

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΘΕΜΑ

ΓΗΓΡΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.
Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΒΟΛΟΥ

Σπουδάστρια: ΣΥΤΖΑΚΗ ΣΤΑΜΑΤΙΑ

Υπεύθυνος Καθηγητής: ΔΡΟΥΜΠΑΛΗΣ ΦΩΤΙΟΣ
Επίκουρος Καθηγητής
Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας



ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2001

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αναμφισβήτητα, η σύνταξη της πτυχιακής εργασίας αποτελεί για κάθε σπουδαστή/στρια μία πολύ σημαντική εργασία και ταυτόχρονα εμπειρία, διότι μ' αυτόν τον τρόπο ολοκληρώνεται η επίπονη προσπάθεια φοίτησής του/της σε κάποιο τμήμα μιας οποιασδήποτε σχολής.

Μ' αυτές τις σκέψεις θα ήθελα κι εγώ προσωπικά με τη σειρά μου να ομολογήσω ότι η δημιουργία της πτυχιακής μου εργασίας αποτέλεσε για το χρονικό διάστημα του ενός περίπου χρόνου, μέσα στο οποίο τη συνέθεσα και την επεξεργάστηκα, μία πρωτόγνωρη εμπειρία, διότι μου έδωσε την ευκαιρία να δημιουργήσω μία δουλειά που θέλω να πιστεύω πως μελλοντικά θα αποτελέσει μία μικρή έστω πηγή έμπνευσης ιδεών για τις επόμενες γενιές σπουδαστών που θα φοιτήσουν στο τμήμα Δ.Μ.Υ.Π. του Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας.

Η συγκεκριμένη όμως εργασία δεν θα ήταν πραγματικότητα με τη σημερινή της μορφή, εάν δεν υπήρχε και η πολύτιμη βοήθεια και συμπαράσταση, τόσο γνωστική, όσο και ψυχολογική, του Επίκουρου Καθηγητή του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, κυ Δρούμπαλη Φώτιου, ο οποίος ήταν και ο εισηγητής του θέματος της πτυχιακής μου εργασίας.

Θα ήθελα λοιπόν να εκφράσω μέσω αυτής της πτυχιακής εργασίας τις *θερμές μου ευχαριστίες* προς το πρόσωπό του και να τονίσω την εποικοδομητική συνεργασία που αναπτύχθηκε όλο αυτό το διάστημα ανάμεσά μας.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από έξι (6) επιμέρους κεφάλαια κάθε ένα από τα οποία διαπραγματεύεται μία ξεχωριστή θεματική ενότητα. Το πρώτο κεφάλαιο ασχολείται γενικά με τα χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας, το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, τόσο της χώρας μας, όσο και πιο συγκεκριμένα του Ν. Μαγνησίας, το τρίτο έχει να κάνει με τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας για την τρίτη ηλικία στο Δήμο Βόλου, το τέταρτο κεφάλαιο διαπραγματεύεται την εφαρμογή του Μάνατζμεντ και του Μάρκετινγκ στο Δήμο Βόλου, στη συνέχεια το επόμενο κεφάλαιο αναλύει τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας από πλευράς τρίτης ηλικίας στη Μ.Π.Φ.Υ. Νέας Δημητριάδας Βόλου και τέλος το έκτο κεφάλαιο παρουσιάζει ένα πλήθος γενικών συμπερασμάτων από την εφαρμογή του Μάρκετινγκ και του Μάνατζμεντ στο Δήμο Βόλου.

*Η εργασία αυτή αφιερώνεται στο σύζυγό μου,
Γιάννη
για την πολύτιμη συμπαράστασή του.
Ματίνα Συτζάκη*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κεφάλαιο 1^ο : Τρίτη Ηλικία – Χαρακτηριστικά

Ο Ηλικιωμένος Πληθυσμός.....σελ.2
! Λειτουργικές και Οργανικές Αλλαγές στον Ηλικιωμένο.....σελ.9
! Ανάγκες και Προβληματισμοί των Ηλικιωμένων.....σελ.16
! Προγράμματα Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδασελ.19

Κεφάλαιο 2^ο : Δημογραφική Γήρανση του Πληθυσμού

1 Η Δημογραφική Γήρανση.....σελ.24
2 Η Δημογραφική Γήρανση στον Κόσμο και στις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....σελ.27
3 Η Δημογραφική Γήρανση στην Ελλάδα.....σελ.30
2.3.1 Οι Ηλικιωμένοι στον Πληθυσμό της Ελλάδαςσελ.32
2.3.2 Η Θέση των Ηλικιωμένων στην Αγορά Εργασίας της Ελλάδας.....σελ.34
2.3.3 Η Οικονομική Κατάσταση των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα.....σελ.36
4 Η Δημογραφική Γήρανση στο Νομό Μαγνησίας.....σελ.38
2.4.1 Πληθυσμιακή Κατανομή στο Δήμο Βόλου κατά μεγάλες ηλικιακές ομάδες.....σελ.39
2.4.2 Πληθυσμιακή Κατανομή στο Δήμο Βόλου κατά φύλο και ομάδες ηλικιών.....σελ.41
2.4.3 Η Οικονομική Κατάσταση των Ηλικιωμένων στο Δήμο Βόλου.....σελ.44
5 Επιπτώσεις της Δημογραφικής Γήρανσης.....σελ.46

Κεφάλαιο 3^ο : Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας
για την Τρίτη Ηλικία στο Δήμο Βόλου

- 1 Φορείς Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης & Πρόνοιας στο Νομό Μαγνησίας.....σελ.50
- 2 Φορείς Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης & Πρόνοιας στο Δήμο Βόλου...σελ.55
 - 3.2.1 Πρωτοβάθμια Περίθαλψη από το Κράτος.....σελ.56
 - 3.2.2 Πρωτοβάθμια Περίθαλψη από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς.....σελ.60
 - 3.2.3 Πρωτοβάθμια Περίθαλψη από την Τοπική Αυτοδιοίκηση.....σελ.62
 - 3.2.4 Πρωτοβάθμια Περίθαλψη από τον Ιδιωτικό Τομέα.....σελ.66
- 3 Φορείς Δευτεροβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης & Πρόνοιας στο Δήμο Βόλου..σελ.70
 - 3.3.1 Δευτεροβάθμια Περίθαλψη από το Κράτος.....σελ.71
 - 3.3.2 Δευτεροβάθμια Περίθαλψη από τον Ιδιωτικό Τομέα.....σελ.73
- 4 Αποτελεσματικότητα των Μέτρων Προστασίας που παρέχουν οι Φορείς.....σελ.78

Κεφάλαιο 4^ο : Ο Δήμος Βόλου ως Μικρομεσαία Επιχείρηση
στην κοινωνία

- 1 Η σημασία της Τ.Α. στην Κοινωνία και στην Υγεία.....σελ.80
- 2 Εφαρμογή του Μάρκετινγκ στο Δήμο Βόλου.....σελ.85
- 3 Εφαρμογή του Μάνατζμεντ στο Δήμο Βόλου.....σελ.91
- 4 Τελικά Συμπεράσματα.....σελ.99

Κεφάλαιο 5^ο : Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας από την Τρίτη Ηλικία στη
Μ.Π.Φ.Υ. Νέας Δημοκρατίας Δήμου Βόλου

- 1 Σκοπός Ίδρυσης – Πλαίσιο Λειτουργίας της Μ.Π.Φ.Υ.....σελ.102
- 2 Γεωγραφική Θέση & Χωροκατανομή της Μ.Π.Φ.Υ.....σελ.104
- 3 Οργανωτική Δομή της Μ.Π.Φ.Υ.....σελ.109
- 4 Δραστηριότητες και Προγράμματα της Μ.Π.Φ.Υ.....σελ.112
- 5 Τελικά Συμπεράσματα.....σελ.118

Κεφάλαιο 6^ο : Γενική Εκτίμηση της Εφαρμογής των Αρχών του Μάρκετινγκ &
του Μάνατζμεντ στο Δήμο Βόλου και στη Μ.Π.Φ.Υ.

- 1 Γενικά Συμπεράσματα.....σελ.120

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- **Μ.Π.Φ.Υ.** = Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- **Π.Ο.Υ.** = Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
- **Ε.Ο.Κ.** = Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
- **Ν.Π.Δ.Δ.** = Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
- **Ν.Π.Ι.Δ.** = Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
- **Ο.Γ.Α.** = Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
- **Ι.Κ.Α.** = Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
- **Τ.Ε.Β.Ε.** = Ταμείο Εμπόρων Βιοτεχνών Ελλάδας
- **Τ.Σ.Α.** = Ταμείο Συνταξιοδότησης Αυτοκινητιστών
- **Ν.Α.Τ.** = Ναυτικό Ασφαλιστικό Ταμείο
- **Ε.Σ.Υ.** = Εθνικό Σύστημα Υγείας
- **Γ.Ν.Ν.** = Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο
- **Κ.Υ.** = Κέντρα Υγείας
- **Κ.Ψ.Υ.** = Κέντρο Ψυχικής Υγείας
- **Ε.Ε.Σ.** = Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός
- **Κ.Α.Π.Η.** = Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
- **Δ.Ο.Υ.Κ.** = Δημοτικός Οργανισμός Υγείας & Κοινωνικών Θεμάτων
- **Ε.Σ.Υ.Ε.** = Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας
- **Τ.Α.** = Τοπική Αυτοδιοίκηση
- **Υ.Ε.** = Υποχρεωτική Εκπαίδευση
- **Δ.Ε.** = Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
- **Τ.Ε.** = Τεχνολογική Εκπαίδευση
- **Π.Ε.** = Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση
- **Φ.Ε.Κ.** = Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως
- **Σελ.** = Σελίδα
- **Εικ.** = Εικόνα
- **Βλ.** = Βλέπε
- **Κ.λπ.** = Και λοιπά
- **Κεφ.** = Κεφάλαιο
- **&** = Και

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ - ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

- 1.1 Ο Ηλικιωμένος Πληθυσμός**
- 1.2 Λειτουργικές και Οργανικές Αλλαγές στον Ηλικιωμένο**
- 1.3 Ανάγκες και Προβληματισμοί των Ηλικιωμένων**
- 1.4 Προγράμματα Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα**

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια πληθυσμιακή ομάδα η οποία στη χώρα μας διπλασιάστηκε ως αναλογία τα τελευταία σαράντα χρόνια. Συγκεκριμένα, ενώ το 1950 τα άτομα πάνω από 65 ετών αποτελούσαν το 6,8% του ελληνικού πληθυσμού, στην απογραφή του 1991 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 13,7% (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, 1996).

Το φαινόμενο αυτό, της Δημογραφικής Γήρανσης, παρατηρείται διεθνώς σε όλους τους κοινωνικούς σχηματισμούς στη φάση ολοκλήρωσης της μετάβασής τους από την αγροτική προς τις «βιομηχανικού» τύπου κοινωνίες. Η αναλογία των ηλικιωμένων στον ελληνικό πληθυσμό παρουσιάζει την τελευταία δεκαετία μια αισθητή αύξηση του ρυθμού των γεννήσεων, γεγονός που δείχνει ότι αφού ολοκληρώθηκε η περίοδος μετάβασης οδηγούμαστε σε μια φάση σχετικής ανοδικής πορείας αντίστοιχη με αυτήν πολλών ευρωπαϊκών χωρών.

Με την έννοια αυτή η γήρανση του πληθυσμού δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται παρά μόνο ως ένα φυσιολογικό φαινόμενο, αλλά ως ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα που μαστίζουν την σημερινή κοινωνία, συμπεριλαμβανόμενα και την ανεργία, τα ναρκωτικά, την υπογεννητικότητα και πολλά άλλα.

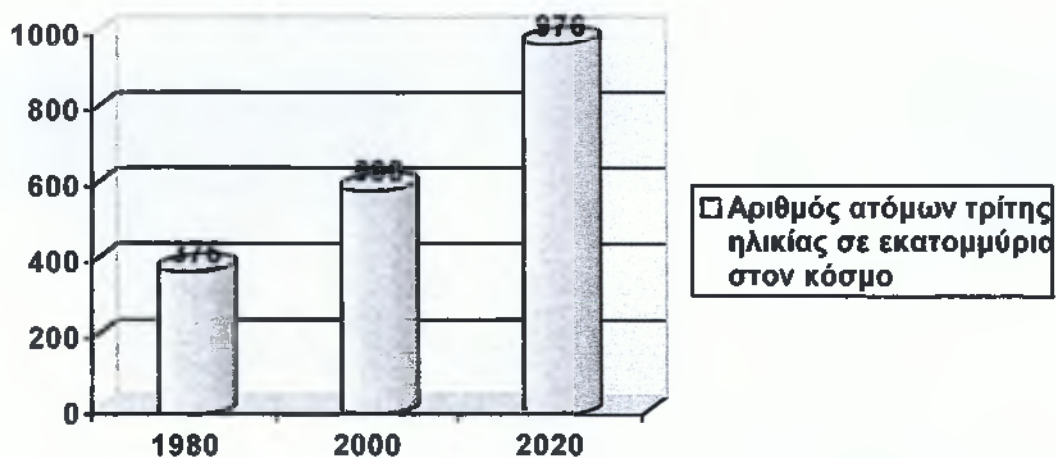
Η γήρανση του οργανισμού είναι μια συνέχεια στον κύκλο της ζωής, που αρχίζει με τη γέννηση. Οι ηλικιωμένοι ορίζονται ως διακριτή ομάδα πληθυσμού κατά βάση με κοινωνικά κριτήρια. Η συνταξιοδότηση και περιθωριοποίηση από τις κοινωνικές διεργασίες καθορίζουν τη στάση της κοινωνίας απέναντι στους ηλικιωμένους, που στην εποχή μας χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια απομόνωσης και περιχαράκωσής τους.



1.1 Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Οι Διεθνής και Περιφερειακοί Οργανισμοί, οι Τοπικοί παράγοντες της κάθε χώρας, οι απασχολούμενοι με την Υγεία, την Κοινωνιολογία και την Οικονομία, άρχισαν αν ενδιαφέρονται για την αύξηση του πληθυσμού και ιδιαίτερα για τη συνεχή αύξηση του αριθμού των ατόμων τρίτης ηλικίας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 1982 στη Βιέννη, σε ειδική συνέλευση, η οποία ήταν αφιερωμένη στους ανθρώπους της Τρίτης Ηλικίας, τόνισε από τη μια πλευρά την αναγκαιότητα για συστηματική έρευνα, συγκέντρωση πληροφοριών και μελέτη σχετικά με τις ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων, και από την άλλη πλευρά τις επιπτώσεις που δημιουργούνται λόγω της αύξησης του ποσοστού των ηλικιωμένων στην Εθνική και Διεθνή Οικονομία, στην Κοινωνική και Πολιτική Ζωή.⁽¹⁾

Είναι Παγκοσμίως γνωστό ότι η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού της γης έχει μεταβληθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Το ποσοστό των ατόμων τρίτης ηλικίας αυξάνεται συνέχεια, ενώ η νεώτερη ηλικιακά ομάδα του πληθυσμού μειώνεται ραγδαία. Αυτό το φαινόμενο είναι τόσο Παγκόσμιο όσο και Ευρωπαϊκό, συμπεριλαμβανομένου και της Ελλάδας (Σχήμα 1).



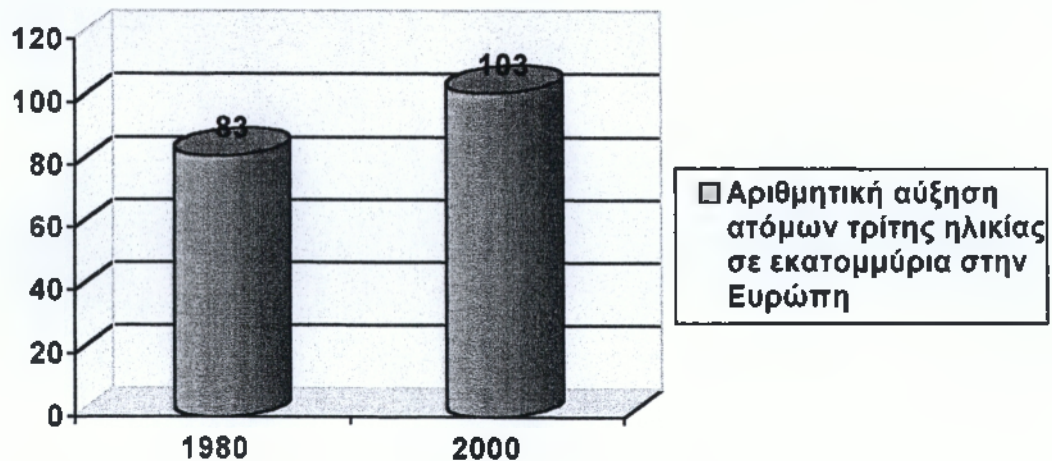
Σχήμα 1.1: Αριθμητική αύξηση ατόμων τρίτης ηλικίας στον πλανήτη μας (WHO, 1989)

Πηγή: Κυριακίδου Θ. Ελένη, εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1995 (σελ. 303-341)

1. Ελένη Θ. Κυριακίδου, Κοινωνική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1995 (σελ. 303-341).

Σύμφωνα με το σχήμα παρατηρείται ότι οι ηλικιωμένοι στον κόσμο (όριο ηλικίας τα 60 έτη) το 1980 ήταν 376 εκατομμύρια, το 2000 υπολογίζεται ότι θα φτάσουν στα 590 εκατομμύρια, ενώ το 2020 τα άτομα τρίτης ηλικίας θα αυξηθούν στο διπλάσιο δηλαδή 976 εκατομμύρια. Τα αντίστοιχα ποσοστά για το 1980 ήταν 8,5%, για το 2000 υπολογίζεται γύρω στο 9,6% και για το 2020 σε 12,5%. Βέβαια μέσα στα ποσοστά συμπεριλαμβάνονται και οι χώρες οι οποίες έχουν μεγάλη θνησιμότητα αλλά και οι χώρες που έχουν χαμηλό μέσο όρο ζωής, όπως η Αφρική και η Ασία.⁽²⁾

Οι ηλικιωμένοι στην Ευρώπη, την Γηραιά Ήπειρο όπως ονομάζεται, από 83 εκατομμύρια που ήταν το 1980 πιστεύεται ότι θα φτάσουν 103 εκατομμύρια το 2000, δηλαδή το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 13% με 17% ανάλογα με τη χώρα. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο ρυθμός αύξησης των ηλικιωμένων ατόμων στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι πολύ πιο ταχύς από τις αναπτυγμένες χώρες. Το ποσοστό αυτό στη διάρκεια των ετών 1980-2020 πιστεύεται θα κυμαίνεται από το 55% μέχρι το 70% (Σχήμα 2).



Σχήμα 1.2: Αριθμητική αύξηση ατόμων τρίτης ηλικίας στην Ευρώπη
 Πηγή: *Ιδία Έρευνα*

2. Ελένη Θ. Κυριακίδου, Κοινωνική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1995 (σελ. 303-341).

Η παράταση αυτή της ζωής των ανθρώπων οφείλεται κυρίως στην αύξηση του μέσου όρου ζωής. Κύριες αιτίες είναι οι καλύτερες συνθήκες ζωής, η διατροφή, η εξασφάλιση ιατρικής φροντίδας, η καταπολέμηση διαφόρων νοσημάτων και επιδημιών καθώς επίσης και ο δραστικός περιορισμός των γεννήσεων που παρατηρείται σε κάποιες χώρες, για παράδειγμα η Κίνα. Από το στάδιο αυτό έχουν περάσει οι πιο αναπτυγμένες χώρες (περιορισμένη γονιμότητα και πτώση θνησιμότητας) στο πρώτο ήμισυ του αιώνα αυτού, γι' αυτό ο ρυθμός αύξησης είναι περιορισμένος. Αυτό φαίνεται καθαρά από τον μέσο όρο ζωής ανθρώπων αναπτυσσόμενων χωρών (Πίνακας 1).

<u>ΕΤΗ</u>	1985	2020-2025
ΧΩΡΕΣ		
<i>Αναπτυσσόμενες Χώρες</i>	55 έτη	75 έτη
<i>Αναπτυγμένες Χώρες</i>	75 έτη	74,5 έτη

Πίνακας 1.1: Ρυθμός Αύξησης Μέσου Όρου Ζωής στις Αναπτυγμένες και Αναπτυσσόμενες Χώρες

Πηγή: WHO, 1989

Υπολογίζεται ότι από το 1980 έως το 2020 ο συνολικός πληθυσμός στις αναπτυσσόμενες χώρες θα αυξηθεί κατά 95% ενώ αντίστοιχα ο πληθυσμός των ηλικιωμένων θα αυξηθεί κατά 240%. Μέχρι τώρα την πρώτη θέση (σε ποσοστό ηλικιωμένου πληθυσμού) κατείχαν οι Ευρωπαϊκές χώρες. Το 1987, οι ηλικιωμένοι αποτελούσαν ποσοστό 13,6% επί του συνολικού πληθυσμού των χωρών των Ε.Ο.Κ.. Με τη συνεχή αύξηση του ποσοστού ατόμων τρίτης ηλικίας των αναπτυσσόμενων χωρών υπάρχει περίπτωση τα σκήπτρα αυτά να μεταφερθούν σ' αυτές τις χώρες.⁽³⁾

3. Ελένη Θ. Κυριακίδου, Κοινωνική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1995 (σελ. 303-341).

Στην Ελλάδα ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω παρουσιάζει τις τελευταίες δεκαετίες σημαντική αύξηση, όπως άλλωστε συμβαίνει και σε πολλές άλλες χώρες. Στη χώρα μας, οι ηλικιωμένοι αυξάνονται όχι μόνο αριθμητικά αλλά και σαν ποσοστό στο συνολικό πληθυσμό. Το 1961 τα άτομα τρίτης ηλικίας αποτελούσαν το 12,2% του πληθυσμού, ενώ το 1971 το ποσοστό ανέβηκε στο 15,9% (Πίνακας 2).

Ομάδες Ηλικιών	1961			1971		
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
0-14	28,2	25,3	26,9	26,6	24,1	25,4
15-19	7,7	7,3	7,3	7,9	7,4	7,6
20-44	36,9	37,8	37,3	34,8	34,9	34,8
45-59	16,3	16,3	16,3	16,1	16,6	16,4
60+	10,9	13,3	12,2	14,6	17,0	15,8
Σύνολο	100	100	100	100	100	100
N (60 +)	447,2	576,3	1023,5	629,8	767,2	1397,0

Πίνακας 1.2: Κατανομή Πληθυσμού κατά Φύλο και Ηλικία

Πηγή: ΕΣΥΕ, Αποτελέσματα Απογραφής Πληθυσμού- Κατοικιών 1961, 1971, Τόμος II

Η αύξηση αυτή φαίνεται καθαρά από το ότι, ενώ το 1961 οι ηλικιωμένοι ήταν 1023,5 χιλιάδες, το 1971 έφτασαν στις 1397 χιλιάδες. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι πέρα από τους συνηθισμένους παράγοντες, όπως είναι η επιμήκυνση της διάρκειας ζωής (λόγω της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και των συνθηκών διατροφής) και η μείωση της γεννητικότητας (από 20‰ το 1950 σε 15‰ το 1979), αποφασιστικό ρόλο στη γήρανση του πληθυσμού της Ελλάδας διαδραμάτισε η εξωτερικά μετανάστευση, η οποία κατά τη διάρκεια του '60 απορρόφησε περίπου 440.000 άτομα, κυρίως από τις πιο παραγωγικές ηλικίες.⁽⁴⁾

4. Κώστας Ν. Κανελλόπουλος, «Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα», Αθήνα 1984, Δοκίμια 6.

Η ηλικία των 65 ετών έχει επικρατήσει να θεωρείται η απαρχή του γήρατος. Σε πολλές χώρες, για τους περισσότερους εργαζόμενους σημαίνει την αποχώρηση από την αμειβόμενη εργασία και τη συνταξιοδότηση. Αυτό είναι ένα ξεκάθαρο σημείο αλλαγής στη θέση, το κύρος, τα προνόμια και τις υποχρεώσεις του ατόμου. Η συνταξιοδότηση όμως δεν σημαίνει αναγκαστικά την αποχώρηση από τον κόσμο της εργασίας, για το λόγο αυτό είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η έννοια του γήρατος. Παρόλα αυτά ορισμένοι επιστήμονες διαχωρίζουν τη γήρανση του ατόμου σε δύο είδη.

Η Γήρανση του ατόμου διακρίνεται σε *«Φυσιολογική ή Πρωτογενής Γήρανση»* και σε *«Δευτερογενή ή Παθολογική Γήρανση»*.

Η Φυσιολογική ή Πρωτογενής Γήρανση (*senescence*) έχει να κάνει με την ελάττωση των σωματικών και πνευματικών λειτουργιών καθώς και με την μειωμένη κοινωνική προσαρμογή. Από τη διαδικασία της γήρανσης, επηρεάζονται όλα τα συστήματα του οργανισμού, αλλά και ο ρυθμός υποχώρησης των λειτουργιών διαφέρει από οργανισμό σε οργανισμό και από άτομο σε άτομο.

Η ανατομικές μεταβολές συνοδεύονται και από αλλαγές στη λειτουργία των οργάνων, ορισμένες από τις οποίες αναγνωρίζονται ως σημάδια γήρανσης: τα μαλλιά ασπρίζουν και πέφτουν, στο δέρμα εμφανίζονται ρυτίδες, ενώ η απώλεια της μυϊκής δύναμης οδηγεί το άτομο σε περιορισμό των κινήσεων, των αρθρώσεων και της βάρδισης.

Οι διανοητικές επιδόσεις επηρεάζονται από τη στιγμή που το άτομο μπαίνει στο στάδιο της γήρανσης. Μέχρι την ενηλικίωση αυξάνονται οι συγκεκριμένες επιδόσεις, ενώ στη συνέχεια αρχίζουν προοδευτικά να υποχωρούν. Οι μικρές αλλαγές στη λειτουργία του εγκεφάλου δεν έχουν κάποιο σοβαρό αντίκτυπο στη ζωή των ηλικιωμένων. Τα προβλήματα αρχίζουν από τη στιγμή που θα εμφανιστεί απώλεια μνήμης, αποπροσανατολισμός και διαταραχή της συμπεριφοράς. Τα συμπτώματα αυτά παρατηρούνται σε πολλούς ηλικιωμένους και αποτελούν λόγο προσφυγής στις υπηρεσίες υγείας.

Η Δευτερογενής ή Παθολογική Γήρανση (*senility*) αφορά την ανικανότητα των ηλικιωμένων ατόμων μετά από κάποια ασθένεια ή τραυματισμό. Ένα από τα χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου οργανισμού είναι ότι με την πάροδο της ηλικίας αυξάνεται ο κίνδυνος ανικανότητας, ασθένειας και θανάτου. Η γήρανση συνδέεται με την ασθένεια με τρεις κυρίως τρόπους:

A) Διαφορετική απόκριση από την ασθένεια – μερικές ασθένειες θεραπεύονται δυσκολότερα σε άτομα τρίτης ηλικίας απ' ό,τι σε νεαρότερα.

B) Ασθένειες που σχετίζονται με τη γήρανση – μερικές ασθένειες είναι τόσο στενά συνδεδεμένες με τη γήρανση, όπως η αρτηριοσκλήρυνση.

Γ) Αυξημένος κίνδυνος λόγω γήρανσης – πολλές ασθένειες παρατηρούνται συνήθως με την πάροδο του χρόνου.⁽⁵⁾

Παρά τους παραπάνω ορισμούς της γήρανσης οι επιστήμονες συναντούν πολλές δυσκολίες όσον αφορά στον ακριβή καθορισμό του γήρατος και γι' αυτό το λόγο έχουν αναπτυχθεί αρκετές θεωρίες. Μερικές από αυτές τις θεωρίες αναφέρονται στη συνέχεια.

- **Θεωρία της βιολογικής ρύθμισης.** Οι υποστηρικτές αυτής της θεωρίας πιστεύουν ότι υπάρχει στον οργανισμό του ανθρώπου ένας εσωτερικός ρυθμιστής, που ρυθμίζει το χρόνο πολλαπλασιασμού, της ανάπτυξης, του μαρασμού και του θανάτου των κυττάρων. Μερικοί πιστεύουν ότι ο ρυθμιστής αυτός βρίσκεται στον εγκέφαλο, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι κάθε κύτταρο έχει δικό του βιολογικό ρυθμιστή, του οποίου η λειτουργία εκπίπτει με την πάροδο του χρόνου και οδηγεί στο γήρας.
- **Θεωρία της συσσώρευσης καταστροφικών παραγόντων.** Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η ρύπανση, η ραδιενέργεια, κ.λπ. προκαλούν γενετική καταστροφή, η οποία οδηγεί στη γήρανση προκαλώντας καταστροφή των κυττάρων.
- **Θεωρία άθροισης άχρηστων προϊόντων.** Η θεωρία αυτή δείχνει τη σταδιακή καταστροφή των κυττάρων που οφείλεται στα χημικά παράγωγα του μεταβολισμού του ίδιου του οργανισμού του ατόμου.
- **Θεωρία της αυτοάμυνας.** Το αμυντικό δυναμικό του οργανισμού αποδυναμώνεται με την πάροδο του χρόνου και αυτή η διεργασία αποτελεί το γήρας. Τα λεμφοκύτταρα του θυμού-αδένα επιτίθενται εναντίον κάθε βλαβερού κυττάρου που μπαίνει στον οργανισμό και το καταστρέφουν. Η μείωση αυτή των λεμφοκυττάρων εξασθενεί τον οργανισμό με αποτέλεσμα να ακολουθεί το γήρας.

5. Αγγελική Σπηλιωτοπούλου, πτυχιακή εργασία με θέμα «Υγειονομική Κάλυψη της Τρίτης Ηλικίας στο Νομό Ηλείας», Καλαμάτα 1998.

- **Θεωρία της ουσίας της ζωής (Loeb).** Σύμφωνα με τον Αμερικανό φυσιολόγο Loeb κάθε ζωντανός οργανισμός από τη στιγμή της γέννησής του έχει μέσα του μια ουσία που σιγά-σιγά με την πάροδο του χρόνου καταναλώνεται με την ανταλλαγή της ύλης. Όταν η ουσία αυτή εξαντλείται, το άτομο γερνά.
- **Θεωρία του Carrell.** Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι όλα τα κύτταρα του οργανισμού με κατάλληλες συνθήκες μπορούν να παραμείνουν αθάνατα και πιστεύει ότι το γήρας οφείλεται στην αλλοίωση του μεσοκυττάριου υγρού που υπάρχει γύρω από τα κύτταρα του οργανισμού.⁽⁶⁾

6. Ελένη Θ. Κυριακίδου, Κοινωνική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1995.

1.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ

«Θα εξακολουθήσω άραγε, να μπορώ να εξαρτώμαι από τα μάτια και τα αυτιά μου; Θα έχω τη δύναμη να αντεπεξέρχομαι στις φυσικές απαιτήσεις της καθημερινής ζωής; Η καρδιά μου θα μπορεί να τα βγάλει πέρα; Τα νεφρά μου, το συκώτι, οι πνεύμονές μου; Το σώμα θα είναι σε θέση να αποτρέψει τις αρρώστιες;».

Καθώς μεγαλώνουμε, το ενδιαφέρον για τη λειτουργία του σώματός μας αυξάνει. Παρατηρούμε κάθε αλλαγή, που εμφανίζεται τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό του οργανισμού μας. Με την πάροδο της ηλικίας το άτομο παρουσιάζει διάφορες αλλαγές που σύμφωνα με τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού είναι οι εξής:

1. Εμφάνιση

Η εξωτερική επιφάνεια του ανθρώπινου σώματος φανερώνει τη διαδικασία της γήρανσης. Οι μεταβολές στο δέρμα είναι ιδιαίτερα ευδιάκριτες. Αν κοιτάξουμε ένα άτομο της τρίτης ηλικίας, θα παρατηρήσουμε έντονες ρυτίδες σε όλη σχεδόν την επιφάνεια του σώματός του. Συνηθισμένη είναι επίσης η εμφάνιση κηλίδων. Το δέρμα έχει λειτουργίες που δεν έχουν καμιά σχέση με την ομορφιά, αλλά και που αυτές επηρεάζονται με τα χρόνια. Γίνεται εύθραυστο, χάνει την ελαστικότητά του και δεν προστατεύει το ίδιο καλά όπως παλαιότερα το άτομο από αρρώστιες και μολύνσεις. Ένα γερασμένο άτομο μπορεί να έχει δυσκολίες προσαρμογής στις αλλαγές της θερμοκρασίας, στο βαθμό που το δέρμα του περιορίζει την ικανότητά του να ιδρώνει και στη συνέχεια να ψύχεται.

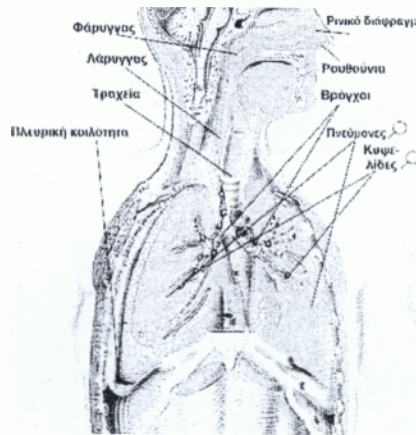
2. Μυοσκελετικό Σύστημα



Εικ. 1-2

Σημαντικές μεταβολές συμβαίνουν στους μύες και στα οστά. Τα οστά έχουν την τάση να χάνουν το ασβέσιό τους, γίνονται λεπτότερα και πιο εύθραυστα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα κατάγματα να είναι περισσότερο επικίνδυνα, καθώς και περιορισμένη ικανότητα για γρήγορη και τέλεια αποκατάσταση. Μια από τις πιο συνηθισμένες κακοτυχίες των γηρατειών είναι η περίπτωση όπου το άτομο πέφτει, σπάει το γοφό του και από κει και πέρα μένει κατάκοιτο ή ανάπηρο. Εάν δεν του προσφερθεί και συστηματική φροντίδα, το πιθανότερο είναι να βυθιστεί στην κατάθλιψη, να γίνει ευάλωτο στις μολύνσεις και να χάσει κάθε ενδιαφέρον για τη ζωή.

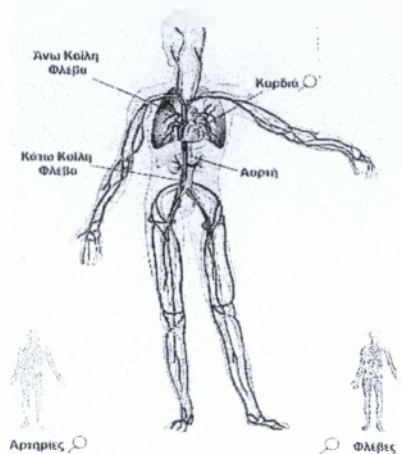
3. Αναπνευστικό Σύστημα



Εικ. 3

Όσο περνάν τα χρόνια, τόσο λιγότερο μπορούμε να θεωρούμε τις ζωτικές λειτουργίες δεδομένες. Η αναπνοή γίνεται πιο δύσκολη. Με το πέρασμα των χρόνων, η προσπάθεια που χρειάζεται να καταβάλουμε για να προσλάβουμε και να αποβάλλουμε οξυγόνο από τους πνεύμονές μας γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη. Οι κινήσεις των πνευμόνων γίνονται με λιγότερο ολοκληρωμένο τρόπο, με αποτέλεσμα να παραμένει περισσότερος αέρας στους πνεύμονες μετά την εκπνοή. Αυτό σημαίνει ότι η αναπνοή είναι λιγότερο αποτελεσματική. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της δυσκολίας στην αναπνοή των ηλικιωμένων είναι κάποιο συγγυτικό επεισόδιο εξαιτίας ανεπαρκούς οξυγόνου στον εγκέφαλο.

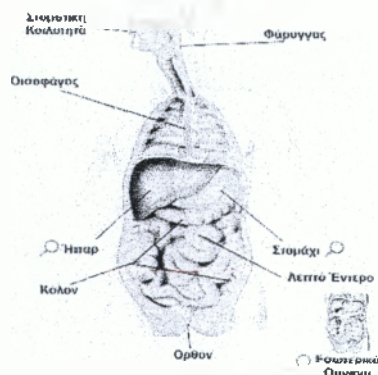
4. Κυκλοφορικό Σύστημα



Εικ. 4

Το καρδιαγγειακό σύστημα αποτελεί ένα άλλο θεμελιακό κρίκο στο μηχανισμό επιβίωσης του ατόμου. Για πολύ καιρό πίστευαν ότι η «ηλικία του ανθρώπου εξαρτάται από τις αρτηρίες του». Με το πέρασμα των χρόνων οι αρτηρίες γίνονται στενότερες, λιγότερο ελαστικές και φράσσονται από διάφορες ουσίες που παρεμβάλλονται στην κυκλοφορία. Αλλαγές τέτοιου είδους οδηγούν συχνά στην αύξηση της πίεσης του αίματος, όπου είναι μια κατάσταση που στήνει το σκηνικό για το θάνατο, είτε από καρδιακή ή νεφρική ανεπάρκεια, είτε από συμφόρηση.

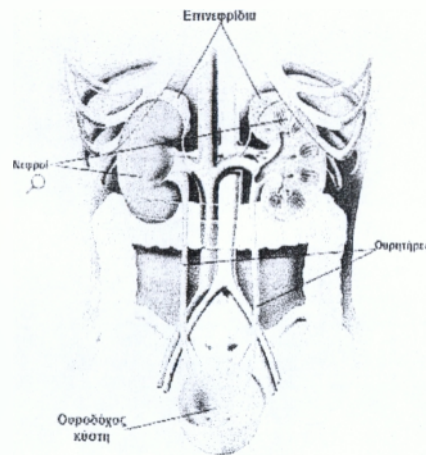
5. Πεπτικό Σύστημα



Εικ. 5

Η σωστή διατροφή εξαρτάται τόσο από αυτά που τρώμε και πίνουμε, όσο και από τον τρόπο που χρησιμοποιεί το σώμα μας αυτές τις ουσίες. Το ηλικιωμένο άτομο που δεν έχει πλήρες διαιτολόγιο γίνεται περισσότερο ευάλωτο στις αρρώστιες και χάνει τη ζωτικότητά του. Οι βασικές αλλαγές που συμβαίνουν στη φυσιολογία του πεπτικού συστήματος δεν είναι τόσο εκτεταμένες, όσο σε άλλα συστήματα. Έχει διαπιστωθεί ότι παρά το πέρασμα των χρόνων τα θρεπτικά συστατικά χωνεύονται και αφομοιώνονται καλά. Το συκώτι, με τη βασική αποτοξινωτική λειτουργία του, φαίνεται να διατηρείται καλά με τα χρόνια.

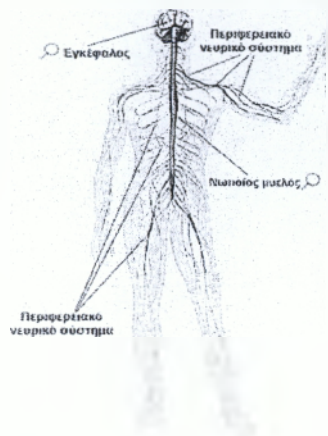
6. Ουροποιηγεννητικό Σύστημα



Εικ. 6

Τα νεφρά δεν τα καταφέρνουν τόσο καλά με το πέρασμα των χρόνων. Χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να συγκεντρώσουν τα άχρηστα «προϊόντα» στα ούρα, και δεν είναι τόσο αποτελεσματικά στη διατήρηση της ισορροπίας των υγρών (συχνουρία). Οι αλλαγές αυτές κάνουν το άτομο περισσότερο ευάλωτο σε μολύνσεις των νεφρών και της κύστης. Επιπλέον, το γεγονός ότι το άτομο ανακαλύπτει κάποια στιγμή ότι έχει περιορισμένο έλεγχο στην ουροδόχο κύστη του, αποτελεί σοβαρό πλήγμα για την αυτοεκτίμησή του.

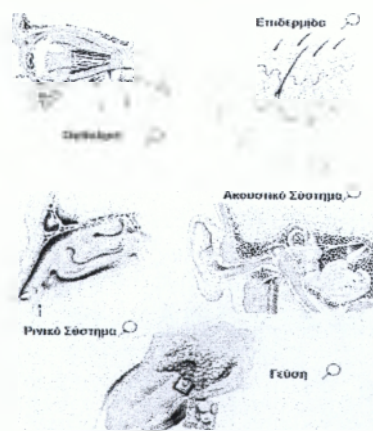
7. Κεντρικό Νευρικό Σύστημα



Εικ. 7

Τα βιοχημικά και ηλεκτρικά μηνύματα διαπερνούν με την ίδια ταχύτητα το κεντρικό νευρικό σύστημα τόσο των γέροντων, όσο και των νέων. Τα κύτταρα του νευρικού συστήματος έχουν ένα χαρακτηριστικό, που τα ξεχωρίζει από τα περισσότερα άλλα κύτταρα: μεγαλώνουν και γερνάνε μαζί μας. Τα περισσότερα κύτταρα αντικαθιστώνται από καινούργιες γενιές, το νευρικό όμως κύτταρο πεθαίνει ή παθαίνει κάποια βλάβη η οποία δεν αντικαθίσταται.

8. Αισθητήρια Όργανα



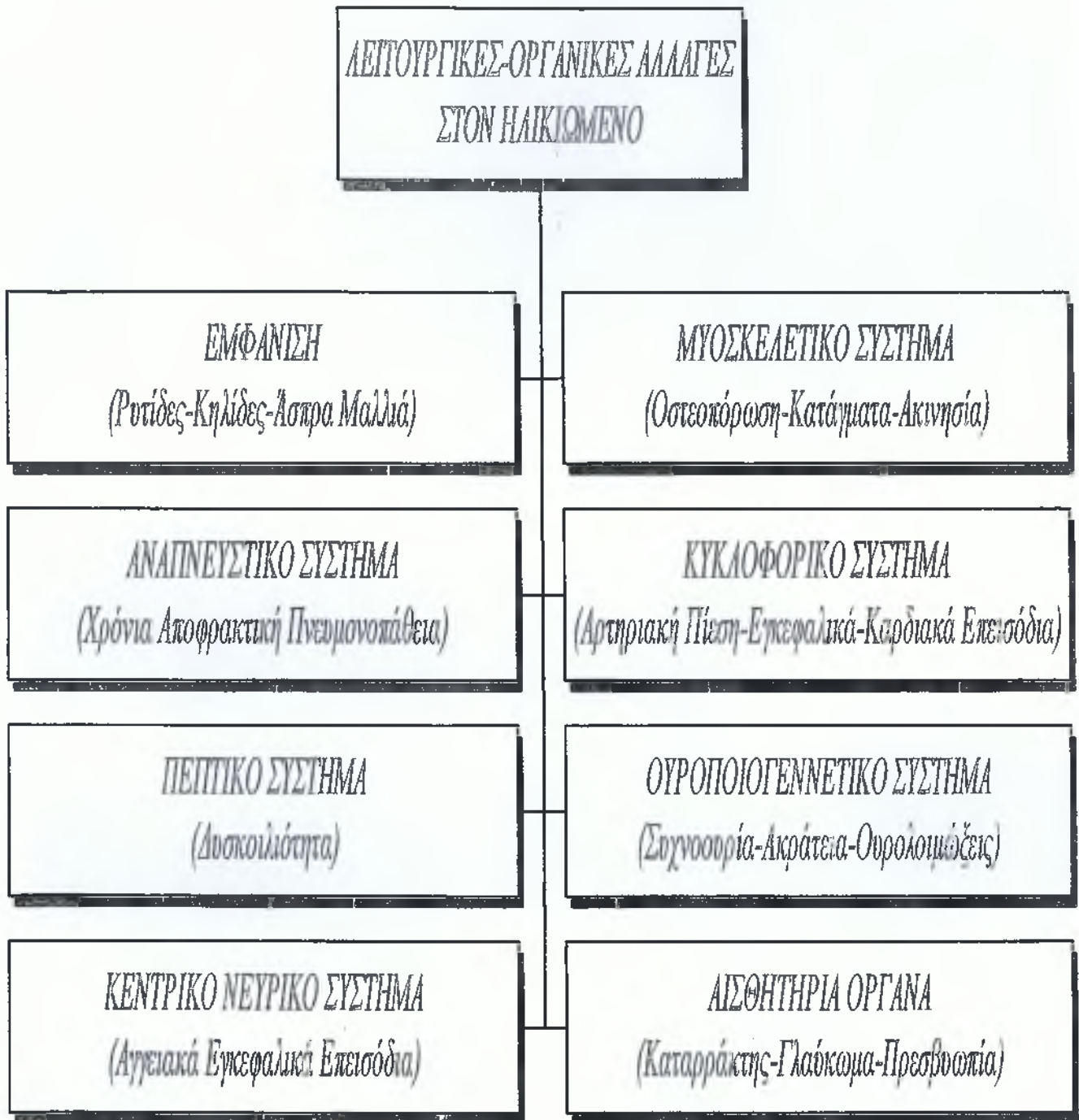
Εικ. 8

Εικ. 1-2,3,4,5,6,7,8: Πηγή MLS Multimedia, Ηλεκτρονική Εγκυκλοπαίδεια ΤΟΜΗ, 1999.

Με το πέρασμα των χρόνων η ακουστική οξύτητα ελαττώνεται και η όραση επηρεάζεται αρνητικά. Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας, όσον αφορά στα μάτια, είναι ο καταρράκτης, το γλαύκωμα και η πρεσβυωπία.⁽⁷⁾

Σημείωση: Στην επόμενη σελίδα παρουσιάζεται οργανόγραμμα, στο οποίο φαίνονται συνοπτικά οι Λειτουργικές & Οργανικές αλλαγές στον Ηλικιωμένο.

7. Ρόμπερτ Καστενμπάουμ, «Η Τρίτη Ηλικία-Ο Κύκλος της Ζωής», Κεφάλαιο 2.



Οργανόγραμμα 1.1: Γραφική απεικόνιση των Λειτουργικών και Οργανικών Αλλαγών του Ηλικιωμένου
Πηγή: *Ιδία έρευνα*

1.3 ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Τα ηλικιωμένα άτομα εκτός από τα πολύ σημαντικά προβλήματα υγείας, αντιμετωπίζουν και κάποιων άλλων ειδών προβλήματα, τα οποία αφορούν στον ψυχικό τους κόσμο, στην προσωπικότητά τους, καθώς και στις αλλαγές που συμβαίνουν τόσο στο εξωτερικό όσο και στο εσωτερικό τους περιβάλλον.

Καθώς το άτομο μεγαλώνει, αναγκάζεται να αφήσει στο περιθώριο ορισμένες δραστηριότητες και ρόλους, όπως για παράδειγμα ο ρόλος του γονέα όταν τα παιδιά γίνουν ενήλικες εξαφανίζεται ή καλύτερα περιορίζεται. Πολύ σημαντική επίσης αλλαγή στην προσωπικότητα του ηλικιωμένου ατόμου είναι όταν ο επαγγελματικός ρόλος αλλοιωθεί, μιας και έχει φτάσει στο όριο ηλικίας για να συνταξιοδοτηθεί.

Οι καθημερινές σκοτούρες των ηλικιωμένων αφορούν στη μείωση των εισοδημάτων τους και ταυτόχρονα στην αύξηση των αναγκών τους. Σ' αυτή την περίπτωση η βοήθεια από τους γύρω τους κρίνεται αναγκαία είτε για μικρά ή μεγαλύτερα πράγματα. Αυτό δεν σημαίνει ότι όταν οι άνθρωποι μεγαλώνουν οι άλλοι είναι μόνο για να εξυπηρετούν σε όλες τις ανάγκες και απαιτήσεις αυτών. Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει στην αφαίρεση της γαλήνης, στην σπατάλη της ενέργειας των ηλικιωμένων και κατ' επέκταση στην διάλυση των σχέσεων. Παρόλα αυτά η ανάγκη για ένα χάδι, μια ήρεμη κουβέντα, μια διαπραγμάτευση είναι βασικά στοιχεία ώστε να μπορέσουν οι ηλικιωμένοι ν' αντιμετωπίσουν την κάθε δυσκολία που περνούν.

Είναι πολύ σημαντικό το να μπορέσουν τα ηλικιωμένα άτομα να δεχθούν αυτά που χάνουν καθώς μεγαλώνουν- τις απώλειες- τη μιζέρια και την αδεξιότητα να χειριστούν καταστάσεις του παρόντος και του μέλλοντος, να δεχθούν τις καθημερινές δυσκολίες, τους φόβους, τις σκοτούρες ακόμη και τη μοναξιά.

Όταν το πρόσωπο του ηλικιωμένου νιώθει ότι δεν έχει πραγματική επαφή με άλλα άτομα πιστεύει πως έχει μείνει μόνος και η μοναξιά τον κυριεύει. Ένα συναίσθημα που ωθεί τον ηλικιωμένο, αλλά και κάθε άτομο ανεξαρτήτως ηλικίας, να κλείνεται στον εαυτό του, με αποτέλεσμα ο φόβος να μην του επιτρέπει να πετάξει κάτι από το εξωτερικό του «κέλυφος» ή προσώπειο.⁽⁸⁾

8. Σποριδούλα Λέκκου, Κοινωνική Λειτουργός- Ψυχολόγος Επίκουρη καθηγήτρια ΤΕΙ Αθήνας, «Η Γ' Ηλικία σήμερα: Πολιτικές και Κοινωνικές Διαστάσεις», Β'ΚΑΠΗ Δήμου Νίκαιας, Σεπτέμβρης 1999.

Η απώλεια όλων αυτών των ρόλων δημιουργεί στα άτομα της τρίτης ηλικίας και επιπλέον ανάγκες, εκτός της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης λόγω γηρατειών, όπως :

- ***Οικονομικές Ανάγκες***

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν έχουν τα οικονομικά μέσα ώστε να είναι σε θέση να ζήσουν μια αξιοπρεπή και ανεξάρτητη ζωή με αποτέλεσμα να αναγκάζονται να ζητήσουν οικονομική στήριξη είτε από τα παιδιά τους είτε από τις κρατικές υπηρεσίες, με τη μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης. Παρά την θεσμοθέτηση επιδομάτων για τους ανασφάλιστους ηλικιωμένους των πόλεων, πολλοί απ' αυτούς αναγκάζονται να ζήσουν σε συνθήκες οικονομικής ανέχειας. Οι ανάγκες της αστικής ζωής είναι αυξημένες με αποτέλεσμα το ηλικιωμένο άτομο να αδυνατεί να τις καλύψει και ψάχνει άλλους τρόπους επιβίωσης. Ορισμένοι μάλιστα αναγκάζονται να εργαστούν ξανά για να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στις αυξημένες ανάγκες της αστικής ζωής.

- ***Ανάγκες για Προσωπικές και Κοινωνικές Υπηρεσίες***

Τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν στις απρόσωπες και γεμάτες τσιμέντο μεγαλουπόλεις μακριά από τα αγαπημένα τους πρόσωπα, αισθάνονται μοναξιά λόγω της αποξένωσης και της απόγνωσης που βιώνουν σε καθημερινή βάση. Οι ηλικιωμένοι σ' αυτή την περίοδο της ζωής τους έχουν άμεσα την ανάγκη ηθικής συμπαράστασης καθώς και ψυχολογικής στήριξης, τόσο από την οικογένειά τους όσο και από άλλους θεσμοποιημένους και μη φορείς.

- ***Ανάγκη για Στέγαση***

Ως γνωστό τα άτομα της τρίτης ηλικίας λόγω κυρίως των οικονομικών τους προβλημάτων αναγκάζονται να περνούν το υπόλοιπο της ζωής τους σε ακατάλληλες κατοικίες, που δεν πληρούν ούτε τις βασικές προϋποθέσεις υγιεινής. Πολύ συχνό είναι το φαινόμενο της εγκατάλειψης των ανθρώπων αυτών από τις οικογένειές τους και τους συγγενείς τους, έτσι πολλές φορές στους δρόμους και στις πλατείες να συναντάμε ηλικιωμένους.

- ***Ανάγκη για Ιδρυματική και Νοσοκομειακή Περίθαλψη***

Τα πιο πολλά ιδρύματα στεγάζονται σε παλαιά κτίρια, με αποτέλεσμα οι φιλοξενούμενοι ηλικιωμένοι να μην ικανοποιούνται από τις υπηρεσίες που προσφέρονται. Το προσωπικό τις περισσότερες φορές δεν επαρκεί και οι συνθήκες μέσα στα ιδρύματα και στα νοσοκομεία δεν είναι οι καλύτερες δυνατές, έτσι οι ηλικιωμένοι οδηγούνται στο μαρασμό και κατ' επέκταση στην αποξένωση.⁽⁹⁾

9. Χαχάμη Βασιλική, Πτυχιακή εργασία, «Παροχή Υπηρεσιών Υγείας στα Άτομα Τρίτης Ηλικίας. Η περίπτωση του Νομού Τρικάλων», Καλαμάτα 1999.

1.4 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η μεγάλη πλειοψηφία των ηλικιωμένων δεν χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, επειδή η οικογένειά τους συμπαρίσταται στις καθημερινές τους ανάγκες αλλά και σε έκτατες περιστάσεις ασθένειας, ατυχημάτων και άλλων παροδικών δυσκολιών.

Η πολιτική στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους αποσκοπεί στην παραμονή τους, όσο το δυνατόν, μέσα στην κοινότητα και την επικοινωνία με την οικογένειά τους, ώστε να συνεχίσουν να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στη ζωή της κοινότητας.

Η μεγαλύτερη μερίδα των ηλικιωμένων έχει εξασφαλίσει μια σύνταξη και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για την κάλυψη των οικονομικών τους αναγκών και την προστασία της υγείας τους.

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει πολλαπλές αρμοδιότητες για την χάραξη πολιτικής, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων για την τρίτη ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία, το Υπουργείο έχει την αρμοδιότητα για την περίθαλψη και προστασία των ηλικιωμένων. Τα μέτρα προστασίας περιλαμβάνουν:

- α) Παροχές σε χρήμα
- β) Παροχές σε είδος
- γ) Προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες.

Η πολιτική για τους ηλικιωμένους περικλείει, κατά σειρά προτεραιότητας, τη φροντίδα στο σπίτι και την κοινότητα, σε ανάδοχες οικογένειες, σε κέντρα προστασίας γήρατος, σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων για ηλικιωμένους που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις (ανίατοι). Επιπλέον, το Υπουργείο έχει, θεωρητικά τουλάχιστον, την ευθύνη για την έκδοση αδειών λειτουργίας, τον έλεγχο και την εποπτεία των προγραμμάτων όλων των οργανισμών (Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ.) που ασχολούνται με την προστασία των ηλικιωμένων.⁽¹⁰⁾

10. Πέτρος Α. Σταθόπουλος, Κοινωνική Πρόνοια μια γενική θεώρηση, Εκδόσεις Ελλην, 2^η έκδοση, σελ. 305-307.

A. Παροχές σε είδος

1. Επιδόματα. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει την ευθύνη για την ενίσχυση του εισοδήματος απόρων ηλικιωμένων. Αυτή η πολιτική υλοποιείται με τα εξής μέτρα :

α) Συνταξιοδότηση των ανασφάλιστων ηλικιωμένων οι οποίοι μετά το 65^ο έτος, λαμβάνουν κάθε μήνα από ειδικό λογαριασμό που έχει συσταθεί στον Ο.Γ.Α., το ποσό των 31.000 δραχμών. Μαζί με το μηνιαίο επίδομα, οι δικαιούχοι έχουν υγειονομική περίθαλψη, εφόσον και πάλι δεν καλύπτονται από άλλο φορέα.

β) Ηλικιωμένα άτομα άνω των 60 ετών, τα οποία έχουν αναπηρία (σωματικά ή διανοητικά ανάπηροι) πάνω από 67%, έχουν δικαίωμα για μηνιαία οικονομική ενίσχυση.

γ) Σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης (λ.χ. σεισμός, ξαφνική ασθένεια, έξωση, φυλάκιση, πυρκαγιά) ηλικιωμένα άτομα δικαιούνται έκτακτη οικονομική ενίσχυση. Το ποσό της χορηγούμενης βοήθειας μπορεί να κυμαίνεται από 30.000-100.000 δραχμές.

δ) Ο Ερυθρός Σταυρός παρέχουν οικονομική ενίσχυση σε άπορους ηλικιωμένους. Τα Φιλόπτωχα Ταμεία είναι η τελευταία πηγή οικονομικής συμπαράστασης προς τους ηλικιωμένους.

2. Επιδότηση ενοικίου. Μοναχικά άτομα ή ζευγάρια άνω των 65 ετών, τα οποία αποδεδειγμένα δεν έχουν ιδιόκτητη στέγη και βρίσκονται σε οικονομική αδυναμία, δικαιούνται επιδότηση του ενοικίου τους. το ποσό για την επιδότηση είναι περίπου 12.000 δραχμές το μήνα.⁽¹¹⁾

B. Παροχές σε είδος και σε Προσωπικές Κοινωνικές Υπηρεσίες

1. Φροντίδα στο Σπίτι. Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η παραμονή του ηλικιωμένου, στο οικογενειακό του περιβάλλον, κοντά στους συγγενείς και τους φίλους του. Το πρώτο οργανωμένο πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι ξεκίνησε ο Ερυθρός Σταυρός και στη συνέχεια ο Δήμος Κερατσινίου. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται έχουν να κάνουν με την ιατρική φροντίδα και την οικογενειακή φροντίδα στο σπίτι, σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία χρειάζονται βοήθεια σε τακτική βάση.

11. Πέτρος Α. Σταθόπουλος, Κοινωνική Πρόνοια μια γενική θεώρηση, σελ. 308.

2. Προγράμματα Αναδοχής. Αν και στη χώρα μας δεν είναι διαδεδομένη αυτή η μορφή φροντίδας, αρχίζει να ενθαρρύνεται ως εναλλακτική λύση φροντίδας και την ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών μοναχικών κυρίως υπερήλικων μέσα στην κοινότητα με κάποια οικογένεια.

3. Προγράμματα Φροντίδας Ηλικιωμένων στην Κοινότητα. Ο όμιλος εθελοντών ξεκίνησε το πρωτοποριακό πρόγραμμα φροντίδας ηλικιωμένων με το όνομα *“Γωνιά του παππού και της γιαγιάς”*. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1960, το Ίδρυμα Κοινωνικής Εργασίας ξεκίνησε στα Άνω Πετράλωνα ένα πρόγραμμα Αστικής Κοινοτικής Ανάπτυξης. Στο πλαίσιο αυτό λειτούργησε η Λέσχη Γερόντων, όπου η παροχή υπηρεσιών ήταν κυρίως για τους πρόσφυγες από τη Μικρά Ασία.

Στη συνέχεια η Αρχιεπισκοπή Αθηνών ξεκίνησε ένα παρόμοιο πρόγραμμα σε πολλές ενορίες, γνωστό ως *“Το Σπίτι Γαλήνης”*. Από το 1979, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ίδρυσε τα *Κέντρα Ανοιχτής Περιθαλψής Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)* τα οποία από το 1983 έχουν περιέλθει στην αρμοδιότητα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Η ίδρυση και λειτουργία των 270 Κ.Α.Π.Η. στους περισσότερους Δήμους της χώρας αποτελεί την πλέον σαφή απόδειξη του ενδιαφέροντος του κράτους για την εξωϊδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων. Τα Κ.Α.Π.Η. είναι ένα χώρος συνάντησης των ηλικιωμένων αλλά και παροχής υπηρεσιών.

Εκτός από τα Κ.Α.Π.Η. υπάρχουν και άλλα προγράμματα κοινοτικής φροντίδας από άλλους φορείς. Ο Δήμος Αθηναίων έχει δημιουργήσει ειδικά προγράμματα για τους ηλικιωμένους μέσω του τμήματος Λεσχών Φιλίας.

Η Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών έχει συστήσει τη Διεύθυνση Χριστιανικής Αλληλεγγύης, όπου σύμφωνα με τα προγράμματα πρόνοιας προσφέρει υπηρεσίες φιλανθρωπικού χαρακτήρα (σίτιση, ψυχολογική στήριξη). Με τα *Κέντρα Ενοριακής Αγάπης* τα ηλικιωμένα άτομα έχουν τη δυνατότητα να ψυχαγωγηθούν σε αίθουσες της ενορίας. Λειτουργούν συνολικά 58 κέντρα στην Αρχιεπισκοπή Αθηνών και εξυπηρετούνται περισσότεροι από 1.700 υπερήλικες.⁽¹²⁾

12. Πέτρος Α. Σταθόπουλος, Κοινωνική Πρόνοια μια γενική θεώρηση, σελ. 310-314.

Εκτός βέβαια από τα παραπάνω προγράμματα που ο κύριος φορέας είναι το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, ο ιδιωτικός τομέας έρχεται να προσφέρει τις υπηρεσίες του στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Από την πρωτοβυζαντική εποχή, τα ιδρύματα αποτελούσαν την κυρίαρχη μορφή φροντίδας για όσους δεν ήταν αυτάρκεις στην κάλυψη των βιοτικών και κοινωνικών τους αναγκών. Η παράδοση αυτή συνεχίστηκε μέχρι την εποχή μας από την Εκκλησία. Εκτός όμως από την Εκκλησία, ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους λειτουργούν και υπό την αιγίδα του Δημοσίου, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, από Οργανώσεις του Εθελοντικού Τομέα και από τον κερδοσκοπικό επιχειρηματικό τομέα. Υπολογίζεται ότι υπάρχουν στην Ελλάδα 125 ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για ηλικιωμένα άτομα, με σύνολο 6.000 κρεβατιών.

Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης χωρίζονται σε δύο κατηγορίες :

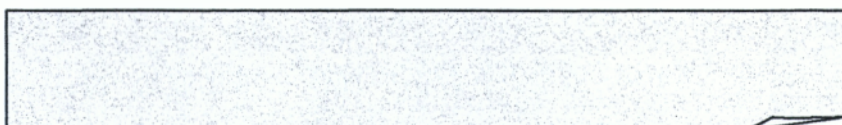
1. Τα γηροκομεία, στα οποία εισάγονται ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως και
2. Τα άσυλα, τα οποία δέχονται κατάκοιτους που πάσχουν από χρόνιες (ανίατες) παθήσεις.

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας τάχθηκε υπέρ της εξωϊδρυματικής περίθαλψης. Ωστόσο, η έντονη ζήτηση για ιδρυματική φροντίδα ώθησε ιδιώτες στην ανεξέλεγκτη ίδρυση γηροκομείων, γνωστών ως “*οίκων ευγηρίας*”. Λειτουργούν δύο δημόσια γηροκομεία, στην Ηγουμενίτσα και τη Ρόδο, χωρητικότητας συνολικά 100 περίπου ατόμων. Υπό την αιγίδα της Αρχιεπισκοπής Αθηνών, λειτουργούν συνολικά εννέα *Στέγες Γερόντων* σε αντίστοιχο αριθμό ενοριών.

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός λειτουργεί από το 1996 ένα μικτό γηροκομείο για μικρό αριθμό ηλικιωμένων. Το ίδρυμα ονομάζεται «*Αναπαυτήριο Μάρθα-Μαρία*» και έχει χωρητικότητα 15 κρεβατιών.

Τέλος υπάρχουν οι κλινικές για τους χρόνια πάσχοντες, όπου ένα μεγάλο ποσοστό κρεβατιών διατίθενται για τις ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων. Εκτός από τα κρατικά θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, λειτουργούν συνολικά 20 ιδιωτικές κλινικές σε όλη την Ελλάδα, με δυναμικότητα 2.000 κλινών.⁽¹³⁾

13. Πέτρος Α. Σταθόπουλος, Κοινωνική Πρόνοια μια γενική θεώρηση, σελ. 315-320.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

2.1 Η Δημογραφική Γήρανση

2.2 Η Δημογραφική Γήρανση στον Κόσμο και στις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

2.3 Η Δημογραφική Γήρανση στην Ελλάδα

2.3.1 Οι Ηλικιωμένοι στον Πληθυσμό της Ελλάδας

2.3.2 Η Θέση των Ηλικιωμένων στην Αγορά Εργασίας της Ελλάδας

2.3.3 Η Οικονομική Κατάσταση των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα

2.4 Η Δημογραφική Γήρανση στο Νομό Μαγνησίας

2.4.1 Πληθυσμιακή Κατανομή στο Δήμο Βόλου κατά μεγάλες ηλικιακές ομάδες

2.4.2 Πληθυσμιακή Κατανομή στο Δήμο Βόλου κατά φύλο και ομάδες ηλικιών

2.4.3 Η Οικονομική Κατάσταση των Ηλικιωμένων στο Δήμο Βόλου

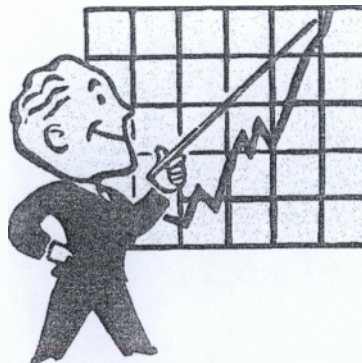
2.5 Επιπτώσεις της Δημογραφικής Γήρανσης

Η Τρίτη Ηλικία και τα προβλήματά της αποτελούν ένα από τα κεντρικά θέματα του κοινωνικού προβληματισμού και της κοινωνικής μέριμνας. Η σταδιακή αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων σε αναλογία με το συνολικό πληθυσμό του κόσμου, δημιουργεί την ανάγκη να μελετηθεί η τρίτη ηλικία διεξοδικά.

Έχει διαπιστωθεί και πιστοποιηθεί ότι η γήρανση του ανθρώπινου πληθυσμού προκαλεί μια σειρά παρενεργειών στην κοινωνική ασφάλιση, στις υπηρεσίες υγείας, στη σύνθεση της απασχόλησης και στην οικονομία. Όσον αφορά στην υγεία και στην κοινωνική προστασία, προκαλεί αύξηση στην κατά κεφαλήν κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και υπάρχει ανάγκη αύξησης του εισοδήματος των ηλικιωμένων, δημιουργώντας έτσι προβλήματα στην οικονομική ζωή και στους προϋπολογισμούς υγείας και κοινωνικής ασφάλισης.

Η Ελλάδα σύμφωνα με διάφορες μελέτες γίνεται χώρα των γερόντων. Οι ηλικιωμένοι ανέρχονται σήμερα στο 16,3% του γενικού πληθυσμού και αναμένονται να αυξηθούν στο 21% το έτος 2020. Αν ληφθεί υπόψη ο πληθυσμός 60 ετών και άνω: η Ελλάδα μαζί με την Ιταλία είναι η πιο γερασμένη χώρα του κόσμου.

Στις παρακάτω σελίδες θα γίνει λεπτομερειακή αναφορά και ανάλυση της δημογραφικής γήρανσης τόσο στον κόσμο, όσο και στις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης συμπεριλαμβανομένου και της Ελλάδας. Μεγαλύτερη έμφαση θα δοθεί στα προβλήματα που δημιουργούνται από την γήρανση του πληθυσμού στο Δήμο Βόλου.



2.1 Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

Η Δημογραφική Γήρανση είναι ένα οικονομικό και συγχρόνως ένα νέο φαινόμενο για τις αναπτυγμένες χώρες. Οι βιομηχανικές χώρες και ιδιαίτερα οι χώρες της Ευρώπης, «γηράσκουν» και σύμφωνα με τις προβλέψεις, θα συνεχίσουν να γηράσκουν και τις επόμενες δεκαετίες και μάλιστα με ταχύτατους ρυθμούς.⁽¹⁴⁾

Πριν όμως γίνει η εξέταση της δημογραφικής γήρανσης στη χώρα μας, τα τελευταία χρόνια και για καλύτερη κατανόηση της ανάλυσης που θα παρουσιαστεί στις επόμενες σελίδες, κρίνεται σκόπιμο να γίνει αποσαφήνιση των βασικών εννοιών και των δεικτών που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της γήρανσης.

Με τον όρο Δημογραφική Γήρανση προσδιορίζουμε τη συνεχή αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων (60 ετών και άνω) στο σύνολο του πληθυσμού. Η συνεχής αύξηση των ηλικιωμένων συμβαδίζει με τη μείωση του ειδικού βάρους των παιδιών (0 έως 14 ετών) και των ενδιάμεσων ηλικιών (15 έως 59 ή 15 έως 64 ετών) ανάλογα με το όριο που θέτουμε ως κατώτερο για την οριοθέτηση της τρίτης ηλικίας.

Η Δημογραφική Γήρανση δεν πρέπει να συγχέεται με την ατομική γήρανση, δηλαδή τα γηρατειά ή την επίδραση του χρόνου στο άτομο, που προκαλεί μια σειρά από μορφολογικές και λειτουργικές μεταβολές.⁽¹⁵⁾

Σύμφωνα με τους επιστήμονες τα αίτια της δημογραφικής γήρανσης είναι τα ακόλουθα:

α. Η Μείωση της Γονιμότητας / Γεννητικότητας

Οι τελευταίες τρεις δεκαετίες (1960-1990) χαρακτηρίζονται από έντονη μείωση της γονιμότητας, δηλαδή από μείωση του αριθμού των παιδιών που έρχονται στον κόσμο. Κύριες αιτίες μείωσης της γεννητικότητας στις χώρες της Ευρώπης είναι:

- Η είσοδος των γυναικών στην αγορά εργασίας
- Η αστυφιλία
- Ο έλεγχος των γεννήσεων λόγω της ανόδου του οικονομικού, μορφωτικού και κοινωνικού επιπέδου
- Η χαλάρωση των οικογενειακών δεσμών (αύξηση του αριθμού των διαζυγίων και των αμβλώσεων)
- Η μείωση της παιδικής και βρεφικής θνησιμότητας.

14,15. Β. Κοτζαμάνης, «Δημογραφική Γήρανση στη Μεταπολεμική Ελλάδα», Κοινωνική Εργασία, τεύχος 32, Αθήνα 1993, σελ. 225-226.

β. Η Αύξηση της Διάρκειας Ζωής

Σύμφωνα με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, η πληθώρα των θεραπευτικών και βιταμινούχων φαρμάκων, καθώς και η εξέλιξη της τεχνολογίας έχουν βελτιώσει σημαντικά τις συνθήκες ζωής και εργασίας των σύγχρονων ανθρώπων.

Η βελτίωση των συνθηκών αυτών έχει ως αποτέλεσμα την επιμήκυνση της διάρκειας ζωής των ανθρώπων, που μοιραία αυξάνει το ποσοστό των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό κάθε χώρας.

γ. Οι Μεταναστεύσεις Πληθυσμών

Η μετανάστευση, αποτελεί αιτία γήρανσης γεωγραφικών περιοχών ιδιαίτερα όταν πρόκειται για μετακινήσεις εργατικού δυναμικού εκτός του τόπου, περιοχής ή χώρας καταγωγής του. Προφανές είναι ότι στις περιοχές που δέχονται τους νεαρούς μετανάστες, η γήρανση του πληθυσμού τους επιβραδύνεται, αφού αυξάνεται ο νεανικός πληθυσμός. Ακριβώς το αντίθετο συμβαίνει στα μέρη από τα οποία μεταναστεύουν τα νεαρά άτομα, με αποτέλεσμα ο κύριος όγκος του πληθυσμού να αποτελείται από άτομα της τρίτης ηλικίας.⁽¹⁶⁾



Σχήμα 2.1: Σχηματική απεικόνιση των αιτίων της Δημογραφικής Γήρανσης
Πηγή: Ιδία έρευνα

16. Β. Κοτζαμάνης, Κοινωνική Εργασία, τεύχος 32, σελ. 227-229.

Δείκτες Γήρανσης

Σύμφωνα με τους μελετητές η καταμέτρηση της δημογραφικής γήρανσης γίνεται με ορισμένους βασικούς δείκτες. Τα όρια που προσδιορίζουν τις ηλικιακές ομάδες παραπέμπουν στον πληθυσμό που ακολουθεί την υποχρεωτική εκπαίδευση (αναφερόμαστε στα άτομα ηλικίας 0 έως 14 ετών), στον πληθυσμό που εντάσσεται στις λεγόμενες «παραγωγικές» ηλικίες (δηλαδή τα άτομα 15 έως 64 ετών) και στον πληθυσμό που εξέρχεται από την αγορά εργασίας συνταξιοδοτούμενος, δηλαδή η ηλικιακή ομάδα των ανθρώπων από 65 ετών και άνω.

Οι δείκτες που μετρούν τη δημογραφική γήρανση είναι οι εξής:

1^{ος} Δείκτης

: η αναλογία επί τοις εκατό (%) των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών επί του συνολικού πληθυσμού.

2^{ος} Δείκτης ή

Δείκτης Εξάσθησης

: ο αναλογών αριθμός των ατόμων των ατόμων 0-14 ετών και 65 ετών και άνω ως προς 100 άτομα ηλικίας 15-64 ετών.

3^{ος} Δείκτης ή

Δείκτης Γήρανσης

: ο αναλογών αριθμός ατόμων 65 ετών και άνω ως προς 100 άτομα ηλικίας 0-14 ετών.

4^{ος} Δείκτης ή

Δείκτης Αντικατάστασης

: ο αναλογών αριθμός νέων 10-14 ετών ως προς ένα άτομο 60-64 ετών ή ως προς 100 άτομα 60-64 ετών.

5^{ος} Δείκτης

: η αναλογία ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω επί των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών.⁽¹⁷⁾

17. Β. Κοτζαμάνης, Κοινωνική Εργασία, τεύχος 32, σελ. 229.

2.2 Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

Σύμφωνα με μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι τα τελευταία χρόνια και συγκεκριμένα τις δεκαετίες 1950-1980, ο παγκόσμιος πληθυσμός έχει αυξηθεί κατά πολύ, δηλαδή ο πληθυσμός πέρασε τα 2,5 δισεκατομμύρια το 1950, ενώ το 1980 οι κάτοικοι διπλασιάστηκαν και έφτασαν στα 4,5 δισεκατομμύρια.

Πολύ σημαντική ήταν η μεταβολή της κατανομής του πληθυσμού ανάμεσα στις αναπτυγμένες και μη αναπτυγμένες χώρες. Ως γνωστό οι αναπτυγμένες χώρες αντιπροσωπεύουν περίπου τα 3/4 του παγκόσμιου πληθυσμού, ποσοστό που έχει αυξηθεί από αυτό που αντιπροσώπευαν το 1950, δηλαδή τα 2/3 του παγκόσμιου πληθυσμού.

Στα 1980 ο πληθυσμός της γης ανερχόταν στα 4.453 εκατομμύρια κατοίκους. Μεταξύ των ετών 1975 και 1980 παρατηρείται ένα αξιοσημείωτο γεγονός. Ενώ το ποσοστό γονιμότητας ήταν 28,9‰, το ποσοστό θνησιμότητας ανερχόταν περίπου στο μισό, δηλαδή 11,4‰. Το γεγονός αυτό οφείλεται, κυρίως στις καλύτερες συνθήκες ζωής και εργασίας που επικρατούν στις αναπτυγμένες χώρες από τις μη αναπτυγμένες.

Μια απόκλιση πάνω από 17 χρόνια στη διάρκεια της ζωής και 1,26 μονάδες στο ποσοστό αναπαραγωγής, αποτελούν σημαντικές διαφορές σ' ότι αφορά την αναλογία νέων μεταξύ 0 και 14 ετών (23,1% για τις αναπτυγμένες χώρες και 39,1% για τον υπόλοιπο κόσμο), την αναλογία εξάρτησης*1 (52,6% για τις αναπτυγμένες χώρες και 77,9% για τις μη αναπτυγμένες) και τέλος τα ποσοστά αστικοποίησης (70,6% για τις αναπτυγμένες χώρες και 29,4% για τις μη αναπτυγμένες χώρες). (Βλέπε Πίνακα 2.1).

Μελετώντας τις παραπάνω διαφορές στα ποσοστά μπορούμε να βγάλουμε ορισμένα συμπεράσματα για την πληθυσμιακή κατανομή των δύο «τύπων» χωρών (αναπτυγμένων και μη).

- 1. Οι αναπτυγμένες χώρες έχουν χαμηλότερο ποσοστό νεανικού πληθυσμού από τις μη αναπτυγμένες.*
- 2. Η αναλογία εξάρτησης που όπως είδαμε εκφράζει την αναλογία ηλικιωμένων- οικονομικά ενεργού πληθυσμού, παρουσιάζει υψηλότερο ποσοστό στις χώρες πρώτου τύπου.*

Από τις παραπάνω διαπιστώσεις καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης είναι εντονότερο στις αναπτυγμένες χώρες σε σύγκριση με τις μη αναπτυγμένες χώρες.⁽¹⁸⁾

*1. αναλογία εξάρτησης: η αναλογία ατόμων ηλικίας 0-14 ετών + 65(+) ετών / άτομα ηλικίας 15-64 ετών.

18. Γεώργιος Φ. Ταπεινός, « Η Παγκόσμια Δημογραφική Κατάσταση», Αθήνα 1993, σελ.395.

	Προσοδικία Ζωής κατά τη Γέννηση (έτη) ¹	Ποσοστό Βρεφικής Θνησιμότητας (%) ²	Καθαρό Ποσοστό Αναπαραγωγής (ανά γυναίκα) ³	Ποσοστό Γονιμότητας (%)*	Ποσοστό Θνησιμότητας (%)*	Ποσοστό Αλόφησης (%)*	Ποσοστό Αστικοποίησης (%)*	Πληθυσμός 0-14 ετών (%)	Πληθυσμός 65 ετών και άνω (%)	Αναλογία Εξάρτησης	Μέση Ηλικία
Μέσος Παγκόσμιος Όρος	57,3	89	1,91	28,9	11,4	1,77	39,9	35,0	5,9	70,6	22,6
Ανεπτυγμένες Χώρες	72,1	19	1,00	15,9	9,4	0,74	70,6	23,1	11,3	52,6	31,4
Μη Ανεπτυγμένες Χώρες	54,8	100	2,26	33,5	12,1	2,14	29,4	39,1	4,0	77,9	20,1
Τύπος Α (Αιθιοπία) ²	40,9	155	3,30	49,3	23,4	1,94	14,5	45,1	2,6	92,7	17,4
Τύπος Β (Αλγερία) ³	55,3	125	3,50	47,0	13,2	3,06	60,9	47,3	3,6	102,3	16,2
Τύπος Γ (Κολομβία) ⁴	62,2	59	2,10	32,1	8,2	2,14	64,2	39,3	3,5	75,2	19,5

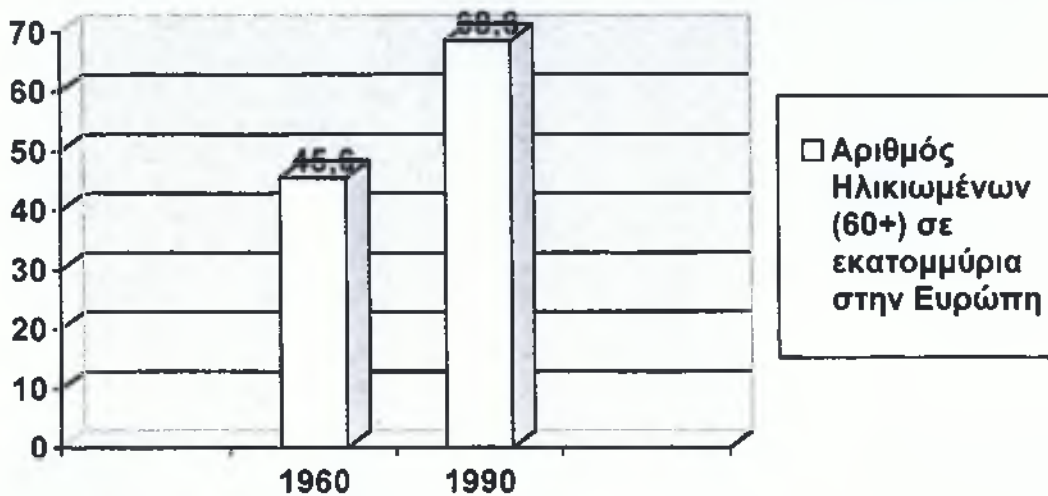
1. Αναλογία του πληθυσμού που σχηματίστηκε από τους μικρότερους από 15 και μεγαλύτερους από 65 επί του πληθυσμού ηλικίας 15 έως 64 ετών.
 2. Μη ανεπτυγμένες Χώρες με Υψηλή Θνησιμότητα και Γονιμότητα.
 3. Μη ανεπτυγμένες Χώρες με Μειωμένη Θνησιμότητα και Υψηλή Γονιμότητα.
 4. Μη ανεπτυγμένες Χώρες με Μείωση της Θνησιμότητας και της Γονιμότητας
- *. Μέσος ετήσιος όρος για την περίοδο 1975-1980

Για τις πρώτες 7 στήλες: World Population Prospects, Estimates and Projections as Assessed in 1982, O.H.E., 1984. Για τις τελευταίες 4 στήλες: World Population Prospects, Estimates and Projections as Assessed in 1980, O.H.E., 1980.

Πίνακας 2.1: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά των ανεπτυγμένων και μη ανεπτυγμένων χωρών το 1980.

Πηγή: Γ. Φ. Ταπεινός, «Παγκόσμια Κατάσταση & Προοπτικές», Στοιχεία Δημογραφίας, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1993, σελ. 398.

Η δημογραφική γήρανση στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες (1960-1990) χαρακτηρίζεται από έντονη μείωση της γονιμότητας και μείωση της θνησιμότητας. Αυτές οι εξελίξεις έχουν ως συνέπεια τις σημαντικές μεταβολές στη δομή των ηλικιών του πληθυσμού. Ο αριθμός των ατόμων τρίτης ηλικίας (60 ετών και άνω) στις χώρες αυτές κατά τα έτη 1960-1990 αυξήθηκε από 45,6 εκατομμύρια σε 68,6 εκατομμύρια (σχήμα 2.2).⁽¹⁹⁾



Σχήμα 2.2: Γράφημα μεταβολής του αριθμού των ηλικιωμένων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά την τριακονταετία 1960-1990

Πηγή: Χ. Συμωνίδου, «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία»

Σύμφωνα με τα παραπάνω στο μέλλον στην Ευρωπαϊκή Ένωση θα υπάρχει ένας ακόμη πιο αυξημένος αριθμός ατόμων της τρίτης ηλικίας. Το 1993, περίπου ένας στους τρεις κατοίκους των χωρών της ήταν ηλικίας άνω των 60 ετών. Με τις ήδη υπάρχουσες προβλέψεις οι τάσεις αύξησης των ηλικιωμένων θα συνεχιστούν μέχρι και το 2020, με αποτέλεσμα ο πληθυσμός να γηράσκει χρόνο με το χρόνο όλο και περισσότερο. Μέσα σ' αυτές τις προβλέψεις βρίσκεται και η χώρα μας. Στο υποκεφάλαιο που ακολουθεί θα προσπαθήσουμε να δώσουμε τις διαστάσεις του φαινομένου αυτού και στην Ελλάδα.

19. Χ. Συμωνίδου, «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», κεφ. 2, σελ. 40.

2.3 Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.), με μήνυμα της που εξέδωσε στις 7 Απριλίου (Παγκόσμια Οργάνωση της Υγείας) χαρακτηρίζει τη «γήρανση του πληθυσμού ως τη μεγαλύτερη πρόκληση του επόμενου αιώνα». Κι αυτό γιατί, εκτός των όποιων αρνητικών επιπτώσεων υποδηλώνει την ανάγκη να αναθεωρηθεί συνολικά η στάση μας απέναντι στους ηλικιωμένους.

Η δημογραφική πυραμίδα με το τριγωνικό σχήμα της, όπου οι νέοι βρίσκονται στη βάση και οι ηλικιωμένοι στο πάνω του μέρος, αλλοιώνεται σταδιακά και μετατρέπεται περίπου σε ορθογώνιο. Το 2050, 13 χώρες στον κόσμο θα έχουν αναλογία υπερηλικών άνω του 10%. Μεταξύ αυτών θα βρίσκονται η Ελλάδα η οποία όπως και η Ιταλία παρουσιάζουν ουδέτερους έως και αρνητικούς δείκτες δημογραφικής εξέλιξης.⁽²⁰⁾

Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, οφείλεται κυρίως στη μείωση της θνησιμότητας και στην παράλληλη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης η θνησιμότητα από το 1930 και μέχρι σήμερα παρουσίασε μια συνεχή πτωτική πορεία που αποδίδεται στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, διατροφής, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, εξυγίανσης του περιβάλλοντος και ελέγχου των λοιμωδών νοσημάτων και ανόδου του βιοτικού επιπέδου.

Εκ παραλλήλου η χαμηλή γεννητικότητα και οι μεταβολές στην κοινωνικοοικονομική ζωή και στην οικογένεια συνέβαλαν στην αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό.

Η αναλογία των ηλικιωμένων στο γενικό πληθυσμό στη χώρα μας, από 7,0% που ήταν το 1951, ανήλθε σε 16,3% το 1997 και προβλέπεται να ανέλθει σε 21% το έτος 2020 (Πίνακας 2.2 & Πίτα 2.1).

Είναι προφανές ότι ο Ελληνικός πληθυσμός παραμένοντας αριθμητικά στάσιμος, γηράσκει ηλικιακά με μη αναστρέψιμη την τάση αυτή με τις παρούσες συνθήκες.⁽²¹⁾

Στις επόμενες σελίδες θα γίνει μια εκτεταμένη αναφορά στην πληθυσμιακή κατανομή στην Ελλάδα κατά μεγάλες ηλικιακές ομάδες, καθώς και κατά φύλο και ηλικιακές ομάδες.

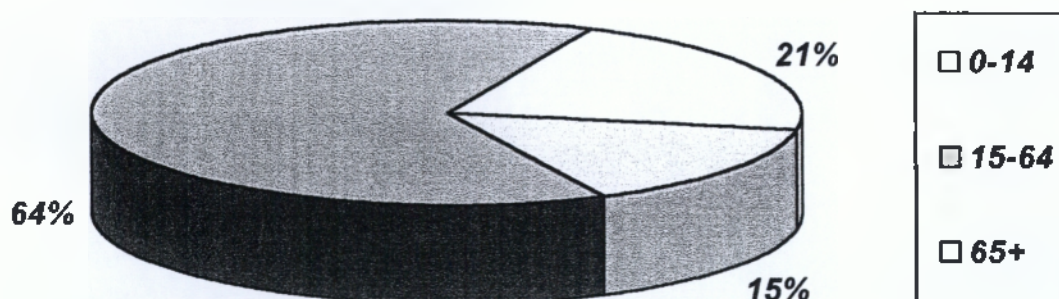
20. Θόδωρος Κατσανέβας, «Η Δημογραφική Γήρανση ως η μεγάλη πρόκληση του επόμενου αιώνα», Β' Κ.Α.Π.Η. Δήμου Νίκαιας, 1999, σελ. 81-84.

21. Δημήτρης Γ. Λιντζέρης, «Η Γ' Ηλικία σήμερα: πολιτικές και κοινωνικές διαστάσεις», Β' Κ.Α.Π.Η. Δήμου Νίκαιας, 1999, σελ. 156.

Ομάδες ηλικιών	1996	1996	2020	2020
	Απόλυτοι Αριθμοί	%	Απόλυτοι Αριθμοί	%
0-14	1.715,3	16,4	1.576,0	14,9
15-64	7.086,8	67,6	6.765,6	64,1
65 +	1.673,7	16,0	2.213,5	21,0
Σύνολο	10.475,8	100	10.555,1	100

Πίνακας 2.2: Προβολές του Ελληνικού Πληθυσμού (σε χιλιάδες) τα έτη 1996 & 2020

Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος



Πίνα 2.1: Ποσοστιαία προβολή του Ελληνικού πληθυσμού για το έτος 2020 κατά ηλικιακές ομάδες

Πηγή: Ιδία έρευνα

Σύμφωνα με τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία που απεικονίζονται με τη μορφή πίνακα και πίτας παρατηρούμε το γεγονός ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας θα καταλαμβάνουν ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό μέχρι το έτος 2020 (21%), σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες στη χώρα μας. Το συγκεκριμένο φαινόμενο θα έχει σαν αποτέλεσμα τη σταδιακή γήρανση του ελληνικού πληθυσμού, σε συνδυασμό με όλες τις επιπτώσεις (κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές, εθνικές) που απορρέουν από ένα τόσο έντονα αναπτυσσόμενο δημογραφικό πρόβλημα.

2.3.1 ΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω παρουσιάζει τις τελευταίες δεκαετίες σημαντική και συστηματική αύξηση στην Ελλάδα, όπως εξάλλου συμβαίνει και σε πολλές άλλες χώρες της Ευρώπης. Στη χώρα μας, οι ηλικιωμένοι αυξάνονται όχι μόνο αριθμητικά αλλά και σαν ποσοστό στο συνολικό πληθυσμό. Το 1961 τα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω αποτελούσαν το 12,2% του πληθυσμού, ενώ το 1971 το ποσοστό ανέβηκε στο 15,9%. Η αύξηση αυτή φαίνεται καθαρά από το ότι, ενώ το 1961 οι ηλικιωμένοι ήταν 1023,5 χιλιάδες, το 1971 έφτασαν στις 1397 χιλιάδες (Πίνακας 2.3).

Ομάδες Ηλικιών	1961		1971		1981		1991	
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
0-14	28,2	25,2	26,6	24,1	24,8	22,6	20,0	18,3
15-19	7,6	7,2	7,9	7,3	7,6	7,1	7,8	7,1
20-44	36,9	37,7	34,8	34,9	33,3	33,1	35,5	34,5
45-59	16,5	16,3	16,0	16,6	18,6	18,7	18,2	18,2
60+	10,9	13,5	14,7	17,1	15,7	18,5	18,5	21,8
N (60+ σε χιλιάδες)	447,2	576,3	629,8	767,2	738,2	909,8	926,5	1122,7

Πίνακας 2.3: Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού κατά ηλικία και φύλο κατά τα έτη 1961-1991

Πηγή: ΕΣΥΕ, Αποτελέσματα απογραφής πληθυσμού-κατοικιών, 1961-1991, Τόμος II

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι ο αριθμός και το ποσοστό των ηλικιωμένων γυναικών στη χώρα μας είναι συστηματικά και σημαντικά υψηλότερα από τα αντίστοιχα των ανδρών. Η απογραφή του 1961 δείχνει ότι υπάρχουν 576,3 χιλιάδες γυναίκες (το 13,5% του γυναικείου πληθυσμού) και 447,2 χιλιάδες άνδρες (το 10,9% του ανδρικού πληθυσμού) άνω των 60 ετών. Εντούτοις, με την πάροδο των χρόνων και σύμφωνα με την απογραφή του 1991 στην Ελλάδα, διαπιστώνουμε με βάση τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας παρουσιάζουν μια βαθμιαία αύξηση της τάξης του 100%. Ταυτόχρονα ο αριθμός των γυναικών της χώρας μας άνω των 60 ετών ανέρχεται στις 1122,7 χιλιάδες (το 21,8% του συνολικού γυναικείου πληθυσμού), ενώ ο αριθμός των ανδρών της χώρας μας άνω των 60 ετών ανέρχεται στις 926,5 χιλιάδες (το 18,5% του συνολικού ανδρικού πληθυσμού).

Οι αριθμητικές αυτές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών αποδίδονται βασικά στους διαφορετικούς ρυθμούς θνησιμότητας των δύο φύλων, γεγονός το οποίο δηλώνεται από το ότι η αναμενόμενη μέση διάρκεια ζωής για ένα νεογέννητο αγόρι υπολογίζεται σε 71 χρόνια, ενώ για ένα νεογέννητο κορίτσι σε 74 χρόνια.⁽²²⁾

Σχετικά με την κατανομή των ηλικιωμένων κατά ηλικία, παρατηρούμε ότι το 1971 το 31,5 % είναι ηλικίας 60-64 ετών και σχεδόν οι δύο στους τρεις ηλικιωμένους έχουν ηλικία μεταξύ 60 και 69 ετών. Τέλος είναι αξιοσημείωτο ότι τα ποσοστά των ηλικιωμένων ανδρών ηλικίας 60-64 ετών και 65-69 ετών είναι υψηλότερα από τα αντίστοιχα των γυναικών, ενώ για μεγαλύτερες ηλικίες υπερέχουν τα ποσοστά των ηλικιωμένων γυναικών (Πίνακας 2.4).

Ομάδες Ηλικιών	1961			1971		
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
60-64	33,9	32,2	32,8	33,5	29,8	31,5
65-69	23,1	22,0	22,4	26,8	24,6	25,6
70-74	18,7	20,1	19,5	18,2	20,0	19,2
75-79	12,7	12,3	12,4	10,5	11,2	10,9
80-84	7,6	8,3	8,0	6,5	8,4	7,6
85+	4,0	5,1	4,9	4,5	6,0	5,2
N(χιλιάδες)	447,184	576,318	1025,502	629,816	767,264	1397,080

Πίνακας 2.4: Ποσοστιαία κατανομή ηλικιωμένων κατά ηλικία και φύλο στην Ελλάδα κατά τα έτη 1961-1971

Πηγή: ΕΣΥΕ, Αποτελέσματα απογραφής πληθυσμού-κατοικιών, 1961-1971, Τόμος II

Σύμφωνα με τα παραπάνω η συγκέντρωση των ηλικιωμένων ανδρών στις ηλικίες 60-69 είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των γυναικών, ενώ για μεγαλύτερες ηλικίες το ποσοστό των ηλικιωμένων ανδρών είναι μικρότερο από αυτό των γυναικών. Το γεγονός αυτό αντανακλά τη σχετικά μικρότερη μέση διάρκεια ζωής των ανδρών έναντι των γυναικών.⁽²³⁾

22-23. Κ.Ν.Κανελλόπουλος, «Οι Ηλικιωμένοι στην Ελλάδα», Δοκίμια 6, Αθήνα 1984, σελ. 17-20.

2.3.2 Η ΘΕΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΓΟΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Η συμμετοχή του ηλικιωμένου στο εργατικό δυναμικό επηρεάζει τη συμπεριφορά του και τη θέση του στην κοινωνική οργάνωση. Η εργασία δεν είναι μόνο πηγή εισοδήματος αλλά και μια δραστηριότητα με κάποιο περιεχόμενο. Η εργασία για ορισμένους ηλικιωμένους αποτελεί το κέντρο ενδιαφέροντος και δικαιολογία ύπαρξης, ενώ για άλλους είναι απλώς μια μηχανική δραστηριότητα που τους αποτραβά από άλλες πιο ικανοποιητικές γι' αυτούς δραστηριότητες. Πάντως, η οριστική έξοδος από το εργατικό δυναμικό αποτελεί για όλους αποφασιστικό σταθμό και μπορεί να τους δημιουργήσει προβλήματα προσαρμογής, ιδιαίτερα όταν δεν γίνεται οικειοθελώς και σταδιακά.

Ο πίνακας 2.5 που ακολουθεί απεικονίζει τη θέση των ηλικιωμένων στην αγορά εργασίας στη χώρα μας κατά τις δεκαετίες 1961-1971. Πρέπει να σημειωθεί ότι η ηλικία των 65 ετών αποτελεί το όριο συνταξιοδότησης ευρέων ομάδων του πληθυσμού. Το ποσοστό των ηλικιωμένων στο εργατικό δυναμικό ήταν 24,5% το 1961, ενώ το 1971 μειώθηκε στο 19,5%. Η αστικοποίηση και η πρωιμότερη και επεκτεινόμενη υποχρεωτική συνταξιοδότηση στον αστικό τομέα, που έλαβαν χώρα τη δεκαετία του '60, επέδρασαν ουσιωδώς σε αυτήν τη μεταβολή.

Διαπιστώνεται ότι υπάρχουν έντονες διαφορές στο ποσοστό των οικονομικά ενεργών ηλικιωμένων κατά φύλο. Έτσι, ενώ το ποσοστό συμμετοχής των ηλικιωμένων ανδρών στο εργατικό δυναμικό είναι 33,7%, το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών είναι μόλις 8,5%. Η σχετικά χαμηλή συμμετοχή των γυναικών στο εργατικό δυναμικό συνδέεται άμεσα και με την πρωιμότερη συνταξιοδότηση των γυναικών έναντι των ανδρών.

Επίσης προκύπτει ότι υπάρχουν έντονες διαφορές στο ποσοστό των οικονομικά ενεργών ηλικιωμένων κατά βαθμό αστικότητας του τόπου κατοικίας τους. Ειδικότερα, ενώ μόνο το 9,1% των ηλικιωμένων που κατοικούν σε πόλεις συμμετέχει στο εργατικό δυναμικό, το αντίστοιχο ποσοστό για τους ηλικιωμένους των αγροτικών περιοχών είναι 30,6% και για τους ηλικιωμένους των ημιαστικών περιοχών 19,7%. Προφανώς αυτές οι διαφορές συνδέονται με τις διαφορετικές κατανομές απασχόλησης των ηλικιωμένων κατά κλάδο οικονομικής δραστηριότητας.⁽²⁴⁾

24. Κ.Ν.Κανελλόπουλος, «Οι Ηλικιωμένοι στην Ελλάδα», Δοκίμια 6, Αθήνα 1984, σελ. 21-23.

	1961			1971		
	♂	♀	Σύνολο	♂	♀	Σύνολο
Σύνολο γώρας						
Συν. απασχ/νων	127.658	38.416	166.074	138.680	45.100	183.780
Απασχολούμενοι στη γεωργία	100.830	34.376	135.206	99.256	28.032	127.288
Άνεργοι	1.634	376	2.010	908	204	1.112
Μη οικονομικά ενεργοί	166.355	352.083	518.438	274.648	488.624	763.272
Πληθυσμός	295.647	390.875	686.654	414.236	533.928	948.164
Αστικές Περιοχές						
Συν. απασχ/νων	26.796	4.253	31.049	30.900	7.372	38.272
Απασχολούμενοι στη γεωργία	8.485	1.864	10.349	7.292	1.076	8.368
Άνεργοι	1.059	138	1.197	556	76	632
Μη οικονομικά ενεργοί	83.298	150.475	233.773	152.308	239.252	391.560
Πληθυσμός	111.153	154.866	266.018	183.764	24.670	430.464
Ημιαστικές Περιοχές						
Συν. απασχ/νων	18.648	4.688	23.336	17.436	4.304	21.740
Απασχολούμενοι στη γεωργία	-	-	-	13.428	2.708	16.136
Άνεργοι	237	71	308	112	40	152
Μη οικονομικά ενεργοί	19.830	45.805	65.635	31.500	57.812	89.312
Πληθυσμός	38.715	50.564	89.279	49.084	62.156	111.204
Αγροτικές Περιοχές						
Συν. απασχ/νων	82.204	29.475	111.689	90.344	33.424	123.768
Απασχολούμενοι στη γεωργία	92.345 ¹	32.512 ¹	124.857 ¹	79.096	24.644	103.740
Άνεργοι	338	267	605	240	88	328
Μη οικονομικά ενεργοί	63.227	155.803	219.030	90.840	191.560	282.400
Πληθυσμός	145.779	185.445	331.224	181.424	225.072	406.496

Πίνακας 2.5: Θέση των ηλικιωμένων 65 ετών και άνω στην αγορά εργασίας της Ελλάδας

Πηγή: ΕΣΥΕ, Αποτελέσματα απογραφής πληθυσμού-κατοικιών 1961-1971, Τόμος III

♂ Άνδρας, ♀ Γυναίκα

1. Περιλαμβάνονται και οι αντίστοιχοι απασχολούμενοι στις ημιαστικές περιοχές.

2.3.3 Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σ' αυτό το τμήμα της μελέτης θα εξετάσουμε την οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων χρησιμοποιώντας τα στοιχεία της *Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 1974*. Στην ΕΟΠ καταγράφεται το εισόδημα του αρχηγού του νοικοκυριού, αλλά όχι και το εισόδημα κάθε μέλους του νοικοκυριού. Έτσι, η ανάλυση περιορίζεται στους ηλικιωμένους που είναι αρχηγοί νοικοκυριών.

Το μέσο μηνιαίο εισόδημα των ηλικιωμένων (60 ετών και άνω) αρχηγών νοικοκυριών ήταν 5.197 δραχμές και η κατανομή του παρουσίαζε έντονη διασπορά, ένα μέτρο της οποίας είναι η τυπική απόκλιση που έχει τιμή 7.717 δραχμές. Προκύπτει ότι η οικονομική θέση των ηλικιωμένων βρίσκεται σε χαμηλότερο επίπεδο έναντι των νεωτέρων. Αυτό που παρουσιάζει μεγαλύτερο ενδιαφέρον είναι ότι η ανισότητα η οποία υπάρχει στα εισοδήματα των ηλικιωμένων είναι μεγαλύτερη από ό,τι σε όλες τις ηλικίες. Το τελευταίο δηλώνεται από την τιμή του συντελεστή μεταβλητότητας (που ορίζεται σαν το πηλίκο της τυπικής απόκλισης δια του μέσου) ο οποίος για τους ηλικιωμένους είναι 1,48 ενώ για όλες τις ηλικίες 1,12.⁽²⁵⁾

Το σχετικά χαμηλό μέσο εισόδημα των ηλικιωμένων αντανακλά τη χαμηλότερη και φθίνουσα παραγωγικότητα αυτών, λόγω παλαίωσης του ανθρώπινου κεφαλαίου τους^{*1}, και επηρεάζεται επίσης από τις χαμηλές συντάξεις που παίρνουν αρκετοί ηλικιωμένοι. Η μεγάλη δε ανισότητα στα εισοδήματα των ηλικιωμένων είναι προφανές ότι προσδιορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τις έντονες ανισότητες που υπάρχουν στο ύψος και στις προϋποθέσεις απονομής των συντάξεων μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.

Η έκταση της ανισότητας στα εισοδήματα των ηλικιωμένων φαίνεται στον πίνακα 2.6, ο οποίος μας δίνει την κατανομή του εισοδήματος των ηλικιωμένων αρχηγών νοικοκυριών. Παρατηρείται ότι το εύρος του εισοδήματος είναι μεγάλο, και περίπου το 10% των ηλικιωμένων είχε εισόδημα μέχρι 500 δραχμές, ενώ το 2% αυτών δήλωσε εισόδημα πάνω από 25.000 δραχμές, ποσό το οποίο είναι 50 φορές μεγαλύτερο από τις 500 δραχμές. Όσο ανεβαίνουμε στα υψηλότερα εισοδήματα τόσο λιγότερα άτομα συναντάμε. Με άλλα λόγια, η κατανομή του εισοδήματος των ηλικιωμένων παρουσιάζει θετική ασυμμετρία.⁽²⁵⁾

25. Κ.Ν.Κανελλόπουλος, «Οι Ηλικιωμένοι στην Ελλάδα», Δοκίμια 6, Αθήνα 1984.

*1. Mincer J., (1974) *Schooling Experience and Earnings*, National Bureau of Economic Research, New York.

Τάξεις Εισοδήματος (δραχμές)	Όλοι οι ηλικιωμένοι	Άνδρες	Γυναίκες
Μέχρι 500	10,3	6,2	25,2
501-1000	8,7	8,8	8,5
1001-1500	6,5	5,1	11,6
1501-2500	17,3	15,7	22,9
2501-3750	14,2	15,0	11,6
3751-5000	11,0	12,1	7,2
5001-7000	10,6	12,1	5,0
7001-9000	6,7	7,6	3,5
9001-12000	6,2	7,2	2,7
12001-15000	2,6	3,0	0,9
15001-20000	2,6	3,3	0,5
20001-25000	1,3	1,6	0,3
25001-30000	0,6	0,7	0,1
30001-40000	0,5	0,7	0,0
40001-50000	0,3	0,3	0,0
50001 και άνω	0,6	0,6	0,0
Σύνολο	100	100	100
N	2232	1748	484
Μέσο Εισόδημα	5197	5913	2607
Τυπική Απόκλιση	7717	8368	3635
Συντελεστής Μεταβλητότητας	1,48	1,41	1,39

Πίνακας 2.6: Κατανομή Εισοδήματος Ηλικιωμένων Αρχηγών Νοικοκυριών κατά φύλο

Πηγή: ΕΣΥΕ, Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 1974

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα αυτό που παρατηρείται είναι ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων γυναικών που είναι αρχηγοί των νοικοκυριών (68.2%) έχει ατομικό εισόδημα μέχρι 2.500 δραχμές, ενώ για τους άνδρες το αντίστοιχο ποσοστό είναι μόλις 35,8%. Αυτό συνδέεται προφανώς με τη μικρή συμμετοχή των γυναικών στο εργατικό δυναμικό.⁽²⁶⁾

26. Κ.Ν.Κανελλόπουλος, «Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα», Δοκίμια 6, Αθήνα 1984.

2.4 Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

Μετά από την ανάλυση και εξέλιξη της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα γενικά, θα εξετάσουμε το φαινόμενο αυτό πιο συγκεκριμένα σε ένα νομό της χώρας. Αυτός είναι ο Νομός Μαγνησίας. Καταλαμβάνει το Νοτιοανατολικό τμήμα της Θεσσαλίας και έχει έκταση 2.602 χλμ². Ο πληθυσμός του σύμφωνα με την τελευταία απογραφή του 1991 ανέρχεται σε 197.613 κατοίκους.

Συγκεκριμένα θα εξετάσουμε την κατανομή του πληθυσμού όχι σε ολόκληρο το νομό αλλά στο Δήμο Βόλου, διότι η παρούσα εργασία αναφέρεται στην γηριατρική πρωτοβάθμια περίθαλψη του Δήμου Βόλου. Έτσι, η μελέτη του υποκεφαλαίου θα χωριστεί σε τρεις παραγράφους, οι οποίες θα αναφερθούν στα εξής:

1. στην πληθυσμιακή κατανομή κατά μεγάλες ηλικιακές ομάδες,
2. στην πληθυσμιακή κατανομή κατά φύλο και ομάδες ηλικιών και τέλος
3. στην οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων στο Δήμο Βόλου

Τα στοιχεία έχουν αντληθεί από πίνακες της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας, στο παράρτημα της Τεχνικής Υπηρεσίας του Νομού Μαγνησίας που εδρεύει στο Βόλο.



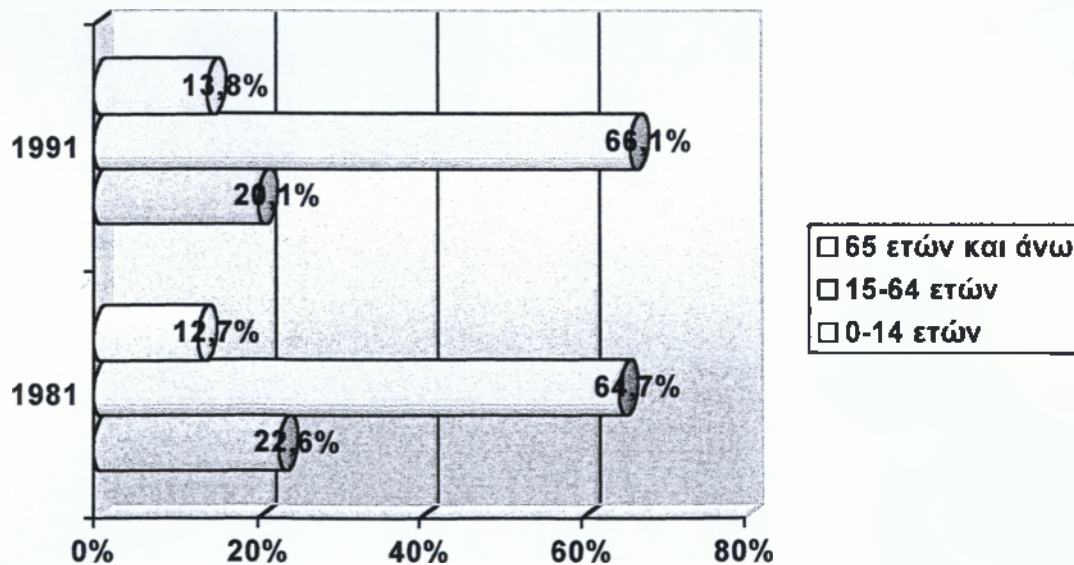
2.4.1 ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΒΟΛΟΥ ΚΑΤΑ ΜΕΓΑΛΕΣ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ

Εξετάζοντας την κατανομή του πληθυσμού κατά μεγάλες ηλικιακές ομάδες στο Δήμο Βόλου σύμφωνα με τις απογραφές της 5^{ης} Απριλίου 1981 και 17^{ης} Μαρτίου 1991, διαπιστώνουμε ότι ο συνολικός πληθυσμός του Δήμου παρουσίασε μια αύξηση από 70.946 κατοίκους το 1981 σε 77.192 το 1991.

Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τον πίνακα 2.7 που φαίνεται πιο κάτω εξάγονται ορισμένα χρήσιμα συμπεράσματα:

1. Το ποσοστό των ηλικιωμένων (65 ετών και άνω) παρουσίασε αυξητική πορεία κατά τα έτη 1981-1991, έτσι ενώ το 1981 τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω ήταν 8.927 το 1991 ανέρχονται σε 10.622, δηλαδή ο ηλικιωμένος πληθυσμός του Δήμου αυξήθηκε κατά 15% περίπου μέσα σε διάστημα 10 χρόνων.

Επίσης πρέπει να σημειωθεί η σημαντική πληθυσμιακή μείωση που παρατηρήθηκε στα άτομα ηλικίας 0-14 ετών. Έτσι το ενώ το έτος 1981 τα άτομα ηλικίας 0-14 ετών ήταν 16.084, το 1991 μειώθηκαν σε 15.543, ποσοστό μείωσης 3,5% περίπου. Η μείωση αυτή μπορεί να οφείλεται στην αύξηση της θνησιμότητας, με αποτέλεσμα ο νεαρός πληθυσμός να ελαττώνεται και ο ηλικιωμένος πληθυσμός να αυξάνεται σταδιακά (σχήμα 2.3).

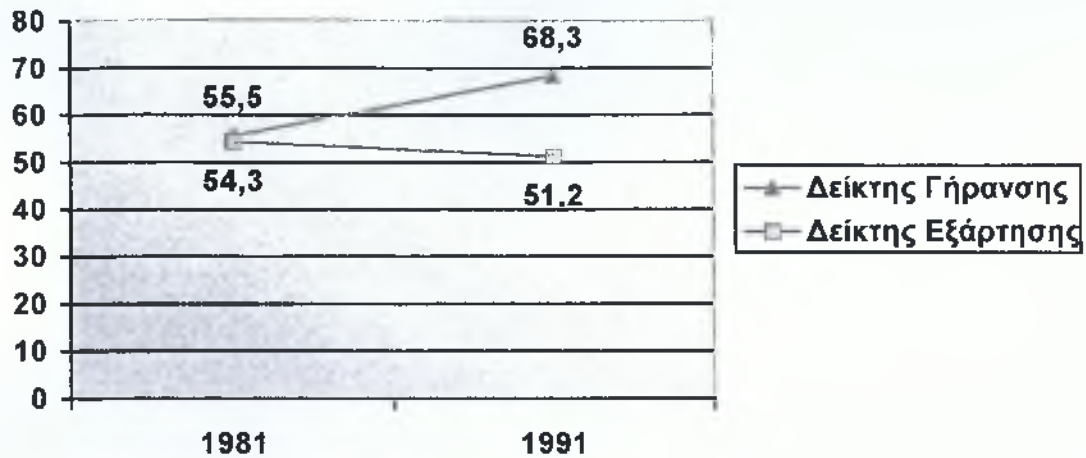


Σχήμα 2.3: Σχηματική απεικόνιση της εξέλιξης του αριθμού των τριών ηλικιακών ομάδων κατά τα έτη 1981-1991 στο Δήμο Βόλου

Πηγή: Ιδία έρευνα, επεξεργασία πινάκων της Ε.Σ.Υ.Ε.

2. Η εξέλιξη του δείκτη γήρανσης κάνει εμφανέστερο το πρόβλημα. Το 1981 ο δείκτης γήρανσης για το Δήμο Βόλου ήταν 55,5 άτομα, ενώ το 1991 αυξήθηκε σε 68,3 άτομα (σχήμα 2.4).

3. Η μείωση των εξαρτημένων ατόμων το 1981 σε σχέση με το 1991 ήταν αξιοσημείωτη, μιας και τα εξαρτημένα άτομα μειώθηκαν γύρω στα 3, δηλαδή από 54,3 άτομα σε 51,2 (σχήμα 2.4).



Σχήμα 2.4: Σχηματική απεικόνιση των δεικτών γήρανσης και εξάρτησης κατά τα έτη 1981-1991 για το Δήμο Βόλου

Πηγή: Ιδία έρευνα, επεξεργασία πινάκων Ε.Σ.Υ.Ε.

ΕΤΗ	Πληθυσμός (000)	0-14 (%)	15-64 (%)	65+ (%)	Δείκτης Εξάρτησης ¹	Δείκτης Γήρανσης ²	Δείκτης Αντικατάστασης ³	Δείκτης >65/15 ⁴
1981	70,946	22,6	64,7	12,7	54,3	55,5	1,6	19,3
1991	77,192	20,1	66,1	13,8	51,2	68,3	1,2	20,8

1. { Πληθυσμός (0-14 ετών) + (>65) / Πληθυσμός (15-64 ετών) } x 100

2. { Πληθυσμός (>65 ετών) / Πληθυσμός (0-14 ετών) } x 100

3. Πληθυσμός (10-14 ετών) / Πληθυσμός (60-64 ετών)

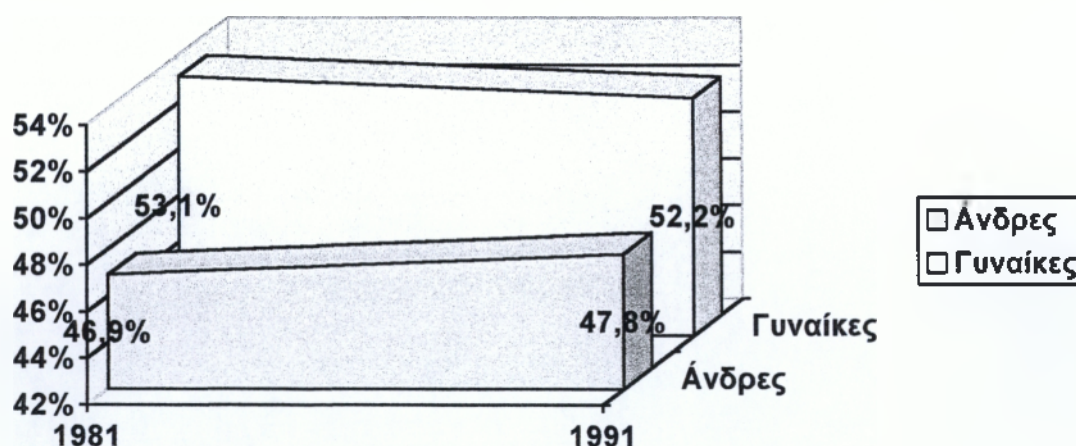
4. { Ατομα (>65 ετών) / Ατομα (15-64 ετών) } x 100

Πίνακας 2.7: Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού του Δήμου Βόλου κατά μεγάλες ηλικιακές ομάδες, κατά τα έτη 1981-1991

Πηγή: Ιδία έρευνα, επεξεργασία πινάκων Ε.Σ.Υ.Ε.

2.4.2 ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ

Ο Δήμος Βόλου, όπως άλλωστε και όλοι οι Δήμοι της Ελλάδας, είχε στις τάξεις του ως δημότες μεγαλύτερο αριθμό γυναικών από αυτό των ανδρών κατά τα έτη 1981-1991 που εξετάζουμε. Το 1981 οι γυναίκες κατείχαν ποσοστό 53,1% του συνολικού πληθυσμού, ενώ οι άνδρες το 46,9% του συνολικού πληθυσμού (διαφορά 6,2 ποσοστιαίων μονάδων). Το 1991 τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες ήταν 52,2% και για τους άνδρες 47,8% (διαφορά 4,4 ποσοστιαίων μονάδων). Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά παρατηρείται ότι με την πάροδο της δεκαετίας η διαφορά μεταξύ ανδρικού-γυναικείου πληθυσμού μειώθηκε εις βάρος των γυναικών (σχήμα 2.5).



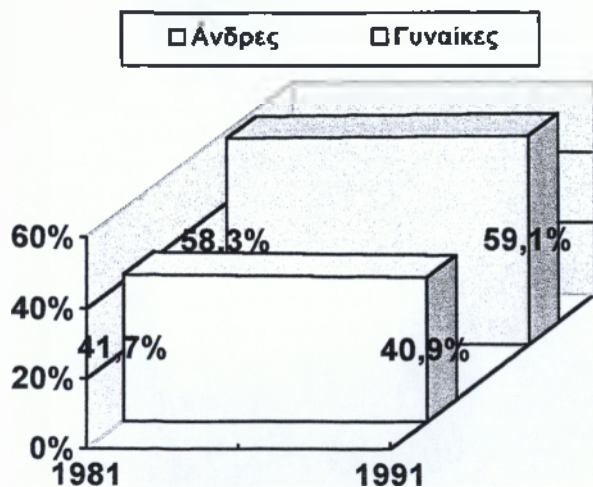
Σχήμα 2.5: Επιφανειακή απεικόνιση ποσοστιαίας εξέλιξης του ανδρικού και γυναικείου πληθυσμού του Δήμου Βόλου, κατά τα έτη 1981-1991

Πηγή: Ιδία έρευνα, επεξεργασία πινάκων Ε.Σ.Υ.Ε.

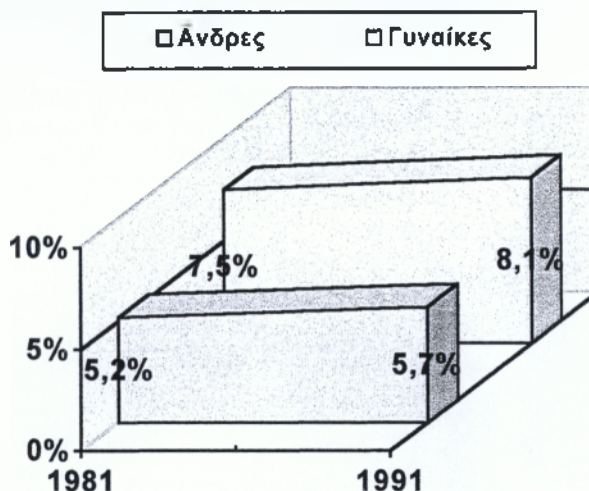
Στον πληθυσμό των ηλικιωμένων (δηλαδή 65 ετών και άνω) δεν παρατηρούνται πολλές διαφοροποιήσεις όσον αφορά στα ποσοστά ταξινόμησης μεταξύ των ανδρών και των γυναικών. Οι ηλικιωμένες γυναίκες υπερέχουν αριθμητικά των ηλικιωμένων ανδρών με αισθητή διαφορά καθ' όλη τη διάρκεια της δεκαετίας που αναλύουμε.

Αναλυτικότερα, το 1981 οι ηλικιωμένες γυναίκες του Δήμου Βόλου αποτελούσαν το 58,3% του ηλικιωμένου πληθυσμού, έναντι ποσοστού 41,7% των συνομηλίκων ανδρών. Στο σύνολο βέβαια του πληθυσμού οι ηλικιωμένες γυναίκες εκπροσωπούν ποσοστό 7,5%, ενώ οι άνδρες ποσοστό 5,2%.

Αντίστοιχα είναι και τα ποσοστά για το έτος 1991. Συγκεκριμένα οι ηλικιωμένες γυναίκες καταλαμβάνουν το 59,1% του συνολικού ηλικιωμένου πληθυσμού, σε σχέση με τους ηλικιωμένους άνδρες που καταλαμβάνουν το 40,9% του συνολικού ηλικιωμένου πληθυσμού. Στο σύνολο του πληθυσμού του Δήμου Βόλου για έτος 1991 οι ηλικιωμένες γυναίκες εκπροσωπούν ποσοστό 8,1%, σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους άνδρες που με τη σειρά τους καταλαμβάνουν ποσοστό 5,7% (σχήμα 2.6 – 2.7).



Σχήμα 2.6: Ποσοστιαία επιφανειακή απεικόνιση της εξέλιξης του ηλικιωμένου πληθυσμού του Δ. Βόλου επί του συνόλου των ηλικιωμένων
Πηγή: Ιδία έρευνα, επεξεργασία πινάκων Ε.Σ.Υ.Ε.



Σχήμα 2.7: Ποσοστιαία επιφανειακή απεικόνιση του ηλικιωμένου πληθυσμού του Δ. Βόλου επί του συνολικού πληθυσμού του Δήμου
Πηγή: Ιδία έρευνα, επεξεργασία πινάκων Ε.Σ.Υ.Ε.

Στη συνέχεια εξετάζοντας το πρόβλημα της πληθυσμιακής κατανομής του Δήμου Βόλου κατά ηλικίες, μπορούμε να διαχωρίσουμε το σύνολο των ατόμων που συγκροτούν τη συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα σε υποομάδες, ανάλογα με τα όρια ηλικιών που έχουμε θέσει εξαρχής και τα οποία είναι τα εξής: α) 0-14 ετών, β) 15-64 ετών και γ) 65+ ετών.

Ο πίνακας (2.8), ο οποίος παρατίθεται αμέσως πιο κάτω περιλαμβάνει τους αριθμητικούς διαχωρισμούς όλων των παραπάνω ηλικιακών ομάδων του Δήμου Βόλου σε σχέση με τα έτη 1981-1991:

Ομάδες ηλικιών	1981			1991		
	<i>Άνδρες</i>	<i>Γυναίκες</i>	<i>Σύνολο</i>	<i>Άνδρες</i>	<i>Γυναίκες</i>	<i>Σύνολο</i>
0-14	7.951	8.133	16.084	8.060	7.483	15.543
15-64	21.606	24.329	45.935	24.499	26.528	51.027
65 +	3.722	5.205	8.927	4.346	6.276	10.622
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	33.279	37.667	70.946	36.905	40.287	77.192

Πίνακας 2.8: Αριθμητική πληθυσμιακή κατανομή κατά φύλο και ομάδες ηλικιών στο Δήμο Βόλου κατά τα έτη 1981-1991

Πηγή: Στοιχεία Ε.Σ.Υ.Ε., Απογραφές 5^{ης} Απριλίου 1981 & 17^{ης} Μαρτίου 1991

Με βάση τα προαναφερθέντα, μπορούμε να συμπεράνουμε τα εξής:

- Α) Ο γυναικείος πληθυσμός είναι μεγαλύτερος αριθμητικά από αυτόν των ανδρών στο Δήμο Βόλου σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας 1981-1991.
- Β) Ο αριθμός των γυναικών, επί του συνόλου των ηλικιωμένων ατόμων του Δήμου κατά την εξέλιξη της παρούσας δεκαετίας αυξάνεται, σε αντίθεση με τον αριθμό των ηλικιωμένων ανδρών, ο οποίος μειώνεται σημαντικά.
- Γ) Ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων (65+) αυξάνεται συνεχώς σε σχέση με τα άτομα ηλικίας 0-14 ετών, όπου παρατηρείται μια εμφανής μείωση του αριθμού αυτών.
- Δ) Ο ηλικιωμένος πληθυσμός επί του συνόλου των κατοίκων του Δήμου Βόλου από το έτος 1981 έως το 1991 παρουσιάζει μια αύξηση της τάξης της μίας ποσοστιαίας μονάδας (1%).

2.4.3 Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΒΟΛΟΥ

Στην παρούσα παράγραφο θα πραγματοποιηθεί μια μελέτη των στοιχείων που αφορούν στην οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων (65 ετών και άνω) στο Δήμο Βόλου. Σύμφωνα τόσο με τα παρελθοντικά, όσο και με τα σημερινά στατιστικά στοιχεία που μας παρέχει η Ε.Σ.Υ.Ε., διαπιστώνεται ότι το ποσοστό συμμετοχής των ηλικιωμένων στο εργατικό δυναμικό είναι αρνητική συνάρτηση της ηλικίας τους, ενώ από την άλλη πλευρά το ποσοστό των αποσυρθέντων ατόμων αυξάνεται παράλληλα με την ηλικία.

Ο όρος «οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων» είναι δυνατό να συμπεριλάβει με μία ευρύτερη έννοια, τη συμμετοχή ή μη του ατόμου της τρίτης ηλικίας στην ενεργό δράση του τόπου του.

Συγκεκριμένα, το 1981 οι άνδρες ηλικίας 65 ετών και άνω καταλαμβάνουν ποσοστό απασχόλησης στον ευρύτερο εργασιακό τομέα του Δήμου μόλις 1,9%, σε σχέση με το συνολικό ανδρικό εργατικό δυναμικό. Παρόμοια καθοδική εξέλιξη ακολουθεί και το ποσοστό συμμετοχής των γυναικών στο συνολικό γυναικείο εργατικό δυναμικό, το οποίο ανέρχεται στο 0,5%. Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης το γεγονός, ότι το ποσοστό των μη οικονομικά ενεργών ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών ανέρχεται αντίστοιχα σε 35,5% και σε 19,8%. Η διαφορά αυτή οφείλεται στις διαφοροποιήσεις μεταξύ των ενασχολήσεων των δύο φύλων σ' αυτή την ηλικία. Δηλαδή, οι ηλικιωμένες γυναίκες εντοπίζουν την απασχόλησή τους περισσότερο στα οικιακά και στη φύλαξη των εγγονών προσχολικής ηλικίας (σχήματα 2.8-2.9 & πίνακας 2.9).

Με το πέρασμα της δεκαετίας και φτάνοντας στο 1991 παρατηρούμε ότι το ποσοστό συμμετοχής στον ευρύτερο εργασιακό τομέα των ανδρών ηλικίας 65 ετών και άνω μειώθηκε σε σχέση με αυτό του 1981, σε 1,1%. Αντίθετα, η συμμετοχή των ηλικιωμένων γυναικών στο εργατικό δυναμικό του τόπου αυξήθηκε σε ποσοστό 6,6%, σε αναλογία με αυτό του 1981. Μελετώντας τα ποσοστά των μη οικονομικά ενεργών ατόμων της τρίτης ηλικίας στο Δήμο Βόλου, γίνεται σαφές ότι οι ηλικιωμένοι άνδρες ακολούθησαν μια πτωτική πορεία σε σχέση με το 1981, καταλαμβάνοντας το 31,8% επί του συνολικού μη ενεργού πληθυσμού. Από την άλλη πλευρά, το ποσοστό των οικονομικά μη ενεργών ηλικιωμένων γυναικών αυξήθηκε σε 23,5% σε σχέση πάντα με το 1981 (σχήματα 2.8-2.9 & πίνακας 2.9).

ΑΝΔΡΕΣ



ΓΥΝΑΙΚΕΣ



Σχήματα 2.8-2.9: Ποσοστιαία απεικόνιση με ραβδογράμματα του οικονομικά ενεργού και μη ενεργού ανδρικού και γυναικείου ηλικιωμένου πληθυσμού στο Δήμο Βόλου κατά τα έτη 1981-1991

Πηγή: Ιδία έρευνα, επεξεργασία πινάκων Ε.Σ.Υ.Ε.

Ομάδες Ηλικιών	1981			1991		
	Οικονομικά ενεργοί	Οικονομικά μη ενεργοί	Σύνολο	Οικονομικά Ενεργοί	Οικονομικά μη ενεργοί	Σύνολο
65-69	220	3.101	3.321	163	3.278	3.441
70-74	84	2.340	2.424	52	2.680	2.732
75+	63	3.099	3.162	19	4.428	4.447
Σύνολο αμφοτέρων φύλων	367 (1,6%)	8.540 (24,1%)	8.907	234 (0,9%)	10.386 (26,3%)	10.620

Πίνακας 2.9: Οικονομικά ενεργός και μη ενεργός πληθυσμός κατά ομάδες ηλικιών άνω των 65 ετών στο Δήμο Βόλου κατά τα έτη 1981-1991

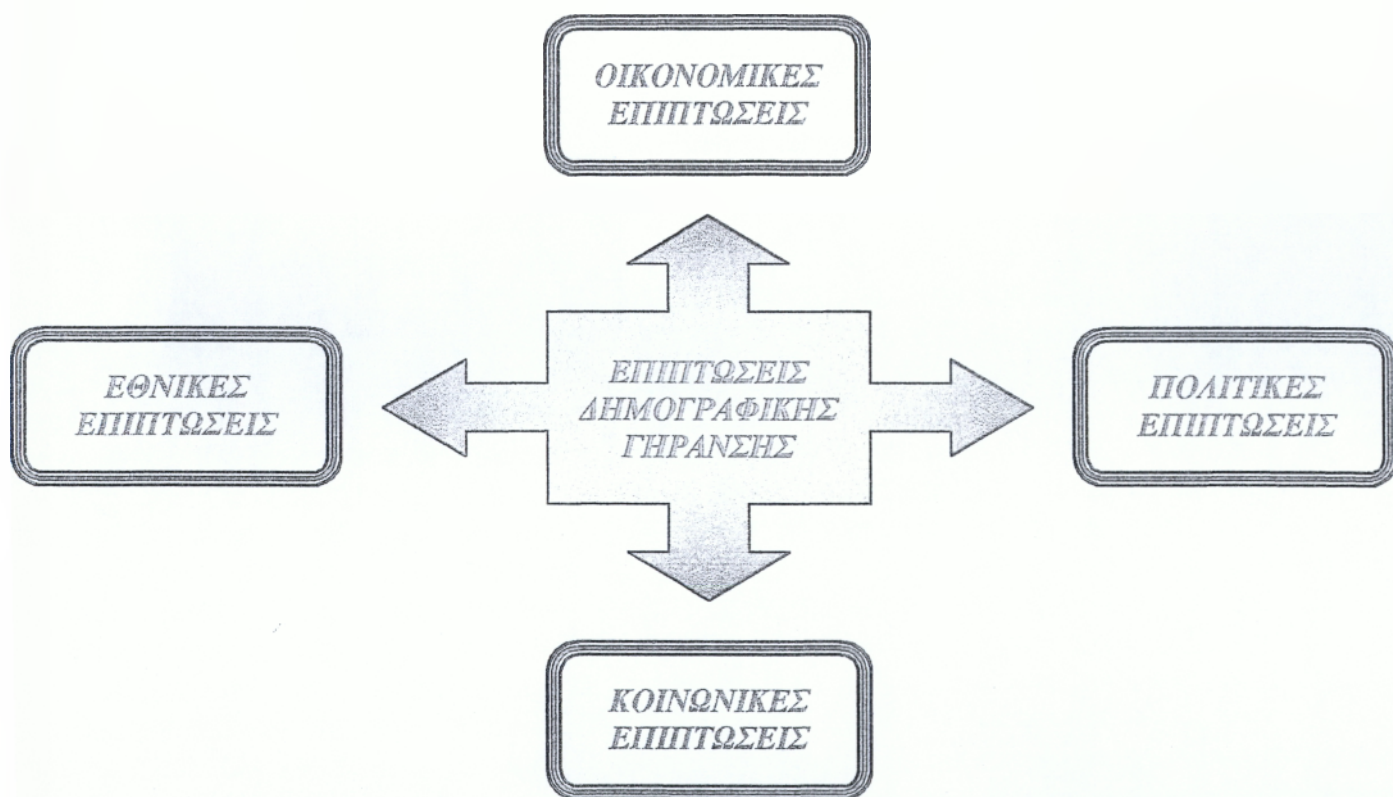
Πηγή: Ιδία έρευνα, επεξεργασία πινάκων Ε.Σ.Υ.Ε.

2.5 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Η δημογραφική γήρανση, ως ένα φαινόμενο με σημαντικές επιπτώσεις στη διάρθρωση των δομών του πληθυσμού, ανάγεται προοδευτικά σ' ένα από τα βασικότερα προβλήματα, που καλούνται να επιλύσουν οι αναπτυγμένες κοινωνίες του πλανήτη μας στη διάρκεια του επόμενου αιώνα.

Σε γενικές γραμμές, η κοινωνική θέση μιας ομάδας ηλικιωμένων σχετίζεται με την επίδραση που μπορεί να έχει η ομάδα αυτή στις παραγωγικές διαδικασίες της κοινότητας μέσα στην οποία γεννιέται, μεγαλώνει και πεθαίνει.

Συνοπτικά, οι επιπτώσεις που επιφέρει η δημογραφική γήρανση παρουσιάζονται στο σχήμα που ακολουθεί:



Σχήμα 2.10: Απεικόνιση των επιπτώσεων της Δημογραφικής Γήρανσης
Πηγή: Ιδία έρευνα

Οικονομικές επιπτώσεις:

Είναι τα αρνητικά αποτελέσματα που παρουσιάζονται στη χρηματοδότηση των δαπανών κοινωνικής ασφάλισης και στις δαπάνες υγείας. Πολύ συχνά αναφέρεται ότι η δημογραφική γήρανση:

α) εξαιτίας της αυξανόμενης δυσαναλογίας συνταξιούχων προς εργαζομένους, προκαλεί δυσχέρειες στη χρηματοδότηση των συντάξεων ή και στη βελτίωση των ιδιαίτερα χαμηλών συντάξεων που προσφέρουν ορισμένα ταμεία και

β) προκαλεί μεγάλη αύξηση των δαπανών για την υγεία υπό τη διττή επίδραση της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων και αύξησης της ροπής για κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών στις μεγάλες ηλικίες. Ταυτόχρονα, στον ίδιο τομέα τονίζεται και η αύξηση «των οικογενειακών βαρών», γενικώς στον οικονομικό και παραγωγικό πληθυσμό.

Πολλοί επιστήμονες, υιοθετώντας την πρώτη οπτική γωνία, αναφέρονται ειδικότερα: στις επιπτώσεις στην κατανάλωση και στην αποταμίευση (αύξησης του ποσοστού του πληθυσμού που στερείται υψηλής αποταμιευτικής ικανότητας και άμβλυνση παράλληλα της πίεσης για αποταμίευση, έτσι ώστε να εκπληρωθούν οι οικογενειακές υποχρεώσεις), στις επιπτώσεις στις δημόσιες επενδύσεις (ιδιαίτερα στους τομείς υγείας, περίθαλψης, πρόνοιας) και τέλος στις επιπτώσεις στην παραγωγικότητα (επαγωγό της χαμηλής γεωγραφικής και επαγγελματικής κινητικότητας).

Πολιτικές επιπτώσεις:

Η αύξηση του γεροντικού πληθυσμού οδηγεί και σε αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων που ασχολούνται με την πολιτική και οι οποίοι αντιπροσωπεύονται όλο και περισσότερο στο εκλογικό σώμα. Αυτό έχει ως συνέπεια τη διατήρηση ενός συντηρητικού κλίματος που πιστεύεται ότι δυσχεραίνει τις κοινωνικές αλλαγές, όπως πρόσδεση στην παράδοση, τα κεκτημένα, έλλειψη τόλμης και επιθυμίας για αλλαγή.

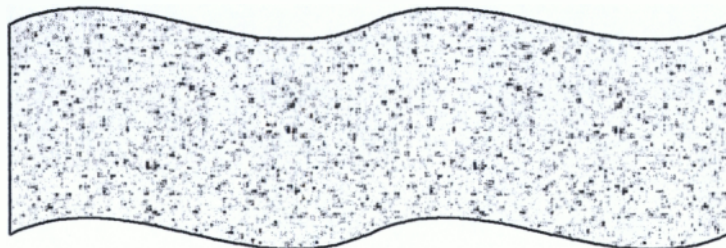
Κοινωνικές επιπτώσεις:

Κύριο χαρακτηριστικό των επιπτώσεων αυτών αναφέρεται συνήθως η σύγκρουση των γενεών. Η διεύρυνση του χάσματος ανάμεσα στους ηλικιωμένους και στους νέους, ο κοινωνικός αποκλεισμός ατόμων τρίτης ηλικίας, η χαλάρωση των κοινωνικών ιστών, ο εκφυλισμός πολλών θεσμών, οι μεταβολές στη συμβολή της κοινωνίας και της οικογένειας στην προσφορά υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους είναι μερικά ακόμη αποτελέσματα που επιφέρει η δημογραφική γήρανση στην κοινωνία.

Εθνικές επιπτώσεις:

Σε αυτές περιλαμβάνονται οι επιπτώσεις στην άμυνα, όπως και η αύξηση των κονδυλίων για πολεμικούς εξοπλισμούς, η μείωση του στρατεύσιμου πληθυσμού έχοντας ως αποτέλεσμα την αύξηση της στρατιωτικής θητείας.⁽²⁷⁾

Από τις επιπτώσεις, στις οποίες αναφερθήκαμε, η «οικονομιστική» προσέγγιση είναι αυτή που κυριαρχεί, αφού η πληθυσμιακή γήρανση αναπόφευκτα επηρεάζει την πορεία των μακροοικονομικών μεγεθών και γενικά κάθε πλευρά της οικονομίας. Αποτελεί δηλαδή μία από τις σημαντικότερες συνιστώσες στην πρόβλεψη των μελλοντικών εξελίξεων στον παγκόσμιο οικονομικό χώρο. Συγκεκριμένα, ένας από τους σημαντικότερους τομείς της οικονομίας που βρίσκεται στο επίκεντρο συζητήσεων και έντονων προβληματισμών, αφορά στις δαπάνες υγείας για άτομα τρίτης ηλικίας που παρέχει το *Σύστημα Υπηρεσιών Υγείας* κάθε χώρας.



27. Βύρων Κοτζαμάνης, «Δημογραφική Γήρανση στην Μεταπολεμική Ελλάδα», Κοινωνική Εργασία, τεύχος 32, σελ. 245-246.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΒΟΛΟΥ

**3.1 Φορείς Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Υγειονομικής
Περίθαλψης & Πρόνοιας στο Νομό Μαγνησίας**

**3.2 Φορείς Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης & Πρόνοιας
στο Δήμο Βόλου**

3.2.1 Πρωτοβάθμια Περίθαλψη από το Κράτος

**3.2.2 Πρωτοβάθμια Περίθαλψη από τους Ασφαλιστικούς
Οργανισμούς**

3.2.3 Πρωτοβάθμια Περίθαλψη από την Τοπική Αυτοδιοίκηση

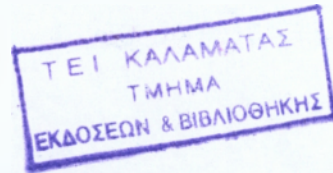
3.2.4 Πρωτοβάθμια Περίθαλψη από τον Ιδιωτικό Τομέα

**3.3 Φορείς Δευτεροβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης & Πρόνοιας
στο Δήμο Βόλου**

3.3.1 Δευτεροβάθμια Περίθαλψη από το Κράτος

3.3.2 Δευτεροβάθμια Περίθαλψη από τον Ιδιωτικό Τομέα

**3.4 Αποτελεσματικότητα των Μέτρων Προστασίας που παρέχουν οι
Φορείς**



Βρισκόμαστε στο τέλος ενός έτους, που τυγχάνει να είναι και το τελευταίο του 20^{ου} αιώνα, το οποίο ανακηρύχθηκε όχι αδικαιολόγητα από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα σαν *έτος των Ηλικιωμένων*. Ο πληθυσμός των ηλικιωμένων σε όλη την Ευρώπη αλλά και ειδικότερα στην χώρα μας αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς.

Οι ηλικιωμένοι, όπως και οι άνθρωποι σε άλλες φάσεις της ζωής τους, έχουν ανάγκη από νέες ιδέες για να βρουν τη χαμένη αξιοπρέπεια. Υπήρχαν εποχές που οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζονταν ως πηγές γνώσης και μεγάλης σοφίας. Σήμερα, όλα τείνουν να μειώσουν την αξία του ηλικιωμένου, κυρίως γιατί όλο και περισσότεροι άνθρωποι φτάνουν σε μεγάλη ηλικία και επομένως δεν είναι σπάνιοι, καθώς επίσης και διότι οι σημερινοί ρυθμοί εξέλιξης της γνώσης και της τεχνολογίας απαιτούν διαφορετικό τρόπο μετάδοσης της γνώσης, που άλλοτε τη μετέφεραν στους νεότερους οι παλαιότεροι.

Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι παραμένουν αναντικατάστατοι φορείς των αιώνιων αξιών της ανθρωπότητας, των παραδόσεων, εμπειρογνώμονες της ίδιας της ζωής. Παρόλα αυτά, πιστεύεται ότι όταν κάποιος περάσει το τρίτο στάδιο της ζωής του θεωρείται ότι έχει πάψει να είναι δημιουργικός.

Την τάση αυτή έρχεται η οργανωμένη κοινωνία να την αντιμετωπίσει, να διαμορφώσει νέα πρότυπα που ανταποκρίνονται στις νέα συνθήκες και να παράγει ρεαλιστικές προτάσεις για ανάληψη δράσης από τους υπεύθυνους φορείς, είτε αυτοί είναι δημόσιοι, ιδιωτικοί, είτε είναι εκκλησιαστικοί φορείς Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης και Πρόνοιας.



3.1 ΦΟΡΕΙΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

Η Πρωτοβάθμια Ιατρική Περίθαλψη (Primary Medical Care) αναφέρεται σε Υπηρεσίες Υγείας που προσφέρονται σε άτομα που έχουν νοσήσει και έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά τα συμπτώματα της νόσου. Αντίθετα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Primary Health Care) εκφράζει μια ευρύτερη έννοια, που αναφέρεται σε Υπηρεσίες Υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα, είτε στο σύνολο του πληθυσμού, είτε στο επίπεδο της κοινότητας.⁽²⁸⁾

Οι Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης και Πρόνοιας αναφέρονται κυρίως στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη, η οποία προηγήθηκε και αναπτύχθηκε ιστορικά πρώτη, σε αντίθεση με τις Υπηρεσίες Υγειονομικής Φροντίδας και Δημόσιας Υγείας που καθιερώθηκαν κατά τις τελευταίες δεκαετίες.⁽²⁹⁾

Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου 1397/83 η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη τόσο στις αγροτικές, όσο και στις αστικές περιοχές, πρέπει να παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας σε συνδυασμό με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία. Ο νόμος αυτός, που στη μεγαλύτερή του έκταση ισχύει και σήμερα, έθεσε για πρώτη φορά τα θεμέλια για ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας.⁽³⁰⁾

Με βάση το χρηματοδοτικό κριτήριο, οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης στο Νομό Μαγνησίας προσφέρονται σήμερα από τους εξής φορείς:

1. Το Κράτος, μέσω των έξι (6) Κέντρων Υγείας και των αντίστοιχων Περιφερειακών τους Ιατρείων που δημιουργήθηκαν και λειτούργησαν σύμφωνα με το νόμο 1397/83, για τις αγροτικές περιοχές και των Εξωτερικών Ιατρείων των Νοσοκομείων για τα αστικά κέντρα, έθεσε σαν στόχο την παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας τόσο στους νέους, όσο και στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Τα Κέντρα Υγείας του νομού (βλ. χάρτη νομού Μαγνησίας), που ανήκουν στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο του Βόλου, είναι εγκατεστημένα σε αντίστοιχους έξι (6) Περιφερειακούς Δήμους, πλην του Δήμου Βόλου, οι οποίοι με τη σειρά τους αποτελούν κομβικές αρτηρίες και σημεία «κλειδιά», όσον αφορά στην άμεση και αποτελεσματική εξυπηρέτηση των πελατών-ασθενών τους.

28,29,30. Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, «Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα», Αθήνα 1996, σελ. 101, 112, 263-264.

Σε όλα τα σημεία των Κέντρων Υγείας υπάρχουν καθοδηγητικές πινακίδες, αλλά και διάφορα καταστήματα (φαρμακεία, εμπορικά, χώροι στάθμευσης ταξί, κ.λπ.), έτσι ώστε όλοι οι πελάτες-ασθενείς, ακόμη και οι ηλικιωμένοι, να είναι δυνατό να εξυπηρετούνται άμεσα και γρήγορα.

Η προσφορά τόσο των Κέντρων Υγείας, όσο και των Περιφερειακών Αγροτικών Ιατρείων (βλ. χάρτη νομού Μαγνησίας) που υπάγονται στο διοικητικό έλεγχο των κέντρων υγείας της περιοχής τους, έχουν ως κύριο ρόλο τη διάγνωση και αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας, καθώς και την παροχή πρώτων βοηθειών στους κατοίκους όλων των ηλικιών.

Στο σημείο αυτό είναι χρήσιμο να αναφέρουμε ότι στις ειδικότητες των ιατρών δεν συγκαταλέγεται ειδικότητα Γηροντολόγου (ιατρού δηλαδή που να ασχολείται αποκλειστικά με την υγεία των γερόντων), με αποτέλεσμα οι ανάγκες για υγειονομική πρωτοβάθμια περίθαλψη να καλύπτονται από τις υπηρεσίες που προσφέρει το ιατρικό και λοιπό προσωπικό των κέντρων υγείας του νομού.

Κύρια πηγή χρηματοδότησής τους είναι ο κρατικός προϋπολογισμός και σε μικρότερο ποσοστό τα ασφαλιστικά ταμεία.

2. Οι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί, μέσω των πολυιατρείων, κυρίως όμως μέσω αυτών του Ι.Κ.Α. (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), που είναι εγκατεστημένο με τη μορφή ενός κεντρικού καταστήματος στην πόλη του Βόλου, καθώς και έξι (6) υποκαταστημάτων σε περιφερειακά σημεία του νομού (βλ. χάρτη νομού Μαγνησίας). Τα πολυιατρεία των Ασφαλιστικών Οργανισμών παρέχουν κάθε είδους υγειονομική και προνοιακή υπηρεσία σε όλους του κατοίκους του νομού, δίνοντας έμφαση κυρίως στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών προέρχεται κυρίως από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών αυτών.

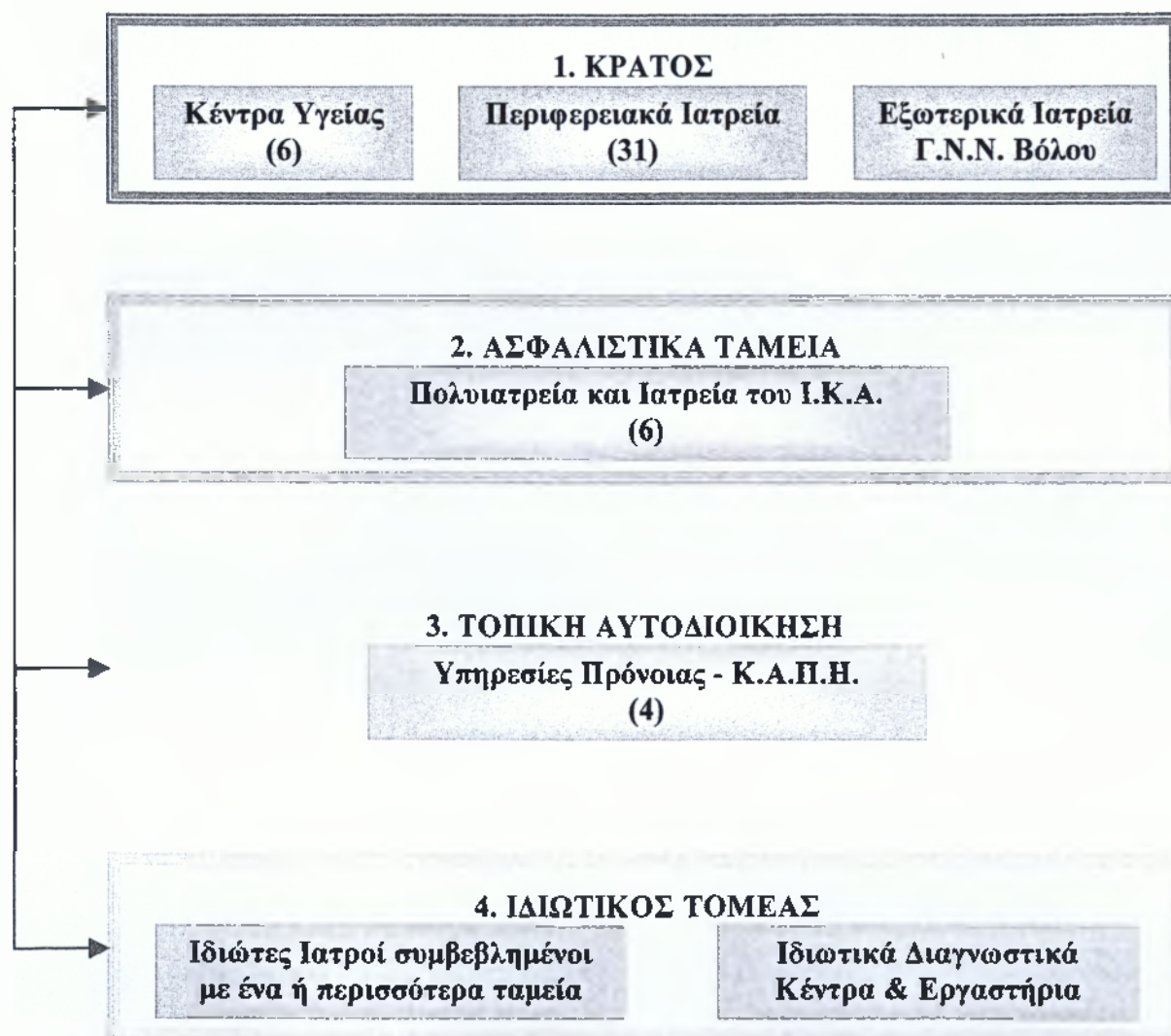
3. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση, προσφέρει περιορισμένου όγκου και εύρους υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μέσα από προνοιακού τύπου υποδομή και από πολύ μικρό αριθμό δημοτικών ιατρείων. Τα **Κ.Α.Π.Η.** είναι η πιο γνωστή μορφή παροχής υπηρεσιών από την τοπική αυτοδιοίκηση στο νομό Μαγνησίας, αλλά και στην υπόλοιπη Ελλάδα. Συγκεκριμένα, στο νομό Μαγνησίας αριθμούνται τέσσερα (4) Κ.Α.Π.Η. εκ των οποίων τα δύο (2) είναι εγκατεστημένα στο Δήμο Βόλου, ενώ τα υπόλοιπα δύο καλύπτουν τις ανάγκες των υπόλοιπων Δήμων του νομού.

Κύριες πηγές χρηματοδότησης της Τοπικής Αυτοδιοίκησης είναι οι δημοτικοί φόροι και ο κρατικός προϋπολογισμός μέσω του Υπουργείου Εσωτερικών.

4. Ο Ιδιωτικός Τομέας, αποτελεί σημαντικό τμήμα του ευρύτερου τομέα υγείας, τόσο στο νομό Μαγνησίας, όσο και σε ολόκληρη την Ελλάδα. Οι ιδιώτες γιατροί που είναι συμβεβλημένοι με ένα ή περισσότερα ταμεία και τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια είναι οι κύριοι φορείς παροχής πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και πρόνοιας στο νομό Μαγνησίας.

Ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται κυρίως από το οικογενειακό εισόδημα των νοικοκυριών και τα ασφαλιστικά ταμεία.

Όλοι οι προαναφερθέντες φορείς απεικονίζονται με τη μορφή ενός αναλυτικού διαγράμματος που φαίνεται αμέσως παρακάτω:

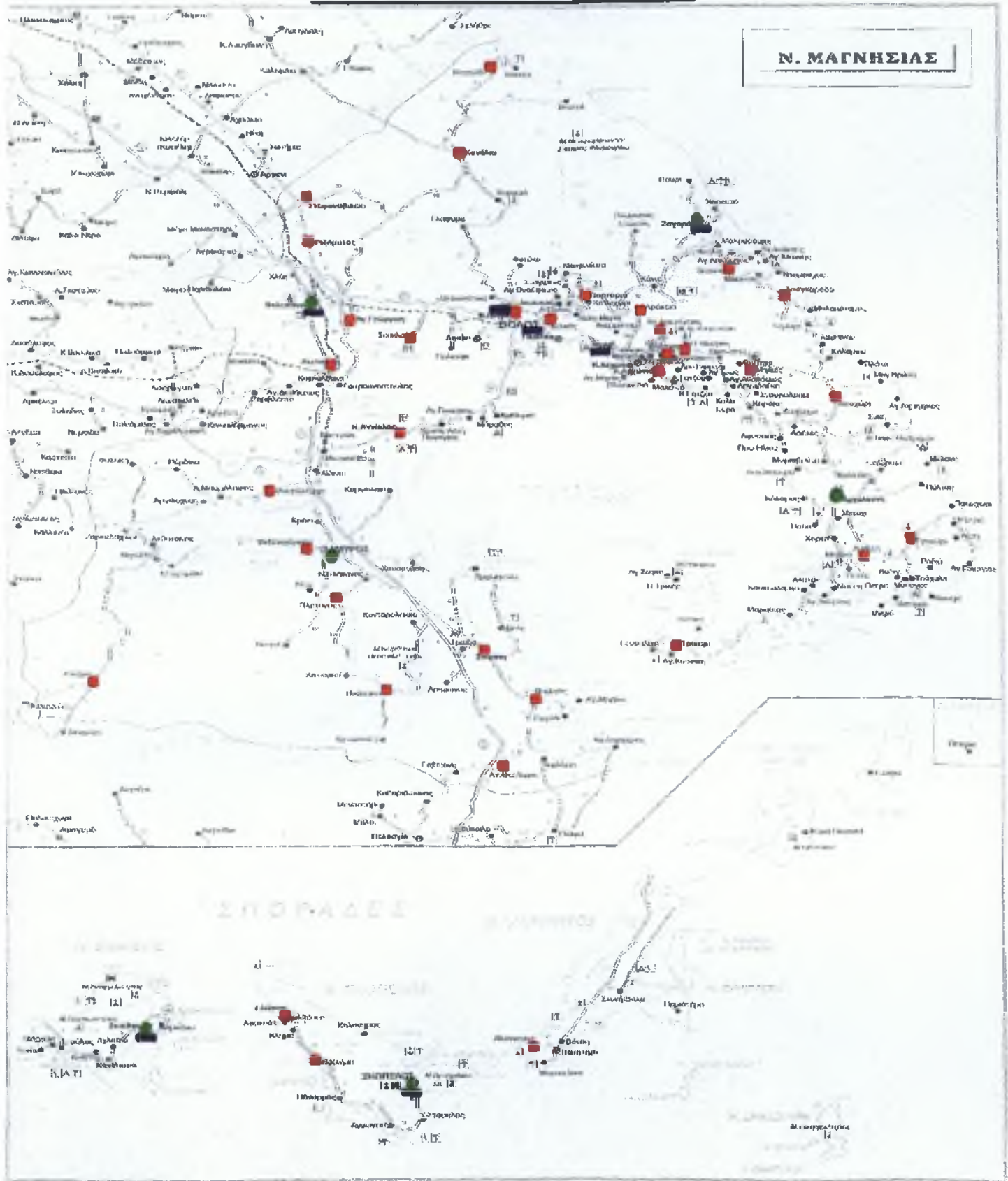


Διάγραμμα 3.1: Διάγραμμα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Ν. Μαγνησίας

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας
για την Τρίτη Ηλικία στο Δήμο Βόλου**

ΧΑΡΤΗΣ ΝΟΜΟΥ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ



ΥΠΟΜΝΗΜΑ

Κέντρα Υγείας ■ Περιφερειακά Ιατρεία ■ Πολυιατρεία Ι.Κ.Α.

Πέρα από τους φορείς Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης και Πρόνοιας στο νομό Μαγνησίας υπάρχουν και οι φορείς που παρέχουν υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Σ' αυτή την κατηγορία φορέων υπάγονται: α) η κοινωνική υπηρεσία του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βόλου & β) οι ιδιωτικές κλινικές.

Η κοινωνική υπηρεσία του Γ.Ν.Ν. Βόλου συστήθηκε το 1978 και έχει ως στόχο να βοηθά τους πολίτες που χρειάζονται στήριξη σε δύσκολες στιγμές της ζωής τους. Οι υπηρεσίες προσφέρονται από τρεις κοινωνικούς λειτουργούς.

Έργο της κοινωνικής υπηρεσίας είναι η συμβολή στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση συναισθηματικών, κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που δημιουργούνται σε άτομα ή ομάδες ατόμων, εξαιτίας διαταράξεως της σωματικής ή ψυχικής τους υγείας ή οφείλονται στις συνθήκες του περιβάλλοντός τους και δυσχεραίνουν τη διάγνωση και τη θεραπεία της διαταραχής.

Έκτος από την κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου υπάρχουν και εναλλακτικές μορφές περίθαλψης των ατόμων της τρίτης ηλικίας, οι οποίες αναπτύσσονται έξω από το νοσοκομείο και αφορούν στον ιδιωτικό τομέα, μέσω των κλινικών και του γηροκομείου.

Όλες οι παραπάνω μονάδες είναι εγκατεστημένες και λειτουργούν στην πρωτεύουσα του νομού Μαγνησίας, στο Βόλο, παρέχοντας τις ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες τους στα άτομα της τρίτης ηλικίας του νομού.

3.2 ΦΟΡΕΙΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΒΟΛΟΥ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εκφράζει μια στρατηγική που δίνει μεγαλύτερη έμφαση στον εξωνοσοκομειακό τομέα ενός συστήματος υγείας. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι γίνεται υποτίμηση της νοσοκομειακής και εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης. Επιδρά όμως στο νοσοκομειοκεντρικό σύστημα υγείας το οποίο ενδιαφέρεται περισσότερο *για το πάσχον όργανο παρά για το πάσχον άτομο συνολικά*. Η συνειδητοποίηση των ορίων του νοσοκομείου καθώς και της περιορισμένης αποτελεσματικότητάς του, οδηγεί στην αναγκαία παραδοχή ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να αποτελέσει τον άξονα εκείνο γύρω από τον οποίο είναι δυνατή η συνεχής και συστηματική παρακολούθηση του πελάτη – ασθενή.⁽³¹⁾

Με βάση την παραδοχή αυτή, μιας και η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί το πρώτο επίπεδο του συστήματος, εκεί δηλαδή που ο πελάτης – ασθενής έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με τις επίσημες υπηρεσίες υγείας, οι πρωτοβάθμιες μονάδες αποτελούν το επίκεντρο του συστήματος.

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο καλύπτει τις υγειονομικές ανάγκες μιας περιοχής μέχρι 50.000 περίπου ατόμων. Αποβλέπει στην προσφορά βασικών υπηρεσιών υγείας, αλλά και κοινωνικών και προληπτικών υπηρεσιών υγείας. Όλες οι υπηρεσίες είναι προσιτές στους κατοίκους του κάθε δήμου, αλλά και νομού καλύπτοντας όλες τις ομάδες ηλικιών.

Η Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη στο Δήμο Βόλου παρέχεται από τους παρακάτω φορείς:

- **Το Κράτος**
- **Τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς**
- **Την Τοπική Αυτοδιοίκηση**
- **Τον Ιδιωτικό Τομέα.**

31. Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, «Συστήματα Υγείας & Ελληνική Πραγματικότητα», Αθήνα 1996, σελ. 101-102.

3.2.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ

Είναι σε όλους μας γνωστό ότι ο Νόμος 1397/83 προέβλεπε ότι οι υπηρεσίες υγείας θα παρέχονται σε όλους τους πολίτες δωρεάν και αποκλειστικά από το κράτος. Σήμερα όμως λόγω της μη εφαρμογής όλων των διατάξεων του νόμου, στις μεν αγροτικές περιοχές η παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης γίνεται κυρίως από τα ήδη λειτουργούντα, αν και ελλιπώς στελεχωμένα, κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία. Στις αστικές δε περιοχές η κατάσταση παραμένει ως έχει τα τελευταία χρόνια, δηλαδή μεγάλες ελλείψεις σε κτίρια, εξοπλισμό και ειδικευμένο προσωπικό, πολυκερματισμός και ανισότητες στην πρόσβαση, την ποιότητα και το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σ' αυτές τις περιοχές ο νόμος προέβλεπε τη δημιουργία ικανού αριθμού κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων, καθώς και τη βελτίωση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Ακόμη προβλεπόταν η ένταξη των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών και κυρίως του Ι.Κ.Α., καθώς της υποδομής τους στο ΕΣΥ, έτσι ώστε μέσα από αυτού του είδους την ενοποίηση να βελτιωθεί η ποιότητα, να αυξηθεί η αποδοτικότητα και να περιοριστούν οι υπάρχουσες ανισότητες. Έτσι, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιορίζεται σήμερα στην ικανοποίηση στοιχειωδών αναγκών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.⁽³²⁾

Στο Νομό Μαγνησίας η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται στα άτομα της τρίτης ηλικίας, στις αγροτικές και αστικές περιοχές από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Αγροτικά Ιατρεία σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου 1397/83. σύμφωνα με τον προαναφερθέντα νόμο, τα κέντρα υγείας διοικητικά αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες του **Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο»**, με νοσηλευτική, επιστημονική, χρηματοδοτική και λειτουργική σύνδεση μ' αυτό.

Συγκεκριμένα στο νομό υπάρχουν έξι (6) **Κέντρα Υγείας**, τα οποία είναι χωροθετημένα με βάση τα γεωγραφικά, πληθυσμιακά και κοινωνικο-οικονομικά κριτήρια της περιοχής, έτσι ώστε να εξυπηρετούνται ακόμη και οι πιο απομακρυσμένες περιοχές από την πρωτεύουσα του νομού όπου και είναι τοποθετημένο το Νοσοκομείο.

32. Μ.Θεοδώρου, Μ.Σαρρής, Σ.Σούλης, «Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα» Αθήνα 1996, σελ. 265.

Η εξυπηρέτηση και η πρόσβαση των πελατών – ασθενών όλων των ηλικιών γίνεται με εύκολο τρόπο, διότι βρίσκονται κοντά σε οδικές αρτηρίες, υπάρχουν παντού καθοδηγητικές πινακίδες καθώς και διάφορα καταστήματα (όπως φαρμακεία, περίπτερα, ταξί, χώροι στάθμευσης, στάσεις των αστικών και υπεραστικών λεωφορείων, και πολλά άλλα) που αποσκοπούν στην άριστη και εύκολη εξυπηρέτηση όλων όσων επισκέπτονται τα ιδρύματα.

Η προσφορά των Κέντρων Υγείας δεν περιορίζεται στην αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας αλλά επεκτείνεται πολύ περισσότερο στην πρόληψη της ασθένειας και την προαγωγή της υγείας των ατόμων της κοινότητας ή δήμου που εξυπηρετεί. Στο σημείο αυτό είναι χρήσιμο να επισημανθεί ότι στις ειδικότητες των ιατρών που στελεχώνουν τα Κέντρα Υγείας δεν συγκαταλέγεται ειδικότητα Γεροντολόγου (Ιατρού δηλαδή που να ασχολείται αποκλειστικά με την υγεία των ατόμων της τρίτης ηλικίας).

Ειδικότητες παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας ειδικά για την Τρίτη Ηλικία στο Νομό Μαγνησίας δεν υπάρχουν. Οι ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη των ηλικιωμένων καλύπτονται από τις υπηρεσίες που προσφέρει το Ιατρικό και Λοιπό Προσωπικό του των Κέντρων Υγείας του Νομού σε όλες τις ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι στα κέντρα υγείας του νομού λειτουργεί και **Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας** που έχει την ευθύνη για την οργάνωση παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στον πληθυσμό που εξυπηρετεί, δηλαδή διαφώτιση του πληθυσμού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, διαιτητικής αγωγής, σχολικής αγωγής καθώς και συνεπικουρία γενικά στο έργο παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στα άτομα της τρίτης ηλικίας.⁽³³⁾

Όπως αναφερθήκαμε και παραπάνω οι ανάγκες τόσο των ηλικιωμένων, όσο και του υπόλοιπου πληθυσμού καλύπτονται και από τα **Περιφερειακά Αγροτικά Ιατρεία**. Βρίσκονται υπό τον διοικητικό έλεγχο του κέντρου υγείας της περιοχής τους. κύριος ρόλος τους είναι η παροχή πρώτων βοηθειών και η παροδική εξέταση των πελατών – ασθενών. Όταν τα περιστατικά κρίνονται ότι χρειάζονται περαιτέρω εξέταση παραπέμπονται στο κέντρο υγείας που ανήκουν.

Τα ιατρεία αυτά πλαισιώνονται εκτός από ιατρικό προσωπικό και από προσωπικό των κλάδων νοσηλευτών-τριών, μαιών-των.

33. Αποφάσεις Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων περί «Συστάσεων Κέντρων Υγείας στο Νομό Μαγνησίας», Φ.Ε.Κ. 97,230,231/Β/86 & 264/Β/85.

Στο Νομό Μαγνησίας σύμφωνα με τα στοιχεία που υπάρχουν από το Νοσοκομείο Βόλου, τα περιφερειακά ιατρεία αριθμούνται σε τριάντα πέντε (35), εκ των οποίων τα δύο (2) συγκαταλέγονται ως ειδικά περιφερειακά ιατρεία των Δικαστικών Φυλακών Βόλου και των Φυλακών Κασαβέτειας. Συγκεκριμένα τα εννέα υπάγονται στο Κ.Υ. Αλμυρού, τα έντεκα στο Κ.Υ. Αργαλαστής, τα εννέα στο Κ.Υ. Βελεστίνου, τα τρία στο Κ.Υ. Ζαγοράς και τα δύο στο Κ.Υ. Σκοπέλου. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει και το κέντρο υγείας Σκιάθου στο οποίο δεν αριθμούνται περιφερειακά ιατρεία λόγω του γεγονότος ότι γεωγραφικά βρίσκεται πιο κοντά στο Νοσοκομείο Βόλου αλλά και του ότι καλύπτει μικρότερη έκταση σε σχέση με αυτή των άλλων περιοχών. (βλέπε Χάρτη Ν. Μαγνησίας)

Παρατηρώντας το Γεωφυσικό Χάρτη του Νομού Μαγνησίας και την αντίστοιχη κατανομή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων μπορεί να ειπωθεί ότι η τοποθέτηση και συγκέντρωση των περισσότερων ιδρυμάτων έχει πραγματοποιηθεί στην ορεινή περιοχή του Νομού. Κύριος λόγος εμφάνισης αυτού του γεγονότος είναι το δύσβατο της περιοχής και οι μακρινές αποστάσεις που πρέπει να καλυφθούν από τους κατοίκους έτσι ώστε να επισκεφθούν τόσο τα κοντινότερα κέντρα υγείας, όσο και το Νοσοκομείο. Είναι επίσης γνωστό ότι στην ορεινή περιοχή τα εναπομείναντα άτομα είναι κυρίως άτομα τρίτης ηλικίας, μιας και οι νέοι έχουν εγκαταλείψει τον τόπο τους λόγω των εργασιακών υποχρεώσεών τους στην πρωτεύουσα του Νομού εφόσον τα υπάρχοντά τους δεν ικανοποιούσαν τις ανάγκες τους. Έτσι, η εγκατάσταση των περισσότερων ιδρυμάτων κρίθηκε αναγκαία στο τμήμα αυτό του νομού για την άμεση και εύκολη εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων.

Στην πεδινή περιοχή του Νομού η τοποθέτηση των ιδρυμάτων αυτών είναι σαφώς πιο αραιωμένη μιας και οι αποστάσεις που πρέπει να διανύσουν οι κάτοικοι είναι μικρότερες σε σχέση μ' αυτές της ορεινής περιοχής.

Η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη στα άτομα της τρίτης ηλικίας από το Κράτος δεν σταματά εδώ. Η συνέχεια δίνεται από τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου. Ακριβή στοιχεία για τον αριθμό των επισκέψεων στα Εξωτερικά Ιατρεία δεν μπορούν να δοθούν, διότι δεν υπάρχει μηχανογραφημένο αρχείο ασθενών. Επίσης, λόγω του μικρού ωραρίου λειτουργίας αυτών δημιουργείται σοβαρό πρόβλημα με την παροχή των Υπηρεσιών Υγείας, ενώ το Ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις.

Τέλος, εκτός από τα Ιδρύματα που προσφέρουν Πρωτοβάθμια Περίθαλψη στα άτομα της Τρίτης Ηλικίας, το Κράτος έχει θεσπίσει και ορισμένα μέτρα προστασίας αυτών, όπως:

α) συνταξιοδότηση των ανασφάλιστων ηλικιωμένων οι οποίοι, μετά το 65^ο έτος, λαμβάνουν κάθε μήνα από ειδικό λογαριασμό ου έχει συσταθεί στον Ο.Γ.Α., το ποσό των 35.000 δραχμών. Μαζί με το μηνιαίο αυτό επίδομα, οι δικαιούχοι έχουν υγειονομική περίθαλψη, εφόσον και πάλι δεν καλύπτονται από άλλο φορέα.

β) ηλικιωμένα άτομα άνω των 60 ετών, τα οποία έχουν αναπηρία (σωματικά και διανοητικά ανάπηροι) πάνω από 6%, έχουν δικαίωμα για μηνιαία οικονομική ενίσχυση. Προϋπόθεση για την ενίσχυση αυτή είναι να μην είναι ασφαλισμένο το άτομο σε άλλο φορέα.

γ) σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης (λ.χ. σεισμός, ξαφνική ασθένεια, έξωση, πυρκαγιά, θεομηνία) ηλικιωμένα άτομα, όπως και άτομα και οικογένειες όλων των ηλικιών δικαιούνται έκτακτη οικονομική ενίσχυση που μπορεί να κυμαίνεται από 30.000-100.000 δραχμές.

δ) εκτός από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ο Ερυθρός Σταυρός και τα Φιλόπτωχα Ταμεία των ενοριών των εκκλησιών παρέχουν οικονομική ενίσχυση σε άπορους ηλικιωμένους.

ε) επιδότηση ενοικίου. Μοναχικά άτομα ή ζευγάρια άνω των 65 ετών, τα οποία αποδεδειγμένα δεν έχουν ιδιόκτητη στέγη και βρίσκονται σε οικονομική αδυναμία δικαιούνται επιδότηση του ενοικίου. Το ποσό για την επιδότηση είναι περίπου 15.000 δραχμές το μήνα.⁽³⁴⁾

34. Πέτρος Α. Σταθόπουλος, «Κοινωνική Πρόνοια, Μια Γενική Θεώρηση», Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1996, σελ. 308-309.

3.2.2 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ

Η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς παρέχεται από τους φορείς ασθένειας ή τους κλάδους ασθένειας των ασφαλιστικών οργανισμών και χρηματοδοτείται κυρίως, από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών. Όλοι οι ασφαλιστικοί οργανισμοί πλην του Ι.Κ.Α. παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσα από συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς και εργαστήρια. Μικρής έκτασης υγειονομική υποδομή διαθέτουν πλην του Ι.Κ.Α. και κάποια άλλα μικρότερα ταμεία, όπως Ο.Γ.Α., Τ.Ε.Β.Ε., Τ.Σ.Α., Ν.Α.Τ., κ.λπ., αλλά και εδώ ο κύριος όγκος των υπηρεσιών παρέχεται μέσα από συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς.⁽³⁵⁾

Το Ι.Κ.Α. αντίθετα, όπου θεωρείται και ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός φορέας, διότι καλύπτει το μισό του πληθυσμού, προσφέρει τις υπηρεσίες υγείας ακόμη και στα άτομα της τρίτης ηλικίας, μέσα από ένα δικό του ευρύ και αποκεντρωτικό δίκτυο πολυιατρείων και ιατρείων. Στις περιπτώσεις εκείνες όπου η υποδομή σε ακτινοδιαγνωστικό κυρίως εξοπλισμό δεν μπορεί να καλύψει πλήρως τις ανάγκες των δικαιούχων, το Ι.Κ.Α. έχει συνάψει σχέση εργασίας με ιδιωτικά εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα, τα οποία αμείβονται κατά πράξη και με συμφωνημένα τιμολόγια.⁽³⁶⁾

Οι δικαιούχοι περίθαλψης του Ι.Κ.Α. είναι στην πλειοψηφία τους εργάτες και μισθωτοί, τα μέλη των οικογενειών τους, καθώς και οι συνταξιούχοι του ταμείου με τα εξαρτημένα μέλη τους. Σε όλους χορηγείται βιβλιάριο ασθένειας, όπου με την απλή επίδειξή του τους παρέχεται το δικαίωμα της δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Οι δικαιούχοι περίθαλψης του Ο.Γ.Α., οι οποίοι δεν πληρώνουν εισφορές για υγεία, εξυπηρετούνται κυρίως από τα κέντρα υγείας που καλύπτουν τις αγροτικές περιοχές της χώρας, όπου για το Ν. Μαγνησίας αριθμούνται σε έξι (6).⁽³⁷⁾

Και οι δύο αυτοί ασφαλιστικοί οργανισμοί, οι οποίοι καλύπτουν πάνω από το μισό ποσοστό των ασφαλισμένων στη χώρα μας, αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου.

35, 36, 37. Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, «Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα», Αθήνα 1996, σελ. 271-277.

Στο Ν. Μαγνησίας το κεντρικό κατάστημα του Ι.Κ.Α., το οποίο βρίσκεται γεωγραφικά στην πρωτεύουσα του νομού, το Βόλο, συνεπικουρούμενο από τα έξι (6) περιφερειακά υποκαταστήματά του, παρέχουν Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη με τη συμβολή του προσωπικού, μέσα από ένα δίκτυο πολυιατρείων και ιατρείων. Η γεωγραφική κατανομή, τόσο του κεντρικού καταστήματος του Ι.Κ.Α. στο Ν. Μαγνησίας, όσο και των υπολοίπων υποκαταστημάτων του ιδρύματος, έχει επιλεγεί με βάση την αποτελεσματικότερη και αμεσότερη κάλυψη των αναγκών των πελατών-ασθενών, σε κάθε ηλικιακό στάδιο. *Αυτό που πρέπει να σημειωθεί είναι ότι δεν παρέχονται ειδικά προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης για ηλικιωμένα άτομα.*

3.2.3 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ

Πολλοί Δήμοι και Κοινότητες (Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης) προσφέρουν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης και Πρόνοιας για την Τρίτη Ηλικία, έχοντας όμως περισσότερο προνοιακό χαρακτήρα παρά περιθαλπτικό. Οι υπηρεσίες αυτές στο Ν. Μαγνησίας παρέχονται μέσω των:

- *Κέντρων Ανοικτής Προστασίας ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)*
- *Δημοτικού Οργανισμού Υγείας και Κοινωνικών Θεμάτων (Δ.Ο.Υ.Κ.)*
- *Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου*
- *Διεύθυνσης Πρόνοιας της Νομαρχίας Μαγνησίας.*

Οι παραπάνω οργανισμοί έχουν ως έδρα το Δήμο Βόλου με εξαίρεση τα δύο (2) από τα πέντε (5) Κ.Α.Π.Η. που είναι εγκατεστημένα και λειτουργούν στον Αλμυρό και στην Αγριά (βλ. Χάρτη του Δήμου Βόλου).

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και σκοπός τους είναι οι ιατροκοινωνικές παροχές στους ηλικιωμένους (ιατρική, νοσηλευτική περίθαλψη, φυσιοθεραπεία, κοινωνική εργασία, βοήθεια κατ' οίκον, ψυχαγωγία, επιμόρφωση, δραστηριοποίηση, σίτιση με μη αυτοεξυπηρετούμενους).

Στο Δήμο Βόλου (βλ. Χάρτη) λειτουργούν τρία (3) Κ.Α.Π.Η. εκ των οποίων το 1^ο ιδρύθηκε το 1984 και λειτούργησε το 1985, ενώ το 2^ο Κ.Α.Π.Η. λειτούργησε το 1986. Το 3^ο Κ.Α.Π.Η. ανήκει στη Νέα Ιωνία του Βόλου και ιδρύθηκε το 1985. Λειτουργεί και αναπτύσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο του πολεοδομικού συγκροτήματος του Δήμου Βόλου. Μέλη των ιδρυμάτων γίνονται άτομα άνω των εξήντα (60) ετών και σήμερα αριθμούν περίπου 3.850 μέλη και στα τρία Κ.Α.Π.Η..

Στα προστατευόμενα μέλη από το προσωπικό των κέντρων, που είναι τρεις (3) κοινωνικοί λειτουργοί, τρεις (3) φυσιοθεραπευτές, τέσσερις (4) νοσηλεύτριες, τέσσερις (4) οικογενειακοί βοηθοί και τρεις (3) γιατροί γενικής παθολογίας, παρέχονται οι παρακάτω υπηρεσίες:

1. Κοινωνική εργασία
2. Φυσιοθεραπεία
3. Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική περίθαλψη σε καθημερινή βάση
4. Οργανωμένη ψυχαγωγία με εκδρομές, εκδηλώσεις-συνεστιάσεις και επιμόρφωση μέσα από διαλέξεις για κοινωνικά, πολιτιστικά, ιατρικά θέματα

5. Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί κυλικείο που προσφέρει ρόφημα και αναψυκτικά. Στο χώρο αυτό οι ηλικιωμένοι βρίσκουν συντροφιά, απασχόληση και διέξοδο από την καθημερινή ρουτίνα.

Ο Δημοτικός Οργανισμός Υγείας και Κοινωνικών Θεμάτων

συστάθηκε ως δημοτική επιχείρηση στις αρχές του 1992 με στόχο την τεκμηριωμένη παρέμβαση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στους τομείς της υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, καθώς και τη συστηματοποίηση των κοινωνικών υπηρεσιών του Δήμου Βόλου. Στελεχώνεται από έμπειρο και εξειδικευμένο προσωπικό και προσφέρει τις υπηρεσίες μέσα από οργανωμένα προγράμματα σε όλες τις κοινωνικές ομάδες της πόλης (βλ. Χάρτη Δήμου Βόλου).

Οι τρέχουσες δραστηριότητες του οργανισμού είναι:

1. Ανάπτυξη και διεύρυνση της κοινωνικής υπηρεσίας, έτσι ώστε να καλύπτει με επάρκεια όλα τα περιστατικά.
2. Λειτουργία ξενώνα προσωρινής φιλοξενίας αστέγων για διάστημα από έξι (6) μήνες έως κι ένα (1) χρόνο.
3. Παροχή σίτισης στους απόρους έχοντας στενή συνεργασία με τα Κ.Α.Π.Η. του Δήμου.
4. Ενίσχυση των προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας και αλληλεγγύης στις γειτονιές με στόχο την κάλυψη όλων των ηλικιακών και κοινωνικών ομάδων. Επί του παρόντος λειτουργούν προγράμματα στις συνοικίες Νέας Δημοτριάδος (θα γίνει λεπτομερέστερη αναφορά σε επόμενο κεφάλαιο της εργασίας), Αγίου Βασιλείου και Αγίων Αναργύρων.
5. Συμμετοχή στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» που συνεκτελείται με το Β' Κ.Α.Π.Η. και έχει σκοπό την εξυπηρέτηση και κάλυψη των αναγκών των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου λειτουργεί από το 1988 εφαρμόζοντας τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής, η οποία στοχεύει στην ανίχνευση, πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών όπως αυτές αναπτύσσονται στην κοινότητα (βλ. Χάρτη Δήμου Βόλου).

Στο Κ.Ψ.Υ. λειτουργούν τρία (3) τμήματα: α) το ψυχιατρικό, β) το παιδοψυχιατρικό και γ) το τμήμα αποκατάστασης. Κύριος στόχος των τμημάτων είναι η πρόληψη, η διάγνωση και η θεραπεία των ασθενών όλων των ηλικιών, έχοντας στην κορυφή του ερευνητικού έργου τους την τρίτη ηλικία. Απώτερος στόχος τους είναι η έρευνα των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων των ηλικιωμένων και των διαταραχών της μνήμης αυτών μετά το πέρας του ορίου ηλικίας των εξήντα πέντε (65) ετών.

ΧΑΡΤΗΣ ΔΗΜΟΥ ΒΟΛΟΥ



ΥΠΟΜΝΗΜΑ
Κ.Α.Π.Η.

● Δ.Ο.Υ.Κ.

● Κ.Ψ.Υ.



● Διεύθυνση Πρόνοιας

Τελευταίος δημοτικός φορέας, ο οποίος συμμετέχει στις δραστηριότητες και στα προγράμματα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι **η Διεύθυνση Πρόνοιας της Νομαρχίας Μαγνησίας**.

Ως περιφερειακή Νομαρχιακή Διεύθυνση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας αποτελείται από τέσσερα βασικά τμήματα, συγκεκριμένα:

- A) Τμήμα Προστασίας Οικογένειας και Παιδιού
- B) Τμήμα Δημόσιας Αντίληψης
- Γ) Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας και
- Δ) Τμήμα Γραμματείας.

Τρέχουσες δραστηριότητες του φορέα είναι η χορήγηση απόφασης για την έκδοση βιβλιαρίων που θα παρέχουν δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους. Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται και οι ηλικιωμένοι, εφόσον πληρούν τα παραπάνω κριτήρια. Επίσης δίνει τη δυνατότητα για χορήγηση τροφής, παραμονής σε ξενώνες, εισαγωγή παιδιών και υπερηλίκων σε ιδρύματα, έκδοση αδειών για τη λειτουργία ιδιωτικών παιδικών σταθμών και οίκων ευγηρίας. Τέλος ασκεί έλεγχο και εποπτεία σε ιδιωτικές υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών σε παιδιά, ηλικιωμένους και σε άτομα με ειδικές ανάγκες.

Στα άτομα άνω των 65 ετών, η Διεύθυνση παρέχει ένα επίδομα στέγασης εφόσον είναι οικονομικά αδύνατοι και ανασφάλιστοι, καθώς και όσους ανασφάλιστους επιδοτούνται από τον ασφαλιστικό οργανισμό του Ο.Γ.Α. και είναι άνω των 68 ετών.

Όλες οι παραπάνω μονάδες βρίσκονται τοποθετημένες κοντά σε κεντρικούς οδικούς άξονες της πόλης, έτσι ώστε ο κάθε ενδιαφερόμενος να μπορεί να εξυπηρετηθεί με τον καλύτερο και ευκολότερο τρόπο, λαμβάνοντας τις ποιοτικότερες υπηρεσίες που κάθε μονάδα προσφέρει.

Το προσωπικό που στελεχώνει την κάθε μονάδα είναι ενημερωμένο για την κάθε λεπτομέρεια των προγραμμάτων, έχοντας ως οδηγό την εξυπηρέτηση του πελάτη χωρίς να κουραστεί και να νιώσει άβολα.

3.2.4 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

Επειδή στα πρώτα βήματα ανάπτυξης του Εθνικού Συστήματος Υγείας δόθηκε μεγάλη έμφαση στο νοσοκομειακό τομέα, αλλά και επειδή η χώρα μας διαθέτει πολύ μεγάλο αριθμό γιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό της, η πλειονότητα αυτών αναγκάζεται να βρει επαγγελματική διέξοδο στην άσκηση ιδιωτικής ιατρικής, ιδιαίτερα στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη.⁽³⁸⁾

Χαρακτηριστικά παραδείγματα φορέων πρόνοιας στον ιδιωτικό τομέα είναι οι Βρεφικοί Σταθμοί, οι Οίκοι Ευγηρίας, τα Ιδρύματα Κλειστής Περίθαλψης, τα Γηροκομεία, οι Παιδικές Κατασκηνώσεις, και πολλά άλλα. Πολύ σημαντικό ρόλο επίσης παίζει και η **Εκκλησία** στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Περίθαλψης σε άτομα όλων των ηλικιών, αλλά κυρίως στους ηλικιωμένους.

Στο Δήμο Βόλου η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη από τον ιδιωτικό τομέα προσφέρεται από το **Γηροκομείο Βόλου**, το **φιλανθρωπικό σωματείο «Οι Φίλες της Αγάπης»**, την **Ιερά Μητρόπολη Δημητριάδος και από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό**.

Το **Γηροκομείο Βόλου** είναι ένα Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Το έτος 1952 ιδρύεται Φιλανθρωπικό Σωματείο με σκοπό την ίδρυση του Γηροκομείου. Το 1956 στην περίοδο των καταστρεπτικών σεισμών του Βόλου γίνονται οι πρώτες κτιριακές εγκαταστάσεις και στεγάζουν γέροντες που βρέθηκαν μόνοι και απροστάτευτοι. Στη συνέχεια φιλάνθρωποι συμπολίτες πρόσφεραν διάφορα χρηματικά ποσά και έγιναν άλλα πέντε κτίρια που λειτουργούν μέχρι και σήμερα, δυναμικότητας 110 κλινών.

Από τα προαναφερθέντα κτίρια το ένα λειτουργεί ως νοσηλευτήριο για χρονίως πάσχοντες, με δυναμικότητα 35 κλινών. Υπάρχει επίσης ημιτελές κτίριο, δωρεά συμπολίτη μας, το οποίο όταν τελειώσει θα αυξήσει τη δυναμικότητα του ιδρύματος κατά 24 κλίνες.

Το ίδρυμα περιθάλπει άτομα τρίτης ηλικίας, τα για την εισαγωγή τους στο Γηροκομείο είναι :

- α) να είναι ηλικίας άνω των 65 ετών
- β) να είναι υγιείς διανοητικά
- γ) να μην πάσχει από επιληψία, μυοσκελετικές νόσους
- δ) να μην έχει καρκίνο και
- ε) να ακούει και να βλέπει, ώστε να μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί.

38. Μ Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, «Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα», Αθήνα 1996, σελ. 278-279.

Οι κύριες υπηρεσίες που προσφέρει το Γηροκομείο στα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, τροφή, θέρμανση και ψυχαγωγία. Ο χώρος όπου είναι τοποθετημένο περιβάλλεται από δέντρα και τεχνητές λίμνες που δίνουν στον ηλικιωμένο την αίσθηση ότι βρίσκεται σ' ένα παραδεισένιο μέρος, μακριά από το νέφος και το θόρυβο της πόλης. Όσον αφορά στην μεταφορά αυτών και των συγγενών τους υπάρχουν λεωφορεία όλη την ημέρα με δωρεάν τη μεταφορά τους.

Αυτό που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι στο προσωπικό του Γηροκομείου δεν συγκαταλέγεται ειδικότητα Γεροντολόγου για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων.

Ένας άλλος ιδιωτικός φορέας παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στο Δήμο Βόλου είναι η ίδρυση του κοινωνικού, πολιτιστικού, ειδικού, φιλανθρωπικού σωματείου «οι Φίλες της Αγάπης».

Το σωματείο συγκροτήθηκε το 1974 από μια συντροφιά γυναικών, έχοντας ως αντικείμενο την παροχή βοήθειας σε αναξιοπαθούντες. Με την πάροδο όμως του χρόνου απομονώθηκαν οι περιπτώσεις των απόρων, ανασφάλιστων υπερηλίκων και αναπήρων πόλεων που στερούνταν της συντάξεως υπερήλικων αναπήρων Ο.Γ.Α., διότι ήταν κάτοικοι πόλεων και θεσμοθετήθηκαν οι μηνιαίες συντάξεις «κοινωνικής αγάπης», που στέλνονταν με ταχυδρομικές επιταγές κάθε μήνα στους παραπάνω αναξιοπαθούντες με δωρεές συμπολιτών.

Η Εκκλησία, χωρίς να παραβλέπει τις υλικές ανάγκες των ηλικιωμένων ανθρώπων, τις οποίες και διακονεί, με αθόρυβο πλην αποτελεσματικό τρόπο, ρίχνει την προσοχή της βασικά στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων που συνοδεύουν την ηλικία αυτή. Το μεγάλο πρόβλημα των συνταξιούχων είναι η απότομη μεταφορά τους από τη σφύζουσα δραστηριότητα στην απόλυτη μοναξιά, γεγονός που οδηγεί στο μαρασμό και στο θάνατο.

Πρόκειται για μια βάση υποκειμενική αντίληψη, που ενισχύεται από την αδιαφορία πολλών άλλων μέσα και έξω από το σπίτι, που δεν δίνουν προσοχή σε οτιδήποτε μπορούν να κάνουν, να πουν ή να συμβουλέψουν οι ηλικιωμένοι, επιβαρύνοντας έτσι το πρόβλημα. Το ζητούμενο, κατά συνέπεια, είναι πως οι ηλικιωμένοι θα ξεπεράσουν αυτές τις δυσκολίες που τους συνοδεύουν και θα ξαναβρούν τη διάθεση για δημιουργία.

Η εκκλησία είναι ο κατεξοχήν χώρος όπου μπορεί ο ηλικιωμένος να βρει τη ψυχική του γαλήνη και να αντιμετωπίσει τη μοναξιά που τυχόν νιώθει, απευθυνόμενος στο ευρύ δίκτυο ανθρώπων της που ασχολούνται με τους ηλικιωμένους, τόσο σε προνοιακή, όσο και σε ψυχολογική βάση.

Η **Ιερά Μητρόπολη Δημητριάδος** με οδηγό και εμπνευστή τον Σεβασμιότατο Μητροπολίτη της Κο Χριστόδουλο επέδειξε μια αξιόλογη δραστηριότητα με τα **Σπίτια Γαλήνης Χριστού** στις κεντρικές ενορίες των Δήμων Βόλου και Νέας Ιωνίας. Τα σπίτια αυτά πλαισιώνονται από Εθελόντριες Κυρίες με χριστιανική αυταπάρνηση και αγάπη, που βρίσκει αποδέκτες τους άπορους ηλικιωμένους, καθώς και με τις ενοριακές δραστηριότητες, τόσο τις Ιεραποστολικές, όσο και τις καθαρά κοινωνικές που απασχολούν πολλά ηλικιωμένα πρόσωπα, σε μια φιλότιμη προσπάθεια να ξαναβρούν την παρηγοριά της απασχόλησης, της δημιουργίας και της προσφοράς,

Ο **Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός** στα πλαίσια του όλου ανθρωπιστικού του έργου, έκρινε απαραίτητο να στηρίζει την υγεία, σωματική και ψυχική, καθώς και την κοινωνική ευτυχία των ηλικιωμένων ανθρώπων, πιστεύοντας ότι τα άτομα αυτά είναι άξια όχι μόνο σεβασμού και αγάπης των νεοτέρων ηλικιών, αλλά είναι και ανεκτίμητες πηγές ανθρωπίνων αξιών, γνώσεων και πείρας, στοιχεία απαραίτητα για τις μελλοντικές γενιές.

Με κύριο στόχο του να προλαμβάνει τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες για φροντίδα και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα του νομού, το Κέντρο Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού Βόλου, έχει συμπεριλάβει και λειτουργεί στα πλαίσια της νοσηλευτικής του υπηρεσίας ένα πρόγραμμα *γεροντολογίας*, που στόχο έχει την καταγραφή στα μητρώα του κέντρου των ηλικιωμένων κατοίκων της περιοχής, προκειμένου να παράσχει σε αυτούς κάθε δυνατή φροντίδα.

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός με το πρόγραμμα αυτό σκοπεύει:

- α) να δώσει την ευκαιρία στους νέους ανθρώπους για εθελοντική προσφορά και να τους ευαισθητοποιήσει στην ανάγκη επικοινωνίας με τις προηγούμενες γενιές.
- β) να ενεργοποιήσει όλο το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον των ηλικιωμένων να δεχθούν τους «παππούδες και τις γιαγιάδες» και να μάθουν να ζουν μαζί τους.
- γ) να καλύψει ανάγκες υγείας και άλλες δευτερεύουσες κοινωνικοοικονομικές ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων αναπήρων και χρόνια πασχόντων, που ζουν απομονωμένοι στο σπίτι τους.

Η περίθαλψη που παρέχεται στα ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη είναι:

- A) ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι για όσους ζουν μόνοι και δεν μπορούν να μετακινηθούν.
- B) τήρηση ατομικού δελτίου υγείας.
- Γ) λειτουργία παθολογικού ιατρείου για διευκόλυνση των ηλικιωμένων που μπορούν να μετακινηθούν.

Δ) διάθεση οφθαλμιάτρου για οφθαλμολογική εξέταση των ηλικιωμένων στο σπίτι ή στο ιατρείο του.

Ε) διάθεση υπηρεσιακού αυτοκινήτου, με συνοδό επισκέπτρια ή νοσηλεύτρια.

Στ) διάθεση οικιακής βοηθού για την καθαριότητα του περιβάλλοντος των ηλικιωμένων και

Ζ) παροχή ιματισμού, ρουχισμού και άλλων αναγκαίων ειδών από την αποθήκη του Ε.Ε.Σ..

Όλες οι προαναφερθείσες υπηρεσίες προσφέρονται δωρεάν από τον Ε.Ε.Σ. στα άτομα της τρίτης ηλικίας του νομού.

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός είναι Ν.Π.Ι.Δ. και χρηματοδοτείται από το Διεθνή Ερυθρό Σταυρό που εδρεύει στη Γενεύη. Επίσης οι πόροι του προέρχονται από δωρεές και κληροδοτήματα που αφήνουν μηνιαία εισοδήματα.

Το *πρόγραμμα γεροντολογίας* δέχεται κάθε υποστήριξη από την Πολιτεία αλλά και από άτομα «φίλους» της Τρίτης ηλικίας. Έτσι μέχρι τώρα έχουμε την συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, συνεργασία με Δήμους και Κοινότητες της περιοχής Αθηνών αλλά και της Επαρχίας. Επίσης το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μέσα από τις Διευθύνσεις της Νομαρχίας Αττικής στηρίζει τις προσπάθειες του Ε.Ε.Σ..

3.3 ΦΟΡΕΙΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΒΟΛΟΥ

Οι υπηρεσίες Περίθαλψης και κυρίως η Νοσοκομειακή Περίθαλψη προηγήθηκαν και αναπτύχθηκαν ιστορικά πρώτες, σε αντίθεση με τις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας και δημόσιας υγείας που καθιερώθηκαν κατά τις τελευταίες δεκαετίες.

Το 12^ο αιώνα εμφανίζεται για πρώτη φορά μια νέα μορφή ιδρυμάτων, όπου τα πολλά μικρά δωμάτια αντικαθίστανται από μεγάλες αίθουσες με πολλά κρεβάτια, παρέχοντας μια στοιχειώδη περίθαλψη. Η παροχή φροντίδας προς αρρώστους και φτωχούς συνέχιζε να συνυπάρχει μέχρι το 19^ο αιώνα. Από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα και μετά τα νοσοκομεία αποβάλλουν το φιλανθρωπικό τους χαρακτήρα και μετατρέπονται σε φορείς που παρέχουν αποκλειστικά ιατρικές υπηρεσίες σε συνδυασμό με τη μεγάλη εξέλιξη της ιατρικής και της νοσηλευτικής επιστήμης.

Η διαρκής εξέλιξη της ιατρικής, των θεραπευτικών μεθόδων και της βιοϊατρικής τεχνολογίας μεταβάλλουν συνεχώς τους στόχους και τις λειτουργίες του σύγχρονου νοσοκομείου.

Η ιατρική περίθαλψη στο νοσοκομείο διακρίνεται σε τρία επίπεδα φροντίδας: **α) στην πρωτοβάθμια, β) στην δευτεροβάθμια και γ) στην τριτοβάθμια.**

Στο επίπεδο της **Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Περίθαλψης** παρέχεται διαγνωστική και θεραπευτική φροντίδα στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου και επείγουσα ιατρική φροντίδα στα εξωτερικά ιατρεία εκτάκτων και επειγόντων αναγκών υγείας.

Στο επίπεδο της **Δευτεροβάθμιας Ιατρικής Περίθαλψης** παρέχεται νοσηλεία, διεξάγεται εργαστηριακός έλεγχος για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών και διενεργούνται γενικές επεμβάσεις.

Στο επίπεδο της **Τριτοβάθμιας Ιατρικής Περίθαλψης** η παροχή ιατρικής φροντίδας προϋποθέτει υψηλά εξειδικευμένες γνώσεις και απαιτεί την υποστήριξη και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων.⁽³⁹⁾

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα τρία παραπάνω επίπεδα και σε στενή συνεργασία με τις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχουν την άριστη ποιότητα φροντίδας και υγείας στα άτομα της τρίτης ηλικίας και στο Δήμο Βόλου, αλλά γενικότερα και στο Νομό Μαγνησίας.

39. Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, «Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα», Αθήνα 1996, σελ. 116.

3.3.1 ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ

Στους Δημόσιους φορείς Δευτεροβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης και Πρόνοιας συγκαταλέγονται τα *Γενικά* και *Ειδικά Νοσοκομεία*.

Γενικά θεωρούνται τα νοσοκομεία που διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μια ειδικότητες, σε αντίθεση με τα Ειδικά. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε Νομαρχιακά και Περιφερειακά.

Τα Περιφερειακά Νοσοκομεία λειτουργούν στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας και σκοπός τους είναι:

1. Να καλύψουν τις υγειονομικές ανάγκες της περιφέρειας
2. Να παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε συνεργασία με τα ιατρικά τμήματα του Πανεπιστημίου, στις περιφέρειες που υπάρχει και
3. Να συμβάλλουν στην επιστημονική έρευνα.

Τα Νομαρχιακά Νοσοκομεία λειτουργούν σε κάθε νομό έχοντάς ως στόχο:

1. Να παρέχουν στο πλαίσιο και στην έκταση της διάρθρωσης της ιατρικής υπηρεσίας, περίθαλψη για κάθε πολίτη
2. Να βοηθά στην ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας και
3. Να εφαρμόζει προγράμματα ειδίκευσης και εκπαίδευσης όλου του προσωπικού του νοσοκομείου⁽⁴⁰⁾.

Αξίζει να αναφερθεί ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχουν νοσοκομεία για την αποκλειστική νοσηλεία των ηλικιωμένων. Οι ανάγκες αυτών καλύπτονται από τα νοσοκομεία, τα οποία εξυπηρετούν τις ανάγκες όλου του πληθυσμού που καλύπτει.

Στο Νομό Μαγνησίας υπάρχει ένα Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο που παρέχει Δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας, με την επωνυμία Γ.Ν.Ν.Β. «Αχιλλοπούλειο».

Παρατηρώντας το γεωγραφικό χάρτη του πολεοδομικού συγκροτήματος της πόλεως του Βόλου και των προαστίων της μπορούμε να διακρίνουμε ότι το νοσοκομείο είναι εγκατεστημένο στην ανατολική πλευρά της πόλεως και επί των οδών Πολυμέρη 134 και Αθανασάκη. Λαμβάνοντας υπόψη την παρούσα θέση του Νοσοκομείου, το συμπέρασμα το οποίο προκύπτει είναι ότι η πρόσβαση των πελατών-ασθενών σ' αυτό πραγματοποιείται εύκολα και άμεσα, διότι η οδός Πολυμέρη αποτελεί έναν από τους κεντρικότερους οδικούς κόμβους μέσα στην πόλη του Βόλου.

40. Πτυχιακή Εργασία, «Παροχή Υπηρεσιών Υγείας στα άτομα της Τρίτης Ηλικίας του Ν. Τρικάλων», Χαχάμη Βασιλική, Καλαμάτα 1999.

Άρα, χωρίς λοιπόν το Νοσοκομείο να βρίσκεται στο άμεσο κέντρο της πόλεως, η πρόσβαση των πελατών- ασθενών σ' αυτό γίνεται γρήγορα και παράλληλα με το γεγονός ότι δεν υφίσταται και το πρόβλημα της κυκλοφοριακής συμφόρησης.

Επίσης, γύρω από το νοσοκομείο λειτουργούν και εφημερεύουν αρκετά φαρμακεία και καταστήματα τύπου περιπτέρου, με σκοπό την προμήθεια διαφόρων ειδών (τροφίμων, ποτών, εφημερίδων, τσιγάρων, φαρμάκων) τόσο από τους επισκέπτες, όσο και από το προσωπικό του νοσοκομείου. Η συχνή αστική συγκοινωνία και ο χώρος στάθμευσης των οχημάτων αποτελούν ένα ακόμη πλεονέκτημα όσον αφορά στην εξυπηρέτηση όλων των ατόμων που θέλουν να εισέλθουν ή να εξέλθουν από το χώρο του νοσοκομείου.

Η στελέχωση του νοσοκομείου παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις σε όλο σχεδόν το προσωπικό του, με αποτέλεσμα πολλές φορές να παρατηρείται μείωση της αποδοτικότητας. Παρακάτω παρουσιάζεται πίνακας όπου δείχνουν την ποσοτική κάλυψη των θέσεων κατά κατηγορία προσωπικού του Γ.Ν.Ν. Βόλου για τα έτη 1990, 1994 και 1998.

Κατηγορία Προσωπικού	1990		1994		1998	
	Προβλεπόμενες	Πληρούμενες	Προβλεπόμενες	Πληρούμενες	Προβλεπόμενες	Πληρούμενες
Ιατρικό	49	32	70	49	95	82
νοσηλευτικό	240	215	281	258	348	320
διοικητικό	196	148	261	202	318	259
ΣΥΝΟΛΟ	485	395	611	509	761	661

Πίνακας 3.1: Συνολική απεικόνιση των προβλεπόμενων- πληρούμενων θέσεων για το Γ.Ν.Ν. Βόλου για τα έτη 1990, 1994 και 1998

Πηγή: Γραφείο Προσωπικού & Γραμματεία Ιατρικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία του πίνακα παρατηρούμε ότι το προσωπικό του νοσοκομείου κατά τις τρεις αναφερθείσες τετραετίες μπορεί να μην να παρουσιάζει μια αύξηση, αλλά οι ουσιαστικές ελλείψεις αυτού συνεχίζουν να υφίστανται. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχουν εξειδικευμένοι ιατροί – γηροντολόγοι στο Γ.Ν.Ν. Βόλου, για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων.

Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου του Νομού ορίζεται σε 270 κρεβάτια.

3.3.2 ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

Είναι γνωστό πως στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ειδικά Νοσοκομεία για την αποκλειστική νοσηλεία των ηλικιωμένων. Ούτε στο Δημόσιο τομέα, αλλά ούτε και στον Ιδιωτικό τομέα οι ηλικιωμένοι χρήζουν αποκλειστικής νοσοκομειακής περίθαλψης. Η Δευτεροβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη παρέχεται από τα Νοσοκομεία και τα Θεραπευτήρια που λειτουργούν στη χώρα μας, προσφέροντας υπηρεσίες σ' όλες τις ηλικίες του πληθυσμού. Στο Δήμο Βόλου οι ιδιωτικοί φορείς ανθούν και προσφέρουν τις απαραίτητες ποιοτικά υγειονομικές υπηρεσίες της, τόσο στα άτομα της τρίτης ηλικίας, όσο και στον υπόλοιπο πληθυσμό.

ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΝ ΑΝΩ ΒΟΛΟΥ «ΜΠΙΣΑΚΟΣ - ΚΥΡΙΑΚΟΣ»

Αποτελεί Ιδιωτική Κλινική, η οποία ειδικεύεται στη Νευρολογία. Κύριος σκοπός της είναι η εξερεύνηση των παθήσεων των νεύρων, τόσο των ηλικιωμένων, όσο και των νεότερων ατόμων. Ο αριθμός των κλινών του ιδιωτικού αυτού ιδρύματος ανέρχεται στον αριθμό των σαράντα δύο (42) (βλ. Χάρτη Δήμου Βόλου).

Το ποσοστό των ηλικιωμένων νοσηλευομένων είναι βέβαια ιδιαίτερα υψηλό και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι παθήσεις νευρολογικής φύσεως εμφανίζονται συχνότερα και σε μεγαλύτερα ποσοστά στα ηλικιωμένα άτομα, παρά στα άτομα νεότερων ηλικιών.

Το νοσήλιο είναι ανοικτό και για την Γ' θέση και ανέρχεται στο ποσό των 6.000 δραχμών. Οι υπηρεσίες που προσφέρει καλύπτουν στον ασθενή κλίνη, φαγητό και άμεση ιατρική παρακολούθηση από εξειδικευμένους νευρολόγους. Τέλος, οι εργαστηριακές εξετάσεις και σχεδόν όλα τα φάρμακα (εκτός των ορών αντικαρκινικών και στους κορτιζόνες) προσφέρονται δωρεάν στους ασθενείς.

ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ «ΣΚΙΑΘΙΤΗ»

Αποτελεί Ιδιωτική Γενική Κλινική και έχει πέντε (5) ειδικότητες ιατρών (Παθολογία, Παιδιατρικής, Χειρουργικής, Νευρολογίας και Γαστρεντερολογίας). Από τις ειδικότητες αυτές διαπιστώσαμε ότι δεν υπάρχει ειδικότητα ιατρού που να ασχολείται αποκλειστικά με τις ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων.

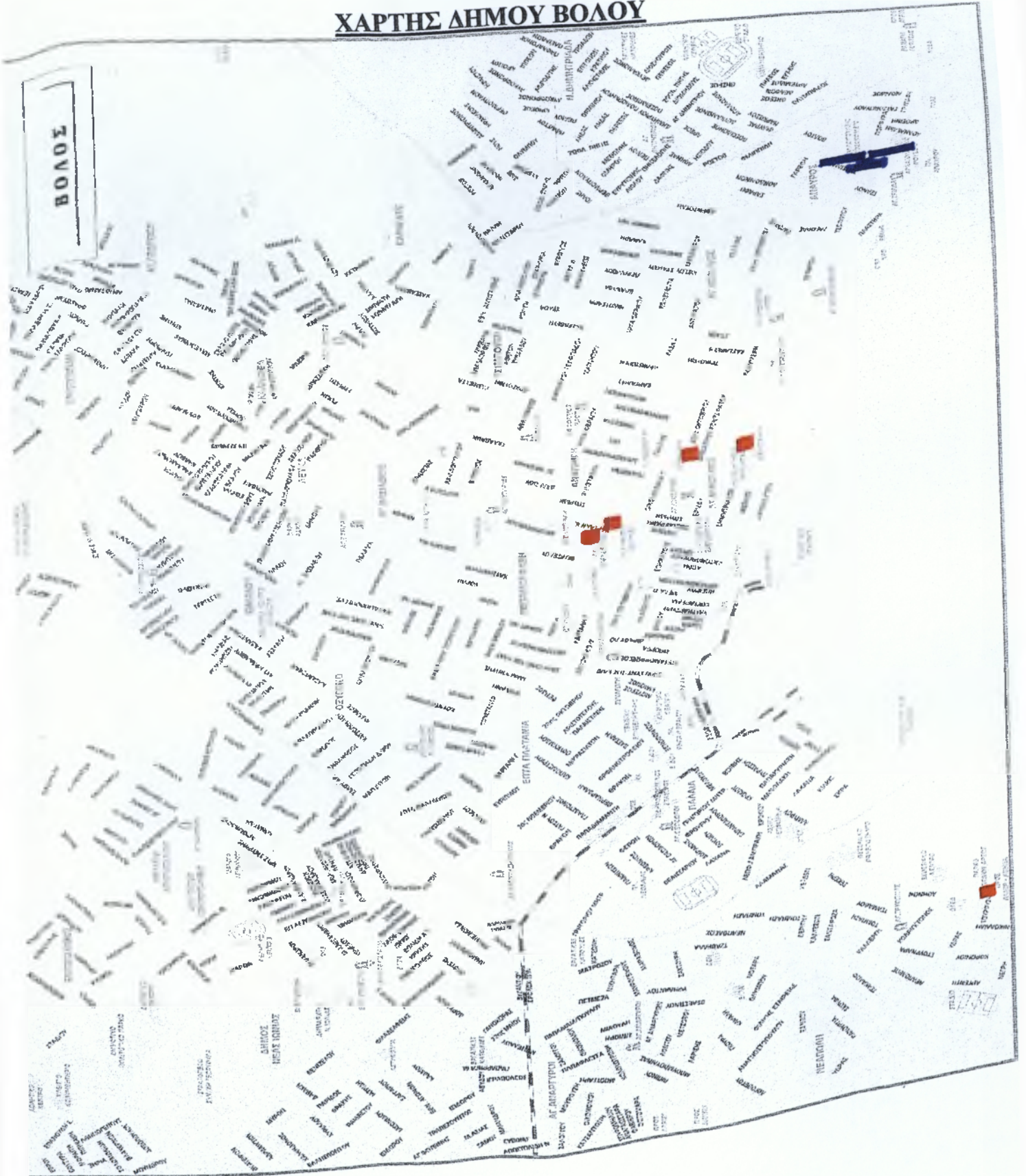
Οι νοσηλευόμενοι της κλινικής είναι όλων των ηλικιών, αλλά το ποσοστό των ηλικιωμένων είναι μεγαλύτερο, γεγονός που εξηγείται από τη φύση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το ίδρυμα. Το νοσηλευτικό προσωπικό ανέρχεται στον αριθμό των δέκα (10) ατόμων και προσπαθεί πάντα να εξυπηρετεί τους ασθενείς όσο γίνεται καλύτερα και ποιοτικότερα, εφόσον σε κάθε νοσηλευτή-τρια αναλογούν μόλις τέσσερις (4) κλίνες. Το συνολικό πλήθος των κλινών ανέρχεται στις σαράντα (40) (βλ. Χάρτη Δήμου Βόλου).

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ «ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ»

Η κλινική άρχισε να λειτουργεί από το 1971 περιθάλποντας άτομα με νευρολογικά προβλήματα. Ιδρυτής της κλινικής και Διευθυντής είναι ο κος Γάτος, ειδικός νευρολόγος-ορθοπεδικός ιατρός. Οι υπηρεσίες προσφέρονται κυρίως στα άτομα της τρίτης ηλικίας, μιας και τα ποσοστά εμφάνισης των νευρολογικών παθήσεων στους ηλικιωμένους είναι υψηλότερα.

Έχει δύναμη τριάντα οκτώ (38) κλινών και το νοσήλιο είναι ανοικτό και για την Γ' θέση, σε συνάρτηση με το γεγονός ότι ορισμένοι ασθενείς νοσηλεύονται για αρκετό καιρό στην κλινική, στην περίπτωση που δεν υπάρχουν συγγενείς για να τους προσέχουν και να τους φροντίζουν. Οι περισσότεροι νοσηλευόμενοι έχουν ασφάλεια του Ο.Γ.Α. και οι υπόλοιποι ανήκουν ασφαλιστικά σε άλλα ταμεία (βλ. Χάρτη Δήμου Βόλου).

ΧΑΡΤΗΣ ΔΗΜΟΥ ΒΟΛΟΥ



ΠΙΟΜΝΗΜΑ
διωτικές Κλινικές



Γ.Ν.Ν. Βόλου

ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ «Η ΕΛΠΙΣ»

Η κλινική ανήκει στο Χειρουργο-Παθολόγο Δημ. Παπαϊωάννου και λειτουργεί περισσότερο από σαράντα (40) χρόνια. Σήμερα βρίσκεται κάτω από νέα Διεύθυνση, αλλά συνεχίζει να παρέχει τις ίδιες υπηρεσίες με την προηγούμενη Διεύθυνση (βλ. Χάρτη Δήμου Βόλου).

Οι ειδικότητες που περιλαμβάνει η κλινική είναι η Παθολογική, η Χειρουργική, η Οφθαλμιατρική και η Γαστρεντερολογική. Μέσα στην κλινική βρίσκονται σαράντα τέσσερα (44) άτομα, από τα οποία τα είκοσι πέντε (25) είναι ηλικίας άνω των εξήντα πέντε (65), πολύ λίγα παιδιά περίπου έξι (6), ενώ οι υπόλοιποι είναι ηλικίας σαράντα (40) έως εξήντα (60) ετών. Το ποσοστό νοσηλευομένων ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες είναι 40% άνδρες και 60% γυναίκες, γεγονός που βέβαια έχει άμεση σχέση και με την ύπαρξη μεγαλύτερου αριθμού γυναικών στο Δήμο του Βόλου. Οι περισσότεροι νοσηλευόμενοι έχουν ασφάλεια του Ο.Γ.Α. και ο τόπος μόνιμης κατοικίας τους δεν είναι μόνο ο Δήμος Βόλου, αλλά ολόκληρος ο Νομός Μαγνησίας. Συμπληρωματικά να αναφέρουμε ότι ελάχιστες φορές νοσηλεύονται στην κλινική και άτομα εκτός Νομού.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ – ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ «ΙΩΑΝΝΟΥ Γ.»

Η κλινική αυτή έχει πάρει το όνομα του ιδρυτή της Γεώργιου Ιωάννου και ειδικεύεται στην Παθολογία, καθώς και στα καρδιολογικά προβλήματα που εμφανίζονται στα άτομα άνω των εξήντα (60) ετών κατά κύριο λόγο.

Έχει δύναμη κλινών που ανέρχεται στον αριθμό των πενήντα οκτώ (58) και στο προσωπικό της κλινικής ανήκουν δύο (2) Παθολόγοι και δύο (2) Καρδιολόγοι, δέκα (10) Νοσηλεύτριες-τριες, δύο (2) Μαγείρισσες, δύο (2) Καθαρίστριες και ένας (1) Θυρωρός για τη νύκτα.

Στην κλινική περιθάλπονται σαράντα (40) άτομα και το ποσοστό ανδρών και γυναικών είναι 50% με 50%. Τα άτομα που νοσηλεύονται στη συγκεκριμένη κλινική πάσχουν συνήθως από πάσης φύσεως παθολογικά και καρδιολογικά προβλήματα (βλ. Χάρτη Δήμου Βόλου).

Σημείωση: στην επόμενη σελίδα ακολουθεί αναλυτικός συγκεντρωτικός πίνακας όλων των μονάδων υγείας του νομού.

Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας
για την Τρίτη Ηλικία στο Δήμο Βόλου

A/A	ΦΟΡΕΙΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΤΗΛΕΦΩΝΑ
ΔΗΜΟΣΙΟΙ ΦΟΡΕΙΣ			
1	Κ.Υ. ΑΛΜΥΡΟΥ	Αλμυρός	0422-23991
2	Κ.Υ. ΑΡΓΑΛΑΣΤΗΣ	Αργαλαστή	0423-54611
3	Κ.Υ. ΖΑΓΟΡΑΣ	Ζαγορά	0426-22979
4	Κ.Υ. ΒΕΛΕΣΤΙΝΟΥ	Βελεστίνο	0425-23250
5	Κ.Υ. ΣΚΙΑΘΟΥ	Σκιάθος	0427-21202
6	Κ.Υ. ΣΚΟΠΕΛΟΥ	Σκόπελος	0424-22739
7	ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	Πολυμέρη 134	0421- 39593
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ			
1	ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΑ Ι.Κ.Α.	Θρακών 20	0421-23984
ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ			
1	Α' Κ.Α.Π.Η. ΒΟΛΟΥ	Αθ. Διάκου 30	0421- 37683
2	Β' Κ.Α.Π.Η. ΒΟΛΟΥ	Γαλλίας- Μαυροκορδάτου	0421- 37321
3	Γ' Κ.Α.Π.Η. ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ ΒΟΛΟΥ	Καισαρείας- Ευφραιμίδου	0421- 81312
4	Δ.Ο.Υ.Κ.	Λήμνου 12	0421- 29908
5	ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	Νικοτσάρα 20	0421- 32431
6	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	Ιωλκού	0421- 75234
ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ			
1	ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ	Γηροκομείου 77	0421- 42126
2	ΦΙΛΕΣ ΤΗΣ ΑΓΑΠΗΣ	Τοπάλη 86	0421- 34065
3	ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	Αναλήψεως 255	0421- 38221
4	ΣΠΙΤΙΑ ΓΑΛΗΝΗΣ ΧΡΙΣΤΟΥ	Αντωνοπούλου 206	0421- 47508
ΦΟΡΕΙΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ			
ΔΗΜΟΣΙΟΙ ΦΟΡΕΙΣ			
1	Γ.Ν.Ν. ΒΟΛΟΥ ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΔΕΙΟ	Πολυμέρη 134	0421- 27531
ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ			
1	ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΑΝΩ ΒΟΛΟΥ ΜΠΣΑΚΟΣ- ΚΥΡΙΑΚΟΣ	Δημητριάδος 221	0421-37872
2	ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΚΙΑΘΙΤΗ	Όγλ 23	0421- 26911
3	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Αλυκές Βόλου	0421-88220
4	ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΛΠΙΣ	Άνθμου Γαζή 118	0421- 26395
5	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ- ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΙΩΑΝΝΟΥ Γ.	Κ. Καρτάλη- Γαλλίας	0421-25722

Πίνακας 3.2: Φορείς Παροχής Υγειονομικής Περίθαλψης & Πρόνοιας στο Νομό Μαγνησίας
Πηγή: Ιδία έρευνα

3.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΟΥΝ ΟΙ ΦΟΡΕΙΣ

Σύμφωνα με τα στοιχεία που υπάρχουν στο Ν. Μαγνησίας και εξετάζοντας τις μονάδες και τις ειδικότητες παροχής υπηρεσιών υγείας για την Τρίτη Ηλικία, διαπιστώνουμε και μπορούμε να διατυπώσουμε τα ακόλουθα :

- Μη ύπαρξη στο Νομό εξειδικευμένων μονάδων παροχής υγειονομικής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους στο ευρύτερο φάσμα των φορέων Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα.
- Μη ύπαρξη εξειδικευμένου Ιατρικού Προσωπικού σε όλους τους τομείς και φορείς για την παροχή υπηρεσιών υγείας στα άτομα της Τρίτης Ηλικίας.
- Παρά την ορθότητα των μέτρων στο επίπεδο των στόχων, η εφαρμογή των μέτρων προστασίας για τους ηλικιωμένους του Ν. Μαγνησίας και ειδικότερα του Δήμου Βόλου δεν είναι απολύτως ικανοποιητική, όσον αφορά στο ύψος της χρηματοδότησής τους, το οποίο παραμένει στα ίδια πραγματικά επίπεδα την τελευταία δεκαετία, σε σχέση με την όλο και συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών.⁽⁴¹⁾
- Το επίπεδο στελέχωσης και η σύνθεση των ειδικοτήτων του προσωπικού δεν εγγυώνται, σε γενικές γραμμές, την υψηλή ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, κυρίως στα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Ιδιαίτερα στα ιδρύματα της Εκκλησίας και του ιδιωτικού τομέα η ποιότητα των υπηρεσιών ποικίλλει.⁽⁴²⁾
- Οι Ιδιωτικές κλινικές στο Νομό ανθούν μιας και ο αριθμός αυτών ανέρχεται στις πέντε (5). Αυτό σημαίνει ότι ο Υπηρεσίες που προσφέρονται στον Ιδιωτικό τομέα σε σχέση με το Δημόσιο είναι περισσότερες και ποιοτικότερες, ενώ ταυτόχρονα οι γιατροί έχουν την απαιτούμενη εξειδίκευση στους τομείς όπου εμφανίζονται τα άτομα της Τρίτης ηλικίας να έχουν τις μεγαλύτερες ανάγκες και απαιτήσεις.
- Αξίζει να σημειωθεί πως τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν ένα από τα πιο επιτυχημένα προγράμματα, σε σχέση με την κάλυψη των ουσιαστικότερων αναγκών των ηλικιωμένων του Νομού.

41 , 42. Π. Σταθόπουλος, «Κοινωνική Πρόνοια , μια Γενική Θεώρηση», σελ. 320.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

Ο ΔΗΜΟΣ ΒΟΛΟΥ

ΩΣ ΜΙΚΡΟΜΕΣΑΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

- 4.1 Η Σημασία της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Κοινωνία και στην Υγεία**
- 4.2 Εφαρμογή του Μάρκετινγκ στο Δήμο Βόλου**
- 4.3 Εφαρμογή του Μάνατζμεντ στο Δήμο Βόλου**
- 4.4 Τελικά Συμπεράσματα**

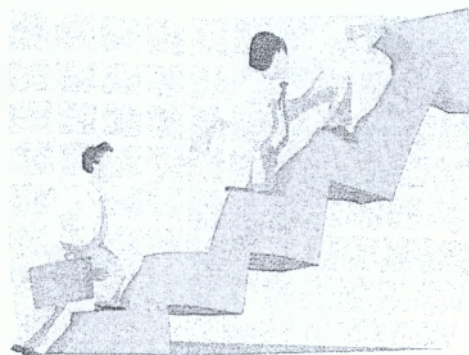
Είναι σε όλους μας γνωστό, ότι η μικρομεσαία επιχείρηση αδυνατεί να αναπτυχθεί μέσα στον ανταγωνιστικό χώρο της αγοράς στην Ελλάδα, αφού δεν υπάρχει ο σωστός προγραμματισμός, διεύθυνση και έλεγχος.

Θα πρέπει να προσδιοριστεί ότι ως μικρομεσαία επιχείρηση θεωρείται κάθε οργανισμός, ο οποίος παράγει και προσφέρει ένα ή πολλά προϊόντα προς την αγορά και συγκεκριμένα στους πελάτες-αγοραστές. Όπως μια εταιρεία με ηλεκτρικά είδη που παράγει κουζίνες, ψυγεία και άλλα, έτσι και η Τοπική Αυτοδιοίκηση παράγει και προσφέρει ποικίλες υπηρεσίες όπως προγράμματα υγείας, σεμινάρια, εκδηλώσεις και άλλα, στους δημότες της περιοχής.

Για να μπορέσουν όλες οι μικρομεσαίες μονάδες να λειτουργήσουν, αλλά και να ανταγωνιστούν με τις μεγάλες επιχειρήσεις, θα πρέπει να βασιστούν σ' ένα άξονα έχοντας ως βασικά εργαλεία τις θεωρίες του Μάνατζμεντ και του Μάρκετινγκ.

Το Μάνατζμεντ παίζει πολύ σημαντικό ρόλο τόσο για τη μεγάλη, όσο και για τη μικρή επιχείρηση. Έχει σαν στόχο να βοηθήσει στην ανάπτυξη και ανταγωνιστικότητα της μικρής μονάδας, συνδυάζοντας και τα πλεονεκτήματα που έχει, δηλαδή την ευελιξία, τον ενθουσιασμό και τη ζωτικότητα που τη διακρίνει. Τέλος, το Μάνατζμεντ έρχεται να μεταδώσει τις βασικές αρχές που διέπουν τους κυριότερους τομείς της επιχειρηματικής δραστηριότητας, και να βοηθήσει τον επιχειρηματία να αποφύγει τις επικίνδυνες παγίδες στις οποίες, δυστυχώς, συχνά πέφτουν οι περισσότερες ανεξάρτητες επιχειρήσεις, όπως είναι και η Τοπική Αυτοδιοίκηση του Δήμου Βόλου.

Το Μάρκετινγκ, τόσο για τις μεγάλες, όσο και για τις μικρές μονάδες, είναι το κλειδί για επιβίωση και ευημερία στις σημερινές ανταγωνιστικές συνθήκες. Έχει ως σκοπό να προσδιορίσει το χειρισμό και τον έλεγχο των κυρίων μεταβλητών που χρειάζεται η μικρομεσαία επιχείρηση για να επιβιώσει. Οι μεταβλητές αυτές είναι το προϊόν, η τιμή, η προώθηση και άλλα πολλά, τα οποία θα αναπτυχθούν παρακάτω.



4.1 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ & ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Πριν επιχειρήσουμε να δώσουμε τον ορισμό «Μικρομεσαία Επιχείρηση» στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, κρίνεται αναγκαίο να αναφερθεί η ιστορική εξέλιξη της πρώτης και να προσδιορισθούν τα κριτήρια εκείνα που αποτελούν τη βάση πάνω στην οποία θα χαρακτηριστεί ο ρόλος της μέσα στο «γίγνεσθαι» της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Όλη η μέχρι τη Βιομηχανική Επανάσταση (1770-1800) πρόοδος συντελέστηκε σχεδόν αποκλειστικά από μικρομεσαίες επιχειρήσεις. Ο ρόλος τους όμως μετά την Επανάσταση συνέχισε να είναι σπουδαίος διότι πάντοτε αποτελούσαν τη συντριπτική πλειοψηφία των παραγωγικών μονάδων είτε από αριθμητική άποψη, είτε από τις καινοτομίες που προωθούσαν στην αγορά.⁽⁴³⁾

Ο ρόλος της μικρής επιχείρησης στην Ελλάδα είναι ίσως περισσότερος σημαντικός από αλλού. Αυτό οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, που περιλαμβάνουν το συντριπτικά μικρότερο μέγεθος της ελληνικής επιχείρησης σε σύγκριση με το εξωτερικό, τη μεγάλη σημασία του «ελληνικού δαιμονίου» στη διαμόρφωση της οικονομίας της χώρας, το γεγονός ότι η Ελλάδα διαθέτει ελάχιστες ντόπιες μεγάλες επιχειρήσεις, μιας και πολλές από τις μεγάλες οικονομικές μονάδες είναι θυγατρικές ξένων εταιρειών, και, σαν αποτέλεσμα των παραπάνω διεξάγεται ότι η ελληνική οικονομία εξαρτάται από τις μικρές επιχειρήσεις σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι άλλες εκβιομηχανισμένες χώρες της Δύσης.⁽⁴⁴⁾

Οι στατιστικές που είναι διαθέσιμες συχνά κρύβουν τη σημασία της μικρής επιχείρησης στην Ελλάδα. Σαν παράδειγμα τίθεται το γεγονός ότι το 66% του συνόλου των ελληνικών εξαγωγών πραγματοποιείται από τις 200 μεγαλύτερες εξαγωγικές επιχειρήσεις. Αυτό σημαίνει ότι η συμμετοχή των μικρών επιχειρήσεων στην αγορά είναι ελάχιστη. Το αποτέλεσμα αυτό της στατιστικής είναι η μία πλευρά του νομίσματος. Η άλλη πλευρά δείχνει ότι το 34% των εξαγωγών οφείλεται σε 9000 μικρότερους εξαγωγείς!. Αν και η κατά κεφαλή συμβολή τους είναι προφανώς μικρή συνεπάγεται ότι και ο απόλυτος αριθμός τους είναι σημαντικός.⁽⁴⁵⁾

43. Χαράλαμπος Κ. Κανελλόπουλος, «Διοίκηση Μικρομεσαίων Επιχειρήσεων & Επιχειρηματικότητα», 1994, κεφ.1^ο σελ.17.

44,45. Ν.Γ. Παπαδόπουλος, Γ.Α. Μαντές, «Μάνατζμεντ Μικρών & Μεσαίων Επιχειρήσεων», Γ' Έκδοση Γαλαίος, σελ. 10-11.

Με βάση τα υπάρχοντα στοιχεία θα μπορούσαμε να πούμε ότι το κλίμα που επικρατεί στην Ελλάδα αναφορικά με τη μικρή ή μεσαία επιχείρηση είναι μάλλον ευνοϊκό. Επί πλέον, της γενικά θετικής αντιμετώπισης του μικρού, ανεξάρτητου επιχειρηματία από το ελληνικό κοινό, μια πρόσφατη έρευνα του Ινστιτούτου Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ) που έγινε σε συνδυασμό με παρόμοιες έρευνες στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης τοποθέτησε την Ελλάδα, στην δεύτερη θέση επί του συνόλου δέκα χωρών όσον αφορά στις συνθήκες μέσα στις οποίες λειτουργούν οι μικρομεσαίες επιχειρήσεις (Οικονομικός Ταχυδρόμος, 1^η Μαρτίου 1984, σελ.60).

Η αναλυτική κατάταξη, με βάση έξι κριτήρια διαφορετικού περιεχομένου φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

Κριτήρια \ Χώρες	Γερμανία	Ελλάδα	Γαλλία	Ολλανδία	Δανία	Βέλγιο	Λουξεμβούργο	Ιρλανδία	Αγγλία	Ιταλία
Κόστος Εργασίας	5	2	6	4	1	3	7	6	8	5
Κόστος Επαγγελματικής Στέγης	3	1	4	2	2	1	2	5	6	3
Φορολογία	2	7	3	5	8	9	6	4	1	7
Χρηματοδότηση	1	2	3	6	3	3	4	7	5	8
Θεσμικές Ρυθμίσεις για ΜΜΕ	1	7	2	3	8	6	5	4	9	9
Οικονομική Δραστηριότητα	7	4	5	2	3	9	7	1	8	6
Γενική κατάταξη	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Πίνακας 4.1: Αναλυτική κατάταξη Ευρωπαϊκών Χωρών σύμφωνα με έξι διαφορετικά κριτήρια

Πηγή: Οικονομικός Ταχυδρόμος, 1^η Μαρτίου 1984, σελ. 60. Ν.Γ Παπαδόπουλος, Αθήνα 1984

ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΙΚΡΟΜΕΣΑΙΑΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για να δοθεί ο ορισμός της μικρής επιχείρησης, τόσο από κρατικές υπηρεσίες, όσο και από ακαδημαϊκούς. Το γεγονός ότι πολύ λίγες απόψεις συμπίπτουν δείχνει πόσο να δύσκολο είναι να ορίσει κανείς τι είναι ακριβώς η μικρή επιχείρηση. Η έκθεση Bolton, η πρώτη επίσημη κρατική έρευνα για τις μικρές επιχειρήσεις, προσπάθησε να δώσει τυποποιημένους ορισμούς για τους οργανισμούς αυτούς, βασισμένους σε αριθμητικούς δείκτες μεγέθους, όπως είναι οι πωλήσεις ή ο αριθμός των απασχολούμενων. Μια επιχείρηση 250 ατόμων σε βιομηχανία που βασίζεται στην εργασία, μπορεί στην ουσία να εξακολουθεί να είναι μικρή, όσο και μια επιχείρηση με πωλήσεις του ενός (1) εκατομμυρίου λιρών που κινείται σε τομέα μεγάλου όγκου πωλήσεων, αλλά με μικρό περιθώριο κέρδους. Με βάση λοιπόν το παραπάνω παράδειγμα διαφαίνεται η αντικειμενική δυσκολία του ακριβούς ορισμού της μικρομεσαίας επιχείρησης, θέτοντας ως κριτήριο μόνο την ποσότητα, είτε των εργαζομένων, είτε των πωλήσεων. Κι αυτό διότι συντρέχουν ταυτόχρονα κι άλλοι παράγοντες που σαφώς πρέπει να ληφθούν υπόψη, ώστε να ορισθεί και να χαρακτηριστεί μια επιχείρηση ως μικρή.⁽⁴⁶⁾

Το πρώτο σημαντικό ιδιαίτερο χαρακτηριστικό είναι ότι μια μικρή επιχείρηση συχνά διοικείται σε όλες τις φάσεις της από ένα (1) άτομο, ή ίσως από μια μικρή ομάδα δύο ή τριών ατόμων. Μερικοί συγγραφείς πιστεύουν ότι η μικρή επιχείρηση πρέπει να έχει κάποιον «ιδιοκτήτη – οδηγό», χωρίς όμως αυτό να είναι αναγκαίο. Μερικές επιχειρήσεις που διοικούνται από ειδικευμένο διοικητικό στέλεχος αλλά δεν ανήκουν σε αυτό, εξακολουθούν να είναι μικρές επιχειρήσεις και δεν μπορούν να αποκλειστούν λόγω ιδιοκτησίας. Εκείνο που έχει σημασία είναι τα χαρακτηριστικά της επιχείρησης και η έκταση του ελέγχου που υιοθετεί η ανώτατη διοίκηση.⁽⁴⁷⁾

Η γενική έλλειψη ανθρωπίνων πόρων τους οποίους τα διοικητικά στελέχη μιας μεγάλης επιχείρησης θεωρούν δεδομένους είναι ένα ακόμη χαρακτηριστικό της μικρομεσαίας επιχείρησης. Οι επιχειρήσεις αυτές δεν μπορούν να πληρώνουν πολύ μη παραγωγικό προσωπικό, πράγμα που σημαίνει ότι η δυνατότητά τους να προσλάβουν ειδικευμένους διευθυντές είναι αυστηρά περιορισμένη. Έτσι, εκεί που η μεγάλη επιχείρηση μπορεί να προσλάβει έναν διευθυντή έρευνας-αγοράς, διαφήμισης και πωλήσεων, η μικρή δεν μπορεί.⁽⁴⁸⁾

46,47,48. Rick Brown, «Μάρκετινγκ Μικρών & Μεσαίων Επιχειρήσεων», Εκδόσεις Γαλαίος, 1992, σελ. 9-10.

Οι μικρές επιχειρήσεις επίσης συχνά υποφέρουν από περιορισμένη βάση πελατών και μικρό μερίδιο αγοράς, συγκριτικά με τις μεγαλύτερες. Επιπλέον, οι μικρές επιχειρήσεις είναι αρκετά ευάλωτες στην παρακμή, στην περίπτωση που ένας σημαντικός πελάτης αλλάξει προμηθευτή.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, τα κριτήρια που εφαρμόζονται για τον ορισμό της μικρομεσαίας επιχείρησης είναι τα εξής:

- A) η αξία του συνόλου του ενεργητικού,
- B) το μέγεθος του κεφαλαίου της επιχείρησης,
- Γ) το συνολικό απασχολούμενο κεφάλαιο,
- Δ) το ετήσιο ύψος των πωλήσεων (τζίρος-κύκλος εργασιών) &
- Ε) ο αριθμός των απασχολούμενων⁽⁴⁹⁾

Σχετικά με την Ελλάδα θα θεωρήσουμε ως μικρομεσαίες επιχειρήσεις εκείνες που απασχολούν μέχρι και πενήντα (50) άτομα. Το μέτρο αυτό δεν είναι κατά κανένα τρόπο απόλυτο και επιδέχεται πολύ κριτική. Επιλέγεται όμως για λόγους αναλύσεως και επειδή στη χώρα μας και οι θεωρούμενες σαν μεγάλες επιχειρήσεις είναι συγκριτικά με τα διεθνή μεγέθη αρκετά μικρές. Άσχετα όμως από το κριτήριο και το μέτρο που θα εφαρμοσθεί, μικρομεσαία μπορεί να χαρακτηριστεί μια επιχείρηση εφόσον εάν συντρέχουν και οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

1. Κάθε μια από αυτές ελέγχει και επηρεάζει ένα μικρό μέρος της αγοράς.
2. Η διοίκηση εξασκείται από τον ιδιοκτήτη προσωπικά &
3. Έχει οικονομική ανεξαρτησία και επιχειρηματική ευελιξία, όπου ο ιδιοκτήτης έχει τον πραγματικό έλεγχο της επιχείρησης.⁽⁵⁰⁾

Στην παρούσα εργασία ως μικρομεσαία επιχείρηση, σύμφωνα βέβαια με τα προαναφερθέντα στοιχεία, μπορούμε να ορίσουμε την Τοπική Αυτοδιοίκηση του Δήμου Βόλου, η οποία έχει ως στόχο την εξυπηρέτηση και την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας φροντίδας και υγείας προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Ως βασικός άξονας για την παροχή των υπηρεσιών υγείας προς τους ηλικιωμένους του Δήμου αποτελούν τα κοινωνικά προγράμματα και οι μονάδες πάνω στις οποίες στηρίζεται η άρτια και αποτελεσματική εφαρμογή των προγραμμάτων. Η διοίκηση εξασκείται από το Δήμαρχο προσωπικά και η χρηματοδότηση των κοινωνικών προγραμμάτων που αφορούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας του Δήμου πραγματοποιείται με βάση τις εισφορές των δημοτών και το ποσοστό συμμετοχής της Ευρωπαϊκής Κοινότητας σ' αυτά.

49,50. Χαραλ. Κανελλόπουλος, «Διοίκηση Μικρομεσαίων Επιχειρήσεων & Επιχειρηματικότητα», 1994, Κεφ. 1^ο, σελ. 17.

Η Τοπική Αυτοδιοίκηση αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι για την ολοκλήρωση του πολύπλοκου «παζλ» που φέρει την επωνυμία **Πρωτοβάθμια Φροντίδα**. Οι υπηρεσίες που προσφέρει έρχονται να συμπληρώσουν, ότι, δεν μπορούν να δώσουν οι δημόσιοι φορείς, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί και οι ιδιωτικοί φορείς του Δήμου. Βρίσκεται πιο κοντά στις βασικές και καθημερινές ανάγκες των πολιτών, μιας και η μερίδα των ατόμων που ασχολείται αποτελεί ένα συγκεκριμένο πολλές φορές αριθμό. Στην εργασία αυτή το κομμάτι του πληθυσμού είναι τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Οι μονάδες και τα προγράμματα (αναλυτική αναφορά έγινε στο κεφάλαιο 3^ο) μέσω των οποίων η Τοπική Αυτοδιοίκηση προσφέρει τις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας στους ηλικιωμένους είναι:

- Τα Κ.Α.Π.Η.
- Ο Δημοτικός Οργανισμός Υπηρεσιών και Κοινωνικών Θεμάτων &
- Η Πρωτοβάθμια Μονάδα Φροντίδας Υγείας Νέας Δημητριάδας Δήμου Βόλου.

4.2 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΒΟΛΟΥ

Πριν δοκιμάσουμε να εισάγουμε το Μάρκετινγκ σε μια μικρή επιχείρηση είναι σημαντικό να καταλάβουμε τι προσπαθεί να επιτύχει το Μάρκετινγκ σαν σύνολο. Το Μάρκετινγκ δεν είναι μόνο μία ομάδα μεθόδων που βοηθούν την επιχείρηση να πουλήσει περισσότερα προϊόντα, αλλά είναι μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στην λειτουργία της επιχείρησης που εστιάζει όλες τις ενέργειες της στον πελάτη. Η επιχείρηση που χρησιμοποιεί πάντα το Μάρκετινγκ ως εργαλείο έχει τη δυνατότητα να κερδίσει καλύπτοντας τις απαιτήσεις του πελάτη. Παρακάτω θα αναλυθεί γενικότερα η εφαρμογή του Μάρκετινγκ στην μικρομεσαία επιχείρηση, έχοντας βέβαια υπόψη ότι στην εργασία, μικρομεσαία επιχείρηση θεωρείται η Τοπική Αυτοδιοίκηση του Βόλου, η οποία έχει ως στόχο να καλύψει τις ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

I. ENNOIA ΤΟΥ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ

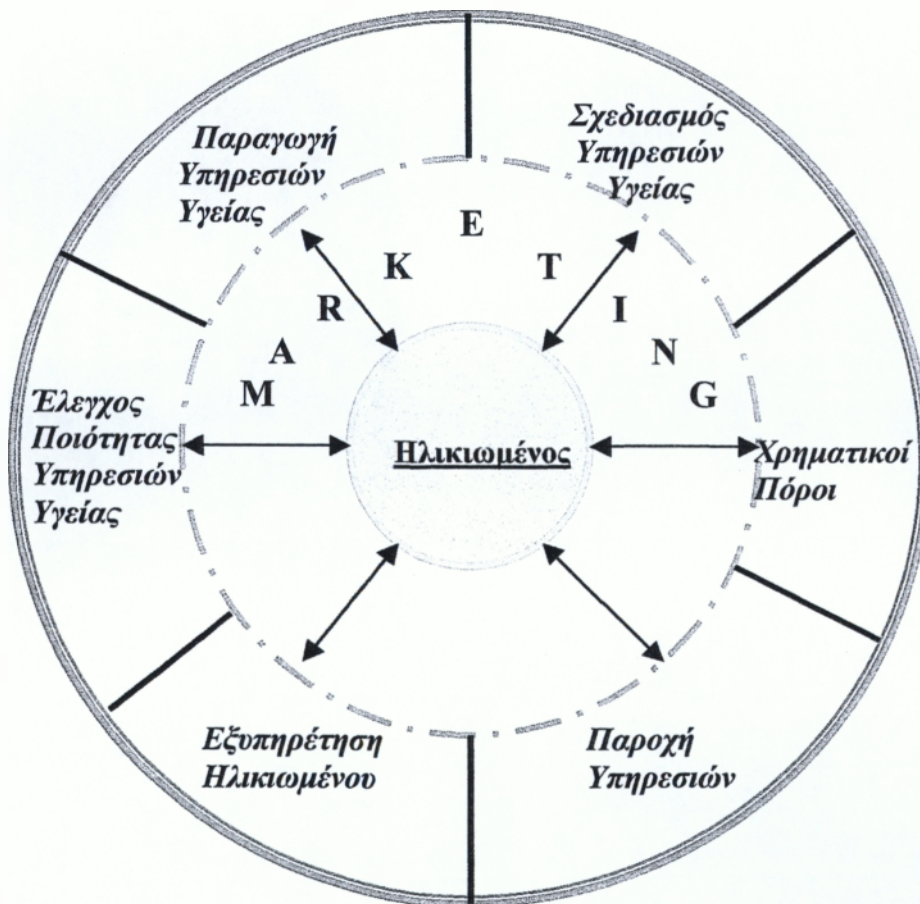
«Επιχείρηση σημαίνει κερδίζω χρήματα από ικανοποιημένους πελάτες – χωρίς ικανοποιημένους πελάτες κανένας εμπορικός οργανισμός δεν μπορεί να έχει μέλλον». Αυτά είναι τα λόγια του John Eagan, Διευθυντή της αυτοκινητοβιομηχανίας της Jaguar, τα οποία συνοψίζουν την κεντρική έννοια του Μάρκετινγκ⁽⁵¹⁾.

Είναι διαδεδομένη η άποψη ότι το Μάρκετινγκ είναι μόνο για μεγάλες επιχειρήσεις και θεωρείται πολύ ακριβό ή πολύπλοκο για να είναι αποτελεσματικό. Αυτή η άποψη προφανώς όμως δεν ισχύει διότι υπάρχουν και για τη μικρή επιχείρηση μέθοδοι Μάρκετινγκ χαμηλού κόστους και σχετικά απλές, που παρέχουν σημαντικά πλεονεκτήματα στον αγώνα για επιβίωση και ευημερία σε μια ανταγωνιστική αγορά. Τόσο για τις μικρές επιχειρήσεις, όσο και για τις μεγάλες, το Μάρκετινγκ είναι το κλειδί για τη βιωσιμότητά τους και την εξέλιξή τους.

Με βάση τα δεδομένα της εργασίας η Τοπική Αυτοδιοίκηση ως Μικρομεσαία Επιχείρηση παράγει υπηρεσίες και τις προσφέρει σε εκείνους που τις χρειάζονται, με απώτερο στόχο την ικανοποίηση αυτών. Για να επιτύχει όμως το στόχο της έχει ανάγκη από την εφαρμογή του σωστού Μάρκετινγκ ή καλύτερα τον έλεγχο της αγοράς με βάση αυτό.

51. Rick Brown, «Μάρκετινγκ Μικρών και Μεσαίων Επιχειρήσεων», Εκδόσεις Γαλαίος, 1992, σελ. 7-8.

Ο βασικός ρόλος του Μάρκετινγκ στην επιχείρηση είναι δύσκολο να προσδιορισθεί. Έτσι για να μπορέσει το Μάρκετινγκ να μεγιστοποιήσει την αξία της ολικής προσφοράς στον πελάτη πρέπει πρώτα να καταλάβει τις ανάγκες και έπειτα να χρησιμοποιήσει τις επιδεξιότητες και τις πόρους της επιχείρησης για να καλύψει τις ανάγκες αυτές. Το Μάρκετινγκ λοιπόν, γίνεται λειτουργία – άξονας γύρω από τον πελάτη, όπου συγκεντρώνονται όλοι οι πόροι της επιχείρησης για να καλυφθούν οι ανάγκες αυτών. Σύμφωνα με αυτά η επιχείρηση του Δήμου Βόλου στο κέντρο του κύκλου έχει τοποθετήσει τον ηλικιωμένο και χρησιμοποιώντας τις λειτουργίες του Μάρκετινγκ αλλά και το κατάλληλο προσωπικό, τα προγράμματα και τις παρεχόμενους οικονομικούς πόρους προσπαθεί να καλύψει τις βασικότερες ανάγκες των ατόμων – δημοτών της τρίτης ηλικίας. Το παρακάτω σχεδιάγραμμα παρουσιάζει αναλυτικά τη σχέση αυτή.



Σχεδιάγραμμα 4.1: Ο ρόλος του Μάρκετινγκ στην Τοπική Αυτοδιοίκηση με βάση τις ανάγκες των ηλικιωμένων

Πηγή: Ιδία έρευνα

II. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΗΜΟ ΒΟΛΟΥ ΩΣ ΜΙΚΡΟΜΕΣΑΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

Σύμφωνα με αυτά που ειπώθηκαν στις προηγούμενες σελίδες, το Μάρκετινγκ πρέπει να διέπει οποιαδήποτε δραστηριότητα της προσωπικής ή της επιχειρηματικής ζωής ενός επιχειρηματικού οργανισμού όπως είναι ο Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης Βόλου, προκειμένου να προσανατολιστεί επιτυχώς προς τις προσδοκίες εκείνων στους οποίους απευθύνεται και πιο συγκεκριμένα προς τους ηλικιωμένους πολίτες του Δήμου.

Για να μπορέσει όμως η συγκεκριμένη Τοπική Αυτοδιοίκηση να επιτύχει τους στόχους της, πρέπει να έχει ως απαραίτητο εργαλείο τις βασικές αρχές του Μάρκετινγκ, οι οποίες συνοπτικά είναι οι εξής:

- I. Ο αντικειμενικός σκοπός της επιχείρησης και η υποστηρικτικές στρατηγικές (πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη και υλοποίηση αναγκών)*
- II. Η περιγραφή του προϊόντος (ποιότητα υπηρεσιών υγείας προς τους ηλικιωμένους)*
- III. Ο καθορισμός της αγοράς – στόχου (κοινωνικό περιβάλλον ηλικιωμένου πληθυσμού)*
- IV. Ο τόπος (επιλογή χώρου για την εγκατάσταση και διακίνηση των υπηρεσιών υγείας)*
- V. Ο καθορισμός της τιμής του προϊόντος (κόστος υπηρεσιών υγείας)*
- VI. Η γνωστοποίηση και προώθηση του προϊόντος. (κοινωνική αποδοχή των υπηρεσιών υγείας μέσω εκδηλώσεων και διαφημιστικών εντύπων)*

● Καθορισμός αντικειμενικού σκοπού Μάρκετινγκ για το Δήμο Βόλου

Ο καθορισμός του αντικειμενικού σκοπού του Μάρκετινγκ για την περίπτωση της Τ.Α. Βόλου θα μπορούσε κανείς να πει ότι αντιστοιχεί κατά κάποιο τρόπο στην προετοιμασία ενός βιογραφικού, όταν πρόκειται να περιλάβει τα εξής στοιχεία:

- A) τον προσδιορισμό των αναγκών των ηλικιωμένων
- B) τον προσδιορισμό του τρόπου επιλογής και λήψης των αποφάσεων που θα οδηγήσουν στην ικανοποίηση των αναγκών των ηλικιωμένων
- Γ) την επιλογή της αγοράς που κατά γενική ομολογία είναι δυνατό να βρει ανταπόκριση
- Δ) τον καθορισμό και τη διερεύνηση των δυνάμεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν, ώστε οι υπηρεσίες υγείας ως προϊόν να αποκτήσουν ανταγωνιστικότητα.

Ως γνωστό οι ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας είναι σε γενικές γραμμές απεριόριστες και πολλές φορές δύσκολο να υλοποιηθούν όλες. Οι άμεσα υλοποιήσιμες ανάγκες από την πλευρά του Δήμου Βόλου είναι η παροχή φροντίδας, τροφής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σύμφωνα πάντα με τα μέσα που διαθέτει. Τα μέσα αυτά είναι το προσωπικό (ιατρικό-νοσηλευτικό), οι χώροι που φιλοξενούν και προσφέρουν τροφή στους ηλικιωμένους και η φροντίδα που παρέχεται από το ειδικευμένο προσωπικό. Η βαθιά γνώση των αναγκών των ηλικιωμένων δίνει τη δυνατότητα στα στελέχη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης να υλοποιήσουν τις ανάγκες αυτών. Ο σωστός προγραμματισμός, ο καθορισμός των στόχων, ο σχεδιασμός και ο έλεγχος των ενεργειών θα οδηγήσουν την επιχείρηση του Δήμου στην επιτυχία.

● *Περιγραφή του προϊόντος*

Το προϊόν με τη μορφή των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι συνήθως το κέντρο της προσπάθειας Μάρκετινγκ της Τ.Α. ως επιχείρηση. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση πρέπει να μάθει να «βλέπει» τις υπηρεσίες υγείας σαν κάτι ευέλικτο που μπορεί να υποστεί μεταβολή και εξέλιξη, όπως και κάθε άλλη φάση της στρατηγικής Μάρκετινγκ.

Η ποιότητα είναι μια μεταβλητή που πρέπει να ρυθμιστεί για να ταιριάζει με τις απαιτήσεις του ηλικιωμένου, όπως και το επίπεδο της εξυπηρέτησης αυτού. Έτσι λοιπόν το συγκεκριμένο προϊόν είναι ένα μίγμα από μεταβλητές που πρέπει συνεχώς να αναθεωρούνται και να αναπροσαρμόζονται όπως απαιτείται για να καλύψουν τις μεταβαλλόμενες ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας και να εκμεταλλευτούν τις νέες ευκαιρίες που παρουσιάζονται στην αγορά των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας και υγείας.

Ο καλός σχεδιασμός είναι ένα επίσης πολύ σημαντικό στοιχείο που χαρακτηρίζει ένα οποιοδήποτε προϊόν προς πώληση, άρα και τις υπηρεσίες υγείας προς τους ηλικιωμένους, και επιτυγχάνεται με το σωστό Μάρκετινγκ και τη χρήση της κατάλληλης τεχνολογίας παραγωγής, δηλαδή της ποιοτικά αποδεκτής τεχνογνωσίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που παρέχει τις υπηρεσίες και στελεχώνει την Τ.Α., καθώς και του εξοπλισμού που απαραίτητα πρέπει να υπάρχει.

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες πρέπει φυσικά να συνεργάζονται αρμονικά, ώστε να επιτυγχάνεται η άριστη παραγωγή και προετοιμασία του προϊόντος, που θα ικανοποιεί τα ηλικιωμένα άτομα του Δήμου Βόλου.

● Καθορισμός και περιγραφή της «αγοράς – στόχου»

Τα προϊόντα και οι υπηρεσίες που προαναφέρθηκαν απευθύνονται προφανώς σε κάποια συγκεκριμένα άτομα, τα οποία θέλει η επιχείρηση να ικανοποιήσει και να εξυπηρετήσει. Στην περίπτωση μας η πελατεία της Τοπικής Αυτοδιοίκησης είναι τα άτομα άνω των 65 ετών, με χαμηλά κυρίως εισοδήματα και ο τόπος κατοικίας τους είναι η περιφέρεια του Δήμου Βόλου.

Τα άτομα αυτά θα πρέπει να καθοριστούν επακριβώς όχι βέβαια με το όνομά τους, αλλά με τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, ακόμη και με τα χαρακτηριστικά των αναγκών που αυτά τα άτομα θα θελήσουν να ικανοποιήσουν με τα προϊόντα ή με τις υπηρεσίες που προσφέρονται. Μεταξύ άλλων στοιχείων, τα οποία θα πρέπει να περιλαμβάνονται στην περιγραφή της πελατείας – στόχου είναι :

- ❖ Το φύλο στο οποίο ανήκουν
- ❖ Η τάξη της ηλικίας τους
- ❖ Η τάξη του εισοδήματός τους
- ❖ Η συνοικία που ζουν
- ❖ Τα κοινωνικοπολιτιστικά χαρακτηριστικά των ατόμων αυτών
- ❖ Τα οικογενειακά χαρακτηριστικά τους.⁽⁵²⁾

Η Τοπική Αυτοδιοίκηση λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω στοιχεία είναι σε θέση κάθε φορά να προσδιορίζει με επιτυχία τα άτομα των ηλικιακά εκείνων κοινωνικών ομάδων που απαιτούν των αναγκών και των υπηρεσιών της.

● Επιλογή τόπου για την εγκατάσταση και διακίνηση των υπηρεσιών υγείας

Για να πραγματοποιηθεί η σωστή επιλογή της τοποθεσίας, όπου τελικά η Τ.Α. θα εγκαταστήσει την επιχείρηση, δηλαδή την Πρωτοβάθμια Μονάδα Παροχής Φροντίδας προς τους ηλικιωμένους, είναι σκόπιμο πριν από την τελική απόφαση, να επιλεχθούν δύο ή και τρεις εναλλακτικές λύσεις, οι οποίες μετά από μελέτη και επεξεργασία των διαφόρων στοιχείων τους, να οδηγήσουν στην επιλογή του τελικού τόπου εγκαταστάσεως.

Μεταξύ άλλων στοιχείων η Τ.Α. πρέπει να λάβει υπόψη της την κατάσταση του ανταγωνισμού, που ήδη υπάρχει στις επιλεγμένες αυτές δύο ή και τρεις περιοχές από άλλες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας προς τους ηλικιωμένους, όπως για παράδειγμα είναι η ύπαρξη ενός Κ.Α.Π.Η.

52. Χαράλ. Κ. Κανελλόπουλος, «Διοίκηση Μικρομεσαίων Επιχειρήσεων και Επιχειρηματικότητα», Αθήνα 1994, σελ. 107-108.

Ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο που θα πρέπει να γνωρίζει η Τ.Α., ώστε να επιλεγεί σωστά ο τόπος εγκατάστασης της Μονάδας, είναι ο τρόπος πρόσβασης του ενδιαφερομένου στο χώρο αυτό. Ίσως αυτό το στοιχείο να είναι αρκετά ουσιαστικό, αφού οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν αρκετά προβλήματα στην μετακίνησή τους, λόγω κυρίως των ασθενειών που τους προσβάλλουν.

Σε γενικές γραμμές η Τ.Α. σαν δημοτικός φορέας θα πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζει πάντοτε τα κατά τόπους προβλήματα, προκειμένου να λαμβάνει σωστές κάθε φορά αποφάσεις για τέτοιου είδους ζητήματα που έχουν σχέση με την επιλογή του τόπου εγκατάστασης των κοινωνικών ιδρυμάτων.

● *Καθορισμός της τιμής του προϊόντος (κόστος υπηρεσιών υγείας)*

Λόγω της φύσης του προϊόντος, που για την Τοπική Αυτοδιοίκηση είναι η Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη και φροντίδα των ηλικιωμένων, δεν τίθεται θέμα πραγματικής τιμής του προϊόντος.

Αυτό που έχει σημασία στην προκειμένη περίπτωση είναι το κόστος των υπηρεσιών υγείας προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας, το οποίο επιβαρύνει τόσο το Κράτος, όσο και την Τ.Α. και πρέπει να είναι απόλυτα συνυφασμένο με την ποιότητα των υπηρεσιών.

Ασφαλώς ο τέλειος τρόπος συσχέτισης του όρου «κόστους» και των παρεχόμενων «υπηρεσιών υγείας» προς τους ηλικιωμένους αφορά στην επίτευξη της παροχής ποιοτικών και ουσιαστικών υπηρεσιών υγείας, όπως είναι η φροντίδα, η ενημέρωση, η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, η σίτιση, η στέγαση, κ.α., με το μικρότερο χρηματικό κόστος.

● *Γνωστοποίηση και προώθηση του προϊόντος*

Για να γίνει γνωστό ένα προϊόν στην ευρεία αγορά και ειδικότερα το προϊόν της παροχής υπηρεσιών υγείας προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας, η Τ.Α. πρέπει να χρησιμοποιήσει τη διαφήμιση ως μέσο γνωστοποίησης και προώθησης αυτού.

Υπάρχουν πολλά και ποικίλα μέσα επικοινωνίας με τα οποία μπορεί ο Δήμος Βόλου να προβάλλει και να προωθήσει το προϊόν του, δηλαδή τις υπηρεσίες υγείας προς τα άτομα άνω των 65 ετών. Μερικά από αυτά είναι οι τοπικές εφημερίδες, τα ενημερωτικά δελτία που διανέμονται δωρεάν στους ενδιαφερόμενους, τα τοπικά μέσα μαζικής ενημέρωσης, όπως είναι οι τηλεοπτικοί σταθμοί και το ραδιόφωνο, η εκκλησία και τέλος οι ίδιες οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, μέσω των εκδηλώσεων που πραγματοποιούν και των μηνιαίων περιοδικών που εκδίδουν.

4.3 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΒΟΛΟΥ

Συχνά λέγεται ότι το Μάνατζμεντ είναι η τέχνη του να φέρνουμε αποτελέσματα μέσω άλλων ανθρώπων. Αυτό δεν είναι μια καινούργια τέχνη, ούτε μια νέα ιδέα. Μετά από δεκαετίες, αν όχι αιώνες, αδιαφορίας προς τον κλάδο των μικρών επιχειρήσεων, το σύγχρονο Μάνατζμεντ ή επιστήμη του Μάνατζμεντ άρχισε, προς τα μέσα της δεκαετίας του 1970, να ασχολείται μ' αυτές, με την πραγματοποίηση ερευνών και την ανάπτυξη αρχών, μεθόδων και τεχνικών που αφορούν, συγκεκριμένα, σε μονάδες μικρότερου οικονομικού μεγέθους.

Στις μονάδες αυτές είναι δυνατό να ενταχθεί και η Τοπική Αυτοδιοίκηση, μιας και προσφέρει διάφορα είδη υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών, μέσω των Κέντρων Παροχής Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης και Φροντίδας, σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, όπως είναι τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Περισσότερα στοιχεία για τη σημασία και την έννοια του Μάνατζμεντ στη μικρομεσαία επιχείρηση, θα αναφερθούμε διεξοδικότερα στις επόμενες σελίδες της εργασίας.

I. ENNOIA ΤΟΥ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ

Για να μπορέσει μια μικρομεσαία επιχείρηση, όπως είναι και ο Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης Βόλου να επιτύχει στον ανταγωνιστικό χώρο της αγοράς θα πρέπει να χρησιμοποιήσει τόσο το Μάρκετινγκ, όσο και το Μάνατζμεντ. Βέβαια είναι αρκετά δύσκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια η έννοια του Μάνατζμεντ, αλλά οι παρακάτω λόγοι προσδιορίζουν το ρόλο αυτού στη μικρομεσαία επιχείρηση.

Οι λόγοι που έκριναν σημαντική την επιβολή του Μάνατζμεντ σε μια επιχείρηση είναι οι εξής:

- I. Παρατηρήθηκε ότι παρά την αλματώδη αύξηση του αριθμού και του κύκλου εργασιών των μεγάλων εταιριών, και παρά τις δυσοίωνες προβλέψεις για τον αφανισμό των μικρότερων επιχειρηματικών μονάδων τις δύο ή τρεις τελευταίες δεκαετίες, ο θεσμός της μικρής επιχείρησης εξακολουθεί να ζει, να υγιαίνει και να αναπτύσσεται σε όλες τις εκβιομηχανισμένες χώρες.

- II. Οι πρώτες έρευνες που έγιναν στις δεκαετίες του 1960 και 1970 έδειξαν ότι ο ρόλος της μικρής επιχείρησης στην οικονομία ήταν τελικά πολύ σημαντικότερος απ' ό τι αρχικά είχε νομισθεί. Έκπληκτοι οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι περισσότερες καινοτομίες, οι σημαντικότερες εφευρέσεις, τα πιο ενδιαφέροντα νέα προϊόντα, συχνά προέρχονταν από τη φαντασία ενός μικρού επιχειρηματία και όχι από το εργαστήριο κάποιας μεγάλης εταιρίας.
- III. Η διεθνής οικονομική κρίση που κατά καιρούς μαστίζει τη διεθνή αγορά έχει αποδείξει ότι η έννοια του καλού δεν συμβαδίζει απόλυτα και πάντοτε με την έννοια του μεγάλου. Άλλωστε, οι τεράστιες πάγιες επενδύσεις, τα μακροχρόνια προγράμματα, η μεγάλη ψυχολογική και πραγματική απόσταση των μάντζερς από τις αγοραστικές συνθήκες και συνήθειες, καθώς και άλλοι παράγοντες, δημιούργησαν συνθήκες δυσκαμψίας της αγοράς και περιόρισαν τη δυνατότητα ελιγμών, με αποτέλεσμα πολλές μεγάλες εταιρίες να αντιμετωπίσουν σοβαρά προβλήματα ρευστότητας, προσαρμογής και σε τελική ανάλυση επιβίωσης.
- IV. Όπως η οικονομική κρίση, έτσι και η αλματώδης ανάπτυξη της σύγχρονης τεχνολογίας κατέδειξε ότι το μικρότερο μέγεθος είναι ιδεώδες για επιβίωση και ανάπτυξη όταν το περιβάλλον εξελίσσεται δυναμικά. Η σύγχρονη διεθνής εμπειρία δείχνει ότι η μικρή επιχείρηση προσαρμόζεται συγκριτικά πιο εύκολα στις νέες τεχνολογίες μιας και η επένδυσή της σε παλαιότερες μεθόδους είναι συγκριτικά μικρότερη και η ευελιξία της ασύγκριτα μεγαλύτερη.

Όλα τα παραπάνω βέβαια δεν τείνουν να αποδείξουν ότι η μεγάλη εταιρία είναι καταδικασμένη ή ότι η μικρή δεν συναντά προβλήματα. Μάλλον, οι εμπειρίες από την προβιομηχανική, βιομηχανική και μεταβιομηχανική εποχή μας οδηγούν σε τρία ουσιαστικά συμπεράσματα:

1. αντίθετα με τα παλαιότερα «πιστεύω», η άνοδος της μεγάλης, ίσως και πολυεθνικής, εταιρίας δε σημαίνει την εξαφάνιση της μικρότερης οικονομικής μονάδας. Η σύγχρονη διοικητική των επιχειρήσεων και η οικονομική επιστήμη αναγνωρίζουν ότι τόσο οι μεγάλες, όσο και οι μικρές μονάδες μπορούν και πρέπει να συνυπάρχουν.

2. ο σημαντικότερος ρόλος της μικρής επιχείρησης εντοπίζεται κυρίως στη συνεχή ανανέωση της οικονομίας με νέες ιδέες και νέα προϊόντα, που προέρχονται από ανεξάρτητους επιχειρηματίες με κέφι, ορμητικότητα, και ισχυρά κίνητρα για δημιουργία, που μόνο με την παρουσία τους κρατάνε σε διαρκή εγρήγορση τους περισσότερο «καθιερωμένους» συναδέλφους τους των μεγαλύτερων εταιριών.

3. τέλος, οι μεγάλες οικονομικές μονάδες έχουν πολλά να κερδίσουν και να διδαχθούν παρατηρώντας και μαθαίνοντας από τις μικρότερες, ιδιαίτερα στον τομέα της ευελιξίας, της ικανότητας προσαρμογής και της ικανότητας ικανοποίησης των αναγκών των αγοραστών, οι οποίες μεταβάλλονται με γρηγορότερο ρυθμό από ποτέ.⁽⁵³⁾

53. «Μονάδες Μικρών και Μεγάλων Επιχειρήσεων», Ν. Παπαδόπουλος-Γ. Μαντές, Γ' Έκδοση Γαλαίος, σελ. 7-10.

II. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΗΜΟ ΒΟΛΟΥ ΩΣ ΜΙΚΡΟΜΕΣΑΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

Μια επιχείρηση χαρακτηριζόμενη ως μικρομεσαία για να καταφέρει να πουλήσει το προϊόν που παράγει έχει την ανάγκη της άμεσης ύπαρξης και της εύρυθμης λειτουργίας στο εσωτερικό της, των τμημάτων παραγωγής, διανομής και ειδικά των πωλήσεων, διαφορετικά το παραγόμενο προϊόν της δεν θα έχει τη δυνατότητα απορρόφησης από το ευρύ καταναλωτικό κοινό και βέβαια δεν θα υπάρχει και ουσιαστική ζήτηση για το ίδιο το προϊόν.

Η οργάνωση και συγκέντρωση μιας καλής ομάδας πωλητών, οι οποίοι θα αναλάβουν να φέρουν εις πέρας την προώθηση των πωλήσεων του παραγόμενου προϊόντος, ασφαλώς δεν είναι μια εύκολη διαδικασία, εφόσον οι «καλοί» πωλητές είναι λίγοι στην ευρύτερη αγορά. Εκτός αυτού, ακόμη και ύπαρξη καλών πωλητών δεν συνιστά αναγκαία και τη δημιουργία ικανοποιητικών και κερδοφόρων αποτελεσμάτων, αν το Μάνατζμεντ ως εργαλείο διαχείρισης δεν εφαρμόζεται σωστά.

Είναι προφανές λοιπόν ότι για να υπάρχει αρμονική σχέση μεταξύ των καλών πωλητών και του Μάνατζμεντ θα πρέπει το τελευταίο να δέχεται τα κατάλληλα ερεθίσματα και τις επιδράσεις από την εφαρμογή του σωστού Μάρκετινγκ στην επιχείρηση, το οποίο Μάρκετινγκ ιεραρχικά και λειτουργικά εντάσσεται πάνω από αυτό.

Το Μάρκετινγκ όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη ενότητα αφορά στην έρευνα των αναγκών μιας μερίδας ατόμων, στην ευρύτερη αγορά, που στη συγκεκριμένη περίπτωση για μας είναι τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Την εξυπηρέτηση των αναγκών αυτών των ατόμων σε όλους γενικά τους τομείς της ζωής τους έρχεται να διεκπεραιώσει η Τοπική Αυτοδιοίκηση μέσω των Μονάδων Παροχής Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. Από την άλλη πλευρά το Μάνατζμεντ δεχόμενο τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας έχει σαν στόχο μέσω των μάνατζερς να αξιοποιήσει κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα ερευνητικά αποτελέσματα και να προωθήσει το προϊόν στους ενδιαφερόμενους.

Στην περίπτωση του Δήμου Βόλου το Μάνατζμεντ των Μονάδων Παροχής Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και Φροντίδας το επιτελούν οι ίδιοι οι υπάλληλοι, με «κεντρικό άξονα» λειτουργίας τον Πρόεδρο και Διευθυντή της Μονάδας. Κύριο μέλημα των ανθρώπων αυτών είναι η ορθότερη μελέτη και αξιοποίηση των δεδομένων και στοιχείων που τους παρέχει η Τοπική Αυτοδιοίκηση, προκειμένου να θέσουν τις σωστές βάσεις για την αρτιότερη λειτουργία της υπηρεσίας τους, με τη μορφή επιχειρηματικής μονάδας.

Ως Γενικός Μάνατζερ στη Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Υγείας του Δήμου Βόλου ορίζεται ο Πρόεδρος και Διευθυντής της και το προφίλ του θα πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής χαρακτηριστικά, τα οποία αφορούν τόσο τον ίδιο, όσο και τη Μονάδα-Επιχείρηση που διοικεί:

1. προσωπικές ικανότητες και γνώσεις
2. οργανωτική δομή της Μονάδας
3. διοίκηση προσωπικού
4. πολιτική και διαδικασίες
5. παραγωγή υπηρεσιών

1. Προσωπικές ικανότητες και γνώσεις

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να διευκρινιστούν οι απαραίτητες γνώσεις και τα χαρακτηριστικά που χρειάζεται να διαθέτει το Διευθυντικό Στέλεχος μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας προς τους ηλικιωμένους.

Αν εξετάσουμε το παράδειγμα ενός διευθυντή εστιατορίου, τότε θα πρέπει να επισημάνουμε ότι δεν είναι δυνατό μια τέτοια θέση να καταλάβει ένα άτομο χωρίς προϋπηρεσία και επαγγελματική εμπειρία πάνω στο συγκεκριμένο αντικείμενο και βέβαια χωρίς την ικανότητα στελέχωσης της επιχείρησής του από ικανά και κατάλληλα άτομα, όπως για παράδειγμα μπορεί να τονιστεί η περίπτωση ενός έμπειρου σεφ μαγειρικής, που οπωσδήποτε πρέπει να στελεχώνει το έμψυχο δυναμικό της επιχείρησης.

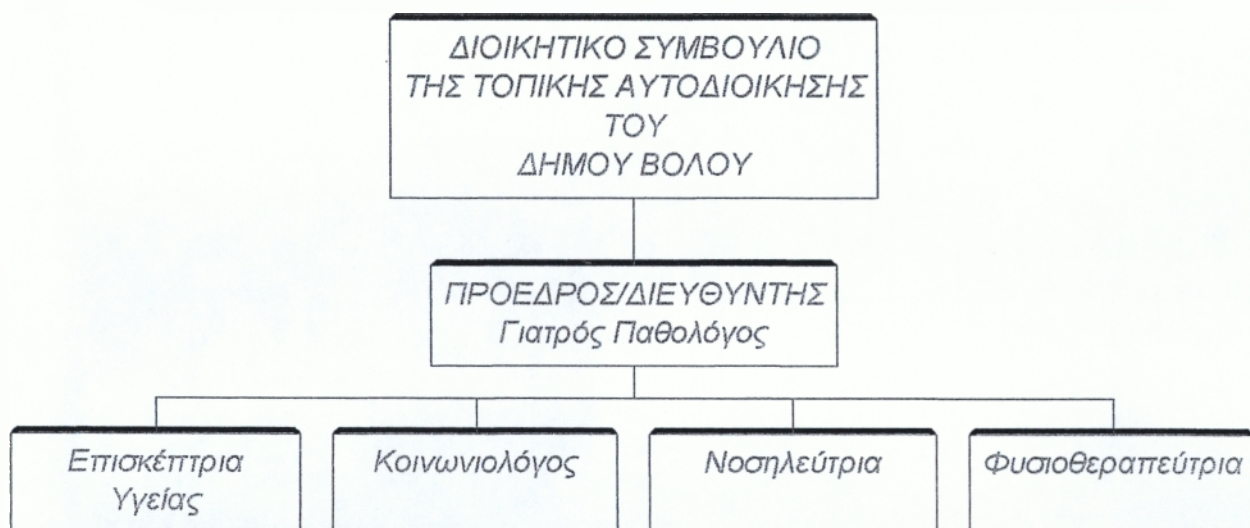
Με το ίδιο σκεπτικό και στη μονάδα που μελετάμε, ο Διευθυντής θα πρέπει να είναι άριστος γνώστης του αντικειμένου του και να διαχειρίζεται ανά πάσα στιγμή τη λειτουργία της «επιχείρησής» του με τρόπο ευέλικτο, ώστε να είναι σε θέση κάθε φορά η ίδια η μονάδα να προσαρμόζει τις ανάγκες της στη βάση των απαιτήσεων των ατόμων της τρίτης ηλικίας, που άλλωστε είναι μια κοινωνική ομάδα αρκετά ευαίσθητη και δύσπλαστη λόγω του προχωρημένου της ηλικίας της.

Η καταλληλότερη ειδικότητα Διευθυντή σε μια μονάδα που προσφέρει υπηρεσίες υγείας στους ηλικιωμένους είναι αυτή του *Γεροντολόγου*.

2. Οργανωτική δομή

Για να γίνει πλήρως κατανοητή η οργανωτική δομή μιας μικρομεσαίας μονάδας, όπως άλλωστε είναι και η μονάδα που μελετάμε, κρίνεται απαραίτητο να παρουσιαστεί ένα οργανόγραμμα, δηλαδή ένα διάγραμμα της οργανωτικής και διοικητικής δομής της μονάδας.

Στην περίπτωση μας το οργανόγραμμα που ακολουθεί αναλύει τη δομή της Μονάδας και τη σχέση που υπάρχει μεταξύ των διοικητικών οργάνων και μελών που συγκροτούν αυτή. Στο σημείο αυτό πρέπει να διευκρινιστεί ότι ως υπεύθυνοι πωλήσεων έχουν ορισθεί οι υπάλληλοι της μονάδας, εφόσον εκείνοι είναι που παράγουν και προσφέρουν τις πρώτες βοήθειες στα άτομα της τρίτης ηλικίας.



Οργανόγραμμα 4.1: Οργανωτική και διοικητική δομή της Μ.Π.Φ.Υ. της Τ.Α. του Δήμου Βόλου

Πηγή : Ιδία έρευνα

Το οργανόγραμμα αυτό είναι πολύ χρήσιμο στη μελέτη της σκοπιμότητας, διότι δείχνει σ' εκείνον που θα τη μελετήσει ότι έχει γίνει σοβαρή και λεπτομερειακή μελέτη καθώς και ανάλυση των διοικητικών και οργανωτικών θεμάτων της μονάδας αυτής. Το οργανόγραμμα αυτό δείχνει τις ιεραρχικές και εργασιακές αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των διαφόρων ατόμων και που μαζί με μια γενική περιγραφή των καθηκόντων του καθενός από τα άτομα που θα αναλάβουν τις θέσεις, δίνει μια σαφέστερη εικόνα και στα άτομα που πρόκειται να εργασθούν. Επίσης το ίδιο οργανόγραμμα έχει σαν σκοπό συν τοις άλλοις και την παρουσίαση της πιο ενδεδειγμένης επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων που καταλαμβάνουν καιρικές θέσεις στην επιχείρηση.

3. Διοίκηση προσωπικού

Βασικό στοιχείο στη διοίκηση προσωπικού είναι ο καθορισμός του συστήματος μισθών και ημερομισθίων για τους εργαζόμενους περιλαμβάνοντας ταυτόχρονα και ενδεχόμενες πρόσθετες αμοιβές ή βραβεία ή προμήθειες. Για παράδειγμα η αυξημένη αποτελεσματικότητα στην παραγωγή πρέπει να ληφθεί υπόψη από τον υπεύθυνο πωλήσεων έτσι ώστε να δοθεί μια ενδεχόμενη πρόσθετη αμοιβή σ' εκείνους που πέτυχαν ένα τέτοιο αποτέλεσμα.

Επίσης πολύ σημαντικό είναι να παρουσιαστεί και η πολιτική που θα ακολουθηθεί ως προς τα φιλοδορήματα, ως προς την εμφάνιση και ως προς τα συστήματα που καθορίζουν τις σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων, όπως για παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί η αποφυγή ή η δημιουργία ανταγωνισμού με την ύπαρξη ατομικών ή ομαδικών βραβείων.

Στην περίπτωση της Πρωτοβάθμιας Μονάδας Φροντίδας και Υγείας του Δήμου Βόλου ο καθορισμός του συστήματος μισθών και ημερομισθίων των υπαλλήλων της προγραμματίζεται από το Δημοτικό Οργανισμό Υγείας και Κοινωνικών Θεμάτων, από Ευρωπαϊκά Προγράμματα και από τον Οργανισμό Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

4. Πολιτικές και Διαδικασίες

Το στάδιο αυτό έχει να κάνει με ερωτήματα και προβλήματα που πρέπει να λυθούν εκ των προτέρων, ώστε και τα ίδια αλλά και τα αποτελέσματά τους να γίνουν σαφή και γνωστά στους υπαλλήλους. Με τον τρόπο αυτό θα μπορεί ο καθένας να γνωρίζει τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματά του, καθώς επίσης και τα όρια μέσα στα οποία θα μπορεί να κινηθεί, τόσο για θέμα τα που αφορούν στην προσωπική του ζωή, όσο και για εκείνα που αφορούν στη Μονάδα. Έτσι λοιπόν οι τυχόν προστριβές που μπορεί να λάβουν χώρα μεταξύ των εργαζομένων και της Διευθύνσεως της Μονάδας περιορίζονται στο ελάχιστο, ενώ η αποδοτικότητα των πρώτων αυξάνεται σημαντικά.

Μερικά από τα ερωτήματα και τα προβλήματα που πρέπει να συζητηθούν και να μελετηθούν από τη Διεύθυνση μιας οποιαδήποτε επιχείρησης, και τα οποία αφορούν στον τρόπο επικοινωνίας και λειτουργίας των εργαζομένων, τόσο σαν σύνολο, όσο και σαν μονάδες είναι τα εξής:

«Θα επιτρέπεται να τρώνε οι υπάλληλοι μέσα στη Μονάδα κατά τη διάρκεια της εργασίας τους ή είναι αναγκαίο να θεσπιστεί ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, όπου θα τους δίνεται η δυνατότητα να απολαύσουν το φαγητό τους;»

«Θα υπάρχουν συμπληρωματικές παροχές για τις υπερωρίες και ποιες θα είναι αυτές;»

«Με ποια σειρά θα δίνονται οι άδειες στους υπαλλήλους;»

Αυτά και πολλά ακόμη είναι τα ερωτήματα και οι προβληματισμοί που θα πρέπει να απασχολούν μια οποιαδήποτε επιχείρηση, πόσο μάλλον την ίδια τη Μονάδα που μελετάμε, προκειμένου να δοθούν σαφείς απαντήσεις και σωστές λύσεις σ' αυτά, ώστε η ίδια αυτή επιχείρηση να βαδίζει ομαλά και ανταγωνιστικά στο χώρο της αγοράς.

5. Θέματα παραγωγής

Αναφερόμενοι στα θέματα παραγωγής, εννοούμε τις ενέργειες εκείνες που πρέπει ο κάθε επιχειρηματίας μιας μικρομεσαίας επιχείρησης να κάνει, έτσι ώστε η προώθηση του προϊόντος του στην αγορά να έχει θετικά αποτελέσματα.

Μια πολύ σημαντική ενέργεια του Διευθυντή της Μονάδας Παροχής Φροντίδας και Υγείας είναι ο σαφής και ακριβής καθορισμός του συστήματος παραγωγής, που θα χρησιμοποιηθεί για τη δημιουργία των υπηρεσιών υγείας. Μέσα στον κατάλογο των ενεργειών του θα πρέπει να συμπεριληφθούν οι τεχνικές φάσεις παραγωγής, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της επιχείρησης, όπως για παράδειγμα η αναμενόμενη διάρκεια ζωής του προϊόντος, η τεχνολογία που διαθέτει για την παραγωγή των υπηρεσιών, σαν προϊόν της επιχείρησης και πολλά άλλα.

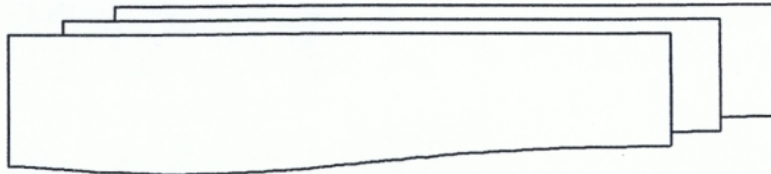
Ένα στοιχείο ακόμη που πρέπει να διευκρινιστεί είναι και ο βαθμός απλοποίησης και προτυποποίησης των υπηρεσιών υγείας, ώστε να επιδιώκεται η ελάττωση του κόστους παραγωγής αυτών, αλλά και η αύξηση του βαθμού απορρόφησής τους και αποδοχής τους από τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

4.4 ΤΕΛΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μετά από τη λεπτομερειακή ανάλυση των εννοιών του «Μάρκετινγκ» και του «Μάνατζμεντ», όσον αφορά στην εφαρμογή τους στην μικρομεσαία επιχείρηση και ειδικότερα στην Τοπική Αυτοδιοίκηση Βόλου, που ως ένας μικροοργανισμός παράγει και προσφέρει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στα άτομα της τρίτης ηλικίας, μπορούμε να εξάγουμε τα παρακάτω συμπεράσματα:

- ❖ Εφόσον μια μικρομεσαία επιχείρηση επιθυμεί να επιβιώσει στον ανταγωνιστικό χώρο της αγοράς, κρίνεται αναγκαία η έρευνα της τελευταίας από τα μέλη της διοίκησης της ίδιας της επιχείρησης. Μ' αυτό τον τρόπο τα επιχειρηματικά στελέχη είναι δυνατό ν' ανακαλύψουν τις ανάγκες ορισμένων κοινωνικών ομάδων, στις οποίες απευθύνεται η επιχείρηση με βάση το προϊόν που παράγει και βέβαια σε τελική ανάλυση να προσπαθήσει να υλοποιήσει τις ανάγκες αυτές με τον αποτελεσματικότερο δυνατό τρόπο.
- ❖ Ο σωστός προγραμματισμός παραγωγής του προϊόντος και η αποτελεσματική προώθηση αυτού στο χώρο της αγοράς αποτελούν δύο βασικά στοιχεία, τα οποία πρέπει να ληφθούν υπόψη από την επιχείρηση, προκειμένου να καταστεί δυνατή η απόλυτη επιτυχία της ικανοποίησης των αναγκών των ενδιαφερομένων κοινωνικών ομάδων.
- ❖ Η διαφήμιση ενός προϊόντος αποτελεί ένα πολύ σημαντικό παράγοντα για τη γνωστοποίηση και προώθηση του προϊόντος προς τους ενδιαφερόμενους αγοραστές, οι οποίοι βέβαια απαιτείται να γνωρίζουν πολύ καλά τον τρόπο παραγωγής του, την ποιότητά του και την απορρόφησή του από μέρους με το μικρότερο δυνατό κόστος για την επιχείρηση.
- ❖ Με τη σειρά της η διοίκηση της επιχείρησης για να καταφέρει να αποδείξει τα θετικά στοιχεία του προϊόντος που παράγει πρέπει να στελεχώνεται από άτομα που σαν πρωτεύοντα στόχο έχουν τη βαθιά γνώση των πραγματικών αναγκών εκείνης της μερίδας των ατόμων, που δείχνουν άμεσο ενδιαφέρον για την απορρόφηση του προϊόντος που παράγει.
- ❖ Συνοψίζοντας και έχοντας σαν γνώμονα τα παραπάνω, θα πρέπει να τονιστεί πως το «Μάρκετινγκ» και το «Μάνατζμεντ» σαν επιχειρηματικές έννοιες, είναι δυνατό να βρουν πεδία εφαρμογής στο χώρο μιας επιχείρησης μόνο υπό ορισμένες προϋποθέσεις, οι οποίες αφορούν βασικά στην αλληλένδεση και αλληλεξάρτηση των ενεργειών εκείνων που έχουν σαν βασικούς στόχους την έρευνα αγοράς, τον απόλυτο προγραμματισμό παραγωγής του προϊόντος και το χρονοδιάγραμμα προώθησής του από την επιχείρηση στους κόλπους της ίδιας της αγοράς.

- ❖ Τέλος, σαν μια ακόμη βασική προϋπόθεση για την επίτευξη των παραπάνω στόχων τονίζεται η αυστηρά αξιοκρατική ιεραρχία των θέσεων στελέχωσης στο διαρθρωτικό πλαίσιο λειτουργίας της επιχείρησης, από τα άτομα εκείνα που αντικειμενικά κατέχουν δυνατότητες στήριξης των βασικών στόχων και αναγκών της ίδιας της επιχείρησης.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΖΗΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΗ

Μ.Π.Φ.Υ. ΝΕΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΑΣ

ΔΗΜΟΥ ΒΟΛΟΥ

5.1 Σκοπός Ίδρυσης – Πλαίσιο Λειτουργίας Μ.Π.Φ.Υ.

5.2 Γεωγραφική Θέση & Χωροκατανομή Μ.Π.Φ.Υ.

5.3 Οργανωτική Δομή της Μ.Π.Φ.Υ.

5.4 Δραστηριότητες & Προγράμματα της Μ.Π.Φ.Υ.

5.5 Τελικά Συμπεράσματα

Η Μονάδα Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας Νέας Δημητριάδας (Μ.Π.Φ.Υ.) είναι μια Δημοτική Υπηρεσία που απευθύνεται σ' όλους τους δημότες της περιοχής και σαν στόχο έχει το σχεδιασμό και την ανάπτυξη των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη συνοικία με γνώμονα τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.

Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχει συνεχή προσωπική φροντίδα στον πληθυσμό και αναπτύσσεται μέσα στην ίδια την κοινότητα - τη γειτονιά, με τη συνεργασία των ίδιων των δημοτών και επικεντρώνει τους στόχους της στην πρόληψη της ασθένειας και στην προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Σε πρώτη φάση η Μ.Π.Φ.Υ. στη Νέα Δημητριάδα εστιάζεται στην παροχή υπηρεσιών προς το σύνολο του πληθυσμού άνω των 60 ετών. Η επιλογή αυτής της πληθυσμιακής ομάδας έγινε με βάση το κριτήριο της αυξημένης νοσηρότητας που παρουσιάζει ο πληθυσμός σ' αυτές τις ηλικίες και της έλλειψης επαρκούς πληροφόρησης σε θέματα πρόληψης των ασθενειών και διατήρησης της καλής υγείας που χαρακτηρίζει αυτή την ηλικία.

Το πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών της Μονάδας βασίζεται σε ειδικά σχεδιασμένο πρωτόκολλο από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης - Τμήμα Υγιεινής. Στις επόμενες σελίδες θα γίνει αναλυτική αναφορά στις υπηρεσίες που προσφέρει η Μονάδα, καθώς και στον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί.



5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ- ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ Μ.Π.Φ.Υ.

Η Μ.Π.Φ.Υ. Νέας Δημητριάδας σχεδιάστηκε το 1996 και άρχισε να λειτουργεί το 1998 στο Δήμο Βόλου με στόχο να δοκιμαστεί στην πράξη η εφαρμογή του παραδείγματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, και η δυνατότητα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης να διευρύνει το ρόλο της και να αναπτύξει υπηρεσίες φροντίδας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Παράλληλος στόχος της είναι να αναπτύξει με τις δραστηριότητές της, δημιουργικούς δεσμούς με την τοπική κοινωνία με στόχο την έμπρακτη καλλιέργεια των αξιών της κοινωνικής αλληλεγγύης.⁽⁵⁴⁾

Με βάση την προσέγγιση αυτή, το Διοικητικό Συμβούλιο του Δημοτικού Οργανισμού Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικών Θεμάτων Δήμου Βόλου και την αντίστοιχη μονάδα του Δήμου Τριανδρίας, συνάπτουν ένα πρωτόκολλο συνεργασίας και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι θα αποτελέσουν την ομάδα υγείας της Νέας Δημητριάδας.

Έτσι οι γενικοί στόχοι και το πλαίσιο λειτουργίας της μονάδας περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

- ♦ Σκοπός της συνεργασίας είναι η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου Προγράμματος Υγείας μέσα από την οργάνωση και τη λειτουργία πρότυπων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στα όρια του Δήμου Βόλου.
- ♦ Για την επιτυχία του θεσμού αυτού υιοθετείται η μέθοδος της σταδιακής ανάπτυξης με επιστημονικά τεκμηριωμένα βήματα και προσυμφωνημένες πολιτικές και διαχειριστικές κινήσεις.
- ♦ Επιστημονικός υπεύθυνος – συντονιστής του Προγράμματος ορίζεται ο κ. Αλέξης Μπένος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικού Τμήματος του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.
- ♦ Διοικητικός υπεύθυνος – συντονιστής του Προγράμματος ορίζεται ο Διευθυντής του Δ.Ο.Υ.Κ. του Δήμου Βόλου.
- ♦ Η πρώτη φάση του Προγράμματος έχει ως στόχο το σχεδιασμό, οργάνωση και λειτουργία της πειραματικής Μονάδας – πιλότου στον οικισμό της Νέας Δημητριάδας Βόλου. Η Μονάδα αυτή θα αρχίσει να λειτουργεί ειδικά με το Πρόγραμμα Φροντίδας Ηλικιωμένων στην κοινότητα.

54. Α. Μπένος, Επίκουρος Καθηγητής Υγείας Ιατρικού Τμήματος Α.Π.Θ., «Θέματα Γηρογυχνολογίας και Γεροντολογίας», Ελληνικά Γράμματα, 1999, σελ. 457.

Μετά την αρχική εγκατάσταση και πρώτη αξιολόγηση της λειτουργίας του Προγράμματος αυτού θα σχεδιαστεί η επέκταση των δραστηριοτήτων της και σε άλλες ηλικιακές ομάδες.

- ♦ Η Μ.Π.Φ.Υ. Τριανδρίας αναλαμβάνει την επιστημονική στήριξη του Προγράμματος και έχει την ευθύνη της αρχικής εκπαίδευσης της Ομάδας Υγείας Βόλου, καθώς και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, αξιολόγησης, προγραμματισμού και συνεχούς εποπτείας.
- ♦ Ο Δ.Ο.Υ.Κ. αναλαμβάνει να διαθέσει επαγγελματίες υγείας για τη δημιουργία της Ομάδας Υγείας καθώς και την απαραίτητη κτιριακή και εργαστηριακή υποδομή και εξοπλισμό για τη λειτουργία της Μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Ν. Δημητριάδας. Αναλαμβάνει επίσης να καλύψει τα έξοδα του εκπαιδευτικού προγράμματος καθώς και των μετακινήσεων.
- ♦ Οι προτάσεις συνεργασίας από άλλους φορείς ή άτομα κρίνονται κατά πόσο εντάσσονται στους στόχους του Προγράμματος από τον Επιστημονικό υπεύθυνο. Καμιά δέσμευση για συνεργασία με τρίτους δεν ισχύει εφόσον δεν έχει εγκριθεί από τον Επιστημονικό υπεύθυνο και δεν έχει συναποφασιστεί με το Διοικητικό υπεύθυνο.
- ♦ Σκοπός της Μονάδας Πρωτοβάθμιας Μονάδας Υγείας είναι η συνολική προσέγγιση της υγείας του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης της. Με την έννοια αυτή και με στόχο το συντονισμό και τη συνεπή στάση απέναντι στον πληθυσμό, όλες οι δραστηριότητες οι οποίες σχετίζονται με την υγεία του πληθυσμού (θέματα περιβάλλοντος, προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας, προγράμματα για ειδικές ομάδες πληθυσμού, κ.λπ.) θα υλοποιούνται μόνο εφόσον συζητηθούν και κριθούν, μετά από συναπόφαση Επιστημονικού και Διοικητικού υπευθύνου, ότι εντάσσονται στους στόχους και το περιεχόμενο του προγράμματος.
- ♦ Με σκοπό τη στήριξη και επέκταση του Προγράμματος προβλέπεται η εκπόνηση κοινών ερευνητικών προγραμμάτων, με τα οποία θα αιτηθεί χρηματοδότηση από εθνικούς και ευρωπαϊκούς οργανισμούς.
- ♦ Οποιαδήποτε παρουσίαση ή δημοσίευση δραστηριοτήτων και αποτελεσμάτων του Προγράμματος, είτε στα Μέσα Ενημέρωσης, είτε σε επιστημονικό πλαίσιο, προαπαιτεί την έγκριση του Επιστημονικού υπευθύνου.⁽⁵⁵⁾

55. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ του Δ.Ο.Υ.Κ. Δήμου Βόλου με τη Μ.Π.Φ.Υ. του Δήμου Τριανδρίας.

5.2 ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΘΕΣΗ & ΧΩΡΟΚΑΤΑΝΟΜΗ Μ.Π.Φ.Υ.

Ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά μιας Μονάδας που παρέχει υπηρεσίες υγείας σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών είναι ασφαλώς η γεωγραφική της θέση μέσα στο πολεοδομικό σχέδιο μιας σύγχρονης πόλης και κατ' επέκταση στον ίδιο το Νομό.

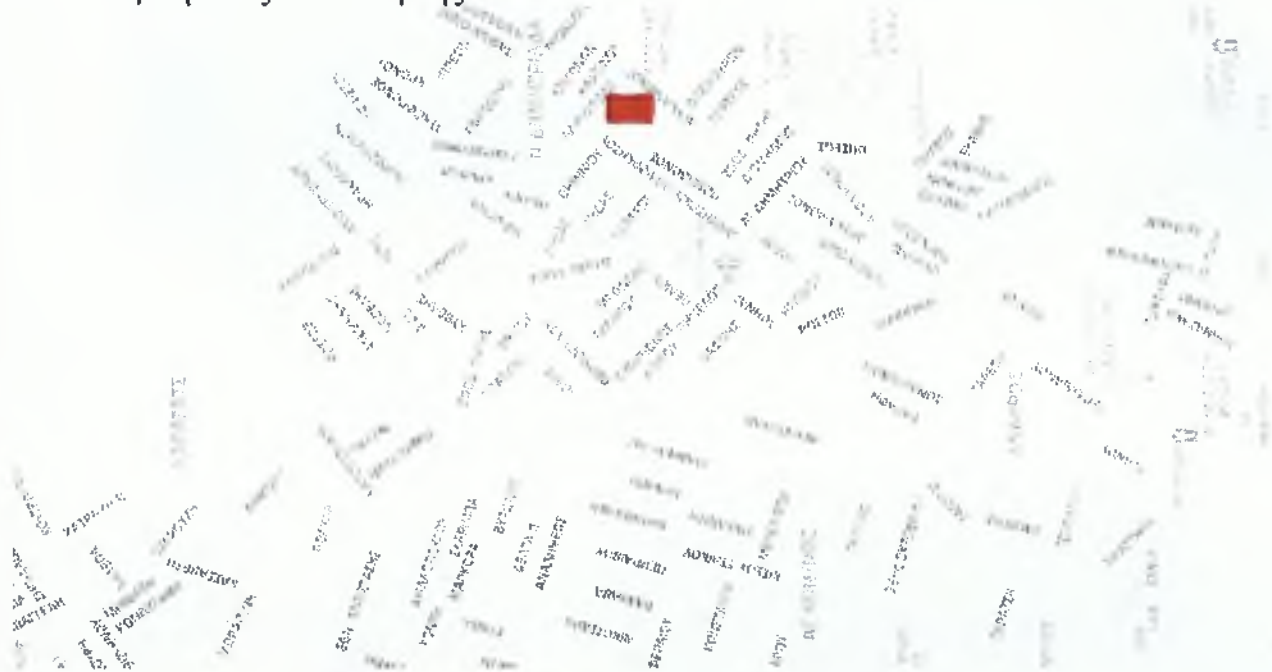
Στη συγκεκριμένη περίπτωση που μελετάμε τη Μ.Π.Φ.Υ. του Δήμου Βόλου παρατηρούμε με βάση το γεωγραφικό χάρτη του πολεοδομικού συγκροτήματος της πόλης του Βόλου και των προαστίων της, τον οποίο παραθέτουμε στην επόμενη σελίδα, ότι είναι εγκατεστημένη στην ανατολική πλευρά της πόλης και συγκεκριμένα επί των οδών Αλκήστιδος και Δευκαλίωνος, πλησίον των εργατικών κατοικιών της Νέας Δημητριάδας. Λαμβάνοντας υπόψη τη παρούσα γεωγραφική θέση της Μονάδας, το συμπέρασμα το οποίο προκύπτει είναι ότι η πρόσβαση των ηλικιωμένων σ' αυτή πραγματοποιείται εύκολα και άμεσα διότι η οδός Δευκαλίωνος αποτελεί μία από τις κεντρικότερες οδικές αρτηρίες στη περιοχή της Νέας Δημητριάδας.

Επίσης, έπειτα από μία προσωπική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην περιοχή που βρίσκεται περιφερειακά της μονάδας και έχει τη γενικότερη ονομασία Νέα Δημητριάδα, βάση του παρακείμενου Ιερού Ναού του Αγίου Δημητρίου, διαπιστώθηκαν τα εξής χαρακτηριστικά στοιχεία που συνθέτουν τη γενικότερη γεωγραφική και μορφολογική εικόνα της περιοχής γύρω από τη Μονάδα:

- Συχνή αστική συγκοινωνία και στάση αστικού λεωφορείου επί της οδού Ορμινίου.
- Χώρος στάθμευσης οχημάτων – ταξί και ειδική λωρίδα κυκλοφορίας αυτών για την αμεσότερη και ευκολότερη είσοδο και έξοδο στο χώρο της Μονάδας.
- Λειτουργία και εφημερία αρκετών φαρμακείων στην ευρύτερη περιοχή της Ν. Δημητριάδας για την καλύτερη εξυπηρέτηση τόσο των ατόμων που επισκέπτονται τη Μονάδα, όσο και των μόνιμων κατοίκων της περιοχής.
- Ειδικός χώρος στάθμευσης των ιδιωτικών οχημάτων που ανήκουν στο προσωπικό της Μονάδας, αλλά και των οχημάτων των εκάστοτε ατόμων που επιθυμούν να την επισκεφθούν για οποιοδήποτε υπηρεσιακό ή προσωπικό λόγο.
- Στέγαση και λειτουργία ενός ικανοποιητικού αριθμού καταστημάτων τύπου περιπτέρου, που αποσκοπεί στην προμήθεια διαφόρων ειδών (τροφίμων, ποτών, εφημερίδων, ψιλικών, κ.λπ.).

- Ήσυχο, ευχάριστο και όμορφο περιβάλλον, γεγονός που όπως διαπιστώθηκε χαρακτηρίζει ολόκληρη την περιοχή της Ν. Δημητριάδας, εφόσον αποτελεί μία προαστιακή περιοχή, εγκατεστημένη στις παρυφές του λόφου της Παναγίας Γορίτσας. Μια περιοχή πευκόφυτη και καταπράσινη, γεμάτη από καθαρό αέρα και μακριά από τον ενοχλητικό θόρυβο του πολυσύχναστου κέντρου του Βόλου.
- Το Νοσοκομείο βρίσκεται σε πολύ κοντινή απόσταση από τη Μονάδα (περίπου 600-700 μέτρα), γεγονός που σημαίνει ότι σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή χρειαστεί η βοήθεια του Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού για την εξυπηρέτηση ενός έκτακτου περιστατικού, η πρόσβαση στους χώρους του Νοσοκομείου θα επιτευχθεί σε λίγα μόνο λεπτά, οπότε υπό αυτές τις προϋποθέσεις μειώνονται οι πιθανότητες ενός άσχημου αποτελέσματος.

Συμπερασματικά λοιπόν, με βάση τα παραπάνω άκρως ενδιαφέροντα στοιχεία της γεωγραφικής θέσης και της εξωτερικής εικόνας της μονάδας, γίνεται σαφές ότι η ευρύτερη περιοχή όπου είναι εγκατεστημένη, κρίνεται απολύτως κατάλληλη για την πρόσβαση και την εξυπηρέτηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας, που χρίζουν άμεσης βοήθειας και ανάγκης.



Υπόμνημα:  Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Χάρτης 5.1: Απεικόνιση περιοχής Ν. Δημητριάδας Δήμου Βόλου

Εκτός όμως από τη γεωγραφική θέση που καταλαμβάνει ένα κτιριακό συγκρότημα, όπως είναι και η Μονάδα που μελετάμε, στον ευρύτερο γεωγραφικό χώρο μιας σύγχρονης πόλης, εξίσου σημαντικό ρόλο παίζει και η χωροκατανομή αυτού, δηλαδή η διαμόρφωση των εσωτερικών του χώρων, με βάση το συνολικό ωφέλιμο εμβαδόν σε τετραγωνικά μέτρα, τόσο των χώρων που χρησιμοποιούνται ως τμήματα, όσο και των χώρων που χρησιμοποιούνται ως συνδυαστικά στοιχεία για την επικοινωνία των διαφόρων τμημάτων μεταξύ τους. Τέτοιοι χώροι είναι οι διάδρομοι, οι σκάλες, οι χώροι αναμονής, κ.λπ.

Σύμφωνα με πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν από το Δ.Ο.Υ.Κ. και βάση της προσωπικής επαφής με το χώρο της Μονάδας, η κτιριακή εγκατάσταση αυτής δεν καταλαμβάνει αρκετά μεγάλη έκταση. Συγκεκριμένα είναι ένα οίκημα ενός μόνο ισογείου ορόφου περίπου 220 τετραγωνικών μέτρων σε τετραγωνική μορφή κάτοψης με μόλις πέντε (5) σκαλοπάτια, γεγονός που βοηθά τους ηλικιωμένους στην ομαλότερη πρόσβασή τους στο εσωτερικό της Μονάδας. Επίσης, χαρακτηριστικό στοιχείο της κατασκευής της Μονάδας αποτελεί η ύπαρξη δεξιά και αριστερά από την κεντρική είσοδό της κατάλληλων διαδρόμων, με τη μορφή «ράμπας», προκειμένου να επιτυγχάνεται η άμεση και ομαλή πρόσβαση και των ατόμων με ειδικές ανάγκες στο εσωτερικό αυτής.

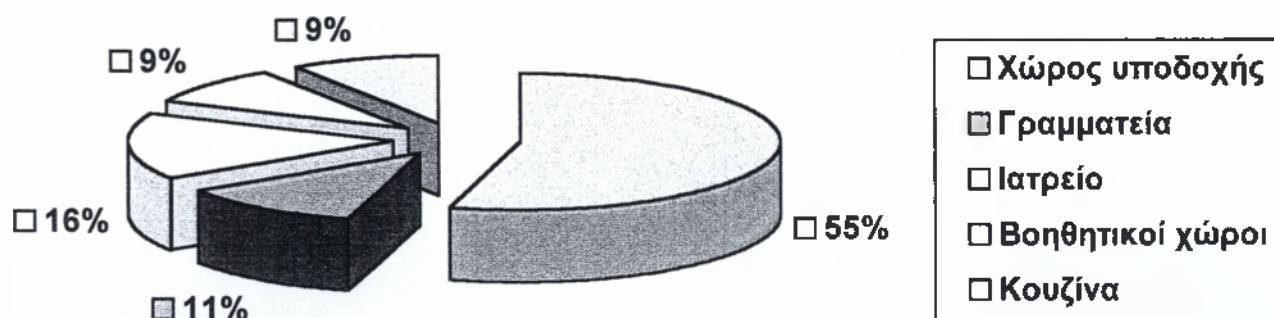
Εξετάζοντας λοιπόν τη δόμηση των εσωτερικών χώρων της Μονάδας μπορούμε να πούμε ότι η μεγάλη αίθουσα που υπάρχει στο μπροστινό μέρος αυτής εξυπηρετεί τη διεξαγωγή των εκδηλώσεων, της γυμναστικής και των χορευτικών μαθημάτων. Επίσης ο χώρος αυτός χρησιμοποιείται από τους ηλικιωμένους ως χώρος ξεκούρασης, παρακολούθησης τηλεοπτικών προγραμμάτων και συζητήσεων. Στη συνέχεια υπάρχουν δύο αίθουσες όπου στη μία προσφέρονται οι υπηρεσίες υγείας στους ηλικιωμένους από τη γιατρό και στην άλλη αρχειοθετούνται όλα τα στοιχεία των ατόμων που εξετάζονται ανά χρονικά διαστήματα. Τέλος, στο κτίριο συμπεριλαμβάνονται κουζίνα και βοηθητικοί χώροι (τουαλέτα και αποθήκη), όπου τόσο το προσωπικό της Μονάδας όσο και αυτοί που επισκέπτονται το χώρο έχουν τη δυνατότητα να τους χρησιμοποιούν.

Παρακάτω παρουσιάζεται αναλυτικός πίνακας που δείχνει όλους τους χώρους της Μονάδας καθώς και τα τετραγωνικά μέτρα που καταλαμβάνουν αυτοί.

	Χώρος Υποδοχής	Γραμματεία	Ιατρείο	Βοηθητικοί Χώροι	Κουζίνα	ΣΥΝΟΛΟ
Επιφάνεια (m ²)	120	25	35	20	20	220
Ποσοστό	54,5%	11,3%	16%	9,1%	9,1%	100%

Πίνακας 5.1: Ποσοτική και Ποσοστιαία κατανομή των χώρων της Μ.Π.Φ.Υ. Νέας Δημητριάδας

Πηγή: Δ.Ο.Υ.Κ. Δήμου Βόλου & ίδια έρευνα



Πίτα 5.1: Ποσοστιαία απεικόνιση σε μορφή πίτας των χώρων της Μ.Π.Φ.Υ. Νέας Δημητριάδας

Με βάση τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα, τα συμπεράσματα που προκύπτουν είναι τα εξής:

α) Ο χώρος υποδοχής καταλαμβάνει τη μισή περίπου έκταση της συνολικής έκτασης του κτιριακού συγκροτήματος της μονάδας, δηλαδή το 54,5%. Γεγονός που οφείλεται στο ότι η αίθουσα δε χρησιμοποιείται μόνο για την είσοδο και την παραμονή των ατόμων της τρίτης ηλικίας στη μονάδα, αλλά και για την ενημέρωση των ειδικών επιστημόνων που κατά τακτά χρονικά διαστήματα την επισκέπτονται και ενημερώνονται για την εξέλιξη και την πορεία της, για την ομάδα του χορού, για τη γυμναστική των ηλικιωμένων, καθώς και ως χώρος ξεκούρασης και συζήτησης μεταξύ τους.

β) Συγκριτικά οι υπόλοιποι χώροι σε σχέση με το χώρο υποδοχής καταλαμβάνουν όλοι μαζί αρκετά μικρότερη έκταση, με μοναδική ίσως εξαίρεση αυτή της αίθουσας του ιατρείου, η οποία καταλαμβάνει περίπου το 16% της συνολικής έκτασης του κτιρίου. Η χρήση της είναι πολυσύνθετη, αφού η ύπαρξή της βασίζεται στην εξυπηρέτηση από πλευράς ιατρικής περίθαλψης, σε καθημερινή βάση, όλων όσων επισκέπτονται τη μονάδα σε επίπεδο Δήμου. Επίσης, η συγκεκριμένη αίθουσα περιλαμβάνει ένα εξεταστικό κρεβάτι, έναν ηλεκτρικό καρδιογράφο, ηλεκτρονικά πιεσόμετρα, ζυγαριά και οποιοδήποτε άλλο όργανο ή αντικείμενο, το οποίο κρίνεται απαραίτητο και αναγκαίο για την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιου επιπέδου.

5.3 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΗΣ Μ.Π.Φ.Υ. ΝΕΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΑΣ

Ως γνωστό όλες οι Μονάδες Υγείας και Πρόνοιας της χώρας μας στηρίζονται σ' έναν «σκελετό», ο οποίος αποτελείται από τη Διοικητική, τη Νοσηλευτική και την Ιατρική Υπηρεσία και εκφράζει το γενικότερο τρόπο οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας των μονάδων αυτών.

Η Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Υγείας της Νέας Δημητριάδας του Δήμου Βόλου δεν αναιρεί τον παραπάνω κανόνα, ανεξαρτήτως μεγέθους που καταλαμβάνει και πλήθους ατόμων που εργάζονται σ' αυτή. Σύμφωνα με το οργανόγραμμα που παρουσιάζεται παρακάτω, η Μονάδα διοικείται τόσο από την Τοπική Αυτοδιοίκηση, όσο και από τον επιστημονικό τομέα της Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Ιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Τα λειτουργικά έξοδα της Μονάδας καλύπτονται κυρίως από τον Οργανισμό Υγείας και Κοινωνικών Θεμάτων του Δήμου Βόλου, αλλά επίσης τόσο από επιδοτούμενα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όσο και από κρατικά κονδύλια.

Όσον αφορά στη συνεργασία της Μονάδας Υγείας με άλλους φορείς παροχής υπηρεσιών προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι δυνατό να αναφερθεί η σχέση της με τα Κ.Α.Π.Η. της πόλης του Βόλου, με την Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου, καθώς και με τα Ασφαλιστικά Ταμεία.

Για τη στελέχωση της Διοικητικής Υπηρεσίας υφίσταται μόνο το Τμήμα της Γραμματείας, με υπεύθυνο ένα (1) μόνο διοικητικό υπάλληλο Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία απαρτίζεται από δύο (2) νοσηλεύτριες Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, καθώς και από μία (1) οικογενειακή βοηθό Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

Τέλος, η Ιατρική Υπηρεσία αποτελείται από μία (1) Φυσιοθεραπεύτρια Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, από δύο (2) κοινωνικούς λειτουργούς Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, μία Κοινωνιολόγο Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης και φυσικά από έναν (1) Γιατρό ειδικότητας Παθολόγου.

Συνολικά, όλα τα παραπάνω στελέχη της μονάδας που εργάζονται γι' αυτήν, αποτελούν μία ομάδα ατόμων και συνάμα επιστημόνων, η οποία αποκαλείται και ως «*Ομάδα Υγείας*». Στόχος τους είναι φυσικά η καλύτερη και αποδοτικότερη εξυπηρέτηση και ενημέρωση των ατόμων της τρίτης ηλικίας που επισκέπτονται τη μονάδα. Βασικές προϋποθέσεις για την άρτια στελέχωση, οργάνωση και λειτουργία της συγκεκριμένης ομάδας Υγείας είναι οι εξής:

- *Συγκρότηση της Ομάδας Υγείας αποκλειστικά από επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι θα απασχολούνται με όρους πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.*
- *Εθελοντική συμμετοχή στην Ομάδα Υγείας από άτομα ίδιας πρωτοβουλίας, υπό τον όρο οι δραστηριότητές τους να μην έχουν καμία απολύτως σχέση με τα τεκταινόμενα της Ομάδας.*
- *Οι στόχοι, η μεθοδολογία και ο τρόπος λειτουργίας της Ομάδας να δρομολογηθούν με βάση την κοινή απόφαση του Επιστημονικού και Διοικητικού υπευθύνου.⁽⁵⁶⁾*

Αμέσως πιο κάτω παρατίθεται αναλυτικό οργανόγραμμα, που αφορά στον τρόπο διάρθρωσης και ανάπτυξης των υπηρεσιών της Μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Νέας Δημητριάδας Δήμου Βόλου.



Οργανόγραμμα 5.1: Παρουσίαση διοικητικής δομής και διάρθρωσης της Μ.Π.Φ.Υ. Ν. Δημητριάδας

Πηγή: *Ιδία έρευνα*

Θα ήταν χρήσιμο επίσης πλην του οργανογράμματος να παρουσιάσουμε κι έναν πίνακα, ο οποίος με τη σειρά του θα παρουσιάζει το επίπεδο μόρφωσης και εκπαίδευσης των ατόμων που στελεχώνουν τη Μονάδα, στοιχείο που ασφαλώς επιτελεί σημαντικό ρόλο στον τρόπο επιτέλεσης των καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των στελεχών αυτών.

56. Πρωτόκολλο Συνεργασίας του Δ.Ο.Υ.Κ. Βόλου με την Μ.Π.Φ.Υ. Δήμου Τριανδρίας Θεσσαλονίκης.

Εκπαίδευση Ειδικότητες	Δ.Ε.	Υ.Ε.	Τ.Ε.	Π.Ε.
Παθολόγος	-	-	-	1
Φυσιοθεραπευτής-τρια	-	-	1	-
Νοσηλεύτης-τρια	-	-	2	-
Επισκέπτρια Υγείας	-	-	1	-
Κοινωνικός Λειτουργός	-	-	2	-
Κοινωνιολόγος	-	-	-	1
Οικογενειακός Βοηθός	1	-	-	-
Διοικητικό Στέλεχος	-	1	-	-

Πίνακας 5.2: Ποσοτική ανάλυση του προσωπικού της Μονάδας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης

Πηγή: Ιδία έρευνα

Σύμφωνα λοιπόν με τα δεδομένα του παραπάνω πίνακα τα συμπεράσματα που εξαγονται είναι τα εξής:

1. Η πλειοψηφία των στελεχών της Ομάδας Υγείας έχουν λάβει μόρφωση επιπέδου Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, γεγονός που αποδεικνύει την σημαντική ικανότητα των ατόμων αυτών στον τρόπο ικανοποίησης των αναγκών των ατόμων της τρίτης ηλικίας που «απασχολεί» η Μονάδα του Δήμου Βόλου.
2. Η έλλειψη ειδικευμένου ατόμου στη Γεροντολογία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τις υπηρεσίες υγείας να τις παρέχει ο ιατρός της Παθολογίας, χωρίς όμως να παρουσιάζεται πρόβλημα στην εύρυθμη λειτουργία της Μονάδας.
3. Η διοικητική υπηρεσία της Μονάδας αποτελείται από μόλις ένα άτομο κι αυτό συμβαίνει διότι οι ηλικιωμένοι που είναι εγγεγραμμένοι στη Μονάδα και επωφελούνται τις υπηρεσίες της είναι λίγοι, με αποτέλεσμα το αρχείο αυτής και η γραμματειακή της υποστήριξη να τηρούνται από το άτομο αυτό.

5.4 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΗΣ Μ.Π.Φ.Υ. ΝΕΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΑΣ

Η εμπλοκή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας αποτελεί ήδη μία πραγματικότητα τόσο στη χώρα μας όσο και διεθνώς, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται μια τάση για διεύρυνση του ρόλου αυτού. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί, τόσο με τη στρατηγική της αποκέντρωσης των δομών και υπηρεσιών, όσο και με την προοπτική της ανάπτυξης υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας σε συνδυασμό με μικρότερο κόστος. Στην πράξη, υλοποιείται με την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η οποία αντιμετωπίζει τα προβλήματα υγείας στο σπίτι και την κοινότητα, δηλαδή έγκαιρα και αποτελεσματικά, συμβάλλοντας έτσι στην αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Παράλληλα, τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας, που είναι ταυτόσημα με τον ορισμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, συμβάλλουν μακροπρόθεσμα στην βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η εμπλοκή τέλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην ανάπτυξη και διαχείριση υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα πρωτοποριακό και συνάμα αποφασιστικό βήμα για την ενεργοποίηση και συμμετοχή της κοινότητας στην προάσπιση της υγείας, βήμα στρατηγικής σημασίας για την προώθηση του προγράμματος *του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας «Υγεία για Όλους»*.⁽⁵⁷⁾

Στα πλαίσια λοιπόν των παραπάνω θεωριών, η Τοπική Αυτοδιοίκηση του Δήμου Βόλου έχοντας ως οδηγό την πρωτοπόρο Μονάδα του Δήμου Τριανδρίας με υπεύθυνο τον Καθηγητή Κύριο Αλέξη Μπένο, σχεδίασε και ανέπτυξε τα παρακάτω προγράμματα :

1. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Το πρόγραμμα φροντίδας ηλικιωμένων ξεκίνησε το Σεπτέμβριο του 1998 και αποτελεί την κυριότερη δραστηριότητα της Μονάδας.

Με την πλήρη ανάπτυξη του προγράμματος αυτού η Μ.Π.Φ.Υ. φιλοδοξεί να παράσχει ολοκληρωμένες, σταθερές και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλους τους ηλικιωμένους που ζουν στην περιοχή της Νέας Δημητριάδας.

57. Αλέξης Μπένος, «Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας», Ελληνικά Γράμματα 1999.

Η επιλογή των ηλικιωμένων σαν κύριο στόχο των υπηρεσιών της Μονάδας έγινε γιατί αποτελούν μια συγκεκριμένη, διαρκώς αυξανόμενη κοινωνική ομάδα με πολλές και ειδικές ανάγκες και προβλήματα, η οποία διαρκώς ωθείται στο περιθώριο τόσο της κοινωνίας, όσο και των υπηρεσιών υγείας.

Από την αρχή της λειτουργίας της Μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Νέας Δημητριάδας, τον Ιανουάριο του 1998, έως τον Ιούνιο του 1998 έχουν εξεταστεί 512 άτομα, από τα οποία 201 (39,2%) είναι άνδρες και 311 (60,8%) γυναίκες (βλ. πίνακα 5.3). Από αυτούς, το 71,5% είναι δημότες Νέας Δημητριάδας. Ο μέσος όρος ηλικίας των ανδρών είναι 72 χρόνια και των γυναικών 74 χρόνια. Η λήψη των παραπάνω στοιχείων πραγματοποιήθηκε στο χώρο της Μονάδας σε ποσοστό 70% και στο σπίτι των ατόμων σε ποσοστό 30%.

	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Εξετασθέντες (%)	201 (39,2%)	311 (60,8%)	512
Ηλικία (Μέσος όρος σε χρόνια)	72	74	-

Πίνακας 5.3: Στατιστική ανάλυση του αριθμού εξετασθέντων ατόμων τρίτης ηλικίας στη Μονάδα

Πηγή: Γραμματεία της Μονάδας

2. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Ως βασικοί στόχοι του προγράμματος έχουν καθοριστεί η πρόληψη και η πρόωμη διάγνωση των συχνότερων προβλημάτων υγείας (π.χ. υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, καρδιοπάθειες, καρκίνος, οστεοπόρωση, κ.λπ.), στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Αγωγής και Προαγωγής της υγείας του πληθυσμού.

Για την επίτευξη του στόχου αυτού η Μ.Π.Φ.Υ. Νέας Δημητριάδας χρησιμοποιεί συγκεκριμένα πρωτόκολλα, με τα οποία γίνεται καταγραφή της κοινωνικής κατάστασης και των αναγκών υγείας και καταγράφεται σε ειδική έντυπη και ηλεκτρονική κάρτα υγείας το πλήρες ιατρικό ιστορικό καθώς και ο τρόπος ζωής του ατόμου. Στη συνέχεια σε κάθε άτομο γίνεται μια πλήρης κλινική εξέταση, καρδιογράφημα, ωτοσκόπηση, οφθαλμοσκόπηση, εκτίμηση της διανοητικής κατάστασης και της ύπαρξης ή όχι κατάθλιψης, καθώς κι ένας βασικός εργαστηριακός έλεγχος που περιλαμβάνει τη μέτρηση του σακχάρου, του αιματοκρίτη και αδρή εξέταση των ούρων.

Κατά το διάστημα λειτουργίας της Μονάδας έχουν γίνει συνολικά 600 επισκέψεις για επανέλεγχο ατόμων (εκτός της πρώτης εξέτασης) με κάποιο πρόβλημα υγείας. Από αυτές τις επισκέψεις οι 400 έγιναν με προσέλευση του ατόμου στη Μονάδα και οι 200 έγιναν με την επίσκεψη κάποιου μέλους της Ομάδας Υγείας στο σπίτι.

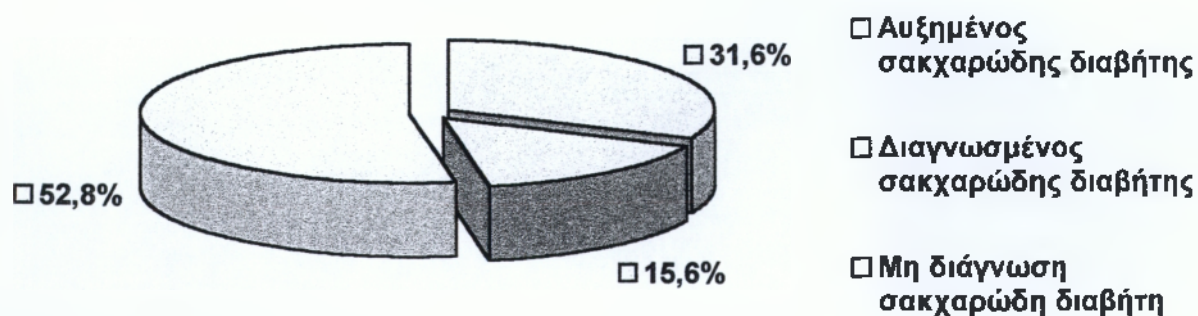
Τα προβλήματα που τυχόν ανιχνεύονται αντιμετωπίζονται τόσο από τα μέλη της ομάδας υγείας, όσο και από τα ειδικά τμήματα του δημοσίου Νοσοκομείου της πόλης αν χρειαστεί. Οι ηλικιωμένοι με χρόνια προβλήματα υγείας τίθενται σε πρόγραμμα παρακολούθησης, στη Μονάδα ή στο σπίτι τους, με τακτικούς επανέλεγχους ανάλογα με τη φύση του προβλήματος.

3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια πολύ συχνή πάθηση στους ηλικιωμένους και η αντιμετώπιση και ρύθμισή του απαιτεί μακρόχρονη, συχνή και προσεκτική παρακολούθηση από ομάδα επαγγελματιών υγείας (γιατρούς, νοσηλεύτες), καλή σχέση συνεργασίας με τον ασθενή και ύπαρξη συγκεκριμένης διαδικασίας πρόληψης, ώστε να αποφευχθούν ή να ελαχιστοποιηθούν οι βλάβες που προκαλεί.

Για το λόγο αυτό σχεδιάστηκε και αναπτύχθηκε το πρόγραμμα φροντίδας των διαβητικών, στο οποίο εντάσσεται κάθε άτομο το οποίο είχε ή εμφάνισε για πρώτη φορά σακχαρώδη διαβήτη. Η παρακολούθηση των διαβητικών γίνεται με τακτικές μετρήσεις της γλυκόζης αίματος και ούρων, με νευρολογική εξέταση και με συζήτηση σχετικά με τη διαίτα που πρέπει να ακολουθηθεί για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων παρενεργειών που μπορεί να προκαλέσει η συγκεκριμένη πάθηση.

Από τα μέχρι τώρα δεδομένα, οι 162 από τους 512 ηλικιωμένους, ποσοστό 31,6%, που εξετάστηκαν έχουν πρόβλημα αυξημένου σακχάρου αίματος, ενώ οι 80, ποσοστό 15,6%, έχουν αποδεδειγμένα επίσημα διαγνωσμένο σακχαρώδη διαβήτη.



Πίνα 5.2: Ποσοστιαία κατανομή των ατόμων τρίτης ηλικίας που εξετάστηκαν για σακχαρώδη διαβήτη στη Μονάδα

4. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ

Η υπέρταση αποτελεί ακόμη μια νόσο με πολύ μεγάλη συχνότητα εμφάνισης στα άτομα της τρίτης ηλικίας, η οποία είναι άμεσα συνδεδεμένη με τον τρόπο ζωής και διατροφής.

Από τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από τη Μονάδα και την επεξεργασία αυτών φαίνεται ότι ένα πολύ υψηλό ποσοστό των ηλικιωμένων που εξετάστηκαν (40%) έχουν μέτρια ή σοβαρή υπέρταση, ενώ το 35% έχουν οριακή υπέρταση. Μόνο το 25% των ηλικιωμένων που εξετάστηκαν είχαν φυσιολογική αρτηριακή πίεση.

Η παρουσία τόσων ατόμων τρίτης ηλικίας με αυξημένη αρτηριακή πίεση αυξάνει σοβαρά τον κίνδυνο για σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία τους και το όφελος από την πρόληψη της υπέρτασης είναι μεγάλης σημασίας. Για τους λόγους αυτούς αποφασίστηκε η ανάπτυξη προγράμματος φροντίδας των υπερτασικών και πρόληψης της υπέρτασης, που εκτός από την τακτική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, περιλαμβάνει και παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες των ατόμων που εμφανίζουν υψηλή αρτηριακή πίεση.

5. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Το πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι έχει σαν στόχο να βελτιώσει το επίπεδο ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, φροντίζοντάς τους μέσα στην κοινότητα, αλλά και να βοηθήσει στην αποσυμφόρηση των Νοσοκομείων και στη μείωση του κόστους για τη φροντίδα της υγείας αυτών.

Η Μ.Π.Φ.Υ. Νέας Δημητριάδας εξετάζει στο σπίτι τα άτομα που για οποιαδήποτε λόγο δεν μπορούν να κινηθούν έξω από το σπίτι τους. Μετά την καταγραφή των αναγκών τους καθορίζεται η συχνότητα παρακολούθησης από τους επαγγελματίες υγείας. Η Μ.Π.Φ.Υ. Νέας Δημητριάδας προσπάθησε στα πλαίσια των δυνατοτήτων της να καλύψει το σύνολο των αναγκών των ατόμων της τρίτης ηλικίας, δηλαδή των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών.

Μέχρι σήμερα έχουν εξεταστεί στο σπίτι 50 άτομα, στα οποία έγιναν επισκέψεις από όλους τους επαγγελματίες υγείας. Στην προσπάθεια αντιμετώπισης των προβλημάτων τους πραγματοποιήθηκαν ιατρικές επισκέψεις, εργαστηριακές εξετάσεις αίματος και ούρων, καρδιογραφήματα, φυσιοθεραπευτικές επισκέψεις, καθώς και επισκέψεις κοινωνικής φροντίδας.

Με βάση τις επισκέψεις κοινωνικής φροντίδας, με τις οποίες ασχολήθηκε η κοινωνική λειτουργός της Μονάδας, επισημάνθηκαν σοβαρά προβλήματα ψυχολογικής φύσεως των ατόμων, όπου μάλιστα σε ορισμένες περιπτώσεις χρειάστηκε και η παραπομπή τους σε διάφορους φορείς και υπηρεσίες.

6. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

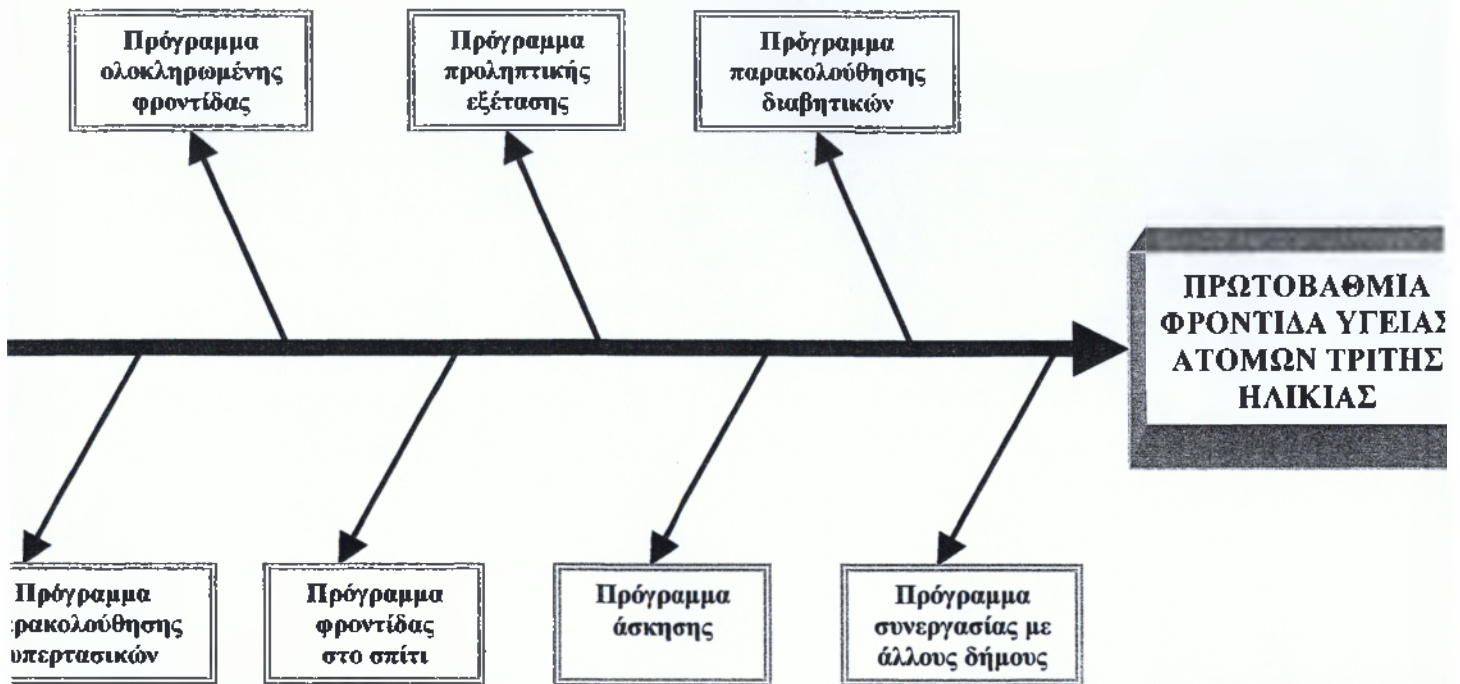
Η μειωμένη φυσική άσκηση οδηγεί ένα μεγάλο και συνεχώς αυξανόμενο αριθμό ηλικιωμένων να ζει σε χαμηλότερο ή ακριβώς στο όριο της φυσικής τους ικανότητας, με αποτέλεσμα ακόμη και μια ελαφριά μορφής ασθένεια να τους οδηγεί σε επίπεδα απόλυτης εξάρτησης. Η άσκηση μπορεί εύκολα να επιφέρει εμφανή βελτίωση της λειτουργικότητας που είναι απαραίτητη για την καλή φυσική κατάσταση των ηλικιωμένων, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να αποτρέπει την επιδείνωση της γενικής κατάστασης της υγείας τους. Η άσκηση έχει συσχετιστεί με τη μείωση του κινδύνου για καρδιακά νοσήματα, υπέρταση, διαβήτη, παχυσαρκία, οστεοπόρωση και κατάθλιψη.

Από στοιχεία που έχουν συγκεντρωθεί για τους ηλικιωμένους της Νέας Δημητριάδας φαίνεται ότι μόνο το 20% έχει κινητική δραστηριότητα για να μπορεί να κρατήσει καλή φυσική κατάσταση. Έχοντας λοιπόν υπόψη όλες αυτές τις αναφορές η Μονάδα σχεδίασε προγράμματα για την άσκηση των ηλικιωμένων, που είναι δυνατό να βελτιώσουν την κινητικότητα και κατά συνέπεια τη λειτουργικότητά τους, με αποτέλεσμα την πρόληψη της ανικανότητας και τη διατήρηση της υγείας τους.

7. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΟΙΝΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΔΗΜΟΥΣ

Από την έναρξη της λειτουργίας της Μονάδας υπάρχει συνεχής και μόνιμη συνεργασία με την αντίστοιχη Μονάδα Υγείας του Δήμου Τριανδρίας Θεσσαλονίκης και του Δήμου Αχαρνών Ηρακλείου Κρήτης. Η συνεργασία αυτή διεξάγεται τόσο σε επιστημονικό επίπεδο, όσο και σε οργανωτικό.

Στη διάρκεια της λειτουργίας των Μονάδων έχουν γίνει πολλές συναντήσεις των μελών τους με σκοπό την εναρμόνιση των προγραμμάτων τους και την κοινή επεξεργασία και σύγκριση των δεδομένων της έρευνας που κάνουν. Όλες οι Μονάδες έχουν συμμετάσχει από κοινού με επιστημονικές ανακοινώσεις, σε επιστημονικά συνέδρια, τόσο του εσωτερικού, όσο και του εξωτερικού.



Σχήμα 5.1: Συγκεντρωτική παρουσίαση των προγραμμάτων της Μ.Π.Φ.Υ. Νέας Δημητριάδας με τη μέθοδο ΑΙΤΙΟΥ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ή «ΨΑΡΟΚΟΚΑΛΟΥ»

Πηγή: Ιδία έρευνα

Το σχεδιάγραμμα που μόλις προηγήθηκε παρουσιάζει συγκεντρωτικά τα προγράμματα που λαμβάνουν χώρα στην Πρωτοβάθμια Μονάδα Παροχής Φροντίδας στα άτομα της τρίτης ηλικίας στη περιοχή της Νέας Δημητριάδας Βόλου.

5.5 ΤΕΛΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο βασικός στόχος για την έναρξη του πιλοτικού αυτού προγράμματος στη συνοικία της Νέας Δημητριάδας έχει να κάνει με το σχεδιασμό και την ανάπτυξη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην κοινότητα, με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού, υπό την αιγίδα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Το εγχείρημα αυτό εμπεριέχει τις παρακάτω δύο επιμέρους διαστάσεις:

Α. την πιλοτική και κοινωνική διάσταση, αφού η προσπάθεια αυτή αποτελεί μία πρωτοπόρο και ουσιαστική διεύρυνση του ρόλου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής.

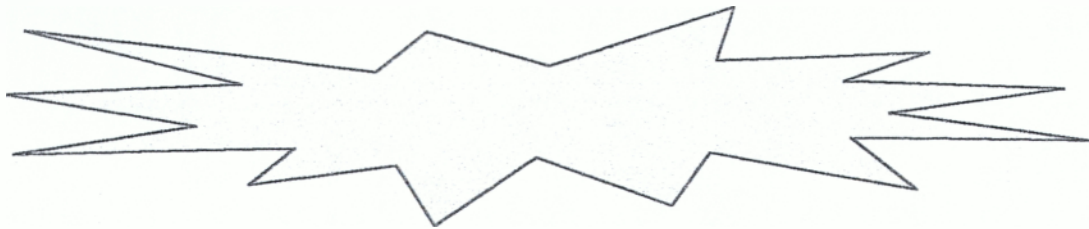
Β. τη διάσταση που αφορά στις Υπηρεσίες Υγείας, που αποδεικνύουν με τον καλύτερο τρόπο τη σπουδαιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού και την παροχή υπηρεσιών σε επίπεδο γειτονιάς.

Τα προγράμματα που σχεδιάζονται και υλοποιούνται στα πλαίσια της Μονάδας έχουν σαφώς καθορισμένους στόχους, είναι κατά βάση ανθρωποκεντρικά και εστιάζουν την προσοχή στην πρωτογενή πρόληψη και φροντίδα, ενθαρρύνοντας παράλληλα τη συμμετοχή και κινητοποίηση του τοπικού πληθυσμού.

Με τη συνεργασία και τη συνεχή υποστήριξη της Μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Δήμου Τριανδρίας και ιδιαίτερα του συντονιστή της, το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, η Ομάδα Υγείας του προγράμματος της πόλης του Βόλου εστίασε το ενδιαφέρον και την προσοχή της στα εξής θέματα:

1. στην καταγραφή του πληθυσμού της συνοικίας με στόχο τον εντοπισμό των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών, που σ' αυτή τη φάση αποτέλεσαν την ομάδα-στόχο.
2. στη σταδιακή εφαρμογή προγράμματος εκτίμησης των αναγκών υγείας και των κοινωνικών αναγκών, τόσο της ομάδας-στόχου, όσο και του υπόλοιπου πληθυσμού.
3. στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και συμβουλευτικής, που εστιάζονται πρωτίστως στην πρόληψη ανίχνευση προβλημάτων υγείας, έτσι ώστε μέσα από την απλή καθημερινή δραστηριότητα, οι ηλικιωμένοι να προασπίζονται και να διαφυλάττουν τη σωματική και ψυχική τους υγεία, αλλά και να παραμένουν δραστήρια και ενεργά μέλη στην κοινότητα.

Η ομάδα υγείας της Μονάδας της Νέας Δημητριάδας παρά τη μη ύπαρξη ενός ειδικευμένου γιατρού για την παρακολούθηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας, δηλαδή ενός γεροντολόγου, κατάφερε μέσα στο χρονικό διάστημα λειτουργίας και εκτέλεσης των προγραμμάτων να εντοπίσει τα προβλήματα των ηλικιωμένων σε επίπεδο «γειτονιάς» και να αναπτύξει μεθόδους και λύσεις για την αν όχι ριζική, τουλάχιστον για την καταπολέμηση αυτών σε μεγάλο ποσοστό.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΥΝΑΡΧΩΝ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΚΑΙ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΣΤΟ ΔΗΜΟΒΟΛΟΥ ΚΑΙ ΣΗΜΠΛΟΓ

6.1 Γενικά Συμπεράσματα



6.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας τα όσα αναφέρθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια και τα οποία αφορούν τόσο στη δημιουργία και εξέλιξη της Μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Νέας Δημητριάδας του Δήμου Βόλου, όσο και στην ποιότητα και ποσότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας προς τους ηλικιωμένους του Δήμου, έχουμε τη δυνατότητα να αναφέρουμε τα παρακάτω χρήσιμα και αξιόπιστα συμπεράσματα, τα οποία ασφαλώς θα αποτελούν μια σημαντική πηγή ιδεών και γνώσεων για το μελλοντικό αναγνώστη της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Είναι γνωστό πως η παροχή κατάλληλης υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης από μέρους του κράτους εξαρτάται από πλήθος παραγόντων και κυρίως από τον κατάλληλο σχεδιασμό, την λεπτομερειακή οργάνωση και την άρτια διοίκηση των υπηρεσιών. Το τόσο γνωστό σε όλους μας τρίπτυχο Οργάνωση - Σχεδιασμός - Διοίκηση αποτελεί αναμφίβολα το ισχυρό όπλο μιας οποιουδήποτε είδους επιχείρησης, για μια εγγυημένη και επιτυχημένη πορεία στον ανταγωνιστικό κόσμο της αγοράς.

Μέσα στα πλαίσια του εθνικού σχεδιασμού και οργάνωσης, το κράτος από μέρους του και μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας διακρίνει την παροχή υγείας σε τρία επίπεδα :

- *Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη*
- *Δευτεροβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη*
- *Τριτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη.*

Η παρούσα εργασία ασχολείται με το πρώτο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας, που δίχως άλλο αποτελούν ένα ευαίσθητο κοινωνικό κομμάτι της χώρας μας. Στη βαθμίδα αυτή περιλαμβάνονται όλες εκείνες οι υπηρεσίες υγείας που έχουν άμεση σχέση με τις πραγματικές ανάγκες του συγκεκριμένου πληθυσμού, σε μια μικρή κοινωνία, όπως είναι αυτή της Νέας Δημητριάδας Βόλου.

Μελετώντας και αναλύοντας τις συγκεκριμένες υγειονομικές και κοινωνικές ανάγκες του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας της περιοχής, η Τοπική Αυτοδιοίκηση του Δήμου Βόλου εφαρμόζοντας με απόλυτη ακρίβεια τις Γενικές Αρχές του Μάρκετινγκ και του Μάνατζμεντ και σε συνεργασία με την Πρωτοβάθμια Μονάδα Φροντίδας Υγείας του Δήμου Τριανδρίας Θεσσαλονίκης, ίδρυσε και μια αντίστοιχη Μονάδα στη νέα Δημητριάδα Βόλου.

Πέρα όμως από τη μελέτη των πραγματικών αναγκών των ηλικιωμένων ατόμων της περιοχής της Νέας Δημητριάδας, η Τοπική Αυτοδιοίκηση του Δήμου Βόλου έθεσε στα υπόψη της κι έναν άλλο σημαντικό παράγοντα, προκειμένου να οδηγηθεί στην ίδρυση της Μ.Π.Φ.Υ., ο οποίος πηγάζει από την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων της Στατιστικής Υπηρεσίας. Σύμφωνα μ' αυτή το όριο ηλικίας των ατόμων της εξεταζόμενης περιοχής έχει ξεπεράσει τον πήχη των εξήντα πέντε (65) ετών, με αποτέλεσμα οι ανάγκες της τόσο σε κοινωνικές, όσο και σε υγειονομικές παροχές να πρέπει να τροποποιηθούν έχοντας σαν κοινό άξονα τους ίδιους τους ηλικιωμένους που αποτελούν την πλειοψηφία.

Δεύτερο σημαντικό παράγοντα που επίσης μελέτησε και έλαβε υπόψη της η Τοπική Αυτοδιοίκηση αποτελεί και το γεγονός ότι στην ευρύτερη περιοχή της Νέας Δημητριάδας και σε μια ακτίνα πέντε (5) περίπου χιλιομέτρων δεν υπάρχει φορέας παροχής Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Περιθαλψης και Φροντίδας. Για παράδειγμα το πιο κοντινό Κ.Α.Π.Η., όπου οι ηλικιωμένοι μπορούν να βρουν ζεστασιά, συντροφιά και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι στο κέντρο του Βόλου (βλ. Χάρτη Δήμου Βόλου – Κεφ. 3^ο – σελ. 64), μια απόσταση που μόνο οι έχοντες μεταφορικό μέσο μπορούν να καλύψουν.

Επίσης παράγοντες όπως η μη ύπαρξη άμεσου κυκλοφοριακού προβλήματος στην περιοχή, το καθαρό περιβάλλον και απεριόριστες εδαφικές εκτάσεις, μιας και η περιοχή της Νέας Δημητριάδας συναντά τους πρόποδες του Πηλίου, αποτέλεσαν σημαντικά στοιχεία για την επιλογή του χώρου ως τον πιο ιδανικό για την εγκατάσταση του κτιριακού συγκροτήματος της Μονάδας.

Άρα λοιπόν, η Τοπική Αυτοδιοίκηση Βόλου με βάση τις γενικές αρχές του Μάρκετινγκ έθεσε ως **«προϊόν παραγωγής»** της Μονάδας την παροχή υπηρεσιών υγείας πρωτοβάθμιας κλίμακας, **«ως πελάτες – αγοραστές»** του προϊόντος τα άτομα της τρίτης ηλικίας, **«ως χώρο παραγωγής»** του προϊόντος την ίδια τη Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τέλος **«ως πωλητές»** του προϊόντος τα στελέχη της Μονάδας.

Στην αμέσως επόμενη σελίδα θα παρουσιαστεί μία φωτογραφική απεικόνιση, με τη μορφή περιγράμματος, της άμεσης και καταλυτικής εφαρμογής των αρχών τόσο του Μάρκετινγκ, όσο και του Μάνατζμεντ στην παροχή υπηρεσιών υγείας πρωτοβάθμιου επιπέδου από την πλευρά της Μ.Π.Φ.Υ. Νέας Δημητριάδας προς τους ηλικιωμένους της περιοχής και γενικότερα του Δήμου Βόλου.

Γενική εκτίμηση της εφαρμογής των αρχών του Μάρκετινγκ
και του Μάνατζμεντ στο Δήμο Βόλου και στη Μ.Π.Φ.Υ.

*Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΡΧΩΝ ΤΟΥ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΚΑΙ ΤΟΥ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΣΤΗΝ
ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗ Μ.Π.Φ.Υ. ΝΕΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΑΣ ΠΡΟΣ
ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΟΡΦΗ ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑΤΟΣ*



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΑΣ



ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΡΧΩΝ
ΤΟΥ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΡΧΩΝ
ΤΟΥ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ

Πέρα όμως από την έρευνα αγοράς που ορθά πραγματοποίησε η Τοπική Αυτοδιοίκηση για την ίδρυση της Μονάδας, κρίθηκε αναγκαίο να ακολουθηθούν και να εφαρμοστούν από τα μέλη της επίσης και οι βασικές αρχές του Μάνατζμεντ, που υπό τις παρούσες συνθήκες αφορούσαν:

- στη στελέχωση με προσωπικό, που θα κατείχε τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την αρτιότερη παροχή προς τους ηλικιωμένους της περιοχής των κατάλληλων κοινωνικών και υγειονομικών παροχών.
- στον τρόπο προσφοράς των παρεχόμενων υπηρεσιών, δηλαδή μέσω της ενημέρωσης των ίδιων των ηλικιωμένων για την ποιότητα και την ποσότητα του προϊόντος που τους αφορά και μέσω της δωρεάν διανομής ενημερωτικών φυλλαδίων για το σκοπό ίδρυσης της Μ.Π.Φ.Υ. στην περιοχή.
- στον τρόπο οργάνωσης, ιεράρχησης και προώθησης των κοινωνικών προγραμμάτων αποκατάστασης και φροντίδας των ατόμων της τρίτης ηλικίας.
- στην άμεση, αμφίδρομη και αποτελεσματική επικοινωνία και συνεργασία των στελεχών της Μονάδας, παράγοντες που ασφαλώς θα υφίστανται μόνο αν τελείται με τον πλήρη ορισμό της η «Διοίκηση» μεταξύ Προϊσταμένων και Υφισταμένων.

Όμως, ακόμη και μετά την ίδρυση της Μονάδας είναι απαραίτητο να υφίσταται η έρευνα αγοράς. Αυτή η διεργασία λαμβάνει χώρα μέσω του ειδικευμένου προσωπικού της Μονάδας και έχει να κάνει με τις πραγματικές ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας που προκύπτουν καθημερινά. Οι συγκεκριμένες πραγματικές και καθημερινές ανάγκες των ηλικιωμένων εντοπίζονται από τα εξειδικευμένα στελέχη της Μονάδας με τη βοήθεια προγραμματισμένων επισκέψεων είτε αυτών στα σπίτια των ηλικιωμένων, είτε αντίστροφα των ίδιων των ηλικιωμένων στους χώρους της Μονάδας.

Επομένως, μέσω των παραπάνω επισκέψεων και των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από αυτές για τις πραγματικές ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας, η Ομάδα Υγείας που έχει γι' αυτό το λόγο συσταθεί, εκπονεί μελέτες για την ανάπτυξη προγραμμάτων και δραστηριοτήτων που είναι δυνατό μελλοντικά να εφαρμοσθούν με επιτυχία στα πλαίσια των σκοπών λειτουργίας της Μ.Π.Φ.Υ. Νέας Δημητριάδας.

Βέβαια, η τελική έγκριση για οποιοδήποτε πρόγραμμα ή δραστηριότητα δίνεται έπειτα από συνεχή συνεργασία μεταξύ των διοικούντων της Μονάδας, των μελών της Τοπικής Αυτοδιοίκησης του Δήμου Βόλου και του υπεύθυνου Επίκουρου Καθηγητή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης Κου Αλέξιου Μπένου, που στην ουσία είναι και ο εμπνευστής του όλου σχεδίου ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε πολλές πόλεις της Ελλάδας.

Χωρίς τις παραπάνω ενέργειες και βέβαια χωρίς τις αρχές του Μάρκετινγκ και του Μάνατζμεντ, η λειτουργία της Μονάδας θα ήταν αρκετά δύσκολη και δίχως αποτελέσματα. Αυτή τη στιγμή η ανταπόκριση των ατόμων της τρίτης ηλικίας βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα, εάν αναλογιστεί κανείς το γεγονός ότι το 1998 που πρωτολειτούργησε η Μονάδα οι εγγεγραμμένοι στους ιατρικούς φακέλους και οι ωφεληθέντες από τα κοινωνικά προγράμματα ήταν μόλις 30 άτομα, σε αντίθεση με τις σημερινές συνθήκες, όπου το σύνολο των ηλικιωμένων ατόμων που παρακολουθούν τα κοινωνικά προγράμματα της Μονάδας και ωφελήθηκαν, αλλά και ωφελούνται από τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες ανέρχεται στον αριθμό των 520.

Στην σημαντική αυτή άνοδο συμμετοχής στα προγράμματα της Μονάδας του ηλικιωμένου πληθυσμού, η οποία στατιστικά ξεπερνά το 1000%, συνέβαλε σημαντικά η σωστή ενημέρωση των ηλικιωμένων από τα άτομα που αποτελούν την Ομάδα Υγείας, η χορήγηση συμβουλών και εμπειριών από τους αρμόδιους φορείς, καθώς και η άριστη ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών τόσο σε κοινωνικό, όσο και σε ιατρικό επίπεδο.

Συμπερασματικά λοιπόν, η πρωτοβουλία της Τοπικής Αυτοδιοίκησης για την ίδρυση της Πρωτοβάθμιας Μονάδας Φροντίδας Υγείας ατόμων τρίτης ηλικίας στην περιοχή της Νέας Δημοτριάδας Βόλου αποτέλεσε ένα σημαντικό επίτευγμα και μια πρωτοποριακή ιδέα, σε σχέση με την παροχή ενός ανώτερου ποιοτικά επιπέδου υπηρεσιών φροντίδας, υγείας και κοινωνικής συμπαράστασης και αλληλεγγύης σε Πρωτοβάθμιο Επίπεδο.

Είναι κοινή πίστη και κρυφή ελπίδα λοιπόν πως μέσω των παραπάνω προτάσεων και μέτρων, που δίχως αμφιβολία ο κρατικός φορέας μπορεί να μελετήσει και γιατί όχι και να εφαρμόσει, αλλά επίσης και με τη βοήθεια των συμπερασμάτων που στις προηγούμενες σελίδες του παρόντος κεφαλαίου έχουμε αναπτύξει και πιστοποιήσει, **« η σημασία και αξία που πρέπει να δοθούν προς την οδό της Παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Υγείας για κάθε είδους κοινωνικό στρώμα να είναι μεγάλες, διότι οι υπηρεσίες υγείας του επιπέδου αυτού αποτελούν τη βάση στήριξης και των άλλων δύο επιπέδων παροχής υπηρεσιών υγείας, δηλαδή του Δευτεροβάθμιου και του Τριτοβάθμιου».**

Γενική εκτίμηση της εφαρμογής των αρχών του Μάρκετινγκ
και του Μάνατζμεντ στο Δήμο Βόλου και στη Μ.Π.Φ.Υ.

Με τον τρόπο αυτό ουσιαστικά θα υπάρχει σημαντική πιθανότητα προόδου και εξέλιξης του τομέα της «Υγείας» στη χώρα μας για τα επόμενα έτη και τις επόμενες γενιές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Ρόμπερτ Καστενμπάουμ**, «Η Τρίτη Ηλικία – Ο Κύκλος της Ζωής»
- **Ρικ Μπράουν**, «Μάρκετινγκ Μικρών & Μεσαίων Επιχειρήσεων», Εκδόσεις Γαλαίος, 1992
- **Φώτιος Δρούμπαλης**, «Σύγχρονες Μονάδες Υγείας», Σημειώσεις Ο.Δ.Μ.Υ. ΙΙ
- **Ελένη Κυριακίδου**, «Κοινωνική Νοσηλευτική», Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1995
- **Κώστας Κανελλόπουλος**, «Οι Ηλικιωμένοι στην Ελλάδα», Αθήνα 1984
- **Σπυριδούλα Λέκκου**, «Η Τρίτη Ηλικία Σήμερα: Πολιτικές και Κοινωνικές Διαστάσεις»
Β' Κ.Α.Π.Η. Δήμου Νίκαιας, Σεπτέμβρης 1999
- **Πέτρος Σταθόπουλος**, «Κοινωνική Πρόνοια, μια Γενική Θεώρηση», Εκδόσεις Έλλην
- **Βύρων Κοτζαμάνης**, «Δημογραφική Γήρανση στη Μεταπολεμική Ελλάδα», Τεύχος 32,
Αθήνα 1993
- **Γεώργιος Ταπεινός**, «Η Παγκόσμια Δημογραφική Κατάσταση», Αθήνα 1993
- **Χ. Συμωνίδου**, «Η Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία»
- **Θόδωρος Κατσανέβας**, «Η Δημογραφική Γήρανση ως η μεγάλη Πρόκληση του
Επόμενου Αιώνα», Β' Κ.Α.Π.Η. Δήμου Νίκαιας, 1999
- **Δημήτρης Λιντζέρης**, «Η Τρίτη Ηλικία Σήμερα», Β' Κ.Α.Π.Η. Δήμου Νίκαιας 1999
- **Χαράλαμπος Κανελλόπουλος**, «Διοίκηση Μικρομεσαίων Επιχειρήσεων και
Επιχειρηματικότητα», 1994
- **Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης**, «Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»
Αθήνα 1996
- **Ν. Παπαδόπουλος, Γ. Μαντές**, «Μάνατζμεντ Μικρών και Μεσαίων Επιχειρήσεων»,
Εκδόσεις Γαλαίος
- **Αλέξης Μπένος**, «Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας», Ελληνικά Γράμματα, 1996
- **Αγγελική Σπηλιοτοπούλου**, «Πτυχιακή Εργασία με θέμα: Υγειονομική Κάλυψη της Τρίτης
Ηλικίας στο Ν. Ηλείας», Καλαμάτα 1998
- **Βασιλική Χαχάμη**, «Πτυχιακή Εργασία με θέμα: Παροχή Υπηρεσιών Υγείας στα Άτομα τη
Τρίτης Ηλικίας. Η Περίπτωση του Ν. Τρικάλων», Καλαμάτα 1999



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΡΙΑΝΔΡΙΑΣ

Θεσσαλονίκη 27 Φεβρουαρίου 1996

Προς τον *Πρόεδρο του ΔΟΥΚ κ. Σταφυλά,*

Αγαπητέ κ. Σταφυλά,

μετά από σειρά επαφών και σε απάντηση της επιστολής σας βρίσκομαι στην ευχάριστη θέση να σας απαντήσω επίσημα για τη συνεργασία μας.

Η προσπάθεια που αρχίσαμε πριν από τρία χρόνια, τόσο εμείς στην Τριανδρία όσο και οι συνάδελφοί μας στις Αρχάνες Κρήτης αποδίδει ήδη τους πρώτους καρπούς της με την έννοια ότι αποδεικνύεται ότι είναι πρωτοπόρος αλλά και ρεαλιστική απάντηση στην κρίση των υπηρεσιών υγείας ενώ παράλληλα ανοίγει, με ευνοϊκούς όρους, ένα νέο πεδίο ανάπτυξης και δημιουργίας για την Τοπική Αυτοδιοίκηση.

Η προγραμματιζόμενη με τη συνεργασία μας, μακροπρόθεσμα, ανάπτυξη ενός Δίκτυου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που θα καλύπτει τα όρια του Δήμου Βόλου είναι, πιστεύω, μιά εξίσου μεγάλη πρόκληση τόσο για την Τοπική Αυτοδιοίκηση όσο και για τον επιστημονικό τομέα της Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Ιατρικής. Οι βάσεις για την επιτυχία αυτού του εγχειρήματος θα τεθούν με την ανάπτυξη της Πειραματικής Μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη Ν. Δημητριάδα.

Οι νέες αντιλήψεις για την Υγεία και την Τοπική Αυτοδιοίκηση που εμπεριέχει η προσπάθειά μας και η προγραμματιζόμενη οργάνωση παροχής υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους διαμορφώνουν μιά θετική πρόκληση για εμάς που υιοθετούμε το όραμα αυτό, αλλά πολύ πιθανόν να προκαλέσουν και κάποιες αρνητικές αντιδράσεις από διάφορες πλευρές και οπτικές γωνίες. Για το λόγο αυτό θεωρούμε απαραίτητο οι κινήσεις μας να είναι πάντα επιστημονικά τεκμηριωμένες, πολιτικά με προσοχή σχεδιασμένες και με κύριο στόχο η όλη προσπάθεια να

ενταχθεί και υιοθετηθεί από τον τοπικό πληθυσμό με τη συνεπή και σε χαμηλούς τόνους, παρουσία και δουλειά της υπό διαμόρφωση Ομάδας Υγείας.

Με βάση τα παραπάνω είναι απαραίτητο να συμφωνήσουμε σε κάποια σημεία ώστε η συνεργασία μας να αρχίσει με στέρεες και καθαρές βάσεις. -

Στο φάκελλο επισυνάπτεται ένα προτεινόμενο πρωτόκολλο συνεργασίας καθώς και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι θα αποτελέσουν την Ομάδα Υγείας Ν.Δημητριάδας.

Για οιαδήποτε διευκρίνιση είμαι στη διάθεσή σας,

Με εκτίμηση,



Αλέξης Μπένος

Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής Ιατρικού Τμήματος Α.Π.Θ.

Συντονιστής ΜΠΦΥ Δήμου Τριανδρίας

Εργαστήριο Υγιεινής

τηλ : 031 99 91 37

fax : 031 99 97 01

ΔΕΜΠΦΥΤ

τηλ : 031 922 500

fax : 031 943440

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

του Δ.Ο.Υ.Κ. Δήμου Βόλου με τη Δ.Ε.Μ.Π.Φ.Υ. του Δήμου Τριανδρίας

Γενικοί στόχοι - πλαίσιο λειτουργίας

1. Σκοπός της συνεργασίας είναι η ανάπτυξη ολοκληρωμένου Προγράμματος Υγείας μέσα από την οργάνωση και λειτουργία πρότυπων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στα όρια του Δήμου Βόλου.
2. Για την επιτυχία του σκοπού αυτού υιοθετείται η μέθοδος της σταδιακής ανάπτυξης με επιστημονικά τεκμηριωμένα βήματα και προσημωμένες πολιτικές και διαχειριστικές κινήσεις.
3. Επιστημονικός υπεύθυνος - συντονιστής του Προγράμματος ορίζεται ο κ. Αλέξης Μπένος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικού Τμήματος του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.
4. Διοικητικός υπεύθυνος - συντονιστής του Προγράμματος ορίζεται ο κ. Γιάννης Γρηγορίου, Διευθυντής του Δ.Ο.Υ.Κ.
5. Η πρώτη φάση του Προγράμματος έχει ως στόχο το σχεδιασμό, οργάνωση και λειτουργία πειραματικής Μονάδας - πιλότου στον οικισμό Ν. Δημητριάδας Βόλου. Η Μονάδα αυτή θα αρχίσει να λειτουργεί ειδικά με το Πρόγραμμα Φροντίδας Ηλικιωμένων στην κοινότητα. Μετά την αρχική εγκατάσταση και πρώτη αξιολόγηση της λειτουργίας του Προγράμματος αυτού θα σχεδιαστεί η επέκταση των δραστηριοτήτων της και σε άλλες ηλικιακές ομάδες.
6. Η ΔΕΜΠΦΥ Τριανδρίας αναλαμβάνει την επιστημονική στήριξη του Προγράμματος και έχει την ευθύνη της αρχικής εκπαίδευσης της Ομάδας Υγείας Βόλου, καθώς και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, αξιολόγησης προγραμματισμού και συνεχούς εποπτείας.
7. Ο ΔΟΥΚ αναλαμβάνει να διαθέσει επαγγελματίες υγείας για τη δημιουργία της Ομάδας Υγείας καθώς και την απαραίτητη κτιριακή και εργαστηριακή υποδομή και εξοπλισμό για τη λειτουργία της Μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Ν. Δημητριάδας. Αναλαμβάνει επίσης να καλύψει τα έξοδα του εκπαιδευτικού προγράμματος καθώς και των μετακινήσεων.
8. Οι προτάσεις συνεργασίας από άλλους φορείς ή άτομα κρίνονται κατά πόσο εντάσσονται στους στόχους του Προγράμματος από τον Επιστημονικό υπεύθυνο. Καμιά δέσμευση για

συνεργασία με τρίτους δεν ισχύει εφόσον δεν έχει εγκριθεί από τον Επιστημονικό υπεύθυνο και δεν έχει συναποφασιστεί με το Διοικητικό υπεύθυνο.

9. Σκοπός της Μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η ολιστική προσέγγιση της υγείας του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης της. Με την έννοια αυτή και με στόχο το συντονισμό και τη συνεπή στάση απέναντι στον πληθυσμό, όλες οι δραστηριότητες οι οποίες σχετίζονται με την υγεία του πληθυσμού (θέματα περιβάλλοντος, προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας, προγράμματα για ειδικές ομάδες πληθυσμού, κλπ) θα υλοποιούνται μόνον εφόσον συζητηθούν και κριθούν, μετά συναπόφαση Επιστημονικού και Διοικητικού υπεύθυνου, ότι εντάσσονται στους στόχους και το περιεχόμενο του Προγράμματος.

10. Με σκοπό τη στήριξη και επέκταση του Προγράμματος προβλέπεται η εκπόνηση κοινών ερευνητικών προγραμμάτων με τα οποία θα αιτηθεί χρηματοδότηση από εθνικούς και ευρωπαϊκούς οργανισμούς.

11. Οποιαδήποτε παρουσίαση ή δημοσίευση δραστηριοτήτων και αποτελεσμάτων του Προγράμματος, είτε στα Μέσα Ενημέρωσης είτε σε επιστημονικό πλαίσιο, προαπαιτεί την έγκριση του Επιστημονικού υπεύθυνου.

Η Ομάδα Υγείας

53

1. Για τη λειτουργία της Μονάδας ΠΦΥ είναι απαραίτητο να συγκροτηθεί Ομάδα Υγείας από επαγγελματίες υγείας οι οποίοι θα εργάζονται με όρους πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Ιδιαίτερα στην πρώτη φάση εγκατάστασης και λειτουργίας απαιτείται η συγκρότηση του πυρήνα της Ομάδας Υγείας ο οποίος για να είναι δυνατή η εύρυθμη λειτουργία της Μονάδας ΠΦΥ, πρέπει να αποτελείται από άτομα τα οποία θα απασχολούνται αποκλειστικά με το αντικείμενο αυτό.

2. Στην Ομάδα Υγείας θα συμμετέχουν και άτομα με εθελοντική συμμετοχή, υπό τον όρο να μην έχουν ιδιωτικές επαγγελματικές δραστηριότητες εμπλεκόμενες στο έργο της.

3. Η τελική σύνθεση της Ομάδας Υγείας θα συναποφασισθεί από τους Επιστημονικό και Διοικητικό υπεύθυνο, με βάση τη διαθεσιμότητα και την επάρκεια των υποψηφίων.

4. Οι στόχοι, η μεθοδολογία και ο τρόπος λειτουργίας της Ομάδας Υγείας θα συναποφασιστούν και την ευθύνη λειτουργίας της θα έχουν ο Επιστημονικός και ο Διοικητικός υπεύθυνος.

Κοινωνικό Κέντρο Νέας Δημητριάδας

Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Νέας Δημητριάδας (Μ.Π.Φ.Υ.) είναι μια Δημοτική Υπηρεσία που απευθύνεται σ' όλους τους δημότες της περιοχής και σαν στόχο έχει το σχεδιασμό και ανάπτυξη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη συνοικία με γνώμονα τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού .

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχει συνεχή προσωπική φροντίδα στον πληθυσμό και αναπτύσσεται μέσα στην ίδια την κοινότητα - τη γειτονιά , με τη συνεργασία των ίδιων των δημοτών και επικεντρώνει τους στόχους της στην πρόληψη αρρώστιας και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού .

Σε πρώτη φάση η Μ.Π.Φ.Υ. στην Νέα Δημητριάδα εστιάζεται στην παροχή υπηρεσιών προς το σύνολο του πληθυσμού άνω των 60 ετών . Η επιλογή αυτής της πληθυσμιακής ομάδας έγινε με το κριτήριο της αυξημένης νοσηρότητας που παρουσιάζει ο πληθυσμός σ' αυτές τις ηλικίες και της έλλειψης επαρκούς πληροφόρησης σε θέματα πρόληψης των ασθενειών και διατήρησης της καλής υγείας που χαρακτηρίζει αυτή την ηλικία .

Το πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών της Μονάδας βασίζεται σε ειδικό σχεδιασμένο πρωτόκολλο από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (Τμήμα Υγιεινής) με επιστημονικό υπεύθυνο τον Επίκουρο Καθηγητή του Α.Π.Θ. γιατρό Κο Αλέξη Μπένο.

Σε πρώτη φάση γίνεται πλήρη καταγραφή του πληθυσμού της συνοικίας (πόρτα-πόρτα.) και εντοπίζεται με ακρίβεια ο πληθυσμός προς τον οποίο απευθύνεται η Μονάδα - Η φάση αυτή έχει ολοκληρωθεί στη Νέα Δημητριάδα και γίνεται καταχώρηση των στοιχείων

Στη δεύτερη φάση και εφόσον έχει εντοπιστεί η ομάδα «στόχος» γίνεται μια πλήρη καταγραφή των κοινωνικών αναγκών και αναγκών υγείας με τη χρήση ειδικά σχεδιασμένων ερωτηματολογίων , κλινική εξέταση , αιματολογικές εξετάσεις, κ.λ.π.

Με βάση την εκτίμηση αναγκών υγείας κάθε ατόμου ξεχωριστά ξεκινάει η τρίτη φάση που αφορά παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης , προσωπική φροντίδα και μέριμνα , αγωγή και προαγωγή της υγείας , παραπομπή σε υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης , επικοινωνία με οικογενειακό γιατρό και δημιουργία προσωπικής κάρτας υγείας όπου καταχωρούνται όλα τα στοιχεία για την εξέλιξη της υγείας αλλά και στοιχεία κοινωνικής μέριμνας.

Το πρόγραμμα της μονάδας Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συμπίπτει απόλυτα με τις επιδιώξεις και στόχους του Υπουργείου Υγείας-Πρόνοιας τόσο μέσα από το νόμο για τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όσο και με το νόμο για

την «Οργάνωση και λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής φροντίδας», αλλά και με την πρωτοβουλία του Υπουργείου Πρόνοιας αναφορικά με το Πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι».

Ήδη ετοιμάζεται σχετικός φάκελος ο οποίος σύντομα θα κατατεθεί στη Νομαρχία Μαγνησίας με σκοπό την απόκτηση άδειας λειτουργίας. Αμέσως μετά θα αξιοποιηθούν οι δυνατότητες κάλυψης του κόστους λειτουργίας της Μονάδος από τα ασφαλιστικά ταμεία των ατόμων που παρακολουθούνται από τη Μονάδα.

Οι υπηρεσίες της Μονάδος παρέχονται από τη λεγόμενη «Ομάδα υγείας» η οποία αποτελείται από στελέχη του Δ.Ο.Υ.Κ. και εθελοντές οι οποίοι έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση στη Θεσ/νίκη στα πλαίσια συνεργασίας με το Α.Π.Θ. και το Δήμο Τριανδρίας, όπου ήδη εφαρμόζεται παρόμοιο πρόγραμμα.

Η ομάδα υγείας της Μονάδας Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της Νέας Δημητριάδος περιλαμβάνει:

- 1 γιατρό (ΠΕ)
- 1 φυσιοθεραπεύτρια (ΤΕ)
- 2 νοσηλεύτριες (ΤΕ)
- 1 επισκέπτρια υγείας (ΤΕ)
- 2 κοινωνικούς λειτουργούς (ΤΕ)
- 1 Κοινωνιολόγο (ΠΕ)
- 1 οικογενειακή βοηθό

Μέχρι στιγμής έχουν γίνει περισσότερες από 70 επισκέψεις κατ' οίκον ενώ στα σχέδια της μονάδος περιλαμβάνεται η δημιουργία ομάδων άσκησης, προγραμμάτων πρόληψης πτώσεων, παρακολούθησης υπερτασικών, κλ.π.

Παράλληλα με τη Μονάδα στο Κοινωνικό Κέντρο Νέας Δημητριάδας θα αναπτυχθούν προγράμματα και δραστηριότητες για όλες τις πληθυσμιακές ομάδες με στόχο τη δημιουργία ευκαιριών για δημιουργική απασχόληση, αναψυχή, εκπαίδευση, κλ.π.

Και βέβαια το Κοινωνικό Κέντρο θα είναι εκτός των άλλων στέκι για ηλικιωμένους που αδυνατούν να μετακινηθούν στα ΚΑΠΗ που ήδη λειτουργούν.

Κοινωνικό Κέντρο Νέας Δημητριάδας

Δραστηριότητες και Προγράμματα

Από τον Σεπτέμβριο του 1998 λειτουργεί το Κοινωνικό Κέντρο της Νέας Δημητριάδας. Στο Κοιν. Κέντρο πραγματοποιούνται προγράμματα και δραστηριότητες που απευθύνονται σ' όλες τις ηλικίες.

Τα προγράμματα αυτά έχουν σκοπό να δραστηριοποιήσουν τη γειτονιά και να δώσουν ευκαιρίες για δημιουργική απασχόληση σ' όλες τις πληθυσμιακές ομάδες της περιοχής.

Το Κοινωνικό Κέντρο εξυπηρετεί 200 άτομα, όλων των ηλικιών και διαρκώς αυξάνονται οι εγγραφές νέων ατόμων σ' αυτό.

ΣΚΟΠΟΙ

Α) Ψυχαγωγία, επιμόρφωση, δραστηριοποίηση όλων των μελών.

Β) Πληροφόρηση, ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση με ποικίλους τρόπους, μορφές και μεθόδους ατόμων και ομάδες κατοίκων ώστε να ενισχυθεί η αυτοπεποίθησή τους και να αυτοδραστηριοποιηθούν για την κάλυψη των αναγκών τους.

Γ) Οι κοινωνικές και ιατρικές παροχές στα άτομα άνω των 60 ετών, που ανάγονται σε ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη, φυσιοθεραπεία.

Δ) Πρόληψη και αντιμετώπιση ιατρικών και κοινωνικών προβλημάτων των ατόμων σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο.

Ομαδικές Δραστηριότητες

Ομάδα χορωδίας. Στην χορωδία συμμετέχουν 25 γυναίκες ηλικίας 30 έως 65 ετών (μέλη του Κοιν. Κέντρου). Υπεύθυνος της χορωδίας είναι ο Κος Στάθης Γραμμένος.

Η ομάδα χορωδίας δημιουργήθηκε τον Δεκέμβριο 1998. Οι συναντήσεις της ομάδας είναι δίωρες και γίνονται κάθε Τετάρτη (17.30-19.00).

Στον χρόνο δημιουργίας της ομάδας έχουν πάρει μέρος στην Χριστουγεννιάτικη εκδήλωση του Κέντρου και έχουν καλεστεί από το Στέκι Νεότητας Αγ. Αναργύρων αποκομίζοντας τις θερμότερες αντιδράσεις από το κοινό.

Επίσης έχουν προγραμματιστεί να ξεκινήσουν **ομάδες γυμναστικής γυναικών, τμήμα παραδοσιακών χορών** καθώς και **ομάδα θεάτρου.**

Για τις **ομάδες γυμναστικής** έχουν δηλώσει συμμετοχή μέχρι τώρα 14 γυναίκες ηλικίας 25 έως 55 ετών. Οι συναντήσεις των ομάδων σύμφωνα με δική τους επιθυμία θα γίνονται 2 φορές την εβδομάδα και θα είναι μονόωρες.

Στη **χορευτική ομάδα** έχουν δηλώσει συμμετοχή 10 άτομα. Σκοπός δημιουργίας της ομάδας είναι να μάθουν τα άτομα παραδοσιακούς χορούς, να ασκούνται και να ψυχαγωγούνται. Επίσης θα παίρνουν μέρος σε διάφορες εκδηλώσεις του Κοιν. Κέντρου.

Εντευκτήριο ηλικιωμένων και παιδιών.

Κοινωνικό Κέντρο Νέας Δημητριάδας

Δραστηριότητες και προγράμματα

Μονάδα Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Σε πρώτη φάση η Μονάδα θα εκτιμήσει και θα καλύψει τις ανάγκες υγείας και φροντίδας του συνόλου των ηλικιωμένων της περιοχής με στόχο την πλήρη κάλυψη αυτού του πληθυσμού σε προληπτικές εξετάσεις και παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ήδη έχει γίνει απογραφή του πληθυσμού, ενώ η ομάδα υγείας του Κοινωνικού Κέντρου έχει μέχρι σήμερα καταγράψει περισσότερες από 100 περιπτώσεις ηλικιωμένων στις οποίες έχει παρέμβει με προληπτικές εξετάσεις και ιατρική φροντίδα.

Στέκι ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι της περιοχής εκτός από τα ΚΑΠΗ στα οποία μέχρι σήμερα εξυπηρετούνται μπορούν να χρησιμοποιούν και τις εγκαταστάσεις του Κοινωνικού Κέντρου για ψυχαγωγία, συντροφιά και διασκέδαση, αλλά και για δραστηριότητες δημιουργικής απασχόλησης και εθελοντικής προσφοράς.

Πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι»

Το πρόγραμμα απευθύνεται σ' όλους τους ηλικιωμένους που ζουν στη συνοικία και καλύπτει τις ανάγκες για κοινωνική στήριξη και φροντίδα, κοινωνική προστασία και κοινωνική βοήθεια στο σπίτι, σίτιση, κλ.π.

Προγράμματα και δραστηριότητες που απευθύνονται σ' όλες τις ηλικίες

Τα προγράμματα αυτά έχουν σκοπό να δραστηριοποιήσουν τη γειτονιά και να δώσουν ευκαιρίες για δημιουργική απασχόληση σ' όλες τις πληθυσμιακές ομάδες της περιοχής. Ήδη έχουν προγραμματιστεί να ξεκινήσουν ομάδες οικολογίας, χορού, άσκησης, κλ.π.

Τη λειτουργία του Κέντρου υποστηρίζει σημαντικός αριθμός εθελοντών αλλά και κάτοικοι της περιοχής που έχουν αγκαλιάσει αυτή την προσπάθεια.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

Μέσα από την ανίχνευση αναγκών των κατοίκων της συνοικίας και λαμβάνοντας υπόψη προτάσεις και επιθυμίες τους προκύπτει η ανάγκη δημιουργίας ομάδων δραστηριοποίησης και δημιουργικής απασχόλησης . Οι ομάδες αυτές είναι οι εξής:

Ομάδα γυμναστικής γυναικών, ομάδα παραδοσιακών χορών, ομάδα θεάτρου και ομάδα χειροτεχνίας-πηλού.

Αναλυτικά:

Για την **ομάδα γυμναστικής γυναικών** έχουν δηλώσει συμμετοχή μέχρι τώρα 25 γυναίκες, ηλικίας 25-55 ετών. Οι ανάγκες για την λειτουργία της ομάδας είναι οι εξής:

- Γυμναστής/τρια , για 4 ώρες την εβδομάδα .
- Μοκέτα δαπέδου με διαστάσεις 4*4 , αξίας 50.000δρχ.
- Καθρέπτης τοίχου 3m*1,70m

Αυτά τα τεχνικά υλικά θα χρησιμοποιηθούν και από την ομάδα άσκησης που θα υλοποιηθεί από τη φυσιοθεραπεύτρια της Μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Για τις υπόλοιπες ομάδες το Κέντρο πλήρη υλικοτεχνικής υποδομής.

Το μόνο που χρειαζόμαστε είναι η/ο εκπαιδευτρια/της , 1 ώρα την εβδομάδα για την **ομάδα παραδοσιακών χορών και για την ομάδα πηλού** .

Για την **ομάδα θεάτρου** προτείνουμε τον κ. Δ.Δακτυλά ο οποίος έχει ήδη έρθει σε επαφή με τα άτομα σε μια από τις εκδηλώσεις του Κέντρου μέσα στο 1999

Όλες οι δραστηριότητες θα γίνονται απόγευμα , τις ημέρες που έχει οριστεί να είναι το Κέντρο ανοιχτό.



ΔΗΜΟΣ ΒΟΛΟΥ
ΔΗΜΟΤΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ
(Δ.Ο.Υ.Κ.)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΕΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΝΕΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΑΣ

*Ατομικό δελτίο καταγραφής
κοινωνικής κατάστασης και αναγκών υγείας*

ΒΟΛΟΣ 1994

A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

η) Επαγγελματική κατάσταση τώρα : 11 OK

- | | |
|------------------------|--------------------------------------|
| 1. Συνταξιούχος | 4. Νοικοκυρά |
| 2. Πλήρους απασχόλησης | 5. Συνταξιούχος με απασχόληση |
| 3. Μερικής απασχόλησης | 6. Συμμετοχή σε δουλειά παιδιών |
| 7. Άλλο | <u>Αν δουλεύει τώρα ποιά :</u> |

ο. Επάγγελμα πριν τη σύνταξη: 12

- | | |
|-------------------------------------|----------------------|
| 1. Εργοδότης | 6. Εργάτης, τεχνίτης |
| 2. Εργαζόμενος σε δική του δουλειά | 7. Οικιακά |
| 3. Επιστήμονας, Είσεθ. επαγγέλμ. | 8. Άνεργος/η |
| 4. Υπάλληλος (ιδιωτικός η δημόσιος) | 9. Συνταξιούχος |
| 5. Αγρότης | 10. Άλλο, ασαφές |

Πότε συνταξιοδοτηθήκατε; ετος 13

ι) Είστε 14 OK

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| 1. Παντρεμένος/η | 3. Ανύπαντρος/η | |
| 2. Χωρισμένος/η | 4. Χήρος/α | 5. Συζείτε |

Πόσα χρόνια χωρισμένος/η 15
 χήρος/α 16

κ) Επάγγελμα συζύγου/συντρόφου τώρα : 17

- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| 1. Συνταξιούχος | 4. Νοικοκυρά |
| 2. Πλήρους απασχόλησης | 5. Συνταξιούχος με απασχόληση |
| 3. Μερικής απασχόλησης | 6. Άνεργος |

Επάγγελμα συζύγου πριν τη σύνταξη : 18

Ποια είναι η κύρια πηγή εισοδήματός σας; 19

- | | | |
|--------------------|---------------------|---------|
| 1. Σύνταξη | 4. Πδουλειά συζύγου | |
| 2. Σύνταξη συζύγου | 5. Οικογένεια | |
| 3. Δουλειά | 6. Περιουσία | 7. Άλλο |

Εχετε οικονομική αυτοδυναμία; 20

ι. ζείτε από τους δικούς σας πόρους χωρίς τη βοήθεια των παιδιών ή άλλων ;)

- Αναλφάβητος, λίγες τάξεις Δημοτικού =1
- Απόφοιτος Δημοτικού : =2
- Γυμνάσιο - Λύκειο -μέση σχολή =3
- Ανώτερη ή Ανώτατη σχολή =4

19. Εκπαίδευση συντρόφου :

21 OK
 22

B. ΚΑΤΟΙΚΙΑ

20. Μένετε σε

- 1. Διαμέρισμα
- 2. Μονοκατοικία
- 3. Ίδρυμα
- 4. Άλλο

23

21. Το σπίτι σας είναι

- 1. Δικό σας
- 2. Των παιδιών σας
- 3. Με νοίκι
- 4. Άλλο

24

22. Πόσο καιρό μένετε στη τωρινή σας διεύθυνση
(χρόνια)

25

23. Πόσο καιρό μένετε στη Ν. Δημητριάδα;
(χρόνια)

26

24. Ποιοι άλλοι μένουν μαζί σας

- 1. Σύζυγος / σύντροφος μόνο
- 2. Παιδιά / εγχόνια
- 3. Άλλοι συγγενείς
- 4. Φίλοι
- 5. Κανείς

27

25. Πόσοι άλλοι μένουν μαζί σας;

28

26. Πόσα δωμάτια έχει το σπίτι;

29

27. Υπάρχει ψυγείο στο σπίτι; 1. Ναι, 2. Όχι

30

28. Υπάρχει ζεστό νερό; 1. Ναι, 2. Όχι

31

29. Υπάρχει θέρμανση; 1. Ναι, 2. Όχι

32

Αν ΝΑΙ τι είδους

- 1. Σόμπα
- 2. Κεντρική θέρμανση(καλοριφέρ)
- 3. Θερμοσυσσωρευτές

33

30. Έχετε τηλεόραση; 1. Ναι, 2. Όχι

34

31. Έχετε ραδιόφωνο; 1. Ναι, 2. Όχι

35

32. Έχετε πλυντήριο; 1. Ναι, 2. Όχι

36

33. Έχετε μπάνιο - αποχωρητήριο μέσα στο σπίτι;

- 1. Ναι, 2. Όχι

37

Γ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΙΣΤΟΣ

34. Έχετε παιδιά; 1. Ναι, 2. Όχι 38
35. Αν ναι πόσα; 39
36. Πόσα παιδιά κάνατε ; 40
37. Τα παιδιά μένουν (αριθμός παιδιών)
- Στο ίδιο σπίτι 41
- Στην ίδια γειτονιά 42
- στο Βόλο (εκτός Ν. Δημητριάδας) 43
- Άλλού στην Ελλάδα 44
- Στο εξωτερικό 45
38. Πόσο συχνά συναντιέστε με τα παιδιά σας, αν δεν μένετε στο ίδιο σπίτι; 46
1. Περισσότερο από μια φορά την ημέρα
2. Καθημερινά
3. Κάθε εβδομάδα
4. Κάθε μήνα
5. Σπάνια, κάθε χρόνο
6. Ποτέ
39. Είστε μέλος του ΚΑΠΗ ; 1. Ναι, 2. Όχι 47
40. Πηγαίνετε στο ΚΑΠΗ : 1. Κάθε μέρα 48
2. 2-3 φορές την εβδομάδα
3. Κάθε εβδομάδα
4. Κάθε μήνα, σπάνια
5. Ποτέ
41. Συμμετέχετε ενεργά σε πολιτιστικούς συλλόγους, κοινωνικές οργανώσεις κ.λπ. ; 49
1. Ναι, 2. Όχι 3. Άλλο (ποδογ, ατομικές ασχολίες κ.λπ.)
42. Πόσους μήνες το χρόνο μένετε στην Ν. Δημητριάδα; 50
- 43: Αν μένετε λιγότερο από 12 μήνες τους υπόλοιπους πάτε 51
1. Σε χωριό
2. Σε άλλη πόλη
3. Διακοπές σε διάφορα μέρη

44. Αν μένετε λιγότερο από 12 μήνες στην Ν. Δημητριάδα 52
 πόσους μήνες μένετε :
 με τα παιδιά σας (μήνες) 53
 με άλλους φίλους, συγγενείς 54
 μόνος, μόνη 55
45. Πότε σας επισκεφθηκε κάποιος τελευταία; 56
 1. σήμερα-χθες 4. πριν ένα μήνα
 2. αυτή τη βδομάδα 5. πριν 6 μήνες
 3. πριν 2 βδομάδες 6. > 6 μήνες 7. δεν ξέρω/ δεν θυμάμαι
46. Πότε επισκεφθήκατε εσείς κάποιον τελευταία; 57
 1. σήμερα-χθες 4. πριν ένα μήνα
 2. αυτή τη βδομάδα 5. πριν 6 μήνες
 3. πριν 2 βδομάδες 6. > 6 μήνες 7. δεν ξέρω /δεν θυμάμαι
47. Σχέσεις με γείτονες: 58
 1. πολύ καλές, φιλικές, βοηθάμε ο ένας τον άλλο
 2. καλές, αλλά όχι φιλικές
 3. καμιά σχέση με γείτονες
48. Βοηθάτε τακτικά στο μεγάλωμα ερχονιών, ανηψιών, κλπ; 59
 1.Ναι, 2. Όχι
49. Μπορείτε να βασίζεστε σε άλλους ανθρώπους αν αρρωστήσετε; 60
 (πχ βοήθεια σε πρακτικά ζητήματα)
 1. Ναι, σ'αυτούς που ζούμε μαζί
 2. Ναι, σε γείτονες και φίλους
 3. Ναι, σε στενούς συγγενείς
 4. Ναι, σε > 1 από τα παραπάνω
 5. Όχι σε κανένα
 6. Καμιά απάντηση / δεν ξέρω
50. Μπορούν άλλοι να βασίζονται σε σας όταν είναι άρρωστοι 61
 ή έχουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα;
 1. Ναι, αυτοί που ζούμε μαζί
 2. Ναι, γείτονες και φίλοι
 3. Ναι, στενοί συγγενείς
 4. Ναι, > 1 από τα παραπάνω
 5. Όχι κανείς
 6. Καμιά απάντηση / δεν ξέρω

Δ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

51. Θεωρείτε ότι η κατάσταση της υγείας σας ανάλογα με την ηλικία σας είναι :

 62

1. Πολύ καλή
2. Καλή
3. Υποφερτή
4. Κακή
5. Δεν ξέρω

52. Αν συγκρίνετε την υγεία σας με αυτή άλλων συνομηλίκων σας που ξέρετε, είναι :

 63

1. Καλύτερη ;
2. Περίπου ίδια ;
3. Χειρότερη;
4. Δεν ξέρω

53. Έχετε κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας που επηρεάζει την καθημερινή σας δραστηριότητα:

 64

1. Ναι
2. Όχι

Αν ναι, ποιά / ποιά είναι αυτά; (αρρώστια ή σύμπτωμα)

.....

.....

.....

.....

54. Αριθμός διαγνώσεων

 65

55. Παίρνετε φάρμακα σε χρόνια βάση ;

 66

1. Ναι
2. Όχι
3. Δεν ξέρω

Αν ναι, τι είδους

Αλοιφές ή κάτι άλλο για το δέρμα;

 67

Παυσίλινα/φάρμακα για τα αρθριτικά;

 68

Για τον ύπνο;

 69

Για τη δυσκοιλιότητα ή κάτι άλλο για την κοιλιά;

 70

Ήρεμιστικά;

 71

Φυσικά φάρμακα (βότανα);

 72

Ινσουλίνη ή χάπια για το διαβήτη;

 73

Φάρμακα για τη χοληστερίνη:

74

Βιταμίνες:

75

Σίδηρος:

76

Φάρμακα για το στομάχι:

77

Φάρμακα για την καρδιά:

78

Φάρμακα για το κυκλοφορικό:

79

Φάρμακα για ζαλάδες/λίλιχους:

80

Φάρμακα για τη δύσπνοια:

81

Κολλύρια για τα μάτια:

82

56. Πόσα διαφορετικά φάρμακα (χάπια, ενέσεις) πήρατε την προηγούμενη εβδομάδα: (αριθμός)

83

57. Χρησιμοποιείτε ακουστικό:

84

1. Ναι 2. Όχι

58. Ακούτε καλά:

85

1. Ναι, πάντα

2. Όχι ανάμεσα σε πολυκοσμία

3. Όχι ποτέ

59. Μπορείτε να διαβάσετε εφημερίδα ή βιβλία (με γυαλιά αν φοράτε) :

1. Με ευκολία

86

2. Με δυσκολία

3. Δεν διαβάζω καθόλου

4. Δεν μπορώ να διαβάσω

5. Αναλφάβητος

60. Φοράτε τεχνητή οδοντοστοιχία:

87

1. Ναι 2. Όχι

61. Έχετε δυσκολίες στη μάσηση:

88

1. Ναι 2. Όχι

62. Έχετε προβλήματα με τα πόδια που σας δυσκολεύουν:

89

(κίρσοι, παραμορφώσεις, νύχια μεγάλα)

1. Ναι 2. Όχι

63. Σας συμβαίνει να μη προλαβαίνετε να πάτε στην τουαλέτα την ημέρα ή τη νύχτα: (να λερώνεστε δηλαδή)

90

1. Ποτέ 2. Σπάνια 3. Συχνά

4. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

4. Μπορείτε να πραγματοποιήσετε τα παρακάτω

1. Χωρίς δυσκολία
2. Με δυσκολία αλλά χωρίς βοήθεια
3. Μόνο με βοήθεια
4. Οχι δεν μπορώ

Να κινείστε έξω από το σπίτι;

 91

α περπατάτε μέσα στα δωμάτια;

 92

α χρησιμοποιείτε σκάλες;

 93

α βαδίζετε τουλάχιστον 400 μέτρα;

 94

α μεταφέρετε ψώνια 5 κιλών για 100 μέτρα;

 95

α χρησιμοποιείτε την τουαλέτα;

 96

α κάνετε μπάνιο μόνος/η;

 97

α ντύνεστε και ξεντύνεστε;

 98

α πέφτετε και σηκώνεστε από το κρεβάτι σας;

 99

α κόβετε τα νύχια των ποδιών σας;

 100

α κάνετε τον καφέ σας;

 101

α φτιάχνετε το φαγητό σας;

 102

α τρώτε;

 103

α κάνετε ελαφρές δουλειές του σπιτιού (πιάτα);

 104

α κάνετε βαριές δουλειές του σπιτιού (σφουγγάρισμα)

 105

α παίρνετε το λεωφορείο;

 106

α ψωνίζετε από το μπακάλη / μανάβη;

 107

5. Η κινητικότητα είναι

 108

1. πλήρης

2. ελαφρά έκπτωση (βραδύτητα, χλωρότητα)

3. μέτρια έκπτωση (με βοήθεια - πλαστούνι)

4. καροτσάκι

5. καθήλωση στο κρεβάτι

6. Κάνετε φυσική άσκηση; (περπάτημα, γυμναστική, κολύμπι)

 109

1. Ναι

2. Οχι

7. Πόσο χρόνο περπατάτε την ημέρα κατά μέσο όρο; (σε λεπτά)

 110

ΣΤ. ΚΑΠΝΙΣΜΑ - ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ - ΔΙΑΤΡΟΦΗ

68. Καπνίζετε ; 1. Ναι, 2. Όχι 111
69. Αν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα 112
70. Αν ναι, πόσα χρόνια καπνίζετε συστηματικά; 113
71. Αν όχι, καπνίζατε παλιά ; 1. Ναι, 2. Όχι 114
72. Αν ναι, πόσα χρόνια καπνίζατε συστηματικά ; 115
73. Αν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα 116
74. Πότε σταματήσατε το κάπνισμα ;..... 117
75. Όσον αφορά το ποτό :
1. Δεν πίνετε καθόλου ούτε πίνετε ποτέ
2. Σταματήσατε να πίνετε
3. Πίνετε λίγο
4. Πίνετε αρκετά
5. Πίνετε πολύ
76. Πόσες ημέρες έχετε να πείτε;
- μπύρα ημέρες 119
- κρασί ημέρες 120
- ούζο, τσίπουρο, ούισκυ ημέρες 121
77. Τον τελευταίο χρόνο πόσο μπύρα πίνετε, κατά μέσο όρο την ημέρα ; 122
1. 0 μπουκάλια
2. 1 "
3. 2-3 "
4. 4-5 " 5. 5-10 " 6. > 10 "
78. Τον τελευταίο χρόνο πόσο κρασί πίνετε, κατά μέσο όρο την ημέρα ; 123
1. καθόλου
2. 1-2 ποτήρια
3. 4-5 "
4. 6-7 "
5. 8-10 " (1 μπουκάλι)
6. > μπουκάλι

79. Τον τελευταίο χρόνο πόσο τσίπουρο, ούζο, ούισκι πίνετε, κατά μέσο όρο την ημέρα :

124

1. καθόλου
2. 1-2 ποτήρια
3. 4-5 "
4. 6-7 "
5. 8-10 " (1 μπουκάλι)
6. > μπουκάλι

80. Που πίνετε συνήθως;

125

1. Σπίτι, μόνος
2. Σπίτι, με φίλους
3. Εξω μόνος
4. Εξω με φίλους
5. Μόνο με το φαγητό

81. Πόσο συχνά τρώτε ένα μαγειρεμένο γεύμα;

126

1. Καθημερινά
2. Τακτικά
3. Ευκαιριακά
4. Ποτέ
5. Καμία απάντηση/Δεν ξέρω

82. Πόσα γεύματα την εβδομάδα τρώτε σε:(αριθμός)

Εστιατόριο/καφενείο/ταβέρνα

127

Εστιατόρια τύπου fast food

128

Σπίτι σας μαγειρεμένο

129

Σπίτι σας αγορασμένο/έτοιμο

130

Σπίτι των παιδιών σας

131

Άλλο.....

132

83. Είστε σε κάποια ειδική διαίτα;

133

1. Ναι
2. Όχι
3. Δεν ξέρω

84. Αν ναι, τι είδους διαίτα;

134

2. ΥΠΙΝΟΣ

85. Πόσες ώρες ξεκουράζεστε/κοιμάστε κατά τη διάρκεια της μέρας; 135

1. >2 ώρες
2. 1-2 ώρες
3. 1/2-1 ώρα
4. 1/4-1/2 ώρα
5. <1/4 της ώρας
6. Δεν ξέρω

86. Πόσες ώρες ξεκουράζεστε/κοιμάστε κατά τη διάρκεια της νύχτας; 136

1. >10 ώρες
2. 8-10 ώρες
3. 6-8 ώρες
4. 4-6 ώρες
5. < 4 ώρες
6. Δεν ξέρω

87. Νιώθετε ότι δεν έχετε ξεκουραστεί όταν σηκώνεστε απ' το κρεβάτι;

137

1. Ναι
2. Όχι
3. Μερικές φορές
4. Δεν ξέρω

Η. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

88. Πόσες φορές επισκεφθήκατε γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες; 138

1. Καμία
2. 1-2
3. 3-5
4. > 5 φορές

89. Έχετε οικογενειακό γιατρό; 139

1. Ναι
2. Όχι

90. Πόσες φορές επισκεφθήκατε Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείου τους τελευταίους 12 μήνες; αριθμός 140

91. Πόσες φορές εισαχθήκατε σε νοσοκομείο τους τελευταίους 12 μήνες; αριθμός 141

92. Πόσες φορές επισκεφθήκατε φυσιοθεραπευτήριο τους τελευταίους 12 μήνες; 142

93. Αν χρειαστείτε τη συμβουλή γιατρού για κάποιο πρόβλημά σας θα απευθυνθείτε πρώτα: 143

1. Στο Νοσοκομείο (Εξωτερικά Ιατρεία)
2. Στα ιατρεία του Ταμείου (ΙΚΑ, ΤΕΒΕ, κλπ)
3. Σε ιδιώτη γιατρό
4. Άλλο

94. Ποιά είναι κατά τη γνώμη σας η πιο σημαντική υπηρεσία φροντίδας που χρειαζόσαστε; (μία μόνο) 144

.....

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Προσωπικός κωδικός με βάση τα στοιχεία γέννησης

έτος	μήνας	ημέρα	τόπος	φύλο	C
------	-------	-------	-------	------	---

άνδρας=1
 γυναίκα=2

Επώνυμο :	Τόπος Διαμονής :
Όνομα :	Υπακοότητα :
Πατέρα :	Τηλέφωνο :
Τόπος γέννησης :	Ημερομηνία 1ης επίσκεψης :
Οικογενειακή κατάσταση :	Ασφαλιστικό Ταμείο :
Όνομα συζύγου :	Φύλο :
Επάγγελμα :	

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΕΞΕΙΣ - ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ

Τύπος	Χρόνια χρήση
Αριθμός ποτηριών	Ετος διακοπής

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Χρόνια καπνίσματος	Ετος διακοπής
--------------------	---------------

Αριθμός τσιγάρων

Τύπος

ΣΙΑΤΡΟΦΗ

Είδος	φορές την εβδομάδα	αλάτι	πολύ
πρέας		(καθημερινά)	μέτριο
μαχανικά			λίγο
προύτα			
υρί			
μάρι			
ευγό			

ΩΚΕΙΣΗ

Είδος	Ωρες την εβδομάδα
-------	-------------------

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ριγεννητικό ιστορικό

ναυκολογικό ιστορικό

test PAP
μαστογραφία

εμμηναρχή
τοκετοί

εμμηνόπαυση

αποβολές
εκτρώσεις

επισημειώματα (έτος)

επισημειώματα σε Νοσοκομείο (έτος)

φάρμακα που παίρνει

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

παιδιά

παιδιά

θώρα

ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ

η γράφεται στη στήλη αυτή

Σε κάθε στήλη αντιστοιχεί μία επίσκεψη

μερομηνία επίσκεψης			
παιδί/νοσ. ιατρική			
Ώρος επίσκεψης			
Σπος επίσκεψης			
ΙΤΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ			
Ώριο οχλήμα			
νοσοδ. οχλήμα			
ΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ			
Μετρήσεις			
Ρυθμ. (/min)			
Π. (mmHg)			
συστ. / Διαστολ.			
Βάρος (Kg)			
Ύψος (cm)			
Γαστρεντερικές βλάβες			

Παρακλινικές εξετάσεις

ΙΚΓ Παρατηρήσεις			
Υπερηχολογικές εξετάσεις Παρατηρήσεις			
Άλλες παρακλινικές εξετάσεις			
ΔΙΑΓΝΩΣΗ			

ΠΡΟΛΗΨΗ

Δημιές συμβουλές Παρατηρήσεις			
Μηβλισμοί Παρατηρήσεις			
ΕΡΑΠΕΙΑ			
Φάρμακα Παρατηρήσεις			

Δίαιτα, άσκηση			
Φαρμακοθεραπεία Παρατηρήσεις			
Κοινωνική φροντίδα			
Φροντίδα στο σπίτι			
Οδοντιατρική φροντίδα			
Παραπομπή			
Άλλες θεραπευτικές ενέργειες			

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΝΟΙΑΣ
(Mini-Mental State Examination)

0= λάθος, 1= σωστό, 8= δεν απάνει

Α. ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ

(ρωτείστε τις παρακάτω ερωτήσεις)

Μέγιστη
βαθμολογία

Βαθμολογία
ατόμου

Τι ημερομηνία έχουμε σήμερα, τι έτος, τι μήνα, τι μέρα, τι εποχή

5

Που βρισκόμαστε τώρα (οπίτι, ΚΑΠΗ), σε ποιό όροφο,
σε ποιά συνοικία, σε ποιά πόλη, σε ποιά χώρα

5

Β. ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΚΛΗΣΗ

Λέμε στο άτομο τις λέξεις "Καρέκλα, Φούστα, Ποδήλατο"

και ζητούμε να τις επαναλάβει αμέσως

3

Γ. ΠΡΟΣΟΧΗ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

1. Ζητούμε από το άτομο ν'αρχίσει να αφαιρεί από το 100,

7 μονάδες κάθε φορά. (93,86,79,72,65).

Εαν το άτομο δεν μπορεί, τότε ζητούμε από το άτομο να
συλλαβίσει αντίστροφα τη λέξη "πέτρα". α ρ τ ε π

5

Δ. ΑΝΑΚΛΗΣΗ

Ζητείστε από το άτομο να επαναλάβει τις τρεις λέξεις

που προηγουμένως του /της ζητήσατε να θυμηθεί.

3

Ε. ΓΛΩΣΣΑ

Ονομασίες

Δείχνουμε στο άτομο ένα ρολόι χειρός και ένα μολύβι
ζητάμε να μας πει τι είναι.

Επανάληψη

Ζητάμε από το άτομο να επαναλάβει τις λέξεις

"παιδί, κλειδί, κλαδί"

2

1

Τριπλή παραγγελία

Δώστε στο άτομο ένα κομμάτι λευκό χαρτί κια πείτε του :

"Πάρτε αυτό το χαρτί με το δεξιό σας χέρι, διπλώστε το στη μέση,

και ακουμπήστε το στο πάτωμα"

3

Ανάγνωση

Να διαβάσει και να κάνει το "κλείστε τα μάτια σας".

Γραφή

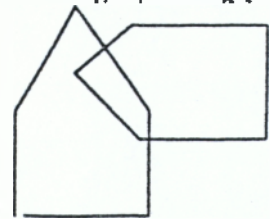
Ζητούμε να γράψει αυθόρμητα μιá πρόταση.

Αντιγραφή

Ζητούμε από το άτομο να αντιγράψει το σχήμα :

1

1



1

Υπολογισμός συνολικού βαθμού. Αθροίστε στις επιμέρους βαθμολογίες.

συνολική βαθμολογία

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΝΟΙΑΣ

(Mini-Mental State Examination)

Α. ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ

(ρωτείστε τις παρακάτω ερωτήσεις)

0= λάθος, 1= σωστό, 8= δεν απάντησε

Τι ημερομηνία έχουμε σήμερα;

Ημερομηνία

Τι έτος;

Έτος

Τι μήνα;

Μήνας

Τι μέρα έχουμε σήμερα;

Μέρα

Τι εποχή έχουμε τώρα;

Εποχή

Που βρισκόμαστε τώρα; (σπίτι, ΚΑΠΗ)

Τόπος

Σε ποιό όροφο βρισκόμαστε;

Οροφος

Σε ποιά συνοικία βρισκόμαστε;

Συνοικία

Σε ποιά πόλη;

Πόλη

Σε ποιά χώρα είμαστε;

Χώρα

Β. ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΚΛΗΣΗ.

Ρωτείστε το άτομο αν μπορεί να ελέγξει τη μνήμη του. Πείτε στο άτομο τις λέξεις "Καρέκλα", "Φούστα" και "Ποδήλατο" και ζητείστε του να τις επαναλάβει. (Ένα δευτερόλεπτο για κάθε λέξη.)

0 = λάθος 1 = σωστό

Με την πρώτη επανάληψη είναι δυνατόν να προσδιοριστεί ο βαθμός του/της (0-3) αλλά είναι καλύτερο εσείς να επιμείνετε μέχρι που αυτός/ή να επαναλάβει και τις τρεις λέξεις, σε έξι συνολικά προσπάθειες. Εάν τελικά δε μπορεί να τις επαναλάβει τότε η ανάκληση (Δοκιμασία Δ) δε μπορεί αξιόπιστα να ελεγχθεί.

Καρέκλα

Φούστα

Ποδήλατο

Γ. ΠΡΟΣΟΧΗ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

1. Ζητείστε από το άτομο ν'αρχίσει να αφαιρεί από το 100, 7 μονάδες κάθε φορά. Σταματείστε μετά από πέντε αφαιρέσεις (93,79,72,65). Βαθμολογείτε το συνολικό αριθμό των σωστών απαντήσεων.

93

86

79

72

65

Εάν το άτομο δεν μπορεί να εκτελέσει τους αριθμητικούς αυτούς υπολογισμούς, τότε πηγαίνετε στο Γ2

2. Ζητείστε από το άτομο να συλλαβίσει αντίστροφα τη λέξη "πέτρα". Ο βαθμός στη δοκιμασία αυτή αντιστοιχεί στον αριθμό των γραμμάτων στη σωστή θέση π.χ. "αρτεπ" με 3.

α

ρ

τ

ε

π

Δ. ΑΝΑΚΛΗΣΗ

Ζητείστε από το άτομο να επαναλάβει τις τρεις λέξεις που προηγουμένως του /της ζητήσατε να θυμηθεί.

Καρέκλα

Φούστα

Ποδήλατο

Ε. ΓΛΩΣΣΑ

Ονομασίες

0=λάθος, 1= σωστό, 8= δεν απάντησε

Δειξτε στο άτομο ένα ρολόι χειρός και ζητείστε του να σας πει τι είναι.

ρολόι

Κάντε το ίδιο με ένα μολύβι

μολύβι

Επανάληψη

Ζητείστε από το άτομο να επαναλάβει τις λέξεις "παιδί, κλειδί, κλαδί"

επανάληψη

Τριπλή παραγγελία

Δώστε στο άτομο ένα κομμάτι λευκό χαρτί και πέστε του :
"Πάρτε αυτό το χαρτί με το δεξιό σας χέρι, διπλώστε το στη μέση,

και ακουμπήστε το στο πάτωμα"

χαρτί στο δεξιό χέρι

δίπλωμα χαρτιού στη μέση

χαρτί στο πάτωμα

Ανάγνωση

Κρατείστε μία κάρτα που γράφει "κλείστε τα μάτια σας", έτσι ώστε το άτομο να μπορεί να το διαβάσει καθαρά. Ζητείστε από αυτήν/όν να το διαβάσει και μετά να κάνει αυτό που λέει. Βαθμολογήστε αυτό ως σωστό μόνον εάν πράγματι κλείσει τα μάτια της/του.

κλείσιμο ματιών

Γραφή

Δώστε στο άτομο ένα κομμάτι χαρτί και ζητείστε του να γράφει αυθόρμητα μία πρόταση. Η πρόταση αυτή θα πρέπει να περιέχει ένα υποκείμενο και ένα ρήμα και θα πρέπει επίσης να είναι κατανοητή.

Σωστή γραμματική και στίξη δεν είναι απαραίτητα.

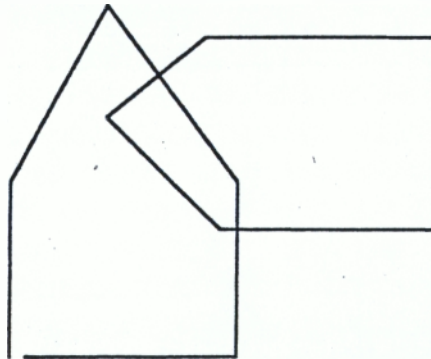
γραφή πρότασης

Αντιγραφή

Σ'ένα χαρτί σχεδιάστε δύο τεμνόμενα πεντάγωνα, με πλευρές 2 εκατ. (όπως στο παρακάτω παράδειγμα) και ζητείστε από το άτομο να το αντιγράψει. Όλες οι γωνίες θα πρέπει να είναι παρούσες (10 συνολικά) και δύο από αυτές να τέμνονται για να δώσετε ένα βαθμό.

Τρόμος και περιστροφή αγνοούνται.

σχέδιο πενταγώνων



Υπολογισμός συνολικού βαθμού

Αθροίστε στις επιμέρους βαθμολογίες. Αν η δοκιμασία Γ1 δεν εκτελέστηκε και αντικαταστάθηκε από τη Γ2, τότε προσθέστε τον αριθμό των σωστών γραμμάτων που μπήκαν στην κατάλληλη θέση (0-5) για να τη βαθμολογήσετε.

συνολική βαθμολογία
(μέγιστο 30)

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. The mini-mental state - a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychosom Res 1977; 12: 189-198.

ΨΙΖΙΔΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Τον τελευταίο μήνα....

Ποιά ήταν η πιο έντονη δραστηριότητα που θα μπορούσατε να κάνετε για δύο λεπτά τουλάχιστον;

Πολύ έντονη π.χ. να τρέξω

να ανέβω σκάλες με πολλά βήματα

Έντονη π.χ. να κάνω ελαφρό τρέξιμο

να ανέβω σκάλες χωρίς βήματα

Μέτρια π.χ. να περπατήσω γρήγορα

να κουβαλήσω πολλά βήματα

Ελαφριά π.χ. να περπατήσω

να κουβαλήσω λίγα βήματα

Πολύ ελαφριά π.χ. να περπατήσω αργά

να πλύνω πιάτα

να οδηγήσω αυτοκίνητο

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Τον τελευταίο μήνα....

Πόσο σας έχουν απασχολήσει ψυχολογικά προβλήματα όπως άγχος, στεναχώρια, κατάθλιψη;

Καθόλου

Λίγο

Αρκετά

Πολύ

Πάρα πολύ

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Τον τελευταίο μήνα....

Δυσκολευτήκατε να κάνετε τις δουλειές σας μέσα ή έξω από το σπίτι εξαιτίας της κατάστασης της υγείας σας ή ψυχολογικών προβλημάτων;

Καθόλου

Λίγο

Αρκετά

Πολύ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Τον τελευταίο μήνα....

Επηρεάστηκαν οι συνηθισμένες κοινωνικές επαφές με συγγενείς, φίλους ή γείτονες εξαιτίας της κατάστασης της υγείας σας ή ψυχολογικών προβλημάτων;

Καθόλου	<input type="checkbox"/>
Λίγο	<input type="checkbox"/>
Αρκετά	<input type="checkbox"/>
Πολύ	<input type="checkbox"/>
Πάρα πολύ	<input type="checkbox"/>

ΠΟΝΟΣ

Τον τελευταίο μήνα....

Πόσο πονούσατε γενικά στο σώμα σας;

Καθόλου	<input type="checkbox"/>
Ελαφρά	<input type="checkbox"/>
Μέτρια	<input type="checkbox"/>
Πολύ	<input type="checkbox"/>
Πάρα πολύ	<input type="checkbox"/>

ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πώς βλέπετε την σωματική και ψυχολογική σας κατάσταση τώρα σε σχέση με ένα μήνα πριν;

Πολύ καλύτερη	<input type="checkbox"/>
Λίγο καλύτερη	<input type="checkbox"/>
Στο ίδιο επίπεδο	<input type="checkbox"/>
Λίγο χειρότερη	<input type="checkbox"/>

Στοιχεία εξεταζόμενου.

Όνομα: _____
Πατρώνυμο: _____
Θύρα: _____
Επίσημο: _____
Ημερομηνία Γέννησης: _____
Ποιότητα: _____
Κωδικό Ταμείο: _____
Ποσό (παλιά): _____
Ποσό: _____
Πατρικοί: _____
Ποσό: _____
Πνεύμα: _____

Ιστορικό:

Υπέρταση: _____
Στεφανιαία νόσος: _____
Εμφραγμα: _____
Εγκεφαλικό: _____
Διαλλείπουσα χολόληθρα: _____
Γενετήσιες διαταραχές: _____
Άλλα νοσήματα/εγχειρήσεις: _____

Κληρονομικό ιστορικό: _____

NIDDM IDDM

Ετος διάγνωσης: _____
Τρόπος διάγνωσης: _____

Ετος αρχικής θεραπείας με χάπια: _____
Ετος αρχικής θεραπείας με ινσουλίνη: _____
Διαίτα: _____ Από: _____

Αυτοέλεγχος: Αίμα: Ούρα:

Όνομα: _____ Kg
Ποσό: _____ cm
Ποσό: _____
Καθαρό βάρος: _____ Kg

Διαίτα/BMI:
Αυτοέλεγχος:
Φροντίδα ποδιών:
Κάπνισμα:

Εκπαίδευση:

Άσκηση:
Αρτηριακή πίεση:
Οινόπνευμα:
Υπογλυκαμία:

Άλλες αρρώστιες:
Επιπλοκές:
Ταξίδια:
Οδήγηση:

α/α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

*Η Παρακολούθηση του Διαβητικού Ασθενούς και
η Ικανοποίηση του Ασθενούς από την Φροντίδα*

Ημερομηνία

Όνοματεπώνυμο

Κωδικός

1) Μπήκατε σε νοσοκομείο για το διαβήτη τους τελευταίους 12 μήνες :

- 1. ναι
- 2. οχι

Αν ναι, πότε, για ποιό λόγο, κλπ

1.

2) Που πηγαίνετε για παρακολούθηση του διαβήτη, τους τελευταίους 12 μήνες;

- 1 - Νοσοκομειακά εξωτερικά ιατρεία
- 2 - Ιατρείο του Ταμείου (ΙΚΑ κλπ)
- 3 - Ιδιωτικό ιατρείο
- 4 - Κέντρο Υγείας
- 5 - ΜΠΦΥ Τριανδρίας
- 6 - Ιατρείο του ΚΑΠΗ
- 7 - Άλλού
- 8 - Πουθενά
- 9. Συνδιασμός πάνω από ένα

2.

3) Πόσο συχνά ημερησίως:

κάθε (βδομάδες)

- 3 - Νοσοκομειακά εξωτερικά ιατρεία
- 4 - Ιατρείο του Ταμείου (ΙΚΑ κλπ)
- 5 - Ιδιωτικό ιατρείο
- 6 - Κέντρο Υγείας
- 7 - ΜΠΦΥ Τριανδρίας
- 8 - Ιατρείο του ΚΑΠΗ
- 9 - Άλλού

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

4. Ποιές υπηρεσίες χρησιμοποιείτε όπου πάτε :

	Συνταγή	Σάκχαρο αιμ	Κλινική εξέταση	Εργαστηριακά		
10. Εξωτ. Ιατρεία Νοσοκομείου					10.	<input type="checkbox"/>
11. Ιατρείο Ταμείου (ΙΚΑ, κοκ)					11.	<input type="checkbox"/>
12. Ιδιωτικό Ιατρείο					12.	<input type="checkbox"/>
13. Κέντρο Υγείας					13.	<input type="checkbox"/>
14. ΜΠΦΥ Τριανδρίας					14.	<input type="checkbox"/>
15. Ιατρείο ΚΑΠΗ					15.	<input type="checkbox"/>
16. Άλλου					16.	<input type="checkbox"/>

0: Όχι 1:Ναι

5) Συνολικά, πόσες φορές εξεταστήκατε τους τελευταίους 12 μήνες;

- 1 - Καθόλου
- 2 - 1 ως 3 φορές
- 3 - 4 ως 6 φορές
- 4 - Πάνω από 6 φορές

17.

6) Ποιά ειδικότητα έχει ο ιατρός που σας παρακολουθεί για το διαβήτη;

- 1 - Διαβητολόγος
- 2 - Γενικός παθολόγος
- 3 - Αγροτικός ιατρός
- 4 - Γενικός / οικογενειακός ιατρός
- 5 - Άλλος >
- 6 - Δεν ξέρω
- 7 - Συνδιασμός πάνω από ένα

18.

7) Πόση ώρα κάνετε για να πάτε στο συνήθες ιατρείο από το σπίτι σας;

λεπτά

19.

8) Πως πηγαίνετε στο ιατρείο σνήθως;

- 1 - Με τα πόδια
- 2 - Με λεωφορείο
- 3 - Με αμάξι
- 4 - Με ταξί
- 5 - Άλλο

20.

- βολεύει να πηγαίνετε εκεί για παρακολούθηση;
- 1 - Ναι, είναι εύκολο
- 2 - Όχι πάντα, κάποτε δυσκολεύομαι
- 3 - Όχι, είναι δύσκολο

21.

10) Εξετάζετε τα ούρα για σάκχαρο μόνος/η σας στο σπίτι;

- 0 - Όχι
- 1 - Ναι

Αν ναι, πόσες φορές το μήνα?

22.

10) Μετράτε το σάκχαρο αίματος μόνος/η σας στο σπίτι?

- 0 - Όχι
- 1 - Ναι

Αν ναι, πόσες φορές το μήνα ;

23.

11) Εγιναν τα εξής στο ιατρείο / στα ιατρεία που πηγαίνετε για την παρακολούθηση του διαβήτη, τους τελευταίους 12 μήνες;

- | | | |
|--|-----|--------------------------|
| 24 * συζήτηση για τη διαίτα | 24. | <input type="checkbox"/> |
| 25 * συζήτηση για φροντίδα ποδιών | 25. | <input type="checkbox"/> |
| 26 * συζήτηση για αυτοέλεγχο του σακχάρου | 26. | <input type="checkbox"/> |
| 27 * εξέταση ποδιών | 27. | <input type="checkbox"/> |
| 28 * εξέταση οφθαλμών / βυθοσκόπηση | 28. | <input type="checkbox"/> |
| 29 * μέτρηση αρτηριακής πίεσης | 29. | <input type="checkbox"/> |
| 30 * ζύγισμα | 30. | <input type="checkbox"/> |
| 31 * εξέταση ουρών | 31. | <input type="checkbox"/> |
| 32 * εργαστηριακές εξετάσεις (χοληστερίνη, νεφρική λειτουργία κλπ) | 32. | <input type="checkbox"/> |

1 - ναι

2 - όχι

3 - δεν ξέρω / δεν θυμάμαι

12) Αναφέρετε όσα σας προβληματίζουν / ενοχλούν / δυσκολεύουν στο ιατρείο / στα ιατρεία που παρακολουθείστε.

13) Είστε ευχαριστημένος /η ή όχι με τα ακόλουθα;

33 * το χρόνο συζήτησης με το προσωπικό

33.

34 * την ευκολία με την οποία συζητάτε τα προβλήματα σας με το προσωπικό

34.

35 * το πόσο σας καταλαβαίνουν

35.

36 * το πως σας φέρονται σαν άτομο

36.

37 * με το αντικείμενο συζήτησης με το προσωπικό

37.

38 * τη συνέχεια της φροντίδας

38.

39 * τις πληροφορίες που σας δίνουν σχετικά με τα αποτελέσματα

39.

1. Ναι

2. Όχι

3. Δεν ξέρω

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΚΩΔ. ΑΡΙΘΜΟΣ

--	--	--	--

Αποτελέσματα
(σημειώστε με + τα θετικά
ευρήματα και - τα αρνητικά)

Ταυσία ούρων

Σάκχαρο

Πρωτεΐνη

Αίμα

Εργαστηριακές Μετρήσεις

Αποτελέσματα

HCT (%)

Σάκχαρο (mg/dl)

Γραφήματα και άλλες μετρήσεις

Αποτελέσματα
(1=φυσιολογικό, 2=πιθανόν
φυσιολογικό, 3=πιθανόν
παθολογικό 4=παθολογικό)

ΗΚΓ/μσ

Μέγιστος όγκος ροής
εκπνεόμενου αέρα (L/min)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ
ΤΜΗΜΑ Α΄

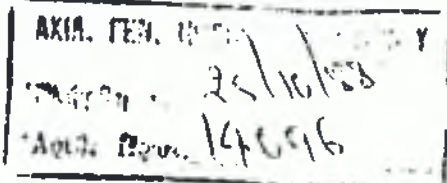
Α.Κ.

Αθήνα 17.10.1988
Αρ. Πρωτ. Α3α/οικ. 15202
No περίφ. Γου
u Επιστάφ. Ετ

Ταχ. Δ/ση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. κωδ.: 101.87
Πληροφορίες: Ν. Καταχανάκης
Τηλέφωνο: 5230825

ΠΡΟΣ: ΚΟΙΝΗ ΑΠΟΦΑΣΗ

ΚΟΙΝ: 1. Δ/ση Εθν. Τυπογραφείου
2. Δ/ση Δ/κού - ΑΡΧΕΙΟ
3. Νομ. Γεν. Νοσημείο Βόλου
4. Δ/ση Υγειονόμ. Βόλου
5. Δ/ση Δ/κού Ν.Π.Δ.Δ.
Τμήμα Β΄ και Γ΄
6. Δ/ση Ιατρ. Αντ.
Τμήμα Α΄



ΘΕΜΑ: Σύσταση Κέντρου Ψυχικής Υγείας
(Κ.Ψ.Υ) στο Βόλο Μαγνησίας.

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 21 του Ν. 1397/83 "Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΦΕΚ 143/τ.Α/83).
2. Τις διατάξεις του άρθρου 12 του Ν. 1579/85 "Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας" (ΦΕΚ 217/τ.Α./85).
3. Την αρ. ΔΙΟΔ/Φ4811 /8220 /19.9.88 απόφαση του Υπουργού Προέδρου της Κυβέρνησης.
4. Την αρ. 6474/88 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών" (ΦΕΚ 451/Β/30.6.88).
5. Τις αρ. 9 της 44ης Οσμ./29.1.87, 14 της 49ης Οσμ./11-18/9/87 αποφάσεις καθώς και την από 16.6.88 γνώμη του ΚΕ.Ι.Υ.

Αποφασίζουμε

Άρθρο 1

Σύσταση

Συνιστάται Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο δήμο Βόλου Ν. Μαγνησίας, ως απόκεντρωμένη οργανική μονάδα του Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Βόλου.

Άρθρο 2

Σκοπός

Σκοπός του Κ.Ψ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 21 του Ν. 1397/83, είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του άρρώστου.

Άρθρο 3

Διάρθρωση

1. Το Κ.Ψ.Υ. αποτελεί αυτοτελή διεύθυνση
2. Η υπηρεσία του Κ.Ψ.Υ. απαρτίζεται από:
 - α. Ιατρεία Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής
 - β. Μονάδα μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής)
 - γ. Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας
 - δ. Γραφείο Γραμματείας

Άρθρο 4

Σύσταση θέσεων

1. Για τις ανάγκες του Κ.Ψ.Υ. συνιστώνται οι παρακάτω κατά κατηγορία και κλάδο θέσεις προσωπικού:

2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ

Τέσσερεις (4) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΠΑΙΔΑΓΩΓΩΝ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ

Μία (1) θέση

3. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τέσσερεις (4) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ-ΤΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τρεις (3) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Μία (1) θέση

Η θέση αυτή κληρούται μόνο σε περίπτωση έλλειψης υποψηφίων για την αντίστοιχη θέση του κλάδου ΠΕ Λογοθεραπευτών.

4. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ-ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΣ

Δύο (2) θέσεις

5. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΕΠΙΜΕΛΗΤΩΝ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ

Μία (1) θέση

Άρθρο 5

Προσόντα διορισμού

1. Ως προσόντα διορισμού στις θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. ορίζονται αυτά που κάθε φορά καθορίζονται από τις ισχύουσες διατάξεις.
2. Για τους λοιπούς κλάδους προσόντα διορισμού κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα ορίζονται αυτά που καθορίζονται με τον οργανισμό του οικείου νοσοκομείου.
3. Προκειμένου για τους κλάδους ΠΕ Παιδαγωγών και ΠΕ Εκπαιδευτικών (επαγγελμ. συμβούλων) προσόν διορισμού ορίζεται πτυχίο ή δίπλωμα του τμήματος Φιλοσοφικών και Κοινωνικών Σπουδών ή του τμήματος Φιλοσοφίας Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας ή του τμήματος Ψυχολογίας Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισότιμο α τριτοεπίπεδο ειδικότητας σχολής της αλλοδαπής, με εξειδίκευση ή εμπειρία σε άτομα με νοητική καθυστέρηση και ψυχωτικά. Ειδικότερα για τον κλάδο ΠΕ Εκπαιδευτικών (επαγγ. συμβούλων) απαιτείται και μετεκπαίδευση σε θέματα Επαγγελματικού Προσανατολισμού.

Άρθρο 6

Πλαίσωση

1. Τα Ιατρεία του Κ.Ψ.Υ. πλαισιώνονται από:

α. Γιατρούς του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ.

β. Γιατρούς ειδικευμένους στην Ψυχιατρική και Παιδοψυχιατρική, σύμφωνα με όσα κάθε φορά ισχύουν.

γ. Ψυχολόγους, Λογοθεραπευτές, ειδικούς Παιδαγωγούς και προϋκ. άλλων συναφών κλάδων.

2. Το Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας, πλαισιώνεται από το προσωπικό

των κλάδων κοινωνικής εργασίας, επισκεπτών-τριών υγείας και άλλων συναφών ειδικοτήτων.

3. Το Γραφείο Γραμματείας πλαισιώνεται από το προσωπικό των λοιπών κλάδων του Κ.Ψ.Υ.

4. Το προσωπικό κέρων από τα κατά κλάδο και κατηγορία καθήκοντά του μετέχει και στις "Ψυχιατρικές Ομάδες" που συγκροτούνται κάθε φορά από τον Δ/ντή του Κ.Ψ.Υ.

Άρθρο 7

Προϊστάμενοι

1. Στο Κ.Ψ.Υ. προϊσταται:

α. Στην Δ/νση, ιατρός με βαθμό Δ/ντή, που υπηρετεί σ' αυτό και εκλέγεται από τους γιατρούς του Κ.Ψ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 18 του Ν. 1397/83 και ο σκοπός ασκεί το καθήκοντα του προϊσταμένου, παράλληλα με τα λοιπά καθήκοντά του.

Αν δεν υπηρετεί γιατρός με βαθμό Δ/ντή, καθήκοντα προϊσταμένου ασκεί ο ανώτερος σε βαθμό γιατρός απ' αυτούς που υπηρετούν στο Κ.Ψ.Υ. και σε περίπτωση ομοιοβάθμων, ο αρχαιότερος στον κλάδο γιατρών Ε.Ε.Υ.

β. Στο Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας, υπάλληλος της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου ΤΕ Κοινωνικής εργασίας ή του Κλάδου ΤΕ επισκεπτών-τριών Υγείας.

γ. Στο Γραφείο Γραμματείας υπάλληλος της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου ΤΕ διοίκησης μονάδων υγείας και κρόνοιας, ή του κλάδου ΔΕ διοικητικού-λογιστικού.

2. Οι υπάλληλοι που προϊσταται στα Γραφεία Κοινωνικής Φροντίδας και Γραμματείας, ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του Ν. 1586/86 "Βαθμολογική διάρθρωση των θέσεων του Δημοσίου", Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α. και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 37/Α/86).

Άρθρο 8

Αρμοδιότητες

Οι αρμοδιότητες του Δ/ντή του Κ.Ψ.Υ. καθώς και των Ιατρείων και Γραφείων του, ορίζονται ως ακολούθως:

1. Ο Δ/ντής ασκεί τα καθήκοντα του προϊσταμένου της Δ/νσης και είναι υπεύθυνος για τον συντονισμό και λειτουργία των Ιατρείων και Γραφείων του Κ.Ψ.Υ.

2. Αρμοδιότητες των Ιατρείων του Κ.Ψ.Υ. είναι η ευθύνη για την

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ
ΤΜΗΜΑ Α΄

Ταχ. Δ/ση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. κωδ.: 101.87
Πληροφορίες:
Τηλέφωνο: 5230825

Α.Κ.
Αθήνα 23-8-1988
Αρ. Πρωτ. 12550
Α3α/οικ.

ΚΟΙΝΗ ΑΠΟΦΑΣΗ

ΘΕΜΑ: Συμπλήρωση και τροποποίηση της Α3α/οικ. 6595/8.4.86
κοινής απόφασης "Εύσταση Κέντρου Υγείας Αλμυρού Ν. Μαγνησίας
(Φ.Ε.Κ. 230 /B/86)".

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 14 και 20 του Ν. 1397/1983 "Εθνικό Σύστημα Υγείας" (Φ.Ε.Κ. 143/A/83),
2. Τις διατάξεις της παρ.3 του άρθρου 12 του Ν. 1579/85 "Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις" (Φ.Ε.Κ. 217/A/85),
3. Την αρ. 6474/86 κοινή απόφαση του κ. Πρωθυπουργού και τ. Υπουργού Οικονομικών "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών" (Φ.Ε.Κ. 451/B/88).

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Άρθρο 1

Η κοινή απόφαση Α3α/οικ. 6595/8.4.86 "Εύσταση Κέντρου Υγείας Αλμυρού Ν. Μαγνησίας (Φ.Ε.Κ. 230/B/86) συμπληρώνεται και τροποποιείται όπως παρακάτω.

Άρθρο 2

Περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας
(Κ.Υ.)

Ως περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας (Κ.Υ.) Αλμυρού Ν. Μαγνησίας ορίζονται ο δήμος Αλμυρού και οι κοινότητες Αγ. Τριάδος, Αγ. Ιωάννου, Αγ. Θεοδώρων, Αϊδίνου, Αμαλιαπόλεως, Ανθοτόπου, Αχιλλεύου, Βρυναίως, Δρυμώνος, Ευξεινουπόλεως, Κοκκωτών, Κροκίου, Κωφών, Μικροθηβών, Πλατάνου, Πτελεού, Σούρας, Φυλάκης και Ανάβρας.

Άρθρο 3

Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.)

Συνιστώνται ως αποκεντρωμένες μονάδες του Κ.Υ. Αλμυρού τα παρακάτω

1. Περιφερειακό Ιατρείο 24ωρης ετοιμότητας Βρύναινας, με έδρα την κοινότητα Βρύναινας, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του καθώς και την περιοχή της κοινότητας Αγ. Ιωάννου.
2. Περιφερειακό Ιατρείο 24ωρης ετοιμότητας Πτελεού, με έδρα την κοινότητα Πτελεού που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του, καθώς και τις περιοχές των κοινοτήτων Αχιλλεύου και Αγ. Θεοδώρων.
3. Περιφερειακό Ιατρείο 24ωρης ετοιμότητας Ανάβρας, με έδρα την κοινότητα Ανάβρας, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του.
4. Περιφερειακό Ιατρείο Ευξεινούπολης, με έδρα την κοινότητα Ευξεινούπολης που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του καθώς και την περιοχή της κοινότητας Κρόκιδου.
5. Περιφερειακό Ιατρείο Ανθότοπου, με έδρα την κοινότητα Ανθότοπου, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του καθώς και την περιοχή της κοινότητας Φυλάκης.
6. Περιφερειακό Ιατρείο Πλατάνου, με έδρα την κοινότητα Πλατάνου, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του καθώς και τις περιοχές των κοινοτήτων Κοκκωτών και Κωφών.
7. Περιφερειακό Ιατρείο Σούρπης, με έδρα την κοινότητα Σούρπης, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του καθώς και τις περιοχές των κοινοτήτων Δρυμώνα, Αμαλιάπολης και Αγίας Τριάδας.
8. Περιφερειακό Ιατρείο Άνω Μαυρολόφου, με έδρα την κοινότητα Άνω Μαυρολόφου που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του.

Άρθρο 4

Συγχώνευση Υγειον. Σταθμών (Υ.Σ.)

και Αγροτικών Ιατρείων (Α.Ι.)

1. Ο Υ.Σ. Αλμυρού και τα Α.Ι. Βρύναινας, Πτελεού, Ανάβρας, Ευξεινούπολης, Πλατάνου και Σούρπης (που έχουν συσταθεί με το Β.Δ. 150/68 "Περί αναδιοργάνωσης των Α.Ι. και Υ.Σ. της Χώρας" (ΦΕΚ 43/Α/68) συγχωνεύονται στο Κ.Α. Αλμυρού και στα Π.Ι. του αντίστοιχα.

2. Το προσωπικό, πλην του ιατρικού, που υπηρετεί σε θέσεις των συγχωνευμένων Α.Ι. και Υ.Σ. κατατάσσεται σε θέσεις κλάδων αντίστοιχης κατηγορίας και ειδικότητας του Κ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 20 του Ν. 1397/83 και οι θέσεις που κατέχουν στα Α.Ι. και Υ.Σ. λογίζονται καταργούμενες, σύμφωνα με τις διατάξεις αυτές από το χρόνο έκδοσης της πράξης κατάταξης στις θέσεις του Κ.Υ.

- α/α 12553/23.8.88 Συμπλήρωση και τροποποίηση της Αβακίου 6611/Ε.4.86 κοινής απόφασης "Σύσταση Κέντρου Υγείας Αμφισύριος Ν. Φθιώτιδας", (Φακ 234/Β/86).
- α/α 12554/23.8.88 Συμπλήρωση και τροποποίηση της Αβακίου 6608/Ε.4.86 κοινής απόφασης "Σύσταση Κέντρου Υγείας Μαιρεσιώμης Ν. Φθιώτιδας", (Φακ 233/Β/86).
- α/α 12555/23.8.88 Συμπλήρωση και τροποποίηση της Αβακίου 6610/Ε.4.86 κοινής απόφασης "Σύσταση Κέντρου Υγείας Στυλίδας Ν. Φθιώτιδας", (Φακ 233/Β/86).
- α/α 12559/23.8.88 Συμπλήρωση και τροποποίηση της Αβακίου 6588/Ε.4.86 κοινής απόφασης "Σύσταση Κέντρου Υγείας Τζερριάδων Ν. Λαονιδίου", (Φακ 229/Β/86).
- α/α 12560/23.8.88 Συμπλήρωση και τροποποίηση της Αβακίου 6603/Ε.4.86 κοινής απόφασης "Σύσταση Κέντρου Υγείας Σαυπών Ν. Ρεθύμνης", (Φακ 232/Β/86).


Διοχή Διού ΝΠΔΔ όπου υιοθετούνται οι παραπάνω αποφάσεις για ενημέρωση της πραγματικότητας να φροντίσει για την εφαρμογή των διατάξεων της παρ 2 του άρθρου 4 Ν. 1579/85.

Συμπεριλαμβανομένης (25) αντιγράφα
 > τετραπλών

Παρά και αποδεκτών.
 Ν. Νου. Νοσοκομεία.

- Εράλειφας ΤΚ 72200
- Ζφινίου ΤΚ 30100
- Κοιλοχίου ΤΚ 30200
- Πικύρας ΤΚ 49100
- Σύδης ΤΚ 67100
- ΠΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ, Αθήνας ΤΚ 15126
- Ν. Κρατιού Αθήνας ΤΚ 15669
- ΖΑΝΟΙΟ, Πειραιά ΤΚ 18536
- Υγείας ΤΚ 27100


30/8

ΕΥ
 Ο ΤΗΝΗΜΑΤΑΡΧΗΣ

 ΑΘ. ΠΑΠΗΑΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΑ ΤΗΣ ΑΓΡΟΤΙΚΗΣ
 Ο ΤΗΝΗΜΑΤΑΡΧΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ
ΤΜΗΜΑ Α'
ΤΑΧ.Δ/ΝΣΗ: ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 17
ΤΑΧ.ΚΩΔΙΚΑΣ: 101-87
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

Αθήνα Β-12-1987

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. Α3α/οικ. 1721

ΠΡΟΣ: ΚΟΙΝΗ ΑΠΟΦΑΣΗ

ΘΕΜΑ: Συμπλήρωση και τροποποίηση της Α3α/οικ.6597/8-4-86 κοινής απόφασης "Σύσταση Κέντρου Υγείας Βελεστίνου Ν.Μαγνησίας" (Φ.Ε.Κ.231/Β/86)";

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 14 και 20 του Ν.1397/83 "Εθνικό Σύστημα Υγείας" (Φ.Ε.Κ.143/Α/83),
2. Τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 12 του Ν.1579/85 "Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις" (Φ.Ε.Κ.217/Α/85),
3. Την αριθ.2389/13-2-87 κοινή απόφαση του κ.Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών" (Φ.Ε.Κ. 81/Β/87),

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Άρθρο 1

Η κοινή απόφαση Α3α/οικ.6597/8-4-86 "Σύσταση Κέντρου Υγείας Βελεστίνου Ν.Μαγνησίας" (Φ.Ε.Κ.231/Β/86) συμπληρώνεται και τροποποιείται, όπως παρακάτω.

Άρθρο 2

Περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας
(Κ.Υ.)

Ως περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας (Κ.Υ.) Βελεστίνου Ν. Μαγνησίας ορίζονται ο Δήμος Βελεστίνου και οι κοινότητες: Αγίου

Γεωργίου Φερρών, Αερινού, Μικρού Περιβολακίου, Περιβλέπτου, Ριζομύλου, Στεφανοβικείου, Καναλίων, Κερασέας. Κεραμιδίου, Σέσκλου, καθώς και οι κοινότητες Μέγα Μοναστήριο και Αγναντε-
ρης του νομού Λαρίσης.

Άρθρο 3

Περιφερειακά Ιατρεία

(Π.Ι.)

Συνιστώνται ως αποκεντρωμένες μονάδες του Κ.Υ. Βελεστίνου τα παρακάτω Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.):

1. Περιφερειακό Ιατρείο 24ωρης ετοιμότητας Καναλίων, με έδρα την κοινότητα Καναλίων, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του, καθώς και την περιοχή της κοινότητας Κερασέας.

2. Περιφερειακό Ιατρείο 24ωρης ετοιμότητας Κεραμιδίου, με έδρα την κοινότητα Κεραμιδίου, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του.

3. Περιφερειακό Ιατρείο Αερινού, με έδρα την κοινότητα Αερινού, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του, καθώς και την περιοχή της κοινότητας Περιβλέπτου.

4. Περιφερειακό Ιατρείο Στεφανοβικείου, με έδρα την κοινότητα Στεφανοβικείου, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του, καθώς και την περιοχή της κοινότητας Ριζομύλου και την περιοχή της κοινότητας Μέγα Μοναστήριο του νομού Λαρίσης.

5. Περιφερειακό Ιατρείο Σέσκλου, με έδρα την κοινότητα Σέσκλου, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του.

6. Περιφερειακό Ιατρείο Ν.Ιωνίας, με έδρα το Δήμο Νέας Ιωνίας, που εξυπηρετεί την περιοχή του Δήμου-έδρας του.

Το Περιφερειακό αυτό Ιατρείο και η περιοχή του υπάγεται προσωρινά στο Κ.Υ. Βελεστίνου μέχρι να λειτουργήσουν τα Κ.Υ. Αστικού τύπου, στα οποία θα υπαχθεί και αυτό.

Άρθρο 9

Προϊστάμενοι

1. Στο Κ.Υ. προΐσταται:

- α) Στη Διεύθυνση, γιατρός με βαθμό Διευθυντή που υπηρετεί σ'αυτ και εκλέγεται από τους γιατρούς του Κ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 18 του Ν.1397/83, και ο οποίος ασκεί τα καθήκοντα του προϊσταμένου, παράλληλα με τα λοιπά καθήκοντά του. Αν δεν υπηρετεί γιατρός με βαθμό Δ/ντή, καθήκοντα προϊσταμένου ασκεί ο ανώτερος σε βαθμό γιατρός απ'αυτούς που υπηρετούν στο Κ.Υ. και σε περίπτωση ομοιοβάθμων ο αρχαιότερος στο κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ.
- β) Στο Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας, υπάλληλος της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου ^{ΤΕ}κοινωνικών λειτουργών ή του κλάδου ^{ΤΕ}επισκεπτών-τριών ή της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου ^{ΠΕ}δικητολόγων.
- γ) Στο Γραφείο Γραμματείας, υπάλληλος της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου ^{ΤΕ}διοίκησης νοσοκομείων-λογιστικής ή της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου ^{ΔΕ}διοικητικού-λογιστικού.

2. Οι υπάλληλοι που προΐστανται στα Γραφεία Κοινωνικής Φροντίδας και Γραμματείας, ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του Ν.1586/86 "Βαθμολογική διάρθρωση των θέσεων του Δημοσίου, Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α. και άλλες διατάξεις" (Φ.Ε.Κ. 37/Α/86).

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΚΑΙ Ο ΥΦΥΠΟΥΡΧΟΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

ΑΠ. ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ

ΓΙΑΝΝΗΣ ΦΛΩΡΟΣ

ΣΠ. ΚΑΛΟΝΔΗΣ

ΦΕΡΘΗΚΕ ΝΑ ΤΕΙ ΜΕΤΕ
ΣΤΑΘΕΡΑΤΕ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ
 ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
 Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ
 ΤΜΗΜΑ Α'

Αθήνα
 Αριθ. πρωτ.

25-1-1988

Α3α/οικ. 955

ΠΡΟΣ:

ΚΟΙΝΗ ΑΠΟΦΑΣΗ

Τεχ. Δ/ση : ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 17

Τεχ. κώδικας : 101-Β7

Πληροφορίες :

Τηλέφωνο :

ΘΕΜΑ : Συμπλήρωση και τροποποίηση της Α3α/οικ.6595/8-4-86 κοινής απόφασης "Σύσταση Κέντρου Υγείας Αργαλαστής Ν.Μαγνησίας" (Φ.Ε.Κ.230/Β/86).

Έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις των άρθρων 14 και 20 του Ν.1397/83 "Εθνικό Σύστημα Υγείας" (Φ.Ε.Κ.143/Α/83),
2. Τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 12 του Ν.1579/85 "Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις" (Φ.Ε.Κ.217/Α/85),
3. Την αριθ.2389/13-2-87 κοινή απόφαση του κ.Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών" (Φ.Ε.Κ.81/Β/87),

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Άρθρο 1

Η κοινή απόφαση Α3α/οικ.6595/8-4-86 "Σύσταση Κέντρου Υγείας Αργαλαστής Ν.Μαγνησίας" (Φ.Ε.Κ.230/Β/86) συμπληρώνεται και τροποποιείται, όπως παρακάτω.

Άρθρο 2

Περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας (Κ.Υ.)

Ως περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας (Κ.Υ.) Αργαλαστής

Ν.Μαγνησίας ορίζονται οι κοινότητες: Αργαλαστής, Αφειτών, Καλαμακίου, Λαμπινούς, Λαύκου, Μετοχίου, Μηλίνης, Νεοχωρίου, Ξυνόβρυσης, Προμυρίου, Συκής και Τρικερίου.

Άρθρο 3

Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.)

Συνιστώνται ως αποκεντρωμένες μονάδες του Κ.Υ.Αργαλαστής τα παρακάτω Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.):

1. Περιφερειακό Ιατρείο 24ωρης ετοιμότητας Προμυρίου, με έδρα την κοινότητα Προμυρίου, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του.

2. Περιφερειακό Ιατρείο 24ωρης ετοιμότητας Τρικερίου, με έδρα την κοινότητα Τρικερίου, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας - έδρας του.

3. Περιφερειακό Ιατρείο Νεοχωρίου, με έδρα την κοινότητα Νεοχωρίου, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του, καθώς και τις περιόχες των κοινοτήτων Αφειτών, Λαμπινούς και Καλαμακίου.

4. Περιφερειακό Ιατρείο Λαύκου, με έδρα την κοινότητα Λαύκου, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του, καθώς και την περιοχή της κοινότητας Μηλίνης.

Άρθρο 4

Συγχώνευση Αγροτικών Ιατρείων (Α.Ι.)

1. Τα Α.Ι. Αργαλαστής, Λαύκου, Νεοχωρίου, Προμυρίου και Τρικερίου που έχουν συσταθεί με το Β.Δ. 150/68 "Περί αναδιοργάνωσης των Α.Ι. και Υ.Σ. της Χώρας" (Φ.Ε.Κ.43/Α/68) συγχωνεύονται στο Κ.Υ.Αργαλαστής και τα Π.Ι. του αντίστοιχου.

2. Το προσωπικό, πλην του ιατροδικαστή, που υπηρετεί σε έδρες των συγχωνευόμενων Α.Ι. κατατάσσεται σε ^{θέσεις} ~~αντίστοιχες θέσεις~~ του Κ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.2 του άρθρου 20 του Ν.1397/83 και οι θέ-

αυτό και εκλέγεται από τους γιατρούς του Κ.Υ., σύμφωνα με τις τάξεις της παρ.5 του άρθρου 18 του Ν.1397/83 και ο σπόλος ο τα καθήκοντά του προϊσταμένου, παράλληλα με τα λοιπά καθήκον του. Αν δεν υπηρετεί γιατρός με βαθμό Δ/ντή, καθήκοντά προέ μένου ασκεί ο ανώτερος σε βαθμό γιατρός απ'αυτούς που υπηρε στο Κ.Υ. και σε περίπτωση ομοιοβάθμων ο αρχαιότερος ή ο κλάδ των Ε.Σ.Υ.

β) Στο Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας, υπάλληλος της κατηγορίας του κλάδου Κοινωνικής Εργασίας ή του κλάδου Επισκεπτών-τρι ή ~~του κλάδου~~ του κλάδου ΤΕ Ιατροφής.

γ) Στο Γραφείο Γράμματέας, υπάλληλος της κατηγορίας ΤΕ του κλάδ διοίκησης νοσοκομείων-λογιστικής ή της κατηγορίας ΔΕ του κλάδ διοικητικού-λογιστικού.

2. Οι υπάλληλοι που πρόβλεπεται στα Γραφεία Κοινωνικής Φροντίδας Γραμματέας, ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του Ν.1586, "Βαθμολογική διάρθρωση των θέσεων του Δημοσίου, Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α. και άλλες διατάξεις" (Φ.Ε.Κ. 37/Α/86).

Η απόφαση αυτή να δημόσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΚΑΙ Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΑΠ. ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ

ΓΙΑΝΝΗΣ ΦΛΩΡΟΣ

ΣΠ. ΚΑΛΟΥΔΗΣ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΣ	20/1	20/1
--------------	------	------

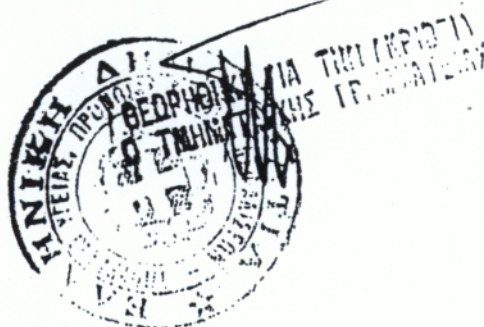
27/7/87

ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΕΥΣΤΡΑΤΗΣ

ΥΠΟΥΡΓΟΣ

20.1.88



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ
ΤΜΗΜΑ Α'
ΤΑΧ.Δ/ΝΣΗ: ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 17
ΤΑΧ.ΚΩΔΙΚΑΣ: 101-87
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ

Αθήνα 8-12-1987

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. Α3α/οικ. 17919

ΠΡΟΣ: ΚΟΙΝΗ ΑΠΟΦΑΣΗ

ΘΕΜΑ: Συμπλήρωση και τροποποίηση της Α3α/οικ. 6594/8-4-86 κοινής απόφασης "Εύσταση Κέντρου Υγείας Ζαγοράς Ν. Μαγνησίας" (Φ.Ε.Κ. 230/Β/86).

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 14 και 20 του Ν. 1397/83 "Εθνικό Σύστημα Υγείας" (Φ.Ε.Κ. 143/Α/83),
2. Τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 12 του Ν. 1579/85 "Ευθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις" (Φ.Ε.Κ. 217/Α/85),
3. Την αριθ. 2389/13-2-87 κοινή απόφαση του κ. Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών" (Φ.Ε.Κ. Β1/Β/87),

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Άρθρο 1

Η κοινή απόφαση Α3α/οικ. 6594/8-4-86 "Εύσταση Κέντρου Υγείας Ζαγοράς Ν. Μαγνησίας" (Φ.Ε.Κ. 230/Β/86) συμπληρώνεται και τροποποιείται, όπως παρακάτω.

Άρθρο 2

Περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας
(Κ.Υ.)

Ως περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας (Κ.Υ.) Ζαγοράς Ν. Μαγνησίας ορίζονται οι κοινότητες: Ζαγοράς, Αγίου Δημητρίου, Ανηλίου, Κισσού, Μακρυρράχης, Μουρεσίου, Ξουρυχτίου, Πουρίου και Τσαγκιεράδας.

Άρθρο 3

Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.)

Συνιστώνται ως αποκεντρωμένες μονάδες του Κ.Υ. Ζαγοράς τα παρακάτω Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.):

1. Περιφερειακό Ιατρείο 24ωρης ετοιμότητας Κισσού, με έδρα την κοινότητα Κισσού, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του, καθώς και τις περιοχές των κοινοτήτων Μακρυρράχης, Αηλίου και Αγίου Δημητρίου.

2. Περιφερειακό Ιατρείο Τσαγκαράδας, με έδρα την κοινότητα Τσαγκαράδας, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας - έδρας του, καθώς και τις περιοχές των κοινοτήτων Μουρεσίου και Ξυρυχτίου.

Άρθρο 4

Συγχώνευση Υγειονομικού Σταθμού (Υ.Σ.) και Αγροτικών Ιατρείων (Α.Ι.)

1. Ο Υ.Σ. Κισσού και τα Α.Ι. Ζαγοράς και Τσαγκαράδας που έχουν συσταθεί με το Β:Δ. 150/68 "Περί αναδιοργάνωσης των Α.Ι. και Υ.Σ. της Χώρας" (Φ.Ε.Κ. 43/Α/68) συγχωνεύονται στο Κ.Υ. Ζαγοράς και τα Π.Ι. του αντιστοιχία.

2. Το προσωπικό, πλην του ιατρικού, που υπηρετεί σε θέσεις των συγχωνευόμενων Α.Ι. και Υ.Σ. κατατάσσεται σε αντιστοιχες θέσεις του Κ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 20 του Ν. 1397/83 και οι θέσεις που κατέχουν στα Α.Ι. και τον Υ.Σ. λογίζονται καταργούμενες, σύμφωνα με τις διατάξεις αυτές, από το χρόνο έκδοσης της πράξης κατάταξης στις θέσεις του Κ.Υ.

3. Οι μόνιμοι αγροτικοί γιατροί που υπηρετούν στα συγχωνευόμενα Α.Ι. και στον Υ.Σ. και εντάσσονται αυτοδίκαια, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 43 του Ν. 1397/83, σε συνδυασμό με το τελευταίο εδάφιο του άρθρου 4 του Ν. 1579/85, σε θέσεις του κλάδου γιατρών Β.Σ. υποχρεούνται να υποβάλουν μέσα σε δέκα πέντε (15) ημέρες από την

και εκλεγεται από τους γιατρούς του Κ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 18 του Ν.1397/83, και ο ορισμός είναι ταυτόχρονα του προϊσταμένου παράλληλα με τα λοιπά μέλη του.

Αν δεν υπηρετεί γιατρός με βαθμό Διευθυντή, καθήκοντα προϊσταμένου έχει ο υπεύθυνος σε βαθμό γιατρού απ' αυτούς που υπηρετούν στα Κ.Υ. και σε περίπτωση ομοιοβάθμων ο αρχαιότερος από αυτούς γιατρούς Ε.Σ.Υ.

β) Στο Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας, υπάλληλος της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου Κοινωνικών Εργαζομένων ή του κλάδου επισκεπτών τριών ή της κατηγορίας ΠΒ του κλάδου Διαιτολόγων.

γ) Στο Γραφείο Γραμματείας, υπάλληλος της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου διοίκησης υποσχετικών-λογιστικής ή της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου διοικητικού λογιστικού.

2. Ο υπάλληλος που προτίθεται στα Γραφεία Κοινωνικής Φροντίδας και Γραμματείας ορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του Ν.1588/86 "Εαυτοκόστη διαμόρφωση θέσεων του Δημοσίου, Ν.Π. Δ.Δ. και Ο.Τ.Α. και άλλες διατάξεις" (Φ.Ε.Κ.37/Α/86).

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ

ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ

ΥΓΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΚΑΙ Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΑΠ. ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ

ΠΑΥΛΟΣ ΦΛΩΡΟΣ

ΣΠ. ΚΑΛΟΝΩΣ



Αθήνα 8-12-1987

Αριθ. πρωτ.

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. Α3α/οικ.

17217

ΠΡΟΣ:

Πρωτ. Α/πρωτ. ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 17

Πρωτ. αριθμ.: 101-87

Πρωτ. αριθμ.:

Πρωτ. αριθμ.:

ΚΟΙΝΗ ΑΠΟΦΑΣΗ

ΘΕΜΑ: Συμπλήρωση και τροποποίηση της Α3α/οικ.4592/7-3-86 κοινής απόφασης "Σύσταση Κέντρου Υγείας Σκοπέλου Ν.Μαγνησίας" (Φ.Ε.Κ. 97/Β/86).

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 14 και 20 του Ν.1397/83 "Εθνικό Σύστημα Υγείας" (Φ.Ε.Κ.143/Α/83).
2. Τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 12 του Ν.1579/85 "Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις" (Φ.Ε.Κ.217/Α/85).
3. Την αριθ. 2389/13-2-87 κοινή απόφαση του κ.Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών" (Φ.Ε.Κ. 81/Β/87).

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Άρθρο 1

Η κοινή απόφαση Α3α/οικ.4592/7-3-86 "Σύσταση Κέντρου Υγείας Σκοπέλου Ν.Μαγνησίας" (Φ.Ε.Κ. 97/Β/86) συμπληρώνεται και τροποποιείται, όπως παρακάτω.

Άρθρο 2

Περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας
(Κ.Υ.)

Ως περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας (Κ.Υ.) Σκοπέλου-Ν.Μαγνησίας ορίζονται τα νησιά Σκόπελος και Αλόνησος.

Άρθρο 3

Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.)

Συνιστώνται ως αποκεντρωμένες μονάδες του Κ.Υ. Εκοπέλου τα παρακάτω Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.):

1. Περιφερειακό Ιατρείο 24ωρης ετοιμότητας Αλοννήσου, με έδρα την κοινότητα Αλοννήσου, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του.

2. Περιφερειακό Ιατρείο Γλώσσας, με έδρα την κοινότητα Γλώσσας, που εξυπηρετεί την περιοχή της κοινότητας-έδρας του, καθώς και την περιοχή της κοινότητας Κλήματος.

Άρθρο 4

Συγχώνευση Υγειονομικού Σταθμού (Υ.Σ.) και Αγροτικών Ιατρείων (Α.Ι.)

1. Ο Υ.Σ. Εκοπέλου και τα Α.Ι. Γλώσσας και Αλοννήσου που έχουν συσταθεί με το Β.Δ. 150/68 "Περί αναδιαρθρώσεως των Α.Ι. και Υ.Σ. της Χώρας" (Φ.Ε.Κ. 43/Α/68) συγχωνεύονται στο Κ.Υ. Εκοπέλου και τα Π.Ι. του αντίστοιχα.

2. Το προσωπικό, πλην του ιατρικού, που υπηρετεί σε θέσεις των συγχωνευόμενων Α.Ι. και του Υ.Σ. κατατάσσεται σε αντίστοιχες θέσεις του Κ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 20 του Ν.1397/83 και οι θέσεις που κατέχουν στα Α.Ι. και στον Υ.Σ. λογίζονται καταργούμενες, σύμφωνα με τις διατάξεις αυτές, από το χρόνο έκδοσης της πράξης κατάταξης στις θέσεις του Κ.Υ.

3. Οι μόνιμοι αγροτικοί γιατροί που υπηρετούν στα συγχωνευόμενα Α.Ι. και στον Υ.Σ. και εντάσσονται αυτοδίκαια, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 43 του Ν.1397/83 σε συνδυασμό

Άρθρο 9

Προϊστάμενοι

1. Στο Κ.Υ. προΐσταται:

α) Στη Δ/νση, γιατρός με βαθμό Δ/ντή, που υπηρετεί σ' αυτό κ εκλέγεται από τους γιατρούς του Κ.Υ., σύμφωνα με τις δι τάξεις της παρ. 5 του άρθρου 18 του Ν.1397/83, και ο οπο ασκεί τα καθήκοντα του προΐσταμένου παράλληλα με τα λοι καθήκοντά του.

Αν δεν υπηρετεί γιατρός με βαθμό Δ/ντή, καθήκοντα προΐσ μένου ασκεί ο ανώτερος σε βαθμό γιατρός απ' αυτούς που υ ρετούν στο Κ.Υ. και σε περίπτωση ομοιοβάθμων ο αρχαιότε στο κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ.

β) Στο Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας, υπάλληλος της κατηγορ ΤΕ του κλάδου ^{ΤΕ}κοινωνικών ^{ΤΕ}λειτουργιών ή του κλάδου ^{ΤΕ}επισ πτών-πριών ή της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου ^{ΠΕ}διαιτολόγων.

γ) Στο Γραφείο Γραμματείας, υπάλληλος της κατηγορίας ΠΕ κλάδου ^{ΠΕ}διοικητικού - λογιστικού ή της κατηγορίας ΤΕ του ^{ΤΕ}δου ^{ΤΕ}διοικησης νοσοκομείων - λογιστικής ή της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου ^{ΔΕ}διοικητικού - λογιστικού.

2. Οι υπάλληλοι που προΐστανται στα Γραφεία Κοινωνικής Φρο δας και Γραμματείας, ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρ 9 του Ν.1586/86 "Βαθμολογική διάρθρωση των θέσεων του Δημοσίου, Ι Δ.Δ. και Ο.Τ.Α. και άλλες διατάξεις" (Φ.Ε.Κ. 37/Α/86).

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβέρνησι

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΠΡΟΒΑΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΚΑΙ Ο ΥΦΥΠΟΥ
ΟΙΚΟΝΟΜΙ

ΑΠ. ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ

ΠΑΝΝΗΣ ΦΛΩΡΟΣ

ΣΠ. ΚΑΛΟΥΔΗΣ



ΠΡΟΣ: ΚΟΙΝΗ ΑΠΟΦΑΣΗ

Υποψη: Αριστοτέλους 17

δ. : 101.87

ορίες:

νο:

συμπλήρωση και τροποποίηση της Α3α/οικ. 5226/19.4.85 κοινής απόφασης
Σύσταση Κέντρου Υγείας Σκιάθου Ν. Μαγνησίας" (ΦΕΚ 264/τ. Β/85).

χοντας υπόψη:

. Τις διατάξεις των άρθρων 14 και 20 του Ν. 1397/83 "Εθνικό Σύστημα
Υγείας" (ΦΕΚ 143/Α/83).

. Τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 12 του Ν. 1579/85 "Εθιμίσαις
για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες
διατάξεις" (ΦΕΚ 217/Α/85).

. Την αρ. 2389/13.2.87 κοινή απόφαση του κ. Πρωθυπουργού και του
Πυργού Οικονομικών "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών
ΦΕΚ 81/Β/87).

Αποφασίζουμε

Άρθρο 1

Η κοινή απόφαση Α3α/οικ. 5226/19.4.85 "Σύσταση Κέντρου Υγείας Σκιά-
θου Ν. Μαγνησίας" (ΦΕΚ 264/Β/85) συμπληρώνεται και τροποποιείται, όπως
παρακάτω:

Άρθρο 2

Συγχώνευση Υγειονομικού Σταθμού (Υ.Σ.)

Οι διατάξεις του άρθρου 20 της συμπληρούμενης και τροποποιούμενης
κοινής απόφασης Α3α/οικ. 5226/19.4.85 "Σύσταση Κέντρου Υγείας Σκιάθου
Μαγνησίας" (ΦΕΚ 264/Β/85) αντικαθίστανται ως εξής:

Ο Υ.Σ. Σκιάθου που έχει συσταθεί με το Ν.Δ. 150/68 "περί αναδιοργάνω-
σης των Α.Υ. και Υ.Σ. της χώρας" (ΦΕΚ 43/Α/68) συγχωνεύεται στο Κ.Υ.
Σκιάθου.

ελέγεται από τους γιατρούς του Κ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της 0.5 του άρθρου 18 του Ν. 1397/83 και ο οποίος ασκεί τα καθήκοντα του προϊσταμένου παράλληλα με τα λοιπά καθήκοντά του.

Αν δεν υπηρετεί γιατρός με βαθμό Διευθυντή, καθήκοντα προϊσταμένου ασκεί ανώτερος σε βαθμό γιατρός απ' αυτούς που υπηρετούν στο Κ.Υ. και σε περίπτωση ομοιβάθμων ο αρχαιότερος στο κλάδο Γιατρών Ψ.Σ.Υ.

Στο γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας, υπάλληλος της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου ΤΕ κοινωνικής εργασίας ή του κλάδου ΤΕ επισκεπτών-τριών ή του κλάδου ΤΕ διατροφής.

Στο γραφείο Γραμματείας, υπάλληλος της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου Διοικητικού-Λογιστικού (προσωρινού) ή της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου Διοίκησης ~~Διοικητικού-Λογιστικού~~ ή της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου Διοικητικού-Λογιστι-

Οι υπάλληλοι που προϊστανται στα Γραφεία Κοινωνικής Φροντίδας και Γραμμάτεια, ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του Ν. 1586/86 "Βαθμολογική διάρθρωση των θέσεων του Δημοσίου Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α. και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 37/Α/86).

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

ΟΙ	ΥΠΟΥΡΓΟΙ	Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΘΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ	ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ	ΚΑΙ
ΥΒΕΡΝΗΣΗΣ	ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ	ΓΙΑΝΝΗΣ ΦΩΡΟΣ	ΣΤ. ΚΑΛΟΥΔΗΣ

10/5

11/5

11/5

19.5.88

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

15/3

20/3

30/3