

## ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ<sup>1</sup>

**Βαγγέλης Κυριακάκης**

*Κοινωνικός Λειτουργός, Πολιτικός Επιστήμων.*

*Στο άρθρο αυτό γίνεται μια προσπάθεια επισήμανσης του μεγάλου κοινωνικού προβλήματος που δημιουργεί η έλλειψη ουσιαστικής Κοινωνικής Πολιτικής για την Γ' ηλικία.*

*Ακόμη προτείνεται η καθιέρωση ενός νέου θεσμού για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Ο θεσμός αυτός είναι η αναδοχή στη Γ' ηλικία.*

Οι όροι «Κοινωνική Πολιτική» ή «Κοινωνική Πρόνοια» εύκολα μπορούν ν' αναγνωριστούν σαν γενικές έννοιες δύσκολα όμως μπορεί να τις καθορίσει κανείς ακριβώς και με σαφήνεια σαν πρακτική εφαρμογή.

Μπορούμε όμως να πούμε πως η κοινωνική πολιτική σαν έννοια βασίζεται σε δύο αλληλένδετα θεωρητικά υπόβαθρα. Πρώτο την ιδεολογία, τη φιλοσοφία δηλαδή που καθορίζει την ευθύνη του ανθρώπου και δεύτερο τις οικονομικές επενδύσεις «πρόνοιας» για το άτομο ή την κοινωνική ομάδα.

Σήμερα η κινητικότητα, η εξασθένηση των στενών οικογενειακών δεσμών, η θέση στην ανθρώπινη κοινότητα η αστικοποίηση του τρόπου ζωής, η άμεση εξάρτηση από την απρόσωπη οικονομική αγορά, η κατακόρυφη μείωση του αριθμού των προσωπικών επαφών, η γρήγορη γήρανση του πληθυσμού, η έλλειψη αξιών και η χαλάρωση του κοινωνικού ιστού, αποτελούν δείγματα μιας κοινωνικής αποσύνθεσης ή τουλάχιστον των τάσεων αποσύνθεσής της.

Η άποψη πως η κοινωνία μας και ειδικότερα οι πόλεις, περνούν κρίση δεν είναι καινούργια. Όμως η διαπίστωση πως οι επεμβάσεις στο φυσικό χώρο με τεχνικά μέσα όχι μόνο δεν έχουν θετικά αποτελέσματα αλλά δημιουργούν οξύτερα προβλήματα όταν στερούνται «κοινωνικής υποδομής» και δεν κατευθύνονται από τις αρχές μιας κοινωνικής πολιτικής είναι καινούργια και αληθινή.

Σε περασμένες εποχές σε λιγότερο προηγμένες κοινωνίες και κύρια στις «στατικές» λεγόμενες κοινωνίες, οι προσφερόμενες κοινωνικές υπηρεσίες για κάλυψη διάφορων αναγκών και για τη λύση ατομικών και κοινωνικών προβλημάτων ήταν υπόθεση της εκτεταμένης οικογένειας. Στη σύγχρονη εποχή και κυρίως στο δυτικό κόσμο, με τη βιομηχανοποίηση και την αστικοποίηση οι κοινωνίες έγιναν

---

1. Το άρθρο αυτό βασίζεται στη σχετική εισήγηση που έγινε στο 2ο Συνέδριο της Γεροντολογίας Γηριατρικής, Αθήνα 6,7,8 Ιουνίου 1991 (Δορυφορική ημερίδα ΣΚΛΕ: Κοινωνική Εργασία με Ηλικιωμένους).



πολύπλοκες και η ανάγκη συμμετοχής του κράτους φαίνεται αναγκαία.

Σήμερα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον προσεγγίζουμε ένα μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα που έχει άμεση σχέση με την αποκαλούμενη Γ' ηλικία. Το κοινωνικό πρόβλημα των ηλικιωμένων δεν αφορά μόνο το 16% περίπου του γενικού πληθυσμού της χώρας που ανήκουν στην κατηγορία αυτή, (ηλικία άνω των 60 ετών), αλλά ολόκληρο τον πληθυσμό αφού η κατανομή του πληθυσμού μιας χώρας επηρεάζει σημαντικά αφενός τις δαπάνες για την υγεία αφετέρου τις δαπάνες για τις συντάξεις και την κοινωνική πρόνοια.

**Πίνακας 1**  
**Δαπάνες υγείας και δημογραφική σύνθεση στα κράτη-μέλη του ΟΟΣΑ**

Κράτη-μέλη Οργανισμού ΟΟΣΑ	(α) Δαπάνες υγείας δημοσίου τομέα ως προς το ΑΕΠ (1984)	(β) Σύνολο δαπανών υγείας δημ. & ιδιωτ. τομέα ως προς το ΑΕΠ (1984)	(γ) Απασχολούμενοι στον κλάδο υγείας προς συ- νολο απασχο- λουμένων (1)	(δ) Αναλογία ηλικιωμέ- νων ατόμων το 1980 (3)
Αυστραλία	6,6	7,8	6,9 (83)	14,3
Αυστρία	4,4	7,2	5,4 (82)	24,1
Βέλγιο	5,7	8,2	4,5 (81)	21,8
Καναδάς	6,2	8,4	4,8 (81)	13,1
Δανία	5,3	6,3	4,8 (80)	22,0
Φινλανδία	5,4	6,6	5,9 (82)	17,7
Γαλλία	6,5	9,1	4,4 (83)	21,4
Γερμανία	6,4	8,1	2,2 (80)	22,7
Ελλάδα	3,6	4,6	2,1 (81)	20,8
Ισλανδία	6,5	7,9	—	15,1
Ιρλανδία	6,9	8,0	5,2 (83)	19,1
Ιταλία	6,1	7,2	2,6 (83)	20,9
Ιαπωνία	4,8	6,6	2,9 (81)	13,4
Λουξεμβούργο	—	6,4 (82)	—	21,1
Ολλανδία	6,8	8,6	7,2 (84)	17,3
Νέα Ζηλανδία	4,4	5,6	5,7 (80)	14,6
Νορβηγία	5,6	6,3	10,3 (84)	23,1
Πορτογαλία	3,9	5,5	2,5 (82)	16,4
Ισπανία	4,2	5,8	3,3 (83)	17,2
Σουηδία	8,6	9,4	7,8 (83)	25,2
Ελβετία	—	7,8 (82)	5,6 (82)	22,0
Τουρκία	—	—	—	8,2
Ηνωμ. Βασίλειο	5,3	5,9	5,3 (83)	23,1
Ηνωμ. Πολιτείες	4,4	10,7	5,3 (83)	17,1
Μέσος όρος	5,6	7,2	4,7 (2)	18,8



ΠΗΓΗ: ΟΟΣΑ: Μελέτες Κοινωνικής Πολιτικής Νο 4 «Χρηματοδότηση και Παροχές Συστημάτων Υγείας», 1987.

1. Περιλαμβάνει μερικώς και πλήρως απασχολούμενους καθώς και άτομα απασχολούμενα σε υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας.
2. Εξαιρείται η Νορβηγία.
3. Αναλογία πλήθους ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών προς πλήθος ατόμων ηλικίας 15 έως 64 ετών.
4. Αναλογία πλήθους ατόμων 0 ως 14 ετών και άνω των 65 ετών προς πλήθος ατόμων ηλικίας 15 ως 64 ετών.

Στον πίνακα 1 δίνονται στοιχεία για τη δημογραφική κατάσταση των χωρών του ΟΟΣΑ και τις δαπάνες για την υγεία, όπου διακρίνεται η συσχέτιση των δαπανών με τη γήρανση του πληθυσμού. Ένα μέτρο των οικονομικών επιπτώσεων από τη γήρανση του πληθυσμού θα μπορούσε να λάβει κάποιος από την εξέλιξη του δείκτη εξαρτήσεως του πληθυσμού που, ως γνωστόν, ορίζεται από το πηλίκο των νέων (0-14 ετών) και ηλικιωμένων ατόμων (>65 ετών) προς το σύνολο του παραγωγικού πληθυσμού (16-64 ετών).

Από τα στοιχεία που ενδεικτικά ανέφερα προηγουμένως γίνεται φανερό η ανάγκη χάραξης πολιτικής για τη Γ' ηλικία. Η δημιουργία γηροκομείων σίγουρα δεν αποτελεί διέξοδο και λύση ούτε από οικονομική ούτε από κοινωνική σκοπιά. Η δημιουργία των ΚΑΠΗ, όσο και να αποτέλεσε τομή στην αντιμετώπιση των θεμάτων της Γ' ηλικίας, καλύπτει μέρος μόνο του πληθυσμού και κυρίως συγκεκριμένες ομάδες ηλικιωμένων.

Μέχρι σήμερα έχουν αναπτυχθεί μεμονωμένες πρωτοβουλίες για αντιμετώπιση προβλημάτων, όπως η βοήθεια στις αγορές, η πληρωμή των λογαριασμών ή ακόμη το καθάρισμα του σπιτιού.

Αναμφίβολα η επέκταση σ' αυτό το πεδίο των προσφερομένων υπηρεσιών για την Γ' ηλικία είναι βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση, δεν βοηθά όμως στη λύση του προβλήματος.

Ένα ανάλογο μέτρο της αυξήσεως των δαπανών για τις συντάξεις θα μπορούσε να ληφθεί από τον προσδιορισμό του συντελεστή αντικαταστάσεως. Ο δείκτης αυτός δίνει την αναλογία των ατόμων που προετοιμάζονται για συνταξιοδότηση (60-64 ετών). Ο δείκτης αυτός αναμένεται να είναι μικρότερος από τη μονάδα πριν από το έτος 2000.

Να σημειωθεί ότι ο δείκτης είχε την τιμή 3 το 1951, έφθασε την τιμή 1,91 το 1981 και ήδη το 1985 είχε την τιμή 1,5. Η πτώση στις τιμές οφείλεται στη μεγάλη μείωση του συντελεστή αντικαταστάσεως των αγροτικών περιοχών που από 3,6 το 1951 έφθασε την τιμή 1,3 το 1981. Έτσι, μπορεί να διατυπωθεί η άποψη ότι τα μεγάλα ελλείμματα των ασφαλιστικών οργανισμών οφείλονται κατά ένα μεγάλο μέρος στο δημογραφικό παράγοντα. Αρκεί να ληφθεί ότι το 1951 η αναλογία συνταξιούχων / ασφαλισμένων στο ΙΚΑ ήταν 1/14,1 το 1981 έφθασε να είναι 1/3,9 με ισχυρές περαιτέρω τάσεις πρακτικών μεταβολών.

Ενώ παραδοσιακά ο ρόλος του κράτους στο χώρο των κοινωνικών παροχών και της κοινοτικής ανάπτυξης ήταν σαφώς περιορισμένος, η κρατική ευθύνη και παρέμβαση αυξήθηκε σημαντικά, όταν οι βασικοί κοινωνικοί θεσμοί, όπως η οικογένεια, η εκκλησία και η φιλανθρωπία, και η ελεύθερη οικονομική αγορά, δεν μπόρεσαν να αντιμετωπίσουν όλες τις ανάγκες της σύγχρονης βιομηχανικής κοινωνίας, ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικών κρίσεων και συνεχών τεχνολογικών αλλαγών. Συγχρόνως οι συχνές δυσλειτουργίες της ελεύθερης οικονομικής αγοράς και οι επιπτώσεις ραγδαίων τεχνολογικών εξελίξεων αποδυνάμωσαν την αντίληψη ότι η ελεύθερη οικονομική αγορά ανεξάρτητη από τις κρατικές παρεμβάσεις μπορεί να αυτοκατευθύνεται, ότι απαραίτητως ικανοποιεί κύριους



κοινωνικούς σκοπούς και ότι ο κάθε πολίτης μπορεί ιδιωτικά, χωρίς κρατικές ρυθμιστικές παρεμβάσεις, να εξασφαλίσει στην ελεύθερη οικονομική αγορά τις απαραίτητες κοινωνικές παροχές και εξυπηρετήσει για τη διαβίωση και την ανάπτυξή του, ανάλογα με τις επιθυμίες και τις οικονομικές του δυνατότητες. Οι συχνές και μεγάλες οικονομικές κρίσεις, και το γεγονός ότι και σε ομαλές ακόμη περιστάσεις η οικονομική αγορά δεν μπορεί ή δεν θέλει να προσφέρει ορισμένες παροχές, που είναι απαραίτητες για την επιβίωση των ατόμων, των ομάδων και των κοινοτήτων, αποδυνάμωσαν την υποστήριξη της παραδοσιακής αντίληψης μιας πολύ περιορισμένης κρατικής ευθύνης.

Η αντίληψη για την ανάγκη κρατικών κοινωνικών παροχών ενισχύθηκε επίσης από την επικράτηση μεταρρυθμιστικών κινήσεων για μια πιο ίση κοινωνική δικαιοσύνη πολιτική και προγράμματα.

Κοινωνική πολιτική δεν είναι μόνο αυτή που υπάρχει, γράφει ο Δημ. Ιατρίδης στο βιβλίο του «Κοινωνικός Σχεδιασμός», κοινωνική πολιτική είναι και αυτή που δεν υπάρχει και που μπορεί να είναι ακόμη πιο καθοριστική απ' αυτή που υπάρχει.

Δυστυχώς η δεύτερη ακριβώς περίπτωση δηλαδή η απουσία κοινωνικής πολιτικής αποτελεί ένα σήμα «κατατεθέν» της ελληνικής κοινωνικής πολιτικής στους 2 σχεδόν αιώνες του ελεύθερου πολιτικού βίου με ελάχιστες αλήθεια εξαιρέσεις. Τι είναι όμως ο σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής και με τι ασχολείται;

Είναι η διαδικασία που ακολουθείται από τους κοινωνικούς επιστήμονες οι οποίοι χρησιμοποιούν επιστημονικές μεθόδους, πρότυπα και τεχνικές για να βοηθήσουν στη λήψη αναπτυξιακών αποφάσεων σε οργανώσεις, βιομηχανίες, κοινοφελή ιδρύματα, κυβερνήσεις, διεθνείς οργανισμούς κτλ. Η διαδικασία αυτή δεν αφορά μόνο γενικά θέματα ανάπτυξης αλλά και συγκεκριμένα επιμέρους προβλήματα δημόσιας πολιτικής οργάνωσης κοινωνικών παροχών και υπηρεσιών προβλήματα ανθρωπίνων σχέσεων και κοινωνικών δυσλειτουργιών όπως η εγκληματικότητα, ο αλκοολισμός αλλά και δημογραφικά προβλήματα ή περιβαλλοντικά.

Από τα πεδία εφαρμογής του Σχεδιασμού Κοινωνικής Πολιτικής ξεχωρίζουν τρία στενά συνδεδεμένα μεταξύ τους.

1. Ο χώρος των κοινωνικών παροχών (υγεία, παιδεία, πρόνοια, κατοικία, κοινωνική ασφάλιση)
2. Ο χώρος της πολεοδομίας και οικιστικής

3. Ο χώρος της κεντρικής δημόσιας ανάπτυξης. Η γρήγορη ανάπτυξη του δημόσιου τομέα και της κρατικής παρέμβασης επηρέασε άμεσα και τη διαδικασία του κοινωνικού σχεδιασμού και προώθησε συστηματικά τη λήψη αποφάσεων. Ετσι η έμφαση στις θεωρίες λήψης αποφάσεων που είναι σημαντική στο σχεδιασμό Κοινωνικής Πολιτικής προέρχεται κυρίως από το δημόσιο χώρο και τις μεθόδους διοίκησης.

Μελετητές όπως οι Gil (1970-1973) Rein (1970) Schor και Baumheier (1977) Morris (1979) και Ιατρίδης (1980) προσεγγίζουν το σχεδιασμό Κοινωνικής Πολιτικής από ευρύτερη σκοπιά που ξεπερνά τα στενά όρια των επιμέρους χώρων εφαρμογής κοινωνικής Πρόνοιας και κοινοτικής οργάνωσης. Θεωρούν αντίθετα το σχεδιασμό Κοινωνικής Πολιτικής ως ένα ευρύτερο ενιαίο σύστημα γνώσεων, αξιών, διαδικασιών και δραστηριοτήτων που προωθούν την ευημερία της κοινωνίας ολόκληρης.

Σύμφωνα με την άποψη αυτή ο Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής αφορά και περιλαμβάνει τις επιδιώξεις, επιλογές και θεσμικές διευθετήσεις της κοινωνίας, της κοινότητας ή οργανώσεως ως



σύνολο και ενιαίο σύστημα. Αφορά τον καθορισμό και την επιλογή σκοπών και στόχων της κοινωνίας, την οργανωτική και θεσμική δομή της και την κατανομή του προϊόντος που παράγει (αγαθά και υπηρεσίες).

Κατά συνέπεια ο ενιαίος κοινός κρίκος του Σχεδιασμού Κοινωνικής Πολιτικής μ' αυτήν την άποψη είναι η ανάπτυξη της ποιότητας ζωής στην κοινωνία και τις μονάδες της, η βελτίωση των ανθρωπίνων σχέσεων και οι επενδύσεις για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.

Έτσι ο Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής μελετά, αναλύσει, σχεδιάζει και εφαρμόζει παρεμβάσεις που σκοπό έχουν την κοινωνική ανάπτυξη.

Κατά συνέπεια ο Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής αφορά τον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνίες, οι κοινωνικοί θεσμοί και οι οργανώσεις λύνουν τα τρία βασικά θέματα που απασχολούν κάθε κοινωνία.

1. Το ζήτημα της επιθυμητής της επιδιωκόμενης κοινωνίας, δηλαδή τι είδους κοινωνία επιδιώκεται (το ίδιο αφορά και μια οργάνωση)

2. Το ζήτημα της θεσμικής οργάνωσης, δηλαδή ποιοί πόροι θα χρησιμοποιηθούν και κυρίως πώς;

3. Το ζήτημα της κατανομής, δηλαδή πώς κατανέμονται τα μερίδια (και το κόστος) του προϊόντος που παράγει η κοινωνία ανάμεσα στα μέλη της, και με τι θα μπορούσε να γράψει κανείς πολλά για το εθνικό σε τελική ανάλυση θέμα, όπως είναι αυτό το κοινωνικό πρόβλημα της Γ' ηλικίας.

Ας καταλήξουμε όμως σε συγκεκριμένες προτάσεις για κάποια λογική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Βασική πρόταση είναι η επέκταση του θεσμού της «Αναδοχής» και στην τρίτη ηλικία. Γνωρίζουμε ότι το υψηλό κόστος των γηροκομείων και των άλλων ιδρυμάτων που παρέχουν υπηρεσίες στους ηλικιωμένους. Γνωρίζουμε ακόμη τις άσχημες συνθήκες διαβίωσης που εξασφαλίζουν και δεν ξεχνάμε τις συνέπειες της ιδρυματικής διαβίωσης. (Αποκοπή από το περιβάλλον ιδρυματισμός, μοναξιά κτλ.).

Τι είναι όμως ο θεσμός της «Αναδοχής»; Με λίγα λόγια είναι η εξασφάλιση διαμονής του ηλικιωμένου σε μια οικογένεια, έναντι κάποιας αμοιβής. Αυτή η διαμονή θα υποστηρίζεται από το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο, (κοινωνική υπηρεσία του Δήμου, της Νομαρχίας του Κέντρου Υγείας κτλ.). Με τον τρόπο αυτό θα μπορέσουμε να εξασφαλίσουμε ικανοποιητικούς όρους διαβίωσης με χαμηλό κόστος για εκατοντάδες συνανθρώπους μας.

Ελπίζω σ' ένα επόμενο άρθρο να έχω την ευκαιρία της λεπτομερούς ανάπτυξης ενός τέτοιου προγράμματος. Συνοπτικά άλλα μέτρα που μπορούν να ληφθούν για τη Γ' ηλικία είναι:

- Πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας για ορισμένες ώρες
- Παροχή έτοιμου γεύματος στο σπίτι
- Εργασιοθεραπεία
- Ειδική εξωνοσοκομειακή νοσηλεία (ενέσεις, πίεση κτλ.)
- Πρόγραμμα υποστήριξης της οικογένειας που κρατά τον ηλικιωμένο στο σπίτι. (Αν η οικογένεια έχει ανάγκη)
- Οικονομική βοήθεια στους μοναχικούς ηλικιωμένους
- Καθαριότητα του ηλικιωμένου και βοήθεια στο σπίτι (ψώνια κλπ.)



- Δημιουργία άμεσων κοινωνικών βοηθειών αλλά και συστήματα συναγερμού στο σπίτι (συνδεδεμένο με τις κοιν. υπηρεσίες)
- Μειωμένες τιμές υπηρεσιών (ρεύμα, τηλέφωνο) (Αν έχουν ανάγκη οικονομική)
- Κάρτα ηλικιωμένων για ειδικές παροχές (συγκοινωνίες, θεάματα κτλ)

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής Δημ. Ιατρίδη 1980
2. Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα: Εθνική έκθεση για την Παγκόσμια συνέλευση γήρατος 1982
3. Forester John «Critical Theory and planning Practice» IAPA 1980