διεπιστημονική ομάδα στον τομέα της υγείας

Η κοινωνική εργασία, ως εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη και μέθοδος παρέμβασης στην κοινότητα, σαφώς έχει πολιτικές πτυχές και ιδεολογικές διαστάσεις, η συμβολή της όμως έγκειται στην επιστημονική αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων και στη συστηματική χρησιμοποίηση μεθόδων και τεχνικών με σκοπό την προγραμματισμένη κοινωνική αλλαγή (Σταθόπουλος, 2000).

Ως διεπιστημονική ομάδα στο πλαίσιο της Π.Φ.Υ. ορίζεται η διαδικασία κατά την οποία δύο ή περισσότεροι επαγγελματίες υγείας, με διαφορετικό υπόβαθρο και δεξιότητες, συνεργάζονται έχοντας ως κοινό στόχο τα θετικά αποτελέσματα στην υγεία του ατόμου. Η δυναμική της ομάδας χαρακτηρίζεται από ισοτιμία και αμοιβαία συμπλήρωση όσον αφορά το γνωστικό υπόβαθρο και τις δεξιότητες, κοινούς και

σαφείς στόχους για την υγεία και συντονισμένη προσπάθεια για τη βέλτιστη αξιολόγηση και την εκτίμηση στη φροντίδα των ασθενών (Χριστοφή, 2015).

Οι κατηγορίες επαγγελματιών που εργάζονται στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι κοινωνικοί λειτουργοί ή ψυχολόγοι ή κοινωνιολόγοι, νοσηλευτές, οικογενειακοί βοηθοί και, ως εξωτερικοί συνεργάτες, ιατροί και φυσιοθεραπευτές.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού ως συντονιστή του Προγράμματος, είναι αρχικά να παραπέμπει τους ηλικιωμένους που έχουν ανάγκη από βοήθεια και μπορούν να ενταχθούν στο Πρόγραμμα. Στη συνέχεια, συλλέγει στοιχεία για την υγεία του ηλικιωμένου, για την οικονομική και την οικογενειακή του κατάσταση, καθώς και για το είδος της ασφαλιστικής του κάλυψης. Προσδιορίζει λεπτομερώς τις ανάγκες του και κρατά αρχείο για όλες τις περιπτώσεις που εντάσσονται στο Πρόγραμμα. Παρέχει συμβουλευτική και ψυχολογική στήριξη σε ζητήματα που αφορούν τους ωφελούμενους και λειτουργεί ως διαμεσολαβητής μεταξύ των ωφελούμενων και την οικογένειά τους και τους τοπικούς φορείς δημόσιου και ιδιωτικού δικαίου που μπορούν να καταστούν αρωγοί στο Πρόγραμμα (Κοινωνική Πρόνοια, Νοσοκομείο, Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ερυθρός Σταυρός κ.ά.). Σημαντικός είναι και ο ρόλος του ως παροχέα πληροφοριών για τα δικαιώματα και ενημέρωση των εξυπηρετούμενων (για ασφαλιστικά θέματα, συνταξιοδοτικά, προνοιακά κ.ά.). Συμπερασματικά λοιπόν, θα λέγαμε ότι η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού διαδραματίζει φλέγοντα ρόλο στην ισότιμη πρόσβαση των πολιτών της κοινότητας στις υπηρεσίες, εφόσον μεριμνά και υποστηρίζει τους εξυπηρετούμενους και την οικογένειά τους, είναι υπεύθυνος να εφαρμόζει τις αρχές του κοινωνικού σχεδιασμού προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος του κοινωνικού αποκλεισμού τους (Φωτόπουλος, 2005· Πάρλαλης, 2011).

Ο νοσηλευτής πραγματοποιεί την εκτίμηση των προβλημάτων υγείας των εξυπηρετούμενων, καθώς και παρακολουθεί την πορεία της υγείας τους (Αντωνιάδου κ. ά., 2015). Επίσης, ο νοσηλευτής παρέχει νοσηλευτικές υπηρεσίες (π.χ. τακτικός έλεγχος ζωτικών οργάνων, πρώτες βοήθειες), καταγράφει τη φαρμακευτική αγωγή των ωφελούμενων, παρακολουθεί την σωστή λήψη τους και προσαρμόζει το διαιτολόγιο ανάλογα με τις ανάγκες που η κατάσταση της υγείας του εξυπηρετούμενου υπαγορεύει. Ακόμη, παραπέμπει τον ηλικιωμένο σε γιατρό της κατάλληλης ειδικότητας ή στο νοσοκομείο, αν προκύψει τέτοια ανάγκη, συνεργάζεται με τους ιατρικούς φορείς και εκπαιδεύει την οικογένεια στην αγωγή υγείας, ενώ είναι υπεύθυνος για την εκπαίδευση των ωφελούμενων και της οικογένειάς τους όταν

υπάρχουν προβλήματα, όπως για παράδειγμα σακχαρώδη διαβήτη ή υψηλής πίεσης (Πάρλαλης, 2011).

Οι αρμοδιότητες του οικογενειακού βοηθού περιλαμβάνουν εξωτερικές αρμοδιότητες, τις οποίες δυσκολεύονται ενδεχομένως οι εξυπηρετούμενοι να τις διεκπεραιώσουν είτε λόγω σωματικής είτε και ψυχοπνευματικής υγείας. Οι συγκεκριμένες εργασίες αφορούν επί παραδείγματι, την πληρωμή λογαριασμών, την αγορά φαρμάκων και είδη άμεσης ανάγκης. Εντούτοις, οι αρμοδιότητές του δεν περιορίζονται μόνο σε αυτό το πλαίσιο, αντιθέτως πολλή σημαντική θεωρείται η συντροφιά που παρέχει στους εξυπηρετούμενους, πολλούς από τους οποίους διαμένουν μόνοι τους, ενισχύοντας με αυτόν τον τρόπο την εμπιστοσύνη τους προς το Πρόγραμμα και κατ' επέκταση τον κοινωνικό χαρακτήρα του Προγράμματος (Πάρλαλης, 2011). Επιπλέον, στα καθήκοντα του οικογενειακού βοηθού συμπεριλαμβάνεται και η φροντίδα της ατομικής υγιεινής και καθαριότητας του σπιτιού του εξυπηρετούμενου που έχει ανάγκη την οικιακή φροντίδα (Δανοπούλου κ.ά., 2015).

Ο ρόλος του ιατρού στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι να παρακολουθεί την υγεία των ατόμων που εξυπηρετεί το Πρόγραμμα και να επεμβαίνει όποτε κριθεί απαραίτητο (Δανοπούλου κ.ά., 2015).

Ο φυσιοθεραπευτής πραγματοποιεί κατ' οίκον φυσιοθεραπεία σε άτομα που κρίνεται αναγκαίο (Δανοπούλου κ.ά., 2015).

Οι σύγχρονες προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα ο τομέας της Π.Φ.Υ., όπως η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, η ανάγκη παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας και οι σύνθετες γνώσεις και δεξιότητες που απαιτούνται γι' αυτή, επιβεβαιώνουν την ανάγκη για την ανάπτυξη της διεπιστημονικής ομάδας στην παροχή φροντίδας, έτσι ώστε να επιτευχθεί η διασφάλιση συνεχούς, ολοκληρωμένης και συντονισμένης φροντίδας (Βιβιλάκη & Αδαμακίδου, 2015). Επίσης, μέσω των διεπιστημονικών ομάδων πραγματοποιείται η εξέταση και η εκτίμηση των προβλημάτων των ατόμων ακολουθώντας έναν αριθμό διαφόρων επιστημονικών προσεγγίσεων (Σταθόπουλος, 2012).

Σύμφωνα με τις Βιβιλάκη και Αδαμακίδου (2015), υπάρχουν κάποιες βασικές προϋποθέσεις ώστε μία ομάδα, η οποία αποτελείται από επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων, να χαρακτηρίζεται στην λειτουργία της ως αποτελεσματική. Οι προϋποθέσεις αυτές συνοψίζονται ως εξής:

- Το όραμα και η αποστολή της υπηρεσίας να είναι καθορισμένο και με σαφήνεια
- Ο σκοπός της ομάδας πρέπει να έχει καθοριστεί και να έχουν συναινέσει όλα τα μέλη
- Οι στόχοι της ομάδας θα πρέπει να σχετίζονται με τους στόχους των εξυπηρετούμενων και να επικυρώνονται από την αποστολή της υπηρεσίας.

Κάθε διεπιστημονική ομάδα είναι μοναδική, ωστόσο υπάρχουν κάποιες αρχές οι οποίες έχουν οριστεί πως θα πρέπει να τη διέπουν:

- Κοινοί στόχοι: Οι στόχοι θα πρέπει να είναι ορισμένοι με σαφήνεια, κατανοητοί και να υποστηρίζονται από όλη την ομάδα υγείας. Η διεπιστημονική ομάδα δημιουργεί από κοινού τους στόχους, οι οποίοι θα πρέπει να εκφράζουν τις ανάγκες όλης της κοινότητας.
- Διακριτοί ρόλοι: Οι δραστηριότητες και οι ευθύνες του κάθε μέλους της ομάδας προσδιορίζονται με σαφήνεια έτσι ώστε να γίνεται ισάξια ο καταμερισμός της εργασίας και να υπάρχει η βέλτιστη απόδοση της ομάδας. Επίσης, βασικό σημείο αποτελεί ο αλληλοσεβασμός στον ρόλο του κάθε μέλους.
- Αμοιβαία εμπιστοσύνη: Ανάπτυξη εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών, καθώς και ισότητα για τις ευκαιρίες επαγγελματικών επιτευγμάτων.
- Αποτελεσματική επικοινωνία: Η ομάδα μεριμνάει για την συνεχή βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας. Η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών πρέπει να διέπεται από ειλικρίνεια.
- Μετρήσιμες διαδικασίες και αποτελέσματα: Η ομάδα πραγματοποιεί αξιολόγηση όσον αφορά την λειτουργία της υπηρεσίας, αλλά και την επίτευξη των στόχων της. Συνεπώς, τα μέλη της ομάδας είναι σε θέση να παρακολουθούν και να βελτιώνουν τις διαδικασίες και την αποτελεσματικότητα της ομάδας βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα (Λιονής κ.ά., 2015α).

Συμπληρωματικά με τις παραπάνω αρχές, οι οποίες πρέπει να διέπουν την διεπιστημονική ομάδα για την ανάπτυξη αληθινής και αποτελεσματικής συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών, θα πρέπει να ισχύουν και τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Σεβασμός στην κουλτούρα και στους κανόνες της ομάδας
- Υποχωρητικότητα

- Καταμερισμός της εργασίας
- Εμπιστοσύνη και σεβασμός στις γνώσεις, στις ικανότητες και στις δεξιότητες του κάθε μέλους
- Καλλιέργεια ομαδικής κουλτούρας μέσω της οποίας προωθείται η δημιουργικότητα, η καινοτομία, η συνεργασία στη λήψη αποφάσεων και η ευελιξία προς όφελος του χρήστη
- Ισότιμη συνεργασία
- Από κοινού λήψη αποφάσεων έπειτα από συνεργασία μεταξύ της ομάδας
- Αμοιβαία ευθύνη για την επίλυση ενός προβλήματος (Praga, 2006 αναφέρεται στους Καλαμοβράκα κ.ά., 2014· Λιονής κ.ά., 2015α· Βιβιλάκη & Αδαμακίδου, 2015).

Παρ' όλα αυτά, η ομαλή λειτουργία σε κάθε ομάδα μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών υγείας μπορεί να αναταραχτεί, καθώς είναι φυσιολογική η ύπαρξη συγκρούσεων. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιοι παράγοντες οι οποίοι εμποδίζουν την διεπιστημονική ομάδα υγείας να αναπτύξει και να διατηρήσει την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητά της. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Προβληματικές δυναμικές εξουσίας
- Κακή επικοινωνία στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας
- Έλλειψη κατανόησης των επαγγελματικών ρόλων και της επαγγελματικής ευθύνης των επιστημόνων υγείας
- Συγκρούσεις λόγω ποικίλων προσεγγίσεων αναφορικά με την φροντίδα των εξυπηρετούμενων
- Διάφορες καταστάσεις που μπορεί να εμπεριέχουν και συμπεριφορές που υποβαθμίζουν τον ρόλο των υπολοίπων μελών της διεπιστημονικής ομάδας
- Απουσία εμπειρίας και εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων
- Πολιτισμικές διαφορές
- Ανεπαρκής υποδομή και απουσία ή περιορισμένη χρηματοδότηση
- Απουσία ορισμού των καθηκόντων των επαγγελματιών
- Απουσία κοινών στόχων
- Απουσία ηγεσίας
- Επαγγελματικά στερεότυπα και ανισότητες ως προς την κοινωνική θέση (Βιβιλάκη & Αδαμακίδου, 2015· Λιονής κ.ά., 2015α).

Εντούτοις, είναι πολύ σημαντικό η επιστημονική ομάδα να επιλύει τις τυχόν

συγκρούσεις που προκύπτουν μεταξύ των μελών. Μέσω της αναγνώρισης και της ανοιχτής αντιμετώπισης των προβλημάτων, η ομάδα είναι δυνατόν να κατανοήσει τα αίτια και να οδηγηθεί σε πιθανούς τρόπους επίλυσης αυτών των συγκρούσεων (Σταθόπουλος, 2012).

3.2.2. Η συμβολή της διεπιστημονικής ομάδας στην ποιότητα της φροντίδας υγείας

Οι επαγγελματίες όλων των ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονται σε μία υπηρεσία αποτελούν το κλειδί για την ανάπτυξη και βελτίωση της ποιότητας. Η ενδυνάμωση των εργαζομένων αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα που συμβάλλει θετικά στην ανάπτυξη ενός οργανισμού ή μιας υπηρεσίας. Ειδικότερα, μέσω της ενδυνάμωσης των μελών της ομάδας υγείας, οι τελευταίοι συνεισφέρουν θετικά και νιώθουν πως οι ίδιοι συμμετέχουν, ώστε η υπηρεσία να είναι αποτελεσματική και επιτυχής. Επίσης, η ομάδα αποκτά την αίσθηση του «ανήκειν», καθώς και οικοδομείται η εμπιστοσύνη και προωθείται η αποτελεσματική επικοινωνία (Διογένη – Πεχτελίδου, 2014).

Η ποιότητα από την πλευρά του επαγγελματία υγείας ορίζεται ως «η αντίληψη του επαγγελματία υγείας αναφορικά με το βαθμό ικανοποίησης του χρήστη των υπηρεσιών υγείας. Ο βαθμός συμμετοχής του προσωπικού στην ανάπτυξη και εφαρμογή των διαδικασιών θεωρούνται αναγκαίες για το σκοπό αυτό» (Διογένη – Πεχτελίδου, 2014:11).

Η συμβολή της διεπιστημονικής ομάδας στον τομέα της υγείας συμβάλλει «στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας, η οποία αναζητείται σε έξι τομείς: φροντίδα, ενσυναίσθηση, ικανότητες, επικοινωνία, ενθάρρυνση και δέσμευση» (Λιονής κ.ά., 2015β:188). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Λιονής, Βιβιλάκη, Αδαμακίδου και Σακελλάρη (2015α:24), «τα καλύτερα και πιο αποδοτικά αποτελέσματα για τους ασθενείς επιτυγχάνονται όταν οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται μαζί, μαθαίνουν μαζί, συμμετέχουν στον κλινικό έλεγχο των αποτελεσμάτων από κοινού και προωθούν την καινοτομία για τη διασφάλιση της προόδου στις υπηρεσίες».

Σύμφωνα λοιπόν με την Διογένη – Πεχτελίδου (2014:25), «το ανθρώπινο δυναμικό αναδεικνύεται και προωθείται ως ένα από τα πλέον βασικά στοιχεία στη βελτίωση της ποιότητας». Η βελτίωση της ποιότητας επιτυγχάνεται μέσω της αξιολόγησης της υπηρεσίας υγείας, από την οποία εντοπίζονται και τυχόν

προβλήματα (Διογένη – Πεχτελίδου, 2014).

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της διεπιστημονικής ομάδας υγείας βασίζεται στους παρακάτω άξονες: (α) στην ικανοποίηση από την εργασία, (β) στον συντονισμό της παροχής φροντίδας, (γ) στην επικοινωνία με τους εξυπηρετούμενους, (δ) στον σαφή προσδιορισμό των ρόλων και (ε) στην ανάπτυξη δεξιοτήτων των επαγγελματιών (Λιονής κ.ά., 2015β).

Κύριος σκοπός της αξιολόγησης αποτελεί η πρόκληση θετικής συμπεριφοράς από την πλευρά των επαγγελματιών, έτσι ώστε να είναι αποτελεσματικότερη η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται (Σταθόπουλος, 2012). Αυτό θα επιτευχθεί εφόσον η αξιολόγηση γίνει αντιληπτή από τους επαγγελματίες ως ένα μέσο, το οποίο αποτελεί μία ευκαιρία αξιολόγησης της προσφοράς των επαγγελματιών στις υπηρεσίες σύμφωνα με τον ρόλο του κάθε μέλους μέσα στην ομάδα, δηλαδή μία ανατροφοδότηση από την πορεία της ομάδας. Επιπλέον, μέσω της αξιολόγησης ο κάθε επαγγελματίας έχει την δυνατότητα να εντοπίσει τις ανάγκες του για επιμόρφωση, ώστε να εφοδιαστεί με νέες γνώσεις και δεξιότητες με αποτέλεσμα στο μέλλον να είναι σε θέση να ανταποκριθεί αποτελεσματικότερα στα καθήκοντά του και στις προσδοκίες της υπηρεσίας στην οποία απασχολείται. Τέλος, μέσω της αξιολόγησης μπορεί να γίνεται μία σύγκριση όσον αφορά τις επιδόσεις των επαγγελματιών με απώτερο στόχο την συνεχή βελτίωση της απόδοσης των υπηρεσιών (Σταθόπουλος, 2012).

Όπως είναι ευνόητο, «ο σχεδιασμός, η πραγματοποίηση και η αξιολόγηση τέτοιων προγραμμάτων απαιτεί το συντονισμό και τη συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών υγείας, παιδείας, κοινωνικής πρόνοιας, εθελοντικών και δημοσίων Οργανώσεων. Η συνεργασία είναι απαραίτητη για την κατάστροψη κοινών σχεδίων, την εύρεση πόρων, την κινητοποίηση των αρχών της κοινότητας, των εκπροσώπων φορέων υγείας, πρόνοιας, εκκλησίας, αυτονομίας κ.ο.κ.» (Σταθόπουλος, 2000:38).

3.3. Η συμβολή των εξυπηρετούμενων και των ανεπίσημων φροντιστών τους στην αξιολόγηση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας

Η συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών και άλλων ειδικών με ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας θεωρείται χρήσιμη και αναγκαία, όχι μόνο για οικονομικούς αλλά και για κοινωνικούς λόγους. Το ενδιαφέρον για τη συμμετοχή της κοινότητας στην παροχή υπηρεσιών στηρίζεται επίσης στην αντίληψη, ότι η κοινότητα είναι

ταυτόχρονα αποδέκτης, αλλά και προμηθευτής κοινωνικών υπηρεσιών και η ενεργός συμμετοχή της κοινότητας είναι βασικής σημασίας, ώστε οι παρεχόμενες υπηρεσίες σε άτομα, οικογένειες και ομάδες του πληθυσμού να παρασχεθούν μέσα σ' ένα πλαίσιο κοινοτικής αλληλεγγύης (Barclay Report, 1983 αναφέρεται στον Σταθόπουλο, 2000).

Στο σύγχρονο ανταγωνιστικό περιβάλλον, αναζητείται συνεχώς η γνώμη των καταναλωτών με σκοπό τη βελτίωση των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών. Ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας αποτελεί τον πιο σημαντικό καταναλωτή υπηρεσιών και το δικαίωμα έκφρασης είναι αδιαμφισβήτητο. Ως εκ τούτου, τα τελευταία χρόνια οι απόπειρες όλων των οργανισμών που γίνονται παγκοσμίως για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών επικεντρώθηκαν γύρω από τις απόψεις των καταναλωτών για τα παρεχόμενα αγαθά και τις υπηρεσίες (Παπανικολάου, 2007).

Οι σύγχρονες προσεγγίσεις γύρω από το ζήτημα της μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, ορίζουν ως «πελάτες» τα άτομα που καθορίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων προϊόντων και υπηρεσιών του οργανισμού. Αυτά τα άτομα μπορούν να εκφράσουν την ικανοποίησή τους ή την δυσαρέσκειά τους εάν ικανοποιούνται ή όχι οι ανάγκες και οι προσδοκίες τους.

Τόσο ο εξυπηρετούμενος όσο και ο ανεπίσημος φροντιστής εξαιτίας του σημαντικού ρόλου που έχει αναλάβει συμβάλλουν παράλληλα στη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Ανεπίσημος φροντιστής είναι εκείνος που παρέχει φροντίδα στον εξυπηρετούμενο δίχως κάποια οικονομική αποζημίωση. Συνήθως ο ανεπίσημος φροντιστής είναι κάποιο μέλος της οικογένειας, όπως ο-η σύζυγος, τα παιδιά, τα αδέρφια ή κάποιο άτομο από τον κοινωνικό κύκλο του εξυπηρετούμενου, κάποιος φίλος συγγενείς του ή και εθελοντές. Ο ανεπίσημος φροντιστής συνήθως αναλαμβάνει το ρόλο αυτό λόγω συνθηκών και όχι από προσωπική του επιλογή (Κουράση κ.ά., 2013).

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή αποτελεί σημαντικό δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Cleary, 2003 αναφέρεται στην Παπανικολάου, 2007). Το κάθε άτομο που εξυπηρετείται από την υπηρεσία μπορεί να διαθέσει σημαντικές πληροφορίες που αφορούν το προσωπικό και τις παρεχόμενες υπηρεσίες οι οποίες ορισμένες φορές δεν γίνονται εύκολα αντιληπτές από τα μέλη της διοίκησης (Παπανικολάου, 2007). Ο εξυπηρετούμενος εφόσον είναι ο άμεσα ενδιαφερόμενος για την ποιότητα των υπηρεσιών είναι σε θέση να εντοπίσει τις προβληματικές περιοχές συμβάλλοντας έτσι στην καλύτερη ποιότητα φροντίδας. Η

ικανοποίηση του εξυπηρετούμενου αντανακλά το βαθμό στον οποίο εκείνοι που παρέχουν φροντίδα υγείας έχουν καταφέρει να ανταποκριθούν στις ανάγκες και στις προσδοκίες του ασθενούς. Οι ασθενείς είναι οι βασικότεροι αξιολογητές των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, ακολουθούν οι φίλοι και οι συγγενείς των εξυπηρετούμενων (Παπανικολάου, 2007).

Η ικανοποίηση των ασθενών έχει προσδιοριστεί ως μια μεταβλητή, η οποία επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, καθώς επίσης και τη συνεργασία μεταξύ των προσώπων που παρέχουν τη φροντίδα υγείας. «Επηρεάζει επίσης, την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών της υγείας και αποκτά, ως εκ τούτου, σπουδαία σημασία για το σχεδιασμό και τη χάραξη της πολιτικής υγείας. Η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει το ηθικό των εργαζομένων, να διακρίνει διαφορετικά επίπεδα εκτέλεσης της εργασίας, να διευκολύνει τη διαδικασία αξιολόγησης των δραστηριοτήτων, να βελτιώσει τη ποιότητα περίθαλψης και εάν χρησιμοποιηθεί στο μέγιστο δυνατό βαθμό η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να γίνει ένα ισχυρό εργαλείο οργανωτικής ανάπτυξης και στρατηγικής μάλιστα για τους οργανισμούς της φροντίδας υγείας» (Παπανικολάου, 2007:176).

Συμπερασματικά, τις τελευταίες δεκαετίες, στο σύνολο των βιομηχανικών χωρών έχει γίνει κατανοητή η σπουδαιότητα της μέτρησης ικανοποίησης των χρηστών, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως ένα άμεσο και αξιόπιστο σύστημα ανατροφοδότησης για τους οργανισμούς υγείας, δεδομένου ότι παρέχει με ουσιαστικό και σαφή τρόπο την άποψή τους. Με αυτόν τον τρόπο, η μέτρηση της ικανοποίησης επιτρέπει τον προσδιορισμό ενός συνολικού βαθμού επίδοσης για τον οργανισμό και επιπλέον οριοθετεί την πιθανή υπεροχή ή υστέρηση σε σχέση με αντίστοιχους φορείς (The World Health Report, 2000 αναφέρεται στην Παπανικολάου, 2007).

Βέβαια, η ένταξη της άποψης του τοπικού στοιχείου και όσων εξυπηρετούνται από υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας στην αξιολογική διαδικασία έχει γίνει αντικείμενο κριτικής από πολλούς συγγραφείς. Υποστηρίζουν, ότι οι πολίτες είναι απρόθυμοι να ασκήσουν κριτική στις υπηρεσίες και συχνά φοβούνται ότι τα τυχόν παράπονα θα οδηγήσουν σε αντίθετο αποτέλεσμα, οι απόψεις τους χαρακτηρίζονται από υποκειμενισμό και συχνά επηρεάζονται από τη σχέση που έχουν αναπτύξει με τους ερευνητές, ενώ η έλλειψη ειδικών γνώσεων τους καθιστά μη ισότιμους παράγοντες της αξιολογικής διαδικασίας (Ζαϊμάκης, 2011).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Σκοπός και Στόχοι της Μελέτης

Σκοπός:

Η διερεύνηση της στάσης και αντίληψης των επαγγελματιών κοινωνικής φροντίδας σχετικά με την αξιολόγηση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στους Δήμους Αθηναίων, Αμυνταίου και Χανίων.

Στόχοι:

1. Η διερεύνηση και καταγραφή των δυνατών και αδύναμων σημείων στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας
2. Η διερεύνηση, η καταγραφή και η σύγκριση των στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών κοινωνικής φροντίδας σχετικά με τον τρόπο αξιολόγησης των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

4.2. Διατύπωση Ερευνητικής Υπόθεσης

Η απουσία μια κοινής αντίληψης των επαγγελματιών κοινωνικής φροντίδας για την ποιότητα των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

4.3. Διατύπωση Ερευνητικών Ερωτημάτων

- Ποια η γνώση και οι διαφορές των αντιλήψεων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας;
- Ποιοι είναι οι παράγοντες που περιγράφουν την ποιότητα των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας;

4.4. Μεθοδολογία Εμπειρικής Έρευνας

4.4.1. Πεδίο Μελέτης

Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας, ως πεδίο μελέτης θεωρήθηκε το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και συγκεκριμένα στους Δήμους Αθηναίων, Αμυνταίου και Χανίων. Παρακάτω παρατίθενται οι γεωγραφικές περιοχές στις οποίες διερευνήθηκε η ποιότητα των υπηρεσιών τους.

Δήμος Αθηναίων

Ο Δήμος Αθηναίων αποτελεί έναν από τους πιο πυκνοκατοικημένους Ο.Τ.Α. της Αττικής γι' αυτό και αποδεικνύεται αμιγώς αστική περιοχή. Στον Δήμο συγκαταλέγονται 9 δομές του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στις 7 Δημοτικές κοινότητες. Αναλυτικότερα:

- 1η Δημοτική Κοινότητα: Αγ. Παύλου
- 2η Δημοτική Κοινότητα: Ν. Κόσμου
- 3η Δημοτική Κοινότητα: Βοτανικού
- 4η Δημοτική Κοινότητα: Κολωνού και Σεπολίων
- 5η Δημοτική Κοινότητα: Αγ. Ελευθερίου
- 6η Δημοτική Κοινότητα: Αγ. Μελετίου
- 7η Δημοτική Κοινότητα: Ελληνορώσων και Αμπελόκηπων.

Υπεύθυνη για την λειτουργία του Προγράμματος όλων των δομών είναι η Διεύθυνση Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Υγείας του Δήμου Αθηναίων (Δήμος Αθηναίων, 2015).

Δήμος Αμυνταίου

Ο Δήμος Αμυνταίου είναι μία αγροτική περιοχή στον οποίο λειτουργούν συνολικά 4 δομές του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Κάθε δομή αντιστοιχεί σε μία Δημοτική Ενότητα του Δήμου (Αμυνταίου, Φιλώτα, Αετού και Λεχόβου - Βαρικού). Οι δομές του Προγράμματος εντάσσονται υπό της δικαιοδοσίας της Δημοτικής Κοινοφελούς Επιχείρησης Δήμου Αμυνταίου (ΔΗ.Κ.Ε.Α.) (Δήμος Αμυνταίου, 2015).

Δήμος Χανίων

Ο Δήμος Χανίων θα μπορούσε να θεωρηθεί ως αγροτουριστική περιοχή ως καινοτόμου μοντέλου σύνδεσης του τουρισμού με την αγροτική παραγωγή. Στον Δήμο Χανίων υπάρχουν 7 δομές του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και συγκεκριμένα στις Δημοτικές Ενότητες Ακρωτηρίου, Ελευθερίου Βενιζέλου, Θερίσου, Νέας Κυδωνίας και Χανίων (Παχιανών, Νέας Χώρας, Σπλάντζιας). Το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» υπάγεται στην Κοινοφελή Επιχείρηση Πολιτισμού και Περιβάλλοντος Δήμου Χανίων – Κέντρο Αρχιτεκτονικής της Μεσογείου (ΚΕΠΠΕΔΗΧ-ΚΑΜ) (Δήμος Χανίων, 2015· ΚΕΠΠΕΔΗΧ-ΚΑΜ).

4.4.2. Δείγμα και Διαδικασία Δειγματοληψίας

Η πληθυσμιακή ομάδα, η οποία καθίσταται υπό μελέτη στην συγκεκριμένη έρευνα είναι οι επαγγελματίες των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και συγκεκριμένα οι κοινωνικοί λειτουργοί ή άλλοι κοινωνικοί επιστήμονες, όπως ψυχολόγοι ή κοινωνιολόγοι (οι οποίοι αντικαθιστούν τη θέση των κοινωνικών λειτουργών ελλείψει αυτών) που απασχολούνται στις δομές του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Οι συμμετέχοντες στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν σε συγκεκριμένες ερωτήσεις που αφορούν το σκίτσο, το οποίο είχε δοθεί στους ερωτώμενους. Ειδικότερα, το δείγμα αποτελείται από 20 άτομα από τα οποία τα 7 άτομα ανήκουν στο Δήμο Αθηναίων, τα 4 στο Δήμο Αμυνταίου και τα υπόλοιπα 6 στο Δήμο Χανίων. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, γεωγραφικά και πληθυσμιακά, αυτοί οι τρεις Δήμοι έχουν αρκετά μεγάλη απόκλιση και δεδομένου τις διακρίσεις περί αστικής (Δήμος Αθηνών), ορεινής (Δήμος Αμυνταίου) και ημιαστικής/τουριστικής περιοχής (Δήμος Χανίων), δικαιολογείται η επιλογή του συγκεκριμένου δείγματος, το οποίο δεν είναι άλλο από αυτό της ευκολίας (ευκαιριακή δειγματοληψία). Η ευκαιριακή δειγματοληψία είναι εκείνη σύμφωνα με την οποία το δείγμα είναι ένα τμήμα του πληθυσμού που λαμβάνεται για έρευνα εξ' αιτίας της εύκολης διάθεσής του (Javeau, 2000).

4.4.3. Μέθοδος της Έρευνας και Ερευνητικό Εργαλείο

Η προτεινόμενη μελέτη αποτελεί μία διερευνητική μελέτη ποιοτικού τύπου. Η ποιοτική μεθοδολογία έρευνας θεωρείται η καταλληλότερη προσέγγιση για την διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, καθώς η ποιοτική μέθοδος εφαρμόζεται, όταν στόχος της έρευνας αποτελεί η σε βάθος διερεύνηση των στάσεων, των αντιλήψεων και των δεδομένων συμπεριφοράς των ατόμων (Πανεπιστημιακό Κέντρο Ερευνών Πεδίου, χ.χ.). Επίσης, η ποιοτική μέθοδος χρησιμοποιείται όταν διενεργείται διερεύνηση των εμπειριών των κοινωνικών υποκειμένων στο φυσικό τους περιβάλλον (Ράτσικα, 2013).

Μέσα από τη διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών, όσον αφορά την αντιμετώπιση των περιστατικών που δέχονται στις υπηρεσίες τους, διερευνώνται έμμεσα και η δομή, η διαδικασία και τα αποτελέσματα των υπηρεσιών που προσφέρονται από τους επαγγελματίες στους εξυπηρετούμενους. Η δομή (structure), η διαδικασία (process) και το αποτέλεσμα (outcome), σύμφωνα με τον Avedis Donabedian (1988), συνθέτουν τους δείκτες ποιότητας, οι οποίοι είναι μετρήσιμα στοιχεία τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Lawrence & Olesen, 1997). Η αξιολόγηση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας αποτελεί ένα «ευαίσθητο θέμα», εφόσον όλες οι διαδικασίες στηρίζονται στην ανθρώπινη ικανότητα και συνεργασία και ο αποδέκτης αυτών είναι η ανθρώπινη υγεία (Βίγλα, 2003).

Όπως επισημαίνει ο Ιωσηφίδης (2003, αναφέρεται στον Προκοπάκη, 2010), στις ποιοτικές μεθόδους το ενδιαφέρον στρέφεται σε μία εις βάθος μελέτη των κοινωνικών φαινομένων, δίνοντας έμφαση στην κατανόηση των κοινωνικών διαδικασιών, στη βιωμένη εμπειρία των υποκειμένων, στα νοήματα και στις αναπαραστάσεις, δηλαδή στις μη μετρήσιμες διαστάσεις της κοινωνικής πραγματικότητας. Επίσης, στην περίπτωση της ποιοτικής έρευνας, ο «σκοπός του ερευνητή δεν είναι ο έλεγχος μίας ήδη υπάρχουσας θεωρίας, όπως είναι στην περίπτωση της ποσοτικής έρευνας, αλλά η ανεύρεση και η συνεχής αποσαφήνιση θεωρητικών εννοιών που συνοψίζουν το υπό μελέτη φαινόμενο και βάσει των οποίων συγκροτείται η θεωρία» (Προκοπάκης, 2010:247).

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος βινιέτα (Case

Vignette). Η χρήση της μεθόδου βινιέτας στο πλαίσιο της ποιοτικής έρευνας ορίζεται ως εξής: «Συγκεκριμένα παραδείγματα ανθρώπων και των συμπεριφορών τους, στις οποίες οι συμμετέχοντες μπορούν να προσφέρουν σχόλιο ή γνώμη» (Hazel, 1995:2).

Η μέθοδος βινιέτα περιλαμβάνει την παρουσίαση στους συμμετέχοντες ενός υποθετικού σεναρίου – μία πλήρης ιστορία – με υποθετικούς χαρακτήρες. Η βινιέτα παρέχει πληροφορίες περιεχομένου στους συμμετέχοντες, ώστε να έχουν την κατανόηση του σεναρίου που απεικονίζεται, αλλά θα πρέπει ταυτόχρονα να είναι ασαφής, με τρόπο που οι συμμετέχοντες θα καλούνται να «συμπληρώσουν» τη λεπτομέρεια. Οι συμμετέχοντες ανταποκρίνονται σε μία σειρά από ερωτήσεις ανοιχτού τύπου που σχετίζονται με την ιστορία. Μπορεί να ερωτηθούν για το πώς ένας συγκεκριμένος χαρακτήρας στην ιστορία θα έπρεπε να αντιδράσει ή θα αντιδρούσε σε μια συγκεκριμένη κατάσταση - το οποίο είναι συνήθως ένα ηθικό ή πρακτικό δίλημμα (Braun & Clarke, 2013).

Η τεχνική βινιέτα είναι μία μέθοδος που μπορεί να προκαλέσει τις αντιλήψεις, απόψεις, πεποιθήσεις και συμπεριφορές από τις απαντήσεις ή σχόλια που προκύπτουν από τις ιστορίες που απεικονίζουν σενάρια και καταστάσεις (Barter & Renold, 1999).

Η μέθοδος αυτή επιτρέπει στους ερευνητές να εξετάσουν τις αντιδράσεις των υποκειμένων σε υποθετικά σενάρια (βινιέτες). Μία απάντηση του ερωτώμενου σε μία βινιέτα μπορεί κάλλιστα να έχει κάποια προβλεπτική ικανότητα σε σχέση με το πώς θα συμπεριφέρονταν αν επρόκειτο να αντιμετωπίσει στη συνέχεια μια παρόμοια περίπτωση «στην πραγματική ζωή» (Jenkins et al., 2010).

Τα πλεονεκτήματα της τεχνικής βινιέτας σχετίζονται με τη δυνατότητα της μεθόδου να διερευνήσουν έννοιες και ερμηνείες που δεν είναι εύκολα προσβάσιμες μέσω άλλων μεθόδων, όπως για παράδειγμα η διερεύνηση γενικών και δυσπρόσιτων στάσεων και πεποιθήσεων ή η έρευνα που αφορά ευαίσθητα θέματα (Barter & Renold, 1999), καθώς απαντώντας σε ένα υποθετικό σενάριο είναι λιγότερο «απειλητικό» από το να ζητηθούν άμεσα η περιγραφή των εμπειριών και των απόψεων (Braun & Clarke, 2013). Ο όρος ευαίσθητο ζήτημα περιλαμβάνει σχεδόν όλο το φάσμα των κοινωνικών ζητημάτων που δυνητικά έχουν συνέπειες για όσους συμμετέχουν σε αυτήν ή που είναι δυνατόν να επιφέρει ευρύτερες κοινωνικές συνέπειες (Sieber & Stanley, αναφέρεται στην Καλλινικάκη, 2010). Η αξιολόγηση συγκαταλέγεται στην συγκεκριμένη κατηγορία, καθόσον πολλοί επαγγελματίες, συμπεριλαμβανομένου και των κοινωνικών λειτουργών, έχουν ταυτίσει τον έλεγχο και την αξιολόγηση με συναισθήματα φόβου και με πιθανές διώξεις σε περίπτωση μη

καθολικής επίτευξης των στόχων των υπηρεσιών. Οπότε, αμφισβητείται και η λειτουργία της αξιολόγησης με αυτόν τον τρόπο, με αποτέλεσμα να μην μιλάνε εύκολα για αυτά τα ζητήματα (Σταθόπουλος, 2012).

Έτσι, δικαιολογείται και η αξιολόγηση με τη μέθοδο της βινιέτας δεδομένου ότι έμμεσα με αυτόν τον τρόπο, δηλαδή από τις απαντήσεις που δίνονται από τον κοινωνικό λειτουργό, διαφαίνεται το τι σκέφτεται, πως το αντιλαμβάνεται, το τι πιστεύει, ποια είναι η στάση του για την αντιμετώπιση αυτού του περιστατικού. Άρα, λαμβάνοντας το γεγονός ότι το ζήτημα αυτό περιλαμβάνεται στη «σφαίρα του κοινοτικού», και ότι ένας από τους στόχους της αξιολόγησης είναι να αναζητηθούν οι αναγκαίες στρατηγικές για την αντιμετώπιση των εμποδίων που συναντούν οι επαγγελματίες, όταν καλούνται να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (Καλλινικάκη, 2010), επαληθεύεται η άποψη ότι η αξιολόγηση είναι ένα ευαίσθητο ζήτημα και ισχυροποιείται η σημαντικότητα της χρήσης της βινιέτας.

Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε το πρότυπο βινιέτας της μελέτης “Home Care across Europe. Current structure and future challenges”. Η μελέτη αυτή, είναι το αποτέλεσμα του Προγράμματος EURHOMAP (Mapping Professional Home Care in Europe), μελέτη που διεξήχθη από το 2008 έως το 2010. Το έργο αναπτύχθηκε και συντονίστηκε από το Ολλανδικό Ινστιτούτο Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας, σε συνεργασία με άλλους ερευνητές στις εκάστοτε Ευρωπαϊκές χώρες. Το Πρόγραμμα EURHOMAP έχει αναπτυχθεί για να αξιολογήσει τις πτυχές του τομέα της κατ’ οίκον φροντίδας σε 31 Ευρωπαϊκές χώρες. Επίσης, παρέχει συγκρίσιμες περιγραφικές πληροφορίες σχετικά με πολλές πτυχές της οργάνωσης, της χρηματοδότησης και παροχής κατ’ οίκον φροντίδας σε όλη την Ευρώπη (Genet et al., 2012).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί, πως οι ερωτήσεις διαμορφώθηκαν, ώστε να ανταποκρίνονται στο Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας της Ελλάδας, καθώς και να συνάδουν με τους στόχους της συγκεκριμένης μελέτης.

Καθώς το Πρόγραμμα EURHOMAP αποτελεί ένα Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα, είναι διαθέσιμο και ανοιχτό προς όλους και συνεπώς δεν είναι απαραίτητη η χορήγηση άδειας για την χρησιμοποίηση της βινιέτας και των ερωτήσεων της στην παρούσα έρευνα.

4.4.4. Πιλοτική Έρευνα

Δεδομένου ότι το συγκεκριμένο εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το 2008, πριν δηλαδή τις μεταρρυθμίσεις που έγιναν μέσω του Καλλικράτη, έπρεπε να διαμορφωθούν ορισμένες από τις ερωτήσεις και να προσαρμοστούν στο τρέχον Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας της Ελλάδας και να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας.

Η λειτουργικότητα του ερευνητικού εργαλείου δοκιμάστηκε μέσω πιλοτικής εφαρμογής σε μικρό αριθμό επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών, οι οποίοι είχαν εμπειρία από το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Στόχος της πιλοτικής εφαρμογής ήταν να αντληθούν εμπειρίες και συμπεράσματα που θα βοηθούσαν στην αποτελεσματικότερη εφαρμογή της κυρίως έρευνας. Με αυτόν τον τρόπο εξετάστηκε η δομή του, ο βαθμός κατανόησης και αποδοχής, η ύπαρξη ενδεχόμενων δυσκολιών που μπορεί να υπάρχουν κατά τη συμπλήρωσή του, αλλά και, σαφώς, η αξιοπιστία του.

Στο δοκιμαστικό στάδιο είναι αναγκαίο να εξακριβωθεί εάν:

- οι χρησιμοποιούμενοι όροι γίνονται εύκολα αντιληπτοί,
- η σειρά των ερωτήσεων δεν προκαλεί τάσεις πιθανής διαστρέβλωσης,
- ο τρόπος της διατύπωσης των ερωτήσεων επιτρέπει την συλλογή των επιθυμητών στοιχείων,
- το ερωτηματολόγιο δεν είναι ιδιαίτερα εκτενές προκαλώντας την αδιαφορία ή τον εκνευρισμό των ερωτώμενων (Javeau, 2000).

Υπήρξε πλήρης ενημέρωση στους ερωτηθέντες σχετικά με τον σκοπό της έρευνας και τους ζητήθηκε να καταθέσουν τις δικές τους απόψεις και παρατηρήσεις όσον αφορά τη διατύπωση και τη συνολική διάρθρωση των ερωτήσεων, συμβάλλοντας αποτελεσματικά στην τελική μορφή του. Πράγματι, ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες επεξήγηση σε κάποιες από τις ερωτήσεις και προτάθηκε να διαμορφωθούν, έτσι ώστε να γίνεται πιο κατανοητό το ζητούμενο της ερώτησης. Ένα εξίσου σημαντικό συμπέρασμα που αναδύθηκε έπειτα από τη δοκιμαστική έρευνα, ήταν ότι θα έπρεπε η ομάδα να οργανώσει την ερευνητική της στρατηγική με τέτοιο τρόπο που να προετοιμάζει τον συμμετέχοντα για τον σκοπό της έρευνας και να τον απενεχοποιεί από την αντίληψη ότι εκείνος αξιολογείται μέσα από αυτή τη διαδικασία και ενδεχομένως να υπάρξει αντίκτυπος στην επαγγελματική του πορεία. Ως

τελευταία παρατήρηση και άξια διόρθωσης αποτέλεσε το γεγονός ότι είναι απαραίτητο ο ερευνητής στην κύρια έρευνα να διασαφηνίσει ότι οι απαντήσεις θα πρέπει να δοθούν με γνώμονα όχι αν τελικά μπορεί το Πρόγραμμα να καλύψει τις ανάγκες του συγκεκριμένου κυρίου, αλλά αντιθέτως αν υπάρχει η δυνατότητα ως αρμόδιοι κοινωνικοί λειτουργοί (ή άλλοι πάροχοι κοινωνικής φροντίδας) να σκεφτούν το ρόλο τους και τη θέση τους απέναντι σε ένα τέτοιο περιστατικό.

4.4.5. Προετοιμασία Πεδίου

Στο τρέχον στάδιο της έρευνας, επιχειρείται η λεπτομερής ανάλυση της διαδικασίας με την οποία ενημερώθηκαν αρχικά οι Προϊστάμενοι του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» των τριών Δήμων και στη συνέχεια οι υπεύθυνοι της κάθε δομής για την μελέτη διερεύνησης των στάσεων και αντιλήψεων των κοινωνικών λειτουργών σχετικά με την προσέγγιση και αντιμετώπιση των υποθέσεών τους. Επίσης, γίνεται αναφορά και στον τρόπο με τον οποίο μοιράστηκαν και συγκεντρώθηκαν οι βινιέτες συμπληρωμένες από τους επαγγελματίες.

Ειδικότερα, η ερευνητική ομάδα είχε μία προσωπική συνάντηση με τον/την Προϊστάμενο του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», έτσι ώστε να δοθεί το σχετικό έγγραφο της έγκρισης εκπόνησης Πτυχιακής Εργασίας από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, το οποίο αποδεικνύει πως η παρούσα έρευνα αποτελεί μέρος Πτυχιακής Εργασίας και νομιμοποιεί την παρουσία των μελών της ερευνητικής ομάδας στις δομές του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Εκτός αυτού, δόθηκε επίσης το ενημερωτικό έντυπο, ώστε να γίνει γνωστό και στον/στην Προϊστάμενο ο σκοπός καθώς και η διαδικασία της έρευνας που θα κληθούν οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί να συμμετάσχουν. Μ' αυτόν τον τρόπο, χορηγήθηκε η απαραίτητη άδεια, προκειμένου η ομάδα να έρθει σε επαφή με τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Στη συνέχεια, τα μέλη της ερευνητικής ομάδας, έπειτα από τηλεφωνική επικοινωνία, ήρθαν σε επαφή δια ζώσης με τους υπεύθυνους κοινωνικούς λειτουργούς του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» σε καθεμία από τις δομές όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Σκοπός της πρώτης επικοινωνίας ήταν αρχικά η σύσταση του μέλους της ερευνητικής ομάδας και στη συνέχεια η πλήρης και λεπτομερής ενημέρωση των υπεύθυνων των κάθε δομών για την πραγματοποίηση και το σκοπό της έρευνας. Έπειτα από την συμφωνία των επαγγελματιών για την

συμμετοχή τους στην έρευνα, δόθηκαν τα απαραίτητα έγγραφα (το ενημερωτικό έγγραφο, το έντυπο συμμετοχής και το σκίτσο της βινιέτας), ώστε να εξασφαλιστεί η συγκατάθεση των επαγγελματιών για την συμμετοχή τους στην έρευνα. Τονίστηκε στους επαγγελματίες ότι σε καμία περίπτωση δεν θα παραβιαστεί η προστασία των προσωπικών δεδομένων τους. Εν συνεχεία, έγινε μία λεπτομερής ανάλυση της μεθόδου βινιέτας, το εργαλείο της έρευνας, και αφιερώθηκε ο απαραίτητος χρόνος ώστε να απαντηθούν τυχόν ερωτήσεις που προέκυψαν από τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς.

Έπειτα, από κάθε επαγγελματία κοινωνικής φροντίδας ζητήθηκε να απαντηθεί το σκίτσο της βινιέτας με τις σχετικές ερωτήσεις και στη συνέχεια να αποσταλεί στα μέλη της ερευνητικής ομάδας μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail). Η ερευνητική ομάδα επέλεξε το συγκεκριμένο τρόπο συμπλήρωσης και απέρριψε εκείνον της συνέντευξης, καθώς η αξιολόγηση κατατάσσεται στα ευαίσθητα ζητήματα και ενδέχεται ο κοινωνικός επιστήμονας να αισθανθεί άβολα ή να θέλει περαιτέρω χρόνο για τη συμπλήρωσή του, έπειτα από τον προβληματισμό των ερωτημάτων. Είναι σημαντικό σ' αυτό το σημείο να αναφερθεί, ότι στους επαγγελματίες δόθηκε χρονικό όριο αποστολής της βινιέτας εντός μίας εβδομάδας, ώστε να συγκεντρώσει η ερευνητική ομάδα τις βινιέτες όλων των δομών και να προβεί στην ανάλυση των αποτελεσμάτων. Επίσης, οι επαγγελματίες κοινωνικής φροντίδας ενημερώθηκαν πως ίσως τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα επικοινωνήσουν ξανά μαζί τους σε περίπτωση που χρειαστεί κάποια επεξήγηση στις απαντήσεις τους ή στοιχεία που είναι σημαντικά για την έρευνα και δεν αναγράφονται.

4.4.6. Μεθοδολογία Ανάλυσης Δεδομένων

Η μέθοδος ανάλυσης που εφαρμόστηκε από την ερευνητική ομάδα είναι αυτή της περιγραφικής ανάλυσης περιεχομένου (content analysis). Αιτία της επιλογής αυτής της μεθόδου αφορά στην καταλληλότητά του. Βασικός της στόχος είναι, με βάση τον Ιωσηφίδη (2003), να αναδειχθεί το νόημα της υπό διερεύνησης μελέτης που οι ίδιοι οι συμμετέχοντες της προσδίδουν. Είναι μια μέθοδος εντοπισμού, περιγραφής, αναφοράς και «θεματοποίησης» επαναλαμβανόμενων νοηματικών μοτίβων, δηλαδή «θεμάτων» τα οποία προκύπτουν από τα ερευνητικά δεδομένα, και αποτελεί

βασικό εργαλείο για όλους τους ερευνητές που ασχολούνται με την ποιοτική έρευνα (Braun & Clark, 2006· Holloway & Tondres, 2003· Roulston, 2001 αναφέρεται στους Ίσαρη & Πουρκός, 2015).

Επιπλέον, ο ερευνητής στοχεύει στο να κατανοήσει τις διαδικασίες παραγωγής και αναπαραγωγής υποκειμενικών νοημάτων από τους συμμετέχοντες στην έρευνα και να μην σταθεί τόσο στις δικές του ερμηνείες. Σε πρώτο στάδιο, είναι σημαντικό η ερευνητική ομάδα να μελετήσει διεξοδικά και κατ' επανάληψη τις απαντήσεις από τα ερωτηματολόγια του σκίτσου και έπειτα να εντοπίσει και να επικεντρωθεί στις ληφθείσες πληροφορίες που σχετίζονται με τους υπό μελέτη θεματικούς άξονες. Έπειτα, να προβεί στην ερμηνεία και σύγκριση των δεδομένων, στη δημιουργία κατηγοριών και παρουσίασή τους ανά θεματικό άξονα και παράλληλα στην ομαδοποίηση που θα αφορά τις κοινές μεταξύ τους απόψεις (Βάμβουκας, 2002).

4.5. Εκτίμηση Δυσκολιών της Έρευνας

Μία από τις δυσκολίες που προέκυψαν κατά την διάρκεια της έρευνας ήταν η καθυστέρηση επιστροφής, προς την ερευνητική ομάδα, του σκίτσου από τους επαγγελματίες κοινωνικής φροντίδας. Παρά το γεγονός πως η ερευνητική ομάδα κατέστησε κατανοητό στους επαγγελματίες τη σημαντικότητα της παράδοσης του σκίτσου εντός του χρονικού ορίου μίας εβδομάδας, οι ίδιοι, λόγω του φόρτου εργασίας τους και του περιορισμένου διαθέσιμου χρόνου τους, δεν τήρησαν αυτό το χρονικό όριο με αποτέλεσμα την μη έγκαιρη επιστροφή του σκίτσου και κατά συνέπεια την καθυστέρηση της πορείας της έρευνας.

Τέλος, όσον αφορά την πρόσβαση της ερευνητικής ομάδας στον/στην Προϊστάμενο των δομών «Βοήθεια στο Σπίτι», αλλά και στους ίδιους τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς, υπήρξαν κάποιες δυσκολίες. Ειδικότερα, οι Προϊστάμενοι των δομών «Βοήθεια στο Σπίτι» λόγω του φόρτου εργασίας τους δεν είχαν τον απαιτούμενο διαθέσιμο χρόνο, ώστε να διασυνδέσουν την ερευνητική ομάδα με την κάθε δομή. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα στις περισσότερες δομές να υπάρξει καθυστέρηση στην συνάντηση με τους υπεύθυνους κοινωνικούς λειτουργούς λόγω της απουσίας τους από το γραφείο τους, καθώς πραγματοποιούν τις επισκέψεις στα σπίτια των εξυπηρετούμενων.

4.6. Περιορισμοί της Έρευνας

Ένας περιορισμός αποτέλεσε το γεγονός πως έπειτα από την συμπλήρωση των σκίτσων από τους κοινωνικούς επαγγελματίες, δεν υπήρξε κάποια ανατροφοδότηση σχετικά με την συμμετοχή τους έρευνα, καθώς οι ίδιοι δεν διέθεταν τον απαραίτητο χρόνο. Συνεπώς, στην ανάλυση των αποτελεσμάτων η ομάδα δεν ήταν σε θέση να λάβει υπόψιν εξ' ολοκλήρου την αντίληψη των επαγγελματιών που σχημάτισαν το συγκεκριμένο σκίτσο που δόθηκε.

Η ερευνητική ομάδα, λαμβάνοντας υπόψη ότι η διαδικασία της αξιολόγησης συγκαταλέγεται στα ευαίσθητα θέματα θεώρησε σωστό να αφιερωθεί ορισμένος χρόνος στους επαγγελματίες να μελετήσουν το σκίτσο, να το συμπληρώσουν μόνοι τους και έπειτα να ληφθεί η απαραίτητη ανατροφοδότηση. Συνέπεια αυτού σε συνδυασμό με τη δικαιολογημένη απειρία της ερευνητικής ομάδας, ήταν να μην εστιάσει στην παρακίνηση των ερωτηθέντων όσον αφορά τις ανοιχτές ερωτήσεις του σκίτσου, δηλαδή στην προτροπή των επαγγελματιών να θεωρήσουν ως ένα εν δυνάμει το περιστατικό που περιγράφεται στο σκίτσο, με αποτέλεσμα αρκετές από τις απαντήσεις των κοινωνικών επαγγελματιών να είναι μονολεκτικά απαντημένες ή να έχουν σύντομη ανάπτυξη ή να μην απαντηθούν και καθόλου. Επίσης, η ύπαρξη περιεκτικών απαντήσεων ή εκείνων που δεν απαντήθηκαν ήταν αποτέλεσμα του περιορισμένου χρόνου των επαγγελματιών να συμπληρώσουν το σκίτσο.

Επίσης, στην ποιοτική έρευνα, οι συμμετέχοντες συνήθως καλούνται να απαντήσουν σε μια συγκεκριμένη κατάσταση αναφέροντας τι θα κάνουν, ή πώς φαντάζονται ένα τρίτο πρόσωπο θα αντιδράσει σε ορισμένες καταστάσεις ή γεγονότα, όπου συχνά συνεπάγεται κάποια μορφή ηθικού διλήμματος. Ωστόσο, ρωτώντας τι οφείλει ένα τρίτο άτομο να κάνει σε μια δεδομένη κατάσταση, δεν είναι το ίδιο πράγμα ρωτώντας τους συμμετέχοντες τι πιστεύουν οι ίδιοι ότι πρέπει να κάνουν (Barter & Renold, 1999). Σύμφωνα μ' αυτόν τον περιορισμό της μεθόδου της βινιέτας, υπάρχει ο κίνδυνος οι ερωτώμενοι να μην έχουν αποκριθεί στο σκίτσο, όπως πραγματικά οι ίδιοι θα αντιμετώπιζαν μία παρόμοια κατάσταση.

Συνεπώς, υπήρξαν κάποιοι περιορισμοί στα αποτελέσματα της έρευνας όσον αφορά τα νοήματα που δόθηκαν σχετικά με τη στάση και αντίληψη των επαγγελματιών και επομένως στην έμμεση αξιολόγηση των υπηρεσιών σε κάποια

σημεία. Παρ' όλα αυτά, η ερευνητική ομάδα θα πρέπει να λάβει υπόψη τις αναπάντητες ερωτήσεις και να προβληματιστεί για τους λόγους τους οποίους ο κοινωνικός επιστήμονας δυσκολεύτηκε να απαντήσει.

4.7. Ηθικά Ζητήματα

Η ηθική είναι ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση της έρευνας στο χώρο της υγείας. Σημαντική διάσταση της ηθικής στην έρευνα είναι η αύξηση των πιθανοτήτων να αποφευχθούν επιβλαβείς ή επικίνδυνες για την ζωή των υποκειμένων συνθήκες (Παπανικολάου, 2007).

Για την πραγματοποίηση και διεξαγωγή της έρευνας απαραίτητη προϋπόθεση αποτελούσε η συναίνεση των συμμετεχόντων στην μελέτη. Από τα πρώτα βήματα της έρευνας εξασφαλίστηκε η συγκατάθεση των επαγγελματιών στους οποίους υλοποιήθηκε η έρευνα. Η συμμετοχή των υποκειμένων ήταν εθελοντική, συνεπώς υπήρχε η δυνατότητα ο συμμετέχων να αποσυρθεί από τη διαδικασία χωρίς να υποστεί συνέπειες, όπως επίσης και τα δικαιώματά τους διαφυλάχθηκαν καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας. Η συνειδητή συμμετοχή επιτεύχθηκε από την δημιουργία ενός εντύπου συμμετοχής (Παράρτημα II), το οποίο διαβεβαιώνει πως ο επαγγελματίας συμμετέχει με δική του ευθύνη στην έρευνα. Επίσης, «προκειμένου να διασφαλιστεί η συγκατάθεση του μετέχοντα, ο ερευνητής αναλύει με σαφήνεια το λόγο για τον οποίο πραγματοποιείται η συνάντηση και τον πληροφορεί για το ενδιαφέρον του να διεξαγάγει τη συγκεκριμένη μελέτη καθώς και για τον στόχο της» (Καλλινικάκη, 2010:108).

Παρ' όλα αυτά, η ερευνητική ομάδα οφείλει να προσαρμοστεί στα δεδομένα του Προγράμματος του ερωτώμενου. Έτσι, οι συναντήσεις πρέπει να γίνονται με την συγκατάθεση των ερωτώμενων, στα μέρη και τις ώρες που εκείνους διευκολύνει. Πέρα και πριν από αυτό τον «άγραφο» δεοντολογικό κανόνα, η ερευνητική ομάδα οφείλει να συστήνεται και να προσδιορίζει το σκοπό της έρευνας - ακόμα κι αν έχει την παραπάνω συστατική επιστολή (Παρασκευοπούλου - Κόλλια, 2008).

Επίσης, προκείμενου η έρευνά μας να έχει ηθική υπόσταση, είναι πολύ σημαντική η προστασία των προσωπικών δεδομένων των επαγγελματιών. Με σκοπό να διαφυλαχθούν τα προσωπικά στοιχεία, όλες οι διαδικασίες της συλλογής, ανάλυσης καθώς και της δημοσίευσης των στοιχείων προστατεύονται από αυστηρή

τήρηση της ανωνυμίας εφόσον δεν αναγράφονται πουθενά τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων και ούτε πρόκειται να διαρρεύσουν από την ερευνητική ομάδα, αλλά χρησιμοποιήθηκαν ψευδώνυμα τόσο στους Δήμους όσο και στους συμμετέχοντες. Μέσω ενός ενημερωτικού σημειώματος (Παράρτημα Ι), οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας, τη διαβεβαίωση τήρησης της ανωνυμίας και εχεμύθειας καθώς και την χρησιμοποίηση των στοιχείων αποκλειστικά και μόνο για την εκπόνηση της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας από τη βινιέτα που χρησιμοποιήθηκε. Περιληπτικά, η συγκεκριμένη βινιέτα αφορά την περίπτωση ενός ηλικιωμένου άνδρα, του οποίου έχει διαγνωστεί καρκίνος στο στομάχι, έχει υποστεί χημειοθεραπεία για μείωση του όγκου και, καθώς γνωρίζει ότι έχει ορισμένο χρόνο ζωής, αποφάσισε να παραμένει πλέον στην οικία του. Διακατέχεται από πολλές ανάγκες σωματικές και συναισθηματικές, ενώ η συναισθηματική επιβάρυνση της συζύγου του είναι αισθητή ([Παράρτημα III](#)). Τα αποτελέσματα από το σενάριο δείχνουν μία γενική τάση των στάσεων και των αντιλήψεων των κοινωνικών επαγγελματιών των Δήμων Αθηναίων, Αμυνταίου και Χανίων σχετικά με την αξιολόγηση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

5.1. Περιγραφή των Υπηρεσιών και του δείγματος

Δομή	Περιοχή	Χρονολογία έναρξης λειτουργίας	Προσωπικό Προγράμματος	Άτομα που εξυπηρετεί	Ειδικότητα Κοινωνικού Επιστήμονα	Χρόνια εργαστηριακής εμπειρίας από το Πρόγραμμα
A1	Αγροτουριστική -Αστική	2002	-Κοινωνικός Λειτουργός -Νοσηλεύτης -Οικογενειακός Βοηθός -Ιατρός (ως εξωτερικός συνεργάτης) με σύμβαση ορισμένου χρόνου-αν προκύψει επίσκεψη επιβαρύνεται ο εξυπηρετούμενος	78	Κοινωνικός Λειτουργός	13
A2	Αγροτουριστική -Αστική	2000	-Κοινωνικός Λειτουργός -Νοσηλεύτης -Οικογενειακός Βοηθός -Ιατρός (ως εξωτερικός	82	Κοινωνικός Λειτουργός	16

			συνεργάτης) με σύμβαση ορισμένου χρόνου-αν προκύψει επίσκεψη επιβαρύνεται ο εξυπηρετούμενος			
A3	Αγροτουριστική -Αστική	2002	-Κοινωνικός Λειτουργός -Νοσηλεύτης -Οικογενειακός Βοηθός -Ιατρός (ως εξωτερικός συνεργάτης) με σύμβαση ορισμένου χρόνου-αν προκύψει επίσκεψη επιβαρύνεται ο εξυπηρετούμενος	70	Κοινωνικός Λειτουργός	14
A4	Αγροτουριστική -Αστική	2003	-Κοινωνικός Λειτουργός -Νοσηλεύτης -Οικογενειακός Βοηθός -Ιατρός (ως εξωτερικός συνεργάτης) με σύμβαση ορισμένου χρόνου-αν προκύψει επίσκεψη επιβαρύνεται ο εξυπηρετούμενος	135	Κοινωνικός Λειτουργός	13
A5	Αγροτουριστική -Αστική	2003	-Κοινωνικός Λειτουργός -Νοσηλεύτης -Οικογενειακός Βοηθός -Ιατρός (ως εξωτερικός συνεργάτης) με σύμβαση ορισμένου χρόνου-αν προκύψει επίσκεψη επιβαρύνεται ο εξυπηρετούμενος	110	Κοινωνικός Λειτουργός	13
A6	Αγροτουριστική	2003	-Κοινωνικός Λειτουργός	130	Κοινωνικός	13

	-Αστική		-Νοσηλευτής -Οικογενειακός Βοηθός -Ιατρός (ως εξωτερικός συνεργάτης) με σύμβαση ορισμένου χρόνου-αν προκύψει επίσκεψη επιβαρύνεται ο εξυπηρετούμενος		Λειτουργός- Ψυχολόγος	
B1	Αγροτική	2003	-Κοινωνιολόγος -Νοσηλευτής	60	Κοινωνιολόγ ος	5
B2	Αγροτική	2005	-Ψυχολόγος -Νοσηλευτής	69	Ψυχολόγος	11
B3	Αγροτική	2003	-Κοινωνικός Λειτουργός -Νοσηλευτής -Οικογενειακός Βοηθός	49	Κοινωνικός Λειτουργός	13
B4	Αγροτική	2003	-Κοινωνικός Λειτουργός -Νοσηλευτής -Οικογενειακός Βοηθός	45	Κοινωνικός Λειτουργός	8
Γ1	Αστική	1998	-Κοινωνικός Λειτουργός -Νοσηλευτής	25	Κοινωνικός Λειτουργός	18
Γ2	Αστική	2003	-Κοινωνικός Λειτουργός -Νοσηλευτής -Οικογενειακός Βοηθός	32	Κοινωνικός Λειτουργός	12
Γ3	Αστική	1998	-Κοινωνικός Λειτουργός -Νοσηλευτής -Οικογενειακός Βοηθός	40	Κοινωνικός Λειτουργός	18
Γ4	Αστική	2003	-Κοινωνικός Λειτουργός -Νοσηλευτής -Οικογενειακός Βοηθός	35	Κοινωνικός Λειτουργός	13
Γ5	Αστική	2003	-Κοινωνικός Λειτουργός -Νοσηλευτής -Οικογενειακός Βοηθός	30	Κοινωνικός Λειτουργός	13
Γ6	Αστική	2003	-Κοινωνιολόγος	30	Κοινωνιολόγ	13

			-Νοσηλευτής -Οικογενειακός Βοηθός		ος	
Γ7	Αστική	2001	-Κοινωνικός Λειτουργός -Οικογενειακός Βοηθός	34	Κοινωνικός Λειτουργός	8

5.2. Υπηρεσίες παροχής φροντίδας και στους δύο συζύγους

Ο δεύτερος θεματικός άξονας είχε σκοπό να συλλέξει πληροφορίες που σχετίζονται με την αντίληψη που έχει ο κάθε κοινωνικός επιστήμονας στη διαδικασία εκτίμησης του συγκεκριμένου περιστατικού. Δηλαδή, σε αυτόν τον άξονα περιγράφονται οι ανάγκες, οι οποίες θα πρέπει να καλυφθούν στην συγκεκριμένη περίπτωση, προκειμένου να προβεί ο εκάστοτε επαγγελματίας σε συγκεκριμένες δράσεις για την κάλυψή τους.

Φροντίδα σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο

Στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας, η πλειοψηφία των επαγγελματιών αναφέρθηκαν κυρίως στις υπηρεσίες που αφορούν την συμβουλευτική και συναισθηματική υποστήριξη στον εξυπηρετούμενο ή και στη σύζυγό του. Διαφαίνεται δηλαδή να υπάρχει η κοινή αντίληψη, ότι ο συγκεκριμένος ηλικιωμένος και η γυναίκα του χρήζουν ψυχοσυναισθηματικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Έτσι, διαφαίνεται ίσως και η αντίληψή τους ότι η κάλυψη της συγκεκριμένης ανάγκης είναι απαραίτητη για την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους ενισχύοντας έτσι με αυτόν τον τρόπο και την ποιότητα των υπηρεσιών τους εφόσον έχουν επιτύχει και έναν από τους στόχους του Προγράμματος.

«...Την άσκηση συμβουλευτικής ψυχοσυναισθηματικής στήριξης τόσο στον εξυπηρετούμενο όσο και στη σύζυγο του» (A6),

«...ο άνδρας αυτός χρήζει ψυχολογικής υποστήριξης. Οι αλλαγές στην διάθεσή του δεν πρόκειται να υποχωρήσουν ή έστω να βελτιωθούν αν δεν συνειδητοποιήσει ή/και αποδεχτεί την κατάσταση της υγείας του» (B2).

Παροχή πληροφόρησης για τα δικαιώματά τους

Παράλληλα, πολλοί από τους ερωτώμενους από κάθε Δήμο εκτιμούν ότι θα πρέπει να παραχθεί η σχετική πληροφόρηση για τα δικαιώματα που έχει αυτή τη στιγμή ο συγκεκριμένος ηλικιωμένος, για τα παρεχόμενα επιδόματα που μπορούν να χορηγηθούν σε αυτόν από το Κράτος ή από το Ασφαλιστικό του ταμείο. Θα μπορούσε κανείς να υποθέσει πως η συγκεκριμένη αντίληψη ίσως σκιαγραφεί και την καλή γνώση του περιβάλλοντος και της λειτουργίας του «Βοήθεια στο Σπίτι» που έχουν οι επαγγελματίες δεδομένου μάλιστα ότι όλοι οι επαγγελματίες είναι πάνω από δεκαετία εργαζόμενοι στο Πρόγραμμα.

«Ενημέρωση του περιβάλλοντος για τις κρατικές παροχές» (A1),

«Ο κοινωνικός επιστήμονας θα αναλάβει την ενημέρωση του πάσχοντος για παροχές που τυχόν δικαιούται από το ταμείο του» (B1),

«Ενημέρωση για προνοιακά θέματα (π.χ. επίδομα βαριάς αναπηρίας)» (Γ1).

Διαμεσολάβηση & παραπομπή (Συνεργασία)

Είναι σημαντικό να αναφερθεί, πως οι περισσότεροι επαγγελματίες σημειώνουν, ότι θα πρέπει να γίνει σύνδεση με την ευρύτερη Τοπική Κοινότητα. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρθηκαν αφενός στην ανάγκη διασύνδεσης με υπηρεσίες Υγείας - Πρόνοιας και άλλες που καλύπτουν ανάγκες ηλικιωμένων, όπως για παράδειγμα οι Ασφαλιστικοί φορείς, αφετέρου δε στην ανάγκη συστηματοποίησης του δικτύου υπηρεσιών του Δήμου, για την κοινωνική φροντίδα του ηλικιωμένου και στη σύνδεση με τις αντίστοιχες υπηρεσίες της ευρύτερης κοινότητας. Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, διακρίνεται ίσως η αντίληψη των κοινωνικών επαγγελματιών, πως το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι αναγκαίο να αναπτύξει συνεργασία με εξωτερικούς φορείς της Τοπικής Κοινότητας, ώστε να είναι σε θέση να καλύψει τις ανάγκες των ατόμων που εξυπηρετούνται.

«Ο κοινωνικός επιστήμονας» ... «θα έρθει σε επαφή και με άλλους φορείς ούτως ώστε να “ανακουφίσει” την οικογένεια από περιττές αναζητήσεις σε σχέση με την πάθησή του (σύλλογο καρκινοπαθών, ΚΕ.Π.Α. κ.ά.)...» (B1),

θα γίνει «... συνταγογράφηση των αιτούμενων φαρμάκων και η δυνατόν ανακούφισή του. Επίσης, θα ερχόμασταν σε επαφή με κάποια εταιρεία προώθησης επιθεμάτων και στρωμάτων αέρος εφόσον είναι σχεδόν κλινήρης. Ακόμη και σε αντικατάσταση του υπάρχοντος κρεβατιού...» (B2),

«συνοδεία σε γιατρούς ή νοσοκομεία...» (Γ1).

Διερεύνηση αναγκών για την παροχή φροντίδας

Λίγοι από τους ερωτώμενους έδωσαν έμφαση στη διερεύνηση, καταγραφή και μελέτη των αναγκών των ηλικιωμένων στις δομές. Εδώ ίσως θα μπορούσε να κατατεθεί η υπόθεση που σχετίζεται άμεσα με τον τρόπο και τη διαδικασία της παρέμβασης που διενεργεί ο κάθε κοινωνικός επαγγελματίας ξεχωριστά στη δομή του Δήμου του και ειδικότερα το ρόλο του ως κοινωνικός επιστήμονας, αλλά και σαφώς και στην ικανότητα να διευρύνει τις δράσεις του.

«Τη διερεύνηση και καταγραφή των αναγκών τους» (A6),

«Ο κοινωνικός επιστήμονας θα καταγράψει τις ανάγκες πρωτίστως του ωφελούμενου αλλά και όλης της οικογένειας. Θα δημιουργηθεί καρτέλα του ωφελούμενου όπου και θα φυλάσσετε στο γραφείο της υπηρεσίας» (B1).

Φροντίδα σε νοσηλευτικό επίπεδο

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας φαίνεται να κρίθηκε από όλους τους ερωτώμενους, πλην ενός (ο οποίος δεν απάντησε καθόλου στο συγκεκριμένο ερώτημα), πολύ σημαντική. Η αντίληψη αυτή ίσως οφείλεται στην σοβαρή κατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου, ο οποίος χρήζει άμεσης νοσηλευτικής φροντίδας. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι ελάχιστοι επαγγελματίες κρίνουν ότι θα πρέπει να υπάρξει αγωγή υγείας προς τον φροντιστή του ηλικιωμένου. Το γεγονός ότι η αναφορά στην εκπαίδευση του φροντιστή δεν αναφέρεται από αρκετά μεγάλο δείγμα, ίσως να επιβεβαιώνει την ανάγκη που έχουν θέσει πολλοί, ότι θα πρέπει να υπάρξει περισσότερο προσωπικό που να αντιστοιχεί στον πληθυσμό των εξυπηρετούμενων, αλλά και στην παράταση της ώρας για την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών. Βέβαια, θα μπορούσε να υποτεθεί πως αναδύονται αντιλήψεις σχετικά με τον τρόπο παρέμβασης των συγκεκριμένων επαγγελματιών, οι οποίοι υποστηρίζουν, ότι θα πρέπει να εκπαιδευτεί ο φροντιστής του εξυπηρετούμενου και αυτή η αντίληψή τους ίσως να αποδεικνύει ότι λαμβάνουν υπόψη τους και τις αρχές του Προγράμματος.

«... Πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα 1-2 φορές την εβδομάδα...» (A2),

«Την παραπομπή τους σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων εφόσον χρειαστεί και συνεργασία με τον γενικό ιατρό» (A6),

«...αγωγή υγείας πρόληψης και φροντίδας ως ατομικής υγιεινής και καθαριότητας του ασθενούς» (Γ5).

Οικογενειακή φροντίδα

Πολλοί από τους επαγγελματίες εκτιμούν ότι θα παραχθούν στον ηλικιωμένο άνδρα και στη σύζυγό του υπηρεσίες οικογενειακής, βοηθητικής φροντίδας (ατομική και οικιακή καθαριότητα, κάλυψη καθημερινών αναγκών διαβίωσης κ.ά.). Η οικογενειακή φροντίδα είναι μία από τις βασικές υπηρεσίες που παρέχονται από το Πρόγραμμα γι' αυτό και αναφέρθηκε από τους περισσότερους επαγγελματίες.

Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα από τις απαντήσεις των επαγγελματιών, σχετικά με το ποιες κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας θα πρέπει να παραχθούν σε αυτόν τον κύριο και τη γυναίκα του, υπόψιν των σημερινών κανόνων και κριτηρίων του πλαισίου τους, υπάρχει κοινή εκτίμηση για τα δικαιώματα και τις παροχές που θα πρέπει να λάβουν συμπεριλαμβάνοντας το τρίπτυχο κοινωνική, νοσηλευτική και οικογενειακή φροντίδα.

5.3. Συνεκτίμηση αναγκών μέλους οικογένειας

Ο τρίτος άξονας διερευνά την αντίληψη των κοινωνικών επιστημών η οποία σχετίζεται με το εάν θα συνεκτιμηθούν οι ανάγκες της συζύγου του εξυπηρετούμενου ή όχι.

Συνεκτίμηση αναγκών μέλους οικογένειας

Σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, παρατηρείται μία κοινή αντίληψη από πολλούς επαγγελματίες όλων των δομών του δείγματος ότι θα συνεκτιμηθούν και οι ανάγκες της συζύγου για την παροχή φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα αντίληψη η οποία υποστηρίζει την εκτίμηση των αναγκών της γυναίκας προσεγγίζει την περίπτωση συστημικά, δηλαδή θεωρεί σημαντικό το κομμάτι της διερεύνησης των αναγκών της συζύγου.

«... αυτό που βιώνει δεν είναι εύκολο για την ίδια, φτάνοντας συχνά σε ψυχικό και συναισθηματικό τέλμα. Επίσης, πρέπει σε πρώτη φάση να είναι η ίδια «αρτιμελής»

για να μπορέσει να «προσφέρει» τον εαυτό της και τις «υπηρεσίες» της στον σύζυγό της. Οπότε το ψυχολογικό κομμάτι της γυναίκας θα ήταν κι αυτό ένα βασικό σημείο της παρέμβασής μας» (B2),

«... καθώς είναι ξεχωριστή οντότητα και οι ανάγκες της είναι ζωτικής σημασίας για την καλύτερη και πιο σωστή και ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών» (B4).

Πιθανή πραγματοποίηση εκτίμησης στην πορεία της συνεργασίας

Μία άλλη αντίληψη, η οποία προέκυψε από τον τρίτο άξονα υποστηρίζει, ότι στην πορεία της συνεργασίας εάν προκύψει αναγκαιότητα θα πραγματοποιηθεί εκτίμηση των αναγκών και της συζύγου. Σε αυτό το σημείο μπορεί να παρουσιαστεί η υπόθεση κατά την οποία φαίνεται ο ερωτώμενος να δίνει βαρύτητα στο άτομο και στην κάλυψη άμεσων αναγκών του και δεν προσεγγίζει συστημικά την περίπτωση αυτή, δηλαδή να εκτιμήσει τις ανάγκες της συζύγου για να διερευνήσει τρόπους στήριξης και ενδυνάμωσής της, προκειμένου να μπορέσει η ίδια να βοηθήσει το σύζυγό της.

«εάν και εφόσον χρειαστεί στην πορεία θα εκτιμηθούν οι ανάγκες της γυναίκας ξεχωριστά» (A3).

Συνεκτίμηση αναγκών υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις

Παρατηρείται και μία τρίτη διαφορετική άποψη, η οποία συμφωνεί ότι θα συνεκτιμηθούν οι ανάγκες με την προϋπόθεση, η οποία απαιτούσε την ύπαρξη πιστοποιητικού αναπηρίας της γυναίκας από τα ΚΕ.Π.Α. Η συγκεκριμένη στάση δείχνει ίσως ότι για να εκτιμηθούν οι ανάγκες της συζύγου πρέπει να έχει την πληροφορία ότι εκείνη έχει ένα ποσοστό αναπηρίας, ενώ ίσως αυτή η πληροφορία μπορεί να αναδειχθεί έπειτα από δική του εκτίμηση και παρέμβαση.

«Θα εκτιμηθούν εφόσον είναι ΑΜΕΑ με πιστοποιητικό ΚΕ.Π.Α.» (Γ4).

Με βάση λοιπόν τα τελευταία ευρήματα, είναι εύλογο να υποτεθεί ότι έμμεσα με την απάντηση των ερωτώμενων δίνεται και η αντίληψη που σχετίζεται με τον τρόπο που μπορούν να αντιμετωπίσουν μία κατάσταση.

5.4. Σημαντικότητα ύπαρξης ανεπίσημων φροντιστών στην πραγματοποίηση των υπηρεσιών

Στην ερώτηση που αφορά αν θα ληφθεί υπ' όψιν η δυνατότητα ανεπίσημων φροντιστών (η σύζυγος) στην απόφαση πραγματοποίησης των υπηρεσιών, όλοι οι ερωτώμενοι συμφωνούν και υποστηρίζουν πως η ύπαρξη φροντιστή έχει έναν σημαντικό ρόλο που επηρεάζει τις παροχές που τελικά προσφέρονται στον εξυπηρετούμενο. Από περαιτέρω στοιχεία τα οποία επεξηγούν την συγκεκριμένη ερώτηση, μπορούμε να διακρίνουμε τρεις κυρίαρχες τάσεις οι οποίες αφορούν τον τρόπο με τον οποίο η Κοινωνική Υπηρεσία λαμβάνει υπόψιν τους ανεπίσημους φροντιστές.

Περιορισμός παροχών

Η πρώτη τάση σχετίζεται με τον περιορισμό των παροχών στους εξυπηρετούμενους, οι οποίοι διαμένουν με έναν ανεπίσημο φροντιστή. Η κοινωνική υπηρεσία φαίνεται πως δεν αποφορτίζει πλήρως, έστω και για κάποιες ώρες, τους φροντιστές ώστε να έχουν οι ίδιοι την δυνατότητα να ασχοληθούν με οτιδήποτε άλλο ή να ξεκουραστούν. Μπορεί να λεχθεί, πως πιθανόν η υπηρεσία αναπτύσσει κάποιου είδους συνεργασία με τους ανεπίσημους φροντιστές όσον αφορά την παροχή φροντίδας στους εξυπηρετούμενους του Προγράμματος ,αλλά αυτό δεν σημαίνει και απαραίτητα πως οι φροντιστές δέχονται βοήθεια σε καθημερινές υποχρεώσεις του σπιτιού (π.χ. καθαριότητα σπιτιού, παρασκευή φαγητού κτλ.) όπου σε κάποιες περιπτώσεις ίσως να δρα και ανακουφιστικά προς τους φροντιστές λόγω των πολλών υποχρεώσεων που ενδεχομένως έχουν από την φροντίδα του ηλικιωμένου ατόμου. Συνεπάγεται, ίσως λοιπόν, πως η αντίληψη η οποία επικρατεί είναι πως εφόσον υπάρχει ανεπίσημος φροντιστής, ο τελευταίος δεν θα απαλλαγθεί από τις καθημερινές οικιακές εργασίες τις μέρες τις οποίες το Πρόγραμμα παρέχει τις υπηρεσίες του στον εξυπηρετούμενο. Αντίθετα, αυτό λαμβάνεται ως ένα θετικό στοιχείο καθώς θα μειωθούν οι ώρες από τις παροχές του Προγράμματος και θα αφιερωθούν περισσότερες ώρες σε άτομα τα οποία δεν διαμένουν με κάποιον φροντιστή.

«π.χ. δεν χρειάζεται βοήθεια στην καθαριότητα οικείας, δε χρειάζεται βοήθεια στην παρασκευή φαγητού ούτε στα ψώνια του σπιτιού κ.ά., άρα όταν υπάρχει ανεπίσημος φροντιστής οι παροχές του ΒσΣ είναι διαφορετική από αυτόν που δεν έχει

φροντιστή» (A2),

«Όταν ένα άτομο ζει μόνο του λαμβάνει όλες τις υπηρεσίες που προσφέρει το ΒσΣ. Όταν έχει ανεπίσημους φροντιστές οι υπηρεσίες περιορίζονται π.χ. σε θέματα καθαριότητας, φαγητού κ.λπ.» (A3),

«Από τη στιγμή που υπάρχει η σύζυγος- φροντιστής θα μειωθούν οι ώρες παροχής βοήθειας π.χ. της οικογενειακής βοηθού ή του νοσηλευτή –τριας, για να δοθούν σε περιστατικά που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη» (Γ1).

Ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ Κοινωνικής Υπηρεσίας και φροντιστή

Η δεύτερη τάση περιγράφει πως το προσωπικό του Προγράμματος συνεργάζεται με τον φροντιστή, έτσι ώστε να εξυπηρετηθεί και να βοηθηθεί τόσο ο ηλικιωμένος εξυπηρετούμενος όσο και ο ίδιος ο φροντιστής. Εδώ διαφαίνεται πως ο ανεπίσημος φροντιστής θα διευκολυνθεί από τις παροχές του Προγράμματος, αλλά δεν αντικαθίσταται ο ρόλος του. Αυτό σημαίνει πως το προσωπικό του Προγράμματος βοηθάει τον φροντιστή ώστε να αντεπεξέλθει στις καθημερινές υποχρεώσεις για την φροντίδα του εξυπηρετούμενου. Δηλαδή, το προσωπικό του Προγράμματος παρέχει τις υπηρεσίες του και ο φροντιστής συμμετέχει τόσο στην φροντίδα του ηλικιωμένου όσο και στις οικιακές εργασίες.

«Διότι σκοπός του Προγράμματος ΒσΣ αποτελεί να παρέμβει και να διευκολύνει το έργο του φροντιστή (συζύγου), αλλά όχι να το αντικαθιστά» (A6),

«Από τη στιγμή που υπάρχει φροντιστής, έστω και ανεπίσημος, βαρύνεται με κάποιες υποχρεώσεις. Το «Βοήθεια στο Σπίτι» έρχεται να δράσει συμπληρωματικά και υποστηρικτικά κι όχι υποκαθιστώντας» (B2),

«... θα βοηθάει π.χ. στο μπάνιο σε συνεργασία με τη νοσοκόμα, στις δουλειές του σπιτιού, θα παρέχει όσο μπορεί ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή» (Γ3).

Εκπαίδευση φροντιστών

Επίσης, μία τρίτη τάση που παρατηρείται είναι πως οι επαγγελματίες του Προγράμματος αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των φροντιστών. Ο ανεπίσημος φροντιστής είναι το άτομο, το οποίο κατά κύριο λόγο έχει την καθημερινή φροντίδα του ηλικιωμένου γι' αυτό και θα πρέπει να είναι σε θέση, έπειτα από καθοδήγηση από το επαγγελματικό προσωπικό του «Βοήθεια στο Σπίτι», να αντεπεξέρχεται στην αντιμετώπιση των αναγκών οι οποίες προκύπτουν κατά τη διάρκεια της φροντίδας

ενός ηλικιωμένου ατόμου. Η εκπαίδευση και καθοδήγηση των ανεπίσημων φροντιστών κρίνεται σημαντική καθώς οι υπηρεσίες του Προγράμματος δεν παρέχονται σε 24ωρη βάση αλλά ούτε και επαναλαμβάνονται κάθε μέρα.

«Εκμάθηση νοσηλευτικών πράξεων στη σύζυγο» (A6),

«Ως ανεπίσημος φροντιστής συνήθως ορίζονται η σύζυγος και τα παιδιά της οικογένειας. Θα εκτιμηθεί το κατά πόσο μπορούν να εκπαιδευτούν στις ανάγκες του ασθενούς» (B3).

Στην συγκεκριμένη ερώτηση φαίνεται πως όλοι οι συμμετέχοντες συμφωνούν μεταξύ τους στο γεγονός πως ο ανεπίσημος φροντιστής λαμβάνεται υπόψη στην απόφαση πραγματοποίησης των υπηρεσιών από το Πρόγραμμα. Ωστόσο, οι απαντήσεις διαφοροποιούνται στον τρόπο που η ύπαρξη ανεπίσημου φροντιστή επηρεάζει τις παροχές που τελικά θα δεχτεί ο ηλικιωμένος.

5.5. Δικαίωμα παροχής φροντίδας προς την σύζυγο

Ο συγκεκριμένος άξονας αναφέρεται στο εάν θα ληφθεί υπ' όψιν η σύζυγος σαν ανεπίσημος φροντιστής μόνο ή σαν πελάτης που δικαιούται επίσης φροντίδα.

Θα ληφθεί υπόψη ως ανεπίσημος φροντιστής

Σύμφωνα με τα δεδομένα, παρατηρείται η αντίληψη από τους επαγγελματίες, οι οποίοι δείχνουν να ενστερνίζονται τις ανάγκες της συζύγου και δέχονται να παραχθούν υπηρεσίες λαμβάνοντάς την ως εξυπηρετούμενη εξίσου και εκείνη. Οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται από τους επαγγελματίες περιλαμβάνουν κυρίως την υποστηρικτική - ψυχοκοινωνική υποστήριξη, τη συμβουλευτική ατόμου, την ενδυνάμωση και εκπαίδευσή του στη διαχείριση της κατάστασης του εξυπηρετούμενου.

«Θα ξέρει ότι θα έχει κοντά της ανθρώπους του ΒσΣ που θα την στηρίζουν ψυχολογικά αλλά και θα την βοηθήσουν σε άλλα πιο πρακτικά θέματα όταν αυτή χρειαστεί π.χ. ατομική υγιεινή του εξυπηρετούμενου, κατακλίσεις κλπ.» (A3),

«Ναι, θα έχει το δικαίωμα των παρακάτω υπηρεσιών: Συμβουλευτικής, Υποστηρικτικής κοινωνικής εργασίας οικογένειας (συζύγου), Ενημέρωσης σχετικά με

τα δικαιώματα και υπηρεσίες που αφορούν τον εξυπηρετούμενο» (Α6).

Θα ληφθεί υπόψη ως πελάτης, εάν και εφόσον πληροί ορισμένες προϋποθέσεις

Η δεύτερη αντίληψη φαίνεται να είναι πιο συντηρητική στο δικαίωμα παροχής υπηρεσιών στη σύζυγο ως εξυπηρετούμενη, η οποία αναφέρεται ότι οι επαγγελματίες παρόλο που δέχονται να της παραχθούν υπηρεσίες, από την άλλη μεριά δίνουν βαρύτητα στα κοινωνικά κριτήρια. Αναλυτικότερα, θεωρούν πως θα υπάρξει υποστήριξη προς την γυναίκα εάν υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι, οι οποίοι το επιβάλλουν. Επίσης, θα θεωρηθεί χρήστης των υπηρεσιών εφόσον προσκομίσει η ίδια κάποιο δικαιολογητικό που να αποδεικνύει κάποιο ποσοστό αναπηρίας της και δεν έχουν παιδιά. Άξια αναφοράς αποτελεί η απάντηση του επαγγελματία (Γ1), ο οποίος εξέφρασε ένα δίλημμα υποστηρίζοντας ότι παρόλο που δεν θα έχει δικαίωμα φροντίδας η σύζυγος, φαίνεται να θεωρεί σημαντικό να εξυπηρετηθεί η περίπτωση αυτή συστημικά, οπότε και γι' αυτόν τον λόγο της παρέχεται η απαραίτητη ψυχολογική στήριξη, ενημέρωση και ενδυνάμωσή της.

«... αν συντρέχουν λόγοι, θα υποστηριχτεί και η ίδια όπως αρμόζει» (B2),

«... Κανονικά η ίδια δεν πληροί τις προϋποθέσεις ένταξης, αλλά εφόσον μιλάμε για 'στήριξη οικογένειας' κατανοούμε ότι και η ίδια έχει δικαίωμα παροχής υπηρεσιών» και πρόσθεσε ότι θα παρέχονται υπηρεσίες όπως «Ψυχολογική στήριξη, ενημέρωση, εκπαίδευση ώστε να μπορεί η ίδια να στηρίζει καλύτερα τον άρρωστο σύζυγο της» (Γ1),

«Εξαρτάται, αν χρήζει βοήθειας θα αντιμετωπιστεί ως εξυπηρετούμενος» (Γ2),

«Εάν η σύζυγος είναι άτομο ΑΜΕΑ έχει το δικαίωμα φροντίδας, αν όχι θα της παρασχεθεί ψυχολογική και συμβουλευτική στήριξη καθώς και υποστήριξη σε πρακτικά ζητήματα. Δεν θεωρείται όμως ξεχωριστά ως "πελάτης» (Γ5),

«Μόνο αν ήταν ζευγάρι χωρίς παιδιά και ήταν και ΑΜΕΑ» (Γ7).

Δε θα έχει δικαίωμα φροντίδας

Η τρίτη και τελευταία αντίληψη είναι κι εκείνη, η οποία δεν συμφωνεί με τη συμπερίληψη της συζύγου στην παροχή των υπηρεσιών ως εξυπηρετούμενη.

«Όχι, δεν θα έχει δικαίωμα φροντίδας» (B1),

«Όχι, δεν θα έχει δικαίωμα φροντίδας. (Όχι δεν θα ληφθεί, όμως άτυπα θα έχει την εκπαίδευση και την ψυχολογική στήριξη, με την παρουσία της ομάδας μας, αλλά αν η ίδια χρειάζεται μεταφορά σε γιατρό ή άλλα θέματα δεν θα εξυπηρετηθεί σε αυτό)»

(Γ6).

Συμπερασματικά, οι απαντήσεις των επαγγελματιών σχετικά με το εάν θα ληφθεί υπόψη ως ανεπίσημος φροντιστής ή όχι έδειξαν, ότι δεν υπάρχει μία κοινή αντίληψη μεταξύ των επαγγελματιών, αντιθέτως διαχωρίζονται 1ον: ότι θα ληφθεί ως ανεπίσημος φροντιστής, 2ον: θα ληφθεί ως πελάτης, εάν και εφόσον πληροί ορισμένες προϋποθέσεις και 3ον: ότι δεν θα έχει δικαίωμα φροντίδας. Οπότε και σε αυτό το σημείο ίσως φαίνεται και ο τρόπος με τον οποίο προσεγγίζουν μία περίπτωση οι επαγγελματίες προκειμένου να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου.

Από τα παραπάνω ευρήματα μπορεί να διατυπωθεί η υπόθεση ότι ο διχασμός, ο οποίος υφίσταται σχετικά με τα δικαιώματα παροχής υπηρεσιών στους φροντιστές έγκειται ίσως στο γεγονός ότι στους στόχους του Προγράμματος δεν έχει προβλεφθεί ξεκάθαρα η εκπαίδευση των φροντιστών, με αποτέλεσμα να αφήνεται στην κρίση του κοινωνικού επιστήμονα για τον τρόπο διαχείρισης και αντιμετώπισης του περιστατικού.

5.6. Κάλυψη αναγκών

Η παρακάτω περιγραφή και ανάλυση των δεδομένων σχετίζεται με το ποιες υπηρεσίες θα καλυφθούν τελικά στον ηλικιωμένο άνδρα και στη γυναίκα του με βάση τους κανόνες και τα κριτήρια παροχής υπηρεσιών. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, οι ανάγκες οι οποίες θα καλυφθούν στηρίζονται και από τις τρεις βασικές υπηρεσίες που παρέχονται από το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» (κοινωνική, νοσηλευτική, οικιακή φροντίδα).

Κοινωνική φροντίδα

Αρχικά, το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» σύμφωνα με τους επαγγελματίες, στο πλαίσιο της κοινωνικής φροντίδας, οι ανάγκες που δύνανται να καλυφθούν είναι η ψυχοκοινωνική υποστήριξη στο ζευγάρι και αν χρειαστεί στα παιδιά του, η ενημέρωση και επικοινωνία για γραφειοκρατικά ζητήματα, αλλά σαφώς και η διασύνδεση με άλλους φορείς, δίκτυα, υπηρεσίες και προγράμματα.

«Η δομή θα μπορούσε να καλύψει το ψυχολογικό κομμάτι του ζευγαριού και αν

χρειαζόταν και των παιδιών...», «... συνεργασία με φορείς όπως εταιρείες που παρέχουν βοηθήματα σε κατακεκλιμένους ανθρώπους...», «... συμμετοχή/παραπομπή σε επιτροπές ΚΕ.Π.Α. για να εξασφαλιστεί η σύνταξη αναπηρίας ή/και συνεργασία – επικοινωνία με Πρόνοια για τυχόν επιδόματα και παροχές. Επίσης, στενή θα μπορούσε να είναι η συνεργασία με τον γενικό γιατρό που επισκέπτεται τον 65χρονο» (B2),

«...ενημέρωση για γραφειοκρατικά ζητήματα» (Γ2).

Νοσηλευτική Πρωτοβάθμια φροντίδα

Μικρότερος αριθμός του δείγματος υποστηρίζει, πως θα καλυφθούν ανάγκες που αφορούν τη νοσηλευτική Πρωτοβάθμια φροντίδα. Αυτές αφορούν την συνταγογράφηση και χορήγηση φαρμάκων προς τους εξυπηρετούμενους, τις αιμοληψίες, αλλά και τον έλεγχο ζωτικών σημείων. Άξιο αναφοράς αποτελεί η άποψη ενός από τους επαγγελματίες, ο οποίος αναφέρει ότι θα υπάρξει δυνατότητα αγωγής υγείας, και ενός άλλου, ο οποίος αναφέρει τη δυνατότητα συνεργασίας με τον γενικό ιατρό.

«... συνταγογράφηση-εκτέλεση συνταγών- αγορά φαρμάκων...» (A2),

«... αιμοληψίες- έλεγχος ζωτικών σημείων, συνταγογράφηση...εκμάθηση νοσηλευτικών πράξεων στη σύζυγο...» (A6),

«..στενή θα μπορούσε να είναι η συνεργασία με τον γενικό γιατρό που επισκέπτεται τον 65χρονο» (B2).

Οικιακή φροντίδα

Μικρότερης κλίμακας, επίσης, ερωτώμενων θεωρεί, ότι θα καλυφθούν ανάγκες οικιακής φροντίδας, όπως φροντίδα ατομικής υγείας και ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης. Μάλιστα, ενδιαφέρον προκαλεί η γνώμη ενός κοινωνικού επαγγελματία, ο οποίος υποστηρίζει πως θα παραχθεί βοήθεια από την οικιακή βοηθό σε περίπτωση που η σύζυγος του εξυπηρετούμενου έχει κάποιο ποσοστό αναπηρίας. Σε αυτό το σημείο θα μπορούσε να λεχθεί, ότι ο συγκεκριμένος επαγγελματίας φαίνεται να αξιολογεί τη σοβαρότητα του περιστατικού ως προς την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών του Προγράμματος και αυτό ίσως να δικαιολογείται ότι η συγκεκριμένη δομή ανήκει σε μεγάλη πόλη, οπότε και εντάσσει στο Πρόγραμμα άτομα που χρήζουν άμεσης ανάγκης.

«Βοήθεια ατομικής υγιεινής εφόσον χρειαστεί» (A6),

«... ψώνια, λογαριασμοί...» (B1),
«βοήθεια στις δουλειές του σπιτιού από οικογενειακή βοήθό σε περίπτωση που η γυναίκα είναι ΑΜΕΑ» (Γ7).

Διευκόλυνση αναγκών μετακίνησης

Μια τελευταία ανάγκη, η οποία καλύπτεται από ελάχιστο αριθμό επαγγελματιών, είναι αυτή της διευκόλυνσης αναγκών μετακίνησης. Η κάλυψη της συγκεκριμένης ανάγκης δίνει τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, αλλά και στη συμμετοχή στην καθημερινή κοινωνική και πολιτισμική δραστηριότητα της κοινότητάς τους, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα κοινωνικού τους αποκλεισμού.

«Βοήθεια μετακίνησης...» (Α6),
«συνοδεία» (Γ2).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω στοιχεία, αν και υπάρχει κοινή αντίληψη σε γενικές γραμμές για το ποιες ανάγκες θα καλυφθούν σύμφωνα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Προγράμματος, ωστόσο προβληματίζει το γεγονός πως υπάρχουν κάποιες ανάγκες οι οποίες καλύπτονται μόνο από ορισμένες δομές και όχι στο σύνολό τους. Μέσα λοιπόν από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ενδέχεται να σκιαγραφούνται και οι δυνατότητες που έχει η κάθε υπηρεσία για την αξιοποίηση μέσων και παροχών που αφορούν την κάλυψη αναγκών των ηλικιωμένων.

Η υπόθεση αυτή μπορεί να δικαιολογηθεί από δηλώσεις συμμετεχόντων, οι οποίες αναφέρονται σε ανάγκες οι οποίες δε δύνανται να καλυφθούν από το Πρόγραμμα. Χαρακτηριστική αποτελεί η πρόταση του επαγγελματία (Α5), ο οποίος δεν έκανε αναφορά στις ανάγκες που θα καλυφθούν, εντούτοις, δήλωσε:

«... Καλύβονται εν μέρει» δικαιολογώντας την άποψη αυτή ότι «Το πρόγραμμα ΒσΣ λειτουργεί από Δευτέρα έως και Παρασκευή από τις 7:30-3:30. Κατά το διάστημα αυτό οι υπηρεσίες καλύβονται εκτός προγράμματος το πρόγραμμα δεν μπορεί να εξυπηρετήσει» (Α5), άποψη την οποία ασπάστηκε και ο επαγγελματίας (Α4) ότι «Δε θα καλυφθούν οι ανάγκες τους επί 24 βάσεως...».

5.7. Μη κάλυψη αναγκών

Αδυναμία κάλυψης αναγκών σε καθημερινή και 24ωρη βάση

Παράλληλα, υπάρχει η αντίληψη από ορισμένους επαγγελματίες ότι οι ανάγκες του περιστατικού αδυνατούν να καλυφθούν σε καθημερινή βάση. Ο λόγος έγκειται κυρίως στο γεγονός ότι οι ανάγκες, άλλα και τα περιστατικά είναι πολλά.

«Δεν υπάρχει δυνατότητα καθημερινής παρουσίας της ομάδας ΒσΣ και ειδικά της νοσηλεύτριας...» (A2),

«Το ΒσΣ δεν μπορεί καθημερινά να επισκέπτεται τον εξυπηρετούμενο, γιατί τα περιστατικά είναι πολλά και οι ανάγκες πολλές και πρέπει να διανεμηθούν οι υπηρεσίες μας σε όλους σωστά για να καλυφθούν» (A3).

Ανεπαρκές διαθέσιμο προσωπικό

Μέσα από τις απαντήσεις παρατηρείται, επίσης, ότι οι ερωτώμενοι έμμεσα αξιολογούν τις υπηρεσίες τους δείχνοντας με τα λόγια τους ότι το προσωπικό που είναι αυτή τη στιγμή διαθέσιμο προς όλους τους εξυπηρετούμενους δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες τους στο έπακρο.

«Το ΒσΣ δεν μπορεί καθημερινά να επισκέπτεται τον εξυπηρετούμενο, γιατί τα περιστατικά είναι πολλά και οι ανάγκες πολλές και πρέπει να διανεμηθούν οι υπηρεσίες μας σε όλους σωστά για να καλυφθούν» (A3),

Οι παρακάτω ανάγκες τους δεν θα καλυφθούν με βάση τους κανόνες και τα κριτήρια παροχής υπηρεσιών: «..καθημερινές επισκέψεις νοσηλευτικής φροντίδας» (B1).

Απουσία επαγγελματιών άλλων ειδικοτήτων

Εν συνεχεία, πολλοί επαγγελματίες υποστήριξαν ότι ορισμένες από τις ανάγκες που χρειάζεται να καλυφθούν άμεσα, δεν μπορεί το Πρόγραμμα να τις καλύψει, διότι δεν υπάρχουν επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων που να είναι θεσμοθετημένοι στο Πρόγραμμα. Φαίνεται δηλαδή να θεωρούν ότι η απουσία άλλων επαγγελματιών όπως είναι ο γιατρός, ο φυσικοθεραπευτής ή ο ψυχολόγος, αποτελεί τροχοπέδη στην κάλυψη ορισμένων βασικών αναγκών του ηλικιωμένου, ενώ σε αντίθετη περίπτωση θα υπήρχε δυνατότητα μεγαλύτερης συνεργασίας στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας.

Από τις απαντήσεις επίσης, ίσως να προκύπτει, ότι αν και κρίνεται απαραίτητη από τους επαγγελματίες η παρουσία ιατρικού προσωπικού, σε αυτό το ζήτημα το Πρόγραμμα ασθενεί σημαντικά. Παρόλο που μέσα από τα σκίτσα

διαφαίνεται η διάθεση για συνεργασία με τον οικογενειακό ή αγροτικό ιατρό (συνταγογραφήσεις, συνοδεία σε νοσοκομεία κ.λπ.), η μη εξασφαλισμένη θέση τους στο Πρόγραμμα δεν τους δίνει τη δυνατότητα παροχής ποιοτικότερων υπηρεσιών. Η εξασφάλιση της μονιμότητας αυτής της ειδικότητας ενδέχεται να προσδώσει πολύ μεγάλα εφόδια στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και να προφυλάξει οικονομικά αδύναμους ανθρώπους από τον κοινωνικό αποκλεισμό.

«... δεν παρέχονται υπηρεσίες από γιατρό-φυσιοθεραπευτή» (A2),

«Πιθανόν θα ήταν να προκύψει ανάγκη καθημερινής ιατρικής φροντίδας, ανάγκη φυσιοθεραπείας μιας και δε σηκώνεται συχνά από το κρεβάτι. Καθότι όμως η δομή δεν απασχολεί στα πλαίσιά της γιατρό ή φυσιοθεραπευτή, οι ανάγκες αυτές δε θα καλύπτοντο...» (B2),

«Κάποια έκτακτη ανάγκη, ιατρική περίθαλψη (γιατί δεν υπάρχει γιατρός στην υπηρεσία), εξαρτάται από τη σοβαρότητα της κατάστασης» (Γ2),

«... ιατρική βοήθεια εάν χρειαστεί δεν παρέχεται από τη δομή» (Γ3).

Αδυναμία μετακίνησης

Μία τελευταία ανάγκη η οποία δεν είναι δυνατόν να καλυφθεί από το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» αναφέρεται από μόλις λίγους επαγγελματίες, ωστόσο θεωρείται σημαντική. Χαρακτηριστικά, αναφέρονται στην αδυναμία μετακίνησης των ωφελούμενων του Προγράμματος σε υπηρεσίες οι οποίες είναι καίριες στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους και εξυπηρέτηση των αναγκών τους.

«Μετακινήσεις σε νοσοκομεία ή υπηρεσίες...» (B1),

«... Η μεταφορά επίσης σ' ένα νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας της περιοχής θα ήταν αδύνατη καθώς είναι κάτι που μας έχει απαγορευθεί» (B2).

Το γεγονός ότι η αδυναμία κάλυψης της συγκεκριμένης ανάγκης προέρχεται από δομές οι οποίες υπάγονται στον ίδιο Δήμο, καθίσταται άξια προβληματισμού. Στο συγκεκριμένο σημείο, ίσως σκιαγραφείται ένα δίλημμα μεταξύ των προσωπικών πεποιθήσεων των επαγγελματιών και των διοικητικών εντολών της οργάνωσης. Η παραπάνω υπόθεση ενισχύεται και από τη δήλωση ενός επαγγελματία, ότι δεν δίνεται η δυνατότητα για λήψη πρωτοβουλιών λόγω καθεστώτος δουλειάς και συνθηκών.

«Θα πρέπει να αλλάξει όλο το πλαίσιο λειτουργίας του Προγράμματος για να μπορέσει απόλυτα να εξυπηρετηθεί ο συγκεκριμένος ωφελούμενος πράγμα που θεωρώ

αδύνατον διότι θα πρέπει να δοθεί ελευθερία πρωτοβουλίας στον κοινωνικό επιστήμονα ώστε να βάλει προτεραιότητες στην δουλειά του πράγμα το οποίο δεν του επιτρέπεται.. Και λόγω των συνθηκών (εξυπηρέτηση άλλων ωφελούμενων), και λόγω καθεστώς δουλειάς δεν τον έχουνε χρήσει ως προϊστάμενο υπεύθυνο κ.τ.λ.» (B1).

5.8. Οικονομική συνεισφορά για την παροχή υπηρεσιών

Ο συγκεκριμένος άξονας έχει σκοπό να συλλέξει πληροφορίες οι οποίες αφορούν εάν ο εξυπηρετούμενος θα πρέπει να συμβάλει οικονομικά σε περίπτωση που δεχτεί τις παροχές των υπηρεσιών που δικαιούται.

Δωρεάν παροχή υπηρεσιών

Όλοι οι επαγγελματίες υποστηρίζουν πως ο εξυπηρετούμενος δε θα χρειαστεί να καταβάλει κάποιο χρηματικό ποσό σε περίπτωση που υπάρξει ανάγκη κάλυψης μιας ανάγκης. Οι λόγοι κυρίως που δικαιολογούν αυτήν την άποψη αναφέρονται στο γεγονός ότι το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» χρηματοδοτείται από το Κράτος και το Δήμο, ενώ σε περίπτωση που υπάρξει ανάγκη κάλυψης μίας ανάγκης, η οποία δεν δύναται να καλυφθεί μόνο από τις υπηρεσίες που παρέχει το Πρόγραμμα, ο ασφαλιστικός φορέας του εξυπηρετούμενου μεριμνά γι' αυτό.

«Οι παροχές του ΒσΣ είναι δωρεάν προς όλους και οτιδήποτε άλλα έξοδα προκύψουν (αγορά κρεβατιού - αναλώσιμα υλικά) γίνεται δαπάνη στον Ασφαλιστικό φορέα του εξυπηρετούμενου» (A2),

«Οι υπηρεσίες της δομής δεν έχουν κάποιο κόστος. Αν ο πελάτης χρειαστεί κάποιο βοήθημα, επιθέματα, ειδικό κρεβάτι ή στρώμα αέρος, αυτά επιβαρύνουν την ασφάλεια υγείας, που καλύπτει αυτό το κομμάτι» (B2),

«Όχι γιατί οι υπηρεσίες του Προγράμματος παρέχονται δωρεάν με βάση τους κανόνες που διέπουν τη λειτουργία του Προγράμματος» (B4),

«Όχι, γιατί χρηματοδοτείται από το Κράτος» (Γ2),

«Όχι, παρέχεται η υπηρεσία δωρεάν από τον Δήμο» (Γ7).

Οικονομική συνεισφορά σε περίπτωση παροχής υπηρεσιών εκτός του Προγράμματος

Παρ' όλα αυτά, από τις απαντήσεις των ερωτώμενων προκύπτει και η αντίληψη η οποία υποστηρίζει ότι ο εξυπηρετούμενος ενδέχεται να συμβάλει

οικονομικά για υλικά μέσα του Προγράμματος ή αν ο ίδιος επιθυμεί επιπρόσθετη βοήθεια εκτός των ωρών και ημερών του Προγράμματος. Επίσης, υπάρχει και η πιθανότητα ο εξυπηρετούμενος να επιβαρυνθεί οικονομικά σε περίπτωση που λάβει υπηρεσίες από φορείς ή επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι δεν ανήκουν στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

«Θα πρέπει να συμβάλει οικονομικά γιατί τα έξοδα νοσηλείας δεν καλύπτονται από το ταμείο 100% ούτε οι παροχές του βοήθεια σε υλικά μέσα» (A4),

«Το Πρόγραμμα είναι εντελώς δωρεάν. Αν χρειαστεί περαιτέρω βοήθεια ίσως να χρειαστεί να πληρώσει» (A5),

«Οι παρεχόμενες υπηρεσίες από το ΒσΣ είναι ΔΩΡΕΑΝ. Ο πελάτης μπορεί να χρειαστεί να συμβάλει οικονομικά σε άλλους φορείς όπως το Ασφαλιστικό ταμείο, γιατρούς, ή σε επισκέψεις κατ' οίκον από άλλες ειδικότητες (όπως ψυχίατρος εάν χρειαστεί)» (A6).

Λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις που δόθηκαν στο συγκεκριμένο άξονα, θα μπορούσε να γίνει η υπόθεση η οποία μιλά για τη στάση που κρατούν οι επαγγελματίες στη διαχείριση και παρέμβαση των περιστατικών του δείγματος ανάλογα με τις ευκαιρίες τις οποίες έχουν ως Πρόγραμμα, αλλά και ενδεχομένως με τη γνώση που μπορεί να έχει ο κάθε επαγγελματίας για τα δικαιώματα και τις παροχές του ηλικιωμένου. Παράλληλα, ίσως και έμμεσα από τις απαντήσεις του να εκφράζονται και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει στο Πρόγραμμα, όπως για παράδειγμα η έλλειψη προσωπικού του Προγράμματος, ίσως ενθαρρύνει τον ηλικιωμένο να στραφεί ιδιωτικά σε κάποια υπηρεσία ή γιατρό προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες του.

5.9. Διαφορά στο δικαίωμα παροχής υπηρεσιών & στην παροχή τους

Ο εν λόγω άξονας είχε σκοπό να διερευνήσει εάν θα υπάρξει διαφορά στο δικαίωμα παροχής υπηρεσιών που ο συγκεκριμένος ηλικιωμένος δικαιούται και των υπηρεσιών που τελικά θα λάβει.

Θα δοθούν όλες οι υπηρεσίες που δικαιούται χωρίς περικοπές

Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι

υποστηρίζουν ότι θα δοθούν όλες οι υπηρεσίες που δικαιούται χωρίς περικοπές, εφόσον κρίνουν την συγκεκριμένη περίπτωση σοβαρή, ενώ μάλιστα θα λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες του ηλικιωμένου στην παροχή των υπηρεσιών τους.

«Το θέμα της υγείας είναι τόσο σημαντικό που δεν αφήνει περιθώρια για περικοπές των υπηρεσιών μας» (Α1),

«... Η συχνότητα και η διάρκεια των επισκέψεων εφαρμόζονται σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς και του όλου Προγράμματος» (Β3).

Θα δοθούν όλες οι υπηρεσίες που δικαιούται χωρίς περικοπές υπό προϋποθέσεις

Ενδιαφέρον εμφανίζει μία απάντηση, η οποία, αν και υποστηρίζει την άποψη ότι θα δοθούν όλες οι υπηρεσίες χωρίς περικοπές, αναφέρει πως εξαρτάται από τον αριθμό του προσωπικού που είναι διαθέσιμο τη συγκεκριμένη στιγμή στην υπηρεσία. Οπότε σε αυτό το σημείο αναδύεται και ο προβληματισμός σύμφωνα με τον οποίο ίσως να υπάρχουν δομικές δυσκολίες και αδυναμίες στη συγκεκριμένη δομή. Δεδομένου των γεωγραφικών και πληθυσμιακών χαρακτηριστικών της, ότι δηλαδή είναι αστική πόλη με μεγάλο αριθμό εξυπηρετούμενων, αν και δίνει ο επαγγελματίας βαρύτητα στην περίπτωση του ηλικιωμένου άνδρα ως ένα βαρύ περιστατικό που χρήζει άμεσης βοήθειας και κάλυψης αναγκών, ο αριθμός ίσως των στελεχών της υπηρεσίας να μην αντιστοιχεί στον αριθμό των εξυπηρετούμενων που είναι ενταγμένοι στο Πρόγραμμα. Οπότε ουσιαστικά στην περίπτωση αυτή τελικά ίσως να υπάρξουν περικοπές. Προβληματισμό επίσης δημιουργεί και η απάντηση ενός ερωτώμενου, ο οποίος αναφέρει πως εξαρτάται από τη σοβαρότητα του εξυπηρετούμενου. Οπότε φαίνεται σε αυτό το σημείο ίσως και η στάση του, ότι διενεργεί την παρέμβασή του με βάση την ιεράρχηση αναγκών.

«Ανάλογα με την βαρύτητα και την αναγκαιότητα του κάθε ωφελούμενου παρέχεται και η αντίστοιχη υπηρεσία. Συνήθως λειτουργούν κανονικά» (Β1),

«Εξαρτάται από τον αριθμό των ατόμων που εργάζονται στην υπηρεσία» (Γ2).

Συνήθως υπάρχουν περικοπές

Στον αντίποδα, ορισμένοι ερωτώμενοι διαφοροποιούνται και υποστηρίζουν πως υπάρχουν περικοπές. Οι περικοπές στηρίζονται κατά βάση σε δομικές δυσκολίες που διακατέχουν τις συγκεκριμένες δομές. Πιο αναλυτικά, αναφέρονται ότι θα υπάρξουν περικοπές διότι πολλές φορές δεν επαρκεί το νοσηλευτικό υλικό για να

καλύψουν μία ιατρική ανάγκη, ή δεν επαρκεί το προσωπικό αλλά και το μεταφορικό μέσο. Επίσης, μία αδυναμία η οποία ενισχύει το συγκεκριμένο πρόβλημα, σύμφωνα με τις απαντήσεις, αποτελεί το ωράριο λειτουργίας του «Βοήθεια στο σπίτι».

«Το Πρόγραμμα έχει συγκεκριμένο πρόγραμμα (ημερών και ωρών). Εκτός υπηρεσίας δεν μπορεί να λειτουργήσει» (A5),

«Δυστυχώς συχνά υπάρχουν περικοπές. Κάποιες φορές το υλικό που παρέχεται στην δομή (γάζες, οινόπνευμα, ταινίες μέτρησης σακχάρου κ.τ.λ.) εξαντλείται και κατά συνέπεια περιορίζονται οι παρεχόμενες υπηρεσίες» (B2),

«Υπάρχουν περικοπές εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού ή των αυτοκινήτων συνοδείας του ΒσΣ ή του νοσηλευτικού υλικού (π.χ. γάντια, γάζες κ.ά.), που αυτομάτως μειώνουν τις ώρες- φορές φροντίδας ή καθιστούν αδύνατη την παροχή συγκεκριμένης βοήθειας (π.χ. κάποια Προγράμματα δεν έχουν όλες τις ειδικότητες)» (Γ1).

5.10. Προτάσεις για βελτίωση των υπηρεσιών

Υπάρχουν παράγοντες στον τρόπο λειτουργίας του Προγράμματος, οι οποίοι μπορούν εύκολα να μειώσουν τα επίπεδα παροχής ποιοτικών υπηρεσιών, αλλά και διάφοροι άλλοι που εάν τεθούν σε εφαρμογή διαμέσου συστηματικής βάσης είναι ικανοί να συμβάλουν όχι μόνο στην διασφάλιση της ποιότητας, αλλά και στη συνεχή βελτίωσή της. Η παρακάτω επεξεργασία των στοιχείων αφορά τις προτάσεις των επαγγελματιών με στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών.

Προτάσεις για παροχές υπηρεσιών παραπάνω του 8ώρου ή και 24ώρου βάσεως

Σύμφωνα με τα στοιχεία, μεγαλύτερος αριθμός επαγγελματιών κάνει προτάσεις που αφορούν κυρίως την παροχή υπηρεσιών παραπάνω του 8ώρου ή ακόμα και 24ώρου βάσεως. Πιο αναλυτικά, κάνουν λόγο για «κυλιόμενο ωράριο», δηλαδή να υπάρχουν ομάδες εργαζομένων που να είναι διαθέσιμοι όλο το 24ωρο, υιοθετώντας πρακτικές του εξωτερικού. Υπόθεση που θα μπορούσε να διατυπωθεί εδώ είναι ότι έμμεσα οι επαγγελματίες θεωρούν την παράταση του ωραρίου λειτουργίας ένα πολύ καλό μέσο για την ανάπτυξη ποιοτικότερων υπηρεσιών.

«Η καινοτομία θα ήταν αν οι παροχές του ΒσΣ ήταν 24 ωρες το 24ωρο με κυλιόμενο ωράριο. Η κάλυψη των αναγκών θα ήταν ακόμα μεγαλύτερη και αποτελεσματικότερη» (A3),

«Οι παρεχόμενες υπηρεσίες του ΒσΣ πραγματοποιούνται τις καθημερινές από 7:30 π.μ. μέχρι 15:30 μ.μ. Αν υπήρχε περισσότερο προσωπικό, το ωράριο θα μπορούσε να κάλυπτε περισσότερες ώρες της ημέρας σε σχέση με το εξωτερικό» (Α6),

«Κάποιες χώρες του εξωτερικού έχουν αντίστοιχα Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» απασχολώντας 3 ομάδες εργαζομένων, κάτι που σημαίνει ότι καλύπτουν όλο το 24ωρο. Δουλεύοντας λοιπόν με βάρδιες θα καλύπτονταν ανάγκες/δυσκολίες του ζευγαριού που «τρέχουν» όλο το 24ωρο κι όχι μόνο μέχρι το μεσημέρι» (Β2).

Προτάσεις για στελέχωση του Προγράμματος με περισσότερες ειδικότητες

Παράλληλα με την παράταση του ωραρίου λειτουργίας του Προγράμματος, σημαντική θεωρείται η στελέχωση του Προγράμματος με περισσότερες ειδικότητες σε μόνιμη βάση, όπως φυσιοθεραπευτή, γιατρό, εργοθεραπευτή και ψυχολόγο.

«Την ενίσχυση του Προγράμματος και από άλλες ειδικότητες σε μόνιμη βάση π.χ. φυσικοθεραπευτή, γιατρό» (Α4),

«Ενίσχυση του Προγράμματος με ιατρό και φυσιοθεραπευτή» (Γ5).

Προτάσεις για ανάπτυξη πόρων & μέσων

Λιγότεροι επαγγελματίες κάνουν λόγο για υλικές παροχές, όπως παροχή κρεβατιού στον ηλικιωμένο άνδρα, διάθεση κατάλληλου μεταφορικού μέσου, καθώς επίσης και ασθενοφόρου, αλλά και χρήση της τηλεβοήθειας. Η τηλεφροντίδα είναι ένα καινοτόμο στοιχείο, που δυστυχώς δεν είναι αρκετά διαδεδομένο στις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας στην Ελλάδα κι έτσι ίσως να δικαιολογείται και ο πολύ μικρός αριθμός που προτείνει τη συγκεκριμένη εναλλακτική. Επίσης, ίσως δικαιολογείται και το γεγονός ότι οι επαγγελματίες οι οποίοι πρότειναν την τηλεβοήθεια ανήκουν σε αστικό Δήμο, οπότε, ίσως, έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση και δικτύωση σε θέματα τεχνολογιών. Η χρήση της τηλεφροντίδας ενδέχεται να παρέχει ποιοτικότερη φροντίδα και να προσφέρονται σύγχρονες υπηρεσίες φροντίδας στους ηλικιωμένους δεδομένου ότι εξυπηρετούνται οι ανάγκες του στο χώρο που διαμένει.

«... κρεβάτι... Ασθενοφόρο ή κατάλληλα προσαρμοσμένο όχημα στη διάθεση του κάθε περιστατικού...» (Γ1),

«Κατάλληλο αυτοκίνητο» (Γ5),

«Τηλεβοήθεια» (Γ5, Γ7).

Προτάσεις για ανάπτυξη δικτύου εθελοντών

Μικρότερος αριθμός επαγγελματιών έκανε προτάσεις για την ανάπτυξη δικτύου εθελοντών. Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, η σύσταση δικτύου εθελοντών προτείνεται προκειμένου να παραχθούν περισσότερες υπηρεσίες για την ικανοποίηση των αναγκών του ηλικιωμένου άνδρα, αλλά και για να αποφορτίσει τη σύζυγό του. Σε αυτό το σημείο διακρίνεται ίσως η αντίληψη που έχουν οι επαγγελματίες για το ρόλο και τη συμβολή των εθελοντών στην εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων ατόμων, η οποία δεν είναι τόσο διαδεδομένη, λαμβάνοντας υπόψη τον μικρό αριθμό που το προτείνει.

«Δίκτυο εθελοντών για τη συντροφιά του ασθενούς έτσι ώστε η σύζυγος να έχει τη δυνατότητα να ανακουφιστεί έστω και μία ώρα καθημερινά» (B3),

«Υπαρξη εθελοντών για περαιτέρω κάλυψη αναγκών (π.χ. επίσκεψη εθελοντή απογευματινή ώρα)» (Γ1),

«Αξιοποίηση εθελοντικής ομάδας» (Γ5).

Προτάσεις για συνεργασία με την τοπική κοινότητα

Οι προτάσεις των επαγγελματιών περιλάμβαναν επίσης και τη συνεργασία με την Τοπική Κοινότητα. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται στην ανάπτυξη της συνεργασίας με όλους τους φορείς που μπορεί να αποδειχθούν ότι καλύπτουν ανάγκες του εξυπηρετούμενου, όπως για παράδειγμα, εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, καθώς επίσης και με την εκκλησία σε ορισμένες περιπτώσεις.

«... συνεργασία όλων των φορέων που εμπλέκονται...» (A4),

«... σύνδεση - επαφή ξανά με την εκκλησία, αν αυτό επιθυμούσε ο ασθενής (συνήθως η επαφή με πνευματικό τους ηρεμεί και τους καθησυχάζει)...» (Γ1),

«... Εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες κατ' οίκον από ειδικούς του νοσοκομείου όπου νοσηλεύεται» (Γ5).

Αλλαγή πλαισίου λειτουργίας του Προγράμματος

Αξίζει να σημειωθεί ότι μία πρόταση που ενώ έγινε από έναν μόλις επαγγελματία, αυτό δε σημαίνει ότι δεν είναι άξια προβληματισμού.

Αντιθέτως, η συγκεκριμένη πρόταση αναφέρεται στην ανάγκη αναδιάρθρωσης του πλαισίου λειτουργίας του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», ενώ έκανε αναφορά πως έτσι όπως είναι διαμορφωμένο το Πρόγραμμα δεν δίνεται η δυνατότητα

στους επαγγελματίες για λήψη πρωτοβουλιών. Ο προβληματισμός που δημιουργήθηκε αναφέρεται στο γεγονός ότι ίσως οι διοικητικές διαδικασίες, οι οποίες μπορούν να ερμηνευθούν, με βάση τον παραπάνω ισχυρισμό, ως αυστηρές, ίσως έχουν επιπτώσεις στη διαχείριση και δυνατότητα καινοτόμων δράσεων και παρεμβάσεων, στην ψυχική και επαγγελματική ισορροπία του επαγγελματία (burnout), άρα και στη μετέπειτα εξασφάλιση ενός ποιοτικού επιπέδου παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας και στη βιωσιμότητά του.

«Θα πρέπει να αλλάξει όλο το πλαίσιο λειτουργίας του Προγράμματος για να μπορέσει απόλυτα να εξυπηρετηθεί ο συγκεκριμένος ωφελούμενος πράγμα που θεωρώ αδύνατον διότι θα πρέπει να δοθεί ελευθερία πρωτοβουλίας στον κοινωνικό επιστήμονα ώστε να βάλει προτεραιότητες στην δουλειά του πράγμα το οποίο δεν του επιτρέπεται.. Και λόγω των συνθηκών (εξυπηρέτηση άλλων ωφελούμενων), και λόγω καθεστώς δουλειάς δεν τον έχουνε χρήσει ως προϊστάμενο υπεύθυνο κ. τ. λ.» (B1).

Προτάσεις κάλυψης εκπαιδευτικών αναγκών του προσωπικού

Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως κατά τη διάρκεια της συνάντησης με τους επαγγελματίες ορισμένοι από εκείνους, υποστήριξαν ότι δεν γνωρίζουν πρακτικές οι οποίες έχουν υιοθετηθεί στο εξωτερικό. Αυτή η στάση τους ίσως να δικαιολογείται είτε λόγω της διάθεσης του κάθε επαγγελματία ξεχωριστά για την ενημέρωσή του στα ζητήματα που αφορούν την βελτίωση των υπηρεσιών του είτε λόγω του γεγονότος ότι δεν του έχουν προσκομιστεί τα κατάλληλα εφόδια και η εκπαίδευση για τους τομείς των δράσεών του. Ωστόσο, μία μόνο είναι η άποψη που επιβεβαιώνει τον παραπάνω προβληματισμό αλλά καθόλου ασήμαντη, κατά την οποία ένας ερωτώμενος προτείνει την διεξαγωγή σεμιναρίων για επιμόρφωση των επαγγελματιών που εργάζονται στο Πρόγραμμα.

«... αν γίνονταν και σεμινάρια για την επιμόρφωση, θα γινόντουσαν πιο πολλά πράγματα όσον αφορά τις περιπτώσεις» (A1).

Αξίζει να διευκρινιστεί ότι παρόλα τα χρόνια προϋπηρεσίας που έχουν όλοι οι επαγγελματίες, πολλοί από τους οποίους εργάζονται από την έναρξη κιόλας του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», δεν έχει διεξαχθεί κάποιο σχετικό επιμορφωτικό σεμινάριο ανεξάρτητα από την υπόσχεση που είχε δοθεί από το Κράτος, οπότε φαίνεται η στάση του για την ανάγκη να πραγματοποιηθούν στο μέλλον.

Η συγκεκριμένη υπόθεση μπορεί να δικαιολογηθεί αρχικά από την παραπάνω

πρόταση, ως ένδειξη ανάγκης να πραγματοποιηθεί αυτό, αλλά και από σχετικό σχόλιο που έγινε από τη δομή (A4). Συγκεκριμένα, ανέφερε, ότι στην αρχή οι επαγγελματίες δεν γνώριζαν ποια βήματα να ακολουθήσουν για την προσέγγιση και εξυπηρέτηση των ωφελούμενων, ενώ υπήρχε μεγάλη δυσκολία στην αρχή, γιατί δεν γνώριζαν που πρέπει να απευθυνθούν και επίσης δεν υπήρχε και η κατάλληλη ενημέρωση στην ομάδα στόχο του Προγράμματος. Υπήρξε πρωτοβουλία του πρώην Δημάρχου, ο οποίος ο ίδιος συμβούλεψε τους επαγγελματίες και τους παρακίνησε να απευθυνθούν σε όποια υπηρεσία οι ίδιοι νόμιζαν ότι μπορεί να τους φανεί χρήσιμη στην ενημέρωση και δικτύωσή τους.

Εν κατακλείδι, στον εν λόγω άξονα δόθηκε η ευκαιρία να έρθουν στην επιφάνεια αντιλήψεις των επαγγελματιών για το πώς θα μπορέσει μία υπηρεσία να παρέχει περισσότερα εφόδια στους εξυπηρετούμενους, αλλά και ίσως να αναδύθηκαν με αυτόν τον τρόπο, εμμέσως, και οι διάφορες δυσκολίες οι οποίες να αντιμετωπίζουν στη δομή τους.

5.11. Πρόσωπο που κάνει την αίτηση για παροχή φροντίδας

Ο συγκεκριμένος άξονας έχει ως σκοπό την αναφορά σχετικά με το ποιος αναλαμβάνει την πρωτοβουλία να κάνει την αίτηση για φροντίδα του κυρίου στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

Ο άνδρας ή η σύζυγός του

Ο μεγαλύτερος αριθμός των συμμετεχόντων αναφέρουν πως ο ίδιος ο εξυπηρετούμενος θα έπαιρνε την πρωτοβουλία να πραγματοποιήσει την αίτηση για φροντίδα στο Πρόγραμμα ή η σύζυγός του.

«Το ιδανικό θα ήταν ο άντρας ή η σύζυγος του καθώς έτσι θα ξέραμε ότι θα ήταν οι ίδιοι δεκτικοί στην παροχή υπηρεσιών από το πρόγραμμά μας» (B4).

Το Νοσοκομείο ή άλλοι φορείς Τοπικής Κοινότητας

Ελάχιστοι είναι οι ερωτώμενοι, οι οποίοι υποστηρίζουν πως οι Κοινωνικές

Υπηρεσίες, όπως το Νοσοκομείο ή το Κ.Α.Π.Η., ή ο γιατρός του ζευγαριού θα εκδήλωναν το ενδιαφέρον για την αίτηση παροχής φροντίδας. Σ' αυτό το σημείο θα μπορούσε να υποτεθεί πως ένας μικρός αριθμός από τις δομές διατηρεί δεσμούς συνεργασίας με άλλες υπηρεσίες ή επαγγελματίες υγείας, καθώς οι απαντήσεις των επαγγελματιών που περιλαμβάνουν υπηρεσίες ή επαγγελματίες είναι περιορισμένες. Παρόλα αυτά, φαίνεται ίσως και η αντίληψη των συγκεκριμένων επιστημόνων, ότι το Πρόγραμμα εφόσον αποτελεί μια Κοινωνική Υπηρεσία, η συνεργασία του με άλλους φορείς θα ήταν προς το συμφέρον όλων των εξυπηρετούμενων, καθώς θα μπορούσαν να διασφαλίσουν μία ευκολότερη πρόσβαση σ' αυτό.

«Το νοσοκομείο, Το Κ.Α.Π.Η.» (Α1),

«Εάν ο ασθενής ή η οικογένεια του έχει ενημερωθεί για το ΒσΣ απευθύνεται ο ίδιος, αλλά μπορεί να απευθυνθεί και η Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου, ο θεράπων Ιατρός ή οποιοσδήποτε άλλος που σχετίζεται, ενδιαφέρεται και είναι ενήμερος για την ύπαρξη του ΒσΣ» (Γ5).

Τα παιδιά του ζευγαριού

Επίσης, υπήρξε ένας μικρός αριθμός συμμετεχόντων που υποστήριξε πως την αίτηση θα πραγματοποιούσαν τα παιδιά του ζευγαριού. Το γεγονός ότι τα παιδιά του ζευγαριού αναφέρθηκαν από λίγες δομές, ίσως να διαφαίνεται πως τα παιδιά ενός ηλικιωμένου ζευγαριού έχουν περιορισμένες δυνατότητες, ώστε να αναλάβουν την πρωτοβουλία αίτησης για την παροχή φροντίδας των γονιών τους.

Η γειτονιά

Μία τελευταία αντίληψη που προκύπτει από έναν πολύ περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων είναι πως την αίτηση ενδέχεται να πραγματοποιήσουν και άτομα από το γειτονικό περιβάλλον του άνδρα. Το γεγονός ότι η γειτονιά αναφέρθηκε επίσης από λίγους συμμετέχοντες, ίσως να οφείλεται στο γεγονός πως τα ηλικιωμένα άτομα δυσκολεύονται στην αναζήτηση βοήθειας από τον περίγυρό τους και προσπαθούν οι ίδιοι μόνοι τους να αντιμετωπίζουν τις δύσκολες καταστάσεις καθώς επίσης και στην μη ικανοποιητική ανάπτυξη του εθελοντικού δικτύου για ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση. Γεγονός το οποίο ίσως επιβεβαιώνεται και με την κυρίαρχη τάση πως η αίτηση γίνεται από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο για φροντίδα ή από την σύζυγό του.

«Η γειτονιά» (Α1),

«Τις περισσότερες φορές ζητάει βοήθεια ο ίδιος ο ηλικιωμένος ή και η οικογένεια του. Σε λιγότερες περιπτώσεις έχουμε παραπομπές από άλλους φορείς (π.χ. νοσοκομεία, γείτονες, κ.α.)» (Γ1).

5.12. Ύπαρξη ή μη σημείου αναφοράς για τις υπηρεσίες φροντίδας

Σκοπός του συγκεκριμένου άξονα αποτελεί η διερεύνηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών σχετικά με το αν υπάρχει συνήθως «ένα παράθυρο – σημείο αναφοράς» για τις υπηρεσίες που σχετίζονται με τις εφαρμογές φροντίδας ή αν πρέπει κανείς να προσεγγίσει διαφορετικές υπηρεσίες ξεχωριστά.

Ύπαρξη σημείου αναφοράς για τις υπηρεσίες φροντίδας

Η πλειονότητα των ερωτώμενων υποστηρίζει, πως υπάρχει ένα σημείο αναφοράς των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας. Ειδικότερα, αναφέρεται πως το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» υπάγεται στους κατά τόπους Δήμους όπου και αποτελεί το μέρος από το οποίο έχει κάποιος την δυνατότητα να λάβει τις απαραίτητες πληροφορίες για τις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας.

«Τα Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» ανήκουν στην πλειονότητά τους στους κατά τόπους Δήμους της χώρας. Οπότε μια προσφυγή στους Δήμους θα τους οδηγήσει εν τέλει στο «Βοήθεια στο Σπίτι»» (Β2),

«Στην κεντρική Διοίκηση του Δήμου υπάρχει πάντα ένα πρόσωπο (διοικητικός υπάλληλος) που θα δώσει τις πρώτες πληροφορίες για τις υπηρεσίες του ΒσΣ» (Γ1).

Μη ύπαρξη σημείου αναφοράς για τις υπηρεσίες φροντίδας

Ελάχιστοι συμμετέχοντες έχουν την αντίθετη άποψη, ότι δηλαδή πρέπει κανείς να προσεγγίσει διαφορετικές υπηρεσίες ξεχωριστά οι οποίες σχετίζονται με την φροντίδα των ηλικιωμένων.

«Κάθε υπηρεσία έχει το δικό της σημείο αναφοράς: Ναι» (Γ6).

5.13. Πρόσωπο που εκτιμά τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου και της συζύγου του

Στην ερώτηση η οποία αφορά το ποιος θα εκτιμήσει τις ανάγκες, καθώς και την προσωπική κατάσταση του ζευγαριού, προέκυψαν τρεις διαφορετικές αντιλήψεις.

Η διεπιστημονική ομάδα

Αρχικά, η επικρατέστερη άποψη είναι, πως η διεπιστημονική ομάδα του Προγράμματος πραγματοποιεί την εκτίμηση των αναγκών. Αυτή η τάση πιθανόν παρατηρείται διότι το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» παρέχει πρωτοβάθμια κοινωνική και νοσηλευτική φροντίδα, συνεπώς είναι αναγκαίο να συμμετέχουν όλοι οι απασχολούμενοι επαγγελματίες στην εκτίμηση αναγκών, ώστε ο κάθε επιστήμονας να αξιολογήσει και να προσδιορίσει τις ανάγκες από την οπτική γωνία του επαγγέλματός του.

«Αρχικά από τον Κ.Α. γίνεται η χαρτογράφηση του περιστατικού. Διακρίνει τις ανάγκες και ανάλογα τις συζητάει με τη νοσηλεύτρια και την οικ. Βοηθό» (Α1),

«Η διεπιστημονική ομάδα έχει την εξειδίκευση και τις απαιτούμενες γνώσεις για να κάνει την εκτίμηση» (Γ1).

Η διεπιστημονική ομάδα σε συνεργασία με τον γιατρό του εξυπηρετούμενου

Ελάχιστοι ερωτώμενοι ανέφεραν πως η εκτίμηση των αναγκών γίνεται από την διεπιστημονική ομάδα σε συνεργασία με τον γενικό γιατρό που παρακολουθεί τον κύριο ή σε συνεργασία με τον οικογενειακό γιατρό του ζευγαριού. Σύμφωνα μ' αυτό, διακρίνεται πως υπάρχει αδυναμία στην συνεχή συνεργασία του Προγράμματος με εξωτερικούς γιατρούς και τους γιατρούς οι οποίοι παρακολουθούν τα ενδιαφερόμενα άτομα για παροχή φροντίδας, καθώς οι σχετικές απαντήσεις ήταν ελάχιστες. Αυτό ίσως να εξηγείται λόγω της μη ύπαρξης γιατρού στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η συνεργασία του Προγράμματος με τους εξωτερικούς γιατρούς στη διαδικασία της εκτίμησης της κατάστασης του ασθενή.

«Σε συνεργασία με τον οικογενειακό γιατρό» (Β3),

«Σε συνεργασία και με τον γενικό γιατρό που τον παρακολουθεί» (Β4).

Ο κοινωνικός λειτουργός

Επίσης, κάποιοι υποστήριξαν πως ο κοινωνικός λειτουργός είναι το άτομο, το οποίο θα πραγματοποιήσει την εκτίμηση αναγκών των εξυπηρετούμενων. Αυτό ίσως

να δικαιολογείται, διότι ο κοινωνικός λειτουργός είναι ο υπεύθυνος κάθε δομής και επιπλέον είναι το άτομο, το οποίο κάνει την λήψη του κοινωνικού ιστορικού από τον ενδιαφερόμενο, από το οποίο και προκύπτει η εκτίμηση των αναγκών.

«Η εκτίμηση γίνεται από τον κοινωνικό λειτουργό του Προγράμματος ΒσΣ – αξιολόγηση και ιεράρχηση των αναγκών» (Α2).

Εν κατακλείδι, λοιπόν, από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων φαίνεται ίσως πως δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ τους στο ποιος πραγματοποιεί την εκτίμηση αναγκών των ατόμων που είναι υποψήφιοι για να ενταχθούν στο Πρόγραμμα. Αντίθετα, προκύπτουν τρεις αντιλήψεις.

5.14. Κριτήρια που αφορούν την εκτίμηση αναγκών των εξυπηρετούμενων

Εν συνεχεία, η ανάλυση του παρακάτω άξονα έχει ως στόχο την διερεύνηση σχετικά με το αν υπάρχουν κάποια ειδικά κριτήρια σύμφωνα με τα οποία γίνεται η εκτίμηση των αναγκών των εξυπηρετούμενων που αφορά την κατάστασή τους.

Υπάρχουν κριτήρια σύμφωνα με το ανθρώπινο δυναμικό ή με τις υπηρεσίες που μπορεί να προσφέρει

Παρατηρείται, πως οι υπηρεσίες έχουν μεταξύ τους ένα κοινό σημείο, το οποίο επαναλαμβάνεται στην πλειοψηφία των σκίτσων, υποστηρίζοντας πως υπάρχουν κριτήρια σύμφωνα με το ανθρώπινο δυναμικό ή με τις υπηρεσίες που μπορεί να προσφέρει. Αυτή η συμφωνία πιθανόν παρατηρείται λόγω της ομοιότητας του Προγράμματος μεταξύ των Δήμων καθώς αναφερόμαστε σε ένα κοινό Πρόγραμμα, το οποίο έχει την ίδια φιλοσοφία. Επίσης, μέσα από αυτήν την απάντηση ίσως να εκφράζεται και η έλλειψη του προσωπικού που υπάρχει σε κάποιες δομές, καθώς το ανθρώπινο δυναμικό δεν είναι όμοιο σε όλες τις δομές. Σε αυτό το σημείο, λοιπόν, διακρίνεται η υπόθεση κατά την οποία δεν καθίσταται δυνατή η παροχή των υπηρεσιών, οι οποίες παρέχονται από τα άτομα των οποίων η θέση παραμένει ακάλυπτη.

«Σε κάθε περίπτωση πάντως αν το ανθρώπινο δυναμικό του Προγράμματος υπολείπεται μιας ειδικότητας εργαζομένων, αυτομάτως μειώνονται οι παροχές» (Β2),

«Για να μπορέσει ο εξυπηρετούμενος να βοηθηθεί θα πρέπει να υπάρχουν οι ανάλογες ειδικότητες, άρα είναι απαραίτητο το κριτήριο για την ένταξη του» (Γ1).

Υπάρχουν κριτήρια σύμφωνα με τους στόχους της υπηρεσίας

Από την άλλη μεριά, ένας μικρός αριθμός ερωτηθέντων, σε συνδυασμό με την ύπαρξη κριτηρίων σύμφωνα με το ανθρώπινο δυναμικό ή με τις υπηρεσίες που μπορεί να προσφέρει, υποστηρίζει και την ύπαρξη κριτηρίων σύμφωνα με τους στόχους της υπηρεσίας.

«Κατά καιρούς τα κριτήρια αλλάζουν. Άλλοτε αποτελεί κριτήριο η μοναχικότητα του ενδιαφερομένου κι άλλοτε αν ο ενδιαφερόμενος έχει άνεργο τέκνο, με άπώτερο σκοπό οι παρεχόμενες υπηρεσίες του «Βοήθεια στο Σπίτι» να συμβάλλει στο να βγει στην αγορά εργασίας ο φροντιστής» (B2).

Υπάρχουν κριτήρια σύμφωνα με την κατάσταση του εξυπηρετούμενου

Επιπλέον, προέκυψε και η αντίληψη, πως η εκτίμηση των αναγκών των εξυπηρετούμενων γίνεται με βάση κριτηρίων που αφορούν το ίδιο το άτομο, όπως παραδείγματος χάρη η οικονομική του κατάσταση. Πιθανότατα σε αυτό το σημείο, τονίζεται και η σημαντικότητα του κάθε ατόμου να λαμβάνεται υπόψιν ως μία ξεχωριστή οντότητα και να πραγματοποιείται η εκτίμηση των αναγκών σύμφωνα και με τις ανάγκες του ηλικιωμένου ατόμου. Επιπλέον, φαίνεται πως το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» δεν έχει σταθερά κριτήρια τα οποία χρησιμοποιούνται στην εκτίμηση των αναγκών των ενδιαφερόμενων, οι οποίοι υποβάλλουν αίτηση για παροχή φροντίδας. Αυτό ίσως οφείλεται, επειδή δεν φαίνεται να υπάρχει ένα κοινωνικό ιστορικό που να είναι κοινό προς όλες της δομές της Ελλάδας. Επίσης, διαφαίνεται πως η υπηρεσία σε κάποιες περιπτώσεις δεν ακολουθεί αυστηρά τα κριτήρια του Προγράμματος, αλλά σε συνδυασμό με επαγγελματική έρευνα γίνεται η εκτίμηση των αναγκών, καθώς ίσως να υπάρχουν περιπτώσεις άμεσης παρέμβασης που παρόλο δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια ένταξης της υπηρεσίας, οι επαγγελματίες θα πρέπει να παρέμβουν άμεσα, καθώς εκτιμάται πως ο εξυπηρετούμενος χρειάζεται τις υπηρεσίες του Προγράμματος. Σ' αυτό το σημείο, κατανοείται, πως πιθανόν να υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων, οι οποίοι χρειάζονται τις παροχές του Προγράμματος, αλλά λόγω κάποιων κριτηρίων της υπηρεσίας, τα οποία δεν τηρούν να είναι αδύνατη η ένταξή τους στο Πρόγραμμα. Γι'

αυτόν λοιπόν τον λόγο, το προσωπικό της δομής διεξάγει κοινωνική έρευνα με βάση την οποία γίνεται η εκτίμηση των πραγματικών αναγκών του εξυπηρετούμενου. Σύμφωνα λοιπόν με τα ευρήματα της κοινωνικής έρευνας και σε συνδυασμό με τα κριτήρια του Προγράμματος αποφασίζεται η ένταξη ή μη του ηλικιωμένου στο Πρόγραμμα.

«Επίσης, υπάρχουν κριτήρια σύμφωνα με τον ίδιο τον εξυπηρετούμενο, όπως την οικογενειακή του κατάσταση και την οικονομική του» (Α6),

«Υπάρχουν τυπικά κριτήρια, αλλά σε συνάρτηση με την κοινωνική έρευνα γίνεται η ένταξη, γιατί πολλές φορές τα τυπικά κριτήρια, δεν αποδίδουν την πραγματικότητα, αλλά είναι σημαντικό να υπάρχουν για να υπάρχει ένα πλαίσιο που θα γίνει η αξιολόγηση» (Γ6).

5.15. Κοινωνικά κριτήρια στην εφαρμογή υπηρεσιών

Από τις απαντήσεις κάποιων συμμετεχόντων στην έρευνα, προέκυψε και η διατύπωση ορισμένων βασικών κοινωνικών κριτηρίων τα οποία πρέπει να πληροί ένα άτομο, ώστε να μπορεί να ενταχθεί στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

Κριτήρια που αφορούν την ηλικία, την κατάσταση υγείας & το ποσοστό αναπηρίας

Πιο συγκεκριμένα, έγινε αναφορά στην προϋπόθεση ένταξης ένα άτομο να μην αυτοεξυπηρετείται πλήρως, ή να έχει κάποιο ποσοστό αναπηρίας αλλά και επίσης να χαρακτηρίζεται μοναχικός. Από αυτήν την απάντηση φαίνεται να προκύπτει η συγκεκριμένη αντίληψη η οποία αποτελεί το βασικό κριτήριο ένταξης των ατόμων στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

«Η παροχή βοήθειας από τα στελέχη του ΒσΣ δίδεται σε μη επαρκώς αυτοεξυπηρετούμενους πολίτες, ηλικιωμένους και ΑΜΕΑ με προτεραιότητα σε αυτούς που διαβιούν μόνοι τους ή που δεν έχουν την πλήρη φροντίδα της οικογένειάς τους. Με βάση αυτά, η παραπάνω περίπτωση όπως αναφέρεται, δεν παρέχει επαρκείς πληροφορίες έτσι ώστε να γίνει σωστή αξιολόγηση και ιεράρχηση των αναγκών του κυρίου και της οικογένειάς του (π.χ. οικονομική κατάσταση, κατάσταση υγείας της συζύγου, εάν είναι ΑΜΕΑ ή όχι, και τον βαθμό συμμετοχής των παιδιών στη φροντίδα του πατέρα τους καθώς και την κατάσταση αυτών (π.χ. ανεργία, οικογενειακή και

οικονομική κατάσταση, χιλιομετρική απόσταση)» (Γ5).

Ένταξη στο Πρόγραμμα λόγω περιορισμένων επιλογών στις κατ' οίκον υπηρεσίες

Μέσα από τις απαντήσεις των ερωτώμενων προκύπτει και η αντίληψη, η οποία υποστηρίζει, πως το πιθανότερο είναι ο ηλικιωμένος να ενταχθεί στο Πρόγραμμα, καθώς δεν υπάρχει άλλος φορέας, ο οποίος να μπορεί να εξυπηρετήσει τον ηλικιωμένο. Από αυτήν την αντίληψη μπορεί να διεξαχθεί η υπόθεση, πως το συγκεκριμένο περιστατικό δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί από τις υπηρεσίες τις οποίες παρέχει το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», αλλά λόγω έλλειψης άλλων φορέων, τελικά θα ενταχθεί. Η αντίληψη αυτή ίσως να δικαιολογείται, διότι το συγκεκριμένο περιστατικό, ίσως να θεωρείται ένα «βαρύ» περιστατικό στο οποίο πρέπει να αφιερωθούν αρκετές ώρες φροντίδας λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης του ηλικιωμένου. Φαίνεται δηλαδή ότι πιθανόν στην χώρα μας δεν υπάρχει ένας ικανοποιητικός αριθμός υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, έτσι ώστε να υπάρχει η δυνατότητα κάλυψης των αναγκών. Το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» αποτελεί ένα κατ' οίκον Πρόγραμμα όμως το ίδιο δεν μπορεί να παρέχει πολύωρες υπηρεσίες στους ωφελούμενους, με αποτέλεσμα τα άτομα των οποίων η ψυχική ή σωματική κατάσταση απαιτεί ειδική φροντίδα, η υπηρεσία να αδυνατεί να εντάξει στο Πρόγραμμα ή να μην του παρέχονται οι υπηρεσίες που πραγματικά δικαιούται.

«Με τα στενά πλαίσια του Βοήθεια όχι, αλλά τις περισσότερες φορές εντάσσουμε αντίστοιχα περιστατικά αφού δεν υπάρχει άλλος φορέας να τα εξυπηρετήσει» (Γ6).

5.16. Οικονομικά κριτήρια στην εφαρμογή υπηρεσιών

Όσον αφορά το αν η οικονομική δυνατότητα του ζευγαριού αποτελεί κριτήριο στην απόφαση εφαρμογής υπηρεσιών, προέκυψαν τέσσερις τάσεις.

Η οικονομική κατάσταση αποτελεί κριτήριο στην εφαρμογή υπηρεσιών

Οι απόψεις των συμμετεχόντων συγκλίνουν στο γεγονός πως η οικονομική δυνατότητα του ζευγαριού είναι ένα από τα κριτήρια ένταξης του Προγράμματος. Συγκεκριμένα, αναφέρεται πως υπάρχει το όριο των 15.500 ευρώ, το οποίο πρέπει τα

άτομα να μην υπερβαίνουν. Επίσης, προηγούνται τα άτομα τα οποία έχουν χαμηλό οικογενειακό εισόδημα. Θα μπορούσαμε να πούμε πως δικαιολογημένα δίνεται προτεραιότητα φροντίδας σε άτομα με χαμηλό εισόδημα, καθώς αυτά τα άτομα πιθανόν αδυνατούν να διαθέσουν ένα ικανοποιητικό ποσό σε ιδιωτικούς φορείς για την φροντίδα τους. Βέβαια, έχοντας υπόψιν την οικονομική κατάσταση της χώρας μας, είναι πολύ πιθανό να υπάρχουν πολλά άτομα, τα οποία πληρούν αυτό το κριτήριο αλλά λόγω του περιορισμένου αριθμού που αναλαμβάνει να εξυπηρετήσει το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» να μένουν εκτός της παροχής των υπηρεσιών ή να γίνεται η ένταξή τους, αλλά να μην είναι δυνατή η κάλυψη όλων των αναγκών τους λόγω της έλλειψης προσωπικού ή άλλων αδυναμιών του Προγράμματος.

«Δίδεται προτεραιότητα στα άτομα που έχουν χαμηλό εισόδημα και αδυνατούν να καλύψουν τις ημερήσιες ανάγκες τους προσφέροντας περισσότερο χρόνο και συχνότερες επισκέψεις εάν αδυνατούν να προσλάβουν ιδιωτικό νοσοκόμο ή φροντιστή 24ωρου βάσεως σε περίπτωση που η σύζυγος δεν μπορεί να αντεπεξέλθει μόνη της» (A6),

«Το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα να μην υπερβαίνει τα 15.500 ευρώ με βάση το εκκαθαριστικό εφορίας του, το οποίο ζητείται κατά την κοινωνική έρευνα» (Γ5).

Συνδρομή για την παροχή υπηρεσιών

Μία άλλη αντίληψη που προκύπτει αναφέρει πως λόγω των ελλείψεων που αφορά τα μέσα και τους πόρους του Προγράμματος, ο εξυπηρετούμενος ίσως κληθεί να συνδράμει ο ίδιος, ώστε να του παραχθούν κάποιες απαραίτητες υπηρεσίες και συνεπώς να καλυφθούν τα κενά που προκύπτουν στο Πρόγραμμα από αυτές τις ελλείψεις. Φαίνεται πως το Πρόγραμμα έχει ελλείψεις με αποτέλεσμα να περιορίζονται οι υπηρεσίες του. Βέβαια, οι υπηρεσίες του Προγράμματος παρέχονται δωρεάν κάτι που έρχεται σε σύγκρουση με την συνδρομή των εξυπηρετούμενων ώστε να καλυφθούν τα κενά που προκύπτουν.

«... τα μέσα που διαθέτει το Βοήθεια δεν αρκούν και θα πρέπει να συνδράμουν και αυτοί» (A4),

«... η οικονομική ευρωστία θα μπορούσε να καλύψει τα κενά ενός Προγράμματος» (B2).

Η οικονομική κατάσταση λαμβάνεται υπόψη για περαιτέρω φροντίδα εκτός Προγράμματος

Κάποιοι ερωτώμενοι συγκεκριμενοποιούν την απάντησή τους αναφέροντας πως λόγω των περιορισμένων ωρών τις οποίες παρέχονται οι υπηρεσίες του Προγράμματος, οι εξυπηρετούμενοι, εάν χρειάζονται επιπρόσθετες ώρες φροντίδας, οι ίδιοι θα πρέπει να καταφύγουν στην εύρεση ιδιωτικής ή αποκλειστικής νοσοκόμας ώστε μ' αυτόν τον τρόπο να συμπληρώσουν τις υπηρεσίες του Προγράμματος. Σύμφωνα λοιπόν με αυτήν την αντίληψη, διαφαίνεται πιθανόν πως το προσωπικό του Προγράμματος μεριμνά για τη φροντίδα των εξυπηρετούμενων του όχι μόνο κατά την διάρκεια της επίσκεψής του στο σπίτι του ηλικιωμένου, αλλά και τις ώρες που ο ηλικιωμένος δεν δέχεται τις υπηρεσίες του Προγράμματος.

«Στο ενδεχόμενο που οι ανάγκες του ασθενή δεν μπορούν να καλυφθούν από τον φροντιστή και τη Δομή (π.χ. στην ατομική υγιεινή τα Σαββατοκύριακα ή τα απογεύματα) λαμβάνεται υπ' όψιν η οικονομική κατάσταση καθώς ίσως χρειαστεί και η πρόσθετη επί πληρωμή φροντίδα από ιδιωτική νοσοκόμα ή αποκλειστική» (B3),

«... Θα ληφθεί υπόψιν στην περίπτωση που οι ανάγκες του εξυπηρετούμενου δε μπορούν να καλυφθούν πλήρως από τη Δομή καθώς θα χρειαστεί φροντίδα από αποκλειστική νοσοκόμα» (B4),

«Αν το ζευγάρι μπορεί να διαθέσει χρήματα σε γυναίκα για τις δουλειές του σπιτιού ή σε νοσοκόμα, τότε οι ώρες - φορές παροχής αντίστοιχων υπηρεσιών μειώνονται. Αν δεν μπορεί να διαθέσει χρήματα τότε θα πρέπει το αντίστοιχο προσωπικό του ΒσΣ να παρέχει περισσότερες φορές την βοήθεια του» (Γ1).

Η οικονομική κατάσταση δεν αποτελεί κριτήριο στην εφαρμογή υπηρεσιών

Από τις απαντήσεις των ερωτώμενων προέκυψε επίσης πως δεν υπάρχουν οικονομικά κριτήρια για την παροχή υπηρεσιών στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

«Δεν λαμβάνεται υπόψιν η οικονομική κατάσταση για να τους παρέχουμε τις υπηρεσίες μας. Θα ληφθεί υπόψιν στην περίπτωση που οι ανάγκες του εξυπηρετούμενου δε μπορούν να καλυφθούν πλήρως από τη Δομή καθώς θα χρειαστεί φροντίδα από αποκλειστική νοσοκόμα» (B4).

5.17. Πρόσωπα που συμμετέχουν στην φροντίδα του εξυπηρετούμενου

Στην ερώτηση που αφορά το ποιος φροντιστής (επαγγελματίας ή μη) θα συμμετέχει στην κατ' οίκον φροντίδα του ζευγαριού, οι απαντήσεις διακρίνονται στους επίσημους και στους ανεπίσημους φροντιστές.

Επίσημοι φροντιστές

Όσον αφορά τα πρόσωπα που συμμετέχουν στην φροντίδα του εξυπηρετούμενου, όλοι οι ερωτώμενοι έχουν αναφέρει στους επίσημους φροντιστές τις τρεις βασικές ειδικότητες του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», τον κοινωνικό λειτουργό, τον νοσοκόμο και τον οικιακό βοηθό. Δεδομένου ότι όλοι οι ερωτώμενοι έχουν συμπεριλάβει στην απάντησή τους τις τρεις ειδικότητες, ανάγεται η υπόθεση, ότι γίνεται ξεκάθαρη η σημαντικότητα της συμμετοχής των παραπάνω ειδικοτήτων στο συγκεκριμένο περιστατικό.

Αρκετοί συμμετέχοντες, έχουν αναφέρει τον οικογενειακό γιατρό, ενώ μικρότερος αριθμός τον ιατρικό επιστήμονα και τον φυσιοθεραπευτή. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν, παρατηρείται πως λίγοι είναι οι ερωτώμενοι που έχουν συμπεριλάβει στη συνεργασία τους τους προαναφερθέντες επιστήμονες. Το συμπέρασμα αυτό, που φαίνεται να δικαιολογείται και από προηγούμενες αναφορές των συμμετεχόντων για τη συνεργασία τους με τους συγκεκριμένους επιστήμονες, εξηγείται ίσως από τη μη θεσμοθετημένη και μόνιμη θέση τους στο Πρόγραμμα. Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι παρατηρήθηκε η συμπερίληψη αυτών των τριών ειδικοτήτων περισσότερο από επαγγελματίες της δομής (Α), οπότε φαίνεται να έχει αναπτυχθεί μία καλή συνεργασία με εξωτερικούς φορείς. Λαμβάνοντας υπόψη την γεωγραφική της θέση, σε συνδυασμό πάντα με τον πληθυσμό, δίνονται ίσως περισσότερες ευκαιρίες πρόσβασης στις συγκεκριμένες ειδικότητες. Εντούτοις, προβληματισμό προκαλεί ότι η δομή (Γ) αν και καθαρά αστική, η οποία θα μπορούσε να έχει περισσότερες προοπτικές και ευκαιρίες για συνεργασία, δεν τους συμπεριλαμβάνει στη συγκεκριμένη περίπτωση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι κανένας συμμετέχων δεν έχει αναφέρει τον εργοθεραπευτή στους επίσημους φροντιστές. Η μη αναφορά στον εργοθεραπευτή δικαιολογείται ίσως από την μη θεσμοθετημένη θέση της συγκεκριμένης ειδικότητας στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», αλλά επίσης διότι ίσως να μη δίνουν

σημαντικότητα στη συνεργασία τους με αυτή την ειδικότητα, καθώς θεωρούν ότι θα πρέπει πρωτίστως να καλυφθούν βασικότερες ανάγκες του εξυπηρετούμενου. Παράδειγμα αποτελεί ίσως το σχόλιο του κοινωνικού επιστήμονα (A5) κατά τη διάρκεια της συνάντησης, ο οποίος υποστήριξε ότι δεν μπορεί να τον βοηθήσει.

Ανεπίσημοι φροντιστές - δίκτυα

Από την άλλη μεριά, ως ανεπίσημους φροντιστές η πλειοψηφία των ερωτώμενων αναφέρει τα παιδιά του ζευγαριού αναδεικνύοντας ίσως έτσι πόσο σημαντικός είναι ο θεσμός της οικογένειας τόσο στις αστικές όσο και στις μη αστικές περιοχές, αλλά και η συμπερίληψή τους στη φροντίδα του ηλικιωμένου. Φαίνεται, δηλαδή, πως υπάρχει η αντίληψη ότι θα πρέπει να παραχθεί συστηματική παρέμβαση στη φροντίδα του συγκεκριμένου περιστατικού.

Στη συνέχεια, αναφέρουν τους γείτονες ενώ αρκετοί, έχουν αναφέρει στους ανεπίσημους φροντιστές τους φίλους του ζευγαριού. Από τις απαντήσεις των συγκεκριμένων επαγγελματιών προκύπτει ίσως ότι και ο περίγυρος του ζευγαριού ανήκει στους φροντιστές έχοντας σημαντικό ρόλο. Επίσης, λιγότεροι ερωτώμενοι συμπεριλαμβάνουν τους εθελοντές στους ανεπίσημους φροντιστές. Παρόλα αυτά, σημαντικός είναι και ο αριθμός των επαγγελματιών που δεν αναφέρθηκαν στην συγκεκριμένη άποψη για τη συμβολή των εθελοντών στην παροχή υπηρεσιών. Οπότε φαίνεται να υπάρχει διάκριση στο πώς προσεγγίζουν μία περίπτωση, όχι μόνο με κριτήριο τις ευκαιρίες που έχουν (π.χ. πρόσβαση σε γιατρούς), αλλά και την πεποίθησή τους για διερεύνηση των δράσεών τους.

5.18. Συνεργασία με τοπική κοινότητα και άλλους φορείς

Η ανάλυση των δεδομένων του τρέχοντος άξονα, αναδεικνύει την ανεπτυγμένη συνεργασία των Προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» με τους φορείς της ευρύτερης Τοπικής Κοινότητάς τους σε διάφορα επίπεδα, οπότε επιβεβαιώνεται ίσως και η στάση τους η οποία αναφέρεται στη σημαντικότητα συμπερίληψης φορέων που θα μπορέσουν να συμβάλουν σημαντικά στην ικανοποίηση σημαντικών αναγκών των εξυπηρετούμενων και των οικογενειών τους.

Συνεργασία στην διαδικασία παροχής των υπηρεσιών τους

Πιο συγκεκριμένα, ο μεγαλύτερος αριθμός του δείγματος εντάσσει ιατρικούς επιστήμονες και φυσιοθεραπευτές στην διαδικασία παροχής των υπηρεσιών τους. Σε άλλο σημείο των απαντήσεων, αναφέρουν πως θα αναλάβει την πρωτοβουλία πραγματοποίησης αίτησης για φροντίδα:

«... ο γιατρός του» (A4),

«η κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου» (B1).

Συνεργασία στη διαδικασία εκτίμησης των αναγκών του εξυπηρετούμενου

Σημαντική διαφαίνεται και η συνεργασία που ενδέχεται να υπάρξει στη φάση της εκτίμησης των αναγκών του εξυπηρετούμενου και της γυναίκας του, καθώς επίσης και η συμπερίληψη του ιατρού στην παροχή υπηρεσιών.

«... Επίσης, στενή θα μπορούσε να είναι η συνεργασία με τον γενικό γιατρό που επισκέπτεται τον 65χρονο» (B2),

θα γίνει η απαραίτητη εκπαίδευση «... των μελών της οικογένειας (σε συνεργασία με τον οικογενειακό γιατρό)» (B3),

Η διεπιστημονική ομάδα του Προγράμματος θα εκτιμήσει τις ανάγκες του κυρίου *«Σε συνεργασία και με τον γενικό γιατρό που τον παρακολουθεί» (B4).*

Διασύνδεση και διαμεσολάβηση

Επίσης, ορισμένοι επαγγελματίες απάντησαν πως υπάρχει διασύνδεση και διαμεσολάβηση με υπηρεσίες στην Τοπική Κοινότητά τους. Ειδικότερα, από τις απαντήσεις προέκυψε, πως ο εξυπηρετούμενος θα παραπεμφθεί στις κατάλληλες υπηρεσίες (ΕΟΠΠΥ, νοσοκομείο), αλλά και να εκτιμηθεί εάν ο ίδιος πληροί τα κριτήρια αναπηρίας, ώστε να διεκδικηθούν τα δικαιώματά του (ΚΕ.Π.Α.). Επίσης, το Πρόγραμμα θα διασυνδεθεί με φορείς της Κοινότητας οι οποίοι εξυπηρετούν άτομα τα οποία πάσχουν από καρκίνο, όπως το Ίδρυμα Πόνου. Τελευταία αναφορά, η οποία αποδεικνύει τη στάση τους απέναντι στον τρόπο αντιμετώπισης των περιστατικών τους, είναι εκείνη της συνταγογράφησης. Μέσα στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους θεωρούν σημαντικό να υπάρχει αυτή η ικανοποίηση της ανάγκης προς τα εξυπηρετούμενα άτομα και πιο συγκεκριμένα στην τρέχουσα περίπτωση.

«...διαμεσολάβηση με τον Ασφαλιστικό οργανισμό τους» (Α2, Α3).

«... διαμεσολάβηση με υπηρεσίες π.χ. νοσοκομείο...» (Α3),

«... επαφή με τις κατάλληλες υπηρεσίες – φορείς (ΕΟΠΥΥ)...» (Α6),

«... συμμετοχή/παραπομπή σε επιτροπές ΚΕ.Π.Α. για να εξασφαλιστεί η σύνταξη αναπηρίας ή/και συνεργασία – επικοινωνία με Πρόνοια για τυχόν επιδόματα και παροχές...» (Β2),

«... σύνδεση με άλλους φορείς (π.χ. Ίδρυμα Πόνου)...» (Γ1).

5.19. Παρακολούθηση παροχής φροντίδας

Ο συγκεκριμένος άξονας παρουσιάζει τις αντιλήψεις των κοινωνικών επιστημόνων σχετικά με τη συχνότητα και τον τρόπο παροχής φροντίδας στον εξυπηρετούμενο. Πιο συγκεκριμένα, ρωτήθηκαν, εάν η παροχή φροντίδας θα παρακολουθείται διεξοδικά (δηλαδή με επίσημες διαδικασίες σε τακτά χρονικά διαστήματα) από χρόνο σε χρόνο ώστε να διευκρινιστεί αν η παροχή αυτή συνεχίζει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ζευγαριού.

Οι υπηρεσίες σε αυτό το ζευγάρι θα παρακολουθούνται διεξοδικά με βάση συστηματικής διαδικασίας

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων υποστηρίζει πως οι υπηρεσίες που παρέχονται στους εξυπηρετούμενους από το Πρόγραμμα παρακολουθούνται διεξοδικά με βάση συστηματικής διαδικασίας. Από τις επεξηγήσεις των επαγγελματιών γίνεται κατανοητό ότι με την διεξοδική παρακολούθηση εννοούν πως σε κάθε δομή ο υπεύθυνος κοινωνικός επαγγελματίας, είτε μόνο ο ίδιος είτε σε συνεργασία με τον νοσηλευτή, είναι οι αρμόδιοι επαγγελματίες που ορίζονται για την παρακολούθηση των περιστατικών του Προγράμματος. Η παρακολούθηση των υπηρεσιών έχει ως σκοπό αρχικά την συστηματική παρατήρηση και ενημέρωση των επαγγελματιών για την πορεία της κατάστασης της υγείας των εξυπηρετούμενων, καθώς ενδέχεται να υπάρξουν μεταβολές στην κατάσταση της υγείας και θα πρέπει να επανεκτιμηθούν και επαναπροσδιοριστούν οι υπηρεσίες που παρέχονται ώστε να καλυφθούν όλες οι απαιτούμενες ανάγκες του εξυπηρετούμενου. Επίσης, μέσα από αυτήν την παρακολούθηση ορίζεται και η συχνότητα των επισκέψεων από την ομάδα του Προγράμματος στην οικεία των ατόμων που δέχονται τις υπηρεσίες. Επιπλέον,

διαφαίνεται πως η κάθε δομή έχει υποχρέωση να δίνει αναφορά σχετικά με τις υπηρεσίες τις οποίες προσφέρει και συνεπώς υπονοείται πως υπάρχει έλεγχος σε κάθε δομή.

Το ζευγάρι θα παρακολουθεί «*1ον Ο κοινωνικός λειτουργός, 2ον Νοσηλεύτης. Με τη συστηματική επίσκεψη της ομάδας ΒσΣ παρακολουθούμε την πορεία του εξυπηρετούμενου και κάθε αλλαγή στην κατάσταση υγείας που μπορεί να τροποποιήσει π.χ. τον αριθμό των επισκέψεων, τη νοσηλευτική φροντίδα κ.ά.*» (Α2),

«*Μέσα από τις κατ' οίκον επισκέψεις στο ζευγάρι θα παρακολουθείται η κατάσταση της υγείας του, καθώς επίσης θα πραγματοποιούνται οι παρεχόμενες υπηρεσίες από τον κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη και οικογενειακό βοηθό και συνεχώς θα επαναπροσδιορίζονται διότι η κατάσταση της υγείας του είναι σοβαρή και μη ιάσιμη*» (Α6),

«*Κάθε μήνα συμπληρώνονται καταστάσεις με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και αποστέλλονται στην αρμόδια υπηρεσία που υλοποιεί το Πρόγραμμα*» (Β2).

Εξαρτάται από τις παρεχόμενες υπηρεσίες εάν θα παρακολουθούνται διεξοδικά

Παρ' όλα αυτά, στην συγκεκριμένη ερώτηση προέκυψε από έναν πολύ μικρό αριθμό συμμετεχόντων και η αντίληψη ότι εάν θα παρακολουθείται συστηματικά ή όχι το περιστατικό, εξαρτάται από τις υπηρεσίες που θα προσφερθούν στον εξυπηρετούμενο από το Πρόγραμμα. Εάν δηλαδή συμμετέχουν όλες οι ειδικότητες του Προγράμματος στην παροχή φροντίδας για την κάλυψη των αναγκών του εξυπηρετούμενου.

«*Εξαρτάται τι υπηρεσίες χρειάζεται από το Πρόγραμμα θα καθορίσουν και τον αριθμό επισκέψεων*» (Α5).

5.20. Λύση – κατάσταση εξυπηρετούμενου σε περίπτωση μη παροχής φροντίδας από το Πρόγραμμα

Στη συγκεκριμένη ερώτηση, η οποία αναφέρεται στην εναλλακτική λύση που θα πρέπει να υπάρξει σε περίπτωση που η επίσημη κατ' οίκον φροντίδα δεν θα ήταν πιθανή επιλογή αυτού του ζευγαριού, οι επαγγελματίες επέλεξαν παραπάνω από μία απαντήσεις ως την καταλληλότερη.

Το ζευγάρι θα προσλάμβανε ιδιωτική νοσοκόμα ή άτομο άνευ ειδικότητας

Η λύση που φαίνεται να επαναλαμβάνεται στους περισσότερους συμμετέχοντες, είναι πως το ζευγάρι θα προσλάμβανε ιδιωτική νοσοκόμα ή άτομο το οποίο δεν έχει την απαραίτητη ειδικευση στην φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων. Αυτή η εναλλακτική πρόταση φαίνεται να στηρίζει την άποψη και την αρχή ότι ο ηλικιωμένος άνδρας έχει το δικαίωμα να συνεχίσει να διαμένει στον δικό του χώρο, δίχως να αφήνεται στο περιθώριο, ωστόσο επιβαρύνεται οικονομικά.

«Θα μπορούσε να προσλάβει κάποιο άτομο (άνευ ειδικότητας) και αφού λάμβανε κάποια εκπαίδευση θα κάλυπτε τις ανάγκες του άνδρα» (B2).

Ο κύριος θα εισερχόταν σε νοσοκομείο ή σε κλινική

Οι αμέσως επόμενες επικρατέστερες απαντήσεις αναφέρονταν πως ο κύριος θα εισερχόταν σε νοσοκομείο ή σε μια κλινική. Παρατηρείται λοιπόν, πως οι κοινωνικοί επιστήμονες αμέσως μετά την κατ' οίκον φροντίδα επιλέγουν την εισαγωγή του εξυπηρετούμενου σε Νοσοκομείο ή σε κλινική. Αυτό ίσως δικαιολογείται και λόγω της σοβαρής κατάστασης της υγείας του άντρα. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί πως αρκετοί από τους επαγγελματίες επέλεξαν και τις δύο αυτές πιθανές λύσεις. Μία άλλη σημαντική παρατήρηση αφορά τη δομή (B). Ο μισός αριθμός επαγγελματιών δεν περιλαμβάνουν στις πιθανές λύσεις τους την εισαγωγή του κυρίου σε Νοσοκομείο ή σε κλινική. Λαμβάνοντας υπόψιν την γεωγραφική θέση της συγκεκριμένης δομής, η οποία αποτελεί αγροτική περιοχή, διαφαίνεται πιθανώς η δυσκολία πρόσβασης στα Νοσοκομεία και τις κλινικές της περιοχής.

Ο κύριος θα εισερχόταν σε άσυλο ανιάτων

Κάποιοι επαγγελματίες προσθέτουν επίσης στις πιθανές λύσεις ότι ο κύριος θα εισερχόταν σε άσυλο ανιάτων.

Ο άνδρας θα υπέφερε από τις ακάλυπτες ανάγκες (κοινωνικές και υγείας)

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι ένας σημαντικός αριθμός επαγγελματιών του δείγματος υποστηρίζει, πως εάν η κατ' οίκον φροντίδα δεν θα ήταν πιθανή επιλογή αυτού του ζευγαριού, ο άνδρας θα υπέφερε από τις ακάλυπτες ανάγκες.

Βέβαια, αξίζει να αναφερθεί πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες που έχουν επιλέξει την συγκεκριμένη απάντηση, έχουν αναφέρει και άλλες πιθανές λύσεις (όπως την πρόσληψη ιδιωτικής νοσοκόμας ή την εισαγωγή του κυρίου σε Νοσοκομείο ή κλινική).

Η κατ' οίκον φροντίδα είναι η πιο κατάλληλη σε αυτήν την περίπτωση

Ένας πολύ μικρός αριθμός συμμετεχόντων απάντησε πως η κατ' οίκον φροντίδα είναι η πιο κατάλληλη σε αυτήν την περίπτωση. Σ' αυτό το σημείο γίνεται φανερό η αντίληψη η οποία αναφέρεται πως η κατ' οίκον φροντίδα είναι η καταλληλότερη επιλογή για την κάλυψη των αναγκών του κυρίου. Μία υπόθεση η οποία θα μπορούσε να αναφερθεί λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις, ενδέχεται να διαφαίνεται και η αντίληψη των κοινωνικών επαγγελματιών, είναι πως το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» δίνει πολλές ευκαιρίες για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των εξυπηρετούμενων ατόμων, καθώς η υπηρεσία είναι εκείνη η οποία προσεγγίζει τα άτομα και όχι εκείνα. Οπότε αναδύεται έτσι πιθανώς και το ζήτημα της προσβασιμότητας, με βάση της οποίας οι υπόλοιπες υπηρεσίες δεν έχουν το συγκεκριμένο προνόμιο του κατ' οίκον φροντίδα.

Το Νοσοκομείο θα προσέφερε εξωτερικές υπηρεσίες στο σπίτι του ασθενούς

Επίσης, ως προτεινόμενη λύση, σε περίπτωση που η κατ' οίκον φροντίδα δεν ήταν δυνατή, αναφέρθηκε η δυνατότητα του Νοσοκομείου να προσφέρει τις υπηρεσίες του στην οικεία του εξυπηρετούμενου. Η συγκεκριμένη απάντηση δόθηκε από έναν μόνο επαγγελματία. Σύμφωνα μ' αυτό, διαφαίνεται πως οι κατ' οίκον νοσηλευτικές υπηρεσίες δεν παρέχονται από όλα τα Νοσοκομεία της χώρας γι' αυτό και δεν ήταν μία πιθανή λύση για τους επαγγελματίες.

Συμπερασματικά, από τις απαντήσεις φαίνεται να υπάρχουν δύο κυρίαρχες τάσεις. Από τη μία υπάρχει η αντίληψη ότι ο ηλικιωμένος άνδρας θα στηριχθεί με παροχές του δημοσίου (Νοσοκομείο) και από την άλλη ιδιωτικά (ιδιωτική νοσοκόμα, κλινική, πρόσληψη κάποιου ατόμου άνευ ειδικότητας). Σ' αυτό το σημείο, διαφαίνεται και η γνώση κάθε κοινωνικού επαγγελματία για τη δυναμική της ευρύτερης κοινότητάς τους, τις παροχές οι οποίες υπάρχουν, τα υποστηρικτικά δίκτυα και το ρόλο των εκάστοτε υπηρεσιών ως εναλλακτική λύση στο συγκεκριμένο

περιστατικό. Τελειώνοντας, μέσα από τις απαντήσεις τους φαίνεται να αξιολογούν θετικά την ύπαρξη του «Βοήθεια στο Σπίτι» ως ένα Πρόγραμμα που μπορεί να καλύψει πολλές ανάγκες των εξυπηρετούμενων.

5.21. Συνήθειες δυσκολίες στην παροχή υπηρεσιών

Μέσα από τις απαντήσεις των σκίτσων από τους κοινωνικούς επαγγελματίες, γίνονται αντιληπτές ορισμένες δυσκολίες που συχνά συναντούν οι κοινωνικοί επιστήμονες κατά τη διεκπεραίωση των καθηκόντων τους και την παροχή των υπηρεσιών.

Μη δυνατές καθημερινές επισκέψεις – Περιορισμένος χρόνος επισκέψεων

Αρχικά, κάποιοι επαγγελματίες ανέφεραν πως δεν είναι δυνατή η καθημερινή επίσκεψη των εξυπηρετούμενων από το Πρόγραμμα εξαιτίας του μεγάλου αριθμού περιστατικών που προκύπτουν, άρα ο χρόνος που αφιερώνεται σε αυτούς είναι περιορισμένος. Συμπληρωματικά, το προσωπικό του Προγράμματος δεν μένει πολλές ώρες σε κάθε εξυπηρετούμενο, ώστε να είναι σε θέση ο φροντιστής να ασχοληθεί με δικές του υποχρεώσεις που απαιτούν την πολύωρη απουσία του από το σπίτι. Επίσης, δεν υπάρχει η δυνατότητα επίσκεψης τα Σαββατοκύριακα ή τα απογεύματα καθώς το Πρόγραμμα λειτουργεί μόνο κατά τις πρωινές ώρες.

«Το ΒσΣ δεν μπορεί καθημερινά να επισκέπτεται τον εξυπηρετούμενο, γιατί τα περιστατικά είναι πολλά και οι ανάγκες πολλές και πρέπει να διανεμηθούν οι υπηρεσίες μας σε όλους σωστά για να καλυφθούν» (Α3),

«Το Πρόγραμμα έχει συγκεκριμένο πρόγραμμα (ημερών και ωρών). Εκτός υπηρεσίας δεν μπορεί να λειτουργήσει» (Α5),

Δεν είναι εφικτή η «Πολύωρη παραμονή του προσωπικού (ΒσΣ) στο σπίτι του ηλικιωμένου ώστε να μπορέσει η σύζυγος του ή άλλοι να λείψουν για μεγάλο χρονικό διάστημα (π.χ. για εργασία)...» (Γ1).

Έλλειψη φαρμάκων και εξοπλισμού

Επίσης, παρατηρείται έλλειψη φαρμάκων και εξοπλισμού όπως αναφέρουν ορισμένοι επαγγελματίες. Αξίζει να σημειωθεί πως στην έλλειψη νοσηλευτικού υλικού και εξοπλισμού του Προγράμματος αναφέρθηκαν επαγγελματίες και από τις 3

δομές. Οπότε διαφαίνεται ότι έχουν κοινή αντίληψη ότι το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» πλήττεται σημαντικά από ρροια που πηγάζει από την ελλιπή ροή χρηματοδότησης.

«Δυστυχώς συχνά υπάρχουν περικοπές. Κάποιες φορές το υλικό που παρέχεται στην δομή (γάζες, οινόπνευμα, ταινίες μέτρησης σακχάρου κ.τ.λ.) εξαντλείται και κατά συνέπεια περιορίζονται οι παρεχόμενες υπηρεσίες» (B2),

«Υπάρχουν περικοπές εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού ή των αυτοκινήτων συνοδείας του ΒσΣ ή του νοσηλευτικού υλικού (π.χ. γάντια, γάζες κ.ά.), που αυτομάτως μειώνουν τις ώρες - φορές φροντίδας ή καθιστούν αδύνατη την παροχή συγκεκριμένης βοήθειας (π.χ. κάποια Προγράμματα δεν έχουν όλες τις ειδικότητες)» (Γ1).

Ανάγκη για συνεργασία με άλλες υπηρεσίες και φορείς

Στη συνέχεια, προκύπτει ότι η παροχή υπηρεσιών αποκλειστικά από το Πρόγραμμα δεν επαρκεί και συνεπώς θα πρέπει να υπάρξει και συνεργασία με άλλες υπηρεσίες και φορείς για την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση όσων απευθύνονται στο Πρόγραμμα. Οι επαγγελματίες αναφέρουν κατά κύριο λόγο την μεταφορά του εξυπηρετούμενου σε Νοσοκομείο. Αυτό οφείλεται πιθανόν στο γεγονός πως οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες θεωρούν πως το περιστατικό που αναφέρεται στο σκίτσο χρειάζεται εντατική φροντίδα λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης υγείας του άνδρα. Άξια προσοχής απάντηση είναι του ερωτώμενου (B2) ο οποίος αναφέρει πως στη συγκεκριμένη δομή έχει απαγορευτεί η μεταφορά εξυπηρετούμενων στο Νοσοκομείο.

«Επειδή η κατάσταση της υγείας του είναι σοβαρή θα χρειαστεί να νοσηλευτεί μελλοντικά στο Νοσοκομείο. Η ιατρική βοήθεια δε θα μπορεί να καλυφθεί επαρκώς καθώς θα χειροτερεύει η υγεία του...» (A6),

Οι παρακάτω ανάγκες τους δεν θα καλυφθούν με βάση τους κανόνες και τα κριτήρια παροχής υπηρεσιών: *«Μετακινήσεις σε νοσοκομεία ή υπηρεσίες...» (B1),*

«... Η μεταφορά επίσης σ' ένα νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας της περιοχής θα ήταν αδύνατη καθώς είναι κάτι που μας έχει απαγορευθεί» (B2).

Έλλειψη ειδικοτήτων

Πολύ σημαντική δυσκολία που αντιμετωπίζει το Πρόγραμμα στο σύνολό του είναι η έλλειψη ειδικοτήτων, όπως ιατρών, φυσιοθεραπευτών, ψυχολόγων και

ψυχιάτρων, που είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση των περιστατικών. Από τις απαντήσεις των ερωτώμενων παρατηρείται η επαναλαμβανόμενη αναφορά στον γιατρό και τον φυσιοθεραπευτή. Και οι δύο αυτοί επαγγελματίες δεν αφορούν τις κύριες ειδικότητες του Προγράμματος αλλά περιλαμβάνονται στους εξωτερικούς συνεργάτες. Θα μπορούσε να υποθεθεί λοιπόν πως πολλές είναι οι δομές οι οποίες δεν έχουν αναπτύξει μία σταθερή συνεργασία με συγκεκριμένες ειδικότητες και συνεπώς δεν παρέχονται κάποιες υπηρεσίες για να λάβουν οι εξυπηρετούμενοι μία ολοκληρωμένη φροντίδα. Σημαντική διαφαίνεται η συνεισφορά του γιατρού, αλλά και άλλων ειδικοτήτων σε περιστατικά που χρήζουν ιατρικής φροντίδας. Η συνεργασία με τον γιατρό μάλιστα, η οποία είναι και ευθύνη του εκάστοτε Ο.Τ.Α., με συμβάσεις περιορισμένου χρόνου, περιορίζεται στα πλαίσια συνταγογράφησης κυρίως, ενώ σε άλλη περίπτωση η οποία κρίνεται η παρουσία γιατρού στην κατοικία εξυπηρετούμενου, επιβαρύνεται οικονομικά ο τελευταίος.

«Πιθανόν θα ήταν να προκύψει ανάγκη καθημερινής ιατρικής φροντίδας, ανάγκη φυσιοθεραπείας μιας και δε σηκώνεται συχνά από το κρεβάτι. Καθότι όμως η δομή δεν απασχολεί στα πλαίσιά της γιατρό ή φυσιοθεραπευτή, οι ανάγκες αυτές δε θα καλύπτονται...» (B2),

«... Δωρεάν παροχή γιατρού. Δωρεάν παροχή ψυχολόγου» (Γ1),

«Να υπήρχαν στη δομή παραπάνω ειδικότητες (γιατρός, φυσιοθεραπευτής, ψυχολόγος) για την καλύτερη διαχείριση της συγκεκριμένης περίπτωσης» (Γ3),

«... Μόνο ιατρική βοήθεια εάν χρειαστεί δεν παρέχεται από τη δομή» (Γ3).

Οικονομική επιβάρυνση του εξυπηρετούμενου

Επίσης, λόγω ελλείψεων και δυσκολιών που προκύπτουν πολλές φορές παρατηρείται οικονομική επιβάρυνση του εξυπηρετούμενου και της οικογένειάς του. Η οικονομική επιβάρυνση των εξυπηρετούμενων αναφέρεται κυρίως στην παροχή υπηρεσιών από εξωτερικούς συνεργάτες του Προγράμματος, όπως γιατρός, φυσιοθεραπευτής ή ψυχολόγος. Εφόσον οι επαγγελματίες αυτοί δεν εργάζονται για το Πρόγραμμα, είναι απαραίτητη η χρηματική καταβολή τους.

«Ο πελάτης μπορεί να χρειαστεί να συμβάλλει οικονομικά σε άλλους φορείς όπως το ασφαλιστικό ταμείο, γιατρούς, ή σε επισκέψεις κατ' οίκον από άλλες ειδικότητες (όπως ψυχίατρος εάν χρειαστεί)» (Α6),

«Το ότι ο άνδρας δεν σηκώνεται συχνά από το κρεβάτι, θα οδηγήσει σύντομα σε αγκύλωση ή/και σε δημιουργία κατακλίσεων. Ένας φυσιοθεραπευτής θα κόστιζε και ίσως η οικογένεια να μη μπορεί να καλύψει αυτό το κόστος. Επίσης, οι κατακλίσεις χρήζουν ειδικών επιθεμάτων που επίσης κοστίζουν» (B2),

«... Επίσης χρειάζεται συστηματική στήριξη όλη η οικογένεια από ψυχολόγο που σημαίνει επιπλέον έξοδα...» (Γ1).

Προβλήματα στον τρόπο λειτουργίας του Προγράμματος

Τέλος, στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες στις δομές που εργάζονται αναφέρουν ότι υπάρχουν γενικά προβλήματα στο τρόπο λειτουργίας του Προγράμματος.

«Θα πρέπει να αλλάξει όλο το πλαίσιο λειτουργίας του Προγράμματος για να μπορέσει απόλυτα να εξυπηρετηθεί ο συγκεκριμένος ωφελούμενος πράγμα που θεωρώ αδύνατον διότι θα πρέπει να δοθεί ελευθερία πρωτοβουλίας στον κοινωνικό επιστήμονα ώστε να βάλει προτεραιότητες στην δουλειά του πράγμα το οποίο δεν του επιτρέπεται.. Και λόγω των συνθηκών (εξυπηρέτηση άλλων ωφελούμενων), και λόγω καθεστώσ δουλειάς δεν τον έχουνε χρήσει ως προϊστάμενο υπεύθυνο κ. τ. λ.» (B1),

«Το ζευγάρι χρειάζεται εντατική παρακολούθηση μέχρι να βρει τις ισορροπίες του πράγμα που είναι δύσκολο με τις παροχές του ΒσΣ...» (Γ1),

«Να υπήρχαν καλύτερες παρεχόμενες υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και ιατρικής φροντίδας» (Γ2),

«Α) Η ελλιπής επάνδρωση του ΒσΣ, Β) Η μη συνεργασία του ασθενούς καθώς και της οικογένειας, Γ) Η μη ύπαρξη υπηρεσιών και δομών εξυπηρέτησης...» (Γ5).

5.22. Διαφορές στην παροχή φροντίδας μεταξύ αστικής και αγροτικής περιοχής

Στην ερώτηση για το εάν θα υπήρχε διαφορά στην κατ' οίκον φροντίδα αν το ζευγάρι ζούσε σε αστική ή σε αγροτική περιοχή διακρίνονται 3 διαφορετικές αντιλήψεις.

Ύπαρξη διαφορών στην παροχή φροντίδας μεταξύ αστικής και αγροτικής περιοχής

Η πρώτη αντίληψη, η οποία υποστηρίζεται και από τους περισσότερους επαγγελματίες, αναφέρεται στην ύπαρξη διαφορών στην παροχή φροντίδας μεταξύ

αστικής και αγροτικής περιοχής. Σύμφωνα με τις απαντήσεις, διαφορά στην παροχή υπηρεσιών θα υπήρχε επειδή στις αγροτικές περιοχές τα άτυπα κοινωνικά δίκτυα είναι πιο ανεπτυγμένα από ότι στις αστικές περιοχές, οπότε σε αυτόν τον τομέα η αγροτική περιοχή έχει περισσότερες δυνατότητες αξιοποίησής τους προς την κάλυψη αναγκών των εξυπηρετούμενων, υπόθεση η οποία επιβεβαιώνεται και από την προέλευση των απαντήσεων, που είναι αστικών δομών. Επίσης, στις αστικές περιοχές η πρόσβαση σε υπηρεσίες είναι ευκολότερη καθώς οι αποστάσεις είναι συντομότερες και υπάρχουν περισσότερες επιλογές στις οποίες μπορεί κανείς να απευθυνθεί.

«Πιθανόν και αφού οι χιλιομετρικές αποστάσεις παίζουν καθοριστικό ρόλο στην πρόσβαση των υπηρεσιών της περιοχής όσο και στο νοσοκομείο» (A1),

«Στην αστική περιοχή λόγω KM απόστασης θα έχει καλύτερη εξυπηρέτηση σε οτιδήποτε έκτακτο προκύψει και οι μονάδες υγείας είναι πιο πολλές όπως και στο να προσεγγίσουμε γιατρούς –επιτροπές - διαμεσολάβηση με ασφ. Οργ και άλλες υπηρεσίες» (A2),

«Όταν ζει ο εξυπηρετούμενος σε αστική περιοχή η κάλυψη των αναγκών που προκύπτουν έκτακτα αντιμετωπίζονται πιο εύκολα γιατί η πρόσβαση π.χ. σε νοσοκομείο ή άλλες μονάδες υγείας είναι άμεση» (A3),

«Ναι θα υπήρχε. Στην αγροτική περιοχή ο περίγυρος θα βοηθούσε περισσότερο τον εξυπηρετούμενο και τη σύζυγο του» (Γ2).

Μη ύπαρξη διαφορών στην παροχή φροντίδας μεταξύ αστικής και αγροτικής περιοχής

Άλλοι ερωτώμενοι υποστήριξαν το αντίθετο, ότι δηλαδή δεν προβλέπεται να υπάρξει διαφορά στην παροχή των υπηρεσιών τους. Αναφέρεται ότι θα δοθούν οι ίδιες υπηρεσίες εξίσου και στις δύο περιοχές, είτε είναι αστική είτε αγροτική. Υποστηρίζουν δηλαδή ότι η κάθε περιοχή έχει τις δικές της δυνατότητες και ευκαιρίες οι οποίες μπορούν να αξιοποιηθούν για τη επίτευξη των στόχων τους. Οπότε φαίνεται σε αυτό το σημείο να κάνουν την εμφάνισή τους τα άτυπα υποστηρικτικά δίκτυα εξίσου από δομές της αστικής περιοχής, αλλά στην προκειμένη περίπτωση προσεγγίζεται η άποψη διαφορετικά. Λαμβάνοντας, λοιπόν, υπόψη ότι η αναφορά στα άτυπα δίκτυα αναφέρθηκε μόνο από τις δομές οι οποίες εδρεύουν σε αστική περιοχή φαίνεται ίσως πώς υπάρχει μεγάλη δυσκολία στην προσέγγιση και σύστασή τους.

«... Όσον αφορά την κατ' οίκον φροντίδα σε αστική ή αγροτική περιοχή δεν

υπάρχει διαφορά, διότι καλύπτονται εξίσου το ίδιο» (Α6),

«Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι ίδιες. Στην αστική περιοχή υπάρχουν περισσότερες υπηρεσίες με τις οποίες μπορεί να συνεργαστεί η δομή για την καλύτερη εξυπηρέτηση του εξυπηρετούμενου. Στην αγροτική περιοχή συνήθως η βοήθεια που δέχεται ο εξυπηρετούμενος από τους γείτονες είναι μεγαλύτερη» (Γ3),

«Στην αστική περιοχή υπάρχουν περισσότερες υπηρεσίες για βοήθεια αλλά στην αγροτική περιοχή πιθανά τα άτυπα δίκτυα φροντίδας να ήταν πιο ισχυρά» (Γ7).

Μη ύπαρξη διαφορών στην παροχή φροντίδας μεταξύ αστικής και αγροτικής περιοχής, αλλά διαφορά στις ευκαιρίες πρόσβασης σε εξωτερικές υπηρεσίες

Παρόλα αυτά, φαίνεται να υπάρχει και μία ενδιάμεση αντίληψη η οποία υποστηρίζει πως δεν θα υπάρξουν διαφορές στην παροχή των υπηρεσιών τους, αλλά ενδέχεται η αστική περιοχή να έχει περισσότερες ευκαιρίες πρόσβασης σε υπηρεσίες, όπως γιατρούς, νοσοκομεία ή και ψυχολόγους.

«Οι υπηρεσίες παρέχονται σύμφωνα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες που έχει το Βοήθεια ανεξάρτητα από την περιοχή που μένει ο ασθενής. Αλλά οι ευκαιρίες που έχει ο ασθενής που μένει σε αστική περιοχή είναι περισσότερες και η πρόσβαση σε υπηρεσίες ευκολότερη» (Α4),

«Οι παρεχόμενες υπηρεσίες τόσο στην αστική όσο και στην αγροτική περιοχή θα ήταν οι ίδιες (από το Βοήθεια στο Σπίτι). Η διαφορά εντοπίζεται στο σύνολο των υπηρεσιών καθώς στις αγροτικές περιοχές είναι δύσκολη η πρόσβαση στο Νοσοκομείο, σε γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων κτλ. Σκεφτείτε ότι το Νοσοκομείο της Χ και της Ψ δεν διαθέτουν Νευρολόγο και υπάρχει μόνο ένας Ψυχίατρος...» (Β3),

«... Σε μια αγροτική περιοχή η εύρεση ψυχολόγου ή γιατρού θα ήταν ακόμη δυσκολότερη, η κατ' οίκον όμως φροντίδα του ΒσΣ θα κινούνταν στα ίδια πλαίσια» (Γ1),

«... Δεν υπάρχουν διαφορές στην κατ' οίκον φροντίδα σε αστική ή αγροτική περιοχή. Η μόνη πιθανή διαφορά είναι η ύπαρξη περισσότερων φορέων, υπηρεσιών στις αστικές περιοχές, και τα αιτήματα των πολιτών για ένταξη στο ΒσΣ να είναι περισσότερα και με αυξημένες ανάγκες» (Γ5).

Συμπερασματικά, λαμβάνοντας υπόψη το σύνολο των απαντήσεων, παρόλο που οι περισσότεροι απάντησαν ότι δεν θα υπάρξει διαφορά στην παροχή των υπηρεσιών, αυτό δε σημαίνει πως δεν είναι ευάλωτο στο να αλλάξει αυτή η αντίληψη

σε περίπτωση για παράδειγμα που υπάρξει έλλειψη μεταφορικού μέσου. Το μέσο αυτό κρίνεται απαραίτητο στην ικανοποίηση του στόχου αυτού, οπότε η άποψη αυτή βρίσκεται σε μία λεπτή γραμμή. Αποδεικνύεται ίσως έτσι και η επιφυλακτικότητα που εκφράζουν όσοι υποστήριξαν την τρίτη άποψη.

5.23. Ιδανικό σενάριο για την ικανοποίηση των αναγκών

Στην ερώτηση αναφορικά με το ποιο θα ήταν το καλύτερο δυνατό σενάριο καθώς και οι προσδοκίες των επαγγελματιών μέσα από το οποίο θα υπήρχε η δυνατότητα να ικανοποιηθούν οι ανάγκες της συγκεκριμένης περίπτωσης του σκίτσου, προέκυψαν 6 διαφορετικές αντιλήψεις μεταξύ των επαγγελματιών.

Δυνατότητα 24ωρης φροντίδας

Κάποιοι από τους επαγγελματίες έχουν εστιάσει στο ότι η δυνατότητα 24ωρης φροντίδας και παρακολούθησης του εξυπηρετούμενου θα ήταν ιδανική, έτσι ώστε θα παρέχόταν και στον εξυπηρετούμενο η καλύτερη δυνατή φροντίδα και η σύζυγός του θα είχε την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη και περισσότερο ελεύθερο χρόνο για τον εαυτό της, τον οποίο χρειάζεται λόγω της δυσκολίας της κατάστασης. Η 24ωρη κατ' οίκον παροχή υπηρεσιών θεωρείται σημαντική και συνεπώς μ' αυτόν τον τρόπο ο εξυπηρετούμενος έχει τη δυνατότητα να παραμείνει στην οικεία του, η οποία αποτελεί ένα περιβάλλον ήσυχο και γνώριμο για τον ίδιο. Η παραμονή του εξυπηρετούμενου στην οικεία του είναι πολύ πιθανόν να έχει θετικότερα αποτελέσματα στην ψυχολογία του συγκριτικά με την μεταφορά του σ' ένα Νοσοκομείο λαμβάνοντας υπόψιν την σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του. Ο κοινωνικός επιστήμονας της δομής (A3) αναφέρει συγκεκριμένα την καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα, λόγω της κατάστασης υγείας του άνδρα, αλλά επίσης αναφέρεται και στην ψυχολογική υποστήριξη του ανεπίσημου φροντιστή σε 24ωρη βάση, σημειώνοντας πως αυτό συμβαίνει και σε άλλες χώρες. Διαφαίνεται συνεπώς ότι ο συγκεκριμένος επιστήμονας είναι ενημερωμένος για την κατάσταση που επικρατεί στα Προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας σε άλλες χώρες εκτός της Ελλάδας.

«Καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα ίσως και για όλο το 24ωρο ώστε να νιώθει ασφάλεια ο εξυπηρετούμενος και η σύζυγος του και να μπορεί να παραμείνει στο οικείο περιβάλλον χωρίς να χρειαστεί να μεταφερθεί σε νοσοκομείο...» (A2),

«Το καλύτερο δυνατό σενάριο θα ήταν 24ωρη καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα και ψυχολογική στήριξη της συζύγου όταν αυτή τη χρειαζόταν, έτσι όπως λειτουργούν τα ΒσΣ σε άλλες χώρες του εξωτερικού» (Α3).

Υπαρξη περισσότερων ειδικοτήτων

Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, επίσης, προκύπτει και η αντίληψη ότι οι ελλείψεις περισσότερων ειδικοτήτων που βιώνουν οι δομές είναι σημαντικές και εμποδίζουν σε μεγάλο βαθμό την καλή λειτουργία του Προγράμματος, οπότε θεωρούν ως ιδανικό σενάριο τη συμπερίληψη περισσότερων επαγγελματιών στην παροχή υπηρεσιών. Η έλλειψη φυσιοθεραπευτή φαίνεται πως είναι ένα κοινό στοιχείο σε αρκετές δομές. Ειδικότερα στην συγκεκριμένη περίπτωση που περιγράφεται στο σκίτσο, ο ρόλος του φυσιοθεραπευτή φαίνεται πως είναι σημαντικός λόγω της δυσκολίας στην μετακίνηση του εξυπηρετούμενου. Επίσης, σημαντικό ρόλο έχει η ειδικότητα του ιατρού ο οποίος θα μπορούσε να λύσει και το πρόβλημα της συνταγογράφησης που παρατηρείται σε πολλές δομές. Εάν υπήρχαν περισσότερες ειδικότητες στις δομές του Προγράμματος, η αντιμετώπιση και διαχείριση των εξυπηρετούμενων θα ήταν αποτελεσματικότερη, καθώς θα υπήρχε η δυνατότητα ολοκληρωμένης συστηματικής φροντίδας των εξυπηρετούμενων.

«Το καλύτερο δυνατό σενάριο θα ήταν η επάνδρωση της ομάδας με γιατρό και φυσιοθεραπευτή. Αυτομάτως η συνταγογράφηση των φαρμάκων (που ταλανίζει τις δομές) θα ήταν δυνατή, όπως και η σχεδόν καθημερινή παρακολούθηση από γιατρό. Επίσης, ο φυσιοθεραπευτής θα ήταν το ίδιο πολύτιμος, απομακρύνοντας τον κάθε κλινήρη άνθρωπο από τα προβλήματα στα οποία οδηγεί η ακινησία» (Β2),

«... Υποστήριξη από επιπλέον εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό (π.χ. φυσιοθεραπευτής, εργοθεραπευτής) για την όσο το δυνατόν ομαλότερη παραμονή του στο σπίτι...» (Γ1),

«Να υπήρχαν στη δομή παραπάνω ειδικότητες (γιατρός, φυσιοθεραπευτής, ψυχολόγος) για την καλύτερη διαχείριση της συγκεκριμένης περίπτωσης» (Γ3),

«Η στελέχωση του προγράμματος με περισσότερες ειδικότητες...» (Γ7).

Συνεργασία με άλλους φορείς και υπηρεσίες

Σημαντική θεωρείται και η συνεργασία του Προγράμματος με άλλους φορείς και υπηρεσίες, όπως υποστηρίζεται από μερικούς επαγγελματίες. Από τις απαντήσεις τους, προκύπτει πως η ανάπτυξη συνεργασίας με άλλους φορείς Υγείας και Πρόνοιας

είναι σημαντική, καθώς το Πρόγραμμα, έτσι όπως είναι διαμορφωμένο τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, δεν είναι σε θέση να καλύψει όλες τις ανάγκες που προκύπτουν. Το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» δεν λειτουργεί σε 24ωρη βάση και συνεπώς εξυπηρετούμενοι με σοβαρά προβλήματα υγείας, οι οποίοι χρειάζονται αρκετές ώρες φροντίδας είναι δύσκολο να εξυπηρετηθούν πλήρως και αποκλειστικά από το Πρόγραμμα. Επίσης, οι κύριες ειδικότητες που υπάρχουν σε κάθε δομή του Προγράμματος είναι του κοινωνικού λειτουργού, του νοσηλευτή και του οικογενειακού βοηθού. Έτσι λοιπόν, άτομα τα οποία χρήζουν ιατρικής φροντίδας είναι απαραίτητο να διασυνδεθούν με άλλους φορείς ώστε να προσφερθούν οι αναγκαίες υπηρεσίες.

«Να μπορούν να καλυφθούν οι ανάγκες του ασθενούς όλο το 24ωρο μέσα από μία συνεργασία όλων των φορέων που εμπλέκονται, καθώς και του οικογενειακού περιβάλλοντος» (Α4),

«Δεν αρκεί μόνο το Βοήθεια στο Σπίτι. Χρειάζονται κι άλλες υπηρεσίες» (Α5),

«Η καλύτερη λύση θα ήταν να στηριχθεί ο ασθενής και η σύζυγος του από τα στελέχη του ΒσΣ, συγγενικό περιβάλλον, φίλους, εθελοντές και υπηρεσίες εξωνοσοκομειακές (κατ' οίκον νοσηλεία, παρηγορητική αγωγή κ.τ.λ.) έτσι ώστε να παραμείνει ο κύριος στο οικείο του περιβάλλον να αποφύγει την χρήση ιδρυματικής φροντίδας και να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής τους» (Γ5),

«... η άμεση διασύνδεση του με νοσοκομεία» (Γ7).

Συνεργασία Προγράμματος με την οικογένεια και άλλους ανεπίσημους φορείς

Επίσης, στις προσδοκίες των κοινωνικών επιστημόνων για την κάλυψη των αναγκών της περίπτωσης που περιγράφεται στο σκίτσο, τονίζεται ο σημαντικός ρόλος της οικογένειας, του συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος του εξυπηρετούμενου αλλά και των εθελοντών, οι οποίοι σε συνεργασία με το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» θα προσπαθήσουν για την καλύτερη στήριξη του εξυπηρετούμενου. Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, διαφαίνεται η κοινή αντίληψη που επικρατεί, δηλαδή η σημαντικότητα συνεργασίας του προσωπικού του Προγράμματος με τους ανεπίσημους φροντιστές του εξυπηρετούμενου με σκοπό να συμβάλλουν στην κάλυψη των αναγκών έτσι ώστε να παραμείνει ο άντρας στο οικείο περιβάλλον του.

«... ύπαρξη εθελοντών για περαιτέρω κάλυψη αναγκών (π.χ. επίσκεψη εθελοντή απογευματινή ώρα)...» (Γ1),

«Να συνεχίσουν να βοηθούν η σύζυγος, τα παιδιά και οι φίλοι σε συνδυασμό με την στήριξη και τις παροχές του ΒσΣ» (Γ4),

«Η καλύτερη λύση θα ήταν να στηριχθεί ο ασθενής και η σύζυγος του από τα στελέχη του ΒσΣ, συγγενικό περιβάλλον, φίλους, εθελοντές και υπηρεσίες εξωνοσοκομειακές (κατ' οίκον νοσηλεία, παρηγορητική αγωγή κ.τ.λ.) έτσι ώστε να παραμείνει ο κύριος στο οικείο του περιβάλλον να αποφύγει την χρήση ιδρυματικής φροντίδας και να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής τους» (Γ5).

Ενδυνάμωση

Στη συνέχεια, ένας μικρός αριθμός επαγγελματιών εστιάζουν στην ενδυνάμωση, στην ενθάρρυνση και την ενίσχυση του εξυπηρετούμενου από τα μέλη της οικογένειάς του και ιδιαίτερα από τη σύζυγό του, η οποία παίζει καθοριστικό ρόλο στη συγκεκριμένη περίπτωση.

«Το καλύτερο δυνατό σενάριο θα ήταν ο σύζυγος να μπορέσει να βοηθήσει πιο ικανοποιητικά όσον αφορά την ψυχολογική του στήριξη, την παραμονή του στον ίδιο χώρο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και με λιγότερους πόνους και ταλαιπωρία. Η σύζυγος να βοηθήσει και αυτή με τη σειρά της, ώστε να μπορέσει να αντεπεξέλθει στις καθημερινές υποχρεώσεις και να στηριχθεί και αυτή σε προσωπικό επίπεδο» (Α6),

«Ενδυνάμωση, ανακούφιση» (Β4).

Συστημική προσέγγιση για παροχή υπηρεσιών

Αξίζει να αναφερθεί η άποψη ενός κοινωνικού επαγγελματία, ο οποίος βλέπει μία υπηρεσία με ποιοτικές παροχές, που εξασφαλίζει υπηρεσίες ιατρού και ψυχολόγου, υλικές παροχές όπως στην προκειμένη περίπτωση χρειάζεται ο ηλικιωμένος άνδρας ένα κρεβάτι και δυνατότητα μετακίνησης σε νοσοκομείο ή κλινική. Επίσης, φαίνεται να υποστηρίζει και να λαμβάνει υπόψη και τη συμβολή της εκκλησίας στην υποστήριξή του, καθώς επίσης κάνει πρόταση για παροχή οικονομικής του υποστήριξης. Μέσα από αυτήν την απάντηση πιθανώς να προκύπτει η άποψη του συγκεκριμένου κοινωνικού επιστήμονα, ο οποίος φαίνεται πως πραγματοποιεί μία ολοκληρωμένη αναφορά στις ανάγκες του εξυπηρετούμενου. Διαφαίνεται, λοιπόν, η γενικότερη στάση του για τις ενέργειες οι οποίες θα συμβάλλουν στην ικανοποίηση του ηλικιωμένου. Ο συγκεκριμένος επαγγελματίας προσεγγίζει την περίπτωση συστημικά και αναφέρεται στην διαμεσολάβηση για

υλικές παροχές και επιδόματα αλλά και στην συνεργασία με φορείς της κοινότητάς του.

«... Συχνή παρακολούθηση από ιατρό για τον ασθενή και από ψυχολόγο, και για όλη την οικογένεια, Εξασφάλιση υλικών παροχών (π.χ. ειδικό κρεβάτι ή αναβατόριο για την ασφαλή μετακίνηση του ασθενή μέσα στο σπίτι), ... , Μεταφορά του σε κλινική ή σε νοσοκομείο μόνο εάν έφτανε προς το τέλος και χρειαζόταν εντατική ιατρική παρακολούθηση, Σύνδεση- επαφή ξανά με την εκκλησία, αν αυτό επιθυμούσε ο ασθενής (συνήθως η επαφή με πνευματικό τους ηρεμεί και τους καθυσυχάζει), Οικονομική-προνοιακή ενίσχυση της οικογένειας, ώστε να μπορεί να καλύψει τις επιπλέον ανάγκες που δημιουργήθηκαν από την παραπάνω κατάσταση υγείας του πατέρα» (Γ1).

Παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας για βαριά περιστατικά

Επίσης, ενδιαφέρον παρουσιάζει και η απάντηση ενός συμμετέχων ο οποίος αναφέρεται στην μη ύπαρξη υπηρεσιών του Προγράμματος για βαριά περιστατικά, οι οποίες θα μπορούσαν να αναλάβουν άτομα τα οποία έχουν σοβαρά προβλήματα υγείας και χρήςουν εντατικής φροντίδας προτείνοντας την δημιουργία τους.

«Στην περίπτωση που ο ασθενής θα επέλεγε να μείνει σπίτι, που ίσως να ήταν και μια οικονομικότερη λύση, θα έπρεπε να υπάρξει μονάδα κατ' οίκον φροντίδας για βαριά περιστατικά σαν αυτό σε όλα τα νοσοκομεία που να μην επεμβαίνουν στο χώρο του ασθενή με εξειδικευμένο προσωπικό και το σύνολο των ειδικοτήτων που έχει ανάγκη» (Γ6).

Αξιολόγηση περιστατικών για λήψη αποφάσεων από επίσημους φορείς

Η απάντηση ενός ερωτώμενου φανερώνει ότι ο ίδιος πιστεύει πως οι φορείς που είναι υπεύθυνοι για την αξιολόγηση των περιστατικών και για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν αυτό, δεν είναι αρμόδιοι και θα έπρεπε αυτό το κομμάτι να το αναλάβει κάποιος επίσημος φορέας.

«Να υπήρχε μια ιεράρχηση των αναγκών του κάθε ωφελούμενου από επίσημο φορέα και όχι να αφήνεται στην κρίση ανεπίσημων φορέων» (B1).

Παροχή ποιοτικότερων νοσηλευτικών και ιατρικών υπηρεσιών

Τέλος, ένας συμμετέχων αναφέρεται στην μη καλή ποιότητα των νοσηλευτικών και ιατρικών υπηρεσιών που παρέχονται, εκφράζοντας την προσωπική του αντίληψη όσον αφορά τις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας.

«Να υπήρχαν καλύτερες παρεχόμενες υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και ιατρικής φροντίδας» (Γ2).

Λαμβάνοντας υπόψη τον τελευταίο άξονα, γίνεται αντιληπτό ότι μέσα από τις απαντήσεις που έδωσαν οι επαγγελματίες σχετικά με το ιδανικό σενάριο, σκιαγραφείται μία συνολική στάση και αντίληψη των κοινωνικών επιστημόνων για πρακτικές οι οποίες θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν προκειμένου να βελτιωθούν οι υπηρεσίες τους. Οπότε, έμμεσα, στην τελευταία απάντησή τους φαίνεται ότι έχουν αφουγκραστεί τις ερωτήσεις του σκίτσου και έχουν πραγματοποιήσει ουσιαστικά μία αξιολόγηση των υπηρεσιών τους μέσα από την συγκεκριμένη ανατροφοδότησή τους. Είναι θεμιτό να προστεθεί επίσης η υπόθεση ότι διαφαίνεται και η γενικότερη στάση τους για την διαδικασία της παρέμβασής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η εν λόγω μελέτη σκοπό είχε να διερευνήσει τη στάση και την αντίληψη των κοινωνικών επαγγελματιών σχετικά με την αξιολόγηση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στους Δήμους Αθηναίων, Αμυνταίου και Χανίων. Για τον λόγο αυτόν, οι επιμέρους στόχοι που τέθηκαν ήταν η διερεύνηση και καταγραφή των δυνατών και αδύναμων σημείων στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και η διερεύνηση, η καταγραφή και η σύγκριση των στάσεων και αντιλήψεων των κοινωνικών επαγγελματιών σχετικά με τον τρόπο αξιολόγησης των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε συνολικά σε 17 δομές του Προγράμματος. Από τους 17 συμμετέχοντες, οι 13 ήταν Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι 2 ήταν Κοινωνιολόγοι και 1 Ψυχολόγος. Να επισημανθεί πως υπάρχει και 1 επαγγελματίας, ο οποίος κατείχε δύο τίτλους σπουδών (Κοινωνικός Λειτουργός-Ψυχολόγος).

Από τα ερωτηματολόγια του σκίτσου και από την ανάλυση αυτών, παρατηρείται πως υπάρχει μία κοινή αντίληψη των κοινωνικών επιστημόνων σχετικά με τη διαδικασία εκτίμησης των αναγκών της συγκεκριμένης περίπτωσης, καθώς εκτιμούν πως η ικανοποίηση των αναγκών του ηλικιωμένου άνδρα θα επέλθει έπειτα από υπηρεσίες κοινωνικής, νοσηλευτικής και οικογενειακής φροντίδας που θα παραχθούν σε εκείνον και τη γυναίκα του. Αναλυτικότερα, πιστεύουν πως θα πρέπει να παραχθούν ψυχοσυναισθηματική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συμβουλευτική ατόμου και οικογένειας, σχετική ενημέρωση των δικαιωμάτων τους, διαμεσολάβηση σε φορείς/υπηρεσίες, συνταγογράφηση, αγωγή υγείας και κάλυψη καθημερινών αναγκών διαβίωσης.

Γίνεται αντιληπτό σε αυτό το σημείο ότι εφαρμόζουν τα καθήκοντά τους με βάση τις αρχές του Προγράμματος, όπως έχει θεσπιστεί από το Κράτος ήδη από το πιλοτικό Πρόγραμμα (ΚΕΔΚΕ, 2002), αλλά και σύμφωνα με τις διευκρινίσεις του Υπουργείου Εσωτερικών προς τους φορείς, υπό την εποπτεία των οποίων λειτουργούν οι δομές, για την ομαλή συνέχιση του Προγράμματος κατά την περίοδο παράτασής του και για τις ενέργειες στις οποίες πρέπει να προβούν, ώστε να χρηματοδοτηθούν από τους προβλεπόμενους πόρους για την παροχή των υπηρεσιών αυτών. Για κάθε εξυπηρετούμενο, οι δομές οφείλουν να προβαίνουν σε εκτίμηση των αναγκών του και σχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών που θα του παρέχονται

ανάλογα με τις ανάγκες του, σύμφωνα με τον Πίνακα 1 – «Πίνακας υποχρεωτικά παρεχόμενων υπηρεσιών ανά ειδικότητα» («Καθηκοντολόγιο»), που ίσχυε στη διάρκεια λειτουργίας του Προγράμματος κατά τη συγχρηματοδοτούμενη φάση του το 2011. Δηλαδή το σχέδιο των παρεχόμενων υπηρεσιών ανά ωφελούμενο βασίζεται στις υποχρεώσεις που απορρέουν από το «Καθηκοντολόγιο», στο οποίο εξειδικεύονται οι υπηρεσίες προς τους εξυπηρετούμενους, ανά κατηγορία ειδικότητας των εργαζομένων των δομών. Αντίγραφο της εκτίμησης αναγκών, υπογεγραμμένο από τον υπεύθυνο της μονάδας και τον εργαζόμενο ο οποίος τη διενήργησε, τηρείται στο αρχείο της μονάδας στο φάκελο του εξυπηρετούμενου (<http://www.kedke.gr/wp-content/uploads/2012/08/1981-2012.pdf>, http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/08/blog-post_21.html).

Συνολικά, μπορεί να γραφεί πως οι επαγγελματίες κατέχουν καλή γνώση της λειτουργίας των Προγραμμάτων αυτών, αλλά και της παρέμβασης που θα πρέπει να προβούν στο εκάστοτε περιστατικό, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τα χρόνια προϋπηρεσίας τους στο Πρόγραμμα, που υπερβαίνει τα 5 έτη, ενώ οι περισσότεροι εργάζονται ήδη από την έναρξη των δομών στο Δήμο τους (Σωτηριάδου, 2010· Κρανιώτη, 2013).

Τα παρακάτω αποτελέσματα αναδεικνύουν την αντίληψη που έχουν οι επαγγελματίες στη συμπερίληψη του άτυπου φροντιστή του ηλικιωμένου, που στην προκειμένη περίπτωση είναι η σύζυγός του, όσον αφορά την παρέμβασή τους. Αναλυτικότερα, τα αποτελέσματα έδειξαν πως ο ρόλος της συζύγου στην παροχή των υπηρεσιών δεν έχει σαφή εικόνα. Το συμπέρασμα αυτό προκλήθηκε έπειτα από το διχασμό των απαντήσεων που δόθηκαν τόσο στη συνεκτίμηση των αναγκών της συζύγου όσο και στο δικαίωμα παροχής υπηρεσιών, καθώς μάλιστα και στην αντίληψη περί σημαντικότητας ύπαρξης ανεπίσημων φροντιστών στην πραγματοποίηση υπηρεσιών.

Όσον αφορά την αντίληψη που σχετίζεται με τη συνεκτίμηση των αναγκών της συζύγου, το μεγαλύτερο δείγμα υποστήριξε πως θα λάβει υπόψη του τις ανάγκες της συζύγου σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση παροχής υπηρεσιών, με μία μικρή εξαίρεση ελάχιστου αριθμού ατόμων να υποστηρίζουν την άμεση κάλυψη των αναγκών του εξυπηρετούμενου σύμφωνα με την κάλυψη της συμπτωματολογίας, και αν υπάρξει ανάγκη θα εκτιμήσει τις ανάγκες της γυναίκας, αλλά και την προϋπόθεση ύπαρξης πιστοποιητικού αναπηρίας από τα ΚΕ.Π.Α.

Η σημαντικότητα της ύπαρξης του φροντιστή εντείνεται και με τις απαντήσεις

τους στην ερώτηση που αφορά, αν θα ληφθεί υπόψη η δυνατότητα ανεπίσημων φροντιστών (που στην προκειμένη περίπτωση είναι η σύζυγος), στην απόφαση πραγματοποίησης των υπηρεσιών, στην οποία όλοι οι ερωτώμενοι συμφωνούν και υποστηρίζουν πως η ύπαρξη φροντιστή έχει έναν σημαντικό ρόλο που επηρεάζει τις παροχές που τελικά προσφέρονται στον εξυπηρετούμενο. Η διαφοροποίηση σε αυτό το σημείο γίνεται στην διαδικασία της παρέμβασης προς τους φροντιστές. Η μία αντίληψη αναφέρεται στον περιορισμό της παροχής φροντίδας και συγκεκριμένα στην οικιακή βοήθεια, η δεύτερη αντίληψη θέλει τον φροντιστή να συμμετέχει στην παροχή φροντίδας του εξυπηρετούμενου σε ένα κλίμα συνεργασίας, ενώ η τελευταία εστιάζεται στην ενδυνάμωση της συζύγου μέσω της εκπαίδευσής της.

Εντούτοις, η παραπάνω διαμορφωμένη εικόνα για τους φροντιστές από τους επαγγελματίες έρχεται να αμφισβητηθεί εν μέρει με τις παρακάτω απαντήσεις, οι οποίες αφορούν τη συμπερίληψη της συζύγου ως ανεπίσημου φροντιστή ή όχι, σύμφωνα με την οποία αν και οι περισσότεροι επαγγελματίες υποστηρίζουν στην παροχή υπηρεσιών ως ανεπίσημων φροντιστών, ωστόσο κυριαρχούν και άλλες δύο διαφορετικές αντιλήψεις. Σύμφωνα με αυτές, από τη μία μεριά παραθέτουν ορισμένες προϋποθέσεις για το δικαίωμα παροχής φροντίδας και από την άλλη δεν δέχονται να παραχθούν σε εκείνη υπηρεσίες φροντίδας.

Συνολικά, μέσα από τις απαντήσεις σκιαγραφείται η σημαντικότητα της ύπαρξης του φροντιστή στην παρέμβαση που κάνει το Πρόγραμμα, βέβαια η σύγχυση ως προς το σαφή ρόλο του έγκειται ότι ακόμα, δεν υπάρχει νομοθεσία στην Ελλάδα που καλύπτει τους ανεπίσημους φροντιστές (Take Care, 2014), καθώς επίσης, οι υπηρεσίες και τα Προγράμματα που υφίστανται στην Ελλάδα για τους άτυπους φροντιστές ηλικιωμένων και ασθενών ατόμων είναι περιορισμένες (Σακελλαρίου, 2015). Για παράδειγμα, έχει διαπιστωθεί πως κρίνεται σημαντική η ενημέρωση και η ψυχολογική ενίσχυση του έργου των φροντιστών από ειδικές υπηρεσίες συμβουλευτικής και ψυχολογικής στήριξης, όπως είναι το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» (Σακελλαρίου, 2015), παρόλα αυτά, οι στόχοι του Προγράμματος δεν είναι τόσο ξεκάθαροι στην εκπαίδευσή τους, με αποτέλεσμα το προσωπικό να παρέχει κάποιου είδους άτυπη στήριξη κατά την επίσκεψή τους (Κουράση κ.ά., 2013). Ωστόσο, το «Βοήθεια στο Σπίτι» έχει αποδειχθεί ως μία μονάδα ιατροκοινωνικής φροντίδας, η οποία εξασφαλίζοντας τις συνθήκες αυτόνομης διαβίωσης των ηλικιωμένων ατόμων, δίνει τη δυνατότητα στους φροντιστές για αποφόρτισή τους από τις καθημερινές ευθύνες και ενδεχομένως και τις συνθήκες για βελτίωση της

ποιότητας της ζωής τους (Κουράση κ.ά., 2013).

Βάσει της έρευνας, οι ανάγκες οι οποίες θα καλυφθούν στηρίζονται και από τις τρεις βασικές υπηρεσίες που παρέχονται από το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», την κοινωνική, νοσηλευτική και οικιακή φροντίδα. Αναλυτικότερα, οι ανάγκες οι οποίες δύνανται να καλυφθούν αφορούν στην ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη, ενημέρωση για γραφειοκρατικά ζητήματα, και διαμεσολάβηση σε φορείς, συνταγογραφήσεις, νοσηλευτικούς ελέγχους, αγωγή υγείας αλλά και υποστήριξη στις δουλειές του σπιτιού και κάλυψη ατομικών αναγκών, ανάγκες που φάνηκε να καλύπτονται και από σχετική έρευνα της Τσώτα (2012) στο πλαίσιο μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, με δείγμα τους επαγγελματίες των δομών του Δήμου Αγίων Αναργύρων - Καματερού. Ο Αθανασίου (1994 αναφέρεται στον Σταθόπουλο, 2000:63) υποστηρίζει ότι «η Αγωγή Υγείας είναι μία μορφωτική διαδικασία που εμπλέκει, για την επίτευξη των στόχων της, τέσσερις βασικές δραστηριότητες: αυτές που έχουν ιατρικό χαρακτήρα, αυτές που έχουν παιδαγωγικό-μορφωτικό τύπο και αυτές που αφορούν δράσεις στο κοινοτικό-κοινωνικό και κοινωνικο-πολιτικό επίπεδο».

Ωστόσο, σύμφωνα με τις απόψεις των επαγγελματιών αναδείχθηκαν κάποιες αδυναμίες δομικής φύσεως, οι οποίες περιορίζουν σε μεγάλο βαθμό το έργο των επαγγελματιών και κατ' επέκταση την ικανοποίηση ορισμένων αναγκών του ηλικιωμένου άνδρα. Αναλυτικότερα, υποστήριξαν, πως δεν δύναται η παροχή φροντίδας σε καθημερινή ή/και 24ωρη βάση, δεδομένου ότι το προσωπικό που είναι στελεχωμένο τη δεδομένη χρονική στιγμή στα παραρτήματα αυτά δεν επαρκεί, προκειμένου να καλύψει τις αυξημένες ανάγκες αλλά και τον μεγάλο αριθμό των ωφελούμενων στο Πρόγραμμα. Παράλληλα, όμως, κρίνουν ότι η απουσία εξειδικευμένων επαγγελματιών, όπως φυσιοθεραπευτών, ψυχολόγων και μάλιστα γιατρών στα Προγράμματα αυτά, έχει σοβαρό αντίκτυπο στην κάλυψη βασικών τους αναγκών. Η μη θεσμοθετημένη θέση του ιατρού έρχεται σε πλήρη αντίθεση με μία από τις βασικές αρχές αυτών των δομών-Προγραμμάτων, σύμφωνα με την οποία η ιατρική κάλυψη όσων μετέχουν σε αυτή θεωρείται απαραίτητη και καλό είναι να παρέχεται και μέσα από αυτά (Αμίτσης, 2001). Οι απαντήσεις αυτές των επαγγελματιών μπορούν να επιβεβαιωθούν και από τα συλλεχθέντα δεδομένα που αφορούν το προφίλ των συγκεκριμένων Προγραμμάτων του δείγματος και δείχνουν την απουσία ορισμένων στελεχών από το Πρόγραμμα, ενώ από εξειδικευμένες ειδικότητες, σε ορισμένες δομές υπάρχει αγροτικός ιατρός ως εξωτερικός συνεργάτης

που έχει πολύ περιορισμένες δραστηριότητες παροχής υπηρεσιών. Μία επιπλέον ανάγκη, η οποία δεν δύναται να καλυφθεί σύμφωνα με τις απαντήσεις ορισμένων επαγγελματιών είναι εκείνη της μετακίνησης του εξυπηρετούμενου σε φορείς και υπηρεσίες.

Όπως φαίνεται και από τη βιβλιογραφία, οι συγκεκριμένοι περιορισμοί δεν εμφανίζονται μονάχα στις συγκεκριμένες δομές του δείγματος. Στην έρευνα της Τσώτα (2012) εμφανίζουν ακριβώς τους ίδιους περιορισμούς στην κάλυψη των αναγκών των περιστατικών τους σε ικανοποιητικό βαθμό. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρουν ότι λόγω του μικρού αριθμού του προσωπικού, της έλλειψης άλλων ειδικοτήτων, της έλλειψης μεταφορικού μέσου για την διευκόλυνση στη μετακίνηση τόσο των εργαζομένων, όσο και των εξυπηρετούμενων και επίσης λόγω του περιορισμένου ωραρίου λειτουργίας του Προγράμματος, κατά την γνώμη τους, εμφανίζονται ανεπάρκειες ως προς την κάλυψη αναγκών του εν συνεχεία αυξανόμενου αριθμού των εξυπηρετούμενων. Πέρα από τη συγκεκριμένη μελέτη, τα συγκεκριμένα αποτελέσματα αναφέρονται και σε άλλες επιστημονικές μελέτες (Σωτηριάδου, 2010· Συμπεράσματα 1ου Πανελλήνιου Συνεδρίου «Βοήθεια στο Σπίτι στην 1η Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών», 2005· Αλεξιάς & Φλάμου, 2007). Δεδομένου ότι γίνεται συζήτηση για την κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών από τα πρώτα κιόλας χρόνια της λειτουργίας του «Βοήθεια στο Σπίτι», γίνεται αντιληπτή και η διαχρονικότητα των συγκεκριμένων προβλημάτων.

«Κάθε μέλος μιας κοινωνίας έχει το δικαίωμα της κοινωνικής ασφάλειας και το δικαίωμα να απολαμβάνει αγαθά που έχουν σχέση με την υγεία, την ιατρική φροντίδα και τις κοινωνικές υπηρεσίες, με ιδιαίτερη μνεία στις περιπτώσεις αναπηρίας, ανεργίας, ανικανότητας και τρίτης ηλικίας» (ΟΗΕ, Άρθρα 21, 22, 25, Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου).

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των επαγγελματιών, το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» δεν προϋποθέτει καμία καταβολή χρηματικού ποσού από τους ωφελούμενους του Προγράμματος προκειμένου να παραχθεί σε αυτούς η απαραίτητη φροντίδα για την κάλυψη των αναγκών τους, οπότε συμπερασματικά θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το Πρόγραμμα ασπάζεται την παραπάνω Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών.

Ωστόσο, ορισμένοι επαγγελματίες θεωρούν πως ίσως να χρειαστεί οι ωφελούμενοι να καταβάλουν ένα χρηματικό ποσό σε δικά τους έξοδα, σε περίπτωση που ο ασφαλιστικός τους φορέας δεν μπορεί να καλύψει κάποια έξοδα νοσηλείας ή

φαρμάκων ή ακόμα και ιατρικών επισκέψεων, επαληθεύοντας και σε αυτό το σημείο τη σημαντικότητα στελέχωσης του Προγράμματος με ιατρικό προσωπικό. Πάντως, σύμφωνα με έρευνες, η δυνατότητα των ηλικιωμένων ατόμων να έχουν δωρεάν κάλυψη ορισμένων από τις ανάγκες τους, αυτό είχε ως αποτέλεσμα το οικονομικό όφελος των εξυπηρετούμενων από τη λειτουργία του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» (Κρανιώτη, 2013). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αξιολόγησης του Προγράμματος στο Δήμο Αγιάς, η οικονομική κατάσταση του 96% των ερωτηθέντων έχει επηρεαστεί θετικά από τη συμμετοχή του στο Πρόγραμμα. Διαφαίνεται ότι από το 77%, η πλειοψηφία με 46% απάντησε πως η λειτουργία του Προγράμματος θα του κόστιζε από 51 έως 100 ευρώ σε περίπτωση που το Πρόγραμμα δεν συνεχιζόταν. Φαίνεται δηλαδή η σημαντικότητα της ύπαρξης του Προγράμματος, το οποίο «απαλλάσσει τους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους από ένα διόλου ευκαταφρόνητο ποσό. Η εξοικονόμηση αυτή αποτελεί ένα από τα άμεσα αποτελέσματα του Προγράμματος. Σύμφωνα με αντίστοιχη έρευνα της ANKA (2006 αναφέρεται στην Κρανιώτη, 2013:94) αν και δεν υπήρχαν λεπτομερή στοιχεία για το εισόδημα των εξυπηρετούμενων, βασιζόμενοι σε εκτιμήσεις το αντίστοιχο κόστος βρισκόταν στην κλίμακα 0-500 ευρώ ανά μήνα για το 90% των περιπτώσεων».

Το συγκεκριμένο κόστος ίσως είναι ακόμη μεγαλύτερο αν κανείς λάβει υπόψη όλα τα χρήματα που εξοικονομούνται τόσο από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται όσο και από τη μορφή των υπηρεσιών, καθώς πρόκειται για κατ' οίκον υπηρεσίες. Οπότε, σε μια εκτίμηση του κόστους θα έπρεπε να συμπεριληφθούν έξοδα υπηρεσιών, υλικών, έξοδα μετακίνησης αλλά και το ημερομίσθιο που πιθανώς θα χαθεί από τον συνοδό του ηλικιωμένου αφού συνήθως υπάρχει πάντα κάποιος νεότερος για τη μεταφορά τους (Κρανιώτη, 2013).

Ακολουθώντας, υποστηρίζεται από τα περισσότερα στελέχη των υπηρεσιών ότι δεν θα υπάρξει διαφορά στο δικαίωμα παροχής υπηρεσιών που ο συγκεκριμένος ηλικιωμένος δικαιούται και των υπηρεσιών που τελικά θα λάβει, ενώ είναι μικρός ο αριθμός που υποστηρίζει ότι εξαρτάται ή το αντίθετο. Εξετάστηκε σε αυτό το σημείο το επίπεδο λειτουργικότητας του Προγράμματος αναφορικά με την ύπαρξη συγκεκριμένου οργανογράμματος στο Πρόγραμμα. Η πρώτη και ισχύουσα αντίληψη έρχεται να επιβεβαιωθεί και από τα αποτελέσματα της έρευνας του Λιοφάγου (2011), σύμφωνα με τα οποία στο σύνολό τους οι ερωτώμενοι δίνουν καταφατική απάντηση, οπότε φαίνεται ότι το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» με βάση τις δομές του

δείγματος είναι μία δομημένη υπηρεσία ως προς τις αρχές της λειτουργίας, τη διάκριση αρμοδιοτήτων ανά επιστημονικό τομέα και την ύπαρξη ενός κώδικα δεοντολογίας ως προς την απόδοση των υπηρεσιών (Λιοφάγος, 2011). Η αντίληψη αυτή επίσης, μπορεί να επιβεβαιωθεί και από σχετικές έρευνες ικανοποίησης τόσο των εργαζομένων όσο και εξυπηρετούμενων, οι οποίες αποδεικνύουν ότι παρέχονται οι υπηρεσίες τους σε ικανοποιητικό βαθμό (Περγάμαλη, 2006· Χαλκουτσάκη, 2007· Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 2008 αναφέρεται στον Λιοφάγο, 2011).

Ωστόσο, οι δύο άλλες αντιλήψεις δικαιολογούνται από τους επιστήμονες λόγω ελλείψεων του προσωπικού, νοσηλευτικού υλικού ή και μεταφορικού μέσου, αλλά και του περιορισμένου ωραρίου σε σύγκριση με τους ωφελούμενους του Προγράμματος. Σύμφωνα και με τα αποτελέσματα της έρευνας του Λιοφάγου (2011), τα κονδύλια τα οποία παρέχουν πολύ συγκεκριμένους οικονομικούς και υλικούς πόρους για το Πρόγραμμα δεν δίνει καμία μορφή ευελιξίας σε περίπτωση που προκύψει κάποια αναδιαμόρφωση των αναγκών ή μια έκτακτη περίπτωση.

Οι κοινωνικοί επιστήμονες δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην παροχή υπηρεσιών παραπάνω του δώρου ή και 24βάσεως, προκειμένου να καλυφθούν σε ποιοτικότερο επίπεδο οι ανάγκες των εξυπηρετούμενων του Προγράμματος. Αντίστοιχη πρόταση έχει εκφραστεί και από το προσωπικό του Προγράμματος που είχε αποτελέσει δείγμα στην έρευνα της Κρανιώτη (2013). Σύμφωνα με τον Μωραΐτη και τους συνεργάτες του (1995), η δυνατότητα παροχής των υπηρεσιών σε 24ωρη βάση αποτελεί μία από τις βασικότερες αρχές της λειτουργίας ενός σύγχρονου πρωτοβάθμιου συστήματος. Έτσι, με αυτόν τον τρόπο λαμβάνοντας υπόψη ότι το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» αποτελεί πρωτοβάθμια μονάδα ιατροκοινωνικής φροντίδας, ισχυροποιούνται οι παρεμβάσεις των στελεχών αποδίδοντας περισσότερο ποιοτικές υπηρεσίες με αποτέλεσμα να αποφεύγεται η νοσοκομειακή φροντίδα. Αυτό βέβαια υποδηλώνει πως για να λειτουργήσει αυτό το σύστημα θα πρέπει να υπάρχει άρτιος σχεδιασμός και προβλεπόμενες διαδικασίες για κάθε ενδεχόμενη περίπτωση. Προδιαθέτει δηλαδή ότι η δομή θα πρέπει να έχει εξασφαλίσει ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται συμφωνούν με τις προσδοκίες των επωφελούμενων σε τέτοιο βαθμό που να μην εκπίπτουν της ποιότητάς τους λόγω της συνεχούς ανάγκης για παροχή (Λιοφάγος, 2011).

Δικαιολογείται έτσι και η πρόταση των επιστημόνων, οι οποίοι θεωρούν πολύ σημαντική την πρόσληψη προσωπικού διαφορετικών ειδικοτήτων και συγκεκριμένα γιατρό, φυσιοθεραπευτή, ψυχολόγο και εργοθεραπευτή (Χναράκη, 2005· Λιοφάγος, 2011· Κρανιώτη, 2013).

Βέβαια, εξίσου σημαντική θεωρούν την παροχή υλικών παροχών σε ικανοποιητικό επίπεδο, όπως ένα ορθοπεδικό κρεβάτι, μεταφορικό μέσο και μάλιστα τηλεφροντίδα. Η χρήση της τηλεφροντίδας δίνει τη δυνατότητα ποιοτικότερης φροντίδας και προσφέρονται σύγχρονες υπηρεσίες φροντίδας στους ηλικιωμένους δεδομένου ότι εξυπηρετούνται οι ανάγκες του στο χώρο που διαμένει, όπως παροχή της δυνατότητας άμεσης επικοινωνίας των μοναχικά διαβιούντων μη αυτοεξυπηρετούμενων ηλικιωμένων ατόμων με το συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον, καθώς και με υπηρεσίες άμεσης παρέμβασης (Sissouras et al., 2002).

Ορισμένοι μάλιστα κάνουν λόγο ότι η ικανοποίηση των αναγκών των εξυπηρετούμενων μπορεί να βελτιωθεί ποιοτικά με την ανάπτυξη συνεργασίας με την Τοπική Κοινότητα καθώς επίσης, με τη σύσταση ενός δικτύου εθελοντών. Οι καλές σχέσεις με άλλες κοινωνικές δομές και υπηρεσίες βοηθούν στην παραγωγή καλής ποιότητας υπηρεσιών (Κρανιώτη, 2013).

Η σημαντικότητα ύπαρξης εθελοντών ενισχύεται και από την αναφορά όσων μετέχουν στη δημιουργία ομάδας εθελοντών σε μία αγροτική ημιορεινή Κοινότητα στα πλαίσια του εργαστηρίου «Τοπικής Ανάπτυξης» που εδρεύει στη συγκεκριμένη κοινότητα με την επωνυμία Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινοτικής Ανάπτυξης (ΚΕΚΑ), σύμφωνα με την οποία θεωρούν ότι μπορεί να συμβάλει θετικά στην αντιμετώπιση ζητημάτων που τους απασχολούν αλλά και στην αποφόρτιση των φροντιστών τους (Κούτρα κ.ά., 2011).

Θεωρούν πως θα πρέπει να υπάρξει η ανάλογη εκπαίδευση του προσωπικού. Ίδια αποτελέσματα έδειξε και η έρευνα της Κρανιώτη (2013), στην οποία οι ερωτώμενοι με ποσοστό 79% πιστεύει πως θα χρειαζόταν περισσότερη εκπαίδευση για την εργασία του. Αξίζει να αναφερθεί ότι στις προϋποθέσεις του Προγράμματος ήταν και η επιμόρφωση του προσωπικού (Κουτσούπη, 2011), βέβαια αυτό δεν επιτεύχθηκε επιβεβαιώνοντας αυτήν την άποψη και από τις απαντήσεις των κοινωνικών επαγγελματιών. Σύμφωνα με την Κουτσούπη (2011) κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση των στελεχών προκειμένου να δημιουργηθεί μεταξύ τους αρχικά ένας κοινός κώδικας συνεννόησης, ενώ θα πρέπει να γνωρίζουν τρόπους παρέμβασης που να μην ενθαρρύνουν την ύπαρξη των στερεοτύπων αυτής της ιδιαίτερης πληθυσμιακής ομάδας που εγκυμονούν σοβαρούς κινδύνους. Στο πλαίσιο της κοινωνικής εργασίας, θεωρείται ότι είναι ένα εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο η συνεχής εκπαίδευση δεδομένου ότι αναγνωρίζονται σύγχρονες προσεγγίσεις του ζητήματος.

Τέλος, υπάρχει ανάγκη για αναδιάρθρωση του πλαισίου λειτουργίας του

Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», καθώς οι πρωτοβουλίες που μπορούν να πάρουν οι επαγγελματίες είναι περιορισμένες. Σύμφωνα με την Κρανιώτη (2013), το καλό επίπεδο συνεργασίας με τους προϊστάμενους μπορεί να συμβάλει στην εύρυθμη λειτουργία της δομής, παρόλα αυτά το 83% ισχυρίζεται πως δεν υπάρχουν καλές σχέσεις με τους προϊστάμενους, καθώς θεωρούν πως δεν ενδιαφέρονται για εκείνους. «Η σύγχυση των ρόλων και αρμοδιοτήτων, η προβληματική οργάνωση των υπηρεσιών και οι μειωμένες ή άσχημα κατανεμημένες αποδοχές έχουν σαν αποτέλεσμα τη μειωμένη ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού» (Mejia, 1987 αναφέρεται στην Μωυσάκη, 2006:56).

Σύμφωνα με την ανάλυση του περιεχομένου των σκίτσων, κυρίως ο ίδιος ο ενδιαφερόμενος ή η σύζυγός του θα έπαιρνε την πρωτοβουλία για να πραγματοποιήσει την αίτηση για την παροχή φροντίδας. Λιγότερες ήταν οι απαντήσεις οι οποίες ανέφεραν πως την αίτηση μπορεί να την κάνει και το Νοσοκομείο ή ο γιατρός που παρακολουθεί τον άνδρα ή άτομα από το γειτονικό περιβάλλον του ζευγαριού. Άξιο αναφοράς είναι οι λιγοστές περιπτώσεις κατά τις οποίες η αίτηση πραγματοποιείται από τα παιδιά της οικογένειας, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από την Χατζησεβαστού (2011).

Οι περισσότεροι ερωτώμενοι της παρούσας έρευνας συμφωνούν μεταξύ τους πως οι υπηρεσίες που σχετίζονται με την κατ' οίκον φροντίδα, έχουν μεταξύ τους ένα κοινό σημείο αναφοράς, δηλαδή δεν είναι αναγκαίο να προσεγγίσει κανείς διαφορετικές υπηρεσίες ξεχωριστά. Ενώ λιγότεροι είναι οι συμμετέχοντες οι οποίοι αναφέρουν πως κάθε υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας έχει το δικό της σημείο αναφοράς. Σύμφωνα με τα ευρήματα της Κοβάνη (2014) η οποία αναφέρει πως οι δομές και τα Προγράμματα που υπάγονται στην Τοπική Αυτοδιοίκηση («Βοήθεια στο Σπίτι», δημοτικά ιατρεία κ.ά.) βρίσκονταν για μεγάλο χρονικό διάστημα μη διασυνδεδεμένες ή και αποκομμένες από το Ελληνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και πως δεν είναι, ακόμη έως και σήμερα, σαφής η θέση και ο τρόπος διασύνδεσης των δημοτικών δομών Π.Φ.Υ., με το Ε.Σ.Υ. και τις Δ.Υ.ΠΕ.

Οι συμμετέχοντες υπέδειξαν πως το σύνολο της διεπιστημονικής ομάδας του Προγράμματος, δηλαδή ο κοινωνικός επιστήμονας, ο νοσηλευτής και ο οικογενειακός βοηθός, είναι υπεύθυνοι για την εκτίμηση των αναγκών των ατόμων που αιτούνται την ένταξή τους στο Πρόγραμμα. Η Περγάμαλη (2006) έχει παρόμοια αντίληψη καθώς αναφέρει πως η εκτίμηση των αναγκών γίνεται από τον κοινωνικό επιστήμονα σε συνεργασία με τον νοσηλευτή, ο οποίος διερευνά και εκτιμά την κατάσταση της

υγείας του ατόμου. Αυτή η αντίληψη έρχεται σε αντίθεση με την Χατζησεβαστού (2011), η οποία υποστηρίζει πως η εκτίμηση πραγματοποιείται μόνο από τον κοινωνικό επιστήμονα του Προγράμματος. Μ' αυτήν τη άποψη συμφώνησαν και ελάχιστοι ερωτώμενοι της παρούσας έρευνας. Επίσης, ένας μικρός αριθμός συμμετεχόντων ανέφερε πως η εκτίμηση πραγματοποιείται από την διεπιστημονική ομάδα του Προγράμματος σε συνεργασία με τον οικογενειακό γιατρό του εξυπηρετούμενου.

Ένα άλλο σημείο στο οποίο οι περισσότεροι ερωτώμενοι συμφωνούν, αποτελεί η αντίληψη πως στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» υπάρχουν ειδικά κριτήρια σύμφωνα με το ανθρώπινο δυναμικό ή με τις υπηρεσίες που μπορεί να προσφέρει, τα οποία χρησιμοποιούνται στην εκτίμηση των αναγκών. Σύμφωνα με την Χατζησεβαστού (2011), τα κριτήρια που αφορούν την εκτίμηση αναγκών των εξυπηρετούμενων σχετίζονται με τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους, καθώς οι παροχές δίνονται σε άτομα που δεν εξυπηρετούνται πλήρως, χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα, διαβιούν μοναχικά ή είναι εγκαταλελειμμένοι ή δεν έχουν επαρκείς πόρους. Την άποψη αυτή έχει εκφράσει και ένας μικρός αριθμός συμμετεχόντων.

Όσον αφορά τα κοινωνικά κριτήρια που πρέπει να τηρούν οι υποψήφιοι για να ενταχθούν στο Πρόγραμμα, αναφέρονται στο όριο ηλικίας, στην κατάσταση της υγείας τους, το ποσοστό αναπηρίας, καθώς και η ένταξή τους ενδέχεται να γίνει, διότι δεν υπάρχουν άλλες υπηρεσίες, ώστε να εξυπηρετηθεί το συγκεκριμένο άτομο. Τα κριτήρια αυτά επιβεβαιώνονται τόσο από το Φ.Ε.Κ. (Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Άρθρο 127, Τεύχος 1ο, Αριθμός Φύλλου 216 Ν.4199 - 11 Οκτωβρίου 2013) όσο και από σχετική έρευνα της Τσώτα (2012).

Στη συνέχεια, οι ερωτώμενοι υποστηρίζουν πως η οικονομική δυνατότητα του ζευγαριού αποτελεί κριτήριο στην απόφαση εφαρμογής των υπηρεσιών του Προγράμματος. Αυτή η άποψη επαληθεύεται από το Φ.Ε.Κ. (Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Άρθρο 127, Τεύχος 1ο, Αριθμός Φύλλου 216 Ν.4199 - 11 Οκτωβρίου 2013), αλλά και από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, όπως του Λιοφάγου (2011) ή της Τσώτα (2012).

Οι συμμετέχοντες απ' όλες τις δομές υπέδειξαν τον κοινωνικό λειτουργό, τον νοσηλευτή και τον οικογενειακό βοηθό του Προγράμματος, ως επίσημους φροντιστές που συμμετέχουν στη φροντίδα των εξυπηρετούμενων. Βέβαια, η απάντηση ορισμένων κοινωνικών επαγγελματιών έρχεται σε αντίθεση με τα δεδομένα που περιγράφουν το προφίλ των δομών, στα οποία τρεις δομές δεν περιλαμβάνουν

οικογενειακό βοηθό και μία δεν περιλαμβάνει νοσηλεύτη. Στο συγκεκριμένο σημείο μπορεί να λεχθεί ότι επιβεβαιώνεται η αναφορά (βλ. Περιορισμούς Έρευνας) στην αδυναμία της βινιέτας, σύμφωνα με την οποία η απάντηση των ερωτώμενων, ίσως να μην σχετίζεται τόσο με την πραγματικότητα. Λιγότεροι είναι οι επαγγελματίες που συγκαταλέγουν στην παροχή φροντίδας τον οικογενειακό ιατρό, τον ιατρικό επιστήμονα και τους φυσιοθεραπευτές, γεγονός που επιβεβαιώνει τις προτάσεις τους για ενίσχυση του Προγράμματος με τις συγκεκριμένες ειδικότητες.

Ως ανεπίσημοι φροντιστές θεωρούνται τα παιδιά του ζευγαριού, δηλαδή τα εκάστοτε μέλη της οικογένειας του εξυπηρετούμενου σε κάθε περιστατικό, αναδεικνύοντας έτσι τη σημαντικότητα του θεσμού της οικογένειας ενώ κάποιοι συμμετέχοντες συμπεριλαμβάνουν τους φίλους και τους γείτονες του εξυπηρετούμενου. Φαίνεται δηλαδή, ότι το στενό οικογενειακό περιβάλλον διαδραματίζει φλέγοντα ρόλο ως άτυπο δίκτυο φροντίδας, αν και η δυναμική του έχει εκλείψει σημαντικά σε σχέση με το παρελθόν, δεδομένου ότι προσφέρουν αισθήματα αγάπης, ηθικής υποχρέωσης και αμοιβαιότητα συναισθημάτων (Τσώτα, 2012). Σαφώς βέβαια, επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία η σημαντικότητα της γειτονιάς και του ευρύτερου φιλικού περιβάλλοντος στην παροχή άτυπης φροντίδας λαμβάνοντας υπόψη τη διατήρηση των δεσμών των Ελλήνων με την εκτεταμένη οικογένεια και την αντίληψη, ότι η φροντίδα των ηλικιωμένων για παράδειγμα, είναι οικογενειακή ευθύνη - ιδιαίτερα των γυναικών, αλλά και με το έλλειμμα ανάπτυξης αντίστοιχων επίσημων δομών (Τσώτα, 2012). Η μικρή αναφορά στους εθελοντές δικαιολογείται και από τα αποτελέσματα της έρευνας της Τσώτα, σύμφωνα με την οποία δεν υπάρχουν οργανωμένες προσπάθειες εθελοντισμού, αν και θα ήταν επιθυμητές, αλλά βέβαια και από τα αποτελέσματα της έρευνας στο πλαίσιο του Εργαστηρίου Τοπικής Ανάπτυξης του Τ.Ε.Ι Κρήτης, σύμφωνα με την οποία αν και οι φροντιστές υποστηρίζουν ότι είναι μία πολύ καλή ιδέα, ωστόσο δεν μπορεί να συγκροτηθεί μια τέτοια ομάδα στη δική τους κοινότητα. Επίσης οι ηλικιωμένοι και οι φροντιστές δεν μπορούν να αποδεχθούν τη φροντίδα ως κεκτημένο δικαίωμα, γεγονός που οι διαδικασίες σύστασης εθελοντών καθίστανται πολύ δύσκολες (Κούτρα κ.ά., 2011).

Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, σκιαγραφείται μία καλή συνεργασία μεταξύ του Προγράμματος και της Τοπικής Κοινότητας. Πιο συγκεκριμένα, αποδεικνύεται από τις αναφορές των επαγγελματιών στη συμπερίληψη ιατρών ή φυσιοθεραπευτών στη διαδικασία παροχής φροντίδας, τη συνεργασία του ιατρού στη

διαδικασία εκτίμησης των αναγκών του εξυπηρετούμενου, αλλά και στη διασύνδεση και διαμεσολάβηση με τις υπηρεσίες της Τοπικής Κοινότητας για την ικανοποίηση των αναγκών των ωφελούμενων. Δεδομένου λοιπόν ότι ο τρόπος παρέμβασης των κοινωνικών επαγγελματιών, οι οποίοι ψάχνουν εναλλακτικούς τρόπους, ικανοποίησης των αναγκών των εξυπηρετούμενων σε περιπτώσεις που το Πρόγραμμα, έτσι όπως είναι θεσμοθετημένο δεν μπορεί να τις καλύψει είναι παράγοντας που μπορεί να βελτιώσει τις υπηρεσίες τους. Το τελευταίο έρχεται να επιβεβαιωθεί από την άποψη της Κηποπούλου και των συνεργατών της (2009) κατά την οποία πολλές φορές, βαριά περιστατικά παραπέμπονται στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» κι επειδή το Πρόγραμμα έχει περιορισμένες υπηρεσίες που προσφέρει, προβαίνει σε συνεργασία με δημόσιους φορείς κοινωνικής πρόνοιας, αλλά και σύμφωνα με την Σωτηριάδου (2010) που αναφέρει ότι οι καλές σχέσεις με άλλες κοινωνικές δομές και υπηρεσίες της ευρύτερης περιοχής (Νοσοκομείο, Κέντρα Υγείας, φαρμακεία, Πρόνοια, Κοινωνική Υπηρεσία, Κ.Α.Π.Η κ.λπ.) βοηθούν πολύ στην παραγωγή καλής ποιότητας υπηρεσιών.

Αναφορικά με τη συχνότητα και τον τρόπο παροχής φροντίδας στον εξυπηρετούμενο, οι ερωτώμενοι της συγκεκριμένης έρευνας υποστηρίζουν ότι πραγματοποιείται διεξοδική παρακολούθηση της κατάστασης του εξυπηρετούμενου. Η γνώση και ο έλεγχος της κατάστασης του εξυπηρετούμενου είναι αποτέλεσμα της συχνής παρακολούθησης της υγείας του εξυπηρετούμενου (Κρανιώτη, 2013).

Ως εναλλακτικές λύσεις στην περίπτωση που ο εξυπηρετούμενος δεν είχε ως επιλογή τις παροχές του Προγράμματος, οι ερωτώμενοι επέλεξαν έναν συνδυασμό απαντήσεων οι οποίες είναι οι εξής: το ζευγάρι θα προσλάμβανε ιδιωτική νοσοκόμα ή άτομο άνευ ειδικότητας, ο κύριος θα εισερχόταν σε νοσοκομείο ή κλινική, ο κύριος θα εισερχόταν σε άσυλο ανιάτων, ο άνδρας θα υπέφερε από τις ακάλυπτες ανάγκες (κοινωνικές και υγείας), το νοσοκομείο θα πρόσφερε εξωτερικές υπηρεσίες στο σπίτι του ασθενούς. Ενώ υπήρχε από λίγους συμμετέχοντες και η επιλογή πως η κατ' οίκον φροντίδα είναι η πιο κατάλληλη σ' αυτήν την περίπτωση. Σύμφωνα με τα ευρήματα της Κρανιώτη (2013), ένας μεγάλος αριθμός ατόμων οι οποίοι δεν θα δέχονταν τις υπηρεσίες του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» θα κατέληγε για περίθαλψη σε κάποιο Νοσοκομείο, το ίδιο επίσης αναφέρει και η Σωτηριάδου (2010). Ακόμη, σύμφωνα με την ανάλυση PEST και SWOT για το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», πολλά άτομα τα οποία τώρα εξυπηρετούνται, ίσως να πραγματοποιούσαν εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα για μακροχρόνια νοσηλεία (Σωτηριάδου, 2010).

Μέσα από την ανάλυση των σκίτσων, διαφαίνονται και ορισμένες δυσκολίες οι οποίες παρουσιάζονται στους επαγγελματίες κατά τη διάρκεια της παροχής υπηρεσιών. Αρχικά αναφέρεται η μη δυνατότητα καθημερινών επισκέψεων αλλά και ο περιορισμένος χρόνος που διατίθεται σε κάθε εξυπηρετούμενο κατά τις επισκέψεις λόγω του μεγάλου αριθμού περιστατικών που εξυπηρετεί κάθε δομή. Στη συνέχεια, αναφέρεται η έλλειψη φαρμάκων και εξοπλισμού που διαθέτει η κάθε δομή, όπως και η έλλειψη περαιτέρω ειδικοτήτων, οι οποίες είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση των περιστατικών. Στην έλλειψη ειδικοτήτων αναφέρεται και η Τσώτα (2012), καθώς επίσης και η Κρασιώτη (2013), όπου στην έρευνα της τελευταίας που πραγματοποιήθηκε, προκύπτει πως η πρόσληψη κι άλλων ειδικοτήτων θεωρείται απαραίτητη για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επίσης, μία ακόμη δυσκολία αποτελεί η ανάγκη για ανάπτυξη συνεργασίας με άλλες υπηρεσίες και φορείς, ώστε να δοθεί στον εξυπηρετούμενο συστημική φροντίδα και τελικά να καλυφθούν οι ανάγκες του. Η δυσκολία αυτή επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Βουνάκη και Χαραλαμπίκη (2004), όπως επίσης και από την σχετική έρευνα της Τσώτα (2012). Πολλές φορές παρατηρείται πως οι εξυπηρετούμενοι επιβαρύνονται οικονομικά, ώστε να δεχτούν κάποιες υπηρεσίες, όπως π.χ. για την παροχή υπηρεσιών από εξωτερικούς συνεργάτες του Προγράμματος. Ακόμη, μία τελευταία δυσκολία που προέκυψε από την ανάλυση των σκίτσων, αφορά τα προβλήματα στον τρόπο λειτουργίας του Προγράμματος, όπως για παράδειγμα η μη καλή ποιότητα των παρεχόμενων κατ' οίκον υπηρεσιών, αλλά και το γενικότερο πλαίσιο λειτουργίας του Προγράμματος, καθώς δεν επιτρέπει στον κοινωνικό επιστήμονα να πάρει ο ίδιος πρωτοβουλίες, ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες των εξυπηρετούμενων. Σε δυσκολίες που αφορούν τον τρόπο λειτουργίας του Προγράμματος αναφέρεται και η Κοβάνη (2014), όπου αναφέρει χαρακτηριστικά πως οι δυσκολίες που εμφανίζονται σε κάθε υπηρεσία παροχής φροντίδας έχει ως αποτέλεσμα την μειωμένη ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού και συνεπώς την παροχή χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες.

Σχετικά με την αντίληψη εάν υπάρχουν διαφορές στην παροχή φροντίδας μεταξύ αστικής και αγροτικής περιοχής, δεν υπήρχε μία κοινή αντίληψη μεταξύ των επαγγελματιών. Αντίθετα, ορισμένοι υποστήριζαν πως υπάρχουν διαφορές στην παροχή φροντίδας, κάποιοι άλλοι πως δεν υπάρχουν διαφορές και η τρίτη αντίληψη αναφέρεται πως υπάρχουν διαφορές όσον αφορά τις ευκαιρίες πρόσβασης σε εξωτερικές υπηρεσίες (π.χ. πρόσβαση σε γιατρούς, υπηρεσίες κ.ά.). Σ' αυτό το

σημείο, άξιο αναφοράς είναι πως παρατηρείται στην Ελλάδα, ότι οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας είναι συγκεντρωμένες στα αστικά κέντρα σε αντίθεση με τις δομές, οι οποίες βρίσκονται σε αγροτικές περιοχές οι οποίες είναι λιγότερες (Κουράση κ.ά., 2013). Συνεπώς, διαφαίνεται πως στις αστικές περιοχές οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι περισσότερες, καθώς υπάρχει μεγαλύτερος αριθμός δομών και υπηρεσιών.

Έπειτα από την ανάλυση των στοιχείων της παρούσας έρευνας, όσον αφορά το ιδανικό σενάριο και τις προσδοκίες των επαγγελματιών, έτσι ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες της συγκεκριμένης περίπτωσης του σκίτσου, προέκυψαν πέντε διαφορετικές αντιλήψεις, οι οποίες είναι οι εξής: ύπαρξη δυνατότητας 24ωρης κατ' οίκον φροντίδας, ύπαρξη περισσότερων ειδικοτήτων σε κάθε δομή, ανάπτυξη συνεργασίας με άλλους φορείς και υπηρεσίες, ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού του Προγράμματος με την οικογένεια και άλλους ανεπίσημους φορείς και τέλος η ενδυνάμωση προς τους εξυπηρετούμενους και τα μέλη της οικογένειάς τους. Από τις παραπάνω απαντήσεις διαφαίνονται συνεπώς και οι ελλείψεις που αντιμετωπίζει το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Επίσης, αξίζει να αναφερθεί το γεγονός πως οι επαγγελματίες μπήκαν στην διαδικασία μιας έμμεσης αξιολόγησης του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» αναδεικνύοντας τις ελλείψεις του Προγράμματος, αλλά επίσης σ' αυτό το σημείο διαφαίνεται η ωριμότητά τους, λόγω των χρόνων προϋπηρεσίας τους, αναφέροντας πως μπορεί να λειτουργήσει σωστά η υπηρεσία. Συνεπώς, διακρίνεται η καλή γνώση τους σχετικά με το Πρόγραμμα, η οποία επιβεβαιώνεται πολύ έντονα σ' αυτό το σημείο.

Απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα

Ως προς το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, το οποίο αναφέρεται στην γνώση και στις διαφορές των αντιλήψεων σχετικά με την παροχή των υπηρεσιών, φαίνεται πως οι κοινωνικοί επαγγελματίες σε γενικές γραμμές έχουν μεταξύ τους κοινές αντιλήψεις.

Τα ευρήματα της μελέτης καταδεικνύουν, ότι υπάρχει συμφωνία μεταξύ των κοινωνικών επιστημόνων σχετικά με τις υπηρεσίες, οι οποίες θα πρέπει να παραχθούν στην συγκεκριμένη περίπτωση του σκίτσου, οι οποίες συνοψίζονται στις υπηρεσίες κοινωνικής, νοσηλευτικής και οικογενειακής φροντίδας.

Επίσης, ένα άλλο βασικό σημείο αποτελεί η πραγματοποίηση της συνεκτίμησης των αναγκών των μελών της οικογένειας του ατόμου που πραγματοποιεί την αίτηση για παροχή φροντίδας. Θα ληφθεί δηλαδή υπόψη το

οικογενειακό περιβάλλον του εξυπηρετούμενου και θα δεχτούν υπηρεσίες από το Πρόγραμμα, ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες που προκύπτουν από την φροντίδα του ηλικιωμένου.

Σημαντική κρίνεται και η ύπαρξη ανεπίσημου φροντιστή στην απόφαση παροχής υπηρεσιών. Μάλιστα, ο φροντιστής κατέχει σημαντικό ρόλο και επηρεάζει τις παροχές που θα δοθούν στον εξυπηρετούμενο, καθώς όταν ο εξυπηρετούμενος έχει και την φροντίδα από ανεπίσημο φροντιστή οι παροχές του Προγράμματος θα περιοριστούν. Επίσης, αναπτύσσεται μια συνεργασία μεταξύ του Προγράμματος και του φροντιστή, καθώς ο τελευταίος συμβάλλει με τη βοήθειά του στην φροντίδα. Μία άλλη αντίληψη ήταν πως το προσωπικό του Προγράμματος αναλαμβάνει την εκπαίδευση του ανεπίσημου φροντιστή, ώστε ο ίδιος να μπορεί να αντεπεξέλθει στην φροντίδα του ηλικιωμένου. Ο τρόπος που οι επαγγελματίες αντιμετωπίζουν τον φροντιστή αναφέρεται στις παραπάνω τρεις αντιλήψεις.

Οι ανάγκες του εξυπηρετούμενου που θα καλυφθούν, αφορούν το τρίπτυχο των βασικών υπηρεσιών του Προγράμματος, όπου περιλαμβάνεται η κοινωνική, νοσηλευτική και οικιακή φροντίδα. Ενώ οι ανάγκες οι οποίες δεν μπορούν να καλυφθούν από το Πρόγραμμα κυμαίνονται σε τέσσερις κυρίαρχες τάσεις μεταξύ των επαγγελματιών. Ειδικότερα, οι τάσεις αυτές αναφέρονται στην αδυναμία κάλυψης των αναγκών των εξυπηρετούμενων σε καθημερινή αλλά και 24ωρη βάση, στο ανεπαρκές διαθέσιμο προσωπικό καθώς και στην απουσία επαγγελματιών άλλων ειδικοτήτων και τέλος στη δυσκολία μετακίνησης των εξυπηρετούμενων εκτός του οικιακού τους περιβάλλοντος.

Ένα άλλο σημείο συμφωνίας μεταξύ των επαγγελματιών αποτελεί το γεγονός ότι δεν προβλέπεται οικονομική συνεισφορά των ατόμων που δέχονται τις υπηρεσίες του Προγράμματος, καθώς οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν.

Επιπλέον, οι επαγγελματίες έχουν κοινή αντίληψη για το ότι δεν θα υπάρξει διαφορά στην παροχή υπηρεσιών που δικαιούται ο εξυπηρετούμενος και στις υπηρεσίες που τελικά θα λάβει. Συνεπώς διαφαίνεται πως οι υπηρεσίες που δικαιούται ο ηλικιωμένος θα δοθούν χωρίς περικοπές.

Όσον αφορά το πρόσωπο που πραγματοποιεί την αίτηση για την παροχή φροντίδας, υπήρχε γενικά μια κοινή αντίληψη των ερωτώμενων, η οποία αναφέρει πως η αίτηση γίνεται κυρίως από τον άνδρα ή τη σύζυγό του. Βέβαια, συμπληρωματικές απαντήσεις με την προηγούμενη άποψη, αφορούν την παραπομπή από το Νοσοκομείο, από τα παιδιά του ζευγαριού ή από την γειτονιά τα οποία

αναφέρθηκαν σε μικρότερη συχνότητα.

Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν επίσης πως υπάρχει ένα κοινό σημείο αναφοράς μεταξύ των υπηρεσιών που σχετίζονται με την κατ' οίκον φροντίδα και έτσι ο ενδιαφερόμενος δεν χρειάζεται να προσεγγίσει υπηρεσίες ξεχωριστά.

Το γεγονός ότι έπειτα από συνεργασία η διεπιστημονική ομάδα εκτιμά τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου είναι επίσης μία κοινή αντίληψη την οποία υποστηρίζει η πλειονότητα των ερωτώμενων.

Η εκτίμηση των αναγκών βασίζεται σε υπάρχοντα κριτήρια τα οποία είναι σύμφωνα με το ανθρώπινο δυναμικό ή με τις υπηρεσίες που μπορεί να προσφέρει το Πρόγραμμα. Βέβαια, κάποιοι επαγγελματίες συμπληρωματικά με την προαναφερθείσα αντίληψη, συμπλήρωσαν πως υπάρχουν επίσης κριτήρια σύμφωνα με τους στόχους της υπηρεσίας ή σύμφωνα με την κατάσταση του εξυπηρετούμενου.

Ένα άλλο σημαντικό σημείο στο οποίο οι συμμετέχοντες συμφωνούν μεταξύ τους αφορά το γεγονός πως η οικονομική κατάσταση του εξυπηρετούμενου αποτελεί κριτήριο στην απόφαση εφαρμογής των υπηρεσιών.

Υπεύθυνοι για την φροντίδα του ηλικιωμένου άνδρα είναι οι τρεις βασικές ειδικότητες του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», ο κοινωνικός λειτουργός, ο νοσηλευτής και ο οικιακός βοηθός. Ενώ όσον αφορά τους ανεπίσημους φροντιστές, τα παιδιά, οι γείτονες και οι φίλοι θα συμμετέχουν στην φροντίδα του εξυπηρετούμενου. Μόνο η επιλογή των εθελοντών δεν επιλέχθηκε από αρκετούς συμμετέχοντες.

Η συνεργασία με την τοπική κοινότητα και άλλους φορείς αποτελεί επίσης ένα κοινό σημείο μεταξύ των δομών. Διαφαίνεται δηλαδή πως αρκετές είναι οι φορές που υπάρχει παραπομπή περιστατικών από άλλους φορείς (π.χ. από την κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου), επίσης, κατά τη διάρκεια της εκτίμησης των αναγκών το προσωπικό συνεργάζεται με τον οικογενειακό γιατρό του ηλικιωμένου αλλά και υπάρχει συνεργασία με υπηρεσίες ώστε να έχει ο εξυπηρετούμενος καλύτερες παροχές.

Μία άλλη κοινή αντίληψη αποτελεί το γεγονός πως οι υπηρεσίες φροντίδας θα παρακολουθούνται διεξοδικά με βάση συστηματικής διαδικασίας.

Εάν η επίσημη κατ' οίκον φροντίδα δεν αποτελούσε πιθανή επιλογή του ζευγαριού που αναφέρεται στο σκίτσο, η εναλλακτική λύση που θα υπήρχε αφορά είτε τις παροχές του δημόσιου τομέα είτε ιδιωτικές παροχές.

Σε αντίθεση με όλα τα παραπάνω, οι κοινωνικοί επιστήμονες σε κάποια

σημεία δεν φαίνεται πως έχουν μια κοινή αντίληψη.

Πιο συγκεκριμένα, δεν υπάρχει συμφωνία εάν η σύζυγος του εξυπηρετούμενου θα ληφθεί υπόψη ως ανεπίσημος φροντιστής, εάν ληφθεί ως πελάτης υπό ορισμένες προϋποθέσεις ή εάν δεν θα έχει το δικαίωμα φροντίδας. Παρατηρείται λοιπόν πως οι επαγγελματίες μεταξύ τους δεν έχουν μία κοινή στάση στο πως αντιμετωπίζουν τους ανεπίσημους φροντιστές.

Επίσης, όσον αναφορά τις προτάσεις που έγιναν με στόχο την βελτίωση των υπηρεσιών παρατηρούνται εφτά διαφορετικές αντιλήψεις οι οποίες αναφέρονται: (1) στις παροχές των υπηρεσιών παραπάνω του 8ώρου ή και 24ώρου βάσεως, (2) στην στελέχωση του Προγράμματος με επιπλέον ειδικότητες, (3) στην ανάπτυξη πόρων και μέσων, (4) στην ανάπτυξη του δικτύου εθελοντών, (5) στην ανάπτυξη συνεργασίας με την τοπική κοινότητα, (6) στην αλλαγή του πλαισίου λειτουργίας του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και (7) στην κάλυψη εκπαιδευτικών αναγκών του προσωπικού.

Οι δυσκολίες που προκύπτουν κατά την διάρκεια των παροχών υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας αναφέρονται σε έξι διαφορετικούς τομείς: (1) στο γεγονός ότι δεν είναι δυνατές οι καθημερινές επισκέψεις αλλά και ο χρόνος των επισκέψεων είναι περιορισμένος, (2) υπάρχει έλλειψη φαρμάκων και εξοπλισμού, (3) είναι έντονη η ανάγκη για συνεργασία με άλλες υπηρεσίες και φορείς, (4) υπάρχει έλλειψη ειδικοτήτων, (5) σε κάποιες περιπτώσεις ο εξυπηρετούμενος επιβαρύνεται οικονομικά λόγω ελλείψεων του Προγράμματος, (6) υπάρχουν προβλήματα στον τρόπο λειτουργίας του Προγράμματος.

Επίσης, δεν υπήρχε μία κοινή συμφωνία μεταξύ των συμμετεχόντων στο γεγονός εάν υπάρχουν διαφορές στην παροχή φροντίδας μεταξύ αστικής και αγροτικής περιοχής. Αντίθετα, διακρίνονται τρεις διαφορετικές αντιλήψεις οι οποίες είναι οι εξής: υπάρχουν διαφορές στην παροχή φροντίδας, δεν υπάρχουν διαφορές και δεν υπάρχουν διαφορές αλλά υπάρχει διαφορά στις ευκαιρίες πρόσβασης σε εξωτερικές υπηρεσίες.

Τέλος, ένα άλλο σημείο στο οποίο δεν υπάρχει μία κοινή αντίληψη, αφορά το ιδανικό σενάριο το οποίο θα κάλυπτε τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου. Ειδικότερα, έπειτα από την ανάλυση των σκίτσων διακρίνονται εννέα διαφορετικές απόψεις οι οποίες προτείνονται για την ικανοποίηση των αναγκών του ηλικιωμένου ατόμου: (1) δυνατότητα 24ωρης φροντίδας, (2) ύπαρξη περισσότερων ειδικοτήτων, (3) ανάπτυξη συνεργασίας με άλλους φορείς και υπηρεσίες, (4) ανάπτυξη συνεργασίας

Προγράμματος με την οικογένεια και άλλους ανεπίσημους φορείς, (5) ενδυνάμωση και ενθάρρυνση τόσο του εξυπηρετούμενου όσο και των μελών της οικογένειάς του, (6) να γίνει συστημική προσέγγιση των παροχών υπηρεσιών, (7) να υπάρξουν υπηρεσίες οι οποίες αναλαμβάνουν βαριά περιστατικά, (8) να γίνεται η αξιολόγηση των περιστατικών από επίσημους φορείς και (9) να υπάρξουν ποιοτικότερες νοσηλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες.

Σύμφωνα με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, έγινε προσπάθεια διερεύνησης των παραγόντων που περιγράφουν την ποιότητα των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, με τη χρήση των δεικτών της δομής, διαδικασίας και αποτελέσματος που, όπως αναφέρθηκε και στο θεωρητικό μέρος, συμβάλλουν στη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Σχετικά λοιπόν με τον δείκτη δομής, αναδείχθηκαν κάποιοι παράγοντες, οι οποίοι προσδιορίζουν κάποια ποιοτικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών του Προγράμματος. Αρχικά, φάνηκε πως είναι σε ικανοποιητικά επίπεδα ο παράγοντας της διαθεσιμότητας, ο βαθμός δηλαδή στον οποίο είναι η κατάλληλη φροντίδα διαθέσιμη και αντεπεξέρχεται στις ανάγκες του εξυπηρετούμενου, δεδομένου ότι οι ανάγκες τους θα καλυφθούν σύμφωνα με τις τρεις βασικές υπηρεσίες του Προγράμματος, καθώς επίσης δεν θα υπάρξει διαφορά στο δικαίωμα παροχής υπηρεσιών και στις υπηρεσίες στις οποίες τελικά θα λάβει.

Ένας δεύτερος παράγοντας θα μπορούσε να αποτελέσει η διαθεσιμότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες. Η ευκολία πρόσβασης φάνηκε σε διάφορα σημεία των απαντήσεων των ερωτώμενων. Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι η παροχή υπηρεσιών δεν προϋποθέτει χρηματική καταβολή από τον εξυπηρετούμενο, αντιθέτως παρέχονται δωρεάν, ανακουφίζοντας τον έτσι από οικονομικά έξοδα. Επίσης, το γεγονός ότι τις περισσότερες φορές η αίτηση πραγματοποιείται από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο ή τη σύζυγο, διαφαίνεται πως τα ηλικιωμένα άτομα δεν είναι αποκομμένα από τις κοινωνικές υπηρεσίες και οι ίδιοι είναι σε θέση να αναζητήσουν βοήθεια όταν την χρειάζονται. Η εύκολη πρόσβαση του Προγράμματος, γίνεται επίσης αντιληπτή, διότι οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας έχουν μεταξύ τους ένα κοινό σημείο αναφοράς και δεν είναι αναγκαίο να προσεγγίσει κανείς διαφορετικές υπηρεσίες. Όσον αφορά τα κοινωνικά και οικονομικά κριτήρια από τα οποία κρίνεται εάν κάποιο άτομο θα δεχτεί ή όχι τις υπηρεσίες του Προγράμματος, η ύπαρξη των κριτηρίων αυτών βοηθά στο να παραχθούν υπηρεσίες στα άτομα τα οποία χρήζουν βοήθειας.

Εντούτοις, εμφανίζονται ορισμένοι παράγοντες, οι οποίοι μετριάζουν την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των επαγγελματιών, η αναφορά στην αδυναμία κάλυψης ορισμένων αναγκών, στις προτάσεις, αλλά και στις δυσκολίες που εξέφρασαν, έγινε λόγος για το ωράριο λειτουργίας του Προγράμματος και την παράτασή του, τις ελλείψεις πόρων και μέσων (π.χ. έλλειψη φαρμάκων και νοσηλευτικού υλικού, αυτοκινήτων και ασθενοφόρων) και την έλλειψη άλλων ειδικοτήτων.

Ο δείκτης διαδικασίας εμφανίζει αρκετά ποιοτικά χαρακτηριστικά, διευκολύνοντας έτσι την ανάπτυξη παροχής ποιοτικότερων υπηρεσιών. Ειδικότερα, η εκτίμηση των αναγκών, αλλά και η κάλυψή τους φαίνεται να λαμβάνεται σημαντικά υπόψη από τους επαγγελματίες, εφόσον εκτιμούν και καλύπτουν τις ανάγκες σύμφωνα και με τις τρεις υπηρεσίες του Προγράμματος. Φαίνεται, επίσης, πως έχουν καλή γνώση των διαδικασιών εκτίμησης και παρέμβασης ανάλογα με τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου, δεδομένου ότι σχετίζονται οι αναφορές τους με τους στόχους του Προγράμματος και τις αρμοδιότητές τους σύμφωνα με το καθηκοντολόγιο που τους έχει παραχθεί. Ένας παράγοντας επίσης αποτελεί και το γεγονός ότι η παρακολούθηση παροχής φροντίδας θα γίνεται διεξοδικά βάσει συστηματικής διαδικασίας και με αυτόν τον τρόπο οι επαγγελματίες ενημερώνονται για την πορεία της κατάστασης υγείας του εξυπηρετούμενου, εάν υπάρχει δηλαδή πρόοδος ή όχι. Μέσα από τις προτάσεις που εξέφρασαν οι επαγγελματίες για τη βελτίωση των υπηρεσιών φάνηκαν οι αντιλήψεις και οι γνώσεις των επαγγελματιών για το πώς μία υπηρεσία θα μπορέσει να παρέχει περισσότερα εφόδια στους εξυπηρετούμενους, άρα και ο τρόπος παρέμβασής τους.

Επιπλέον, το γεγονός ότι η διεπιστημονική ομάδα πραγματοποιεί την εκτίμηση των αναγκών, δηλώνει πως λαμβάνονται υπόψη οι τρεις βασικές ειδικότητες του Προγράμματος εξίσου. Ένας άλλος παράγοντας, ο οποίος δείχνει την καλή ποιότητα των υπηρεσιών είναι πως στην φροντίδα του ηλικιωμένου συμμετέχουν όλες οι ειδικότητες του Προγράμματος (κοινωνικός επιστήμονας, νοσηλευτής και οικογενειακός βοηθός) και από τα άτυπα δίκτυα φροντίδας συμπεριλαμβάνονται οι φίλοι, τα παιδιά και το γειτονικό περιβάλλον του ζευγαριού, έτσι ώστε να παραχθεί όσο το δυνατόν συστηματική φροντίδα. Φάνηκε επίσης πως οι επαγγελματίες έχουν γνώση της κοινότητάς τους, αλλά και της δυναμικής της μέσα από τις απαντήσεις τους για την εναλλακτική λύση που θα πρέπει να υπάρξει σε περίπτωση μη παροχής κατ' οίκον υπηρεσιών, αξιολογώντας έμμεσα τη συμβολή του Προγράμματος, εφόσον

αυτό έρχεται να καλύψει πολλές αδυναμίες της κοινότητας. Η συνεργασία που έχει αναπτυχθεί μεταξύ του Προγράμματος και της Τοπικής Κοινότητας συμβάλλει στην ποιοτικότερη αντιμετώπιση των περιστατικών. Επίσης, η διαδικασία εκτίμησης των αναγκών του ανεπίσημου φροντιστή αποτελεί έναν επιπλέον καλό παράγοντα, καθώς έτσι διαφαίνεται η ενίσχυση ποιοτικότερων υπηρεσιών μέσω της ενδυνάμωσης των άτυπων δικτύων φροντίδας.

Παρ' όλα αυτά, όσον αφορά τον δείκτη διαδικασίας προέκυψαν και ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ειδικότερα, από τις απαντήσεις των επαγγελματιών διαφαίνεται πως δεν έχει καθοριστεί μία διασαφηνιστική άποψη για το εάν ο ανεπίσημος φροντιστής δικαιούται επίσης φροντίδα ή όχι. Συνεπώς, δημιουργείται ο κίνδυνος για την ομαλή παροχή φροντίδας, καθώς οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν διλήμματα ως προς το δικαίωμα παροχής φροντίδας στον οικογενειακό φροντιστή. Στον ίδιο προβληματισμό συγκαταλέγονται και τα υπάρχοντα κριτήρια εκτίμησης σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων, οι οποίοι απάντησαν οι περισσότεροι πως υπάρχουν κριτήρια σύμφωνα με το προσωπικό που υπάρχει στην κάθε δομή. Φαίνεται σε αυτό το σημείο, δηλαδή, πως η μη ύπαρξη ενός κοινωνικού ιστορικού ομοιότυπου, ομοιόμορφου που θα είναι κοινό για όλα τα Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι», έχει άμεσο αντίκτυπο στις ενέργειες και τις παρεμβάσεις των κοινωνικών επαγγελματιών, με αποτέλεσμα να διαμορφώνονται τα κριτήρια ανάλογα με τις διαθέσιμες υπηρεσίες που έχουν στη δομή τους.

Ο δείκτης αποτελέσματος μπορεί να εκτιμηθεί από τον άξονα, ο οποίος περιγράφει τις προσδοκίες και το ιδανικό σενάριο σε περίπτωση που ήταν δυνατό να ικανοποιηθούν όλες οι ανάγκες του εξυπηρετούμενου. Μέσα από τον συγκεκριμένο δείκτη αναδείχθηκε ένας θετικός παράγοντας, σύμφωνα με τον οποίο είναι η συστημική προσέγγιση του περιστατικού, καθώς έχει αναφερθεί η δυνατότητα ικανοποίησης των αναγκών του εξυπηρετούμενου και των στενών υποστηρικτικών δικτύων του (φροντιστές, παιδιά). Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένοι αρνητικοί παράγοντες σύμφωνα με τις απαντήσεις των επαγγελματιών. Πιο συγκεκριμένα, δεν υπάρχει η δυνατότητα κάλυψης των αναγκών των ηλικιωμένων σε 24ωρη βάση, δεν δίνονται ποιοτικές ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, καθώς επίσης γίνεται λόγος για ύπαρξη δυσκολιών και ακάλυπτων αναγκών (μη δυνατές καθημερινές επισκέψεις, δυσκολίες στον τρόπο λειτουργίας του Προγράμματος κλπ).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, φαίνεται πως, συνολικά, οι επαγγελματίες κοινωνικής φροντίδας κατέχουν μία κοινή αντίληψη στον τρόπο αντιμετώπισης των περιστατικών τους και ειδικότερα στη διαδικασία παροχής φροντίδας. Επίσης, με βάση τους τρεις δείκτες (δομή, διαδικασία, αποτέλεσμα), αναδείχθηκαν αρκετά χαρακτηριστικά ποιοτικά τόσο με την ευκολία πρόσβασης τους όσο και με τη συμβολή του στην ενδυνάμωση των άτυπων δικτύων φροντίδας, τα οποία αναδεικνύουν τη σημαντικότητα της ύπαρξης ενός τέτοιου είδους Προγράμματος, όπως είναι το «Βοήθεια στο Σπίτι». Παρόλα αυτά, από την έμμεση αξιολόγησή τους φάνηκε πως το Πρόγραμμα κάνει προσπάθειες για απόδοση ικανοποιητικών υπηρεσιών που, όμως δεν έχουν το ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Φάνηκε επίσης, πως έχει την τάση μη βιωσιμότητας και πως δεν ανταποκρίνεται επαρκώς στις ανάγκες των ηλικιωμένων, του προσωπικού και των. Είναι σημαντική η ύπαρξή του, αλλά πρέπει να αλλάξει όλη η λειτουργία του και να στοχεύει περισσότερο στην εκπαίδευση των ηλικιωμένων και των φροντιστών. Πιο συγκεκριμένα, είναι σημαντικό να μπορούν οι εξυπηρετούμενοι να φροντίζουν την υγεία μόνοι τους και να έχουν ποιοτικότερη ζωή με τις υπηρεσίες πρόληψης που πρέπει να προσφέρει σε μεγαλύτερο βαθμό το Πρόγραμμα.

Λαμβάνοντας, λοιπόν, υπόψη τα αποτελέσματα που ανακτήθηκαν από την έρευνα, θεωρείται σημαντικό να αναφερθούν ορισμένες προτάσεις, οι οποίες εάν τεθούν σε εφαρμογή δίνεται η δυνατότητα κάλυψης των αναγκών των εξυπηρετούμενων του Προγράμματος και στη μετέπειτα ενίσχυση και αποτελεσματικότερη λειτουργία του.

Μία πάρα πολύ σημαντική ενέργεια αποτελεί η αύξηση του προσωπικού του Προγράμματος. Αυτή η ανάγκη έγκειται έπειτα από τις απαντήσεις των επαγγελματιών, ότι ο αριθμός του προσωπικού του Προγράμματος δεν συμβαδίζει με τον αριθμό των εξυπηρετούμενων που πρέπει να εξυπηρετήσει. Οι αυξανόμενες ανάγκες των εξυπηρετούμενων αλλά και η αύξηση του αριθμού αυτών δυσκολεύει εξαιρετικά το έργο του προσωπικού με αποτέλεσμα να υπάρχει έκπτωση των ποιοτικών υπηρεσιών που διαθέτουν (π.χ. λόγω περικοπών των ωρών, τακτικών επισκέψεων κ.λπ.).

Ωστόσο, η αύξηση του αριθμού των τριών βασικών ειδικοτήτων που

υπάρχουν στο Πρόγραμμα από μόνη της δεν αρκεί για να καλύψει όλο το φάσμα των ιατρο-κοινωνικών αναγκών τους. Κρίνεται αναγκαία και η ένταξη άλλων ειδικοτήτων, όπως ιατρών, φυσιοθεραπευτών, παθολόγων και ψυχιάτρων. Με αυτόν τον τρόπο, δηλαδή την ύπαρξη αυτών των υπηρεσιών στα πλαίσια του Προγράμματος, λύνεται και το πρόβλημα των εξυπηρετούμενων όσον αφορά αφενός τη συνδρομή τους για τις επισκέψεις που θα πρέπει να προβούν αφετέρου δε ενδεχομένως και τον κοινωνικό τους αποκλεισμό, δεδομένου ότι η σύνταξή τους να είναι μικρή και ίσως να μην μπορούν να καλύψουν τα έξοδα.

Παράλληλα, σχετικά με την ενδυνάμωση των φροντιστών, επιθυμητό είναι να παρέχεται και κάποια οικονομική ενίσχυσή τους από το Κράτος ή από την Τοπική Αυτοδιοίκηση του κάθε Δήμου. Με αυτόν τον τρόπο ενισχύεται και ο ρόλος της οικογένειας ως ανάδοχος του ηλικιωμένου ατόμου, περιορίζοντας έτσι την ιδρυματική περίθαλψη, η οποία αφενός στιγματίζει και περιθωριοποιεί τον ηλικιωμένο, αφετέρου κοστίζει ακριβά στο κράτος.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να ειπωθεί ότι έγκειται η δημιουργία κοινών κριτηρίων για την εκτίμηση των αναγκών των ηλικιωμένων με σκοπό την ένταξή τους στο Πρόγραμμα. Θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα κοινωνικό ιστορικό, το οποίο θα είναι ομοιόμορφο, ομοιότυπο, προκειμένου να υπάρχει κοινή εκτίμηση και να μπορούν όλες οι υπηρεσίες να συνδέονται και να αντιμετωπίζουν τα περιστατικά τους.

Επίσης, δεδομένου ότι στην Ελλάδα δεν έχει πραγματοποιηθεί ακόμα, είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη και οι εκπαιδευτικές ανάγκες των επαγγελματιών, ώστε να τους παρέχονται, μέσα από εκπαιδευτικά σεμινάρια τα κατάλληλα εφόδια για να εξυπηρετήσουν τους ηλικιωμένους στο έπακρο. Είναι απαραίτητη η στήριξη των στελεχών του Προγράμματος και σε εκπαιδευτικό επίπεδο, αλλά και σε συμβουλευτικό δεδομένου ότι οι περιπτώσεις που εξυπηρετούν καθημερινώς, με τα προβλήματα που ίσως να αντιμετωπίζουν, ενδεχομένως σε συνδυασμό με το συνεχές ασαφές νομικό πλαίσιο που προκαλεί αβεβαιότητα για το μέλλον της απασχόλησής τους να έχουν αντίκτυπο αρνητικό και στην ψυχοσύνθεση τους και την μετέπειτα επαγγελματική κόπωση (burnout syndrome).

Για την διασφάλιση της ποιότητας των Προγραμμάτων (quality assurance) καλό θα ήταν να αναπτυχθεί το κομμάτι των πόρων και μέσω με την διάθεση αυτοκινήτων ή και ασθενοφόρων, προκειμένου να μετακινούνται οι ηλικιωμένοι οι οποίοι ίσως η χιλιομετρική απόσταση να τους εμποδίζει στην πρόσβαση σε ιατρούς ή

άλλες κοινωνικές δραστηριότητες.

Στα χαρακτηριστικά της ποιότητας εντάσσεται και η συνέχεια (continuity), ο βαθμός δηλαδή στον οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες, στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου. Όσο όμως η χρηματοδότηση αυτών των Προγραμμάτων δεν είναι εξασφαλισμένη, έτσι δεν εξασφαλίζεται ούτε αν θα παρέχονται οι υπηρεσίες σε συνεχή βάση άρα ούτε και η βιωσιμότητά του. Θα πρέπει λοιπόν να γίνει αντιληπτή η σημαντικότητα της ύπαρξης του «Βοήθεια στο Σπίτι», το οποίο δεν αποτελεί πλέον συγχρηματοδοτούμενο Πρόγραμμα από το Ε.Σ.Π.Α., αλλά στηρίζεται από εθνικούς πόρους, που σημαίνει ότι ο εκάστοτε Δήμος έχει την πλήρη ευθύνη της ομαλούς ροής χρηματοδότησης. Η αβεβαιότητα του Προγράμματος έχει αρνητικό αντίκτυπο όχι μόνο στα στελέχη τους, αλλά και σε χιλιάδες εξυπηρετούμενους που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (ηλικιωμένα άτομα και άτομα με ειδικές δεξιότητες) και γι' αυτούς η συνέχιση του Προγράμματος αποτελεί ζωτικής σημασίας ζήτημα.

Η δυνατότητα συνεργασίας των στελεχών με την Τοπική Κοινότητα διαδραματίζει καίριο ρόλο στην ισχυροποίηση του θεσμού του Προγράμματος και την καλύτερη εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων και των φροντιστών τους, καθώς επίσης και η ανάπτυξη ενός ισχυρού δικτύου εθελοντών γειτόνων, οι οποίοι θα μπορούν να εξυπηρετούν τέτοιου είδους καταστάσεις. Οι δύο αυτές προτάσεις μπορούν να θεωρηθούν ως αρωγοί στην εξασφάλιση της βιωσιμότητάς του, εφόσον υπάρχει ανθρώπινο δυναμικό που το υποστηρίζει.

Μία τελική πρόταση θα μπορούσε να αποτελέσει η διεξαγωγή περαιτέρω ποιοτικής έρευνας με επίκεντρο την αξιολόγηση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Η διαφοροποίηση από την τρέχουσα έρευνα, θα μπορούσε να γίνει μέσω λήψης διαφορετικού δείγματος. Αναλυτικότερα, θα μπορούσε να διεξαχθεί έρευνα με ομάδα-στόχο την υπόλοιπη επιστημονική ομάδα του Προγράμματος, τους ηλικιωμένους ή και τους φροντιστές. Για παράδειγμα, θα μπορούσαν να διαμορφωθούν υποθετικά σκίτσα με τις κατάλληλες ερωτήσεις, ώστε να διεξαχθούν χαρακτηριστικά που μετρούν την ποιότητα των υπηρεσιών. Έπειτα θα ήταν καλό να διεξαχθεί και μία ποσοτική έρευνα που θα διερευνά εάν όλα αυτά τα ευρήματα μπορούν να γενικευθούν.

Βέβαια, οι παραπάνω προτάσεις δημιουργήθηκαν έπειτα από τα αποτελέσματα της έρευνας σε συνδυασμό με την παρεχόμενη βιβλιογραφία της ελληνικής και διεθνούς πραγματικότητας. Δεν θα πρέπει όμως να παραληφθεί η

αναγκαιότητα για ενίσχυση της προσπάθειας από την εκάστοτε Τοπική Κοινότητα επιστημονικής καταγραφής και εκτίμησης των αναγκών της. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα χρησιμοποίησης ενός αξιόπιστου κοινωνικού χάρτη, προκειμένου να σχεδιαστούν μακροπρόθεσμες στρατηγικές παρέμβασης που να απαντούν στις πραγματικές ανάγκες της τοπικής κοινωνίας. Η παρέμβαση αυτή σε εθνικό επίπεδο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες, τόσο των ηλικιωμένων και Α.Μ.Ε.Δ. όσο μάλιστα και των φροντιστών τους και να προκληθούν έτσι μεταρρυθμίσεις αλλά και δράσεις στις κοινωνικές υπηρεσίες δίνοντας ευκαιρίες στην ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών τους.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

- Allport, G.W. (1935) “Attitudes” in: Murchinson, C. (Ed.) *A Handbook of Social Psychology*. Worcester, MA: Clark University Press, p. 802-827
- Barter, C. & Renold, E. (1999) *The Use of Vignettes in Qualitative Research*. Social Research Update
- Braun, V. & Clarke, V. (2013) *An Introduction to the Vignette Method*
- Donabedian, A. (1966) *Evaluating the Quality of Medical Care*. Milbank Memorial Fund Quarterly
- Hazel, N. (1995) *Elicitation Techniques with Young People*. Social Research Update, Issue 12. University of Surrey, Department of Sociology
- Jenkins, N., Bloor, M., Fischer, J., Berney, L. & Neale, J. (2010) *Putting it in Context: The use of Vignettes in Qualitative Interviewing*. Qualitative Research. University of Edinburgh
- Lawrence, M. & Olesen, F. (1997) *Indicators of Quality Health Care*. European Journal of General Practice
- Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1981) *Attitudes and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches*, Dubuque, IA: Brown

Ελληνική

- Αμίτσης, Γ. (2001) *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος*

Κοινωνικής Πρόνοιας - Το Ελληνικό μοντέλο των κοινωνικών υπηρεσιών και η Ευρωπαϊκή εμπειρία. Αθήνα: Παπαζήση

- Αντωνιάδου, Ι., Κούτης, Α., Λιονής, Χ., Μπένος, Α., Μυλωνέρος, Θ. & Παναγιωτόπουλος, Τ. (2015) *Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.* Αθήνα
- Βάμβουκας, Μ. (2002) *Εισαγωγή στην Ψυχοπαιδαγωγική Έρευνα και Μεθοδολογία.* Αθήνα: Γρηγόρης
- Γεώργας, Δ. (1986) *Κοινωνική Ψυχολογία (τόμος Α)* Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Γεώργας, Δ. (1995) *Κοινωνική Ψυχολογία (τόμος Α)* Αθήνα: Αυτοέκδοση
- Ζαϊμάκης, Γ. (2011) *Κοινοτική εργασία και τοπικές κοινωνίες: Ανάπτυξη, συλλογική δράση, πολυπολιτισμικότητα.* Αθήνα: Πλέθρον
- Ζωγράφου, Α. (2002) *Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα: Θεωρία, Πράξη, Προβληματισμοί.* Αθήνα: Τυπωθήτω
- Ιατρίδης, Δ. (2000) *Αξιολόγηση των Υπηρεσιών από τους Πελάτες και την Κοινότητα: Επιπτώσεις στη Χάραξη Πολιτικής.* Κοινωνική Εργασία, Επιθεώρηση Κοινωνικών Επιστημών, Τεύχος 57, Αθήνα
- Ιωσηφίδης, Θ. (2003) *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες.* Αθήνα: Κριτική
- Καλλινικάκη, Θ. (2010) *Ποιοτικές μέθοδοι στην έρευνα της Κοινωνικής Εργασίας.* Αθήνα: Τόπος

- Καλούρη – Αντωνοπούλου, Ρ. (2000) *Γενική Ψυχολογία, Παιδαγωγική Ψυχολογία*. Αθήνα: Έλλην
- Κανδυλάκη, Α. & Καραγκούνης, Β. (2005) «Φροντίδα στην Κοινότητα και Βοήθεια στο Σπίτι» στο: Ζαϊμάκης, Γ. & Κανδυλάκη, Α., (επιμ.) *Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας: Μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες και σε πολυπολιτισμικές κοινότητες*. Αθήνα: Κριτική, σ. 327-352
- Κασιμάτη, Κ. (2002) *Κοινωνικός Σχεδιασμός και Αξιολόγηση*. Αθήνα: Gutenberg
- ΚΕΔΚΕ (2002) Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, Πιλοτικό Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», ΥΠΕΣΔΑ-Υπ. ΥΓ. Π.-ΚΕΔΚΕ, Έκθεση εφαρμογής, Επιτροπή παρακολούθησης του Προγράμματος, Ελληνική Εταιρεία Κοινωνική Συμμετοχής. ΚΕΔΚΕ
- Κούτρα, Κ., Πελεκίδου, Λ., Κύρου, Ι., Προκοπάκης, Ε. & Ράτσικα, Ν. (2011) «Ο παρεμβατικός ρόλος της κοινωνικής εργασίας για τη φροντίδα ηλικιωμένων και των φροντιστών τους σε μια αγροτική ημιορεινή κοινότητα» στο: Πάρλαρης, Σ. (επιμ.) *Οι Πρακτικές Εφαρμογές της Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα και στην Κύπρο*. Αθήνα: Πεδίο, σ.255-269
- Κουτσούπη, Α. (2011) «Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο Πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι» στο: Πάρλαρης, Σ. (επιμ.) *Οι Πρακτικές Εφαρμογές της Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα και στην Κύπρο*. Αθήνα: Πεδίο, σ. 112-120
- Μωραΐτης, Ε., Γεωργούση, Ε., Ζηλίδης, Χ., Θεωδώρου, Μ. & Πολύζος, Ν. (1995) *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας

- Παπανικολάου, Β. (2007) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αρχές – Μέθοδοι & Εφαρμογές*. Αθήνα: Παπαζήση
- Πάρλαλης, Σ. (2011) *Οι πρακτικές εφαρμογές της Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα και στην Κύπρο*. Αθήνα: Πεδίο
- Ράτσικα, Ν. (2013) *Σημειώσεις μαθήματος «Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα»*. Ηράκλειο: Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
- Σταθόπουλος, Π. (2000) *Κοινοτική Εργασία. Διαδικασία, μέθοδοι και τεχνικές παρέμβασης*. Αθήνα: Παπαζήση
- Σταθόπουλος, Π. (2012) *Οργάνωση και διοίκηση Κοινωνικών Υπηρεσιών*. Αθήνα: Παπαζήση
- Τούντας, Γ. & Οικονόμου, Ν.Α. (2007) *Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής
- Τούντας, Γ. (2009) *Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού: 1986-2006*. Αθήνα: Παπαζήση
- Χαντζή, Α. (2000) Κοινωνική ψυχολογία, Βοσνιάδου Σ. (επιμ.), *Εισαγωγή στη Ψυχολογία. Κοινωνική Ψυχολογία. Κλινική Ψυχολογία (τόμος Β)* Αθήνα: Gutenberg

Μεταφρασμένα

- Javeau, C. (2000) *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή*, μεταφρ. Τζαννόνε – Τζωρτζή Κ. Αθήνα: Τυπωθήτω

- Culkan, J. & Perrotto, R.C. (2004) *Θεμελιώδεις Αρχές της Ψυχολογίας-Εφαρμογές στη Ζωή και την Εργασία*, επιμ.-μεταφρ. Αντωνίου Α.-Σ. & Μπακοπούλου Γ. Αθήνα: Έλλην
- Furtado, A. (χ.χ.) *Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας για τη βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας*. EUPHORIC, Ένα Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα

Διαδικτυακοί Τόποι

- Aletras, V.H., Papadopoulos, E.A. & Niakas, D.A. (2006) *Development and Preliminary Validation of a Greek-language Outpatient Satisfaction Questionnaire with Principal Components and Multi-trait Analyses*. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16756658> [Ημερομηνία πρόσβασης 17 Φεβρουαρίου 2016]
- Aletras, V.H., Kostarelis, A., Tsitouridou, M., Niakas, D. & Nicolaou, A. (2010) *Development and Preliminary Validation of a Questionnaire to Measure Satisfaction with Home Care in Greece: an Exploratory Factor Analysis of Polychoric Correlations*. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2912895/> [Ημερομηνία πρόσβασης 17 Φεβρουαρίου 2016]
- Donabedian, A. (1988) *The quality of care: How can it be assessed*. The Journal of the American Medical Association. Διαθέσιμο στο: http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care_How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf [Ημερομηνία πρόσβασης 15 Ιουλίου 2015]

- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A. & Saltman, R. (2012) *Home Care across Europe. Current structure and future challenges*. Published in World Health Organization. Διαθέσιμο στο: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf [Ημερομηνία πρόσβασης 23 Νοεμβρίου 2015]

- Glendinning, C. & Wilde, A. (2011) “Home Care in England” in: T. Rostgaard (Ed.), *LIVINDHOME. Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries*. p. 95-116, Copenhagen: SFI – The Danish National Centre for Social Research. Διαθέσιμο στο: <https://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/livindhome.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 20 Νοεμβρίου 2015]

- Gori, C. (2011) “Home Care in Italy” in: T. Rostgaard (Ed.), *LIVINDHOME. Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries*. p. 185-206, Copenhagen: SFI – The Danish National Centre for Social Research. Διαθέσιμο στο: <https://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/livindhome.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 20 Νοεμβρίου 2015]

- Guerriere, D.N., Zagorski, B. & Coyte, P.C. (2013) *Family caregiver satisfaction with home-based nursing and physician care over the palliative care trajectory: Results from a longitudinal survey questionnaire*. Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto, Toronto, ON, Canada. Διαθέσιμο στο: <http://pmj.sagepub.com/content/27/7/632.abstract> [Ημερομηνία πρόσβασης 16 Απριλίου 2016]

- Hughes, R.G. (2008) *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2651/> [Ημερομηνία πρόσβασης 16 Ιουλίου 2015]

- Kröger, T. & Leinonen, A. (2011) “Home Care in Finland” in: T. Rostgaard (Ed.), *LIVINDHOME. Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries*. p. 117-138, Copenhagen: SFI – The Danish National Centre for Social Research. Διαθέσιμο στο: <https://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/livindhome.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 20 Νοεμβρίου 2015]

- Mainz, J. (2003) *Defining and classifying clinical indicators for quality improvement*. International Journal for Quality in Health Care. Διαθέσιμο στο: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/15/6/523> [Ημερομηνία πρόσβασης 20 Ιουλίου 2015]

- McQuestion, M.J. (2006) *Presentation: Quality of Care*. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Johns Hopkins University. Διαθέσιμο στο: <http://ocw.jhsph.edu/courses/immunizationPrograms/PDFs/Lecture7.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 18 Ιουλίου 2015]

- Muntinga, M.E., Mokkink, L.B., Knol, D.L., Nijpels, G. & Jansen, A.P. (2014) *Measurement properties of the Client-centered Care Questionnaire (CCCQ): factor structure, reliability and validity of a questionnaire to assess self-reported client-centeredness of home care services in a population of frail, older people*. Department of General Practice and Elderly Care Medicine/EMGO+ Institute for Health and Care Research, VU University

- Medical Center, Amsterdam, The Netherlands. Διαθέσιμο στο:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24578148> [Ημερομηνία πρόσβασης 20 Σεπτεμβρίου 2015]
- Netten, A., Francis, J., Jones, K. & Bebbington, A. (2004) *Performance and quality: user experiences of home care services*. Final report, PSSRU Discussion Paper 2104/3. Διαθέσιμο στο:
http://www.pssru.ac.uk/pdf/dp2104_3.pdf [Ημερομηνία πρόσβασης 11 Νοεμβρίου 2015]
- Netten, A., Jones, K. & Sandhu S. (2005) *Current Research programmes Costs, Quality and Outcomes*. PSSRU Bulletin No.15. Διαθέσιμο στο:
http://www.pssru.ac.uk/pdf/b15/b15_carehomes.pdf [Ημερομηνία πρόσβασης 11 Νοεμβρίου 2015]
- Österle, A. & Bauer, G. (2011) “Home Care in Austria” in: Rostgaard, T. (Ed.) LIVINDHOME. Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries. Copenhagen: SFI – The Danish National Centre for Social Research. p. 49-71. Διαθέσιμο στο:
<https://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/livindhome.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 20 Νοεμβρίου 2015]
- Rostgaard, T., Glendinning, C., Gori, C., Kröger, T., Österle, A., Szebehely, M., Theobald, H., Timonen, V. & Vabø, M. (2011) *LIVINDHOME. Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries*. Copenhagen: SFI – The Danish National Centre for Social Research. Διαθέσιμο στο: <https://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/livindhome.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 20 Νοεμβρίου 2015]

- Rostgaard, T. (2011) “Home Care in Denmark” in: Rostgaard, T. (Ed.) *LIVINDHOME. Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries*. Copenhagen: SFI – The Danish National Centre for Social Research. p. 73-94. Διαθέσιμο στο: <https://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/livindhome.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 20 Νοεμβρίου 2015]

- Sissouras A., Ketsetzopoulou M., Bouzas N., Fragadaki E., Papaliou O., Fakoura A. (2002) *Providing integrated health and social care for older persons in Greece*. ProCare National Report Greece. National Centre for Social Research. Athens: EKKE. Διαθέσιμο στο: http://www.euro.centre.org/procare/body_reports_natreps/procare_Greece_NR.pdf [Ημερομηνία πρόσβασης: 23 Ιανουαρίου 2015]

- Szebehely, M. & Trydegård, G-B. (2011) “Home Care in Sweden” in: Rostgaard, T. (Ed.) *LIVINDHOME. Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries*. Copenhagen: SFI – The Danish National Centre for Social Research. p. 231-252. Διαθέσιμο στο: <https://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/livindhome.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 20 Νοεμβρίου 2015]

- “Take Care” Project. ΠΕ2 – Μια Στρατηγική για το Μέλλον: Τελική Έκθεση (2014). Διαθέσιμο στο: <http://www.takecare-project.eu/healthandsafety.php> [Ημερομηνία πρόσβασης 20 Απριλίου 2016]

- Timonen, V., Doyle, M. & O’ Dwyer, C. (2011) “Home Care in Ireland” in: Rostgaard, T. (Ed.) *LIVINDHOME. Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries*. Copenhagen: SFI – The Danish National

- Centre for Social Research. p. 161-184. Διαθέσιμο στο: <https://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/livindhome.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 20 Νοεμβρίου 2015]
- Theobald, H., Hampel, S. & Mansfeld, T. (2011) “Home Care in Germany” in: Rostgaard, T. (Ed.) *LIVINDHOME. Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries*. Copenhagen: SFI – The Danish National Centre for Social Research. p. 139-160. Διαθέσιμο στο: <https://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/livindhome.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 20 Νοεμβρίου 2015]
- Tourangeau, A., McGillis, L., Doran, D. & Petch, T. (2006) *Measurement of nurse job satisfaction using the McClosky/Mueller Satisfaction Scale*. University of Toronto. Canada. Διαθέσιμο στο: <http://tourangeauresearch.com/wp-content/uploads/job-satisfaction-with-MMSS.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 8 Ιανουαρίου 2016]
- Vabø, M. (2011) “Home Care in Norway” in: Rostgaard, T. (Ed.) *LIVINDHOME. Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries*. Copenhagen: SFI – The Danish National Centre for Social Research. p. 207-229. Διαθέσιμο στο: <https://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/livindhome.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 20 Νοεμβρίου 2015]
- Wei, S.P., Shih S.C., Lin, S.C., Liu, C.J., Lu, Y.W. & Chang W.L. (2011) *Primary Caregivers Satisfaction and its Related Factors in Home Health Care Services*. Department of Nursing, Telehealth and Homecare Center, Mackay Memorial Hospital, Division of Gastroenterology, Department of Internal

Medicine, Health Evaluation Center, Mackay Memorial Hospital, 3Mackay
Medicine, Nursing and Management College, Department of Psychiatry,
Mackay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan. Διαθέσιμο στο: [http://www.ijge-online.com/article/S1873-9598\(11\)00048-2/pdf](http://www.ijge-online.com/article/S1873-9598(11)00048-2/pdf) [Ημερομηνία πρόσβασης 13
Απριλίου 2016]

- World Health Organization (2009) *Laboratory Quality Management System - Training toolkit*. Geneva: WHO. Διαθέσιμο στο: http://www.labquality.be/documents/LAB%20MANAGEMENT/BASIC%20INFORMATION/WHO_2009_LQMS%20training%20toolkit.pdf [Ημερομηνία πρόσβασης 4 Αυγούστου 2015]
- Αϊβαλιώτη, Μ., Δημητράκη, Μ. & Στραταντωνάκη, Σ. (2014) *Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από την πλευρά των εξυπηρετούμενων. Το παράδειγμα ενός ημι-αστικού Δήμου*. Πτυχιακή Εργασία. Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Διαθέσιμο στο: <http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2015/AivaliotiMaria,DimitrakiMetaxia,StratantonakiSofia/document-1438244571-511069-17420.tkl> [Ημερομηνία πρόσβασης 4 Μαρτίου 2016]
- Αλεξιάς, Γ. & Φλάμου Α. (2007) *Αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχο-συναισθηματικής υποστήριξης των ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας, κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού: Η περίπτωση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2007-sup/pdf/37.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 23 Φεβρουαρίου 2015]

- Βιβιλάκη, Β. & Αδαμακίδου, Θ. (2015) «Η φροντίδα στην κοινότητα από την ομάδα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» στο: Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (επιμ.) *Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα, 36-46. Διαθέσιμο στο: <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/3301> [Ημερομηνία πρόσβασης 15 Απριλίου 2016]

- Βίγλα, Γ. (2003) *Η εισαγωγή συστήματος διαχείρισης της ποιότητας στο Νοσοκομείο: Το σύστημα ποιότητας ως οργανωσιακή αλλαγή*. Διπλωματική Εργασία. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διαθέσιμο στο: http://www.pspa.uoa.gr/fileadmin/pspa.uoa.gr/uploads/Research/EDE/Conferences/KDP_2003/Proceedings/Vigla_Georgia.pdf [Ημερομηνία πρόσβασης 15 Ιουνίου 2015]

- Βουνάκη, Ε. & Χαραλαμπίκη, Μ. (2004) *Τρίτη ηλικία. Αξιολόγηση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στην περιοχή Μασταμπά του Δήμου Ηρακλείου και στο Δήμο Χανίων*. Πτυχιακή Εργασία. Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Διαθέσιμο στο: <http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2004/VounakiEmmanouela,CharalabakiMarianna/document.tkl> [Ημερομηνία πρόσβασης 10 Ιουνίου 2016]

- Γκοβίνα, Ο. (2009) *Η επιβάρυνση της οικογένειας από τη φροντίδα ασθενή με καρκίνο προχωρημένου σταδίου*. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Διαθέσιμο στο: <http://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/23268> [Ημερομηνία πρόσβασης 13 Απριλίου 2016]

- Δανοπούλου, Α., Σαραντίδου, Κ. & Σφακάκη, Σ. Ε. (2015) *Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στην περιοχή Κρουσώνα. Διερεύνηση αναγκών εργαζομένων και ηλικιωμένων και προοπτικές συνέχισης του προγράμματος*. Πτυχιακή Εργασία. Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Διαθέσιμο στο: <http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2015/DanopoulouAnastasia,SarantidouKalliopi,SfakakiStylianiEleni/document-1437386084-599241-20866.tkl> [Ημερομηνία πρόσβασης 21 Απριλίου 2016]

- Δήμος Αθηναίων (2015) *Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Αθηναίων 2015-2019*. Αθήνα. Διαθέσιμο στο: <http://www.cityofathens.gr/sites/default/files/603-15.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 20 Νοεμβρίου 2015]

- Δήμος Αμυνταίου (2015) *Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Αμυνταίου 2015-2019*. Αμύνταιο. Διαθέσιμο στο: http://koziani.com/bussines_prog.pdf [Ημερομηνία πρόσβασης 20 Νοεμβρίου 2015]

- Δήμος Χανίων (2015) *Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Χανίων 2014-2019*. Χανιά. Διαθέσιμο στο: http://www.chania.gr/files/55/34743/meros_a_str_final_v16.pdf [Ημερομηνία πρόσβασης 20 Νοεμβρίου 2015]

- Διογένη – Πεχτελίδου, Α. (2014) *Η εφαρμογή της ποιότητας στις μονάδες υπηρεσιών υγείας και η πληροφόρηση του ανθρώπινου δυναμικού σε θέματα ποιότητας*. Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών. Διαθέσιμο στο: <https://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/16027> [Ημερομηνία πρόσβασης 21 Απριλίου 2016]

- Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 11.10.2013)
«Δημόσιες υπεραστικές οδικές μεταφορές επιβατών – Ρυθμιστική Αρχή
Επιβατικών Μεταφορών και άλλες διατάξεις». Διαθέσιμο στο:
https://voithiastospiti.blogspot.gr/2013/10/blog-post_14.html [Ημερομηνία
πρόσβασης 13 Ιουνίου 2016]

- Ίσαρη, Φ. & Πουρκός, Μ. (2015) *Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας*. Αθήνα:
Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο:
<https://repository.kallipos.gr/handle/11419/5826> [Ημερομηνία πρόσβασης 5
Μαΐου 2016]

- Καλαμοβράκα, Β., Καψή, Σ. & Σκούφη, Α. (2014) *Διερεύνηση των
κοινωνικών αναγκών και των δυσκολιών των μεταναστών υπηκόων Τρίτων
Χωρών που διαμένουν στο Δήμο Αρχανών – Αστερουσιών, Ηρακλείου Κρήτης*.
Πτυχιακή Εργασία. Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Διαθέσιμο στο:
[http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2014/KalamovrakaVasiliki,KapsiS
ousana,SkoufiAnastasia/document-1404997478-532230-27628.tkl](http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2014/KalamovrakaVasiliki,KapsiSousana,SkoufiAnastasia/document-1404997478-532230-27628.tkl)
[Ημερομηνία πρόσβασης 23 Απριλίου 2016]

- ΚΕΠΠΕΔΗΧ-ΚΑΜ: Διαθέσιμο στο: [http://www.keppedih-
cam.gr/koinwnikes-domes/voithia-sto-spiti](http://www.keppedihcam.gr/koinwnikes-domes/voithia-sto-spiti) [Ημερομηνία πρόσβασης 2
Φεβρουαρίου 2015]

- Κηποπούλου, Γ., Καραγιώργου, Ι. & Μαραβελάκη, Ν. (2009) *Μελέτη για τους
λόγους που οδηγούν άτομα τρίτης ηλικίας σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης*.
Πτυχιακή Εργασία. Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Διαθέσιμο στο:
<http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2009/KipopoulouGeorgia,Karagior>

gouIoanna.MaravelakiNausika/document-1279610978-508377-1989.tkl

[Ημερομηνία πρόσβασης 10 Ιουνίου 2016]

- Κοβάνη, Ε. (2014) *Η πολιτική κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης των Δήμων. Μελέτη περίπτωσης: Δήμος Αθηναίων*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης. Διαθέσιμο στο: http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/22/034/1726.pdf [Ημερομηνία πρόσβασης 9 Ιουνίου 2016]
- Κουράση, Α., Κουτίβας, Μ., Πεταλά, Κ.- Α. & Στεφανάκη, Ε. (2013) *Χαρτογράφηση και διερεύνηση του φορτίου των άτυπων φροντιστών στα άτομα τρίτης ηλικίας –Μια παρέμβαση στην ημιορεινή αγροτική κοινότητα Τυλίσου, Ηράκλειο Κρήτης*. Πτυχιακή Εργασία. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Διαθέσιμο στο: http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2013/KourasiAikaterini,KoutivasMiltiadis,PetalaKalliopiAikaterini,StefanakiEleni/attached-document-1404998319-878250-28329/Kourasi_Koutivas_Petala_Steafanaki.2013.pdf [Ημερομηνία πρόσβασης: 19 Μαΐου 2016]
- Κρανιώτη, Κ. (2013) *Διαχείριση και Αξιολόγηση του Προγράμματος Βοήθεια στο σπίτι στο Δήμο Αγιάς*. Μεταπτυχιακή διατριβή. ΤΕΙ Λάρισας. Διαθέσιμο στο: <http://de.teithessaly.gr/sectionAttachments/538/%CE%9A%CF%81%CE%B1%CE%BD%CE%B9%CF%8E%CF%84%CE%B7%20%CE%9A%CE%B1%CE%BB%CE%BB%CE%B9%CF%8C%CF%80%CE%B7,%20%CE%94%CE%B9%CE%B1%CF%87%CE%B5%CE%AF%CF%81%CE%B9%CF%83%CE%B7%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%91%CE%BE%CE%B9%CE%BF%CE%BB%CF%8C%CE%B3%CE%B7%CF%83%CE%B7%2>

[0%CF%84%CE%BF%CF%85%20%CE%A0%CF%81%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%AC%CE%BC%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82%20%CE%92%CE%BF%CE%AE%CE%B8%CE%B5%CE%B9%CE%B1%20%CF%83%CF%84%CE%BF%20%CF%83%CF%80%CE%AF%CF%84%CE%B9%20%CF%83%CF%84%CE%BF.pdf](#) [Ημερομηνία πρόσβασης: 5 Ιουνίου 2015]

- Λαθήρας, Π. (2013) *Μοντέλα μέτρησης ποιότητας στην υγεία*. Διαθέσιμο στο: <http://www.qualityinhealth.gr/index.php/arthra/katigories-arthrwn/item/43-montela-metrisis-poiotitas-stin-ygeia-petros-lathiras> [Ημερομηνία πρόσβασης 5 Αυγούστου 2015]
- Λιονής, Χ., Βιβιλάκη, Β., Αδαμακίδου, Θ. & Σακελλάρη, Ε. (2015α) «Η ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Ορισμός και έννοιες» στο: Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (επιμ.) *Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα, 24-35. Διαθέσιμο στο: <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/3301> [Ημερομηνία πρόσβασης 21 Απριλίου 2016]
- Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Α., Λάγιου, Α., Βελονάκη, Β. Σ. & Αδαμακίδου, Θ. (2015β) «Η ομάδα υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Ο ρόλος της στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας» στο: Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (επιμ.) *Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα, 186-192. Διαθέσιμο

στο: <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/3301> [Ημερομηνία πρόσβασης 21 Απριλίου 2016]

- Λιοφάγος, Κ. (2011) *Διαμόρφωση και Υποστήριξη Συστήματος Ποιοτικών προδιαγραφών για τη μελέτη Κοινωνικών Οργανισμών. Θεωρητική Τεκμηρίωση και Εφαρμογές*. Μυτιλήνη: Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών. Διαθέσιμο στο: <http://hellanicus.lib.aegean.gr/handle/11610/11848> [Ημερομηνία πρόσβασης 5 Δεκεμβρίου 2015]
- Μιχαλίδου, Α.Μ., Αναγνωστόπουλος, Φ., Βέμμος, Κ. & Μιχαλίδης, Α. (2013) *Μελέτη των ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν το έργο των φροντιστών ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2013-5/pdf/606.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 13 Μαρτίου 2016]
- Μουστάκα, Α. (2008) *Η αξιολόγηση της ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: μια συστηματική ανασκόπηση*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης. Διαθέσιμο στο: <http://mph.med.uoc.gr/index.php/metaptyxiakes-ergasies/17-2012-03-21-20-45-20/125-2012-03-23-17-04-52> [Ημερομηνία πρόσβασης 16 Δεκεμβρίου 2014]
- Μπέρδου, Κ. (2013) *Η αξιολόγηση υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τη μέθοδο της ρεαλιστικής αξιολόγησης: οι περιπτώσεις του Κέντρου Υγείας και του Νοσοκομείου Αίγινας*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Διαθέσιμο στο:

<http://pandemos.panteion.gr/index.php?op=record&pid=iid:6202&lang=el>

[Ημερομηνία πρόσβασης 17 Απριλίου 2016]

- Μπροφίδη, Κ. (2007) *Οι αντιλήψεις των νοσηλευτών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο*. Μεταπτυχιακή Εργασία (επιβλέποντες: Φιλαλήθης, Α. & Δικαίος, Κ.) Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής. Διαθέσιμο στο: <http://mph.med.uoc.gr/index.php/metaptyxiakes-ergasies/17-2012-03-21-20-45-20/133-2012-03-24-00-35-52> [Ημερομηνία πρόσβασης 11 Απριλίου 2016]
- Μωυσάκη, Μ. (2006) *Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων σε δομές και προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας, ανοιχτού τύπου, στους Δήμους του Νομού Λασιθίου*. Μεταπτυχιακή εργασία. Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής. Διαθέσιμο στο: <http://mph.med.uoc.gr/index.php/metaptyxiakes-ergasies/17-2012-03-21-20-45-20/145-2012-03-25-17-37-09> [Ημερομηνία πρόσβασης 1 Απριλίου 2016]
- Ν.4277/2014 (ΦΕΚ Α' 156 / 01.08.2014) Νέο Ρυθμιστικό Σχέδιο Αθήνας-Αττικής και άλλες διατάξεις. Διαθέσιμο στο: https://voithiastospiti.blogspot.gr/2014/12/blog-post_65.html [Ημερομηνία πρόσβασης 1 Ιουνίου 2016]
- Νικολαΐδου, Ε. & Βαρνάβα, Κ. (2015) «*Κατ' Οίκον Φροντίδα στην Ευρώπη - Μελέτη EURHOMAP*», Πρακτικά του 22ου Παγκύπριου Συνεδρίου Νοσηλευτικής και Μαιευτικής με τίτλο «Αποτελεσματική και οικονομικά Αποδοτική Φροντίδα» Κύπρος. Διαθέσιμο στο: <http://www.cyna.org/22nd/index.htm> [Ημερομηνία πρόσβασης 27 Νοεμβρίου 2015]

- ΟΗΕ. Άρθρα 21, 22, 25, Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. <https://www.amnesty.gr/universal-declaration-of-human-rights> [Ημερομηνία πρόσβασης 5 Ιουνίου 2016]

- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε. & Χριστοδούλου Γ. (2001) *Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/239.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 9 Φεβρουαρίου 2015]

- Πανελλήνιο Συντονιστικό Όργανο Συλλόγων Και Σωματείων «Βοήθεια στο Σπίτι» (6/4/2015) «*Δελτίο Τύπου, Βοήθεια στο Σπίτι*». Διαθέσιμο στο: <http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/04/642015.html> [Ημερομηνία πρόσβασης 8 Απριλίου 2015]

- Πανεπιστημιακό Κέντρο Ερευνών Πεδίου (χ.χ.) *Είδη ερευνών*. Λευκωσία: Πανεπιστήμιο Κύπρου. Διαθέσιμο στο: <http://www.ucy.ac.cy/pakepe/el/research-services/research-kind> [Ημερομηνία πρόσβασης 8 Απριλίου 2015]

- Παρασκευοπούλου-Κόλλια, Ε.Α. (2008) «Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις». *Open Education - The Journal for Open and Distance Education and Educational Technology*, Volume 4 (Number 1). Διαθέσιμο στο: <http://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/openjournal/article/viewFile/972/6/9872.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 8 Απριλίου 2015]

- Πελεκίδου, Μ. (2010) *Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών Βοήθεια στο Σπίτι: Μια συστηματική βιβλιογραφική Ανασκόπηση*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής. Διαθέσιμο στο: <http://mph.med.uoc.gr/index.php/metaptyxiakes-ergasies/17-2012-03-21-20-45-20/111-2012-03-22-20-02-43> [Ημερομηνία πρόσβασης 8 Ιουλίου 2015]

- Περγάμαλη, Μ. (2006) *Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στο Δήμο Ηρακλείου*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής. Διαθέσιμο στο: http://elocus.lib.uoc.gr/dlib/5/4/6/metadata-dlib-0b7a26c7a264c6617bfcf44ad61c0d31_1227606425.tkl [Ημερομηνία πρόσβασης 13 Μαρτίου 2015]

- Πετράκη, Ε. (2007) *Μετάφραση, στάθμιση και εφαρμογή ενός εργαλείο μέτρησης ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών σε νοσοκομείο*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής. Διαθέσιμο στο: <http://mph.med.uoc.gr/index.php/metaptyxiakes-ergasies/17-2012-03-21-20-45-20/138-2012-03-24-00-46-28> [Ημερομηνία πρόσβασης 11 Απριλίου 2016]

- Πλοτνικόφ, Κ. (2009) *Συστηματική Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας για τις Εκπαιδευτικές ανάγκες των Κοινωνικών Λειτουργών που Εργάζονται στη Φροντίδα των Ηλικιωμένων*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής. Διαθέσιμο στο: <http://mph.med.uoc.gr/index.php/metaptyxiakes-ergasies/17-2012-03-21-20-45-20/122-2012-03-22-20-47-06> [Ημερομηνία πρόσβασης 11 Απριλίου 2016]

- Προκοπάκης, Ε. (2010) *Μετανάστευση και στρατηγικές κοινωνικής ένταξης στον αστικό χώρο: Η περίπτωση της πόλης του Ηρακλείου*. Διδακτορική διατριβή. Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης. Διαθέσιμο στο: <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/29079#page/1/mode/2up>
[Ημερομηνία πρόσβασης 15 Νοεμβρίου 2015]
- Σακελλαρίου, Ε. (2015) *Εθνική Έκθεση για τους Φροντιστές Νεαρής Ηλικίας που Ανήκουν σε Ειδικές Εθνικές και Εθνοτικές Ομάδες. Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού (ΚΜΟΠ)*. Έργο “Care2work” Αθήνα. Διαθέσιμο στο: http://www.care2work.org/wp-content/uploads/2016/01/Cover_report_care2work-GR.pdf [Ημερομηνία πρόσβασης 15 Μαρτίου 2016]
- Σταυρόπουλος, Ν. (2009) *Ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Μελέτη ικανοποίησης ασθενών Δημόσιου Νοσοκομείου*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιά. Διαθέσιμο στο: <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/3461/Stauroopoulos.pdf?sequence=2&isAllowed=y> [Ημερομηνία πρόσβασης 15 Απριλίου 2016]
- Συμπεράσματα 1ου Πανελληνίου Συνεδρίου «Βοήθεια στο Σπίτι στην 1η Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών» (2005) Καρδίτσα. Διαθέσιμο στο: http://www.anka.gr/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=459%3A1-q-q&catid=37%3A2009-12-03-12-54-44&Itemid=65&lang=el
[Ημερομηνία πρόσβασης 31 Ιανουαρίου 2015]
- Σωτηριάδου, Κ. (2010) *PEST & SWOT. Ανάλυση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»*. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Διαθέσιμο στο: <http://journal-ene.gr/wp->

content/uploads/2010/11/Tomos02_teyxos02-dragged1.pdf [Ημερομηνία πρόσβασης 5 Ιουλίου 2015]

- Τούντας, Γ., Δημητρακάκη, Χ., Bollars, C., van den Broucke, S., Kok, H. & Molleman, G. (2007) *Αξιολόγηση της ποιότητας των προγραμμάτων προαγωγής υγείας. Το ευρωπαϊκό εργαλείο EQUIHP*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2007-1/pdf/79.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 23 Ιουλίου 2015]
- Τσώτα, Χ. (2012) *Η κοινωνική φροντίδα στην κοινότητα. Η περίπτωση των ηλικιωμένων και το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πάντειο Πανεπιστήμιο. Διαθέσιμο στο: <http://pandemos.panteion.gr/index.php?op=record&lang=el&pid=iid:5236> [Ημερομηνία πρόσβασης 13 Φεβρουαρίου 2016]
- Φωτόπουλος, Γ. (2005) «Προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι: Πυλώνας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», *1ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Βοήθεια στο Σπίτι στην 1η Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών»* (2005) Καρδίτσα. Διαθέσιμο στο: http://www.anka.gr/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=459%3A1-q-q&catid=37%3A2009-12-03-12-54-44&Itemid=65&lang=el [Ημερομηνία πρόσβασης 31 Ιανουαρίου 2015]
- Χαλκουτσάκη, Σ. (2007) *Ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας στο Δήμο Ηρακλείου*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής. Διαθέσιμο στο: <http://mph.med.uoc.gr/index.php/metaptyxiakes-ergasies/17-2012-03-21-20-45-20/149-2012-03-25-17-41-26> [Ημερομηνία πρόσβασης 13 Απριλίου 2015]

- Χατζησεβαστού, Α. (2011) *Κοινωνικός αποκλεισμός ατόμων τρίτης ηλικίας. Δυνατότητες σχεδιασμένης παρέμβασης. Η περίπτωση του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι» στη Μήθυμνα Λέσβου*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Πανεπιστήμιο Αιγαίου. Διαθέσιμο στο: <http://hellenicus.lib.aegean.gr/handle/11610/11847> [Ημερομηνία πρόσβασης 9 Ιουνίου 2016]

- Χναράκη, Ε. (2005) «Η συμβολή του ΒσΣ στην τοπική ανάπτυξη το παράδειγμα του “Αγροτικού Χειροτεχνικού Συνεταιρισμού του Δήμου Κρουσώνα” Κρητοτέχνημα», *1ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Βοήθεια στο Σπίτι στην 1η Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών»* (2005) Καρδίτσα. Διαθέσιμο στο: http://www.anka.gr/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=459%3A1-q-q&catid=37%3A2009-12-03-12-54-44&Itemid=65&lang=el [Ημερομηνία πρόσβασης 31 Ιανουαρίου 2015]

- Χριστοφή, Π. (2015) «Αναπόδραστη μεταρρύθμιση στη φροντίδα». Διαθέσιμο στο: <http://www.sigmalive.com/simerini/analiseis/274903/anapodraستي-metarrythmisi-sti-frontida> [Ημερομηνία πρόσβασης 13 Απριλίου 2015]

- <http://www.kedke.gr/wp-content/uploads/2012/08/1981-2012.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης: 5 Μαΐου 2016]

- http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/08/blog-post_21.html [Ημερομηνία πρόσβασης: 5 Μαΐου 2016]

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Ενημερωτικό Έγγραφο για τους συμμετέχοντες- Αίτημα άδειας
για τη διεξαγωγή της έρευνας στο πεδίο

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπεύθυνη καθηγήτρια: Πελεκίδου Λίνα, PhD (c),
ΜΡΗ, BSW Κοινωνική Λειτουργός, Εργαστηριακή
Συνεργάτης Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας ΤΕΙ Κρήτης

Προς: Δήμος

Τηλ. Επικοινωνίας:

Σπουδάστριες:

Γαροφαλάκη Ελευθερία (Τηλ. Επικοινωνίας:

Ρήστα Φωτεινή (Τηλ. Επικοινωνίας:

Τσέρρι Νερέντζε (Τηλ. Επικοινωνίας:

E-mail Ερευνητικής Ομάδας:

Ηράκλειο:...../..... 2016

**ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΔΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΩΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΟΥ
ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Θέμα: Έρευνα σε προπτυχιακό επίπεδο με τίτλο:

“Η διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών στις Υπηρεσίες
Κοινωνικής Φροντίδας του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»”

Η έρευνα αυτή αποτελεί μέρος της Πτυχιακής μας Εργασίας κατά το διάστημα 2015-2016. Τελεί υπό την επιστημονική καθοδήγηση της κας Πελεκίδου Λίνας, εργαστηριακή συνεργάτης του Τ.Ε.Ι. Κρήτης και στοχεύει στην διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των κοινωνικών λειτουργών των Δήμων Χανίων, Αμυνταίου και Αθηναίων σε σχέση με την αντιμετώπιση των περιστατικών που δέχονται στις υπηρεσίες τους.

Με το παρόν ενημερωτικό έγγραφο αιτούμαστε τη συνεργασία των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών για τη συλλογή των πληροφοριών που αφορά το θέμα της εν λόγω Πτυχιακής Εργασίας.

Για την πληρέστερη ενημέρωσή σας παρακάτω ακολουθεί περιγραφή της μεθόδου και διαδικασίας που προτίθεται η ομάδα να ακολουθήσει.

Στη συγκεκριμένη έρευνα, θα επιλεγθεί μία περίπτωση «βινιέτας» με τις αντίστοιχες ερωτήσεις. Η μέθοδος «βινιέτα» περιλαμβάνει την παρουσίαση στους συμμετέχοντες ενός υποθετικού σεναρίου – μία πλήρης ιστορία – με υποθετικούς χαρακτήρες. Η «βινιέτα» παρέχει πληροφορίες περιεχομένου στους συμμετέχοντες, ώστε να έχουν την κατανόηση του σεναρίου που απεικονίζεται. Οι συμμετέχοντες ανταποκρίνονται σε μία σειρά από ερωτήσεις ανοιχτού τύπου που σχετίζονται με την ιστορία.

Με την παρούσα επιστολή παρακαλούμε για τη συνεργασία σας προκειμένου η ερευνητική ομάδα να αποκτήσει πρόσβαση στον υπεύθυνο κοινωνικό λειτουργό του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» με σκοπό να τους προσκαλέσει για τη συμμετοχή τους στην εν λόγω έρευνα.

Η συνάντηση με τον κοινωνικό λειτουργό, εφόσον θα είναι σύμφωνος με τη συνεργασία του θα πραγματοποιηθεί με αυστηρή τήρηση της ανωνυμίας τους και με απόλυτη εχεμύθεια ως προς τα στοιχεία που θα προκύψουν στη διάρκειά τους.

Αναμένοντας την απάντηση και τυχόν επισημάνσεις σας, παραμένουμε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση, συμπληρωματική ενέργεια ή πρόσθετη πληροφορία.

Με ιδιαίτερη εκτίμηση

Η επιβλέπουσα καθηγήτρια,

Πελεκίδου Λίνα

Οι σπουδάστριες:

Γαροφαλάκη Ελευθερία

Ρήστα Φωτεινή

Τσέρι Νερέντζε

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Έντυπο συμμετοχής στην έρευνα

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπεύθυνη καθηγήτρια:

Πελεκίδου Λίνα, PhD (c), MPH,
BSW Κοινωνική Λειτουργός,
Εργαστηριακή Συνεργάτης
Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας
ΤΕΙ Κρήτης

Σπουδάστριες:

Γαροφαλάκη Ελευθερία
Ρήστα Φωτεινή
Τσέρρι Νερέντζε

Τηλ. Επικοινωνίας:

E-mail Ερευνητικής Ομάδας:

Ηράκλειο:...../..... 2016

Βεβαίωση Συμμετοχής στην Έρευνα

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η δηλώνω υπεύθυνα ότι συμμετέχω με αποκλειστικά δική μου ευθύνη στην έρευνα με τίτλο «Η διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών στις Υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» για την αντιμετώπιση των περιστατικών που δέχονται στις υπηρεσίες τους: Η χρήση της τεχνικής «βινιέτα» στους Δήμους Αθηναίων, Αμυνταίου και Χανίων», η οποία διεξάγεται κατά τα έτη 2015-2016.

Συναινώ να συμμετάσχω στην ερευνητική εργασία και δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Έχω διαβάσει με ακρίβεια το Ενημερωτικό Έγγραφο που μου δόθηκε από την κύρια ερευνητική ομάδα, στο οποίο περιγράφονται ο σκοπός, το περιεχόμενο και η διαδικασία της έρευνας και τα οποία έχω κατανοήσει επαρκώς

- Είχα την ευκαιρία να υποβάλλω όποιες ερωτήσεις θέλησα σχετικές με την συγκεκριμένη μελέτη και έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις από την κύρια ερευνητική ομάδα
- Κατανοώ ότι τα αποτελέσματα της μελέτης θα χρησιμοποιηθούν για το σκοπό της έρευνας και για επιστημονικούς σκοπούς και μόνο. Εάν τα αποτελέσματα χρησιμοποιηθούν στο μέλλον σε μελλοντικές δημοσιεύσεις, θα διατηρηθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων
- Επιβεβαιώνω ότι δεν έχω εξαναγκαστεί να δώσω τη συγκατάθεσή μου και ότι η **συγκατάθεση** έχει δοθεί ελεύθερα και εθελοντικά. Επίσης, έχω πληροφορηθεί πως δεν θα υποστώ κυρώσεις ή απώλεια των προνομίων μου εάν αρνηθώ να συμμετάσχω ή εφόσον αποφασίσω να διακόψω ενώ έχω ήδη δηλώσει τη συγκατάθεσή μου.

Τα παραπάνω συνιστούν τους όρους προς τους οποίους συγκατατίθεστε και στους οποίους προσχωρείτε όταν υπογράφετε το παρόν έντυπο συγκατάθεσης.

Με πλήρη γνώση όλων των παραπάνω, **συναινώ εκούσια** να συμμετάσχω στην έρευνα.

Υπογραφή Συμμετέχοντα

Ημερομηνία

Ονοματεπώνυμο κύριου Ερευνητή

Υπογραφή κύριου Ερευνητή

Ημερομηνία

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Σκίτσο έρευνας (vignette)

Αγαπητέ Κύριε/Αγαπητή Κυρία,

Χαιρόμαστε ιδιαίτερα για την προθυμία σας να συμμετέχετε σε αυτήν την μελέτη για την κατ' οίκον φροντίδα. Η μελέτη αυτή αποσκοπεί στην περιγραφή και τη διερεύνηση των στοιχείων λειτουργίας και οργάνωσης των Προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» σε διαφορετικές περιοχές της Ελλάδας. Μια από τις μεθόδους συλλογής πληροφοριών βασίζεται σε σκίτσα, τα οποία είναι (υποθετικές) περιγραφές καταστάσεων ηλικιωμένων ατόμων που ζουν στο σπίτι τους και έχουν ανάγκη φροντίδας. Κατά την περιγραφή του σκίτσου οι ειδικοί καλούνται να δώσουν απαντήσεις σχετικές με καταστάσεις που μπορεί να έχουν αντιμετωπίσει ή να δώσουν πληροφορίες σχετικά με τις δυνατότητες ή όχι που έχουν για να αντιμετωπίσουν υποθετικά ένα τέτοιο περιστατικό.

Μερικές από τις ερωτήσεις του σκίτσου μπορούν να απαντηθούν απλά με το τσεκάρισμα ενός κουτιού ενώ άλλες είναι ανοικτές προς απάντηση. Μιας και δίνουμε μεγάλη αξία σε εξηγήσεις που διευκρινίζουν τη λειτουργία των δομών «Βοήθεια στο Σπίτι» στους Δήμους, σας παροτρύνουμε να χρησιμοποιήσετε κάθε δυνατότητα διεύρυνσης των απαντήσεων σας, ακόμα και επισυνάπτοντας πρόσθετες σελίδες στο ερωτηματολόγιο αυτό.

Εάν δεν γνωρίζετε την απάντηση κάποιας ερώτησης, μπορείτε να τσεκάρετε στο κουτάκι «Δεν γνωρίζω», ή, στην περίπτωση μιας ανοικτής ερώτησης, απλά προχωρήστε στην επόμενη.

Για όλες τις πιθανές ερωτήσεις σας ή περαιτέρω διευκρινήσεις που χρειάζεστε, σας παρακαλούμε να επικοινωνήσετε με τους υπεύθυνους της ερευνητικής ομάδας που αναφέρονται παρακάτω.

Σας ευχαριστούμε θερμά για την συμμετοχή και συνεργασία σας.

Ερευνητική ομάδα σπουδαστών Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, Τ.Ε.Ι. Κρήτης:

Γαροφαλάκη Ελευθερία (Τηλ. Επικοινωνίας:)

Ρήστα Φωτεινή (Τηλ. Επικοινωνίας:)

Τσέρρι Νερέντζε (Τηλ. Επικοινωνίας:)

E-mail Ερευνητικής Ομάδας:

Παρακαλούμε συμπληρώσετε τα παρακάτω στοιχεία:

Ιδιότητα:

.....

Δήμος όπου ανήκει η δομή:

.....

Σκίτσο:

Παρασκήνιο

Ένας 65χρονος παντρεμένος άνδρας με δύο νεαρά ενήλικα παιδιά, που έχουν φύγει από την οικογενειακή οικία, πήρε πρόωγη συνταξιοδότηση πριν από δύο χρόνια. Η οικογένεια ήταν θρησκευόμενη αλλά η επαφή με την εκκλησία εξασθένησε.

Τι συνέβη

Σχεδόν πριν από ένα χρόνο, στον άνδρα αυτό διαγνώστηκε καρκίνος στο στομάχι, σε προχωρημένο στάδιο. Δεν έγινε εγχείρηση αλλά χημειοθεραπεία ώστε να μειωθεί ο όγκος του γενικευμένου καρκινώματος. Οι δυνάμεις του έχουν εξασθενήσει πολύ και παραμένει όλο και περισσότερο στο κρεβάτι, αλλά ακόμα δεν έχουν προκύψει σοβαρές επιπλοκές. Μέχρι τώρα η 58χρονη γυναίκα του που απασχολείται μερικώς, μπορούσε να τον φροντίζει καθημερινά με την υποστήριξη των παιδιών τους, καθώς και κάποιων φίλων. Ιατρική υποστήριξη δίνεται από έναν γενικό γιατρό, ο οποίος τον επισκέπτεται τακτικά. Ο πόνος ελέγχεται με τσιρότα μορφίνης, τα οποία όμως σύντομα θα αντικατασταθούν από την ανάγκη χρήσης μιας αντλίας μορφίνης. Ο άνδρας και η οικογένειά του γνωρίζουν ότι έχει ορισμένο χρόνο ζωής και αποφάσισαν να παραμείνει στο σπίτι όσο το δυνατόν περισσότερο.

Ανάγκες φροντίδας

Ο άνδρας δεν έχει δεχτεί συναισθηματικά την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και οι αλλαγές στη διάθεσή του είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν, ειδικά της γυναίκας του. Φοβάται για το μέλλον. Σε σύντομο χρονικό διάστημα θα χρειαστεί εντατική νοσοκομειακή φροντίδα, καθώς και δραστική μείωση του πόνου. Έτσι ο άντρας αυτός δεν θα μπορεί να μένει μόνος του. Το παρόν κρεβάτι που χρησιμοποιεί δεν είναι πρακτικό και δεν θα μπορεί από μόνος του να πάει στην τουαλέτα ή στο μπάνιο. Αν και η γυναίκα υποστηρίζει την ιδέα να παραμείνει ο άνδρας της στο σπίτι, νιώθει πως φτάνει στα όρια της, σωματικά και συναισθηματικά.

Παρακαλούμε απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις:

1. Ποιες κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας θα πρέπει να παραχθούν σε αυτόν τον κύριο και τη γυναίκα του, υπόψιν των σημερινών κανόνων και κριτηρίων του πλαισίου σας; (αναφερόμαστε στην θεωρία, μιας και στην πράξη μπορεί αυτό να διαφέρει!).

Έχουν δικαίωμα στην παροχή των παρακάτω υπηρεσιών:

.....

.....

.....

.....

.....

Θα εκτιμηθούν και οι ανάγκες της γυναίκας ξεχωριστά;

.....

.....

.....

.....

2. Ποιες από τις ανάγκες του κυρίου αυτού και της συζύγου του θα καλυφθούν από τις υπηρεσίες που δικαιούνται (θεωρητικά) και για ποιες ανάγκες τους θα χρειαστεί εύρεση άλλων λύσεων (και ποιες παραμένουν άλυτες);

Οι υπηρεσίες που δικαιούνται θα καλύψουν τις παρακάτω ανάγκες τους:

.....
.....
.....
.....

Οι παρακάτω ανάγκες τους **δεν** θα καλυφθούν με βάση τους κανόνες και τα κριτήρια παροχής υπηρεσιών:

.....
.....
.....
.....
.....

3. Καλείται ο πελάτης να συμβάλλει οικονομικά εάν δεχτεί τις παροχές των υπηρεσιών που δικαιούται σε αυτήν την περίπτωση; (παρακαλούμε εξηγήστε)

.....
.....
.....
.....

4. Υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που δικαιούνται ο κύριος αυτός με τη γυναίκα του και των υπηρεσιών που τελικά θα λάβουν; (Αυτό το χάσμα μπορεί να προκύπτει από πιθανές ελλείψεις και άλλες ατέλειες που μπορεί να υπάρχουν). (Μπορείτε να τσεκάρετε περισσότερα από ένα κουτάκια)

- Κανονικά όλες οι υπηρεσίες που δικαιούται, θα δοθούν χωρίς περικοπές
- Συνήθως, υπάρχουν περικοπές (π.χ. στον αριθμό των ωρών) στην παροχή των παρακάτω υπηρεσιών

(παρακαλούμε συμπληρώστε):

.....
.....
.....
.....

.....

Συνήθως οι παρακάτω υπηρεσίες δεν προσφέρονται καθόλου
(παρακαλούμε συμπληρώστε):

.....
.....
.....
.....
.....

Δεν γνωρίζω

(Παρακαλούμε εξηγήστε περαιτέρω την απάντησή σας)

.....
.....
.....
.....
.....

5. Ποια θα ήταν η πρότασή σας για την κάλυψη των αναγκών του ζευγαριού;
(Για παράδειγμα, μπορείτε να σκεφτείτε ένα καινοτόμο στοιχείο που θα αξιοποιούσατε, αν είχατε την δυνατότητα, από άλλα Προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας του εξωτερικού.)

Παρακαλούμε εξηγήστε την απάντησή σας:

.....
.....
.....
.....

6. Ποιος θα έπαιρνε την πρωτοβουλία, σε αυτήν την περίπτωση, να κάνει αίτηση για φροντίδα; (Παρακαλούμε τσεκάρετε το πιο κατάλληλο κουτάκι)

- Ο άνδρας ή η σύζυγός του
- Ο γιατρός του ζευγαριού

- Το νοσοκομείο
- Κάποιος άλλος, όπως *(παρακαλούμε συμπληρώστε)*:

.....

- Εξαρτάται από την κατάσταση ποιος θα αναλάβει την πρωτοβουλία:
(παρακαλούμε εξηγήστε)

.....

.....

.....

.....

- Δεν γνωρίζω

(Παρακαλούμε εξηγήστε περαιτέρω την απάντησή σας):

.....

.....

.....

.....

7. Υπάρχει συνήθως «ένα παράθυρο – σημείο αναφοράς» για όλες τις υπηρεσίες που σχετίζονται με αυτές τις εφαρμογές φροντίδας (στην αρχή της διαδικασίας φροντίδας) ή πρέπει κανείς να προσεγγίσει διαφορετικές υπηρεσίες ξεχωριστά; *(παρακαλούμε τσεκάρετε το πιο κατάλληλο κουτάκι)*

- Υπάρχει ένα παράθυρο ή σημείο αναφοράς για όλες τις αναγκαίες υπηρεσίες της κατ' οίκον φροντίδας
- Κάθε υπηρεσία έχει το δικό της σημείο αναφοράς
- Η κατάσταση είναι διαφορετική, όπως *(παρακαλούμε συμπληρώστε)*:

.....

.....

.....

- Δεν γνωρίζω

(Παρακαλούμε εξηγήστε την απάντησή σας):

.....
.....
.....
.....

8. Ποιος θα εκτιμήσει τις ανάγκες και την προσωπική κατάσταση του κυρίου και της γυναίκας του; Η εκτίμηση γίνεται από:

- Μια ανεξάρτητη επίσημη υπηρεσία εκτίμησης
- Ένας αντιπρόσωπος των υπηρεσιών παροχής κατ' οίκον φροντίδας
- Η διεπιστημονική ομάδα του Προγράμματος
- Εξαρτάται
- Δεν γνωρίζω

(Παρακαλούμε εξηγήστε περαιτέρω την απάντησή σας):

.....
.....
.....
.....

9. Υπάρχουν ειδικά (γραμμένα και κοινώς γνωστά) κριτήρια που χρησιμοποιούνται στην εκτίμηση των αναγκών που αφορούν αυτήν την κατάσταση; *(παρακαλούμε τσεκάρετε το πιο κατάλληλο κουτάκι)*

- Υπάρχουν κριτήρια σύμφωνα με τους στόχους της υπηρεσίας
- Υπάρχουν κριτήρια σύμφωνα με το ανθρώπινο δυναμικό ή με τις υπηρεσίες που μπορεί να προσφέρει
- Άλλα κριτήρια, όπως *(παρακαλούμε συμπληρώστε):*

.....
.....
.....

- Δεν γνωρίζω

(Παρακαλούμε εξηγήστε την απάντησή σας):

.....

.....
.....
.....

10. α) Στην συγκεκριμένη περίπτωση, θα ληφθεί υπ' όψιν η δυνατότητα ανεπίσημων φροντιστών (η σύζυγος) στην απόφαση πραγματοποίησης των υπηρεσιών; Αν ναι, με ποιο τρόπο; *(παρακαλούμε τσεκάρετε το πιο κατάλληλο κουτάκι)*

- Όχι, δεν λαμβάνεται υπ' όψιν η δυνατότητα ανεπίσημων φροντιστών
- Ναι, λαμβάνεται υπ' όψιν η δυνατότητα ανεπίσημων φροντιστών ως εξής *(παρακαλούμε συμπληρώστε):*

.....
.....
.....
.....

- Δεν γνωρίζω

β) Η σύζυγος θα ληφθεί υπ' όψιν σαν ανεπίσημος φροντιστής μόνο, ή σαν πελάτης που δικαιούται επίσης φροντίδα;

- Όχι, δεν θα έχει δικαίωμα φροντίδας
- Ναι, θα έχει το δικαίωμα των παρακάτω υπηρεσιών *(παρακαλούμε συμπληρώστε):*

.....
.....
.....
.....

- Δεν γνωρίζω

11. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, θα ληφθεί υπ' όψιν η οικονομική δυνατότητα του ζευγαριού στην απόφαση εφαρμογής των υπηρεσιών; Αν ναι, με ποιο τρόπο; *(παρακαλούμε τσεκάρετε το πιο κατάλληλο κουτάκι)*

- Όχι, δεν λαμβάνεται υπ' όψιν η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού

- Ναι, λαμβάνεται υπ' όψιν η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού ως εξής:
(παρακαλούμε συμπληρώστε)

.....
.....
.....
.....

- Δεν γνωρίζω

12. Ποιος φροντιστής (επαγγελματίας ή μη) θα συμμετέχει στην κατ' οίκον φροντίδα του ζευγαριού; (Μπορείτε να τσεκάρετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

- Βοήθεια στο σπίτι (οικιακός βοηθός)
 Νοσοκόμα
 Κοινωνικός λειτουργός
 Φυσιοθεραπευτής
 Εργοθεραπευτής
 Οικογενειακός γιατρός
 Ιατρικός επιστήμονας
 Τα παιδιά του ζευγαριού
 Εθελοντές
 Γείτονες
 Φίλοι
 Άλλοι, όπως (παρακαλούμε συμπληρώστε):

.....
.....
.....

- Δεν γνωρίζω

(Παρακαλούμε εξηγήστε την απάντησή σας):

.....
.....
.....
.....

13. Η παροχή φροντίδας προς αυτόν τον άνδρα και τη σύζυγό του θα παρακολουθείται διεξοδικά από χρόνο σε χρόνο ώστε να διευκρινιστεί αν η παροχή αυτή συνεχίζει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ζευγαριού; («διεξοδικά» εννοούμε να γίνεται με επίσημες διαδικασίες σε τακτά χρονικά διαστήματα). (παρακαλούμε τσεκάρετε ένα κουτάκι)

- Υπηρεσίες σε αυτό το ζευγάρι δεν θα παρακολουθούνται διεξοδικά (δεν υπάρχει διεξοδική παρακολούθηση)
- Υπηρεσίες σε αυτό το ζευγάρι δεν θα παρακολουθούνται διεξοδικά (οι υπάρχουσες διαδικασίες δεν χρησιμοποιούνται ευρέως)
- Υπηρεσίες σε αυτό το ζευγάρι θα παρακολουθούνται διεξοδικά με βάση συστηματικής διαδικασίας
- Δεν γνωρίζω

(Παρακαλούμε εξηγήστε περαιτέρω την απάντησή σας, συμπεριλάβετε ποιος θα παρακολουθεί):

.....

.....

.....

.....

14. Αν στο Δήμο σας η επίσημη κατ' οίκον φροντίδα δεν θα ήταν πιθανή επιλογή αυτού του ζευγαριού, ποια θα ήταν η κατάστασή του ή ποια θα ήταν η λύση; (Μπορείτε να τσεκάρετε περισσότερα κουτάκια, αλλά με όριο το «πιο πιθανόν»)

- Δεν είναι εφαρμόσιμο, διότι η κατ' οίκον φροντίδα είναι η πιο κατάλληλη σε αυτήν την περίπτωση
- Ο κύριος θα εισερχόταν σε νοσοκομείο
- Ο κύριος θα εισερχόταν σε μια κλινική
- Ο κύριος θα εισερχόταν σε άσυλο ανιάτων
- Το ζευγάρι θα προσλάμβανε ιδιωτική νοσοκόμα
- Το νοσοκομείο θα προσέφερε εξωτερικές υπηρεσίες στο σπίτι του ασθενούς
- Ο άνδρας θα υπέφερε από τις ακόλυπτες ανάγκες (κοινωνικές και υγείας)
- Άλλη κατάσταση, όπως (παρακαλούμε συμπληρώστε):

.....

.....

.....
.....

Δεν γνωρίζω

(Παρακαλούμε εξηγήστε περαιτέρω την απάντησή σας και διευκρινίστε ποιο από τα παιδιά θα πάρει ποιο ρόλο):

.....
.....
.....
.....

15. Σχετικά με την κατάσταση και τις ανάγκες του κυρίου και της συζύγου του, ποιες είναι οι συνήθεις δυσκολίες, πιθανές ακάλυπτες ανάγκες φροντίδας ή άλλα χαρακτηριστικά; Θα υπήρχε διαφορά στην κατ' οίκον φροντίδα αν ζούσαν σε αστική ή αγροτική περιοχή;

Παρακαλούμε εξηγήστε τις πιθανές δυσκολίες, χαρακτηριστικά, ή διαφορές:

.....
.....
.....
.....
.....

16. Ποιο θα ήταν κατά τη γνώμη σας το καλύτερο δυνατό σενάριο καθώς και οι δικές σας προσδοκίες μέσα από το οποίο θα υπήρχε η δυνατότητα να ικανοποιηθούν οι ανάγκες της παραπάνω περίπτωσης;

(Παρακαλούμε εξηγήστε την απάντησή σας):

.....
.....
.....
.....