



ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«Διαμεθοδικές Κοινωνικές Παρεμβάσεις σε Καταστάσεις Κρίσης»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ:

«Παρεμβάσεις Κοινωνικής Εργασίας σε καταστάσεις Κρίσης στην
Οικογένεια»

«Πιλοτική μελέτη για τη δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών για
παρέμβαση στους ηλικιωμένους στην Κοινότητα από τον
Κοινωνικο λειτουργό»

Κατσάπη Χρυσούλα
ΜΡΗ Κοινωνική Λειτουργός

Ηράκλειο

**«Πιλοτική μελέτη για τη δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών
για παρέμβαση στους ηλικιωμένους στην Κοινότητα
από τον Κοινωνικό λειτουργό»**

**Κατσάπη Χρυσούλα
ΜΡΗ Κοινωνική Λειτουργός**

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ. Κούτρα Κλειώ, Επίκουρη Καθηγήτρια

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής:

Δρ. Ράτσικα Νικολέτα, Επίκουρη Καθηγήτρια

Δρ. Παπαδάκη Ελένη, Επίκουρη Καθηγήτρια

Copyright © <Κατσάπη Χρυσούλα>, <2021> Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved. Η εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας ΤΕΙ Κρήτης: «Διαμεθοδικές Κοινωνικές Παρεμβάσεις σε Καταστάσεις Κρίσης» κατεύθυνση «Παρεμβάσεις Κοινωνικής Εργασίας σε καταστάσεις κρίσης στην Οικογένεια σε καταστάσεις κρίσης»

**"Pilot study for the development of guidelines for
intervention in the elderly in the Community
by the Social Worker"**

**Katsapi Chrysoula
MPH Social Worker**

*Με την κίνηση. Μη κάθεστε, να κινείστε συνέχεια
...Παρατηρήσαμε ότι μέσα σε επτά μέρες δημιουργήθηκε αυτή η αλλαγή προς το
γήρας. Στους κατακεκλειμένους η γήρανση
αρχίζει από την πρώτη μέρα σε ώρες.....*

*Ιωάννα Βερνίκου
Πρώην Διευθύντρια του Τομέα Life Science της NASA*

Ευχαριστίες

Είκοσι χρόνια συστηματικής και ουσιαστικής ενασχόλησης με τους ανθρώπους της Τρίτης Ηλικίας, με τους ηλικιωμένους, τους δικούς μου ανθρώπους, κλείνουν φέτος. Με τους ανθρώπους που μου δίδαξαν συνεργασία, εμπιστοσύνη, νοιάξιμο, διάθεση για ζωή. Άνθρωποι που σε κάθε επαγγελματική δυσκολία, μου χάριζαν απλόχερα με ένα βλέμμα την εμπιστοσύνη και την στήριξη τους. Η εργασία αυτή έρχεται ως επιστέγασμα δουλειάς ετών και οδηγεί στην κατάθεση μιας ολοκληρωμένης πρότασης για κοινότητες πιο ανθρώπινες, πιο φιλικές προς τους «δικούς» μας ανθρώπους.

Τα μέλη των ΚΑΠΗ Γαζίου-Καλέσων-Τυλίσου, δραστήρια, ενεργά με διάθεση για ζωή αποδεικνύουν καθημερινά ότι:

«Φαίνεται πάντα αδύνατο, μέχρι να γίνει» όπως είχε πει και ο Nelson Mandela. *«Σας ευχαριστώ που με κάνατε να την πω αρκετές φορές αυτή τη φράση».*

Ένα ιδιαίτερα μεγάλο ευχαριστώ στην επιβλέπουσα της μεταπτυχιακής μου εργασίας, Επίκουρη Καθηγήτρια κα Κούτρα Κλειώ για την στήριξη της σε κάθε σκέψη, είναι πάντα εκεί να ανοίγει νέους ορίζοντες, νέα ταξίδια. Ένα τεράστιο ευχαριστώ στη Κλειώ μου, που όλα αυτά τα χρόνια πέρα από τη συνεργασία με τιμά με τη φιλία της, την παρέα της και τις αδιάκοπες συζητήσεις και αναζητήσεις. Η συνεργασία μαζί της όπως και η συνεργασία με όλο το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΕΛΜΕΠΑ, αποτελεί για μένα μια ανάσα ζωής.

Απέραντη ευγνωμοσύνη στη κα Ράτσικα Νικολέτα, Επίκουρη Καθηγήτρια για την στήριξη της στη μεταπτυχιακή εργασία αλλά και για την συνεργασία της όλα αυτά τα χρόνια, πάντα αεικίνητη και με θετική διάθεση δίπλα μου σύμμαχος και οδηγός. Ο πρώτος άνθρωπος, όμως που με ενέπνευσε να κατανοήσω την Κοινωνική Εργασία, εμπνευστής, βοηθός και στάθηκε δίπλα μου στα πρώτα βήματα μου είναι η αγαπημένη καθηγήτρια της καρδιάς μου, κα Γιουλούντα Χρυσούλα. Την ευχαριστώ για αυτά που συνειδητά έχει πράξει για μένα και για αυτά που ασυνείδητα έχει πράξει.....

Ένα μεγάλο ευχαριστώ σε ένα άνθρωπο που εμφανίστηκε στην επαγγελματική μου πορεία για να παρακολουθήσει τα πρώτα εμβρυακά βήματα μου για την ενεργό γήρανση και που είναι ουσιαστικά δίπλα μου και σε αυτή την μεταπτυχιακή εργασία και είμαι πολύ χαρούμενη για αυτό, τη Καθηγήτρια Ιατρικής κα Τζιράκη Χαρίκλεια, αεικίνητη με θετική διάθεση, με μια αφοπλιστική απλότητα και ευγένεια.

Θα ήταν παράλειψη μου να μην ευχαριστήσω τον Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής κ. Φιλαλήθη Αναστάσιο, επιβλέποντα στην πρώτη μεταπτυχιακή μου εργασία που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα και ήταν μεγάλη τιμή για μένα. Παράλληλα ευχαριστώ όλα τα μέλη της ομάδας των ειδικών, ακαδημαϊκούς και ανθρώπους που εργάζονται στο πεδίο που συμμετείχαν στην έρευνα και που κατέθεσαν την πολύτιμη εμπειρία τους.

Ιδιαίτερο ευχαριστώ στην Λίνα και στο Μάνο για την συμμετοχή τους στην πιλοτική μελέτη και που έχω τη χαρά να συνεργάζομαι και στο πεδίο μαζί τους, συνάδελφοι που αποτελούν ελπίδα για το μέλλον.

Το πιο μεγάλο Ευχαριστώ όμως ανήκει στους πιο δικούς μου ανθρώπους, τη Χριστίνα και το Γιώργο που είναι δίπλα μου, ακούραστοι υποστηρικτές και συνοδοιπόροι.

Σας ευχαριστώ για την υπομονή σας και τη στήριξη σας!!!

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η γήρανση αποτελεί ένα πολυσύνθετο φαινόμενο που επιταχύνεται ταχύτατα με διαφορετικό ρυθμό και έκταση στο κάθε άτομο (Γκούβας, 2017). Οι ηλικιωμένοι που εμφανίζουν α) υψηλούς δείκτες σωματικής και γνωστικής λειτουργικότητας, β) δεν πάσχουν από χρόνιες ασθένειες ή αναπηρίες και γ) παραμένουν κοινωνικά ενεργοί, γηράσκουν υγιώς. Η υγιής γήρανση, έννοια που άρχισε να γίνεται γνωστή στα τέλη της δεκαετίας του 1990, αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπιστεί από κάθε ανεπτυγμένη κοινωνία του σύγχρονου κόσμου (Kuzumastuti et al., 2016).

Μελέτες αναδεικνύουν παράγοντες όπως η συννοσηρότητα, ο τρόπος ζωής και οι συμπεριφορές υγείας, δημογραφικοί παράγοντες, κοινωνικοί παράγοντες, ψυχολογικοί παράγοντες η υποκειμενική αντίληψη για την υγεία και το «όραμα για τη ζωή. Καθώς και περιβαλλοντικοί παράγοντες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ενεργό γήρανση (Κούτρα & Ράτσικα, 2020).

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει πρωτόκολλο παρέμβασης για τον κοινωνικό λειτουργό στην Κοινότητα στην παρέμβαση του με τους ηλικιωμένους, γεγονός που καθιστά την παρέμβαση των επαγγελματιών *ευκαιριακή και μη συντονισμένη*. Η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού φαίνεται να βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με το επιστημονικό προφίλ του χωρίς να διασφαλίζεται η ισότητα και η ολοκληρωμένη παρέμβαση στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών.

Σκοπός της μελέτης είναι η χαρτογράφηση πρωταρχικών κατευθυντήριων οδηγιών μέσα από μια πιλοτική μελέτη για παρέμβαση στους ηλικιωμένους στην κοινότητα από τον Κοινωνικό λειτουργό με στόχο την ανάπτυξη ολιστικής παρέμβασης για την βελτίωση της λειτουργικότητας (functioning).

Στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε με την χρήση της συγκλίνουσας παράλληλης σχεδίασης και την αξιοποίηση δυο ερευνητικών μεθόδων (DELPHI και vignettes) ο προσδιορισμός της σημαντικότητας των παραγόντων που συμβάλουν στην ενεργό γήρανση για παρέμβαση στους ηλικιωμένους στην κοινότητα από τον Κοινωνικό λειτουργό με στόχο την ανάπτυξη ολιστικής παρέμβασης για την βελτίωση της λειτουργικότητας (functioning).

Με βάση τις συνθήκες των δήμων σήμερα, η δημιουργία μιας συντονιστικής δομής με επιτελικό χαρακτήρα αποτελεί επιτακτική ανάγκη. Οι Δήμοι θα πρέπει να σχεδιάσουν εξατομικευμένα την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών τους. Η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας της κοινότητας θα πρέπει να έχει χαρακτηριστικά όπως: α) σχεδιασμό των υπηρεσιών με εργαλεία/πρωτόκολλα ανίχνευσης αναγκών και παροχής φροντίδας, β) επιμόρφωση του προσωπικού των δομών, γ) δικτύωση των τοπικών και υπερτοπικών φορέων, δ) ένταξη της τεχνολογίας στις κοινωνικές παρεμβάσεις, με επίκεντρο τον άνθρωπο.

Λέξεις –κλειδιά: Υγιής γήρανση, κοινωνική λειτουργικότητα, λειτουργική ικανότητα

ABSTRACT

Aging is a complex phenomenon that evolves rapidly at different rate and extent in each person (Gouvas, 2017). The elderly who present a) high indicators of physical and cognitive function, b) do not suffer from chronic diseases or disabilities and c) remain socially active, grow better. Healthy aging, a concept that began to become known in the late 1990s, is one of the biggest challenges for every developed society in the modern world (Kuzumastuti et al., 2016).

Studies present factors such as comorbidity, lifestyle and health behaviors, demographic factors, social factors, psychological factors, environmental factors, the subjective perception of health and the "vision for life" are very important in healthy aging (Koutra & Ratsika, 2020).

In Greece there is no intervention protocol for the social worker in the community in the intervention with the elderly. This fact makes the intervention of professionals occasional and no coordinated. The intervention of the social worker seems to be directly correlated with his scientific profile without ensuring equality and comprehensive intervention in the quality of service.

The purpose of the study is to define primary guidelines through a pilot study for intervention in the elderly in the community by the Social Worker with the aim of developing a holistic intervention to improve functioning.

In the present study, the convergent parallel design and utilization of two research methods (DELPHI and vignettes) attempted to determine the importance of the factors that contribute to active aging for intervention in the elderly in the community by the Social Worker with the aim of developing holistic improving functionality (functioning).

Based on the conditions of the municipalities today, the creation of a coordination structure with a staff character is an urgent need. Municipalities will have to personally organize the reorganization of their services. The reorganization of community social

care services should have features such as: a) design of services with tools / protocols for needs and care, b) training the staff of structures, c) networking of local and supra-local bodies, d) integration of technology in social interventions, focusing on man.

Keywords: elderly: frailty, comorbidity, Functional Limitation, healthy aging

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	8
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	10
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ	13
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	13
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	14
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΥΓΙΗΣ – ΕΝΕΡΓΟΣ ΓΗΡΑΝΣΗ	
1.1 Προσέγγιση της γήρανσης σήμερα. Υγιής Γήρανση- Ενεργός Γήρανση.....	15
1.2 Τα Δημογραφικά δεδομένα και οι κύριες συνιστώσες της δημογραφικής γήρανσης	17
1.3 Δημογραφική μετάβαση του πληθυσμού.....	20
1.4 Προσδιοριστές της ευαλωτότητας των ηλικιωμένων	23
1.4.1. Συννοσηρότητα (Comorbidity)	24
1.4.2. Ευπάθεια (Frailty)	24
1.4.3. Ανικανότητα (Functional Limitation)	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	
2.1 Προσέγγιση της γήρανσης σήμερα. Υγιής Γήρανση- Ενεργός Γήρανση.....	26
2.2 Τα Δημογραφικά δεδομένα και οι κύριες συνιστώσες της δημογραφικής γήρανσης	27
2.2.1. Οργανικοί Παράγοντες	30
2.2.2. Ψυχολογικοί Παράγοντες	31
2.2.3. Κοινωνικοί Παράγοντες	32
2.2.4. Συμπεριφορές Υγείας	35
2.2.5. Δημογραφικοί Παράγοντες	36
2.2.6. Περιβαλλοντικοί Παράγοντες	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ	
3.1 Η Κοινωνική Εργασία στην πρόληψη	39
3.1.1. Η Κριτική Κοινωνική Εργασία στην πρόληψη	40

3.1.2. Κοινωνική Εργασία και Ενεργός Γήρανση	42
3.1.3. Κοινωνικό Κεφάλαιο και Υγεία	43
3.2 Κοινωνικό κεφάλαιο, προαγωγή υγείας και κοινωνική εργασία με κοινότητα με στόχο την Ενεργό Γήρανση	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Σκοπός και στόχοι έρευνας	46
4.2 Αναγκαιότητα μελέτης	46
4.3 Μεθοδολογία μελέτης	47
4.4 Φάσεις μελέτης	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

5.1 Αποτελέσματα πιλοτικής μελέτης	57
5.2 Αποτελέσματα κύριας φάσης μελέτης	61
5.2.1. Η Θεώρηση της υγιούς γήρανσης και της λειτουργικότητας στο σχεδιασμό της παρέμβασης του Κ.Λ. στην κοινότητα για τους ηλικιωμένους	62
5.2.2 Παρεχόμενες υπηρεσίες στην κοινότητα για τους ηλικιωμένους	69
5.2.3. εκτίμηση αναγκών στην κοινότητα, εμπλεκόμενοι στη φροντίδα)	75
5.2.4 Επάρκεια των Κ.Λ. των δομών φροντίδας στην κοινότητα	86
5.2.5 Επάρκεια των δομών φροντίδας στην κοινότητα –κενό στη φροντίδα	87
5.2.6 Κενό στην φροντίδα.....	94
5.2.7 Στόχοι παρέμβασης για τους ηλικιωμένους στην κοινότητα από τον Κοινωνικό Λειτουργό	101
5.2.8.Προτάσεις για την ανάπτυξη υπηρεσιών με στόχο την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών στην κοινότητα.	104

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

6.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων	106
6.2 Περίληψη συζήτησης-Καίρια Σημεία	134
6.3 Περιορισμοί μελέτης-Επόμενα βήματα	135

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

7.1 Η έννοια του τοπικού για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών για την ενεργό γήρανση	137
7.2 Πιλοτική πρόταση για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών σε ένα Δήμο	140
7.3. Προτάσεις για την παρέμβαση του Κοινωνικού λειτουργού.....	147

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 149

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

I. Κωδικοποίηση ποιοτικής έρευνας I.....157

II. Κωδικοποίηση ποιοτικής έρευνας II.....182

III. Ερωτηματολόγιο212

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα I	Ενεργός Γήρανση	16
Σχήμα II	Ενεργός Γήρανση	22
Σχήμα III	Functional Limitation	25
Σχήμα IV	Μοντέλο Λειτουργικής Ανικανότητας	28
Σχήμα V	Παράγοντες κινδύνου για την Λειτουργική Ανικανότητα	29
Σχήμα VI	Παράγοντες υγιούς γήρανσης	30
Σχήμα VII	Πορεία προς την κατάθλιψη	33
Σχήμα VIII	Επίσημα και ανεπίσημα δίκτυα	35
Σχήμα IX	Μοντέλο Κούτρα	46
Σχήμα X	Convergent parallel design	49
Σχήμα XI	Convergent parallel design	52
Σχήμα XII	Φάσεις μελέτης	57
Σχήμα XIII	Προϋποθέσεις για την εφαρμογή της Ενεργού Γήρανσης	115
Σχήμα IX.	Model Diagram of Integrative elderly Park created base on three layers of needs	118
Σχήμα XI	Εκτίμηση αναγκών με βάση τη πιλοτική μελέτη	122
Σχήμα XII	Κενό στην εκτίμηση αναγκών με βάση τη πιλοτική μελέτη	123
Σχήμα XIII	Επάρκεια ΚΛ με βάση τη πιλοτική μελέτη	129
Σχήμα XIII	Ανεπαρκής /Ελλειμματική φροντίδα	130
Σχήμα XV	Social Capital – e health - Health behaviours	132
Σχήμα XVI	Παράγοντες για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ενός Δήμου	143
Σχήμα XVII	Πρόταση για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ενός Δήμου	144
Σχήμα XVIII	Πρόταση για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ενός Δήμου	145
Σχήμα XX	Βήματα για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ενός Δήμου	146

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας I	Ποσοστιαία (%) Κατανομή του πληθυσμού 2009 -2013	18
Πίνακας II	Δημογραφικοί δείκτες	19
Πίνακας III	Πρόβλεψη πληθυσμού	22
Πίνακας IV	Μέλη της ομάδας φροντίδας	65
Πίνακας V	Μέλη της ομάδας φροντίδας	66
Πίνακας VI	Προβλήματα Κοινωνικών Υπηρεσιών	133
Πίνακας VII	Προφίλ διευθυντών Κοινωνικών Υπηρεσιών	134
Πίνακας VIII	Εκπαιδευτικό προφίλ διευθυντών Κοινωνικών Υπηρεσιών	134
Πίνακας IX	Προτάσεις για την λειτουργία των υπηρεσιών	140

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1	Μέλη Ομάδας ειδικών	53
Γράφημα 2	«Η ύπαρξη στους ηλικιωμένους υψηλών δεικτών σωματικής λειτουργικότητας συμβάλει στην υγιή γήρανση»	64
Γράφημα 3	«Η ύπαρξη στους ηλικιωμένους υψηλών δεικτών γνωστικής λειτουργικότητας συμβάλει στην υγιή γήρανση»	64
Γράφημα 4	«Η απουσία χρόνιων ασθενειών ή αναπηριών συμβάλει στην υγιή γήρανση»	65
Γράφημα 5	«Οι κοινωνικά ενεργοί ηλικιωμένοι γηράσκουν με υψηλότερους δείκτες υγείας»	66
Γράφημα 6	Καταλληλότερος φορέας για την ανάληψη φροντίδας	81
Γράφημα 7	Κριτήρια για την ανάληψη φροντίδας	81
Γράφημα 8	Μέλη της ομάδας φροντίδας	83
Γράφημα 9	Δομή για τη φροντίδα	84
Γράφημα 10	Ανεπαρκής παροχή υπηρεσιών	87
Γράφημα 11	Κενό στη φροντίδα	90
Γράφημα 12	Ανάληψη ευθύνης για την αίτηση φροντίδας	91
Γράφημα 13	Δυνατότητα τηλεφροντίδας	92
Γράφημα 14	Χρησιμότητα τηλεφροντίδας	93
Γράφημα 15	Συστηματική παρακολούθηση περιστατικού	95
Γράφημα 16	Ανεπάρκεια στη φροντίδα	96
Γράφημα 17	Πορεία περιστατικού από την ανεπάρκεια του συστήματος	97

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

WHO	WORLD HEALTH ORGANIZATION
ΕΛ.ΣΤΑΤ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ (Πρώην ΕΣΥΕ)
ΕΔΚΑ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΛΥΣΕΩΝ
ΙΤΑ	ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΥΓΙΗΣ – ΕΝΕΡΓΟΣ ΓΗΡΑΝΣΗ

1.1 Προσέγγιση της γήρανσης σήμερα. Υγιής Γήρανση- Ενεργός Γήρανση

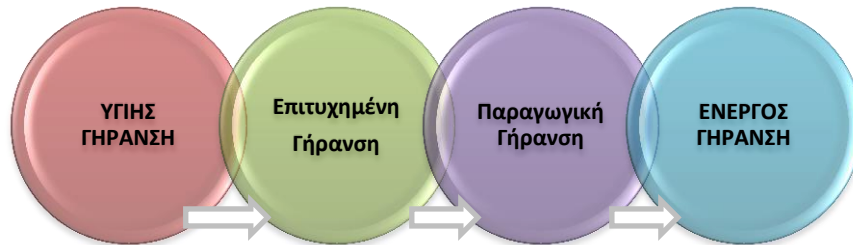
Η γήρανση αποτελεί ένα πολυσύνθετο φαινόμενο που επιταχύνεται ταχύτατα με διαφορετικό ρυθμό και έκταση στο κάθε άτομο (Γκούβας, 2017). Τα άτομα γηράσκουν και αναπτύσσουν με τα χρόνια διαφορετικές παθολογίες. Η γήρανση είναι ένα φυσικό στάδιο της ζωής που παρατηρούνται σταδιακές και μη αναστρέψιμες μεταβολές στη λειτουργία των οργάνων (Καραθάνος Β. & Τατσιώνη Α., 2015). Η μελέτη των συμπεριφορών και των διαφόρων παραγόντων που επηρεάζουν την γήρανση καθίσταται πολύ σημαντική για την κατανόηση του φαινομένου στην ολότητά του και ανοίγει νέους δρόμους για παρεμβάσεις βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού αυτού.

Οι ηλικιωμένοι που εμφανίζουν α) υψηλούς δείκτες σωματικής και γνωστικής λειτουργικότητας, β) δεν πάσχουν από χρόνιες ασθένειες ή αναπηρίες και γ) παραμένουν κοινωνικά ενεργοί, γηράσκουν υγιώς. Η υγιής γήρανση, έννοια που άρχισε να γίνεται γνωστή στα τέλη της δεκαετίας του 1990, αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπιστεί από κάθε ανεπτυγμένη κοινωνία του σύγχρονου κόσμου (Kuzumastuti et al., 2016).

Υγιής γήρανση ορίζεται «η διαδικασία μεγιστοποίησης των ευκαιριών για σωματική, κοινωνική και ψυχική υγεία, ώστε οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας να είναι σε θέση να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία χωρίς διακρίσεις και να απολαμβάνουν μία ανεξάρτητη και καλής ποιότητας ζωή» (Snirh, 2007). Στον παραπάνω ορισμό σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η εξισορρόπηση μεταξύ ικανοτήτων, στόχων και περιβάλλοντος (Heikkiken, 2006). Από την μια πλευρά το άτομο πρέπει να είναι και να νιώθει ικανό και δυνατό σωματικά και ψυχικά αλλά από την άλλη το περιβάλλον πρέπει να είναι προσαρμοσμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες των μεγάλων σε ηλικία ατόμων.

Η έννοια της ενεργούς γήρανσης προέκυψε μέσα από την μετάβαση από την Υγιή Γήρανση και την προσέγγιση της «Επιτυχημένης» και «Παραγωγικής Γήρανσης». Ο όρος «Επιτυχημένη Γήρανση» ξεκίνησε από την Αμερική το 1980 και αρχικά συνδέθηκε με την χαμηλή πιθανότητα εμφάνισης ασθένειας ενώ αργότερα προστέθηκαν διαστάσεις όπως η ανάπτυξη κοινωνικών δικτύων και ενδιαφερόντων. Με τον όρο «παραγωγική

γήρανση» νοείται η ενδυνάμωση των ηλικιωμένων για την ανάπτυξη της παραγωγικής ικανότητας τους (Davey, 2002).



Σχήμα I : Ενεργός Γήρανση

Η **Ενεργός Γήρανση** υποδηλώνει ότι η ζωή συνεχίζεται αμείωτη και επομένως η κοινωνία οφείλει να εκτιμά και να τιμά με αυξανόμενους ρυθμούς τη συμβολή των ηλικιωμένων ατόμων και να παρέχει σε αυτά ευκαιρίες για να εξακολουθούν να εργάζονται και να μοιράζονται τις εμπειρίες και την πείρα τους με τους νεότερους. Αποτελεί χαρακτηριστικό μιας κοινωνίας δίκαιης και ισότιμης να ενθαρρύνει την συμμετοχή τους ως ενεργά και ισότιμα μέλη στην κοινωνία της, και να ζουν όσο το δυνατόν πιο υγιείς και δραστήριοι, απολαμβάνοντας μια καλύτερη ποιότητα ζωής.



Σχήμα II : Ενεργός Γήρανση

Πηγή: AGE,WHO (2007)

Ως εκ τούτου ενεργός γήρανση σημαίνει για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας:

- ✓ περισσότερες ευκαιρίες να συμμετέχουν πλήρως στην κοινωνία
- ✓ ευκαιρίες απασχόλησης
- ✓ ενθάρρυνση να αναλαμβάνουν εθελοντική εργασία (π.χ. παροχή βοήθειας σε μέλη της οικογένειας)

- ✓ μεγαλύτερη ανεξαρτησία χάρη σε ειδικά προσαρμοσμένες κατοικίες, υποδομές,
- ✓ εφαρμογές ΤΠ και μεταφορές.

Η ενεργή γήρανση (σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή) περιλαμβάνει τη διαβίου μάθηση, την παραμονή στην εργασία για περισσότερο χρόνο, την αργότερη και πιο σταδιακή συνταξιοδότηση, τη διατήρηση της δραστηριότητας μετά τη συνταξιοδότηση και την απασχόληση με δραστηριότητες που αυξάνουν τις δυνατότητές του ατόμου και διατηρούν την υγεία του. Οι ικανότητες του ηλικιωμένου ανθρώπου, οι στόχοι που αυτός/ή θέτει και το περιβάλλον είναι τρεις αλληλένδετοι παράγοντες που θα πρέπει να λαμβάνονται παράλληλα υπόψη κατά την προώθηση της υγιούς γήρανσης.

Στον ορισμό του Προγράμματος Υγείας Πόλεις (Healthy Cities) του ΠΟΥ για την υγιή γήρανση, αναγνωρίζεται το δικαίωμα των ανθρώπων στην ισότητα ευκαιριών και στην ίση μεταχείριση από όλες τις απόψεις, ιδιαίτερα καθώς γερνούν.

1.2 Τα Δημογραφικά δεδομένα και οι κύριες συνιστώσες της δημογραφικής γήρανσης

Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 60 αυξάνεται ταχύτερα από οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα. Εκτιμάται ότι περισσότερα από δύο δισεκατομμύρια άνθρωποι θα είναι πάνω από 60 ετών το 2050 (W.H.O., 2013).

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού αποτελεί θρίαμβο για την ανθρωπότητα και επανάσταση στην εξέλιξη των επιστημών αλλά ταυτοχρόνως πρόκληση για την κοινωνία (W.H.O., 2012). Η δημογραφική μετάβαση σε ένα πληθυσμό που γερνάει συνεχώς έχει αντίκτυπο στην οικονομία, στα συστήματα υγείας και πρόνοιας, στα συνταξιοδοτικά συστήματα και κατ' επέκταση στην ευημερία των κοινωνιών της Ευρώπης.

Την παραπάνω εικόνα δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο η πρόβλεψη του «δημογραφικού σεναρίου», σενάριο που εκτιμά μεμονωμένα την επίδραση της γήρανσης του πληθυσμού στις μελλοντικές δημόσιες δαπάνες για τη υγεία, αναφέροντας ότι τα επιπλέον χρόνια συνοδεύονται με κακή υγεία (European Commission, 2014; Μπόλια, 2014).

Μεταξύ του 2007 και του 2017 η μέση ηλικία αυξήθηκε σε όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε., σημειώνοντας αύξηση κατά 4% ή περισσότερα έτη στη Ρουμανία, την Πορτογαλία, την Ελλάδα, την Ισπανία και τη Λιθουανία.

Ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων για την Ε.Ε.-28 το 2017 ήταν 29,9% και αντιστοιχούσε σχεδόν τρία άτομα σε ηλικία εργασίας σε κάθε άτομο ηλικίας 65 ετών και άνω. Ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων στα κράτη μέλη της Ε.Ε. κυμαινόταν από τα χαμηλά ποσοστά 20,5% στο Λουξεμβούργο και 20,7% στην Ιρλανδία έως τα υψηλά ποσοστά 34,8% στην Ιταλία, 33,6% στην Ελλάδα, 33,2% στη Φινλανδία, όπου περίπου τρία άτομα σε ηλικία εργασίας αντιστοιχούσαν σε κάθε άτομο ηλικίας 65 ετών και άνω.

Η Ελλάδα τοποθετείται στην 5η θέση στην παγκόσμια κατάταξη χωρών με γηρασμένο πληθυσμό. Το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω είναι 19% και θα αυξηθεί σύμφωνα με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Το 2014 το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν 75 έτη για τους άντρες και 81 έτη για τις γυναίκες, ενώ το 1928 ήταν μόλις 42 έτη για τους άντρες και 44 για τις γυναίκες και το 1990, 71 έτη για τους άντρες και 77 για τις γυναίκες.

1. Ποσοστιαία (%) κατανομή του πληθυσμού κατά την κατάσταση της υγείας του, 2009 - 2013					
	2009	2010	2011	2012	2013
Γενική κατάσταση υγείας					
Πολύ καλή	51,3	50,1	50,6	47,0	46,0
Καλή	24,2	25,6	25,8	28,1	28,1
Μέτρια	14,9	14,8	14,6	15,7	15,5
Κακή	6,6	6,7	6,3	6,5	7,5
Πολύ κακή	3,1	2,9	2,7	2,7	2,9
Χρόνια προβλήματα υγείας					
	22,0	22,6	23,2	23,7	23,7
Περιορισμός των συνηθών δραστηριοτήτων λόγω υγείας					
Πολύ μεγάλος	7,9	8,0	8,6	10,0	10,7
Μεγάλος	10,8	10,7	11,4	12,6	12,4

Πίνακας Ι: Ποσοστιαία (%) Κατανομή του πληθυσμού 2009 -2013

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, (2014)

Η Ελλάδα, όπως και οι άλλες ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη μας «γηράσκει» και η γήρανση αυτή είναι μη ανατρέψιμη, σε βαθμό που στο μέλλον όλο και περισσότερο θα οφείλεται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής. Η χώρα επομένως αντιμετωπίζει δυο μεγάλες δημογραφικές προκλήσεις:

- ✓ την άνιση κατανομή του πληθυσμού στον χώρο,
- ✓ την «διαχείριση» της δημογραφικής της γήρανσης

8. Δημογραφικοί δείκτες ⁽¹⁾ , 2009 - 2013					
	2009	2010	2011	2012	2013
Δείκτης εξάρτησης	50,4	51,0	51,8	52,8	53,7
Δείκτης γήρανσης	129,0	130,7	132,9	135,4	138,3

Δείκτης εξάρτησης: η αναλογία του μη οικονομικά ενεργού πληθυσμού (ηλικίας 0 - 14 και 65 ετών και άνω) προς τον οικονομικά ενεργό πληθυσμό (15 - 64 ετών).
 Δείκτης γήρανσης: η αναλογία του γεροντικού πληθυσμού (ηλικίας 65 ετών και άνω) προς τον ηλικιακά νεότερο (0 - 14 ετών).

Πίνακας II: Δημογραφικοί δείκτες

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, (2015)

Οι συνέπειες της δημογραφικής μετάβασης σε ένα πληθυσμό που γερνά έχει επιρροές στην οικονομία, στην ιατρική φροντίδα, στην κοινωνική ανάπτυξη, στην ευημερία και στην κοινωνική πρόνοια. Για τους λόγους αυτούς θα πρέπει να βρεθούν μέθοδοι και μέσα τα οποία θα διασφαλίσουν την καλή υγεία και την ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία.

Στην ετήσια έκθεση του Εργαστηρίου Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων (ΕΔΚΑ) χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Κοτζαμάνης και Σοφianoπούλου (2013):

«Το πρόβλημα στην χώρα μας, όπως και στις άλλες ανεπτυγμένες κοινωνίες του πλανήτη μας, δεν έγκειται τόσο στο συνεχώς αυξανόμενο αριθμό των ηλικιωμένων, ούτε στις αυξανόμενες αναλογίες που προσδιορίζονται από τις πληθυσμιακές πυραμίδες, αλλά στο status της ομάδας αυτής. Δεν έγκειται τόσο στις ανησυχίες για την κατάσταση των ταμείων και τις δαπάνες υγείας π.χ., όσο στον τρόπο που η κοινωνία μας θα «θεσμοθετήσει» τη γήρανση και θα χρησιμοποιήσει - ή όχι - το τεράστιο ανθρώπινο απόθεμα που αντιπροσωπεύουν οι ηλικιωμένοι. Αυτή θα είναι και μια από τις βασικές προκλήσεις του ΧΧΙου αιώνα σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη μας.....»

Η ουσία λοιπόν την ενεργούς γήρανσης συνδέεται άμεσα με την διάσταση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αλλά και με την ανάπτυξη της παραγωγικής ικανότητας του ατόμου. Η πολιτική αυτή προσπαθεί να καλύψει τις παρεμβάσεις στον χώρο της υγείας και της ενημέρωσης για την υγεία, την κοινωνική πρόνοια, τον πολιτισμό, τον αθλητισμό, το αστικό και φυσικό περιβάλλον, το οικονομικό περιβάλλον, λαμβάνοντας υπόψιν όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν καθοριστικά την υγεία.

1.3 Δημογραφική μετάβαση του πληθυσμού

Στις ανεπτυγμένες χώρες εμφανίζεται έντονο το κοινωνικό φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης, το οποίο παρατηρήθηκε μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο και το οποίο αναφέρεται στην αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό. Χαρακτηριστικό της δημογραφικής γήρανσης στην σημερινή πραγματικότητα είναι ότι εμφανίζεται ιδιαίτερα έντονα στις οικονομικά και βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες, ενώ αξίζει να αναφερθεί πως στις χώρες αυτές η γήρανση του πληθυσμού θα εξελιχθεί σε πολύ γρηγορότερο ρυθμό από ότι σε άλλες λιγότερο ανεπτυγμένες. Η γήρανση του πληθυσμού έχει τρεις πιθανές αιτίες:

α) την πτώση της γεννητικότητας- γονιμότητας στην διάρκεια της δεκαετίας του 1980 «babycrash» ακολούθησε την έκρηξη των γεννήσεων «baby-boom», και στην σταθεροποίησή της στη συνέχεια σε χαμηλά επίπεδα, και

β) την αύξηση του μέσου όρου ζωής των ηλικιωμένων ατόμων (65 ετών και άνω) κατά 8 έτη από το 1960 έως το 2006. Η περαιτέρω αύξηση του κατά 5 έτη έως το 2050 όπως προβλέπεται από επιστημονικές μελέτες, μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση του πληθυσμού ηλικίας 80 έως 90 έτη και να αποτελέσει μια πληθυσμιακή ομάδα στην οποία θα παρατηρείται συχνά ευπάθεια και αναπηρία (ΕΔΚΑ, 2008).

γ) την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης που μπορεί να αποτελεί δείκτη ανάπτυξης και ευημερίας αλλά συνάμα εγείρει και την αναγκαιότητα χάραξης πολιτικών για την αντιμετώπιση της πιθανής ευπάθειας των ηλικιωμένων. Οι αιτίες της δημογραφικής γήρανσης μπορούν να αναλυθούν σαφέστατα με τον όρο της δημογραφικής μετάβασης και όπως προσδιορίζει ο Μπαλούρδος και οι συνεργάτες του, της δεύτερης δημογραφικής μετάβασης (ΕΔΚΑ, 2008).

Ο όρος «**δημογραφική μετάβαση**» αναφέρεται στη μετατόπιση της γονιμότητας και της θνησιμότητας από τα υψηλά και απότομα κυμαινόμενα επίπεδα σε χαμηλά και σχετικά σταθερά. Πρόκειται για μία έννοια η οποία αναπτύχθηκε από τους Lesthaeghe και van de Kaa (1986) και επηρέασε βαθιά την έρευνα σχετικά με τη συμπεριφορά της οικογένειας και της γονιμότητας. Έχει συνδεθεί ευρέως με *πολυάριθμες διαρθρωτικές μεταβολές* (όπως η κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη και ο εκσυγχρονισμός, η ανάπτυξη του τομέα των υπηρεσιών, του κράτους πρόνοιας και της αποδόμησής του, η επέκταση της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης κ.ά.), *ποικίλες πολιτισμικές αλλαγές* (όπως η εκκοσμίκευση, η ενίσχυση των ατομικών αξιών, η σημασία της αυτοέκφρασης και η προσωπική αίσθηση αυτοεκπλήρωσης), αλλά και *τεχνολογικές αλλαγές* (διάδοση

σύγχρονης αντισύλληψης, εξελίξεις στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, έκρηξη των νέων τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνίας κ.ά.) (Μπαλούρδος, 2019).

Η δημογραφική μετάβαση μπορεί να περιγραφεί με τέσσερα βασικά σημεία: α) τη μείωση της θνησιμότητας, β) τη μείωση της γονιμότητας, γ) την αύξηση του πληθυσμού και δ) την αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού (Lee, 2003; ΕΔΚΑ, 2008). Με τις δημογραφικές αυτές εξελίξεις φαίνεται έως σήμερα ότι καμία χώρα δεν κατόρθωσε να ανακάμψει το δείκτη γονιμότητας σε επίπεδα που να επιτρέπουν την πλήρη αναπαραγωγή των γενεών της. Ως καθοριστικοί παράγοντες για την εξέλιξη αυτή αναφέρονται η αύξηση της γυναικείας απασχόλησης, η οικονομική αβεβαιότητα και η διαρθρωτική ανεργία, η μεταβολή στις αντιλήψεις ως προς τους ρόλους των δύο φύλων, η αύξηση της ζήτησης των σύγχρονων μέσων αντισύλληψης και η περισσότερο αποτελεσματική χρήση τους κ.α.

Η δημογραφική μετάβαση τείνει να ακολουθεί την οικονομική ανάπτυξη. Καθώς οι κοινωνίες μετακινούνται από μια οικονομία επιβίωσης σε μια οικονομία βασισμένη στην μισθολογική βιομηχανία, φαίνεται ότι η γονιμότητα μειώνεται. Παράλληλα, αυτό συνεπάγεται και μια μεταβολή των κοινωνικών δικτύων. Τα άτομα φαίνεται να συσχετίζονται περισσότερο με μη συγγενείς και να απομακρύνονται από τα οικογενειακά δίκτυα με σκοπό την ενίσχυση των προοπτικών τους για εργασία (Sear et al., 2011).

Η μεταβολή αυτή που προκύπτει ως συνέπεια της δημογραφικής μετάβασης έχει οδηγήσει και σε μια αλλαγή στη δομή της οικογένειας με μια πολυσύνθετη πολυπλοκότητα αναφορικά με τη μορφή της οικογένειας και τους ρόλους που αναλαμβάνουν τα μέλη της. Τα αυξανόμενα διαζύγια, η πρόωρη ενηλικίωση, η γήρανση, η έξοδος της γυναίκας στην αγορά εργασίας, οι νέες μορφές νοικοκυριών (συγκατοίκηση χωρίς γάμο, μονογονεϊκές οικογένειες, οι γεννήσεις παιδιών εκτός γάμου), η μετανάστευση έχουν οδηγήσει σε μια ανάπτυξη πυρηνικής οικογένειας με ένα πιο εκτεταμένο οικογενειακό δίκτυο που σαφέστατα επηρεάζει τη φροντίδα των ηλικιωμένων καθώς φαίνεται να μην ανήκει στο νέο μοντέλο (Cherlin, 2010).

Οι μεταπολεμικές εξελίξεις που αφορούν στη σύνθεση των οικογενειών και των νοικοκυριών στην Ελλάδα φανερώνουν την τάση για διαβίωση των ατόμων σε ολιγομελή νοικοκυριά, τη σημαντική διεύρυνση των μονομελών νοικοκυριών και την αύξηση των μονογονεϊκών (Μπάγκαβος, 2015).

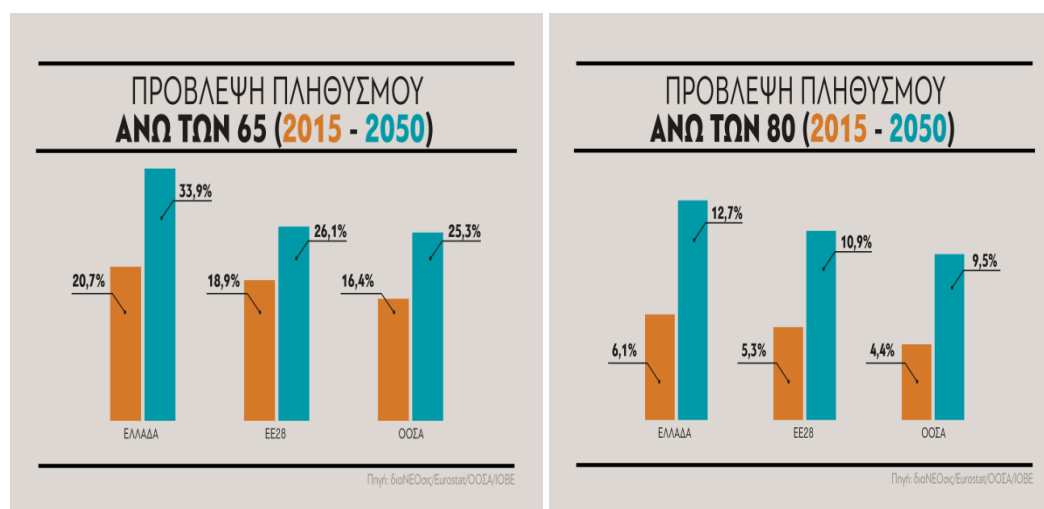
Τέλος, ένα επιπλέον στοιχείο που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι περίπου ένα στα δύο άτομα που διαμένουν με σύντροφο χωρίς παιδιά είναι ηλικίας 65 ετών και άνω

(7,9%/17,8%) και ότι περίπου το αντίστοιχο ποσοστό συναντάται και στα μονομελή νοικοκυριά (4,0%/7,9%). Δηλαδή ενώ τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω αποτελούν το 17,3% του συνολικού πληθυσμού, τα άτομα αυτά συνιστούν περίπου το 50% του πληθυσμού σε κάθε ένα από τους δύο παραπάνω τύπους νοικοκυριών.

Η μακροχρόνια αύξηση του πληθυσμού των ατόμων ηλικίας ετών που παρατηρήθηκε κατά το παρελθόν αναμένεται ότι θα συνεχιστεί την επόμενη εικοσαετία. Στη συνέχεια, ο πληθυσμός αυτός θα αρχίσει να συρρικνώνεται, αν και το μέγεθός του θα παραμένει υψηλό σε σχέση με αυτό του παρελθόντος. Την επόμενη εικοσαετία, οι παραπάνω μεταβολές, σε συνδυασμό με την αναμενόμενη μείωση του πληθυσμού σε ηλικίας εργασίας, θα οδηγήσουν σε σημαντική αύξηση του ποσοστού των ατόμων ετών στον συνολικό πληθυσμό σε ηλικία εργασίας.

Σύμφωνα με τον Μπάγκαβο, αυτή η τάση θα επέλθει ως συνέπεια της σχετικής αύξησης των πιο ηλικιωμένων ατόμων (60-64 ετών) και της σχετικής μείωσης των νεότερων ηλικιών (50-54 ετών). Οι εξελίξεις αυτές θα πρέπει σε σημαντικό βαθμό να θεωρούνται αναπόφευκτες, αφού σχετίζονται με την σημερινή κατά ηλικία δομή του πληθυσμού της Ελλάδας (Μπάγκαβος,2015).

Μάλιστα θα είναι ακόμη πιο έντονες εάν δεν επιβεβαιωθούν οι υποθέσεις για μεταναστευτική εκροή από την Ελλάδα προς το εξωτερικό τα επόμενα χρόνια.



Πίνακας III: Πρόβλεψη πληθυσμού

Πηγή: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2015)

Σύμφωνα με την μελέτη που αποτελεί μέρος της έρευνας "Η Υγεία Των Ελλήνων Στα Χρόνια Της Κρίσης" που διεξήγαγε η *διαΝΕΟσις* σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής προβλέπεται ότι το ποσοστό του πληθυσμού

ηλικίας άνω των 65 ετών, από το 20,7% το 2015 θα ανέλθει το 2050, στο 1/3 του συνόλου, ενώ και στην ηλικιακή κατηγορία άνω των 80 εκτιμάται ότι θα σημειωθεί διπλασιασμός του πληθυσμού, στο 12,7%. Ο μέσος όρος της Ε.Ε.28 αλλά και των χωρών του ΟΟΣΑ, για την κατηγορία άνω των 65, αναμένεται να διαμορφωθεί σε χαμηλότερα επίπεδα συγκριτικά με την Ελλάδα (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2015).

1.4 Προσδιοριστές της ευαλωτότητας των ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι αναπτύσσουν συχνά το *σύνδρομο της ευαλωτότητας* λόγω των αλλαγών στις λειτουργίες του οργανισμού κατά τη γήρανση. Το σύνδρομο ευαλωτότητας οφείλεται σε πολλαπλούς παράγοντες και εμφανίζεται όταν οι στρεσογόνες για την υγεία καταστάσεις ξεπερνούν τις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αντοχές του ηλικιωμένου (Espinoza, 2015 στο Καραθάνος, Τατσιώνη, 2010).

Το σύνδρομο ευαλωτότητας ή όπως αναφέρεται στην ελληνική γλώσσα ευπάθεια/ευθραυστότητα/ευαλωτότητα αποτελεί μια κατάσταση κλινικής αδυναμίας του ατόμου (Clegg et al., 2011).

Η σχέση μεταξύ ευαλωτότητας (*frailty*), αναπηρίας ή ανικανότητας (*disability or Functional Limitation*) και συννοσηρότητας (*comorbidity*) είναι πολύπλοκη. Υπάρχει συμφωνία ότι, παρόλο που η αδυναμία, η αναπηρία και η συννοσηρότητα σχετίζονται στενά και παρουσιάζουν σημαντική αλληλοεπικάλυψη, δεν αποτελούν συνώνυμες έννοιες (Clegg et al., 2011).

Οι έννοιες αυτές αποτελούν τους προσδιοριστές της ευαλωτότητας των ηλικιωμένων και αν και φαίνεται να αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους, είναι τρεις ξεχωριστές οντότητες, που η καθεμία έχει το δικό της διαφορετικό περιεχόμενο αλλά και προκλήσεις (Fried et al., 2004).

Υπάρχουν τεκμήρια που βεβαιώνουν ότι η εκπαίδευση, η πρόληψη και η προαγωγή ενός υγιούς τρόπου ζωής σε τομείς όπως η διατροφή, η φυσική άσκηση, η κοινωνική και πνευματική δραστηριότητα, από νεαρή ηλικία και καθώς ο πληθυσμός γερνά, μπορούν να προάγουν την ανάπτυξη ενός υγιούς τρόπου γήρανσης και να ελαττώσουν την επίπτωση του συνδρόμου ευαλωτότητας και τη χρονική διάρκεια μιας εξαρτημένης διαβίωσης για τον ηλικιωμένο (Fried, 1994 στο Καραθάνος, Τατσιώνη, 2010).

1.4.1 Συννοσηρότητα (Comorbidity)

Με τον όρο συννοσηρότητα νοείται η παρουσία δυο ή περισσότερων ιατρικών παθήσεων στο ίδιο άτομο, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και σχετίζεται με την αύξηση της ηλικίας και με την προϋπόθεση της διάγνωσης κάθε συμβάλλουσας ασθένειας με ξεχωριστά κριτήρια (Fried et al., 2004).

Για παράδειγμα το 2004 το 35,3% του πληθυσμού στις Ηνωμένες Πολιτείες, ηλικίας 65-79 ετών αναφέρει δύο ή περισσότερες ασθένειες και αυτό φτάνει το 70,2% στην ηλικία των 80 ετών και άνω (Fried et al., 2004). Η ανάλυση των δεδομένων των ισχυρισμών της Medicare δείχνει ότι τα δύο τρίτα όλων των δικαιούχων ηλικίας άνω των 65 ετών έχουν δύο ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις και το ένα τρίτο έχει τέσσερις ή περισσότερες. Η συννοσηρότητα σχετίζεται με υψηλή χρήση και δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, με το 96% των ετήσιων δαπανών του Medicare να αποδίδονται σε δικαιούχους με πολλαπλές χρόνιες παθήσεις. Επιπλέον, η συννοσηρότητα αυξάνει τον κίνδυνο αναπηρίας και θνησιμότητας, πέραν του κινδύνου από μεμονωμένες ασθένειες (Fried et al., 2004).

Όπως αναφέρει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στην έκθεση του το 2015 σε ευρωπαϊκή μελέτη διαπιστώθηκε συννοσηρότητα στο 57,7% των ατόμων με το σύνδρομο ευαλωτότητας, ενώ ο δείκτης εξάρτησης αυτών ανέρχεται στο 27,2% των περιπτώσεων.

1.4.2 Ευπάθεια (Frailty)

Η ευπάθεια (latin: fragilita) είναι μια σημαντική αλλά ελλιπώς κατανοητή κλινική έννοια της γηριατρικής ιατρικής. Δεν υπάρχει διεθνώς αποδεκτός ορισμός αλλά συνήθως περιγράφεται ως ένα ιατρικό σύνδρομο με πολλαπλές αιτίες και προσδιοριστές και χαρακτηρίζεται από μια κατάσταση προοδευτικής απώλειας δύναμης, φυσιολογικής λειτουργίας τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα μείωση των αποθεμάτων ενέργειας και οδηγούν σε μια κατάσταση αυξημένης ευαλωτότητας.

Μια μεγάλη ευρωπαϊκή μελέτη εκτιμά ότι ο επιπολασμός της συννοσηρότητας στην ηλικία των 50 έως 64 ετών είναι 4,1%, αυξάνοντας σε 17% σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι *ευπάθεια* και *προ-ευπάθεια* διαφέρουν σημαντικά με μεγαλύτερο επιπολασμό στη Νότια Ευρώπη (WHO, 2015).

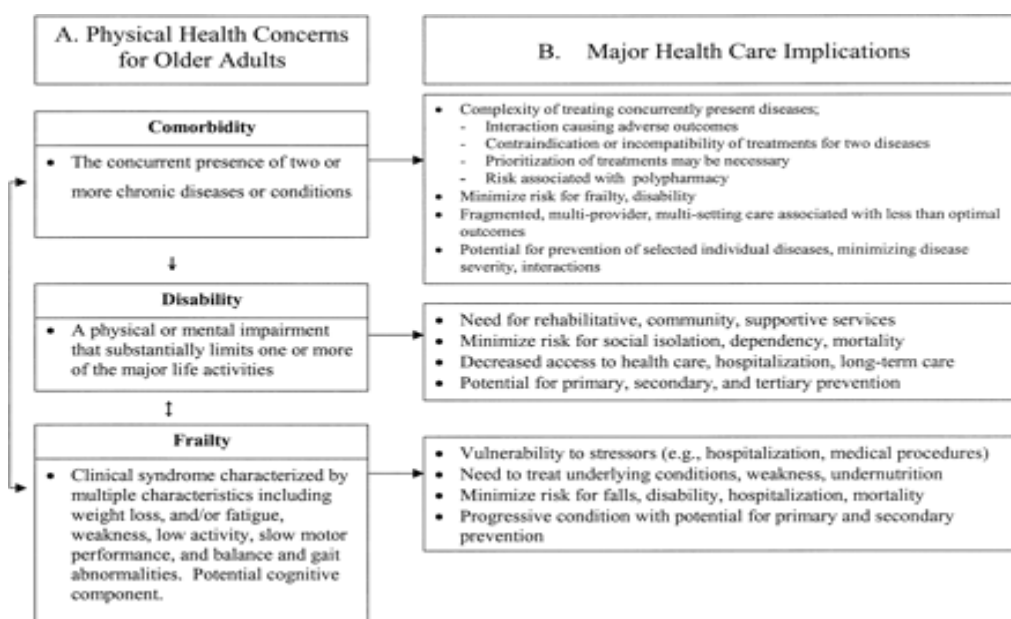
Η ευπάθεια και ειδικότερα η προευπάθεια σε αρχικά στάδια μπορεί να προβλεφθεί και να επιτευχθεί ακόμα και πλήρης αποκατάσταση της λειτουργικότητας

του ατόμου. Η μη πρόβλεψη της ευπάθειας και η σταδιακή μείωση της λειτουργικής ικανότητας του ατόμου μπορεί να οδηγήσει σε πτώσεις καθώς και σε αυξημένα ποσοστά ιδρυματοποίησης ακόμα και θνησιμότητας (Abizanda et al., 2014).

1.4.3 Ανικανότητα (Functional Limitation)

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση λειτουργικότητας ICF, η λειτουργικότητα είναι ένας όρος που περιλαμβάνει όλες τις λειτουργίες του οργανισμού όπως εκτελεστικές λειτουργίες αλλά και πτυχές της κοινωνικής λειτουργικότητας (WHO, 2001).

Η μείωση της λειτουργικότητας ισοδυναμεί με αναπηρία ή λειτουργική ανικανότητα (Stuck et al., 1999). Η κοινωνική λειτουργικότητα καθορίζει τις αλληλεπιδράσεις ενός ατόμου με το περιβάλλον του και την ικανότητα του να εκπληρώνει τους ρόλους του σε περιβάλλοντα όπως η εργασία, οι σχέσεις με την οικογένεια και οι κοινωνικές δραστηριότητες.



Σχήμα III : Functional Limitation

Πηγή: Fried et al (2004)

Η ανικανότητα έχει μεγάλα ποσοστά επιπολασμού σε άτομα τρίτης ηλικίας. Στην Ευρώπη, ο επιπολασμός της κυμαίνεται σε ποσοστά 5-20% σε ηλικίες 65-75 ετών, και σε ηλικίες άνω των 75 ετών τα ποσοστά φτάνουν το 40%. Συμπεραίνεται λοιπόν, πως η ανικανότητα αυξάνεται έντονα με την ηλικία. Η διατήρηση της λειτουργικότητας είναι ένας σημαντικός προσδιοριστής υγείας των ηλικιωμένων (WHO, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

2.1 Θεώρηση λειτουργικής ικανότητας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

Σε μια αρχική εννοιολογική προσέγγιση της λειτουργικής ικανότητας/αυτονομίας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έγινε μια προσέγγιση διαχωρισμού των εννοιών αναπηρίας-ανικανότητας (*disability*), εξασθένησης-βλάβης (*impairment*) και μειονεκτήματος (*handicap*) (WHO, 2001).

Με τον όρο *impairment* νοείται κάθε απώλεια που προκαλείται σε οργανικό επίπεδο. Αντίθετα, με τον όρο *disability* αναφέρεται στις συνέπειες της εξασθένησης ενός οργάνου ή του συστήματος της λειτουργικότητας του ατόμου σε όρους λειτουργικής ανεπάρκειας και περιορισμών των δραστηριοτήτων στο άτομο (WHO, 2001).

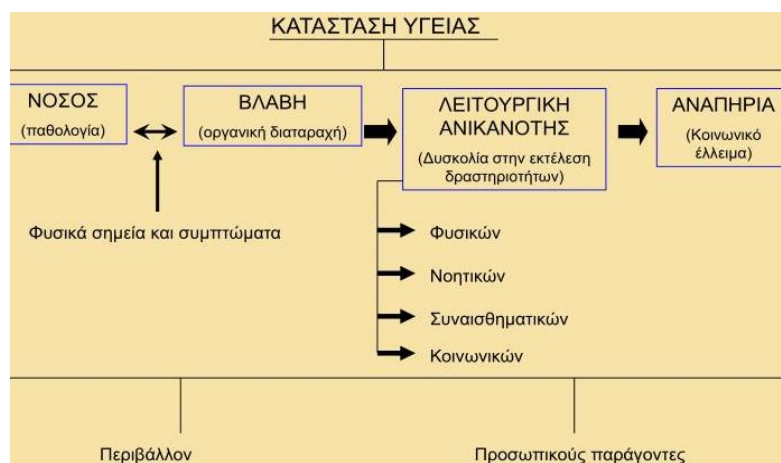
Από την άλλη πλευρά, με τον όρο *handicap* γίνεται αναφορά στο κοινωνικό μειονέκτημα που υφίσταται το άτομο εξαιτίας της βλάβης που έχει υποστεί εξαιτίας του χάσματος ανάμεσα στην αναπηρία του ατόμου και στα υλικά και τις διαθέσιμες κοινωνικές πηγές που διαθέτει για να αντισταθμίσει αυτή την αναπηρία (WHO, 2001).

Η ICF (International Classification of Functioning) τοποθετεί τις έννοιες της «υγείας» και της «αναπηρίας» με μια νέα διάσταση. Αναγνωρίζει ότι κάθε άνθρωπος μπορεί να βιώσει μια έκπτωση στην υγεία του και έτσι να βιώσει κάποια αναπηρία. Έτσι, η ICF «διαφυλάσσει» την εμπειρία της αναπηρίας και την αναγνωρίζει ως παγκόσμια ανθρώπινη εμπειρία. Με τη μετατόπιση της εστίασης από αιτία σε αντίκτυπο, τοποθετεί όλες τις συνθήκες υγείας σε ισότιμη βάση, επιτρέποντάς τους να συγκριθούν χρησιμοποιώντας την υγεία και την αναπηρία σε μια κοινή βάση (Kostanjsek, 2011).

Η λειτουργική αυτονομία ή ανικανότητα ερμηνεύεται σε προσωπικό επίπεδο και σε κοινωνικό επίπεδο. Σε προσωπικό επίπεδο η αυτονομία εξαρτάται από τη βλάβη που θα προκύψει σε ένα άτομο ως συνέπεια των βιολογικών και των ψυχολογικών διαστάσεων της γήρανσης. Σε κοινωνικό επίπεδο η λειτουργική ανικανότητα

ερμηνεύεται ως τη βλάβη που έχει προκύψει σε ατομικό επίπεδο αλλά σε συνάρτηση με τις κοινωνικές παροχές και τα υποστηρικτικά δίκτυα που είναι διαθέσιμα για την επίλυση των προβλημάτων του ηλικιωμένου ατόμου (Kostanjsek, 2011).

Το θεωρητικό μοντέλο της ανικανότητας στηρίχθηκε στην κατάταξη του WHO, αρχικά προτάθηκε από το Nagi (1965), εξελίχθηκε από τον Wood (1980) και ολοκληρώθηκε από τον Granger (1985) (Verbrugge et al., 1994).



Σχήμα IV : Μοντέλο Λειτουργικής Ανικανότητας

Πηγή: Σαραμούρτση, (2013)

Στο σχήμα της Σαραμούρτση (2013) απεικονίζονται οι προεκτάσεις του μοντέλου στη λειτουργικότητα του ατόμου αλλά αναδεικνύεται και ο ρόλος των περιβαλλοντικών και των προσωπικών παραγόντων στην εγκατάσταση της αναπηρίας στο άτομο ως απόρροια και του κοινωνικού ελλείματος.

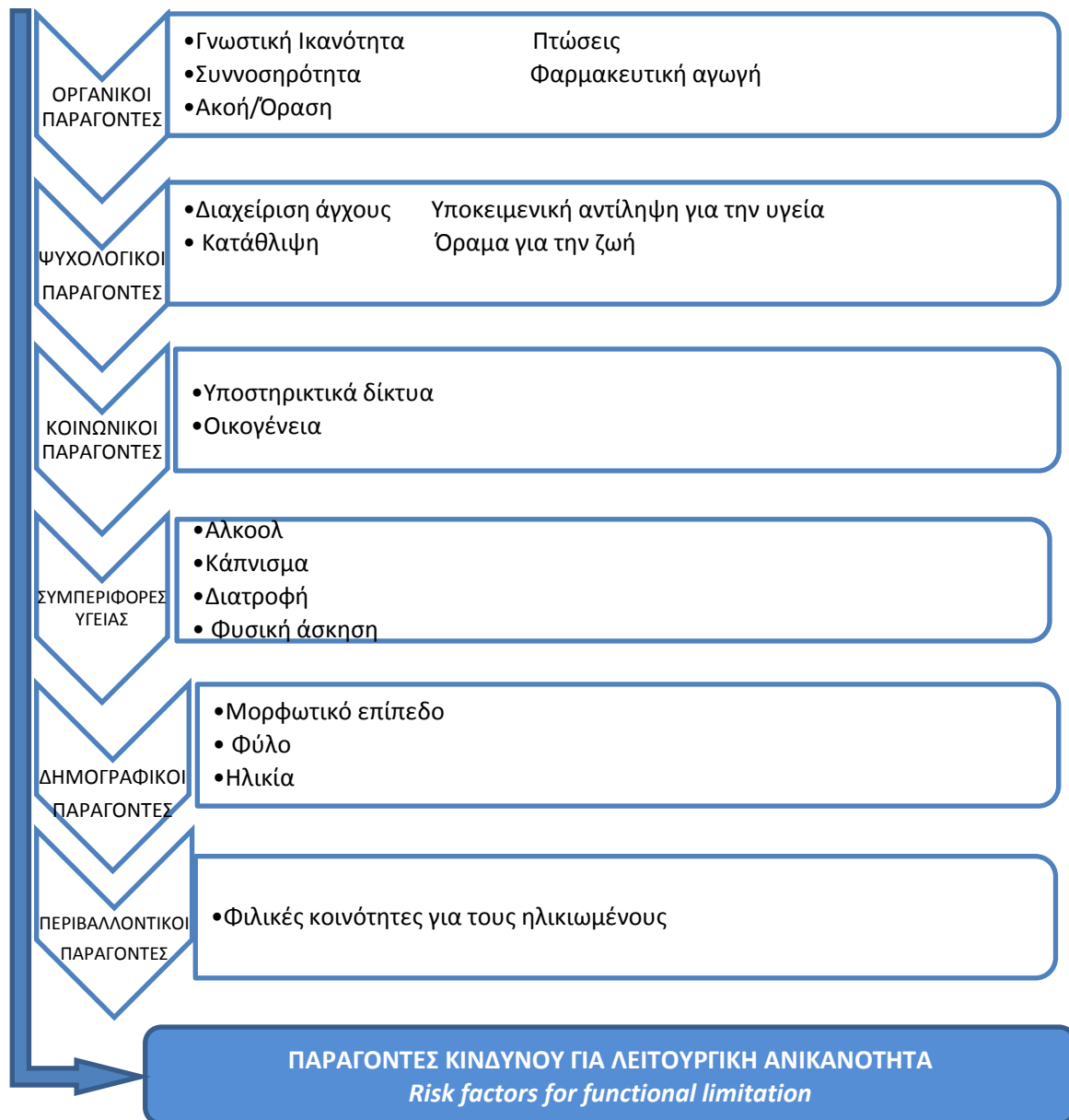
2.2 Παράγοντες που συμβάλλουν στην υγιή γήρανση

Σύμφωνα με το πρόγραμμα ATHLOS οι παράγοντες που συντελούν στην υγιή γήρανση ή που συμβάλλουν στη λειτουργική ικανότητα του ηλικιωμένου μπορούν να διακριθούν σε **οργανικούς** (γνωστική ικανότητα, ακοή, όραση, λειτουργικός περιορισμός/κινητικότητα, πτώσεις) και **κοινωνικούς** όπως το κοινωνικό - οικονομικό επίπεδο, οι οικογενειακές σχέσεις και το μορφωτικό επίπεδο (Γκούβας, 2017; Stuck et al., 1999).

Η ύπαρξη ή μη κοινωνικών δικτύων και τα υποστηρικτικά δίκτυα φαίνεται να αποτελούν έναν επιπρόσθετο παράγοντα λειτουργικότητας που πρέπει να συσχετιστεί με το φύλο. Στην ίδια μελέτη φάνηκε να σχετίζεται η λειτουργικότητα με τους οικογενειακούς δεσμούς και την συναισθηματική υποστήριξη (Unger et al., 1999).

Άλλες επιδημιολογικές μελέτες αναδεικνύουν παράγοντες όπως η **συννοσηρότητα**, ο **τρόπος ζωής** και οι **συμπεριφορές υγείας** όπως διατροφικές συνήθειες, κάπνισμα, σωματική δραστηριότητα, η κατάχρηση αλκοόλ, οι συνήθειες καθιστικής ζωής, **δημογραφικούς παράγοντες** όπως το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και η ηλικία, καθώς και **ψυχολογικούς παράγοντες** όπως η κατάθλιψη, η διαχείριση του άγχους, η υποκειμενική αντίληψη για την υγεία και το «όραμα για τη ζωή (Stuck et al., 1999; Bond et al., 2016).

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι οι **περιβαλλοντικοί παράγοντες** σχετίζονται με την λειτουργικότητα, ενώ έχει παραμεληθεί η διερεύνηση του βαθμού συσχέτισης τους με την λειτουργικότητα (Stuck et al., 1999).



Σχήμα V : Παράγοντες κινδύνου για την Λειτουργική Ανικανότητα

Στο παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται αναλυτικά οι παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργική ικανότητα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Οι παραπάνω παράγοντες αναφέρονται αναλυτικά ως παράγοντες για την ενεργό γήρανση (Κούτρα & Ρατσικά, 2020)

Σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει η χαμηλή αυτοεκτίμηση καθώς συνδέεται με την ψυχολογική δυσφορία και τη μείωση της λειτουργικότητας σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη. Ειδικότερα, πραγματοποιήθηκε μελέτη σε ισπανικό πληθυσμό σε 684 άτομα, ηλικίας 65-94 ετών για το άγχος, την κοινωνική λειτουργικότητα, τη ψυχολογική δυσφορία, την αυτοεκτίμηση και κοινωνική στήριξη. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι οι γυναίκες βαθμολογήθηκαν υψηλότερα στις κλίμακες όπως ψυχολογική δυσφορία και χρόνιο στρες σε σχέση με τους άνδρες. Αντίθετα, οι άνδρες βαθμολογήθηκαν υψηλότερα στην ορθολογική αντιμετώπιση και στην αυτοεκτίμηση. Ψυχολογική δυσφορία συσχετίστηκε σημαντικά σε γυναίκες και άνδρες με χαμηλή κοινωνική λειτουργικότητα αλλά οι δείκτες λειτουργικότητας ήταν ιδιαίτερα χαμηλοί στις γυναίκες με χαμηλή αυτοεκτίμηση (Matud et al., 2019).



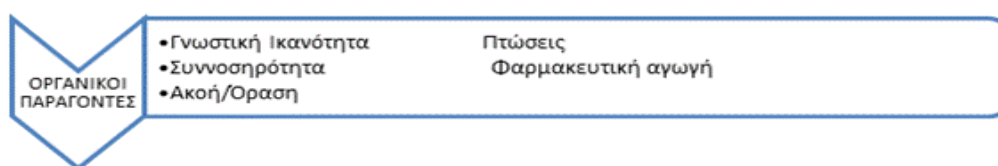
Επιλεγμένοι παράγοντες σχετικά με την υγεία για υγιή γήρανση.
ΕΙΚΟΝΟΓΡΑΦΗΣΗ: NINNI OLJEMARK.

Σχήμα VI : Παράγοντες υγιούς γήρανσης

Πηγή: AGE,WHO, (2007)

Οι παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με την υγεία και την υγιή γήρανση που παρουσιάζονται στο παραπάνω σχήμα αναλύονται στο οδηγό με τίτλο «Υγιής γήρανση. Μια πρόκληση για την Ευρώπη» (AGE,WHO,2007). Στη συνέχεια θα αναλυθούν διεξοδικά με βάση την βιβλιογραφική ανασκόπηση το σύνολο των παραγόντων που επηρεάζουν ή καθορίζουν την ενεργό και υγιή γήρανση.

2.2.1 Οργανικοί Παράγοντες



Η συσσώρευση ιατρικών προβλημάτων και η παρουσία της *συννοσηρότητας* αποτελούν προγνωστικούς δείκτες για την εγκατάσταση του μοντέλου της λειτουργικής ανικανότητας στους ηλικιωμένους. Ασθένειες όπως τα *καρδιαγγειακά νοσήματα*, *γαστρεντερικά νοσήματα*, *μεταβολικά σύνδρομα* (σακχαρώδης διαβήτης, αυξημένος δείκτης μάζας σώματος, δυσλιπιδαιμία), *μυοσκελετικά νοσήματα* (αρθριτικά, ρευματοειδής αρθρίτιδα, οστεοπόρωση), *νευρολογικά νοσήματα*, *πνευμονολογικά νοσήματα* (Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, αλλεργικό άσθμα) αλλά και διάφορα άλλα όπως καρκίνος και αυτοάνοσα μπορούν να οδηγήσουν σε μειωμένη λειτουργική ικανότητα (Stuck et al., 1999).

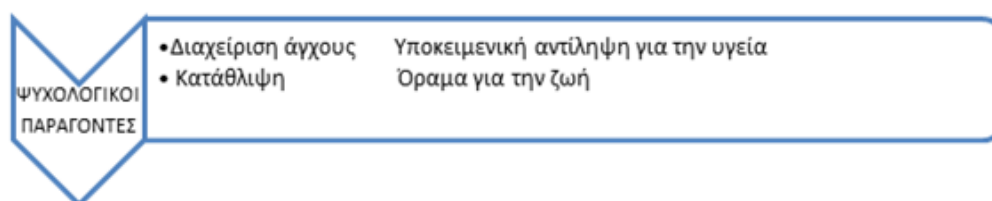
Επιπρόσθετα με τις οργανικές διαταραχές τα γνωστικά ελλείματα και η άνοια ως μια προοδευτική νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος, προκαλεί σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα του ηλικιωμένου ατόμου. Οι μειωμένες αισθητηριακές λειτουργίες όπως όραση και ακοή σαφέστατα αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες εγκατάστασης ευπάθειας ή ακόμα και ανικανότητας για τον ηλικιωμένο (ΗΠΙΟΝΗ, 2019).

Οι πτώσεις αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα λόγω της συχνότητάς τους αλλά και των επιπτώσεων στην υγεία των ηλικιωμένων. Σύμφωνα με το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης των Ατυχημάτων του Πανεπιστημίου Αθηνών, τη χρονική περίοδο 1996-2003 καταγράφηκαν περίπου 30.694 πτώσεις σε ηλικιωμένα άτομα, κυρίως γυναίκες (72%), στο σπίτι, ενώ οδήγησαν τουλάχιστον στις μισές περιπτώσεις σε κάκωση ή κάταγμα. Το ποσοστό των ηλικιωμένων που νοσηλεύτηκε κυμαινόταν από 16% για ηλικίες 65-74 ετών (9 ημέρες νοσηλείας) και έως 44% για ηλικίες άνω των 85 ετών (έως και 14

ημέρες), ενώ καταγράφηκαν 90 θάνατοι. Επομένως, η πρόληψη των πτώσεων θα συμβάλλει ακόμη περισσότερο στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, αλλά και στον περιορισμό του υγειονομικού κόστους που αυτές επιφέρουν (ΗΠΙΟΝΗ, 2016).

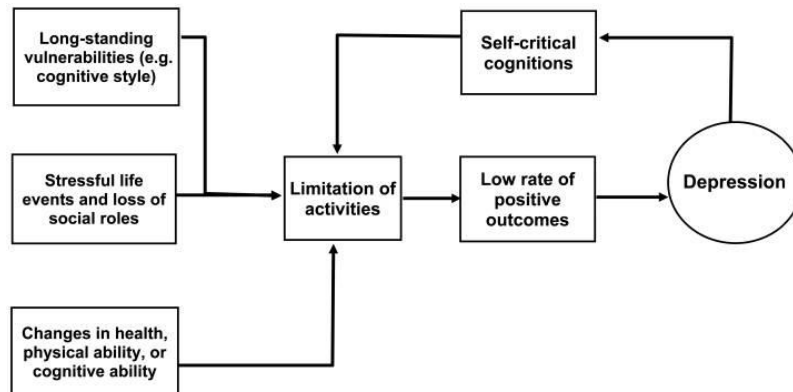
Σε μελέτη των Tinetti et al. (1995) φάνηκε ότι οι ηλικιωμένοι που λαμβάνουν 5 ή 6 φάρμακα διαφορετικά για την ασθένεια τους εμφανίζουν χειρότερη λειτουργικότητα σε σχέση με αυτούς που λαμβάνουν λιγότερα. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη συννοσηρότητα που πολλές φορές δεν λαμβάνεται υπόψη κατά την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής (Tinetti et al., 1995). Άλλες μελέτες αναδεικνύουν την επίδραση των αγχολυτικών στην λειτουργικότητα των ηλικιωμένων (Stuck et al., 1999).

2.2.2 Ψυχολογικοί Παράγοντες



Το άγχος είναι ένα από τα πιο κοινά συμπτώματα που παρατηρούνται στους ηλικιωμένους. Είναι πιο διαδεδομένο από την κατάθλιψη και τις γνωστικές διαταραχές. Η συχνότερη διαταραχή άγχους που παρατηρείται στην κλινική πρακτική είναι η Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους (GAD) (7,3%) ακολουθούμενη από φοβίες (3,1%), διαταραχή πανικού (1%) και Συμπτωματική Ψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) (0,6%). Δύο σχετικά πρόσφατες μελέτες στην Ινδία έχουν δείξει ότι η συνολική επικράτηση των διαταραχών άγχους είναι 10,8% και 10,7% αντίστοιχα. Έτσι, το άγχος είναι πολύ συνηθισμένο στους ηλικιωμένους, μεταξύ όλων των διαταραχών του γηριατρικού πληθυσμού (Subramanyan et al., 2018).

Η κατάθλιψη ως δεύτερος προγνωστικός παράγοντας της λειτουργικής ανικανότητας δεν είναι τόσο διαδεδομένη στους ηλικιωμένους από τους νεότερους ενήλικες, αλλά χρήζει ιδιαίτερης προσοχής επειδή μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης επιβάρυνσης από τη σωματική ασθένεια, τη μειωμένη λειτουργία και τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Περισσότεροι από τους μισούς ηλικιωμένους με κατάθλιψη είχαν το πρώτο επεισόδιο μετά την ηλικία των 60 ετών.



Σχήμα VIII : Πορεία προς την κατάθλιψη

Πηγή: Σαραμούρτσας, (2013)

Μια κοινή πορεία προς την κατάθλιψη σε ηλικιωμένους ενήλικες, ανεξάρτητα από το αν οι προδιαθεσικοί κίνδυνοι είναι βιολογικοί, ψυχολογικοί ή κοινωνικοί, μπορεί να είναι ο περιορισμός των καθημερινών δραστηριοτήτων όπως αναφέρεται και στο παραπάνω σχήμα (Σαραμούρτσας, 2013)

Η υποκειμενική αντίληψη για την υγεία αλλά και το «όραμα για την ζωή» σχετίζονται άμεσα με τη διαχείριση του άγχους αλλά και με την συναισθηματική διάθεση. Η συνοδευτική αυτοκριτική σκέψη μπορεί να επιδεινώσει και να διατηρήσει μια κατάθλιψη ή να αποτελέσει κινητήριο μοχλό για την ενδυνάμωση του ατόμου και την επίτευξη της λειτουργικής ικανότητάς του.

2.2.3 Κοινωνικοί Παράγοντες



Σε αποτελέσματα της μελέτης SHARE υποστηρίζεται ότι ο κίνδυνος λειτουργικής ανικανότητας εξαρτάται από βιολογικούς και δημογραφικούς παράγοντες. (www.shareproject.org) Παρόλα αυτά αποδείχτηκε πως η μειωμένη αλληλεπίδραση και επαφή με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργική

ικανότητα των ηλικιωμένων. Επίσης διαπιστώθηκε πως υπάρχει και μια διαφοροποίηση στη λειτουργικότητα των ατόμων ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης, γεγονός που επιβεβαιώνει τη διαβάθμιση μεταξύ Βορρά Νότου. Χώρες με υψηλότερο βιοτικό επίπεδο, όπως οι Βόρειες και Κεντρικές Ευρωπαϊκές χώρες, έχουν χαμηλότερους οικογενειακούς δεσμούς και υψηλότερους δείκτες λειτουργικότητας στα ηλικιωμένα άτομα, ενώ αντίθετα, οι μεσογειακές χώρες φάνηκε να έχουν ισχυρότερους οικογενειακούς δεσμούς αλλά ηλικιωμένα άτομα με μειωμένη λειτουργικότητα (Μιχελή, 2019).

Λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα της παρούσας έρευνας γίνεται αντιληπτό ότι η ανίχνευση των οικογενειακών σχέσεων είναι αναγκαία για τη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης των ηλικιωμένων για την επίτευξη ευνοϊκών συμπεριφορών για την υγεία και λειτουργικότητα, τόσο σε επίπεδο πρόληψης, όσο και σε επίπεδο αποκατάστασης (Micheli et al., 2018).

Επιπρόσθετα αναδεικνύεται η σπουδαιότητα των κοινωνικών και υποστηρικτικών δικτύων καθώς φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι τους ή με τον σύντροφο τους έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αναπηρία. Είναι σημαντικό λοιπόν τα ηλικιωμένα άτομα να αναπτύσσουν υποστηρικτικά και κοινωνικά δίκτυα καθώς οι άνθρωποι που ζουν μόνοι τους ή με το/τη σύντροφο τους φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εγκατάστασης του μοντέλου της λειτουργικής ανικανότητας. Σύμφωνα με τη μελέτη των *Κουκούλη και συν.* φαίνεται ότι στις αγροτικές κοινότητες ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος. Στην Ελλάδα, τα άτυπα δίκτυα είναι ακόμα ισχυρά και είναι αυτά που λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες για την λειτουργική ικανότητα των ηλικιωμένων (Koukoulí et al., 2002).

Με τον όρο κοινωνική απομόνωση νοείται μια αντικειμενική και μετρήσιμη αντανάκλαση του μειωμένου κοινωνικού δικτύου αλλά δεν θα πρέπει να παραλείπει και την απομάκρυνση λόγω μη προσβασιμότητας μιας περιοχής. Η απομόνωση συνεπώς που προκύπτει ως έμμεσο αποτέλεσμα των χαμηλών οικογενειακών δεσμών αλλά και των υποστηρικτικών δικτύων ελλοχεύει σημαντικούς κινδύνους για την ευαλωτότητα των ηλικιωμένων και τη λειτουργική ανικανότητα (Steptoe et al., 2013; Tomaka et al., 2006).

Για πρώτη φορά οι Finch και Mason (1989, 1993) έκαναν διάκριση μεταξύ των ανεπίσημων δικτύων και ειδικότερα μεταξύ των δικτύων που αναπτύσσονται μέσα στην οικογένεια (*Family within the household*) και των ανεπίσημων δικτύων που

αναπτύσσονται εκτός της οικογένειας (*Family beyond the household*) όπως είναι για παράδειγμα τα συγγενικά δίκτυα (Stone, 2001, Coleman, 1988).

Στην μελέτη του Stone (2001), εκτός από τις παραπάνω δυο κατηγορίες ανεπίσημων δικτύων αναφέρονται και το φιλικό περιβάλλον και η γειτονιά που εμπεριέχουν την άτυπη συμμετοχή, την συμμετοχή σε δημόσιους χώρους και την συμμετοχή σε ομίλους (Baum et al, 2001).

Στα επίσημα δίκτυα συγκαταλέγονται οι φορείς, οι επίσημες οργανώσεις, οι μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ), οργανώσεις στις οποίους συμμετέχει ο κάθε πολίτης από προσωπική επιλογή (πολιτιστικός σύλλογος κτλ.) αλλά και οι επίσημοι φορείς - θεσμικά δίκτυα τα οποία ενυπάρχουν σε μια κοινότητα όπως πολιτική εξουσία (αστυνομία, Δήμος κτλ.) με τους οποίους ο πολίτης μπορεί να έρθει σε επαφή προκειμένου να επιλύσει ένα πρόβλημα ή να βελτιώσει την κοινότητα του ή την ατομική του κατάσταση (Κατσάπη,2010).

Informal networks	Formal networks of social relations
<ul style="list-style-type: none"> • Family household • Family beyond the household • Friends/intimates • Neighbours 	<ul style="list-style-type: none"> • Non-group based civic relations <ul style="list-style-type: none"> - good deeds - individual community or political action • Associations/group based relations <ul style="list-style-type: none"> - antenatal - child care - education - sport/leisure - music/arts - church - charity - voluntary - self help • Work based <ul style="list-style-type: none"> - colleagues - associations • Institutional <ul style="list-style-type: none"> - state

Source: *Families, Social Capital and Citizenship* project, Australian Institute of Family Studies, 2000.

Σχήμα VIII : Επίσημα και ανεπίσημα δίκτυα

Πηγή: Stone, W. *Measuring social capital*, (2001)

Μέσα από την συμμετοχή, η οποία αποτελεί την δομική διάσταση του κοινωνικού κεφαλαίου στην κοινότητα δηλαδή τις διάφορες μορφές κοινωνικής οργάνωσης (τοπικές οργανώσεις, ομάδες, συλλόγους) οι κάτοικοι έχουν την δυνατότητα να εκφραστούν για θέματα που τους αφορούν (Koutra, 2015).

Μια παρέμβαση στον ηλικιωμένο πληθυσμό με στόχο την ενεργό γήρανση θα πρέπει να στοχεύει στην ανάπτυξη της συλλογικότητας και της εμπιστοσύνης. Το κοινωνικό κεφάλαιο ενισχύει την αίσθηση των ανθρώπων ότι ανήκουν κάπου και την

ευημερία σε ατομικό επίπεδο, πράγματα τα οποία προωθούν την υγεία (AGE,WHO,2007)

Η πρόσβαση του ατόμου στις υπηρεσίες, η ενσωμάτωση του στην κοινότητα, οι καθημερινές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις αποτελούν στοιχεία που προσδιορίζουν μια κοινότητα και ταυτόχρονα αποτελούν αποτελέσματα του κοινωνικού κεφαλαίου ή ειδικότερα χαρακτηριστικά του δομικού και γνωστικού κοινωνικού κεφαλαίου (Grootaert et al., 2004)

Το κοινωνικό κεφάλαιο έχει σαν στόχο την δημιουργία «πολιτών– δημιουργών» και όχι «πολιτών–καταναλωτών» υπηρεσιών. Τα μέλη μιας κοινότητας προενεργούν, δεσμεύονται και συμμετέχουν ενεργά. Στοχεύει σε πολίτες ενεργούς και όχι πολίτες καταναλωτές. Με τον όρο αυτό νοείται η ύπαρξη ενεργών πολιτών, που ενεργούν με γνώμονα τη συλλογική δράση και το κοινό καλό (Bullen and Onyx, 1998). Η επίτευξη του στόχου αυτού αποτελεί τη βασική συνιστώσα στην ανάπτυξη της «κοινωνίας των πολιτών» και συνεπώς μιας κοινωνίας φιλικής προς τους ηλικιωμένους.

Σύμφωνα με την μελέτη των *European Older People's Platform* και του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας* για το συσχετισμό μεταξύ των χαμηλών επιπέδων κοινωνικού κεφαλαίου και της ευημερίας βρέθηκε ότι:

- Η ποιότητα των κοινωνικών επαφών έχει πιο ισχυρή σχέση με την υποκειμενική ευημερία από ό,τι ο αριθμός των επαφών.
- Το να διατηρεί κανείς επαφή με φίλους έχει πιο ισχυρή σχέση με την υποκειμενική ευημερία από ό,τι η διατήρηση επαφής με ενήλικα παιδιά.
- Η ανώτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η καλύτερη κοινωνική ενσωμάτωση και τα ανώτερα προσόντα σχετίζονται με μεγαλύτερη υποκειμενική ευημερία.
- Το εισόδημα έχει πιο ισχυρή σχέση με την υποκειμενική ευημερία από ό,τι η εκπαίδευση.

2.2.4 Συμπεριφορές Υγείας



Τα τελευταία χρόνια οι συμπεριφορές υγείας έχουν σχετιστεί με το προσδόκιμο επιβίωσης αλλά και με την ασθένεια. Η υιοθέτηση μεσογειακής διατροφής σε συνδυασμό με τον χαμηλό δείκτη μάζας σώματος αλλά και με την φυσική άσκηση έχει αποδειχθεί ότι προσθέτει ποιότητα στην υγεία του ατόμου. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της ευεργετικής επίδρασης της μεσογειακής διατροφής στη διαδικασία της γήρανσης είναι το νησί της Ικαρίας που παρουσιάζει μέση ηλικία θανάτου 10 έτη μεγαλύτερη από ότι ο υπόλοιπος κόσμος. Χαρακτηριστικά μελέτες αναφέρουν ότι το 30% των θανάτων λαμβάνουν χώρα σε ηλικία άνω των 90 (Γκούβας και συν., 2018).

Αρνητικές συνήθειες όπως το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ, η καθιστική ζωή και η απουσία άσκησης σχετίζονται άμεσα με την παρουσία ασθενειών και την μείωση της λειτουργικότητας και δεν συνάδουν με έννοιες όπως η ενεργός γήρανση (Stuck et al., 1999).

2.2.5 Δημογραφικοί Παράγοντες



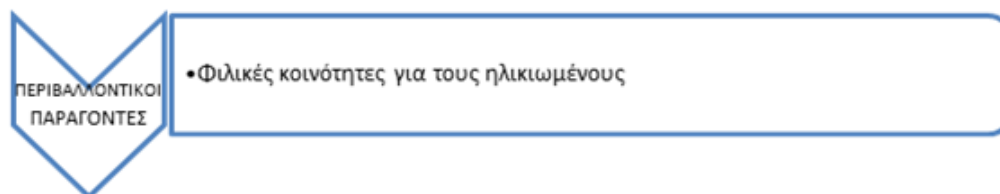
Το υψηλό *μορφωτικό επίπεδο* έχει συσχετιστεί θετικά με τη λειτουργική ικανότητα καθώς φαίνεται ότι όσοι απέκτησαν περισσότερες γνώσεις κατά τα χρόνια της ενήλικης ζωής τους, παρουσιάζουν περισσότερες γνωστικές εφεδρείες και κατ' επέκταση εμφανίζουν γνωστική λειτουργικότητα. Το φαινόμενο αυτό εξηγείται τόσο με την ενεργητική όσο και με την παθητική υπόθεση των γνωστικών εφεδρειών (Γκούβας και συν., 2018).

Η *χρονολογική ηλικία* σαφέστατα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη λειτουργικής ανικανότητας στο άτομο καθώς ο σχετικός κίνδυνος αυξάνει σημαντικά με την άνοδο της ηλικίας (Stuck et al., 1999).

Το *φύλο* αν και δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις όσον αφορά τη λειτουργική ανικανότητα φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με την βελτιωμένη λειτουργικότητα στις γυναίκες. Όσο μεγαλύτερο το προσδόκιμο ζωής των γυναικών τόσο αναπτύσσεται η λειτουργική ανικανότητα ως συνέπεια της αυξημένης ηλικίας. Το γεγονός αυτό δεν φαίνεται να μειώνει τη σημαντικότητά του φύλου ως παράγοντα αλλά

οι γυναίκες φαίνεται να επιβιώνουν καλύτερα σε σχέση με τον ανδρικό πληθυσμό (Stuck et al., 1999).

2.2.6 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες



Σύμφωνα με το Πρόγραμμα «ΥΓΙΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗ, ΜΙΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ», πηγή το περιβάλλον επηρεάζει την ικανότητα των ηλικιωμένων να παραμένουν δραστήριοι και να συμμετέχουν και να συνεισφέρουν στην κοινωνία. Οι βελτιώσεις στο περιβάλλον επιδρούν άμεσα στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και στα άτομα που έχουν αναλάβει τη φροντίδα τους. Η βελτίωση της πρόσβασης σε εσωτερικούς και εξωτερικούς χώρους με ασφάλεια για τους ηλικιωμένους και σε συνάρτηση με τις κλιματολογικές αλλαγές τα τελευταία χρόνια επιβάλλουν την ανάληψη πρωτοβουλιών για *Κοινότητες Φιλικές προς τους Ηλικιωμένους*.

Φιλική για τους ηλικιωμένους κοινότητα, είναι αυτή στην οποία οι ηλικιωμένοι είναι ενεργοί συμμετέχοντες, υποστηρίζονται και τιμώνται. Είναι το μέρος που πραγματικά αισθάνονται σαν «το σπίτι τους» (Κούτρα, 2011). Η αξιοπρεπής και άνετη διαβίωση των ηλικιωμένων ατόμων σε μια κοινότητα για να μπορεί να είναι αξιοπρεπής, είναι σημαντικό να είναι προσαρμοσμένη στις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Το γεγονός αυτό θα συμβάλει καθοριστικά στη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους και στην ενεργό συμμετοχή τους στα κοινωνικά δρώμενα.

Τα χαρακτηριστικά που περιλαμβάνει μια φιλική προς τους ηλικιωμένους κοινότητα σύμφωνα με την Κούτρα (2011) είναι:

- ✓ Κατοικία (ασφαλής, προσβάσιμη)
- ✓ Μεταφορά (προσβάσιμη, προσιτή)
- ✓ Προσβασιμότητα (πεζοδρόμια, δρόμοι σηματοδοτημένοι, παγκάκια)
- ✓ Πρόσβαση (πάρκινγκ σε δημόσια κτίρια ή σε κτίρια για τους ηλικιωμένους)
- ✓ Υπηρεσίες (Νοσοκομείο ή κλινική στην κοινότητα, διαθέσιμες υπηρεσίες βοήθειας στην καθημερινότητα για τον ηλικιωμένο)
- ✓ Εργασία (ευκαιρίες στην αγορά εργασίας)

- ✓ Ψώνια (καταστήματα για όλες τις ανάγκες των ηλικιωμένων)
- ✓ Κοινωνικά/πολιτισμικά (μέρη για κοινωνικοποίηση, διαφορετικότητα στις ηλικιακές ομάδες της κοινότητας, διασύνδεση και αλληλόδραση των γενεών, ευκαιρίες δια βίου μάθησης, ενεργές θρησκευτικές κοινότητες)
- ✓ Αξίες (φιλικότητα και σεβασμός στα γηρατειά, αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ως δυναμικό, ευκαιρίες για ενεργό κοινωνική συμμετοχή στους ηλικιωμένους).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

3.1 Η Κοινωνική Εργασία στην πρόληψη

Οι ιστορικές ρίζες του επαγγέλματος Κοινωνικής Εργασίας στηρίζονται στην φιλοσοφία της πρόληψης. Ωστόσο, από τις απαρχές του επαγγέλματος, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί δεν έχουν υιοθετήσει με συνέπεια την πρόληψη ως βασικό συστατικό της πρακτικής άσκησης τους (Bracht, 2000; Woody, 2006).

Ο στόχος της πρόληψης είναι να αποφευχθούν σημαντικά προβλήματα ζωής. Εξ ορισμού, η πρόληψη συμβαίνει πριν από ένα πρόβλημα να είναι πλήρως ορατό ή ανεπτυγμένο (National Research Council and Institute of Medicine, 2009). Η πρόληψη είναι μια θετικά φορτισμένη έννοια, με στόχο την αποφυγή ή την αναβολή της εκδήλωσης ενός προβλήματος εστιάζοντας στους παράγοντες που την προκαλούν. Από τον ορισμό τοποθετείται εκ διαμέτρου αντίθετη με τη Βιοϊατρική Θεώρηση.

Σήμερα η κυρίαρχη τάση στη πρόληψη στηρίζεται στο βιοιατρικό μοντέλο και συγκεκριμένα στη δευτεροβάθμια πρόληψη για τον εντοπισμό και την ανάπτυξη δράσεων και παρεμβάσεων σε ομάδες υψηλού κινδύνου (Sterney, 2014). Επιπρόσθετα αντικρουόμενα συμφέροντα με την επικράτηση ισχυρών ομάδων συμφερόντων αλλά και η ανάπτυξη ενός κράτους Πρόνοιας υπό το πρίσμα της ελεγχόμενης παρέμβασης του κράτους οδήγησε την Κοινωνική Εργασία σε μια τεχνοκρατική προσέγγιση με τον Κοινωνικό Λειτουργό σε ρόλους εργαλειακής συμμετοχής με κατευθυντική προσέγγιση. Η επικράτηση του μύθου που αναφέρει ότι η πρόληψη και θεραπεία έχουν σχέση αντικρουόμενη και όχι συμπληρωματική οδήγησαν στον περιορισμό της πρόληψης (Καραγκούνης, 2018).

Η **πρωτογενής πρόληψη** αναφέρεται στις δράσεις πριν την εκδήλωση ενός προβλήματος, απευθύνεται στο γενικό πληθυσμό και έχει συνδεθεί με τις παρεμβάσεις της Κοινοτικής Κοινωνικής Εργασίας και δράσεις Κοινοτικής Ανάπτυξης.

Η **δευτερογενής πρόληψη** αναφέρεται σε δράσεις πρώιμης ανίχνευσης ενός προβλήματος και ανάπτυξης δράσεων για την αντιμετώπιση των πρώιμων ζητημάτων.

Αποτελεί μάλλον μια παρέμβαση παρά πρόληψη αν και απευθύνεται στο γενικό πληθυσμό, παρεμβαίνει στην ομάδα υψηλού κινδύνου.

Η **Τριτογενής πρόληψη** αφορά τις δράσεις για την μείωση των επιπτώσεων ενός προβλήματος σε επίπεδο ατόμου, ομάδας ή κοινότητας, παραπέμποντας στη θεραπεία και όχι στην πρόληψη.

Η Κοινωνική Εργασία στην πρόληψη είναι οι δράσεις που αναλαμβάνουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί προκειμένου να ελαχιστοποιήσουν ή να εξαλείψουν τις κοινωνικές, ψυχολογικές ή άλλες συνθήκες. Συνθήκες οι οποίες οδήγησαν σε σωματική ή ψυχική ασθένεια ή σε λειτουργική ανικανότητα των ηλικιωμένων (Κούτρα, 2015).

Η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού οφείλει να έχει ως βασικούς άξονες:

- ✓ την παροχή πληροφοριών στον ηλικιωμένο,
- ✓ την προαγωγή της ευαισθητοποίησης,
- ✓ την ανάπτυξη δεξιοτήτων
- ✓ την παροχή υγιών εναλλακτικών λύσεων με στόχο την
 - αλλαγή προτύπων υγιούς ηλικιωμένου
 - ενίσχυση της κοινοτικής συνεργασίας (Barker, 2003).

Η Κοινωνική Εργασία με στόχο την πρόληψη στην παρέμβαση της με τους ηλικιωμένους στοχεύει στην ενδυνάμωση, την κοινωνική αλλαγή αλλά και την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής (IFSW & IASSW, 2014).

Οι παρεμβάσεις του Κοινωνικού Λειτουργού θα πρέπει να στοχεύουν στην **ενδυνάμωση**, την **ανθεκτικότητα** του ατόμου δίνοντας έμφαση όχι μόνο στους παράγοντες κινδύνου για την γήρανση αλλά ενισχύοντας τους προστατευτικούς παράγοντες που τροποποιούν, βελτιώνουν ή αλλάζουν την πορεία στον κίνδυνο (Κούτρα, 2015).

3.1.1. Η Κριτική Κοινωνική Εργασία στην πρόληψη

Η ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης θα πρέπει να αναδεικνύει και να αντιμετωπίζει τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες ώστε να υπηρετούν τους στόχους της πρόληψης αλλά και τους στόχους της Κοινωνικής Εργασίας. Η εστίαση στον πληθυσμό που διατρέχει κίνδυνο και η τροποποίηση απλά των συμπεριφορών μέσα στο υπάρχον κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο και τις δομικές συνθήκες δεν είναι αποτελεσματική (Ιωακειμίδης, 2012).

Η Κριτική Κοινωνική Εργασία μεταφέρει το βάρος από την **ατομική ευθύνη** εστιάζοντας στην κοινωνική ανισότητα και στις δομικές αλλαγές που πρέπει να επέλθουν. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί εφαρμόζοντας την Κριτική Κοινωνική Εργασία, θέτουν τον προβληματισμό σχετικά με τους δομικούς παράγοντες που προκαλούν την περιθωριοποίηση, την οποία βιώνουν τα άτομα. Με αυτό τον τρόπο, οι εμπειρίες και τα προβλήματα των ατόμων συνδέονται με τις ευρύτερες κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες και κατανοούν τις κύριες αιτίες της ανισότητας και δυστυχίας. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στην άσκηση του έργου τους μέσα από μια ριζοσπαστική προσέγγιση:

- ⇒ Συμμετέχουν σε ενέργειες για την εσωτερική αλλαγή των οργανισμών και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών,
- ⇒ Αναπτύσσουν δράσεις ενδυνάμωσης των ατόμων και ομάδων που υφίστανται διακρίσεις, μέσω συλλογικής δράσης,
- ⇒ Παρέχουν υπηρεσίες που προωθούν την συλλογικότητα, όπως η εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας με ομάδες και η σύνδεση της οργάνωσης με την κοινότητα,
- ⇒ Διεξάγουν κοινωνική έρευνα με σκοπό την τεκμηρίωση των ακάλυπτων αναγκών των εξυπηρετούμενων και υποβολή προτάσεων για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών,
- ⇒ Συμβάλλουν στην δημιουργία δικτύων συνεργασίας ανάμεσα σε οργανισμούς Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας,
- ⇒ Ενισχύουν την σχέση των κοινωνικών οργανισμών με την κοινωνία (ενίσχυση προγραμμάτων αλληλεγγύης και εθελοντισμού, συνεργασία με φορείς και κοινωνικά κινήματα),
- ⇒ Ασκούν συνηγορία-αναπτύσσουν παρεμβάσεις εκ μέρους των οργανισμών για προάσπιση των δικαιωμάτων των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων,
- ⇒ Οργανώνουν δράσεις σε συνεργασία με εξυπηρετούμενους και άλλους επαγγελματίες με σκοπό τη βελτίωση των υπηρεσιών-ενίσχυση κοινωνικών συμμαχιών (Ιωακειμίδης, 2012).

Ο κοινωνικός λειτουργός στην πρόληψη αποτελεί στέλεχος της διεπιστημονικής ομάδας με στόχο την χαρτογράφηση των αναγκών των ηλικιωμένων και τον σχεδιασμό των παρεμβάσεων για την επίτευξη της πρόληψης με στόχο την ενεργό γήρανση. Ο Κοινωνικός Λειτουργός αναλαμβάνει ρόλους όπως παροχέας υπηρεσιών, ερευνητή, συμβούλου, σχεδιαστή προγραμμάτων, διοικητή, αξιολογητή και σχεδιαστή πολιτικής.

Σε μακρο επίπεδο αξιολογεί τις ανάγκες των κοινοτικών υπηρεσιών, διασφαλίζει πολιτισμικά επαρκείς υπηρεσίες, σχεδιάζει παρεμβάσεις αξιοποιώντας πόρους της κοινότητας, αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων χρησιμοποιώντας ως κριτήρια έρευνες ικανοποίησης πολιτών (Κούτρα, 2015).

3.1.2. Κοινωνική Εργασία και Ενεργός Γήρανση

Σύμφωνα με την τυπολογία του Rothman, η Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα αναπτύσσει τρεις στρατηγικές παρεμβάσεις στην κοινότητα (Rothman, 2001):

- ☞ Κοινοτική Ανάπτυξη (locality ή social development)
- ☞ Κοινωνικός Σχεδιασμός (social planning)
- ☞ Κοινοτική Δράση (social action).

Η θεμελιώδης αρχή της **κοινοτικής ανάπτυξης** στο τρίπτυχο του Rothman είναι να γίνει κατανοητό ότι οι άνθρωποι μιας κοινότητας μπορούν να είναι «ειδικοί» στα προβλήματα τους, και έτσι έχουν το δικαίωμα να είναι μέρος των όποιων λύσεων. Στο επίκεντρο βρίσκεται η συμμετοχή στην κοινότητα, η συμφωνία (consensus), το μοίρασμα και η μάθηση (Rothman, 2008). Ως στρατηγική είναι ανθρωποκεντρική με στόχους διαδικασίας και με ενδυναμωτικές τεχνικές (Koutra, 2015).

Η Κοινοτική Ανάπτυξη ως στρατηγική εστιάζει στην **ενδυνάμωση** και την συνεργασία των κοινοτήτων που πλήττονται από ένα πρόβλημα ή μια κατάσταση προκειμένου να είναι σε θέση έχοντας γνώσεις και δεξιότητες, οι ίδιες οι κοινότητες συλλογικά με τις δικές τους συνεργατικές δυνάμεις να τα επιλύσουν και να οργανώσουν το μέλλον τους. Είναι μια στρατηγική «από τα κάτω».

Η Κοινωνική Εργασία με στόχο την ενεργό γήρανση μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, στην συνειδητοποίηση των δικαιωμάτων τους στη φροντίδα, στην κοινωνική τους ένταξη και στην ανάπτυξη ρόλων ενεργών στο κοινωνικό γίγνεσθαι (Ζαϊμάκης, 2002).

3.1.3. Κοινωνικό Κεφάλαιο και Υγεία

Το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί την πιο πρόσφατη προσθήκη στη λίστα σε μια σειρά κοινωνικών περιβαλλοντολογικών παραγόντων που επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας (Wakefield & Pokland, 2005; Kritsotakis & Gamarnikow, 2004).

Ο Τούντας (1996) αναφέρει ότι « η υγεία είναι η δυναμική ισορροπία του εσωτερικού με το εξωτερικό περιβάλλον που παρέχει στο άτομο τη δυνατότητα να ζει δημιουργικά σύμφωνα με τις πεποιθήσεις και τις επιδιώξεις του». Η ολιστική διάσταση της υγείας συνάδει με το κοινωνικό κεφάλαιο καθώς το κοινωνικό κεφάλαιο θεωρείται προστατευτικός παράγοντας της ψυχικής υγείας όπως αναφέρουν και οι Whitehead & Diderichsen (Field, 2003). Η ψυχική υγεία μιας κοινότητας αποτελεί και ένα βασικό στόχο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ο οποίος συνιστά στις κοινωνίες την ανάπτυξη ολοκληρωμένων παρεμβάσεων για την ανάπτυξη της υγείας στην κοινότητα και κατά συνέπεια και στο άτομο (Κατσάπη, 2010).

Σε έρευνες του Kawachi που πραγματοποιήθηκαν στην Αμερική φάνηκε ότι οι κοινότητες με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο έχουν καλύτερους δείκτες υγείας (Kawachi, 1997). Παράλληλα άλλες έρευνες αναφέρουν ότι χαμηλή εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας και στο δημόσιο σχετίζεται με την χαμηλή αυτοαναφερόμενη υγεία (Mohseni et al., 2007). Η καλή υποκειμενική αντίληψη της υγείας έχει συνδεθεί με αυξημένη συμμετοχή, αυξημένα επίπεδα εμπιστοσύνης και ανοχής (Stafford et al., 2004; Kawachi 1997).

Η υγιής ισορροπία μεταξύ των ικανοτήτων του ατόμου και των στόχων του, περιλαμβάνει τις διαδικασίες της προσαρμογής και της αποδοχής των αλλαγών που επέρχονται στη ζωή. Η υγιής γήρανση εξαρτάται επίσης σε μεγάλο βαθμό από την αυτονομία, η οποία ουσιαστικά αντικατοπτρίζει το γεγονός ότι οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας έχουν το δικαίωμα να αυτοπροσδιορίζονται. Η αυτονομία των ηλικιωμένων μπορεί να προαχθεί θέτοντας υπό αμφισβήτηση περιορισμούς και όρια που επιβάλλονται από το κοινωνικό σύνολο, την οικογένεια και τους ίδιους τους ηλικιωμένους, όπως ο περιορισμός της ελευθερίας επιλογών με την απόκρυψη πληροφοριών που χρησιμεύουν στους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας για να κάνουν τις επιλογές τους. Η αυτονομία παρέχει στα άτομα τη δυνατότητα της αυτοπραγμάτωσης και της εξέλιξης.

Στα προγράμματα προώθησης της υγιούς γήρανσης θα πρέπει να εμπλέκεται και η ομάδα-στόχος. Η προώθηση της υγείας ενισχύεται με αυτό το είδος της ενεργούς συμμετοχής ηλικιωμένων ατόμων και την ενδυνάμωση. Η ενδυνάμωση αποτελεί βασικό κλειδί στο μοντέλο της προαγωγής της υγείας.

Η προσέγγιση της κοινοτικής ανάπτυξης σύμφωνα με την Κούτρα (2015) αφορά στην:

- ενδυνάμωση ατόμων και κοινοτήτων,

- στην ενίσχυση των δυνατών σημείων των κοινοτήτων και των ατόμων,
- στην δυνατότητα του καθορισμού του προβλήματος από την ίδια την κοινότητα ή το άτομο,
- στη κοινωνική δικαιοσύνη και στους επαγγελματίες που αποτελούν πηγή δυναμικού της κοινότητας.

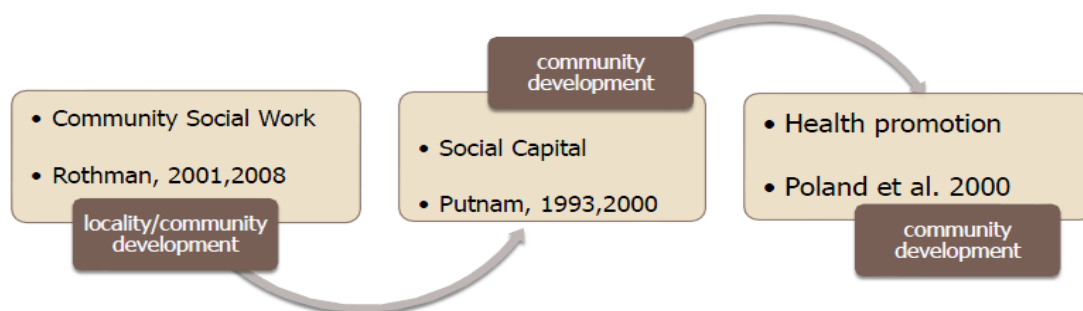
Η στρατηγική της κοινοτικής ανάπτυξης για την προαγωγή υγείας αποτελεί μια παρέμβαση με δράση «από κάτω» και με βασικό στόχο την ενδυνάμωση των ατόμων και την ανάπτυξη των υποστηρικτικών δικτύων και της εμπιστοσύνης στην κοινότητα, στοιχεία που αποτελούν δείκτες ανάπτυξης του κοινωνικού κεφαλαίου.

3.2 Κοινωνικό κεφάλαιο, προαγωγή υγείας και κοινωνική εργασία με κοινότητα με στόχο την Ενεργό Γήρανση

Η γήρανση αποτελεί ένα πολυσύνθετο φαινόμενο όπου διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν σε διαφορετικό βαθμό και για αυτό κρίνεται απαραίτητη η εξατομικευμένη παρέμβαση με βασικό εργαλείο κατευθυντήριες οδηγίες για τον κοινωνικό λειτουργό στην κοινότητα στη βάση μιας ολιστικής παρέμβασης με στόχο την ενεργό γήρανση.

Μια παρέμβαση με στόχο την ενεργό γήρανση οφείλει να στοχεύει στην επίτευξη πλήρους υγείας για τους ηλικιωμένους. Η προαγωγή της υγείας των κοινοτήτων και κατά συνέπεια και των ατόμων θα επιτευχθεί αν οι κοινωνικοί λειτουργοί σχεδιάσουν και προωθήσουν παρεμβάσεις που θα ενισχύουν το κοινωνικό κεφάλαιο. Η στρατηγική αυτή περιγράφεται αναλυτικά στο θεωρητικό μοντέλο της Κούτρα (2015). Η στρατηγική αυτή είναι η στρατηγική της κοινοτικής ανάπτυξης που δίνει έμφαση στην **ενδυνάμωση** του ατόμου αλλά και της κοινότητας.

Η προαγωγή της υγείας είναι η ενδυνάμωση των ανθρώπων, των κοινοτήτων και των κοινωνιών να αναλάβουν την ευθύνη της δική τους υγεία και ποιότητα ζωής (WHO, 2018). Από τις στρατηγικές της προαγωγής υγείας αυτή της κοινοτικής ανάπτυξης είναι αυτή που μπορεί να οδηγήσει τις κοινωνίες να είναι πιο φιλικές προς τους ηλικιωμένους και να επιφέρει την επίτευξη του στόχου για την ενεργό γήρανση.



Σχήμα ΙΧ : Μοντέλο Κούτρα

Πηγή: Κούτρα (2015)

Η κοινοτική ανάπτυξη ενισχύει και επιφέρει αλλαγές στην κοινότητα. Αποτελείται από ένα σύνολο μεθόδων που μπορούν να διευρύνουν το όραμα και την ικανότητα για κοινωνική αλλαγή, και προσεγγίσεις, όπως η συμβουλευτική, η υπεράσπιση και οι σχέσεις με τις τοπικές ομάδες (Conlon, 2001 στο Κούτρα, 2015). Η κοινοτική ανάπτυξη εμπερικλείει συλλογικές δράσεις, συμμετοχή από τα κάτω, αλληλεγγύη, ενδυνάμωση, δόμηση και αναδόμηση, τοπικές οργανώσεις και δομές στην γειτονιά ώστε στην ουσία να είναι η ίδια, διαδικασία ανάπτυξης του κοινωνικού κεφαλαίου (Koutra, 2015). Στην ενεργό γήρανση η ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου και ειδικότερα η ανάπτυξη της εμπιστοσύνης, της αλληλεγγύης, της συλλογικότητας, των υποστηρικτικών δικτύων και της κοινωνικής συνοχής αποτελούν βασικά σημεία μιας κοινωνίας που υποστηρίζει ενεργά την Τρίτη Ηλικία.

Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού που εργάζεται με τον ηλικιωμένο πληθυσμό σε μια κοινότητα θα πρέπει να ενθαρρύνει τις συμμετοχικές διαδικασίες και να δουλεύει «από κάτω» **μαζί** με τον εξυπηρετούμενο προς όφελος του ατόμου και κατά συνέπεια και της κοινότητας. Οι παρεμβάσεις μπορεί να πραγματοποιούνται στο άτομο με την ανίχνευση των αναγκών μαζί με τον εξυπηρετούμενο στην κοινότητα αλλά οφείλουν να είναι πολυεπίπεδες.

Η στρατηγική της κοινοτικής ανάπτυξης υπό το πρίσμα της τοπικής ανάπτυξης σύμφωνα με το πρότυπο του Rothman μπορεί να αποτελέσει το πεδίο που ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να αναπτύξει την στρατηγική για την παρέμβαση του τόσο στο άτομο με την καθοδήγηση των κατευθυντήριων οδηγιών όσο και στην κοινότητα με την στρατηγική της κοινοτικής ανάπτυξης σαν στρατηγική της προαγωγής υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Σκοπός και στόχοι έρευνας

Σκοπός της μελέτης είναι η χαρτογράφηση πρωταρχικών κατευθυντήριων οδηγιών μέσα από μια πιλοτική μελέτη για παρέμβαση στους ηλικιωμένους στην κοινότητα από τον Κοινωνικό λειτουργό με στόχο την ανάπτυξη ολιστικής παρέμβασης για την βελτίωση της λειτουργικότητας (functioning).

Στην παρούσα μελέτη θα επιχειρηθεί να ιεραρχηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργικότητα των ηλικιωμένων και φαίνεται να καθορίζουν την ενεργό γήρανση οι οποίοι αναφέρονται αναλυτικά στο θεωρητικό μέρος της μελέτης. Απώτερο στόχο αποτελεί η ένταξη τους σε ένα ολοκληρωμένο εργαλείο για τον κοινωνικό λειτουργό στην κοινότητα με στόχο την ανάπτυξη σχεδίου δράσης μαζί με τον ηλικιωμένο στη βάση της διατήρησης ή της βελτίωσης της λειτουργικότητας του.

Οι παρεμβάσεις του Κοινωνικού λειτουργού θα πρέπει να στοχεύουν στην **ενδυνάμωση**, και στην **ανθεκτικότητα** του ατόμου δίνοντας έμφαση όχι μόνο στους παράγοντες κινδύνου για την γήρανση αλλά και στους προστατευτικούς παράγοντες που τροποποιούν, βελτιώνουν ή αλλάζουν την πορεία προς τον κίνδυνο.

4.2 Αναγκαιότητα μελέτης

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει πρωτόκολλο παρέμβασης για τον κοινωνικό λειτουργό στην Κοινότητα στην παρέμβαση του με τους ηλικιωμένους, γεγονός που καθιστά την παρέμβαση των επαγγελματιών *ευκαιριακή και μη συντονισμένη*. Η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού φαίνεται να βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με το επιστημονικό προφίλ του χωρίς να διασφαλίζεται η ισότητα και η ολοκληρωμένη παρέμβαση στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών.

Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού για τους ηλικιωμένους στην κοινότητα εξαιτίας της πολυπλοκότητας της έννοιας της ενεργού γήρανσης, θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από διεπιστημονικότητα. Η λειτουργία διεπιστημονικής ομάδας σε κάθε κοινότητα κρίνεται αδύνατη, συνεπώς η κατάρτιση κατευθυντήριων οδηγιών με άξονα

την παραπομπή και την διασύνδεση των υπηρεσιών χαρακτηρίζεται σημαντική και μπορεί να προσδώσει μια ολοκληρωμένη παρέμβαση για τον ηλικιωμένο.

4.3 Μεθοδολογία μελέτης

Η ανάπτυξη της μεθοδολογίας της μελέτης αποτελεί μέρος της ερευνητικής διαδικασίας και αναφέρεται σε όλες εκείνες τις παραμέτρους (προσεγγίσεις, μέθοδοι, τεχνικές, υλικά) που χρησιμοποιούνται για τη διεξαγωγή της έρευνας. Κατά την συγκεκριμένη ερευνητική διαδικασία επιλέχθηκε μικτή προσέγγιση καθώς η κατάρτιση κατευθυντηρίων οδηγιών απαιτεί τη μέγιστη και ολοκληρωμένη πληροφόρηση και την εις βάθος μελέτη του θέματος.

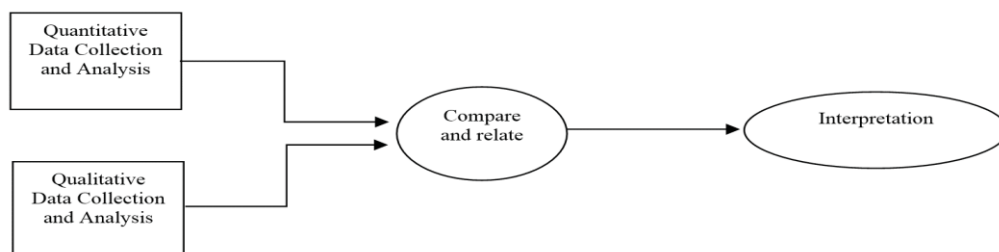
Οι μικτές προσεγγίσεις συνδυάζουν ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους κατά το μεθοδολογικό τους σχεδιασμό με στόχο ην βέλτιστη αξιοποίηση των πλεονεκτημάτων της κάθε μεθόδου και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των αδυναμιών της κάθε μεθόδου. Τα είδη είναι η «συγκλίνουσα παράλληλη σχεδίαση», η «επεξηγηματική διαδοχική σχεδίαση», η «διερευνητική διαδοχική σχεδίαση», η «ενσωματωμένη σχεδίαση», η «μετασχηματιστική σχεδίαση» και η «πολυφασική σχεδίαση» (Κοντογιαννάτου,2018).

Συγκεκριμένα από τις έξι αναφερόμενες μικτές μεθοδολογίες επιλέχθηκε η μέθοδος της συγκλίνουσας παράλληλης σχεδίασης (*Convergent parallel design*).

Η «συγκλίνουσα παράλληλη σχεδίαση» που αναφέρεται και ως «συγκλίνουσα σχεδίαση», πραγματοποιείται όταν ο ερευνητής διαμορφώνει ταυτόχρονο χρονοδιάγραμμα για την εφαρμογή ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων κατά την διάρκεια της ίδιας ερευνητικής διαδικασίας. Ιεραρχεί τις μεθόδους εξίσου και εξετάζει τα δεδομένα ανεξάρτητα κατά την ανάλυση. Στη συνέχεια, συγχωνεύει τα δύο σύνολα αποτελεσμάτων, τα συγκρίνει ή τα συσχετίζει, σε μία συνολική ερμηνεία.

Σκοπός της «συγκλίνουσας παράλληλης σχεδίασης» είναι «να λάβει διαφορετικά αλλά συμπληρωματικά στοιχεία σχετικά με το ίδιο θέμα» προκειμένου να αναπτύξει μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση του φαινομένου, συγκρίνοντας πολλαπλά επίπεδα μέσα σε ένα σύστημα (Morse, 1991; Creswell, 2010 στο Κοντογιαννάτου,2018). Κατά την εφαρμογή της συγκλίνουσας παράλληλης σχεδίασης, ο ερευνητής διεξάγει ταυτόχρονα ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα, τα αναλύει ανεξάρτητα αλλά τα ερμηνεύει μαζί (Demir et al., 2017). Οι Demir et al (2017) στην έρευνα τους στόχευαν με την παράλληλη συγκλίνουσα σχεδίαση στον τριγωνισμό (*triangulation*). Η ερμηνεία των

δεδομένων προκύπτει μέσα από σύγκριση και την από κοινού ανάλυση όπως χαρακτηριστικά αναλύεται στο παρακάτω γράφημα.



Σχήμα X : *Convergent parallel design*

Πηγή: Demir et al (2017)

Για την ανάπτυξη της μεθόδου της συγκλίνουσας παράλληλης σχεδίασης αξιοποιήθηκαν δυο ερευνητικές μέθοδοι στην συγκεκριμένη μελέτη: α) η μέθοδος DELPHI και β) η μέθοδος της βινιέτας .

A) Η μέθοδος DELPHI

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), η διαδικασία κατάρτισης κατευθυντήριων οδηγιών, προϋποθέτει τη λήψη συμφωνίας των «ειδικών» που συγκροτούν την επιτροπή. Στόχος της επιτροπής των εμπειρογνομόνων συνίσταται στο να επιτύχουν τη μέγιστη δυνατή συναίνεση «consensus» σε σχέση με το υπό μελέτη θέμα.

Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε η μέθοδος Delphi ως η καταλληλότερη μέθοδος καθώς αυτή είναι χρηστική στις ακόλουθες περιπτώσεις (Linstone στο Μπελλάλη, 2011):

- Το πρόβλημα δεν προσφέρεται για ακριβείς αναλυτικές τεχνικές αλλά για υποκειμενικές κρίσεις σε συλλογική βάση.
- Είναι ανέφικτη η συνάντηση μελών της ομάδας λόγω κόστους, συνθηκών (πχ. COVID 19).
- Η ετερογένεια των συμμετεχόντων είναι αναγκαία, προκειμένου να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.
- Η αποτελεσματικότητα της διαπροσωπικής επικοινωνίας μπορεί να αυξηθεί με διαδικασίες επιπρόσθετης ομαδικής επικοινωνίας και ανατροφοδότησης.
- Τα άτομα που συνιστούν την ομάδα των ειδικών και συνεισφέρουν στην εξέταση του θέματος, διαθέτουν διαφορετική εμπειρία ή ειδικευση.

Ο συγκεκριμένος τύπος μελέτης αποτελεί μια ευέλικτη μέθοδο και η αντιπροσωπευτικότητα της μεθόδου εξαρτάται όχι υπό την έννοια του αντιπροσωπευτικού δείγματος αλλά από την «ποιότητα» των ειδικών (Μπελλάλης, 2011).

Η μέθοδος DELPHI αποτελεί μια ερευνητική μεθοδολογία που χρησιμοποιείται ευρέως σε πλήθος επιστημονικών πεδίων, όπως και στο χώρο της υγείας. Ειδικότερα χρησιμοποιείται σε θέματα που αφορούν την επίλυση κλινικών προβλημάτων, την σύνταξη κλινικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών. Η μέθοδος DELPHI ανήκει στις μεθόδους συναίνεσης (*consensus methods*) αν και σε κάποια βιβλία η συγκεκριμένη μεθοδολογία έρευνας κατατάσσεται στις μικτές μεθοδολογίες (Μπελλάλη, 2011).

Δυνατό σημείο της μεθόδου αποτελεί η συμμετοχή ειδικών από διαφορετικά γεωγραφικά διαμερίσματα συνθέτοντας μια ευέλικτη διαδικασία έρευνας. Από την αντίθετη πλευρά, αδυναμία της μεθόδου αποτελεί το γεγονός ότι δεν δύναται να πραγματοποιηθεί εύκολα ανταλλαγή ιδεών και αμεσότητα στην συνεργασία (WHO, 2014).

Με βάση τις αρχές της μεθόδου DELPHI και με στόχο την αποφυγή της μη επίτευξης συμφωνίας μπορεί να αξιοποιηθεί και μια δεύτερη μέθοδος δημιουργίας κατευθυντήριων οδηγιών που μπορεί να είναι το *nominal group technique* όπου μπορεί να αξιοποιηθεί στη φάση της τελικής συμφωνίας (*consensus*).

Άλλα χαρακτηριστικά της μεθόδου DELPHI συνίστανται στην:

- *Ανωνυμία*: Διασφαλίζεται μέσα από τη χορήγηση ερωτηματολογίων. Θεωρητικά κάθε μέλος της ομάδας μπορεί ανώνυμα να σκεφτεί και να καταθέσει τις προτάσεις του. Στην *Delphi αποφάσεων* μπορεί η ανωνυμία να είναι σχετική καθώς οι εμπειρογνώμονες γνωρίζουν τα ονόματα των συμμετεχόντων και έτσι αυξάνεται η δέσμευση τους να απαντήσουν τα ερωτηματολόγια.
- *Επανάληψη*: Η επανάληψη της διαδικασίας έστω και με διαφοροποιήσεις μπορεί να οδηγήσει σε μια εκ νέου επαναδιατύπωση της αρχικής πρότασης του ειδικού έως ότου επιτευχθεί η συμφωνία.
- *Ελεγχόμενη ανατροφοδότηση*: Η ενημέρωση για την πορεία της μεθόδου και τις απόψεις των άλλων μελών μέσα από μια στατιστική αναφορά ή μια έκθεση αποτελεί στοιχείο ανατροφοδότησης.

- *Στατιστική ανάλυση*: Το δυνατό σημείο της μεθόδου έγκειται στο γεγονός ότι η συναίνεση θα επέλθει όταν διασφαλιστεί μέσα από τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση των απόψεων των μελών και όχι μέσα από ομόφωνη ή κατά πλειοψηφία συμφωνία απόψεων (Μπελλάλη , 2011).

B) Μέθοδος Vignettes

Οι **Vignettes** (βινιέτες), εισήχθησαν αρχικά από την Star (1955) και αποτελούσαν σύντομες υποθετικές ιστορίες ατόμων που αντιμετώπιζαν διάφορα ψυχολογικά προβλήματα. Η τεχνική των βινιέτων έχει εφαρμοστεί με επιτυχία σε πολλές μελέτες σε συνδυασμό με ανοιχτού ή κλειστού τύπου συνεντεύξεις ή/και κλίμακες. Το κύριο πλεονέκτημα της συγκεκριμένης τεχνικής είναι ότι αποτελεί ελκυστικό μέσο για τη διερεύνηση των αντιλήψεων των απαντώντων σχετικά με την ερμηνεία, την αιτιολόγηση, την πρόγνωση και τη σοβαρότητα διαφορετικών προβλημάτων (Ζήση, 2000).

Περιλαμβάνει την παρουσίαση στους συμμετέχοντες ενός υποθετικού σεναρίου 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 καλούνται να «συμπληρώσουν» τη λεπτομέρεια. Οι βινιέτες έχουν χρησιμοποιηθεί για την μελέτη στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων στις Κοινωνικές Επιστήμες (Wilks, 2004). Η μέθοδος της βινιέτας σε συνδυασμό την μεθοδολογία της DELPHI έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς στην ιατρική και σε ηθικά ζητήματα καθώς η χρήση σεναρίων σε μια ομάδα ειδικών ενισχύουν την επίτευξη της συναίνεση (Wainwright et al., 2015).

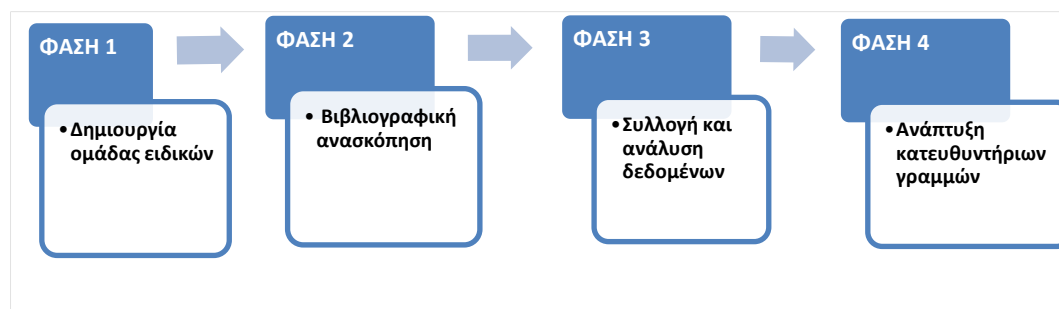
Οι συμμετέχοντες ανταποκρίνονται σε μία σειρά από ερωτήσεις ανοιχτού τύπου που σχετίζονται με την ιστορία. Μπορεί να ερωτηθούν για το πώς ένας συγκεκριμένος χαρακτήρας στην ιστορία θα έπρεπε να αντιδράσει ή θα αντιδρούσε σε μια συγκεκριμένη κατάσταση - το οποίο είναι συνήθως ένα ηθικό ή πρακτικό δίλημμα (Bromley et al., 2017).

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. Συνεπώς, λαμβάνοντας το γεγονός ότι το ζήτημα αυτό ανήκει 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, επαληθεύεται η άποψη ότι η αξιολόγηση είναι ένα ευαίσθητο ζήτημα και ισχυροποιείται η σημαντικότητα της χρήσης της βινιέτας (Καλλιδικάκη, 2010).

4.4 Φάσεις μελέτης

Για τον σχεδιασμό της έρευνας αξιοποιήθηκαν τα άρθρα των (Bond et al., 2016) και των Μπελλάλη (2011) σύμφωνα με τα οποία η ανάπτυξη των κατευθυντήριων γραμμών περιλαμβάνει τέσσερις φάσεις:



Σχήμα XI : Convergent parallel design

Πηγή: Bond et al. (2016)

Πρωταρχικά μέσα από βιβλιογραφική αναζήτηση ορίζεται η κοινωνική λειτουργικότητα για τους ηλικιωμένους που αποτελεί τη κεντρική ιδέα των κατευθυντήριων οδηγιών αλλά και έννοιες όπως *ενεργός γήρανση*, *λειτουργική ανικανότητα*, *φυσική αντιλαμβανόμενη λειτουργικότητα* και *γνωστική λειτουργικότητα*. Μια συνολική εικόνα του φαινομένου προς διερεύνηση καθίσταται απαραίτητη προκειμένου να επιλεγούν με ορθολογικό τρόπο οι ειδικοί που θα συμμετέχουν προκειμένου να διασφαλιστεί η διεπιστημονικότητα και η ολιστική προσέγγιση του υπό μελέτη θέματος.

ΦΑΣΗ 1: Δημιουργία ομάδας ειδικών

Κατά την παρούσα μελέτη προτείνεται η *δειγματοληψία σκοπιμότητας* καθώς με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η λεπτομερή εξερεύνηση και κατανόηση του υπό μελέτη φαινομένου. Υπάρχουν μια σειρά από διαφορετικές προσεγγίσεις που έχουν σχεδιαστεί

για τη σκόπιμη δειγματοληψία, προκειμένου να δώσει διαφορετικούς τύπους σύνθεσης του δείγματος, ανάλογα με τους στόχους του υπό μελέτη φαινομένου και την κάλυψή του.

Για την συγκεκριμένη δειγματοληψία επιλέχθηκε η δειγματοληψία *με ετερογενή δείγματα ή μέγιστη διακύμανση δειγματοληψίας* όπως ονομάζεται και έχει σαν στόχο την μελέτη φαινομένων που σχετίζονται με μια ποικιλομορφία και με ανθρώπινες καταστάσεις (Κοντογιαννάτου,2018).

Στη μέθοδο Delphi, η ομάδα των ειδικών δεν έχει την έννοια του αντιπροσωπευτικού δείγματος για στατιστικούς λόγους. Η αντιπροσωπευτικότητα εκτιμάται από την ποιότητα των ειδικών και όχι από το απόλυτο μέγεθος. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι σε ετερογενείς ομάδες, τα μέλη των οποίων διαθέτουν ποικίλες προσωπικότητες και διαφορετική οπτική στο πρόβλημα, δημιουργούν υψηλότερης ποιότητας και πιο αποδεκτές θέσεις και απόψεις από ό,τι οι ομοιογενείς ομάδες. Ο αριθμός των μελών της ομάδας ειδικών δεν είναι σαφώς καθορισμένος. Όταν η ομάδα είναι ομοιογενής, δηλαδή περιλαμβάνει άτομα που ανήκουν στην ίδια επαγγελματική κατηγορία, τότε 15 άτομα συνήθως θεωρούνται ικανοποιητικός αριθμός (Μπελλάλης, 2011).

Στη δημιουργία της συγκεκριμένης ομάδας ειδικών θα συμμετέχουν επαγγελματίες υγείας όπως κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, κοινωνιολόγοι, γιατροί γενικής ιατρικής, ψυχολόγοι, ψυχιάτροι, νευρολόγοι, γηρύατροι καθώς στα πλαίσια μιας ολιστικής και διεπιστημονικής προσέγγισης στη φροντίδα των ηλικιωμένων στην κοινότητα, θεωρείται σημαντική η άποψη τους για την ανάπτυξη των κατευθυντήριων οδηγιών. Το κριτήριο συμμετοχής στην ομάδα είναι η αποδεδειγμένη και τεκμηριωμένη επιστημονική εμπειρία.

Τα κριτήρια εισαγωγής στην ομάδα είναι η αποδεδειγμένη εμπειρία σχετικά με το διερευνώμενο θέμα. Στην συγκεκριμένη ομάδα ζητήθηκε η συμμετοχή από επιστήμονες με κριτήρια την ακαδημαϊκή καριέρα και συστηματική ενασχόληση με τους ηλικιωμένους. Ειδικότερα για τους κοινωνικούς λειτουργούς ως κριτήριο ορίστηκε:

- ✓ η συμμετοχή των ακαδημαϊκών κοινωνικών λειτουργών από όλα τα εκπαιδευτικά ιδρύματα Σχολών της Κοινωνικής Εργασίας της Ελλάδας που ασχολούνται με τους ηλικιωμένους
- ✓ η συμμετοχή κοινωνικών λειτουργών με διδακτορικό που ασχολούνται στο πεδίο.

Στον πίνακα παρουσιάζονται αναλυτικά οι προσκλήσεις που εστάλησαν με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο και οι τελικοί συμμετέχοντες.

Ειδικότητες	Τελικοί Συμμετέχοντες	Πρόσκληση
Νευρολόγος	1	1
Ψυχίατρος	1	1
Παθολόγος –Γηρίατρος	1	1
Κοινωνιολόγος	1	1
Κοινωνικός Λειτουργός	2	5
Κοινωνικός Λειτουργός στο πεδίο	3	3
Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής	1	1
Ψυχολόγος	1	1
Νοσηλεύτης	1	2
Συν. αρ. συμμετεχόντων/προσκλήσεων	12	16

Η ομάδα των «ειδικών» αποτελείται από:



Γράφημα 1: Μέλη Ομάδας ειδικών

Στην συνέχεια κατασκευάστηκε ερωτηματολόγιο αξιοποιώντας την βιβλιογραφική ανασκόπηση αλλά και τη μέθοδο της βινιέτας.

ΦΑΣΗ 2: Βιβλιογραφική ανασκόπηση και σχεδιασμός του εργαλείου

Στο στάδιο αυτό η ομάδα εργασίας θα αποσαφηνίσει μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση τους βασικούς παράγοντες που συνιστούν την κοινωνική λειτουργικότητα αλλά και έννοιες όπως ενεργός γήρανση, λειτουργική ανικανότητα, φυσική αντιλαμβανόμενη λειτουργικότητα και γνωστική λειτουργικότητα.

Θα πραγματοποιηθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιώντας τους όρους “social functioning” AND “elderly” OR “guidelines for elderly” OR “Active ageing”. Θα μελετηθούν τα πρώτα 50 άρθρα καθώς έχει βρεθεί ότι η ποιότητα της πληροφορίας στη μέθοδο DELPHI μετά από τα 50 άρθρα φθίνει σημαντικά (Bond et al., 2016, Hasson, 2000).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση υποστήριξε σημαντικά τον σχεδιασμό του εργαλείου κατευθυντήριων οδηγιών για παρέμβαση στους ηλικιωμένους στην κοινότητα από τον Κοινωνικό λειτουργό

Επιπρόσθετα στην παρούσα μελέτη, χρησιμοποιήθηκε το πρότυπο βινιέτας της μελέτης “Home Care across Europe. Current structure and future challenges”. Η μελέτη αυτή, είναι 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 από Ευρωπαϊκές χώρες. Το Πρόγραμμα EURHOMAP έχει στόχο την διερεύνηση την ποιότητα παροχής υπηρεσιών στις δομές κατ’ οίκον φροντίδας για τους ηλικιωμένους 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 συμπεριλάβουν γενικότερα όλες τις δομές στην κοινότητα στην Ελλάδα που παρέχουν υπηρεσίες στους ηλικιωμένους, έτσι ώστε να συνάδουν με τους στόχους της συγκεκριμένης μελέτης.

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. Ειδικότερα αξιοποιήθηκε το “Home care across Europe Case studies” (Genet et al., 2013).

Το πρότυπο της βινιέτας που χρησιμοποιήθηκε, μεταφράστηκε και τροποποιήθηκε εξυπηρετώντας τους σκοπούς της μελέτης. Η λειτουργικότητα του ερευνητικού εργαλείου δοκιμάστηκε μέσω πιλοτικής εφαρμογής. Στόχος της πιλοτικής εφαρμογής ήταν να αντληθούν παρατηρήσεις σχετικά με:

- τη δομή του,
- το βαθμό κατανόησης και αποδοχής,

- την ύπαρξη ενδεχόμενων δυσκολιών που μπορεί να υπάρχουν κατά τη συμπλήρωσή του.

Στην πιλοτική εφαρμογή είναι αναγκαίο να εξακριβωθεί εάν:

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

Η πιλοτική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ομάδα 3 ατόμων αποτελούμενη από κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο και γιατρό.

Στη συνέχεια αναλύθηκαν τα δεδομένα μετά από συζήτηση με την ομάδα της πιλοτικής εφαρμογής και πραγματοποιήθηκαν οι αναγκαίες τροποποιήσεις.

ΦΑΣΗ 3: Συλλογή και ανάλυση δεδομένων

Στη φάση αυτή θα αποσταλεί στην ομάδα των ειδικών ένα ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο με σαφείς δηλώσεις με βάση τους παράγοντες όπου θα πρέπει να απαντούν με μια κλίμακα likert (9: Συμφωνώ απόλυτα, έως 1: Διαφωνώ απόλυτα).

Σε δεύτερη φάση και αφού ληφθούν υπόψη οι παραπάνω απαντήσεις, τα αποτελέσματα θα κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

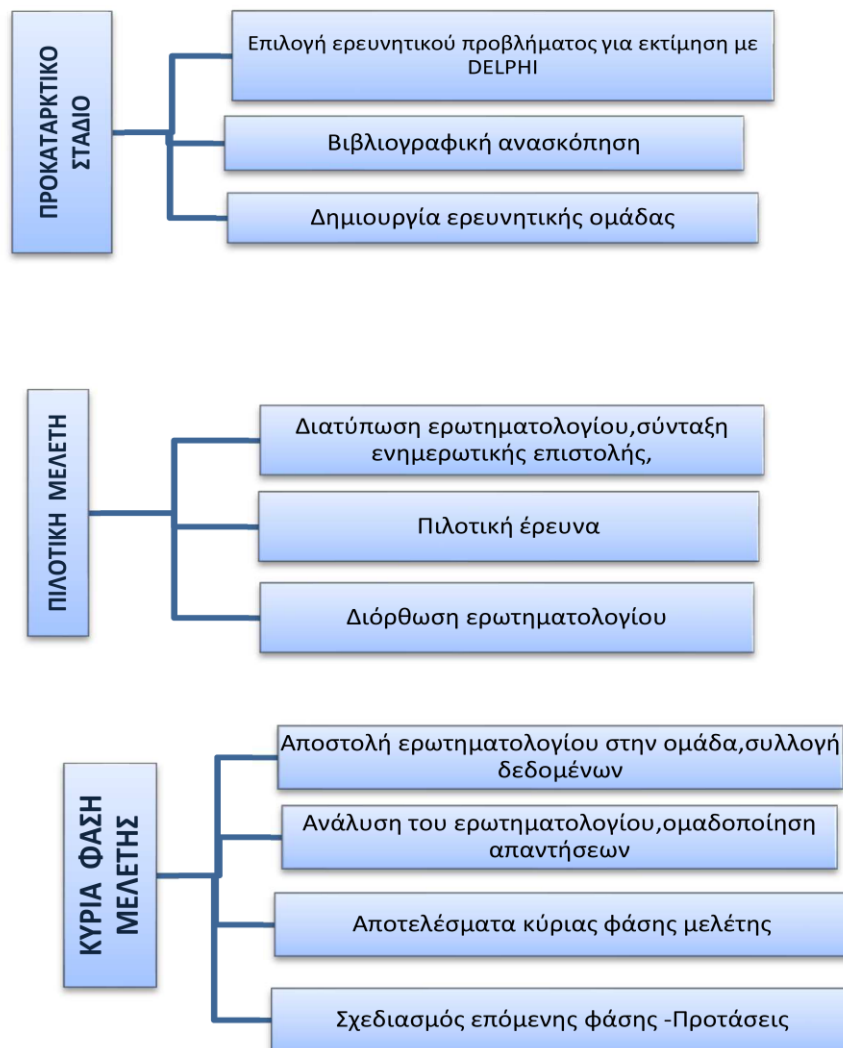
- **100%-80%:** Ο παράγοντας έλαβε 80% έως 100% και πρέπει να συμπεριληφθεί στη μελέτη
- **79%-70%:** Ο παράγοντας έλαβε μια σημαντική βαθμολογία και πρέπει να επανεξεταστεί στο δεύτερο κύκλο.
- **69% και κάτω:** Ο παράγοντας απορρίφθηκε και δεν πρέπει να συμπεριληφθεί στις κατευθυντήριες οδηγίες.

Στη συνέχεια θα ακολουθήσει σύνταξη δεύτερου ενημερωτικού εντύπου και ερωτηματολογίου με τις δηλώσεις που εμφάνισαν σημαντικότητα κατά την πρώτη φάση της έρευνας και θα πραγματοποιηθεί επαναξιολόγηση.

ΦΑΣΗ 4: Ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών

Στο τελευταίο στάδιο θα συνταχθούν οι κατευθυντήριες οδηγίες για τον κοινωνικό λειτουργό που θα περιλαμβάνουν και εργαλεία εκτίμησης σε όσους παράγοντες καθίσταται εφικτό.

Στο παρακάτω σχεδιάγραμμα αναφέρονται πιο αναλυτικά τα βήματα σε κάθε φάση της έρευνας για την παρούσα μελέτη. Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε η ΦΑΣΗ 1 και η ΦΑΣΗ 2 που περιλαμβάνει το προκαταρκτικό στάδιο της έρευνας, τη βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος και την δημιουργία της ερευνητικής ομάδας. Επιπρόσθετα πραγματοποιήθηκε η ΦΑΣΗ 3 που αφορά την πραγματοποίηση της α κύριας φάσης της μελέτης και την εξαγωγή των πρώτων συμπερασμάτων για την δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών για τον κοινωνικό λειτουργό στην κοινότητα.



Σχήμα XIII : Φάσεις μελέτης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

5.1 Αποτελέσματα πιλοτικής μελέτης

Οι αναγκαίες τροποποιήσεις σχετίζονταν:

- α) με τις δομές και τις παροχές που υπάρχουν στην κοινότητα καθώς δεν ήταν ξεκάθαρο σε όλους τους ειδικούς οι αρμοδιότητες και οι υπηρεσίες της κάθε δομής.
- β) με εναλλαγή/απαλοιφή ερωτήσεων στο πρότυπο της βινιέτας καθώς κάποιες δεν αντιστοιχούσαν στην ελληνική πραγματικότητα.

Ειδικότερα πραγματοποιήθηκαν οι αναγκαίες τροποποιήσεις σχετικά με τη δομή του, έτσι ώστε να βελτιωθεί ο βαθμός κατανόησης και αποδοχής και αν είναι οι χρησιμοποιούμενοι όροι γίνονται εύκολα αντιληπτοί. Η πιλοτική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ομάδα 3 ατόμων αποτελούμενη από κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο και γιατρό.

Οι τροποποιήσεις αφορούσαν το τμήμα κυρίως του ερωτηματολογίου που σχετίζεται με το σενάριο το οποίο μεταφράστηκε και στο οποίο προστέθηκαν ή διαφοροποιήθηκαν ερωτήσεις για να είναι προσαρμοσμένο στην ελληνική πραγματικότητα.

Ειδικότερα, όσο αφορά το τμήμα του σεναρίου πραγματοποιήθηκε αλλαγή στις παρακάτω ερωτήσεις για την βελτίωση της κατανόησης τους μετά από παρατηρήσεις των μελών για μη κατανόηση των ερωτήσεων:

ΠΙΛΟΤΙΚΗ	<i>ΕΡΩΤΗΣΗ 1: Ποιες υπηρεσίες φροντίδας θα πρέπει να δοθούν στο ζευγάρι των ηλικιωμένων, λαμβάνοντας υπόψη τη φιλοσοφία παρέμβασης σε μια κοινότητα καθώς και τις υπηρεσίες της Ιδανικά τι θα έπρεπε να ισχύει; Ποιες είναι οι υπηρεσίες που παρέχονται από τις δομές;</i>
ΚΥΡΙΑ	<i>ΕΡΩΤΗΣΗ 1: Ποιες υπηρεσίες φροντίδας θα πρέπει να δοθούν στο ζευγάρι των ηλικιωμένων, προκειμένου να λάβουν ολοκληρωμένη φροντίδα ;</i>

ΠΙΛΟΤΙΚΗ	ΕΡΩΤΗΣΗ 1.1: Θα είχαν δικαίωμα στην παροχή φροντίδας
ΚΥΡΙΑ	ΕΡΩΤΗΣΗ 1.1: Ποιες είναι οι υπηρεσίες θεωρείται ότι παρέχονται από τις δομές;
ΠΙΛΟΤΙΚΗ	ΕΡΩΤΗΣΗ 2: Ποιες από τις ανάγκες της κυρίας και του συζύγου της θα καλυφθούν από τις υπηρεσίες που δικαιούνται ιδανικά και για ποιες ανάγκες τους θα χρειαστεί εύρεση άλλων λύσεων (και ποιες παραμένουν άλυτες);
ΚΥΡΙΑ	ΕΡΩΤΗΣΗ 2: Ποιες από τις ανάγκες της κυρίας και του συζύγου της πιστεύεται ότι θα καλυφθούν από τις υπηρεσίες της δομής; Για ποιες ανάγκες τους θα χρειαστεί εύρεση άλλων λύσεων;
ΠΙΛΟΤΙΚΗ	ΕΡΩΤΗΣΗ 2.2: Οι ανάγκες τους πιστεύεται ότι θα καλυφθούν με βάση τους κανόνες και τα κριτήρια παροχής υπηρεσιών;
ΚΥΡΙΑ	ΕΡΩΤΗΣΗ 2.2: Πιστεύεται ότι ο Κ.Λ. θα εργαστεί για την κάλυψη των αναγκών με βάση τους κανόνες και τις αρχές λειτουργίας της υπηρεσίας του;
ΠΙΛΟΤΙΚΗ	ΕΡΩΤΗΣΗ 2.2: Οι ανάγκες τους πιστεύεται ότι θα καλυφθούν με βάση τους κανόνες και τα κριτήρια παροχής υπηρεσιών;
ΚΥΡΙΑ	ΕΡΩΤΗΣΗ 2.2: Πιστεύεται ότι ο Κ.Λ. θα εργαστεί για την κάλυψη των αναγκών με βάση τους κανόνες και τις αρχές λειτουργίας της υπηρεσίας του;
ΠΙΛΟΤΙΚΗ	ΕΡΩΤΗΣΗ 3: Υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που θα δικαιούνταν η κυρία αυτή και των υπηρεσιών που τελικά θα λάβει; (Αυτό το χάσμα μπορεί να προκύπτει από πιθανές ελλείψεις και άλλες ατέλειες που μπορεί να υπάρχουν). (Μπορείτε να τσεκάρετε περισσότερα από ένα κουτάκια)
ΚΥΡΙΑ	ΕΡΩΤΗΣΗ 3: Κατά τη γνώμη σας υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που χρειάζονται για να καλυφθούν οι ανάγκες της κυρίας και των υπηρεσιών που τελικά θα λάβει; (Μπορείτε να τσεκάρετε περισσότερα από ένα κουτάκια)
ΠΙΛΟΤΙΚΗ	ΕΡΩΤΗΣΗ 5: Υπάρχει συνήθως σημείο αναφοράς για όλες τις υπηρεσίες που σχετίζονται με τις δομές φροντίδας ή πρέπει κανείς να προσεγγίσει διαφορετικές υπηρεσίες ξεχωριστά; (παρακαλούμε τσεκάρτε το πιο κατάλληλο κουτάκι)

ΚΥΡΙΑ	ΕΡΩΤΗΣΗ 5: Γνωρίζετε αν υπάρχει συντονισμός των δομών φροντίδας για τους ηλικιωμένους στην κοινότητα ή πρέπει κανείς να προσεγγίσει διαφορετικές δομές ξεχωριστά;(παρακαλούμε τσεκάρτε το πιο κατάλληλο κουτάκι)
ΠΙΛΟΤΙΚΗ	ΕΡΩΤΗΣΗ 7: Υπάρχει δυνατότητα χρήσης συστήματος τηλε-φροντίδας στη κοινότητα; (Για παράδειγμα, προσωπικά συστήματα συναγερμού, GPS)
ΚΥΡΙΑ	ΕΡΩΤΗΣΗ 7: Γνωρίζετε Δήμους που χρησιμοποιούν συστήματα τηλε-φροντίδας στη κοινότητα;(για παράδειγμα προσωπικά συστήματα συναγερμού, GPS)
ΠΙΛΟΤΙΚΗ	ΕΡΩΤΗΣΗ 7.1: Πόσο συχνά μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην παραπάνω περίπτωση;
ΚΥΡΙΑ	ΕΡΩΤΗΣΗ 7.1: Πόσο χρήσιμα θεωρείται ότι θα είναι τα συστήματα τηλε-φροντίδας στην παραπάνω περίπτωση;
ΠΙΛΟΤΙΚΗ	ΕΡΩΤΗΣΗ 10: Στην συγκεκριμένη περίπτωση ποιος θα έπαιρνε την απόφαση χορήγησης των υπηρεσιών; Η απόφαση χορήγησης θα λαμβάνονταν
ΚΥΡΙΑ	ΕΡΩΤΗΣΗ 10: Στην συγκεκριμένη περίπτωση ποια δομή θεωρείται την καταλληλότερη για τη κάλυψη των αναγκών του ζευγαριού ;
ΠΙΛΟΤΙΚΗ	ΕΡΩΤΗΣΗ 11: Στην συγκεκριμένη περίπτωση, θα ληφθεί υπ' όψη η δυνατότητα ανεπίσημων φροντιστών (τα παιδιά) στην απόφαση πραγματοποίησης των υπηρεσιών; Αν ναι, με ποιο τρόπο; (παρακαλούμε τσεκάρτε το πιο κατάλληλο κουτάκι)
ΚΥΡΙΑ	ΕΡΩΤΗΣΗ 11: Στην συγκεκριμένη περίπτωση, ο Κλ. πρέπει να λάβει υπόψη τη διαθεσιμότητα των ανεπίσημων φροντιστών (παιδιά) στο σχεδιασμό παρέμβασης για την κάλυψη των αναγκών; Αν ναι, με ποιο τρόπο; (παρακαλούμε τσεκάρτε το πιο κατάλληλο κουτάκι)
ΠΙΛΟΤΙΚΗ	ΕΡΩΤΗΣΗ 3: Στην συγκεκριμένη περίπτωση, θα ληφθεί υπ' όψη η οικονομική δυνατότητα του ζευγαριού στην απόφαση εφαρμογής των υπηρεσιών; Αν ναι, με ποιο τρόπο; (παρακαλούμε τσεκάρτε το πιο κατάλληλο κουτάκι)
ΚΥΡΙΑ	ΕΡΩΤΗΣΗ 12: Στην συγκεκριμένη περίπτωση, πρέπει να ληφθεί υπ' όψη η οικονομική δυνατότητα του ζευγαριού στο σχεδιασμό υπηρεσιών για κάλυψη των αναγκών του; (παρακαλούμε τσεκάρτε το πιο κατάλληλο κουτάκι)

Η συγκεκριμένη ερώτηση με συμφωνία της ομάδας εντάχθηκε σε άλλο τμήμα του ερωτηματολογίου μετά την ολοκλήρωση της εκτίμησης των αναγκών και πριν από την έναρξη διερεύνησης του σχεδιασμού.

ΠΙΛΟΤΙΚΗ	<i>ΕΡΩΤΗΣΗ 14: Η παροχή φροντίδας προς την κυρία και το σύζυγό της 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 τσεκάρτε ένα κουτάκι)</i>
ΚΥΡΙΑ	<i>ΕΡΩΤΗΣΗ 14: Κατά τη γνώμη σας η παροχή φροντίδας προς το ζευγάρι θα πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά ώστε να αποτυπώνεται/αξιολογείται η συνέχεια στη φροντίδα; (παρακαλούμε τσεκάρτε ένα κουτάκι)</i>
ΠΙΛΟΤΙΚΗ	<i>ΕΡΩΤΗΣΗ 15: Αν σε ένα Δήμο 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 τσεκάρτε περισσότερα κουτάκια, αλλά με όριο το «πιο πιθανόν»)</i>
ΚΥΡΙΑ	<i>ΕΡΩΤΗΣΗ 15: Αν σε ένα Δήμο η επίσημη κατ' οίκον φροντίδα δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του ζευγαριού, ποια θα ήταν η κατάστασή του ή ποια θα ήταν η λύση;(Μπορείτε να τσεκάρτε περισσότερα κουτάκια, αλλά με όριο το «πιο πιθανόν»)</i>
ΠΙΛΟΤΙΚΗ	<i>ΕΡΩΤΗΣΗ 16: 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 ή διαφορές:</i>
ΚΥΡΙΑ	<i>ΕΡΩΤΗΣΗ 16: Με δεδομένη την οργάνωση και τη δομή των κοινωνικών υπηρεσιών για ηλικιωμένους στην κοινότητα, ποιες κατά την γνώμη σας ανάγκες του ζευγαριού θα μείνουν ακάλυπτες και ποιες είναι οι συνήθεις δυσκολίες των δομών αυτών να ανταποκριθούν; Παρακαλούμε εξηγήστε:</i>
ΚΥΡΙΑ	<i>ΕΡΩΤΗΣΗ 17: Θα υπήρχε διαφορά στην κατ' οίκον φροντίδα αν ζούσαν σε αστική ή αγροτική περιοχή; Παρακαλούμε αναλύστε.</i>

Η Ομάδα που πραγματοποίησε την πιλοτική εφαρμογή στο σημείο αυτό πρότεινε την αναγκαιότητα διαχωρισμού της ερώτησης καθώς πολλά ερωτήματα είχαν τεθεί αρχικά στην ερώτηση. Δευτερευόντως η διαβίωση σε αγροτικό ή αστικό χώρο διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην Ελλάδα λόγω της γεωγραφικών διαφοροποιήσεων που καθιστούν μη ισοτιμη την παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους.

5.2 Αποτελέσματα κύριας φάσης μελέτης

Σκοπός της θεματικής ανάλυσης είναι η δημιουργία μιας αναλυτικής και συστηματικής καταγραφής των κωδικοποιήσεων (codings) και των θεμάτων (themes) που προκύπτουν από τις παρατηρήσεις των συμμετεχόντων. Κατά τη ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας με τη διαδικασία της θεματικής ανάλυσης, επιχειρήθηκε η δημιουργία κωδικοποιήσεων και θεματικών ενοτήτων με βάση τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί από την ομάδα των ειδικών.

Στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων μιας μελέτης στην ποιοτική έρευνα, οι ερευνητές παρουσιάζουν αρχικά τα σημαντικότερα ευρήματα που περιλαμβάνονται σε κάθε θέμα, χρησιμοποιώντας και τα αντίστοιχα γραπτά κείμενα τα οποία προκύπτουν από τις συνεντεύξεις ή τις παρατηρήσεις των συμμετεχόντων. Στη συνέχεια, παρατίθεται η συζήτηση ως ξεχωριστή ενότητα στην οποία συζητούνται τα ευρήματα της μελέτης με την προϋπάρχουσα βιβλιογραφία στο συγκεκριμένο ερευνητικό θέμα (Γαλάνης, 2018).

Οι θεματικές ενότητες που προέκυψαν από την φάση επεξεργασίας των δεδομένων είναι:

- 5.2.1. Η Θεώρηση της υγιούς γήρανσης και της λειτουργικότητας στο σχεδιασμό της παρέμβασης του Κ.Λ. στην κοινότητα για τους ηλικιωμένους
- 5.2.2 Παρεχόμενες υπηρεσίες στην κοινότητα για τους ηλικιωμένους
- 5.2.3. εκτίμηση αναγκών στην κοινότητα, εμπλεκόμενοι στη φροντίδα)
- 5.2.4 Επάρκεια των Κ.Λ. των δομών φροντίδας στην κοινότητα
- 5.2.5 Επάρκεια των δομών φροντίδας στην κοινότητα –κενό στη φροντίδα
- 5.2.6 Κενό στην φροντίδα
- 5.2.7 Στόχοι παρέμβασης για τους ηλικιωμένους στην κοινότητα από τον Κοινωνικό Λειτουργό
- 5.2.8. Προτάσεις για την ανάπτυξη υπηρεσιών με στόχο την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών στην κοινότητα.

5.2.1. Η θεώρηση της υγιούς γήρανσης και της λειτουργικότητας στο σχεδιασμό της παρέμβασης του Κοινωνικού Λειτουργού στην κοινότητα για τους ηλικιωμένους

Η συγκεκριμένη θεματική ενότητα διερευνήθηκε μέσα από τρεις ερωτήσεις που σχετίζονται αρχικά με την συμφωνία ή μη της αποδοχής της θεώρησης της υγιούς γήρανσης στο σχεδιασμό της παρέμβασης του Κοινωνικού λειτουργού για τους ηλικιωμένους. Δευτερευόντως με την αποτύπωση των παραγόντων που συμβάλλουν στην υγιή γήρανση αλλά και τελικώς με την κατάταξη τους με βάση τον βαθμό σημαντικότητάς τους.

Οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή της θεώρησης της υγιούς γήρανσης στο σχεδιασμό της παρέμβασης για τους ηλικιωμένους αποτυπώθηκαν από την ομάδα των ειδικών τόσο σε επίπεδο κοινότητας και οργάνωσης των υπηρεσιών της κοινότητας, όσο και σε επίπεδα παρέμβασης στο άτομο και σε επίπεδο ομάδων (δίκτυα). Ένα μόνο άτομο, ιατρός,(KA12) δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση αυτή.

Σε επίπεδο κοινότητας αρχικά, τέθηκε το ζήτημα του **προσδιορισμού των αρμοδιοτήτων και των στόχων των κοινωνικών υπηρεσιών** όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται σε απόσπασμα του ερωτηματολογίου: *“(….)This is the most important question, but it cannot really be answered unless you define social services”* (KA.10). Η ακριβής αποτύπωση των δομών μέσα στην κοινότητα και ο προσδιορισμός των αρμοδιοτήτων τους θα βοηθήσει σημαντικά στην ανάπτυξη παρέμβασης με βάση την θεώρηση της υγιούς γήρανσης και της λειτουργικότητας.

Ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται **η ολιστική προσέγγιση μέσω διεπιστημονικών ομάδων** με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες του Π.Ο.Υ. που εστιάζει στην κοινωνική διάσταση της υγείας όπως αναφέρετε από κοινωνικούς λειτουργούς του πεδίου

«(…)με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης»(KA5),

«(…) από μια ολιστική προσέγγιση που θα περιλαμβάνει την κοινωνική διάσταση της υγείας» (KA6).

(…)ΑΠΟ ΜΙΑ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΟΥ ΘΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (KA.6)

Συμπληρωματικά αναφέρθηκε από ακαδημαϊκό κοινωνικό λειτουργό ότι σε κάθε ενέργεια που σχεδιάζεται θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ως κριτήριο αξιολόγησης αν και κατά πόσο η κάθε ενέργεια που σχεδιάζεται θα έχει σαν μακροπρόθεσμο στόχο την ενεργό και υγιή γήρανση του πληθυσμού.

(...)Σε κάθε ενέργεια που σχεδιάζεται, θα πρέπει να υπάρχει ως κριτήριο αξιολόγησης αν και κατά πόσο η ενέργεια, η δράση, η παρέμβαση ή το πρόγραμμα θα συμβάλει στην υγιή γήρανση του πληθυσμού. (ΚΑ1)

Μείζονος σημασίας κρίνεται ο ολοκληρωμένος σχεδιασμός της ομάδας λαμβάνοντας υπόψη τις αρχές της συμμετοχής, της υγείας και της ασφάλειας των ηλικιωμένων, άποψη που εκφράστηκε από Κοινωνικό λειτουργό του πεδίου.

“(...)Integrative team planning” (ΚΑ.10))Με τις αρχές υγείας, συμμετοχής και ασφάλειας (ΚΑ.3)

Η εφαρμογή της θεώρησης της υγιούς γήρανσης κατά την παρέμβαση στην κοινότητα δεν μπορεί να εφαρμοστεί χωρίς την παρέμβαση στο άτομο, η οποία προσδιορίζεται μέσα από:

α) την αξιολόγηση και αποτύπωση της λειτουργικότητας ατόμου. Η ομάδα των ειδικών και ειδικότερα ο ακαδημαϊκός κοινωνικός λειτουργός και ο ακαδημαϊκός ιατρός έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στην αποτύπωση της λειτουργικότητας του ατόμου και όχι μόνο στους περιορισμούς που συνοδεύουν τα ηλικιωμένα άτομα.

(...)Στη λειτουργικότητα του ατόμου και όχι στους περιορισμούς του μόνο (ΚΑ.11)

(...)Διερευνώντας το επίπεδο της λειτουργικότητας που έχει το ηλικιωμένο άτομο (ΚΑ.7)

β) την ενδυνάμωση ατόμου (φυσικής και ψυχικής υγείας, συμμετοχής, ενίσχυσης των θετικών του σημείων)

Ιδιαίτερη αναφορά έγινε στην ενδυνάμωση του ατόμου από την διάσταση της ενίσχυσης των θετικών του σημείων και ελαχιστοποίησης των αρνητικών, που ενισχύουν την ανάκαμψη, προσαρμογή και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και στην βελτιστοποίηση των ευκαιριών για μια καλύτερη ποιότητα ζωής όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι ακαδημαϊκοί, γιατρός και κοινωνιολόγος καθώς και ο κοινωνικός λειτουργός του πεδίου. Παρακάτω παρατίθενται αναλυτικά οι θέσεις τους :

(...)Αναζητώντας τρόπους ενίσχυσης των θετικών σημείων και ελαχιστοποίησης των αρνητικών (ΚΑ.7)

(...)Σημαντικό όχι μόνο να εξετάσουμε προσεγγίσεις που βελτιώνουν τις απώλειες που συνδέονται με τη μεγαλύτερη ηλικία, αλλά και εκείνες που μπορεί να ενισχύσουν την ανάκαμψη, την προσαρμογή και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη (WHO, 2015). (ΚΑ.3)

(...)Σύμφωνα με τον ορισμό του ΠΟΥ ο ΚΛ μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην βελτιστοποίηση των ευκαιριών του ηλικιωμένου για υγεία (σωματική και ψυχική), καλή λειτουργικότητα, κοινωνική συμμετοχή και ένας ασφαλές περιβάλλον, ώστε να ενισχύει με τις παρεμβάσεις του μια καλύτερη ποιότητα ζωής συνολικά. (ΚΑ.9)

γ) την ενίσχυση των κοινωνικών δικτύων

Η ενίσχυση των κοινωνικών δικτύων αποτελεί σημαντικό παράγοντα ενδυνάμωσης της σωματικής και της ψυχικής τους υγείας τόσο μέσα από ενίσχυσης της φυσικής τους κατάστασης και της ψυχολογικής τους υγείας όπως αναφέρει η ψυχολόγος της ομάδας των ειδικών, όσο και μέσα από την αξιοποίηση της ψηφιακής τεχνολογίας και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης όπως χαρακτηριστικά αναφέρει χαρακτηριστικά ο γηριάτρος.

(...)Δράσεις ενίσχυσης των κοινωνικών δικτύων. Υποστήριξη της φυσικής τους κατάστασης, της ψυχολογικής τους υγείας κ.άλ. (ΚΑ.8)

(...)Επισημόνων ψηφιακής τεχνολογίας για εκπαίδευση των ηλικιωμένων σε σύγχρονες τεχνολογίες και μέσα κοινωνικής δικτύωσης (internet, παρακολούθησης θεμάτων υγείας τους μέσω telemedicine/e-health, τηλεπικοινωνίας με άλλα μέλη της οικογένειας και κοινωνικούς φορείς ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ κλπ μέσω skype/zoom)(ΚΑ12)

δ) την ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης μέσω ανάπτυξης εξατομικευμένων παρεμβάσεων

Η ολοκληρωμένη φροντίδα στην κοινότητα με στόχο την ενδυνάμωση και την ενίσχυση της ανθεκτικότητας του ατόμου προκύπτει και μέσα από την ανάπτυξη παρεμβάσεων εξατομικευμένων στο χώρο κατοικίας του ηλικιωμένου από εργοθεραπευτή και την διασύνδεση αυτής με άλλες δομές

(...)Μέσα από διοργάνωση και ανάπτυξη παρεμβάσεων εργοθεραπευτών στο χώρο κατοικίας των ηλικιωμένων, ανάδειξη νέων επαγγελματιών-πλοηγών στην κοινότητα που θα διασυνδέουν τον ηλικιωμένο με δομές και φορείς υγείας εξωτερικών ιατρείων ΤΟΜΥ, νοσοκομείων κλπ (μοντέλο integrated care) (ΚΑ.12)

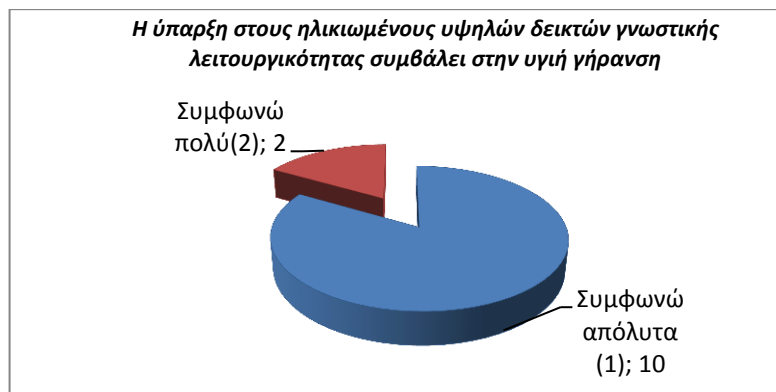
Στη συγκεκριμένη θεματική ενότητα εξετάστηκαν και οι παράγοντες εκείνοι που συμβάλλουν στην υγιή γήρανση και ζητήθηκε από την ομάδα των ειδικών να δηλώσουν τη συμφωνία ή την διαφωνία τους σχετικά με κάποιες δηλώσεις που εκμαιεύθηκαν από την θεωρητική προσέγγιση της υγιού γήρανσης.

Η πρώτη δήλωση αφορά το βαθμό σημαντικότητας και συμβολής των συγκεκριμένων παραγόντων στο σχεδιασμό για την υγιή γήρανση. Στην πρώτη δήλωση ζητήθηκε η έκφραση της συμφωνίας τους σχετικά με την αντίληψη ότι οι υψηλοί δείκτες σωματικής λειτουργικότητας συμβάλουν στην υγιή γήρανση. Οι 10 από τους 12 συμφώνησαν απόλυτα ενώ 2 συμφωνήσαν πολύ (κοινωνικοί λειτουργοί)



Γράφημα 2: «Η ύπαρξη στους ηλικιωμένους υψηλών δεικτών σωματικής λειτουργικότητας συμβάλλει στην υγιή γήρανση»

Στην δεύτερη δήλωση ζητήθηκε η συμφωνία τους με την άποψη ότι η ύπαρξη στους ηλικιωμένους υψηλών δεικτών γνωστικής λειτουργικότητας συμβάλλει στην υγιή γήρανση. «Η ύπαρξη στους ηλικιωμένους υψηλών δεικτών γνωστικής λειτουργικότητας συμβάλλει στην υγιή γήρανση»

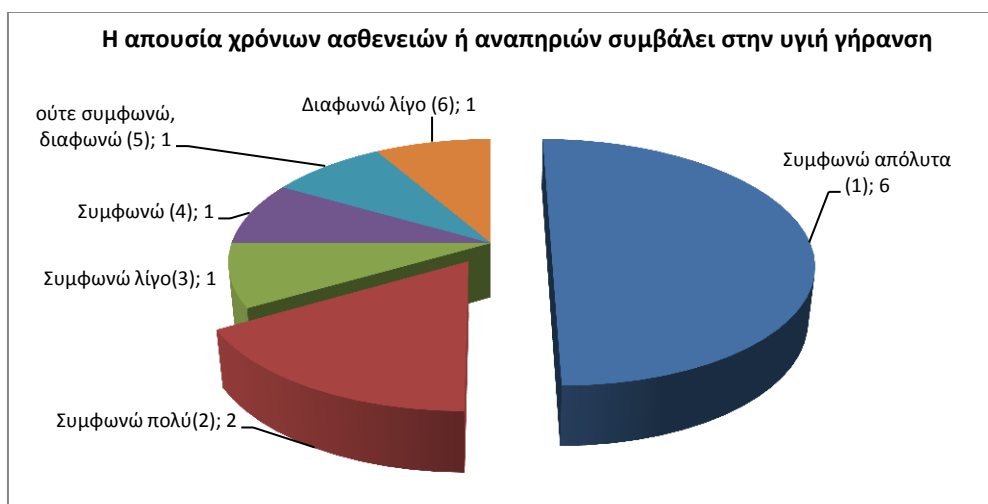


Γράφημα 3: «Η ύπαρξη στους ηλικιωμένους υψηλών δεικτών γνωστικής λειτουργικότητας συμβάλλει στην υγιή γήρανση»

Και στην ερώτηση αυτή δόθηκαν ακριβώς οι ίδιες απαντήσεις με 10 από τους 12 να συμφωνούν απόλυτα ενώ 2 απάντησαν «συμφωνώ πολύ» (κοινωνικοί λειτουργοί)

Στη συνέχεια η ομάδα των ειδικών ρωτήθηκε σχετικά με την σημαντικότητα της παρουσίας των χρόνιων ασθενειών και την συσχέτισή τους με την υγιή γήρανση.

«Η απουσία χρόνιων ασθενειών ή αναπηριών συμβάλλει στην υγιή γήρανση»



Γράφημα 4: «Η απουσία χρόνιων ασθενειών ή αναπηριών συμβάλει στην υγιή γήρανση»

Στις απαντήσεις της συγκεκριμένης ερώτησης –δήλωσης υπήρχε μια διάσταση απόψεων στις απαντήσεις καθώς υπήρχαν 4 από τις 12 απαντήσεις που συμφωνούν λίγο έως διαφωνούν.

ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ				
	(ΑΚ) ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ (2)	ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	ΓΗΡΙΑΤΡΟΣ	(ΑΚ) ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	(ΑΚ) ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ
Συμφωνώ απόλυτα (1)	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΠΕΔΙΟΥ (2)				
Συμφωνώ πολύ(2)	(ΑΚ) ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΟΣ				
Συμφωνώ λίγο(3)	(ΑΚ) ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ				
Συμφωνώ (4)	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΠΕΔΙΟΥ				
ούτε συμφωνώ, διαφωνώ (5)	(ΑΚ) ΓΙΑΤΡΟΣ				
Διαφωνώ λίγο (6)					

Πίνακας IV: Μέλη της ομάδας φροντίδας

Στην αποτύπωση των απαντήσεων ανά ειδικότητα φαίνεται ότι στην πλειοψηφία τους οι ακαδημαϊκοί 4 από τους 6 συμφωνούν απόλυτα με τη σημαντικότητα των χρόνιων παθήσεων και των αναπηριών στην υγιή γήρανση. Σε αντιδιαστολή ο ιατρός Κοινωνικής Ιατρικής, 1 κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται στο πεδίο και ο νοσηλευτής και ο κοινωνιολόγος συμφωνούν λίγο ή απλά συμφωνούν ή ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν.

Στην τελευταία δήλωση της ερώτησης η ομάδα των ειδικών κλήθηκε να δηλώσει το βαθμό συμφωνίας της με την δήλωση:

«Οι κοινωνικά ενεργοί ηλικιωμένοι γηράσκουν με υψηλότερους δείκτες υγείας.»



Γράφημα 5: «Οι κοινωνικά ενεργοί ηλικιωμένοι γηράσκουν με υψηλότερους δείκτες υγείας.»

Συμφωνώ απόλυτα (1)	Συμφωνώ πολύ(2)	Συμφωνώ λίγο(3)
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΠΕΔΙΟΥ	ΑΚ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΠΕΔΙΟΥ	(ΑΚ) ΙΑΤΡΟΣ	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	ΑΚ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΓΙΑΤΡΟΣ ΑΚ		
ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΟΣ		
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ		
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ		
ΓΗΡΙΑΤΡΟΣ		

Πίνακας V: Μέλη της ομάδας φροντίδας

Στην ερώτηση αυτή οι απαντήσεις φαίνεται να συγκλίνουν σημαντικά στη συμφωνία καθώς οι 8 από τις 12 συμφωνούν απόλυτα, ενώ 3 συμφωνούν πολύ και 1 συμφωνεί λίγο. Στην τελευταία ερώτηση της συγκεκριμένης θεματικής ζητήθηκε να μπου σε σειρά κατάταξης σημαντικότητας ,όλοι οι παράγοντες που με βάση την βιβλιογραφική ανασκόπηση συμβάλλουν στην υγιή γήρανση και ο Κοινωνικός λειτουργός οφείλει να λάβει υπόψη του στο σχεδιασμό του.

Η ερώτηση είχε διατυπωθεί με κριτήριο την χρήση μιας φοράς του κάθε αριθμού, κριτήριο που μόνο τρεις ειδικοί ακολούθησαν. Για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων απομονώθηκαν οι 3 και τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΚΑ2	ΚΑ4	ΚΑ5	average
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ	2	3	1	2,00
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	1	1	6	2,67
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ	4	2	3	3,00
ΔΟΜΗΜΕΝΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	3	6	4	4,33
ΟΡΓΑΝΙΚΟΙ	5	4	8	5,67
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ	7	8	2	5,67
ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	6	5	7	6,00
ΦΥΣΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	8	7	5	6,67

Στο σύνολο τους όμως τα αποτελέσματα λαμβάνοντας υπόψη το πόσο συνεισφέρει η κάθε απάντηση (συντελεστής βαρύτητας) δεν διαφοροποιούν την κατάταξη των παραγόντων. Μικρή εξαίρεση αποτελούν οι δημογραφικοί παράγοντες με το φυσικό περιβάλλον.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Συντελεστής βαρύτητας
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ	1,58
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	1,83
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ	1,83
ΔΟΜΗΜΕΝΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	3,08
ΟΡΓΑΝΙΚΟΙ	3,17
ΦΥΣΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	3,25
ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	3,33
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ	3,58

Στον πίνακα αναφέρονται συνολικά οι απαντήσεις της ομάδας

Συνολικές απαντήσεις	1	2	3	4	5	6	7	8
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	8	2		1		1		
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ	7	3	2					
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ	7	2	1	2				
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ	4	2	1		1	2	1	1
ΦΥΣΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	5		3		2		1	1
ΔΟΜΗΜΕΝΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	4	1	2	2	1	2		
ΟΡΓΑΝΙΚΟΙ	3	4	1	1	1		1	1
ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	2	3	3		2	1	1	

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται αναλυτικά οι απαντήσεις των ειδικών:

	ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ	ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ	ΦΥΣΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	ΔΟΜΗΜΕΝΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	ΟΡΓΑΝΙΚΟΙ	ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ
ΚΑ.1	1	2	2	3	3	3	2	2
ΚΑ.2	1	2	4	7	8	3	5	6
ΚΑ.3	1	1	1	1	1	1	2	2
ΚΑ.4	1	3	2	8	7	6	4	5
ΚΑ.5	6	1	3	2	5	4	8	7
ΚΑ.6	1	1	1	1	1	1	1	1
ΚΑ.7	2	3	1	5	3	5	2	5
ΚΑ.8	2	1	1	6	5	4	7	3
ΚΑ.9	1	1	1	1	3	1	3	3
ΚΑ.10	1	1	1	1	1	1	1	1
ΚΑ.11	1	1	1	2	1	2	2	2
ΚΑ.12	4	2	4	6	1	6	1	3

*όπου γκρι πλαίσιο οι σωστές απαντήσεις

Επιπρόσθετα 2 κοινωνικοί λειτουργοί πρόσθεσαν σαν επιπρόσθετους παράγοντες που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη την «κοινωνική συμμετοχή» (ΚΑ1) και τις

«διαπροσωπικές σχέσεις» (KA11) ενώ γιατρός πρόσθεσε έναν παράγοντα ιδιαίτερης σημασίας που σχετίζεται με την εκπαίδευση των γιατρών σχετικά με το ρόλο των κοινωνικών λειτουργών στην υγιή γήρανση

«(...) training of doctors on the role of social workers in active and healthy aging»(KA10)

5.2.2. Παρεχόμενες υπηρεσίες στην κοινότητα για τους ηλικιωμένους με στόχο την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και υπηρεσίες που παρέχονται στην κοινότητα

Στη δεύτερη θεματική ενότητα έγινε προσπάθεια αποτύπωσης και κωδικοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών που θα πρέπει να παρέχονται σε επίπεδο κοινότητας στους ηλικιωμένους σύμφωνα με το μοντέλο της ολοκληρωμένης φροντίδα μέσα από ερωτήσεις που προέκυψαν στη βάση μιας βινιέτας.

Η ομάδα απάντησε στην πλειοψηφία τους 10 από τους 12 ενώ ένας ιατρός (KA10) δεν απάντησε ενώ η ψυχίατρος απάντησε «Πρόγραμμα ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» (KA2) χωρίς να προσδιορίσει ποιες είναι αυτές οι υπηρεσίες.

Οι υπηρεσίες όπως αποτυπώθηκαν σχετίζονται με **υπηρεσίες για την βελτίωση της απλής λειτουργικότητας των ηλικιωμένων** που αφορούν κυρίως νοσηλευτικές όπως επίβλεψη για τη λήψη των φαρμάκων, ιατρικές υπηρεσίες όπως διατροφή αδυνατίσματος, συνταγογράφηση, υπηρεσίες οικογενειακού φροντιστή όπως ψώνια, καθαριότητα, προσωπική υγιεινή, προετοιμασία φαγητού, πληρωμή λογαριασμών, φυσιοθεραπεία καθώς και υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης όπως για παράδειγμα ασκήσεις νοητικής ενδυνάμωσης.

(...)Σειρά υπηρεσιών στο σπίτι (KA.1)

(...)KA¹- φυσικοθεραπεία, προσωπική υγιεινή, επίβλεψη για τη λήψη των φαρμάκων της, διατροφή αδυνατίσματος (KA.1)

KOΣ²- ασκήσεις ενίσχυσης μνήμης, πιθανή φαρμακοθεραπεία

(...)ΔΥO³- οργάνωση ασφαλούς χώρου διαβίωσης, ψώνια, καθαριότητα του σπιτιού, προετοιμασία γευμάτων, πληρωμή λογαριασμών (KA.1)

(...)Φροντίδα θεμάτων υγείας (λήψη φαρμάκων, θεραπείες), ατομική υγιεινή, οικιακή φροντίδα (καθαριότητα, μαγείρεμα, ψώνια), θεραπείες (KA11)

(...)KAΘΗΜΕΡΙΝΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ, ΟΙΚΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ, ΨΩΝΙΑ (KA6)

(...)Χρειάζονται βοήθεια με τα ψώνια, την καθαριότητα και το μαγείρεμα. (KA7)

(...)κάποια κυρία που θα βοηθάει το πρωί με την καθαριότητα και την παρασκευή του φαγητού και θα επιβλέπει την κατάσταση σε καθημερινή βάση (KA12)

¹ KA=κυρία

² KOΣ=κύριος

³ ΔΥO=για το ζευγάρι

(...)ΚΟΣ- καθώς θα εξελίσσεται η άνοια υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης, παρακολούθηση από ψυχίατρο για την εξέλιξη της άνοιας και τη ρύθμιση της ΦΑ για την αντιμετώπιση και των προβλημάτων άγχους (ΚΑ.3)

(...)ΔΥΟ- ιατρική παρακολούθηση και των δυο (ΚΑ.3)

(...)ΚΑ-Βοήθεια στις οικιακές εργασίες, στο μαγείρεμα (προετοιμασία φαγητού, βοήθεια στο σερβίρισμα και μάζεμα των πιάτων), στα ψώνια, στη συνταγογράφηση, στην καθημερινή υγιεινή, φυσικοθεραπεία για λίγο διάστημα (ΚΑ.3)

(...)ΚΑ-Βοηθό για τις ανάγκες της συζύγου (ΚΑ8)

ΚΟΣ- Φυσιοθεραπεία, μεταφορά σε υπηρεσίες για την υποστήριξη της νοητικής/γνωστικής λειτουργικότητάς του -ΚΗΦΗ (ΚΑ8)

Οι παραπάνω απαντήσεις δόθηκαν από τους ακαδημαϊκούς κοινωνικούς λειτουργούς (ΚΑ1,ΚΑ11), από κοινωνικό λειτουργό του πεδίου (ΚΑ3), κοινωνιολόγο (ΚΑ8) και τον ιατρό κοινωνικής ιατρικής (ΚΑ7).Οι υπηρεσίες για την απλή λειτουργικότητα αποτυπώθηκαν κυρίως από τους κοινωνικούς επιστήμονες.

Επιπρόσθετα στην παροχή υπηρεσιών ολοκληρωμένης φροντίδας σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι **υπηρεσίες ενδυνάμωσης της ψυχικής υγείας** με στόχο την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των ηλικιωμένων. Η συστηματική φροντίδα από ψυχολόγο που θα καθησυχάσει τις αγωνίες τους και θα συμβάλει στο μοντέλο της ολοκληρωμένης φροντίδας (*integrated care model*) αναφέρθηκε από 3/12 και αυτοί ήταν:

(...)ΚΟΣ⁴-ψυχολογική ενίσχυση (ΚΑ.1)

(...)ΚΟΣ- ίσως κάποιος ψυχολόγος που θα ησυχάσει λίγο τις αγωνίες του συζύγου (ΚΑ12)

(...)ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ,(ΚΑ6)

Στις υπηρεσίες ενδυνάμωσης της ψυχικής υγείας αναφέρθηκαν κοινωνικοί λειτουργοί (ΚΑ1,ΚΑ6) και ο γηγιάτρος (ΚΑ12)

Η ενίσχυση των υποστηρικτικών δικτύων με στόχο την επίτευξη της βελτίωσης της επικοινωνίας και συντροφιάς με τα αγαπημένα πρόσωπα των ηλικιωμένων αποτελεί μια επιπρόσθετη δέσμη υπηρεσιών απαραίτητη για την ολοκληρωμένη φροντίδα όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται αποκλειστικά από 2 από τους 5 Κοινωνικούς λειτουργούς. Κανένας μη κοινωνικός λειτουργός δεν αναφέρθηκε στην χρησιμότητα των υποστηρικτικών δικτύων.

(...)ΔΥΟ- συντροφιά και επικοινωνία με τα αγαπημένα τους πρόσωπα (ΚΑ.1)

(...) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ (ΚΑ6)

Η ολοκληρωμένη φροντίδα θα προκύψει και μέσα από την ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης των ηλικιωμένων μέσα από την χρήση της τεχνολογίας για επικοινωνία μεταξύ των μελών τα οικογένειας αλλά και τους κοινωνικούς φορείς και την ανάπτυξη εξατομικευμένων παρεμβάσεων όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη ενότητα από τον Γηρίατρο της ομάδας των ειδικών.

(...)Επισημόνων ψηφιακής τεχνολογίας για εκπαίδευση των ηλικιωμένων σε σύγχρονες τεχνολογίες και μέσα κοινωνικής δικτύωσης (internet, παρακολούθησης θεμάτων υγείας τους μέσω telemedicine/e-health, τηλεπικοινωνίας με άλλα μέλη της οικογένειας και κοινωνικούς φορείς ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.Α.Π.Η. κλπ μέσω skype/zoom)(KA12)

Τελευταίος άξονας στην παροχή υπηρεσιών για την ολοκληρωμένη φροντίδα όπως αυτή προσδιορίστηκε από την ομάδα των ειδικών αποτελεί **η ανάπτυξη υπηρεσιών για την βελτίωση του δομημένου περιβάλλοντος**. Η παρουσία εργοθεραπευτή με στόχο την τροποποίηση του περιβάλλοντος του σπιτιού για την αποφυγή ατυχημάτων στο σπίτι αναφέρθηκε τόσο από κοινωνικό λειτουργό(...)**ΔΥΟ- οργάνωση ασφαλούς χώρου διαβίωσης, (KA.1)** αλλά και από τον γηρίατρο της ομάδας με στόχο την βελτίωση της λειτουργικότητας του ηλικιωμένων.

(...)KA- Εργοθεραπευτής που θα τροποποιήσει λίγο το περιβάλλον του σπιτιού για αποφυγή νέων πτώσεων της κυρίας και διευκόλυνσης έγερσης της από το κρεβάτι, κομό για την υγιεινή της κλπ, (KA12)

Σχετικά με τον τρόπο που θα μπορούσε να δοθεί η ολοκληρωμένη φροντίδα, η ομάδα των ειδικών και ειδικότερα ο κοινωνικός λειτουργός (KA4) και ο νοσηλευτής της ομάδας θεωρούν ότι με διεπιστημονική προσέγγιση και δικτύωση των φορέων της κοινότητας θα μπορούσε να επιτευχθεί. Ειδικότερα η επίσκεψη της διεπιστημονικής ομάδας με συστηματικό τρόπο αλλά και η κινητοποίηση της γειτονιάς σε συνεργασία με τις δομές της κοινότητας είναι εφικτό να επιτύχουν την ολοκληρωμένη φροντίδα όπως αυτή παρουσιάστηκε παραπάνω.

(..)Κατ' οίκον επίσκεψη με συστηματικό τρόπο από πολλούς και διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας και βοηθητικό προσωπικό: Νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών, κοινωνικοί λειτουργοί, ιατροί, φυσικοθεραπευτές, προσωπικό για βοήθεια με το σπίτι (KA5)

(..)Κινητοποίηση γειτονιάς, εθελοντικών ομάδων αλληλεγγύης. Δικτύωση με τοπικούς φορείς (σύλλογο στήριξης ασθενών και φροντιστών ασθενών με ν. Alzheimer, συμμετοχή σε ομάδα αλληλοβοήθειας)(KA4)

(..)Κοινωνικο-υποστηρικτικές υπηρεσίες από δημοτική ΚΥ, ΒΣΣ, ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ (ανάλογα με τις πηγές της κοινότητας). (KA4)

Η συνεργασία με την οικογένεια και η ανάληψη φροντίδας από υπηρεσίες υγείας με την αξιοποίηση άτυπων φροντιστών και δικτύων αποτελεί δεύτερη πρόταση για την

παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στην κοινότητα σύμφωνα με την ψυχολόγο της ομάδας.

- (..)Συνεργασία οικογένειας και επαγγελματιών υγείας (πχ Κ.Λ./Ψυχολόγο) για την μεγιστοποίηση της ασφάλειας του σπιτιού. (ΚΑ8)
- (..)συνεργασία παιδιών (informal caregiver). (ΚΑ8)
- (..)Σε όλες τις περιπτώσεις πρέπει να υπάρξει η συνεργασία της οικογένειας για την κάλυψη των αναγκών της συζύγου, αλλά και για το σύζυγο. (ΚΑ8)

Δευτερευόντως με την συνεργασία της κοινότητας ,η ψυχοκοινωνική στήριξη της οικογένειας κυρίως για το *burden* όπως αναφέρει η ψυχολόγος κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική.

- (...)Ψυχοκοινωνική υποστήριξη των συζύγων και των παιδιών τους (για το *burden*) και κυρίως της κόρης που θα επωμιστεί το μεγαλύτερο βάρος (52 ετών).(ΚΑ8)

Συμπερασματικά στις προτάσεις για την ολοκληρωμένη φροντίδα

- (...)Πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι (ΚΑ2)
- (...)Οικιακή βοηθό σε καθημερινή βάση (formal caregiver)(ΚΑ8)
- (...)Επισκέψεις από το Βοήθεια στο σπίτι (βοήθεια / επίβλεψη για λήψη φαρμάκων). (ΚΑ8)
- (...)Υπηρεσίες φροντίδας υγείας από ΠΙ ή ΚΥ. (ΚΑ4)

Όσον αφορά τις **υπηρεσίες που παρέχονται στην κοινότητα**, οι υπηρεσίες διακρίνονται κυρίως σε υπηρεσίες για την κάλυψη των αναγκών απλής λειτουργικότητας όπως νοσηλεία, οικιακή φροντίδα, φροντίδα του σπιτιού, ατομική υγιεινή, ελαφριά καθαριότητα, ψώνια, έλεγχος λήψης φαρμάκων. Αυτές οι υπηρεσίες αναφέρθηκαν αποκλειστικά από τους 4 από τους κοινωνικούς λειτουργούς.

- (...)Μερικώς νοσηλεία και οικιακή φροντίδα (ΚΑ11)
- (...)φροντίδα του σπιτιού, (ΚΑ3)
- (...)την ατομική υγιεινή σε καθημερινή βάση(ΚΑ3)
- (...)Πιθανόν η ελαφριά καθαριότητα (όχι σε καθημερινή βάση), . (ΚΑ1)
- (...)πιθανόν η λήψη φαρμάκων αν είναι την ίδια ώρα καθημερινά (ΚΑ1)
- (...)πιθανόν τα ψώνια,(ΚΑ1)
- (...)ΟΙ ΔΟΜΕΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΡΟΥΝ ΤΙΣ ΠΡΟΑΝΑΦΕΡΘΕΙΣΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΛΛΑ ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ (ΚΑ6)
- (...)και βοήθεια στο σπίτι(ΚΑ1)

Αναφορά έγινε και σε υπηρεσίες για την κάλυψη ψυχοκοινωνικών αναγκών όπως ψυχολογική και κοινωνική στήριξη κοινωνική λειτουργό και ψυχίατρο.

- (...)ψυχολογική υποστήριξη (ΚΑ1)
- (...)Κοινωνική υποστήριξη (ΚΑ2)

Μόνο 1 γιατρός (ψυχίατρος) από την ομάδα των ειδικών θεωρεί ότι στην κοινότητα παρέχεται πραγματικά υπηρεσία με πολυεπίπεδη διερεύνηση και αξιολόγηση των αναγκών και διασφάλιση αποδεκτών συνθηκών διαβίωσης.

(...) Πολυεπίπεδη διερεύνηση κι αξιολόγηση προβλημάτων κι αναγκών οικογένειας (KA2)

(...) Έλεγχος και προσπάθεια εξασφάλισης αποδεκτών συνθηκών διαβίωσης (KA2)

Ειδική αναφορά έγινε με στο πρόγραμμα ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ότι παρέχει πραγματικά στήριξη.

(...) Το "βοήθεια στο σπίτι" παρέχει στήριξη (KA7)

Σημαντικό μέρος των απαντήσεων της ομάδας των ειδικών σχετίζεται με τους παράγοντες εκείνους από τους οποίους εξαρτάται η παροχή ή μη των υπηρεσιών στην κοινότητα καθώς και με τα εμπόδια και τα χαρακτηριστικά της ελλειμματικής φροντίδας.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί όπως αναφέρθηκε παραπάνω, έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στις υπηρεσίες απλής λειτουργικότητας - 4 από τους 5 - ανέφεραν τις υπηρεσίες- ενώ ένας ανέφερε ότι η παροχή υπηρεσιών εξαρτάται από τις πηγές της κάθε κοινότητας και τις κοινωνικό-δημογραφικές συνθήκες.

(...) Θεωρώ ότι μπορεί να παρέχονται οι προαναφερόμενες υπηρεσίες από τις παραπάνω δομές, αν και όχι όλες στη πραγματικότητα (αναλόγως και των κοινωνικό-δημογραφικών συνθηκών και των πόρων/πηγών κοινότητας). (KA4)

Η παροχή των υπηρεσιών φαίνεται να εξαρτάται και από την **στελέχωση των υπηρεσιών** καθώς και το ποιοι είναι οι ίδιοι οι επαγγελματίες αυτών των δομών σύμφωνα με τον νοσηλευτή και τον γηγίατρο της ομάδας. Χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι:

(..) Όσο γνωρίζω οι υπηρεσίες παρέχονται αποσπασματικά και εξαρτώνται πολύ από αυτούς που θα τις παρέχουν, τη στελέχωση της κάθε υπηρεσίας, (KA5)

(...) Εργοθεραπευτή αν διαθέτει το ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ, αλλά ποιος θα πληρώσει για τις αλλαγές στο χώρο αν κοστίζουν ακριβά (KA12)

Την αποσπασματικότητα των υπηρεσιών ως εμπόδιο στην παροχή φροντίδας φαίνεται να την αναγνωρίζουν 2 ακαδημαϊκοί (ψυχολόγος – Κοινωνικός λειτουργός)

(..) Παρέχονται όλες σχεδόν αλλά από διαφορετικές υπηρεσίες, τις οποίες πρέπει κανείς να τις αναζητήσει. Θα έπρεπε να υπάρχει μία δομή που να παρέχει όλες τις υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες. Συντονισμός (KA8)

(...) Μερικώς νοσηλεία και οικιακή φροντίδα (KA11)

Η **αλληλοκάλυψη και η απουσία συντονισμού** αναφέρθηκαν σαν εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών από την κοινωνιολόγο

(...)Αρκετές από τις παραπάνω υπηρεσίες παρέχονται από τις δομές μεμονωμένα ή και αλληλοσυμπληρώνονται (ΚΑ9)

Αντιθέτως η **περιστασιακή παροχή** υπηρεσιών εντοπίζεται αποκλειστικά από Κοινωνικούς λειτουργούς του πεδίου.

(...)Από το πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι παρέχονται αρκετές από τις παραπάνω υπηρεσίες αλλά θα έπρεπε σε καθημερινή βάση (ΚΑ3)

(...)Οι δομές μπορούν να προσφέρουν τις προαναφερθείσες υπηρεσίες αλλά περιστασιακά (ΚΑ6)

Η μη παροχή υπηρεσιών στην κάλυψη δραστηριοτήτων απλής λειτουργικότητας και νοητικής ενδυνάμωσης εκφράστηκε από κοινωνικό λειτουργό του πεδίου και αυτό κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό καθώς εργάζεται στο πεδίο.

(...)Σε ότι αφορά τη φροντίδα του σπιτιού, την ατομική υγιεινή σε καθημερινή βάση, το μαγείρεμα, δεν παρέχεται από κάποια υπηρεσία.(ΚΑ3)

(...)Από το ΚΑΠΗ θα μπορούσε να δέχεται ο σύζυγος υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης και δημιουργικής απασχόλησης(ΚΑ3)

Οι προτάσεις που προέκυψαν από τις απαντήσεις της ομάδας σχετικά με τη βελτίωση της παροχής των υπηρεσιών που υπάρχουν σήμερα στην κοινότητα βασίζονται στην βάση της αποδοχής των εμποδίων στην παροχή υπηρεσιών και παρουσιάστηκαν αποκλειστικά από την κοινωνιολόγο της ομάδας. Η εκφρασθείσα άποψη αναφέρει ότι *(...)«Αρκετές από τις παραπάνω υπηρεσίες παρέχονται από τις δομές μεμονωμένα ή και αλληλοσυμπληρώνονται»(ΚΑ9)*. Η βελτίωση των υπηρεσιών θα μπορούσε να προκύψει μέσα από την εφαρμογή **προγράμματος ανακουφιστικής φροντίδας** από το ΚΗΦΗ. (...) το ΚΗΦΗ θα μπορούσε να παρέχει ανακουφιστική φροντίδα στην οικογένεια με την ημερήσια φιλοξενία του ηλικιωμένου με άνοια, και υπηρεσίες ατομικής φροντίδας, πλύσιμο ρούχων κλπ. (ΚΑ9)

Ο έλεγχος προβλημάτων λειτουργικότητας θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί από το Πρόγραμμα ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

*(...)Το Βοήθεια στο Σπίτι να παρέχει τις υπηρεσίες από τις παραπάνω που αναφέρονται στην **υποστήριξη** στο σπίτι (φάρμακα, εποπτεία χώρου, ψυχοκοινωνική στήριξη, έλεγχος προβλημάτων **λειτουργικότητας**, συστηματική παρακολούθηση και υποστήριξη του ζευγαριού στο χώρο που ζει). (ΚΑ9)*

Εν τέλει το ΚΑΠΗ θα μπορούσε να προσφέρει ένα οργανωμένο **πρόγραμμα νοητικής ενδυνάμωσης**

*(...)Το ΚΑΠΗ να παρέχει **υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης** στο άτομο με άνοια για να προληφθεί περαιτέρω χειροτέρευση της γνωστικής του λειτουργίας κλπ.(ΚΑ9)*

5.2.3. Εκτίμηση αναγκών στην κοινότητα -Εμπλεκόμενοι στη φροντίδα

Στην παρούσα θεματική ενότητα όπως διαμορφώθηκε μετά την κωδικοποίηση της θεματικής ανάλυσης παρουσιάζεται αναλυτικά η αντίληψη των ειδικών σχετικά με τον τρόπο που θα πρέπει να πραγματοποιηθεί η εκτίμηση των αναγκών του φροντιστή και της οικογένειας, τα εμπόδια σε αυτήν αλλά και η κάλυψη ή μη των αναγκών της οικογένειας.

Αρχικά στο σύνολο τους, 7 από τους 12 από την ομάδα των ειδικών θεωρούν ότι θα πρέπει να πραγματοποιηθεί ξεχωριστή εκτίμηση των αναγκών του φροντιστή. Ειδικότερα, 4 κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνιολόγος, ψυχίατρος, γηρύατρος εξέφρασαν την άποψη ότι θα πρέπει να εκτιμηθούν ξεχωριστά οι ανάγκες του φροντιστή.

(..)Ναι, πρέπει να εκτιμηθούν ξεχωριστά οι ανάγκες κάθε μέλους, αλλά και οι ανάγκες τους ως ζευγάρι που συνοικούν. (ΚΑ.1)

(..)Ναι (ΚΑ.2)

(..)Ναι (ΚΑ.3)

(..)Θα έπρεπε να εκτιμηθούν ξεχωριστά οι ανάγκες της συζύγου (ΚΑ.4.)

(..)Θα έπρεπε να γίνει ατομική και οικογενειακή αξιολόγηση (ΚΑ.6)

(..)θα εκτιμηθούν ίσως από τον κοινωνικό λειτουργό του νοσοκομείου (ΚΑ12)

(..)Κανονικά θα πρέπει να εκτιμηθούν εξατομικευμένα οι ανάγκες για το κάθε άτομο ξεχωριστά, αλλά και για το ζευγάρι συνολικά.(ΚΑ9)

Επιπρόσθετα εκφράστηκε η αντίληψη ότι η ξεχωριστή εκτίμηση των αναγκών του φροντιστή θα προτείνει ίσως ιδέες στις δομές για την παρέμβαση αλλά το πιο σημαντικό καθίσταται το γεγονός ότι θα εκφραστούν οι ανάγκες των φροντιστών έτσι ώστε να σχεδιαστεί πρόγραμμα ανακουφιστικής φροντίδας και υποστήριξής τους.

(..)που θα προτείνει ίσως κάποιες λύσεις στα παιδιά του ζευγαριού και ίσως να επικοινωνούσε με τον κοινωνικό λειτουργό του ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ για λίγη βοήθεια και επίσκεψη από το ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ της περιοχής αν υπάρχει (ΚΑ12)

(..)Informal caregivers are not just the husbands but all unpaid informal caregivers who need real support and training (ΚΑ10)

Παρόλα αυτά οι απαντήσεις των υπόλοιπων μελών της ομάδας ανέδειξαν κενό στην εκτίμηση των αναγκών που σκιαγραφείται με το αν τελικά οι δομές επιτυγχάνουν την εκτίμηση των αναγκών τόσο του ηλικιωμένου, όσο και όλων των μελών της οικογένειας. Το σημαντικό κενό στην εκτίμηση των αναγκών και συνεπώς και στο σχεδιασμό της παρεχόμενης φροντίδας εκφράστηκε από τον ιατρό κοινωνικής ιατρικής .

(..)Μάλλον όχι - θεωρώ το σωστό είναι να παρέχουν συνολική στήριξη (ΚΑ.7)

Δύο μέλη της ομάδας ακαδημαϊκοί (κοινωνιολόγος – κοινωνικός λειτουργός) απάντησαν ότι δεν μπορούν να έχουν άποψη για το τι συμβαίνει πραγματικά στο πεδίο.

(...)Δεν μπορώ να έχω άποψη(ΚΑ11)

(...)Δε γνωρίζω όμως τι κάνουν οι συγκεκριμένες δομές στην πράξη.(ΚΑ9)

Στην ερώτηση αν θα εκτιμηθούν και οι ανάγκες των άλλων μελών της οικογένειας, οι κοινωνικοί λειτουργοί θεώρησαν ότι θα πραγματοποιηθεί εκτίμηση των αναγκών όλης της οικογένειας(οι 3 από τους 5) ενώ και η ψυχίατρος συμφώνησε με την παραπάνω άποψη.

(..)Ναι πρέπει να εκτιμηθούν και οι ανάγκες των άλλων μελών, προκειμένου να εκτιμήσει ο Κλ ποια από τα μέλη της οικογένειας μπορούν να αναλάβουν μέρος της φροντίδας του ζευγαριού. (ΚΑ.1)

(...)Σε μεγάλο βαθμό(ΚΑ2)

(...)Ναι(ΚΑ3)

(..)Οι δομές θα πρέπει να εκτιμήσουν και τις ανάγκες των άλλων μελών της οικογένειας. (ΚΑ.4)

(..)Κανονικά θα πρέπει να εκτιμηθούν εξατομικευμένα οι ανάγκες (....) για το ζευγάρι συνολικά.(ΚΑ9)

Αντιθέτως 4 ακαδημαϊκοί (νοσηλεύτης, γιατρός, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος) θεωρούν ότι ενώ πρέπει να γίνει εκτίμηση των αναγκών όλων των μελών της οικογένειας, θεωρούν ότι δεν θα πραγματοποιηθεί.

(..)Όχι, αλλά θα έπρεπε να το κάνουν. (ΚΑ.5)

(..)Θα έπρεπε. Στην πραγματικότητα ίσως. (ΚΑ.6)

(..)Αμφιβάλλω! (ΚΑ.7)

(...)Από όσο γνωρίζω όχι(ΚΑ8)

(..)Νομίζω όχι (ΚΑ.11)

(..)δεν ξέρω αν υπάρχει ο χρόνος(ΚΑ12)

Τέλος ο νευρολόγος (ΚΑ10) δεν απάντησε για το αν θα πρέπει να πραγματοποιηθεί εκτίμηση των αναγκών της οικογένειας.

Τα εμπόδια στην εκτίμηση των αναγκών σχετίζονται με το **είδος της δομής και τα χαρακτηριστικά οργάνωσης της δομής** καθώς η πλειοψηφία των δομών αξιολογεί τις ανάγκες αποκλειστικά του ωφελούμενου και όχι όλων των εμπλεκόμενων με την φροντίδα σύμφωνα με τους ακαδημαϊκούς της ομάδας.

(...)Εξαρτάται βέβαια και από το είδος της δομής. (ΚΑ.8)

(...)Συνήθως οι εκάστοτε υπηρεσίες αξιολογούν τις ανάγκες ατομικά και λιγότερο συνολικά. (ΚΑ.8)

Επιπρόσθετα σημαντικό ρόλο στην εκτίμηση των αναγκών διαδραματίζει και ο **επαγγελματισμός του προσωπικού** της κάθε δομής που ίσως να μην επιτυγχάνει την υλοποίηση των στόχων στην παροχής φροντίδας της δομής καθώς και η ολιστική ή μη φιλοσοφία παρέμβασης. Η λειτουργία ή μη των δομών με γνώμονα τους σκοπούς και

τις αρχές της οργάνωσης καθορίζει και την εκτίμηση των αναγκών όπως αναφέρει η κοινωνιολόγος της ομάδας.

(..)Εάν λειτουργήσουν ολιστικά και σύμφωνα με τις αρχές και τους σκοπούς λειτουργίας της κάθε δομής θα πρέπει να το κάνουν οπωσδήποτε. Δε γνωρίζω όμως αν το κάνουν!!!(ΚΑ9)

(..)Πιστεύω ότι εξαρτάται και από το προσωπικό της κάθε δομής. Τον επαγγελματισμό του, και άλλους παράγοντες. (ΚΑ.9)

Η έλλειψη συντονισμού και διασύνδεσης των υπηρεσιών σε συνδυασμό με την **έλλειψη χρόνου** αποτελεί δυο ακόμα αιτίες για το κενό στην εκτίμηση των αναγκών των ηλικιωμένων στην κοινότητα όπως αναφέρουν η ψυχολόγος και ο γηρίατρος.

(...)Από όσο γνωρίζω όχι, καθώς δεν υπάρχει συντονισμός και διασύνδεση των υπηρεσιών. (ΚΑ.8)

(...) δεν ξέρω αν υπάρχει ο χρόνος (ΚΑ.12)

Εν τέλει την ερώτηση για την εκτίμηση της κάλυψης των αναγκών από τις υπηρεσίες, όπως αυτές αποτυπώθηκαν από την ομάδα των ειδικών φαίνεται να σχετίζονται με την κάλυψη των αναγκών απλής λειτουργικότητας και την κάλυψη των ψυχοκοινωνικών αναγκών. Οι 7 από τις 8 απαντήσεις αφορούν κοινωνικούς λειτουργούς ενώ απάντησε θετικά και ο ιατρός κοινωνικής ιατρικής. Η κάλυψη των αναγκών απλής λειτουργικότητας σχετίζεται με *ιατρική παρακολούθηση, συνταγογράφηση, μερική βοήθεια στις οικιακές εργασίες, ψώνια, λήψη φαρμάκων, καθαριότητα, ατομική υγιεινή, μαγείρεμα, ιατρική παρακολούθηση.*

(..)Συνταγογράφηση, ιατρική παρακολούθηση, μερική βοήθεια στις οικιακές εργασίες, θα μπορούσε να καλυφθεί από τις υπηρεσίες. (ΚΑ.3)

(...)πιθανά και οι υγειονομικές τους ανάγκες. (ΚΑ.4)

(...)Υγιεινή φροντίδα, ψώνια, λήψη φαρμάκων (ΚΑ.11)

(..)Θα προσφερθεί νοσηλευτική υπηρεσία και ίσως ψώνια, φροντίδα οικίας για καθημερινή φροντίδα, ατομική υγιεινή (ΚΑ.6)

(...)Μάλλον θα υπάρχει βοήθεια με τα βασικά: Ψώνια, καθαριότητα (ΚΑ.7)

(...)Για τα ψώνια, τη φροντίδα του σπιτιού, την ατομική υγιεινή σε καθημερινή βάση, το μαγείρεμα, (ΚΑ.3)

(..)τη δική της ιατρική βοήθεια (λήψη φαρμάκων, φυσιοθεραπείες;), διαμόρφωση σπιτιού να είναι πιο ασφαλές, οικιακή βοήθεια κ.ά. ανάγκες ίσως χρειαστεί εύρεση άλλων λύσεων.(ΚΑ.4)

(...)Υγιεινή φροντίδα, ψώνια, λήψη φαρμάκων (ΚΑ.11)

(...)Πιθανόν ελαφριά καθαριότητα (όχι σε καθημερινή βάση), πιθανόν βοήθεια στη λήψη φαρμάκων, πιθανόν στα ψώνια(ΚΑ1)

Σχετικά με την κάλυψη των **ψυχοκοινωνικών αναγκών**, αυτές αφορούν την κοινωνική υποστήριξη, τις υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης, τη συναισθηματική

αποφόρτιση του συζύγου κυρίως καθώς και τη στήριξη από τον κοινωνικό λειτουργό για τον από κοινού σχεδιασμό για το πλάνο φροντίδας.

- (...)Επιπλέον από το ΚΑΠΗ θα μπορούσε ο σύζυγος να δεχτεί υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης (ΚΑ3)
- (...)και φροντίδα του συζύγου λόγω άνοιας (ασκήσεις νοητικής ενδυνάμωσης).Θα χρειαστούν άλλες υπηρεσίες. (ΚΑ.6)
- (...)Οι ανάγκες που αφορούν στη κοινωνική τους υποστήριξη. (ΚΑ.4)
- (...)τη συναισθηματική αποφόρτιση της συζύγου, (ΚΑ.4)
- (...) Πιθανόν ψυχολογική υποστήριξη,. . (ΚΑ.1)
- (...) Understanding the disease , respite care, social support(ΚΑ.10)
- (...)Πιθανόν βοήθεια από τον ΚΛ για τον συντονισμό της παροχής φροντίδας από το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι και τους φροντιστές . (ΚΑ.1)
- (...)πρόγραμμα ενίσχυσης μνήμης(ΚΑ1)

Στην παραπάνω ερώτηση σχετικά με την κάλυψη των αναγκών είναι χαρακτηριστικό ότι απάντησαν οι κοινωνικοί λειτουργοί στο σύνολο τους όπως και ένας γιατρός (ΚΑ7) ενώ δεν απάντησε καθόλου ένας γιατρός (ΚΑ10).

Σημαντική είναι και η άποψη που αποτυπώνεται από τους ειδικούς και αφορά την μη κάλυψη των αναγκών της απλής λειτουργικότητας της ηλικιωμένης **λόγω ανεπάρκειας των υπηρεσιών και μη καθημερινής παροχής και συνέχειας και μη πρόσβασης στην φροντίδα** λόγω του κινητικού της προβλήματος όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται από τους κοινωνικούς επιστήμονες –ακαδημαϊκούς της ομάδας (κοινωνική λειτουργό και κοινωνιολόγο).

- (...)Πιστεύω ότι οι ανάγκες που αφορούν την κινητικότητα και την καθημερινή λειτουργικότητα της γυναίκας δεν θα μπορούν να υποστηριχτούν επαρκώς από τις δομές που παρέχουν τέτοιες υπηρεσίες (πχ το Βοήθεια στο Σπίτι), γιατί θα πρέπει να είναι κάποιος καθημερινά μαζί της και ο σύζυγος δεν θα μπορεί να τη βοηθήσει. (ΚΑ.9)
- (...)Στο σύνολο τους και απόλυτα, δεν νομίζω ότι θα καλυφθεί καμία από τις ανάγκες από τα υπάρχοντα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι. (ΚΑ.1)
- (...)Επίσης φαίνεται ότι οι ίδιοι δεν μπορούν να πάνε στο ΚΑΠΗ της περιοχής τους, η κυρία λόγω του κινητικού προβλήματος και ο κύριος λόγω της άνοιας.(ΚΑ1)

Το γεγονός ότι δυο από τους τρεις κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται στο πεδίο παραδέχονται την μη κάλυψη των αναγκών, φανερώνει το μέγεθος του κενού στην φροντίδα.

- (..)όχι όλες (ΚΑ.3)
- (..)Στην πράξη όχι. (ΚΑ.5)
- (...)ΚΑΠΟΙΕΣ ΝΑΙ. ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΟΛΕΣ (ΚΑ.6)

Το **κενό στην φροντίδα** φαίνεται και από την εκφρασμένη άποψη των κοινωνικών λειτουργών ότι θα χρειαστούν και άλλες υπηρεσίες για την κάλυψη των αναγκών με

σημαντικό μερίδιο ευθύνης στην κάλυψη των αναγκών να φαίνεται αναλαμβάνουν οι άτυποι αλλά και ιδιώτες φροντιστές.

(...)ΘΑ ΧΡΕΙΑΣΤΟΥΝ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ (ΚΑ.6)

(..)Στο σύνολο τους και απόλυτα, δεν νομίζω ότι θα καλυφθεί καμία από τις ανάγκες από τα υπάρχοντα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι. Επίσης φαίνεται ότι οι ίδιοι δεν μπορούν να πάνε στο ΚΑΠΗ της περιοχής τους, η κυρία λόγω του κινητικού προβλήματος και ο κύριος λόγω της άνοιας. (ΚΑ1)

(...)Έτσι μεγάλο μέρος της φροντίδας πρέπει να αναλάβουν οι φροντιστές (είτε συγγενείς είτε ιδιώτες)(ΚΑ1)

Η οικογένεια και τα παιδιά του ηλικιωμένου φαίνεται να διαδραματίζουν καθοριστικότατο ρόλο στο σχέδιο φροντίδας για την κάλυψη των αναγκών. Το γεγονός αυτό αναδεικνύουν οι κοινωνικοί λειτουργοί αποκλειστικά.

(...)Για το μίρασμα της φροντίδας του ηλικιωμένου κυρίου, την κινητοποίηση και εμπλοκή όλων των παιδιών στη φροντίδα του(ΚΑ.4)

(...)Έτσι μεγάλο μέρος της φροντίδας πρέπει να αναλάβουν οι φροντιστές (είτε συγγενείς, είτε ιδιώτες) (ΚΑ.1)

Στο σημείο αυτό του ερωτηματολογίου από τις απαντήσεις των ερωτώμενων αρχίζει να διαφαίνεται η αναγκαιότητα μιας **κεντρικής υπηρεσίας** που να καλύπτει όλες τις ανάγκες και το κενό που προκύπτει λόγω της πολυδιάσπασης και του κατακερματισμού των υπηρεσιών που εντοπίζουν ο ψυχολόγος και ο νοσηλευτής της ομάδας.

(...)Δεν υπάρχει μία δομή που να καλύπτει όλες τις ανάγκες (π.χ. καθημερινή βοήθεια για την φροντίδα της συζύγου). (ΚΑ.8)

(...)Όλες οι ανάγκες θα έπρεπε να καλύπτονται από τη δομή με σκοπό να σταματήσει η πολυδιάσπαση και ο κατακερματισμός των υπηρεσιών υγείας. One-stop shop.(ΚΑ.5)

Όσον αφορά το ρόλο των ανεπίσημων φροντιστών στη φροντίδα, 10 μέλη από τους 12 θεωρούν ότι κατά τον σχεδιασμό της παρέμβασης θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ανεπίσημοι φροντιστές. Καθολική η σύμφωνη γνώμη για τους κοινωνικούς επιστήμονες (κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνιολόγοι, ψυχολόγοι) ενώ 2 γιατροί θεωρούν ότι δεν πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η διαθεσιμότητα τους.

Στην αιτιολογία για την αναγκαιότητα συμμετοχής των ανεπίσημων φροντιστών στο σχεδιασμό, αναφέρθηκε η αντίληψη ότι θα πρέπει τα παιδιά να «νοιάζονται και αγαπούν τους γονείς τους», συνεπώς είναι δεδομένη και η δυνατότητα και η διάθεση για ανάληψη φροντίδας από τα παιδιά. Επιπρόσθετα η υπηρεσία θα πρέπει να «ελέγχει» για τυχόν παραμέληση των ηλικιωμένων από την οικογένεια σύμφωνα με την άποψη του κοινωνικού λειτουργού.

(...)Ναι θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δυνατότητα και η διάθεση των παιδιών γιατί πρόκειται για τους γονείς τους που θεωρούμε ότι τους νοιάζονται και τους

αγαθούν , αλλά η υπηρεσία θα πρέπει να "ελέγχει" για τυχόν παραμέληση των ηλικιωμένων (KA1)

Στην παραπάνω αντίληψη στηρίζεται το σχέδιο φροντίδας για τους ηλικιωμένους για τις ανάγκες απλής λειτουργικότητας υπηρεσίες, το οποίο θεωρείται ανεπαρκές χωρίς τους ανεπίσημους φροντιστές σύμφωνα με τον νοσηλευτή της ομάδας.

(...)Οτιδήποτε δεν περιλαμβάνει τους φροντιστές είναι ανεπαρκές. (KA5)

Η χρησιμότητα των άτυπων φροντιστών στο σχέδιο φροντίδας σχετίζεται όχι μόνο την κάλυψη των αναγκών απλής λειτουργικότητας αλλά και με την κάλυψη των ψυχοκοινωνικών αναγκών.

(...)Η συμμετοχή των ανεπίσημων φροντιστών είναι απαραίτητη και χρήσιμη - και για τους ίδιους τους φροντιστές και για το ζευγάρι. Αλλά μετά από καλή συνεννόηση (KA7)

(...)Η 52χρονη κόρη σίγουρα θα μπορούσε να βοηθήσει υποστηρικτικά (έλεγχος φαρμάκων, οργάνωση σπιτιού, εποπτεία σε θέματα λειτουργικότητας των γονιών της, πρακτικά ζητήματα κλπ). Η άλλη κόρη νομίζω θα έχει δυσκολία. Ο γιός θα μπορούσε να βοηθήσει στην ψυχοκοινωνική στήριξη των γονιών του και σε πρακτικά ζητήματα. (KA9)

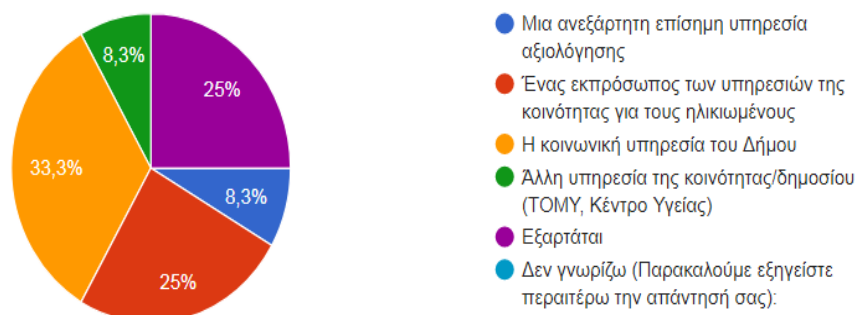
Ο ρόλος των άτυπων οικογενειακών φροντιστών στην ανάληψη φροντίδας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικός στην κάλυψη της ανεπάρκειας των υπηρεσιών σύμφωνα με 2 μέλη της ομάδας (κοινωνικό λειτουργό πεδίου και τον ψυχολόγο) της ομάδας.

(...)Σε περίπτωση που δεν καλύπτονται (επαρκώς) κάποιες ανάγκες του ζευγαριού μπορούν να συνδράμουν τα παιδιά (τα οποία χρειάζονται και αυτά υποστήριξη ώστε να μην επιβαρυνθούν υπερβολικά από την φροντίδα) (KA8)

(...)Από την στιγμή που δεν μπορούν οι υπηρεσίες να προσφέρουν πλήρη κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων θα πρέπει να λάβουν υπόψιν τους τους ανεπίσημους φροντιστές (KA6)

Άλλοι παράγοντες που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην εκτίμηση των αναγκών για το σχεδιασμό της παρέμβασης είναι, η οικονομική δυνατότητα των ηλικιωμένων από τους 10 στους 12 ερωτώμενους, όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

Για την καταλληλότητα του φορέα στην εκτίμηση των αναγκών επικρατεί μια διάσταση απόψεων μεταξύ της κοινωνικής υπηρεσίας του Δήμου, άλλων υπηρεσιών της κοινότητας/δημοσίου, μιας υπηρεσίας για τους ηλικιωμένους ή μιας ανεξάρτητης υπηρεσίας αξιολόγησης.

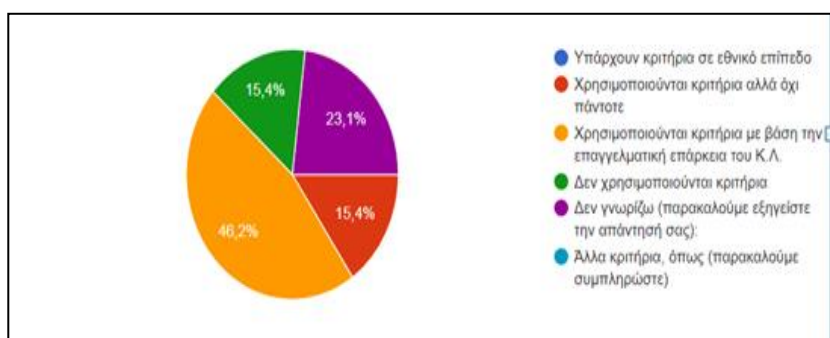


Γράφημα 6: Καταλληλότερος φορέας για την ανάληψη φροντίδας

Οι κοινωνικοί λειτουργοί (ΚΑ1, ΚΑ4) υποστηρίζουν ότι καταλληλότερος φορέας είναι η κοινωνική υπηρεσία του Δήμου ή μια υπηρεσία της κοινότητας που σχετίζεται με τους ηλικιωμένους (ΚΑ8,ΚΑ12). Η αντίληψη για μια υπηρεσία ευρύτερη με χαρακτήρα ιατροκεντρικό υποστηρίζεται από έναν ιατρό της ομάδας των ειδικών (ΚΑ2).

Στο σημείο αυτό είναι η δεύτερη φορά που διακρίνεται η αναγκαιότητα για την δημιουργία μιας ανεξάρτητης δομής για την εκτίμηση των αναγκών και την αξιολόγηση των περιστατικών. Η αναγκαιότητα αυτή φαίνεται να εκφράζεται από τον Κοινωνιολόγο και τον Γηρύατρο της ομάδας.

Κατά την εκτίμηση των αναγκών των ηλικιωμένων, η χρήση κριτηρίων δεν θεωρείται δεδομένη καθώς μόνο 2 άτομα (ΚΑ3,ΚΑ10) θεωρούν ότι χρησιμοποιούνται κριτήρια αλλά όχι πάντοτε.



Γράφημα 7:Κριτήρια για την ανάληψη φροντίδας

Η υιοθέτηση ή όχι κριτηρίων εξαρτάται από την επαγγελματική επάρκεια των Κοινωνικών λειτουργών αλλά και την εκπαίδευση τους όπως παρουσιάζεται και στο γράφημα... καθώς το 46,2% θεωρούν ότι η επαγγελματική επάρκεια των κοινωνικών

λειτουργιών σχετίζεται άμεσα με την χρήση κριτηρίων και τυποποιημένων πρωτοκόλλων όπως αναφέρει ο ιατρός κοινωνικής ιατρικής.(...)Η εκπαίδευση και η επαγγελματική επάρκεια των ΚΛ είναι σημαντική. Αμφιβάλω αν υπάρχουν τυποποιημένα πρωτόκολλα βοήθειας (ΚΑ7)

Υπάρχει κοινή αντίληψη για το ότι δεν χρησιμοποιούνται πρωτόκολλα φροντίδας και κριτήρια στην παρέμβαση είτε γιατί όπως υποστηρίζουν οι ακαδημαϊκός κοινωνικός λειτουργός και ο ιατρός κοινωνικής ιατρικής. Δεν υπάρχουν καν πρωτόκολλα, είτε και να υπάρχουν δεν χρησιμοποιούνται όπως υποστηρίζουν κοινωνικός λειτουργός του πεδίου.

(...)Από όσο γνωρίζω δεν υπάρχουν ειδικά κριτήρια εκτίμησης αναγκών, δεν υπάρχει σχετικό πρωτόκολλο (ΚΑ1)

(...)Αμφιβάλω αν υπάρχουν τυποποιημένα πρωτόκολλα βοήθειας (ΚΑ7)

(...)Θεωρώ ότι ναι μεν υπάρχουν κριτήρια αλλά δεν χρησιμοποιούνται πάντοτε.(ΚΑ4)

Οι παράγοντες που φαίνεται να λαμβάνονται υπόψη στο σχεδιασμό της φροντίδας θα πρέπει να διακρίνεται από τα παρακάτω χαρακτηριστικά σύμφωνα με την ομάδα των ειδικών:

α) Δωρεάν παροχή υπηρεσιών η οποία αναφέρθηκε από κοινωνικούς λειτουργούς από το ακαδημαϊκό πεδίο.

(...)Οι υπηρεσίες που χρειάζεται το ζευγάρι θα πρέπει ιδανικά να παρέχονται δωρεάν. (ΚΑ 1)

(...)Δυσχερής οικονομική κάλυψη σημαίνει απόλυτη ανάληψη της οικονομικής ευθύνης από την τοπική αυτοδιοίκηση(ΚΑ11)

β) Πλήρη κάλυψη των αναγκών από καλά εκπαιδευμένους Κ.Λ.. από τον κοινωνικό λειτουργό του πεδίου και τον ιατρό.

(...)Θα έπρεπε η υπάρχουσα κοινωνική πολιτική να στοχεύει στην πλήρη κάλυψη των αναγκών (ΚΑ6)

(...)The social services for aging couples should be available by well trained and qualified social workers (ΚΑ10)

γ) Συμπληρωματικότητα δωρεάν με ιδιωτική φροντίδα. Με την έννοια αυτή η ιδιωτική φροντίδα σταθμίζεται σαν δυνατότητα για την συμπλήρωση της φροντίδας με την παραμονή του ιδιώτη φροντιστή στο σπίτι με τον ηλικιωμένο.

(...)Ίσως χρειαστούν ένα άτομο που θα μένει στο σπίτι (τουλάχιστον τον πρώτο καιρό) και θα πρέπει να πληρωθεί ιδιωτικά ανάλογα με τις δυνατότητές τους. Οι άλλες υπηρεσίες μάλλον μπορούν να καλυφθούν (ΚΑ9)

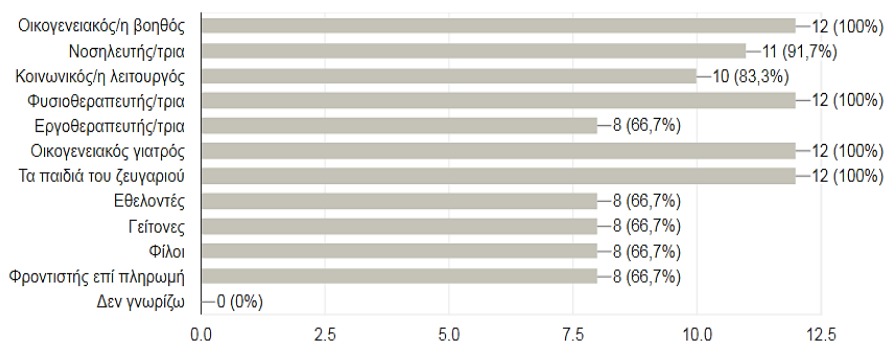
Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στις περιπτώσεις των ατόμων που δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών οφείλει να λαμβάνει υπόψη το χαμηλό οικονομικό επίπεδο των ηλικιωμένων σύμφωνα με τον ακαδημαϊκό κοινωνικό λειτουργό, τον ιατρό κοινωνικής ιατρικής και τον κοινωνιολόγο.

(...)Επειδή αυτό είναι δύσκολο να συμβεί στην πραγματικότητα, θα πρέπει να σχεδιαστούν προσεκτικά οι υπηρεσίες που θα παρέχουν οι φροντιστές και οι ιδιώτες φροντιστές ώστε το ζευγάρι να μπορεί να καλύψει τα έξοδα αυτά. (ΚΑ 1)

(...)Η οικονομική κατάσταση πρέπει να ληφθεί υπόψη ιδιαίτερα αν δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους (ΚΑ7)

(...)Οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι ανάλογες των οικονομικών δυνατοτήτων (ΚΑ8)

Στο σχεδιασμό της κατ' οίκον φροντίδας, σύμφωνα με την ομάδα των ειδικών εκτός από την συμμετοχή των παιδιών των ηλικιωμένων, οι ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας που θα πρέπει να ενταχθούν στην ομάδα φροντίδας σε σειρά προτεραιότητας ο Οικογενειακός/η βοηθός, Φυσιοθεραπευτής/τρια, Οικογενειακός γιατρός και Κοινωνικός/η λειτουργός, έπειτα ο Νοσηλεύτης/τρια, στην συνέχεια ο Εργοθεραπευτής/τρια



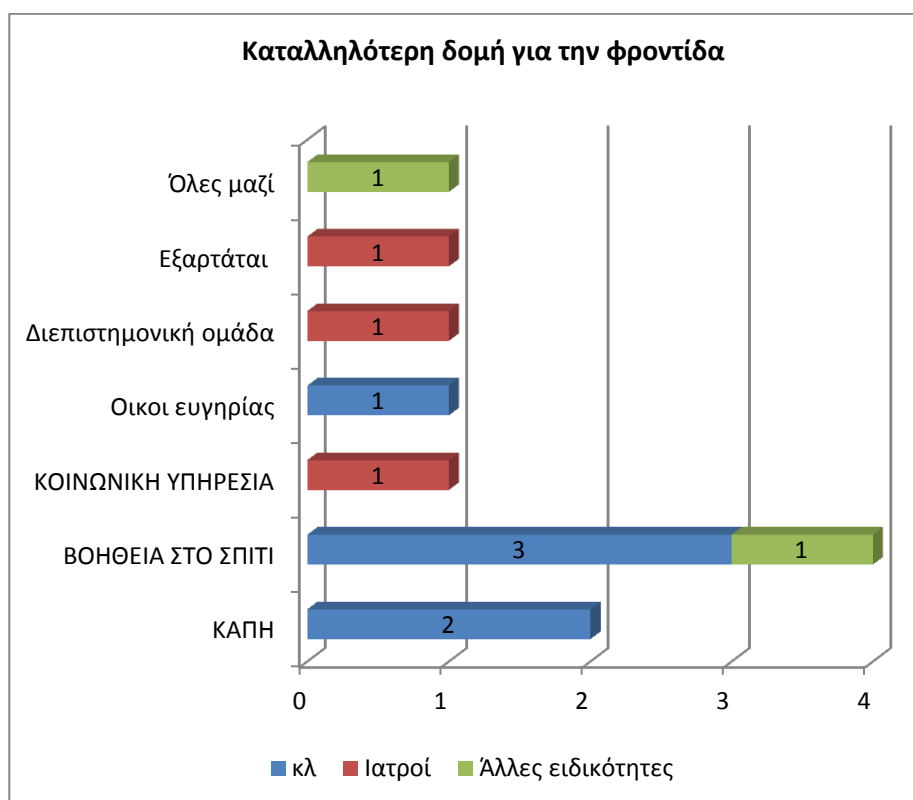
Γράφημα 8: Μέλη της ομάδας φροντίδας

Μικρότερη εμπλοκή στο σχεδιασμό της ομάδας φροντίδας φαίνεται να λαμβάνουν οι Εθελοντές, Γείτονες, Φίλοι, Φροντιστής επί πληρωμή. Στον παρακάτω πίνακα αποτυπώνονται η σύσταση της ομάδας φροντίδας όπως αυτές αποτυπώθηκαν από την ίδια την ομάδα. Τα μέλη της ομάδας που ανήκουν στην ιατρική και νοσηλευτική κοινότητα κατά κύριο λόγο δεν ενέταξαν στην ομάδα φροντίδας τα άτυπα υποστηρικτικά δίκτυα.

	ΚΟΙΝ ΛΕΙΤ	ΙΑΤΡΟΣ	ΚΛ	ΚΛ	ΝΟΣΗΛ	ΚΛ	ΙΑΤΡΟΣ	ΨΥΧ/ΟΣ	ΚΟΙΝΩΝ/ΟΣ	ΙΑΤΡΟΣ	ΚΛ	ΙΑΤΡΟΣ
Οικογενειακός/η βοηθός	■											
Νοσηλεύτης/τρια					■							
Κοινωνικός/η λειτουργός									■			
Φυσιοθεραπευτής/τρια												■
Εργοθεραπευτής/τρια												■
Οικογενειακός γιατρός		■								■		
Τα παιδιά του ζευγαριού												■
Εθελοντές												■
Γείτονες												■
Φίλοι												■
Φροντιστής επί πληρωμή			■		■							■

■	Συμμετέχει στην ομάδα
□	Δεν συμμετέχει στην ομάδα

Στην ερώτηση για την καταλληλότερη δομή παρέμβασης για την κάλυψη των αναγκών, η ομάδα των ειδικών αναφέρθηκε στο Πρόγραμμα ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ και στα ΚΑΠΗ. Ειδικότερα οι κοινωνικοί λειτουργοί ,5 από τους 6 ανέφεραν τις παραπάνω δομές ως τις καταλληλότερες ενώ τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας αναφέρθηκαν σε οίκους ευγηρίας ή στην αναγκαιότητα της ύπαρξης διεπιστημονικής ομάδας ή την συνεργασία όλων των δομών μαζί.



Γράφημα 9: Δομή για τη φροντίδα

Σε διευκρινιστική ερώτηση, η ομάδα τεκμηρίωσε τις απαντήσεις όπως αναλυτικά παρουσιάζεται παρακάτω:

Α)στο ΚΑΠΗ, από τους κοινωνικούς λειτουργούς (ΚΑ1,ΚΑ4) και τον ψυχολόγο της ομάδας (ΚΑ8)

(...)Από το ΚΑΠΗ που θα ήταν πλήρως στελεχωμένο (Κλ, Γιατρός, φυσικοθεραπευτής, νοσηλεύτης, εργοθεραπευτής) (ΚΑ1)

(...)Μία κοινωνική δομή για ηλικιωμένους με βοήθεια κατ' οίκον (π.χ. ΚΑΠΗ).(ΚΑ4)

(...)Όμως κάποιες ανάγκες θα μπορούσαν να καλυφθούν συμπληρωματικά - υποστηρικτικά και από το ΚΑΠΗ (ΚΑ8)

β)στο ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ από τους κοινωνικούς λειτουργούς (ΚΑ1,ΚΑ4) και τον ψυχολόγο της ομάδας (ΚΑ8) τους κοινωνικούς λειτουργούς (ΚΑ3,ΚΑ4,ΚΑ6) και τον κοινωνιολόγο της ομάδας (ΚΑ9)

(...)Μία κοινωνική δομή για ηλικιωμένους με βοήθεια κατ' οίκον (π.χ. ΒΣΣ).(ΚΑ4)

(...)Το Βοήθεια στο Σπίτι καλύπτει περισσότερο τις ανάγκες του συγκεκριμένου ζευγαριού (ΚΑ9)

(...)Π.Β.Σ ΔΗΜΟΥ (ΚΑ6)

(...)Με τις παρούσες συνθήκες το Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι (ΚΑ3)

γ)στη Κοινωνική Υπηρεσία από τον ιατρό κοινωνικής ιατρικής.

(..)Η κοινωνική υπηρεσία του Δήμου (ΚΑ7)

δ) στην συμπληρωματικότητα υπηρεσιών και συνεργασία φορέων είναι μια πρόταση που εκφράστηκε και σε άλλες θεματικές ενότητες, της εκτίμησης αναγκών, στην λογική της παροχής φροντίδας στην βάση του σχεδιασμού για την ολοκληρωμένη φροντίδα. από ποιους?

(...)Για τη συγκεκριμένη περίπτωση περισσότερο το Βοήθεια στο Σπίτι. Όμως κάποιες ανάγκες θα μπορούσαν να καλυφθούν συμπληρωματικά -υποστηρικτικά και από το ΚΗΦΗ(ΚΑ8)

ε) ενώ αναφέρθηκε και η πρόταση μιας κεντρικής δομής με διεπιστημονική προσέγγιση από τον νοσηλεύτη και την νευρολόγο της ομάδας.

(...)Θα έπρεπε να υπάρχει μία καλά δομημένη διεπαγγελματική ομάδα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας (ΚΑ5)

(...)Depends on the needs assessment (ΚΑ 10)

Η πρόταση για δημιουργία Κεντρικής δομής με διεπιστημονική προσέγγιση και με στόχο την εκτίμηση αναγκών φαίνεται να παρουσιάζεται σε αρκετές διαστάσεις της παρούσας μελέτης και κερδίζει σημαντικό χώρο καθώς εκφράζεται σε αυτό το σημείο από τον νοσηλεύτη και ιατρό της ομάδας (ΚΑ5, ΚΑ10).

5.2.4. Επάρκεια των Κ.Λ. των δομών φροντίδας στην κοινότητα

Η συγκεκριμένη θεματική ενότητα αναφέρεται αποκλειστικά στην επάρκεια ή μη του Κοινωνικού Λειτουργού στον σχεδιασμό της φροντίδας.

Στην ερώτηση αν ο κοινωνικός λειτουργός θα εργαστεί με στόχο την κάλυψη των αναγκών των ωφελούμενων, δυο κοινωνικοί λειτουργοί, δυο γιατροί και ο ψυχολόγος της ομάδας απάντησαν ότι θα εργαστεί με ως σωστός επαγγελματίας ανάλογα βέβαια και με το φόρτο εργασίας του.

(..)ΝΑΙ (ΚΑ.11)

(...)ΝΑΙ. ΚΑΙ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΟΝ ΦΟΡΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ. (ΚΑ.6)

(..)Ναι (ΚΑ.2)

(...)Αυτό πρέπει να κάνει και αν είναι σωστός επαγγελματίας θα το κάνει (ΚΑ.7)

(...)Γιατί όχι; Αυτό θα πρέπει τουλάχιστον. Δεν είμαι Κ.Λ. και δεν γνωρίζω. (ΚΑ.8)

Ορισμένοι από την ομάδα των ειδικών (κοινωνικός λειτουργός πεδίου, κοινωνιολόγος) θεωρούν ότι η επάρκεια στην παροχή φροντίδας του Κοινωνικού λειτουργού **εξαρτάται από τις αρχές λειτουργίας και τους κανόνες της υπηρεσίας.**

(...)Φαντάζομαι ότι θα υπάρχουν και παρεκκλίσεις από τον κανόνα. Έχει σημασία όμως και η υπηρεσία αυτή(ΚΑ.9)

(...)Ο Κ.Λ. θα έπρεπε να εργαστεί για την κάλυψη των αναγκών με βάση τους κανόνες και τις αρχές λειτουργίας της υπηρεσίας του. (ΚΑ.4)

Επιπρόσθετα, εκφράστηκε η αντίληψη ότι ο κοινωνικός λειτουργός «θα πρέπει να το κάνει.....», γεγονός που εκφράζει «την υποχρέωση» και την έννοια του καθήκοντος για την εφαρμογή των κανόνων σύμφωνα με τον κοινωνιολόγο της ομάδας.

(...)Κανονικά θα πρέπει να το κάνει. Υποθέτω ότι οι περισσότεροι θα το κάνουν.(ΚΑ9)

Μια επιπλέον άποψη που εκφράστηκε σχετίζεται με την δυνατότητα αξιοποίησης των πηγών αλλά και της εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών.

(...)Only if trained and the resources are and the medical team works with them (ΚΑ.10)

Μέσω της διασύνδεσης και της διαμεσολάβησης θεωρούν ότι ο κοινωνικός λειτουργός θα καλύψει την ανεπάρκεια των υπηρεσιών στην παρέμβαση του για τον ηλικιωμένο σύμφωνα με άποψη που εκφράστηκε από κοινωνικό λειτουργό του πεδίου.

(...)Ναι, αλλά θα προσπαθήσει όσες ανάγκες δεν καλύπτονται από την υπηρεσία του, να τις καλύψει μέσω διασύνδεσης και διαμεσολάβησης με άλλες υπηρεσίες και δομές.(ΚΑ.3)

Η πολυπλοκότητα και η **συνθετότητα των αναγκών** αποτελεί ένα επιπρόσθετο παράγοντα που καθορίζει την επάρκεια ή όχι του κοινωνικού λειτουργού στην παρέμβαση.

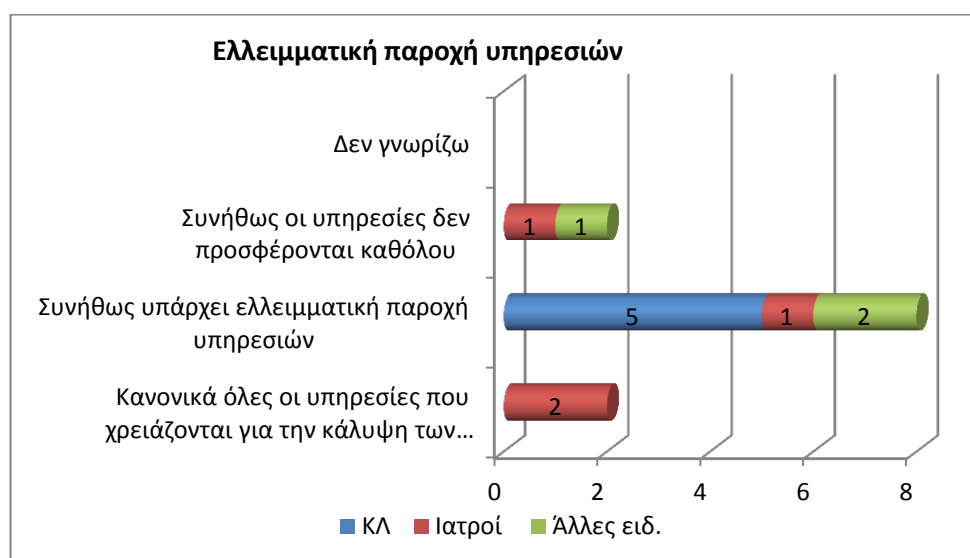
(...)Το πιθανότερο είναι ότι ναι, αλλά παραμένει αμφίβολο εάν αυτό θα είναι αρκετό με δεδομένες τις σύνθετες ανάγκες που έχουν προκύψει. (ΚΑ.5)

Η μεταβίβαση της φροντίδας στην οικογένεια εξαρτάται από τον κοινωνικό λειτουργό καθώς οι ανάγκες είναι πιεστικές και μεγάλες.

(...)Δεν είμαι σίγουρος, η οικογένεια θα επωμιστεί το μεγαλύτερο βάρος και εξαρτάται και από τον ίδιο τον κοιν. λειτουργό δεδομένου ότι οι ανάγκες είναι μεγάλες στην κοινότητα (ΚΑ.12)

5.2.5.Επάρκεια των δομών φροντίδας στην κοινότητα –κενό στη φροντίδα

Στην πιο σημαντική θεματική ενότητα όπως αυτή προέκυψε από την κωδικοποίηση των δεδομένων, περιγράφεται η επάρκεια των δομών φροντίδας στην κοινότητα και αποτυπώνεται το κενό που προκύπτει μεταξύ παρεχόμενης φροντίδας και αναγκών.



Γράφημα 10: Ανεπαρκής παροχή υπηρεσιών

Στην πλειοψηφία τους 8 από τους 12 υποστηρίζουν ότι υπάρχει ελλειμματική παροχή υπηρεσιών ενώ δυο υγειονομικοί θεωρούν ότι δεν υπάρχει καθόλου παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα. Τέλος οι 2 ιατροί θεωρούν ότι όλες οι υπηρεσίες παρέχονται κανονικά.

Όσον αφορά τις αιτίες της ελλειμματικής παροχής υπηρεσιών αυτά αποτυπώνονται ως εξής:

- Έλλειψη 24ωρης παροχής υπηρεσιών

Οι υπηρεσίες παρέχονται πρωινές ώρες καθώς το σύνολο των δημοσίων κοινωνικών υπηρεσιών λειτουργούν με αυτόν τον τρόπο. Συνεπώς, οι ανάγκες παραμένουν ακάλυπτες τις υπόλοιπες ώρες όπως αναφέρει ακαδημαϊκός κοινωνικός λειτουργός.

(...)Πολλές από τις υπηρεσίες που χρειάζεται η κυρία χρειάζεται να τις λάβει απογευματινές ώρες, ή γενικά ώρες που οι κοινωνικές υπηρεσίες είναι κλειστές. (ΚΑ1)

- Ασυνέχεια στη φροντίδα- Αποσπασματικότητα

Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό της περιστασιακής παροχής υπηρεσιών λόγω φόρτου εργασίας δημιουργεί μια δεδομένη κατάσταση ελλειμματικής παροχής υπηρεσιών και μη καθημερινή κάλυψη των αναγκών σύμφωνα με τους ακαδημαϊκούς κοινωνικό λειτουργό και νοσηλεύτη.

(..)Επίσης δεν μπορεί να λαμβάνει τις υπηρεσίες σε καθημερινή βάση καθώς τα προγράμματα πρέπει να εξυπηρετήσουν πολλούς ηλικιωμένους. (ΚΑ.1)
(...)Όσο γνωρίζω οι υπηρεσίες παρέχονται αποσπασματικά(ΚΑ5)

- Απουσία συντονισμού, συνεργασίας και δικτύωσης

Η απουσία συντονισμού, δικτύωσης διαφορετικών δομών για συγκεκριμένες ανάγκες απαιτεί συνεργασία και καλύτερο συντονισμό σύμφωνα με τον κοινωνιολόγο και τον κοινωνικό λειτουργό.

(...)Διότι πιθανό να μην υπάρξει ο κατάλληλος συντονισμός και δικτύωση που απαιτείται. (Κ4)
(...)Οι υπηρεσίες όπως προ είπα μπορούν να προσφερθούν από διαφορετικές δομές και να καλύψουν συγκεκριμένες ανάγκες.(ΚΑ9)
(...)Όμως θα πρέπει να υπάρχει καλύτερη συνεργασία και συντονισμός μεταξύ τους. (ΚΑ.9)

- Ανεπάρκεια στη στελέχωση της υπηρεσίας

Η έλλειψη προσωπικού με εμπειρία και διεπιστημονικότητα, ο φόρτος εργασίας αλλά και η ικανότητα του προσωπικού θεωρούνται τόσο από τους κοινωνικούς λειτουργούς (ΚΑ3,ΚΑ6,ΚΑ11) όσο και από τον ψυχολόγο (ΚΑ8) και από τον νοσηλεύτη (ΚΑ5)σημαντικούς παράγοντες που καθορίζουν την ελλειμματική παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα..

(...)Και λόγω περιορισμένου προσωπικού οι υπηρεσίες περιορίζονται σε ότι κάθε φορά κρίνεται αναγκαίο (ΚΑ.11)
(...)Επίσης έλλειψη προσωπικού (ΚΑ.8)
(...)Μεγάλος φόρτος εργασίας. Έλλειψη προσωπικού (ΚΑ.6).

πόρων και εμπειρίας. (ΚΑ.8)

(...)Λόγω έλλειψης διεπιστημονικής ομάδας, και επαρκούς προσωπικού δεν καλύπτονται πάντα όλες οι ανάγκες σε μια δομή. (ΚΑ.3)

(...)Και εξαρτώνται πολύ από αυτούς που θα τις παρέχουν, τη στελέχωση της κάθε υπηρεσίας. (ΚΑ.5)

- Απουσία ελέγχου και αξιολόγησης και κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων

Η απουσία ελέγχου και αξιολόγησης των υπηρεσιών αναφέρθηκε από τον νοσηλευτή(...)Κανέννας δεν ελέγχει επί της ουσίας το επίπεδο των υπηρεσιών που προσφέρεται(ΚΑ5) ενώ ειδικές οδηγίες για βήματα στην παρέμβαση δεν υπάρχουν (...)Και δεν υπάρχουν ειδικές οδηγίες για το τι θα πρέπει να γίνεται.

- Απουσία κατ' οίκον φροντίδας με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα

Η απουσία υπηρεσιών στην κατ' οίκον φροντίδας και ολοκληρωμένης φροντίδας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα είναι πολλαπλώς ανεπαρκής στην κάλυψη αναγκών των ηλικιωμένων στην κοινότητα σύμφωνα με τους ακαδημαϊκούς υγειονομικούς (ΚΑ5,ΚΑ10) και τον κοινωνικό λειτουργό του πεδίου.

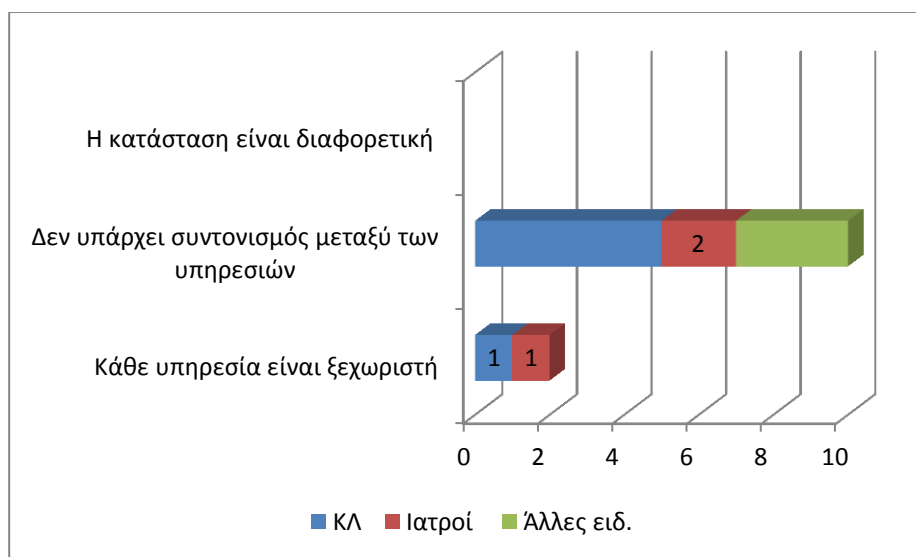
(...)Η κατ' οίκον φροντίδα είναι πολλαπλώς ανεπαρκής στην Ελλάδα.(ΚΑ.5)

(...)Επίσης καμία γηριατρική δομή ως τώρα δεν είναι σχεδιασμένη πλήρως για την 100% κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων. Λείπει ένας επαρκής σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής βασισμένος στις ανάγκες των ηλικιωμένων (ΚΑ.3)

(...)This is at least three lectures (ΚΑ.10)

Οι παραπάνω αιτίες έχουν αποτυπωθεί και σε άλλες θεματικές ενότητες με την διαφορά ότι σε αυτή την ενότητα παρουσιάζεται συνολικά το πρόβλημα και αναδεικνύεται το κενό στη φροντίδα ως αποτέλεσμα σειρά παραγόντων.

Συνεχίζοντας την ανάλυση του κενού στη φροντίδα και τη διερεύνηση των αιτιών της έλλειψης συνεργασίας των δομών στην κοινότητα αποτυπώθηκε, εμφανώς ότι δεν υπάρχει συντονισμός μεταξύ των υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα.



Γράφημα 11: Κενό στη φροντίδα

Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν συμφώνησε ότι η κατάσταση είναι διαφορετική, προσδίδοντας αρνητικό πρόσημο στην συνεργασία των δομών. Ειδικότερα από την ανάλυση των αιτιών της απουσίας συντονισμού προέκυψε ότι τόσο η κάθετη οργάνωση των υπηρεσιών δεν επιτρέπει τον συντονισμό, όσο και η αλληλοκάλυψη των υπηρεσιών επιτείνουν την ελλειμματική φροντίδα σύμφωνα με τον ιατρό κοινωνικής ιατρικής και τον κοινωνικό λειτουργό.

(...)Οι οριζόντιες διασυνδέσεις και συνεργασία των υπηρεσιών δεν συναντάται συχνά (ΚΑ7)

(...)Κατ οίκον φροντίδα μπορεί να παρέχει το Βοήθεια στο Σπίτι, το ΚΑΠΗ, ή μια εθελοντική οργάνωση.(ΚΑ1)

Επιπρόσθετα το γεγονός ότι δεν υπάγονται στην ίδια υπηρεσία με διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης προέχουν ως αποτέλεσμα η φροντίδα στην κοινότητα να έχει αλληλοκαλύψεις σύμφωνα αποκλειστικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς.

(...)Δεν υπάγονται συνήθως στην ίδια υπηρεσία, καθώς οι πηγές χρηματοδότησης είναι διαφορετικές(ΚΑ1)

(...)Θα έπρεπε να υπάρχει συντονισμός για να μην υπάρχουν αλληλοκαλύψεις (ΚΑ6)

(...)Στη πράξη πολλές δομές/υπηρεσίες εμπλέκονται για τον ίδιο ηλικιωμένο εξυπηρετούμενο με αποτέλεσμα να υπάρχει αλληλο-επικάλυψη και εμπλοκή πολλών επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας για τις ίδιες ανάγκες. (ΚΑ4)

Η λειτουργία των Κέντρων Κοινότητας καλύπτουν την ανάγκη της ενημέρωσης των χρηστών σε άλλες υπηρεσίες διαδραματίζοντας έναν ουσιαστικό ρόλο παραπομπής των ωφελούμενων χωρίς όμως αυτό να συνδυάζεται με διασύνδεση των δομών για την

διαχείριση των περιστατικών στην κοινότητα σύμφωνα με τον κοινωνιολόγο και τον ψυχολόγο της ομάδας.

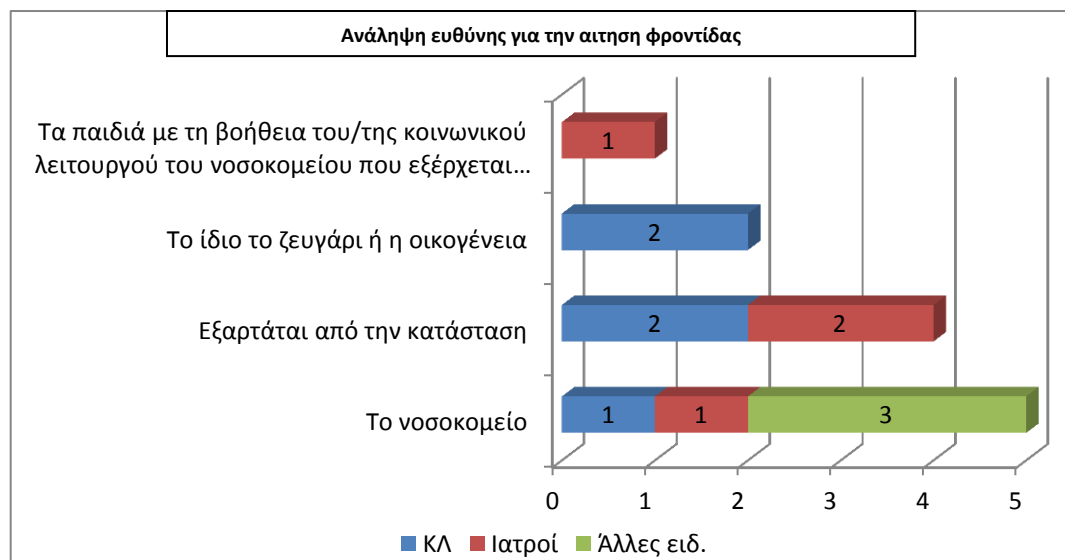
(...)Τα Κέντρα Κοινότητας εξυπηρετούν την ανάγκη της ενημέρωσης των χρηστών για τις υπηρεσίες που υπάρχουν, αλλά δεν υπάρχει συντονισμός μεταξύ των υπηρεσιών αυτών. Δηλ. κατευθύνουν τους πολίτες στις διαφορετικές υπηρεσίες της κοινότητας (ΚΑ8)

(...)Από όσο γνωρίζω δεν υπάρχει αυτός ο συντονισμός μέχρι σήμερα. Υπάρχουν τα Κέντρα Κοινότητας που δημιουργήθηκαν τα τελευταία χρόνια, αλλά στην ουσία κατευθύνουν και συμβουλεύουν για τις υπηρεσίες που υπάρχουν. Όμως ο συντονισμός των υπηρεσιών των δομών σε συγκεκριμένα περιστατικά που πρέπει να αντιμετωπίσουν δεν ξέρω σε ποιο βαθμό εφαρμόζεται. (ΚΑ9)

Η παρέμβαση –διαμεσολάβηση του κοινωνικού λειτουργού κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να υπάρξει συντονισμός των υπηρεσιών της κοινότητας σύμφωνα με εκφρασμένη άποψη κοινωνικού λειτουργού του πεδίου.

(...)Από την εμπειρία μου, δεν υπάρχει συντονισμός υπηρεσιών. Χρειάζεται η διαμεσολάβηση του ΚΛ (ΚΑ3)

Όσον αφορά την απάντηση στο ερώτημα «ποιος θα πάρει την πρωτοβουλία για την αίτηση για την φροντίδα του ζευγαριού», οι απαντήσεις των ειδικών σχετίζονται μεταξύ του νοσοκομείου αλλά και της διερεύνηση της απάντησης καθώς η ανάληψη ευθύνης εξαρτάται κάθε φορά από την κατάσταση.



Γράφημα 12: Ανάληψη ευθύνης για την αιτηση φροντίδας

Ειδικότερα όσον αφορά την ανάληψη πρωτοβουλίας ο κοινωνικός λειτουργός εξέφρασε την αντίληψη ότι η Κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου θα πρέπει να γνωρίζει τα προβλήματα του ζευγαριού και να διασυνδέσει το ζευγάρι με τις υπηρεσίες της κοινότητας.

(...) Θα έπρεπε να την κάνει η ΚΥ του νοσοκομείου καθώς θα έπρεπε να γνωρίζει τα προβλήματα της κυρίας και την ανάγκη της για βοήθεια στο σπίτι. ΚΑ1

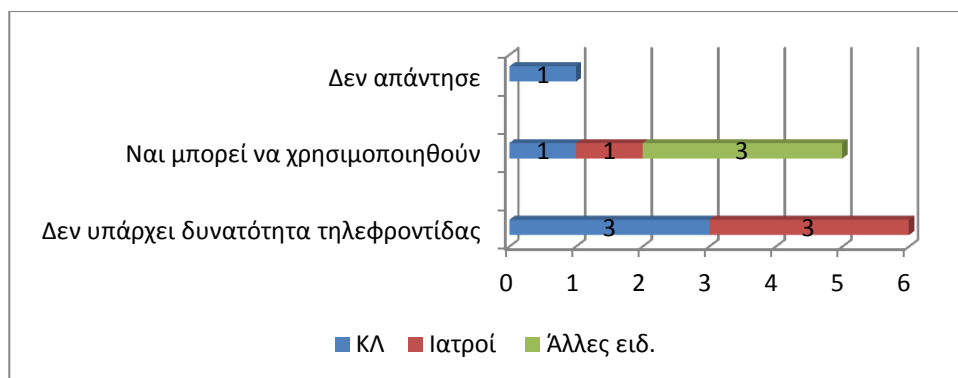
Συμπληρωματικά, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η συνεργασία της οικογένειας με την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου όπως αναφέρει και ο γηρίατρος της ομάδας.

(...)Όπου εξέρχεται η μητέρα ή του ΚΕΚΟΙΦΑΓΗ που ανήκει το σπίτι (ΚΑ12)

Εν τέλει οι υπηρεσίες της κοινότητας είναι αυτές που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στο σχεδιασμό της φροντίδας σύμφωνα με την νευρολόγο της ομάδας.

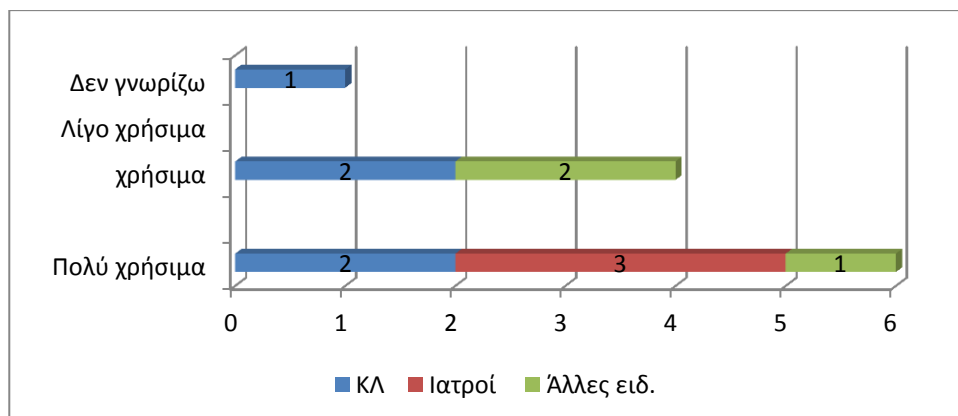
(..)Every discharge plan should include social services in the community(ΚΑ10)

Ένα τελευταίο πεδίο που θα πρέπει να διερευνηθεί στην κοινότητα όσον αφορά την επάρκεια των υπηρεσιών είναι τα συστήματα τηλεφροντίδας καθώς και η χρησιμότητά τους. Στην ερώτηση αν υπάρχει δυνατότητα τηλεφροντίδας στην κοινότητα οι 6/12 απάντησαν ότι δεν υπάρχει δυνατότητα χρήσης τέτοιων συστημάτων ενώ 5 απάντησαν ότι ναι μπορεί να χρησιμοποιηθούν.



Γράφημα 13: Δυνατότητα τηλεφροντίδας

Από τα 5 μέλη της ομάδας που απάντησαν ότι υπάρχει η δυνατότητα χρήσης, οι 3 είναι ακαδημαϊκοί ενώ από τους 6 που απάντησαν ότι δεν υπάρχει δυνατότητα χρήσης, οι 4/6 είναι ακαδημαϊκοί.



Γράφημα 14: Χρησιμότητα τηλεφροντίδας

Οι περιπτώσεις που μπορεί να φανεί χρήσιμη η αξιοποίηση της τεχνολογίας είναι
 α) η επίβλεψη σε έκτακτα περιστατικά όπως ατυχήματα στο σπίτι, επείγον θέμα υγείας, επείγουσες οδηγίες στον ηλικιωμένο μέχρι να έρθει βοήθεια.

(..)Ατύχημα στο σπίτι, δυσφορία, βλάβη (ηλεκτρικού, νερού, κλπ (ΚΑ11)

(..)Εάν χρειαστεί ειδοποίηση σε περίπτωση πτώσης/ατυχήματος ενός μοναχικού ηλικιωμένου ή γενικότερα αντιμετώπισης μίας έκτακτης ανάγκης την οποία δεν μπορεί να καλύψει άμεσα. (ΚΑ4)

(..)ΕΚΤΑΚΤΗ ΑΝΑΓΚΗ, ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Η ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΕ ΓΙΑΤΡΟ(ΚΑ6)

(..)Στην ειδοποίηση για έκτακτα συμβάντα(ΚΑ7)

(..)Μέσω μιας υπηρεσίας τηλεφροντίδας, θα μπορούσαν να παρασχεθούν πρώτες βοήθειες και οδηγίες σε έναν ηλικιωμένο σε κατάσταση ανάγκης μέχρι να καταφτάσει η νοσοκομειακή βοήθεια. Θα μπορούσαν να προληφθούν πολλές επείγουσες καταστάσεις. (ΚΑ3)

(..)Σε περίπτωση πτώσης του ατόμου, ή σε περίπτωση που έχουν τελειώσει τα φάρμακα, ή σε οποιαδήποτε κατάσταση έκτακτης ανάγκης που βιώνει το ζευγάρι.

β) η κάλυψη αναγκών λειτουργικότητας και φροντίδας όπως ψώνια, έλεγχος λήψης φαρμάκων καθώς συντελούν ουσιαστικά στην διασφάλιση του συνεχούς στην φροντίδα.

(...)ΨΩΝΙΑ, ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΘΕ ΕΙΔΟΥΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (ΚΑ6)

(...)και στην παρακολούθηση της υγείας τους (ΚΑ7)

(...)Έλεγχος για τη λήψη των φαρμάκων, το εάν έγιναν οι καθημερινές εργασίες (π.χ. προετοιμασία φαγητού), ειδοποίηση για καταστάσεις ανάγκης (π.χ. πτώσεις) κ.ά. (ΚΑ8)

(...)τον έλεγχο για τη λήψη των φαρμάκων, στην ειδοποίηση αν κάτι συμβεί στο σπίτι στην ηλικιωμένη με το πρόβλημα κινητικότητας κλπ.(ΚΑ9)

- (...)Άμεση βοήθεια. Εξασφαλίζετε το συνεχές στη φροντίδα (KA6)
- (...)Στον έλεγχο για τη λήψη των φαρμάκων, στην ειδοποίηση αν κάτι συμβεί στο σπίτι στην ηλικιωμένη με το πρόβλημα κινητικότητας κλπ., (KA9)
- (...)Too much work now without more specifics as to what you include in social services (KA10)
- (...)Μπορούν να βοηθήσουν λιγότερο στη διεύρυνση των κοινωνικών δικτύων - είναι ουσιαστικότερη αν είναι δια ζώσης (και λιγότερο μέσω internet/forums κλπ.) (KA8)

γ) Βελτίωση επικοινωνίας καθώς μπορεί να μην υποκαθιστούν την επικοινωνία αλλά συντελούν στην διασφάλιση μιας επικοινωνίας σταθερής με τις δομές της κοινότητας.

- (...)στην καλύτερη επικοινωνία του ζευγαριού με τις δομές και την οικογένειά του κλπ. (KA9)
- (...)συναισθηματική ανάγκη για επικοινωνία (KA11)
- (...)Ηλικιωμένων με χρόνια νοσήματα που ζουν μόνοι, ηλικιωμένων ανεξάρτητα νοσημάτων που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές, ηλικιωμένων με όχι τόσο καλή λειτουργική ικανότητα(KA3).
- (...)στην καλύτερη επικοινωνία του ζευγαριού με τις δομές και την οικογένειά του κλπ. KA9

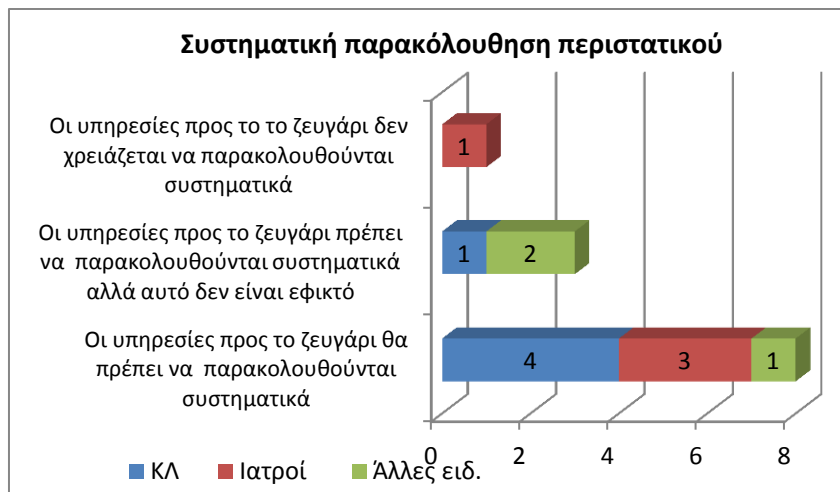
Μια είναι η βασική προϋπόθεση για την χρήση του και αυτή είναι η ευχρηστικότητα και η λειτουργικότητα στη χρήση του όπως ανέφεραν οι κοινωνικοί λειτουργοί του πεδίου.

(...)Βασική προϋπόθεση όμως το σύστημα τηλεφροντίδας, να είναι απλό στη χρήση του, ώστε να μην μπερδεύει στη λειτουργία του τους ηλικιωμένους.

(...)Να είναι εύκολο να εκπαιδευτούν, δεδομένου ότι οι ηλικιωμένοι αυτής της παρούσας γενιάς, δεν είναι εξοικειωμένοι με ηλεκτρονικά συστήματά, και ένα περίπλοκο σύστημα ,ενδέχεται να τους μπερδέψει παρά να τους διευκολύνει. (KA3)

5.2.6.Κενό στη φροντίδα

Η συστηματική παρακολούθηση του περιστατικού αν και θεωρείται επιτακτική ανάγκη δεν είναι εφικτή σύμφωνα με την πλειοψηφία των ειδικών.



Γράφημα 15: Συστηματική παρακολούθηση περιστατικού

Από την πλειοψηφία των μελών της ομάδας εκφράζεται η άποψη ότι θα πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά το ζευγάρι αλλά 1 κοινωνικός λειτουργός, ο κοινωνιολόγος και ο ψυχολόγος υποστηρίζουν ότι αυτό δεν είναι εφικτό. Επιπρόσθετα ένας ιατρός (KA10) υποστηρίζει ότι δεν χρειάζεται να υπάρχει συστηματική παρακολούθηση.

Η συστηματική παρακολούθηση της υγείας του ζευγαριού μέσα στην κοινότητα είναι σημαντική διότι διασφαλίζει τόσο την καταγραφή αναγκών για την διασφάλιση της συνέχειας στην φροντίδα σύμφωνα με την εκφρασμένη αντίληψη των κοινωνικών λειτουργών, όσο και τον επανασχεδιασμό της πορείας του περιστατικού.

(...)Χρειάζεται να ελέγχεται η πορεία της υγείας του ζευγαριού, η πρόοδος στην αυτο-εξυπηρέτηση, τυχόν παραμέληση, και πιθανές νέες ανάγκες που θα προκύψουν.(KA 1)

(...)Είναι απαραίτητη η επίβλεψη για να υπάρχει ορθή παροχή υπηρεσιών. Διαφορετικά δεν εξασφαλίζεται η συνέχεια. (KA6)

Χαρακτηριστικά της συστηματικής φροντίδας είναι η πρόοδος στην αυτοεξυπηρέτηση του ατόμου, η επίβλεψη ορθής παροχής υπηρεσιών με αξιοποίηση καλών πρακτικών, η τακτική παρακολούθηση για την συνεχή αξιολόγηση και επανασχεδιασμό των υπηρεσιών.

(...)Χρειάζεται η τακτική παρακολούθηση του ζευγαριού και εν γένει της οικογένειας για τον επανασχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών. (KA4)

(...)Η συστηματική παρακολούθηση και καταγραφή είναι απαραίτητη για να υπάρχει δυνατότητα να αναλάβει κάποιος άλλος επαγγελματίας τη φροντίδα και για να γίνεται αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από κάποιο αρμόδιο φορέα (KA7)

(...)Without good practice outlines and checking how they are used, there will be no way to evaluate effectiveness (KA10)

Η συστηματική παρακολούθηση δεν είναι εφικτή καθώς δεν υπάρχει κεντρική υπηρεσία με τέτοια δυνατότητα να συντονίσει την παρέμβαση σύμφωνα με

(...)Δεν υπάρχει κεντρική υπηρεσία που να κάνει αυτή τη δουλειά. (KA8)

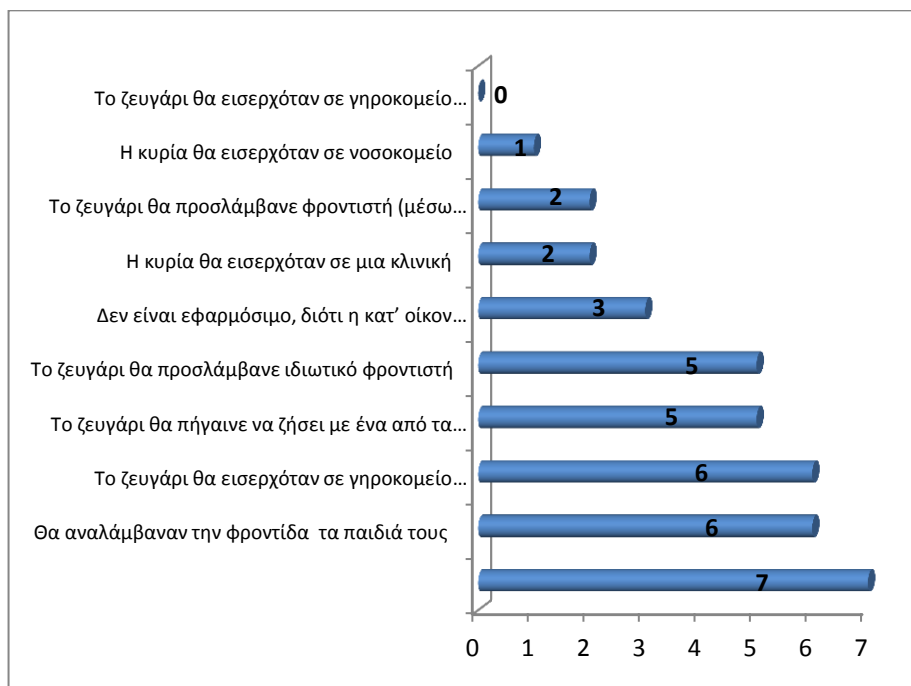
(...)Έχω εξηγήσει παραπάνω ότι θεωρώ πως δεν υπάρχει επαρκής συντονισμός των υπηρεσιών. (KA9)

(...)Στην παρούσα φάση, δεν υπάρχει τέτοια δυνατότητα από καμία υπηρεσία.(KA3)

Με βάση όλα παραπάνω αναφορικά με την ελλειμματική φροντίδα και τις αιτίες αυτής είναι σημαντικό να αποτυπωθεί η πραγματική κατάσταση των ωφελούμενων στην κοινότητα. Τα 2/3 της ομάδας των ειδικών θεωρούν ότι οι ηλικιωμένοι θα υποφέρουν από ακάλυπτες κοινωνικές και υγειονομικές ανάγκες ή θα χρειαστεί να

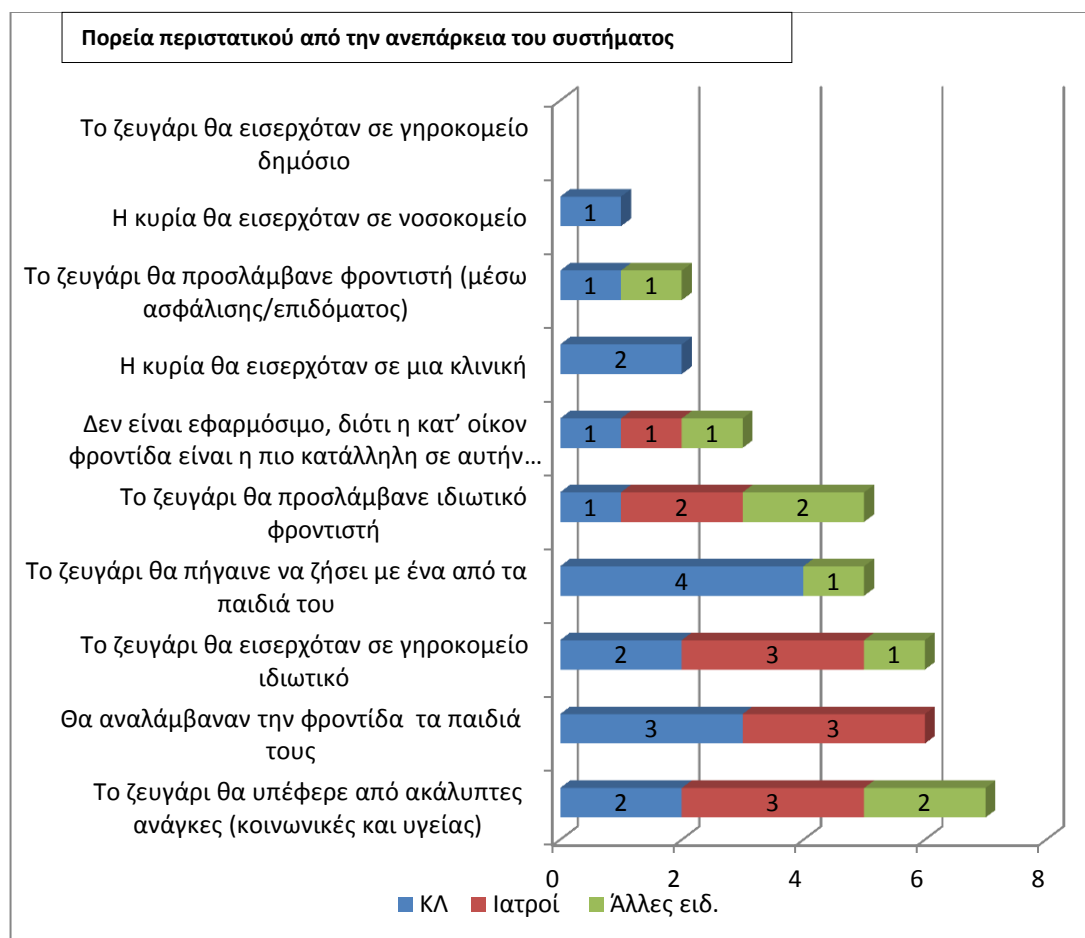
αναλάβει την φροντίδα η οικογένεια και κυρίως η κόρη με ενδεχομένη μετακόμιση της ηλικιωμένης. στην ίδια και οι ιδιωτικοί φροντιστές.

Η πρόταση για ιδιωτική φροντίδα είτε μέσω ιδιωτικού γηροκομείου είτε μέσω φροντιστή επί πληρωμή προτάθηκε σε από τους μισούς συμμετέχοντες ενώ κανένα μέλος της ομάδας δεν πρότεινε την χρήση των υπηρεσιών από δημόσιο γηροκομείο όπως χαρακτηριστικά παρουσιάζεται στο παρακάτω γράφημα.



Γράφημα 16: Ανεπάρκεια στη φροντίδα

Με μια πιο αναλυτική προσέγγιση ανά ειδικότητα, όπως παρουσιάζεται στο παρακάτω γράφημα διακρίνεται ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι αυτοί που «βλέπουν» ότι το ζευγάρι θα επέλεγε να ζήσει με τα παιδιά του ή εν τέλει την φροντίδα θα την αναλάμβαναν τα παιδιά τους. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι δόθηκε η δυνατότητα το κάθε μέλος της ομάδας να επιλέξει ένα μικτό μοντέλο απαντήσεων.



Γράφημα 17: Πορεία περιστατικού από την ανεπάρκεια του συστήματος

Σε ερώτηση που τέθηκε για μεγαλύτερη τεκμηρίωση των απαντήσεων τους όσον αφορά την απάντηση ότι το ζευγάρι θα υπέφερε από ακάλυπτες ανάγκες, ότι η οικογένεια θα αναλάμβανε το μέρος της φροντίδας που θα μπορούσε να αναλάβει, αλλά οι υπόλοιπες ανάγκες θα έμεναν ακάλυπτες με τα δεδομένα της ανεπάρκειας των δομών όπως έχουν αναλυθεί. Επιπρόσθετα στην περίπτωση αυτή και μη γνωρίζοντας το οικονομικό επίπεδο του ζευγαριού δεν θα μπορούσε να προταθεί και η λύση της ιδιωτικής φροντίδας.

(...)Η οικογένεια (κυρίως η μία κόρη) δεν θα μπορούσε να καλύψει όλες τις ανάγκες του ζευγαριού. Μη γνωρίζοντας το οικονομικό επίπεδο του ζευγαριού θεωρώ ότι δεν θα μπορούσε να εξυπηρετηθεί αλλιώς (π.χ. ιδιωτικοί φροντιστές). Επομένως η μία κόρη κυρίως θα κάλυπτε τις ανάγκες που θα μπορούσε και θα έμεναν ακάλυπτες πολλές άλλες. (ΚΑ8)

Οι οικονομικές και ψυχολογικές αντοχές της οικογένειας καθορίζει και το είδος της φροντίδας που τελικά θα επιλεγεί από την οικογένεια.

(...)Όλες οι επιλογές είναι λίγο ή περισσότερο πιθανό να πραγματοποιηθούν. Η επιλογή εξαρτάται από τις αντοχές, οικονομικές και πραγματικές, της οικογένειας (ΚΑ7)

Οι μισοί από τους ερωτώμενους αναφέρουν ότι σε περίπτωση που ήταν απαραίτητη η κατ' οίκον φροντίδα για το ζευγάρι των ηλικιωμένων, το ζευγάρι θα πήγαινε να ζήσει με τα παιδιά του καθώς η μη κάλυψη των αναγκών θα οδηγούσε το ζευγάρι είτε στα παιδιά τους είτε σε κλειστές δομές. Στο μέτρο του δυνατού και του εφικτού η πρώτη σκέψη στη φροντίδα φαίνεται να είναι η οικογένεια /τα παιδιά και ειδικότερα η αναφορά γίνεται από τους κοινωνικούς λειτουργούς του πεδίου.

(....)Η μη κάλυψη των αναγκών από κατ' οίκον φροντίδα θα οδηγούσε τα άτομα είτε στα παιδιά τους, είτε σε(ΚΑ6)

(....)Ενδεχόμενα θα υπήρχε η βοήθεια από τα παιδιά στο μέτρο που θα μπορούσαν (ΚΑ3)

Στην ανάλυση τους οι κοινωνικοί λειτουργοί (ΚΑ6.ΚΑ11) ανέφεραν ότι το ζευγάρι θα κατέφευγαν σε νοσοκομείο ή πρόσληψη φροντιστή μέσω ασφάλισης ή σε κλινική.

(....)Η κυρία θα εισερχόταν σε νοσοκομείο(ΚΑ6)

(....)Το ζευγάρι θα προσλάμβανε φροντιστή μέσω ασφάλισης/επιδόματος (ΚΑ9,ΚΑ11)

(....)Η κυρία θα εισερχόταν σε μια κλινική(ΚΑ11,ΚΑ6)

Δυο κοινωνικοί λειτουργοί ανέφεραν ότι αν δεν ήταν εφικτή η φροντίδα από τα παιδιά ή η κατ' οίκον φροντίδα που είναι και η καταλληλότερη, το ζευγάρι θα κατέφευγε σε ιδιωτική φροντίδα.

και αν δεν θα ήταν εφικτή η βοήθεια του άτυπου δικτύου των παιδιών η βοήθεια ενός επαγγελματία φροντιστή επί πληρωμή (ΚΑ3)

(....)Η μη κάλυψη των αναγκών από κατ' οίκον φροντίδα θα οδηγούσε τα άτομα είτε σε κλειστές δομές είτε σε ιδιωτικό φροντιστή (ΚΑ6)

(....)Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα το ζευγάρι να έκανε εισαγωγή σε γηροκομεία για να έχει 24ωρη παροχή φροντίδας στις βασικές ανάγκες. Συνήθως είναι μια λύση για τους φροντιστές, όταν η τοπική κοινότητα δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες κατ' οίκον φροντίδας (ΚΑ3)

Σημαντική παράμετρος στην φροντίδα έθεσαν τρεις ακαδημαϊκοί, κοινωνικός λειτουργός - ιατρός – νοσηλευτής που αναφέρει δεν είναι εφαρμόσιμο κανένα άλλο μοντέλο διότι η κατ' οίκον φροντίδα είναι η πιο κατάλληλη σε αυτήν την περίπτωση

Η καταλληλότερη είναι η κατ' οίκον φροντίδα, ολιστική παρέμβαση, με παραμονή στην κοινότητα (ΚΑ6)

Οι ακάλυπτες ανάγκες σχετίζονται με ανάγκες απλής λειτουργικότητας όπως ατομική υγιεινή, φυσικοθεραπεία, βοήθεια στις οικιακές εργασίες και στην ατομική φροντίδα

σύμφωνα με τους κοινωνικούς λειτουργούς του πεδίου (ΚΑ3,ΚΑ6)Χαρακτηριστικά αναφέρετε η περιστασιακή κάλυψη των αναγκών μια φορά εβδομαδιαίως από τα προγράμματα ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ,.

(...)Σχεδόν όλες οι ανάγκες του ζευγαριού θα μείνουν ακάλυπτες. Η παροχή φροντίδας από το ΠΒΣ, παρέχεται 1 φορά την εβδομάδα σε κάθε εξυπηρετούμενο, καθώς δεν υπάρχει επαρκές προσωπικό. Οπότε τις υπόλοιπες ημέρες η βοήθεια στις οικιακές εργασίες και στην ατομική φροντίδα δεν θα καλύπτεται (ΚΑ3)

(...)Σχεδόν όλες οι ανάγκες θα μείνουν ακάλυπτες, με εξαίρεση ίσως αυτές που αφορούν το κύριο πρόβλημα υγείας. (ΚΑ5)

(...)Ακάλυπτες: ατομική υγιεινή, φυσικοθεραπεία, αλλά και οι υπόλοιπες θα παρέχοντα τμηματικά, περιστασιακά, χωρίς συνέχεια (ΚΑ6)

(...)Νομίζω η ύπαρξη ενός ατόμου συνεχώς στο σπίτι για το πρώτο διάστημα της επιστροφής της γυναίκας στο σπίτι. Είναι μια ανάγκη που δεν θα καλυφθεί επαρκώς (ΚΑ9)

Σχετίζονται όμως με ανάγκες ψυχοκοινωνικές όπως ψυχολογική στήριξη και συμβουλευτική σύμφωνα με τους κοινωνικούς λειτουργούς.

(...)Ψυχολογική υποστήριξη(ΚΑ6)

(...)Νομίζω οι ψυχολογικές ανάγκες γιατί λόγω περιορισμένων δυνατοτήτων δεν γίνεται συστηματική συμβουλευτική (ΚΑ11)

Επικρατεί όμως η αντίληψη οι ανάγκες θα καλυφθούν από τις υπηρεσίες σε συνεργασία με την οικογένεια σύμφωνα με τα λεγόμενα από ιατρό της ομάδας.

(...)Οι κοινωνικές υπηρεσίες, σε συνεργασία με την οικογένεια, θα μπορέσουν να καλύψουν τις περισσότερες ανάγκες. Ειδική προσοχή πρέπει να δοθεί στη διαχείριση των οικονομικών(ΚΑ7)

Η απουσία λειτουργικής διασύνδεσης των δομών διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο καθώς άλλες υπηρεσίες δεν παρέχονται κατ' οίκον και άλλες παρέχονται ανά δομή χωρίς δυνατότητα λειτουργικής εξυπηρέτησης για τον ηλικιωμένο. (μέσο μεταφοράς κτλ.)

(...)Καμία δομή, δεν παρέχει υπηρεσίες φυσικοθεραπείας και εργοθεραπείας κατ' οίκον. Για να μπορεί ο ηλικιωμένος να δέχεται τις υπηρεσίες του ΚΑΠΗ πχ νοητική ενδυνάμωση, πιθανά να πρέπει κάποιος να τον πηγαίνει, και ίσως κάτι τέτοιο να μην είναι εφικτό. Στην παρούσα φάση, δεν υπάρχει ούτε κάποιο μέσω μεταφοράς από το Δήμο, των μελών προς το ΚΑΠΗ από τον τόπο κατοικίας τους. Οι συνήθεις δυσκολίες των δομών είναι η έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη διεπιστημονικής ομάδας και η έλλειψη εκπαίδευσης σε θέματα τρίτης ηλικίας

Τα εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών με αποτέλεσμα την ύπαρξη ακάλυπτων αναγκών σχετίζονται με την απουσία συντονισμού, διασύνδεση και την μη συνέχεια στη φροντίδα όπως αναφέρουν ο κοινωνιολόγος και ο κοινωνικός λειτουργός,

(...)Δεν υπάρχει συντονισμός, διασύνδεση και συνεργασία (ΚΑ8)

(...)Κάποιες ανάγκες ίσως μείνουν ακάλυπτες. Οι συνήθεις δυσκολίες βρίσκονται στο συντονισμό των εμπλεκόμενων δομών (KA4)

καθώς και με την έλλειψη προσωπικού, διεπιστημονικής ομάδας, η έλλειψη εκπαίδευσης σε θέματα τρίτης ηλικίας συμπληρώνει κοινωνικός λειτουργός του πεδίου.

(...)Οι συνήθεις δυσκολίες των δομών είναι η έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη διεπιστημονικής ομάδας και η έλλειψη εκπαίδευσης σε θέματα τρίτης ηλικίας (KA3)

Σε ερώτηση σχετικά με το αν υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ αγροτικής και αστικής κοινότητας σε σχέση με την κατ' οίκον φροντίδα αναφέρθηκε ότι στις αγροτικές κοινότητες υπάρχει καλύτερη λειτουργία των κοινωνικών δικτύων με περισσότερο προσωποποιημένες σχέσεις με την άτυπη φροντίδα και με την εμπλοκή των γειτόνων και φίλων όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο ιατρός κοινωνικής ιατρικής (KA7).

(...)Πιθανόν σε μια αγροτική περιοχή να λειτουργούσαν πιο πολύ τα κοινωνικά δίκτυα του ζευγαριού, (KA.1)

(...)Στην αγροτική περιοχή είναι πιο πιθανή η εμπλοκή των γειτόνων και φίλων (KA7)

Τα άτυπα δίκτυα φροντίδας είναι πιο ισχυρά στις αγροτικές κοινότητες αλλά το επιπλέον θετικό συνίσταται στις περισσότερο προσωποποιημένες σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας που συμβάλλει θετικά στην φροντίδα.

(...)Δεν ξέρουμε που ζουν. Πιστεύω ότι θα υπήρχαν ελλείψεις στις αγροτικές περιοχές οι οποίες όμως ενδεχομένως να καλύπτονταν από τα άτυπα δίκτυα φροντίδας.(KA9)

(...)Νομίζω σε αγροτικές περιοχές είναι πιο εύκολο να καλυφθούν οι ανάγκες διότι εμπλέκονται περισσότερο οι άνθρωποι στις ανάγκες των γειτόνων/φίλων/συγγενών. Επίσης, λόγω πληθυσμού είναι περισσότερο προσωποποιημένες οι σχέσεις των πολιτών με τους εργαζομένους των υπηρεσιών (KA11)

(...)Αντίθετα στις αστικές περιοχές υπάρχουν άλλα προβλήματα που μπορεί να χειροτερέψουν την κατάσταση όπως η κοινωνική απομόνωση (KA9)

Από την άλλη λόγω ότι στην ύπαιθρο δεν είναι ανεπτυγμένο το δίκτυο των υπηρεσιών η παροχή υπηρεσιών είναι υποδεέστερη σε ποιότητα ,γεγονός που κάνει τα πράγματα πιο δύσκολα. σύμφωνα με την κοινωνική λειτουργό (KA6) την ψυχολόγο(KA8), τον νοσηλευτή (KA5) και την γιατρό(KA10) της ομάδας.

(...)Δεν θα έπρεπε να υπάρχει. όμως συνήθως στην ύπαιθρο δεν είναι ανεπτυγμένες τέτοιου είδους υπηρεσίες για κατ' οίκον φροντίδα (KA6)

(...)Κάποιες αγροτικές περιοχές μπορεί να είναι ακάλυπτες από αντίστοιχες υπηρεσίες (KA8)

(...)Yes for sure , in rural areas the challenges would be much harder (KA10)

Ναι, σε αγροτικές περιοχές η φροντίδα είναι συνήθως χαμηλότερης στάθμης(KA5)

Αντιθέτως στις αστικές κοινότητες υπάρχουν περισσότερες υπηρεσίες με περισσότερες δυνατότητες με βάση τις απαντήσεις των κοινωνικών επιστημόνων (ΚΑ1,ΚΑ4,ΚΑ8)

- (...)ενώ σε ένα αστικό περιβάλλον να υπήρχαν περισσότερες υπηρεσίες. (ΚΑ.1)*
- (...)Σε αστικές περιοχές υπάρχουν περισσότερες δομές/υπηρεσίες. (ΚΑ8)*
- (...)Ναι θα υπήρχε διαφορά. Περισσότερες οι δυνατότητες σε μία αστική περιοχή.(ΚΑ4)*

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι μόνο ένας κοινωνικός λειτουργός από την ομάδα απάντησε ότι δεν υπάρχει καμία διαφοροποίηση μεταξύ της φροντίδας στην αστική και στην αγροτική κοινότητα.

5.2.7.Στόχοι παρέμβασης για τους ηλικιωμένους στην κοινότητα από τον Κοινωνικό

Λειτουργό

Οι στόχοι που οφείλει να θέσει ο κοινωνικός λειτουργός κατά την παρέμβαση του σχετίζονται άμεσα με τους παράγοντες εκείνους που πρέπει να διερευνήσει και να λάβει υπόψη του στο σχεδιασμό. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι δημογραφικοί, οι οργανικοί, οι κοινωνικοί, οι ψυχολογικοί η συννοσηρότητα, οι συμπεριφορές υγείας, το φυσικό και δομημένο περιβάλλον. Τους παράγοντες αυτούς οφείλει να τους μελετά ο κοινωνικός λειτουργός στη βάση μιας ολιστικής προσέγγισης, όπως χαρακτηριστικά ανέφεραν τα 10 /12 μέλη της ομάδας εκτός από 2 ιατρούς (ΚΑ2,ΚΑ10)

(...)Σε όλους με προτεραιότητα: 1. οργανικοί 2. συννοσηρότητα 3. συμπεριφορές υγείας 4. Κοινωνικοί 5. ψυχολογικοί 6. φυσικό και δομημένο περιβάλλον 7. δημογραφικοί (ΚΑ1)

(...)Σε όλους. Το πλάνο του Κλ πρέπει να είναι ολιστικό(ΚΑ3)

(...)Σε όλους τους προαναφερόμενους παράγοντες. Ο καθένας έχει την βαρύτητά του(ΚΑ4)

(...)Σε όλες, στο πλαίσιο της ομάδας υγείας. Δεν θεωρώ ότι πλέον μπορεί μία επαγγελματική ομάδα να καλύψει όλες τις ανάγκες που δημιουργούνται στα άτομα και τους φροντιστές τους(ΚΑ5)

(...)Σε όλους. Όλοι μπορούν να επηρεάσουν την υγεία εξίσου(ΚΑ6)

(...)Δωρεάν προληπτικές εξετάσεις για Alzheimer και άνοια (ΚΑ11)

(...)Η προτεραιότητα πρέπει να είναι η ισορροπημένη φροντίδα και στήριξη, Δεν μπορεί να απομονωθεί ένας παράγοντας. Επίσης, η εκτίμηση των προτεραιοτήτων είναι εξατομικευμένη(ΚΑ7)

(...)Προτεραιότητα σε όλους (ΚΑ8)

(...)Σε όλους (ΚΑ9) Ο ψυχολόγος της ομάδας ανέφερε την άποψη ότι οι οργανικοί παράγοντες θα πρέπει δευτερευόντως να ληφθούν υπόψη.

(...)Δευτερευόντως στους οργανικούς (τους οποίους όμως πρέπει να λάβει υπόψη)(ΚΑ8)

Ενώ μια δεύτερη εκφρασμένη άποψη δίνει προτεραιότητα στους κοινωνικούς παράγοντες, αντίληψη που εκφράζεται τόσο από ακαδημαϊκούς, τον κοινωνικό λειτουργό όσο και από κοινωνιολόγο.

(...)δίνοντας προτεραιότητα στους κοινωνικούς παράγοντες. Αλλά όλοι είναι σημαντικοί και πρέπει να τους λαμβάνει υπόψη του ο ΚΛ(ΚΑ9)

(...)Εμπλοκή των ηλικιωμένων σε υπηρεσίες προς τους πολίτες (συνεργασία με παιδικούς σταθμούς, δράσεις αλληλεγγύης προς τους πρόσφυγες, καλλιτεχνικά εργαστήρια, κλπ.) (ΚΑ11)

(...)Χώροι ομαδικών δραστηριοτήτων που θα συμπεριλαμβάνουν και ηλικιωμένους (όχι αποκλειστικά για ηλικιωμένους) (ΚΑ11)

Χαρακτηριστική και πολύ ενδιαφέρουσα είναι και η άποψη από κοινωνικό λειτουργό για την αξία του φυσικού περιβάλλοντος και της δημιουργία ενός περιβάλλοντος φιλικού και λειτουργικού για τους ηλικιωμένους.

(...)Σε ένα φυσικό περιβάλλον με χώρους πρασίνου, άσκησης, ράμπες και κάθε σχετική διευκόλυνση για άτομα με κινητικούς και αισθητηριακούς περιορισμούς(ΚΑ11)

Οι στόχοι που ξεκάθαρα θα πρέπει να θέσει ο κοινωνικός λειτουργός για το σχεδιασμό της παρέμβασης του είναι:

- ⇒ **Διατήρηση σωματικής και ψυχικής υγείας και λειτουργικότητας**
*(...)Η διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων (ΚΑ1)
 πρόληψη γνωστικής έκπτωσης, διατήρηση βαθμού λειτουργικότητας, (ΚΑ1,2)
 (...)Η διατήρηση καλής κατάστασης υγείας και συναισθηματικής κατάστασης (ΚΑ11)*
- ⇒ **Προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας**
(...)Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (ΚΑ1)
- ⇒ **Καταπολέμηση της φτώχειας και του αποκλεισμού**
(...)Η καταπολέμηση της φτώχειας και του αποκλεισμού (ΚΑ1)
- ⇒ **Κοινωνικοποίηση/κοινωνική λειτουργικότητα/ενεργό συμμετοχή στην κοινότητα**
*(...)Η συνεχής κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων (ΚΑ1)
 (...)κοινωνική λειτουργικότητα ΚΑ5,11
 (...)η ενεργός συμμετοχής τους στα δρώμενα της κοινότητας(ΚΑ1,ΚΑ3)
 (...)η ενεργός εμπλοκή τους στη ζωή της κοινότητας(ΚΑ11)*
- ⇒ **Πρόσβαση στην εκπαίδευση, αλφαριθμητισμό, ψυχαγωγία, μεταφορά γνώση σε νεότερους**
*(...)Η εκπαίδευση και κατάρτιση των ηλικιωμένων (αλφαριθμητισμός, ηλεκτρονικός αλφαριθμητισμός, χειροτεχνίες κλπ) ΚΑ1
 (...)Η μεταφορά γνώσης, εμπειρίας και κάποιων παραδόσεων σε νεότερες γενιές ΚΑ1
 (...)Προγράμματα ψυχαγωγίαςΚΑ1*
- ⇒ **Ασφαλής διαβίωση, ίσες ευκαιρίες για καθολική κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου**

(...)Ασφαλής διαβίωση, ίσες ευκαιρίες ασφάλειας, καθολικής κάλυψης των αναγκών του ηλικιωμένου (KA2,3)

⇒ **Ποιότητας ζωής, υγιής & ενεργός γήρανση & ολιστική φροντίδα**

(...)βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στη κοινότητα.(KA3)
(...)Υγιής και ενεργός γήρανση μέσα σε ένα ολιστικό μοντέλο KA3,5,7,8,9,11
(...)Η πρόληψη, η ολιστική φροντίδα στην αντιμετώπιση των περιστατικών. KA9
(...)This is not a question I can answer generically, depends on points of transition, presence of chronic diseases, socioeconomic variables, health and technology literacy etc KA10

Οι προτεραιότητες που οφείλει να θέσει ο κοινωνικός λειτουργός στην παρέμβαση του στην κοινότητα με βάση την συνθήκη της πανδημίας covid-19 είναι:

α) Διατήρηση σωματικής υγείας με λήψη απαραίτητων μέτρων ατομικής προστασίας

(...)Διασφάλιση της σωματικής υγείας(KA1)

(...)Βασική προτεραιότητα είναι η διασφάλιση της υγείας τους με την λήψη των απαραίτητων προληπτικών μέτρων ατομικής προστασίας (KA4)

(...)Διασφάλιση των αναγκαίων φαρμάκων (KA1)

β) Διατήρηση συναισθηματικής και ψυχικής υγείας με εστίαση σε μοναξιά και κατάθλιψη

(...)Προσοχή στην μοναξιά και την κατάθλιψη (KA1)

(...)Δράσεις: ορθής ενημέρωσης για τον Covid 19, μείωσης κοινωνικού φόβου, τρόπος κάλυψης των αναγκών του ηλικιωμένου εν καιρώ καραντίνας, ενημέρωση για εμπύχωση, συμβουλευτική για την αλλαγή της καθημερινότητας, για αισθήματα αβοηθητότητας, μοναξιάς, θλίψης. Τρόπους εναλλακτικούς για την αποφυγή της απομόνωσης KA3

(...)Την ασφάλεια του. Να τον βοηθήσει να παραμείνει υγιής οργανικά/βιολογικά αλλά και ψυχοκοινωνικά (αντιμετώπιση της απομόνωσης/μοναξιάς). (KA8)

(...)Η απομόνωση των ηλικιωμένων είναι πιο έντονη από τις άλλες ηλικιακές ομάδες και θέλει ιδιαίτερη προσοχή (KA7)

(...)Στις συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης και στρες που έχει δημιουργήσει η πανδημία, η ψυχοκοινωνική τους στήριξη είναι ιδιαίτερα σημαντική, αλλά και η ενημέρωση των ίδιων των ηλικιωμένων και όλων όσων εμπλέκονται στη φροντίδα τους για την τήρηση των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας. (KA9)

γ) Ενημέρωσης και ενεργού συμμετοχής

(...)Δράσεις: ορθής ενημέρωσης για τον Covid 19, μείωσης κοινωνικού φόβου,

(...)Η κοινωνική λειτουργικότητα με τους περιορισμούς του 'μένουμε σπίτι' (KA5)

(...)Ενημέρωση και πληροφόρηση(KA1)

δ) Διατήρηση /ενδυνάμωση επικοινωνίας με οικογένεια

(...)και την τακτική επικοινωνία και στήριξη των ίδιων και των οικογενειών τους(KA4)

(...)Διασφάλιση ασφαλούς επικοινωνίας με τους οικείους (ΚΑ1)

5.2.8.Προτάσεις για την ανάπτυξη υπηρεσιών με στόχο την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών στην κοινότητα.

Οι προτάσεις που αναφέρθηκαν συνολικά από την ομάδα των ειδικών σχετίζονται με την βελτίωση των εμποδίων που καθιστούν ελλειμματική την φροντίδα αλλά και με την ενίσχυση δικτύων και την διασύνδεση δομών. Ειδικότερα προτάθηκε:

α) Η ενίσχυση τοπικών δικτύων της κοινότητας και αξιοποίηση άτυπων δικτύων μέσω της κινητοποίησης της γειτονιάς και των εθελοντικών ομάδων αλληλεγγύης.

(...)Κινητοποίηση γειτονιάς, εθελοντικών ομάδων αλληλεγγύης (ΚΑ4)

(...)ή να αξιοποιούνται εθελοντικές οργανώσεις, όπως πχ ο Ερυθρός Σταυρός. (ΚΑ.1)

β) η διασύνδεση/δικτύωση υπηρεσιών, συντονισμός μέσω της ενίσχυσης τοπικών δικτύων κοινότητας αλλά την αξιοποίηση των δομών της κοινότητας.

(...)Δικτύωση με τοπικούς φορείς, συμμετοχή σε ομάδα αλληλοβοήθειας (ΚΑ4)

(...)Ενίσχυση τοπικών δικτύων κοινότητας.

(...)Η πρότασή μου συνδέεται με την απάντηση που έδωσα στην 1 (Κοινωνικό-υποστηρικτικές υπηρεσίες από δημοτική ΚΥ, ΒΣΣ, ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ (ανάλογα με τις πηγές της κοινότητας). Υπηρεσίες φροντίδας υγείας από ΠΙ ή ΚΥ (ΚΑ4)

γ) η διεύρυνση αρμοδιοτήτων των υπηρεσιών, η ενίσχυση σε προσωπικό και η καλύτερη οργάνωση και ο συντονισμός των υπηρεσιών.

(...)Χρειάζεται **διεύρυνση των αρμοδιοτήτων** των υπηρεσιών βοήθειας, μάλλον πρόσθετο προσωπικό και πολύ καλή οργάνωση(ΚΑ.7)

δ) οι δομές με προσέγγιση από κάτω προς τα πάνω (bottom-up), που θα ξεκινούν από τους ηλικιωμένους. Η τοπική αυτοδιοίκηση οφείλει να ενισχύσει τις υπηρεσίες με ειδικότητες και προγράμματα που να καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα των αναγκών των ηλικιωμένων και με μια φιλοσοφία από κάτω προς τα πάνω (bottom-up).

(...)Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών να γίνεται **από κάτω προς τα πάνω (bottom-up)**, δηλαδή να υπάρχει απόλυτη συνεργασία των δομών με το ζευγάρι και την οικογένειά του. (ΚΑ.9)

(...)Η τοπική αυτοδιοίκηση οφείλει να ενισχύσει τις υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους με ειδικότητες, ωράριο και προγράμματα που **καλύπτουν τις ποικίλες ανάγκες των ανθρώπων.** (ΚΑ.11)

(...)Σε τόσο όμως σε φάσεις κρίσης, θα μπορούσε η πολιτεία να **διαθέτει προσωπικό** για ένα διάστημα μέχρι να ξεπεραστεί το κύριο πρόβλημα(ΚΑ.1)

ε) η 24η παροχή υπηρεσιών μέσω αξιοποίησης της τεχνολογίας. Η παροχή υπηρεσιών σε 24ωρη βάση σε συνδυασμό με την χρήση της τεχνολογίας, θα αποτελούσε μια ιδανική συνθήκη στην παροχή υπηρεσιών.

(...)Ιδανικά, η παροχή βοήθειας στο σπίτι θα πρέπει να παρέχετε σε πρωινή και απογευματινή θάρδια (ΚΑ.1)

(...)24ωρη υπηρεσία με χρήση κάποιου απλού gadget που θα είχαν όλοι οι ηλικιωμένοι θα μπορούσε να εξυπηρετεί έκτακτες ανάγκες (ΚΑ.11)

(...)Σα καινοτομία πιθανό να βοηθούσε η αξιοποίηση της τεχνολογίας με την εφαρμογή ενός συστήματος τηλε-ειδοποίησης (;) (ΚΑ.4)

(...)Θα προσανατολιζόμουν στη χρήση σύγχρονων μορφών τεχνολογίας για να καλύψω το κομμάτι της εξελισσόμενης άνοιας του συζύγου, αλλά και άλλων αναγκών (ΚΑ.5)

στ) η δημιουργία ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΔΟΜΗΣ με διεπιστημονική προσέγγιση, με κεντρικό συντονισμό ,screening των περιστατικών, αξιολόγηση για την παροχή υπηρεσιών , λειτουργία διεπιστημονικής ομάδας

(...)Μία κεντρική δομή με όλες τις ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι θα εκτιμούν τις ανάγκες του ζευγαριού και της ευρύτερης οικογένειας και θα προτείνουν τις ενδεδειγμένες υπηρεσίες(ΚΑ.8)

(...)Θα υπάρχει κεντρικός συντονισμός και όλοι οι επαγγελματίες θα συνεργάζονται για την βέλτιστη παροχή των υπηρεσιών. (ΚΑ.8)

(...)Αρχικά να υπάρχει η αξιολόγηση (assessment/screening) από μία διεπιστημονική ομάδα και στη συνέχεια θα διαχέονται οι ανάγκες στους κατάλληλους επαγγελματίες.(ΚΑ.8)

(...)Να υπάρχει ένας κεντρικός συντονισμός των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν στο ζευγάρι ώστε να μην γίνονται επικαλύψεις.(ΚΑ8)

ζ) η δημιουργία εξατομικευμένης σχολής για τους φροντιστές/ηλικιωμένους

(...)Μία σχολή φροντιστών στην κοινότητα με πιστοποίηση κατάρτισης παροχής φροντίδας θα μπορούσε να διευκολύνει την κατάσταση εφόσον η οικογένεια δεν μπορεί να φροντίσει αποκλειστικά το ζευγάρι ή μία δομή υποδοχής του ζευγαριού για προσωρινή φιλοξενία μέχρι αποκατάστασης της υγείας της γυναίκας εφόσον το επιθυμούσε το ζευγάρι. (ΚΑ12)

(...)Δημιουργία υπηρεσίας κατ' οίκον ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ΚΑ6)

(...)ΠΒΣ για ανοϊκούς ασθενείς (ΚΑ6)

Συμπερασματικά και με βάση τις απαντήσεις τους, οι ακαδημαϊκοί προτείνουν την λειτουργία μιας δομής στην κοινότητα επαρκώς στελεχωμένη που η διεπιστημονική ομάδα θα καταρτίζει σχέδιο ολοκληρωμένης φροντίδας

Οι ειδικοί του πεδίου θεωρούν ότι λύσεις όπως ο επί πληρωμή φροντιστής συμπληρωματικά με τις δομές και με επαρκή συντονισμό ίσως καταστούν αποτελεσματικές

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1. Συζήτηση αποτελεσμάτων

Στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε με την χρήση της συγκλίνουσας παράλληλης σχεδίασης και την αξιοποίηση δυο ερευνητικών μεθόδων (DELPHI και βινιέτας) ο προσδιορισμός της σημαντικότητας των παραγόντων που συμβάλουν στην ενεργό γήρανση για παρέμβαση στους ηλικιωμένους στην κοινότητα από τον Κοινωνικό λειτουργό με στόχο την ανάπτυξη ολιστικής παρέμβασης για την βελτίωση της λειτουργικότητας (functioning). Απώτερος στόχος της πιλοτικής μελέτης είναι η ανάπτυξη των κατευθυντήριων γραμμών που στην παρούσα πιλοτική μελέτη πραγματοποιηθήκαν τρεις από τις τέσσερις φάσεις. Τα επόμενα βήματα για την ολοκλήρωση των φάσεων θα συζητηθούν στην συζήτηση και στις προτάσεις.

Η μελέτη των συμπεριφορών και των διαφόρων παραγόντων που επηρεάζουν την γήρανση καθίσταται πολύ σημαντική για την κατανόηση του φαινομένου στην ολότητά του και ανοίγει νέους δρόμους για κοινοτικές παρεμβάσεις βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού αυτού. Παράλληλα αυτή αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ανεπτυγμένη κοινωνία του σύγχρονου κόσμου (Kuzumastuti et al., 2016). Η ενεργή γήρανση, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, περιλαμβάνει τη δια βίου μάθηση, την παραμονή στην εργασία για περισσότερο χρόνο, την αργότερη και πιο σταδιακή συνταξιοδότηση, τη διατήρηση της δραστηριότητας μετά τη συνταξιοδότηση και την απασχόληση με δραστηριότητες που αυξάνουν τις δυνατότητές του ατόμου και διατηρούν την υγεία του (AGE,WHO, 2007). Οι ικανότητες του ηλικιωμένου ανθρώπου, οι στόχοι που αυτός/ή θέτει και το περιβάλλον είναι τρεις αλληλένδετοι παράγοντες που θα πρέπει να λαμβάνονται παράλληλα υπόψη κατά την προαγωγή της υγιούς γήρανσης. Τέλος η υγιής γήρανση, αναγνωρίζει το δικαίωμα των ανθρώπων στην ισότητα ευκαιριών και στην ίση μεταχείριση από όλες τις απόψεις καθώς γηράσκουν (AGE,WHO, 2007).

Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε προσπάθεια αποτύπωσης της θεώρησης της υγιούς γήρανσης και της λειτουργικότητας στο σχεδιασμό της παρέμβασης στην κοινότητα από τον Κοινωνικό λειτουργό μέσα από το πρίσμα 7 ακαδημαϊκών, επαγγελματιών υγείας αλλά και 5 κοινωνικών λειτουργών του πεδίου ανώτατης εκπαίδευσης (κάτοχοι διδακτορικού). Μέσα από τις βινιέτες αποτυπώθηκαν οι παρεχόμενες υπηρεσίες, τα χαρακτηριστικά τους αλλά αναδείχθηκαν και τα κενά στην φροντίδα. Στην συνέχεια μέσα από την κωδικοποίηση των θεματικών ενοτήτων παρουσιάζονται τα σημαντικότερα ευρήματα και παρατηρήσεις αυτής της μελέτης.

Οι θεματικές ενότητες που αναδύθηκαν μέσα από την θεματική ανάλυση σχετίζονται με την θεώρηση της υγιούς γήρανσης και της λειτουργικότητας στο σχεδιασμό της παρέμβασης του Κοινωνικού λειτουργού στην κοινότητα για τους ηλικιωμένους. Ειδικότερα πραγματοποιήθηκε αποτύπωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και ο τρόπος που πραγματοποιείται η εκτίμηση των αναγκών, οι εμπλεκόμενοι φορείς φροντίδας στην κοινότητα. και το κενό στην επάρκεια ή όχι των δομών φροντίδας. Αναλύθηκε ποιοι θα πρέπει να είναι οι εμπλεκόμενοι στη φροντίδα και το σημαντικό κενό την εκτίμηση των αναγκών των ηλικιωμένων και των φροντιστών.

Στο τελευταίο μέρος της μελέτης τέθηκαν οι στόχοι παρέμβασης για τους ηλικιωμένους και οι προτάσεις για την ανάπτυξη των υπηρεσιών και των κατευθυντήριων γραμμών της παρέμβασης του Κοινωνικού Λειτουργού στην κοινότητα.

Η πρώτη θεματική ενότητα αναφέρεται στη θεώρηση της υγιούς γήρανσης και της λειτουργικότητας στο σχεδιασμό της παρέμβασης του Κ.Λ. στην κοινότητα για τους ηλικιωμένους. Οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή της θεώρησης της υγιούς γήρανσης στον σχεδιασμό της παρέμβασης αποτυπώθηκαν από την ομάδα των ειδικών σε επίπεδο κοινότητας, σε επίπεδο οργάνωσης των υπηρεσιών και σε επίπεδο ατόμου. Με βάση τον ορισμό της υγιούς γήρανσης, το άτομο/ηλικιωμένος πρέπει αφενός μεν να είναι αλλά και να νιώθει ικανό σωματικά και ψυχικά αλλά και το περιβάλλον πρέπει να είναι προσαρμοσμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες του (Snirh 2007, Heikkiken, 2006).

Συνεπώς η εφαρμογή της θεώρησης της υγιούς γήρανσης όπως αποτυπώθηκε σε τρία επίπεδα από την ομάδα των ειδικών επιβεβαιώνει την αναγκαιότητα εφαρμογής και στα μικρο, μέσο και μακρο επίπεδα καθώς οποιαδήποτε παρέμβαση στο άτομο μη λαμβάνοντας υπόψη το περιβάλλον (κοινωνικό - φυσικό) δεν θεωρείται ολοκληρωμένη και αποτελεσματική καθώς δεν συνάδει με την ολιστική προσέγγιση (WHO, 2007). Η στρατηγική της κοινοτικής ανάπτυξης αναφέρεται στο «ρόλο του ειδικού» του ίδιου του

ατόμου στο σχέδιο της παροχής φροντίδας, στην άμεση εμπλοκή του αλλά και στην ενδυνάμωση των κοινοτήτων για να αναλάβουν αυτό το ενεργό ρόλο (Rothman,2008; Κούτρα, 2015, Noack,2020).

Σε επίπεδο κοινότητας, αναδεικνύεται **η αναγκαιότητα περιγραφής των αρμοδιοτήτων και των στόχων των κοινωνικών υπηρεσιών**. Σε έρευνα που πραγματοποίησε το Περιφερειακό Παρατηρητήριο Κοινωνικής Ένταξης το 2020 για την λειτουργία των Κοινωνικών Υπηρεσιών των Δήμων της Αττικής, αναδείχθηκε ότι υπάρχει αναγκαιότητα αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών με ανακατανομή αρμοδιοτήτων καθώς δεν υπάρχει αποτύπωση αυτών και τις περισσότερες φορές υπάρχει αλληλοκάλυψη των παρεχόμενων υπηρεσιών.(Περιφερειακό Παρατηρητήριο Κοινωνικής Ένταξης,2020) Χαρακτηριστικά αναφέρεται στη ίδια έρευνα ότι το πρόβλημα εντοπίζεται όχι μόνο στις αρμοδιότητες αλλά ξεκινά και από τον τρόπο που οργανώνονται οι υπηρεσίες σε επίπεδο σύστασης Οργανογραμμάτων και Οργανισμών Εσωτερικής Υπηρεσίας των Δήμων (Περιφερειακό Παρατηρητήριο Κοινωνικής Ένταξης, 2020). Οι παραπάνω διαπιστώσεις επιβεβαιώνονται και από έρευνα που πραγματοποίησε το Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης όπου αναφέρει ότι εντοπίζονται σημαντικά προβλήματα ταυτόχρονων επικαλύψεων αλλά και κενών παρέμβασης σε τομείς κοινωνικών δράσεων (Κοντιάδης, 2003).

Το γεγονός ότι σε έρευνες του 2003 αλλά και σε έρευνες του 2020 ανακύπτουν τα ίδια προβλήματα φαίνεται να σχετίζονται με την μεταρρυθμιστική προτεραιότητα στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής. Ο σχεδιασμός και η χρηματοδότηση νέων προγραμμάτων και δομών κοινωνικής προστασίας και προώθησης στην απασχόληση, ο συντονισμός και η δικτύωση των υφιστάμενων, κατακερματισμένων υπηρεσιών και δράσεων, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι αλληλοεπικαλύψεις και οι ενίοτε ανταγωνιστικές παρεμβάσεις, που εποπτεύονται ή υλοποιούνται από διαφορετικές οργανωτικές μονάδες της κεντρικής κοινωνικής διοίκησης συνθέτουν τα κύρια εμπόδια. Παράγοντες όπως η εγγύτητα και η προσβασιμότητα στην λήψη εξατομικευμένων κοινωνικών υπηρεσιών, η διαφάνεια όπως και η αρχή της ισότητας, που οδηγεί σε οριζόντιες μορφές οργάνωσης, με επίκεντρο την αυτοδιοίκηση, επιβάλουν την αναδιάταξη της δημόσιας διοίκησης και την ανακατανομή αρμοδιοτήτων μεταξύ κεντρικής διοίκησης και τοπικής αυτοδιοίκησης.

Το παραδοσιακό συγκεντρωτικό μοντέλο οργάνωσης της κοινωνικής διοίκησης στη χώρα μας, ταυτόχρονα με την αμφισβητούμενη αποτελεσματικότητα του εξαιτίας του κατακερματισμού των κοινωνικών υπηρεσιών, έχει αναδείξει τη σημασία ενός

νέου ρόλου για την Τοπική Αυτοδιοίκηση (Ζάννης,2021). Η ανακατανομή των μορφών και των πεδίων παρέμβασης μεταξύ κράτους, αγοράς και κοινωνίας των πολιτών συνδυάζεται με την αναδιάρθρωση της σχέσης μεταξύ κεντρικού κράτους και Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Η κεντρική κοινωνική διοίκηση τείνει να επικεντρώσει τη δράση της στο επιτελικό επίπεδο, σχεδιάζοντας δημόσιες πολιτικές, εποπτεύοντας δομές, τυποποιώντας τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα και τις προδιαγραφές υλοποίησης και αξιολογώντας προγράμματα κοινωνικής πολιτικής που δικτυώνονται και αναπτύσσονται σε τοπικό επίπεδο (Ζάννης, 2021).

Τα ζητήματα αυτά είναι συνυφασμένα με ευρύτερα ερωτήματα, όσον αφορά τη διάρθρωση και τις λειτουργίες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ωστόσο μια σειρά αρχών και κριτηρίων ως προς τη θέση των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης ενισχύει τα επιχειρήματα υπέρ της αρμοδιότητας τους στα επίμαχα ζητήματα κοινωνικής πολιτικής. Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να αναδειχθεί ότι η κοινωνική πολιτική καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού, διαμορφώνει ειδικούς όρους οργανωτικής διάρθρωσης, κατανομής αρμοδιοτήτων μεταξύ των βαθμών διοίκησης και αποτελεσματικότητας, γεγονός που είχε ήδη επισημανθεί από την δεκαετία του 2000(Πασσάς και Τσέκος, 2005).

Με την εφαρμογή του νομοσχεδίου του Καλλικράτης, Ν. 3852 ΦΕΚ Α' 87/7.6.2010 μεταβιβάζονται σημαντικές αρμοδιότητες στους Δήμους στην άσκηση της κοινωνικής πολιτικής, προτάθηκαν εισηγήσεις για τα μοντέλα οργάνωσης των κοινωνικών υπηρεσιών των Δήμων αλλά δεν φαίνεται να έχει γίνει μια ποιοτική αποτύπωση των δυνατοτήτων των δομών (ΥΠΕΣ,2010). Δέκα χρόνια μετά φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές δυσκολίες στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα για τις ευάλωτες ομάδες (Περιφερειακό Παρατήρητηριο Ένταξης Αττικής,2020).

Στην παρούσα μελέτη για την εφαρμογή της υγιούς γήρανσης εκτός από την ορθή αποτύπωση των αρμοδιοτήτων των δομών στην κοινότητα χρειάζεται και η **ολιστική προσέγγιση των διεπιστημονικών ομάδων**. Αποτελεί αναγκαιότητα που προέκυψε ως αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης και τεκμηριώνεται και από τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO,2007).

Η αναγκαιότητα της ολιστικής προσέγγισης για την παρέμβαση στους ηλικιωμένους τεκμηριώνεται και με νεότερες έρευνες που σχετίζονται με την επίτευξη της βέλτιστης ποιότητας ζωής σε ηλικιωμένους με άνοια. Στην συγκεκριμένη έρευνα τεκμηριώνεται η αναγκαιότητα για μια κοινωνία που όλες οι επιστήμες συγκλίνουν στην πλήρη διερεύνηση της νόσου και στην καταπολέμηση του στίγματος θέτοντας ως

προτεραιότητα τον άνθρωπο. Σε μια πλήρη επίτευξη του στόχου ,όπως αναφέρει χαρακτηριστικά το άρθρο «in a society where doctors prescribe “arts and sciences”(Rodriguez et al., 2020).

Μελέτη σχετικά με το σύνδρομο της αδυναμίας στους ηλικιωμένους (frailty syndrome, FS) αναφέρει αναλυτικά την αναγκαιότητα της ολιστικής προσέγγισης του ζητήματος μέσα από διεπιστημονικές ομάδες και παρέμβαση. Ειδικότερα το *σύνδρομο αδυναμίας*, η συννοσηρότητα αποτελεί βασικό στοιχείο για την αντιμετώπιση του οποίου χρειάζεται διεπιστημονική προσέγγιση καθώς εμφανίζονται στο άτομο χαρακτηριστικά όπως η μείωση της σωματικής δραστηριότητας, ο υποσιτισμός, η πολυφαρμακία, τα καταθλιπτικά συμπτώματα ,γνωστικές διαταραχές και απουσία/έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης (Wleklik et al., 2020).

Ειδικότερα η εφαρμογή της θεώρησης της υγιούς γήρανσης σε επίπεδο ατόμου προκύπτει κυρίως μέσα από την **καταγραφή της λειτουργικότητας, την ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης καθώς και την ενδυνάμωση του ατόμου**. Η πλειοψηφία των προσωπικών ή ατομικών κοινωνικών υπηρεσιών παρέχεται σε ατομική βάση σε άτομα που δεν είναι σε θέση, προσωρινά ή μόνιμα, να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της καθημερινής ζωής (Pinker, 2017). Η λειτουργική αυτονομία ή ανικανότητα του ατόμου ερμηνεύεται σε προσωπικό επίπεδο καθώς, η αυτονομία του ατόμου εξαρτάται από τη βλάβη που θα προκύψει σε ένα άτομο ως συνέπεια των προσωπικών και των ψυχολογικών διαστάσεων της γήρανσης (Kostanjek, 2011).

Επιπρόσθετα η **ενίσχυση των κοινωνικών δικτύων** επιδρά θετικά στην λειτουργική ικανότητα του ηλικιωμένου καθώς η λειτουργική ανικανότητα ερμηνεύεται ως τη βλάβη που έχει προκύψει σε ατομικό επίπεδο. Σε συνάρτηση με τις κοινωνικές παροχές και τα υποστηρικτικά δίκτυα που είναι διαθέσιμα για την επίλυση των προβλημάτων του ηλικιωμένου ατόμου, λειτουργεί θετικά στην πορεία για την ενεργό γήρανση (Kostanjsek, 2011). Σύμφωνα με την μελέτη των *European Older People's Platform* και του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας* βρέθηκε ότι η ποιότητα των κοινωνικών επαφών έχει πιο ισχυρή σχέση με την υποκειμενική ευημερία από ό,τι ο αριθμός των επαφών (AGE-The European Older People's Platform, 2007; Siette, 2020).

Σε πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε βρέθηκε ότι οι δείκτες των συμπεριφορών υγείας διέφεραν σημαντικά ανάλογα με τους τύπους κοινωνικών δικτύων των ατόμων. Οι ηλικιωμένοι στην ύπαιθρο που είχαν περιορισμένα οικογενειακά δίκτυα είχαν χαμηλότερα επίπεδα υγείας από τους ηλικιωμένους με διαφορετικά δίκτυα. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα πρέπει να διατυπώσουν

σχετικά μέτρα για τη βελτίωση των δυσμενών τύπων κοινωνικών δικτύων των ηλικιωμένων που διαβιούν στην ύπαιθρο, προάγοντας την υγεία για την επίτευξη αισθήματος ικανοποίησης. Τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι αυτή η σχέση είναι ιδιαίτερα θετική εάν το δίκτυο αποτελείται από μέλη της οικογένειας (Guang-Hui Cui, 2021).

Επιπρόσθετα από την μελέτη SHARE οι ερωτηθέντες στις χώρες της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης (WNE) αναφέρουν μεγαλύτερα δίκτυα από ό,τι εκείνοι που διαβιούν σε χώρες της Ανατολικής και Νότιας Ευρώπης (ESE) με θετική σχέση του μεγέθους δικτύου και ικανοποίησης ζωής σε όλες τις χώρες. Ένα κοινωνικό δίκτυο μπορεί να αποτελέσει πηγή ευημερίας και ευτυχίας, και είναι μια δομή αλληλεπίδρασης με άλλους και παροχή υποστήριξης ειδικά για τους ηλικιωμένους ενήλικες που χρειάζονται φροντίδα. Ως εκ τούτου, τα άτομα με μεγαλύτερο δίκτυο μπορεί να εμφανίζουν χαρακτηριστικά μεγαλύτερης εξωστρέφειας. Η διπλή πτυχή ενός κοινωνικού δικτύου – κάνει τα άτομα που ανήκουν σε μεγαλύτερο δίκτυο πιο ικανοποιημένα, αλλά μπορεί η ικανοποίηση να συνδέεται απλά και μόνο με την ικανότητα ανάπτυξης ενός ευρύτερου και διαφορετικού κοινωνικού δικτύου. Η πιθανή διφορική επίδραση στην ευημερία συχνά αγνοείται σε μελέτες που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ κοινωνικών δικτύων και ευεξίας. Ειδικότερα η ικανοποίηση αυτή μπορεί να αντλείται όχι από την ποιότητα και την ευρύτητα του δικτύου αλλά απλά από το «μέγεθος» του (Tomini et al., 2016).

Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και τα ερωτήματα που τέθηκαν στην ομάδα των ειδικών στην παρούσα μελέτη στην πλειοψηφία τους συμφώνησαν ότι η ύπαρξη στους ηλικιωμένους υψηλών δεικτών σωματικής και γνωστικής λειτουργικότητας συμβάλλουν στην υγιή γήρανση. Η σημαντικότητα των παραπάνω παραγόντων επιβεβαιώνεται και από την μελέτη του Kuzumastuti και των συνεργατών του. Ειδικότερα Στη μελέτη αυτή αναφέρεται ότι οι ηλικιωμένοι που εμφανίζουν υψηλούς δείκτες σωματικής και γνωστικής λειτουργικότητας, δεν πάσχουν από χρόνιες ασθένειες ή αναπηρίες και παραμένουν κοινωνικά ενεργοί γηράσκουν υγιώς (Kuzumastuti et al, 2016).

Στην παρούσα μελέτη καταγράφηκε διάσταση απόψεων με τους ακαδημαϊκούς να θεωρούν σημαντικό τον ρόλο που διαδραματίζει η ύπαρξη χρόνιων ασθενειών στην υγιή γήρανση σε αντίθεση με τους κοινωνικούς λειτουργούς του πεδίου και τον ιατρό κοινωνικής ιατρικής που δεν θέτουν σε πρώτη προτεραιότητα τη αξία των χρόνιων ασθενειών. Η έγκαιρη πρόβλεψη των χρόνιων ασθενειών μπορεί να συντελέσει ουσιαστικά στην μη εγκατάσταση της λειτουργικής ανικανότητας του ατόμου. Η μη

πρόβλεψη της ευπάθειας και της συννοσηρότητας και η σταδιακή μείωση της λειτουργικής ικανότητας του ατόμου σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά ιδρυματοποίησης ακόμα και θνησιμότητας σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία (Abizanda et al., 2014).

Από τη άλλη πλευρά, υπήρξε σημαντική συμφωνία σχετικά με την σπουδαιότητα της αναγκαιότητας κοινωνικά ενεργών ηλικιωμένων στην πορεία προς την υγιή γήρανση. Η σπουδαιότητα των κοινωνικών παραγόντων αναλύθηκε διεξοδικά παραπάνω καθώς θεωρείται κρίσιμος παράγοντας για την ενεργό γήρανση. Πρόσφατη μελέτη των Siette κ.α. αναδεικνύει την σπουδαιότητα των κοινωνικών δικτύων στην γνωστική υγεία των ηλικιωμένων (Siette et al., 2020).

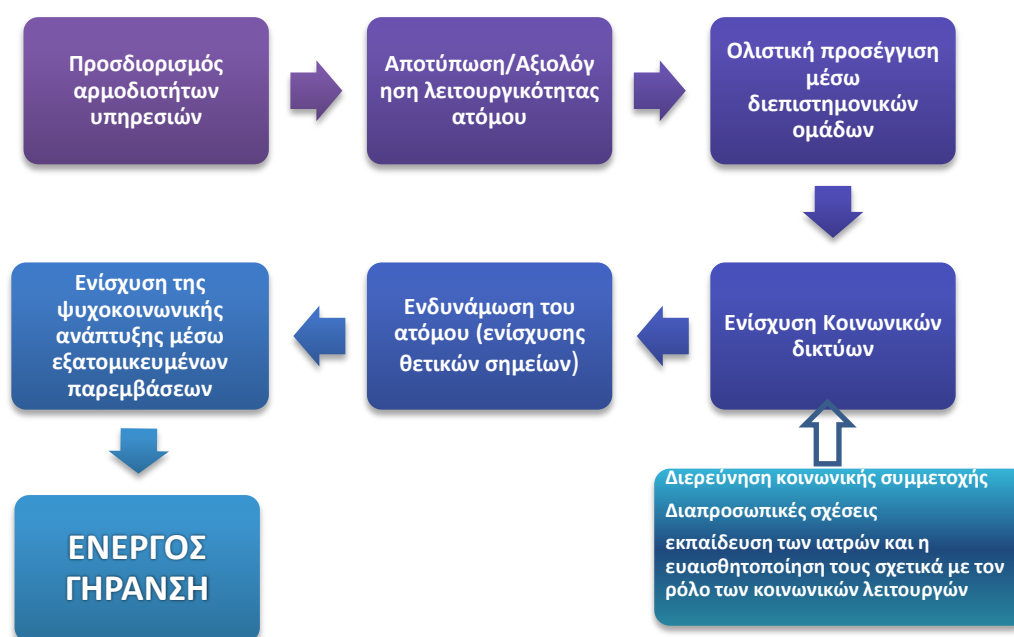
Συμπερασματικά, οι υψηλοί δείκτες σωματικής και γνωστικής λειτουργικότητας, η απουσία χρόνιων ασθενειών και τα κοινωνικά δίκτυα, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην πορεία προς την επίτευξη της ενεργού γήρανσης. Μελέτη της IAF αναδεικνύει την έννοια της υγείας και της αναπηρίας (λειτουργικής ανικανότητας) καθώς με την μετατόπιση της εστίασης της ασθένειας από αιτία σε αντίκτυπο, τοποθετεί όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία σε ισότιμη βάση (Kostanjsek, 2011).

Σύμφωνα με την μελέτη των European Older People's Platform και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το συσχετισμό μεταξύ των χαμηλών επιπέδων κοινωνικού κεφαλαίου και της ευημερίας βρέθηκε ότι η ανώτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η καλύτερη κοινωνική ένταξη σχετίζονται με υψηλότερη υποκειμενική ευημερία (AGE-The European Older People's Platform, 2007).

Στη συνέχεια οι παράγοντες που συντελούν στην υγιή γήρανση κατατάχθηκαν με βάση της σειρά σημαντικότητας τους από τους συμμετέχοντες. Η σειρά κατάταξης είναι α) οι κοινωνικοί παράγοντες, β) οι συμπεριφορές υγείας, γ) οι ψυχολογικοί παράγοντες, δ) το δομημένο περιβάλλον, ε) οι οργανικοί, στ) το φυσικό περιβάλλον, ζ) η συννοσηρότητα και τελευταίοι οι δημογραφικοί. Επιπλέον, οι κοινωνικοί λειτουργοί πρόσθεσαν στους παράγοντες την αξία της *κοινωνικής συμμετοχής* και την αξία των *διαπροσωπικών σχέσεων*. Οι παραπάνω παράγοντες συμπεριλαμβάνονται μέσα στους κοινωνικούς παράγοντες αλλά η διερεύνηση στοχευμένα της κοινωνικής συμμετοχής και των διαπροσωπικών σχέσεων κρίνονται σημαντικοί. Στο συγκεκριμένο σημείο ιατρός της ομάδας παρατήρησε ότι η εκπαίδευση των ιατρών και η ευαισθητοποίηση τους σχετικά με τον ρόλο των κοινωνικών λειτουργών στην υγιή γήρανση διαδραματίζει μια

σημαντική διάσταση στην πορεία για τον σχεδιασμό της παρέμβασης με στόχο την υγιή γήρανση (Abramson, 2013).

Συμπερασματικά, στη θεματική ενότητα 1 η θεώρηση της ενεργού γήρανσης στην παρέμβαση του Κοινωνικού λειτουργού θα προκύψει μέσα από τον προσδιορισμό των αρμοδιοτήτων των υπηρεσιών, την αποτύπωση της λειτουργικότητας του ατόμου, μέσα από την ολιστική προσέγγιση των διεπιστημονικών ομάδων, την ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής παρέμβασης του ατόμου, την ενδυνάμωσή του και την ενίσχυση των κοινωνικών δικτύων.



Σχήμα ΙΧ: Προϋποθέσεις για την εφαρμογή της Ενεργού Γήρανσης

Στην **δεύτερη θεματική ενότητα** της παρούσας μελέτης επιχειρήθηκε η χαρτογράφηση των παρεχόμενων υπηρεσιών στην κοινότητα αλλά και η εμπλοκή των εμπλεκόμενων φορέων και δικτύων στη φροντίδα των ηλικιωμένων στην κοινότητα. Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην μελέτη προκύπτει ότι η ολοκληρωμένη φροντίδα προϋποθέτει:

α) την βελτίωση των υπηρεσιών απλής λειτουργικότητας (νοσηλευτικές, ιατρικές, υπηρεσίες οικογενειακού φροντιστή, φυσικοθεραπεία, υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης)

Στην καταγραφή των υπηρεσιών που παρέχονται στην κοινότητα, εντύπωση προκαλεί ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί εστίασαν στο σύνολο τους στην κάλυψη των αναγκών απλής λειτουργικότητας όπως νοσηλεία, οικιακή φροντίδα, φροντίδα του σπιτιού,

ατομική υγιεινή, ελαφριά καθαριότητα, ψώνια, έλεγχος λήψης φαρμάκων. Οι κοινωνικοί λειτουργοί και γενικότερα οι κοινωνικοί επιστήμονες (κοινωνιολόγος) φαίνεται να αναγνωρίζουν καλύτερα τις ανάγκες των ηλικιωμένων όσον αφορά την απλή λειτουργικότητα αλλά και τις πραγματικά παρεχόμενες υπηρεσίες, γεγονός που φαίνεται από τις απαντήσεις στην μελέτη. Ειδικότερα, οι κοινωνικοί επιστήμονες (κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνιολόγοι) και ο ιατρός κοινωνικής ιατρικής ήταν οι ειδικοί που αποτύπωσαν με ακρίβεια τις ανάγκες απλής λειτουργικότητας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί φαίνεται να γνωρίζουν καλύτερα τις ανάγκες για την απλή λειτουργικότητα καθώς είναι αυτοί που στηρίζουν την παρέμβαση τους περισσότερο στο βιοιατρικό μοντέλο (Sterney, 2014). Σχετικά με την καλύτερη γνώση των υπηρεσιών φαίνεται να είναι η ειδικότητα εκείνη που εργάζεται περισσότερο στο πεδίο(Περιφερειακό Παρατηρητήριο Ένταξης, 2020)

β) ενδυνάμωση της ψυχικής υγείας (ψυχολογική στήριξη, υποστηρικτική κοινωνική εργασία),

Όσον αφορά στην κάλυψη των ψυχοκοινωνικών αναγκών των ηλικιωμένων, αναφορά έγινε μόνο από τον κοινωνικό λειτουργό και τον γηρίατρο του πεδίου της παρούσας μελέτης. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2020 στην Ελλάδα σχετικά με το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων που προκύπτει ως συνάρτηση από την ηλικία, την οργανική υγεία, το άγχος, τις ψυχιατρικές διαταραχές και τη λοίμωξη SARS-CoV-2 τεκμηριώνουν ότι μπορεί να υπάρχει αλληλεπίδραση και αύξηση της επιβάρυνσης και της βλάβης από το COVID-19 στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων (Giannopoulou & Tsohanoglou, 2020). Στην εποχή της πανδημίας το άγχος, και η κοινωνική απομόνωση αποτελούν στοιχεία της καθημερινότητας, οπότε η ενδυνάμωση της ψυχικής υγείας αποτελεί επιτακτική ανάγκη σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Grolli και των συνεργατών του (Grolli et al., 2021).

γ) ενίσχυση των υποστηρικτικών δικτύων

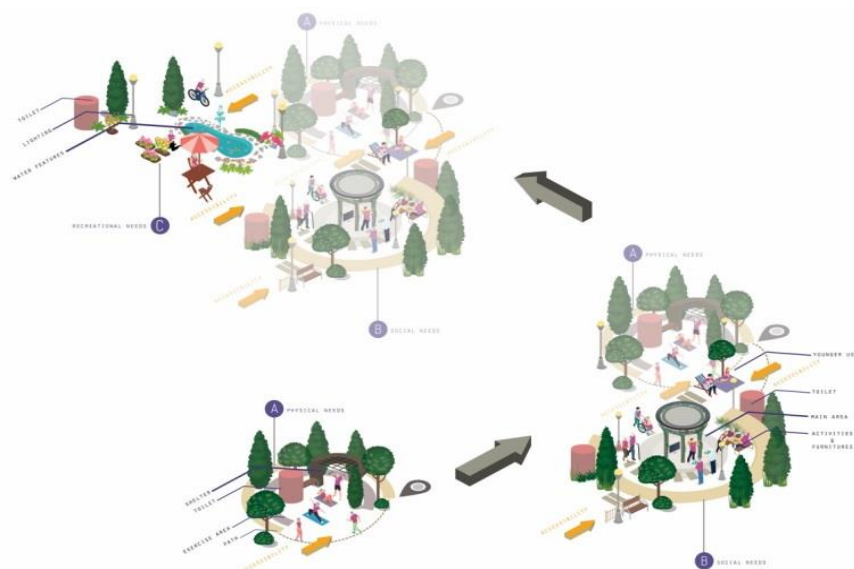
Αξιοσημείωτο καθίσταται το γεγονός ότι μόνο κοινωνικοί λειτουργοί αναφέρθηκαν στην χρησιμότητα των υποστηρικτικών δικτύων στην παρούσα μελέτη. Τα υποστηρικτικά δίκτυα διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην λειτουργικότητα των ηλικιωμένων ιδιαίτερα όταν αποτελούνται από μέλη της οικογένειας. Μελέτες αποδεικνύουν ότι η ύπαρξη υποστηρικτικών δικτύων στη ζωή ενός ηλικιωμένου επηρεάζουν θετικά την λειτουργικότητα του (Tomini et al., 2016; Guang-Hui Cui, 2021).

Το μέγεθος και η σύνθεση των κοινωνικών δικτύων για ηλικιωμένους (50+) διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των 16 χωρών που περιλαμβάνονται στη μελέτη των Tomini και των συνεργατών. Οι συμμετέχοντες από χώρες της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης αναφέρουν κατά μέσο όρο ότι έχουν μεγαλύτερο κοινωνικό δίκτυο από ό, τι εκείνοι που διαβιούν σε χώρες της Ανατολικής και Νότιας Ευρώπης. Ωστόσο, διαπιστώνουν ότι, ο αντίκτυπος του μεγέθους του δικτύου στην ικανοποίηση από τη ζωή, φαίνεται να είναι σταθερά θετικός σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Προφανώς, ο αντίκτυπος του κοινωνικού δικτύου στην ικανοποίηση από τη ζωή δεν μεταφράζεται στο να έχουμε μεγαλύτερο κοινωνικό δίκτυο αλλά δίκτυο καλύτερης ποιότητας (Tomini et al., 2016).

δ) ανάπτυξη υπηρεσιών βελτίωσης του δομημένου περιβάλλοντος.

Η διασφάλιση μιας ασφαλούς και φιλικής κοινότητας για τους ηλικιωμένους προτάθηκε αποκλειστικά από τον γηρίατρο και τον κοινωνικό λειτουργό του πεδίου. Οι δραστηριότητες που συνεπάγονται κοινωνική αλληλεπίδραση των ηλικιωμένων θα μπορούσαν να ελαχιστοποιήσουν τη μοναξιά και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής. Ένα ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον για τους ηλικιωμένους θα βοηθήσει στη μείωση του επιπέδου εξάρτησης των ατόμων της τρίτης ηλικίας από τους άλλους. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Πορτογαλία και συγκεκριμένα στη Λισαβόνα και περιλάμβανε την συνεργασία αρχιτεκτόνων και ψυχολόγων για την δημιουργία μιας φιλικής γειτονιάς για τους ηλικιωμένους αποδεικνύει την αξία και τη χρησιμότητα βελτίωσης του δομημένου περιβάλλοντος (Serrano-Jimenez et al., 2019).

Σε άλλη μελέτη προτείνεται ένα πάρκο ως στοιχείο/προϋπόθεση μια φιλική κοινότητα για τους ηλικιωμένους. Στόχος του πάρκου είναι η κάλυψη των κινητικών αναγκών (επίπεδο 1), των κοινωνικών (επίπεδο 2) αλλά και των ψυχαγωγικών (επίπεδο 3). Επομένως, μια φιλική κοινότητα για ηλικιωμένους οφείλει να προάγει την ανεξάρτητη κινητικότητα διασφαλίζοντας την ασφάλεια και την πρόληψη της λειτουργικής αναπηρίας των ηλικιωμένων (Dewi, Prakoso, & Heindri, 2021).



Σχήμα ΙΧ. Model Diagram of Integrative elderly Park created base on three layers of needs
 Πηγή: IOP Conference Series: Earth and Environmental Science(2021)

Η βελτίωση των διαστάσεων της ολοκληρωμένης φροντίδας δηλαδή της απλής λειτουργικότητας, της ψυχοκοινωνικής διάστασης, της κοινωνικής διάστασης και του δομημένου περιβάλλοντος, επηρεάζουν την ικανότητα των ηλικιωμένων να παραμένουν δραστήριοι και λειτουργικοί σύμφωνα με το Πρόγραμμα «ΥΓΙΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗ, ΜΙΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ» που έχει θέσει προτεραιότητες για δράση σε κάθε επιμέρους παράγοντα (AGE-The European Older People's Platform, 2007).

Η εφαρμογή του ολοκληρωμένου μοντέλου (integrated model) θα πρέπει να έχει μια οργανωτική δομή σύμφωνα με την εκτίμηση, αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού στην ολοκληρωμένη γηριατρική φροντίδα με παροχές προς τα μέλη της οικογένειας και των φροντιστών στην κατ' οίκον φροντίδα στο σπίτι. Η εφαρμογή οφείλει να περιλαμβάνει: εκπαίδευση ιατρών, νοσοκόμων και όλων των επαγγελματιών, οργανωτικό προγραμματισμό πόρων ως κρίσιμοι δείκτες ολοκληρωμένης γηριατρικής περίθαλψης, ενδυνάμωση και αυτο-αποτελεσματικότητα των ηλικιωμένων, δημιουργία προγραμμάτων κοινωνικής υποστήριξης, συλλογή δημογραφικών δεδομένων για τους ηλικιωμένους, προσαρμογή του οικιακού περιβάλλοντος ως προς την λειτουργικότητα του ηλικιωμένου, τηλεϊατρική, κοινότητα φιλική για τους ηλικιωμένους, συντονισμό μεταξύ των δομών, αξιολόγηση των αναγκών συμπεριλαμβανομένων ανθρώπινων, οικονομικών και φυσικών πόρων και ανάπτυξη κατάλληλου λογισμικού (Khojamli, Dabbaghi, & Mahmoodi, 2021).

Η εικόνα όμως της ομάδας από την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου μοντέλου στο τι ακριβώς παρέχεται πραγματικά στην κοινότητα, έχει σημαντικές διαφοροποιήσεις. Μέσα από την καταγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών στην κοινότητα, η ομάδα των ειδικών παρουσίασε υπηρεσίες που καλύπτουν ανάγκες απλής λειτουργικότητας. Κρίσιμο θεωρείται το γεγονός ότι από όλη την ομάδα ειδικών απάντησαν στο ερώτημα «ποιες είναι οι πραγματικά παρεχόμενες υπηρεσίες» μόνο δυο κοινωνικοί λειτουργοί αναφερόμενοι στις υπηρεσίες απλής λειτουργικότητας ενώ ψυχίατρος και κοινωνικός λειτουργός είναι αυτοί που αναφέρθηκαν στην κάλυψη των ψυχοκοινωνικών αναγκών. Η ανεπάρκεια των υπηρεσιών που προκύπτει, σύμφωνα με τους ακαδημαϊκούς κοινωνικούς λειτουργούς, σχετίζεται με την μη κάλυψη ακόμη και των αναγκών απλής λειτουργικότητας.

Ως εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών, η ομάδα των ειδικών στην παρούσα μελέτη εντόπισε την αλληλοκάλυψη, την απουσία συντονισμού, χαρακτηριστικά που εντόπισαν ακαδημαϊκοί κοινωνικοί επιστήμονες. Την περιστασιακή παροχή υπηρεσιών εντόπισαν οι κοινωνικοί λειτουργοί του πεδίου καθώς και την μη παροχή υπηρεσιών σχετικά με την κάλυψη των αναγκών απλής λειτουργικότητας.

Το γεγονός αυτό χαρακτηρίζεται σημαντικό καθώς τα άτομα του πεδίου φαίνεται να αντιλαμβάνονται ως εμπόδιο μόνο την περιστασιακή παροχή των υπηρεσιών ενώ δεν αναδεικνύουν ως σημαντικά την αλληλοκάλυψη και την απουσία συντονισμού. Μια υπόθεση για το συγκεκριμένο εύρημα ίσως έγκειται στο γεγονός ότι ο κατακερματισμός των υπηρεσιών, ο διαφορετικός σχεδιασμός και το αποσπασματικό καθηκοντολόγιο των υπηρεσιών ή η μη ύπαρξη του, οδηγεί στο να θεωρείται το «σωστό» στην παροχή υπηρεσιών. Η έλλειψη συνεργασίας οδηγεί στη μη ανταλλαγή εμπειριών και συνεπώς καταγραφή «καλών πρακτικών» λόγω πιθανώς του φόβου έκθεσης των προσωπικών αδυναμιών. Ο «εμπειρισμός» στην παρέμβαση φαίνεται να είναι καθοριστικός στο πεδίο. Η δια βίου εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα των κοινωνικών λειτουργών αποτελεί επιτακτική ανάγκη καθώς οι διαρκώς μεταβαλλόμενες συνθήκες διαφοροποιούν τις ανάγκες και η συνεχής εκπαίδευση των Κοινωνικών λειτουργών θα συντελέσει θετικά στον μετασχηματισμό και την αποτελεσματικότητα τους (Nissen et al, 2014).

Συμπερασματικά, τα εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών σχετίζονται με την αποσπασματικότητα των υπηρεσιών, τα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών, την απουσία συντονισμού, την αλληλοκάλυψη αλλά και την περιστασιακή παροχή των υπηρεσιών. Μελέτες τεκμηριώνουν τα ευρήματα της παρούσας μελέτης και συνοπτικά

παρακάτω παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των Κοινωνικών Υπηρεσιών σε επίπεδο αυτοδιοίκησης (Α' και Β' Βαθμού). Ειδικότερα παρατηρείται:

- Σημαντικό πρόβλημα *ανομοιογένειας στην άσκηση των κοινωνικών πολιτικών σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης*. Στην πράξη, έχουν υλοποιηθεί ελάχιστες αποκεντρωμένες δράσεις κοινωνικής προστασίας (ιδιαίτερα στους ΟΤΑ Α' Βαθμού), με αποτέλεσμα χωρίς κεντρική κατεύθυνση, τα προγράμματα και οι πολιτικές να είναι αποσπασματικά και ανομοιογενή.
- Σημαντικά προβλήματα *ταυτόχρονων επικαλύψεων, αλλά και κενών παρέμβασης σε τομείς κοινωνικών δράσεων*, τόσο μεταξύ Α' Βάθμιων ΟΤΑ όσο και σε σχέση με άλλους φορείς. Η *έλλειψη συντονισμού, κατεύθυνσης και δικτύωσης* οδηγεί αναπόδραστα σε πανσπερμία επικαλυπτόμενων δράσεων.
- Ο *χαρακτήρας του σχεδιασμού*, σε κεντρικό επίπεδο, είναι κλασικός «*top down*», χωρίς τη συμμετοχή σ' αυτόν των εμπλεκόμενων μερών.
- Παντελής *έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού* (ποικιλία δομών και φορέων, μεγάλος αριθμός εμπλεκόμενων υπηρεσιών, έλλειψη τεχνογνωσίας) και προγραμματισμού, σε τοπικό επίπεδο.
- Έντονα *οργανωτικά-λειτουργικά προβλήματα* στις Κοινωνικές Υπηρεσίες (δυσλειτουργικές και πεπαλαιωμένες εσωτερικές γραφειοκρατικές δομές, έλλειψη δικτύωσης και συνεργασίας με τους εμπλεκόμενους φορείς, απουσία συστημάτων παρακολούθησης των αποτελεσμάτων των πολιτικών και προγραμμάτων, καθώς και δεικτών αξιολόγησης της λειτουργίας τους).
- Παντελής *απουσία συμμετοχής των χρηστών* των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στο σχεδιασμό και λήψη των αποφάσεων που σχετίζονται με τη διαμόρφωση και υλοποίηση των προγραμμάτων αυτών.
- *Απουσία ενός «συστήματος κοινωνικής προστασίας» σε τοπικό επίπεδο*, το οποίο θα χαρακτηρίζεται από: ο «*bottom up*» χαρακτήρα ο στρατηγικός σχεδιασμός των πολιτικών κοινωνικής προστασίας εργαλεία συστηματικής παρακολούθησης και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των πολιτικών και προγραμμάτων ο χρηματο-οικονομικό σχεδιασμό, ο οποίος θα διασφαλίζει τις απαιτούμενες τακτικές χρηματοροές ο δικτύωση των ευπαθών κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού και συνεχή διαβούλευση κι συμμετοχή για τη διαμόρφωση των πολιτικών και προγραμμάτων που θα αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα τοπικά προβλήματα και δεν θα επικεντρώνονται αποκλειστικά

στην επιδοματική στήριξη των ομάδων πίεσης ο δικτύωση των εμπλεκόμενων δημόσιων υπηρεσιών και φορέων (Γεωργάκης, 2017 στο Ζάννης 2021).

Επίσης έκθεση του Ινστιτούτου Τοπικής Αυτοδιοίκησης αναφέρει ότι συγκυριακοί παράγοντες όπως η ύπαρξη ευαισθητοποιημένων φυσικών προσώπων ή/και ειδικής τεχνογνωσίας σε επίπεδο αιρετών, υπηρεσιακών ή τοπικής κοινωνίας κ.λπ. φαίνεται να επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό καινοτόμες ή άλλες δράσεις που ξεφεύγουν από την πεπατημένη των κρατικών κατευθύνσεων (Κοντιάδης, 2008).

Συμπερασματικά, προβλήματα οργανωτικά, διοικητικά και χρηματοδοτικά στη λειτουργία του συστήματος κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο, καθώς και καθυστερήσεις/κενά στην αποτελεσματική κάλυψη της ζήτησης για ποιοτικές, εξατομικευμένες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας ευθύνονται για την ανεπάρκεια του συστήματος.

Οι προτάσεις που προέκυψαν για τη βελτίωση στην παροχή υπηρεσιών στην παρούσα μελέτη βασίζονται στη αποδοχή των εμποδίων όπως αναλύθηκαν παραπάνω και του υπάρχοντος θεσμικού πλαισίου και παρουσιάστηκαν από τον κοινωνιολόγο της ομάδας των ειδικών της μελέτης. Η πρόταση του κοινωνιολόγου αναφέρεται στον καταμερισμό των αρμοδιοτήτων με βάση τις υπηρεσίες που παρέχονται από τις υπάρχουσες δομές (ΚΑΠΗ- ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ - ΚΗΦΗ). Μειονέκτημα αποτελεί το γεγονός ότι δεν διασφαλίζει το φορέα που θα διαδραματίσει τον συντονιστικό ρόλο και θα έχει την ευθύνη παρακολούθησης της πορείας του ατόμου. Επιπρόσθετα ένα πρόγραμμα ανακουφιστικής φροντίδας από το ΚΗΦΗ σε συνδυασμό με την παρακολούθηση της λειτουργικότητας από το ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ και την συμμετοχή του ηλικιωμένου σε προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης από το ΚΑΠΗ, αποτελούν μια ολοκληρωμένη πρόταση στις παρούσες συνθήκες, σύμφωνα με την κοινωνιολόγο της ομάδας.

Στη **τρίτη θεματική ενότητα** παρουσιάστηκε αναλυτικά η αντίληψη των ειδικών σχετικά με την εκτίμηση των αναγκών του φροντιστή, της οικογένειας καθώς και ο ρόλος των εμπλεκόμενων φορέων ή άτυπων δικτύων στην φροντίδα.

Η ομάδα των ειδικών θεωρεί ότι θα πρέπει να γίνει διερεύνηση των αναγκών του ηλικιωμένου, του φροντιστή αλλά και της οικογένειας. Η εμπλοκή όλων των εμπλεκόμενων μερών θα αποτυπώσει μια ολοκληρωμένη εικόνα για τις ανάγκες, την φροντίδα και αποτελεί ένα βασικό συντελεστή στο οικοδόμημα που ονομάζεται ολοκληρωμένη φροντίδα στην κοινότητα.



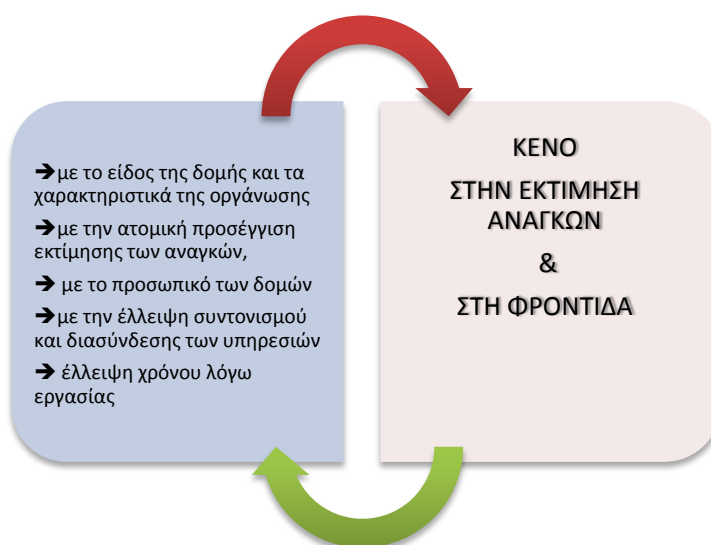
ΣΧΗΜΑ X: Εκτίμηση αναγκών με βάση τη πιλοτική μελέτη

Σχετικά με τους φροντιστές, οι στρεσογόνοι παράγοντες, δηλαδή οι δύσκολα διαχειρίσιμες καταστάσεις που επιδρούν με αρνητικό πρόσημο στην ικανότητα φροντίδας των φροντιστών, μπορούν να ενταχθούν σε δύο κύριες κατηγορίες: α) στους πρωτογενείς παράγοντες, και β) στους δευτερογενείς παράγοντες. Οι πρωτογενείς παράγοντες σχετίζονται με την συμπτωματολογία της νόσου, όπως είναι η έκπτωση της λειτουργικότητας, η ανικανότητα διεξαγωγής βασικών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, η έλλειψη αυτονομίας καθώς και οι συμπεριφορικές διαταραχές. Ως αποτέλεσμα, οι φροντιστές κινδυνεύουν από σωματικά συμπτώματα, συναισθηματική πίεση και βάρος, απώλεια των κοινωνικών τους σχέσεων και έλλειψη χρόνου για τον εαυτό τους (Κούτρα & συν., 2016).

Η διαχείριση, εκ μέρους των φροντιστών, όλων των παραπάνω προκλήσεων αναπόφευκτα επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους (Tuomola et al., 2016 στο Φιλιππίδη, 2021). Εδώ και πολλά χρόνια, πολλοί ερευνητές έχουν πραγματοποιήσει μελέτες σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες που σχετίζονται με το βαθμό της επιβάρυνσης των φροντιστών. Στις μελέτες αυτές φαίνεται ότι η επιβάρυνση των φροντιστών εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες, όπως είναι η κοινωνικοδημογραφική κατάσταση φροντιστών και ηλικιωμένων, το πώς αντιλαμβάνονται και βιώνουν το άγχος από τη φροντίδα, καθώς και η εξέλιξη της νόσου που ταλαιπωρεί τον ασθενή (Kim et al., 2011 στο Φιλιππίδη, 2021).

Η ομάδα των ειδικών της παρούσας μελέτης κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει κενό στην εκτίμηση των αναγκών των ηλικιωμένων, των φροντιστών και της οικογένειας. Όσον αφορά την εκτίμηση των αναγκών των ηλικιωμένων, προκύπτει έντονα το κενό στη φροντίδα ως απόρροια που σχετίζεται α) με το είδος της δομής και τα χαρακτηριστικά της οργάνωσης, β) με την ατομοκεντρική προσέγγιση εκτίμησης των αναγκών, γ) με το προσωπικό των δομών, δ) με την έλλειψη συντονισμού και

διασύνδεσης των υπηρεσιών και εν τέλει ε) με την έλλειψη χρόνου λόγω φόρτου εργασίας. Ειδικά για τον φόρτο εργασίας μελέτη του ΕΚΔΑΑ αναδεικνύει ότι φαίνεται να μην υπάρχει ορθή οργάνωση του χρόνου αλλά και παράλληλα καθήκοντα στους περισσότερους κοινωνικούς επιστήμονες (Πούλης στο ΕΚΔΑΑ,2021). Στο ερώτημα αυτό σημαντικό κρίνεται το γεγονός ότι δυο από τους τρεις κοινωνικούς λειτουργούς του πεδίου διακρίνουν το κενό στην εκτίμηση των αναγκών ειδικότερα το κενό στην εκτίμηση των αναγκών του φροντιστή και της οικογένειας.



ΣΧΗΜΑ XI: Κενό στην εκτίμηση αναγκών με βάση τη πιλοτική μελέτη

Τα ευρήματα της μελέτης μας είναι σε συμφωνία με τα οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα των δομών (δυσλειτουργικές και πεπαλαιωμένες εσωτερικές γραφειοκρατικές δομές, έλλειψη δικτύωσης και συνεργασίας με τους εμπλεκόμενους φορείς, απουσία συστημάτων παρακολούθησης των αποτελεσμάτων των πολιτικών και προγραμμάτων καθώς και δεικτών αξιολόγησης της λειτουργίας τους) (Ζάννης, 2021).

Επίσης τα ευρήματα της παρούσας μελέτης σχετικά με τον επαγγελματισμό του προσωπικού σε συνδυασμό με τα οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα συντελούν στην ύπαρξη του κενού στη φροντίδα στην κοινότητα και είναι σύμφωνα με την αναφορά της Payne (2006), ότι το προφίλ του προσωπικού εξαρτάται από την ταυτότητα που θέλει να διαμορφώσει ο κάθε κοινωνικός λειτουργός για τον εαυτό του. Η επιλογή του τύπου μεταξύ του παραδοσιακού (*traditional*) και του μεταβατικού (*transitional*) κοινωνικού λειτουργού, καθορίζει και το μοντέλο με το οποίο θα εργαστεί ο κοινωνικός λειτουργός (Abramson,2003). Ο κοινωνικός λειτουργός με παραδοσιακή

προσέγγιση θα εκτιμήσει ατομοκεντρικά τις ανάγκες και δεν θα συνεργαστεί με άλλες ειδικότητες για το σχέδιο φροντίδας.

Ο κοινωνικός λειτουργός που λειτουργεί με την σύγχρονη διαμεθοδική κοινωνική εργασία θα λειτουργήσει στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας και αν αυτό δεν καθίσταται δυνατό θα λάβει υπόψη του το σύστημα στο οποίο ζει ο εξυπηρετούμενος (Abramson, 2003; Rodriguez et al., 2020).

Στην Ελλάδα, η αξιολόγηση των αναγκών υγείας των ηλικιωμένων στην κοινότητα είναι δυσχερής και λόγω της απουσίας οργανωμένου και συντονισμένου συστήματος καταγραφής των επιδημιολογικών δεδομένων στην ΠΦΥ. Παρά τις προσπάθειες που έχουν υπάρξει από μεμονωμένους ερευνητές ή επιστημονικές ομάδες απουσιάζει η συστηματική καταγραφή της νοσηρότητας, των παραγόντων κινδύνου και των κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού. Ακόμη, μέχρι σήμερα δεν έχει γίνει συστηματική συζήτηση για τις μεθόδους και τις πηγές εκτίμησης των αναγκών υγείας του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται οι υπηρεσίες ΠΦΥ (Στεφανάκη, Λιναρδάκης, Λιονής, 2019).

Συμπερασματικά για την εκτίμηση των αναγκών η ομάδα των ειδικών της μελέτης και ειδικότερα οι κοινωνικοί λειτουργοί ανέφεραν ότι θα καλυφθούν α) πιθανώς και όχι ολοκληρωμένα, οι ανάγκες απλής λειτουργικότητας, β) σε πολύ μικρότερο βαθμό ή καθόλου οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες, ενώ οι ακαδημαϊκοί υποστηρίζουν την μη κάλυψη των αναγκών.

Το κενό στην εκτίμηση και εν τέλει στην φροντίδα φαίνεται και από την εκφρασμένη άποψη των κοινωνικών λειτουργών της ομάδας των ειδικών ότι θα χρειαστούν και άλλες υπηρεσίες για την κάλυψη των αναγκών με σημαντικό μερίδιο ευθύνης να εναποθέτουν στους άτυπους φροντιστές. Η οικογένεια και τα παιδιά του ηλικιωμένου διαδραματίζουν καθοριστικότατο ρόλο στο σχέδιο φροντίδας για την κάλυψη των αναγκών σύμφωνα με τους κοινωνικούς λειτουργούς της μελέτης μας.

Η ανίχνευση των οικογενειακών σχέσεων είναι αναγκαία για τη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης των ηλικιωμένων για την επίτευξη ευνοϊκών συμπεριφορών για την υγεία και λειτουργικότητα, τόσο σε επίπεδο πρόληψης, όσο και σε επίπεδο αποκατάστασης (Micheli et al., 2018). Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική για την αξία και το ρόλο των οικογενειακών φροντιστών στο σχέδιο φροντίδας, αναφέρεται στο δίλημμα της διαθεσιμότητας των φροντιστών. Αυτό ορίζεται ως ο αριθμός των πιθανών φροντιστών ηλικίας 45–64 για κάθε άτομο ηλικίας 80 και άνω (Redfoot et al., 2013). Το 2010, η αναλογία υποστήριξης του φροντιστή ήταν 7: 1 (Redfoot et al., 2013).

Αυτό σημαίνει ότι το 2010, υπήρχαν 7 πιθανοί φροντιστές ηλικίας 45 έως 64 ετών για κάθε άτομο που ήταν 80 ετών και άνω. Μέχρι το 2050, προβλέπεται ότι η αναλογία θα μειωθεί σε 3: 1, που σημαίνει ότι θα υπάρχουν μόνο 3 πιθανοί φροντιστές ηλικίας 45 έως 64 για κάθε ηλικιωμένο ενήλικα που θα είχε ανάγκη φροντίδας (Redfoot et al., 2013). Αυτή η δημογραφική αλλαγή θα απαιτήσει καινοτόμες, τεκμηριωμένες παρεμβάσεις κοινωνικής εργασίας που θα αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις ενός συνεχώς αυξανόμενου γηράσκοντος πληθυσμού ενόψει ενός συρρικνούμενου παραγωγικού πληθυσμού (Hammersmith, 2021).

Η μελέτη SHARE τεκμηριώσε ότι η μειωμένη αλληλεπίδραση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργική ικανότητα των ηλικιωμένων (www.shareproject.org). Αν και στις μεσογειακές χώρες φαίνεται να υπάρχουν ισχυροί οικογενειακοί δεσμοί, τα ηλικιωμένα άτομα φαίνεται να εμφανίζουν μειωμένη λειτουργικότητα (Μιχελή, 2019). Σε αντίθεση με την παραπάνω έρευνα στην Ελλάδα, την προηγούμενη δεκαετία τα άτυπα δίκτυα ήταν ακόμα ισχυρά και λειτουργούσαν ως προστατευτικοί παράγοντες στην λειτουργική ικανότητα των ηλικιωμένων (Koukouli et al., 2002). Η επίδραση των κοινωνικών δικτύων στην ευημερία συχνά αγνοείται σε μελέτες που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ τους. Ειδικότερα η ικανοποίηση αυτή μπορεί να αντλείται όχι από την ποιότητα και την ευρύτητα του δικτύου αλλά απλά από το «μέγεθος» του (Tomini et al., 2016). Φαίνεται να διαφαίνεται μια αλλαγή στην επίδραση των δικτύων στην ευημερία αλλά χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Επιπρόσθετα η απομόνωση ως έμμεσο αποτέλεσμα των μη ισχυρών οικογενειακών δεσμών, ελλοχεύει σημαντικούς κινδύνους για την ευαλωτότητα των ηλικιωμένων και τη λειτουργική ανικανότητα των ηλικιωμένων (Steptoe et al., 2013; Τομάκα, 2006).

Τέλος, άλλοι παράγοντες όπως αναφέρθηκε στην παρούσα μελέτη που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην εκτίμηση των αναγκών είναι η οικονομική δυνατότητα των ηλικιωμένων. Ειδικότερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης, η αποτύπωση της οικονομικής δυνατότητας των ατόμων της τρίτης ηλικίας κρίνεται επιβεβλημένη. Η οικονομική κρίση επηρεάζει τη ψυχική υγεία με δύο αλληλοτροφοδοτούμενους τρόπους. Πρώτον εξασθενεί τους προστατευτικούς παράγοντες που συμβάλουν στην ανάπτυξη και τη διατήρηση της και δεύτερον ενισχύει και αυξάνει τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών (Οικονόμου και συν., 2001; Μπούρας & Λυκούρας, 2011).

Ένας δεύτερος σημαντικός παράγοντας στην φροντίδα καθίσταται και η συστηματική παρακολούθηση του περιστατικού. Θεωρείται επιτακτική ανάγκη από το σύνολο της ομάδας των ειδικών αλλά δεν είναι εφικτή καθώς δεν υπάρχει μια κεντρική υπηρεσία συντονισμού της παρέμβασης, όπως αποτυπώθηκε αναλυτικά στην **έκτη θεματική ενότητα** των αποτελεσμάτων στην οποία αποτυπώνεται το κενό στη φροντίδα. Μέλη της ομάδας των ειδικών αναφέρουν ότι οι ηλικιωμένοι στην πλειονότητα τους θα υπέφεραν από ακάλυπτες ανάγκες.

Τα εμπόδια για τα κενά στην φροντίδα σχετίζονται α) με την απουσία συντονισμού και β) με την εκτίμηση των αναγκών, όπως αναλυτικά αναφέρθηκε παραπάνω στο κενό στην εκτίμηση των αναγκών. Στις αγροτικές κοινότητες υπάρχει μια διαφοροποίηση καθώς τα κοινωνικά δίκτυα είναι πιο ισχυρά αλλά η απουσία επαρκών υπηρεσιών δυσχεραίνει την παροχή φροντίδας.

Οι δυσχέρειες συντονισμού άσκησης κοινωνικής πολιτικής, θεσμικής αποσαφήνισης των ρόλων και ορθολογικής κατανομής των πόρων μεταξύ επιπέδων δεν αποτελούν ελληνική αποκλειστικότητα. Αντίστοιχα φαινόμενα καταγράφονται και σε άλλες χώρες. Η ένταση και η έκτασή τους είναι πιο περιορισμένες καθώς η διοικητική οργάνωση για την αντιμετώπισή των παραπάνω ζητημάτων είναι ποιοτικότερη (Bergmark, 2000).

Οι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στο σχεδιασμό της φροντίδας θα πρέπει να διακρίνονται από τα παρακάτω χαρακτηριστικά σύμφωνα με την ομάδα των ειδικών:

α) Δωρεάν παροχή υπηρεσιών η οποία αναφέρθηκε από ακαδημαϊκούς κοινωνικούς λειτουργούς. Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη ένας επιπρόσθετος παράγοντας που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην εκτίμηση των αναγκών των ηλικιωμένων είναι η οικονομική δυνατότητα των ηλικιωμένων. Η ανώτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων σχετίζεται με την μεγαλύτερη υποκειμενική ευημερία (AGE-The European Older People's Platform, 2007).

β) Πλήρη κάλυψη των αναγκών από καλά εκπαιδευμένους κοινωνικούς λειτουργούς όπως αναφέρθηκε από τον κοινωνικό λειτουργό του πεδίου και τον ιατρό.

γ) Συμπληρωματικότητα δωρεάν με την ιδιωτική φροντίδα. Με την έννοια αυτή η ιδιωτική φροντίδα σταθμίζεται σαν δυνατότητα για την συμπλήρωση της φροντίδας με την παραμονή του ιδιώτη φροντιστή στο σπίτι με τον ηλικιωμένο.

Σχετικά με το ποια είναι ο πιο κατάλληλος φορέας στην εκτίμηση των αναγκών υπάρχει διαφωνία. Από τις παρακάτω επιλογές α) της κοινωνικής υπηρεσίας του Δήμου, β) άλλων υπηρεσιών της κοινότητας, γ) μιας ανεξάρτητης δομής με στόχο την

αξιολόγηση και το σχεδιασμό της φροντίδας, οι κοινωνικοί λειτουργοί επέλεξαν την κοινωνική υπηρεσία του Δήμου, ενώ οι ακαδημαϊκοί εξέφρασαν για δεύτερη φορά την αναγκαιότητα δημιουργίας μιας ανεξάρτητης κεντρικής δομής.

Η διαπίστωση του κενού στο σχεδιασμό και στο συντονισμό έχει αποτυπωθεί και σε άλλες μελέτες. Μελέτη για τις κοινωνικές υπηρεσίες στην Σουηδία αναδεικνύει το κενό στη φροντίδα σε μια κοινωνία που συνεχώς γηράσκει αλλά υγιώς, που υποδηλώνει την επιτυχία του Κράτους και των υπηρεσιών του. Η Σουηδία μέσα από την συγκεκριμένη μελέτη ερευνά την προτεραιότητα της χώρας προκειμένου να είναι φιλική προς τον ηλικιωμένο πληθυσμό της επιτυγχάνοντας υψηλούς δείκτες ευημερίας (Bergmark, 2000).

Μελέτη του Ινστιτούτου Τοπικής Αυτοδιοίκησης αναφέρει ότι καθίσταται αναγκαία η ύπαρξη μιας κεντρικής κοινωνικής υπηρεσίας με την μορφή σύστασης μικρών ευέλικτων κεντρικών Κοινωνικών Υπηρεσιών (αποτελούμενων π.χ. από 7-10 πραγματικά εξειδικευμένα στελέχη), ώστε να υπάρχει καλή επικοινωνία και συντονισμός ενεργειών και αποτελεσματικότερη διαχείριση η οποία θα επιβαρύνει το λιγότερο δυνατόν το δήμο -διαχειριστή. Στις ολιγομελείς υπηρεσίες, οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων και υλοποίησης δεν είναι χρονοβόρες και δεν αποβαίνουν εις βάρος της ουσιαστικής παραγωγής έργου (Κοντιάδης, 2008).

Στην παρούσα μελέτη σχετικά με την σύσταση της ομάδας φροντίδας για την εκτίμηση των αναγκών υγείας αλλά και για το σχεδιασμό της φροντίδας, η ομάδα των ειδικών ενέταξε τους επαγγελματίες υγείας αλλά οι ειδικοί που δεν ανήκαν στις κοινωνικές επιστήμες δεν συμπεριέλαβαν τα άτυπα και τα υποστηρικτικά δίκτυα.

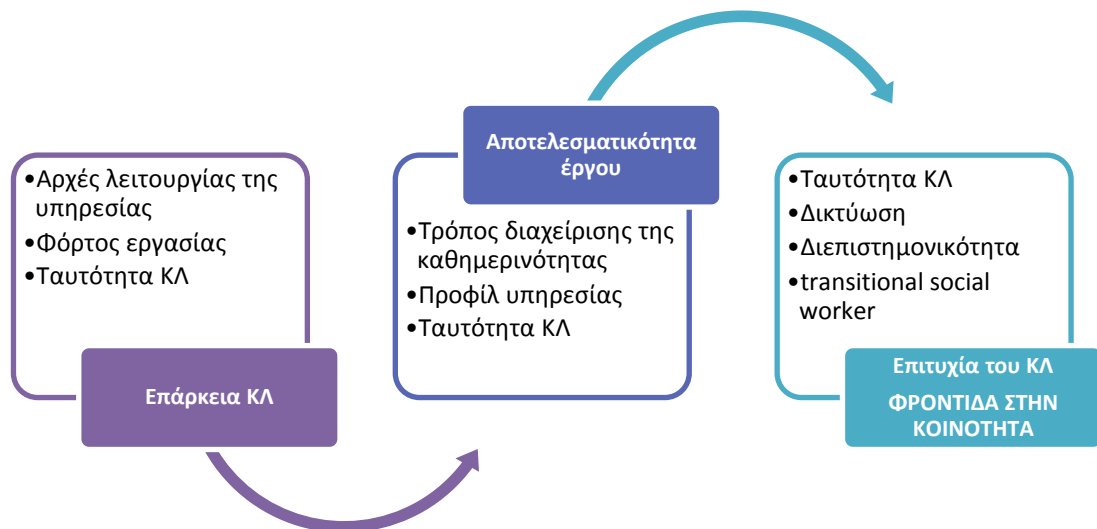
Στο σχεδιασμό της κατ' οίκον φροντίδας, σύμφωνα με την ομάδα των ειδικών εκτός από την συμμετοχή των παιδιών των ηλικιωμένων, οι ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας που θα πρέπει να ενταχθούν στην ομάδα φροντίδας σε σειρά προτεραιότητας ο Οικογενειακός/η βοηθός, Φυσιοθεραπευτής/τρια, Οικογενειακός γιατρός και Κοινωνικός/η λειτουργός, έπειτα ο Νοσηλευτής/τρια, στην συνέχεια ο Εργοθεραπευτής/τρια. Μικρότερη εμπλοκή στο σχεδιασμό της ομάδας φροντίδας φαίνεται να λαμβάνουν οι εθελοντές, γείτονες, φίλοι, φροντιστής επί πληρωμή. Την μη δυνατότητα της ομάδας των ειδικών που ανήκουν στην ιατρική και νοσηλευτική κοινότητα να συμπεριλάβουν στην ομάδα φροντίδας, τα άτυπα υποστηρικτικά δίκτυα μια υπόθεση αναφέρει ότι μπορεί να οφείλεται στην αυστηρή τήρηση των ιατρικών πρωτοκόλλων και στη μικρή διάθεση συνεργασίας με τις άλλες ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας (Fox et al., 2021).

Μελέτη στην Αμερική τεκμηριώνει ότι οι κοινότητες με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο έχουν καλύτερους δείκτες υγείας (Kawachi, 1997). Η καλή υποκειμενική αντίληψη της υγείας έχει συνδεθεί με αυξημένη συμμετοχή, αυξημένα επίπεδα εμπιστοσύνης και ανοχής (Stafford et al., 2004; Koutra et al., 2012; Koutra, 2014, Koutra, 2015). Παράλληλα άλλες έρευνες αναφέρουν ότι χαμηλή εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας και στο δημόσιο σχετίζεται με την χαμηλή αυτοαναφερόμενη υγεία (Mohseni et al., 2007).

Ως καταλληλότερες δομές φροντίδας αναφέρθηκαν από την ομάδα των ειδικών τα Προγράμματα ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ και τα ΚΑΠΗ. Η συμπληρωματικότητα, η διασύνδεση και η κατανομή αρμοδιοτήτων είναι μια πρόταση που αναφέρθηκε και στην διάσταση της ολοκληρωμένης φροντίδας αλλά και στην εκτίμηση των αναγκών.

Η πρόταση για δημιουργία Κεντρικής δομής με διεπιστημονική προσέγγιση με στόχο την εκτίμηση αναγκών αλλά και την παροχή φροντίδας, φαίνεται να παρουσιάζεται σε αρκετές διαστάσεις της παρούσας μελέτης και κερδίζει σημαντικό χώρο καθώς εκφράζεται και σε αυτό το σημείο. Φαίνεται να προτάσσεται σαν μια ικανοποιητική λύση στο πρόβλημα της παροχής φροντίδας στην κοινότητα αλλά σε όλες τις περιπτώσεις, η πρόταση αυτή παρουσιάζεται αποκλειστικά από τους ακαδημαϊκούς της ομάδας. Συμπληρωματικά με την πρόταση για δημιουργία συντονιστικής δομής με ατομοκεντρική εστίαση προτείνεται η 24^η παροχή υπηρεσιών με αξιοποίηση της τεχνολογίας. Τα συστήματα τηλεφροντίδας και τηλεϊδοποίησης μπορούν να βοηθήσουν σε μεγάλο βαθμό σε συνθήκες πανδημίας.

Η **τέταρτη θεματική ενότητα** αναφέρεται αποκλειστικά στην επάρκεια ή μη των κοινωνικών λειτουργών στην εκτίμηση των αναγκών και στον σχεδιασμό της φροντίδας των ηλικιωμένων. Σύμφωνα με τις απόψεις που εκφράστηκαν στην παρούσα μελέτη γίνεται σαφέστατη αναφορά ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί θα εργαστούν με επάρκεια αλλά η αποτελεσματικότητα τους θα εξαρτηθεί από τις αρχές λειτουργίας της υπηρεσίας και τον φόρτο εργασίας του. Η επάρκεια και η αποτελεσματικότητα του κοινωνικού λειτουργού εξαρτάται από την υπηρεσία του αλλά και από τον τρόπο διαχείρισης της καθημερινότητας που με την σειρά του εξαρτάται από την ταυτότητα του κοινωνικού λειτουργού (Payne, 2016; Abramson, 2003).



ΣΧΗΜΑ XII: Επάρκεια ΚΛ με βάση τη πιλοτική μελέτη

Αυτό είναι σε συμφωνία με μελέτη που αποτυπώνει σημαντικά κενά τεχνογνωσίας, κοινωνικής διοίκησης αλλά και περιεχομένου κοινωνικών πολιτικών στο επίπεδο των ΟΤΑ καταγράφονται και θα χρειαστεί σε πρώτη φάση παροχή συστηματικής τεχνικής βοήθειας προς τις κοινωνικές υπηρεσίες των ΟΤΑ στο σχεδιασμό των δράσεων και της σύνταξης του προγραμματισμού τους, ώστε να εξασφαλίζεται ότι τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων είναι τα επιθυμητά και το περιεχόμενο είναι πραγματοποιήσιμο (Κοντιάδης, 2008; Ζάννης, 2021).

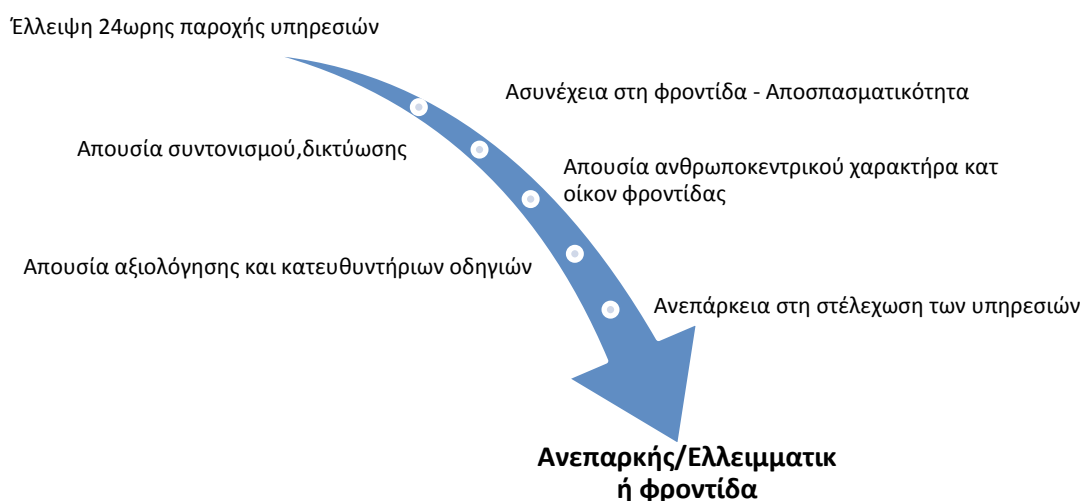
Η συνθετότητα των αναγκών αποτελεί ένα επιπρόσθετο επιβαρυντικό παράγοντα που καθορίζει την επάρκεια ή μη του κοινωνικού λειτουργού σύμφωνα με την παρούσα μελέτη. Η προσέγγιση του κοινωνικού λειτουργού εξαρτάται από την εκπαίδευση του και την δυνατότητα ανάλυσης και σύνθεσης της πολυπλοκότητας των αναγκών, επικοινωνίας με τους άλλους ειδικούς (Abramson, 2013).

Η ανεπάρκεια στη φροντίδα και η ανεπαρκής παροχή υπηρεσιών θα μπορούσε να καλυφθεί μέσα από τις δεξιότητες του κοινωνικού λειτουργού με εργαλεία την διασύνδεση και την διαμεσολάβηση σύμφωνα με τους κοινωνικούς λειτουργούς του πεδίου. Με εργαλεία την διασύνδεση και τη διαμεσολάβηση, η ομάδα των ειδικών θεωρούν ότι ο κοινωνικός λειτουργός θα μπορούσε να καλύψει το κενό στη φροντίδα. Το κρίσιμο ερώτημα και ο προβληματισμός συνίσταται στο γεγονός ότι αν και οι κοινωνικοί λειτουργοί αναγνωρίζουν την χρησιμότητα της διασύνδεσης και της δικτύωσης, εν τούτοις δεν την αξιοποιούν.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί με εργαλείο τη κριτική κοινωνική εργασία συμμετέχουν σε ενέργειες για την εσωτερική αλλαγή των οργανισμών και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, αναπτύσσουν δράσεις ενδυνάμωσης των ατόμων και ομάδων που υφίστανται διακρίσεις μέσω συλλογικής δράσης (Ιωακείμης, 2012). Φαίνεται ότι η ταυτότητα του κοινωνικού λειτουργού καθορίζει και τον τρόπο παρέμβασής του. Η εκπαίδευση του Κοινωνικού λειτουργού και η ενδυνάμωση του με σύγχρονες θεωρήσεις και με εργαλείο την κριτική κοινωνική εργασία ίσως αποτελεί και την λύση στην ανεπάρκεια των δομών.

Η **πέμπτη θεματική ενότητα**, η πιο σημαντική ενότητα σε αυτή τη μελέτη αναφέρεται στην επάρκεια των δομών φροντίδας στην κοινότητα. Η **ανεπαρκής/ελλειμματική παροχή υπηρεσιών** αποτυπώθηκε σχεδόν καθολικά από την πλειοψηφία των μελών της ομάδας και ως αιτίες αναφέρονται:

- Έλλειψη 24ωρης παροχής υπηρεσιών
- Ασυνέχεια στη φροντίδα- Αποσπασματικότητα
- Απουσία συντονισμού, συνεργασίας και δικτύωσης
- Απουσία κατ' οίκον φροντίδας με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα
- Απουσία ελέγχου και αξιολόγησης και κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων
- Ανεπάρκεια στη στελέχωση της υπηρεσίας



ΣΧΗΜΑ XIII: Ανεπαρκής /Ελλειμματική φροντίδα

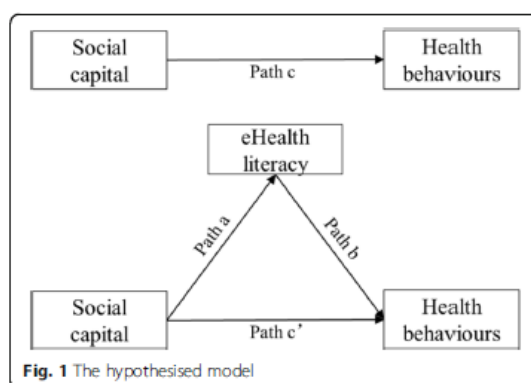
Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε τρεις περιοχές της Ρωσίας το 2020 αναδεικνύει το κενό στην φροντίδα των ηλικιωμένων (Selezneva et al., 2020). Παρόμοια μελέτη στη Κίνα το 2021 που αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των κοινωνικών υπηρεσιών από την πλευρά του χρήστη αναφέρει κενό στην φροντίδα (Lin, 2021). Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στο ελληνικό χώρο αναδεικνύουν τις ελλείψεις των υπηρεσιών και τεκμηριώνουν ένα ελλειμματικό δημόσιο μοντέλο παρέμβασης κοινωνικής προστασίας, που παρουσιάζει σοβαρές αδυναμίες και στρεβλώσεις, οι οποίες κατά κύριο λόγο εντοπίζονται τόσο στην έλλειψη στοχευμένων στρατηγικών προστασίας των ατόμων σε κατάσταση ανάγκης και κοινωνικού αποκλεισμού αλλά και στην απουσία ολοκληρωμένων ενεργητικών δράσεων εργασιακής και κοινωνικής ένταξης των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού (Κοντιάδης & Απίστουλας, 2006; Ζάννης, 2021).

Στην ίδια μελέτη εντοπίζονται σημαντικά προβλήματα ταυτόχρονων επικαλύψεων αλλά και κενών παρέμβασης σε τομείς κοινωνικών δράσεων, τόσο μεταξύ ΟΤΑ όσο και σε σχέση με άλλους φορείς παρέμβασης καθώς και κενό συμπληρωματικού σχεδιασμού και συντονισμού εφαρμογής μεταξύ παράλληλων δράσεων κοινωνικού χαρακτήρα (Κοντιάδης & Απίστουλας, 2006).

Οι φορείς άσκησης κοινωνικής πολιτικής υποφέρουν από τις μεθοδολογικές αδυναμίες του εν γένει ελληνικού διοικητικού συστήματος όπως: α) έλλειψη ποσοτικής προσέγγισης των παρεμβάσεων: μη χρήση δεικτών απόδοσης και τεχνικών ανάλυσης κόστους-ωφέλειας, β) σημαντικά κενά τεκμηρίωσης στο σχεδιασμό δημόσιας πολιτικής: ανεπαρκής εκπόνηση και αξιοποίηση τομεακών μελετών, γ) ανεπάρκεια στρατηγικού προγραμματισμού και έλλειψη συνέχειας στην άσκηση πολιτικής, δ) Περιορισμένη συμμετοχή του υπηρεσιακού επιπέδου στο σχεδιασμό πολιτικής, ε) Κατασταλτική προσέγγιση του διοικητικού ελέγχου: απουσία διαδικασιών ποιοτικής και ποσοτικής αξιολόγησης ενδιαμέσων και τελικών αποτελεσμάτων (Κοντιάδης, 2008). Η χρήση συστημάτων τηλεφροντίδας θα είναι χρήσιμη σε έκτακτα περιστατικά αλλά και σε παρακολούθηση της ιατρικής φροντίδας σύμφωνα με έρευνα του Παρατηρητηρίου με την δημιουργία εξελιγμένου και καινοτόμου πληροφοριακού συστήματος για ενοποίηση όλων των εργασιών (Περιφερειακό Παρατηρητήριο Κοινωνικής Ένταξης, 2020).

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα συσχετίζει το κοινωνικό κεφάλαιο με τις συμπεριφορές υγείας και τις γνώσεις των ηλικιωμένων στη χρήση του διαδικτύου. Όταν οι ηλικιωμένοι έχουν υψηλό επίπεδο ηλεκτρονικού αλφαριθμητισμού (eHealth), θα

ενταχθούν πιο εύκολα στην λήψη απόφασης για την υγεία και χρησιμοποιείται ενισχυτικά ως κίνητρο (Guang-Hui Cui et al., 2021).



ΣΧΗΜΑ X: Social Capital – e health - Health behaviours

ΠΗΓΗ: Guang-Hui Cui et al, 2021

Η **έβδομη θεματική** ενότητα αναφέρεται στους στόχους του κοινωνικού λειτουργού για την παρέμβαση του στους ηλικιωμένους. Οι στόχοι που οφείλει να θέσει ο κοινωνικός λειτουργός στην παρέμβαση του σχετίζονται άμεσα με την μελέτη όλων των παραγόντων που συμβάλλουν στην υγιή γήρανση όπως αυτοί αναλύθηκαν στην πρώτη θεματική ενότητα της παρούσας μελέτης. Ειδικότερα οι στόχοι έγκειται στη διασφάλιση:

- ☞ Διατήρηση σωματικής και ψυχικής υγείας και λειτουργικότητας
- ☞ Προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας
- ☞ Ποιότητας ζωής, υγιής & ενεργός γήρανση & ολιστική φροντίδα
- ☞ Κοινωνικοποίηση/κοινωνική λειτουργικότητα/ενεργό συμμετοχή στην κοινότητα
- ☞ Πρόσβαση στην εκπαίδευση, αλφαριθμητισμό, ψυχαγωγία, μεταφορά γνώση σε νεότερους
- ☞ Ασφαλής διαβίωση, ίσες ευκαιρίες για καθολική κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου
- ☞ Καταπολέμηση της φτώχειας και του αποκλεισμού

Η προτεραιοποίηση σε σχέση με την πανδημία covid-19 σχετίζεται με την διατήρηση της σωματικής υγείας λαμβάνοντας όλα τα μέτρα ατομικής προστασίας, τη διατήρηση της ψυχικής υγείας σε υψηλά επίπεδα και την ενδυνάμωση των κοινωνικών και υποστηρικτικών δικτύων. Η κοινωνική αποστασιοποίηση, μέσω του επιβληθέντος εθνικού αποκλεισμού πολύ νωρίς στην πανδημία, υπήρξε βασικό χαρακτηριστικό μέτρο

προστασίας. Ωστόσο, το σύστημα πρέπει να ενισχύσει την ικανότητά του, ενισχύοντας την πρωτοβάθμια υγεία ώστε να είναι σε θέση να καλύψει τις υπάρχουσες ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, τον αντίκτυπο της πανδημίας στην ψυχική υγεία, καθώς και να αντιμετωπίσει μελλοντικά νέα κύματα της πανδημίας (Giannopoulou & Tsohanoglou, 2020). Η κοινωνική απομόνωση μπορεί να αποτελεί αποτελεσματικό μέτρο ενάντια στην πανδημία αλλά δρα επιβαρυντικά στην ψυχική υγεία με την αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους (Grolí et al., 2020).

Η **τελευταία και όγδοη θεματική ενότητα** αναφέρεται στις προτάσεις για την ανάπτυξη υπηρεσιών με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών στην κοινότητα.

Η αναγκαιότητα δημιουργίας μιας κεντρικής υπηρεσίας που να καλύπτει συνολικά τις ανάγκες αλλά και να καλύπτει το κενό του κατακερματισμού των υπηρεσιών, διαφαίνεται μέσα από την έρευνα ως απάντηση στο κενό φροντίδας που προκύπτει από την ανεπάρκεια των δομών στην κοινότητα.

Η δικτύωση των φορέων της κοινότητας, η διασύνδεσή τους αλλά και η διεπιστημονική προσέγγιση αποτελούν αναγκαίες συνθήκες για την εφαρμογή ενός σχεδίου ολοκληρωμένης φροντίδας με στόχευση την υγιή και ενεργό γήρανση (Khojamli, Dabbaghi, Mahmoodi, 2021).

Η αξιολόγηση (assessment/screening) των περιστατικών μέσα από μια διεπιστημονική ομάδα με στόχο την βελτίωση της ποιότητας παροχής της κοινωνικής φροντίδας αποτελεί κρίσιμο χαρακτηριστικό στη δομή που προτείνεται. Σημαντικά ζητήματα που αφορούν την ποιότητα είναι η ασφάλεια των ωφελούμενων, η ισότητα (equity), η συνέχεια στη φροντίδα, η επικαιροποίηση (timeliness) και η πρόσβαση (access) ευρήματα που συμφωνούν με τη μελέτη των Van Herck και των συνεργατών του (Van Herck, et al., 2011).

Ένα δεύτερο βασικό χαρακτηριστικό των δομών θα πρέπει να αποτελεί η προσέγγιση από *κάτω προς τα πάνω* «*bottom-up*». Η προαγωγή της υγείας ενισχύεται με αυτό το είδος της ενεργούς συμμετοχής των ηλικιωμένων και της ενδυνάμωσή τους. Η ενδυνάμωση αποτελεί βασικό κλειδί στο μοντέλο της προαγωγής της υγείας. Η προσέγγιση της κοινοτικής ανάπτυξης σύμφωνα με την Κούτρα (2015) αφορά στην ενδυνάμωση ατόμων και κοινοτήτων, στην δυνατότητα του καθορισμού του προβλήματος από την ίδια την κοινότητα ή το άτομο, στη κοινωνική δικαιοσύνη και στους επαγγελματίες που αποτελούν πηγή δυναμικού της κοινότητας. Η στρατηγική της

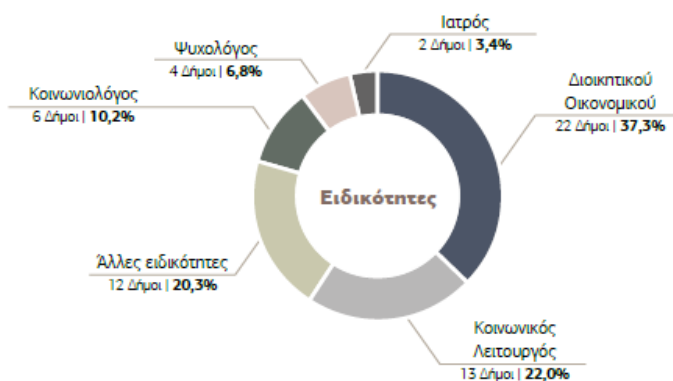
κοινωνικής ανάπτυξης για την προαγωγή υγείας αποτελεί μια παρέμβαση με δράση «από κάτω» και με βασικό στόχο την ενδυνάμωση των ατόμων και την ανάπτυξη των υποστηρικτικών δικτύων και της εμπιστοσύνης στην κοινότητα, που αποτελούν δείκτες ανάπτυξης του κοινωνικού κεφαλαίου (Κούτρα, 2015).

Σύμφωνα με την μελέτη του Παρατηρητηρίου Κοινωνικής Ένταξης, η υποστελέχωση των υπηρεσιών και η μη κατανομή αρμοδιοτήτων αποτελούν τα σημαντικότερα προβλήματα στις κοινωνικές υπηρεσίες (Περιφερειακό Παρατηρητήριο Κοινωνικής Ένταξης, 2020).



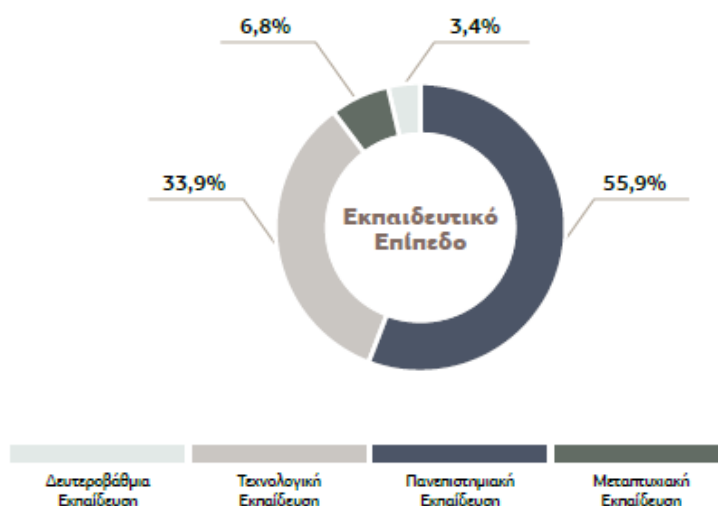
Πίνακας VI Προβλήματα Κοινωνικών Υπηρεσιών

Επιπρόσθετα μέσα από αυτή τη μελέτη φαίνεται ότι σχετικά με το προφίλ των διευθυντών/προϊσταμένων των κοινωνικών υπηρεσιών, στην πλειοψηφία των δήμων, την ευθύνη λειτουργίας έχουν διοικητικοί υπάλληλοι 37,3% ενώ μόνο σε ποσοστό 22% θέση ευθύνης έχουν οι κοινωνικοί λειτουργοί ή άλλες ειδικότητες με ειδίκευση στις κοινωνικές επιστήμες.



Πίνακας VII Προφίλ διευθυντών Κοινωνικών Υπηρεσιών

Άλλη μια σημαντική παρατήρηση που αναδεικνύεται είναι ότι μόνο το 6,8% των διευθυντών έχουν μεταπτυχιακή εκπαίδευση.



Πίνακας VIII Εκπαιδευτικό προφίλ διευθυντών Κοινωνικών Υπηρεσιών

Η διεύρυνση των αρμοδιοτήτων των υπηρεσιών, η ενίσχυση σε επιστημονικό προσωπικό, ο συντονισμός και η ενίσχυση των δομών της κοινότητας, η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού αποτελούν μερικά χαρακτηριστικά που πρότεινε η ομάδα για την βελτίωση της παροχής φροντίδας. Το πιο σημαντικό όμως συνίσταται στην ενδυνάμωση της συλλογικής σκέψης και στην ανάπτυξη διεπιστημονικής κουλτούρας που δύναται να προκύψει μέσα από τα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν παραπάνω (Rodriguez et al., 2020).

6.2. Περίληψη συζήτησης –Καίρια σημεία

Στον πίνακα παρουσιάζονται τα σημαντικότερα σημεία της πιλοτικής μελέτης που θα αποτελέσουν τις βάσεις για τις προτάσεις αλλά και για το σχεδιασμό των επόμενων βημάτων.

Καίρια σημεία πιλοτικής μελέτης	
Η Θεώρηση της υγιούς γήρασης και της λειτουργικότητας στο σχεδιασμό της παρέμβασης του Κ.Λ. στην κοινότητα για τους ηλικιωμένους	<ul style="list-style-type: none"> • Αναγκαιότητα περιγραφής των αρμοδιοτήτων και των στόχων των κοινωνικών υπηρεσιών • Αναγκαιότητα διεπιστημονικής προσέγγισης • Αναγκαιότητα διερεύνησης των κοινωνικών δικτύων
Παρεχόμενες υπηρεσίες στην κοινότητα για τους ηλικιωμένους	<ul style="list-style-type: none"> • Οι ΚΛ απάντησαν στο ποιες είναι οι υπηρεσίες στην κοινότητα και αποτύπωσαν τις ανάγκες της απλής λειτουργικότητας
Εκτίμηση αναγκών στην κοινότητα, εμπλεκόμενοι στη φροντίδα	<ul style="list-style-type: none"> • Οι ΚΛ θεωρούν ότι η οικογένεια είναι υπεύθυνη για την φροντίδα των ηλικιωμένων με την έννοια της υποχρεωτικότητας στη φροντίδα • Φαίνεται να συμφωνούν στην εμπλοκή των άτυπων δικτύων όλοι οι ΚΛ αλλά και το σύνολο των ακαδημαϊκών. • Οι Κοινωνικοί λειτουργοί φαίνεται να αναγνωρίζουν τις ανάγκες μέσα από μια εμπειρική προσέγγιση του πεδίου, • οι ακαδημαϊκοί ως «άτομα που κατέχουν την επιστημονική γνώση». • Οι άλλες ειδικότητες του πεδίου δεν το αναγνωρίζουν.
Επάρκεια των Κοινωνικών λειτουργιών	<ul style="list-style-type: none"> • Οι ακαδημαϊκοί θεωρούν ότι δεν χρησιμοποιούνται κριτήρια στην παρέμβαση από τον ΚΛ • Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν υπερβολικό φόρτο εργασίας
Επάρκεια των δομών φροντίδας στην κοινότητα –κενο στη φροντίδα	<ul style="list-style-type: none"> • Οι ακαδημαϊκοί βλέπουν ως καταλληλότερη δομή για την ανάληψη ευθύνης το νοσοκομείο
Κενό στην φροντίδα	<ul style="list-style-type: none"> • Δεδομένη από όλους η ελλειμματική παροχή υπηρεσιών • Παραδεκτό από όλους το κενό στην φροντίδα με αιτίες: <ul style="list-style-type: none"> α) την ατομοκεντρική προσέγγιση εκτίμηση των αναγκών, β) το προσωπικό των δομών, γ) την έλλειψη συντονισμού και διασύνδεσης των υπηρεσιών , δ)έλλειψη χρόνου λόγω εργασίας • Οι περισσότεροι εκφράζουν την άποψη ότι θα υπέφεραν από ακάλυπτες ανάγκες • Αναγκαιότητα παρεμβάσεων ενίσχυσης κοινωνικών δικτύων στις αγροτικές περιοχές • Η ανεπάρκεια στη φροντίδα εξαρτάται από το είδος

	της δομής και τα χαρακτηριστικά της οργάνωσης
Στόχοι παρέμβασης για τους ηλικιωμένους στην κοινότητα από τον Κοινωνικό Λειτουργό	<ul style="list-style-type: none"> • Στήριξη των κοινωνικών και υποστηρικτικών δικτύων ειδικότερα σε εποχές κοινωνικής αποστασιοποίησης κρίνεται σημαντική
Προτάσεις για την ανάπτυξη υπηρεσιών με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών στην κοινότητα.	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία κεντρικής δομής, επαρκώς στελεχωμένη με στόχο την εκτίμηση των αναγκών και την κατάρτιση σχεδίου φροντίδας (Ακαδημαϊκοί) • Συμπληρωματικότητα και δικτύωση των υπαρχόντων δομών (ειδικότητες πεδίου)

6.3. Περιορισμοί μελέτης – Επόμενα Βήματα

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια πιλοτική μελέτη για τον προσδιορισμό των παραγόντων και την αποτύπωση του κενού στη φροντίδα στη παρέμβαση για τους ηλικιωμένους. Πραγματοποιήθηκαν οι τρεις πρώτες φάσεις για τη δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών στα πλαίσια της μεταπτυχιακής εργασίας. Αποτυπώθηκε με σαφήνεια το κενό στην φροντίδα, ενώ χαρτογραφήθηκε η ανεπάρκεια των κοινωνικών υπηρεσιών και οι πιθανές αιτίες της, η διάσταση απόψεων μεταξύ ακαδημαϊκών και ανθρώπων που εργάζονται στο πεδίο καθώς και η ανάγκη για επιμόρφωση και ενδυνάμωση των κοινωνικών λειτουργών.

Ως επόμενα βήματα για την σύνταξη κατευθυντήριων οδηγιών προτείνονται η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της πιλοτικής μελέτης με την υλοποίηση δεύτερης φάσης της έρευνας με focus group της ομάδας των ειδικών για την συζήτηση και προτεραιοποίηση των παραγόντων.

Επόμενα Βήματα	Αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας της πιλοτικής μελέτης. Δεύτερη φάση της έρευνας με focus group της ομάδας των ειδικών για την συζήτηση και προτεραιοποίηση των παραγόντων
	Προσδιορισμός των διαγνωστικών εργαλείων για την εκτίμηση της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων
	Σύνταξη Κατευθυντήριων οδηγιών
	Πιλοτική εφαρμογή

Στη συνέχεια θα ακολουθήσει ο προσδιορισμός των διαγνωστικών εργαλείων για την εκτίμηση της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων. Στην τελευταία φάση θα πραγματοποιηθεί η σύνταξη των κατευθυντήριων οδηγιών και η εφαρμογή της μελέτης στο πεδίο. Μετά την πιλοτική εφαρμογή θα οριστικοποιηθούν οι τελικές κατευθυντήριες οδηγίες για την παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού στο πεδίο με στόχο την ενεργό γήρανση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην χώρα μας η κρίση - χρηματοοικονομικής και δημοσιονομικής προσαρμογής - επέφερε αλλαγές σε πολλά επίπεδα διοίκησης που οδήγησαν στην συρρίκνωση της κεντρικής διοίκησης με την μεταφορά αρμοδιοτήτων σε τοπικό επίπεδο, την συρρίκνωση των τριών βαθμών Αυτοδιοίκησης και την συγχώνευση αρμοδιοτήτων σε δυο βαθμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Αλλαγές παρουσιάστηκαν εκτός των άλλων και στον τομέα κοινωνικής πρόνοιας.

Ως αποτέλεσμα είχε την ενδυνάμωση του ρόλου της αυτοδιοίκησης στη διαχείριση των κοινωνικών υπηρεσιών στην καθημερινή ζωή των πολιτών λόγω της εγγύτητάς τους στα κοινωνικά προβλήματα. Μέσα από την μετατόπιση του βάρους των κοινωνικών δομών/δράσεων από την κεντρική στην τοπική διοίκηση, με την μορφή νομικών προσώπων ή κοινωφελών επιχειρήσεων, διευρύνθηκε ο κοινωνικός τους ρόλος, με αποτέλεσμα να διαχειρίζονται αυξημένες αρμοδιότητες σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον (Αμίτσης, 2005; Rodriguez, 2020).

7.1 Η έννοια του τοπικού για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών για την ενεργό γήρανση

Οι κοινωνικές υπηρεσίες ακολουθούν τη φιλοσοφία της κάθετης παρέμβασης με αποτέλεσμα να μην καθίσταται αποτελεσματική η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και η διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες. Τα κοινωνικά προγράμματα διαπνέονται από τις νέες λογικές της συμπαραγωγής (joint production) που έχουν δικτυακό χαρακτήρα με διαφορετικά ενδιαφερόμενα μέρη να συμμετέχουν σε διάφορα στάδια, από την παραγωγή/παροχή μέχρι τη διανομή/ κατανάλωση/χρήση των αγαθών από τους αποδέκτες (Hirst, 2002, Grimshaw and Jever, 2009, Manfredi and Maffei, 2008).

Η επιδημία του COVID-19 δημιουργεί μια σοβαρή ψυχοπιεστική συνθήκη για τις ευάλωτες ομάδες ιδιαίτερα για την Τρίτη Ηλικία και άτομα που βρίσκονται κάτω από τα όρια της φτώχειας. Οι νέες συνθήκες που προέκυψαν από την επιδημία από την μια, και η δημογραφική ωρίμανση και γήρανση του πληθυσμού από την άλλη, έχουν αναδείξει την ανάγκη συστηματικής μελέτης, εκτίμησης, καταγραφής, αξιολόγησης και αντιμετώπισης των ιατροκοινωνικών προβλημάτων της τρίτης ηλικίας ως πρωταρχική ευθύνη των υπηρεσιών (WHO, 2012). Σήμερα οι τοπικές κοινωνίες οφείλουν να αναλάβουν δράση για την φροντίδα των ευάλωτων ομάδων, ώστε να μειώσουν τον φόβο και τα αισθήματα εγκατάλειψης, μοναξιάς, αβεβαιότητας, και θλίψης. Σειρά προβλημάτων όπως υγειονομικά, κοινωνικά και οικονομικά δημιουργούν πιέσεις για τις οποίες το εκάστοτε σύστημα παροχής φροντίδας θα πρέπει να επιλύσει αποτελεσματικά.

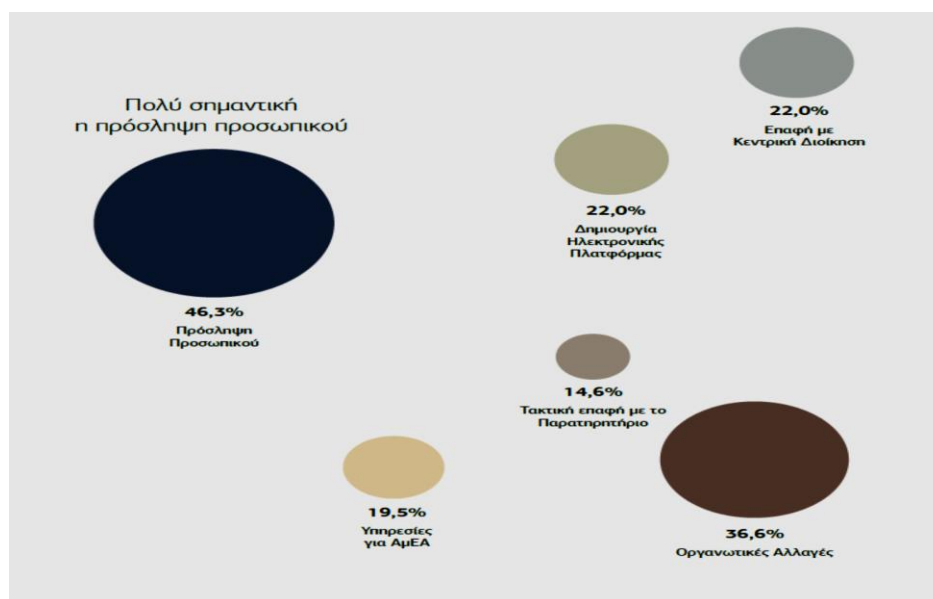
Η ανάγκη, ειδικά σήμερα, για την κατ' οίκον φροντίδα διαφαίνεται από την πίεση που δέχεται το σύστημα υγείας της χώρας με την υπερφόρτωση των νοσοκομειακών μονάδων. Η κατ' οίκον φροντίδα υποστηρίζει τους ηλικιωμένους να ζήσουν ανεξάρτητα για όσο το δυνατόν περισσότερο στο φυσικό τους περιβάλλον (Department of Health and Human Services, 2008). Επικεντρώνεται στην παροχή κοινωνικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών αλλά και σε μια σειρά θεραπειών όπως η εργοθεραπεία, φυσιοθεραπεία και λογοθεραπεία με σκοπό να βελτιωθεί η υγεία, η ευημερία, η ανεξαρτησία και η ασφάλεια των ηλικιωμένων (Coughlin & Pope, 2008).

Διαρκής είναι η συζήτηση τα τελευταία χρόνια για την διεύρυνση των αρμοδιοτήτων των Δήμων και την ενίσχυση της έννοιας του τοπικού χώρου. Με βάση τις παρατηρήσεις που ανέδειξε η μελέτη του Παρατηρητηρίου Κοινωνικής Ένταξης, προτάθηκαν τα παρακάτω για την βελτιστοποίηση των εργασιών των υπηρεσιών στην κοινότητα, παρεμβάσεις που καθίσταται όχι μόνο χρήσιμες αλλά και απαραίτητες για την υλοποίηση των αρμοδιοτήτων αλλά περιορίζονται αποκλειστικά σε τεχνικά/δομικά χαρακτηριστικά του συστήματος. Ειδικότερα προτείνεται:

- ⇒ Αναδιαμόρφωση των Τίτλων των Διευθύνσεων των Κοινωνικών Υπηρεσιών, ώστε να έχουν ενιαία εικόνα στο πλαίσιο των κατευθύνσεων του Ν. 3852/2010 (Αρ. 97). Στην ίδια φιλοσοφία, προτείνεται αναδιαμόρφωση της ονομασίας των επιμέρους Τμημάτων της Κοινωνικής Υπηρεσίας, ώστε να υπάρχει ομοιόμορφη πολιτική επί της ουσίας στην αντιμετώπιση των καθημερινών εργασιών τους και να καθίσταται πιο ευχερής ο συντονισμός και η δικτύωσή τους σε Περιφερειακό Επίπεδο.

- ⇒ Η διασφάλιση του συντονισμού της λειτουργίας Δημοτικών Νομικών Προσώπων Κοινωνικής Προστασίας από την Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου ώστε Δομές και Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας να μη συνυπάρχουν παράλληλα αλλά να αποτελούν ενιαίο θεσμό.
- ⇒ Ενίσχυση Προσωπικού με Πρόσληψη Υπαλλήλων και ειδικότερα με ειδικότητες Κοινωνιολόγων και Ψυχολόγων που είναι σε έλλειψη.
- ⇒ Αύξηση επιμόρφωσης προσωπικού με οργανωμένα σεμινάρια συγκεκριμένης θεματολογίας βάσει αναγκών και σε συνεργασία με το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης & Αυτοδιοίκησης.
- ⇒ Δημιουργία εξελιγμένου και καινοτόμου πληροφοριακού συστήματος για ενοποίηση όλων των εργασιών
- ⇒ Βελτίωση παροχής υπηρεσιών για ΑμΕΑ
- ⇒ Βελτίωση κτιριακών εγκαταστάσεων και εξοπλισμού και μετεγκατάσταση όπου υπάρχει ανεπάρκεια χώρου
- ⇒ Εσωτερική ανακατανομή χώρων για εξασφάλιση ιδιωτικότητας
- ⇒ Ενοποίηση χώρων στις διασκορπισμένες υπηρεσίες
- ⇒ Αλλαγή οργανωτικής δομής Κοινωνικής Υπηρεσίας με στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών.
- ⇒ Παροχή Νομικής Υποστήριξης & Υποστήριξης Μηχανοργάνωσης
- ⇒ Τακτικότερη επικοινωνία με το Περιφερειακό Παρατηρητήριο Κοινωνικής Ένταξης & με Φορείς της Κεντρικής Διοίκησης

Οι προτάσεις αναφέρονται περισσότερο σε ζητήματα οργανωτικά και διοικητικά. Επιπρόσθετα, αναφέρεται χαρακτηριστικά: α) στην **αναγκαιότητα συντονισμού των υπηρεσιών**, β) στην **αναγκαιότητα διαρκούς επιμόρφωσης του προσωπικού**, γ) στη **διασύνδεση του τοπικού χώρου με την κεντρική διοίκηση**, δ) στην **αξιοποίηση ηλεκτρονικών εφαρμογών** και ε) στη **συστηματική συνεργασία με εκπαιδευτικούς ή επιστημονικούς φορείς** για την αξιοποίηση δεδομένων και την ανταλλαγή δεδομένων με στόχο την αναβάθμιση των υπηρεσιών.



Πίνακας ΙΧ Προτάσεις για την λειτουργία των υπηρεσιών

Ειδικότερα με βάση τις συνθήκες των δήμων σήμερα, η **δημιουργία μιας συντονιστικής δομής** με επιτελικό χαρακτήρα αποτελεί επιτακτική ανάγκη. Οι Δήμοι θα πρέπει να σχεδιάσουν **εξατομικευμένα την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών τους**.

Η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας της κοινότητας θα πρέπει να έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- α) σχεδιασμό των υπηρεσιών με εργαλεία/πρωτόκολλα ανίχνευσης αναγκών και παροχής φροντίδας,
- β) επιμόρφωση του προσωπικού των δομών
- γ) δικτύωση των τοπικών και υπερτοπικών φορέων
- δ) ένταξη της τεχνολογίας στις κοινωνικές παρεμβάσεις, με επίκεντρο τον άνθρωπο.

7.2. Πιλοτική Πρόταση για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών σε ένα Δήμο

Οι Δήμοι τα τελευταία είκοσι χρόνια αναπτύσσουν δομές για τις ομάδες του πληθυσμού τους, κυρίως μέσα από προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως τα Προγράμματα ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ, ΚΗΦΗ, ΚΕΝΤΡΑ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ, ΔΟΜΕΣ ΑΣΤΕΓΩΝ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΜΑΓΕΙΡΕΙΑ, ΠΑΝΤΟΠΩΛΕΙΑ, ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ενώ λίγες είναι οι δομές που αποτελούν βασικές υπηρεσίες στους Δήμους όπως είναι τα ΚΑΠΗ αλλά και οι

Κοινωνικές Υπηρεσίες. Η οργάνωση των παραπάνω δομών αντιμετώπιζε και αντιμετωπίζει βασικά ζητήματα όπως:

- **Απουσία συντονισμού των υπηρεσιών** καθώς η δομή οργάνωσης είναι ανά υπηρεσία και όχι ανά εξυπηρετούμενο (διαφορετικά ΝΠΔΔ ,διαφορετική οργάνωση, διαχείριση των προγραμμάτων).
- **Έλλειψη συνεργασίας, επικοινωνίας των δομών με αποτέλεσμα την σπατάλη ανθρώπινων και υλικών πόρων.**
- **Μη σταθερότητα των δομών ή διαφοροποιήσεις στην παροχή υπηρεσιών ανάλογα με το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα.**
- **Συνεχής αλλαγές στην παροχή των υπηρεσιών** (πχ. τα επιδόματα έως το 2018 αποτελούσαν παροχές των Κοινωνικών Υπηρεσιών των δήμων ενώ σήμερα αποτελούν παροχές των κέντρων κοινότητας).

Τα παραπάνω έχουν ως συνέπεια την αποσπασματική και αναποτελεσματική παροχή φροντίδας με την οργάνωση υπηρεσιών να έχει κάνει βήματα συντονισμού αλλά που συνεχίζει να μην είναι ανθρωποκεντρική.

Τα βήματα για τον σχεδιασμό των υπηρεσιών έχουν να κάνουν με τα βήματα του κοινωνικού σχεδιασμού. Ο κοινωνικός σχεδιασμός αναφέρεται στη «διαδικασία» σύμφωνα με το οποίο ένα σύνολο ενεργειών πραγματοποιείται σε συγκεκριμένη σειρά για να οδηγήσει στην επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου (Κασιμάτη, 2002). Η επιτυχία ή μη του κοινωνικού σχεδιασμού σχετίζεται άμεσα με την υιοθέτηση σαφών και αντικειμενικών στόχων που θα πρέπει να βρίσκονται σε λειτουργική διασύνδεση με την κοινότητα στην οποία αναφέρεται. Τα στάδια του κοινωνικού σχεδιασμού σύμφωνα με την Κασιμάτη (2006) είναι:

A) Η ανάλυση της κοινότητας

- I. Περιγραφή του πλαισίου με την μελέτη του τοπικού χώρου και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της κοινότητας που να οδηγούν σε μια τεκμηριωμένη αιτιολόγηση της παρέμβασης
- II. Διαμόρφωση του προβλήματος και συστηματοποίηση των απόψεων με προσδιορισμό σκοπών και στόχων
- III. Καθορισμός της πολιτικής και της στρατηγικής. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να απαντηθεί το ερώτημα «Τι είδους κοινότητες επιθυμούμε και ποιο είναι το προφίλ των υπηρεσιών μας;»

B) Υλοποίηση του σχεδίου

- I. Διατύπωση του σχεδίου και προγραμματισμός των πόρων
- II. Προγραμματισμός πόρων
- III. Επίβλεψη υλοποίησης και ενδεχόμενη τροποποίηση
- IV. Αξιολόγηση

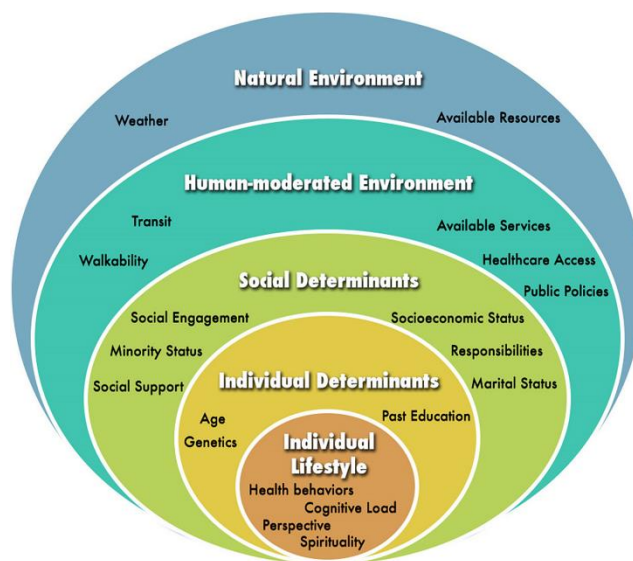
Ειδικότερα για την ομάδα των ηλικιωμένων η ύπαρξη κοινωνικού σχεδιασμού για την Τρίτη ηλικία αποτελεί αφενός μεν δείγμα πολιτισμικής ανάπτυξης για μια κοινότητα καθώς ενισχύει το κοινωνικό κεφάλαιο, αμβλύνει τις κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες και βελτιώνει τη ποιότητα ζωής μιας κοινότητας (Cullen, Whiteford, 2001).

Στην ενεργό γήρανση η ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου και ειδικότερα η ανάπτυξη της εμπιστοσύνης, της αλληλεγγύης, της συλλογικότητας, των υποστηρικτικών δικτύων και της κοινωνικής συνοχής αποτελούν βασικά σημεία μιας κοινωνίας που υποστηρίζει ενεργά την Τρίτη Ηλικία.

Με βάση τις νέες συνθήκες που έχει δημιουργήσει η επιδημία του COVID-19, η παρέμβαση για τους ηλικιωμένους με στόχο την ενεργό γήρανση οφείλει να συμπεριλάβει σε καίρια θέση, παράγοντες όπως η αλληλεγγύη και η **κοινωνική συνεκτικότητα** (*social connectivity*), όπως αναλύθηκε στην παρούσα μελέτη και επιβεβαιώνει και η μελέτη των Labadi και των συνεργατών του που πραγματοποιήθηκε στην Ουγγαρία (Labadi et al., 2020).

Η **ανθεκτικότητα** (*resilience*) των ηλικιωμένων είναι η δεύτερη συνθήκη που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και η οποία εξαρτάται τόσο από το άτομο και τις επιλογές του αλλά και από την δημόσια υγεία σε μια κοινότητα αλλά και τις πολιτικές αποφάσεις για την χάραξη ενιαίας στρατηγικής (Klasa et al., 2021).

Οι υπηρεσίες σε μια κοινότητα οφείλουν να λάβουν υπόψη τους, τους παράγοντες αυτούς καθώς η ανθεκτικότητα δεν αποτελεί ατομικό χαρακτηριστικό αλλά χαρακτηριστικό μιας κοινότητας.



Σχήμα XVI Παράγοντες για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ενός Δήμου

Πηγή: Klasa et al,2021

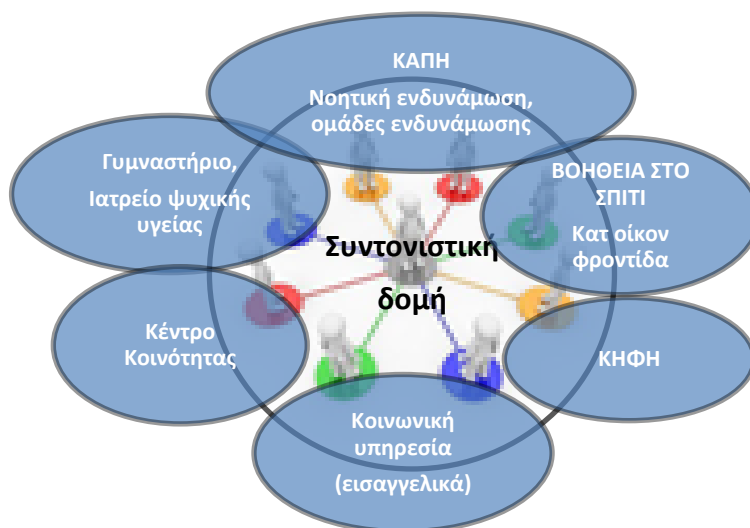
Η **χρήση της τεχνολογίας** αποτελεί επιτακτική και ουσιαστική ανάγκη για την παροχή φροντίδας μέσα στην κοινότητα καθώς αποτελεί ένα αποτελεσματικό τρόπο για την καταπολέμηση της κοινωνικής απομόνωσης των ηλικιωμένων ιδιαίτερα στις σημερινές συνθήκες όπως αποδείχθηκε στην παρούσα μελέτη αλλά και από την μελέτη των Spanaki και των συνεργατών του που πραγματοποιήθηκε το 2016 και καθίσταται πολύ επίκαιρη και κρίσιμη το 2021 (Spanaki et al.,2016).

Σκοπός αποτελεί η **αναδιοργάνωση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας της κοινότητας** με:

- α) την εναρμόνιση και ένταξη της τεχνολογίας στις κοινωνικές παρεμβάσεις,
- β) με τον σχεδιασμό των υπηρεσιών με πρωτόκολλα ανίχνευσης αναγκών και παροχής φροντίδας,
- γ) με την κινητικότητα και επιμόρφωση του προσωπικού των δομών,
- δ) με τον σχεδιασμό e-προγραμμάτων και παρεμβάσεων, και με
- ε) την δικτύωση των τοπικών και υπερτοπικών φορέων σε ένα ενιαίο ηλεκτρονικό περιβάλλον με επίκεντρο τον άνθρωπο.

Η συστηματική επαφή και συνεργασία με εκπαιδευτικούς και επιστημονικούς φορείς καθώς και η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και η οργάνωση της παρέμβασης μέσα από διεπιστημονική προσέγγιση και ολιστική παρέμβαση αποτελεί μονόδρομο στην αναδιοργάνωση των υπηρεσιών.

Μια ενδεικτική παρουσίαση των δομών που θα πρέπει να έχει ένας Δήμος με βάση τις υπηρεσίες που εμφανίζει και αναδεικνύει τη δικτύωση και την ανθρωποκεντρική προσέγγιση παρουσιάζεται στο παρακάτω σχήμα:



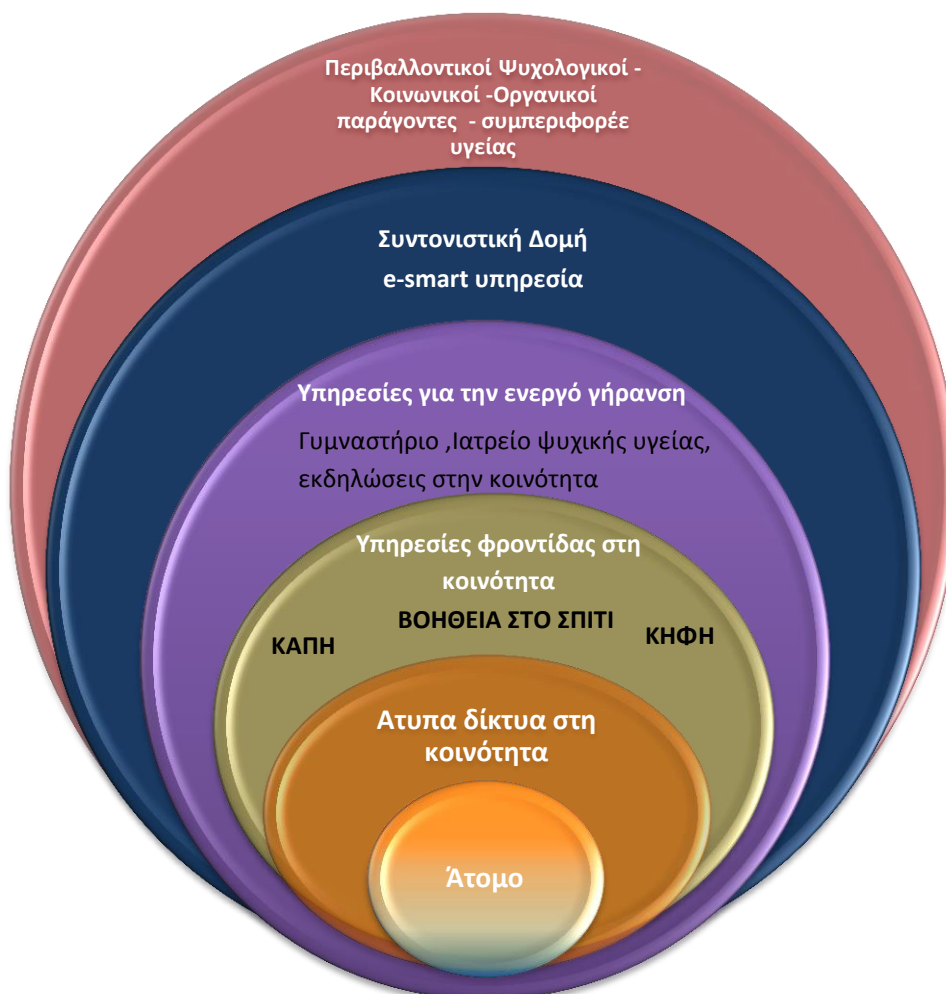
Σχήμα XVII Πρόταση για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ενός Δήμου

Η κεντρική δομή οφείλει να διαδραματίζει ένα συντονιστικό ρόλο με την αξιοποίηση της τεχνολογίας. Ειδικότεροι στόχοι μιας τέτοιας οργάνωσης είναι:

- Η ολοκληρωμένη φροντίδα των ηλικιωμένων μιας κοινότητας.
- Η αξιοποίηση της τεχνολογίας για την γρήγορη και ολοκληρωμένη εκτίμηση αναγκών υγείας και παρέμβασης σε γεωγραφικά διασπαρμένες περιοχές με αστικά, ημιαστικά και ορεινά χαρακτηριστικά.
- Η ενδυνάμωση των άτυπων δικτύων φροντίδας, συγγενείς, φίλοι, γείτονες, εθελοντές
- Ο συντονισμός των υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο.
- Η αποκέντρωση ή ανάπτυξη νέων υπηρεσιών.
- Η άμεση, γρήγορη και αξιόπιστη παρέμβαση με την χρήση πρωτοκόλλων των επαγγελματιών υγείας στην κοινότητα με άξονα τις ανάγκες του πολίτη.
- Η υποβολή online αιτημάτων, alerts και ραντεβού των εξυπηρετούμενων για την παροχή των υπηρεσιών από τις κοινωνικές δομές.
- Η αξιοποίηση της τεχνολογίας για την διαδραστικότητα του συστήματος
- Η εξατομικευμένη σύγχρονη (real time) επικοινωνία και συμβουλευτική μεταξύ επαγγελματιών υγείας και εξυπηρετούμενων.

- Η διεξαγωγή ομαδικών δραστηριοτήτων με σύγχρονη (real time) επικοινωνία.

Μια τέτοια οργάνωση στην κοινότητα, οφείλει να αξιοποιεί τα άτυπα δίκτυα της κοινότητας, τις υπάρχουσες δομές και υπηρεσίες αλλά και να βρίσκεται σε διαρκή αναζήτηση μέσω διαγνωστικών εργαλείων και «επαφής με το πεδίο» να αναγνωρίζει την ιδιαιτερότητα της κάθε κοινότητας και του κάθε ηλικιωμένου αναπτύσσοντας μέσω εξειδικευμένων πρωτοκόλλων φροντίδας, εξατομικευμένη παρέμβαση.

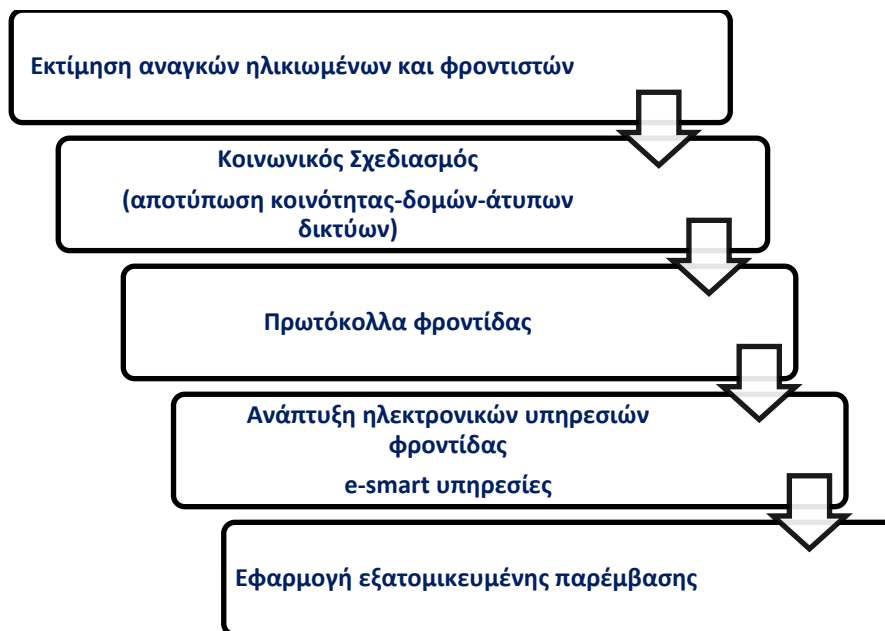


Σχήμα XVIII Πρόταση για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ενός Δήμου

Η δικτύωση όλων των υπηρεσιών σε μια κοινότητα προς όφελος του πολίτη, αποτελεί βασικό εργαλείο στην πορεία προς την ενεργό γήρανση. Η χρήση διαγνωστικών εργαλείων αποτελεί σημαντικό όπλο στην εκτίμηση των αναγκών των

ηλικιωμένων και των φροντιστών τους καθώς αποτελούν κριτήρια για την διαμόρφωση των πρωτοκόλλων φροντίδας.

Τα βήματα για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών είναι:



Σχήμα XX Βήματα για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ενός Δήμου

Ειδικότερα θα πρέπει να πραγματοποιηθεί γενική και ειδική εκτίμηση υγείας των ευάλωτων ομάδων αλλά και εκτίμηση μιας σειράς περιβαλλοντικών παραγόντων (Grube et al., 2019) αλλά και γενική εκτίμηση και επιβάρυνση των φροντιστών τους.

Γενική Εκτίμηση της υγείας των ευπαθών ομάδων	Συννοσηρότητα Ευαλωτότητα Κινητική λειτουργικότητα /Αυτονομία/ Κινητικές δυσκολίες Ανάγκη για Ειδική ιατρική φροντίδα Κοινωνική συμμετοχή
--	---

Ειδική Εκτίμηση της υγείας των ευπαθών ομάδων	Γνωστικά ελλείμματα, Αγχώδεις διαταραχές Διαγνωστικό εργαλείο για τις πτώσεις Σύμφωνη και απλή λειτουργικότητα Υποκειμενική αντίληψη υγείας Εργαλείο για τον χρόνιο πόνο Κακοποίηση και παραμέληση
Περιβαλλοντικοί παράγοντες	Διαμόρφωση κατοικίας Χρήση των ιατρονοσηλευτικών και κοινωνικών υπηρεσιών Διαμόρφωση και αναδιοργάνωση των υπηρεσιών

Εκτίμηση αναγκών υγείας & υποστήριξης των φροντιστών των ευάλωτων ομάδων	υγείας Περιγραφή κοινότητας φιλικής προς τις ευάλωτες ομάδες Επιβάρυνση φροντιστών Ανάγκες επιμόρφωσης στην φροντίδα Υποκειμενική αντίληψη υγείας Αγχώδεις διαταραχές Γνωστικά ελλείμματα (αν αφορά φροντιστή ατόμου με ανοια) Ποιότητα ζωής Κοινωνική Συμμετοχή
---	--

Τα επόμενα βήματα μετά την εκτίμηση των αναγκών των αναγκών των ηλικιωμένων και των φροντιστών σχετίζονται με:

- Ανάπτυξη ηλεκτρονικής εφαρμογής κατ' οίκον φροντίδας για επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας και για τους ηλικιωμένους του Δήμου
- Διαμόρφωση λογισμικών για κατ' οίκον φροντίδα
- Σχεδιασμός εξατομικευμένων δράσεων και ομαδικών δραστηριοτήτων μέσω ψηφιακών εφαρμογών
- Σχεδιασμό συλλογικών τοπικών δράσεων για την βελτίωση της ποιότητας ζωής στην κοινότητα με βάση τα αποτελέσματα της εκτίμησης αναγκών

7.3 Προτάσεις για την παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού

Η μη γνώση για τις παροχές και τους στόχους των κοινωνικών υπηρεσιών επιβεβαιώνεται και από την προσέγγιση της ριζοσπαστικής κοινωνικής εργασίας σύμφωνα με την οποία το βάρος μεταφέρεται από την ατομική ευθύνη εστιάζοντας στην κοινωνική ανισότητα. Η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών όπως αναφέρθηκε παραπάνω δεν μπορεί να λειτουργήσει χωρίς την διεπιστημονική ομάδα και χωρίς ο κοινωνικός λειτουργός να ασκεί το έργο του μέσα από μια ριζοσπαστική προσέγγιση. Η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών εν τη γενέσει της αποτελεί μια ριζοσπαστική θεώρηση των πραγμάτων ενώ η ενδυνάμωση των συλλογικοτήτων και οι ρόλοι συνηγορίας για την προάσπιση των δικαιωμάτων των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση (Ιωακειμίδης, 2012).

Τα κύρια χαρακτηριστικά της ριζοσπαστικής κοινωνικής εργασίας είναι:
 α)δομική ανάλυση των κοινωνικών προβλημάτων και του τρόπου που αυτά επηρεάζουν άτομα και κοινωνίες.

β) Αποφυγή ορολογίας και θεωρητικών προσεγγίσεων που στιγματίζουν, δαιμονοποιούν και παθολογικοποιούν τους εξυπηρετούμενους. γ) Αναγνώριση της πολιτικά και ιδεολογικά σύνθετης φύσης της κοινωνικής εργασίας και πρόνοιας. δ) Αδιαπραγμάτευτη, συνεχής και μη ιεραρχική συνεργασία με τους ίδιους τους χρήστες των κοινωνικών υπηρεσιών (τόσο στο επίπεδο της εκπαίδευσης όσο και στο επίπεδο της πρακτικής) ε) αποφυγή γραφειοκρατικών προσεγγίσεων και έμφαση σε δημιουργικές, δημοκρατικές και οργανωμένες πρακτικές και τέλος Κριτική συνειδητοποίηση που οδηγεί σε κοινωνική αλλαγή (Ιωακειμίδης, 2015)

Η εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών και η ενδυνάμωση τους αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την επίτευξη της ανάπτυξης ολοκληρωμένης φροντίδας. Η διασφάλιση πολιτισμικά επαρκών υπηρεσιών, ο σχεδιασμός παρεμβάσεων αξιοποιώντας πόρους και η ένταξη της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων χρησιμοποιώντας κριτήρια ικανοποίησης πολιτών αποτελούν βασικά στοιχεία της παρέμβασης του κοινωνικού λειτουργού (Κούτρα, 2015). Επιπρόσθετα αποτελούν αναπόσπαστα βήματα του σχεδιασμού μια ολοκληρωμένης πρότασης για την αναδιοργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών των Δήμων.

Η στρατηγική της κοινοτικής ανάπτυξης θα οδηγήσει στη ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου και με εργαλείο την κοινωνική εργασία με κοινότητα θα οδηγηθεί μια κοινότητα στην προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (Koutra, 2015).

Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού που εργάζεται με τον ηλικιωμένο πληθυσμό σε μια κοινότητα θα πρέπει να ενθαρρύνει τις συμμετοχικές διαδικασίες και να δουλεύει «από κάτω» μαζί με τον εξυπηρετούμενο προς όφελος του ατόμου και κατά συνέπεια και της κοινότητας. Οι παρεμβάσεις μπορεί να πραγματοποιούνται στο άτομο με την ανίχνευση των αναγκών μαζί με τον εξυπηρετούμενο στην κοινότητα αλλά οφείλουν να είναι πολυεπίπεδες.

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας κατά το σχεδιασμό της παρέμβασης. Ο Κοινωνικός λειτουργός οφείλει να εντάσσει τον εαυτό του ως μέλος της ομάδας αυτής. Σχετικά πρόσφατη μελέτη αναφέρει ότι έρευνα στην Ελλάδα των Tsiachrista et al (2015) τονίζει την αναγκαιότητα ανάπτυξης ολοκληρωμένης φροντίδας στην κοινότητα. Μελέτες στο Ηνωμένο Βασίλειο αλλά και στην Ισπανία αναδεικνύουν την σημαντικότητα της διεπιστημονικής προσέγγισης μέσω της οποίας θα προκύψει η διασύνδεση και η δικτύωση των δομών καθώς και η ενδυνάμωση των επαγγελματικών υγείας (Lionis, 2021).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abizanda P., Romero L., Sanchez-Jurando P.M., Martinez –Reig M., Alfonso-Silguero SA., Rodriguez –Manas L.. (2014) Age, frailty, disability, institutionalization, multimorbidity or comorbidity. Which are the main targets in older adults; The Journal of Nutrition, Health and Aging ,Vol. 18., Num. 6

Basta M., Micheli A., Simos P., Zaganas I., Panagiotakis S., Koutra K., Krasanaki C., Lionis C., Vgotzas A. (2021). Frequency and risk factors associated with depression in elderly visiting Primary Health Care (PHC) settings: Findings from the Cretan Cohort. Journal of affective Disorders Reports

Bergmark Å., Parker M., Thorslund (2000). Priorities in care and services for elderly people: a path without guidelines? Journal of Medical Ethics;26:312–318

Bond K. S, Jorm A. F., Kitchener B. A., Kelly C. M, Chalmers K. J.(2016).Development of guidelines for family and non-professional helpers on assisting an older person who is developing cognitive impairment or has dementia: a Delphi expert consensus study; BMC Geriatrics 16:129

Blazer D. G. (2005). Depression and social support in late life: A clear but not obvious relationship; (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/camh20>

Bromley E. , Mikesell L., Khodyakov D (2017) Ethics and Science in the Participatory Era: A Vignette-Based Delphi Study, Journal of Empirical Research on Human Research Ethics Vol. 12(5) 295– 309

Cherlin A. (2010) Demographic Trends in the United States: A Review of Research in the 2000s J Marriage Fam. June ; 72(3): 403–419.

Clegg A., Young J. , The frailty syndrome, Clinical Medicine (2011), Vol 11, No 1: 72–5

Clegg A., Young, J., Iliffe S., Rikkert M. O., Rockwood K. (2013) Frailty in elderly people; Online February 8, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)

Coninck L., Bekkering G. E., Bouckaert L., Declercq A., Graff M.J.L., Aertgeerts B.(2017), Community Development Strategy for Health and Wellbeing (2011) Health and Social Care Board and Public Health Agency Northern Ireland, JAGS 65:1863–1869

Coninck L. , Bekkering G E. , Bouckaert L , Declercq A., Graff M. L., Aertgeerts B.(2017) Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review <https://doi.org/10.1111/jgs.14889>

Godwin M. ,Pike A., McCrate F., Parsons K., Parsons W., Pitcher H., Buehler S., V.Gadag Miller R., Sclater A. (2015).The healthy aged Descriptive analysis by sex of cognitively functioning elderly patients 80 years and older living independently in the community; Can Fam Physician;61:e142-7

Goswami A.K., Ramadass S., Kalaivani M., Nongkynrih B.,Kant S., Gupta S.K. (2019), Disability and its association with sociodemographic factors among elderly persons residing in an urban resettlement colony, New Delhi, India, PLOS ONE

Grooh H.(2019). Providing Care Management with a Multidisciplinary Team: Managing Quality; Journal of aging life care <https://www.aginglifecarejournal.org/providing-care-management-with-a-multidisciplinary-team-managing-quality>

Fox S., Gaboury I.,Chiocchio F., Vachron B. (2021). Communication and Iterprofessional Collaboration in Primary Care: From Ideal to reality in practice. Health Communication. <https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1666499>

Fiske A., Wetherell J, Gatz M.(2009) Depression in Older Adults, Annu Rev Clin Psychol.; 5: 363–389

Fried L. Ferrucci L. ,3 Darer J., Williamson J., Anderson G.(2004), Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care, Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES Vol. 59, No. 3, 255–263

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

Klasa K. Galaitsi S., Wister A, Linkov I. (2021) System models for resilience in gerontology: application to the COVID -19 pandemic. BMC Geriatrics: 21:51

Kostanjsek N. (2011) Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems BMC Public Health, Suppl 4:S3

Koukouli S., Vlachonikolis IG., Philalithis A. (2002), Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support, BMC Health Services Research

Koutra, K., (2015), «Community development: a challenging strategy for social capital, health promotion, and community social work», In: Social Capital: Global Perspectives, Management Strategies and Effectiveness, USA, Nova Science Publishers, INC

Kusumastuti S., Derks Tellier S., Nucci E., Lund R., Mortensen E., Westendorp R. (2016). Successful ageing: A study of the literature using citation network analysis. Science Direct

Labadi B., Arato N., Budai T., Inhof O., Stecina D., Psychological well-being and coping strategies of elderly people during the COVID -19 pandemic in Hungary. Aging and Mental Health: <https://doi.org/10.1080.13607893.2021.1902469>

Lawton M.P.(1971) The functional assessment of elderly people ; JOURNAL OF THE American Geriatrics Society; Vol XIX number: 6

Lee L., Patel T., Hillier L.M., Maulkhan N., Slonim K., Costa A. (2017). Identifying frailty in primary care: A systematic review; Geriatr Gerontol Int 2017; 17: 1358–1377

Lionis C. (2021). Towards an integrated primary care model in the context of the COVID-19 pandemic: Experience gained from Greece. *Journal of Musculoskeletal Neuronal Interactions*: 21(1):169-170

Micheli A., Ratsika N., Vozikaki M., Chlouverakis G., Philalithis A.(2018) Family ties and functional limitation in the elderly: Results from the Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE) *Archives of Gerontology and Geriatrics*: Volume 78, September–October 2018, Pages 23-29

Rodriquez F.S., Jackson J., Ware C., Churchyard R., Hanseeuw B..(2020. *Inderdisciplinary and Transdisciplinary perspectives: on the road to a holistic Approach to dementia prevention and care. Journal of Alzheimer’s disease reports.*, p 39-48

Serrano – Jimenez A. , Lima M.L., Padura A., Molina-Huelva M. (2019) Integrated urban regeneration based on an interdisciplinary experience in Lisbon. *PsyEcology*: <https://doi.org/10.1080/21711976.1643660>

Siette J.,Georgiou A., Brayne C., Westbrook I. (2020). Social networks and cognitive fuction in older adults receiving home-and community –based aged care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*

Spanakis E., Santana S., Tsiknakis M., Marias K., Sakkalis V., Teixeira A.,Janssen J., Jong H., Tziraki C., (2016). Technology –Based Innovations to foster personalized healthy lifestyles and well – being : a targered review. *Journal of medical internet research*: ωολ 18,No6

Subramanyan A., Kedare J., Singh O.P.,Pinto C.(2018) Clinical practice guidelines for Geriatric Anxiety Disorders. *Indian J Psychiatry*. 2018 Feb; 60 (Suppl 3): S371–S382.

Stuck A. E., Walthghert J. M., Nikolaus T., C. J. Bula, C. Hohmannb, J.C. Beck (1999). Risk factors for functional status decline in community- living elderly people: a systematic literature review; *Social Science & Medicine* 48: 445-469

Tomini F., Tomini S.M., Groot W. (2016) Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: a comparative study of 16 European countries using SHARE data; *BMC Geriatrics* 16:203

Tinetti, M.E., Inouye, S.H., Gill, T.M., Doucette, J.T., 1995b.Shared risk factors for falls, incontinence and functional dependence. *JAMA* 273, 1348±1353.

Care Quality Commision (2013). Not just a number Home care inspection programme, National overview

Payne M. (2016) *What is professional social work*; POLICY PRESS

Unger J.B., McAvay G., Bruce M.L., Berkman L., Seeman5 T. (1999). Variation in the Impact of Social Network Characteristics on Physical Functioning in Elderly Persons: MacArthur Studies of Successful Aging; *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*, Vol. 54B, No. 5, S245-S251

Walker A., Zaidi A. (2019).Strategies of Active Ageing in Europe; Chapter in *Making an Asset of Longevity*

Wlekik M., Uchmanowicz I., Jankowska E., Vitale C., Lisiac M., Drozd M., Pobrotyn P., Tkaczyszyn M., Lee C. (2020). Multidimensional Approach to frailty. *Frontiers in Phychology*: doi:103389/fpsyg.2020.00564

WHO (2001). *Men Ageing And Health. Achieving health across the life span*. Geneva

WHO(2014). *Decision-making for guideline development at WHO; Handbook for guideline development – 2nd ed.*

Γαλάνης Π. (2018) Μεθοδολογία Delphi . ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 35(4):564-570

Γκουβάς Κ.Χ., Σούλης Γ., Παναγιωτάκος Δ.Β., (2018), Πολλαπλές διαστάσεις της διαδικασίας της γήρανσης. Τι γνωρίζουμε για αυτές; ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ. 35(6), pp. 757–764.

ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ(2016) Έρευνα: Το Δημογραφικό Προφίλ Της Ελλάδας Τα Χρόνια Της Κρίσης
https://www.dianeosis.org/2016/05/greek_health_demographics/

Ιωακειμίδης, Β. (2012). Κοινωνική Εργασία για την κοινωνική δικαιοσύνη. Αθήνα: Ίων
Ιωακειμίδης Β. (2015) Η ριζοσπαστική κοινωνική εργασία στον χώρο της ψυχικής υγείας
Αθήνα: Ίων

Ζαιμάκης Γ. (2002) Κοινωνική Εργασία και Τοπικές Κοινωνίες, Αθήνα , Εκδόσεις Ελληνικά
Γράμματα

Καλλινικάκη, Θ. (2010) Ποιοτικές μέθοδοι στην έρευνα της Κοινωνικής Εργασίας. Αθήνα:
Τόπος

Κούτρα Κ., Πελεκίδου Λ., Κύρου Ι., Προκοπάκης Μ., Ράτσικα Ν. (2010). Ο παρεμβατικός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στην αποτίμηση των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας των ηλικιωμένων και των φροντιστών σε μια αγροτική ημιορεινή κοινότητα, [Κεφάλαιο Συγγράμματος] Στο: Πάραλης, Σ. (2015). “Οι πρακτικές εφαρμογές της Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα και την Κύπρο, Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, ISBN: 978-960-9405-93-5.

Καραθάνος Β, Τατσιώνη Α., (2015). Ολοκληρωμένη φροντίδα για τους ηλικιωμένους [Κεφάλαιο Συγγράμματος] Στο: “Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική: Η χρήση τεκμηρίων για την επίλυση προβλημάτων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας”; Έκδοση ebook: ΣΕΑΒ, ΚΑΛΛΙΠΟΣ

Καραγκούνης Β. (2016) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ. Θεωρήσεις, μέθοδοι και πρακτικές στο χώρο του νοσοκομείου και της κοινότητας, Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ

Κοντιάδης Ξ. (2008) Κοινωνική Πολιτική στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, «ΠΡΟΤΑΣΗ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο.Τ.Α. Α' ΒΑΘΜΟΥ» ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

Κοντιάδης Ξ., Απίστουλας Δ., (2006). Μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους και τοπική αυτοδιοίκηση, Εκδόσεις Παπαζήση

Κοτζαμάνης Β, Σοφianoπούλου Κ. (2008), Η δημογραφία των χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης: τάσεις και προοπτικές.; ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΝΕΑ Demo News. ΕΔΚΑ, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2008 Τεύχος 2ο

Κοσμίδης Δ., Κουτσούκη Σ., Θεοφανίδης Δ. (2013). Η τεχνική των Δελφών στη νοσηλευτική έρευνα - Μέρος 3ο: Ανάλυση δεδομένων και παρουσίαση αποτελεσμάτων. ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ; Τόμος 12, Τεύχος 3 (Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2013)

Κούτρα Κ., Ράτσικα Ν. (2020). Κοινωνική Εργασία με ηλικιωμένα άτομα. Η προοπτική της ενεργούς γήρανσης, Εκδόσεις ΔΙΣΙΓΜΑ

Κουνενάκη Ε. (2021) Αρμοδιότητες και Πολιτικές των Ο.Τ.Α. στο πεδίο της Κοινωνικής Πρόνοιας, Σημειώσεις Σεμιναρίου ΕΚΔΑΑ

Μιχελή Κ. (2019), Εκτίμηση λειτουργικής ανικανότητας στους 50+ στην Ευρώπη: ανίχνευση αιτιολογικών παραγόντων και η σημασία των κοινωνικών μεταβλητών ως παραγόντων κινδύνου. Διδακτορική εργασία, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ, ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Μπαλούρδος Δ., Δεμερτζής Ν. , Πιερράκος Γ., Κικίλιας Η. (2019), Η χαμηλή γονιμότητα στην Ελλάδα, δημογραφική κρίση και πολιτικές ενίσχυσης της οικογένειας, ΔιαΝΕΟσις

Μπαντή Α. (2015) Η ανάδειξη του κινήματος για την Ενεργό Γήρανση και η σύνδεση της με την ποιότητα ζωής άνω των 55 ετών, Μεταπτυχιακή Εργασία, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ, ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Μπελλάλη Θ., Καραμήτρη Ι.(2011). Η ερευνητική μεθοδολογία Delphi και η εφαρμογή της στις επιστήμες υγείας; ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2011, 28(6):839-848

Μπάγκαβος Χ., Τραγάκη Α., Ντούνας Δ. (2015) Περί Δημογραφίας και Πληθυσμιακών Εξελίξεων, Αθήνα , Εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΑ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΑ ανακτήθηκε: <http://e-book.ddounas.com/joomla>

Μπάγκαβος Χ. Η δημογραφική διάσταση της ενεργούς γήρανσης, Πάντειο Πανεπιστήμιο ανακτήθηκε: <https://docplayer.gr/10442741-l-dimografiki-diastasi-tis-energoyis-giransis-hristos-mpagkavos-panteio-panepistimio.html>

Φιλιππίδου Μαρία, (2020) «Αξιολόγηση της παρατήρησης των φροντιστών ανοϊκών ασθενών » Μεταπτυχιακή εργασία, ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ, ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Υπουργείο Υγείας.(2013). Εγχειρίδιο Τα ανθρώπινα δικαιώματα σου...Ενας οδηγός για τα ηλικιωμένα άτομα e-book { <https://www.openbook.gr/enas-odigos-gia-ilikiwmena-atoma/>}

Χαροκόπου Δ.,Σαρρής Μ.,Σούλης Σ.,Γούλα Α.,Γκιάκα Β.,Νικολαδός Ι.(2018) Ποιότητα φροντίδας ψυχικά πασχόντων. Η δυναμική της ομάδας ως συντελεστής της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας ; ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 35(6):765-777

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Θεματική Ανάλυση

Σκοπός της μελέτης είναι η αποτύπωση μέσω μιας πιλοτικής μελέτης των γενικών κατευθυντήριων οδηγιών για παρέμβαση στους ηλικιωμένους στην κοινότητα από τον Κοινωνικό λειτουργό με στόχο την ανάπτυξη ολιστικής παρέμβασης για την βελτίωση της λειτουργικότητας (functioning). Θα επιχειρηθεί να ιεραρχηθούν οι παράγοντες που καθορίζουν την παρέμβαση και να αποτυπωθεί η πραγματική παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα καθώς και οι δυσκολίες, ιδιαίτερα στα πλαίσια της πανδημίας.

ΘΕΜΑΤΙΚΗ Ι: Η Θεώρηση της υγιούς γήρανσης και της λειτουργικότητας στο σχεδιασμό της παρέμβασης του Κ.Λ. στην κοινότητα για τους ηλικιωμένους	
<p><i>Προϋποθέσεις για την εφαρμογή της θεώρησης της υγιούς γήρανσης στον σχεδιασμό της παρέμβασης</i></p>	<p><u>1.1. Κατευθυντήριες οδηγίες/ολιστική προσέγγιση μέσω διεπιστημονικών ομάδων</u></p> <p><i>Με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και άλλων οργανισμών ΚΑ.5</i></p> <p><i>ΑΠΟ ΜΙΑ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΟΥ ΘΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑ.6</i></p> <p><i>Με τις αρχές υγείας, συμμετοχής και ασφάλειας ΚΑ.3</i></p> <p><i>Integrative team planning ΚΑ.10</i></p> <p><u>1.2. Προσδιορισμός αρμοδιοτήτων και στόχων κοινωνικών υπηρεσιών</u></p> <p><i>This is the most important question but it cannot really be answered unless you define social services ΚΑ.10</i></p> <p><u>1.3. Αξιολόγηση και αποτύπωση λειτουργικότητας ατόμου</u></p> <p><i>Σε κάθε ενέργεια που σχεδιάζεται, θα πρέπει να υπάρχει ως κριτήριο αξιολόγησης αν και κατά πόσο η ενέργεια, η δράση, η παρέμβαση ή το πρόγραμμα θα συμβάλει στην υγιή γήρανση του πληθυσμού. ΚΑ1</i></p> <p><i>Διερευνώντας το επίπεδο της λειτουργικότητας που έχει το ηλικιωμένο άτομο ΚΑ.7</i></p> <p><i>Στη λειτουργικότητα του ατόμου και όχι στους περιορισμούς του μόνο ΚΑ.11</i></p> <p><i>Σημαντικό όχι μόνο να εξετάσουμε προσεγγίσεις που βελτιώνουν τις</i></p>

	<p>απώλειες που συνδέονται με τη μεγαλύτερη ηλικία, αλλά και εκείνες που μπορεί να ενισχύσουν την ανάκαμψη, την προσαρμογή και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη (WHO, 2015). ΚΑ.3</p> <p><u>1.4.Ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης μέσω ανάπτυξης εξατομικευμένων παρεμβάσεων</u></p> <p>Μέσα από διοργάνωση και ανάπτυξη παρεμβάσεων εργοθεραπευτών στο χώρο κατοικίας των ηλικιωμένων, επιστημόνων ψηφιακής τεχνολογίας για εκπαίδευση των ηλικιωμένων σε σύγχρονες τεχνολογίες και μέσα κοινωνικής δικτύωσης (internet, παρακολούθηση θεμάτων υγείας τους μέσω telemedicine/e-healthH, τηλεπικοινωνίας με άλλα μέλη της οικογένειας και κοινωνικούς φορείς ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ κλπ μέσω skype/zoom), ανάδειξη νέων επαγγελματιών-πλοηγών στην κοινότητα που θα διασυνδέουν τον ηλικιωμένο με δομές και φορείς υγείας εξωτερικών ιατρείων ΤΟΜΥ, νοσοκομείων κλπ (μοντέλο integrated care) ΚΑ.12</p> <p><u>1.5.Ενδυνάμωση ατόμου (υγείας φυσικής,ψυχικής, συμμετοχής, θετικών σημείων</u></p> <p>Αναζητώντας τρόπους ενίσχυσης των θετικών σημείων και ελαχιστοποίησης των αρνητικών ΚΑ.7</p> <p>Σύμφωνα με τον ορισμό του ΠΟΥ ο Κλ μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην βελτιστοποίηση των ευκαιριών του ηλικιωμένου για υγεία (σωματική και ψυχική), καλή λειτουργικότητα, κοινωνική συμμετοχή και ένας ασφαλές περιβάλλον, ώστε να ενισχύει με τις παρεμβάσεις του μια καλύτερη ποιότητα ζωής συνολικά. ΚΑ.9</p> <p><u>1.6.Ενίσχυση κοινωνικών δικτύων</u></p> <p>Δράσεις ενίσχυσης των κοινωνικών δικτύων. Υποστήριξη της φυσικής τους κατάστασης, της ψυχολογικής τους υγείας κ.άλ. ΚΑ.8</p>
<p>ΘΕΜΑΤΙΚΗ II: Παρεχόμενες υπηρεσίες στην κοινότητα για τους ηλικιωμένους με στόχο την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας</p>	
<p>Υπηρεσίες φροντίδας που θα πρέπει να δοθούν στο ζευγάρι στη βάση της ολοκληρωμένης φροντίδας</p>	<p><u>2.1.Παρεμβάσεις απλής λειτουργικότητας</u></p> <p>Σειρά υπηρεσιών στο σπίτι ΚΑ.1</p> <p>ΚΑ⁵- φυσικοθεραπεία, προσωπική υγιεινή, επίβλεψη για τη λήψη των φαρμάκων της, διατροφή αδυνατίσματος ΚΑ.1</p> <p>ΚΟΣ⁶- ασκήσεις ενίσχυσης μνήμης, πιθανή φαρμακοθεραπεία</p> <p>ΔΥΟ⁷- οργάνωση ασφαλούς χώρου διαβίωσης, ψώνια, καθαριότητα του σπιτιού, προετοιμασία γευμάτων, πληρωμή λογαριασμών ΚΑ.1</p>

⁵ ΚΑ=κυρία

⁶ ΚΟΣ=κύριος

⁷ ΔΥΟ=για το ζευγάρι

	<p>Φροντίδα θεμάτων υγείας (λήψη φαρμάκων, θεραπείες), ατομική υγιεινή, οικιακή φροντίδα (καθαριότητα, μαγείρεμα, ψώνια), θεραπείες ΚΑ11</p> <p>ΚΑ-Βοήθεια στις οικιακές εργασίες, στο μαγείρεμα (προετοιμασία φαγητού, βοήθεια στο σερβίρισμα και μάζεμα των πιάτων), στα ψώνια, στη συνταγογράφηση, στην καθημερινή υγιεινή, φυσικοθεραπεία για λίγο διάστημα ΚΑ.3</p> <p>ΚΑ-Βοηθό για τις ανάγκες της συζύγου ΚΑ8</p> <p>ΚΟΣ- Φυσιοθεραπεία, μεταφορά σε υπηρεσίες για την υποστήριξη της νοητικής/γνωστικής λειτουργικότητάς του -ΚΗΦΗ ΚΑ8</p> <p>ΚΟΣ- καθώς θα εξελίσσεται η άνοια υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης, παρακολούθηση από ψυχίατρο για την εξέλιξη της άνοιας και τη ρύθμιση της ΦΑ για την αντιμετώπιση και των προβλημάτων άγχους ΚΑ.3</p> <p>ΔΥΟ- ιατρική παρακολούθηση και των δυο ΚΑ.3</p> <p>ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ, ΟΙΚΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ, ΨΩΝΙΑ ΚΑ6</p> <p>Χρειάζονται βοήθεια με τα ψώνια, την καθαριότητα και το μαγείρεμα. ΚΑ7</p> <p>κάποια κυρία που θα βοηθάει το πρωί με την καθαριότητα και την παρασκευή του φαγητού και θα επιβλέπει την κατάσταση σε καθημερινή βάση ΚΑ12</p> <p><u>2.2.Υπηρεσίες για Ψυχολογική στήριξη</u></p> <p>ΚΟΣ⁸-ψυχολογική ενίσχυση ΚΑ.1</p> <p>ΚΟΣ- ίσως κάποιος ψυχολόγος που θα ησυχάσει λίγο τις αγωνίες του συζύγου ΚΑ12</p> <p>ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ, ΚΑ6</p> <p><u>2.3.Υπηρεσίες για βελτίωση του δομημένου περιβάλλοντος</u></p> <p>ΚΑ- Εργοθεραπευτής που θα τροποποιήσει λίγο το περιβάλλον του σπιτιού για αποφυγή νέων πτώσεων της κυρίας και διευκόλυνσης έγερσης της από το κρεβάτι, κομό για την υγιεινή της κλπ, ΚΑ12</p> <p>ΔΥΟ⁹- οργάνωση ασφαλούς χώρου διαβίωσης, ΚΑ.1</p> <p><u>2.4. Ενίσχυση υποστηρικτικών δικτύων</u></p> <p>ΔΥΟ¹⁰- συντροφιά και επικοινωνία με τα αγαπημένα τους πρόσωπα ΚΑ.1</p>
--	--

⁸ ΚΟΣ=κύριος

⁹ ΔΥΟ=για το ζευγάρι

¹⁰ ΔΥΟ=για τωο ζευγάρι

	<p>ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑ6</p>
<p>Προτάσεις για την ολοκληρωμένη φροντίδα</p> <p><i>Ολοκληρωμένος σχεδιασμός ομάδας (integrative team planning)</i></p>	<p><u>3.1.Διεπιστημονική προσέγγιση/Δικτύωση των φορέων της κοινότητας</u> <i>Κατ'οίκον επίσκεψη με συστηματικό τρόπο από πολλούς και διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας και βοηθητικό προσωπικό: Νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών, κοινωνικοί λειτουργοί, ιατροί, φυσικοθεραπευτές, προσωπικό για βοήθεια με το σπίτι ΚΑ5</i></p> <p><i>Κινητοποίηση γειτονιάς, εθελοντικών ομάδων αλληλεγγύης. Δικτύωση με τοπικούς φορείς (συλλόγο στήριξης ασθενών και φροντιστών ασθενών με ν. Alzheimer, συμμετοχή σε ομάδα αλληλοβοήθειας) ΚΑ4</i></p> <p><i>Κοινωνικο-υποστηρικτικές υπηρεσίες από δημοτική ΚΥ, ΒΣΣ, ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ (ανάλογα με τις πηγές της κοινότητας). ΚΑ4</i></p> <p><u>3.2.Συνεργασία με οικογένεια και ανάληψη φροντίδας από υπηρεσίες υγείας με την αξιοποίηση άτυπων φροντιστών και δικτύων οικογένεια/παιδιά</u> <i>Συνεργασία οικογένειας και επαγγελματιών υγείας (πχ Κ.Λ./Ψυχολόγο) για την μεγιστοποίηση της ασφάλειας του σπιτιού. ΚΑ8</i></p> <p><i>συνεργασία παιδιών (informal caregiver). ΚΑ8</i> <i>Σε όλες τις περιπτώσεις πρέπει να υπάρξει η συνεργασία της οικογένειας για την κάλυψη των αναγκών της συζύγου, αλλά και για το σύζυγο. ΚΑ8</i></p> <p><u>3.3.Ψυχοκοινωνική στήριξη της οικογένειας και των φροντιστών</u> <i>Ψυχοκοινωνική υποστήριξη των συζύγων και των παιδιών τους (για το burden) και κυρίως της κόρης που θα επωμιστεί το μεγαλύτερο βάρος (52 ετών).ΚΑ8</i></p> <p><u>3.4.Μια δομή υπεύθυνη στην κοινότητα</u> <i>Πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι ΚΑ2</i> <i>Οικιακή βοηθό σε καθημερινή βάση (formal caregiver) ΚΑ8</i></p> <p><i>Επισκέψεις από το Βοήθεια στο σπίτι (βοήθεια / επίβλεψη για λήψη φαρμάκων). ΚΑ8</i></p> <p><i>Υπηρεσίες φροντίδας υγείας από ΠΙ ή ΚΥ. ΚΑ4</i></p>
<p>ΘΕΜΑΤΙΚΗ III: Παρεχόμενες υπηρεσίες στην κοινότητα για τους ηλικιωμένους (εκτίμηση αναγκών στην κοινότητα, εμπλεκόμενοι στη φροντίδα)</p>	
<p>Παρεχόμενες υπηρεσίες στην κοινότητα</p>	<p><u>4.1.Υπηρεσίες για την κάλυψη των αναγκών απλής λειτουργικότητας</u> <i>Πολυεπίπεδη διερεύνηση κι αξιολόγηση προβλημάτων κι αναγκών οικογένειας (ΚΑ2)</i></p> <p><i>Έλεγχος και προσπάθεια εξασφάλισης αποδεκτών συνθηκών διαβίωσης (ΚΑ2)</i></p> <p><i>Μερικώς νοσηλεία και οικιακή φροντίδα (ΚΑ11)</i></p> <p><i>φροντίδα του σπιτιού, (ΚΑ3)</i></p>

	<p>την ατομική υγιεινή σε καθημερινή βάση(ΚΑ3)</p> <p>Πιθανόν η ελαφριά καθαριότητα (όχι σε καθημερινή βάση), . (ΚΑ1)</p> <p>πιθανόν η λήψη φαρμάκων αν είναι την ίδια ώρα καθημερινά (ΚΑ1)</p> <p>πιθανόν τα ψώνια,(ΚΑ1)</p> <p><u>4.2. Υπηρεσίες για την κάλυψη ψυχοκοινωνικών αναγκών</u> ψυχολογική υποστήριξη (ΚΑ1) Κοινωνική υποστήριξη (ΚΑ2)</p>
<p>Η παροχή υπηρεσιών εξαρτάται</p>	<p><u>5.1.τις πηγές της κοινότητας και τις κοινωνικό – δημογραφικές συνθήκες</u></p> <p>Θεωρώ ότι μπορεί να παρέχονται οι προαναφερόμενες υπηρεσίες από τις παραπάνω δομές, <u>αν και όχι όλες στη πραγματικότητα</u> (αναλόγως και των κοινωνικο-δημογραφικών συνθηκών και των πόρων/πηγών κοινότητας). (ΚΑ4)</p> <p><u>5.2.Στελέχωση της υπηρεσίας</u></p> <p>Όσο γνωρίζω οι υπηρεσίες παρέχονται αποσπασματικά και <u>εξαρτώνται πολύ από αυτούς που θα τις παρέχουν, τη στελέχωση της κάθε υπηρεσίας</u>, (ΚΑ5)</p>
<p>Εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών</p>	<p><u>5.3.Αποσπασματικότητα στις υπηρεσίες,</u> Παρέχονται όλες σχεδόν αλλά από διαφορετικές υπηρεσίες, τις οποίες πρέπει κανείς να τις αναζητήσει. Θα έπρεπε να υπάρχει μία δομή που να παρέχει όλες τις υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες. Συντονισμός (ΚΑ8)</p> <p><u>5.4.Αλληλοκάλυψη και απουσία συντονισμού υπηρεσιών</u> Αρκετές από τις παραπάνω υπηρεσίες παρέχονται από τις δομές μεμονωμένα ή και αλληλοσυμπληρώνονται. (ΚΑ9)</p> <p><u>5.5.Περιστασιακή παροχή υπηρεσιών</u> Από το πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι παρέχονται αρκετές από τις παραπάνω υπηρεσίες αλλά θα έπρεπε σε καθημερινή βάση. (ΚΑ3)</p> <p>Οι δομές μπορούν να προσφέρουν τις προαναφερθείσες υπηρεσίες αλλά περιστασιακά. (ΚΑ6)</p>
<p>Εκτίμηση των αναγκών του φροντιστή και της οικογένειας</p>	<p><u>7.1.Εκτίμηση των αναγκών της συζύγου</u></p> <p>Ναι, πρέπει να εκτιμηθούν ξεχωριστά οι ανάγκες κάθε μέλους, αλλά και οι ανάγκες τους ως ζευγάρι που συνοικούν. (ΚΑ.1)</p> <p>Ναι (ΚΑ.2)</p> <p>Ναι (ΚΑ.3)</p> <p>θα εκτιμηθούν ίσως από τον κοινωνικο λειτουργό του νοσοκομείου (ΚΑ12)</p> <p><u>7.2.Εκτίμηση των αναγκών της οικογένειας</u></p>

	<p>Ναι πρέπει να εκτιμηθούν και οι ανάγκες των άλλων μελών, προκειμένου να εκτιμήσει ο ΚΛ ποια από τα μέλη της οικογένειας μπορούν να αναλάβουν μέρος της φροντίδας του ζευγαριού. (ΚΑ.1)</p> <p>Σε μεγάλο βαθμό (ΚΑ.2)</p> <p>Ναι (ΚΑ.3)</p> <p>Οι δομές θα πρέπει να εκτιμήσουν και τις ανάγκες των άλλων μελών της οικογένειας. (ΚΑ.4)</p> <p><u>7.1.1.Κενά στην εκτίμηση της συζύγου</u> Όχι, αλλά θα έπρεπε να το κάνουν. (ΚΑ.5)</p> <p>Μάλλον όχι - θεωρώ το σωστό είναι να παρέχουν συνολική στήριξη (ΚΑ.7)</p> <p>Θα έπρεπε να εκτιμηθούν ξεχωριστά οι ανάγκες της συζύγου (ΚΑ.4.)</p> <p>Θα έπρεπε να γίνει ατομική και οικογενειακή αξιολόγηση (ΚΑ.6)</p> <p><u>7.1.2.Κενά στην εκτίμησης των άλλων μελών της οικογένειας</u></p> <p>Όχι, αλλά θα έπρεπε να το κάνουν. (ΚΑ.5)</p> <p>Θα έπρεπε. Στην πραγματικότητα ίσως. (ΚΑ.6)</p> <p>Αμφιβάλλω! (ΚΑ.7)</p> <p>Νομίζω όχι (ΚΑ.11)</p>
<p>Εμπόδια στην εκτίμηση των αναγκών</p>	<p><u>9.1.Ατομική εκτίμηση των αναγκών και όχι συστημική προσέγγιση</u> Συνήθως οι εκάστοτε υπηρεσίες αξιολογούν τις ανάγκες ατομικά και λιγότερο συνολικά. (ΚΑ.8)</p> <p><u>9.2.Είδος της δομής</u> Εξαρτάται βέβαια και από το είδος της δομής. (ΚΑ.8)</p> <p><u>9.3.Προσωπικό δομής</u> Εάν λειτουργήσουν ολιστικά και σύμφωνα με τις αρχές και τους σκοπούς λειτουργίας της κάθε δομής θα πρέπει να το κάνουν οπωσδήποτε. Δε γνωρίζω όμως αν το κάνουν!!! Πιστεύω ότι εξαρτάται και από το προσωπικό της κάθε δομής. Τον επαγγελματισμό του, και άλλους παράγοντες. (ΚΑ.9)</p> <p><u>9.4.Έλλειψη συντονισμού και διασύνδεσης υπηρεσιών</u> Από όσο γνωρίζω όχι, καθώς δεν υπάρχει συντονισμός και διασύνδεση των υπηρεσιών. (ΚΑ.8)</p> <p><u>9.5.Έλλειψη χρόνου</u> δεν ξέρω αν υπάρχει ο χρόνος (ΚΑ.12)</p>
<p>Εκτίμηση της ικανοποίησης αναγκών της</p>	<p><u>10.1.Ανάγκες απλής λειτουργικότητας</u></p> <p>Συνταγογράφηση, ιατρική παρακολούθηση, μερική βοήθεια στις</p>

<p>οικογένειας</p>	<p>οικιακές εργασίας, θα μπορούσε να καλυφθεί από τις υπηρεσίες. (ΚΑ.3)</p> <p>πιθανά και οι υγειονομικές τους ανάγκες. (ΚΑ.4)</p> <p>Υγιεινή φροντίδα, ψώνια, λήψη φαρμάκων (ΚΑ.11)</p> <p>Θα προσφερθεί νοσηλευτική υπηρεσία και ίσως ψώνια, φροντίδα οικίας για καθημερινή φροντίδα, ατομική υγιεινή (ΚΑ.6)</p> <p>Μάλλον θα υπάρχει βοήθεια με τα βασικά: Ψώνια, καθαριότητα (ΚΑ.7)</p> <p>Για τα ψώνια, τη φροντίδα του σπιτιού, την ατομική υγιεινή σε καθημερινή βάση, το μαγείρεμα, (ΚΑ.3)</p> <p>τη δική της ιατρική βοήθεια (λήψη φαρμάκων, φυσιοθεραπείες;), διαμόρφωση σπιτιού να είναι πιο ασφαλές, οικιακή βοήθεια κ.ά. ανάγκες ίσως χρειαστεί εύρεση άλλων λύσεων.(ΚΑ.4)</p> <p>Υγιεινή φροντίδα, ψώνια, λήψη φαρμάκων (ΚΑ.11)</p>
<p>11. Κάλυψη των αναγκών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες</p>	<p>11.1.Ανάγκες απλής λειτουργικότητας <i>Πιθανόν ελαφριά καθαριότητα (όχι σε καθημερινή βάση), πιθανόν βοήθεια στη λήψη φαρμάκων, πιθανόν στα ψώνια, ψυχολογική υποστήριξη, πιθανόν πρόγραμμα ενίσχυσης μνήμης. Πιθανόν βοήθεια από τον Κλ για τον συντονισμό της παροχής φροντίδας από το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι και τους φροντιστές . (ΚΑ.1)</i></p> <p>Υγιεινή φροντίδα, ψώνια, λήψη φαρμάκων (ΚΑ.11)</p> <p>10.2. Ανάγκες ψυχοκοινωνικές <i>Επιπλέον από το ΚΑΠΗ θα μπορούσε ο σύζυγος να δεχτεί υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης (ΚΑ3)</i></p> <p><i>και φροντίδα του συζύγου λόγω άνοιας (ασκήσεις νοητικής ενδυνάμωσης).Θα χρειαστούν άλλες υπηρεσίες. (ΚΑ.6)</i></p> <p><i>Οι ανάγκες που αφορούν στη κοινωνική τους υποστήριξη. (ΚΑ.4)</i></p> <p><i>τη συναισθηματική αποφόρτιση της συζύγου, (ΚΑ.4)</i></p>
<p>11. Κάλυψη των αναγκών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες</p>	<p>11.2.Ανάγκες ψυχοκοινωνικές <i>Πιθανόν ψυχολογική υποστήριξη,.. (ΚΑ.1)</i></p> <p><i>Understanding the disease , respite care, social support(ΚΑ.10)</i></p> <p><i>Πιθανόν βοήθεια από τον Κλ για τον συντονισμό της παροχής φροντίδας από το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι και τους φροντιστές . (ΚΑ.1)</i></p> <p><i>πρόγραμμα ενίσχυσης μνήμης(ΚΑ1)</i></p> <p>11.3.Μη κάλυψη <i>όχι όλες (ΚΑ.3)</i></p>

<p>Μη ικανοποίηση αναγκών της οικογένειας</p>	<p>Στην πράξη όχι. (ΚΑ.5) ΚΑΠΟΙΕΣ ΝΑΙ. ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΟΛΕΣ (ΚΑ.6)</p> <p>10.3. Ανεπάρκεια υπηρεσιών στην κάλυψη αναγκών λόγω μη συνέχειας στην φροντίδα</p> <p><i>Πιστεύω ότι οι ανάγκες που αφορούν την κινητικότητα και την καθημερινή λειτουργικότητα της γυναίκας δεν θα μπορούν να υποστηριχτούν επαρκώς από τις δομές που παρέχουν τέτοιες υπηρεσίες (πχ το Βοήθεια στο Σπίτι), γιατί θα πρέπει να είναι κάποιος καθημερινά μαζί της και ο σύζυγος δεν θα μπορεί να τη βοηθήσει. (ΚΑ.9)</i></p> <p><i>Στο σύνολο τους και απόλυτα, δεν νομίζω ότι θα καλυφθεί καμία από τις ανάγκες από τα υπάρχοντα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι. (ΚΑ.1)</i></p> <p><i>Επίσης φαίνεται ότι οι ίδιοι δεν μπορούν να πάνε στο ΚΑΠΗ της περιοχής τους, η κυρία λόγω του κινητικού προβλήματος και ο κύριος λόγω της άνοιας. (ΚΑ1)</i> <i>Κάλυψη αναγκών από οικογένεια</i></p> <p><i>ΘΑ ΧΡΕΙΑΣΤΟΥΝ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ (ΚΑ.6)</i></p> <p>Κάλυψη αναγκών από οικογένεια</p> <p><i>Για το μοίρασμα της φροντίδας του ηλικιωμένου κυρίου, την κινητοποίηση και εμπλοκή όλων των παιδιών στη φροντίδα του (ΚΑ.4)</i></p> <p><i>Έτσι μεγάλο μέρος της φροντίδας πρέπει να αναλάβουν οι φροντιστές (είτε συγγενείς είτε ιδιώτες) (ΚΑ.1)</i></p> <p>Αναγκαιότητα νέας κεντρικής υπηρεσίας <i>Δεν υπάρχει μία δομή που να καλύπτει όλες τις ανάγκες (π.χ. καθημερινή βοήθεια για την φροντίδα της συζύγου). (ΚΑ.8)</i></p> <p><i>Όλες οι ανάγκες θα έπρεπε να καλύπτονται από τη δομή με σκοπό να σταματήσει η πολυδιάσπαση και ο κατακερματισμός των υπηρεσιών υγείας. One-stop shop. (ΚΑ.5)</i></p>
<p>28. Ρόλος των ανεπίσημων φροντιστών στην φροντίδα</p>	<p><u>28.1 Ναι, να λάβει υπ' όψιν τη διαθεσιμότητα των ανεπίσημων φροντιστών</u> <i>(ΚΑ1,ΚΑ3,ΚΑ4,ΚΑ5,ΚΑ6,ΚΑ7,ΚΑ8,ΚΑ9,ΚΑ11,ΚΑ12)</i></p> <p><u>28.2 Όχι, δεν πρέπει να λάβει υπ' όψιν τη διαθεσιμότητα ανεπίσημων φροντιστών</u> <i>(ΚΑ2,ΚΑ10)</i></p>
<p>29 Γιατί πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ανεπίσημοι φροντιστές;</p>	<p><u>29.1 Αντίληψη για την υποχρεωτικότητα φροντίδας των γονέων/έλεγχος</u></p> <p><i>Ναι θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δυνατότητα και η διάθεση των παιδιών γιατί πρόκειται για τους γονείς τους που θεωρούμε ότι τους νοιάζονται και τους αγαπούν, αλλά η υπηρεσία θα πρέπει να "ελέγχει" για τυχόν παραμέληση των ηλικιωμένων (ΚΑ1)</i></p>

	<p><u>29.2 Λόγω ανεπάρκειας των υπηρεσιών</u></p> <p><i>Από την στιγμή που δεν μπορούν οι υπηρεσίες να προσφέρουν πλήρη κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους τους ανεπίσημους φροντιστές (KA6)</i></p> <p><i>Σε περίπτωση που δεν καλύπτονται (επαρκώς) κάποιες ανάγκες του ζευγαριού μπορούν να συνδράμουν τα παιδιά (τα οποία χρειάζονται και αυτά υποστήριξη ώστε να μην επιβαρυνθούν υπερβολικά από την φροντίδα) (KA8)</i></p> <p><u>29.3 Κάθε σχέδιο χωρίς τους φροντιστές είναι ανεπαρκές</u></p> <p><i>Η συμμετοχή των ανεπίσημων φροντιστών είναι απαραίτητη και χρήσιμη - και για τους ίδιους τους φροντιστές και για το ζευγάρι. Αλλά μετά από καλή συνεννόηση (KA7)</i></p> <p><i>Οτιδήποτε δεν περιλαμβάνει τους φροντιστές είναι ανεπαρκές. (KA5)</i></p> <p><i>Η 52χρονη κόρη σίγουρα θα μπορούσε να βοηθήσει υποστηρικτικά (έλεγχος φαρμάκων, οργάνωση σπιτιού, εποπτεία σε θέματα λειτουργικότητας των γονιών της, πρακτικά ζητήματα κλπ). Η άλλη κόρη νομίζω θα έχει δυσκολία. Ο γιός θα μπορούσε να βοηθήσει στην ψυχοκοινωνική στήριξη των γονιών του και σε πρακτικά ζητήματα. (KA9)</i></p>
<p>30. Οικονομική δυνατότητα του ζευγαριού στο σχεδιασμό υπηρεσιών του</p>	<p><u>30.1 Ναι, πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού</u></p> <p><i>(KA1,KA2,KA4,KA3,KA5,KA7,KA8,KA9,KA11,KA12)</i></p> <p><u>30.2 Όχι, δεν πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού</u></p> <p><i>(KA6,KA10)</i></p>
<p>31 Παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στο σχεδιασμό της παρέμβασης</p>	<p><u>31.1 Δωρεάν παροχή υπηρεσιών</u></p> <p><i>Οι υπηρεσίες που χρειάζεται το ζευγάρι θα πρέπει ιδανικά να παρέχονται δωρεάν. (KA 1)</i></p> <p><i>Δυσχερής οικονομική κάλυψη σημαίνει απόλυτη ανάληψη της οικονομικής ευθύνης από την τοπική αυτοδιοίκηση(KA11)</i></p> <p><u>31.2 πλήρη κάλυψη των αναγκών</u></p> <p><i>Θα έπρεπε η υπάρχουσα κοινωνική πολιτική να στοχεύει στην πλήρη κάλυψη των αναγκών (KA6)</i></p> <p><i>The social services for aging couples should be available by well trained and qualified social workers (KA10)</i></p> <p><u>31.3 Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για τις περιπτώσεις ατόμων με χαμηλές οικονομικές δυνατότητες</u></p>

	<p><i>Επειδή αυτό είναι δύσκολο να συμβεί στην πραγματικότητα, θα πρέπει να σχεδιαστούν προσεκτικά οι υπηρεσίες που θα παρέχουν οι φροντιστές και οι ιδιώτες φροντιστές ώστε το ζευγάρι να μπορεί να καλύψει τα έξοδα αυτά. (ΚΑ 1)</i></p> <p><i>Η οικονομική κατάσταση πρέπει να ληφθεί υπόψη ιδιαίτερα αν δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους (ΚΑ7)</i></p> <p><i>Οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι ανάλογες των οικονομικών δυνατοτήτων (ΚΑ8)</i></p> <p><u>31.4 Μπορεί να λειτουργήσει συμπληρωματικά με τις δωρεάν υπηρεσίες η ιδιωτική φροντίδα αρχικά</u></p> <p><i>Ίσως χρειαστούν ένα άτομο που θα μένει στο σπίτι (τουλάχιστον τον πρώτο καιρό) και θα πρέπει να πληρωθεί ιδιωτικά ανάλογα με τις δυνατότητές τους. Οι άλλες υπηρεσίες μάλλον μπορούν να καλυφθούν (ΚΑ9)</i></p>
<p>32Ειδικότητες φροντιστή στην κατ' οίκον φροντίδα του ζευγαριού</p>	<p><u>32.1 πρέπει να συμμετέχουν</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Οικογενειακός/η βοηθός • Νοσηλεύτης/τρια • Φυσιοθεραπευτής/τρια • Τα παιδιά του ζευγαριού • Οικογενειακός γιατρός <ul style="list-style-type: none"> • Κοινωνικός/η λειτουργός • Εργοθεραπευτής/τρια • (ΚΑ1,ΚΑ2,ΚΑ3,ΚΑ4,ΚΑ5,ΚΑ6,ΚΑ7,ΚΑ8,ΚΑ9,ΚΑ10,ΚΑ1,ΚΑ12) <p><u>32.2 Μικρότερη εμπλοκή στο σχεδιασμό των άτυπων δικτύων</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Εθελοντές</i> (ΚΑ1,ΚΑ4,ΚΑ5,ΚΑ6,ΚΑ8,ΚΑ9,ΚΑ10,ΚΑ11) • <i>Γείτονες</i> (ΚΑ1,ΚΑ4,ΚΑ6,ΚΑ7,ΚΑ8,ΚΑ9,ΚΑ10,ΚΑ11) • <i>Φίλοι</i> (ΚΑ1,ΚΑ4,ΚΑ6,ΚΑ7,ΚΑ8,ΚΑ10,ΚΑ11) • <i>Φροντιστής επί πληρωμή</i> (ΚΑ3,ΚΑ4,ΚΑ5, ΚΑ6,ΚΑ8,ΚΑ10,ΚΑ12)
<p>24.Κατάλληλος φορέας για την εκτίμηση των αναγκών</p>	<p>24.1Ανεξάρτητη επίσημη υπηρεσία αξιολόγησης (ΚΑ8,ΚΑ12)</p> <p><i>Ένας εκπρόσωπος των υπηρεσιών της κοινότητας για τους ηλικιωμένους (ΚΑ5,ΚΑ6,ΚΑ11)</i></p> <p>24.2Η κοινωνική υπηρεσία του Δήμου (ΚΑ1,ΚΑ4,ΚΑ7,ΚΑ9)</p> <p>24.3Άλλη υπηρεσία της κοινότητας/δημοσίου (ΤΟΜΥ, Κέντρο Υγείας) (ΚΑ2)</p> <p>24.4 Εξαρτάται (ΚΑ3,ΚΑ10)</p>
<p>25.Κριτήρια εκτίμησης</p>	<p>25.1 Χρησιμοποιούνται κριτήρια όχι πάντα</p>

<p>των αναγκών των ηλικιωμένων</p>	<p>αλλά όχι πάντοτε (ΚΑ3,ΚΑ10)</p> <p>25.2 Επαγγελματική επάρκεια του Κ.Λ. Χρησιμοποιούνται κριτήρια με βάση την επαγγελματική επάρκεια του Κ.Λ. (ΚΑ4,ΚΑ6,ΚΑ7,ΚΑ8,ΚΑ9)</p> <p>25.3 Δεν χρησιμοποιούνται κριτήρια Δεν χρησιμοποιούνται κριτήρια (ΚΑ1,ΚΑ5,ΚΑ12)</p> <p>25.4 Δεν γνωρίζω (ΚΑ2,ΚΑ11)</p>
<p>26 Αιτίες μη χρήσης κριτηρίων παρέμβασης</p>	<p>26.1 Δεν υπάρχουν ειδικά κριτήρια εκτίμησης αναγκών Από όσο γνωρίζω δεν υπάρχουν ειδικά κριτήρια εκτίμησης αναγκών, δεν υπάρχει σχετικό πρωτόκολλο (ΚΑ1) Αμφিবάλω αν υπάρχουν τυποποιημένα πρωτόκολλα βοήθειας (ΚΑ7)</p> <p>26.2 Έλλειψη εκπαίδευσης ΚΛ Η εκπαίδευση και η επαγγελματική επάρκεια των ΚΛ είναι σημαντική. (ΚΑ7)</p> <p>26.3 Υπάρχουν αλλά Δεν χρησιμοποιούνται Θεωρώ ότι ναι μεν υπάρχουν κριτήρια αλλά δεν χρησιμοποιούνται πάντοτε(ΚΑ4)</p>
<p>27 Καταλληλότερη δομή παρέμβασης για την κάλυψη των αναγκών</p>	<p>27.1 ΚΑΠΗ Από το ΚΑΠΗ που θα ήταν πλήρως στελεχωμένο (ΚΛ, Γιατρός, φυσικοθεραπευτής, νοσηλεύτης, εργοθεραπευτής) (ΚΑ1)</p> <p>Μία κοινωνική δομή για ηλικιωμένους με βοήθεια κατ'οίκον (π.χ. ΚΑΠΗ).(ΚΑ4)</p> <p>Όμως κάποιες ανάγκες θα μπορούσαν να καλυφθούν συμπληρωματικά -υποστηρικτικά και από το ΚΑΠΗ (ΚΑ8)</p> <p>27.2 ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ Μία κοινωνική δομή για ηλικιωμένους με βοήθεια κατ'οίκον (π.χ. ΒΣΣ).(ΚΑ4)</p> <p>Το Βοήθεια στο Σπίτι καλύπτει περισσότερο τις ανάγκες του συγκεκριμένου ζευγαριού (ΚΑ9)</p> <p>Π.Β.Σ ΔΗΜΟΥ (ΚΑ6)</p> <p>Με τις παρούσες συνθήκες το Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι (ΚΑ3)</p> <p>27.3 ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ συμπληρωματικά με ΚΑΠΗ/ΚΗΦΗ Για τη συγκεκριμένη περίπτωση περισσότερο το Βοήθεια στο Σπίτι. Όμως κάποιες ανάγκες θα μπορούσαν να καλυφθούν συμπληρωματικά -υποστηρικτικά και από το ΚΗΦΗ(ΚΑ8)</p> <p>27.4 Κοινωνική Υπηρεσία</p>

	<p>Η κοινωνική υπηρεσία του Δήμου (ΚΑ7)</p> <p>27.5 Δημιουργία ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΔΟΜΗΣ με διεπιστημονική προσέγγιση, αξιολόγηση και bottom up φιλοσοφία</p> <p>Θα έπρεπε να υπάρχει μία καλά δομημένη διεπαγγελματική ομάδα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. (ΚΑ5)</p> <p>Depends on the needs assessment (ΚΑ 10)</p>
<p>ΘΕΜΑΤΙΚΗ V: Επάρκεια των Κ.Λ. των δομών φροντίδας στην κοινότητα</p>	
<p>12. Ο Κοινωνικός λειτουργός θα εργαστεί με στόχο την κάλυψη των αναγκών: (δεξιότητες,επάρκεια)</p>	<p><u>12.1.Επάρκεια στην κάλυψη αναγκών</u></p> <p>Ναι (ΚΑ.2)</p> <p>ΝΑΙ (ΚΑ.11)</p> <p>Αυτό πρέπει να κάνει και αν είναι σωστός επαγγελματίας θα το κάνει (ΚΑ.7)</p> <p>ΝΑΙ. ΚΑΙ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΟΝ ΦΟΡΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ. (ΚΑ.6)</p> <p>Γιατί όχι; Αυτό θα πρέπει τουλάχιστον. Δεν είμαι Κ.Λ. και δεν γνωρίζω. (ΚΑ.8)</p> <p><u>12.2 Επάρκεια ανάλογα με τη δομή της υπηρεσίας και τους κανόνες και τις αρχές</u></p> <p>Κανονικά θα πρέπει να το κάνει. Υποθέτω ότι οι περισσότεροι θα το κάνουν. Φαντάζομαι ότι θα υπάρχουν και παρεκκλίσεις από τον κανόνα. Έχει σημασία όμως και η υπηρεσία αυτή(ΚΑ.9)</p> <p>Ο Κ.Λ. θα έπρεπε να εργαστεί για την κάλυψη των αναγκών με βάση τους κανόνες και τις αρχές λειτουργίας της υπηρεσίας του. (ΚΑ.4)</p> <p>Only if trained and the resources are a AI Le and the medical team works with them (ΚΑ.10)</p> <p><u>12.3 Επάρκεια με εργαλεία την διασύνδεση και διαμεσολάβηση</u></p> <p>Ναι, αλλά θα προσπαθήσει όσες ανάγκες δεν καλύπτονται από την υπηρεσία του, να τις καλύψει μέσω διασύνδεσης και διαμεσολάβησης με άλλες υπηρεσίες και δομές.(ΚΑ.3)</p> <p><u>12.4 Σύνθετες ανάγκες</u></p> <p>Το πιθανότερο είναι ότι ναι, αλλά παραμένει αμφίβολο εάν αυτό θα είναι αρκετό με δεδομένες τις σύνθετες ανάγκες που έχουν προκύψει.(ΚΑ.5)</p> <p><u>12.5 Μεταβίβαση φροντίδας στην οικογένεια</u></p> <p>Δεν είμαι σίγουρος, η οικογένεια θα επωμιστεί το μεγαλύτερο βάρος και εξαρτάται και από τον ίδιο τον κοιν. λειτουργό δεδομένου ότι οι ανάγκες είναι μεγάλες στην κοινότητα (ΚΑ.12)</p>
<p>ΘΕΜΑΤΙΚΗ VI: Επάρκεια των δομών φροντίδας στην κοινότητα –κενο στη φροντίδα</p>	
<p>13.Ποιότητα παροχής</p>	<p><u>13.1Ελλειμματική παροχή υπηρεσιών</u></p>

<p>υπηρεσιών</p>	<p>Συνήθως υπάρχει ελλειμματική παροχή υπηρεσιών(ΚΑ1,ΚΑ3,ΚΑ4,ΚΑ6,ΚΑ7,ΚΑ8,ΚΑ9,ΚΑ11)</p> <p><u>13. Παροχή υπηρεσιών (Μη ελλειμματική)</u> Κανονικά όλες οι υπηρεσίες που χρειάζονται για την κάλυψη των αναγκών, θα δοθούν χωρίς περιορισμό. (ΚΑ2,ΚΑ10)</p> <p><u>13.3 Μη παροχή υπηρεσιών</u> Συνήθως οι υπηρεσίες δεν προσφέρονται καθόλου (ΚΑ5,ΚΑ12)</p>
<p>14.Αιτίες ελλειμματικής παροχής υπηρεσιών</p>	<p><u>14.1 Έλλειψη 24ωρης παροχής υπηρεσιών</u> Πολλές από τις υπηρεσίες που χρειάζεται η κυρία χρειάζεται να τις λάβει απογευματινές ώρες, ή γενικά ώρες που οι κοινωνικές υπηρεσίες είναι κλειστές. (ΚΑ1)</p> <p><u>14.2 Ασυνέχεια στη φροντίδα</u> Επίσης δεν μπορεί να λαμβάνει τις υπηρεσίες σε καθημερινή βάση καθώς τα προγράμματα πρέπει να εξυπηρετήσουν πολλούς ηλικιωμένους.(ΚΑ.1)</p> <p><u>14.3 Αποσπασματικότητα</u> Όσο γνωρίζω οι υπηρεσίες παρέχονται αποσπασματικά(ΚΑ5)</p> <p><u>14.4 Απουσία συντονισμού και δικτύωσης</u> Διότι πιθανό να μην υπάρξει ο κατάλληλος συντονισμός και δικτύωση που απαιτείται. (Κ4)</p> <p>Οι υπηρεσίες όπως προείπα μπορούν να προσφερθούν από διαφορετικές δομές και να καλύψουν συγκεκριμένες ανάγκες.(ΚΑ9)</p> <p>Όμως θα πρέπει να υπάρχει καλύτερη συνεργασία και συντονισμός μεταξύ τους. (ΚΑ.9)</p> <p><u>14.5 Επάρκεια στη στελέχωση της υπηρεσίας</u> και λόγω περιορισμένου προσωπικού οι υπηρεσίες περιορίζονται σε ότι κάθε φορά κρίνεται αναγκαίο (ΚΑ.11)</p> <p>Επίσης έλλειψη προσωπικού (ΚΑ.8)</p> <p>Μεγάλος φόρτος εργασίας. Έλλειψη προσωπικού (ΚΑ.6).</p> <p>πόρων και εμπειρίας.(ΚΑ.8)</p> <p>Λόγω έλλειψης διεπιστημονικής ομάδας, και επαρκούς προσωπικού δεν καλύπτονται πάντα όλες οι ανάγκες σε μια δομή. (ΚΑ.3)</p> <p><u>14.6 Επαγγελματική επάρκεια –Προφίλ του ΚΛ</u> και εξαρτώνται πολύ από αυτούς που θα τις παρέχουν, τη στελέχωση της κάθε υπηρεσίας. (ΚΑ.5)</p> <p><u>14.7 Απουσία ελέγχου και αξιολόγησης</u> Κανένας δεν ελέγχει επί της ουσίας το επίπεδο των υπηρεσιών που προσφέρεται(ΚΑ5)</p>

	<p><u>14.8 Απουσία κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων</u> και δεν υπάρχουν ειδικές οδηγίες για το τι θα πρέπει να γίνεται.</p> <p><u>14.9 Απουσία κατ'οίκον φροντίδας</u> Η κατ'οίκον φροντίδα είναι πολλαπλώς ανεπαρκής στην Ελλάδα. (ΚΑ.5)</p> <p><u>14.10 Ανεπάρκεια σχεδιασμού υπηρεσιών με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα</u> Επίσης καμία γηριατρική δομή ως τώρα δεν είναι σχεδιασμένη πλήρως για την 100% κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων. Λείπει ένας επαρκής σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής βασισμένος στις ανάγκες των ηλικιωμένων (ΚΑ.3)</p> <p><i>This is at least three lectures (ΚΑ.10)</i></p>
<p>16 Συνεργασία μέσα στην κοινότητα</p>	<p><u>16.1 Χωρίς συντονισμό</u> Δεν υπάρχει συντονισμός μεταξύ των υπηρεσιών (ΚΑ2,ΚΑ3,ΚΑ4,ΚΑ5,ΚΑ6,ΚΑ8,ΚΑ9,ΚΑ10,ΚΑ11,ΚΑ12)</p> <p><u>16.2 Χωρίς συνεργασία</u> Κάθε υπηρεσία είναι ξεχωριστή(ΚΑ1,ΚΑ7)</p>
<p>17.Αιτίες απουσίας συντονισμού</p>	<p><u>17.1 Κάθετη οργάνωση χωρίς συντονισμό</u> Οι οριζόντιες διασυνδέσεις και συνεργασία των υπηρεσιών δεν συναντάται συχνά (ΚΑ7)</p> <p>Κατ οίκον φροντίδα μπορεί να παρέχει το Βοήθεια στο Σπίτι, το ΚΑΠΗ, ή μια εθελοντική οργάνωση. Δεν υπάγονται συνήθως στην ίδια υπηρεσία, καθώς οι πηγές χρηματοδότησης είναι διαφορετικές(ΚΑ1)</p> <p>Θα έπρεπε να υπάρχει συντονισμός για να μην υπάρχουν αλληλοκαλύψεις (ΚΑ6)</p> <p>Τα Κέντρα Κοινότητας εξυπηρετούν την ανάγκη της ενημέρωσης των χρηστών για τις υπηρεσίες που υπάρχουν, αλλά δεν υπάρχει συντονισμός μεταξύ των υπηρεσιών αυτών. Δηλ. κατευθύνουν τους πολίτες στις διαφορετικές υπηρεσίες της κοινότητας (ΚΑ8)</p> <p>Από όσο γνωρίζω δεν υπάρχει αυτός ο συντονισμός μέχρι σήμερα. Υπάρχουν τα Κέντρα Κοινότητας που δημιουργήθηκαν τα τελευταία χρόνια, αλλά στην ουσία κατευθύνουν και συμβουλεύουν για τις υπηρεσίες που υπάρχουν. Όμως ο συντονισμός των υπηρεσιών των δομών σε συγκεκριμένα περιστατικά που πρέπει να αντιμετωπίσουν δεν ξέρω σε ποιό βαθμό εφαρμόζεται. (ΚΑ9)</p> <p>Από την εμπειρία μου, δεν υπάρχει συντονισμός υπηρεσιών.(ΚΑ3)</p> <p>Χρειάζεται η διαμεσολάβηση του ΚΛ (ΚΑ3)</p> <p><u>17.2 Αλληλοκάλυψη υπηρεσιών</u> Στη πράξη πολλές δομές/υπηρεσίες εμπλέκονται για τον ίδιο ηλικιωμένο εξυπηρετούμενο με αποτέλεσμα να υπάρχει αλληλο-επικάλυψη και εμπλοκή πολλών επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας για τις ίδιες ανάγκες. (ΚΑ4)</p>

<p>18.Ανάληψη ευθύνης για την αίτηση για την φροντίδα</p>	<p><u>d</u></p>
<p>19.Συστήματα τηλεφροντίδας στην κοινότητα Χρησιμότητα</p>	<p>19.1 Απουσία :Δεν υπάρχει δυνατότητα τηλεφροντίδας <i>Δεν υπάρχει δυνατότητα τηλεφροντίδας (ΚΑ1,ΚΑ6,ΚΑ7,ΚΑ10,ΚΑ11,ΚΑ12)</i></p> <p>19.2 Ύπαρξη: Ναι, μπορεί να χρησιμοποιηθούν συστήματα τηλεϊεδοποίησης <i>Ναι, μπορεί να χρησιμοποιηθούν συστήματα τηλεϊεδοποίησης (ΚΑ2,ΚΑ4,ΚΑ5,ΚΑ8,ΚΑ9)</i></p> <p>20.1 Πολύ χρήσιμα (ΚΑ1,ΚΑ2,ΚΑ3, ,ΚΑ5,ΚΑ7, ,ΚΑ10,) 20.2. χρήσιμα ΚΑ4,ΚΑ8,ΚΑ9, ΚΑ11 20.3 Λίγο χρήσιμα (ΚΑ12)</p> <p>20.4 Δεν γνωρίζω (ΚΑ6)</p>
<p>21.Αξιοποίηση τεχνολογίας στην κοινότητα</p>	<p>21.1 Επίβλεψη σε έκτακτα <i>Ατύχημα στο σπίτι, δυσφορία, βλάβη (ηλεκτρικού, νερού, κλπ (ΚΑ11)</i></p> <p><i>Εάν χρειαστεί ειδοποίηση σε περίπτωση πτώσης/ατυχήματος ενός μοναχικού ηλικιωμένου ή γενικότερα αντιμετώπισης μίας έκτακτης ανάγκης την οποία δεν μπορεί να καλύψει άμεσα. (ΚΑ4)</i></p> <p>ΕΚΤΑΚΤΗ ΑΝΑΓΚΗ, ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Η ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΕ ΓΙΑΤΡΟ(ΚΑ6)</p> <p><i>Στην ειδοποίηση για έκτακτα συμβάντα(ΚΑ7)</i></p> <p><i>Μέσω μιας υπηρεσίας τηλεφροντίδας, θα μπορούσαν να παρασχεθούν πρώτες βοήθειες και οδηγίες σε έναν ηλικιωμένο σε κατάσταση ανάγκης μέχρι να καταφτάσει η νοσοκομειακή βοήθεια. Θα μπορούσαν να προληφθούν πολλές επείγουσες καταστάσεις. (ΚΑ3)</i></p> <p><i>Σε περίπτωση πτώσης του ατόμου, ή σε περίπτωση που έχουν τελειώσει τα φάρμακα, ή σε οποιαδήποτε κατάσταση έκτακτης ανάγκης που βιώνει το ζευγάρι.</i></p> <p>21.2 Κάλυψη αναγκών λειτουργικότητας και φροντίδας ΨΩΝΙΑ, ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΘΕ ΕΙΔΟΥΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (ΚΑ6)</p> <p><i>και στην παρακολούθηση της υγείας τους (ΚΑ7)</i></p> <p><i>Έλεγχος για τη λήψη των φαρμάκων, το εάν έγιναν οι καθημερινές εργασίες (π.χ. προετοιμασία φαγητού), ειδοποίηση για καταστάσεις ανάγκης (π.χ. πτώσεις) κ.άλ. (ΚΑ8)</i></p> <p><i>τον έλεγχο για τη λήψη των φαρμάκων, στην ειδοποίηση αν κάτι συμβεί στο σπίτι στην ηλικιωμένη με το πρόβλημα κινητικότητας κλπ(ΚΑ9)</i></p> <p><i>Άμεση βοήθεια. Εξασφαλίζετε το συνεχές στη φροντίδα (ΚΑ6)</i></p> <p><i>Στον έλεγχο για τη λήψη των φαρμάκων, στην ειδοποίηση αν κάτι</i></p>

	<p>συμβεί στο σπίτι στην ηλικιωμένη με το πρόβλημα κινητικότητας κλπ, KA9</p> <p><i>Too much work now without more specifics as to what you include in social services (KA10)</i></p> <p><i>Μπορούν να βοηθήσουν λιγότερο στη διεύρυνση των κοινωνικών δικτύων - είναι ουσιαστικότερη αν είναι δια ζώσης (και λιγότερο μέσω internet/forums κ.λ.π.) KA8</i></p> <p>22.3 Βελτίωση επικοινωνίας στην καλύτερη επικοινωνία του ζευγαριού με τις δομές και την οικογένειά του κλπ (KA9)</p> <p>συναισθηματική ανάγκη για επικοινωνία (KA11)</p> <p><i>Ηλικιωμένων με χρόνια νοσήματα που ζουν μόνοι, ηλικιωμένων ανεξάρτητα νοσημάτων που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές, ηλικιωμένων με όχι τόσο καλή λειτουργική ικανότητα(KA3)₂</i></p> <p>στην καλύτερη επικοινωνία του ζευγαριού με τις δομές και την οικογένειά του κλπ KA9</p>
<p>23. Προϋποθέσεις εφαρμογής</p>	<p><u>23.1 απλό στη χρήση</u></p> <p><i>Βασική προϋπόθεση όμως το σύστημα τηλεφροντίδας, να είναι απλό στη χρήση του, ώστε να μην μπερδεύει στη λειτουργία του τους ηλικιωμένους.</i></p> <p><i>Να είναι εύκολο να εκπαιδευτούν, δεδομένου ότι οι ηλικιωμένοι αυτής της παρούσας γενιάς, δεν είναι εξοικειωμένοι με ηλεκτρονικά συστήματά, και ένα περίπλοκο σύστημα ,ενδέχεται να τους μπερδέψει παρά να τους διευκολύνει. (KA3)</i></p>
<p>ΘΕΜΑΤΙΚΗ VIII: ΚΕΝΟ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</p>	
<p>33. Συστηματική παρακολούθηση του περιστατικού</p>	<p>33.1 Συστηματική παρακολούθηση του ζευγαριού <i>Οι υπηρεσίες προς το ζευγάρι θα πρέπει να παρακολουθούνται συστηματικά (KA1,KA2,KA3,KA5,KA6,KA7,KA11,KA12)</i></p> <p>33.2 Μη Συστηματική παρακολούθηση του ζευγαριού <i>Οι υπηρεσίες προς το το ζευγάρι δεν χρειάζεται να παρακολουθούνται συστηματικά(KA10)</i></p> <p>33.3 δεν είναι εφικτό αλλά είναι αναγκαίο <i>Οι υπηρεσίες προς το ζευγάρι πρέπει να παρακολουθούνται συστηματικά αλλά αυτό δεν είναι εφικτό(KA4,KA8,KA9)</i></p>

<p>34.Είναι σημαντική η συστηματική παρακολούθηση 34.Η συστηματική παρακολούθηση δεν είναι εφικτή:</p>	<p><u>34.1 καταγραφή αναγκών για την διασφάλιση της συνέχειας στην φροντίδα</u></p> <p><i>Χρειάζεται να έλεγχεται η πορεία της υγείας του ζευγαριού, η πρόοδος στην αυτο-εξυπηρέτηση, τυχόν παραμέληση, και πιθανές νέες ανάγκες που θα προκύψουν. (KA 1)</i></p> <p><i>Είναι απαραίτητη η επίβλεψη για να υπάρχει ορθή παροχή υπηρεσιών. Διαφορετικά δεν εξασφαλίζεται η συνέχεια. (KA6)</i></p> <p><u>34.2 αξιολόγηση και επανασχεδιασμό πορείας περιστατικού</u></p> <p><i>Χρειάζεται η τακτική παρακολούθηση του ζευγαριού και εν γένει της οικογένειας για τον επανασχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών. (KA4)</i></p> <p><i>Η συστηματική παρακολούθηση και καταγραφή είναι απαραίτητη για να υπάρχει δυνατότητα να αναλάβει κάποιος άλλος επαγγελματίας τη φροντίδα και για να γίνεται αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών από κάποιο αρμόδιο φορέα (KA7)</i></p> <p><i>Without good practice outlines and checking how they are used, there will be no way to evaluate effectiveness (KA10)</i></p> <p><u>34.3δεν υπάρχει κεντρική υπηρεσία</u></p> <p><i>Δεν υπάρχει κεντρική υπηρεσία που να κάνει αυτή τη δουλειά. (KA8)</i></p> <p><u>34.4 δεν υπάρχει συντονισμός</u></p> <p><i>Έχω εξηγήσει παραπάνω ότι θεωρώ πως δεν υπάρχει επαρκής συντονισμός των υπηρεσιών. (KA9)</i></p>
<p>35.Αν σε ένα Δήμο η επίσημη κατ' οίκον φροντίδα δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του ζευγαριού, ποια θα ήταν η κατάστασή του</p>	<p><u>35.1 θα υποφέρει από ακάλυπτες ανάγκες</u></p> <p><i>Το ζευγάρι θα υπέφερε από ακάλυπτες κοινωνικές ανάγκες και ανάγκες υγείας (KA2,KA4,KA6,KA7,KA8,KA9,KA12)</i></p> <p><u>35.2 Θα ανα λαμβάνε την φροντίδα τα παιδιά τους</u></p> <p><i>Το ζευγάρι θα πήγαινε να ζήσει με ένα από τα παιδιά του(KA3,KA4,KA6,KA9,KA11)</i></p> <p><i>Θα αναλάμβαναν την φροντίδα τα παιδιά τους (KA2,KA3,KA4,KA6,KA7,KA12)</i></p> <p><i>ενδεχόμενα θα υπήρχε η βοήθεια από τα παιδιά στο μέτρο που θα μπορούσαν (KA3)</i></p> <p><i>Η μη κάλυψη των αναγκών από κατ οικον φροντίδα θα οδηγούσε τα άτομα είτε στα παιδιά τους, είτε σε(KA6)</i></p>

	<p><u>35.3 Θα κατέφευγαν σε νοσοκομείο ή φροντιστή μέσω ασφάλισης</u> <i>Η κυρία θα εισερχόταν σε νοσοκομείο(ΚΑ6)</i></p> <p><i>Το ζευγάρι θα προσλάμβανε φροντιστή μέσω ασφάλισης/επιδόματος (ΚΑ9,ΚΑ11)</i></p> <p><i>Η κυρία θα εισερχόταν σε μια κλινική(ΚΑ11,ΚΑ6)</i></p> <p><u>35.3 Θα κατέφευγαν σε ιδιωτικό φροντιστή/ιδιωτικό γηροκομείο</u></p> <p><i>Το ζευγάρι θα προσλάμβανε ιδιωτικό φροντιστή(ΚΑ2,ΚΑ5,ΚΑ6,ΚΑ9,ΚΑ12)</i></p> <p><i>και αν δεν θα ήταν εφικτή η βοήθεια του άτυπου δικτύου των παιδιών η βοήθεια ενός επαγγελματία φροντιστή επί πληρωμή, (ΚΑ3)</i></p> <p><i>Το ζευγάρι θα εισερχόταν σε γηροκομείο ιδιωτικό (ΚΑ2,ΚΑ3,ΚΑ5,ΚΑ7,ΚΑ11,ΚΑ12)</i></p> <p><i>Η μη κάλυψη των αναγκών από κατ'οικον φροντίδα θα οδηγούσε τα άτομα είτε σε κλειστές δομές είτε σε ιδιωτικό φροντιστή (ΚΑ6)</i></p> <p><i>Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα το ζευγάρι να έκανε εισαγωγή σε γηροκομεία για να έχει 24 ωρη παροχή φροντίδας στις βασικές ανάγκες. Συνήθως είναι μια λύση για τους φροντιστές, όταν η τοπική κοινότητα δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες κατ'οικον φροντίδας. (ΚΑ3)</i></p> <p><u>35.4 Δεν είναι εφαρμόσιμο, διότι η κατ'οικον φροντίδα είναι η πιο κατάλληλη σε αυτήν την περίπτωση(ΚΑ1,ΚΑ5,ΚΑ10)</u></p> <p><i>Η καταλληλότερη είναι η κατ'οικον φροντίδα, ολιστική παρέμβαση, με παραμονή στην κοινότητα. (ΚΑ6)</i></p> <p><u>35.5 Εξαρτάται τις αντοχές οικονομικές/ψυχολογικές της οικογένειας</u></p> <p><i>Όλες οι επιλογές είναι λίγο ή περισσότερο πιθανό να πραγματοποιηθούν. Η επιλογή εξαρτάται από τις αντοχές, οικονομικές και πραγματικές, της οικογένειας (ΚΑ7)</i></p> <p><u>35.6 Θα υπέφεραν από ακάλυπτες ανάγκες</u> <i>Η οικογένεια (κυρίως η μία κόρη) δεν θα μπορούσε να καλύψει όλες τις ανάγκες του ζευγαριού. Μη γνωρίζοντας το οικονομικό επίπεδο του ζευγαριού θεωρώ ότι δεν θα μπορούσε να εξυπηρετηθεί αλλιώς (π.χ. ιδιωτικοί φροντιστές). Επομένως η μία κόρη κυρίως θα κάλυπτε τις ανάγκες που θα μπορούσε και θα έμεναν ακάλυπτες πολλές άλλες. (ΚΑ8)</i></p>
--	---

<p>36. Ακάλυπτες ανάγκες</p>	<p><u>36.1 Ανάγκες απλής λειτουργικότητας</u></p> <p><i>Σχεδόν όλες οι ανάγκες του ζευγαριού θα μείνουν ακάλυπτες. Η παροχή φροντίδας από το ΠΒΣ, παρέχεται 1 φορά την εβδομάδα σε κάθε εξυπηρετούμενο, καθώς δεν υπάρχει επαρκές προσωπικό. Οπότε τις υπόλοιπες ημέρες η βοήθεια στις οικιακές εργασίες και στην ατομική φροντίδα δεν θα καλύπτεται. (ΚΑ3)</i></p> <p><i>Σχεδόν όλες οι ανάγκες θα μείνουν ακάλυπτες, με εξαίρεση ίσως αυτές που αφορούν το κύριο πρόβλημα υγείας. (ΚΑ5)</i></p> <p><i>Ακάλυπτες: ατομική υγιεινή, φυσικοθεραπεία, αλλά και οι υπόλοιπες θα παρέχοντα τμηματικά, περιστασιακά, χωρίς συνέχεια. (ΚΑ6)</i></p> <p><i>Νομίζω η ύπαρξη ενός ατόμου συνεχώς στο σπίτι για το πρώτο διάστημα της επιστροφής της γυναίκας στο σπίτι. Είναι μια ανάγκη που δεν θα καλυφθεί επαρκώς. (ΚΑ9)</i></p> <p><u>36.2 Ανάγκες ψυχοκοινωνικές</u> <i>ψυχολογική υποστήριξη(ΚΑ6)</i></p> <p><i>Νομίζω οι ψυχολογικές ανάγκες γιατί λόγω περιορισμένων δυνατοτήτων δεν γίνεται συστηματική συμβουλευτική. (ΚΑ11)</i></p> <p><u>36.3 Οι ανάγκες θα καλυφθούν από τις υπηρεσίες σε συνεργασία με την οικογένεια</u></p> <p><i>Οι κοινωνικές υπηρεσίες, σε συνεργασία με την οικογένεια, θα μπορέσουν να καλύψουν τις περισσότερες ανάγκες. Ειδική προσοχή πρέπει να δοθεί στη διαχείριση των οικονομικών (ΚΑ7)</i></p> <p><u>36.4 Απουσία λειτουργικής διασύνδεσης των δομών</u></p> <p><i>Καμία δομή, δεν παρέχει υπηρεσίες φυσικοθεραπείας και εργοθεραπείας κατ οίκον. Για να μπορεί ο ηλικιωμένος να δέχεται τις υπηρεσίες του ΚΑΠΗ πχ νοητική ενδυνάμωση, πιθανά να πρέπει κάποιος να τον πηγαίνει, και ίσως κάτι τέτοιο να μην είναι εφικτό. Στην παρούσα φάση, δεν υπάρχει ούτε κάποιο μέσω μεταφοράς από το Δήμο, των μελών προς το ΚΑΠΗ από τον τόπο κατοικίας τους. (ΚΑ3)</i></p> <p><u>37.1απουσία συντονισμού και την μη συνέχεια στη φροντίδα</u> <i>Δεν υπάρχει συντονισμός, διασύνδεση και συνεργασία. (ΚΑ8)</i></p> <p><i>Κάποιες ανάγκες ίσως μείνουν ακάλυπτες. Οι συνήθεις δυσκολίες βρίσκονται στο συντονισμό των εμπλεκόμενων δομών. (ΚΑ4)</i></p>
<p>37.Εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών με αποτέλεσμα ακάλυπτες ανάγκες</p>	

	<p><u>37.2 Έλλειψη προσωπικού, διεπιστημονικής ομάδας, η έλλειψη εκπαίδευσης σε θέματα τρίτης ηλικίας</u></p> <p><i>Οι συνήθεις δυσκολίες των δομών είναι η έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη διεπιστημονικής ομάδας και η έλλειψη εκπαίδευσης σε θέματα τρίτης ηλικίας (ΚΑ3)</i></p>
<p>38. Διαφοροποίηση στην κατ' οίκον φροντίδα αστικής ή αγροτικής περιοχής</p>	<p><u>38.1 Στις αγροτικές κοινότητες υπάρχει καλύτερη λειτουργία των κοινωνικών δικτύων</u></p> <p><i>Πιθανόν σε μια αγροτική περιοχή να λειτουργούσαν πιο πολύ τα κοινωνικά δίκτυα του ζευγαριού, (ΚΑ.1)</i></p> <p><i>Στην αγροτική περιοχή είναι πιο πιθανή η εμπλοκή των γειτόνων και φίλων (ΚΑ7)</i></p> <p><i>Δεν ξέρουμε που ζουν. Πιστεύω ότι θα υπήρχαν ελλείψεις στις αγροτικές περιοχές οι οποίες όμως ενδεχομένως να καλύπτονταν από τα άτυπα δίκτυα φροντίδας.(ΚΑ9)</i></p> <p><i>Νομίζω σε αγροτικές περιοχές είναι πιο εύκολο να καλυφθούν οι ανάγκες διότι εμπλέκονται περισσότερο οι άνθρωποι στις ανάγκες των γειτόνων/φίλων/συγγενών. Επίσης, λόγω πληθυσμού είναι περισσότερο προσωποποιημένες οι σχέσεις των πολιτών με τους εργαζομένους των υπηρεσιών (ΚΑ11)</i></p> <p><i>Αντίθετα στις αστικές περιοχές υπάρχουν άλλα προβλήματα που μπορεί να χειροτερέψουν την κατάσταση όπως η κοινωνική απομόνωση (ΚΑ9)</i></p> <p><u>38.2 Στις αγροτικές κοινότητες δεν είναι ανεπτυγμένο το δίκτυο υπηρεσιών</u></p> <p><i>Δεν θα έπρεπε να υπάρχει. όμως συνήθως στην ύπαιθρο δεν είναι ανεπτυγμένες τέτοιου είδους υπηρεσίες για κατ' οίκον φροντίδα (ΚΑ6)</i></p> <p><i>Κάποιες αγροτικές περιοχές μπορεί να είναι ακάλυπτες από αντίστοιχες υπηρεσίες (ΚΑ8)</i></p> <p><i>Yes for sure , in rural areas the challenges would be much harder (ΚΑ10)</i></p> <p><i>Ναι, σε αγροτικές περιοχές η φροντίδα είναι συνήθως χαμηλότερης στάθμης(ΚΑ5)</i></p> <p><u>38.3 Στις αστικές κοινότητες υπάρχουν υπηρεσίες και είναι ανεπτυγμένα τα άτυπα κοινωνικά δίκτυα</u></p> <p><i>ενώ σε ένα αστικό περιβάλλον να υπήρχαν περισσότερες υπηρεσίες. (ΚΑ.1)</i></p>

	<p>Σε αστικές περιοχές υπάρχουν περισσότερες δομές/υπηρεσίες. (ΚΑ8)</p> <p>Ναι θα υπήρχε διαφορά. Περισσότερες οι δυνατότητες σε μία αστική περιοχή.(ΚΑ4)</p> <p><u>38.4Μάλλον υπάρχει διαφορά</u> Μάλλον(ΚΑ2)</p> <p><u>38.5 όχι δεν υπάρχει καμία διαφορά</u> Όχι (ΚΑ3)</p>
<p>39Καλύτερο δυνατό σενάριο καθώς και οι δικές σας προσδοκίες για την βελτίωση της ποιότητας ζωής του ζευγαριού</p>	
<p>ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΙΧ: ΣΤΟΧΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΑΠΌ ΤΟΝ ΚΟΙΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ</p>	
<p>40. Παράγοντες που πρέπει να βάλει προτεραιότητα ο ΚΛ στο σχεδιασμό της παρέμβασης του</p>	<p><u>40.1 Σε όλους</u> Σε όλους με προτεραιότητα: 1. οργανικοί 2. συννοσηρότητα 3. συμπεριφορές υγείας 4. Κοινωνικοί 5. ψυχολογικοί 6. φυσικό και δομημένο περιβάλλον 7. δημογραφικοί (ΚΑ1)</p> <p>Σε όλους. Το πλάνο του ΚΛ πρέπει να είναι ολιστικό(ΚΑ3)</p> <p>Σε όλους τους προαναφερόμενους παράγοντες. Ο καθένας έχει την βαρύτητά του.(ΚΑ4)</p> <p>Σε όλες, στο πλαίσιο της ομάδας υγείας. Δεν θεωρώ ότι πλέον μπορεί μία επαγγελματική ομάδα να καλύψει όλες τις ανάγκες που δημιουργούνται στα άτομα και τους φροντιστές τους.(ΚΑ5)</p> <p>ΣΕ ΟΛΟΥΣ. ΟΛΟΙ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΕΞΙΣΟΥ.(ΚΑ6)</p> <p>Δωρεάν προληπτικές εξετάσεις για Alzheimer και άνοια. (ΚΑ11)</p> <p>Η προτεραιότητα πρέπει να είναι η ισορροπημένη φροντίδα και στήριξη, Δεν μπορεί να απομονωθεί ένας παράγοντας. Επίσης, η εκτίμηση των προτεραιοτήτων είναι εξατομικευμένη(ΚΑ7)</p> <p>Προτεραιότητα σε όλους. (ΚΑ8)</p> <p>Σε όλους.(ΚΑ9)</p>

	<p><u>40.2 Κοινωνικοί παράγοντες</u></p> <p>δίνοντας προτεραιότητα στους κοινωνικούς παράγοντες. Αλλά όλοι είναι σημαντικοί και πρέπει να τους λαμβάνει υπόψη του ο ΚΛ.(ΚΑ9)</p> <p>Εμπλοκή των ηλικιωμένων σε υπηρεσίες προς τους πολίτες (συνεργασία με παιδικούς σταθμούς, δράσεις αλληλεγγύης προς τους πρόσφυγες, καλλιτεχνικά εργαστήρια, κλπ) (ΚΑ11)</p> <p>Χώροι ομαδικών δραστηριοτήτων που θα συμπεριλαμβάνουν και ηλικιωμένους (όχι αποκλειστικά για ηλικιωμένους). (ΚΑ11)</p> <p><u>40.3 Δευτερευόντως στους οργανικούς</u></p> <p>Δευτερευόντως στους οργανικούς (τους οποίους όμως πρέπει να λάβει υπόψη).(ΚΑ8)</p> <p><u>40.4 Φυσικό περιβάλλον</u></p> <p>Σε ένα φυσικό περιβάλλον με χώρους πρασίνου, άσκησης, ράμπες και κάθε σχετική διευκόλυνση για άτομα με κινητικούς και αισθητηριακούς περιορισμούς.(ΚΑ11)</p>
<p>41.Στόχοι για τους ηλικιωμένους, στις παρεμβάσεις του Κοινωνικού</p>	<p><u>41.1 Διατήρηση σωματικής και ψυχικής υγείας</u></p> <p>Η διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων (ΚΑ1)</p> <p>πρόληψη γνωστικής έκπτωσης, διατήρηση βαθμού λειτουργικότητας, (ΚΑ1,2)</p> <p>Η διατήρηση καλής κατάστασης υγείας και συναισθηματικής κατάστασης, (ΚΑ11)</p> <p><u>41.2 Προσβασιμότητα σε υπηρεσίες</u></p> <p>Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. (ΚΑ1)</p> <p><u>41.3 Καταπολέμηση της φτώχειας και του αποκλεισμού</u></p> <p>Η καταπολέμηση της φτώχειας και του αποκλεισμού. (ΚΑ1)</p> <p><u>41.4 Κοινωνικοποίηση/κοινωνική λειτουργικότητα</u></p> <p>Η συνεχής κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων, (ΚΑ1)</p> <p>κοινωνική λειτουργικότητα ΚΑ5,11</p> <p>η ενεργός συμμετοχής τους στα δρώμενα της κοινότητας. ΚΑ1,3</p> <p>η ενεργός εμπλοκή τους στη ζωή της κοινότητας(ΚΑ11)</p> <p><u>41.5 Πρόσβαση στην εκπαίδευση και στην ψυχαγωγία</u></p>

	<p><i>Η εκπαίδευση και κατάρτιση των ηλικιωμένων (αλφαριθμητισμός, ηλεκτρονικός αλφαριθμητισμός, χειροτεχνίες κλπ) ΚΑ1</i></p> <p><i>Η μεταφορά γνώσης, εμπειρίας και κάποιων παραδόσεων σε νεότερες γενιές ΚΑ1</i></p> <p><i>Προγράμματα ψυχαγωγίας ΚΑ1</i></p> <p><u>41.6 Ασφαλής διαβίωση, Ίσες ευκαιρίες για καθολική κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου</u></p> <p><i>Ασφαλής διαβίωση, Ίσες ευκαιρίες ασφάλειας, καθολικής κάλυψης των αναγκών του ηλικιωμένου (ΚΑ2,3)</i></p> <p><u>41.7 Ποιότητας ζωής και Ενεργός Γήρανση</u></p> <p><i>Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στη κοινότητα. ΚΑ3</i></p> <p><i>Υγιής και ενεργός γήρανση μέσα σε ένα ολιστικό μοντέλο ΚΑ3,5,7,8,9,11</i></p> <p><i>Η πρόληψη, η ολιστική φροντίδα στην αντιμετώπιση των περιστατικών. ΚΑ9</i></p> <p><i>This is not a question I can answer generically, depends on points of transition, presence of chronic diseases, socioeconomic variables, health and technology literacy etc ΚΑ10</i></p>
<p>42. Προτεραιότητες βάσει covid 19 για του Στόχοι για τους ηλικιωμένους, στις παρεμβάσεις του Κοινωνικού Λειτουργού στην κοινοτική φροντίδα;</p>	<p>b</p>
<p>ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΙΧ: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</p>	
<p><i>Προτάσεις για τη παροχή υπηρεσιών</i></p>	<p><u>6.1. Ανακουφιστική φροντίδα στην οικογένεια</u> <i>το ΚΗΦΗ θα μπορούσε να παρέχει ανακουφιστική φροντίδα στην οικογένεια με την ημερήσια φιλοξενία του ηλικιωμένου με άνοια, και υπηρεσίες ατομικής φροντίδας, πλύσιμο ρούχων κλπ. (ΚΑ9)</i></p> <p><u>6.2. Έλεγχος προβλημάτων λειτουργικότητας</u> <i>Το Βοήθεια στο Σπίτι να παρέχει τις υπηρεσίες από τις παραπάνω που αναφέρονται στην υποστήριξη στο σπίτι (φάρμακα, εποπτεία χώρου, ψυχοκοινωνική στήριξη, έλεγχος προβλημάτων λειτουργικότητας, συστηματική παρακολούθηση και υποστήριξη του ζευγαριού στο χώρο που ζει). (ΚΑ9)</i></p> <p><u>6.3. Υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης</u> <i>Το ΚΑΠΗ να παρέχει υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης στο άτομο με</i></p>

	<p>άνοια για να προληφθεί περαιτέρω χειροτέρευση της γνωστικής του λειτουργίας κλπ. (KA9)</p> <p><u>8. Συνεργασία με δομές με στόχο την παρέμβαση στην οικογένεια αλλά και με ενδυνάμωση των φροντιστών</u> <i>...που θα προτείνει ίσως κάποιες λύσεις στα παιδιά του ζευγαριού και ίσως να επικοινωνούσε με τον κοινωνικό λειτουργό του ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ για λίγη βοήθεια και επίσκεψη από το ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ της περιοχής αν υπάρχει (KA.12)</i></p> <p><i>Informal caregivers are not just the husbands but all unpaid informal caregivers who need real support and training (KA10)</i></p> <p><u>15.1 24η παροχή υπηρεσιών μέσω αξιοποίησης της τεχνολογίας</u> <i>Ιδανικά, η παροχή βοήθειας στο σπίτι θα πρέπει να παρέχετε σε πρωινή και απογευματινή βάρδια. (KA.1)</i></p> <p><i>24 ωρη υπηρεσία με χρήση κάποιου απλού gadget που θα είχαν όλοι οι ηλικιωμένοι θα μπορούσε να εξυπηρετεί έκτακτες ανάγκες (KA.11)</i></p> <p><u>15.2 Αξιοποίησης της τεχνολογίας</u> <i>Σα καινοτομία πιθανό να βοηθούσε η αξιοποίηση της τεχνολογίας με την εφαρμογή ενός συστήματος τηλε-ειδοποίησης (;). (KA.4)</i></p> <p><i>Θα προσανατολιζόμουν στη χρήση σύγχρονων μορφών τεχνολογίας για να καλύψω το κομμάτι της εξελισσόμενης άνοιας του συζύγου, αλλά και άλλων αναγκών. (KA.5)</i></p> <p><u>15.3 Ενίσχυση τοπικών δικτύων της κοινότητας και αξιοποίηση άτυπων δικτύων</u> <i>Κινητοποίηση γειτονιάς, εθελοντικών ομάδων αλληλεγγύης. (KA4)</i></p> <p><i>ή να αξιοποιούνται εθελοντικές οργανώσεις, όπως πχ ο Ερυθρός Σταυρός. (KA.1)</i></p> <p><u>15.4 Διασύνδεση/δικτύωση υπηρεσιών, συντονισμός</u> <i>Δικτύωση με τοπικούς φορείς, συμμετοχή σε ομάδα αλληλοβοήθειας (KA4)</i></p> <p><i>Ενίσχυση τοπικών δικτύων κοινότητας.</i></p> <p><i>Η πρότασή μου συνδέεται με την απάντηση που έδωσα στην 1 (Κοινωνικο-υποστηρικτικές υπηρεσίες από δημοτική ΚΥ, ΒΣΣ, ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ (ανάλογα με τις πηγές της κοινότητας). Υπηρεσίες φροντίδας υγείας από ΠΙ ή ΚΥ. (KA4)</i></p> <p><u>15.5 Δημιουργία ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΔΟΜΗΣ με διεπιστημονική προσέγγιση,</u></p>
--	---

	<p><u>Αξιολόγηση.</u> <i>Μία κεντρική δομή με όλες τις ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι θα εκτιμούν τις ανάγκες του ζευγαριού και της ευρύτερης οικογένειας και θα προτείνουν τις ενδεδειγμένες υπηρεσίες.(ΚΑ.8)</i></p> <p><i>Θα υπάρχει κεντρικός συντονισμός και όλοι οι επαγγελματίες θα συνεργάζονται για την βέλτιστη παροχή των υπηρεσιών. .(ΚΑ.8)</i></p> <p><i>Αρχικά να υπάρχει η αξιολόγηση (assessment/screening) από μία διεπιστημονική ομάδα και στη συνέχεια θα διαχέονται οι ανάγκες στους κατάλληλους επαγγελματίες.(ΚΑ.8)</i></p> <p><i>Να υπάρχει ένας κεντρικός συντονισμός των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν στο ζευγάρι ώστε να μην γίνονται επικαλύψεις.</i></p> <p><u>15.6 Δημιουργία εξατομικευμένης δομής για τους φροντιστές/ηλικιωμένους</u> <i>Μία σχολή φροντιστών στην κοινότητα με πιστοποίηση κατάρτισης παροχής φροντίδας θα μπορούσε να διευκολύνει την κατάσταση εφόσον η οικογένεια δεν μπορεί να φροντίσει αποκλειστικά το ζευγάρι ή μία δομή υποδοχής του ζευγαριού για προσωρινή φιλοξενία μέχρι αποκατάστασης της υγείας της γυναίκας εφόσον το επιθυμούσε το ζευγάρι. (ΚΑ12)</i></p> <p><i>Δημιουργία υπηρεσίας κατ' οίκον ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ΚΑ6)</i></p> <p><i>ΠΒΣ για ανοϊκούς ασθενείς (ΚΑ6)</i></p> <p><u>15.7 Δομές με προσέγγιση από κάτω προς τα πάνω (bottom-up), ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΕΣ</u></p> <p><i>Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών να γίνεται από κάτω προς τα πάνω (bottom-up), δηλαδή να υπάρχει απόλυτη συνεργασία των δομών με το ζευγάρι και την οικογένειά του. (ΚΑ.9)</i></p> <p><i>Η τοπική αυτοδιοίκηση οφείλει να ενισχύσει τις υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους με ειδικότητες, ωράριο και προγράμματα που καλύπτουν τις ποικίλες ανάγκες των ανθρώπων. (ΚΑ.11)</i></p> <p><i>Σε τόσο όμως σε φάσεις κρίσης, θα μπορούσε η πολιτεία να διαθέτει προσωπικό για ένα διάστημα μέχρι να ξεπεραστεί το κύριο πρόβλημα(ΚΑ.1)</i></p> <p><u>15.8 Διεύρυνση αρμοδιοτήτων</u> <i>Χρειάζεται διεύρυνση των αρμοδιοτήτων των υπηρεσιών βοήθειας, μάλλον πρόσθετο προσωπικό και πολύ καλή οργάνωση(ΚΑ.7)</i></p> <p><i>Οι ακαδημαϊκοί προτείνουν την λειτουργία μιας δομής στην κοινότητα επαρκώς στελεχωμένη που η διεπιστημονική ομάδα θα καταρτίζει σχέδιο ολοκληρωμένης φροντίδας</i></p> <p><i>Οι ειδικοί του πεδίου θεωρούν ότι λύσεις όπως ο επι πληρωμή φροντιστής συμπληρωματικά με τις δομές και με επαρκή συντονισμό ίσως καταστούν αποτελεσματικές.</i></p>
--	---

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ

Υποκατηγορία	Ιδιότητες	Διαστάσεις	
<p>ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΥΓΙΟΥ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ Κ.Λ.</p> <p>Με ποιο τρόπο, πως την βλέπουν</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Θεωρώ ότι κάθε σχεδιασμός πρέπει οπωσδήποτε να βασίζεται στη θεώρηση για υγιή γήρανση και υγιή λειτουργικότητα. ΚΑ.1 • Θα συμφωνούσα με την υγιή γήρανση αλλά θα το έθετα στο πλαίσιο της "ενεργούς γήρανσης" ΚΑ.3 • Ναι, διότι η ενεργός και υγιής γήρανση και λειτουργικότητα επιτρέπει στους ηλικιωμένους να αξιοποιήσουν τις δυνατότητές τους και να συμμετάσχουν στη κοινωνία ΚΑ.4 • Ναι ΚΑ.5 • ΝΑΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΗΝ ΛΑΒΕΙ ΥΠΟΨΙΝ ΥΓΙΗ ΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΙ ΥΓΙΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑ.6 • Ναι. ΚΑ.7 • Οπωσδήποτε ναι. ΚΑ.8 • Ναι οπωσδήποτε. ΚΑ9 • Yes ΚΑ.10 • ΝΑΙ ΚΑ11 • ΝΑΙ. ΚΑ.12 <p>ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ: ΚΑ2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σε κάθε ενέργεια που σχεδιάζεται, θα πρέπει να υπάρχει ως κριτήριο αξιολόγησης αν και κατά πόσο η ενέργεια, η δράση, η παρέμβαση ή το πρόγραμμα θα συμβάλει στην υγιή γήρανση του πληθυσμού. ΚΑ1 • Με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και άλλων οργανισμών ΚΑ.5 • ΑΠΟ ΜΙΑ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΟΥ ΘΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑ.6 • Διερευνώντας το επίπεδο της λειτουργικότητας που έχει το ηλικιωμένο άτομο ΚΑ.7 • Integrative team planning ΚΑ.10 • Στη λειτουργικότητα του ατόμου και όχι στους περιορισμούς του μόνο ΚΑ.11 	<p>Η πλειοψηφία των 11 συμμετεχόντων εκτός έναν που δεν απάντησε(ΚΑ2) συμφωνούν στην αναγκαιότητα της ΥΓ στην παρέμβαση του ΚΛ στην κοινότητα</p> <p>αξιολόγηση</p> <p>κατευθυντήριες οδηγίες</p> <p>ολιστική</p> <p>λειτουργικότητα ολιστική λειτουργικότητα αρχές</p>	<p>Αναγκαίο και απαραίτητο στο σχεδιασμό της παρέμβασης του ΚΛ στην κοινότητα η θεώρηση της υγιούς γήρανσης και λειτουργικότητας καθώς επιτρέπει την συμμετοχή στην κοινωνία με την αξιοποίηση των δυνατοτήτων. Στην ερώτηση υπάρχει απόλυτη ομοφωνία. 11/11 που απάντησαν ενώ 1 δεν απάντησε.</p> <p>Κατευθυντήριες οδηγίες/ολιστική πρόσέγγιση</p> <ul style="list-style-type: none"> • Με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και άλλων οργανισμών ΚΑ.5 • ΑΠΟ ΜΙΑ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΟΥ ΘΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑ.6 • Σύμφωνα με τον ορισμό του ΠΟΥ ο ΚΛ μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην βελτιστοποίηση των ευκαιριών του ηλικιωμένου για υγεία (σωματική και ψυχική), καλή λειτουργικότητα, κοινωνική συμμετοχή και ένας ασφαλές περιβάλλον, ώστε να ενισχύει με τις παρεμβάσεις του μια καλύτερη ποιότητα ζωής συνολικά. ΚΑ.9

- Με τις αρχές υγείας, συμμετοχής και ασφάλειας ΚΑ.3
- Σημαντικό όχι μόνο να εξετάσουμε προσεγγίσεις που βελτιώνουν τις απώλειες που συνδέονται με τη μεγαλύτερη ηλικία, αλλά και εκείνες που μπορεί να ενισχύσουν την ανάκαμψη, την προσαρμογή και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη (WHO, 2015). ΚΑ.3
- Αναζητώντας τρόπους ενίσχυσης των θετικών σημείων και ελαχιστοποίησης των αρνητικών ΚΑ.7
- Δράσεις ενίσχυσης των κοινωνικών δικτύων. Υποστήριξη της φυσικής τους κατάστασης, της ψυχολογικής τους υγείας κ.ά. ΚΑ.8
- Σύμφωνα με τον ορισμό του ΠΟΥ ο Κλ μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην βελτιστοποίηση των ευκαιριών του ηλικιωμένου για υγεία (σωματική και ψυχική), καλή λειτουργικότητα, κοινωνική συμμετοχή και ένας ασφαλές περιβάλλον, ώστε να ενισχύει με τις παρεμβάσεις του μια καλύτερη ποιότητα ζωής συνολικά. ΚΑ.9
- Μέσα από διοργάνωση και ανάπτυξη παρεμβάσεων ergoθεραπευτών στο χώρο κατοικίας των ηλικιωμένων, επιστημόνων ψηφιακής τεχνολογίας για εκπαίδευση των ηλικιωμένων σε σύγχρονες τεχνολογίες και μέσα κοινωνικής δικτύωσης (internet, παρακολούθησης θεμάτων υγείας τους μέσω telemedicine/e-health, τηλεπικοινωνίας με άλλα μέλη της οικογένειας και κοινωνικούς φορείς ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ κλπ μέσω skype/zoom), ανάδειξη νέων επαγγελματιών-πλοηγών στην κοινότητα που θα διασυνδέουν τον ηλικιωμένο με δομές και φορείς υγείας εξωτερικών ιατρείων ΤΟΜΥ, νοσοκομείων κλπ (μοντέλο integrated care) ΚΑ.12
- This is the most important question but it cannot really be answered unless you define social services ΚΑ.10

μείωση απωλειών και ενίσχυση ψυχοκοινωνικής

ενίσχυση θετικών

ενίσχυση δικτύων, φυσική και ψυχική υγεία

ενίσχυση υγείας, λειτουργικότητας, συμμετοχής

ολιστικά

εργοθεραπεία, ψηφιακή τεχνολογία, εκπαίδευση τεχνολογία, διασύνδεση υπηρεσιών

καθορισμός κοινωνικών υπηρεσιών

- Με τις αρχές υγείας, συμμετοχής και ασφάλειας ΚΑ.3

Αποτύπωση λειτουργικότητας ατόμου

- Διερευνώντας το επίπεδο της λειτουργικότητας που έχει το ηλικιωμένο άτομο ΚΑ.7
- Στη λειτουργικότητα του ατόμου και όχι στους περιορισμούς του μόνο ΚΑ.11

Μείωση απωλειών και ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης

- Σημαντικό όχι μόνο να εξετάσουμε προσεγγίσεις που βελτιώνουν τις απώλειες που συνδέονται με τη μεγαλύτερη ηλικία, αλλά και εκείνες που μπορεί να ενισχύσουν την ανάκαμψη, την προσαρμογή και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη (WHO, 2015). ΚΑ.3

Ενδυνάμωση ατόμου (υγείας φυσικής, ψυχικής, συμμετοχής, θετικών σημείων)

- Αναζητώντας τρόπους ενίσχυσης των θετικών σημείων και ελαχιστοποίησης των αρνητικών ΚΑ.7

Ενίσχυση κοινωνικών δικτύων

- Δράσεις ενίσχυσης των κοινωνικών δικτύων. Υποστήριξη της φυσικής τους κατάστασης, της ψυχολογικής τους υγείας κ.ά. ΚΑ.8

Αξιολόγηση

- Σε κάθε ενέργεια που σχεδιάζεται, θα πρέπει να υπάρχει ως κριτήριο αξιολόγησης αν και κατά πόσο η ενέργεια, η δράση, η παρέμβαση ή το πρόγραμμα θα συμβάλει στην υγιή γήρανση του πληθυσμού. ΚΑ1

Καθορισμός κοινωνικών υπηρεσιών

This is the most important question but it cannot really be answered unless you define social services ΚΑ.10

Ολιστική προσέγγιση με τη χρήση ψηφιακής τεχνολογίας και ανάπτυξη παρεμβάσεων εξατομικευμένων

- Integrative team planning ΚΑ.10
- Μέσα από διοργάνωση και ανάπτυξη παρεμβάσεων ergoθεραπευτών στο χώρο κατοικίας των ηλικιωμένων, επιστημόνων ψηφιακής τεχνολογίας για εκπαίδευση των

			ηλικιωμένων σε σύγχρονες τεχνολογίες και μέσα κοινωνικής δικτύωσης (internet, παρακολούθησης θεμάτων υγείας τους μέσω telemedicine/e-healthH, τηλεπικοινωνίας με άλλα μέλη της οικογένειας και κοινωνικούς φορείς ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ κλπ μέσω skype/zoom), ανάδειξη νέω επαγγελματιών-πλοηγών στην κοινότητα που θα διασυνδέουν τον ηλικιωμένο με δομές και φορείς υγείας εξωτερικών ιατρείων TOMY, νοσοκομείων κλπ (μοντέλο integrated care) KA.12
Υποκατηγορία	Ιδιότητες	Διαστάσεις	
<p>Παρεχόμενες υπηρεσίες για ολοκληρωμένη φροντίδα στο ζευγάρι ηλικιωμένων (τι θα έπρεπε να κάνουν)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Σειρά υπηρεσιών στο σπίτι KA.1 KA¹- φυσικοθεραπεία, προσωπική υγιεινή, επίβλεψη για τη λήψη των φαρμάκων της, διατροφή αδυνατίσματος KA.1 ΚΟΣ²- ασκήσεις ενίσχυσης μνήμης, πιθανή φαρμακοθεραπεία, ψυχολογική ενίσχυση KA.1 ΔΥΟ³- οργάνωση ασφαλούς χώρου διαβίωσης, ψώνια, καθαριότητα του σπιτιού, προετοιμασία γευμάτων, πληρωμή λογαριασμών, συντροφιά και επικοινωνία με τα αγαπημένα τους πρόσωπα KA.1 Πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι KA2 	<p>Η πλειοψηφία των 11 συμμετοχόντων έδωσαν αναλυτικές απαντήσεις εκτός από τον KA10</p> <p>κατ'οίκον απλή λειτουργικότητα</p> <p>ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις/ φαρμάκα απλή λειτουργικότητα διασύνδεση με οικογένεια</p>	<p><u>Παρεμβάσεις με στόχο τη βελτίωση της απλής λειτουργικότητας με ψυχοκοινωνικές και ιατρικές παρεμβάσεις</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Σειρά υπηρεσιών στο σπίτι KA.1 KA⁴- φυσικοθεραπεία, προσωπική υγιεινή, επίβλεψη για τη λήψη των φαρμάκων της, διατροφή αδυνατίσματος KA.1 ΚΟΣ⁵- ασκήσεις ενίσχυσης μνήμης, πιθανή φαρμακοθεραπεία, ψυχολογική ενίσχυση KA.1 ΔΥΟ⁶- οργάνωση ασφαλούς χώρου διαβίωσης, ψώνια, καθαριότητα του σπιτιού, προετοιμασία γευμάτων, πληρωμή λογαριασμών, συντροφιά και επικοινωνία με τα αγαπημένα τους πρόσωπα KA.1 KA-Βοήθεια στις οικιακές εργασίες, στο μαγείρεμα (προετοιμασία φαγητού, βοήθεια στο σερβίρισμα και μάζεμα

¹ KA=κυρία

² ΚΟΣ=κύριος

³ ΔΥΟ=για το ζευγάρι

⁴ KA=κυρία

⁵ ΚΟΣ=κύριος

⁶ ΔΥΟ=για το ζευγάρι

<ul style="list-style-type: none"> • ΚΑ-Βοήθεια στις οικιακές εργασίες, στο μαγείρεμα (προετοιμασία φαγητού, βοήθεια στο σερβίρισμα και μάζεμα των πιάτων), στα ψώνια, στη συνταγογράφηση, στην καθημερινή υγιεινή, φυσικοθεραπεία για λίγο διάστημα ΚΑ.3 • ΚΟΣ- καθώς θα εξελίσσεται η άνοια υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης, παρακολούθηση από ψυχίατρο για την εξέλιξη της άνοιας και τη ρύθμιση της ΦΑ για την αντιμετώπιση και των προβλημάτων άγχους ΚΑ.3 • ΔΥΟ- ιατρική παρακολούθηση και των δυο ΚΑ.3 • Κοινωνικο-υποστηρικτικές υπηρεσίες από δημοτική ΚΥ, ΒΣΣ, ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ (ανάλογα με τις πηγές της κοινότητας). Υπηρεσίες φροντίδας υγείας από ΠΙ ή ΚΥ. ΚΑ4 • Κινητοποίηση γειτονιάς, εθελοντικών ομάδων αλληλεγγύης. Δικτύωση με τοπικούς φορείς (συλλόγο στήριξης ασθενών και φροντιστών ασθενών με ν. Alzheimer, συμμετοχή σε ομάδα αλληλοβοήθειας) ΚΑ4 • Κατ'οίκον επίσκεψη με συστηματικό τρόπο από πολλούς και διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας και βοηθητικό προσωπικό: Νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών, κοινωνικοί λειτουργοί, ιατροί, φυσικοθεραπευτές, προσωπικό για βοήθεια με το σπίτι ΚΑ5 • ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ, ΟΙΚΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ, ΨΩΝΙΑ ΚΑ6 • Χρειάζονται βοήθεια με τα ψώνια, την καθαριότητα και το μαγείρεμα. ΕΠΪΣΗΣ, κάποιος απο τα παιδιά τους να βοηθήσει στη διαχείριση των οικονομικών και των λογαριασμών ΚΑ7 • ΚΑ-Βοηθό για τις ανάγκες της συζύγου ΚΑ8 • ΚΟΣ- Φυσιοθεραπεία, μεταφορά σε υπηρεσίες για την υποστήριξη της νοητικής/γνωστικής λειτουργικότητάς του - ΚΗΦΗ ΚΑ8 • Οικιακή βοηθό σε καθημερινή βάση (formal caregiver) - συνεργασία παιδιών (informal caregiver). Επισκέψεις από το 	<p>δομή και όχι υπηρεσίες</p> <p>απλή λειτουργικότητα</p> <p>ιατρικές παρεμβάσεις</p> <p>ιατρική παρακολούθηση</p> <p>επίσημες και ανεπίσημες δομές και όχι υπηρεσίες – κατ' οίκον και κεντρικές δομές</p> <p>κατ' οίκον διεπιστημονικά</p> <p>κατ' οίκον διεπιστημονικά + απλή λειτουργικότητα</p> <p>κατ' οίκον απλής λειτουργικότητας, ανάληψη ευθυνών από παιδιά</p>	<p>των πιάτων), στα ψώνια, στη συνταγογράφηση, στην καθημερινή υγιεινή, φυσικοθεραπεία για λίγο διάστημα ΚΑ.3</p> <ul style="list-style-type: none"> • ΚΟΣ- καθώς θα εξελίσσεται η άνοια υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης, παρακολούθηση από ψυχίατρο για την εξέλιξη της άνοιας και τη ρύθμιση της ΦΑ για την αντιμετώπιση και των προβλημάτων άγχους ΚΑ.3 • ΔΥΟ- ιατρική παρακολούθηση και των δυο ΚΑ.3 • ΚΑ-Βοηθό για τις ανάγκες της συζύγου ΚΑ8 • ΚΟΣ- Φυσιοθεραπεία, μεταφορά σε υπηρεσίες για την υποστήριξη της νοητικής/γνωστικής λειτουργικότητάς του - ΚΗΦΗ ΚΑ8 • ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ, ΟΙΚΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ, ΨΩΝΙΑ ΚΑ6 • Φροντίδα θεμάτων υγείας (λήψη φαρμάκων, θεραπείες), ατομική υγιεινή, οικιακή φροντίδα (καθαριότητα, μαγείρεμα, ψώνια), θεραπείες ΚΑ11 • Χρειάζονται βοήθεια με τα ψώνια, την καθαριότητα και το μαγείρεμα. ΚΑ7 • κάποια κυρία που θα βοηθάει το πρωί με την καθαριότητα και την παρασκευή του φαγητού και θα επιβλέπει την κατάσταση σε καθημερινή βάση ΚΑ12 <p><u>Διεπιστημονική προσέγγιση/Δικτύωση</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Κοινωνικο-υποστηρικτικές υπηρεσίες από δημοτική ΚΥ, ΒΣΣ, ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ (ανάλογα με τις πηγές της κοινότητας). Υπηρεσίες φροντίδας υγείας από ΠΙ ή ΚΥ. ΚΑ4 • Κινητοποίηση γειτονιάς, εθελοντικών ομάδων αλληλεγγύης. Δικτύωση με τοπικούς φορείς (συλλόγο στήριξης ασθενών και φροντιστών ασθενών με ν. Alzheimer, συμμετοχή σε ομάδα αλληλοβοήθειας) ΚΑ4 • Κατ'οίκον επίσκεψη με συστηματικό τρόπο από πολλούς και διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας και βοηθητικό προσωπικό: Νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών, κοινωνικοί λειτουργοί, ιατροί, φυσικοθεραπευτές, προσωπικό για βοήθεια με το σπίτι ΚΑ5 <p><u>Δομή και όχι υπηρεσίες</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι ΚΑ2 <p><u>Συνεργασία με οικογένεια και ανάληψη φροντίδας από</u></p>
---	--	--

	<p>Βοήθεια στο σπίτι (βοήθεια / επίβλεψη για λήψη φαρμάκων). Συνεργασία οικογένειας και επαγγελματιών υγείας (πχ Κ.Λ./Ψυχολόγο) για την μεγιστοποίηση της ασφάλειας του σπιτιού. Σε όλες τις περιπτώσεις πρέπει να υπάρξει η συνεργασία της οικογένειας για την κάλυψη των αναγκών της συζύγου, αλλά και για το σύζυγο. Ψυχοκοινωνική υποστήριξη των συζύγων και των παιδιών τους (για το burden) και κυρίως της κόρης που θα επωμιστεί το μεγαλύτερο βάρος (52 ετών).KA8</p> <ul style="list-style-type: none"> • Υπηρεσίες αποκατάστασης και βελτίωσης της λειτουργικότητας (φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία), βοηθό σε καθημερινή βάση για την υποστήριξη της κινητικότητας στο σπίτι, οικογενειακό φροντιστή για τις καθημερινές δουλειές του σπιτιού και το μαγείρεμα, τακτικές επισκέψεις (νοσηλεύτη ή κοινωνικού λειτουργού) για την επίβλεψη της λήψης των φαρμάκων, οργάνωση του περιβάλλοντος στο σπίτι προκειμένου να προληφθούν πτώσεις ή άλλα ατυχήματα (κοινωνικός λειτουργός σε συνδυασμό με την οικογένεια). Ψυχοκοινωνική υποστήριξη του συζύγου με άνοια και της συζύγου, καθώς θα είναι απομονωμένοι στο σπίτι εκ των πραγμάτων, αλλά και της οικογένειας, κυρίως της 52χρονης κόρης που θα έχει το μεγαλύτερο βάρος της φροντίδας. Όλα τα παραπάνω σε συνεργασία με την οικογένεια και ενδεχομένως και τα άλλα άτυπα δίκτυα φροντίδας (γείτονες, φίλοι κλπ). KA9 • Φροντίδα θεμάτων υγείας (λήψη φαρμάκων, θεραπείες), ατομική υγιεινή, οικιακή φροντίδα (καθαριότητα, μαγείρεμα, ψώνια), θεραπείες KA11 • KA- Εργοθεραπευτής που θα τροποποιήσει λίγο το περιβάλλον του σπιτιού για αποφυγή νέων πτώσεων της κυρίας και διευκόλυνσης έγερσης της από το κρεβάτι, κομό για την υγιεινή της κλπ, κάποια κυρία που θα βοηθάει το πρωί με την καθαριότητα και την παρασκευή του φαγητού και θα επιβλέπει την κατάσταση σε καθημερινή βάση KA12 • ΚΟΣ- ίσως κάποιος ψυχολόγος που θα ησυχάσει λίγο τις αγωνίες του συζύγου KA12 	<p>Κατ'οίκον Δομές</p> <p>Συνεργασία με οικογένεια και επαγγελματίες υγείας Ψυχοκοινωνική φροντίδα φροντιστών</p> <p>Πολλές από τις υπηρεσίες περιγράφονται ήδη παραπάνω.</p> <p>αποκατάσταση, απλή λειτουργικότητα κατ'οίκον δομές</p> <p>συνεργασία με οικογένεια φροντίδα φροντιστών άτυπα δίκτυα φροντίδας</p> <p>παρακολούθηση αγωγής και θεραπείας, κατ'οίκον, απλή λειτουργικότητα</p>	<p><u>οικογένεια/παιδιά και υπηρεσίες υγείας</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Οικιακή βοηθό σε καθημερινή βάση (formal caregiver) - συνεργασία παιδιών (informal caregiver). Επισκέψεις από το Βοήθεια στο σπίτι (βοήθεια / επίβλεψη για λήψη φαρμάκων). Συνεργασία οικογένειας και επαγγελματιών υγείας (πχ Κ.Λ./Ψυχολόγο) για την μεγιστοποίηση της ασφάλειας του σπιτιού. Σε όλες τις περιπτώσεις πρέπει να υπάρξει η συνεργασία της οικογένειας για την κάλυψη των αναγκών της συζύγου, αλλά και για το σύζυγο. Ψυχοκοινωνική υποστήριξη των συζύγων και των παιδιών τους (για το burden) και κυρίως της κόρης που θα επωμιστεί το μεγαλύτερο βάρος (52 ετών).KA8 • Υπηρεσίες αποκατάστασης και βελτίωσης της λειτουργικότητας (φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία), βοηθό σε καθημερινή βάση για την υποστήριξη της κινητικότητας στο σπίτι, οικογενειακό φροντιστή για τις καθημερινές δουλειές του σπιτιού και το μαγείρεμα, τακτικές επισκέψεις (νοσηλεύτη ή κοινωνικού λειτουργού) για την επίβλεψη της λήψης των φαρμάκων, οργάνωση του περιβάλλοντος στο σπίτι προκειμένου να προληφθούν πτώσεις ή άλλα ατυχήματα (κοινωνικός λειτουργός σε συνδυασμό με την οικογένεια). Ψυχοκοινωνική υποστήριξη του συζύγου με άνοια και της συζύγου, καθώς θα είναι απομονωμένοι στο σπίτι εκ των πραγμάτων, αλλά και της οικογένειας, κυρίως της 52χρονης κόρης που θα έχει το μεγαλύτερο βάρος της φροντίδας. Όλα τα παραπάνω σε συνεργασία με την οικογένεια και ενδεχομένως και τα άλλα άτυπα δίκτυα φροντίδας (γείτονες, φίλοι κλπ). KA9 • ΕΠΪΣΗΣ, κάποιος απο τα παιδιά τους να βοηθήσει στη διαχείριση των οικονομικών και των λογαριασμών KA7 <p><u>Παρεμβάσεις κτιριακές</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • KA- Εργοθεραπευτής που θα τροποποιήσει λίγο το περιβάλλον του σπιτιού για αποφυγή νέων πτώσεων της κυρίας και διευκόλυνσης έγερσης της από το κρεβάτι, κομό για την υγιεινή της κλπ, KA12 <p><u>Ψυχολογική στήριξη</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ΚΟΣ- ίσως κάποιος ψυχολόγος που θα ησυχάσει λίγο τις αγωνίες του συζύγου KA12
--	--	--	--

		<p>κτιριακές παρεμβάσεις απλή λειτουργικότητα</p> <p>ψυχολογική υποστήριξη</p>	
<p><i>Πραγματικές υπηρεσίες που παρέχονται στο ζευγάρι από τις δομές (τι κάνουν πραγματικά)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Πολυεπίπεδη διερεύνηση κι αξιολόγηση προβλημάτων κι αναγκών οικογένειας (KA2) • Έλεγχος και προσπάθεια εξασφάλισης αποδεκτών συνθηκών διαβίωσης(KA2) • Κοινωνική υποστήριξη (KA2) • βοήθεια στο σπίτι (KA2) • Μερικώς νοσηλεία και οικιακή φροντίδα (KA11) <ul style="list-style-type: none"> • Θεωρώ ότι μπορεί να παρέχονται οι προαναφερόμενες υπηρεσίες από τις παραπάνω δομές, <u>αν και όχι όλες στη πραγματικότητα (αναλόγως και των κοινωνικο-δημογραφικών συνθηκών και των πόρων/πηγών κοινότητας).</u> (KA4) • Όσο γνωρίζω οι υπηρεσίες παρέχονται αποσπασματικά και <u>εξαρτώνται πολύ από αυτούς που θα τις παρέχουν, τη στελέχωση της κάθε υπηρεσίας,</u> (KA5) • Το "βοήθεια στο σπίτι" παρέχει στήριξη (KA7) • Παρέχονται όλες σχεδόν αλλά από διαφορετικές υπηρεσίες, τις οποίες πρέπει κανείς να τις αναζητήσει. Θα έπρεπε να υπάρχει μία δομή που να παρέχει όλες τις υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες. Συντονισμός (KA8) • Αρκετές από τις παραπάνω υπηρεσίες παρέχονται από τις δομές μεμονωμένα ή και αλληλοσυμπληρώνονται. (KA9) • το ΚΗΦΗ θα μπορούσε να παρέχει ανακουφιστική φροντίδα στην οικογένεια με την ημερήσια φιλοξενία του ηλικιωμένου με άνοια, και υπηρεσίες ατομικής φροντίδας, πλύσιμο ρούχων κλπ. (KA9) Το Βοήθεια στο Σπίτι να παρέχει τις υπηρεσίες από τις παραπάνω που αναφέρονται στην υποστήριξη στο σπίτι (φάρμακα, εποπτεία χώρου, ψυχοκοινωνική στήριξη, έλεγχος προβλημάτων λειτουργικότητας, συστηματική παρακολούθηση και υποστήριξη 	<p>Η παροχή υπηρεσιών εξαρτάται από:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ τις πηγές της κοινότητας, ✓ τη στελέχωση της υπηρεσίας <p>Αποσπασματικότητα στην παροχή υπηρεσιών</p> <p>ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ</p> <p>Παροχή υπηρεσιών από διαφορετικές υπηρεσίες</p> <p>Μη συντονισμός υπηρεσιών</p> <p>Έλλειψη συντονισμού, αλληλοκάλυψη υπηρεσιών</p> <p>ΚΗΦΗ (ανακουφιστική</p>	<p><u>Παρεχόμενες υπηρεσίες</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Πολυεπίπεδη διερεύνηση κι αξιολόγηση προβλημάτων κι αναγκών οικογένειας (KA2) ✓ Έλεγχος και προσπάθεια εξασφάλισης αποδεκτών συνθηκών διαβίωσης(KA2) ✓ Κοινωνική υποστήριξη (KA2) ✓ Μερικώς νοσηλεία και οικιακή φροντίδα (KA11) ✓ φροντίδα του σπιτιού, (KA3) ✓ την ατομική υγιεινή σε καθημερινή βάση(KA3) ✓ Πιθανόν η ελαφριά καθαριότητα (όχι σε καθημερινή βάση), . (KA1) ✓ πιθανόν η λήψη φαρμάκων αν είναι την ίδια ώρα καθημερινά, . (KA1) ✓ πιθανόν τα ψώνια, ψυχολογική υποστήριξη. (KA1) <p><u>Η παροχή υπηρεσιών εξαρτάται από:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ τις πηγές της κοινότητας και τις κοινωνικό – δημογραφικές συνθήκες <p>Θεωρώ ότι μπορεί να παρέχονται οι προαναφερόμενες υπηρεσίες από τις παραπάνω δομές, <u>αν και όχι όλες στη πραγματικότητα (αναλόγως και των κοινωνικο-δημογραφικών συνθηκών και των πόρων/πηγών κοινότητας).</u> (KA4)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ τη στελέχωση της υπηρεσίας <p>Όσο γνωρίζω οι υπηρεσίες παρέχονται αποσπασματικά και <u>εξαρτώνται πολύ από αυτούς που θα τις παρέχουν, τη στελέχωση της κάθε υπηρεσίας,</u> (KA5)</p> <p><u>Παράγοντες που επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Μη συντονισμός υπηρεσιών

	<p>του ζευγαριού στο χώρο που ζει). (KA9) Το ΚΑΠΗ να παρέχει υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης στο άτομο με άνοια για να προληφθεί περαιτέρω χειροτέρευση της γνωστικής του λειτουργίας κλπ.(KA9)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Από το πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι παρέχονται αρκετές από τις παραπάνω υπηρεσίες αλλά θα έπρεπε σε καθημερινή βάση. (KA3) <p>Υπηρεσίες που παρέχονται:</p> <ul style="list-style-type: none"> • φροντίδα του σπιτιού, (KA3) • την ατομική υγιεινή σε καθημερινή βάση(KA3) • Μερικώς νοσηλεία και οικιακή φροντίδα (KA11) <ul style="list-style-type: none"> • Οι δομές μπορούν να προσφέρουν τις προαναφερθείσες υπηρεσίες αλλά περιστασιακά. (KA6) • Πιθανόν η ελαφριά καθαριότητα (όχι σε καθημερινή βάση), . (KA1) • πιθανόν η λήψη φαρμάκων αν είναι την ίδια ώρα καθημερινά, . (KA1) • πιθανόν τα ψώνια, ψυχολογική υποστήριξη. (KA1) • Από το ΚΑΠΗ θα μπορούσε να δέχεται ο σύζυγος υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης και δημιουργικής απασχόλησης(KA3) • το μαγείρεμα, δεν παρέχεται από κάποια υπηρεσία. (KA3) 	<p>φροντίδα)</p> <p>ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ</p> <p>ΚΑΠΗ (υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης)</p> <p>Αναγκαιότητα καθημερινής παροχής υπηρεσιών</p> <p>Τις προσφέρουν αλλά περιστασιακά</p> <p>Απλή λειτουργικότητα</p> <p>Ψυχολογική στήριξη</p> <p>ΚΑΠΗ (υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης)</p>	<p>Παρέχονται όλες σχεδόν αλλά από διαφορετικές υπηρεσίες, τις οποίες πρέπει κανείς να τις αναζητήσει. Θα έπρεπε να υπάρχει μία δομή που να παρέχει όλες τις υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες. Συντονισμός (KA8)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ αλληλοκάλυψη υπηρεσιών Αρκετές από τις παραπάνω υπηρεσίες παρέχονται από τις δομές μεμονωμένα ή και αλληλοσυμπληρώνονται. (KA9) ✓ Αναγκαιότητα καθημερινής παροχής υπηρεσιών Από το πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι παρέχονται αρκετές από τις παραπάνω υπηρεσίες αλλά θα έπρεπε σε καθημερινή βάση. (KA3) ✓ Περιστασιακή παροχή υπηρεσιών Οι δομές μπορούν να προσφέρουν τις προαναφερθείσες υπηρεσίες αλλά περιστασιακά. (KA6) <p>Πρόταση για συνεργασία δομών με προτεινόμενα:</p> <p>⇒ το ΚΗΦΗ θα μπορούσε να παρέχει ανακουφιστική φροντίδα στην οικογένεια με την ημερήσια φιλοξενία του ηλικιωμένου με άνοια, και υπηρεσίες ατομικής φροντίδας, πλύσιμο ρούχων κλπ. (KA9)</p> <p>⇒ Το Βοήθεια στο Σπίτι να παρέχει τις υπηρεσίες από τις παραπάνω που αναφέρονται στην υποστήριξη στο σπίτι (φάρμακα, εποπτεία χώρου, ψυχοκοινωνική στήριξη, έλεγχος προβλημάτων λειτουργικότητας, συστηματική παρακολούθηση και υποστήριξη του ζευγαριού στο χώρο που ζει). (KA9)</p> <p>⇒ Το ΚΑΠΗ να παρέχει υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης στο άτομο με άνοια για να προληφθεί περαιτέρω χειροτέρευση της γνωστικής του λειτουργίας κλπ.(KA9)</p>

<p>Εξατομικευμένη εκτίμηση των αναγκών της συζύγου. Θα πραγματοποιηθεί;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ναι, πρέπει να εκτιμηθούν ξεχωριστά οι ανάγκες κάθε μέλους, αλλά και οι ανάγκες τους ως ζευγάρι που συνοικούν. (ΚΑ.1) • Ναι (ΚΑ.2) • Ναι (ΚΑ.3) • Θα έπρεπε να εκτιμηθούν ξεχωριστά οι ανάγκες της συζύγου (ΚΑ.4.) • Θα έπρεπε να γίνει ατομική και οικογενειακή αξιολόγηση (ΚΑ.6) • Συνήθως οι εκάστοτε υπηρεσίες αξιολογούν τις ανάγκες ατομικά και λιγότερο συνολικά. Εξαρτάται βέβαια και από το είδος της δομής. (ΚΑ.8) • θα εκτιμηθούν ίσως από τον κοινωνικό λειτουργό του νοσοκομείου που θα προτείνει ίσως κάποιες λύσεις στα παιδιά του ζευγαριού και ίσως να επικοινωνούσε με τον κοινωνικό λειτουργό του ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ για λίγη βοήθεια και επίσκεψη από το ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ της περιοχής αν υπάρχει (ΚΑ.12) • Κανονικά θα πρέπει να εκτιμηθούν εξατομικευμένα οι ανάγκες για το κάθε άτομο ξεχωριστά, αλλά και για το ζευγάρι συνολικά. Δε γνωρίζω όμως τι κάνουν οι συγκεκριμένες δομές στην πράξη. (ΚΑ.9) • Informal caregivers are not just the husbands but all unpaid informal caregivers who need real support and training (ΚΑ10) • ΤΔεν μπορώ να έχω άποψη (ΚΑ11) • Όχι, αλλά θα έπρεπε να το κάνουν. (ΚΑ.5) • Μάλλον όχι - θεωρώ το σωστό είναι να παρέχουν συνολική στήριξη (ΚΑ.7) 	<p>1 άτομο (ΚΑ11) από την ομάδα επέλεξε να μην απαντήσει καθώς δεν δύναται να έχει άποψη.</p> <p>Αξιολόγηση ατομική και οικογενειακή</p> <p>Εξαρτάται από τη δομή</p> <p>Ενδυνάμωση φροντιστών</p> <p>Μη εκτίμηση των αναγκών της συζύγου</p>	<p>Εξατομικευμένη αξιολόγηση</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ναι, πρέπει να εκτιμηθούν ξεχωριστά οι ανάγκες κάθε μέλους, αλλά και οι ανάγκες τους ως ζευγάρι που συνοικούν. (ΚΑ.1) • Ναι (ΚΑ.2) • Ναι (ΚΑ.3) • Θα έπρεπε να εκτιμηθούν ξεχωριστά οι ανάγκες της συζύγου (ΚΑ.4.) • Θα έπρεπε να γίνει ατομική και οικογενειακή αξιολόγηση (ΚΑ.6) • θα εκτιμηθούν ίσως από τον κοινωνικό λειτουργό του νοσοκομείου (ΚΑ12) με συνεργασία με δομές της κοινότητας • που θα προτείνει ίσως κάποιες λύσεις στα παιδιά του ζευγαριού και ίσως να επικοινωνούσε με τον κοινωνικό λειτουργό του ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ για λίγη βοήθεια και επίσκεψη από το ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ της περιοχής αν υπάρχει (ΚΑ.12) <p>Εξαρτάται από τη δομή</p> <ul style="list-style-type: none"> • Συνήθως οι εκάστοτε υπηρεσίες αξιολογούν τις ανάγκες ατομικά και λιγότερο συνολικά. Εξαρτάται βέβαια και από το είδος της δομής. (ΚΑ.8) <p>Σημαντική η ενδυνάμωση των φροντιστών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informal caregivers are not just the husbands but all unpaid informal caregivers who need real support and training (ΚΑ10) <p>Δεν θα εκτιμηθούν οι ανάγκες</p> <ul style="list-style-type: none"> • Όχι, αλλά θα έπρεπε να το κάνουν. (ΚΑ.5) • Μάλλον όχι - θεωρώ το σωστό είναι να παρέχουν συνολική στήριξη (ΚΑ.7)
<p>Συνολική εκτίμηση των αναγκών όλων των μελών της οικογένειας Θα</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ναι πρέπει να εκτιμηθούν και οι ανάγκες των άλλων μελών, προκειμένου να εκτιμήσει ο ΚΛ ποια από τα μέλη της οικογένειας μπορούν να αναλάβουν μέρος της φροντίδας του ζευγαριού. (ΚΑ.1) • Σε μεγάλο βαθμό (ΚΑ.2) • Ναι (ΚΑ.3) 	<p>Η πλειοψηφία των 11 συμμετεχόντων απάντησαν εκτός έναν που δεν απάντησε(ΚΑ10)</p>	<p>Συνολική εκτίμηση των αναγκών των μελών της οικογένειας</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ναι πρέπει να εκτιμηθούν και οι ανάγκες των άλλων μελών, προκειμένου να εκτιμήσει ο ΚΛ ποια από τα μέλη της οικογένειας μπορούν να αναλάβουν μέρος της φροντίδας του ζευγαριού. (ΚΑ.1) • Σε μεγάλο βαθμό (ΚΑ.2) • Ναι (ΚΑ.3)

<p>πραγματοποιηθεί;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Οι δομές θα πρέπει να εκτιμήσουν και τις ανάγκες των άλλων μελών της οικογένειας. (ΚΑ.4) • Όχι, αλλά θα έπρεπε να το κάνουν. (ΚΑ.5) • Θα έπρεπε. Στην πραγματικότητα ίσως. (ΚΑ.6) • Αμφιβάλλω! (ΚΑ.7) • Από όσο γνωρίζω όχι, καθώς δεν υπάρχει συντονισμός και διασύνδεση των υπηρεσιών. (ΚΑ.8) • Νομίζω όχι (ΚΑ.11) • δεν ξέρω αν υπάρχει ο χρόνος (ΚΑ.12) • Εάν λειτουργήσουν ολιστικά και σύμφωνα με τις αρχές και τους σκοπούς λειτουργίας της κάθε δομής θα πρέπει να το κάνουν οπωσδήποτε. Δε γνωρίζω όμως αν το κάνουν!!! Πιστεύω ότι εξαρτάται και από το προσωπικό της κάθε δομής. Τον επαγγελματισμό του, και άλλους παράγοντες. (ΚΑ.9) 	<p>Απουσία συντονισμού και διασύνδεσης των υπηρεσιών</p> <p>Προσωπικό, επαγγελματισμός και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν την εκτίμηση και τον σχεδιασμό των παρεμβάσεων</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Οι δομές θα πρέπει να εκτιμήσουν και τις ανάγκες των άλλων μελών της οικογένειας. (ΚΑ.4) • Όχι, αλλά θα έπρεπε να το κάνουν. (ΚΑ.5) • Θα έπρεπε. Στην πραγματικότητα ίσως. (ΚΑ.6) • Αμφιβάλλω! (ΚΑ.7) • Νομίζω όχι (ΚΑ.11) • Από όσο γνωρίζω όχι, καθώς δεν υπάρχει συντονισμός και διασύνδεση των υπηρεσιών. (ΚΑ.8) • δεν ξέρω αν υπάρχει ο χρόνος (ΚΑ.12) <p><u>Δεν θα πραγματοποιηθεί εκτίμηση των αναγκών των μελών της οικογένειας</u></p> <p><u>Δεν θα πραγματοποιηθεί λόγω απουσίας συντονισμού και έλλειψης χρόνου</u></p> <p><u>Εξαρτάται από τη δομή</u></p> <p>Εάν λειτουργήσουν ολιστικά και σύμφωνα με τις αρχές και τους σκοπούς λειτουργίας της κάθε δομής θα πρέπει να το κάνουν οπωσδήποτε. Δε γνωρίζω όμως αν το κάνουν!!! Πιστεύω ότι εξαρτάται και από το προσωπικό της κάθε δομής. Τον επαγγελματισμό του, και άλλους παράγοντες. (ΚΑ.9)</p>
<p>Καταγραφή των αναγκών του ζευγαριού που θα καλυφθούν από τις δομές Θα πραγματοποιηθεί;</p> <p>Για ποιες ανάγκες τους θα χρειαστεί εύρεση άλλων λύσεων;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Συνταγογράφηση, ιατρική παρακολούθηση, μερική βοήθεια στις οικιακές εργασίες, θα μπορούσε να καλυφθεί από τις υπηρεσίες. (ΚΑ.3) • Επιπλέον από το ΚΑΠΗ θα μπορούσε ο σύζυγος να δεχτεί υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης Για τα ψώνια, τη φροντίδα του σπιτιού, την ατομική υγιεινή σε καθημερινή βάση, το μαγείρεμα, (ΚΑ.3) • Υγιεινή φροντίδα, ψώνια, λήψη φαρμάκων (ΚΑ.11) • Θα προσφερθεί νοσηλευτική υπηρεσία και ίσως ψώνια, φροντίδα οικίας για καθημερινή φροντίδα, ατομική υγιεινή και φροντίδα του συζύγου λόγω άνοιας (ασκήσεις νοητικής ενδυνάμωσης).Θα χρειαστούν άλλες υπηρεσίες. (ΚΑ.6) • Μάλλον θα υπάρχει βοήθεια με τα βασικά: Ψώνια, καθαριότητα (ΚΑ.7) • Οι ανάγκες που αφορούν στη κοινωνική τους υποστήριξη και πιθανά και οι υγειονομικές τους ανάγκες. Για το μίσθωμα της φροντίδας του ηλικιωμένου κυρίου, την κινητοποίηση και 	<p>Παροχή βασικών υπηρεσιών από το ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ</p> <p>Αναγκαιότητα εμπλοκής και άλλων υπηρεσιών</p> <p>Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις</p> <p>Απλη λειτουργικότητα</p> <p>Συνεργασία με οικογένεια και</p>	<p><u>ΠΑΡΟΧΗ ΒΑΣΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Συνταγογράφηση, ιατρική παρακολούθηση, μερική βοήθεια στις οικιακές εργασίες, θα μπορούσε να καλυφθεί από τις υπηρεσίες. (ΚΑ.3) • Υγιεινή φροντίδα, ψώνια, λήψη φαρμάκων (ΚΑ.11) • Θα προσφερθεί νοσηλευτική υπηρεσία και ίσως ψώνια, φροντίδα οικίας για καθημερινή φροντίδα, ατομική υγιεινή και φροντίδα του συζύγου λόγω άνοιας (ασκήσεις νοητικής ενδυνάμωσης).Θα χρειαστούν άλλες υπηρεσίες. (ΚΑ.6) • Μάλλον θα υπάρχει βοήθεια με τα βασικά: Ψώνια, καθαριότητα (ΚΑ.7) • Οι ανάγκες που αφορούν στη κοινωνική τους υποστήριξη και πιθανά και οι υγειονομικές τους ανάγκες. Για το μίσθωμα της φροντίδας του ηλικιωμένου κυρίου, την κινητοποίηση και εμπλοκή όλων των παιδιών στη φροντίδα του, τη συναισθηματική αποφόρτιση της συζύγου, τη δική της ιατρική βοήθεια (λήψη φαρμάκων, φυσιοθεραπείες;), διαμόρφωση σπιτιού να είναι πιο ασφαλές, οικιακή βοήθεια

	<p>εμπλοκή όλων των παιδιών στη φροντίδα του, τη συναισθηματική αποφόρτιση της συζύγου, τη δική της ιατρική βοήθεια (λήψη φαρμάκων, φυσιοθεραπείες;), διαμόρφωση σπιτιού να είναι πιο ασφαλές, οικιακή βοήθεια κ.ά. ανάγκες ίσως χρειαστεί εύρεση άλλων λύσεων.(ΚΑ.4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Στο σύνολο τους και απόλυτα, δεν νομίζω ότι θα καλυφθεί καμία από τις ανάγκες από τα υπάρχοντα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι. Επίσης φαίνεται ότι οι ίδιοι δεν μπορούν να πάνε στο ΚΑΠΗ της περιοχής τους, η κυρία λόγω του κινητικού προβλήματος και ο κύριος λόγω της άνοιας. Έτσι μεγάλο μέρος της φροντίδας πρέπει να αναλάβουν οι φροντιστές (είτε συγγενείς είτε ιδιώτες) (ΚΑ.1) • Θα αναφερθώ συνολικά στις υπάρχουσες πιθανές δομές. Πιστεύω ότι οι ανάγκες που αφορούν την κινητικότητα και την καθημερινή λειτουργικότητα της γυναίκας δεν θα μπορούν να υποστηριχτούν επαρκώς από τις δομές που παρέχουν τέτοιες υπηρεσίες (πχ το Βοήθεια στο Σπίτι), γιατί θα πρέπει να είναι κάποιος καθημερινά μαζί της και ο σύζυγος δεν θα μπορεί να τη βοηθήσει. (ΚΑ.9) • Οι άλλες ανάγκες σε μεγάλο βαθμό θα μπορούσαν να καλυφθούν από τις υπάρχουσες δομές. (ΚΑ.9) • Palliative care for chronic diseases not related just to cancer (ΚΑ.10) • Δεν υπάρχει μία δομή που να καλύπτει όλες τις ανάγκες (π.χ. καθημερινή βοήθεια για την φροντίδα της συζύγου). (ΚΑ.8) • δεν ξέρω αν υπάρχει ο χρόνος (ΚΑ.12) • ΘΑ ΧΡΕΙΑΣΤΟΥΝ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ (ΚΑ.6) • Όλες οι ανάγκες θα έπρεπε να καλύπτονται από τη δομή με σκοπό να σταματήσει η πολυδιάσπαση και ο κατακερματισμός των υπηρεσιών υγείας. One-stop shop. (ΚΑ.5) 	<p>επαγγελματίες υγείας</p> <p>Μη επαρκής κάλυψη αναγκών από δομές. Εμπόδια για παροχή υπηρεσιών από ΚΑΠΗ</p> <p>Μη δυνατότητα κάλυψης καθημερινής παροχής υπηρεσιών από δομές</p> <p>Μη ύπαρξη ενιαίας δομής</p> <p>Αναγκαιότητα ενιαίας δομής</p>	<p>κ.ά. ανάγκες ίσως χρειαστεί εύρεση άλλων λύσεων.(ΚΑ.4)</p> <p><u>Αναγκαιότητα εμπλοκής και άλλων υπηρεσιών</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Επιπλέον από το ΚΑΠΗ θα μπορούσε ο σύζυγος να δεχτεί υπηρεσίες νοητικής ενδυνάμωσης Για τα ψώνια, τη φροντίδα του σπιτιού, την ατομική υγιεινή σε καθημερινή βάση, το μαγείρεμα, (ΚΑ.3) • ΘΑ ΧΡΕΙΑΣΤΟΥΝ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ (ΚΑ.6) • Όλες οι ανάγκες θα έπρεπε να καλύπτονται από τη δομή με σκοπό να σταματήσει η πολυδιάσπαση και ο κατακερματισμός των υπηρεσιών υγείας. One-stop shop. (ΚΑ.5) • Οι άλλες ανάγκες σε μεγάλο βαθμό θα μπορούσαν να καλυφθούν από τις υπάρχουσες δομές. (ΚΑ.9) • Στο σύνολο τους και απόλυτα, δεν νομίζω ότι θα καλυφθεί καμία από τις ανάγκες από τα υπάρχοντα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι. Επίσης φαίνεται ότι οι ίδιοι δεν μπορούν να πάνε στο ΚΑΠΗ της περιοχής τους, η κυρία λόγω του κινητικού προβλήματος και ο κύριος λόγω της άνοιας. Έτσι μεγάλο μέρος της φροντίδας πρέπει να αναλάβουν οι φροντιστές (είτε συγγενείς είτε ιδιώτες) (ΚΑ.1) • Θα αναφερθώ συνολικά στις υπάρχουσες πιθανές δομές. Πιστεύω ότι οι ανάγκες που αφορούν την κινητικότητα και την καθημερινή λειτουργικότητα της γυναίκας δεν θα μπορούν να υποστηριχτούν επαρκώς από τις δομές που παρέχουν τέτοιες υπηρεσίες (πχ το Βοήθεια στο Σπίτι),φ γιατί θα πρέπει να είναι κάποιος καθημερινά μαζί της και ο σύζυγος δεν θα μπορεί να τη βοηθήσει. (ΚΑ.9) <p><u>Αναγκαιότητα ενιαίας δομής</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Δεν υπάρχει μία δομή που να καλύπτει όλες τις ανάγκες (π.χ. καθημερινή βοήθεια για την φροντίδα της συζύγου). (ΚΑ.8)
<p><i>Κάλυψη αναγκών από τις υπηρεσίες</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Θεωρώ ότι η εκάστοτε δομή θα επιχειρήσει να ανταποκριθεί στις ανάγκες αυτές μέσω των παρεχόμενων υπηρεσιών. (ΚΑ.4) • Πιθανόν ελαφριά καθαριότητα (όχι σε καθημερινή βάση), 	<p>Εξαρτάται από τη δομή</p> <p>Η απάντηση αυτή</p>	<p><u>ΠΑΡΟΧΗ ΒΑΣΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Πιθανόν ελαφριά καθαριότητα (όχι σε καθημερινή βάση), πιθανόν βοήθεια στη λήψη φαρμάκων, πιθανόν στα ψώνια,

<p>τους Οι υπηρεσίες που θα προσφερθούν από τη δομή θα καλύψουν τις παρακάτω ανάγκες τους:</p>	<p>πιθανόν βοήθεια στη λήψη φαρμάκων, πιθανόν στα ψώνια, ψυχολογική υποστήριξη, πιθανόν πρόγραμμα ενίσχυσης μνήμης. Πιθανόν βοήθεια από τον ΚΛ για τον συντονισμό της παροχής φροντίδας από το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι και τους φροντιστές . (ΚΑ.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Υγιεινή φροντίδα, ψώνια, λήψη φαρμάκων (ΚΑ.11) • Understanding the disease , respite care, social support(ΚΑ.10) • όχι όλες (ΚΑ.3) • Στην πράξη όχι. (ΚΑ.5) • ΚΑΠΟΙΕΣ ΝΑΙ. ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΟΛΕΣ (ΚΑ.6) <ul style="list-style-type: none"> • Η ερώτηση σεν είναι ολοκληρωμένη. Ποιες παρακάτω ανάγκες; (ΚΑ.7) • Ποια δομή; Ποιες παρακάτω ανάγκες; Συγγνώμη δεν καταλαβαίνω την ερώτηση. (ΚΑ.8) • Ποιά δομή; (ΚΑ.9) 	<p>ξαναδόθηκε στην ερώτηση για τις υπηρεσίες παρέχονται</p> <p>Δεν απάντησαν στην ερώτηση 3 άτομα καθώς δεν ήταν κατανοητή η ερώτηση</p>	<p>ψυχολογική υποστήριξη, πιθανόν πρόγραμμα ενίσχυσης μνήμης. Πιθανόν βοήθεια από τον ΚΛ για τον συντονισμό της παροχής φροντίδας από το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι και τους φροντιστές . (ΚΑ.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Θεωρώ ότι η εκάστοτε δομή θα επιχειρήσει να ανταποκριθεί στις ανάγκες αυτές μέσω των παρεχόμενων υπηρεσιών. (ΚΑ.4) • Υγιεινή φροντίδα, ψώνια, λήψη φαρμάκων (ΚΑ.11) • Understanding the disease , respite care, social support(ΚΑ.10) <p><u>Δεν θα καλυφθούν οι ανάγκες</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • όχι όλες (ΚΑ.3) • Στην πράξη όχι. (ΚΑ.5) • ΚΑΠΟΙΕΣ ΝΑΙ. ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΟΛΕΣ (ΚΑ.6)
<p>Πιστεύεται ότι ο Κ.Λ. θα εργαστεί για την κάλυψη των αναγκών με βάση τους κανόνες και τις αρχές λειτουργίας της υπηρεσίας του;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ναι (ΚΑ.2) • ΝΑΙ (ΚΑ.11) • Ναι, αλλά θα προσπαθήσει όσες ανάγκες δεν καλύπτονται από την υπηρεσία του, να τις καλύψει μέσω διασύνδεσης και διαμεσολάβησης με άλλες υπηρεσίες και δομές.(ΚΑ.3) • Το πιθανότερο είναι ότι ναι, αλλά παραμένει αμφίβολο εάν αυτό θα είναι αρκετό με δεδομένες τις σύνθετες ανάγκες που έχουν προκύψει.(ΚΑ.5) • Ο Κ.Λ. θα έπρεπε να εργαστεί για την κάλυψη των αναγκών με βάση τους κανόνες και τις αρχές λειτουργίας της υπηρεσίας του. (ΚΑ.4) • Αυτό πρέπει να κάνει και αν είναι σωστός επαγγελματίας θα το κάνει (ΚΑ.7) • Κανονικά θα πρέπει να το κάνει. Υποθέτω ότι οι περισσότεροι θα το κάνουν. Φαντάζομαι ότι θα υπάρχουν και παρεκκλίσεις από τον κανόνα. Έχει σημασία όμως και η υπηρεσία αυτή(ΚΑ.9) • Γιατί όχι; Αυτό θα πρέπει τουλάχιστον. Δεν είμαι Κ.Λ. και δεν γνωρίζω. (ΚΑ.8) • Δεν πιστεύω ότι θα καλυφθούν οι ανάγκες τους από τις υπάρχουσες δομές ανοιχτής φροντίδας.(ΚΑ.1) • δεν είμαι σίγουρος, η οικογένεια θα επωμιστεί το μεγαλύτερο 	<p><u>Ευθύνη και για τις ανάγκες που δεν καλύπτει</u></p> <p>Νομιμοποίηση της παρέμβασης, καθηκοντολόγιο</p> <p>Τύπος υπηρεσίας</p> <p>μη κάλυψη αναγκών</p> <p>οικογένεια θα τις καλύψει</p>	<p><u>Ο Κ.Λ. θα εργαστεί για την κάλυψη των αναγκών με βάση τους κανόνες και τις αρχές λειτουργίας της υπηρεσίας του</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ναι (ΚΑ.2) • ΝΑΙ (ΚΑ.11) <p><u>Το έργο του ΚΛ δυσχεραίνεται από την ανεπάρκεια των δομών των δεδομένων συνθηκών, των αρχών της υπηρεσίας</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ναι, αλλά θα προσπαθήσει όσες ανάγκες δεν καλύπτονται από την υπηρεσία του, να τις καλύψει μέσω διασύνδεσης και διαμεσολάβησης με άλλες υπηρεσίες και δομές.(ΚΑ.3) • Το πιθανότερο είναι ότι ναι, αλλά παραμένει αμφίβολο εάν αυτό θα είναι αρκετό με δεδομένες τις σύνθετες ανάγκες που έχουν προκύψει.(ΚΑ.5) • Ο Κ.Λ. θα έπρεπε να εργαστεί για την κάλυψη των αναγκών με βάση τους κανόνες και τις αρχές λειτουργίας της υπηρεσίας του. (ΚΑ.4) • Only if trained and the resources are a AI Le and the medical team works with them (ΚΑ.10) • Γιατί όχι; Αυτό θα πρέπει τουλάχιστον. Δεν είμαι Κ.Λ. και δεν γνωρίζω. (ΚΑ.8) • Δεν πιστεύω ότι θα καλυφθούν οι ανάγκες τους από τις υπάρχουσες δομές ανοιχτής φροντίδας.(ΚΑ.1) <p><u>Το έργο του ΚΛ εξαρτάται από την επαγγελματισμό του και τις δεξιότητες</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Αυτό πρέπει να κάνει και αν είναι σωστός επαγγελματίας

	<p>βάρος και εξαρτάται και από τον ίδιο τον κοιν. λειτουργό δεδομένου ότι οι ανάγκες είναι μεγάλες στην κοινότητα (KA.12)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ΝΑΙ. ΚΑΙ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΟΝ ΦΟΡΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ. (KA.6) • Only if trained and the resources are a AI Le and the medical team works with them (KA.10) 	<p>Φόρτος εργασίας μετεκπαίδευση ΚΛ, διεπιστημονική ομάδα</p>	<p>θα το κάνει (KA.7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κανονικά θα πρέπει να το κάνει. Υποθέτω ότι οι περισσότεροι θα το κάνουν. Φαντάζομαι ότι θα υπάρχουν και παρεκκλίσεις από τον κανόνα. Έχει σημασία όμως και η υπηρεσία αυτή(KA.9) • δεν είμαι σίγουρος, η οικογένεια θα επωμιστεί το μεγαλύτερο βάρος και εξαρτάται και από τον ίδιο τον κοιν. λειτουργό δεδομένου ότι οι ανάγκες είναι μεγάλες στην κοινότητα (KA.12) • ΝΑΙ. ΚΑΙ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΟΝ ΦΟΡΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ. (KA.6)
<p>Διαφοροποίηση των υπηρεσιών που παρέχονται και των αναγκών</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Συνήθως υπάρχει ελλειμματική παροχή υπηρεσιών (KA1, KA3,KA4,KA6,KA7,KA8,KA9,KA11) • Κανονικά όλες οι υπηρεσίες που χρειάζονται για την κάλυψη των αναγκών, θα δοθούν χωρίς περιορισμό. (KA2, KA10) • Συνήθως οι υπηρεσίες δεν προσφέρονται καθόλου (K5, KA12) 	<p>Χάσμα μεταξύ αναγκών και υπηρεσιών</p>	<p><u>Ελλειμματική παροχή υπηρεσιών</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Συνήθως υπάρχει ελλειμματική παροχή υπηρεσιών (KA1, KA3,KA4,KA6,KA7,KA8,KA9,KA11) <p>Όλοι οι ΚΛ θεωρούν ότι είναι ελλειμματική η παροχή υπηρεσιών ενώ μόνο δυο άτομα θεωρούν ότι οι υπηρεσίες θα δοθούν.</p>
<p>Αιτίες ελλειμματικής φροντίδας</p>	<p><u>Η ελλειμματική φροντίδα οφείλεται σε:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Πολλές από τις υπηρεσίες που χρειάζεται η κυρία χρειάζεται να τις λάβει απογευματινές ώρες, ή γενικά ώρες που οι κοινωνικές υπηρεσίες είναι κλειστές. Επίσης δεν μπορεί να λαμβάνει τις υπηρεσίες σε καθημερινή βάση καθώς τα προγράμματα πρέπει να δεξυπηρετήσουν πολλούς ηλικιωμένους.(KA.1) • Διότι πιθανό να μην υπάρξει ο κατάλληλος συντονισμός και δικτύωση που απαιτείται. (KA.4) • Οι υπηρεσίες όπως προείπα μπορούν να προσφερθούν από διαφορετικές δομές και να καλύψουν συγκεκριμένες ανάγκες. Όμως θα πρέπει να υπάρχει καλύτερη συνεργασία και συντονισμός μεταξύ τους. (KA.9) • Όσο γνωρίζω οι υπηρεσίες παρέχονται αποσπασματικά και εξαρτώνται πολύ από αυτούς που θα τις παρέχουν, τη στελέχωση της κάθε υπηρεσίας. Κανένας δεν ελέγχει επί της ουσίας το επίπεδο των υπηρεσιών που προσφέρεται και δεν υπάρχουν ειδικές οδηγίες για το τι θα πρέπει να γίνεται. Η κατ'οίκον φροντίδα είναι πολλαπλώς ανεπαρκής στην Ελλάδα.(KA.5) • Νομίζω λόγω ασυνέχειας στην υλοποίηση σχετικών προγραμμάτων και λόγω περιορισμένου προσωπικού οι 	<p>μη 24ωρη παροχή υπηρεσιών</p> <p>Αποσπασματικότητα, απουσία ελέγχου, απουσία κατευθυντήριων οδηγιών</p>	<p><u>Η ελλειμματική φροντίδα οφείλεται σε:</u></p> <p>⇒ μη 24ωρη παροχή υπηρεσιών</p> <p>Πολλές από τις υπηρεσίες που χρειάζεται η κυρία χρειάζεται να τις λάβει απογευματινές ώρες, ή γενικά ώρες που οι κοινωνικές υπηρεσίες είναι κλειστές. Επίσης δεν μπορεί να λαμβάνει τις υπηρεσίες σε καθημερινή βάση καθώς τα προγράμματα πρέπει να εξυπηρετήσουν πολλούς ηλικιωμένους.(KA.1)</p> <p>⇒ απουσία συντονισμού και δικτύωσης και συνεργασίας</p> <p>Διότι πιθανό να μην υπάρξει ο κατάλληλος συντονισμός και δικτύωση που απαιτείται. (K4)</p> <p>⇒ Οι υπηρεσίες όπως προείπα μπορούν να προσφερθούν από διαφορετικές δομές και να καλύψουν συγκεκριμένες ανάγκες. Όμως θα πρέπει να υπάρχει καλύτερη συνεργασία και συντονισμός μεταξύ τους. (KA.9)</p> <p>⇒ Αποσπασματικότητα,απουσία ελέγχου,απουσία κατευθυντήριων οδηγιών</p>

	<p>υπηρεσίες περιορίζονται σε ότι κάθε φορά κρίνεται αναγκαίο (ΚΑ.11)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Λόγω έλλειψης διεπιστημονικής ομάδας, και επαρκούς προσωπικού δεν καλύπτονται πάντα όλες οι ανάγκες σε μια δομή. Επίσης καμία γηριατρική δομή ως τώρα δεν είναι σχεδιασμένη πλήρως για την 100% κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων. Λείπει ένας επαρκής σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής βασισμένος στις ανάγκες των ηλικιωμένων (ΚΑ.3) • Αμφιβάλω αν οι υπηρεσίες έχουν τη δυνατότητα να καλύψουν όλες τις ανάγκες (ΚΑ.7) • Δείτε παραπάνω απάντησή μου. Επίσης έλλειψη προσωπικού, πόρων και εμπειρίας.(ΚΑ.8) • Μεγάλος φόρτος εργασίας. Έλλειψη προσωπικού (ΚΑ.6). • This is at least three lectures (ΚΑ.10) D 	<p>ασυνέχεια και υποστελέχωση υπηρεσιών</p> <p>απουσία διεπιστημονικής ομάδας απουσία υπηρεσίας στις ανάγκες των ηλικιωμένων</p> <p>υποστελέχωση των υπηρεσιών, πόρων φόρτο εργασίας</p> <p>πολύνθετο πρόβλημα</p>	<p>Όσο γνωρίζω οι υπηρεσίες παρέχονται αποσπασματικά και εξαρτώνται πολύ από αυτούς που θα τις παρέχουν, τη στελέχωση της κάθε υπηρεσίας. Κανένας δεν ελέγχει επί της ουσίας το επίπεδο των υπηρεσιών που προσφέρεται και δεν υπάρχουν ειδικές οδηγίες για το τι θα πρέπει να γίνεται. Η κατ'οίκον φροντίδα είναι πολλαπλώς ανεπαρκής στην Ελλάδα.(ΚΑ.5)</p> <p>⇒ ασυνέχεια και υποστελέχωση υπηρεσιών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Νομίζω λόγω ασυνέχειας στην υλοποίηση σχετικών προγραμμάτων και λόγω περιορισμένου προσωπικού οι υπηρεσίες περιορίζονται σε ότι κάθε φορά κρίνεται αναγκαίο (ΚΑ.11) • Δείτε παραπάνω απάντησή μου. Επίσης έλλειψη προσωπικού, πόρων και εμπειρίας.(ΚΑ.8) • Μεγάλος φόρτος εργασίας. Έλλειψη προσωπικού (ΚΑ.6). <p>⇒ απουσία υπηρεσίας στις ανάγκες των ηλικιωμένων Επίσης καμία γηριατρική δομή ως τώρα δεν είναι σχεδιασμένη πλήρως για την 100% κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων. Λείπει ένας επαρκής σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής βασισμένος στις ανάγκες των ηλικιωμένων (ΚΑ.3)</p> <p>⇒ απουσία διεπιστημονικής ομάδας Λόγω έλλειψης διεπιστημονικής ομάδας, και επαρκούς προσωπικού δεν καλύπτονται πάντα όλες οι ανάγκες σε μια δομή. (ΚΑ.3)</p> <p>⇒ πολύνθετο πρόβλημα</p> <ul style="list-style-type: none"> • This is at least three lectures (ΚΑ.10)
<p><i>Ποια θα ήταν η πρότασή σας για την κάλυψη των αναγκών του ζευγαριού; Για παράδειγμα, μπορείτε να σκεφτείτε μια καινοτομία που θα αξιοποιούσατε.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ιδανικά, η παροχή βοήθειας στο σπίτι θα πρέπει να παρέχετε σε πρωινή και ξι βάρδια. (ΚΑ.1) • Η τοπική αυτοδιοίκηση οφείλει να ενισχύσει τις υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους με ειδικότητες, ωράριο και προγράμματα που καλύπτουν τις ποικίλες ανάγκες των ανθρώπων. (ΚΑ.11) • Κινητοποίηση γειτονιάς, εθελοντικών ομάδων αλληλεγγύης. Δικτύωση με τοπικούς φορείς,συμμετοχή σε ομάδα αλληλοβοήθειας (ΚΑ4) • Σε τόσο όμως σε φάσεις κρίσης, θα μπορούσε η πολιτεία να διαθέτει προσωπικό για ένα διάστημα μέχρι να ξεπεραστεί το κύριο πρόβλημα ή να αξιοποιούνται εθελοντικές οργανώσεις, 	<p>ωράριο λειτουργίας δομής</p> <p>οργάνωση υπηρεσιών βάσει αναγκών /ανθρωποκεντρικός σχεδιασμός υπηρεσιών</p> <p>αξιοποίηση άτυπων δικτύων κοινότητας στη φροντίδα,</p>	<p><u>Οργάνωση υπηρεσιών με βάση τις ανάγκες ανθρωποκεντρικός σχεδιασμός υπηρεσιών /24ωρη λειτουργία</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ιδανικά, η παροχή βοήθειας στο σπίτι θα πρέπει να παρέχετε σε πρωινή και ξι βάρδια. (ΚΑ.1) • Η τοπική αυτοδιοίκηση οφείλει να ενισχύσει τις υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους με ειδικότητες, ωράριο και προγράμματα που καλύπτουν τις ποικίλες ανάγκες των ανθρώπων. (ΚΑ.11) <p><u>Αξιοποίηση της τεχνολογίας για 24ωρη παροχή υπηρεσιών</u></p>

<p>Παρακαλούμε εξηγήσετε την απάντησή σας:</p>	<p>όπως πχ ο Ερυθρός Σταυρός. (ΚΑ.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σα καινοτομία πιθανό να βοηθούσε η αξιοποίηση της τεχνολογίας με την εφαρμογή ενός συστήματος τηλε-ειδοποίησης (;).(ΚΑ.4) • Θα προσανατολιζόμουν στη χρήση σύγχρονων μορφών τεχνολογίας για να καλύψω το κομμάτι της εξελισσόμενης άνοιας του συζύγου, αλλά και άλλων αναγκών. (ΚΑ.5) • 24 ωρη υπηρεσία με χρήση κάποιου απλού gadget που θα είχαν όλοι οι ηλικιωμένοι θα μπορούσε να εξυπηρετεί έκτακτες ανάγκες (ΚΑ.11) • Ενίσχυση τοπικών δικτύων κοινότητας.ΠΒΣ για ανοϊκούς ασθενείς Δημιουργία υπηρεσίας κατ' οίκον ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ΚΑ6) • Χρειάζεται διεύρυνση των αρμοδιοτήτων των υπηρεσιών βοήθειας, μάλλον πρόσθετο προσωπικό και πολύ καλή οργάνωση(ΚΑ.7) • Η πρότασή μου συνδέεται με την απάντηση που έδωσα στην 1 (Κοινωνικο-υποστηρικτικές υπηρεσίες από δημοτική ΚΥ, ΒΣΣ, ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ (ανάλογα με τις πηγές της κοινότητας). Υπηρεσίες φροντίδας υγείας από ΠΙ ή ΚΥ. (ΚΑ4) • Μία κεντρική δομή με όλες τις ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι θα εκτιμούν τις ανάγκες του ζευγαριού και της ευρύτερης οικογένειας και θα προτείνουν τις ενδεδειγμένες υπηρεσίες. Θα υπάρχει κεντρικός συντονισμός και όλοι οι επαγγελματίες θα συνεργάζονται για την βέλτιστη παροχή των υπηρεσιών. Αρχικά να υπάρχει η αξιολόγηση (assessment/screening) από μία διεπιστημονική ομάδα και στη συνέχεια θα διαχέονται οι ανάγκες στους κατάλληλους επαγγελματίες. (ΚΑ.8) • Να υπάρχει ένας κεντρικός συντονισμός των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν στο ζευγάρι ώστε να μην γίνονται επικαλύψεις. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών να γίνεται από κάτω προς τα πάνω (bottom-up), δηλαδή να υπάρχει απόλυτη συνεργασία των δομών με το ζευγάρι και την οικογένειά του. (ΚΑ.9) • Μία σχολή φροντιστών στην κοινότητα με πιστοποίηση κατάρτισης παροχής φροντίδας θα μπορούσε να διευκολύνει την 	<p>ενδυνάμωση των τοπικών δικτύων της κοινότητας</p> <p>αξιοποίηση της τεχνολογίας</p> <p>διεύρυνση ωραρίου παροχής με τεχνολογία</p> <p><u>Κατ' οίκον αποκατάσταση</u> Διεύρυνση ρόλου</p> <p>Διασύνδεση υπηρεσιών</p> <p>Δημιουργία ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΔΟΜΗΣ με διεπιστημονική αξιολόγηση και Ολιστική προσέγγιση</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Σα καινοτομία πιθανό να βοηθούσε η αξιοποίηση της τεχνολογίας με την εφαρμογή ενός συστήματος τηλε-ειδοποίησης (;).(ΚΑ.4) • Θα προσανατολιζόμουν στη χρήση σύγχρονων μορφών τεχνολογίας για να καλύψω το κομμάτι της εξελισσόμενης άνοιας του συζύγου, αλλά και άλλων αναγκών. (ΚΑ.5) • 24 ωρη υπηρεσία με χρήση κάποιου απλού gadget που θα είχαν όλοι οι ηλικιωμένοι θα μπορούσε να εξυπηρετεί έκτακτες ανάγκες (ΚΑ.11) <p><u>Ενίσχυση τοπικών δικτύων της κοινότητας και αξιοποίηση άτυπων δικτύων</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Κινητοποίηση γειτονιάς, εθελοντικών ομάδων αλληλεγγύης. Δικτύωση με τοπικούς φορείς,συμμετοχή σε ομάδα αλληλοβοήθειας (ΚΑ4) • Σε τόσο όμως σε φάσεις κρίσης, θα μπορούσε η πολιτεία να διαθέτει προσωπικό για ένα διάστημα μέχρι να ξεπεραστεί το κύριο πρόβλημα ή να αξιοποιούνται εθελοντικές οργανώσεις, όπως πχ ο Ερυθρός Σταυρός. (ΚΑ.1) • Ενίσχυση τοπικών δικτύων κοινότητας.ΠΒΣ για ανοϊκούς ασθενείς (ΚΑ6) <p><u>Δημιουργία εξειδικευμένης δομής για κατ' οίκον αποκατάσταση και εκπαίδευσης φροντιστών</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία υπηρεσίας κατ' οίκον ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ΚΑ6) • Μία σχολή φροντιστών στην κοινότητα με πιστοποίηση κατάρτισης παροχής φροντίδας θα μπορούσε να διευκολύνει την κατάσταση εφόσον η οικογένεια δεν μπορεί να φροντίσει αποκλειστικά το ζευγάρι ή μία δομή υποδοχής του ζευγαριού για προσωρινή φιλοξενία μέχρι αποκατάστασης της υγείας της γυναίκας εφόσον το επιθυμούσε το ζευγάρι. (ΚΑ12) <p><u>Δημιουργία ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΔΟΜΗΣ με διεπιστημονική προσέγγιση, αξιολόγηση και bottom up φιλοσοφία</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Μία κεντρική δομή με όλες τις ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι θα εκτιμούν τις ανάγκες του ζευγαριού και της ευρύτερης οικογένειας και θα προτείνουν τις ενδεδειγμένες υπηρεσίες. Θα υπάρχει κεντρικός συντονισμός και όλοι οι επαγγελματίες θα συνεργάζονται για την βέλτιστη παροχή των υπηρεσιών. Αρχικά να υπάρχει η αξιολόγηση (assessment/screening) από μία
--	---	--	---

	<p>κατάσταση εφόσον η οικογένεια δεν μπορεί να φροντίσει αποκλειστικά το ζευγάρι ή μία δομή υποδοχής του ζευγαριού για προσωρινή φιλοξενία μέχρι αποκατάστασης της υγείας της γυναίκας εφόσον το επιθυμούσε το ζευγάρι. (KA12)</p>	<p>Κεντρικός σχεδιασμός bottom up προσέγγιση</p> <p>Ψυχοκοινωνική υποστήριξη και εκπαίδευση των φροντιστών</p>	<p>διεπιστημονική ομάδα και στη συνέχεια θα διαχέονται οι ανάγκες στους κατάλληλους επαγγελματίες. (KA.8)</p> <p><u>Διασύνδεση υπηρεσιών, συντονισμός και κεντρικός σχεδιασμός υπηρεσιών</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Να υπάρχει ένας κεντρικός συντονισμός των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν στο ζευγάρι ώστε να μην γίνονται επικαλύψεις. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών να γίνεται από κάτω προς τα πάνω (bottom-up), δηλαδή να υπάρχει απόλυτη συνεργασία των δομών με το ζευγάρι και την οικογένειά του. (KA.9) • Χρειάζεται διεύρυνση των αρμοδιοτήτων των υπηρεσιών βοήθειας, μάλλον πρόσθετο προσωπικό και πολύ καλή οργάνωση(KA.7) • Η πρότασή μου συνδέεται με την απάντηση που έδωσα στην 1 (Κοινωνικο-υποστηρικτικές υπηρεσίες από δημοτική ΚΥ, ΒΣΣ, ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ (ανάλογα με τις πηγές της κοινότητας). Υπηρεσίες φροντίδας υγείας από ΠΙ ή ΚΥ. (KA4)
<p>Υπαρξη ή μη συντονισμού των δομών φροντίδας για τους ηλικιωμένους στην κοινότητα ή πρέπει κανείς να προσεγγίσει διαφορετικές δομές ξεχωριστά;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Κάθε υπηρεσία είναι ξεχωριστή (KA1,KA7) • Δεν υπάρχει συντονισμός μεταξύ των υπηρεσιών (KA2,KA3,KA4,KA5,KA6,KA8,KA9,KA10,KA11,KA12) 	<p><u>KΑΝΕΝΑΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ</u></p>	<p><u>Δεν υπάρχει κανένας συντονισμός και καμία συνεργασία,η κάθε υπηρεσία είναι ξεχωριστή</u></p>
<p>Πως αιτιολογείται η απουσία συντονισμού</p>	<p>«κάθε υπηρεσία είναι ξεχωριστή»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κατ οίκον φροντίδα μπορεί να παρέχει το Βοήθεια στο Σπίτι, το ΚΑΠΗ, ή μια εθελοντική οργάνωση. Δεν υπάγονται συνήθως στην ίδια υπηρεσία, καθώς οι πηγές χρηματοδότησης είναι διαφορετικές(KA1) • Οι οριζόντιες διασυνδέσεις και συνεργασία των υπηρεσιών δεν συναντάται συχνά (KA7) <p>«Δεν υπάρχει συντονισμός» γιατί:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Από την εμπειρία μου, δεν υπάρχει συντονισμός υπηρεσιών. 	<p>Κάθετη οργάνωση των υπηρεσιών Απουσία συνεργασίας, διασύνδεσης</p>	<p><u>Κάθετη οργάνωση υπηρεσιών</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Κατ οίκον φροντίδα μπορεί να παρέχει το Βοήθεια στο Σπίτι, το ΚΑΠΗ, ή μια εθελοντική οργάνωση. Δεν υπάγονται συνήθως στην ίδια υπηρεσία, καθώς οι πηγές χρηματοδότησης είναι διαφορετικές(KA1) • Οι οριζόντιες διασυνδέσεις και συνεργασία των υπηρεσιών δεν συναντάται συχνά (KA7) <p><u>Απουσία συντονιστή ΚΛ, αλληλοεπικάλυψη υπηρεσιών</u></p>

	<p>Χρειάζεται η διαμεσολάβηση του ΚΛ (ΚΑ3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Στη πράξη πολλές δομές/υπηρεσίες εμπλέκονται για τον ίδιο ηλικιωμένο εξυπηρετούμενο με αποτέλεσμα να υπάρχει αλληλο-επικάλυψη και εμπλοκή πολλών επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας για τις ίδιες ανάγκες. (ΚΑ4) • Θα έπρεπε να υπάρχει συντονισμός για να μην υπάρχουν αλληλοκαλύψεις (ΚΑ6) • Τα Κέντρα Κοινότητας εξυπηρετούν την ανάγκη της ενημέρωσης των χρηστών για τις υπηρεσίες που υπάρχουν, αλλά δεν υπάρχει συντονισμός μεταξύ των υπηρεσιών αυτών. Δηλ. κατευθύνουν τους πολίτες στις διαφορετικές υπηρεσίες της κοινότητας (ΚΑ8) • Από όσο γνωρίζω δεν υπάρχει αυτός ο συντονισμός μέχρι σήμερα. Υπάρχουν τα Κέντρα Κοινότητας που δημιουργήθηκαν τα τελευταία χρόνια, αλλά στην ουσία κατευθύνουν και συμβουλεύουν για τις υπηρεσίες που υπάρχουν. Όμως ο συντονισμός των υπηρεσιών των δομών σε συγκεκριμένα περιστατικά που πρέπει να αντιμετωπίσουν δεν ξέρω σε ποιο βαθμό εφαρμόζεται. (ΚΑ9) 	<p>Απουσία Συντονιστή ΚΛ, αλληλοεπικάλυψη Απουσία διασύνδεσης ,συντονισμού Αλληλο επικαλύψεις</p>	<p><u>απουσία διασύνδεσης</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Από την εμπειρία μου, δεν υπάρχει συντονισμός υπηρεσιών. Χρειάζεται η διαμεσολάβηση του ΚΛ (ΚΑ3) • Στη πράξη πολλές δομές/υπηρεσίες εμπλέκονται για τον ίδιο ηλικιωμένο εξυπηρετούμενο με αποτέλεσμα να υπάρχει αλληλο-επικάλυψη και εμπλοκή πολλών επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας για τις ίδιες ανάγκες. (ΚΑ4) • Θα έπρεπε να υπάρχει συντονισμός για να μην υπάρχουν αλληλοκαλύψεις (ΚΑ6) • Τα Κέντρα Κοινότητας εξυπηρετούν την ανάγκη της ενημέρωσης των χρηστών για τις υπηρεσίες που υπάρχουν, αλλά δεν υπάρχει συντονισμός μεταξύ των υπηρεσιών αυτών. Δηλ. κατευθύνουν τους πολίτες στις διαφορετικές υπηρεσίες της κοινότητας (ΚΑ8) • Από όσο γνωρίζω δεν υπάρχει αυτός ο συντονισμός μέχρι σήμερα. Υπάρχουν τα Κέντρα Κοινότητας που δημιουργήθηκαν τα τελευταία χρόνια, αλλά στην ουσία κατευθύνουν και συμβουλεύουν για τις υπηρεσίες που υπάρχουν. Όμως ο συντονισμός των υπηρεσιών των δομών σε συγκεκριμένα περιστατικά που πρέπει να αντιμετωπίσουν δεν ξέρω σε ποιο βαθμό εφαρμόζεται. (ΚΑ9) <p>Οι μη ΚΛ δεν απάντησαν στην πλειοψηφία τους για ποιο λόγο υπάρχει απουσία συντονισμού</p>
<p><i>Στην περίπτωση που εξετάζουμε ποιος κατά την γνώμη σας θα πάρει την πρωτοβουλία να κάνει αίτηση για φροντίδα;</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Το νοσοκομείο (ΚΑ1, ΚΑ5, ΚΑ7, ΚΑ8, ΚΑ9) • Εξαρτάται από την κατάσταση (ΚΑ2, ΚΑ3, ΚΑ6, ΚΑ10) • Το ίδιο το ζευγάρι ή η οικογένεια (ΚΑ4, ΚΑ11) • Τα παιδιά με τη βοήθεια του/της κοινωνικού λειτουργού του νοσοκομείου που εξέρχεται η μητέρα ή του ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ που ανήκει το σπίτι (ΚΑ12) 		<p>Οι ακαδημαϊκοί θεωρούν ότι το νοσοκομείο είναι η υπηρεσία που θα πρέπει να πάρει την πρωτοβουλία.</p>
<p><i>Παρακαλούμε στην απάντηση "Άλλο" αναλύστε:</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Θα έπρεπε να την κάνει η ΚΥ του νοσοκομείου καθώς θα έπρεπε να γνωρίζει τα προβλήματα της κυρίας και την ανάγκη της για βοήθεια στο σπίτι. (ΚΑ1) • Every discharge plan should include social services in the community (ΚΑ10) 		<p>Η παροχή υπηρεσιών στο ζευγάρι δεν πρέπει να αποκλείει την συμμετοχή των υπηρεσιών της κοινότητας</p>

<p><i>Γνωρίζετε Δήμους που χρησιμοποιούν συστήματα τηλε-φροντίδας στη κοινότητα; (για παράδειγμα προσωπικά συστήματα συναγερμού, GPS)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν υπάρχει δυνατότητα τηλεφροντίδας (KA1,KA6, KA7, KA10, KA11, KA12) • Υπάρχει δυνατότητα τηλεφροντίδας (KA2, KA4,KA5,KA8,KA9) 	<p>Ακαδημαϊκοί δεν γνωρίζουν τηλεφροντιδα</p>	<p>Στην πλειοψηφία τους οι ακαδημαϊκοί δεν_γνωρίζουν αν οι κοινότητες σήμερα αξιοποιούν τα συστήματα τηλεφροντίδας</p> <p>GAP BETWEEN SOCIAL SERVICES IN THE COMMUNITY AND ACADEMICS</p>
<p><i>Χρησιμότητα συστημάτων τηλε-φροντίδας</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • ΠΟΛΥ ΧΡΗΣΙΜΑ: (KA1,KA2,KA3,KA5,KA7,KA10) • ΧΡΗΣΙΜΑ (KA4,KA8,KA9,KA11) • ΛΙΓΟ ΧΡΗΣΙΜΑ (KA12) • ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ (KA6) 		<p><u>Αν και δεν γνωρίζουν αν λειτουργούν σε δήμους, τα αξιολογούν ως πολύ χρήσιμα οι περισσότεροι ακαδημαϊκοί.</u></p>
<p><i>Αν θεωρείται ότι είναι έστω και λίγο χρήσιμα, αναφερθείτε στις περιπτώσεις που μπορεί να γίνει χρήση</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • σε περίπτωση πτώσης του ατόμου, ή σε περίπτωση που έχουν τελειώσει τα φάρμακα, ή σε οποιαδήποτε κατάσταση έκτακτης ανάγκης που βιώνει το ζευγάρι. (KA 1) • Ατύχημα στο σπίτι, δυσφορία, βλάβη (ηλεκτρικού, νερού, κλπ (KA11) • Εάν χρειαστεί ειδοποίηση σε περίπτωση πτώσης/ατυχήματος ενός μοναχικού ηλικιωμένου ή γενικότερα αντιμετώπισης μίας έκτακτης ανάγκης την οποία δεν μπορεί να καλύψει άμεσα. (KA4) • ΕΚΤΑΚΤΗ ΑΝΑΓΚΗ, ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Η ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΕ ΓΙΑΤΡΟ, ΨΩΝΙΑ, ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΘΕ ΕΙΔΟΥΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (KA6) • Στην ειδοποίηση για έκτακτα συμβάντα, και στην παρακολούθηση της υγείας τους (KA7) • Έλεγχος για τη λήψη των φαρμάκων, το εάν έγιναν οι καθημερινές εργασίες (π.χ. προετοιμασία φαγητού), ειδοποίηση για καταστάσεις ανάγκης (π.χ. πτώσεις) κ.άλ. (KA8) • Στον έλεγχο για τη λήψη των φαρμάκων, στην ειδοποίηση αν κάτι συμβεί στο σπίτι στην ηλικιωμένη με το πρόβλημα κινητικότητας κλπ, στην καλύτερη επικοινωνία του ζευγαριού με τις δομές και την οικογένειά του κλπ (KA9) • Ηλικιωμένων με χρόνια νοσήματα που ζουν μόνοι, ηλικιωμένων 	<p>monitoring σε περίπτωσης πτώσης, ατυχήματος στο σπίτι monitoring έκτακτη ανάγκη, monitoring επικοινωνία σε περιπτώσεις ηλικιωμένων που είναι μοναχικοί ή σε δυσπρόσιτα μέρη</p> <p>Για κάλυψη ανάγκης για επικοινωνία/συναίσθημα</p>	<p><u>Monitoring/Εκτακτα συμβάντα</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • σε περίπτωση πτώσης του ατόμου, ή σε περίπτωση που έχουν τελειώσει τα φάρμακα, ή σε οποιαδήποτε κατάσταση έκτακτης ανάγκης που βιώνει το ζευγάρι. (KA 1) • Ατύχημα στο σπίτι, δυσφορία, βλάβη (ηλεκτρικού, νερού, κλπ (KA11) • Εάν χρειαστεί ειδοποίηση σε περίπτωση πτώσης/ατυχήματος ενός μοναχικού ηλικιωμένου ή γενικότερα αντιμετώπισης μίας έκτακτης ανάγκης την οποία δεν μπορεί να καλύψει άμεσα. (KA4) • ΕΚΤΑΚΤΗ ΑΝΑΓΚΗ, ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Η ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΕ ΓΙΑΤΡΟ, ΨΩΝΙΑ, ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΘΕ ΕΙΔΟΥΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (KA6) • Στην ειδοποίηση για έκτακτα συμβάντα, και στην παρακολούθηση της υγείας τους (KA7) <p><u>Συστηματική παρακολούθηση υγείας</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Έλεγχος για τη λήψη των φαρμάκων, το εάν έγιναν οι καθημερινές εργασίες (π.χ. προετοιμασία φαγητού), ειδοποίηση για καταστάσεις ανάγκης (π.χ. πτώσεις) κ.άλ. (KA8) • Στον έλεγχο για τη λήψη των φαρμάκων, στην ειδοποίηση αν κάτι συμβεί στο σπίτι στην ηλικιωμένη με το πρόβλημα κινητικότητας κλπ(KA9) <p><u>Κάλυψη ανάγκης επικοινωνίας/συναίσθηματικές ανάγκες</u></p>

	<p>ανεξάρτητα νοσημάτων που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές, ηλικιωμένων με όχι τόσο καλή λειτουργική ικανότητα(KA3).</p> <ul style="list-style-type: none"> • συναισθηματική ανάγκη για επικοινωνία (KA11) • Πολλές και διαφορετικές. (KA5) • It's useful for most scenarios but meds and rehabilitation are absolutely necessary (KA10) 	<p>ατικές ανάγκες</p>	<ul style="list-style-type: none"> • στην καλύτερη επικοινωνία του ζευγαριού με τις δομές και την οικογένειά του κλπ (KA9) • συναισθηματική ανάγκη για επικοινωνία (KA11) <p><u>Μοναχικοί ηλικιωμένοι.ηλικιωμένοι σε δυσπρόσιτα μέρη</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ηλικιωμένων με χρόνια νοσήματα που ζουν μόνοι, ηλικιωμένων ανεξάρτητα νοσημάτων που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές, ηλικιωμένων με όχι τόσο καλή λειτουργική ικανότητα(KA3).
<p><i>Γιατί είναι σημαντική η χρήση συστημάτων τηλεφροντίδας</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μέσω μιας υπηρεσίας τηλεφροντίδας, θα μπορούσαν να παρασχεθούν πρώτες βοήθειες και οδηγίες σε έναν ηλικιωμένο σε κατάσταση ανάγκης μέχρι να καταφτάσει η νοσοκομειακή βοήθεια. Θα μπορούσαν να προληφθούν πολλές επείγουσες καταστάσεις. (KA3) • Βασική προϋπόθεση όμως το σύστημα τηλεφροντίδας, να είναι απλό στη χρήση του, ώστε να μην μπερδεύει στη λειτουργία του τους ηλικιωμένους. Να είναι εύκολο να εκπαιδευτούν, δεδομένου ότι οι ηλικιωμένοι αυτής της παρούσας γενιάς, δεν είναι εξοικειωμένοι με ηλεκτρονικά συστήματα, και ένα περίπλοκο σύστημα ,ενδέχεται να τους μπερδέψει παρά να τους διευκολύνει. (KA3) • Εξασφαλίζετε το συνεχές στη φροντίδα (KA6) • Μπορούν να βοηθήσουν λιγότερο στη διεύρυνση των κοινωνικών δικτύων - είναι ουσιαστικότερη αν είναι δια ζώσης (και λιγότερο μέσω internet/forums κ.λ.π.)(KA8) • Too much work now without more specifics as to what you include in social services (KA10) 	<p><u>Προϋποθέσεις για χρήση</u></p> <p>Συνεχές στην φροντίδα Δεν είναι σημαντική</p> <p><u>Ανάγκη εστίασης</u></p>	<p><u>Είναι σημαντική η χρήση τους γιατί εξασφαλίζετε το συνεχές στην φροντίδα,γίνεται πρόβλεψη του επείγοντος και βοηθά στην εστίαση στις ειδικές ανάγκες</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Εξασφαλίζετε το συνεχές στη φροντίδα (KA6) • Too much work now without more specifics as to what you include in social services (KA10) • Μέσω μιας υπηρεσίας τηλεφροντίδας, θα μπορούσαν να παρασχεθούν πρώτες βοήθειες και οδηγίες σε έναν ηλικιωμένο σε κατάσταση ανάγκης μέχρι να καταφτάσει η νοσοκομειακή βοήθεια. Θα μπορούσαν να προληφθούν πολλές επείγουσες καταστάσεις. (KA3) <p><u>ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Βασική προϋπόθεση όμως το σύστημα τηλεφροντίδας, να είναι απλό στη χρήση του, ώστε να μην μπερδεύει στη λειτουργία του τους ηλικιωμένους. Να είναι εύκολο να εκπαιδευτούν, δεδομένου ότι οι ηλικιωμένοι αυτής της παρούσας γενιάς, δεν είναι εξοικειωμένοι με ηλεκτρονικά συστήματα, και ένα περίπλοκο σύστημα ,ενδέχεται να τους μπερδέψει παρά να τους διευκολύνει. (KA3)
<p><i>Αναγκαιότητα συντονιστή φορέα</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μια ανεξάρτητη επίσημη υπηρεσία αξιολόγησης (KA8,KA12) • Ένας εκπρόσωπος των υπηρεσιών της κοινότητας για τους ηλικιωμένους (KA5,KA6,KA11) • Η κοινωνική υπηρεσία του Δήμου (KA1,KA4,KA7,KA9) • Άλλη υπηρεσία της κοινότητας/δημοσίου (TOMY, Κέντρο Υγείας) (KA2) • Εξαρτάται (KA3,KA10) 	<p><u>Δεν υπάρχει συμφωνία, ανάγκη διερεύνησης</u></p>	
<p><i>Κριτήρια εκτίμησης των αναγκών των ηλικιωμένων.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Χρησιμοποιούνται κριτήρια αλλά όχι πάντοτε: (KA3,KA10) • Χρησιμοποιούνται κριτήρια με βάση την επαγγελματική επάρκεια του Κ.Λ. 	<p><i>2 άτομα δεν γνωρίζουν αν υπάρχουν κριτήρια στην εκτίμηση των αναγκών (KA2,KA11)</i></p> <p>Τα κριτήρια εξαρτώνται</p>	<p><u>Τα κριτήρια εξαρτώνται από την επαγγελματική επάρκεια και κουλτούρα του Κ.Λ.ή όχι συχνά</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Χρησιμοποιούνται κριτήρια με βάση την επαγγελματική επάρκεια του Κ.Λ. • Χρησιμοποιούνται κριτήρια αλλά όχι πάντοτε: (KA3,KA10) <p><u>Ακαδημαϊκοί θεωρούν ότι δεν χρησιμοποιούνται κριτήρια</u></p>

	<p>(KA4,KA6,KA7,KA8,KA9)</p> <ul style="list-style-type: none"> Δεν χρησιμοποιούνται κριτήρια (KA1,KA5,KA12) 	<p>από το ποιος είναι ο ΚΛ</p> <p>Ακαδημαϊκοί θεωρούν ότι δεν χρησιμοποιούνται κριτήρια</p>	<ul style="list-style-type: none"> Δεν χρησιμοποιούνται κριτήρια (KA1,KA5,KA12)
γιατι	<ul style="list-style-type: none"> Από όσο γνωρίζω δεν υπάρχουν ειδικά κριτήρια εκτίμησης αναγκών, δεν υπάρχει σχετικό πρωτόκολλο (KA1) Θεωρώ ότι ναι μεν υπάρχουν κριτήρια αλλά δεν χρησιμοποιούνται πάντοτε.(KA4) Η εκπαίδευση και η επαγγελματική επάρκεια των ΚΛ είναι σημαντική. Αμφιβάλω αν υπάρχουν τυποποιημένα πρωτόκολλα βοήθειας (KA7) 	<p>Η παροχή υπηρεσιών εξαρτάται από την επαγγελματική επάρκεια των ΚΛ</p>	<p><u>Δεν χρησιμοποιούνται γιατί δεν υπάρχουν</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Από όσο γνωρίζω δεν υπάρχουν ειδικά κριτήρια εκτίμησης αναγκών, δεν υπάρχει σχετικό πρωτόκολλο (KA1) Θεωρώ ότι ναι μεν υπάρχουν κριτήρια αλλά δεν χρησιμοποιούνται πάντοτε.(KA4) Η εκπαίδευση και η επαγγελματική επάρκεια των ΚΛ είναι σημαντική. Αμφιβάλω αν υπάρχουν τυποποιημένα πρωτόκολλα βοήθειας (KA7)
<p><i>Καταλληλότερη δομή για τη κάλυψη των αναγκών του ζευγαριού</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Από το ΚΑΠΗ που θα ήταν πλήρως στελεχωμένο (ΚΛ, Γιατρός, φυσικοθεραπευτής, νοσηλεύτης, εργοθεραπευτής) (KA1) Μία κοινωνική δομή για ηλικιωμένους με βοήθεια κατ'οίκον (π.χ. ΒΣΣ ή ΚΑΠΗ).(KA4) Το Βοήθεια στο Σπίτι καλύπτει περισσότερο τις ανάγκες του συγκεκριμένου ζευγαριού (KA9) Π.Β.Σ ΔΗΜΟΥ (KA6) Με τις παρούσες συνθήκες το Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι (KA3) Η κοινωνική υπηρεσία του Δήμου (KA7) Θα έπρεπε να υπάρχει μία καλά δομημένη διεπαγγελματική ομάδα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. (KA5) Για τη συγκεκριμένη περίπτωση περισσότερο το Βοήθεια στο Σπίτι. Όμως κάποιες ανάγκες θα μπορούσαν να καλυφθούν συμπληρωματικά -υποστηρικτικά και από το ΚΗΦΗ και από το ΚΑΠΗ (KA8) Depends on the needs assessment (KA 10) Οίκο ευγηρίας(KA11) 	<p>ΚΑΠΗ</p> <p>ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ</p> <p>Κοινωνική Υπηρεσία</p> <p>Διασύνδεση δομών,συντονισμός</p>	<p><u>ΚΑΠΗ/ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Από το ΚΑΠΗ που θα ήταν πλήρως στελεχωμένο (ΚΛ, Γιατρός, φυσικοθεραπευτής, νοσηλεύτης, εργοθεραπευτής) (KA1) Μία κοινωνική δομή για ηλικιωμένους με βοήθεια κατ'οίκον (π.χ. ΒΣΣ ή ΚΑΠΗ).(KA4) Το Βοήθεια στο Σπίτι καλύπτει περισσότερο τις ανάγκες του συγκεκριμένου ζευγαριού (KA9) Π.Β.Σ ΔΗΜΟΥ (KA6) Με τις παρούσες συνθήκες το Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι (KA3) Για τη συγκεκριμένη περίπτωση περισσότερο το Βοήθεια στο Σπίτι. Όμως κάποιες ανάγκες θα μπορούσαν να καλυφθούν συμπληρωματικά -υποστηρικτικά και από το ΚΗΦΗ και από το ΚΑΠΗ (KA8) <u>Κοινωνική Υπηρεσία</u> <ul style="list-style-type: none"> Η κοινωνική υπηρεσία του Δήμου (KA7) <u>Δημιουργία ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΔΟΜΗΣ με διεπιστημονική προσέγγιση, αξιολόγηση και bottom up φιλοσοφία</u> <ul style="list-style-type: none"> Θα έπρεπε να υπάρχει μία καλά δομημένη διεπαγγελματική ομάδα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. (KA5) Depends on the needs assessment (KA 10)

<p>Διαθεσιμότητα των ανεπίσημων φροντιστών (παιδιά) στο σχεδιασμό παρέμβασης για την κάλυψη των αναγκών</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Όχι, δεν πρέπει να λάβει υπ' όψιν τη διαθεσιμότητα ανεπίσημων φροντιστών (KA2,KA10) • Ναι, να λάβει υπ' όψιν τη διαθεσιμότητα των ανεπίσημων φροντιστών (KA1,KA3,KA4,KA5,KA6,KA7,KA8,KA9,KA11,KA12) 	<p>Γιατροί απάντησαν όχι</p>	<p>Οι γιατροί απαντησαν ότι δεν πρέπει να ληφθεί υπόψη η διαθεσιμότητα των φροντιστών</p>
<p>Παρακαλώ εξηγήστε/συμπληρώστε</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ναι θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δυνατότητα και η διάθεση των παιδιών γιατί πρόκειται για τους γονείς τους που θεωρούμε ότι τους νοιάζονται και τους αγαπούν (KA1) • αλλά η υπηρεσία θα πρέπει να "ελέγχει" για τυχον παραμέληση των ηλικιωμένων (KA1) • αναγκαστικά πρέπει να λάβει υπόψη τη διαθεσιμότητα των ανεπίσημων φροντιστών, εφόσον γίνει εκτίμηση των φροντιστών και των αποθεμάτων τους να φροντίσουν τον ηλικιωμένο με ασφάλεια (KA3) • Η συμμετοχή των ανεπίσημων φροντιστών είναι απαραίτητη και χρήσιμη - και για τους ίδιους τους φροντιστές και για το ζευγάρι. Αλλά μετά από καλή συνεννόηση (KA7) • Οτιδήποτε δεν περιλαμβάνει τους φροντιστές είναι ανεπαρκές. (KA5) • Από την στιγμή που δεν μπορούν οι υπηρεσίες να προσφέρουν πλήρη κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους τους ανεπίσημους φροντιστές (KA6) • Σε περίπτωση που δεν καλύπτονται (επαρκώς) κάποιες ανάγκες του ζευγαριού μπορούν να συνδράμουν τα παιδιά (τα οποία χρειάζονται και αυτά υποστήριξη ώστε να μην επιβαρυνθούν υπερβολικά από την φροντίδα) (KA8) • Η 52χρονη κόρη σίγουρα θα μπορούσε να βοηθήσει υποστηρικτικά (έλεγχος φαρμάκων, οργάνωση σπιτιού, εποπτεία σε θέματα λειτουργικότητας των γονιών της, πρακτικά ζητήματα κλπ). Η άλλη κόρη νομίζω θα έχει δυσκολία. Ο γιός θα μπορούσε να βοηθήσει στην ψυχοκοινωνική στήριξη των γονιών του και σε πρακτικά ζητήματα. (KA9) • Σίγουρα η κοινωνική υπηρεσία θα πρέπει να καταλάβει ποιός 	<p>Αντίληψη για την υποχρεωτικότητα φροντίδας γονέων/έλεγχος των</p> <p><u>Λόγω ανεπάρκειας των υπηρεσιών</u></p>	<p>Αντίληψη για την υποχρεωτικότητα φροντίδας των γονέων/έλεγχος</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ναι θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δυνατότητα και η διάθεση των παιδιών γιατί πρόκειται για τους γονείς τους που θεωρούμε ότι τους νοιάζονται και τους αγαπούν (KA1) <p>Λόγω ανεπάρκειας των υπηρεσιών</p> <ul style="list-style-type: none"> • αναγκαστικά πρέπει να λάβει υπόψη τη διαθεσιμότητα των ανεπίσημων φροντιστών, εφόσον γίνει εκτίμηση των φροντιστών και των αποθεμάτων τους να φροντίσουν τον ηλικιωμένο με ασφάλεια (KA3) • Η συμμετοχή των ανεπίσημων φροντιστών είναι απαραίτητη και χρήσιμη - και για τους ίδιους τους φροντιστές και για το ζευγάρι. Αλλά μετά από καλή συνεννόηση (KA7) • Οτιδήποτε δεν περιλαμβάνει τους φροντιστές είναι ανεπαρκές. (KA5) • Από την στιγμή που δεν μπορούν οι υπηρεσίες να προσφέρουν πλήρη κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους τους ανεπίσημους φροντιστές (KA6) • Σε περίπτωση που δεν καλύπτονται (επαρκώς) κάποιες ανάγκες του ζευγαριού μπορούν να συνδράμουν τα παιδιά (τα οποία χρειάζονται και αυτά υποστήριξη ώστε να μην επιβαρυνθούν υπερβολικά από την φροντίδα) (KA8) • Η 52χρονη κόρη σίγουρα θα μπορούσε να βοηθήσει υποστηρικτικά (έλεγχος φαρμάκων, οργάνωση σπιτιού, εποπτεία σε θέματα λειτουργικότητας των γονιών της,

	<p>μπορεί να κάνει τι και να τους εντάξει στο σχέδιο φροντίδας. (KA9)</p>		<p>πρακτικά ζητήματα κλπ). Η άλλη κόρη νομίζω θα έχει δυσκολία. Ο γιός θα μπορούσε να βοηθήσει στην ψυχοκοινωνική στήριξη των γονιών του και σε πρακτικά ζητήματα. (KA9)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σίγουρα η κοινωνική υπηρεσία θα πρέπει να καταλάβει ποιός μπορεί να κάνει τι και να τους εντάξει στο σχέδιο φροντίδας. (KA9)
<p>Στην συγκεκριμένη περίπτωση, πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η οικονομική δυνατότητα του ζευγαριού στο σχεδιασμό υπηρεσιών για κάλυψη των αναγκών του;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Όχι, δεν πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού (KA6,KA10) • Ναι, πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού (KA1,KA2,KA4,KA3,KA5,KA7,KA8,KA9,KA11,KA12) 		<p><u>Καθολική είναι σχεδόν η άποψη ότι πρέπει να λαμβάνονται υποψη η οικονομική κατάσταση του ατόμου</u></p>
<p>Πως επηρεάζει η οικονομική δυνατότητα του ζευγαριού την παροχή υπηρεσιών ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Οι υπηρεσίες που χρειάζεται το ζευγάρι θα πρέπει ιδανικά να παρέχονται δωρεάν. (KA 1) • Θα έπρεπε η υπάρχουσα κοινωνική πολιτική να στοχεύει στην πλήρη κάλυψη των αναγκών (KA6) • Επειδή αυτό είναι δύσκολο να συμβεί στην πραγματικότητα, θα πρέπει να σχεδιαστούν προσεκτικά οι υπηρεσίες που θα παρέχουν οι φροντιστές και οι ιδιώτες φροντιστές ώστε το ζευγάρι να μπορεί να καλύψει τα έξοδα αυτά. (KA 1) • The social services for aging couples should be available by well trained and qualified social workers (KA10) • Η οικονομική κατάσταση πρέπει να ληφθεί υπόψη ιδιαίτερα αν δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους (KA7) • Δυσχερής οικονομική κάλυψη σημαίνει απόλυτη ανάληψη της οικονομικής ευθύνης από την τοπική αυτοδιοίκηση(KA11) • Οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι ανάλογες των οικονομικών δυνατοτήτων (KA8) • Ίσως χρειαστούν ένα άτομο που θα μένει στο σπίτι (τουλάχιστον 	<p>δωρεάν κοινωνικές υπηρεσίες: στόχος</p> <p><u>αδύνατο</u></p> <p>ευαίσθητοποιημένες/δυναμικές κοινωνικές υπηρεσίες</p> <p>Εξάρτηση παροχής υπηρεσιών με οικονομικές δυνατότητες</p>	<p>Ο στόχος των κοινωνικών υπηρεσιών οφείλει να είναι η παροχή δωρεάν υπηρεσιών με πλήρη κάλυψη των αναγκών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οι υπηρεσίες που χρειάζεται το ζευγάρι θα πρέπει ιδανικά να παρέχονται δωρεάν. (KA 1) • Θα έπρεπε η υπάρχουσα κοινωνική πολιτική να στοχεύει στην πλήρη κάλυψη των αναγκών (KA6) • Επειδή αυτό είναι δύσκολο να συμβεί στην πραγματικότητα, θα πρέπει να σχεδιαστούν προσεκτικά οι υπηρεσίες που θα παρέχουν οι φροντιστές και οι ιδιώτες φροντιστές ώστε το ζευγάρι να μπορεί να καλύψει τα έξοδα αυτά. (KA 1) • The social services for aging couples should be available by well trained and qualified social workers (KA10) <p>Εξάρτηση παροχής υπηρεσιών με οικονομικές δυνατότητες</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η οικονομική κατάσταση πρέπει να ληφθεί υπόψη ιδιαίτερα αν δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους (KA7) • Δυσχερής οικονομική κάλυψη σημαίνει απόλυτη ανάληψη της οικονομικής ευθύνης από την τοπική αυτοδιοίκηση(

	τον πρώτο καιρό) και θα πρέπει να πληρωθεί ιδιωτικά ανάλογα με τις δυνατότητές τους. Οι άλλες υπηρεσίες μάλλον μπορούν να καλυφθούν (KA9)	Ολοκληρωμένη φροντίδα σημαίνει ιδιωτικό κόστος λόγω ανεπάρκειας υπηρεσιών	KA11) • Οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι ανάλογες των οικονομικών δυνατοτήτων (KA8) Ίσως χρειαστούν ένα άτομο που θα μένει στο σπίτι (τουλάχιστον τον πρώτο καιρό) και θα πρέπει να πληρωθεί ιδιωτικά ανάλογα με τις δυνατότητές τους. Οι άλλες υπηρεσίες μάλλον μπορούν να καλυφθούν (KA9)																						
Ποιος φροντιστής (επαγγελματίας ή μη) θεωρείται ότι πρέπει να συμμετέχει στην κατ' οίκον φροντίδα του ζευγαριού;	<table border="0"> <tr><td>οικογενειακός/η βοηθός</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Νοσηλεύτης/τρια</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Φυσιοθεραπευτής/τρια</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Οικογενειακός γιατρός</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Τα παιδιά του ζευγαριού</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Κοινωνικός/η λειτουργός</td><td>83,3%</td></tr> <tr><td>Εργοθεραπευτής/τρια</td><td>66,7%</td></tr> <tr><td>Εθελοντές</td><td>66,7%</td></tr> <tr><td>Γείτονες</td><td>66,7%</td></tr> <tr><td>Φίλοι</td><td>66,7%</td></tr> <tr><td>Φροντιστής επί πληρωμή</td><td>66,7%</td></tr> </table>	οικογενειακός/η βοηθός	100%	Νοσηλεύτης/τρια	100%	Φυσιοθεραπευτής/τρια	100%	Οικογενειακός γιατρός	100%	Τα παιδιά του ζευγαριού	100%	Κοινωνικός/η λειτουργός	83,3%	Εργοθεραπευτής/τρια	66,7%	Εθελοντές	66,7%	Γείτονες	66,7%	Φίλοι	66,7%	Φροντιστής επί πληρωμή	66,7%		Υπάρχει διάσταση απόψεων σχετικά με την εμπλοκή στο σχεδιασμό των άτυπων δικτύων ,γεγονός που δεν συσχετίζεται όμως με την επαγγελματική ιδιότητα,ούτε με το εργασιακό περιβάλλον (ακαδημαϊκός ή επαγγελματίας πεδίου) Υποθέτουμε ότι σχετίζεται με
οικογενειακός/η βοηθός	100%																								
Νοσηλεύτης/τρια	100%																								
Φυσιοθεραπευτής/τρια	100%																								
Οικογενειακός γιατρός	100%																								
Τα παιδιά του ζευγαριού	100%																								
Κοινωνικός/η λειτουργός	83,3%																								
Εργοθεραπευτής/τρια	66,7%																								
Εθελοντές	66,7%																								
Γείτονες	66,7%																								
Φίλοι	66,7%																								
Φροντιστής επί πληρωμή	66,7%																								
Συστηματική παρακολούθηση του ζευγαριού	<ul style="list-style-type: none"> • Οι υπηρεσίες προς το ζευγάρι θα πρέπει να παρακολουθούνται συστηματικά (KA1,KA2,KA3,KA5,KA6,KA7,KA11,KA12) • Οι υπηρεσίες προς το το ζευγάρι δεν χρειάζεται να παρακολουθούνται συστηματικά (KA10) • Οι υπηρεσίες προς το ζευγάρι πρέπει να παρακολουθούνται συστηματικά αλλά αυτό δεν είναι εφικτό_(KA4,KA8,KA9) 	KA1,3,6,7,10	Στη πλειοψηφία τους 11/12 θεωρούν ότι θα πρέπει να υπάρχει συστηματική παρακολούθηση του ζευγαριού με 3/11 να εκφράζουν την άποψη ότι δεν είναι εφικτό αλλά είναι αναγκαίο.																						
Τεκμηρίωση συστηματικής παρακολούθησης	<ul style="list-style-type: none"> • Χρειάζεται να έλεγχεται η πορεία της υγείας του ζευγαριού, η πρόοδος στην αυτο-εξυπηρέτηση, τυχόν παραμέληση, και πιθανές νέες ανάγκες που θα προκύψουν. (KA 1) 	Υπάρχει αναγκαιότητα αλλά	Στην τεκμηρίωση της παραπάνω ερώτησης αναλύεται ότι θα πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά η κατάσταση του ζευγαριού για: Α) καταγραφή αναγκών																						

<p>ης του ζευγαριού</p>	<ul style="list-style-type: none"> Χρειάζεται η τακτική παρακολούθηση του ζευγαριού και εν γένει της οικογένειας για τον επανασχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών. (KA4) Είναι απαραίτητη η επίβλεψη για να υπάρχει ορθή παροχή υπηρεσιών. Διαφορετικά δεν εξασφαλίζεται η συνέχεια. (KA6) Η συστηματική παρακολούθηση και καταγραφή είναι απαραίτητη για να υπάρχει δυνατότητα να αναλάβει κάποιος άλλος επαγγελματίας τη φροντίδα και για να γίνεται αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών από κάποιο αρμόδιο φορέα (KA7) <u>Without good practice outlines and checking how they are used, there will be no way to evaluate effectiveness (KA10)</u> Στην παρούσα φάση, δεν υπάρχει τέτοια δυνατότητα από καμία υπηρεσία. (KA3) Δεν υπάρχει κεντρική υπηρεσία που να κάνει αυτή τη δουλειά. (KA8) Έχω εξηγήσει παραπάνω ότι θεωρώ πως δεν υπάρχει επαρκής συντονισμός των υπηρεσιών. (KA9) 	<p>όχι δυνατότητα γιατί δεν υπάρχει</p> <p>καταγραφή</p> <p>αξιολόγηση</p> <p>καλές πρακτικές και μέτρηση αποτελεσματικότητας</p> <p>Δεν υπάρχει καμία υπηρεσία για αυτό</p> <p>Απουσία συντονισμού</p>	<ul style="list-style-type: none"> Χρειάζεται να έλεγχεται η πορεία της υγείας του ζευγαριού, η πρόοδος στην αυτο-εξυπηρέτηση, τυχόν παραμέληση, και πιθανές νέες ανάγκες που θα προκύψουν. (KA 1) B) αξιολόγηση και επανασχεδιασμό πορείας περιστατικού Χρειάζεται η τακτική παρακολούθηση του ζευγαριού και εν γένει της οικογένειας για τον επανασχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών. (KA4) Η συστηματική παρακολούθηση και καταγραφή είναι απαραίτητη για να υπάρχει δυνατότητα να αναλάβει κάποιος άλλος επαγγελματίας τη φροντίδα και για να γίνεται αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών από κάποιο αρμόδιο φορέα (KA7) Γ) διασφάλιση της συνέχειας στην φροντίδα Είναι απαραίτητη η επίβλεψη για να υπάρχει ορθή παροχή υπηρεσιών. Διαφορετικά δεν εξασφαλίζεται η συνέχεια. (KA6) Δ) καλές πρακτικές και μέτρηση αποτελεσματικότητας Without good practice outlines and checking how they are used, there will be no way to evaluate effectiveness (KA10) Δεν υπάρχει καμία δυνατότητα από τις υπηρεσίες Στην παρούσα φάση, δεν υπάρχει τέτοια δυνατότητα από καμία υπηρεσία. (KA3) γιατί: A) δεν υπάρχει κεντρική υπηρεσία Δεν υπάρχει κεντρική υπηρεσία που να κάνει αυτή τη δουλειά. (KA8) B) δεν υπάρχει συντονισμός Έχω εξηγήσει παραπάνω ότι θεωρώ πως δεν υπάρχει επαρκής συντονισμός των υπηρεσιών. (KA9) 																															
<p>Κάλυψη αναγκών του ζευγαριού σε περίπτωση μη ύπαρξης υπηρεσιών σε ένα Δήμο</p>	<table border="1"> <tr> <td>Το ζευγάρι θα υπέφερε από ακάλυπτες ανάγκες (κοινωνικές και υγείας) (KA2,4,6,7,8,9,12)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Θα αναλάμβαναν την φροντίδα τα παιδιά τους (KA2,3,4,6,7,12)</td> <td></td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>Το ζευγάρι θα προσλάμβανε ιδιωτικό φροντιστή (KA2,5,6,9,12)</td> <td></td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>Το ζευγάρι θα πήγαινε να ζησει με ένα από τα παιδιά του (KA3,4,6,9,11)</td> <td></td> <td>41,7%</td> </tr> <tr> <td>Το ζευγάρι θα εισερχόταν σε γηροκομείο ιδιωτικό (KA2,3,5,7,11,12)</td> <td></td> <td>33,3%</td> </tr> <tr> <td>Το ζευγάρι θα προσλάμβανε φροντιστή (μέσω ασφάλισης/επιδόματος) (KA9,11)</td> <td></td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Το ζευγάρι θα εισερχόταν σε γηροκομείο δημόσιο (KA11)</td> <td></td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Δεν είναι εφαρμόσιμο, διότι η κατ' οίκον φροντίδα είναι η πιο κατάλληλη σε αυτήν την περίπτωση (KA1,KA5,KA10)</td> <td></td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Η κυρία θα εισερχόταν σε μια κλινική (KA6,KA11)</td> <td></td> <td>16,7%</td> </tr> </table>	Το ζευγάρι θα υπέφερε από ακάλυπτες ανάγκες (κοινωνικές και υγείας) (KA2,4,6,7,8,9,12)			Θα αναλάμβαναν την φροντίδα τα παιδιά τους (KA2,3,4,6,7,12)		50%	Το ζευγάρι θα προσλάμβανε ιδιωτικό φροντιστή (KA2,5,6,9,12)		50%	Το ζευγάρι θα πήγαινε να ζησει με ένα από τα παιδιά του (KA3,4,6,9,11)		41,7%	Το ζευγάρι θα εισερχόταν σε γηροκομείο ιδιωτικό (KA2,3,5,7,11,12)		33,3%	Το ζευγάρι θα προσλάμβανε φροντιστή (μέσω ασφάλισης/επιδόματος) (KA9,11)		25%	Το ζευγάρι θα εισερχόταν σε γηροκομείο δημόσιο (KA11)		25%	Δεν είναι εφαρμόσιμο, διότι η κατ' οίκον φροντίδα είναι η πιο κατάλληλη σε αυτήν την περίπτωση (KA1,KA5,KA10)		25%	Η κυρία θα εισερχόταν σε μια κλινική (KA6,KA11)		16,7%	<table border="1"> <tr> <td>Η φροντίδα θα καλύπτεται σε ιδιώτες και παιδιά</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>66,7%</td> </tr> </table>	Η φροντίδα θα καλύπτεται σε ιδιώτες και παιδιά			66,7%	<p>Οι περισσότεροι εκφράζουν την άποψη ότι το ζευγάρι θα υποφέρει από ακάλυπτες ανάγκες στην περίπτωση που δεν υπάρχουν υπηρεσίες στην κοινότητα (66,7%) ενώ το 67% θεωρεί ότι την φροντίδα θα αναλάμβαναν τα παιδιά τους ή θα έμεναν μαζί τους. Αξιοσημείωτο είναι ότι μόνο 1 θεωρεί ότι το ζευγάρι θα κατέφευγε στη λύση του ιδιωτικού γηροκομείου ή του ιδιωτικού φροντιστή χωρίς να λαμβάνει υπόψη του καμία άλλη επιλογή στις απαντήσεις του και χωρίς να θεωρεί ότι το ζευγάρι πιθανώς να υποφέρει από ακάλυπτες ανάγκες. Οι περισσότεροι επιλέγουν είτε την φροντίδα παιδιών /ιδιώτη.(μικτά μοντέλα)</p>
Το ζευγάρι θα υπέφερε από ακάλυπτες ανάγκες (κοινωνικές και υγείας) (KA2,4,6,7,8,9,12)																																		
Θα αναλάμβαναν την φροντίδα τα παιδιά τους (KA2,3,4,6,7,12)		50%																																
Το ζευγάρι θα προσλάμβανε ιδιωτικό φροντιστή (KA2,5,6,9,12)		50%																																
Το ζευγάρι θα πήγαινε να ζησει με ένα από τα παιδιά του (KA3,4,6,9,11)		41,7%																																
Το ζευγάρι θα εισερχόταν σε γηροκομείο ιδιωτικό (KA2,3,5,7,11,12)		33,3%																																
Το ζευγάρι θα προσλάμβανε φροντιστή (μέσω ασφάλισης/επιδόματος) (KA9,11)		25%																																
Το ζευγάρι θα εισερχόταν σε γηροκομείο δημόσιο (KA11)		25%																																
Δεν είναι εφαρμόσιμο, διότι η κατ' οίκον φροντίδα είναι η πιο κατάλληλη σε αυτήν την περίπτωση (KA1,KA5,KA10)		25%																																
Η κυρία θα εισερχόταν σε μια κλινική (KA6,KA11)		16,7%																																
Η φροντίδα θα καλύπτεται σε ιδιώτες και παιδιά																																		
	66,7%																																	

<p>Τεκμηριώστε την απάντησή σας Προτάσεις κάλυψης αναγκών</p>	<p>Η κυρία θα εισερχόταν σε νοσοκομείο (KA6)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ενδεχόμενα θα υπήρχε η βοήθεια από τα παιδιά στο μέτρο που θα μπορούσαν και αν δεν θα ήταν εφικτή η βοήθεια του άτυπου δικτύου των παιδιών και η βοήθεια ενός επαγγελματία φροντιστή επί πληρωμή, (KA3) • Όλες οι επιλογές είναι λίγο ή περισσότερο πιθανό να πραγματοποιηθούν. Η επιλογή εξαρτάται από τις αντοχές, οικονομικές και πραγματικές, της οικογένειας (KA7) • Η μη κάλυψη των αναγκών από κατ'οικον φροντίδα θα οδηγούσε τα άτομα είτε σε κλειστές δομές είτε στα παιδιά τους, είτε σε ιδιωτικό φροντιστή (KA6) • Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα το ζευγάρι να έκανε εισαγωγή σε γηροκομεία για να έχει 24 ωρη παροχή φροντίδας στις βασικές ανάγκες. Συνήθως είναι μια λύση για τους φροντιστές, όταν η τοπική κοινότητα δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες κατ'οίκον φροντίδας. (KA3) • Aging in place is the most cost effective way and most preferred by older adults (KA10) • Η καταλληλότερη είναι η κατ'οικον φροντίδα, ολιστική παρέμβαση, με παραμονή στην κοινότητα. (KA6) • Η οικογένεια (κυρίως η μία κόρη) δεν θα μπορούσε να καλύψει όλες τις ανάγκες του ζευγαριού. Μη γνωρίζοντας το οικονομικό επίπεδο του ζευγαριού θεωρώ ότι δεν θα μπορούσε να εξυπηρετηθεί αλλιώς (π.χ. ιδιωτικοί φροντιστές). Επομένως η μία κόρη κυρίως θα κάλυπτε τις ανάγκες που θα μπορούσε και θα έμεναν ακάλυπτες πολλές άλλες. (KA8) 	<p>8,3%</p> <p>Πρόταση 1: Το ζευγάρι θα λάμβανε βοήθεια από τα παιδιά του στο μέτρο του δυνατού, θα δρούσε συμπληρωματικά ο φροντιστής επι πληρωμή και αν δεν ήταν ικανά όλα αυτά να καλύψουν τις ανάγκες υπάρχει η λύση του γηροκομείου</p> <p>Πρόταση 2: Τα άτομα θα αναγκάζονταν να ενταχθούν σε κλειστές δομές</p> <p>Ολιστική παρέμβαση στην κοινότητα</p> <p>Το ζευγάρι και η κόρη θα υπέφεραν από ακάλυπτες ανάγκες</p>	<p>Το ζευγάρι θα λάμβανε βοήθεια από τα παιδιά του στο μέτρο του δυνατού, θα δρούσε συμπληρωματικά ο φροντιστής επι πληρωμή και αν δεν ήταν ικανά όλα αυτά να καλύψουν τις ανάγκες υπάρχει η λύση του γηροκομείου</p> <ul style="list-style-type: none"> • ενδεχόμενα θα υπήρχε η βοήθεια από τα παιδιά στο μέτρο που θα μπορούσαν και αν δεν θα ήταν εφικτή η βοήθεια του άτυπου δικτύου των παιδιών και η βοήθεια ενός επαγγελματία φροντιστή επί πληρωμή, (KA3) <p>Τα άτομα θα αναγκάζονταν να ενταχθούν σε κλειστές δομές ή στην επι πληρωμή φροντίδα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η μη κάλυψη των αναγκών από κατ'οικον φροντίδα θα οδηγούσε τα άτομα είτε σε κλειστές δομές είτε στα παιδιά τους, είτε σε ιδιωτικό φροντιστή (KA6) • Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα το ζευγάρι να έκανε εισαγωγή σε γηροκομεία για να έχει 24 ωρη παροχή φροντίδας στις βασικές ανάγκες. Συνήθως είναι μια λύση για τους φροντιστές, όταν η τοπική κοινότητα δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες κατ'οίκον φροντίδας. (KA3) <p>Θα υπέφεραν από ακάλυπτες ανάγκες Η οικογένεια (κυρίως η μία κόρη) δεν θα μπορούσε να καλύψει όλες τις ανάγκες του ζευγαριού. Μη γνωρίζοντας το οικονομικό επίπεδο του ζευγαριού θεωρώ ότι δεν θα μπορούσε να εξυπηρετηθεί αλλιώς (π.χ. ιδιωτικοί φροντιστές). Επομένως η μία κόρη κυρίως θα κάλυπτε τις ανάγκες που θα μπορούσε και θα έμεναν ακάλυπτες πολλές άλλες. (KA8)</p> <p>Ολιστική παρέμβαση στην κοινότητα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aging in place is the most cost effective way and most preferred by older adults (KA10) • Η καταλληλότερη είναι η κατ'οικον φροντίδα, ολιστική παρέμβαση, με παραμονή στην κοινότητα. (KA6) <p>Εξαρτάται από τις αντοχές οικονομικές/ψυχολογικές της οικογένειας</p> <ul style="list-style-type: none"> • Όλες οι επιλογές είναι λίγο ή περισσότερο πιθανό να πραγματοποιηθούν. Η επιλογή εξαρτάται από τις αντοχές, οικονομικές και πραγματικές, της οικογένειας (KA7)
---	---	--	---

<p>Με δεδομένη την οργάνωση και τη δομή των κοινωνικών υπηρεσιών για ηλικιωμένους στην κοινότητα, ποιες κατά την γνώμη σας ανάγκες του ζευγαριού θα μείνουν ακάλυπτες και ποιες είναι οι συνήθειες δυσκολίες των δομών αυτών να ανταποκριθούν;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Σχεδόν όλες οι ανάγκες του ζευγαριού θα μείνουν ακάλυπτες. Η παροχή φροντίδας από το ΠΒΣ, παρέχεται 1 φορά την εβδομάδα σε κάθε εξυπηρετούμενο, καθώς δεν υπάρχει επαρκές προσωπικό. Οπότε τις υπόλοιπες ημέρες η βοήθεια στις οικιακές εργασίες και στην ατομική φροντίδα δεν θα καλύπτεται. (KA3) • Σχεδόν όλες οι ανάγκες θα μείνουν ακάλυπτες, με εξαίρεση ίσως αυτές που αφορούν το κύριο πρόβλημα υγείας. (KA5) • Ακάλυπτες: ατομική υγιεινή, φυσικοθεραπεία, ψυχολογική υποστήριξη αλλά και οι υπόλοιπες θα παρέχοντα τμηματικά,περιστασιακά,χωρίς συνέχεια. (KA6) • Καμία δομή, δεν παρέχει υπηρεσίες φυσικοθεραπείας και εργοθεραπείας κατ οίκον. Για να μπορεί ο ηλικιωμένος να δέχεται τις υπηρεσίες του ΚΑΠΗ πχ νοητική ενδυνάμωση, πιθανά να πρέπει κάποιος να τον πηγαίνει, και ίσως κάτι τέτοιο να μην είναι εφικτό. Στην παρούσα φάση, δεν υπάρχει ούτε κάποιο μέσω μεταφοράς από το Δήμο, των μελών προς το ΚΑΠΗ από τον τόπο κατοικίας τους. (KA3) • Δεν υπάρχει συντονισμός, διασύνδεση και συνεργασία. (KA8) • Οι συνήθειες δυσκολίες των δομών είναι η έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη διεπιστημονικής ομάδας και η έλλειψη εκπαίδευσης σε θέματα τρίτης ηλικίας (KA3) • Κάποιες ανάγκες ίσως μείνουν ακάλυπτες. Οι συνήθειες δυσκολίες βρίσκονται στο συντονισμό των εμπλεκόμενων δομών. (KA4) • Νομίζω η ύπαρξη ενός ατόμου συνεχώς στο σπίτι για το πρώτο διάστημα της επιστροφής της γυναίκας στο σπίτι. Είναι μια ανάγκη που δεν θα καλυφθεί επαρκώς. (KA9) • Νομίζω οι ψυχολογικές ανάγκες γιατί λόγω περιορισμένων δυνατοτήτων δεν γίνεται συστηματική συμβουλευτική. (KA11) • Οι υπηρεσίες που χρειάζεται το ζευγάρι θα πρέπει ιδανικά να παρέχονται δωρεάν. Επειδή αυτό είναι δύσκολο να συμβεί στην πραγματικότητα, θα πρέπει να σχεδιαστούν προσεκτικά οι υπηρεσίες που θα παρέχουν οι φροντιστές και οι ιδιώτες φροντιστές ώστε το ζευγάρι να μπορεί να καλύψει τα έξοδα αυτά. (KA 1) 	<p>Οι ανάγκες θα μείνουν ακάλυπτες</p> <p>Απουσία λειτουργικής διασύνδεσης των δομών</p> <p>απουσία συντονισμού μη συνέχεια στη φροντίδα</p> <p>έλλειψη προσωπικού, διεπιστημονικής ομάδας, η έλλειψη εκπαίδευσης σε θέματα τρίτης ηλικίας,</p> <p>απουσία συντονισμού</p> <p>Οι ανάγκες θα καλυφθούν από ιδιώτη λόγω ανεπάρκειας των δομών</p>	<p>Σχεδόν όλες οι ανάγκες θα μείνουν ακάλυπτες</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σχεδόν όλες οι ανάγκες του ζευγαριού θα μείνουν ακάλυπτες. Η παροχή φροντίδας από το ΠΒΣ, παρέχεται 1 φορά την εβδομάδα σε κάθε εξυπηρετούμενο, καθώς δεν υπάρχει επαρκές προσωπικό. Οπότε τις υπόλοιπες ημέρες η βοήθεια στις οικιακές εργασίες και στην ατομική φροντίδα δεν θα καλύπτεται. (KA3) • Σχεδόν όλες οι ανάγκες θα μείνουν ακάλυπτες, με εξαίρεση ίσως αυτές που αφορούν το κύριο πρόβλημα υγείας. (KA5) • Ακάλυπτες: ατομική υγιεινή, φυσικοθεραπεία, ψυχολογική υποστήριξη αλλά και οι υπόλοιπες θα παρέχοντα τμηματικά,περιστασιακά,χωρίς συνέχεια. (KA6) • Νομίζω η ύπαρξη ενός ατόμου συνεχώς στο σπίτι για το πρώτο διάστημα της επιστροφής της γυναίκας στο σπίτι. Είναι μια ανάγκη που δεν θα καλυφθεί επαρκώς. (KA9) • Νομίζω οι ψυχολογικές ανάγκες γιατί λόγω περιορισμένων δυνατοτήτων δεν γίνεται συστηματική συμβουλευτική. (KA11) <p>Απουσία λειτουργικής διασύνδεσης των δομών με αποτέλεσμα την απουσία συντονισμού και την μη συνέχεια στη φροντίδα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Καμία δομή, δεν παρέχει υπηρεσίες φυσικοθεραπείας και εργοθεραπείας κατ οίκον. Για να μπορεί ο ηλικιωμένος να δέχεται τις υπηρεσίες του ΚΑΠΗ πχ νοητική ενδυνάμωση, πιθανά να πρέπει κάποιος να τον πηγαίνει, και ίσως κάτι τέτοιο να μην είναι εφικτό. Στην παρούσα φάση, δεν υπάρχει ούτε κάποιο μέσω μεταφοράς από το Δήμο, των μελών προς το ΚΑΠΗ από τον τόπο κατοικίας τους. (KA3) • Δεν υπάρχει συντονισμός, διασύνδεση και συνεργασία. (KA8) • Κάποιες ανάγκες ίσως μείνουν ακάλυπτες. Οι συνήθειες δυσκολίες βρίσκονται στο συντονισμό των εμπλεκόμενων δομών. (KA4) <p>Έλλειψη προσωπικού, διεπιστημονικής ομάδας, η έλλειψη εκπαίδευσης σε θέματα τρίτης ηλικίας</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οι συνήθειες δυσκολίες των δομών είναι η έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη διεπιστημονικής ομάδας και η έλλειψη εκπαίδευσης σε θέματα τρίτης ηλικίας (KA3) <p>Οι ανάγκες θα καλυφθούν από ιδιώτη λόγω ανεπάρκειας των δομών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οι κοινωνικές υπηρεσίες, σε συνεργασία με την οικογένεια,
--	---	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Οι κοινωνικές υπηρεσίες, σε συνεργασία με την οικογένεια, θα μπορέσουν να καλύψουν τις περισσότερες ανάγκες. Ειδική προσοχή πρέπει να δοθεί στη διαχείριση των οικονομικών (KA7) • This is a very broad question and cannot be generically answered (KA10) 		<p>θα μπορέσουν να καλύψουν τις περισσότερες ανάγκες. Ειδική προσοχή πρέπει να δοθεί στη διαχείριση των οικονομικών (KA7)</p>
<p>Θα υπήρχε διαφορά στην κατ' οίκον φροντίδα αν ζούσαν σε αστική ή αγροτική περιοχή;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Πιθανόν σε μια αγροτική περιοχή να λειτουργούσαν πιο πολύ τα κοινωνικά δίκτυα του ζευγαριού, (KA.1) • Στην αγροτική περιοχή είναι πιο πιθανή η εμπλοκή των γειτόνων και φίλων (KA7) • Νομίζω σε αγροτικές περιοχές είναι πιο εύκολο να καλυφθούν οι ανάγκες διότι εμπλέκονται περισσότερο οι άνθρωποι στις ανάγκες των γειτόνων/φίλων/συγγενών. Επίσης, λόγω πληθυσμού είναι περισσότερο <u>προσωποποιημένες οι σχέσεις των πολιτών με τους εργαζομένους των υπηρεσιών</u> (KA11) • Δεν θα έπρεπε να υπάρχει. όμως συνήθως στην ύπαιθρο δεν είναι ανεπτυγμένες τέτοιου είδους υπηρεσίες για κατ' οίκον φροντίδα (KA6) • Κάποιες αγροτικές περιοχές μπορεί να είναι ακάλυπτες από αντίστοιχες υπηρεσίες (KA8) • Δεν ξέρουμε που ζουν. Πιστεύω ότι θα υπήρχαν ελλείψεις στις αγροτικές περιοχές οι οποίες όμως ενδεχομένως να καλύπτονταν από τα άτυπα δίκτυα φροντίδας. Αντίθετα στις αστικές περιοχές υπάρχουν άλλα προβλήματα που μπορεί να χειροτερέψουν την κατάσταση όπως η κοινωνική απομόνωση (KA9) • Yes for sure , in rural areas the challenges would be much harder (KA10) • ενώ σε ένα αστικό περιβάλλον να υπήρχαν περισσότερες υπηρεσίες. (KA.1) • Σε αστικές περιοχές υπάρχουν περισσότερες δομές/υπηρεσίες. (KA8) • Ναι θα υπήρχε διαφορά. Περισσότερες οι δυνατότητες σε μία αστική περιοχή.(KA4) • Αντίθετα στις αστικές περιοχές υπάρχουν άλλα προβλήματα που μπορεί να χειροτερέψουν την κατάσταση όπως η κοινωνική απομόνωση.KA9 	<p>Αγροτικές περιοχές καλύτερη λειτουργία κοινωνικών δικτύων, προσωπικές σχέσεις</p> <p>Αγροτικές περιοχές δεν υπάρχουν υπηρεσίες</p> <p>Αστικές περιοχές περισσότερες υπηρεσίες</p> <p>Στις αστικές περιοχές υπάρχει περισσότερη κοινωνική απομόνωση ενώ όλοι υποστηρίζουν ότι υπάρχει σημαντική διαφορά.</p>	<p>Στις αγροτικές κοινότητες υπάρχει καλύτερη λειτουργία των κοινωνικών δικτύων</p> <ul style="list-style-type: none"> • Πιθανόν σε μια αγροτική περιοχή να λειτουργούσαν πιο πολύ τα κοινωνικά δίκτυα του ζευγαριού, (KA.1) • Στην αγροτική περιοχή είναι πιο πιθανή η εμπλοκή των γειτόνων και φίλων (KA7) • Νομίζω σε αγροτικές περιοχές είναι πιο εύκολο να καλυφθούν οι ανάγκες διότι εμπλέκονται περισσότερο οι άνθρωποι στις ανάγκες των γειτόνων/φίλων/συγγενών. Επίσης, λόγω πληθυσμού είναι περισσότερο <u>προσωποποιημένες οι σχέσεις των πολιτών με τους εργαζομένους των υπηρεσιών</u> (KA11) <p>Στις αγροτικές κοινότητες δεν είναι ανεπτυγμένο το δίκτυο υπηρεσιών</p> <p>Δεν θα έπρεπε να υπάρχει. όμως συνήθως στην ύπαιθρο δεν είναι ανεπτυγμένες τέτοιου είδους υπηρεσίες για κατ' οίκον φροντίδα (KA6)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κάποιες αγροτικές περιοχές μπορεί να είναι ακάλυπτες από αντίστοιχες υπηρεσίες (KA8) • Yes for sure , in rural areas the challenges would be much harder (KA10) <p>Στις αστικές κοινότητες υπάρχουν υπηρεσίες σεν είναι ανεπτυγμένα τα άτυπα κοινωνικά δίκτυα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Δεν ξέρουμε που ζουν. Πιστεύω ότι θα υπήρχαν ελλείψεις στις αγροτικές περιοχές οι οποίες όμως ενδεχομένως να καλύπτονταν από τα άτυπα δίκτυα φροντίδας. Αντίθετα στις αστικές περιοχές υπάρχουν άλλα προβλήματα που μπορεί να χειροτερέψουν την κατάσταση όπως η κοινωνική απομόνωση (KA9) • ενώ σε ένα αστικό περιβάλλον να υπήρχαν περισσότερες υπηρεσίες. (KA.1) • Σε αστικές περιοχές υπάρχουν περισσότερες δομές/υπηρεσίες. (KA8) • Ναι θα υπήρχε διαφορά. Περισσότερες οι δυνατότητες σε μία αστική περιοχή.(KA4)

<p>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Κεντρική ευθύνη για τη διαχείριση του περιστατικού στον ΚΛ του ΚΑΠΗ (ΚΑ1) • Πλήρης στελέχωση του ΚΑΠΗ.(ΚΑ1.) • Δημιουργία και τήρηση πρωτοκόλλου για την αντιμετώπιση κάθε ανάγκης. (ΚΑ1) • Συζήτηση της πορείας της "περίπτωσης" στην ομάδα φροντίδας. (ΚΑ1) • Τακτή ενημέρωση φροντιστών (παιδιών) (ΚΑ1) • ψυχολογική υποστήριξη και ηθική ενίσχυση των φροντιστών (ΚΑ1) • ανακούφιση και ξεκούραση (πχ 1 μήνα παραμονής του ζευγαριού σε ξενώνα φιλοξενίας ώστε τα παιδιά τους να ξεκουραστούν από την συμπληρωματική φροντίδα που προσφέρουν) (ΚΑ1) • Βοήθεια στο Σπίτι σε πρωινή και απογευματινή βάρδια στελεχωμένο με περισσότερες οικιακές βοηθούς. (ΚΑ1) • Επι πληρωμή φροντιστής σε συνδυασμό με την εποπτεία του ΚΑΠΗ/ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ (ΚΑ3) • Συντονισμός των υπηρεσιών από επαγγελματία του δήμου για τους ηλικιωμένους (κοινωνικό λειτουργό) και με εμπλοκή των παιδιών τους (ΚΑ11) • Aging in place with social support , telemedicine and community centers for social connectivity and physical activities (ΚΑ10) • Να υπάρχει ένα σχέδιο φροντίδας που θα καταρτιστεί από τους υπεύθυνους των δομών που εμπλέκονται σε συνεργασία με το ζευγάρι και την οικογένειά του και ενδεχομένως άλλους φορείς φροντίδας που θα μπορούσαν να εμπλακούν (άτυπα δίκτυα, εθελοντές κλπ). Το σχέδιο αυτό να λαμβάνει υπόψη του τις ανάγκες φροντίδας του κάθε ατόμου ξεχωριστά και του ζευγαριού συνολικά αλλά και των μελών της οικογένειάς τους. Να υπάρξει συνεργασία των υπεύθυνων μεταξύ τους ώστε να μην υπάρχουν επικαλύψεις των υπηρεσιών.(ΚΑ9) • Η κατάλληλη δικτύωση και ο συντονισμός των εμπλεκόμενων δομών/υπηρεσιών θα μπορούσε να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ζευγαριού.(ΚΑ4) • Να υπάρχει διεπιστημονική ομάδα υγείας η οποία θα τους φροντίζει στο σπίτι έτσι ώστε να διαταραχθεί όσο το δυνατόν 	<p>Οι ακαδημαϊκοί προτείνουν την λειτουργία μιας δομής στην κοινότητα επαρκώς στελεχωμένη που η διεπιστημονική ομάδα θα καταρτίζει σχέδιο ολοκληρωμένης φροντίδας ενώ οι ειδικοί του πεδίου θεωρούν ότι λύσεις όπως ο επι πληρωμή φροντιστής συμπληρωματικά με τις δομές και με επαρκή συντονισμό ίσως βοηθήσει</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αντίθετα στις αστικές περιοχές υπάρχουν άλλα προβλήματα που μπορεί να χειροτερέψουν την κατάσταση όπως η κοινωνική απομόνωση.ΚΑ9 • Οι ακαδημαϊκοί προτείνουν την λειτουργία μιας δομής στην κοινότητα επαρκώς στελεχωμένη που η διεπιστημονική ομάδα θα καταρτίζει σχέδιο ολοκληρωμένης φροντίδας • Κεντρική ευθύνη για τη διαχείριση του περιστατικού στον ΚΛ του ΚΑΠΗ (ΚΑ1) • Πλήρης στελέχωση του ΚΑΠΗ.(ΚΑ1.) • Δημιουργία και τήρηση πρωτοκόλλου για την αντιμετώπιση κάθε ανάγκης. (ΚΑ1) • Συζήτηση της πορείας της "περίπτωσης" στην ομάδα φροντίδας. (ΚΑ1) • Τακτή ενημέρωση φροντιστών (παιδιών) (ΚΑ1) • ψυχολογική υποστήριξη και ηθική ενίσχυση των φροντιστών (ΚΑ1) • ανακούφιση και ξεκούραση (πχ 1 μήνα παραμονής του ζευγαριού σε ξενώνα φιλοξενίας ώστε τα παιδιά τους να ξεκουραστούν από την συμπληρωματική φροντίδα που προσφέρουν) (ΚΑ1) • Βοήθεια στο Σπίτι σε πρωινή και απογευματινή βάρδια στελεχωμένο με περισσότερες οικιακές βοηθούς. (ΚΑ1) • Να δημιουργηθούν οι κατάλληλες υπηρεσίες στην κοινότητα και το κράτος να δώσει επιδόματα για την κάλυψη των αναγκών.(ΚΑ8) • Να υπάρχει διεπιστημονική ομάδα υγείας η οποία θα τους φροντίζει στο σπίτι έτσι ώστε να διαταραχθεί όσο το δυνατόν λιγότερο η συνέχεια στη ζωή και την καθημερινότητά τους (ΚΑ5) • Να υπάρχει ένα σχέδιο φροντίδας που θα καταρτιστεί από τους υπεύθυνους των δομών που εμπλέκονται σε συνεργασία με το ζευγάρι και την οικογένειά του και ενδεχομένως άλλους φορείς φροντίδας που θα μπορούσαν να εμπλακούν (άτυπα δίκτυα, εθελοντές κλπ). Το σχέδιο αυτό να λαμβάνει υπόψη του τις ανάγκες φροντίδας του κάθε ατόμου ξεχωριστά και του ζευγαριού συνολικά αλλά και των μελών της οικογένειάς τους. Να υπάρξει συνεργασία των υπεύθυνων μεταξύ τους ώστε να μην υπάρχουν επικαλύψεις των υπηρεσιών.(ΚΑ9) • Aging in place with social support , telemedicine and community centers for social connectivity and physical activities (ΚΑ10)
------------------	---	---	--

	<p>λιγότερο η συνέχεια στη ζωή και την καθημερινότητά τους (ΚΑ5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κατ οικον φροντίδα σε καθημερινή βάση, με συνέχεια με εποπτεία και συνεχή αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών (ΚΑ6) • Να παραμείνουν στο σπίτι τους με καλή υποστήριξη (ΚΑ7) • Να δημιουργηθούν οι κατάλληλες υπηρεσίες στην κοινότητα και το κράτος να δώσει επιδόματα για την κάλυψη των αναγκών.(ΚΑ8) 		<p>Οι ειδικοί του πεδίου θεωρούν ότι λύσεις όπως ο επι πληρωμή φροντιστής συμπληρωματικά με τις δομές και με επαρκή συντονισμό ίσως καταστούν αποτελεσματικές</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επι πληρωμή φροντιστής σε συνδυασμό με την εποπτεία του ΚΑΠΗ/ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ (ΚΑ3) • Συντονισμός των υπηρεσιών από επαγγελματία του δήμου για τους ηλικιωμένους (κοινωνικό λειτουργό) και με εμπλοκή των παιδιών τους (ΚΑ11) • Η κατάλληλη δικτύωση και ο συντονισμός των εμπλεκόμενων δομών/υπηρεσιών θα μπορούσε να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ζευγαριού.(ΚΑ4) • Κατ οικον φροντίδα σε καθημερινή βάση, με συνέχεια με εποπτεία και συνεχή αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών (ΚΑ6)
Υποκατηγορία	Ιδιότητες	Διαστάσεις	
<p>Σε ποιους παράγοντες (οργανικούς, κοινωνικούς,δη μογραφικούς, ψυχολογικούς, συννοσηρότητα ς, συμπεριφορών υγείας,φυσικού και δομημένου περιβάλλοντος) που σχετίζονται με την υγιή γήρανση οφείλει να δίνει προτεραιότητα ο κοινωνικός λειτουργός στην παρέμβαση του</p>	<p>ΣΕ ΟΛΟΥΣ: ΚΑ1, 2,3,4,5,6,7,8</p> <p>Σε ένα φυσικό περιβάλλον με χώρους πρασίνου, άσκησης, ράμπες και κάθε σχετική διευκόλυνση για άτομα με κινητικούς και αισθητηριακούς περιορισμούς. Χώροι ομαδικών δραστηριοτήτων που θα συμπεριλαμβάνουν και ηλικιωμένους (όχι αποκλειστικά για ηλικιωμένους). Δωρεάν προληπτικές εξετάσεις για Alzheimer και άνοια. Εμπλοκή των ηλικιωμένων σε υπηρεσίες προς τους πολίτες (συνεργασία με παιδικούς σταθμούς, δράσεις αλληλεγγύης προς τους πρόσφυγες, καλλιτεχνικά εργαστήρια, κλπ)ΚΑ11</p> <p>Σε όλους δίνοντας προτεραιότητα στους κοινωνικούς παράγοντες. Αλλά όλοι είναι σημαντικοί και πρέπει να τους λαμβάνει υπόψη του ο ΚΛ.ΚΑ9</p>	<p>Ολιστική παρέμβαση</p>	

στην κοινότητα;			
<p>Στόχοι παρέμβασης στην παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Η διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων (KA1) • Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. (KA1) • Η καταπολέμηση της φτώχειας και του αποκλεισμού. (KA1) • Η συνεχής κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων, (KA1) • κοινωνική λειτουργικότητα KA5,11 • η ενεργός συμμετοχής τους στα δρώμενα της κοινότητας. KA1,3 • Η εκπαίδευση και κατάρτιση των ηλικιωμένων (αλφαριθμητισμός, ηλεκτρονικός αλφαριθμητισμός, χειροτεχνίες κλπ) KA1 • Η μεταφορά γνώσης, εμπειρίας και κάποιων παραδόσεων σε νεότερες γενιές KA1 • Προγράμματα ψυχαγωγίαςKA1 • Ασφαλής διαβίωση, Ίσες ευκαιρίες ασφάλειας,καθολικής κάλυψης των αναγκών του ηλικιωμένου KA2,3 • πρόληψη γνωστικής έκπτωσης, διατήρηση βαθμού λειτουργικότητας, KA1,2 • Αξιοπρεπής διαβίωση KA1,2 • βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στη κοινότητα.KA3 • Υγιής και ενεργός γήρανση μέσα σε ένα ολιστικό μοντέλο KA3,5,7,8,9,11 • Η πρόληψη, η ολιστική φροντίδα στην αντιμετώπιση των περιστατικών. KA9 • This is not a question I can answer generically, depends on points of transition, presence of chronic diseases, socioeconomic variables , health and technology literacy etc KA10 • Η διατήρηση καλής κατάστασης υγείας και συναισθηματικής κατάστασης, η ενεργός εμπλοκή τους στη ζωή της κοινότητας KA11 		<p><u>Διατήρηση σωματικής και ψυχικής υγείας</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Η διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων (KA1) • πρόληψη γνωστικής έκπτωσης, διατήρηση βαθμού λειτουργικότητας, (KA1,2) • Η διατήρηση καλής κατάστασης υγείας και συναισθηματικής κατάστασης, (KA11) <p><u>Προσβασιμότητα σε υπηρεσίες</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. (KA1) <p><u>Καταπολέμηση της φτώχειας και του αποκλεισμού</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Η καταπολέμηση της φτώχειας και του αποκλεισμού. (KA1) <p><u>Κοινωνικοποίηση/κοινωνική λειτουργικότητα</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Η συνεχής κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων, (KA1) • κοινωνική λειτουργικότητα KA5,11 • η ενεργός συμμετοχής τους στα δρώμενα της κοινότητας. KA1,3 • η ενεργός εμπλοκή τους στη ζωή της κοινότητας(KA11) <p><u>Πρόσβαση στην εκπαίδευση και στην ψυχαγωγία</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Η εκπαίδευση και κατάρτιση των ηλικιωμένων (αλφαριθμητισμός, ηλεκτρονικός αλφαριθμητισμός, χειροτεχνίες κλπ) KA1 • Η μεταφορά γνώσης, εμπειρίας και κάποιων παραδόσεων σε νεότερες γενιές KA1 • Προγράμματα ψυχαγωγίαςKA1 <p><u>Ασφαλής διαβίωση, Ίσες ευκαιρίες για καθολική κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ασφαλής διαβίωση, Ίσες ευκαιρίες ασφάλειας,καθολικής κάλυψης των αναγκών του ηλικιωμένου (KA2,3) <p><u>Ποιότητα ζωής και Ενεργός Γήρανση</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στη κοινότητα.KA3 • Υγιής και ενεργός γήρανση μέσα σε ένα ολιστικό μοντέλο KA3,5,7,8,9,11 • Η πρόληψη, η ολιστική φροντίδα στην αντιμετώπιση των περιστατικών. KA9

			<ul style="list-style-type: none"> This is not a question I can answer generically, depends on points of transition, presence of chronic diseases, socioeconomic variables, health and technology literacy etc KA10
<p>Ερώτηση: 3.3</p> <p>Με βάση τις σημερινές συνθήκες της πανδημίας COVID 19 τι προτεραιότητες θα πρέπει να βάλει ο Κοινωνικός λειτουργός στο σχεδιασμό της παρέμβασης του για τους ηλικιωμένους;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Διασφάλιση της σωματικής υγείας(KA1) • Βασική προτεραιότητα είναι η διασφάλιση της υγείας τους με την λήψη των απαραίτητων προληπτικών μέτρων ατομικής προστασίας και την τακτική επικοινωνία και στήριξη των ίδιων και των οικογένειών τους. KA4 • Επισιτιστική ασφάλεια (KA1) • Διασφάλιση των αναγκαίων φαρμάκων (KA1) • Διασφάλιση ασφαλούς επικοινωνίας με τους οικείους. Προσοχή στην μοναξιά και την κατάθλιψη (KA1) • Ενημέρωση και πληροφόρηση(KA1) • Δράσεις: ορθής ενημέρωσης για τον Covid 19, μείωσης κοινωνικού φόβου, τρόπος κάλυψης των αναγκών του ηλικιωμένου εν καιρώ καραντίνας, ενημέρωση για εμφύχωση, συμβουλευτική για την αλλαγή της καθημερινότητας, για αισθήματα αβοηθητότητας, μοναξιάς, θλίψης. Τρόπους εναλλακτικούς για την αποφυγή της απομόνωσης KA3 • Την ασφάλεια του. Να τον βοηθήσει να παραμείνει υγιής οργανικά/βιολογικά αλλά και ψυχοκοινωνικά (αντιμετώπιση της απομόνωσης/μοναξιάς). (KA8) • Ασφάλεια δημόσιας υγείας,διερεύνηση αναγκών εξυπηρετούμενων πολιτών και επίλυση προβλημάτων(KA2) • Η κοινωνική λειτουργικότητα με τους περιορισμούς του 'μένουμε σπίτι'(KA5) • Η απομόνωση των ηλικιωμένων είναι πιο έντονη από τις άλλες ηλικιακές ομάδες και θέλει ιδιαίτερη προσοχή KA7 • ΤΙΣ ΙΔΙΕΣ ΑΛΛΑ ΝΑ ΠΡΟΣΘΕΣΕΙ ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ ΑΦΟΡΑ ΤΟΝ COVID 19 (KA6) • Στις συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης και στρες που έχει δημιουργήσει η πανδημία, η ψυχοκοινωνική τους στήριξη είναι ιδιαίτερα σημαντική, αλλά και η ενημέρωση των ίδιων των 		<p><u>Διατήρηση σωματικής και ψυχικής υγείας</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Διασφάλιση της σωματικής υγείας(KA1) • Βασική προτεραιότητα είναι η διασφάλιση της υγείας τους με την λήψη των απαραίτητων προληπτικών μέτρων ατομικής προστασίας (KA4) • Διασφάλιση των αναγκαίων φαρμάκων (KA1) • Προσοχή στην μοναξιά και την κατάθλιψη (KA1) • Δράσεις: ορθής ενημέρωσης για τον Covid 19, μείωσης κοινωνικού φόβου, τρόπος κάλυψης των αναγκών του ηλικιωμένου εν καιρώ καραντίνας, ενημέρωση για εμφύχωση, συμβουλευτική για την αλλαγή της καθημερινότητας, για αισθήματα αβοηθητότητας, μοναξιάς, θλίψης. Τρόπους εναλλακτικούς για την αποφυγή της απομόνωσης KA3 • Την ασφάλεια του. Να τον βοηθήσει να παραμείνει υγιής οργανικά/βιολογικά αλλά και ψυχοκοινωνικά (αντιμετώπιση της απομόνωσης/μοναξιάς). (KA8) <p><u>Προσβασιμότητα σε υπηρεσίες</u></p> <p><u>Καταπολέμηση της φτώχειας και του αποκλεισμού</u></p> <p><u>Κοινωνικοποίηση/κοινωνική λειτουργικότητα</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • και την τακτική επικοινωνία και στήριξη των ίδιων και των οικογένειών τους.(KA4) • Διασφάλιση ασφαλούς επικοινωνίας με τους οικείους. (KA1) • Ενημέρωση και πληροφόρηση(KA1) • Η κοινωνική λειτουργικότητα με τους περιορισμούς του 'μένουμε σπίτι'(KA5) • Η απομόνωση των ηλικιωμένων είναι πιο έντονη από τις

	<p>ηλικιωμένων και όλων όσων εμπλέκονται στη φροντίδα τους για την τήρηση των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας. (KA9)</p> <ul style="list-style-type: none">• We are writing. A paper on this, without existing infrastructure and trained staff we cannot meet their needs , you see that now KA10• Δραστηριοποίηση με τη λήψη όλων των προστατευτικών μέτρων (KA11)		<p>άλλες ηλικιακές ομάδες και θέλει ιδιαίτερη προσοχή KA7</p> <ul style="list-style-type: none">• Στις συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης και στρες που έχει δημιουργήσει η πανδημία, η ψυχοκοινωνική τους στήριξη είναι ιδιαίτερα σημαντική, αλλά και η ενημέρωση των ίδιων των ηλικιωμένων και όλων όσων εμπλέκονται στη φροντίδα τους για την τήρηση των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας. (KA9) <p><u>Ασφαλής διαβίωση, Ίσες ευκαιρίες για καθολική κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Ασφάλεια δημόσιας υγείας,διερεύνηση αναγκών εξυπηρετούμενων πολιτών και επίλυση προβλημάτων(KA2)• without existing infrastructure and trained staff we cannot meet their needs , you see that now KA10• Δραστηριοποίηση με τη λήψη όλων των προστατευτικών μέτρωνKA11 <p><u>Ποιότητας ζωής και Ενεργός Γήρανση</u></p>
--	---	--	---

ΕΛ. ΜΕ. ΠΑ. Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

ΠΜΣ: Διαμεθοδικές Παρεμβάσεις σε καταστάσεις Κρίσης

"Κατευθυντήριες οδηγίες για παρέμβαση στους ηλικιωμένους στην Κοινότητα από τον Κοινωνικό λειτουργό"

Ερευνήτρια: Κατσάπη Χρυσούλα
Επίβλεψη: Κούτρα Κλειώ, Επ. Καθηγήτρια

Αγαπητή/έ, επαγγελματία υγείας

σας καλούμε να απαντήσετε με βάση την ειδικότητά σας αλλά και την εμπειρία σας το παρακάτω ερωτηματολόγιο στα πλαίσια της εργασίας «Κατευθυντήριες οδηγίες για παρέμβαση στους ηλικιωμένους στην Κοινότητα από τον Κοινωνικό λειτουργό».

Η μεταπτυχιακή εργασία πραγματοποιείται από το ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας στα πλαίσια του ΠΜΣ «Διαμεθοδικές Κοινωνικές Παρεμβάσεις σε Καταστάσεις Κρίσης»

* Απαιτείται

1. Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου *

2. Έχω διαβάσει το έντυπο συναίνεσης και συμφωνώ να συμμετέχω στην μελέτη *

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

ΝΑΙ

Σκοπιμότητα
έρευνας

Σκοπός της μελέτης είναι η δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών για την ανάπτυξη ολιστικής παρέμβασης για τους ηλικιωμένους στην κοινότητα από τον Κοινωνικό Λειτουργό με απώτερο στόχο την βελτίωση της λειτουργικότητας τους (functioning). Η διαδικασία κατάρτισης κατευθυντήριων οδηγιών σύμφωνα με την μέθοδο «DELPHI» προϋποθέτει τη λήψη συμφωνίας των «εμπειρογνομόνων» που συγκροτούν την επιτροπή. Στόχος της ομάδας των εμπειρογνομόνων συνίσταται στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής συναίνεσης (consensus) σε σχέση με το υπό μελέτη θέμα. Οι συμμετέχοντες θα κληθούν να απαντήσουν μέσω ενός ηλεκτρονικού ανώνυμου ερωτηματολογίου διαθέσιμο στο Google docs σε δυο φάσεις. Η χρήση του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου θα εξασφαλίσει την ανωνυμία των συμμετεχόντων. Μη διστάσετε να κάνετε ερωτήσεις γύρω από το σκοπό ή την διαδικασία της έρευνας. Αν έχετε οποιαδήποτε αμφιβολία ή ερώτηση ζητήστε διευκρινίσεις. Με την συμμετοχή στην έρευνα θα διαδραματίσετε καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη αποτελεσματικής ολιστικής παρέμβασης στην στόχευση της ενεργούς γήρανσης των ηλικιωμένων. Παράλληλα θα συμβάλετε στην ανάπτυξη εργαλείων διεπιστημονικού σχεδιασμού και παρέμβασης

ΥΓΙΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗ

3. 1.1. Θεωρείτε ότι μια παρέμβαση στη κοινότητα από τον κοινωνικό λειτουργό που αφορά τους ηλικιωμένους σήμερα θα πρέπει να λάβει υπόψη της στο σχεδιασμό της, την θεώρηση για την υγιή γήρανση και την υγιή λειτουργικότητα; Αν ΝΑΙ με ποιο τρόπο; Αν ΟΧΙ για ποιο λόγο;

4. 1.2 Παρακαλώ δηλώστε το βαθμό συμφωνίας σας με τους παρακάτω παράγοντες: α) Η ύπαρξη στους ηλικιωμένους υψηλών δεικτών σωματικής λειτουργικότητας συμβάλει στην υγιή γήρανση

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Συμφωνώ απόλυτα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Διαφωνώ απόλυτα

5. β) Η ύπαρξη στους ηλικιωμένους υψηλών δεικτών γνωστικής λειτουργικότητας συμβάλει στην υγιή γήρανση

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Συμφωνώ απόλυτα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Διαφωνώ απόλυτα

6. γ) Η απουσία χρόνιων ασθενειών ή αναπηριών συμβάλει στην υγιή γήρανση

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Συμφωνώ απόλυτα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Διαφωνώ απόλυτα

7. δ) Οι κοινωνικά ενεργοί ηλικιωμένοι γηράσκουν με υψηλότερους δείκτες υγείας.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Συμφωνώ απόλυτα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Διαφωνώ απόλυτα

8. 1.3 Κατατάξτε τους παράγοντες με βάση το βαθμό σημαντικότητας τους, για την οργάνωση της παρέμβασης του Κοινωνικού Λειτουργού στην κοινότητα : Πολύ σημαντικός 1..... 8 λιγότερο σημαντικός. (Χρησιμοποιήστε μια φορά τον κάθε αριθμό) *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	1	2	3	4	5	6	7	8
Οργανικοί	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κοινωνικοί	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συννοσηρότητα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τρόπος ζωής/ Συμπεριφορές υγείας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δημογραφικοί	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ψυχολογικοί	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δομημένο Περιβάλλον	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Φυσικό Περιβάλλον	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. 1.3.1 Προσθέστε ο,τι θεωρείτε ότι είναι σημαντικό και δεν αναφέρετε παραπάνω

Ιστορικό

Ένα ζευγάρι ηλικιωμένων ηλικίας 78 ετών και οι δυο, σχετικά υγιείς συμβιώνουν αλλά ο σύζυγος τον τελευταίο καιρό εμφανίζει σημάδια πρώιμης άνοιας σε βαθμό που δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες του νοικοκυριού που είχε αναλάβει (πληρωμή λογαριασμών, ψώνια κτλ). Η σύζυγος υπέστη κάταγμα ισχίου που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά πριν 10 έτη. Λόγω παχυσαρκίας η ηλικιωμένη μετακινείται με βοήθημα μέσα στο σπίτι.

Εδώ και λίγα χρόνια έχουν προσλάβει οικογενειακή βοηθό που τους βοηθάει δυο φορές την εβδομάδα στις δουλειές του σπιτιού αλλά και στην προετοιμασία του φαγητού.

Τα παιδιά έχουν αναλάβει να φροντίζουν τους γονείς τους στο βαθμό που είναι δυνατό αλλά παράλληλα με τις δουλειές τους έχουν και άλλες υποχρεώσεις. Η μια κόρη 52 ετών με τα 3 παιδιά κάτω των 20 ετών ζουν πολύ κοντά, ενώ η άλλη κόρη 57 ετών είναι χήρα και πάσχει από ρευματοειδή αρθρίτιδα. Λαμβάνει αντικαταθλιπτική αγωγή εδώ και 2 έτη και ζει σε απόσταση 15 λεπτών με το αυτοκίνητο.

Ο γιος τους 48 ετών είναι ελεύθερος και ζει σε απόσταση μισή ώρα με το αυτοκίνητο.

Τι συνέβη;

Η ηλικιωμένη έπεσε μέσα στο σπίτι με το βοήθημα και υπέστη εκ νέου κάταγμα ισχίου. Νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο για την χειρουργική αποκατάσταση του ισχίου και στη συνέχεια μεταφέρθηκε σε κέντρο αποκατάστασης/κλινική για αρχική αποκατάσταση. Στο διάστημα αυτό ο σύζυγος έμεινε μόνος του στο σπίτι και την φροντίδα του είχε αναλάβει η κόρη του που μένει κοντά (προετοιμασία φαγητού, ψώνια). Ο σύζυγος φαίνεται ιδιαίτερα αγχωμένος και σε σύγχυση λόγω της άνοιας σε συνάρτηση και με την απουσία της συζύγου. Η κατάσταση της υγείας της συζύγου εξελίσσεται καλά και η επιστροφή της στο σπίτι προτείνεται ως η καλύτερη επιλογή, αρκεί να ληφθούν τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα. Τα μέτρα πρόληψης πρέπει να σχετίζονται με θέματα ασφάλειας στο σπίτι σε σχέση με την σύζυγο και με τα προβλήματα άνοιας που αντιμετωπίζει ο ηλικιωμένος.

Ανάγκες φροντίδας

Στο σπίτι, τουλάχιστον για λίγο καιρό, η σύζυγος θα χρειάζεται βοήθεια με το ατομικό πλύσιμο αλλά και για την μετακίνηση από και προς το κρεβάτι. Επιπρόσθετα, η ηλικιωμένη προσωρινά θα χρειαστεί βοήθεια στην αποκατάσταση της στο περπάτημα. Δεδομένου ότι δεν θα μπορεί να επιβλέπει το νοικοκυριό της αλλά και τις καθημερινές δραστηριότητες, θα χρειαστεί περισσότερη συστηματική βοήθεια στο καθάρισμα του σπιτιού, στα ψώνια αλλά και στην προετοιμασία των γευμάτων. Επιπρόσθετα θα πρέπει να υπάρξει μέριμνα για την λήψη των φαρμάκων της. Δεδομένου ότι η κινητικότητα της έχει μειωθεί στο ελάχιστο και το σπίτι δεν φαίνεται να ήταν ασφαλές και για τους δύο, θα πρέπει να υπάρξει ειδική μέριμνα για αυτό.

ΣΕΝΑΡΙΟ

10. 1. Ποιες υπηρεσίες φροντίδας θα πρέπει να δοθούν στο ζευγάρι των ηλικιωμένων, προκειμένου να λάβουν ολοκληρωμένη φροντίδα ;

11. 1.1 Ποιες είναι οι υπηρεσίες θεωρείται ότι παρέχονται από τις δομές;

12. 1.2 Πιστεύετε ότι οι δομές θα εκτιμήσουν τις ανάγκες της συζύγου ξεχωριστά;

13. 1.3 Πιστεύετε ότι οι δομές θα εκτιμήσουν και τις ανάγκες άλλων μελών της οικογένειας;

14. 2. Ποιες από τις ανάγκες της κυρίας και του συζύγου της πιστεύεται ότι θα καλυφθούν από τις υπηρεσίες της δομής; Για ποιες ανάγκες τους θα χρειαστεί εύρεση άλλων λύσεων;

15. 2.1 Οι υπηρεσίες που θα προσφερθούν από τη δομή θα καλύψουν τις παρακάτω ανάγκες τους:

16. 2.2. Πιστεύεται ότι ο Κ.Λ. θα εργαστεί για την κάλυψη των αναγκών με βάση τους κανόνες και τις αρχές λειτουργίας της υπηρεσίας του;

17. 3. Κατά τη γνώμη σας υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που χρειάζονται για να καλυφθούν οι ανάγκες της κυρίας και των υπηρεσιών που τελικά θα λάβει; (Μπορείτε να τσεκάρετε περισσότερα από ένα κουτάκια)

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- Κανονικά όλες οι υπηρεσίες που χρειάζονται για την κάλυψη των αναγκών, θα δοθούν χωρίς περιορισμό.
- Συνήθως υπάρχει ελλειμματική παροχή υπηρεσιών(παρακαλούμε εξηγήστε παρακάτω):
- Συνήθως οι υπηρεσίες δεν προσφέρονται καθόλου (παρακαλούμε εξηγήστε παρακάτω):
- Δεν γνωρίζω (παρακαλούμε εξηγήστε παρακάτω):

18. 3.1 Παρακαλούμε εξηγήστε περαιτέρω την παραπάνω απάντησή σας.

19. 4. Ποια θα ήταν η πρότασή σας για την κάλυψη των αναγκών του ζευγαριού; Για παράδειγμα, μπορείτε να σκεφτείτε μια καινοτομία που θα αξιοποιούσατε. Παρακαλούμε εξηγήστε την απάντησή σας:

20. 5. Γνωρίζετε αν υπάρχει συντονισμός των δομών φροντίδας για τους ηλικιωμένους στην κοινότητα ή πρέπει κανείς να προσεγγίσει διαφορετικές δομές ξεχωριστά; (παρακαλούμε τσεκάρτε το πιο κατάλληλο κουτάκι)

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Κάθε υπηρεσία είναι ξεχωριστή
- Δεν υπάρχει συντονισμός μεταξύ των υπηρεσιών
- Η κατάσταση είναι διαφορετική (παρακαλούμε συμπληρώστε):

21. 5.1 Παρακαλώ εξηγήστε την απάντησή σας

22. 6. Στην περίπτωση που εξετάζουμε ποιος κατά την γνώμη σας θα έπρεπε να πάρει την πρωτοβουλία να κάνει αίτηση για φροντίδα;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Το ίδιο το ζευγάρι ή η οικογένεια
- Το νοσοκομείο
- Δεν γνωρίζω
- Εξαρτάται από την κατάσταση
- Άλλο: _____

23. 6.1 Παρακαλούμε στην απάντηση "Άλλο" αναλύστε:

24. 7. Γνωρίζετε Δήμους που χρησιμοποιούν συστήματα τηλε-φροντίδας στη κοινότητα;
(για παράδειγμα προσωπικά συστήματα συναγερμού, GPS)

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Δεν υπάρχει δυνατότητα τηλε –φροντίδας στην κοινότητα
- Ναι, μπορεί να χρησιμοποιηθούν οι παρακάτω εφαρμογές τηλεϊδοποίησης:

25. 7.1. Πόσο χρήσιμα θεωρείται ότι θα είναι τα συστήματα τηλε-φροντίδας στην παραπάνω περίπτωση;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Πολύ χρήσιμα
- Χρήσιμα
- Λίγο χρήσιμα
- Καθόλου χρήσιμα
- Δεν γνωρίζω

26. 7.2 Αν θεωρείται ότι είναι έστω και λίγο χρήσιμα, αναφερθείτε στις περιπτώσεις που μπορεί να γίνει χρήση

27. 7.2.1 Παρακαλούμε εξηγήστε περαιτέρω την παραπάνω απάντησή σας

28. 8. Ποιος κατά την γνώμη σας πιστεύεται ότι πρέπει να κάνει εκτίμηση των αναγκών του ζευγαριού;

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Μια ανεξάρτητη επίσημη υπηρεσία αξιολόγησης
- Ένας εκπρόσωπος των υπηρεσιών της κοινότητας για τους ηλικιωμένους
- Η κοινωνική υπηρεσία του Δήμου
- Άλλη υπηρεσία της κοινότητας/δημοσίου (ΤΟΜΥ, Κέντρο Υγείας)
- Εξαρτάται
- Δεν γνωρίζω (Παρακαλούμε εξηγήστε περαιτέρω την απάντησή σας):

29. 8.1 Στην απάντηση "δεν γνωρίζω" παρακαλούμε εξηγήστε περαιτέρω την απάντησή σας

30. 9. Γνωρίζετε αν υπάρχουν κριτήρια που χρησιμοποιούνται στην εκτίμηση των αναγκών των ηλικιωμένων; (παρακαλούμε τσεκάρετε το πιο κατάλληλο κουτάκι)

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Υπάρχουν κριτήρια σε εθνικό επίπεδο
- Χρησιμοποιούνται κριτήρια αλλά όχι πάντοτε
- Χρησιμοποιούνται κριτήρια με βάση την επαγγελματική επάρκεια του Κ.Λ.
- Δεν χρησιμοποιούνται κριτήρια
- Δεν γνωρίζω (παρακαλούμε εξηγήστε την απάντησή σας):
- Άλλα κριτήρια, όπως (παρακαλούμε συμπληρώστε)

31. 9.1 Παρακαλούμε εξηγήστε/συμπληρώστε

32. 10. Στην συγκεκριμένη περίπτωση ποια δομή θεωρείται την καταλληλότερη για τη κάλυψη των αναγκών του ζευγαριού ;

33. 11. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, ο ΚΛ. πρέπει να λάβει υπόψη τη διαθεσιμότητα των ανεπίσημων φροντιστών (παιδιά) στο σχεδιασμό παρέμβασης για την κάλυψη των αναγκών; Αν ναι, με ποιο τρόπο; (παρακαλούμε τσεκάρετε το πιο κατάλληλο κουτάκι)

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Όχι, δεν πρέπει να λάβει υπ' όψιν τη διαθεσιμότητα ανεπίσημων φροντιστών
- Ναι, να λάβει υπ' όψιν τη διαθεσιμότητα των ανεπίσημων φροντιστών
- Δεν γνωρίζω

34. 11.1 Παρακαλώ εξηγήστε/συμπληρώστε

35. 12. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η οικονομική δυνατότητα του ζευγαριού στο σχεδιασμό υπηρεσιών για κάλυψη των αναγκών του; (παρακαλούμε τσεκάρετε το πιο κατάλληλο κουτάκι)

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

Όχι, δεν πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού

Ναι, πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού

Δεν γνωρίζω (παρακαλώ αναλύστε παρακάτω)

36. 12.1 Παρακαλώ αναλύστε την απάντησή σας

37. 13. Ποιος φροντιστής (επαγγελματίας ή μη) θεωρείται ότι πρέπει να συμμετέχει στην κατ' οίκον φροντίδα του ζευγαριού; (Μπορείτε να τσεκάρετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- Οικογενειακός/η βοηθός
- Νοσηλεύτης/τρια
- Κοινωνικός/η λειτουργός
- Φυσιοθεραπευτής/τρια
- Εργοθεραπευτής/τρια
- Οικογενειακός γιατρός
- Τα παιδιά του ζευγαριού
- Εθελοντές
- Γείτονες
- Φίλοι
- Φροντιστής επί πληρωμή
- Δεν γνωρίζω

38. 14. Κατά τη γνώμη σας η παροχή φροντίδας προς το ζευγάρι θα πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά ώστε να αποτυπώνεται/αξιολογείται η συνέχεια στη φροντίδα; (παρακαλούμε τσεκάρετε ένα κουτάκι)

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Οι υπηρεσίες προς το ζευγάρι θα πρέπει να παρακολουθούνται συστηματικά
- Οι υπηρεσίες προς το το ζευγάρι δεν χρειάζεται να παρακολουθούνται συστηματικά
- Οι υπηρεσίες προς το ζευγάρι πρέπει να παρακολουθούνται συστηματικά αλλά αυτό δεν είναι εφικτό (Παρακαλώ εξηγήστε)

39. 14.1 Παρακαλούμε εξηγήστε την απάντησή σας

40. 15. Αν σε ένα Δήμο η επίσημη κατ' οίκον φροντίδα δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του ζευγαριού, ποια θα ήταν η κατάσταση του ή ποια θα ήταν η λύση; (Μπορείτε να τσεκάρετε περισσότερα κουτάκια, αλλά με όριο το «πιο πιθανόν»)

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- Δεν είναι εφαρμόσιμο, διότι η κατ' οίκον φροντίδα είναι η πιο κατάλληλη σε αυτήν την περίπτωση
- Η κυρία θα εισερχόταν σε νοσοκομείο
- Η κυρία θα εισερχόταν σε μια κλινική
- Το ζευγάρι θα πήγαινε να ζήσει με ένα από τα παιδιά του
- Θα αναλάμβαναν την φροντίδα τα παιδιά τους
- Το ζευγάρι θα προσλάμβανε φροντιστή (μέσω ασφάλισης/επιδόματος)
- Το ζευγάρι θα εισερχόταν σε γηροκομείο δημόσιο
- Το ζευγάρι θα προσλάμβανε ιδιωτικό φροντιστή
- Το ζευγάρι θα υπέφερε από ακάλυπτες ανάγκες (κοινωνικές και υγείας)
- Το ζευγάρι θα εισερχόταν σε γηροκομείο ιδιωτικό

41. 15.1 Παρακαλούμε εξηγήστε την απάντησή σας

42. 16. Με δεδομένη την οργάνωση και τη δομή των κοινωνικών υπηρεσιών για ηλικιωμένους στην κοινότητα, ποιες κατά την γνώμη σας ανάγκες του ζευγαριού θα μείνουν ακάλυπτες και ποιες είναι οι συνήθεις δυσκολίες των δομών αυτών να ανταποκριθούν; Παρακαλούμε εξηγήστε:

43. 17. Θα υπήρχε διαφορά στην κατ' οίκον φροντίδα αν ζούσαν σε αστική ή αγροτική περιοχή; Παρακαλούμε αναλύστε.

44. 18. Ποιο θα ήταν κατά τη γνώμη σας το καλύτερο δυνατό σενάριο καθώς και οι δικές σας προσδοκίες για την βελτίωση της ποιότητας ζωής του ζευγαριού ;

Παράβλεψη και μετάβαση στην ερώτηση 45

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ

45. 3.1 Σε ποιους παράγοντες (οργανικούς, κοινωνικούς,δημογραφικούς, ψυχολογικούς, συννοσηρότητας, συμπεριφορών υγείας,φυσικού και δομημένου περιβάλλοντος) που σχετίζονται με την υγιή γήρανση οφείλει να δίνει προτεραιότητα ο κοινωνικός λειτουργός στην παρέμβαση του στην κοινότητα;

46. 3.2. Ποιοι θα πρέπει να είναι οι στόχοι για τους ηλικιωμένους, στις παρεμβάσεις του Κοινωνικού Λειτουργού στην κοινοτική φροντίδα;

47. 3.3 Με βάση τις σημερινές συνθήκες της πανδημίας COVID 19 τι προτεραιότητες θα πρέπει να βάλει ο Κοινωνικός λειτουργός στο σχεδιασμό της παρέμβασης του για τους ηλικιωμένους;

48. Θα ήταν χρήσιμη οποιαδήποτε παρατήρηση/σχόλιο σχετικά με το υπό μελέτη θέμα

Αυτό το περιεχόμενο δεν έχει δημιουργηθεί και δεν έχει εγκριθεί από την Google.

Google