

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Δούκα, Μαρία¹, Παπαδόπουλος, Ιωάννης²

Περίληψη

Αν και η μακροζωία των ανθρώπων είναι μια θετική εξέλιξη της επιστήμης, η γήρανση του πληθυσμού έχει αναγνωριστεί ως ένα παγκόσμιο φαινόμενο που λαμβάνει ανησυχητικές διαστάσεις, λόγω των μεγάλων επιβαρύνσεων που επιφέρει στα συστήματα υγείας και κοινωνικής προστασίας των κρατών. Η δημογραφική γήρανση αναφέρεται σε πληθυσμούς με ποικίλα προβλήματα –κυρίως οικονομικά και υγείας- τα οποία απαιτούν πολυδιάστατη και πολυδάπανη πολιτική αντιμετώπισης. Αντιθέτως, οι επιπτώσεις των δημογραφικών αλλαγών που συνέβησαν τα τελευταία πενήντα χρόνια φαίνεται να έχουν κατά κανόνα αντιμετωπιστεί είτε με απλές διαπιστώσεις, είτε με αποσπασματικά μέτρα, χωρίς στην ουσία να επιλύονται τα προβλήματα. Επομένως, η συνεχής ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας για τους ηλικιωμένους οφείλει να είναι στις προτεραιότητες των κρατών. Ένας μεγάλος αριθμός από επαγγελματίες απασχολούνται στην παροχή φροντίδας προς την τρίτη ηλικία, μεταξύ των οποίων και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Άλλωστε, σημαντικός είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο να βοηθά τα άτομα και τις οικογένειές τους να αντιμετωπίσουν την καθημερινότητά τους και να πάρουν αποφάσεις για το μέλλον.

Το κείμενο που ακολουθεί παρουσιάζει, μέσα από βιβλιογραφικές αναφορές, στοιχεία για τη δημογραφική γήρανση, τις ανάγκες φροντίδας των ηλικιωμένων και το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού.

Λέξεις κλειδιά: Δημογραφική γήρανση, τρίτη ηλικία, παροχή φροντίδας, κοινωνικός λειτουργός

1. Κοινωνική λειτουργός, Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Καθηγήτρια Εφαρμογών, Πτυχ. Κοινωνικής Πολιτικής και Κοινωνικής Ανθρωπολογίας Παντείου Πανεπιστημίου, MAHSS(Leeds), MASPSW(York), Υποψήφια διδάκτωρ (York, UK).

2. Κοινωνικός λειτουργός, Προϊστάμενος του Τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής και Ισότητας, Δήμος Περιστερίου, MSCHM (Health Management), Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης.

Εισαγωγή

Η δημογραφική γήρανση είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο που επηρεάζει την οικονομική, κοινωνική και πολιτιστική ζωή των χωρών. Ο πληθυσμός που γηράσκει επιβαρύνει τη χρηματοδότηση της ασφάλισης, τη φροντίδα υγείας και τη μακροχρόνια φροντίδα. Λόγω των πιέσεων που δέχονται τα συστήματα υγείας και πρόνοιας, η δημογραφική γήρανση φέρνει στο προσκήνιο νέες πολιτικές που έχουν σκοπό να βελτιώσουν τις υπηρεσίες και να παρατείνουν τη διαμονή του ατόμου στην κοινότητα (Drennan et al., 2005, Σπαθαράκης, 1999). Τα τελευταία 50 χρόνια η δημογραφική βόμβα, όπως συνηθίζεται να ονομάζεται το δημογραφικό πρόβλημα, είχε ως αποτέλεσμα την εντυπωσιακή αύξηση του πληθυσμού της γης, την αύξηση της φτώχειας και την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής σε όλο τον πλανήτη. Την ίδια περίοδο, οι ηλικίες πάνω από τα 60 χρόνια αυξήθηκαν ραγδαία (Δαρδαβέσης, 1999), οδηγώντας πολλές κυβερνήσεις να πάρουν μέτρα με σκοπό να ελέγξουν το κόστος των υπηρεσιών και τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και πρόνοιας. Στην Ελλάδα το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων το ίδιο χρονικό διάστημα αυξήθηκε από 7% σε 17% και ταυτόχρονα η αναλογία εργαζομένων προς ηλικιωμένους μεταβλήθηκε σε 10 ηλικιωμένους προς 4 εργαζόμενους (Ρομπόλης και συν. 2003), ως αποτέλεσμα της δημογραφικής γήρανσης του ελληνικού πληθυσμού. Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας ο πληθυσμός των ηλικιωμένων ατόμων άνω των 65 ετών το έτος 2011 ήταν 2.227.134 σε σύνολο πληθυσμού 9.903.268 (www.statistics.gr), δηλαδή ποσοστό 22,48%. Εν τω μεταξύ, ο δείκτης γονιμότητας μεταξύ 1980 και 2006 έπεσε από 2,2 σε 1,3 παιδιά ανά ζευγάρι (ΕΣΥΕ, 2009). Στην πληθυσμιακή εξέλιξη της χώρας, σημαντικό ρόλο έχει διαδραματίσει το κύμα των μεταναστών από το 1990 και μετά, το οποίο κάλυψε εν μέρει τις ανάγκες σε εργατικό δυναμικό και συνέβαλε με τις εισφορές του στις συντάξεις και στη διατήρηση του πληθυσμού της χώρας.

Είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί η τρίτη ηλικία με στενούς χρονολογικούς όρους, διότι δεν υπάρχουν διεθνώς αποδεκτά όρια. Η ηλικία παραμένει ένα κριτήριο που όμως δεν έχει γίνει ευρέως αποδεκτό, αν και οι περισσότεροι συγγραφείς χρησιμοποιούν το όριο των 65 ετών και άνω (Έμκε, 1999). Η τρίτη ηλικία σε άλλες περιπτώσεις ορίζεται ως γήρανση του σώματος, ενώ άλλες φορές καθορίζεται ανάλογα με τη διαφορετικότητα που συνεπάγεται η κουλτούρα κάθε λαού. Τα τελευταία χρόνια τείνουν να διαχωρίζουν τους «μεγάλους-μεγάλους» από τους «νέους-μεγάλους», έτσι ώστε το άτομο να μην περνάει απότομα από τη μέση ηλικία στην τρίτη ηλικία, δεδομένου ότι τα κοινωνικά πρότυπα προβάλλουν τη νεανικότητα και περιθωριοποιούν την τρίτη ηλικία (Lloyd-Sherlock, 2000).

Η δημογραφική γήρανση αποτελεί τη σημαντικότερη ίσως πρόκληση για το μέλλον, τόσο των ασφαλιστικών συστημάτων, όσο και των συστημάτων υγείας, καθώς τα κράτη καλούνται να λάβουν πολύ δύσκολες αποφάσεις, αναφορικά με την ποιότητα και την ποσότητα της φροντίδας υγείας των πολιτών και κυρίως των ηλικιωμένων, στους οποίους απευθύνεται αυτή η φροντίδα. Το κύριο πρόβλημα που έχει ήδη προκύψει και θα επιδεινώνεται στο μέλλον αφορά τη χρηματοδότηση της φροντίδας, ενώ τα συστήματα κοινωνικής προστασίας έχουν αρχίσει ήδη να δέχονται πιέσεις για το πώς θα ανταποκριθούν στο μέλλον στη ζήτηση υπηρεσιών (Γκόλνα και Σουλιώτης, 2006, σ. 42) καθώς έχουν αυξηθεί και οι παράγοντες μακροζωίας των ατόμων. Τα θέματα της τρίτης ηλικίας έχουν απασχολήσει χρόνια τώρα τα κράτη και τους ειδικούς στη σύνταξη προγραμμάτων κοινωνικής ασφάλισης. Στην Ελλάδα το πρόβλημα συνεχώς οξύνεται καθώς γίνονται επανειλημμένες και χωρίς αποτέλεσμα προσαρμογές (Μερκούρης, 1995, Κανδυλάκη και Καραγκούνης, 2005, σ. 330).

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω δεδομένα, στην παρουσίαση αυτή θα αναφερθούμε στη γήρανση του πληθυσμού και στις ανάγκες που προκύπτουν για την τρίτη ηλικία σε υπηρεσίες φροντίδας. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι ο επαγγελματίας εκείνος που εργάζεται σε όλα τα επίπεδα παροχής φροντίδας για την τρίτη ηλικία, έχοντας ως στόχο να ισχυροποιήσει τη θέση των ατόμων αυτών μέσα στην κοινωνία.

1. Η έννοια της δημογραφικής γήρανσης

Αν και η εργασία αυτή δεν αφορά τη μελέτη δημογραφικών αλλαγών, αλλά την τρίτη ηλικία, κρίνουμε αναγκαίο να αναφερθούμε στη δημογραφία και στα στοιχεία που έχουν δημοσιευτεί για τον πληθυσμό. Πληθυσμός, είναι “το σύνολο των κατοίκων μίας περιοχής σε μια δεδομένη στιγμή ή περίοδο” (Τσαούσης, 2006, σ.13). Η δημογραφία είναι “η επιστήμη που μελετά τους ανθρώπινους πληθυσμούς και τις μεταβολές τους” (Τσαούσης, 2006, σ. 10). Η δημογραφία εξετάζει τα διάφορα φαινόμενα, τις καταστάσεις και τις συνθήκες που αφορούν τον πληθυσμό και είναι απαραίτητη όταν τα κράτη σχεδιάζουν προγράμματα και υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, μελετά το μέγεθος, την κατανομή, την πυκνότητα, την κίνηση του πληθυσμού και συγκρίνει διάφορα μεγέθη με σκοπό να διαπιστώσει τις επιπτώσεις των αλλαγών αυτών στην κοινωνική και οικονομική πολιτική. Αν και η δημογραφία είναι η επιστήμη που ασχολείται αποκλειστικά με τον πληθυσμό, μία σειρά από άλλες επιστήμες προσφέρουν τις γνώσεις τους για την τρίτη ηλικία, όπως η βιολογία, η ιατρική, η κοινωνιολογία, τα οικονομικά και οι κοινωνικές επιστήμες.

Ο πληθυσμός μελετάται μέσα από στατιστικά στοιχεία που προκύπτουν από την απογραφή, τη φυσική κίνηση, τη διεθνή μετανάστευση και μία σειρά από δημογραφικούς δείκτες που παρουσιάζουν τις βασικές διεργασίες που συμβαίνουν στον πληθυσμό. Οι διεργασίες αυτές είναι η γεννητικότητα, η θνησιμότητα, η μετανάστευση, η ανανέωση, η φθορά και η δομή του πληθυσμού. Ένας σημαντικός δείκτης δημογραφικής εξάρτησης είναι η σχέση μεταξύ του αριθμού των συντηρούμενων γερόντων από 100 εργαζόμενους νέους (Τσαούσης, 2006, σ. 32).

Το 1983 ο ΟΗΕ (www.un.org) στη σύνοδό του που πραγματοποιήθηκε στη Βιέννη, από τις 26^η Ιουλίου μέχρι την 6^η Αυγούστου, με θέμα «Σχέδιο για Δράση για την Γήρανση» συζήτησε για τις τάσεις της δημογραφικής γήρανσης και τις επιπτώσεις της σε παγκόσμιο επίπεδο, δίνοντας στη δημοσιότητα μία σειρά από στοιχεία, που παραθέτουμε εδώ:

α) Το 1950 τα άτομα άνω των 60 ετών σε ολόκληρο τον κόσμο ήταν περίπου 200 εκατομμύρια. Το 1975 ο αριθμός αυτός έφτασε τα 350 εκατομμύρια και το 2025 αναμένεται να είναι περισσότερα από 1.100 εκατομμύρια, δηλαδή πενταπλασιασμό των ατόμων αυτών σε 75 έτη.

β) Την ίδια περίοδο το σύνολο του πληθυσμού της γης αναμένεται να διπλασιασθεί από 4,1 δισεκατομμύρια σε 8,2 δισεκατομμύρια. (Σημειώνεται πάντως ότι ο ρυθμός αύξησης του παγκόσμιου πληθυσμού –που σήμερα είναι 7,3 δισεκατομμύρια- φαίνεται να υποχωρεί ως απόρροια της ανάπτυξης που περιορίζει τις γεννήσεις σε πολλές περιοχές της γης.)

γ) Ο αριθμός των παιδιών κάτω από την ηλικία των 15 ετών από 41% το 1975 στο σύνολο του πληθυσμού της γης αναμένεται το 2025 να μειωθεί στο 26%. Οι ανεπτυγμένες χώρες είναι αυτές που θα υποστούν σε μεγάλο βαθμό τις επιπτώσεις που συνεπάγεται αυτή η αλλαγή (www.un.org).

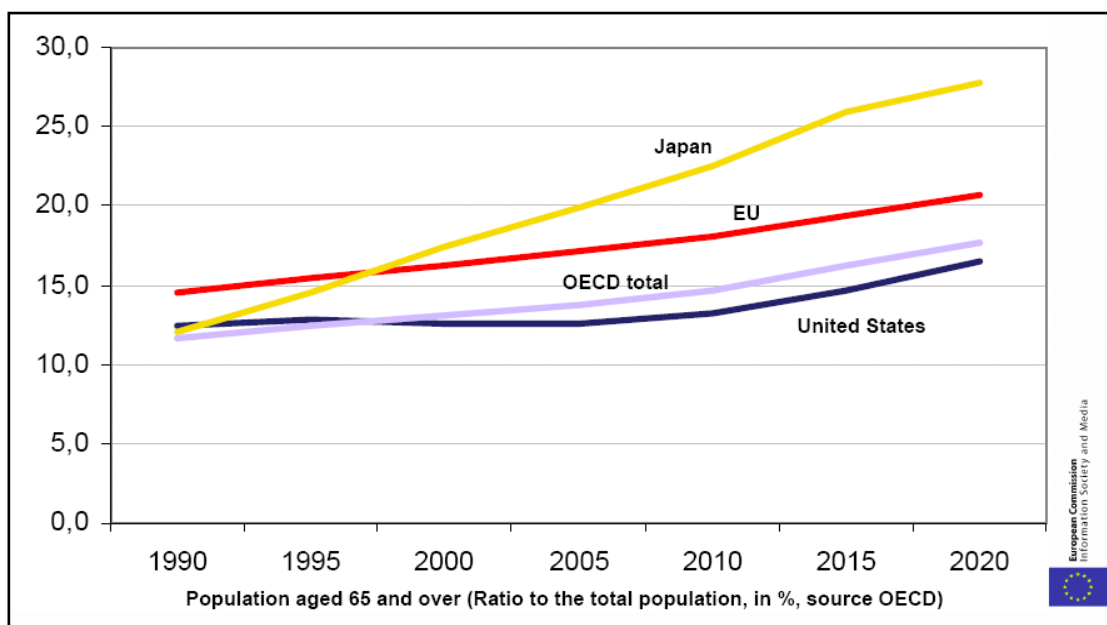
Όσον αφορά την Ευρώπη και τα κράτη μέλη της, σύμφωνα με τις προβλέψεις των Ηνωμένων Εθνών, από την έναρξη του νέου αιώνα, θα προκύψει μεγάλη μείωση της ηλικιακής κατηγορίας των ανηλίκων μέχρι 15 ετών ως ποσοστό στο σύνολο του πληθυσμού των μελών κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ταυτόχρονα, θα παρατηρηθεί αύξηση της ηλικιακής κατηγορίας άνω των 65 ετών, γεγονός που θα επιβαρύνει σημαντικά τον δείκτη εξάρτησης των ατόμων από τις κρατικές υπηρεσίες των κρατών μελών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1998). Οι πληθυσμιακές αλλαγές έχουν φτάσει σε κορυφαίο σημείο αύξησης που ποτέ κατά το παρελθόν δεν είχε συμβεί (Μπάγκαβος, 2005). Όσον αφορά την Ελλάδα, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της Eurostat (2010),

η μακροχρόνια εξέλιξη του αριθμού των ατόμων ηλικίας 65+ στην Ελλάδα κατά τα έτη 1970-2050 θα ανέλθει από 1.000.000 άτομα το 1970 σε 3.500.000 το 2050, λόγω της συνεχούς μείωσης της θνησιμότητας μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο οπότε και αυξήθηκε το προσδόκιμο επιβίωσης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) (www.who.int) οι ελληνίδες ζουν κατά μέσο όρο μέχρι τα 83 έτη και οι άντρες τα 78 έτη. Από πλευράς ποσοστού επί του συνολικού πληθυσμού αναμένεται ότι το 2050 οι ηλικιωμένοι θα είναι στην Ελλάδα το 32% του πληθυσμού συγκρινόμενο με το 18,5% του 2007. Η Ελληνική Στατιστική Αρχή καταλήγει σε αυτές τις προβλέψεις υπολογίζοντας τη μείωση της γονιμότητας στις νεαρότερες ηλικίες και την αύξηση της μετανάστευσης που θα τείνει να μειώνεται σταδιακά προς το 2050.

Η αλλαγή αυτή στον αριθμό του πληθυσμού των ατόμων της τρίτης ηλικίας συνοδεύεται με αλλαγή και στην κατανομή των ηλικιών. Π.χ., η μείωση του αριθμού των παιδιών, αυξάνει ποσοστιαία τον αριθμό των μεγαλύτερων ατόμων. Σύμφωνα με τη Χανιώτη (1999), οι παράγοντες που επηρεάζουν την αύξηση των μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων συνοψίζονται στα εξής: α) στην ελάττωση της θνησιμότητας λόγω βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης, υγιεινής και της καλύτερης ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών, που οδήγησαν στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής, β) στην άνοδο του βιοτικού επιπέδου ως συνόλου, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικοοικονομικών και πολιτισμικών παραμέτρων που επέφεραν τη μείωση των γεννήσεων και γ) στη μετανάστευση πολλών νεαρών Ελλήνων για αναζήτηση εργασίας στο εξωτερικό κατά την πιο παραγωγική περίοδο της ζωής τους που στέρψε στο παρελθόν και στερεί πάλι σήμερα τα ασφαλιστικά ταμεία από έσοδα και την Ελλάδα από εργατικά χέρια και φυσικά από νέες γεννήσεις. Τα τελευταία πέντε χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης πολλοί δείκτες έχουν επιδεινωθεί, για παράδειγμα, αυτός του βιοτικού επιπέδου.

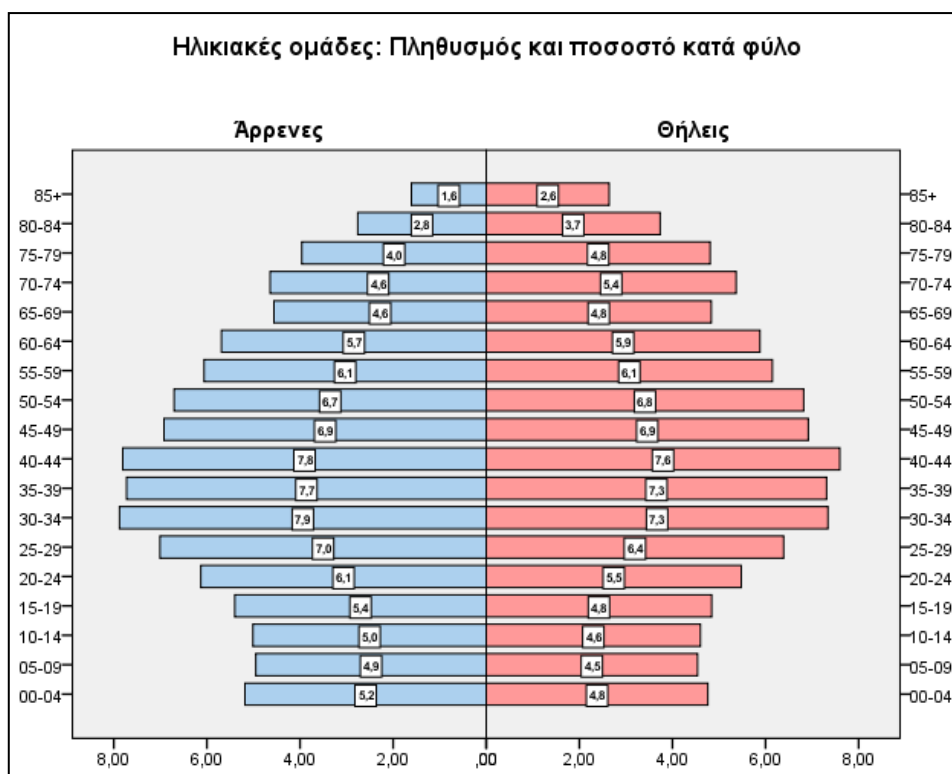
Τον Ιούνιο του 2001 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο που έγινε στο Γκέτεμποργκ της Σουηδίας εξέδωσε μια κοινή ανακοίνωση της Οικονομικής Επιτροπής, της Κοινωνικής Επιτροπής και της Επιτροπής των Περιφερειών με θέμα «Το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους». Η ανακοίνωση αυτή επισημαίνει τα εξής χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την περίθαλψη στην τρίτη ηλικία: α) τη γήρανση του πληθυσμού, β) την ανάγκη για μακροχρόνια περίθαλψη, σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας και γ) το αυξανόμενο κόστος περίθαλψης (Πιεράκος, 2008, σ. 17). Στο ακόλουθο γράφημα φαίνεται η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων διεθνώς το διάστημα 1990-2020.

Ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών, (στοιχεία της Ε.Ε., DG INFSO, Paul Timmers.)



Πηγή: www.observatory.gr/files/meletes: Μελέτη για τη χρήση τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών στον τομέα υγείας και πρόνοιας, έκδοση 5, 2007.

Αναφερόμενοι ειδικότερα στα 28 κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο πληθυσμός σήμερα έχει ξεπεράσει τα 500 εκατομμύρια άτομα, σε σύγκριση με το 1957, έτος ίδρυσής της, όταν ο πληθυσμός της Ευρώπης ήταν κατά 320 εκατομμύρια λιγότερα άτομα. Χαρακτηριστικά αυτού του πληθυσμού είναι ότι γηράσκει λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και της υπογεννητικότητας (Bagavos and Tragaki, 2011). Ταυτόχρονα, στον υπόλοιπο κόσμο, η δημογραφική πυραμίδα των αναπτυσσόμενων χωρών σταδιακά θα τείνει να παρουσιάζει την εικόνα των αναπτυγμένων χωρών (Δαρδαβέσης, 1999). Και τούτο, διότι στις χώρες αυτές, η οικονομική ανάπτυξη προκαλεί μείωση των γεννήσεων και αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Στην Ελλάδα χαρακτηριστική είναι η απεικόνιση του πληθυσμού ανά ηλικιακές ομάδες, όπου φαίνεται ότι οι ηλικίες δεν σχηματίζουν πυραμίδα και άρα ο πληθυσμός βαίνει μειούμενος, με αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, Απογραφή 2011.

Τέτοιου είδους αλλαγές έχουν ήδη προκαλέσει στην Ελλάδα παρενέργειες που φαίνονται μέσα από τις συνεχείς αναμορφώσεις του ασφαλιστικού συστήματος που στόχο έχουν τη μείωση των ελλειμμάτων μέσα από την αύξηση των ορίων ηλικίας συνταξιοδότησης, τον περιορισμό της πρόωρης συνταξιοδότησης, τη μείωση του ποσού της σύνταξης που λαμβάνουν οι συνταξιούχοι και την εξίσωση των ορίων συνταξιοδότησης μεταξύ αντρών και γυναικών. Επίσης το σύστημα υγείας δέχεται πιέσεις να ανταποκριθεί τόσο οργανωτικά όσο και λειτουργικά στις ποικίλες και αυξημένες ανάγκες που προκύπτουν, ενώ ταυτόχρονα η επιβάρυνση στην οικονομική λειτουργία του είναι τεράστια (Γκόλνα και Σουλιώτης, 2006, σ. 27). Οι επιπτώσεις στην ευημερία των πολιτών έχουν ήδη αρχίσει να φαίνονται. Μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ζει κάτω από το όριο της φτώχειας. Σε παλαιότερες δεκαετίες η εσωτερική μετανάστευση προς τα αστικά κέντρα μεγάλου αριθμού ατόμων προς εξεύρεση εργασίας, δημιούργησε συνωπισμό κατοίκων σε ορισμένες περιοχές και ιδιαίτερα στην Αθήνα. Μετά την παραγωγική τους ηλικία, τα άτομα αυτά έλαβαν τη σύνταξή τους και ανήκουν πλέον στην τρίτη ηλικία. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται την ανάγκη για δημιουργία περισσότερων υπηρεσιών περίθαλψης στις μεγάλες πόλεις, για την αντιμετώπιση των ιατροκοινωνικών προβλημάτων και συμπτωμάτων διαφόρων νόσων των ηλικιωμένων.

Η υπογεννητικότητα είναι επίσης ένα από τα προβλήματα που αυξήθηκαν με την αστικοποίηση του πληθυσμού, την εργασία της γυναίκας, την έλλειψη κατάλληλων υπηρεσιών/υποδομών για την υποστήριξή της, όπως είναι οι βρεφονηπιακοί σταθμοί και τέλος την ανεπάρκεια των επιδομάτων που υποστηρίζουν την επιβίωση της οικογένειας. Αναλυτικότερα, κατά τη δεκαετία 1950-1980 οι γεννήσεις ετησίως ήταν μεταξύ 140.000 και 160.000, όμως στη συνέχεια παρουσίασαν σημαντική μείωση με αποτέλεσμα στο τέλος του 1990 οι γεννήσεις να φτάσουν τις 100.000 το χρόνο. Η βρεφική θνησιμότητα μειώθηκε, αλλά και η θνησιμότητα στις μεγάλες ηλικίες μειώθηκε, γενικά δε, το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα είναι υψηλότερο από τις άλλες χώρες της Ε.Ε. (Μπάγκας, 2003). Το μεταναστευτικό κύμα από τις βαλκανικές και τις ανατολικές χώρες από το 1990 και μετά συνέβαλε στην αλλαγή της σύνθεσης του πληθυσμού, αφού κατά την απογραφή του 2001 διαπιστώθηκε αύξηση του πληθυσμού που δεν οφειλόταν στις γεννήσεις αλλά στους μετανάστες (Ρομπόλης και συν. 2003). Δηλαδή, η μετανάστευση αποτέλεσε μία «εικονική» αύξηση του πληθυσμού, η οποία όμως, όπως οι Μπάγκας και Μωυσίδης αναφέρουν (2004, σ. 20), θεωρήθηκε ως φυσική αύξηση του πληθυσμού, που είχε θετικά αποτελέσματα στην οικονομία, καθότι οι νέοι μετανάστες ήρθαν στην Ελλάδα στην πιο παραγωγική τους ηλικία. Η πατρίδα τους είχε ξοδέψει πόρους για την εκπαίδευση και την ανατροφή τους, ενώ η Ελλάδα δεν χρειαζόταν να καλύψει τέτοιες ανάγκες και μπόρεσε να τους χρησιμοποιήσει ως εργατικό δυναμικό. Από την άλλη, προβλέπεται ότι οι ίδιοι θα επιβαρύνουν το ασφαλιστικό σύστημα όταν φτάσουν στην τρίτη ηλικία, λάβουν τη σύνταξή τους και επιστρέψουν στην πατρίδα τους ή ακόμα και αν επιλέξουν να μείνουν στην Ελλάδα. Με δεδομένο ότι ο γηγενής πληθυσμός γηράσκει, στο μέλλον η μείωση της ανεργίας θα οφείλεται στην αύξηση των μεταναστών και στη συμμετοχή στην εργασία σε μεγαλύτερες ηλικίες, αλλά και στην αύξηση της γυναικείας εργασίας, καθώς ο πληθυσμός των εργαζομένων θα επηρεαστεί από την κοινωνικο-οικονομική οργάνωση της κοινωνίας (Bagavos and Tragaki, 2011), και αντιστρόφως.

Οι Ρομπόλης και συν. ήδη από το 2003 έχουν επισημάνει ότι οι δημογραφικές αλλαγές, παρόλα τα μέτρα που είχαν ληφθεί ως τότε, αναμένεται ότι θα δημιουργήσουν σοβαρές αναταράξεις στο ασφαλιστικό σύστημα στο μέλλον, ως προς τη βιωσιμότητα της κοινωνικής ασφάλισης, λόγω των σοβαρών ελλειμμάτων, της αύξησης των δαπανών για συντάξεις, της αύξησης των αναγκών για υπηρεσίες υγείας και για φαρμακευτική δαπάνη (Ρομπόλης και συν. 2003). Επίσης προδιαγράφουν και καθορίζουν σε ένα βαθμό τη σημαντική δέσμευση των υγειονομικών πόρων για τις επόμενες δεκαετίες. Οι σημερινές

εξελίξεις, εν μέσω κρίσης, έχουν ξεπεράσει κάθε υπόθεση και σχεδιασμό των ειδικών πάνω στο πρόβλημα του ασφαλιστικού, αφού απειλείται από κατάρρευση όλο το σύστημα. Η δημογραφική εξάρτηση θα αυξηθεί, δηλαδή ο λόγος μεταξύ του πληθυσμού των ηλικιωμένων και των ατόμων σε ηλικία εργασίας και αυτό θα συμβεί επειδή οι εργαζόμενοι θα είναι πιο λίγοι από τα άτομα της τρίτης ηλικίας που θα αυξηθούν ραγδαία, ενώ το κράτος φαίνεται ανίσχυρο να επηρεάσει αυτές τις εξελίξεις (Ρομπόλης, και συν. 2003). Επιπλέον της ανάγκης για απονομή συντάξεων σε μεγάλο αριθμό ατόμων, έχει προκύψει και ο στόχος της περικοπής των δαπανών σε επίπεδο φαρμακευτικών παροχών και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Η προσπάθεια αυτή έχει δημιουργήσει σοβαρές ανισότητες στην παροχή φροντίδας, ενώ η αγορά φαρμάκων και η ιατρική επίσκεψη στους ιδιώτες γιατρούς και το σύστημα υγείας έχουν επιβαρύνει σοβαρά τους ασφαλισμένους, οι οποίοι αδυνατούν να ανταποκριθούν στη δαπάνη για την υγεία τους.

Μία σειρά από άλλους παράγοντες που αφορούν κοινωνικές αλλαγές έχουν επιδεινώσει την κατάσταση, σε σχέση με τα προηγούμενα πενήντα χρόνια, όπως είναι: α) οι νέες μορφές οικογένειας που έχουν προκύψει από τον μεγάλο αριθμό διαζυγίων, τη μονογονεϊκότητα και τη γέννηση παιδιών εκτός γάμου, β) το “άνοιγμα” της ψαλίδας μεταξύ φτωχών και πλούσιων νοικοκυριών, γ) η μείωση του εισοδήματος των περισσότερων και δ) η ετερότητα που προκύπτει εξ αιτίας της ανάμειξης των εθνοτήτων (Hale, 2000).

2. Δημογραφικό πρόβλημα και υπηρεσίες φροντίδας

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει, η δημογραφική γήρανση συνεπάγεται την αύξηση του κόστους σε υπηρεσίες υγείας. Στην αύξηση του κόστους συμβάλλουν επίσης η αύξηση του εισοδήματος και η διάδοση της βιοϊατρικής τεχνολογίας (Κυριόπουλος και Γεωργούση, 1998). Το πραγματικό όμως μέγεθος των αναγκών για περίθαλψη, δεν είναι μετρήσιμο για δύο κυρίως λόγους: Πρώτον, λόγω του ρόλου της ελληνικής οικογένειας που, εξυπηρετώντας ως άτυπο δίκτυο, αναλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων (Αγραφιώτης, 1998) και δεύτερον, λόγω της κατάστασης της υγείας των ατόμων άνω των 65 ετών που δεν είναι μετρήσιμη, καθώς υπάρχουν αρκετά άτομα που διαβιούν «χωρίς προβλήματα υγείας» και σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Όπως επίσης αναφέρθηκε, οι δημογραφικές εξελίξεις οδηγούν στην αλλαγή της ηλικιακής σύνθεσης του πληθυσμού μιας χώρας και κατ’ επέκταση σε αλλαγές στις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας. Οι αλλαγές αυτές διαμορφώνουν επιδημιολογικά και

νοσολογικά πρότυπα, αυξάνουν την ένταση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και την ανάγκη χρηματοδότησης υπηρεσιών και εξοπλισμού από το κράτος (OECD, 1996, 1990). Συνέπεια αυτών είναι ότι προκύπτει τεράστια επιβάρυνση στην οικονομία μιας χώρας. Συγκεκριμένα, το κατά κεφαλήν κόστος της τρίτης ηλικίας σε υπηρεσίες υγείας είναι σημαντικά υψηλότερο από το μέσο όρο του κόστους για τον υπόλοιπο πληθυσμό, ενώ το κόστος αυτό φαίνεται να έχει αυξητική τάση (Κυριόπουλος και Γεωργούση, 1998).

Οι νέες προκλήσεις προκύπτουν από μία σειρά παράγοντες που δοκιμάζουν τις δυνατότητες του συστήματος υγείας να ανταποκριθεί. Συνοπτικά οι νόσοι και οι καταστάσεις που καλείται το Σύστημα Υγείας να αντιμετωπίσει διακρίνονται σε επιμέρους κατηγορίες όπως:

- α) οι νόσοι του πολυτισμού (καρδιοπάθειες, καρκίνος, ατυχήματα, ψυχολογικά προβλήματα, εγκεφαλικά επεισόδια),
- β) η κατανάλωση εξωνοσοκομειακών και νοσοκομειακών υπηρεσιών λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης,
- γ) η αύξηση των επιπτώσεων των ασθενειών που σχετίζονται με την τρίτη ηλικία,
- δ) τα οικονομικά οφέλη από την κατ'οίκον φροντίδα, αλλά και την οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας, που συνεπάγονται την ανάγκη υποστήριξης των φροντιστών,
- ε) η αύξηση της κατά κεφαλήν δαπάνης για τα άτομα της τρίτης ηλικίας σε σχέση με τα νεότερα άτομα και
- στ) η χρήση ακριβών τεχνολογιών για τη θεραπεία και αποκατάσταση κλπ. (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

Όσον αφορά τις αιτίες θανάτου, όπως αναφέρονται στο Τσαούσης (2006:103) συνοψίζονται ως εξής: α) Βιολογικές (γήρας, κληρονομικές, ασπία), β) Ασθένειες (λοιμώδεις και μεταδοτικές, εκφυλιστικές), γ) Βίαιοι θάνατοι (ανθρωποκτονίες, αυτοκινητιστικά ατυχήματα, αυτοκτονίες), δ) Πολεμικές αιτίες, ε) Θεομηνίες και έκτακτα γεγονότα. Συχνά του θανάτου προηγείται μακρόχρονη ασθένεια ή αναπηρία που επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία.

Ήδη μία σειρά από μέτρα έχουν ληφθεί μέσα από τις αναμορφώσεις του ασφαλιστικού συστήματος, με σκοπό τον έλεγχο των δαπανών. Τέτοια μέτρα είναι η αύξηση των ετών εργασίας προκειμένου να δικαιούται κάποιος συνταξιοδότησης, η εξίσωση αντρών και γυναικών στην ηλικία συνταξιοδότησης καθώς και σχετικές μειώσεις στο ποσό της τελικής σύνταξης που θα δικαιούται ο εργαζόμενος, μείωση επιδομάτων και επικουρικών

συντάξεων και άλλα ανάλογα μέτρα. Λόγω της οικονομικής κρίσης στην οποία βρίσκεται η χώρα μας απο το 2010, νέα μέτρα λαμβάνονται συνεχώς, όσο το κράτος δεν μπορεί να καλύψει τις αντίστοιχες δαπάνες.

Ο τομέας της υγείας που οφείλει να αναπτύξει προγράμματα πρόληψης και να παρέμβει άμεσα σε μία κοινότητα είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Δούκα, 2002, Κυριόπουλος και άλλοι, 2000). Σήμερα, όσο ποτέ άλλοτε, η προσαρμογή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις ανάγκες της τρίτης ηλικίας και η παροχή ικανού αριθμού υπηρεσιών προσαρμοσμένων και εξειδικευμένων στα κύρια προβλήματα υγείας της τρίτης ηλικίας πρέπει να αποτελούν το ζητούμενο όταν δημιουργούνται και οργανώνονται υπηρεσίες υγείας. Δυστυχώς, οι αυξημένες ανάγκες δεν έχουν αλλάξει την εικόνα της πρωτοβάθμιας φροντίδας στη χώρα μας, το αντίθετο μάλιστα, οι υπηρεσίες συρρικνώνονται από την έλλειψη πόρων. Έχει δε αυξηθεί η συμμετοχή των συνταξιούχων στη δαπάνη εξετάσεων και φαρμάκων. Παρ' όλα αυτά, θα πρέπει να επισημανθεί ως θετική ενέργεια η δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ) το 2014 (Ν.3817/2014/ΦΕΚ 4328) με ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Οι υπηρεσίες που οφείλει να παρέχει το Π.Ε.Δ.Υ, σύμφωνα με το νόμο κρίνονται επαρκείς, αλλά δεν έχουν αναπτυχθεί πλήρως. Οι μονάδες του Π.Ε.Δ.Υ. λειτουργούν στα κατά τόπους υποκαταστήματα του παλιού ΙΚΑ, συστεγάζοντας και τα Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας, στα οποία παρατηρούνται καθυστερήσεις στην έκδοση αποφάσεων και αυστηροποίηση των κριτηρίων (δεδομένου ότι τα τελευταία χρόνια διαπιστώθηκε μεγάλος αριθμός ατόμων που ελάμβαναν επιδόματα αναπηρίας χωρίς να είναι ανάπηροι), με αποτέλεσμα μεγάλος αριθμός δικαιούχων να μην εισπράττουν έγκαιρα τα επιδόματα αναπηρίας ή τις συντάξεις που δικαιούνται.

Για τα επόμενα 50 χρόνια αναμένεται ότι, ο πληθυσμός στην Ελλάδα θα συνεχίσει να μειώνεται αλλά με μικρότερο ρυθμό. Εκτιμάται ότι, η μετανάστευση, που αφορά κυρίως άτομα που εισέρχονται απευθείας στην αγορά εργασίας, μπορεί να βοηθήσει προς την κατεύθυνση να διατηρηθεί η ισορροπία εργαζομένων-ηλικιωμένων και επομένως, να καταστεί δυνατή η υποστήριξη του συστήματος ασφάλισης και περίθαλψης, εφόσον βέβαια δεν αναφερόμαστε σε ανασφάλιστους εργαζόμενους, είτε αυτοί είναι νέοι, είτε μετανάστες, είτε αδήλωτοι μετανάστες ή μη νόμιμοι μετανάστες.

3. Τρίτη ηλικία και υπηρεσίες φροντίδας

Το σύστημα φροντίδας που χαρακτηρίζει την Ελλάδα είναι το υπολειμματικό μοντέλο φροντίδας, σύμφωνα με το οποίο το κράτος δεν καλύπτει όλες τις ανάγκες του

πληθυσμού μέσα από ένα δίκτυο δημόσιων φορέων, αλλά επιμερίζει τις υπηρεσίες φροντίδας μεταξύ του Δημοσίου, της οικογένειας και ιδιωτικών φορέων (Στασινοπούλου, 2006, Κουτής και Φιολιπάκη, 2002). Διαφέρει από τα άλλα μοντέλα κοινωνικής πρόνοιας και κυρίως από το Σκανδιναβικό σύμφωνα με το οποίο το κράτος παρέχει υπηρεσίες που καλύπτουν όλες τις ανάγκες που απορρέουν από την ιδιότητα του πολίτη. Αποτέλεσμα της διαφοράς αυτής είναι ότι στην Ελλάδα η οικογένεια παρέχει μεγάλο μερίδιο της φροντίδας και κυρίως οι γυναίκες, οι οποίες συχνά αναλαμβάνουν ρόλο φροντιστή κατά τη μέση ηλικία τους (Δούκα, 2008, Δούκα και Παπαδόπουλος, 2008, Robine et al, 2007).

Η φροντίδα υγείας για τους ηλικιωμένους περιλαμβάνει τη νοσηλεία, τη χρήση υπηρεσιών για κατ' οίκον φροντίδα, όπως το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», τη χορήγηση φαρμάκων, την πρόληψη και τον εμβολιασμό και μία σειρά από εξετάσεις που είναι διαφορετικές για το κάθε φύλο. Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας για την τρίτη ηλικία επικεντρώνεται κυρίως στη θεραπεία και στην περίθαλψη και λιγότερο στην πρόληψη. Ταυτόχρονα οι υπηρεσίες αυτές δεν είναι καθορισμένες ή εξειδικευμένες, από την άποψη ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας νοσηλεύονται μαζί με άλλες ηλικίες, ενώ θα μπορούσαν να λαμβάνουν υπηρεσίες από εξειδικευμένο προσωπικό σε ειδικές μονάδες. Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας για τους ηλικιωμένους – αλλά και για όλο τον πληθυσμό - παρέχονται: α) από γιατρούς που εργάζονται ως ιδιώτες ή που είναι συμβεβλημένοι με ταμεία, β) από γιατρούς των κατά τόπους κέντρων υγείας που διαθέτουν ποικίλες ειδικότητες προσωπικού αλλά περιορισμένη τεχνολογία και γ) από γιατρούς των εξωτερικών ιατρείων νοσοκομείων.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για τους ηλικιωμένους, ως προληπτική υπηρεσία, δεν έχει αναπτυχθεί ικανοποιητικά, με αποτέλεσμα η φροντίδα να παρέχεται όποτε προκύπτει πρόβλημα υγείας. Συνέπεια τούτου, είναι το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας για την τρίτη ηλικία να στρέφεται στην ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη και άρα προς τη δευτεροβάθμια φροντίδα, αντίθετα με ό,τι συμβαίνει συνήθως στις νεότερες ηλικίες, για τις οποίες το ενδιαφέρον για προληπτικούς ελέγχους υγείας αυξάνεται συνεχώς (Γεωργούση και άλλοι, 2002, σ. 167). Με άλλα λόγια, οι υπηρεσίες υγείας στη νεαρότερη ηλικία είναι εστιασμένες στην πρόληψη, ενώ στην τρίτη ηλικία είναι σαφώς προσανατολισμένες στη θεραπεία και τη νοσηλεία. Ασφαλώς στη διαφοροποίηση αυτή παίζουν ρόλο και βιολογικοί παράγοντες. Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως από τα νοσοκομεία, με τη συμμετοχή των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας, ενώ η τριτοβάθμια περίθαλψη αφορά την αποκατάσταση. Οι εν λόγω υπηρεσίες για την τρίτη ηλικία είναι πολυδάπανες, λόγου χάριν, οι επισκέψεις στο

γιατρό ανά τακτά διαστήματα, οι ιατρικές εξετάσεις ή οι μέρες νοσηλείας σε ένα νοσοκομείο, τα χρόνια νοσήματα και η φαρμακευτική δαπάνη (Κυριόπουλος και Γεωργούση, 1998).

Όπως ήδη αναφέραμε, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ηλικιωμένων προκαλεί μεγαλύτερη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα κυρίως ο δημόσιος τομέας της υγείας να δέχεται πιέσεις. Επιπροσθέτως, τα τελευταία χρόνια η οικονομική κρίση έχει εντείνει το πρόβλημα, καθώς τα άτομα δεν έχουν πλέον διαθέσιμο εισόδημα για να ξοδέψουν για την υγεία τους πηγαίνοντας σε ιδιωτικούς φορείς. Έτσι, όσοι είναι καλυμμένοι ασφαλιστικά, ζητούν υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από τα ταμεία τους και από το δημόσιο τομέα υγείας. Οι πιέσεις που δέχεται το σύστημα υγείας, εξαιτίας αυτών των κοινωνικοοικονομικών αλλαγών, θέτουν σε αμφισβήτηση τη δυνατότητά του να ανταποκριθεί στις πραγματικές ανάγκες. Στο επίκεντρο αυτής της κατάστασης είναι η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων που απαιτούν μακρόχρονη αντιμετώπιση από ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010). Γι αυτό, η διαμόρφωση κατάλληλων πολιτικών μέσα από τις οποίες θα ενισχυθεί η απασχόληση είναι απολύτως αναγκαίες, έτσι ώστε να είναι εφικτό να καλυφθούν και οι δαπάνες υγείας.

Πολλές φορές οι ηλικιωμένοι, που νοσηλεύονται σε μονάδες αποκατάστασης, παραμένουν περισσότερο χρόνο μέχρι το εξιτήριο, καθώς οι συγγενείς τους τείνουν να τους αφήνουν για μεγαλύτερο διάστημα σε σχέση με τους νεότερους σε ηλικία νοσηλευόμενους (Έμκε, 1999). Θα ήταν ευκαίριο να υπάρχει επαρκής αριθμός γηριατρικών κλινικών στα νοσοκομεία ή ξεχωριστοί γηριατρικοί φορείς προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες.

Η επόμενη κατηγορία φροντίδας των ηλικιωμένων είναι η προσφορά υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα και η εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Η τρίτη ηλικία εξυπηρετείται από το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας, την Εκκλησία, τις ΜΚΟ, τον Ερυθρό Σταυρό, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» των Δήμων, τους ασφαλιστικούς φορείς και τους οικογενειακούς γιατρούς. Τέλος, ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες προσφέρονται μέσω των ΚΑΠΗ ή/και μέσω μη κερδοσκοπικών φορέων. Οι υπηρεσίες όμως αυτές πάσχουν από ελλειπή οργάνωση και είτε καλύπτουν αποσπασματικά τις ανάγκες είτε επικαλύπτονται.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στην τρίτη ηλικία διαφέρουν ανάλογα με το πρόβλημα. Για παράδειγμα, σε διαφορετικό πληθυσμό απευθύνονται οι κοινοτικές υπηρεσίες όπως είναι τα ΚΑΠΗ ή οι κατ'οίκον υπηρεσίες φροντίδας υγείας και διαφορετικές είναι οι υπηρεσίες που αφορούν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας ή άνοιας που συνεπάγονται υπηρεσίες φροντίδας κλειστού τύπου (Smith et al, 2008). Η μακροχρόνια αναπηρία μπορεί να επηρεάσει τη φροντίδα με τρεις κυρίως τρόπους: πρώτον, με την ποικιλία των διαγνωστικών κατηγοριών που εμπεριέχονται στο πρόβλημα και που αυξάνονται καθώς η ηλικία προχωρεί (Putman, 2002). Δεύτερον, με τα είδη της φροντίδας που πρέπει να αναπτυχθούν (Hitzig et al., 2011) και τρίτον, με τα μοντέλα φροντίδας που πρέπει να ενσωματώνουν τις αρχές για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες, όπως έχουν ψηφιστεί από τα Ηνωμένα Έθνη (2008). Για παράδειγμα, την προστασία των ατόμων και των ηλικιωμένων από κακοποίηση και παραμέληση και τη δημιουργία ενός ικανοποιητικού και θετικού θεραπευτικού περιβάλλοντος.

Στην Ελλάδα, τρεις είναι οι τύποι φροντίδας που προσφέρονται ως επιλογή στα άτομα της τρίτης ηλικίας, τα οποία χρειάζονται βοήθεια σε θέματα περίθαλψης:

- α) η άτυπη φροντίδα που παρέχεται περιστασιακά ή μόνιμα από συγγενικά πρόσωπα και φίλους του ατόμου που πάσχει,
- β) η κατ'οίκον φροντίδα που παρέχεται μέσω των δημοσίων κοινωνικών υπηρεσιών, των υπηρεσιών της κοινότητας ή των εθελοντικών οργανώσεων κλπ.,
- γ) η ιδρυματική φροντίδα που παρέχεται από τα γηροκομεία και τα ιδρύματα ανιάτων που συνήθως είναι είτε κρατικοί, είτε κοινωφελείς οργανισμοί, είτε ιδιωτικοί φορείς κλειστής προστασίας (Σταθόπουλος, 2005).

Για τον ηλικιωμένο που παραμένει στην οικογένειά του και στην κοινότητα, η φροντίδα κατ'αρχήν είναι εστιασμένη στην παραμονή του στο οικογενειακό περιβάλλον του, με σεβασμό στις προτιμήσεις του ηλικιωμένου και στη διατήρηση της ανεξαρτησίας και της ιδιωτικότητάς του. Είναι ευνόητο ότι όσοι επιλέγουν την κατ'οίκον φροντίδα, είτε έχουν κάποιον που τους φροντίζει είτε τα προβλήματά τους δεν είναι τόσο σοβαρά που να απαιτούν συστηματική βοήθεια. Σε κάθε περίπτωση πάντως, η ποσότητα των ιατρικών υπηρεσιών που απαιτείται πρέπει να είναι διαθέσιμη. Τέλος, οι παροχές που τους δίνονται πρέπει να συνδυάζουν την εξατομικευμένη φροντίδα με τις πολιτικές του κράτους, τα προγράμματα και τη διαθεσιμότητα ιδιωτικών υπηρεσιών. Η έλλειψη όμως οργάνωσης ενός αποτελεσματικού δικτύου γίνεται εμφανής, όταν ο ηλικιωμένος χρειαστεί επείγουσα νοσηλεία, ταχεία και ορθή λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία του

και φυσικά για τον προγραμματισμό της περαιτέρω διαμονής του, προκειμένου να έχει ένα αξιοπρεπές επίπεδο ζωής.

4. Κοινωνική εργασία και τρίτη ηλικία

Σε όλες τις υπηρεσίες που αναφέρθηκαν ανωτέρω εργάζονται κοινωνικοί λειτουργοί που αποτελούν μέρος της πολιτικής των οργανισμών για προσφορά υπηρεσιών προς την τρίτη ηλικία. Ο γεροντολογικός ή γηριατρικός κοινωνικός λειτουργός είναι ο ειδικός που προσπαθεί να καλύψει τις βιο-ψυχο-κοινωνικές ανάγκες των μεγαλύτερων ατόμων. Μέρος της εργασίας του είναι η σύνδεση των ηλικιωμένων με τις πηγές της κοινότητας για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται για την κάθε περίπτωση.

Ειδικότερα, ο γηριατρικός κοινωνικός λειτουργός είναι ο επαγγελματίας που εργάζεται με ενήλικους άνω των 65 ετών, ενώ καλείται να βρει λύσεις για τους ίδιους και τις οικογένειές τους όταν αντιμετωπίζουν προσωπικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές προκλήσεις. Συχνά, οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε αυτό τον τομέα έχουν αποκτήσει εμπειρία στη γηριατρική, στη γεροντολογία, στη γήρανση, στην κοινωνική εργασία με μεγαλύτερους ενήλικους και γενικότερα στην κοινωνική εργασία με την τρίτη ηλικία, στην ιδρυματική περίθαλψη, στη νοσοκομειακή κοινωνική εργασία κ.α. Όλοι αυτοί είναι όροι που χρησιμοποιούνται υποδηλώνοντας ένα εξειδικευμένο αντικείμενο της κοινωνικής εργασίας. Στην Ελλάδα το αντικείμενο αυτό δεν διδάσκεται ως κατεύθυνση προς ένα εξειδικευμένο κλάδο, αλλά ως μάθημα κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης στην κοινωνική εργασία και αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι κοινωνικοί λειτουργοί να εξειδικεύονται στα πλαίσια της εργασίας τους.

Η Διεθνής Συνομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών (IFSW) στις 20 Φεβρουαρίου 2012 εξέδωσε ένα κείμενο για την πολιτική της πάνω στη «γήρανση και τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας» εστιάζοντας στο γεγονός ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία επιδρούν στην κοινωνικοοικονομική και πολιτική κατάσταση όλων των ηλικιών. Αναφέρει ότι αν και τα άτομα της τρίτης ηλικίας έχουν συμβάλει στην ανάπτυξη της κοινωνίας όταν ήταν νέοι, μεγαλώνοντας αντιμετωπίζουν θέματα φτώχειας, περιθωριοποίησης και κοινωνικής ανασφάλειας. Γι αυτό, προτείνει για την τρίτη ηλικία, τη συμμετοχή τους στο σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων, το σεβασμό στην ποιότητα της ζωής τους, την υποστήριξη, την προστασία και διαφύλαξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την προστασία από την απομόνωση, την αδικία και την κακοποίηση, τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες και την προαγωγή της κοινωνικής διασύνδεσης. Επίσης, προτείνει τη δημιουργία υπηρεσιών για μακροχρόνιες ανάγκες, τη διαθεσιμότητα

ειδικοτήτων φροντίδας, την προαγωγή της εξειδίκευσης μέσα από εκπαίδευση και κατάρτιση ειδικών και φυσικά μέσα από την ενδυνάμωση των κοινωνικών λειτουργών ώστε να παρέχουν τις απαραίτητες υπηρεσίες.

Οι γηριατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί είναι οι ειδικοί που προσπαθούν να βοηθήσουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας και τις οικογένειές τους να εξετάσουν και να διαχειριστούν τις κοινωνικές και βιοψυχικές τους ανάγκες. Μέρος της εργασίας τους είναι η διασύνδεση των ατόμων της τρίτης ηλικίας με τις υπηρεσίες που προσφέρει η κοινότητα όπου ζουν και η εστίαση στους τομείς που υπάρχει δυνατότητα να λάβουν φροντίδα, π.χ. ιδρυματική περίθαλψη (Koenig et al, 2011). Οι κοινωνικοί λειτουργοί οργανώνουν τη φροντίδα προς τα άτομα που χρειάζονται υπηρεσίες σε διαφορετικά επίπεδα, ανάλογα με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Επίσης, τους βοηθούν με τις αιτήσεις και τις διαδικασίες που απαιτούνται για να λάβουν επιδόματα ή άλλα αναγκαία είδη. Οι συμπεριφορές και οι παρεμβάσεις του κοινωνικού λειτουργού χαρακτηρίζονται πρωτίστως από σεβασμό προς το άτομο και στοχεύουν στη διασφάλιση της ποιότητας της ζωής του, στην ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησής του και στην ικανοποίησή του από τη ζωή (Sung and Kim, 2008, Darmon-Rodriguez, 1998).

Οι Sung and Dunckle (2009) αναφέρουν σε έρευνά τους για τον ρόλο των κοινωνικών λειτουργών ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας θεωρούν σημαντικές τις εξής παραμέτρους της φροντίδας που τους παρέχεται και που συμπεριλαμβάνονται στην έννοια του σεβασμού προς την τρίτη ηλικία: την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών, την πρόθεση των κοινωνικών λειτουργών να τους ακούσουν, τη διασύνδεσή τους με συνομήλικους, τη χρήση κατάλληλης γλώσσας επικοινωνίας, τον σεβασμό των επιλογών τους και τη βοήθεια με τη γραφειοκρατία. Επίσης είναι σημαντικό για τους ηλικιωμένους να ζουν σε ένα άνετο χώρο, να τους σέβονται στη γερονιά τους, κυρίως όσον αφορά το στίγμα για την τρίτη ηλικία, και να θυμούνται οι άνθρωποι που τους περιβάλλουν – συμπεριλαμβανομένων και των επαγγελματιών - να γιορτάζουν την ονομαστική τους γιορτή.

Συνοψίζοντας, οι κοινωνικοί λειτουργοί βοηθούν τους ηλικιωμένους:

- α) με κλινικές παρεμβάσεις, παρέχοντας θεραπεία σε ηλικιωμένους εξυπηρετούμενους που αισθάνονται μόνοι ή που υποφέρουν από κατάθλιψη ή αγωνία. Βοηθούν τα άτομα να εμπλακούν σε δραστηριότητες που θα τους βγάλουν από το σπίτι στην κοινότητα.
- β) με υπηρεσιακές παρεμβάσεις, λειτουργώντας ως σύνδεσμοι μεταξύ των εξυπηρετούμενων ηλικιωμένων και των δημοσίων και ιδιωτικών προγραμμάτων/υπηρεσιών. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορεί να χρειαστεί να κάνουν

αξιολόγηση της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων με σκοπό να αναγνωρίσουν μία προβληματική κατάσταση και να τους παραπέμψουν στο ιατρικό προσωπικό, όταν απαιτείται. Επίσης συνδέουν τις υπηρεσίες της κοινότητας με το άτομο που έχει νοσηλευτεί και χρειάζεται υπηρεσίες αποκατάστασης ή υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

γ) με συνηγορία – ένας γηριατρικός κοινωνικός λειτουργός μπορεί να βοηθήσει ένα ηλικιωμένο άτομο να συμπληρώσει διάφορα έγγραφα, διότι είναι αυτός που γνωρίζει τα επιδόματα και τις γραφειοκρατικές διαδικασίες ώστε να διεκδικήσει το άτομο όσα δικαιούται από το κράτος. Επίσης, προστατεύει τον ηλικιωμένο από την κακοποίηση και καταγγέλλει τέτοιες περιπτώσεις (Wilding, 2012).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί συχνά εργάζονται στο πλαίσιο διεπιστημονικής ομάδας, όπου ο ρόλος τους είναι να διαγνώσουν και να αξιολογήσουν τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες και δυνατότητες των ηλικιωμένων και του περιβάλλοντός τους, ως μέρος του σχεδιασμού φροντίδας (Simons et al, 2008), καθώς και να επιλύσουν τα προβλήματα των ηλικιωμένων που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες τους. Η συνεργασία στη διεπιστημονική ομάδα και η δυνατότητα λήψης αποφάσεων δίνουν την ευκαιρία στον κοινωνικό λειτουργό είτε να παρέχει υπηρεσίες μέσα σε ένα περιβάλλον όπου διαβιούν ηλικιωμένα άτομα, είτε να οργανώσει την εισαγωγή σε ίδρυμα όταν κρίνεται αναγκαίο. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται στα νοσοκομεία, στα κέντρα αποκατάστασης, στην κατ' οίκον φροντίδα και σε άλλες οργανώσεις που ασχολούνται με την τρίτη ηλικία και τις οικογένειές τους, έχουν αποδειχτεί πολύ σημαντικοί παράγοντες στη λήψη αποφάσεων για το μέλλον των μεγαλύτερων ατόμων (Koenig et al., 2011).

Συμπερασματικά, οι κοινωνικοί λειτουργοί καλούνται να αξιολογήσουν και να οργανώσουν το είδος της φροντίδας που απαιτείται να λάβει το ηλικιωμένο άτομο από τις ιατροκοινωνικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες. Με αυτό τον τρόπο, γίνονται σημαντικό μέρος του κοινωνικού κόσμου των ηλικιωμένων.

Επίλογος

Η δημογραφική γήρανση είναι μία από τις πιο σημαντικές εξελίξεις που αφορούν τον πληθυσμό και οι ειδικοί μελετούν μία σειρά από θέματα που επηρεάζουν τον τρόπο που αυτός ο πληθυσμός πρέπει να αντιμετωπίζεται. Τα στατιστικά δεδομένα μας δείχνουν πώς θα εξελιχθεί στο μέλλον αυτός ο πληθυσμός και τι είδους πολιτικές πρέπει να εφαρμοσθούν, προκειμένου να αποφευχθούν οι αρνητικές επιπτώσεις στην παροχή φροντίδας.

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, η μείωση της γεννητικότητας και η εισροή μεταναστών αποτελούν δραματικές αλλαγές και δημιουργούν πιέσεις για τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, υγείας και πρόνοιας, όχι μόνο της Ελλάδας και των δυτικών κοινωνιών αλλά και των λιγότερο αναπτυγμένων χωρών. Η γήρανση του πληθυσμού επηρεάζει τη ζωή του ατόμου και τη λειτουργία της κοινωνίας και της οικονομίας, συμπεριλαμβανομένων της κλινικής ιατρικής, της κοινωνικής ασφάλισης, της απασχόλησης, της εθνικής οικονομίας, ενώ εγείρει θέματα ηθικής και κοινωνικής δικαιοσύνης (Γκόλνα και Σουλιώτης, 2006).

Η μελέτη και η κατανόηση των επιπτώσεων της δημογραφικής γήρανσης μπορεί να βοηθήσει τις κυβερνήσεις να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων που συνεπάγονται για το μέλλον. Και τούτο, διότι απαιτείται η καλύτερη διαχείριση των πόρων, ώστε να εξοικονομηθούν χρήματα για συντάξεις, φροντίδα υγείας, προνοιακά επιδόματα, πολιτισμικές δραστηριότητες και άλλες πολλές δράσεις για την ευημερία των ηλικιωμένων. Τα στοχευμένα μέτρα θα βοηθήσουν στην κατεύθυνση να αντιμετωπιστούν και οι ανισότητες που θα προκύψουν από την αύξηση του πληθυσμού που γηράσκει μεν, αλλά ζει περισσότερα χρόνια λόγω των επιτευγμάτων της ιατρικής. Επίσης, η συγκέντρωση του πληθυσμού στις μεγάλες αστικές πόλεις και η αλλαγή του κλίματος θα επιβαρύνουν τους προϋπολογισμούς των κρατών με άντληση επιπλέον πόρων για την υγεία και τη φροντίδα. Η οικονομική αβεβαιότητα θα επιβαρύνει ακόμα περισσότερο την κατάσταση αυτή, αφού πολλά άτομα της τρίτης ηλικίας θα αδυνατούν να καλύψουν βασικές καθημερινές τους ανάγκες. Οι ανάγκες αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν από συνταγογράφηση φαρμάκων, τακτικές εξετάσεις και παρακολούθηση προβλημάτων υγείας και να φτάνουν μέχρι υπηρεσίες αποκατάστασης. Σε αυτά πρέπει να προστεθούν και η κοινωνική φροντίδα, κυρίως προς άτομα μοναχικά που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.

Ταυτόχρονα, δεν υπάρχει αμφιβολία, ότι απαιτούνται εξειδικευμένες υπηρεσίες για την τρίτη ηλικία, είτε στα νοσοκομεία, είτε στην κοινότητα και να εισαχθούν καινοτόμες ιδέες στην αντιμετώπιση των αναγκών της τρίτης ηλικίας. Το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού παρέχει συμβουλευτική και υποστηρικτική βοήθεια στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Όταν απαιτείται να βοηθηθεί ένα άτομο ή η οικογένειά του για να πάρουν αποφάσεις για το μέλλον, κυρίως όταν υπάρχουν θέματα αναπηρίας, ο κοινωνικός λειτουργός είναι ο επαγγελματίας που θα προτείνει και θα διασφαλίσει το επόμενο βήμα στη φροντίδα. Είναι ο επαγγελματίας που με τις παρεμβάσεις του θα βγάλει τα άτομα της τρίτης ηλικίας από τα αδιέξοδα της περίθαλψης και θα φροντίσει για την ευημερία τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσσον

- Darmon-Rodriguez, J.A. (1998). Respecting ethnic clients: a perspective for care providers. In Disch R, Doborof R., Moody HR (eds). *Dignity and Old Age*. N.Y. Haworth.
- Drennan, V., Liffe. S., Haworth, D., Tal, S.S., Lenlhan, P., Deave, T. (2005). The feasibility and acceptability of a specialist health and social care team for the promotion of health and independence in “at risk” older adults, *Health and Social Care in the Community*, 13(2), pp. 136-144.
- Green, R. (2008). *Social Work with the Aged and their Families*, 3rd ed. New Brunswick, Transaction Pub.
- Hale C. (2000). Demographic trends influencing public health practice, Washington *Public Health*, pp. 1-3.
- Hitzig, S., Eng, J., Miller, W., & Sakakibara, B. (2011). An evidence-based review of aging of the body systems following spinal cord injury. *Spinal Cord*, 49(6), pp. 684–701.
- Koenig, T.L., Lee, H., J., Fields N.L., Macmillan K.R. (2011). The role of gerontological social worker in assisted living, *Journal of Gerontological Social Work*, 54, pp. 494-510.
- Lloyd-Sherlock P. (2000). Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy, *Social Science and Medicine*, 51, pp. 887-895.
- Putnam, M. (2002). Linking aging theory and disability models: Increasing the potential to explore aging with physical impairment. *Gerontologist*, 42(6), pp.799–806.
- Robine J.M., Michel J.P., Herrmann F.R. (2007). Who will care for the oldest people in our ageing society? *British Medical Journal*, 334(7593), pp. 570-571.
- Simons K., Shepherd N., Munn J. (2008). Advancing the evidence base for social work in long-term care: The disconnect between practice and research, *Social Work in Health Care*, 47, pp.392-415.

- Smith M., Buckwalter K.C., Kang H., Ellingrod V., Schultz S.K. (2008). Dementia care in assisted living: Needs and challenges, *Issues in Mental Health Nursing*, 29, pp. 817-838.
- Sung K.T., Dunckle R.E. (2009). How social workers demonstrate respect for elderly clients, *Journal of Gerontological Social Work*, 52 (3), pp.250-260.
- Sung K.T., Kim B.J. (2008). *Respect for the elderly: Implications for human service providers*. Lanham, University Press of America.

Ελληνόγλωσσον

- Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, *Νοσηλευτική*, 47(3), σ. 320-333.
- Αγραφιώτης Δ. (1998). Τρίτη Ηλικία. Κοινωνικές και πολιτιστικές ιδιοτυπίες του παρόντος και του μέλλοντος στο *Τα Βιολογικά Αίτια της Γήρανσης και τα Προβλήματα της «τρίτης ηλικίας»*. Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.
- Γκόλνα, Χ., Σουλιάτης Κ. (2006). Δημογραφική Γήρανση και Πολιτική Υγείας, στο *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Δαρδαβέσης Ι., (1999). *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας, Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Δούκα, Μ. (2008). Ο διπλός ρόλος του εργαζόμενου φροντιστή, *Εργοθεραπεία*, 33, σ. 23-26.
- Δούκα Μ., Παπαδόπουλος Ι., (2008). Φροντιστές, μια ξεχασμένη ομάδα του πληθυσμού, *Περιοδικό ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ*, 61, σ.12.
- Δούκα Μ., (2000). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο επίκεντρο της νέας πολιτικής για την υγεία, προβλήματα, προοπτικές, *Κοινωνική Εργασία, Επιθεώρηση Κοινωνικών Επιστημών*, έτος 17, 67, σ.135-144.
- Έμκε Η., (1999). *Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες: Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον*. Αθήνα: Έλλην.

- Κανδυλάκη Α., Καραγκούνης Β. (2005). Φροντίδα στην κοινότητα και «Βοήθεια στο Σπίτι»: μια πρόκληση για την τοπική αυτοδιοίκηση, στο Ζαϊμάκης –Κανδυλάκη, *Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας*. Αθήνα: Κριτική.
- Κουτής Α., Φιολιπάκη Χ. (2002). Υγεία και τοπική αυτοδιοίκηση. Το πρώτο αναπτυξιακό βήμα κοινωνικής πολιτικής υγείας σ' ένα δήμο της Κρήτης, *Ιατρική*, 82 (6), σ. 431-438.
- Κυριόπουλος Ι., Τσιάντου Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, *Οικονομικά της Υγείας*, 27 (5), σ. 834-840.
- Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Δημολιάτης Γ., Μερκούρης Μ.Π., Οικονόμου Χ., Τσάκος Γ., Φιλαλήθης Α. κ.α. (2000). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12 (4), σ.169-188.
- Κυριόπουλος Ι., Γεωργούση,Ε. (1998). Οικονομικές επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού στον υγειονομικό τομέα. Επιστημονικές, Μορφωτικές Διαλέξεις με θέμα: *Τα Βιολογικά Αίτια της Γήρανσης και τα Προβλήματα της «Τρίτης Ηλικίας»*, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα, σ. 23-32.
- Μερκούρης Π.Μ. (1995). Η Γενική ιατρική στην τρίτη ηλικία, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 7, 3, σ. 135.
- Μπάγκαβος Χ. (2006). Οι προοπτικές εξέλιξης του παγκόσμιου πληθυσμού: πρόκληση ή απειλή για το φυσικό περιβάλλον, στο Θ. Ανθοπούλου και Δ. Παπαδοπούλου (επιμ.), *Περιβάλλον και Κοινωνία, Μύθοι και Πραγματικότητα*. Αθήνα: Gutenberg.
- Μπάγκαβος Χ., Μωυσίδης Α. (2004). *Το νέο Δημογραφικό Τοπίο του 21^{ου} αιώνα, Εξελίξεις, Επιπτώσεις, Πολιτικές*. Αθήνα: Gutenberg.
- Μπάγκαβος Χρ. (2003). *Δημογραφικές Μεταβολές, Αγορά Εργασίας και Συντάξεις στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση*. Αθήνα: Gutenberg.
- Πιεράκος Γ. (2008). *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & Τοπική κοινωνία*. Αθήνα: Παπαζήση.

Ρομπόλης Σ., Μπάγκας Χ., Ρωμανιάς, Γ. (2003). Δημογραφικές εξελίξεις και Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα στο Δ. Βενιέρης και Χ. Παπαθεοδώρου, *Η Κοινωνική Πολιτική στην Ελλάδα, Προκλήσεις, Προοπτικές*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Σπαθαράκης Γ. (1999). Γηριατρική πολυπαθολογία, *Ιπποκράτης*, 3(3), σ. 127-132.

Σταθόπουλος, Π. (2005). *Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη – Νέες κατευθύνσεις*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Στασινοπούλου Ο.Β. (2006). *Κράτος Πρόνοιας, Ιστορική Εξέλιξη - Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Gutenberg.

Τσαούσης Δ.Γ. (2006). *Κοινωνική Δημογραφία*. Αθήνα: Gutenberg.

Χανιώτη, Φ. (1999). *Εγχειρίδιο Γηριατρικής*. Αθήνα: Λίτσας.

Ιστοσελίδες

Ε.Σ.Υ.Ε. (2009). www.statistics.gr

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (1998). Δημογραφική Έκθεση 1997. COM (97) 361, Λουξεμβούργο, www.europarl.europa.eu

Eurostat, *Statistics Data Base 2010*,
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database

Ηνωμένα Έθνη, www.un.org

International Federation of Social Workers (IFSW). (2012). Ageing and Older Adults, www.ifsw.org/policies/aging-and-older-adults/

www.observatory.gr/files/meletes, Μελέτη για τη χρήση τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών στον τομέα υγείας και πρόνοιας, Έκδοση 5, 2007

www.statistics.gr/2013

United Nations. (2008). Convention on the rights of persons with disabilities www.un.org
www.un.org/es/globalissues/ageing/docs/vpaa.pdf

Wilding M., (2012). What does a Geriatric Social Worker do?
www.healthworkcollective.com

World Health Organisation (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), www.who.int