

Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ

Ηλιοπούλου Ευγενία

Πλαστικός Χειρουργός

Βεζυράκης Δημήτρης

Κοινωνικός Λειτουργός

Πουλικάκος Λεωνίδας

Πλαστικός Χειρουργός

Είναι πλέον κοινά παραδεκτό ότι ο ηλικιωμένος πρέπει να τύχει ιδιαίτερης αντιμετώπισης σε όλους τους τομείς. Αυτό συνάγεται τόσο από τη γήρανση του ελληνικού πληθυσμού όσο και από τις ιδιαιτερότητες της βιολογικής-φυσιολογικής φθοράς του οργανισμού. Έχοντας δε στην σκέψη μας ότι το 1993 είναι το έτος των ηλικιωμένων, θέλουμε να συμβάλλουμε, με τούτο το άρθρο, στην καλύτερη αντιμετώπιση των συνανθρώπων μας. Άλλωστε ίσως να 'ναι το μοναδικό στάδιο της ζωής μας που μπορούμε να σχεδιάσουμε και να προετοιμάσουμε.

Ας μην ξεχνάμε επίσης ότι ο λαός μας πολύ σοφά έχει πει: "Εκεί που είσαι ήμουν κι εδώ που είμαι θα 'ρθεις".

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά την απέραντη διαδρομή των τελευταίων πενήντα περίπου αιώνων, το ανθρώπινο γένος αποδεκατιζόταν με μεγάλες απώλειες στις οριακές, κυρίως ηλικίες, δηλαδή τη βρεφονηπιακή, την παιδική και τη γεροντική. Λίγοι ήταν τότε οι γέροντες, και ίσως γι' αυτό το λόγο μονοπωλούσαν τον κοινό σεβασμό και την υπακοή του λαού στις συμβουλές τους. Εξ' ίσου προφανές είναι ότι μέχρι τα μέσα του 19ου αιώνα, ο αναμενόμενος μέσος όρος ζωής δεν ήταν υψηλότερος από 35 έτη.

Οι σελίδες της ιστορίας διηγούνται αλληπάλληλους φονικούς πολέμους, βία, αναρχία, πενία και συχνές εκριζωτικές επιδημίες λοιμωδών νόσων (3). Έτσι εξηγείται ο βραδύτατος (μέχρι το 1900) ρυθμός αύξησης του πληθυσμού της γης.

Η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και η πρόοδος της κοινωνικο-ιατρικής φροντίδας είχαν σαν αποτέλεσμα την μεταβολή των δημογραφικών στοιχείων με κύριο χαρακτηριστικό την αύξηση του γεροντικού πληθυσμού.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ

Παράλληλα με τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, καθώς και τη σημαντική πρόοδο της ιατρικής και φαρμακευτικής επιστήμης και τεχνολογίας παρατηρείται και μία ανατροπή των δημογραφικών δεδομένων, που εξελίσσονται προς δύο αντίθετες κατευθύνσεις.

Η μία, και ευχάριστη, είναι η αλματώδης αύξηση του μέσου όρου επιβίωσης. Η αύξηση αυτή (που στην Ελλάδα πλησιάζει τις αντίστοιχες παραμέτρους των ανεπτυγμένων κοινωνιών) επιβάλλει τον επανακαθορισμό του όρου “τρίτη ηλικία”. Συμβατικά, τοποθετούνται σ’ αυτή τα άνω των 65 ετών μέλη του πληθυσμού. Στην Ελλάδα η αναλογία των ηλικιωμένων 65 ετών και άνω διπλασιάστηκε (από 6,8% το 1951 σε 13,9% το 1990), ενώ 38 από τους 52 νομούς της χώρας παρουσιάζουν δείκτη γήρανσης ανώτερο του εθνικού μέσου όρου. (Ν. Χίου, Σάμου). (7)

Η άλλη, και δυσάρεστη, είναι η αλματώδης μείωση στον ίδιο μάλιστα βαθμό του δείκτη γεννητικότητας, ο οποίος σε μερικές περιφέρειες της χώρας μας (Ιόνια νησιά, νησιά Αιγαίου, Στερεά Ελλάδα και Εύβοια, εκτός από την πρωτεύουσα) έχει φτάσει σε σημείο που να μην μπορεί να διατηρήσει ούτε τον αριθμό του υπάρχοντος πληθυσμού. (8) Έτσι προχωρούμε στη δημιουργία μιας κοινωνίας γερασμένου πληθυσμού, στις ανάγκες της οποίας δεν θα μπορέσουμε να ανταποκριθούμε.

Είναι εύκολο να αντιληφθούμε ότι είναι άλλες οι κοινωνικές και υγειονομικές ανάγκες των νεωτέρων υπερηλίκων από τους γεροντότερους. Επιπλέον, και ιδιαίτερα στην Ελλάδα, το ποσοστό της συμμετοχής των νεωτέρων αυτών υπερηλίκων στην παραγωγή, ιδιαίτερα στον δευτερογενή και τριτογενή τομέα, είναι εντυπωσιακά υψηλό.

Η ανατροπή των δημογραφικών δεδομένων πλήττει θανάσιμα το έθνος, αλλά πλήττει συγχρόνως και την κοινωνική ασφάλιση.

Η κρίση της τελευταίας με τη μορφή των ελλειμματικών προϋπολογισμών των ασφαλιστικών οργανισμών αποτελεί κοινό γνώρισμα σ’ όλες σχεδόν τις αναπτυγμένες βιομηχανικές χώρες τα τελευταία χρόνια.

Οι αιτίες της κρίσης είναι:

- Η δυσμενής εξέλιξη των δημογραφικών δεικτών με ταυτόχρονη ωρίμανση των συστημάτων των κοινωνικών ασφαλίσεων
- Η οικονομική κρίση με την αύξηση της ανεργίας

- Η ποιοτική και ποσοτική επέκταση της κοινωνικής προστασίας τα τελευταία χρόνια, σύμφωνα με τις κοινωνικές ανάγκες και την αντίστοιχη κοινωνική πολιτική κάθε χώρας. (9)

Επιπλέον:

1. Αυξάνεται συνεχώς το κόστος περίθαλψης και νοσηλείας, από το οποίο ένα μεγάλο ποσοστό προέρχεται από τα ηλικιωμένα άτομα.
2. Η αύξηση του χρόνου επιβίωσης εκτινάσσει την συνταξιοδοτική δαπάνη στα ύψη, με αποτέλεσμα τη δυσχέρεια κάλυψής της.
3. Διαρκώς μεταβάλλεται η ασφαλιστική αναλογία μεταξύ συνταξιούχων και ασφαλισμένων, (τούτη τη στιγμή, ήδη 1:2), με άμεσο αποτέλεσμα τις μη ικανοποιητικές συνταξιοδοτικές παροχές. (8)

Η δαπάνη για υγεία συνίσταται κατά κύριο λόγο στους υπερήλικες σε δαπάνες για ιατρική περίθαλψη και θεραπεία.

Το κόστος των υπηρεσιών αυτού του είδους είναι υψηλότερο από το κόστος άλλων που χαρακτηρίζουν νεαρότερες ηλικίες (π.χ. πρόληψη). Ακόμα το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας (χρόνια και εκφυλιστικά νοσήματα) είναι τέτοιο που συχνά απαιτεί σύγχρονες και ακριβές μεθόδους θεραπείας. Η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και η αντίστοιχη δαπάνη αυξάνεται γι' αυτούς τους λόγους πολύ στους ηλικιωμένους. (12)

Ο ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΣΘΕΝΗΣ;

Η παρακμή της τρίτης ηλικίας με μείωση της ισορροπίας, προσοχής και ευελιξίας έχει σαν αποτέλεσμα τη συχνή προσβολή αυτών των ατόμων από τροχαία ατυχήματα, οικιακά ατυχήματα και εγκληματικές επιθέσεις. (13) Επίσης είναι πιο ευάλωτοι σε ασθένειες που δεν σχετίζονται αναγκαστικά με την ηλικία τους (διάρροια στους υπερήλικες που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας στις Η.Π.Α.) (10), ή σε απότομες περιβαλλοντολογικές μεταβολές (π.χ. θερμοπληξία) (2). Η μειωμένη ικανότητα αντίδρασης και η βραδύτητα των αντανακλαστικών σε συνδυασμό με προϋπάρχουσες ασθένειες (και χρόνια χρήση φαρμάκων ή ουσιών) έχουν σαν αποτέλεσμα την αύξηση των υπερηλίκων που εισάγονται στα ελληνικά νοσοκομεία.

Μελέτη το 1991 αποδίδει την αύξηση του αριθμού των υπερηλίκων που νοσηλεύονται στα ελληνικά νοσοκομεία στα παρακάτω:

1. Στη γήρανση του ελληνικού πληθυσμού.
2. Στη μεγάλη νοσηρότητα με επαναλαμβανόμενες νοσηλείες που παρατηρείται στους υπερήλικες.
3. Στη μείωση της ισορροπίας, της προσοχής και της ευελιξίας, στη βραδύτητα των αντανακλαστικών και στην μειωμένη ικανότητα αντίδρασης και ενεργητικής ανοσίας.
4. Στη χαμηλή θνησιμότητα των νοσηλευομένων υπερηλίκων λόγω βελτίωσης των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. (4)

Προτού θιγεί το ευρύ θέμα της αντιμετώπισης των υπερηλίκων στα νοσηλευτικά ιδρύματα, ας μας επιτραπεί να ανασκοπήσουμε εν συντομία τις οργανικές εκείνες αλλαγές που στοιχειοθετούν την γήρανση:

Η γήρανση δεν είναι νόσος, αλλά προιούσα έκπτωση των πνευματικών, σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών ικανοτήτων του ανθρώπου, που επέρχεται σαν αποτέλεσμα βιολογικής φθοράς.

Οργανικά εκφράζεται με σχετική ανεπάρκεια όλων ανεξαιρέτως των φυσιολογικών και βιοχημικών λειτουργιών, πάντοτε εντός φυσιολογικών πλαισίων (αλλιώς θα μιλούσαμε για νόσο), και που δεν είναι πάντοτε ανιχνεύσιμη εργαστηριακά, κλινικά ή παρακλινικά.

Η ανεπάρκεια αυτή οδηγεί σε αναστολή βασικών ομοιοστατικών μηχανισμών, και εξάντληση των οργανικών εφεδρειών, ώστε η προσβολή από νόσο ή ο τραυματισμός να έχει πολύ αυξημένο αντίκτυπο όχι μόνο στο σύστημα που άμεσα αφορά, αλλά σ' όλα τα συστήματα του οργανισμού, τα οποία διατελούν σε κατάσταση "ασταθούς ισορροπίας".

Στον γηριατρικό λοιπόν ασθενή όχι μόνο είναι δυσκολότερη η αποκατάσταση, αλλά και συχνότερες οι επιπλοκές, πολλές φορές απροσδόκητες και φαινομενικά άσχετες με την πρωτοπαθή νόσο, και συχνά μοιραίες. Σχετικά παραδείγματα περιπεύουν. Ο αναγνώστης έχει σίγουρα αρκετά από το περιβάλλον του.

Ο ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η αντιμετώπιση των υπερηλίκων στην εφημερία ενός νοσοκομείου απαιτεί προσοχή και εφαρμογή μιας συγκεκριμένης διαδικασίας. (Πιν. 1) Ελάχιστες φορές ο ασθενής παρουσιάζει μόνο μία κάκωση, γι' αυτό χρειάζεται μία προσεκτική κλινική εξέταση για την ανεύρεση τυχόν άλλων στοιχείων.

Ο σωστός συντονισμός ανάμεσα στις διάφορες ειδικότητες που αντιμετωπίζουν το βαρύ τραυματία θα συμβάλει στην επιβίωση του υπερήλικα. Οποιαδήποτε επέμβαση σε καταστάσεις κλινικά εμφανείς πρέπει να έχει το χαρακτήρα του επείγοντος, γιατί η αποδιοργάνωση του ατόμου γίνεται γρήγορα και αλυσιδωτά σε πολλά συστήματα (6). Τις περισσότερες φορές οι υπερήλικες συνοδεύονται από συγγενείς που μπορούν να δώσουν πληροφορίες για το ατύχημα και τις προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις. Όμως στα τροχαία ατυχήματα δεν υπάρχει συνήθως κανένας και τότε καλείται ο ιατρός να επιστρατεύσει όλες τις ιατρικές γνώσεις για να αποφύγει το θάνατο του υπερήλικα. (11)

Επίσης ο κοινωνικός λειτουργός επιδίδεται σ' ένα μαραθώνιο ανεύρεσης περιβάλλοντος του ασθενή. Η αιφνίδια εγκαθιστάμενη "οξεία νόσος" όπως και ο οποιασδήποτε φύσεως τραυματισμός, οδηγούν στην ανατροπή της ασταθούς οργανικής ισορροπίας που προαναφέραμε, και έτσι αρχίζει ο φαύλος κύκλος των πιθανών και απίθανων επιπλοκών. Και εν προκειμένω, η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία.

Το οξύ γηριατρικό περιστατικό στην εφημερία θα πρέπει να βρίσκεται υπό την παρακολούθηση ειδικευμένου προσωπικού. Ακόμη και οι απλοί ιατρικοί χειρουργικοί χειρισμοί υπό τοπική αναισθησία (π.χ. συρραφή τραύματος) θα πρέπει να γίνονται υπό την εποπτεία παρευρισκομένου αναισθησιολόγου, ιδιαίτερα δε αν απαιτηθεί κάποιας μορφής συστηματική φαρμακευτική καταστολή (π.χ. χορήγηση ενδοφλεβίου ηρεμιστικού

ή αναλγητικού). Ακόμα και σε περιστατικά τα οποία δεν προβλέπεται να εισαχθούν στο νοσοκομείο, είναι απαραίτητη η ολιγόωρη (τουλάχιστον) παρακολούθηση σε μονάδα βραχείας νοσηλείας διότι στους γεροντικούς οργανισμούς οι επιπλοκές μπορεί συχνά να εμφανιστούν οψιμότερα, ή και να εκδηλωθούν βαθμιαία και ύπουλα, ξεγελώντας ακόμα και έμπειρα κλινικά μάτια. Η μη ύπαρξη τμημάτων βραχείας νοσηλείας (που θα απαιτούσε έναν μόνο θάλαμο με λίγα κρεβάτια και όχι εξεζητημένο ιατρικό-μηχανικό εξοπλισμό) οδηγεί είτε στο να λιμνάζουν τα περιστατικά στους θαλάμους επειγόντων περιστατικών, είτε να οδηγούνται σε θαλάμους κλινικών, επετείνοντας το ήδη οξύ πρόβλημα ελλείψεως νοσοκομειακών κλινών της Ελλάδος. Η ατροφία του δέρματος συν η φτωχή κυκλοφορία του αίματος, προπαντός στα άκρα, επηρεάζουν αρνητικά την μετατραυματική πορεία. Η επούλωση είναι αργή, με πολλές επιπλοκές και η επιμόλυνση ανήκει πλέον στο πρόγραμμα.

Η διαμονή αυτών των ασθενών προϋποθέτει την παρουσία της αποκλειστικής αδελφής με αποτέλεσμα μια πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση.

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ - - ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ

Τι γίνεται όταν αυτοί οι ασθενείς δεν είναι ασφαλισμένοι ή εγκατελειμένοι από τους συγγενείς τους; Ο χρόνος διαμονής στο νοσοκομείο είναι κατά πολύ μεγαλύτερος από αυτόν των άλλων ασθενών λόγω:

- προϋπαρχουσών ασθενειών, χρόνιας χρήσης φαρμάκων ή ουσιών
- δύσκολης επιλογής της θεραπευτικής αγωγής έχοντας υπόψη ότι τίθεται θέμα επιβίωσης. Η κλινική εκτίμηση και τα αποτελέσματα των προκαταρκτικών εξετάσεων σκιαγραφούν την περαιτέρω αντιμετώπιση του ασθενούς και ζητείται η άμεση απάντηση στα ερωτήματα που παρατίθενται στον πίνακα 2.

Η μακροχρόνια πείρα μας στην αντιμετώπιση των υπερηλίκων και η ανάλυση των αποτελεσμάτων μας σε ότι αφορά την μετατραυματική πορεία και προπάντων την επιβίωση αυτών των ασθενών, μας οδήγησε στα ακόλουθα συμπεράσματα:

- 1) οι υπερηλικοί ασθενείς δεν εισάγονται στο νοσοκομείο μόνο για την εμφανή νόσο που παρουσιάζουν αλλά και για την αντιμετώπιση των συνυπαρχουσών, προϋπαρχουσών ασθενειών και προπαντός για την αντιμετώπιση μετατραυματικών επιπλοκών
- 2) ο σωστός συντονισμός ανάμεσα στις διάφορες ειδικότητες που αντιμετωπίζουν τον υπερήλικα θα συμβάλλει στην επιβίωσή του
- 3) διαφοροποίηση της θεραπευτικής αγωγής ανάλογα με τη γενική τους κατάσταση (π.χ. χορήγηση λιγότερων ποσοτήτων υγρών για την αποφυγή του πνευμονικού οιδήματος). Κάλυψη με διπλή ή τριπλή αντιβίωση από τις πρώτες μετατραυματικές ώρες
- 4) οι χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται πρέπει να είναι ριζικές και χρονικά σύντομες. Δεν επιτρέπεται

να περιμένουμε την επούλωση κατά δεύτερο σκοπό, αφού ξέρουμε ότι η διαμονή του κατακεκλιμένου υπερήλικα συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών και ίσως θάνατο

5) γρήγορη κινητοποίηση από τη στιγμή που η γενική τους κατάσταση τους το επιτρέπει (11)

Από την πλευρά του κοινωνικού λειτουργού η αντιμετώπιση του υπερήλικα γίνεται παρακολουθώντας τις παρακάτω παραμέτρους (5):

1. Σύμφωνα με την οικογενειακή του κατάσταση
 - διαμένει με τα παιδιά του, μόνος ή ζευγάρι
 - ζευγάρι ηλικιωμένων
 - μοναχικό άτομο
2. Σύμφωνα με την ασφαλιστική του κατάσταση
 - ασφαλισμένος σε έναν από τους 323 φορείς (31 κύριας ασφάλισης, 60 επικουρικής ασφάλισης, 154 πρόνοιας, 21 ασθένειας, 59 αλληλεγγύης και 3 ειδικών παροχών)
 - ανασφάλιστος - άπορος
3. Σύμφωνα με τη φυσική του κατάσταση
 - αυτοεξυπηρετούμενος
 - μερικώς αυτοεξυπηρετούμενος
 - κατάκοιτος
4. Σύμφωνα με τη νοτική-ψυχική υγεία
 - απολύτως υγιής
 - πάσχων από άνοια ή ψυχική πάθηση
5. Σύμφωνα με το επίπεδο μόρφωσης
 - αναλφάβητος
 - απόφοιτος Δημοτικού, Μέσης Εκπαίδευσης, Τεχνικής κλπ.
 - απόφοιτος Ανωτέρων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων
6. Σύμφωνα με την κοινωνική προέλευση και τόπο καταγωγής
 - αστός (ζούσε στην πόλη)
 - ορεισίβιος (ζούσε σε ορεινό χωριό)
 - νησιώτης
 - πρόσφυγας (Μικρά Ασία, Πόντος, πρώην Σοσιαλιστικά Κράτη)

Είναι ολοφάνερο ότι η σωστή αντιμετώπιση των υπερηλίκων γίνεται μόνο μετά από συνεργασία ανάμεσα στον κοινωνικό λειτουργό και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ ΣΑΝ ΠΟΛΥΣΥΝΘΕΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η κοινωνική υπηρεσία των περισσότερων νοσοκομείων είναι δυσανάλογα ολιγομελής σε σχέση με τα προβλήματα που καλείται να επιλύσει. Το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό θα πρέπει να αναλάβει το καθήκον της διεκπεραίωσης προβλημάτων που είναι εκτός των τυπικών (και ουσιαστικών συχνά) αρμοδιοτήτων τους. Ιδιαίτερα το νεότερο προσωπικό θα πρέπει να καθοδηγηθεί να εγκύπτει σ' αυτούς τους ασθενείς με ενδιαφέρον, κατανόηση και σιγή, αλλά και με το κύρος και την ψυχραιμία της θέσεώς τους. Οι συχνά παριστάμενοι συγγενείς, ανταποκρινόμενοι στις ανάγκες του αρρώστου απρόσφορα, λόγω υπερβολικού ζήλου, από την μία πλευρά, είτε αδιαφορίας και άγνοιας από την άλλη, μάλλον παρεμποδίζουν, παρά διευκολύνουν το έργο της αποκατάστασης.

Οι υπερήλικες ασθενείς κατά την μετανοσοκομειακή φάση μπορούν αδρά να διακριθούν σε:

- α. πλήρως αποκατασταθέντες (πάντοτε με επιφυλάξεις και υπό παρακολούθηση)
- β. ασθενείς που επιτυχώς ξεπέρασαν την οξεία φάση του τραυματισμού ή της νόσου, και οι οποίοι μπορούν να εξέλθουν από το νοσοκομείο, έχουν όμως ανάγκη από νοσηλεία σε κάποιο ίδρυμα που να παρέχονται συγκεκριμένες νοσηλευτικές υπηρεσίες (π.χ. περιποίηση χρονίου τραύματος, κινησιοθεραπεία κ.ά.).
- γ. ασθενείς που θα μπορούσαν με σχετική ασφάλεια να εξέλθουν από το νοσοκομείο, χωρίς ίσως μεγάλες μετανοσοκομειακές νοσηλευτικές ανάγκες, αλλά πλήρως εστερνημένοι συγγενικού περιβάλλοντος ή επαρκούς ασφαλιστικής καλύψεως.
- δ. ασθενείς που είναι ανίατοι και που δεν μπορούν να φιλοξενηθούν επ' άπειρον.

Και στις τέσσερις κατηγορίες τα προβλήματα είναι υπαρκτά και πολλαπλά:

Στην πρώτη: Η αποκατάσταση δεν είναι ποτέ πλήρης: η επιτυχής έκβαση της νοσηλείας δεν συνεπάγεται αναγκαστικά και την πλήρη άρση των ψυχολογικών κυρίως συμπααραμαρτούντων της νόσου, που οδηγούν σε αδυναμία κινητοποίησης ή αυτοεξυπηρέτησεως, και συνεπώς σε αυξημένη εξάρτηση από τους οικείους.

Στη δεύτερη: Τα κέντρα αποκαταστάσεως στην Ελλάδα είναι σχεδόν ανύπαρκτα, ανεπαρκώς εξοπλισμένα από ειδικευμένο προσωπικό και υλικοτεχνική υποδομή.

Οι γηριατρικές κλινικές είναι μόνο “όνειρα θερινής νυκτός”. Οι οίκοι ευγηρίας επεικώς μπορούν να χαρακτηρισθούν “χώροι αποθηκείσεως εφθαρμένου ανθρωπίνου υλικού”, αλλά κατ' ουδένα τρόπο αξιόπιστες νοσηλευτικές μονάδες.

Στην τρίτη και τέταρτη κατηγορία οι ασθενείς επαφίενται συχνά στο έλεος του θεού.

Η οικογένεια (όταν υπάρχει) αναλαμβάνει τότε τη φροντίδα του ασθενούς, τη νοσηλεία στο σπίτι, με σοβαρότατο αντίκτυπο στη διατήρηση της δομής του οικογενειακού πυρήνος. Τα επιδόματα που χορηγούνται από τα ασφαλιστικά ταμεία είναι εντελώς ανεπαρκή και χορηγούνται μόνο σε συγκεκριμένες νοσολογικές οντότητες (π.χ. παραπληγία). Οι οικογενειακές σχέσεις δηλητηριάζονται και διαστρέφονται (δέσμευση

παραγωγικών μελών της ευρύτερης οικογένειας ή τροποποίηση των οικιστικών στοιχείων), ο ίδιος ο ασθενής τυχάνει ανεπαρκούς φροντίδας, και ο θάνατος αναμένεται πλέον σαν λύτρωση για αυτόν και τους οικείους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Έχοντας υπόψη την πολυπλοκότητα της αντιμετώπισης της τρίτης ηλικίας εντός και εκτός νοσοκομείου, και με μόνιμο στόχο την αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των “απομάχων” της ζωής, καταλήγουμε να τονίσουμε την απόλυτη ανάγκη για:

1. Μονάδα βραχείας νοσηλείας
2. Εφαρμογή Νοσοκομείου Ημέρας
3. Μετανοσοκομειακή εξειδικευμένη φροντίδα, σε ειδικές μονάδες
4. Οικονομική ενίσχυση οικογενειών που στηρίζουν υπερήλικες. Εξυπακούεται ότι τα επιδόματα αυτά θα αυξάνονται ποσοστιαία ανάλογα με τη βαρύτητα της καταστάσεως του υπερήλικα.
5. Δημιουργία και στελέχωση των Γεροντολογικών Κέντρων, τα οποία θα εξασφαλίζουν την τακτική παρακολούθηση των υπερηλίκων στα σπίτια τους, ανακόπτοντας έτσι τη μεγάλη ροή αυτών των ατόμων στα νοσοκομεία. (6)
6. Στελέχωση υπηρεσιών με κοινωνικούς λειτουργούς
7. Μακροχρόνιο σχεδιασμό για την τρίτη ηλικία
8. Παροχή πρώτων βοηθειών κοινωνικής φροντίδας (στέγαση - σίτιση - ένδυση) σε μόνιμη βάση
9. Δημιουργία αξιοπίστων γηριατρικών κλινικών, από το κράτος ή την ιδιωτική πρωτοβουλία, ώστε να έχουν τη δέουσα αντιμετώπιση οι υπερήλικες εκείνοι, που χρήζουν νοσηλευτικής φροντίδος
10. Ορθολογιστικότερη κατανομή των δαπανών για την υγεία. Η πείρα από παρελθόντα λάθη μπορεί να αποβεί πολύτιμη.

Ένας υπερήλικας, αν και έπαψε να προσφέρει με την εργασία του στην υπόθεση της παραγωγής και της ανταγωνιστικότητας, δεν είναι παραπεταμένο στοιχείο του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου (5). Έχει κερδίσει το δικαίωμα για ποιότητα ζωής, χωρίς στερήσεις χρημάτων, ευκαιριών, επιλογών, υποστήριξης, φροντίδας. Δεν μπορεί να υπάρξει βελτίωση των προσφερομένων υπηρεσιών αν δεν αλλάξουν ουσιαστικά οι σημερινές προτεραιότητες που υποβαθμίζουν ένα κομμάτι της ζωής (14).

Πίνακας 1

ΑΜΕΣΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΦΗΜΕΡΙΑ

A. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ:

Σφύξεις - Πίεση αίματος
Αναπνευστική συχνότητα και ρυθμός

B. ΙΣΤΟΡΙΚΟ - ΠΡΟΫΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ - ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Γ. ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ

Διερεύνηση και εκτίμηση της βαρύτητας αυτών

Δ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:

Γενική αίματος
Σάκχαρο - Ουρία αίματος
Ηλεκτρολύτες αίματος
Γενική ούρων

Ε. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:

Θώρακος
Κρανίου

Ζ. ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ

Η. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ:

Συντηρητική
Χειρουργική

Πίνακας 2

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝ ΑΜΕΣΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ

- Έχει χειροτερεύσει ο ασθενής ή έμεινε σταθερός από την στιγμή της κακώσεως;
- Η γενική του κατάσταση επιτρέπει τη χειρουργική επέμβαση ή θα την επιβαρύνει σε τέτοιο σημείο που να διακινδυνεύει η ζωή του;
- Αν αποφασίσουμε τη χειρουργική επέμβαση τι έκταση και τι διάρκεια θα έχει αυτή;
- Ποια ιεραρχία θα έχουν οι επεμβάσεις στις περιπτώσεις πολυτραυματιών; Προτεραιότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αναγνωστόπουλος Δ. - Κρανιοεγκεφαλικοί τραυματισμοί. Δελτίο Ιατρικού Συλλόγου Μάρτ. - Απρ. 1990 18-21.
2. Ανούσης Σ., Τζώρτζης Ε., Δρόσος Θ. και συν. - Η ιατρική και κοινωνική αντιμετώπιση του καύσωνα κατά το θέρος του 1987. Ιατρικά Χρονικά Τόμος ΙΑ΄, Τεύχος 12, Δεκ. 1988, 1041-1048.
3. Βαλαώρας Β., Χιώλος Α. - Η μεταβαλλόμενη δημοπαθολογία των ελλήνων - Αιτίες θανάτου 1960-1985. Ιατρικά Χρονικά - Τόμος ΙΒ΄, Τεύχος 1, 1989, Σελ. 73-93.
4. Βασιλικός Π.Γ., Αδαμάντος Α.Κ., Ντελάκη Κ. και συν. - Προοδευτική αύξηση της ηλικίας των νοσηλευόμενων στα νοσοκομεία και παράμετροι που μπορεί να την επηρεάσουν. 17ο Ετήσιο Παν. Ιατρικό Συνέδριο 1991.
5. Βεζυράκης Δ. - Τοπική αυτοδιοίκηση και Γ΄ ηλικία. Εισήγηση στο αναπτυξιακό συνέδριο Δήμου Καλλιθέας. Δεκ. 1992.
6. Δοντάς Α. - Η τρίτη ηλικία, προβλήματα και δυνατότητες. Αθήνα 1981, Εκδ. Παρισιάνος.
7. Εκμε-Πουλοπούλου Η. - Δημογραφική γήρανση, φτώχεια και εισόδημα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Κοινωνική Εργασία, 24, 1991, 221-244.
8. Κυριακόπουλος Γ. - Κοινωνική Ασφάλιση - Η πολιτική οικονομία της κρίσης. Ιατρικό Βήμα, Σεπτ. 1991, 33-39.
9. Κωσάρας Σ. - Κοινωνική Ασφάλιση - Παρόν και μέλλον Ιατρικό Βήμα, Αυγ. 1992, 31-34.
10. Lew J.F., Glass R.I., Gangarosa R.E. και συν. - Θάνατοι εκ διάρροιας στις Ηνωμένες Πολιτείες από το 1979 έως το 1987, ένα ειδικό πρόβλημα για τους υπερήλικες J.A.M.A.. Ελλ. Έκδοση Γεν. 1992, 25-30.
11. Λοχαίτης Α., Ηλιοπούλου Ε., Ασφούρ Σ. και συν. - Ιδιαιτερότητες στη χειρουργική αποκατάσταση των βαρέων τραυμάτων σε υπερήλικες ασθενείς. XVIII Παν. Συν. Χειρουργικής 1-5 Νοεμβ. 1992, Αθήνα.
12. Μπαλασοπούλου Α., Κυριόπουλος Γ., Γενηματά Α. και συν. - Η τρίτη ηλικία και οικονομικά της Υγείας. Κοινωνική Εργασία, 24, 1991, 245-255.
13. Muir I.F., Barclay T.L., Settle J.A. - Burns and their treatment, Butherworths 3rd Edit. 1987.
14. Παπαϊωάννου Κ. - Ψυχοκοινωνική διάγνωση και εξατομικευμένη προληπτική θεραπευτική παρέμβαση. Κοινωνική Εργασία, 24, 1991, 269-277.