



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ “NURSING HOMES”
ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ
ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΜΕΓΑΛΗΣ
ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ»

ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΛΟΥΜΟΥΣΙΩΤΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΜΠΙΤΣΑΝΗΣ MSc, Εργαστηριακός Συνεργάτης

Καλαμάτα 2008

Τι με κοιτάζετε; νοσοκόμες...;

Τι κοιτάζετε; Τι σκέφτεστε όταν με κοιτάζετε;
Μια δύσθυμη ηλικιωμένη γυναίκα, όχι πολύ σοφή.
Αποκοιμημένη από της συνήθεις της με βλέμμα
χαμένο, Που λεράνεται σε κάθε της γεύμα και δεν
αποκρίνεται. Που όταν λέτε με δυνατή φωνή, «έλα
προσπάθησε λίγο!» Κρανείς δεν φαίνεται να
παρατηρεί τα προσπάθεια που κάνει. Και για
πάντα θα χάνει τη μια κάλτσα της ή την μία της
παντόφλα.

Μια ηλικιωμένη γυναίκα... που αντισιέκεται ή
όχι, σας αφήνει να κάνετε αυτό που έχετε ήδη
αποφασίσει... όπως με το λούσιμο ή το φαγητό και
το δόσιμο του χαπιών

Αυτό είναι που σκέφτεστε; Αυτό είναι που
βλέπετε;
Τότε ανοίξτε τα μάτια σας, νοσοκόμες δεν βλέπετε
εμένα!!!

Θα σας πω ποια είμαι καθώς κάθομαι εδώ
ακίνητη. Όπως πράττω ή όπως τρώω με την
θέλησή σας.

Είμαι μικρό παιδί δέκα χρονών... με πατέρα και
μητέρα. Με αδελφούς και αδελφές, οι οποίοι
αγαπούν ο ένας τον άλλον.

Ένα νέο κορίτσι δεκαέξι, που έχει φτερά στα
πόδια της... Ονειρεύεται ότι σύντομα θα
συναντήσσει τον έρωτα της ζωής της.

Μια νύφη κοντά στα είκοσι... Η καρδιά μου
ξεχειλίζει από χαρά, θυμούμενη τους όρκους που
υποσχέθηκα να κρατήσω

Στα είκοσιπέντε τώρα, έχω δικά μου παιδιά
Που με χρειάζονται για να τους παρέχω ένα
ασφαλές και εντυχές σπίτι.

Μια γυναίκα τριάντα ετών, τα παιδιά τώρα
μεγαλώνουν πιο γρήγορα, είναι συνδεδεμένοι ο
ένας με τον άλλο με τους δεσμούς που πρέπει να
διαρκέσουν.

Στα σαράντα, τα αγόρια μου μεγάλωσαν αρκετά
και φεύγουν...

Στα εξήντα ακόμα μια φορά, παιχιδι μωρών
γύρω από το πόδια μου, πάλι παιδιά... ο
αγαπημένους μου και εγώ... τώρα ξέρουμε
καλύτερα τα παιδιά
Σκοτεινές ημέρες πέφτουν πάνω μου, ο σύζυγός
μου είναι νεκρός. Κοιτώ το μέλλον και
ανατριχιάζω... φοβάμαι...

Τα παιδιά είναι καλά μα μεγαλώνουν τα δικά τους
παιδιά.

Και σκέφτομαι τα χρόνια που πέρασαν... την
αγάπη που ξέρα.

Είμαι τώρα ηλικιωμένη γυναίκα... και η φύση
είναι σκληρή. Τι αστειό... να κάνει τους
ηλικιωμένους να μοιάζουν με ανήτους. Το σώμα,
θρυσματίζεται, η επείκεια και το σθένος
αποχωρούν. Υπάρχει τώρα μια πέτρα... Εγώ
κάποτε είχα καρδιά.

Αλλά μέσα σε αυτή την παλιά πέτρα ένα νέο
κορίτσι κατοικεί ακόμα.

Και τώρα... πάλι η λαβωμένη μου καρδιά
πονά...

Θυμάμαι τις χαρές... Θυμάμαι τον πόνο...
Και αγαπώ και ζω τη ζωή ξανά και ξανά.

Σκέφτομαι τα χρόνια... τόσο λίγα, μα πέρασαν
τόσο γρήγορα... Και δέχομαι το γεγονός ότι
τίποτα δεν μπορεί να διαρκέσει για πάντα...

Ανοίξτε τα μάτια σας άνθρωποι, ανοίξτε και
δέτε...

Όχι μια δύσθυμη ηλικιωμένη γυναίκα

Κοιτάζτε καλύτερα...

Κοιτάζετε εμένα...

Μια γηραιά κυρία πέθανε στο γηριατρικό θάλαμο ενός μικρού νοσοκομείου κοντά στο 'Dundee' (Σκωτία). Θεωρήθηκε ότι δεν άφησε τίποτα οποιασδήποτε αξίας. Αργότερα, οι νοσοκόμες καταγράφοντας τις πενήχρες κατοχές της, βρήκαν αυτό το ποίημα. Είναι ποιοτικό και το περιεχόμενο εντυπωσίασε τόσο το προσωπικό, που έγιναν αντίγραφα και διανεμήθηκαν σε κάθε νοσοκόμα στο νοσοκομείο. Μια νοσοκόμα πήρε το αντίγραφο της στην Ιρλανδία. Αυτό το μόνο κληροδότημα της γηραιάς κυρίας έχει εμφανιστεί από τότε στην έκδοση Χριστουγέννων του περιοδικού της ένωσης της βόρειας Ιρλανδίας για τη ψυχική υγεία («North Ireland Association for Mental Health»).

*Η μελέτη αυτή αφιερώνεται στους γονείς μου
Κωνσταντίνο & Αναστασία Λουμουσιώτη που με την
συνεχής στήριξη τους με βοηθούν να επιτυγχάνω τους
στόχους μου και να συνεχίζω το ταξίδι μου.*

Σας Ευχαριστώ





Ευχαριστίες

Για την υλοποίηση αυτής μελέτης χρειάστηκαν πληροφορίες και υποστήριξη ανθρώπων και οργανισμών τους οποίους θα ήθελα να ευχαριστήσω για την συμβολή τους.

Οι κυρίες Alice Heaton και Beatrice Wilson καθώς και ο κύριος Denis Rusworth, μου παραχώρησαν, συνεντεύξεις μοιραζόμενοι κομμάτια των προσωπικών τους ζωών, πράγμα για το οποίο του ευχαριστώ θερμά.

Επίσης η προσφορά των διευθύνσεων και του προσωπικού των Elm Royd, Inghwood, Heath Bank ήταν πολύ σημαντική καθώς μου επιτράπηκε η καταγραφή και μελέτη των οργανισμών τους.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να αποδώσω στην κυρία Ιωάννα Μιλιώνη, υπεύθυνη γραφείου διασύνδεσης ΤΕΙ Καλαμάτας για την συμβολή της στην πραγματοποίηση της πρακτικής μου άσκησης στην Μεγάλη Βρετανία, τον επιβλέπον εισηγητή κύριο Παναγιώτη Μπιτσάνη Εργαστηριακό Συνεργάτη ΤΕΙ Καλαμάτας ο οποίος με την εμπειρία του και την καθοδήγηση του συντέλεσε στην ολοκλήρωση της μελέτης.

Τέλος, για την ιδιαίτερη προσφορά της στη μελέτη, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Δρ. Αικατερίνη Τζάκου.

Πρόλογος

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται μια μορφή μονάδων παροχής υγείας και πρόνοιας για ηλικιωμένους “Τα Nursing Homes”. Οι μονάδες αυτές λειτουργούν στην Μεγάλη Βρετανία στον ιδιωτικό, εθελοντικό αλλά και στον δημόσιο τομέα και αποτελούν έναν κρίκο στην αλυσίδα του συστήματος παροχής υγειονομικής φροντίδας της χώρας. Για την καλύτερη κατανόηση του αντικειμένου από των αναγνώστη η μελέτη χωρίζεται σε κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά σε συστήματα παροχής μακροπρόθεσμης φροντίδας σε χώρες της Ευρώπης. Με αυτό τον τρόπο ο αναγνώστης θα έχει την ευκαιρία να δημιουργήσει μια σφαιρική άποψη για την λειτουργία μονάδων φροντίδας των ηλικιωμένων της Ευρώπης.

Στην συνέχεια, στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η οργάνωση, δομή και λειτουργία των «Nursing Homes». Επίσης καταγράφονται βασικά σημεία των μονάδων και μέσα από ανάλυση αρχιτεκτονικών σχεδίων, οργανογραμμάτων προσωπικού και περιγραφή του εσωτερικού των μονάδων, αποδίδεται η διάσταση της έννοιας του χώρου στον θεσμό των «Nursing Homes».

Ιστορική αναδρομή της κοινωνική φροντίδας αλλά και την φροντίδας των ηλικιωμένων γίνεται στο τρίτο κεφάλαιο της μελέτης παρουσιάζονται την εικόνα του παρελθόντος. Η παροντική εικόνα και το θεσμικό περιβάλλον στο οποίο λειτουργούν τα «Nursing Homes» σήμερα καταγράφονται στο τέταρτο κεφάλαιο της μελέτης. Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται περιγραφή του βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας και αναφορά στην νομοθεσία στην οποία υπόκεινται οι μονάδες των «Nursing Homes». Ακόμα γίνεται παρουσίαση του σώματος επιθεώρησης και ο τρόπος αξιολόγησης της ποιότητας των μονάδων αποσκοπώντας τον προσδιορισμό της θέσης των «Nursing Homes» ανάμεσα στις υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες της χώρας.

Στα τέταρτο κεφάλαιο της μελέτης παρουσιάζονται πληροφορίες για του χρήστη των υπηρεσιών των μονάδων που μελετάμε. Σε μια προσπάθεια παρακολούθησης του αντικειμένου από διαφορετική σκοπιά καταγράφεται η καθημερινή ζωή ηλικιωμένων σε «Nursing Homes». Τέλος, στο τελευταίο κεφάλαιο γίνεται παράθεση στατιστικών δεδομένων

και πληροφοριών σχετικά με την Μεγάλη Βρετανία. Έτσι ο αναγνώστης μπορεί να αντιληφθεί το φαινόμενο της δημογραφική γήρανση του πληθυσμού το οποίο εκτός από την Μεγάλη Βρετανία θα απασχολεί πολλές ευρωπαϊκές χώρες στο μέλλον όσον αφορά τις υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων.

Μεθοδολογία - Σκοπός

Η εργασία εκπονήθηκε κατά την περίοδο παραμονής του συγγραφέα στην Μεγάλη Βρετανία για την πραγματοποίηση της εξάμηνης πρακτικής εργασίας μέσα στα πλαίσια τίτλου σπουδών Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας. Η καθημερινή τριβή με το περιβάλλον ενός «Nursing Home» μέσα από τις εργασίες του γραφείου διοίκησης ήταν καθοριστική για την δημιουργία μιας σφαιρικής εικόνας του τρόπου λειτουργίας και της δομής αυτού του τύπου μονάδας.

Επίσης εμπειρίες και βιώματα πέραν από της βιβλιογραφίας αποκομίστηκαν και στην πράξη. Ο συγγραφέας εργαζόμενος ως βοηθός φροντίδας ηλικιωμένων στην ημερήσια και βραδινή βάρδια «Nursing Homes» παρατήρησε των τρόπο λειτουργίας των μονάδων από διαφορετική οπτική σκοπιά. Επαφή με προσωπικό και επικοινωνία με ενοίκους των μονάδων αυτών απέδωσαν των πραγματικό σφυγμό μίας μονάδας «Nursing Home». Ο συγγραφέας συνεχίζει να εργάζεται σε τέτοιου είδους μονάδα ακόμα και σήμερα (Οκτώβριος 2008) ως μέλος ομάδας διοίκησης ιδιωτικής εταιρίας η οποία λειτουργεί «Nursing Homes».

Για την δημιουργία αντικειμενικής άποψης η μέθοδος της συνεντεύξεως ακολουθήθηκε επίσης. Περνώντας μια ημέρα μαζί με ενοίκους επισκεφτήκαμε διάφορα «Nursing Homes» καταγράφοντας σημαντικές πληροφορίες οι οποίες δεν παρατηρούνται από επισκέπτες ή καταγράφονται σε βιβλία.

Σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσει την δομή, οργάνωση και λειτουργία των «Nursing Homes» καθώς και την θέση τους μέσα στο γενικότερο σύνολο των υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας της Μεγάλης Βρετανίας.

Abstract

The elderly population in Europe increases and according to a study, the phenomenon of population ageing will be a topic of concern for governments in many countries all over the world. This study examines a form of health care units for elderly. The position of Nursing Homes within the British social care service is presented in the past and today, through a wide reference to the European stage of elderly care. Moreover, the study describes the legal frame under which these health care units are designed, organized and operate. By emphasizing in the service user, the study consists of information of their daily life.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	i
Πρόλογος	ii
«Abstract»	iv
Περιεχόμενα	v
Κατάλογος Πινάκων, Σχημάτων & Φωτογραφίες	vii
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
2. ΤΑ «NURSING HOMES» ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	3
2.1 Εισαγωγή	3
2.1 Δημογραφικά Στοιχεία	4
2.2 Οι περιγραφικοί ορισμοί	6
2.3 Ευρωπαίοι που ζουν σε μονάδες φροντίδας και νοσηλείας	8
2.4 Συμπεράσματα	16
3. ΤΑ «NURSING HOMES» ΣΤΗΝ ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ	19
3.1 Τι είναι τα “Nursing Homes”	19
3.2 Οργάνωση, Δομή & Λειτουργία	20
3.2.1 Ανθρώπινο Δυναμικό	20
3.2.2 Εκπαίδευση και Κατάρτιση Προσωπικού	27
3.3 Η αρχιτεκτονική των «Nursing Homes»	29
3.3.1 Σχεδιασμός Μονάδων	30
3.3.2 Περιβάλλον Μονάδων	37
4. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	42
4.1 Η κοινωνική πρόνοια μέσα στον χρόνο	42
4.2 Η φροντίδα των ηλικιωμένων μέσα στον χρόνο	45

5. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ	50
5.1 Διάρθρωση Υγειονομικού Συστήματος	50
5.1.1 Παροχή φροντίδας προς τους ηλικιωμένους	52
5.1.2 Μορφές Φροντίδας	53
5.1.3 Η χρηματοδότηση μακροπρόθεσμης φροντίδας	58
5.2 Νομικό πλαίσιο λειτουργίας των «Nursing Homes»	59
5.2.1 Υγεία και Κοινωνική Πολιτική	59
5.2.2 Εθνικά Πρότυπα Φροντίδας	60
5.2.3 Επιτροπή Επιθεώρησης Κοινωνικής Φροντίδας	62
5.2.4 Επιθεώρηση & Αξιολόγηση των «Nursing Homes»	63
6 Ο ΧΡΗΣΤΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	67
6.1 Η εισαγωγή στο «Nursing Home»	67
6.2 Αξιολόγηση Ηλικιωμένων	68
6.3 Συνέχιση του τρόπου ζωής	68
6.4 Παράγοντες ικανοποίησης που καταγράφηκαν από τους ηλικιωμένους	70
6.5 Η ζωή των ενοίκων στα «Nursing Homes»	71
7. ΟΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΙΣ	79
8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	83
Πηγές	84

Κατάλογος Πινάκων, Σχημάτων & Εικόνων

Πίνακες

Πίνακας 2.1 Οι αναλογίες υποστηριζόμενων ηλικιωμένων για τα έτη 1993, 2010 και 2025 ...	5
Πίνακας 2.2 Ποσοστά ανθρώπων (μεγαλύτερων ή ίσων) 65 χρονών που ζουν στο σπίτι και μονάδες φροντίδας και νοσηλείας	8
Πίνακας 5.2 Μορφές φροντίδας ηλικιωμένων	54
Πίνακας 5.3 Αριθμός ηλικιωμένων οι οποίοι λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι.....	55
Πίνακας 5.4 Αριθμός βρετανών ηλικιωμένων οι οποίοι απολαμβάνουν υπηρεσίες θεσμικών μονάδων μακροπρόθεσμης φροντίδας Πίνακας	57
Πίνακας 5.5 Συχνότητα Βασικών Επιθεωρήσεων σε μονάδες «Nursing Homes»	65
Πίνακας 7.1 Η μεταβολή του αριθμού ηλικιωμένων ατόμων στην Μεγάλη Βρετανία τον τελευταίου αιώνα	79

Σχήματα

Σχήμα 3.1 Οργανόγραμμα διάταξης προσωπικού ενός «Nursing Home».....	21
Σχήμα 3.2 Κάτοψη Λουτρού «Nursing Home»	31
Σχήμα 3.3 Κάτοψη ισογείου μονάδος «Nursing Home»	34
Σχήμα 3.4 Κάτοψη πρώτου ορόφου μονάδος «Nursing Home»	35
Σχήμα 3.5 Σχέδια αρχιτεκτονικό “Άστρον” μονάδας «Nursing Home» με δυναμικότητα	36
Σχήμα 5.1 Η θέση των «Nursing Homes» στο Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας	51
Σχήμα 7.2 Πρόβλεψη τεσσάρων ηλικιακών ομάδων ηλικιωμένων έως το 2061	80
Σχήμα 7.3 Σύνολο πληθυσμού Μ. Βρετανίας ανάλογα με την κοινωνική θέση	82

Εικόνες

Εικόνα 3.1 «Chef Elm Royd N. Home» (κος. D. Denison)	26
Εικόνα 3.2 Ομάδα πρωινής βάρδιας του Elm Royd Nursing Home	27
Εικόνα 3.3 Εκπαίδευση πυρασφάλειας προσωπικού του Elm Royd Nursing Home	28
Εικόνα 4.1 Σύστημα για τους φτωχούς από την συντεχνία μεταλλουργών του Λονδίνου	42
Εικόνα 4.2 Ένοικος ιδιωτικού «Nursing Home» (1873)	49

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σήμερα, οι ηλικιωμένοι είναι οι κύριοι καταναλωτές νοσηλευτικής φροντίδας καθώς και κοινωνικών υπηρεσιών. Πολλοί ηλικιωμένοι περιμένουν να απολαύσουν υγιή γεράματα, από την άλλη πλευρά, μεγάλη μερίδα του ηλικιωμένου πληθυσμού είναι ευπαθή και χρίουν νοσηλευτικής φροντίδας.. Σήμερα συγγενείς και φροντιστές ηλικιωμένων ατόμων τα οποία χρειάζονται φροντίδα, αντιμετωπίζουν πολλά διλήμματα και ανησυχίες.

Τα ηλικιωμένα άτομα αποτελούν μία κοινωνική ομάδα η οποία απαρτίζεται από μοναδικούς ανθρώπους όπου ο κάθε ένας τους έχει τις δικές του εμπειρίες, πεποιθήσεις, αξίες, ενδιαφέροντα, ανάγκες και στόχους ζωής να εκπληρώσει. Κάθε ηλικιωμένο άτομο επίσης, έχει να κάνει μία μοναδική συμβολή στην κοινωνία, συμβολή η οποία δεν παύει να υφίσταται με την αύξηση της ηλικίας, την αδυναμία ή την ανάγκη για υγειονομική και κοινωνική φροντίδα. Για αυτό η γήρανση δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως συνώνυμο της απόρριψης, τις ανικανότητας ή της αρρωστημένης υγείας, αλλά σαν μία περίοδο της ζωής του ανθρώπου με δυνατότητες για μάθηση, υγεία, εκπλήρωση επιθυμιών και ευτυχία.

Ο άνθρωπος μεγαλώνει με διαφορετικούς τρόπους και αντιδρά διαφορετικά στην εμπειρία της γήρανσης. Το μόνο σίγουρο είναι ότι οι ηλικιωμένοι έχουν ζήσει περισσότερο από αυτούς που είναι νεότεροι. Εμπειρίες ζωής συγκεντρώνονται κατά την διάρκεια των χρόνων. Τα χρόνια περνούν και σηματοδεύονται από βαθιές αλλαγές οι οποίες αντιμετωπίζονται από αυτούς: αντιξοότητες εποχών, θεμελιώδεις αλλαγές στην δομή της κοινωνίας, ταξίδια δίχως γεωγραφικά όρια, καλύπτοντας ακόμα και άλλους πλανήτες και τεχνολογική επανάσταση. Στην πρώτη γραμμή όλων αυτών των αλλαγών στάθηκαν οι ηλικιωμένοι σήμερα άνθρωποι. Γεγονότα των ζώων τους, έχουν δώσει αφθονία από προοπτικές και αξίες δίχως τις οποίες η κοινωνία μας θα ήταν φτωχότερη.

Ζήτηση για μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων εκδηλώνεται από τρεις τουλάχιστον πλευρές τους ίδιους τους ηλικιωμένους, τους συγγενείς ή ανθρώπους που τους φροντίζουν, οι οποίοι ανεπίσημα προσφέρουν της υπηρεσίες τους, και τους διάφορους λειτουργούς υγείας και πρόνοιας (*European Commission 2005*).

Πολλοί άνθρωποι έχουν σχηματίσει μία στερεότυπη εικόνα της φύσεως και του τύπου της μακροχρόνιας φροντίδας. Σε αυτό έχουν συμβάλει και αναφορές των μέσων μαζικής ενημέρωσης για φτωχά επίπεδα φροντίδας και άσχημες πρακτικές σε συγκεκριμένες περιπτώσεις (Michie, 2004). Ακόμα, έρευνες δείχνουν ότι πολλοί ηλικιωμένοι και οι συγγενείς τους θα προτιμούσαν η φροντίδα να προσφέρεται και με άλλες επιλογές, περιλαμβανομένης της φροντίδας στο σπίτι και φροντίδα από συγγενικά πρόσωπα, με σκοπό την συντήρηση της προσωπικής ανεξαρτησίας, ιδιωτικής ζωής και την αποφυγή ανάμειξης του ηλικιωμένου ανθρώπου με άλλους “δυσάρεστους” ανθρώπους, που θα ήταν ανάθεμα για τον συνηθισμένο τρόπο ζωής τους (Pickard, 2008).

Όμως, φροντίδα και νοσηλεία, η οποία παρέχεται σε μονάδες όπως «Nursing Homes», πιστεύεται από πολλούς ότι είναι η καλύτερη δυνατή επιλογή για ηλικιωμένους με προβλήματα υγείας και ειδικά για εκείνους με ψυχολογικά προβλήματα. Ως πλεονεκτήματα αυτών των μονάδων αναφέρονται η παροχή ασφάλειας και επίβλεψης, άνεσης και φυσικής φροντίδας, η μείωση των ανησυχιών οικονομικής φύσεως καθώς και ολοκληρωτική εξάλειψη της μοναξιάς (Nolan 2003).

2. ΤΑ «NURSING HOMES» ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

2.1 Εισαγωγή

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, τα κράτη μέλη είναι αρμόδια για τη διοίκηση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, την χρηματοδότηση και τον προγραμματισμό τους με σκοπό της λειτουργία τους την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Όλα τα εθνικά συστήματα υγειονομικής & κοινωνικής φροντίδας βρίσκονται αντιμέτωπα τώρα με τις νέες προκλήσεις, ιδιαίτερα με την δημογραφική γήρανση και τους χρήστες υπηρεσιών οι οποίοι είναι όλο και πιο απαιτητικοί.

Οι δημογραφικές εξελίξεις και τα ηλικιακά σχετιζόμενα ποσοστά νοσηρότητας είναι σημαντικοί παράγοντες καθορισμού της ανάγκης για τις μακροπρόθεσμες υπηρεσίες φροντίδας και νοσηλείας, όπως εκείνες των «Nursing Homes». Επιπλέον, ένας πλήθος κοινωνικό-πολιτιστικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της διαθεσιμότητας και του τύπου κατοικίας, της δομής των οικογενειών και των προτιμήσεων των ηλικιωμένων ανθρώπων και των φροντιστών τους (οικογένεια, φίλοι κτλ.) επηρεάζει σημαντικά και την απαίτηση για και τη διαθεσιμότητα των μακροπρόθεσμων υπηρεσιών φροντίδας και νοσηλείας. (Pickard Linda, 2008) Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ανθρώπων (65 ετών και άνω) και ιδιαίτερα των υπερήλικων (80 ετών και άνω), οι οποίοι έχουν γενικά μεγαλύτερο επίπεδο ανικανότητας και περισσότερες χρόνιες παθήσεις, έχει οδηγήσει στα περισσότερα αναπτυγμένα έθνη να αντιμετωπίζουν μια εντυπωσιακή αύξηση της απαίτησης για τη μακροπρόθεσμη φροντίδα και νοσηλεία κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο ή τριών δεκαετιών. Ακόμα υπολογίζεται ότι θα υπάρξει μια ακόμα μεγαλύτερη ανάγκη για τέτοιες υπηρεσίες στο μέλλον (American Association of Retired Persons, 2006).

Οι πολιτικές απαντήσεις σε αυτήν την πρόκληση ποικίλλουν από υγειονομικές υπηρεσίες και κοινωνικούς φορείς από χώρα σε χώρα. Εξαρτώνται από τη δομή και την οργάνωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, την διαθεσιμότητα των κοινοτικών πόρων, τους μηχανισμούς χρηματοδότησης της φροντίδας από την κυβέρνηση και από τον ιδιωτικό τομέα και ακόμη και στο βαθμό συνεργασίας μεταξύ των ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών. Ως εκ τούτου, μπορεί να αναμένεται ότι η χρήση των «Nursing

Homes» θα ποικίλει αρκετά μεταξύ των χωρών που εξετάζονται και ότι διαφορές θα υπάρξουν ακόμη και μέσα σε ένα κράτος.

1.2 Δημογραφικά Στοιχεία

Αλλαγές δημογραφικών δεικτών προκύπτουν και από μια μείωση στο ποσοστό γονιμότητας (γεννήσεις ανά γυναίκα) και από μια αύξηση στην αναμενόμενη διάρκεια ζωής. Τα ποσοστά γονιμότητας ποικίλλουν αρκετά μεταξύ των χωρών, με το υψηλότερο ποσοστό στην Ισλανδία, που ακολουθείται από τη Σουηδία, και του χαμηλότερου στην Ιταλία. Από τα κράτη που μελετούνται, η Δανία έχει τον χαμηλότερο δείκτη αναμενόμενης διάρκειας ζωής ανδρών και γυναικών (Council of Europe, 1993).

Σχεδόν όλες οι χώρες έχουν μικρά ποσοστά αύξησης πληθυσμών τους, η οποία είναι μια αντανάκλαση του ποσοστού γονιμότητας, του ποσοστού θνησιμότητας και του καθαρού ποσοστού μετανάστευσης. Το ποσοστό αύξησης στην Ισλανδία, τις Κάτω Χώρες, την Ελβετία και τη της Σουηδία ήταν μεταξύ 0.7% και 1.1% ετησίως, ενώ στο Μεγάλη Βρετανία και την Ιταλία είναι μόνο 0.3%. Η Σουηδία είναι η πιο “γερασμένη” χώρα στη μελέτη, ενώ η Ισλανδία και οι Κάτω Χώρες είναι “οι νεώτερες” (Πίνακας 1.1).

Έρευνες υποστηρίζουν ότι θα υπάρξει μία ραγδαία γήρανση του πληθυσμού της Ευρώπης, γεγονός το οποίο παρουσιάζεται και στα δημογραφικά στοιχεία της μελέτης μας. Οι περισσότερες χώρες παρουσιάζουν την περίοδο 1993 – 2025 μια αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού περίπου 50%, με εξαίρεση των Κάτω Χωρών (μια αύξηση 70%) και τη Σουηδία και το Μεγάλη Βρετανία (35%). Η Σουηδία, η Δανία, το Μεγάλη Βρετανία, η Ελβετία και η Γαλλία έχουν το υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων αυτή τη στιγμή (περίπου 4% του πληθυσμού τους είναι μεγαλύτερο ή ίσο των 80 χρονών). Σε όλες τις χώρες αυτή η ηλικιακή ομάδα έχει για διπλάσιο αριθμό γυναικών από ότι ανδρών. Το 2025 η κατηγορία υπερηλικών στη Σουηδία και την Ιταλία θα συμπεριλαμβάνει 7% ή περισσότερο του πληθυσμού (Πίνακας 1.1).

Στον πίνακα 1.1 παρουσιάζονται χρήσιμες ποσοστά τα οποία υποδεικνύουν τον αριθμό ηλικιωμένων ανθρώπων οι οποίοι που εξαρτώνται από νεώτερους (ποσοστά υποστήριξης ηλικιωμένων γονέων) ή από ένα μέλος της δική τους ηλικιακής ομάδας. Οι αναλογίες των αριθμοί υποδεικνύουν ότι αυτή τη στιγμή 20.25 ηλικιωμένοι άνθρωποι αντιστοιχούν για

κάθε 100 άτομα ηλικίας 20-64 χρονών, με χαρακτηριστικές αυξήσεις σε αυτήν την αναλογία κατά τη διάρκεια των επόμενων ετών στις Κάτω Χώρες και την Ιταλία (αύξηση 1.8 φορές). Η αναλογία υποστήριξης ηλικιωμένων γονέων (ο αριθμός ανθρώπων 80 ετών και άνω ανά 100 ανθρώπους 50-64 ετών) στις περισσότερες από τις χώρες που μελετήθηκαν είναι επίσης τη από 20 έως 25, με την λογικές παραλλαγές.

Εν τούτοις, όλες οι χώρες έχουν παρουσιάσει έναν περίπου διπλασιασμό της αναλογίας υποστήριξης ηλικιωμένων γονέων από τα ενήλικα παιδιά τους κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δύο δεκαετιών, που δίνουν έμφαση στην πιθανή ανάγκη για την ευθύνη φροντίδας ηλικιωμένων ακόμη και μεταξύ εκείνων που βρίσκονται ή είναι κοντά στην ηλικία συνταξιοδότησης. Σε χώρες όπως η Σουηδία η αναλογία υποστήριξης ηλικιωμένων γονέων θα έχει αυξηθεί σε περίπου 40 μέχρι το έτος 2025. Κατά μέσον όρο, αυτή τη στιγμή περίπου ένας στους τέσσερις υπερήλικες είναι τουλάχιστον 80 ετών (αύξηση μέσου όρου ζωής), εκτός από την Ισλανδία. Το 2025, στην Σουηδία και στην Ιταλία, ένας στους τρεις υπερήλικες θα είναι σε αυτό το υποσύνολο πληθυσμού (Πίνακας 2.1).

Πίνακας 2.1 Οι αναλογίες υποστηριζόμενων ηλικιωμένων για τα έτη 1993, 2010 και 2025

Αναλογίες υποστηριζόμενων ανά έτος	ΧΩΡΑ							
	Ισλανδία	Σουηδία	Δανίας	Ολλανδία	Μεγάλη Βρετανία	Ελβετία	Γαλλία	Ιταλίας
	(α)							
1993	19	31	25	21	27	24	25	25
2010	20	34	30	25	29	27	27	34
2025	29	43	42	39	39	40	38	44
	(β)							
1993	21	29	24	20	26	24	27	20
2025	20	38	32	22	30	25	32	32
	(γ)							
1993	23	26	25	23	25	27	28	23
2010	26	30	26	25	30	25	30	28
2025	21	32	27	22	30	25	24	32

πηγή: European Commission, "LONG-TERM CARE IN THE EUROPEAN UNION"

- (α) αριθμός ανθρώπων 65 ετών και άνω ανά 100 ανθρώπους ηλικίας 20 έως 64 ετών.
- (β) αριθμός ανθρώπων 80 ετών και άνω ανά 100 ανθρώπους ηλικίας 50 έως 64 ετών.
- (γ) αριθμός ανθρώπων 80 ετών και άνω ανά 100 ανθρώπους ηλικίας 65 ετών και άνω.

2.2 Οι περιγραφικοί ορισμοί

Κατά την παραγωγή των συγκρίσεων μεταξύ των χωρών, παρατηρήθηκε ότι δεν υπάρχει κανένας παγκοσμίως αποδεκτός ορισμός για τις διαφορετικές μονάδες παροχής μακροπρόθεσμων υπηρεσιών φροντίδας. Βασισμένοι στα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων που κατοικούν στις μονάδες αυτές, υιοθετήσαμε τους ακόλουθους ορισμούς για λόγους της σύγκρισης.

Ένα «Nursing Home» είναι μία μονάδα η οποία παρέχει πέραν των ξενοδοχειακών υπηρεσιών (διαμονή και διατροφή), και υπηρεσίες φροντίδα και νοσηλεία 24 ώρες ημερησίως, προσφέροντας βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες διαβίωσης, την μετακίνηση, την ψυχο-κοινωνική και προσωπική φροντίδα καθώς και παραϊατρική φροντίδα. Η διαθεσιμότητα αυτών των διαφορετικών τύπων φροντίδας (ειδικά παραϊατρικής φροντίδας) μπορεί να ποικίλει από τη μονάδα σε μονάδα και από χώρα σε χώρα. Τα «Nursing Homes» εξυπηρετούν κυρίως τους ευπαθείς υπερήλικες με χρόνιες παθήσεις, ανικανότητες, είτε φυσικές είτε διανοητικές (κυρίως άνοια) είτε και τα δύο. Σε αυτές τις εγκαταστάσεις παρέχεται συνήθως φροντίδα η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ως “πιο υψηλού επίπεδου” φροντίδα από αυτή των γηροκομείων και των οίκων ευγηρίας τα οποία προσφέρουν τα βασικά επίπεδα φροντίδας. Οι ξενώνες οι οποίοι είναι κατοικίες με περιορισμένη βοήθεια για τα άτομα με μικρές ανάγκες στις καθημερινές, και οι επιβλεπόμενες κατοικίες αποκλείονται από την κατηγορία των «Nursing Homes». Επίσης αποκλείονται τα νοσοκομεία που παρέχουν πιο εντατικές ιατρικές υπηρεσίες, αν και σε μερικές χώρες οι ευπαθείς ηλικιωμένοι με μακροπρόθεσμες ανάγκες φροντίδας απολαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας σε νοσοκομεία.

Ένα γηροκομείο ή οίκος ευγηρίας («Residential Home») είναι μία μονάδα παροχής συνθηκών διαβίωσης που προσαρμόζονται στις ανάγκες των ενοίκων, οι οποίοι δεν απαιτούν συνήθως άλλες νοσηλευτικές υπηρεσίες από αυτές που μπορούν να δοθούν από μια επισκέπτρια νοσοκόμα. Γενικά, η εισαγωγή σε μία τέτοια μονάδα προκύπτει από μια ανικανότητα του ηλικιωμένου ατόμου να φροντίσει τον εαυτό του και να διαχειριστεί την κατοικία του ώστε να ζήσει ανεξάρτητος/τη.

Σε μερικές μονάδες, βοήθεια μπορεί να προσφερθεί σε μερικές βασικές δραστηριότητες της καθημερινής διαβίωσης, συμπεριλαμβανομένης της βοήθειας με την ένδυση, της

βοήθειας με την μετακίνηση και περιορισμένης βοήθειας με συσκευές ή εξοπλισμό όπως είναι καθετήρες κ.α. Συνήθως, η περισσότερη φροντίδα στους οίκους ευγηρίας παρέχεται από καταρτισμένους βοηθούς φροντίδας και των βοηθούς φροντίδας με ελάχιστη ή καμία κατάρτιση.

Σε πολλές χώρες, «Nursing Homes» χτίζονται ανά συγκροτήματα (κτήρια διαμερισμάτων) όπου οι ηλικιωμένοι κατοικούν στα ιδιόκτητα διαμερίσματα τους ή στις μονοκλινές γκαρσονιέρες τους . Οι περισσότεροι ένοικοι τους είναι ικανοί να προετοιμάσουν κρύα γεύματά μόνοι τους.

Για την αποφυγή συγχύσεως του αναγνώστη, στο υπόλοιπο μέρος της μελέτης αυτής με τον όρο “Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων” ή “Μονάδες Φροντίδας” θα αναφερόμαστε σε γηροκομεία και μονάδες οι οποίες παρέχουν βασικές υπηρεσίες φροντίδας και διαμονή. Με τον όρο «Nursing Homes» θα αναφερόμαστε σε μονάδες φιλοξενίας ηλικιωμένων οι οποίες παρέχουν αυξημένη, πιο εξειδικευμένη και εντατική φροντίδα και νοσηλεία.

Επίσης Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων και «Nursing Homes» αναφέρονται ως μονάδες θεσμοποιημένης φροντίδας ή θεσμική φροντίδα. Αυτό γίνεται για τον καλύτερο διαχωρισμό μεταξύ άλλων μορφών υπηρεσιών φροντίδας όπως είναι φροντίδα στο σπίτι, εθελοντική φροντίδα, γεύματα κτλ και των υπηρεσιών των «Nursing Homes», τα οποία λειτουργούν σαν θεσμός στην Μεγάλη Βρετανία.

Επιπλέον, λόγω της διοικητικής διάρθρωσης και οργάνωσης του κράτους της Μεγάλης Βρετανίας, για την καλύτερη κατανόηση του αντικειμένου και την αποφυγή αποπροσανατολισμού του αναγνώστη, ορισμοί και οργανωτικά επίπεδα διοίκησης έχουν απλοποιηθεί και απλουστευθεί.

Τέλος, ο όρος “Βασιλική Επιτροπή”, ο οποίος αναφέρεται συχνά στη μελέτη, είναι μια επιτροπή η οποία λειτουργεί για λογαριασμό του κράτους (παλαιότερα για την βασίλισσα και σήμερα για την κυβέρνηση) και αναλαμβάνει την μελέτη συγκεκριμένων τομέων και ζητημάτων.

2.3 Ευρωπαίοι που ζουν σε μονάδες φροντίδας και νοσηλείας

Ο πίνακας 2.2, συγκρίνει το ποσοστά των ηλικιωμένων ανθρώπων που ζουν σε γηροκομεία ή «Nursing Homes» για 7 ευρωπαϊκές χώρες . Η Ισλανδία, η Δανία (περισσότερο από 12%) και η Ολλανδία (9%) παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά τοποθετήσεων. Η Ιταλία έχει μόνο μερικά «Nursing homes». Η Γαλλία δεν έχει καμία μονάδα η οποία να καλύπτει τον ορισμό μας ως «Nursing Home». Στα εξεταζόμενα κράτη, μεταξύ 2% και 5% του ηλικιωμένου πληθυσμού νοσηλεύονται σε «Nursing Homes». Στις περισσότερες χώρες, 90-95% των υπερηλίκων παραμένει στο σπίτι, με πολλούς που λαμβάνουν τις επίσημες και άτυπες υπηρεσίες υποστήριξης.

Πίνακας 2.2 Ποσοστά ανθρώπων (μεγαλύτερων ή ίσων) 65 χρονών που ζουν στο σπίτι και μονάδες φροντίδας και νοσηλείας

Τόπος Κατοικία	ΧΩΡΑ							
	Ισλανδία	Σουηδία	Δανίας	Ολλανδία	Μεγάλη Βρετανία	Ελβετία	Γαλλία	Ιταλίας
Ανεξάρτητα ή με άτυπη ή επίσημη κατοίκων φροντίδα	87	94	85	90	93		94	96
Οίκοι φροντίδας (χαμηλά επίπεδα φροντίδας)	5	3	10.5	6.5	3		4	1
Nursing Homes (υψηλά επίπεδα φροντίδας)	8	2	4	2	2		2*	2
Γηριατρικά Νοσοκομεία (εντατική ιατρική φροντίδα)	--	>1	>1	>1	1.5		--	1

πηγή: European Commission (2005), "LONG-TERM CARE IN THE EUROPEAN UNION"

*Οι μονάδες λειτουργούν με πολλές παραλλαγές και εκτός του ορισμού των «Nursing Homes»

Ισλανδία

Το 13% του ηλικιωμένου πληθυσμού ζει σε μονάδες φροντίδας και νοσηλείας στην Ισλανδία. Εντούτοις, υπάρχουν δύο βαθμίδες (επίπεδα) μονάδων παροχής φροντίδας: τα ειδικευμένα («Skilled») «Nursing Homes» (2060 κλίνες, 69 κλίνες ανά 1000 ηλικιωμένους ανθρώπους), όπου το 8% των ηλικιωμένων 67 ετών και άνω φιλοξενείται εκεί και τις

“ανειδίκευτες” «unskilled» μονάδες φροντίδας (1210 κλίνες,, 41 κλίνες ανά 1000 ηλικιωμένους ανθρώπους), όπου διαμένει το υπόλοιπο 5% του πληθυσμού το οποίο απολαμβάνει υπηρεσίας τέτοιων μονάδων . Το ανειδίκευτο επίπεδο μονάδων φροντίδας είναι παρόμοιο με τα «*Residential Homes*» στην Μεγάλη Βρετανία. Η Ισλανδία αντιμετωπίζει άνιση κατανομή των κλινών φροντίδας ηλικιωμένων, με ένα πλεόνασμα στις επαρχιακές περιοχές και μια σχετική έλλειψη στην πρωτεύουσα Ρέικιαβικ.

Προκειμένου να ρυθμιστεί η πρόσβαση και εισαγωγή στις μονάδες φροντίδας και νοσηλείας ηλικιωμένων της χώρας, το 1992 καθιερώθηκε ένα πρόγραμμα αξιολόγησης πριν την εισαγωγή. Ένα “πιστοποιητικό της ανάγκης”, δημιουργείται από μια γηριατρική ομάδα (“επιτροπή ένδειξης”) αποτελούμενη από παθολόγο ιατρό, νοσοκόμο-α και ένα κοινωνικό λειτουργό, και το οποίο είναι απαραίτητο για την εισαγωγή κάποιου ηλικιωμένου σε μία μονάδα. Πριν από την εισαγωγή αυτού του εργαλείου αξιολόγησης, οι διευθυντές των «*Nursing Homes*» μπορούσαν να αποδεχτούν όποιον επιθύμησαν με υποκειμενικά κριτήρια.

Σουηδία

Από τις χώρες που μελετούνται, η Σουηδία έχει το υψηλότερο ποσοστό των ηλικιωμένων ανθρώπων αλλά μια σχετικά χαμηλή αναλογία κλινών «*Nursing Homes*» προς τα ηλικιωμένα άτομα, όπου υπολογίζεται κατά μέσο όρο μόνο 21 κλίνες ανά 1000 ηλικιωμένους (σε ακριβείς αριθμούς: 31.000 κλίνες). Ως συνέπεια η «μεταρρύθμιση *Adel*» του 1992 (βασισμένη στις εκθέσεις της επιτροπής της έρευνας για την κατάσταση των ηλικιωμένων), οι δήμοι ανέλαβαν την ευθύνη για τις κοινωνικές υπηρεσίες και τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των ηλικιωμένων ανθρώπων (*Filippini, 1999*). Από τότε έχει υπάρξει μια αποδοτικότερη χρήση των υπηρεσιών και των κλινών, με μια αύξηση στις μεταφορές των ηλικιωμένων από τα νοσοκομειακές κλίνες σε «*Nursing Homes*». Έχοντας ως συνέπεια, περισσότεροι ασθενείς με τις σοβαρές χρόνιες ασθένειες, άνοια και ασθένειες σε τερματικό στάδιο να εισάγονται σε «*Nursing Homes*». Επιπλέον, υπηρεσίες βραχυπρόθεσμης αποκατάστασης και, φροντίδα ηλικιωμένων με ανία γίνονται όλο και πιο κοινές σε μερικά «*Nursing Homes*», ενώ άλλα έχουν αναπτυχθεί κυρίως ως εναλλακτικές «κατοικίες», και είναι αντίστοιχα των «*Residential Homes*» της Μεγάλης Βρετανίας.

Δανία

Στην Δανία, μεγάλος αριθμός «Nursing Homes» χτίστηκε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '50 και της δεκαετίας του '60, όταν «επικράτησε η ανάπτυξη χωρίς πολιτική». Με μια εθνική έμφαση στην ανεξαρτησία και στον αυτοπροσδιορισμό, το 1987 το Κοινοβούλιο υιοθέτησε τη “Πακέτο γήρανσης” («Aging Package»), βασιζόμενη στις αρχές της συνεχόμενης περίθαλψης, της αυτονομίας και της αυτό-φροντίδας. Συνέχεια αυτής της υιοθέτησης η οποία συνεχίστηκε από κάθε κυβέρνηση της χώρας ήταν διορθωτικές αλλαγές και βελτιώσεις του “Πακέτου γήρανσης”. Κατά συνέπεια, η κατασκευή οίκων ευγηρίας και μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων πάγωσε, η υγειονομική περίθαλψη παρέχονταν κατοίκων, δωρεάν ακόμα και 24 ώρες την ημέρα εάν αυτό κρινόταν απαραίτητο. Οι οίκοι ευγηρίας συνεχίζουν να κλείνουν με ποσοστό περίπου 10% το χρόνο. Το 2000 υπήρχαν 39.000 κλίνες σε συνολικά 1074 οίκους ευγηρίας (48 κλίνες ανά 1000 ηλικιωμένους), όταν 49.750 κλίνες υπήρχαν το 1990. Ο τρέχον απολογισμός νέων ένοικων «Nursing Homes» ανά 100 κρεβάτια είναι 50 και η μέση διάρκεια παραμονής τους εκεί είναι τα 2 έτη. Οι πιο σύγχρονοι οίκοι ευγηρίας στη Δανία έχουν ένα μονόκλινο δωμάτιο με δυνατότητα λουτρού και έναν μικρό προθάλαμο. Η χρηματοδότηση της φροντίδας καλύπτεται από το 60% του εισοδήματος του ενοίκου, ο οποίος δεν υποχρεούται να ξοδέψει άλλης μορφής κεφάλαια του. Όλες οι εισαγωγές στα «Nursing Homes» της χώρας απαιτούν μια αξιολόγηση, και οι κλίνες χρησιμοποιούνται περισσότερο για εκείνους με τις πιο απαιτητικές ανάγκες, και ειδικά για εκείνους που έχουν πάσχουν ασθένειες ανίας. Η παρακολούθηση και θεραπεία των ενοίκων των «Nursing Homes» είναι συνήθως η ευθύνη του παθολόγου ιατρού, ο οποίος είναι “προμηθευτής” πρωτοβάθμιας φροντίδας για το Δανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και “θυρωρός” των πιο εξειδικευμένων υπηρεσιών (*European Commission 2005*).

Ολλανδία

Η Ολλανδία έχει 325 «Nursing Homes» με 53.800 κλίνες (26 κλίνες ανά 1000 ηλικιωμένους). Περίπου οι μισές από αυτές χρησιμοποιούνται από ενοίκους με σωματική αναπηρία και οι υπόλοιπες από εκείνους με ψυχιατρικές ασθένειες, συνήθως άνοια. Κάθε είδος ενοίκων φιλοξενείται σε χωριστή πτέρυγα. Οι ένοικοι εισάγονται στα «Nursing Homes» για διάφορους λόγους: το 50% απαιτεί τη μακροπρόθεσμη φροντίδα, υπηρεσίες αποκατάστασης κυρίως χρησιμοποιούνται από το 40% των ενοίκων, 5% βρίσκονται σε τερματικό στάδιο ασθένειας και το υπόλοιπο 5% να απαιτεί ειδικές υπηρεσίες όπως η φροντίδα που απαιτείται από ανθρώπους σε κωματώδη κατάσταση ή με αναπνευστικές

συσκευές. Πολλά «Nursing Homes» στην Ολλανδία παρέχουν επίσης υπηρεσίες προσωρινής φροντίδας.

Οι υπηρεσίες αποκατάστασης που παρέχονται από τα ολλανδικά «Nursing Homes» περιλαμβάνουν φυσιοθεραπεία, κινησιοθεραπεία, λογοθεραπεία, εργοθεραπεία οι οποίες παρέχονται από καταρτισμένο προσωπικό (6 άτομα παραϊατρικού προσωπικού ανά 100 κλίνες). Τέτοιες υπηρεσίες αποκατάστασης και εντατικές προσπάθειες οδηγούν περίπου έναν στους τρεις ενοίκους (35%) στο να επιστρέφουν στα σπίτια τους με μέση διάρκεια παραμονής σε «Nursing Homes» σχεδόν 1.4 έτη. Επιπλέον, ιατρική φροντίδα παρέχεται από ειδικά εκπαιδευμένους παθολόγους, με μια μέση αναλογία ενός πλήρους απασχόλησης ιατρού ανά 100 κλίνες. Το 1990 υπήρξαν 850 εγγεγραμμένοι παθολόγοι εργαζόμενοι σε «Nursing Homes» της χώρας. Όπως και στη Δανία, ο παθολόγος ιατρός είναι ο ακρογωνιαίος λίθος του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Όλες οι δαπάνες για την διαμονή σε «Nursing Homes» καλύπτονται σύμφωνα με το πλαίσιο του νόμου «AWBZ» ή νόμου περί “Απαλλαγής ιατρικών δαπανών” του 1968, ανεξάρτητα από το εισόδημα των ενοίκων ή των ατομικών οικονομικών πόρων τους. Η χρηματοδότηση «AWBZ» καλύπτει το 90% του κόστους φροντίδας και νοσηλείας των «Nursing Homes», με κοστολόγηση €30.000 ανά κλίνη το χρόνο (*American Association of Retired Persons, 2006*). Η συγχρηματοδότηση των υπηρεσιών από τους ενοίκους ανέρχεται σε μόλις μερικές εκατοντάδες ευρώ τον μήνα (πάντα βάση εισοδήματος) αλλά δεν υπερβαίνουν ποτέ τα €1100 και πολύ σπάνια ανέρχονται σε αυτό το ποσό. Θα πρέπει εδώ να διευκρινιστεί ότι ο ένοικος δεν θα πρέπει να καταβάλει τέτοιες αμοιβές από το κεφάλαιό του παρά μόνον από το εισόδημα του. Οι εισαγωγές σε «Nursing Homes» της Ολλανδίας υπόκεινται στην έγκριση μιας ειδικής επιτροπής αξιολόγησης, ονομαζόμενη «επιτροπή ένδειξης», όπου με αυτόν τον τρόπο εποπτεύεται η κίνηση των χρηστών υπηρεσιών φροντίδας και νοσηλείας της χώρας.

Ελβετία

Η Ελβετία διαιρείται σε 26 καντόνια. Κάθε ένα λειτουργεί το δικό του σύστημα υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας κατά συνέπεια, εξειδικευμένα στοιχεία όσον αφορά τη μακροπρόθεσμη φροντίδα είναι δύσκολο συλλεχθούν. Το 2000, υπολογίστηκε ότι υπήρχαν 72.000 κλίνες σε «Nursing Homes» της χώρας (περίπου 70 κλίνες ανά 1000 ανθρώπους) με πρόσθετες 42.000 κλίνες γενικών νοσοκομείων οι οποίες διατίθενται στην

φροντίδα των ηλικιωμένων ασθενών και 12.000 κλίνες σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η μέση διάρκεια παραμονής σε «Nursing Homes» είναι τα 3 έτη, και πολλές μονάδες της χώρας λειτουργούν λίγο πολύ ως ξενώνες. Η κάλυψη του κόστους των υπηρεσιών είναι σχετικά υψηλές, με τουλάχιστον 50% ή περισσότερο των δαπανών να επιβαρύνουν τους ενοίκους, αν και υπάρχουν ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ των καντονίων (*European Observatory on Health Care Systems, 2000*). Εάν το κόστος οικονομικής συμμετοχής υπερβαίνει τις τρέχουσες αποδοχές συμπεριλαμβανόμενης και της σύνταξης, επικουρικά επιδόματα χορηγούνται στους χρήστες των υπηρεσιών. Σήμερα, με περισσότερη έμφαση στην φροντίδα στο σπίτι, η ανάπτυξη του τομέα των «Nursing Homes» έχει ελαττωθεί και σε πολλά καντόνια πάψει.

Γαλλία

Στην Γαλλία δεν διακρίνονται μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων οι οποίες θα χαρακτηριζόταν ως «Nursing Homes». Η παροχή τέτοιων υπηρεσιών παρέχεται σε γενικά νοσοκομεία μακροχρόνιας νοσηλείας τα οποία λειτουργούν υπό την αιγίδα των υγειονομικών αρχών. Τέτοιας μορφής νοσοκομειακές μονάδες αντιπροσωπεύουν 70.000 κλίνες ή 8 κλίνες ανά 1000 κατοίκους. Ακόμα νοσηλεία ηλικιωμένων παρέχεται στα τμήματα ιατρικής φροντίδας των “Οίκων Συνταξιοδότησης” («Retirement Homes») αντιπροσωπεύοντας 96.000 κλίνες ή 11 κλίνες ανά 1000 κατοίκους. Περίπου 2% των ηλικιωμένων ανθρώπων κατοικούν σε αυτούς τους δύο τύπους μονάδων. Οι “Οίκοι Συνταξιοδότησης” λειτουργούν υπό την εποπτεία των κοινωνικών φορέων με μέρος της χρηματοδότησης της υγειονομικής φροντίδας των ενοίκων να υποστηρίζεται από την “ασφάλεια υγείας”, το οποίο είναι ένα είδος επιδόματος το οποίο πληρώνεται σε όλους του ηλικιωμένους γάλλους πολίτες (*American Association of Retired Persons, 2006*). Η εισαγωγή στο τμήμα ιατρικής φροντίδας καθορίζεται από ιατρικό σύμβουλο και βάση οικονομικών πόρων. Το κόστος διαμονής ανέρχεται κατά μέσο όρο στα €50 την ημέρα με μέγιστο τα €120 για περιπτώσεις αυξημένης φροντίδας.

Ηλικιωμένοι οι οποίοι χρειάζονται αυξημένη φροντίδα και δεν είναι εφικτό να καλύψουν το κόστος, δέχονται βοηθήματα πρόνοιας τα όποια είναι διαθέσιμα. Ψυχιατρικά ασθενείς ηλικιωμένοι τοποθετούνται σε μακροχρόνιας φροντίδας ψυχιατρικά νοσοκομεία. Περίπου 4% του ηλικιωμένου πληθυσμού κατοικούν “Οίκους Συνταξιοδότησης” ή ιδιωτικές κατοικίες οι οποίες προσφέρουν κάποια μορφή φροντίδας (ξενοδοχειακού τύπου κυρίως). Επίσης συστάσεις για μεταρρυθμίσεις σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα, εστιάζονται

στην ανάγκη αύξησης του αριθμού των κλινών στα νοσοκομεία μακροχρόνιας φροντίδας και μονάδων ιατρικής φροντίδας, την αποβολή των πολλών διαφορών στο νομικό πλαίσιο των διαφόρων ειδών οργανισμών φροντίδας ηλικιωμένων και την ανάπτυξη ενός τυποποιημένου συστήματος αξιολόγησης τους (Forette , 2005)

Ιταλία

Η Ιταλία έχει ένα εθνικό σύστημα φροντίδας με καθολική κάλυψη, το οποίο διαμορφώνεται σύμφωνα με το βρετανικό εθνικό σύστημα υγείας. Υπάρχει, εντούτοις, μια σημαντική διαφορά, δεδομένου ότι κανένα μέτρο δεν λήφθηκε για τη μακροπρόθεσμη φροντίδα των ηλικιωμένων ανθρώπων. Δεν υπάρχει καμία ενιαία πολιτική και υπάρχουν κυριολεκτικά εκατοντάδες τοπικών πολιτικών - λύσεων για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων ανθρώπων. Η διαθεσιμότητα των κλινών «Nursing Homes» είναι κατά μέσον όρο 23 κλίνες ανά 1000 ηλικιωμένους ανθρώπους παρουσιάζοντας μεγάλη παραλλαγή σε όλη τη χώρα, με μέχρι 50 κλίνες ανά 1000 ηλικιωμένους ανθρώπους σε μερικές βόρειες βιομηχανοποιημένες περιοχές. Τα περισσότερα «Nursing Homes» παρέχουν λίγες υπηρεσίες πέρα της βασικής στοιχειώδους φροντίδας, επιπλέον, η φροντίδα στο σπίτι είναι κακώς αναπτυγμένη, κατά συνέπεια, στην Ιταλία η φροντίδα των ηλικιωμένων ανθρώπων είναι σχεδόν αποκλειστική ανησυχία των οικογενειών. Όταν οι οικογένειες δεν είναι πλέον ικανές να διαχειριστούν και να φροντίσουν, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι εισάγονται σε νοσοκομειακές μονάδες. Περίπου 60% των ασθενών σε έναν θάλαμο γενικού νοσοκομείου είναι 65 ετών και άνω. Το 1992, μία εθνική μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας πρότεινε μετατροπή όλων των υπάρχοντων οίκων ευγηρίας και των διαφόρων τοπικών καταλυμάτων σε οργανωμένα «Nursing Homes». Επίσης προτεινόταν η δημιουργία 140.000 νέων ειδικευμένων κλινών σε «Nursing Homes» και την εφαρμογή ενός εθνικού συστήματος φροντίδας ηλικιωμένων κατοίκων. Τέλος το σχέδιο αυτό παρουσίασε ασυνέχειες και ατέλειες, με αποτέλεσμα σε μη αστικά κέντρα και απομονωμένες περιοχές της Ιταλίας να μην υπάρχει βελτίωση των υπηρεσιών φροντίδας και νοσηλείας των ηλικιωμένων (Fuchs, 2007).

Πολωνία

Όπως σε όλες της χώρες της Ευρώπης ο μέσος όρος ηλικίας στην Πολωνία βρίσκεται σε άνοδο. Ταυτόχρονα, πολλοί νέοι άνθρωποι που κατέχουν δύο θέσεις εργασίας και προσπαθούν να τα βγάλουν πέρα. Αυτό αφήνει λίγο χρόνο για τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Όπως διαπιστώθηκε από πρόσφατη έρευνα (Zary, 2006), ορισμένοι

Πολωνοί ξεφεύγουν από την μακροχρόνια παραδοσιακή οικογενειακή φροντίδα και τοποθετούν του ηλικιωμένους σε δυτικού στυλ ιδιωτικά «Nursing Homes»

Κατά μέσο όρο, η νοσηλεία κοστίζει κοντά στα 2500 ζλότς (περίπου 600 ευρώ) τον μήνα, σε ένα από τα ιδιωτικά «Nursing Homes» της χώρα τα οποία συναντά κανείς σε μεγάλα αστικά κέντρα. Αυτό είναι το τριπλάσιο του μέσου όρου της κρατική σύνταξης. Ακόμα ανεπίσημες πληροφορίες στο διαδίκτυο υποστηρίζουν ότι η τιμή τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την χαμηλή ύπαρξη ανταγωνισμού (Zaryn, 2006).

Η έλλειψη «Nursing Homes» είναι εμφανής, σε πολλές περιπτώσεις ο εθελοντικός τομέας αναλαμβάνει δράση, για παράδειγμα η “Ευαγγελική Εκκλησία” της Πολωνίας λειτουργεί πολλές μονάδες «Nursing Homes» σε ολόκληρη την χώρα. Στον μικρό αριθμό «Nursing Homes» τα οποία λειτουργούν υπό την κρατική αιγίδα, οι λίστες αναμονής είναι μεγάλες και το μέλλον για τους ηλικιωμένους πολωνούς δυσοίωνο.



“Τα τελευταία χρόνια, πολωνοί ξεφεύγουν από την μακροχρόνια παραδοσιακή οικογενειακή φροντίδα και τοποθετούν του ηλικιωμένους σε δυτικού στυλ ιδιωτικά «Nursing Homes»”

Γερμανία

Στην Γερμανία ο καθένας πρέπει να ασφαλιστεί για το κόστος της μακροπρόθεσμης φροντίδας. Από 1 Ιανουαρίου 1995 κάθε γερμανός πολίτης πρέπει να ασφαρίζεται προς κίνδυνο της ανάγκης ειδικής φροντίδας σε περίπτωση ασθένειας ή γηρατειών. Περίπου 1.7% των αμοιβών των ανθρώπων κρατείται κάθε μήνα για αυτόν τον τύπο ασφάλειας, μαζί με μια συμβολή για την ασφάλεια υγείας τους. Ακόμη και εκείνοι με ιδιωτική ασφάλεια είναι υποχρεωμένοι να προσχωρήσουν στο ασφαλιστικό σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας της ασφαλιστικής εταιρείας τους (Heidelberg, 2002).

Περίπου δύο εκατομμύρια ηλικιωμένοι άνθρωποι στη Γερμανία (πληθυσμός 80 εκατομμυρίων) χρειάζονται συνεχόμενη φροντίδα. Περίπου 600.000 άνθρωποι ζουν στους μονάδες φροντίδας και νοσηλείας και 1.4 εκατομμύρια φροντίζονται στα σπίτια τους από την οικογένεια, τους γείτονες ή τις κινητές νοσηλευτικές υπηρεσίες που παρέχονται δωρεάν από φιλανθρωπικές οργανώσεις, ιδιωτικές υπηρεσίες και τις τοπικές αρχές. Η “Ασφάλεια Γηρατειών” είναι μια κοινωνική μεταρρύθμιση, ξεκίνησε στα μέσα της δεκαετίας του '90 επειδή αναγνωρίστηκε ότι οι άνθρωποι δεν έλαβαν αρκετά μέτρα για τα γηρατειά τους, έχοντας ως μελλοντική εκτίμηση ότι η κρατική χρηματοδότηση ή η ιδιωτική αποταμίευση θα πιεζόταν όλο και περισσότερο από μια αυξανόμενη ανάγκη για νοσηλευτική φροντίδα.

Οι άνθρωποι απευθύνονται στον ασφαλιστικό προμηθευτή τους όταν απαιτείται η οικονομική ενίσχυση και φροντίδα απαιτείται για περισσότερο από έξι μήνες. Μια ειδική ομάδα αξιολογεί το επίπεδο φροντίδας που απαιτείται. Υπάρχουν τρία επίπεδα φροντίδας, τα οποία, ανάλογα με τη βαθμίδα της ανικανότητας, κυμαίνονται από περίπου €600 το μήνα, μέχρι €2600. Τα χρήματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για κατοίκων φροντίδα, κάλυψη κόστους νοσηλείας σε «Nursing Homes», ή ως πληρωμή για τους συγγενείς ή άλλους ιδιωτικούς φροντιστές. Με αυτά τα χρήματα το ηλικιωμένο άτομο προορίζεται να λάβει φυσική φροντίδα, διατροφή, βοήθεια με την μετακίνηση, και βοήθεια στο σπίτι. Η ποιότητα των «Nursing Homes» παραμένει πρόβλημα για τις υγειονομικές αρχές. Η δομή του συστήματος και προσανατολισμός του δεν ευνοεί την ανάπτυξη τους. Παρόλα αυτά ιδιωτικές επιχειρήσεις επενδύουν στον τομέα δημιουργώντας συγκροτήματα παροχής φροντίδας και νοσηλείας.

2.4 Συμπεράσματα

Ως μέρος του φαινομένου δημογραφικής γήρανσης, οι αναλογίες της υποστήριξης των ηλικιωμένων από φροντιστές (άτομα 65 και άνω ανά 100 ανθρώπους 24 έως 64 χρονών) στις χώρες που μελετήθηκαν θα αυξηθούν εμφανώς κατά τη διάρκεια των επόμενων τριών δεκαετιών, δείχνοντας ότι οι ηλικιωμένοι άνθρωποι του μέλλοντος θα είναι σε θέση να στηριχθούν σε λιγότερους ενήλικους. Με υψηλές αναλογίες υποστήριξης ανθρώπων 80 και άνω από ενήλικες 50 έως 64χρονών τις ερχόμενες δεκαετίες, η Σουηδία, η Δανία και η Ιταλία, προβλέπεται να βρεθούν υπό υψηλή πίεση για παροχή διεξοδικών μορφών φροντίδας. Επιπλέον, πολλοί ηλικιωμένοι θα ζήσουν μόνοι, δεδομένου ότι η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής των ηλικιωμένων γυναικών υπερβαίνει συνήθως αυτής των συζύγων τους.

Από τη βιβλιογραφία επίσης φαίνεται ότι παράγοντες που συντελούν στην εισαγωγή σε «Nursing Homes» περιλαμβάνουν: η αυξημένη ηλικία, η διάγνωση κάποιας ασθένειας, το εάν το άτομο ζει μόνο, η έλλειψη καθημερινών δραστηριοτήτων και η διαθεσιμότητα κοινωνικής και οικογενειακής υποστήριξης. Ανάλογα με την οργάνωση της κάθε χώρας, το μέγεθος και η ποικιλία του συστήματος υπηρεσιών μακροπρόθεσμης φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων και των «Nursing Homes» αναπτύσσεται διαφορετικά. Με τον αυξανόμενο αριθμό των ηλικιωμένων με ειδικές ανάγκες στο μέλλον, κάθε χώρα πρέπει να εξετάσει πόσο καλύτερα θα υποστηρίξει τους ευπαθείς αυτούς ανθρώπους και πώς θα οργανώσουν ένα συνεπές σύστημα φροντίδας, εσωτερικά των μονάδων φροντίδας και νοσηλείας αλλά και έξω από αυτές.

Εντούτοις, προς το παρόν, δεν φαίνεται να υπάρχει καμία σχέση μεταξύ της κατάστασης γήρανσης ενός κράτους και του αριθμού κλινών «Nursing Homes» οι οποίες διαθέσιμες στους πολίτες της ή το ποσοστό εισαγωγών σε τέτοιου είδους μονάδες. Παραδείγματος χάριν, η Ισλανδία, η “νεώτερη” χώρα στην Ευρώπη, έχει το υψηλότερο ποσοστό εισαγωγών, ενώ η Σουηδία, η “γηραιότερη” χώρα, έχει χαμηλό. Μέρος της εξήγησης για τις διαφορές στα ποσοστά ίσως να αποτελεί οι παραλλαγές των μονάδων στην ερμηνεία των ορισμών των μονάδων φροντίδας «Residential Homes» και «Nursing Homes», αλλά τέτοιες σημασιολογικές διαφορές δεν εξηγούν συνολικά τον εντυπωσιακό βαθμό των διαφορών. Επιπλέον, σε μερικές χώρες τα «Nursing Homes» - σπίτια για τους ηλικιωμένους ανθρώπους δεν χρειάζεται να συμβληθούν με το κράτος εάν ο αριθμός των ενοίκων τους είναι χαμηλός, υποθέτοντας ότι τα ποσοστά «Nursing Homes» και μονάδων

φροντίδας ίσως και να είναι ακόμα υψηλότερα από αυτά που παρουσιάζονται στην παρούσα μελέτη. Διαφορές στην οργάνωση των συστημάτων φροντίδας (συμπεριλαμβανομένων των λειτουργιών και της χρήσης των «Nursing Homes» και του τρόπου με τους οποίους άλλοι οργανισμοί, όπως νοσοκομεία, χρησιμοποιούνται για μακροπρόθεσμες υπηρεσίες φροντίδας), η χρήση των διαφορετικών κριτηρίων επιλεξιμότητας (π.χ. με βάση την χρηματοδότηση, ιδιωτική ή δημόσια, το επίπεδο εξάρτησης του ηλικιωμένου κ.τ.λ.) και σε μερικές χώρες, η ύπαρξη επιτροπών αξιολόγησης για την εισαγωγή σε μονάδες φροντίδας και «Nursing Home» ίσως να εξηγεί επίσης μερικές από τις παραλλαγές.

Αν και τα «Nursing Homes» μερικών χωρών, παραδείγματος χάριν εκείνα στις Κάτω Χώρες, έχουν αυτήν την περίοδο τα καλά ανεπτυγμένα προγράμματα αποκατάστασης με συνέπεια ένα υψηλό επίπεδο της επιστροφής ηλικιωμένων στην κοινότητα, άλλα, όπως εκείνα στην Δανία και την Ιταλία, δεν παρέχουν καθόλου ή μόνο σε πολύ περιορισμένη κλίμακα υπηρεσίες αποκατάστασης. Ως εκ τούτου, οι λειτουργίες των «Nursing Homes» στα διαφορετικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι ομοιόμορφες.

Εν τούτοις, παρά τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του τύπου μονάδων που μελετάμε, πολλοί εάν όχι περισσότεροι, κάτοικοι των «Nursing Homes» θα συνεχίσουν να έχουν τις σημαντικές ανικανότητες και οι προσπάθειες θα πρέπει πιθανώς να κατευθυνθούν στην αποκατάσταση και τη συντήρηση του όσον το δυνατόν υψηλότερου επιπέδου λειτουργικής ανεξαρτησίας και της καθυστέρησης της προόδου ασθένειας τους (*European Commission, 2005*). Μόνο τότε η αυτονομία κάθε ατόμου θα συντηρηθεί και η ποιότητα της ζωής του θα βελτιωθεί. Επιπλέον, στον τομέα των «Nursing Home» σχεδόν σίγουρα θα δημιουργηθεί μια μεγαλύτερη ανάγκη για τη χρήση εξειδικευμένη φροντίδα, όπως αυτή που απαιτείται από άτομα σε τερματικό στάδιο ασθενειών ή που πάσχουν από ψυχιατρικές ασθένειες όπως *Alzheimer*.

Τα συστήματα χρηματοδότησης μακροπρόθεσμης φροντίδας παρουσιάζουν επίσης μεγάλη παραλλαγή. Οι υπηρεσίες μακροπρόθεσμης φροντίδας των «Nursing Homes» χρηματοδοτούνται συνήθως από δημόσιους (κράτος ή δήμος) είτε ιδιωτικούς (ασφάλεια ή προσωπικοί πόροι) πόρους κατά ιδιοσυγκρασιακό τρόπο σε κάθε κράτος. Μερικά δημόσια χρηματοδοτούμενα προγράμματα είναι εξαρτώμενα από τις ανά καιρούς χρηματοδοτήσεις των κυβερνήσεων ή απαιτούν και συμμετοχή των χρηστών (Ιταλία, Γαλλία). Μερικές

χώρες στηρίζονται σε μεγάλο ποσοστό στα φορολογικά έσοδα που συλλέγονται από τους δήμους και το κράτος για να χρηματοδοτήσουν την φροντίδα όλων των ηλικιωμένων πολιτών (Δανία, Σουηδία). Στις Κάτω Χώρες, οι άνθρωποι πληρώνουν μέχρι και €650 το μήνα από τις συντάξεις τους αλλά δεν υπάρχει καμία απαίτηση να πληρωθούν οι μακροπρόθεσμες δαπάνες φροντίδας από το κεφάλαιο που αποκτάται πριν από την εισαγωγή (*American Association of Retired Persons, 2006*).

Το σύστημα χρηματοδότησης της Γαλλίας είναι ιδιαίτερα σύνθετο, συμπεριλαμβανομένου ενός μίγματος χρηματοδότησης από δημόσιες πηγές, ασφαλιστικά ταμεία και προσωπικούς πόρους τα οποία εξαρτώνται από την περιοχή της φροντίδας και της υπηρεσίας που παρέχεται. Τα ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα δεν αναπτύσσονται ιδιαίτερα στα περισσότερα έθνη σε αυτήν την κατηγορία υπηρεσιών. Αν και τέτοια προγράμματα είναι υπό εξέταση ως τρόποι χρηματοδότησης υπηρεσιών μακροπρόθεσμης φροντίδας σε διάφορα επίπεδα σε πολλές χώρες (Μεγάλη Βρετανία, Ελβετία), πολλές ευρωπαϊκές χώρες είναι ακόμα βαριά εμπιστευόμενες στο κράτος και την κοινωνία για την οικονομική υποστήριξη της μακροπρόθεσμης φροντίδας και θα είναι πιθανότατα και στο μέλλον, αν και με την υψηλότερη ιδιωτική συμμετοχή.

Δεδομένου ότι όλες οι χώρες κοιτάζουν στο μέλλον, πολλές είναι στο στάδιο του ανασχηματισμού των συστημάτων υγειονομικής και κοινωνικής περίθαλψής τους. Οι κυβερνήσεις εμφανίζονται προβληματισμένες για την καλύψουν των αναγκών του ευπαθούς ηλικιωμένου πληθυσμού. Ακόμα εξετάζεται σχέδιο μετασχηματισμού μερικών νοσοκομειακών κλινών σε λιγότερο αυξημένης φροντίδας κλίνες (Γαλλία). Θα πρέπει να γίνει μια αλλαγή στη λειτουργία των «Nursing Homes» έτσι ώστε παρέχουν αποτελεσματικότερα στην φροντίδα σε εκείνους υψηλές ή πιο περίπλοκες ανάγκες φροντίδας.

3. ΤΑ «NURSING HOMES» ΣΤΗΝ ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ

3.1 Τι είναι τα «Nursing Homes»

Είναι Μονάδες παροχής μακροχρόνιας φροντίδας και νοσηλείας. Οι βασικοί χρήστες των υπηρεσιών ενός «Nursing Home» είναι ηλικιωμένοι με χρόνιες παθήσεις και αμετάβλητες καταστάσεις υγείας. Η κατάσταση υγείας των οποίων δεν απαιτεί νοσοκομειακή φροντίδα αλλά και δεν τους επιτρέπει να φροντίσουν τον εαυτό τους ώστε να συνεχίσουν μια ακίνδυνη διαβίωση στο σπίτι. Η μεγαλύτερη συχνότητα προβλημάτων υγείας τα οποία συναντώνται στα "Nursing Homes" είναι αυτά της δυσκολίας κίνησης, και της ακράτειας (Nazarko, 2002).

Ένα βασικό τους χαρακτηριστικό τους είναι ότι λειτουργούν υπό την επίβλεψη του νοσοκόμου ή νοσοκόμας η οποία παίζει και κυρίαρχο ρόλο στην γενική λειτουργία του θεσμού των «Nursing Homes» αλλά και στην παροχή φροντίδας των ενοίκων τους.

Σήμερα κατέχουν έναν πιο ενεργό ρόλο στην υγειονομική περίθαλψη, βοηθώντας ηλικιωμένους ασθενείς να προετοιμαστούν να ζήσουν στο σπίτι ή με ένα οικογενειακό μέλος όταν υπάρχει δυνατότητα. Κατά κύριο λόγο ανήκουν στον τομέα ιδιωτικής πρωτοβουλίας της Μεγάλης Βρετανίας, άλλα δεν είναι και μικρός ο αριθμός των μονάδων εκείνων οι οποίες ανήκουν και λειτουργούν σαν μέρος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) της χώρας ή σαν υπό την αιγίδα κάποιου οργανισμού του εθελοντικό τομέα. Παρά τον ιδιωτικό τους χαρακτήρα, με λειτουργία τους σε κάθε περιοχή της Μεγάλης Βρετανίας συμμετάσχουν στην συντήρηση των δαπανηρών νοσοκομειακών εγκαταστάσεων, για ασθενείς που πραγματικά έχουν ανάγκη από νοσηλεία, λειτουργώντας έτσι σαν μια βαλβίδα εκτόνωσης του πληθωρισμού των νοσοκομειακών κλινών.

3.2 Οργάνωση, Δομή & Λειτουργία

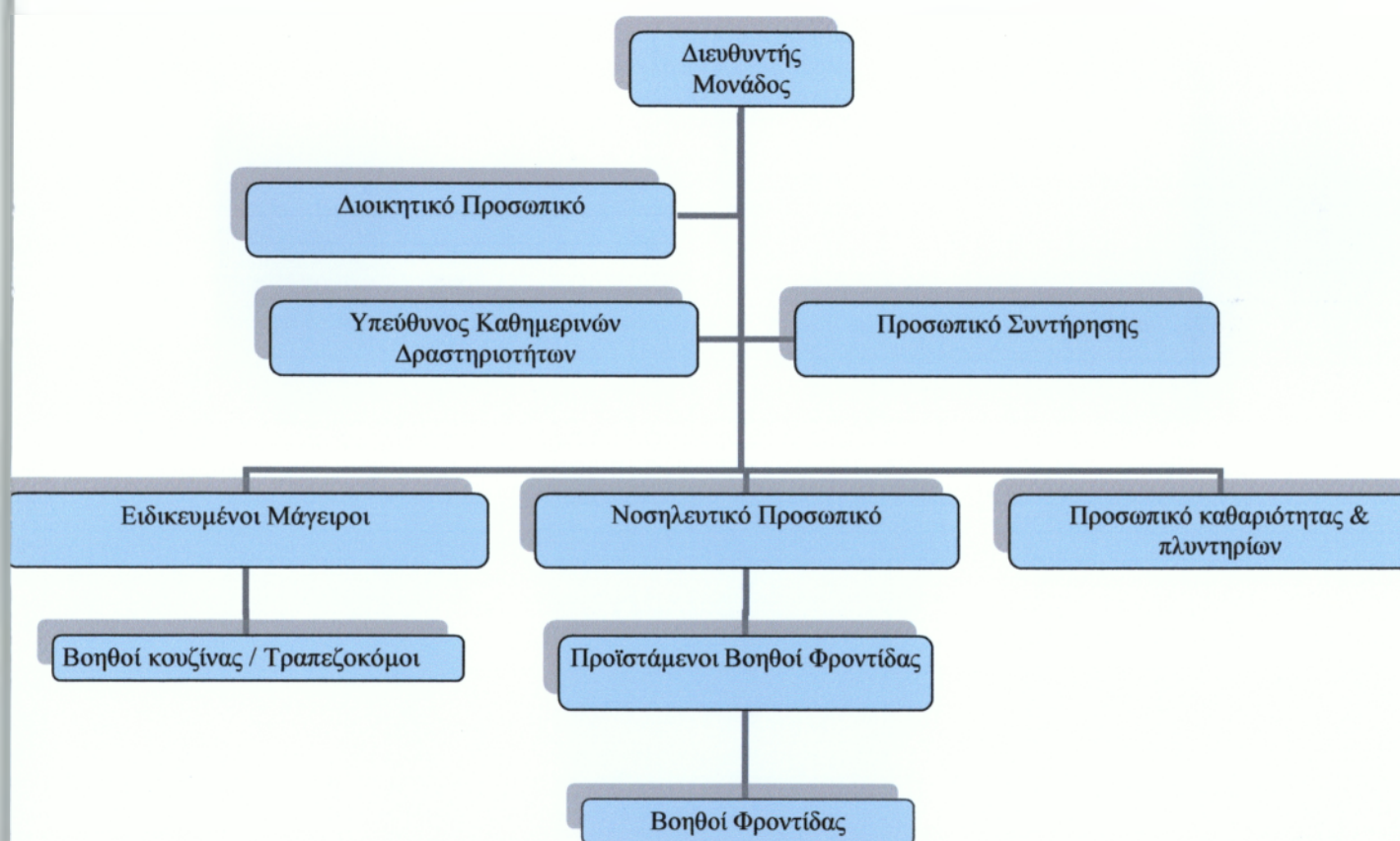
3.2.1 Ανθρώπινο Δυναμικό

Οι αρχές με τις οποίες είναι συμβεβλημένο τα «Nursing Homes» έχουν απαιτήσεις σχετικά με την επάνδρωσή τους. Παρόντως αυτές οι απαιτήσεις ελέγχονται από την συμβεβλημένη αρχή και την Επιτροπή Επιθεώρησης Κοινωνικής Φροντίδας (βλέπε Κεφάλαιο 5, Ενότητα 5.2.3). Νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο έχει απασχοληθεί στο παρελθόν σε νοσοκομειακό περιβάλλον συνήθως επανδρώνει τις μονάδες αυτές. Ακόμα ομάδες προσωπικού με πολλαπλές ικανότητες και υπευθυνότητες παρατηρούνται σε πολλά από τα «Nursing Homes» της Μ. Βρετανίας. Αυτές οι ομάδες ίσως να συμπεριλαμβάνουν διαφορετικές βαθμίδες νοσοκόμων και προσωπικού φροντίδας, διοικητικό προσωπικό, υπαλλήλους καθαριότητας και ομάδες πλυντηρίων, ειδικευμένων μαγειρών και προσωπικό υπηρεσιών τροφοδοσίας και εστίασεως. Επίσης σε πολλές μονάδες μπορεί να βρει κανείς ομάδες ή μεμονωμένο προσωπικό συντηρήσεως, του οποίου τα καθήκοντα είναι κηπουρικές υπηρεσίες, διατήρηση εσωτερικών - εξωτερικών χώρων, καθώς και η συντήρηση εξοπλισμού. Είναι σημαντικό για την ορθή λειτουργία της μονάδας, ευθύνη να απευθύνεται στο κάθε ένα μέλος της εν υπηρεσία ομάδας, διότι για παράδειγμα νοσοκόμες η οποίες δουλεύουν μόνο ένα βράδυ την εβδομάδα μπορεί να ανακαλύψουν ότι στην συγκεκριμένη βάρδια κάποιος ανελκυστήρας σταματά ξαφνικά την λειτουργία του ή κάποιο πλυντήριο πλημμυρίζει. Ίσως να χρειαστεί να αντιμετωπίσουν παράπονα για το δείπνο από τους ενοίκους ή να δεχθούν επιθεώρηση άνευ προειδοποίησης κατά την διάρκεια της νύχτας.

Επίσης σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι το προσωπικό των «Nursing Homes» θα πρέπει να παίζει και να είναι έτοιμο να ανταποκριθεί σε διάφορους ρόλους δίνοντας έμφαση στο γεγονός ότι εργάζεται μέσα στο “Σπίτι” των ενοίκων. Οι απαιτήσεις τους πολλές φορές δεν θα είναι μόνον οι κλινικές ανάγκες ενός ηλικιωμένου αλλά θα καλύπτουν πολλά περισσότερα γύρω από την κοινωνική τους ζωή και τις καθημερινές δραστηριότητές τους. Ακόμα αξίζει να σημειωθεί ότι οι ηλικιωμένοι αυτοί άνθρωποι που ζουν σε αυτές τις μονάδες (“τα σπίτια τους”) θα αποβιώσουν εκεί. Στις περισσότερες περιπτώσεις έχουν αφήσει τα πραγματικά τους σπίτια και περίπου το 95% των υπαρχόντων τους. Επιπλέον ένοικοι οι οποίοι χρηματοδοτούνται ιδιωτικά (προσωπικοί

πόροι) γίνονται αυτόματα “εργοδότες” έχοντας τις δικές τους προσδοκίες στις οποίες όλοι θα πρέπει να αντεπεξέλθουν(Hooker, 1991).

Όλα τα μέλη του προσωπικού μία μονάδας «Nursing Home» υπόκεινται ελέγχου ποινικού μητρώου πριν από την πρόσληψη τους, όπως κάθε άλλος εργαζόμενος στην Μεγάλη Βρετανία. Ένας επιπλέον έλεγχος είναι απαραίτητος για να εργαστεί κάποιος σε «Nursing Home», είναι ο έλεγχος της “καταλόγου προστασίας ευπαθών ενηλίκων”. Ο εργοδότης δίνοντας τα στοιχεία του μελλοντικά προσληφθέντα στις αστυνομικές αρχές, ελέγχει εάν αυτός-η συμπεριλαμβάνεται στον κατάλογο εκείνων οι οποίοι έχουν διαπράξει ποινικό αδίκημα σε βάρος κάποιου ευπαθούς ανθρώπου.



Σχήμα 3.1 Οργανόγραμμα διάταξης προσωπικού ενός «Nursing Home»

Στο σχήμα 3.1 παρουσιάζεται το οργανόγραμμα ενός «Nursing Home» από του οποίου το μέγεθος και τον αριθμό των κλινών θα εξαρτάται ο αριθμός του προσωπικού. Τέλος εξαρτώμενο από τις υπηρεσίες που παρέχονται είναι και το εξειδικευμένο προσωπικό (φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, κλπ) το οποίο απασχολείτε σε τέτοιες μονάδες.

Διευθυντής

Νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνει θέσεις διοίκησης ενός «Nursing Home» και είναι πιθανόν να υπάρχει ανάγκη για διαχείριση καταστάσεων και λήψη υπευθυνοτήτων για ζητήματα τα οποία σπάνια τους έχουν συμβεί στο παρελθόν. Ακόμα και όταν μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού κατείχαν ανώτερες θέσεις και υψηλού επιπέδου αρμοδιότητες σε άλλου τύπου μονάδες, μπορεί να βρεθούν προ εκπλήξεως από το ευρύ φάσμα των διοικητικών και διαχειριστικών καθηκόντων σε ένα περιβάλλον «Nursing Home». *“Θα χρειαστούν μία σφαιρική προσέγγιση και πολλές φορές θα δοκιμάσουν την εμπειρία τους και τις διαπροσωπικές τους ικανότητες (Nazarko, 2002).*

Νοσοκόμοι-ες με εμπειρία σε θέσεις διοίκησης μονάδων υγείας και πρόνοιας είναι διευθυντές στην πλειονότητα «Nursing Homes» της χώρας. Τα άτομα αυτά συμβάλλονται με την Επιτροπή Επιθεώρησης Κοινωνικής Φροντίδας ως οι υπεύθυνοι λειτουργίας της μονάδων. *“Στην θέση του διευθυντή θα πρέπει να βρίσκεται ένας επαγγελματίας της υγείας με τουλάχιστον δύο χρόνια προϋπηρεσία σε ανάλογη θέση διοίκησης, να κατέχει πιστοποιητικό εκπαίδευσης στην διοίκηση και να είναι πιστοποιημένος νοσοκόμος-α από τον σύλλογο νοσοκόμων και μαιών της Μεγάλης Βρετανίας (Κανονισμός 31.1, Commission of Social Care Inspection, 2006).*

Ο διευθυντής ενός «Nursing Home» συνήθως είναι το άτομο το οποίο θα διενεργήσει την αξιολόγηση των μελλοντικών ένοικών και θα διαπραγματευθεί το ύψος της χρηματοδότησης για την φροντίδα τους καθώς και θα λάβει τις τελικές αποφάσεις αποδοχής τους στην μονάδα. Επιπλέον διαδικασίες προσλήψεων νέου προσωπικού και πειθαρχικές πράξεις βρίσκονται ανάμεσα στις υπευθυνότητες τους. Σήμερα λόγω της νέας τάξης πραγμάτων στον τομέα των επιχειρήσεων οι διευθυντές ακολουθούν τιμολογιακές πολιτικές των οργανισμών στους οποίους ανήκουν τα διάφορα «Nursing Homes» και ανάλογα τον οργανισμό παίζουν συμβουλευτικό ρόλο σε αποφάσεις επιχειρηματικού χαρακτήρα. Τέλος Υποδιευθυντές σε πολλές περιπτώσεις τοποθετούνται εάν το μέγεθος της μονάδας το επιτρέπει.

Διοικητικό Προσωπικό

Είναι υπάλληλοι γραφείου και σκοπός τους είναι η διοικητική μέριμνα για την ομαλή λειτουργία της μονάδος. Εργασίες όπως τιμολόγηση πελατών, υπηρεσίες μισθοδοσίας, λογιστικά είναι μερικά από τα καθημερινά αντικείμενα του γραφείου διοίκησης. Επίσης ένα από τα βασικότερα καθήκοντα των διοικητικών υπαλλήλων της μονάδας είναι η παροχή υποστήριξης στον διευθυντή της μονάδος, συμπεριλαμβάνει εργασίες οι οποίες χρειάζονται κατάρτιση και επδεξιότητα ώστε να διεκπεραιωθούν.

Για την ορθή λειτουργία και την κάλυψη ολόκληρου του φάσματος των εργασιών του διοικητικού τομέα ενός μικρού ή μεσαίου μεγέθους «Nursing Home» (περίπου 25-30 κλινών), απαιτούνται ένας ή δύο υπάλληλοι διοίκησης. Πολλές φορές, διαπροσωπικές σχέσεις αναπτύσσονται μεταξύ των διοικητικών υπαλλήλων της μονάδος και των ενοίκων αυτής καθώς πρώτον, το μέγεθος των μονάδων το επιτρέπει και δεύτερων, οικονομικές κυρίως συναλλαγές όπως πληρωμές, φύλαξη προσωπικών χρημάτων στο χρηματοκιβώτιο της μονάδος, διαχείριση συντάξεων, διαχείριση προσωπικής και εμπιστευτικής αλληλογραφίας κτλ., δημιουργούν μία σχέση εμπιστοσύνης προς του υπαλλήλους του τμήματος.

Νοσηλευτικό Προσωπικό

Δεν υπάρχει άλλος τομέας τις ιατρικής ή της υγείας όπου οι δεξιότητες των νοσηλευτών είναι πιο αναγκαίες από αυτόν της φροντίδας υγείας των ηλικιωμένων. Όταν η νοσηλευτική φροντίδα είναι υψηλής ποιότητας, οι ηλικιωμένοι απολαμβάνουν υποστήριξη όχι μόνον στον να αναρρώσουν από ένα οξύ επεισόδιο ασθένειας αλλά στο να αναδιαμορφώσουν τις ζωές τους, όχι μόνον να επανακτήσουν την κινητικότητα τους αλλά και να την βελτιώσουν (Nolan, 2003). Σύμφωνα με τους Ford & Heath (1996), η νοσηλευτική φροντίδα προδιαθέτει πολλούς ηλικιωμένους να αντιμετωπίσουν το μέλλον με σιγουριά και απόλαυση, την ίδια στιγμή που οι ανάγκες τους για φροντίδα και νοσηλεία είναι πολλαπλές και μόνο ταλαντούχο και έμπειρο προσωπικό μπορεί να αντεπεξέλθει.

Ένας νοσηλευτής-ια αναλόγως το μέγεθος της μονάδας είναι ο επικεφαλής για την ορθή παροχή φροντίδας και νοσηλείας των ενοίκων. Με την έναρξη κάθε βάρδιας ο “νέος” νοσηλευτής λαμβάνει αναλυτική αναφορά για την δραστηριότητα της μονάδας και την

κατάσταση των ενοίκων τις προηγούμενες ώρες. Σύμφωνα με την αναφορά αυτή θα διαμορφώσει και θα αναθέσει στο προσωπικό της βάρδιας σχέδιο εργασίας της.

Μερικά από τα βασικά καθήκοντα των νοσηλευτών είναι η διαχείριση φαρμακευτικών αγωγών των ενοίκων, φροντίδα των πληγών και κλινικών αναγκών τους. Ακόμα το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για την καταγραφή εξατομικευμένων πληροφοριών όπως είναι το “Ημερολόγιο” ή το “Πλάνο Φροντίδας”, σχετικά με την νοσηλεία των ενοίκων.

Σε μονάδες «Nursing Homes» με παροχή φροντίδας και νοσηλείας σε ηλικιωμένα άτομα με προβλήματα ανίας, ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό είναι απαραίτητο για την λειτουργία τους σύμφωνα με την νομοθεσία.

Προϊστάμενοι Βοηθοί Φροντίδας - Βοηθοί Φροντίδας

Θα ήταν αδικία εάν κάποιος χαρακτήριζε ως πιο σημαντική κάποια ομάδα προσωπικού των «Nursing Homes». Όπως κάθε άλλου μέλους της ομάδας των εργαζομένων η εργασία είναι ιδιαίτερη, έτσι είναι και αυτή των βοηθών φροντίδας. Ακολουθώντας τις κατευθύνσεις του νοσηλευτή-ας, βοηθούν στην καθημερινή φροντίδα του ενοίκων. Είναι οι άνθρωποι οι οποίοι βρίσκονται στο πλευρό των ηλικιωμένων από την στιγμή που ξυπνήσουν ώστε να τους βοηθήσουν με την φροντίδα περιποίησης του σώματος τους (πλύσιμο, ξύρισμα για τους άνδρες κ.α.), το ντύσιμο και την μετακίνηση τους μέσα στην μονάδα, μέχρι και την στιγμή που θα επιστρέψουν στα δωμάτια τους για την βραδινή κατάκλιση.

Στα «Nursing Homes», κάθε ένοικος έχει έναν προσωπικό βοηθό φροντίδας («Key Worker»). Ένας προσωπικός βοηθός φροντίδας, φροντίζει να ελέγχει για τυχόν ελλείψεις σε ρουχισμό, είδη περιποίησης ή κάλυψη άλλων τυχόν αναγκών του ενοίκου πέραν της φροντίδας. Ο προσωπικός βοηθός φροντίδας μέσα από επικοινωνία με τον ίδιο τον ένοικο ή τους συγγενείς του γνωρίζει λεπτομέρειες για αρέσκειες, δυσαρέσκειες και συνήθειες. Τέτοιες πληροφορίες είναι πολύ σημαντικές για την καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων που πολλές φορές ίσως και να μην μπορούν να τις εκφράσουν.

Προϊστάμενοι («Senior Care Assistants»), τοποθετούνται συνήθως βοηθοί φροντίδας οι οποίοι συγκεντρώνουν, σχετική κατάρτιση, ηγετικά χαρακτηριστικά καθώς και χρόνια εμπειρία στο πρόσωπο τους. Ο ρόλος τους είναι κυρίως λειτουργικός με καθήκοντα τους την επίβλεψη των βοηθών φροντίδας, την οργάνωση ωρολογίου προγράμματος εργασίας του προσωπικού καθώς και την καταγραφή ελλείψεων πρώτων υλών και άλλα.

Οι βοηθοί φροντίδας, είναι η μεγαλύτερη σε αριθμό ομάδα εργαζομένων στα «Nursing Homes» και ο ρόλος τους ιδιαίτερος καθώς μαζί με το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκονται πολύ κοντά στους ενοίκους. Ειδική εκπαίδευση παρέχεται ώστε αυτοί να μπορούν να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις των καθηκόντων τους και να παρέχουν ποιοτική φροντίδα.

Υπεύθυνος Καθημερινών Δραστηριοτήτων

Η συνέχιση ενός φυσιολογικού τρόπου ζωής παρόμοιου με εκείνου που συνήθιζαν να έχουν πριν την εισαγωγή τους στο «Nursing Home» είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για την ευεξία των ενοίκων (Michie, 2004). Πολλές φορές απραξία και χαμηλή συχνότητα κίνησης σε συνδυασμό με συγκεκριμένες καταστάσεις υγείας, δημιουργούν τάσεις υπνηλίας και χαλάρωσης. Για την αποφυγή πνευματικής και σωματικής εξασθένηση των ενοίκων, ένας υπάλληλος είναι υπεύθυνος για την οργάνωση δραστηριοτήτων και την απασχόληση τους κατά την διάρκεια της ημέρας.

Ο υπεύθυνος καθημερινών δραστηριοτήτων είναι ένα εξωστρεφές και δημιουργικό άτομο. Το άτομο αυτό έχει συνήθως εκπαίδευση βοηθού φροντίδας και πολλές φορές έχει παρακολουθήσει πρόγραμμα εκπαίδευσης για δραστηριότητες ηλικιωμένων ανθρώπων. Ο υπεύθυνος δραστηριοτήτων επίσης διατηρεί στενή επαφή με τις οικογένειες των ενοίκων και το φιλικό περιβάλλον αντλώντας έτσι χρήσιμες πληροφορίες για τα ενδιαφέροντα των ενοίκων αλλά και παρακινώντας τους να συμμετάσχουν στις διάφορες δραστηριότητες με τους συγγενείς τους. Ακόμα φροντίζει για την εγγραφή των ενοίκων της μονάδας με την υπηρεσία για την αστική μεταφορά ατόμων με κινητικά προβλήματα – «Access Bus» η οποία παρέχεται δωρεάν στην Μεγάλη Βρετανία. Έτσι οι ηλικιωμένοι έχουν την δυνατότητα να κάνουν μικρά τοπικά ταξίδια (πάντα με συνοδεία) σε εμπορικά κέντρα, τοπικές υπαίθριες αγορές, στην εκκλησία και τα σπίτια των αγαπημένων τους προσώπων.

Προσωπικό Συντήρησης

Στα παραδοσιακά «Nursing Homes» της χώρας την επιμέλεια εργασιών μικρής κλίμακας και εργασιών συντηρήσεως έχει ένας υπάλληλος με πολλαπλές δεξιότητες. Αυτός ο υπάλληλος έχει ακόμα ανάμεσα στις υπευθυνότητες του την διεξαγωγή σημαντικών περιοδικών ελέγχων της μονάδας οι οποίοι επιτάσσονται από Επιτροπή Επιθεώρησης Κοινωνικής Φροντίδας. Ο έλεγχος του συστήματος πυρανίχνευσης, η θερμοκρασία του ζεστού νερού σε λουτρά και τουαλέτες (όχι μεγαλύτερη των 45°C) και άλλα αποτελούν αντικείμενα των μηνιαίων ελέγχων όπου πραγματοποιούνται για λόγους ασφαλείας. Σε ομίλους «Nursing Homes» την συντήρηση των εγκαταστάσεων και εξοπλισμού τους αναλαμβάνουν ομάδες συντηρήσεως οργανωμένες από τους ίδιους τους οργανισμούς ή λειτουργώντας ανεξάρτητα.

Προσωπικό Τροφοδοσίας

Ένας ειδικευμένος μάγειρας με οργανωτικά χαρακτηριστικά είναι συνήθως υπεύθυνος για την επίβλεψη των υπηρεσιών τροφοδοσίας της μονάδας. Παραγγελίες, περιοδικοί έλεγχοι και πρόγραμμα εργασίας του προσωπικού τροφοδοσίας είναι μερικές από τις εργασίες του προϊσταμένου. Άλλοι ειδικευμένοι μάγειροι είναι υπεύθυνοι για την εφαρμογή του μενού και την προετοιμασία των γευμάτων. Ακόμα βοηθοί κουζίνας - τραπεζοκόμοι παρέχουν βοηθητικές υπηρεσίες ώστε να ολοκληρώνετε ο κύκλος των εργασιών της κουζίνας. Το προσωπικό τις τροφοδοσίας φροντίζει για την διατήρηση δείγματος φαγητού τριών ημερών για την περίπτωση ανάγκης χημικού ελέγχου από τις αρχές (*Department of Health, 2001*).



**Εικ 3.1 Chef Elm Royd N. Home
(κος. D. Deniso)**

Προσωπικό καθαριότητας & πλυντηρίων

Η διατήρηση καθαρών των χώρων του «Nursing Home» συμπεριλαμβανομένων των δωματίων των ενοίκων είναι καθήκον του προσωπικού καθαριότητας. Την φροντίδα του προσωπικού ρουχισμού των ενοίκων καθώς και του μαπιισμού των μονάδων είναι υπευθυνότητα το προσωπικό των πλυντηρίων. Το προσωπικό των πλυντηρίων επίσης τοποθετεί ειδικές ετικέτες με το όνομα του κάθε ενοίκου στα προσωπικά τους ρούχα ώστε να είναι εύκολος ο διαχωρισμός και επιστροφή στους κατόχους τους.

Εικόνα 3.2 Ομάδα πρωινής βάρδιας του Elm Royd Nursing Home



“Ομάδες προσωπικού με πολλαπλές ικανότητες και υπευθυνότητες παρατηρούνται σε πολλά από τα «Nursing Homes» της Μ. Βρετανίας.”

3.2.2 Εκπαίδευση και Κατάρτιση Προσωπικού

Η Μεγάλη Βρετανία αποτελεί μεταναστευτικό προορισμό για ανθρώπους από πολλά μέρη του κόσμου. Και στον τομέα των υγειονομικών υπηρεσιών έντονα είναι τα πολυεθνικά και πολύ-πολιτισμικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων. Επομένως είναι εύλογο ότι το προσωπικό που επανδρώνει τα «Nursing Homes» κατά μεγάλη πιθανότητα να προέρχεται από διαφορετικά περιβάλλοντα, επίπεδα και νοοτροπίες (Dempsey, 2008).

Ένα από τα ισχυρότερα στοιχεία της ποιότητας ενός «Nursing Home» είναι το προσωπικό του και οι πρακτικές της οποίες εφαρμόζει. Έτσι η συνεχής εκπαίδευση αποτελεί ένα βασικό μέρος της επαγγελματικής ζωής των υπαλλήλων των μονάδων αυτών.

Από την πρώτη κιόλας ημέρα εργασίας τους οι υπάλληλοι των «Nursing Homes» ανεξαρτήτως του τμήματος και της εμπειρίας τους στον χώρο ακολουθούν ένα πρόγραμμα σφαιρικής ενημέρωσης σχετικά με την φροντίδα και τους ηλικιωμένους. Στην συνέχεια, βασικές εκπαιδεύσεις οι οποίες απαιτούνται και από τον κανονισμό λειτουργίας «Nursing Homes» πραγματοποιούνται. Αντικείμενα όπως: ασφάλεια φωτιάς και αντίδραση σε

περίπτωση ύπαρξη της, ασφαλής μετακίνηση ενοίκων, πρόληψη λοιμώξεων, πρώτες βοήθειες, προστασία ευάλωτων ενηλίκων, ασφάλεια και υγιεινή στον χώρο εργασίας, είναι μερικά από τα αντικείμενα τα οποία το προσωπικό θα πρέπει να παρακολουθεί μια φορά τον χρόνο. Εξειδικευμένο προσωπικό, όπως είναι το προσωπικό τροφοδοσίας για παράδειγμα θα πρέπει να έχει παρακολουθήσει και περάσει εξετάσεις εκπαίδευσης “Ασφαλούς διαχείρισης τροφίμων” ή “Ασφαλούς διαχείρισης χημικών & τοξικών ουσιών” για το προσωπικό των πλυντηρίων ή της καθαριότητας το οποίο χρησιμοποιούν ισχυρά είδη καθαρισμού.

Εικόνα 3.3
Εκπαίδευση πυρασφάλειας
προσωπικού του Elm Royd N.H.



Επιπλέον αντικείμενα εκπαίδευσης όπως “Φροντίδα Ηλικιωμένου στο τελευταίο στάδιο της ζωής”, “Φροντίδα ηλικιωμένων με ανία” και άλλα παρέχονται ανάλογα με τις προτιμήσεις του προσωπικού ή τις ανάγκες της μονάδας (*Department of Health, 2001*).

Παράλληλα με την εσωτερική, εκπαίδευση παρέχεται και από τα τοπικά κολέγια, της χώρας έτσι μαθήματα ανά τομέα και κατά επίπεδο παρέχονται δωρεάν χρηματοδοτούμενα από την κεντρική κυβέρνηση. Τα προγράμματα κατάρτισης «NVQ» («National Vocational Qualifications»), παρέχουν την δυνατότητα εκπαίδευσης εργαζομένων μέσα στον εργασιακό τους περιβάλλον μέσω αξιολόγησης και με μεγάλη συμμετοχή των προϊστάμενων τους και του εργοδότη.

Συνήθως τα πιστοποιητικά «NVQ» έχουν τέσσερα επίπεδα («NVQ1», «NVQ2», «NVQ3» & «NVQ4»), με το τελευταίο επίπεδο να δίνει την δυνατότητα στον κάτοχο του να μπορεί να αξιολογεί τα δύο πρώτα επίπεδα (*Nolan, 2003*).

Τέλος, ανταλλαγή προσωπικού είναι μία από τις πρακτικές που εφαρμόζετε στον τομέα των «Nursing Homes» δίνοντας την δυνατότητα στους εργαζομένους να συνεργαστούν με άλλους συναδέλφους τους και να ανταλλάξουν χρήσιμες εμπειρίες οι οποίες θα προαγάγουν την ποιότητα της φροντίδας.

3.3 Η αρχιτεκτονική των «Nursing Homes»

Όπως με κάθε ηλικιακή ομάδα, οι ηλικιωμένοι έχουν το δικαίωμα να παίρνουν αποφάσεις και να έχουν επιλογές σχετικά με πού θα ήθελαν να ζήσουν και τον τύπο φροντίδας τον οποίο θα λάβουν. Παρόλο που στις περισσότερες περιπτώσεις, ηλικιωμένοι είναι ικανοί να αποφασίσουν για την κατοικία τους, η εισαγωγή τους σε ένα «Nursing Home» σπάνια σχεδιάζεται από αυτούς. Ωστόσο, η τελική απόφαση της εισαγωγής θα πρέπει να είναι προσωπική.

Σύμφωνα με την *Ford* (αναφέρεται στο *EEliporoulos, 1993*). *“Η σημαντικότητα του περιβάλλοντος μέσα σε ένα «Nursing Home» δεν μπορεί να παραγνωριστεί. Εάν αναλογιστούμε τι σημαίνει για εμάς “σπίτι” θα παρατηρήσουμε ότι είναι μία έκφραση της διαφορετικότητας μας. Το σπίτι μας εκφράζει πλήθος πληροφοριών σχετικά με τις προτιμήσεις, την νοοτροπία, την προσωπικότητα και τον τρόπο ζωής μας”*

Το σπίτι εκπληρώνει πολλές από τις ανάγκες μας. Είναι ένα μέρος το οποίο προσφέρει κατάλυμα και ασφάλεια, στο οποίο υπάρχει μία αίσθηση ιδιοκτησίας και κυριότητας, το οποίο επιτρέπει στο άτομο να είναι ο εαυτός του και τέλος ενισχύει (με την παρουσία σημαντικών προσωπικών αντικειμένων) την ταυτότητα και τις αναμνήσεις της ζωής μας.

Μετακίνηση από την οικία του σε ένα «Nursing Home» θέτει ριζικές αλλαγές για τον ηλικιωμένο-η. Όντας ξεχωριστοί, όλοι μας χρησιμοποιούμε της ώρες της ημέρας μας (ημερήσιες ή νυχτερινές) διαφορετικά. Ωράρια ύπνου, εργασίας, αναψυχής διαφέρουν σχετικά από άνθρωπό σε άνθρωπό. Ένα σχέδιο συνεχόμενης φροντίδας στα «Nursing Homes» απευθύνεται σε μία κοινότητα με μεγάλη ποικιλία από προσωπικότητες και χαρακτήρες, όπως κάθε άλλη κοινωνία. Κοινόχρηστες υπηρεσίες και σχηματισμοί θέτουν σίγουρα περιορισμούς στην προσπάθεια για ανταπόκριση στον τρόπο ζωής του κάθε ηλικιωμένου (*Wright, 1998*).

Στο κομμάτι αυτό θα εξετάσουμε βασικά σημεία ενδιαφέροντος από άποψη σχεδιασμού και αρχιτεκτονικής των μονάδων αυτών. Επίσης θα μελετήσουμε πώς το περιβάλλον ενός «Nursing Home» μπορεί να διαχειριστεί ώστε να αύξηση δυνατότητες στην δημιουργία ενός σπιτικού περιβάλλοντος το οποίο προαγάγει την εξατομικευμένη φροντίδα.

3.3.1 Σχεδιασμός Μονάδων

Αποτελεσματικός σχεδιασμός των μονάδων βοηθά το ενοίκους να διατηρούν την ποιότητα της καθημερινότητας τους και προσωπικό να εργάζεται πιο αποδοτικά. Μελετώντας την αρχιτεκτονική των «Nursing Homes», θα παρατηρήσει κανείς ότι δεν πρόκειται για κάποια λαμπρή ιδιαιτερότητα στον χώρο των μονάδων υγειονομικών υπηρεσιών. Απεναντίας θα επισημανθεί ότι λόγω του μεγέθους τους και της ιστορίας τους υπάρχουν ακόμα και σήμερα (σε παλιές παραδοσιακές μονάδες) πολλά προβληματικά σημεία.

Παλιά αρχοντικά ιδιοκτησίες ιατρών, μετατρέπονταν από των ιδιοκτήτη τους σε «Nursing Homes». Εκεί με την βοήθεια νοσοκόμων νοσηλεύονταν ηλικιωμένοι οι οποίοι απολάμβαναν της υπηρεσίες του ιδιοκτήτη - ιατρού και το άνετο περιβάλλον του μεγάλου σπιτιού. Τέτοιου είδους μονάδες λειτουργούν ακόμα αλλά με πολλές αλλαγές στα εσωτερικά τους (*Single Care Home Working Subgroup, 2001*).

Στα νεόδμητα κτίρια τα οποία ανοικοδομούνται για τον σκοπό αυτό λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα ώστε αυτά να συμβαδίζουν με τους κανονισμούς της πολιτείας.

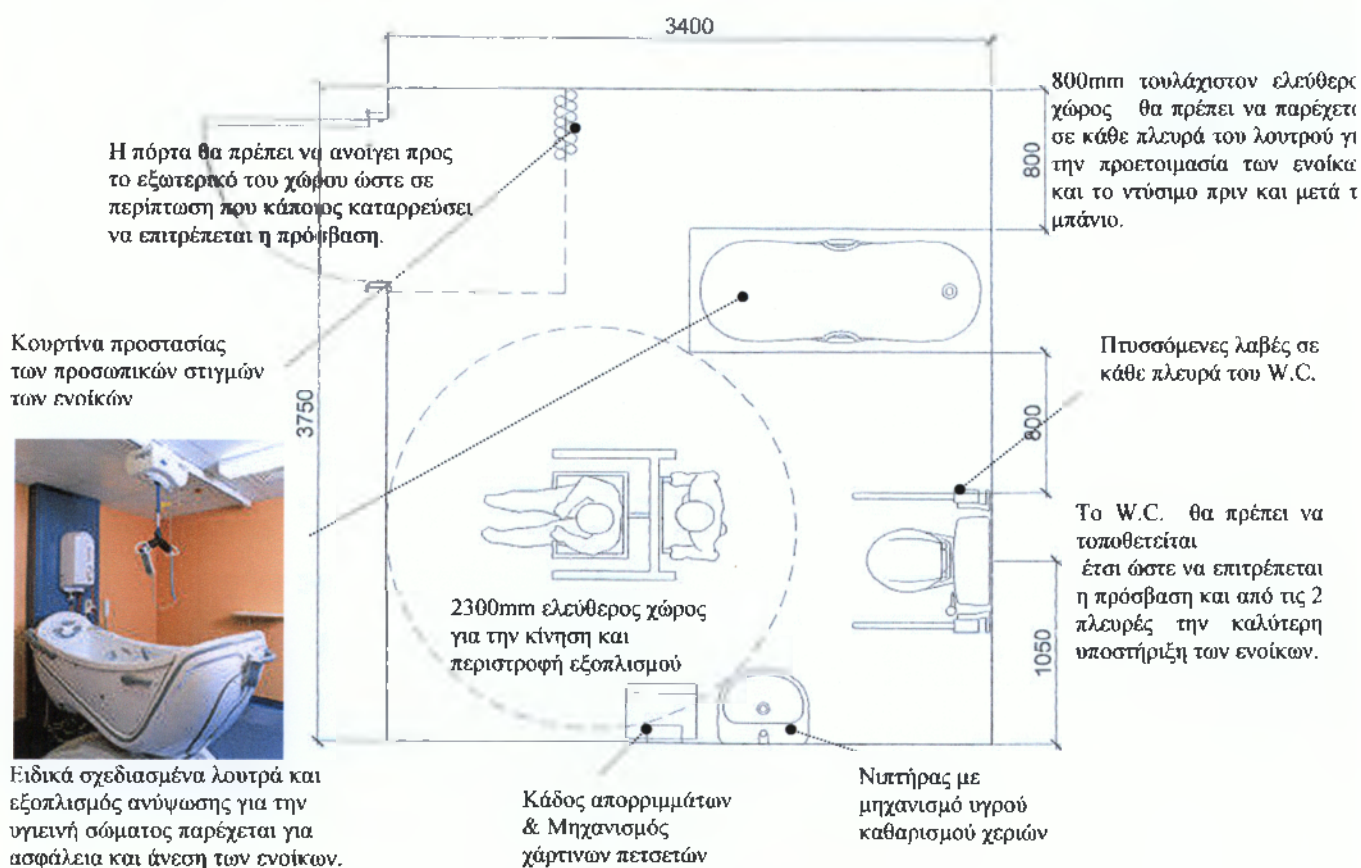
Υπάρχουν 6 σημεία κλειδιά στον σχεδιασμό μονάδων φροντίδας και νοσηλείας για ηλικιωμένα άτομα:

- ❖ Μετακίνηση και πρόσβαση
- ❖ Έλεγχος Λοιμώξεων
- ❖ Εγκαταστάσεις τουαλετών και λουτρών
- ❖ Σήμανση
- ❖ Δημιουργία "σπιτικού" περιβάλλοντος
- ❖ Απαιτήσεις ατόμων με εξασθένιση αισθήσεων

Η σχέση κόστους-αποδοτικότητας για την χρήση του χώρου είναι σημαντική, και ιδιαίτερα είναι σχετική με την παροχή βοηθητικών χώρων. Ένα επιτρεπτό μέγεθος χώρου ισοδύναμο με 25% του καθαρού χώρου των εγκαταστάσεων απαιτείται για κυκλοφορία και άνετη μετακίνηση(*NHS Estates, 2005*). Ο σχεδιασμός των «Nursing Homes» πρέπει να είναι όσο το δυνατόν απλοποιημένος, προσφέροντας καθαρές γραμμές θέας για να επιτρέψει στο προσωπικό για να ελέγχει τους ενοίκους. Αλλά και να επιτρέπει στους

ηλικιωμένους ενοίκους την όσο το δυνατόν εύκολη μετακίνηση τους στους χώρους της μονάδος.

Όλα τα λουτρά πρέπει να σχεδιαστούν για να επιτρέπουν μία πλήρη περιστροφή αναπηρικών καρεκλών (Σχήμα 3.2). Ειδικές υποστηρικτικές μπάρες τοποθετούνται για την ευκολία της χρήσης του χώρου από τον ίδιο τους χρήστες, καθώς και ευρύχωρα διαστήματα πρέπει να προβλέπονται παραπλεύρως της ειδών υγιεινής για την εύκολη κίνηση εξοπλισμού και των βοηθών φροντίδας κοντά στον ένοικο. Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά τέτοιων χώρων είναι μια κουρτίνα η οποία τοποθετείται στην είσοδο του χώρου προφυλάσσοντας έτσι την ιδιωτική στιγμές των ενοίκων. Επίσης για την ασφαλή χρήση και την πρακτική ευκολία του προσωπικού φροντίδας εξοπλισμός ανύψωσης είναι εγκατεστημένος στις οροφές των χώρων υγιεινής (Carpman et al., 2001). Πολλοί ηλικιωμένοι άνθρωποι βρίσκουν την πρόσβαση και χρήση των ντους ευκολότερη από ότι των λουτρών. Ειδικά σχεδιασμένα δωμάτια-ντους («walking showers») προτιμούνται και από το προσωπικό το οποίο εξοικονομεί χρόνο με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο αριθμός των ενοίκων που μπορούν να απολαύσουν την υγιεινή σώματος καθημερινά. Σύμφωνα με τις οδηγίες λειτουργίας των μονάδων ένα λουτρό πρέπει να παρέχεται ανά δέκα ενοίκους.



Σχήμα 3.2 Κάτοψη Λουτρού «Nursing Home»

Πολλαπλοί κοινόχρηστοι χώροι πρέπει να παρέχονται στους ενοίκους για κοινωνικές συναναστροφές, οργανωμένες δραστηριότητες και για τις συναντήσεις με τους συγγενείς και φίλους τους. Ανάλογα με το μέγεθος της μονάδας, μικρές κουζίνες μπορούν να σχεδιαστούν δίπλα σε κάθε πτέρυγα δωματίων, μαζί με ένα καθιστικό, τραπεζαρία και τουαλέτες.

Όπου υπάρχει δυνατότητα πρόσβασης ή θέας κήπων, πρασίνου και ανοιχτών χώρων από τις κρεβατοκάμαρες και τα καθιστικά, πόρτες και παράθυρα θα πρέπει να παρέχονται με την πρόσβαση και παραμονή των ενοίκων σε αυτούς τους χώρους να πρέπει να ενθαρρύνεται.

Πρόσβαση στο κτήριο, τους ανοιχτούς χώρους και τους κήπους με αναπηρική καρέκλα ή φορείο θα πρέπει να προβλέπεται στον σχεδιασμό των «Nursing Homes». Ειδικές διαβάσεις και αρκετά ευρείς διάδρομοι (να χωρούν δύο ανθρώπους) είναι απαραίτητοι για την ομαλή κυκλοφορία στο εσωτερικό της μονάδας. Ακόμα η χρήση των κεκλιμένων ράμπων αντί των σκαλοπατιών είναι μια συνήθης πρακτική στον σχεδιασμό «Nursing Homes».

Κεντρική θέρμανση πρέπει να παρέχεται σε όλα τους χώρους του «Nursing Home». Επιπλέον η δυνατότητα εξατομικευμένου έλεγχου θερμοκρασίας των δωματίων τους από ενοίκους και το προσωπικό αποτελεί θετική κατεύθυνση προς την ανεξαρτησία των πρώτων. Για την αποφυγή τραυματισμών, όλες οι σωληνώσεις και τα θερμαντικά σώματα πρέπει να καλύπτονται και μονωτικά υλικά ή να περιβάλλονται από χαμηλής θερμοκρασίας επιφάνειες (Lynn, 2007).

Η χρήση φυσικού φωτισμού θα πρέπει να μεγιστοποιείται στους κοινόχρηστους χώρους . Ο τεχνητός φωτισμός πρέπει να σχεδιαστεί προσεκτικά ώστε να αποφύγει μια ατμόσφαιρα νοσοκομείου ή ιδρύματος.

Η αποθήκευση καυτού ύδατος καθορίζεται από τα μέτρα για να την αποφυγή της *Legionella* ("Ασθένεια Λεγεωνάριων", σχετίζεται με μολυσμένα ύδατα). Το νερό αποθηκεύεται στους βαθμούς 60°C μέσα σε ειδικές δεξαμενές και κυκλοφορεί στους

50°C. Η ορθή πρακτική υπαγορεύει ότι το νερό διανέμεται τοπικά στους 45°C για την αποφυγή εγκαυμάτων(*Department of Health, 2001*).

Η παροχή υψηλών επιπέδων υγιεινής είναι σημαντική προκειμένου να υποστηριχθούν η υγεία και η ευημερία των κατοίκων. Οι υπηρεσίες πλυντηρίων παρέχονται σε συγκεκριμένη περιοχή η οποία δεν επιτρέπει άσκοπη μεταφορά ακαθάρτου ιματισμού. Ακόμα χώροι καθαρισμού και συλλογής ακαθάρτου εξοπλισμού και απορριμμάτων είναι διανεμημένοι κατάλληλα μέσα στο κτίριο της μονάδας.

Στα σχήματα 3.3 & 3.4, παρουσιάζεται η κάτοψη αρχιτεκτονικού σχεδίου μονάδας «Nursing Home» και η δυναμικότητα της είναι 37 κλίνες. Το κτίριο διαιρείται σε τρία επίπεδα διαθέτοντας 31δωμάτια, 4 εκ των οποίων είναι δίκλινα. Σχεδόν όλα τα δωμάτια παρέχουν δυνατότητα «walking shower» για την υγιεινή των ενοίκων και κάθε όροφος περιλαμβάνει 2 λουτρά.

Σε έναν ημιυπόγειο όροφο ο οποίος επικοινωνεί με την μονάδα μέσω ανελκυστήρα και εσωτερικής σκάλας φιλοξενούνται η κουζίνα, τα πλυντήρια, εργαστήριο επισκευών, αποθηκευτικοί και βοηθητικοί χώροι. Το επίπεδο αυτό διαθέτει ανεξάρτητες από την μονάδα εισόδους για την παραλαβή προμηθειών και την διαχείριση των απορριμμάτων.

Στο ισόγειο (Σχήμα 3.3) βρίσκονται εκτός των δωματίων των ενοίκων, ο σταθμός των νοσοκόμου-ας εν υπηρεσία, η τραπεζαρία και το καθιστικό το οποίο με κατάλληλα διαχωριστικά υποδιαιρείται σε μικρότερους χώρους. Επίσης ένας σκεπαστός θερμαινόμενος χώρος συνδέει το καθιστικό με τον κήπο του «Nursing Home». Τέλος ένας οργανωμένος χώρος όπου λαμβάνουν χώρα οι επισκέψεις λειτουργών υγείας (ιατροί, φυσιοθεραπευτές, οδοντίατροι κτλ.) μαζί με τα W.C. των επισκεπτών περιλαμβάνονται στο ισόγειο της μονάδας.

1. Μονόκλινο Δωμάτιο
2. Δίκλινο Δωμάτιο
3. Λουτρό
4. Χώρος συλλογής ακάθαρτων & καθαρισμού εξοπλισμού
5. Σταθμός Νοσοκόμου-ας υπηρεσίας
6. Χώρος επισκέψεων – εξετάσεων
7. Τραπεζαρία – Ημερήσιος Χώρος δραστηριοτήτων
8. Καθιστικό – Χώρος ανάπαυσης
9. Θερμαινόμενος σκεπαστός χώρος
10. Κήπος
11. W.C. επισκεπτών



Σχήμα 3.3 Κάτοψη ισογείου μονάδος «Nursing Home»

Στον πρώτο όροφο (Σχήμα 3.4) της μονάδος, δωμάτια των ενοίκων είναι τοποθετημένα ενώ βρίσκεται και ένας υποσταθμός προσωπικού για αρτιότερη λειτουργία της μονάδος. Σε αυτό το επίπεδο της μονάδος βρίσκονται 2 διαμερίσματα με εσωτερική κουζίνα (χωρίς συσκευές μαγειρέματος), τα οποία διατίθενται σε ηλικιωμένους οι οποίοι χρειάζονται της υπηρεσίες ενός «Nursing Home» δίνοντας τους έτσι μια μορφή ανεξαρτησίας. Ακόμα δύο δίκλινα δωμάτια προφέρουν φιλοξενία σε ηλικιωμένα ζευγάρια ή ηλικιωμένους του ίδιου φίλου. Επίσης θα πρέπει να σημειωθεί ότι σχεδόν όλα τα δωμάτια παρέχουν δυνατότητα «walking shower» για την υγιεινή των ενοίκων και κάθε όροφος περιλαμβάνει 2 λουτρά.

1. Μονόκλινο Δωμάτιο
2. Δίκλινο Δωμάτιο
3. Λουτρό
4. Χώρος συλλογής ακαθάρτων
& καθαρισμού εξοπλισμού
6. Υποσταθμός Βοηθών
φροντίδας
7. Δωμάτιο με κουζίνα
8. W.C. προσωπικού

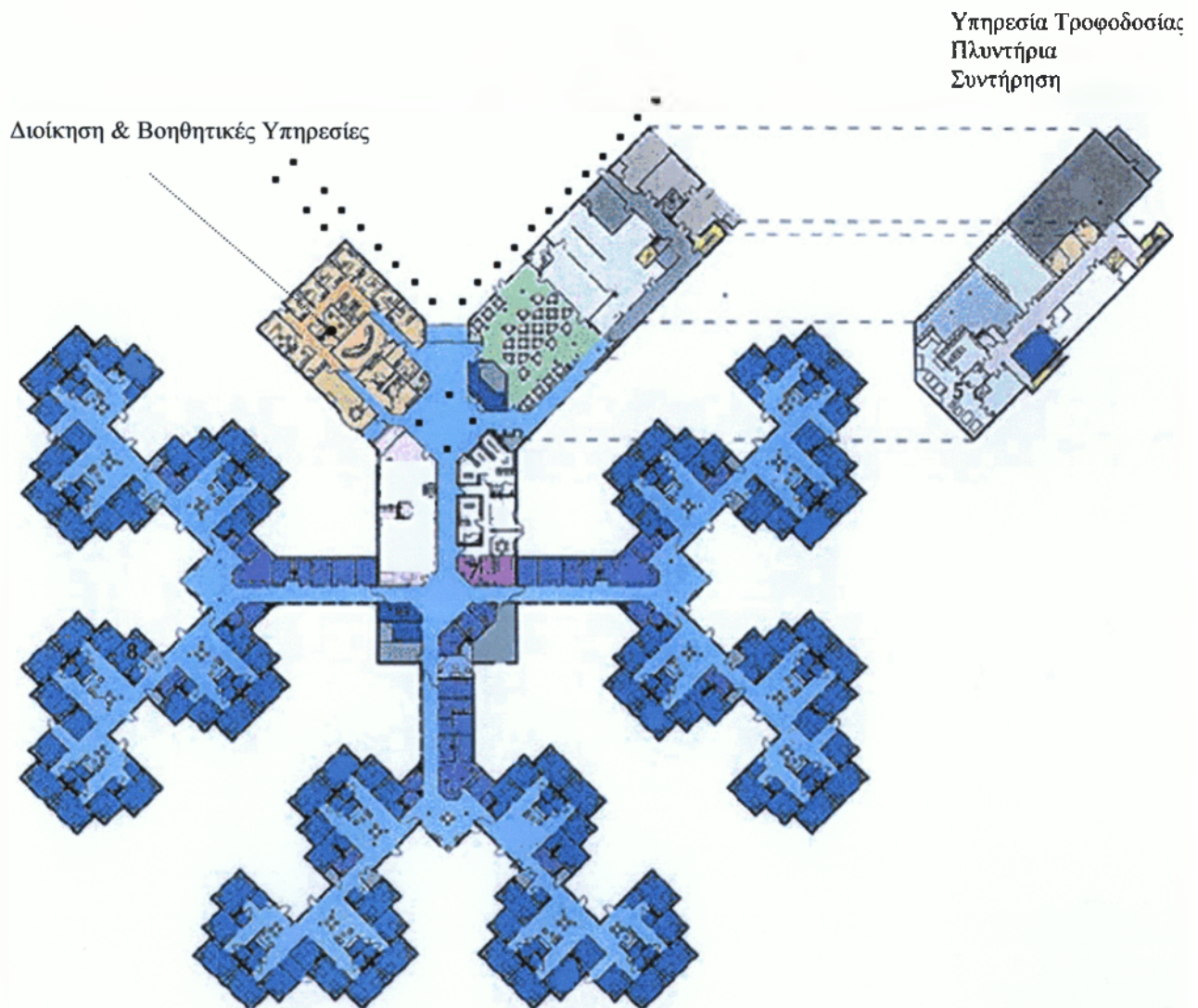


Σχήμα 3.4 Κάτοψη πρώτου ορόφου μονάδος «Nursing Home»

Η μικρής κλίμακας μονάδες μεταξύ 8 και 15 κλινών θεωρούνται καλύτερα ταξινομημένες για την παροχή σπιτικού περιβάλλοντος και λιγότερο θεσμικού περιβάλλοντος. Τέτοιου είδους μονάδες όμως δεν είναι οικονομικά αποδοτικές με αποτέλεσμα τα τελευταία χρόνια στην Μεγάλη Βρετανία να παρατηρούνται μεγάλης δυναμικότητας «Nursing Homes» των 70 ή 80 κλινών και άνω.

Μια τέτοιας δυναμικότητα μονάδα παρουσιάζεται στο σχήμα 3.5, χαρακτηριστικό της μονάδας είναι η αρχιτεκτονική της όπου παρά το μεγάλο μέγεθος της είναι διαιρεμένη σε μικρότερες μονάδες (πτέρυγες). Ο σχεδιασμός της μοιάζει με το σχήμα ενός αστεριού από

όπου παίρνει και το όνομα του. Με αυτή την αρχιτεκτονική “Αστρου” επιτυγχάνεται αποδοτικότητα με την λειτουργία μικρότερων ανεξάρτητων μονάδων οι οποίες μοιράζονται υπηρεσίες όπως είναι αυτή της τροφοδοσίας και της καθαριότητας ιματισμού κλπ. Κάθε πτέρυγα έχει τους δικούς της κοινόχρηστους χώρους (τραπεζαρία, καθιστικό, μικρή κουζίνα) και έτσι δεν χάνεται ο σπυτικός χαρακτήρας τον οποίο μία μονάδα «Nursing Home» πρέπει να διατηρεί. Το αρχιτεκτονικό σχέδιο του “Αστρου” έχει αρχίσει να γίνεται δημοφιλές με πολλούς οργανισμούς να επικροτούν τα επιχειρηματικά του αποτελέσματα.



Σχήμα 3.5 Αρχιτεκτονικό σχέδιο “Αστρου” μονάδας «Nursing Home»

Βοηθητικές υπηρεσίες όπως πλυντήρια, κουζίνα και τα γραφεία διοίκησης είναι απομακρυσμένα από τους χώρους στους οποίους κινούνται οι ένοικοι της μονάδος. Ακόμα οικονομίες κλίμακας είναι δυνατόν να επιτευχθούν με την λειτουργία μεγαλύτερης δυναμικότητας μονάδων. Τέλος με τον σχηματισμό αυτό είναι πολύ πιο αποτελεσματικός ο έλεγχος λοιμώξεων.

3.3.2 Περιβάλλον Μονάδων

Το περιβάλλον των «Nursing Homes» δεν είναι ικανό να προσφέρει την ίδια ικανοποίηση όπως το σπίτι ενός ηλικιωμένου ατόμου, αλλά μπορεί να βελτιωθεί με από τον φυσικό περίγυρο. Ο πιο σημαντικός παράγοντας στην δημιουργία ενός ικανοποιητικού περιβάλλοντος παραμένει η θετική παροχή φροντίδας και συμπεριφορά του προσωπικού.

Πολλοί ηλικιωμένοι έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους, αυτό μπορεί να συμβεί ειδικά όταν κάποιος γίνεται πιο εξαρτημένος σε άλλους λόγω ασθένειας, βλάβης ή αναπηρίας. Υπάρχει κίνδυνος το περιβάλλον του «Nursing Home» να αποδυναμώνει το ηλικιωμένο άτομο. Το περιβάλλον του θα πρέπει να ενθαρρύνει την ενδυνάμωση των ηλικιωμένων με την υποστήριξη της ανεξαρτησίας τους, του δικαιώματος ελευθερίας επιλογής και του δικαιώματος της συμμετοχής τους στις αποφάσεις σχετικά με την φροντίδα τους. Ακόμα το περιβάλλον θα πρέπει να προαγάγει συνεχώς στην ανάπτυξη και εξέλιξη των ηλικιωμένων ως ατόμων. Η μεγάλη ηλικία δεν θα πρέπει να εκλαμβάνεται σαν μία αρνητική εμπειρία η οποία συνδέεται με την γενική απόρριψη. Απεναντίας, η γήρανση θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως περίοδος για εντυχία και ολοκλήρωση (Ford & Heath 1996).

Λόγω των αισθητών αλλαγών η οποίες σχετίζονται με την γήρανση, ηλικιωμένα άτομα έχουν ειδικές ανάγκες σε σχέση με το περιβάλλον. Το προσωπικό είναι ικανό να χειραγωγήσει πτυχές του περιβάλλοντος ώστε να αντισταθμίσουν για τους περιορισμούς ενοίκους και να τονώσουν τις λειτουργίες τους.

Το περιβάλλον, θα πρέπει να έχει βοηθήματα, εξοπλισμό και επίπλωση όπως σηματοδότηση, κεκλιμένα επίπεδα (“ράμπες”), ευρύχωρες τουαλέτες, υπερυψωμένα καθίσματα στις τουαλέτες, υποστηρικτικές μπάρες κλπ. Αυτά τα μέσα βοηθούν τους ηλικιωμένους να κρατούν τον έλεγχο των κινήσεων τους και των καθημερινών

δραστηριοτήτων τους. Ωστόσο, τέτοιου είδους εξοπλισμός μπορεί να δημιουργήσει “νοσοκομειακή” αίσθηση και να κάνει το περιβάλλον αν θυμίζει λιγότερο σπιτικό. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει κι αυτό από την πλευρά του να αναγνωρίσει ότι η πιο σημαντική πτυχή ενός “σπιτικού” περιβάλλοντος δημιουργείται με την ενίσχυση δυνατοτήτων για κάθε ένοικο να ακολουθήσει τρόπο ζωής που είτε ακολουθούσε πριν την εισαγωγή του στην μονάδα (Kane, 1990).

Φωτισμός

Σύμφωνα με την Ford (αναφέρεται στο Garland, 1991), “Οπτικό-χρωματικό περιβάλλον είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους ηλικιωμένους, καθώς με την γήρανση η αντίληψη του βάθους τείνει να αδυνατεί, γρήγορη προσαρμογή μεταξύ φωτός και σκοταδιού γίνεται περισσότερο δύσκολη και διαχωρισμός χρωμάτων, (συγκεκριμένα μεταξύ μπλε και πράσινου) γίνεται λιγότερο αποτελεσματικός”.

Ο φωτισμός είναι μία σημαντική πλευρά μίας μονάδας φροντίδας για ηλικιωμένους έχει διάφορες ικανότητες εκτός από την φωταγωγήση μιας περιοχής για καλύτερη ορατότητα. Ο φωτισμός του «Nursing Home» μπορεί να επηρεάσει των προσανατολισμό ενός ατόμου, για παράδειγμα ένας ένοικος μπορεί να χάσει την αίσθηση του χρόνου εάν ένα δωμάτιο είναι συνεχόμενα φωτισμένο ή σκοτεινό για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Επίσης επηρεάζει τις λειτουργίες των ενοίκων, για παράδειγμα, το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να αντιδρά και να συμμετάσχει περισσότερο σε δραστηριότητες οι οποίες λαμβάνουν μέρος σε φωτισμένο χώρο. Το αντίθετο ίσως να συμβεί εάν ο ηλικιωμένος βρίσκεται σε ένα σκοτεινό δωμάτιο. Ακόμα, ο φωτισμός επηρεάζει την διάθεση και συμπεριφορά, για παράδειγμα εκτυφλωτικά φώτα τα οποία αναβοσβήνουν (ψυχεδελικά), μπορούν να κάνουν τους ηλικιωμένους ανήσυχους και ταραγμένους.

Λόγω της ηλικιακά συσχετιζόμενης αλλαγής στην όραση, τα επίπεδα φωτισμού τα οποία απαιτούνται από έναν ηλικιωμένο είναι αυξημένα . Πίεση και έντονος φωτισμός στα μάτια πρέπει να αποφεύγεται, επομένως λαμπερός και φθοριούχος φωτισμός αποφεύγεται να χρησιμοποιείται σε «Nursing Homes». Η πρόσβαση σε διακόπτες πρέπει είναι εύκολη και δεν θα πρέπει να είναι τοποθετημένοι σε περιοχές οι οποίες είναι δυνητικά επικίνδυνες (αυξημένου κίνδυνου) για παράδειγμα σκάλες, διάδρομοι και περάσματα. Επαρκείς φωτισμός, τέλος είναι πολύ σημαντικός ώστε το ηλικιωμένο άτομο να προχωρήσει και να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα ή το λουτρό με ασφάλεια.

Αντιθέσεις και χρωματισμοί

Φτωχή χρήση αντιθέσεων και χρωματισμών σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων δεν είναι αποδεκτή. “Αόρατες”, γυάλινες πόρτες και λευκοί ηλεκτρικοί διακόπτες σε λευκούς τοίχους δεν προαγάγουν ασφάλεια και ανεξαρτησία. Η ασφάλεια και η ανεξαρτησία των ενοίκων μπορεί να αυξηθεί με την χρήση χρωματικών αντιθέσεων και να βοηθήσει στην ορατότητα αντικειμένων.

Ελαφρώς ανοιχτόχρωμα πιάτα μπορεί να τοποθετηθούν σε σκουρόχρωμα τραπέζια ή σκούρα αντικείμενα σε λευκές επιφάνειες. “Ο Gullian (1991) εισηγείται ότι ένα έγχρωμο αντικείμενο πάνω σε μία λευκή επιφάνεια είναι προτιμότερη από τον συνδυασμό ενός λευκού αντικειμένου σε σκούρα επιφάνεια (ανοιχτόχρωμη επιφάνεια αντανακλά 70% με 80% του φωτός το οποίο πέφτει πάνω της, ενώ μία σκουρόχρωμη όχι περισσότερο από 20%)” (Ford, 1996)

Οι σκάλες, συχνά αποδεικνύονται δύσκολα σημεία για ηλικιωμένους οι οποίοι πάσχουν από προβλήματα οράσεως. Η χρήση χρωματικών αντιθέσεων στις άκρες κάθε σκαλοπατιού θα ενισχύσει την δυνατότητα του ηλικιωμένου να ελέγξει τα βήματα του. Σε πολλές περιοχές των «Nursing Homes» χρώματα χρησιμοποιούνται για τον διαχωρισμό και προσδιορισμό χώρων. Με σκοπό την βοήθεια στον προσανατολισμό και την μνήμη, κώδικες χρωμάτων χρησιμοποιούνται συχνά στον αναγνώριση των δωματίων λουτρών και τουαλετών από τους ηλικιωμένους. Και στα «Nursing Homes» καθώς και σε άλλες μονάδες (σωφρονιστικές, νοσηλευτικές, εκπαιδευτικές) έχουν εκπονηθεί έρευνες σχετικά με τους τύπους των χρωμάτων στον ερεθισμό των διαθέσεων και δραστηριοτήτων. Απαλό καθαρό γαλάζιο και πράσινο δημιουργούν μία χαλαρωτική, ερεθιστική ατμόσφαιρα, το κίτρινο μια χαρούμενη διάθεση και μέρη με πινελιές έντονου κόκκινου ενθαρρύνουν τις δραστηριότητες (Ford, 1996).

Επενδύσεις δαπέδου και επίπλωση

Μία προσεγμένη επιλογή στην κάλυψη πατωμάτων και δαπέδων μπορεί να προαγάγει σπιτική ατμόσφαιρα στις εγκαταστάσεις ενός «Nursing Home». Χαλιά και μοκέτες, επίσης μπορούν να παρέχουν καλύτερη πρόσφυση από ότι συμπαγή δάπεδα και πατώματα σε περίπτωση πτώσης. Καθώς τα ηλικιωμένα άτομα βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο καταγμάτων λόγω των πτώσεων, επενδύσεις δαπέδων είναι σημαντικός συντελεστής.

Η επιλογή της επίπλωσης είναι επίσης ένας σημαντικός παράγων κατά την προσπάθεια δημιουργίας σπιτικού περιβάλλοντος και την διατήρηση της ανεξαρτησίας των ηλικιωμένων. Το στήσιμο ενός «Nursing Home» που έχει ξεχωριστά (ατομικά) υπνοδωμάτια αποσκοπεί και στην προσωπική επιλογή της επίπλωσης του χώρου από τους πελάτες - ενοίκους με δικά τους έπιπλα και αναμνηστικά. Εάν η διάταξη του «Nursing Home» παρέχει κοινά υπνοδωμάτια, είναι σημαντικό ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δημιουργεί επαρκή ιδιωτικό χώρο μεταξύ των κλινών κάθε ηλικιωμένου (Michie, 2004). Για παράδειγμα, κλειδαριές σε ντουλάπια και πόρτες θα μπορούσαν να ενισχύσουν την ιδιωτική ζωή. Πάλι, όλοι οι ένοικοι θα πρέπει να ενθαρρύνονται να φέρνουν τα δικά τους προσωπικά αντικείμενα. Πολλά «Nursing Homes» ενθαρρύνουν τους ενοίκους τους να φέρνουν την δική τους τηλεόραση, αντικείμενο το οποίο θεωρείται από πολλούς προσωπικό και άμεσα συνδεδεμένο με το άτομο. Επίσης σχεδόν σε όλες τις μονάδες φροντίδας τηλεφωνικές μονάδες είναι εγκατεστημένες στα δωμάτια των ενοίκων. Αυτό φανερά προωθεί το δικαίωμα της επιλογής καθώς και την αίσθηση ελέγχου και ελευθερίας για τον ένοικο. Καρέκλες και πολυθρόνες είναι από τα πιο σημαντικά έπιπλα μέσα στα «Nursing Homes» κι αυτό γιατί οι ηλικιωμένοι περνούν τον περισσότερο τους χρόνο πάνω σε αυτά. Καλά σχεδιασμένες καρέκλες είναι ζωτικής σημασίας αντικείμενα για την ανεξαρτησία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να σηκώνονται από καρέκλες ή πολυθρόνες οι οποίες είναι χαμηλές ή δεν έχουν χερούλια.

Ένα από τα περισσότερο αποκαρδιωτικά χαρακτηριστικά πολλών μονάδων φροντίδας και νοσηλείας είναι καθιστικά στα οποία οι πολυθρόνες είναι διατεταγμένες περιμετρικά των τοίχων. Αυτός ο τρόπος διάταξης αποθαρρύνει την επαφή και την συζήτηση μεταξύ των ενοίκων. Επίσης ηλικιωμένοι με εξασθένιση αισθήσεων ίσως να αποπροσανατολιστούν και να απομονωθούν εάν γίνουν προσπάθειες επικοινωνίας από το προσωπικό. Εάν ο χώρος είναι περιορισμένος, ίσως να μην είναι εφικτό οι καρέκλες να διαταχθούν με διαφορετικό τρόπο, ένα δίλημμα ίσως να δημιουργηθεί μεταξύ ενθάρρυνσης για επικοινωνία και προστασίας της ιδιωτικής ζωής (Hooker, 1991).

Ως επί των πλείστον, οι πιο σημαντικές πτυχές της δημιουργίας σπιτικού περιβάλλοντος είναι η συμπεριφορά και στάση του προσωπικού απέναντι στους ενοίκους- ηλικιωμένους και η ικανότητα τους να διατηρήσουν τον τρόπο ζωής τους όπως ήταν πριν από την

εισαγωγή τους. *“Ένα περιβάλλον, όμορφο διακοσμημένο δεν σημαίνει αρκετά όταν ατομικότητα, ο σεβασμός και η ευαισθησία δεν είναι παρόντα.”* (Kane, 1990).

Πολλά μπορούν να διδαχθούν στο προσωπικό, σχετικά με τον τρόπο ζωής του ηλικιωμένου ατόμου, τις αρέσκειες του και τις ιδιαίτερες ανάγκες του. Η επίσκεψη του ηλικιωμένου στο σπίτι του πριν την εισαγωγή του στην μονάδα φροντίδας παρέχει εξαιρετική δυνατότητα για αξιολόγηση του τρόπου ζωής και αναγκών του ηλικιωμένου. Επίσης παρέχει την δυνατότητα δημιουργίας μίας σχέσης με το ηλικιωμένο άτομο πράγμα το οποίο μπορεί να κάνει την μετάβαση του λιγότερο απειλητική. Αξιολόγηση του τρόπου ζωής ηλικιωμένου ατόμου και τις δραστηριότητες καθημερινότητας ηλικιωμένου, πρέπει να γίνεται με έναν ανεπίσημο και χαλαρό τρόπο. *“Ηλικιωμένοι θα ανταποκρίνονται πιο ανοιχτά σε μία νοσοκόμα που δείχνει ενδιαφέρον και φροντίδα.”* (Kane, 1990).



4. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

4.1 Η κοινωνική πρόνοια μέσα στον χρόνο

Λίγα είναι γνωστά για την παροχή επίσημης κοινωνικής πρόνοιας στο Ηνωμένο Βασίλειο πριν από τους τελευταίους μεσαιωνικούς χρόνους, μέχρι τότε η χριστιανική εκκλησία είχε γίνει το επίκεντρο στην καθιέρωση της επίσημης φιλανθρωπίας μέσω της διανομής ελεημοσύνης και παροχής φροντίδας για τους φτωχούς. Οι ιερείς και οι μοναχοί ήταν υποχρεωμένοι να χρησιμοποιούν μεγάλο μέρος των εσόδων της εκκλησίας για τον εφοδιασμό των πτωχοκομείων και την παροχή της στοιχειώδους εκπαίδευσης για τους φτωχούς.

Από τον δέκατο πέμπτο αιώνα ο ρόλος της εκκλησίας άρχισε να μειώνεται, και υπήρξε αυξανόμενη δυσαρέσκεια για την λειτουργία των εκκλησιαστικών ιδρυμάτων. Συγχρόνως, οι φεουδάρχες ανέπτυξαν μια προστατευτική στάση απέναντι στην ευημερία των μισθωτών τους, αν και αυτό ποίκιλε αναπόφευκτα από περίπτωση σε περίπτωση. Από τον



Εικ. 4.1

Συσσίτιο για τους φτωχούς από την
συντεχνία μεταλλουργών του Λονδίνου

δέκατο τέταρτο αιώνα, οι συντεχνίες και οι επιχειρήσεις στο Λονδίνο (*«livery companies»* ένστολες παραδοσιακές συντεχνίες του Λονδίνου) έκαναν την εμφάνιση τους. Αυτές καθιερώθηκαν πρώτιστα για να προστατεύσουν το εμπόριο, αλλά καθιέρωσαν επίσης τις πρωτόγονες μορφές κοινωνικής ασφάλειας και συνέβαλαν στη συντήρηση των πτωχοκομείων και την υποστήριξη των τοπικών απόρων. Εντούτοις, αυτοί έπαψαν να διαδραματίζουν ρόλο στην παροχή του κράτους κοινωνικής πρόνοιας μέχρι το τέλος του δέκατου έκτου αιώνα, αν και οι συντεχνίες του Λονδίνου παραμένουν

σημαντικά φιλανθρωπικά ιδρύματα μέχρι και τις μέρες μας.

Τον δέκατο έβδομο αιώνα μια πολύ διευρυμένη κοινωνική “ελίτ” που αποτελούνταν από την ανώτερη τάξη, την αστική αριστοκρατία και τους εμπόρους ανέλαβε έναν μεγαλύτερο ρόλο στην παροχή της κοινωνικής πρόνοιας. Πτωχοκομεία, νοσοκομεία, οίκοι

συμμόρφωσης («houses of correction»), οίκοι εργασίας («workhouses»), προγράμματα εργασίας, σχέδια μαθητευόμενων, σχολεία μέσης εκπαίδευσης και πανεπιστήμια, όλα ωφελήθηκαν από μια νέα εποχή καλοκαθαίας. Συγχρόνως, ο ρόλος του κράτους επεκτάθηκε όπως επίσης και ο αριθμός ακτημόνων φτωχών αυξήθηκε. Αποσυνδεδεμένοι από τη συνήθη υποστήριξη της φεουδαρχικής κοινωνίας και με το μοναστηριακό και εκκλησιαστικό δίκτυο χωρίς εξουσία, ώστε να παρέχει την υποστήριξη, οι ακτήμονες φτωχοί εμφανίστηκαν προς την κοινωνική ελίτ ως μια σημαντική απειλή για την κοινωνικές διαταραχές και αποσταθεροποίηση. Ως απάντηση, το κράτος ανέπτυξε έναν περίπλοκο νόμο αποκαλούμενο “Νόμο των Φτωχών” μέσω του διαβόητου καταστατικού 1601 για φιλανθρωπικές χρήσεις. Αυτό το καταστατικό εισημοποίησε και τυποποίησε ένα σύστημα διαχωρισμού των φτωχών σε ικανούς για εργασία και ανίκανους. Οι πρώτοι, χαρακτηρισμένοι ως “υπό παραγωγικοί” φτωχοί ήταν ευθύνη των τοπικών κοινοτήτων, οι οποίες θα μπορούσαν να τους παρέχουν ανακούφιση ή τον όλο και περισσότερο αποτρεπτικό παράγοντα των οίκων εργασίας. Οι δεύτεροι, οι “να αξίζουν” φτωχοί, επρόκειτο να υποστηριχθούν από την ιδιωτική φιλανθρωπία, με τους χορηγούς να εξασφαλίζουν και υποθετικά να γνωρίζουν ότι βοηθούσαν άξιους μειονεκτούντες παρά “τεμπέληδες”. Μέχρι το πρώτο μισό του δέκατου όγδοου αιώνα αυτή η μεταχείριση είχε δώσει τόπο σε μια πιο ανεκτική στάση απέναντι στην παροχή κοινωνικής πρόνοιας αλλά και αυτό άλλαξε πάλι μέχρι το τέλος του αιώνα και της εμφάνισης της βιομηχανικής επανάστασης (Baker, 2003).

Από την έναρξη του δέκατου ενάτου αιώνα, αυξανόμενη η αστικοποίηση της κοινωνίας, σημαντικοί φόβοι της εξέγερσης και της κοινωνικής αναταραχής μετά από τη γαλλική επανάσταση, καθώς επίσης και μια ανησυχία με τον υπερπληθυσμό, οδήγησαν σε μια αυξανόμενα τραχύτητα και μία ηθικοποίηση στη φιλοσοφία της πρόνοιας. Η μεταρρύθμιση του “Νόμου των Φτωχών” το 1834 είχε ως κεντρικό προτέρημα της το “φόβητρο”, έτσι ώστε η ανακούφιση φτώχειας, και ιδιαίτερα, η ζωή στο πτωχοκομείο επρόκειτο να γίνει λιγότερο ελκυστική από την κατάσταση των φτωχότερων εργατών. Η εξάρτηση από κράτος επρόκειτο να αποφευχθεί όσο το δυνατόν περισσότερο. Την ίδια περίοδο εξελίχθηκαν οργανώσεις εργατικών τάξεων, ειδικές φιλικές εταιρείες και εμπορικές λέσχες, οι οποίες μέχρι το τέλος του αιώνα είχαν εξελιχθεί σε συνδικάτα. Επίσης καθιερώθηκαν οι λέσχες σίτισης, τα νοσοκομεία, τα ιατρικά κέντρα και τα όργανα για την κατάρτιση των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Έναν αυξανόμενο ρόλο για το κράτος στην παροχή κοινωνικής πρόνοιας παρουσιάζει ο εικοστός αιώνας. Η άνοδος του εργατικού κόμματος στην εξουσία, η συνειδητοποίηση της φτωχής ιατρικής κατάστασης των νεοσύλλεκτων για το πόλεμο των Μπόερ στη Νότια Αφρική και τον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο, καθώς επίσης και η εποχή της κατάθλιψης που ακολούθησε εκείνο τον πόλεμο, οδήγησε στο κράτος που παίρνει έναν όλο και περισσότερο ενεργό ρόλο στην παροχή κοινωνικής πρόνοιας. Το πολιτικό κλίμα ήταν τέτοιο που, εάν η Μεγάλη Βρετανία επρόκειτο να είναι οικονομικά και στρατιωτικά επιτυχής και να ανταγωνιστεί με τις ξένες δυνάμεις, το κράτος θα έπρεπε να είναι πιο δυναμικό στη διατήρηση των επιπέδων υγείας των πολιτών του.

Τη δεκαετία του 1940 σημάδεψε η μέγιστη αλλαγή στην ισορροπία μεταξύ της κρατικής και εθελοντικής παροχής πρόνοιας, ειδικότερα με τη δημιουργία της κρατικής κοινωνικής πρόνοιας από την κυβέρνηση του εργατικού κόμματος στη μεταπολεμική περίοδο του δεύτερου παγκόσμιου πολέμου. Τα συνδυασμένα αποτελέσματα του εκπαιδευτικού νόμου το 1944, του νόμου Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1946, του νόμου εθνικής ασφάλειας το 1946 και του νόμου εθνικής βοήθειας το 1948 ήταν να υποβαθμιστεί ο εθελοντικός τομέας ως «κατώτερος συνεργάτης» στην παροχή πρόνοιας και τις εκπαιδευτικές υπηρεσίες. Πράγματι, μερικοί στο εργατικό κόμμα ήλπισαν ότι η κρατική φροντίδα θα έβαζε ένα τέλος στον εθελοντικό τομέα με τις σχέσεις της προστατευτικής μεσαίας τάξης και τη συντήρηση των διαχωρισμό τάξεων. Η πρόνοια και η εκπαίδευση επρόκειτο να παρασχεθούν ελεύθερα σε όλους, ανάλογα με την ανάγκη, ανεξάρτητα από την κοινωνική ή οικονομική θέση του ατόμου. Μέχρι τη δεκαετία του '70 οι πρακτικοί και ιδεολογικοί περιορισμοί του κράτους κοινωνικής πρόνοιας γίνονταν όλο και περισσότερο εμφανείς.

Στη δεκαετία του '80 και τη δεκαετία του '90 οι συντηρητικές κυβερνήσεις επιδίωξαν να επαναπροσδιορίσουν ριζικά το ρόλο του κράτους έναντι των ιδιωτικών και δημόσιων τομέων. Οι εθνικοποιημένες βιομηχανίες, όπως του ηλεκτρισμού, του φυσικού αερίου, οι τηλεπικοινωνίες και οι σιδηρόδρομοι ιδιωτικοποιήθηκαν και η κυβέρνηση επιδίωξε να μειώσει τα έξοδα δημόσιων υπηρεσιών και να προχωρήσει σε φορολογικές περικοπές. Ο εθελοντικός τομέας, που χαρακτηρίστηκε ως “κατώτερος συνεργάτης” στην παροχή της πρόνοιας από τη δεκαετία του '40, τώρα καταλάμβανε προεξέχουσα θέση.

Ο διπλός στόχος ήταν να αυξηθεί η επιλογή του καταναλωτική και να ελαφρυνθεί από το έξοδα το δημόσιο ταμείο. Η νέα κυβέρνηση των Εργατικών, υπό τον *Tony Blair*, έχει υιοθετήσει κατά ένα μεγάλο μέρος αυτούς τους στόχους, και επιδίωξε να τερματίσει την παραδοσιακή δυσπιστία των Εργατικών για τους ιδιωτικούς και εθελοντικούς τομείς και να προωθήσει τη χρήση τους στην παροχή των επίσημων υπηρεσιών πρόνοιας. Στις εθνικές εκλογές του 2001 η κυβέρνηση υποσχέθηκε επίσης μια μεγάλη αύξηση στις δαπάνες για τις δημόσιες υπηρεσίες, αν και αυτό πρόκειται να στοχεύσει συγκεκριμένες πεδία, ειδικά στην εκπαίδευση και τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας (*Baker, 2003*).

Από την πλευρά κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους, τα τελευταία χρόνια έχουν υλοποιηθεί σημαντικές ρυθμιστικές αλλαγές και σύνολο πρωτοβουλιών των οποίων τα αποτελέσματα δεν έχουν γίνει ακόμα ορατά.

4.2 Η φροντίδα των ηλικιωμένων μέσα στον χρόνο

Η ιστορία της επίσημης πρόνοιας των ηλικιωμένων στην Μεγάλη Βρετανία παραλληλίζεται πολύ με αυτή της παροχής του κράτους κοινωνικής πρόνοιας γενικότερα. Στους μεσαιωνικούς χρόνους, τα μοναστηριακά συγκροτήματα και οι μονές παρείχαν τη θεσμική φροντίδα, ενώ επίσης τα πτωχοκομεία είχαν ευρέως καθιερωθεί. Ο Νόμος των Φτωχών του 1601 απαίτησε την τοπική κοινότητα να φροντίσει τους ηλικιωμένους απόρους, και μέχρι το δέκατο ένατο αιώνα το “φοβιστικό” δημόσιο πτωχοκομείο παρείχε ένα μεγάλο μέρος της παροχής φροντίδας σε εκείνους τους ηλικιωμένους χωρίς εναλλακτικά μέσα και πόρους.

Η Βασιλική Επιτροπή ανέφερε ότι το 1909 περίπου 140.000 ηλικιωμένοι κατοικούσαν σε ιδρύματα του Νόμου των Φτωχών. Αυτό, που συνδυάστηκε με τις σημαντικά επιδρούσες εκθέσεις σχετικά με την ένδεια του *Booth* το 1899 και *Rowntree* το 1910, βοήθησε να ενθαρρύνει το κλίμα της μεταρρύθμισης στη θεσμική πρόνοια, καθώς επίσης και διακριτικές, αλλά σημαντικές, αλλαγές στις δημόσιες αντιλήψεις για τη θέση των ηλικιωμένων στην κοινωνία. Το 1908 ο Νόμος περί Σύνταξης Ηλικιωμένων ήταν ένα αρχικό βήμα προς την κατεύθυνση αυτήν, αν και δεν ήταν πριν από τη δεκαετία του '40 που η σχέση μεταξύ των ηλικιωμένων και πτωχοκομείου αντιμετωπίστηκε αμεσότερα (*Baker, 2003*).

Σε μία προσπάθεια να αφαιρεθεί το στίγμα του πτωχοκομείου, ο Νόμος Εθνικής Βοήθειας του 1948 όρισε ότι οι ηλικιωμένοι κάτοικοι, που χρειάζονται θεσμική φροντίδα, επρόκειτο να επιβαρυνθούν με μια μέτρια αμοιβή-συμμετοχή. Ενώ η αμοιβή αυτή θα επιστρεφόταν μέσω της σύνταξη των ηλικιωμένων, ο στόχος ήταν να αλλαχτεί το ήθος αυτών των ιδρυμάτων και η νοοτροπία των “τροφίμων” και των “κύριων” τους, σε περιβάλλον ύφους «ξενοδοχείου». Τα ιδρύματα επρόκειτο να χτιστούν σε μικρότερη κλίμακα, με τον Υπουργό της υγείας, *Aneurin Bevan*, να υποστηρίζει το 1947 ότι το βέλτιστο όριο ήταν 25-30 άτομα.

Τα παλαιά ιδρύματα ή τα πτωχοκομεία επρόκειτο να εκλείψουν τελειωτικά. Τη θέση τους θα έπαιρναν ελκυστικοί ξενώνες ή ξενοδοχεία, που κάθε ένα θα φιλοξενεί 25 έως 30 ανθρώπους, οι οποίοι θα ζούσαν εκεί ως φιλοξενουμένων και όχι ως τρόφιμοι. Κάθε φιλοξενούμενος θα πλήρωνε για τη στέγασή του, εκείνοι με το ιδιωτικό εισόδημα θα κάλυπταν τα έξοδα μόνοι τους, ενώ εκείνοι χωρίς εισόδημα από τις πληρωμές που παίρνουν από το Εθνικό Συμβούλιο Βοήθειας και κανένας δεν θα ήταν ανάγκη να ξέρει εάν έχουν τον τρόπο πληρωμής ή όχι.

Παρά την αισιοδοξία, η πραγματικότητα της θεσμικής φροντίδας αποδείχθηκε κάπως διαφορετική. Μια έλλειψη οικοδομικών υλικών στη δεκαετία του '50 και οι φόβοι για γήρανση του πληθυσμού οδήγησε στην αναθεώρηση του ορίου των 25-30 κατοίκων προς τα πάνω, με έναν αριθμό των 60 ατόμων που προτάθηκε από το Υπουργείο υγείας το 1954. Υπήρξαν επιχειρήματα σχετικά με τη διάκριση μεταξύ της νοσοκομειακής και της κοινωνικής φροντίδας, και το αρχικό σύστημα ακολούθησε επίσης μια σκληρή γραμμή στην αποταμίευση και την κύρια επένδυση: η επιτροπή που ανέλαβε να εξετάσει την τέτμηση του Νόμου των Φτωχών, διευθυνόμενη από τον *Sir Arthuro Rucker*, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ήταν απολύτως λογικό για εκείνους που εισάγονται στη θεσμική φροντίδα να συνεισφέρουν οποιοδήποτε κεφάλαιο είχαν (συμπεριλαμβανομένου του σπιτιού τους). Επιπλέον, σύμφωνα με τον συγγραφέα κοινωνικών ζητημάτων *Peter Townsend*, υπάρξε μια έλλειψη προγραμματισμού στην ανάπτυξη της πρόνοιας και μια αποτυχία στο να ερωτηθούν οι ηλικιωμένοι τι θα ήθελαν πραγματικά. (*Baker, 2003*).

Ο νόμος του 1948 έδωσε δύναμη στις τοπικές αρχές να υποστηρίξουν τους ενοίκους των μονάδων φροντίδας του ιδιωτικού και εθελοντικού τομέα, αλλά ο αριθμός αυτών των

ιδρυμάτων παρέμεινε σχετικά μικρός, με λίγες νέες εγκαταστάσεις να κατασκευάζονται μέχρι τη δεκαετία του '60. Επιπλέον, ένα μεγάλο μέρος της μονάδων αυτών ήταν χαμηλού επιπέδου, με μικρή διαφορά από τα Βικτοριανά ιδρύματα που ήταν καταδικασμένα στην έκθεση *Rowntree*.

Η κατάσταση είχε επιδεινωθεί περισσότερο, η χρήση δωματίων από περισσότερα από τέσσερα άτομα ήταν κανόνας, και βασικές ανέσεις όπως οι νιπτήρες χειρός, οι τουαλέτες και τα λουτρά ήταν όχι μόνο ανεπαρκείς αλλά ήταν συχνά η πρόσβαση σε αυτές ήταν δύσκολη λόγω κακής διανομής μέσα στα κτίρια.. Εκθέσεις του Υπουργείου Υγείας αναγνώριζαν ότι οι τοπικές αρχές ήταν απρόθυμες να πραγματοποιήσουν δαπάνες για τις παλαιές εγκαταστάσεις που ήλπιαν σύντομα παύσουν την λειτουργία τους. Άλλη έρευνα τόνισε ότι πολλά από τα σπίτια ήταν απολύτως ακατάλληλα για χρήση ως ιδρύματα-σπίτια φιλοξενίας λόγω της γεωγραφικής απομόνωσης και των φτωχών προτύπων πρόσβασής τους.

Η κατάσταση επάνδρωσης ήταν ελάχιστα καλύτερη αλλά μειονότητα τους ήταν ακατάλληλη, από οποιαδήποτε πρότυπα, για τους στόχους που εκτελούσαν. Με φροντιστές άνδρες ή γυναίκες με τις αυταρχικές πεποιθήσεις κληρονομημένες από τις ημέρες του Νόμου των Φτωχών, που προκαλούσαν δυσαρέσκεια ή ακόμα και τρόμο στους ηλικιωμένους.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '60, κανονισμοί εισήχθησαν για τα σπίτια - μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων του ιδιωτικού και εθελοντικού τομέα, και το Υπουργείο Στέγασης άρχισε επίσης την ανάπτυξη των πρωτοβουλιών προφυλαγμένης στέγασης μέσα στο πλαίσιο του δημόσιου τομέα. Αυτό επιτέλεσε μέρος μιας ευρύτερης πολιτικής κυβερνητικών επιχορηγήσεων προς τις “κοινωνικές” κατοικίες, οι οποίες γνώρισαν γρήγορη ανάπτυξη. Συγχρόνως, το Υπουργείο Υγείας επιδίωξε επίσης να αναπτύξει κοινοτικής φροντίδας έτσι ώστε οι υπηρεσίες να μπορούν να παρασχεθούν στους ανθρώπους στα σπίτια τους, παρά στις μονάδες φροντίδας και νοσηλείας.

Με την εκλογή της κυβέρνησης της *Θάτσερ* το 1979, η αγορά των μονάδων φροντίδας και νοσηλείας ηλικιωμένων ανοίχτηκε. Ένα από τα πιο δραματικά αποτελέσματα αυτού ήταν μια μετατόπιση στην ισορροπία μεταξύ του ποσοστού των ιδιωτικών «Nursing Homes» και εκείνων του δημόσιου τομέα. Το 1976 υπήρξε μια αναλογία ενός ατόμου σε ιδιωτικό

«Nursing Home» για κάθε πέντε σε μονάδες δημόσιου τομέα. Μέχρι το 1982 η αναλογία ήταν ένα προς τρία, το 1989 ήταν ένα προς ένας, και το 1992 υπήρχαν δύο άνθρωποι που κατοικούσαν σε ιδιωτικά «Nursing Homes» για κάθε ένα στο δημόσιο τομέα. Ένα μεγάλο μέρος αυτής της αύξησης οφειλόταν στις περικοπές των δαπανών των τοπικών αρχών στα «Nursing Homes» τους, σε συνδυασμό με τη διάθεση σχετικά γενναιόδωρων οικονομικών επιδομάτων από την κεντρική κυβέρνηση για την διαμονή σε «Nursing Homes». Αυτές οι πληρωμές ενέργησαν ως *de facto* κουπόνια, που ανάλογα με την οικονομική κατάσταση τους, οι ηλικιωμένοι θα τα χρηματοδοτούσαν για να ζήσουν σε μονάδες φροντίδας και «Nursing Homes», ανεξάρτητα από εάν αυτή η μορφή φροντίδας ήταν πραγματικά η πιο κατάλληλη.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, η συντηρητική κυβέρνηση υπό τον *John Major* εισήγαγε συγκεκριμένη νομοθεσία στη μεταρρύθμιση της μακροπρόθεσμης φροντίδας για των ηλικιωμένων μέσω του Νόμου της Εθνικής Υγειονομικής Υπηρεσίας και Κοινότητας του 1990. Αυτό το σχέδιο είχε διάφορες βασικές προθέσεις:

- Ενθάρρυνε μια αλλαγή στην ισορροπία της φροντίδας από θεσμική σε κοινοτική φροντίδα, αποθαρρύνοντας την μακροπρόθεσμη νοσοκομειακή διαμονής και τις τοποθετήσεις σε «Nursing Homes»
- Προέβλεπε διαδικασίες διανομής των υπηρεσιών ανάλογα με την ανάγκη και όχι με το δυνατότητα παροχής
- Ενίσχυσε το ρόλο και των ιδιωτικών και των εθελοντικών τομέων μέσω της επέκτασης των συμβασιακών συμφωνιών, μέσω της δημιουργίας των προμηθευτών (όχι απαραίτητα κερδοσκοπικού χαρακτήρα) για την διαχείριση και παροχή υπηρεσιών σε απομακρυσμένες που στο παρελθόν οργανώνονταν άμεσα από τις τοπικές αρχές

Συμπεριλαμβανόμενη μέσα σε αυτές τις αλλαγές ήταν μια έμφαση “στην επιλογή”, υπό την οποία οι τοπικές αρχές έπρεπε νόμιμα να επιτρέψουν στους ηλικιωμένους να επιλέξουν το «Nursing Home» τους, αν και με ορισμένους περιορισμούς του κόστους και της καταλληλότητας. Οι αλλαγές, που εφαρμόστηκαν στο πλαίσιο του νόμου του 1990, προσανατολίζονταν στο να από-θεσμοποιούν την φροντίδα με το να παράσχουν υπηρεσίες στα σπίτια των ηλικιωμένων ανθρώπων οπουδήποτε είναι δυνατόν. Εντούτοις, αυτές οι αλλαγές απέτυχαν να σταματήσουν την αδυσώπητη αύξηση των κυβερνητικών εξόδων για μακροπρόθεσμη φροντίδα ή, και να λύσουν τα βασικά θεμελιώδη προβλήματα στο

σύστημα χρηματοδότησης. Αυτά τα προβλήματα αναγνωρίστηκαν από τη νέα κυβέρνηση Εργατικών του Tony Blair, η οποία ήρθε στην εξουσία το Μάιο του 1997. Για να εξετάσει τα προβλήματα στη μελλοντική χρηματοδότηση της μακροπρόθεσμης φροντίδας, ο αρμόδιος Υπουργός για την υγεία, *Frank Dobson*, χρησιμοποίησε τη Βασιλική Επιτροπή. Η αποστολή της οποίας ήταν να εξετάσει τις άμεσες και μακροπρόθεσμες επιλογές για ένα βιώσιμο σύστημα τη μακροπρόθεσμη φροντίδας για ηλικιωμένους ανθρώπους, και στα σπίτια τους και σε άλλες μονάδες παροχής φροντίδας και νοσηλείας.

Η Επιτροπή υπέβαλε διάφορες συστάσεις, συμπεριλαμβανομένης αυτής ότι όλη η προσωπική φροντίδα στις μονάδες φροντίδας και νοσηλείας πρέπει να πληρωθεί από τη γενική φορολογία και όχι από τις αμοιβές και επιδόματα προς τους ηλικιωμένους πολίτες.

Τέλος, η κυβέρνηση εισήγαγε σειρά μέτρων και θεσμών σε μία προσπάθεια να βελτιωθεί η ποιότητα και το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους πολίτες της χώρας.



Εικόνα 4.2 Ένοικος ιδιωτικού «*Nursing Home*» (1873)

5. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

5.1 Διάρθρωση Υγειονομικού Συστήματος

Από την έναρξή του, πριν από 60 χρόνια περίπου, το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας τείνει να γίνει η μεγαλύτερη παγκόσμια υγειονομική υπηρεσία χρηματοδοτούμενη από τον δημόσιο τομέα. Το σύστημα γεννήθηκε από το διαχρονικό ιδανικό ότι καλή υγειονομική περίθαλψη πρέπει να είναι διαθέσιμη σε όλους ανεξάρτητα από την οικονομική τους δυνατότητα. Η αρχή αυτή παραμένει ακόμα και σήμερα στον πυρήνα του συστήματος, με εξαίρεση τις δαπάνες για μερικές φαρμακευτικές αγωγές, οφθαλμολογικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παραμένει δωρεάν για κάθε κάτοικο του Ηνωμένου Βασιλείου (περισσότερο από 60 εκατομμύρια κατοίκους). Η επίσημη χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται μέσω της φορολογίας (NHS, 2008).

Στην κορυφή του συστήματος υγείας βρίσκεται το Υπουργείο Υγείας («Department of Health»), με έναν επικεφαλής υπουργό ο οποίος αναφέρει στον πρωθυπουργό της χώρας. Το υπουργείο ελέγχει τις 10 «Στρατηγικές Υγειονομικές Περιφέρειες» («Strategic Health Authorities – SHO's») της Αγγλίας εξαιρουμένων Σκωτίας και Ουαλίας οι οποίες αναπτύσσουν ανεξάρτητες πολιτικές υγείας (Ηφαντόπουλος κ.ά., 2005). Οι Στρατηγικές Υγειονομικές Περιφέρειες είναι υπεύθυνες για της διανομή των πόρων σύμφωνα με τις πολιτικές που ακολουθούν. Περιφερειακοί Οργανισμοί στην συνέχεια αναλαμβάνουν των συντονισμό διανομής των υγειονομικών υπηρεσιών στους πολίτες μέσω νοσοκομείων, γενικών ιατρών, κέντρων υγείας, υπηρεσιών ασθενοφόρων κ.α.

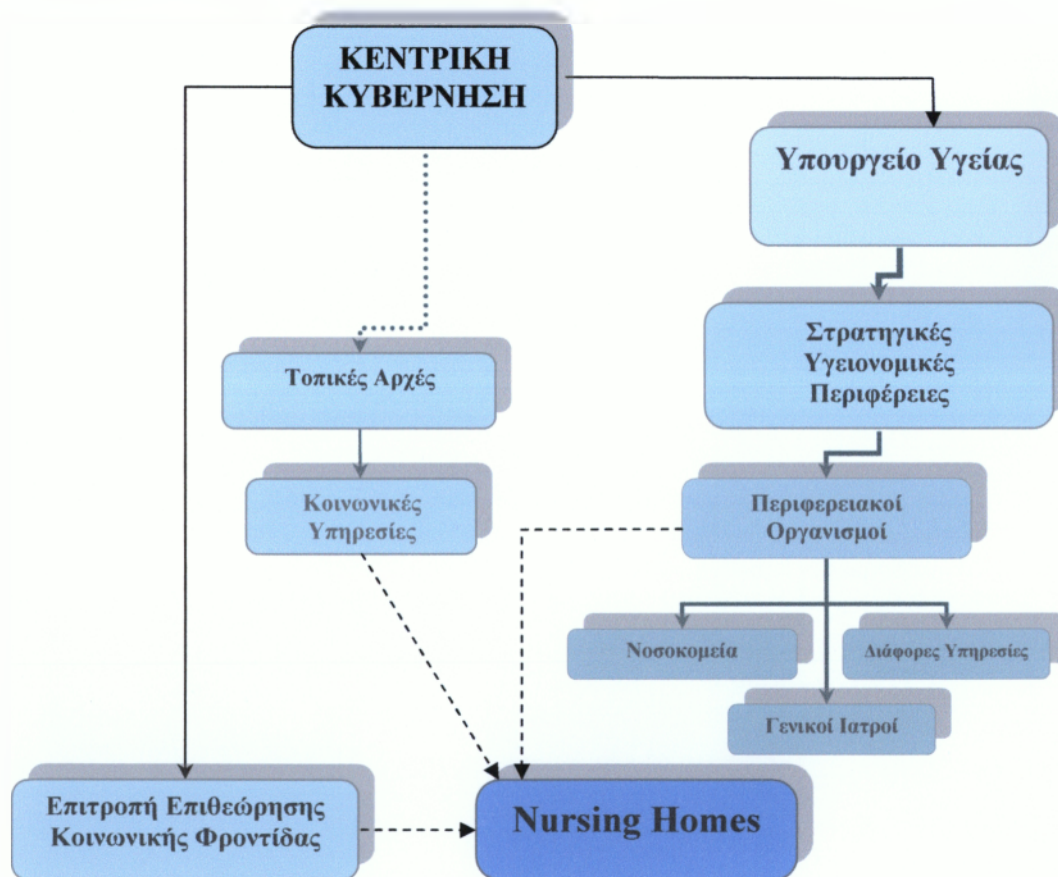
Με τέτοιους Περιφερικούς Οργανισμούς και τις υπηρεσίες (Νοσοκομεία, Γενικοί Ιατροί κ.α.) έρχονται σε επαφή οι Κοινωνικές Υπηρεσίες των τοπικών συμβουλίων (τοπικές αρχές) με σκοπό την συνεργασία για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού ευθύνης τους.

Οι Κοινωνικές υπηρεσίες φροντίζουν για την τοποθέτηση των ηλικιωμένων σε μονάδες φροντίδας και «Nursing Homes» και πολλές φορές αγοράζουν υπηρεσίες για λογαριασμό τους. Επίσης, με μεγάλη συχνότητα συναντώνται συμβόλαια μεταξύ Περιφερειακών

Οργανισμών του ΕΣΥ και των «Nursing Homes». Μέσα από αυτά τα συμβόλαια οι Περιφερειακοί Οργανισμοί προσπαθούν να αποπλυθορίσουν τα νοσοκομεία ευθύνης τους από ηλικιωμένους ασθενείς οι οποίοι δεν απαιτούν νοσοκομειακές υπηρεσίες παρά μόνο νοσηλεία.

Η κεντρική κυβέρνηση της χώρας ελέγχει την ποιότητα των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας μέσω ενός οργανισμού ελέγχων τον οποίο θέσπισε με ειδική νομοθεσία. Η Επιτροπή Επιθεώρησης Κοινωνικής Φροντίδας όπως αποκαλείται, με ειδικό σώμα επιθεωρητών πραγματοποιεί έλεγχους εξετάζοντας οποιαδήποτε πτυχή της λειτουργίας των μονάδων παροχής φροντίδας και «Nursing Homes» αλλά και των Κοινωνικών Υπηρεσιών των τοπικών συμβουλίων.

Σχήμα 5.1. Η θέση των «Nursing Homes» στο Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας



Ακόμα οι τοπικές αρχές μέσω των διάφορων υπηρεσιών τους (Υγειονομικές, Κοινωνικές Υπηρεσίες κτλ.) έχουν την δυνατότητα να διενεργήσουν ελέγχους σε «Nursing Home» ανταποκρινόμενες σε καταγγελίες πολιτών ή πριν από την σύναψη κάποιου συμβολαίου με αυτά.

5.1.1 Παροχή φροντίδας προς τους ηλικιωμένους

Η επίσημη φροντίδα ηλικιωμένων παρέχεται από φορείς και οργανισμούς του δημόσιου, εθελοντικού και ιδιωτικού τομέα σε ολόκληρη την Μεγάλη Βρετανία. Κοινωνικό-οικονομικές αναταραχές και σύγχρονα κοινωνικά ζητήματα τίθενται συνεχώς και σε σχέση με τις προβλεπόμενες δημογραφικές αλλαγές, αποτελούν σημαντικές προκλήσεις για τις κοινωνικούς φορείς και τους επιχειρηματικούς οργανισμούς του τομέα φροντίδας και νοσηλείας.

Περίπου 10.8 εκατομμύρια άνθρωποι στο Μεγάλη Βρετανία βρίσκονται πάνω από το όριο ηλικίας συνταξιοδότησης: 3.9 εκατομμύρια άνδρες είναι άνω των 65 ετών, και 6.9 εκατομμύρια γυναίκες άνω των 60 ετών. Σε μελέτη της Βασιλική Επιτροπής σε σχέση με την χρηματοδότηση των μακροπρόθεσμων υπηρεσιών φροντίδας υπολογίστηκε ότι το κόστος για την βιομηχανία υπηρεσιών φροντίδας ήταν £11 δισεκατομμύρια (€15.4 δισεκατομμύρια): £7 δισεκατομμύρια από το κράτος (NHS και κοινωνικές υπηρεσίες) και £4 δισεκατομμύρια από τους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους (Curtis, 2007). Η Επιτροπή, υπολόγισε ότι αυτές οι δαπάνες θα αυξάνονταν σε £14.7 δισεκατομμύρια το 2010, σε £19.9 δισεκατομμύρια το 2021, και £45.3 δισεκατομμύριο το 2051. Σχεδόν οι μισές από το σύνολο των κοινωνικών δαπανών προορίζεται για την κάλυψη του κόστους των υπηρεσιών για ηλικιωμένους και μεταξύ 900.000 και 1.2 εκατομμύριο των ανθρώπων εργάζεται στην βιομηχανία υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στην Αγγλία (δύο τρίτα των οποίων εργασία στον ανεξάρτητο τομέα, κυρίως σε μονάδες φροντίδας και «Nursing Homes»). Ο τομέας φροντίδας των ηλικιωμένων είναι ένα ευρύ πεδίο με μεγάλη επιχειρηματική δραστηριότητα (Malley et.al., 2005).

Με τεράστια χρηματικά ποσά να διακυβεύονται και να απαιτούνται για την παροχή του φάσματος των κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας για τους ηλικιωμένους, πολλές επιχειρήσεις και οργανώσεις τείνουν όλο και περισσότερο να ενσωματωθούν στο γενικό

βρετανικό σύστημα φροντίδας. “Υπό αυτές τις συνθήκες (παροντικές και μελλοντικές) οι οποίες επιδρούν στο Μεγάλη Βρετανία γενικότερα, οι προμηθευτές φροντίδας ατόμων τρίτης ηλικίας θα πρέπει να κατανοήσουν τις γενικές τάσεις, τα συστήματα και τις κυβερνητικές πολιτικές που είναι πιθανό να θέσουν επί σκηνής του τόπους διανομής και παροχής της φροντίδας καθώς επίσης και πολιτικές χρηματοδότησης κατά τη διάρκεια της επόμενης δεκαετίας” (Pickard, et.al., 2008)

Τέλος η κεντρική κυβέρνηση έχει εκφράσει επίσης ενδιαφέρον για την “γενίκευση” («mainstreaming») των μονάδων φροντίδας και νοσηλείας , δηλαδή την ενθάρρυνση για παροχή υπηρεσιών γενικά και όχι για παράδειγμα λειτουργία μονάδων από συγκεκριμένες θρησκευτικές ή εθνικές μειονότητες για τις κοινότητές τους.

5.1.2 Μορφές Φροντίδας

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι συνεχίζουν να ζουν στα σπίτια τους και δεν απαιτούν οποιαδήποτε επίσημη μακροπρόθεσμη φροντίδα. Δεδομένου ότι τα άτομα γερνούν είναι όλο και περισσότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν άτυπη ή απλήρωτη φροντίδα από τους συζύγους, τους συγγενείς, τους φίλους και τους γείτονες τους. Περίπου 5.7 εκατομμύρια άνθρωποι στην Μεγάλη Βρετανία παρέχουν κάποιο τύπο άτυπης φροντίδας, συνήθως για τους ηλικιωμένους. Οι περισσότεροι από αυτούς τους ανθρώπους περνούν 4 ώρες ή λιγότερο την εβδομάδα στο να παρέχουν την άνευ αμοιβής φροντίδα τους, αν και περίπου 800.000 παρέχουν την φροντίδα για 40 ώρες εβδομαδιαίως (επαγγελματικά). Εξήντα τοις εκατό των φροντιστών είναι γυναίκες, με μεγαλύτερο τύπο φροντίδας να είναι αυτή που παρέχεται στους γονείς ή τους συγγενείς τους, η φροντίδα αυτή συνήθως παρέχεται από ανθρώπους ηλικίας 40-64 ετών.

Για εκείνους που απαιτούν περισσότερους τυποποιημένες μορφές φροντίδας, υπάρχουν διάφορες διαφορετικές υπηρεσίες που παρέχονται από μια σειρά των μονάδων φροντίδας σε δημόσιους, ιδιωτικούς και εθελοντικούς φορείς. Η Βασιλική Επιτροπή («Royal Commission») για θέματα φροντίδας ηλικιωμένων προσδιόρισε επίσημα την μακροπρόθεσμη φροντίδα σε έξι τύπους, παρόλο που οι κατηγορίες επικαλύπται (Πίνακας 5.2).

Πίνακας 5.2 Μορφές φροντίδας ηλικιωμένων

Τύπος Φροντίδας	Ορισμός
Φροντίδα στο σπίτι	Παροχή προσωπικής φροντίδας και πρακτικής βοήθειας σε ηλικιωμένα άτομα στα σπίτια τους (λίγες ώρες την ημέρα)
Τοποθέτηση Ιδιωτών Φροντιστών	Τοποθέτηση επιλεγμένων φροντιστών στο σπίτι του ηλικιωμένου.
Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας	Φροντίδα η οποία παρέχεται σε εγκαταστάσεις εκτός σπιτιού. (λίγες ώρες την ημέρα)
Προστατευόμενες κατοικίες	Ανεξάρτητες κατοικίες σχεδιασμένες να προσφέρουν διαφόρων επιπέδων επίβλεψης.
Θεσμοποιημένη φροντίδα	Οργανωμένες εγκαταστάσεις, με σκοπό λειτουργίας τους την παροχή φροντίδας και νοσηλείας παρεχόμενες από τον δημόσιο τον ιδιωτικό ή εθελοντικό τομέα.
Αυξημένη/ Εντατική φροντίδα	Παρέχεται από μονάδες υγείας του ΕΣΥ.

Πηγή: «*Personal Social Services Research Unit*» (2005)

Υπάρχουν περίπου 600.000 άνθρωποι στην Μεγάλη Βρετανία ηλικίας 65 και άνω οι οποίοι λαμβάνουν οικιακή βοήθεια από τοπικές αρχές (Πίνακας 5.3). Η φροντίδα στο σπίτι μπορεί να περιλαμβάνει βοήθεια με τους εργασιές όπως η πλύσιμο των ρούχων και το λούσιμο ή επαγγελματική φροντίδα από νοσηλεύτριες και υπηρεσίες ποδιάρου.

Πίνακας 5.3 Αριθμός ηλικιωμένων οι οποίοι λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι

Τύπος Φροντίδας	Αριθμός Ηλικιωμένων
Φροντίδα από φροντιστές (τοπικών αρχών ή συγγενείς)	610,000
Υπηρεσίες νοσηλευτριών τοπικής κοινότητας	530,000
Ιδιωτική Φροντίδα	670,000
Γεύματα	240,000

Πηγή: «*Personal Social Services Research Unit*» (2005)

Περίπου το 30% του προϋπολογισμού για μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων αποδίδεται σε υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι και είναι προσανατολισμός των κυβερνητικών πολιτικών τα τελευταία χρόνια να παραμένουν οι ηλικιωμένοι στα σπίτια τους για όσο το δυνατό περισσότερο. Αυτό είναι επιδιώκεται διότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι προτιμούν να παραμείνουν στα σπίτια τους (δείτε τον πίνακα 3.4), αλλά και επειδή η υποστήριξη των ανθρώπων στην κατοικία τους θεωρείται περισσότερο "οικονομική" από την τοποθέτησή τους στη μονάδες φροντίδας και «Nursing Homes».

Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας λειτουργούν σε τοπικό επίπεδο και υπό τον συντονισμό τοπικών αρχών, εθελοντικών οργανισμών και υγειονομικών υπηρεσιών. Λόγω αυτής της αυξημένης ανάμιξης στον συντονισμό το επίπεδο των υπηρεσιών των κέντρων ημερήσιας φροντίδας διαφέρει πολύ από περιοχή σε περιοχή.

Οι υπηρεσίες των συγκεκριμένων κέντρων θα μπορούσαν να οριστούν ως παροχή κοινοτικής φροντίδας, με την χρήση εθελοντών ή επαγγελματιών (με αμοιβή) φροντιστών, εκτός της οικίας των ηλικιωμένων ανθρώπων. Οι υπηρεσίες παρέχονται για λίγες μόνον ώρες την ημέρα (περίπου 4-5 ώρες) σε ανθρώπους της τοπικής κοινότητας. Περίπου

260.000 άνθρωποι χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες φροντίδας, οι οποίες παρέχονται σε εγκαταστάσεις διαφόρων τύπων, συμπεριλαμβανομένων και νοσοκομειακών μονάδων.

Οι τοπικές αρχές παρέχουν περίπου στα τρία τέταρτα του συνόλου των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας στην Μεγάλη Βρετανία και εθελοντικές οργανώσεις παρέχουν το υπόλοιπο. Η λειτουργία τους είναι ζωτικής σημασίας για την ποιότητα της ζωής ατόμων τα οποία μπορεί να νιώθουν μοναξιά ή να πάσχουν από ασθένειες όπως «Alzheimer» ή άλλες μορφές άνοιας. Είναι επίσης σημαντικά στην παροχή ανακούφισης για φροντιστές ηλικιωμένων (οικογένειες, φίλοι κτλ.) απαλλάσσοντας τους για κάποιο χρονικό διάστημα από το καθήκον της φροντίδας του αγαπημένου τους προσώπου.

Προστατευόμενες κατοικίες

Πρόκειται για ομαδοποιημένου τύπου στέγαση που έχει μερικές κοινόχρηστες εγκαταστάσεις και υπηρεσίες όπως κοινό καθιστικά ή χώρους πλυντηρίων, φύλακας ή ένα σύστημα συναγερμού το οποίο ενεργοποιεί κάποια υπηρεσία ασφαλείας σε περίπτωση ανάγκης. Οι κατοικίες ανήκουν στους ηλικιωμένους ή ενοικιάζονται από αυτούς. Τέτοιου τύπου καταλύματα λειτουργούν σαν συγκροτήματα (γειτονιές) ηλικιωμένων ή οργανωμένα χωριά. Ο θεσμός γνώρισε άνθιση κατά την δεκαετία του '70 όπου κρατικές επιχορηγήσεις ενθάρρυναν επιχειρηματίες να επενδύσουν στον τομέα. Σήμερα με δεδομένη τον προσανατολισμό στην επιμήκυνση της παραμονή των ηλικιωμένων στα σπίτια τους οι αγορά των προστατευόμενων κατοικιών παρουσιάζει ύφεση. Τέλος οι ιδιοκτήτες τέτοιων εγκαταστάσεων αντιμετωπίζουν πρόβλημα ακόμα και στην ενοικίαση των διαμερισμάτων τους σε άλλες κατηγορίες του πληθυσμού καθώς είναι σχεδιασμένα για ηλικιωμένους (ράμπες, ανελκυστήρες σκαλιών κλπ.) (Malley et al., 2005).

Θεσμική φροντίδα

Υπάρχουν πάνω από 480.000 ηλικιωμένοι που κατοικούν σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων («Residential Homes») και «Nursing Homes», δηλαδή περίπου 1 ανά 20 ηλικιωμένους. Η Βασιλική Επιτροπή, υπολόγισε σχετικά με την μακροπρόθεσμη φροντίδα ότι το ένας σε πέντε άνδρες, και μία στις τρεις γυναίκες, ηλικίας 65 και άνω, θα απαιτήσουν τέτοιου είδους υπηρεσίες σε κάποιο βαθμό στην ζωή τους. Οι μονάδες φροντίδας παρέχουν γεύματα και προσωπική φροντίδα.

Τα «Nursing Homes» παρέχουν προσωπική φροντίδα και πιο εξειδικευμένη φροντίδα (νοσηλεία), γι' αυτό και θα πρέπει να απασχολήσουν καταρτισμένο νοσηλευτικό. Υπάρχουν ακόμα και μονάδες οι οποίες είναι διπλά συμβεβλημένες, δηλαδή μπορούν να φιλοξενήσουν ηλικιωμένους οι οποίοι χρίουν εντατικής νοσηλείας ή άτομα τα οποία χρειάζονται βοήθεια με τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Το 60% της μακροπρόθεσμης θεσμικής φροντίδας της χώρας παρέχεται σε μονάδες φροντίδας, το 33% τοις εκατό σε «Nursing Homes» και το υπόλοιπο νοσοκομειακές μονάδες της χώρας (Πίνακα 5.3). Οι δαπάνες της θεσμικής φροντίδας υπολογίζονται σε £8.3 δισεκατομμύριο τον χρόνο (Curtis, 2007).

Πίνακας 5.4 Αριθμός βρετανών ηλικιωμένων οι οποίοι απολαμβάνουν υπηρεσίες θεσμικών μονάδων μακροπρόθεσμης φροντίδας

Θεσμική Φροντίδα	Αριθμός Ηλικιωμένων		Σύνολο
Μονάδες Φροντίδας	Δημόσια Χρηματοδότηση Ιδιωτική Χρηματοδότηση	205,000 83,750	288,750
«Nursing Homes»	Δημόσια Χρηματοδότηση Ιδιωτική Χρηματοδότηση	115,000 42,500	157,500
Νοσοκομειακές Μονάδες		34,000	34,000
			480,250

Πηγή: «Personal Social Services Research Unit» (2005)

Ο μέσος όρος του χρόνου παραμονής σε θεσμικοποιημένες μονάδες φροντίδας υπολογίζεται να είναι 19.6 μήνες: 11.9 μήνες για εκείνους που αρχικά εισάγονται σε «Nursing Homes» και 26.8 μήνες για τους ενοίκους μονάδων φροντίδας.

Παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν σημαντικά την αύξηση των ποσοστών θνησιμότητας των ηλικιωμένων βρετανών είναι (με σειρά τη στατιστική σειρά): καρκίνος, υψηλό επίπεδο αναπηρίας, μεγάλη ηλικία, διαμονή σε «Nursing Home», νοσηλεία σε νοσοκομείο, αναπνευστικές παθήσεις και νοητική εξασθένιση.

Προς απάντηση των αποτελεσμάτων και εισηγήσεων της Βασιλικής Επιτροπής, μεταρρυθμίσεις και νομοθεσίες αποσκοπούν στην βελτίωση των υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους. Προσανατολισμός των κυβερνήσεων είναι η αύξηση των επίπεδων φροντίδας που παρέχονται στα σπίτια των ηλικιωμένων και μονάδες θεσμοποιημένης φροντίδας. Ακόμα γίνονται κινήσεις για την βελτίωση για τους τρόπους ιδιωτικής χρηματοδότησης των υπηρεσιών. Με αυτές τις αλλαγές να είναι μέρος μιας γενικής κίνησης από την κυβέρνηση για εκσυγχρονισμό της παροχής των κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας.

5.1.3 Η χρηματοδότηση μακροπρόθεσμης φροντίδας

Η έκθεση της Βασιλικής Επιτροπής σχετικά με τη μακροπρόθεσμη φροντίδα, , παρήχθη ως επακόλουθο των σπειροειδών δαπανών του κράτους για την φροντίδα και νοσηλεία ηλικιωμένων, και των ανησυχιών των ηλικιωμένων (και των οικογενειών τους) ότι θα πρέπει να πουλήσουν τα σπίτια τους για να πληρώσουν για τη θεσμική φροντίδα. Η Επιτροπή υπέβαλε συστάσεις σχετικά με το πλήρες φάσμα της μακροπρόθεσμης φροντίδας, για υπηρεσίες κατ' οίκον και σε μονάδες φροντίδας και νοσηλείας (Curtis, 2007).

Οι δαπάνες των μονάδων φροντίδας και νοσηλείας διαιρούνται μεταξύ του κράτους και των ιδίων των ηλικιωμένων. Τα σχετικά ποσά που καθένας (κράτος και ηλικιωμένοι) πρέπει να καταβάλει καθορίζεται από μια αξιολόγηση της οικονομικής δυνατότητας του ατόμου που απαιτεί την φροντίδα. Το 1997 μόλις πάνω από 70 τοις εκατό όλων των κατοίκων σε μονάδες φροντίδας χρηματοδοτήθηκαν με κάποιο τρόπο από το δημόσιο τομέα.

Μετά από τις συστάσεις της Βασιλικής Επιτροπής, η κυβέρνηση άλλαξε τον τρόπο με τον οποίο οι ιδιώτες πληρώνουν για τη μακροπρόθεσμη φροντίδα. Από τον Απριλίου του 2001, με περιουσιακά στοιχεία αξίας άνω των £16.000, κάποιος ηλικιωμένος θα έπρεπε να καταβάλει τις αμοιβές για την φροντίδα σε μονάδα φροντίδας και νοσηλείας (Σήμερα, Οκτώβριος 2008, το ποσό έχει ανεβεί στις £20.000). Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, στις οποίες ηλικιωμένοι διατηρούν περιουσιακά στοιχεία λιγότερο από £20.000, αναμένεται να συνεισφέρουν μερικώς στο κόστος της φροντίδας τους. Για εκείνους με κεφάλαιο μεταξύ

£10.000 και £20.000, £1 την εβδομάδα για κάθε £250 του κεφαλαίου θα πρέπει να συνεισφέρεται ενώ και το εισόδημα από την σύνταξη θα πρέπει να καταβάλλεται για την κάλυψη του κόστους φροντίδας νοσηλείας. Για εκείνους με περιουσιακά στοιχεία κάτω από £10.000, θα καταβάλλεται μόνο το εισόδημα από την σύνταξη (Citizens Information, 2008).

Μετά από τη συνεισφορά προς το κόστος φροντίδας τους, οι ένοικοι χρηματοδοτούνται με το ποσό των £20 εβδομαδιαίως το οποίο δαπανάται μόνο για προσωπικά τους έξοδα.

Μετά από τις κυβερνητικές αλλαγές, το σύστημα έχει αλλάξει έτσι ώστε η νοσηλευτικές υπηρεσίες ενός «Nursing Home» να είναι πλέον δωρεάν και η αξία του σπιτιού ενός ενοίκου να μην λαμβάνεται υπόψη κατά τη διάρκεια των πρώτων τριών μηνών της διαμονής του στην μονάδα.

5.2 Νομικό πλαίσιο λειτουργίας των «Nursing Homes»

5.2.1 Υγεία και Κοινωνική Πολιτική

Έχει παρατηρηθεί μια αυξημένη ζήτηση για παροχή υπηρεσιών των «Nursing Homes» την τελευταία εικοσαετία. Οι αιτίες, μεταξύ άλλων είναι η αύξηση του αριθμού των ατόμων σε ηλικία συνταξιοδότησης, αλλαγές στην νομοθεσία και η μείωση του αριθμού των «Nursing Homes» τα οποία λειτουργούσαν από τις τοπικές αρχές. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν περισσότερα από δέκα εκατομμύρια άνθρωποι οι οποίοι ορίζονται πάνω από το όριο ηλικίας συνταξιοδότησης στην Βρετανία (65 έτη), από τους οποίους τετρακόσιες ογδόντα χιλιάδες βρίσκονται σε Nursing Homes.

Το 1998 που η κυβέρνηση δημοσίευσε νομοθεσία σχετική με τον εκσυγχρονισμό των κοινωνικών υπηρεσιών («White Paper»), που από κοινού με το σχέδιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας του 2000 και το εθνικό πλαίσιο υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους το 2001, καθορίζουν αναδιαρθρώσεις υπηρεσιών, εξουσίες και αρμοδιότητες φορέων. Ακόμα και οι τρεις προαναφερόμενες πρωτοβουλίες αποσκοπούν στην βελτίωση κοινωνικών υπηρεσιών που ενισχύουν την ανεξαρτησία των ανθρώπων, βελτιώνουν την προστασία των ευάλωτων ανθρώπων και θέτουν πρότυπα λειτουργίας σε κάθε περιοχή της Μεγάλης Βρετανίας (Department of Health, 2001)

Στον τομέα της φροντίδας ηλικιωμένων το 2000 νομοθεσία η οποία αφορούσε την διανομή υπηρεσιών θεσμικών μονάδων ίσχυσε. Ο νόμος ονομάζεται “Εθνικά Πρότυπα Φροντίδας 2000” («National Care Standards 2000») και περιέχει 40 βασικά πρότυπα-κανονισμούς που καθορίζουν μαζί με υποδιαίρεσεις τους λεπτομέρειες για το πώς θα πρέπει να λειτουργούν και να διανέμουν τις υπηρεσίες του μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων και «Nursing Homes». Με οδηγό τα Εθνικά Πρότυπα Φροντίδας πραγματοποιούνται και οι επιθεωρήσεις των μονάδων και η ποιοτική αξιολόγηση τους.

Η κυβέρνηση του Εργατικού κόμματος, το οποίο κυβερνά στην Μεγάλη Βρετανία από το 1997 ελπίζει να πραγματοποιήσει αλλαγές σε έξι βασικές περιοχές: βελτίωση της πρόσβασης των υπηρεσιών, εξασφάλιση δικαιότερης χρηματοδότησης τους, ανάπτυξη υπηρεσιών οι οποίες προωθούν την ανεξαρτησία, βελτίωση της υγείας των ηλικιωμένων και αναπτύσσει αποτελεσματικότερες συνδέσμων μεταξύ της υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών.

5.2.2 Εθνικά Πρότυπα Φροντίδας («National Care Standards»)

Ένα καθοριστικό χαρακτηριστικό γνώρισμα των διαδοχικών κυβερνήσεων, κατά τη διάρκεια των τελευταίων είκοσι ετών, ήταν να εισαχθούν εθνικοί κανονισμοί και πρότυπα για την τοπική διάταξη υπηρεσιών. Στον τομέα της εκπαίδευσης, παραδείγματος χάριν, αυτό περιλαμβάνει την επιβολή ενός εθνικού προγράμματος σπουδών για όλα τα κρατικά σχολεία, ένα εθνικό σύστημα επιθεώρησης που πραγματοποιείται από το γραφείο για τα πρότυπα στην εκπαίδευση («OFSTED»), και την προστασία των μαθητών μέσω μιας εθνικής βάσης δεδομένων η οποία συμπεριλαμβάνει άτομα με ποινικό αδίκημα σχετικά με ανήλικα άτομα.

Το πρόγραμμα για την κοινωνική πρόνοια συμπεριλάμβανε την δημιουργία της Επιθεώρησης Κοινωνικών Υπηρεσιών («SSI – Social Services Inspectorate»), η οποία εξελίχθηκε στην Επιτροπή Επιθεώρησης Κοινωνικής Φροντίδας. Η Επιτροπή λειτουργεί με σκοπό τον έλεγχο του εργατικού δυναμικού στον τομέα των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και την εφαρμογή των 40 κανονισμών των “Εθνικών Πρότυπων Φροντίδας” στις μονάδες φροντίδας και τα «Nursing Homes» αλλά και σε άλλες κοινωνικές υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας στο σπίτι).

Μέχρι πρόσφατα, οι μονάδες φροντίδας και τα «Nursing Homes» συμβάλλονταν με τις τοπικές ή υγειονομικές αρχές οι οποίες ήταν και υπεύθυνες για τον έλεγχο τους. Με αυτό το σύστημα όμως παρατηρούνταν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα των υπηρεσιών. Έτσι τον Μαρτίου του 2001, η κυβέρνηση δημοσίευσε τον νόμο περί “Εθνικών Πρότυπων Φροντίδας 2000”, ο οποίος αντικαθιστά παλαιότερη σχετική νομοθεσία του 1984.

Αυτά τα πρότυπα έχουν εφαρμογή σε επτά βασικές περιοχές: την επιλογή μονάδας φροντίδας ή «Nursing Home», την επιλογή της προσωπικής φροντίδας, την καθημερινή ζωή και κοινωνικές δραστηριότητες, την έκφραση παράπονων, την προστασία των ενοίκων, το περιβάλλον των μονάδων, την επάνδρωση των μονάδων και την διαχείριση και διοίκηση τους.

Σύμφωνα με την νομοθεσία μονάδες φροντίδας και «Nursing Homes» απαιτείται γενικά να παρέχουν:

- Έκθεση του σκοπού τους για την ορθότερη ενημέρωση των χρηστών των υπηρεσιών.
- Σε κάθε χρήστη-ένοικο, μια γραπτή σύμβαση των όρων και των διατάξεων για την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας.
- Ένα λεπτομερειακό πλάνο φροντίδας για κάθε ένοικο.
- Φροντίδα και άνεση στους ενοίκους που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους, μεταχειρίζοντας το θάνατό τους με αξιοπρέπεια και ευπρέπεια, και να τηρούν τις πνευματικές ανάγκες, ιεροτελεστίες σύμφωνα με την θέληση τους.
- Κοινόχρηστους χώρους (εκτός των δωματίων, τους διαδρόμους και τις αίθουσες εισόδων) τουλάχιστον 4.1 τετραγωνικών μέτρων για κάθε ένοικο (να ισχύσουν από την 1η Απριλίου 2007 για τις μονάδες που λειτουργούν πριν από την 1η Απριλίου 2002)
- Εγκαταστάσεις ενσωματωμένου λουτρού στο δωμάτιο (με ελάχιστα W.C. και νιπτήρα) σε όλους τους χρήστες υπηρεσιών σε όλα τα νέα κτήρια ή τις επεκτάσεις από την 1η Απριλίου 2002
- Ένα ελάχιστο 12 τετραγωνικών μέτρων χρησιμοποιήσιμου χώρου επιφάνειας/πατώματος στα μονόκλινα δωμάτια, σε όλες την τα νέες μονάδες ή τις επεκτάσεις.
- Τουλάχιστον 10 τετραγωνικά μέτρα χρησιμοποιήσιμου χώρου επιφάνειας/πατώματος στα μονόκλινα δωμάτια στις ήδη υπάρχουσες μονάδες (από την 1η Απριλίου 2007)

- Μια ελάχιστη αναλογία 50 τοις εκατό κατάρτισης προσωπικού με «NVQ» επίπεδο 2
- Πρόγραμμα κατάρτισης και εκπαίδευσης για την διαβεβαίωση της ύπαρξης ανάπτυξης προσωπικού η οποία θα συμβαδίζει με τους εθνικό στόχο κατάρτισης του εργατικού δυναμικού της χώρας
- Ως διευθυντής θα πρέπει να είναι, ένα άτομο το οποίο θα έχει τουλάχιστον εμπειρία δύο ετών σε μια θέση ανώτερης διαχείρισης και προσόντα. Να είναι κάτοχος «NVQ» επίπεδου 4 στη διαχείριση και φροντίδα, να είναι πιστοποιημένος νοσοκόμος-α και να έχει σχετικά διοικητικά προσόντα
- Αποτελεσματική εξασφάλιση ποιότητας και συστήματα ποιοτικού ελέγχου, βασισμένα στην αναζήτηση των απόψεων των χρηστών υπηρεσιών, προκειμένου να αξιολογηθεί η επιτυχία στην ανταπόκριση των στόχων, των σκοπών και της “Έκθεσης σκοπού” της μονάδας.

Τα παραπάνω πρότυπα είναι μερικά από τα 40 του νόμου, τα οποία μαζί με τις υποδιαίρεσεις τους (όχι παραπάνω από 5) έχουν σχεδιαστεί ώστε να αποτελούν τις ελάχιστες προδιαγραφές για μονάδες φροντίδας, και πράγματι πολλές πληρούν ήδη τις περισσότερες από αυτές.

Εντούτοις, “Εθνικά Πρότυπα Φροντίδας 2000” είναι μια προσπάθεια να βελτιωθούν τα πρότυπα και να εξισορροπηθούν τις τοπικές παραλλαγές στην ποιότητα που έχουν παρατηρηθεί στο παρελθόν. Το πρόβλημα για πολλές μονάδες φροντίδας είναι ότι, ενώ τα πρότυπα αναμένονται να τηρούνται σε εθνικό επίπεδο η χρηματοδότηση ενοίκων των οποίων η φροντίδα καλύπτεται από το κράτος κυμαίνεται στα τοπικά επίπεδα λόγω των διαφορετικών οικονομικών πολιτικών των υγειονομικών περιφερειών ή τον τοπικών συμβουλίων (Commission of Social Care Inspection, 2008)

5.2.3 Επιτροπή Επιθεώρησης Κοινωνικής Φροντίδας

Η Επιτροπή είναι η αρμόδια υπηρεσία για την παρακολούθηση της Κοινωνική φροντίδας σε ολόκληρη την χώρα συμπεριλαμβανομένων των Κοινωνικών Υπηρεσιών των τοπικών αρχών. Γνωμοδοτεί και επιθεωρεί της υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας στον δημόσιο, ιδιωτική και εθελοντικό τομέα φροντίδας.

Λειτουργεί ανεξάρτητα μετά την ίδρυση της από την κυβέρνηση της χώρας ώστε να προωθεί βελτιώσεις στην κοινωνική φροντίδα και να εντοπίσει κακές πρακτικές. Αναφέρει κατευθείαν στην κεντρική κυβέρνηση και δημοσιεύει επίσημη αναφορά ετησίως για την υπηρεσίες και την ποιότητα τους, της οποίες απολαμβάνουν οι κάτοικοι της Μεγάλης Βρετανίας (Commission of Social Care Inspection, 2006)

Μια από τις αρμοδιότητες είναι η επιθεώρηση και αξιολόγηση των υπηρεσιών τοπικών συμβουλίων. Μία φορά τον χρόνο δημοσιεύουν την αξιολόγηση η οποία διαβαθμίζεται με επίπεδα “αστεριών” (3*=Άριστες υπηρεσίες, 2*=Κάλές, 1*= Επαρκείς και 0*=Ανεπαρκείς υπηρεσίες) και δείχνει πόσο καλά η τοπική αρχή λειτουργεί και εάν οι ανάγκες του τοπικού πληθυσμού καλύπτονται επαρκώς. Η αξιολόγηση και αποτελέσματα της είναι σημαντικά καθώς κακή διαβάθμιση αστεριών στις υπηρεσίες κάποιας τοπικής αρχής μπορεί και να οδηγήσει στην στενή επιτήρηση από την κεντρική κυβέρνηση.

Περνώντας στον χώρο των «Nursing Homes», η Επιτροπή εκδίδει άδειες λειτουργίας μονάδων φροντίδας και νοσηλείας ελέγχοντας εάν πληρούν τις νομικές προϋποθέσεις. Για παράδειγμα εάν κάποιος μελλοντικός ιδιοκτήτης ή διευθυντής «Nursing Home» είχε διαπράξει ποινικό αδίκημα στο παρελθόν η Επιτροπή μπορεί να αρνηθεί την έκδοση της άδειας λειτουργίας ή να ζητήσει επιπλέον έλεγχο και ασφαλιστικά μέτρα.

Σύμφωνα με ειδική νομοθεσία η επιτροπή η Επιτροπή έχει την δύναμη να πάψει λειτουργία μονάδων και υπηρεσιών οι οποίες δεν πληρούν της προϋποθέσεις και τα “Εθνικά Πρότυπα Φροντίδας 2000”.

Ο κορμός του οργανισμού αποτελείται από το σώμα των επιθεωρητών της κοινωνικής φροντίδας. Οι επιθεωρητές είναι έμπειροι επαγγελματίες από διάφορους χώρους οι οποίοι συγκεντρώνουν προϋποθέσεις για την διεξαγωγή επιθεωρήσεων σε μονάδες ή υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Τέλος ειδικοί εξωτερικοί συνεργάτες χρησιμοποιούνται για τομείς των επιθεωρήσεων τους οποίους δεν μπορεί να καλύψει ο οργανισμός.

5.2.4 Επιθεώρηση & Αξιολόγηση των «Nursing Homes»

Οι επιθεωρητές της Επιτροπή Επιθεώρησης Κοινωνικής Φροντίδας είναι κατανεμημένοι ανά περιοχές ευθύνης και επιθεωρούν τα «Nursing Homes» τα οποία τους ανατίθενται.

Ανά τακτά χρονικά διαστήματα (περίπου δύο χρόνια), οι μονάδες περνούν υπό την εποπτεία διαφορετικού επιθεωρητή. Έτσι, αποφεύγεται η δημιουργία δεσμών και σχέσεων με τους επιθεωρητές, αφήνοντας του δεύτερους αμερόληπτα να κάνουν το έργο τους.

Υπάρχουν τρεις διαφορετικοί τύποι επιθεωρήσεων που σκοπό έχουν την ενθάρρυνση των βελτιώσεων στις υπηρεσίες των «Nursing Homes».

Βασική Επιθεώρηση: Αυτός είναι ο πιο σημαντικός τύπος διότι πρόκειται για έναν διεξοδικό έλεγχο της μονάδας από τον επιθεωρητή ή την ομάδα των επιθεωρητών. Η επιθεώρηση πραγματοποιείται χωρίς προειδοποίηση και ύστερα από μελέτη εκθέσεων προηγούμενων επιθεωρήσεων. Ακόμα, πριν από την βασική επιθεώρηση, απόψεις (μέσω ερωτηματολογίων) για τις υπηρεσίες των «Nursing Homes» συλλέγονται και μελετώνται. Οι αναφορές των ενοίκων, των οικογενειών τους και άλλων επαγγελματιών, οι οποίοι συναναστρέφονται με τα «Nursing Homes», είναι σημαντικές πηγές. Ύστερα από την βασική αξιολόγηση, ο επιθεωρητής συντάσσει μια πρόχειρη έκθεση, την οποία ανακοινώνει μόνο στον διευθυντή της μονάδας, με τον οποίο συζητά τα ευρήματα. Μία επίσημη έκθεση ακολουθεί η οποία ανακοινώνεται στο κοινό μέσω του διαδικτύου (πρωτότυπα αντίγραφα αποστέλλονται δωρεάν κατά παραγγελία των ενδιαφερομένων). Η αξιολόγηση της μονάδας συμπεριλαμβάνεται στην επίσημη έκθεση της βασικής επιθεώρησης. Μία κλίμακα τεσσάρων βαθμίδων (μηδέν έως τρία αστέρια, με τρία να είναι το Άριστα) προσδιορίζει την ποιότητα των υπηρεσιών του εκάστοτε «Nursing Home».

Τυχαία Επιθεώρηση: Αποκαλείται έτσι διότι μπορεί να πραγματοποιηθεί ανά πάσα στιγμή. Συνήθως γίνεται για την συλλογή συμπληρωματικών στοιχείων για την βασική επιθεώρηση. Ακόμα, ύστερα από κάποια καταγγελία, αναφορά ή και αλλαγή διεύθυνσης ή ιδιοκτησίας ενός «Nursing Home», ο επιθεωρητής πραγματοποιεί μία “Τυχαία Επιθεώρηση”.

Θεματική Επιθεώρηση: Είναι μία επίσκεψη του επιθεωρητή στην μονάδα για την συλλογή πληροφοριών πάνω σε συγκεκριμένο αντικείμενο ή πρακτικές της μονάδας. Τέτοιες επιθεωρήσεις πραγματοποιούνται ύστερα από προειδοποίηση και συνήθως, για συμβουλευτικούς και εκπαιδευτικούς λόγους.

Ανάλογος με τις επιδόσεις των «Nursing Homes» είναι και ο αριθμός των επιθεωρήσεων που δέχονται. Οι επιδόσεις αξιολογούνται με τρόπο τέτοιον ώστε το κοινό χωρίς ειδικές γνώσεις να μπορεί να σχηματίσει άποψη για την ποιότητα της μονάδος.





Το τελικό αποτέλεσμα της βαθμολογίας εξαρτάται από την αξιολόγηση των 40 “Εθνικών Πρότυπων Φροντίδας 2000” και των υποδιαίρέσεων τους που εξετάζονται κατά την επιθεώρηση. Τα πρότυπα αξιολογούνται με μία κλίμακα τεσσάρων βαθμίδων.

1. Τα Πρότυπα δεν πληρούνται (υπάρχουν βασικές ελλείψεις)
2. Τα Πρότυπα σχεδόν πληρούνται (υπάρχουν μικρές ελλείψεις)
3. Τα Πρότυπα πληρούνται (δεν υπάρχουν ελλείψεις)
4. Τα Πρότυπα υπερέβησαν (αξιέπαινο)

Ο μέσος όρος του αποτελέσματος δίνει και τον χαρακτηρισμό της μονάδος.

Με μία πολύ απλή κλίμακα τεσσάρων επιπέδων, ένα «Nursing Home» και οι υπηρεσίες του μπορεί να αξιολογηθεί ως : ανεπαρκές, επαρκές, καλό και άριστο (Πίνακας 4.5)

Πίνακας 5.5 Συχνότητα Βασικών Επιθεωρήσεων σε μονάδες «Nursing Homes»

Ποιοτική Αξιολόγηση	Συχνότητα
 Άριστα	Μία Βασική Επιθεώρηση τουλάχιστον κάθε τρία χρόνια
 Καλά	Μία Βασική Επιθεώρηση τουλάχιστον κάθε δύο χρόνια
 Επαρκείς	Μία Βασική Επιθεώρηση τουλάχιστον κάθε ένα χρόνο
 Ανεπαρκείς	Δύο βασικές επιθεώρηση τον χρόνο

Πηγή: «Commission of Social Care Inspection» (2008)

Το τελικό αποτέλεσμα της αξιολόγησης εξαρτάται από την αξιολόγηση των Προτύπων που εξετάζονται κατά την επιθεώρηση. Τα πρότυπα αξιολογούνται με μία κλίμακα τεσσάρων βαθμίδων και ο μέσος όρος του αποτελέσματος δίνει και τον αριθμό των αστεριών.

Συμπερασματικά

Τα τελευταία χρόνια, έχουν υπάρξει τεράστιες αλλαγές στο βρετανικό σύστημα των κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας για τους ηλικιωμένους. Αυτές οι αλλαγές τίθενται ως στόχος να συνεχιστούν και οδηγούνται από έναν συνδυασμό δημογραφικών, οικονομικών, πολιτικών και κοινωνικών παραγόντων.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι θα συνεχίσουν να ζουν στα σπίτια τους, αλλά υπάρχουν κι εκείνοι που χρειάζονται επίσημη φροντίδα, αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί σε ποικίλες τοποθετήσεις, συμπεριλαμβανομένων των σπιτιών των ιδίων ανθρώπων (οικιακή φροντίδα), τα κέντρα ημέρας, και τις μονάδες φροντίδας και «Nursing Homes». Οι ετήσιες δαπάνες για τη μακροπρόθεσμη φροντίδα υπολογίστηκαν να είναι 11 δισεκατομμύρια λίρες το 1995, σχεδόν σε 20 δισεκατομμύρια λίρες το 2021 και προβλέπεται να ανέλθουν σε 45.3 δισεκατομμύρια λίρες το 2051 (Curtis, 2007).

Εντούτοις, η γενική κατεύθυνση της κυβέρνησης είναι να ενθαρρύνει τους ανθρώπους να παραμείνουν ανεξάρτητοι στα σπίτια τους, να επιβάλει εθνικά πρότυπα στις υπηρεσίες φροντίδας, και να ισορροπήσει τις δαπάνες διατήρησης ή ανάπτυξης της τρέχουσας παροχής υπηρεσιών.

6. Ο ΧΡΗΣΤΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, ΠΕΛΑΤΗΣ & ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ

6.1 Η εισαγωγή στο «Nursing Home»

Η εγκατάσταση σε ένα «Nursing Home» απαιτεί σκέψη, σχεδιασμό και χρόνο. Πραγματοποιώντας εκ των προτέρων επισκέψεις στον χώρο της μονάδας θα βοηθούσε τον ηλικιωμένο να αποφασίσει για την εισαγωγή και πώς αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί καλύτερα και τι θα επιθυμούσε να φέρει μαζί του με την έννοια των προσωπικών του αντικειμένων. Φέρνοντας έπιπλα και σημαντικά υπάρχοντα θα ενισχύσει το αίσθημα της κυριότητας του για το νέο περιβάλλον.

Νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να εξομαλύνει την εμπειρία σε λιγότερο τραυματική δείχνοντας ευαισθησία στα συναισθήματα του ηλικιωμένου και σιγουρεύοντας ότι ο νέος ένοικος έχει συστηθεί με όλα τα μέλη του προσωπικού και του περιβάλλοντος (*Hooker, 1991*).



6.2 Αξιολόγηση Ηλικιωμένων

Κατά την διάρκεια της επισκέψεως πριν την εισαγωγή, το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να δημιουργήσει το προφίλ του ατόμου. Οι πληροφορίες μπορούν να συμπεριλαμβάνουν μεταξύ άλλων τον πλήρες ονοματεπώνυμο του ατόμου, γένος, φυλή, όνομα συζύγου ή συντρόφου, οικογενειακά μέλη και άτομα ενημέρωσης σε περίπτωση ανάγκης, όνομα και τοποθεσία εκκλησιών ή θρησκευτικών κέντρων στα οποία είναι προσκείμενος ο ηλικιωμένος κτλ.

Αξιολόγηση του τρόπου ζωής του ηλικιωμένου θα πρέπει να ακολουθεί μία τυπική ημέρα από την στιγμή της αφυπνίσεως μέχρι την στιγμή της κατακλίσεως του ατόμου. Οι πληροφορίες αυτές μπορεί να συμπεριλαμβάνουν τα ακόλουθα, συνήθειες ύπνου, παραλλαγές και ποιότητα ύπνου, διατροφή και ποσότητα τροφίμων και πότων τα οποία καταναλώνονται σε μία ημέρα καθώς και η συχνότητα των γευμάτων. Προτιμήσεις, δύναμη και δεξιότητες για την πραγματοποίηση καθημερινών δραστηριοτήτων. Γεγονότα και δραστηριότητες ζωής τα οποία προσδίδουν την αίσθηση της ταυτότητας. Οικογενειακές και φιλικές συναναστροφές καθώς και κοινωνικές δραστηριότητες και ασχολίες ελεύθερου χρόνου.

Η αλλαγή κατοικίας είναι ένα σημαντικό γεγονός και ο αντίκτυπος τον οποίο μπορεί να έχει στον ηλικιωμένο άτομο δεν θα πρέπει να παραγνωρίζεται. *“Εάν η αλλαγή κατοικίας είναι το αποτέλεσμα αλλαγών, για παράδειγμα συνταξιοδότηση, αρρωστημένη υγεία ή θάνατος συντρόφου και συγκεκριμένα εάν το ηλικιωμένο άτομο έχει περιορισμένες επιλογές από το να αλλάξει κατοικία, η συνέπεια από τέτοιου είδους αλλαγές ίσως και να αποδειχτεί θανάσιμη.”* (Kane, 1990). Η συνέχιση λοιπόν του προ εισαγωγής τρόπου ζωής για τον ηλικιωμένο άτομο είναι σημαντική.

6.3 Συνέχιση του τρόπου ζωής

Όταν κάποιος ηλικιωμένος εισέρχεται σε ένα μία μονάδα όπως τα «Nursing Homes», είναι σημαντικό ότι θα γίνει προσπάθεια να σιγουρευτεί η συνέχιση των κοινωνικών του επαφών και του τρόπου ζωής του. Το προσωπικό, χρησιμοποιώντας βιογραφίες και προσεγγίσεις όπως αναπολήσεις και ανασκοπήσεις βίου θα μπορούσε να βοηθήσει στην

διευκόλυνση της μετάβασης από το σπίτι στο «Nursing Home», και θα βοηθούσε τον ηλικιωμένο να προσαρμοστεί στην νέα κατάσταση. Ακόμα τέτοιου είδους προσεγγίσεις μπορούν να βοηθήσουν τον ηλικιωμένο να συντηρήσει την επαφή με τις αναμνήσεις του και σημαντικά για εκείνον γεγονότα, και να βοηθήσουν το νοσηλευτικό προσωπικό να δει το περιεχόμενο της ζωής ενός γερασμένου ανθρώπου παρά σαν έναν απλό ασθενικό εξαρτημένο ένοικο (*Kane, 1990*).

Μόλις οι προτεραιότητες του ατόμου έχουν αναγνωριστεί η μονάδα θα πρέπει να κάνει κάθε προσπάθεια να διευκολύνει τη συνέχιση των δραστηριοτήτων και των κοινωνικών επαφών. Εάν για παράδειγμα ο νέος ένοικος θελήσει να επισκεφθεί μία εκκλησία, συναγωγή ή θρησκευτικά κέντρα μία φορά την εβδομάδα, το προσωπικό (υπεύθυνος δραστηριοτήτων) θα μπορούσε να κανονίσει την μεταφορά και την πραγματοποίηση αυτής της επιθυμίας. Εάν ο ηλικιωμένος είναι σωματικά αδύναμος να κάνει τέτοια μετακίνηση, τότε ιερέας, ραβίνος ή θρησκευτικός ηγέτης θα μπορούσε να προσκαλεστεί στην μονάδα για την διευκόλυνση του ενοίκου. Παρόμοια αντιμετώπιση δίνεται σε αυτούς οι οποίοι επιθυμούν να έχουν κοινωνικές εξόδους.

Η *Ford* αναφέρει ότι (*αναφέρεται στο Hodkinson, 1988*), “*Ισορροπώντας τον προ-εισαγωγής τρόπο ζωής με το περιβάλλον του «Nursing Home», το περιβάλλον μίας μονάδας φροντίδας χρειάζεται να είναι ικανό να εξισορροπεί την ατμόσφαιρα για την διαφορετικότητα του καθενός, χωρίς να το κάνει ένα μέρος στο οποίο ο ηλικιωμένος δεν ξέρει τι θα συμβεί μετά*”.

Επιλογές θα πρέπει να δύνονται στους ενοίκους-πελάτες για κάθε άποψη της καθημερινότητας. Αυτό σημαίνει για παράδειγμα, ότι γεύματα θα μπορούσαν να προσφέρονται συγκεκριμένες ώρες για εκείνους οι οποίοι επιθυμούν να γευματίσουν. Για ενοίκους οι οποίοι ξυπνούν αργά, ή αρέσκονται στο να δειπνούν αργά, θα μπορούσαν να υπάρχουν τρόποι για την κάλυψη των αναγκών τους. Το φαγητό δεν θα πρέπει να είναι άγευστο και επιλογές πολυεθνικών φαγητών θα πρέπει να παρέχονται. Εάν κάποιος ένοικος επιθυμεί μόνο μία φέτα τoστ με βούτυρο ή απολύτως τίποτα, τότε αυτό θα είναι το οποίο θα πρέπει να του προσφερθεί.

Ωράρια ύπνου επίσης διαφέρουν μεταξύ νεότερων και ηλικιωμένων. Μεγαλύτεροι σε ηλικία άνθρωποι μπορούν αντιμετωπίσουν σημαντικές αλλαγές στο συνήθη ωράριο

κατάκλισης τους μετά από εισαγωγή σε κάποια μονάδα φροντίδας ή «Nursing Home», και κατανόηση των αναγκών ύπνου κάποιου ηλικιωμένου μπορεί να οδηγήσει στην βελτίωση της ευημερίας του ατόμου. Το προσωπικό οφείλει να επιτρέπει στους ηλικιωμένους να πηγαίνουν για ύπνο όταν εκείνοι το επιλέξουν. Ηλεκτρονικοί υπολογιστές, τηλεοράσεις και ραδιόφωνα προσφέρουν μεγάλη ευχαρίστηση όταν κάποιος δεν μπορεί να κοιμηθεί. Πρόσβασή σε ροφήματα όπως το τσάι και άλλα αναψυκτικά θα πρέπει να παρέχεται κατά την διάρκεια νυχτερινών ωρών.

Κάποιοι ηλικιωμένοι διατηρούν την δυνατότητα να διαχειρίζονται οι ίδιοι τα οικονομικά τους ζητήματα. Το προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρύνει τους ενοίκους να διατηρούν την ανεξαρτησία τους με τα χρήματα. Ένοικοι έχουν τα δικά τους βιβλιάρια ή ηλεκτρονικές κάρτες συντάξεων και συλλέγουν τις συντάξεις τους προσωπικά ή να κανονίζουν να συλλεχτούν από άλλους (συγγενείς, φίλους ή διοικητικό προσωπικό μονάδων).

Το προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρύνει τις οικογένειες και τους φίλους να επισκέπτονται τους ηλικιωμένους εάν και αυτό είναι που επιθυμούν οι ένοικοι. Η οικογένεια είναι μία αξιόπιστη πηγή και μπορεί να κάνει πολλά πράγματα για τον ηλικιωμένο.

Τα κατοικίδια ζώα, συχνά αμβλύνουν την κοινωνικότητα των ηλικιωμένων και το βοηθούν να αισθάνονται αναγκαίοι και αγαπητοί. Προσφέρουν την αίσθηση της αφής και με το χαϊδεμα σκύλου ή γάτας ενθαρρύνεται η κίνηση των άκρων. Εάν ωστόσο η διάταξή της μονάδος ή η κατάστασή των ενοίκων δεν επιτρέπει την διατήρηση κατοικίδιων, διάφοροι εθελοντικοί «PET» («Pets as Therapy» - κατοικίδια ζώα σαν θεραπεία) σχηματισμοί αναλαμβάνουν δράσει και φέρνουν σε επαφή ηλικιωμένους με τα ζώα.

6.4 Παράγοντες ικανοποίησης που καταγράφηκαν από τους ηλικιωμένους

Από τις προσωπικές συνεντεύξεις μας με ενοίκους των «Nursing Homes» *Elm Royd*, *Ingwood* και *Heathbank* αλλά και από την επαφή μας με το προσωπικό των μονάδων παρατηρήθηκε παράγοντες οι οποίοι συμβάλουν στην ικανοποίηση των ηλικιωμένων αναφέρονται συχνά.

Μερικοί από αυτούς είναι:

- Να μπορώ να κρατάω τα προσωπικά μου αντικείμενα στο δωμάτιο μου

- Να γίνεται κάτι όταν θέτων ένα προβληματισμό μου ή ένα παράπονο
- Η προσωπική ζωή να είναι σεβαστή
- Το προσωπικό να ενδιαφέρεται προσωπικά για εμένα
- Το μέρος να είναι χαρούμενο
- Ιατρική φροντίδα να είναι διαθέσιμη
- Όταν καλώ για βοήθεια - προσοχή να έρχεται σε λογικό χρονικό διάστημα
- Καθαριότητα του δωματίου μου και του χώρου
- Επιλογή για κατάκλιση

Οι παραπάνω παράγοντες ικανοποίησης παρουσιάστηκαν και συζητήθηκαν και σε συναντήσεις προσωπικού του *Elm Royd Nursing Home* και πολύ ωφέλιμες συζητήσεις και πληροφορίες πέρασαν στα μέλη της ομάδας. Επίσης η διοίκηση αποφάσισε να συμπεριλάβει μία λίστα προτεραιοτήτων φτιαγμένη από του ενοίκους στο σύστημα διαφύλαξης ποιότητας της μονάδος για την επόμενη χρονιά.

6.5 Η ζωή των ενοίκων στα «Nursing Homes»

Περπατώντας στους διαδρόμους ενός «Nursing Home», συχνά θα συναντούνται ηλικιωμένοι οι οποίοι προσπαθούν να μετακινηθούν στους χώρους του (με ή χωρίς βοήθεια). Τις περισσότερες φορές χαμογελούν στιγμιαία και συνεχίζουν. Άλλοι καθούμενοι σε αναπαυτικές πολυθρόνες σου δείχνουν την εντύπωση ότι ηρεμούν και ότι δεν έχουν έγνοιες ή ανησυχίες.

Για την απόδοση μια ολοκληρωμένης εικόνας των μονάδων που μελετούνται σε αυτή την μελέτη, συναντήσαμε και καταγράψαμε την καθημερινότητα τριών ενοίκων «Nursing Homes». Μέσα από το υλικό που ακολουθεί παρακάτω ο αναγνώστης θα μπορέσει να αντιληφθεί ότι οι ηλικιωμένοι ένοικοι των «Nursing Homes» έχουν τις δικές τους ανησυχίες και σκέψεις.

Περίπτωση 1: Alice

Η *Alice* ζει στο «Heath Bank Nursing Home» εδώ και 18 μήνες. Ζούσε με τον σύζυγό της, ο οποίος πέθανε πριν από πέντε χρόνια από καρκίνο του οισοφάγου. Για τρία χρόνια πριν την εισαγωγή της στην μονάδα έμενε στο σπίτι τους με αυξανόμενα επίπεδα οικιακής υποστήριξης και γεύματα οργανωμένα από εθελοντικό οργανισμό. Έχει δύο παιδιά, έναν γιο που ζει στις Ηνωμένες Πολιτείες και μια κόρη που ζει στο Λονδίνο.

Τον Ιανουαρίου του 2008 είχε ατύχημα το σπίτι της και έσπασε τον γοφό της. Μετά από μια περίοδο στο νοσοκομείο, η κόρη της την έπεισε για να εισαχθεί στο «Nursing Homes» επειδή τα αυξανόμενα επίπεδα φυσικής αδυναμίας της δεν της επέτρεπαν φροντίσει τον εαυτό της.

Το «Heath Bank Nursing Home» είναι μια μονάδα με δυναμικότητα 50 κλινών, η οποία διοικείται από ιδιωτικό οργανισμό. Η μονάδα πρόσφατα ανακαινίστηκε, με βασική αλλαγή την δημιουργία εσωτερικών W.C. σε όλα τα δωμάτια των ενοίκων.

Η *Alice* έχει διακοσμήσει το δωμάτιό της με οικογενειακές φωτογραφίες. Έχει επίσης την δική της τηλεόραση, γραμμή τηλεφώνου και ένα φορητό ραδιόφωνο. Το «Heath Bank» έχει καλή φήμη σε αντίθεση με δύο άλλες μονάδες που επισκέφτηκε προτού να φθάσει εδώ. Ακόμα σχολίασε ότι δεν έχει άσχημη μυρωδιά ούρων και είναι πάντα καθαρό.

7.30 π.μ.

Η *Alice* είναι ξύπνια εδώ και μια ώρα. Έχει αρθρίτιδα, η οποία, πρόσφατα, της έχει προκαλέσει πόνους. Οι περισσότεροι από τους άλλους ενοίκους είναι επίσης ξύπνιοι ή ξυπνούν, ενώ η νοσοκόμα της ημερήσιας βάρδιας λαμβάνει αναφορά από την βραδινή νοσοκόμα. Η *Alice* έχει ντυθεί αλλά δεν μπορεί να βάλει τις κάλτσες και τα παπούτσια της χωρίς τη βοήθεια του προσωπικού φροντίδας.

8-9 π.μ.

Πέντε λεπτά πριν τις 8 φθάνει για το πρωινό, το οποίο συνήθως παίρνει καθημερινά πριν τις 9 π.μ. Αν και οι ένοικοι μπορούν θεωρητικά να καθίσουν όπου θέλουν, στην πράξη ο καθένας έχει τον τραπέζι του και μοιράζεται όλα τα γεύματά με τους ίδιους ανθρώπους. Η *Alice* κάθεται σε ένα τραπέζι με άλλες τρεις γυναίκες, οι οποίες είναι κινητικά ευπαθείς

αλλά διανοητικά ενεργές. Οι ένοικοι των άλλων τραπεζιών παρουσιάζουν σημάδια μεγαλύτερης διανοητικής αδυναμίας.

Στη μονάδα λειτουργεί μία ξεχωριστή πτέρυγα για εκείνους που πάσχουν από άνοια. Η *Alice* μισεί να γευματίζει στην τραπεζαρία με τους ανθρώπους που είναι πνευματικά “ταραγμένοι”, την κάνει να αισθάνεται γερασμένη και της δίνει την αίσθησή ότι ζει σε ίδρυμα.

9-10 π.μ.

Μετά από το πρωινό, η *Alice* επιστρέφει στο δωμάτιό της με την βοήθεια του προσωπικού και περιμένει για το λουτρό της βλέποντας τηλεόραση. Η υγιεινή σώματος πραγματοποιείται συνήθως δύο φορές την εβδομάδα. Η *Alice* έχει ντους στο δωμάτιό της, αλλά δεν το χρησιμοποιεί, επειδή φοβάται την πιθανή πτώση. Όταν δύο βοηθοί φροντίδας φθάνουν, την βοηθούν να μετακινηθεί στο λουτρό, να ξεντυθεί και χρησιμοποιώντας τον ειδικό εξοπλισμό ανύψωσης την τοποθετούν στο νερό. Της *Alice* πάντα τις άρεσε το μπάνιο και ακόμα το απολαμβάνει, αλλά, με τον πιεσμένο χρόνο του προσωπικού, δεν μπορεί να “μουλιάζει” στο νερό όπως της άρεσε να κάνει όταν ήταν νεώτερη. Το βρίσκει εξευτελιστικό να είναι γυμνή και ένας σχετικά ξένος να την βοηθά με την υγιεινή της, αλλά λέει ότι προσπαθεί να μην το σκέφτεται πάρα πολύ.

10 π.μ. – 12π.μ.

Μόλις τελείωσε με το λουτρό της η *Alice* πήγε στον καθιστικό, το οποίο έχει αρκετό κόσμο σήμερα. Μερικοί από τους ενοίκους κάνουν την αγγειοπλαστική, ενώ άλλοι πλέκουν. Δεν έχει πραγματικούς φίλους στο «Nursing Home». Λέει ότι προσπαθεί να είναι φιλική, αλλά στην ηλικία της αισθάνεται ότι είναι πάρα πολύ αργά για να διαμορφώσει φιλίες. Εντούτοις, θεωρεί ότι είναι σημαντικό να παραμείνει διανοητικά ενεργή και να μην χαθούν οι ικανότητές της.

12 π.μ.-1 μ.μ.

Το μεσημεριανό γεύμα σερβίρεται. Οι ένοικοι έχουν δύο επιλογές: Κρέας με πουρέ και βραστά λαχανικά ή ζυμαρικά με κόκκινη σάλτσα. Της *Alice* της αρέσουν τα φαγητά της κουζίνας αλλά πολλοί άλλοι παραπονιούνται.

1 μ.μ.-2 μ.μ.

Μετά το μεσημεριανό γεύμα, η *Alice* θα συμμετάσχει σε μία ομάδα κινησιοθεραπείας. Ένας φυσιοθεραπευτής καθοδηγεί μια ομάδα δέκα ενοίκων μέσω μιας σειράς ασκήσεων με σκοπό να διατηρήσουν και να ενισχύσουν τις φυσικές ικανότητές τους. Οι ένοικοι κάθονται στις καρέκλες σε έναν κύκλο ενώ ο φυσιοθεραπευτής τους δείχνει διάφορες ασκήσεις.

2-6 μ.μ.

Η *Alice* επιστρέφει στο δωμάτιο της για ξεκούραση. Στο μεγάλο καθιστικό του «Nursing Home» διεξάγεται δραστηριότητα «Bingo» αλλά η *Alice* αισθάνεται κουρασμένη και δεν έχει όρεξη.

Στον ίδιο όροφο, διάφοροι ένοικοι είναι καθισμένοι στις αναπαυτικές πολυθρόνες κοιμούνται. Μερικοί από αυτούς τους ενοίκους περνούν σχεδόν ολόκληρες ημέρες καθισμένοι εκεί. Το προσωπικό αντιμετωπίζει δυσκολία προσπαθώντας να ισορροπήσει την επιλογή και ανεξαρτησία του «πελάτη» και την γνώση ότι εάν δεν συμμετέχουν στις δραστηριότητες πολύ γρήγορα θα επιδεινωθούν, φυσικά και διανοητικά.

6-7 μ.μ.

Στο δείπνο οι ένοικοι μπορούν επίσης να επιλέξουν μεταξύ δύο γευμάτων, αλλά η *Alice* δεν είναι πολύ πεινασμένη. Το προσωπικό φροντίδας την παροτρύνει για να φάει λόγω ακόμα, αλλά εκείνη επιλέγει να σταματήσει.

7-9 μ.μ.

Μετά από το γεύμα υπάρχει μια ομάδα συζήτησης σε ένα δωμάτιο, και ένα παιχνίδι ταινιών σε ένα άλλο. Η *Alice* αποφασίζει να πάει στο δωμάτιό της, διαβάζει ένα βιβλίο και ακούει ραδιόφωνο. Στις 10 μ.μ. αποφασίζει να πάει στο κρεβάτι και ένας βοηθός φροντίδας έρχεται να τη βοηθήσει. Περίπου στις 10.30 μ.μ. η *Alice* αποκοιμήθηκε.

Περίπτωση 2: Denis

Ο *Denis* ζει στο «Elm Royd Nursing Home», στην ειδικευμένη πτέρυγα για ηλικιωμένους με προβλήματα ανίας, που ικανοποιεί τις ανάγκες 15 ανθρώπων. Η πλειοψηφία των ενοίκων έχει κάποια μορφή ψυχιατρικής ασθένειας, αν και οι περισσότεροι είναι σε θέση να πλυθούν και να ντυθούν μόνοι τους. Η μονάδα άνοιας έχει το σαλόνι, το λουτρό και την

κουζίνα της, χωριστά από την υπόλοιπη μονάδα. Το δωμάτιο του *Denis* αποτελείται από ένα κρεβάτι νοσοκομειακού τύπου, μια πολυθρόνα και ένα πτυσσόμενο τραπέζακι. Οι ένοικοι στα περισσότερα δωμάτια έχουν φωτογραφίες, εικόνες και προσωπικά αντικείμενα., αλλά το δωμάτιο του *Denis* δεν έχει αντικείμενα διακόσμησης, διότι αυτός τα μετακινεί και πολλές φορές καταστρέφει.

Ο *Denis* γεννήθηκε στο «Leeds» και ζει στη μονάδα φροντίδας εδώ και ένα χρόνο. Πάσχει από την ασθένεια του *Alzheimer*, κι έτσι η μνήμη του είναι εξαιρετικά περιορισμένη, και ιδιαίτερα η βραχυπρόθεσμη. Έχει τρεις γιους, και η σύζυγός του, που τον φρόντιζε στο παρελθόν, πέθανε τον προηγούμενο χρόνο.

7-8 π.μ.

Ο *Denis* κοιμήθηκε σπασμωδικά την προηγούμενη νύχτα. Έχει ακράτεια και το βραδινό προσωπικό φροντίδας έπρεπε να τον αλλάξει δύο φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας. Στις 7.30 π.μ. ένας βοηθός φροντίδας τον ξυπνά, και τον βοηθά να ετοιμαστεί για το πρωινό.

8-10 π.μ.

Το πρωινό για το *Denis* αποτελείται από “κουάκερ”, φρυγανιά και το χυμό πορτοκάλι. Αφού τελειώσει πηγαίνει στο σαλονιού όπου κάθεται σε μια από τις υψηλές πολυθρόνες.

10 π.μ. - 12.30 μ.μ.

Δεν υπάρχει καμία συγκεκριμένη δραστηριότητα για τους ενοίκους αυτό το πρωί. Χθες, ένας αρωματο-θεραπευτής επισκέφτηκε τη μονάδα, και, παίζοντας χαλαρωτική μουσική, έτριψε τα πόδια των κατοίκων χρησιμοποιώντας τα αρωματικά έλαια. Σήμερα, το προσωπικό φροντίδας παίζει για τους κατοίκους μουσική της εποχής τους.

12.30-2 μ.μ.

Το μεσημεριανό γεύμα σερβίρεται στις 12.30. Το φαγητό στη μονάδα προσφέρεται με πρόγραμμα εναλλαγής τεσσάρων εβδομάδων. Η επιλογή δίνεται στους κατοίκους κατά τη διάρκεια του δείπνου για το τι θα επιθυμούσαν να φάνε την επόμενη ημέρα. Σήμερα στους ενοίκους δίνεται η επιλογή ορεκτικού ανάμεσα σε σούπα και σαλάτας, που ακολουθείται από κύριο πιάτο ζεστού ή κρύου ψητού κοτόπουλου, με ψητές πατάτες και εποχιακά λαχανικά, και επιδόρπιο τάρτας λεμόνι, παγωτό ή φρέσκα φρούτα. Μετά το μεσημεριανό γεύμα, τους προσφέρεται τσάι ή καφές. Μόλις τελειώσει το μεσημεριανό του γεύμα, ο

Denis φροντίζεται από το προσωπικό το οποί αλλάζει την πάνα ακράτειάς την οποία είναι απαραίτητο να φοράει.

2-5 μ.μ.

Στις 2 μ.μ., οι ένοικοι της μονάδα μαζεύονται στο σαλόνι όπου παίζεται επιτραπέζιο παιχνίδι. Το απόγευμα, 3.30 μ.μ., σερβίρεται τσάι ή χυμός με μπισκότα. Ο Denis έχει μερικές φορές επισκέψεις από έναν από τους γιους του.

5-8 μ.μ.

Στις 5 μ.μ., ο Denis πηγαίνει με τους υπόλοιπους ενοίκους για το δείπνο. Για ορεκτικό υπάρχει ρέγκα σερβιρισμένη σε μαρούλι, ακολουθούμενο από σούπα λαχανικών. Το κυρίως πιάτο αποτελείται από ψητό σολομός, ψημένες και βρασμένες πατάτες και πράσινα φασόλια, και το επιδόρπιο είναι μηλόπιτα και μπισκότα με τυρί. Μετά από το γεύμα, διάφοροι κάτοικοι συναθροίζονται στο σαλόνι για λίγο, αλλά ο Denis επιστρέφει στο δωμάτιο του όπου πλένεται, καθαρίζεται από το προσωπικό και ετοιμάζεται για ύπνο.

Περίπτωση 3: Beatrice

Η *Beatrice* ζει στο *Ingwood* εδώ και δύο χρόνια. Μετακινήθηκε στη μονάδα αυτή μετά από μια μεγάλη παραμονή στο νοσοκομείο έπειτα από ένα εγκεφαλικό. Έχει περιορισμένη κίνηση από την αριστερή πλευρά της, και το εγκεφαλικό έχει επηρεάσει επίσης την ομιλία της. Τρία παιδιά της την βοήθησαν να επιλέξει το μονάδα φροντίδας, πρώτιστα επειδή είναι κοντά όπου ζουν, και επιπλέον επειδή είχαν ακούσει ότι έχει καλή φήμη.

Το δωμάτιο της *Beatrice* είναι μικρό, με ένα κρεβάτι νοσοκομειακού τύπου, ένα κομμό και το W.C. είναι ενσωματωμένο με το δωμάτιο. Το *Ingwood* διαιρείται σε δύο ορόφους, με δυναμικότητα 32 κλίνες.

7.30 π.μ. - 9.15 π.μ.

Η *Beatrice* δεν έχει κοιμηθεί καλά. Έχει μια πληγή στο πόδι της που είναι δύσκολη να καθαριστεί και της προκαλεί πόνο. Καθ' όλη τη διάρκεια της νύχτας, το προσωπικό περιποίησης και φροντίδας την έλεγχαν τακτικά. Τα περισσότερα από τα δωμάτια έχουν κάποιο διακριτικό μικρό φως ανοιχτό όλη τη νύχτα, έτσι ώστε το προσωπικό να μην χρειάζεται να ξυπνούν τους ενοίκους όταν μπαίνουν στο δωμάτιο για να τους ελέγξουν.

Οι πόρτες των δωματίων είναι φροντισμένο έτσι ώστε να ανοίγουν και να κλείνουν χωρίς να κάνουν θόρυβο.

Στις 7.30, Ένας βοηθός φροντίδας την βοηθά να ντυθεί και να καθίσει στην αναπηρική καρότσι ώστε πάει γι το πρωινό της. Κατά τη διάρκεια του πρωινού γεύματος η νοσοκόμα έρχεται με τα φάρμακα. Η *Beatrice* παίρνει φάρμακο την πίεση και επίσης παίρνει αντικαταθλιπτικά χάπια και αντιβιοτικά για την πληγή στο πόδι της. Η *Beatrice* δυσκολεύεται να φάει μόνη της, έτσι ένας βοηθός φροντίδας τη βοηθά με το πρωινό της.

10.15 π.μ. - 1 μ.μ.

Ήταν προγραμματισμένο να την επισκεφτεί ο γιατρός σήμερα, για να αναθεωρήσει τα φάρμακα της, αλλά έπρεπε να ακυρώσει, και έτσι η *Beatrice* μετά το πρωινό, πηγαίνει στο καθιστικό και παρακολουθεί τηλεόραση. Δεν έχει πολλές ασχολίες και της αρέσει το διάβασμα αλλά την ενοχλεί που η κίνηση των ανθρώπων της μονάδας της αποσπά την προσοχή. Μας λέει ότι ανησυχεί για το εάν τα παιδιά της θα την καλέσουν για το γεύμα τον Χριστουγέννων στο σπίτι τους.

Το μεσημέρι μεταφέρεται στην τραπεζαρία για να φάει το μεσημεριανό γεύμα. Σήμερα το μενού έχει κοτόπουλο κατσαρόλας με λαχανικά, για επιδόρπιο υπάρχει επιλογή ζελέ ή κρέμας σοκολάτα. Κατά τη διάρκεια αυτού του γεύματος, λαμβάνει και το δεύτερο κύκλο φαρμάκων της για σήμερα.

1-3 μ.μ.

Η *Beatrice* μεταφέρεται στο καθιστικό όπου πραγματοποιούνται οι καθημερινές δραστηριότητες. Η *Beatrice* ξοδεύει ένα μεγάλο μέρος του χρόνου της προσέχοντας τους άλλους ηλικιωμένους που συμμετέχουν στις δραστηριότητες χωρίς να επιθυμεί να συμμετάσχει η ίδια.

3-6 μ.μ.

Το *Beatrice* πηγαίνει πίσω στο δωμάτιό της για υγιεινή σώματος με την βοήθεια δύο βοηθών φροντίδας. Στις 4 μ.μ., την επισκέπτεται ένας από τους εθελοντές την βιβλιοθήκης του *Brighthouse* που τις στέλνει βιβλία για ανάγνωση. Μένει λίγο και συζητούν για την αναπαλαίωση κάποιας τοπικής εκκλησίας.

6-7 μ.μ.

Το δείπνο σερβίρεται στις 6 μ.μ. και τα φάρμακα διανέμονται για άλλη μια φορά.

7-10 μ.μ.

Μετά από το γεύμα, η *Beatrice* επιστρέφει στο δωμάτιό της όπου ακούει *BBC Radio 4*, το οποίο μεταδίδει ένα πιο συντηρητικό πρόγραμμα σε σχέση με του άλλους τοπικούς ραδιοφωνικούς σταθμούς. Στις 8 μ.μ. περίπου, ο γιος της την παίρνει τηλέφωνο στο δωμάτιο της για να μιλήσουν και να της πει τα νέα της οικογένειας. Στις 10 μ.μ. ένας βοηθός φροντίδας την βοηθά να βάλει στο νυχτικό της και να ξαπλώσει στο κρεβάτι.

Παρατηρώντας την ζωή των ηλικιωμένων στα «Nursing Homes», βιώνοντας τις λεπτομέρειες των αναγκών τους, διαπιστώσαμε ότι κανένας νόμος, κανονισμός ή επιθεωρητής δεν είναι ικανός να προσφέρει την διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών. Μικρές ασήμαντες ανάγκες για έναν ανεξάρτητο άνθρωπο, όπως για παράδειγμα η χρήση του W.C. όποτε επιθυμεί, φαίνονται τεράστιες δραστηριότητες για τους ηλικιωμένους ανθρώπους οι οποίοι ζουν σε «Nursing Homes».

Για άλλη μία φορά το προσωπικό με την ευαισθησία του και τον επαγγελματισμό του είναι η λύση στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών από τα «Nursing Homes».

7. ΟΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΙΣ

Κατά τη διάρκεια του τελευταίου αιώνα, ο αριθμός ανθρώπων στο Μεγάλη Βρετανία έχουν αυξηθεί από 40 εκατομμύριο σε περίπου 60 εκατομμύρια κατοίκους. Εντούτοις, κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου ο αριθμός ανθρώπων ηλικίας 60 και άνω, έχει αυξηθεί τετραπλασιαστεί, από 2.87 εκατομμύρια το 1901 σε 12.2 εκατομμύρια το 2001. Επιπλέον, ο αριθμός των ανθρώπων ηλικίας 80 και άνω έχει αυξηθεί κατά έντεκα φορές έτσι ώστε το 2001 υπήρχαν σχεδόν τόσοι άνθρωποι ηλικίας 80+ όσοι ήταν τα άτομα ηλικίας 60+ το 1901 (Πίνακας 7.1).

Πίνακας 7.1 Η μεταβολή του αριθμού ηλικιωμένων ατόμων στην Μεγάλη Βρετανία τον τελευταίο αιώνα

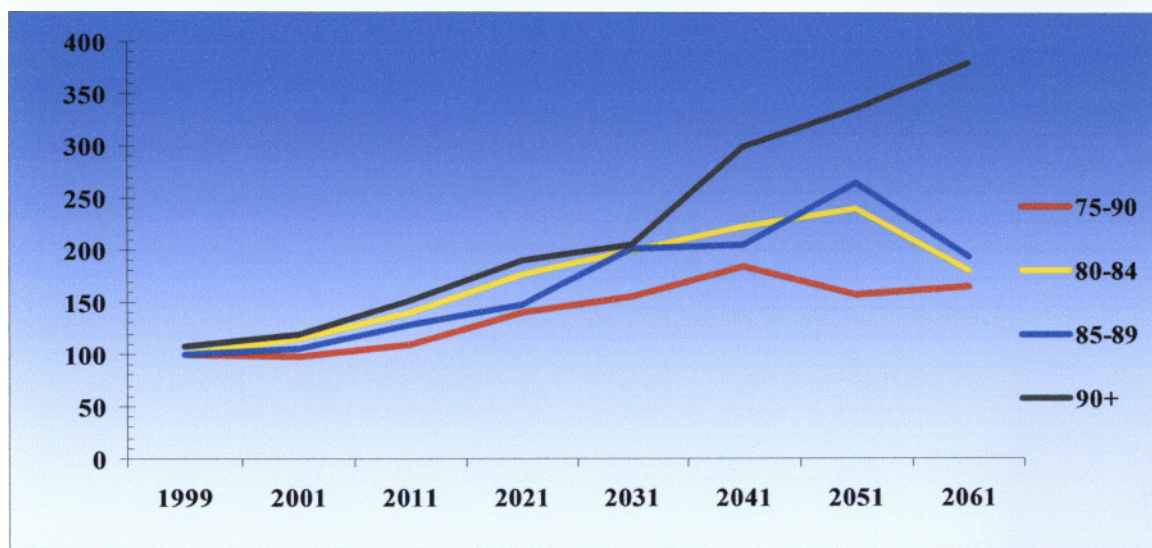
Πληθυσμός (σε χιλιάδες)				
	60+	70+	80+	Σύνολο Πληθυσμού
1901	2,876	1,066	218	38,237
1911	3,434	1,298	251	42,082
1931	5,314	1,962	376	46,038
1951	7,890	3,399	730	50,225
1961	8,973	3,954	1,017	52,709
1971	10,512	4,599	1,263	55,515
1981	11,020	5,438	1,485	55,089
1991	11,713	6,174	1,824	56,388
2001	12,201	6,765	2,481	59,954

Πηγή: «*Personal Social Services Research Unit*» (2005)

Με τις αυξήσεις στον πληθυσμό κατά τη διάρκεια του τελευταίου αιώνα και των υψηλής τάσης ετήσιων δαπανών για τη μακροπρόθεσμη φροντίδα για τους ηλικιωμένους, η οποία αυτήν την περίοδο (2008-09) αντιπροσωπεύει περίπου 1.6% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος, η κυβέρνηση εκτός απρόοπτου αναζητεί συνεχώς λύσεις σε προγράμματα και πολιτικές για την αντιμετώπιση των πιθανών μελλοντικών δημογραφικών εξελίξεων (Malley et.al., 2008). Από άποψη του γενικού πληθυσμού του Ηνωμένου Βασιλείου, είναι

πιθανό να παραμείνει αρκετά στατικός για το εγγύς μέλλον, μελέτες δείχνουν να αυξάνεται σε 61.77 εκατομμύρια το 2011, 63.64 εκατομμύρια το 2021, και 64.1 εκατομμύρια έως το 2051 (*National Statistics, 2007*). Εντούτοις, με την άνοδο του βιοτικού επιπέδου, προόδους στην ιατρική τεχνολογία και το ποσοστό και οι πραγματικοί αριθμοί ηλικιωμένων αναμένονται να αυξηθούν (Σήμα 7.2).

Σχήμα 7.2 Πρόβλεψη αλλαγών πληθυσμού τεσσάρων ηλικιακών ομάδων ηλικιωμένων έως το 2061



Πηγή: «*Personal Social Services Research Unit*» (2005)

Το σχήμα 7.2 παρέχει την καλύτερη δυνατή εκτίμηση για τις πιθανές μελλοντικές δημογραφικές αλλαγές. Εντούτοις, η σχετικά μεγάλη περίοδος που καλύπτει κάνει την εκτίμηση ιδιαίτερα επιρρεπή σε λάθη.

Επίσης το σχήμα 7.2 επιδεικνύει πώς ο αριθμός ανθρώπων ηλικίας 75 έως 79 χρονών θα παραμείνει αρκετά στατικός (ή ακόμα και θα μειωθεί) κατά τη διάρκεια των επόμενων δέκα ετών, τα άτομα ηλικίας 80 έως 84 θα αυξηθούν κατά 30 τοις εκατό, ενώ ο αριθμός εκείνων ηλικίας 85 έως 89 θα αυξηθεί σε μικρότερο ποσοστό και εκείνος της ηλικίας 90 χρονών και άνω θα αυξάνονται σταθερά παρουσιάζοντας μία ιδιαίτερη άνοδο κατά την δεκαετία 2030 – 2040.

Μια αύξηση στον αριθμό των ηλικιωμένων στις ερχόμενες δεκαετίες, αναπόφευκτη φυσικά, υπονοεί ότι θα υπάρξει μια αντίστοιχη άνοδος στους αριθμούς ζήτησης μακροπρόθεσμων υπηρεσιών φροντίδας. Μια από τις σημαντικότερες συζητήσεις στους

πολιτικούς κύκλους αφορά τις αλλαγές στην υγιή αναμενόμενη διάρκεια ζωής, η οποία ορίζεται ως “τα ετών ζωής που ένα άτομο μπορεί να αναμείνει για να ζήσει χωρίς κάποια χρόνια κατάσταση ασθένειας ή μερικές φορές μια κατάσταση υγείας η οποία οδηγεί σε ιδρυματική φροντίδα ή μέχρι το πρώτο περιστατικό κάποιας κρίσιμης κατάστασης υγείας”. Για λόγους πολιτικού προγραμματισμού όμως, ενδιαφέρει πιο πολύ το χρονικό διάστημα που οι άνθρωποι είναι χρόνια ασθενείς (αλλιώς γνωστός ως ποσοστό νοσηρότητας), παρά η πραγματική ηλικία τους.

Έρευνα της Μονάδας Ερευνάς Προσωπικών Κοινωνικών Υπηρεσιών («Personal Social Services Research Unit») υποδεικνύει πως υπήρξε αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ατόμων 65 ετών κατά 1.7 μήνες για κάθε έτος από το 1980 ως το 1998, για τις γυναίκες ο αριθμός αύξησης 1.2 μήνες. Για τους άνδρες, η μέση ηλικία από την οποία δεν μπορούν πλέον να διαχειριστούν της καθημερινές δραστηριότητες από μόνοι τους (όπως το λούσιμο ή μπάνιο, η χρήση της τουαλέτας κα) έχει αυξηθεί προσδόκιμο ζωής (μέχρι 1.7 μήνες για κάθε έτος από το 1980 ως το 1998).

Η ηλικία από την οποία δεν μπορούν πλέον να κατορθώσουν να ανεβούν σκαλοπάτια μόνοι τους έχει αυξηθεί μέχρι 1.5 μήνες το χρόνο, το να κινηθούν εκτός σπιτιού αβοήθητοι παρουσιάζεται αύξηση μέχρι 1.3 μήνες, αλλά η ηλικία στην οποία προσδιορίζεται η αρχή μιας από μακράς περιοριστικής ασθένειας έχει αυξηθεί μόνο 0.4 μήνες.

Για τις γυναίκες, η δυνατότητά τους να μην μπορούν πλέον να διαχειριστούν της καθημερινές δραστηριότητες από μόνες τους έχει αυξηθεί μέχρι 1.2 μήνες το χρόνο (όπως και αύξησή του προσδόκιμου ζωής), η χρήση σκαλοπατιών έχει αυξηθεί σε 0.6 μήνες και η κίνηση εκτός σπιτιού αυξάνεται σε 0.5 μήνες, ενώ η ηλικία στην οποία είναι πιθανό να εκτεθούν σε μια από μακροχρόνια περιοριστική ασθένεια έχει αυξηθεί στους 0.6 μήνες.

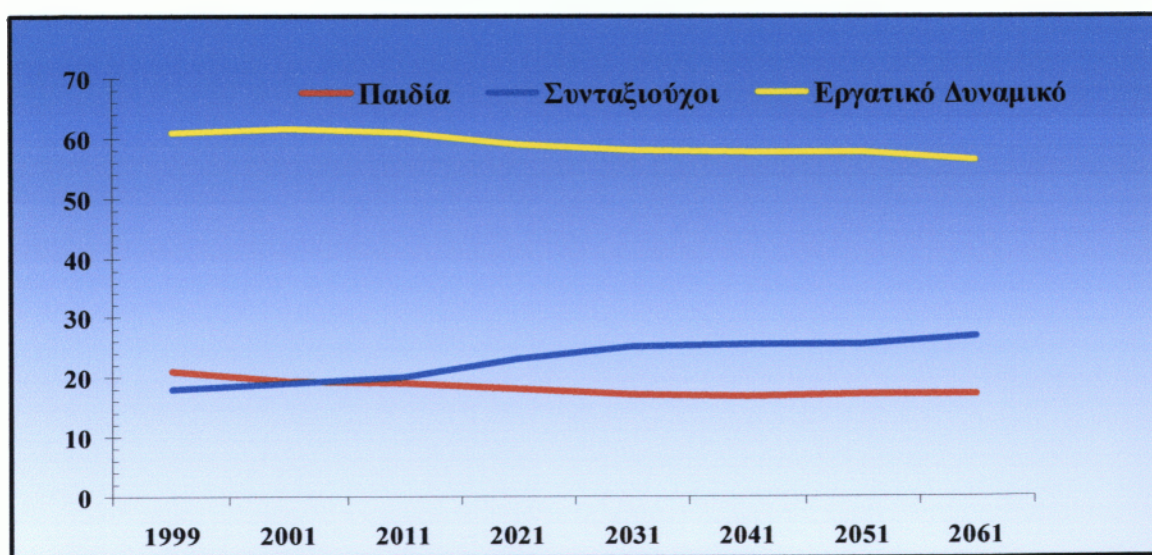
Αυτοί οι αριθμοί προτείνουν ότι οι ηλικιωμένοι είναι πιθανό να έχουν περισσότερα χρόνια ήπιου και μέτριου επιπέδου ανικανότητας, δηλ. για να έχουν μια ήπια χρόνια περιοριστική ασθένεια ή την ανικανότητα να κινηθούν εκτός σπιτιού αβοήθητοι, από τις προηγούμενες γενεές (που έτειναν να είναι ανεπαρκείς σε νεότερες ηλικίες αλλά και πέθαναν νωρίτερα).

Συνολικά, οι άνδρες μπορούν να αναμείνουν να ζήσουν μέχρι τα 74 τους χρόνια, με 16 εκ των οποίων θα είναι με τον περιορισμό κακής υγείας, οι γυναίκες μπορούν να αναμείνουν να ζήσουν μέχρι τα 80, με 20 ετών των οποίων θα είναι με τον περιορισμό κακής υγείας.

Σχετική με την προβλεπόμενη άνοδο του αριθμού των ηλικιωμένων θα είναι μια μείωση του ποσοστού εκείνου της εργασιακά ενεργού ηλικίας στο υπόλοιπο της κοινωνίας. Το μεγαλύτερο μέρος του κρατικό σχήμα συνταξιοδοτήσεων χρηματοδοτείται μέσω των συνεισφορών του τρέχοντος εργατικού δυναμικού της χώρας, και ελάχιστο από την αποταμίευση και αυτασφάλιση εκείνων που αποσύρονται τώρα.

Κατά συνέπεια, μια σχετική πτώση στο ποσοστό των ανθρώπων ηλικίας επαγγελματικής απασχόλησης, από κοινού με μια αύξηση του ποσοστού εκείνων που βρίσκονται επάνω από το όριο της ηλικίας συνταξιοδότησης, έχει σημαντικές επιπτώσεις στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών για τους ηλικιωμένων (Σχήμα 7.3). Ο αριθμός ανθρώπων που βρίσκονται επάνω από το όριο ηλικίας συνταξιοδότησης υπολογίζεται ότι αυξηθεί έως και 42% μέχρι το 2061 σε σχέση με τον αριθμό του εργατικού δυναμικού της χώρας το οποίο σταδιακά θα μειωθεί.

Σχήμα 7.3 Σύνολο πληθισμού(επί τοις εκατό) Μ. Βρετανίας
ανάλογα με την κοινωνική θέση



Πηγή: «Personal Social Services Research Unit» (2005)

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το παρόν κλίμα της κοινωνικής φροντίδας με την έμφαση του στον σχεδιασμό και την παροχή στην τοπική κοινότητα, δυνητικά προσπαθεί την αποθάρρυνση την χρήση των υπηρεσιών των «Nursing Homes». Με την ανάπτυξη τοπικών δικτύων παροχής κοινωνικής φροντίδας χρηματοδοτούμενα από τον δημόσιο τομέα και με την ενθάρρυνση του εθελοντικού, επιδιώκεται η παράταση της παραμονής των ηλικιωμένων ανθρώπων στα σπίτια τους. Απώτερος σκοπός του συνόλου αυτών των δραστηριοτήτων και νομοθετικών πλαισίων είναι για την κεντρική κυβέρνηση να μειώσει όσο τα δυνατών περισσότερο τα έξοδα του κράτους.

Φαίνεται όμως ότι υπάρχουν κενά και αδυναμίες στην κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων οι οποίοι ζουν στις τοπικές κοινότητες. Η πλειονότητα των φροντιστών (οικογένεια, φίλοι) τα καταφέρνουν κατά την διάρκεια της ημέρας και με την ύπαρξη βοήθειας από τις κοινωνικές υπηρεσίες, αλλά η ανάγκη αυξάνεται την νύχτα και τις ώρες που αυτές οι υπηρεσίες είναι πολύ περιορισμένες. Επίσης, τα πράγματα γίνονται ακόμα πιο πολύπλοκα όταν οι ανάγκες φροντίδας και νοσηλείας αυξάνονται (λόγω επιδείνωσης της υγείας) παρουσιάζοντας ένα ακόμα αδύνατο σημείο του σχεδιασμού κάλυψης των αναγκών του τοπικού πληθυσμού.

Τα «Nursing Homes» μπορούν να καλύψουν τα κενά αυτά. Στην μελέτη αναφέρθηκε πως μονάδες φροντίδας και «Nursing Homes» μπορούν να διαφοροποιηθούν στον να παρέχουν ευρύ φάσμα υπηρεσιών σε ηλικιωμένους και πηγή νοσηλευτικής εξειδίκευσης και υποστήριξης. Αυτή η διεύρυνση και μετασχηματισμός των υπηρεσιών τους αποτελεί μία φυσιολογική διαδικασία για μία επιχείρηση ιδιωτικού τομέα όπως είναι τα περισσότερα «Nursing Homes» της Μεγάλης Βρετανίας.

Οι δυνατότητες για τα «Nursing Homes» να είναι ένα πιο ενεργό μέρος των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών είναι τεράστιες. Από την άλλη πλευρά θα χρειαστούν, σχεδιασμός, αλλαγές και θέληση ώστε να διατηρούν ευκαμψία και να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της τοπικής κοινωνίας.

Νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο εργάζεται σε «Nursing Homes» μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα στην ζωή, την φροντίδα υγείας και κοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων, των φροντιστών και τις οικογένειες τους. Αυτό μπορεί να είναι δυνατότητα αλλά και προκλήσεις σε νοσηλευτές και νοσηλεύτριες για παρουσίαση των δημιουργικών τους πτυχών στην ανταπόκριση της κάλυψης των αναγκών των ηλικιωμένων.

Πηγές

Πηγές ειδικού έντυπου περιοδικού τύπου:

Al-Bazi Jena (2008), "Planning a primary dental health service for elderly residents in nursing homes", *GDP*, volume 20, issue 3

Calderdale & Huddersfield NHS (2008), "Our vital link with you", *REVIEW of the year 2007/08*, Calderdale & Kirklees PCTs

Forette Francoise (2005), "Innovations in the French Government Policy on Aging", *White House Conference on Aging*, Πρακτικά συνεδρίου

Griffiths Julie (2008), "Nursing a quiet revolution through 40 years", *Caring Business*, Issue No 223

Lewis Ian (2008), "You can't hide poor care", *Caring Business*, Issue No 224,

McKeown (2008), "Doctors believe services for elderly are not good enough", *Caring UK*, No. 146

Dempsey Mike (2008), "Workforce in crisis?", *Care Management Matters*, July/August

Soper Alastair(2008), "Lifting investment to help carers", *Healthcare Business*, July/August

Πηγές βιβλιογραφίας:

Ηφαντόπουλος Γ., Δ. Πολυγένη, Ι Τακουμάνης (2005), "Οικονομικά της Υγείας – Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας", Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής

Council of Europe (1993), "Recent Demographic Developments in Demographic Yearbook 1993", Council of Europe Publishing

Commission of Social Care Inspection (2006), "How to register a social care service", CSCI Publications

European Commission (2005), "LONG-TERM CARE IN THE EUROPEAN UNION", EC - Social Protection and Integration

National Statistics (2007), "UK population set to increase to 65 million over the next ten years", National Statistics

World Health Organization (2007), *"Global Age-friendly Cities: A Guide"*, World Health Organization Publications

Kuszewski Krzysztof & Christian Gericke (2005), *"Health Systems in Transition: Poland"*, World Health Organization Publications

European Observatory on Health Care Systems (2000) *"Health Care Systems in Transition: Switzerland"*, WHO Regional Office for Europe

American Association of Retired Persons (2006), *"European Experiences with Long-Term Care: France, the Netherlands, Norway, and the United Kingdom"*, AARP Publications

Filippini Massimo (1999) *"ECONOMIES OF SCALE IN THE SWISS NURSING HOME INDUSTRY"*, Department of Economics - Università della Svizzera Italiana

Pickard Linda (2008), *"Informal Care for Older People provided by their adult children: Projections of Supply and Demand to 2041 in England"*, Personal Social Services Research Unit

Single Care Home Working Subgroup (2001), *"The Future for Care Homes in Scotland: A Consultation Paper"*, National Care Standards Committee

Social Services Inspectorate (2003), *"Who we are and what we do"*, Department of Health Publications

Malley Julliette, Raphael Wittenberg, Addelina Comas-Herrera, Linda Pickard, Derek King (2005), *"Long Term Care Expenditure for Older People, Projections to 2022 for Great Britain"*, Personal Social Services Research Unit

Curtis Leslie (2007), *"Unit Cost of Health & Social Care"*, Personal Social Services Research Unit

Carpman Janet, Myron Grant, and Deborah Simmons (2001), *"Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors"*, 2nd Edition, John Wiley & Sons, Inc.

Ford Pauline & Hazel Heath (1996), *"Older people & Nursing: Issues of living in a Care Home"*, Butterworth-Heinmann plc

Nazarko Linda (2002), *"Nursing in Care Home"*, second edition, Blackwell Science Publishing Ltd.

Hooker Susan (1991), *"Caring for Elderly People: Understanding Practical Help"*, third edition, Travistock/Routledge Inc.

Nolan Yvonne (2003), *"CARE S/NVQ level 2"*, second edition, Heinmann Educational Publishers Limited

National Back Pain Association & Royal College of Nursing (1992), *"The Guide to HANDLING OF PATIENTS"*, National Back Pain Association – Publishing Dept.

Baker Beth (2003), *"Old Age in a New Age: The promise of transformative nursing homes"*, Vanderbilt University Press

Michie Val (2004), *"Working in Care Settings"*, Nelson Thornes Ltd.

Wright Fay (1998), *"Continuing to Care"*, John Rowntree Foundation

NHS Estates (2005), *"HBN 37: In-patient facilities for older people"*, TSO - The Stationary Office

Department of Health (2001), *"National Service Framework for Older People"*, Department of Health Publications

Department of Health (2001), *"Care Homes for Older People, National Minimum Standards and the Care Homes Regulations 2001"*, TSO - The Stationary Office

Lynn V.K. (2007). *"Thinking Building, Buying, Remodelling or even Moving into a Nursing Home"*, Library of Congress

Kane Rosaline A. (1990), *"Everyday Life in Nursing Homes: The Way things are"*, Springer Publishing Company

Ηλεκτρονικές πηγές:

Heidelberg Annette Tuffs (2002), "Germany: everyone has to be insured for cost of long term care", BMJ Group (<http://www.bmj.com>), Πρόσβαση 22/08/2008

Citizens Information (2008), "Private nursing homes - regulation" (<http://www.citizensinformation.ie/categories>), Πρόσβαση 15/09/2008

Fuchs Dale (2007), "In Europe, care for the elderly is being transformed", International Herald Tribune, (<http://www.iht.com>), Πρόσβαση 02/07/2008

Ljunggren Gunnar, Charles D. Phillips, Antonio Sgdari (1997), "Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries - Continuing and Rehabilitative Care for Elderly

People: A Comparison of Countries and Settings” Bnet United Kingdom,
(<http://bnet.co.uk/>). Πρόσβαση 19/08/2008

NHS (2008), “About the NHS”, NHS
(<http://www.nhs.uk>). Πρόσβαση 22/8/2008

NHS (2008), “Structure”, NHS
(<http://www.nhs.uk>) Πρόσβαση 22/8/2008

Commission of Social Care Inspection (2008), “How we inspect”, CSCI
(<http://www.csci.org.uk>), Πρόσβαση 22/8/2008

Government (2008), “Guide to care homes for over 50s”, Direct Gov
(<http://www.direct.gov.uk>), Πρόσβαση 22/8/2008

Zaryn Bogdan & Michal Kubicki (2006), “Are Poland's private nursing homes better alternatives to state-run homes?”, Insight Central Europe
(<http://www.incentraleurope.radio.cz>), Πρόσβαση 22/8/2008