



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

ΑΘΑΝΑΣΙΑ Θ. ΚΟΛΥΖΑ

**Υποβλήθηκε ως αιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού
διπλώματος στη Δημόσια Διοίκηση**

Ιανουάριος 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας και του κύκλου σπουδών στο ΠΜΣ στην Δημόσια Διοίκηση θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς:

Τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Γεώργιο Τσιότρα και τους υπόλοιπους καθηγητές του ΠΜΣ που αποτέλεσαν πηγή έμπνευσης και μου «άνοιξαν» έναν νέο ορίζοντα σκέψης.

Τον σύζυγο μου Γιώργο, που πάντα με ωθεί και με στηρίζει σε νέες επιδιώξεις. Τις κόρες μου, Θεοδώρα και Αγγελική, που είναι στη ζωή μου παράθυρο στο μέλλον και την αδελφή μου Ιφιγένεια, που είναι ζωντανό παράδειγμα ψυχικής δύναμης και αφοσίωσης, για την συνεχή της παρακίνηση σε όλη τη διάρκεια του ΠΜΣ.

ΣΥΝΟΨΗ

Ο επιτυχής σχεδιασμός, οργάνωση και συντονισμός των δομών για τα άτομα τρίτης ηλικίας μπορούν να δώσουν απάντηση στη δημογραφική αλλαγή και τις επιπτώσεις της στις σύγχρονες κοινωνίες.

Σημαντικό εργαλείο για την επίτευξη του σκοπού αυτού είναι η συγκριτική αξιολόγηση και η χρήση καλών πρακτικών. Αποτελούν επίσης σημαντικά εργαλεία για τη βελτίωση της ποιότητας των υπάρχουσών δομών.

Στην παρούσα εργασία καταγράφηκαν οι πρακτικές που θεωρούνται επιτυχημένες στη μακροχρόνια φροντίδα των ατόμων τρίτης ηλικίας. Όπως προκύπτει οι πολιτικές των χωρών τείνουν να συγκλίνουν. Η υποστήριξη της παραμονής στο σπίτι και την κοινότητα με υπηρεσίες οικιακής βοήθειας και τελευταία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας επικρατεί στις χώρες και τους κρατικούς σχηματισμούς που μελετήθηκαν, Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο, Σουηδία, Η.Π.Α και Ευρωπαϊκή Ένωση.

Η χρήση των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών αναμένεται να έχει σημαντικότατο ρόλο στην υλοποίηση του παραπάνω στόχου, τόσο στις αστικές όσο και στις αγροτικές περιοχές. Επισημαίνεται επίσης ο ρόλος τους στη βελτίωση της προσβασιμότητας και τη διασφάλιση της ποιότητας.

Συνεπικουρούν οι προσαρμογές στην κατοικία και η βοηθητική τεχνολογία. Οι νέες στεγαστικές λύσεις όπως τα κέντρα υποβοηθούμενης διαβίωσης και τα φιλικά για την ηλικία σπίτια γεφυρώνουν το κενό ανάμεσα στην παραμονή στο σπίτι και τους οίκους ευγηρίας.

Κεντρικός σχεδιασμός και έλεγχος, και υλοποίηση στις τοπικές κοινότητες φαίνεται να κυριαρχεί ως ο καλύτερος τρόπος για τη διασφάλιση της επάρκειας και της ποιότητας των δομών.

Συνέργειες μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα θα μπορούσαν να δώσουν απάντηση σε μια ολοένα αυξανόμενη ζήτηση.

Η βελτίωση της ποιότητας των δομών προϋποθέτει καθορισμό κριτηρίων για την επιλογή μέτρων ποιότητας ανάλογα με την χρηστικότητα τους και την σημασία τους στα άτομα τρίτης ηλικίας, τις οικογένειες τους και τους επαγγελματίες υγείας και φροντίδας. Οι απόψεις των εμπλεκόμενων μερών θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενο επόμενων ερευνών. Επίσης ενδιαφέρουσες θα ήταν έρευνες κόστους και αποτελεσματικότητας των καλών πρακτικών στις δομές για τα άτομα τρίτης ηλικίας.

Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	I
ΣΥΝΟΨΗ	II
ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	III
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΑ ΓΗΡΑΤΕΙΑ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ	4
1.1 «Γηράσκω», γέρος/γριά, ηλικιωμένος/η, τρίτη ηλικία, silver age	4
1.2 Δημογραφικές αλλαγές	6
1.3 Συνταξιοδότηση	8
1.4 Πρόσβαση στην υγεία	9
1.5 Φτώχεια στην τρίτη ηλικία	11
1.6 Κοινωνικός αποκλεισμός	14
1.7 Δικαιώματα στην τρίτη ηλικία	15
1.8 Κράτος πρόνοιας – Κοινωνική πολιτική	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΟΥ BENCHMARKING ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΑΛΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	18
2.1 Benchmarking και Διοίκηση Ποιότητας	18
2.2 Τύποι benchmarking	22
2.3 Τα οφέλη του benchmarking	23
2.4 Ορισμός «καλές πρακτικές»	24
2.5 Ενεργοποιητές στην εφαρμογή των καλών πρακτικών	25
2.6 Χαρακτηριστικά ποιότητας στο χώρο της υγείας	26
2.7 Χαρακτηριστικά ποιότητας στην μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΟΙ ΔΟΜΕΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	30
3.1 Σύντομη ιστορική αναδρομή στη φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα	31
3.2 Υπάρχουσες δομές για άτομα τρίτης ηλικίας	33

3.3 Κοινωνικές πρωτοβουλίες	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΛΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	41
4.1 Ηνωμένο Βασίλειο	41
4.1.1 Εθνικό σύστημα υγείας	41
4.1.2 Καινοτόμα προγράμματα-δράσεις	47
4.2 Η.Π.Α	49
4.2.1 Κέντρα υποβοηθούμενης διαβίωσης	49
4.2.2 Το πείραμα Μπ. Τόμας	50
4.2.3 Βελτίωση ποιότητας στο κέντρο για τις υπηρεσίες medicare & medicaid (CMS)	50
4.2.4 Καλές πρακτικές	53
4.3 Ευρωπαϊκή Ένωση	58
4.3.1 Ενιαία ευρωπαϊκή πολιτική για δομές μακροχρόνιας φροντίδας	58
4.3.2 Έμφαση στην κοινωνική ένταξη	63
4.4 Σκανδιναβικές χώρες	71
4.4.1 Σουηδικό μοντέλο	71
4.4.2 Συμμετοχικές διαδικασίες και εφαρμογή Τ.Π.Ε	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	74
5.1 Συζήτηση	74
5.2 Συμπεράσματα - Προτάσεις	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	85

Πίνακας Εικόνων

Εικόνα 1: Ποσοστό πολιτών άνω των 65 ετών στην ΕΕ	7
Εικόνα 2: Αποτελέσματα του Εθνικού Ελέγχου Ενδιάμεσης Φροντίδας (NAIC) 2015	46
Εικόνα 3: Δαπάνες (Υγεία) για τη μακροχρόνια φροντίδα στο ΑΕΠ 2015.....	60
Εικόνα 4: Δαπάνες (κοινωνικές) για τη μακροχρόνια φροντίδα στο ΑΕΠ 2015	61
Εικόνα 5: Δομές για τη Μακροχρόνια Φροντίδα των Ατόμων Τρίτης Ηλικίας	61
Εικόνα 6: EIP για την ΑΗΑ Δραστηριότητες 2018-2020	64

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αν και ερευνάται συστηματικά η λειτουργία των υπηρεσιών υγείας -τα τελευταία χρόνια υπό το πρίσμα της ψηφιοποίησης και της καινοτομίας- σαφώς λιγότερα ερευνητικά στοιχεία υπάρχουν για την επιτυχή λειτουργία υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας. Επίσης υπολείπονται αναλόγως τα στοιχεία για την λειτουργία δομών μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων και η καταγραφή καλών πρακτικών.

Οι ιδεολογικές και πολιτικές διαφορές ως προς την αντίληψη της κοινωνικής πολιτικής αποτελούν τα σημαντικότερα εμπόδια στην προσέγγιση του συγκεκριμένου πεδίου.

Δεν αποτελεί επίσης πεδίο στο οποίο ασκούνται ισχυρές πιέσεις εφόσον οι αποδέκτες των υπηρεσιών ανήκουν ως επί τω πλείστον στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, και δεν επιφέρει έσοδα στο δημόσιο τομέα αντιθέτως αποτελεί μέσο αναδιανομής των εσόδων του με στόχο την αντιμετώπιση της κοινωνικής ανισότητας και τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής.

Οι φόβοι που ανακινεί η γήρανση στα άτομα και τις κοινωνίες πιθανόν αναστέλλουν τον ρεαλιστικό σχεδιασμό λύσεων για την αντιμετώπιση των δυσκολιών που προκύπτουν στην καθημερινότητα των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Η δημογραφική γήρανση αποτελεί καταλυτικό παράγοντα και κάνει απαραίτητο τον άμεσο σχεδιασμό λύσεων.

Σοβαρή είναι λοιπόν η έλλειψη μελετών που αφορούν την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της λειτουργίας των δομών για τα άτομα της τρίτης ηλικίας παγκόσμια αλλά και στην Ελλάδα ιδιαίτερα.

Σε αντίθεση με το αυξανόμενο μέγεθος και τη σημασία του τομέα υπάρχει έλλειψη ενημερωμένων και συγκριτικών πληροφοριών σχετικά με την κατ 'οίκον φροντίδα στην Ευρώπη. Όπως επισημαίνεται και από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα συστήματα και τις πολιτικές υγείας (Genet, Boerma, Kroneman, Hutchinson, & Saltman, 2012) δεν έχουν δημοσιευθεί περαιτέρω επισκοπήσεις μελετών σχετικά με την οργάνωση και χρηματοδότηση της φροντίδας κατ 'οίκον από την δημοσίευση (Hutten & Kerkstra, 1996) που αφορούσε τις 15 χώρες εταίρους το 1996.

Πολλοί ερευνητές (Wahl, Iwarsson, & Oswald, 2012), (Kohlbacher & Hang, 2011), (Webber, Porter, & Menec, 2010) διαπιστώνουν έλλειψη στοιχείων για την επίδραση των νέων εξελίξεων (πχ ηλεκτρονική υγεία, ηλεκτρονική περίθαλψη, υποβοηθούμενη διαβίωση) στον πολιτισμό της γήρανσης καθώς και την ταχέως αναπτυσσόμενη επιχειρηματικότητα για τα άτομα τρίτης ηλικίας "silver market".

Στην δε Ελλάδα δεν υπάρχουν μελέτες πέραν της Α. Τεπέρογλου (1990).

Λίγο καιρό πριν την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας δημοσιεύτηκε από το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Κοινωνική Πολιτική (European Social Policy Network (ESPN)) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής μελέτη που αφορά τις προκλήσεις στην μακροχρόνια φροντίδα (Sprasova, Baeten, Coster, Ghailani, Pena-Casas, & Vanhercke, 2018) όπου επίσης αναφέρονται ελάχιστα στοιχεία για την Ελλάδα.

Στην εργασία αυτή γίνεται μια προσπάθεια αναζήτησης και καταγραφής καλών πρακτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και ειδικότερα στην Ελλάδα, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Σουηδία. Οι τρεις αυτές χώρες διαφοροποιούνται στον τρόπο που αντιμετωπίζουν τα θέματα κοινωνικής προστασίας και ειδικότερα των δομών μακροχρόνιας φροντίδας. Επίσης ερευνάται η επίδραση της συμμετοχής τους στην Ευρωπαϊκή Ένωση και της ανταλλαγής εμπειριών, κατά τη διάρκεια των συνομιλιών τους, στο σχεδιασμό αντίστοιχων δομών. Η αντίστοιχη καταγραφή καλών πρακτικών στις Η.Π.Α αναμένεται να μας μεταφέρει την εμπειρία του ισχυρότερου πολιτειακού σχηματισμού στον κόσμο.

Τέλος θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον να εντοπιστούν διαδικασίες διασφάλισης ποιότητας και συγκριτικής αξιολόγησης (Benchmarking).

Η εργασία αποτελείται από πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται η περιγραφή της έννοιας των γηρατειών ως κοινωνικό φαινόμενο και των διαστάσεων του φαινομένου αυτού. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται οι έννοιες της συγκριτικής αξιολόγησης (benchmarking) και των καλών πρακτικών ως απαραίτητα εργαλεία για τη βελτίωση της ποιότητας, ειδικότερα στο χώρο της μακροχρόνιας φροντίδας των ατόμων τρίτης ηλικίας. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι δομές για τα άτομα τρίτης ηλικίας στην Ελλάδα επίσης γίνεται μια καταγραφή καινοτόμων προγραμμάτων και δράσεων. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται καλές πρακτικές από το Ηνωμένο Βασίλειο, τις Η.Π.Α, την Ευρωπαϊκή Ένωση και την Σουηδία και τέλος στο πέμπτο κεφάλαιο εκτίθενται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις που προκύπτουν από την μελέτη.

Λέξεις κλειδιά: μακροχρόνια φροντίδα, άτομα τρίτης ηλικίας, ηλικιωμένοι, καλές πρακτικές, βελτίωση ποιότητας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΑ ΓΗΡΑΤΕΙΑ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ

1.1 «Γηράσκω», γέρος/γριά, ηλικιωμένος/η, τρίτη ηλικία, silver age

Υπάρχει μια διάκριση ανάμεσα στη λέξη γηράσκω και στη λέξη γέρος/γριά. Η λέξη γηράσκω αναφέρεται σε μια διαδικασία που αφορά όλους τους ζωντανούς οργανισμούς ενώ η λέξη γέρος/γριά αναφέρεται σε ένα στάδιο της ανθρώπινης ζωής το οποίο απαιτεί χρονικό προσδιορισμό.

Σχετικά με τον ορισμό για την τρίτη ηλικία «Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών για το ποιες ακριβώς είναι οι βιολογικές λειτουργίες της γήρανσης (Arking, 1991). Ωστόσο είναι γεγονός ότι οι βιολογικές μεταβολές είναι αναπόδραστες, ισχύουν για όλους τους ανθρώπους, και τους ζωντανούς οργανισμούς γενικότερα, και είναι μη αναστρέψιμες. Ειδικότερα, σύμφωνα με τον Lemme (1995) το πρωτογενές γήρας έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- α. Είναι μια πολύπλοκη διεργασία δομικών και λειτουργικών αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πρόοδο του χρόνου.
- β. Έχει αθροιστικά αποτελέσματα, δηλαδή η κάθε μεταβολή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη επισυμβεί.
- γ. Συνίσταται σε αλλαγές που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου.
- δ. Είναι προοδευτικό στη διαμόρφωσή του και δεν εμφανίζεται ξαφνικά.
- ε. Οφείλεται σε εσωτερικές αιτίες.
- στ. Είναι αναπόδραστο, δηλαδή δεν μπορεί να το αποφύγει κανείς.
- ζ. Είναι καθολικό (εμφανίζεται σε όλα τα μέλη του είδους).
- η. Είναι μη αναστρέψιμο, δηλαδή δεν μπορεί να ανασταλεί η πορεία του.
- θ. Αρχίζει μετά τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.
- ι. Καταλήγει στο θάνατο. (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999, σσ. 71-72)

Το πότε ακριβώς η ατομική πορεία γήρανσης κάνει έναν ενήλικα «γέρο» ή «ηλικιωμένο» εξαρτάται από τις κοινωνικές συνθήκες και από το νομικό και διοικητικό καθεστώς. Φαίνεται να αποτελεί κοινωνική σύμβαση που καθορίζεται από τις εκφάνσεις της εκάστοτε κοινωνικής πραγματικότητας.

«Τα πρότυπα της ιδιοκτησίας της γης και οι κανόνες κληρονομιάς διαμορφώνουν το νομικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο μπορεί να αναλυθεί η οικονομική δύναμη των γεροντότερων. Η δημογραφική ανάλυση των δομών του νοικοκυριού αποκαλύπτει πολλά για τα οικογενειακά δίκτυα των γεροντότερων. Η φιλανθρωπική και νομοθετική φροντίδα των εξαρτημένων γερόντων αποκαλύπτει στοιχεία για τις κοινωνικές αντιλήψεις περί ανάγκης, περί εγκατάλειψης και περί ευθύνης. Η αλλαγή των ιατρικών προσεγγίσεων απέναντι στα φυσικά προβλήματα των ηλικιωμένων, τα οποία έχουν θεωρήσει κατά καιρούς τη γήρανση από φυσικό και αποδεκτό στάδιο της ζωής έως θανάσιμη αρρώστια, λέει πολλά τόσο για τις θεραπευτικές πρακτικές όσο και για την κοινωνική κατασκευή της ασθένειας. Η αναπαράσταση των ηλικιωμένων στην τέχνη, τη λογοτεχνία και στο λαϊκό πολιτισμό-είτε ως μαγισσών είτε ως σοφών- δείχνουν πως οι κοινωνίες ταξινομούν, κατατάσσουν και περιχαράκωνουν τις κοινωνικές ομάδες. Οι πολλαπλοί τρόποι με τους οποίους οι ηλικιωμένοι αντιλαμβάνονται το νόημα της ζωής αποκαλύπτεται από τα δικαιώματα, τα καθήκοντα και την κοινωνική θέση που θεωρούν ότι τους ανήκουν.» (Johnson & Thane, 2008, σ. 16).

Αντίστοιχα η επίσημη χρήση των λέξεων γέρος, ηλικιωμένος, άτομο τρίτης ηλικίας, silver age σηματοδοτεί και την σταδιακή αλλαγή της προσέγγισης της συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού καθώς οι λέξεις έχουν διαφορετικό σημασιολογικό βάρος.

Η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος» που συνήλθε το 1982 στην Βιέννη, ύστερα από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω, ως όριο για την καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Αντίθετα, διάφοροι επιστήμονες έχουν εκλάβει ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω, ενώ όπως διαπιστώθηκε και από την Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια συνέλευση Γήρατος (1982) ορισμένοι προτιμούν το διαχωρισμό του συνόλου των υπερηλίκων σε υποσύνολα ηλικιών με το επιχείρημα ότι διάφορα προβλήματα που προκύπτουν διαφοροποιούνται ανάλογα με την πρόοδο της ηλικίας (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999). Σήμερα έχει επικρατήσει διεθνώς η ηλικία των 65 ετών, η οποία ταυτίζεται με την ηλικία συνταξιοδότησης, ως το όριο πάνω από το οποίο ένας ασθενής θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως γηριατρικός (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999, σσ. 33-34).

1.2 Δημογραφικές αλλαγές

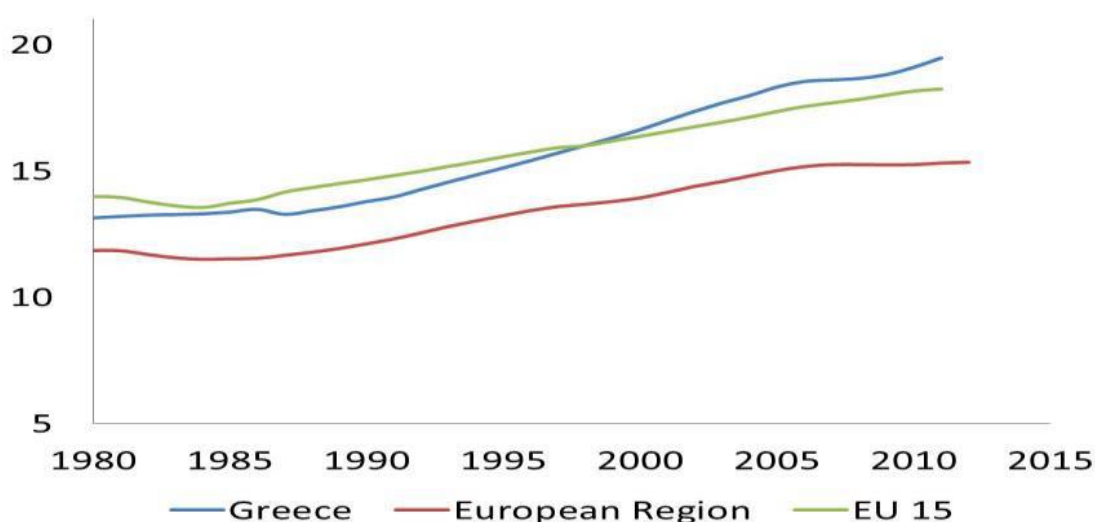
«Η πρόοδος της ιατρικής έχει επιμηκύνει τη ζωή μας με αποτέλεσμα να παρατηρείται ένα φαινόμενο που ονομάζουμε «ορθογωνοποίηση» της επιβίωσης. Κατά το μεγαλύτερο μέρος της ανθρώπινης ιστορίας, ο ανθρώπινος πληθυσμός είχε λίγο πολύ το σχήμα πυραμίδα, τα μικρά παιδιά αντιπροσώπευαν το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού στη βάση, και κάθε διαδοχική ηλικιακή κοόρτη αντιστοιχούσε σε ολοένα και μικρότερο τμήμα του πληθυσμού. Το 1950, τα παιδιά κάτω των 5 ετών αντιπροσώπευαν το 11% του πληθυσμού των Η.Π.Α, οι ενήλικες ηλικίας 45-49 ετών το 6%, και άνω των 80 το 1%. Σήμερα, οι 50χρονοι είναι όσοι και οι 5χρονοι. Σε 30 χρόνια, θα υπάρχει ίσος αριθμός ανθρώπων άνω των 80 και κάτω των 5. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται σε όλο τον βιομηχανικό κόσμο» (Γκαουάντε, 2016, σσ. 57-58).

Από το 1950, οι Ηνωμένες Πολιτείες βρίσκονται στη μέση μιας βαθιάς δημογραφικής αλλαγής: ταχεία γήρανση του πληθυσμού, ένα φαινόμενο που αντικαθιστά με γρήγορους ρυθμούς τη "νεαρή" δομή ηλικιακού φύλου με τη δομή ενός μεγαλύτερου πληθυσμού. Ο πληθυσμός ηλικίας 65 ετών και άνω έχει αυξηθεί ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού των ΗΠΑ. Ο ηλικιωμένος πληθυσμός αντιπροσώπευε το 8,1% του συνολικού πληθυσμού το έτος 1950. Αυτό το ποσοστό αυξήθηκε σε 12,8% το 2009 και προβλέπεται να φθάσει το 20,2% το 2050. Το 2050 το ένα στα πέντε άτομα θα είναι ηλικίας 65 ετών και άνω (Shrestha & Heisler, 2011).

Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί βασική κοινή πρόκληση για τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) αντιμετωπίζει σημαντικές δημογραφικές μεταβολές, καθώς οι άνθρωποι ζουν περισσότερο είναι πιο υγιείς και με χαμηλότερα ποσοστά γεννήσεων - τις επόμενες πέντε δεκαετίες, ο αριθμός των Ευρωπαίων ηλικίας 80+ θα αυξηθεί από 4,9% το 2016 σε 13% το 2070. Ο λόγος εξάρτησης ηλικιωμένων (άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω σε σχέση με τα άτομα ηλικίας 15-64 ετών) προβλέπεται να αυξηθεί κατά 21,6 ποσοστιαίες μονάδες, από 29,6% το 2016 σε 51,2% το 2070. Για την ΕΕ, οι δημόσιες δαπάνες για την μακροχρόνια φροντίδα στον ΑΕΠ αναμένεται να αυξηθεί από 1,6% σε 2,7% του ΑΕΠ μεταξύ 2016 και 2070. Η αύξηση του κόστους αποτελεί σημαντική πρόκληση για τη δημοσιονομική βιωσιμότητα των δομών μακροχρόνιας περίθαλψης (Spasova, Baeten, Coster, Ghailani, Pena-Casas, & Vanhercke, 2018).

Όπως καταγράφεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012 « η μείωση της γεννητικότητας, σε συνδυασμό με την επιμήκυνση της διάρκειας ζωής, έχουν ως αποτέλεσμα τη δημογραφική γήρανση και του ελληνικού πληθυσμού. Ο αριθμός των ατόμων ηλικίας ως 14 ετών μειώνεται σταθερά, ενώ αντίθετα, το ποσοστό του πληθυσμού με ηλικία άνω των 65 παρουσιάζει βαθμιαία αύξηση. Έτσι, ενώ το 1983, στην ηλικιακή ομάδα 0-14 ετών ανήκε το 21,6% του πληθυσμού, το 2006 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν μόλις 14,3%. Για την ομάδα άνω των 65 ετών, το ποσοστό αυξήθηκε από 13,3%, το 1983, σε 18,5% το 2006.»

Επίσης στην Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020 διαπιστώνεται ότι «οι κοινωνικοοικονομικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει η Ελλάδα επιτείνονται από την ταχεία γήρανση του πληθυσμού. Το ποσοστό των πολιτών άνω των 65 ετών αυξάνεται ταχύτατα και σήμερα υψηλότερο από το αντίστοιχο της ΕΕ των 15 (Εικόνα 1), ενώ επιπλέον η γονιμότητα είναι σε σημαντικό βαθμό χαμηλότερη σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και η μετανάστευση που σχετίζεται με την κρίση αποτελεί μια πρόσθετη επιβάρυνση. Το σύστημα υγείας της Ελλάδας δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένο για αυτές τις δημογραφικές μεταβολές. Για παράδειγμα, η ανάπτυξη της γηριατρικής βρίσκεται πολύ χαμηλά, μολονότι υπάρχουν σήμερα στην Ελλάδα περί τα 200.000 άτομα άνω των 60 ετών που πάσχουν από Αλτσχάιμερ.»



Εικόνα 1: Ποσοστό πολιτών άνω των 65 ετών στην ΕΕ

1.3 Συνταξιοδότηση

Η δημοσιονομική πολιτική και η αγορά εργασίας, όπως διαφάνηκε και πιο πάνω, αποτελούν αναγκαστικά ισχυρές δυνάμεις στη δόμηση του περιβάλλοντος στο οποίο ζουν οι ηλικιωμένοι. Έτσι παρατηρούμε ότι το ορόσημο για την μετάβαση από την ενήλικη ζωή στην τρίτη ηλικία είναι ο κάθε φορά ορισμένος χρόνος συνταξιοδότησης. Θεωρητικοί όπως η Σιμόν Ντε Μπωβουάρ (1980) τοποθετούνται αρνητικά σε αυτή την οροθέτηση καθώς ταυτοχρόνως η συγκεκριμένη ηλικιακή κατηγορία αποτελεί και το μεγαλύτερο μέρος του «μη ενεργού» πληθυσμού, προκαλώντας επιπλέον αρνητικές κοινωνικές αναπαραστάσεις, ως φορτίου για τον ενεργό πληθυσμό.

Το σύστημα συνταξιοδότησης προϋποθέτει ένα «κοινωνικό συμβόλαιο» μεταξύ των μελών της κοινωνίας και του κράτους και στηρίζεται στην αλληλεγγύη των γενεών, δηλαδή οι εργαζόμενοι-φορολογούμενοι χρηματοδοτούν τις συντάξεις των συνταξιούχων.

Στόχος του συστήματος συνταξιοδότησης είναι να εξασφαλίσει εισόδημα για αυτούς που δεν μπορούν να εργαστούν λόγω ηλικίας και να περιοριστεί το φαινόμενο της φτώχειας μεταξύ των συνταξιούχων.

«Χωρίς τις εξελίξεις του εικοστού αιώνα στην συνταξιοδοτική πολιτική και συμπεριφορά και χωρίς τις επιπτώσεις των αλλαγών αυτών στην ευημερία, τη συμμετοχή και την κοινωνική θέση των ηλικιωμένων, είναι απίθανο αν θα μπορούσαν να εκπληρωθούν οι προσδοκίες των περισσότερων συνταξιούχων σήμερα για πληρότητα και προσωπική εξέλιξη.» (Johnson & Thane, 2008, σ. 305)

Η εξασφάλιση ενός εισοδήματος την περίοδο της συνταξιοδότησης απασχολεί τις κυβερνήσεις των κρατών. Εκτενής αναφορά γίνεται στην ιστοσελίδα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, όπου η Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας επεξεργάζεται την επάρκεια των συντάξεων για ποιοτική ζωή στην Τρίτη ηλικία.

Το σύστημα συνταξιοδότησης βρίσκεται σε κρίση καθώς προέκυψαν παράγοντες που επηρεάζουν τα έσοδα του:

- 1- Η οικονομική συγκυρία (ανάκαμψη ή ύφεση)
- 2- Η ανεργία
- 3- Η ανασφάλιστη εργασία και η φοροδιαφυγή
- 4- Ο τρόπος διαχείρισης των αποθεματικών

Ενώ οι δαπάνες του επηρεάζονται από:

- 1- Η γήρανση του πληθυσμού
- 2- Το ύψος της σύνταξης
- 3- Η διάρκεια καταβολής της σύνταξης

(Χλέτσος , 2016)

Σύμφωνα με τον Μ. Χλέτσο (2016) η παράταση του εργάσιμου βίου με την αύξηση του ορίου συνταξιοδότησης και η μείωση του ποσοστού αναπλήρωσης καθώς και οι μειώσεις των συντάξεων αποτελούν μέτρα για την αντιμετώπιση του προβλήματος της βιωσιμότητας των ασφαλιστικών ταμείων στην Ελλάδα.

1.4 Πρόσβαση στην υγεία

Η υγειονομική περίθαλψη είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους ηλικιωμένους και αποτελεί μείζον στοιχείο της ευημερίας τους.

Τα κόστη υγειονομικής περίθαλψης αυξάνονται απότομα με την ηλικία. Η δυνατότητα παροχής ιατρικής φροντίδας εξαρτάται από τις διατάξεις του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και το διαθέσιμο εισόδημα.

Είναι γνωστό ότι το κόστος της ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης είναι μεγαλύτερο από το κόστος των προληπτικών υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας χαρακτηρίζεται από την επικράτηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων, για την αντιμετώπιση των οποίων απαιτούνται σύγχρονες και δαπανηρές θεραπευτικές μέθοδοι, αλλά και η υποστήριξη της, συχνά ιδιαίτερα δαπανηρής, φαρμακευτικής και βιοϊατρικής τεχνολογίας. Επιπρόσθετα, η συχνότητα της ανάγκης για ιατρική περίθαλψη είναι μεγαλύτερη στην τρίτη ηλικία, όπως και η συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων και ο αριθμός ημερών νοσηλείας.

Η υγειονομική περίθαλψη είναι γενικά προσιτή στην ΕΕ, αλλά όχι για όλους. Υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των κρατών μελών για τη φτώχεια που σχετίζεται με την υγεία. Στον συνολικό πληθυσμό πολύ λίγοι άνθρωποι ανέφεραν έλλειψη προσιτής φροντίδας υγείας. Ωστόσο, στη Ρουμανία και την Ελλάδα, πάνω από το 10% του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω έχουν δυσκολία στην πρόσβαση των παροχών υγειονομικής περίθαλψης. Σε αυτές τις δύο χώρες, οι γυναίκες επηρεάστηκαν περισσότερο: πάνω από μία γυναίκα σε οκτώ ανέφερε ότι έπρεπε να παραιτηθεί από ιατρική εξέταση το 2016 επειδή δεν μπορούσε να αντέξει οικονομικά. Αυτό δεν είναι

έκπληξη, δεδομένου ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερο επίπεδο συντάξεων από τους άνδρες και επίσης τείνουν να ζουν περισσότερο με ασθένειες ή αναπηρίες (Commission, 2018).

Σημαντική διάσταση στην προσέγγιση των δομών για τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι τα χρόνια ανίατα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν καθώς και η αύξηση των ανοιακών ασθενών και οι ιδιαιτερότητες στην φροντίδα τους. Θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας και την ανάγκη της διαφοροποίησης των δομών γεγονός που μας οδηγεί στην παραδοχή ότι οι δομές για τους ηλικιωμένους δεν θα πρέπει να είναι μόνο προσβάσιμες αλλά θα πρέπει διαθέτουν μια ποικιλία δραστηριοτήτων ανάλογα το στάδιο της ασθένειας ή της μη ύπαρξής της.

Η άνοια παραμένει μία από τις δυσκολότερες προκλήσεις για τη Δημόσια Υγεία. Με βάση υπολογισμούς της Alzheimer's Disease International, στις μέρες μας 44 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με άνοια παγκοσμίως, αριθμός που θα διπλασιαστεί μέχρι το 2030 και θα υπερτριπλασιαστεί μέχρι το 2050. Στη χώρα μας υπάρχουν σήμερα 200.000 άτομα με άνοια και ο αριθμός αυτός μέχρι το 2050 αναμένεται να ξεπεράσει τις 600.000. Παρά τις επιστημονικές προόδους των τελευταίων 25 ετών η αντιμετώπισή της αποτελεί μείζον ζήτημα τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Το στίγμα, η άρνηση και η έλλειψη οικονομικών πόρων αποτελούν τα κύρια εμπόδια για την ολοκληρωμένη φροντίδα των ατόμων με άνοια.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Ευρωπαϊκή Κοινότητα και οι διεθνείς οργανώσεις Alzheimer έχουν επανειλημμένα ασχοληθεί με την ανάπτυξη οδηγιών και τη συγγραφή εκθέσεων σχετικά με τις πολιτικές διαχείρισης της άνοιας και των συνεπειών της. Στην πρόσφατη Σύνοδο Κορυφής για την άνοια των G8 στο Λονδίνο το Δεκέμβριο του 2013, διεθνείς οικονομικοί εμπειρογνώμονες, γιατροί και πολιτικοί έκαναν έκκληση στις κυβερνήσεις όλων των χωρών να καταστήσουν την πρόληψη της άνοιας μείζονα στόχο της δημόσιας υγείας τα επόμενα χρόνια. Έντεκα χώρες υλοποιούν αυτήν τη στιγμή Εθνικά Σχέδια Δράσης για την άνοια που καθορίζουν πολιτικές, τομείς παρέμβασης, προτεραιότητες και δράσεις, σηματοδοτώντας ταυτόχρονα την αναγκαιότητα και τη σπουδαιότητα ανάληψης συντονισμένων μέτρων για την ικανοποίηση των αναγκών των ατόμων με άνοια.

Στις 19 Ιανουαρίου 2011, η Ευρωβουλή υιοθέτησε το ψήφισμα «Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία για τη νόσο Alzheimer και τις άλλες άνοιες», στο οποίο κηρύσσει την άνοια «ευρωπαϊκή προτεραιότητα». Το ευρωπαϊκό κοινοβούλιο παροτρύνει τα κράτη -

μέλη να αναπτύξουν ειδικές εθνικές στρατηγικές προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ιατρικές και κοινωνικές επιπτώσεις της άνοιας και να μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες και στήριξη στα άτομα με άνοια και στους φροντιστές τους.

Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Σύμβαση του Oviedo) αποτελεί το πιο πρόσφατο κείμενο με αναφορά στα Δικαιώματα του Ανθρώπου, που ενδιαφέρει το ζήτημα της άνοιας. Προσαρμοσμένη αποκλειστικά στα ζητήματα της ιατρικής πράξης, η Σύμβαση προβλέπει ρυθμίσεις α) για την αρχή της «συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση» (informed consent) ειδικά όσον αφορά άτομα με άνοια χωρίς ικανότητα βούλησης (άρθ. 6), β) για την προστασία της ιδιωτικής ζωής των ασθενών (άρθ. 10), γ) για τη σημασία των «προγενέστερων επιθυμιών» (advance directives) στην ιατρική φροντίδα όσων δεν είναι σε θέση να εκφράσουν βούληση (άρθ. 9) και δ) για τη συμμετοχή ασθενών στη βιοϊατρική έρευνα (άρθ. 15 - 17).

Στα πλαίσια των διαπιστώσεων αυτών το Υπουργείο Υγείας συγκρότησε Εθνική Επιτροπή-Ομάδα Εργασίας που εκπόνησε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την άνοια-νόσο Alzheimer 2015-2020.

1.5 Φτώχεια στην τρίτη ηλικία

Οι ηλικιωμένοι είναι μια από τις πληθυσμιακές ομάδες που πλήττονται συχνά από φτώχεια λόγω ανεπάρκειας των εισοδημάτων τους. Ανήκουν στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες για την προστασία των οποίων οι κυβερνήσεις συνήθως λαμβάνουν μέτρα.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση ορίζει τη φτώχεια ως εξής:

«Άτομα, οικογένειες ή ομάδες ατόμων των οποίων τα υλικά, πολιτισμικά και κοινωνικά αγαθά είναι σε μεγάλο βαθμό υποβαθμισμένα με αποτέλεσμα να αποκλείονται από το ελάχιστο αποδεκτό τρόπο ζωής του κράτους στο οποίο ζουν».

Η αντιμετώπιση του φαινομένου της φτώχειας «οδηγεί» στην ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας και της κοινωνικής πολιτικής, το οποίο αναδεικνύει και μια άλλη αντίληψη για το πρόβλημα της φτώχειας. Το δικαίωμα στη βοήθεια και την συλλογική αντιμετώπιση του κοινωνικού κινδύνου. Άλλωστε η κοινωνική πολιτική ορίζεται σύμφωνα με τον Δ. Ιατρίδη (1990,ιγ') ως η κατανομή και ανακατανομή εισοδημάτων, πλούτου, εξουσίας, υπηρεσιών και γνώσεων και η κοινωνική ανάπτυξη.

Η Έκθεση 2018 για την επάρκεια των συντάξεων στην Ευρώπη των 28 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Επιτροπής Κοινωνικής Προστασίας αποτυπώνει αναλυτικά την επικρατούσα κατάσταση ως εξής:

1. Περίπου 17,3 εκατομμύρια ή το 18,2% των ηλικιωμένων (ηλικίας 65 ετών και άνω) στην ΕΕ εξακολουθούν να παραμένουν σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, παρόλο που είναι 1,9 εκατομμύρια λιγότερο από ό, τι το 2008. Η φτώχεια στην ηλικία και ο κοινωνικός αποκλεισμός παρέμειναν σχεδόν αμετάβλητα από το 2013 στην ΕΕ κατά μέσο όρο, με βελτίωση σε 16 κράτη μέλη και χειροτέρευση στις 12. Οι γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τους άνδρες. Σε επίπεδο ΕΕ, οι ηλικιωμένοι διατρέχουν λιγότερο συχνά κίνδυνο φτώχειας από ό, τι οι άνθρωποι σε ηλικία εργασίας, αλλά εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη χώρα. Σε επτά κράτη μέλη, ο ηλικιωμένος πληθυσμός αντιμετωπίζει υψηλότερο κίνδυνο φτώχειας από ό, τι το υπόλοιπο της κοινωνίας. Ως κύρια αιτία είναι το εισόδημα, ενώ οι συντάξεις είναι καθοριστικής σημασίας για την πρόληψη.

2. Το μέσο εισόδημα των ηλικιωμένων στην ΕΕ αποτελεί το 93% του μέσου εισοδήματος του νεότερου πληθυσμού, με μεγάλες διαφορές ανά φύλο και μεταξύ των κρατών μελών.

Οι συντάξεις κατά τα πρώτα έτη μετά τη συνταξιοδότηση ανέρχονται σήμερα σε περισσότερο από το ήμισυ του εισοδήματος από την εργασία μεταγενέστερης σταδιοδρομίας (58% στην ΕΕ). Σε εθνικό επίπεδο, ο λόγος κυμαίνεται από πάνω από 80 τοις εκατό έως σε λιγότερο από 40 τοις εκατό, έχοντας αυξηθεί σε όλους, εκτός από τρία κράτη μέλη από το 2008.

3. Αν και η διάρκεια της επαγγελματικής ζωής αυξάνεται, η διάρκεια της συνταξιοδότησης αναμένεται να αυξηθεί ακόμα πιο γρήγορα, καθώς το προσδόκιμο ζωής συνεχίζει να αυξάνεται. Κατά μέσο όρο στην ΕΕ, ο χρόνος που αφιερώνεται στη συνταξιοδότηση είναι περίπου το ήμισυ (51%) του χρόνου που δαπανήθηκε στην εργασία. Ο λόγος αυτός αναμένεται να αυξηθεί σε 53% έως το 2060, θέτοντας την πρόκληση να εξευρεθεί μια νέα ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής ζωής και της συνταξιοδότησης και της διατήρησης επαρκών συντάξεων.

4. Οι συντάξεις, παράλληλα με τη φορολογία, συμβάλλουν στη διασφάλιση της διανομής του εισοδήματος από τη συνταξιοδότηση πιο ισάξια από το εισόδημα κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής ζωής. Ωστόσο, στο βάθος του γήρατος η εισοδηματική

φτώχεια δείχνει ότι η ανισότητα μεταξύ των ηλικιωμένων εξακολουθεί να υφίσταται. Υψηλός κίνδυνος αύξησης των ποσοστών φτώχειας μπορεί να προκληθεί από το χαμηλό συνολικό εισόδημα, καθώς και από την ανισότητα. Σε ολόκληρη την ΕΕ, σημειώθηκε αύξηση της ανισότητας των εισοδημάτων (σε 16 χώρες, μείωση σε 9) και σε βάθος φτώχειας (σε 19 χώρες) ανά ηλικία μεταξύ 2013 και 2016. Τα ηλικιωμένα άτομα που κινδυνεύουν από τη φτώχεια είναι πλέον φτωχότερα.

5. Ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού αυξάνεται με την ηλικία. Περισσότερο από ήμισυ όλων των ηλικιωμένων που απειλούνται από τη φτώχεια ή τον κοινωνικό αποκλεισμό στην ΕΕ είναι ηλικίας 75 ετών ή άνω (8,8 εκατ. το 2016), εν μέρει λόγω της απόδοσης της αγοράς εργασίας στο παρελθόν. Ενώ οι ανάγκες αυξάνονται με την ηλικία, η αξία των συντάξεων μειώνεται κατά τη συνταξιοδότηση.

Η τιμαριθμική αναπροσαρμογή της σύνταξης και η πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες ή επιδοτούμενες υπηρεσίες μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να υποστηρίξουν την ποιότητα ζωής καθ' όλη τη διάρκεια της συνταξιοδότησης.

6. Περισσότερο από το 20% των ηλικιωμένων γυναικών (ηλικίας 65 ετών και άνω) κινδυνεύουν από τη φτώχεια ή κοινωνικού αποκλεισμού στην ΕΕ, σε σύγκριση με το 15% των ηλικιωμένων ανδρών. Οι μεγαλύτερες γυναίκες είναι πιο πιθανό να ζήσουν περισσότερο, να ζήσουν μόνες τους και να έχουν χαμηλότερες συντάξεις. Ως αποτέλεσμα, παλαιότερα οι γυναίκες εκτίθενται σε μεγαλύτερο κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού σε όλα τα κράτη μέλη. Σε ορισμένες χώρες, πάνω από το 10% των ηλικιωμένων γυναικών δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη. Καθώς ο πληθυσμός της ΕΕ μεγαλώνει, ο αριθμός και το μερίδιο του πληθυσμού θα αυξηθούν οι ηλικιωμένες γυναίκες (και, μαζί με αυτές, οι μεμονωμένες μεγαλύτερες γυναίκες). Αν και όμοιες σταδιοδρομίες για άνδρες και γυναίκες θα οδηγούσαν σε παρόμοιες συντάξεις, το χάσμα ανάμεσα στο φύλο στις συντάξεις είναι 37,2% στην ΕΕ. Αν και χαμηλότερο για τους νέους συνταξιούχους, το χάσμα έχει παραμείνει επίμονα υψηλό σε πολλές χώρες από το 2009. Ίσες ευκαιρίες σε γυναίκες και άνδρες για την απόκτηση ίδιων συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων εξαρτάται από την αγορά εργασίας και πολιτικές που υποστηρίζουν ίσες σταδιοδρομίες και κέρδη.

Οι συντάξεις βέβαια δεν είναι το μόνο μέσο οικονομικής στήριξης που οι άνθρωποι στηρίζουν για την ευημερία τους καθώς μεγαλώνουν. Πολλοί άνθρωποι συσσωρεύουν πλούτο (συμπεριλαμβανομένης της αγοράς σπιτιών τους) κατά τη διάρκεια της

επαγγελματικής τους ζωής. Οι ηλικιωμένοι βρίσκονται σε καλύτερη θέση από τους εργαζόμενους όσον αφορά την ιδιοκτησία κατοικίας και τον οικονομικό πλούτο.

Στις περισσότερες χώρες, τα επίπεδα πλούτου στην αρχή της πορείας ζωής είναι αρκετά παρόμοια τόσο άνδρες όσο και γυναίκες. Το χάσμα στον πλούτο εμφανίζεται ανάμεσα στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και καθορίζεται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της οικογενειακής κατάστασης. Για τους ανθρώπους γύρω από την ηλικία συνταξιοδότησης, αν και τα επίπεδα πλούτου είναι τα υψηλότερα, το χάσμα πλούτου είναι επίσης πολύ μεγάλο.

Η οικιακή ιδιοκτησία μεταξύ των ηλικιωμένων είναι σχετικά κοινή στην ΕΕ, και το 2004 στα περισσότερα κράτη μέλη, ήταν 80% ή περισσότερο. Το υψηλότερο ποσοστό ιδιοκτησίας σπιτιού παρατηρείται στη Ρουμανία, την Κροατία και τη Λιθουανία, ενώ στο κάτω άκρο της κλίμακας βρίσκεται η Κροατία, η Ολλανδία, η Γερμανία και η Αυστρία - η ιδιοκτησία σπιτιού εξακολουθεί να υπερβαίνει το 50%. Συμπερασματικά, συνολικά στην ΕΕ των 28, περίπου τα τρία τέταρτα των ηλικιωμένων ζουν στα σπίτια τους, ενώ το ένα τέταρτο νοικιάζουν.

Τα ελληνικά στατιστικά στοιχεία αναφέρουν ότι ο κίνδυνος φτώχειας για άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών υπολογίζεται σε ποσοστό 21,3%.

Επίσης σύμφωνα με τα ελληνικά στατιστικά στοιχεία πληθυσμός που απειλείται από τη φτώχεια είναι και τα νοικοκυριά με έναν ενήλικα 65 ετών και άνω (30,1%)

1.6 Κοινωνικός αποκλεισμός

Ο ορισμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη φτώχεια αναγνωρίζει το γεγονός ότι στο δυτικό κόσμο, η φτώχεια δεν ορίζεται πλέον μόνο μέσα από στεγνά εισοδηματικά κριτήρια αλλά αφορά κυρίως τον αποκλεισμό των ατόμων αυτών από τα συνήθη πρότυπα ζωής, συνήθειες και δραστηριότητες της κοινωνίας στην οποία διαβιούν.

Όπως άλλωστε διαπιστώνει ο A. Heywood (2014, σ.193) «η κατώτερη τάξη υποφέρει λιγότερο από τη φτώχεια, όπως ήταν η παραδοσιακή αντίληψη (αποστέρηση υλικών αγαθών), και περισσότερο από κοινωνικό αποκλεισμό που αντανάκλαται σε πολιτισμικά, εκπαιδευτικά και κοινωνικά εμπόδια για μια ουσιαστική συμμετοχή στην οικονομία και την κοινωνία.» Ένα από αυτά είναι και η χρήση της ΤΠΕ.

Σημαντικότεροι κίνδυνοι στους οποίους εκτίθενται τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι οι κίνδυνοι της κοινωνικής απομόνωσης και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται σκοπό και δραστηριότητα στη ζωή τους. η κινητικότητα είναι εξαιρετικά σημαντική στην ποιότητα ζωής τους και, σε κάποιο βαθμό, στην υγεία τους (Banister and Bowling 2004, Gilhooly κ.ά. 2002, Metz 2000). Η κακή προσβασιμότητα έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός παράγοντα σε τέσσερις διαστάσεις κοινωνικού αποκλεισμού μεταξύ των ηλικιωμένων: κοινωνικές σχέσεις, πολιτιστικές δραστηριότητες, βασικές υπηρεσίες και υλικά αγαθά (ODPM 2006). Τα ταξίδια για να επιτευχθεί η πρόσβαση στους επιθυμητούς ανθρώπους και μέρη είναι μόνο ένα στοιχείο αυτής της έννοιας. Τα άλλα είναι τα ψυχολογικά οφέλη της εξόδου, τα οφέλη της άσκησης, η συμμετοχή στην τοπική κοινότητα και το συναίσθημα της ικανότητας πραγματοποίησης ταξιδιών (Jopson 2006, Metz 2000). Η ικανότητα να εξυπηρετεί τις λειτουργίες ψυχαγωγίας, συμμετοχής, ανεξαρτησίας και κοινωνικής αλληλεπίδρασης, είναι ανεξάρτητα από τον προορισμό (DLTR 2001, Help the Aged 1988) Η έλλειψη κινητικότητας και αυτών των δυνατοτήτων μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλό ηθικό, κατάθλιψη και μοναξιά (SEU 2005).

Κατά μέσο όρο, το 22% του πληθυσμού της ΕΕ των 27 ηλικίας άνω των 65 ετών κινδυνεύει από κοινωνικό αποκλεισμό ή φτώχεια (Eurostat, 15-02-2011). Η Βουλγαρία (66%), Λετονία (55,5%) και η Κύπρος (50,1%) είναι πολύ υψηλότερα από αυτόν τον μέσο όρο. Ο κίνδυνος κοινωνικού αποκλεισμού και φτώχειας είναι χαμηλότερη στο Λουξεμβούργο (6,2%), στις Κάτω Χώρες (8,1%) και στην Τσεχική Δημοκρατία (11,7%) (Eurostat, 15-02-2011). Σαφώς, οι ηλικιωμένοι σε αυτές τις τελευταίες χώρες θα είναι σε καλύτερη θέση για να αντιμετωπίσουν τα μέτρα των αυξημένων ιδιωτικών πληρωμών για υπηρεσίες.

1.7 Δικαιώματα στην τρίτη ηλικία

Οι ηλικιωμένοι δεν αποτελούν μια ενιαία κατηγορία αντιθέτως διαφοροποιούνται. Όπως παρατηρεί ο Paul Johnson (2008, σ.34) «...οι γέροι δεν αποτελούν ούτε αποτέλεσαν ποτέ, μια απλή κατηγορία, αλλά ένα αμάλγαμα ατόμων διαχωρισμένων από το φύλο, την τάξη, την γενιά, τον πλούτο, την ισχύ, τη θρησκεία και τη φυλή, έτσι ώστε αυτό που μπορεί να ισχύει για ένα άτομο ή μια ομάδα να μην έχει καμιά σχέση με τα άλλα».

Η δε έννοια της ποιοτικής ζωής στην τρίτη ηλικία αξιολογείται, κατά την ανάγνωση ιστορικών στοιχείων, σύμφωνα με τον Paul Johnson (2008, σ.17), με εκτίμηση τριών βασικών αξόνων της καθημερινότητας τους:

«1.Συμμετοχή. Αφορά τόσο στην παρουσία των ηλικιωμένων στην αγορά εργασίας, όσο και στις ιδιωτικές τους (οικογενειακές και κοινωνικές δραστηριότητες που έχουν σχέση με την παραγωγή αλλά και με την κατανάλωση. Γενικά αναφέρεται στην ενεργή συμμετοχή των ηλικιωμένων στην οργανωμένη κοινωνία.

2.Ευημερία. Καλύπτει την οικονομική άνεση (ή την έλλειψη της) και την παροχή οικονομικής βοήθειας από την οικογένεια, αλλά και από επίσημους ή ανεπίσημους δημόσιους θεσμούς, καθώς και την καλή φυσική κατάσταση των ηλικιωμένων, μαζί με τη θεραπευτική αγωγή όταν αρρωσταίνουν. Γενικά σχετίζεται με την παθητική περίθαλψη των ηλικιωμένων από μια πολιτισμένη κοινωνία.

3.Κοινωνική θέση. Καλύπτει τη θέση που κατέχουν οι ηλικιωμένοι στην κοινωνία ως άτομα και ως ομάδα, όπως προσδιορίζεται από τους πολιτικούς, νομικούς, ιατρικούς και πολιτισμικούς κανόνες και έθιμα. Γενικά σχετίζεται με τις κατηγοριοποιήσεις των ηλικιωμένων, αλλά και τις κατηγοριοποιήσεις που εκπορεύονται από τους ίδιους, στην πολιτισμένη κοινωνία.»

Οι πιο πολλοί άνθρωποι στην τρίτη ηλικία βέβαια μειώνουν τον χρόνο και την προσπάθεια που δαπανούν κυνηγώντας επιτεύγματα και κοινωνικά δίκτυα. Αλληλεπιδρούν με λιγότερους ανθρώπους, απολαμβάνουν τις καθημερινές τους ασχολίες και επικεντρώνονται να περνούν περισσότερο χρόνο με την οικογένεια τους και με σταθερούς φίλους. Αν ίσχυε η ιεράρχηση των αναγκών του Α. Μάσλοου, τότε η «συρρίκνωση» της ζωής αντιμάχεται τις σπουδαιότερες πηγές εκπλήρωσης των ανθρώπων, και άρα θα περιμέναμε οι άνθρωποι να γίνονται όλο και πιο δυστυχημένοι καθώς γερνούν. Η Λώρα Κάρστενσεν και η ερευνητική της ομάδα κατέγραψαν για μεγάλη χρονική περίοδο τις συναισθηματικές αντιδράσεις διακοσίων περίπου ανθρώπων με μεγάλο εύρος ηλικίας και κοινωνικής προέλευσης. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως, σε αντίθεση με την πυραμίδα του Α. Μάσλοου, οι άνθρωποι καθώς γερνούσαν ανέφεραν περισσότερα θετικά συναισθήματα. Ήταν λιγότερο επιρρεπείς στο άγχος, στην κατάθλιψη και στον θυμό (Γκαουάντε, 2016, pp. 130-131).

Η θνητότητα, η νοηματοδότηση και ερμηνεία του θανάτου είναι έννοιες που ακόμη πιο επιτακτικά οι άνθρωποι στην τρίτη ηλικία καλούνται να διαχειριστούν και να δώσουν απαντήσεις σύμφωνα με την πολιτιστική τους κληρονομιά αλλά και την προσωπικότητα τους. Η ανάγκη αυτή οδηγεί πολλούς ψυχολόγους να διατείνονται ότι, πάνω από το στάδιο της αυτοπραγμάτωσης στην πυραμίδα του Α. Μάσλοου, υπάρχει εκείνο της υπερβατικότητας/πνευματικότητας.

Στην Ευρώπη σήμερα δραστηριοποιούνται μεγάλες οργανώσεις όπως η AAL Forum και η Age Platform Europe, όπου συμμετέχουν φορείς για την τρίτη ηλικία από τις χώρες μέλη, για την προστασία των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων και την αναζήτηση και επεξεργασία προτάσεων για τη βελτίωση της καθημερινότητας τους. Είναι εμφανές στην επίσημη ιστοσελίδα της Age Platform Europe ότι δραστηριοποιείται με στόχο την προώθηση της συζήτησης για τον τρόπο που θα επεκταθεί η καινοτομία και οι πρακτικές που προωθούν προσεγγίσεις προσανατολισμένες στον άνθρωπο, προκειμένου να φέρουν απτά οφέλη στους χρήστες, να βοηθήσουν τα συστήματα υγείας και περίθαλψης να περιορίσουν το κόστος και να ξεκλειδώσουν επιχειρηματικές ευκαιρίες (www.age-platform.eu).

Όπως αναφέρεται στις κατευθυντήριες γραμμές του Υπουργείου Υγείας για την εφαρμογή του προγράμματος ΗΠΙΟΝΗ, στο πλαίσιο της Διεθνούς Ημέρας για την Τρίτη Ηλικία, ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε)/ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ), έχει θέσει την 1^η Οκτώβρη κάθε έτους ως ημέρα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για τα ηλικιωμένα άτομα. Για το έτος 2018 έχει καθοριστεί ως μήνυμα της εκστρατείας ενημέρωσης «Εορτάστε τους Ηλικιωμένους Πρωταθλητές αναφορικά με τα Ανθρώπινα Δικαιώματα» (Celebrating Older Human Rights Champion)

1.8 Κράτος πρόνοιας – Κοινωνική πολιτική

Καθώς οι δομές φιλοξενίας των ατόμων τρίτης ηλικίας, των οποίων η λειτουργία απασχολεί την συγκεκριμένη εργασία, ως επί τω πλείστον έρχονται να δώσουν απάντηση σε δυσκολίες των ατόμων της τρίτης ηλικίας ευρύτερες των προβλημάτων της υγείας τους, είναι δηλαδή κοινωνικές υπηρεσίες θεωρήσαμε απαραίτητο να κάνουμε μια σύντομη αναφορά στις έννοιες κράτος πρόνοιας και κοινωνική πολιτική απ' όπου οι κοινωνικές υπηρεσίες εκπορεύονται.

Ο όρος «κράτος πρόνοιας» αναφέρεται στην ιστορικά καθορισμένη μορφή του αστικού κράτους στις αναπτυγμένες καπιταλιστικές χώρες, η οποία χαρακτηρίζεται από μεγάλη διεύρυνση της κοινωνικής του λειτουργίας, ιδιαίτερα στην σφαίρα της κοινωνικής αναπαραγωγής. Αναλαμβάνει την ευθύνη κάλυψης αναγκών απασχόλησης, υγείας, παιδείας, κατοικίας, κοινωνικής φροντίδας, προστασίας του περιβάλλοντος και ελεύθερου χρόνου για τον ενεργό και μη ενεργό πληθυσμό, αναπτύσσοντας τον μηχανισμό του για την παροχή των ανάλογων υπηρεσιών ή για τη ρύθμιση της παροχής τους από τον ιδιωτικό- κερδοσκοπικό και μη-τομέα.

Ο Δ. Ιατρίδης (1990, σ.17) αναφέρει ότι ο όρος κοινωνική πολιτική «ανάλογα με την σχολή σκέψης, την συγκεκριμένη περίπτωση εφαρμογής και την ειδικότητα του μελετητή, περιλαμβάνει διάφορες έννοιες και δραστηριότητες». Ο ίδιος ερευνητής διαπιστώνει μια ποικιλία προσεγγίσεων της κοινωνικής πολιτικής από την αποκλειστική εφαρμογή προγραμμάτων για την αντιμετώπιση της φτώχειας και την κοινωνική ασφάλιση έως την ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου με επενδύσεις στο ανθρώπινο δυναμικό, δηλ στην υγεία, την παιδεία, την κατοικία, τις κοινωνικές υπηρεσίες για την βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, για την ανάπτυξη του ατόμου και της κοινωνίας.

Τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής ύφεσης και της ανάγκης για δημοσιονομικό έλεγχο και μείωση δημόσιων δαπανών το κράτος πρόνοιας ιδιαίτερα στην Ελλάδα συρρικνώθηκε. Η πίεση των κοινωνικών ομάδων όμως αναθερμαίνει την συζήτηση για πιο στοχευμένες και επιτυχέστερα εστιασμένες κρατικές παρεμβάσεις. Η αναζήτηση βέλτιστων πρακτικών για την ενίσχυση των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, όπως οι ηλικιωμένοι, αλλά και για την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής είναι μονόδρομος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΟΥ BENCHMARKING ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΑΛΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

2.1 Benchmarking και Διοίκηση Ποιότητας

Οι υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης στην Ευρώπη και διεθνώς βρίσκονται υπό πίεση και είναι αναγκαίες αλλαγές λόγω αυξανόμενης ζήτησης που προκαλούν οι σημερινές κοινωνικές προκλήσεις: δημογραφικές αλλαγές, ανεργία, φτώχεια, κοινωνικός αποκλεισμός και ένταξη. Για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, οι περιφερειακές αρχές, ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας πρέπει να σχεδιάσουν καινοτόμες ολοκληρωμένες και χωρίς αποκλεισμούς πολιτικές για τη βελτίωση της ποιότητας του αυξανόμενου γηράσκοντος πληθυσμού. Στην προσπάθεια να ικανοποιηθούν οι πολυδιάστατες ανάγκες προστασίας και φροντίδας των ατόμων τρίτης ηλικίας και προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα στις δομές για τα άτομα τρίτης ηλικίας θεωρήσαμε ότι το benchmarking και η καταγραφή καλών πρακτικών μπορούν να δώσουν άμεσες και έγκυρες απαντήσεις.

Άλλωστε τόσο το benchmarking όσο και οι καλές πρακτικές συνδέονται άμεσα με την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.

Προϋποθέτουν δέσμευση της ηγεσίας και αποτελούν πρωτοβουλίες στρατηγικής αλλαγής στον οργανισμό. Επίσης εξίσου η ΔΟΠ και το benchmarking θέτουν στόχους για την ικανοποίηση των αναγκών των πελατών και τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας, και κριτήρια απόδοσης, τέλος αναζητούν τις καλύτερες πρακτικές. Αποτελούν εφαρμογές για την συνεχή βελτίωση των οργανισμών.

Η αναγνώριση του benchmarking ως σημαντικότατο στοιχείο στη διαδικασία της βελτίωσης της ποιότητας άλλωστε επιβεβαιώνεται και από την ενσωμάτωση του στα κριτήρια του βραβείου ποιότητας Malcolm Baldrige.

Στη βιβλιογραφία το benchmarking αναγνωρίζεται ως σημαντικό κομμάτι της συνεχούς βελτίωσης (Ramadabran, 1997) αλλά και ως διαχειριστικό εργαλείο βελτίωσης της απόδοσης το οποίο βασίζεται στην κλασική έννοια της σύγκρισης και εφαρμόζεται ευρέως στη θέσπιση στόχων (Fong, 1998) Παράλληλα περιγράφεται τόσο ως μέθοδος μάθησης από επιτυχημένες πρακτικές άλλων (Holloway, 1999b) όσο και ως διαδικαστική προσέγγιση στη διαχείριση της ποιότητας (Ogden, 1998).

Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί του benchmarking που αντιπροσωπεύουν και τα διάφορα στάδια της εξέλιξης του. Οι ορισμοί του benchmarking που καταγράφονται στη βιβλιογραφία χωρίζονται από τον Karjalainen (2002) βασικά σε δύο κατηγορίες: στους *πρακτικούς* (practical) ορισμούς όπου το benchmarking ορίζεται σε σχέση με τον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζεται (πχ μέθοδος σύγκρισης προϊόντων, συστηματική μελέτη δεικτών απόδοσης κλπ) και στους *υποστασιακούς* (existential) όπου το benchmarking συνδυάζεται με την ανθρώπινη λογική και σκέψη (πχ συστηματικός τρόπος μάθησης από τους άλλους, μέθοδος μίμησης κλπ). Επιπλέον ο Karjalainen προτείνει και τους *μεταφορικούς* (metaphoric) ορισμούς όπου το benchmarking προσδιορίζεται με τη χρήση μεταφορικών εκφράσεων τέτοιων που δίνουν μία διαφορετική διάσταση στην εφαρμογή του (πχ ως «ζηλόφθονη ενέργεια» (envious energy)).

Ανεξάρτητα πάντως από τον ορισμό που κανείς υιοθετεί για τον προσδιορισμό του benchmarking, υπάρχουν κάποια κοινά στοιχεία που εμφανίζονται στην πλειοψηφία των γενικών ορισμών του όπως είναι οι έννοιες των προτύπων απόδοσης (benchmarks), των βέλτιστων πρακτικών, της μάθησης και της καινοτομίας, της συστηματικής

σύγκρισης, των εσωτερικών διαδικασιών κλπ (Arrowsmith, 2004) (Spendolini, 1992). Τα στοιχεία αυτά, όπως αναλύονται στη συνέχεια, είναι εκείνα που ουσιαστικά συνθέτουν και προσδιορίζουν την έννοια του benchmarking.

Το American Productivity & Quality center (1993, pp4) ορίζει το benchmarking ως το πρότυπο της συνεχούς σύγκρισης και μέτρησης ενός οργανισμού με τους «ηγέτες» οπουδήποτε στον κόσμο να κερδίζουν πληροφορίες, που θα βοηθήσουν τον οργανισμό να εργαστεί για να βελτιώσει την απόδοση του.

Όπως αναφέρει ο Γ. Τσιότρας (2016, σ.257) «Το benchmarking είναι ένα εύκολο και λειτουργικό εργαλείο με το οποίο μπορούν να εντοπιστούν νέες ιδέες και νέες μέθοδοι λειτουργίας για την επίτευξη της συνεχούς βελτίωσης. Εκτός από τη δημιουργία κλίματος συνεχούς βελτίωσης εσωτερικά στην επιχείρηση, το benchmarking στρέφει την επιχείρηση εξωτερικά και την επιτρέπει να αποκτήσει μια γενική άποψη για τις επιπλέον σύγχρονες και αποτελεσματικές μεθόδους που εφαρμόζονται στον τομέα της βελτίωσης της ποιότητας ώστε να μην εφησυχάζει με τις δικές της πρακτικές και μεθόδους.

Ταυτόχρονα αποτελεί και μέσο συνεχούς εκπαίδευσης μια και κατά την εφαρμογή του, οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν την απόδοση των διαδικασιών της επιχείρησης τους και να αναλάβουν πρωτοβουλίες στον τομέα της βελτίωσης. Στην Ιαπωνία το benchmarking δεν υπάρχει ως ξεχωριστός όρος αλλά αποτελεί μέρος της φιλοσοφίας των επιχειρήσεων».

Σήμερα είναι γενικά αποδεκτό ότι ο αντικειμενικός σκοπός του benchmarking είναι να παρέχει στόχους για ρεαλιστικές βελτιώσεις διαδικασιών καθώς και να εντοπίζει τις αλλαγές που είναι απαραίτητες για την επίτευξη αυτών των βελτιώσεων.

Μια μελέτη benchmarking μπορεί να πάρει διάφορες μορφές: τηλεφωνική έρευνα, ερωτηματολόγια, μελέτη βιβλιογραφίας, ανταλλαγή έτοιμου υλικού, site, επισκέψεις.

Τα αποτελέσματα της μελέτης benchmarking μπορεί να είναι:

- 1- Ένα μέτρο που συγκρίνει την απόδοση των συγκρινόμενων διαδικασιών.
- 2- Περιγραφή των υπηρεσιακών κενών στην απόδοση από την σύγκριση με αναγνωρισμένα επίπεδα απόδοσης.

- 3- Αναγνώριση καλών πρακτικών και ενεργοποιητών που παράγουν αυτά τα αποτελέσματα που παρατηρούνται στη μελέτη.
- 4- Εντοπισμός στόχων απόδοσης για επεξεργασία και περιοχών όπου δύναται να προκύψει βελτίωση στην οργανωτική απόδοση των ενδιαφερόμενων οργανισμών.

Στην συνέχεια ο κάθε οργανισμός είναι υπεύθυνος να υλοποιήσει το σχέδιο δράσης (American Productivity & Quality Center, 1993).

Η διαδικασία και τα στάδια εφαρμογής του benchmarking περιγράφονται από τον Γ. Τσιότρα (2016, σ.256) ως εξής:

- | | |
|----------------------|---|
| A. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ | 1 ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ |
| | 2 ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΕΤΑΙΡΩΝ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ |
| | 3 ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΚΑΙ ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ |
| | 4 ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΧΑΣΜΑΤΟΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ |
| B. ΑΝΑΛΥΣΗ | 5 ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΑΠΟΔΟΣΗΣ |
| | 6 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥΣ |
| Γ. ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ | 7 ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΣΤΟΧΩΝ |
| | 8 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΧΕΔΙΩΝ ΔΡΑΣΗΣ |
| Δ. ΔΡΑΣΗ | 9 ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΟΔΟΥ |
| | 10 ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗΣ |
| Ε. ΩΡΙΜΟΤΗΤΑ | - ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΗΓΕΤΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ |
| | - ΠΛΗΡΗΣ ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ |

Η επιτυχία του benchmarking βασίζεται στη μοναδική του ιδιότητα να αποκαλύπτει νέες ιδέες που προέρχονται από πραγματικές λύσεις ή εφαρμογή των οποίων έχει ήδη αποδειχθεί αποτελεσματική.

Το benchmarking είναι μια εν εξελίξει μέτρηση και μια ανάλυση διαδικασίας που συγκρίνει εσωτερικές πρακτικές διαδικασίες ή μεθοδολογίες με άλλους οργανισμούς. Ο στόχος των μελετών αυτών είναι να αναγνωρίσει καλές πρακτικές που μπορούν να

υιοθετηθούν από μεγάλο εύρος οργανισμών και να τους προσφέρουν τεράστιες βελτιώσεις στις διαδικασίες με αποτέλεσμα να αυξήσουν την επιχειρησιακή τους απόδοση.

Η Kygö (2003) υποστηρίζει ότι αν και η έννοια της μάθησης αποτέλεσε σημαντικό κομμάτι σε όλη την εξελικτική πορεία του benchmarking, η μορφή της μάθησης ακολούθησε παράλληλη πορεία εξέλιξης περνώντας από τη διαδικασία εντοπισμού προβλημάτων, στη διαδικασία εύρεσης μεθόδων βελτίωσης και μάλιστα με τρόπο συλλογικό ώστε να επηρεάζεται θετικά η συνολική κουλτούρα του οργανισμού. Η ίδια παρατηρεί ότι η ιδέα της «μάθησης από τους άλλους» εξελίχθηκε στην ιδέα της «μάθησης με τους άλλους». Αυτή η στροφή της νοοτροπίας είχε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη δικτύων μεταξύ οργανισμών με στόχο την ανταλλαγή εμπειριών κάτι που, σύμφωνα με τη συγγραφέα, μπορεί να αποτελέσει τη βάση για την ανάπτυξη της επόμενης γενιάς benchmarking, της γενιάς του δικτυακού (*networking*) benchmarking.

2.2 Τύποι benchmarking

Υπάρχουν δυο διακριτές προσεγγίσεις του benchmarking:

- 1- Το ανταγωνιστικό benchmarking, το οποίο μετρά την απόδοση ενός οργανισμού σε σχέση με τους ανταγωνιστές και
- 2- Το benchmarking διαδικασιών, το οποίο μετρά τη διακριτή απόδοση της διαδικασίας και λειτουργικότητας έναντι οργανισμών που ηγούνται σε αυτές της διαδικασίες

Το benchmarking διαδικασιών αναζητά την καλύτερη πρακτική για τη διεξαγωγή μιας συγκεκριμένης διαδικασίας μετά την επιβεβαίωση ότι η απόδοση της διαδικασίας είναι όντως η καλύτερη. Μόλις η καλύτερη πρακτική αναγνωριστεί και γίνει κατανοητή τότε μπορεί να υιοθετηθεί και να βελτιωθεί με την εφαρμογή σε άλλον οργανισμό.

Αναλυτικότερα κατά τον Γ. Τσιότρα (2016) διακρίνεται σε:

Εσωτερικό benchmarking Η σύγκριση και ο έλεγχος ανταγωνιστικότητας γίνεται ενδουπηρεσιακά, δηλαδή εξετάζονται δεδομένα σε σχέση με τα αντίστοιχα τους σε άλλο τμήμα/παράρτημα της επιχείρησης ή σε άλλη εταιρεία αν πρόκειται για επιχειρηματικό όμιλο (πχ σύγκριση διαδικασιών logistics σε διαφορετικά γεωγραφικά παραρτήματα μιας επιχείρησης).

Το βασικό πλεονέκτημα του εσωτερικού benchmarking είναι η εύκολη συλλογή και ανταλλαγή πληροφοριών σε σχέση με άλλους τύπους μια και δεν τίθεται θέμα απόκρυψης δεδομένων.

Ανταγωνιστικό benchmarking Η σύγκριση γίνεται με συγκεκριμένα προϊόντα, παραγωγικές ή διοικητικές διαδικασίες που εφαρμόζονται από τους άμεσους ανταγωνιστές της επιχείρησης. Στον τύπο αυτό του benchmarking μπορεί να συμμετέχουν περισσότερες από μια επιχειρήσεις του ίδιου τομέα. Θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε οι έλεγχοι να γίνονται σε συγκρίσιμα μεγέθη.

Λειτουργικό benchmarking Στην περίπτωση αυτή διερευνάται η απόδοση μιας συγκεκριμένης λειτουργίας (π.χ αποθήκευση, διανομή, εξυπηρέτηση μετά την πώληση) σε σχέση με τις καλύτερες στο θέμα αυτό επιχειρήσεις που ανήκουν όμως στον ίδιο κλάδο.

Γενικό benchmarking Αποτελεί την ευρύτερη εφαρμογή του λειτουργικού benchmarking όπου η σύγκριση ανταγωνιστικότητας μπορεί να γίνει σε λειτουργίες εταιρειών που ανήκουν σε διαφορετικούς επιχειρηματικούς κλάδους.

Τέλος ανάλογα με το αντικείμενο της μελέτης, το benchmarking διακρίνεται συνήθως σε διαδικασίας (process benchmarking), απόδοσης (performance benchmarking) και στρατηγικό (strategic benchmarking).

2.3 Τα οφέλη του benchmarking

Πιο συγκεκριμένα η εφαρμογή του benchmarking έχει σημαντικές για την επιτυχία των επιχειρήσεων συνέπειες όπως είναι η βελτίωση της απόδοσης, η αποτελεσματική διαχείριση της εισαγωγής αλλαγών, η αύξηση της δημιουργικότητας και της καινοτομίας, η κατανόηση και η επίτευξη της παγκόσμιας βέλτιστης απόδοσης (world-class performance).

Ωφελεί τους οργανισμούς σε τρία επίπεδα :

- 1- Χτίζοντας την εκτίμηση της καλής πρακτικής για την απόδοση της συγκεκριμένης διαδικασίας.
- 2- Εντοπίζοντας το μέτρο αριστείας για τις στοχευόμενες διαδικασίες.

- 3- Εφαρμόζοντας τα μαθήματα μέσα στον οργανισμό όπου μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βελτιώσουν την απόδοση. American Productivity & Quality center (1993)

Επισημαίνεται ότι προκειμένου να εξασφαλίσουμε την αποτελεσματικότητα του benchmarking σε ένα οργανισμό πρέπει οι στόχοι υλοποίησης να είναι **S.M.A.R.T.**, δηλαδή:

Συγκεκριμένοι (Specific): Οι προγραμματισμένοι στόχοι θα πρέπει να είναι με σαφήνεια και ακρίβεια προσδιορισμένοι, να μην δημιουργούν εννοιολογική σύγχυση και να είναι κατανοητοί.

Μετρήσιμοι (Measurable): να είναι δυνατόν να προσδιορισθούν ποσοτικά και ποιοτικά τόσο οι στόχοι όσο και τα οφέλη.

Εφικτοί και συμφωνημένοι (Affordable and Agreed): να είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν (γνωρίζοντας τους πόρους και τις δυνατότητες που έχει ο φορέας στη διάθεσή του) καθώς και να έχουν συμφωνηθεί μεταξύ διοίκησης και υπαλλήλων που θα εργαστούν για την επίτευξή τους.

Ρεαλιστικοί (Realistic): να είναι δυνατόν να αποτυπωθεί το επίπεδο αλλαγής που περιγράφεται και πως αυτό μπορεί να επιτευχθεί.

Χρονικά δεσμευτικοί (Time-bound): να δηλώνεται καθαρά η χρονική περίοδος που θα ολοκληρωθεί ο κάθε στόχος.

Καταλήγοντας η ανεύρεση, η μελέτη και η υλοποίηση των βέλτιστων πρακτικών μετά από τη διαδικαστική εφαρμογή του benchmarking, όπως υποστηρίζεται στη βιβλιογραφία, μπορεί να επιφέρει σημαντικά στρατηγικά, λειτουργικά και οικονομικά πλεονεκτήματα.

2.4 Ορισμός «καλές πρακτικές»

Καλές πρακτικές είναι ηγεσία, διαχείριση ή λειτουργικές μέθοδοι ή προσεγγίσεις που ηγούνται στην αναμενόμενη απόδοση. Καλή πρακτική είναι ένα σχετικό όριο και όχι το απόλυτο όριο (standard). Στην αναζήτηση του απόλυτου καλού, το οποίο δεν είναι απαραίτητα μια προσέγγιση με αποτέλεσμα στο κόστος, πολλοί benchmarkers βελτιστοποιούν αναζητώντας εργασίες με μεγάλα έσοδα και είναι ικανοποιημένοι βρίσκοντας καλές πρακτικές που είναι καινοτόμες, ενδιαφέρουσες και αναγνωρίζονται ότι μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση ποιότητας κατά την ηγεσία των εταιρειών.

Καλή Πρακτική θεωρείται η βέλτιστη μέθοδος επίλυσης ενός συγκεκριμένου προβλήματος ή και η επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου, που μπορεί να διαχυθεί και να αξιοποιηθεί και από άλλους.

Και από την ελληνική δημόσια διοίκηση, όπως διαπιστώνεται στο έντυπο του προγράμματος ανάδειξης καλών πρακτικών των Δήμων της Ελλάδας (Σεπτέμβριος 2016) μια πρωτοβουλία του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, ο εντοπισμός και η διάδοση αυτών των καλών πρακτικών σε συνεργασία με άλλες τοπικές αρχές αποτελεί βέλτιστη μέθοδο μαθησιακής διαδικασίας και αναβάθμιση των γνώσεων και εμπειριών, χωρίς να απαιτείται εξωτερική εμπειρογνομοσύνη.

Ως εκ τούτου, οι καλές πρακτικές αφορούν διαδικασίες αλλαγών και μάθησης. Επιτρέπουν να αναγνωριστεί δημόσια η αριστεία και συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας της τοπικής διακυβέρνησης στο σύνολό της.

Οι «Καλές Πρακτικές στη Δημόσια Υγεία» συνίστανται στην αναζήτηση και εφαρμογή εκείνων των μεθόδων και διαδικασιών που εξασφαλίζουν το καλύτερο αποτέλεσμα, στον ελάχιστο χρόνο και με τους ελάχιστους δυνατούς πόρους.

Ο παραπάνω εισαγωγικός ορισμός προσδιορίζει τέσσερα χαρακτηριστικά σε μια «Καλή Πρακτική» Δημόσιας Υγείας:

- α) Την επιστημονική εγκυρότητα της μεθόδου ή τεχνικής σε σύγκριση με άλλες παρόμοιες.
- β) Την καταλληλότητα της μεθόδου για το συγκεκριμένο σκοπό.
- γ) Την αποτελεσματικότητα της μεθόδου σε σύγκριση με τις άλλες.
- δ) Την αποδοτικότητα σε σχέση με τους χρησιμοποιούμενους πόρους και το διατιθέμενο χρόνο. (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012)

2.5 Ενεργοποιητές στην εφαρμογή των καλών πρακτικών

Για την επιτυχία στην εφαρμογή μιας καλής πρακτικής από ένα φορέα/επιχείρηση θα πρέπει να αναζητηθούν και να αναλυθούν οι παράγοντες που βοηθούν στην επιτυχή υιοθέτηση της. Οι παράγοντες αυτοί ορίζονται από την American Productivity & Quality center (1993) ως ενεργοποιητές. Οι enablers ενεργοποιητές αποτελούν ένα ευρύ σύνολο δραστηριοτήτων που συμβάλλουν στην ενίσχυση της εφαρμογής μιας καλής πρακτικής. Οι ενεργοποιητές βοηθούν να εξηγηθούν οι λόγοι πίσω από μια απόδοση, που υποδεικνύεται ένα μέτρο αναφοράς. Αναγνωρίζοντας τους ενεργοποιητές

διευκολύνεται η μεταφορά μιας καλής πρακτικής από μια εταιρία σε μια άλλη. Για παράδειγμα μια συγκεκριμένη βέλτιστη πρακτική μπορεί να σχετίζεται με τη «μετάφραση» των προσδοκιών του πελάτη σε συμπεριφορές παραγωγής. Η μεθοδολογία που στοχεύει σε αυτή την πρακτική ονομάζεται Quality Function Deployment (QFD), ποιοτική ανάπτυξη λειτουργιών. Η QFD είναι ένας ενεργοποιητής για την καλή πρακτική ορισμού του προϊόντος και χρησιμοποιείται για να καταγραφεί η ανάγκη του πελάτη και να μεταφραστεί σε μηχανικά χαρακτηριστικά. Οι ενεργοποιητές μπορεί να μην είναι παγκόσμιοι και πρέπει προσεκτικά να εκτιμηθούν πριν υιοθετηθούν για χρήση από μια συγκεκριμένη εταιρεία. Μπορεί να αποτελέσουν ένα σημαντικό οδηγό για καλή πρακτική ενώ άλλοι παράγοντες μπορούν να συμβάλλουν στην επίτευξη καλύτερου επιπέδου απόδοσης. Στην περίπτωση του ορισμού του προϊόντος, ταυτόχρονα τα μηχανικά χαρακτηριστικά και ο σχεδιασμός των πειραματικών μεθόδων μπορούν να είναι ενεργοποιητές που αυξάνουν την QFD για να διευκολυνθεί η καλή πρακτική.

2.6 Χαρακτηριστικά ποιότητας στο χώρο της υγείας

Όπως προκύπτει από το πρώτο κεφάλαιο οι ανάγκες που οι δομές για άτομα τρίτης ηλικίας καλούνται να καλύψουν αφορούν τόσο την υγεία και δη την μακροχρόνια φροντίδα υγείας όσο και την κοινωνική προστασία.

Για να μπορέσουμε να αναγνωρίσουμε καλές πρακτικές είναι πολύ σημαντικό φυσικά να ορίσουμε ποια είναι τα προσδοκώμενα χαρακτηριστικά ποιότητας αρχικά στην υγεία και στην συνέχεια και στην μακροχρόνια φροντίδα υγείας.

Τα χαρακτηριστικά ποιότητας στον τομέα Υγείας μπορούν να ομαδοποιηθούν ως εξής (Lee, 2006):

-Αξιοπιστία είναι η ικανότητα επίτευξης της υπηρεσίας με ακρίβεια και εγκυρότητα (π.χ ακρίβεια στη χρέωση των ασθενών, σωστή εκτέλεση της υπηρεσίας από την πρώτη φορά, φήμη νοσοκομείου/ γιατρού)

-Επαγγελματικότητα/επιδεξιότητα είναι η γνώση, τεχνική κατάρτιση, βαθμός εκπαίδευσης και εμπειρίας προσωπικού (π.χ εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, υψηλά ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, ιστορικό ιατρών)

-Ενσυναίσθηση αναφέρεται στη φροντίδα και την παροχή εξειδικευμένης προσοχής στους ασθενείς από το ιατρικό και λοιπό προσωπικό (π.χ προσωπική επαφή γιατρού-ασθενή, γνώση ειδικών αναγκών ασθενή)

-Διασφάλιση αναφέρεται στην ευγένεια που επιδεικνύουν οι γιατροί, νοσοκόμες και το λοιπό προσωπικό και την ικανότητα τους να εμπνεύσουν εμπιστοσύνη στους ασθενείς (π.χ ευγενικές και φιλικές νοσοκόμες, επεξήγηση του κόστους της υπηρεσίας στους ασθενείς)

-Βασικές ιατρικές υπηρεσίες είναι τα κεντρικά και βασικά ιατρικά στοιχεία της υπηρεσίας κατάλληλότητα, αποτελεσματικότητα υπηρεσίας, οφέλη στον ασθενή (π.χ αποτελεσματική και κατάλληλη χρήση υπηρεσιών, θετικά ιατρικά αποτελέσματα, έμφαση στην εκπαίδευση του ασθενή)

-Ανταποκρισιμότητα Είναι η προθυμία παροχής σωστής και κατάλληλης υπηρεσίας (π.χ υπηρεσίας στην προκαθορισμένη και συμφωνημένη ώρα, προσβασιμότητα ιατρών από τους ασθενείς μέσω τηλεφώνου, βολικές ώρες γραφείου γιατρών)

-Απτά στοιχεία Συμπεριλαμβάνονται οι εγκαταστάσεις, εξοπλισμός και η εμφάνιση του προσωπικού (π.χ επαγγελματική εμφάνιση προσωπικού, τοποθεσία νοσοκομείου, άνετες εγκαταστάσεις, εκσυγχρονισμένος και επαρκής εξοπλισμός)

Η εξασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει την εξασφάλιση κρίσιμων παραγόντων, όπως αυτοί εμφανίζονται στη σχετική βιβλιογραφία (Σκόρδη, 1997): Οργανωμένη διαδικασία εισόδου, επάρκεια τεχνολογικού εξοπλισμού, επαρκές και κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους, ακρίβεια, εργαστηριακές μετρήσεις, έλεγχος της αναμονής, κατάλληλη συμπεριφορά, επικοινωνία, τήρηση προτύπων κανόνων υγιεινής και ασφάλειας, επάρκεια κλινών, κατάλληλο περιβάλλον δηλαδή καθαριότητα και φροντίδα χώρου.

Οι δε κατευθυντήριες οδηγίες στη Δημόσια Υγεία .(Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012) συνοψίζουν τα σημαντικότερα αποδεδειγμένα στοιχεία σχετικά με:

- την πρόληψη,
- τη διάγνωση,
- τη θεραπεία,
- την πρόγνωση,
- τον τρόπο αντιμετώπισης του ασθενή ή του προβλήματος και
- τον τρόπο παροχής των φροντίδων.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες εκδίδονται συνήθως από μεγάλες επιστημονικές οργανώσεις

ή εθνικούς οργανισμούς, και βασίζονται σε επισταμένη μελέτη και αξιολόγηση της υπάρχουσας επιστημονικής βιβλιογραφίας. Οι κατευθυντήριες οδηγίες οργανώνονται σε βάσεις δεδομένων που είναι διαθέσιμες μέσω του διαδικτύου. Στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας, το περιεχόμενο των κατευθυντηρίων οδηγιών είναι κατάλληλα προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες της Δημόσιας Υγείας. Οι κατευθυντήριες οδηγίες παρέχουν ένα επιστημονικά τεκμηριωμένο τρόπο αντίδρασης και αντιμετώπισης σε κάθε συγκεκριμένο πρόβλημα Δημόσιας Υγείας, και από την άποψη αυτή αντιπροσωπεύουν μια στρατηγική «best practice» στη Δημόσια Υγεία.

Η διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού σύμφωνα με τις αρχές της ΔΟΠ (Διοίκηση γνώσεων, ανάπτυξη αποτελεσματικών ομάδων, καινοτομία, επαγγελματική δέσμευση κ.λ.π) φαίνεται ότι παίζει πρωτεύοντα ρόλο στην αποτελεσματική και ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας σε φορείς παροχής υγείας με αναγνωρισμένη επιτυχία (Τσιότρας, 2016).

Τα τελευταία χρόνια σε παγκόσμιο επίπεδο έχει αναπτυχθεί η προσφορά υπηρεσιών «ηλεκτρονικής υγείας». Οι αναμενόμενες επιπτώσεις από την χρήση τεχνολογιών της πληροφορίας και της επικοινωνίας (ΤΠΕ) περιλαμβάνουν τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών, την αύξηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της περίθαλψης, τη μείωση διοικητικών και λειτουργικών δαπανών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και γενικότερα τη δημιουργία νέων μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης . Πολλές χώρες έχουν αναπτύξει σχέδια για επενδύσεις σε ΤΠΕ προκειμένου να επιτευχθούν στρατηγικοί στόχοι. Ωστόσο, έχει αναπτυχθεί λιγότερη προσπάθεια για δείκτες προκειμένου να εκτιμηθεί σε ποιο βαθμό επιτυγχάνονται αυτοί οι στρατηγικοί στόχοι.

Οι C. Nøhr et al (2018) παρατηρούν ότι στις σκανδιναβικές χώρες η διαθεσιμότητα πολλών υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας προσεγγίζει το 100%. Παρότι τα προηγούμενα χρόνια πραγματοποιήθηκε μέτρηση της κατανόησης και της χρηστικότητας των συστημάτων ηλεκτρονικής υγείας σε ατομικό επίπεδο για κάποιο χρονικό διάστημα, εξακολουθούν να υπάρχουν αρκετές προκλήσεις για την επίτευξη ενός γενικού μέτρου σε εθνικό επίπεδο το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για benchmarking των σκανδιναβικών χωρών. Αναγνωρίζουν επίσης ότι λόγω της πολυπλοκότητας της παροχής υγειονομικής περίθαλψης που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα φορέων, είναι δύσκολο να καθοριστεί η συμβολή μιας συγκεκριμένης τεχνολογίας σε ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα.

Θεωρούν απαραίτητη την ανάπτυξη δεικτών που μπορούν να παρακολουθήσουν την κατανόηση και τη χρηστικότητα των συστημάτων ηλεκτρονικής υγείας, καθώς και τη χρήση και χρησιμότητα της κοινής υποδομής πληροφοριών από την οπτική γωνία των τελικών χρηστών - κυρίως των πολιτών / ασθενών και των κλινικών ιατρών αλλά και των παρόχων φροντίδας, των συγγενών τους και των πολιτών που χρησιμοποιούν εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας, για την προώθησή τους.

2.7 Χαρακτηριστικά ποιότητας στην μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων

Παρότι όμως τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι οι κυριότεροι χρήστες υπηρεσιών υγείας, η επιμήκυνση της διάρκειας της ζωής, η επιβράδυνση των νόσων από μια ιδιαίτερα εξελιγμένη ιατρική επιστήμη καθιστούν αναγκαία την αναζήτηση νέων καινοτόμων προτάσεων/ λύσεων στον σχεδιασμό δομών μακροχρόνιας φροντίδας για τα άτομα τρίτης ηλικίας.

Ο Ατούλ Γκαουάντε (2016) εισάγει στο έργο του δύο νέες διαστάσεις που πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στον σχεδιασμό των δομών για τα άτομα τρίτης ηλικίας, την αυτονομία και την δυνατότητα συμμετοχής που εξασφαλίζουν στα άτομα σε συνδυασμό με μια κλιμακούμενη, ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν, υποστήριξη επαγγελματιών.

Επίσης οι απόψεις των επαγγελματιών σχετικά με την σημασία της αξιοπρέπειας και τον τρόπο που αυτή μπορεί να διατηρηθεί καλύτερα είναι σημαντικές για τον προγραμματισμό και την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους. Οι επαγγελματίες προσδιόρισαν ως ζωτικής σημασίας για την αξιοπρεπή φροντίδα δηλ. την προώθηση της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας` μια ανθρωποκεντρική και ολιστική προσέγγιση για την διατήρηση της ταυτότητας και την ενθάρρυνση της συμμετοχής (Ariño-Blasco, 2005).

Όλο και περισσότεροι ηλικιωμένοι και ευάλωτοι άνθρωποι εξακολουθούν να ζουν στα διαμερίσματα/σπίτια τους, θέλουν τον έλεγχο του μέλλοντος τους και χρειάζονται υποστήριξη για ενεργό επανένταξη.

Οι H. Titheridge και J. Solomon (2007) σε άρθρο τους για τη μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού στον τομέα των μεταφορών στη Μεγάλη Βρετανία θεωρούν σημαντικό παράγοντα ποιότητας στη ζωή των ατόμων τρίτης ηλικίας την κινητικότητα τους, η

οποία μπορεί να διασφαλιστεί με την εξασφάλιση της προσβασιμότητας των προορισμών.

«Έχουμε αρχίσει να απορρίπτουμε την «ιδρυματοποιημένη» εκδοχή των γηρατειών και του θανάτου` από την άλλη όμως δεν έχουμε καθιερώσει μια νέα νόρμα» (Γκαουάντε, 2016).

Οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι αποτελούν μια άλλη προσέγγιση στη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων. Οι Peace and Holland (2001) αναφέρουν αρκετές καινοτομίες στις κατοικίες των ηλικιωμένων. Αυτές οι καινοτομίες περιλαμβάνουν διάφορα μέτρα (π.χ κατοικίες διάρκειας ζωής, έξυπνες οικιακές τεχνολογίες, συνεταιρισμοί κ.λπ.) που περιλαμβάνουν την ιδέα ή την έννοια της στέγασης χωρίς αποκλεισμούς. Οι ίδιοι περιγράφουν τις μεταβολές της στέγασης για τους ηλικιωμένους στο πλαίσιο της γήρανσης των κοινωνιών και επικεντρώνονται στο θέμα της προαγωγής της ανεξαρτησίας και της συμμετοχικότητας ως νέων προτύπων στην περίθαλψη των ηλικιωμένων.

Το Κέντρο για τις υπηρεσίες Medicare και Medicaid Services (CMS) στην Αμερική έχει αναπτύξει έναν διάλογο για την καθιέρωση σημείων αναφοράς για τη σύγκριση των παρόχων μακροχρόνιας φροντίδας αναγνωρίζοντας ότι αυτό προϋποθέτει συμφωνία για την κατάλληλη και ακατάλληλη φροντίδα και ότι θα μπορούσε να αποκαλύψει την κακή ποιότητα της περίθαλψης. Η κακή ποιότητα της μακροχρόνιας φροντίδας δεν συμπεραίνεται από το αποτέλεσμα της περίθαλψης. Η ποιότητα του αποτελέσματος είναι ένα μέτρο του κλινικά επιθυμητού αποτελέσματος του νοσηλευτικού ιδρύματος ή της υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι.

Σύμφωνα με τον Vincent Mor (2003) η ποιότητα της μακροχρόνιας περίθαλψης είναι θεμελιωδώς πολυδιάστατη και περιλαμβάνει θέματα κλινικής φροντίδας, λειτουργική ανεξαρτησία, ποιότητα ζωής και ικανοποίηση των ασθενών και των οικογενειών που λαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας (Mor, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΟΙ ΔΟΜΕΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Σύντομη ιστορική αναδρομή στη φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα

Ο «πυρήνας της ελληνικής κοινωνίας», όπως αποκαλείται η οικογένεια δέχεται επιδράσεις και υφίσταται μεταβολές. Οι ενδοοικογενειακές σχέσεις (γονεϊκές, αδελφικές, συγγενικές) διαφοροποιούνται με τον καιρό και εν μέρει συμβαδίζουν με τις σύγχρονες κοινωνικές εξελίξεις (Τεπέρογλου, Κίνια, & Παπακώστα, 1990). Οι μεταβολές αυτές καθορίζουν και τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται από το κράτος οι διάφορες κοινωνικές ανάγκες όπως η φροντίδα ηλικιωμένων.

Θεωρούμε αναγκαίο να αναφέρουμε παρενθετικά την ελληνική ιδιομορφία η οποία καθόρισε και καθορίζει τον βαθμό εμπιστοσύνης του Έλληνα πολίτη προς το κράτος όπως αυτό εκφράζεται με τις υπηρεσίες του.

Η κύρια ιδέα της ύπαρξης του κράτους δηλαδή αυτή που προσδιορίζεται σύμφωνα με την επιδίωξη του κοινού καλού και της ευημερίας όλων των ανθρώπων, επικράτησε στην περίπτωση της ελληνικής κοινωνίας μόνο κατά ένα μέρος, λόγω των σχέσεων της κοινωνικοοικονομικής ελίτ με την εξουσία, των πελατειακών σχέσεων και των πολιτικών διαπλοκών. Λαμβάνοντας υπόψη αυτή την κοινωνικά άδικη και άνιση αντιμετώπιση, διαμορφώθηκε στο ευρύ κοινό η εντύπωση, πρώτον ότι οι κυβερνώντες και ο διοικητικός μηχανισμός που πρόσκειται σε αυτούς νοιάζονται μόνο για τα δικά τους συντεχνιακά συμφέροντα και δεύτερον είναι κατά συνέπεια υπόλογοι για όλα τα αρνητικά συμβάντα που αφορούν τους υπόλοιπους ανθρώπους.

Στην Ελλάδα οι άνθρωποι βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στις δομές των άτυπων δικτύων φροντίδας (Κόφφας, 2011).

Καθώς στην ελληνική κοινωνία οι ανάπηροι και ηλικιωμένοι φροντίζονται στα σπίτια από μέλη της οικογένειάς τους, πριν τον 20^ο αι, μέριμνα υπήρξε για τους απόρους κυρίως από την εκκλησία με τα φτωχοκομεία, όπου βέβαια περίπου 2/3 των τροφίμων ήταν οι άνθρωποι τρίτης ηλικίας.

Τα ιδρύματα κλειστού τύπου ήταν η απάντηση στην ανάγκη φροντίδας ατόμων τρίτης ηλικίας που στερούνται οικογενειακού περιβάλλοντος και στον ελληνικό χώρο. Επίσης αναλογικά με τον αριθμό των τροφίμων, ηλικιωμένοι κατά πλειοψηφία φιλοξενούνταν και στα ψυχιατρικά άσυλα (Δαφνή, Πέτρα Ολύμπου, Λέρος).

Είναι διεθνώς αναγνωρισμένη η επίδραση του κοινωνιολόγου Έρβινγκ Γκόφμαν ο οποίος στο βιβλίο του «Άσυλο: Δοκίμια για την κοινωνική κατάσταση των ασθενών του ψυχιατρείου και άλλων τροφίμων (1961), επισήμανε τις ομοιότητες ανάμεσα στις φυλακές και τα γηροκομεία, στην ανάπτυξη του κινήματος της αποϊδρυματοποίησης με την θεωρία του «περί απόλυτων ιδρυμάτων».

Η διεθνής αυτή τάση αναδιάρθρωσης των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών, με έμφαση στο ρόλο της τοπικής κοινότητας και την αποϊδρυματοποίηση της φροντίδας (Στασινοπούλου, 1996), στην Ελλάδα βρήκε έκφραση, όσο αφορά στους ηλικιωμένους, με τη σύσταση των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων ΚΑΠΗ και τη θεσμοθέτηση προγραμμάτων όπως «βοήθεια στο σπίτι» και «κατ' οίκον νοσηλεία». Θεσμοί οι οποίοι άλλωστε, με διαφορετικά σχήματα, λειτουργούν στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Hutten & Kerkstra, 1996).

Συγκεκριμένα η ανάγκη παροχής προληπτικής ιατρικής, ψυχικής και κοινωνικής υποστήριξης στους ηλικιωμένους, με τον ταυτόχρονο περιορισμό της ιδρυματοποίησης αυτών, αναγνωρίστηκε από την πολιτεία στα μέσα της δεκαετίας του 1970. Για το σκοπό αυτό ιδρύθηκαν τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), τα οποία έθεσαν τις βάσεις για νέες προοπτικές σε θέματα κοινωνικής πολιτικής για την τρίτη ηλικία.

Το 1979 πρωτοεμφανίστηκαν τα ΚΑΠΗ στον Ελληνικό χώρο: με πρωτοβουλία της Διεύθυνσης Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και την συνεργασία του Ομίλου Εθελοντών με σκοπό τη δημιουργία ενός Πειραματικού Κέντρου Ανοικτής Εξωιδρυματικής προστασίας Ηλικιωμένων. Το κέντρο αυτό ήταν στελεχωμένο από μια διεπιστημονική ομάδα προσωπικού: Γιατρό, Κοινωνικό Λειτουργό, Φυσιοθεραπευτή, Επισκέπτη Υγείας ή Νοσηλεύτη, Εργοθεραπευτή, Οικογενειακό Βοηθό. Ο Όμιλος Εθελοντών συμφώνησε να κλείσει το Πρόγραμμα που λειτουργούσε ως τότε με τίτλο "Η γωνιά του παππού και της γιαγιάς" με παροχή συσσιτίου και να λειτουργήσει το πρώτο ΚΑΠΗ με την ονομασία Πρότυπο ΚΑΠΗ Ν. Κόσμου.

Από το 1982 τα ΚΑΠΗ περνούν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και αποτελούν Ν.Π.Δ.Δ. (Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου) των Δήμων και Κοινοτήτων. Στην δεύτερη αυτή φάση ο θεσμός αναπτύσσεται και διευρύνεται σ' όλη την χώρα όπου και τα ΚΑΠΗ

φθάνουν τον αριθμό των 260, εκ των οποίων τα 80 βρίσκονται στην Αθήνα. Έως το τέλος του 1988 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μέσω της Διεύθυνσης Προστασίας Ηλικιωμένων κάλυπτε τις δαπάνες μισθοδοσίας και λειτουργικών αναγκών των ΚΑΠΗ και εφόσον οι Δήμοι διέθεταν οικοπεδικό χώρο, επιχορηγούσε και για την ανέγερση κτιρίου του ΚΑΠΗ. Από το 1989 τις δαπάνες μισθοδοσίας - λειτουργικών αναγκών υποχρεώθηκαν να αναλάβουν οι Δήμοι και Κοινότητες.

Η συζήτηση περί αποϊδρυματοποίησης η οποία μετασχηματίστηκε σε κίνημα τη δεκαετία του 80 με πρωτεργάτη τον ιταλό ψυχίατρο Φράνκο Μπαζάλια οδηγεί στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Η επίδραση στην Ελλάδα οδηγεί στην ψήφιση του κανονισμού 815/1984 για τα ψυχιατρικά ιδρύματα και στο επιχειρησιακό σχέδιο «Ψυχαργώς Α΄ και Β΄» του ΥΥΚΑ με το οποίο δημιουργήθηκαν οι ψυχογηριατρικές δομές.

3.2 Υπάρχουσες δομές για άτομα τρίτης ηλικίας

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει ακόμη ενιαία κρατική πολιτική για την τρίτη ηλικία, οι πληροφορίες που παρατίθενται προέρχονται από το Εθνικό σχέδιο δράσης για τη Δημόσια Υγεία, 2008, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, την Εθνική στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ, 2014-2020, Υπουργείο Υγείας-Επιτελική δομή ΕΣΠΑ καθώς και το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την άνοια – νόσο Alzheimer. Συγκεκριμένα στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την άνοια – νόσο Alzheimer καταγράφονται οι υπηρεσίες και δομές μακροχρόνιας φροντίδας και μόνιμης διαβίωσης ηλικιωμένων που παρέχονται από Δημόσιους φορείς, από Οργανισμούς Μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Εκκλησία, φιλανθρωπικά Ιδρύματα κλπ) και από Κερδοσκοπικούς οργανισμούς (Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων) στην Ελλάδα.

Οι κλειστές Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων στη χώρα μας καλύπτουν μικρό ποσοστό των υπάρχουσών στεγαστικών αναγκών και δεν διαθέτουν εξειδικευμένη φροντίδα για άτομα με άνοια. Υπάρχουν μόνο ελάχιστα ιδιωτικά γηροκομεία που εξειδικεύονται στην άνοια.

Παρενθετικά αναφέρουμε ότι στην Ελλάδα υπάρχουν πολλοί όροι για τις δομές φιλοξενίας ηλικιωμένων (κέντρο αποκατάστασης, γηροκομείο, γεροντολογικό κέντρο, οίκος ευγηρίας, κέντρο φιλοξενίας ηλικιωμένων, οίκος υπερηλίκων) χωρίς να γίνεται σαφής διάκριση ως προς το τι προσφέρει η εκάστοτε δομή. (Γκαουάντε, 2016)

Όσον αφορά τις κοινοτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα είναι οι παρακάτω:

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), τα οποία όπως προαναφέρθηκε υπάρχουν σε όλους τους Δήμους της Ελλάδας και προσφέρουν:

- Κοινωνική εργασία στα άτομα τρίτης ηλικίας και τις οικογένειες τους
- Φροντίδα και οδηγίες για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
- Φυσικοθεραπεία- Εργοθεραπεία
- Ομάδες αυτενέργειας των μελών που ενισχύουν τη δραστηριοποίησή τους
- Επιμόρφωση, διαλέξεις, πολιτιστικές εκδηλώσεις

Τα ΚΗΦΗ είναι μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και των οποίων το οικογενειακό τους περιβάλλον που τα φροντίζει, κυρίως οι γυναίκες, εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα.

Τα ΚΗΦΗ παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες ημερήσιας και ολιγόωρης φιλοξενίας στις οποίες περιλαμβάνονται:

- η νοσηλευτική φροντίδα
- η φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- η ατομική υγιεινή
- τα προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης και ανάπτυξης δεξιοτήτων

Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" απευθύνεται σε άτομα της τρίτης ηλικίας που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως. Το πρόγραμμα παρέχει συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, νοσηλευτική φροντίδα, οικογενειακή βοήθεια και συντροφιά. Η ομαλή λειτουργία του προγράμματος εξασφαλίζεται από μια εξειδικευμένη και καλά οργανωμένη ομάδα επαγγελματιών Υγείας.

Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας

Οι πλέον ολοκληρωμένες υπηρεσίες για άτομα με άνοια και τους φροντιστές τους παρέχονται από τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας του προγράμματος Ψυχαργός υπό την ευθύνη των Μη Κερδοσκοπικών Εταιρειών Alzheimer της Ελλάδας. Τα κέντρα αυτά υλοποιήθηκαν στα πλαίσια του επιχειρησιακού προγράμματος «Υγεία – Πρόνοια

2000-2006» με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Οι οργανισμοί που λειτουργούν Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας (11 στο σύνολο) και 2 οικοτροφεία (για βραχύχρονη παραμονή μερικών ημερών) για άτομα με άνοια.

Οι ψυχογηριατρικές δομές περιλαμβάνουν Μονάδες ψυχογηριατρικής αποκατάστασης ψυχογηριατρικών ασθενών όπως οικοτροφεία, ξενώνες και κέντρα ημέρας. Σκοπός όλων των μονάδων αυτών είναι σύμφωνα με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η ένταξη των χρόνιων ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα και το κοινωνικό σύνολο. (www.nstr.gr)

Επίδομα στεγαστικής συνδρομής χορηγείται σε ανασφάλιστα ηλικιωμένα άτομα, (άνω των 65 ετών) μοναχικά ή ζεύγη με την προϋπόθεση:

- Να στερούνται ιδιόκτητης στέγης και να διαμένουν σε μισθωμένο οίκημα.
- Να συντρέχει περίπτωση οικονομικής αδυναμίας, κατά την έννοια των διατάξεων του ΝΔ 57/73 και να μη διαθέτουν εισόδημα από οποιαδήποτε πηγή προερχόμενο της ημεδαπής ή αλλοδαπής, ή ακίνητα περιουσιακά στοιχεία ικανά να καλύψουν στεγαστικές δαπάνες.

Από τους εμπειρογνώμονες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Sprasova, Baeten, Coster, Ghailani, Pena-Casas, & Vanhercke, 2018) παρατηρείται ανεπαρκής διαθεσιμότητα παροχής κατ 'οίκον φροντίδας, η οποία συχνά απευθύνεται σε άτομα με υψηλό βαθμό εξάρτησης, στην Ελλάδα, όπως και στις άλλες χώρες της Νότιας και Ανατολικής Ευρώπης. Η δε παροχή υπηρεσιών οικιακής βοήθειας αποτελεί πολιτική απασχόλησης (Ελλάδα, Ιταλία) (Genet, Boerma, Kroneman, Hutchinson, & Saltman, 2012).

Οι ελληνικές δομές για τα άτομα τρίτης ηλικίας παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις όσον αφορά τη διασφάλιση της ποιότητας.

3.3 Κοινωνικές πρωτοβουλίες

Στην προσπάθεια να ανταποκριθούν σε ένα σοβαρό έλλειμμα χρηματοδότησης λόγω της οικονομικής κρίσης, ένα αυξανόμενο αριθμό κοινωνικών προσδοκιών και αναγκών των ατόμων τρίτης ηλικίας, δημόσιος και ιδιωτικός τομέας αλλά και εθελοντές προβληματίστηκαν την τελευταία δεκαετία για τη φροντίδα των ατόμων τρίτης ηλικίας,

αναζήτησαν νέους τρόπους χρηματοδότησης, ανέπτυξαν συνέργειες με άλλους φορείς και εφάρμοσαν ενδιαφέροντα προγράμματα και δράσεις, τα οποία όμως δεν έχουν ελεγχθεί ως προς την αποτελεσματικότητα και τη βιωσιμότητα τους. Αναφέρουμε ενδεικτικά δράσεις που χρηματοδοτήθηκαν από το Κοινωφελές Ίδρυμα ΤΙΜΑ:

-Πρόγραμμα **«Πρόωθηση της Ενεργού και Υγιούς Γήρανσης»** Σύλλογος Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ.) Νομού Σερρών

Το πρόγραμμα περιελάμβανε ποικίλες δράσεις όπως: ομαδική και ατομική συμβουλευτική, ομιλίες, πολιτιστικές εξορμήσεις και άλλες ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

-Πρόγραμμα **«Σοφή Παρέα στο Μουσείο»**- Μουσείο Κυκλαδικής Τέχνης- Ίδρυμα Νικολάου και Ντόλλης Γουλανδρή

Στόχος του προγράμματος η βελτίωση της προσβασιμότητας των ηλικιωμένων επισκεπτών στο Μουσείο, όχι μόνο από πλευράς κινητής πρόσβασης εντός του Μουσείου, αλλά της συνολικής εμπειρίας του ηλικιωμένου επισκέπτη.

-**Έρευνα - Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής** του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Ανάπτυξη και βελτίωση του λογισμικού Long Lasting Memories Care (LLMC), την νοητική και φυσική ενδυνάμωση των ηλικιωμένων μέσω εξατομικευμένων ασκήσεων και αξιολόγησης.

-Διοργάνωση Σεμιναρίου **«Εργαλεία Αποτελεσματικής Διαχείρισης και βιωσιμότητας για Δομές Μακροχρόνιας Φροντίδας Ηλικιωμένων»** σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη – Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου – Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Διεθνών Σχέσεων

-**Πρόγραμμα σίτισης** – Ιερά Μητρόπολη Λάμπης, Συβρίτου και Σφακίων

Διανομή ημερήσιων γευμάτων σε 80 χωριά της περιοχής

-**Λειτουργική Στήριξη και Ενδυνάμωση Ικανοτήτων** – Σύλλογος «Νοσηλεία» - Πρωτοβουλία γιατρών και νοσηλευτών του δημόσιου νοσοκομείου «Παμμακάριστος»

Νοσηλεία στο σπίτι σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα και κινητικές δυσκολίες, καθώς και κλινήρεις ασθενείς και εκπαίδευση σε θέματα γενικής διοίκησης μη κερδοσκοπικών οργανισμών και προσέλκυσης πόρων για ενδυνάμωση των ικανοτήτων του οργανισμού.

-Πρόγραμμα «**Γνωρίζω την Πόλη μου**» - Ν.Π.Δ.Δ Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η) Δήμου Θεσσαλονίκης

Πρόγραμμα οργανωμένων περιπάτων και ξεναγήσεων των ηλικιωμένων, με στόχο την σωματική άσκηση και τη νοητική ενδυνάμωση, στα ιστορικά μνημεία της Θεσσαλονίκης με την πλαισίωση επαγγελματιών ξεναγών και των εργοθεραπευτών του Κ.Α.Π.Η).

-Πρόγραμμα «**Μέριμνα για την Τρίτη Ηλικία**» - Ένωση Κυριών Δράμας

Στόχος του προγράμματος ήταν η μηνιαία παροχή τροφίμων και ειδών πρώτης ανάγκης σε άπορες οικογένειες της Δράμας. Το πρόγραμμα παρείχε δυνατότητα συμμετοχής σε μια ποικιλία δραστηριοτήτων: εργαστήριο χειροτεχνίας, μουσικοθεραπείας, αυτοβιογραφικού λόγου, επίσκεψη σε ιστορικά μνημεία, εκδρομές και κοινά γεύματα.

-**Δανειστική βιβλιοθήκη Ομιλούντων Βιβλίων** – Φάρος Τυφλών της Ελλάδας

Εξασφάλιση της ευκαιρίας για μύηση στον κόσμο του βιβλίου στην ομιλούσα για άτομα με προβλήματα όρασης.

-Πρόγραμμα «**Φροντίζω τη Μνήμη κατ' Οίκον**» - Κοινωφελές Σωματείο Αρωγής και Φροντίδας Ηλικιωμένων και Ατόμων με αναπηρία «Φροντίζω»

Σωματική, νοητική και ψυχοκοινωνική ενίσχυση ασθενών με άνοια, κατοίκων της Πάτρας.

Διοργάνωση εκπαιδευτικών σεμιναρίων και μηνιαίες ομαδικές συναντήσεις για τους φροντιστές. (πηγή www.timafoundation.org)

-Σεμινάρια δια βίου **εκπαίδευσης ενηλίκων κοινωνικών φροντιστών** στο Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

-**Λέσχες ανάγνωσης** – Ν.Π.Δ.Δ Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η) Δήμου Θεσσαλονίκης.

Αλλά και **εταιρείες κοινωνικής ευθύνης** χρηματοδότησαν και κάποιες φορές οργάνωσαν μόνες τους ή συνεργασία με δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα προγράμματα με αποδέκτες άτομα τρίτης ηλικίας.

Η εταιρεία ΜΕΓΑ Α.Ε εκτός από διανομή ειδών ατομικής υγιεινής, οργάνωσε θεατρικά εργαστήρια εξάμηνης διάρκειας με θεατρολόγους και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν προγράμματα που εφαρμόζονται από Μ.Κ.Ο όπως η 50και Ελλάς, PR.A.K.S.I.S αλλά και ευρωπαϊκά προγράμματα

-Πρόγραμμα «**Ασφαλείς στο Σπίτι**» - «PR.A.K.S.I.S.» Προγράμματα Ανάπτυξης, Κοινωνικής Στήριξης & Ιατρικής Συνεργασίας

Στις κατοικίες των επιλεγμένων ηλικιωμένων πραγματοποιήθηκαν τεχνικές παρεμβάσεις για την αποφυγή ατυχημάτων και την προστασία από τις κλοπές. Επίσης προσφέρθηκαν βοηθήματα για αυτονομία στο καθημερινό ντύσιμο, στην κατασκευή γευμάτων, στην προσωπική υγιεινή, στην σωστή λήψη φαρμάκων καθώς και βασικά είδη για την καλύτερη ποιότητα ζωής στο σπίτι, για παράδειγμα αντιμετώπιση της υγρασίας ή θέρμανση κατά τη διάρκεια της νύχτας.

-Ερευνητικό πρόγραμμα δια βίου μάθησης που χρηματοδοτήθηκε από τον Οργανισμό Εκπαίδευσης, Οπτικοακουστικών Μέσων, Πολιτισμού και τον Οργανισμό Επαγγελματικής Εκπαίδευσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Το έργο πραγματοποιήθηκε από 1/1/11 έως τις 31/12/2013 και είχε ως στόχο τη δημιουργία εκπαιδευτικών **ηλεκτρονικών παιχνιδιών** που αποσκοπούν στην ενδυνάμωση της σκέψης και στην καταπολέμηση της άνοιας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας.

Η Ολλανδία, η Ελλάδα και η Ισπανία συμμετείχαν στο 2ετές αυτό πρόγραμμα δια βίου μάθησης και κοινωνικής ενσωμάτωσης.

Στη χώρα μας σε συνεργασία με τον Δήμο Ηλιούπολης και την επιστημονική εποπτεία της 50και Ελλάς άτομα άνω των 65 ετών ταξίδεψαν εικονικά στις 3 προαναφερθείσες χώρες, μαγείρεψαν τοπικές συνταγές και χόρεψαν χορούς και συγχρόνως εξάσκησαν το μυαλό και το σώμα τους! Το παιχνίδι αυτό (LEAGE) αναπτύχθηκε από τις τεχνικές εταιρείες μετά από έρευνα των ενδιαφερόντων και των ασχολιών των συμμετεχόντων.

Η COSMOTE, στρατηγικός συνεργάτης της “50και Ελλάς” για 6η χρονιά στήριξε την προσπάθεια για την καταπολέμηση του ψηφιακού αναλφαριθμητισμού μέσω του προγράμματος «**Πρόσβαση στον ψηφιακό κόσμο**».

Τη χρονιά 2018 το πρόγραμμα υλοποιήθηκε σε 5 εκπαιδευτικά κέντρα στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Η “50και Ελλάς” προσέφερε μαθήματα τάμπλετ και ίντερνετ για άτομα άνω των 50ετών στα εκπαιδευτικά κέντρα, στους Δήμους Αθηνών, Αμαρουσίου και Πειραιά και Θεσσαλονίκης.

Η Μ.Κ.Ο «50 και Ελλάς» υλοποιεί το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Δια Βίου Μάθησης με τίτλο "4XF for SILVER SAFETY" για την ασφάλεια των ατόμων ηλικίας 50 και άνω, έχει ως στόχο την ενδυνάμωση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας προσφέροντας λύσεις για την επιτυχή αντιμετώπιση προβλημάτων τους.

Το πρόγραμμα στηρίζεται σε τέσσερις πυλώνες: της διατροφής, της σωματικής ενδυνάμωσης και ευεξίας, της νοητικής ενδυνάμωσης και της απάτης σε διάφορους τομείς. Οι εταίροι της «50 και Ελλάς» στο πρόγραμμα είναι φορείς από την Πολωνία, την Κύπρο και τη Σλοβακία.

Στο πλαίσιο του "4XF for SILVER SAFETY" δημιουργούνται ομάδες εργασίας στους Δήμους Γαλασίου και Νέου Ηρακλείου Αττικής για την προώθηση των δραστηριοτήτων και των στόχων του προγράμματος. Δωρεάν συμμετοχή στο πρόγραμμα.

-Σεμινάριο "**Accelerator**" του HIGGS, χρηματοδοτούμενο από το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος. Σκοπός του σεμιναρίου ήταν στήριξη και συμβουλευτική καθοδήγηση για τη βελτίωση της λειτουργίας διαφόρων Μ.Κ.Ο και την αποτελεσματικότητα των δράσεων. (πηγή <https://www.50plus.gr>)

-Ευρωπαϊκό πρόγραμμα **Mobile Age** από το έργο HORIZON το οποίο στοχεύει στην ανάπτυξη ψηφιακών κινητών εφαρμογών, βασισμένων σε ανοιχτά δεδομένα, βοηθώντας τους ηλικιωμένους να έχουν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες στην κοινότητα τους με ευκολότερο, πιο εξατομικευμένο και αποτελεσματικότερο τρόπο. Τέτοιες κινητές εφαρμογές θα δοκιμαστούν σε τέσσερις πιλοτικές τοποθεσίες στην Ευρώπη (Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, Ισπανία και Ελλάδα) Για την Ελλάδα εταίρος είναι η Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας σε συνεργασία με το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης-Τμήμα Ηλεκτρολόγων και Μηχανικών Υπολογιστών για την παροχή τεχνογνωσίας και το Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Δήμου Θεσσαλονίκης για την συνδημιουργία εφαρμογής για υπηρεσίες υγείας.

Στην Τοπική Αυτοδιοίκηση κερδίζει ολοένα έδαφος ο θεσμός των ευφυών πόλεων (**smart cities**) όπου η ΤΠΕ χρησιμοποιείται για την ευημερία όλων των κατοίκων.

Ιδιαίτερος στα άτομα της τρίτης ηλικίας, οι πρωτοβουλίες αυτές φαίνεται να έχουν θετικό αντίκτυπο βελτιώνοντας την προσβασιμότητα και ως εκ τούτου μειώνοντας τον κοινωνικό αποκλεισμό τους.

Ενδεικτικά αναφέρουμε τον Δήμο Τρικκαίων (<https://trikalacity.gr/smart-trikala>) που είναι η πρώτη πόλη με ευρεία χρήση των ευεργετημάτων της ΤΠΕ για τους δημότες του. Παραπέμπουμε στις παρακάτω εφαρμογές:

-Τηλεφροντίδα επιλεγμένου αριθμού πολιτών που έχουν ανάγκη

Η πλατφόρμα περιλαμβάνει τη δημιουργία φακέλου υγείας για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας και πρόνοιας με χρήση σύγχρονων τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών. Βασίζεται στην ανάπτυξη συστημάτων παρακολούθησης δεικτών υγείας. Η λύση λειτουργεί επικουρικά και παράλληλα με άλλες δράσεις στήριξης ευπαθών κοινωνικών ομάδων, όπως π.χ το «Βοήθεια στο Σπίτι» με απώτερο σκοπό την προσφορά ολοκληρωμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας σε ευπαθείς κοινωνικά ομάδες.

-e-ΚΕΠ (Αυτοματοποιημένο Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολίτη)

Τα ειδικά μηχανήματα τύπου ΑΤΜ παρέχουν νυχθημερόν τη δυνατότητα στους πολίτες να ζητούν και να εκτυπώνουν δημοτική ενημερότητα, πιστοποιητικά δημοτολογίου και άλλα σχετικά έγγραφα, άμεσα, με εύκολο και απλό τρόπο. Η πιστοποίηση του πολίτη πραγματοποιείται με τη χρήση Κάρτας Δημότη. Στόχος είναι να ενεργοποιηθούν σε σύντομο χρονικό διάστημα πιο πολύπλοκες ηλεκτρονικές διαδικασίες, οι οποίες θα επιτρέπουν στους πολίτες, και τη λήψη και την κατάθεση δικαιολογητικών που χρειάζεται να γνωστοποιηθούν στον Δήμο. Οι αιτήσεις και τα σχετικά δικαιολογητικά κοινοποιούνται απευθείας μέσω του ηλεκτρονικού πρωτοκόλλου στην κατάλληλη Διεύθυνση του Δήμου. Ο ενδιαφερόμενος θα μπορεί να εκτυπώσει μέσω του e-ΚΕΠ την απάντηση της αντίστοιχης Υπηρεσίας στο αίτημά του.

-Mobile Check App

Οι πολίτες στέλνουν άμεσα τα αιτήματά τους στον Δήμο μέσω της mobile εφαρμογής Check App για κινητά τηλέφωνα. Η ολοκληρωμένη αυτή εφαρμογή παρέχεται δωρεάν προς τους πολίτες μέσω του Play και του App Store. Η βασικότερη λειτουργία της είναι η δυνατότητα καταχώρησης και παρακολούθησης της πορείας των αιτημάτων πολιτών. Η εφαρμογή συνδέεται με την ολοκληρωμένη πλατφόρμα εξυπηρέτησης πολιτών

«20000» και δρομολογεί τα αιτήματα άμεσα, στο ανάλογο τμήμα του Δήμου. Επίσης, καλύπτει βασικές ανάγκες ενημέρωσης, προβάλλοντας ανακοινώσεις και εκδηλώσεις που περιέχει η ιστοσελίδα του Δήμου. Λειτουργεί επίσης ως τουριστικός οδηγός, αναδεικνύοντας σημεία ενδιαφέροντος σε χάρτη και παρέχει χρήσιμες πληροφορίες, όπως τηλέφωνα, εφημερεύοντα φαρμακεία και βενζινάδικα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΛΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

4.1 Ηνωμένο Βασίλειο

4.1.1 Εθνικό σύστημα υγείας

Το Δημόσιο Σύστημα Υγείας στην Αγγλία ονομάζεται NHS (National Health Service). Την φετινή χρονιά συμπληρώνονται 70 χρόνια από το έτος ίδρυσης του, 1948-2018. Σε αυτό έχουν πρόσβαση όλοι οι νόμιμοι και μόνιμοι κάτοικοι της Αγγλίας. Οι περισσότερες παροχές είναι δωρεάν. Για να χρησιμοποιήσει κάποιος τις υπηρεσίες του Δημόσιου Συστήματος Υγείας, αυτό που πρέπει να κάνει αρχικά είναι να γραφτεί στον πλησιέστερο GP (General Practitioner) της γειτονιάς του έτσι ώστε να αποκτήσει NHS κωδικό αριθμό. Ο GP είναι ουσιαστικά ο γιατρός ο οποίος πραγματοποιεί την αρχική διάγνωση και στη συνέχεια διαπιστώνει την αναγκαιότητα ή μη της παραπομπής σε άλλη ιατρική ειδικότητα ή σε υπηρεσία.

Η επιλογή του GP πραγματοποιείται μέσω του link <http://www.nhs.uk/Service-Search/GP/LocationSearch/4> με τον ταχυδρομικό κώδικα του τόπου διαμονής. Εκεί υπάρχει και η βαθμολογία και οι κριτικές (rating and reviews) του κάθε γιατρού έτσι

ώστε να δοθεί η δυνατότητα επιλογής όχι μόνο του γιατρού που είναι πιο κοντά στο σπίτι αλλά εκείνου που έχει τις καλύτερες κριτικές.

Για επείγουσες πληροφορίες και ερωτήσεις μέσω τηλεφώνου σχετικά με προβλήματα υγείας, υπάρχει απευθείας τηλεφωνική γραμμή καλώντας στο 111. Αν οι επαγγελματίες της γραμμής κρίνουν ότι απαιτείται άμεση διακομιδή σε νοσηλευτικό ίδρυμα στέλνουν ασθενοφόρο απευθείας στο σημείο που εκδηλώθηκε το περιστατικό.

Οι δικαιούχοι του NHS έχουν τον έλεγχο της υγειονομικής τους περίθαλψης με την χρήση των ηλεκτρονικών υπηρεσιών του NHS. Οι ασθενείς μπορούν να κλείνουν ραντεβού, να παραγγέλνουν επαναλαμβανόμενες συνταγές, να δουν τα αποτελέσματα των εξετάσεων τους και να έχουν πρόσβαση στον ατομικό φάκελο τους όπως καταγράφεται στο αρχείο του GP, χωρίς να τον τηλεφωνούν ή να τον επισκέπτονται, με ασφάλεια μέσω υπολογιστή, tablet ή κινητού τηλεφώνου.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στις δομές φροντίδας στο σπίτι. Ήδη από την αρχική σελίδα του NHS, επίσης με την χρήση του ταχυδρομικού κώδικα παρουσιάζονται στον ενδιαφερόμενο οι υπηρεσίες που παρέχει το τοπικό συμβούλιο της περιοχής του. Η βοήθεια στο σπίτι κοστίζει περίπου £20 την ώρα, αλλά ποικίλει ανάλογα με τον τόπο κατοικίας. Στην ηλεκτρονική εφαρμογή του NHS μπορεί κανείς να δει τις όλες τις υπηρεσίες που δραστηριοποιούνται στην βοήθεια στο σπίτι, τοπικές αλλά και εθνικές. Αν δικαιούται βοήθεια στο σπίτι που χρηματοδοτείται από το τοπικό συμβούλιο, το συμβούλιο μπορεί να παρέχει ή να κανονίσει την ίδια τη βοήθεια ή εναλλακτικά το ίδιο το άτομο μπορεί να κανονίσει τη φροντίδα. Αν δεν δικαιούται χρηματοδότηση από το συμβούλιο υπάρχει η δυνατότητα επιλογής ή να χρησιμοποιήσει ένα πρακτορείο φροντίδας στο σπίτι ή να προσλάβει έναν προσωπικό βοηθό ή να απευθυνθεί σε Μ.Κ.Ο όπως το Age UK και το Carers Trust. Το Carers Trust υποστηρίζει επίσης τους άτυπους φροντιστές, δίνοντας τους ένα διάλειμμα από τις ευθύνες φροντίδας. Οι νοσηλευτές της Marie Curie επιπλέον παρέχουν πρακτική και συναισθηματική υποστήριξη στους ανθρώπους κοντά στο τέλος της ζωής τους στα σπίτια τους.

Η βοήθεια στο σπίτι μπορεί να έχει τις παρακάτω μορφές:

- Προσωπική φροντίδα όπως βοήθεια με την ατομική υγιεινή και το ντύσιμο

- Οικιακές εργασίες όπως ηλεκτρική σκούπα, καθαριότητα, πλύσιμο.
- Βοήθεια στην προετοιμασία του γεύματος ή έτοιμα γεύματα
- Νοσηλευτική και υγειονομική περίθαλψη
- Συντροφιά

Η προσφορά βοήθειας στο σπίτι μπορεί να είναι πολύ ευέλικτη ως προς την χρονική διάρκεια που θα προσφέρεται:

- Μακροχρόνια 24ωρη φροντίδα
- Σύντομα διαλείμματα για έναν άτυπο φροντιστή
- Επείγουσα φροντίδα
- Καθημερινή φροντίδα
- 15λεπτές επισκέψεις και όλα τα ενδιάμεσα.

Οι handy person services (Υπηρεσίες χειρός) προσφέρουν προσαρμογές μικρής κλίμακας στα σπίτια των ηλικιωμένων. Επικεντρώνονται στην επισκευή σπιτιών, την αντιμετώπιση ζητημάτων θέρμανσης, μόνωσης και ασφάλειας του σπιτιού, συμπεριλαμβανομένης της τοποθέτησης χειρολαβών, ράβδων και εξοπλισμού για το μπάνιο, τουαλέτες κλπ. Στη Σκωτία, διαπιστώθηκε ότι οι υπηρεσίες αυτές επιφέρουν αυξημένη αποτελεσματικότητα και οδηγούν σε μείωση της χρήσης προστατευόμενων κατοικιών, εισόδων σε γηροκομεία και κοινωνικών παρεμβάσεων (Pleace, 2011).

Ένας άλλος τρόπος για να παραμείνουν στην κοινότητα άτομα με δυσκολίες στην αυτοεξυπηρέτηση, όπως πολλοί ηλικιωμένοι είναι οι υποστηριζόμενες υπηρεσίες διαβίωσης (Sheltered Housing). Οι υπηρεσίες αυτές είναι ένας συνδυασμός κατάλληλων καταλυμάτων – που μπορεί να είναι το ίδιο το σπίτι του ενδιαφερόμενου-

με ορισμένες μορφές προσωπικής φροντίδας. Σε ορισμένες κατοικίες υποστηρίζονται από κοινού 2 ή 3 άτομα με παρόμοιο πρόβλημα υγείας. Το προσωπικό επισκέπτεται το σπίτι και προσφέρει βοήθεια για να σηκωθεί κανείς ή να ξαπλώσει στο κρεβάτι και εκτελεί απλές εργασίες όπως ψώνια, οικιακές εργασίες και επισκευές. Οι υποστηριζόμενες υπηρεσίες διαβίωσης είναι ευέλικτες και μερικές φορές πιο οικονομικές από τις εναλλακτικές λύσεις. Παρέχονται από το τοπικό συμβούλιο ή φιλανθρωπικές οργανώσεις και δεν παρακολουθούνται την επιτροπή Ποιότητας φροντίδας.

Μια άλλη επιλογή στέγασης για τους ηλικιωμένους είναι τα συστήματα κοινής ζωής (Shared Lives Plus). Ο θεσμός αυτός έχει κοινά σημεία με αυτόν των αναδόχων οικογενειών όπως αυτές εφαρμόζονται για τα παιδιά. Τα συστήματα κοινής ζωής είναι γνωστά ως τοποθετήσεις ενηλίκων και καταχωρούνται στην Επιτροπή Ποιότητας φροντίδας. Βασίζονται στους φροντιστές, οι οποίοι εκπαιδεύονται και ελέγχονται από το σύστημα. Οι φροντιστές αμείβονται- όχι με την ώρα- αλλά τόσο οι οικογένειες τους όσο και οι φίλοι τους προσφέρουν πολύ περισσότερα. Προτείνουν την κοινή χρήση ενός σπιτιού, την συμμετοχή στη ζωή της οικογένειας και της κοινότητας που επιτρέπει την συναισθηματική σύνδεση με τον φροντιστή.

Οι παροχές των τοπικών συμβουλίων μπορούν να εξειδικευτούν ανάλογα με τις δυνατότητες τους. Όπως συμπεραίνουμε στην έρευνα του Περιφερειακού Συμβουλίου του South Cambridgeshire (SCDC) (Archer, et al., 2017) η οποία πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με διάφορους τοπικούς εταίρους, με χρηματοδότηση από την υγειονομική υπηρεσία του NHS Πρωτοβουλία Νέων Πόλεων, στην συγκεκριμένη περιοχή έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην στέγαση των ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα η βοήθεια στο σπίτι προσφέρει και την πρακτική βοήθεια που απαιτείται για να διατηρήσουν οι ηλικιωμένοι ένα κατάλληλο, ασφαλές και υγιές περιβάλλον διαβίωσης. Μια τέτοια υποστήριξη μπορεί να περιλαμβάνει βασικές επισκευές και συντήρηση καθώς και εργασίες ανακαίνισης για την αντιμετώπιση ουσιαστικών ζητημάτων (νέος λέβητας, διπλά τζάμια, επισκευή διαρροής οροφής κλπ) προσαρμοσμένες στις ανάγκες που σχετίζονται με την υγεία και την αναπηρία για να παραμείνουν ανεξάρτητοι στο σπίτι τους.

Διατίθενται και κατοικίες κατάλληλες για άτομα τρίτης ηλικίας λόγω της θέσης, του τύπου, του σχεδιασμού και των προσαρμογών, οι οποίες προσφέρονται για αγορά ή ενοικίαση από κρατικό φορέα ή από ιδιώτη.

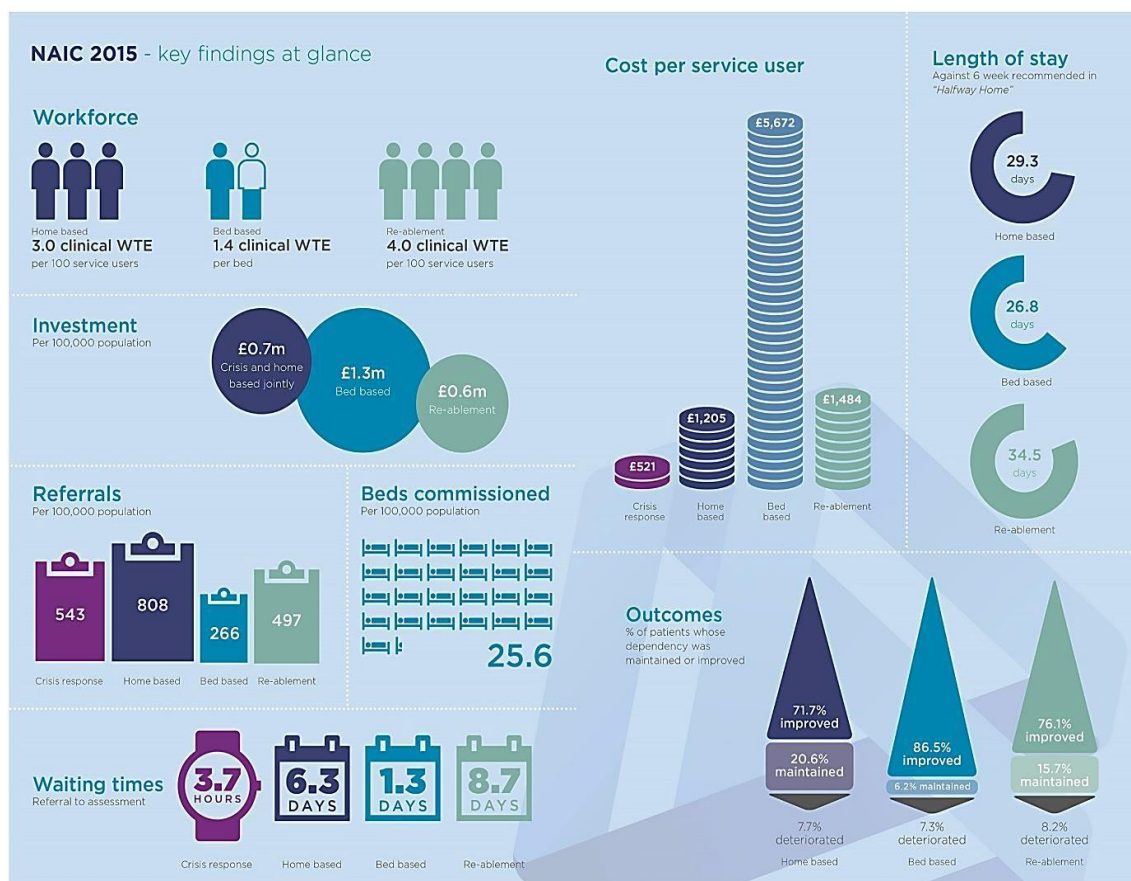
Επίσης προσφέρονται προστατευόμενες κατοικίες και περίθαλψη. Οι προστατευόμενες κατοικίες παίρνουν πολλές μορφές. Όπως μεμονωμένες κατοικίες με ιδιωτική μπροστινή πόρτα και μερικές κοινόχρηστες περιοχές, σαλόνια και κήπους και κάποιες φορές εστιατόρια, κομμωτήρια ακόμη και ταχυδρομεία και καταστήματα. Η λειτουργία τους παρακολουθείται από έναν διευθυντή πλήρους ή μερικής απασχόλησης και μια υπηρεσία υποστήριξης ή από μια εξωτερική υπηρεσία υποστήριξης. Ακίνητα σε προστατευόμενα σχήματα μπορούν να αγοραστούν ή να νοικιαστούν. Θα μπορούσαν να περιγραφούν ως «κοινότητες συνταξιοδότησης» ή «χωριά». Πολλά προστατευόμενα καταλύματα έχουν κοινωνική διάσταση. Οι κάτοικοι και το προσωπικό μπορούν να διοργανώνουν τακτικές δραστηριότητες, όπως πρωινό καφέ, μπίνγκο, διασκέδαση, θρησκευτικές υπηρεσίες ή εκδρομές (Archer, et al., 2017).

Καθώς η γνώση των κατοίκων για διαφορετικές μορφές ειδικής στέγασης είναι περιορισμένη, με μια εμφανή άποψη ότι δεν θα κινηθούν μέχρι ένα σημείο κρίσης η μοντελοποίηση των προτάσεων στέγασης αποτελεί μια καλή πρακτική βοήθειας κατά τη λήψη αποφάσεων από τους ηλικιωμένους για μετακόμιση σε χώρους με συστήματα πρόσθετης φροντίδας.

Στην Ιρλανδία, οι ομάδες τοπικής κοινότητας πρωτοστατούν στον τομέα της μείωσης της κατανάλωσης ενέργειας και της επαναχρησιμοποίησης της ενέργειας. Αρχικός τους στόχος ήταν η αντιμετώπιση δύο προκλήσεων: της αλλαγής του κλίματος και της φτώχειας των καυσίμων. Οι περισσότεροι από τους ανθρώπους που επωφελήθηκαν από το πρόγραμμα είναι στην πραγματικότητα ηλικιωμένοι που τους βοήθησαν να κάνουν μια αλλαγή στα σπίτια τους, ώστε να γίνουν πιο ζεστά και αποτελεσματικά. (πηγή <https://www.age-platform.eu>)

Ο John Young, Εθνικός κλινικός διευθυντής για την ενσωμάτωση και τους ευπαθείς ηλικιωμένους του NHS Μεγάλης Βρετανίας σε επιστολή του αναφέρει ότι ο ρόλος των υπηρεσιών ενδιάμεσης φροντίδας που υποστηρίζουν τους ηλικιωμένους με άνοια, πολλαπλή νοσηρότητα ή / και αδυναμία είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση ή τη διατήρηση της ανεξαρτησίας αυτών των ομάδων ηλικιωμένων, για την αποφυγή περιττών εισαγωγών στο νοσοκομείο ή / και για την αποτελεσματική υποστήριξη των ατόμων που εγκαταλείπουν το νοσοκομείο. Οι υπηρεσίες είναι ζωτικής σημασίας για την ολοκληρωμένη προσέγγιση του συστήματος υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. (πηγή <http://www.nhs.uk>)

Τα αποτελέσματα του Εθνικού Ελέγχου Ενδιάμεσης Φροντίδας (NAIC) 2015, απεικονίζονται στην παρακάτω εικόνα 2.



Εικόνα 2: Αποτελέσματα του Εθνικού Ελέγχου Ενδιάμεσης Φροντίδας (NAIC) 2015

Το NHS της Μεγάλης Βρετανίας φιλοδοξεί να αναγνωριστεί ως το καλύτερο σύστημα υγείας στον κόσμο. Με τη βοήθεια της πληροφορικής τεχνολογίας σχεδιάζει το επόμενο στάδιο του, τα ολοκληρωμένα συστήματα φροντίδας, όπου με την επικοινωνία του προσωπικού των νοσοκομείων και του προσωπικού φροντίδας στο σπίτι μέσω ΤΠΕ θα παρακολουθείται η κατάσταση της υγείας και θα ελέγχεται η αναγκαιότητα εισαγωγής σε νοσοκομεία. Στα ολοκληρωμένα συστήματα φροντίδας συμμετέχουν όλοι οι τοπικοί οργανισμοί υγείας και φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης και της τοπικής αυτοδιοίκησης, οι οποίοι συνεργάζονται αλλά και συγκεντρώνουν πόρους μέσα από διαδικασίες συνεργατικής ηγεσίας. Στα μελλοντικά σχέδια του NHS είναι τα:

- Health and Wellbeing Center (Κέντρα Υγείας και Ευζωίας).
- Ενίσχυση της συνεργασίας NHS and τοπικών συμβουλίων.

4.1.2 Καινοτόμα προγράμματα-δράσεις

Οι «**εικονικοί θάλαμοι**» έχουν οδηγήσει σε μείωση των απρογραμμάτιστων εισόδων στο νοσοκομείο Dorset County. Οι γιατροί, οι νοσηλευτές, το προσωπικό κοινωνικής μέριμνας, οι γιατροί και άλλοι στο West συζητούν με ασθενείς που έχουν τεθεί σε εικονική λίστα κάθε εβδομάδα εάν πιστεύεται ότι κινδυνεύουν από την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Η τεχνολογία που αναπτύχθηκε στον Οργανισμό Διαστήματος του Ηνωμένου Βασιλείου και στο Πεδίο Δορυφορικών Εφαρμογών στο Harwell Campus στο Oxfordshire - γνωστό ως UK Space Gateway, αρχικά για να διερευνήσει το ηλιακό σύστημα και να κυνηγήσει νέους πλανήτες χρησιμοποιείται ήδη για να υποστηρίξει τη φροντίδα των ασθενών του NHS. (πηγή <http://www.nhs.uk>)

Μια **φορητή οθόνη** που βοηθάει τους ηλικιωμένους και τους ευάλωτους ανθρώπους να αποφύγουν την πτώση χρησιμοποιεί εξοπλισμό μικροηλεκτρομηχανικής (MEMS) με βάση τις τεχνολογικές ανακαλύψεις που έγιναν στο πλαίσιο του διαστημικού προγράμματος της Αμερικής για τον έλεγχο του τρόπου με τον οποίο περπατούν οι άνθρωποι. Η αξιολόγηση των 10 λεπτών επιτρέπει στους φυσιοθεραπευτές να συνταγογραφήσουν ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα άσκησης για τη μείωση του κινδύνου πτώσης. Ο πρώην παίκτης της Αγγλίας, Darren Gough, είναι από αυτούς που έχουν επωφεληθεί από παρόμοια τεχνολογία ανίχνευσης κίνησης. (πηγή <http://www.nhs.uk>)

Τα **φορητά προβολής του καρκίνου** στέλνουν εικόνες απευθείας στα κέντρα αξιολόγησης σε μια δοκιμή που χρηματοδοτήθηκε από το πρόγραμμα Space for Smarter Government του Οργανισμού Διαστήματος του Ηνωμένου Βασιλείου. Αυτό μειώνει το χρόνο που χρειάζεται για να εντοπίσει τον καρκίνο ή να δώσει στους ανθρώπους την αίσθηση της ακεραιότητας και καταργεί την ανάγκη για χαρτιά. (πηγή <http://www.nhs.uk>)

Μια ενδιαφέρουσα πρακτική για τους ηλικιωμένους σε αγροτικές περιοχές είναι οι **υπηρεσίες αγροτικών μεταφορών** στο Lincolnshire του Ηνωμένου Βασιλείου. Το

Lincolnshire, μία από τις μεγαλύτερες κομητείες στην Αγγλία, έχει μία από τις χαμηλότερες πληθυσμιακές πυκνότητες. Η χαμηλή πυκνότητα του πληθυσμού σημαίνει ότι ο αριθμός των σιδηροδρομικών σταθμών και των σιδηροδρομικών υπηρεσιών είναι χαμηλός. Ο διασκορπισμένος πληθυσμός σημαίνει ότι οι υπηρεσίες λεωφορείων είναι ακριβότερες. Σε πολλά μέρη του νομού, τα ιδιωτικά αυτοκίνητα θεωρούνται το μοναδικό πρακτικό μέσο μεταφοράς. Το Συμβούλιο της κομητείας του Lincolnshire εισήγαγε μια τοπική υπηρεσία λεωφορείων, διασύνδεσης, που σχεδιάστηκε για να συνδέσει τις αγροτικές περιοχές με το κύριο μεταφορικό δίκτυο. Η υπηρεσία βασίζεται στην τοπική ζήτηση, με τις ανάγκες της αγροτικής κοινότητας στο επίκεντρο του σχεδιασμού.

Υπάρχουν τοπικά λεωφορεία που εκτελούν συχνά δρομολόγια, τα οποία είναι πλήρως προσβάσιμα σε όλους. Εκτός αυτού, οι επιβάτες μπορούν να έχουν πρόσβαση σε μια βοηθητική υπηρεσία, CallConnect, η οποία θα τους συλλέξει σε μια βολική τοποθεσία και θα τους φέρει σε ένα σημείο όπου μπορούν να έχουν πρόσβαση σε άλλες μεταφορές. Η υπηρεσία CallConnect, η οποία λειτουργεί από Δευτέρα έως Σάββατο, μπορεί να συλλέξει τους επιβάτες από την κατοικία τους εάν έχουν προβλήματα κινητικότητας ή ζουν σε πολύ απομονωμένες αγροτικές περιοχές. Το CallConnect χρηματοδοτείται από τους ναύλους επιβατών και τις παραχωρούσες διαδρομές με λεωφορεία για άτομα άνω των 60 ετών ή άτομα με ειδικές ανάγκες που χρησιμοποιούνται για ταξίδια (UNECE, 2018).

Επιμέρους καινοτόμα προγράμματα για τα άτομα τρίτης ηλικίας από διάφορους φορείς (πηγή <https://www.age-platform.eu>):

-Το Verbal Arts Centre, στο Ηνωμένο Βασίλειο, ίδρυσε το 2013 «**Αίθουσες ανάγνωσης**» με στόχο τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας των ανθρώπων μέσω των λογοτεχνικών τεχνών.

-Το **Lily Pins** είναι μια επιχείρηση κομμωτικής στο Ηνωμένο Βασίλειο, η οποία παρέχει κομμωτήρια με φροντίδα της άνοιας στα σπίτια φροντίδας. Αυτή στιγμή 12 κομμωτήρια εξυπηρετούν 18 σπίτια φροντίδας στο Kent, το Essex, το Cambridgeshire και το Hertfordshire. Επίσης, απασχολεί αισθητικούς και κηπουρολόγους.

Όπως διαπιστώθηκε πρόσφατα, οι υπηρεσίες κομμωτικής και άλλων σχετικών με την εμφάνιση υπηρεσιών έχουν σημαντικό ρόλο να διαδραματίσουν στους ευρύτερους θεραπευτικούς στόχους της περίθαλψης άνοιας, η εμφάνιση του ατόμου να αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο του αυτοσεβασμού και της αξιοπρέπειάς τους.

4.2 Η.Π.Α

4.2.1 Κέντρα υποβοηθούμενης διαβίωσης

Τη δεκαετία του 1980 στην Πολιτεία του Όρεγκον δημιουργήθηκε από την Κέρεν Μπράουν Γουίλσον το νέο «κέντρο υποβοηθούμενης διαβίωσης» με σκοπό να εξαλείψει τελείως την ανάγκη ύπαρξης νοσηλευτικών ιδρυμάτων, μια εναλλακτική λύση στη μακροχρόνια περίθαλψη και όχι έναν ενδιάμεσο σταθμό. Αποτελούνταν από 112 μονάδες, οι φιλοξενούμενοι ήταν όλοι ενοικιαστές και έτσι αντιμετωπίζονταν. Ο καθένας είχε ιδιωτικό διαμέρισμα, με πλήρες μπάνιο, κουζίνα και κύρια είσοδο με πόρτα που κλείδωνε. Είχαν βοήθεια για τα βασικά: φαγητό, προσωπική υγιεινή, φάρμακα. Υπήρχε μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό και οι φιλοξενούμενοι διέθεταν ένα κουμπί με το οποίο μπορούσαν να καλέσουν επείγοντως για βοήθεια οποιαδήποτε ώρα, μέρα και νύχτα. Επίσης είχαν βοήθεια για να διατηρούν μια ικανοποιητική ποιότητα ζωής – να κάνουν παρέες, να διατηρούν τις επαφές τους με τον έξω κόσμο, να συνεχίζουν δραστηριότητες που για τους ίδιους ήταν σημαντικές. Οι φιλοξενούμενοι έλεγχαν οι ίδιοι το πρόγραμμα τους και τους βασικούς κανόνες λειτουργίας, ενώ είχαν και οι ίδιοι την ευθύνη για το τι ρίσκα ήθελαν ή δεν ήθελαν να πάρουν. Πολλοί παραδοσιακοί υπέρμαχοι της προστασίας των ηλικιωμένων θεώρησαν τις απόψεις της επικίνδυνες για την ασφάλεια των ηλικιωμένων. Το 1988 τα αποτελέσματα της έρευνας που διενήργησε η Πολιτεία ελέγχοντας παράγοντες όπως η πορεία της υγείας των φιλοξενουμένων, οι γνωσιακές τους ικανότητες, οι σωματικές τους λειτουργίες αλλά και η ικανοποίηση τους από τη ζωή κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ένοικοι δεν θυσίασαν την υγεία τους για να κερδίσουν κάποιους βαθμούς ελευθερίας. Οι δαπάνες για όσους ενοίκους λάμβαναν κρατική πρόνοια ήταν 20% χαμηλότερες σε σύγκριση με το αν έμεναν σε γηροκομείο. Το πρόγραμμα αποδείχθηκε απολύτως επιτυχές.

Η αγορά ήταν πανέτοιμη αφού αποδείχθηκε ότι πολλοί ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν σημαντικά ποσά προκειμένου να μην καταλήξουν σε νοσηλευτικά ιδρύματα, ενώ πολλές πολιτείες ανέλαβαν να καλύπτουν τα έξοδα για τους άπορους ηλικιωμένους.

Αποτέλεσμα ήταν η υποβοηθούμενη διαβίωση αναδείχθηκε στον ταχύτερα αναπτυσσόμενο τύπο στέγασης ηλικιωμένων στις Η.Π.Α. Εμφανίστηκαν και άλλες παρόμοιες εταιρίες. Το 2000 η Γουίλσον είχε επεκτείνει τόσο την εταιρεία της ώστε απασχολούσε πλέον 3000 άτομα ενώ λειτουργούσε 184 μονάδες σε 18 Πολιτείες. Το 2010 ο αριθμός των φιλοξενούμενων σε μονάδες υποβοηθούμενης διαβίωσης προσέγγισε τον αριθμό όσων ζούσαν σε γηροκομεία. (Ατούλ Γκαουάντε, σελ 120-137)

4.2.2 Το πείραμα Μπ. Τόμας

Το 1991 στην πόλη Νιου Μπερλίν, στο βόρειο τμήμα της Πολιτείας της Νέας Υόρκης, ένας νεαρός γιατρός ο Μπιλ Τόμας ο οποίος είχε διοριστεί ιατρικός διευθυντής του Νοσηλευτικού Ιδρύματος Τσείς Μεμόριαλ, μιας δομής που στέγαζε 80 ηλικιωμένους με σοβαρές αναπηρίες,. περίπου οι μισοί έπασχαν από σωματικές αναπηρίες, τέσσερις στους πέντε είχαν Αλτσχάιμερ ή άλλες μορφές γνωσιακής αναπηρίας. Ο Μπιλ Τόμας έκανε ένα πείραμα, σκοπός του ήταν να επιτεθούν στις τρεις πανούκλες της ζωής στο ίδρυμα, όπως τις αποκάλεσε: πλήξη, μοναξιά και αίσθημα ανικανότητας. Η ιδέα χρηματοδοτήθηκε από τη διοίκηση του Τσείς ως καινοτόμα. Έφεραν στο ίδρυμα δύο σκυλιά, τέσσερις γάτες και 100 πουλιά. Πέταξαν όλα τα πλαστικά φυτά και έβαλαν αληθινά σε κάθε θάλαμο. Το προσωπικό έφερνε τα παιδιά του στο ίδρυμα μετά το σχολείο και κατόπιν δημιουργήθηκε ένα νέο πρόγραμμα εξωσχολικών δραστηριοτήτων και ενισχυτικής διδασκαλίας. Φίλοι και συγγενείς έστησαν έναν κήπο στην πίσω πλευρά του ιδρύματος, καθώς και μια παιδική χαρά για τα παιδιά. Ήταν μια θεραπεία-σόκ.

Μια ομάδα ερευνητών μελέτησαν τις επιπτώσεις αυτού του προγράμματος στους τροφίμους του Τσείς σε σύγκριση με τους τροφίμους ενός άλλου κοντινού γηροκομείου σε διάστημα δύο ετών, με βάση ένα σύνολο διαφορετικών κριτηρίων. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο αριθμός των συνταγογραφούμενων φαρμάκων ανά ασθενή μειώθηκε στο μισό σε σύγκριση με το άλλο γηροκομείο. Ιδιαίτερη μείωση εμφάνισαν τα ψυχοτρόπα φάρμακα για την ταραχή. Οι συνολικές δαπάνες για φαρμακευτική αγωγή έπεσαν στο 38%, σε σύγκριση με την άλλη δομή. Οι θάνατοι μειώθηκαν κατά 15%.

4.2.3 Βελτίωση ποιότητας στο κέντρο για τις υπηρεσίες medicare & medicaid (CMS)

Οι κοινωνικές και οικονομικές απαιτήσεις για τα άτομα, τις οικογένειες, τις κοινότητες και την κυβέρνηση των Η.Π.Α, όπως προβλέπονταν από τους Shrestha & Heisler (2011) αναμένονται να αυξηθούν, με ουσιαστικές επιπτώσεις στα επίσημα και ανεπίσημα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας και στη χρηματοδότηση των ιατρικών υπηρεσιών γενικότερα. Μια έκθεση που εκδόθηκε από το Ινστιτούτο Ιατρικής το 2008 διαπίστωσε ότι οι ΗΠΑ το εργατικό δυναμικό της υγειονομικής περίθαλψης θα είναι πολύ μικρό και δεν θα είναι κατάλληλα οργανωμένο ή εκπαιδευμένο για να ανταποκριθεί ανάγκες της αυξανόμενης γήρανσης του πληθυσμού.

Η μελλοντική ανάγκη για μακροχρόνια περίθαλψη έχει οικονομικές επιπτώσεις για τα κράτη, και για την ομοσπονδιακή κυβέρνηση καθώς η πλειοψηφία - σχεδόν τα τρία τέταρτα - των δαπανών μακροχρόνιας περίθαλψης χρηματοδοτείται περισσότερο από τα δημόσια προγράμματα κοινώς Medicaid. Αν και αναγνωρίζει την ανάγκη αντιμετώπισης των μεταβαλλόμενων αναγκών υγείας του μεγαλύτερου πληθυσμού, παραμένουν κρίσιμα ερωτήματα σχετικά με τους καλύτερους μηχανισμούς για την οργάνωση του συστήματος υγείας, την παράδοση και πρόσβαση σε υπηρεσίες, τη διοίκηση και τη χρηματοδότηση.

Επειδή, όπως αναφέρθηκε και σε άλλο σημείο της εργασίας, η μεγαλύτερη χρήση των δομών μακροχρόνιας περίθαλψης γίνεται από άτομα τρίτης ηλικίας θεωρήσαμε απαραίτητο να αναφερθούμε στις αντίστοιχες δομές του Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών και του Κέντρου για τις υπηρεσίες Medicare & Medicaid (CMS) των Η.Π.Α. (πηγή [https:// www.cms.hhs.gov](https://www.cms.hhs.gov))

Η υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι είναι μια υπηρεσία που καλύπτεται από το Medicare. Αποτελείται από ιατρική περίθαλψη με μερική απασχόληση (νοσηλευτική, φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία και θεραπεία ομιλίας), η οποία διατίθεται από ιατρό.

Σύμφωνα με τα καταγεγραμμένα στοιχεία, το 2016 υπήρχαν πάνω από 12.181 Medicare πιστοποιημένοι φορείς υγείας στο σπίτι σε όλες τις Ηνωμένες Πολιτείες, εξυπηρετήθηκαν 3.507.659 δικαιούχοι και έγιναν 110.277.728 επισκέψεις.

Η παρακολούθηση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών τόσο σε «κέντρα αποκατάστασης (Nursing Home (NH)) και σε υπηρεσίες υγείας στο σπίτι (HHA) όπως φαίνεται από την πρώτη επαφή με την ιστοσελίδα του Κέντρου για τις υπηρεσίες Medicare και Medicaid (CMS) αποτελεί υψηλή προτεραιότητα στις Η.Π.Α. Ήδη από το

1984, μια επιτροπή του Ινστιτούτου Ιατρικής (IOM) άρχισε να μελετά την ποιότητα της φροντίδας στα νοσοκομεία. Υπό την καθοδήγηση του Sidney Katz, οι συστάσεις της επιτροπής (IOM 1986) οδήγησαν στον νόμο περί μεταρρύθμισης του νοσηλευτικού ιδρύματος του 1987 (OBRA). Επίσης την ίδια περίοδο κατασκευάστηκε με τις συστάσεις εκατοντάδων εμπειρογνομόνων που εκπροσωπούν τους ακαδημαϊκούς κλάδους και τις επαγγελματικές οργανώσεις που εξυπηρετούν γηριατρική, ψυχιατρική, νοσηλευτική, σωματικές και επαγγελματικές θεραπείες, διατροφή, κοινωνική εργασία και δικηγόρους κατοίκων, το MDS, ένα εργαλείο για την συλλογή βασικών πληροφοριών που απαιτούνται για την ανάπτυξη ενός σχεδίου περίθαλψης που να λαμβάνει υπόψη τις συννοσηρότητες, τις δυνάμεις και τις υπολειπόμενες ικανότητες των ατόμων. Μια πρώτη έκδοση εφαρμόστηκε σε εθνικό επίπεδο το 1991, ακολουθούμενη από μια αναθεωρημένη και μεγαλύτερη έκδοση που εισήχθη το 1996 (Morris, 1997).

Μετά την καθολική διάθεση των πληροφοριών για τους ασθενείς που συγκεντρώθηκαν σε μηχανογραφημένη μορφή το 1998, χρησιμοποιήθηκαν για εφαρμογές πολιτικής και όχι μόνο για να κατευθύνουν τον προγραμματισμό της κλινικής περίθαλψης (Mor V. , 2004). Τα συστήματα αποζημίωσης για τα νοσοκομειακά κέντρα, που αρχικά αναπτύχθηκαν για τα προγράμματα Medicaid ορισμένων κρατών, εξευγενίστηκαν χρησιμοποιώντας τα πιο λεπτομερή δεδομένα του MDS. Τα προκύπτοντα συστήματα χρήσης πόρων (RUGs-III) αποτέλεσαν τη βάση για το μελλοντικό σύστημα πληρωμών της Medicare για ειδικευμένες εγκαταστάσεις νοσηλείας (Fries, 1994). Επίσης κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, οι ερευνητές του Πανεπιστημίου του Κολοράντο συνεργάστηκαν με τις υπηρεσίες υγείας της χώρας για να δημιουργήσουν ένα σύστημα για την παρακολούθηση της ποιότητας της φροντίδας ασθενών από υπηρεσίες οικιακής βοήθειας (Home Help Agencies (HHA)) (Shaughnessy, 1994). Με βάση το σύνολο πληροφοριών για τα αποτελέσματα και την αξιολόγηση (OASIS), τόσο η πολιτεία της Νέας Υόρκης όσο και το Ίδρυμα Robert Wood Johnson υποστήριξαν μια πιλοτική δοκιμή ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας: Βελτίωση της ποιότητας βάσει αποτελεσμάτων (OBQI). Τα δεδομένα του OASIS περιγράφουν τις διαγνώσεις των ασθενών, την ιατρική κατάσταση, τις θεραπείες και τη λειτουργική και γνωστική κατάσταση. Οι συμμετέχοντες φορείς υγείας στο σπίτι εξέτασαν αναφορές σχετικά με το ποσοστό των ασθενών που βελτιώθηκαν ή επιδεινώθηκαν σε επιλεγμένους τομείς μεταξύ της εισαγωγής τους στην υπηρεσία και της επακόλουθης απόρριψης. Τα δεδομένα σχετικά με τη μεταβολή της κατάστασης των ασθενών κατασκευάστηκαν με

τη σύγκριση της κατάστασής τους στα δύο χρονικά σημεία, εισαγωγή και απόρριψη. Το 1999, το Κέντρο για τις υπηρεσίες Medicare και Medicaid απαίτησαν το OASIS ως μέσο για την ομοιόμορφη καταγραφή πληροφοριών για όλους τους δικαιούχους του Medicare που χρησιμοποιούν μια υπηρεσία υγείας στο σπίτι. (Sangl, 2005) (Stoker, 1998). Το 2004 το σύστημα αυτό επεκτάθηκε σε ολόκληρο το έθνος και τώρα οι καταναλωτές μπορούν να συγκρίνουν τη βελτίωση ποιότητας (QI) των οργανισμών σε τοπικούς χώρους, στην ιστοσελίδα του CMS (<http://www.cms.hhs.gov/quality/hhqi/>) ή τηλεφωνικά. (Mor V. , 2005)

Το OASIS-C2 είναι η τρέχουσα έκδοση του συνόλου δεδομένων OASIS. Αναπτύχθηκε από το OASIS-C1 / ICD-10 το 2016.

Οι λίστες όλων των μέτρων ποιότητας για την υγεία στο σπίτι και ο προσδιορισμός τους δημοσιεύονται δημοσίως. Το 2015, το CMS προσέθεσε στις αξιολογήσεις αστέρι στην ιστοσελίδα Home Health Compare για να συνοψίσει μερικά από τα σημερινά μέτρα της επίδοσης του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι, τα οποία έχουν δημοσιοποιηθεί. Οι αξιολογήσεις αστεριών αποτελούν ένα πρόσθετο εργαλείο για τη στήριξη της λήψης αποφάσεων της υγειονομικής περίθαλψης των καταναλωτών.

4.2.4 Καλές πρακτικές

-Στην ιστοσελίδα του Εθνικού Ινστιτούτου για τη γήρανση (πηγή National Institute on Aging <https://www.nia.nih.gov>) αναλυτικά αναφέρονται όλες οι υπηρεσίες για τα άτομα τρίτης ηλικίας καθώς και κατευθύνσεις για εξεύρεση και νομικές συμβουλές.

-Η **Eldercare Locator** είναι μια δημόσια ηλεκτρονική υπηρεσία της Αμερικανικής Διοίκησης για τη Γήρανση, που παρουσιάζει υπηρεσίες για ηλικιωμένους ενήλικες και τις οικογένειες τους με την εισαγωγή στην εφαρμογή του ταχυδρομικού κώδικα, της πόλης ή της Πολιτείας. (πηγή <https://eldercare.acl.gov>)

-Απάντηση στο αίτημα των ίδιων των φροντιστών αποτελεί η επόμενη πρακτική. Το **Εθνικό κέντρο ανακούφισης** για τους άτυπους φροντιστές, με την υποστήριξη της Αμερικανικής Διοίκησης για τη Γήρανση (Lifelong Respite Grant) έχει ως στόχο να προωθήσει και να υποστηρίξει την πρόσβαση σε ποιοτικές επιλογές ανάπαυλας που βελτιώνουν τη ζωή των ατόμων τρίτης ηλικίας και των οικογενειών με ειδικές ανάγκες καθ 'όλη τη διάρκεια ζωής τους, είτε από υπαλλήλους είτε από εθελοντές. Ο στόχος μπορεί να επιτευχθεί μέσω των οργανισμών φροντίδας κατ 'οίκον και των

προγραμμάτων για ενήλικες Από το 2009, τριάντα επτά κράτη και η περιφέρεια της Κολούμπια έλαβαν επιχορηγήσεις Lifespan Respite από την ACL (Administration for Community Living) για να αναπτύξουν Κρατικούς ή Πολιτειακούς συνεταιρισμούς ανάπαυλας. (πηγή ARCH National Respite Network <https://archrespite.org/consumer-information>)

-Επίσης **οι κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Ambulatory Care)** είναι μια καλή πρακτική για την πρόληψη και την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού συνεπώς και των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Οι μονάδες αυτές στελεχώνονται από φοιτητές ιατρικής πριν αποκτήσουν ειδικότητα και νοσηλευτές/τριες, κινούνται σε συγκεκριμένες κάθε φορά περιοχές και είναι δυνατό ο κάθε ενδιαφερόμενος να ενημερώνεται από μια εφαρμογή ΤΠΕ για τον χρόνο που η μονάδα θα επισκεφθεί την περιοχή του. Εκτιμάται δε από το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM-2010) ότι η πρόσβαση στα δεδομένα, η δυνατότητα αξιολόγησης και βελτίωσης των επιδόσεων, και η δημιουργία μιας ισχυρής περιγραφής της αξίας για τον αναδυόμενο νοσηλευτικό ρόλο στην κινητή φροντίδα, θα προωθήσει τη δημιουργία βέλτιστων πρακτικών στα μοντέλα παράδοσης φροντίδας που χρησιμοποιούν τις εγγεγραμμένες νοσοκόμες (RN) για να συμμετάσχουν ως ισότιμος εταίρος στην διεπαγγελματική ομάδα και, ως εκ τούτου, τη βελτίωση της συνολικής υγείας και αποτελεσματικότητας της φροντίδας (Start, Matlock, Brown, Aronow, & Soban , 2018).

-Η πρωτοβουλία του συστήματος "**No Wrong Door**" (NWD) είναι μια συλλογική προσπάθεια της ACL(Administration for Community Living), του Κέντρου για τις υπηρεσίες Medicare & Medicaid (CMS) και της Υπηρεσίας Υγείας των Βετεράνων (VHA). Η πρωτοβουλία για το Σύστημα NWD βασίζεται στο πρόγραμμα Κέντρα πόρων γήρανσης και αναπηρίας (Aging and Disability Resource Centers (ADRCs)) και στο Πρόγραμμα Incentive Balancing No Wrong Door που υποστηρίζει τις κρατικές προσπάθειες για τον εξορθολογισμό της πρόσβασης σε υπηρεσίες μακροχρόνιας εξυπηρέτησης και υποστήριξης (LTSS) για ηλικιωμένους ενήλικες και άτομα με αναπηρίες. Τα συστήματα NWD απλοποιούν την πρόσβαση στο LTSS και αποτελούν βασικό στοιχείο της μεταρρύθμισης των συστημάτων LTSS.

Τα συστήματα NWD παρέχουν πληροφορίες και βοήθεια όχι μόνο σε άτομα που χρειάζονται δημόσιους ή ιδιωτικούς πόρους αλλά και σε επαγγελματίες που αναζητούν βοήθεια από τους πελάτες τους και σε άτομα που σχεδιάζουν τις μελλοντικές τους ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας. Τα συστήματα NWD χρησιμεύουν επίσης ως σημείο εισόδου σε μακροπρόθεσμες υποστηριζόμενες από το δημόσιο υπηρεσίες,

συμπεριλαμβανομένων εκείνων που χρηματοδοτούνται από το Medicaid, το νόμο των παλαιότερων Αμερικανών, τη διοίκηση υγείας των βετεράνων και τα προγράμματα κρατικών εσόδων. (<https://acl.gov/about-community-living>)

-Η AARP, η μεγαλύτερη οργάνωση των ΗΠΑ για ηλικιωμένα άτομα, ξεκίνησε πρόσφατα έναν **Δείκτη βιωσιμότητας** με βάση το Διαδίκτυο για τη μέτρηση της βιωσιμότητας της κοινότητας. Σκοπός του είναι να ενημερώσει και να ενθαρρύνει τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τους πολίτες να αναλάβουν δράση για να καταστήσουν τις κοινότητες τους πιο βιώσιμες.

Για κάποιους, μια βιώσιμη κοινότητα είναι όταν μπορεί να κάνει βολικό ένα περίπατο με τα πόδια, ποδήλατο ή εύκολη την πρόσβαση σε κοντινά καταστήματα, πάρκα και άλλες ανέσεις. Για άλλους, η προσιτή στέγαση ή ο ανοικτός χώρος είναι πιο σημαντικά. Επειδή οι άνθρωποι αναζητούν διαφορετικά πράγματα όταν ψάχνουν για ένα ικανοποιητικό μέρος για να αποκαλέσουν σπίτι, η μέτρηση της ευκολίας των πόλεων στις Ηνωμένες Πολιτείες μπορεί να είναι προκλητική. Αυτός ο Δείκτης δίνει υψηλότερες βαθμολογίες στις κοινότητες με διαφορετικά χαρακτηριστικά που βοηθούν τους ανθρώπους όλων των ηλικιών, των εισοδημάτων και των ικανοτήτων - όχι μόνο των ηλικιωμένων. Η ευελιξία αφορά την πραγματοποίηση αξιών που είναι βασικές για τις υγιείς κοινότητες: ανεξαρτησία, επιλογή και ασφάλεια.

Στον Δείκτη Βιωσιμότητας του AARP, οι χρήστες μπορούν να χρησιμοποιήσουν τη διεύθυνση, τον Ταχυδρομικό τους Κώδικα ή την κοινότητα για να βρουν συνολική βαθμολογία βιωσιμότητας, καθώς και βαθμολογία για καθεμία από τις επτά μεγάλες κατηγορίες βιωσιμότητας: στέγαση, γειτονιά, μεταφορά, περιβάλλον, υγεία, εμπλοκή και ευκαιρία . Οι χρήστες μπορούν επίσης να προσαρμόσουν το Ευρετήριο ώστε να δίνουν μεγαλύτερη ή μικρότερη έμφαση στα χαρακτηριστικά βιωσιμότητας που για αυτούς έχουν μεγαλύτερη σημασία. Για κάθε κατηγορία, ο Δείκτης αξιολογεί τις τρέχουσες συνθήκες χρησιμοποιώντας ένα διαφορετικό σύνολο μετρικών δεικτών, εξετάζει πολιτικές και προγράμματα που μπορούν να βελτιώσουν την ετεροχρονιστικότητα της κοινότητας με την πάροδο του χρόνου και παρέχει χρήσιμους συνδέσμους και πόρους. (<https://www.age-platform.eu>)

Προγράμματα της Αρχής για την Γήρανση AoA (Administration of Aging)

Προγράμματα και πρακτικές που βασίζονται σε στοιχεία σχετικά με τη γήρανση και την αναπηρία - Ο σκοπός των προγραμμάτων και πρακτικών που βασίζονται στα

στοιχεία της γήρανσης και της αναπηρίας (ADEPP) είναι να βοηθήσει το κοινό να μάθει περισσότερα σχετικά με τα διαθέσιμα προγράμματα και πρακτικές που βασίζονται στην τεκμηρίωση στους τομείς της γήρανσης και της αναπηρίας και ποιο από αυτά μπορεί να ανταποκριθεί καλύτερα στις ανάγκες τους.

Πρόγραμμα Κέντρων Πόρων Γήρανσης και Αναπηρίας / No Wrong Door (NWD)-

Τα συστήματα αυτά παρέχουν πληροφορίες και βοήθεια σχετικά με τον προγραμματισμό για ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας.

Συμπεριφορές Υγείας - μέσω συνεργασιών γήρανσης, συμπεριφοράς και αναπηρίας, η ACL προσφέρει προγράμματα και πόρους για να βοηθήσει τους ηλικιωμένους, τα άτομα με αναπηρίες και τους φροντιστές της οικογένειας να διατηρήσουν την υγεία και την ευημερία τους.

Brain Health - Ο πόρος του εγκεφάλου της ACL προσφέρει πόρους για μια σειρά θεμάτων υγείας στον εγκέφαλο.

Εκπαιδευτικά Προγράμματα για την Αυτοδιαχείριση των Χρόνων Νόσων (CDSME) - Παροχή εκπαίδευσης και εργαλείων σε ηλικιωμένους ενήλικες και ενήλικες με αναπηρίες, για την καλύτερη αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων όπως ο διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις, η αρθρίτιδα, το HIV / AIDS και η κατάθλιψη.

Πρόληψη της κατάχρησης των ηλικιωμένων - Η ACL δεσμεύει πόρους σε πολλά σημαντικά έργα που αποσκοπούν στην επίτευξη των στόχων του συντονισμού των προσπαθειών της ομοσπονδιακής δικαιοσύνης, στην αναζήτηση νέων μοντέλων πρόληψης και παρέμβασης και στην παροχή ενημερωμένης έρευνας και ενημέρωσης στους επαγγελματίες και το κοινό.

Πρόληψη των πτώσεων - Οι πτώσεις είναι η κύρια αιτία θανάτων και μη θανατηφόρων τραυματισμών για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω.

HIV / AIDS - Χρήσιμοι πόροι για τους ηλικιωμένους επαγγελματίες και άλλους που ενδιαφέρονται για το σχεδιασμό προγραμμάτων για ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και τη φροντίδα του HIV / AIDS.

Νομική συνδρομή - Τα προγράμματα παροχής νομικής συνδρομής και προστασίας των ηλικιωμένων, μαζί με άλλα προγράμματα και υπηρεσίες του AoA, συμβάλλουν στην προώθηση της ανεξαρτησίας, της αυτονομίας και της ευημερίας των ηλικιωμένων.

Προγράμματα ανάπαυσης - Τα προγράμματα ανάπαυσης διαρκείας είναι συντονισμένα με συστήματα προσβάσιμων υπηρεσιών φροντίδας ανάπαυλας με βάση την κοινότητα, για οικογενειακούς φροντιστές παιδιών και ενηλίκων όλων των ηλικιών με ειδικές ανάγκες.

Πρόγραμμα διαμεσολαβητή για τη μακροπρόθεσμη φροντίδα - Τα προγράμματα του Διαμεσολαβητή για τη μακροχρόνια περίθαλψη των κρατών (LTC) εργάζονται για την επίλυση προβλημάτων που σχετίζονται με την υγεία, την ασφάλεια, την ευημερία και τα δικαιώματα των ατόμων που διαμένουν σε εγκαταστάσεις LTC (δηλαδή νοσοκομεία, και άλλες κοινότητες οικιακής φροντίδας).

Βελτιώσεις Medicare για τους ασθενείς και τους παροχείς (MIPPA) - Παρέχει επιχορηγήσεις σε κράτη και φυλές για να βοηθήσει τους ηλικιωμένους, τα άτομα με αναπηρίες και οι φροντιστές τους να ζητήσουν ειδική βοήθεια μέσω του Medicare.

Εθνικό Πρόγραμμα Υποστήριξης Φροντιστών για Οικογένεια - Το Εθνικό Πρόγραμμα Υποστήριξης Οικογενειακών Φροντιστών (NFCSP) παρέχει επιχορηγήσεις σε κράτη και εδάφη για τη χρηματοδότηση διαφόρων υποστηρικτικών μέσων που βοηθούν τους οικογενειακούς και άτυπους φροντιστές να φροντίζουν για ηλικιωμένους ενήλικες στα σπίτια τους όσο το δυνατόν περισσότερο.

Υπηρεσίες Διατροφής - Παρέχει επιχορηγήσεις σε κράτη που θα βοηθήσουν στη στήριξη των υπηρεσιών διατροφής για ηλικιωμένους σε ολόκληρη τη χώρα.

Στοματική Υγεία - Πόροι για τη βελτίωση της στοματικής υγείας των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας σε ολόκληρη τη χώρα.

Προσωπικός σχεδιασμός - Επιτρέπει στα άτομα να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με τις επιλογές, τις προτιμήσεις, τις αξίες και τους οικονομικούς πόρους τους.

Σχεδιασμός Συνταξιοδότησης και Υποστήριξη Συντάξεων - Το AoA εργάζεται για την υποστήριξη ηλικιωμένων ενηλίκων με δύο προγράμματα.

Senior Medicare Patrol (SMP) - Από το 1997, η AoA έχει χρηματοδοτήσει προγράμματα Senior Medicare Patrol (SMP) που προσλαμβάνουν και εκπαιδεύουν συνταξιούχους επαγγελματίες και άλλους ηλικιωμένους για να αναγνωρίζουν και να αναφέρουν περιπτώσεις ή πρότυπα απάτης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Υπηρεσίες για τους ντόπιους Αμερικανούς - Προγράμματα ACL που υποστηρίζουν τους Αμερικανούς Ινδιάνους και τους Αμερικάνους της Αλάσκας σε θέματα διατροφής, και με υποστηρικτικές υπηρεσίες για τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας και υπηρεσίες φροντιστών.

Πρόγραμμα Βοήθειας Κρατικής Ασφάλισης Υγείας (SHIP) - Παρέχει στους δικαιούχους της Medicare πληροφορίες, συμβουλές και βοήθεια για την εγγραφή.

Υποστήριξη ατόμων με άνοια - η ACL παρέχει επιχορηγήσεις που υποστηρίζουν κρατικές και κοινοτικές προσπάθειες για την αύξηση της διαθεσιμότητας υπηρεσιών ικανών για άνοια και υποστηρίζει άτομα με Αλτσχάιμερ και συναφείς άνοιας και τους φροντιστές τους.

Υποστήριξη Προστασίας Ενηλίκων (APS) είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικών υπηρεσιών που παρέχεται από κρατικές και τοπικές κυβερνήσεις που εξυπηρετούν ηλικιωμένους και ενήλικες με αναπηρίες που χρειάζονται βοήθεια λόγω κακοποίησης, αμέλειας, αυτοαπασχόλησης ή οικονομικής εκμετάλλευσης

Πρόγραμμα έρευνας και επίδειξης των μεταφορών - Μέσω ενός προγράμματος μεταφοράς χωρίς αποκλεισμούς, η ACL συνεργάζεται με κοινότητες σε όλη τη χώρα για να δώσει στους ταξιδιώτες μια φωνή στη διαδικασία σχεδιασμού και να βελτιώσει τις επιλογές μεταφοράς.

Veteran-Directed Home & Community Based Services (VD-HCBS) - Παρέχει στους βετεράνους ευκαιρίες να αυτο-κατευθύνουν το LTSS τους και να συνεχίσουν να ζουν ανεξάρτητα στο σπίτι.

Εθελοντικές Ευκαιρίες και Πολιτική Συμμετοχή - Η AoA εργάζεται για να υποστηρίξει τη χρήση των εθελοντών στα προγράμματα του OAA και να προσφέρει διευρυμένες ευκαιρίες για ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας και άλλους για να εμπλακούν στις κοινότητές τους. .(<https://acl.gov/about-acl/administration-aging>)

4.3 Ευρωπαϊκή Ένωση

4.3.1 Ενιαία ευρωπαϊκή πολιτική για δομές μακροχρόνιας φροντίδας

Η Ευρωπαϊκή Ένωση προβλέπει θεσμούς και διαδικασίες για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη των πολιτών της. Επίσης προκειμένου να εξομαλυνθούν οι διαφορές και να διασφαλιστεί η κοινωνική συνοχή ανάμεσα στις χώρες ενισχύει τις περιφέρειες. Χρηματοδοτεί έργα που επιτρέπουν σε εθνικές, περιφερειακές και τοπικές διοικήσεις, κοινωνικούς και οικονομικούς εταίρους και άλλους οργανισμούς την ανάπτυξη και την παροχή νέων υπηρεσιών, την ανάπτυξη και την αξιολόγηση νέων πολιτικών και την ανταλλαγή ορθών πρακτικών στους τομείς της απασχόλησης, των συνθηκών εργασίας και της κοινωνικής προστασίας και της ένταξης. Επίσης προωθεί τις διακρατικές συνεργασίες.

Σύμφωνα με τον προϋπολογισμό της ΕΕ για την περίοδο 2014-2020, στο πλαίσιο της πολιτικής της ΕΕ για τη συνοχή προβλέπονται επενδύσεις 325 δισ. ευρώ στα κράτη μέλη της Ευρώπης, στις περιφέρειες και τις πόλεις τους, με σκοπό την προώθηση των στόχων που έχουν τεθεί σε επίπεδο ΕΕ για τη δημιουργία ανάπτυξης και απασχόλησης, καθώς και για την αντιμετώπιση της κλιματικής αλλαγής, της ενεργειακής εξάρτησης και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή συνεργάζεται με τα κράτη μέλη στο πλαίσιο της Επιτροπής Κοινωνικής Προστασίας, αξιοποιώντας την Ανοικτή Μέθοδο Συντονισμού (ΑΜΣ) σε τομείς όπως η κοινωνική ένταξη, η υγειονομική περίθαλψη, η μακροχρόνια φροντίδα και οι συντάξεις (κοινωνική ΑΜΣ)

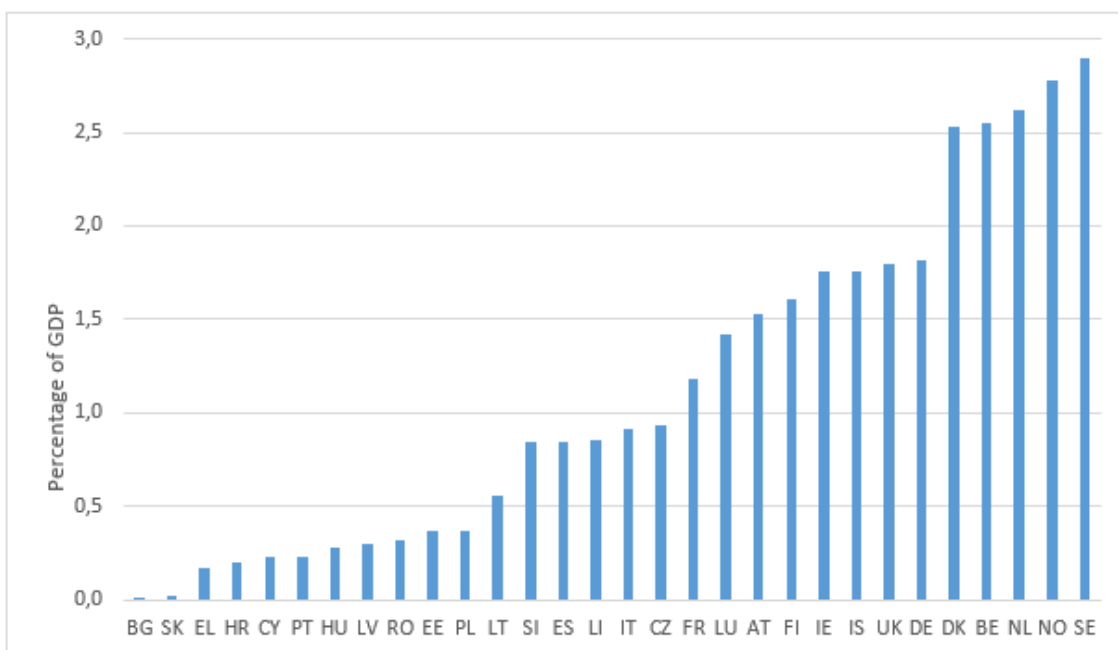
Η κοινωνική ΑΜΣ είναι μια εθελοντική διαδικασία πολιτικής συνεργασίας που βασίζεται σε συμφωνημένους κοινούς στόχους και στη μέτρηση της προόδου για την επίτευξη των στόχων αυτών με βάση κοινούς δείκτες. Η εν λόγω διαδικασία προϋποθέτει τη στενή συνεργασία με τους ενδιαφερόμενους παράγοντες, όπως τους κοινωνικούς εταίρους και την κοινωνία των πολιτών. (πηγή <https://www.europa.eu>)

Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων περιλαμβάνονται στον χάρτη των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων που αποτέλεσε αναπόσπαστο μέρος της Συνθήκης της Λισαβόνας το 1997.

Τα κράτη-μέλη της ΕΕ προχώρησαν σε παραδοχές σχετικά με τον κλάδο της μακροχρόνιας περίθαλψης. Όπως αναφέρεται στη μελέτη του Ευρωπαϊκού Δικτύου Κοινωνικής Πολιτικής για τις εθνικές πολιτικές 2018 «Προκλήσεις στην μακροχρόνια περίθαλψη στην Ευρώπη» (Spasova, Baeten, Coster, Ghailani, Pena-Casas, & Vanhercke, 2018) ο διακηρυγμένος επίσημα ευρωπαϊκός πυλώνας των κοινωνικών

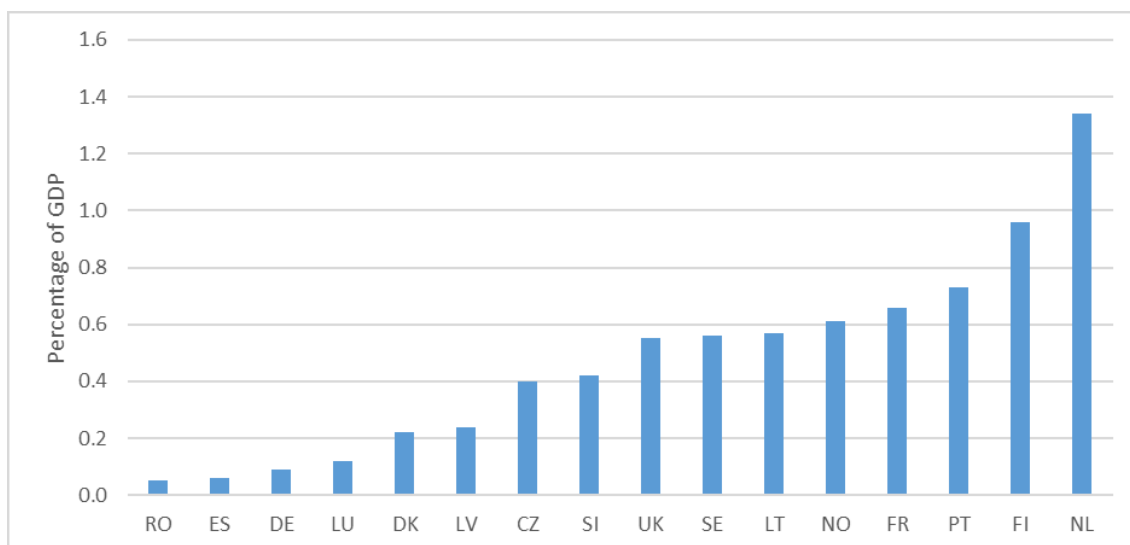
δικαιωμάτων απαριθμεί την πρόσβαση σε υπηρεσίες προσιτές και καλής ποιότητας μακροχρόνιας περίθαλψης ως μία από τις βασικές αρχές του. Οι υπηρεσίες επίσημης περίθαλψης θα πρέπει να είναι οικονομικά προσιτές, δεδομένου ότι μπορεί να συνεπάγονται σημαντικό οικονομικό κόστος, αφήνοντας πολλά άτομα που εξαρτώνται από την περίθαλψη με ανεκπλήρωτες ανάγκες. Ο Ψυλώνας δίνει προτεραιότητα στην φροντίδα κατ'οίκον (που παρέχεται στο σπίτι ενός ατόμου που χρήζει φροντίδας) και στις υπηρεσίες που βασίζονται στην κοινότητα (το φάσμα των μη θεσμικών υπηρεσιών φροντίδας), συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με αναπηρίες. Ταυτόχρονα, η ύπαρξη ενός καλά αναπτυγμένου και ποιοτικά καλού συστήματος οικιακής φροντίδας (συμπεριλαμβανομένης της ημι-κατοικίας) είναι σημαντική για την παροχή υποστήριξης σε όλες τις περιπτώσεις όπου η φροντίδα στο σπίτι δεν είναι βιώσιμη: απουσία ενός άτυπου δικτύου υποστήριξης, πολυπλοκότητα των αναγκών της LTC, της έλλειψης φροντίδας ανάπαυσης κ.λπ.

Οι τοπικές και κοινοτικές υπηρεσίες είναι πιο αναπτυγμένες σε όλες τις σκανδιναβικές χώρες (DK, IS, FI, NO, SE) και σε ορισμένες ηπειρωτικές χώρες (π.χ. BE, DE, FR). Από την άλλη πλευρά, αρκετοί εμπειρογνώμονες από τις χώρες της Νότιας (π.χ. CY, EL, ES, MT, PT) και ιδιαίτερα από τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης (π.χ. BG, CZ, EE, LV, LT, αναφέρουν την ανεπαρκή διαθεσιμότητα παροχής κατ'οίκον φροντίδας, η οποία συχνά απευθύνεται σε άτομα με υψηλό βαθμό εξάρτησης (Spasova, Baeten, Coster, Ghailani, Pena-Casas, & Vanhercke, 2018).



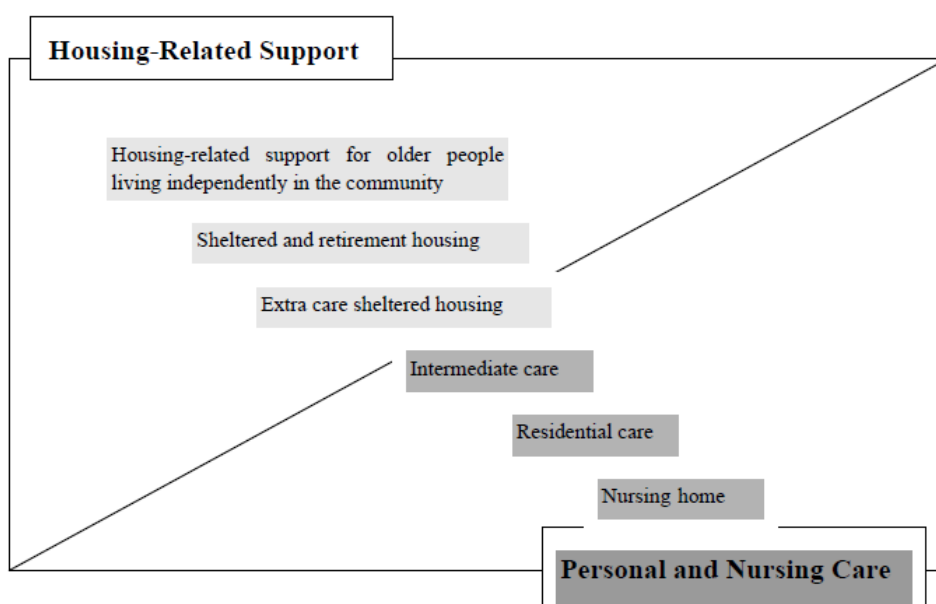
Εικόνα 3: Δαπάνες (Υγεία) για τη μακροχρόνια φροντίδα στο ΑΕΠ 2015

Οι διαφορές μεταξύ των κρατών μελών όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να εξελίσσονται οι LTC και να παρέχονται υπηρεσίες είναι μεγαλύτερες από ό, τι σε κάθε άλλο τομέα κοινωνικής προστασίας,



Εικόνα 4: Δαπάνες (κοινωνικές) για τη μακροχρόνια φροντίδα στο ΑΕΠ 2015

Υπάρχουν δυνατότητες για μεταφορά γνώσης μέσω αξιολογήσεων από εταίρους και εντοπισμού πλεονεκτημάτων από την ανταλλαγή ορισμένων ερευνών κόστους και ανάπτυξης σε επίπεδο ΕΕ. Οι Parry & Thompson (2005) εντόπισαν τις προϋποθέσεις για να θεωρηθεί ολοκληρωμένος ο σχεδιασμός της μακροχρόνιας φροντίδας των ατόμων τρίτης ηλικίας (εικόνα 5).



Εικόνα 5: Δομές για τη Μακροχρόνια Φροντίδα των Ατόμων Τρίτης Ηλικίας

Η ΕΕ λοιπόν μπορεί να βοηθήσει, διευκολύνοντας την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών, με την έρευνα και τη δοκιμή νέων λύσεων και την προώθηση της τεχνολογικής και κοινωνικής καινοτομίας. Η ευρωπαϊκή εταιρική σχέση καινοτομίας για την ενεργό και υγιή γήρανση έχει δημιουργηθεί για το σκοπό αυτό. Επιπλέον, η ΕΕ μπορεί να βελτιώσει την υποστήριξη της αναπτύσσοντας καλύτερους τρόπους ανταλλαγής γνώσεων σχετικά με το κόστος, τα οφέλη και την ποιότητα των δομών μακροχρόνιας φροντίδας (Long-Term Care (LTC)). Ωστόσο, οι δραστηριότητες που σχετίζονται με τη μακροχρόνια περίθαλψη σε επίπεδο ΕΕ πρέπει να είναι καλύτερα συντονισμένες και συνδεδεμένες. Παρά τις διαφορές αυτές, από την άποψη των αποτελεσμάτων, υπάρχουν ορισμένες σαφείς τάσεις μεταξύ συγκεκριμένων ομάδων χωρών (π.χ. Βόρειες χώρες, χώρες της Νότιας Ευρώπης και χώρες της Ανατολικής Ευρώπης). Γενικά, όλες οι εθνικές μεταρρυθμίσεις και στρατηγικές τόνισαν τη φροντίδα στο σπίτι, αλλά αυτό οδήγησε σε πολύ διαφορετικά μείγματα πολιτικής και αποτελέσματα (Spasova, Baeten, Coster, Ghailani, Pena-Casas, & Vanhercke, 2018).

Μια παράμετρος που πρέπει να αναφερθεί είναι η διαφορά ως προς την ποικιλία των δομών και τις παροχές ανάμεσα σε πλούσιους και φτωχούς δήμους της ίδιας χώρας.

Ως προς την ποιότητα των δομών για τα άτομα τρίτης ηλικίας δεν υπάρχει κοινή τακτική για τον καθορισμό μέτρων διασφάλισης της ποιότητας, παρακολούθησης και αξιολόγησης.

Βέβαια όπως καταγράφεται από την Spasova, et al, (2018) σε κάποιες χώρες παρατηρείται μια σοβαρή προσπάθεια καθορισμού ελάχιστων προδιαγραφών για τη διασφάλιση της ποιότητας. Για παράδειγμα:

Στη Λετονία όλοι οι πάροχοι υπηρεσιών LTC πρέπει να εγγραφούν στο Υπουργείο Πρόνοιας και πρέπει να πληρούν ποιοτικές απαιτήσεις, όπως αυτές που αφορούν τον αριθμό και τα προσόντα του προσωπικού, την προσβασιμότητα των χώρων περίθαλψης ή την προσαρμογή των παρόχων στις ανάγκες των δικαιούχων. Θα πρέπει να διεξάγονται ποιοτικές επιθεωρήσεις για να αξιολογούνται όλοι οι πάροχοι κάθε χρόνο, αλλά στην πραγματικότητα μόνο ορισμένοι μπορούν να αξιολογηθούν λόγω έλλειψης πόρων.

Στη Λιθουανία έχουν καθοριστεί ποιοτικά πρότυπα για τις υπηρεσίες φροντίδας κατ'οίκον σύμφωνα με τους κανονισμούς του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Εργασίας. Παρά την εποπτεία της εφαρμογής των προτύπων από το Υπουργείο

Εποπτείας των Κοινωνικών Υπηρεσιών, το σύστημα αξιολόγησης δεν λειτουργεί πλήρως.

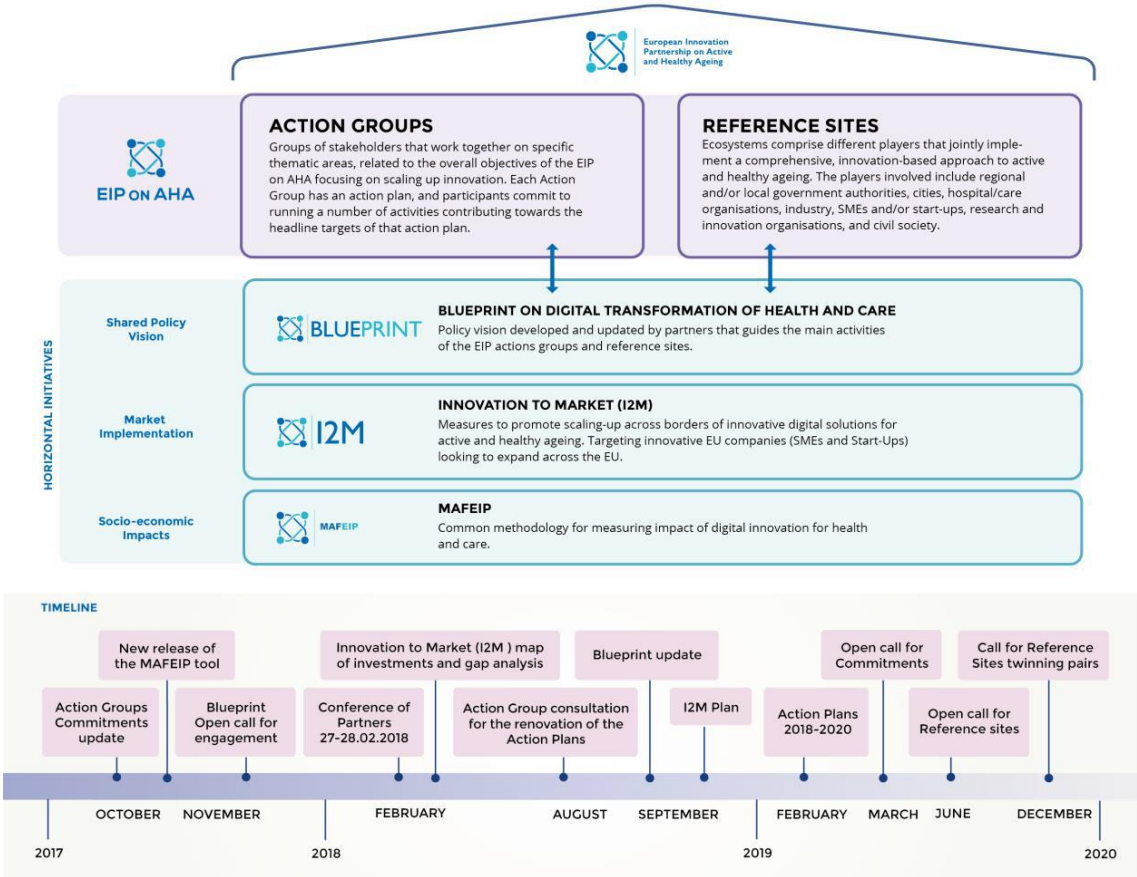
Στην Πορτογαλία, οι πάροχοι LTC πρέπει να ακολουθούν διαδικασίες διαπίστευσης. Τα πρότυπα οργανώνονται γύρω από τρεις γενικούς τομείς: τη δομή (αριθμός κλινών, ανθρώπινο δυναμικό), τη διαδικασία (διαδικασίες εγγραφής για την αξιολόγηση των κινδύνων κ.λπ.) και τα αποτελέσματα (εμφάνιση τραυματισμών, λοιμώξεις, πτώσεις κ.λπ.). Επιπλέον, ορισμένα ειδικά πρότυπα έχουν οριστεί για διαφορετικούς τύπους μονάδων νοσηλείας. Οι επιθεωρήσεις διεξάγονται σε δείγμα παρόχων.

Στην Ιρλανδία, η Αρχή Πληροφόρησης και Ποιότητας για την Υγεία ορίζει πρότυπα για οικιακή φροντίδα και ανακοινώνει τακτικές επιθεωρήσεις σε νοσηλευτικά ιδρύματα.

Στην Πολωνία, τα ποιοτικά πρότυπα που θεσπίζονται για τα ιδρύματα περιθάλψεως καλύπτουν τρεις βασικούς τομείς: την απασχόληση, τις διαδικασίες και τα πρότυπα στέγασης, χωριστά για τον τομέα της υγείας και του κοινωνικού τομέα.

4.3.2 Έμφαση στην κοινωνική ένταξη

Η ευρωπαϊκή εταιρική σχέση καινοτομίας για την ενεργό και υγιή γήρανση (EIP για την ΑΗΑ) ξεκινά έναν νέο κύκλο δραστηριοτήτων για την χρονική περίοδο 2018-2010 όπως παρατίθεται:



Εικόνα 6: EIP για την AHA Δραστηριότητες 2018-2020

Η AGE συντονίζει ένα μεγάλο έργο της ΕΕ με τίτλο AFE-INNOVNET η οποία επιδιώκει τη δημιουργία μιας μεγάλης κοινότητας τοπικών και περιφερειακών αρχών σε επίπεδο ΕΕ και άλλων σχετικών ενδιαφερομένων σε ολόκληρη την ΕΕ, οι οποίοι επιθυμούν να συνεργαστούν για την εξεύρεση έξυπνων και καινοτόμων λύσεων βάσει τεκμηρίων για την υποστήριξη της ενεργού και υγιούς γήρανσης και για την ανάπτυξη φιλικών προς την ηλικία περιβαλλόντων (AFE) σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι εργασίες αυτές πραγματοποιήθηκαν σε στενή συνεργασία με την ΠΟΥ, η οποία παρείχε τεχνική εμπειρογνωμοσύνη και έγγραφα για τη στήριξη αυτού του δικτύου της ΕΕ σε φιλικά προς την ηλικία περιβάλλοντα. Ο απώτερος στόχος του έργου είναι να αναπτυχθεί μια ισχυρή κίνηση σε ολόκληρη την ΕΕ για την προώθηση φιλικών προς την ηλικία περιβαλλόντων που θα χρησιμοποιήσουν τις σχετικές πολιτικές και χρηματοδοτικά μέσα της ΕΕ και να ολοκληρωθεί το πρόγραμμα Παγκόσμιου Δικτύου Πόλεων και Κοινοτήτων για την Ευρώπη Περιοχή της ΕΕ. Από το 2016 το Σύμφωνο ΕΕ για τη δημογραφική αλλαγή - στο οποίο είναι μέλος η AGE - δημιουργήθηκε.

Το **EUROFAMCARE** είναι ένα διεθνές ερευνητικό πρόγραμμα χρηματοδοτούμενο στο πλαίσιο του 5ου Προγραμματικού Πλαισίου της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Το 2004 πραγματοποίησε έρευνα σε 6.000 ευρωπαίους οικογενειακούς φροντιστές εξαρτώμενων ηλικιωμένων στις 6 εμπλεκόμενες χώρες EUROFAMCARE (Γερμανία, Ελλάδα, Ιταλία, Πολωνία, Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο).

Το χρηματοδοτούμενο από την ΕΕ σχέδιο EUROFAMCARE στοχεύει να διασφαλίσει ότι η οικογενειακή μέριμνα για τους ηλικιωμένους βρίσκεται στην πολιτική ατζέντα σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, καθώς και για την ευαισθητοποίηση σχετικά με την κατάσταση, τις ανάγκες και τις περιστάσεις των οικογενειακών φροντιστών καθώς και να εντοπίσει τις διαφορές μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Κατά συνέπεια, τα μέλη του έργου συμβάλλουν σε πολλές πρωτοβουλίες, συμπεριλαμβανομένου ενός Ευρωπαϊκού Δικτύου Φροντιστών, Ευρωπαϊκό Χάρτη Φροντιστών και μια Ευρωπαϊκή Ημέρα Φροντιστών.

Η πρόσκληση υποβολής προτάσεων για τις καινοτόμες πολιτικές κοινωνικής προστασίας και κοινωνικής ένταξης που χρηματοδοτούνται μέσω του προγράμματος **PROGRESS** (2007-2013) με στόχο να βοηθήσει τα κράτη μέλη της ΕΕ, υποψήφιας, προ-υποψήφιας και ΕΖΕΣ / ΕΟΧ χώρες να προωθήσουν τη βιωσιμότητα και την ποιότητα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας στους ηλικιωμένους. Έργα που χρηματοδοτήθηκαν μέσω αυτής της πρόσκλησης, αναμένεται να συμβάλουν σε καλύτερες πολιτικές για υγιά, ενεργό και αξιοπρεπή γήρανση.

Το πρόγραμμα ανέπτυξε μια βάση γνώσεων σχετικά με τους παράγοντες της ενεργού γήρανσης και τις πολιτικές που εφαρμόζονται και συγκέντρωσε παραδείγματα πολιτικής και πρακτικής από την DK, DE, ES, FR, UK, AT, EE, CZ, BE, EL, RO, FI, IE, λεπτομερή σύγκριση μεταξύ Ιταλίας και Γερμανίας.

Το μεταβιβάσιμο στοιχείο του έργου είναι ένα αναπτυγμένο μοντέλο κέντρου πολλαπλών υπηρεσιών για γυναίκες άνω των 70 ετών, το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί και να προσαρμοστεί και σε άλλες χώρες που επιθυμούν να εγκαταστήσουν παρόμοια κέντρα. Επίσης, η μεθοδολογία και τα εργαλεία της εθνικής έρευνας για ηλικιωμένες γυναίκες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως πρωτότυπο για εθνικές περιοδικές έρευνες. Το έργο αυτό αποτελεί παράδειγμα ορθής πρακτικής για την ανάπτυξη συμμετοχικής πολιτικής με έναν πολυεθνικό φορέα και την ομάδα ενδιαφερομένων με βάση στοιχεία και διεθνή μάθηση (Uzpelkiene & Brozaitis, 2014).

Την περασμένη δεκαετία υπήρξε μια ισχυρή τάση για την εισαγωγή βοηθητικής τεχνολογίας, τεχνολογίας πληροφορικής και επικοινωνιών (ΤΠΕ), στα σπίτια ως μέρος της φροντίδας των ηλικιωμένων. Οι Scotts et al. (2007) περιγράφουν τα οφέλη ως μείωση του κινδύνου ατυχημάτων και αύξηση της ασφάλειας, της ανεξαρτησίας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Τα συστήματα αυτά όπως Smart Homes, Telecare, Telemedicine κλπ. παρέχουν υπηρεσίες που σύμφωνα με τον Pleace (2011) στηρίζονται στις τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνιών ΤΠΕ και είναι συγκεκριμένα συναγερμοί, συστήματα διαδικτύου και τηλεφώνου που παρακολουθούν την ευημερία των ηλικιωμένων (Pgeiferova, Lux, Dvorak, Halvikova, Mikeszova, & Sunega, 2012).

Ευρωπαϊκό πρόγραμμα **MOBILE AGE** από το έργο HORIZON το οποίο στοχεύει στην ανάπτυξη ψηφιακών κινητών εφαρμογών, βασισμένων σε ανοιχτά δεδομένα, βοηθώντας τους ηλικιωμένους να έχουν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες στην κοινότητα τους με ευκολότερο, πιο εξατομικευμένο και αποτελεσματικότερο τρόπο. Τέτοιες κινητές εφαρμογές θα δοκιμαστούν σε τέσσερις πιλοτικές τοποθεσίες στην Ευρώπη (Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, Ισπανία και Ελλάδα)

Στις Κάτω Χώρες, η εθνική κυβέρνηση καθορίζει ένα πλαίσιο στους δήμους και ανεξάρτητους οργανισμούς για να αναπτύξουν τις δραστηριότητές τους με τους δικούς τους κανόνες. Οι ανεξάρτητοι οργανισμοί διοικούν τις υπηρεσίες οικιακής νοσηλευτικής και προσωπικής φροντίδας, οι δήμοι ρυθμίζουν τις τοπικές ενισχύσεις. Η **Ολλανδική Κοινωνική Υποστήριξη** παρέχει μια γενική περιγραφή των δημοτικών ευθυνών και απαιτεί οι δήμοι να καταγράψουν ένα όραμα για την κοινωνική στήριξη, συμπεριλαμβανομένων των ενισχύσεων, κάθε τέσσερα χρόνια. Οι δήμοι αποφασίζουν σχετικά με την επιλεξιμότητα, τις τιμές των υπηρεσιών και τις ακριβείς υπηρεσίες που θα χρηματοδοτηθούν. Η Ολλανδική Αρχή Υγείας καθορίζει τις μέγιστες τιμές για προσωπική φροντίδα και νοσηλεία στο σπίτι, την αξιολόγηση της περίθαλψης. Το Center (Center Indicatiestelling Zorg) αποφασίζει για τα ακριβή κριτήρια επιλεξιμότητας εντός των ορίων των κυβερνητικών κατευθυντήριων γραμμών.

Το **γαλλικό σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης** παρέχει ένα νόμιμο δικαίωμα στους πολίτες να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες όπως το νοσοκομείο στο σπίτι, μια παραϊατρική υπηρεσία και την παράδοση φαρμάκων στο σπίτι. (Mestheneos & Triantafillou, 2005)

Στο **Humanitas** (πηγή <https://humanitasdenenter.nl>) έναν πρότυπο οίκο ευγηρίας στην Ολλανδία, φοιτητές, που έχουν ανάγκη για ένα φθηνό ενοίκιο, μπορούν να εξασφαλίσουν δωρεάν στέγη με αντάλλαγμα τριάντα ώρες εβδομαδιαίας παρέας σε κάποιον ηλικιωμένο. Παραλλαγές αυτού του προγράμματος συναντά κανείς πολλές σε διάφορα σημεία της Ευρώπης, κάποτε με μεγαλύτερη εμπλοκή των νεότερων, κάποτε με λιγότερη παρέα, πάντοτε, όμως, με πρόθεση την ψυχική ανάταση των ηλικιωμένων και τη διατήρηση της ελπίδας μέχρι το τέλος της ζωής τους.

Στη Γαλλία και το Βαλλονικό τμήμα του Βελγίου οι **Cantous** είναι ξεχωριστές μικρές μονάδες για ηλικιωμένους με άνοια που μοιράζονται καθημερινή ζωή και δραστηριότητες μαγειρέματος υπό επίβλεψη. Η οικογένεια συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων και στην κοινωνική ζωή.

Η Ευρωπαϊκή πλατφόρμα για την Τρίτη ηλικία εντοπίζει διάφορες πρακτικές και καινοτομίες όπως:

Η **ολλανδική πρωτοβουλία Mijl Huis Op Maat** προσφέρει ένα πρακτικό εργαλείο για την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των ηλικιωμένων σχετικά με τις βελτιώσεις που μπορούν να γίνουν στα σπίτια τους, προκειμένου να ζήσουν ανεξάρτητα για όσο διάστημα θέλουν. Χρησιμοποιείται από περισσότερες από 50 τοπικές αρχές στις Κάτω Χώρες και προορίζεται να στηρίζει την τοπική πολιτική για ανεξάρτητη διαβίωση.

Η διαδικτυακή πλατφόρμα περιέχει όλες τις πληροφορίες σχετικά με το να μεγαλώνεις και να ζεις ανεξάρτητα στο σπίτι σου. Η καρδιά της πλατφόρμας είναι ο έλεγχος του σπιτιού (Home Test), μια σε απευθείας σύνδεση λίστα ερωτήσεων που δίνει τη δυνατότητα να ελεγχθούν οι πιθανότητες βελτίωσης στο σπίτι για ανεξάρτητη διαβίωση. Αυτή η δοκιμή (δωρεάν) παρέχει μια προσωπική λίστα ελέγχου. Οι τοπικές κοινότητες μπορούν να συμμετάσχουν στο Home Test: «εγγραφούν» στην πλατφόρμα ένα πιο εκτεταμένο σύνολο λύσεων στους κατοίκους που συμπληρώνουν το Home Test. Για κάθε σημείο με ανάγκη βελτίωσης παρέχονται διάφορες λύσεις που μπορούν να κάνουν τα πράγματα ασφαλέστερα και πιο άνετα στα σπίτια τους. Εκτός από τις πληροφορίες, το Home Test, το Mijl Huis Op Maat η πλατφόρμα φιλοξενεί μια μηχανή αναζήτησης για επιχειρηματίες που παρέχουν λύσεις για τους ηλικιωμένους και μπορούν να φροντίζουν τα πράγματα που πρέπει να κάνουν στο σπίτι τους.

Το Mijl Huis Op Maat είναι μια πλατφόρμα που μπορεί να φέρει σε επαφή τοπικές αρχές, ηλικιωμένους, εργαζόμενους, ενώσεις ηλικιωμένων, ενώσεις κατοικίας,

οργανώσεις φροντίδας και τοπικούς επιχειρηματίες που συνεργάζονται και προσφέρουν ένα απλό εργαλείο στους κατοίκους, τους πελάτες τους. Το εργαλείο χρησιμοποιείται επίσης ως εργαλείο ευαισθητοποίησης για να δείξει στους ηλικιωμένους τις δυνατότητές τους να αναλάβουν ηγετικό ρόλο στη ζωή τους και να κάνουν βιώσιμες επιλογές για το πώς θέλουν να ζήσουν όταν γερνούν.

Στην Ελβετία και η Γενεύη μια πρωτοβουλία με τίτλο «**Περίπου ένα τραπέζι**» επιτρέπει στους ηλικιωμένους να κάθονται και να τρώνε μαζί κάθε εβδομάδα σε ένα εστιατόριο κοντά στο σπίτι τους, ως εναλλακτική λύση στο γεύμα που παραδίδεται στο σπίτι. Η πρωτοβουλία αυτή αποσκοπεί στην καταπολέμηση της κοινωνικής απομόνωσης και στην προώθηση της αλληλεγγύης, της υγείας και της κοινωνικής ένταξης.

Το έργο αυτό, που δημιουργήθηκε το 2004 από το Ίδρυμα Genevaise de Maintien à Domicile (IMAD) και από ορισμένους φορείς κοινοτικής δράσης. Ακολούθησε ως απάντηση τις διαπιστώσεις μιας μελέτης που ζήτησε το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Δράσης του Καντονίου της Γενεύης το 2003, οι οποίες αποκαλύπτουν ότι η παράδοση των γευμάτων στο σπίτι των ηλικιωμένων συμβάλλει στην απομόνωσή τους και μπορεί να μην βελτιώνει πάντα τη διατροφή τους, καθώς τείνουν να τρώνε λιγότερο όταν τρώνε μόνοι τους. Μια φορά την εβδομάδα, μια ομάδα ηλικιωμένων πηγαίνουν και τρώνε σε ένα από τα εστιατόρια που συμμετέχουν στη γειτονιά τους, συνοδευόμενοι από εθελοντές. Ο εθελοντής θα παρέχει βοήθεια σε άτομα με μειωμένη κινητικότητα. Τα 17 εστιατόρια που συμμετέχουν σε αυτή την κοινωνική δράση αφήνουν ένα τραπέζι ελεύθερο σε εβδομαδιαία βάση για μια μικρή ομάδα και προσφέρουν ένα υγιεινό και ισορροπημένο γεύμα με παρόμοια τιμή με αυτό που παραδίδεται στο σπίτι τους.

Το **Elderlinked** είναι ένα ψηφιακό εργαλείο που δημιουργήθηκε από δύο νέους επιχειρηματίες για να βοηθήσει τους ηλικιωμένους στην καθημερινή τους ζωή στο σπίτι, δηλαδή με ιατρική πρόσληψη, υπενθύμιση δραστηριότητας, βοήθεια νοσοκόμων, οικογενειακές αλληλεπιδράσεις κ.λπ.

Η εφαρμογή cloud διευκολύνει τις ανταλλαγές και την παρακολούθηση μεταξύ των ηλικιωμένων και της οικογένειάς τους, των φροντιστών τους και των εταίρων βοήθειας που συνδέονται με τους Elderly.

Η πόλη του Mons στο Βέλγιο ξεκίνησε ένα νέο έργο **διοικητικής υπηρεσίας στο σπίτι** που προσφέρεται στους κατοίκους ηλικίας 75 ετών και άνω και σε άτομα με μειωμένη κινητικότητα. Η υπηρεσία, που χρηματοδοτείται από το πρόγραμμα αστικής πολιτικής της περιφέρειας της Βαλλονίας, είναι δωρεάν και μπορεί να ζητηθεί μέσω τηλεφωνικής κλήσης προς τη δημοτική αρχή.

Πέντε υπάλληλοι της πόλης θα φροντίσουν να παραδώσουν τα απαραίτητα διοικητικά έγγραφα απευθείας στο σπίτι των 10.000 κατοίκων (περίπου το 10% του πληθυσμού του Mons).

Από τον Οκτώβριο του 2017, η πόλη Cambrai, στη βόρεια Γαλλία, ξεκίνησε μια καινοτόμο πρωτοβουλία που βοηθά στην αντιμετώπιση της μοναξιάς στην τρίτη ηλικία: επιτρέποντας στους ηλικιωμένους να πάρουν **σκύλο ή γάτα στο σπίτι** χωρίς να τους υιοθετήσουν. Ο ηλικιωμένος μπορεί να πάει σε ένα καταφύγιο και να επιλέξει ανάμεσα σε όλα τα ζώα που περιμένουν την υιοθεσία, δωρεάν, σε αντάλλαγμα της καλής φροντίδας.

Εάν το εισόδημα του ατόμου είναι χαμηλό, ο δήμος παρέχει οικονομική βοήθεια, σε περίπτωση νοσηλείας ή ανάγκης για ιατρική περίθαλψη, το καταφύγιο το φροντίζει, επειδή παραμένει ιδιοκτησία του σωματείου καλής διαβίωσης των ζώων.

Η γαλλική πόλη της Ντιζόν ξεκίνησε ένα νέο πειραματισμό για να αντιμετωπίσει δύο τρέχουσες τάσεις: τη μείωση των ταχυδρομικών αποστολών και τη γήρανση του πληθυσμού. Η ιδέα είναι να εκχωρηθούν περίπου **χίλιοι ταχυδρόμοι** για την υποστήριξη της ανεξάρτητης διαβίωσης των ηλικιωμένων σε απομακρυσμένες περιοχές και για την καταπολέμηση της απομόνωσης τους.

Σε συνεργασία με ορισμένους αγροτικούς δήμους, οι υπεύθυνοι για τη διαχείριση των ταχυδρομείων θα είναι υπεύθυνοι για τη διεξαγωγή ελέγχου - για να βεβαιωθούν ότι τα πιο ευάλωτα ηλικιωμένα άτομα είναι καλά και λαμβάνουν αυτό που χρειάζονται - και να τους βοηθήσουν στο σπίτι, π.χ. για την παράδοση των αγορών ή των φαρμάκων τους.

Ένα ερωτηματολόγιο θα διανεμηθεί σε 60.000 κατοίκους ηλικίας άνω των 80 ετών που ζουν κυρίως μόνο σε απομακρυσμένες περιοχές, με σκοπό τον εντοπισμό απομονωμένων ηλικιωμένων. Ο τελικός στόχος θα είναι να καθοδηγήσει το απομονωμένο άτομο προς μια δομή δημόσιας βοήθειας όταν χρειαστεί.

Το σπίτι Dahlia στη Havre, Γαλλία, είναι ένα εκπαιδευτικό εκθεσιακό σπίτι που έχει προσαρμοστεί για να προάγει την ανεξάρτητη διαβίωση και την ευημερία στην τρίτη ηλικία.

Αυτός ο χώρος επίδειξης, που δημιουργήθηκε από το Κεντρικό Ταμείο Κοινωνικών Δραστηριοτήτων (CCAS), επιτρέπει στα ηλικιωμένα άτομα και τους (άτυπους ή επαγγελματίες) φροντιστές να βλέπουν και να δοκιμάζουν πιθανά καταλύματα για να εξασφαλίσουν το σπίτι τους και να διευκολύνουν καθημερινές δραστηριότητες ηλικιωμένων, προϋπολογισμός. Αυτά τα καταλύματα περιλαμβάνουν μερικές σημαντικές αλλαγές, καθώς και μικρές τεχνικές υποστηρίξεις και συμβουλές.

Το έργο βραβεύτηκε πρόσφατα από το γαλλόφωνο δίκτυο για πόλεις φιλικές προς την ηλικία.

Η ένωση Γαλλικών Φροντιστών (Association of Française des Aidants) ξεκίνησε ένα **δωρεάν ηλεκτρονικό εκπαιδευτικό εργαλείο** για την υποστήριξη των οικογενειακών φροντιστών στην καθημερινότητά τους.

Η κατάρτιση αποτελείται από έξι ενότητες περίπου 20 λεπτών που ασχολούνται με διάφορες πτυχές της άτυπης φροντίδας, όπως οι ατομικές αντιλήψεις για τη νόσο ή την αναπηρία, η μεταβαλλόμενη σχέση με έναν εξαρτώμενο συγγενή / φίλο, οι σχέσεις με επαγγελματίες φροντίδας, την κοινωνική και προσωπική ζωή των ανθρώπων κλπ. Αναφέρει επίσης ορισμένους οργανισμούς που μπορούν να υποστηρίξουν τους φροντιστές και παρουσιάζουν τα διάφορα είδη επαγγελματιών και το είδος της βοήθειας που μπορούν να προσφέρουν.

Το **ICT4Life** είναι ένα τριετές πρόγραμμα που χρηματοδοτείται από το Πρόγραμμα Πλαίσιο Έρευνας και Καινοτομίας του HORIZON 2020, με τη φιλοδοξία να προσφέρει νέες υπηρεσίες ολοκληρωμένης φροντίδας, χρησιμοποιώντας φιλικά προς το χρήστη εργαλεία ΤΠΕ, βελτιώνοντας τελικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και την αυτονομία τους στο σπίτι. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, η ICT4Life διεξάγει καινοτόμες έρευνες και καινοτόμες λύσεις και θα υλοποιήσει την πλατφόρμα ICT4Life. Μια τέτοια πλατφόρμα θα προσφέρει μια σειρά από καινοτόμες υπηρεσίες σε ασθενείς που πάσχουν από παθήσεις του Πάρκινσον, Αλτσχάιμερ και άλλες μορφές άνοιας, αλλά και σε επαγγελματίες υγείας και επίσημους και άτυπους φροντιστές.

4.4 Σκανδιναβικές χώρες

4.4.1 Σουηδικό μοντέλο

Στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Κοινωνικών Υποθέσεων της Σουηδίας και ειδικά στην αντίστοιχη του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και Πρόνοιας υπάρχει επαρκής πληροφόρηση για κάθε πληθυσμιακή ομάδα και για την ομάδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Επίσης εύκολα μπορεί να έχει κάθε ενδιαφερόμενος πρόσβαση στα στατιστικά στοιχεία και στα αποτελέσματα ανοικτών συγκρίσεων για τις υπηρεσίες οικιακής βοήθειας και την ειδική στέγαση που προκύπτουν από ετήσια διαδικτυακή έρευνα σχετικά με τη φροντίδα των ηλικιωμένων.

Τα στατιστικά στοιχεία Υπουργείου Κοινωνικών Υποθέσεων της Σουηδίας για το 2017 εστιάζουν σε τρία σημεία.

-Πάνω από 313.000 ηλικιωμένοι κάνουν χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών της Σουηδίας.

-Η ζήτηση συναγερμών ασφαλείας και υπηρεσιών συνοδείας αυξήθηκαν ενώ άλλες υπηρεσίες μειώθηκαν.

-Οι υπηρεσίες οικιακής βοήθειας ήταν η συνηθέστερη μορφή υπηρεσίας. (πηγή <https://www.socialstyrelsen.se>)

Ορισμένες έρευνες τόνισαν ότι από την άποψη της ποιότητας, το σουηδικό σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας (LTC) βρίσκεται σε άριστη κατάσταση στις διεθνείς συγκρίσεις (Σουηδική Ένωση Τοπικών Αρχών και Περιφερειών, 2015, ΟΟΣΑ 2013). Όπως αναφέρει ο Per Gunnar Edebalk (2008) υπάρχει βέβαια μεγάλος προβληματισμός για τον τρόπο που θα διατηρηθεί η ποιότητα του συστήματος αυτού. Η Σουηδία έχει γίνει μια πολυπολιτισμική κοινωνία καθώς ο αριθμός ηλικιωμένων μεταναστών (ηλικίας 65+) ανέρχεται σε 170.000 και ο αριθμός τους θα αυξηθεί. Αναμένονται λοιπόν σοβαρές επιπτώσεις στην ζήτηση αλλά και στην ποικιλομορφία των αναγκών. Επιπλέον σύντομα θα απαιτηθεί αύξηση της φορολογίας λόγω της αύξησης της ζήτησης -η κύρια πηγή χρηματοδότησης των LTC στην Σουηδία είναι οι τοπικοί φόροι-, η οποία δεν είναι πλέον εύκολα εφαρμόσιμη καθώς η φορολογική βάση λόγω της

παγκοσμιοποίησης είναι πιο ευέλικτη. Τα τελευταία χρόνια, σύμφωνα με τους So^o Derström et al. (2001) η ασφάλιση έχει συζητηθεί ως πιθανή πηγή χρηματοδότησης.

4.4.2 Συμμετοχικές διαδικασίες και εφαρμογή T.Π.Ε

-**Tubbemoddelen** Καινοτόμο μοντέλο συμμετοχικής διαχείρισης σε σουηδικά σπίτια συνταξιοδότησης.

Επιτρέπει στο προσωπικό και τους κατοίκους να διαχειρίζονται μαζί το νοσοκομείο και να δίνουν στους ηλικιωμένους την αίσθηση ότι είναι το δικό τους σπίτι. Αυτή είναι η βασική ιδέα του Tubbemoddelen , ενός καινοτόμου μοντέλου διαχείρισης από τη βάση προς τα πάνω, που δημιουργήθηκε αρχικά στα νοσοκομεία του δήμου Tjörn, Σουηδία.

Εμπνευσμένο από το όραμα της δανέζικης καθηγήτριας Tyra Frank το σουηδικό πρότυπο βασίζεται σε μια πραγματική συμμετοχική διαδικασία διαχείρισης που περιλαμβάνει τους κατοίκους του σπιτιού σε όλα τα επίπεδα στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των δικών τους συνθηκών διαβίωσης Π.χ. το σπίτι συνταξιοδότησης Tubberödshus διοικείται και οργανώνεται από τους κατοίκους, με την υποστήριξη του προσωπικού, και όχι το αντίστροφο.

Αυτός ο τύπος διαχείρισης αντικατοπτρίζει τα ειδικά πλαίσια και τις ανάγκες της Σουηδίας. Πράγματι, η χώρα αντιμετωπίζει έλλειψη επαγγελματιών υγείας και νοσοκόμων σε ορισμένες περιοχές, όπως το Tjörn. Ο στόχος του Tubbemoddelen είναι να εξασφαλίσει ένα μοντέλο που θα προάγει τη μέγιστη συμμετοχή των κατοίκων στην παροχή ποιοτικής φροντίδας με το διαθέσιμο προσωπικό.

-Το μοντέλο των **οικογενειών γονικής μέριμνας ηλικιωμένων** στην πόλη του Τάμπερε

Ο αριθμός των ηλικιωμένων και ευπαθών ηλικιωμένων στη Φινλανδία αυξάνεται, καθώς και το κόστος των σπιτιών φροντίδας και των νοσηλευτηρίων. Οι δημόσιες αρχές, οι εμπειρογνώμονες στον τομέα της πολιτικής για την υγεία, οι οικογένειες και οι ηλικιωμένοι αναζητούν εναλλακτικές λύσεις για να εξοικονομήσουν χρήματα και να παρέχουν στους ηλικιωμένους τη μέγιστη ελευθερία να επιλέξουν ένα ασφαλές και άνετο μέρος για να ζήσουν. Η οικογενειακή φροντίδα των ηλικιωμένων είναι αρχή στη Φινλανδία. Τα σπίτια για ηλικιωμένους Foster Care είναι ιδιωτικά σπίτια που έχουν άδεια από το δήμο και προσφέρουν βοήθεια για όσους χρειάζονται βοήθεια για καθημερινές δραστηριότητες, αλλά δεν χρειάζονται πλήρη νοσηλευτική φροντίδα. Ένας οικογενειακός βοηθός φροντίδας πληρώνεται για να πάρει τους ηλικιωμένους και να

τους παρέχει ένα σπίτι - γεύματα, ρούχα, ένα μέρος για ύπνο, κάποιον να μιλήσει και να παρακολουθήσει. Η φροντίδα στο σπίτι του οικογενειακού φροντιστή μπορεί να είναι πλήρους απασχόλησης (24/7) ή μερικής απασχόλησης, δηλαδή ημερήσια φροντίδα. Στην μερική απασχόληση οικογενειακής φροντίδας, ένας ηλικιωμένος άνθρωπος περνάει τη μέρα με την οικογένεια των «γονέων». Η οικογενειακή φροντίδα των ηλικιωμένων οργανώνεται, υποστηρίζεται και εποπτεύεται από τον δήμο. (πηγή <https://www.age-platform.eu>)

-Στη Φινλανδία με την σύναψη εταιρικών σχέσεων μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα επιδιώκεται να αντιμετωπιστεί η αυξημένη ζήτηση για οικιακή φροντίδα (Genet, Boerma, Kroneman, Hutchinson, & Saltman, 2012).

-Το έργο **"Το Mallu κάνει τους γύρους"** παρέχει εύκολη πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες σε άτομα, ιδιαίτερα τρίτης ηλικίας, σε αγροτικές περιοχές της Φιλανδίας. Ένα λεωφορείο έχει μετατραπεί σε ένα κινητό κέντρο υγείας όπου οι νοσηλεύτες παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες και αναφέρονται μόνο σε περίπτωση ανάγκης σε έναν γιατρό. Αυτό έχει το διπλό όφελος από το να είναι σε θέση να επικεντρώνονται στα κύρια καθήκοντά τους, βελτιώνοντας την αποτελεσματικότητα της περιφερειακής υγείας και την αποταμίευση των ασθενών. Ο χρόνος και η ταλαιπωρία για να ταξιδέψουν μεγάλες αποστάσεις για ιατρικές υπηρεσίες αποδεδειγμένα αποθαρρύνουν τους ηλικιωμένους να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες αυτές (UNECE, 2018).

-Το έργο **«Τηλεϊατρική αξιολόγηση των ελκών»** καταδεικνύει τον τρόπο με τον οποίο η τεχνολογία υποστηρίζει και βελτιώνει την διατομεακή συνεργασία μεταξύ δημοτικών νοσηλευτών και περιφερικής θεραπείας έλκους στα νοσοκομεία της Δανίας. Μεταξύ 35.000 και 40.000 άτομα στη Δανία εκτιμάται ότι έχουν έλκη στα πόδια τους ως συνέπεια του διαβήτη - μεγάλο μέρος των ασθενών είναι ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε όλες τις περιοχές της Δανίας.

Την 1η Σεπτεμβρίου 2012 ξεκίνησε το πρώτο κρατικό σχέδιο τηλεϊατρικής της Δανίας: τηλεϊατρική αξιολόγηση των ελκών. Οι ασθενείς, που δεν είναι περιπατητικοί ή ζουν μακριά από το νοσοκομείο, μπορούν να επωφεληθούν από αυτήν την πρακτική. Με τη χρήση της τηλεϊατρικής, το δημοτικό σύστημα οικιακής φροντίδας μαζί με τους γιατρούς του νοσοκομείου είναι σε θέση να θεραπεύσουν τα έλκη των ασθενών πιο αποτελεσματικά και με μεγαλύτερη ικανοποίηση από τους ασθενείς. Όταν ο νοσηλευτής επισκέπτεται το σπίτι ο ασθενής παίρνει μια φωτογραφία του έλκους με το κινητό του τηλέφωνο. Προωθεί την εικόνα σε ιστορικό έλκους ιστού, στην εγγραφή για

μέγεθος υπολογιστή, λοίμωξη κλπ. - στην εγγραφή. Ένας γιατρός ή εξειδικευμένη νοσοκόμα στο νοσοκομείο εξετάζει την εικόνα και τις σημειώσεις στο αρχείο και γράφει μια απάντηση, για παράδειγμα με νέες οδηγίες για θεραπεία ή νέα φάρμακα. Ο ασθενής μπορεί επίσης να έχει πρόσβαση στο δικό του αρχείο και να παρακολουθεί την πρόοδο της θεραπείας. Το έργο στοχεύει στην επίτευξη 30% μείωσης του χρόνου επώλωσης του έλκους, λιγότερες επισκέψεις από τους νοσηλευτές του Δήμου, λιγότερες επισκέψεις εξωτερικών ασθενών στο νοσοκομείο για τον ασθενή και καλύτερη χρήση των πόρων του νοσοκομείου από τους ειδικούς μόνο για να παρακολουθήσουν ασθενείς με τα πιο περίπλοκα έλκη (UNECE, 2018).

Το **σημείο συνάντησης** του χωριού Idestrup στη Δανία

Μια ομάδα ηλικιωμένων στο δανικό χωριό Idestrup ανακαίνισε ένα πρώην κατάστημα και το μεταμόρφωσε σε τόπο συνάντησης για όλη την κοινότητα και ιδιαίτερα για τους ηλικιωμένους. Το σημείο συνάντησης προσφέρει μια σειρά από υπηρεσίες και δραστηριότητες, όπως για παράδειγμα έναν καφέ, ένα κέντρο πληροφορικής όπου βασικές ΤΠΕ δεξιότητες διδάσκονται, γυμναστήρια, ένα μαγαζί με είδη second hand, αίθουσες συσκέψεων και μια κουζίνα.

Το πλήρως ανακαινισμένο κτίριο και οι προσφερόμενες δραστηριότητες έχουν συμβάλει στον εκσυγχρονισμό του χωριού και στην περαιτέρω αξιοποίηση της κοινωνικής σύνδεσης, την προώθηση και τη γήρανση των ηλικιωμένων στην κοινότητα του χωριού. Δύο εργασίες έχουν συμμετάσχει σε επιχειρηματικές δραστηριότητες συνεργασίας και 20 θέσεις κατάρτισης υπό την προϋπόθεση ότι (κυρίως) οι έφηβοι διδάσκουν στους ηλικιωμένους πώς να χρησιμοποιούν εξοπλισμό πληροφορικής. Τώρα, υπάρχουν εκατοντάδες χρηστών αυτές τις υπηρεσίες - και κυρίως μεγαλύτερη κοινωνική συνοχή και αλληλεπίδραση μεταξύ τους.

Το έργο ξεκίνησε το 2008 και χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Γεωργικό Ταμείο Αγροτικής Ανάπτυξης (ΕΓΤΑΑ) (UNECE, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

5.1 Συζήτηση

Η πίεση στα κράτη και στους πολιτειακούς σχηματισμούς (Η.Π.Α, ΕΕ) για χάραξη πολιτικής για τη μείωση του κόστους, τη βελτίωση της πρόσβασης, της βιωσιμότητας και της αποτελεσματικότητας στις δομές μακροχρόνιας φροντίδας για τα άτομα τρίτης ηλικίας έχει οδηγήσει στην έναρξη μιας δημιουργικής διαδικασίας για την εύρεση των βέλτιστων λύσεων.

Η αναζήτηση καινοτόμων εφαρμογών για νέους τρόπους πληρωμής και παροχής υπηρεσιών σε κάποιες περιπτώσεις προκαλείται δημοσίως τόσο στις Η.Π.Α όσο και στην Ευρωπαϊκή Ένωση π.χ στην ιστοσελίδα του C.M.S στις Η.Π.Α, στην ΕΕ μέσω προγραμμάτων. Επίσης προκαλείται από τους ίδιους τους ηλικιωμένους μέσω των φορέων που τους εκπροσωπούν. (AARP στις Η.Π.Α, Age platform στην ΕΕ)

Η σημερινή ταραγμένη κατάσταση στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) επηρεάζει τα κράτη μέλη αλλά και κράτη εκτός της ΕΕ και συνεπώς όλες οι χώρες ενδέχεται να υποχρεωθούν να αναπροσανατολίσουν τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών οικιακής φροντίδας. Η μελέτη των N. Genet et al, (2012, σελ. 5) διαπίστωσε ότι η φροντίδα στο σπίτι είναι ένα σχετικά νέο φαινόμενο στην κεντρική και ανατολική πλευρά της Ευρώπης. Οι χώρες αυτές εξακολουθούν να κυριαρχούνται από κάπως πατερναλιστικές και συγκεντρωτικές προσεγγίσεις. Τείνουν να προσφέρουν τυποποιημένες λύσεις για υποτιθέμενες ομοιογενείς ανάγκες. Οι τρέχοντες οικονομικοί περιορισμοί δεν είναι ευνοϊκοί για περαιτέρω ανάπτυξη και όσον αφορά τις βέλτιστες πρακτικές μπορεί να μην μπορούν πλέον να εφαρμοστούν αυτόματα ως μοντέλα. Ακόμη και χώρες με παραδοσιακά καλά ανεπτυγμένα συστήματα φροντίδας στο σπίτι είναι πιθανό να αναγκαστούν να αναζητήσουν νέα, περισσότερα βιώσιμα μοντέλα παροχής φροντίδας (Pgeiferova, Lux, Dvorak, Halvikova, Mikeszova, & Sunega, 2012).

Οι Monk και Cox (1995) αναφέρουν τους κύριους τομείς των πολιτικών καινοτομιών στην κοινωνική φροντίδα όσον αφορά τη φροντίδα των ηλικιωμένων:

- Συντονισμός της φροντίδας στο σπίτι με υπηρεσίες στέγασης και υγειονομικής περίθαλψης.
- Ανάπτυξη νέων μεθόδων στόχευσης και ιεράρχησης της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους.
- Προσλήψεις και κατάρτιση επίσημων αλλά και άτυπων φροντιστών.
- Ενσωμάτωση των επίσημων και ανεπίσημων υπηρεσιών.

- Καταναλωτές («οι ηλικιωμένοι») και η συμμετοχή της κοινότητας στο σχεδιασμό, την οργάνωση και τη λειτουργία υπηρεσιών που παρέχονται κατ'οίκον.
- Εύρεση νέων πηγών χρηματοδότησης για υπηρεσίες οικιακής φροντίδας.
- Όργανα έννομης προστασίας και διαδικασίες για την έκφραση των ηλικιωμένων σε περιπτώσεις δυσαρέσκειας.
- Απλούστευση της κατανομής του προϋπολογισμού και οργάνωση της περίθαλψης.
- Κοινωνικές υπηρεσίες που καλύπτουν κενά για τους ηλικιωμένους, όπως ημερήσια φροντίδα και φροντίδα ανάπαυλας

Βέβαια στις ανεπτυγμένες χώρες της ΕΕ (όπως η Βρετανία και οι Σκανδιναβικές χώρες), η τάση των τελευταίων δύο δεκαετιών ήταν να υποστηρίξει, να προωθήσει και να προσφέρει μια μεγάλη ποικιλία λύσεων για τους ηλικιωμένους. Πλήρως ανεξάρτητη διαβίωση και την ιδρυματική φροντίδα (γηροκομεία) αντιπροσωπεύουν μόνο τα δύο άκρα ενός συνεχούς που περιλαμβάνει μια μεγάλη ποικιλία λύσεων στέγασης (και περίθαλψης) για τους ηλικιωμένους που μπορεί να ταιριάζουν καλύτερα στις ατομικές ανάγκες και τις προτιμήσεις των ευάλωτων ατόμων (Pgeiferova, Lux, Dvorak, Halvikova, Mikeszova, & Sunega, 2012).

Είναι προφανές ότι υπάρχει μια τάση για ομοιομορφία στην δημιουργία δομών για τα άτομα τρίτης ηλικίας. Οι υπηρεσίες οικιακής βοήθειας με όλες τις διαφοροποιήσεις τους φαίνεται να έχουν επικρατήσει ως απάντηση στην επιθυμία για ανεξάρτητη διαβίωση και στη μείωση των πηγών χρηματοδότησης. Ακολουθούν ως επιθυμητές λύσεις η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο σπίτι, τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας και τα τοπικά κέντρα συντονισμού υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών.

Κατακερματισμός μεταξύ οξείας περίθαλψης, μακροχρόνιας φροντίδας, κοινωνικής φροντίδας, στέγασης και πρόνοιας βρέθηκαν κοινά σε όλες τις χώρες. (home across Europe)

Μεγάλες προσδοκίες υπάρχουν από την χρήση των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών (Τ.Π.Ε) και ιδιαίτερος της εφαρμογής eHealth, στις υπηρεσίες υγείας αλλά και σε αυτές της μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων. Όπως αναφέρουν οι Tarricone & Tsouros (2008) οι προσδοκίες για τις δυνατότητες της κατ'οίκον περίθαλψης έχουν αυξηθεί καθώς η νέα τεχνολογία διευκολύνει τον συντονισμό της

φροντίδας και επιτρέπει τη μακρινή παρακολούθηση και πιο σύνθετες θεραπείες στο σπίτι.

Οι ΤΠΕ στην υγειονομική περίθαλψη εστιάζονται είτε στην παροχή πληροφοριών είτε στη διαχείριση κινδύνων (Barlow, Bayer, & Curry, 2005). Το τελευταίο είναι το βασικό ζήτημα, καθώς αποσκοπεί στην παρακολούθηση του σώματος και του σπιτιού του ατόμου, οι πληροφορίες διαβιβάζονται σε έναν επαγγελματία φροντίδας ο οποίος αποφασίζει πότε υπάρχει έκτακτη ανάγκη. Σύμφωνα με τους Beech & Roberts (2008) τα γενικά οφέλη για τους αποδέκτες αυτών των υπηρεσιών εκτιμάται ότι θα είναι σημαντικά (Pgeiferova, Lux, Dvorak, Halvikova, Mikeszova, & Sunega, 2012).

Η χρήση των ΤΠΕ αναμένεται επίσης να καλύψει την ανάγκη καλύτερου συντονισμού μεταξύ των διαφόρων τύπων οικιακής φροντίδας αλλά και μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής προστασίας.

Το Ηνωμένο Βασίλειο θέτει ως στρατηγικό στόχο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) για τα επόμενα χρόνια την ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων φροντίδας με την ενθάρρυνση της συνεργασίας κοινωνικών και υγειονομικών εργαζομένων.

Στις Η.Π.Α υπάρχει μια προσπάθεια για να διασφαλιστεί το συνεχές της φροντίδας προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των ατόμων τρίτης ηλικίας που διαφοροποιούνται με το πέρασμα του χρόνου.

Ο Evans (2009: 116) επισημαίνει την εμφάνιση ιστοσελίδων κοινωνικής δικτύωσης που απευθύνονται σε ηλικιωμένους. Στόχος αυτών των εικονικών κοινοτήτων είναι η δημιουργία κοινωνικών δικτύων για τους ηλικιωμένους, η διατήρηση της αίσθησης της συμμετοχής τους στην κοινότητα και η πρόσβαση των ηλικιωμένων σε πληροφορίες που είναι απαραίτητες και επωφελείς για αυτούς (π.χ. ευκαιρίες αγοράς κ.λπ.). Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι οι διαδικτυακές κοινότητες ενισχύουν επίσης την επαφή και την επικοινωνία πρόσωπο με πρόσωπο. Η επέκταση των διαδικτυακών κοινωνικών δικτύων εκτιμάται ως θετική, επειδή υποστηρίζει τους ηλικιωμένους ως μέλη της κοινότητας.

Η πραγματική χρήση, η χρηστικότητα και η χρησιμότητα συγκεκριμένων εφαρμογών των τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνιών, μέχρι και στην Σουηδία που η χρήση των ΤΠΕ είναι 100%, δεν έχει ποσοτικοποιηθεί (Nøhr, 2018).

Η ενημέρωση για την ασφαλή παραμονή στο σπίτι, οι προσαρμογές στο σπίτι αλλά και η βοηθητική τεχνολογία φαίνεται να διευκολύνει την παραμονή στο σπίτι. Η βοηθητική τεχνολογία θα μπορούσε σε κάποιες περιπτώσεις να αντικαταστήσει μεγάλης κλίμακας και ακριβές τροποποιήσεις (Archer, et al., 2017).

Παρομοίως, μια μελέτη από τους Lansley et al (2004) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η προσαρμογή των σπιτιών για τους ηλικιωμένους μειώνει το κόστος σε σύγκριση με την κατ' οίκον φροντίδα ή την νοσηλεία στο σπίτι., κυρίως λόγω της πρόληψης ή της δυνατότητας των ηλικιωμένων να εγκαταλείψουν νωρίτερα νοσοκομειακή και ιδρυματική φροντίδα (ή να δαπανούν λιγότερο χρόνο σε τέτοιους τύπους φροντίδας και να επιστρέψουν νωρίτερα στο σπίτι). Αν και υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι αυτό πράγματι ισχύει (Andrich, Ferrario, & Moi, 1998), υπάρχουν αμφιβολίες για το αν αυτή είναι μια καλή προσέγγιση, αφού η επίσημη φροντίδα στο σπίτι σημαίνει επίσης κοινωνική επαφή για τους ηλικιωμένους (Pgeiferova, Lux, Dvorak, Halvikova, Mikeszova, & Sunega, 2012).

Οι προσαρμογές στο σπίτι στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου χρηματοδοτούνται βάσει επιχορηγήσεων από τις τοπικές αρχές. Ωστόσο, σε άλλες χώρες, όπως οι ΗΠΑ, δεν υπάρχει γενικό πρόγραμμα που να επικεντρώνεται στις τροποποιήσεις στο σπίτι για τους ηλικιωμένους. Στις ΗΠΑ, υπάρχουν μόνο λίγες τέτοιες ευκαιρίες και μόνο ειδικές ομάδες-στόχοι είναι επιλέξιμες για δωρεάν τροποποιήσεις στο σπίτι (π.χ. Veterans Administration Service, Farmers Home Administration). Ωστόσο, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν καλύπτονται από τα συστήματα αυτά, καθώς ούτε οι Medicaid ούτε οι ασφαλιστικές εταιρείες πληρώνουν για τις τροποποιήσεις στο σπίτι (Scotts, Saville-Smith, & James, 2007).

Ακόμη όμως και σε χώρες με λίγη ή καθόλου άμεση οικονομική στήριξη για μετατροπές στο σπίτι, υπήρξε μια προσπάθεια να αυξηθούν οι περιορισμένες γνώσεις μεταξύ υποψήφιων ενοικιαστών που αναζητούν προσβάσιμες κατοικίες. Ο προτεινόμενος τρόπος για να γίνει αυτό ήταν η χρήση μητρώων για προσβάσιμες κατοικίες. Αυτά τα μητρώα, τόσο εθνικά όσο και τοπικά, έχουν συνήθως διεξαχθεί από μη κερδοσκοπικές πρωτοβουλίες. Το σκεπτικό αυτών των μητρώων είναι η συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις κενές, προσιτές και προσβάσιμες κατοικίες που θα μπορούσαν να παρασχεθούν στους ηλικιωμένους με ειδικές ανάγκες. Υπάρχουν πολυάριθμα παραδείγματα για τη χρήση αυτών των μητρώων, από τις Η.Β.

(Massachusetts Housing Registry) έως τη Νορβηγία και το Ηνωμένο Βασίλειο (π.χ. Λονδίνο ή Γλασκώβη) (Scotts, Saville-Smith, & James, 2007).

Η συντριπτική πλειοψηφία των δημόσιων προϋπολογισμών δεν μπορεί να αντιμετωπίσει το πλήρες κόστος της ανάπτυξης ενός συστήματος ολοκληρωμένης φροντίδας για τους ηλικιωμένους ανθρώπους μέσω δημόσιων υπηρεσιών, ιδίως από τις μελλοντικές προβλέψεις δείχνουν ότι η ζήτηση για περίθαλψη θα αυξηθεί. Έτσι είναι κρίσιμη η υποστήριξη των οικογενειακών φροντιστών από επαγγελματίες φροντιστές, όπως και οι πολιτικές και πρακτικές που αποζημιώνουν τους φροντιστές της οικογένειας για τη φροντίδα που αναλαμβάνουν με την εξασφάλιση ότι διατηρούν μια καλή ποιότητα ζωής και ασφάλειας στη δική τους συνταξιοδότηση. Και τα δυο είναι κρίσιμα στοιχεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη στην χάραξη πολιτικών για τους φροντιστές της οικογένειας.

Καθώς η παροχή υπηρεσιών οικιακής φροντίδας είναι κλάδος έντασης εργασίας δεν είναι βέβαιη η επάρκεια σε εξειδικευμένο προσωπικό τα επόμενα χρόνια. Σε πολλές χώρες η άτυπη φροντίδα καθίσταται ολοένα και πιο σπάνια ως αποτέλεσμα της αυξημένης κινητικότητας, της αστικοποίησης και της αυξανόμενης συμμετοχής των γυναικών στην εργασία. Υπάρχει ανάγκη για υπηρεσίες υποστήριξης των άτυπων φροντιστών, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας ανάπαυλας, ρυθμίσεις ημερήσιας φροντίδας, εξειδικευμένη (παρηγορητική) φροντίδα, εθελοντική υποστήριξη και τεχνολογική εφαρμογή στο σπίτι (Mestheneos & Triantafyllou, 2005). Η οργάνωση υπηρεσιών ανακούφισης των φροντιστών φαίνεται να αποτελεί πρωταρχικό αίτημα των εκπροσώπων τους και σοβαρό λόγο για την αύξηση της ικανοποίησης τους. Ανεπτυγμένο σύστημα ανακούφισης των φροντιστών όμως εντοπίζουμε μόνο στις Η.Π.Α.

Χώρες με υψηλότερες αναλογίες γενικών ιατρών που εργάζονται σε περιπατητικές δομές σημειώνουν χαμηλότερο συνολικό κόστος και υψηλότερα επίπεδα ποιότητας. Χώρες που εξαρτώνται όλο και περισσότερο από ειδικούς ιατρούς έχουν στάσιμα ή φθίνοντα αποτελέσματα στην υγεία όταν αυτά προσμετρώνται σε πληθυσμιακό επίπεδο, ενώ ο κατακερματισμός της φροντίδας εντείνει την δυσφορία του χρήστη και συμβάλλει στον διαχωρισμό μεταξύ των υγειονομικών και των κοινωνικών υπηρεσιών. (Εθνική στρατηγική για την υγεία σελ 40)

Ο τομέας της κατ' οίκον φροντίδας είναι περίπλοκος εξαιτίας της αλληλεξάρτησης με άλλους τομείς που παίζουν ρόλο στο να επιτρέψουν στους ανθρώπους να παραμείνουν στο σπίτι - για παράδειγμα, τον νοσοκομειακό τομέα, την πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τον τομέα κοινωνικής πρόνοιας. Ο συντονισμός είναι απαραίτητος, όχι μόνο μεταξύ παρόχων επαγγελματικής φροντίδας, αλλά και μεταξύ επαγγελματιών και άτυπων φροντιστών (Bonsang, 2009).

Όπως επισημαίνεται στο Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα συστήματα και τις πολιτικές υγείας (Genet, Boerma, Kroneman, Hutchinson, & Saltman, 2012) ο κανονισμός για την ποιότητα της περίθαλψης υπάρχει στις περισσότερες χώρες αλλά ο έλεγχος της ποιότητας είναι γενικά χαμηλός.

5.2 Συμπεράσματα - Προτάσεις

Παρόλο που η έλλειψη επαρκών δεδομένων δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων εντοπίσαμε τα παρακάτω στοιχεία:

- Η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη παραμονή στο σπίτι και τη γειτονία τους φαίνεται να είναι η πιο επιθυμητή από την πλευρά των ατόμων τρίτης ηλικίας και η λιγότερο δαπανηρή λύση για το κράτος και τις δημοτικές αρχές.
- Στον κατασκευαστικό κλάδο διερευνώνται νέοι τρόποι κατασκευής κατοικιών ώστε να πληρούνται ορισμένα κριτήρια. Επίσης διερευνάται η ανάπτυξη κινήτρων όπως η παροχή δανείων χαμηλού κόστους για νέες κατοικίες και οι επιχορηγήσεις για την τροποποίηση υφιστάμενων δομών.
- Η χρήση περιουσιακών στοιχείων της Τοπικής αυτοδιοίκησης για την ανέγερση και την προμήθεια στέγης θα πρόσφερε μια σημαντική λύση για την κατοικία ευάλωτων κοινωνικών ομάδων όπως οι ηλικιωμένοι. (Ομάδα Cambridge)
- Τα τελευταία χρόνια, με τις Η.Π.Α να πρωτοστατούν, κερδίζει έδαφος η έννοια των βιώσιμων πόλεων, των πόλεων που εξασφαλίζουν έναν βολικό τρόπο ζωής σε όλες τις ηλικίες και τις ανάγκες του πληθυσμού τους. Η έννοια των φιλικών προς την ηλικία πόλεων εμφανίζεται και στην Ε.Ε (Γαλλία). Σε ελληνικούς δήμους παρατηρούνται εφαρμογές των ΤΠΕ που διευκολύνουν την καθημερινότητα των πολιτών με το θεσμό Smart Cities.
- Ο καθορισμός της έννοιας της ποιότητας αποτελεί μια δυναμική διαδικασία στις Η.Π.Α., όπου ορίζονται μια σειρά μέτρων ποιότητας για τις ΗΗΑ και τις Ν.Η. Η

δε τήρηση των μέτρων ποιότητας συνδέονται, όπως φαίνεται επιτυχώς, με τα συστήματα αποζημίωσης.

- Η σύνταξη κατευθυντήριων γραμμών και συστάσεων της ΕΕ σχετικά με τις καλύτερες και πιο βιώσιμες μορφές οικονομικής υποστήριξης των εξαρτημένων ατόμων τρίτης ηλικίας και των φροντιστών τους για εφαρμογή σε εθνικό επίπεδο είναι ένας καλός τρόπος για τη μεταφορά της τεχνογνωσίας για τη μακροχρόνια φροντίδα και στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες στον τομέα αυτό. Επίσης σημαντική είναι η δημιουργία ενός ευρωπαϊκού πλαισίου προτύπων ποιότητας για την λειτουργία των δομών για την τρίτη ηλικία.
- Ένας κεντρικός σχεδιασμός για τις δομές για άτομα τρίτης ηλικίας με σαφείς κατευθύνσεις για το είδος και την χρηματοδότηση των δομών, τους κανονισμούς ποιότητας και τα μέτρα ποιότητας με αποκεντρωμένη εφαρμογή (Δήμους) είναι μια καλή πρακτική για να διασφαλιστεί η αντιμετώπιση των συγκεκριμένων κοινωνικών αναγκών. Τα εθνικά συστήματα του Ηνωμένου Βασιλείου και της Σουηδίας που εφαρμόζουν την πρακτική αυτή θεωρούνται διεθνώς από τα πιο επιτυχημένα.
- Η σύνδεση της χρηματοδότησης με την τήρηση κριτηρίων/μέτρων ποιότητας φαίνεται επιτυχής πρακτική για τη διασφάλιση της ποιότητας. Επίσης επιτυχημένη φαίνεται η χορήγηση αδειών και η πιστοποίηση ιδιωτικών ή δημόσιων παρόχων. Μια ενδιαφέρουσα πρακτική είναι η χορήγηση φορολογικών ελαφρύνσεων σε χρήστες υπηρεσιών οικιακής φροντίδας στην Φιλανδία από ιδιώτες παρόχους με άδεια, θα μπορούσε να διερευνηθεί ως προς την αποτελεσματικότητά της.
- Η δημοσιοποίηση των στοιχείων και των αποτελεσμάτων ανοικτών συγκρίσεων των δομών (Η.Π.Α, Σουηδία) προωθεί όχι μόνο την ενημέρωση των χρηστών τους αλλά αποτελεί και κίνητρο για τη βελτίωση της ποιότητας των δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων. Οι αξιολογήσεις, με αστέρια, που εφαρμόζονται τα τελευταία χρόνια στις Η.Π.Α. προσθέτουν ένα εργαλείο για την στήριξη της λήψης αποφάσεων για την μακροχρόνια φροντίδα.
- Ένας ενδιαφέρον τρόπος ενημέρωσης των ενδιαφερόμενων για τις υπάρχουσες δομές είναι μέσω της κεντρικής ιστοσελίδας του αρμόδιου φορέα, όπως στην αντίστοιχη του Εθνικού συστήματος του ΗΒ. Με την εισαγωγή της πόλης όπου κατοικεί ο ενδιαφερόμενος ή του ταχυδρομικού κώδικα προσφέρεται εκτενής

παρουσίαση των υπηρεσιών που προσφέρονται εκεί καθώς και του κόστους τους.

- Τα προγράμματα εκμάθησης της χρήσης ΤΠΕ αποτελούν μια επιτυχημένη πρακτική σε χώρες όπως η Ελλάδα, όπου στα άτομα τρίτης ηλικίας παρατηρείται ηλεκτρονικός αναλφαβητισμός, παράγοντας ανασταλτικός στην πρόσβαση στην πληροφορία.
- Συμμετοχικές διαδικασίες στη διοίκηση δομών κλειστού τύπου (ειδικές μονάδες, οίκοι ευγηρίας κ.λ.π) και ποικιλία ερεθισμάτων για την σωματική άσκηση και νοητική ενδυνάμωση αποτελούν καλές πρακτικές για τη διατήρηση της ανεξαρτησίας των ατόμων τρίτης ηλικίας στις δομές αυτές.

Είναι σημαντικό που στην Ελλάδα η μακροχρόνια φροντίδα των ατόμων τρίτης ηλικίας, ήδη από τη δεκαετία του 80, έχει προσανατολιστεί στην γειτονιά με τα κέντρα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων, τα οποία μπορούν να αναλάβουν το συντονισμό της φροντίδας υγείας και κοινωνικής προστασίας αλλά και εκπαίδευση του πληθυσμού σε συμπεριφορές υγείας. Στην συνέχεια με ευρωπαϊκή χρηματοδότηση αρχικά και τώρα με χρηματοδότηση από την Ε.Ε.Τ.Α.Α, εφαρμόζει επίσης το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι». Μέσω ΕΣΠΑ λειτουργούν και τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων επίσης εστιασμένα στη παραμονή στο σπίτι.

Δυστυχώς η οικονομική κρίση που προέκυψε ανέστρεψε την ανάπτυξη νέων δομών και την εξέλιξη των διαδικασιών.

Έτσι δεν υπάρχουν αντίστοιχες υπηρεσίες σαν τις υπηρεσίες για την προσαρμογή των κατοικιών ή όπως αναφέρονται στο HB, handyperson services, καθώς επίσης τα κέντρα ή μονάδες υποβοηθούμενης διαβίωσης (Η.Π.Α) ή «καταφύγια» (sheltred housing-HB). Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες καλύπτουν διαφορετικές ανάγκες ηλικιωμένων και πιθανώς θα μπορούσαν να καλύψουν το κενό που υπάρχει στη χώρα μας ανάμεσα στις υπηρεσίες που παρέχει το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» και την κλειστή περίθαλψη.

Η εξασφάλιση ότι οι ηλικιωμένοι γνωρίζουν τις υπηρεσίες που τους παρέχονται αποτελεί επίσης μια ιδιαίτερη πρόκληση. Σύμφωνα με τον Wright (2002) οι ηλικιωμένοι δεν γνωρίζουν τις υπηρεσίες που έχουν στη διάθεσή τους και αυτό αποτελεί βασικό περιορισμό. Επίσης, υπάρχουν στοιχεία για άτομα που φιλοξενούνταν σε οίκο ευγηρίας, αλλά αισθανόταν ότι δεν θα είχαν παεί, αν είχαν γνώση των διαθέσιμων υποστηρικτικών μέσων, ιδίως στους τομείς των επιχορηγήσεων, του

εξοπλισμού και των προσαρμογών (Clough, Leamy, Bright, Miller, & Brooks, 2003). Τα βασικά οφέλη αυτών των αποκεντρωμένων μοντέλων είναι ότι πρέπει (α) να οδηγήσουν σε πιο δημιουργικές λύσεις παροχής υπηρεσιών, (β) να οδηγήσουν σε υπηρεσίες πιο επαγγελματικές και ανταποκρινόμενες στις τοπικές ανάγκες, (γ) να διευκολύνουν την προσέγγιση του πελάτη και (δ) εξουσιοδοτούν τους ηλικιωμένους στην ελευθερία επιλογής τους (Pgeiferova, Lux, Dvorak, Halvikova, Mikeszova, & Sunega, 2012).

Η παραπομπή σε συγκεκριμένη δομή/δομές θα πρέπει να γίνεται εξατομικευμένα. Ως προς τη λήψη αποφάσεων για τη μακροχρόνια φροντίδα τους θα πρέπει να παρέχεται βελτιωμένη υπηρεσία παροχής συμβουλών και πληροφοριών, οι ηλικιωμένοι θα μπορούσαν να βοηθηθούν από την παρουσίαση των υπάρχουσών επιλογών στέγασης μέσω ηλεκτρονικής εφαρμογής, δηλ μέσω μοντελοποίησης.

Η χρήση δοκιμασμένων εφαρμογών των Τ.Π.Ε στην φροντίδα των ατόμων τρίτης ηλικίας θα προσέφερε μια λιγότερο δαπανηρή λύση για την παρακολούθηση τους, λιγότερες εισόδους και μικρότερης διάρκειας παραμονή στα νοσοκομεία.

Στην Ελλάδα ως επί τω πλείστον οι γυναίκες υπήρξαν οι άτυποι φροντιστές των ηλικιωμένων καθώς πλέον εργάζονται για τη διατήρηση ενός καλού επιπέδου ζωής είναι αναγκαία η υποστήριξη τους με σχεδιασμό πολιτικών ανακούφισης.

Όσον αφορά την φροντίδα του αγροτικού πληθυσμού των ατόμων τρίτης ηλικίας θα ήταν επιτυχημένη η χρήση κινητών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας σαν αυτές που περιγράφηκαν.

Η προώθηση και υιοθέτηση προτύπων στην ΕΕ στον τομέα κατάρτισης για την απασχόληση στις υπηρεσίες περίθαλψης θεωρείται ως βήμα στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην αποτελεσματικότητα και τη βιωσιμότητα των μέτρων, των πρακτικών και των στρατηγικών, ιδιαίτερα όσον αφορά τη διαχείριση και την χρηματοδότηση τους.

Πρόβλεψη πρέπει να υπάρχει και για διαδικασίες παραπόνων και νομική κάλυψη.

Ενδιαφέρουσες ιδέες προκύπτουν στις εφαρμογές πιλοτικών προγραμμάτων όπου υπάρχουν πρωτότυπες συνδέσεις όπως:

-Άλλες ομάδες πληθυσμού, κλάδοι εργαζομένων (κάποιοι απειλούνται με ανεργία) και υπηρεσίες πχ οι ταχυδρόμοι στο Βέλγιο και στη Γαλλία ως προμηθευτές διοικητικών εγγράφων ή φαρμάκων, τροφίμων κ.λπ. αντίστοιχα, φοιτητές διαμένουν σε οίκους ευγηρίας συντροφεύοντας τους φιλοξενούμενους τους, κομμωτές σε σπίτια ανοιακών ασθενών, αδέσποτα κατοικίδια κρατούν συντροφιά σε μοναχικούς ηλικιωμένους.

-Διαφορετικές εκφάνσεις της κοινωνικότητας πχ λέσχες ανάγνωσης, στέκια αυτοοργάνωσης ηλικιωμένων, κοινωνικά γεύματα σε εστιατόρια.

-Διάφοροι τύποι κοινωνικής αλληλεγγύης, Μ.Κ.Ο, εταιρείες κοινωνικής ευθύνης εθελοντές στην ανακούφιση φροντιστών, και

-Ευκαιρίες επιχειρηματικότητας όπως ιδιωτικές υπηρεσίες οικιακής βοήθειας, υπηρεσίες για την προσαρμογή κατοικιών, βοηθήματα αναπηρίας.

Τελειώνοντας την καταγραφή καλών πρακτικών πρέπει να αναφέρουμε ότι η έλλειψη δεδομένων από άλλες έρευνες και οι γλωσσικοί περιορισμοί για την αναζήτηση καλών πρακτικών σε άλλες χώρες εκτός αυτών που παρουσιάστηκαν αποτέλεσαν περιορισμούς στην διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης. Επίσης η ποικιλία των δομών αλλά και οι διαφορές στον τρόπο λειτουργίας τους δημιούργησαν δυσκολία στην επιλογή καλών πρακτικών για κάθε μια από αυτές.

Θα ήταν ενδιαφέρον να διερευνηθούν διεξοδικά ποιες λύσεις είναι αποτελεσματικές και ποιες όχι, ποιο είναι το κόστος και τα οφέλη των καλών πρακτικών και πώς οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι δέχονται τέτοιες πολιτικές.

Η βελτίωση της ποιότητας των δομών προϋποθέτει καθορισμό κριτηρίων για την επιλογή μέτρων ποιότητας ανάλογα με την χρηστικότητα τους και την σημασία τους στα άτομα τρίτης ηλικίας, τις οικογένειες τους και τους επαγγελματίες υγείας και φροντίδας. Οι απόψεις των εμπλεκόμενων μερών θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενο επόμενων ερευνών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- American Productivity & Quality Center. (1993). *The Benchmarking Management Guide*. Portland, Oregon: Productivity Press.
- Andrich, R., Ferrario, M., & Moi, M. (1998). A Model of Cost-Outcome Analysis for Assistive Technology. *Disability and Rehabilitation*(20), σσ. 1-24.
- Archer, T., Green, S., Leather, D., McCarthy, L., Wilson, I., Robinson, D., και συν. (2017, November). *Older People's housing, care and support needs in Greater Cambridge 2017-2036*. Ανάκτηση από SHURA: shura.shu.ac.uk/18868
- Arino-Blasco, S. (2005). Dignity and Older people: The voice of professionals. Barcelona.
- Arking, R. (1991). *Biology of aging: Observators and principles*. Englewood Cliffs.
- Arrowsmith, e. a. (2004). What can benchmarking offer: the method of the coordination. *Journal of European Puplic Policy*, 11, σσ. 311-328.
- Banister, D., & Bowling, A. (2004). Quality of life for Elderly: The Transport Dimension. *Transport Policy*, σσ. 105-115.
- Barlow, J., Bayer, S., & Curry, R. (2005). Flexible Homes, Flexible Care, Inflexible Organizations. *Housing Studies*(20), σσ. 441-456.
- Beech, R., & Roberts , D. (2008). Assistive Technology and Older People.
- Bonsang, E. (2009). Does Informal Care From Children to Their Elderly Parents Substitute for Formal Care in Europe? *Journal of Health Economics*(20), σσ. 143-154.
- Clough, R., Leamy, M., Bright, L., Miller, V., & Brooks, L. (2003). *Homing in on Housing: A Study of Housing Decisions of People Aged over 60*. Lancaster: Eskrigge Social Research.
- Commission, E. (2018). *The 2018 Pension Adequacy Report: Current and future income adequacy in old age in EU*. Brussels: European Commission.
- DLTR. (2001). Older People their Transport Needs and Requirements, Mobility and Inclusion Unit. London: DLTR.
- Edebalk, P. (2008). 5 Ways of Funding and Organising Elderly Care in Sweden.
- Enans, S. (2009). *Community and Ageing: Maintaining Quality of Life in Housing with Care Settings*. Bristol: Policy Press.

- Fong, e. a. (1998). Benchmarking: a general reading for management practitioners. *Management Decision*(36), σσ. 407-418.
- Fries, B. E. (1994). Refining a Case-mix Measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Medical care*(32), σσ. 668-685.
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (2012). *Home Care across Europe:Current structure and future challenges*. United Kingdom: Observatory Studies Series.
- Gilhooly, M., Hamilton, K., O' Neil, M., Gow, J., Webster, N., & Rike, F. (2002). *ESRC*. Ανάκτηση December 2006, από www.esrc.ac.uk
- Heywood, A. (2014). *Εισαγωγή στην Πολιτική*. Επίκεντρον.
- Holloway, e. a. (1999b). *Identifying Best Practice in Benchmarking*. London: Research Monograph CIMA.
- Hutten, J., & Kerkstra, A. (1996). *Home care in Europe. A country specific guide to its organization*. Arena: NIVEL.
- Johnson, P., & Thane, P. (2008). *Τα γηρατειά από την αρχαιότητα έως τη μετανεωτερικότητα*. Αθήνα: Πολύτροπον.
- Jopson, A. (2006). *Transport and Older People: Integrating Transport Planning Tools with User Needs*. Leeds.
- Kajahainen, A. (2002). *Benchmarking in brainstorming Benchmarking in the Improvement of Higher Education*. Helsinki: ENQA Workshop Reports.
- Kohlbacher, F., & Hang, C. C. (2011). Applying the disruptive innovation framework to the silver market: Technology adoption and deployment for older consumers. *Ageing International*(36), σσ. 82-101.
- Kyro. (2003). Revising the concept and forms of benchmarking. *Benchmarking: An International Journal*(10), σσ. 210-225.
- Lansley, P., McCreddie, C., Tinker, A., Flanagan, S., Goodacre, K., & Turner-Smith, A. (2004b). Adapting the Homes of Older People: A Case Study of costs and Saving. *Building Research and innovations*(32), σσ. 468-483.
- Lee, P. M. (2006). Understanding factors for benchmarking adoption. New Evidence from Malaysia. *Benchmarking: An international Journal*(13), σσ. 548-565.
- Lemme, B. H. (1995). *Development of adulthood*. Boston: Allyn & Bacon.
- Mestheneos, E., & Triantafillou, J. (2005). *Supporting Family carers of older people in Europe- The Pan-European background*. Hamburg: University of Hamburg.
- Metz, D. H. (2000). Mobility of Older People and their quality of life. *Transport Policy*, σσ. 140-152.

- Monk, A., & Cox, C. (1995). Trends and Developments in Home Care Services: An International perspective. *Journal of Gerontological Social Work*(24), σσ. 251-270.
- Mor, V. (2004). A Comprehensive Clinical Assessment Tool to Inform Policy and Practice: Applications of the Minimum Data Set. *Medical Care*(42), σσ. III50-III59.
- Mor, V. (2005). Improving the quality of long-term care with better information. *The Milbank Quartetly*.
- Morris, J. N. (1997). A Commitment to Change: Revision of HFCA's RAL. *Journal of American Geriatric Society*(45), σσ. 1011-1016.
- Nøhr, C. e. (2018). *Monitoring and Benchmarking eHealth in Nordic Countries*. European Federation for Medical Informatics (EFMI) and IOS (Press).
- ODPM. (2006). *The Social Exclusion of older people: Evidence from the first wave of English Longitudinal study of Ageing (ELSA)*. London: ODPM.
- Ogden, S. M. (1998). Comment: Benchmarking and best practice in small hotel sector. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*(10), σσ. 189-190.
- Parry, I., & Thompson, L. (2005). Sheltered and Retirement Housing. A Good Practice Guide. Coventry: Chartered Institute of Housing.
- Peace, S. M., & Holland, C. (2001). *Inclusive Housing in an Ageing Society: Innovative Approaches*. Bristol: The Policy Press.
- Pgeiferova, S., Lux, M., Dvorak, T., Halvikova, J., Mikeszova, M., & Sunega, P. (2012). *Housing and Social Care for the Elderly in Central Europe*. Institute of Sociology AS Cz.
- Pleace, N. (2011). *The costs and benefits of Preventative Support Services for Older People*. York: The Centre for Housing Policy.
- Ramadabran, R. e. (1997). Benchmarking and project management: a review and organizational model. *Benchmarking for Quality Management and Technology*(4), σσ. 47-58.
- Sangl, J. D. (2005). Challenges in Measuring Nursing Home and Home Health Quality: Lessons from the First National Health care Quality Report. *Medical Care*(43), σσ. 124-132.
- Scotts, M., Saville-Smith, K., & James, B. (2007). *International Trends in Accessible Housing For People with Disabilities. A Selected Review of Policies and Programmes in Europe, North America, United Kingdom, Japan and Australia*. Aotearoa New Zealand: Centre for Housing Research.
- SEU. (2005). *Excluded Older People Interim Report*. London: SEU.
- Shaughnessy, P. W. (1994). Measuring and Assuring the Quality of Home Health Care. *Health Care Finance Review*(16), σσ. 35-67.
- Shrestha, L. B., & Heisler, E. J. (2011). *The changing demographic profile of the United States*. Congressional Research Service.

- Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Pena-Casas, R., & Vanhercke, B. (2018). *Challenges in long-term care in Europe: A study of national policies*. Brussels: European Commission.
- Spendolini, M. J. (1992). *The Benchmarking Book*. New York: AMACOM American Management Association.
- Start, R., Matlock, A., Brown, D., Aronow, H., & Soban, L. (2018, September-October). Realizing Momentum and Synergy: Benchmarking Meaningful Ambulatory Care Nurse-Sensitive Indicators. *Nursing Economics*(36), σσ. 246-251.
- Stoker, J. (1998). OASIS as a Mandatory Medicare Requirement. *Home Healthcare Nurse*(43), σ. 595.
- Tarricone, R., & Tsouros, A. (2008). *Home care in Europe: The solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office.
- Titheridge, H., & Solomon, J. (2007, June). *Benchmarking accessibility for Elderly persons*. Ανάκτηση January 2007, από ResearchGate: www.researchgate.net/publication/37183695
- UNECE. (2018, March). Older Persons in rural and remote areas. *Policy Brief on Ageing*, σσ. 1-24.
- Uzpelkiene, L., & Brozaitis, H. (2014). *Monitoring good practices in the areas of employment, social affairs and inclusion*. European Commission.
- Wahl, H.-W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the Environment: Toward an Integrative Model and Research Agenda for the future. *The Gerontologist*(52), σσ. 306-316.
- Webber, S. C., Porter, M. M., & Menec, V. H. (2010). Mobility in older adults. A comprehensive framework. *The Gerontologist*(50), σσ. 443-450.
- Wright, F. (2002). *Asset Stripping: Local Authorities and other Homeowners Paying for a Care Home Place*. Abingdon: Policy Press.
- Γκαουάντε, Α. (2016). *Εμείς οι θνητοί*. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- Ιατρίδης, Δ. Σ. (1990). *Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής*. Αθήνα: GUTENBERG.
- Κόφφας, Σ. (2011, Οκτώβριος-Νοέμβριος-Δεκέμβριος). Τάσεις και ιδιομορφίες κατά την Άσκηση της Κοινωνικής Πολιτικής στην Ελλάδα και τη Γερμανία. *Κοινωνική Εργασία-Επιθεώρηση Κοινωνικών Επιστημών*(104), σσ. 199-220.
- Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1999). *Θέματα γηροψυχολογίας και γερωντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ντε Μπωβουάρ, Σ. (1980). *Τα γηρατειά*. Αθήνα: Εκδόσεις Γλάρος.
- Σκόρδη, Α. (1997). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Στασινοπούλου, Ό. (1996). *Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής. Από το κράτος πρόνοιας στο νέο προνοιακό πλουραλισμός. Φροντίδα και γήρανση. Η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση*. Αθήνα: Gutenberg.

Τεπέρογλου, Α., Κίνια, Ε., & Παπακώστα, Μ. (1990). *Αξιολόγηση της προσφοράς των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων*. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

Τσιότρας, Γ. (2016). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. BROKEN HILL PUBLISHERS LTD.

Χλέτσος, Μ. (2016, Απρίλιος). Το ελληνικό σύστημα συνταξιοδότησης τον καιρό του μνημονίου. Θεσσαλονίκη.