



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Πτυχιακή Εργασία:

**ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΔΟΜΩΝ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΔΗΜΟΥΣ ΤΟΥ
ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΗ. ΤΑΣΕΙΣ,
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ**

των

ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΑΔΟΣΙΔΟΥ

ΜΑΡΙΑ ΠΟΘΟΥΛΑΚΗ

ΟΥΡΑΝΙΑ ΤΖΩΡΑΚΑΚΗ

**Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του πτυχίου Κοινωνικής
Εργασίας**

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΚΑΤΣΑΠΗ

Μάιος, 2019

Copyright@ 2019 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥΠ, ΤΕΙ Κρήτης.

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

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/των συγγραφέα/ων, του επιβλέποντα καθηγητή και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής δεοντολογίας

Οι υπογράφοντες φοιτητές του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης

δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:
«Καταγραφή δομών της Τρίτης Ηλικίας στους δήμους του Νομού Ηρακλείου πριν
και μετά τον Καλλικράτη. Τάσεις, προβλήματα και προοπτικές»

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

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)

Αδοσίδου Καλλιόπη

Ποθουλάκη Μαρία

Τζωρακάκη Ουρανία

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή των δομών φροντίδας των ατόμων Τρίτης Ηλικίας, όπως αυτές διαμορφώνονται σήμερα στους Δήμους του Ν. Ηρακλείου Κρήτης, μετά την αναδιάρθρωσή τους από το σχέδιο «Καλλικράτης». Ειδικότερα, γίνεται μια προσπάθεια καταγραφής της οργάνωσης τους σήμερα, ποια είναι τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν και ποιες προοπτικές υπάρχουν για περαιτέρω εξέλιξη τους, προκειμένου να αναπτυχθεί η μέριμνα ως προς την Τρίτη Ηλικία σε καλύτερο επίπεδο.

Ως πληθυσμός της μελέτης ορίστηκαν όλοι οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται στις δομές παροχής φροντίδας και μέριμνας των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας. Η μελέτη διεξήχθη στους Δήμους Αρχανών – Αστερουσίων, Γόρτυνας, Ηρακλείου, Μαλεβιζίου, Μινώα Πεδιάδας, Χερσονήσου του Νομού Ηρακλείου από τον Νοέμβριο 2018 μέχρι τον Φεβρουάριο 2019 και συνολικά συμμετείχαν 24 άτομα. Ως εργαλείο της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που δομήθηκε για τον σκοπό αυτό. Η ανάλυση έγινε με SPSS.

Από τις απαντήσεις τους προέκυψε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων διατηρεί ουδέτερη στάση ως προς την άποψη ότι οι δομές παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας είναι σήμερα καλύτερα οργανωμένες, σε σύγκριση με την παλαιότερη οργάνωση τους, οι συγχωνεύσεις βοήθησαν στην οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών και στον συντονισμό τους, οι νέες αρμοδιότητες που δόθηκαν στους Δήμους αναβάθμισαν τις κοινωνικές υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους και ότι οι συγχωνεύσεις δομών βοήθησαν στην μείωση της σπατάλης πόρων. Επίσης, διαφωνούν ότι οι δομές παροχής φροντίδας παρέχουν περισσότερες υπηρεσίες/προγράμματα και καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών. Παρόλαυτα, οι μισοί συμμετέχοντες συμφωνούν ότι οι δομές παροχής φροντίδας μπορούν σήμερα να εξυπηρετήσουν περισσότερους ηλικιωμένους.

Σημαντικές βελτιώσεις στην υιοθέτηση του Καλλικράτη είναι αναγκαίες ώστε η τοπική αυτοδιοίκηση να αυξήσει την προσπάθεια για σχεδιασμό και υλοποίηση νέων προγραμμάτων κοινωνικού χαρακτήρα.

Abstract

The purpose of this study was to record the care structures of the Third Age people, as they are currently developed in the Heraklion region, following their restructuring from the Kallikratis legislation. In particular, an attempt is made to record their structure and organization today, what are the problems they are facing and what prospects are there for further development in order to develop the care for the Third Age at a better level.

The participants were social workers working in the care facilities of the Third Age. The study was conducted in the municipalities of Archanes - Asterousia, Gortynas, Heraklion, Malevizi, Minoa Pediada, Hersonissos of Heraklion region between November 2018 and February 2019, with a total of 24 participants. A questionnaire structured for this purpose was used as a research tool. The analysis was performed with SPSS.

Their responses revealed that the majority of participants maintain a neutral opinion to the view that the care structures of the Third Age are currently better organized, compared to their older organization, that merges helped in the organization of the social services and their coordination, the new responsibilities given to the municipalities upgraded social services for the elderly and that structural merges helped to reduce the waste of resources.

They also disagree that structures provide more services / programs and better quality of services. However, half of the participants agree that care providers can now serve more elderly people.

Significant improvements in the adoption of Kallikratis are necessary for local governments to increase their efforts to design and implement new social programs.

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τις οικογένειες και τους φίλους μας για την στήριξη τους στα χρόνια των σπουδών μας, όπως και την Καθηγήτρια μας κ Κατσάπη για την πολύτιμη βοήθεια της στην ολοκλήρωση της εργασίας μας.

Περιεχόμενα

Περίληψη	4
Abstract	5
Εισαγωγή	9
Κεφάλαιο 1: Η Τρίτη Ηλικία	12
1.1 Η έννοια της Τρίτης Ηλικίας	12
1.2 Τα προβλήματα των Ηλικιωμένων	14
1.3 Οι ανάγκες των Ηλικιωμένων	18
Κεφάλαιο 2: Ενεργός Γήρανση	20
2.1 Ενεργός Γήρανση και ποιότητα ζωής	20
2.2 Θεσμική Μεταρρύθμιση στην ΕΕ για την ενεργό γήρανση	23
2.3 Προώθηση & Πρωτοβουλίες της Ενεργούς γήρανσης στην Ευρώπη	26
2.4 Ευρωπαϊκά Προγράμματα Ενεργούς Γήρανσης	28
Κεφάλαιο 3: Κοινωνικές Δομές και Προγράμματα Φροντίδας Ηλικιωμένων	32
3.1 Κοινωνικές Δομές & Προγράμματα στην Ελλάδα	32
3.1.1 Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)	32
3.1.2 Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)	35
3.3.3 Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι	37
3.2 Πολιτικές Φροντίδας Ηλικιωμένων στην Ευρώπη	39
3.3 Προγράμματα Φροντίδας Ηλικιωμένων στην Ευρώπη	40
Κεφάλαιο 4: Το Σχέδιο Καλλικράτης	42
4.1 Σχέδιο Καλλικράτης – Σκοπιμότητα και βασικά στοιχεία νόμου	42
4.2 Η οργάνωση της κοινωνικής πολιτικής στα πλαίσια του σχεδίου Καλλικράτης	44
4.2.2 Κοινωνική πολιτική των Δήμων πριν και μετά την εφαρμογή του σχεδίου Καλλικράτης	48
Κεφάλαιο 5 : Μεθοδολογία έρευνας	51
5.1 Σκοπός της μελέτης	51
5.2 Ερευνητική υπόθεση και ερευνητικά ερωτήματα	51
5.3. Μεθοδολογία εμπειρικής έρευνας	52
Τρόπος συλλογής στοιχείων	52
Συμμετέχοντες στην έρευνα	52
5.4 Στατιστική ανάλυση	54

Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα	55
Κεφάλαιο 7: Συζήτηση	64
7.1 Δυσκολίες της έρευνας.....	67
7.2 Συμπεράσματα.....	68
7.3 Προτάσεις.....	69
Βιβλιογραφία	71
Παράρτημα.....	77

Εισαγωγή

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή των δομών φροντίδας των ατόμων Τρίτης Ηλικίας, όπως αυτές διαμορφώνονται σήμερα στους Δήμους του Ν. Ηρακλείου Κρήτης, μετά την αναδιάρθρωσή τους από το σχέδιο «Καλλικράτης». Ειδικότερα, γίνεται μια προσπάθεια καταγραφής της οργάνωσης τους σήμερα, ποια είναι τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν και ποιες προοπτικές υπάρχουν για περαιτέρω εξέλιξη τους, προκειμένου να αναπτυχθεί η μέριμνα ως προς την Τρίτη Ηλικία σε καλύτερο επίπεδο.

Σε ευρύτερο πλαίσιο μελέτης, αναζητούνται οι ανάγκες των δομών και των προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας για την Τρίτη Ηλικία στους Δήμους του Ν. Ηρακλείου, όπως αυτές προκύπτουν σήμερα, προκειμένου οι δομές να συμβάλλουν στην εξέλιξη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας αναλύεται η έννοια της Τρίτης Ηλικίας ενώ παρουσιάζονται με λεπτομέρεια τα προβλήματα και οι ανάγκες των ηλικιωμένων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφερόμαστε στην ενεργό γήρανση του πληθυσμού και την ποιότητα ζωής, παρουσιάζοντας ταυτόχρονα τις θεσμικές μεταρρυθμίσεις και τα Ευρωπαϊκά προγράμματα στην ΕΕ για την ενεργό γήρανση.

Στο τρίτο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους παρουσιάζονται οι Κοινωνικές δομές και τα προγράμματα φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα ενώ γίνεται αναλυτικότερη αναφορά στις βασικότερες δομές, οι οποίες έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα για τη φροντίδα των ηλικιωμένων είναι:

- Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)
- Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)
- το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι».

Επιπλέον, παρουσιάζονται οι πολιτικές και τα προγράμματα φροντίδας ηλικιωμένων στην Ευρώπη.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται εκτενής αναφορά στο σχέδιο Καλλικράτης, την σκοπιμότητα και βασικά του στοιχεία, την οργάνωση της κοινωνικής πολιτικής καθώς και στην κοινωνική πολιτική των Δήμων πριν και μετά την εφαρμογή του.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την διεξαγωγή αυτής της μελέτης.

Στο έκτο κεφάλαιο αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας, τα οποία και συζητώνται στο έβδομο κεφάλαιο όπου παρουσιάζονται επίσης οι περιορισμοί της μελέτης, τα συμπεράσματα αλλά και οι προτάσεις που προέκυψαν.

Μέρος Α΄: Θεωρητικό

Κεφάλαιο 1: Η Τρίτη Ηλικία

1.1 Η έννοια της Τρίτης Ηλικίας

Η φράση «Τρίτη Ηλικία» θεωρείται ότι προήλθε από τα γαλλικά πανεπιστήμια της Τρίτης Ηλικίας (Universités du Troisième Âge), τα οποία από τη δεκαετία του 1970 προσέφεραν ευκαιρίες σπουδών σε υγιείς και δραστήριους ηλικιωμένους, ένας θεσμός που εισήλθε αργότερα και σε αγγλόφωνες χώρες (Laslett, 1987).

Ως Τρίτη Ηλικία θεωρείται το στάδιο ζωής του ατόμου από την ηλικία των 60 ετών και άνω. Το συγκεκριμένο στάδιο ζωής λοιπόν για ένα άτομο περιλαμβάνει τη δημιουργία νέων ρόλων στη ζωή του και του προσδίδει νέα ταυτότητα, νέες αναζητήσεις, νέα νοήματα, ενώ επιφέρει βαθιές αλλαγές. Ο τρόπος διαχείρισης αυτού του σταδίου ζωής από το εκάστοτε άτομο μπορεί να αποτελέσει μια περίοδο ανανέωσης και μεταμόρφωσης, εάν το εκλάβει ως ευκαιρία και πρόκληση. Μπορεί να αποτελέσει μια ευκαιρία ώστε ο κάθε άνθρωπος να θεωρήσει την Τρίτη Ηλικία ως μια διαδικασία συνεχούς και εκπληκτικής ανάπτυξης βασισμένη στις κτήσεις του παρελθόντος αλλά με όραμα το μέλλον του και δίνοντας έμφαση στο παρόν του. Αποτελεί επίσης μια πρόκληση η οποία έγκειται στη μοναδικότητά του συγκεκριμένου σταδίου. Η τρίτη ηλικία λοιπόν αποτελεί μια μοναδική ευκαιρία για νέες ανακαλύψεις, αρκεί το άτομο να βρει ικανοποιητικούς τρόπους να αξιοποιήσει, τα ταλέντα, την εμπειρία και τη σοφία που είχε αποκτήσει στο παρελθόν (DeBellis, 2017).

Με βάση την θεωρία της Τρίτης Εποχής όπως αυτή αναπτύχθηκε από τον Laslett, η ζωή αποτελείται από τέσσερις ηλικίες με αποκορύφωμα την Τρίτη Ηλικία και με κατάληξη τον θάνατο. Επιπλέον, θεωρείται ότι η κάθε ηλικία, έχει τα δικά της χαρακτηριστικά:

- Η **Πρώτη Ηλικία** αποτελεί μια εποχή εξάρτησης, κοινωνικοποίησης, ανωριμότητας και μάθησης
- Η **Δεύτερη Ηλικία** είναι μια εποχή όπου το άτομο αναζητά την ανεξαρτησία του, χαρακτηρίζεται από ωριμότητα, ευθύνες και παραγωγικότητα στην αγορά εργασίας

- Η **Τρίτη Ηλικία** είναι μια εποχή για προσωπική επίτευξη και εκπλήρωση υψηλότερων στόχων μετά τη συνταξιοδότηση, και
- Η **Τέταρτη Ηλικία**, μια εποχή για την τελική εξάρτηση από το οικογενειακό και ενδεχομένως φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον η οποία καταλήγει στο θάνατο (Laslett, 1987).

Ο Laslett (1987) επίσης αναφέρει ότι η Τρίτη Ηλικία είναι η περίοδος μετά τη συνταξιοδότηση, η οποία εμφανίζεται μόνο σε ανεπτυγμένες χώρες με γήρανση του πληθυσμού σε άριστες οικονομικές συνθήκες ενώ σύμφωνα με άλλους ορισμούς η Τρίτη Ηλικία, περιλαμβάνει το μεταγενέστερο μέρος της ζωής, την περίοδο της ζωής μετά τη νιότη και τη μέση ηλικία (www.oed.com.librarycatalog.vts.edu).

Μέχρι σήμερα δεν ήταν δυνατόν να υπάρξει ένας καθολικός ορισμός για την ηλικία έναρξης της Τρίτης Ηλικίας καθώς αυτή διαφέρει ανάλογα με το πλαίσιο μελέτης. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, οι περισσότερες χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου έχουν αποδεχθεί τη χρονολογική ηλικία των 65 ετών ενώ ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έθεσε την ηλικία άνω των 60 ετών ως «Τρίτη Ηλικία» (WHO, 2002).

Από την άλλη, σε μελέτες γήρατος που διενεργήθηκαν στην Αφρική, ο ΠΟΥ έθεσε ως όριο έναρξης στην Τρίτη Ηλικίας τα 50 έτη, ενώ αναγνώρισε ότι ο αναπτυσσόμενος κόσμος συχνά καθορίζει τη συγκεκριμένη ηλικία, όχι με το χρόνο, αλλά με νέους ρόλους και την απώλεια προηγούμενων ρόλων ή την ανικανότητα του ατόμου να συμβάλλει ενεργά στην κοινωνία (Kowal & Peachey, 2001).

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι, οι περισσότερες αναπτυγμένες χώρες της Δύσης έχουν ως όριο την ηλικία 60 - 65 ετών, δηλαδή την ηλικία συνταξιοδότησης. Ωστόσο, διάφορες χώρες θεωρούν την έναρξη της ως οποιοδήποτε σημείο από τα μέσα της δεκαετίας των 40 ετών έως τη δεκαετία των 70 ετών (van Santen, 2016).

Όσο το προσδόκιμο ζωής στις αναπτυγμένες χώρες αυξάνεται, παράλληλα μεταβάλλεται και ο ορισμός της Τρίτης Ηλικίας. Σύμφωνα με τη Γεροντολογία συγκεκριμένο όριο Τρίτης Ηλικίας δεν υπάρχει, καθώς οι ερευνητές του συγκεκριμένου πεδίου έχουν αναγνωρίσει τις πολύ διαφορετικές συνθήκες που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι καθώς μεγαλώνουν μέσα στην Τρίτη Ηλικία. Στις ανεπτυγμένες χώρες, οι περισσότεροι άνθρωποι μεταξύ 60 – 70 ετών εξακολουθούν να είναι ενεργοί και ικανοί να φροντίζουν τον εαυτό τους και να εργάζονται,

επομένως δε δύναται να συγκαταλεχθούν στην ίδια ομάδα με άλλους οι οποίοι δεν είναι και να θεωρηθούν ως άτομα Τρίτης Ηλικίας (Allyn & Bacon, 2010). Από την άλλη, η πλειοψηφία των ατόμων μετά τα 75 έτη, γίνονται όλο και περισσότερο ευάλωτα και ενώ συνήθως χαρακτηρίζονται από σοβαρή νοητική και σωματική εξασθένιση, επομένως θα μπορούσαν να θεωρηθούν Τρίτη ηλικία (Berk, 2010).

Τέλος, σύμφωνα με την American Psychological Association (2009), η Τρίτη Ηλικία είναι η περίοδος ζωής, κατά την οποία το άτομο πλησιάζει ή υπερβαίνει το προσδόκιμο ζωής και συνεπώς πλησιάζει το τέλος του ανθρώπινου κύκλου.

Αξίζει πάραυτα να αναφέρουμε ότι τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, αντιμετωπίζουν στην πλειονότητα τους παρόμοια προβλήματα, έχουν παρόμοιες ανάγκες και ίδια δικαιώματα. Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι σωματικά και πνευματικά, τα οποία διαφέρουν από άτομο σε άτομο ως προς την ένταση και το βαθμό τους. Ένα κοινό χαρακτηριστικό για τους ηλικιωμένους είναι ότι έχουν περιορισμένες αναγεννητικές ικανότητες και είναι πιο ευάλωτοι σε ασθένειες. Η οργανική διαδικασία η οποία εντείνεται στην περίοδο της Τρίτης Ηλικίας αφορά τη γήρανση ενώ οι ηλικιωμένοι, εκτός από προβλήματα υγείας αντιμετωπίζουν επίσης κοινωνικά ζητήματα γύρω από τη συνταξιοδότηση, τη μοναξιά και τον ηλικιακό χαρακτήρα (Salokangas & Joukamaa, 1991).

1.2 Τα προβλήματα των Ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν τις περισσότερες φορές σημαντικά προβλήματα υγείας σε μικρό ή μεγάλο βαθμό, τα οποία σχετίζονται τόσο με τη σωματική όσο και με την ψυχική ή / και πνευματική τους υγεία, καθώς επίσης και σοβαρά κοινωνικά ζητήματα, λόγω των αλλαγών που συμβαίνουν στη ζωή τους απότομα, ειδικότερα, μετά που σταματούν να εργάζονται ή σε περιπτώσεις που η υγεία τους δεν τους επιτρέπει κοινωνικές συναναστροφές.

Όσον αφορά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στη σωματική τους υγεία συνοψίζονται ενδεικτικά ως εξής:

- **Προβλήματα σε οστά και αρθρώσεις.** Τα οστά των ηλικιωμένων υφίστανται "αραίωση και συρρίκνωση", κάτι το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια ύψους

(περίπου 5 cm κατά την ηλικία των 80 ετών), σε πολλούς ανθρώπους, και μεγαλύτερη ευαισθησία σε ασθένειες των οστών και των αρθρώσεων, όπως η οστεοαρθρίτιδα και η οστεοπόρωση, κοινές παθήσεις σε άτομα Τρίτης Ηλικίας (Dubin, 2016).

- **Χρόνιες ασθένειες.** Ορισμένα άτομα Τρίτης Ηλικίας έχουν τουλάχιστον μία χρόνια πάθηση και πολλές φορές συνυπάρχουσες παθήσεις. Οι συχνότερα εμφανιζόμενες παθήσεις μεταξύ των ηλικιωμένων είναι η υπέρταση σε ποσοστό 34% του ηλικιωμένου πληθυσμού, η αρθρίτιδα, ανεξαρτήτως βαθμού σε ποσοστό ~50% του πληθυσμού και τα καρδιαγγειακά νοσήματα σε ποσοστό ~32%. Οι χρόνιες ασθένειες, συνδέονται με τις επιλογές τρόπου ζωής και μπορούν να προληφθούν, να διορθωθούν ή να διαχειριστούν (Stephen, 2005).
- **Αναπνευστικά προβλήματα,** λόγω υπερέκκρισης χρόνιας βλέννας, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα δυσκολία στην αναπνοή και χρόνιο βήχα σε πολλές περιπτώσεις (Pistelli et al., 2003). Τα αναπνευστικά προβλήματα των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας μπορεί επίσης να οφείλονται στη μειωμένη λειτουργικότητα των πνευμόνων, των οποίων η ισχύς εξασθενεί καθώς το άτομο μεγαλώνει (Dubin, 2001).
- **Οδοντιατρικά προβλήματα.** Πολλές φορές λόγω έλλειψης σιέλου και μειωμένης στοματικής υγιεινής, η οποία επιδεινώνεται κατά το γήρας, αυξάνεται η πιθανότητα τερηδόνας και μολύνσεων των δοντιών και της στοματικής κοιλότητας συνολικά (Zukerman, 2011).
- **Διαταραχές του πεπτικού συστήματος.** Περίπου το 40% των ατόμων Τρίτης Ηλικίας αντιμετωπίζουν πεπτικές διαταραχές, όπως δυσκολία στην κατάποση, αδυναμία φαγητού και απορρόφησης τροφής, δυσκοιλιότητα έως και αιμορραγίες σε σοβαρότερες περιπτώσεις διαταραχών (Johnshopkinshealthalerts.com)
- **Προβλήματα όρασης,** όπως η πρεσβυωπία, όπου αποτελεί μια κοινή διαταραχή της όρασης σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών, η οποία επιδεινώνεται σταδιακά με την αύξηση της ηλικίας. Άλλα σημαντικά προβλήματα όρασης που αντιμετωπίζει σημαντικό μέρος του γηράσκοντος πληθυσμού είναι ο καταρράκτης ή ακόμη και η γεροντική τύφλωση (Bates, 2009).
- **Περιορισμένη σωματική λειτουργικότητα και κινητικότητα,** με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν πολλές φορές σοβαρούς τραυματισμούς, λόγω πτώσεων. Σημειώνεται ότι κατ' έτος το 2012, περίπου το ένα τρίτο των ατόμων άνω των 65

ετών και > 50% των ατόμων άνω των 80 ετών αντιμετώπισαν σοβαρά προβλήματα λόγω κάποιας πτώσης (www.learnnottofall.com/content/fall-facts/how-often.jsp). Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι η περιορισμένη κίνηση του ατόμου στην Τρίτη Ηλικία, δε μεταφράζεται μόνο σε πτώσεις, αλλά και σε συνολικό περιορισμό του καθώς ο χρόνος βηματισμού του μειώνεται και ο χρόνος για να διανύσει το άτομο μια απόσταση αυξάνεται σχεδόν στο διπλάσιο (Judge, 2017).

- **Καρδιαγγειακά προβλήματα** είναι ιδιαίτερα συνήθη στα άτομα Τρίτης Ηλικίας, τα οποία δύναται να οδηγήσουν έως και σε μη αναστρέψιμες καταστάσεις (πχ θάνατο) (NationalInstituteonAging, 2012).
- **Προβλήματα του ανοσοποιητικού συστήματος.** Το ανοσοποιητικό σύστημα εξασθενεί, όσο το άτομο μεγαλώνει, με αποτέλεσμα να γίνεται περισσότερο ευάλωτο και φιλάσθενο (Larbi et al., 2013).
- **Πόνοι από διάφορα αίτια.** Ένας οποιοσδήποτε πόνος πλήττει τους ηλικιωμένους τουλάχιστον το 25% του έτους, συχνότητα η οποία αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας έως και σε 80% ενώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι περισσότεροι πόνοι είναι ρευματολογικοί ή κακοήθεις (McCleane & Smith, 2006).
- **Δερματολογικά προβλήματα.** Το δέρμα των ηλικιωμένων γίνεται περισσότερο ευάλωτο με το πέρασμα των ετών, καθώς χάνει την ελαστικότητα, γίνεται πιο ξηρό, ευαίσθητο και πιο ανομοιόμορφο (<https://www.webmd.com/healthy-aging/tc/healthy-aging-normal-aging#1>)
- **Προβλήματα ύπνου.** Το πρόβλημα του ύπνου κατά την διάρκεια της νύχτας αντιμετωπίζει πάνω από το 50% των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας, γεγονός που οδηγεί σε υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Σε μια μελέτη 9.000 ατόμων με μέση ηλικία 74 ετών, μόνο το 12% δεν ανέφερε διαταραχές ύπνου (McCall, 2005), ενώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι μέχρι την ηλικία των 65 ετών, ο βαθύς ύπνος μειώνεται στο 5% περίπου (McCall, 2005).

Τα άτομα κατά την διάρκεια της Τρίτης Ηλικίας αντιμετωπίζουν επίσης μια σειρά από πνευματικά ή ψυχικά προβλήματα τα οποία συνοψίζονται ως εξής:

- Αυξημένο αίσθημα εξάρτησης από το φιλικό, κοινωνικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, το οποίο αποτελεί αιτία άγχους και δυσφορίας (Berk, 2010).
- Έλλειψη ή/και ανικανότητα συγκέντρωσης προσοχής (Posner, 1995).

- Μειωμένη νοητική ικανότητα η οποία πολύ συχνά οδηγεί σε διαταραχές απώλειας μνήμης η οποία είναι πολύ συνηθισμένη στα άτομα Τρίτης Ηλικίας, λόγω της μείωσης της ταχύτητας των πληροφοριών που κωδικοποιούνται, αποθηκεύονται και ανακτώνται (Salthouse, 2009). Η άνοια είναι ένας γενικός όρος που χρησιμοποιείται για την απώλεια μνήμης και άλλες πνευματικές διαταραχές αρκετά σοβαρές οι οποίες δύναται να επηρεάζουν την καθημερινή ζωή των ατόμων. Ο επιπολασμός της άνοιας αυξάνεται στην Τρίτη Ηλικία και συγκεκριμένα από περίπου 10% στην ηλικία των 65 ετών έως 50% πάνω από την ηλικία των 85 ετών (Jacoby, 2011). Η νόσος του Αλτσχάιμερ αντιπροσωπεύει το 50-80% των περιπτώσεων άνοιας. Η συμπεριφορά των νοσούντων μπορεί να χαρακτηρίζεται από περιπλάνηση, φυσική επιθετικότητα, λεκτικές εκρήξεις, κατάθλιψη και ψύχωση (Jacoby, 2011).
- Ψυχικές διαταραχές, οι οποίες πλήττουν περίπου το 15% των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΠΟΥ (WHO, 2002). Επιπλέον, μια έρευνα που διεξήχθη σε 15 χώρες ανέφερε ότι οι ψυχικές διαταραχές των ηλικιωμένων παρεμπόδιζαν τις καθημερινές τους δραστηριότητες περισσότερο από τα φυσικά προβλήματα (Allyn & Bacon, 2010).
- Διαταραχές Διάθεσης - Κατάθλιψη. Σύμφωνα με τους Cox et al. (2012), η Τρίτη Ηλικία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την κατάθλιψη που προκαλείται κυρίως από το γεγονός ότι τα άτομα αυτά καθώς γερνούν, δεν είναι σε θέση να διαχειριστούν τα νέα δεδομένα της ζωής τους. Επίσης, η κατάθλιψη στον πληθυσμό ηλικίας άνω των 65 ετών οδηγεί σε υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών.
- Υψηλό αίσθημα φόβου, το οποίο πολλές φορές πηγάζει από το υψηλό ποσοστό εγκληματικότητας προς τους ηλικιωμένους και μερικές φορές τους επηρεάζει περισσότερο από τις ανησυχίες τους για τα οικονομικά προβλήματα τους ή τα προβλήματα υγείας.
- Μειωμένος αυτοσεβασμός και αυτοπεποίθηση, προβλήματα τα οποία προκύπτουν λόγω της μείωσης της κοινωνικής τους δραστηριότητας, της έλλειψης εργασίας, της μείωσης του εισοδήματος τους κτλ (Robins et al., 2001)

Σε όλα τα παραπάνω έρχεται να προστεθεί το γεγονός ότι, οι ηλικιωμένοι βλέπουν τη ζωή τους να αλλάζει και μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις οι μεταβολές αυτές επηρεάζουν τους κοινωνικούς τους ρόλους και δημιουργούν άλλου είδους προβλήματα. Τα νέα δεδομένα στη ζωή τους, η ενδεχόμενη, ακόμη και οικονομική

εξάρτηση από τα παιδιά τους ή τον κοινωνικό τους περίγυρο επιδρά σημαντικά στα συναισθήματα των ηλικιωμένων, τα οποία περνούν από διάφορες διακυμάνσεις. Πολλές φορές μάλιστα, αναφέρουν ότι τους είναι είτε αρκετά δύσκολη η έκφραση των συναισθημάτων τους ή γίνονται περισσότερο ευαίσθητοι και εξωστρεφείς, αναζητώντας συναισθηματική ασφάλεια, κάτι που ενδεχομένως να μην έκαναν μέχρι πριν λίγα χρόνια στη ζωή τους (Carstensen et al., 2006).

1.3 Οι ανάγκες των Ηλικιωμένων

Καθώς τα άτομα γερνούν αντιμετωπίζουν συχνά πρόσθετες ανάγκες και προκλήσεις που σχετίζονται με το γήρας. Πολλές φορές οι ανάγκες αυτές είναι αρκετά απλές και άλλες φορές περισσότερο σύνθετες. Σε κάθε περίπτωση τα ηλικιωμένα άτομα φθάνουν σε ένα σημείο όπου χρειάζονται βοήθεια στην καθημερινή τους ρουτίνα (Boehlke, 2017).

Η λειτουργικότητα είναι σημαντική για τους ηλικιωμένους, έστω και αν βρίσκονται μέσα στο δικό τους περιβάλλον. Καθώς η κινητικότητα τους μειώνεται σταδιακά θα πρέπει να βρίσκονται σε ένα περιβάλλον το οποίο τους διευκολύνει, ενώ οι υποδομές τόσο μέσα στο σπίτι τους, όσο και στους χώρους που κινούνται θα πρέπει να είναι τέτοιες, ώστε να μην παρεμποδίζεται η διέλευση τους. Επιπλέον, η εύκολη μεταφορά είναι ανάγκη επιβίωσης καθώς ένα για παράδειγμα δεν μπορεί πλέον να οδηγήσει, θα πρέπει να καλύψει με άλλο τρόπο τη συγκεκριμένη ανάγκη του, προκειμένου να μεταφερθεί εύκολα και γρήγορα όπου κριθεί απαραίτητο (NeedsoftheElderly, AgingCare, 2017).

Η πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι από τις βασικότερες ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς χρειάζονται τα κατάλληλα φάρμακα για να παραμείνουν υγιείς. Αυτό ξεκινά με επαρκή ιατρική φροντίδα, όπως επισκέψεις γιατρού, οδοντιατρική περίθαλψη, θεραπείες σωματικές και ψυχικές, αν χρειαστεί. Επιπλέον, σημαντικές είναι οι καθημερινές ανάγκες υγιεινής και φροντίδας των ηλικιωμένων όπως το να μπορούν να κάνουν μπάνιο, να ντυθούν και να φροντίσουν τις προσωπικές τους ανάγκες περιποίησης (Boehlke, 2017).

Επίσης, οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από σωστή διατροφή για να παραμένουν υγιείς. Πολλές φορές, προβλήματα υγείας απαιτούν ειδική διατροφή και να υπάρχει ανάγκη από έναν διατροφολόγο ή έναν φροντιστή να βοηθάει στην καθημερινή διατροφή και την προετοιμασία των γευμάτων.

Επιπλέον, αρκετά σημαντική κρίνεται η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών των ηλικιωμένων. Έτσι για να μην βιώνουν έντονα συναισθήματα μοναξιάς πολλές φορές, έχουν ανάγκη να εμπλακούν σε κοινωνικές δραστηριότητες, όπως περιπάτους, συνεύρεση με συνομηλίκους, εκδρομές κτλ.

Τέλος, οι ηλικιωμένοι έχουν πολλές νοητικές ανάγκες. Ακριβώς επειδή μεγαλώνει η ηλικία τους δεν σημαίνει ότι δεν μπορούν πλέον να μαθαίνουν νέα πράγματα, τα οποία τους είναι απαραίτητα για την επικοινωνία με τους άλλους. Παρά το γεγονός ότι όσο μεγαλώνει ένα άτομο έχει μικρότερη διανοητική διαύγεια, και είναι δύσκολη η ανάπτυξη δεξιοτήτων, υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους μπορεί να διατηρήσει το πνευματικό του επίπεδο και να εξελιχθεί, καλύπτοντας και αυτού του είδους τις ανάγκες.

Βασική προϋπόθεση για την εκπλήρωση των αναγκών τους, χωρίς τη δημιουργία πρόσθετων προβλημάτων είναι οι ηλικιωμένοι να αισθάνονται ανεξάρτητοι και να τους προσφέρεται βοήθεια με σεβασμό και αξιοπρέπεια (Boehlke, 2017).

Κεφάλαιο 2: Ενεργός Γήρανση

2.1 Ενεργός Γήρανση και ποιότητα ζωής

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ενεργός γήρανση είναι *«Η διαδικασία της βελτιστοποίησης των ευκαιριών για την υγεία, τη συμμετοχή και την ασφάλεια προκειμένου να επιτυγχάνεται βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων ατόμων»*. (WHO, 2002).

Η έννοια της ενεργού γήρανσης ισχύει τόσο για τα μεμονωμένα άτομα, όσο και για ομάδες του πληθυσμού και επιτρέπει στους ανθρώπους να συνειδητοποιήσουν τις δυνατότητές τους για σωματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία σε όλη την διάρκεια της ζωής τους και να συμμετέχουν στην κοινωνία σύμφωνα με τις ανάγκες τους, τις επιθυμίες και τις ικανότητες τους. Επιπλέον, τους παρέχεται προστασία, ασφάλεια και φροντίδα από τρίτα άτομα όπως για παράδειγμα η οικογένεια, βοήθεια στο σπίτι από επαγγελματίες όταν πραγματικά υπάρχει ανάγκη.

Η λέξη «ενεργός» αναφέρεται: *«Στην συνεχή συμμετοχή των ατόμων στην κοινωνική, οικονομική, πολιτιστική, πνευματική και πολιτική ζωή, σε συνδυασμό με τη δυνατότητα τους να είναι σωματικά δραστήριοι ή να συμμετάσχουν στην αγορά εργασίας δυναμικά»* (WHO, 2002). Η ενεργός γήρανση μεταξύ άλλων έχει ως στόχο να επεκτείνει το προσδόκιμο υγιούς ζωής και την ποιότητα ζωής για όλους τους ανθρώπους, καθώς αυτοί γερνούν, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που είναι αδύναμοι, αντιμετωπίζουν κάποιες ειδικές ανάγκες και χρειάζονται ειδική φροντίδα (WHO, 2002).

Ενεργός γήρανση σημαίνει ότι η ζωή συνεχίζεται αμείωτη και επομένως η κοινωνία οφείλει να εκτιμά και να τιμά τη συμβολή των μεγαλύτερων και να τους παρέχει ευκαιρίες για να εξακολουθούν να εργάζονται και να μοιράζονται τις εμπειρίες και την πείρα τους με τους νεότερους, να εξακολουθούν να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία ως ισότιμα μέλη της και να ζουν όσο το δυνατόν πιο υγιείς και δραστήριοι, απολαμβάνοντας μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Ως εκ τούτου η έννοια της ενεργού γήρανσης συμπυκνώνεται στα παρακάτω:

- περισσότερες ευκαιρίες να συμμετέχουν πλήρως στην κοινωνία

- ευκαιρίες απασχόλησης
- ενθάρρυνση να αναλαμβάνουν εθελοντική εργασία (π.χ. παροχή βοήθειας σε μέλη της οικογένειας)
- μεγαλύτερη ανεξαρτησία χάρη σε ειδικά προσαρμοσμένες κατοικίες, υποδομές, εφαρμογές ΤΠ και μεταφορές.

Η ποιότητα ζωής στην Τρίτη Ηλικία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την έννοια «καλά γηρατεία». Έχουν μάλιστα προσδιορισθεί εξειδικευμένοι παράγοντες, που συνδέονται με την έννοια αυτή και οι οποίοι είναι (Lemme, 1995):

- Η διάρκεια ζωής
- Η βιολογική υγεία
- Η ψυχική υγεία
- Η γνωστική αποτελεσματικότητα
- Η κοινωνική ικανότητα και παραγωγικότητα
- Η ικανότητα ελέγχου της ζωής μας
- Η ικανοποίηση από τη ζωή

Όπως είναι φυσικό, η γήρανση των ατόμων επηρεάζει σημαντικά το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους. Οι περισσότερες μελέτες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής στις μεγαλύτερες ηλικίες έχουν διαπιστώσει ότι η υγεία ενός ατόμου συνδέεται σημαντικά με την ποιότητα ζωής του (Bowling et al., 2002).

Σύμφωνα με έρευνα του Farquhar (1995), οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων είναι η υγεία τους, το επίπεδο ανεξαρτησίας από τα μέλη της οικογένειάς τους, οι οικογενειακές σχέσεις και οι κοινωνικές επαφές τους, ο υλικός πλούτος, το επίπεδο κινητικότητας τους, οι δραστηριότητες, και το σπίτι ή το περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιούνται, παράγοντες δηλαδή που δημιουργούν το μεγαλύτερο μέρος της καθημερινής εμπειρίας τους από τη ζωή.

Σε έρευνα των Nilsson et al., (1998), σημαντικές συνιστώσες της ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους είναι οι δραστηριότητες τους, η υγεία, η φιλοσοφία ζωής τους, οι εμπειρίες του παρελθόντος, αλλά και του παρόντος καθώς και οι μελλοντικές προοπτικές που έχει το άτομο.

Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνα των Borglin et al., (2005) ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων είναι η ικανότητα τους να προσαρμόσουν τη νέα ζωή που φέρει το γήρας και να εναρμονίσουν τις αλλαγές και τις νέες συνθήκες της ζωής τους με την εικόνα του εαυτού τους, την αυτοεκτίμηση τους, και το νόημα που δίνουν στην ύπαρξή τους.

Θα πρέπει να επισημάνουμε ωστόσο ότι η σχέση μεταξύ της διατροφής, της γήρανσης, και της ποιότητας της ζωής είναι αναδρομικές, πράγμα που σημαίνει ότι όταν επέρχεται το γήρας, επηρεάζονται διάφορες πτυχές της ανθρώπινης ύπαρξης, οι οποίες σχετίζονται με παράγοντες που μεταβάλλουν ορισμένες πτυχές της διατροφής, όπως η αίσθηση της όσφρησης και της γεύσης, η ικανότητα να μασούν και να καταπίνουν, η λειτουργία του γαστρεντερικού και πεπτικού συστήματος, γεγονότα και συνθήκες δηλαδή που με τη σειρά τους μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα της ζωής. Ταυτόχρονα, η κακή διατροφή και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη όρεξης, αδυναμία εκτέλεσης βασικών λειτουργιών, αλλαγές στην ποιότητα της ζωής, νοσηρότητα και θνησιμότητα (Amarantos et al., 2001).

Επιπλέον, σημαντικές αλλαγές που έρχονται σαν αποτέλεσμα των γηρατειών αφορούν σε αλλαγές στο σώμα, στη φυσιολογία, στο βάρος του ατόμου, καθώς και αλλαγές την κοινωνικότητα του. Για παράδειγμα, σημαντικές αλλαγές προκαλούνται από την αλλαγή στο σωματικό βάρος, τη στάση του σώματος και τη σύνθεση του με την έννοια ότι μειώνεται η μυϊκή μάζα, η δύναμη και η ικανότητα του να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες και λειτουργίες, αυξάνεται ο λιπώδης ιστός, αντιμετωπίζει πολλές φορές φαινόμενα παχυσαρκίας όπως και τον κίνδυνο εκφυλιστικών ασθενειών που συνδέονται με τις σωματικές αλλαγές, όπως οστεοαρθρίτιδα, σακχαρώδης διαβήτης και υψηλή πίεση του αίματος (Russell, 1997).

Άλλοι παράγοντες σχετιζόμενοι με την υγεία που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής της Τρίτης Ηλικίας είναι η καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία, ενώ η πίεση του αίματος δε σχετίζεται με την ποιότητα της ζωής τους. Επιπλέον, η παχυσαρκία είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει περισσότερο τις γυναίκες, ενώ η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου και οι λειτουργικοί περιορισμοί που ενδεχομένως προκαλεί στα άτομα επηρεάζουν αρνητικά το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους και στα δυο φύλα (Blane et al., 2008).

Οι διατροφικές αλλαγές στην Τρίτη ηλικία είναι ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας καθώς επηρεάζουν τη φυσική κατάσταση και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής του ατόμου. Χαρακτηρίστηκα παραδείγματα είναι τα παρακάτω (Russell, 1997):

- Μείωση του αισθήματος της δίψας και κατ' επέκταση σημαντική μείωση νερού στο σώμα του ατόμου, με αυξημένο τον κίνδυνο αφυδάτωσης
- Αλλαγές στις διατροφικές ανάγκες του ατόμου
- Αλλαγές στη γεύση, όσφρηση και όραση, με συνέπεια πολλές φορές να μειώνεται η όρεξη
- Αλλαγές και απώλεια στην οδοντοστοιχία του ατόμου, με αποτέλεσμα να περιορίζονται οι επιλογές στη διατροφή του
- Εμφάνιση ασθενειών που επιβάλλουν συγκεκριμένες διατροφικές επιλογές και αλλαγές στα διατροφικά πρότυπα, αλλά και λήψη φαρμάκων που οδηγούν στα ίδια αποτελέσματα ως προς τις διατροφικές επιλογές

2.2 Θεσμική Μεταρρύθμιση στην ΕΕ για την ενεργό γήρανση

Η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) αντιμετωπίζει με σοβαρότητα τις ανάγκες των ηλικιωμένων, δεδομένου ότι τόσο ο αριθμός τους όσο και το ποσοστό τους ως προς το συνολικό πληθυσμό αυξάνεται. Η ΕΕ και τα κράτη μέλη της έχουν υιοθετήσει έναν αριθμό πολιτικών και προγραμμάτων που αφορούν άμεσα τους ηλικιωμένους. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει ειδική νομοθεσία κατά των διακρίσεων λόγω ηλικίας στον τομέα της απασχόλησης, επιτρέποντας εξαιρέσεις μόνο όπου η διαφορετική μεταχείριση των ηλικιωμένων δικαιολογείται από κοινωνικούς στόχους και είναι απαραίτητη και ενδεδειγμένη.

Επιπλέον, η ΕΕ συνέβαλε στη θέσπιση μιας σειράς πολιτικών και προγραμμάτων που προωθούν την ενεργό γήρανση, ιδίως όσον αφορά στην βοήθεια προς τους ηλικιωμένους να εργάζονται περισσότερο. Επίσης, υποστηρίζει τα κράτη μέλη στην προσπάθειά τους να βρουν κατάλληλες και βιώσιμες λύσεις για τις συντάξεις, την υγειονομική περίθαλψη και τη μακροχρόνια περίθαλψη των ηλικιωμένων ενώ εξετάζει και υιοθετεί μέτρα σχετικά με την προσβασιμότητα των διαθέσιμων στο κοινό υπηρεσιών που μπορούν να βοηθούν τα ηλικιωμένα άτομα που είναι ευπαθή ή

υποφέρουν από αναπηρίες συνδεδεμένες με την ηλικία τους. Η χρηματοδοτούμενη από την ΕΕ έρευνα υποστηρίζει επίσης δραστηριότητες που αποσκοπούν άμεσα στη βελτίωση της ευημερίας των ηλικιωμένων (EuropeanParliament, 2014).

Η πολιτική ενεργού γήρανσης (active ageing) αποτελεί στόχο της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τους πολίτες των Χωρών της και έχει ως στόχο τη δημιουργία περισσότερων ευκαιριών εργασίας για τους μεγαλύτερους σε ηλικία. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η βελτίωση των συνθηκών εργασίας, η καλύτερη ενημέρωση και η μετεκπαίδευση των εργαζόμενων καθώς και η δημιουργία προγραμμάτων δια βίου μάθησης. Παράλληλα, είναι απαραίτητο να αναθεωρηθούν τα συστήματα φορολόγησης και παροχών που θα ενθαρρύνουν τους μεγαλύτερους σε ηλικία να εργάζονται περισσότερα χρόνια (EuropeanParliament, 2012).

Οι πολιτικές απασχόλησης είναι κατά κύριο λόγο βασική αρμοδιότητα των κρατών μελών, προκειμένου να προωθηθεί η ενεργός γήρανση. Ωστόσο, η ευρωπαϊκή στρατηγική για την απασχόληση στην ΕΕ παρέχει ένα πλαίσιο για το συντονισμό της πολιτικής και την ανταλλαγή εμπειριών. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές που εγκρίθηκαν το 2010, τα κράτη μέλη πρέπει να αυξήσουν τη συμμετοχή στην αγορά εργασίας ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω μέσω πολιτικών για τη γήρανση του ενεργού πληθυσμού που ασχολούνται με την οργάνωση της εργασίας και τη δια βίου μάθηση. Η ΕΕ υποστηρίζει επίσης τον διάλογο μεταξύ των Ευρωπαίων Κοινωνικών Εταίρων (εργοδότης οργανώσεις και συνδικαλιστικές οργανώσεις) που οδήγησε σε συμφωνίες-πλαίσιο σε επίπεδο ΕΕ για θέματα όπως η μερική απασχόληση, η τηλεργασία και οι συνθήκες εργασίας για τους προσωρινά απασχολούμενους που μπορούν να διευκολύνουν τους ηλικιωμένους να συνεχίσουν να εργάζονται (EuropeanParliament, 2012).

Οι μεταρρυθμίσεις της ευρωπαϊκής νομοθεσίας τα τελευταία χρόνια επικεντρώθηκαν κυρίως στα εξής (Molinuevo, 2017):

- Μείωση των κινήτρων για πρόωρη συνταξιοδότηση στα συστήματα φόρων και παροχών
- Παροχή οικονομικών κινήτρων (όπως μειωμένες κοινωνικές εισφορές) σε ηλικιωμένους που συνεχίζουν τη δουλειά τους ή σε εργοδότες που προσλαμβάνουν εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας.

- Προώθηση της διά βίου μάθησης και ευκαιριών κατάρτισης για τους εργαζομένους μεγαλύτερης ηλικίας για να διασφαλιστεί ότι παραμένουν παραγωγικοί.
- Ανάπτυξη νέων ρόλων με τη συμμετοχή ομάδων μεταξύ γενεών και ρόλων καθοδήγησης ή καθοδήγησης που αξιοποιούν αποτελεσματικά την εμπειρία των ηλικιωμένων εργαζομένων.
- Κίνητρα για να γίνει η οργάνωση της εργασίας πιο ευέλικτη για να καλύψει τις ανάγκες των ηλικιωμένων, συμπεριλαμβανομένης της ευελιξίας του χρόνου εργασίας, της μερικής απασχόλησης και της προσωρινής απασχόλησης, καθώς και την ανάπτυξη ευκαιριών για τη συμφιλίωση της εργασίας και των ευθυνών περί φροντίδας (π.χ. σύζυγοι και ενήλικα παιδιά που φροντίζουν τους ηλικιωμένους ή παππούδες για τα εγγόνια).

Για πρώτη φορά, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Στοκχόλμης καθόρισε έναν ποσοτικό και εξαιρετικά φιλόδοξο στόχο με επίκεντρο τα παραπάνω, την αύξηση του ποσοστού απασχόλησης των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας στο 50% έως το 2010 (από 26,3% το 2000) (EuropeanCouncil, 2001). Στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Βαρκελώνης, αναφέρθηκε ότι η ευθύνη για την αντιμετώπιση ζητημάτων που προέρχονται από τη γήρανση του πληθυσμού θα πρέπει να μοιραστεί μεταξύ των γενεών με μια προοδευτική αύξηση περίπου 5 ετών στην πραγματική μέση ηλικία στην οποία οι άνθρωποι σταματούν να εργάζονται στην Ευρωπαϊκή Ένωση (EuropeanCouncil, 2001).

Η αξιολόγηση του 2004 στην ανακοίνωση της Επιτροπής με τίτλο «Αύξηση της απασχόλησης των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας και καθυστέρηση στην έξοδο από την αγορά εργασίας» έδειξε ότι η επιτευχθείσα πρόοδος ήταν ανεπαρκής και ζητήθηκε από τα κράτη μέλη να λάβουν δραστηκά μέτρα και να αναπτύξουν συνολικές στρατηγικές ενεργού γήρανσης, από την κουλτούρα των πολιτικών πρόωρης συνταξιοδότησης (Taskforce for Employment, 2003).

Επιπλέον, η Πράσινη Βίβλος της ΕΕ για τις δημογραφικές αλλαγές (EuropeanCommission, 2005) εξετάζει διεξοδικά τη φύση της πρόκλησης που αντιμετωπίζει η Ευρώπη και το επείγον της ανάληψης δράσης.

Επιπλέον θα πρέπει να τονιστεί ότι λαμβάνουν χώρα και μια σειρά από άλλες παρεμβάσεις για την προαγωγή της υγείας και της πρόληψης των ασθενειών των ηλικιωμένων με σκοπό την προαγωγή της υγιούς γήρανσης του πληθυσμού. Οι παρεμβάσεις αυτές όχι μόνο αυξάνουν το υγιές προσδόκιμο ζωής και αναβάλλουν πολλές δαπάνες για την υγεία, αλλά έχουν και ευρύτερα οικονομικά οφέλη λόγω του ότι οι άνθρωποι που ζουν μια μακρά και υγιή ζωή έχουν ισχυρό κίνητρο για επενδύσεις στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και είναι περισσότερο διατεθειμένοι να παραμείνουν στο εργατικό δυναμικό. Οι ενέργειες απαιτούν πρωταρχική πρόληψη, συμπεριλαμβανομένων των παρεμβάσεων κατά του καπνίσματος, της κατανάλωσης οινοπνεύματος, της παχυσαρκίας, του καθιστικού τρόπου ζωής, του μη υγιεινού τρόπου διατροφής και των αποτελεσμάτων για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και φροντίδας (Rechel et al., 2009).

2.3 Προώθηση & Πρωτοβουλίες της Ενεργούς γήρανσης στην Ευρώπη

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, πολλές είναι οι διαδικασίες που αναλαμβάνει η Ε.Ε. και τα Κράτη-Μέλη της προκειμένου να στηρίξουν την Ενεργό Γήρανση. Για παράδειγμα, ξεκίνησε μια συνεργασία (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing) μεταξύ των μελών της ΕΕ. με στόχο να επιτρέψει στους πολίτες της ΕΕ μια υγιή, ενεργή και ανεξάρτητη ζωή και γήρανση, να βελτιώσει τη βιωσιμότητα και την αποτελεσματικότητα των κοινωνικών και υγειονομικών συστημάτων των χωρών, την ανάπτυξη στην ΕΕ και τις παγκόσμιες αγορές καινοτόμων προϊόντων και υπηρεσιών για τη φροντίδα των ηλικιωμένων και τελικά να δημιουργήσουν γι' αυτές σημαντικές νέες ευκαιρίες. Ορισμένες από τις πρωτοβουλίες που έως σήμερα έχουν αναπτυχθεί μέσω αυτής της συνεργασίας συμπεριλαμβάνονται μέτρα και μέθοδοι για έγκαιρη πρόληψη, έλεγχο και έγκαιρη διάγνωση ασθενειών, ειδικά μέτρα φροντίδας και θεραπείας των ηλικιωμένων, καθώς και τρόπους ανεξάρτητης διαβίωσης τους (Covenant on Demographic Change, 2016).

Επίσης, στα πλαίσια των διαδικασιών Ενεργούς Γήρανσης που προωθεί η ΕΕ είναι η δημιουργία ενός δίκτυο μεταξύ των χωρών της (AFE-INNOVNET Thematic Network), προκειμένου να συμβάλλει στη δημιουργία φιλικού περιβάλλοντος στις ευρωπαϊκές πόλεις για τους ηλικιωμένους.

Το δίκτυο αυτών των χωρών συνεργάζεται προκειμένου να κινητοποιηθούν οι τοπικές και περιφερειακές αρχές, καθώς και άλλα ενδιαφερόμενα μέρη - βιομηχανίες, συμπεριλαμβανομένων των ΜΜΕ, των ερευνητικών κέντρων, των κοινωνικών οργανώσεων κτλ και να συνδεθούν μεταξύ τους, προκειμένου να ανταλλάξουν εμπειρίες και να επωφεληθούν από την ανταλλαγή αυτή, έτσι ώστε να εργαστούν από κοινού για την προώθηση πρωτοβουλιών δημιουργία φιλικού περιβάλλοντος για τους ηλικιωμένους σε ολόκληρη την ΕΕ, να αναπτύξουν μεθόδους για να βοηθήσουν τις τοπικές και περιφερειακές αρχές να αξιολογήσουν την κοινωνικο-οικονομική επίδραση του περιβάλλοντος και τα οφέλη από τη συμμετοχή των ηλικιωμένων στην συμπαραγωγή (Covenant on Demographic Change, 2016).

Θα πρέπει μεταξύ άλλων να αναφερθεί ότι, η πολιτική της Ενεργούς Γήρανσης μπορεί να επιτρέψει να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά οι δημογραφικές αλλαγές στην Ευρώπη με μια ολοκληρωμένη και συντονισμένη προσέγγιση. Επιπλέον, μπορεί να συμβάλει στη μείωση των πιέσεων που δέχονται οι δημόσιοι προϋπολογισμοί και να επιτρέψει στις κοινωνίες να αντιμετωπίσουν καλύτερα τη δημογραφική γήρανση με έναν τρόπο που να είναι δίκαιος για όλες τις γενιές (<http://afeinnovnet.eu/about/background>).

Τα επόμενα χρόνια, σύμφωνα με τις δημογραφικές εξελίξεις που προβλέπονται, οι κυβερνήσεις της ΕΕ είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν μια σημαντική πρόκληση στην προσπάθεια προκειμένου οι ηλικιωμένοι να παραμείνουν ενεργοί πολίτες της ΕΕ και να παραμείνουν στην αγορά εργασίας αντί να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα, όπως οι προηγούμενες γενιές έχουν την τάση να κάνουν. Η συρρίκνωση του πληθυσμού που βρίσκεται σε ηλικία εργασίας κινδυνεύει να αποτελέσει τροχοπέδη στην οικονομική ανάπτυξη μέσω της έλλειψης δεξιοτήτων. Η ΕΕ επιδιώκει (ενθαρρύνοντας εθνικές κυρίως πολιτικές) να ενισχύσει την παραμονή των ηλικιωμένων εργαζόμενων στην εργασία αυξάνοντας το όριο συνταξιοδότησης και δίνοντας παράλληλα σχετικά κίνητρα.

Η ενεργός γήρανση, ως πολιτική και κουλτούρα, αναγνωρίζει ότι εφόσον οι άνθρωποι πρέπει να εργαστούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, τότε θα πρέπει να είναι σε καλή σωματική και ψυχική υγεία, με πρόσβαση σε πιο ευέλικτες δομές και συνθήκες εργασίας, με υγιείς χώρους εργασίας, με έμφαση στη διά βίου μάθηση και τα συνταξιοδοτικά συστήματα. Αντιμετωπίζοντας ιστορικά χαμηλά ποσοστά

γονιμότητας, υποστηρίζεται ότι η δημογραφική ανανέωση προϋποθέτει δράσεις για την προώθηση και την ενθάρρυνση της οικογενειακής ζωής και καλύτερη ισορροπία εργασίας-ζωής. Η επανακατάρτιση και δια βίου μάθηση αναμένεται να αποτελέσει σημαντικό εργαλείο για την παραμονή των ηλικιωμένων γενεών στην αγορά εργασίας και την αποφυγή πρόωρης συνταξιοδότησης.

2.4 Ευρωπαϊκά Προγράμματα Ενεργούς Γήρανσης

Η δημογραφική αλλαγή ανοίγει μια ευρεία ποικιλία από νέες ευκαιρίες για τους ευρωπαίους πρωτοπόρους βιομηχανικούς φορείς, οι οποίοι σε συνεργασία με τους ιθύνοντες των κρατών – μελών μπορούν να αναπτύξουν νέα προϊόντα και υπηρεσίες, προσαρμοσμένες στις ανάγκες ενός αναπτυσσόμενου αριθμού ηλικιωμένων. Η ΕΕ ανακοινώνει συνεχώς προσκλήσεις διαγωνισμών, προκειμένου οι εταιρείες στα πλαίσια συγχρηματοδοτούμενων προγραμμάτων να δημιουργήσουν τις κατάλληλες υποδομές για την ενεργό γήρανση των ατόμων. Για παράδειγμα, πρόσφατα ανακοινώθηκε διαγωνισμός από το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο Έρευνας και τεχνολογίας - European Institute of Innovation & Technology (EIT) για τη δημιουργία νέων δυνατοτήτων μετακίνησης μέσα στις πόλεις, οι οποίες θα δώσουν λύση στην μετακίνηση των ηλικιωμένων ατόμων ή / και ατόμων με άλλα προβλήματα κίνησης / μετακίνησης.

Ένα πρόγραμμα το οποίο υλοποιείται ήδη, το πρόγραμμα ENRICHME με τίτλο "Ενεργοποίηση ρομπότ και υποβοηθούμενου περιβάλλοντος διαβίωσης για την ανεξάρτητη φροντίδα και την παρακολούθηση της υγείας των ηλικιωμένων - Enabling Robot and assisted living environment for Independent Care and Health Monitoring of the Elderly", χρηματοδοτούμενο από το πρόγραμμα Horizon 2020, είναι ένα πρωτοποριακό έργο, δεδομένου ότι θα δοκιμάσει τεχνολογίες υποστήριξης ηλικιωμένων ατόμων με έως και ήπια γνωστική δυσλειτουργία στο περιβάλλον διαβίωσης. Το πρόγραμμα αντιμετωπίζει την προοδευτική μείωση της γνωστικής ικανότητας στον γηράσκοντα πληθυσμό, προτείνοντας ένα διαδραστικό κινητό ρομπότ σε περιβάλλον υποβοηθούμενης διαβίωσης, ενσωματωμένο σε ένα οικιακό οικοσύστημα RFID, για συνεχή παρακολούθηση και αλληλεπίδραση με το άτομο. Η Το ρομπότ κινείται αυτόνομα στο σπίτι και περιοδικά αλλά διακριτικά παρακολουθεί τις δραστηριότητες του ηλικιωμένου ατόμου και μερικές από τις φυσιολογικές του

λειτουργίες. Για να επιτευχθεί αυτό, το ρομπότ βρίσκεται σε συνεχή επικοινωνία με ένα έξυπνο σύστημα πλατφόρμας επικοινωνίας. Το ρομπότ είναι σε θέση να παρέχει εξατομικευμένες υπηρεσίες στο ηλικιωμένο άτομο, προσαρμοσμένες στις συνήθειες και τον τρόπο ζωής του. Οι τυπικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν υπενθυμίσεις σχετικά με ραντεβού ή σημαντικές δραστηριότητες, οι οποίες γνωστοποιούνται από το ρομπότ χρησιμοποιώντας τον κατάλληλο τόνο φωνής και οπτικά σήματα, χάρη στις προσαρμοστικές δυνατότητες αλληλεπίδρασης ανθρώπου-ρομπότ. Επιτρέπει επίσης την αναγνώριση δυνητικά επικίνδυνων καταστάσεων ανιχνεύοντας ανωμαλίες στη συμπεριφορά του ατόμου. Επιπλέον, το σύστημα επιτρέπει στους φροντιστές και στο ιατρικό προσωπικό να εντοπίζουν τις εξελισσόμενες τάσεις των γνωστικών προβλημάτων αναλύοντας τα δεδομένα που συλλέγονται από το σύστημα ENRICHME, τα οποία περιλαμβάνουν κινήσεις και άλλες σχετικές ανθρώπινες δραστηριότητες που παρακολουθούνται. Αντίστοιχης λειτουργικότητας, αλλά και για υγιή άτομα είναι το ρομπότ του Προγράμματος «Miraculous-Life for Elderly Independent Living», το οποίο καλύπτει τις καθημερινές δραστηριότητες και ανάγκες ασφάλειας των ηλικιωμένων πολιτών.

Η «Ευρωπαϊκή Συνεργασία Καινοτομίας για την Ενεργό Γήρανση - European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing» έχει δημιουργήσει στα πλαίσια του HORIZON 2020 μια πλατφόρμα - κέντρο επικοινωνίας και ενημέρωσης για όλους τους παράγοντες /φορείς που δραστηριοποιούνται στην ενεργό και υγιή γήρανση στην Ευρώπη. Η πλατφόρμα αποτελεί έναν χώρο για την ενθάρρυνση της εμπλοκής των ενδιαφερόμενων μερών, την προώθηση ειδήσεων και εκδηλώσεων, την ανταλλαγή ιδεών και την αναζήτηση πιθανών εταίρων σε καινοτόμα έργα για την ενεργό γήρανση.

Επίσης, σχετικά πρόσφατα ξεκίνησε η Δράση «Digital Environment for Cognit - DECI project» της οποίας στόχος είναι να σχεδιάσει και να αξιοποιήσει την αξία των ΤΠΕ για την φροντίδα των ηλικιωμένων, οι οποίες θα κλιμακωθούν και θα χρησιμοποιηθούν ως εφικτές παρεμβάσεις επιχειρηματικών μοντέλων στα εθνικά συστήματα υγείας. Η DECI προτείνει τρόπους ενίσχυσης των παραδοσιακών μοντέλων οργάνωσης φροντίδας, μέσω της υποστήριξης ψηφιακών εργαλείων που απευθύνονται σε ηλικιωμένους με γνωστικές δυσλειτουργίες, βασισμένες σε καινοτόμες τεχνολογίες και ανταλλαγή πληροφοριών.

Ιδιαίτερα δημοφιλές είναι το Ambient Assisted Living (AAL) ένα πρόγραμμα το οποίο διεξάγεται σε συνεργασία με τα κράτη μέλη, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τον ιδιωτικό κλάδο. Το AAL χρησιμοποιεί έξυπνα προϊόντα και παρέχει εξ αποστάσεως υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων υπηρεσιών φροντίδας, για τη βελτίωση της ζωής των ηλικιωμένων στο σπίτι, στο χώρο εργασίας και στην κοινωνία εν γένει.

Το πρόγραμμα στοχεύει στην υπέρβαση των τεχνικών και ρυθμιστικών φραγμών, στην προώθηση και δημιουργία καινοτόμων και έξυπνων σπιτιών και εφαρμογών ανεξάρτητης διαβίωσης, στην ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών και στην ευαισθητοποίηση σχετικά με τις δυνατότητες του για τη γήρανση του πληθυσμού της Ευρώπης. Ελπίζει έτσι να επεκταθεί ο χρόνος που οι ηλικιωμένοι μπορούν να ζήσουν στο περιβάλλον τους στο σπίτι τους, ανεξάρτητοι, να βελτιώσουν την ποιότητας ζωής τους και την κοινωνική συμμετοχή τους, να αξιοποιήσουν νέες επιχειρηματικές ευκαιρίες, να δεχθούν πιο αποτελεσματικές και πιο εξατομικευμένες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής μέριμνας.

Τον Ιανουάριο του 2017 ξεκίνησε η νέα δράση συνεργασίας «ADVANTAGE» κύριος στόχος της οποίας είναι η καθιέρωση ενός κοινού ευρωπαϊκού πλαισίου για την αντιμετώπιση προβλημάτων που δημιουργεί το γήρας, αλλά και άλλοι παράγοντες όπως η αναπηρία. Ο στόχος της δράσης περιλαμβάνει τον σχεδιασμό στρατηγικών προσαρμοσμένων στις προϋποθέσεις, τα συμφέροντα και τις προτεραιότητες κάθε κράτους μέλους. Αυτή η προσέγγιση θα επιτρέψει την ανάπτυξη πολιτικών προσαρμοσμένων στις τοπικές συνθήκες, αλλά μέσα σε ένα κοινό ομοιογενές πλαίσιο. Συνολικά 22 κράτη μέλη εκπροσωπούνται σε αυτήν την Δράση μέσω περισσότερων από 40 οργανισμών.

Ένα άλλο πρόγραμμα συνεργασίας το Joint Programming Initiative (JPI), με θέμα «More Years, Better Lives» επιδιώκει να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις της δημογραφικής αλλαγής, να ενισχύσει το συντονισμό και τη συνεργασία μεταξύ ευρωπαϊκών και εθνικών ερευνητικών προγραμμάτων που σχετίζονται αυτή, ακολουθώντας μια διακρατική, πολυεπιστημονική προσέγγιση που φέρνει σε επαφή διάφορα ερευνητικά προγράμματα και ερευνητές από διάφορους κλάδους προκειμένου να παράσχει λύσεις για τις επικείμενες προκλήσεις και να αξιοποιήσει τις δυνατότητες κοινωνικών αλλαγών στην Ευρώπη.

Καθώς οι πτώσεις των ηλικιωμένων αποτελούν ένα από τα συνηθέστερα και σοβαρότερα προβλήματα υγείας τους, ένα από τα πλέον δημοφιλή προγράμματα για την ενεργό γήρανση είναι το WIISEL, το οποίο παρέχει ένα ευέλικτο εργαλείο τεχνολογίας για την πρόβλεψη των πτώσεων των ηλικιωμένων. Το αναπτυγμένο εργαλείο αποτελείται από ένα συνδυασμό μιας ευέλικτης πλατφόρμας λογισμικού μαζί με μια φορητή συσκευή με σόλα που συλλέγει δεδομένα που σχετίζονται με το βάδισμα. Οι ηλικιωμένοι φορούν ένα ζευγάρι παπούτσια, όχι μόνο σε κλινικά περιβάλλοντα, αλλά και στο σπίτι τους και κατά τις καθημερινές δραστηριότητες τους. Χάρη σε ένα ασύρματο σύστημα και αρκετούς αισθητήρες ενσωματωμένους στην εσωτερική σόλα, τα δεδομένα που συλλέγονται από την κίνηση του ποδιού αποστέλλονται πρώτα σε μια κινητή συσκευή και αργότερα σε ένα διακομιστή, έτσι ώστε η εξέλιξη ενός ασθενούς να μπορεί να παρακολουθείται απομακρυσμένα από την άποψη του βαδίσματος, κίνδυνος πτώσης, η δραστηριότητα και η κινητικότητα τους. Το WIISEL επιτρέπει τον ποσοτικό προσδιορισμό της δραστηριότητας, αξιολογώντας την ποιότητα του βαδίσματος υπό πραγματικές συνθήκες και επιτρέποντας στους ερευνητές να αξιολογήσουν και να παρακολουθήσουν τον κίνδυνο πτώσης σε ηλικιωμένους ασθενείς, στο οικιακό και κοινοτικό περιβάλλον, αντανακλώντας κυρίως τη συμπεριφορά της καθημερινής ζωής.

Σήμερα, είναι αδύνατο να αγνοηθεί το γεγονός ότι οι δημογραφικές αλλαγές θα έχουν σημαντικές επιπτώσεις κοινωνικές, οικονομικές και δημοσιονομικές. Οι υψηλότερες αναλογίες εξάρτησης ηλικιωμένων δημιουργούν προκλήσεις που πρέπει να διατηρηθούν στις συντάξεις, στην υγεία και σε άλλες δημόσιες υπηρεσίες που πρέπει να εξυπηρετήσουν έναν αυξανόμενο αριθμό ηλικιωμένων. Οι προκλήσεις είναι ακόμη πιο πιεστικές στο σημερινό οικονομικό και χρηματοοικονομικό πλαίσιο.

Φαίνεται σαφές ότι τα οικονομικά και κοινωνικά μοντέλα των περασμένων ετών δεν θα μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές. Εντούτοις, τα μέτρα προσαρμογής μπορούν να μετριάσουν πολλούς από τους χειρότερους φόβους γύρω από τη δημογραφική αλλαγή. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, απαιτείται άμεση δράση και υλοποίηση όλων των απαραίτητων ενεργειών για την αντιμετώπιση των προκλήσεων και την προώθηση της ενεργού γήρανσης.

Κεφάλαιο 3: Κοινωνικές Δομές και Προγράμματα Φροντίδας Ηλικιωμένων

3.1 Κοινωνικές Δομές & Προγράμματα στην Ελλάδα

Οι βασικότερες δομές, οι οποίες έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα για τη φροντίδα των ηλικιωμένων είναι:

- Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)
- Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

Επίσης, πολύ σημαντικό ρόλο στην φροντίδα των ηλικιωμένων διαδραματίζει το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι».

3.1.1 Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)

Τα ΚΗΦΗ αποτελούν μονάδες ανοικτής φροντίδας ηλικιωμένων και συγκεκριμένα, ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων μη δυνάμενων να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα είτε λόγω του ότι αντιμετωπίζουν κινητικές δυσκολίες ή άλλες διαταραχές, όπως άνοια είτε λόγω του ότι το οικογενειακό περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα κοινωνικής ή οικονομικής φύσεων ή και προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα τους.

Βασικός στόχος των δομών αυτών είναι να παραμένουν οι ηλικιωμένοι σε ένα οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, με απώτερο σκοπό να διατηρηθεί η συνοχής της οικογένειας. Επιπλέον, στοχεύει στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με τον ηλικιωμένο, στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού και στην στήριξη του εκάστοτε ηλικιωμένου ώστε να διατηρήσει την αυτονομία του, την κοινωνική συμμετοχή και το κοινωνικό του περιβάλλον.

Φορείς λειτουργίας των ΚΗΦΗ είναι οι Δήμοι και Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η λειτουργία των ΚΗΦΗ και η διαδικασία αδειοδότησης τους διέπετε από την Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμόν 14963/2001, όπως αυτή έχει δημοσιευθεί στο ΦΕΚ 1397/Β/2001.

Τα ΚΗΦΗ έρχονται να καλύψουν το κενό που υπάρχει όσον αφορά στην παροχή οργανωμένης κοινωνικής φροντίδας, από ειδικευμένο προσωπικό, εθελοντές και άλλους φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας, σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους ημερήσιας ή και ολιγόωρης παραμονής.

Το πρόγραμμα φιλοδοξεί να παρέχει υπηρεσίες, μέσω των οποίων προωθείται η απασχόληση ή η επανένταξη ανέργων στην αγορά εργασίας και ιδιαίτερα των γυναικών, λόγω της υψηλής συμμετοχής αυτών σε ειδικότητες που απαιτούν οι δημιουργούμενες υπηρεσίες (κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, επισκεπτριών υγείας, νοσηλευτριών και βοηθητικού προσωπικού).

Επίσης, μέσω των ΚΗΦΗ επιδιώκεται η διευκόλυνση της πρόσβασης γυναικών που είναι επιφορτισμένες με την φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων στην αγορά εργασίας, συμβάλλοντας στην επίτευξη της εναρμόνισης του επαγγελματικού και οικογενειακού βίου.

Στα ΚΗΦΗ παρέχονται ποικίλες υπηρεσίες στους ηλικιωμένους, όπως:

- νοσηλευτική φροντίδα
- φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- φροντίδα για τη διατήρηση της ατομικής υγιεινής
- προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης;
- προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ηλικιωμένων

Τα ΚΗΦΗ διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με τα ΚΑΠΗ που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή, αξιοποιώντας την εμπειρία των στελεχών στην καταγραφή και αξιολόγηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων της περιοχής. Τα ΚΗΦΗ συνεργάζονται, επίσης, με τοπικούς φορείς που παρέχουν παρεμφερείς κοινωνικές υπηρεσίες, με μονάδες υγείας της περιοχής καθώς και με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΒ).

Τα ΚΗΦΗ δύναται να συσταθούν και να λειτουργήσουν από:

- Επιχειρήσεις των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) του άρθρου 277 του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα οι οποίες έχουν στο σκοπό τους

την κοινωνική ανάπτυξη ή πρόνοια ή συναφή προς τα ανωτέρω σκοπό, κατά το οικείο καταστατικό.

- Διαδημοτικές επιχειρήσεις και αστικές εταιρείες που έχουν συσταθεί από τους ΟΤΑ και οι οποίες έχουν στο σκοπό τους την κοινωνική ανάπτυξη ή την πρόνοια. Ως αστικές εταιρείες νοούνται οι εταιρείες στις οποίες συμμετέχουν ΟΤΑ α' βαθμού κατά πλειοψηφία σε σύγκριση με το ποσοστό που κατέχει κάθε άλλος εταίρος ξεχωριστά.
- Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης που δεν έχουν συστήσει τις επιχειρήσεις της προηγούμενης παραγράφου μπορούν να εφαρμόσουν το πρόγραμμα των ΚΗΦΗ μέσω των δημοτικών επιχειρήσεων όμορων δήμων ή μέσω διαδημοτικών επιχειρήσεων και αστικών εταιρειών όμορων δήμων που έχουν συσταθεί από τους Ο.Τ.Α. και οι οποίες έχουν στο σκοπό τους την κοινωνική ανάπτυξη ή την πρόνοια, ύστερα από σύναψη σχετική προγραμματικής σύμβασης.

Δικαιούχοι φορείς για τη συνέχιση της λειτουργίας των ήδη υφιστάμενων δομών που συγχρηματοδοτήθηκαν από το Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο στο πλαίσιο του Β' ΚΠΣ, είναι οι επιχειρήσεις των Ο.Τ.Α. του άρθρου 277 του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα, οι οποίες έχουν στο σκοπό τους την κοινωνική ανάπτυξη ή πρόνοια. Οι δικαιούχοι φορείς της συγκεκριμένης περίπτωσης υποχρεούνται να υλοποιούν το πρόγραμμα υπό την εποπτεία ΚΑΠΗ ή άλλων νομικών προσώπων των Ο.Τ.Α. που έχουν σκοπό την φροντίδα των ηλικιωμένων.

Σε κάθε ΚΗΦΗ, δυναμικότητας 25 ατόμων απασχολούνται κατ' ελάχιστον:

- ένας / μία Νοσηλεύτης/τρια (ΠΕ ή ΤΕ ή ΔΕ), πτυχιούχο ΑΕΙ ή ΤΕΙ ή Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. με άδεια άσκησης επαγγέλματος.
- δύο κοινωνικοί φροντιστές ή επιμελητές πρόνοιας, ή Απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή ΙΕΚ ή υποχρεωτικής εκπαίδευσης με αποδεδειγμένη κατάρτιση ή και εμπειρία στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών σε ηλικιωμένους.
- ένα άτομο βοηθητικό προσωπικό.

Ενώ για μεγαλύτερης δυναμικότητας ΚΗΦΗ το προσωπικό αυξάνεται ανάλογα.

Στα ΚΗΦΗ δύναται να απασχολείται και προσωπικό άλλων ειδικοτήτων, ανάλογα με τις ανάγκες των φιλοξενούμενων ηλικιωμένων όπως για παράδειγμα Κοινωνικοί λειτουργοί, Εργοθεραπευτές κλπ. Εφόσον το ΚΗΦΗ διαθέτει μεταφορικό μέσο θα απασχολείται επιπλέον ένας οδηγός. Με απόφαση του φορέα διαχείρισης και λειτουργίας του ΚΗΦΗ, ως Υπεύθυνος του Κέντρου, ορίζεται ο Νοσηλευτής ή η Νοσηλεύτρια με τη μεγαλύτερη εμπειρία, ο οποίος ασκεί τα καθήκοντα της θέσης αυτής, παράλληλα με τα κύρια καθήκοντά του.

3.1.2 Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ υιοθετήθηκε το 1984 με πρωτοβουλία και χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και αποτελούν δομές ανοιχτής φροντίδας και υποστήριξης των ατόμων τρίτης Ηλικίας στους Δήμους με σκοπό την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμένουν αυτόνομα, ισότιμα, και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.

Ο θεσμός εξελίχθηκε σταδιακά μέσω των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης, αναπτύχθηκε και διευρύνθηκε σε όλη τη χώρα ώστε σήμερα να λειτουργούν περισσότερα από 900 κέντρα. Βασική σκοπός των ΚΑΠΗ είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Οι υπηρεσίες των ΚΑΠΗ απευθύνονται σε άντρες και γυναίκες άνω των 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας τους ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση. Αυτό είναι πολύ σημαντικό και ενισχύει την έννοια της ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων με την παραμονή τους στην κοινότητα, στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας, της γειτονιάς, του φιλικού περίγυρου και την αποφυγή της ιδρυματικής κλειστής περίθαλψης και άλλης μορφής ασύλων.

Τα Κ.Α.Π.Η. συνιστούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, ενώ ιδρύονται και λειτουργούν στο πλαίσιο των ΟΤΑ. Η ίδρυσή του προϋποθέτει την έκδοση Προεδρικού Διατάγματος, ύστερα από απόφαση του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου, με το οποίο ορίζονται τα όργανα της διοίκησης, ο σκοπός, οι πόροι, η περιουσία και το όνομα του ιδρύματος. Η χρηματοδότησή τους στηρίζεται σε

επιχορηγήσεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που καλύπτουν τις ανάγκες λειτουργίας, υποδομής και εξοπλισμού.

Με το νόμο 1416/84 άρθρο 38, το κράτος πλέον μεταβίβασε την αρμοδιότητα διοίκησης και λειτουργίας των Κ.Α.Π.Η. στην τοπική αυτοδιοίκηση. Έκτοτε επεκτάθηκε η λειτουργία τους και καλύφθηκε σχεδόν το σύνολο της χώρας. Τα Κ.Α.Π.Η. διοικούνται από επταμελές διοικητικό συμβούλιο, χρηματοδοτούνται από το Δήμο και έχουν δικό τους προϋπολογισμό. Στο διοικητικό συμβούλιο συμμετέχουν και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι μέσω ενός εκπροσώπου τους. Με τη συμμετοχή των ηλικιωμένων μέσω ενός εκπροσώπου στο διοικητικό συμβούλιο, προλαμβάνεται η περιθωριοποίηση και η διατήρηση των ηλικιωμένων σε κατάσταση ενεργού κοινωνικής παρουσίας. Όπως είναι λοιπόν εμφανές, τα ΚΑΠΗ δεν αποτελούν ένα κοινωνικά κλειστό σύστημα παροχής υπηρεσιών αλλά δίαυλο μιας αμφίδρομης σχέσης των ηλικιωμένων και του κοινωνικού τους περιβάλλοντος.

Τα ΚΑΠΗ βοηθούν στην πρόληψη των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου, στην διαφώτιση και την συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων, στην πρωτογενής Πρόληψη (εμβολιασμοί, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων) και στην δευτερογενής Πρόληψη (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση).

Στα ΚΑΠΗ, προσφέρονται επίσης ποικίλες υπηρεσίες, όπως συμβουλευτική, ψυχοσυναισθηματική στήριξη, κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους, φροντίδα και οδηγίες για Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή Περίθαλψη, φυσιοθεραπείες, εργοθεραπείες, οργανωμένη ψυχαγωγία, κατ' οίκον εξυπηρέτηση, συμμετοχή σε προγράμματα λουτροθεραπείας και θερινών κατασκηνώσεων, προγράμματα εθελοντισμού, επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε Μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους.

Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η εξέλιξη του θεσμού μέχρι σήμερα αποδεικνύει ότι λειτούργησε θετικά και ενισχύθηκε η κοινωνική αυτονομία των ηλικιωμένων, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στη βελτίωση των δυνατοτήτων παραμονής τους στο κοινωνικό περιβάλλον και στην αξιοποίηση εκείνων των μηχανισμών για την

κοινωνική προστασία που προβλέπονται γι' αυτούς. Οι ελλείψεις εστιάζονται στην υλικοτεχνική υποδομή και διάρθρωση των προγραμμάτων, γι' αυτό και χρειάζεται να γίνει αναθεώρηση του θεσμού και να αναπροσαρμοστεί στις νέες οικονομικές και κοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων ενώ ένα ακόμη αρνητικό στοιχείο στην περίπτωση των ΚΑΠΗ είναι το γεγονός ότι μετά από 20 και πλέον χρόνια λειτουργίας τους ακόμα δεν υπάρχει μια τυπική δικτύωση μεταξύ των δομών. (Τεπέρογλου,1993).

Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η δημιουργία των ΚΑΠΗ θεωρήθηκε πρωτοποριακή και επιτυχής παρέμβαση δεδομένου ότι διαφέρει από τις παραδοσιακές υπηρεσίες, καθόσον οι δράσεις τους επικεντρώνονται στην εφαρμογή καινοτόμων προγραμμάτων για την κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων, την ενεργοποίησή τους, την πρόληψη της υγείας τους καθώς και την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού τους περιβάλλοντος.

3.3.3 Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι

Όσον αφορά στο Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι, αυτό αποτελεί ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας με στόχο την παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες, ψυχικά νοσήματα και νοητική υστέρηση. Το Πρόγραμμα εξασφαλίζει την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ατόμων αυτών, την παραμονή τους στο φυσικό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους, χωρίς να απαιτείται εγκλεισμός τους σε κάποιο ίδρυμα νοσηλείας και κατ' επέκταση κοινωνικός αποκλεισμός τους. Το Πρόγραμμα υλοποιείται με ευθύνη των Δήμων και των τοπικών κοινοτήτων αυτών, ενώ οι υπηρεσίες του παρέχονται δωρεάν στο σπίτι των πολιτών.

Η καθιέρωση του θεσμού του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» ξεκίνησε το 1994 με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας σύμφωνα με την Υπ. Απόφαση Π4β/οικ. 2217/27-04-1994. Το πρόγραμμα αυτό τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας εφαρμόστηκε αρχικά πιλοτικά σε συγκεκριμένους Δήμους αναδεικνύοντας τον προσανατολισμό παροχής ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών με κύριο στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ωφελούμενων ατόμων και των μελών των οικογενειών τους. Έπειτα από διάφορες προεκτάσεις και τροποποιήσεις,

σύμφωνα με το άρθρο 153 του πολυνομοσχεδίου του Υπουργείου Εσωτερικών ν. 4483/2017, το πρόγραμμα παρατείνεται μέχρι τέλος του 2019.

Οι στόχοι που τίθενται προς επίτευξη με το πρόγραμμα περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την ανίχνευση, διερεύνηση, καταγραφή και μελέτη των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων, την ενημέρωση των φορέων σχεδιασμού της κοινωνικής πολιτικής για τις πραγματικές ανάγκες που υφίστανται και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εξυπηρετούμενοι, την διαμόρφωση των προϋποθέσεων για την αξιοπρεπή και υγιή διαβίωσή των ωφελούμενων, αλλά και της κοινωνικής ευημερίας, εν γένει, την κάλυψη των βασικών αναγκών των εξυπηρετούμενων ατόμων με την οργάνωση και συστηματική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, την εξασφάλιση της διασύνδεσης με άλλες υπηρεσίες και την ενημέρωση των ωφελούμενων από το πρόγραμμα για τα δικαιώματά τους, την διευκόλυνση των ωφελούμενων για την συμμετοχή τους σε θρησκευτικές, πολιτιστικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες και την ενίσχυση του θεσμού της οικογένειας και την ανακούφιση των φροντιστών.

Κάθε μονάδα του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» αποτελείται από μια ομάδα επαγγελματιών υγείας, όπως Κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλεύτης/τρια και βοηθητικό προσωπικό, ενώ οι υπηρεσίες που παρέχονται αφορούν συνοπτικά σε κοινωνικές / υποστηρικτικές / συμβουλευτικές παρεμβάσεις, νοσηλευτικές παρεμβάσεις και παρεμβάσεις οικιακής φροντίδας.

Αναλυτικότερα, όσον αφορά τις κοινωνικές / υποστηρικτικές / συμβουλευτικές παρεμβάσεις, περιλαμβάνουν ενδεικτικά συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη των εξυπηρετούμενων και των οικογενειών τους, εξασφάλιση των υπηρεσιών. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν ενδεικτικά εξασφάλιση παροχής φροντίδας της ατομικής υγιεινής, εκπαίδευση για την καθημερινή φροντίδα ατομικής υγιεινής, εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων πρωτοβάθμιας φροντίδας. Όσον αφορά στην οικιακή φροντίδα περιλαμβάνει ενέργειες όπως η προετοιμασία φαγητού, η διασφάλιση ατομικής υγιεινής, εξυπηρετήσεις εκτός οικίας όπως αγορά ειδών πρώτης ανάγκης, πληρωμή λογαριασμών, διεκπεραίωση υποχρεώσεων κλπ (ΚΕΔΚΕ 2010).

3.2 Πολιτικές Φροντίδας Ηλικιωμένων στην Ευρώπη

Είναι σήμερα γνωστό, πως η δημογραφική γήρανση συνιστά γεγονός για όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Από τη δεκαετία του 1990, τόσο οι χώρες όσο και η ηγεσία της ΕΕ ασχολούνται με το φαινόμενο και τις σημαντικές οικονομικές και κοινωνικές επιδράσεις του σε όλους τους τομείς της κοινωνικής πολιτικής (Hayashi, 2015).

Η διακοπή της ενεργούς απασχόλησης σηματοδοτεί στην σύγχρονη κοινωνία μας την έλευση του Γήρατος, ως μιας πραγματικότητας η οποία φέρνει μαζί της πληθώρα προβλημάτων. Η εν λόγω διαπίστωση αναπόφευκτα παραπέμπει στο θέμα των συστημάτων Κοινωνικής Προστασίας, που προσφέρονται στα γηραιότερα μέλη της κάθε κοινωνίας. Δεν είναι ακόμα σαφές εάν τα συστήματα Κοινωνικής Προστασίας των ηλικιωμένων συνταξιούχων προσφέρουν ποιότητα ζωής, όπως αυτή την οποία απολάμβαναν ως ενεργά μέλη του εργατικού δυναμικού του κράτους τους ή αν απλά περιορίζονται στη διατήρησή τους σε ένα ανεκτό επίπεδο διαβίωσης.

Η διαπίστωση ως προς τη χαμηλή ποιότητα των συστημάτων κοινωνικής φροντίδας, αλλά και η μη επιτυχημένη πολιτική της γρήγορης συνταξιοδότησης συνιστούν αδιαμφισβήτητα γεγονότα.

Η εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων κάθε ηλικίας με συστήματα τα οποία να προσδίδουν ποιότητα ζωής, πρέπει να ακολουθούν δείκτες πορείας, στους οποίους έχει δοθεί έμφαση αρκετές δεκαετίες πριν, προτού ξεκινήσουν οι σημαντικές δημογραφικές αλλαγές:

- Προώθηση μιας προληπτικής έναντι μιας κατασταλτικής αντιμετώπισης.
- Διευκόλυνση για όλους τους ηλικιωμένους της πρόσβασης σε μια καρποφόρα υγειονομική περίθαλψη.
- Προσφορά ποιοτικής και επαρκούς φροντίδας για ανήμπορους ηλικιωμένους με την συνέργεια του εθελοντικού τομέα παράλληλα.

- Κατάλληλες υποδομές αποκατάστασης, με τη βοήθεια της Υποστηρικτικής Τεχνολογίας, για τη παρεμπόδιση μόνιμων καταστάσεων και χρόνιας εξάρτησης (Hayashi, 2015).

3.3 Προγράμματα Φροντίδας Ηλικιωμένων στην Ευρώπη

Ο προσανατολισμός, που βοηθά στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση της εν λόγω σύγχρονης Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Πολιτικής για τους ηλικιωμένους, επιδιώκει να φέρει τις υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας, Πρόληψης, Περίθαλψης αλλά και Αποκατάστασης, εγγύτερα σε εκείνους που τις χρειάζονται και στις περιοχές, όπου εκδηλώνονται τα κοινωνικά προβλήματα. Περιλαμβάνει στρατηγικές όπως:

- Αποκέντρωση Υπηρεσιών με λειτουργία σε τοπικό επίπεδο.
- Αποϊδρυματοποίηση, επεκταμένη φροντίδα στη κοινότητα και ταυτόχρονη αξιοποίηση με τη σύγκλιση του συνόλου των διαθέσιμων πηγών εξυπηρέτησης.
- Καταλληλότερη , διϋπηρεσιακή και διατομεακή επικοινωνία καθώς και δικτύωση βάσει της αρχής της αμοιβαιότητας.
- Πλουραλισμός στην συμμετοχή, δίδοντας έμφαση στη συναπόφαση και διαβούλευση.
- Αξιοποίηση της Τηλεματικής και της Πληροφορικής Τεχνολογίας από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας (Hayashi, 2015).

Προκειμένου να μπορέσει εντούτοις να υπάρξει μια καθολική ανάπτυξη των εν λόγω στρατηγικών καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού των γηραιότερων στις Ευρωπαϊκές χώρες, απαιτείται να υπάρχουν:

- Νέα πρότυπα συνεργασίας και θεσμικές σχέσεις μεταξύ κρατικών, ιδιωτικών κερδοσκοπικών και εθελοντικών μη-κυβερνητικών οργανισμών.
- Καινούργιες αντιλήψεις για το ρόλο του Εθελοντικού Τομέα, αλλά και για τη συμμετοχή των ενδιαφερομένων στο σχεδιασμό προγραμμάτων σε τοπικό επίπεδο
- Ενίσχυση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης με σκοπό τη προαγωγή και τη διάθεση κοινωνικών υπηρεσιών και παροχών, στους χώρους όπου ζουν οι ηλικιωμένοι.

- Σύστημα διαχείρισης της συνεργασίας και της συμμετοχής όσων δημιουργούν, διανέμουν και χρησιμοποιούν τις Υπηρεσίες προστασίας για τους ηλικιωμένους (Hayashi, 2015).

Αυτή η «σύγκλιση» όλων των πολιτικών και οικονομικών φορέων και των συστημάτων Κοινωνικής Προστασίας, ισχύει για το Εθνικό αλλά και για το Ευρωπαϊκό επίπεδο και προτάσσεται ως ένας ύψιστης σημασίας παράγοντας της αποτελεσματικότητας της Κοινωνικής Πολιτικής υπέρ ενός ενεργού και αξιοπρεπούς Γήρατος (Hayashi, 2015).

Μια σημαντική προσπάθεια που γίνεται σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη βελτίωση της ζωής των ηλικιωμένων ατόμων είναι η δημιουργία φιλικών προς σε αυτούς περιβαλλόντων (Age-Friendly environments). Η στρατηγική καμπάνια η οποία υιοθετείται προς αυτή την κατεύθυνση (Towards and Age-Friendly EU by 2020) βασίζεται στα δεδομένα του ΠΟΥ ότι τα φυσικά και κοινωνικά περιβάλλοντα στα οποία ζει ένας άνθρωπος αποτελούν βασικούς καθοριστικούς παράγοντες για το αν θα παραμείνει υγιής, ανεξάρτητος και αυτόνομος για πολύ καιρό.

Με αυτό τον προσανατολισμό προωθεί τη δημιουργία φιλικού προς τους ηλικιωμένους περιβάλλοντος δηλαδή την προσαρμογή του καθημερινού περιβάλλοντος διαβίωσης τους στις ανάγκες τους. Το περιβάλλον αυτό έχει σκοπό οι ηλικιωμένοι να μπορούν να ενισχύσουν τη σωματική και ψυχική υγεία τους, να προωθήσουν αποτελεσματικά την κοινωνική τους ένταξη και την ενεργό συμμετοχή τους, στοιχεία τα οποία θα συμβάλλουν στη διατήρηση της αυτονομίας τους και στην καλή ποιότητα ζωής τους. Τα φιλικά προς τους ηλικιωμένους περιβάλλοντα παρέχουν τη δυνατότητα στους μεγαλύτερους σε ηλικία εργαζομένους, για παράδειγμα να παραμείνουν στην εργασία τους για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, να μειώσουν την πίεση στην παραδοσιακή φροντίδα και βοήθεια και να ενισχύσουν την οικονομική τους κατάσταση μέσω της ζήτησης καινοτόμων λύσεων (Towards and Age-Friendly EU by 2020).

Κεφάλαιο 4: Το Σχέδιο Καλλικράτης

4.1 Σχέδιο Καλλικράτης – Σκοπιμότητα και βασικά στοιχεία νόμου

Βασικός λόγος για την υιοθέτηση και εφαρμογή του σχεδίου «Καλλικράτης» ήταν η δημιουργία μιας νέας, ικανής και δημοκρατικά υπεύθυνης τοπικής αυτοδιοίκησης, η οποία θα αποτελείται από δυο βαθμίδες με τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την αναδιάρθρωση της αποκεντρωμένης κρατικής διοίκησης σε μεγαλύτερη κλίμακα, έτσι ώστε να γίνεται πιο εύκολος ο οργανωτικός της εξ ορθολογισμός, αλλά και η απαλλαγή της από ποικίλες αρμοδιότητες που ήταν δυνατό να ασκηθούν καλύτερα και αποτελεσματικότερα σε τοπικό επίπεδο.

Η εφαρμογή του σχεδίου «Καλλικράτης» είχε σκοπό να συμβάλλει έτσι ώστε το ελληνικό διοικητικό σύστημα να προσαρμοσθεί καλύτερα στις ευρωπαϊκές προδιαγραφές μιας σύγχρονης διακυβέρνησης πολλών επιπέδων, ενώ οι αποκεντρωμένες διοικήσεις να ασκήσουν στο βέλτιστο βαθμό τις αρμοδιότητες τους (Ν. 3852/2010).

Σύμφωνα με το Μέρος Α΄ του Ν. 3852/2010, «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης», περί Σύστασης – Συγκρότησης Αυτοδιοίκησης και Αποκεντρωμένης Διοίκησης *«οι δήμοι και οι περιφέρειες συγκροτούν τον πρώτο και δεύτερο βαθμό τοπικής αυτοδιοίκησης και ως έκφραση της λαϊκής κυριαρχίας αποτελούν θεμελιώδη θεσμό του δημόσιου βίου των Ελλήνων, όπως αυτός κατοχυρώνεται από τις διατάξεις του άρθρου 102 του Συντάγματος και του Ευρωπαϊκού Χάρτη Τοπικής Αυτονομίας που κυρώθηκε με το 850/1989»*. Σύμφωνα με το Άρθρο 1 του Ν. 3852/2010, *«οι δήμοι είναι αυτοδιοικούμενα κατά τόπο νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και αποτελούν τον πρώτο βαθμό τοπικής αυτοδιοίκησης»*, ενώ σύμφωνα με το Άρθρο 4 του Ν. 3852/2010, *«μεταξύ των δύο βαθμών τοπικής αυτοδιοίκησης δεν υφίστανται σχέσεις ελέγχου και ιεραρχίας, αλλά συνεργασίας και συναλληλίας, οι οποίες αναπτύσσονται βάσει του νόμου, κοινών συμφωνιών, καθώς και με το συντονισμό κοινών δράσεων»* (Ν. 3852/2010).

Οι νέοι δήμοι που προέκυψαν έπειτα από την ψήφιση και εφαρμογή του Σχεδίου «Καλλικράτης» με τους κατάλληλους ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους

ανέλαβαν ένα ευρύ φάσμα αρμοδιοτήτων, οι οποίες ασκούνται κοντά στον πολίτη και με επίγνωση των τοπικών ιδιαιτεροτήτων της εκάστοτε περιοχής. Σκοπός της εν λόγω διοικητικής ανασυγκρότησης ήταν οι νέοι δήμοι να δύναται να ανταποκριθούν στη νέα μεγάλη πρόκληση για την αυτοδιοίκηση της χώρας μας, δηλαδή, την ανάληψη σημαντικού και ενεργού ρόλου ως προς την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών (Ν. 3852/2010).

Ως αποστολή των νέων διοικητικών μονάδων της χώρας, δήμων και περιφερειών προσδιορίζεται, βάσει νόμου ο σχεδιασμός, ο προγραμματισμός και η υλοποίηση πολιτικών σε περιφερειακό επίπεδο, σύμφωνα με τις αρχές της αειφόρου ανάπτυξης και της κοινωνικής συνοχής, στο πλαίσιο των εθνικών και ευρωπαϊκών πολιτικών (Ν. 3852/2010).

Ιδιαίτερη μνεία γίνεται για τον τομέα της κοινωνικής πολιτικής, καθώς σύμφωνα με το άρθρο 94 του Νόμου, στον Τομέα πλέον της Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης εντάσσεται μια σειρά άμεσης άσκησης αρμοδιοτήτων που ενισχύουν, σημαντικά το πεδίο της Κοινωνικής Πρόνοιας. Με τον τρόπο αυτό διευρύνεται το πλαίσιο παρέμβασης των Δήμων της Χώρας στην εφαρμογή προνοιακού χαρακτήρα πολιτικών, κατά τα πρότυπα των εθνικών συστημάτων Κοινωνικής Πρόνοιας χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ενδεικτικά, στον τομέα αυτόν εντάσσονται οι αρμοδιότητες για την έκδοση πιστοποιητικών οικονομικής αδυναμίας, τη δωρεάν παραχώρηση της χρήσης οικημάτων, για λόγους απορίας ή για άλλους σοβαρούς λόγους, τη χορήγηση κάρτας αναπηρίας, την ευθύνη της διαδικασίας καταβολής επιδομάτων σε όσους έχουν σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως είναι οι τυφλοί, οι κωφάλαλοι, οι ανασφάλιστοι, τα άτομα με κάποιας μορφής αναπηρία, καθώς και την αναγνώριση δικαιούχων στεγαστικής συνδρομής. Επιπλέον, ο Νόμος μεριμνά προκειμένου στους Δήμους να μεταφερθούν αρμοδιότητες σχετικά με την έκδοση αποφάσεων παροχής κοινωνικής προστασίας, τη χορήγηση άδειας λειτουργίας ιδιωτικών επιχειρήσεων περίθαλψης ηλικιωμένων ή ατόμων, που πάσχουν ανίατα από κινητική αναπηρία, την εκτέλεση προγραμμάτων δια βίου μάθησης στο πλαίσιο του αντίστοιχου εθνικού και περιφερειακού σχεδιασμού, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, για την προώθηση της εκπαίδευσης και της μάθησης, ανεξαρτήτου ηλικίας κα (Ν. 3852/2010).

4.2 Η οργάνωση της κοινωνικής πολιτικής στα πλαίσια του σχεδίου Καλλικράτης

Το σχέδιο «Καλλικράτης» μπορεί να θεωρηθεί ότι δύναται να ευεργετήσει τις ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, καθώς η δημιουργία, ανάπτυξη και αποτελεσματική λειτουργία των ισχυρών και αποκεντρωμένων αυτοδιοικητικών οντοτήτων, φέρουν σημαντικές αρμοδιότητες και ευθύνες. Επιπλέον, η οργάνωση της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα με την εφαρμογή του Σχεδίου «Καλλικράτης» δύναται να είναι αποτελεσματικότερη καθώς μέσω της διοικητικής ανασυγκρότησης της χώρας ανασυντάσσονται και ενεργοποιούνται ταυτόχρονα δυνάμεις για καλύτερο σχεδιασμό, συντονισμό, προγραμματισμό και τελικά υλοποίηση πολιτικών και προγραμμάτων στον κοινωνικό τομέα.

Το νέο μοντέλο της κοινωνικής πολιτικής είναι βασισμένο στη διάκριση μεταξύ των οργάνων που σχεδιάζουν και εκείνων που υλοποιούν και παρέχουν τις κοινωνικές υπηρεσίες. Τα πολιτικά πρόσωπα είναι υπεύθυνα για την άσκηση της κοινωνικής πολιτικής στους ΟΤΑ, με την έννοια ότι οι αποφάσεις λαμβάνονται από το Δημοτικό Συμβούλιο του εκάστοτε Δήμου, ενώ συνήθως ο/η Δήμαρχος και ο/η Αντιδήμαρχος είναι υπεύθυνοι για την άσκηση της κοινωνικής πολιτικής στη Διοίκηση των υπηρεσιών ως πρόεδροι οργανισμών, ΝΠΔΔ και Δημοτικών Επιχειρήσεων (Skamnakis, 2011).

Μέσα σε αυτό το νέο αυτοδιοικητικό πλαίσιο, η άσκηση κοινωνικής πολιτικής έχει μετασχηματισθεί σημαντικά θέτοντας ως στόχο την αποτελεσματικότερη λειτουργία των κοινωνικών δομών, οι οποίες σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης φέρουν εγγύτερα τη Διοίκηση τους με τον ενδιαφερόμενο πληθυσμό, δίχως τη γραφειοκρατική παρέμβαση του κεντρικού κράτους (Skamnakis, 2011).

Πιο συγκεκριμένα αναφορικά για τον τομέα της κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης (ΚΔΚ άρθρο 75§Ι υπό τον τομέα ε'), οι Καλλικρατικοί Δήμοι αναλαμβάνουν τις εξής αρμοδιότητες:

- Την εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις που σκοπό έχουν την υποστήριξη και κοινωνική φροντίδα της βρεφικής και παιδικής ηλικίας και της τρίτης ηλικίας, μέσα από την ίδρυση και λειτουργία νομικών προσώπων και ιδρυμάτων όπως παιδικών και βρεφονηπιακών σταθμών, βρεφοκομείων,

ορφανοτροφείων, κέντρων ανοικτής περίθαλψης και ημερήσιας φροντίδας, ψυχαγωγίας και αναψυχής ηλικιωμένων, γηροκομείων κ.λπ. καθώς και τη μελέτη και εφαρμογή σχετικών κοινωνικών προγραμμάτων.

- Την εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις και προγράμματα, που στοχεύουν στη μέριμνα, υποστήριξη και φροντίδα ευπαθών κοινωνικών ομάδων με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή ψυχικής υγείας, όπως δημιουργία δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, κέντρων αγωγής υγείας, υποστήριξης και αποκατάστασης ατόμων με αναπηρία, κέντρων ψυχικής υγείας, συμβουλευτικής στήριξης των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας και βίας κατά συνοικούντων προσώπων και κέντρων πρόληψης κατά εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Την μέριμνα για τη στήριξη άστεγων και οικονομικά αδύνατων δημοτών, με την παραχώρηση δημοτικών και κοινοτικών οικοπέδων σε αυτούς ή με την παροχή χρηματικών βοηθημάτων, ειδών διαβίωσης και περίθαλψης σε κατοίκους που αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα διαβίωσης.
- Την σχεδίαση, οργάνωση, συντονισμός και την εφαρμογή προγραμμάτων και πρωτοβουλιών για την πρόληψη της παραβατικότητας στην περιφέρειά τους, με τη δημιουργία Τοπικών Συμβουλίων Πρόληψης Παραβατικότητας.
- Τον σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων ή συμμετοχή σε προγράμματα και δράσεις για την ένταξη αθίγγανων, παλιννοστούντων ομογενών, μεταναστών και προσφύγων στην κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική ζωή της τοπικής κοινωνίας.
- Την προώθηση και ανάπτυξη του εθελοντισμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης μέσα από τη δημιουργία τοπικών δικτύων κοινωνικής αλληλεγγύης, εθελοντικών οργανώσεων και ομάδων εθελοντών που θα δραστηριοποιούνται για την επίτευξη των στόχων και την υποβοήθηση του έργου της κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης του Δήμου.

Και πιο συγκεκριμένα, οι δράσεις κοινωνικής πολιτικής που αναλαμβάνουν οι ΟΤΑ είναι (Ε.Ε.Τ.Α.Α., 1995, σ. 82-83):

1. Προγράμματα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων, με βάση τα οποία παρέχονται σε ηλικιωμένα άτομα υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας, κατ' οίκον εξυπηρέτησης, αναψυχής και κοινωνικής ενεργοποίησης. Τέτοιου είδους

προγράμματα είναι τα ΚΑΠΗ, τα ΚΗΦΗ και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

2. Προγράμματα τα οποία απευθύνονται σε ΑΜΕΑ, απόρους, ειδικές ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, απόρους.
3. Προγράμματα υποστήριξη της οικογένειας και των νέων.
4. Προγράμματα πρόληψης, που παρέχονται μέσω των δημοτικών ιατρείων και των συμβουλευτικών σταθμών
5. Προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης
6. Δίκτυα Κοινωνικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών

Με την εφαρμογή του σχεδίου «Καλλικράτης» η κοινωνική πολιτική της χώρας έχει στόχο την αλλαγή και το συντονισμό υφιστάμενων και το σχεδιασμό νέων προγραμμάτων κοινωνικού χαρακτήρα τα οποία ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες των ευπαθών κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού (Ν. 3852/2010).

Η εκπλήρωση των αρμοδιοτήτων των Δήμων στον τομέα της κοινωνική πολιτική εκτελούνται μέσω της οργάνωσης διαφόρων οργανωτικών και νομικών σχημάτων: Αρχικά, οι Δήμοι είναι σε θέση να επιτελούν το έργο τους αυτόνομα, μέσω της δημιουργίας ιδιαίτερων οργανικών μονάδων εντασσόμενων στον Οργανισμό Εσωτερικής Υπηρεσίας (ΟΕΥ) τους (ν.3852/2010 άρθρο 97). Παράλληλα έχουν την θεσμική δυνατότητα να ιδρύσουν ξεχωριστά νομικά πρόσωπα, που δεν υπάρχουν στον ΟΕΥ.

Με τον τρόπο αυτό μπορούν να δημιουργούνται Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) από Δήμους, με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου και με έκδοση προεδρικού διατάγματος όπως για παράδειγμα βρεφοκομεία, γηροκομεία, ορφανοτροφεία, ΚΑΠΗ κτλ. Στη διοίκησή τους συμμετέχουν ο Δήμαρχος και μέλη του Δημοτικού Συμβουλίου και επιχορηγούνται από τον δημοτικό προϋπολογισμό (ΚΔΚ άρθρο 226).

Επίσης υπάρχει η δυνατότητα, δημιουργίας συνδέσμων Δήμων, ως ΝΠΔΔ, με απόφαση των Δημοτικών Συμβουλίων και σκοπό την από κοινού εκτέλεση/συντήρηση έργων, παροχή υπηρεσιών της αρμοδιότητάς τους και σχεδιασμό αναπτυξιακών προγραμμάτων για την περιοχή τους (ΚΔΚ άρθρο 245).

Στον Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων (ΚΔΚ) προβλέπονται και οι επιτρεπόμενες νομικές μορφές των δημοτικών επιχειρήσεων, αναλόγως των σκοπών που επιδιώκουν (Χλέπας, 2010).

Πιο συγκεκριμένα προκειμένου οι Δήμοι, με στόχο την κοινωνική πολιτική:

- Καθιέρωσαν δημοτικές κοινωφελείς επιχειρήσεις (ΚΔΚ άρθρα 252, 254 επ.) με κοινωφελείς σκοπούς, συναφείς με τις θεσμοθετημένες αρμοδιότητες των Δήμων, όπως τους τομείς της κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης.
- Συμπεριέλαβαν ειδική πρόβλεψη (ΚΔΚ άρθρο 267) για τις αστικές μη κερδοσκοπικές εταιρίες (ΑΜΚΕ) των οποίων η σύστασή επιτρέπεται μόνο όταν αυτό προβλέπεται από ειδική διάταξη νόμου ή από το κανονιστικό πλαίσιο εθνικών ή ευρωπαϊκών προγραμμάτων.
- Προέβλεψαν την νομική μορφή της Ανώνυμης Εταιρίας (ΑΕ) ΟΤΑ (ΚΔΚ άρθρα 252, 265 επ), με επιμέρους διακρίσεις:
 1. Τις κοινές ΑΕ ΟΤΑ, οι οποίες αποτελούνται από έναν ή περισσότερους Δήμους είτε με δευτεροβάθμιους ΟΤΑ είτε με άλλους φορείς Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Εφόσον οι παραπάνω έχουν την πλειοψηφία του εταιρικού κεφαλαίου, στο υπόλοιπο μπορεί να συμμετέχει οποιοσδήποτε άλλος είτε είναι ιδιώτης είτε είναι το Δημόσιο.
 2. Τις Αναπτυξιακές ΑΕ ΟΤΑ, οι οποίες σαν αποκλειστικό σκοπό τους έχουν την επιστημονική ή τεχνική υποστήριξη των ΟΤΑ για την προώθηση της βιώσιμης ανάπτυξης σε διαδημοτικό ή ευρύτερο γεωγραφικό χώρο και στις οποίες συμμετέχουν καταρχήν μόνο ΟΤΑ α' και β' βαθμού και άλλοι φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης. Παρόλαυτα είναι δυνατόν να συμμετέχουν και άλλοι δημόσιοι φορείς όπως για παράδειγμα επιστημονικά/ερευνητικά ιδρύματα, επιμελητήρια, φορείς συλλογικών οικονομικών ή κοινωνικών συμφερόντων, τραπεζοπιστωτικά ιδρύματα, έχοντας ως βασική προϋπόθεση ότι οι ΟΤΑ κατέχουν την πλειοψηφία του εταιρικού κεφαλαίου , αποκλείοντας με αυτό τον τρόπο την συμμετοχή ιδιωτών.
- Οι δημοτικές ΑΕ, παρόλο που αρχικά προορίζονται για ευρύτερα αναπτυξιακές λειτουργίες, έμμεσα εξυπηρετούν και εμπλέκονται και σε κοινωνικούς σκοπούς.

Συνεπώς για την άσκηση κοινωνικής πολιτικής, κάθε Δήμος μπορεί να έχει:

- Ένα ΝΠΔΔ στον τομέα «Κοινωνική προστασία, αλληλεγγύη και παιδεία», με ειδική πρόβλεψη για Δήμους άνω των 300.000 κατοίκων, οι οποίοι μπορούν να λειτουργούν διπλάσιο αριθμό νομικών προσώπων στον συγκεκριμένο τομέα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στα ΝΠΔΔ με αντικείμενο κοινωνικού χαρακτήρα, όπως η φροντίδα παιδιών ή ηλικιωμένων, συγκροτούνται άμισθες επιτροπές, όπου συμμετέχουν και εκπρόσωποι των χρηστών των υπηρεσιών με εισηγητικό ρόλο (ν.3852/2010 άρθρο 103§6).
- Ένα ξεχωριστό ΝΠΔΔ, εφόσον τυγχάνει ευρύτερης αναγνώρισης λόγω της μακρόχρονης προσφοράς του
- Μία κοινωφελή επιχείρηση

Επιπλέον, οι Δήμοι είναι σε θέση να συμμετέχουν στις ΑΕ του άρθρου 265 ΚΔΚ, με την προϋπόθεση ότι αυτές είχαν συσταθεί μέχρι την 31-12-2010, και σε αναπτυξιακή ΑΕ της Περιφέρειας. Τέλος, υφιστάμενες ΑΜΚΕ όπου συμμετέχουν περισσότεροι Δήμοι, διατηρούνται ως έχουν μέχρι την καταστατική τους λήξη, ή την λήξη του ευρωπαϊκού προγράμματος το οποίο διαχειρίζονται σε αντίθεση με τις κοινωφελείς δράσεις των ΑΜΚΕ στις οποίες μετέχει ένας μόνο Δήμος και νομικά του πρόσωπα, περιέρχονται στην κοινωφελή επιχείρηση του Δήμου.

4.2.2 Κοινωνική πολιτική των Δήμων πριν και μετά την εφαρμογή του σχεδίου Καλλικράτης

Πριν από την εφαρμογή του Καλλικράτη, η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας εκ μέρους των Ο.Τ.Α., αντιμετώπιζε σημαντικά γραφειοκρατικά εμπόδια, ενώ η εφαρμογή της γινόταν σε περιορισμένο βαθμό (Ι.Τ.Α., 2006). Σήμερα, ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στον σχεδιασμό και στην υλοποίηση της κοινωνικής πολιτικής έχει ενισχυθεί σημαντικά με τη μεταρρύθμιση του Καλλικράτη (Νόμος 3852/2010) (Ακρίνοπούλου et al, 2012). Η αναδιάταξη επήλθε κυρίως μέσω της μεταβίβασης αρμοδιοτήτων από την κεντρική κυβέρνηση προς τους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) και δευτερευόντως λόγω της σημαντικής συγχώνευσης των δήμων.

Σύμφωνα με τους Κοντιάδη & Τσέκο (2008) οι υφιστάμενες κοινωνικές πολιτικές, προ εφαρμογής του σχεδίου «Καλλικράτης» είχαν σημαντικά προβλήματα ανομοιογένειας μεταξύ των περιφερειών, ενώ πρακτικά είχαν αναπτυχθεί ελάχιστες αποκεντρωμένες δράσεις κοινωνικής πολιτικής και προστασίας, από τις οποίες οι περισσότερες χωρίς κεντρική κατεύθυνση. Τα προγράμματα δε και οι πολιτικές που εφαρμόζονταν ήταν εν γένει αποσπασματικά και χωρίς συνέχεια και συνέπεια στις πραγματικές ανάγκες της εκάστοτε περιοχής. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά πλέον της έλλειψης ουσιαστικού συντονισμού των δράσεων οδηγούσαν αν μη τι άλλο σε επικαλύψεις σε ορισμένες περιοχές και σε σοβαρές παραλείψεις σε άλλες. Επιπλέον, η σοβαρή έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού με την ύπαρξη ποικιλίας δομών χωρίς ουσιαστική προσφορά υπηρεσιών και φορέων, ενέπλεκαν μεγάλο αριθμό υπηρεσιών, όπου στις περισσότερες κυριαρχούσε η έλλειψη τεχνογνωσίας και η υψηλή γραφειοκρατία.

Η οργάνωση της κοινωνικής πολιτικής σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης έχει ως στόχο την καταπολέμηση των αδυναμιών, οι οποίες ήταν εμφανείς στο προηγούμενο μοντέλο οργάνωσης σε επίπεδο αυτοδιοίκησης ενώ οι ρυθμίσεις της αποσκοπούν στην εγγύτητα στη λήψη αποφάσεων, στη σωστή διακυβέρνηση, στην αύξηση της εποπτείας και του ελέγχου, την κοινωνική και οικονομική συνοχή, στην ενίσχυση του ρόλου και των δικαιωμάτων του πολίτη, στην αύξηση του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και στην πολυεπίπεδη διακυβέρνηση.

Με την υιοθέτηση του «Καλλικράτη», η τοπική αυτοδιοίκηση είναι πια υπεύθυνη για τον συντονισμό των προηγούμενων και το σχεδιασμό και υλοποίηση νέων προγραμμάτων κοινωνικού χαρακτήρα που θα εξυπηρετούν τις ανάγκες διαφόρων κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού και στη δυναμική τους ένταξη ή/και επανένταξη στην οικονομική και κοινωνική ζωή συμβάλλοντας ουσιαστικά στην ανάπτυξη και αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους.

Ο νέος τρόπος οργάνωσης της κοινωνικής πολιτικής σε βάση την τοπική αυτοδιοίκηση προάγει τον οριζόντιο προγραμματισμό και τη συμπληρωματική κατανομή αρμοδιοτήτων μέσω της ανάληψης συγκεκριμένων λειτουργιών βάσει συγκριτικού πλεονεκτήματος από διαδημοτικές υπηρεσίες κοινωνικής προστασίας και μέσω της ανάληψης κοινών υποστηρικτικών λειτουργιών από φορέα ευρύτερης

εμβέλειας σε επίπεδο Δευτεροβάθμιας Αυτοδιοίκησης (όπως το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι), (Skamnakis, 2011).

Μέρος Β΄: Ερευνητικό

Κεφάλαιο 5 : Μεθοδολογία έρευνας

5.1 Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή των δομών φροντίδας των ατόμων Τρίτης Ηλικίας, όπως αυτές διαμορφώνονται σήμερα στους Δήμους του Ν. Ηρακλείου Κρήτης, μετά την αναδιάρθρωσή τους από το σχέδιο «Καλλικράτης». Ειδικότερα, γίνεται μια προσπάθεια καταγραφής της οργάνωσης τους σήμερα, ποια είναι τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν και ποιες προοπτικές υπάρχουν για περαιτέρω εξέλιξη τους, προκειμένου να αναπτυχθεί η μέριμνα ως προς την Τρίτη Ηλικία σε καλύτερο επίπεδο.

Σε ευρύτερο πλαίσιο μελέτης, αναζητήθηκαν οι ανάγκες των δομών και των προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας για την Τρίτη Ηλικία στους Δήμους του Ν. Ηρακλείου, όπως αυτές προκύπτουν σήμερα, προκειμένου οι δομές να συμβάλλουν στην εξέλιξη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.

5.2 Ερευνητική υπόθεση και ερευνητικά ερωτήματα

Στη μελέτη έγινε η καταγραφή των δομών και του τρόπου λειτουργίας τους, καθώς επίσης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τους πριν και μετά τον «Καλλικράτη». Μέσα από μελέτη διαφόρων πηγών γίνεται κατανοητό ότι σήμερα δεν έχει καταγραφεί το επίπεδο των δομών παροχής φροντίδας προς τους ηλικιωμένους, μετά την εφαρμογή του σχεδίου Καλλικράτης. Ενώ οι δομές λειτουργούν αρκετά χρόνια και ανανεώνονται σύμφωνα με τα Κοινοτικά δεδομένα, δεν έχει γίνει αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και του γενικότερου τρόπου λειτουργία τους. Επομένως, σύμφωνα με τα παραπάνω, βασική ερευνητική υπόθεση της παρούσας μελέτης είναι η εξής:

«Οι δομές παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας και ο τρόπος λειτουργίας τους καλύπτουν με πληρέστερο τρόπο τις ανάγκες των ατόμων, συγκριτικά με παλαιότερα έτη, πριν την εφαρμογή του Σχεδίου Καλλικράτης».

Σύμφωνα με την παραπάνω υπόθεση, τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης είναι τα

εξής:

1. Είναι οι δομές παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας καλύτερα οργανωμένες σήμερα, σε σύγκριση με την παλαιότερη οργάνωση τους, πριν την εφαρμογές του Σχεδίου Καλλικράτης;
2. Παρέχουν οι δομές παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας περισσότερες υπηρεσίες σήμερα, σε σύγκριση με τις υπηρεσίες που προσέφεραν πριν την εφαρμογές του Σχεδίου Καλλικράτης;
3. Είναι η ποιότητα των υπηρεσιών των δομών παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας υψηλότερη, σε σύγκριση με την ποιότητα υπηρεσιών τους, πριν την εφαρμογές του Σχεδίου Καλλικράτης;
4. Μπορούν να εξυπηρετήσουν περισσότερους ηλικιωμένους σήμερα, σε σύγκριση με την παλαιότερη οργάνωση τους, πριν την εφαρμογές του Σχεδίου Καλλικράτης;

5.3. Μεθοδολογία εμπειρικής έρευνας

Για το σκοπό της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ποσοτικές μέθοδοι, προκειμένου η ομάδα εργασίας να έχει τη δυνατότητα αναδείξει μέσα από τη μελέτη των στοιχείων, τα οποία προέκυψαν, τις γενικές τάσεις που εμφανίζονται στο δείγμα.

Τρόπος συλλογής στοιχείων

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο, στο οποίο περιλαμβάνονται κλειστού τύπου ερωτήσεις (Βλέπε Παράρτημα 1). Ο λόγος επιλογής του ερωτηματολογίου και όχι κάποιας άλλης ερευνητικής μεθόδου (πχ συνέντευξης) είναι γιατί με το ερωτηματολόγιο δίνεται η δυνατότητα στους ερωτηθέντες να περιοριστούν σε συγκεκριμένες ερωτήσεις που τους έχουν τεθεί και να μην προβούν σε δηλώσεις και «πλατατισμούς». Επίσης, το ερωτηματολόγιο σαν εργαλείο, μας επέτρεψε σε σχετικά μικρό χρόνο να συγκεντρώσουμε τον απαραίτητο αριθμό για την έρευνα μας.

Συμμετέχοντες στην έρευνα

Στην έρευνα συμμετείχαν όλες οι δομές του Νομού Ηρακλείου. Στη μελέτη επιλέχθηκε η καταγραφή μέσω των κοινωνικών λειτουργών προκειμένου να διερευνηθεί και η αντίληψη τους για την οργάνωση και τη λειτουργία των υπηρεσιών. Η μελέτη διεξήχθη στους Δήμους Αρχανών – Αστερουσίων, Γόρτυνας, Ηρακλείου,

Μαλεβιζίου, Μινώα Πεδιάδας, Φαιστού και Χερσονήσου του Νομού Ηρακλείου από τον Νοέμβριο 2018 μέχρι τον Φεβρουάριο 2019 και συνολικά συμμετείχαν 24 δομές.

Στον Πίνακα 1, φαίνεται το σύνολο των δομών του Νομού Ηράκλειου είναι 9

Δήμοι Νομού Ηρακλείου Κρήτης	Δομές για την Τρίτη Ηλικία			
	ΚΗΦΗ	ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	ΚΑΠΗ	ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ
ΔΗΜΟΣ ΑΡΧΑΝΩΝ - ΑΣΤΕΡΟΥΣΙΩΝ	ΚΟΥΝΑΒΟΙ ΠΕΖΑ	ΚΟΥΝΑΒΟΙ ΠΥΡΓΟΣ ΑΡΧΑΝΕΣ	ΑΡΧΑΝΕΣ ΧΑΡΑΚΑΣ ΜΕΛΕΣΕΣ	
ΣΥΝΟΛΟ ΔΗΜΟΥ	2	3	3	0
ΔΗΜΟΣ ΒΙΑΝΟΥ	ΑΝΩ ΒΙΑΝΝΟΣ ΚΑΤΩ ΒΙΑΝΝΟΣ ΕΜΠΑΡΟΣ	ΑΝΩ ΒΙΑΝΝΟΣ	ΘΡΑΨΑΝΟ	
ΣΥΝΟΛΟ ΔΗΜΟΥ	3	1	1	0
ΔΗΜΟΣ ΓΟΡΤΥΝΑΣ	ΠΑΝΑΣΟΥ	ΑΣΗΜΙ		
ΣΥΝΟΛΟ ΔΗΜΟΥ	1	1	0	0
ΔΗΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ		ΜΑΣΤΑΜΠΑ ΘΕΡΙΣΣΟΥ ΠΟΡΟΥ ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΦΟΡΤΕΤΣΑΣ ΚΑΤΣΑΜΠΑ ΑΓ. ΤΡΙΑΔΑΣ ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΥ ΓΟΡΓΟΛΑΙΝΗ ΤΕΜΕΝΟΥΣ ΑΓ. ΣΥΛΑΣ ΤΕΜΕΝΟΥΣ ΠΡΟΦΗΤΗΣ ΗΛΙΑΣ ΠΑΛΙΑΝΗΣ		ΑΓΙΑΣ ΤΡΙΑΔΑΣ ΚΑΤΣΑΜΠΑ ΠΟΡΟΥ ΘΕΡΙΣΣΟΥ ΔΕΙΛΙΝΩΝ ΤΑΛΩΣ ΜΑΣΤΑΜΠΑ ΦΟΡΤΕΤΣΑΣ ΑΓΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗ ΝΕΑΣ ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΔΗΜΟΥ	0	12	0	10
ΔΗΜΟΣ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ	ΓΑΖΙ	ΓΑΖΙ ΚΡΟΥΣΩΝΑΣ ΤΥΛΙΣΟΣ	ΓΑΖΙ, ΚΑΛΕΣΣΑ, ΤΥΛΙΣΟΣ, ΚΡΟΥΣΩΝΑΣ, ΓΩΝΙΕΣ	
ΣΥΝΟΛΟ ΔΗΜΟΥ	1	3	5	0
ΔΗΜΟΣ ΜΙΝΩΑ ΠΕΔΙΑΔΟΣ		ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙ ΚΑΣΤΕΛΙ ΘΡΑΨΑΝΟ	ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙ ΚΑΣΤΕΛΙ	
ΣΥΝΟΛΟ ΔΗΜΟΥ	1	3	2	0
ΔΗΜΟΣ ΧΕΡΣΟΝΗΣΟΥ		ΓΟΥΡΝΕΣ	ΧΕΡΣΟΝΗΣΟΥ ΜΑΛΙΩΝ	
ΣΥΝΟΛΟ ΔΗΜΟΥ	1	1	2	0
ΔΗΜΟΣ ΦΑΙΣΤΟΥ		ΖΑΡΟΣ ΤΥΜΠΑΚΙ	ΜΟΙΡΕΣ	
ΣΥΝΟΛΟ ΔΗΜΟΥ	0	2	1	0
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΜΟΥ	9	26	14	10

ΚΗΦΗ, 26 ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ, 14 ΚΑΠΗ και 10 ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ.

5.4 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο έγινε με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 23. Η περιγραφική στατιστική ανάλυση περιλαμβάνει πίνακες απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων.

Για την εξαγωγή των περιγραφικών στατιστικών, η ανάλυση των κατηγορικών μεταβλητών έγινε με τον υπολογισμό συχνοτήτων και ποσοστών. Η ανάλυση των συνεχών μεταβλητών που είχαν κανονική κατανομή έγινε με την αποτύπωση της μέσης τιμής και τυπικής απόκλισης.

Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα

Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Δημογραφικά χαρακτηριστικά		Συχνότητα	Ποσοστό %
Φύλο	Γυναίκα	24	100%
Ηλικία	30-39	16	66.7%
	40-49	6	25%
	50-59	2	8.3%
Μορφωτικό Επίπεδο	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	18	75%
	Μεταπτυχιακές σπουδές	6	25%
	Διδακτορικές σπουδές	0	0%
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/-η	2	8.3%
	Έγγαμος/-η	21	87.5%
	Διαζευγμένος-η	1	4.2%

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Στο σύνολο τους όλοι οι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες, η πλειοψηφία των οποίων (66.7%) μεταξύ 30-39 ετών και έγγαμες (87.5%). Επιπλέον, οι περισσότερες συμμετέχουσες ήταν απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (75%).

Πίνακας 2: Δήμος, χρόνια προϋπηρεσίας και δομή εργασίας των συμμετεχόντων

	Δήμος	Συχνότητα	Ποσοστό %
	6-10	2	8.3%
	11-15	10	41.7%
	16-20	12	50%
Σε ποιο Δήμο εργάζεσθε	Δ. Αρχανών - Αστερουσίων	1	4.2%
	Δ. Γόρτυνας	2	8.3%
	Δ. Ηρακλείου	11	45.8%

	Δ. Μαλεβιζίου	4	16.7%
	Δ. Μινώα Πεδιάδας	3	12.5%
	Δ. Φαιστού	1	4.2%
	Δ. Χερσονήσου	2	8.3%
Σε ποια δομή του Δήμου που ασχολείται με την Τρίτη ηλικία εργάζεσθε;	Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)	1	4.2%
	Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)	6	25%
	Πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι"	11	45.8%
	ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ	6	25%
Πόσους ηλικιωμένους εξυπηρετεί η δομή εργασίας σας σήμερα;		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)	85	-
	Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)	190	126.80
	Πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι"	103.8	38.97
	ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ	203.33	83.86

Το 45.8% των συμμετεχουσών εργαζόταν σε δομή του Δήμου Ηρακλείου, στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» (45.8%) ενώ την πλειοψηφία τους (41.7%) είχαν 11-15 χρόνια προϋπηρεσίας. Τέλος, η μέση τιμή ηλικιωμένων που εξυπηρετούν τα ΚΗΦΗ είναι 85, τα ΚΑΠΗ 190 (126.80), τα Βοήθεια στο σπίτι 103.8 (38.97) και τα ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ 203.33 (83.86).

Πίνακας 3: Κοινωνικές δομές για την φροντίδα των ηλικιωμένων πριν και μετά την εφαρμογή του Καλλικράτη

	Ποιες κοινωνικές δομές για την φροντίδα των ηλικιωμένων υπήρχαν στον Δήμο εργασίας σας πριν την εφαρμογή του Καλλικράτη;			Ποιες κοινωνικές δομές για την φροντίδα των ηλικιωμένων υπάρχουν στον Δήμο σας σήμερα;		
	Συχνότητα	Ποσοστό %	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Συχνότητα	Ποσοστό %	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)
Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)	91.7%	22	1.56 (0.70)	95.8%	23	2.53 (1.74)
Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)	87.5%	21	5.11 (3.85)	83.3% (20)	20	6.94 (4.69)
Πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι"	91.7%	22	4.79 (3.42)	100%	24	6.7 (4.76)
Άλλο	12.5	3	1.00	12.5	3	4 (5.19)

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι Κοινωνικές δομές για την φροντίδα των ηλικιωμένων πριν και μετά την εφαρμογή του Καλλικράτη. Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της έρευνας, σήμερα, η πλειοψηφία των Δήμων (95.8%) έχει ΚΗΦΗ όπως και στο 91.7% των Δήμων πριν την εφαρμογή του Καλλικράτη ενώ ο αριθμός τους αυξήθηκε ελαφρώς. Ο αριθμός των ΚΑΠΗ στους Δήμους που συμμετείχαν στην έρευνα μειώθηκε κατά 1 ενώ τα ποσοστά ύπαρξης των δομών είναι 83.3% μετά και 87.5% πριν την εφαρμογή του Καλλικράτη. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι όλοι οι Δήμοι που συμμετέχουν στην μελέτη λειτουργούν το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» σε αντίθεση με το 91.7% των Δήμων πριν την εφαρμογή του Καλλικράτη με αύξηση του αριθμού των δομών αυτών. Θα πρέπει να παρατηρήσουμε επίσης ότι, η μέση τιμή των δομών έχει αυξηθεί μετά την εφαρμογή του Καλλικράτη.

Πίνακας 4: Υπηρεσίες που παρέχονται στην κοινωνική δομή εργασίας σας, για την Τρίτη Ηλικία πριν και μετά την εφαρμογή του σχεδίου Καλλικράτης

	Σήμερα		Πριν την εφαρμογή του Καλλικράτη	
Ποιες υπηρεσίες παρέχονται στην κοινωνική δομή στην οποία εργάζεσθε, για την Τρίτη Ηλικία πριν και μετά την εφαρμογή του σχεδίου Καλλικράτης;				
	Συχνότητα	Ποσοστό %	Συχνότητα	Ποσοστό %
Κοινωνική Υπηρεσία	24	100%	19	86.4%
Νοσηλευτική	20	90.9%	21	95.5%
Εργοθεραπεία	4	18.2%	14	36.4%
Φυσικοθεραπεία	9	40.9%	7	31.8%
Προληπτική Ιατρική	7	31.8%	11	50%
Ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων στην κοινότητα	14	63.3%	14	63.3%

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι υπηρεσίες που παρέχονται στις κοινωνικές δομές εργασίας του δείγματος, πριν και μετά την εφαρμογή του σχεδίου Καλλικράτης. Παρατηρούμε ότι τόσο πριν όσο και μετά την εφαρμογή του Καλλικράτη στις περισσότερες δομές παρέχονταν κοινωνικές υπηρεσίες και νοσηλευτική φροντίδα. Επιπλέον, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες (100% έναντι 86.4%) και η παροχή φυσικοθεραπείας (40.9% έναντι 31.8%) έχουν αυξηθεί μετά την εφαρμογή του Καλλικράτη. Από την άλλη έχει μειωθεί το ποσοστό παροχής υπηρεσιών όπως η εργοθεραπεία (18.2% έναντι 36.4%) και η προληπτική ιατρική (31.8% έναντι 50%) μετά την εφαρμογή του Καλλικράτη.

Πίνακας 5: Βελτίωση των παραγόντων στις δομές παροχής φροντίδας προς τους ηλικιωμένους μετά την εφαρμογή του Προγράμματος Καλλικράτης

Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες βελτιώθηκαν στις δομές παροχής φροντίδας προς τους ηλικιωμένους μετά την εφαρμογή του Προγράμματος Καλλικράτης;					
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Παρεχόμενες υπηρεσίες	0% (0)	25.0% (6)	54.2% (13)	16.7 (4)	4.2% (1)
Προσωπικό – Στελέχωση	0% (0)	45.8% (11)	41.7% (10)	12.5% (3)	0% (0)
Εκπαίδευση προσωπικού	4.2% (1)	45.8% (11)	37.5% (9)	12.5% (3)	0% (0)
Υποδομές	0% (0)	29.2% (7)	58.3% (14)	12.5% (3)	0% (0)
Ποιότητα υπηρεσιών	0% (0)	33.3% (8)	50% (12)	12.5% (3)	4.2% (1)
Αριθμός ηλικιωμένων που εξυπηρετείτε	4.5% (1)	22.7% (5)	40.9% (9)	27.3% (6)	4.5% (1)
Ανάπτυξη νέων υπηρεσιών μέσα από τη δυνατότητα δικτύωσης δομών (συνεργασίες με ΥΠΕ, ΚΕΝΤΡΑ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ, ΤΟΜΥ)	0% (0)	4.2% (1)	12.5 (3)	66.7% (16)	16.7% (4)
Χρηματοδότηση	16.7% (4)	45.8% (11)	33.3% (8)	4.2% (1)	0% (0)

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζεται η άποψη των συμμετεχόντων σχετικά με το αν βελτιώθηκαν οι όχι οι υπό ανάλυση παράγοντες στις δομές παροχής φροντίδας προς τους ηλικιωμένους μετά την εφαρμογή του Προγράμματος Καλλικράτης. Οι συμμετέχοντες κράτησαν στην πλειοψηφία τους (54.2%) ουδέτερη στάση ως προς τον πρώτο παράγοντα που αξιολογήθηκε και είναι οι παρεχόμενες υπηρεσίες. Οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 45.8% διαφωνούν ότι μετά την εφαρμογή του Καλλικράτη, οι παράγοντες Προσωπικό – Στελέχωση και Εκπαίδευση προσωπικού βελτιώθηκαν.

Επιπλέον, ουδέτερη ήταν η γνώμη της πλειοψηφίας των συμμετεχόντων για τους 3 επόμενους παράγοντες που αξιολογήθηκαν και είναι οι Υποδομές (58.3%), η Ποιότητα υπηρεσιών (50%) και ο Αριθμός ηλικιωμένων που εξυπηρετείτε (40.9%). Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι το 33.3% απάντησε ότι διαφωνεί ως προς την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Επίσης διχασμένη είναι η άποψη των συμμετεχόντων ως προς την βελτίωση του αριθμού των ατόμων που εξυπηρετούνται αφού το 27.3% συμφωνεί και το 22.7% διαφωνεί.

Σε ποσοστό 66.7% οι συμμετέχοντες συμφωνούν ότι η ανάπτυξη νέων υπηρεσιών

μέσα από τη δυνατότητα δικτύωσης δομών (συνεργασίες με ΥΠΕ, ΚΕΝΤΡΑ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ, ΤΟΜΥ) βελτιώθηκε μετά την εφαρμογή του Καλλικράτη και τέλος αρνητική σε ποσοστό 45.8% είναι η άποψη τους αναφορικά με την βελτίωση της χρηματοδότησης.

Πίνακας 6: Ποσοστό βελτίωσης των δομών παροχής φροντίδας προς τους ηλικιωμένους μετά την εφαρμογή του Προγράμματος Καλλικράτης

Πόσο βελτιώθηκαν οι παρακάτω τομείς :					
% (Συχνότητα)	Πάρα πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
Παρεχόμενες υπηρεσίες	4.2% (1)	20.8% (5)	37.5% (9)	16.7% (4)	20.8% (5)
Προσωπικό – Στελέχωση	0% (0)	12.5% (3)	33.3% (8)	4.2% (1)	50% (12)
Εκπαίδευση προσωπικού	0% (0)	12.5% (3)	25% (6)	20.8% (5)	41.7% (10)
Υποδομές	0% (0)	12.5% (3)	41.7% (10)	12.5% (3)	33.3% (8)
Ικανοποίηση εξυπηρετούμενων	4.2% (1)	37.5% (9)	20.8% (5)	16.7% (4)	20.8% (5)
Χρηματοδότηση	0% (0)	4.2% (1)	37.5% (9)	16.7% (4)	41.7% (10)
Ποιότητα υπηρεσιών	4.2% (1)	37.5% (9)	20.8% (5)	12.5% (3)	25% (6)
Ανάπτυξη νέων υπηρεσιών μέσα από τη δυνατότητα δικτύωσης δομών (συνεργασίες με ΥΠΕ, ΚΕΝΤΡΑ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΑΝΤΟΠΩΛΕΙΑ, ΥΠΕ, ΤΟΜΥ)	12.5% (3)	50% (12)	16.7% (4)	20.8% (5)	0% (0)
Αριθμός ηλικιωμένων που εξυπηρετείτε	19.0% (4)	14.3% (3)	9.5% (2)	28.6% (6)	28.6% (6)

Το ποσοστό βελτίωσης των δομών παροχής φροντίδας προς τους ηλικιωμένους μετά την εφαρμογή του Προγράμματος Καλλικράτης παρουσιάζεται στον Πίνακα 6. Οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι παράγοντες όπως οι παρεχόμενες υπηρεσίες (37.5%), έχουν βελτιωθεί μέτρια ενώ το 37% καθόλου ή λίγο μετά την εφαρμογή του Καλλικράτη. Επίσης, οι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι ο παράγοντας όπως του προσωπικού – στελέχωσης (50%) δεν έχει βελτιωθεί καθόλου ενώ οι υποδομές (41.7%) έχουν βελτιωθεί μέτρια μετά την εφαρμογή του Καλλικράτη. Ωστόσο καθόλου δεν έχουν βελτιωθεί σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, οι παράγοντες της

εκπαίδευσης προσωπικού (41.7%) και της χρηματοδότησης (41.7%). Αναφορικά με τον αριθμό των ηλικιωμένων που εξυπηρετείται, οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι έχει βελτιωθεί λίγο ή καθόλου (28.6% αντίστοιχα) ενώ 19% πιστεύει ότι έχει βελτιωθεί πολύ.

Τέλος, οι συμμετέχοντες υποστηρίζουν ότι πολύ έχουν βελτιωθεί οι παράγοντες της ικανοποίησης εξυπηρετούμενων (37.5%), της ποιότητας υπηρεσιών (37.5%) και της ανάπτυξης νέων υπηρεσιών μέσα από τη δυνατότητα δικτύωσης δομών (συνεργασίες με ΥΠΕ, κέντρα κοινότητας, κοινωνικά παντοπωλεία, ΥΠΕ,ΤΟΜΥ), (50%).

Πίνακας 7 Βαθμός σημαντικότητας των παρακάτω παραγόντων για την ομαλή λειτουργία και ανάπτυξη των κοινωνικών δομών φροντίδας ηλικιωμένων

Σημειώστε το βαθμό σημαντικότητας των παρακάτω παραγόντων για την ομαλή λειτουργία και ανάπτυξη των κοινωνικών δομών φροντίδας ηλικιωμένων					
% (Συχνότητα)	Καθόλου σημαντική	Λίγο σημαντική	Σημαντική	Αρκετά σημαντική	Πολύ σημαντική
Χρηματοδότηση	0% (0)	8.3% (2)	12.5% (3)	4.2% (1)	75% (18)
Στελέχωση	0% (0)	0% (0)	12.5% (3)	20.8% (5)	66.7% (16)
Συγχωνεύσεις δομών	25% (6)	25% (6)	29.2% (7)	12.5% (3)	8.3% (2)
Εκπαίδευση προσωπικού	0% (0)	0% (0)	25% (6)	12.5% (3)	62.5% (15)
Εποπτεία/στήριξη επαγγελματιών	0% (0)	4.2% (1)	33.3% (8)	12.5% (3)	50% (12)
Νέες αρμοδιότητες λόγω Ν. 3852/2010	0% (0)	16.7% (4)	45.8% (11)	16.7% (4)	20.8% (5)

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζεται ο βαθμός σημαντικότητας των παραγόντων για την ομαλή λειτουργία και ανάπτυξη των κοινωνικών δομών φροντίδας ηλικιωμένων. Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες πολύ σημαντικοί είναι οι παράγοντες της χρηματοδότησης (75%), στελέχωσης (66.7%), εκπαίδευσης προσωπικού (62.5%), η εποπτεία και στήριξη των επαγγελματιών (50%) και οι Νέες αρμοδιότητες λόγω Ν. 3852/2010 (45.8%).

Πίνακας 8: Βαθμός συμφωνίας των συμμετεχόντων στις παρακάτω δηλώσεις:

Σημειώστε τον βαθμό συμφωνίας σας στις παρακάτω δηλώσεις:					
% (Συχνότητα)	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Οι δομές παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας είναι σήμερα καλύτερα οργανωμένες, σε σύγκριση με την παλαιότερη οργάνωση τους, πριν την εφαρμογή του ν3852/2010	8.3% (2)	16.7% (4)	58.3% (14)	16.7% (4)	0% (0)
Οι δομές παροχής φροντίδας παρέχουν στα άτομα Τρίτης Ηλικίας περισσότερες υπηρεσίες/προγράμματα σήμερα, σε σύγκριση με τις υπηρεσίες που προσέφεραν πριν την εφαρμογή του ν3852/2010	8.3% (2)	41.7% (10)	20.8% (5)	25% (6)	4.2% (1)
Η ποιότητα των υπηρεσιών των δομών παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας είναι σήμερα υψηλότερη, σε σύγκριση με την ποιότητα υπηρεσιών τους, πριν την εφαρμογή του ν3852/2010	4.2% (1)	41.7% (10)	20.8% (5)	33.3% (8)	0% (0)
Οι δομές παροχής φροντίδας μπορούν σήμερα να εξυπηρετήσουν περισσότερους ηλικιωμένους.	16.7% (4)	20.8% (5)	25% (6)	37.5% (9)	0% (0)
Οι συγχωνεύσεις δομών με βάση το ν. 3852 βοήθησαν στην οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών και στον συντονισμό τους	4.2% (1)	37.5% (9)	50% (12)	8.3% (2)	0% (0)
Οι νέες αρμοδιότητες που δόθηκαν στους Δήμους στο τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών αναβάθμισαν τις κοινωνικές υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους	25% (6)	20.8% (5)	33.3% (8)	16.7% (4)	4.2% (1)
Οι συγχωνεύσεις δομών με βάση το ν. 3852 βοήθησαν στην μείωση της σπατάλης πόρων.	0% (0)	20.8% (5)	41.7% (10)	33.3% (8)	4.2% (1)

Τέλος στον Πίνακα 8 παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας των συμμετεχόντων σε συγκεκριμένες δηλώσεις. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (58.3%) διατηρεί ουδέτερη στάση ως προς την άποψη ότι οι δομές παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας είναι σήμερα καλύτερα οργανωμένες, σε σύγκριση με την παλαιότερη οργάνωση τους, πριν την εφαρμογή του ν3852/2010. Οι περισσότεροι επίσης

διαφωνούν (41.7%) ότι οι δομές παροχής φροντίδας παρέχουν στα άτομα Τρίτης Ηλικίας περισσότερες υπηρεσίες/προγράμματα σήμερα, σε σύγκριση με τις υπηρεσίες που προσέφεραν πριν όπως και για το ότι η ποιότητα των υπηρεσιών των δομών παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας είναι σήμερα υψηλότερη.

Παρόλαυτα, το 50% των συμμετεχόντων συμφωνούν ότι οι δομές παροχής φροντίδας μπορούν σήμερα να εξυπηρετήσουν περισσότερους ηλικιωμένους.

Τέλος, ουδέτερη στάση με ποσοστά 50%, 33.3% και 41.7% αντίστοιχα κράτησαν οι συμμετέχοντες ως προς το γεγονός ότι οι συγχωνεύσεις δομών με βάση το ν. 3852 βοήθησαν στην οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών και στον συντονισμό τους, οι νέες αρμοδιότητες που δόθηκαν στους Δήμους στο τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών αναβάθμισαν τις κοινωνικές υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους και ότι οι συγχωνεύσεις δομών με βάση το ν. 3852 βοήθησαν στην μείωση της σπατάλης πόρων.

Κεφάλαιο 7: Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη έγινε η καταγραφή των δομών και του τρόπου λειτουργίας τους, καθώς επίσης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τους πριν και μετά τον «Καλλικράτη».

Μετά την ολοκλήρωση της μελέτη προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα:

Ερευνητική υπόθεση:

«Οι δομές παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας και ο τρόπος λειτουργίας τους καλύπτουν με πληρέστερο τρόπο τις ανάγκες των ατόμων, συγκριτικά με παλαιότερα έτη, πριν την εφαρμογή του Σχεδίου Καλλικράτης».

Η εικόνα που επικρατούσε πριν την εφαρμογή του Καλλικράτη συνοψίζεται στα παρακάτω. Σύμφωνα με τους Κοντιάδη & Τσέκο (2008) οι υφιστάμενες κοινωνικές πολιτικές, προ εφαρμογής του σχεδίου Καλλικράτης είχαν σημαντικά προβλήματα ανομοιογένειας μεταξύ των περιφερειών, ενώ πρακτικά είχαν αναπτυχθεί ελάχιστες αποκεντρωμένες δράσεις κοινωνικής πολιτικής και προστασίας, από τις οποίες οι περισσότερες χωρίς κεντρική κατεύθυνση. Τα προγράμματα δε και οι πολιτικές που εφαρμόζονταν ήταν εν γένει αποσπασματικά και χωρίς συνέχεια και συνέπεια στις πραγματικές ανάγκες της εκάστοτε περιοχής. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά πλέον της έλλειψης ουσιαστικού συντονισμού των δράσεων οδηγούσαν αν μη τι άλλο σε επικαλύψεις σε ορισμένες περιοχές και σε σοβαρές παραλείψεις σε άλλες. Επιπλέον, η σοβαρή έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού με την ύπαρξη ποικιλίας δομών χωρίς ουσιαστική προσφορά υπηρεσιών και φορέων, ενέπλεκαν μεγάλο αριθμό υπηρεσιών, όπου στις περισσότερες κυριαρχούσε η έλλειψη τεχνογνωσίας και η υψηλή γραφειοκρατία.

Από το σύνολο των απαντήσεων της παρούσας μελέτης λοιπόν προκύπτει ότι τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα δεν συμφωνούν με την άποψη ότι πλέον οι δομές φροντίδας για την Τρίτη Ηλικία καλύπτουν πληρέστερα τις ανάγκες τους, με εξαίρεση το γεγονός ότι είναι σε θέση να εξυπηρετήσουν περισσότερα άτομα. Από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας όπως αυτά παρουσιάστηκαν παραπάνω (Πίνακας 3) προκύπτει επίσης ότι αν και ο αριθμός των υφιστάμενων δομών έχει αυξηθεί, εντούτοις παράγοντες που έχουν να κάνουν με την οργάνωση, τις υπηρεσίες, την ποιότητα των υπηρεσιών δεν έχουν βελτιωθεί.

Ερευνητικό ερώτημα 1:

- Είναι οι δομές παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας καλύτερα οργανωμένες σήμερα, σε σύγκριση με την παλαιότερη οργάνωση τους, πριν την εφαρμογές του Σχεδίου Καλλικράτης;

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα του πίνακα 8, οι συμμετέχοντες διατηρούν ουδέτερη στάση στην πλειοψηφία τους για το αν οι δομές παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας καλύτερα οργανωμένες σήμερα, σε σύγκριση με την παλαιότερη οργάνωση τους, πριν την εφαρμογές του Σχεδίου Καλλικράτης. Επιπλέον, το ένα τέταρτο των συμμετεχόντων διαφωνεί και μόνο ένα μικρό ποσοστό δηλώνει ότι συμφωνεί. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τον σκοπό εφαρμογής του Καλλικράτη μέρος του οποίου ήταν η οργάνωση της κοινωνικής πολιτικής στο επίπεδο της τοπικής αυτοδιοίκησης με σκοπό την καταπολέμηση των αδυναμιών, οι οποίες ήταν εμφανείς στο προηγούμενο μοντέλο οργάνωσης (Κοντιάδη & Τσέκος, 2008).

Ερευνητικό ερώτημα 2:

- Παρέχουν οι δομές παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας περισσότερες υπηρεσίες σήμερα, σε σύγκριση με τις υπηρεσίες που προσέφεραν πριν την εφαρμογές του Σχεδίου Καλλικράτης;

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα του πίνακα 8, οι μισοί συμμετέχοντες διαφωνούν με την υπόθεση μας ότι οι δομές παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας παρέχουν περισσότερες υπηρεσίες σήμερα, σε σύγκριση με τις υπηρεσίες που προσέφεραν πριν την εφαρμογές του Σχεδίου Καλλικράτης. Σύμφωνα με τους Κοντιάδη & Τσέκο (2008) οι υφιστάμενες κοινωνικές πολιτικές, προ εφαρμογής του σχεδίου Καλλικράτης περιλάμβαναν προγράμματα και οι πολιτικές που εφαρμόζονταν αποσπασματικά και χωρίς συνέχεια και συνέπεια στις πραγματικές ανάγκες της εκάστοτε περιοχής και σοβαρή έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού με την ύπαρξη ποικιλίας δομών χωρίς ουσιαστική προσφορά υπηρεσιών.

Ερευνητικό ερώτημα 3:

- Είναι η ποιότητα των υπηρεσιών των δομών παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας υψηλότερη, σε σύγκριση με την ποιότητα υπηρεσιών τους, πριν την εφαρμογές του Σχεδίου Καλλικράτης;

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα του πίνακα 8, οι συμμετέχοντες διαφωνούν στην πλειοψηφία τους με την υπόθεση μας ότι η ποιότητα των υπηρεσιών των δομών παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας είναι σήμερα υψηλότερη, σε σύγκριση με την ποιότητα υπηρεσιών τους, πριν την εφαρμογές του Σχεδίου Καλλικράτης ενώ περίπου το 1/3 συμφωνεί. Σύμφωνα ξανά με τους Κοντιάδη & Τσέκο (2008) οι δομές πριν την εφαρμογή του σχεδίου Καλλικράτης είχαν σημαντικά προβλήματα ανομοιογένειας μεταξύ των περιφερειών. Επιπλέον, η σοβαρή έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού, δομών χωρίς ουσιαστική προσφορά υπηρεσιών, ενέπλεκαν μεγάλο αριθμό υπηρεσιών, όπου στις περισσότερες κυριαρχούσε η έλλειψη τεχνογνωσίας και η υψηλή γραφειοκρατία. Όλα αυτά σαφώς είχαν επιπτώσεις και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ερευνητικό ερώτημα 4:

- Μπορούν να εξυπηρετήσουν περισσότερους ηλικιωμένους σήμερα, σε σύγκριση με την παλαιότερη οργάνωση τους, πριν την εφαρμογές του Σχεδίου Καλλικράτης;

Τέλος με βάσει πάλι τον πίνακα 8 οι συμμετέχοντες στην έρευνα συμφωνούν ότι σήμερα οι δομές για την παροχή φροντίδας σε άτομα Τρίτης Ηλικίας είναι σε θέση να εξυπηρετήσουν περισσότερους ηλικιωμένους κάτι που προκύπτει και από τον πίνακα 3.

Επομένως, αντίθετα με την ερευνητική μας υπόθεση η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι δομές παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας και ο τρόπος λειτουργίας τους δεν καλύπτουν με πληρέστερο τρόπο τις ανάγκες των ατόμων, συγκριτικά με παλαιότερα έτη, πριν την εφαρμογή του Σχεδίου Καλλικράτης με εξαίρεση το γεγονός ότι εξυπηρετούνται περισσότερα άτομα.

Δυστυχώς δεν υπάρχουν παρόμοια δεδομένα για να γίνει σύγκριση της παρούσας μελέτης σχεδίου Καλλικράτης. Μελέτη των Akrivopoulou et al, (2012) αναφέρει ότι σύμφωνα με τα Κοινοτικά δεδομένα, ενώ οι δομές λειτουργούν αρκετά χρόνια και

ανανεώνονται δεν έχει γίνει αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και του γενικότερου τρόπου λειτουργία τους ώστε να μπορέσουμε να συγκρίνουμε επαρκώς με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, πριν από την εφαρμογή του Καλλικράτη, η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας εκ μέρους των Ο.Τ.Α., αντιμετώπιζε σημαντικά γραφειοκρατικά εμπόδια, ενώ η εφαρμογή της γινόταν σε περιορισμένο βαθμό (Ι.Τ.Α., 2006). Με την εφαρμογή του Καλλικράτη αυτά δεν φαίνεται να έχουν επιλυθεί με βάση τα αποτελέσματα αν και από άλλη μελέτη του 2012 προκύπτει ότι με την εφαρμογή της μεταρρύθμισης του Καλλικράτη, ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στον σχεδιασμό και στην υλοποίηση της κοινωνικής πολιτικής έχει ενισχυθεί σημαντικά (Νόμος 3852/2010), (Αkrivopoulou et al, 2012).

Μελέτη των Κοντιάδη & Τσέκο (2008), επίσης υποστηρίζει ότι η οργάνωση της κοινωνικής πολιτικής σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης είχε ως στόχο την καταπολέμηση των αδυναμιών, οι οποίες ήταν εμφανείς στο προηγούμενο μοντέλο οργάνωσης σε επίπεδο αυτοδιοίκησης ενώ οι ρυθμίσεις της αποσκοπούν στην εγγύτητα στη λήψη αποφάσεων, στη σωστή διακυβέρνηση, στην αύξηση της εποπτείας και του ελέγχου, την κοινωνική και οικονομική συνοχή, στην ενίσχυση του ρόλου και των δικαιωμάτων του πολίτη, στην αύξηση του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και στην πολυεπίπεδη διακυβέρνηση (Κοντιάδη & Τσέκος, 2008).

Από την παρούσα έρευνα ωστόσο προκύπτει ότι οι συγχωνεύσεις δομών δεν βοήθησαν στον καλύτερο συντονισμό και οργάνωση, οι νέες αρμοδιότητες που δόθηκαν στους Δήμους στο τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών, δεν αναβάθμισαν τις κοινωνικές υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους ενώ τέλος οι συγχωνεύσεις δομών με βάση το ν. 3852 δεν βοήθησαν όσο αναμενόταν στην μείωση της σπατάλης πόρων, βελτιώθηκε ωστόσο η ανάπτυξη νέων υπηρεσιών μέσα από τη δυνατότητα δικτύωσης δομών.

7.1 Δυσκολίες της έρευνας

Ένας από τους βασικούς περιορισμούς είναι ότι στην μελέτη δεν συμμετείχαν όλες οι δομές του Νομού Ηράκλειου αλλά ένας περιορισμένος αριθμός μόνο. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι η επικοινωνία έγινε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και όχι αυτοπροσώπως λόγω δυσκολιών της ομάδας έρευνας.

7.2 Συμπεράσματα

Από την παρούσα έρευνα λοιπόν προκύπτει ότι οι δομές φροντίδας για την Τρίτη Ηλικία δεν καλύπτουν πληρέστερα τις ανάγκες των ηλικιωμένων μετά τον Καλλικράτη, με εξαίρεση το γεγονός ότι είναι σε θέση να εξυπηρετήσουν περισσότερα άτομα. Επίσης προκύπτει ότι αν και ο αριθμός των υφιστάμενων δομών έχει αυξηθεί, εντούτοις παράγοντες που έχουν να κάνουν με την οργάνωση, τις υπηρεσίες, την ποιότητα των υπηρεσιών δεν έχουν βελτιωθεί.

Επομένως, σημαντικές βελτιώσεις στην λειτουργία του Καλλικράτη είναι αναγκαίες ώστε η τοπική αυτοδιοίκηση να αυξήσει την προσπάθεια για σχεδιασμό και υλοποίηση νέων προγραμμάτων κοινωνικού χαρακτήρα που θα εξυπηρετούν τις ανάγκες διαφόρων κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού και στη δυναμική τους ένταξη ή/και επανένταξη στην οικονομική και κοινωνική ζωή συμβάλλοντας ουσιαστικά στην ανάπτυξη και αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους.

Στην μελέτη των Skamnakis et al., (2011) διαπιστώθηκε επίσης ότι η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της αποτελεσματικότητας των κοινωνικών υπηρεσιών. Η αποτελεσματική χρήση των πόρων παρεμποδίστηκε επίσης από την έλλειψη επιστημονικού σχεδιασμού στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών από τις τοπικές αρχές.

Το φάσμα των πολιτικών κοινωνικής μέριμνας περιελάμβανε επίσης την φροντίδα των ηλικιωμένων, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και περιστασιακά προγράμματα αποκατάστασης για τους ανθρώπους με αναπηρίες ή ανέργους. Ο ρόλος των τοπικών αρχών προφανώς ήταν επίσης αποσπασματικός ώστε να θεωρείται ως σύστημα κοινωνικής προστασίας σε τοπικό επίπεδο.

Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι ο νέος τρόπος οργάνωσης της κοινωνικής πολιτικής που έχει σαν βάση την τοπική αυτοδιοίκηση θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από οριζόντιο προγραμματισμό και τη συμπληρωματική κατανομή αρμοδιοτήτων από τις διαδημοτικές υπηρεσίες κοινωνικής προστασίας και μέσω της ανάληψης κοινών υποστηρικτικών λειτουργιών από όλους τους φορείς (Skamnakis, 2011).

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν τα παραπάνω αφού όπως προκύπτει από τον πίνακα 8 οι συμμετέχοντες στην πλειοψηφία τους διαφωνούν ότι οι νέες αρμοδιότητες που δόθηκαν στους Δήμους στο τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών αναβάθμισαν τις κοινωνικές υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους ενώ ουδέτερη ή αρνητική στάση έχουν στο ότι οι συγχωνεύσεις δομών με βάση το ν. 3852 βοήθησαν στην οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών και στον συντονισμό τους.

7.3 Προτάσεις

Για το μέλλον, προτείνεται βέβαια, η περαιτέρω μελέτη με μεγαλύτερο αριθμό φορέων ώστε να αξιολογηθεί ξανά η αποτελεσματικότητα των υπο μελέτη δομών μετά την εφαρμογή του Καλλικράτη ώστε να επιτραπεί η διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Με τον τρόπο αυτό, οι υπεύθυνοι φορείς για την λειτουργία των δομών αυτών θα είναι σε θέση αξιοποιώντας τα ευρήματα τους να βελτιώσουν τις υπηρεσίες που παρέχονται ως προς την Τρίτη Ηλικία και παράλληλα αξιοποιώντας την συνεργασία μεταξύ δομών να αυξήσουν τον αριθμό των ατόμων που θα εξυπηρετούνται στο μέλλον. Επιπλέον προτείνεται η διεξαγωγή επιπλέον μελετών στο μέλλον με την χρήση ποιοτικών μεθόδων (π.χ. συνεντεύξεις ή συζήτηση σε ομάδα) για τον ίδιο σκοπό. Χρήσιμη θα ήταν επίσης η διενέργεια μελέτης με την συμμετοχή των ηλικιωμένων ώστε να γνωρίζουμε και ποια είναι η δική τους αντίληψη.

Επίσης, προκειμένου να σχεδιαστεί αποτελεσματική κοινωνική πολιτική από τους ΟΤΑ για την φροντίδα των ατόμων που βρίσκονται στην Τρίτη Ηλικία, χρειάζεται να υπάρχουν περισσότερες γνώσεις για πολλά θέματα που αφορούν στα δίκτυα βοήθειας, όπως το πώς λειτουργούν, ποια είναι τα αγαθά ή οι υπηρεσίες που παρέχουν ή δεν παρέχουν, ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία τους, ποιος είναι ο καταμερισμός της εργασίας- φροντίδας και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν ώστε οποιαδήποτε αναβάθμιση επιχειρηθεί στο μέλλον να χτιστεί σε γερές βάσεις και να είναι επιτυχημένη όπως αναφέρεται και σε προηγούμενη έρευνα (Skamnakis, 2011).

Άλλες προτάσεις για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών για την Τρίτη Ηλικία είναι:

- Αύξηση του αριθμού του προσωπικού που εργάζεται στις δομές ώστε να μπορέσει να εξυπηρετηθεί ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων λόγω δημογραφικής γήρανσης. Το γεγονός αυτό τεκμηριώνεται και από την παρούσα μελέτη καθώς φαίνεται ενώ έχουν αυξηθεί οι δομές, δεν έχει αυξηθεί το προσωπικό. Αυτό επιβεβαιώνεται και από προηγούμενη έρευνα στην οποία επισημαίνεται ότι η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού αλλά και η μη συμπληρωματική κατανομή αρμοδιοτήτων είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της αποτελεσματικότητας των κοινωνικών υπηρεσιών (Skamnakis, 2011).
- Αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και του αριθμού των ειδικοτήτων που ήδη υπάρχουν με ένταξη άλλων ειδικοτήτων, όπως για παράδειγμα εργοθεραπευτών ή φυσιοθεραπευτών και υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής που όπως προκύπτει από τον πίνακα 4 αν και το ποσοστό έχει αυξηθεί εντούτοις δεν ισχύει για όλες τις δομές.
- Συνεργασία του προσωπικού των δομών, με τους διάφορους φορείς της κοινότητας και εθελοντικές ομάδες, για την καλύτερη εξυπηρέτηση τους, εκπαιδευτικά σεμινάρια των στελεχών που θα τους βοηθήσουν να προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες καθώς σύμφωνα με τη μελέτη, το προσωπικό στο σύνολο του θεωρεί σημαντική την επιμόρφωση.

Βιβλιογραφία

ADVANTAGE project (Advanced Communications and Information processing in smart grid systems). Διαθέσιμο στο: <http://fp7-advantage.eu/>

Age-Friendly Environments in Europe. Διαθέσιμο στο: <http://afeinnovnet.eu/about/background>

Akrivopoulou, C., Dimitropoulos, G., & Koutnatzis, S. I. G. (2012). The "Kallikratis Program": The Influence of International and European Policies on the Reforms of Greek Local Government. *Istituzioni del federalismo: rivista di studi giuridici e politici*, (3), 653-693.

Amarantos, E., Martinez, A., & Dwyer, J. (2001). Nutrition and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology series A: Biological sciences and Medical sciences*, 56(suppl_2), 54-64.

Ambient Assisted Living (AAL) programme. Διαθέσιμο στο: <http://www.aal-europe.eu/>

American Psychological Association. (2009). Graduate study in psychology. Amer Psychological Assn.

Bates, S. (2009). *Motivate Like a CEO: Communicate Your Strategic Vision and Inspire People to Act!*. McGraw-Hill.

Berk, J. B., Stanton, R., & Zechner, J. (2010). Human capital, bankruptcy, and capital structure. *The Journal of Finance*, 65(3), 891-926.

Blane, D., Netuveli, G., & Montgomery, S. M. (2008). Quality of life, health and physiological status and change at older ages. *Social Science & Medicine*, 66(7), 1579-1587.

Borglin, G., Edberg, A. K., & Hallberg, I. R. (2005). The experience of quality of life among older people. *Journal of aging studies*, 19(2), 201-220.

Bowling A., Banister D., Sutton S., Evans O., Windsor J., (2002), A multidimensional model of the quality of life in older age, *Aging& Mental Health*, 6(4): 355-371.

Carstensen, L. L., Mikels, J. A., & Mather, M. (2006). Aging and the intersection of cognition, motivation, and emotion. In *Handbook of the psychology of aging* (pp.343-

362). Academic Press.

Covenant on Demographic Change project, 2016. Διαθέσιμο στο: <https://www.agefriendlyeurope.org/>

Cox, W. T., Abramson, L. Y., Devine, P. G., & Hollon, S. D. (2012). Stereotypes, prejudice, and depression: The integrated perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 7(5), 427-449.

Digital Environment for Cognit - DECI project. Διαθέσιμο στο: <http://deci-europe.eu/>

Dubin, A. (2016). Managing osteoarthritis and other chronic musculoskeletal pain disorders. *Med Clin North Am*, 100(1), 143-50.

ENRICHME project Διαθέσιμο στο: <https://cordis.europa.eu/project/rcn/194090/factsheet/en>

European Commission communication (2005). Working together, working better: A new framework for the open coordination of social protection and inclusion policies in the European Union', COM(2005) 706 final, Brussels.

European Council (2001) Διαθέσιμο στο: <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%209286%202004%20INIT>.

European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/eip/ageing/home_en

European Parliament. (2012). European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations. Διαθέσιμο στο: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2015/536344/EPRS_IDA\(2015\)536344_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2015/536344/EPRS_IDA(2015)536344_EN.pdf)

Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social science & medicine*, 41(10), 1439-1446.

Hayashi, M. (2015). Japan's long-term care policy for older people: The emergence of innovative “mobilisation” initiatives following the 2005 reforms. *Journal of aging studies*, 33, 11-21.

Jacoby, S. (2011). Never say die: The myth and marketing of the new old age. Vintage.

Jobs, Jobs, Jobs. Creating more employment in Europe Taskforce for Employment. (2003). Διαθέσιμο στο:

https://www.wecglobal.org/fileadmin/templates/eurociett/docs/Kok_Report_2003_Jobs_Jobs_Jobs.pdf

Joint Programming Initiative. Διαθέσιμο στο: <https://www.jp-demographic.eu/>

Kowal, P. R., Peachey, K., & World Health Organization. (2001). Information needs for research, policy and action on ageing and older adults: a report of the follow-up meeting to the 2000 Harare MDS Workshop: indicators for the minimum data set project on ageing: a critical review in sub-Saharan Africa, 21 and 22 June 2001, Dar es Salaam, United Republic of Tanzania (No. WHO/EIP/GPE/01.1). Geneva: World Health Organization.

Larbi, A., Rymkiewicz, P., Vasudev, A., Low, I., Shadan, N. B., Mustafah, S., ... & Fulop, T. (2013). The immune system in the elderly: a fair fight against diseases?. *Aging Health*, 9(1), 35-47.

Laslett, P. (1987). The emergence of the third age. *Ageing & Society*, 7(2), 133-160.

Lemme, B. H. (1995). *Development in adulthood*. Needham Heights, MA;: Allyn and Bacon.

Live your life your way, with Philips Lifeline. Διαθέσιμο στο: www.learnnottofall.com

McCall, W. V. (2005). Diagnosis and management of insomnia in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(S7), S272-S277.

McCleane, G., & Smith, H. (2006). *Clinical management of the elderly patient in pain*. CRC Press.

Molinuevo, J. L., Rabin, L. A., Amariglio, R., Buckley, R., Dubois, B., Ellis, K. A., ... & Reisberg, B. (2017). Implementation of subjective cognitive decline criteria in research studies. *Alzheimer's & Dementia*, 13(3), 296-311.

National Institute on Aging. (2012). Διαθέσιμο στο: <https://www.nia.nih.gov/research/osp/health-disparities-research-and-minority-aging-researcher-training-review-national>

Nilsson, M. (1998). Ageing with joy or resigning to old age: older people's

- experiences of the quality of life in old age. *Health Care in Later Life*, 3(2), 94-110.
- Pistelli, R., Bellia, V., Catalano, F., Incalzi, R. A., Scichilone, N., & Rengo, F. (2003). Spirometry reference values for women and men aged 65–85 living in southern Europe: the effect of health outcomes. *Respiration*, 70(5), 484-489.
- Posner, M. I. (1995). Attention in cognitive neuroscience: an overview.
- Rechel, B., Doyle, Y., Grundy, E., McKee, M., & World Health Organization. (2009). How can health systems respond to population ageing (No. EUR/08/5085883). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Robins, R. W., Hendin, H. M., & Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and social psychology bulletin*, 27(2), 151-161.
- Russell, R. M. (1997). New views on the RDAs for older adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 97(5), 515-518.
- Salokangas, R. K., & Joukamaa, M. (1991). Physical and mental health changes in retirement age. *Psychotherapy and psychosomatics*, 55(2-4), 100-107.
- Salthouse, T. A. (2009). When does age-related cognitive decline begin?. *Neurobiology of aging*, 30(4), 507-514.
- Skamnakis, C. (2011). Smaller Governments–Less Social Policy? Case study in Greek Local Authorities, rise and fall. Accessed March, 5.
- Stephen, J. R., Taves, D. H., Smith, R. C., & Martin, R. E. (2005). Bolus location at the initiation of the pharyngeal stage of swallowing in healthy older adults. *Dysphagia*, 20(4), 266-272.
- Towards and Age-Friendly EU by 2020. Διαθέσιμο στο: <https://www.age-platform.eu/>
- van den Berg, T., Elders, L., de Zwart, B., & Burdorf, A. (2008). The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occupational and environmental medicine*.
- What's Normal Aging and What Can You Do About It? Διαθέσιμο στο: <https://www.webmd.com/healthy-aging/tc/healthy-aging-normal-aging#1>

WIISEL - Wireless Insole for Independent & Safe Elderly Living project. Διαθέσιμο στο: <http://www.wiisel.eu/>

World Health Organization. (2002). Active ageing. A Policy Framework. Available on line: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

Zukerman, R. (2011). Eldercare For Dummies. John Wiley & Sons.

Δαρβαρέσης, Θ. (1999). Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας. Αθήνα: 1999

Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (ΕΕΤΑΑ), 1995, σ. 82-83

Κοντιάδης, Ι., & Τσέκος, Θ. (2008). Η αναδιάρθρωση της κοινωνικής διοίκησης σε τοπικό επίπεδο. Διαθέσιμο στο: http://www.contiades.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=32

Ν. 3852/2010. Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης. Εφημερίδα της Κυβέρνησης. (ΦΕΚ Α' 87/7.6.2010)

Ν. 4389/2016. Επείγουσες διατάξεις για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 94/Α/27-5-2016). Άρθρο 245.

Ν. 4389/2016. Επείγουσες διατάξεις για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 94/Α/27-5-2016). Άρθρο 226.

Ν. 4389/2016. Επείγουσες διατάξεις για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 94/Α/27-5-2016). Άρθρο 75§Ι υπό τον τομέα ε.

Ν. 4951/2001. Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Κέντρων Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών. (ΦΕΚ 1397/Β/22-10-2001).

Ν. 3852. Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης (ΦΕΚ Α' 87/7.6.2010).

Ν. 4483. Ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό του θεσμικού πλαισίου οργάνωσης και λειτουργίας των Δημοτικών Επιχειρήσεων Ύδρευσης Αποχέτευσης (Δ.Ε.Υ.Α.) Ρυθμίσεις σχετικές με την οργάνωση, τη λειτουργία, τα οικονομικά και το προσωπικό των Ο.Τ.Α. Ευρωπαϊκοί Όμιλοι Εδαφικής Συνεργασίας Μητρώο Πολιτών και άλλες

διατάξεις. (ΦΕΚ Α' 107/31.07.2017).

Ν. 1416/84. Τροποποίηση και συμπλήρωση διατάξεων της δημοτικής και κοινοτικής νομοθεσίας για την ενίσχυση της Αποκέντρωσης και την ενδυνάμωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. (ΦΕΚ 18/Α/1984).

Ντζούφρας, Ι. (2006). «Σημειώσεις Βιοστατιστικής ΙΙ: Επιδημιολογικές μελέτες».

Πουλοπούλου, Η. (1999). Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες. Αθήνα: Ελλήν.

Τεπέρογλου, Α. (1993). Ο θεσμός ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων: στασιμότητα ή εξέλιξη», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιώ.), Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 2 και 3 κεφάλαιο.

Υπουργική Απόφαση Π4β/οικ. 2217/27-04-1994. Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Μ.Φ.Η.Μ.Κ.). (ΦΕΚ 833/Β/11-9-1996).

Χλέπας, Ν. (2010). Μελέτη Αναδιάρθρωσης της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Κυπριακή Δημοκρατία 2010. Διαθέσιμο στο http://www.ekdd.gr/ekdda/images/diethnoi/Cy_OTA.pdf

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο

Αγαπητέ συμμετέχοντα,

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί δομήθηκε στα πλαίσια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα **«Καταγραφή δομών της Τρίτης Ηλικίας στους Δήμους του Νομού Ηρακλείου πριν και μετά την εφαρμογή του Καλλικράτη. Τάσεις, προβλήματα και προοπτικές»**.

Σκοπός της μελέτης μας είναι η καταγραφή της οργάνωσης των δομών Τρίτης Ηλικίας σήμερα, των προβλημάτων τα οποία αντιμετωπίζουν και των προοπτικών που υπάρχουν για περαιτέρω εξέλιξη τους. Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν, ευελπιστούμε να αξιοποιηθούν έτσι ώστε να συμβάλλουν στην βελτίωση των δομών και των παρεχόμενων υπηρεσιών για την Τρίτη Ηλικία.

Μέσα από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, θα βοηθήσετε σημαντικά στην επίτευξη αυτού του σκοπού. Το ερωτηματολόγιο παρακαλούμε να απαντηθεί από τον **Κοινωνικό Λειτουργό** της Υπηρεσίας όπου αυτό είναι εφικτό.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και δεν απαιτεί μεγάλο μέρος από τον χρόνο σας.

Θα σας παρακαλούσαμε μαζί με το ερωτηματολόγιο, να παραδώσετε στον υπεύθυνο της έρευνας και το έντυπο της έγγραφης συγκατάθεσης σας για την συμμετοχή σας στην μελέτη.

Ευχαριστούμε πολύ για την συμμετοχή σας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Δ1. Φύλο

Άντρας (1) ☐

Γυναίκα (2) ☐

Δ2. Ηλικία

<30 (1) ☐

30-39 (2) ☐

40-49 (3) ☐

50-59 (4) ☐

60-69 (5) ☐

Δ3. Μορφωτικό Επίπεδο:

Τριτοβάθμια Εκπαίδευση (1) ☐

Μεταπτυχιακές σπουδές (2) ☐

Διδακτορικές σπουδές (3) ☐

Δ4. Οικογενειακή Κατάσταση:

Άγαμος/-η (1) ☐

Έγγαμος/-η (2) ☐

Διαζευγμένος-η (3) ☐

Δ5. Χρόνια προϋπηρεσίας

0-5 (1) ☐

6-10 (2) ☐

11-15 (3) ☐

16-20 (4) ☐

Καταγραφή δομών της Τρίτης Ηλικίας στους Δήμους του Νομού Ηράκλειου

Δ6. Σε ποιο Δήμο εργάζεσθε

- Δ. Αρχανών - Αστερουσίων (1)
- Δ. Βιάννου (2)
- Δ. Γόρτυνας (3)
- Δ. Ηρακλείου ΚΡΗΤΗΣ (4)
- Δ. Μαλεβιζίου (5)
- Δ. Μινώα Πεδιάδας (6)
- Δ. Φαιστού (7)
- Δ. Χερσονήσου (8)

Δ7. Σε ποια δομή του Δήμου που ασχολείται με την Τρίτη ηλικία εργάζεσθε;

Κ1. Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)	
Κ2. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)	
Κ3. Πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι"	
Κ4. Άλλο.....	

Δ8. Πόσους ηλικιωμένους εξυπηρετεί η δομή εργασίας σας σήμερα;.....

Κ. Ποιες κοινωνικές δομές για την φροντίδα των ηλικιωμένων υπάρχουν στον Δήμο σας σήμερα; (Σημειώστε με Χ τις απαντήσεις σας)

	ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ
Κ1. Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)		
Κ2. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)		
Κ3. Πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι"		
Κ4. Άλλο.....		

Ποιες κοινωνικές δομές για την φροντίδα των ηλικιωμένων υπήρχαν στον Δήμο εργασίας σας πριν την εφαρμογή του Καλλικράτη; (Σημειώστε με Χ τις απαντήσεις σας)

	ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ
Κ5. Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)		
Κ6. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)		
Κ7. Πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι"		

K8. Άλλο.....		
---------------	--	--

Ποιες υπηρεσίες παρέχονται στην κοινωνική δομή στην οποία εργάζεσθε, για την Τρίτη Ηλικία μετά την εφαρμογή του σχεδίου Καλλικράτης;

	ΝΑΙ(1)	ΟΧΙ (2)
Υ1. Κοινωνική Υπηρεσία		
Υ2.–Νοσηλευτική		
Υ3.Εργοθεραπεία		
Υ4. Φυσικοθεραπεία		
Υ5. Προληπτική Ιατρική		
Υ6. Ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων στην κοινότητα		
Υ7. Άλλες υπηρεσίες/προγράμματα:.....		

Ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες παρέχονταν στην κοινωνική δομή στην οποία εργαζόσασταν για την Τρίτη Ηλικία πριν την εφαρμογή του σχεδίου Καλλικράτης;

	ΝΑΙ(1)	ΟΧΙ (2)
Υ1. Κοινωνική Υπηρεσία		
Υ2.–Νοσηλευτική		
Υ3.Εργοθεραπεία		
Υ4. Φυσικοθεραπεία		
Υ5. Προληπτική Ιατρική		
Υ6. Ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων στην κοινότητα		
Υ7. Άλλες υπηρεσίες/προγράμματα:.....		

Π. Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες βελτιώθηκαν στις δομές παροχής φροντίδας προς τους ηλικιωμένους μετά την εφαρμογή του Προγράμματος Καλλικράτης;

	Διαφωνώ απόλυτα (1)	Διαφωνώ (2)	Ούτε Διαφωνώ Ούτε συμφωνώ (3)	Συμφωνώ (4)	Συμφωνώ Απόλυτα (5)
Π1. Παρεχόμενες υπηρεσίες					
Π2. Προσωπικό – Στελέχωση					
Π3. Εκπαίδευση προσωπικού					
Π4. Υποδομές					
Π5. Ποιότητα υπηρεσιών					
Π6. Αριθμός ηλικιωμένων που εξυπηρετείτε					
Π7. Ανάπτυξη νέων υπηρεσιών μέσα από τη δυνατότητα δικτύωσης δομών					

(συνεργασίες με ΥΠΕ, ΚΕΝΤΡΑ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ, ΤΟΜΥ)					
Π8. Χρηματοδότηση					
Π9 Άλλο :.....					

Πόσο βελτιώθηκαν οι παρακάτω τομείς ;

	Πάρα πολύ (1)	Πολύ (2)	Μέτρια (3)	Λίγο (4)	Καθόλου (5)
B1. Παρεχόμενες υπηρεσίες					
B2. Προσωπικό – Στελέχωση					
B3. Εκπαίδευση προσωπικού					
B4. Υποδομές					
B5. Ικανοποίηση εξυπηρετούμενων					
B6. Χρηματοδότηση					
B7. Ποιότητα υπηρεσιών					
B8. Ανάπτυξη νέων υπηρεσιών μέσα από τη δυνατότητα δικτύωσης δομών (συνεργασίες με ΥΠΕ, ΚΕΝΤΡΑ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΑΝΤΟΠΩΛΕΙΑ, ΥΠΕ, ΤΟΜΥ)					
B9. Αριθμός ηλικιωμένων που εξυπηρετείτε					
B10. Άλλο :.....					

Σημειώστε το βαθμό σημαντικότητας των παρακάτω παραγόντων για την ομαλή λειτουργία και ανάπτυξη των κοινωνικών δομών φροντίδας ηλικιωμένων (σημειώστε την απάντησή σας στο αντίστοιχο πλαίσιο)

	Καθόλου σημαντική (1)	Λίγο σημαντική (2)	Σημαντική (3)	Αρκετά σημαντική (4)	Πολύ σημαντική (5)
Σ1. Χρηματοδότηση					
Σ2. Στελέχωση					
Σ3. Συγχωνεύσεις δομών					
Σ4 Εκπαίδευση προσωπικού					
Σ5 Εποπτεία/στήριξη επαγγελματιών					
Σ6 Νέες αρμοδιότητες λόγω Ν. 3852/2010					
Σ7 Άλλο:.....					

Σημειώστε τον βαθμό συμφωνίας σας στις παρακάτω δηλώσεις:

	Διαφωνώ απόλυτα (1)	Διαφωνώ (2)	Ούτε Διαφωνώ Ούτε συμφωνώ (3)	Συμφωνώ (4)	Συμφωνώ Απόλυτα (5)
Π20. Οι δομές παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας είναι σήμερα καλύτερα οργανωμένες, σε σύγκριση με την παλαιότερη οργάνωση τους, πριν την εφαρμογή του ν3852/2010					
Π21. Οι δομές παροχής φροντίδας παρέχουν στα άτομα Τρίτης Ηλικίας περισσότερες υπηρεσίες/προγράμματα σήμερα, σε σύγκριση με τις υπηρεσίες που προσέφεραν πριν την εφαρμογή του ν3852/2010					
Π22. Η ποιότητα των υπηρεσιών των δομών παροχής φροντίδας στα άτομα Τρίτης Ηλικίας είναι σήμερα υψηλότερη, σε σύγκριση με την ποιότητα υπηρεσιών τους, πριν την εφαρμογή του ν3852/2010					
Π23. Οι δομές παροχής φροντίδας μπορούν σήμερα να εξυπηρετήσουν περισσότερους ηλικιωμένους.					
Π24. Οι συγχωνεύσεις δομών με βάση το ν. 3852 βοήθησαν στην οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών και στον συντονισμό τους					
Π25. Οι νέες αρμοδιότητες που δόθηκαν στους Δήμους στο τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών αναβάθμισαν τις κοινωνικές υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους					
Π26. Οι συγχωνεύσεις δομών με βάση το ν. 3852 βοήθησαν στην μείωση της σπατάλης πόρων.					