

Το ελληνικό σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων αντιμέτωπο με τη δημογραφική γήρανση

*Οι προκλήσεις της συμπεριληπτικότητας
και της ισότητας των φύλων*

Επιστημονική επιμέλεια
Μαρία Καραμεσίνη



Το ελληνικό σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων
αντιμέτωπο με τη δημογραφική γήρανση
Οι προκλήσεις της συμπεριληπτικότητας και της ισότητας των φύλων

ΤΟΠΟΣ

Διόρθωση: Όλγα Παπακώστα
Σελιδοποίηση: Μαρίνα Μπίτσικα
Εξώφυλλο: MOTIBO ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΑΕ

© 2025 Εκδόσεις Τόπος

για την ελληνική γλώσσα σε όλο τον κόσμο

[Οι εκδόσεις ΤΟΠΟΣ / TOPOS BOOKS είναι εμπορικό σήμα της MOTIBO ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΑΕ]

ISBN 978-960-499-591-2

Το ερευνητικό Έργο με τίτλο: Το ελληνικό σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων αντιμέτωπο με τη δημογραφική γήρανση: οι προκλήσεις της συμπεριληπτικότητας και της ισότητας των φύλων υλοποιείται στο πλαίσιο της δράσης του ΕΛ.ΙΔ.Ε.Κ. «Χρηματοδότηση της Βασικής Έρευνας (Οριζόντια υποστήριξη όλων των Επιστημών)» του Εθνικού Σχεδίου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας «Ελλάδα 2.0» με τη χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης – Next Generation EU (Αριθμός Έργου ΕΛ.ΙΔ.Ε.Κ. 15516).



ΕΛΙΔΕΚ.
Ελληνικό Ίδρυμα
Έρευνας & Καινοτομίας

Η πνευματική ιδιοκτησία αποκτάται χωρίς καμία διατύπωση και χωρίς την ανάγκη ρήτρας απαγορευτικής των προσβολών της. Κατά τον Ν. 2387/20 (όπως έχει τροποποιηθεί με τον Ν. 2121/93 και ισχύει σήμερα) και κατά τη Διεθνή Σύμβαση της Βέρνης (που έχει κυρωθεί με τον Ν. 100/1975), απαγορεύονται η αναδημοσίευση, η αποθήκευση σε κάποιο σύστημα διάσωσης και γενικά η αναπαραγωγή του παρόντος έργου με οποιονδήποτε τρόπο ή μορφή, τμηματικά ή περιληπτικά, στο πρωτότυπο ή σε μετάφραση ή άλλη διασκευή, χωρίς τη γραπτή άδεια του εκδότη. Απαγορεύεται επίσης η αναπαραγωγή ή χρήση του έργου με σκοπό την εκπαίδευση τεχνολογιών τεχνητής νοημοσύνης χωρίς την άδεια του κατόχου των πνευματικών δικαιωμάτων.

Εκδόσεις Τόπος
Μεθώνης 71Α, 10683, Αθήνα
Τηλ.: +30 210 8222835
Επικοινωνία: info@motibo.com

Κεντρική διάθεση
Ζωσιμάδων 6, 10683, Αθήνα
Τηλ.: +30 210 3221580
Επικοινωνία: bookstore@motibo.com

Το ελληνικό σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων αντιμέτωπο με τη δημογραφική γήρανση

*Οι προκλήσεις της συμπεριληπτικότητας
και της ισότητας των φύλων*

Επιστημονική επιμέλεια: Μαρία Καραμεσίνη



Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	11
Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή: Η αναγκαία μεταρρύθμιση του συστήματος.....	15
<i>Μαρία Καραμεσίνη</i>	

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ, ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Κεφάλαιο 2. Γήρανση, φροντίδα ηλικιωμένων και φτώχεια στην τρίτη ηλικία: Έννοιες, ορισμοί και δείκτες.....	25
<i>Μαρία Καραμεσίνη, Εύα Τσουπαροπούλου</i>	
Κεφάλαιο 3. Ενεργή γήρανση, υγεία και φροντίδα ηλικιωμένων.....	45
<i>Όλγα Δούρου</i>	
Κεφάλαιο 4. Ποιος/α φροντίζει; Το φύλο της φροντίδας ηλικιωμένων.....	59
<i>Νέλλη Καμπούρη</i>	
Κεφάλαιο 5. Τα ευρωπαϊκά συστήματα φροντίδας ηλικιωμένων σε μετάβαση: Τρεις δεκαετίες μεταρρυθμίσεων.....	79
<i>Μαρία Καραμεσίνη</i>	

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ: ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Κεφάλαιο 6. Το ελληνικό σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων: Ιδιαιτερότητες και προκλήσεις.....	101
<i>Μαρία Καραμεσίνη</i>	
Κεφάλαιο 7. Το σύστημα επίσημης φροντίδας ηλικιωμένων: Παροχές, πάροχοι, πολιτικές.....	117
<i>Εύη Χατζηβαρνάβα</i>	
Κεφάλαιο 8. Μορφές οικογένειας, διαγενεακή αλληλεγγύη και φροντίδα ηλικιωμένων – Η περίπτωση της Ελλάδας.....	141
<i>Αγγελική Αθανασοπούλου</i>	

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Κεφάλαιο 9. Έρευνα στους/στις ηλικιωμένους/ες: Μείγμα φροντίδας, κάλυψη αναγκών, χρήση και αξιολόγηση υπηρεσιών.....	165
<i>Μαρία Καραμεσίνη, Εύα Τσουπαροπούλου</i>	

Κεφάλαιο 10. Έρευνα στις/στους άτυπες/ους φροντίστριες/ές: Άτυπη φροντίδα, έμφυλες ανισότητες, ανάγκες κρατικής στήριξης	199
<i>Μαρία Καραμεσίνη, Εύα Τσουπαροπούλου</i>	
Κεφάλαιο 11. Κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων σε τοπικό επίπεδο: Οι περιπτώσεις των Δήμων Αθηναίων, Αγίου Δημητρίου και Χαλανδρίου.....	223
<i>Όλγα Δούρου, Εύη Χατζηβαρνάβα</i>	
Κεφάλαιο 12. Το εργασιακό τοπίο στον τομέα της επίσημης φροντίδας ηλικιωμένων: Η διάσταση του φύλου και της εθνικής προέλευσης	249
<i>Μαρία Καραμεσίνη, Αγγελική Αθανασοπούλου, Μαριλένα Κελαντωνάκη, Βούλα Τουρή</i>	
Κεφάλαιο 13. Αξιολόγηση του συστήματος, προτάσεις μεταρρύθμισης και διλήμματα πολιτικής	273
<i>Μαρία Καραμεσίνη, Εύη Χατζηβαρνάβα</i>	
Βιογραφικά συγγραφέων	307

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ, ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΣΧΗΜΑΤΑ

2.1. Ο Δείκτης Ενεργής Γήρανσης (Active Ageing Index – AAI).....	28
2.2. Ο συνολικός Δείκτης Ενεργής Γήρανσης (AAI) και οι επιμέρους δείκτες για την ΕΕ-28, 2018	29-30

ΠΙΝΑΚΕΣ

2.1. Ποσοστό (%) φτώχειας και αποστέρησης στους ηλικιωμένους στην Ελλάδα, 2024.....	37
2.2. Κατανομή του πληθυσμού 65+ ετών με τουλάχιστον τρεις περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες (ADL, IADL) ανά μορφή φροντίδας και κενά φροντίδας, 2021.....	41
5.1. Τυπολογία των δημόσιων μοντέλων μακροχρόνιας φροντίδας (2019).....	83
5.2. Μέσα χαρακτηριστικά των ομάδων χωρών της τυπολογίας δημόσιων μοντέλων μακροχρόνιας φροντίδας ως προς την παροχή φροντίδας (2019).....	84
6.1. Μακροχρόνιοι περιορισμοί στις συνήθειες δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας, 2023 (% πληθυσμού ηλικιωμένων).....	104
6.2. Άτυπες/οι φροντίστριες/ές ηλικιωμένων και ανάπηρων ατόμων που παρέχουν φροντίδα επί τουλάχιστον τρεις μήνες (2022).....	111
7.1. Μονάδες «κλειστής» φροντίδας ηλικιωμένων ανά φορέα ευθύνης, 2023-4 (αριθμός δομών και ωφελούμενων)	124
7.2. Δομές φροντίδας ηλικιωμένων και ωφελούμενοι/ες ανά Περιφέρεια	125
7.3. Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»: Φορείς, δομές, ωφελούμενοι/ες και εργαζόμενοι/ες ανά Περιφέρεια (2022)	130
7.4. Συγκριτικά στοιχεία δομών και ωφελούμενων προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» μεταξύ 2017 και 2022 ανά Περιφέρεια.....	131
7.5. Αριθμός δομών και ωφελούμενων ΚΗΦΗ ανά Περιφέρεια.....	133
7.6. Κέντρα Ημέρας για ασθενείς με άνοια ανά Περιφέρεια.....	134
9.1. Σύγκριση βασικών χαρακτηριστικών του δείγματος με τα αποτελέσματα της Απογραφής Πληθυσμού του 2021 για την Περιφέρεια Αττικής	170

9.2. Βαθμός εξάρτησης για την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων (ADL, IADL).....	176
9.3. Μέση βαθμολογία εξάρτησης από διαφορετικά είδη/κατηγορίες καθημερινών δραστηριοτήτων ανά φύλο.....	177
9.4. Κατανομή των μορφών φροντίδας ανά φύλο, ηλικία, ύψος εισοδήματος, μορφή διαβίωσης και απόσταση από την κατοικία του πλησιέστερου συγγενή (%).....	189
9.5. Μέσος βαθμός εξάρτησης από διαφορετικούς τύπους/κατηγορίες καθημερινών δραστηριοτήτων με βάση τις διαφορετικές μορφές φροντίδας που λαμβάνονται.....	191
9.6. Μέσος βαθμός εξάρτησης από διαφορετικούς τύπους/κατηγορίες καθημερινών δραστηριοτήτων με βάση τις διαφορετικές μορφές φροντίδας που λαμβάνονται.....	193
10.1.1. Καθεστώς απασχόλησης των άτυπων φροντιστριών/ών (%).....	204
10.2. Η επαγγελματική κατάσταση των απασχολούμενων άτυπων φροντιστριών/ών (N = 118)	205
10.3. Ο μέσος εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας και άτυπης φροντίδας ανά φύλο και οικογενειακή κατάσταση (ώρες και λεπτά)	207
10.4. Οι λόγοι που ώθησαν τους/τις συμμετέχοντες/ουσες να παρέχουν φροντίδα σε ένα ηλικιωμένο άτομο.....	209
10.5. Οι λόγοι για τους οποίους δεν ήταν δυνατή η πρόσληψη κάποιου ατόμου για τη φροντίδα του/της ηλικιωμένου/ης.....	212
10.6. Λήψη ιδιωτικά αμειβόμενης κατ' οίκον φροντίδας (%).....	213
10.7. Λόγοι που δεν χρησιμοποιούν τις δημόσιες και άλλες υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο (%)	215
10.8. Τι θα μπορούσε να κάνει το κράτος για να διευκολύνει τις/τους άτυπες/ους φροντιστριες/ές.....	219
11.1. Ενδεικτικός κατάλογος οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών που δραστηριοποιούνται στη φροντίδα και την υποστήριξη ηλικιωμένων.....	234
12.1. Απασχολούμενοι κατά φύλο και επάγγελμα (Απογραφή 2021).....	252
12.2. Εργαζόμενοι σε ιδιωτικά νοικοκυριά ανά φύλο (Απογραφή 2021).....	253
12.3. Απασχόληση κατά εθνικότητα στη φροντίδα και τις οικιακές υπηρεσίες.....	254
12.4. Υποχρεωτικές ειδικότητες ανά πρόγραμμα.....	254
12.5. Ενιαίο Μισθολόγιο του Δημόσιου Τομέα στην Ελλάδα.....	258
12.6. Συνδικαλιστικές οργανώσεις στον τομέα της υγείας και της φροντίδας.....	261
13.1. Χρήση υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον ανάλογα με τον βαθμό δυσκολίας με την προσωπική φροντίδα και τις δραστηριότητες του νοικοκυριού (2019) % στο σύνολο των ηλικιωμένων ανά βαθμό δυσκολίας	276
13.2. Κατανομή κλειστών και ανοιχτών δομών φροντίδας ανά Περιφέρεια.....	277
13.3. Αριθμός ηλικιωμένων άνω των 75 ετών ανά δομή φροντίδας και Περιφέρεια.....	280
13.4. Κόστος φροντίδας ανά είδος φροντίδας	287

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

2.1. Πληθυσμός 65 και 75 ετών και άνω, στην Ευρώπη και στην Ελλάδα (% συνολικού πληθυσμού).....	26
2.2. Επίδραση των ευθυνών φροντίδας στην εργασιακή ζωή των άτυπων φροντιστών ανά φύλο (% , EE-27, 2022).....	34
2.3. Κίνδυνος φτώχειας συνολικού πληθυσμού και ατόμων ηλικίας 75 ετών και άνω στην ΕΕ, 2024 (%).....	36

5.1. Ποσοστό (%) του κατ' εκτίμηση εξαρτώμενου πληθυσμού 65+ ετών που λαμβάνει δημόσιες υπηρεσίες ή επιδόματα φροντίδας.....	81
5.2. Προβλεπόμενη διαφορά μεριδίων πληθυσμού 80+ ετών στον συνολικό πληθυσμό μεταξύ 2022 και 2070 (ποσοστιαίες μονάδες).....	85
5.3. Προβλεπόμενες δημόσιες δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας 2022-2070 ως % του ΑΕΠ.....	86
5.4. Διαφορά ποσοστού απασχόλησης γυναικών 55-64 ετών μεταξύ 2022 και 2070 - Προβολές (ποσοστιαίες μονάδες).....	87
6.1. Ποσοστό (%) απασχόλησης γυναικών 50-49 και 60-64 ετών στην Ελλάδα.....	106
9.1. Δήμος μόνιμης κατοικίας ηλικιωμένων ατόμων (% συνόλου δείγματος) (N = 216).....	168
9.2. Τύπος κατοικίας, καθεστώς ιδιοκτησίας, μορφή διαβίωσης, απόσταση κατοικίας πλησιέστερου συγγενή (%) (N = 216).....	171
9.3. Μηνιαίο εισόδημα από όλες τις πηγές, βαθμός ανταπόκρισης στις υποχρεώσεις, δυνατότητα πραγματοποίησης εξόδων πέραν των απολύτως αναγκαίων (%) (N = 216).....	172
9.4. Κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων, όσων ζουν μόνοι και όσων συγκατοικούν (%).....	173
9.5. Διάθεση των ηλικιωμένων, όσων ζουν μόνοι και όσων συζούν (%).....	174
9.6. Αίσθημα μοναξιάς (%) (N = 216).....	174
9.7. Το πλησιέστερο πρόσωπο στη ζωή των ηλικιωμένων (%) (N = 216).....	179
9.8. Άνθρωποι στη γειτονιά που νοιάζονται για τους/τις ηλικιωμένους/ες (%).....	180
9.9. Καθήκοντα του πρώτου και του δεύτερου ατόμου που ασχολείται περισσότερο με τη φροντίδα των ηλικιωμένων.....	181
9.10. Ύπαρξη και χρήση δημόσιων υπηρεσιών φροντίδας σε τοπικό επίπεδο (%).....	182
9.11. Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας σε τοπικό επίπεδο (%).....	183
9.12. Βαθμός κάλυψης αναγκών από δημόσιες υπηρεσίες υγείας και φροντίδας σε τοπικό επίπεδο (%).....	184
9.13. Κατανομή των μορφών φροντίδας που λαμβάνονται (% συνόλου δείγματος).....	187
9.14. Μορφές φροντίδας ανά φύλο (% ανδρών/γυναικών δείγματος).....	188
10.1. Η ηλικία των συμμετεχόντων/ουσών.....	201
10.2. Φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ανώτατο εκπαιδευτικό επίπεδο και ιδιοκατοίκηση (%) (N = 214).....	202
10.3. Το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα και η κάλυψη οικονομικών υποχρεώσεων (%) (N = 214).....	202
10.4. Συγγένεια και εγγύτητα κατοικίας με το ηλικιωμένο άτομο (%).....	203
10.5. Η ένταση της παροχής φροντίδας για το σύνολο των άτυπων φροντιστριών/ών και ανά φύλο (%).....	206
10.6. Η ένταση της παροχής φροντίδας ανά είδος συγγένειας (%).....	207
10.7. Ο συνολικός αριθμός των ατόμων που παρέχουν φροντίδα στους/στις ηλικιωμένους/ες (κατανομή %).....	211
10.8. Η χρήση των δημόσιων υπηρεσιών φροντίδας σε τοπικό επίπεδο (%).....	214
10.9. Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο (%).....	216
10.10. Βαθμός κάλυψης αναγκών από τις τοπικές υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας (%).....	217
11.1. Πρόσβαση των άνω των 66 ετών σε δημόσια ιατρεία Δήμου Αθηναίων 2024.....	231
13.1. Αριθμός νοσηλευτριών ανά 1.000 άτομα πληθυσμού.....	291

Ευχαριστίες

Ο παρών συλλογικός τόμος περιλαμβάνει τον μεγαλύτερο όγκο και τα κύρια αποτελέσματα του ερευνητικού προγράμματος GELDERIN, με αντικείμενο «*Το ελληνικό σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων αντιμέτωπο με τη δημογραφική γήρανση. Οι προκλήσεις της συμπεριληπτικότητας και της ισότητας των φύλων*». Θα ακολουθήσει η παρουσίαση ειδικών θεμάτων και αποτελεσμάτων του προγράμματος σε ειδικό αφιέρωμα του επιστημονικού περιοδικού *Κοινωνική Πολιτική/Social Policy*, που θα δημοσιευτεί εντός του 2026.

Το GELDERIN υλοποιήθηκε από το Εργαστήριο Σπουδών Φύλου του Τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής του Παντείου Πανεπιστημίου και χρηματοδοτήθηκε από το ΕΛΙΔΕΚ, με πόρους του Ελλάδα 2.0 – Εθνικό Σχέδιο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας.

Ο ανά χείρας τόμος αποτελεί το πρώτο επιστημονικό βιβλίο στην ελληνική βιβλιογραφία που προβαίνει σε μια ολοκληρωμένη προσέγγιση του πεδίου της φροντίδας ηλικιωμένων από τη σκοπιά της κοινωνικής πολιτικής, στο οποίο η έρευνα μέχρι σήμερα ήταν εξαιρετικά περιορισμένη. Η προσέγγιση αυτή προέκυψε από τον σχεδιασμό του ερευνητικού προγράμματος, το οποίο περιλάμβανε:

- Εκτεταμένη επισκόπηση της ελληνικής και ξενόγλωσσας βιβλιογραφίας σε θεωρητικά θέματα (φύλο, οικογένεια, εργασία φροντίδας) και σε θέματα συγκριτικής κοινωνικής πολιτικής (συστήματα φροντίδας ηλικιωμένων, πολιτική μακροχρόνιας φροντίδας και μεταρρυθμίσεις των συστημάτων).
- Μελέτη σε βάθος του ελληνικού επίσημου συστήματος και ιστορική εξέλιξη της πολιτικής για τη φροντίδα ηλικιωμένων.
- Στατιστική ανάλυση των μικροδεδομένων για την Ελλάδα τεσσάρων κυμάτων της ευρωπαϊκής έρευνας SHARE (2007, 2015, 2017, 2019).
- Μια μεγάλη έρευνα πεδίου στην Αττική, με προσωπικές συνεντεύξεις με ερωτηματολόγιο σε δύο δείγματα: ηλικιωμένων ατόμων 75 ετών και άνω με ανάγκη φροντίδας και άτυπων φροντιστριών/ών.
- Δύο ποιοτικές έρευνες με συνεντεύξεις και ομάδες εστιασμένης συζήτησης (focus groups), η μία για τις τοπικές υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων (διαθεσιμότητα, προβλήματα λειτουργίας, ρόλος του μη κερδοσκοπικού τομέα), και η άλλη για τα χαρακτηριστικά των εργαζόμενων, τις εργασιακές σχέσεις, την οργάνωση της εργασίας και τις ελλείψεις εργατικού δυναμικού, τόσο σε ιδιωτικές και δημόσιες δομές και υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων όσο και στην παροχή φροντίδας κατ' οίκον.

Το βιβλίο αυτό είναι προϊόν της ερευνητικής ομάδας του GELDERIN που εργάστηκε με προσήλωση και, συχνά, κάτω από αντίξοες συνθήκες. Ευχαριστώ όλα τα μέλη της ομάδας, την Εύη Χατζηβαρνάβα, MPhil κοινωνιολογίας, έμπειρη ερευνήτρια σε θέματα φροντίδας και οικογενειακής πολιτικής, με την οποία συνεργαζόμαστε αρμονικά και με αλληλοεκτίμηση επί χρόνια, τις συναδέλφισσές μου στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, επίκουρες καθηγήτριες, Αγγελική Αθανασοπούλου και Νέλλη Καμπούρη, έμπειρες ερευνήτριες σε θέματα οικογένειας, μετανάστευσης, φύλου και οικιακής εργασίας, όπως και την υποψήφια διδακτόρισα Όλγα Δούρου, η οποία, εκτός από τη συμμετοχή της στην έρευνα για θέματα ενεργής γήρανσης, τοπικής αυτοδιοίκησης και οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών, βοήθησε στην επίτευξη του αριθμού-στόχου για το δείγμα της έρευνας πεδίου, με την ιδιότητά της ως αντιδημάρχου Διαγενεακής Αλληλεγγύης, Αστικής Πανίδας και Ζωοφιλίας του Δήμου Αθηναίων.

Τις μεγαλύτερες όμως ευχαριστίες, μεταξύ των μελών της ερευνητικής ομάδας, τις οφείλω στις βασικές μου συνεργάτιδες στην υλοποίηση της έρευνας πεδίου: στην Εύα Τσουπαροπούλου, Δρ. κοινωνικής στατιστικής και μεταδιδακτορική ερευνήτρια (σύνθεση ατόμων δείγματος, εκπαίδευση συνεντευκτριών/ών, τεχνική υποστήριξη και ηλεκτρονική παρακολούθηση της υλοποίησης της έρευνας) και στη Βούλα Τουρή, MSc κοινωνικής πολιτικής και κεντρικό στέλεχος του Εργαστηρίου Σπουδών Φύλου (επαφή με φορείς, συντονίστρια συνεντεύξεων, διοικητική υποστήριξη της έρευνας). Ευχαριστώ επίσης για τη συμβολή τους τις/τους 12 συνεντεύκτριες/ές της έρευνας πεδίου, οι περισσότερες/οι νυν και πρώην φοιτήτριες/ές του Παντείου Πανεπιστημίου.¹

Με την Εύα Τσουπαροπούλου συνεργαστήκαμε επίσης στενά για τη μεθοδολογία και το ερωτηματολόγιο της έρευνας πεδίου, την παρουσίαση και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της, τη στατιστική ανάλυση των μικροδοσμένων της έρευνας SHARE, και την συγγραφή τριών κεφαλαίων αυτού του τόμου, ενώ με τη Βούλα Τουρή και την υποψήφια διδακτόρισα Μαριλένα Κελαντωνάκη στην υλοποίηση της ποιοτικής έρευνας για τα χαρακτηριστικά των εργαζόμενων, τις εργασιακές σχέσεις, την οργάνωση της εργασίας και τις ελλείψεις εργατικού δυναμικού στις δημόσιες και ιδιωτικές δομές και υπηρεσίες φροντίδας. Η τελευταία ανέλαβε επιπλέον τη μορφοποίηση και τη συγχώνευση των κεφαλαίων και του λοιπού υλικού αυτού του βιβλίου σε ένα ενιαίο κείμενο με βάση τις προδιαγραφές του εκδότη.

Η Βούλα Τουρή ήταν επίσης η βασική μου συνεργάτιδα στη διοικητική και οικονομική διαχείριση όλου του ερευνητικού προγράμματος. Η εμπειρία της ήταν ο καθοριστικός παράγοντας της ομαλής υλοποίησής του. Την ευχαριστώ για τη συνέπειά της, την αφιέρωσή της στο έργο, την ψυχραιμία και την αισιοδοξία της στις δύσκολες στιγμές, όταν αυτό συναντούσε μεγάλα εμπόδια στην υλοποίηση.

1. Πρόκειται αλφαβητικά για τις/τους: Γεώργιος Αναγνωστόπουλος, Αντωνία Αναστασιάδου, Αριάδνη Βαρδοπούλου-Γαλάνη, Μαρία Γραμματικά, Αγγελική Γιαννακοπούλου, Μαρία Γιαννοπούλου, Ιωάννα Καραβασίλη, Σουλτάνα Κρασσά, Γεώργιος Μπουτσικάρης, Σοφία Νικολοπούλου, Πολυξένη Σπάτα, Ειρήνη Χανιωτάκη.

Τις ευχαριστίες μου απευθύνω και στους εξωτερικούς συντελεστές της επιτυχίας του GELDERIN. Πρωτίστως στον δήμαρχο Χαλανδρίου κ. Σίμο Ρούσσο και στην πρώην δήμαρχο Αγίου Δημητρίου κ. Μαρία Ανδρούτσου, οι οποίοι δέχθηκαν να βοηθήσουν οι κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων τους την ερευνητική μας ομάδα στην υλοποίηση της μεγάλης έρευνας πεδίου με ερωτηματολόγιο και συνήψαν Μνημόνιο Συνεργασίας με το Πάντειο Πανεπιστήμιο. Επιπλέον, εκφράζω την εκτίμησή μου προς τους αντιδημάρχους και τα στελέχη των κοινωνικών υπηρεσιών των ανωτέρω δήμων για την απρόσκοπτη συνεργασία μας.

Στις ποιοτικές έρευνες πεδίου πήραμε συνεντεύξεις από εκπροσώπους πληθώρας φορέων, όπως η Περιφέρεια Αττικής, η Επιθεώρηση Εργασίας, η ΠΕΜΦΗ, η ΟΣΝΙΕ, η ΠΟΕ-ΟΤΑ, το Κλαδικό Σωματείο Προσωπικού Ιδιωτικών Κλινικών, Γηροκομείων, Εργαστηρίων Διαγνωστικών Κέντρων και Συναφών Χώρων, η Εταιρεία Alzheimer Αθηνών, η Εκκλησία, ο Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος κ.ά. Είμαστε ευγνώμονες που ανταποκρίθηκαν στην πρόσκλησή μας, μας αφιέρωσαν μέρος του χρόνου τους και συνεισέφεραν με τις πολύτιμες γνώσεις τους στην έρευνα.

Τέλος, επιθυμώ να κάνω ειδική μνεία στις «μεγάλες κυρίες» της φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα, που μας έκαναν την τιμή να συμμετέχουν ως επιστημονικές σύμβουλοι στο GELDERIN, τις κ.κ. Elisabeth Mestheneos και Judy Triantafillou, ιδρυτικά μέλη της μη κερδοσκοπικής οργάνωσης «50και Ελλάδα», κύριες ερευνήτριες και υπεύθυνες για την υλοποίηση του ελληνικού τμήματος της μεγάλης κλασικής ευρωπαϊκής έρευνας EUROFAMCARE (2003-2005), από την οποία η μεγάλη έρευνα πεδίου του GELDERIN προσπάθησε να πάρει τη σκυτάλη. Δεν θα μπορούσα να ελπίσω ότι θα έχουμε καλύτερες συμβούλους. Τις ευχαριστώ ολόθερμα όχι μόνο για τις πολύτιμες γνώσεις που μας μετέφεραν από τη μακρόχρονη ερευνητική τους εμπειρία και δραστηριότητα στο πεδίο της φροντίδας ηλικιωμένων, αλλά και για την ανοιχτότητα, τη γενναιοδωρία και τη φιλική διάθεση με την οποία αντιμετώπισαν την ερευνητική ομάδα και την άμεση ανταπόκρισή τους, όποτε τις είχαμε ανάγκη. Ελπίζω να μας δοθεί η ευκαιρία να συνεργαστούμε και στο μέλλον.

Αν με ρωτούσε κανείς/καμία ποιο είναι το μεγαλύτερο όφελος που αποκόμισα από την ερευνητική εμπειρία στο πλαίσιο του GELDERIN, θα απαντούσα απερίφραστα: η βαθύτερη ευαισθητοποίηση πάνω στο ίδιο το αντικείμενο της έρευνας, που μετατρέπεται από επιφανειακή σε ουσιαστική, μόνο όταν η ευαισθησία και η επιστημονική γνώση συνδέονται με τη μελέτη του βιώματος των ανθρώπων στο πεδίο. Οι ερευνήτριες και οι ερευνητές στις κοινωνικές επιστήμες έχουμε αποφύγει να ασχοληθούμε με το θέμα των γηρατειών, ίσως γιατί παραπέμπει στη φθορά και τον θάνατο, που θέλουμε να ξορκίσουμε, ενώ αυτό που επιθυμούν οι ηλικιωμένοι με σοβαρά προβλήματα υγείας είναι απλά να διανύσουν αυτή την αναπόφευκτη πορεία με αξιοπρέπεια. Ωστόσο, η ερευνητική ενασχόληση με το θέμα των γηρατειών μάς κάνει πλουσιότερες/ους, διότι μας εξοικειώνει με την κοινή ανθρώπινη κατάσταση: την αδυναμία, την εξάρτηση από τους άλλους, την ανάγκη για φροντίδα, που αποτελεί την αντικειμενική βάση είτε για σχέσεις εκμετάλλευσης είτε για σχέσεις

που «εξανθρωπίζουν». Όσες και όσοι ερευνούμε το θέμα από τη σκοπιά της κοινωνικής πολιτικής, γνωρίζουμε ότι μια κοινωνία της φροντίδας και της αλληλεγγύης χρειάζεται κρατική παρέμβαση για να ευδοκιμήσει και να αναπτυχθεί. Η επικείμενη μεταρρύθμιση του συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα αποτελεί μια ευκαιρία που δεν πρέπει να χάσουμε.

Καθ. Μαρία Καραμεσίνη
Επιστημονικά υπεύθυνη του GELDERIN
Επιμελήτρια του συλλογικού τόμου
Γλυφάδα, 7-11-2025

Το βιβλίο αυτό είναι αφιερωμένο στη μητέρα μου.

Εισαγωγή: Η αναγκαία μεταρρύθμιση του συστήματος

Μαρία Καραμεσίνη

Η αύξηση της διάρκειας ζωής αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα της ανθρωπότητας, στην οποία έχουν συμβάλει τα συστήματα υγείας, η άνοδος του βιοτικού και εκπαιδευτικού επιπέδου και η βελτίωση των συνθηκών εργασίας και ζωής. Παρ' όλα αυτά, η γήρανση του πληθυσμού, κυρίως στον αναπτυγμένο κόσμο και όλη την Ευρώπη, προϊόν της ανόδου του προσδόκιμου ζωής παράλληλα με τη μείωση των ποσοστών γονιμότητας, έχει ταυτόχρονα αυξήσει την πίεση στις κοινωνίες να ανταποκριθούν στις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής φροντίδας ενός διαρκώς μεγαλύτερου αριθμού και ποσοστού ηλικιωμένων ανθρώπων, πέραν της ανάγκης εξασφάλισης της βιωσιμότητας των συστημάτων συντάξεων.

Η πρόκληση της δημογραφικής γήρανσης για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας είχε γίνει ήδη αντιληπτή από τη δεκαετία του 1990, οδηγώντας σε μεταρρυθμίσεις σε αρκετές αναπτυγμένες χώρες. Ωστόσο, τη δεκαετία του 2000, έκανε την εμφάνισή της μια νέα ολιστική προσέγγιση των αναγκών φροντίδας του ηλικιωμένου πληθυσμού μαζί με τον νέο όρο της «μακροχρόνιας φροντίδας», ο οποίος περιέλαβε εξαρχής το σύνολο του πληθυσμού με αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης για βασικές καθημερινές ανάγκες λόγω ασθένειας ή αναπηρίας, ανεξαρτήτως ηλικίας.

Σήμερα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δίνει τον ακόλουθο ορισμό της μακροχρόνιας φροντίδας: «Η μακροχρόνια φροντίδα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα προσωπικών, κοινωνικών και ιατρικών υπηρεσιών και υποστήριξης, που διασφαλίζουν ότι τα άτομα με ή που κινδυνεύουν από σημαντική απώλεια εγγενούς ικανότητας φροντίδας του εαυτού τους, λόγω ψυχικής ή σωματικής ασθένειας και αναπηρίας, μπορούν να διατηρήσουν ένα επίπεδο λειτουργικής ικανότητας που συνάδει με τα βασικά τους δικαιώματα και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Η μακροχρόνια φροντίδα παρέχεται για παρατεταμένες χρονικές περιόδους από μέλη της οικογένειας, φίλους ή άλλα μέλη της κοινότητας (που ονομάζονται επίσης άτυποι φροντιστές) ή από επαγγελματίες φροντίδας (που ονομάζονται επίσης επίσημοι φροντιστές). Η επίσημη μακροχρόνια φροντίδα στοχεύει στην πρόληψη, τη μείωση ή την αποκατάσταση της λειτουργικής παρακμής και μπορεί να παρέχεται σε διαφορετικά περιβάλλοντα, όπως η κατ' οίκον φροντίδα, η κοινοτική φροντίδα, η φροντίδα σε ίδρυμα ή η νοσοκομειακή φροντίδα».¹

1. <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care>

Η πλήρης κατανόηση της έννοιας και η εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας, που διασυνδέει και συντονίζει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με το σύστημα κοινωνικής φροντίδας, καθώς και την άτυπη με την επίσημη φροντίδα (Billings et al., 2013· Nies et al., 2013), παρόντως σε εκκρεμότητα για πολλά χρόνια και δεν έχουν ακόμα γενικευτεί σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες – συμπεριλαμβανομένων των ευρωπαϊκών. Εξ ου και η Σύσταση του Συμβουλίου της ΕΕ για την «Πρόσβαση σε οικονομικά προσιτή και υψηλής ποιότητας μακροχρόνια φροντίδα», που υιοθετήθηκε το 2022, επιδιώκει να προωθήσει την ανωτέρω προσέγγιση σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2022).

Για την Ελλάδα, που σήμερα έχει τον τρίτο πιο γερασμένο πληθυσμό στην ΕΕ, και μάλιστα προβλέπεται ότι, μεταξύ 2024 και 2070, ο συνολικός πληθυσμός της χώρας θα μειωθεί κατά 2,6 εκατομμύρια, ενώ ο πληθυσμός 80 ετών και άνω θα αυξηθεί κατά 525 χιλιάδες και ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων² θα ανέλθει από το 23,5% στο 33% (European Commission 2024), η πρόκληση της δημογραφικής γήρανσης, τόσο για το σύστημα υγείας όσο και για το σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων, είναι τεράστια. Είναι δε ακόμα μεγαλύτερη για το σύστημα φροντίδας, διότι είναι το πιο οικογενειοκεντρικό ως προς την οργανωτική του λογική και το πιο υπολειμματικό ως προς τις κοινωνικές του παροχές στην ΕΕ. Αυτό συνεπάγεται μεγάλες έμφυλες ανισότητες όσον αφορά την παροχή της άτυπης φροντίδας από μέλη της οικογένειας, από μέλη της οικογένειας, και μεγάλα κενά κάλυψης του πληθυσμού, τόσο από επίσημη-επαγγελματική όσο και από άτυπη-οικογενειακή φροντίδα.

Δεδομένων των μεγάλων αλλαγών που έχουν επέλθει τις τελευταίες δεκαετίες στη συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας, της μείωσης του αριθμού των παιδιών ανά οικογένεια και της τάσης σύγκλισης του γυναικείου και ανδρικού ποσοστού απασχόλησης στις ηλικίες άνω των 50 ετών, λόγω των πρόσφατων μεταρρυθμίσεων του συνταξιοδοτικού συστήματος, η υπάρχουσα τάση μείωσης της προσφοράς άτυπης φροντίδας προβλέπεται να επιταχυνθεί. Κατά συνέπεια, η μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος φροντίδας ηλικιωμένων προς την κατεύθυνση της αύξησης των κοινωνικών παροχών είναι επιβεβλημένη, εάν η ελληνική κοινωνία θέλει να αποφύγει τα επόμενα χρόνια μια «κρίση φροντίδας», η οποία θα πλήξει κυρίως τα ηλικιωμένα άτομα και τις οικογένειες που ανήκουν στις κατώτερες εισοδηματικές τάξεις και που θα αδυνατούν να αγοράσουν ιδιωτική φροντίδα.

Η πρόκληση της «συμπεριληπτικότητας» είναι ακόμα ισχυρότερη στην περίπτωση του συστήματος υγείας, του δεύτερου συστατικού ενός συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας για τους ηλικιωμένους. Εδώ το ζήτημα είναι, αφενός, η αντιστροφή της τάσης συνεχούς διάβρωσης του δημόσιου συστήματος υγείας και ιδιωτικοποίησης του τομέα της υγείας, που παράγει ταξικές και άλλες ανισότητες πρόσβασης στην υγεία, και, αφετέρου, η κοινωνική επένδυση στην πρόληψη ασθενειών και στην

2. Ορίζεται ο πληθυσμός 65 ετών και άνω ως ποσοστό (%) του πληθυσμού 15-64 ετών.

αποκατάσταση των ασθενών, που συμβάλλουν στην υγιή γήρανση και στην εξοικονόμηση πόρων και για τα δύο δημόσια συστήματα: υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Η μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος φροντίδας ηλικιωμένων προς την κατεύθυνση ενός ολοκληρωμένου συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας είναι επίσης αναγκαία, εάν θέλουμε να αναγνωριστεί η αξία της άτυπης φροντίδας και να ανακουφιστούν οι οικογενειακές/οί φροντίστριες/ές από μέρος του βάρους που επωμίζονται, και εάν δεν θέλουμε να συνεχιστεί η σημερινή άνιση επιβάρυνση των γυναικών με τη φροντίδα των ηλικιωμένων γονιών και συγγενών και να υπάρξει οπισθοδρόμηση στο ζήτημα της ισότιμης ένταξης των γυναικών στην αμειβόμενη εργασία, μια διαρκής πρόκληση για τη χώρα μας, όπου το ποσοστό απασχόλησης των γυναικών είναι από τα χαμηλότερα στην ΕΕ. Αξίζει, ασφαλώς, να σημειωθεί πως τα στοιχεία μεγάλων ευρωπαϊκών ερευνών επιβεβαιώνουν και στην περίπτωση της χώρας μας ένα γενικότερο φαινόμενο, ότι οι άνδρες συμμετέχουν στην άτυπη φροντίδα ηλικιωμένων περισσότερο απ' ό,τι στην άτυπη φροντίδα παιδιών (Bettio & Verashchagina, 2012). Επειδή όμως το εν λόγω φαινόμενο εξηγείται κυρίως από την εμπλοκή των ηλικιωμένων ανδρών στη φροντίδα της συζύγου τους, η πολιτική προώθησης της έμφυλης ισότητας στην άτυπη εργασία φροντίδας θα πρέπει να εστιαστεί στα παιδιά των ηλικιωμένων εργάσιμης ηλικίας.

Η επίσημη-επαγγελματική φροντίδα ηλικιωμένων είναι ένας πλήρως γυναικοκρατούμενος κλάδος στην Ελλάδα, όπως παντού. Οι δύσκολες συνθήκες εργασίας σε συνδυασμό με τις χαμηλές αμοιβές, ιδιαίτερα στον ιδιωτικό τομέα, έχουν ως αποτέλεσμα την υψηλή ανακύκλωση του προσωπικού (turnover) και τις ελλείψεις εργατικού δυναμικού σε όλα τα βασικά επαγγέλματα του κλάδου. Οι ελλείψεις αυτές αποτελούν προεόρτια μιας «κρίσης φροντίδας», η οποία σίγουρα θα επέλθει αν δεν μεταρρυθμιστεί το υπάρχον σύστημα, με τρόπο που να επιτρέψει την αύξηση της προσφοράς επίσημης φροντίδας, προσελκύοντας εργαζόμενους και σταθεροποιώντας τους στον κλάδο.

Έρευνα για τη φροντίδα των ηλικιωμένων – το πρόγραμμα GELDERIN

Ο ανά χείρας συλλογικός τόμος περιλαμβάνει τα σημαντικότερα αποτελέσματα του ερευνητικού προγράμματος GELDERIN (2023-2025), το οποίο χρηματοδοτήθηκε από το ΕΛΙΔΕΚ (Ελληνικό Ίδρυμα Έρευνας και Καινοτομίας), με τίτλο: «Το ελληνικό σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων αντιμέτωπο με τη δημογραφική γήρανση. Οι προκλήσεις της συμπεριληπτικότητας και της ισότητας των φυλών».

Το GELDERIN επιδίωξε να καλύψει ένα μεγάλο κενό στην έρευνα για τη φροντίδα ηλικιωμένων στη χώρα μας, καθώς και για την πολιτική κοινωνικής φροντίδας, και συγκεκριμένα το κενό που άφηναν οι λιγοστές μελέτες-δημοσιεύσεις που περιέγραφαν το επίσημο σύστημα και τα λίγα άρθρα και μία διατριβή, που βασίζονται στην επεξεργασία στοιχείων της ευρωπαϊκής έρευνας SHARE.

Η ερευνητική πρόταση του GELDERIN ξεκινούσε από τη διαπίστωση ότι το ελληνικό σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων δεν είναι βιώσιμο σε συνθήκες προϊούσας δημογραφικής γήρανσης, εάν δεν καταστεί πιο συμπεριληπτικό και συμβατό με την ανάγκη αυξημένης συμμετοχής των γυναικών στην αμειβόμενη εργασία. Δεδομένης της πολύ περιορισμένης πρωτογενούς έρευνας, το έργο θα επιδίωκε να συμβάλει, μέσω έρευνας πεδίου στους/στις ηλικιωμένους/ες και στις άτυπες φροντίστριες/ές τους, στην αποτύπωση όλων των προβλημάτων που συνδέονται με τις δύο κύριες προκλήσεις στις οποίες το ελληνικό σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων καλείται να ανταποκριθεί: την συμπεριληπτικότητα (καθολική κάλυψη) και την έμφυλη ισότητα (ίση κατανομή της φροντίδας μεταξύ ανδρών και γυναικών).

Το GELDERIN θέλησε να πάρει τη σκυτάλη από μια μεγάλη έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα 20 χρόνια πριν, στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού προγράμματος EUROFAMCARE (2003-2005),³ και η οποία παρέμενε μοναδική στο είδος της. Το EUROFAMCARE αποτελεί μέχρι σήμερα την πιο έγκυρη ευρωπαϊκή έρευνα αναφοράς για τους άτυπους οικογενειακούς φροντιστές ηλικιωμένων, με συνολικό δείγμα 6.000 φροντιστών από έξι χώρες, που διεξήχθησαν προσωπικές συνεντεύξεις χρησιμοποιώντας τυποποιημένο ερωτηματολόγιο το οποίο παρείχε συγκρίσιμα δεδομένα μεταξύ χωρών. Το ελληνικό δείγμα αποτελείτο από 1.014 οικογενειακούς/ές φροντιστές/ριες σε όλη την Ελλάδα, οι οποίοι/ες έδωσαν πληροφορίες σχετικά με την υγεία, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και την κατάσταση φροντίδας των ίδιων και των ηλικιωμένων που φρόντιζαν, καθώς και για τις υπηρεσίες υποστήριξης που χρησιμοποιούσαν. Πραγματοποιήθηκαν επίσης συνεντεύξεις με παρόχους υπηρεσιών στις περισσότερες από τις έξι περιοχές της χώρας όπου διεξήχθη η έρευνα, εστιάζοντας στις υπηρεσίες υποστήριξης ηλικιωμένων, καθώς αυτές για τους/τις ίδιους/ες τους/τις άτυπους/ες φροντιστές/ριες σχεδόν απουσίαζαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, ενώ και στις έξι χώρες κυριαρχούσε η άτυπη φροντίδα, οι άτυπες/οι οικογενειακές/οί φροντίστριες/ές στην Ελλάδα παρείχαν τα υψηλότερα επίπεδα φροντίδας, έχοντας πρόσβαση ή χρησιμοποιώντας λιγότερες υποστηρικτικές υπηρεσίες από άλλες χώρες, με αρνητικές συνέπειες για τη σωματική, ψυχική, κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση.

Είκοσι χρόνια αργότερα, ένα από τα ερωτήματα που έθεσε το GELDERIN και επιδίωξε να απαντηθούν μέσω έρευνας πεδίου ήταν: Έχουν οι δημογραφικές αλλαγές, η μεγαλύτερη συμμετοχή των γυναικών στο εργατικό δυναμικό ή άλλοι παράγοντες αλλάξει, και πώς, αυτό το πρότυπο άτυπης παροχής φροντίδας; Άλλα σημαντικά ερωτήματα αφορούσαν την ανάπτυξη των κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας σε τοπικό επίπεδο, τον βαθμό χρήσης τους από τα ηλικιωμένα άτομα και τις/τους άτυπες/ους φροντίστριες/ές τους, τον βαθμό ικανοποίησης από αυτές όσων τις χρησιμοποιούν, και, τέλος, τις προτιμήσεις των ηλικιωμένων και των άτυπων φροντιστριών/ών τους για τις μορφές/είδος και μείγμα φροντίδας και για τις ακάλυπτες ανάγκες τους όσον αφορά τις υποστηρικτικές παροχές και υπηρεσίες.

3. <https://www.uke.de/extern/eurofamcare/index.php>

Η έρευνα πεδίου του GELDERIN διαφέρει από αυτήν του EUROFAMCARE, διότι πραγματοποιήθηκε μόνο στην περιοχή της Αττικής και όχι πανελλαδικά. Από την άλλη, όμως, οι συνεντεύξεις με ερωτηματολόγιο πραγματοποιήθηκαν για πρώτη φορά και σε δείγμα ηλικιωμένων, όχι μόνο στις/στους άτυπες/ους φροντίστριες/ές τους. Όπως στο EUROFAMCARE, η έρευνα με ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε με συνεντεύξεις στις τοπικές υπηρεσίες φροντίδας, προκειμένου να διαμορφωθεί μια συνολική εικόνα για το πώς καλύπτονται οι ανάγκες των ηλικιωμένων, τόσο από τους άτυπους όσο και από τους επίσημους παρόχους φροντίδας. Επιπλέον, εξετάστηκαν τα κενά των υπηρεσιών και αναλύθηκαν οι προτιμήσεις και οι επιλογές των ηλικιωμένων αλλά και των άτυπων φροντιστριών/ών τους. Οι συνεντεύξεις με παρόχους υπηρεσιών στον δημόσιο, ιδιωτικό και μη κυβερνητικό τομέα στόχευαν στην επισκόπηση των υπηρεσιών που είναι διαθέσιμες τόσο για τις/τους ηλικιωμένες/ους όσο και για τις/τους άτυπες/ους φροντίστριες/ές και στην αποτύπωση των απόψεων των επαγγελματιών που εργάζονται στον τομέα της παροχής φροντίδας.

Ωστόσο, το ερευνητικό πρόγραμμα GELDERIN δεν περιορίστηκε στη διερεύνηση του πώς και σε ποιο βαθμό καλύπτουν τις ανάγκες τους οι ηλικιωμένες/οι και ποιες είναι οι επιπτώσεις της άτυπης φροντίδας στις/στους φροντίστριες/ές τους. Εξέτασε παράλληλα λεπτομερώς τους όρους απασχόλησης, τις συνθήκες εργασίας, τα εκπαιδευτικά προσόντα και τις επαγγελματικές προοπτικές των εργαζόμενων στον επίσημο τομέα της φροντίδας (δημόσιο, ιδιωτικό και κοινωνικό), συμπεριλαμβανομένων των εργαζόμενων που προσλαμβάνονται ιδιωτικά από τους/τις ηλικιωμένους/ες ή την οικογένειά τους για να παρέχουν κατ' οίκον φροντίδα. Περαιτέρω, αναζητήθηκαν οι λόγοι της μεγάλης ανακύκλωσης (turnover) και των ελλείψεων προσωπικού στον κλάδο. Για να διερευνηθούν τα παραπάνω θέματα διεξήχθησαν προσωπικές συνεντεύξεις με εκπροσώπους συνδικάτων, εργοδοτικών φορέων και μεταναστευτικών οργανώσεων, διευθύντριες/ές ιδιωτικών μονάδων φροντίδας και πλατφορμών σύζευξης, καθώς και με εργαζόμενες κατ' οίκον, και οργανώθηκε ένα focus group με εργαζόμενες/ους σε δομές.

Η δομή και τα κεφάλαια του βιβλίου

Το βιβλίο χωρίζεται σε τρία μέρη. Το πρώτο αναπτύσσει το εννοιολογικό και θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας και παρουσιάζει τις εξελίξεις στην πολιτική φροντίδας ηλικιωμένων τις τελευταίες δεκαετίες. Στο πρώτο κεφάλαιο του μέρους (κεφάλαιο 2), η Μαρία Καραμεσίνη και η Εύα Τσουπαροπούλου παρουσιάζουν και επεξηγούν τις βασικές έννοιες, τους ορισμούς και τους δείκτες που χρησιμοποιούνται διεθνώς στην έρευνα και την πολιτική φροντίδας ηλικιωμένων, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις έννοιες των ελλειμμάτων/κενών φροντίδας και της φτώχειας φροντίδας, που αποτελεί μια ιδιαίτερη όψη της φροντίδας στα γηρατειά. Στο δεύτερο κεφάλαιο (κεφάλαιο 3), η Όλγα Δούρου αναπτύσσει και εμβαθύνει στην έννοια και την πολιτική

της ενεργής γήρανσης, που προωθήθηκαν επί μία εικοσαετία από τους διεθνείς οργανισμούς, οι οποίες συνδέουν τη φροντίδα των ηλικιωμένων με την υγεία τους, τη συμμετοχή τους στην εργασία και την κοινωνική ζωή, και την προσφορά τους στις οικογένειές τους και στην κοινότητα διαβίωσής τους. Στο τρίτο κεφάλαιο (κεφάλαιο 4), η Νέλλη Καμπούρη μελετά τη βιβλιογραφία σχετικά με το φύλο και τη διαθεματικότητα στη φροντίδα ηλικιωμένων, για να συνοψίσει τους παράγοντες που καθορίζουν ποιο άτομο της οικογένειας φροντίζει και τις συνθήκες εργασίας που οδηγούν στη θηλυκοποίηση και φυλετικοποίηση της αμειβόμενης φροντίδας ηλικιωμένων. Στο τέταρτο κεφάλαιο του πρώτου μέρους (κεφάλαιο 5), η Μαρία Καραμεσίνη παρουσιάζει τα συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην Ευρώπη, τις μεταξύ τους διαφορές αλλά και τις κοινές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν, τις μεταρρυθμίσεις που έχουν συντελεστεί τις τελευταίες δεκαετίες, καθώς και τις συστάσεις των διεθνών οργανισμών για τις κατευθύνσεις και το περιεχόμενο των τελευταίων.

Το δεύτερο μέρος του τόμου εστιάζει και εμβαθύνει στα βασικά χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος φροντίδας ηλικιωμένων. Στο πρώτο κεφάλαιο του μέρους (κεφάλαιο 6), η Μαρία Καραμεσίνη περιγράφει αδρά τις ιδιαιτερότητές του σε σχέση με τα λοιπά ευρωπαϊκά συστήματα και εμβαθύνει στις ειδικές προκλήσεις πολιτικής που προκύπτουν από αυτές τις ιδιαιτερότητες, δεδομένης της ανάγκης μεταρρύθμισης του συστήματος, που έχει καθυστερήσει. Στο δεύτερο κεφάλαιο (κεφάλαιο 7), η Εύη Χατζηβαρνάβα παρουσιάζει λεπτομερώς τις παροχές και τους παρόχους του επίσημου συστήματος φροντίδας ηλικιωμένων στη χώρα μας, τόσο το θεσμικό πλαίσιο που τις/τους διέπει (επιλεξιμότητα δικαιούχων, ύψος παροχών, προϋποθέσεις λειτουργίας δομών, κόστος υπηρεσιών, ελεγκτικοί μηχανισμοί κ.λπ.) όσο και τα διαθέσιμα ποσοτικά στοιχεία από διοικητικές πηγές για τους παρόχους υπηρεσιών: αριθμός μονάδων, χρηστών και εργαζόμενων και γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών. Στο τελευταίο κεφάλαιο του μέρους (κεφάλαιο 8), η Αγγελική Αθανασοπούλου παρουσιάζει τις ιδιαιτερότητες της φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα, στο πλαίσιο της ιστορικής εξέλιξης και διαμόρφωσης της οικογένειας και της διαγενεακής αλληλεγγύης στη χώρα μας, καθώς και διαφορετικών μορφών τους.

Το τρίτο και τελευταίο μέρος του βιβλίου καταγράφει τα αποτελέσματα της έρευνας πεδίου του GELDERIN. Στο πρώτο κεφάλαιο (κεφάλαιο 9), η Μαρία Καραμεσίνη και η Εύα Τσουπαροπούλου παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της έρευνας πεδίου στους/στις ηλικιωμένους/ες, δίνοντας έμφαση στο μείγμα φροντίδας που δέχονται, τον βαθμό κάλυψης των αναγκών τους και την εκ μέρους τους χρήση και αξιολόγηση των κοινωνικών υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο. Στο δεύτερο κεφάλαιο του μέρους (κεφάλαιο 10), η Μαρία Καραμεσίνη και η Εύα Τσουπαροπούλου παραθέτουν και σχολιάζουν τα ευρήματα της έρευνας πεδίου στις/στους άτυπες/ους φροντιστρίες/ές, επικεντρώνοντας στις έμφυλες διαφορές και τις ανισότητες που διέπουν την παροχή άτυπης φροντίδας και στις ανάγκες κρατικής στήριξης που εξέφρασαν οι συμμετέχουσες/ντες στην έρευνα. Στο τρίτο κεφάλαιο (κεφάλαιο 11), η Όλγα

Δούρου και η Εύη Χατζηβαρνάβα παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της έρευνας από τις προσωπικές συνεντεύξεις και τις ομάδες εστιασμένης συζήτησης που πραγματοποιήσαν με στελέχη των τοπικών κοινωνικών υπηρεσιών και οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών και με εργαζόμενους/ες και χρήστες/ριες των υπηρεσιών στους Δήμους Αθηναίων, Χαλανδρίου και Αγίου Δημητρίου. Στο τέταρτο κεφάλαιο (κεφάλαιο 12), η Μαρία Καραμεσίνη, η Αγγελική Αθανασοπούλου, η Μαριλένα Κελαντωνάκη και η Παρασκευή Τουρή περιγράφουν με συστηματικό τρόπο το ύψος και τη σύνθεση του εργατικού δυναμικού και τις εργασιακές σχέσεις στον επίσημο τομέα φροντίδας ηλικιωμένων, δίνοντας έμφαση στη διάσταση του φύλου και της εθνικής προέλευσης και αναδεικνύοντας τις διαφορές στις εργασιακές σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, καθώς και τις ιδιαιτερότητες των όρων απασχόλησης και συνθηκών εργασίας των κατ' οίκον εργαζόμενων που προσλαμβάνονται από τους/τις ηλικιωμένους/ες και την οικογένειά τους για να παρέχουν φροντίδα.

Τέλος, στο τελευταίο κεφάλαιο του βιβλίου (κεφάλαιο 13), η Μαρία Καραμεσίνη και η Εύη Χατζηβαρνάβα προχωρούν σε ενδελεχή αξιολόγηση του συστήματος φροντίδας ηλικιωμένων στη χώρα μας και στη συνέχεια συζητούν τις εναλλακτικές κατευθύνσεις και προτάσεις μεταρρύθμισής του, καθώς και τα διλήμματα πολιτικής που χρήζουν απάντησης.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2022). Σύσταση του Συμβουλίου της 8ης Δεκεμβρίου 2022 σχετικά με την πρόσβαση σε οικονομικά προσιτή και υψηλής ποιότητας μακροχρόνια φροντίδα (2022/C 476/01). [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215(01))

Ξενόγλωσση

Bettio, F. & Verashchagina, A. (2012). Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries, European Commission. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/6f79fa54-1199-45e0-bbf3-2619c21b299a>

Billings, J., Leichsenring, K. & Wagner, L. (2013). Addressing Long-Term Care as a System – Objectives and Methods of Study. In K. Leichsenring, J. Billings & H. Nies (eds), *Long-Term Care in Europe. Improving Policy and Practice*. Houndmills, Basingstoke: Palgrave MacMillan, pp. 3-18.

European Commission (2024). 2024 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070). *Institutional Paper 279*. Directorate-General for Economic and Financial Affairs. <https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2024-ageing-re>

port-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2022-2070_en
Nies, H., Leichsenring, K. & Mak, S. (2013). The Emerging Identity of Long-Term Care Systems in Europe. In K. Leichsenring, J. Billings & H. Nies (eds), *Long-Term Care in Europe. Improving Policy and Practice*. Houndmills, Basingstoke: Palgrave MacMillan, pp. 19-41.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ,
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Γήρανση, φροντίδα ηλικιωμένων και φτώχεια στην τρίτη ηλικία: Έννοιες, ορισμοί και δείκτες

Μαρία Καραμεσίνη, Εύα Τσουπαροπούλου

Εισαγωγή

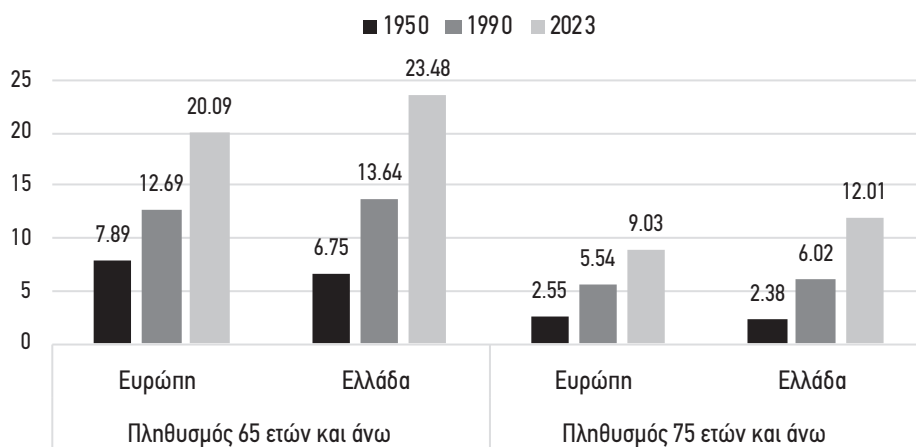
Στο παρόν κεφάλαιο αντλούμε από τη διεθνή βιβλιογραφία προκειμένου να παρουσιάσουμε τα διαθέσιμα ερευνητικά εργαλεία που εξετάζουν τη σχέση ανάμεσα στη γήρανση και την αυξανόμενη ανάγκη φροντίδας στις δυτικές κοινωνίες. Παράλληλα, αναλύουμε τον τρόπο με τον οποίο η αναντιστοιχία μεταξύ της ζήτησης και της προσφοράς υπηρεσιών φροντίδας συμβάλλει στη δημιουργία ελλειμμάτων ή κενών φροντίδας σε μακρο-κοινωνικό επίπεδο· φαινόμενα που μπορούν να περιγραφούν ως «φτώχεια φροντίδας» (care poverty), τα οποία πλήττουν κυρίως τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, συνήθως όσες έχουν χαμηλό εισόδημα. Στην πρώτη ενότητα παρουσιάζονται οι βασικές έννοιες, οι ορισμοί και οι δείκτες που σχετίζονται με τη γήρανση και την εξάρτηση των ηλικιωμένων ατόμων από μακροχρόνια φροντίδα, ενώ στη δεύτερη ενότητα εξετάζονται τα διαφορετικά είδη της τελευταίας και οι έμφυλες ανισότητες ως προς την παροχή της. Η τρίτη ενότητα εστιάζει στη σχέση γήρατος και αναπηρίας και στις επικαλύψεις ανάμεσα στα δύο αυτά πεδία πολιτικής μακροχρόνιας φροντίδας. Στην τέταρτη ενότητα αποσαφηνίζονται οι διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις και οι μεθοδολογικές επιλογές που βρίσκονται πίσω από τις έννοιες των «ανεκπλήρωτων αναγκών φροντίδας», των «ελλειμμάτων ή κενών φροντίδας» και της «φτώχειας φροντίδας», έννοιες που μας επιτρέπουν να αναπτύξουμε σχετικούς δείκτες για την εμπειρική διερεύνηση των φαινομένων. Το κεφάλαιο κλείνει με επισημάνσεις για το πώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι έννοιες, οι δείκτες και οι θεωρητικές προσεγγίσεις που παρουσιάστηκαν για τη μελέτη της συμπεριληπτικότητας και της έμφυλης διάστασης των συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας.

1. Γήρανση, εξάρτηση και ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας

Η γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού έχει τεκμηριωθεί από πλήθος μελετών, με διαφορές μεταξύ ηπείρων, περιοχών και χωρών ως προς τη φάση δημογραφικής

μετάβασης που βρίσκονται. Η Ευρώπη, η οποία συχνά αποκαλείται «γηραιά ήπειρος», αποτελεί την περιοχή με το υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένου πληθυσμού παγκοσμίως. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Τμήματος Πληθυσμού του ΟΗΕ (UN DESA), το 2023, ο δείκτης εξάρτησης των ηλικιωμένων στην Ευρώπη, μετρούμενος με τον πληθυσμό 65 ετών και άνω ως ποσοστό του πληθυσμού 15-64 ετών, ανερχόταν στο 31,2% έναντι 15,4% στο σύνολο του κόσμου (United Nations, 2024).

Διάγραμμα 2.1. Πληθυσμός 65 και 75 ετών και άνω, στην Ευρώπη και στην Ελλάδα (% συνολικού πληθυσμού)



Πηγή: Ηνωμένα Έθνη, Τμήμα Πληθυσμού, data portal (πρόσβαση 26.10.2025).

Η γήρανση του ευρωπαϊκού πληθυσμού σημειώθηκε σταδιακά. Πρόκειται για μια μακροχρόνια τάση που ξεκίνησε από τον 19ο αιώνα. Μεταξύ 1950 και 2023, το ποσοστό του πληθυσμού 65 ετών και άνω στον συνολικό πληθυσμό αυξήθηκε από 7,9% στο 20,1%, ενώ του πληθυσμού 75 ετών και άνω από 2,5% στο 9%. Το ίδιο χρονικό διάστημα, η εξέλιξη αυτή στην Ελλάδα ήταν πολύ έντονη, με το ποσοστό του πληθυσμού 65 ετών και άνω να έχει αυξηθεί 3,5 φορές και εκείνο του πληθυσμού 75 ετών και άνω 5 φορές, καθιστώντας τη χώρα μας μία από τις πιο γερασμένες της ευρωπαϊκής ηπείρου, αλλά και παγκοσμίως (Διάγραμμα 2.1).

Είναι δύσκολο να δοθεί ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός της γήρανσης. Η πολυπλοκότητα της διαδικασίας γήρανσης, λόγω της επίδρασης πολλών διαφορετικών παραγόντων, αντικατοπτρίζεται στην ύπαρξη ποικίλων, νεότερων ορισμών του φαινομένου. Μεταξύ των κλασικών ορισμών, σύμφωνα με ερευνητές που ειδικεύονται στο αντικείμενο, περιλαμβάνεται η αναφορά των Birren και Cunningham (1985) στη γήρανση ως «ορισμένη τυπικότητα μεταβολών με την πάροδο του χρόνου σε ώριμους οργανισμούς». Μια άποψη που, σύμφωνα με τον Schroots (2012), έθεσε δύο βασικά ερωτήματα τα οποία άνοιξαν τον διεθνή διάλογο και απαντήθηκαν από διαφορετι-

κές θεωρητικές προσεγγίσεις: «(α) σε ποιον βαθμό οι διαδικασίες ανάπτυξης και γήρανσης διαφέρουν μεταξύ τους, δεδομένου ότι και οι δύο αναφέρονται σε αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία· και (β) πώς μπορεί να εξηγηθεί η μετάβαση από τις αναπτυξιακές στις γηραντικές διαδικασίες, δεδομένου ότι η γήρανση ξεκινά με την ωριμότητα». Επιπλέον, σύμφωνα με τον Birren (1988, πρβ. Antoniadou, Zygouris & Tsolaki, 2017), «[η] γήρανση ορίζεται ως η μεταβολή του ανθρώπινου οργανισμού μετά την ηλικία της φυσικής ωριμότητας, δηλαδή μετά την ιδανική ηλικία αναπαραγωγής, πέραν της οποίας η πιθανότητα επιβίωσης μειώνεται σταθερά, ενώ λαμβάνουν χώρα νομοτελειακές αλλαγές στη συμπεριφορά, τις εμπειρίες και τους κοινωνικούς ρόλους».

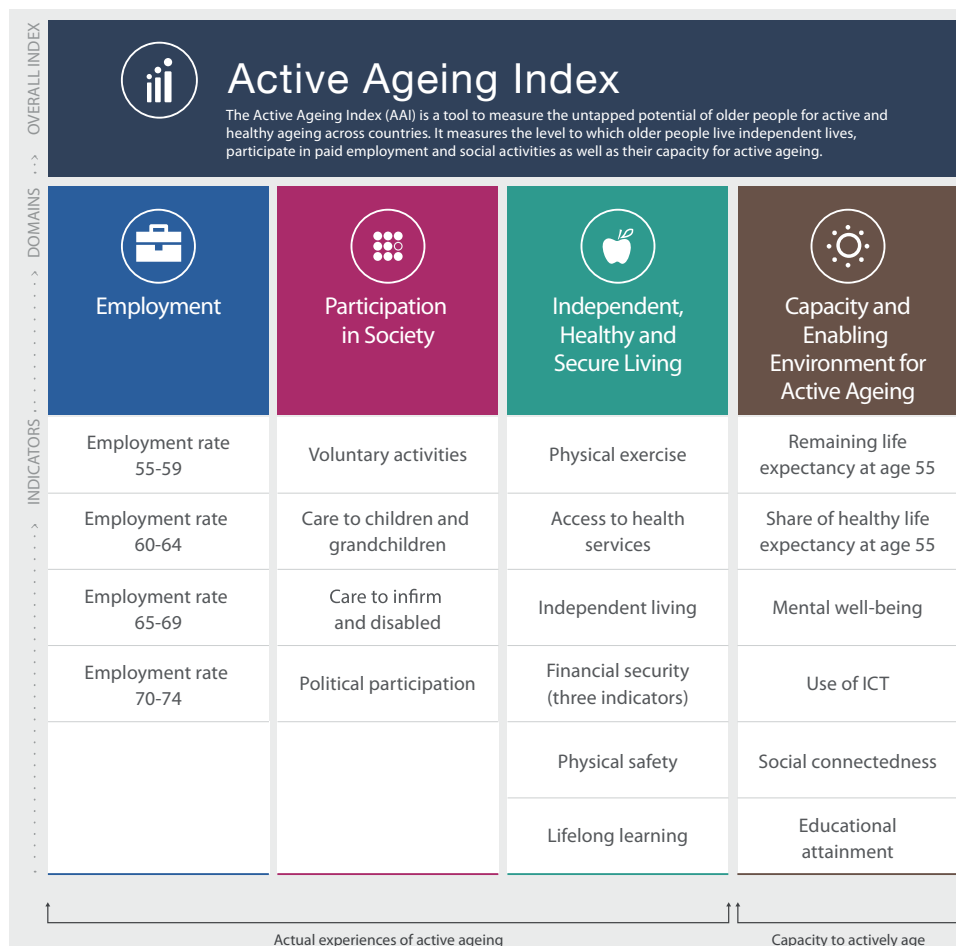
Η έννοια της γήρανσης διαμορφώθηκε για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1950 από τους Canon Kit και Dr. Huet (Antoniadou, Zygouris & Tsolaki, 2017) και στις μέρες μας ταυτίζεται μεθοδολογικά με την έννοια της «τρίτης ηλικίας». Βάσει αυτής της προσέγγισης, το 2015, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανέπτυξε περαιτέρω την έννοια του ηλικιωμένου ατόμου –ή του υποκειμένου σε κατάσταση γήρατος– στηριζόμενος στη χρονολογική ηλικία, προτείνοντας την ακόλουθη ταξινόμηση: (α) «νέοι-ηλικιωμένοι» από 65 έως 74 ετών, (β) «παλαιότεροι-ηλικιωμένοι» από 75 έως 84 ετών, και (γ) «τέταρτη ηλικία» ή αλλιώς «υπερήλικες» από 85 ετών και άνω (WHO, 2015).

Η γήρανση, με βάση τη σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση των Katz και Calasanti (2015), ως διαδικασία ανθρώπινης βιολογικής ανάπτυξης, ταξινομείται από τους ερευνητές στις κατηγορίες «υγής», «θετική», «ενεργή», «παραγωγική» και «επιτυχημένη». Η «θετική γήρανση», σύμφωνα με τον Bar-Tur (2021), συνδέεται με πέντε ανεξάρτητους παράγοντες: υγεία, γνώση, δραστηριότητα, συναίσθημα και φυσική κατάσταση. Οι ηλικιωμένοι, επομένως, αντιμετωπίζονται ως υποκείμενα ικανά να θέτουν στόχους, να προσπαθούν να τους επιτύχουν και να επιλέγουν πόρους που επιτρέπουν την προσαρμοστικότητα στις αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία (Schultz & Heckhausen, 1996). Η έννοια της «παραγωγικής γήρανσης» στην εργασία διαμορφώθηκε κυρίως από τις μελέτες των Butler και Gleason (1985), ενώ ενισχύθηκε από την προσθήκη των Rowe και Kahn (1997) περί «επιτυχημένης γήρανσης» και τις θεωρήσεις του Ilmarinen (1999) για την απασχολησιμότητα (βλ. Schulte, Grosch, Scholl & Tamers, 2018). Η θεώρηση αυτή στηρίζεται στην ιδέα ότι οι ηλικιωμένοι μπορούν να παραμένουν δραστήριοι και δημιουργικοί, συμβάλλοντας τόσο στην εργασία όσο και στις οικογένειες και τις κοινότητές τους, συμμετέχοντας σε παραγωγικές δραστηριότητες, όπως η αμειβόμενη ή εθελοντική εργασία, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, οι οικιακές εργασίες και η φροντίδα. Η «επιτυχημένη γήρανση» ως έννοια ταυτίζεται με τη γήρανση με καλή υγεία, δύναμη και ζωτικότητα (Rowe & Kahn, 1997), ενώ σύμφωνα με τους Hinterlong, Morrow-Howell και Rozario (2007), η «παραγωγική γήρανση» δεν είναι παρά η «επιτυχημένη γήρανση» με έμφαση στην εργασία των ηλικιωμένων.

Με βάση τη συμβολή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στη Δεύτερη Παγκόσμια Συνέλευση του ΟΗΕ για τη Γήρανση (WHO, 2002), η «ενεργή γήρανση» ορίζεται ως η διαδικασία βελτιστοποίησης των ευκαιριών για υγεία, συμμετοχή και ασφάλεια, με

σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων καθώς μεγαλώνουν. Το 2012, αναπτύχθηκε στη Βιέννη ο Δείκτης Ενεργής Γήρανσης (Active Ageing Index – AAI), στο πλαίσιο της συνεργασίας μεταξύ της Οικονομικής Επιτροπής των Ηνωμένων Εθνών για την Ευρώπη (UNECE), της Γενικής Διεύθυνσης Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ένταξης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πολιτικής και Έρευνας για την Κοινωνική Πρόνοια. Πρόκειται για ένα εργαλείο που αποτυπώνει το ανεκμετάλλετο δυναμικό των ηλικιωμένων για ενεργή και υγιή γήρανση σε όλες τις χώρες, μετρώντας τον βαθμό στον οποίο οι ηλικιωμένοι ζουν μια ανεξάρτητη ζωή, συμμετέχουν στην αμειβόμενη εργασία και σε κοινωνικές δραστηριότητες, καθώς και την ικανότητά τους να γηράσκουν ενεργά. Το Σχήμα 2.1 παρουσιάζει τον συνολικό Δείκτη Ενεργής Γήρανσης (AAI) και τους επιμέρους υποδείκτες του.

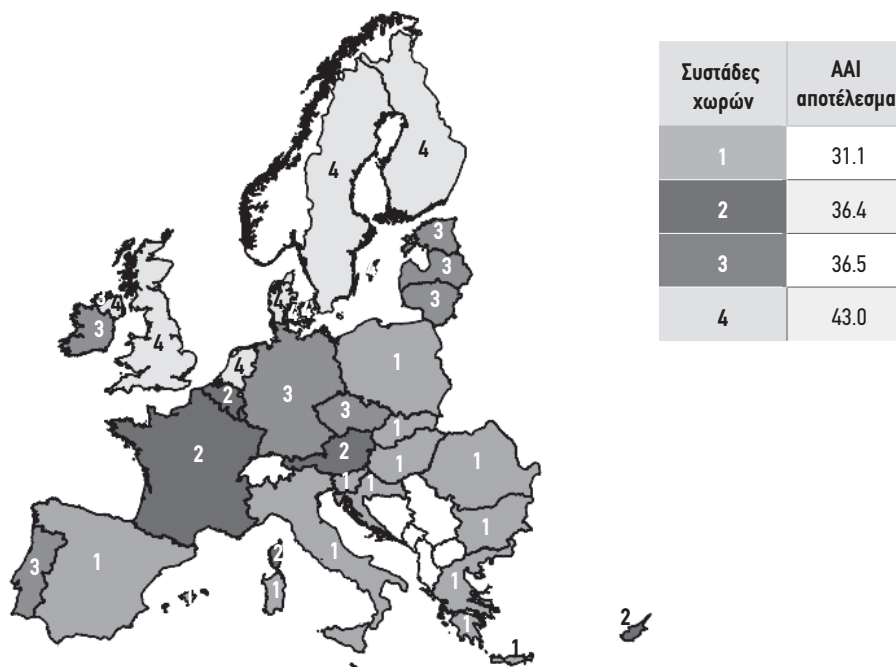
Σχήμα 2.1. Ο Δείκτης Ενεργής Γήρανσης (Active Ageing Index – AAI)



Πηγή: Αναπαράγεται από την UNECE (2019), σ. 4. Active Ageing Index project. <https://statswiki.unec.org/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>

Η Ελλάδα ανήκει στην ομάδα των χωρών της ΕΕ με χαμηλό Δείκτη Ενεργής Γήρανσης (AAI). Το 2018, η Ελλάδα και άλλες εννέα χώρες¹ είχαν AAI 25,6% για την εργασία, 14,1% για την κοινωνική συμμετοχή, 66,9% για την ανεξάρτητη, υγιή και ασφαλή διαβίωση, 52,8% για την επάρκεια του υποστηρικτικού περιβάλλοντος και 31,1% για τον συνολικό Δείκτη AAI, σε σύγκριση με τις χώρες της ΕΕ-28, οι οποίες εμφάνιζαν αντίστοιχα μέσα επίπεδα 31,1%, 17,9%, 70,7%, 57,8% και 35,7% (Σχήμα 2.2). Μάλιστα, όλοι οι επιμέρους δείκτες για αυτή την ομάδα χωρών ήταν κατά 10-20% χαμηλότεροι από τον μέσο δείκτη της ΕΕ-28, ενώ ο δείκτης κοινωνικής συμμετοχής ήταν χαμηλότερος κατά 21%.

Σχήμα 2.2. Ο συνολικός Δείκτης Ενεργής Γήρανσης (AAI) και οι επιμέρους δείκτες για την ΕΕ-28, 2018



Ακολουθεί επεξηγηματικός πίνακας.

Πηγή: Αναπαράγεται από την UNECE (2019), σ. 10.

1. Βουλγαρία, Κροατία, Ουγγαρία, Ιταλία, Πολωνία, Ρουμανία, Σλοβακία, Σλοβενία, Ισπανία.

Συστάδες χωρών*	Βαθμολογίες ανά τομέα				Σύνολο
	Απασχόληση	Κοινωνική συμμετοχή	Ανεξάρτητη, υγιάς & ασφαλής διαβίωση	Ικανότητα & ευνοϊκό περιβάλλον	
1	25.6	14.1	66.9	52.8	31.1
2	25.7	22.7	73.8	60.4	36.4
3	37.5	15.1	68.3	55.9	36.5
4	39.4	23.5	77.6	65.9	43.0
Σύνολο	31.1	17.9	70.7	57.5	35.7

*: Οι συστάδες περιέχουν τις ακόλουθες χώρες (τα χρώματα αναφέρονται σε αυτά που φαίνονται):

1. Βουλγαρία, Κροατία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ιταλία, Πολωνία, Ρουμανία, Σλοβακία, Σλοβενία, Ισπανία (πράσινο).
2. Αυστρία, Βέλγιο, Κύπρος, Γαλλία, Λουξεμβούργο, Μάλτα (κόκκινο).
3. Τσεχία, Εσθονία, Ιρλανδία, Γερμανία, Λετονία, Λιθουανία, Πορτογαλία (μπλε).
4. Δανία, Φινλανδία, Ολλανδία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο (κίτρινη).

Σημείωση: για τις μέσες τιμές τυπικής απόκλισης βλέπε

https://unece.org/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/ECE-WG-33.pdf

Πηγή: Αναπαράγεται από την UNECE (2019), σ. 10.

Στα τέλη της δεκαετίας του 2010 και στις αρχές της δεκαετίας του 2020, τα Ηνωμένα Έθνη τροποποίησαν την πολιτική τους και αντικατέστησαν την έννοια της ενεργής γήρανσης με εκείνη της υγιούς γήρανσης ως κεντρικού προγραμματικού στόχου για την περίοδο 2021-2030. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την υγιή γήρανση ως «τη διαδικασία ανάπτυξης και διατήρησης της λειτουργικής ικανότητας που επιτρέπει την ευημερία σε προχωρημένες ηλικίες» (WHO, 2020).

Η λειτουργική ικανότητα αφορά την κατοχή των δυνατοτήτων που επιτρέπουν σε όλα τα άτομα να είναι και να πράττουν ό,τι θεωρούν πολύτιμο. Περιλαμβάνει την ικανότητα του ατόμου:

- Να ικανοποιεί τις βασικές του ανάγκες.
- Να αποκτά γνώσεις καθώς μεγαλώνει και να λαμβάνει αποφάσεις.
- Να διατηρεί την κινητικότητα του.
- Να αναπτύσσει και να διατηρεί κοινωνικές σχέσεις.
- Να συμβάλλει στην κοινωνία.

Η επίτευξη του στόχου της υγιούς γήρανσης προϋποθέτει ότι κάθε άνθρωπος, ανεξαρτήτως χαρακτηριστικών (φύλο, φυλή, χώρα κατοικίας κ.ά.), θα πρέπει να έχει την ευκαιρία να ζήσει μια μακρά και υγιή ζωή. Αυτό συνεπάγεται τη διαβίωση σε ένα κοινωνικο-πολιτισμικό περιβάλλον που προάγει την ποιότητα ζωής, καθώς και την πρόσβαση σε ένα σύστημα υγείας και πρόνοιας ικανό να αντισταθμίσει τις προκλήσεις που αναπόφευκτα συνδέονται με τη γήρανση ως βιολογική διαδικασία.

Η προγραμματική περίοδος 2021-2030 των Ηνωμένων Εθνών, γνωστή και ως «Δεκαετία της Υγιούς Γήρανσης», έχει ορίσει τέσσερις τομείς δράσης:

1. Δημιουργία φιλικών προς τους ηλικιωμένους περιβαλλόντων.
2. Καταπολέμηση των ηλικιακών διακρίσεων (ageism).
3. Παροχή εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης φροντίδας.
4. Διασφάλιση πρόσβασης στη μακροχρόνια φροντίδα.

Η «Δεκαετία της Υγιούς Γήρανσης» έχει επίσης θέσει δέκα προτεραιότητες:

- Προτεραιότητα 1: Δημιουργία πλατφόρμας για καινοτομία και αλλαγή – προώθηση της υγιούς γήρανσης μέσω της σύνδεσης ανθρώπων και ιδεών από όλο τον κόσμο.
- Προτεραιότητα 2: Υποστήριξη του σχεδιασμού και της δράσης σε επίπεδο χωρών – παροχή δεξιοτήτων και εργαλείων για τη δημιουργία πολιτικών που επιτρέπουν στους ανθρώπους να ζουν μακρύτερες και υγιέστερες ζωές.
- Προτεραιότητα 3: Συλλογή καλύτερων παγκόσμιων δεδομένων για την υγιή γήρανση – ό,τι μετριέται, γίνεται· συλλογή ακριβών, επίκαιρων και ουσιαστικών δεδομένων.
- Προτεραιότητα 4: Προώθηση έρευνας που να ανταποκρίνεται στις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες των ηλικιωμένων – έρευνα που περιλαμβάνει και ωφελεί τα ηλικιωμένα άτομα απαντώντας σε σχετικά ερωτήματα με καινοτόμους τρόπους.
- Προτεραιότητα 5: Ευθυγράμμιση των συστημάτων υγείας με τις ανάγκες των ηλικιωμένων – εξασφάλιση της υγειονομικής φροντίδας που χρειάζονται, όπου και όταν τη χρειάζονται.
- Προτεραιότητα 6: Θέσπιση των βάσεων για ένα σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας σε κάθε χώρα – οι ηλικιωμένοι και οι φροντιστές τους να λαμβάνουν τη φροντίδα και την υποστήριξη που χρειάζονται, ώστε να ζουν με αξιοπρέπεια και να απολαμβάνουν τα βασικά τους ανθρώπινα δικαιώματα.
- Προτεραιότητα 7: Διασφάλιση των απαραίτητων ανθρώπινων πόρων για μια ολοκληρωμένη φροντίδα – εξασφάλιση επαγγελματιών με τις δεξιότητες για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας.
- Προτεραιότητα 8: Παγκόσμια εκστρατεία κατά των ηλικιακών διακρίσεων – αλλαγή του τρόπου που σκεφτόμαστε, αισθανόμαστε και δρούμε απέναντι στην ηλικία και τη γήρανση.
- Προτεραιότητα 9: Διαμόρφωση της οικονομικής βάσης για επενδύσεις – καλύτερη κατανόηση του κόστους και των ευκαιριών της υγιούς γήρανσης, ως αφετηρία για βιώσιμες και δίκαιες πολιτικές.
- Προτεραιότητα 10: Ενίσχυση του παγκόσμιου δικτύου φιλικών προς την ηλικία πόλεων και κοινοτήτων – προώθηση περιβαλλόντων που επιτρέπουν στους ηλικιωμένους να κάνουν όσα θεωρούν πολύτιμα.

Από τον παραπάνω σχεδιασμό της «Δεκαετίας της Υγιούς Γήρανσης» προκύπτουν δύο θεμελιώδη ζητήματα. Το πρώτο αφορά την αποδοχή της ποικιλομορφίας, ώστε

το επίπεδο λειτουργικής ικανότητας, όπως ορίστηκε παραπάνω, να μην οδηγεί σε διακρίσεις εις βάρος των ηλικιωμένων· επομένως, οι πολιτικές πρέπει να ισχύουν για όλα τα ηλικιωμένα άτομα ανεξαρτήτως του επιπέδου λειτουργικής τους ικανότητας. Το δεύτερο ζήτημα σχετίζεται με την καταπολέμηση των ανισοτήτων, καθώς είναι γνωστό ότι τουλάχιστον το 75% της διαφοροποίησης στο επίπεδο της λειτουργικής ικανότητας των ηλικιωμένων παγκοσμίως οφείλεται στη συσσωρευμένη επίδραση παραγόντων ανισότητας, όπως η οικογένεια, το φύλο, η εθνότητα, το μορφωτικό επίπεδο και η οικονομική κατάσταση στην καθημερινή τους ζωή.

Από την παραπάνω περιγραφή των στόχων, των τομέων δράσης και των πολιτικών προτεραιοτήτων της «Δεκαετίας της Υγιούς Γήρανσης» προκύπτει ότι η δημιουργία ενός αποτελεσματικού συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας σε κάθε χώρα αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για την υγιή γήρανση και για τη διασφάλιση της αξιοπρεπούς διαβίωσης των ηλικιωμένων. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, «η μακροχρόνια φροντίδα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα προσωπικών, κοινωνικών και ιατρικών υπηρεσιών και υποστηρίξεων που διασφαλίζουν ότι άτομα με, ή σε κίνδυνο για, σημαντική απώλεια ενδογενούς ικανότητας (λόγω σωματικής ή ψυχικής ασθένειας και αναπηρίας) μπορούν να διατηρούν ένα επίπεδο λειτουργικής ικανότητας συμβατό με τα βασικά τους δικαιώματα και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Η μακροχρόνια φροντίδα παρέχεται για παρατεταμένες χρονικές περιόδους είτε από μέλη της οικογένειας, φίλους ή άλλα μέλη της κοινότητας (οι λεγόμενοι/ες ανεπίσημοι/ες φροντιστές/ριες), είτε από επαγγελματίες φροντιστές (οι λεγόμενοι/ες επίσημοι/ες φροντιστές/ριες). Η επίσημη μακροχρόνια φροντίδα στοχεύει στην πρόληψη, τη μείωση ή την αποκατάσταση της λειτουργικής παρακμής και μπορεί να παρέχεται σε διάφορα περιβάλλοντα, όπως η κατ' οίκον φροντίδα, η κοινοτική φροντίδα, η ιδρυματική φροντίδα ή η νοσοκομειακή φροντίδα» (WHO Regional Office for Europe, 2022).

Η ΕΕ δίνει τον δικό της επίσημο ορισμό, σύμφωνα με τον οποίο η μακροχρόνια φροντίδα είναι «φάσμα υπηρεσιών και αρωγής προς άτομα τα οποία, λόγω ψυχικής και/ή σωματικής αδυναμίας, νόσου ή/και αναπηρίας επί μακρό χρονικό διάστημα, εξαρτώνται από στήριξη για τις δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης και/ή χρειάζονται κάποια μόνιμη νοσηλευτική φροντίδα. Οι δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης μπορεί να είναι δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης που πρέπει να εκτελεί κάθε άτομο καθημερινά, όπως μπάνιο, ντύσιμο, φαγητό, χρήση κρεβατιού ή καρέκλας, μετακίνηση, χρήση τουαλέτας και έλεγχος των λειτουργιών της ουροδόχου κύστης και του εντέρου, ή μπορεί να σχετίζονται με την ανεξάρτητη διαβίωση, δηλαδή καθοριστικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης, όπως παρασκευή γευμάτων, διαχείριση χρημάτων, αγορά τροφίμων ή προσωπικών ειδών, εκτέλεση ελαφρών ή βαριών οικιακών εργασιών και χρήση τηλεφώνου» (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2022).

Η γήρανση του πληθυσμού θα αυξήσει τις κοινωνικές ανάγκες για μακροχρόνια φροντίδα, καθώς αναμένεται να αυξηθεί τόσο ο αριθμός των ηλικιωμένων όσο και εκείνων με υψηλό βαθμό εξάρτησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι «η ανάγκη για μακροχρόνια φροντίδα δεν απορρέει από τη γήρανση καθαυτή, αλλά αποτελεί συνέπεια της

αναπηρίας, της ασθένειας ή της ευπάθειας που προκαλεί εξάρτηση από άλλους» (European Commission, 2021: 140).

Για τη μέτρηση του βαθμού εξάρτησης, στη διεθνή βιβλιογραφία διατίθενται πολλά εργαλεία, όπως η Κλίμακα Οργάνωσης των Δραστηριοτήτων Καθημερινής Ζωής του Lawton (Instrumental Activities of Daily Living – IADL) (Lawton & Brody, 1969) και ο Δείκτης Ανεξαρτησίας στις Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής του Katz (Activities of Daily Living – ADL) (Katz, 1983· Katz, Down, Cash & Grotz, 1970). Ο δείκτης αυτός αξιολογεί την ικανότητα ενός ατόμου να εκτελεί επαρκώς έξι βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως το μπάνιο, το ντύσιμο, η χρήση τουαλέτας, οι μετακινήσεις, η εγκράτεια και η σίτιση. Πρόκειται για ένα εργαλείο που περιλαμβάνει δεκαεννέα δραστηριότητες, στις οποίες κάθε άτομο αξιολογείται με βαθμολογία από ένα έως τέσσερα σημεία, δηλαδή χαρακτηρίζεται αντιστοίχως ως πλήρως ανεξάρτητο, σχετικά ανεξάρτητο, σχετικά εξαρτημένο ή πλήρως εξαρτημένο (βλ. Miri et al., 2016). Σε πλήθος ερευνών, όπως το πρόγραμμα EUROFAMCARE, ο βαθμός εξάρτησης χρησιμοποιείται ως κανονική μεταβλητή κλίμακας με αυτές τις τέσσερις τιμές.

2. Άτυπη και επίσημη φροντίδα: Η έμφυλη διάσταση της μακροχρόνιας φροντίδας

Η μακροχρόνια φροντίδα παρέχεται για εκτεταμένες χρονικές περιόδους από μέλη της οικογένειας, φίλους ή άλλα μέλη της κοινότητας (οι λεγόμενοι/ες άτυποι/ες φροντιστές/ριες) ή από επαγγελματίες φροντιστές/ριες (οι λεγόμενοι/ες επίσημοι/ες φροντιστές/ριες). Μαζί συνθέτουν ένα «μεικτό εργατικό δυναμικό», το οποίο παρέχει φροντίδα σε μια ετερογενή κατηγορία ατόμων: ενηλίκων και ηλικιωμένων με εξάρτηση, αλλά και παιδιών με αναπηρίες ή μακροχρόνιες ασθένειες (Dalaka, 2017).

Η άτυπη φροντίδα αποτελεί τον βασικό άξονα της μακροχρόνιας φροντίδας, με τις γυναίκες να παίζουν σημαντικότερο ρόλο στην παροχή της σε σχέση με τους άνδρες (Huber et al., 2009· Triantafillou et al., 2010· Colombo et al., 2011· Bettio & Veraschchagina, 2012). Το 2020, σε 19 χώρες της ΕΕ, περίπου 60% των ηλικιωμένων ατόμων κατά μέσο όρο λάμβαναν μόνο άτυπη φροντίδα και ένα επιπλέον 35% άτυπη σε συνδυασμό με επίσημη φροντίδα, ενώ τρία στα πέντε άτομα που παρείχαν φροντίδα σε καθημερινή βάση στις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν γυναίκες (Rocard & Llana-Nozal, 2022).

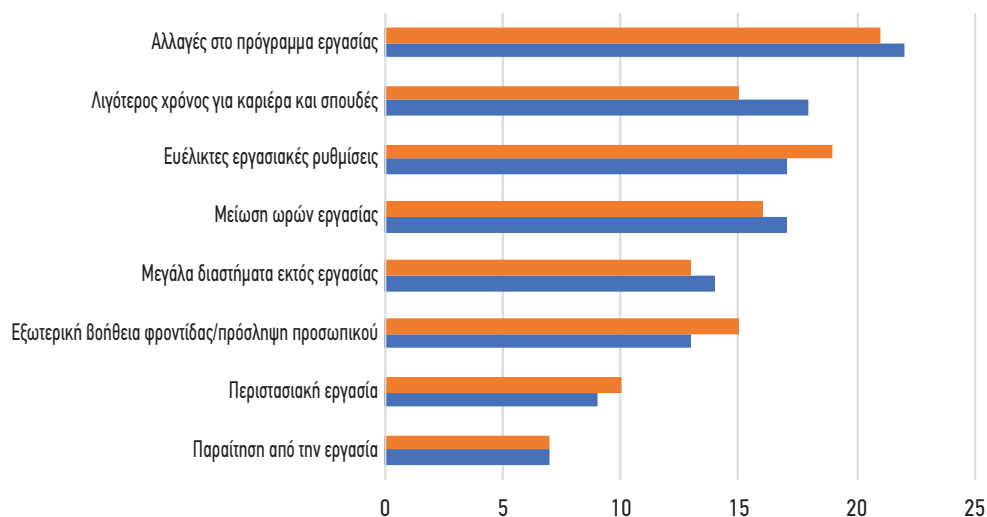
Σύμφωνα με τα δεδομένα του πρώτου κύματος (2022) της έρευνας CARE του EIGE σχετικά με το «Έμφυλο χάσμα στην απλήρωτη εργασία φροντίδας και στις προσωπικές και κοινωνικές δραστηριότητες»,² το 2022, 22% των γυναικών και 21,3% των ανδρών ηλικίας 16-74 ετών στην ΕΕ παρείχαν άτυπη μακροχρόνια φροντίδα σε άτομα που χρειάζονταν υποστήριξη στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Πα-

2. https://eige.europa.eu/gender-statistics/dgs/browse/eige/eige_gap

ρά τον ίδιο βαθμό εμπλοκής τους στην άτυπη φροντίδα, ένα μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών (42,3%) απ' ό,τι ανδρών (37,7%) παρέιχε καθημερινά άτυπη φροντίδα.

Η παροχή άτυπης φροντίδας αποτελεί κοινωνικό, οικονομικό, πολιτικό και πολιτισμικό ζήτημα, το οποίο αναμφίβολα έχει και έμφυλη διάσταση. Οι γυναίκες αποδέχονται το έμφυλο κοινωνικό συμβόλαιο και αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος των οικογενειακών ευθυνών, γεγονός που επηρεάζει πολλές πτυχές της επαγγελματικής τους ζωής (Διάγραμμα 2.2).

Διάγραμμα 2.2. Επίδραση των ευθυνών φροντίδας στην εργασιακή ζωή των άτυπων φροντιστών ανά φύλο (% , ΕΕ-27, 2022)



Αν η συμμετοχή των δύο φύλων στην άτυπη φροντίδα δεν εμφανίζει μεγάλες ανισότητες μεταξύ ανδρών και γυναικών, αυτές είναι τεράστιες στην επίσημη φροντίδα που παρέχεται επαγγελματικά από αμειβόμενες φροντίστριες/ές. Σύμφωνα με τα στοιχεία του EIGE, οι γυναίκες αποτελούν πάνω από το 80% του εργατικού δυναμικού που απασχολείται στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας στην ΕΕ (EIGE, 2020). Ένα σημαντικό μέρος αυτού του εργατικού δυναμικού απασχολείται στην κατ' οίκον παροχή φροντίδας.

Το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο για την Ισότητα των Φύλων (EIGE, 2020) ταξινομεί τις/τους εργαζόμενες/ους που παρέχουν φροντίδα στο σπίτι σε τρεις κατηγορίες: (α) πάροχοι νοσηλευτικής φροντίδας, οι οποίοι, λόγω τυπικών ιατρικών προσόντων, μπορούν να ανταποκρίνονται στις ιατρικές ανάγκες των εξυπηρετούμενων· (β) πάροχοι προσωπικής φροντίδας χωρίς τυπικά ιατρικά προσόντα, οι οποίοι συμβάλλουν στην προσωπική υγιεινή, τη μετακίνηση, τη σίτιση, το ντύσιμο και τις οικιακές δραστηριότητες· και (γ) άτομα που διατηρούν συστηματική επαγγελματική σχέση με το άτομο που χρειάζεται φροντίδα για την εκτέλεση οικιακών εργασιών (οικιακοί βοηθοί) (EIGE, 2020: 29).

3. Γήρανση και αναπηρία: Δύο αλληλεπικαλυπτόμενα πεδία πολιτικής

Μία πολύ σημαντική εξέλιξη των τελευταίων είκοσι ετών ήταν η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες (2006), η οποία σχεδιάστηκε «για να προάγει, να προστατεύει και να διασφαλίζει την πλήρη και ίση απόλαυση όλων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών από όλα τα άτομα με αναπηρίες, καθώς και να προάγει τον σεβασμό της έμφυτης αξιοπρέπειάς τους». Το Άρθρο 1 της Σύμβασης ορίζει ότι «άτομα με αναπηρίες είναι εκείνα που έχουν μακροχρόνιες σωματικές, ψυχικές, νοητικές ή αισθητηριακές βλάβες, οι οποίες, σε αλληλεπίδραση με διάφορα εμπόδια, ενδέχεται να παρεμποδίζουν την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή τους στην κοινωνία επί ίσοις όροις με τους άλλους».

Προγενέστερα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) είχε δηλώσει ότι «η αναπηρία δεν είναι ούτε αμιγώς βιολογική ούτε κοινωνική κατασκευή, αλλά το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των καταστάσεων υγείας και των περιβαλλοντικών και προσωπικών παραγόντων, και μπορεί να εκδηλωθεί σε τρία επίπεδα: (α) βλάβη στη λειτουργία ή στη δομή του σώματος· (β) περιορισμός της δραστηριότητας, όπως η αδυναμία ανάγνωσης ή μετακίνησης· και (γ) περιορισμός συμμετοχής, όπως ο αποκλεισμός από την εκπαίδευση ή την εργασία» (WHO, 2001). Συνεπώς, «τα άτομα με αναπηρίες περιλαμβάνουν όχι μόνο εκείνα που παραδοσιακά θεωρούνται ανάπηρα (π.χ. χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου, άτομα τυφλά ή κωφά, ή άτομα με νοητική αναπηρία), αλλά και όσα αντιμετωπίζουν δυσκολίες λειτουργικότητας λόγω ευρείας γκάμας προβλημάτων υγείας, όπως χρόνιες παθήσεις, σοβαρές ψυχικές διαταραχές, σκλήρυνση κατά πλάκας ή προχωρημένη ηλικία» (WHO, 2012: 1).

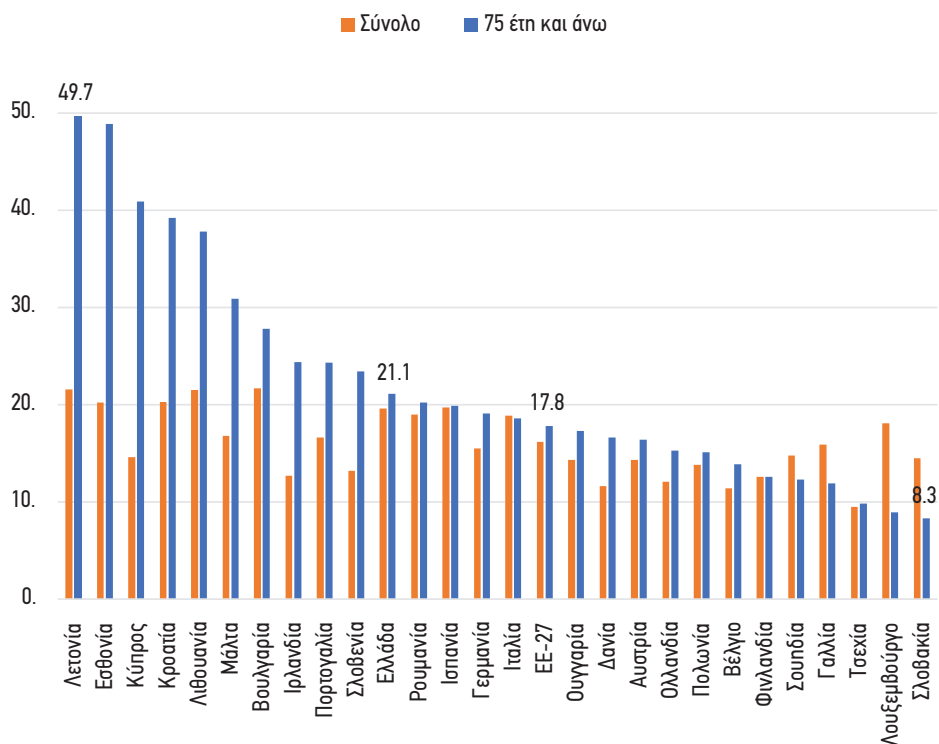
Η γήρανση είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που επηρεάζεται από τη γενετική, τη σωματική διάπλαση, τον τρόπο ζωής και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ωστόσο, σχετίζεται με προοδευτική μείωση της λειτουργικότητας, η οποία, σε συνδυασμό με αρνητικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, οδηγεί σε ασθένειες, δυσλειτουργίες, περιορισμούς και αναπηρίες. Για τον λόγο αυτό, οι παραπάνω ορισμοί του ΟΗΕ και του ΠΟΥ επέτρεψαν τη συμπερίληψη των ηλικιωμένων με λειτουργικές δυσκολίες, που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα, στην κατηγορία των ατόμων με αναπηρίες, τα οποία έχουν δικαίωμα στη φροντίδα και στη μη διάκριση. Η εξέλιξη αυτή προετοιμάστηκε από την πλούσια διεπιστημονική έρευνα στον χώρο της γηριατρικής και της κοινωνικής γηριατρικής τις δεκαετίες του 1990 και του 2000 στις ΗΠΑ, την Ευρώπη, την Αφρική και την Ασία, σχετικά με τα προσωπικά και πρακτικά προβλήματα των ηλικιωμένων στην καθημερινότητά τους για την κάλυψη των αναγκών τους.

4. Κενά φροντίδας και φτώχεια (φροντίδας) στην τρίτη ηλικία

Είναι ευρέως γνωστό ότι η εισοδηματική φτώχεια αποτελεί βασικό παράγοντα καθορισμού της πρόσβασης στη φροντίδα. Επιπλέον, στις χώρες όπου η φτώχεια είναι ενδημική, τα άτομα που επιβιώνουν οδηγούνται σε περαιτέρω επιδείνωση της φτώχειας τους όσο μεγαλώνουν (United Nations, 2002: 45).

Σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας EU-SILC για τα κράτη μέλη της ΕΕ, το 2024, το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 75 ετών και άνω που βρίσκονταν σε (σχετική) φτώχεια ήταν υψηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού στα περισσότερα κράτη μέλη και στην ΕΕ-27 ως σύνολο (Διάγραμμα 2.3).

Διάγραμμα 2.3. Κίνδυνος φτώχειας συνολικού πληθυσμού και ατόμων ηλικίας 75 ετών και άνω στην ΕΕ, 2024 (%)



Πηγή: EU SILC. Βάση δεδομένων Eurostat (πρόσβαση 26.10.2025).

Ο Πίνακας 2.1 παρουσιάζει λεπτομερή στοιχεία του 2024 για την Ελλάδα, τα οποία δείχνουν ότι ο πληθυσμός των ηλικιωμένων δεν είναι ομοιογενής ως προς τον κίνδυνο εισοδηματικής φτώχειας και υλικής και κοινωνικής αποστέρησης. Καταρχάς, τα ηλικιωμένα άτομα 65-74 ετών έχουν σαφώς μικρότερο ποσοστό εισο-

δηματικής φτώχειας απ' ό,τι εκείνα κάτω των 65 ετών, ενώ τα ηλικιωμένα άτομα 75 ετών και άνω ελαφρώς υψηλότερο. Ο βαθμός υλικής και κοινωνικής αποστέρησης κινείται σε παρόμοια επίπεδα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Δεύτερον, οι έμφυλες διαφορές είναι ουσιώδεις. Ένα σαφώς μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών απ' ό,τι ανδρών βρίσκεται σε κατάσταση εισοδηματικής φτώχειας και υλικής και κοινωνικής αποστέρησης στην τρίτη ηλικία, με τις διαφορές να είναι τεράστιες ιδιαίτερα στις ηλικίες 75 ετών και άνω. Αντίθετα, τα ποσοστά φτώχειας και αποστέρησης ανδρών και γυναικών είναι ίδια στον πληθυσμό κάτω των 65 ετών. Πολύ μεγάλες διαφορές ως προς τον κίνδυνο εισοδηματικής φτώχειας παρατηρούνται και μεταξύ γυναικών διαφορετικών ηλικιών, με όσες είναι 75 ετών και άνω να έχουν πολύ υψηλότερα ποσοστά από εκείνες που είναι 65-74 ετών.

Πίνακας 2.1. Ποσοστό (%) φτώχειας και αποστέρησης στους ηλικιωμένους στην Ελλάδα, 2024

	Κάτω των 65 ετών	65-74 έτη	75 έτη και άνω
Εισοδηματική φτώχεια			
Σύνολο	19,8	16,5	21,1
Άνδρες	19,8	15,8	15,4
Γυναίκες	19,9	17,1	25,2
Υλική και κοινωνική αποστέρηση			
Σύνολο	29,1	29,5	28,7
Άνδρες	28,7	26,0	23,3
Γυναίκες	29,4	32,7	32,6

Πηγή: Στοιχεία EU-SILC. Βάση δεδομένων Eurostat (πρόσβαση 13.7.2025).

Ωστόσο, όπως θα αναφερθεί και στη συνέχεια, η εισοδηματική φτώχεια δεν αποτελεί τον μοναδικό προσδιοριστικό παράγοντα της «φτώχειας φροντίδας» στην τρίτη ηλικία, ο οποίος παραπέμπει στις ανεκπλήρωτες ανάγκες φροντίδας του ηλικιωμένου πληθυσμού. Η έννοια των «ανεκπλήρωτων αναγκών φροντίδας» προέρχεται από τη γεροντολογική έρευνα, η οποία, επηρεασμένη από ιατρικές προσεγγίσεις, επικεντρώνεται στη συχνότητα εμφάνισης, τα αίτια και τις συνέπειες διαφορετικών καταστάσεων υγείας και λειτουργικών περιορισμών στους ηλικιωμένους (Kröger, 2022: 16). Ο πιο γνωστός ορισμός είναι των Williams και συνεργατών (1997: 102), σύμφωνα με τον οποίο «ανεκπλήρωτη ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας προκύπτει όταν ένα άτομο έχει αναπηρίες που απαιτούν βοήθεια, η οποία όμως είτε δεν είναι διαθέσιμη είτε είναι ανεπαρκής».

Η γεροντολογική έρευνα, όπως και η κοινωνιολογική έρευνα της γήρανσης, θεωρούν ότι οι ανάγκες φροντίδας συνήθως απορρέουν από τις περιορισμένες λειτουργικές ικανότητες των ηλικιωμένων, οι οποίες συχνά περιγράφονται με τον όρο «αναπηρίες». Οι ανάγκες αυτές συνδέονται με την αδυναμία ή δυσκολία των

ηλικιωμένων να εκτελούν είτε βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ανάγκες προσωπικής φροντίδας· Activities of Daily Living – ADL) είτε πιο σύνθετα καθήκοντα που αφορούν, μεταξύ άλλων, την τηλεφωνική επικοινωνία, τα ψώνια, το μαγείρεμα, τον καθαρισμό του σπιτιού και το πλούσιμο ρούχων, τη διαχείριση οικονομικών λογαριασμών, τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής κ.ά. (ανάγκες πρακτικής φροντίδας· Instrumental Activities of Daily Living – IADL). Με την πάροδο του χρόνου, ωστόσο, η έρευνα στον τομέα της γηριατρικής έχει επεκτείνει το ενδιαφέρον της και στις ψυχοκοινωνικές-συναισθηματικές ανάγκες φροντίδας των ηλικιωμένων, οι οποίες απορρέουν από φαινόμενα κοινωνικής απομόνωσης και αποξένωσης. Τα φαινόμενα αυτά οδηγούν σε μοναξιά και κατάθλιψη, επηρεάζοντας αρνητικά τόσο την υγεία όσο και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.

Η γεροντολογική προσέγγιση είναι μικρο-κοινωνική, καθώς εστιάζει στο άτομο και στις ανάγκες του που πρέπει να καλυφθούν μέσω τυπικής ή άτυπης φροντίδας. Αντιθέτως, οι έννοιες του κενού ή του ελλείμματος φροντίδας (care gap/deficit) αναπτύχθηκαν από τη φεμινιστική θεωρία για το κράτος πρόνοιας. Η Hochschild (1995) χρησιμοποίησε πρώτη τον όρο «έλλειμμα φροντίδας» για να περιγράψει τις ανεκπλήρωτες ανάγκες που προκύπτουν λόγω της αύξησης του ποσοστού ηλικιωμένων και μονογονεϊκών οικογενειών, την ίδια στιγμή που στις ΗΠΑ μειώνονταν οι δημόσιες δαπάνες για υπηρεσίες φροντίδας. Παρόμοια, οι Knijn (2006) και Pickard (2015) χρησιμοποίησαν τον όρο «κενό φροντίδας» για να συνδέσουν τη δημογραφική γήρανση με την ανεπάρκεια παροχής τόσο άτυπης-οικογενειακής όσο και τυπικής-επαγγελματικής φροντίδας στα ηλικιωμένα μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα και να ισχυριστούν ότι η κοινωνική πολιτική οφείλει να καλύπτει το κενό.

Οι διαφορετικές εννοιολογικές και θεωρητικές προσεγγίσεις των αναγκών φροντίδας οδηγούν αναγκαστικά και σε διαφορετικές μεθοδολογικές επιλογές ως προς τη μέτρηση των κενών/ελλειμμάτων. Οι Grages και Pfau-Effinger (2022) εντοπίζουν τρία κύρια ζητήματα στα οποία διαφέρουν οι ερευνητικές επιλογές: Το πρώτο αφορά τη διάκριση μεταξύ αντικειμενικά διαπιστωμένων αναγκών φροντίδας, που βασίζονται σε έναν ή περισσότερους κοινωνικο-ιατρικούς δείκτες, και των υποκειμενικών αντιλήψεων και αναφορών των ίδιων των ατόμων. Το δεύτερο ζήτημα σχετίζεται με τον ορισμό των ανεκπλήρωτων αναγκών και τη διάκριση μεταξύ της γεροντολογικής προσέγγισης, που τις ορίζει ως έλλειψη οποιασδήποτε φροντίδας από τρίτο πρόσωπο, και της κοινωνικο-πολιτικής προσέγγισης, που τις ορίζει ως αδυναμία κάλυψης, ποσοτικά και ποιοτικά, των αναγκών των ηλικιωμένων μέσω δημόσιων κοινωνικών πολιτικών. Σύμφωνα με τη γεροντολογική προσέγγιση, οι ηλικιωμένοι μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες τους μέσω άτυπης φροντίδας από την οικογένεια ή να χρηματοδοτήσουν ιδιωτικά τη μακροχρόνια φροντίδα. Μόνο όταν οι ιδιωτικοί πόροι δεν είναι διαθέσιμοι, η ανεπαρκής δημόσια υποστήριξη οδηγεί σε ανεκπλήρωτες ανάγκες και κενά φροντίδας.

Αντίθετα, η κοινωνικο-πολιτική προσέγγιση επιδιώκει να αναδείξει τις ελλείψεις του κράτους πρόνοιας ως προς την κάλυψη των αναγκών φροντίδας. Ακολουθώ-

ντας αυτή την οπτική, οι Grages και Pfau-Effinger (2022: 9) ορίζουν το «έλλειμμα φροντίδας» (care gap) ως «την πλήρη ή μερική απουσία δημόσιας υποστηριζόμενης παροχής διαφορετικών μορφών μακροχρόνιας φροντίδας για άτομα που τη χρειάζονται». Οι συγγραφείς διακρίνουν τρεις τύπους ελλειμμάτων φροντίδας:

1. Εκείνα που οφείλονται σε θεσμικούς περιορισμούς, τους οποίους επιβάλλει η πολιτική φροντίδας σχετικά με την πρόσβαση και το εύρος της δημόσιας στήριξης για ορισμένες κατηγορίες ατόμων.
2. Εκείνα που απορρέουν από την αδυναμία του κράτους πρόνοιας να καλύψει τη συνολική ζήτηση για μακροχρόνια φροντίδα.
3. Εκείνα που σχετίζονται με την αποτυχία της δημόσιας στήριξης να ανταποκριθεί στις ατομικές προτιμήσεις των ηλικιωμένων ως προς τη μορφή (π.χ. οικογενειακή/μη οικογενειακή) και το είδος (π.χ. ιατρική, προσωπική, οικιακή ή κοινωνική) της φροντίδας που λαμβάνουν. Η επικρατούσα πολιτισμική αντίληψη μιας κοινωνίας σχετικά με το ποια μορφή μακροχρόνιας φροντίδας για τους ηλικιωμένους είναι καταλληλότερη (π.χ. οικογενειακή ή μη οικογενειακή) επηρεάζει τις προτιμήσεις των ίδιων των ηλικιωμένων και, κατά συνέπεια, τις μορφές όπου παρατηρούνται ελλείμματα φροντίδας.

Το τρίτο εννοιολογικό ζήτημα αφορά το κατά πόσο ο υπολογισμός των ελλειμμάτων φροντίδας λαμβάνει υπόψη όχι μόνο αν παρέχεται ή όχι υποστήριξη στους ηλικιωμένους που έχουν ανάγκη φροντίδας, αλλά και τον βαθμό στον οποίο οι ανάγκες τους καλύπτονται, καθώς και αν η παρεχόμενη βοήθεια είναι δημόσια ή ιδιωτική. Για τον λόγο αυτό, οι Kröger και συνεργάτες (2019) εισήγαγαν την έννοια της «φτώχειας φροντίδας» (care poverty), την οποία ορίζουν ως «τη στέρψη επαρκούς κάλυψης των αναγκών φροντίδας, η οποία προκύπτει από την αλληλεπίδραση ατομικών και κοινωνικών/δομικών παραγόντων».

Ακολουθώντας, ο Kröger (2022) κάνει τη διάκριση μεταξύ απόλυτης φτώχειας φροντίδας, όταν δεν παρέχεται καμία υποστήριξη στο ηλικιωμένο άτομο, και σχετικής φτώχειας φροντίδας, όταν το επίπεδο υποστήριξης είναι ανεπαρκές. Και στις δύο περιπτώσεις παρατηρούνται ανικανοποίητες ανάγκες φροντίδας. Η φτώχεια φροντίδας μπορεί να εκδηλωθεί σε τρεις διακριτούς τομείς αναγκών φροντίδας και να προσδιοριστεί ως προσωπική φτώχεια φροντίδας, πρακτική φτώχεια φροντίδας και ψυχο-κοινωνικο-συναισθηματική φτώχεια φροντίδας.

Συνδυάζοντας τις παραπάνω προσεγγίσεις, προκύπτει ότι ο βαθμός κάλυψης των αναγκών φροντίδας ενός ηλικιωμένου ατόμου εξαρτάται από:

- Την κατάσταση της υγείας του και τον βαθμό εξάρτησης από τρίτους.
- Την οικονομική του κατάσταση.
- Το αν ζει μόνο του ή με άλλους.
- Τη μη τυπική (ανεπίσημη) φροντίδα που παρέχεται από μέλη της οικογένειας, συγγενείς ή φίλους.
- Τις οικονομικές/υλικές μεταβιβάσεις από μέλη της οικογένειας.

- Τα κοινωνικά επιδόματα σε χρήμα και είδος που λαμβάνει από το κράτος και την κοινότητα (δήμος, ΜΚΟ, εκκλησία κ.ά.), όπως επιδόματα φροντίδας και επαρκείς, ποιοτικές, οικονομικά προσιτές και προσβάσιμες δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας.
- Τα θεσμικά χαρακτηριστικά της τοπικής ή κρατικής πολιτικής φροντίδας ως προς τις παροχές (κριτήρια εισοδηματικού ελέγχου, επιλεκτικότητα, αποκλεισμοί ομάδων κ.λπ.).

Όσον αφορά τους προσδιοριστικούς παράγοντες της απουσίας ή της ανεπάρκειας φροντίδας σε ατομικό επίπεδο, η διεθνής έρευνα έχει δείξει ότι το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η εθνοτική καταγωγή και η κατοχή ιδιόκτητης κατοικίας δεν αποτελούν στατιστικά σημαντικές μεταβλητές όταν ελέγχονται άλλοι παράγοντες με τους οποίους συσχετίζονται ισχυρά και απορροφούν την επίδρασή τους στα στατιστικά μοντέλα. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την έλλειψη ή ανεπάρκεια φροντίδας, σύμφωνα με τα ευρήματα της διεθνούς έρευνας, είναι αν το ηλικιωμένο άτομο ζει μόνο του ή όχι, η κατάσταση της υγείας του και ο βαθμός εξάρτησής του, καθώς και το επίπεδο του εισοδήματός του.

Εντούτοις, όπως επισημαίνει ο Kröger (2022: 27), η «φτώχεια φροντίδας» δεν αποτελεί απλώς μια ακόμη διάσταση της φτώχειας εισοδήματος, που προκύπτει επειδή τα άτομα δεν διαθέτουν τα μέσα για να αγοράσουν φροντίδα. Αντίθετα, πρόκειται για έναν κρίσιμο, άυλο πόρο, ουσιώδη για την ευημερία των ανθρώπων, ανάλογο με τους οικονομικούς πόρους. Προφανώς, οι ηλικιωμένοι με υψηλά εισοδήματα μπορούν να προμηθευτούν ιδιωτικές ή δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας και να καλύψουν τις ανάγκες τους. Ωστόσο, η φτώχεια φροντίδας οφείλεται περισσότερο στη σπανιότητα των πόρων φροντίδας παρά στην έλλειψη οικονομικών πόρων. Σε συνάρτηση με τη φτώχεια εισοδήματος, η φτώχεια φροντίδας είναι μια κρίσιμη διάσταση της συνολικής εμπειρίας «φτώχειας στην τρίτη ηλικία», ενώ τα ελλείμματα φροντίδας των ηλικιωμένων, σε μακρο-κοινωνικό επίπεδο, συνιστούν αυτόνομους δείκτες φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού.

Η διεθνής συγκριτική έρευνα τεκμηριώνει ότι η επίδραση του συστήματος φροντίδας και των πολιτικών στη διαμόρφωση των κενών/ελλειμμάτων φροντίδας των ηλικιωμένων σε μακρο-κοινωνικό επίπεδο είναι σημαντική. Ο Πίνακας 2.2 καταγράφει το ποσοστό των ηλικιωμένων 65 ετών και άνω με τουλάχιστον τρεις περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες που λαμβάνουν ή δεν λαμβάνουν φροντίδα, καθώς και τον τύπο φροντίδας που λαμβάνουν, όπως υπολόγισε ο ΟΟΣΑ, με βάση τα μικροδοδεμένα του όγδοου κύματος της έρευνας SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), η οποία πραγματοποιήθηκε το 2021 σε είκοσι ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ.

Πίνακας 2.2. Κατανομή του πληθυσμού 65+ ετών με τουλάχιστον τρεις περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες (ADL, IADL) ανά μορφή φροντίδας και κενά φροντίδας, 2021

	Μόνο επίσημη φροντίδα	Επίσημη και οικογενειακή φροντίδα	Μόνο οικογενειακή φροντίδα	Καθόλου φροντίδα (Κενό 1)	Καθόλου επίσημη φροντίδα (Κενό 2)
Λιθουανία	11%	9%	38%	41%	80%
Πολωνία	11%	10%	42%	37%	79%
Λετονία	14%	8%	39%	39%	78%
Εσθονία	16%	9%	43%	32%	75%
Ουγγαρία	21%	12%	36%	31%	67%
Ιταλία	25%	9%	31%	34%	65%
Σλοβενία	20%	15%	34%	31%	64%
Ελλάδα	19%	19%	33%	29%	62%
Σλοβακία	15%	25%	27%	34%	60%
Τσεχία	12%	28%	35%	25%	60%
ΟΟΣΑ-21	28%	24%	22%	26%	48%
Ισπανία	34%	25%	19%	22%	41%
Γερμανία	33%	29%	14%	24%	38%
Αυστρία	36%	29%	17%	18%	35%
Σουηδία	38%	30%	8%	25%	32%
Γαλλία	36%	37%	7%	20%	27%
Ελβετία	45%	29%	6%	21%	27%
Δανία	37%	37%	8%	18%	26%
Ισραήλ	39%	36%	8%	17%	25%
Βέλγιο	44%	35%	7%	14%	21%
Ολλανδία	40%	40%	6%	14%	20%
Λουξεμβούργο	49%	31%	5%	15%	20%

Σημείωση: Η οικογενειακή φροντίδα λαμβάνεται από την οικογένεια και φίλους. Η επίσημη φροντίδα παρέχεται από αμειβόμενους/ες φροντιστές/ριες.

Πηγή: OECD (2023), Διάγραμμα 5.2, SHARE (κύμα 8). Δικός μας υπολογισμός του κενού 2.

Στις τελευταίες δύο στήλες του Πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για:

- Το συνολικό κενό φροντίδας (Care gap 1), δηλαδή το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν λαμβάνει καθόλου φροντίδα, είτε επίσημη είτε οικογενειακή.
- Το κενό επίσημης φροντίδας (Care gap 2), δηλαδή το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν λαμβάνει καμία φροντίδα από αμειβόμενους/ες επαγγελματίες φροντιστές/ριες, είτε αυτοί/ές εργάζονται για δημόσιους ή κοινωνικούς φορείς είτε απασχολούνται από τον/την ηλικιωμένο/η και την οικογένειά του/της.

Τα στοιχεία για τα κενά φροντίδας δείχνουν ότι και στις είκοσι μία χώρες σχεδόν ο μισός ηλικιωμένος πληθυσμός που χρειάζεται φροντίδα δεν καλύπτεται από επίσημη φροντίδα, ενώ το 26% δεν καλύπτεται καθόλου, ούτε από επίσημη ούτε από οικογενειακή. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι χώρες με τις χαμηλότερες ανεκπλήρωτες ανάγκες φροντίδας είναι αυτές με υψηλά ποσοστά επίσημης φροντίδας, όπως το Λουξεμβούργο, οι Κάτω Χώρες, το Βέλγιο, το Ισραήλ και η Δανία. Αντίθετα, το υψηλό κενό φροντίδας στη Σουηδία (25%), χώρα-πρότυπο του σκανδιναβικού μοντέλου, οφείλεται στον συνδυασμό μιας μέτριας επίδοσης στην επίσημη φροντίδα και της πολύ περιορισμένης άτυπης φροντίδας από την οικογένεια και τους φίλους. Οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης (Βαλτικές Χώρες, Πολωνία, Ουγγαρία, Τσεχία, Σλοβακία, Σλοβενία) και δύο μεσογειακές (Ιταλία, Ελλάδα) εμφανίζουν τα μεγαλύτερα συνολικά κενά φροντίδας μεταξύ των είκοσι μία χωρών, λόγω των πολύ χαμηλών ποσοστών επίσημης φροντίδας, τα οποία αντισταθμίζονται μόνο εν μέρει από τα υψηλά ποσοστά οικογενειακής φροντίδας.

5. Συμπεράσματα-επισημάνσεις

Στο κεφάλαιο αυτό αποσαφηνίσαμε έννοιες και παραθέσαμε δείκτες χρήσιμους για την έρευνα της φροντίδας ηλικιωμένων γενικότερα. Για τη δική μας έρευνα, ειδικότερα, είναι απαραίτητες δύο επισημάνσεις. Για τη διερεύνηση της συμπεριληπτικότητας των συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας, απαιτούνται τόσο η εκτίμηση των κενών/ελλειμμάτων φροντίδας όσο και η εξέταση των προσδιοριστικών τους παραγόντων, ούτως ώστε να εντοπιστούν οι ομάδες που είναι ευάλωτες στη «φτώχεια φροντίδας». Οι ποιοτικές διαστάσεις της φροντίδας είναι επίσης σημαντικές για την εκτίμηση των κενών/ελλειμμάτων φροντίδας, κάτι για το οποίο χρειάζονται πιο σύνθετοι δείκτες. Για τη διερεύνηση της έμφυλης ανισότητας στα συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας, είναι απαραίτητη η μέτρηση των ανισοτήτων φύλου ως προς την παροχή τόσο άτυπης-οικογενειακής όσο και επίσημης-επαγγελματικής φροντίδας, καθώς και η ανάλυση των έμφυλων επιπτώσεων της παροχής άτυπης φροντίδας στην απασχόληση και τις συνθήκες εργασίας, τη σωματική και συναισθηματική καταπόνηση, το εισόδημα και την ευημερία. Η προσέγγιση των έμφυλων ανισοτήτων περιλαμβάνει τη συμμετοχή και την ένταση της φροντίδας, αλλά και τα διαφορετικά επαγγέλματα-καθήκοντα (καταμερισμός εργασίας) που επιτελούν οι άνδρες και οι γυναίκες που φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα, είτε άτυπα είτε επαγγελματικά. Τέλος, οφείλουμε να υπογραμμίσουμε κάτι το οποίο δεν είναι αυτονόητο στη βιβλιογραφία για τη φροντίδα ηλικιωμένων, αλλά είναι σαφές στη φεμινιστική. Η άτυπη φροντίδα συνιστά εργασία, χωρίς αυτός ο χαρακτηρισμός να αποδυναμώνει τη διάσταση της προσφοράς προς τους συγγενείς και τα οικεία πρόσωπα για λόγους συναισθηματικούς ή/και ηθικούς.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2022). Σύσταση του Συμβουλίου της 8ης Δεκεμβρίου 2022 σχετικά με την πρόσβαση σε οικονομικά προσιτή και υψηλής ποιότητας μακροχρόνια φροντίδα (2022/C 476/01). [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215(01))

Ξενόγλωσση

- Antoniadou, E., Zigouris, S. & Tsolaki, M. (2017). Increase in life expectancy: Source of problems or biological privilege. *Scientific Yearbook of the Department of Pedagogy, University of Ioannina*, 10(1), 108-123. <https://doi.org/10.12681/jret.10895>
- Bar-Tur, L. (2021). Fostering well-being in the elderly: Translating theories on positive aging to practical approaches. *Frontiers in Medicine*, 8, 517226. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.517226>
- Bettio, F. & Verashchagina, A. (2012). *Long-term care for the elderly: Provisions and providers in 33 European countries*. Publications Office of the European Union. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/6f79fa54-1199-45e0-bbf3-2619c21b299a>
- Birren, J.E. (1988). A contribution to the theory of psychology of aging as a counterpart of development. In J.E. Birren & V.L. Bengston (eds), *Emergent theories of aging* (pp. 153-176). Springer.
- Butler, R.N. & Gleason, H.P. (1985). *Productive aging: Enhancing vitality in later life*. Springer.
- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens, F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Health Policy Studies. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2011/05/help-wanted_g1g127b2/9789264097759-en.pdf
- Dalaka, E. (2017). Reconciling professional - family/personal life: Legislative interventions for carers in Greece. *Social Policy*, 3, 49. <https://doi.org/10.12681/sp.10589>
- European Commission (2021). *The 2021 ageing report: Economics & budgetary projections for the EU member states (2019-2070)*. Institutional Paper 148.
- European Institute for Gender Equality (2020). *Research note: Gender equality and long-term care at home*.
- European Institute for Gender Equality (2023). *A better work-life balance: Bridging the gender care gap*. https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/MH0523259ENN_Fact-sheet_Better_Worklife_Balance.pdf
- Grages, K. & Pfau-Effinger, B. (2022). Gaps in the provision of long-term care across Europe. *EUROSHIP Working Paper No. 14*. https://euroship-research.eu/wp-content/uploads/2022/03/Working-Paper-No-14_final.pdf
- Hinterlong, J.E., Morrow-Howell, N. & Rozario, P.A. (2007). Productive engagement and late life physical and mental health: Findings from a nationally representative panel study. *Research on Aging*, 29(3), 345-370.
- Hochschild, A.R. (1995). The culture of politics: Traditional, postmodern, cold-modern, and warm-modern ideals of care. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 2(3), 331-346.
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *The Journal of the American Geriatrics Society*, 31(12), 721-726.
- Katz, S. & Calasanti, T. (2014). Critical perspectives on successful aging: Does it 'appeal more than it illuminates'? *The Gerontologist*. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu027>
- Katz, S., Down, T.D., Cash, H.R. & Grotz, R.C. (1970). Progress in the development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 10(1), 20-30.

- Knijn, T. (2006). Care work: Innovations in the Netherlands. In M. Daly (ed.), *Care work: The quest for security* (pp. 159-174). International Labour Office.
- Kröger, T. (2022). *Care poverty: When older people's needs remain unmet*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-97243-1>
- Kröger, T., Puthenparambil, J.M. & Van Aerschot, L. (2019). Care poverty: Unmet care needs in a Nordic welfare state. *International Journal of Care and Caring*, 3(4), 485-500. <https://doi.org/10.1332/239788219X15641291564296>
- Lawton, M.P. & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Miri, K., Kheizaran, M., Bahrani, M., Vafainnya, R. & Gholamzadeh, T. (2016). Relationship between feeling of loneliness and activities of daily living among the elderly. *Health Promotion International*.
- OECD (2024). *Health at a glance: Europe 2024*. OECD.
- Pickard, L. (2015). A growing care gap? The supply of unpaid care for older people by their adult children in England to 2032. *Ageing and Society*, 35(1), 96-123. <https://doi.org/10.1017/S0144686X13000512>
- Rowe, J.W. (2023). Successful aging: Evolution of a concept. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*. <https://doi.org/10.1007/s12603-023-1098-1>
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Schroots, J.J.F. (2012). On the dynamics of active aging. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2012/818564>
- Schulte, P.A., Grosch, J., Scholl, J.C. & Tamers, S.L. (2018). Framework for considering productive aging and work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(5), 440-448. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001295>
- Schulz, R. & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*, 51(7), 702-714. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.51.7.702>
- Triantafyllou, J. et al. (2010). Informal care in the long-term care system – European overview paper. *INTERLINKS Report WP5*, European Centre for Social Welfare Policy and Research. <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/768>
- United Nations (2002). *Political declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*. Second World Assembly on Ageing. <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf>
- United Nations (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). *World population prospects 2024: Ten key messages*.
- United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) (2019). *2018 Active Ageing Index*. Geneva: United Nations. https://unece.org/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/ECE-WG-33.pdf
- Williams, J., Lyons, B. & Rowland, D. (1997). Unmet long-term care needs of elderly people in the community. A review of the literature. *Home health care services quarterly*, 16(1-2), 93-119.
- World Health Organization (WHO) (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. <https://www.who.int/classifications/icf/en/>
- World Health Organization (WHO) (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
- World Health Organization (WHO) (2012). *Disability, Report by the Secretariat and Resolution by the Executive Board, EB132/10*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_12-en.pdf
- World Health Organization (WHO) (2020). *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*. <https://www.who.int/publications/b/56512>
- World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe (2022). *Rebuilding for sustainability and resilience: Strengthening the integrated delivery of long-term care in the European Region*. <https://iris.who.int/handle/10665/353912>

Ενεργή γήρανση, υγεία και φροντίδα ηλικιωμένων

Όλγα Δούρου

Εισαγωγή

Η ενεργή γήρανση αποτελεί μια πολιτική προσαρμογής στις δημογραφικές αλλαγές που προέκυψαν από τη μακροζωία και τη μείωση των γεννήσεων. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2017) ορίζει την πολιτική της ενεργής γήρανσης ως έναν τρόπο να βοηθήσει τον κόσμο να παραμείνει ενεργός όσο γερνάει και, όποτε αυτό είναι εφικτό, να συνεισφέρει στην κοινωνία και την οικονομία.

Βασικός πυρήνας της φιλοσοφίας της ενεργής γήρανσης είναι η παραδοχή ότι η συνεχής αύξηση του προσδόκιμου ζωής επανομηματοδοτεί την έννοια της γήρανσης και για αυτό υπάρχει αδήριτη ανάγκη να προωθηθούν οι πολιτικές γήρανσης και να παγιωθεί η ενεργή συμμετοχή της στην κοινωνική και οικονομική ζωή. Η ανάγκη αυτή καθίσταται ακόμα πιο επιτακτική αν αναλογιστούμε τις προβλέψεις που αναφέρουν ότι μέχρι το 2047 τα παιδιά κάτω των 16 ετών θα είναι λιγότερα από τους ηλικιωμένους (Gratton & Scott, 2016).

Μία από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν όσοι μελετούν την πολιτική της ενεργής γήρανσης είναι ο ηλικιακός προσδιορισμός του γήρατος. Σε αυτό το πλαίσιο, έχουν γίνει πολλές προσπάθειες από ερευνητές και διεθνείς οργανισμούς όσον αφορά την οριοθέτηση την ηλικίας γήρανσης. Ενδεικτικά αναφέρουμε τον ορισμό για το γήρας (Bussolo, Koettle-Brodmann & Sinnott, 2015) ο οποίος το προσδιορίζει ως προς την αναλογία όσων είναι άνω των 20 ετών με προσδόκιμο ζωής κάτω των 15 ετών προς όσους είναι άνω των 20 ετών με προσδόκιμο ζωής μεγαλύτερο των 15 ετών. Ο εν λόγω ορισμός βασίζεται στη λογική πως όσο περισσότερο ζει ένας άνθρωπος, τόσο πιο νέος αισθάνεται κατά τη διάρκεια του βίου του. Αντίθετα, σύμφωνα με τα πρώτα κείμενα των ΗΕ για την ενεργή γήρανση, ο γηραιός πληθυσμός περιλαμβάνει άρδην όσους είναι άνω των 60 ετών (WHO, 2002).

Ωστόσο, πλέον, ερευνητές και διεθνείς οργανισμοί συμφωνούν πως δεν υπάρχει συγκεκριμένη ηλικία γήρανσης, καθώς αυτή επηρεάζεται από πλήθος παραγόντων –βιολογικών, κοινωνικών και προσωπικών–, όπως η χώρα διαμονής, το εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο, ο βαθμός άσκησης, αλλά και η κατάσταση της υγείας του ατόμου. Κατά τα προηγούμενα χρόνια, η υιοθέτηση σε παγκόσμια κλίμακα των 65 ετών ως ηλικία συνταξιοδότησης συνέβαλε καθοριστικά στον χαρακτηρισμό του

πληθυσμού άνω των 65 ετών ως γερασμένου. Ως εκ τούτου, ο ηλικιακός προσδιορισμός σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την ηλικία, κατά την οποία το άτομο μεταβαίνει από την ενεργή οικονομική ζωή στη μη ενεργή και άρα δημιουργείται σχέση εξάρτησης εργαζόμενων-συνταξιούχων (Bussolo, Koettle-Brodmann & Sinnott, 2015).

Παρ' όλα αυτά, όσο η ποιότητα ζωής βελτιώνεται και η ηλικία θνησιμότητας αυξάνεται, ένας τέτοιος υπολογισμός δεν μπορεί να είναι πάντοτε ακριβής. Διότι η έξοδος από τον κόσμο της εργασίας ενδέχεται να διαφέρει από την ηλικία συνταξιοδότησης και να παρατηρηθεί παράταση του χρόνου εργασίας ή και παράλληλη εργασία με συνταξιοδότηση. Εξ ου και, σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, η αύξηση του συντελεστή οικονομικής εξάρτησης δεν θεωρείται αναπόφευκτη όσο αυξάνονται τα όρια θνησιμότητας, αλλά αναμένεται να ακολουθήσει μια αντιστρόφως ανάλογη πορεία με την κοινωνική προσαρμογή στο φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης (Bussolo, Koettle-Brodmann & Sinnott, 2015).

Για την έρευνά μας θα βασιστούμε στον ορισμό που υιοθετούν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και τα όργανα της ΕΕ, και συγκεκριμένα ότι το γήρας επηρεάζει τον κάθε άνθρωπο σε διαφορετικό βαθμό, έχει πολλές διαστάσεις και άρα δεν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο πολιτικών που αντιμετωπίζουν τα άτομα άνω των 60 ετών ως ενιαία πληθυσμιακή ομάδα, αλλά πολιτικών που εξετάζουν επί μέρους υποομάδες ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών με ενιαία χαρακτηριστικά.

1. Θεωρητικό πλαίσιο για την ενεργή γήρανση

Ο επιστημονικός διάλογος για την ενεργή γήρανση ξεκίνησε το 1952 με τους Havighurst και Albrecht και τη θεωρία της ενεργοποίησης (activity theory). Αφετηρία της αποτελεί η πεποίθηση πως όσο ο άνθρωπος μεγαλώνει, ο βαθμός ικανοποίησης από τη ζωή επηρεάζει δραστικά τη διατήρηση της κοινωνικής δραστηριότητας. Αντίθετα, αν ο ηλικιωμένος αρχίσει σταδιακά να απογυμνώνεται από τους κοινωνικούς του ρόλους, αποκόπτεται κοινωνικά και εξασθενεί η ποιότητα ζωής του. Σύμφωνα με τη θεωρία της ενεργοποίησης, αυτή η απομάκρυνση δεν είναι επιλογή του ηλικιωμένου, αλλά απόρροια της απομάκρυνσης της ίδιας της κοινωνίας από αυτόν (Gillespie & Louw, 1993).

Η απάντηση στις απόψεις των Havighurst και Albrecht ήρθε το 1960 με τη θεωρία της αποδέσμευσης (disengagement theory), από τους Cumming, Dean, Newell και McCaffrey, η οποία πρεσβεύει πως η παραίτηση των ηλικιωμένων από την κοινωνική ζωή λειτουργεί αμφίδρομα, δηλαδή τόσο από την πλευρά της κοινωνίας όσο και των ίδιων των ηλικιωμένων, οι οποίοι έχουν ήδη παραιτηθεί από την ενεργό ζωή.

Μία από τις σημαντικότερες θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για να ερμηνεύσουν την αποκοινωνικοποίηση της τρίτης ηλικίας είναι η θεωρία του εκσυγχρονισμού, των Cowgill και Holmes (1972). Η εν λόγω θεωρία αποδίδει την απομάκρυνση της

τρίτης ηλικίας από την οικονομικά ενεργό ζωή στον καπιταλιστικό τρόπο οργάνωσης των δυτικών κοινωνιών, οι οποίες εστιάζουν στην εξειδικευμένη εργασία που προσφέρουν οι νέοι, όντας περισσότερο τεχνολογικά καταρτισμένοι, σε αντίθεση με το παρελθόν που υπήρχε η ανάγκη για εργατικά χέρια. Το φαινόμενο αυτό ενισχύεται από την εδραίωση της πυρηνικής οικογένειας και την κοινωνική κινητικότητα. Μια ακόμη αξιόλογη προσέγγιση είναι η θεωρία της δραστηριότητας, η οποία εκφράστηκε μέσα από δύο αντίθετα ρεύματα, με το επικρατέστερο να αποτελεί και τη βάση για την πολιτική της ενεργής γήρανσης. Σύμφωνα με τους Havighurst, Neugarten, Tobin (1968) και Maddox (1966, 1968), οι ηλικιωμένοι, αν και βρίσκονται εκτός αγοράς εργασίας, αναζητούν καινούργια ενδιαφέροντα και δραστηριότητες, τα οποία τους διατηρούν ενεργούς. Στον αντίποδα βρίσκεται ένας άλλος οπαδός της θεωρίας της ενεργοποίησης, ο Fennell (1988), ο οποίος υποστηρίζει ότι μετά την ηλικία των 60 ο άνθρωπος σταδιακά χάνει το ενδιαφέρον του για τη ζωή και αποσύρεται από την κοινωνική δράση.

Έτσι, η θεωρία της ενεργής γήρανσης άρχισε να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα αποσπασματικά και μη εστιασμένα. Ωστόσο, όταν κατά τη δεκαετία του '90 παρατηρήθηκε επιτάχυνση του ρυθμού της πληθυσμιακής γήρανσης και αβεβαιότητα για το μέλλον των συνταξιοδοτικών συστημάτων, η θεωρία της ενεργής γήρανσης άρχισε να λαμβάνει διαστάσεις πολιτικής. Διεθνείς οργανισμοί, η G20, ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, η Ευρωπαϊκή Ένωση, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, καθώς και η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας, υιοθέτησαν και ενίσχυσαν πολιτικές ενεργής γήρανσης, στοχεύοντας στην αντιμετώπιση των πολυδιάστατων ζητημάτων που άπτονται της απασχόλησης και της κοινωνικής προστασίας.

Κατά συνέπεια, δημιουργήθηκαν πολιτικές που στοχεύουν στην αύξηση της μέσης ηλικίας συνταξιοδότησης, δίνουν έμφαση στην υιοθέτηση πολιτικών πρόληψης ώστε να μειωθούν τα κόστη της υγείας και της φροντίδας, αλλά και στην άρση των κοινωνικών προτύπων που ταυτίζουν τη γήρανση με τη νωθρότητα. Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειώσουμε πως αν και τα τελευταία χρόνια η ενεργή γήρανση συζητείται έντονα σε επίπεδο παραγωγής πολιτικής (ΕΕ, Ηνωμένα Έθνη), αυτή στερείται του ανάλογου ακαδημαϊκού ενδιαφέροντος, με αποτέλεσμα να υπάρχει περιορισμένη και αποσπασματική βιβλιογραφία, ειδικά για την Ελλάδα. Μια πιθανή εξήγηση για αυτό το ακαδημαϊκό κενό μπορεί να είναι πως, αν και η ενεργή γήρανση «ανήκει ιδεολογικά» στον κοινωνικό προστατευτισμό και στο κράτος πρόνοιας, οι διαδοχικές καπιταλιστικές κρίσεις και η στρεβλή, πολλές φορές, υιοθέτηση δημοσιονομικών μέτρων έχουν οδηγήσει στην ταύτισή της με αποκλειστικά νεοφιλελεύθερες πολιτικές αύξησης του εργάσιμου βίου. Έτσι, καθίσταται μη ελκυστικό πεδίο κοινωνιολογικο-πολιτικής ανάλυσης για τους ακαδημαϊκούς.

2. Ενεργή γήρανση, υγεία και φροντίδα: Διερεύνηση των μεταξύ τους σχέσεων

Η έννοια της φροντίδας, όταν αναφερόμαστε στην ενεργή γήρανση, είναι διττή. Αφενός, έχουμε τη φροντίδα που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι και, αφετέρου, τη φροντίδα που παρέχουν σε μέλη της οικογένειάς τους, στο πλαίσιο της εθελοντικής προσφοράς εργασίας στην οικογένεια. Όσον αφορά τη δεύτερη, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη συνέχιση της ενεργής κοινωνικής και οικονομικής ζωής του ανθρώπου όσο γηράσκει, αφού μέσα από την προσφορά του παραμένει ενεργός. Συχνά μάλιστα η φροντίδα που παρέχεται από το παιδί προς τον ηλικιωμένο γονιό «ανταλλάσσεται» με τη φροντίδα του τελευταίου προς τις νεότερες γενιές. Η ανταλλαγή αυτή, συνήθως, δεν λαμβάνει χώρα σε ένα συνειδητό επίπεδο, αλλά βασίζεται στην οικογενειακή αλληλεγγύη και στην ανάγκη του ηλικιωμένου να νιώθει χρήσιμος στην καθημερινότητά του.

Ο εθελοντισμός, είτε οργανωμένος είτε στο πλαίσιο της οικογένειας, αποτελεί βασικό πυλώνα επίτευξης ενεργής και υγιούς γήρανσης. Αυτό συμβαίνει γιατί αυξάνει την κοινωνικοποίηση και βελτιώνει την κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων (OECD, WHO). Σύμφωνα με μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην ΕΕ από το Eurofound (2011), αποδείχτηκε ότι, όσο πιο ισχυρή είναι η οικονομία και το κοινωνικό κράτος σε μια χώρα, τόσο περισσότερο καλλιεργείται η κουλτούρα του εθελοντισμού σε όλα τα στάδια της ζωής του ανθρώπου. Πιο συγκεκριμένα, ο λόγος αυτής της σύνδεσης φαίνεται να είναι πως υπάρχει αρνητικός βαθμός συσχέτισης μεταξύ οργανωμένου εθελοντισμού και αδύναμων δημοκρατικών θεσμών και κοινωνικού κράτους. Ταυτόχρονα, ο καθολικισμός και ο προτεσταντισμός συνεισφέρουν σημαντικά στη δημιουργία κουλτούρας οργανωμένου εθελοντισμού, δεδομένου ότι προάγουν την έννοια της προσφοράς.

Αντίθετα, κράτη όπως η Ελλάδα έχουν ισχυρό κοινωνικό κράτος και βασίζονται στην προσφορά της οικογένειας για να καλύψει τα κενά της Πολιτείας. Η εθελοντική εργασία στο πλαίσιο της οικογένειας αποτελεί συνηθισμένη πρακτική στην ελληνική κοινωνία, ιδιαίτερα όσον αφορά τις ανάγκες φροντίδας παιδιών και ηλικιωμένων. Παράλληλα, οι οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν πολλά ελληνικά νοικοκυριά και συνταξιούχοι μπορεί να μην τους επιτρέπουν να ασχοληθούν με τα ενδιαφέροντά τους και να δαπανούν χρήματα για να υποστηρίξουν την εθελοντική εργασία, η οποία κατά κανόνα δεν καλύπτει κανένα έξοδο, ούτε καν το κόστος μετακίνησης.

Η συνεισφορά της εθελοντικής εργασίας των ηλικιωμένων στο πλαίσιο της οικογένειας είναι καθοριστικής σημασίας για την ελληνική οικονομία αλλά και τη διαμόρφωση της αγοράς εργασίας, διότι αν και οι ίδιοι δεν θεωρούνται οικονομικά ενεργοί με δημοσιονομικούς όρους, βοηθούν στην ανατροφή των παιδιών, με αποτέλεσμα να καθίσταται δυνατή η γυναικεία απασχόληση. Έτσι, οι ηλικιωμένοι που έχουν ανάγκη μερικής φροντίδας «ανταλλάσσουν» αυτή τη φροντίδα με τη βο-

ήθεια που παρέχουν στους/στις άτυπους/ες φροντιστές/ριές τους και στα μέλη της οικογένειάς τους. Επιπλέον, η συνεισφορά τους με εθελοντική εργασία συμβάλλει στη μείωση του κόστους ανατροφής των παιδιών, καθώς έτσι οι νέες οικογένειες δεν χρειάζεται να καταφύγουν, ή τουλάχιστον όχι συχνά, σε ιδιωτικές υπηρεσίες για τη φύλαξη των παιδιών.

Στον αντίποδα των μειωμένων εξόδων για τη φροντίδα των παιδιών, τα νοικοκυριά που αποτελούνται ή φροντίζουν ηλικιωμένους ταλανίζονται από υψηλές ιατρικές δαπάνες που αφορούν κυρίως χρόνια νοσήματα, νοσοκομειακή περίθαλψη, επισκέψεις σε γιατρούς και φαρμακευτική αγωγή. Ενδεικτικό είναι πως, σύμφωνα με την έρευνα υγείας της ΕΛΣΤΑΤ για το 2019,¹ το 69,1% όσων ήταν 65-74 ετών έπασχαν από κάποιο χρόνια νόσημα, και για τους άνω των 75 ετών το ποσοστό άγγιζε το 84%, ενώ για τη λήψη φαρμάκων με συνταγολόγιο τα ποσοστά ήταν 80,1% και 90,1% αντίστοιχα.

Ειδικότερα, οι δαπάνες υγείας ανά νοικοκυριό αγγίζουν τα 1.455,36 ευρώ, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (ΕΟΠ, 2023) για το 2022. Δυστυχώς, η έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ που αφορά τον Οικονομικό Προϋπολογισμό (ΕΟΠ) δεν διαθέτει αναλυτικά στοιχεία για ηλικιακές ομάδες και άρα δεν μπορούμε να υπολογίσουμε την κλιμάκωση του κόστους των δαπανών υγείας με την πάροδο της ηλικίας του ανθρώπου. Σε αυτά τα κόστη δεν συνυπολογίζεται το κόστος της άτυπης φροντίδας των ηλικιωμένων, το οποίο συμπεριλαμβάνει όχι μόνο την κατά κανόνα αδήλωτη εργασία των φροντιστριών/ών, αλλά και των νεότερων μελών της οικογένειας, κατά κύριο λόγο γυναικών, οι οποίες αναλαμβάνουν ατύπως και συχνά εις βάρος της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας τη φροντίδα των γονιών τους.

Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε πως η φροντίδα των ηλικιωμένων δεν ξεκινά όταν ο άνθρωπος απολέσει την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, αλλά πολύ νωρίτερα. Οι ανάγκες φροντίδας μπορεί να ανακύψουν για μικρά διαστήματα, από τα πρώτα σημάδια εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις ή ο σακχαρώδης διαβήτης. Σε αυτό το στάδιο, όποιος/α νοσεί μπορεί ακόμα να εργάζεται και να μην ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 65+ που συνηθίζουμε να αποκαλούμε ηλικιωμένους.

Ως εκ τούτου, παρότι το άτομο ενδέχεται να παραμένει οικονομικά ενεργό, είναι πολύ πιθανόν να έχει βραχυπρόθεσμες ανάγκες φροντίδας, οι οποίες αν δεν ικανοποιηθούν, θα λειτουργήσουν σωρευτικά και θα επηρεάσουν αρνητικά τα μελλοντικά επίπεδα της υγείας του. Αξίζει να σημειωθεί πως για τη συγκεκριμένη περίοδο της εργασιακής ζωής του ανθρώπου, όπου κάποιος βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ εργασίας και συνταξιοδότησης, είναι ιδιαίτερα σημαντική η δημιουργία κουλτούρας ενεργής γήρανης στον εργασιακό χώρο.

Ειδικότερα, σύμφωνα με το Eurofound (2018), το εργατικό δυναμικό άνω των 50 ετών δεν είναι ελκυστικό για τους εργοδότες, λόγω των συχνών προβλημάτων

1. Η έρευνα Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ λαμβάνει χώρα κάθε 5 έτη και δεν είναι διαθέσιμη η επόμενη.

υγείας που αντιμετωπίζει, των αυξημένων οικογενειακών υποχρεώσεων, ιδίως για τις γυναίκες, αλλά και του μειωμένου ενδιαφέροντος για συνεχή επιμόρφωση. Η ΕΕ, στοχεύοντας στην αύξηση της απασχόλησης σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία, προτάσσει μια σειρά από κίνητρα σε εργαζόμενους και εργοδότες ώστε να διατηρηθούν και να προσλάβουν άτομα που ανήκουν σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Μεγάλη βαρύτητα δίνεται στη σημασία της διά βίου μάθησης, η οποία εκτός του ότι είναι μέσα στους στόχους της ΕΕ για το 2030, αποτελεί και βασικό πυλώνα της πολιτικής της ενεργής γήρανσης. Παράλληλα, η ΕΕ προωθεί ευέλικτες μορφές απασχόλησης, φορολογικά κίνητρα για την αναπλήρωση των υπόλοιπων ωρών και τη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας. Τέλος, καθοριστικό ρόλο παίζει και η εκπαίδευση των εργοδοτών και όσων βρίσκονται σε θέσεις ευθύνης, ώστε να μπορούν να αντιληφθούν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι μπορεί να μην έχουν την ευελιξία και την εξοικείωση με την τεχνολογία που έχουν οι νεότεροι, αλλά βασιζόμενοι στην πείρα τους και την εξοικείωση με το πλαίσιο του ρόλου τους μπορούν να είναι εξίσου παραγωγικοί (Λαπατσιώρας, Μηλιός & Μιχαηλίδης, 2020).

Ένα σοβαρό φαινόμενο που πρέπει να αντιμετωπιστεί, προκειμένου οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι να γίνουν πιο παραγωγικοί, είναι του παρουσιασμού και του ψηφιακού παρουσιασμού. Ως παρουσιασμό ορίζουμε το φαινόμενο όπου ο/η εργαζόμενος/η εξαναγκάζεται να εργαστεί, είτε γιατί φοβάται τις συνέπειες της απουσίας του/της από την εταιρεία είτε γιατί πιστεύει πως μπορεί να αντικατασταθεί. Ο ψηφιακός παρουσιασμός, αντίστοιχα, αναφέρεται στο φαινόμενο κατά το οποίο ο/η εργαζόμενος/η δυσκολεύεται να θέσει όρια μεταξύ εργάσιμου και προσωπικού χρόνου, ενώ παράλληλα δουλεύει εξ αποστάσεως ακόμη και αν δεν αισθάνεται καλά στην υγεία του. Το φαινόμενο αυτό έλαβε μεγάλες διαστάσεις κατά την εποχή της πανδημίας. Ενδεικτικό είναι πως, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία το 2020, τα 2/3 όσων βίωσαν παρουσιασμό δήλωσαν πως ήταν ψηφιακός (Ruhl & Schmoll, 2021).

Σημειώτέον ότι ο παρουσιασμός ενέχει κινδύνους για εργαζόμενους, εταιρείες αλλά και κράτη, δεδομένου ότι άτομα που βιώνουν έντονα το φαινόμενο τείνουν να λειτουργούν ζημιογόνα για την ίδια την εταιρεία μακροπρόθεσμα, καθώς ή δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν με διαύγεια στις υποχρεώσεις τους ή χάνουν τους δεσμούς εμπιστοσύνης στον χώρο εργασίας. Τέλος, σωρεύουν ασθένειες που τους ακολουθούν προς το τέλος της ζωής τους και αλλοιώνουν τα επίπεδα της καλής τους υγείας. Κατά συνέπεια, όχι μόνο μειώνεται μακροπρόθεσμα η ποιότητα ζωής του ανθρώπου, αλλά μελλοντικά παρουσιάζει αυξημένες ανάγκες φροντίδας και υγειονομικής περίθαλψης (EU-OSHA, Cedefop, Eurofound & EIGE, 2017).

Επομένως, είναι πολύ σημαντική η διατήρηση της καλής υγείας καθ' όλη τη διάρκεια ζωής του ανθρώπου (ΠΟΥ, Ευρωπαϊκή Επιτροπή), κάτι το οποίο μπορεί να επιτευχθεί μέσω της πρόληψης και της εκπαίδευσης των πολιτών ώστε να υιοθετούν υγιεινές συνήθειες στην καθημερινότητά τους. Πιο συγκεκριμένα, έχει μεγάλη σημασία για την ποιότητα ζωής του ανθρώπου καθώς γηράσκει, τόσο η

υγιεινή διατροφή, η οποία με βάση τις συστάσεις του ΠΟΥ θα πρέπει να ενταχθεί στην κλασική εκπαίδευση, όσο και η σωματική δραστηριότητα. Ασφαλώς, η κρατική πρωτοβουλία πρέπει να εστιάζει και στην παροχή υπηρεσιών υγείας, και ειδικά της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δεδομένου ότι μπορεί να λειτουργήσει ενημερωτικά αλλά και προληπτικά όσον αφορά τις μακροχρόνιες ασθένειες που συχνά ταλαιπωρούν την τρίτη ηλικία.

Ταυτόχρονα, η κοινότητα κατέχει πρωτεύοντα ρόλο στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος υγιούς γήρανσης (WHO, 2022), καθώς μπορεί να ενθαρρύνει την παραμονή του ηλικιωμένου ατόμου στην κοινωνική ζωή, αλλά παράλληλα να το ανακουφίσει όταν υπάρχει ανάγκη.

Η πολιτική της ενεργής γήρανσης, σε μια προσπάθεια να αντεπεξέλθει στις διογκούμενες ανάγκες φροντίδας που προκύπτουν εξαιτίας των ολοένα αυξανόμενων ορίων θνησιμότητας, αλλά και της αδυναμίας της οικογένειας να τις καλύψει, δίνει έμφαση σε πολιτικές οικονομικής, κοινωνικής, σωματικής και εκπαιδευτικής ενεργοποίησης του πληθυσμού (European Parliament, 2012). Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια στρέφεται προς τον άξονα της φροντίδας, προτάσσοντας την εκπαίδευση φροντιστών και φροντιζόμενων αλλά και την πρόληψη των ασθενειών που ενδέχεται να καταβάλλουν τον άνθρωπο και να δημιουργήσουν ανάγκες μακρόχρονης φροντίδας.

Η πρόληψη ως στόχος της πολιτικής της ενεργής γήρανσης εκφράζει μια φιλελεύθερη οπτική, όπου ο άνθρωπος οφείλει να προετοιμάζεται για το γήρας από την αρχή του βίου του και να φροντίζει όχι μόνο για την καλή φυσική του κατάσταση, αλλά και για την εκπαίδευσή του. Ο λόγος είναι πως η διαρκής εκπαίδευση μπορεί να του εξασφαλίσει όχι μόνο εργασία με καλύτερους όρους, αλλά και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, συγκριτικά με κάποιον που δεν επιμορφώνεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του, ιδιαίτερα την εποχή των καθημερινών ψηφιακών εξελίξεων. Παράλληλα, οφείλει να προετοιμάζεται οικονομικά για τις ανάγκες που θα προκύψουν για τη φροντίδα του, αλλά κυρίως να προνοεί έτσι ώστε να παραμείνει για μεγαλύτερο διάστημα κοινωνικά και οικονομικά ενεργός (Gratton & Scott, 2020).

Κατά συνέπεια, διαπιστώνουμε πως τα κράτη μέλη επενδύουν σε πολιτικές που αποβλέπουν στην αυτοφροντίδα του ανθρώπου και στην πρόληψη. Οι πολιτικές αυτές, αν και έχουν θετικό πρόσημο όσον αφορά τη διατήρηση της καλής υγείας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, προκειμένου να είναι αποτελεσματικές θα έπρεπε να λαμβάνουν υπόψη και άλλους κοινωνικο-πολιτισμικούς παράγοντες, όπως είναι το μέσο βιοτικό και εκπαιδευτικό επίπεδο, αλλά και η εμπλοκή της ευρύτερης οικογένειας στην καθημερινή ζωή του ανθρώπου. Αξίζει να σημειώσουμε πως πολύ σημαντικό ρόλο για την υγιή και ενεργή γήρανση παίζει και το σύστημα υγείας των κρατών μελών. Η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας οι οποίες καλύπτουν το σύνολο των αναγκών του πολίτη καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του είναι εξαιρετικά κρίσιμη, δεδομένου ότι κάποια μικρά προβλήματα μπορούν να λειτουργήσουν σωρευτικά και να καταλήξουν σε σοβαρά χρόνια νοσήματα, όπως αρθρίτιδες, σακχαρώδη διαβήτη κ.ά. Ως εκ τούτου, είναι πρωτεύον να υπάρχουν προσβάσιμες υπηρεσίες

υγείας για όλους τους πολίτες και να μην υπάρχουν άνθρωποι που οδηγούνται σε αποκλεισμό από βασικές υπηρεσίες λόγω της οικονομικής τους κατάστασης ή και του τόπου όπου διαμένουν – πρέπει δηλαδή να επιτευχθεί αποκέντρωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

Η οικογένεια, η κοινότητα, το κράτος και η ιδιωτική φροντίδα αποτελούν τους τέσσερις πυλώνες φροντίδας των ηλικιωμένων, ή αλλιώς το «διαμάντι φροντίδας» (Perišić & Pantelić, 2021), με την άτυπη φροντίδα –αμειβόμενη και μη– να κυριαρχεί. Ωστόσο, παρά τη διαγενεακή αλληλεγγύη που χαρακτηρίζει σε μεγάλο βαθμό την ελληνική οικογένεια, το υπάρχον σύστημα είναι δύσκολο να διατηρηθεί, για δημογραφικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους.

Πιο συγκεκριμένα, στη χώρα μας άρχισε να εκδηλώνεται «κρίση φροντίδας» μετά τη δεκαετία του '70, εξαιτίας της μαζικής μετακίνησης πληθυσμού στα μεγάλα αστικά κέντρα. Έως τότε, η γειτονιά συνήθως αποτελούσε ένα δίκτυο αλληλεγγύης προς τους ηλικιωμένους που αντιμετώπιζαν προβλήματα μοναχικότητας, κρατώντας τους συντροφιά, βοηθώντας τους σε εργασίες στο σπίτι και εμπλέκοντάς τους στην κοινωνική ζωή του τόπου (Εμκε-Πουλοπούλου, 1983).

Από τη δεκαετία του '70 και μετά η φροντίδα άρχισε να μεταβιβάζεται στο κράτος και κατά κύριο λόγο στους δήμους, οι οποίοι ανέλαβαν να καλύψουν το κενό που δημιουργήσε τόσο η μαζική εισροή των νεότερων γενιών στις πόλεις όσο και η εξασθένηση του δεσμού της κοινότητας. Το ελληνικό κράτος, ωστόσο, δεν κατάφερε να καλύψει επαρκώς τις ολοένα αυξανόμενες απαιτήσεις που προέκυπταν σε συνδυασμό με τη δημογραφική μεταβολή του πληθυσμού και την αύξηση των ορίων θνησιμότητας. Έτσι, άρχισε να κυριαρχεί ένα μεικτό σύστημα φροντίδας με επίκεντρο την οικογένεια και την άτυπη φροντίδα, είτε από μέλη της οικογένειας, κυρίως γυναίκες, είτε από επαγγελματίες φροντίστριες/ές κατεχοχίν από χώρες του εξωτερικού, αλλά και συμπληρωματικές παροχές του κράτους που εστιάζουν πρωτίστως στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Εντούτοις, οι προβλέψεις για την ικανότητα διατήρησης αυτού του μοντέλου τις επρχόμενες δεκαετίες είναι δυσοίωνες. Αφενός, το πρόβλημα της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού προβλέπεται να αυξηθεί έως το 2050, οπότε και αναμένεται η αναλογία των άνω των 65 ετών να φτάσει το 1/3 του γενικού πληθυσμού (Scherbov & Mamolo, 2007). Αφετέρου, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και του brain drain, τα 2/3 των 500.000 Ελλήνων που μετανάστευσαν στο εξωτερικό δεν προτίθενται να επιστρέψουν σύντομα, σύμφωνα με την έρευνα του Κωνσταντινίδη (2023), δημιουργώντας έτσι ένα ακόμα κενό φροντίδας προς τις μεγαλύτερες γενιές, εφόσον τα παιδιά τους δεν μπορούν να είναι παρόντα για να αναλάβουν τον ρόλο του/της άτυπου/ης φροντιστή/ριας.

Επομένως, το μεικτό σύστημα φροντίδας που ισχύει έως σήμερα και έχει ως επίκεντρο την οικογένεια (Williams, Lyons & Rowland, 1997) δεν είναι βιώσιμο, ειδικά αν αναλογιστούμε πως, συμπληρωματικά σε όσα προαναφέρθηκαν, ένα μεγάλο μέρος της νέας γενιάς προβλέπεται να παραμείνει άτεκνο.

3. Πολιτική ενεργής γήρανσης της ΕΕ

Η συζήτηση σχετικά με την πολιτική ενεργής γήρανσης στην ΕΕ όσον αφορά τη φροντίδα και την υγεία μπορεί να χωριστεί σε τρεις φάσεις.

Η πρώτη φάση ξεκινά τη δεκαετία του 1980 και είναι το αποτέλεσμα της συνειδητοποίησης της σημασίας του δημογραφικού προβλήματος για την αγορά εργασίας, την οικονομία και την κοινωνική πολιτική που εφαρμόζουν τα κράτη μέλη. Αν και ο όρος ενεργή γήρανση δεν χρησιμοποιήθηκε τότε, οι στόχοι της για μια πιο ενεργή κοινωνική και οικονομική ζωή, καθώς και για επιμήκυνση της εργασιακής πορείας των ηλικιωμένων, καθορίστηκαν μέσω μιας σειράς αποφάσεων και εγγράφων πολιτικής της ΕΕ. Σε αυτό το πρώιμο στάδιο δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στις δράσεις υγείας και πρόνοιας (Ευρωπαϊκό Έτος για τους ηλικιωμένους 1986 & 1993· Κοινοτικός Χάρτης των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζομένων 1989· Συνθήκη του Άμστερνταμ 1989· Επιτροπή 1997).

Η δεύτερη φάση ξεκίνησε αρχικά με την υιοθέτηση του όρου «ενεργή γήρανση» από τον ΠΟΥ στα τέλη του 1990, σε μια προσπάθεια να δημιουργήσει έναν πιο περιεκτικό ρόλο που να μπορεί να διαχειριστεί τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα άτομα καθώς μεγαλώνουν (WHO, 2002). Πιο συγκεκριμένα, ο ΠΟΥ όρισε ως ενεργή γήρανση τη διαδικασία βελτιστοποίησης των ευκαιριών για την υγεία, τη συμμετοχή στα κοινά και την κοινωνική ασφάλιση, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ανθρώπων όσο γερνούν.

Η ενεργή γήρανση άρχισε να απασχολεί συστηματικά την ΕΕ το 1999, με το παγκόσμιο έτος για τα μεγαλύτερα άτομα, όπου η Επιτροπή άρχισε να υποστηρίζει μια σειρά από μελέτες και συνέδρια για την ενεργή γήρανση σε μια προσπάθεια να ανακαλύψει καλές πρακτικές (European Commission, 1999).

Το 2000, με τη Στρατηγική της Λισαβόνας και την Ευρωπαϊκή Κοινωνική Ατζέντα, δόθηκε έμφαση στην επίλυση των δημοσιονομικών προβλημάτων που προκαλεί η δημογραφική γήρανση. Ενώ το 2012 υπήρξε το ευρωπαϊκό έτος για την «Ενεργή Γήρανση και Αλληλεγγύη μεταξύ των Γενεών», το οποίο έθεσε τους τέσσερις βασικούς στόχους για την επόμενη δεκαετία:

- Την αύξηση της γενικής ευαισθητοποίησης σχετικά με την αξία της ενεργής γήρανσης και την προώθηση της διαγενεακής αλληλεγγύης.
- Την ενθάρρυνση της συζήτησης γύρω από τις προβληματικές της ενεργής γήρανσης.
- Τη δημιουργία «πλαισίου δέσμευσης και συγκεκριμένης δράσης», το οποίο οδήγησε στη δημιουργία του Δείκτη Ενεργής Γήρανσης.
- Την προώθηση των δραστηριοτήτων που συμβάλλουν στην καταπολέμηση ή την υπέρβαση των διακρίσεων, των στερεοτύπων και των εμποδίων που σχετίζονται με την ηλικία.

Η ενεργή γήρανση αποτέλεσε επίσης μέρος της στρατηγικής «Ευρώπη 2020», μια στρατηγική για έξυπνη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη, στην οποία

τονίστηκε «η σημασία της ικανότητας της Ευρωπαϊκής Ένωσης να ανταποκριθεί στην πρόκληση της προώθησης μιας υγιούς και ενεργής γήρανσης για να καταστεί δυνατή η κοινωνική συνοχή και η υψηλότερη παραγωγικότητα».

Η τρίτη φάση, η οποία βρίσκεται σήμερα σε εξέλιξη, ξεκίνησε το 2021 με την έκδοση της Πράσινης Βίβλου της Επιτροπής για την ενεργή γήρανση. Η Βίβλος επανέφερε το ζήτημα της φροντίδας των ηλικιωμένων, αλλά στο πλαίσιο της προσωπικής ευθύνης του πληθυσμού: οι πολίτες καλούνται πλέον να δημιουργήσουν το δικό τους μέλλον, ενώ η ΕΕ και οι κυβερνήσεις των κρατών μελών διαδραματίζουν υποστηρικτικό ρόλο. Η έμφαση δίνεται, αφενός, στην εκπαίδευση του πληθυσμού ώστε να κάνει επιλογές που εγγυώνται καλή υγεία και μεγαλύτερη διάρκεια ενεργής οικονομικής ζωής και, αφετέρου, στην εκπαίδευση των επίσημων και ανεπίσημων φροντιστών/ριών ώστε να παρέχουν καλύτερες και πιο μακροχρόνιες υπηρεσίες. Αυτό αντανάκλα τη σταδιακή μετατόπιση των πολιτικών υγείας από τη θεραπεία στην πρόληψη, αλλά και την αδυναμία των συστημάτων υγείας των κρατών μελών να διατηρήσουν μελλοντικά τις υπηρεσίες υγείας στα σημερινά επίπεδα.

Αυτή η στροφή εξηγείται και μέσα από τη θεωρία των Sanderson και Scherbov (2010), οι οποίοι υποστηρίζουν πως η αναλογία του εξαρτώμενου οικονομικά πληθυσμού δεν είναι τόσο σημαντική όσο η αναλογία των ανθρώπων που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και χρειάζονται συστηματικά υπηρεσίες φροντίδας για να επιβιώσουν. Όπως είδαμε και στην κατηγοριοποίηση των πολιτικών της ΕΕ, ο ορισμός αυτός κερδίζει έδαφος όσον αφορά τις πολιτικές που σχετίζονται με την ενεργή γήρανση, δεδομένου ότι στόχος της ΕΕ είναι να επιβραδύνει και να μειώσει δραστικά το ποσοστό και τον χρόνο μη αυτοεξυπηρέτησης του ατόμου όσο πλησιάζει προς το τέλος της ζωής του, σε μια προσπάθεια μετρίωσης του κόστους περίθαλψής του.

Περνάμε, δηλαδή, σταδιακά από την οικογενειακή φροντίδα των οικείων και της κρατικής προστασίας στην εποχή της αυτο-φροντίδας, η οποία μας απομακρύνει από τη συναισθηματική φόρτιση και την εννοιολόγηση της φροντίδας ως ενός αμοιβαίου συναισθηματικού δεσμού που έχει αναπτυχθεί μεταξύ του φροντιστή και του φροντιζόμενου. Και είναι αυτός ο δεσμός που ωθεί τον φροντιστή ωθεί τον φροντιστή να αισθάνεται υπεύθυνος για την ευζωία του φροντιζόμενου, κάτι που αποδεικνύει μέσα από την εργασία του σε νοητικό, συναισθηματικό και φυσικό επίπεδο (Hoschschild, 2003· Κοτρώτσιου, 2019).

Η αποδυνάμωση του ρόλου της οικογένειας και του κράτους όσον αφορά τη φροντίδα ενδέχεται να επιφέρει καταστροφικές συνέπειες στα επίπεδα υγείας του ανθρώπου. Η αυτοφροντίδα, αν και σημαντική, δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες ευζωίας καθώς, όπως προαναφέρθηκε, η υγεία ενός ανθρώπου είναι συνταίριασμα ποικίλων παραγόντων –βιολογικών, κοινωνικο-πολιτικών αλλά και τυχαίων–, οι οποίοι δεν μπορούν να προβλεφθούν και να αντιμετωπιστούν με τυποποιημένες λύσεις πρόληψης.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Εμκε-Πουλοπούλου, Η. (1983). Δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα. *The Greek Review of Social Research*, 49, 35-51. <https://doi.org/10.12681/grsr.180>
- ΕΛΣΤΑΤ (2021). Έρευνα υγείας: Έτος 2019. Πειραιάς.
- ΕΛΣΤΑΤ (2023). Έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών (ΕΟΠ), έτους 2022. Πειραιάς.
- Esping-Andersen, G. (2014). Οι τρεις κόσμοι του καπιταλισμού της ευημερίας (μετ. έκδ.). Αθήνα: Τόπος. (Αρχική έκδ. 1990).
- Κοτρώτσιου, Ε. (επιμ.) (2019). Το νόημα της φροντίδας: Η κοινωνική δομή της φροντίδας για τους ηλικιωμένους. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Κωσταντάρας.
- Λαπασιώρας, Σ., Μηλιός, Γ. & Μιχαηλίδης, Π. (2020). Οι επιπτώσεις της ψηφιοποίησης στην αγορά εργασίας. INE ΓΣΕΕ – Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.

Ξενόγλωσση

- Bajeux, E., Corvol, A. & Somme, D. (2021). Integrated care for older people in France in 2020: Findings, challenges, and prospects. *International Journal of Integrated Care*, 21(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.5643>
- Bussolo, M., Koettl-Brodmann, J. & Sinnott, E. (2015). *Golden aging: Prospects for healthy, active, and prosperous aging in Europe and Central Asia*. World Bank Group.
- Costa, A., Henriques, J., Alarcão, V., Henriques, A., Madeira, T., Virgolino, A. & Nogueira, P. (2023). Active aging awareness and well-being among older adults in Portugal. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1149731. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1149731>
- DGCS/BAEI (2021). *Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) and its Regional Implementation Strategy (RIS), France 2021* (National report).
- Digital Future Society (2021). *Home care and digital platforms in Spain*. Barcelona, Spain.
- EU-OSHA, Cedefop, Eurofound & EIGE (2017). *Towards age-friendly work in Europe: A life-course perspective on work and ageing from EU Agencies*. Publications Office of the European Union.
- Eurofound (2011). *Volunteering by older people in the EU*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Eurofound (2020). *Long-term care workforce: Employment and working conditions*. Publications Office of the European Union.
- European Commission (1999). *Towards a Europe for all ages: Promoting prosperity and inter-generational solidarity* (COM(1999) 221 final). https://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/com221_en.pdf
- European Commission (2002, March 18). *Europe's response to world ageing: Promoting economic and social progress in an ageing world — A contribution of the European Commission to the 2nd World Assembly on Ageing* (COM/2002/0143 final). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:52002DC0143>
- European Parliament (2012). *Legislative resolution of 7 July 2011 on the proposal for a decision of the European Parliament and of the Council on the European Year for Active Ageing*.
- Eurostat (2018). *Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU* (2019 ed.) [Report].
- Eurostat (2023). Life expectancy at birth down to 80.1 years in 2021. *Eurostat News*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/DDN-20230316->

- Faye-Ropaul, M. & Darriet, E. (2023). Informal caregivers of elderly patients in France: Their behavior as trusted persons and their knowledge of this concept. *HAL Sciences Po*. <https://sciencespo.hal.science/hal-04237039>
- Ferrera, M. & Rhodes, M. (eds) (2000). *Recasting European welfare states* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315039916>
- Foster, L. & Walker, A. (2015). Active and successful aging: A European policy perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83-90. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu028>
- Gillespie, C.W.I. & Louw, J. (1993). Life satisfaction in old age and activity theory: Should the debate be re-opened? *Southern African Journal of Gerontology*, 2(1), 25-30.
- Gratton, L. & Scott, A. (2016). *The 100-year life: Living and working in an age of longevity*. Bloomsbury.
- Hochschild, A.R. (2003). The managed heart: The recognition of emotional labour in public service work. *Nurse Education Today*, 33(1), 5-7. (Original work *The Managed Heart* published earlier). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.07.006>
- Lopes, A. (2017). Long-term care in Portugal: Quasi-privatization of a dual system of care. In *Long-term care for the elderly in Europe* (Chapter).
- Love, P. (ed.) (2015). *Ageing: Debate the issues*. OECD Insights. OECD Publishing.
- Mamolo, M. & Scherbov, S. (2009). Population projections for forty-four European countries: The ongoing population ageing. *European Demographic Research Papers*, 2. Vienna Institute of Demography.
- Mandl, I. et al. (2018, November 15). *State initiatives supporting the labour market integration of older workers* [Working paper]. Eurofound. <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/state-initiatives-supporting-labour-market-integration-older>
- Perišić, N. & Pantelić, M. (2021). Care triangle or care diamond? The case of childcare and eldercare in Serbia. *Revija za socijalnu politiku*, 27, 323-345. <https://doi.org/10.3935/rsp.v28i3.1805>
- Rühle, S.A. & Schmoll, R. (2021). COVID-19, telecommuting, and (virtual) sickness presenteeism: Working from home while ill during a pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 734106. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.734106>
- Sakellarides, C., Castelo-Branco, L., Barbosa, P., Azevedo, H. & World Health Organization (2014). *The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal: Case study* (WHO/EURO: 2014-6442-46208-66841). WHO Regional Office for Europe.
- Sanderson, W.C. & Scherbov, S. (2010). Remeasuring aging. *Science*, 329(5997), 1287-1288. <https://doi.org/10.1126/science.1193647>
- Scherbov, S. & Mamolo, M. (2007). *Probabilistic population projections for the 27 EU member states based on Eurostat assumptions*. *European Demographic Research Papers*.
- Tesch-Römer, C. (2011, November 21-22). *Active ageing and quality of life in old age* [Conference presentation]. Meeting of the UNECE Working Group on Ageing, Geneva, Switzerland. German Centre of Gerontology.
- Tobruk, D. (2023, August 30). Casa della Salute: Cos'è, come funziona e ruolo dell'infermiere. *Dimensione Infermiere*. <https://www.dimensioneinfermiere.it/casa-della-salute-cosa-so-no-ruolo-infermiere/>
- Tymowski, J. (2015). *European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations: In-depth analysis (Ex-post Impact Assessment Unit)*. European Commission.
- UNECE / European Commission (2019). *2018 Active Ageing Index: Analytical report* (G. Lamura & A. Principi, under contract).
- UNECE / France (MIPAA) (n.d.). *Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) and its Regional Implementation Strategy (RIS): Fourth review and evaluation round (2018-2022): National monitoring report — France*. <https://unece.org/sites/default/files/2021-10/mipaa20-report-france.pdf>
- Williams, J., Lyons, B. & Rowland, D. (1997). Unmet long-term care needs of elderly people in

- the community: A review of the literature. *Home Health Care Services Quarterly*, 16(1-2), 93-119. https://doi.org/10.1300/J027v16n01_07
- World Health Organization (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (2022). *Health and care workforce in Europe: Time to act*. WHO Regional Office for Europe.
- Yanatma, S. (2023). Fertility in Europe: Which countries have the highest and lowest numbers of live births per woman? *Euronews*. <https://www.euronews.com>

Ποιος/α φροντίζει; Το φύλο της φροντίδας ηλικιωμένων

Νέλλη Καμπούρη

Εισαγωγή

Η φροντίδα ηλικιωμένων είναι ένας τομέας στον οποίο εκφράζονται πολλαπλές διαθεματικές ανισότητες φύλου, φυλής, εθνότητας και κοινωνικής τάξης. Η έμφυλη κατανομή της φροντίδας ηλικιωμένων είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που επηρεάζεται από τα κράτη πρόνοιας, τα συστήματα κοινωνικής προστασίας, τους κυρίαρχους έμφυλους ρόλους, τα πολιτισμικά πρότυπα, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και τις ανισότητες της φυλής και της εθνότητας. Εντούτοις, από τη μελέτη σχετικών εκθέσεων διεθνών οργανισμών αναφορικά με τη φροντίδα των ηλικιωμένων, όπως και των παιδιών και των αναπήρων, γρήγορα γίνεται κατανοητό ότι οι γυναίκες επωμίζονται κατά κανόνα πολύ περισσότερες και σημαντικές ευθύνες σε σχέση με τους άνδρες (ILO, 2018· UN Women, 2018· OECD, 2019· EIGE, 2021). Αυτό συμβαίνει κυρίως γιατί η φροντίδα, η οποία συμπεριλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που συμβάλλουν στην κάλυψη των βασικών φυσικών και ψυχολογικών αναγκών των ηλικιωμένων, δεν αναγνωρίζεται στις περισσότερες κοινωνίες ως εργασία, αλλά ως μια συνέχεια των «φυσικών» ευθυνών των γυναικών (Himmelweit, 1995). Σύμφωνα με τα κυρίαρχα στερεότυπα της θηλυκότητας στην οικογένεια, η εργασία της φροντίδας ηλικιωμένων αποτελεί συζυγική αλλά και διαγενεακή υποχρέωση που περνά από μητέρα σε κόρη (Luppi & Nazio, 2019). Παρόμοια στερεότυπα αναπαράγονται και στην αμειβόμενη φροντίδα ηλικιωμένων. Προκειμένου να επιλύσουν το πρόβλημα της έλλειψης χρόνου για φροντίδα ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενες γυναίκες, προσλαμβάνουν γυναίκες άλλης φυλής, εθνότητας και κοινωνικής τάξης, οι οποίες θεωρούνται πιο κατάλληλες για να φροντίζουν. Η φροντίδα, επομένως, παραμένει κυρίως γυναικεία υπόθεση, ακόμα και όταν είναι αμειβόμενη, καθώς καθορίζεται από τις σχέσεις μεταξύ γυναικών διαφορετικών φυλών, εθνοτήτων και τάξεων. Στις περισσότερες κοινωνίες, επειδή τα έμφυλα στερεότυπα της φροντίδας των ηλικιωμένων παραμένουν κυρίαρχα, αποδίδονται φυσικοποιημένοι ρόλοι στις φροντίστριες, είτε αυτές εργάζονται επί πληρωμή είτε χωρίς, σαν μέλη της οικογένειας (Henz, 2009).

Το παρόν κεφάλαιο μελετά τη βιβλιογραφία σχετικά με το φύλο και τη διαθεματικότητα στη φροντίδα ηλικιωμένων. Στην πρώτη ενότητα αναλύονται οι παράγοντες

που καθορίζουν ποιο άτομο φροντίζει στην οικογένεια, ενώ στη δεύτερη αναλύονται οι συνθήκες εργασίας που οδηγούν στη θηλυκοποίηση και φυλετικοποίηση της αμειβόμενης φροντίδας ηλικιωμένων. Και οι δύο ενότητες ξεκινούν με αναλύσεις ενδεικτικής διεθνούς βιβλιογραφίας και καταλήγουν με τα ευρήματα ή τα κενά που υπάρχουν σχετικά με το θέμα της φροντίδας ηλικιωμένων στην ελληνική βιβλιογραφία.

1. Παράγοντες που καθορίζουν ποιο άτομο φροντίζει

Τα στερεότυπα της θηλυκότητας και της αρρενωπότητας στη φροντίδα ηλικιωμένων δεν είναι κοινά για όλες τις κοινωνίες. Παρότι υπάρχει η τάση να θεωρούμε τις έμφυλες ανισότητες μεταξύ ανδρών και γυναικών στη φροντίδα ηλικιωμένων ένα παγκόσμιο φαινόμενο, το μεγαλύτερο κομμάτι της σχετικής βιβλιογραφίας προέρχεται από και εστιάζει στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, όπου κυριαρχούν συγκεκριμένα πολιτισμικά πρότυπα (Wallhagen & Yamamoto-Mitani, 2006). Αν και τα τελευταία χρόνια παρατηρούμε ολοένα και περισσότερες μελέτες για ασιατικές περιπτώσεις φροντίδας ηλικιωμένων, οι συγκριτικές μελέτες είναι σπάνιες. Διαπιστώνουμε, συνεπώς, ένα κενό και πολλές πολιτισμικές προκαταλήψεις στη σχετική βιβλιογραφία όσον αφορά τους τρόπους με τους οποίους προσλαμβάνεται το ζήτημα αυτό (Wallhagen & Yamamoto-Mitani, 2006). Για παράδειγμα, μια έρευνα που συνέκρινε τις άτυπες πρακτικές φροντίδας ηλικιωμένων με άνοια από γυναίκες της οικογένειάς τους (συζύγους, κόρες και άλλες) έδειξε ότι στην Ιαπωνία η φροντίδα αντιμετωπιζόταν σαν κομμάτι των διαδρομών ζωής των γυναικών που περίμεναν και προγραμματίζαν περιόδους φροντίδας ηλικιωμένων προτού συμβούν. Στις ΗΠΑ, αντίθετα, η υποχρέωση να φροντίσουν ηλικιωμένα μέλη της οικογένειάς τους προέκυπε αναπάντεχα, ως μια απότομη και δυσάρεστη αλλαγή στη διαδρομή ζωής των γυναικών, προκαλώντας έντονο άγχος και συναισθήματα ανασφάλειας. Εν αντιθέσει με την Ιαπωνία, όπου είναι δημόσια αναγνωρισμένο ότι η φροντίδα ηλικιωμένων αποτελεί μια σημαντική προσφορά στο κοινωνικό σύνολο, η κοινωνική αναγνώριση της φροντίδας ηλικιωμένων απουσίαζε, με αποτέλεσμα οι γυναίκες που την αναλαμβάνουν να νιώθουν ότι υποβαθμίζεται η ζωή τους και απομονώνονται (Wallhagen & Yamamoto-Mitani, 2006). Από το παράδειγμα αυτό μπορούμε να συμπεράνουμε ότι είναι σημαντικό να εντάσσουμε στις αναλύσεις της εργασίας φροντίδας ηλικιωμένων πολιτισμικούς παράγοντες που καθορίζουν τους τρόπους με τους οποίους νοσηματοδοτούνται τα γηρατειά, η φροντίδα και οι οικογενειακές υποχρεώσεις μέσα από το πρίσμα του φύλου και της διαθεματικότητας σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια.

Η έμφυλη κατανομή της φροντίδας ηλικιωμένων στα νοικοκυριά εξαρτάται επίσης και από τα κράτη πρόνοιας και τα συστήματα κοινωνικής προστασίας. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, στις πιο εύρωστες χώρες παρατηρείται ότι η έμφυλη κατανομή του χρόνου που αφιερώνουν άνδρες και γυναίκες στη φροντίδα είναι πιο ισόρροπα

κατανεμημένη σε σχέση με τις πιο φτωχές χώρες (OECD, 2019). Όταν μπορούν να χρηματοδοτηθούν από τον κρατικό προϋπολογισμό κρατικές ή κοινοτικές δομές φροντίδας ηλικιωμένων, όπως συμβαίνει σε κάποιες χώρες της Ευρώπης, η κατανομή αυτή γίνεται πολύ λιγότερο επιβαρυντική για τις οικογένειες, οπότε και η διαπραγμάτευση των έμφυλων ρόλων και υποχρεώσεων διευκολύνεται (Saraceno, 2018· EIGE, 2020). Οι θετικές αλλαγές, ωστόσο, που παρατηρούνται σε σχέση με τον καταμερισμό της φροντίδας ηλικιωμένων δεν συνδέονται απαραίτητα με καλύτερη κατανομή των βαρών μεταξύ ανδρών και γυναικών. Φαίνεται, για παράδειγμα, ότι τα ευρωπαϊκά κράτη τα οποία ανέπτυξαν δομές για τη φροντίδα ηλικιωμένων, που σε κάποιες περιπτώσεις παραμένουν ενεργές στα πλαίσια των κρατών πρόνοιας, δεν καταφέρνουν πάντοτε να ανατρέψουν τις κυρίαρχες προσλήψεις του φύλου στη φροντίδα (EIGE, 2021). Οι γυναίκες δηλαδή συνεχίζουν να θεωρούνται από τη φύση τους προορισμένες να ασχολούνται με τη φροντίδα των ηλικιωμένων μελών της οικογένειας ακόμα και όταν υπάρχουν ενεργές κρατικές προνοιακές δομές. Ο φόρτος της φροντίδας, όμως, περιορίζεται σημαντικά λόγω της κάλυψης μεγάλου μέρους των αναγκών των ηλικιωμένων από τα κράτη πρόνοιας.

Με τη συρρίκνωση των κρατών πρόνοιας και την ανάθεση του ρόλου τους σε φορείς της αγοράς από νεοφιλελεύθερες κυβερνήσεις σε όλο τον κόσμο, η φροντίδα ηλικιωμένων επέστρεψε στις οικογένειες, όπου οι γυναίκες εξακολουθούν να αντιμετωπίζονται σαν να είναι από τη φύση τους ικανότερες από τους άνδρες να γίνουν φροντίστριες, ακόμα και όταν εργάζονται (Green & Lawson, 2011). Σχετικές έρευνες δείχνουν ότι σε αντίθεση με τα έμφυλα στερεότυπα που θέλουν τις γυναίκες να μπαίνουν εύκολα στους ρόλους αυτούς, επειδή είναι «στη φύση τους», οι μη αμειβόμενες φροντίστριες ηλικιωμένων αντιμετωπίζουν κοινωνική απομόνωση, απουσία κοινωνικής αναγνώρισης του μόχθου τους, έλλειψη ελεύθερου χρόνου, προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας, και δραστική μείωση των εισοδημάτων τους (Longoria, 2020· Chen, Fan & Chu, 2019· Hoffman & Wallace, 2018· Jenson & Jacobzone, 2000). Η ανάληψη της φροντίδας ηλικιωμένων συγγενών από γυναίκες έχει ευρύτερες και μακροχρόνιες επιπτώσεις επειδή ενισχύει το έμφυλο μισθολογικό και συνταξιοδοτικό χάσμα, καθώς ο χρόνος και ο μόχθος που απαιτούνται δεν αναγνωρίζονται ως εργασία (EIGE, 2021· Bauer & Sousa-Poza, 2015). Αποτελεί δε έναν παράγοντα που δυσχεραίνει την επιστροφή των γυναικών στην αγορά εργασίας, ιδιαίτερα όταν εκείνες είναι κοντά στη σύνταξη, ή η φροντίδα ηλικιωμένων συγγενών είναι μακροχρόνια και απαιτεί πλήρη απασχόληση (Chen, Fan & Chu, 2019· Jenson & Jacobzone, 2000· Keating et al., 2014). Γενικά, οι πολιτικές «ευέλικτων ωρών εργασίας» που προτείνονται ως μέτρα διευκόλυνσης των γυναικών για να μπορέσουν να καλύψουν τις ανάγκες φροντίδας των νοικοκυριών τους εντείνουν την εργασιακή τους επισφάλεια και τις έμφυλες ανισότητες. Αντίστοιχα, τα προγράμματα χρηματοδότησης των μισθών, στήριξης και αναγνώρισης των άτυπων φροντιστριών ηλικιωμένων έχουν θετικά αποτελέσματα, αλλά δεν καταφέρνουν να ανατρέψουν τις αρνητικές προσλήψεις της φροντίδας ηλικιωμένων ως

«μη εργασία» και τη δυσανάλογη επιβάρυνση των γυναικών (Jenson & Jacobzone, 2000· Triantafyllou et al., 2020).

Παρότι, σε γενικές γραμμές, οι γυναίκες παραμένουν οι βασικές φροντίστριες, διαθεματικές ανισότητες και καταπιέσεις επηρεάζουν επίσης την άνιση έμφυλη κατανομή της φροντίδας ηλικιωμένων. Ειδικά οι ανισότητες που συνδέονται με την κοινωνική τάξη καθορίζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ φροντιστριών (McDowell et al., 2005). Οι γυναίκες ανώτερης κοινωνικής τάξης έχουν την οικονομική δυνατότητα να προσλάβουν φροντίστριες, οι οποίες συνήθως αναλαμβάνουν εξ ολοκλήρου τους/τις ηλικιωμένους/ες ως εσωτερικές και κάνουν τις «δύσκολες» δουλειές αντί για αυτές. Παρά το γεγονός ότι οι προσλήψεις εσωτερικών φροντιστριών μειώνουν τις ώρες που οι εργοδότριες απασχολούνται άμισθα στη φροντίδα, δεν τις απαλείφουν πλήρως. Κατά κανόνα, οι εύπορες εργοδότριες, ακολουθώντας τα έμφυλα στερεότυπα, δεν εγκαταλείπουν εντελώς τη φροντίδα των ηλικιωμένων, αλλά αναλαμβάνουν ρόλους επίβλεψης και καθοδήγησης των επί πληρωμή φροντιστριών. Αντίθετα, οι γυναίκες κατώτερης κοινωνικής τάξης, οι οποίες δεν έχουν τη δυνατότητα να πληρώσουν το κόστος της ιδιωτικής φροντίδας των ηλικιωμένων συγγενών τους, επωμίζονται μεγάλο βάρος, καθώς πρέπει οι ίδιες είτε να προσφέρουν την εργασία τους αμισθί είτε να διαθέσουν μεγαλύτερο ποσοστό των εισοδημάτων τους για να πληρώσουν επαγγελματίες.

Οι ταξικές διαφορές στον σύγχρονο καπιταλισμό συχνά εκφράζονται μέσα από τις διαφορές στις δυνατότητες που έχουν οι φροντίστριες διαφορετικών κοινωνικών τάξεων να αφιερώσουν τον χρόνο τους στη φροντίδα (Huws, 2020). Σε πολλά εκλαϊκευμένα βιβλία και εγχειρίδια αυτοβελτίωσης σχετικά με τον συνδυασμό επαγγελματικής, προσωπικής και οικογενειακής ζωής, η λύση στο πρόβλημα της φροντίδας που παρουσιάζεται είναι η εγκατάλειψη άλλων μορφών εργασίας που αποφέρουν έσοδα και η αποκλειστική ενασχόληση με τη φροντίδα. Ως εκ τούτου, οι γυναίκες θεωρείται ότι επιστρέφουν στους φυσικούς τους ρόλους: η διάθεση του χρόνου τους στην καλλιέργεια πιο «ουσιαστικών» και «προσωπικών» σχέσεων με κοντινά πρόσωπα τις κάνει πιο ολοκληρωμένες και ευτυχισμένες (βλ. για παράδειγμα το best-seller: Yeandle, 2019). Αυτή η «λύση», ωστόσο, δεν είναι δυνατή για όλες τις γυναίκες. Αφενός, δεν υπάρχει τίποτε «φυσικό» στη φροντίδα ηλικιωμένων που να καθιστά τις γυναίκες ικανότερες να επιτελέσουν το δύσκολο αυτό έργο. Πολλές γυναίκες προτιμούν και είναι πιο ικανές ως εργαζόμενες σε άλλους κλάδους όπου αμείβονται επαρκώς. Αφετέρου, οι γυναίκες κατώτερων κοινωνικών τάξεων, ακόμα και όταν επιθυμούν να αφοσιωθούν στην άμισθη φροντίδα, βιώνουν «συμπίεση του χρόνου», εξαιτίας της αύξησης του κόστους ζωής και των χαμηλών μισθών που τις οδηγούν σε υπερεργασία (περισσότερες ώρες και πολλές δουλειές) προκειμένου να επιβιώσουν. Στο πλαίσιο αυτό, η μόνη λύση για τις γυναίκες που αγωνιούν να προλάβουν τις πολλαπλές υποχρεώσεις τους είναι να πληρώνουν χαμηλά αμειβόμενες υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων (Huws, 2020· SIGNS, 2017).

Οι διαφορές μεταξύ άμισθων φροντιστριών λόγω των διασταυρούμενων ανισοτήτων της φυλής, της εθνότητας και της τάξης έχουν καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Για παράδειγμα, σχετική έρευνα στις ΗΠΑ έχει καταδείξει ότι πάνω από το 70% των φροντιστριών δεν έχουν καμία βοήθεια από επαγγελματίες. Συγκριτικά όμως με τις λευκές, οι μαύρες φροντίστριες ήταν πιθανότερο να παρέχουν υψηλής έντασης φροντίδα σε ηλικιωμένους/ες με πιο σοβαρά προβλήματα υγείας ή αναπηρίας και να θεωρούν ότι οι ανάγκες τους δεν ικανοποιούνται. Αντίθετα, οι ισπανόφωνες χρησιμοποιούσαν σε υψηλότερα ποσοστά αμειβόμενες φροντίστριες (Navaie-Waliser et al., 2001). Αντίστοιχα, οι μετανάστριες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα εμπόδια όσον αφορά τη φροντίδα των ηλικιωμένων συγγενών τους σε σχέση με τις ντόπιες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δεν μπορούν να επιστρέψουν στη χώρα προέλευσής τους για τον σκοπό αυτό, ενώ η επανένωσή τους με τους ηλικιωμένους συγγενείς τους στη χώρα παραμονής απαιτεί μια δύσκολη γραφειοκρατική διαδικασία. Παρατηρούμε δηλαδή ότι η φυλή και η εθνότητα διασταυρώνονται με το φύλο στη διαμόρφωση του έμφυλου καταμερισμού εργασίας, καθώς οι μη λευκές γυναίκες και οι μετανάστριες κατασκευάζονται ως κατεξοχήν εργαζόμενες στη φροντίδα, ιδιαίτερα όταν αυτό απαιτεί πιο κοπιαστική σωματική και συναισθηματική εργασία, ενώ έχουν λιγότερες δυνατότητες φροντίδας των συγγενών τους. Εντούτοις, το γεγονός αυτό καθιστά τις μετανάστριες απαραίτητες για τις κοινωνίες στις οποίες ζουν, διότι καλύπτουν ανάγκες οι οποίες δεν θα μπορούσαν να καλυφθούν από τις ντόπιες γυναίκες, τους άνδρες και τις κρατικές δομές. Αυτή η αναγκαιότητα του φυλετικοποιημένου και έμφυλου εργατικού δυναμικού αποσιωπάται και παραγκωνίζεται.

Τέλος, αξίζει να επισημάνουμε ότι οι ηλικιακές διαφορές των φροντιστών/ριών παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην έμφυλη κατανομή της εργασίας φροντίδας ηλικιωμένων. Στην Ευρώπη παρατηρείται ότι η εν λόγω φροντίδα πραγματοποιείται άτυπα εντός των οικογενειών από παιδιά, αδέρφια, ξαδέλφια και ηλικιωμένους/ες συντρόφους και συζύγους και των δύο φύλων (EIGE, 2020· Henz, 2009). Η έρευνα SHARE στην Ευρώπη έδειξε ότι η μεγάλη πλειονότητα των ατόμων που φροντίζουν ηλικιωμένους/ες είναι συγγενείς τους: τα τρία τέταρτα είναι παιδιά και σύντροφοι/σύζυγοι. Η πλειονότητα των άτυπων αυτών φροντιστών/ριών είναι τα παιδιά των ηλικιωμένων και κυρίως τα κορίτσια, αλλά η πλειονότητα των φροντιστών/ριών που συγκατοικούν με τους/τις ηλικιωμένους/ες είναι σύντροφοι και σύζυγοι (Bettio & Verashchagina, 2010). Στην περίπτωση των παιδιών παρατηρείται έντονος έμφυλος διαχωρισμός, καθώς οι γιοι που εργάζονται δεν εγκαταλείπουν την επαγγελματική τους ζωή και δεν μειώνουν τις ώρες εργασίας τους για να αφοσιωθούν στη φροντίδα όσο συχνά το κάνουν οι κόρες (Pinquart & Sörensen, 2011). Στην περίπτωση, όμως, των ανδρών συντρόφων ή συζύγων μεγαλύτερης ηλικίας παρατηρούμε υψηλότερα ποσοστά συμμετοχής στη φροντίδα. Υπάρχει, επομένως, μια τάση που ολοένα και διευρύνεται προς μια πιο ισότιμη κατανομή των βαρών της φροντίδας μεταξύ ανδρών και γυναικών στις μεγαλύτερες ηλικίες. Η ανδρική συμμετοχή στη φροντίδα ηλικιωμένων είναι αυξημένη σε σχέση με άλλες μορφές

φροντίδας, όπως αυτή των παιδιών, αν και παραμένει πιο πιθανό για τους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες να αναθέτουν σε αμειβόμενους/ες φροντιστές/ριες την εργασία αυτή (Bettio & Verashchagina, 2010).

Η βιβλιογραφία σχετικά με την εργασία φροντίδας που αναλαμβάνουν ηλικιωμένοι άνδρες είναι ακόμα περιορισμένη, καθώς οι έρευνες για το φύλο εστιάζουν κυρίως στις ηλικιωμένες γυναίκες που αποτελούν και το μεγαλύτερο ποσοστό (άνω του 60%) των ηλικιωμένων ατόμων που φροντίζουν (Bettio & Verashchagina, 2010). Φαίνεται όμως ότι μπορούν να εξαχθούν κάποια ενδιαφέροντα συμπεράσματα που αφορούν τις διαθεματικές ανισότητες του φύλου και τον έμφυλο καταμερισμό εργασίας σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες. Σε αντίθεση με τους άνδρες της ίδιας ηλικιακής ομάδας, οι γυναίκες 50-64 ετών αποτελούν μια σημαντική ομάδα ατόμων που έχουν την τάση να σταματούν ή να μειώνουν την εργασία τους για να φροντίσουν μέλη της οικογένειάς τους (εγγόνια, συντρόφους, άτομα με αναπηρίες) και εξαιτίας αυτής της αλλαγής αντιμετωπίζουν απομόνωση και προβλήματα επανένταξης στην αγορά εργασίας, ιδιαίτερα στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ (Dubois, 2019). Οι άνδρες, αντίθετα, αναλαμβάνουν ρόλους φροντίδας που δεν είχαν σε νεότερες ηλικίες μετά τη σύνταξή τους. Η φροντίδα μετατρέπεται για αυτούς σε μια «νέα καριέρα», χωρίς να αμφισβητείται ουσιαστικά ο κυρίαρχος ρόλος τους ως επικεφαλής των νοικοκυριών, κάτι που συχνά συμπεριλαμβάνει τη διαχείριση των επαγγελματιών του χώρου (Arber, Davidson & Ginn, 2003). Κατά συνέπεια, ο καταμερισμός της εργασίας φροντίδας στα μεγαλύτερης ηλικίας ζευγάρια διαφέρει ανάλογα με την απασχόληση των φροντιστών/ριών και τις συνθήκες φροντίδας, αν δηλαδή γίνεται αποκλειστικά κατ' οίκον άτυπα ή συμπεριλαμβάνει και άλλα άτομα που εργάζονται στον χώρο, καθώς και επίσημες δομές (Eom, Penkunas & Chan, 2017). Ένας επιπλέον παράγοντας που παίζει ρόλο είναι το ευρύτερο πολιτισμικό και κοινωνικο-οικονομικό πλαίσιο και η κοινωνική αποδοχή της ισότητας των φύλων. Μια σχετική έρευνα στην Ευρώπη έδειξε ότι η εργασία φροντίδας κατανέμεται περισσότερο ισότιμα μεταξύ ανδρών και γυναικών μεγάλης ηλικίας σε χώρες της Βόρειας Ευρώπης, όπως τις σκανδιναβικές, όπου υπάρχουν πιο ισχυρές κρατικές δομές αλλά και πιο εδραιωμένες αρχές ισότητας των φύλων σε σχέση με τη Νότια Ευρώπη. Παρ' όλα αυτά, και στη Βόρεια Ευρώπη οι γυναίκες φροντίστριες έχουν περισσότερες ευθύνες και βιώνουν περισσότερες πιέσεις να αναλάβουν ρόλους που τις καταπιέζουν σε σχέση με τους άνδρες (Hank & Jürges, 2007).

Γενικότερα, είναι χρήσιμο οι έρευνες χρόνου να συμπεριλαμβάνουν και ποιοτικά κριτήρια, διότι σε πολλές περιπτώσεις, παρά τις επαναδιαπραγματεύσεις των έμφυλων ρόλων και την αναδιανομή του χρόνου που αφιερώνουν οι φροντιστές/ριες, οι γυναίκες εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα. Όπως έγινε αισθητό κατά την περίοδο της πανδημίας, ο κύριος λόγος που συμβαίνει αυτό είναι ότι οι γυναίκες περνούν περισσότερο χρόνο οργανώνοντας και προγραμματίζοντας τις διαφορετικές όψεις της φροντίδας σε αντίθεση με τους άνδρες, οι οποίοι συχνά απλώς εκτελούν τις οδηγίες που τους δίνονται (Kambouri, 2022b). Σε μια

σχετική έρευνα, παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας όταν επωμίζονται όλες τις ευθύνες φροντίδας, αλλά και όταν τις μοιράζονται με τους συντρόφους τους, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο άγχος, πίεση και ψυχολογικά προβλήματα από αυτούς, ενώ η κατάστασή τους βελτιώνεται μόνο όταν αναθέτουν αυτές τις ευθύνες σε επαγγελματίες φροντίστριες (Floridi et al., 2022). Στις μεγαλύτερες ηλικίες, το φύλο, η ηλικία και η κοινωνική τάξη κατέχουν σημαντικό ρόλο στην κατανομή των βαρών της φροντίδας ηλικιωμένων, καθώς οι γυναίκες που έχουν τη δυνατότητα να πληρώσουν άλλες γυναίκες για να αναλάβουν αυτές τις δουλειές αντιμετωπίζουν λιγότερες εντάσεις και είναι πολύ πιο ικανοποιημένες από εκείνες που αναγκάζονται να τις κάνουν μόνες τους ή να τις μοιράζονται με τους άνδρες τους. Παρόλο που τις/τους βοηθούν να βελτιώσουν τη ζωή τους στο επίπεδο της καθημερινότητας, απαλλάσσοντάς τους από σημαντικές εργασίες φροντίδας, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες που αναθέτουν μέρος ή το σύνολο των ευθυνών φροντίδας σε μετανάστριες, συχνά, υιοθετούν αλαζονικές, σεξιστικές και ρατσιστικές συμπεριφορές απέναντί τους (Gallo & Scrinzi, 2016· Liang, 2011). Αυτά τα ευρήματα ενισχύουν ακόμα περισσότερο την τάση που υπάρχει στη σύγχρονη έρευνα να προσεγγίζουμε τον έμφυλο καταμερισμό εργασίας στη φροντίδα ηλικιωμένων από τη σκοπιά της διαθεματικότητας.

Την περίοδο της πανδημίας, παρατηρήθηκε επίσης η μείωση των αποκλίσεων μεταξύ Ευρωπαϊκού Βορρά και Νότου ως προς τη φροντίδα, καθώς οι περισσότερες δημόσιες δομές σε όλη την Ευρώπη έκλεισαν ή περιορίσαν την πρόσβασή τους στους ηλικιωμένους, εξαιτίας του υψηλού ρίσκου που ενέχει ο συγχρωτισμός για την υγεία τους (Kambouri, 2022b). Στο πλαίσιο αυτό, οι γυναίκες επιβαρύνθηκαν πολύ περισσότερο από τους άνδρες από την άτυπη εργασία στη φροντίδα ηλικιωμένων, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να βρουν χρόνο για την αμειβόμενη εργασία τους. Ο οργανισμός Eurocarers (2021) δημοσίευσε μια έρευνα με ερωτηματολόγια σχετικά με τις επιπτώσεις της πανδημίας στους/στις άτυπους/ες φροντιστές/ριες, στην οποία το 80% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες που παρείχαν φροντίδα σε παιδιά, άτομα με ειδικές ανάγκες και ηλικιωμένους/ες. Η μέση ηλικία των φροντιστών/ριών ήταν 57,3 ενώ το ποσοστό των φροντιζόμενων ηλικιωμένων άνω των 65 ετών ήταν 59,5% και η μέση ηλικία τους 60,5. Η έρευνα έδειξε ότι το 61,7% των φροντιστών/ριών ένιωθαν συντετριμμένοι/ες και οι ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις ήταν συχνότερες και εντονότερες για τις γυναίκες. Ο μέσος αριθμός ωρών που αφιερώνονταν στην άτυπη φροντίδα αυξήθηκε από 46,6% πριν από την πανδημία σε 54,5%, και οι γυναίκες αντιμετώπιζαν μεγαλύτερες αυξήσεις από τους άνδρες. Μόνο το 17,5% των φροντιστών/ριών ένιωθαν ότι η προσφορά τους αναγνωριζόταν από την κοινωνία. Αν και κατά την περίοδο της πανδημίας υπήρχαν πολλές αναφορές ευγνωμοσύνης στον δημόσιο λόγο προς τους/τις επαγγελματίες που ασχολούνται με τη φροντίδα στα νοσοκομεία, αυτές οι «κρυμμένες» μορφές εργασίας δεν συζητήθηκαν ευρέως (Eurocarers, 2021). Τα ευρήματα των φεμινιστικών ερευνών κατά την περίοδο της πανδημίας έφεραν στο προσκήνιο

την προϋπάρχουσα κρίση φροντίδας και τη συνεχιζόμενη επίδραση του έμφυλου καταμερισμού εργασίας στις οικογένειες (Kambouri, 2022b).

Όσον αφορά την ελληνική περίπτωση, παραδοσιακά η φροντίδα των ηλικιωμένων αποτελούσε άτυπη και μη αμειβόμενη υποχρέωση των μελών της οικογένειας, την οποία αναλάμβαναν αμισθί κυρίως τα παιδιά και άλλοι κοντινοί συγγενείς. Συχνά, οι ηλικιωμένες γυναίκες, οι «γιαγιάδες», κατοικούσαν στο ίδιο σπίτι ή κοντά στα παιδιά και τα εγγόνια τους, προκειμένου να προσφέρουν φροντίδα στις κόρες και τους γιους τους, αλλά και να λάβουν φροντίδα όταν χρειαστεί. Ωστόσο, η «ανταλλαγή» αυτή γινόταν κυρίως μεταξύ γυναικών, καθώς την ευθύνη για τη φροντίδα ηλικιωμένων αναλαμβάνουν παραδοσιακά οι γυναίκες της οικογένειας: οι κόρες, οι αδελφές, οι νύφες, οι κουνιάδες, οι ξαδέρφες, αλλά και οι γιαγιάδες και οι θείες. Ο συμβολικός και ουσιαστικός ρόλος των γυναικών στη φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα έχει πολλά κοινά στοιχεία με αντίστοιχα παραδείγματα από άλλα μέρη του κόσμου, όπου κυριαρχούν οι προσλήψεις της φροντίδας σαν κάτι που είναι στη φύση των γυναικών (Sánchez, Grandón & Azar, 2018). Συγχρόνως, η ιδιωτική αυτή διάσταση της φροντίδας ηλικιωμένων έχει σοβαρές επιπτώσεις στις κοινωνικές πολιτικές. Αντιμετωπίζοντας την οικογένεια γενικά, και κυρίως τις γυναίκες, ως τους κύριους φορείς φροντίδας ηλικιωμένων, τα κράτη πρόνοιας του Ευρωπαϊκού Νότου καταφέρνουν συστηματικά να καλύπτουν κενά στις δημόσιες δομές φροντίδας χωρίς κόστος (Risseuw, 2001, 2002). Από τη δεκαετία του 1990, η φροντίδα μετατρέπεται σε μια επαγγελματική δραστηριότητα που καλύπτεται από αμειβόμενες φροντίστριες/ές. Αυτό οφείλεται σε πολλαπλούς παράγοντες, κυρίως στη δημογραφική γήρανση και στην εισροή μεταναστριών/ών στην Ελλάδα που παρέχουν φτηνά εργατικά χέρια. Το αποτέλεσμα, όμως, είναι ότι δεν αμφισβητείται ουσιαστικά ο έμφυλος καταμερισμός εργασίας, απλώς περνά σε μεταναστευτικά χέρια.

Από τη δεκαετία του 2000, ξεκινά επίσης το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», το οποίο παρέχει δωρεάν κρατική βοήθεια από επαγγελματίες. Στο πλαίσιο αυτό, η φροντίδα ηλικιωμένων αποτελεί πλέον μια δραστηριότητα όπου το δημόσιο και το ιδιωτικό αλληλοεπηρεάζονται και αλληλοεπιδρούν, περιπλέκοντας τις σχέσεις μεταξύ ηλικιωμένων και φροντιστών/ριών (Karamessini & Moukanou, 2006· Risseuw, 2001, 2002). Αυτό στην Ελλάδα γίνεται ιδιαίτερα εμφανές κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, που ξεκινά το 2008, όταν οι παροχές του κράτους πρόνοιας μειώνονται εξαιτίας των νεοφιλελεύθερων μέτρων λιτότητας, ενώ παράλληλα οι δυνατότητες των νοικοκυριών να καλύψουν τα έξοδά τους, συμπεριλαμβανομένης της ιδιωτικής φροντίδας ηλικιωμένων, περιορίζονται δραστικά, επαναφέροντας την οικογένεια στον ρόλο ενός άτυπου «δικτύου προστασίας». Την περίοδο αυτή, προγράμματα όπως το «Βοήθεια στο Σπίτι» δεν επαρκούν για να καλύψουν όλες τις ανάγκες των φτωχοποιημένων κοινωνικών ομάδων που τα προηγούμενα χρόνια μπορούσαν να χρηματοδοτήσουν το κόστος της ιδιωτικής κατ' οίκον φροντίδας, ενώ οι συντάξεις των ηλικιωμένων χρησιμοποιούνται για να συντηρήσουν τα νεότερα άνεργα ή φτωχά μέλη της οικογένειας, τα οποία ως αντάλλαγμα επιστρέφουν στην

οικογενειακή εστία ή παίρνουν στο δικό τους σπίτι τους/τις ηλικιωμένους/ες για να τους/τις φροντίσουν (Kostakiotis, 2010· Trakas & Kostakiotis, 2014· Vaiou & Siatitsa, 2018).

Παρότι υπάρχουν πολλές δημοσιεύσεις που ασχολούνται με τον άνισο καταμερισμό της φροντίδας στην Ελλάδα, η βιβλιογραφία που εστιάζει στη φροντίδα ηλικιωμένων εντός των νοικοκυριών είναι περιορισμένη. Η Λυμπεράκη (2016) ανέλυσε τη συχνότητα ανταλλαγής υπηρεσιών φροντίδας στην Ελλάδα με τη χρήση στοιχείων της πανευρωπαϊκής έρευνας για τη γήρανση του πληθυσμού SHARE του 2007, πριν δηλαδή την οικονομική κρίση. Σύμφωνα με την ανάλυση αυτή, συγκριτικά με άλλες χώρες της ΕΕ, τα ποσοστά των ηλικιωμένων που δέχονταν φροντίδα από άτομα του νοικοκυριού (παιδιά και συγγενείς) ήταν υψηλότερα από αυτά των χωρών της πειρωτικής αλλά και της Νότιας Ευρώπης για όλες τις ηλικιακές ομάδες (Λυμπεράκη, 2016: 91). Τα στοιχεία της συγκεκριμένης έρευνας καταδεικνύουν ότι οι ελληνικές οικογένειες την περίοδο εκείνη συνέχιζαν να συμμετέχουν στη φροντίδα ηλικιωμένων, παρά το γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος της ευθύνης καλυπτόταν επίσης από επαγγελματίες εργαζόμενες/ους, αλλά και ότι αυτό γινόταν κατ' οίκον. Ενδέχεται, όμως, τα δεδομένα αυτά να φανερώνουν επίσης τη μεγάλη δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι έρευνες που έχουν στόχο να χαρτογραφήσουν την ιδιωτική εργασία της φροντίδας ηλικιωμένων, ακριβώς επειδή πρόκειται για άτυπες και συχνά αποσιωπημένες μορφές εργασίας.

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, όμως, παρατηρήθηκαν αμφισβητήσεις των κυρίαρχων έμφυλων προτύπων ως προς τη φροντίδα αλλά και επαναδιαπραγματεύσεις του ιδιωτικού-δημόσιου χαρακτήρα της (Topali, 2023), που εντάθηκαν εξαιτίας των μέτρων υγειονομικής προστασίας των ευάλωτων ομάδων που περιόρισαν την πρόσβαση των μελών της οικογένειας στους/στις ηλικιωμένους/ες. Τα άτομα που δεν διέμεναν με τους/τις ηλικιωμένους/ες αναγκάζονταν να παραμείνουν σε απόσταση για να μην τους/τις μολύνουν με τον ιό που στις μεγαλύτερες ηλικίες είναι εξαιρετικά επικίνδυνος, παράγοντας κενά φροντίδας ιδιαίτερα για ηλικιωμένους/ες που διέμεναν σε επίσημες δομές (Χατζούλη, 2023). Παράλληλα, ο ρόλος των άτυπων φροντιστών/ριών έγινε πολύ πιο απαραίτητος αλλά και δύσκολος, καθώς υποχρεούνταν και οι ίδιοι/ες να απέχουν από κοινωνικές επαφές για να αποφύγουν να μολύνουν τους/τις ηλικιωμένους/ες. Αυτό οδήγησε τους/τις φροντιστές/ριες σε κοινωνική απομόνωση, ψυχολογικά προβλήματα και άλλα προβλήματα υγείας.

2. Ιδιωτική φροντίδα ηλικιωμένων, εργασία και μετανάστευση

Από τη δεκαετία του 1990, παρατηρείται στην Ευρώπη σημαντική αύξηση της γυναικείας απασχόλησης –ιδίως της ηλικιακής κατηγορίας 50-64 ετών– που παραδοσιακά φρόντιζαν ηλικιωμένους/ες, γήρανση του πληθυσμού, καθώς επίσης υποχρηματοδότηση και υποστελέχωση των δημόσιων φορέων φροντίδας. Ο

συνδυασμός αυτών των παραγόντων έχει οδηγήσει, στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, στην αύξηση της ζήτησης για ιδιωτική φροντίδα ηλικιωμένων (Bettio & Plantenga, 2004· Simonazzi, 2009· Cangiano, 2014). Σε αυτό έχει συμβάλει και η τάση για αποϊδρυματοποίηση των ηλικιωμένων και φροντίδα κατ' οίκον, προκειμένου να εντάσσονται πιο ουσιαστικά στις κοινωνίες όπου ζουν και να περνούν πιο ποιοτικά τον χρόνο τους, πλαισιωμένοι/ες από το συγγενικό και φιλικό τους περιβάλλον (EIGE, 2020).

Η αυξημένη ζήτηση για κατ' οίκον ιδιωτική φροντίδα δεν ανέτρεψε τις κυρίαρχες αντιλήψεις για την εργασία ως αναπόσπαστο κομμάτι της γυναικείας «φύσης», η οποία έχει ως συνέπεια την απαξίωση της εργασίας φροντίδας ως «μη εργασίας» ακόμα και όταν εμπορικοποιείται (Himmelweit, 1995). Αν και η εργασία φροντίδας είναι απαραίτητη για την επιβίωσή μας και πολύτιμη για την αναπαραγωγή των κοινωνιών μας, εντούτοις παραμένει κακοπληρωμένη, υποτιμημένη και απαξιωμένη, ακριβώς επειδή ταυτίζεται με τις «φυσικές» γυναικείες λειτουργίες. Σε ένα βαθύτερο επίπεδο, μπορούμε να κατανοήσουμε γιατί η φροντίδα δεν ταυτίζεται με την αρρενωπότητα, καθώς φέρνει στο προσκήνιο τις αλληλεξαρτήσεις που υπάρχουν μεταξύ των ανθρώπων, οι οποίες ταυτίζονται με την αδυναμία και την ευαλωτότητα (Fotaki, 2023). Η έμφυλη κατασκευή της αμειβόμενης εργασίας φροντίδας ως κατώτερη μορφή απασχόλησης καθορίζει τη θηλυκοποίηση του κλάδου: δεν είναι μόνο το γεγονός ότι η πλειονότητα των εργαζόμενων είναι γυναίκες, αλλά και ότι οι συνθήκες εργασίας είναι τόσο επισφαλείς, υπαμειβόμενες, υποτιμημένες και συχνά άτυπες, ώστε δεν είναι ξεκάθαρο ποια είναι τα όρια μεταξύ εργασίας και μη εργασίας.

Επιπλέον, ο συγκεκριμένος κλάδος χαρακτηρίζεται από τις διασταυρούμενες ανισότητες του φύλου, της φυλής, της εθνότητας και της κοινωνικής τάξης (Huang, Yeoh & Toyota, 2012· Yeoh & Huang, 2009). Ένα μεγάλο ποσοστό των εργαζόμενων στον κλάδο είναι μετανάστριες. Στην Ευρώπη, πολλές από τις εργαζόμενες που απασχολούνται στη φροντίδα ηλικιωμένων προέρχονται από χώρες της Ανατολικής Ευρώπης που είναι μέλη της ΕΕ. Αν και δεν είναι νομικά πολίτες τρίτων χωρών, αντιμετωπίζονται σαν να ήταν, τόσο ως προς τα εργασιακά τους δικαιώματα όσο και ως προς τις αμοιβές (Toc & Guțu, 2021). Το γεγονός ότι απασχολούνται σε αυτούς τους κλάδους στο πλαίσιο κυκλικών μεταναστεύσεων οδηγεί στην αντιμετώπισή τους από τους/τις εργοδότες/ριες σαν να ζούσαν στη χώρα προέλευσης (Triandafyllidou, 2013). Κατά κανόνα, όμως, η ανεύρεση εργασίας στη φροντίδα ηλικιωμένων αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες της γυναικείας μετανάστευσης προς την Ευρώπη, αλλά και έναν από τους βασικούς λόγους της θηλυκοποίησης – της αύξησης δηλαδή των γυναικών που μεταναστεύουν σε σχέση με τους άνδρες (Cangiano, 2014). Η σχετική βιβλιογραφία καταγράφει τις διαδρομές και τα δίκτυα των γυναικών που μεταναστεύουν για να εργαστούν στις οικονομίες της φροντίδας του παγκόσμιου Βορρά, τα προβλήματα ανεργίας και νομικής αναγνώρισης που αντιμετωπίζουν ως εργαζόμενες σε αυτή τη μαύρη οικονομία και τις διαεθνικές οικογένειες που δημιουργούν (Anderson, 2000· Ehrenreich & Hochschild, 2002·

England & Dyck, 2012· Escrivà & Skinner, 2008· Lee & Pratt, 2012· Lutz, 2011· Parreñas, 2001· Pratt, 2012). Παρότι, κατά κανόνα, η σχετική βιβλιογραφία δεν εστιάζει στη φροντίδα ηλικιωμένων αλλά παιδιών, αναδεικνύει πολλά ζητήματα που καθορίζουν τις επισφαλείς εργασιακές σχέσεις, τις διαθεματικές ανισότητες, τον ρατσισμό και τον σεξισμό των εργοδοτών/ριών, αλλά και τις αντιστάσεις των μεταναστριών του κλάδου αυτού (Huang, Yeoh & Toyota, 2012). Κυρίως, όμως, αναδεικνύει τις αλληλεξαρτήσεις και τις σχέσεις εξουσίας που αναπτύσσονται μεταξύ ντόπιων γυναικών και μεταναστριών γύρω από τις οικονομίες φροντίδας.

Η κατάρρευση των κρατών πρόνοιας στις πιο πλούσιες χώρες του παγκόσμιου Βορρά, η οποία προκλήθηκε από την επέλαση των νεοφιλελεύθερων πολιτικών λιτότητας, παρήγαγε μια «κρίση φροντίδας», που εκδηλώνεται, μεταξύ άλλων, με κενά στη φροντίδα ηλικιωμένων (Fraser, 2016). Αν και δημιουργήθηκαν εμπόδια στην πρόσβαση στις δημόσιες δομές φροντίδας ηλικιωμένων και εντάχθηκαν περισσότερες γυναίκες στην αγορά εργασίας, οι πραγματικοί μισθοί μειώθηκαν, με αποτέλεσμα να απαιτούνται περισσότερες ώρες για να χρηματοδοτηθούν οι βασικές ανάγκες των εξαρτημένων μελών, συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων, η φροντίδα των οποίων ανατίθεται συχνότερα σε φροντίστριες. Τα κενά αυτά άρχισαν να καλύπτονται από μετανάστριες, οι οποίες με τη σειρά τους εγκαταλείπουν τις χώρες αποστολής, και συχνά τα ηλικιωμένα άτομα που χρειάζονται φροντίδα εκεί, εξαιτίας οικονομικών, κοινωνικο-πολιτικών, ακόμα και περιβαλλοντικών προβλημάτων. Αυτό συνέβη με μεγαλύτερη συχνότητα στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου σε σχέση με του Βορρά, όπου οι κρατικές δομές φροντίδας είναι πιο αναπτυγμένες και λειτουργικές. Στην Ιταλία, για παράδειγμα, η πλειονότητα των εργαζόμενων στην ιδιωτική φροντίδα ηλικιωμένων είναι μετανάστριες (Sciortino, 2004· Lamura et al., 2009). Κατά συνέπεια, στον Ευρωπαϊκό Νότο παρατηρείται μια μετάβαση στη φροντίδα ηλικιωμένων από το μοντέλο της οικογένειας στο μοντέλο «της μετανάστριας στην οικογένεια» (Bettio, Simonazzi & Villa, 2006: 272). Με αυτόν τον τρόπο παράγονται νέες «κρίσεις φροντίδας» στις χώρες προέλευσης που επηρεάζουν τους/τις ηλικιωμένους/ες, όπως ακριβώς και τα παιδιά, των οποίων η φροντίδα έχει μελετηθεί εκτενέστερα στη σχετική βιβλιογραφία. Παρόλο που εντείνουν τα κενά φροντίδας τους, οι χώρες αποστολής ενθαρρύνουν τις γυναικείες μεταναστεύσεις, καθώς οι γυναίκες αυτές στέλνουν πίσω πολύτιμα εμβάσματα που τονώνουν τις τοπικές οικονομίες (Yeates, 2008· Parreñas, 2001· Cangiano, 2014).

Οι πολλαπλές αλληλεξαρτήσεις στην εργασία φροντίδας ηλικιωμένων δημιουργούν παγκόσμιες «αλυσίδες φροντίδας», οι οποίες βασίζονται σε μια μορφή «νεο-ιμπεριαλισμού» που αναπαράγει την εκμετάλλευση της συναισθηματικής εργασίας των γυναικών του παγκόσμιου Νότου από τον παγκόσμιο Βορρά (Hochschild, 2002). Η νομιμοποίηση των μεταναστριών που εργάζονται στη φροντίδα εξαρτάται άμεσα από τη διάρκεια συγκεκριμένων συμβολαίων με εργοδότες/ριες, τα οποία λήγουν όταν οι ηλικιωμένοι/ες που φροντίζουν πεθαίνουν ή αποφασίζουν οι ίδιοι/ες ή οι συγγενείς τους ότι δεν χρειάζονται πλέον τις υπηρεσίες τους. Παράλληλα, σε

πολλές περιπτώσεις, η εργασιακή σχέση δεν καθορίζεται από συμβόλαια, αλλά από άτυπες συμφωνίες με τους/τις εργοδότες/ριες που αφήνουν τις μετανάστριες παράνομες, χωρίς εργοδότες και εισόδημα όταν οι ηλικιωμένοι/ες πεθάνουν. Οι μετανάστριες φροντίστριες προσπαθούν κατά κανόνα να αντιμετωπίσουν τη νομική επισφάλεια που τις καθιστά άμεσα απελάσιμες μέσω συμμετοχής σε προγράμματα ad hoc νομιμοποιήσεων που πολλές χώρες διαμονής υλοποιούν κατά καιρούς, ή μέσω άλλων μεθόδων νομιμοποίησης, όπως απόκτηση ασύλου, άδειας διαμονής ως εξαρτώμενα μέλη (Cangiano, 2014).

Όσον αφορά τις εργασιακές συνθήκες, πολλά από όσα γνωρίζουμε για τις μετανάστριες φροντίστριες βασίζονται σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί στον κλάδο της φροντίδας παιδιών. Αν συγκρίνουμε, όμως, την εργασία στη φροντίδα παιδιών με την εργασία στη φροντίδα ηλικιωμένων παρατηρούμε ότι υπάρχουν διαφορές ως προς τις εργασιακές συνθήκες των μεταναστριών φροντιστριών. Μολονότι και στις δύο περιπτώσεις οι μετανάστριες φροντίστριες εργάζονται σε ιδιωτικούς χώρους, όπου η πρόσβαση των φορέων που ελέγχουν παραβιάσεις εργασιακών δικαιωμάτων είναι δύσκολη, η φροντίδα ηλικιωμένων περιλαμβάνει πιο απαιτητικές σωματικά και συναισθηματικά προκλήσεις που εγείρουν επιπλέον εργασιακά ζητήματα (IOM, 2010). Οι ιδιαιτερότητες της φροντίδας ηλικιωμένων την καθιστούν έναν τομέα φροντίδας στον οποίο συναντάμε περισσότερους άνδρες επαγγελματίες σε σχέση με άλλους θηλυκοποιημένους τομείς (Andersson, 2012). Σε πολλές περιπτώσεις, οι φροντιστές αυτοί είναι μετανάστες, οι οποίοι ειδικεύονται στους ηλικιωμένους άνδρες με σοβαρά προβλήματα υγείας (Sarti & Scrinzi, 2010). Παρόλο που σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες συναντάμε ολοένα και περισσότερους άνδρες που παρέχουν ιδιωτική φροντίδα, οι άνδρες αυτοί αντιμετωπίζουν πολλά διλήμματα επειδή πρόκειται για έναν κλάδο στον οποίο η πολύτιμη εργασία τους δεν αναγνωρίζεται κοινωνικά, ενώ οι δυσκολίες είναι πολλές (Sarti & Scrinzi, 2010).

Όπως έχει επισημάνει η φεμινιστική κριτική, όταν η φροντίδα ταυτίζεται μόνο με την αγάπη και την προσφορά αποσιωπάται το γεγονός ότι απαιτείται χρόνος, κόπος και δεξιότητες για να υλοποιηθεί σωστά. Παράλληλα με την αποσιώπηση αυτών των διαστάσεων της εργασίας ηλικιωμένων, αποσιωπάται και η «συναισθηματική εργασία» που απαιτεί η φροντίδα, η οποία στην περίπτωση των εργαζόμενων που ασχολούνται με ηλικιωμένους/ες είναι ιδιαίτερα αυξημένη (Hochschild, 1989). Με αυτή την έννοια, η φροντίδα ηλικιωμένων δεν αποτελεί «μια οποιαδήποτε δουλειά», αλλά μια εργασία που υπερβαίνει τις συμφωνίες που έχουν κάνει οι φροντιστές/ριες ή ακόμα και τα συμβόλαια που έχουν υπογράψει με τους/τις εργοδότες/ριες (Anderson, 2002). Αυτό, ωστόσο, οδηγεί συχνά τους/τις εργοδότες/ριες να αντιμετωπίζουν απαξιωτικά τις φροντίστριες, οι οποίες διεκδικούν τις απολαβές που τους αναλογούν, τα ωράρια που δικαιούνται και την κοινωνική προστασία και αναγνώριση που τους αξίζει. Και αυτό, διότι θεωρούν ότι οι εργαζόμενες που απαιτούν δίκαιους μισθούς και αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας «δεν κάνουν καλά τη δουλειά τους», και ότι αντιμετωπίζουν με ιδιοτελή τρόπο εργασίες που θα έπρεπε να προ-

σφέρονται «ανιδιοτελώς» (Cox, 2013). Στο πλαίσιο αυτό, η συνδικαλιστική δράση των εργαζόμενων στη φροντίδα ηλικιωμένων που είναι ήδη πολύ περιορισμένη, εξαιτίας των υπερβολικών ωρών εργασίας και της υποχρέωσής τους να περνούν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους στην οικία του/της εργοδότη/ριας, όχι μόνο αποθαρρύνεται, αλλά και αντιμετωπίζεται με δυσπιστία.

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ, λειτουργούν γραφεία που αναλαμβάνουν την ανεύρεση επαγγελματιών για τη φροντίδα ηλικιωμένων για λογαριασμό των νοικοκυριών. Τα γραφεία αυτά κανονίζουν τη μετανάστευση και την εύρεση εργασίας, ενώ παρακρατούν ένα ποσοστό από την αμοιβή των εργαζόμενων, η οποία είναι συνήθως πολύ χαμηλότερη από αυτή των ντόπιων γυναικών που κάνουν την ίδια δουλειά. Αν και αυτοπροβάλλονται ως φορείς που προσφέρουν κοινωνικό έργο, καθώς καλύπτουν τις ελλείψεις των κρατών πρόνοιας, έχουν κατηγορηθεί για απαξίωση και εργασιακή εκμετάλλευση των μεταναστριών από τη στιγμή που τις υποχρεώνουν να εργάζονται σε 24ωρη βάση, χωρίς να αναγνωρίζουν τη συναισθηματική εργασία που απαιτείται, και με χαμηλούς μισθούς που αντιστοιχούν στις απολαβές των χωρών προέλευσης και όχι των χωρών διαμονής, ενώ παρακρατούν ποσοστά δυσανάλογα σε σχέση με αυτά που προσφέρουν (Schwiter, Berndt & Truong, 2018). Προτεραιοποιώντας τις ανάγκες των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους, οι συγκεκριμένες εταιρείες/γραφεία ουσιαστικά αντιμετωπίζουν τις εργαζόμενες σαν να μην έχουν εργασιακά δικαιώματα και προσωπική ζωή, με μοναδική υποχρέωση τη φροντίδα των ηλικιωμένων 24 ώρες το 24ωρο, ως εσωτερικές. Οι περισσότερες από αυτές τις εταιρείες χρησιμοποιούν πλέον ιστοσελίδες και πλατφόρμες όπου διαφημίζουν τις εργαζόμενες με όρους συναισθηματικούς: πιστές, αφοσιωμένες, στοργικές, ευγενικές, με ζεστή και τρυφερή καρδιά, ενώ συγχρόνως απαξιώνουν την επαγγελματική τους ιδιότητα, αντιμετωπίζοντάς τις ως γυναίκες που μπορούν να ασχολούνται αποκλειστικά και διαρκώς με τους ηλικιωμένους (Pelzelmayr, 2018).

Ανταποκρινόμενες σε πιέσεις από κοινωνικές ομάδες που υποστηρίζουν τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ατόμων σε ποιοτική φροντίδα, οι φορείς αυτοί εισάγουν προγράμματα κατάρτισης τα οποία αποσκοπούν στην αναβάθμιση των δεξιοτήτων των εργαζόμενων. Μια μελέτη σχετικά με την κατάρτιση των εργαζόμενων στη Σιγκαπούρη διερεύνησε τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους οι εργαζόμενες εντάσσονται σε τέτοια προγράμματα ανάλογα με το αν ήταν ντόπιες ή μεταναστευτικής καταγωγής (Ortiga, Wee & Yeoh, 2021). Στην περίπτωση των ντόπιων γυναικών, τα προγράμματα δίνουν έμφαση στην αναγνώριση υπαρχόντων δεξιοτήτων που έχουν αποκτηθεί μέσα από άτυπη εργασία, σε απλές, συναισθηματικές δεξιότητες, οι οποίες παρέχουν τη δυνατότητα σε γυναίκες που είναι εκτός της αγοράς εργασίας, όπως φροντίστριες, νοικοκυρές ή μακροχρόνια άνεργες, να βρουν απασχόληση. Στην περίπτωση των μεταναστριών, αντίθετα, η κατάρτιση είναι πιο εξειδικευμένη και τεχνική, ενώ εστιάζει σε ζητήματα που αφορούν τη φροντίδα ατόμων με μακροχρόνιες παθήσεις, ανάπηρα, ή κατάκοιτα. Στην κατάρτιση των μεταναστριών αναγνωρίζεται, επομένως, ότι η εργασία φροντίδας ηλικιωμένων συχνά ταυτίζεται με την εργασία

των νοσοκόμων και δεν αποτελεί απλώς παροχή στήριξης και συντροφικότητας. Το παράδειγμα αυτό είναι χαρακτηριστικό των τρόπων με τους οποίους τα καθεστώτα φροντίδας που διαμορφώνονται σε εθνικό επίπεδο ως ένα σύμπλεγμα κρατικών, ιδιωτικών και κοινοτικών δομών («διαμάντια φροντίδας») συνδέονται με τις διαφορετικές αλυσίδες φροντίδας (Raghuram, 2004, 2012). Στο πλαίσιο αυτό, πολλά προγράμματα κατάρτισης διενεργούνται στις χώρες προέλευσης ώστε να προετοιμάσουν κατάλληλα τις μετανάστριες προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες φροντίδας των πιο πλούσιων χωρών. Όπως υποστηρίζουν οι συγγραφείς της σχετικής μελέτης, οι μετανάστριες φροντίστριες ηλικιωμένων κατασκευάζονται πέρα από τα εθνικά σύνορα, αλλά αποτελούν βασικό πυλώνα της εθνικής διαχείρισης του συστήματος φροντίδας των πιο πλούσιων χωρών (Ortiga, Wee & Yeoh, 2021).

Μια άλλη σημαντική διάσταση που επηρεάζει την έμφυλη κατανομή εργασίας φροντίδας ηλικιωμένων είναι η τεχνολογία, η οποία θα μπορούσε να προσφέρει πολλαπλές λύσεις και να διευκολύνει τη ζωή τόσο των φροντιστών/ριών όσο και των ατόμων που ωφελούνται από αυτές τις υπηρεσίες. Τεχνολογίες υποστήριξης, όπως οι πλατφόρμες για την ηλεκτρονική υγεία και έξυπνες συσκευές, ενδέχεται να διευκολύνουν τα ηλικιωμένα άτομα και τους/τις φροντιστές/ριες να διαχειρίζονται καθημερινά προβλήματα που απορρέουν από κινητικές δυσκολίες των ηλικιωμένων, όπως επισκέψεις σε γιατρούς, διαγνώσεις, γραφειοκρατικές διαδικασίες που απαιτούν φυσική παρουσία (Mitzner et al., 2020· Demiriz & Hensel, 2019). Για παράδειγμα, η ψηφιοποίηση που συντελέστηκε την περίοδο της πανδημίας στην Ελλάδα απέκλεισε πολλά ηλικιωμένα άτομα, καθιστώντας τα ακόμα πιο ανήμπορα και αδύναμα ως προς την κάλυψη των αναγκών τους, ακριβώς γιατί δεν είχαν ούτε πρόσβαση στο διαδίκτυο αλλά ούτε και τις τεχνικές γνώσεις να χρησιμοποιήσουν αυτές τις τεχνολογίες (Kambouri, 2022). Στο πλαίσιο της συζήτησης που προκύπτει σχετικά με τη γήρανση και την τεχνολογία, έχει επίσης αρχίσει να αναπτύσσεται και η συζήτηση σχετικά με την «πλατφορμοποίηση της φροντίδας» (Ticona & Mateescu, 2018· Huws et al., 2019· Huws, 2020). Ολοένα και συχνότερα δημιουργούνται πλατφόρμες μέσω των οποίων οι πελάτες/τισσες βρίσκουν φροντιστές/ριες για να προσλάβουν, καθώς και άλλα άτομα, όπως νοσοκόμους/ες, τεχνικούς και καθαριστές/ριες, προκειμένου να καλύψουν προσωρινές τους ανάγκες. Παρότι η εργασία στους κλάδους αυτούς ενέχει πολλούς κινδύνους επισφαλοποίησης και αλγοριθμικού ελέγχου, εντούτοις υπάρχει έρευνα που υποδεικνύει ότι οι πλατφόρμες μπορούν και να βοηθήσουν τον έλεγχο της επισφάλειας που είναι ήδη κυρίαρχη στον κλάδο, καθώς τα συμβόλαια και τα ωράρια καταγράφονται και είναι επίσημα (Hunt et al., 2019· Kambouri, 2022a). Τέλος, αξίζει να αναφερθούμε και σε προτάσεις που διατυπώνονται για τη δημιουργία και ανάπτυξη κρατικών πλατφορμών, οι οποίες θα παρέχουν πρόσβαση σε πολλαπλές υπηρεσίες φροντίδας. Οι πλατφόρμες αυτές μπορούν να λειτουργήσουν, ωστόσο, μόνο στο πλαίσιο μιας ευρύτερης ανασυγκρότησης των κρατών πρόνοιας που έρχονται αντιμέτωπα με τις προκλήσεις της γήρανσης (Huws, 2020).

Όσον αφορά την ελληνική περίπτωση, έχουν δημοσιευθεί πολλές μελέτες που αναλύουν τη γυναικεία μεταναστευτική εργασία φροντίδας, οι οποίες προσεγγίζουν το ζήτημα κυρίως από τη σκοπιά του φύλου. Στη βιβλιογραφία αυτή, όμως, δεν γίνεται σαφής διαχωρισμός μεταξύ οικιακής εργασίας και εργασίας φροντίδας παιδιών και ηλικιωμένων αντίστοιχα. Διαπιστώνουμε, επομένως, ότι παρά την πληθώρα κειμένων σχετικά με το ζήτημα αυτό, υπάρχει έλλειψη εξειδικευμένων ερευνών και αναλύσεων, οι οποίες να εστιάζουν στην ιδιωτική φροντίδα ηλικιωμένων από μετανάστες/ριες. Παρ' όλα αυτά, μπορούμε να καταλήξουμε σε κάποια γενικά συμπεράσματα. Πρώτον, παρόλο που η οικονομία της ιδιωτικής φροντίδας στην Ελλάδα είναι άτυπη και είναι δύσκολο να εκτιμηθεί με ακρίβεια η συμμετοχή των μεταναστριών, φαίνεται ότι τα ποσοστά είναι υψηλά. Μια σχετική έρευνα κατέδειξε «υψηλή συγκέντρωση μεταναστριών (κυρίως) σε δραστηριότητες παροχής υπηρεσιών προς τα νοικοκυριά σε ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από άλλες χώρες της Ευρώπης» (Λυμπεράκη, 2016: 85). Δεύτερον, η μεταναστευτική εργασία στους τομείς της φροντίδας είναι χαμηλά αμειβόμενη και καταδεικνύει έμφυλο χάσμα. Σύμφωνα με σχετική έρευνα που διενεργήθηκε στην Αθήνα σε Αλβανίδες μετανάστριες, διαπιστώθηκε ότι, αν και οι ίδιες συμμετείχαν στην εργασία σε υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τις Ελληνίδες, το έμφυλο χάσμα στις αμοιβές συγκριτικά με τους Αλβανούς εργαζόμενους ήταν εξίσου μεγάλο με αυτό που παρατηρείται μεταξύ Ελλήνων και Ελληνίδων (Lyberaki & Maroukis, 2005). Τρίτον, η ιδιωτική μεταναστευτική εργασία φροντίδας στην Ελλάδα συμβάλλει θετικά στην άρση εμποδίων που απέτρεπαν τις Ελληνίδες να ενταχθούν στην αγορά εργασίας (Cavounidis, 2006· Kambouri, 2008). Πιο συγκεκριμένα, συνεντεύξεις με εργοδότες καταδεικνύουν ότι η παροχή χαμηλά αμειβόμενης μεταναστευτικής εργασίας φροντίδας έδωσε τη δυνατότητα σε Ελληνίδες, οι οποίες παραδοσιακά επωμίζονταν τις υποχρεώσεις αυτές χωρίς αμοιβή, να απελευθερώσουν χρόνο προκειμένου να εργαστούν (Kambouri, 2008· Lyberaki, 2011). Σε πολλές περιπτώσεις, μάλιστα, η εργασία φροντίδας μπορεί να έχει και θετικά αποτελέσματα για τις μετανάστριες που απασχολούνται στον χώρο αυτό, κυρίως όταν εργάζονται σε πολλά νοικοκυριά, καθώς μπορούν να ελέγχουν τον χρόνο τους, τις αμοιβές, τις ώρες και τη διάρκεια της εργασίας τους (Καμπούρη, 2007). Για τις ίδιες τις μετανάστριες, η εργασία φροντίδας παρέχει δυνατότητες εισόδου στην άτυπη αγορά εργασίας, στην οποία δεν έχουν πρόσβαση λόγω έλλειψης τυπικής αναγνώρισης των σπουδών και των επαγγελματικών τους προσόντων, αλλά και ρατσιστικών προκαταλήψεων (Liang, 2011). Ως εκ τούτου, η εργασία φροντίδας μπορεί να συνδέεται με την κοινωνικο-οικονομική άνοδο, την ανεξαρτητοποίηση και την έμφυλη ενδυνάμωση των μεταναστριών, παρότι οι εργοδότες/ριες τις αντιμετωπίζουν υποτιμητικά (Kambouri, 2008). Σε πολλές περιπτώσεις, ωστόσο, η είσοδος στην αγορά εργασίας έχει ως συνέπεια την επαγγελματική απαξίωση μεταναστριών με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, όπως, λόγου χάριν, γιατροί και νοσοκόμες που εργάζονται ως φροντίστριες ηλικιωμένων επειδή τα προσόντα τους δεν αναγνωρίζονται στην Ελλάδα.

3. Συμπεράσματα

Η διερεύνηση της βιβλιογραφίας για τις έμφυλες διαστάσεις της φροντίδας καταδεικνύει ότι η θηλυκοποίηση της φροντίδας ηλικιωμένων παραμένει κυρίαρχη τάση στις περισσότερες κοινωνίες, ακόμα και όταν τα κράτη πρόνοιας ή/και οι μετανάστριες φροντίστριες κατέχουν βασικό ρόλο στην κάλυψη των αναγκών. Αυτό υποδεικνύει ότι η φροντίδα ηλικιωμένων είναι ένα ζήτημα φύλου το οποίο δεν περιορίζεται στις σχέσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών, αλλά περιλαμβάνει και τις διαστάσεις της φυλής, της εθνότητας και της κοινωνικής τάξης. Στην ελληνική περίπτωση εμφανίζονται πολλά κενά στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, ιδιαίτερα όσον αφορά τη διαθεματικότητα, καθώς οι περισσότερες αναλύσεις εστιάζουν στις άνισες σχέσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών και δεν μελετούν σε βάθος τις σχέσεις αλληλεξαρτήσεων αλλά και διαφορών μεταξύ γυναικών διαφορετικών φυλών, εθνοτήτων και τάξεων που φροντίζουν ηλικιωμένους/ες.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Καμπούρη, Ε. (2007). Φύλο, μετανάστευση και οικιακή εργασία στην Αθήνα. Gutenberg.
- Λυμπεράκη, Α. (2016). Φύλο, μετανάστευση και το χάσμα της φροντίδας. *Social Cohesion and Development*, 4(1), 77-93. <https://doi.org/10.12681/scad.8907>
- Χατζούλη, Αι. (2023) (επιμ.). Τρίτη ηλικία, ευαλωτότητα καί σχέσεις φροντίδας την εποχή της πανδημίας: Ανθρωπολογικοί προβληματισμοί γύρω από την εμπειρία του γήρατος. Έκδοση Εργαστηρίου Μελετών Οικογένειας και Συγγένειας Τμήμα Κοινωνικής Ανθρωπολογίας και Ιστορίας Πανεπιστήμιο Αιγαίου.

Ξενόγλωσση

- Anderson, B. (2000). *Doing the dirty work? The global politics of domestic labour*. Zed Books.
- Anderson, B. (2002). Just another job? The commodification of domestic labor. In B. Ehrenreich & A. Hochschild (eds), *Global woman: Nannies, maids and sex workers in the new economy* (pp. 311-326). New York, NY: Owl Books.
- Andersson, K. (2012). Paradoxes of gender in elderly care: The case of men as care workers in Sweden. *NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1080/08038740.2012.667001>
- Arber, S., Davidson, J. & Ginn, K. (2003). Changing approaches to gender in later life. In S. Arber, J. Davidson & K. Ginn (eds.), *Gender and ageing: Changing roles and relationships* (pp. 1-14). Open University Press.
- Bauer, J. & Sousa-Poza, A. (2015). Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. *Population Ageing*, 8, 113-145. <https://doi.org/10.1007/s12062-015-9116-0>
- Bettio, F. & Plantenga, J. (2004). Comparing care regimes in Europe. *Feminist Economics*, 10(1), 85-113.

- Bettio, F. & Verashchagina, I. (2010). *Long-term care for the elderly: Provisions and providers in 33 European countries*. Publications Office of the European Union.
- Bettio, F., Simonazzi, A.M. & Villa, P. (2006). Change in care regimes and female migration: The 'care drain' in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16(3), 271-285.
- Cangiano, A. (2014). Elder care and migrant labor in Europe: A demographic outlook. *Population and Development Review*, 40(1), 131-154.
- Cavounidis, J. (2006). Labour market impact of migration: Employment structures and the case of Greece. *International Migration Review*, 40(3), 635-660.
- Chen, L., Fan, H. & Chu, L. (2019). The hidden cost of informal care: An empirical study on female caregivers' subjective well-being. *Social Science & Medicine*, 224, 85-93.
- Cox, R. (2013). Gendered spaces of commoditised care. *Social & Cultural Geography*, 14, 491-499.
- Demiris, G. & Hensel, B.K. (2019). Technologies for an aging society: A systematic review of "smart home" applications. *Yearbook of Medical Informatics*, 28(1), 14-26.
- Dubois, H. (2019). Extending working lives through flexible retirement schemes. In *Policies for an ageing workforce* (pp. 32-37). CEPS Centre for European Policy Studies.
- Ehrenreich, B. & Hochschild, A.R. (2002). *Global woman: Nannies, maids and sex workers in the new economy*. Granta Books.
- EIGE (2020). *Gender equality and long-term care at home: Research note to the Croatian Presidency*. <https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-and-long-term-care-home>
- England, K. & Dyck, I. (2012). Migrant workers in home care: Routes, responsibilities, and respect. *Annals of the Association of American Geographers*, 101, 1076-1083. <https://doi.org/10.1080/00045608.2012.659935>
- Eom, K., Penkunas, M.J. & Chan, A.W.M. (2017). Effect of caregiving relationship and formal long-term care service use on caregiver well-being. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(10), 1714-1721. <https://doi.org/10.1111/ggi.12958>
- Escrivà, A. & Skinner, E. (2008). Domestic work and transnational care chains in Spain. In H. Lutz (Ed.), *Migration and domestic work: A European perspective on a global theme* (pp. 113-126). Ashgate.
- Eurocarers/IRCCS-INRCA (2021). *Impact of the COVID-19 outbreak on informal carers across Europe – Final report*. Brussels/Ancona.
- European Institute for Gender Equality (EIGE) (2021). *Gender inequalities in care and consequences for the labour market*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2839/509>
- Floridi, G., Quashie, N.T., Glaser, K. & Brandt, M. (2022). Partner care arrangements and well-being in mid- and later life: The role of gender across care contexts. *The Journals of Gerontology: Series B*, 77(2), 435-445. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab209>
- Gallo, E. & Scrinzi, F. (2016). Outsourcing elderly care to migrant workers: The impact of gender and class on the experience of male employers. *Sociology*, 50(2), 366-382. <https://www.jstor.org/stable/26556435>
- Green, M. & Lawson, V. (2011). Recentring care: Interrogating the commodification of care. *Social & Cultural Geography*, 12, 639-654.
- Hank, K. & Jürges, H. (2007). Gender and the division of household labor in older couples: A European perspective. *Journal of Family Issues*, 28(3), 399-421. <https://doi.org/10.1177/0192513X06296427>
- Henz, U. (2009). Couples' provision of informal care for parents and parents-in-law: Far from sharing equally? *Ageing & Society*, 29(3), 369-395.
- Himmelweit, S. (1995). The discovery of "unpaid work": The social consequences of the expansion of "work." *Feminist Economics*, 1(2), 1-19. <https://doi.org/10.1080/714042229>
- Hochschild, A. (1989). *The second shift: Working families and the revolution at home*. Penguin.
- Hoffman, G.J. & Wallace, S.P. (2018). The cost of caring: Economic vulnerability, serious emotional distress, and poor health behaviors among paid and unpaid family and friend caregivers. *Research on Aging*, 40(8), 791-809. <https://doi.org/10.1177/0164027517742430>

- Huang, S., Yeoh, B.S.A. & Toyota, M. (2012). Caring for the elderly: The embodied labour of migrant care workers in Singapore. *Global Networks*, 12(2), 195-215. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0374.2012.00347.x>
- Hunt, A., Samman, E., Tapfuma, S., Mwaura, G., Omenya, R., Kim, K., Stevano, S. & Roumer, A. (2019). *Women in the gig economy: Paid work, care and flexibility in Kenya and South Africa*. Overseas Development Institute and Data Pop Alliance.
- Huws, U. (2020). *Reinventing the welfare state: Digital platforms and public policies*. Pluto Press.
- Huws, U., Spencer, N.H. & Coates, M. (2019). *The platformisation of work in Europe*. Foundation for European Progressive Studies.
- IOM (2010). *The role of migrant care workers in ageing societies: Report on research findings in the United Kingdom, Ireland, Canada and the United States*. <https://publications.iom.int/system/files/pdf/mrs41.pdf>
- James, N. (1989). Emotional labour: Skill and work in the social regulation of feelings. *The Sociological Review*, 37, 15-42.
- Jenson, J. & Jacobzone, S. (2000). Care allowances for the frail elderly and their impact on women care-givers. *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, No. 41. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/414673405257>
- Kambouri, E. (2022a). Gendering platform research. *Work Organisation, Labour & Globalisation*, 16(1), 14-33. <https://doi.org/10.13169/workorglaboglob.16.1.0014>
- Kambouri, H. (2008). Feminine jobs/masculine becomings: Gender and identity in the discourse of Albanian domestic workers in Greece. *European Journal of Women's Studies*, 15(7), 7-22.
- Kambouri, N. (2022b). *Gender, care, and labour during the pandemic*. Centre for Gender Studies.
- Karamessini, M. & Moukanou, E. (2006). *The elderly care sector in Greece: Recent trends in service provision and implications for labour*. Report for the EU research project 'DYNAMO' (Dynamics of National Employment Models), 6th Framework Programme.
- Keating, N.C., Fast, J.F., Lero, D.S., Lucas, S.J. & Eales, J. (2014). A taxonomy of the economic costs of family care to adults. *The Journal of the Economics of Ageing*, 3, 11-20.
- Kostakiotis, G. (2010). "Why should I eat shit?" Negotiating the "dirty work" of taking care of elders on an Aegean island. *Medische Anthropologie*, 22(1), 77-92.
- Lee, E. & Pratt, G. (2012). The spectacular and the mundane: Racialised state violence, Filipino migrant workers, and their families. *Environment and Planning A*, 44, 889-904. <https://doi.org/10.1068/a44448>
- Liang, L.-F. (2011). The making of an "ideal" live-in migrant care worker: Recruiting, training, matching and disciplining. *Ethnic and Racial Studies*, 34(11), 1815-1834. <https://doi.org/10.1080/01419870.2011.554571>
- Longoria, D.A., Rodriguez, N.M., Gonzalez, J.M. & Escobar, R. (2020). Latina daughters and their caregiving roles. *Journal of Mental Health Social Behaviour*, 2(1), 120. <https://doi.org/10.33790/jmhbsb1100120>
- Luppi, M. & Nazio, T. (2019). Does gender top family ties? Within-couple and between-sibling sharing of elderly care. *European Sociological Review*, 35(6), 772-789.
- Lutz, H. (2011). *The new maids: Transnational women and the care economy*. Zed Books.
- Lutz, H. (2020). *Caring for older people in Europe: Transnational household strategies, migrant workers and immigrant entrepreneurs*. Policy Press.
- Lyberaki, A. (2011). Migrant women, care work, and women's employment in Greece. *Feminist Economics*, 17(3), 103-131. <https://doi.org/10.1080/13545701.2011.583201>
- Lyons, A.C., Winters, K., Staggs, S. & Tripodi, S.J. (2018). Gender and the division of caregiving labor. *Journal of Family Issues*, 39(12), 3271-3297.
- McDowell, L., Ray, K., Perrons, D., Fagan, C. & Ward, K. (2005). Women's paid work and moral economies of care. *Social & Cultural Geography*, 6(2), 219-235. <https://doi.org/10.1080/14649360500074642>

- Mitzner, T.L., Savla, J., Boot, W.R., Sharit, J., Charness, N. & Czaja, S.J. (2020). Technology adoption by older adults: Findings from the PRISM trial. *The Gerontologist*, 60(5), 9-19.
- Navaie-Waliser, M., Feldman, P.H., Gould, D.A., Levine, C., Kuerbis, A.N. & Donelan, K. (2001). The experiences and challenges of informal caregivers: Common themes and differences among whites, blacks, and Hispanics. *Gerontologist*, 41, 733-741.
- OECD (2019). *Enabling women's economic empowerment: New approaches to unpaid care work in developing countries*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ec90d1b1-en>
- Ortiga, Y.Y., Wee, K. & Yeoh, B.S.A. (2021). Connecting care chains and care diamonds: The elderly care skills regime in Singapore. *Global Networks*, 21(2), 434-454.
- Parreñas, R. (2001). *Servants of globalization: Women, migration, and domestic work*. Stanford University Press.
- Pelzelmayer, K. (2018). Care, pay, love: Commodification and the spaces of live-in care. *Social & Cultural Geography*, 19(7), 853-872. <https://doi.org/10.1080/14649365.2017.1315446>
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: A meta-analytic comparison. *Psychology and Aging*, 26(1), 1-14.
- Pratt, G. (2012). *Families apart: Migrating mothers and the conflicts of labor and love*. University of Minnesota Press.
- Raghuram, P. (2004). The difference that skills make: Gender, family migration strategies and regulated labour markets. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 30(2), 303-321. <https://doi.org/10.1080/1369183042000200713>
- Raghuram, P. (2012). Global care, local configurations: Challenges to conceptualizations of care. *Global Networks*, 12(2), 155-174. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0374.2012.00345.x>
- Risseuw, C. (2001). Policy issues of inclusion and exclusion in relation to gender and ageing in the South. *European Journal of Development Research*, 13(2), 26-48.
- Risseuw, C. (2002). Ageing: A gender policy concern in the South and the North. In *Sustainable social structures in a society for all ages* (p. 36). United Nations Publications.
- Sánchez, M., Grandón, P. & Azar, D. (2018). Intersectionality and elder care: A case study of Hispanic daughters caring for parents with dementia. *Journal of Women & Aging*, 30(4), 317-331.
- Saraceno, C. (2008). Introduction: Intergenerational relations in families – A micro-macro perspective. In C. Saraceno (ed.), *Families, ageing and social policy: Intergenerational solidarity in European welfare states* (pp. 1-19). Edward Elgar Publishing.
- Sarti, R. & Scrinzi, F. (2010). Introduction to the special issue: Men in a woman's job, male domestic workers, international migration and the globalization of care. *Men and Masculinities*, 13(1), 4-15.
- Schwiter, K., Berndt, C. & Truong, J. (2018). Neoliberal austerity and the marketisation of elderly care. *Social & Cultural Geography*, 19(3), 379-399. <https://doi.org/10.1080/14649365.2015.1059473>
- Sciortino, G. (2004). Immigration in a Mediterranean welfare state: The Italian experience in comparative perspective. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 6(2), 111-129. <https://doi.org/10.1080/1387698042000273442>
- SIGNS (2017). *Anne-Marie Slaughter's unfinished business: Women, men, work, family*. <https://signsjournal.org/unfinished-business/>
- Simonazzi, A. (2009). Care regimes and national employment models. *Cambridge Journal of Economics*, 33(2), 211-232. <http://www.jstor.org/stable/23601799>
- Takagi, E. & Silverstein, M. (2017). The impact of family cultural norms on caregiving burden: Evidence from the Japanese-American family in the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 32(4), 455-472.
- Ticona, J. & Mateescu, A. (2018). Trusted strangers: Carework platforms' cultural entrepreneurship in the on-demand economy. *New Media & Society*, 20(11), 4384-4404.
- Toc, S. & Guțu, D. (2021). Migration and elderly care work in Italy: Three stories of Romanian and Moldovan care workers. *Central and Eastern European Migration Review*, 10(2), 71-90.

- Topali, P. (2023). Constructing Selves in (Im)mobility: Greek Women's Narratives Concerning the COVID-19 Lockdowns in Athens, Greece. *Journal of Contemporary Ethnography*, 52(6), 799-823
- Trakas, D.J. & Kostakiotis, G. (2014). How did we get here? It does not require a big brain to understand: The 'Greek Crisis', care, and health care. *Medicine Anthropology Theory*, 1(1), 42-52.
- Triandafyllidou, A. (2013). Circular migration between Europe and its neighbourhood: Choice or necessity for migrant care workers? *Population, Space and Place*, 19(2), 133-146.
- Triantafyllou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stiehr, K., Carretero, S., Emilsson, T. & Lelkes, O. (2020). *Informal care in the long-term care system*. European Social Policy Network.
- UN Women (2018). *Turning promises into action: Gender equality in the Agenda 2030 for Sustainable Development*. <https://digitallibrary.un.org/record/1475773?ln=en>
- Vaiou, D. & Siatitsa, D. (n.d.). Current organisational framework of elderly care services Greece. COST Action IS1102 – Social services, welfare state and places. Working Paper No. 4 WG1 National and regional focused service report series. <http://www.cost-is1102-cohesion.unirc.it/docs/working-papers/wg1.greece-care-for-older-people-d.vaiou-and-d.siatitsa.pdf>
- Wallhagen, M.I. & Yamamoto-Mitani, N. (2006). The meaning of family caregiving in Japan and the United States: A qualitative comparative study. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(1), 65-73. <https://doi.org/10.1177/1043659605281979>
- Yeandle, S. (2019). *Unfinished business? Gender, care and family responsibilities in later life*. Policy Press.
- Yeates, N. (2008). *Globalising care economies and migrant workers: Explorations in global care chains*. Palgrave Macmillan.
- Yeoh, B.S.A. & Huang, S. (2009). Foreign domestic workers and home-based care for elders in Singapore. *Journal of Aging and Social Policy*, 22(1), 69-88. <https://doi.org/10.1080/08959420903385635>
- Zarit, S.H., Todd, P.A. & Zarit, J.M. (2006). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *The Gerontologist*, 26(3), 260-266.

Τα ευρωπαϊκά συστήματα φροντίδας ηλικιωμένων σε μετάβαση: Τρεις δεκαετίες μεταρρυθμίσεων

Μαρία Καραμεσίνη

Τα συστήματα φροντίδας ηλικιωμένων στην Ευρώπη διαφέρουν πολύ μεταξύ τους ως προς την οργανωτική τους λογική και τα βασικά τους χαρακτηριστικά. Παρ' όλα αυτά, καλούνται να αντιμετωπίσουν πέντε κοινές προκλήσεις: (α) την αυξανόμενη κοινωνική ζήτηση μακροχρόνιας φροντίδας λόγω δημογραφικής γήρανσης· (β) την ανάγκη βελτίωσης του βαθμού κάλυψης του εξαρτώμενου πληθυσμού και της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας· (γ) τη διαρκώς μειούμενη προσφορά άτυπης φροντίδας από την οικογένεια, τους φίλους και τους γείτονες, κυρίως λόγω της συνεχιζόμενης ανόδου του ποσοστού απασχόλησης των γυναικών εργάσιμης ηλικίας, αλλά και λόγω της μείωσης του αριθμού των παιδιών, της γεωγραφικής κινητικότητας για αναζήτηση εργασίας και μεγάλων αλλαγών στην κοινωνική ζωή και τις κοινωνικές σχέσεις στη γειτονιά και την κοινότητα, στη συγκατοίκηση με τους γονείς και στις αντιλήψεις/αξίες για τις υποχρεώσεις προς αυτούς και τη διαγενεακή αλληλεγγύη· (δ) τις μεγάλες ελλείψεις εργατικού δυναμικού στον επίσημο τομέα φροντίδας· και (ε) την πίεση στα δημόσια οικονομικά από την ανάγκη αύξησης των κοινωνικών παροχών, ώστε να ανταποκριθεί το κράτος στην αυξανόμενη κοινωνική ζήτηση ποιοτικών υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας.

Οι μεταρρυθμίσεις των ευρωπαϊκών συστημάτων ξεκίνησαν τη δεκαετία του 1990, με σκοπό να μετριάσουν την αναμενόμενη επίδραση της δημογραφικής γήρανσης στους δημόσιους προϋπολογισμούς και να συγκρατήσουν την προβλεπόμενη αύξηση των κοινωνικών δαπανών για την υγεία και τη μακροχρόνια φροντίδα ως ποσοστό του ΑΕΠ. Παρότι η παραπάνω επιδίωξη παραμένει μεταξύ των κύριων στόχων και των πιο πρόσφατων μεταρρυθμίσεων, η συγκυρία είναι πλέον πολύ διαφορετική. Έχουν ήδη εμφανιστεί τα προεόρτια μιας «κρίσης φροντίδας», η οποία μέλλει να οξυνθεί, εάν δεν αντιμετωπιστεί με επαρκή και αποτελεσματικά μέτρα πολιτικής. Μια ενδεχόμενη όξυνση της κρίσης φροντίδας, ελλείψει κατάλληλων πολιτικών, προβλέπεται να έχει σοβαρές συνέπειες στις κοινωνικές και έμφυλες ανισότητες.

Το παρόν κεφάλαιο αξιοποιεί τη διεθνή βιβλιογραφία για να παρουσιάσει, αρχικά, τις υπάρχουσες τυπολογίες των ευρωπαϊκών συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων, τις κοινές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν και τις κύριες

τάσεις στη μεταρρύθμισή τους τις τελευταίες δεκαετίες (ενότητες 5.1, 5.2 και 5.3). Στη συνέχεια, συνοψίζει και συζητά τις συστάσεις πολιτικής διεθνών οργανισμών, συγκεκριμένα του ΠΟΥ, του ΟΟΣΑ και της ΕΕ (ενότητα 5.4), που πλαισιώνουν και επηρεάζουν τις ανωτέρω μεταρρυθμίσεις.

Το κύριο συμπέρασμα του κεφαλαίου είναι ότι τα ευρωπαϊκά συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην Ευρώπη βρίσκονται σε μετάβαση προς ένα διαφορετικό μείγμα φροντίδας μεταξύ οικογένειας-κράτους-αγοράς και μεταξύ διαφορετικών μορφών φροντίδας. Επιπλέον, ο τρόπος που οργανώνονται επηρεάζει και θα και θα συνεχίσει να επηρεάζει τη σύνθεση του εργατικού δυναμικού, τις εργασιακές σχέσεις στον κλάδο και στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας εν γένει, καθώς και την πιθανότητα να εκδηλωθεί κρίση φροντίδας στο προσεχές μέλλον.

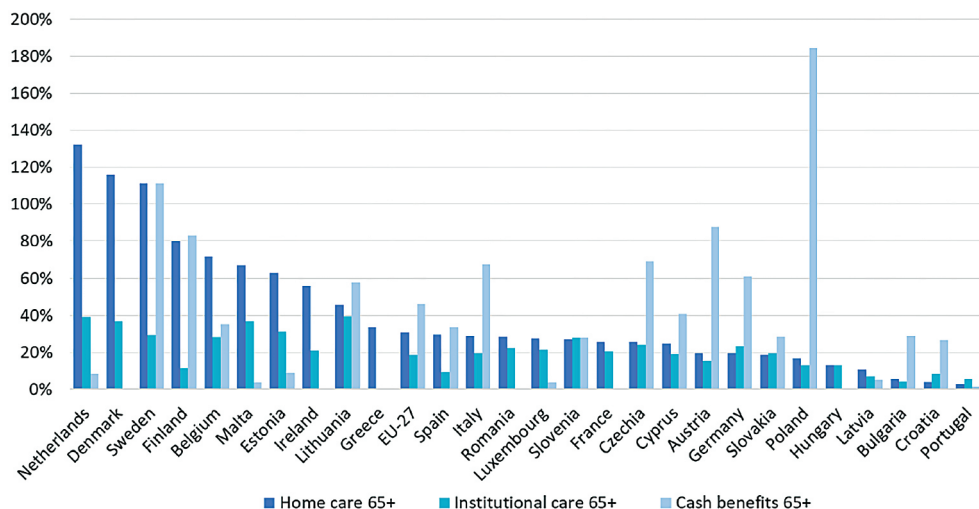
1. Ευρωπαϊκά συστήματα φροντίδας ηλικιωμένων: Διαφορές και τυπολογίες

Τα ευρωπαϊκά συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους ως προς την οργανωτική τους λογική, η οποία επηρεάζει την έκταση και την ένταση της κρατικής παρέμβασης στο σύστημα φροντίδας (βαθμός κάλυψης του πληθυσμού από κοινωνικές παροχές, ύψος δημόσιας δαπάνης), το είδος των κοινωνικών παροχών (δημόσιες υπηρεσίες ή επιδόματα), αλλά και τις πηγές χρηματοδότησης του συστήματος (δημόσιες ή ιδιωτικές δαπάνες, ασφαλιστικές εισφορές).

Το Διάγραμμα 5.1 απεικονίζει τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν σήμερα μεταξύ συστημάτων των κρατών μελών της ΕΕ ως προς το ύψος και το είδος της κρατικής παρέμβασης, και συγκεκριμένα τις διαφορές στα ποσοστά κάλυψης των ηλικιωμένων ατόμων με περιορισμούς στην καθημερινή δραστηριότητα από δημόσιες υπηρεσίες ή χρηματικές παροχές μακροχρόνιας φροντίδας.

Αποτυπώνει επίσης ότι το ποσοστό του κατ' εκτίμηση εξαρτώμενου πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω που λαμβάνει δημόσια παρεχόμενη ή χρηματοδοτούμενη κατ' οίκον φροντίδα κυμαίνεται μεταξύ 3% (Πορτογαλία) και 132% (Ολλανδία), με τον μέσο όρο της ΕΕ-27 να ανέρχεται σε 31%. Για τη δημόσια παρεχόμενη ή χρηματοδοτούμενη ιδρυματική φροντίδα, ο μέσος όρος της ΕΕ-27 είναι 19%, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό δημόσιας κάλυψης από ιδρυματική φροντίδα είναι 0,2% (Ελλάδα) και το υψηλότερο είναι πάνω από 39% (Λιθουανία, Ολλανδία). Τέλος, το μέσο ποσοστό ηλικιωμένων με ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας που λαμβάνουν επιδόματα στην ΕΕ-27 είναι 46%. Παρόλο που πολλά κράτη μέλη δεν παρέχουν επιδόματα στους ηλικιωμένους ή η έκτασή τους είναι χαμηλή (Ελλάδα, Ιρλανδία, Μάλτα, Εσθονία, Λετονία), τα ποσοστά κάλυψης των εξαρτώμενου πληθυσμού των ηλικιωμένων είναι υψηλά ή πολύ υψηλά σε αρκετές χώρες (Πολωνία, Σουηδία, Φινλανδία, Αυστρία, Τσεχία, Ιταλία και Γερμανία).

Διάγραμμα 5.1. Ποσοστό (%) του κατ' εκτίμηση εξαρτώμενου πληθυσμού 65+ ετών που λαμβάνει δημόσιες υπηρεσίες ή επιδόματα φροντίδας



Πηγή: Αναπαραγωγή από το European Commission (2021), Διάγραμμα 5, σ. 40.

Υπάρχουν πολλές τυπολογίες των ευρωπαϊκών συστημάτων φροντίδας ηλικιωμένων βασισμένες στα διαφορετικά τους χαρακτηριστικά.¹ Εδώ θα αναφερθούμε επιλεκτικά μόνο σε δύο τυπολογίες που αφορούν την οργανωτική λογική των συστημάτων και θα παρουσιάσουμε λεπτομερέστερα τη δεύτερη.

Η πρώτη τυπολογία αναφέρεται στα συστήματα φροντίδας ηλικιωμένων στην ΕΕ στα τέλη της δεκαετίας του 1990 και τα διαφοροποιεί ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των συστημάτων κοινωνικής προστασίας στα οποία εντάσσονται. Η τυπολογία αυτή αναπτύχθηκε από τους Rascolet και συνεργάτες (1999) για τα 15 κράτη μέλη της τότε ΕΕ, καθώς και τη Νορβηγία, και προσαρμόστηκε από τη Simonazzi (2009), συμπεριλαμβάνοντας τα νέα κράτη μέλη της ΕΕ από το 2004. Σύμφωνα με την τυπολογία, στα συστήματα κοινωνικής προστασίας τύπου Beveridge της Βόρειας Ευρώπης (Σουηδία, Ιρλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Δανία, Φινλανδία, Νορβηγία), το πρόβλημα της εξάρτησης στην τρίτη ηλικία είναι ευθύνη του κράτους, το οποίο το αντιμετωπίζει μέσω υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας που χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία. Στα συστήματα τύπου Bismarck της ηπειρωτικής Ευρώπης, η εξάρτηση των ηλικιωμένων θεωρείται ένα νέο είδος κινδύνου, έναντι του οποίου οι εργαζόμενοι και οι λοιποί πολίτες έχουν την ευθύνη και την υποχρέωση να ασφαλιστούν καθολικά (Γερμανία, Αυστρία, Γαλλία, Λουξεμβούργο). Στις μεσογειακές χώρες, παρόλο που έχουν συστήματα κοινωνικής προστασίας τύπου

1. Για μια επισκόπηση, βλ. Ariaans et al. (2021) και Pavolini (2022).

Bismarck, η εξάρτηση στην τρίτη ηλικία αντιμετωπίστηκε με βάση την αρχή της κοινωνικής αρωγής απέναντι στα ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούσαν να λάβουν φροντίδα από την οικογένεια και με χρηματοδότηση μέσω γενικής φορολογίας (υπολειμματικές-προνοιακές παροχές). Τέλος, στις πρώην σοσιαλιστικές χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, που δεν είχαν προλάβει να αναπτύξουν δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας στα τέλη της δεκαετίας του 1990, η οικογένεια ήταν νομικά ή έμμεσα υποχρεωμένη να φροντίζει.

Εκ των πραγμάτων, κάθε τυπολογία αναφέρεται σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο, ενώ τα κριτήρια ομαδοποίησης αγνοούν δευτερεύουσες διαφορές μεταξύ μελών της ίδιας ομάδας. Να αναφέρουμε εδώ ότι οι Ranci και Pavolini (2013, 2015) έχουν επισημάνει πως πριν από τρεις δεκαετίες υπήρχαν δύο μοντέλα φροντίδας ηλικιωμένων στην Ευρώπη: ένα μοντέλο βασισμένο στην παροχή δημόσιων υπηρεσιών από το κράτος, που κυρίως αναπτύχθηκε στις σκανδιναβικές χώρες και την Ολλανδία, και ένα μοντέλο άτυπης φροντίδας βασισμένο στην οικογένεια και τους άτυπους δεσμούς, που ίσχυε σε όλη την ηπειρωτική Ευρώπη (δυτική, κεντρική, ανατολική και νότια). Από τη δεκαετία του 1990, πολλές από τις χώρες του δεύτερου μοντέλου έχουν προχωρήσει σε μεγάλες μεταρρυθμίσεις για να ενισχύσουν την ικανότητά τους να καλύπτουν ανάγκες, κάτι το οποίο τις διαφοροποίησε από τις υπόλοιπες της ομάδας τους και δημιούργησε πιο σύνθετες τυπολογίες, όπως η προαναφερθείσα. Επίσης, οι Bettio και συνεργάτες (2006) ανέδειξαν τις αλλαγές στο παραδοσιακό οικογενειοκεντρικό μοντέλο φροντίδας της Νότιας Ευρώπης που επέφεραν τη δεκαετία του 1990 τα μεταναστευτικά ρεύματα από τις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ και της Ανατολικής Ευρώπης, προκαλώντας τη μετατόπισή του προς ένα νέο μοντέλο «μετανάστριας στην οικογένεια», η οποία προσλαμβάνεται ιδιωτικά από το ηλικιωμένο άτομο ή την οικογένειά του για να παρέχει κατ' οίκον φροντίδα. Αρκετά χρόνια αργότερα, οι Da Roit και συνεργάτες (2013) εμβάθυναν περαιτέρω στο θέμα της αλλαγής του νοτιο-ευρωπαϊκού μοντέλου φροντίδας.

Η χρηματοπιστωτική κρίση του 2008 προκάλεσε πολλές αλλαγές στο κοινωνικό κράτος εν γένει και στο σύστημα κοινωνικής φροντίδας ηλικιωμένων ειδικότερα, στο οποίο δεν έπαψαν οι μεταρρυθμίσεις. Η πρόσφατη τυπολογία των μοντέλων μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην ΕΕ του Pavolini (2022) είναι η πιο πλήρης και πρόσφατη που διαθέτουμε, αν και χρησιμοποιεί στοιχεία για το 2019.

Η τυπολογία στηρίζεται σε δύο μεγέθη που προσδιορίζουν την κεντρική λειτουργία των συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας: τις δημόσιες δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ και το μερίδιο (%) των επιδομάτων φροντίδας στο σύνολο των δημόσιων δαπανών για μακροχρόνια φροντίδα. Τα παραπάνω μεγέθη αντανakλούν τις δύο μείζονες αποφάσεις που παίρνουν οι κυβερνήσεις ως προς το ύψος των δημόσιων πόρων που θα δαπανήσουν για τη φροντίδα των ηλικιωμένων και την προτεραιότητα που δίνουν σε υπηρεσίες ή κοινωνικές μεταβιβάσεις. Με βάση τα παραπάνω κριτήρια, προέκυψαν έξι ομάδες χωρών της ΕΕ, οι οποίες απεικονίζονται στον Πίνακα 5.1 μαζί με τις μέσες τιμές των σχετικών μεταβλητών

για το σύνολο των κρατών κάθε ομάδας. Η μεγαλύτερη ομάδα είναι αυτή με τις χώρες που εμφανίζουν περιορισμένη κρατική παρέμβαση. Μαζί με τις δύο ομάδες ήπιας κρατικής παρέμβασης συγκεντρώνουν το 63% του συνόλου των χωρών της ΕΕ, ενώ οι ομάδες με ισχυρή ή πολύ ισχυρή κρατική παρέμβαση συγκεντρώνουν το 37% του συνόλου. Η κρατική παρέμβαση μέσω υπηρεσιών χαρακτηρίζει το 33,3% των χωρών της ΕΕ, ενώ αυτή μέσω επιδομάτων ένα άλλο 33,3%.

Τα πέντε δημόσια μοντέλα μακροχρόνιας φροντίδας περιλαμβάνουν τις εξής χώρες:

- Περιορισμένη κρατική παρέμβαση: Βουλγαρία, Ελλάδα, Εσθονία, Κροατία, Κύπρος, Λετονία, Ουγγαρία, Πορτογαλία, Ρουμανία.
- Ήπια κρατική παρέμβαση μέσω επιδομάτων: Ισπανία, Λιθουανία, Πολωνία, Σλοβακία, Σλοβενία.
- Ήπια κρατική παρέμβαση μέσω υπηρεσιών: Ιρλανδία, Λουξεμβούργο, Μάλτα.
- Ισχυρή κρατική παρέμβαση μέσω επιδομάτων: Αυστρία, Γερμανία, Ιταλία, Τσεχία.
- Ισχυρή κρατική παρέμβαση μέσω υπηρεσιών: Βέλγιο, Γαλλία, Φινλανδία.
- Πολύ ισχυρή κρατική παρέμβαση μέσω υπηρεσιών: Δανία, Ολλανδία, Σουηδία.

Πίνακας 5.1. Τυπολογία των δημόσιων μοντέλων μακροχρόνιας φροντίδας (2019)

	Δημόσιες δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα (% ΑΕΠ)	Ποσοστό δημόσιων δαπανών για επιδόματα φροντίδας (%)	Ποσοστό των κρατών μελών της ΕΕ (%)
Περιορισμένη κρατική παρέμβαση	0,4	19,2	33,3
Ήπια κρατική παρέμβαση μέσω επιδομάτων	0,8	46	18,5
Ήπια κρατική παρέμβαση μέσω υπηρεσιών	1,1	6,9	11,1
Ισχυρή κρατική παρέμβαση μέσω επιδομάτων	1,7	40,4	14,8
Ισχυρή κρατική παρέμβαση μέσω υπηρεσιών	2,0	9,4	11,1
Πολύ ισχυρή κρατική παρέμβαση μέσω υπηρεσιών	3,5	11,7	11,1

Πηγή: Pavolini (2022), Πίνακας 2, σ. 19.

Ο Πίνακας 5.2 μας επιτρέπει να δούμε τα μέσα χαρακτηριστικά της κάθε ομάδας χωρών για κάθε είδος φροντίδας. Αξίζει να σημειώσουμε ότι οι χώρες με περιορισμένη κρατική παρέμβαση έχουν χαμηλές επιδόσεις σε όλα τα είδη φροντίδας και, επιπλέον, υψηλή ροπή προς «μη δεσμευτικά» επιδόματα φροντίδας προς τους/τις ηλικιωμένους/ες και χαμηλή συχνότητα παροχής επιδομάτων προς τις/τους άτυπες/ους φροντίστριες/ές. Παρατηρούμε επίσης ότι όλες οι χώρες με ισχυρή κρατική παρέμβαση μέσω επιδομάτων παρέχουν «μη δεσμευτικά» επιδόματα, ενώ την υψηλότερη συχνότητα παροχής επιδομάτων προς τις/τους άτυπες/ους φροντίστριες/ές έχουν οι χώρες με ήπια κρατική παρέμβαση μέσω επιδομάτων.

Πίνακας 5.2. Μέσα χαρακτηριστικά των ομάδων χωρών της τυπολογίας δημόσιων μοντέλων μακροχρόνιας φροντίδας ως προς την παροχή φροντίδας (2019)

	Κρεβάτια ιδρυματικής φροντίδας ανά 100.000 κατοίκους 65+ ετών	Ποσοστό κάλυψης από ιδρυματική φροντίδα (%)	Ποσοστό κάλυψης από κατ' οίκον φρο- ντίδα (%)	Ποσοστό κάλυψης από επιδόματα (%)	Χώρες με μη δεσμευτικά* επιδόματα φροντίδας** (%)	Χώρες με επιδόματα για άτυπες/ους φροντίστριες** (%)
Περιορισμένη κρατική παρέμβαση	356	3,1	5,5	2,7	80,0	44,4
Ήπια κρατική παρέμβαση μέσω επιδομάτων	703	5,5	6,5	14,6	40,0	80,0
Ήπια κρατική παρέμβαση μέσω υπηρεσιών	965	4,0	7,3	0,4	0,0	66,7
Ισχυρή κρατική παρέμβαση μέσω επιδομάτων	780	3,9	4,4	14,0	100,0	50,0
Ισχυρή κρατική παρέμβαση μέσω υπηρεσιών	1.150	4,3	11,7	7,2	33,3	33,3
Πολύ ισχυρή κρατική παρέμβαση μέσω υπηρεσιών	1.170	4,4	14,8	4,1	0,0	66,7

* Το επίδομα δεν δεσμεύει ως προς τη χρήση του για παροχή φροντίδας.

** Ως ποσοστό του συνόλου των χωρών που παρέχουν επιδόματα φροντίδας.

*** Ως ποσοστό των χωρών που ανήκουν στην ίδια ομάδα.

Πηγή: Pavolini (2022), Πίνακας 4, σ. 21.

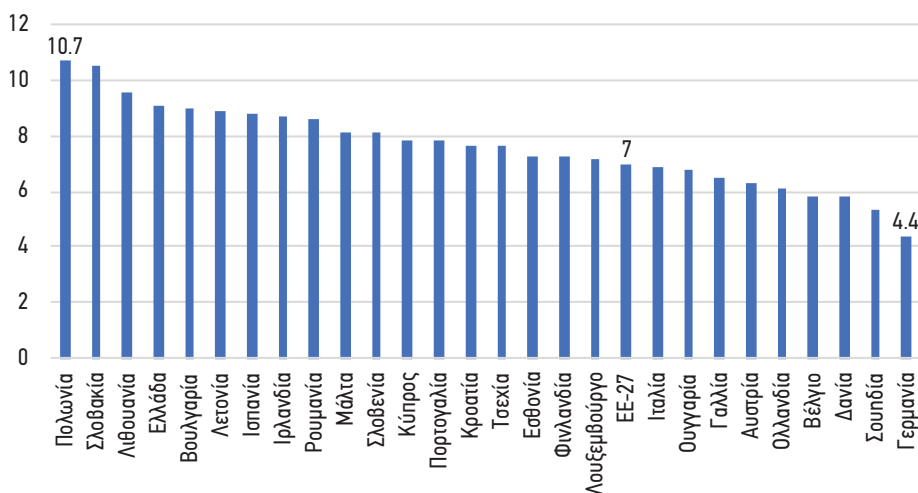
2. Κοινές προκλήσεις

Τα κράτη μέλη της ΕΕ μπορεί να διαφέρουν ως προς τα συστήματα φροντίδας ηλικιωμένων, αλλά αντιμετωπίζουν πέντε κοινές προκλήσεις προκλήσεις. Το μέγεθος των τελευταίων διαφέρει επίσης μεταξύ κρατών μελών, λόγω των διαφορετικών χαρακτηριστικών των συστημάτων τους, που παρουσιάσαμε στην προηγούμενη ενότητα.

Δημογραφική γήρανση: Η πρώτη πρόκληση που αντιμετωπίζουν τα συστήματα φροντίδας ηλικιωμένων είναι αναμφίβολα η μεγέθυνση του πληθυσμού των ηλικιωμένων και η γήρανσή του, δηλαδή η αύξηση της μέσης ηλικίας του, με προβλεπόμενο αποτέλεσμα την αύξηση των αναγκών φροντίδας που πρέπει να ικανοποιηθούν. Σύμφωνα με τις προβολές της Έκθεσης Γήρανσης 2024 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, ο πληθυσμός της ΕΕ προβλέπεται να μειωθεί κατά 17,2 εκατομμύρια μεταξύ 2022 και 2070, ή κατά 4% (European Commission, 2023). Αντίθετα, στο ίδιο διάστημα,

ο πληθυσμός 80+ ετών θα αυξηθεί κατά 29,1 εκατομμύρια, ή κατά 107%, και το ποσοστό του στον συνολικό πληθυσμό θα ανέλθει από το 6,1% στο 13%, ενώ και ο πληθυσμός 65-79 ετών θα αυξηθεί κατά 7,5 εκατομμύρια, ή κατά 11%, ανεβάζοντας το ποσοστό του στον συνολικό πληθυσμό από το 15,1% στο 17,5%.

Διάγραμμα 5.2. Προβλεπόμενη διαφορά μεριδίων πληθυσμού 80+ ετών στον συνολικό πληθυσμό μεταξύ 2022 και 2070 (ποσοστιαίες μονάδες)



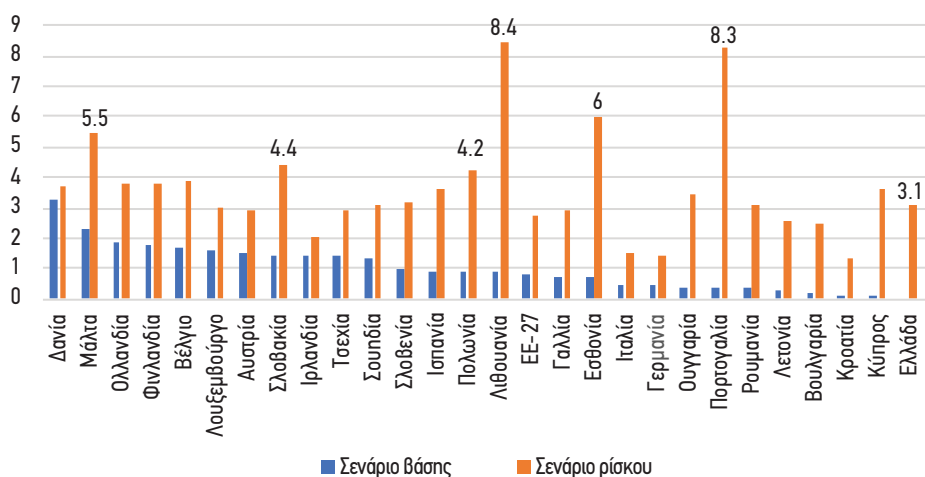
Πηγή: European Commission (2023), Πίνακας I.1.8, σ. 22.

Στο Διάγραμμα 5.2 βλέπουμε ότι στην Πολωνία, τη Σλοβακία, τη Λιθουανία, την Ελλάδα, τη Βουλγαρία και τη Λετονία αναμένεται να σημειωθεί η μεγαλύτερη αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων 80+ ετών ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού. Αυτό συνεπάγεται αύξηση του βαθμού εξάρτησης των τελευταίων από τον εργάσιμο πληθυσμό 20-64 ετών (very old-age dependency rate) αλλά όχι οπωσδήποτε και (μεγάλη) αύξηση του απόλυτου αριθμού τους στις εν λόγω χώρες, δεδομένου ότι όλες θα δουν ταυτόχρονα μεγάλη μείωση του συνολικού πληθυσμού τους μεταξύ 2022 και 2070.

Αύξηση κοινωνικών δαπανών: Η μεγάλη ανησυχία των κυβερνήσεων εξαιτίας της δημογραφικής γήρανσης πηγάζει από την πιθανή αύξηση των δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας ως ποσοστό του ΑΕΠ και τον φόβο μήπως οι ανάγκες πρόσθετης χρηματοδότησης του συστήματος αυξήσουν τα δημόσια ελλείμματα και τον δανεισμό. Συνεπώς, η οικονομική βιωσιμότητα είναι η δεύτερη μεγάλη πρόκληση για τα συστήματα φροντίδας ηλικιωμένων. Ωστόσο, τα σενάρια της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τις δημοσιονομικές επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης στις δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας ως ποσοστό του ΑΕΠ μεταξύ 2022 και 2070 δεν φαίνεται να επιβεβαιώνουν μια τέτοια ανησυχία για πάνω από τα μισά κράτη μέλη της ΕΕ (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2024), όπως φαίνεται και από το Διάγραμμα 5.3.

Το ποσοστό των δημόσιων δαπανών στο ΑΕΠ θα χρειαστεί να αυξηθεί κατά 0,8 ποσοστιαίες μονάδες (π.μ.) στην ΕΕ κατά μέσο όρο, ενώ τις μεγαλύτερες επιπτώσεις θα έχουν τα προηγμένα συστήματα της Δανίας, της Ολλανδίας, της Φινλανδίας, του Βελγίου, του Λουξεμβούργου και της Αυστρίας (αύξηση πάνω από 1,5 π.μ.). Αντίθετα, η δημοσιονομική γήρανση δεν θα επηρεάσει από μόνη της καθόλου τις δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα, αν το ελληνικό σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων παραμείνει μέχρι το 2070 ως έχει, δηλαδή ένα από τα πιο «υπολειμματικά» ως προς τις κοινωνικές παροχές στην ΕΕ.

Διάγραμμα 5.3. Προβλεπόμενες δημόσιες δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας 2022-2070 ως % του ΑΕΠ

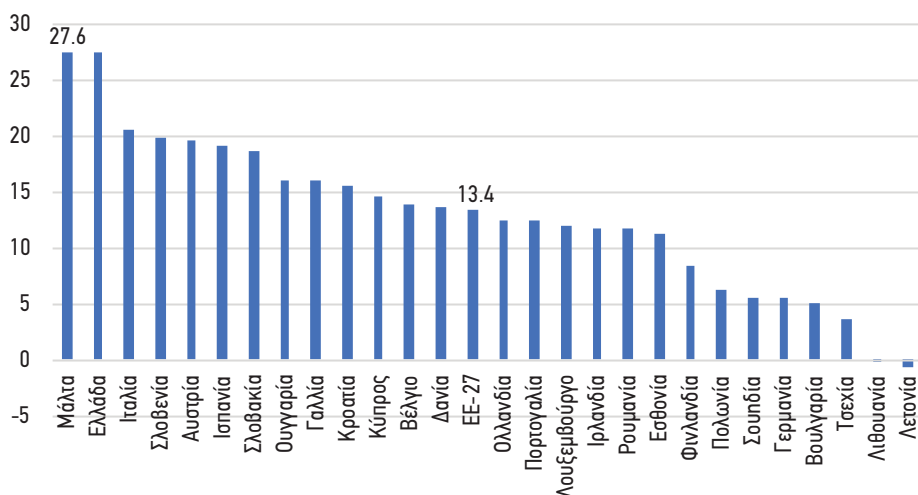


Σενάριο βάσης: επιπτώσεις μόνο της δημογραφικής γήρανσης, χωρίς πολιτική παρέμβαση.
 Σενάριο ρίσκου: σύγκλιση συστημάτων των κρατών μελών της ΕΕ
 Πηγή: European Commission (2024), Πίνακες I.3.4 και I.3.9, σσ. 118, 123.

Βελτίωση της πρόσβασης και της ποιότητας των υπηρεσιών: Οι προβλέψεις για το 2070 αλλάζουν στο «σενάριο ρίσκου» της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2024), που υπολογίζει τις δημοσιονομικές επιπτώσεις ανά κράτος μέλος της ΕΕ στην περίπτωση της σύγκλισης των συστημάτων φροντίδας ηλικιωμένων των κρατών μελών της ΕΕ ως προς τον βαθμό κάλυψης του πληθυσμού των ηλικιωμένων από υπηρεσίες φροντίδας και το κόστος φροντίδας ανά ηλικιωμένο σε μονάδες αγοραστικής δύναμης, που παραπέμπει στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Το σενάριο σύγκλισης προβλέπει την αύξηση του βαθμού κάλυψης ή/και την αναβάθμιση της ποιότητας της φροντίδας των επίσημων συστημάτων φροντίδας σε όλα τα κράτη μέλη, με μεγαλύτερες δημοσιονομικές επιπτώσεις σε αυτά με χαμηλό σημείο εκκίνησης. Στο «σενάριο ρίσκου», επομένως, που εξετάζει τις επιπτώσεις μιας **σύγκλισης προς τα πάνω** μέσω μεταρρυθμίσεων των συστημάτων των κρατών μελών της

ΕΕ, οι δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας ως ποσοστό του ΑΕΠ θα αυξηθούν κατά 2,7 ποσοστιαίες μονάδες στην ΕΕ, κατά μέσο όρο, μεταξύ 2022 και 2070, ενώ η Λιθουανία, η Πορτογαλία και η Εσθονία θα πρέπει να καταβάλουν το μεγαλύτερο δημοσιονομικό κόστος σε σχέση με το ΑΕΠ, από 6 έως 8,4 π.μ., και έπονται η Μάλτα, η Σλοβακία και η Πολωνία, με πάνω από 4 μονάδες (Διάγραμμα 5.3). Τέλος, η Ελλάδα θα πρέπει να αυξήσει τη δημόσια δαπάνη για μακροχρόνια φροντίδα από 0,1% του ΑΕΠ το 2022 στο 3,3% του ΑΕΠ το 2070, ώστε να συγκλίνει με τον μέσο όρο των λοιπών χωρών της ΕΕ.

Διάγραμμα 5.4. Διαφορά ποσοστού απασχόλησης γυναικών 55-64 ετών μεταξύ 2022 και 2070 - Προβολές (ποσοστιαίες μονάδες)



Πηγή: European Commission (2023), Πίνακας I.2.13, σ. 46.

Μείωση της προσφοράς άτυπης φροντίδας: Ίσως μεγαλύτερη από αυτήν της δημογραφικής γήρανσης να είναι η πρόκληση της περαιτέρω μείωσης της προσφοράς άτυπης φροντίδας προς τα ηλικιωμένα άτομα από τα μέλη της οικογένειάς τους. Πρόκειται για μια τάση που είναι σταθερή στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες τις τρεις τελευταίες δεκαετίες και θα παραμείνει για πολύ ακόμα. Το ποσοστό απασχόλησης των γυναικών 55-64 ετών, ηλικίες στις οποίες βρίσκονται τα περισσότερα άτομα εργάσιμης ηλικίας των οποίων οι γονείς έχουν ανάγκη φροντίδας, προβλέπεται να αυξηθεί από το 56,1% στο 69,5% στην ΕΕ μεταξύ 2022 και 2070, δηλαδή κατά 13,4 π.μ. Πολύ μεγάλη άνοδος του ποσοστού αυτού θα σημειωθεί στη Μάλτα και την Ελλάδα (Διάγραμμα 5.4). Το αντίστοιχο ανδρικό ποσοστό προβλέπεται να αυξηθεί και αυτό, από 68,5% σε 75,1% κατά το ίδιο διάστημα, αλλά η άνοδος θα είναι μικρότερη, δηλαδή κατά 6,6 π.μ. (European Commission, 2023: Πίνακας I.2.12, σ. 45). Ο ισχυρότερος προσδιοριστικός παράγοντας της ανόδου είναι οι μεταρρυθμί-

σεις στα συστήματα συντάξεων από τη δεκαετία του 1990 και μετά. Η μείωση της προσφοράς άτυπης φροντίδας προς τα ηλικιωμένα άτομα από μέλη της οικογένειάς τους, φίλους και γείτονες επιβάλλει την κρατική παρέμβαση και τη μεταρρύθμιση των επίσημων συστημάτων φροντίδας ηλικιωμένων ανεξαρτήτως δημογραφικής γήρανσης, περισσότερο στις χώρες με χαμηλό βαθμό και ποιότητα κάλυψης. Εξ ου και η απόπειρα εκτίμησης από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή των δημοσιονομικών επιπτώσεων των αναγκών μεταρρυθμίσεων την επόμενη πεντηκονταετία μέσω του «σεναρίου ρίσκου» στο οποίο προαναφερθήκαμε.

Ελλείψεις εργατικού δυναμικού: Η πέμπτη μεγάλη πρόκληση για τα ευρωπαϊκά συστήματα φροντίδας ηλικιωμένων είναι η έλλειψη εργατικού δυναμικού που παρατηρείται στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό. Το 2020, μελέτη του ΟΟΣΑ παρατηρούσε ότι την προηγούμενη δεκαετία η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων που χρειάζονταν υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας είχε ξεπεράσει την αύξηση των εργαζόμενων στις τελευταίες, με αποτέλεσμα τη μείωση της αναλογίας φροντιστριών/ών προς ηλικιωμένους/ες στα κράτη μέλη του (OECD, 2020). Επισήμαινε δε ότι ο αριθμός των εργαζόμενων στη μακροχρόνια φροντίδα θα έπρεπε να αυξηθεί κατά 60% μεταξύ 2020 και 2040 στον ΟΟΣΑ, ώστε να διατηρηθεί σταθερή η αναλογία, και ότι η χρήση της τεχνολογίας και η αλλαγή της οργάνωσης της εργασίας για την αύξηση της αποτελεσματικότητας στην παροχή υπηρεσιών θα μπορούσαν να μειώσουν στο μισό τους πρόσθετους εργαζόμενους που χρειάζονται έως το 2040.

Μια άλλη, πιο πρόσφατη, μελέτη του ΟΟΣΑ για το ίδιο θέμα σημείωνε ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας αποτελούσαν το 1,9% της συνολικής απασχόλησης στα κράτη μέλη του το 2021, ενώ το μερίδιο αυτό θα πρέπει να αυξηθεί κατά 32%, ή κατά 0,6 ποσοστιαίες μονάδες, κατά μέσο όρο, στο σύνολο των κρατών μελών την επόμενη δεκαετία, προκειμένου να καλυφθεί η αύξηση της ζήτησης εργαζόμενων φροντίδας (OECD, 2023: 15).

Μελέτη του Eurofound (2020) αναφέρει μια σειρά από παράγοντες που επιδρούν στις ελλείψεις εργατικού δυναμικού, οι οποίοι διακρίνονται σε αυτούς που προσδιορίζουν τη δυναμική της ζήτησης εργασίας (βαθμός γήρανσης του πληθυσμού και οι ανάγκες του για μακροχρόνια φροντίδα, βελτίωση του βαθμού κάλυψης των αναγκών των ηλικιωμένων μέσω κρατικών πολιτικών, διαθεσιμότητα άτυπης φροντίδας) και σε αυτούς που σχετίζονται με την προσφορά εργασίας και τον χώρο εργασίας (πολιτική συντάξεων, τεχνολογία και παραγωγικότητα, αύξηση του λόγου προσωπικό/εξυπηρετούμενοι στις υπηρεσίες, ανταγωνισμός για προσωπικό με άλλους κλάδους, ιδίως με αυτόν της υγείας, μεταναστευτική/προσφυγική πολιτική, εκπαιδευτική πολιτική από την οποία εξαρτάται ο αριθμός των αποφοίτων μετα-δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στα επαγγέλματα του κλάδου).

Ελλείψεις παρουσιάζονται περισσότερο σε ειδικευμένο προσωπικό και στις/στους προσωπικές/ούς φροντιστριες/ές κατ' οίκον. Η πρόσφατη Έκθεση του EURES για τα πλεονάσματα και τις ελλείψεις εργατικού δυναμικού στην ΕΕ το 2024 εμφανίζει

τα επαγγέλματα της υγείας μεταξύ αυτών με τις πιο εκτεταμένες ελλείψεις (European Labour Authority, 2025). Είκοσι δύο χώρες στις είκοσι επτά της ΕΕ είχαν ελλείψεις σε νοσηλεύτριες/ές, εκ των οποίων οκτώ πολύ σοβαρές, ενώ δεκαπέντε σε βοηθούς νοσηλεύτριες/ές, εκ των οποίων έξι πολύ σοβαρές. Οι φυσικοθεραπευτές/ριες και οι βοηθοί υγειονομικής περίθαλψης βρίσκονταν σε έλλειψη σε δεκαεννέα χώρες. Επίσης, αρκετά κράτη μέλη της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (π.χ. Βουλγαρία, Κροατία, Ρουμανία, Ουγγαρία, Σλοβενία) υφίστανται το λεγόμενο «care drain», δηλαδή τη μετανάστευση των εργαζόμενων στη μακροχρόνια φροντίδα στο εξωτερικό, προς αναζήτηση καλύτερων μισθών και συνθηκών εργασίας, ενώ οι δικές τους ελλείψεις στον τομέα καλύπτονται με εισαγωγές εργατικού δυναμικού (European Commission, 2021).

Συμπερασματικά, το μέγεθος των πέντε κοινών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα συστήματα φροντίδας στην Ευρώπη είναι διαφορετικό μεταξύ των διάφορων χωρών, ενώ η γήρανση του πληθυσμού δεν αποτελεί τη μοναδική κοινή πρόκληση και, ενδεχομένως, ούτε την πιο σημαντική σε πολλές χώρες.

3. Μεταρρυθμίσεις των συστημάτων φροντίδας ηλικιωμένων

Εδώ και τρεις δεκαετίες, τα συστήματα φροντίδας ηλικιωμένων στην Ευρώπη βρίσκονται σε μετάβαση και οι τάσεις είναι κοινές, όπως και οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν και αναλύσαμε παραπάνω. Η διεθνής βιβλιογραφία για τις μεταρρυθμίσεις των συστημάτων είναι πολύ πλούσια και περιλαμβάνει επιστημονικά άρθρα αλλά και εκθέσεις διεθνών οργανισμών (ΟΟΣΑ, ΕΕ).

Δύο είναι οι σημαντικότερες τάσεις που μεταβάλλουν την οργάνωση της φροντίδας ηλικιωμένων από τη δεκαετία του 1990: πρώτον, η στροφή από την ιδρυματική φροντίδα προς τη φροντίδα κατ' οίκον και την κοινότητα, και, δεύτερον, η στροφή από τις δημόσιες προς τις ιδιωτικές υπηρεσίες φροντίδας. Οι εν λόγω τάσεις μπορούν να συμπληρωθούν και από δύο άλλες: την παροχή κινήτρων σε συγγενείς των ηλικιωμένων για συστηματική εμπλοκή τους στην παροχή άτυπης φροντίδας και τη διεύρυνση των πηγών χρηματοδότησης του συστήματος. Οι τάσεις και οι πολιτικές επιλογές έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη διαμόρφωση της αγοράς υπηρεσιών φροντίδας, στη σύνθεση και την επάρκεια του εργατικού δυναμικού, στις εργασιακές σχέσεις στον κλάδο της φροντίδας ηλικιωμένων, καθώς και στην ποιότητα της τελευταίας (Simonazzi, 2009).

Στροφή από την ιδρυματική στην κατ' οίκον φροντίδα. Η υποκατάσταση της φροντίδας σε οίκους ευγηρίας με την κατ' οίκον φροντίδα είναι μια γενικευμένη τάση που διατηρείται. Είχε και εξακολουθεί να έχει σκοπό να καθυστερήσει την είσοδο των ηλικιωμένων ατόμων σε ίδρυμα, ώστε να μειώσει τις δημόσιες δαπάνες για ένα ακριβό είδος φροντίδας, και να ανταποκριθεί στις προτιμήσεις των ηλικιωμένων ατόμων για παραμονή στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού τους.

Ως αποτέλεσμα της ανωτέρω τάσης, εδώ και τριάντα χρόνια, η διαθεσιμότητα θέσεων σε μονάδες κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων έχει μειωθεί, ιδιαίτερα στις σκανδιναβικές χώρες. Αντίθετα, στις χώρες της Νότιας και Ανατολικής Ευρώπης οι θέσεις αυτές αυξάνονται, αν και η ζήτηση ξεπερνά ακόμα κατά πολύ την προσφορά (Spasova, 2018).

Η στροφή από την ιδρυματική προς την κατ' οίκον φροντίδα πραγματοποιείται μέσω κρατικών πολιτικών προώθησης τόσο της τυπικής όσο και της άτυπης οικιακής φροντίδας, με κύριο εργαλείο τα επιδόματα φροντίδας προς ηλικιωμένους/ες ή/και άτυπες/ους φροντίστριες/ές. Όταν τα επιδόματα χρησιμοποιούνται για να αγοράσουν ιδιωτικές υπηρεσίες, τότε συμβάλλουν στην εμπορευματοποίηση των υπηρεσιών φροντίδας, ενώ όταν χρησιμοποιούνται για να αποζημιώσουν τις/τους οικογενειακές/ούς φροντίστριες/ές οδηγούν στη μερική επανοικογενειοποίηση της φροντίδας (Ranci & Pavolini, 2015).

Μερική οικογενειοποίηση της φροντίδας. Από τη δεκαετία του 1990, αναπτύχθηκε μια νέα προσέγγιση, ιδιαίτερα στις χώρες όπου ίσχυε το μοντέλο της άτυπης φροντίδας, βασισμένη στην αντίληψη της υποστήριξης των οικογενειακών φροντιστριών/ών με επαγγελματικές υπηρεσίες μέσω επιδομάτων φροντίδας, ενώ, από το 2000 και μετά, όλες οι χώρες ευθυγραμμίστηκαν με την τάση επιστροφής στην οικογένεια ή υποβοήθησης των μελών της να εμπλακούν στην άτυπη φροντίδα, γενικεύοντας τα επιδόματα στις/στους φροντίστριες/ές (Arlotti et al., 2023). Οι Pfau-Effinger και συνεργάτες (2009) υποστηρίζουν ότι αυτές οι αλλαγές επιδίωξαν να οικοδομήσουν έναν νέο ημι-επίσημο ρόλο για τις/τους άτυπες/ους φροντίστριες/ές, που χαρακτηρίζεται από τη δημόσια αναγνώριση των δεξιοτήτων και της εργασίας φροντίδας μέσα σε ένα νομικό πλαίσιο, το οποίο όμως παραμένει αντιφατικό λόγω έλλειψης μιας τυπικής σύμβασης εργασίας.

Γενικότερα, η σχέση κράτους-οικογένειας έχει αλλάξει σε πολύ μεγάλο βαθμό τις τελευταίες δεκαετίες. Η παροχή άτυπης φροντίδας δεν θεωρείται πλέον ούτε «φυσική» ούτε έμμεσα διαθέσιμη συμπεριφορά, ενώ οι πολιτικές που αναπτύσσουν οι κυβερνήσεις αποσκοπούν να καταστήσουν την άτυπη φροντίδα ημι-επίσημη εργασία (Arlotti et al., 2021).

Στροφή προς τις ιδιωτικές υπηρεσίες φροντίδας. Η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα αποτελεί μια γενικευμένη τάση και είναι αποτέλεσμα τόσο της ανάθεσης υπηρεσιών, που παρέχονταν πριν από την τοπική αυτοδιοίκηση, σε φορείς του κερδοσκοπικού ή μη κερδοσκοπικού ιδιωτικού τομέα όσο και της μετατόπισης από την άμεση παροχή δημόσιων υπηρεσιών στους πολίτες στη χορήγηση σε αυτούς επιδομάτων ή κουπονιών φροντίδας, με τα οποία μπορούν να αγοράζουν ιδιωτικές υπηρεσίες (Anttonen & Karsio, 2017· Pfau-Effinger et al., 2011).

Αναδιοργάνωση υπηρεσιών και αγορά εργασίας της φροντίδας. Η τάση αναδιοργάνωσης του μείγματος υπηρεσιών φροντίδας έχει μεγάλες επιπτώσεις στη σύνθεση του εργατικού δυναμικού και τις εργασιακές σχέσεις στην αγορά εργασίας της φροντίδας (Bettio & Verashchagina, 2012). Οι χώρες που παρέχουν δημόσιες υπηρεσίες άμε-

σα ή με ανάθεση σε ιδιώτες (Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο) ή παρέχουν στους/στις ηλικιωμένους/ες επιδόματα υπό τον όρο ότι αυτοί/ές θα τα δαπανήσουν για την αγορά υπηρεσιών φροντίδας (δεσμευτικά επιδόματα), ευνοούν την ανάπτυξη μιας επίσημης αγοράς φροντίδας, στην οποία μπορούν να κατοχυρωθούν τα εργασιακά και κοινωνικά δικαιώματα, να αυξηθούν οι μισθοί, να βελτιωθούν οι όροι εργασίας, να αναπτυχθεί ο συνδικαλισμός. Αντίθετα, μια κρατική πολιτική που βασίζεται στη χορήγηση επιδομάτων χωρίς προϋποθέσεις (μη δεσμευτικά επιδόματα), ενισχύει, ενισχύει την άτυπη αμειβόμενη εργασία (Simonazzi, 2009).

Οι χώρες με πιο ρυθμισμένες αγορές εργασίας και υψηλή συμμετοχή εργατικού δυναμικού έχουν σημειώσει μεγαλύτερη επιτυχία στην εξασφάλιση επαρκούς προσφοράς γηγενών εργαζομένων για την κάλυψη της ζήτησης. Σε αυτές τις χώρες, η ποιότητα της μακροχρόνιας φροντίδας θεωρείται συνήθως αρκετά υψηλή. Αντίθετα, όπου οι αγορές εργασίας είναι απελευθερωμένες ή όπου οι αγοραστές υπηρεσιών ήταν ελεύθεροι να δαπανήσουν τα επιδόματά τους χωρίς περιορισμούς, η αγορά δεν είναι σε θέση να παραγάγει μια βιώσιμη λύση όσον αφορά την ποσότητα και την ποιότητα του εργατικού δυναμικού φροντίδας. Το κυρίαρχο πολιτικό ερώτημα είναι, επομένως, εάν οι κυβερνήσεις είναι πρόθυμες να επενδύσουν τους απαιτούμενους πόρους για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας.

4. ΟΗΕ, ΟΟΣΑ και ΕΕ: Συστάσεις πολιτικής μακροχρόνιας φροντίδας

Οι μεταρρυθμίσεις των συστημάτων φροντίδας ηλικιωμένων στην Ευρώπη, των οποίων περιγράψαμε τις βασικές κατευθύνσεις στην προηγούμενη ενότητα, πλαισιώθηκαν από κείμενα και συστάσεις πολιτικής των διεθνών οργανισμών, που διαμορφώθηκαν από τα κυρίαρχα παραδείγματα μεταρρυθμίσεων και τις καλές πρακτικές στα κράτη μέλη που χρονικά προηγήθηκαν και επηρέασαν/επηρεάζουν, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, αυτές στα υπόλοιπα κράτη μέλη τους.

Οι συστάσεις των διεθνών οργανισμών για την πολιτική μακροχρόνιας φροντίδας ξεκινούν προς τα τέλη της δεκαετίας του 1990 και εντάσσονται σε μια στρατηγική πρόληψης των επιπτώσεων της γήρανσης του πληθυσμού στις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες στην κοινωνική τους ευημερία, ζήτημα που είχε αρχίσει να απασχολεί αρκετές κυβερνήσεις από τις αρχές της ίδιας δεκαετίας.

Το 1998, ο ΟΟΣΑ είναι ο πρώτος διεθνής οργανισμός που περιλαμβάνει την ανάπτυξη πολιτικών παροχής φροντίδας προς τους ηλικιωμένους και τη βελτίωση της οικονομικής αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας στις επτά αρχές-συστάσεις του προς τα κράτη μέλη του στην έκθεσή του για τη **διατήρηση της ευημερίας σε γηράσκουσες κοινωνίες** (OECD, 1998). Οι κατευθύνσεις πολιτικής της σύστασης αντανakλούν τη βασική μέριμνα για τη συγκράτηση του δημοσιονομικού κόστους: (α) Η μακροχρόνια φροντίδα αποτελεί φυσικό κίνδυνο ζωής και γι' αυτό πρέπει να χρηματοδοτείται εν μέρει από τον

πληθυσμό εργάσιμης ηλικίας (ασφάλιση, αποταμίευση)· (β) το κράτος οφείλει να καλύπτει τις καταστροφικές δαπάνες και παράλληλα να δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην κατ' οίκον και λιγότερο στην ιδρυματική φροντίδα· (γ) η παροχή μακροχρόνιας φροντίδας στα νοσοκομεία πρέπει να αποφεύγεται· (δ) η δε πολιτική μακροχρόνιας φροντίδας πρέπει να εναρμονίζεται με τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, ώστε να επιτυγχάνεται ο βέλτιστος συνδυασμός στοιχείων υγείας και φροντίδας.

Το 2002, ακολούθησε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος ενέταξε στις συστάσεις του προς τα κράτη μέλη του ΟΗΕ για την **πολιτική της ενεργής γήρανσης**, την «ανάπτυξη ενός συνεχούς οικονομικά προσιτών, προσβάσιμων, υψηλής ποιότητας και ηλικιακά φιλικών υπηρεσιών υγείας και φροντίδας για την κάλυψη των αναγκών και δικαιωμάτων ανδρών και γυναικών καθώς γερνούν» (WHO, 2002). Η σύσταση εξειδικεύτηκε σε μια σειρά από κατευθύνσεις πολιτικής που συνιστούν και σήμερα τους βασικούς πυλώνες μιας πολιτικής μακροχρόνιας φροντίδας. Αυτές περιλαμβάνουν: (α) την παροχή ενός συνεχούς φροντίδας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, το οποίο περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη ασθενειών, την κατάλληλη θεραπεία χρόνιων παθήσεων, την ισότιμη παροχή υποστήριξης από την κοινότητα, καθώς και μακροχρόνιας και παρηγορητικής φροντίδας· (β) την πρόσβαση όλων σε ποιοτική πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη και υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας· (γ) την αναγνώριση των έμφυλων διαφορών στο βάρος της άτυπης φροντίδας, μέτρα στήριξης των άτυπων φροντιστριών/ών (ανακουφιστική φροντίδα, πλασματικά συντάξιμα έτη, χρηματικά επιδόματα, εκπαίδευση-κατάρτιση, παροχή νοσηλευτικών κατ' οίκον υπηρεσιών) και κάλυψη των αναγκών των πιο ηλικιωμένων φροντιστριών/ών· (δ) επαρκείς μισθούς και συνθήκες εργασίας για τις/τους επαγγελματίες φροντίστριες/ές, με ιδιαίτερη μέριμνα για τις/τους ανειδίκευτες/ους και αυτές/ούς με χαμηλό επαγγελματικό και κοινωνικό στάτους· (ε) την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ολοκληρωμένης φροντίδας σε ηλικιωμένους/ες με άνοια και άλλα νευρολογικά και νοσητικά προβλήματα· (στ) τη βελτίωση του συντονισμού μεταξύ συστημάτων υγείας και κοινωνικής φροντίδας και την υιοθέτηση προδιαγραφών ποιότητας φροντίδας· (ζ) πολιτικές, προγράμματα και υπηρεσίες που διευκολύνουν τα ηλικιωμένα άτομα να παραμείνουν στο σπίτι τους καθώς γερνούν· (η) μια ολοκληρωμένη προσέγγιση της μακροχρόνιας φροντίδας από επίσημες/ους και άτυπες/ους φροντίστριες/ές, που προωθεί τη συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και εμπλέκει όλα τα επίπεδα διοίκησης, την κοινωνία των πολιτών και τον μη κερδοσκοπικό τομέα· (θ) την εξασφάλιση ποιοτικής ιδρυματικής φροντίδας για άνδρες και γυναίκες που έχουν ανάγκη τέτοιας φροντίδας όταν γερνούν.

Αν και σχεδόν όλα τα συστατικά στοιχεία μιας πολιτικής μακροχρόνιας φροντίδας εμπεριέχονταν ήδη στα πρώτα κείμενα των δύο ανωτέρω οργανισμών, η πολιτική αυτή εδραιώθηκε ως διακριτό πεδίο, το οποίο οργανώνει τη συνέργεια των συστημάτων υγείας και κοινωνικής φροντίδας, περίπου μία δεκαετία αργότερα. Μεσολάβησε ένα μεγάλο πρόγραμμα του ΟΟΣΑ (2001-04) που εξέτασε τις βασικές προϋποθέσεις βελτίωσης των επιδόσεων των συστημάτων υγείας και φροντίδας σε

19 κράτη μέλη του και κατέληξε στην πρώτη μεγάλη έκθεση διεθνούς οργανισμού αφιερωμένη στη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων (OECD, 2005).

Η Έκθεση εμβάθυνε στην έννοια του «**συνεχούς φροντίδας**», που αποτελεί το μέτρο για το πόσο επιτυχημένα συνδυάζονται διαφορετικές υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας στο επίπεδο του ηλικιωμένου ατόμου, απαιτώντας από τις υπηρεσίες να έχουν μια συνολική άποψη για τις προσωποποιημένες ανάγκες κάθε ατόμου. Ο πολιτικός στόχος πίσω από την έννοια του συνεχούς φροντίδας είναι, πρώτον, ο καλύτερος συντονισμός του εύρους υπηρεσιών που χρειάζονται οι χρήστες/ριες και οι οικογένειές τους σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή και, δεύτερον, η καλύτερη διαχείριση των μεταβάσεων μεταξύ υπηρεσιών και περιβαλλόντων υπηρεσιών, καθώς οι ανάγκες του/της ασθενούς αλλάζουν και εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου. Το συνεχές της φροντίδας αναφέρεται επίσης στην αλληλεπίδραση μεταξύ οξείας περίθαλψης (acute care), φροντίδας αποκατάστασης (rehabilitation) και μακροχρόνιας φροντίδας (long-term care), καθώς και στη μεγαλύτερη εστίαση σε άτομα με συγκεκριμένες ανάγκες, όπως άτομα που πάσχουν από άνοια και τις/τους φροντίστριές/ές τους (OECD, 2005: 33-35). Το 2011, μια νεότερη έκθεση του ΟΟΣΑ, έδωσε έμφαση στις πολιτικές προσέγκυσης και συγκράτησης του εργατικού δυναμικού στον επίσημο τομέα φροντίδας και σε αυτές της στήριξης των άτυπων φροντιστριών/ών (Colombo et al., 2011).

Ο ΠΟΥ επανήλθε στο προσκήνιο κάποια χρόνια αργότερα με την *Παγκόσμια Έκθεση για τη Γήρανση και την Υγεία* (WHO, 2015), η οποία πρότείνει η μακροχρόνια φροντίδα να αναγνωριστεί ως **δημόσιο αγαθό**, σε συνδυασμό με το τεράστιο κοινωνικό και οικονομικό κόστος που συνεπάγεται η μη αναγνώρισή της, καθώς και να προσανατολιστεί στη βελτιστοποίηση της εγγενούς ικανότητας των ηλικιωμένων ατόμων στην αντιστάθμιση, όταν δεν υπάρχει ικανότητα, ώστε να διατηρηθεί η λειτουργική ικανότητα και να εξασφαλιστεί η αξιοπρέπεια και η ευημερία τους. Σύστηνε επίσης την **εξατομικευμένη προσέγγιση/καθοδήγησή τους** (case management), ώστε να εξασφαλίζεται η **προσωποποιημένη και ολοκληρωμένη φροντίδα** τους μέσα από τα συστήματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Η πανδημία Covid-19 κατέστησε δημόσια φανερό το πόσο σημαντική είναι η φροντίδα για την επιβίωση και την αναπαραγωγή των κοινωνιών και πόσο μεγάλα κενά παρουσιάζουν τα συστήματα φροντίδας ηλικιωμένων ακόμα και στις πιο αναπτυγμένες χώρες. Ο ΟΟΣΑ και ο ΠΟΥ άρχισαν να δημοσιεύουν ξανά εκθέσεις με αναλύσεις και προτάσεις πολιτικής για τη μακροχρόνια φροντίδα (WHO, 2021· Rocard & Llana-Nozal, 2021· OECD, 2023). Το τελευταίο κείμενο συστάσεων πολιτικής του ΠΟΥ συνοψίζει ως εξής τις βασικές αρχές μιας πολιτικής μακροχρόνιας φροντίδας που έχει στόχο τη διασφάλιση των δικαιωμάτων, της αξιοπρέπειας και της ευημερίας των εξαρτημένων ατόμων: Παροχή ενός συνεχούς (continuum) φροντίδας, ενσωματωμένης σε **πακέτα υπηρεσιών** υγείας και κοινωνικής στήριξης, ευθυγραμμισμένης με τις **αξίες και προτιμήσεις** των χρηστών/ριών της, των άτυπων φροντιστριών/ών, των οικογενειών και των κοινοτήτων, και οργανωμένης

σε περιβάλλοντα φροντίδας που επιτρέπουν στους/στις χρήστες/ριες φροντίδας να παραμείνουν όσο το δυνατόν περισσότερο **ενεργοί/ές και ενσωματωμένοι/ες** σε τοπικά κοινωνικά δίκτυα (WHO Regional Office for Europe, 2022).

Η ΕΕ καθυστέρησε πολύ να δραστηριοποιηθεί στο πεδίο της μακροχρόνιας φροντίδας. Ένα μόλις έτος μετά την υιοθέτηση της Στρατηγικής της Λισαβόνας (2000), η ΕΕ ενέταξε μεν τις πολιτικές υγείας των κρατών μελών της στην Ανοικτή Μέθοδο Συντονισμού (Commission of the European Communities, 2001), αλλά δεν κατάφερε να αναγνωρίσει την πολιτική μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων ως διακριτό πεδίο πολιτικής, αλλά μόνο ως παρακολούθημα της πολιτικής υγείας. Έπρεπε να έρθει ο Ευρωπαϊκός Πυλώνας Κοινωνικών Δικαιωμάτων, το 2017, μετά τη Μεγάλη Ύφεση του 2008, για να αναγνωριστεί το δικαίωμα κάθε ανθρώπου σε οικονομικά προσιτή και ποιοτική μακροχρόνια φροντίδα (European Union, 2017) και, στη συνέχεια, η πανδημία Covid-19, για να εκπονηθεί η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τη Φροντίδα (European Commission, 2022) και να υιοθετηθεί η Σύσταση του Συμβουλίου της ΕΕ για τη Μακροχρόνια Φροντίδα (Council of the European Union, 2022). Αν και η Σύσταση δεν αποτελεί νομικά δεσμευτικό κείμενο για τα κράτη μέλη της ΕΕ, το θετικό της στοιχείο είναι ότι συγκέντρωσε σε ένα ενιαίο πλαίσιο πολιτικής όλες τις βασικές αρχές και κατευθύνσεις πολιτικής που είχαν αναπτύξει μέχρι τότε ο ΠΟΥ και ο ΟΟΣΑ για την οικοδόμηση αποτελεσματικών εθνικών συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας, δηλαδή το συνεχές της φροντίδας, την προσωποποιημένη προσέγγιση των αναγκών, την έμφαση στις κατ' οίκον υπηρεσίες και τις υπηρεσίες στην κοινότητα, την εφαρμογή κριτηρίων και προδιαγραφών ποιότητας για όλες τις υπηρεσίες και τα περιβάλλοντα φροντίδας και ενός μηχανισμού διασφάλισής τους, τις επαρκείς αμοιβές, τη ρύθμιση των συνθηκών εργασίας και τη συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση των εργαζόμενων στον επίσημο τομέα, την επαγγελματοποίηση των προσωπικών φροντιστριών/ών, τη στήριξη των άτυπων φροντιστριών/ών. Επίσης, συνέστησε τη δημιουργία διόδων προς ένα καθεστώς κανονικής απασχόλησης για τις/τους αδήλωτες/ους φροντίστριες/ές και νόμιμων μεταναστευτικών οδών για την προσέλκυση εργαζόμενων, με προοπτική κοινωνικής ενσωμάτωσης των μεταναστριών/ών.

Δεδομένου ότι η κοινωνική πολιτική αποτελεί αρμοδιότητα των κρατών μελών της ΕΕ, είναι στη διακριτική ευχέρεια των τελευταίων αν θα εμπνευστούν και σε ποιο βαθμό από τη Σύσταση και, πολύ περισσότερο, από τις μεταρρυθμίσεις που έχουν ήδη λάβει χώρα στις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ και την αποτίμησή τους.

5. Συμπεράσματα

Εδώ και τρεις δεκαετίες, τα ευρωπαϊκά συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων αποτελούν αντικείμενο διαρκών μεταρρυθμίσεων και έχουν απολέσει τα παραδοσιακά χαρακτηριστικά τους, βάσει των οποίων υπήρχε η διάκριση μεταξύ

αυτών που στηρίζονταν στα μέλη της οικογένειας για την παροχή φροντίδας στα ηλικιωμένα άτομα και εκείνων που στηρίζονταν στις δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας που παρείχε το κράτος. Σήμερα, διαφοροποιούνται ανάλογα με την κλίμακα και την ένταση της κρατικής παρέμβασης και το εάν η τελευταία γίνεται μέσω υπηρεσιών, που αντιμετωπίζουν το ηλικιωμένο άτομο ως πολίτη, ή μέσω επιδομάτων, που το αντιμετωπίζουν ως καταναλωτή που επιλέγει τις υπηρεσίες της προτίμησής του.

Παρά τις διαφορές ως προς τα χαρακτηριστικά τους, τα ευρωπαϊκά συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων αντιμετωπίζουν κοινές προκλήσεις, εκ των οποίων η δημογραφική γήρανση δεν αποτελεί ούτε τη μοναδική αλλά ούτε και την πιο σημαντική στις μισές περίπου χώρες της ΕΕ. Στις τελευταίες χώρες, ίσως οι πιο σημαντικές προκλήσεις είναι η συνεχιζόμενη τάση περιορισμού της διαθεσιμότητας των μελών της οικογένειας να παρέχουν άτυπη φροντίδα, ιδίως των ώριμων γυναικών ηλικίας 55 ετών και άνω, καθώς και οι δυσκολίες κάλυψης των αναγκών εργατικού δυναμικού στον επίσημο τομέα της φροντίδας, ο οποίος μάλιστα καλείται να αναπτυχθεί και να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών του για να ανταποκριθεί στην αύξηση του υπέργηρου πληθυσμού.

Ως αποτέλεσμα των αλληπάλληλων μεταρρυθμίσεων των τελευταίων δεκαετιών, τα συστήματα φροντίδας ηλικιωμένων στην Ευρώπη βρίσκονται σε μετάβαση προς ένα διαφορετικό μείγμα φροντίδας μεταξύ οικογένειας-κράτους-αγοράς και μεταξύ διαφορετικών μορφών φροντίδας. Ο ιδιωτικός τομέας αναπτύσσεται, ενώ συντελείται μερική επανοικογενειοποίηση της φροντίδας και το κράτος υποχωρεί, με σχεδιασμένη και συστηματική κρατική παρέμβαση. Επίσης, η ακριβή ιδρυματική φροντίδα περιορίζεται προς όφελος της φθηνότερης κατ' οίκον φροντίδας, η οποία συγκεντρώνει την προτίμηση των ηλικιωμένων. Στην αναδιοργάνωση του τομέα της φροντίδας ηλικιωμένων πρυτανεύει, αν και όχι πάντοτε φανερά, ο στόχος της συγκράτησης του δημοσιονομικού κόστους.

Οι πολιτικές επιλογές, που αφορούν την αναδιοργάνωση των ευρωπαϊκών συστημάτων φροντίδας ηλικιωμένων ως προς το είδος των παροχών και των παρόχων που θα καθορίσουν το νέο μείγμα φροντίδας, θα επηρεάσουν και το εάν ο επίσημος τομέας της φροντίδας σε αυτά τα συστήματα θα μπορέσει να αναπτυχθεί και να εξασφαλίσει καλούς μισθούς και καλές συνθήκες εργασίας σε ένα καλά εκπαιδευμένο προσωπικό που παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας. Αυτό είναι εφικτό εάν η προτεραιότητα δοθεί στην ανάπτυξη δημόσιων υπηρεσιών και ρυθμιστεί η ποιότητα υπηρεσιών που παρέχει ο ιδιωτικός τομέας και οι εργασιακές σχέσεις σε αυτόν. Εάν, αντίθετα, η πολιτική μακροχρόνιας φροντίδας ενθαρρύνει με επιδόματα και κίνητρα την άτυπη οικογενειακή φροντίδα και την άτυπη εργασία μεταναστριών/ών στο πλαίσιο της οικογένειας, τότε είναι αμφίβολο εάν θα μπορέσει να διασφαλιστεί η ποιότητα της φροντίδας και εάν τα συστήματα θα μπορέσουν να είναι μακροπρόθεσμα βιώσιμα.

Βιβλιογραφία

- Anttonen, A. & Karsio, O. (2017). How marketisation is changing the Nordic model of care for older people. In F. Martinelli, A. Anttonen & M. Matzke (eds), *Social Services Disrupted: Changes, Challenges and Policy Implications for Europe in Times of Austerity* (pp. 219-238). Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Ariaans, M., Linden, P. & Wendt, C. (2021). Worlds of long-term care: A typology of OECD countries. *Health Policy*, 125(5), May 2021, 609-617. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.009>
- Arlotti, M., Pavolini, E. & Ranci, C. (2023). Family and State Responsibility for Care for Older People. In M. Daly, B. Pfau-Effinger, N. Gilbert & D. Besharov (eds), *The Oxford Handbook of Family Policy Over the Life Course* (pp. 917-938). Oxford: OUP.
- Bettio, F. & Verashchagina, A. (2012). *Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/6f79fa54-1199-45e0-bbf3-2619c21b299a>
- Bettio, F., Simonazzi, A. & Villa, P. (2006). Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16(3), 271-285. <https://doi.org/10.1177/095892870606>
- Commission of the European Communities (2001). The Future of Health Care and Care for the Elderly: Guaranteeing Accessibility, Quality and Financial Viability. COM (2001) 723 final. Brussels 5.12.2001. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:52001DC0723>
- Council of the European Union (2022). *Council Recommendation of 8 December 2022 on access to affordable high quality long-term care*. 2022/C 476/01. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=oj:JOC_2022_476_R_0001
- Da Roit, B., Ferrer, A.-G. & Moreno-Fuentes, F.-H. (2013). The Southern European migrant-based care model. *European Societies*, 15(4), 577-596. <https://doi.org/10.1080/14616696.2013.836405>
- Eurofound (2020). *Long-term care workforce: Employment and working conditions*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2806/36712>
- European Commission (2021). *Long Term Care Report: trends, challenges and opportunities in an ageing society*. Vol. 1. Report prepared by the DG for Employment, Social Affairs and Inclusion, and the Social Protection Committee. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/677726>
- European Commission (2022). *European Care Strategy*. COM (2022) 440 final. Brussels, 7.9.2022. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0440>
- European Commission (2023). *2024 Ageing Report Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. Institutional Paper 257, European Economy. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2765/960576>
- European Commission (2024). *2024 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the EU Member States (2022-2070)*. Institutional Paper 279, European Economy. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2765/022983>
- European Labour Authority (2025). *EURES Report on labour shortages and surpluses in Europe 2024*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2883/9158114>
- European Union (2017). *Interinstitutional Proclamation on the European Pillar of Social Rights*. OJ 428, 13.12.2017. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=oj:JOC_2017_428_R_0009
- OECD (1998). *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264163133-en>
- OECD (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>
- OECD (2023). *Beyond Applause – Long-term care workers and working conditions*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en>

- Pacolet, J., Bouten, R., Lanoye, H. & Versieck, K. (1999). *Social protection for dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway*. Synthesis report commissioned by the European Commission and the Belgian Minister of Social Affairs. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Pavolini, E. (2021). *Long-term care social protection models in the EU*. European Social Policy Network (ESPN). Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/670f407f-3572-11ed-9c68-01aa75ed71a1/language-en>
- Pfau-Effinger, B., Flaquer, L. & Jensen, P. (2009). Formal and Informal Work in European Societies. In B. Pfau-Effinger, L. Flaquer & P. Jensen (eds), *Formal and Informal Work: The Hidden Work Regime in Europe* (pp. 193-222). London and New York: Routledge.
- Pfau-Effinger, B., Jensen, P. & Och, R. (2011). Tensions between 'consumerism' in elderly care and the social rights of family carers: a German-Danish comparison. *Nordic Journal of Social Research*, 2(1), 7-22. <https://doi.org/10.1111/spol.12502>
- Ranci, C. & Pavolini, E. (2013). Institutional Change in Long-Term Care: Actors, Mechanisms and Impacts. In C. Ranci & E. Pavolini (eds), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts* (pp. 269-314). New York: Springer.
- Ranci, C. & Pavolini, E. (2015). Not all that glitters is gold: Long-term care reforms in the last two decades in Europe. *Journal of European Social Policy*, 25(3), 270-285. <https://doi.org/10.1177/09589287155887>
- Rocard, E. & Llana-Nozal, A. (2022). Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind. *OECD Health Working Papers*, No. 140. <https://dx.doi.org/10.1787/0f0c0d52-en>
- Simonazzi, A. (2009). Care Regimes and National Employment Models. *Cambridge Journal of Economics*, 33(2), 211-232. <https://doi.org/10.1093/cje/ben043>
- World Health Organization, WHO (2002). *Active Aging. A Policy Framework*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/0418705f-1c82-4fe2-82d6-d4faee89dfa0/content>
- World Health Organization, WHO (2015). *World Report on Ageing and Health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
- World Health Organization, WHO (2021). *Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038844>
- World Health Organization, WHO, Regional Office for Europe (2022). *Rebuilding for sustainability and resilience: Strengthening the Integrated Delivery of Long-Term Care in the European Region*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5330-45095-64318>

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ: ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Το ελληνικό σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων: Ιδιαιτερότητες και προκλήσεις

Μαρία Καραμεσίνη

Εισαγωγή

Όπως είδαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, η Ελλάδα είναι το κράτος μέλος της ΕΕ με την πιο περιορισμένη κρατική παρέμβαση στο πεδίο της μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων. Στο παρόν κεφάλαιο δεν θα περιγράψουμε αναλυτικά το σύστημα επίσημης-τυπικής φροντίδας, το οποίο αποτελεί το αντικείμενο του επόμενου κεφαλαίου και για το οποίο υπάρχει ειδική βιβλιογραφία,¹ αλλά θα αναδείξουμε τα γενικά χαρακτηριστικά και τις ιδιαιτερότητες του όλου συστήματος, άτυπης-ανεπίσημης (informal) και επίσημης-τυπικής (formal) μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων,² καθώς και τους λόγους που υπαγορεύουν τη μεταρρύθμισή του.

Θα δείξουμε, συγκεκριμένα, ότι το σκέλος της κοινωνικής (δημόσιας) φροντίδας ηλικιωμένων είναι υπολειμματικό, δηλαδή πολύ περιορισμένο, διότι το συνολικό σύστημα παραμένει ισχυρά οικογενειοκεντρικό ως προς την οργανωτική του λογική και βασισμένο σε παραδοσιακούς έμφυλους και κοινωνικούς ρόλους ως προς την παροχή φροντίδας, παρόλο που έχουν συντελεστεί μεγάλες αλλαγές τις τελευταίες δεκαετίες όσον αφορά τη συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας, τη δομή της οικογένειας, και τη ζωή στην κοινότητα. Αυτές οι αλλαγές έχουν περιορίσει τη δυνατότητα παροχής άτυπης φροντίδας στους ηλικιωμένους από μέλη της οικογένειάς τους, φίλους και γείτονες. Γήρανση του πληθυσμού και περιορισμός της προσφοράς άτυπης φροντίδας συνιστούν μείζονες προκλήσεις, κοινές για τα συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας όλων των οικονομικά αναπτυγμένων χωρών. Αυτά όμως διαφέρουν ως προς το εύρος και το είδος προσαρμογών που χρειάζονται για να αντεπεξέλθουν στην αυξανόμενη κοινωνική ζήτηση φροντίδας, και την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις. Λόγω του ισχυρά οικογενειοκεντρικού και

1. Βλ. Petmesidou, 2006· Triantafyllou et al., 2006· Mastroyiannakis et al., 2006· Καραμεσίνη & Μουκάνου, 2009· Karamessini, 2010· Tinios, 2017· Ziomas et al., 2018· Χατζηβαρνάβα, 2019· Lalioti et al., 2021· WHO/EURO, 2024.

2. Η επίσημη-τυπική φροντίδα παρέχεται από αμειβόμενους επαγγελματίες/εργαζόμενες-ους. Περιλαμβάνει τις κοινωνικές υπηρεσίες του κράτους και των δήμων (κοινωνική φροντίδα) και ιδιωτικές υπηρεσίες, ιδρυματικές ή κατ' οίκον, που πληρώνουν τα νοικοκυριά (ιδιωτική φροντίδα). Η άτυπη-ανεπίσημη φροντίδα παρέχεται από μέλη της οικογένειας, συγγενείς, φίλους και γείτονες.

υπολειμματικού του χαρακτήρα, το ελληνικό σύστημα δεν είναι πλέον βιώσιμο και συγκαταλέγεται μεταξύ αυτών που χρειάζονται ριζική αλλαγή.

Στην επόμενη (δεύτερη) ενότητα του κεφαλαίου θα αναφερθούμε στο μέγεθος των προκλήσεων που αντιμετωπίζει σήμερα το σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στη χώρα μας, δεδομένης της ταχύτατης γήρανσης του πληθυσμού και της μεγάλης αύξησης της συμμετοχής των γυναικών 50 ετών και άνω στο εργατικό δυναμικό. Στην τρίτη ενότητα θα αναδείξουμε στις ιδιαιτερότητες του ελληνικού συστήματος σε ευρωπαϊκή σύγκριση, δίνοντας έμφαση στην οργανωτική του λογική, στα κενά κάλυψης των αναγκών φροντίδας των ηλικιωμένων και στην έμφυλη διάσταση της παροχής φροντίδας. Η παρουσίαση των γενικών χαρακτηριστικών και της λογικής του συστήματος είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την εμβάθυνση και τη λεπτομερή ανάλυση, στα δύο επόμενα κεφάλαια, τόσο του επίσημου συστήματος στη χώρα μας όσο και των (ιστορικά μεταβαλλόμενων) χαρακτηριστικών της ελληνικής οικογένειας και των διαγενεακών σχέσεων αλληλεγγύης στο εσωτερικό της. Το κεφάλαιο κλείνει με τους λόγους που στοιχειοθετούν τη ριζική μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος φροντίδας ηλικιωμένων και με τα διλήμματα πολιτικής, με τα οποία μια τέτοια μεταρρύθμιση θα έρθει μοιραία αντιμέτωπη, μέσα σε ένα περιβάλλον επιβεβλημένης δημοσιονομικής πειθαρχίας εντός της ΕΕ, την οποία αντιμετωπίζουν και τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας.

1. Οι μεγάλες προκλήσεις: Δημογραφική γήρανση και αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στο εργατικό δυναμικό

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρεται συνήθως στη γήρανση του πληθυσμού και στην αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στο εργατικό δυναμικό ως τις μείζονες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων και ανάπηρων ατόμων στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες (βλ. κεφάλαια 2 και 5 του παρόντος τόμου). Η γήρανση του πληθυσμού αυξάνει τις ανάγκες φροντίδας, ενώ η αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στο εργατικό δυναμικό μειώνει τη διαθεσιμότητα παροχής άτυπης φροντίδας. Στην πραγματικότητα, και άλλες –δευτερεύουσες μεν, σημαντικές δε– αλλαγές μειώνουν την προσφορά άτυπης φροντίδας, όπως η απροθυμία συγκατοίκησης/γεινιάσσης των ενήλικων τέκνων με τους ηλικιωμένους γονείς, η μείωση του αριθμού παιδιών ανά οικογένεια, η αύξηση της γεωγραφικής κινητικότητας των παιδιών (εντός ή εκτός χώρας) για λόγους εργασίας ή άλλους, και η εγκατάστασή τους σε μεγάλη απόσταση από τη γονεϊκή κατοικία, οι μεταβολές στις πολιτισμικές αξίες εν γένει, αλλά και στις κοινωνικές σχέσεις στη γειτονιά και στην κοινότητα (ατομικισμός, υποχώρηση σχέσεων αλληλεγγύης κ.λπ.). Στην ενότητα αυτή θα εξετάσουμε μόνο τις μείζονες προκλήσεις, χωρίς να υποτιμούμε τις δευτερεύουσες, και τις ιδιαιτερότητες που αυτές παρουσιάζουν στην Ελλάδα.

1.1. Δημογραφική γήρανση: Αύξηση αναγκών (εντατικής) φροντίδας

Η γήρανση του πληθυσμού συνιστά μείζονα πρόκληση για όλα τα συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας, διότι αυξάνει τις ανάγκες φροντίδας όχι μόνο ως προς την έκταση, αλλά και την ένταση. Οι ανάγκες εντείνονται με την αύξηση του αριθμού αλλά και της μέσης ηλικίας των ηλικιωμένων. Διότι, όσο αυξάνει η μέση ηλικία του πληθυσμού των ηλικιωμένων, τόσο μεγαλώνουν η συχνότητα και η διάρκεια των χρόνιων και σοβαρών παθήσεων, άρα και οι ανάγκες εντατικής φροντίδας.

Η γήρανση του πληθυσμού συνιστά μεγάλη πρόκληση για τη χώρα μας, διότι η Ελλάδα είναι σήμερα η τρίτη πιο γηρασμένη χώρα της ΕΕ, μετά τη Φινλανδία και την Πορτογαλία, η ταχύτητα γήρανσης είναι πολύ υψηλή και ο πληθυσμός μειώνεται από το 2011, ενώ προβλέπεται ότι θα μειωθεί περαιτέρω τις επόμενες δεκαετίες. Συγκεκριμένα, ο πληθυσμός της χώρας μειώθηκε κατά 332,7 χιλιάδες άτομα μεταξύ 2011 και 2021, ως αποτέλεσμα της επιδείνωσης τόσο του φυσικού όσο και του μεταναστευτικού ισοζυγίου (Κοτζαμάνης, 2024), ενώ οι δημογραφικές προβλέψεις της ΕΕ, που περιλαμβάνονται στην τελευταία Έκθεση Γήρανσης (European Commission, 2024), υποδεικνύουν ότι, στο διάστημα 2022-2070, ο πληθυσμός της Ελλάδας θα έχει μειωθεί κατά 26%, ή 2,7 εκατομμύρια. Σύμφωνα με τις ίδιες προβλέψεις, το ποσοστό του πληθυσμού 65+ ετών θα έχει ανέλθει από το 22,8% στο 33% και αυτό του πληθυσμού 80+ ετών από το 7,1% στο 16,2%. Τούτο σημαίνει ότι στο παραπάνω διάστημα ο πληθυσμός 65-79 ετών θα έχει μειωθεί κατά περίπου 322 χιλιάδες, αυτός 80+ ετών θα έχει αυξηθεί κατά περίπου 525 χιλιάδες, ενώ ο συνολικός πληθυσμός των ηλικιωμένων 65+ ετών θα έχει αυξηθεί κατά 203 χιλιάδες.

Εξίσου σημαντικό είναι ότι το προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, μεταξύ 2022 και 2070, προβλέπεται να ανέβει κατά 7,7 έτη για τους άνδρες (από τα 78,8 στα 86,5 έτη) και κατά 6,2 έτη για τις γυναίκες (από τα 84,2 στα 90,4 έτη). Λόγω του υψηλότερου προσδόκιμου ζωής από τους άνδρες, οι γυναίκες καταλαμβάνουν μεγαλύτερο ποσοστό στον συνολικό υπέργηρο πληθυσμό.

Η μεγέθυνση του υπέργηρου πληθυσμού 80+ ετών στην Ελλάδα κατά 71% μεταξύ 2022 και 2070 και, συνακόλουθα, η αύξηση της συχνότητας και διάρκειας των χρόνιων και σοβαρών παθήσεων στον πληθυσμό των ηλικιωμένων θα επιφέρουν την εκτόξευση των αναγκών μακροχρόνιας αλλά και εντατικής φροντίδας ηλικιωμένων τις επόμενες δεκαετίες, απαιτώντας μεγάλες αλλαγές τόσο στο σύστημα υγείας όσο και σε αυτό της κοινωνικής φροντίδας. Ταυτόχρονα, θα συνεχίζεται η άνοδος και η ενίσχυση της εμπλοκής των γυναικών στην αμειβόμενη εργασία και, άρα, η μείωση της ικανότητας των οικογενειών να καλύψουν μέσω της άτυπης φροντίδας τις αυξανόμενες ανάγκες των ηλικιωμένων μελών τους, με όλο και πιο μακροχρόνια προβλήματα υγείας και αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης. Επομένως, η ικανοποίηση των αναγκών του πληθυσμού των ηλικιωμένων 80+ ετών αποτελεί ένα μεγάλο στοιχείο που οφείλει να κερδίσει το ελληνικό σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων, το οποίο ήδη σήμερα εμφανίζει τεράστια ελλείμματα/κενά φροντίδας, όπως θα δούμε στην επόμενη ενότητα.

Πίνακας 6.1. Μακροχρόνιοι περιορισμοί στις συνήθειες δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας, 2023 (% πληθυσμού ηλικιωμένων)

	65-74 έτη	75-84 έτη	85+ έτη
	Σοβαροί περιορισμοί		
ΕΕ-27	10,2	18,4	33,0
Ελλάδα	15,6	27,4	46,1
	Κάποιοι περιορισμοί		
ΕΕ-27	32,3	40,1	41,7
Ελλάδα	26,6	42,5	43,4
	Κάποιοι ή σοβαροί περιορισμοί		
ΕΕ-27	42,5	58,5	74,8
Ελλάδα	42,2	69,9	89,5

Πηγή: EU-SILC.

Η κατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου και υπέργηρου πληθυσμού σε μια χώρα αποτελεί το «σημείο εκκίνησης» που μπορεί να επαυξήσει ή να περιορίσει την κλίμακα των προς κάλυψη αναγκών και την ένταση της φροντίδας. Για παράδειγμα, όσο χειρότερη είναι η κατάσταση υγείας του πληθυσμού μιας χώρας, τόσο μεγαλύτερη πρόκληση αντιμετωπίζει το σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ηλικιωμένων στο παρόν και στο μέλλον. Από αυτή την άποψη, οι ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα είναι αυξημένες συγκριτικά με τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ, ιδιαίτερα μεταξύ των ατόμων ηλικίας 75+ ετών και όσων αντιμετωπίζουν μακροχρόνιους σοβαρούς περιορισμούς στις συνήθειες δραστηριότητές τους για λόγους υγείας (Πίνακας 6.1).

Επιπρόσθετα, το 2023, στις ηλικίες 75+ ετών, η Ελλάδα εμφάνιζε το τέταρτο υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων με ανάγκες εντατικής μακροχρόνιας φροντίδας λόγω σοβαρών λειτουργικών περιορισμών για λόγους υγείας στην ΕΕ και το πέμπτο υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων που έχουν γενικά ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας, σύμφωνα με την υποκειμενική τους αντίληψη. Την ίδια χρονιά, στην Ελλάδα, όπως και στην ΕΕ συνολικά, ένα υψηλότερο ποσοστό γυναικών απ' ό,τι ανδρών ηλικίας 75+ ετών (35,5% έναντι 28,9%) δήλωσαν ότι έχουν σοβαρούς περιορισμούς στις συνήθειες δραστηριότητές τους λόγω υγείας.

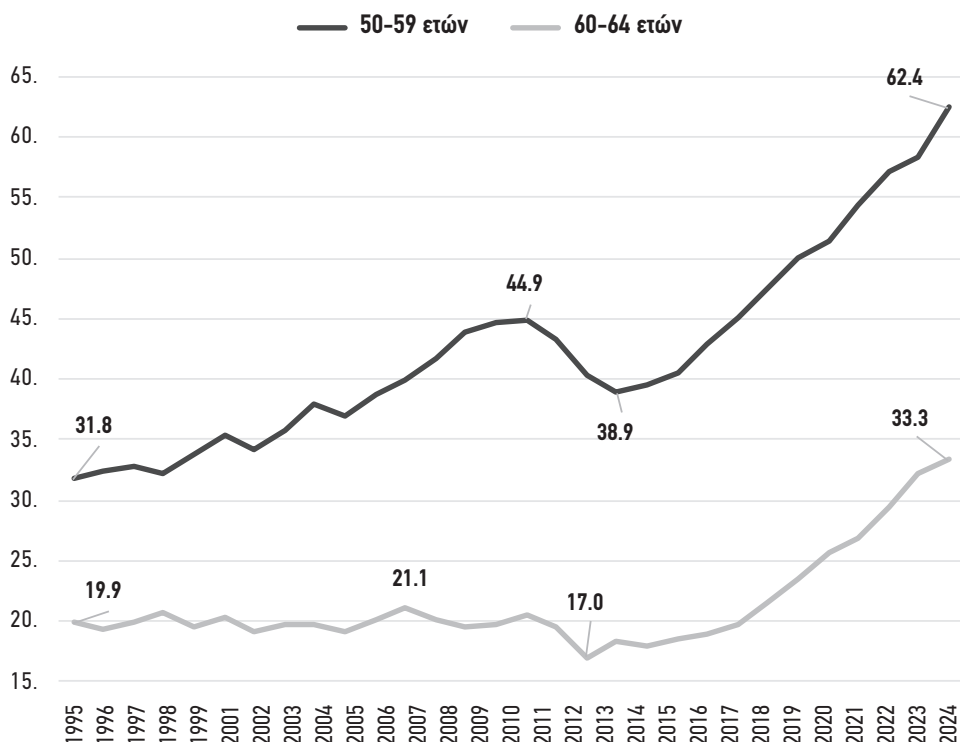
1.2. Αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στην αμειβόμενη εργασία: Μείωση της προσφοράς άτυπης φροντίδας

Από τη δεκαετία του 1980 μέχρι σήμερα, η επιτάχυνση του ρυθμού εισόδου των γυναικών στην ελληνική αγορά εργασίας προς αναζήτηση αμειβόμενης εργασίας συνδυάστηκε με τη θεαματική άνοδο του εκπαιδευτικού τους επιπέδου και την αστικοποίηση του πληθυσμού, ενώ η ηλικία εξόδου των γυναικών από το εργατικό δυναμικό καθορίστηκε από τις μεταρρυθμίσεις του συνταξιοδοτικού συστήματος (1992, 2010, 2012), οι οποίες κατέργησαν τις δυνατότητες πρόωρης συνταξιοδότησης και εξίσωσαν βαθμιαία την ηλικία συνταξιοδότησης μεταξύ ανδρών και γυναικών πρώτα για τις νεότερες και κατόπιν για τις παλαιότερες γενιές γυναικών (Καραμεσίνη, 2021). Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 6.1, μέσα σε τριάντα χρόνια, το ποσοστό απασχόλησης των γυναικών ηλικίας 50-59 ετών εκτινάχθηκε από το 31,8% (1995) στο 62,4% (2024), που αντιστοιχεί σε αύξηση κατά 31 ποσοστιαίες μονάδες, ενώ εκείνο των γυναικών ηλικίας 60-64 ετών από το 19,9% (1995) στο 33,3% (2024), που αντιστοιχεί σε αύξηση κατά 13 ποσοστιαίες μονάδες. Μάλιστα, αυτά συνέβησαν παρά τη μεσολάβηση της Μεγάλης Ύφεσης μεταξύ 2008 και 2013.

Η εντυπωσιακή άνοδος της συμμετοχής των γυναικών 50-64 ετών στην αμειβόμενη εργασία, στις κατεχοχίν ηλικίες που αυτές εμπλέκονται στη φροντίδα ηλικιωμένων μελών της οικογένειάς τους, έχει δραστικά ανατρέψει τα δεδομένα στο πεδίο της άτυπης φροντίδας ηλικιωμένων στη χώρα μας, με τις γυναίκες-κόρες των ανώτερων και μεσαίων εισοδηματικών τάξεων να αναζητούν να αναπληρώσουν τη μειωμένη δυνατότητα εμπλοκής τους στη φροντίδα με ιδιωτικά αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα για τους ηλικιωμένους γονείς και αυτές των κατώτερων εισοδηματικών τάξεων να επωμίζονται οι ίδιες το βάρος, σε συνδυασμό αλλά όχι εξίσου με τους αδερφούς-γιους, ταυτόχρονα με την αμειβόμενη εργασία τους και, ενδεχομένως, με άλλες υποχρεώσεις φροντίδας παιδιών, συζύγων κ.λπ. (βλ. και παρακάτω).

Η επιβάρυνση των εργαζόμενων γυναικών με τον φόρτο της άτυπης φροντίδας των ηλικιωμένων γονιών ή συζύγων προβλέπεται να αυξηθεί και τις επόμενες δεκαετίες, ενώ θα επεκταθεί και στις ηλικίες άνω των 65 ετών, λόγω της αύξησης της ηλικίας συνταξιοδότησης στα 67 έτη (μεταρρύθμιση 2012) και των προβλεπόμενων τα επόμενα χρόνια αναθεωρήσεων προς τα πάνω του ηλικιακού ορίου συνταξιοδότησης, βάσει της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και με σκοπό την εξασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος συντάξεων (μεταρρύθμιση 2016).

Διάγραμμα 6.1. Ποσοστό (%) απασχόλησης γυναικών 50-49 και 60-64 ετών στην Ελλάδα



Πηγή: Eurostat (online database), Ευρωπαϊκή Έρευνα Εργατικού Δυναμικού.

Σύμφωνα με τις δημογραφικές προβλέψεις της ΕΕ στην προαναφερθείσα Έκθεση Γήρανσης 2024 (European Commission, 2024), μεταξύ 2022 και 2070, το ποσοστό συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό των γυναικών ηλικίας 55-64 ετών θα αυξηθεί κατά 26,4 ποσοστιαίες μονάδες (από 44,8% στο 71,2%), ενώ εκείνο των γυναικών 65-74 κατά 15,8 ποσοστιαίες μονάδες (από 6% στο 21,7%).

Πόσο προετοιμασμένο είναι το ελληνικό σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων να αντιμετωπίσει τις ταυτόχρονες προκλήσεις της ταχείας γήρανσης του πληθυσμού και της συνεχιζόμενης αύξησης της συμμετοχής των γυναικών στην αμειβόμενη εργασία στις ηλικίες 50-67 ετών, οπότε οι γυναίκες αναλαμβάνουν, κυρίως ως κόρες και λιγότερο ως σύζυγοι, τη φροντίδα των ηλικιωμένων μελών της οικογένειάς τους; Σε ποιο βαθμό το βάρος της άτυπης φροντίδας των ηλικιωμένων μελών της οικογένειας είναι (αν)ισοκατανομημένο μεταξύ ανδρών και γυναικών; Για να απαντήσουμε στα παραπάνω ερωτήματα, θα εξετάσουμε τις ιδιαιτερότητες του ελληνικού συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας από τη σκοπιά της συμπεριληπτικότητας και της έμφυλης ισότητας.

2. Οι ιδιαιτερότητες του ελληνικού συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων: Οικογενειοκεντρικό και υπολειμματικό

Ο βαθμός συμπερίληψης αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό των συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων. Εξαρτάται από την επιλεκτικότητα των παροχών (θεσμική διάσταση) και το ύψος των πόρων που διατίθενται για τη χρηματοδότησή τους (οικονομική διάσταση), ενώ μετριέται με τον βαθμό κάλυψης των αναγκών φροντίδας των ηλικιωμένων. Οι τελευταίες καλύπτονται μόνο εν μέρει από όλα τα εθνικά συστήματα φροντίδας, με αποτέλεσμα να υπάρχουν κενά/ελλείμματα φροντίδας, τα οποία όμως διαφέρουν μεταξύ χωρών ως προς το μέγεθος.

2.1. Ελλείμματα/κενά φροντίδας και ο οικογενειοκεντρικός χαρακτήρας του ελληνικού συστήματος

Όπως είδαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, οι Pavinoli και συνεργάτες (2022) κατένειμαν τα εθνικά συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας των χωρών της ΕΕ σε έξι διαφορετικά μοντέλα, ανάλογα με το εύρος της κρατικής παρέμβασης και το εάν αυτή γίνεται μέσω υπηρεσιών ή επιδομάτων, και κατέταξαν την Ελλάδα, μαζί με άλλες χώρες της Ανατολικής και Νότιας Ευρώπης στο μοντέλο που χαρακτηρίζεται από περιορισμένη κρατική παρέμβαση. Το μοντέλο αυτό παρέχει το χαμηλότερο ποσοστό κάλυψης αναγκών από επίσημη φροντίδα, με αποτέλεσμα ένα υψηλό ποσοστό ηλικιωμένων με σοβαρό περιορισμό δραστηριότητας να κινδυνεύουν από φτώχεια φροντίδας, εάν δεν έχουν πρόσβαση σε επαρκή άτυπη φροντίδα.

Πρόσφατη μελέτη του ΟΟΣΑ (2023) παραθέτει στοιχεία για τα ελλείμματα/κενά φροντίδας το 2021 σε 20 από τις 27 χώρες της ΕΕ, κατόπιν επεξεργασίας των μικροδεδομένων της έρευνας SHARE (βλ. Πίνακα 2.2, στο κεφάλαιο 2 του παρόντος τόμου). Τα στοιχεία για την Ελλάδα δείχνουν ότι, το 2021, το 62% των ηλικιωμένων 65+ ετών με τουλάχιστον τρεις περιορισμούς καθημερινής δραστηριότητας δεν καλύπτονταν από επίσημη φροντίδα, ενώ το 29% δεν λάμβαναν καθόλου φροντίδα. Τα ποσοστά αυτά είναι αντίστοιχα το 8ο και το 9ο υψηλότερο μεταξύ των 20 χωρών της ΕΕ για τις οποίες έγινε επεξεργασία των μικροδεδομένων της SHARE, ενώ η Ελλάδα εμφανίζεται να ανήκει στην ίδια ομάδα με την Ιταλία και τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, που καλύπτουν τα κενά της επίσημης-τυπικής φροντίδας με υψηλά ποσοστά άτυπης-ανεπίσημης οικογενειακής φροντίδας, η οποία παρέχεται αποκλειστικά ή σε συνδυασμό με την επίσημη-τυπική. Έτσι, το 2021, η χώρα μας, μαζί με την Πολωνία, την Εσθονία και τη Σλοβακία, είχαν το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό κάλυψης των αναγκών των ηλικιωμένων με άτυπη φροντίδα (52%) μετά την Τσεχία (63%).

Τα ανωτέρω στοιχεία επιβεβαιώνουν ότι το ελληνικό σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων είναι **οικογενειοκεντρικό**, εφόσον διατηρεί ως **κεντρικό πυλώνα** την

οικογενειακή φροντίδα, την οποία παρέχουν μέλη της οικογένειας ή φίλοι. Τον κεντρικό ρόλο της οικογένειας στην παροχή φροντίδας στα μη αυτοεξυπηρετούμενα ηλικιωμένα μέλη της καταδείκνυαν τα στοιχεία της έρευνας SHARE για την Ελλάδα ήδη από το πρώτο κύμα (2004), τα οποία επεξεργάστηκε πρώτη η Λυμπεράκη (2009). Η τελευταία έδειξε, επιπλέον, ότι 65,6% των ατόμων 50+ ετών στην Ελλάδα, που συμμετείχαν σε εκείνο το κύμα, δήλωσαν ότι η φροντίδα των ηλικιωμένων είναι αποκλειστική ή κυρίως ευθύνη της οικογένειας. Το ποσοστό αυτό ήταν το υψηλότερο μεταξύ των 11 ευρωπαϊκών χωρών που συμμετείχαν στην έρευνα. Ωστόσο, αντίθετα με ό,τι θα περίμενε κανείς, με βάση τα στοιχεία για την Ελλάδα μεταγενέστερων κυμάτων της SHARE, η συμβολή της άτυπης φροντίδας στη συνολική παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους μειώθηκε μεταξύ 2007 και 2015, την περίοδο της μεγάλης κρίσης και των Μνημονίων, σε αντίθεση με τη συμβολή της επαγγελματικής φροντίδας, η οποία αυξήθηκε (Lyberaki & Tinios, 2018).

Στη χώρα μας, η διατήρηση από το ελληνικό σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων του οικογενειοκεντρικού του χαρακτήρα δεν αποτελεί έκπληξη, διότι, αφενός, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» των δήμων, που αποτελεί τη βασική δημόσια παροχή, εξακολουθεί να απευθύνεται μόνο σε ηλικιωμένους/ες που ζουν μόνοι/ες, είναι φτωχοί/ές και δεν έχουν οικογένεια ή δεν μπορούν να λάβουν φροντίδα από αυτή, και, αφετέρου, οι δημόσιες μονάδες φροντίδας κλειστού τύπου (Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων και Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων) συνεχίζουν να φιλοξενούν έναν ελάχιστο αριθμό ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας. Συνεπώς, στη σημερινή Ελλάδα, η **κοινωνική φροντίδα** παραμένει **υπολειμματική**, αφού το κράτος παρεμβαίνει μόνο επικουρικά, για να βοηθήσει τους ηλικιωμένους μόνο όταν είτε δεν υπάρχει οικογένεια είτε αυτή αδυνατεί να τους φροντίσει, ενώ η ιδρυματική-κλειστή φροντίδα προσκρούει στα πολιτισμικά πρότυπα, έχει υψηλό κόστος γιατί παρέχεται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα και καλύπτει και καλύπτει ένα πολύ χαμηλό ποσοστό ηλικιωμένων.³ Τέλος, το σχετικά χαμηλό ποσοστό συνδυαστικής χρήσης οικογενειακής και επίσημης φροντίδας παραπέμπει στην **περιορισμένη χρήση** από τους ηλικιωμένους **ιδιωτικών υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι**. Αυτή οφείλεται στην ανυπαρξία επιδομάτων φροντίδας και στο χαμηλό ύψος των συντάξεων, μετά τις τεράστιες περικοπές που έλαβαν χώρα στη διάρκεια της κρίσης του 2008, στο πλαίσιο των Προγραμμάτων Οικονομικής Προσαρμογής.

Συνοψίζοντας, το **μεγάλο κενό επίσημης φροντίδας** ηλικιωμένων (62%) στη χώρα μας οφείλεται στο πολύ χαμηλό ποσοστό ηλικιωμένων που διαμένουν σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων (ιδρυματική-κλειστού τύπου φροντίδα) και στην περιορισμένη παροχή φροντίδας στο σπίτι, είτε από τον δήμο είτε από ιδιώτες επαγγελματίες επί πληρωμή.

3. Βάσει των ενοποιημένων (pooled) στοιχείων της ευρωπαϊκής έρευνας SHARE για τα έτη 2015 και 2019, τα οποία επεξεργάστηκαν οι Wu και συνεργάτες (2023), μόνο το 1,4% των ατόμων ηλικίας 50+ ετών με δυσκολίες αυτοεξυπηρέτησης στην καθημερινή ζωή διαμένουν σε οίκους ευγηρίας στην Ελλάδα, ενώ η χώρα μας εμφανίζει το χαμηλότερο ποσοστό στην ΕΕ-27 μετά την Ουγγαρία.

Τα στοιχεία της έρευνας EHIS (European Health Interview Survey) για το 2019 έδειξαν ότι εκείνη τη χρονιά στην Ελλάδα μόνο το 26,8% του πληθυσμού 75+ ετών με σοβαρούς περιορισμούς δραστηριότητας έκανε χρήση υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, έναντι 40,3% κατά μέσο όρο στην ΕΕ, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στον πληθυσμό 65-74 ετών με τους ίδιους περιορισμούς ήταν παρόμοια: 17,1% έναντι 18,5% στην ΕΕ. Επίσης, το 2016, το 66,5% των γυναικών και το 67% των ανδρών στην Ελλάδα που οι ανάγκες τους για κατ' οίκον φροντίδα έμεναν ακάλυπτες, δήλωναν ότι ο βασικός λόγος γι' αυτό ήταν ότι δεν μπορούσαν να πληρώσουν, έναντι 7,8% και 8,3% στην ΕΕ αντίστοιχα (EIGE, 2020: 49).

Αν και το κενό επίσημης φροντίδας στην Ελλάδα καλύπτεται σε μεγάλο βαθμό από το υψηλό ποσοστό της άτυπης, μη αμειβόμενης φροντίδας που παρέχεται από συζύγους, ενήλικα παιδιά, συγγενείς και φίλους των ηλικιωμένων, ένας πολύ μεγάλος όγκος αναγκών φροντίδας δεν καλύπτεται, με αποτέλεσμα την ύπαρξη **μεγάλου συνολικού κενού μακροχρόνιας φροντίδας** ηλικιωμένων στη χώρα. Πρόσφατη έρευνα έχει εντοπίσει ότι η ομάδα ηλικιωμένων 65-79 ετών εμφανίζει μικρότερο βαθμό κάλυψης αναγκών φροντίδας από αυτή των 80+ ετών (Βάλβης, 2022).

2.2. Οικογένεια, άτυπη φροντίδα, μετανάστριες στα σπίτια

Η υποτυπώδης παρέμβαση του κράτους στη χώρα μας στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων βασίστηκε στην ισχυρή πολιτισμική αντίληψη ότι η φροντίδα ηλικιωμένων είναι οικογενειακή ευθύνη και ότι πρέπει να παρέχεται από μέλη της οικογένειας στο σπίτι, ενώ η μη αμειβόμενη εργασία φροντίδας είναι καθήκον των γυναικών. Πάνω σ' αυτήν την αντίληψη εδραιώθηκε το παραδοσιακό **οικογενειοκεντρικό** (familialistic) **καθεστώς φροντίδας ηλικιωμένων** σε όλη τη **Νότια Ευρώπη** (Bettio & Plantega, 2004). Στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, οι γυναίκες εμπλέκονται συχνότερα και περισσότερο στην παροχή άτυπης φροντίδας στους ηλικιωμένους συγγενείς απ' ό,τι οι άνδρες της οικογένειας, ενώ η παροχή εντατικής φροντίδας επηρεάζει αρνητικά τη συμμετοχή των ώριμων γυναικών στην αγορά εργασίας, την απασχόληση και τις ώρες εργασίας (Kotsadam, 2011· Crespo & Mira, 2014).

Το παραδοσιακό οικογενειοκεντρικό μοντέλο φροντίδας ηλικιωμένων άρχισε να διαβρώνεται στην Ελλάδα από τη δεκαετία του 1990, όταν το ποσοστό απασχόλησης των γυναικών 50 ετών και άνω εισήλθε σε σταθερή ανοδική τροχιά και η επέκταση των ευκαιριών απασχόλησης στον δημόσιο τομέα άρχισε να οδηγεί πολλούς/ές νέους/ες στην προσωρινή ή μονιμότερη εγκατάσταση μακριά από την περιοχή/ πόλη διαμονής των γονέων. Ο περιορισμός της δυνατότητας των παιδιών, ειδικότερα των μεσήλικων γυναικών, για παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένους γονείς ή άλλους συγγενείς επρόκειτο ως τάση να ενισχυθεί τις επόμενες δεκαετίες λόγω των μεταρρυθμίσεων του συστήματος συντάξεων, ενώ η είσοδος εκατοντάδων χιλιάδων

μεταναστών/ριών στη χώρα ήρθε να καλύψει σε μεγάλο βαθμό το κενό που δημιουργήθηκε στην μείωση της προσφοράς άτυπης εργασίας.

Οι μεγάλες μεταναστευτικές ροές των δεκαετιών του 1990 και του 2000 έφεραν στην Ελλάδα γυναικείο εργατικό δυναμικό διαθέσιμο για χαμηλόμισθη εργασία, δίνοντας τη δυνατότητα σε ηλικιωμένους/ες με ικανοποιητικές συντάξεις και σε νοικοκυριά όχι μόνο υψηλών αλλά και μεσαίων εισοδημάτων να προσλαμβάνουν μετανάστριες για να τους παρέχουν φροντίδα κατ' οίκον. Ως αποτέλεσμα, σήμερα στην Ελλάδα, όπως και σε όλες τις χώρες της Νότιας Ευρώπης, δίπλα στο παραδοσιακό μοντέλο της άτυπης οικογενειακής φροντίδας των ηλικιωμένων έχει αναπτυχθεί αυτό της **«μετανάστριας στην οικογένεια»** (Bettio et al., 2006). Στο νέο μοντέλο, η ευθύνη της φροντίδας παραμένει στην οικογένεια, η οποία, πέραν της άτυπης φροντίδας που παρέχει στο ηλικιωμένο μέλος της, αγοράζει και ιδιωτικές υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον, οι οποίες παρέχονται κυρίως από μετανάστριες, αλλά όχι μόνο. Κατά συνέπεια, ο όγκος της άτυπης και απλήρωτης εργασίας φροντίδας μειώνεται, τουλάχιστον για μια σημαντική μερίδα εμπλεκόμενων γυναικών και ανδρών.

Ποια είναι η σημερινή κατάσταση ως προς την παροχή άτυπης φροντίδας σε ηλικιωμένους συζύγους, γονείς, συγγενείς και φίλους στην ΕΕ και την Ελλάδα; Ο βαθμός συμμετοχής των γυναικών και των ανδρών στα κράτη μέλη διαφέρει, ανάλογα με την πηγή των στοιχείων, δεδομένου ότι οι σχετικές ευρωπαϊκές έρευνες ορίζουν διαφορετικά τη συμμετοχή. Με βάση τα στοιχεία των EHIS (2013-2015) και EQLS⁴ (2016), το ποσοστό συμμετοχής των γυναικών και ανδρών ηλικίας 45-64 ετών στην άτυπη μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα ανέρχονταν τα έτη διεξαγωγής των ερευνών στο 26% και 14% αντίστοιχα, ενώ οι μέσες εβδομαδιαίες ώρες που διέθεταν στη φροντίδα γυναίκες και άνδρες ήταν 19 και 15,1 ώρες αντίστοιχα (Ecorys, 2021: 58 και 71, Διαγράμματα 19 και 36 αντίστοιχα).

Αντίθετα, το πρώτο κύμα της ευρωπαϊκής έρευνας CARE (Gender Gaps in Unpaid Care, Individual and Social Activities) του EIGE⁵ έδειξε ότι το 2022, τόσο στην Ελλάδα όσο και στην ΕΕ, οι άνδρες και οι γυναίκες 16-74 ετών συμμετέχουν γενικά στον ίδιο βαθμό στην άτυπη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων και ανάπηρων (Πίνακας 6.2). Ωστόσο, ένα μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών απ' ό,τι ανδρών παρέχει φροντίδα καθημερινά, με την ψαλίδα μεταξύ γυναικείου και ανδρικού ποσοστού στην Ελλάδα να είναι μεγάλη (+10,8 π.μ.) αλλά να μειώνεται πάνω από το μισό (+4.2 π.μ.), όταν υπολογίσουμε τα ποσοστά συμμετοχής ανδρών και γυναικών στη φροντίδα επί τουλάχιστον τέσσερις μέρες την εβδομάδα. Σε κάθε περίπτωση, στην άτυπη φροντίδα παρατηρούνται έμφυλες διαφορές και ως προς τα διαφορετικά καθήκοντα που επιτελούν οι γυναίκες και οι άνδρες φροντίστριες/ές.

4. European Quality of Life Survey που διεξάγει το Eurofound. <https://www.eurofound.europa.eu/en/surveys-and-data/surveys/european-quality-of-life-survey>

5. European Institute for Gender Equality. https://eige.europa.eu/about/projects/survey-gender-gaps-unpaid-care-individual-and-social-activities-care-1st-wave?language_content_entity=en

Πίνακας 6.2. Άτυπες/οι φροντίστριες/ές ηλικιωμένων και ανάπηρων ατόμων που παρέχουν φροντίδα επί τουλάχιστον τρεις μήνες (2022)

	Ελλάδα	ΕΕ
Παροχή άτυπης φροντίδας*		
Άνδρες (%)	29,6	21,3
Γυναίκες (%)	30,1	22,0
Παροχή άτυπης φροντίδας καθημερινά**		
Άνδρες (%)	37,1	37,7
Γυναίκες (%)	47,9	42,3
Παροχή άτυπης φροντίδας τουλάχιστον 4 μέρες την εβδομάδα**		
Άνδρες (%)	61,7	60,2
Γυναίκες (%)	65,9	63,4

* Ποσοστό πληθυσμού 16-74 ετών.

** Ποσοστό επί του συνόλου των άτυπων φροντιστών/ριών.

Πηγή: EIGE Έρευνα Φροντίδας, διαδικτυακή βάση δεδομένων.

Η μετάβαση από το παραδοσιακό οικογενειοκεντρικό μοντέλο μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων, που στηριζόταν αποκλειστικά στην άτυπη φροντίδα, στο **νέο μείγμα οικογένειας-αγοράς-κράτους**, το οποίο συνδυάζει την οικογενειακή φροντίδα με ιδιωτικές κατ' οίκον υπηρεσίες και περιορισμένης κλίμακας δημόσιες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, δεν έχει μόνο περιορίσει τον όγκο της άτυπης οικογενειακής φροντίδας. Έχει επιπρόσθετα ενισχύσει τις **ταξικές και εθνοτικές διαφορές** μεταξύ των γυναικών ως προς τις ευκαιρίες για οικονομική ανεξαρτησία (Karamessini, 2008). Και αυτό, διότι στην παροχή άτυπης φροντίδας από μέλη της οικογένειας συμμετέχουν περισσότερο οι γυναίκες με χαμηλό ή μεσαίο εκπαιδευτικό επίπεδο και όσες ζουν σε φτωχά νοικοκυριά, συγκριτικά με τις γυναίκες υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και όσες ζουν σε οικονομικά ευκατάστατα νοικοκυριά. Μάλιστα, η αυξημένη συμμετοχή των πρώτων στην άτυπη φροντίδα γίνεται συχνά εις βάρος της εμπλοκής τους σε αμειβόμενη εργασία και ακόμα περισσότερο σε εργασία με πλήρες ωράριο. Ταυτόχρονα, οι διακρίσεις φύλου και εθνοτικής καταγωγής, αλλά και η εκτεταμένη παρατυπία στην ελληνική αγορά εργασίας, καθιστούν το κόστος της κατ' οίκον φροντίδας των ηλικιωμένων προσιτό ακόμα και στις οικογένειες της μεσαίας τάξης, αυξάνοντας τη ζήτηση μεταναστευτικής εργασίας και τις προσλήψεις μεταναστριών.

2.3. Επίσημη φροντίδα, επαγγελματίες φροντίστριες, όροι εργασίας

Ο **επίσημος τομέας** της μακροχρόνιας φροντίδας απασχολεί **επαγγελματίες φροντίστριες/ές** που παρέχουν νοσηλευτική και προσωπική φροντίδα σε δημόσιες, ιδιωτικές ή μη κερδοσκοπικές υπηρεσίες/μονάδες ή κατ' οίκον. Το 2016, η μέση ηλικία των εργαζόμενων στον επίσημο τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα ήταν τα 42,5 έτη, ενώ το 97% αυτών ήταν γυναίκες (OECD, 2020, Διαγράμματα 2.4, 2.5, σσ. 42, 44). Κατά συνέπεια, το φύλο της επίσημης-τυπικής φροντίδας είναι περισσότερο γυναικείο απ' ό,τι της άτυπης-ανεπίσημης.

Μελέτη του ΟΟΣΑ για τις συνθήκες εργασίας στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας (OECD, 2023) παραθέτει συγκριτικά στοιχεία που δείχνουν ότι η Ελλάδα είναι το κράτος μέλος του Οργανισμού με το χαμηλότερο ποσοστό εργαζόμενων στον τομέα στο σύνολο των απασχολούμενων (0,1%) και τον μικρότερο αριθμό εργαζόμενων (0,64) ανά 1.000 άτομα ηλικίας 65+ (Διαγράμματα 2.4, 2.5, σσ. 59, 60). Ωστόσο, άλλα στοιχεία της ίδιας μελέτης (Διάγραμμα 2.9, σ. 63) δείχνουν ότι περίπου το 95% αυτών των εργαζόμενων δουλεύουν σε δομές ιδρυματικής φροντίδας (residential care). Αυτό υποδηλώνει ότι τα στοιχεία του ΟΟΣΑ είναι ανακριβή, εφόσον δεν περιλαμβάνουν ούτε όλες/όλους τις/τους εργαζόμενες/ους στις κοινωνικές δομές και υπηρεσίες των δήμων, ούτε τις πολλές χιλιάδες αδήλωτες/ους εργαζόμενες/ους στην οικιακή φροντίδα των ηλικιωμένων και των αναπήρων, που στη συντριπτική τους πλειονότητα είναι μετανάστριες.

Εκτός από τους συχνά εκμεταλλευτικούς όρους εργασίας, που ισχύουν περισσότερο όταν οι μετανάστριες/ες είναι χωρίς έγγραφα, το νέο μοντέλο συνδέεται με διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού όταν η μετανάστρια διαμένει μαζί με τον/την ηλικιωμένο/η. Παρότι, για τη μετανάστρια, η συγκατοίκηση λύνει το πρόβλημα της διατροφής και της διαμονής και οι μηνιαίες αποδοχές μπορούν να εξοικονομηθούν σχεδόν εξ ολοκλήρου, η 24ωρη διαθεσιμότητα για εργασία εμποδίζει την κοινωνικοποίησή της και την κοινωνική συμμετοχή, ακόμα και όταν προβλέπονται εβδομαδιαία ρεπό και ετήσιες διακοπές. Καθιστά επίσης εξαιρετικά δύσκολο για τη μετανάστρια να δημιουργήσει τη δική της οικογένεια.

Η δουλειά των νοσηλευτριών/ών και προσωπικών φροντιστριών/ών ενέχει υψηλούς κίνδυνους σωματικής και ψυχικής υγείας και δύσκολες ώρες εργασίας (νυκτερινή εργασία, υπερωρίες, εντατικοί ρυθμοί). Οι μισθοί είναι σχετικά χαμηλοί και στον επίσημο τομέα. Το 2018, στην Ελλάδα, ο μισθός των προσωπικών φροντιστριών/ών σε δομές ιδρυματικής και μη ιδρυματικής μακροχρόνιας φροντίδας ανέρχονταν στο 76% του μέσου μισθού στην ελληνική οικονομία, έναντι 69% κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD, 2023, Διάγραμμα 2.15, σ. 69). Όπως θα δούμε στο κεφάλαιο 12 αυτού του βιβλίου, οι χαμηλοί μισθοί σε συνδυασμό με τις δύσκολες συνθήκες εργασίας ευθύνονται για τις ελλείψεις προσωπικού και τη συχνή εγκατάλειψη του κλάδου από τους/τις εργαζόμενους/ες στις βασικές ειδικότητες,

που είναι οι βοηθοί νοσηλεύτριες/ές και οι προσωπικές/οί φροντίστριες/ές (βλ. και κεφάλαιο 12 του παρόντος τόμου).

3. Επίλογος: Η αναγκαία ριζική μεταρρύθμιση του συστήματος

Η ανάλυση που προηγήθηκε κατέστησε φανερό ότι η Ελλάδα αντιμετωπίζει μεγαλύτερες προκλήσεις σε σχέση με άλλες χώρες της ΕΕ ως προς την ταχεία γήρανση του πληθυσμού, την κατάσταση υγείας/αυτοεξυπηρέτησης των ηλικιωμένων και την καθυστερημένη αλλά θεαματική άνοδο της συμμετοχής των γυναικών ηλικίας 50+ ετών στην αγορά εργασίας τις τελευταίες δεκαετίες.

Στην Ελλάδα, τα πολύ υψηλά, σε ευρωπαϊκή σύγκριση, ποσοστά ηλικιωμένων ατόμων με χρόνιους και σοβαρούς περιορισμούς δραστηριότητας λόγω προβλημάτων υγείας είναι ανησυχητικά. Αυτό ισχύει όχι μόνο διότι τα εν λόγω υψηλά ποσοστά παραπέμπουν στις μεγάλες ελλείψεις του δημόσιου συστήματος υγείας, που αποτελεί συστατικό μέρος κάθε συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων, αλλά και διότι κρούουν τον κώδωνα κινδύνου. Όπως προαναφέρθηκε, η αναμενόμενη αύξηση του υπέργηρου πληθυσμού 80+ ετών τις επόμενες δεκαετίες θα αυξήσει τη συχνότητα και τη διάρκεια των χρόνιων και σοβαρών παθήσεων και μαζί τους τις ανάγκες μακροχρόνιας και εντατικής φροντίδας των ηλικιωμένων. Αν δεν αντιστραφεί η τάση συρρίκνωσης του εθνικού συστήματος υγείας και δεν επενδυθούν δημόσιοι πόροι στην πρόληψη χρόνιων ασθενειών και παθήσεων στον πληθυσμό, είναι αδύνατον να μπου οι βάσεις οικοδόμησης ενός συμπεριληπτικού συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων, το οποίο απαιτεί σημαντικές κοινωνικές δαπάνες για την πλήρη κάλυψη των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.

Επιπρόσθετα, η συνέχιση της ανοδικής τάσης συμμετοχής των γυναικών στην αγορά εργασίας στις ηλικίες άνω των 50, 60 και 65 ετών, προϋποθέτει για την περαιτέρω μείωση της προσφοράς άτυπης φροντίδας εκ μέρους του γυναικείου πληθυσμού τις επόμενες δεκαετίες. Άρα, καθίσταται προφανής η ανάγκη προσέλκυσης εργατικού δυναμικού στον τομέα, διευκόλυνσης των εργαζόμενων για την παροχή άτυπης φροντίδας στα ηλικιωμένα μέλη της οικογένειάς τους και ενθάρρυνσης της ισότιμης συμμετοχής ανδρών και γυναικών στη φροντίδα. Η υλοποίηση των παραπάνω κατευθύνσεων πολιτικής προϋποθέτει τη ριζική μεταρρύθμιση του σημερινού οικογενειοκεντρικού και υπολειμματικού ελληνικού συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Βάλβης, Ζ.-Δ. (2022). *Μακροχρόνια φροντίδα σε γηράσκουσες κοινωνίες: Διερεύνηση της ζήτησης, προσφοράς και μεθόδων χρηματοδότησης* [Doctoral dissertation, Πανεπιστήμιο Πειραιώς].
- Καραμεσίνη, Μ. (2021). *Γυναίκες, φύλο και εργασία στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Νήσος.
- Καραμεσίνη, Μ. & Μουκάνου, Ε. (2009). Ο τομέας της φροντίδας ηλικιωμένων: Τάσεις στην παροχή υπηρεσιών και επιπτώσεις στην εργασία. Στο Κ. Δικαίος, Μ. Πεμπιτζόγλου & Μ. Πετμεζίδου (επιμ.), *Κοινωνική πολιτική, κοινωνική διοίκηση, κοινωνική εργασία και κοινωνική παρέμβαση: Παρούσα κατάσταση και μελλοντικές τάσεις και προοπτικές* (σσ. 145-167). Εκδόσεις Κριτική.
- Κοιζαμάνης, Β. (2024). *Ελλάδα: Δημογραφικές προκλήσεις*. ENA – Ινστιτούτο Εναλλακτικών Πολιτικών. <https://enainstitute.org/publication/ellada-dimografikes-prokliseis/>
- Λυμπεράκη, Α. (2009). Υπάρχει χάσμα φροντίδας; Ποιος φροντίζει ποιον και πώς; Στο Α. Λυμπεράκη, Π. Τήνιος & Τ. Φιλαλήτης (επιμ.), *Ζωή 50+: Υγεία, γήρανση και σύνταξη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*. Εκδόσεις Κριτική.
- Χατζηβαρνάβα, Ε. (2019). Υπηρεσίες φροντίδας για ηλικιωμένους/ες και άτομα με αναπηρία: Μικρή συνεισφορά στη συμφιλίωση εργασιακής και οικογενειακής ζωής. Στο Μ. Καραμεσίνη & Μ. Συμεωνάκη (επιμ.), *Συμφιλίωση εργασίας και οικογένειας στην Ελλάδα: Γένεση, εξέλιξη και αποτίμηση μιας πολιτικής* (σσ. 145-167). Εκδόσεις Νήσος & Εργαστήριο Σπουδών Φύλου. <https://eif-kd.panteion.gr/images/docs/vivlio.pdf>

Ξενόγλωσση

- Bettio, F. & Plantenga, J. (2004). Comparing care regimes in Europe. *Feminist Economics*, 10(1), 85-113. <https://doi.org/10.1080/1354570042000198245>
- Bettio, F., Simonazzi, A. & Villa, P. (2006). Change in care regimes and female migration: The care drain in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16(3), 271-285.
- Crespo, L. & Mira, P. (2014). Caregiving to elderly parents and employment status of European mature women. *The Review of Economics and Statistics*, 96(4), 693-709.
- Ecorys (2021). *Study on exploring the incidence and costs of informal long-term care in the EU* (VC/2019/0227). Publications Office of the European Union.
- EIGE (2020). *Gender equality and long-term care at home*. Publications Office of the European Union.
- European Commission (2024). *2024 ageing report: Economic and budgetary projections for the EU member states (2022–2070)* (Institutional Paper 279). Publications Office of the European Union. https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2024-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2022-2070_en
- Karamessini, M. (2008). Continuity and change in the southern European social model. *International Labour Review*, 147(1), 43-70. <https://doi.org/10.1111/j.1564-913X.2008.00023.x>
- Karamessini, M. (2010). *Elderly care in Greece: Provisions and providers* [External report]. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Kotsadam, A. (2011). Does informal eldercare impede women's employment? The case of European welfare states. *Feminist Economics*, 17(2), 121-144. <https://doi.org/10.1080/13545701.2010.543384>
- Laloti, V., Valasaki, M., Galanis, P., Gatopoulou, N., Mestheneos, E. & Triantafyllou, J. (2021).

- A study of the KAPI, KIFI and “Help at Home” programmes at the national level and an in-depth description of their performance in Zografou and Dafni-Ymittos municipalities.* World Bank Group; 50+ Hellas; CMT Prooptiki.
- Lyberaki, A. & Tinios, P. (2018). *Long-term care, ageing and gender in the Greek crisis* (GreeSE Paper No. 128). Hellenic Observatory, London School of Economics. <https://www.lse.ac.uk/Hellenic-Observatory/Assets/Documents/Publications/GreeSE-Papers/GreeSE-No128.pdf>
- Mastroiannakis, T., Kagialaris, G. & Triantafyllou, J. (2006). *Governance and financing of long-term care: Greek national report for INTERLINKS*. CMT Prooptiki & 50+ Hellas. https://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP6_EL_NRP_final.pdf
- OECD (2020). *Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>
- OECD (2023). *Beyond applause? Improving working conditions in long-term care*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en>
- Pavolini, E. (2022). *Long-term care social protection models in the EU*. European Social Policy Network (ESPN), Publications Office of the European Union.
- Petmesidou, M. (2006). Social care services: ‘Catching up’ amidst high fragmentation and poor initiatives for change. In M. Petmesidou & E. Mossialos (eds), *Social policy developments in Greece* (pp. 203-220). Ashgate.
- Tinios, P. (2017). Greece: Forced transformation in a deep crisis. In B. Greve (ed.), *Long-term care for the elderly in Europe: Developments and prospects* (pp. 93-106). Routledge.
- Triantafyllou, J., Mestheneos, E., Prouskas, C., Goltzi, V., Kontouka, S. & Loukissis, A. (2006). *The national survey report for Greece: EUROFAMCARE – Services for supporting family carers of dependent older people in Europe: Characteristics, coverage and usage*. http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_el.pdf
- World Health Organization, Regional Office for Europe (2024). *State of long-term care in Greece*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10369-50141-75518>
- Wu, H., Margolis, R., Getz Sheftel, M. & Verdery, A.M. (2023). The care gap in later life across European countries. *The Journals of Gerontology: Series B*, 78(11), 1935-1946. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbad118>
- Ziomas, D., Konstantinidou, D., Vezirgianni, K. & Capella, A. (2018). *European Social Policy Network (ESPN) thematic report on challenges in long-term care: Greece*. European Commission. <https://new.ekke.gr/en/research/dimosieuseis/espn-thematic-report-on-challenges-in-long-term-care-greece>

Το σύστημα επίσημης φροντίδας ηλικιωμένων: Παροχές, πάροχοι, πολιτικές

Εύη Χατζηβαρνάβα

Εισαγωγή

Το παρόν κεφάλαιο περιγράφει το επίσημο σύστημα (μακροχρόνιας) φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, περιγράφονται οι κοινωνικές παροχές, είτε αφορούν χρηματικές παροχές (συντάξεις-επιδόματα), είτε υπηρεσίες φροντίδας (μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων, υπηρεσίες ιατροκοινωνικής φροντίδας ασθενών με άνοια), είτε άδειες και ευέλικτες ρυθμίσεις απασχόλησης για εργαζόμενους/ες με ευθύνες φροντίδας. Παρέχονται λεπτομερείς πληροφορίες για κάθε τύπο παροχής, τον πάροχο και τους/τις ωφελομένους/ες.

Κάποιες από τις παροχές που αναφέρονται αφορούν αποκλειστικά ή απευθύνονται κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα, ενώ άλλες αφορούν το σύνολο του πληθυσμού, αλλά εκ των πραγμάτων το μεγαλύτερο ποσοστό των ωφελομένων είναι ηλικιωμένοι/ες. Δεν περιλαμβάνονται παροχές που θέτουν ως προϋπόθεση συμμετοχής την αυτοεξυπηρέτηση των ηλικιωμένων, όπως είναι τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), από τη στιγμή που στο παρόν κεφάλαιο η έμφαση δίνεται στη μακροχρόνιου τύπου φροντίδα.

1. Χρηματικές παροχές

1.1. Συντάξεις γήρατος

Οι συντάξεις γήρατος αποτελούν τη βασική οικονομική πηγή υποστήριξης των ηλικιωμένων στη χώρα μας. Συντάξεις γήρατος δικαιούνται όλοι/ες οι εργαζόμενοι/ες οι οποίοι/ες έχουν συμπληρώσει ένα ελάχιστο χρόνου ασφάλισης και ηλικίας:

- 62 ετών για πλήρη σύνταξη με τουλάχιστον 40 έτη (12.000 ημέρες) ασφάλισης.
- 62 ετών για μειωμένη σύνταξη με 15 χρόνια (4.500 ημέρες), εφόσον η χορήγηση μειωμένης σύνταξης προβλέπεται από τις καταστατικές διατάξεις του ενταγμένου στον e-ΕΦΚΑ Ταμείου και σύμφωνα με τις σχετικές ειδικές χρονικές προϋποθέσεις.
- 67 ετών για πλήρη σύνταξη με τουλάχιστον 15 έτη (4.500 ημέρες) ασφάλισης.

Το ύψος της σύνταξης γήρατος επηρεάζεται από τα έτη ασφάλισης και τις αποδοχές. Ο μέσος όρος των συντάξεων, με βάση στοιχεία της ΗΔΙΚΑ (Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης Α.Ε.) του Ιουνίου 2025, είναι 1.182,41 ευρώ, ενώ η διάμεσος είναι 1.109,92 ευρώ και περιλαμβάνει κρατήσεις φόρου αφαιρούμενης της κράτησης υπέρ υγείας και ΑΚΑΓΕ. Ωστόσο, ένα 8% των συνταξιούχων γήρατος λαμβάνουν συντάξεις κάτω των 300 ευρώ και ένα 20% λαμβάνουν συντάξεις μεταξύ 301 και 600 ευρώ.

Τον ίδιο μήνα, 1.911.424 άτομα λάμβαναν συντάξεις γήρατος από τις οποίες 88,8% αφορούσαν άτομα άνω των 65 ετών (ΗΔΙΚΑ, 2025β).¹

1.2. Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφάλιστων Υπερηλίκων

Λόγω του γεγονότος ότι ένας σημαντικός αριθμός ατόμων δεν δικαιούνται καμία σύνταξη γήρατος επειδή δεν εργάστηκαν (επίσημα) ποτέ ή λόγω του ότι δεν διασφάλισαν το ελάχιστο του απαραίτητου ασφαλιστικού χρόνου, το 1982 καθιερώθηκε για πρώτη φορά το επίδομα των ανασφάλιστων υπερηλίκων, αποφεύγοντας έτσι μια κατάσταση που θα μπορούσε να οδηγήσει σε ακραία φτώχεια, ιδίως όταν δεν υπάρχει οικογενειακό υποστηρικτικό δίκτυο.

Σήμερα, το επίδομα αυτό χορηγείται από τον Οργανισμό Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΟΠΕΚΑ) σε άτομα άνω των 67 ετών που μένουν μόνιμα στη χώρα για τουλάχιστον δεκαπέντε χρόνια και δεν έχουν δικαίωμα να λάβουν άλλη σύνταξη. Επιπλέον, υπάρχουν προϋποθέσεις σχετικές με τα όρια εισοδήματος και περιουσίας του λήπτη: Το ετήσιο ατομικό εισόδημα δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 4.320 ευρώ και το οικογενειακό τα 8.640 ευρώ, ενώ η αξία της ακίνητης περιουσίας τα 90.000 ευρώ. Το ποσό του επιδόματος λαμβάνεται πλήρως όταν οι λήπτες πληρούν όλα τα κριτήρια και έχουν συμπληρώσει στη χώρα τουλάχιστον τριάντα πέντε χρόνια παραμονής και μειώνεται κατά 1/35 κάθε έτος που υπολείπεται των τριάντα πέντε (άρθρο 93 του Ν. 4287/2016). Το ποσό του πλήρους επιδόματος διαμορφώθηκε την 1.1.25 στα 407,13 ευρώ.²

Τον Απρίλιο του 2025, 13.588 άτομα λάμβαναν το επίδομα αυτό συγκριτικά με 31.205 άτομα που λάμβαναν το επίδομα τον ίδιο μήνα του 2015, μια τάση που αντικατοπτρίζει το γεγονός ότι όλο και περισσότερα άτομα εντάσσονται στην αγορά εργασίας και ασφαλίζονται (ΗΔΙΚΑ, 2023).³

1. <https://www.idika.gr/erga/eniaio-systima-syntaxon-eseps-ilios/miniais-ektheseis-eseps-ilios/miniaies-ektheseis-eseps-ilios-etous-2025/>. Σημειώνεται ότι σε αυτή την ανάλυση περιλαμβάνονται και οι συντάξεις-επιδόματα των ανασφάλιστων ηλικιωμένων.

2. <https://opeka.gr/anasfalistoι-yperilikes> (πρόσβαση 1.8.25).

3. https://www.idika.gr/wp-content/uploads/2025/07/2025_06_EKTHESI.pdf https://www.idika.gr/wp-content/uploads/2023/12/25%CE%B7_%CE%B5%CE%BA%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%B7_%CE%97%CE%9B%CE%99%CE%9F%CE%A3_final.pdf

1.3. Στεγαστική συνδρομή σε ανασφάλιστους/ες ηλικιωμένους/ες

Δικαιούχοι του επιδόματος είναι ανασφάλιστα μοναχικά άτομα, τα οποία έχουν συμπληρώσει το εξηκοστό έβδομο (67ο) έτος της ηλικίας τους ή ζεύγος ανασφαλίστων, συνδεδεμένων με γάμο ή με σύμφωνο συμβίωσης, εκ των οποίων τουλάχιστον ο ένας έχει συμπληρώσει το εξηκοστό έβδομο (67ο) και οι οποίοι/ες δεν λαμβάνουν σύνταξη από οποιονδήποτε ασφαλιστικό φορέα της Ελλάδας ή του εξωτερικού, με εξαίρεση τη σύνταξη του Ν. 1296/1982 (Α' 128) και το Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφαλίστων.

Το επίσιο φορολογητέο, πραγματικό ή τεκμαρτό, εισόδημα του ανασφάλιστου υπερήλικα δεν πρέπει να υπερβαίνει το ποσό των 4.320 ευρώ, για τα δε ανασφάλιστα ζεύγη το ποσό των 8.640 ευρώ. Οι δικαιούχοι λαμβάνουν επίδομα που ισούται με το ύψος του μισθώματος που συμφωνείται με κάθε νέα σύμβαση μίσθωσης κατοικίας που συνάπτον. Σε κάθε περίπτωση, το ύψος του επιδόματος ισούται με το ποσό του συμφωνηθέντος μισθώματος με ανώτατο όριο το ποσό των 362 ευρώ (Ν. 4756/2020).

Το μέτρο αυτό αναγνωρίζει ότι ένας/μία ηλικιωμένος/η που λαμβάνει μόνο τη σύνταξη-επίδομα του ανασφάλιστου ηλικιωμένου είναι αδύνατον χωρίς άλλα εισοδήματα να καταβάλει το κόστος ενοικίου.

1.4. Εξωϊδρυματικό επίδομα

Το εξωϊδρυματικό επίδομα χορηγείται από τον ΟΠΕΚΑ σε συνταξιούχους (γήρατος, θανάτου, αναπηρίας) του e-ΕΦΚΑ και τα μέλη της οικογένειάς τους, για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, εφόσον πληρούν συγκεκριμένες ιατρικές και ασφαλιστικές προϋποθέσεις. Οι ιατρικές προϋποθέσεις αφορούν το ποσοστό αναπηρίας σε συγκεκριμένες παθήσεις, το οποίο κυμαίνεται από 67% έως 80% ανάλογα με την πάθηση, και για τούτο απαιτείται η εξέταση από την αρμόδια υγειονομική επιτροπή του ΚΕΠΑ για τη διαπίστωση του βαθμού αναπηρίας. Η επιτροπή διαπιστώνει επίσης εάν η φύση της αναπηρίας είναι τέτοια που να δικαιολογεί τη λήψη του επιδόματος εφ' όρου ζωής.

Από την 1.5.2023 το μηνιαίο ποσό του επιδόματος είναι 846 ευρώ και σε περίπτωση ακρωτηριασμού ενός άκρου 423 ευρώ (άρθρο 95 του Ν. 5043 του 2023). Οι δικαιούχοι του επιδόματος μπορούν να εργάζονται ενώ λαμβάνουν τη σύνταξή τους χωρίς να αφαιρείται το επίδομα.⁴

Με βάση στοιχεία της ΗΔΙΚΑ, τον Ιούνιο του 2025, 173.811 άτομα λάμβαναν συντάξεις αναπηρίας με μέσο ύψος εισοδήματος τα 725,22 ευρώ (ΗΔΙΚΑ, 2025α).⁵ Το 53,5% αυτών ήταν άτομα άνω των 65 ετών (ΗΔΙΚΑ, 2025β).⁶

4. <https://www.efka.gov.gr/el/menoy/sychnes-eroteseis/syntaxeis/aponomes-kyrion-syntaxeon/aponomes-kyrion-syntaxeon/exoidrymatiko-epidoma>

5. https://www.idika.gr/wp-content/uploads/2025/07/2025_06_EKTHESI.pdf

6. <https://www.idika.gr/erga/eniaio-systima-syntaxeon-eseps-ilios/miniaies-ektheseis-eseps-ilios/miniaies-ektheseis-eseps-ilios-etous-2025/>

Επιπλέον οικονομικές παροχές/εκπτώσεις, όχι αποκλειστικά για ηλικιωμένους, παρέχονται με εισοδηματικά κριτήρια (π.χ. κοινωνικό τιμολόγια ΔΕΗ, επίδομα στέγασης, επιταγές ακρίβειας, επίδομα θέρμανσης κ.λπ.).

2. Άδειες και ευέλικτες ρυθμίσεις ωραρίου εργασίας για εργαζόμενους/ες με υποχρεώσεις φροντίδας

Για τους/τις εργαζόμενους/ες φροντιστές/ριες δεν υπάρχουν ειδικές άδειες για τη φροντίδα ηλικιωμένων στη χώρα μας, αλλά άδειες για τη φροντίδα εξαρτημένων ενηλίκων στους οποίους εμπίπτουν και οι ηλικιωμένοι/ες. Οι άδειες αυτές δεν αποτελούν κύριο αλλά επικουρικό μέτρο που χρησιμοποιείται σε έκτακτες περιπτώσεις για τη φροντίδα εξαρτημένων ενηλίκων. Η χορήγηση των αδειών αυτών κατοχυρώθηκε με τον Ν. 4808/2021 (άρθρο 29, Ν. 4808/2021), ο οποίος ενσωματώνει στην εθνική νομοθεσία την Ευρωπαϊκή Οδηγία 2019/1158/ΕΕ.

Η Οδηγία και συνακόλουθα η εθνική νομοθεσία λαμβάνουν υπόψη τα διαφοροποιημένα σχήματα συμβίωσης και συγκατοίκησης διευρύνοντας τα κριτήρια χορήγησης των προβλεπόμενων αδειών φροντίδας εξαρτημένων ενηλίκων ώστε να περιλαμβάνουν κάθε συγκατοικούντα ενήλικα, ανεξάρτητα από τη σχέση συγγένειας με τον/τη φροντιστή/ρια. Επομένως, κάθε εργαζόμενος/η που συμπλήρωσε έξι μήνες συνεχούς εργασίας ή εργασίας με διαδοχικές συμβάσεις ορισμένου χρόνου δικαιούται άδεια άνευ αποδοχών έως και πέντε ημέρες τον χρόνο για τη φροντίδα ατόμου που ζει στο ίδιο νοικοκυριό και χρειάζεται τέτοια φροντίδα για σοβαρό ιατρικό λόγο (άρθρο 29, Ν. 4808/2021).

Επιπλέον, προβλέπεται νέα άδεια για απουσία για λόγους ανωτέρας βίας λόγω επειγόντων οικογενειακών λόγων που σχετίζονται με ασθένεια ή ατύχημα (άρθρο 30, Ν. 4808/2021). Η άδεια αυτή χορηγείται έως δύο φορές τον χρόνο και έως μία ημέρα κάθε φορά. Η άδεια είναι μετ' αποδοχών και την καλύπτει ο εργοδότης.

Ακόμα, κάθε εργαζόμενος/η φροντιστής/ρια δικαιούται, για λόγους φροντίδας, να ζητήσει ευέλικτες ρυθμίσεις εργασίας, όπως τηλεργασία, ευέλικτο καθημερινό πρόγραμμα εργασίας και ή μερική απασχόληση. Για να διεκδικήσει τέτοιες ρυθμίσεις ο/η εργαζόμενος/η φροντιστής/ρια πρέπει να έχει συμπληρώσει έξι μήνες συνεχούς εργασίας ή διαδοχικές συμβάσεις εργασίας ορισμένου χρόνου με τον ίδιο εργοδότη. Ο εργοδότης θα πρέπει να τεκμηριώσει τον λόγο πιθανής απόρριψης ή αναβολής του αιτήματος.

Ο νόμος τονίζει ότι οι εργαζόμενοι/ες δεν χάνουν κανένα από τα εργασιακά τους δικαιώματα λόγω της λήψης της άδειας ή των ευέλικτων ρυθμίσεων εργασίας και επιστρέφουν στην ίδια ή σε αντίστοιχη θέση με τους ίδιους όρους και προϋποθέσεις εργασίας. Οι εργαζόμενοι/ες δεν μπορούν να απολυθούν για τους παραπάνω λόγους και σε περίπτωση απόλυσης θα πρέπει να εξηγηθούν γραπτώς οι λόγοι. Επίσης, απαγορεύεται η διάκριση εις βάρος των εργαζόμενων επειδή χρησιμοποίησαν τα

δικαιώματα άδειας και ευέλκτων ρυθμίσεων ή επειδή υπέβαλαν καταγγελία κατά του εργοδότη τους για μη συμμόρφωση με τον νόμο.

Στον δημόσιο τομέα, οι προβλέψεις για την άδεια φροντιστή/ριας είναι πιο περιοριστικές και δεν συνάδουν, κατά την άποψή μας, με τις προβλέψεις και τη φιλοσοφία του Ν. 4808/2021, εφόσον αφορούν μόνο τον/τη σύζυγο και ειδικές καταστάσεις χρόνιων παθήσεων ή αναπηρίας. Οι άδειες καλύπτονται οικονομικά από τον εργοδότη. Συγκεκριμένα προβλέπονται:

- Άδεια 22 εργάσιμων ημερών μετ' αποδοχών ετησίως για υπαλλήλους των οποίων οι σύζυγοι χρειάζονται τακτική μετάγγιση ή περιοδική θεραπεία.
- Ειδική άδεια μετ' αποδοχών για την ημέρα που γίνεται η θεραπεία και την επόμενη μέρα σε εργαζόμενους/ες που έχουν σύζυγο που πάσχει από καρκίνο και υπόκειται σε διάφορες μορφές θεραπείας.
- Άδεια για εργαζόμενους/ες με συζύγους με αναπηρία: μία ώρα την ημέρα, μετ' αποδοχών.

Επιπλέον, οι εργαζόμενοι/ες του δημόσιου τομέα μπορούν να ζητήσουν μείωση των ωρών εργασίας τους έως και 50%, με την αντίστοιχη μείωση των αποδοχών τους, για περίοδο έως πέντε ετών. Οι ώρες μη απασχόλησης δεν θεωρούνται υπηρεσία σε πραγματικό χρόνο. Χρειάζεται, ωστόσο, άδεια του Υπηρεσιακού Συμβουλίου, εκτός εάν η άδεια αφορά εργαζόμενους γονείς παιδιών έως 8 ετών.

Πρέπει να σημειώσουμε ότι στον ιδιωτικό τομέα, ακόμα και πριν από την πρόσφατη νομοθεσία, υπήρχε πρόβλεψη για κάποιες ρυθμίσεις αδειών για τη φροντίδα εξαρτημένων συγγενών, στο πλαίσιο της παραδοσιακής οικογενειακής αλληλεγγύης που χαρακτηρίζει την ελληνική οικονομική και κοινωνική πραγματικότητα. Έτσι, η προβλεπόμενη κατά το παρελθόν άδεια έξι ημερών, για τη φροντίδα άρρωστων παιδιών, μπορούσε να επεκταθεί και στη φροντίδα εξαρτημένων ενηλίκων (ανήμπορου συζύγου ή ενήλικου παιδιού ή ανήμπορου γονέα ή ανύπαντρης αδελφής με εισοδήματα μικρότερα του κατώτατου εισοδήματος) (Ν. 1483/1984, άρθρο 7).

Συμπερασματικά, οι άδειες για τη φροντίδα εξαρτημένων ενηλίκων, στους/στις οποίους/ες συμπεριλαμβάνονται οι ηλικιωμένοι/ες, αποτελούν μικρής έκτασης συμπληρωματικό μέτρο για έκτακτους κυρίως ιατρικούς λόγους και αφορούν όλους τους συμβιούντες εξαρτημένους ενήλικες στον ιδιωτικό τομέα, αλλά μόνο συγκεκριμένες κατηγορίες συζύγων στον δημόσιο τομέα. Είναι δηλαδή πιο καθολικό μέτρο στον ιδιωτικό τομέα και πιο επιλεκτικό στον δημόσιο, στερώντας την πρόσβαση σε μεγαλύτερο αριθμό φροντιστών/ριών ηλικιωμένων. Από την άλλη, η άδεια φροντιστή/ριας στον ιδιωτικό τομέα είναι άνευ αποδοχών και άρα υπάρχει μεγαλύτερος προβληματισμός από τον/την εργαζόμενο/η ως προς τη χρήση της, ενώ οι αντίστοιχες άδειες στον δημόσιο τομέα είναι μετ' αποδοχών. Πάντως, και στις δύο περιπτώσεις, η συμβολή των αδειών αυτών στην κάλυψη των αναγκών της μακροχρόνιας φροντίδας είναι εξαιρετικά μικρή.

Είναι γεγονός ότι θα ήταν δύσκολο, για δημοσιονομικούς λόγους και λόγους χρόνου απουσίας από την εργασία, να χρησιμοποιηθούν οι άδειες φροντίδας ως κύριο μέτρο φροντίδας ηλικιωμένων για εργαζόμενους/ες φροντιστές/ριες. Και αυτό γιατί, σε αντίθεση με τη φροντίδα παιδιών, η διάρκεια της ανάγκης φροντίδας για ένα ηλικιωμένο άτομο καθώς και η εξέλιξή της δεν μπορούν να εκτιμηθούν. Ως εκ τούτου, ένα πακέτο αδειών για μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων, όπως αυτό των παιδιών, θα ήταν δύσκολο να υιοθετηθεί (Bettio & Verashchagina, 2010: 14). Γι' αυτόν τον λόγο, οι ευέλικτες μορφές απασχόλησης μπορεί να αποτελούν προτιμότερη λύση πολιτικής για τους κυβερνώντες και τους εργοδότες και πιο χρήσιμη λύση για τους/τις φροντιστές/ριες. Σημειωτέον ότι και στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία (2021-2020) προτείνονται ως κίνητρα για τους φροντιστές/ριες η διευκόλυνσή τους στις ώρες εργασίας ή και η τηλε-εργασία (2023: 59).

Γενικά, και στον διεθνή χώρο, ειδικές άδειες για τη φροντίδα ηλικιωμένων δεν είναι εύκολο να εντοπιστούν και, όπως και στη χώρα μας, εντάσσονται στη γενική άδεια του/της φροντιστή/ριας ή σε άδειες για επείγοντες έκτακτους λόγους ή δίνονται για τη φροντίδα ασθενών στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Σε κάθε περίπτωση, διαφέρουν ως προς τη διάρκειά τους, το ποιος/α τη δικαιούται και το ύψος της αποζημίωσης (OECD, 2011· LEAP Network, 2024).⁷

3. Υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων

Οι επίσημες υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων περιλαμβάνουν υπηρεσίες «κλειστού» τύπου, όπως οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (οίκοι ευγηρίας), τα γηροκομεία και οι Μονάδες Χρόνιων Παθήσεων-Παραρτήματα ΑμεΑ, και υπηρεσίες «ανοιχτού» τύπου, όπως τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Επίσης, τα τελευταία χρόνια λειτουργούν ειδικές υπηρεσίες φροντίδας για ψυχικά ασθενείς, όπως Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας και Κινητές Μονάδες για ασθενείς με άνοια. Παράλληλα και ταυτόχρονα, λειτουργεί ένας κατεξοχήν αδήλωτος τομέας αμειβόμενης ιδιωτικής κατ' οίκον φροντίδας και ένας εκτεταμένος μη αμειβόμενος και άτυπος τομέας κατ' οίκον φροντίδας. Με τους δύο τελευταίους τομείς δεν θα ασχοληθούμε στο παρόν κεφάλαιο.

7. Στην ετήσια έρευνα του Διεθνούς Δικτύου για τις Πολιτικές και την Έρευνα για τις άδειες καταγράφονται οι πολιτικές που ακολουθούν οι διάφορες χώρες ως προς τις άδειες φροντίδας ενηλίκων. Ενδεικτικά παραδείγματα γενναιόδωρων αδειών που καλύπτουν πιο μακροχρόνιες ανάγκες φροντίδας αποτελούν η Γαλλία και η Νορβηγία. Στην πρώτη, προβλέπεται άδεια έως 3 χρόνια για τη φροντίδα άρρωστου γονιού που συγκατοικεί και βρίσκεται στα τελευταία στάδια της ζωής του, από την οποία για 310 μέρες καταβάλλεται αποζημίωση. Στη δεύτερη, προβλέπονται, πέρα από τις πλήρως αμειβόμενες 10 ημέρες ετήσιας άδειας για τη φροντίδα ασθενών συντρόφων και γονέων, 60 ημέρες πλήρως αμειβόμενων αδειών για τη φροντίδα στο σπίτι ασθενούς συγγενή που βρίσκεται σε τελικό στάδιο. Βλ. επίσης OECD (2011) Κεφάλαιο 4.

Ανάλογα με την έμφαση που δίνεται, είτε στον τομέα της υγείας είτε στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας, οι δομές φροντίδας ενδέχεται να εμπίπτουν σε διαφορετικές διοικητικές ιεραρχίες, όπως στο Υπουργείο Υγείας για υπηρεσίες με έμφαση στον νοσηλευτικό-ιατρικό προσανατολισμό (π.χ. υπηρεσίες για ασθενείς με άνοια ή υπηρεσίες ψυχικής υγείας) και στο Υπουργείο Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας όσον αφορά υπηρεσίες με έμφαση στην κοινωνική φροντίδα (π.χ. Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων-Παραρτήματα ΑμεΑ). Φυσικά, αυτό μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στον συντονισμό των υπηρεσιών. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» λειτουργεί αποκλειστικά υπό την ευθύνη των δήμων, με χρηματοδότηση από το Υπουργείο Εσωτερικών.

Επιπλέον, οι ίδιες οι δομές δεν αφορούν σαφώς μια συγκεκριμένη ομάδα δικαιούχων. Για παράδειγμα, δομές που σχεδιάστηκαν για την παροχή φροντίδας σε άτομα με αναπηρίες (π.χ. Μονάδες Χρόνιων Παθήσεων-Παραρτήματα ΑμεΑ) παρέχουν επίσης φροντίδα σε οικονομικά αδύναμους/ες ηλικιωμένους/ες, ενώ άλλες που αρχικά είχαν σχεδιαστεί για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας σε ηλικιωμένους/ες (π.χ. «Βοήθεια στο Σπίτι») έχουν διευρύνει το πεδίο εφαρμογής τους ώστε να παρέχουν φροντίδα σε άτομα με αναπηρίες (Karamessini, 2010: 2). Από την άλλη πλευρά, ο νέος θεσμός του «προσωπικού βοηθού», ο οποίος θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμος για μη αυτοσυντηρούμενους/ες ηλικιωμένους/ες, στην πραγματικότητα τους αποκλείει προφανώς για δημοσιονομικούς λόγους.

Αυτή η συνύπαρξη διαφορετικών ομάδων που εξυπηρετούνται υπό την ίδια δομή (η μία ομάδα με ηλικιακά κριτήρια και η άλλη χωρίς), τουλάχιστον σε αυτή τη φάση, όπου η ψηφιακή καταγραφή των δεδομένων δεν έχει αναπτυχθεί, δημιουργεί δυσκολίες στην στατιστική απεικόνιση των δεδομένων που αφορούν κάθε ομάδα ξεχωριστά και στη διαμόρφωση πολιτικών.

3.1. Μονάδες μακροχρόνιας «κλειστής» φροντίδας ηλικιωμένων

Οι μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων, με 24ωρη διαμονή, αποτελούν μια βασική μορφή φροντίδας για τους ηλικιωμένους στη χώρα μας, η οποία παρέχεται τόσο από δημόσιους όσο και –κυρίως– από κερδοσκοπικούς και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Με βάση τις καταστάσεις του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας που επεξεργαστήκαμε (διατηρούμε κάποιες επιφυλάξεις σε σχέση με τα δεδομένα), στην Ελλάδα υπάρχουν 346 δομές «κλειστής» φροντίδας που εξυπηρετούν συνολικά 16.330 άτομα, αν και, όπως επισημάναμε, δεν αφορούν σε όλες τις περιπτώσεις ηλικιωμένους/ες.

Πίνακας 7.1. Μονάδες «κλειστής» φροντίδας ηλικιωμένων ανά φορέα ευθύνης, 2023-4 (αριθμός δομών και ωφελούμενων)

Τύπος δομών	Φορέας ευθύνης	Αριθμός δομών	Αριθμός ωφελούμενων
Μονάδες Χρόνιων Παθήσεων και Παραρτήματα Ατόμων με Αναπηρία	Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας (δημόσιοι φορείς-ΝΠΔΔ)	21	1.369*
	Μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί (ιδιωτικοί φορείς-ΝΠΙΔ)	9	673**
Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων	Κερδοσκοπικοί και μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί (ιδιωτικοί-ΝΠΙΔ) και πολύ λίγοι δημόσιοι φορείς (ΝΠΔΔ)	316	14.288
Σύνολο		346	16.330

* Στους/στις ωφελούμενους/ες περιλαμβάνονται άτομα με αναπηρίες και φτωχά ηλικιωμένα άτομα, καθώς και άτομα που συμμετέχουν σε «ανοιχτού» τύπου δραστηριότητες.

** Αφορά τη δυναμικότητα και όχι τους/τις ωφελούμενους/ες.

Πηγή: Υπουργείο Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας (δεδομένα που παρασχέθηκαν κατόπιν αιτήματος, αλλά υποβλήθηκαν σε επεξεργασία από τη συντάκτρια του παρόντος κεφαλαίου).

Όσον αφορά τους δημόσιους φορείς, τα 12 περιφερειακά Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας⁸ είναι υπεύθυνα για τη λειτουργία των μονάδων. Με βάση την επεξεργασία του καταλόγου που μας δόθηκε από το αρμόδιο υπουργείο για τα Κέντρα αυτά, το 2024, λειτουργούσαν 21 Μονάδες Χρόνιων Παθήσεων-Παραρτήματα ΑμεΑ. Αν και οι περισσότερες από αυτές τις μονάδες επικεντρώνονται σε ενήλικες με αναπηρίες (συμπεριλαμβανομένων ηλικιωμένων με αναπηρίες), ορισμένες από αυτές παρέχουν φροντίδα αποκλειστικά σε άπορους/ες ηλικιωμένους/ες (European Commission, 2021: 122). Πρέπει να σημειωθεί ότι κάθε μονάδα διαθέτει διάφορες υπηρεσίες που παρέχουν τόσο 24ωρη κλειστή όσο και ανοιχτή φροντίδα. Επιπλέον, με βάση τον σχετικό κατάλογο του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας, υπάρχουν 9 μη κερδοσκοπικά ιδρύματα ιδιωτικού δικαίου για χρόνιες παθήσεις, 4 εκ των οποίων λειτουργούν υπό την ευθύνη των Ιερών Μητροπόλεων.

Παρ' όλα αυτά, το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας για τους/τις ηλικιωμένους/ες παρέχεται αναμφισβήτητα από τις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (οίκοι ευγηρίας), οι οποίες οργανώνονται από ιδιωτικούς (κερδοσκοπικούς και μη κερδοσκοπικούς) οργανισμούς. Σύμφωνα με διακρατικές μελέτες, η Ελλάδα κατατάσσεται πρώτη μεταξύ 21 ευρωπαϊκών χωρών όσον αφορά την κυριαρχία του ιδιωτικού τομέα (κερδοσκοπικού και μη κερδοσκοπικού) στη φροντίδα των ηλικιωμένων σε μονάδες 24ωρης φροντίδας (Eurofound, 2017a: 12).⁸

8. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από το Δίκτυο Ανταποκριτών του Eurofound. Η έκθεση αναφέρει μόνο δύο δημόσιες μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, ενώ η έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ (2022) που αφορά στοιχεία του 2021 αναφέρει 8, γεγονός που δείχνει δυσκολίες είτε στην οριοθέτηση των χαρακτηριστικών των μονάδων που περιλαμβάνονται στη μέτρηση είτε στην καταγραφή των στατιστικών δεδομένων.

Οι μονάδες αυτές είναι δομές ιδιωτικού δικαίου, μη κερδοσκοπικές που ιδρύονται από φιλανθρωπικά ιδρύματα, την Εκκλησία κ.λπ., ή κερδοσκοπικές που ιδρύονται από ιδιώτες. Στις μονάδες χορηγείται άδεια ίδρυσης και λειτουργίας από την οικεία Περιφέρεια σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2345/1995 και τους όρους που περιγράφονται από την υπ' αριθμ. Π1γ/οικ.81551/15-6-2007 απόφαση (Β' 1136), όπως ισχύει (Π1/οικ.129673, Π1c/οικ.8794/14.7.11, Δ27/οικ.7603/329).⁹ Επιπλέον, βασική προϋπόθεση για τη νόμιμη λειτουργία των μη κερδοσκοπικών οργανισμών είναι η εγγραφή τους στο Εθνικό Μητρώο Ιδιωτικών Οργανισμών Κοινωνικής Φροντίδας.

Πίνακας 7.2. Δομές φροντίδας ηλικιωμένων και ωφελούμενοι/ες ανά Περιφέρεια

Περιφέρειες	Ιδρύματα Χρόνιων Παθήσεων - Παραρτήματα για ΑμεΑ (2024)		Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (2023)	
	Αριθμός δομών	Αριθμός ωφελούμενων*	Αριθμός δομών	Αριθμός ωφελούμενων
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	3	192	12	477
Αττική	4	350	150	7.067
Βόρειο Αιγαίο	-	-	11	410
Δυτική Ελλάδα	1	214	13	855
Δυτική Μακεδονία	2	-	4	132
Ήπειρος	3	136	5	211
Θεσσαλία	1	66	8	314
Επύρνησα	-	-	8	362
Κεντρική Μακεδονία	3	329	32	1.520
Κρήτη	4	327	25	1.233
Νότιο Αιγαίο	2	75	11	314
Πελοπόννησος	4	209	16	752
Στερεά Ελλάδα	3	144	21	641
Σύνολο	30	2.042	316	14.288

* Ορισμένες από αυτές τις δομές περιλαμβάνουν δικαιούχους που συμμετέχουν σε «ανοιχτές» δραστηριότητες. Επίσης, περιλαμβάνονται άτομα με αναπηρία, αλλά ο πληθυσμός που εξυπηρετείται δεν διαχωρίζεται κατά ηλικία για να γνωρίζουμε πόσοι είναι ηλικιωμένοι/ες. Τέλος, περιλαμβάνονται και οι Μονάδες Χρόνιων Παθήσεων ιδιωτικού δικαίου, όπου τα δεδομένα αναφέρονται στη δυναμικότητα (αριθμός θέσεων) και όχι στους ωφελούμενους.

Πηγή: Υπουργείο Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας (δεδομένα που δόθηκαν κατόπιν αιτήματος και υποβλήθηκαν σε επεξεργασία από τον συντάκτη της έκθεσης).

Σε κατάλογο που μας δόθηκε από το αρμόδιο υπουργείο, υπάρχουν 316 αδειοδοτημένες μονάδες φροντίδας (αν και ορισμένες έχουν κλείσει ή είναι σε αναστολή λειτουργίας) και οι περισσότερες από αυτές βρίσκονται σε αστικές περιοχές, με σχεδόν τις μισές εξ αυτών να εδρεύουν στην Αττική (48% των μονάδων) (Πίνακας 7.2). Το 51% των μονάδων είναι κερδοσκοπικές και το 49% μη κερδοσκοπικές, ενώ ένας

9. Αποφάσεις Ρ1/οικ129673 ΦΕΚ 2190/12.10.09, Ρ1c/οικ8794/14.7.11, Δ27/οικ7603/329, ΦΕΚ 745/1.4.13.

πολύ μικρός αριθμός είναι δημόσιου χαρακτήρα. Εξυπηρετούν συνολικά 14.288 άτομα (κατάλογος 2023).¹⁰

Είναι αλήθεια ότι υπάρχουν ορισμένα προβλήματα με τα διαθέσιμα δεδομένα. Ένα από τα πιο κύρια είναι ότι δεν υπάρχει επεξεργασία δεδομένων με βάση το κριτήριο της ηλικίας σε υπηρεσίες που εξυπηρετούν και άτομα με αναπηρίες ανεξαρτήτως ηλικίας. Ως αποτέλεσμα, δεν γνωρίζουμε πόσοι από αυτούς/ές είναι ηλικιωμένοι/ες και σε ποια ηλικιακή κατηγορία ανήκουν. Επίσης, δομές φροντίδας «κλειστού τύπου» παρέχουν και υπηρεσίες «ανοιχτού τύπου» για τον τοπικό πληθυσμό. Ωστόσο στις λίστες οι δύο κατηγορίες εξυπηρετούμενων δεν διαχωρίζονται σε όλες τις περιπτώσεις. Τέλος, δεν είναι σαφές γιατί η ΕΛΣΤΑΤ, η εθνική στατιστική ανεξάρτητη αρχή, διεξάγει έρευνα μόνο για τις δημόσιες δομές φροντίδας του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας και όχι για όλες τις δομές φροντίδας (ΕΛΣΤΑΤ, 2022).

Όσον αφορά το κόστος για τον/τη φιλοξενούμενο/ν, οι μονάδες κερδοσκοπικού χαρακτήρα πληρώνονται ιδιωτικά από τον/την ηλικιωμένο/ν και την οικογένειά του/της. Το κόστος φιλοξενίας ενός ατόμου σε μια τέτοια μονάδα κυμαίνεται από 700 έως 2.500 ευρώ ανά μήνα (εκτιμήσεις του 2024) και αυτό εξαρτάται από το δωμάτιο και τις υπηρεσίες που παρέχονται στον/στη φιλοξενούμενο/ν.

Οι μονάδες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα επιδοτούνται εν μέρει από το κράτος και εν μέρει από δωρεές και νοσήλια που καταβάλλονται από τον ΕΟΠΥΥ. Με κοινή απόφαση των Υπουργείων Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας, το 2022, όλες οι δημόσιες και μη κερδοσκοπικές μονάδες κοινωνικής φροντίδας λαμβάνουν από το κράτος ημερήσιο τροφείο ύψους 34 ευρώ ανά φιλοξενούμενο/ν, εάν είναι ασφαλισμένος/ν σε Ασφαλιστικούς Οργανισμούς που έχουν ενταχθεί στον ΕΟΠΥΥ ή εάν είναι ανασφάλιστο άπορο άτομο ή άτομο για το οποίο καταβάλλεται ήδη επίδομα. Οι απαιτούμενες πιστώσεις μεταφέρονται στον ΕΟΠΥΥ από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων.¹¹ Η επιχορήγηση αυτή επιτρέπει να διατηρείται σχετικά χαμηλά το κόστος για τον/τη φιλοξενούμενο/ν, όπου αυτό απαιτείται να εισπράττεται (600-1.500 ευρώ). Όσον αφορά τα Δημοτικά Γηροκομεία, αποτελεί ευθύνη της διοίκησής τους εάν θα υπάρξει οικονομική συμμετοχή από τον/τη φιλοξενούμενο/ν και σε ποιο ύψος.

Γενικότερα, και ιδιαίτερα κατά τα χρόνια της κρίσης, παρατηρήθηκε μείωση στον αριθμό των ατόμων που εξυπηρετούνταν στις μονάδες φροντίδας.¹² Παρόμοια τάση

10. Κατάλογος που παρασχεθήκε κατόπιν αιτήματος από το Υπουργείο Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας και τον οποίο επεξεργάστηκε η συντάκτρια του παρόντος κεφαλαίου. Σημειώνουμε ότι η ΠΕΜΦΗ (Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων) αποτελεί επίσης πηγή πληροφόρησης σχετικά με τις νόμιμα λειτουργούσες Μονάδες.

11. Κοινή Απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας με Αριθ. 91778 ΦΕΚ Β' 5186/06.10.2022 «Καθορισμός των όρων και της διαδικασίας χρηματοδότησης των παρόχων υπηρεσιών κλειστής φροντίδας για άτομα με αναπηρίες, χρόνια πάσχοντες και ηλικιωμένους».

12. Ο Πανελλήνιος Σύνδεσμος Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων καταγράφει κατά τη διάρκεια της κρίσης ένα κύμα αποχωρήσεων από τις Μονάδες, ιδιαίτερα μεταξύ μη εξαρτημένων χρη-

παρατηρήθηκε και κατά την περίοδο της πανδημίας. Με βάση την καταγραφή που πραγματοποιεί κάθε δύο χρόνια η Ελληνική Στατιστική Αρχή στις δημόσιες δομές φροντίδας, μεταξύ 2019-2021 στις Μονάδες Χρόνιων Παθήσεων-Παραρτήματα ΑμεΑ, οι απασχολούμενοι/ες μειώθηκαν κατά 6,8% και οι φιλοξενούμενοι/ες κατά 3,2% (ΕΛΣΤΑΤ, 2022). Ωστόσο, αξιοσημείωτη μείωση στις νέες τοποθετήσεις καταγράφηκε και στον ιδιωτικό τομέα. Αυτή η μείωση κατά την περίοδο της πανδημίας, βάσει ερευνητικών δεδομένων, ανήλθε στο 62%, γεγονός που οδήγησε σε παράλληλη μείωση της πληρότητας κατά 66% και των εσόδων κατά 82% (Προύσκας & Γκουντούμας, 2021: 40). Η τάση αυτή συνεχίζεται παρότι, όπως αναφέρεται, έχουν μειωθεί οι τιμές.¹³

Με βάση πρόσφατα δεδομένα, το ποσοστό του πληθυσμού που χρησιμοποιεί μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα παραμένει το δεύτερο χαμηλότερο στην Ευρώπη (1% σε σύγκριση με 18% στη Σουηδία και 11% στη Φινλανδία) (Eurofound, 2017b: 57), γεγονός που αντανakλά τόσο την αρνητική στάση των οικογενειών απέναντι στην τοποθέτηση ηλικιωμένων συγγενών σε ιδρύματα όσο και άλλους παράγοντες που δυσχεραίνουν την τοποθέτηση, όπως το κόστος, η απόσταση από τον τόπο διαμονής της οικογένειας και η ποιότητα που παρέχουν.

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι στο πλαίσιο της διαδικασίας αποασυλοποίησης, στις αρχές της δεκαετίας του 1990, άρχισαν να λειτουργούν ξενώνες για ψυχικά ασθενείς με κοινοτική χρηματοδότηση. Σήμερα, τους ξενώνες αυτούς λειτουργούν δημόσιοι και μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και χρηματοδοτούνται από το κράτος και τον ΕΟΠΥΥ. Οι ξενώνες παρέχουν υπηρεσίες στέγασης, φροντίδας και προστασίας και διαθέτουν περιορισμένο αριθμό θέσεων ανά ξενώνα. Στελεχώνονται από εξειδικευμένο προσωπικό (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλεύτες) και στοχεύουν, μεταξύ άλλων, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των φιλοξενούμενων και στην ανάπτυξη των γνωστικών, ψυχοκοινωνικών και παραγωγικών δεξιοτήτων τους, ώστε να ενταχθούν ομαλά στην κοινωνία. Αν και ο στόχος είναι η επανένταξη και επομένως, θεωρητικά, δεν αποτελούν μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας, για πολλούς η διαμονή έχει μακροχρόνιο χαρακτήρα. Στην έκθεση για την Ελλάδα (European Commission, 2021: 123) γίνεται αναφορά σε πληροφορίες που παρείχε το Υπουργείο Υγείας σχετικά με 510 ξενώνες για ψυχικά ασθενείς που προσφέρουν υπηρεσίες σε περίπου 4.100 δικαιούχους. Σε αυτές τις δομές, υπάρχουν περίπου 2.100 κλίνες για ηλικιωμένους/ες με προβλήματα ψυχικής υγείας, οι οποίες θα μπορούσαν να θεωρηθούν κλίνες μακροχρόνιας φροντίδας, παρόλο που δεν καταγράφονται επίσημα ως τέτοιες.

στών υπηρεσιών, ενώ πριν από την κρίση, αυτές οι Μονάδες ήταν σε πλήρη δυναμικότητα με λίστες αναμονής. Αυτό συνέβη επειδή, εξαιτίας της κρίσης και της οικονομικής δυσπραγίας, οι οικογένειες επέλεξαν να φροντίζουν τους ηλικιωμένους συγγενείς στο σπίτι, καθώς η σύνταξη των ηλικιωμένων μελών αποτελούσε σημαντική πηγή εισοδήματος, ειδικά για τα νοικοκυριά που πλήττονταν από την ανεργία (Πετμετζίδου κ.ά., 2015: 219· Eurofound, 2017a: 24).

13. Συνέντευξη με τον Κ. Προύσκα, Γενικό Γραμματέα, Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, 9.2.24.

3.2. Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»¹⁴ απευθύνεται σε ηλικιωμένους/ες που δεν είναι πλήρως αυτόνομοι και σε άτομα με κινητικά και ειδικά προβλήματα, με προτεραιότητα σε όσους/ες ζουν μόνοι/ες ή δεν έχουν πλήρη οικογενειακή φροντίδα ή των οποίων το εισόδημα δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Σκοπός του Προγράμματος είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων καθώς και των ατόμων με κινητικά ή άλλα ειδικά προβλήματα (ΑμεΑ), η υποστήριξη της ανεξαρτησίας και αξιοπρεπούς διαβίωσης και η στήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος των ωφελούμενων. Στο Πρόγραμμα υπάρχουν κριτήρια επιλογής, όπως το εισόδημα, η κατάσταση της υγείας (π.χ. βαθμός αυτοεξυπηρέτησης) των ωφελούμενων και η οικογενειακή κατάσταση.

Οι υπηρεσίες που προσφέρει το «Βοήθεια στο Σπίτι» ενδέχεται να διαφέρουν ανάλογα με τον δήμο που το στεγάζει και συνδέονται με το διαθέσιμο προσωπικό. Οι κύριες ειδικότητες που χρησιμοποιούνται από το Πρόγραμμα είναι ο/η κοινωνικός/ή λειτουργός, ο/η νοσηλεύτής/ρια και ο/η οικογενειακός/ή φροντιστής/ρια. Οι παραπάνω ειδικότητες συνήθως παρέχουν συμβουλευτική και συναισθηματική υποστήριξη, νοσηλευτική φροντίδα και φυσικοθεραπεία, οικογενειακή-οικιακή φροντίδα και ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης, όπως μικροψώνια, πληρωμή λογαριασμών, συνταγογράφηση, συνοδεία στις διάφορες υπηρεσίες και συντροφιά. Σε πρόσφατη έρευνα-έλεγχο του Ελεγκτικού Συνεδρίου σε 12 δήμους και 1.732 ωφελούμενους/ες, προέκυψε ότι οι υπηρεσίες που προσφέρονται σε μικρότερο βαθμό είναι αυτές που διευκολύνουν τους/τις ωφελούμενους/ες να συμμετέχουν σε δραστηριότητες όπως ο περίπατος, η προσωπική φροντίδα, το μαγείρεμα, η συνοδεία σε διάφορους φορείς (γιατρός, νοσοκομείο κ.λπ.) και η φροντίδα για τη λήψη φαρμάκων (Ελεγκτικό Συνέδριο, 2022: 40-41). Οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν.

Η συχνότητα των επισκέψεων εξαρτάται από τον αριθμό και τις ειδικότητες του προσωπικού. Στον Δήμο Αθηναίων γίνονται 10 επισκέψεις ανά ηλικιωμένο ανά μήνα και διαρκούν έως μία ώρα, αλλά σε μικρότερους δήμους οι επισκέψεις είναι πολύ λιγότερες. Στην προαναφερθείσα έρευνα-έλεγχο του Ελεγκτικού Συνεδρίου, σημειώθηκε ότι οι επισκέψεις στους δικαιούχους πραγματοποιούνται συνήθως μία φορά την εβδομάδα ή σε ακόμη πιο αραιά χρονικά διαστήματα (Ελεγκτικό Συνέδριο, 2022: 41-43).

Το Πρόγραμμα χρηματοδοτούνταν μέχρι το 2016 από κοινοτικά κονδύλια στο πλαίσιο του στόχου της συμφιλίωσης της οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής που

14. Ν. 2082/1992 (άρθρα 5-7), ΥΑ Π5Β/ΟΙΚ.4514 (ΦΕΚ 801Β/3.9.96), ΥΑ Π4Β/5814 (ΦΕΚ 917Β/17.10.97), ΥΑ Π1Γ/ΟΙΚ.4128/1 (ΦΕΚ 1360Β/8.11.2000), Ν. 3146/2003 (άρθρο 13), Ν. 4052/2012 (άρθρο 138), Ν. 4075/2012 (άρθρο 30), Ν. 4199/2013 (άρθρο 127), Ν. 4277/2014 (άρθρο 64), Ν. 4583/2108 (άρθρο 91), Ν. 4052/2012 (άρθρο 138), Ν. 4075/2012 (άρθρο 30), Ν. 4199/2013 (άρθρο 127), Ν. 4277/2014 (άρθρο 64), Ν. 4583/2018 (άρθρο 91).

αυτά προέβλεπαν (Πρόγραμμα για την Εναρμόνιση της Επαγγελματικής και Οικογενειακής Ζωής – κονδύλια ΕΣΠΑ). Είναι προφανές ότι η ένταξη του Προγράμματος για χρηματοδότηση σε κοινοτικά κονδύλια έγινε για λόγους σκοπιμότητας, καθώς ο στόχος της συμφιλίωσης δεν εκφράστηκε ούτε στο αρχικό θεσμικό του πλαίσιο ούτε σε μεταγενέστερα κείμενα πολιτικής. Αντίθετα, η φιλοσοφία του Προγράμματος βασίζεται στην παροχή φροντίδας σε μοναχικούς/ές, χαμηλού εισοδήματος ηλικιωμένους/ες χωρίς επαρκές δίκτυο οικογενειακής φροντίδας.

Κατά τη διάρκεια, αλλά ιδιαίτερα μετά τη λήξη της Κοινοτικής χρηματοδότησης, το πάγιο αίτημα των φορέων της τοπικής αυτοδιοίκησης και των εργαζόμενων ήταν η ένταξη του Προγράμματος σε οργανικές μονάδες της τοπικής αυτοδιοίκησης και για το προσωπικό ήταν ο διορισμός του σε μόνιμες θέσεις εργασίας. Σημαντική εξέλιξη στο θέμα αυτό επέφερε η νομοθεσία στα τέλη του 2018 (Ν. 4583/2018) με την οποία το Πρόγραμμα εντάχθηκε σε οργανικές μονάδες των δήμων και στελεχώθηκε με μόνιμους υπαλλήλους, μια εξέλιξη που έθεσε τέλος στη μακροχρόνια αβεβαιότητα σε σχέση με τη λειτουργία του Προγράμματος και επέτρεψε τη συνεχή και απρόσκοπτη απασχόληση του προσωπικού.

Όσον αφορά τη χρηματοδότηση του Προγράμματος, μετά το τέλος της Κοινοτικής χρηματοδότησης, αυτό χρηματοδοτείται αποκλειστικά από εθνικούς πόρους. Αρχικά χρηματοδοτούνταν από τους προϋπολογισμούς της κεντρικής και τοπικής διοίκησης και ορισμένων ασφαλιστικών ταμείων, αλλά από το 2020 χρηματοδοτείται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Εσωτερικών, το οποίο διαθέτει 60 εκατομμύρια ευρώ ετησίως για τον σκοπό αυτό. Η διαχείριση αυτών των κονδυλίων και οι διαδικασίες υλοποίησης του Προγράμματος καθορίστηκαν, έως το τέλος του 2022, σε προγραμματική σύμβαση, η οποία υπογράφηκε μεταξύ του υπουργού Εσωτερικών και της Ελληνικής Εταιρείας Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης Α.Ε. (ΕΕΤΑΑ Α.Ε.).

Σήμερα, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» λειτουργεί στο πλαίσιο της τοπικής αυτοδιοίκησης και υλοποιείται κυρίως από τους φορείς της. Ωστόσο, δεν διαθέτουν όλοι οι δήμοι της χώρας τέτοια υπηρεσία. Με βάση τα στατιστικά στοιχεία που συλλέγει η ΕΕΤΑΑ (Πίνακας 7.3), το 2022, 281 φορείς λειτουργούσαν 863 δομές «Βοήθεια στο Σπίτι» που εξυπηρετούσαν 67.002 άτομα με 2.910 υπαλλήλους. Από το σύνολο των φορέων, το 78% ήταν δήμοι ή δημοτικές επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας, το 20% ήταν άλλοι δημόσιοι φορείς και μόνο το 2% ήταν ιδιωτικοί φορείς (ΕΕΤΑΑ, 2023: 68).

**Πίνακας 7.3. Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»:
Φορείς, δομές, ωφελούμενοι/ες και εργαζόμενοι/ες ανά Περιφέρεια (2022)**

Περιφέρειες	Φορείς	Δομές	Ωφελούμενοι/ες*	Εργαζόμενοι/ες
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	22	58	5.084	205
Αττική	43	93	5.226	251
Βόρειο Αιγαίο	6	34	2.153	136
Δυτική Ελλάδα	18	53	6.480	244
Δυτική Μακεδονία	13	47	3.292	158
Ήπειρος	19	79	4.945	206
Θεσσαλία	25	84	5.685	268
Επάρνησα	9	26	2.686	129
Κεντρική Μακεδονία	39	151	11.586	571
Κρήτη	25	73	8.244	258
Νότιο Αιγαίο	19	30	1.724	81
Πελοπόννησος	21	50	4.614	163
Στερεά Ελλάδα	21	85	5.283	244
Σύνολο	281	863	67.002	2.910

* Περιλαμβάνει επίσης άτομα με αναπηρίες χωρίς κριτήριο ηλικίας.

Πηγή: ΕΕΤΑΑ (2023). Οι ΟΤΑ σε αριθμούς.

Όσον αφορά τον αριθμό των δομών σε σχέση με το 2017, το 2022 υπήρξε μια μικρή αύξηση στον συνολικό αριθμό τους (από 860 σε 863) που αφορούσε κυρίως τη Θεσσαλία (από 75 σε 84), αλλά αυτό δεν αντικατοπτρίζεται σε αντίστοιχη αύξηση των ωφελούμενων, ο συνολικός αριθμός των οποίων μειώθηκε (από 71.563 σε 67.002) (Πίνακας 7.4).

Με βάση τα δεδομένα ερευνών, η χρήση της υπηρεσίας «Βοήθεια στο Σπίτι» ως μοναδικής πηγής φροντίδας δεν είναι συνηθισμένη και αυτό είναι αναμενόμενο, επειδή η φροντίδα που παρέχεται από την υπηρεσία δεν είναι καθημερινή. Στην έρευνα-έλεγχο του Ελεγκτικού Συνεδρίου σε δείγμα ωφελούμενων του Προγράμματος σε διάφορες περιοχές της χώρας, το 43% των ωφελούμενων δήλωσαν ότι λαμβάνουν βοήθεια, πάντα ή συχνά, από ένα άτομο του οικογενειακού τους κυρίως περιβάλλοντος (70%), αλλά και από έναν αμειβόμενο φροντιστή/ρια (23%) (Ελεγκτικό Συνέδριο, 2022: 33). Παρόμοια αποτελέσματα δείχνει και η έρευνα πεδίου του προγράμματος GELDERIN, της οποίας τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο τρίτο μέρος του παρόντος συλλογικού τόμου.

Οι λήπτες του «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι ως επί το πλείστον άνω των 80 ετών, λιγότερο πιθανό να ζουν σε αστικές περιοχές και πιο πιθανό να ζουν μόνοι (Glinskaya et al., 2021: 3). Στην έρευνα-έλεγχο του Ελεγκτικού Συνεδρίου επιβεβαιώνεται ότι πράγματι η πλειονότητα των δικαιούχων (61%) είναι άνω των 78 ετών, το 67% είναι γυναίκες, αλλά μόνο το 46% ζει μόνο του (ό.π.: 33). Επίσης, είναι συνήθως άτομα χωρίς σημαντικές δυσκολίες αυτοφροντίδας, και αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στους περιορισμούς του Προγράμματος και στις διαθέσιμες δεξιότητες των

**Πίνακας 7.4. Συγκριτικά στοιχεία δομών και ωφελούμενων προγράμματος
«Βοήθεια στο Σπίτι» μεταξύ 2017 και 2022 ανά Περιφέρεια**

Περιφέρειες	Δομές		Ωφελούμενοι/ες*	
	2017	2022	2017	2022
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	58	58	6.001	5.084
Αττική	97	93	5.519	5.226
Βόρειο Αιγαίο	36	34	2.407	2.153
Δυτική Ελλάδα	53	53	6.548	6.480
Δυτική Μακεδονία	48	47	3.435	3.292
Ήπειρος	77	79	5.284	4.945
Θεσσαλία	75	84	6.315	5.685
Επάρνησα	26	26	3.186	2.686
Κεντρική Μακεδονία	152	151	12.549	11.586
Κρήτη	73	73	8.567	8.244
Νότιο Αιγαίο	30	30	1.783	1.724
Πελοπόννησος	50	50	4.768	4.614
Στερεά Ελλάδα	85	85	5.201	5.283
Σύνολο	860	863	71.563	67.002

* Περιλαμβάνει επίσης άτομα με αναπηρίες χωρίς κριτήριο ηλικίας.

Πηγή: ΕΕΤΑΑ (2023). Οι ΟΤΑ σε αριθμούς.

εργαζόμενων (ό.π.π.: 44). Σε αυτή την περίπτωση, φυσικά, το Πρόγραμμα δεν μπορεί ουσιαστικά να καλύψει τις ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας ατόμων με πιο σοβαρά προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης ή να λειτουργήσει ως αποτρεπτικός παράγοντας για την τοποθέτησή τους σε μονάδες φροντίδας. Εξάλλου, λειτουργεί ως δημόσια υπηρεσία με συγκεκριμένο ωράριο (π.χ. μόνο το πρωί, όχι Σαββατοκύριακα) και με περιορισμένους πόρους. Λειτουργεί δηλαδή ως υπηρεσία που απλώς διευκολύνει τους ηλικιωμένους στην καθημερινότητά τους και από αυτή την άποψη είναι μια υπηρεσία καλοδεχούμενη από τους χρήστες (ό.π.π.: 108).

3.3. Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)¹⁵ είναι μια κοινοτική δομή για τη φροντίδα ανήμπορων ηλικιωμένων, με στόχο την αποφυγή της απομάκρυνσής τους από τον χώρο τους (οικογενειακό, γεωγραφικό και κοινωνικό) και της τοποθέτησής τους σε ίδρυμα. Η απόφαση για τη δημιουργία των Κέντρων λήφθηκε το 2001 και έκτοτε συνεχίζουν να λειτουργούν με κοινοτικά κονδύλια (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο).

15. ΥΑ Ρ1Γ/ΑΓΡ/ΟΙΚ.14963 (ΦΕΚ 1397Β/22.10.2001), ΥΑ Δ27/ΒΟΥΛΗ. 9746/409 (ΦΕΚ 914Β/15.4.13),

Σύμφωνα με την απόφαση σχετικά με την ίδρυσή τους, τα ΚΗΦΗ είναι δομές ημερήσιας φιλοξενίας για ηλικιωμένους, οι οποίοι δεν μπορούν να φροντίσουν πλήρως τον εαυτό τους και τα άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος που θα μπορούσαν να τους φροντίζουν εργάζονται ή αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας, αδυνατώντας να ανταποκριθούν στη φροντίδα που έχουν αναλάβει.

Οι κύριοι στόχοι των ΚΗΦΗ είναι, αφενός, η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων μέσω της παραμονής στο οικείο φυσικό και οικογενειακό τους περιβάλλον και, αφετέρου, η διατήρηση μιας φυσιολογικής κοινωνικής και επαγγελματικής ζωής των μελών της οικογένειας και των συγγενών που τους φροντίζουν. Σημειωτέον ότι τα ΚΗΦΗ είναι η μόνη υπηρεσία φροντίδας ηλικιωμένων στο θεσμικό πλαίσιο της οποίας αναφέρεται το ζήτημα της συμφιλίωσης της ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής των εργαζόμενων οικογενειακών φροντιστών. Αυτό επέτρεψε την ένταξή τους στο Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς για την Προγραμματική Περίοδο 2007-2013 και τη χρηματοδότησή τους από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, ως δράσεις για την υποστήριξη των ηλικιωμένων και άλλων ατόμων που χρειάζονται βοήθεια, προκειμένου να ενισχυθεί η απασχολησιμότητα των έμμεσα ωφελούμενων.¹⁶

Για την ίδρυση και λειτουργία των ΚΗΦΗ απαιτείται η έκδοση άδειας από την αρμόδια υπηρεσία της Περιφέρειας, η οποία είναι επίσης υπεύθυνη για την παρακολούθηση και τον έλεγχο της λειτουργίας των δομών αυτών.

Τα ΚΗΦΗ παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα, μέριμνα για την κάλυψη πρακτικών αναγκών διαβίωσης και προσωπικής υγιεινής, υποβοήθηση της ανάπτυξης των λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ηλικιωμένων και δημιουργικές δραστηριότητες. Διασυνδέονται με τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) που ενδέχεται να υπάρχουν στην περιοχή και με άλλες κοινωνικές υπηρεσίες.

Σε κάθε ΚΗΦΗ, το οποίο μπορεί να φιλοξενήσει έως 25 άτομα, προβλέπεται η απασχόληση 5 ατόμων: ενός/μίας νοσηλευτή/ριας, δύο κοινωνικών λειτουργών, ενός ατόμου ως βοηθητικού προσωπικού και ενός ή μίας οδηγού, εφόσον υπάρχει διαθέσιμο όχημα. Το Κέντρο δύναται να απασχολεί και προσωπικό από άλλες ειδικότητες ανάλογα με τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων (π.χ. εργοθεραπευτές).

Την ευθύνη λειτουργίας των ΚΗΦΗ μπορούν να έχουν δημοτικές επιχειρήσεις ή νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, καθώς και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού και κερδοσκοπικού χαρακτήρα, αλλά στην πλειονότητα των περιπτώσεων λειτουργούν στο πλαίσιο δήμων ή δημοτικών επιχειρήσεων ή σε συμπράξεις με δημοτικές επιχειρήσεις.

Το επιλέξιμο κόστος ενός ΚΗΦΗ καθορίστηκε σε 800 ευρώ ανά μήνα ανά ωφελούμενο, για 8 ώρες ημερήσιας παροχής υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης

16. ΦΕΚ 60292/2158, ΦΕΚ 1724, Τεύχος Β', 27.8.2008, ΦΕΚ 0.18975/οικ. 3.313/21.10.2010, ΦΕΚ 1683, Τεύχος Β', 22.10.2010, ΦΕΚ 1.8011/οικ. 3.1414/9.6.2011, ΦΕΚ 1231, Τεύχος Β', 14.6.2011.

της μεταφοράς από και προς τη δομή, σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο για το ύψος των νοσηλίων των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρία (ΚΔΗΦ) που παρέχονται από τον ΕΟΠΥΥ (ΕΥΣΕΚΤ-REMACO ΑΕ, 2020: 13).

Με βάση τα στοιχεία της ΕΕΤΑ, το 2021 λειτουργούσαν 68 δομές ΚΗΦΗ, με την Κρήτη να έχει τον μεγαλύτερο αριθμό (16) ακολουθούμενη από την Κεντρική Μακεδονία (10) (Πίνακας 5). Όσον αφορά τον αριθμό των εξυπηρετούμενων ατόμων, η ΕΕΤΑ δεν κοινοποιεί δεδομένα, αλλά η ΕΥΣΕΚΤ, η οποία έχει την ευθύνη της παρακολούθησης των δράσεων που περιλαμβάνονται στο Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, αναφέρει ότι σε αυτές τις δομές ο αριθμός των εξυπηρετούμενων ατόμων ήταν 1.944 κατά το 2018. Στον Πίνακα 7.5 συγκεντρώσαμε δεδομένα από διαφορετικές πηγές προκειμένου να σχηματίσουμε μια εικόνα των δομών ΚΗΦΗ και αυτών που εξυπηρετούνται, αναγνωρίζοντας ότι τα δεδομένα δεν είναι παντού συγκρίσιμα. Ο Πίνακας δείχνει επίσης ότι, παρόλο που ο αριθμός των εξυπηρετούμενων ατόμων έχει αυξηθεί και οι πόροι ήταν εγγυημένοι, ο αριθμός των δομών έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια (αν και υπάρχουν διακυμάνσεις ανά περιοχή), γεγονός που καταδεικνύει τις δυσκολίες ίδρυσης και λειτουργίας τους.

Πίνακας 7.5. Αριθμός δομών και ωφελούμενων ΚΗΦΗ ανά Περιφέρεια

Περιφέρειες	Αριθμός δομών		Αριθμός ωφελούμενων	
	2014 *	2022 **	2014 ***	2020 ****
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	2	3	29	56
Αττική	9	8	192	328
Βόρειο Αιγαίο	2	2	40	125
Δυτική Ελλάδα	2	2	45	282
Δυτική Μακεδονία	14	7	301	35
Ήπειρος	9	7	195	264
Θεσσαλία	4	2	82	30
Επτάνησα	3	3	70	41
Κεντρική Μακεδονία	7	10	178	72
Κρήτη	16	16	337	46
Νότιο Αιγαίο	5	5	95	405
Πελοπόννησος	2	2	30	165
Στερεά Ελλάδα	1	1	25	95
Σύνολο	76	68	1.619	1.944

Πηγές: * Πίνακας 6.3 στο Χατζηβαρνάβα, 2019: 159.

** ΕΕΤΑΑ (2022). *Οι ΟΤΑ σε αριθμούς*. Αυτή η πηγή αφορά τον αριθμό των δομών το 2021.

*** Πίνακας 6.3 στο Χατζηβαρνάβα, 2019: 159.

**** ΕΥΣΕΚΤ-REMACO Α.Ε., 2020: 17, τα δεδομένα αναφέρονται σε αυτά της 31.12.2018.

3.4. Ιατροκοινωνική φροντίδα ασθενών με άνοια

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, από τις διάφορες κατηγορίες ασθενών με σωματικές ή ψυχικές ασθένειες, επιλέξαμε να επικεντρωθούμε στη φροντίδα ασθενών με άνοια-Alzheimer, επειδή αφορά κυρίως ηλικιωμένους/ες.

Σήμερα, η φροντίδα για αυτά τα άτομα παρέχεται κυρίως μέσω των Κέντρων Ημέρας και των Κινητών Μονάδων για άτομα με άνοια, ενώ αναπτύσσονται και δράσεις υποστήριξης για τους φροντιστές.

Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας για άτομα με άνοια (Κέντρα Ημέρας)

Τα Κέντρα Ημέρας είναι δομές εντός της κοινότητας και στοχεύουν στην παροχή ολοκληρωμένης ιατρικής και κοινωνικής φροντίδας σε άτομα με νοσητικά ελλείμματα μέσω της παροχής μη φαρμακευτικών θεραπειών, καθώς και της ανακούφισης των φροντιστών/ριών από το βάρος της φροντίδας, καθώς και της εκπαίδευσης και της συναισθηματικής τους υποστήριξης.

Πίνακας 7.6. Κέντρα Ημέρας για ασθενείς με άνοια ανά Περιφέρεια

Περιφέρεια	Αριθμός Κέντρων Ημέρας
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	-
Αττική	11
Βόρειο Αιγαίο	-
Δυτική Ελλάδα	-
Δυτική Μακεδονία	-
Ήπειρος	2
Θεσσαλία	2
Επάρνησα	-
Κεντρική Μακεδονία	3
Κρήτη	2
Νότιο Αιγαίο	1
Πελοπόννησος	1
Στερεά Ελλάδα	1
Σύνολο	23

Πηγή: Κατάλογος του Υπουργείου Υγείας (κατόπιν αιτήματος) και έλεγχος στο διαδίκτυο.

Με βάση το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Άνοια-Νόσο Alzheimer (σ. 43), τα Κέντρα μπορούν να οργανωθούν από δημόσιους φορείς, την τοπική αυτοδιοίκηση, μη κερδοσκοπικές εταιρείες για τη νόσο Alzheimer, ιδιωτικούς οργανισμούς και άλλους και να παρέχουν τις ακόλουθες υπηρεσίες:

- Ημερήσια απασχόληση.
- Ψυχοκοινωνικά προγράμματα που στοχεύουν στην ψυχική ενδυνάμωση των συμμετεχόντων και στην κινητοποίηση και διατήρηση των δεξιοτήτων και των

επικοινωνιακών τους ικανοτήτων για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (εργοθεραπεία, εικαστική θεραπεία, λογοθεραπεία).

- Διάγνωση και παρακολούθηση ατόμων με προβλήματα μνήμης και άλλων νοητικών λειτουργιών.
- Φυσική αποκατάσταση (γυμναστική – φυσικοθεραπεία).
- Εκπαίδευση, ενημέρωση και ψυχοκοινωνική υποστήριξη φροντιστών/ριών.
- Εκπαίδευση και κατάρτιση επαγγελματιών υγείας στην άνοια.
- Διασύνδεση με την κοινότητα.

Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Άνοια-Νόσο Alzheimer (σ. 42), η διεπιστημονική ομάδα του Κέντρου Ημέρας συστήνεται να περιλαμβάνει ψυχολόγους, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές και κοινωνικούς λειτουργούς, σε αριθμό που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού και στους διαθέσιμους πόρους. Τα Κέντρα Ημέρας είναι συνδεδεμένα με τα πλησιέστερα Ιατρεία Μνήμης και Νοητικών Λειτουργιών των Γενικών Νοσοκομείων, οι γιατροί των οποίων καλύπτουν τις ανάγκες ιατρικής παρακολούθησης που προκύπτουν.¹⁷

Εκτός από τις πιο αναπτυγμένες δομές που προαναφέρθηκαν, δραστηριότητες που σχετίζονται με τη νοητική ενδυνάμωση (π.χ. ομάδες νοητικής ενδυνάμωσης, ομάδες απασχόλησης, ενημέρωση πληθυσμού κ.λπ.) οργανώνονται από έναν αριθμό δήμων.

Κινητές Μονάδες για άτομα με άνοια

Αυτές οι μονάδες απευθύνονται σε άτομα με άνοια και τις οικογένειές τους που αδυνατούν να μετακινηθούν από τον τόπο κατοικίας τους. Στόχος είναι η κάλυψη των αναγκών φροντίδας των ατόμων με άνοια και των φροντιστών/ριών τους, που αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση σε υποδομές και υπηρεσίες, και η βελτίωση της ποιότητας της άτυπης φροντίδας. Σε συνεργασία με τοπικές ιατρικές και κοινωνικές δομές και υπηρεσίες, προσφέρουν υποστήριξη και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στο σπίτι και αλληλεπιδρούν με την κοινότητα. Περιλαμβάνουν υπηρεσίες σε διαφορετικούς τομείς φροντίδας (ιατρική, νοσηλευτική και κοινωνική) με στόχο τη διευκόλυνση της καθημερινότητας και τελικά τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με άνοια και των φροντιστών/ριών τους.

Οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας στελεχώνονται από κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές και άλλους εξειδικευμένους στη φροντίδα ατόμων με άνοια σε όλο το φάσμα της πορείας της νόσου.

Οι Κινητές Μονάδες λειτουργούν εντός των Κέντρων Ημέρας. Με βάση στοιχεία της Εταιρείας Alzheimer Αθηνών, από τα εννέα Κέντρα που λειτουργεί η Εταιρεία,

17. Υπάρχει απόφαση του Υπουργείου Υγείας για την ανάπτυξη επτά τέτοιων μονάδων με διευρυμένο ωράριο λειτουργίας και κινητές μονάδες με χρηματοδότηση από το Εθνικό Πρόγραμμα Ανάπτυξης: Απόφαση Α3α/Τ.Π.οικ.9601(26.2.2025) του υπουργού Υγείας με θέμα Ένταξη της Πράξης «Δημιουργία επτά (7) Κέντρων Ημέρας Ολικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας (Κ.Η.Ο.Φ.) για άτομα με Άνοια/Alzheimer» με Κωδικό ΟΠΣ 5225262 στο «ΤΠΑ ΥΓΕΙΑΣ 2021-2025».

προβλέπεται η λειτουργία Κινητών Μονάδων σε πέντε και κάθε χρόνο εξυπηρετούν περίπου 2.000 άτομα.¹⁸

Φιλοξενία και δομές μακροχρόνιας φροντίδας για άτομα με άνοια

Τα άτομα με άνοια συνήθως εξυπηρετούνται σε δομές φιλοξενίας ηλικιωμένων. Έχουμε εντοπίσει μόνο δύο δομές που λειτουργούν οικοτροφεία αποκλειστικά για άτομα με άνοια, μία στο Χαλάνδρι και μία στη Στυλίδα. Την ευθύνη λειτουργίας των οικοτροφείων έχει η ΑΜΚΕ «Αποστολή» της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών.

Η φιλοξενία σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας αφορά άτομα με άνοια που εμφανίζουν διαταραχές συμπεριφοράς, χρειάζονται αυξημένη φροντίδα και δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν ούτε με κατ' οίκον φροντίδα ούτε στα Κέντρα Ημέρας (όπου υπάρχουν). Επιπλέον, σε αυτές τις δομές είναι δυνατή η φιλοξενία ατόμων με άνοια για μικρό χρονικό διάστημα, ώστε οι φροντιστές/ριές τους να μπορούν να έχουν διαλείμματα ανάπαυσης.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Άνοια-Νόσο Alzheimer (σ. 44) προτείνει τη θέσπιση ειδικών κριτηρίων για την πιστοποίηση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων που φιλοξενούν άτομα με άνοια, προκειμένου να καλυφθούν οι αυξημένες και εξειδικευμένες ανάγκες φροντίδας τους. Προτείνει επίσης μέτρα οικονομικής βοήθειας για την υποστήριξη των ατόμων με άνοια και των φροντιστών/ριών τους, ώστε να μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτές τις μονάδες.

Δομές τελικού σταδίου

Αυτές οι δομές παρέχουν παρηγορητική φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου (Hospices). Στόχος αυτών των δομών είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με άνοια τελικού σταδίου και η εξοικονόμηση πόρων με τη μείωση των εισαγωγών ασθενών τελικού σταδίου σε δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα.

Τέτοιες δομές δεν είχαν αναπτυχθεί μέχρι πρόσφατα στην Ελλάδα. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Άνοια-Νόσο Alzheimer (σ. 46) προτείνει την ανάπτυξη τέτοιων υπηρεσιών για ασθενείς τελικού σταδίου, αξιοποιώντας τις υπάρχουσες δομές παρηγορητικής φροντίδας για άλλες ασθένειες, καθώς και τη δημιουργία προγραμμάτων αυξημένης οικονομικής υποστήριξης για άτομα με άνοια και τους/τις φροντιστές/ριές τους, για την κάλυψη των αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας τελικού σταδίου.

Στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ 2014-2020 – Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα, εγκρίθηκε η χρηματοδότηση δύο δομών τελικού σταδίου, μία στη Θεσσαλονίκη και μία στην Καλαμάτα, δυναμικότητας 25 κλινών η καθεμία, αλλά η δομή της Καλαμάτας δεν προχώρησε. Με χρηματοδότηση από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας «Ελλάδα 2.0» και σε συνεργασία με τον μη κυβερνητικό φορέα «Ελληνική Εταιρεία Ιατρικής Ψυχολογίας», ιδρύθηκε πρόσφατα δομή τελικού σταδίου στον Δήμο Μεγάρων δυναμικότητας 25 κλινών.

18. Παροχή πληροφοριών κατόπιν αιτήματος, 11.3.24.

Δράσεις για τους φροντιστές/ριες ατόμων με άνοια

Αναγνωρίζοντας το γεγονός ότι οι φροντιστές/ριες ατόμων με άνοια υφίστανται σημαντική ψυχολογική, σωματική και οικονομική επιβάρυνση, διάφοροι φορείς αναλαμβάνουν δράσεις για την υποστήριξή τους και τη διατήρηση της ψυχικής και σωματικής τους υγείας. Ενδεικτικές δράσεις είναι η εφαρμογή προγραμμάτων ενημέρωσης και κατάρτισης για φροντιστές/ριες ατόμων με άνοια σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, η έκδοση ενημερωτικού και εκπαιδευτικού υλικού (π.χ. εγχειρίδιο για φροντιστές ατόμων με άνοια), η εφαρμογή προγραμμάτων εξ αποστάσεως εκπαίδευσης για φροντιστές/ριες ατόμων με άνοια και η λειτουργία τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας για φροντιστές/ριες. Αυτές οι υπηρεσίες παρέχονται κυρίως από τα Κέντρα Ημέρας μη κυβερνητικών οργανώσεων για τη νόσο Alzheimer αλλά και από πανεπιστήμια και άλλους φορείς.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Άνοια-Νόσο Alzheimer (σ. 48) προτείνει τη δημιουργία ενός πλαισίου για την κατάρτιση και πιστοποίηση επαγγελματιών φροντιστών στην Ελλάδα που τώρα, χωρίς προσόντα, φροντίζουν άτομα με άνοια, αλλά μέχρι σήμερα δεν έχει σημειωθεί πρόοδος στο θέμα αυτό.

Στο Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-30 προτείνεται η υποστήριξη και η παροχή κινήτρων στους/στις φροντιστές/ριες της γειτονιάς για τη φροντίδα ατόμων που έχουν μεγαλύτερη/ειδική ανάγκη φροντίδας, καθώς και η παροχή κινήτρων σε συγγενείς για τη φροντίδα των δικών τους ανθρώπων με οικονομική υποστήριξη, ευελιξία στο ωράριο εργασίας τους ή ακόμη και τηλεργασία, με παράλληλη υποστήριξη από τις κοινοτικές δομές και άμεση ανταπόκριση σε περίπτωση υποτροπής (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία, 2023: 59).

4. Συμπεράσματα

Το ελληνικό σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων δεν εντάσσεται σε ένα συνεκτικό εθνικό θεσμικό πλαίσιο και παραμένει μέχρι και σήμερα αρκετά κερματισμένο, εξαρτώμενο σε μεγάλο βαθμό από την ιδιωτική πρωτοβουλία (π.χ. κερδοσκοπικά ή μη κερδοσκοπικά ιδρύματα και φορείς, ιδιωτικά αμειβόμενα κατ' οίκον φροντίδα), αλλά το σημαντικότερο, από την άτυπη κατ' οίκον φροντίδα από μέλη του συγγενικού περιβάλλοντος, όπως αναφέρεται και σε άλλα κεφάλαια του παρόντος τόμου.

Η συμμετοχή του κράτους και του δημόσιου τομέα γενικότερα, ιδίως όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών «κλειστής» φροντίδας, παρέμεινε και παραμένει πολύ μικρή. Στον τομέα των «ανοιχτών» και ημερήσιων υπηρεσιών φροντίδας, τις τελευταίες δεκαετίες, το κράτος συνέβαλε στην ανάπτυξή τους δημιουργώντας τα θεσμικά πλαίσια λειτουργίας τους και χρηματοδοτώντας την ίδρυση και λειτουργίας τους μέσω κυρίως των χρηματοδοτήσεων της ΕΕ. Ευθύνη για τη λειτουργία αυτών των υπηρεσιών έχει πρωτίτως η τοπική αυτοδιοίκηση πρώτου βαθμού, αλλά οι

δημοτικές αρχές αντιμετωπίζουν σήμερα διάφορα εμπόδια στο να διασφαλίσουν τους πόρους, οικονομικούς και ανθρώπινους, για την οργάνωση τέτοιων υπηρεσιών. Γι' αυτό και όπως είδαμε στην περιγραφή των σχετικών υπηρεσιών, σε πολλούς δήμους ή και περιφέρειες υπάρχει έλλειψη τέτοιων υπηρεσιών και προφανώς οι ανάγκες δεν καλύπτονται. Επιπλέον, σε ορισμένες υπηρεσίες υπάρχουν κριτήρια εισοδήματος που ενδεχομένως αφήνουν κάποιες κατηγορίες ηλικιωμένων χωρίς την απαραίτητη στήριξη. Απουσιάζει δηλαδή ένα κύριο και καθολικό δίκτυο βασικών κοινωνικών υπηρεσιών εθνική εμβέλειας.

Το βασικό μέτρο κοινωνικής προστασίας που ισχύει για όλα τα ηλικιωμένα άτομα, είτε χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα είτε όχι, είναι η σύνταξη γήρατος (αλλά και θανάτου ή αναπηρίας) για όσους έχουν δικαίωμα ασφάλισης και το επίδομα κοινωνικής αλληλεγγύης για τους ανασφάλιστους ηλικιωμένους. Προφανώς, ένα τέτοιο μέτρο διασφαλίζει ένα ελάχιστο εισοδήματος για όλα τα ηλικιωμένα άτομα, αλλά όπως προαναφέρθηκε, υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός ηλικιωμένων των οποίων η σύνταξη δεν επαρκεί για την καθημερινή επιβίωσή τους, πόσο μάλλον για τη φροντίδα τους εφόσον αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας που περιορίζουν τις δυνατότητες αυτοεξυπηρέτησής τους. Αυτό ισχύει όχι μόνο για τους χαμηλοσυνταξιούχους, αλλά για την πλειονότητα των συνταξιούχων, δεδομένου ότι οι συντάξεις τους κυμαίνονται σε επίπεδα που δεν τους επιτρέπουν την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών φροντίδας.

Τέλος, αξίζει να σημειώσουμε την απουσία πολιτικών υποστήριξης των οικογενειακών φροντιστών/ριών αλλά και επαγγελματοποίησης μέσω εκπαίδευσης και πιστοποίησης των κατ' οίκον αμειβόμενων φροντιστών/ριών.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

ΕΕΤΑΑ (2023). *Οι ΟΤΑ σε αριθμούς*.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030 (2023). Υπουργείο Υγείας. Ανακτήθηκε στις 15 Ιανουαρίου 2024, από <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/c312-psyxikh-ygeia/c685-draseis/11499-ethniko-sxedioygey-sh>.

Ελεγκτικό Συνέδριο (2022). *Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»: Αξιοποιούνται επαρκώς οι πόροι για την παροχή κοινωνικής φροντίδας σε ανθρώπους με περιορισμούς αυτοεξυπηρέτησης*; Ανακτήθηκε στις 12 Μαρτίου 2025, από <https://www.elsyn.gr/sites/default/files/%CE%95%CE%9A%CE%98%CE%95%CE%A3%CE%97%20%CE%95%CE%9B%CE%95%CE%93%CE%A7%CE%9F%CE%A5%2011%20%CE%A0%CE%A1%CE%9F%CE%93%CE%A1%CE%91%CE%9C%CE%9C%CE%91%20%CE%92%CE%9F%CE%97%CE%98%CE%95%CE%99%CE%91%20%CE%A3%CE%A4%CE%9F%20%CE%A3%CE%A0%CE%99%CE%A4%CE%99.pdf>.

Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) (2022, 9 Δεκεμβρίου). *Παρακολούθηση του έργου των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας (ΝΠΔΔ): έτος 2021* [Δελτίο Τύπου].

ΕΥΣΕΚΤ-REMACO Α.Ε. (2020). *Κατάρτιση Ενιαίου Μεθοδολογικού Πλάνου Αξιολόγησης*

- Κοινωνικών Δομών που χρηματοδοτούνται από τα ΠΕΠ 2014-2020, Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο*. Ανακτήθηκε στις 12 Ιανουαρίου 2024, από <http://www.esfhellas.gr/el/Pages/eLibraryFS.aspx?item=2113>.
- ΕΦΚΑ (2023). *Εξωιδρυματικό επίδομα* [Συχνές ερωτήσεις – Συντάξεις]. Ανακτήθηκε από <https://www.efka.gov.gr/el/menou/sychnes-eroteseis/syntaxeis/aponomes-kyrion-syntaxeon/aponomes-kyrion-syntaxeon/exoidrymatiko-epidoma>.
- ΗΔΙΚΑ Α.Ε. (2023, Δεκέμβριος). *25η Έκθεση ΗΛΙΟΣ* [PDF]. Ανακτήθηκε από https://www.idika.gr/wp-content/uploads/2023/12/25%CE%B7_%CE%B5%CE%BA%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%B7_%CE%97%CE%9B%CE%99%CE%9F%CE%A3_final.pdf.
- ΗΔΙΚΑ Α.Ε. (2025α). *Έκθεση Ιουνίου 2025* [PDF]. Ανακτήθηκε από https://www.idika.gr/wp-content/uploads/2025/07/2025_06_EKTHESI.pdf.
- ΗΔΙΚΑ Α.Ε. (2025β). *Μηνιαίες εκθέσεις ΕΣΕΠΣ – ΗΛΙΟΣ έτους 2025* [σελίδα έργου]. Ανακτήθηκε από <https://www.idika.gr/erga/eniaio-systima-syntaxeon-eseps-ilios/miniais-ektheseis-eseps-ilios/miniaies-ektheseis-eseps-ilios-etous-2025/>.
- Κοινή Απόφαση Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας (2022). *Καθορισμός των όρων και της διαδικασίας χρηματοδότησης των παρόχων υπηρεσιών κλειστής φροντίδας για άτομα με αναπηρίες, χρόνια πάσχοντες και ηλικιωμένους* (Αρ. 91778, ΦΕΚ Β' 5186/06.10.2022). Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- ΟΠΕΚΑ (χ.χ.). *Ανασφάλιστοι υπερήλικες*. Ανακτήθηκε την 1 Αυγούστου 2025, από <https://opeka.gr/anafalistoi-yperilikes>.
- Πετμετζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Στ., Πεμπιτζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ. & Πολυζωΐδης, Π. (2015). *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα* (Μελέτες/35). Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Προύσκας, Κ. & Γκουντούμας, Μ. (2021). Μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα: Μια ώρα για διαχείριση της κρίσης της πανδημίας Covid-19. *Health Review*, Μάιος-Αύγουστος 2021.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο (2008). *Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως 1724, Τεύχος Β', 27 Αυγούστου 2008*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο (2010). *Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως 0.18975/οικ.3.313, 21 Οκτωβρίου 2010*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο (2010). *Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως 1683, Τεύχος Β', 22 Οκτωβρίου 2010*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο (2011). *Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως 1.8011/οικ.3.1414, 9 Ιουνίου 2011*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο (2011). *Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως 1231, Τεύχος Β', 14 Ιουνίου 2011*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο (2009). *Απόφαση Π1/οικ.129673 (ΦΕΚ 2190/12.10.2009)*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο (2011). *Απόφαση Π1c/οικ.8794 (14.7.2011)*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο (2013). *Απόφαση Δ27/οικ.7603/329 (ΦΕΚ 745/1.4.2013)*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο (1992). *Νόμος 2082/1992 – [θέμα νόμου]*. ΦΕΚ Α' [αριθμός], [ημερομηνία]. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο. (1996). *Υπουργική Απόφαση Π5Β/ΟΙΚ.4514 (ΦΕΚ 801Β/3.9.1996)*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο. (1997). *Υπουργική Απόφαση Π4Β/5814 (ΦΕΚ 917Β/17.10.1997)*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο (2000). *Υπουργική Απόφαση Π1Γ/ΟΙΚ.4128/1 (ΦΕΚ 1360Β/8.11.2000)*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο. (2003). *Νόμος 3146/2003, Άρθρο 13*. ΦΕΚ Α' [αριθμός], [ημερομηνία]. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.

- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο (2012). Νόμος 4052/2012, Άρθρο 138. ΦΕΚ Α' [αριθμός], [ημερομηνία]. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο (2012). Νόμος 4075/2012, Άρθρο 30. ΦΕΚ Α' [αριθμός], [ημερομηνία]. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο (2013). Νόμος 4199/2013, Άρθρο 127. ΦΕΚ Α' [αριθμός], [ημερομηνία]. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο (2014). Νόμος 4277/2014, Άρθρο 64. ΦΕΚ Α' [αριθμός], [ημερομηνία]. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων / Ελληνικό Δημόσιο (2018). Νόμος 4583/2018, Άρθρο 91. ΦΕΚ Α' [αριθμός], [ημερομηνία]. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων (1984). Νόμος 1483/1984 – Κοινωνική ασφάλιση (ΦΕΚ Α' 152/31.12.1984). Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων (2021). Νόμος 4808/2021 – Για την προστασία της εργασίας (ΦΕΚ Α' 101/19.6.2021). Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Χατζηβαρνάβα, Ε. (2019). Υπηρεσίες φροντίδας για ηλικιωμένους/ες και άτομα με αναπηρία: Μικρή συνεισφορά στη συμφιλίωση εργασιακής και οικογενειακής ζωής. Στο Μ. Καραμεσίνη & Μ. Συμεωνάκη (επιμ.), *Συμφιλίωση εργασίας και οικογένειας στην Ελλάδα: Γένεση, εξέλιξη και αποτίμηση μιας πολιτικής* (σσ. 245-266). Αθήνα: Νήσος.

Ξενογλώσση

- Bettio, F. & Verashchagina, A. (2010). *Long-term care for the elderly*. EU Expert Group on Gender and Employment (EGGE).
- Eurofound (2017a). *Care homes for older Europeans: Public, for-profit and non-profit providers*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurofound (2017b). *European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion (2021). *Long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society* (Vol. II: Country profiles). Publications Office of the European Union. Ανακτήθηκε στις 30 Ιανουαρίου 2024, από <https://data.europa.eu/doi/10.2767/183997>.
- Glinskaya, E., Forde, I., Haep, T., Chouzouris, M., Wachs, D. & Karagiannidou, M. (2021). *Technical Report with an Assessment of Demand for and Supply of Elderly Care in Greece: Part I - Overview of Demand for and Supply of Home-based Care in Greece* (English). Washington, D.C.: World Bank Group. Ανακτήθηκε στις 30 Ιανουαρίου 2024, από <http://documents.worldbank.org/curated/en/099745106202238713/P1745000ef441d081093e40d540c88f089f>.
- Karamessini, M. (2010). *Elderly care in Greece: Provisions and providers*. EGGE – European Commission's Expert Group on Gender and Employment (Unpublished report to the European Commission).
- LEAP Network (2024). *Εθνικές εκθέσεις 2024*. Ανακτήθηκε από <https://www.leavenetwork.org/annual-review-reports/country-reports/>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Health Policy Studies. Ανακτήθηκε την 1 Φεβρουαρίου 2024, από <https://www.oecd.org/els/health-systems/help-wanted-9789264097759-en.htm>.

Μορφές οικογένειας, διαγενεακή αλληλεγγύη και φροντίδα ηλικιωμένων – Η περίπτωση της Ελλάδας

Αγγελική Αθανασοπούλου

Εισαγωγή

Το ζήτημα της φροντίδας των ηλικιωμένων, και ειδικά αυτών με μακροχρόνιες ανάγκες και των μη αυτοεξυπηρετούμενων, προκύπτει με επιτακτικό τρόπο στις δυτικές κοινωνίες τις τελευταίες δεκαετίες. Η εξέλιξη αυτή συνδέεται με μια σειρά νέων δεδομένων, όπως η συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους, οι νέες μορφές οικογένειας, η μαζική είσοδος των γυναικών στην αγορά εργασίας και η μείωση της συμβολής τους στην αναπαραγωγή της οικογένειας, η απροθυμία των ανδρών να συμβάλλουν στην αναπαραγωγική εργασία, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η μη αντίστοιχη ανάπτυξη των υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων (Hochschild, 2003). Επίσης, η διαρκής αύξηση τόσο των ανθρώπων που ζουν περισσότερα χρόνια –εξ ου και ο σχετικά πρόσφατος διαχωρισμός τρίτης και τέταρτης ηλικίας και η χρήση του όρου *ageing of the aged* (Μουσούρου, 2005: 113)– όσο και αυτών που λόγω προχωρημένης ηλικίας αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και σε κάποιες περιπτώσεις διαφορετικές μορφές αναπηρίας. Καθώς η ανάγκη για μακροχρόνια και πολλές φορές εντατική φροντίδα μεγαλώνει, ο δημόσιος λόγος εστιάζει κυρίως στο «βάρος» που καλούνται να επωμιστούν τόσο τα κράτη (οικονομικό) όσο και οι οικογένειες (εργασιακό, οικονομικό, πρακτικό, συναισθηματικό) και το οποίο μπορεί να λειτουργήσει διαλυτικά και για τα δύο (Buch, 2015: 278). Όσον αφορά τα κράτη, η συζήτηση των τελευταίων δεκαετιών επικεντρώνεται στο «βάρος» του συνταξιοδοτικού, της ιατροφαρμακευτικής κάλυψης των ηλικιωμένων, στην επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων και τελικά στην «απαξιωτική αναπαράστασή τους ως βάρος για το κράτος» (Federici, 2024: 268).¹ Αυτό έχει οδηγήσει σε διαγενεακό ανταγωνισμό ανάμεσα σε νέους και ηλικιωμένους, εργαζόμενους και συνταξιούχους, σε σχέση με την πρόσβαση στους διαθέσιμους πόρους και στις κοινωνικές παροχές, σε έναν «πόλεμο γενεών» (Federici, 2024: 288-289) και τελικά σε «γεροντοφοβικές τάσεις» (Μουσούρου, 2005: 163-4, 168). Όσον αφορά τις οικογένειες, η

1. Σχετικά με την αντίληψη ότι οι ηλικιωμένοι/ες αποτελούν «βάρος» και για τις οικογένειές τους και για την κοινωνία, βλ. επίσης Laslett, 1996: 1-7.

φροντίδα, ειδικά η εντατική, που παρέχουν τα ενήλικα παιδιά μπορεί να εξελιχθεί γι' αυτά σε μια «σχεδόν μη διαχειρίσιμη κατάσταση» (Εριμπόν, 2024: 74), με τους άτυπους φροντιστές, στην πλειονότητα των περιπτώσεων τις άτυπες φροντίστριες, να βρίσκονται στα όρια σωματικής και ψυχικής εξάντλησης (Federici, 2024: 275).

Το πώς η φροντίδα των ηλικιωμένων παρέχεται από τα παιδιά τους αναδεικνύει την πολλαπλότητα των τρόπων με τους οποίους η φροντίδα αντανακλά και ταυτόχρονα διαμορφώνει τις διαγενεακές σχέσεις (Buch, 2015: 285). Οι μελέτες υπογραμμίζουν ότι η φροντίδα των ηλικιωμένων εμφανίζεται ως ευθύνη/υποχρέωση και τελικά ως μέρος της ζωής των παιδιών τους (Brody, 1985· Gans & Silverstein, 2006). Στη διεθνή βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται οι όροι «υϊκό καθήκον» (filial duty), «υποχρέωση» (filial obligation), «σεβασμός» (filial piety), «ευθύνη» (filial responsibility), με τον τελευταίο να είναι αυτός που συναντάται συχνότερα. Ο συγκεκριμένος όρος, αν και έχει έμφυλη διάσταση (δεν χρησιμοποιούνται οι προσδιορισμοί children ή daughterly duty), αποδίδει το αίσθημα ευθύνης το οποίο βιώνουν τα ενήλικα παιδιά σε σχέση με την κάλυψη των σωματικών, πνευματικών και συναισθηματικών αναγκών των ηλικιωμένων γονιών τους (Blieszner & Hamon, 1992· Lewis, 1990). Ταυτόχρονα, αποτυπώνει τη γενικευμένη κοινωνική προσδοκία πως τα παιδιά θα στηρίξουν τους γονείς τους τόσο στην καθημερινότητα όσο ή κυρίως σε περιόδους ανάγκης, όταν δηλαδή υπάρχουν προβλήματα υγείας και πολύ περισσότερο αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης (Blieszner & Hamon, 1992· Lewis, 1990). Το αίσθημα ευθύνης είναι κοινωνικά και πολιτισμικά προσδιορισμένο,² όπως και πτυχή του οικογενειοκεντρισμού (familism), δηλαδή της κεντρικότητας που έχει η οικογένεια στην κοινωνική αναπαραγωγή και εν γένει στη ζωή των μελών της (Cicirelli, 1988, 1990· Cicirelli, Gans & Silverstein, 2006). Η στήριξη στους γονείς θεωρείται βασικής σημασίας όχι μόνο για τον ιδιωτικό χώρο, αλλά και για τον δημόσιο, για τις επίσημες πολιτικές, την έκταση και την ποιότητά τους. Μάλιστα, υποστηρίζεται πως όταν οι πολιτικές για τους ηλικιωμένους είναι ελλειμματικές, τα κράτη παρουσιάζουν την οικογένεια ως «φυσική πηγή φροντίδας» και τη φροντίδα των ηλικιωμένων από τα παιδιά τους ως υποχρέωση των παιδιών που βασίζεται στη βιολογία και τη φύση. Το 1997, στη Γαλλία, τα ενήλικα παιδιά δεν προσδιορίζονταν από τον νόμο ως «οικογενειακοί βοηθοί/φροντιστές», αλλά ως

2. Για τους Ντουρκέμ και Μως, τα συναισθήματα δεν είναι ψυχολογικά αλλά κοινωνικά φαινόμενα. Δεν έχουν τίποτα ατομικό ή αυθόρμητο, αποτελώντας προϊόντα της συλλογικής και κοινωνικής αναγκαιότητας με την έκφραση και την εκδήλωσή τους να ανάγονται στην κοινωνική και συλλογική επιταγή. Στην έρευνά του στην Όλυμπο Καρπάθου, ο Vernier αναδεικνύει πως τα συναισθήματα έχουν κοινωνικό χαρακτήρα, επικαθορίζουν τις σχέσεις, τις στάσεις, τις πρακτικές των ανθρώπων, όπως τις γαμήλιες επιλογές και τις πρακτικές κληροδοσίας, και εδραιώνουν (με όλες τις αμφισημίες τους) ιεραρχίες στον χώρο της οικογένειας (Vernier, 2001). Με βάση αυτή την οπτική, ο Εριμπόν υποστηρίζει πως η ψυχολογική ισχύς των οικογενειακών δεσμών είναι πρωτίστως κοινωνική ισχύς. Βασίζεται τόσο στην εγγραφή των δομών του κοινωνικού κόσμου στα άτομα από την πιο μικρή ηλικία όσο και στις επιταγές και στα τελετουργικά τα οποία «συμβάλλουν στη διαιώνιση, αν όχι του οικογενειακού συναισθήματος, τουλάχιστον του αισθήματος του ανήκειν σε μια οικογένεια και των υποχρεώσεων που απορρέουν από αυτό» (Εριμπόν, 2024: 128-129).

«φυσικοί βοηθοί/φροντιστές» (natural helpers). Με την επίκληση των θεωρούμενων πανίσχυρων και αδιάλυτων βιολογικών δεσμών γονιών-παιδιών να βρίσκεται πίσω από τη λογική της νομοθεσίας (Naiditch, 2011: 3· Sundström et al., 2008).

Καθώς γίνεται όλο και περισσότερο κατανοητό πώς η φροντίδα συνδέεται με τη συγκρότηση της συγγένειας, οι μελέτες στρέφονται τόσο στις εκάστοτε συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι βιώνουν την ανάγκη να φροντίσουν ή να φροντιστούν όσο και στην πολιτική οικονομία του καταμερισμού της φροντίδας (Bornement, 2001: 43). Στο πώς θα διαμορφωθεί το αίσθημα ευθύνης, πώς τα παιδιά θα εμπλακούν στην κάλυψη των αναγκών των γονιών τους, κεντρικό ρόλο έχουν συγκεκριμένοι παράγοντες. Δηλαδή, η ιστορική περίοδος και το ευρύτερο πλαίσιο· οι επίσημες πολιτικές· η ιδιωτική αγορά υπηρεσιών· το φύλο, η εθνότητα, η κοινωνική τάξη· η εννοιολόγηση της φροντίδας· ο τύπος οικογένειας (εκτεταμένη, πυρηνική)· η ποιότητα της σχέσης και το επίπεδο των παροχών και της στήριξης μέσα στον χρόνο (Connidis, 1989· Hareven, 1994· Phillipson, 1998· Lowenstein & Daatland, 2006).

Τι ορίζεται, όμως, ως φροντίδα και πώς προσεγγίζεται θεωρητικά και ερευνητικά; Ο αγγλικός όρος παραπέμπει τόσο στη συναισθηματική (care about) όσο και στην πρακτική διάσταση (care for), ενισχύοντας την αντίληψη πως οι πρακτικές φροντίδας ενεργοποιούνται στη βάση συναισθημάτων και οδηγώντας στην κατανόηση της φροντίδας ως ενός κυρίως ηθικού ζητήματος. Τα τελευταία χρόνια η φροντίδα προσεγγίζεται ως μια έννοια δυναμική και διαρκώς μεταβαλλόμενη, οικοδομούμενη στη βάση της διασύνδεσης μορφών ηθικής υποχρέωσης, βιοϊατρικών εξελίξεων, καθημερινών πρακτικών, διεθνούς καταμερισμού εργασίας και άρα δομών εκμετάλλευσης (Chatzidakis et al., 2022: 18· Βαρελάκη κ.ά., 2023: 18-19). Προσεγγίζεται, επίσης, ως μια υπόθεση που μας αφορά όλους/ες, στον βαθμό που η τρωτότητα και η αλληλεξάρτηση αναγνωρίζονται ως κεντρικά και κοινά μας χαρακτηριστικά, τα οποία δεν γίνονται αντιληπτά ως «παθογένειες» αλλά ως αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης ύπαρξης (Chatzidakis et al., 2022: 18). Με αυτή τη λογική, προτείνεται το δίπολο «παρέχω φροντίδα» (care giving) και «δέχομαι φροντίδα» (care receiving) να αντικατασταθεί από ένα συνεχές σχεσιακότητας, αμοιβαιότητας και συνυπευθυνότητας. Τα παραπάνω μας οδηγούν στη διάσταση της συν-φροντίδας (care with) (Tronto, 2013) και τελικά στην ατομική και συλλογική ικανότητα να διαμορφώνουμε συνθήκες (κοινωνικές, πολιτικές, υλικές, συναισθηματικές) που καθιστούν δυνατή την ευημερία όλων (Chatzidakis et al., 2022: 43). Σε αυτή την κατεύθυνση κινείται και η αντίληψη που, όσον αφορά τη φροντίδα των ηλικιωμένων, προτάσσει την ενότητα, τη «συμμαχία», τον κοινό αγώνα όσων εμπλέκονται σε αυτή (Federici, 2024: 289).

Στο κεφάλαιο αυτό εξετάζεται πώς, στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία, μελετάται η συμβολή της οικογένειας στη φροντίδα των ηλικιωμένων, με εστίαση στην ελληνική περίπτωση. Πιο συγκεκριμένα, διερευνάται πώς τα παιδιά στηρίζουν και φροντίζουν τους ηλικιωμένους γονείς, τόσο στο παρελθόν όσο και σήμερα. Ποιες οι διαφοροποιήσεις στις εννοιολογήσεις και στις πρακτικές φροντίδας, δηλαδή, στο τι σημαίνει και πώς γίνεται αντιληπτή, από ποιους/ες παρέχεται, για ποιους

λόγους και με ποιους τρόπους. Πώς και σε ποιο βαθμό αυτές οι διαφοροποιήσεις σχετίζονται με τις επίσημες πολιτικές, αλλά και με τις διαφορετικές κάθε φορά μορφές οικογένειας, με τις ενδοοικογενειακές έμφυλες και διαγενεακές ιεραρχίες και σχέσεις. Σε αυτό το πλαίσιο, εξετάζεται πώς οι σύγχρονοι/ες μετανάστες/ριες αντιλαμβάνονται και παρέχουν φροντίδα στους ηλικιωμένους γονείς τους που παραμένουν στις χώρες προέλευσης, εστιάζοντας στην περίπτωση της αλβανικής μετανάστευσης στην Ελλάδα.

Μέσα από την προσέγγιση των παραπάνω ζητημάτων, αναδεικνύεται το ερώτημα του εάν ισχύει η συχνά κυρίαρχη στον δημόσιο λόγο αντίληψη πως η έγνοια και η στήριξη των παιδιών προς τους γονείς φθίνει μέσα στον χρόνο. Ή, εάν πρόκειται για μια αντίληψη που, αφενός, εξιδανικεύει το παρελθόν και, αφετέρου, είτε προσλαμβάνει με φοβικούς όρους τη σύγχρονη πραγματικότητα είτε αδυνατεί να κατανοήσει τους οικογενειακούς μετασχηματισμούς και τους νέους τρόπους εννοιολόγησης και παροχής φροντίδας.

1. Φροντίδα των ηλικιωμένων μέχρι τις πρώτες δεκαετίες του 20ού αιώνα

Ιστορικές, κοινωνιολογικές, δημογραφικές και ανθρωπολογικές έρευνες αναδεικνύουν πως στην Ευρώπη, κατά τους προηγούμενους αιώνες, η οικογένεια είχε την κύρια ευθύνη για τη φροντίδα των μελών της και ειδικά των πιο αδύναμων – παιδιών, ηλικιωμένων, ασθενών, ανάπηρων. Ο βασικός ρόλος της οικογένειας εντοπίζεται τόσο στο αστικό όσο και στο αγροτικό πλαίσιο, με τις πιο εύπορες οικογένειες να έχουν πρόσβαση και σε αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα, η οποία παρέχεται από εργαζόμενες που προέρχονται από φτωχές περιοχές και οικογένειες. Οι περισσότερες έρευνες εστιάζουν στον αγροτικό χώρο, καθώς μέχρι και τις πρώτες δεκαετίες του 20ού αιώνα, αν και οι διαδικασίες εκβιομηχάνισης και αστικοποίησης προχωρούν ταχύτατα, οι κοινωνίες αυτές ήταν ακόμη κατά βάση αγροτικές. Σε αυτές, η οικογένεια ήταν μονάδα παραγωγής, κατανάλωσης, αναπαραγωγής, βιολογικής και κοινωνικής – το τελευταίο με τη μορφή μέριμνας για την επιβίωση και την ευημερία των μελών της σε όλες τις φάσεις της ζωής τους. Οι οικογένειες μπορεί να είναι πυρηνικές (σύζυγοι και ανήλικα παιδιά) ή εκτεταμένες (συγκατοίκηση γενεών). Στις εκτεταμένες οικογένειες τα ενήλικα, έγγαμα, συγκατοικούντα παιδιά ήταν αυτά που διασφάλιζαν τους γονείς στα γεράματά τους. Η φροντίδα του μεγαλύτερου σε ηλικία ζευγαριού στα γηρατειά δεν φαίνεται να αποτελεί μια διακριτή διαδικασία απορρέουσα αποκλειστικά από ένα αίσθημα «ευθύνης» των παιδιών, όπως το αντιλαμβανόμαστε σήμερα. Αποτελεί μέρος της συν-οίκησης, συν-εργασίας, συν-βίωσης, δηλαδή, ενός συνεχούς καθημερινής συν-ύπαρξης, καταμερισμού καθηκόντων, που τα μέλη της οικογένειας αναλαμβάνουν ανάλογα με την ηλικιακή και έμφυλη θέση τους σε αυτή. Με άλλα λόγια, δεν πηγάζει από τους «φυσικούς» δεσμούς αίματος,

αλλά από τις σχέσεις αλληλεξάρτησης παραπέμποντας σε αυτό που ο κοινωνικός ανθρωπολόγος Marsall Sahlins (2014) προσδιορίζει ως «αμοιβαιότητα ύπαρξης».

Οι στενές σχέσεις και η αμοιβαιότητα της ύπαρξης δεν συνεπάγονται ανυπαρξία αμφιθυμίας, εντάσεων και συγκρούσεων. Αντίθετα, είναι κυρίως σε τέτοιου τύπου στενές, καθημερινές σχέσεις συνύπαρξης που εντοπίζονται. Στις εκτεταμένες οικογένειες αφορούσαν κυρίως την κατοχή και τη μεταβίβαση της περιουσίας (σπίτι, κτήματα, ζώα, εργαλεία, μέσω των οποίων διασφαλιζόταν η επιβίωση και η αναπαραγωγή της οικογένειας) από το πιο ηλικιωμένο στο νεότερο ζευγάρι, στην πράξη από τον πατέρα στον συγκατοικούντα γιο. Η πλήρης απόσυρση, με τη μορφή της μεταβίβασης όλης της περιουσίας εν ζωή, δεν ήταν η πρώτη επιλογή των γηραιότερων, καθώς σε αυτό το αυστηρά ιεραρχικό πλαίσιο, που δεν αναγνώριζε τη συμμετοχή διαφορετικών γενεών στην εξουσία, θα σήμαινε τον ταχύτατο και εντυπωσιακό υποβιβασμό της θέσης τους (Klapisch & Demonet, 1996: 129).

Το μη αυτονόητο της φροντίδας των ηλικιωμένων από τα συγκατοικούντα παιδιά είναι ξεκάθαρο στις περιπτώσεις που οι ηλικιωμένοι μεταβιβάζουν εν ζωή την περιουσία τους. Τη μεταβίβαση της περιουσίας συνοδεύει η σύνταξη συμφωνητικού που ορίζει με σαφήνεια τα δικαιώματα των ηλικιωμένων, τις παροχές και τα αγαθά που θα πρέπει να τους αποδίδονται μέχρι το τέλος της ζωής τους από το νεότερο ζευγάρι. Τα συγκεκριμένα συμφωνητικά καταδεικνύουν ότι το μεγαλύτερο σε ηλικία ζευγάρι δεν έχει «καμία ψευδαισθήση για την ποιότητα των μελλοντικών σχέσεων με τα παιδιά του», όταν δεν υπάρχουν νομικά έγγραφα που να τα δεσμεύουν όσον αφορά το πώς πρέπει να σταθούν απέναντί του γενικά και ειδικότερα όταν έχουν ανάγκη φροντίδας και περίθαλψης (Berkner, 1996: 72-9). Κατά συνέπεια, η περίθαλψη και η «γνηροκόμηση» γίνονται αντικείμενο συστηματικής διαπραγμάτευσης, αναδεικνύοντας τη «σκληρή μοίρα» των ηλικιωμένων στις συγκεκριμένες κοινωνίες (Καυταντζόγλου, 1996: 26).

Στον ελληνικό χώρο, έχουμε μελέτες οι οποίες, επίσης, υποδεικνύουν τη συνύπαρξη πυρηνικών και εκτεταμένων οικογενειακών σχημάτων. Στην περίπτωση των εκτεταμένων –με τα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκε παραπάνω πως έχει η συν-οίκηση–, οι έγγαμοι γιοι ή ο έγγαμος γιος/προνομιακός κληρονόμος αναλάμβαναν τη φροντίδα των γονέων. Και αυτές οι έρευνες καταγράφουν πως τα παιδιά δεν θεωρούσαν ότι είναι υποχρεωμένα να εξασφαλίσουν τη φροντίδα των γονέων τους (ή άλλων ηλικιωμένων συγγενών τους) που δεν μπορούσαν πια να αυτοεξυπηρετηθούν. Στη μελέτη της σε νοταριακά έγγραφα στη Νάξο του 17ου αιώνα, η Εύα Καλπουριτζή εντοπίζει τους όρους «γεροντομοίρι» ή «γεροτρόφι». Οι όροι αυτοί περιγράφουν τη μεταβίβαση της περιουσίας από το μεγαλύτερο σε ηλικία ζευγάρι στα έγγαμα παιδιά με την ταυτόχρονη διατήρηση (από την πλευρά των γονιών) της κυριότητας ή της επικαρπίας ενός τμήματός της. Η έγνοια των ηλικιωμένων να εξασφαλίσουν με αυτόν τον τρόπο την αξιοπρεπή διαβίωσή τους, μέχρι τα βαθιά γεράματα και τον θάνατό τους, αναδεικνύει ότι δεν θεωρούν αυτονόητη τη φροντίδα από τα παιδιά τους στην τελευταία και ιδιαίτερα δύσκολη φάση της ζωής τους. Στα έγγραφα εντοπίζεται και

ο όρος «ζωοτροφία», ο οποίος αφορά το δικαίωμα των γονέων να παραμείνουν στην οικία ή/και να τους παρέχονται υπηρεσίες φροντίδας όταν δεν θα έχουν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης. Οι ηλικιωμένοι μπορεί, επίσης, να προχωρούν στη μεταβίβαση αγαθών και περιουσιακών στοιχείων μικρότερης ή μεγαλύτερης αξίας στους φροντιστές/ριες (που ενδέχεται να είναι και μη συγγενικά πρόσωπα) ως αντάλλαγμα για τη φροντίδα που τους παρέχουν. Με τη φροντίδα να περιγράφεται, όπως καταγράφεται στην περίπτωση μιας ηλικιωμένης, ως η υποχρέωση που έχει το πρόσωπο το οποίο έχει οριστεί ως υπεύθυνο/η «να έχει την έγνοιάν της και να την αποβλέπειν» (Καλπουριτζή, 2001: 159-169). Σύμφωνα με την Καλπουριτζή, αυτή η κατηγορία ανταλλαγών αφορά τις υπηρεσίες που σχετίζονται με την αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης στα γηρατειά στο πλαίσιο ενός συστήματος συγγένειας που «από την ίδια του τη δομή δεν διαθέτει μηχανισμούς για την αντιμετώπιση των κρίσιμων αυτών φάσεων της ανθρώπινης ζωής» (Καλπουριτζή, 2001: 165-189, 214).

Η «ζωοτροφία» εντοπίζεται και από τη Σοφία Δασκαλοπούλου-Καπετανάκη στη μελέτη αρχειακού υλικού στον Δήμο Σοποτού Αχαΐας που αφορούν την περίοδο 1835-1890. Όταν ο γονέας διανέμει την περιουσία πριν από τον θάνατό του, απαιτεί να του αποδίδουν επισίως οι κληρονόμοι του ένα ποσοστό για τη «ζωοτροφία» του (Δασκαλοπούλου-Καπετανάκη, 1993: 299-300). Και ο Ελευθέριος Αλεξάκης στην έρευνά του σε αρβανιτόφωνες κοινότητες της ΝΑ Αττικής καταγράφει πως σε επίσημα έγγραφα καθορίζεται «ο τρόπος συντήρησης των γονιών», αναδεικνύοντας πως οι γονείς προβληματίζονται για τα γηρατειά τους, αφού έχουν «επίγνωση τι μπορούσε να συμβεί». Στις περιπτώσεις που μοίραζαν εν ζωή την περιουσία τους, κρατούσαν με επίσημα έγγραφα το «γυροκόμι», ένα μερίδιο της περιουσίας ως εξασφάλιση για τα γεράματά τους (Αλεξάκης, 1996: 110-113). Αφενός, λοιπόν, ο οικιακός χώρος «δεν αγνοεί ούτε παραβλέπει το ανταλλακτικό περιεχόμενο των σχέσεων» στο εσωτερικό του. Αφετέρου, για να εξασφαλιστούν τα «αυτονόητα», χρειάζεται να αποτελέσουν αντικείμενο διαπραγμάτευσης και στρατηγικής που μπορούν να οδηγήσουν σε ενδογενείς συγκρούσεις και για τις οποίες ο οικιακός χώρος «είναι σε θέση να προνοήσει» (Καλπουριτζή, 2001: 165, 208-209). Η ανάγκη φροντίδας των ηλικιωμένων από τα παιδιά τους αποδίδεται όχι μόνο στον τύπο των οικογενειών, αλλά και στην απουσία επίσημων θεσμών και δομών μέριμνας και προστασίας τους (Καυταντζόγλου, 1997: 130, 173, 210).

2. Η φροντίδα των ηλικιωμένων στη μεταπολεμική περίοδο

Στις αρχές του 20ού αιώνα, τα γηρατειά «ανακαλύπτονται» ως ξεχωριστή κοινωνική κατηγορία (Μουσουρού, 2005). Στις πρώτες επιστημονικές μελέτες, οι ηλικιωμένοι συνδέονται με τη σταδιακή απώλεια των σωματικών και πνευματικών ικανοτήτων και την αναπόφευκτη φθορά και στον δημόσιο λόγο παρουσιάζονται ως πρόβλημα που απαιτεί νέες πολιτικές. Αρχικά, αυτό που απασχολεί είναι η ανάγκη εξόδου τους

από την εργασία, αφενός, για λόγους μειωμένης παραγωγικότητας και, αφετέρου, για ανθρωπιστικούς λόγους – μάλιστα, εμφανίζεται ο όρος «broken down old man», που αποτυπώνει τη σωματική εξουθένωση των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων. Καθώς τίθεται το ζήτημα της προστασίας και της εξασφάλισης ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης, εισάγεται και σταδιακά εξαπλώνεται η υποχρεωτική συνταξιοδότηση, μια διαδικασία που θα ολοκληρωθεί μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Σε κάθε περίπτωση, την περίοδο αυτή τα γηρατειά «κατασκευάζονται» γύρω από εκδοχές της έννοιας της εξάρτησης, με τους ηλικιωμένους ανθρώπους να εμφανίζονται ως «επωφελούμενοι» είτε του κράτους, είτε της φιλανθρωπίας, είτε της οικογένειας (Phillipson, 1998: 108-110).

Στις αγροτικές περιοχές των δυτικών χωρών συνεχίζουν να εντοπίζονται εκτεταμένα οικογενειακά σχήματα, στα οποία οι σχέσεις διαμορφώνονται με τον τρόπο που είδαμε να ισχύουν και στο παρελθόν – συγκατοίκηση, συνεργασία, κληροδότηση της περιουσίας, διαδοχή και φροντίδα των ηλικιωμένων, με όλα τα προβλήματα, τις αμφιθυμίες και τις συγκρούσεις (βλ. Bourdieu, 1962, 2006). Καταγράφονται, ωστόσο, και διαφοροποιήσεις που συνδέονται με τις περισσότερες ευκαιρίες για μισθωτή εργασία, οπότε και με τη δύναμη φυγή ακόμη και των προνομιακών κληρονόμων από το οικογενειακό σπίτι και άρα με έλλειμμα φροντίδας για τους ηλικιωμένους. Στις αστικές περιοχές έχουμε την επικράτηση της πυρηνικής οικογένειας. Μελέτες, όμως, που πραγματοποιήθηκαν σε αστικά κέντρα αναπτυγμένων καπιταλιστικών χωρών, όπως οι ΗΠΑ, έδειξαν ότι τα έγγαμα παιδιά εξακολουθούν να έχουν συστηματική επικοινωνία και επαφή με τους γονείς τους, με τις μεταξύ τους σχέσεις να χαρακτηρίζονται από συνεχή αλληλοϋποστήριξη. Με αυτά τα δεδομένα, θεώρησαν ανεπαρκές και παραπλανητικό το κριτήριο της κοινής στέγης για τον ορισμό της οικογένειας, και προσδιόρισαν τα οικογενειακά αυτά σχήματα ως «τροποποιημένη εκτεταμένη οικογένεια» (modified extended family).³

Παρά την πιο συστηματική εμπλοκή του κράτους, την αστικοποίηση, την επικράτηση της πυρηνικής (στη μορφή) οικογένειας, την είσοδο των γυναικών στην αγορά εργασίας, η οικογένεια συνεχίζει να έχει κεντρικό ρόλο στη φροντίδα των ηλικιωμένων, ακόμη και σε χώρες με ισχυρές κοινωνικές και οικογενειακές πολιτικές, όπως οι σκανδιναβικές, αποτελώντας το «αφανές κοινωνικό κράτος» (hidden welfare state) (Connidis, 1989· Phillipson, 1998: 99). Οι έρευνες καταγράφουν πως οι διαγενεακές σχέσεις όχι μόνο δεν υποχωρούν, αλλά, συνεχώς μετασχηματιζόμενες, γίνονται όλο και πιο σημαντικές και για όλο και περισσότερα χρόνια. Για να αναδειχθεί αυτή η διαπλοκή των διαγενεακών ζώων χρησιμοποιούνται όροι όπως «αλληλοεξαρτώμενη σχέση» (interdependent relationship) (Lewis, 1990), «σχήμα μακροπρόθεσμων υποχρεώσεων», «δίκτυο υποχρεώσεων» (Dalos & Sapsford, 2009: 105-107), «κοινές ζωές» (shared lives) (Bengtson, 2001). Συγκεκριμένα, οι

3. Για το ζήτημα της οικογένειας στο σύγχρονο πλαίσιο μέσα από το πρίσμα των διαγενεακών σχέσεων, βλ. ενδεικτικά, Litwak, 1960· Ruggles, 1994· Sussman, 1954.

ηλικιωμένοι συνεχίζουν να προσφέρουν οικονομική, πρακτική, συναισθηματική και υλική βοήθεια στα έγγαμα παιδιά τους, με την κύρια συνεισφορά τους να αφορά το μέγαλωμα των εγγονιών (Bengtson, 2001: 6-7· Νόβα-Καλτσούνη, 2018: 148). Αντίστοιχα, τα παιδιά φροντίζουν τους γονείς, κυρίως σε περιπτώσεις ασθένειας ή οικονομικών προβλημάτων, με τις γυναίκες (συνήθως κόρες) να έχουν πρωταγωνιστικό ρόλο (Lewis, 1990: 75-82). Μάλιστα, όταν υπάρχουν οι προϋποθέσεις και οι ηλικιωμένοι γονείς το χρειάζονται (προχωρημένη ηλικία, ασθένεια, χρεία, οικονομικές δυσχέρειες), προχωρούν σε συγκατοίκηση μαζί τους. Οι έρευνες υπογραμμίζουν, επίσης, τη συνθετικότητα του πώς διαμορφώνονται τα πρότυπα και τα μοτίβα του αισθήματος υποχρέωσης προς τους ηλικιωμένους γονείς, ανάλογα με τα κυρίαρχα πολιτισμικά πρότυπα, τις κοινωνικές πολιτικές, τις εξελίξεις στην αγορά εργασίας (μαζική είσοδος των γυναικών που ήταν οι κατεξοχήν φροντίστριες, ειδικά όσον αφορά το πρακτικό κομμάτι της παροχής φροντίδας), την ποιότητα των μεταξύ τους σχέσεων μέσα στον χρόνο (Connidis, 1989: 48, 56-70· Phillipson, 1998: 101).

Από τη δεκαετία του 1980, όταν το κοινωνικό αποδυναμώνεται λόγω της σταδιακής επικράτησης των νεοφιλελεύθερων πολιτικών, η οικογένεια έχει όλο και πιο κεντρικό ρόλο στην κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων (Sundström et al., 2008). Από την πλευρά τους, οι ηλικιωμένοι αναμένουν τη στήριξη των παιδιών τους και στρέφονται προς αναζήτηση βοήθειας πρώτα στην οικογένεια (Phillipson, 1998: 99· Lowenstein & Daatland, 2006). Μάλιστα, στις ΗΠΑ, πολλοί εργαζόμενοι φτωχοποιούνται στην προσπάθειά τους να στηρίξουν τους μη αυτοεξυπηρετούμενους γονείς τους (Federici, 2024: 271). Κάποια κράτη επιβάλλουν νομοθετικά την περίθαλψη των ηλικιωμένων μελών από την οικογένεια, αποτυπώνοντας, αναπαράγοντας και ενισχύοντας τις αντιλήψεις περί αμοιβαιότητας και ευθύνης των ενήλικων παιδιών προς τους ηλικιωμένους γονείς, αλλά και τον ανταλλακτικό χαρακτήρα των οικογενειακών σχέσεων. Στον Καναδά, το 1978, ψηφίζεται ο νόμος Parents' Maintenance Act. Family Law, «στήριξη στους γονείς του οι οποίοι το είχαν φροντίσει όταν ήταν ανήλικο, στήριξη ανάλογη με τις ανάγκες των γονιών και τη δυνατότητα του παιδιού να την προσφέρει» (Connidis, 1989: 98). Στην Κίνα, η νομοθεσία τις τελευταίες δεκαετίες υποχρεώνει τα παιδιά να φροντίσουν τους ηλικιωμένους γονείς τους, ενισχύοντας έτσι τη νόρμα του σεβασμού και της ευθύνης απέναντί τους (filial piety/filial responsibility) (Buch, 2015: 284). Στην Ισπανία, ο νόμος ορίζει τις υποχρεώσεις των μελών της οικογένειας και συνδέει τον μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό εμπλοκής που αναμένεται από το κάθε παιδί με βάση το μερίδιο της κληρονομιάς που δικαιούται. Μάλιστα, νόμος του 2003 προβλέπει πως σε περίπτωση που κάποιο μέλος δεν επιδείξει την αναμενόμενη «υπευθυνότητα» απέναντι στον ηλικιωμένο, τότε μπορεί ακόμη και να αποκληρωθεί (Sundström et al., 2008). Στη Γαλλία, ο αστικός κώδικας προβλέπει ότι σε περιπτώσεις ανάγκης τα παιδιά και τα ενήλικα εγγόνια έχουν τη νομική υποχρέωση να παρέχουν οικονομική στήριξη στους γονείς και στις γιαγιάδες/παππούδες που δεν έχουν τη δυνατότητα να αντεπεξέλθουν οικονομικά. Με το κράτος να αναλαμβάνει

την ευθύνη και να υποκαθιστά την οικογένεια μόνο όταν η τελευταία δεν έχει την οικονομική δυνατότητα. Αυτό που αναφέρεται ως «υποχρέωση διατροφής» αφορά την κάλυψη του μέρους του κόστους διαμονής και ιατρικής φροντίδας στους οίκους ευγηρίας, το οποίο, αφενός, δεν καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση και, αφετέρου, οι ηλικιωμένοι αδυνατούν να καλύψουν (Εριμπόν, 2024: 131· Naiditch, 2011: 5). Τα περισσότερα κράτη αποφεύγουν τη νομοθετική επιβολή –ρητός εξαναγκασμός–, αλλά ενθαρρύνουν τα μέλη της οικογένειας να την αναλάβουν μέσα από οικονομικές παροχές και διευκολύνσεις – κάτι που θεωρείται «μια πιο εκλεπτυσμένη μορφή εξαναγκασμού». Και στις δύο περιπτώσεις τίθενται ζητήματα ηθικής φύσης, στον βαθμό που η φροντίδα των ηλικιωμένων δεν πρέπει να αναλαμβάνεται από τα μέλη της οικογένειας, είτε γιατί τους επιβάλλεται νομοθετικά είτε γιατί έχουν «λανθασμένα κίνητρα» – οικονομικά οφέλη ή αίσθημα ντροπής επειδή δεν ανταποκρίνονται στο κοινωνικά προσδοκώμενο (Σουτζόγλου-Κοτταρίδη, 1996: 456).

Τις τελευταίες δεκαετίες, η λύση του οίκου ευγηρίας (ιδιωτικού ή δημόσιου) είναι πλέον μια πραγματικότητα για πολλούς ηλικιωμένους ανθρώπους, με τους οίκους ευγηρίας να αυξάνονται και σε πολλές περιπτώσεις να βελτιώνονται ως προς την οργάνωση, τη λογική και τις παροχές τους (Mallon, 2007· Naiditch, 2011: 10· Sundström et al., 2008). Τα παιδιά των ηλικιωμένων με δυσκολία αποφασίζουν/ συμφωνούν να μεταφερθούν οι γονείς τους σε ιδιωτικούς (οι πιο εύπορες οικογένειες) ή δημόσιους οίκους ευγηρίας (οι φτωχές οικογένειες). Και αυτό, διότι αισθάνονται ενοχές που σχετίζονται, αφενός, με την αρνητική άποψη για τις συνθήκες στους οίκους ευγηρίας (τόσο τους δημόσιους όσο και τους ιδιωτικούς)⁴ και, αφετέρου, με τον προβληματισμό του κατά πόσο η επιλογή αυτή συνιστά εγκατάλειψη ενός «δικού σου ανθρώπου» (Εριμπόν, 2024: 90-99). Γι' αυτό και σε πολλές χώρες η εγκατάσταση σε οίκο ευγηρίας δεν αποτελεί την πρώτη επιλογή. Πρώτη επιλογή εξακολουθεί να είναι η παραμονή των ηλικιωμένων γονιών στο σπίτι τους και η στήριξη από τα παιδιά τους. Στις έρευνες, ωστόσο, καταγράφεται πως τα παιδιά επισημαίνουν ότι το κράτος οφείλει να έχει την κύρια ευθύνη για την οργάνωση και την οικονομική στήριξη της κατ' οίκον φροντίδας (Naiditch, 2011: 4). Τέλος, ποιοτικές έρευνες εστιάζουν στην εμπειρία και στον λόγο των ίδιων των ηλικιωμένων όσον αφορά την απομάκρυνση από το σπίτι τους, το αίσθημα της μοναξιάς, τη ζωή στους οίκους ευγηρίας και πώς αυτή βιώνεται διαφοροποιημένα ανάλογα τόσο με το οικονομικό και πολιτισμικό τους κεφάλαιο όσο και με την επαφή με και τη στήριξη από την οικογένειά τους (Mallon, 2007· Steno, 2023).

Στην Ελλάδα μεταπολεμικά συνεχίζουν να εντοπίζονται στον αγροτικό χώρο εκτεταμένα οικογενειακά σχήματα. Η φροντίδα των ηλικιωμένων πραγματώνεται σε αυτό το πλαίσιο συν-κατοίκησης, συν-εργασίας και συν-ύπαρξης, αλλά και ισχυρής θέσης των ηλικιωμένων, οι οποίοι κατέχουν την ακίνητη περιουσία ή το μεγαλύτερο

4. Η υποχρηματοδότηση των δημόσιων οίκων ευγηρίας οδηγεί σε έλλειψη τόσο προσωπικού όσο και αναγκαίων υποδομών, με αποτέλεσμα να παρέχεται η ελάχιστη δυνατή φροντίδα η οποία είναι υποτυπώδης (Federici, 2024: 276-277).

μέρος της. Μάλιστα, όπως αναφέρει η Κουρούκλη με βάση την έρευνά της (επιτόπια και αρχειακή) σε χωριό της Κέρκυρας, αφενός, οι εκτεταμένες οικογένειες είναι περισσότερες απ' ό,τι τον 19ο αιώνα (αύξηση του προσδόκιμου ζωής) και, αφετέρου, οι ηλικιωμένοι καθυστερούν τη μεταβίβαση της περιουσίας ακριβώς για «να εξασφαλίσουν τα γεράματά τους» (Κουρούκλη, 2008: 125). Όπως και στο παρελθόν, η διαγενεακή συγκατοίκηση δεν συνεπάγεται απουσία εντάσεων και συγκρούσεων, οι οποίες συνήθως αφορούν τη διαχείριση ζητημάτων της καθημερινότητας, την κατοχή και μεταβίβαση της περιουσίας, το εάν και πώς παρέχεται η φροντίδα από το νεότερο προς το ηλικιωμένο ζευγάρι. Οι εντάσεις αυτές μπορεί να κορυφωθούν με την προσωρινή ή μόνιμη αποχώρηση του πρώτου από την οικογενειακή εστία, κάτι που οδηγεί σε κενό φροντίδας για το δεύτερο (Αθανασοπούλου, 2003: 97-112). Σε πιο πρόσφατη ανθρωπολογική έρευνα σε ένα μικρό νησί του Β. Αιγαίου, ο Κωστακιώτης καταγράφει ότι η ανάληψη της φροντίδας των ηλικιωμένων από τα μέλη της οικογένειας σχετίζεται τόσο με το πώς διαμορφώνονται οι προσωπικές, οικογενειακές σχέσεις και οι οικογενειακές δυναμικές μέσα στον χρόνο όσο και με τη μεταβίβαση περιουσιακών στοιχείων. Η διαγενεακή αμοιβαιότητα μπορεί να ιδωθεί ως διαμοιβή και ως ανταλλαγή. Σε αυτό το πλαίσιο, οι οικογενειακές σχέσεις που παρουσιάζονται ως εδραιωμένες στην «ανεπιφύλακτη αγάπη και την ανιδιοτέλεια, φάνηκε πως διέπονταν από μια διαρκή αποτίμηση “υλικών”, πρακτικών και οικονομικών υποχρεώσεων». Στις αντιλήψεις των ίδιων των υποκειμένων η αγάπη, ο αλτρουισμός και το συμφέρον ήταν συχνά άρρηκτα συνυφασμένες κατηγορίες. Ο συγγραφέας αναδεικνύει παράλληλα τις «αμφισημίες της συγγενικής εργασίας (kin work) της φροντίδας» και τη «δέσμη συναισθημάτων» που κυριαρχούν, όπως «αγάπη, υποχρέωση, ευχαρίστηση, στενοχώρια, ντροπή, χόλιασμα» (Κωστακιώτης, 2015: 8-12, 49, 51, 121-125).

Η μεταπολεμική μετανάστευση των νέων, εσωτερική και εξωτερική, έχει ως αποτέλεσμα αρκετά ηλικιωμένα ζευγάρια στον αγροτικό χώρο να μένουν μόνα, με την έλλειψη ή υπολειμμένη δομών και υπηρεσιών φροντίδας, υγείας και περίθαλψης να δυσχεραίνει την κατάσταση. Παρά την απουσία τους, τα ενήλικα παιδιά δεν παύουν να νοιάζονται για τους γονείς τους, με τη φροντίδα, όμως, να εννοιολογείται και να πραγματώνεται με διαφοροποιημένους σε σχέση με το παρελθόν τρόπους. Σύμφωνα με την Clark (επιτόπια έρευνα στα Μέθανα τις δεκαετίες 1970-1980), η φροντίδα των γονιών στα γεράματά τους εξακολουθεί να αποτελεί κεντρικό οικογενειακό ιδεώδες. Οι έγγαμοι γιοι που αποχωρούν συνεχίζουν να τους φροντίζουν, αλλά επανατοποθετούμενοι σε σχέση με το τι σημαίνει φροντίδα των ηλικιωμένων γονιών. Συγκεκριμένα, φροντίζουν για τον ρουχισμό, το φαγητό, τις οικιακές συσκευές, στέλνουν χρήματα για να πληρώσουν τους εργάτες γης, για να βελτιώσουν το σπίτι.⁵ Τα ενήλικα παιδιά καλούν, επίσης, τους ηλικιωμένους γονείς να ζήσουν μαζί τους στα αστικά κέντρα. Κάτι που συνήθως οι ηλικιωμένοι

5. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Κωστακιώτης, από τη δεκαετία του 1970, οι ηλικιωμένοι «αντί να περιμένουν ένα πιάτο μαγειρεμένο φαΐ από την κόρη τους, περίμεναν ένα έμβασμα» (2015: 119).

αρνούνται, καθώς, από τη μία, δεν θέλουν να φύγουν από τον τόπο τους και, από την άλλη, οι συντάξεις, η δωρεάν ιατρική περίθαλψη και το χαμηλό κόστος φαρμάκων (μέτρα που πάρθηκαν ή ενισχύθηκαν από την κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ το 1981) τους έδωσαν ένα αίσθημα ασφάλειας (Clark, 1993: 243-254). Οι ηλικιωμένοι δέχονται να εγκαταλείψουν το χωριό τους και να ζήσουν στο σπίτι των παιδιών τους στις πόλεις, όταν πια δεν μπορούν να τα καταφέρουν μόνοι τους, δηλαδή την περίοδο της «εξάρτησης» (Μεσθεναίου, 1996: 443).

Οι έρευνες στα αστικά κέντρα, με εστίαση στην Αθήνα, καταγράφουν ότι η πλειονότητα των οικογενειών είναι πυρηνικές, με την επισήμανση πως είναι πυρηνικές μόνο στη μορφή. Στην πράξη, πρόκειται για την «αστική εκτεταμένη οικογένεια», στην οποία δεν υπάρχει συγκατοίκηση ανάμεσα σε γονείς και ενήλικα έγγαμα παιδιά, αλλά κατοίκηση στο ίδιο οίκημα (διαφορετικό διαμέρισμα στον ίδιο ή άλλο όροφο), στην ίδια γειτονιά, στην ίδια ή σε κοντινή περιοχή (Γεώργας κ.ά., 2004· Τριανταφύλλου κ.ά., 2006). Η μεταξύ τους επαφή και στήριξη (παρά τις εντάσεις) είναι είτε καθημερινή είτε πολύ συχνή (ανάλογα με την απόσταση), με την έγνοια και τη φροντίδα να είναι αμφίδρομη και να έχει διαφορετικές μορφές μέσα στον χρόνο. Οι ηλικιωμένοι/ες παρέχουν στα παιδιά τους σπίτι, εμπλέκονται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό στο μέγαλωμα των εγγονιών (Λυμπεράκη, 2009: 380), βοηθούν στις δουλειές του σπιτιού, ειδικά όταν η κόρη ή η νύφη είναι εργαζόμενη. Αντίστοιχα, τα παιδιά στηρίζουν τους γονείς γενικά και ειδικότερα όταν λόγω ηλικίας έχουν προβλήματα υγείας, προχωρώντας σε κάποιες περιπτώσεις και σε συγκατοίκηση (Γεωργούλη κ.ά., 1996: 406-408· Καβουνίδη, 1996: 436-438· Μαλικιώση-Λοϊζου, 1996: 394-395· Νικολαΐδου, 1996: 556· Τεπέρογλου, 2004: 169· Χατζηγιάννη, 1996: 482). Και εδώ, όμως, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις όσον αφορά το πώς τα παιδιά αντιλαμβάνονται τη φροντίδα των ηλικιωμένων, υπογραμμίζοντας την ανάγκη συμβολής και της οικογένειας και του κράτους. Συγκεκριμένα, στο διακρατικό ερευνητικό πρόγραμμα IPROSEC (Improving Policy Responses and Outcomes to Socio-Economic Challenges, 2000-2003), που αφορούσε τη βελτίωση της ανταπόκρισης των οικογενειακών πολιτικών στις κοινωνικο-οικονομικές προκλήσεις, οι ερωτώμενοι/ες απάντησαν πως οι ηλικιωμένοι πρέπει να ζουν σε δικό τους σπίτι αλλά κοντά στα παιδιά τους· πως σε περίπτωση μεγάλων και χρόνιων προβλημάτων υγείας το κράτος πρέπει να παρέχει επίδομα στην οικογένεια ή να προβλέπει την πρόσληψη αμειβόμενου/ης φροντιστή/ριας· πως στους οίκους ευγηρίας πρέπει να βρίσκονται μόνο όσοι/ες δεν έχουν οικογένεια (Μουσούρου & Στρατηγάκη, 2003).

Η «μεγάλη βραδύτητα αλλαγής» ή η διαχρονική ισχύς του οικιακού μοντέλου στην Ελλάδα, με βασικές παραμέτρους «τη μεταβίβαση της περιουσίας, τον έμφυλο καταμερισμό της οικιακής εργασίας και τη φροντίδα των ηλικιωμένων» (Παπαταξιάρχης, 2020: 64), σχετίζονται και με τις ελλειμματικές οικογενειακές πολιτικές κυρίως όσον αφορά τους ηλικιωμένους ανθρώπους. Τις τελευταίες δεκαετίες, η μαζική είσοδος των γυναικών (που συνεχίζουν όλα αυτά τα χρόνια να έχουν το πρακτικό μέρος της φροντίδας των ηλικιωμένων) στην αγορά εργασίας, οι αυ-

ξημένες ώρες εργασίας, τα ακανόνιστα ωράρια, οι υποχρεώσεις προς τα ανήλικα παιδιά, δυσχεραίνουν περαιτέρω την οικογενειακή παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένα άτομα. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, τη λύση δίνει η παρουσία και η εργασία των μεταναστριών από τις πρώην σοσιαλιστικές χώρες, οι οποίες εργάζονται είτε στην καθαριότητα σπιτιών είτε στην αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα μελών της οικογένειας, παιδιών, ανθρώπων με αναπηρία, ηλικιωμένων. Το εάν θα προσληφθεί αμειβόμενη φροντίστρια, με ποια συνθήκη, εσωτερική ή εξωτερική, και στην περίπτωση της εξωτερικής εργασίας πόσες ώρες και ημέρες θα εργάζεται, εξαρτάται από την κατάσταση υγείας του/της ηλικιωμένου/νης, από τις εργασιακές και οικογενειακές υποχρεώσεις των παιδιών, από την οικονομική κατάσταση του/της ηλικιωμένου/νης ή/και των παιδιών του/της. Στην περίπτωση πρόσληψης, τα παιδιά συνεχίζουν να φροντίζουν τους ηλικιωμένους γονείς, αλλά με διαφορετικό τρόπο απ' ό,τι στο παρελθόν. Συγκεκριμένα, αναλαμβάνουν την εξεύρεση, τις συνεννοήσεις και τη συμφωνία για την πρόσληψη, τους όρους και τα καθήκοντα εργασίας, την εποπτεία, την πληρωμή της αμειβόμενης φροντίστριας, βοηθούν τους ηλικιωμένους με γραφειοκρατικά ζητήματα και τις δημόσιες υπηρεσίες, με τα ραντεβού και τις μετακινήσεις στους γιατρούς, στους θεραπευτές, στα νοσοκομεία. Η αμειβόμενη φροντίστρια αναλαμβάνει κυρίως την καθημερινή προσωπική υγιεινή του/της ηλικιωμένου/νης, τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, τη σίτιση, τη συντροφειση, τη συνοδεία στους καθημερινούς περιπάτους (εάν ο/η ηλικιωμένος/η δεν είναι κατάκοιτος/η), το μαγείρεμα, τη φροντίδα του σπιτιού. Σε αυτό το πλαίσιο, εντοπίζεται πλέον ένας καταμερισμός εργασίας, όχι έμφυλος ενδοοικογενειακός όπως στο παρελθόν, αλλά έμφυλος, ταξικός και εθνοτικός ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και την εργαζόμενη (Athanasopoulou, 2023).

Η εγκατάσταση των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας συνεχίζει να μην προτιμάται. Οι ιδιωτικοί οίκοι ευγηρίας δεν είναι οικονομικά προσιτοί σε όλους/ες, ενώ οι δημόσιοι δεν έχουν επαρκείς θέσεις και, λόγω ελλειπούς χρηματοδότης, υποστηρίζεται ότι παρέχουν κακής ποιότητας υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να θεωρούνται λύση για όσους/ες δεν έχουν παιδιά να τους φροντίσουν. Τα παιδιά αποφεύγουν αυτή τη λύση λόγω του κοινωνικού στιγματισμού και του ηθικού και συναισθηματικού βάρους, κάτι το οποίο σημαίνει ότι γίνεται αντιληπτή ως «αδιανόητη εγκατάλειψη» των γονιών, ισοδυναμώντας με μη αναγνώριση του χρέους απέναντί τους, παραπέμποντας σε μια κίνηση απορριπτέα στον βαθμό που αφορά τη ζωή ενός «δικού» τους ανθρώπου (Νικολαΐδου, 1996: 556· Συμεωνίδου, 1996: 97· Τεπέρογλου, 2004: 179-180). Όπως έχει αναφερθεί, οι οίκοι ευγηρίας προκαλούν ακόμη «συνειρμούς παραμέλησης και εγκατάλειψης» (Κωστακιώτης, 2015: 5). Πλέον, οι οικογένειες στην Αθήνα καταφεύγουν στη λύση του οίκου ευγηρίας, όταν ο/η ηλικιωμένος/η χρειαστεί πια εικοσιτετράωρη φροντίδα και περίθαλψη –σοβαρά προβλήματα υγείας, παντελής αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης των ηλικιωμένων ή/και αδυναμία επικοινωνίας με το περιβάλλον (άνοια)–, όταν τα μέλη της οικογένειας έχουν εξαντληθεί μετά από χρόνια, συστηματική και εντατική παροχή φροντίδας, όταν αδυνατούν να

ανταποκριθούν οικονομικά στην αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα. Ακόμη και τότε, η απόφαση αυτή λαμβάνεται με δυσκολία από τα ενήλικα παιδιά. Μια δυσκολία που δεν σχετίζεται πια τόσο με τον φόβο ότι θα κατηγορηθούν/στιγματιστούν από τον ευρύτερο συγγενειακό ή κοινωνικό κύκλο (ο στιγματισμός φθίνει μέσα στα χρόνια) όσο με το συναισθηματικό βάρος και τις ενοχές που αυτή η απόφαση συνεπάγεται, επειδή, αφενός, τους «ξεριζώνουν» (απομάκρυνση από το σπίτι τους) και, αφετέρου, τους «εγκαταλείπουν» (Athanasoulou, 2023).

Τη δεκαετία της οικονομικής κρίσης, ενισχύθηκε αυτή η «αμφίδρομη σχέση» ή «διά βίου αλληλεγγύη» (Katrougalos & Lazaridis, 2008· Szydlik, 2000, όπως αναφέρεται σε Νόβα-Καλτσούνη, 2018: 103· Τεπέρογλου, 2004: 168-170) που διαμορφώνεται στη βάση ενός συνεχούς επικοινωνίας και επαφών, στήριξης και αμοιβαιότητας. Νέα ζευγάρια, λόγω ανεργίας, υποαπασχόλησης, μείωσης των μισθών, χρειάστηκαν και έλαβαν τη βοήθεια των γονιών, είτε επιστρέφοντας στην οικογενειακή εστία είτε/και στηριζόμενα στα χρήματα των συντάξεων (Πετράκη κ.ά., 2020: 94). Παράλληλα, η συμβολή της οικογένειας, και επί της ουσίας η μη αμειβόμενη εργασία των γυναικών στο σπίτι αυξήθηκε ακόμη περισσότερο, από τη στιγμή που πολλά νοικοκυριά δεν είχαν πια τη δυνατότητα να καταφύγουν στις αμειβόμενες υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων είτε σε ιδιωτικές δομές είτε κατ' οίκον (Καραμεσίνη, 2021). Την περίοδο της πανδημίας Covid-19, λόγω των αυστηρών πολιτικών της καραντίνας και της «κοινωνικής αποστασιοποίησης» που εφάρμοσε η κυβέρνηση, η «διαγενεακή κοινωνικότητα» υπέστη «πλήγμα... ιδιαίτερα στη σχέση της “τρίτης και τέταρτης ηλικίας” με τις νεότερες γενιές... [και] επηρέασε αρνητικά τη λειτουργικά εκτεταμένη οικιακή ομάδα...». Και αυτό παρά τους «ευφάνταστους τρόπους» που επινοήθηκαν για «να διατηρηθεί ή να τροποποιηθεί ο διαγενεακός καταμερισμός των οικιακών καθηκόντων, ώστε να αντιμετωπιστούν οι νέες προκλήσεις» (Παπαταξιάρχης, 2020: 66).

Από τη δεκαετία του 1970, το ενδιαφέρον δεν επικεντρώνεται πλέον μόνο στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι/ες. Στρέφεται και στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη της οικογένειας τα οποία αναλαμβάνουν τη φροντίδα των ηλικιωμένων, αναδεικνύοντας πόσο επιβαρυντική μπορεί να είναι για την υγεία, την εργασιακή και οικονομική τους κατάσταση, την εργασία, την κοινωνικότητά τους (Brody, 1981, 1985· Naiditch, 2011: 16-17· Sundström et al., 2008). Η εισαγωγή του όρου «φροντιστές/ριες» (carers) κατέστησε σαφές πως «υπάρχει μια ξεχωριστή ομάδα με προβλήματα και δικαιώματα» (Μεσθεναίου, 1996: 441). Τα προβλήματα υγείας των φροντιστών/ριών σχετίζονται με τη χρονική διάρκεια της παροχής φροντίδας και με το πόσο βαριά είναι η κατάσταση του/της ηλικιωμένου/ης. Οι φροντιστές/ριες αναπτύσσουν συχνά αισθήματα «ανησυχίας, κατάθλιψης, άγχους, εξάντλησης, ενοχής» που σχετίζονται και με την αίσθηση πως δεν καταφέρνουν να εκπληρώσουν με ικανοποιητικό και αρμόζοντα τρόπο το καθήκον τους απέναντι στους γονείς τους (Συμεωνίδου, 1996: 98). Η επιβαρυντική αυτή κατάσταση μπορεί να οδηγήσει τα μέλη της οικογένειας, όπως και τις αμειβόμενες φροντίστριες, σε

κακοποιητικές συμπεριφορές προς τους ηλικιωμένους/ες (άρα, άλλη μια μορφή ενδοοικογενειακής βίας), οι οποίες ταξινομούνται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες: σκόπιμη σωματική κακοποίηση, εσκεμμένη παραμέληση, ακούσια παραμέληση, μακροχρόνια δυσλειτουργία των οικογενειακών σχέσεων (Σουτζόγλου-Κοτταρίδη, 1996: 454-455). Χρειάζεται, επομένως, να αναγνωριστούν οι δυσκολίες στην παροχή φροντίδας, τα αντιφατικά συναισθήματα, η «φροντιστική αμφιθυμία» –συνύπαρξη αισθημάτων αγάπης, έγνοιας, τρυφερότητας, αλλά και θλίψης, άγχους, ενοχής, ντροπής, δυσaráσκειας, επιθετικότητας–, και να υποστηρίζονται διαρκώς αυτοί/ές που την προσφέρουν (Chatzidakis et al., 2022: 18, 49-50).⁶

3. Μεταναστευτικές/διεθνικές οικογένειες και φροντίδα ηλικιωμένων. Η περίπτωση της αλβανικής μετανάστευσης στην Ελλάδα

Στο προηγούμενο μέρος, είδαμε με ποιους τρόπους διαμορφώθηκε η φροντίδα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, όταν τα παιδιά τους μετανάστευαν σε κοντινές πόλεις ή στα μεγάλα αστικά κέντρα και στην πρωτεύουσα. Τα τελευταία χρόνια, και στο πλαίσιο του γενικότερου ενδιαφέροντος για τις «διεθνικές οικογένειες» (transnational families), όρος που αφορά τα μέλη οικογενειών τα οποία αν και ζουν σε διαφορετικές χώρες, για μεγαλύτερα ή μικρότερα διαστήματα, παραμένουν «ενωμένα», συνεχίζοντας να έχουν μια ισχυρή αίσθηση «συλλογικής ευημερίας, ενότητας και οικογενειακότητας» (Bryceson & Vuorela, 2002: 3), το ενδιαφέρον σταδιακά στρέφεται και στο τι συμβαίνει με τη φροντίδα όχι μόνο των ανήλικων παιδιών που «μένουν πίσω» (left behind children), αλλά και των ηλικιωμένων γονιών των μεταναστών/ριών. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η απουσία φυσικής παρουσίας δεν σημαίνει απαραίτητα και εγκατάλειψη των ηλικιωμένων, αλλά αλλαγή στους τρόπους επαφής, σύνδεσης, παροχής της φροντίδας, οικονομικής, συναισθηματικής, ψυχολογικής και υλικής. Η εστίαση είναι στους τρόπους με τους οποίους διαμορφώνονται από απόσταση οι διαγενεακές σχέσεις. Σε αυτό το πλαίσιο, αναδεικνύεται ο κεντρικός ρόλος των νέων τεχνολογιών επικοινωνίας, οι οποίες επιτρέπουν στα μέλη των μεταναστευτικών οικογενειών να είναι σε συνεχή επαφή, να ανταλλάσσουν πληροφορίες, συμβουλές, να αλληλοϋποστηρίζονται (Bacigalupe & Cámara, 2012· Baldassar et al., 2014). Βραζιλιάνοι μετανάστες στις ΗΠΑ θεωρούν ότι φροντίζουν και προστατεύουν τους ευάλωτους λόγω ηλικίας γονείς τους, όταν τους αποκρύπτουν τα μεγάλα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στη χώρα εγκατάστασης για να μην τους αναστατώσουν (Sampaio, 2020). Ιταλίδες μετανάστριες

6. Αναγνωρίζοντας τη δυσκολία της παροχής φροντίδας, ευρωπαϊκές χώρες διαμορφώνουν πολιτικές στήριξης των φροντιστών/ριών, είτε μέσω υπηρεσιών –κέντρα ημερήσιας φροντίδας και διακοπών, βοήθεια στο σπίτι, υπηρεσίες συμβουλευτικής και ψυχολογικής στήριξης– είτε μέσω οικονομικών μέτρων – αναγνώριση της φροντίδας ως εργασίας με ασφαλιστικά δικαιώματα και επιδόματα (Σουτζόγλου-Κοτταρίδη, 1996: 449· Sundström et al., 2008).

επικοινωνούν διαρκώς με τους ηλικιωμένους γονείς τους με μείλ, τηλεφωνήματα, στέλνοντάς τους φωτογραφίες τους. Παράλληλα, τους ενισχύουν οικονομικά ώστε να μπορέσουν να καλύψουν τις ανάγκες τους σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, να προσλάβουν κατ' οίκον αμειβόμενη φροντίστρια. Μετανάστριες από τις Φιλιππίνες, θεωρούν ότι η τηλεφωνική επικοινωνία με τους γονείς είναι ο τρόπος να τους φροντίζουν από μακριά (Baldassar et al., 2014: 166-7· Zontini, 2015). Το ενδιαφέρον των μελετών στρέφεται πλέον και στην αμφίδρομη διαγενεακή φροντίδα, με τις έρευνες να εστιάζουν στη στήριξη την οποία οι ηλικιωμένοι/ες προσφέρουν στα παιδιά και τα εγγόνια τους που βρίσκονται σε άλλη χώρα. Συγκεκριμένα, πολλοί/ές μετανάστες/ριες αναζητούν τη βοήθεια των ηλικιωμένων γονιών τους, κυρίως όσον αφορά το μέγλωμα των παιδιών τους. Στις έρευνες καταγράφεται το φαινόμενο των «ιπτάμενων γιαγιάδων και παππούδων», οι οποίοι/ες για μικρότερα ή μεγαλύτερα διαστήματα εγκαθίστανται στη χώρα μετανάστευσης των παιδιών τους για να φροντίσουν τα εγγόνια τους (βλ. Nesteruk & Marks, 2009· Zontini, 2004).

Η μετατόπιση του ενδιαφέροντος στους ηλικιωμένους ανθρώπους που παραμένουν στη χώρα τους είναι χαρακτηριστική και στις έρευνες για την αλβανική μετανάστευση. Αυτό που αρχικά αναφέρεται είναι πως άγαμοι/ες νέοι/ες αντιλαμβάνονταν τη μετανάστευσή τους τη δεκαετία του 1990 στην Ιταλία ως μια «θυσία» απαραίτητη για την επιβίωση των μελών της οικογένειας που παρέμεναν στη χώρα τους και τη συνέδεαν με την υποχρέωσή τους να φερθούν στους γονείς τους ως «αφοσιωμένοι/ες γιοι και κόρες» (Mai, 2003: 547). Μέσα στα χρόνια, η μαζική μετανάστευση των νεότερων σε ηλικία Αλβανών και Αλβανίδων σε συνδυασμό με τα μεγάλα προβλήματα που ακολούθησαν την πτώση του σοσιαλιστικού κράτους (κατάρρευση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, υψηλός πληθωρισμός, μείωση των συντάξεων, εγκατάλειψη του οδικού και συγκοινωνιακού δικτύου που οδήγησε σε απομόνωση όσους/ες ζούσαν σε ορεινά χωριά), έφεραν σε ιδιαίτερα δύσκολη κατάσταση πολλά ηλικιωμένα άτομα. Μάλιστα, ερευνητές/ριες μιλούν για άπορους και στα όρια του υποσιτισμού ηλικιωμένους, και για το φαινόμενο των «ορφανών συνταξιούχων» (orphan pensioners) ή «των ορφανών ηλικιωμένων» (elderly orphans) (King & Vullnetari, 2006· King & Vullnetari, 2009· King et al., 2014· Vullnetari & King, 2008).

Οι μετανάστες/ριες που ζουν στην Ελλάδα μπορεί να μη νιώθουν υποχρεωμένοι/ες να αναλάβουν τη συστηματική και εκ του σύνεγγυς φροντίδα των ηλικιωμένων γονιών τους, έχουν όμως πάντα την έγνοιά τους και προσπαθούν όλα αυτά τα χρόνια να τους στηρίξουν, ειδικά όταν υπάρχουν οικονομικές δυσκολίες και προβλήματα υγείας. Στις έρευνές μου για την αλβανική μετανάστευση, αναδείχθηκε πως η έγνοια αυτή εκφραζόταν με συγκεκριμένους τρόπους. Τηλεφωνούσαν στους γονείς τους αρχικά συστηματικά και προγραμματισμένα –συνήθως μία φορά την εβδομάδα, συγκεκριμένη ημέρα και ώρα– και πλέον καθημερινά με τα κινητά τους τηλέφωνα, τα οποία τους δίνουν τη δυνατότητα όχι μόνο να μιλούν αλλά και να έχουν οπτική επαφή. Αγοράζουν και τους στέλνουν υλικά αγαθά – από ρούχα, παπούτσια, γλυκά,

φάρμακα μέχρι ηλεκτρικές συσκευές. Τους ενισχύουν οικονομικά –οι ανύπανδροι/ες σε συστηματική βάση, οι έγγαμοι/ες λιγότερο συστηματικά και περισσότερο σε περιπτώσεις ανάγκης–, ώστε να καλύπτουν καθημερινές ή έκτακτες ανάγκες. Επισκέπτονται τους γονείς τους, αφενός, προγραμματισμένα την περίοδο των διακοπών του Πάσχα και του καλοκαιριού και, αφετέρου, έκτακτα σε περίπτωση ασθένειας.⁷ Από το 2004 και μετά, όταν στην Ελλάδα οι εργασίες των ανδρών στον κατασκευαστικό τομέα μειώθηκαν, ήταν αυτοί που έκαναν το ταξίδι και αναλάμβαναν τη φροντίδα του ασθενούς ή σε ανάγκη γονέα. Την ίδια περίοδο, οι Αλβανίδες δεν επωμίζονταν το συγκεκριμένο καθήκον διότι η δική τους εργασία εξακολουθούσε να είναι καθημερινή και σταθερή, οπότε δεν μπορούσαν να την εγκαταλείψουν, και διότι θεωρείτο προτιμότερο να μείνουν με τα παιδιά στην Ελλάδα. Τα τελευταία χρόνια, αναζητούν και προσλαμβάνουν κατ' οίκον αμειβόμενη φροντίστρια για λιγότερες ή περισσότερες ώρες, ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα των γονέων και τη δική τους (ένα μέρος της αμοιβής καλύπτεται από τα παιδιά), τα προβλήματα υγείας των γονέων, την ύπαρξη ή όχι υποστηρικτικού συγγενειακού δικτύου στην περιοχή κατοικίας των γονιών τους. Η έγνοια για τους γονείς οδηγούσε πολλούς μετανάστες/ριες, όταν τα οικονομικά τους και η διαδικασία απόκτησης άδειας παραμονής το επέτρεπαν, να τους φιλοξενούν στην Αθήνα για κάποια διαστήματα. Καλούσαν τους γονείς τους ώστε να τους δώσουν τη δυνατότητα να περάσουν χρόνο με τους ίδιους και τα εγγόνια τους· να τους φροντίσουν σε περίπτωση ασθένειας ή/και να τους προσφέρουν εξειδικευμένη και καλύτερη ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη· να περάσουν οι γονείς τους με ασφάλεια τις δύσκολες ημέρες του χειμώνα σε ένα σπίτι που καλύπτει τις βασικές ανάγκες σε θέρμανση, ηλεκτρικό ρεύμα, τρεχούμενο νερό· να φροντίσουν οι ηλικιωμένοι/ες τα εγγόνια τους σε περιόδους που τα ωράρια του νέου ζευγαριού ήταν πολύ απαιτητικά ή σε περιόδους που τα σχολεία δεν λειτουργούσαν και το νέο ζευγάρι έπρεπε να βρίσκεται στη δουλειά (Αθανασοπούλου, 2021: 99-110).

Το φαινόμενο του να μοιράζονται οι ηλικιωμένοι τον χρόνο τους ανάμεσα στην Αλβανία και στη χώρα εγκατάστασης των παιδιών και των εγγονιών τους έχει οριστεί ως «διεθνική χρήση του χρόνου» (transnational 'time-use activity pattern') (King & Vullnetari, 2006: 807). Η διεθνική χρήση του χρόνου δεν αφορά μόνο απλές επισκέψεις, αλλά κατά κύριο λόγο την αμφίδρομη παροχή βοήθειας. Με αυτόν τον τρόπο, οι ηλικιωμένοι δεν δέχονται μόνο φροντίδα (care receivers), αλλά και παρέχουν φροντίδα (caregivers) (King et al., 2014: 729), αντιστρέφοντας το γεγονός του ότι η μετανάστευση των παιδιών τους τους στέρνε, αφενός, τη δυνατότητα οι

7. Όπως καταγράφεται στις έρευνες, η φυσική συνύπαρξη (physical co-presence) είναι απαραίτητη σε περιπτώσεις σοβαρών καταστάσεων και κρίσεων, όπως ασθένειας και θανάτου, καθώς σε αυτές χρειάζεται παροχή πρακτικής φροντίδας και στήριξης. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η φυσική παρουσία δεν μπορεί να υποκατασταθεί από την εικονική συνύπαρξη (virtual co-presence) – όσο σημαντική και αν είναι η τελευταία σε συνθήκες κανονικότητας και «ρουτίνας» (Brandhorst et al., 2020: 274).

ίδιοι/ες να έχουν βοήθεια όταν τη χρειάζονται και, αφετέρου, τη δυνατότητά τους να βοηθήσουν τα παιδιά τους, κυρίως συμμετέχοντας στο μέγλωμα των εγγονιών τους (Vullnetari & King, 2008: 153-4).

4. Συμπεράσματα

Η οικογένεια ήταν και παραμένει βασικός πυλώνας φροντίδας των ηλικιωμένων γενικά και στην Ελλάδα ειδικότερα. Οι διαφοροποιήσεις όσον αφορά τον βαθμό εμπλοκής των μελών της σχετίζονται με το πώς διαμορφώνονται μέσα στον χρόνο τα οικογενειακά σχήματα και οι διαγενεακές και έμφυλες σχέσεις στο εσωτερικό τους, με τη διαγενεακή «διά βίου αλληλεγγύη», με τη «λειτουργική ενότητα της εκτεταμένης οικιακής ομάδας», με τα αισθήματα ευθύνης, με την ένταση και την ποιότητα των επαφών μέσα στα χρόνια. Η συμβολή της οικογένειας, και συγκεκριμένα η έγνοια των παιδιών, η συναισθηματική, υλική, οικονομική και πρακτική στήριξη στους ηλικιωμένους γονείς (care about, care for) δεν μειώνεται με το πέρασμα από τον αγροτικό στον αστικό χώρο, από τις εκτεταμένες στις πυρηνικές (στη μορφή) οικογένειες, στις μεταναστευτικές οικογένειες, είτε αυτές προέρχονται από εσωτερική είτε από εξωτερική μετανάστευση. Αναδεικνύεται ότι μέσα στον χρόνο και σε συνάρτηση με ευρύτερες αλλαγές, αυτό που αλλάζει είναι οι τρόποι που η φροντίδα εννοιολογείται και πραγματώνεται.

Σε αυτό το πλαίσιο, αμφισβητούνται δύο διαδεδομένες αντιλήψεις. Η πρώτη αφορά την πεποίθηση, βασισμένη σε μια εξιδανικευμένη εικόνα του παρελθόντος, σύμφωνα με την οποία τα ενήλικα παιδιά, κατά τις προηγούμενες περιόδους, φρόντιζαν τους ηλικιωμένους γονείς με τρόπο «φυσικό», αλτρουιστικό, χωρίς υπολογισμούς, εντάσεις και συγκρούσεις. Η δεύτερη αφορά την άποψη πως η συμβολή των παιδιών στη φροντίδα των ηλικιωμένων γονιών μειώθηκε και έχασε την κεντρική θέση της στις δυτικές κοινωνίες, ειδικά από τη δεκαετία του 1950 και μέχρι τη δεκαετία του 1980. Η αντίληψη αυτή στηριζόταν σε εξελίξεις, όπως η επέκταση του κοινωνικού κράτους, η ανάπτυξη της ιδιωτικής αγοράς παροχής υπηρεσιών, η συγκέντρωση του πληθυσμού στα αστικά κέντρα, η μετανάστευση στο εξωτερικό, οι αλλαγές στην οικογένεια στο επίπεδο της δομής, των λειτουργιών, των έμφυλων και διαγενεακών σχέσεων, η μαζική είσοδος στην αγορά εργασίας των γυναικών – αυτών που πάντα αναλάμβαναν το πρακτικό κομμάτι της φροντίδας των ηλικιωμένων. Θα μπορούσαμε, μάλιστα, να υποστηρίξουμε πως αυτό που καλούνται να κάνουν τα παιδιά των ηλικιωμένων, και στο οποίο στην πλειονότητα των περιπτώσεων ανταποκρίνονται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, είναι ιδιαίτερα δύσκολο. Και αυτό διότι πλέον, ειδικά στο αστικό πλαίσιο και στο πλαίσιο της μετανάστευσης, αναμετρώνται ταυτόχρονα με εξαιρετικά απαιτητικές συνθήκες ζωής. Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα, και πολύ περισσότερο στην Αθήνα, αναμετρώνται με εξαντλητικά ωράρια εργασίας, χρονοβόρες μετακινήσεις από και προς την εργασία τους, αυξημένες υποχρεώσεις

ανατροφής των παιδιών (σχολεία, φροντιστήρια, δραστηριότητες), μειωμένα εισοδήματα (από την περίοδο της οικονομικής κρίσης και μέχρι σήμερα), αύξηση του κόστους ζωής και άρα μείωση της αγοραστικής δύναμης (από τις αρχές της δεκαετίας του 2020). Η δυσκολία έγκειται, επίσης, στο ότι σήμερα (στην Ελλάδα και γενικά) η προσφορά και η φροντίδα προς τον «άλλο» προσκρούει και αναμετρείται με την κυρίαρχη αντίληψη για τον εαυτό, τον «άλλο», τη ζωή και την ευημερία. Μια αντίληψη που προτάσσει το ατομικό συμφέρον, την ατομική ευθύνη, την ανεξαρτησία, την ατομική προσπάθεια για επίλυση των προβλημάτων· και όχι το συλλογικό συμφέρον, τη συλλογική ευθύνη, την αναγνώριση της αλληλεξάρτησης, της ανάγκης για αλληλεγγύη και συγκρότηση «συμμαχιών» για την επίλυση των προβλημάτων.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Αθανασοπούλου, Α. (2003). 'Αρβανίτες' και Αλβανοί μετανάστες: Διαπραγμάτευση της συλλογικής ταυτότητας σε μια αγροτική κοινότητα του νομού Αργολίδας [Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Αιγαίου]. Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Τμήμα Κοινωνικής Ανθρωπολογίας και Ιστορίας.
- Αθανασοπούλου, Α. (2021). Η αλβανική μεταναστευτική οικογένεια στην Ελλάδα: Διαμόρφωση των έμφυλων, διαγενεακών και συγγενειακών σχέσεων από το 1990 μέχρι σήμερα. Τετράδια Κοινωνικής Πολιτικής και Gutenberg.
- Αλεξάκης, Ε. (1996). Τα παιδιά της σιωπής: Οικογένεια, συγγένεια και γάμος στους Αρβανίτες της ΝΑ Αττικής-Λαυρεωτικής. Παρουσία.
- Βαρελάκη, Φ., Κωστακιώτης, Γ., Παπαδάκη, Ε., Τίγκας, Π., Χαλκίδης, Π. & Χατζούλη, Αί. (2023). Εισαγωγή: Ανθρωπολογία, γήρας και πανδημία. Θεωρητικές και μεθοδολογικές τοποθετήσεις. Στο Αί. Χατζούλη (επιμ.), *Τρίτη ηλικία, ευαλωτότητα και σχέσεις φροντίδας την εποχή της πανδημίας* (σσ. 11-46). Εργαστήριο Μελετών Οικογένειας και Συγγένειας, Πανεπιστήμιο Αιγαίου.
- Γεώργας, Δ., Γκάρη, Αικ. & Μυλωνάς, Κ. (2004). Σχέσεις με συγγενείς στην ελληνική οικογένεια. Στο Α. Μουσούρου & Μ. Στρατηγάκη (επιμ.), *Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής: Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις* (σσ. 189-225). Gutenberg.
- Γεωργούλη, Ι., Κονδύλη, Δ., Χάνδανος, Γ. & Χατζηβαρνάβα, Ε. (1996). Αλληλεγγύη ανάμεσα στις γενεές: Σχέσεις και αλληλοϋποστήριξη μεταξύ ηλικιωμένων και νεότερων μελών της ελληνικής οικογένειας. Στο Β. Κοτζαμάνης, Α. Μαράτου-Αλιπράντη, Α. Τεπέρογλου & Μ. Τζωρτζοπούλου (επιμ.), *Γήρανση και κοινωνία* (σσ. 401-429). ΕΚΚΕ.
- Δασκαλοπούλου-Καπετανάκη, Σ. (1993). Εγκατάσταση-προίκα-κληρονομιά: Κατά φύλα διαφοροποιήσεις. Στο Ε. Παπαταξιάρχης & Θ. Παραδέλλης (επιμ.), *Ανθρωπολογία και παρελθόν: Συμβολές στην κοινωνική ιστορία της νεότερης Ελλάδας* (σσ. 291-306). Αλεξάνδρεια.
- Εριμπόν, Ντ. (2024). *Η ζωή, τα γηραιά και ο θάνατος μιας γυναίκας του λαού*. Νήσος.
- Καβουνίδη, Τζ. (1996). Ηλικιωμένοι και άτυπα δίκτυα βοήθειας: Η κυκλοφορία αγαθών και υπηρεσιών ανάμεσα στις γενιές. Στο Β. Κοτζαμάνης, Α. Μαράτου-Αλιπράντη, Α. Τεπέρογλου & Μ. Τζωρτζοπούλου (επιμ.), *Γήρανση και κοινωνία* (σσ. 431-440). ΕΚΚΕ.
- Καλπουριτζή, Ε. (2001). *Συγγενικές σχέσεις και στρατηγικές ανταλλαγών: Το παράδειγμα της Νάξου τον 17ο αιώνα*. Ελληνικά Γράμματα.
- Καραμεσίνη, Μ. (2021). *Γυναίκες, φύλο και εργασία στην Ελλάδα*. Νήσος.
- Καυταντζόγλου, Ρ. (1996). Εισαγωγή: Ιστορία και ανθρωπολογία. Η συνάντηση των δύο επισημών στο πεδίο της ιστορίας της οικογένειας. Στο Ρ. Καυταντζόγλου (επιμ.), *Οικογένειες του παρελθόντος: Μορφές οικιακής οργάνωσης στην Ευρώπη και τα Βαλκάνια* (σσ. 9-34). Αλεξάνδρεια.

- Καυταντζόγλου, Ρ. (1997). *Συγγένεια και οργάνωση του οικιακού χώρου: Συρράκο, 1898-1930*. ΕΚΚΕ.
- Κουρούκλη, Μ. (1993). Οικογενειακές δομές και πρότυπα διαμονής στην Κέρκυρα τον 19ο αιώνα. Στο Ε. Παπαταξιάρχης & Θ. Παραδέλλης (επιμ.), *Ανθρωπολογία και παρελθόν: Συμβολές στην κοινωνική ιστορία της νεότερης Ελλάδας* (σσ. 265-290). Αλεξάνδρεια.
- Κουρούκλη, Μ. (2008). *Έργα και ημέρες στην Κέρκυρα: Ιστορική ανθρωπολογία μιας τοπικής κοινωνίας*. Αλεξάνδρεια.
- Κωστακιώτης, Γ. (2015). *Πολιτικές της Φροντίδας: Προκλήσεις της γήρανσης σε ένα μικρό νησί*. Δημοσίευση Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνικής Ανθρωπολογίας και Ιστορίας, Μυτιλήνη.
- Λυμπεράκη, Α., Παπαδούδης, Γ. & Τήνιος, Π. (2009). Οικογενειακή συνοχή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση: Μια πρώτη διερεύνηση. Στο Α. Λυμπεράκη, Π. Τήνιος & Τ. Φιλαλήτης (επιμ.), *Ζωή 50+: Υγεία, γήρανση και σύνταξη στην Ελλάδα* (σσ. 347-370). Κριτική.
- Μαλικιώση-Λοϊζου, Α. (1996). Διαγενεακές σχέσεις: Πραγματικότητες και αρχές επικοινωνίας και αλληλεγγύης. Στο Β. Κοτζαμάνης, Α. Μαράτου-Αλιπράντη, Α. Τεπέρογλου & Μ. Τζωρτζοπούλου (επιμ.), *Γήρανση και κοινωνία* (σσ. 387-400). ΕΚΚΕ.
- Μεσθεναίου, Ε. (1996). Ποιος φροντίζει; Στο Β. Κοτζαμάνης, Α. Μαράτου-Αλιπράντη, Α. Τεπέρογλου & Μ. Τζωρτζοπούλου (επιμ.), *Γήρανση και κοινωνία* (σσ. 441-447). ΕΚΚΕ.
- Μουσούρου, Α.Μ. (2005). *Εισαγωγή στην κοινωνιολογία των ηλικιών και των γενεών*. Gutenberg.
- Μουσούρου, Α. & Στρατηγάκη, Μ. (2003). *Για την βελτίωση της ανταπόκρισης (και των αποτελεσμάτων) των πολιτικών στις κοινωνικο-οικονομικές προκλήσεις: Μεταβαλλόμενες οικογενειακές δομές, πολιτικές και πρακτικές: Εθνικές εκθέσεις, Διακρατικό Ερευνητικό Πρόγραμμα IPROSEC*. ΚΕΚΜΟΚΟΠ, Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Νικολαΐδου, Σ. (1996). Η ένταξη των ατόμων τρίτης ηλικίας στον αστικό χώρο: Το παράδειγμα της Αθήνας. Στο Β. Κοτζαμάνης, Α. Μαράτου-Αλιπράντη, Α. Τεπέρογλου & Μ. Τζωρτζοπούλου (επιμ.), *Γήρανση και κοινωνία* (σσ. 545-558). ΕΚΚΕ.
- Νόβα-Καλτσούνη, Χ. (2018). *Οικογένεια και οικογενειακές σχέσεις*. Gutenberg.
- Παπαταξιάρχης, Ε. (2020). Το «νοικοκυριό», πολιτισμικό αντίδοτο στην πανδημία; Υποθέσεις εργασίας για τον οικιακό χώρο στην υγειονομική κρίση. *Σύγχρονα Θέματα*, 149, 63-74.
- Πετράκη, Γ., Μαρινούδη, Σ. & Καμπούρη, Ν. (2020). Ανθεκτικότητα των νοικοκυριών στην κρίση και θεσμοί του κράτους πρόνοιας. Στο Ν. Καμπούρη, Σ. Μαρινούδη & Γ. Πετράκη (επιμ.), *Φύλο, κράτος, πρόνοια και ανθεκτικότητα στην κρίση* (σσ. 39-183). Νήσος.
- Σουτζόγλου-Κοταρίδη, Γ. (1996). Ο ηλικιωμένος ασθενής και η οικογένεια: Ένα σύστημα ανθρωπινων αλληλεπιδράσεων. Στο Β. Κοτζαμάνης, Α. Μαράτου-Αλιπράντη, Α. Τεπέρογλου & Μ. Τζωρτζοπούλου (επιμ.), *Γήρανση και κοινωνία* (σσ. 449-461). ΕΚΚΕ.
- Συμεωνίδου, Χ. (1996). Δημογραφική γήρανση και φροντίδα για τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα και τις χώρες της ΕΟΚ. Στο Β. Κοτζαμάνης, Α. Μαράτου-Αλιπράντη, Α. Τεπέρογλου & Μ. Τζωρτζοπούλου (επιμ.), *Γήρανση και κοινωνία* (σσ. 93-107). ΕΚΚΕ.
- Τεπέρογλου, Α. (2002). Μετασχηματισμός της οικογένειας. Στο Α. Μουρίκης, Μ. Ναούμης & Γ. Παπαγεωργίου (επιμ.), *Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας 2001* (σσ. 131-136). ΕΚΚΕ.
- Τεπέρογλου, Α. (2004). Ο ηλικιωμένος και η οικογένειά του. Στο Α. Μουσούρου & Μ. Στρατηγάκη (επιμ.), *Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής: Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις* (σσ. 161-187). Βιβλιοθήκη Κοινωνικής Επιστήμης, Κοινωνικής Πολιτικής & Gutenberg.
- Τριανταφύλλου, Τ., Μεσθεναίου, Ε., Προύσκας, Κ., Γκόλτσι, Π., Κοντούκα, Σ. & Λουκίσσης, Α. (2006). *EUROFAMCARE ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ: Η οικογένεια που φροντίζει εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα. Περίληψη της ελληνικής έκθεσης*. Ι.Κ.Π.Α.
- Χατζηγιάννη, Α. (1996). Η ένταξη των ηλικιωμένων στην κοινότητα και ο ρόλος των θεσμών πρόνοιας. Στο Β. Κοτζαμάνης, Α. Μαράτου-Αλιπράντη, Α. Τεπέρογλου & Μ. Τζωρτζοπούλου (επιμ.), *Γήρανση και κοινωνία* (σσ. 479-487). ΕΚΚΕ.
- Berkner, L.K. (1996). Η οικογένεια-κορμός και ο κύκλος εξέλιξης του αγροτικού νοικοκυριού: Ένα παράδειγμα από την Αυστρία του 18ου αιώνα. Στο Ρ. Καυταντζόγλου (επιμ.), *Οικογένειες του παρελθόντος: Μορφές οικιακής οργάνωσης στην Ευρώπη και τα Βαλκάνια* (σσ. 71-100). Αλεξάνδρεια.

- Bourdieu, P. 2006 [1980]. *Η αίσθηση της πρακτικής Αθήνας*. Αλεξάνδρεια.
- Chatzidakis, A., Hakim, J., Littler, J., Rottenberg, C. & Segal, L. (2020). *Το μανιφέστο της φροντίδας: Η πολιτική της αλληλεξάρτησης*. Ροπή.
- Clark, M. (1993). Ο μετασχηματισμός της οικιακής ομάδας στα Μέθανα, 1972-1987: Μορφή, λειτουργία και σημασία. Στο Ε. Παπαταξιάρχης & Θ. Παραδέλλης (επιμ.), *Ανθρωπολογία και παρελθόν: Συμβολές στην κοινωνική ιστορία της νεότερης Ελλάδας* (σσ. 217-260). Αλεξάνδρεια.
- Dallos, R. & Sapsford, R. (2009). Μορφές διαφορετικότητας και βιωμένες πραγματικότητες. Στο J. Muncie, M. Wetherell, M. Langan, R. Dallos, & A. Cochrane (επιμ.), *Οικογένεια: Η μελέτη και κατανόηση της οικογενειακής ζωής* (σσ. 61-118). Μεταίχμιο.
- Federici, S. (2024) [2020]. *Το σημείο μηδέν της επανάστασης: Οικιακή εργασία, αναπαραγωγή και φεμινιστικός αγώνας*. Angelus Novus.
- Klapisch, C. & Demonet, M. (1996). “A uno panno e uno vino”: Η αγροτική οικογένεια στην Τοσκάνη κατά τις αρχές του 15ου αιώνα. Στο Ρ. Καυταντζόγλου (επιμ.), *Οικογένειες του παρελθόντος: Μορφές οικιακής οργάνωσης στην Ευρώπη και τα Βαλκάνια* (σσ. 101-142). Αλεξάνδρεια.
- Sahlins, M. (2014). *Τι είναι (και τι δεν είναι) η συγγένεια*. Εκδόσεις του Εικοστού.
- Tronto, J. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York University Press.
- Vernier, B. (2001). *Η κοινωνική γένεση των αισθημάτων: Πρωτότοκοι και υστερότοκοι στην Κάρπαθο* (Αρχική έκδοση 1991). Αλεξάνδρεια.

Ξενογλωσση

- Athanasopoulou, A. (2023, September). *Combining work and care for elder family members in Athens: An evaluation of official policies, leaves, and time arrangements*. Paper presented at the 20th Annual Seminar of the International Network on Leave Policies and Research, Athens, Greece.
- Bacigalupe, G. & Cámara, M. (2012). Transnational Families and Social Technologies: Reassessing Immigration Psychology. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 38(9), 1425-1438.
- Baldassar, L., Kilkey, M., Merla, L. & Wilding R., (2014). Transnational Families. In J. Treas, J. Scott & M. Richards (eds), *The Wiley-Blackwell Companion to the Sociology of Families* (pp. 155-175). John Wiley and Sons.
- Bengtson, V.L. (2001). Beyond the nuclear family: The increasing importance of multigenerational bonds. *Journal of Marriage and Family*, 63(1), 1-15.
- Blieszner, R. & Hamon, R.R. (1992). Filial responsibility: Attitudes, motivators, and behaviors. In J.W. Dwyer & R.T. Coward (eds), *Gender, families, and elder care* (pp. 105-119). Sage.
- Borneman, J. (2001). Caring and being cared for: Displacing marriage, kinship, gender, and sexuality. In J.D. Faubion (ed.), *The ethics of kinship* (pp. 29-46). Rowman & Littlefield.
- Bourdieu, P. (1962), *Celibat et Condition Paysanne. Etudes Rurales*, 5-6, 32-135.
- Brandhorst, R., Baldassar, L. & Wilding, R (2020). Introduction. Special Issue: Transnational Family Care ‘On Hold’? Intergenerational Relationships and Obligations in the Context of Immobility Regimes. *Journal of Intergenerational Relationships*, 18(3), 261-280.
- Brody, E.M. (1981). Parent care as a normative family stress. *The Gerontologist*, 15(1), 19-29.
- Brody, E.M. (1985). Women on the middle and family help to older people. *The Gerontologist*, 21(5), 471-480.
- Bryceson, D. & Vuorela, U. (2002). Transnational families in the twenty-first century. In D. Bryceson & U. Vuorela (eds), *The transnational family: New European frontiers and global networks* (pp. 3-30). Berg.
- Buch, E. (2015). Anthropology of aging and care. *Annual Review of Anthropology*, 44, 277-293.
- Cicirelli, V.G. (1988). A measure of filial anxiety regarding anticipated care of elderly parents. *The Gerontologist*, 28(4), 478-482.
- Cicirelli, V.G. (1990). Family support in relation to health problems of the elderly. In T.H. Brubaker (ed.), *Family relationships in later life* (pp. 212-228). Sage.

- Connidis, I.A. (1989). *Family ties and aging*. Butterworths.
- Gans, D. & Silverstein, M. (2006). Norms of filial responsibility for aging parents across time and generations. *Journal of Marriage and Family*, 68(4), 961-976.
- Hareven, T.K. (1994). Aging and generational relations: A historical and life course perspective. *Annual Review of Sociology*, 20, 437-461.
- Hochschild, A. (2003). *The Commercialization of Intimate Life. Notes from Home and Work*. University of California Press.
- Katrougalos, G. & Lazaridis, G. (2008). The South European welfare state at the dawn of the new millennium: Identity and problems. *Social Cohesion and Development*, 3(1), 5-25.
- King, R. & Vullnetari, J. (2006). Orphan pensioner and migrating grandparent: the impact of mass migration on older people in rural Albania. *Ageing and Society*, 26, 783-816.
- King, R. & Vullnetari, J. (2009). The Intersections of Gender and Generation in Albanian Migration, Remittances and Transnational Care. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*, 91(1), 19-38.
- King, R., Castaldo, A. & Vullnetari, J. (2011). Gendered Relations and Filial Duties Along the Greek-Albanian Remittance Corridor. *Economic Geography*, 87(4), 393-419.
- King, R., Cela, E., Fokkema, T. & Vullnetari, J. (2014). The Migration and Well-Being of the Zero Generation: Transgenerational Care, Grandparenting, and Loneliness amongst Albanian Older People. *Population, Space and Place*, 20, 728-738.
- Laslett, P. (1996) [1989]. *A fresh map of life: The emergence of the third age*. Macmillan Press.
- Lewis, R.A. (1990). The adult child and older parents. In T. Brubaker (ed.), *Family relationships in later life* (pp. 68-85). Sage.
- Litwak, E. (1960). Occupational mobility and extended family cohesion. *American Sociological Review*, 25(1), 9-21.
- Lowenstein, A. & Daatland, S.V. (2006). Filial norms and family support in a comparative cross-national context: Evidence from the OASIS study. *Ageing & Society*, 26, 203-223.
- Mai, N. (2003). The Albanian diaspora in-the-making: Media, migration and social exclusion. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 31(3), 543-561.
- Naiditch, M. (2011). *The role of informal care in long-term care: National report France*.
- Nesteruk, O. & Marks, L. (2009). Grandparents Across the Ocean: Eastern European Immigrants' Struggle to Maintain Intergenerational Relationships. *Journal of Comparative Family Studies*, 39(1), 77-95.
- Phillipson, C. (1998). *Reconstructing old age: New agendas in social theory and practice*. Sage Publications.
- Ruggles, S. (1994). The transformation of American family structure. *American History Review*, 99, 103-122.
- Sampaio, D. (2020). Caring by Silence: How (Un)documented Brazilian Migrants Enact Silence as a Care Practice for Aging Parents. *Journal of Intergenerational Schneider Relationships*, 18(3), 281-300.
- Steno, A.M. (2023). Social and Spatial Aspects of Loneliness: Challenges to Belong and Acquiring a Sense of Home in a Senior Housing Facility in Denmark. *Anthropology & Aging*, 44(3), 32-41.
- Sundström, G., Malmberg, B., Sancho Castiello, M., del Barrio, E., Castejon, P., Tortosa, M.A. & Johansson, L. (2008). Caregiving contexts: Implications for research and policy. In M. Szinovacz & A. Davey (eds), *Caregiving contexts: Cultural, familial, and societal implications*. Springer.
- Sussman, M.B. (1954). Family continuity: Factors which affect relationships between families at generational levels. *Marriage and Family Living*, 16(2), 112-120.
- Vullnetari, J. & King, R. (2008). 'Does your granny eat grass?' On mass migration, care drain and the fate of older people in rural Albania. *Global Networks*, 8(2), 139-171.
- Zontini, E. (2004). Immigrant women in Barcelona: Coping with the consequences of transnational lives. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 30(6), 1113-1144.
- Zontini, E. (2015). Growing old in a transnational social field: belonging, mobility and identity among Italian migrants. *Ethnic and Racial Studies*, 38(2), 326-341.

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ:
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Έρευνα στους/στις ηλικιωμένους/ες: Μείγμα φροντίδας, κάλυψη αναγκών, χρήση και αξιολόγηση υπηρεσιών

Μαρία Καραμεσίνη, Εύα Τσουπαροπούλου

Εισαγωγή

Δύο ήταν, μέχρι πρόσφατα, οι έρευνες μεγάλης κλίμακας που μας παρείχαν και εξακολουθούν να παρέχουν στοιχεία για τις ανάγκες φροντίδας των ηλικιωμένων και τον τρόπο κάλυψης αυτών των αναγκών στην Ελλάδα. Η πρώτη ήταν η έρευνα EUROFAMCARE,¹ που διεξήχθη το διάστημα 2003-2005 σε έξι χώρες της ΕΕ, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Περιλάμβανε την πραγματοποίηση, σε κάθε συμμετέχουσα χώρα, έρευνας με ερωτηματολόγιο σε δείγμα οικογενειακών φροντιστριών/ών ηλικιωμένων ατόμων 65+ ετών, που παρέχουν φροντίδα τουλάχιστον τέσσερις ώρες την εβδομάδα, καθώς και συνεντεύξεις με φορείς παροχής υπηρεσιών φροντίδας. Στην Ελλάδα, η έρευνα διεξήχθη με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας σε έξι επιλεγμένες περιοχές (Αθήνα, Θεσσαλονίκη και τέσσερις λοιπές αστικές και αγροτικές περιοχές), ενώ το πανελλαδικό της δείγμα αποτελείτο από 1.014 άτομα 65+ ετών (Triantafyllou et al., 2006· Τριανταφύλλου κ.ά., 2006). Η ιδιαιτερότητα της έρευνας EUROFAMCARE ήταν ότι η εκτίμηση των αναγκών των ηλικιωμένων και ο τρόπος κάλυψής τους, καθώς και του βαθμού χρήσης και η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, έγινε μόνο από τις/τους οικογενειακές/ούς φροντίστριες/ές τους και όχι από τους/τις ίδιους/ες τους/τις ηλικιωμένους/ες. Είκοσι χρόνια μετά, στο πρόγραμμα GELDERIN υιοθετήσαμε μια διττή και συνδυαστική ερευνητική και μεθοδολογική προσέγγιση, υλοποιώντας δύο χωριστές έρευνες σε ηλικιωμένους/ες και στις/στους άτυπες/ους φροντίστριες/ές τους.

Η δεύτερη έρευνα είναι η πανευρωπαϊκή έρευνα πάνελ SHARE² (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe), η οποία διεξήχθη για πρώτη φορά το 2004/2005 και στην οποία συμμετείχαν δέκα χώρες της ΕΕ, η Ελβετία και το Ισραήλ.

1. <https://www.ukc.de/extern/eurofamcare/beschreibung.php>

2. Στα παραδοτέα του ερευνητικού προγράμματος GELDERIN περιλαμβάνονταν η ανάλυση των στοιχείων για την Ελλάδα τεσσάρων κυμάτων της έρευνας SHARE στο δείγμα ηλικιωμένων 75+ ετών. Τα αποτελέσματα της ανάλυσής μας θα δημοσιευτούν σε άρθρο ειδικού αφιερώματος για τη φροντίδα ηλικιωμένων του επιστημονικού περιοδικού Κοινωνική Πολιτική. <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/eeekp>

Στο τελευταίο (ένατο) κύμα της έρευνας, που διεξήχθη το 2021/2022, συμμετείχαν και οι 27 χώρες της ΕΕ, η Ελβετία και το Ισραήλ. Η Ελλάδα συμμετέχει στην έρευνα από το πρώτο κύμα 2004/2005, με εξαίρεση το τέταρτο και πέμπτο κύμα (2011 και 2013). Από τα στοιχεία της SHARE έχουν προκύψει λίγες μεν, αλλά ενδιαφέρουσες δημοσιεύσεις για τη φροντίδα ηλικιωμένων στη χώρα μας.³

Ωστόσο, η έρευνα SHARE παρουσιάζει σοβαρές αδυναμίες από τη σκοπιά της έρευνας για τη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων, εκ των οποίων δύο είναι οι σημαντικότερες. Πρώτον, δεν κάνει καμία διάκριση μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων υπηρεσιών υγείας και φροντίδας και δεν συγκεντρώνει στοιχεία αξιολόγησής τους από τα ηλικιωμένα άτομα. Αυτός είναι ο λόγος που, πρόσφατο πρόγραμμα τεχνικής στήριξης της ελληνικής κυβέρνησης από την Παγκόσμια Τράπεζα για την ανάπτυξη μιας στρατηγικής μεταρρύθμισης των κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων, προχώρησε σε ποσοτική έρευνα μικρής κλίμακας σε ηλικιωμένους (78 άτομα) σε δύο δήμους για τη χρήση και αξιολόγηση αυτών των υπηρεσιών και για τις ανάγκες φροντίδας τους (Lalioti et al., 2021). Δεύτερον, η έρευνα SHARE παρέχει ελάχιστα στοιχεία για την άτυπη φροντίδα των ηλικιωμένων και δεν δίνει τη δυνατότητα διερεύνησης των επιπτώσεων της τελευταίας στις/στους άτυπες/ους φροντίστριες/ές. Με τις δύο έρευνες πεδίου που πραγματοποιήσαμε στο πλαίσιο του προγράμματος GELDERIN, τη μία στους/στις ηλικιωμένους/ες και την άλλη στις/στους άτυπες/ους φροντίστριες/ές τους, προσπαθήσαμε να καλύψουμε τα κενά στην έρευνα για τη μακροχρόνια φροντίδα που παράγουν οι αδυναμίες της SHARE.

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζουμε την πρώτη έρευνα πεδίου του προγράμματος GELDERIN στους/στις ηλικιωμένους/ες, η οποία περιορίστηκε σε άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω, εφόσον είναι γνωστό ότι η μείωση της λειτουργικότητας και της ικανότητας αυτοεξυπηρέτησης για την επιτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων αυξάνεται απότομα μετά τα 75 έτη, παράλληλα με την επιδείνωση της κατάστασης υγείας των ηλικιωμένων ατόμων.

Αποσκοπούσε να αντλήσει από τα ηλικιωμένα άτομα πληροφορίες και τις απόψεις τους:

- για το είδος φροντίδας (μορφές και μείγμα φροντίδας) που επιλέγουν τα ίδια και οι οικογένειές τους, ανάλογα με τον βαθμό εξάρτησης και το εισόδημά τους, καθώς και ανάλογα με τη διαθεσιμότητα, το κόστος και την ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και φροντίδας στην περιοχή διαμονής τους·
- για την έμφυλη κατανομή, το περιεχόμενο και την ένταση της άτυπης φροντίδας που αυτά δέχονται από τα μέλη της οικογένειάς τους·
- για τον βαθμό χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο και τους λόγους της μη χρήσης, σε περίπτωση που αυτά δεν κάνουν χρήση τους·

3. Βλ. Λυμπεράκη (2009), Lyberaki & Tinios (2018) και Βάλβης (2022).

- για την επάρκεια της άτυπης φροντίδας και για την ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας που λαμβάνουν·
- για τον βαθμό ικανοποίησής τους από τη συνολική φροντίδα που δέχονται και προτάσεις βελτίωσής της.

Στην επόμενη (δεύτερη) ενότητα του κεφαλαίου θα παρουσιάσουμε τη μεθοδολογία της έρευνας και το προφίλ των ηλικιωμένων του δείγματος (δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά, κατάσταση υγείας, βαθμός εξάρτησης κ.λπ.), και στη συνέχεια θα περάσουμε στα αποτελέσματα της έρευνας που καταγράφονται σε τρία θεματικά υποσύνολα, τα οποία παρουσιάζονται ξεχωριστά. Το πρώτο περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά της άτυπης φροντίδας, τον βαθμό χρήσης και την αξιολόγηση της ποιότητας των κοινωνικών υπηρεσιών, την έκταση και τη συχνότητα παροχής της ιδιωτικά αμειβόμενης κατ' οίκον, που παρουσιάζονται στην τρίτη ενότητα του κεφαλαίου. Ακολουθούν τα αποτελέσματα της έρευνας για το μείγμα της φροντίδας, καταρχάς στο σύνολο των ηλικιωμένων του δείγματος και, κατόπιν, ανά ηλικία, φύλο, ύψος εισοδήματος, βαθμό εξάρτησης, μορφή διαβίωσης, απόσταση από την κατοικία του πλησιέστερου συγγενούς (τέταρτη ενότητα). Το κεφάλαιο κλείνει με την αξιολόγηση του βαθμού κάλυψης των αναγκών από τους/τις ίδιους/ες τους/τις ηλικιωμένους/ες και τις προτάσεις τους για βελτίωση της φροντίδας που λαμβάνουν.

1. Μεθοδολογία της έρευνας και προφίλ των ηλικιωμένων του δείγματος

Η έρευνα πεδίου σε ηλικιωμένους/ες 75 ετών και άνω διεξήχθη στην Περιφέρεια Αττικής από τον Οκτώβριο του 2024 έως τον Μάιο του 2025, μέσω συνεντεύξεων πρόσωπο με πρόσωπο. Εστίασαμε σε ηλικιωμένους/ες με μεσαίο επίπεδο εξάρτησης, οι οποίοι/ες χρειάζονταν τακτική βοήθεια σε καθημερινές δραστηριότητες και είχαν μέτρια ανάγκη φροντίδας.

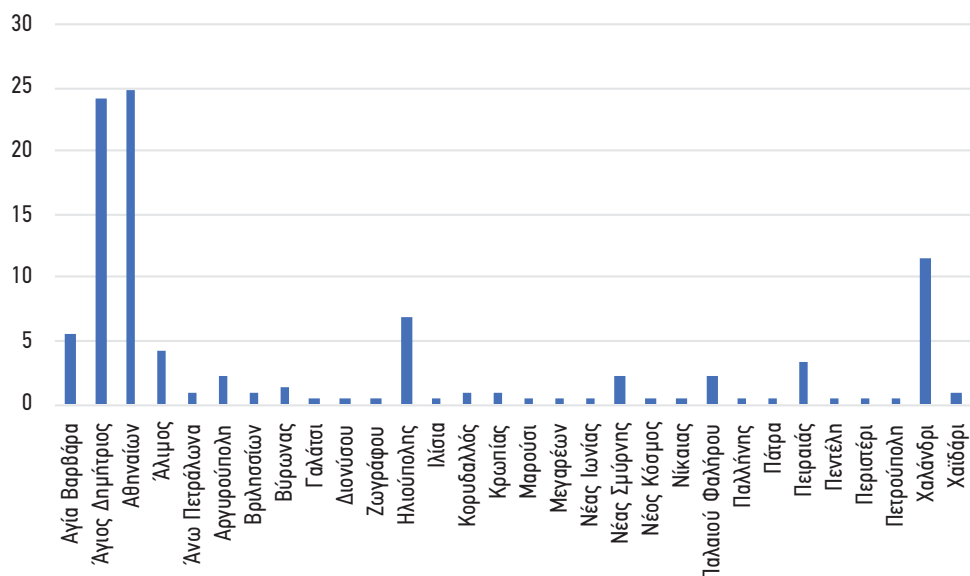
1.1. Μεθοδολογία της έρευνας

Για τους σκοπούς και τις ανάγκες της έρευνας πεδίου, αναπτύχθηκε ένα ερωτηματολόγιο που στη συνέχεια εφαρμόστηκε πιλοτικά για να διασφαλιστεί η σαφήνεια και η αποτελεσματικότητά του. Στα αρχικά στάδια σχεδιασμού, οι Δήμοι Αγίου Δημητρίου και Χαλανδρίου έπαιξαν σημαντικό ρόλο βοηθώντας την ερευνητική ομάδα να εντοπίσει ένα κατάλληλο δείγμα. Ωστόσο, για να καλυφθεί ο ελάχιστος απαιτούμενος αριθμός συμμετεχόντων/ουσών (200 άτομα), η έρευνα επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει τον Δήμο Αθηναίων και άλλους δήμους της Περιφέρειας Αττικής. Οι κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων Αγίου Δημητρίου, Χαλανδρίου και Αθηναίων

διευκόλυναν την επαφή μεταξύ της ερευνητικής ομάδας και ηλικιωμένων ατόμων που πληρούσαν τα προκαθορισμένα κριτήρια του δείγματος. Μέσω των αρχικών επαφών, εντοπίστηκαν περαιτέρω συμμετέχοντες/ουσες αξιοποιώντας κοινωνικά δίκτυα και χρησιμοποιώντας τη δειγματοληψία της χιονοστιβάδας.

Συνολικά, 226 ηλικιωμένοι κάτοικοι της Περιφέρειας Αττικής συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Δέκα ερωτηματολόγια αποκλείστηκαν από την ανάλυση επειδή δεν συμμορφώνονταν με το ηλικιακό κριτήριο (<75). Κατά συνέπεια, το τελικό μέγεθος δείγματος που χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική ανάλυση ήταν 216 συμμετέχοντες/ουσες. Η κατανομή τους ανάλογα με τον δήμο μόνιμης κατοικίας τους παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 9.1.

Διάγραμμα 9.1. Δήμος μόνιμης κατοικίας ηλικιωμένων ατόμων (% συνόλου δείγματος) (N = 216)



Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε συνδύαζε τη δειγματοληψία ευκολίας με την τεχνική της χιονοστιβάδας. Δεδομένου ότι αυτή η προσέγγιση δεν βασίζεται σε δειγματοληψία πιθανοτήτων, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν σε ολόκληρο τον ηλικιωμένο πληθυσμό της Αττικής. Παρά τον περιορισμό αυτό, καταβλήθηκε σημαντική προσπάθεια ώστε το δείγμα να προσομοιάζει σε μεγάλο βαθμό με τα δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του ευρύτερου πληθυσμού 75+ ετών της Αττικής, με βάση τα στοιχεία της Απογραφής του 2021. Αυτό επιτεύχθηκε: (α) με την κατασκευή ενός αναλυτικού πίνακα που χώριζε τον αριθμό-στόχο των συμμετεχόντων/ουσών της έρευνάς μας σε υποομάδες ηλικιωμένων που έπρεπε να εκπροσωπηθούν στο δείγμα ανάλογα με τα χαρακτηριστικά και την κατανομή τους στον πληθυσμό των 75+ ετών, με βάση τα στοιχεία της Απογραφής του 2021 για την Αττική, και (β) με τη συνεχή παρακολούθηση της διαδικασίας

συλλογής δεδομένων προκειμένου να επιτευχθεί ο επιθυμητός αριθμός-στόχος των συμμετεχόντων/ουσών σε κάθε υποομάδα. Ο στόχος ήταν να συγκεντρωθεί ένα δείγμα του οποίου τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά ευθυγραμμίζονται όσο το δυνατόν περισσότερο με αυτά ολόκληρου του ηλικιωμένου πληθυσμού της περιοχής, ενισχύοντας έτσι την εγκυρότητα και τη συνάφεια των ευρημάτων, στο πλαίσιο ωστόσο των περιορισμών της μεθοδολογίας βάσει της δειγματοληψίας. Ο προαναφερθείς πίνακας χρησίμευσε όχι μόνο ως οδηγός για τους/τις συνεντευκτές/ριες σχετικά με τα επιθυμητά χαρακτηριστικά του δείγματος, αλλά και ως εργαλείο για την εκχώρηση ενός συγκεκριμένου αριθμού σε κάθε συμμετέχοντα/ουσα με βάση ορισμένες ιδιότητες. Αυτό το σύστημα αρίθμησης διευκόλυνε μια τυποποιημένη μέθοδο για την κατηγοριοποίηση των συμμετεχόντων/ουσών σύμφωνα με τα σχετικά χαρακτηριστικά. Επιπλέον, επέτρεψε τη συστηματική σύζευξη ηλικιωμένων συμμετεχόντων/ουσών με τους/τις αντίστοιχους/ες άτυπους/ες φροντιστές/ριές τους, επιτρέποντας την άμεση σύγκριση δεδομένων μεταξύ αυτών των σχετικών ατόμων κατά το στάδιο της ανάλυσης των δεδομένων. Αυτή η προσέγγιση βοήθησε στη διασφάλιση της συνέπειας και της ακρίβειας στη συλλογή των δεδομένων και στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων για τις διάφορες υποομάδες ερωτηθέντων.

Για την αντιμετώπιση ηθικών ζητημάτων ως προς τα προσωπικά δεδομένα, συνεργαστήκαμε με τις κοινωνικές υπηρεσίες των τριών δήμων. Επιπλέον, αξιοποιήσαμε τις προσωπικές επαφές της ερευνητικής ομάδας για να προσεγγίσουμε τους/τις ηλικιωμένους/ες και να τους ζητήσουμε την άδεια να τους πάρουμε συνέντευξη. Τέλος, όλοι/όλες οι συνεντευξιαζόμενοι/ες υπέγραψαν έντυπο συγκατάθεσης πριν από τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων.

1.2. Δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά ηλικιωμένων

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος δείχνουν μια κατανομή που ευθυγραμμίζεται στενά με τα στοιχεία της Απογραφής Πληθυσμού του 2021 για την Περιφέρεια Αττικής (Πίνακας 9.1). Η κατανομή του φύλου στο δείγμα είναι παρόμοια με αυτή της Απογραφής, με 38,4% άνδρες έναντι 40,3% στην Απογραφή και 61,6% γυναίκες έναντι 59,7% αντίστοιχα. Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος δείχνει να υπεραντιπροσωπεύονται τα άτομα ηλικίας 85+ (56% των συμμετεχόντων στην έρευνα έναντι 32,2% του πληθυσμού ηλικίας 75+ ετών). Η μέση ηλικία των ανδρών και των γυναικών συμμετεχόντων-ουσών στην έρευνα ήταν τα 86 και 85 έτη αντίστοιχα.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το δείγμα έχει πολύ χαμηλότερο ποσοστό έγγαμων ατόμων (24,1% έναντι 46,9%) και πολύ υψηλότερο ποσοστό χήρων (65,7% έναντι 41,5%) έναντι της Απογραφής Πληθυσμού. Το ποσοστό των διαζευγμένων ατόμων είναι ελαφρώς υψηλότερο στο δείγμα απ' ό,τι στον πληθυσμό (6,5% έναντι 4,7%). Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, το δείγμα έχει υψηλότερο ποσοστό ατόμων που έχουν ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση απ'

ό,τι στον πληθυσμό (34,3% έναντι 18,7%) και χαμηλότερο ποσοστό με δευτεροβάθμια εκπαίδευση (31,4% έναντι 40,2%) ή τριτοβάθμια εκπαίδευση (34,2% έναντι 41,1%), γεγονός που αντικατοπτρίζει μια τάση προς χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Πίνακας 9.1. Σύγκριση βασικών χαρακτηριστικών του δείγματος με τα αποτελέσματα της Απογραφής Πληθυσμού του 2021 για την Περιφέρεια Αττικής

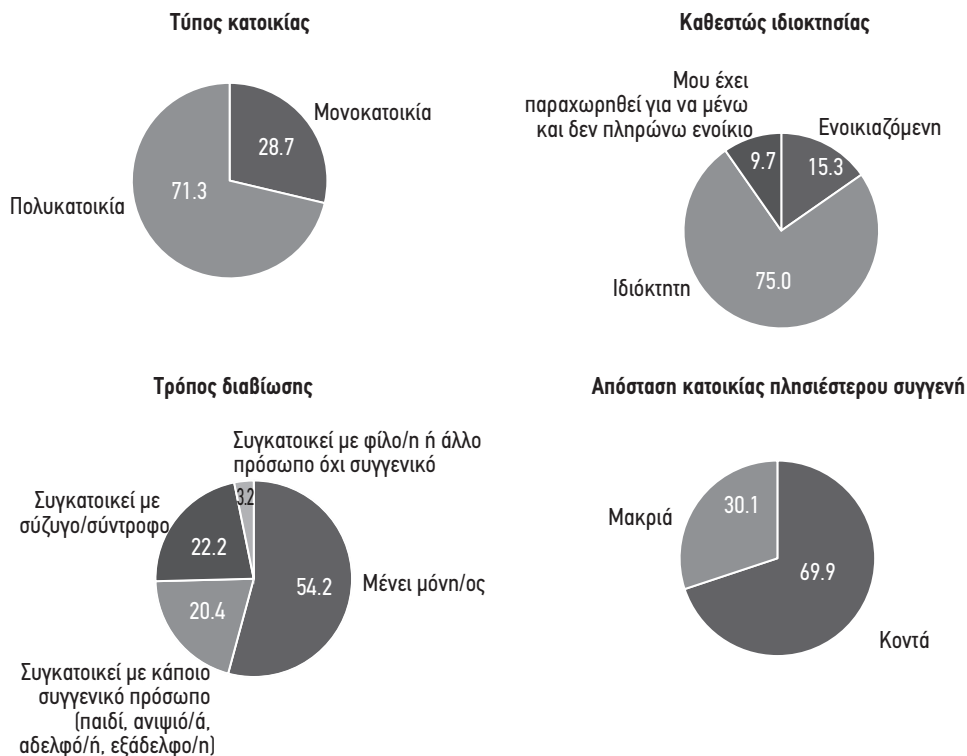
	Δείγμα έρευνας GELDERIN*	Απογραφή Πληθυσμού 2021
Φύλο	(%)	(%)
Άνδρες	38.4	40.3
Γυναίκες	61.6	59.7
Ηλικία		
75-84	44.0	67.8
85-90	32.4	23.5
>90	23.6	8.7
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμοι	3.7	6.9
Διαζευγμένοι/ες	6.5	4.2
Έγγαμοι/ες ή σε σύμφωνο συμβίωσης	24.1	47.4
Χήρες/οι	65.7	41.5
Ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης		
Πρωτοβάθμια	34.3	18.7
Κατώτερη δευτεροβάθμια	11.1	13.1
Ανώτερη δευτεροβάθμια	20.4	27.1
Τριτοβάθμια	34.2	41.1
Μένουν μόνοι/ες	54.2	-
Συζούν με σύζυγο	22.2	-
Συγκατοικούν με παιδιά/φίλους/άλλους	23.6	-

* N = 216.

Σημείωση: Το δείγμα περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω με μέτριο βαθμό εξάρτησης. Συνολικά, η κατανομή των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος υποδηλώνει έναν πιο γερασμένο, λιγότερο μορφωμένο και σε κατάσταση χρειάς πληθυσμό από τον ηλικιωμένο πληθυσμό που καταγράφηκε στην Απογραφή Πληθυσμού του 2021. Η πλειονότητα των ηλικιωμένων του δείγματος (90,9%) είχε κατά μέσο όρο 2 παιδιά.

Στο Διάγραμμα 9.2 φαίνεται ότι η πλειονότητα των ηλικιωμένων του δείγματός μας ζουν είτε μόνοι/ες (54,2%) είτε με τον/τη σύζυγο/σύντροφο (22%), κοντά στους στενότερους συγγενείς (69,9%), σε πολυκατοικία (71,3%) και σε ιδιόκτητη κατοικία (75%). Το μέσο μηνιαίο μίσθωμα ανέρχεται στα 333 ευρώ (N = 33) για όσους/ες διαμένουν σε ενοικιαζόμενο κατάλυμα.

Διάγραμμα 9.2. Τύπος κατοικίας, καθεστώς ιδιοκτησίας, μορφή διαβίωσης, απόσταση κατοικίας πλησιέστερου συγγενή (%) (N = 216)

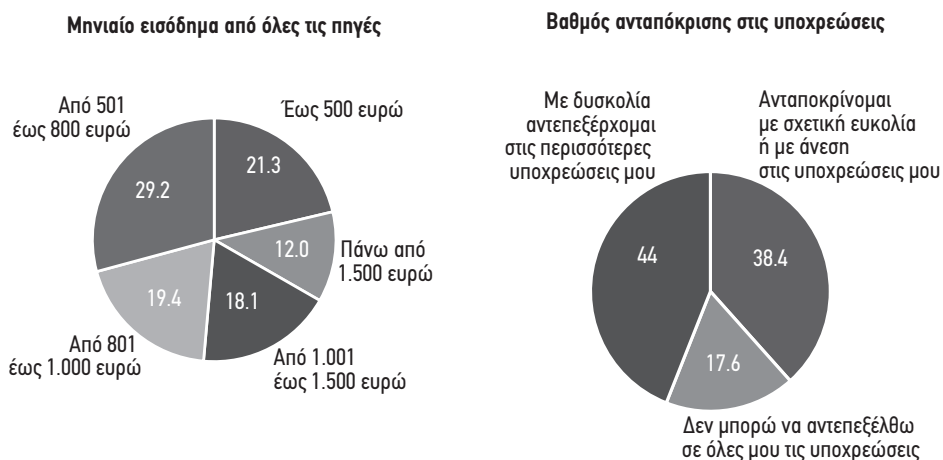


Από το σύνολο των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνά μας, 117 (54,2%) ζουν μόνοι, ενώ 99 (45,8%) συζούν, 22,2% με σύζυγο και 23,6% με παιδιά, φίλους ή άλλα μέλη του νοικοκυριού. Εξετάζοντας την κατανομή ανά φύλο, γίνεται φανερό ότι ένα πολύ υψηλότερο ποσοστό γυναικών ζουν μόνες (60,2%) σε σύγκριση με τους άνδρες (44,6%). Ομοίως, ένα πολύ υψηλότερο ποσοστό γυναικών ζει μακριά από τον πλησιέστερο συγγενή (33,8%) σε σύγκριση με τους άνδρες (24,1%). Αντίθετα, ένα πολύ μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών απ' ό,τι γυναικών είναι μεταξύ εκείνων που συζούν με άλλους (55,4% έναντι 39,8%) και ζουν κοντά στον πλησιέστερο συγγενή (75,9% έναντι 66,2%).

Μόνο μια μειονότητα των συμμετεχόντων στην έρευνά μας (9,7%, N = 21) βρέθηκε να λαμβάνει επίδομα φροντίδας από το κράτος. Στις περισσότερες περιπτώσεις (N = 18) επρόκειτο για επίδομα αναπηρίας. Ένα άλλο 14,8% (N = 32) δήλωσε ως μορφή οικονομικής βοήθειας που λαμβάνει από το κράτος σύνταξη γηρατος και αναπηρίας των οποίων το μέσο μηνιαίο ποσό εκτιμήθηκε στα 830,64 ευρώ (N = 11). Τέλος, το ένα τέταρτο των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνά μας λάμβαναν οικονομική βοήθεια από τα ενήλικα παιδιά τους (21,3%) ή από άλλους συγγενείς (3,2%) ή από φίλους και γείτονες (0,9%).

Το Διάγραμμα 9.3 απεικονίζει την κατανομή σε κλίμακες του συνολικού μηνιαίου εισοδήματος των ηλικιωμένων του δείγματος, που προέρχεται από όλες τις πηγές. Το 50,5% των ηλικιωμένων έχουν μηνιαίο εισόδημα έως 800 ευρώ, ενώ οι υπόλοιποι έχουν εισόδημα πάνω από αυτό το ποσό. Οι γυναίκες είναι φτωχότερες από τους άνδρες, αφού το 59,4% των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσε μηνιαίο εισόδημα έως 800 ευρώ έναντι 35,4% των συμμετεχόντων ανδρών.

Διάγραμμα 9.3. Μηνιαίο εισόδημα από όλες τις πηγές, βαθμός ανταπόκρισης στις υποχρεώσεις, δυνατότητα πραγματοποίησης εξόδων πέραν των απολύτως αναγκαίων (%) (N = 216)



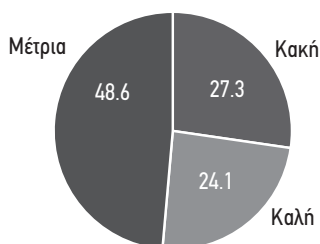
Επιπλέον, ο αριθμός υπογραμμίζει ότι ένα σημαντικό μέρος των ηλικιωμένων αντιμετωπίζει οικονομικούς περιορισμούς, με μόνο το 38,4% να μπορεί να καλύψει τα έξοδά του εύκολα ή άνετα. Αντίθετα, περίπου το 50% των ερωτηθέντων δεν μπορεί να αντέξει οικονομικά έξοδα πέρα από τα απολύτως απαραίτητα, τονίζοντας την οικονομική ευπάθεια που βιώνει ένα σημαντικό τμήμα αυτού του πληθυσμού.

1.3. Κατάσταση υγείας, διάθεση και αίσθημα μοναξιάς

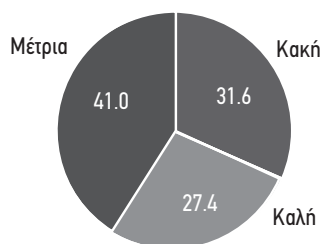
Η κατάσταση υγείας που δήλωσαν οι ηλικιωμένοι/ες ήταν γενικά μέτρια (48,6%). Όπως ήταν αναμενόμενο, η καλή και μέτρια υγεία ήταν πιο διαδεδομένη μεταξύ αυτών που συζούσαν (77,8%) έναντι εκείνων που ζούσαν μόνοι (68,4%) (Διάγραμμα 9.4). Τα πιο συχνά αναφερόμενα κύρια προβλήματα υγείας ($N = 208$) ήταν προβλήματα μνήμης/άνοια (~27,4%), κινητικά προβλήματα (~25,5%), καρδιακά προβλήματα (~15,3%) και κινητικά προβλήματα μαζί με προβλήματα μνήμης/άνοια (~8,8%).

Διάγραμμα 9.4. Κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων, όσων ζουν μόνοι και όσων συγκατοικούν (%)

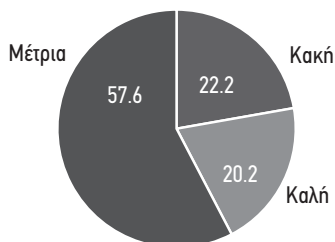
Κατάσταση υγείας ηλικιωμένων ($N = 216$)



Κατάσταση υγείας όσων ζουν μόνοι/ες ($N = 117$)

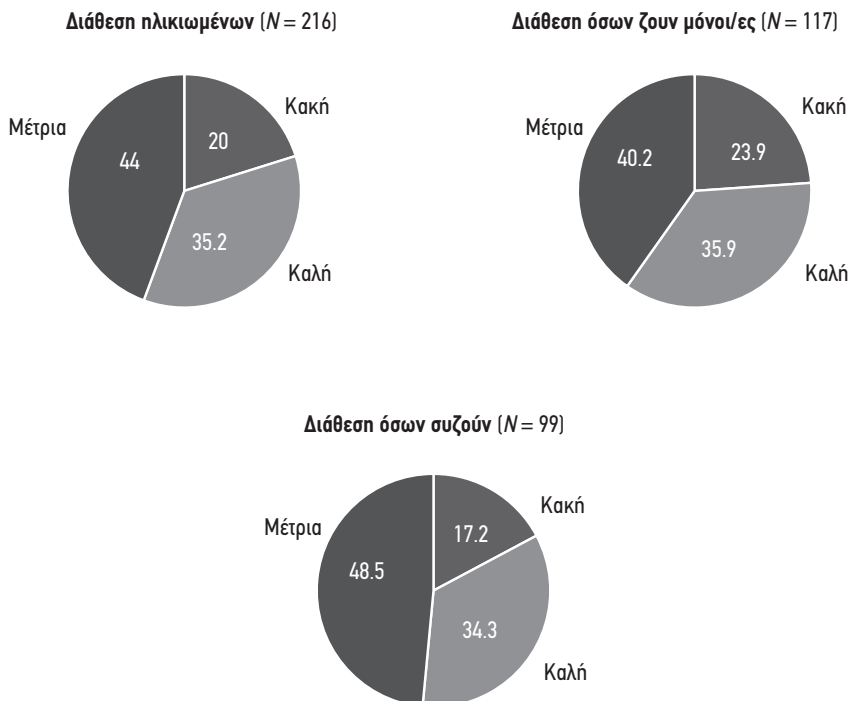


Κατάσταση υγείας όσων συγκατοικούν ($N = 99$)

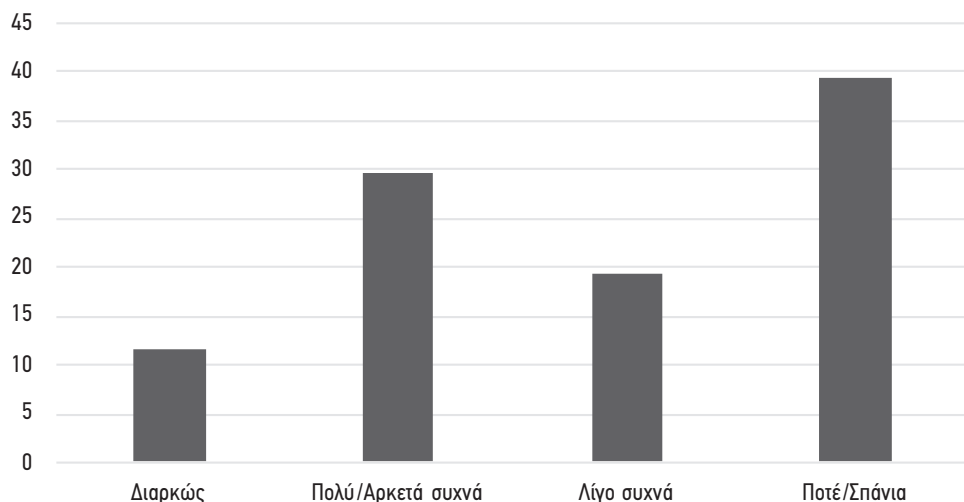


Μέτρια βρέθηκε και η διάθεση του 44% των ηλικιωμένων του δείγματός μας, ενώ το 21% δήλωσε κακή διάθεση. Η κακή διάθεση ήταν συχνότερη μεταξύ εκείνων που ζούσαν μόνοι/ες (23,9%) από εκείνους που συζούσαν (17,2%) (Διάγραμμα 9.5).

Διάγραμμα 9.5. Διάθεση των ηλικιωμένων, όσων ζουν μόνοι και όσων συζούν (%)



Διάγραμμα 9.6. Αίσθημα μοναξιάς (%) (N = 216)



Η διάθεση επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από το αίσθημα της μοναξιάς που είναι πολύ συχνότερο στα γηρατειά απ' ό,τι στη μέση ηλικία, ειδικά σε αυτούς/ές που ζουν μόνοι/ες. Πράγματι, το 42% των ηλικιωμένων του δείγματός μας αισθάνονταν μοναξιά, είτε συνεχώς είτε πολύ/αρκετά συχνά (Διάγραμμα 9.6). Όπως είναι αναμενόμενο, το αίσθημα της μοναξιάς ήταν πιο διαδεδομένο στους/στις ηλικιωμένους/ες που ζούσαν μόνοι/ες (64%) έναντι αυτών που συζούσαν (36%). Ωστόσο, το 58% των ηλικιωμένων του δείγματος φάνηκε να μη βιώνουν ποτέ ή σπάνια μοναξιά (39%) ή ελαφρώς συχνά (19%).

1.4. Βαθμός εξάρτησης από άλλους για καθημερινές λειτουργίες

Προκειμένου να εκτιμηθεί ο βαθμός εξάρτησης σε διάφορες καθημερινές δραστηριότητες των ηλικιωμένων, το ερωτηματολόγιο της έρευνας περιλάμβανε μια σειρά ερωτήσεων στις οποίες ζητήθηκε από τον/την ερωτώμενο/η να δηλώσει εάν κάνει αυτές τις δραστηριότητες μόνος/η του/της, χωρίς βοήθεια (0 βαθμός εξάρτησης), εάν χρειαζόταν λίγη βοήθεια (1 βαθμός εξάρτησης), εάν χρειαζόταν πολλή βοήθεια (2 βαθμοί εξάρτησης), αν τις έκανε μόνο με τη βοήθεια άλλων ατόμων (3 βαθμοί εξάρτησης) και αν δεν μπορούσε να τις κάνει ούτε με τη βοήθεια άλλων ατόμων (4 βαθμοί εξάρτησης). Αυτές οι δραστηριότητες εμπίπτουν σε οκτώ διαφορετικές κατηγορίες, συμπεριλαμβανομένης της κινητικότητας, της προσωπικής υγιεινής, της ιατρικής και των γιατρών, του νοικοκυριού, της φροντίδας των άλλων, των υπαίθριων δραστηριοτήτων, της κοινωνικοποίησης και των μέσων διαβίωσης. Κάθε κατηγορία περιλάμβανε έναν άνισο αριθμό ερωτήσεων από τις οποίες κατασκευάστηκαν δύο λανθάνουσες μεταβλητές, η ADL και η IADL, που αντιπροσωπεύουν τον μέσο βαθμό εξάρτησης σε βασικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης (ADL) ή επικουρικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης (IADL). Για την ADL, χρησιμοποιήθηκαν δραστηριότητες που σχετίζονται με το μπάνιο, την προσωπική υγιεινή και περιποίηση, την τουαλέτα και την εγκράτεια, το φαγητό και το τάισμα, το ντύσιμο και τη μετακίνηση/μεταφορά. Για την IADL, χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία που σχετίζονται με τη διαχείριση χρημάτων, τη διαχείριση του νοικοκυριού, τη διαχείριση της υγείας, την προετοιμασία γευμάτων, την επικοινωνία με άλλους, τη διαχείριση της μεταφοράς και τα ψώνια. Ωστόσο, η έκταση της εξάρτησης συνήθως επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων, όπως η ηλικία, η κατάσταση της υγείας, το μορφωτικό επίπεδο και άλλες σχετικές συνθήκες.

Ο Πίνακας 9.2 παρουσιάζει περιγραφικά στατιστικά στοιχεία σχετικά με τον βαθμό εξάρτησης σε διάφορες δραστηριότητες που κατηγοριοποιούνται στις ADL, IADL και τις αντίστοιχες υποκατηγορίες τους, παρέχοντας πολύτιμες πληροφορίες για τον βαθμό εξάρτησης του ηλικιωμένου πληθυσμού σε διάφορες δραστηριότητες. Δεδομένου ότι το σύστημα βαθμολόγησης αποδίδει υψηλότερες βαθμολογίες σε μεγαλύτερη εξάρτηση, οι μέσες τιμές μάς βοηθούν να κατανοήσουμε σε ποιες

δραστηριότητες οι ηλικιωμένοι εξαρτώνται περισσότερο από άλλους για να τις πραγματοποιήσουν και ποιες μπορούν να τις εκτελέσουν πιο ανεξάρτητα.

Πίνακας 9.2. Βαθμός εξάρτησης για την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων (ADL, IADL)

Είδη/κατηγορίες καθημερινών δραστηριοτήτων	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή		Απόκλιση	Διακύμανση
		Τιμή	Τιμή	Τιμή	Σφάλμα	Τιμή	Τιμή
ADL	216	.00	3.77	.95	.06	.85	.71
IADL	216	.00	4.00	1.86	.07	1.10	1.20
Κινητικότητα	216	.00	4.00	1.04	.07	1.09	1.19
Προσωπική υγιεινή	216	.00	4.00	.69	.07	.98	.97
Φάρμακα & ιατροί	216	.00	4.00	1.58	.07	1.03	1.07
Νοικοκυριό	210	.00	4.00	1.94	.10	1.39	1.94
Φροντίδα άλλων	209	.00	4.00	2.33	.10	1.43	2.05
Υπαιθριος	210	.00	4.00	2.58	.09	1.32	1.77
Κοινωνικοποίηση	216	.00	4.00	1.60	.08	1.15	1.32
Διαβίωση (Ζην)	215	.00	3.17	.35	.04	.57	.33

Για δραστηριότητες όπως η προσωπική υγιεινή (μέσος όρος 0,69) και οι δραστηριότητες διαβίωσης (μέσος όρος 0,35), οι σχετικά χαμηλές μέσες βαθμολογίες υποδηλώνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό ηλικιωμένων είναι σε θέση να διαχειριστεί αυτές τις δραστηριότητες ανεξάρτητα ή με ελάχιστη βοήθεια.

Από την άλλη, δραστηριότητες όπως η φροντίδα των άλλων (μέσος όρος 2,33) και οι δουλειές του σπιτιού (μέσος όρος 1,94) παρουσιάζουν υψηλότερες μέσες βαθμολογίες, υποδεικνύοντας μεγαλύτερο βαθμό εξάρτησης. Αυτές οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν ότι πολλοί ηλικιωμένοι χρειάζονται βοήθεια ή υποστήριξη για την εκτέλεση αυτών των δραστηριοτήτων, επισημαίνοντας τομείς όπου η εξάρτηση είναι πιο διαδεδομένη. Η μεταβλητότητα σε αυτές τις βαθμολογίες, όπως αντικατοπτρίζεται από τυπικές αποκλίσεις και διακυμάνσεις, δείχνει ότι τα επίπεδα εξάρτησης δεν είναι ομοιόμορφα. Μερικοί ηλικιωμένοι διαχειρίζονται αυτές τις εργασίες ανεξάρτητα, ενώ άλλοι βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην υποστήριξη.

Επιπλέον, δραστηριότητες όπως η κινητικότητα (μέσος όρος 1,04) και η κοινωνικοποίηση (μέσος όρος 1,60) βρίσκονται κάπου στη μέση, υποδηλώνοντας μέτρια επίπεδα εξάρτησης. Για παράδειγμα, ενώ πολλοί ηλικιωμένοι μπορούν να μετακινούνται ανεξάρτητα, μερικοί μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες που απαιτούν βοήθεια, ειδικά σε ορισμένες περιστάσεις ή περιβάλλοντα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η βαθμολογία 1 στην κλίμακα εξάρτησης υποδηλώνει την ανάγκη για μικρή βοήθεια για την εκτέλεση μιας συγκεκριμένης δραστηριότητας. Επομένως, οι μέσες βαθμολογίες που παρατηρούνται στα δεδομένα υποδηλώνουν ότι τα περισσότερα άτομα του δείγματος χρειάζονται τουλάχιστον κάποιο βαθμό βοήθειας σε ορισμένες κατηγορίες δραστηριοτήτων. Αυτό το εύρημα επιβεβαιώνει το κριτήριο επιλογής δείγματος, το οποίο στόχευε άτομα με τουλάχιστον μέτρια εξάρτηση, καθώς

η πλειονότητα των συμμετεχόντων έχει μέση βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη από 1 σε διάφορους τομείς δραστηριότητας.

Συνολικά, αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι ο ηλικιωμένος πληθυσμός του δείγματός μας τείνει να είναι πιο ανεξάρτητος σε συνήθειες προσωπικές και βιοποριστικές δραστηριότητες, αλλά δείχνει μεγαλύτερη εξάρτηση σε πιο σύνθετες εργασίες, όπως οι δουλειές του σπιτιού και ο χειρισμός συσκευών και εργαλείων. Αυτό υποστηρίζεται επίσης από το γεγονός ότι η μέση βαθμολογία για την ADL είναι 0,95, η οποία είναι σημαντικά χαμηλότερη από τη μέση για την IADL στο 1,86, υποδεικνύοντας ότι τα άτομα γενικά διατηρούν την ανεξαρτησία τους σε βασικές καθημερινές εργασίες, όπως η προσωπική υγιεινή και η κινητικότητα. Αντίθετα, η υψηλότερη μέση βαθμολογία για την IADL υποδηλώνει ένα μέτριο επίπεδο εξάρτησης σε πιο σύνθετες δραστηριότητες, όπως οι δουλειές του σπιτιού, η φροντίδα των άλλων και οι υπαίθριες δραστηριότητες. Αυτό το μοτίβο υπογραμμίζει ότι, ενώ οι βασικές εργασίες αυτοφροντίδας είναι σχετικά καλά διατηρημένες μεταξύ των συμμετεχόντων/ουσών, αυτοί/ές αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες προκλήσεις με δραστηριότητες που απαιτούν περισσότερο σχεδιασμό, λήψη αποφάσεων και σωματική προσπάθεια. Συνολικά, τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η εξάρτηση αυξάνεται καθώς οι δραστηριότητες γίνονται πιο περίπλοκες, με τις εργασίες IADL να παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο επίπεδο εξάρτησης από τις εργασίες ADL. Η αναγνώριση αυτών των προτύπων είναι ζωτικής σημασίας για τον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων που στοχεύουν στην προώθηση της ανεξαρτησίας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Οι υπηρεσίες υποστήριξης μπορούν να έχουν προτεραιότητα για δραστηριότητες όπου η εξάρτηση είναι υψηλότερη, διασφαλίζοντας ότι οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν την κατάλληλη βοήθεια, ενισχύοντας παράλληλα την αυτονομία τους σε άλλους τομείς.

Πίνακας 9.3. Μέση βαθμολογία εξάρτησης από διαφορετικά είδη/κατηγορίες καθημερινών δραστηριοτήτων ανά φύλο

Είδη/κατηγορίες καθημερινών δραστηριοτήτων	Άνδρες (Μέσος όρος)	Γυναίκες (Μέσος όρος)
ADL	1.14	.83
IADL	1.88	1.85
Κινητικότητα	1.31	.87
Προσωπική υγιεινή	.91	.55
Φάρμακα & ιατροί	1.61	1.55
Νοικοκυριό	1.97	1.92
Φροντίδα άλλων	2.38	2.29
Υπαίθριος	2.60	2.56
Κοινωνικοποίηση	1.71	1.54
Διαβίωση (ζην)	.47	.27

Ο Πίνακας 9.3 παρουσιάζει δεδομένα σχετικά με τις μέσες βαθμολογίες εξάρτησης σε διάφορες κατηγορίες καθημερινών δραστηριοτήτων ανά φύλο. Με βάση τα δεδομένα μπορούν να γίνουν αρκετές σημαντικές παρατηρήσεις, λαμβάνοντας επίσης υπόψη ότι η μέση ηλικία ανδρών και γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνά μας είναι πολύ κοντά (86 έναντι 85 ετών αντίστοιχα).

Οι μέσες βαθμολογίες εξάρτησης δείχνουν ότι οι άνδρες γενικά παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης σε σύγκριση με τις γυναίκες στους περισσότερους τομείς δραστηριότητας, υποδηλώνοντας ότι οι άνδρες τείνουν να χρειάζονται περισσότερη βοήθεια στην εκτέλεση καθημερινών εργασιών. Για παράδειγμα, στις ADL δραστηριότητες, οι άνδρες έχουν μέση βαθμολογία εξάρτησης 1,14, ενώ οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη μέση βαθμολογία 0,83, υποδηλώνοντας μεγαλύτερη ανεξαρτησία των γυναικών σε βασικές καθημερινές λειτουργίες.

Αντίθετα, στις IADL δραστηριότητες, οι μέσες βαθμολογίες εξάρτησης είναι αρκετά συγκρίσιμες, με τους άνδρες στο 1,88 και τις γυναίκες στο 1,85, υποδεικνύοντας ένα σχετικά παρόμοιο επίπεδο εξάρτησης. Ωστόσο, σε συγκεκριμένες δραστηριότητες, όπως η κινητικότητα, η προσωπική υγιεινή και η κοινωνικοποίηση, η ανισότητα γίνεται πιο έντονη. Οι άνδρες αναφέρουν υψηλότερες μέσες βαθμολογίες στην κινητικότητα (1,31 έναντι 0,87), την προσωπική υγιεινή (0,91 έναντι 0,55) και την κοινωνικοποίηση (1,71 έναντι 1,54), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι άνδρες μπορεί να αντιμετωπίσουν περισσότερες δυσκολίες ή να χρειαστούν περισσότερη βοήθεια σε αυτούς τους τομείς.

Η φροντίδα για τους άλλους και οι υπαίθριες δραστηριότητες παρουσιάζουν επίσης υψηλότερες μέσες βαθμολογίες εξάρτησης μεταξύ των ανδρών (2,38 και 2,60 αντίστοιχα), υποδεικνύοντας ότι οι άνδρες μπορεί να αντιμετωπίσουν μεγαλύτερες προκλήσεις ή να χρειάζονται περισσότερη υποστήριξη στη φροντίδα και την ενασχόληση σε εξωτερικούς χώρους. Αντίθετα, οι δραστηριότητες που σχετίζονται με τα προς το ζην παρουσιάζουν τη μικρότερη διαφορά μεταξύ των φύλων, με τους άνδρες στο 0,47 και τις γυναίκες στο 0,27, υποδηλώνοντας γενικά χαμηλή εξάρτηση σε αυτόν τον τομέα και για τα δύο φύλα, αν και οι γυναίκες τείνουν να είναι ελαφρώς πιο ανεξάρτητες.

Συνολικά, τα δεδομένα αντικατοπτρίζουν ένα μοτίβο όπου οι άνδρες τείνουν να έχουν οριακά υψηλότερες βαθμολογίες εξάρτησης σε πολλούς τομείς δραστηριότητας, γεγονός που θα μπορούσε να υποδηλώνει ανισότητες που σχετίζονται με το φύλο στις λειτουργικές ικανότητες ή/και διαφορές φύλου στους κοινωνικούς ρόλους. Αυτές οι διαφορές υπογραμμίζουν τη σημασία της εξέτασης παραγόντων που σχετίζονται με το φύλο κατά τον σχεδιασμό παρεμβάσεων που στοχεύουν στη βελτίωση της ανεξαρτησίας και των συστημάτων υποστήριξης για άτομα σε αυτές τις κατηγορίες δραστηριοτήτων.

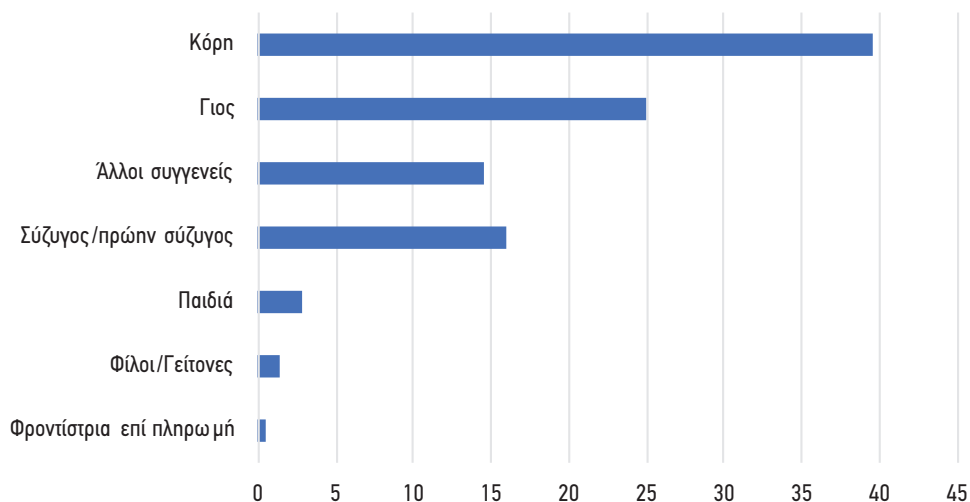
2. Αποτελέσματα της έρευνας – Μορφές φροντίδας: Άτυπη, κοινωνική, ιδιωτικά αμειβόμενη κατ' οίκον

Τα ευρήματα της έρευνας ήταν πλούσια για όλες τις μορφές φροντίδας. Ως προς την άτυπη φροντίδα, τα ερωτήματα που απαντήθηκαν αφορούν τη διαθεσιμότητα, το περιεχόμενο και την έντασή της, ενώ ως προς τις κοινωνικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο αφορούν τον βαθμό χρήσης τους και την αξιολόγηση της ποιότητάς τους.

2.1. Άτυπη φροντίδα: Διαθεσιμότητα, περιεχόμενο και ένταση

Τα άτομα που βρίσκονται πιο κοντά στους ηλικιωμένους στην καθημερινή τους ζωή είναι συνήθως τα παιδιά τους, δηλαδή η κόρη τους (38,9%), ο γιος τους (24,5%) ή και οι δύο (3,5%), όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 9.7. Κατά συνέπεια, για το 67% των ηλικιωμένων, τα παιδιά αντιπροσωπεύουν τους στενότερους συγγενείς αλλά και εκείνους με τους οποίους επικοινωνούν συχνότερα. Οι σύζυγοι και οι πρώην σύζυγοι είναι τα πλησιέστερα άτομα για το 15,3% των ηλικιωμένων του δείγματος, ενώ άλλοι συγγενείς αντιπροσωπεύουν ένα επιπλέον 15,3%.

Διάγραμμα 9.7. Το πλησιέστερο πρόσωπο στη ζωή των ηλικιωμένων (%) (N = 216)



Κατά μέσο όρο, 2,31 άτομα παρέχουν φροντίδα σε κάθε ηλικιωμένο που συμμετείχε στην έρευνα. Το κύριο και συχνότερα θεωρούμενο υπεύθυνο πρόσωπο για τη φροντίδα των ηλικιωμένων του δείγματος αναφέρθηκε ότι ήταν η κόρη (34,7%), ο γιος (20,8%) και ο/η σύζυγος (15,7%). Όλα τα προαναφερθέντα άτομα παρέχουν φροντίδα στους ηλικιωμένους σε καθημερινή βάση (64,9%), κάποιες ημέρες την

εβδομάδα (22,8%) ή τον μήνα (6,9%), περιστασιακά (2,5%) και σπάνια (3,0%). Οι αντίστοιχες συχνότητες για την κόρη είναι 59,5%, 32,4%, 5,4%, 0,0% και 2,7%, ενώ για τον γιο 53,5%, 25,6%, 9,3%, 4,7% και 7,0% αντίστοιχα.

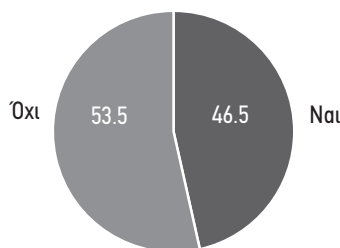
Το δεύτερο πιο συχνά θεωρούμενο υπεύθυνο άτομο για τη φροντίδα των ηλικιωμένων αναφέρθηκε και πάλι ότι ήταν μια κόρη (28,3%), ένας γιος (27,7%) ή ένας/μία αμειβόμενος/η φροντιστής/ρια (6,9%). Τα άτομα αυτά παρέχουν φροντίδα στους ηλικιωμένους σε καθημερινή βάση (29,8%), κάποιες ημέρες την εβδομάδα (27,4%), ή κάποιες ημέρες τον μήνα (23,8%), περιστασιακά (14,3%) και σπάνια (4,8%). Οι αντίστοιχες συχνότητες για την κόρη είναι 41,3%, 19,6%, 23,9%, 10,9% και 4,3%, ενώ για τον γιο 18,2%, 29,5%, 34,1%, 13,6% και 4,5% αντίστοιχα.

Τα συγκριτικά δεδομένα της έρευνας σχετικά με την ένταση της άτυπης φροντίδας ηλικιωμένων αποκαλύπτουν ότι οι κόρες, ως κύριες φροντίστριες, παρέχουν φροντίδα πιο συχνά από τους γιους, αν και η διαφορά δεν είναι σημαντική. Η πιο σημαντική διαφορά παρατηρείται όταν οι κόρες αναλαμβάνουν δευτερεύοντες ρόλους φροντίδας, καθώς η εμπλοκή τους σε αυτή την περίπτωση είναι συχνότερη από αυτή των γιων.

Επιπλέον, υπάρχουν άνθρωποι στη γειτονιά που φροντίζουν ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων του δείγματος (53,5%) (Διάγραμμα 9.8). Ο πρώτος αναφερόμενος και πιο συχνός τρόπος με τον οποίο αυτοί οι γείτονες δείχνουν στους ηλικιωμένους το ενδιαφέρον τους είναι η επίσκεψη για παρέα (37,0%) και η βοήθεια στις καθημερινές πρακτικές (ψώνια και μικρές εργασίες) (35,0%). Τα πιο συνηθισμένα κανάλια επικοινωνίας δεν είναι οι προσωπικές επισκέψεις (~20,3%) αλλά το κινητό τηλέφωνο (~29,6%) ή/και οι κλήσεις σταθερού τηλεφώνου (~30,1%).

Διάγραμμα 9.8. Άνθρωποι στη γειτονιά που νοιάζονται για τους/τις ηλικιωμένους/ες (%)

Άνθρωποι στη γειτονιά που νοιάζονται



Στο Διάγραμμα 9.9 παρουσιάζονται, σε διάγραμμα τύπου φυσαλίδων, τα αποτελέσματα της λεξικομετρικής ανάλυσης των απαντήσεων των συμμετεχόντων όταν τους ζητήθηκε να προσδιορίσουν το περιεχόμενο της φροντίδας που τους προσφέρθηκε από το πρώτο και το δεύτερο άτομο που εμπλέκεται περισσότερο στη φροντίδα τους. Αnéφεραν ότι τα κύρια καθήκοντα που εκτελούν και τα δύο άτομα είναι η φαρμακευτική περίθαλψη, η μεταφορά και η συνοδεία σε γιατρούς και η οικιακή βοήθεια/

καθαρισμός/οικιακές εργασίες, με το πρώτο άτομο να ασχολείται περισσότερο με τη φαρμακευτική περίθαλψη και το δεύτερο με τη μεταφορά και συνοδεία σε γιατρούς.

Διάγραμμα 9.9. Καθήκοντα του πρώτου και του δεύτερου ατόμου που ασχολείται περισσότερο με τη φροντίδα των ηλικιωμένων



Τα κύρια εμπόδια που αντιμετωπίζουν τα μέλη της οικογένειας στην παροχή άτυπης φροντίδας, όπως τα αντιλαμβάνονται οι ηλικιωμένοι, είναι: οι απαιτητικές συνθήκες εργασίας (31,5%), η φυσική απόσταση του σπιτιού του/της οικογενειακού/ής φροντιστή/ριας από την κατοικία των ηλικιωμένων (10,1%), οι γονικές υποχρεώσεις (6,0%), η σωματική και ψυχική εξάντληση (6,3%) και τα οικονομικά ζητήματα (1,9%). Αυτοί οι παράγοντες συχνά συνδυάζονται για να επιδεινώσουν τη δυσκολία. Για παράδειγμα, η συνύπαρξη φυσικής απόστασης του σπιτιού του/της οικογενειακού/ής φροντιστή/ριας από την κατοικία των ηλικιωμένων και των γονικών υποχρεώσεων ή απαιτητικών συνθηκών εργασίας έχει αναφερθεί από το 18,3% και το 25,9% των συμμετεχόντων αντίστοιχα.

Ζητήθηκε επίσης από τους ηλικιωμένους να αξιολογήσουν σε ποιο βαθμό θεωρούν ότι η φροντίδα που παρέχεται από τα προαναφερθέντα άτομα ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους. Παρά τα εμπόδια και τις δυσκολίες των μελών της οικογένειας στην παροχή άτυπης φροντίδας, το 81% των ηλικιωμένων πιστεύει ότι η φροντίδα που λαμβάνουν ανταποκρίνεται επαρκώς στις ανάγκες τους, το 45,8% σε πολύ μεγάλο βαθμό και το 35,2% σε μεγάλο βαθμό. Μόνο δύο στους δέκα ηλικιωμένους (18,9%) δήλωσαν ότι η φροντίδα που παρέχεται από τους/τις άτυπους/ες φροντιστές/ριές τους καλύπτει τις ανάγκες τους μόνο σε μικρό ή μέτριο βαθμό ή καθόλου.

Τέλος, από τους 48 ερωτηθέντες ηλικιωμένους που ανέφεραν ότι νοιάζονταν για άλλους, το 43,8% φρόντιζε τον σύζυγο ή τον σύντροφό του, το 35,4% τα παιδιά και τα εγγόνια του και το 20,9% άλλα μέλη της οικογένειας ή φίλους/ες.

2.2. Κοινωνικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο: Βαθμός χρήσης και αξιολόγηση ποιότητας

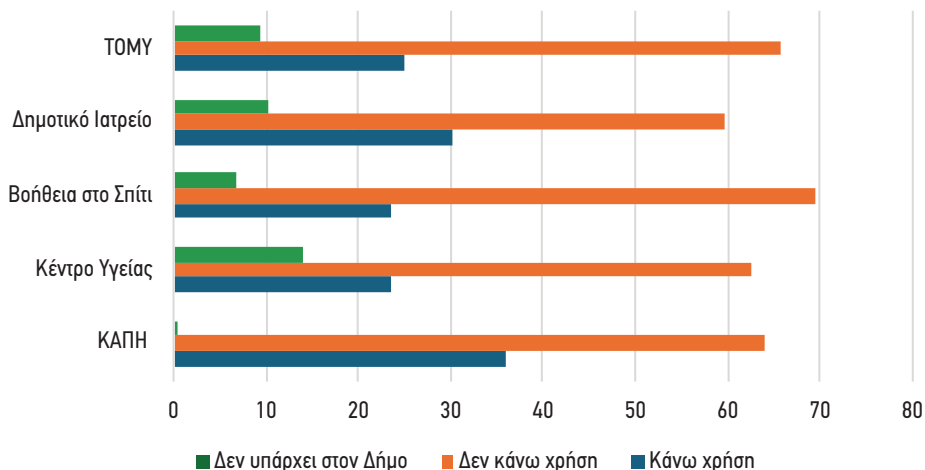
Οι ακόλουθες δημόσιες υπηρεσίες λειτουργούν σε τοπικό/κοινοτικό επίπεδο για την κάλυψη των αναγκών φροντίδας των ηλικιωμένων:

- Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).
- Βοήθεια στο Σπίτι.
- Δημοτικά Ιατρεία.
- Κέντρα Υγείας.
- Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ).

Οι τρεις πρώτες υπηρεσίες οργανώνονται από τους δήμους και παρέχονται από δημοτικούς υπαλλήλους, ενώ οι υπόλοιπες από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Οι παραπάνω υπηρεσίες δεν είναι πάντα διαθέσιμες σε τοπικό επίπεδο, ειδικά αυτές που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη. Το 13,9% των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνά μας δήλωσαν ότι δεν υπάρχει Κέντρο Υγείας, ενώ το 10,2% ότι δεν υπάρχει Τοπική Μονάδα Υγείας στον δήμο τους. Τα αντίστοιχα ποσοστά για το «Βοήθεια στο Σπίτι» και τα Δημοτικά Ιατρεία ήταν 6,9% και 9,3%. Τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων ήταν παντού παρόντα.

Το Διάγραμμα 9.10 απεικονίζει τα ευρήματα της έρευνας σχετικά με τα ποσοστά χρήσης διάφορων υπηρεσιών δημόσιας φροντίδας σε τοπικό επίπεδο μεταξύ των ηλικιωμένων ερωτηθέντων.

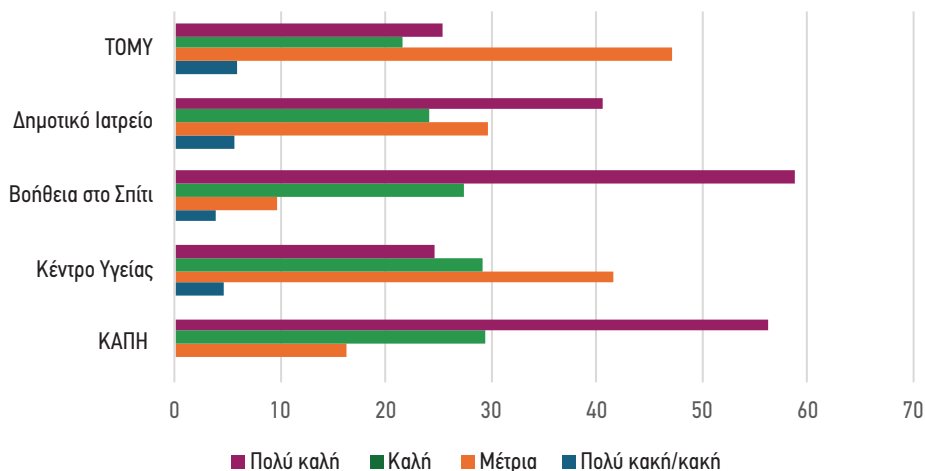
Διάγραμμα 9.10. Ύπαρξη και χρήση δημόσιων υπηρεσιών φροντίδας σε τοπικό επίπεδο (%)



- Κέντρα Ανοιχτής Φροντίδας Ηλικιωμένων: 36,1%
- Βοήθεια στο Σπίτι: 23,6%
- Δημοτικά Ιατρεία: 30,1%
- Κέντρα Υγείας: 23,6%
- Τοπικές Μονάδες Υγείας: 25%

Συνολικά, αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η χρήση των δημόσιων υπηρεσιών φροντίδας σε τοπικό επίπεδο ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των ηλικιωμένων. Τα υψηλότερα ποσοστά αξιοποίησης παρατηρούνται στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων και στα Δημοτικά Ιατρεία, υποδεικνύοντας ότι πρόκειται για τις πιο συχνά προσβάσιμες υπηρεσίες, ενώ άλλες υπηρεσίες όπως οι Τοπικές Μονάδες Υγείας, τα Κέντρα Υγείας και η υπηρεσία «Βοήθεια στο Σπίτι» έχουν χαμηλότερα επίπεδα συμμετοχής. Αυτή η διακύμανση υπογραμμίζει τις διαφορετικές προτιμήσεις και ανάγκες του ηλικιωμένου πληθυσμού όσον αφορά τις τοπικές υπηρεσίες φροντίδας, αλλά και τις προϋποθέσεις επιλεξιμότητας για ορισμένες υπηρεσίες (π.χ. βοήθεια στο σπίτι) ή την περιορισμένη ικανότητα φροντίδας των δημοτικών και πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, λόγω έλλειψης πόρων.

Διάγραμμα 9.11. Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας σε τοπικό επίπεδο (%)



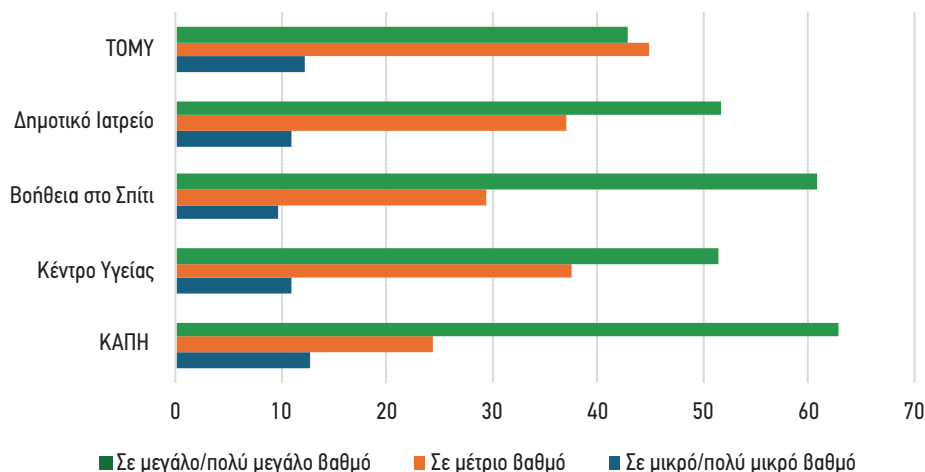
Το Διάγραμμα 9.11 δείχνει ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων στην έρευνά μας που κάνουν χρήση των δημόσιων υπηρεσιών φροντίδας σε τοπικό επίπεδο αξιολόγησαν την ποιότητα της υπηρεσίας «Βοήθεια στο Σπίτι» ως πολύ καλή (58,8%) ή καλή (27,5%). Τα αντίστοιχα ποσοστά για τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων ήταν 56,4% και 29,5%. Αυτές οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας ηλικιωμένων, τις οποίες διαχειρίζονται οι δήμοι, έλαβαν τις υψηλότερες θετικές αξιολογήσεις, αντανakλώντας μια ευνοϊκή αντίληψη μεταξύ των ηλικιωμένων συμμετεχόντων στην έρευνά μας που τις χρησιμοποιούν.

Συγκριτικά, θετικές αξιολογήσεις συγκέντρωσαν και οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας: το 53,8% των ερωτηθέντων έκρινε τα Κέντρα Υγείας καλά ή πολύ καλά, το 64,8% τα Δημοτικά Ιατρεία, εκτός από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας των οποίων οι υπηρεσίες αξιολογήθηκαν ως επαρκής από τη σχετική πλειονότητα των ερωτηθέντων (47,1%) και καλές ή πολύ καλές από μια μειονότητα (23,6%). Αν και αυτές οι βαθμολογίες είναι χαμηλότερες από εκείνες για τις δημοτικές υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, δηλαδή την υπηρεσία «Βοήθεια στο Σπίτι» και τα Κέντρα Ανοικτής Φροντίδας Ηλικιωμένων, εξακολουθούν να υποδηλώνουν μια γενικά ευνοϊκή άποψη για αυτές τις υπηρεσίες.

Από την άλλη, οι αρνητικές αξιολογήσεις ήταν ελάχιστες αλλά αξιοσημείωτες. Συγκεκριμένα, το 4,6% των ερωτηθέντων αξιολόγησε τα Κέντρα Υγείας ως πολύ φτωχά ή φτωχά, το 4% για την υπηρεσία «Βοήθεια στο Σπίτι», το 5,6% για τα Δημοτικά Ιατρεία και το 5,9% για τις Τοπικές Μονάδες Υγείας.

Συνολικά, η πλειονότητα των ερωτηθέντων αντιλαμβάνεται την ποιότητα των δημοτικών υπηρεσιών –όπως τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων, το «Βοήθεια στο Σπίτι» και τα Δημοτικά Ιατρεία– ως καλή ή πολύ καλή. Στην περίπτωση των υπηρεσιών που παρέχονται από το ΕΣΥ, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Τοπικών Μονάδων Υγείας, η ποιότητά τους κρίνεται από την πλειονότητα των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα, και κάνοντας χρήση τους, χαμηλότερη από αυτή των δημοτικών υπηρεσιών φροντίδας αλλά τουλάχιστον δίκαιη, αντανακλώντας μια κατά κύριο λόγο ικανοποιητική αντίληψη για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που έχουν στη διάθεσή τους.

Διάγραμμα 9.12. Βαθμός κάλυψης αναγκών από δημόσιες υπηρεσίες υγείας και φροντίδας σε τοπικό επίπεδο (%)



Στο Διάγραμμα 9.12 παρουσιάζεται ο βαθμός στον οποίο οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης σε τοπικό επίπεδο ανταποκρίνονται στις ανάγκες του

ηλικιωμένου πληθυσμού. Τα ευρήματα δείχνουν ότι έξι στους δέκα ηλικιωμένους πιστεύουν ότι οι ανάγκες τους καλύπτονται σε μεγάλο ή πολύ μεγάλο βαθμό από την υπηρεσία «Βοήθεια στο Σπίτι» και τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Αυτό υποδηλώνει σχετικά υψηλό βαθμό κάλυψης αναγκών και επίπεδο ικανοποίησης από τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας των δόμων.

Για τα Δημοτικά Ιατρεία και τα Κέντρα Υγείας, λίγο περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες αισθάνονται ότι οι ανάγκες τους καλύπτονται σε μεγάλο ή πολύ μεγάλο βαθμό, αλλά μόνο τέσσερις στους δέκα αισθάνονται το ίδιο όσον αφορά τις Τοπικές Μονάδες Υγείας. Ενώ τα ευρήματα για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης υποδεικνύουν ένα ικανοποιητικό ή εύλογο επίπεδο κάλυψης αναγκών για περίπου το ήμισυ του πληθυσμού, επισημαίνουν επίσης μεγάλες μη καλυπτόμενες ανάγκες για το άλλο μισό, το οποίο αναφέρει είτε μέτρια είτε (πολύ) μικρή κάλυψη αναγκών. Αυτό σημαίνει ότι ένα σημαντικό τμήμα του ηλικιωμένου πληθυσμού δεν έχει επαρκή πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που συνδέεται με δυσκολίες στην έγκαιρη και κατάλληλη περίθαλψη και πιθανές ανισότητες στα αποτελέσματα της υγείας.

Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την επείγουσα ανάγκη επέκτασης των ανθρώπινων και υλικών πόρων της υγειονομικής περίθαλψης και βελτίωσης της προσβασιμότητας των υπηρεσιών. Η ενίσχυση της κάλυψης των αναγκών σε ποιοτική περίθαλψη είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση ότι όλα τα άτομα λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα, προωθώντας έτσι καλύτερα αποτελέσματα υγείας και μεγαλύτερη ισότητα εντός της κοινότητας.

2.3. Ιδιωτικά αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα

Με βάση τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, το 28,2% των ηλικιωμένων λαμβάνουν προσωπική φροντίδα στο σπίτι από αμειβόμενες/ους φροντίστριες/ές ($N = 61$). Από αυτούς τους 61 ηλικιωμένους συμμετέχοντες, το 54,0% ανέφερε ότι λάμβανε φροντίδα σε καθημερινή βάση (περίπου 5 ώρες την ημέρα, κατά μέσο όρο). Το εκτιμώμενο μέσο κόστος για αμειβόμενη φροντίδα ήταν περίπου 525 ευρώ τον μήνα. Το ποσό θεωρείται υποτιμημένο, καθώς ο υπολογισμός επηρεάζεται σημαντικά από ακραίες τιμές που έχουν τραβήξει τον μέσο όρο προς τα κάτω. Η αδήλωτη και υποδηλωμένη εργασία είναι επίσης γνωστή στο πεδίο, ενώ οι ηλικιωμένοι έτειναν να μην παρέχουν πληροφορίες σχετικά με το ποσό που δαπανούν για τη φροντίδα τους.

Περίπου το 72,1% των ηλικιωμένων που λαμβάνουν φροντίδα από αμειβόμενο/η φροντιστή/ρια, δήλωσαν ότι έχουν προσλάβει τους/τις αμειβόμενους/ες φροντιστές/ριές τους μέσω κοινωνικών δικτύων, κυρίως μέσω κοινών φίλων ή γνωστών στους κοινωνικούς τους κύκλους. Αυτό το μοτίβο υπογραμμίζει τη σημασία των προσωπικών συνδέσεων και των άτυπων δικτύων στην οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας επί πληρωμή στους ηλικιωμένους.

Επιπλέον, ένας πολύ μικρός αριθμός ηλικιωμένων που δεν ανέφεραν ότι είχαν άλλους τύπους αμειβόμενης φροντίδας δήλωσαν ότι έλαβαν αμειβόμενη φροντίδα από μέλη της οικογένειας (επτά άτομα) και φίλους/γείτονες (δέκα άτομα) μερικές φορές ετησίως. Από τα παραπάνω ευρήματα συμπεραίνουμε ότι η συχνή ή συνεχής αμειβόμενη βοήθεια δεν ήταν συνηθισμένη μεταξύ των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα του δείγματός μας.

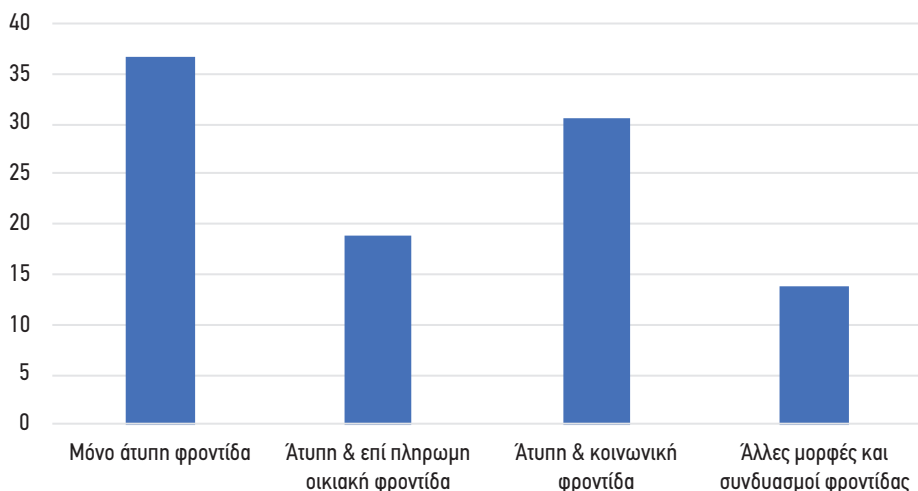
Περαιτέρω, διαπιστώθηκε ότι μόνο το 14,4% όλων των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα λαμβάνουν αμειβόμενη φροντίδα από νοσηλευτές/ριες στο σπίτι ($N = 31$). Μεταξύ αυτών των ατόμων, 26 από τα 31, λαμβάνουν τέτοια φροντίδα μόνο μερικές φορές κατά τη διάρκεια του έτους, υποδεικνύοντας ότι η νοσηλευτική υποστήριξη είναι σχετικά σπάνια για το μεγαλύτερο μέρος των ηλικιωμένων.

3. Αποτελέσματα της έρευνας: Μείγμα φροντίδας

Όπως αναφέρθηκε στην αρχή αυτής της έκθεσης, ένας από τους κύριους στόχους της έρευνας πεδίου ήταν η διερεύνηση των ρυθμίσεων φροντίδας που γίνονται από τον εξαρτώμενο ηλικιωμένο πληθυσμό και τις οικογένειές τους για την κάλυψη των αναγκών φροντίδας, σύμφωνα με μια σειρά δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων που χρήζουν φροντίδας: φύλο, ηλικία, εισόδημα, διαβίωση μόνος ή συγκατοίκηση, οικιστική εγγύτητα των μελών της οικογένειας και βαθμός εξάρτησης.

Για τη μελέτη των ρυθμίσεων φροντίδας, κατασκευάστηκε μια λανθάνουσα κατηγορική μεταβλητή των μορφών φροντίδας σε δύο στάδια. Κατά το πρώτο στάδιο, δημιουργήθηκαν τρεις διχοτομικές μεταβλητές. Η πρώτη από αυτές είχε στόχο να μετρήσει εάν λαμβάνεται ή όχι άτυπη φροντίδα, χρησιμοποιώντας τον κανόνα πως τουλάχιστον ένα από τα τέσσερα πρώτα άτομα που οι ηλικιωμένοι δήλωσαν ότι συμμετείχαν ενεργά στη φροντίδα τους ήταν συγγενής ή στενός φίλος. Η δεύτερη διχοτομική μεταβλητή είχε σκοπό να μετρήσει εάν λαμβάνεται ή όχι ιδιωτικά αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα, χρησιμοποιώντας την απάντηση του ηλικιωμένου σε ερωτήσεις σχετικά με το εάν κάποιο από τα άτομα που δήλωσαν ως φροντιστές/ριές τους παρείχε φροντίδα έναντι αμοιβής. Εάν ναι, πόσο συχνά και ποιο ήταν το μηνιαίο ποσό που καταβαλλόταν σε αυτό το άτομο. Η τρίτη διχοτομική μεταβλητή δημιουργήθηκε για να μετρήσει εάν λαμβάνεται ή όχι κοινωνική φροντίδα, χρησιμοποιώντας τη δήλωση του ηλικιωμένου σχετικά με το πόσο συχνά χρησιμοποιούσε τα ΚΑΠΗ, τα ΚΗΦΗ και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» (τουλάχιστον αρκετές ημέρες την εβδομάδα). Κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου, μέσω ενός πειραματικού σχεδιασμού 2^3 , τα άτομα ταξινομήθηκαν με βάση συνδυασμούς των τριών παραγόντων σε εκείνα που χρησιμοποιούν μόνο άτυπη φροντίδα (001), άτυπη και κοινωνική φροντίδα (011), άτυπη και αμειβόμενη φροντίδα (101), και σε εκείνα που λαμβάνουν άλλες μορφές και συνδυασμούς φροντίδας ή καθόλου φροντίδα (100, 010, 111 κ.λπ.).

**Διάγραμμα 9.13. Κατανομή των μορφών φροντίδας που λαμβάνονται
(% συνόλου δείγματος)**

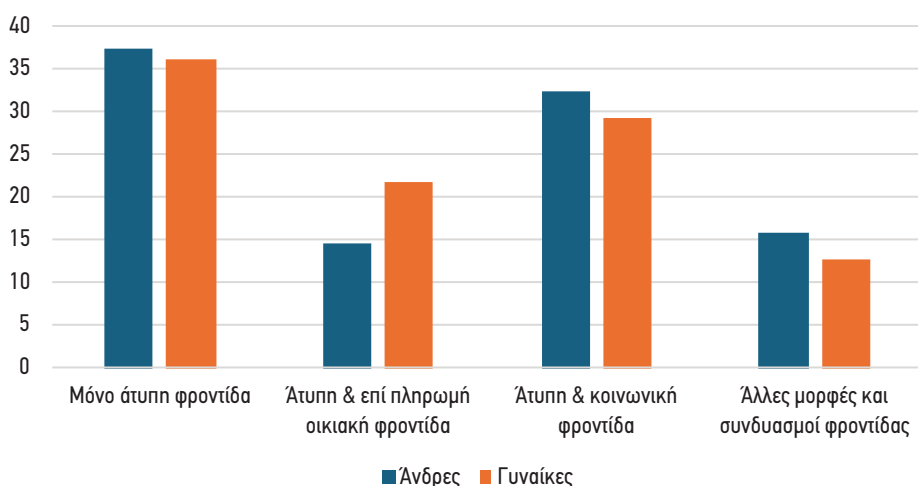


Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι συχνότητες των διαφορετικών μορφών φροντίδας και των συνδυασμών τους, όπως εμφανίζονται στο Διάγραμμα 9.13, αποκαλύπτουν ότι η πλειονότητα των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα (36,6%) βασίζεται αποκλειστικά στην άτυπη φροντίδα, η οποία συνήθως περιλαμβάνει υποστήριξη από μέλη της οικογένειας ή φίλους. Επιπλέον, το 30,6% των συμμετεχόντων χρησιμοποιεί τον συνδυασμό άτυπης και κοινωνικής φροντίδας, το 19% βασίζεται σε άτυπη και αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα και το 13,9% έχει κάνει άλλες διευθετήσεις (μόνο κοινωνική φροντίδα, μόνο αμειβόμενη κατ' οίκον, άτυπη + κοινωνική + αμειβόμενη κατ' οίκον) ή δεν λαμβάνει καθόλου φροντίδα. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο δέκα ηλικιωμένοι, το 4,6% ($N = 216$) του δείγματος, δήλωσαν ότι λαμβάνουν μόνο κοινωνική φροντίδα και μόνο δύο ηλικιωμένοι ότι λαμβάνουν μόνο ιδιωτικά αμειβόμενη και καθόλου κοινωνική φροντίδα αντίστοιχα. Κατά συνέπεια, η συντριπτική πλειονότητα (92,7%) των συμμετεχόντων στην έρευνα λαμβάνει άτυπη φροντίδα, είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με άλλες μορφές φροντίδας. Αυτό ήταν αναμενόμενο, λόγω του συνδυασμού της έρευνας στους/στις ηλικιωμένους/ες με εκείνη στις/στους άτυπες/ους φροντίστριες/ές ώστε να δημιουργηθούν ζευγάρια (βλ. μεθοδολογία της έρευνας στο επόμενο κεφάλαιο). Αποτελεί όμως πρωτότυπο εύρημα για τον σημαντικό αριθμό των ηλικιωμένων της έρευνας που λάμβαναν από τον δήμο τους «Βοήθεια στο Σπίτι» (51 άτομα), των οποίων η μεγάλη πλειονότητα (96%) βρέθηκε να λαμβάνει και άτυπη φροντίδα, επιπλέον της κοινωνικής φροντίδας.

3.1. Μείγμα φροντίδας ανά φύλο, ηλικία και εισόδημα

Στο Διάγραμμα 9.14 επισημαίνονται αξιοσημείωτες έμφυλες διαφορές όσον αφορά τις ρυθμίσεις φροντίδας και τον συνδυασμό διαφορετικών μορφών φροντίδας. Μεταξύ του πληθυσμού που μελετήθηκε, ένα σημαντικό μερίδιο και των δύο φύλων εξαρτάται κυρίως από την άτυπη φροντίδα: το 37,35% των ανδρών και το 36,1% των γυναικών βασίζονται αποκλειστικά στην άτυπη φροντίδα, υποδεικνύοντας ότι τα άτυπα δίκτυα φροντίδας είναι θεμελιώδη και για άνδρες και για γυναίκες. Ωστόσο, κατά την εξέταση των συνδυασμένων διευθετήσεων φροντίδας, προκύπτουν αξιοσημείωτες διαφορές φύλου. Οι γυναίκες είναι πιθανότερο να χρησιμοποιήσουν έναν συνδυασμό άτυπης και αμειβόμενης κατ' οίκον φροντίδας, αντιπροσωπεύοντας το 21,8% σε σύγκριση με το 14,5% για τους άνδρες. Αντίθετα, η εξάρτηση από ένα μείγμα άτυπης και κοινωνικής φροντίδας είναι ελαφρώς μεγαλύτερη μεταξύ των ανδρών (32,5%) απ' ό,τι των γυναικών (29,3%).

Διάγραμμα 9.14. Μορφές φροντίδας ανά φύλο
(% ανδρών/γυναικών δείγματος)



Αυτά τα μοτίβα μπορεί να αντικατοπτρίζουν υποκείμενες έμφυλες κοινωνικές νόρμες και ρόλους, με τους ηλικιωμένους άνδρες, λόγω χάρη, να είναι πιο ενεργοί στη χρήση των ΚΑΠΗ, όπου μπορούν να συναναστραφούν με άλλους άνδρες, και τα οποία φαίνεται να παίζουν γι' αυτούς ρόλο λειτουργικού ισοδύναμου με τα παραδοσιακά καφενεία. Πράγματι, οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερη προσέλευση στα ΚΑΠΗ καθημερινά ή αρκετές ημέρες την εβδομάδα σε σχέση με τις γυναίκες (61,5% έναντι 47,4%), γεγονός που επισκιάζει την υψηλότερη λήψη υπηρεσιών «Βοήθειας στο Σπίτι» καθημερινά ή αρκετές ημέρες την εβδομάδα από τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (56,7% έναντι 40%). Επιπλέον, το γεγονός ότι οι ηλικιωμένες

γυναίκες συνδυάζουν άτυπη και αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα περισσότερο απ' ό,τι οι άνδρες, ενδεχομένως αντικατοπτρίζει την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης κοινωνικής απομόνωσης και μοναξιάς μεταξύ των γυναικών απ' ό,τι μεταξύ των ανδρών, καθώς η πλειονότητα των ηλικιωμένων γυναικών (60,2%) έναντι ενός πολύ χαμηλότερου ποσοστού ηλικιωμένων ανδρών (44,6%) ζουν μόνες και μακριά από στενούς συγγενείς (33,8% έναντι 24,1%).

Άλλες μορφές και συνδυασμούς φροντίδας έχει το 15,7% των ανδρών και το 12,8% των γυναικών, γεγονός που υποδηλώνει ότι υπάρχουν αρκετές εναλλακτικές διευθετήσεις φροντίδας, αν και αυτές είναι λιγότερο συχνές.

Συνολικά, τα αποτελέσματα της έρευνας υπογραμμίζουν την κεντρική θέση της άτυπης φροντίδας τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Ταυτόχρονα όμως επισημαίνουν λεπτές έμφυλες διαφορές ως προς τον τρόπο συνδυασμού και χρήσης των διαφορετικών μορφών φροντίδας, που έχουν σοβαρές συνεπαγωγές για την ανάπτυξη μιας πολιτικής που προωθεί ένα δίκαιο σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων. Εντέλει, αναδεικνύουν τη σημασία της ανάπτυξης ολοκληρωμένων κοινωνικών πολιτικών, που να αντιμετωπίζουν τις διαφορετικές ανάγκες των ηλικιωμένων γυναικών και ανδρών, αλλά και των διαφορετικών ομάδων εντός κάθε φύλου.

Πίνακας 9.4. Κατανομή των μορφών φροντίδας ανά φύλο, ηλικία, ύψος εισοδήματος, μορφή διαβίωσης και απόσταση από την κατοικία του πλησιέστερου συγγενή (%)

	Μόνο άτυπη φροντίδα	Άτυπη και κοινωνική φροντίδα	Άτυπη και αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα	Άλλες μορφές και συνδυασμοί φροντίδας
Όλα τα άτομα 75+	36.6	30.6	19.0	13.9
Ηλικία				
75-84	49.5	33.7	4.2	12.6
85-90	32.9	24.3	25.7	17.1
>90	17.6	33.3	37.3	11.8
Μηνιαίο εισόδημα				
Έως 500 ευρώ	30.4	37.0	15.2	17.4
501-800 ευρώ	28.6	39.7	11.1	20.6
801-1.000 ευρώ	35.7	35.7	21.4	7.1
1.001-1.500 ευρώ	41.0	15.4	30.8	12.8
Πάνω από 1.500 ευρώ	61.5	11.5	23.1	3.8
Ζουν μόνοι/ες	24.8	35.9	20.5	18.8
Συγκατοικούν	50.5	24.2	17.2	8.1
Ζουν κοντά σε συγγενείς	43.7	25.2	22.5	8.6
Ζουν μακριά από συγγενείς	20.0	43.1	10.8	26.2

Ο Πίνακας 9.4 παρουσιάζει την κατανομή των διάφορων μορφών φροντίδας που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι ανά ηλικία, μηνιαίο εισόδημα από όλες τις πηγές και μορφή διαβίωσης (μόνος/η ή όχι). Με βάση τα δεδομένα, εντοπίζουμε ότι, με την αύξηση της ηλικίας, υπάρχει σαφής μείωση της προσφυγής αποκλειστικά στην

άτυπη φροντίδα, από 49,5% στην ηλικιακή ομάδα 75-84 ετών σε 32,9% μεταξύ των ατόμων ηλικίας 85-90 ετών και περαιτέρω στο 17,6% για την ομάδα 90+. Αντίθετα, το ποσοστό των ατόμων που λαμβάνουν αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα, μαζί με την άτυπη φροντίδα, αυξάνεται σημαντικά με την ηλικία. Από το 4,3% που είναι οριακό στην ηλικιακή ομάδα 75-84 ετών, φτάνει το 37,3% στην ομάδα 90+, υποδηλώνοντας τη στροφή προς πιο επίσημη υποστήριξη καθώς οι ανάγκες αυξάνονται με την ηλικία.

Η κοινωνική φροντίδα, σε συνδυασμό με την άτυπη φροντίδα, συνδέεται με το χαμηλό ή χαμηλό έως μεσαίο επίπεδο εισοδήματος (έως 1.000 ευρώ) και την κατάσταση της μοναχικής διαβίωσης των ηλικιωμένων. Αυτό σχετίζεται με τα κριτήρια επιλεξιμότητας του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και των ΚΗΦΗ και με ταξικά πρότυπα, που καθιστούν τα ΚΑΠΗ πιο δημοφιλή στους ηλικιωμένους των χαμηλότερων και κατώτερων-μεσαίων εισοδηματικών τάξεων, που περισσότερο κοινωνικοποιούνται στη γειτονιά και την τοπική κοινότητα. Όπως ήταν αναμενόμενο, η αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα, σε συνδυασμό με την άτυπη φροντίδα, είναι πιο διαδεδομένη μεταξύ των ηλικιωμένων που ανήκουν στις μεσαίες και ανώτερες εισοδηματικές τάξεις (30,8% και 23,1% αντίστοιχα) απ' ό,τι μεταξύ εκείνων με χαμηλό ή χαμηλό προς μεσαίο επίπεδο εισοδήματος (15,2% και 11,1% αντίστοιχα).

Παραδόξως, οι μεσαίες και ανώτερες εισοδηματικές τάξεις είναι επίσης εκείνες με την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης «μόνο άτυπης φροντίδας» (41% και 61,5% αντίστοιχα), που είναι η κυρίαρχη μορφή φροντίδας σε αυτές τις ομάδες. Αντίθετα, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι η «μόνο άτυπη φροντίδα» είναι η κυρίαρχη μορφή φροντίδας μεταξύ των ηλικιωμένων που συζούν (50,5%) και εκείνων που ζουν κοντά σε συγγενείς (43,7%). Αντίθετα, ο συνδυασμός κοινωνικής και άτυπης φροντίδας είναι η κυρίαρχη μορφή φροντίδας μεταξύ εκείνων που ζουν μόνοι/ες (35,9%) και μακριά από συγγενείς (43,1%).

Συνολικά, αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν την περίπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ ηλικίας, εισοδήματος και οικιακού πλαισίου στη διαμόρφωση των ρυθμίσεων φροντίδας. Τα ηλικιωμένα άτομα τείνουν να στρέφονται προς επίσημες και μεικτές επιλογές φροντίδας, πιθανότατα λόγω των αυξανόμενων αναγκών φροντίδας, ενώ το εισόδημα επηρεάζει τον βαθμό στον οποίο χρησιμοποιείται η επίσημη ή η άτυπη υποστήριξη. Οι ρυθμίσεις διαβίωσης και η εγγύτητα διαμονής με συγγενείς διαδραματίζουν επίσης κρίσιμο ρόλο, καθώς η συγκατοίκηση και η μεγαλύτερη εγγύτητα συσχετίζονται με μεγαλύτερη εξάρτηση μόνο από την άτυπη φροντίδα. Αυτά τα διαφοροποιημένα μοτίβα υπογραμμίζουν τη σημασία της εξέτασης δημογραφικών και κοινωνικών παραγόντων κατά τον σχεδιασμό πολιτικών που στοχεύουν στην υποστήριξη διαφορετικών αναγκών φροντίδας στον εξαρτώμενο ηλικιωμένο πληθυσμό.

3.2. Μείγμα φροντίδας και βαθμός εξάρτησης

Ο Πίνακας 9.5 σκιαγραφεί τη συσχέτιση του μέσου βαθμού εξάρτησης σε διάφορες κατηγορίες καθημερινών δραστηριοτήτων με το είδος της φροντίδας που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι που συμμετείχαν στην έρευνα. Τα ευρήματα αποκαλύπτουν αξιοσημείωτες παραλλαγές στις μορφές και τις ρυθμίσεις φροντίδας ανάλογα με τα επίπεδα εξάρτησης.

Πίνακας 9.5. Μέσος βαθμός εξάρτησης από διαφορετικούς τύπους/κατηγορίες καθημερινών δραστηριοτήτων με βάση τις διαφορετικές μορφές φροντίδας που λαμβάνονται

Είδος/κατηγορίες καθημερινών δραστηριοτήτων	Μόνο άτυπη φροντίδα (Μέσος όρος)	Άτυπη & αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα (Μέσος όρος)	Άτυπη & κοινωνική φροντίδα (Μέσος όρος)	Άλλες μορφές & συνδυασμοί φροντίδας
Βασικές Δραστηριότητες Καθημερινής Διαβίωσης (ADL)	0.73	1.17	1.05	1.03
Επικουρικές Δραστηριότητες Καθημερινής Διαβίωσης (IADL)	1.58	2.03	2.02	2.01
Άλλα είδη δραστηριοτήτων				
Υγεία	2.27	2.85	2.74	2.64
Φροντίδα των άλλων	2.06	2.56	2.51	2.32
Νοικοκυριό	1.60	2.13	2.08	2.23
Φάρμακα & ιατροί	1.39	1.56	1.80	1.60
Κοινωνικοποίηση	1.39	1.89	1.64	1.69
Κινητικότητα	0.68	1.25	1.23	1.31
Προσωπική υγιεινή	0.46	0.84	0.88	0.68
Διαβίωση (ζην)	0.20	0.47	0.44	0.36

Τόσο για τις βασικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης (ADL) όσο και για τις επικουρικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης (IADL), τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα άτομα που λαμβάνουν αποκλειστικά άτυπη φροντίδα τείνουν να έχουν χαμηλότερο βαθμό εξάρτησης κατά μέσο όρο σε σύγκριση με άτομα που λαμβάνουν άτυπη φροντίδα σε συνδυασμό με άλλες μορφές φροντίδας. Με άλλα λόγια, καθώς αυξάνεται ο βαθμός εξάρτησης, τα άτομα χρειάζονται πιο σύνθετες μορφές φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, για τις ADL δραστηριότητες, τα άτομα που λαμβάνουν αποκλειστικά άτυπη φροντίδα εμφανίζουν μέση βαθμολογία εξάρτησης 0,73, η οποία είναι σημαντικά χαμηλότερη από το 1,03 έως 1,17 που παρατηρείται μεταξύ εκείνων που λαμβάνουν άτυπη φροντίδα σε συνδυασμό με αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα ή κοινωνική ή άλλες μορφές φροντίδας. Επιπλέον, όσον αφορά τις IADL δραστηριότητες, τα άτομα που λαμβάνουν αποκλειστικά άτυπη φροντίδα εμφανίζουν μέση βαθμολογία εξάρτησης 1,58, η οποία είναι σημαντικά χαμηλότερη από το 2,01 έως 2,03 που παρατηρείται μεταξύ εκείνων που λαμβάνουν άτυπη φροντίδα σε συνδυασμό με αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα ή κοινωνική ή άλλες

μορφές φροντίδας. Επιπλέον, είναι σαφές από την προαναφερθείσα ανάλυση, ότι ο μέσος βαθμός εξάρτησης ποικίλλει σημαντικά, καθώς τα άτομα απαιτούν στην καθημερινή τους ζωή να εκτελούν δραστηριότητες που απαιτούν τη χρήση συσκευών και μηχανημάτων (IADL), αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα να χρειάζονται περισσότερες μορφές φροντίδας και πιο εντατική θεραπεία.

Όσον αφορά άλλα είδη δραστηριοτήτων, ο Πίνακας 9.5 δείχνει σαφώς ότι επαναλαμβάνεται το ίδιο μοτίβο, δηλαδή όταν ο βαθμός εξάρτησης είναι χαμηλότερος, ο/η ηλικιωμένος/η τείνει να λαμβάνει κυρίως άτυπη φροντίδα και, καθώς αυξάνεται ο βαθμός εξάρτησης για κάθε είδος δραστηριότητας, αυτή συμπληρώνεται από κοινωνική ή/και ιδιωτική αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα. Επομένως, καθώς το άτομο γερνάει, γεγονός που σημαίνει ότι ο βαθμός εξάρτησης θα τείνει να αυξάνεται, η άτυπη φροντίδα δεν αρκεί από μόνη της και ο συνδυασμός της με τις λοιπές μορφές φροντίδας καθίσταται απαραίτητος.

Τα αποτελέσματα άλλων τύπων δραστηριοτήτων δείχνουν ένα σταθερό μοτίβο, όπου η αύξηση της εξάρτησης συσχετίζεται με την πολυπλοκότητα και την έκταση της φροντίδας που λαμβάνεται. Δραστηριότητες όπως οι υπαίθριες δραστηριότητες, η φροντίδα των άλλων, οι οικιακές εργασίες, η διαχείριση φαρμάκων, η κοινωνικοποίηση, η κινητικότητα, η προσωπική υγιεινή και τα προς το ζην (διαβίωση) παρουσιάζουν υψηλότερες μέσες βαθμολογίες εξάρτησης όταν τα άτομα λαμβάνουν συνδυασμένη άτυπη και αμειβόμενη ή κοινωνική φροντίδα σε σύγκριση με μόνο άτυπη φροντίδα. Για παράδειγμα, οι υπαίθριες δραστηριότητες έχουν τα υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης σε όλους τους τύπους φροντίδας, με τις βαθμολογίες να αυξάνονται από 2,27 μόνο στο πλαίσιο της άτυπης φροντίδας σε 2,85 όταν συνδυάζονται με αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα, υποδεικνύοντας ότι αυτές οι δραστηριότητες απαιτούν περισσότερη υποστήριξη καθώς η εξάρτηση εντείνεται. Ομοίως, η φροντίδα για τους άλλους αυξάνεται από 2,06 σε 2,56 καθώς η φροντίδα γίνεται πιο ολοκληρωμένη. Επιπλέον, δραστηριότητες όπως ο βιοπορισμός και η προσωπική υγιεινή τείνουν να παρουσιάζουν χαμηλότερες βαθμολογίες εξάρτησης συνολικά, υποδηλώνοντας ότι είναι λιγότερο περίπλοκες ή πιο διαχειρίσιμες ακόμη και με περιορισμένη υποστήριξη. Για παράδειγμα, οι βαθμολογίες εξάρτησης από τα προς το ζην είναι χαμηλές σε όλους τους τύπους φροντίδας, που κυμαίνονται από 0,20 έως 0,47, αντανakλώντας τη σχετική ευκολία διαχείρισής τους. Αυτή η διαφοροποίηση υπογραμμίζει ότι ορισμένες δραστηριότητες απαιτούν εγγενώς περισσότερους πόρους και υποστήριξη, με το είδος και την ένταση της φροντίδας που λαμβάνεται να διαφοροποιούνται όταν το επίπεδο εξάρτησης αυξάνεται.

Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι καθώς αυξάνεται η εξάρτηση σε διάφορες καθημερινές δραστηριότητες, αντανakλώντας μεγαλύτερες ανάγκες για βοήθεια σε αυτούς τους τομείς, η μορφή και η έκταση της φροντίδας γίνονται πιο ολοκληρωμένες. Αυτό το μοτίβο υπογραμμίζει τη σημασία των εξατομικευμένων υπηρεσιών υποστήριξης για την αντιμετώπιση των ποικίλων απαιτήσεων διαφορετικών δραστηριοτήτων με βάση τις ανάγκες φροντίδας των ατόμων.

Πίνακας 9.6. Μέσος βαθμός εξάρτησης από διαφορετικούς τύπους/κατηγορίες καθημερινών δραστηριοτήτων με βάση τις διαφορετικές μορφές φροντίδας που λαμβάνονται

Είδος/κατηγορίες καθημερινών δραστηριοτήτων	Ζουν μόνοι/ες (Μέσος όρος)	Συζούν (Μέσος όρος)
Βασικές Δραστηριότητες Καθημερινής Διαβίωσης (ADL)	0.95	0.95
Επικουρικές Δραστηριότητες Καθημερινής Διαβίωσης (IADL)	1.81	1.91
Κινητικότητα	1.08	1.00
Προσωπική υγιεινή	0.73	0.64
Φάρμακα & Ιατροί	1.57	1.58
Νοικοκυριό	1.86	2.03
Φροντίδα των άλλων	2.25	2.42
Υπαίθρια	2.52	2.65
Κοινωνικοποίηση	1.51	1.72
Διαβίωση (ζην)	0.38	0.31

Με βάση τα δεδομένα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 9.6, μπορούμε να συγκρίνουμε τον βαθμό εξάρτησης σε διάφορες κατηγορίες καθημερινών δραστηριοτήτων μεταξύ των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι και εκείνων που δεν ζουν μόνοι. Τα ευρήματα δείχνουν ότι τα επίπεδα εξάρτησης για τις δραστηριότητες ADL είναι πανομοιότυπα και στις δύο ομάδες, με μέση τιμή 0,95. Αντίθετα, η εξάρτηση από τις δραστηριότητες IADL είναι ελαφρώς υψηλότερη μεταξύ των ηλικιωμένων που δεν ζουν μόνοι (1,91) σε σύγκριση με εκείνους που ζουν μόνοι (1,81). Η εξάρτηση που σχετίζεται με την κινητικότητα είναι οριακά υψηλότερη μεταξύ των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι (1,08) σε σχέση με τους ομολόγους τους που συζούν (1,00). Όσον αφορά την προσωπική υγιεινή, η εξάρτηση είναι σημαντικά υψηλότερη μεταξύ των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι (0,73) απ' ό,τι μεταξύ εκείνων που δεν ζουν μόνοι (0,64). Τα επίπεδα εξάρτησης για την ιατρική και τις δραστηριότητες που σχετίζονται με τον γιατρό είναι σχεδόν πανομοιότυπα και στις δύο ομάδες, με μέσους όρους 1,57 και 1,58 αντίστοιχα. Κατά την εξέταση των οικιακών δραστηριοτήτων, της φροντίδας των άλλων, των υπαίθριων δραστηριοτήτων και της κοινωνικοποίησης, η εξάρτηση τείνει να είναι υψηλότερη μεταξύ των ηλικιωμένων που συζούν, με μέσες τιμές 2,03, 2,42, 2,65 και 1,72 αντίστοιχα, σε σύγκριση με 1,86, 2,25, 2,52 και 1,51 στους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι. Αντίθετα, η εξάρτηση από την προσωπική υγιεινή και τις δραστηριότητες βιοπορισμού (ζην) είναι ελαφρώς υψηλότερη μεταξύ των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι (0,73 και 0,38) από εκείνους που δεν ζουν μόνοι (0,64 και 0,31). Συνολικά, αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι ηλικιωμένοι του δείγματος που ζουν μόνοι εμφανίζουν γενικά ελαφρώς καλύτερο επίπεδο ανεξαρτησίας στις περισσότερες κατηγορίες δραστηριοτήτων.

4. Αποτελέσματα της έρευνας: Αξιολόγηση της κάλυψης αναγκών και προτάσεις από τους ηλικιωμένους

Ένα σημαντικό μέρος των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 31,5%, δήλωσε ότι δεν λαμβάνει το επίπεδο φροντίδας που θα ήθελε να έχει. Όταν τους ζητήθηκε να προσδιορίσουν το είδος της φροντίδας που επιθυμούν (ανοιχτή ερώτηση), τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα δήλωσαν ότι λαμβάνουν θερμή και ουσιαστική υποστήριξη από τις οικογένειές τους, παρά τις οικονομικές δυσκολίες και τον περιορισμένο διαθέσιμο χρόνο που αντιμετωπίζουν οι οικογενειακοί/ές φροντιστές/ριές τους. Η βοήθεια από την κυβέρνηση και τις δημόσιες υπηρεσίες θεωρούν ότι είναι γενικά ανεπαρκής ή ελάχιστη, με πολλούς να εκφράζουν την ανάγκη για πρόσθετη βοήθεια με τις δουλειές του σπιτιού, την προσωπική φροντίδα, τις κοινωνικές εξόδους και τη συντροφιά. Υπάρχει έντονη επιθυμία για αυξημένη οικονομική στήριξη και βελτιωμένα συνταξιοδοτικά συστήματα για τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής τους. Άλλοι, ειδικά εκείνοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα όρασης ή αισθήματα μοναξιάς, τονίζουν τη σημασία της μεγαλύτερης κοινωνικής αλληλεπίδρασης και υποστήριξης (για παράδειγμα, ένας συμμετέχων ζήτησε δωρεάν φυσικοθεραπεία στο σπίτι, ένας άλλος χαμηλότερη οικονομική συνεισφορά στα φάρμακα). Συνολικά, η πλειονότητα των ηλικιωμένων αναζητά πιο ολοκληρωμένη, υψηλότερης ποιότητας φροντίδα, μαζί με καλύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας για την κάλυψη των αναγκών τους.

Τέλος, αξίζει να αναφερθούν κάποιες δηλώσεις των ίδιων των συμμετεχόντων, όπως: «Θα ήθελα να κάνω μπάνιο κάθε δεύτερη μέρα, να μην αφήνω τα πιάτα άπλυτα, αν ήταν το σπίτι μου, θα ήθελα να μπορώ να βγαίνω έξω τουλάχιστον μία φορά τον μήνα»· «Οι κρατικές υπηρεσίες θα πρέπει να ενδιαφερθούν δημιουργώντας ουσιαστικά δομές για την καθημερινότητά μας, ώστε αν αρρωστήσουμε, να μην ανησυχούμε πώς θα βρούμε χρήματα για νυχτερινές νοσοκόμες ή να νιώθουμε βάρος στα παιδιά μας» και «Δεν έχω αρκετά χρήματα για καλή φροντίδα για τον εαυτό μου και το παιδί μου, τι να πω». Από αυτές τις παρατηρήσεις, είναι σαφές ότι οι ηλικιωμένοι έχουν μια πραγματική ανάγκη να γερνούν με αξιοπρέπεια – μια ανάγκη να μην αισθάνονται ότι είναι βάρος για τα παιδιά και τους αγαπημένους τους. Αξίζουν πρόσβαση σε υπηρεσίες που καλύπτουν τις ανάγκες τους χωρίς να καλλιεργούν αισθήματα ντροπής ή οικονομικής πίεσης, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να απολαμβάνουν ποιοτικό χρόνο και ανεξαρτησία στα τελευταία τους χρόνια.

5. Συμπεράσματα

Η έρευνα του προγράμματος GELDERIN σε 216 ηλικιωμένους/ες 75+ ετών με ανάγκη φροντίδας και χαμηλό έως μέτριο βαθμό εξάρτησης, που διέμεναν στην Αττική, έδωσε πλούσια ευρήματα, εκ των οποίων τα σημαντικότερα είναι τα ακόλουθα.

Πρώτον, η παροχή άτυπης φροντίδας είναι γενικευμένη, ακόμα και στους ηλικιωμένους/ες που μένουν μόνοι/ες ή λαμβάνουν κοινωνική και ιδιωτικά αμειβόμενη φροντίδα. Τα μισά ηλικιωμένα άτομα ηλικίας 75-84 ετών και αυτών που συζούν λαμβάνουν μόνο άτυπη φροντίδα, ενώ, παραδόξως τα υψηλότερα ποσοστά λήψης μόνο άτυπης φροντίδας (61,5%) βρέθηκε να τα έχουν οι ηλικιωμένοι/ες με το υψηλότερο εισόδημα.

Δεύτερον, περίπου τα δύο τρίτα (64%) των ηλικιωμένων δεν λαμβάνουν μόνο άτυπη φροντίδα, αλλά τη συνδυάζουν με κοινωνική (31%) ή με ιδιωτικά αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα (19%) ή κάνουν άλλες διευθετήσεις (14%) που αφορούν κυρίως τον συνδυασμό άτυπης, κοινωνικής και ιδιωτικά αμειβόμενης κατ' οίκον φροντίδας. Η κοινωνική φροντίδα είναι πιο εκτεταμένη από την ιδιωτικά αμειβόμενη κατ' οίκον, εφόσον παρέχεται δωρεάν και αξιολογείται πάρα πολύ ή πολύ θετικά από τη συντριπτική πλειονότητα όσων την λαμβάνουν, τόσο ως προς τον βαθμό κάλυψης των αναγκών τους όσο και ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τρίτον, ενώ στις ηλικίες 75-84 έτη οι μισοί/ές ηλικιωμένοι/ες λαμβάνουν μόνο άτυπη φροντίδα, στις μεγαλύτερες ηλικίες (85+ έτη) οι συνδυασμοί της άτυπης με τις υπόλοιπες μορφές φροντίδας επιβάλλονται, λόγω της ταχείας επιδείνωσης της κατάστασης υγείας των ηλικιωμένων, η οποία περιορίζει τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησής τους για την επιτέλεση των καθημερινών λειτουργιών. Ευτυχώς, οι ηλικιωμένοι/ες που συμμετείχαν στην έρευνα και ζούσαν μόνοι/ες βρέθηκε να έχουν ελαφρώς υψηλότερο βαθμό ανεξαρτησίας στις περισσότερες κατηγορίες δραστηριοτήτων σε σχέση με αυτούς/ές που συζούσαν. Ωστόσο, λόγω της μη αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος της έρευνας, είναι άγνωστο εάν αυτό ισχύει στον γενικό πληθυσμό των ηλικιωμένων με ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας.

Τέταρτον, η λήψη κοινωνικής φροντίδας, σε συνδυασμό με άτυπη φροντίδα, επικρατεί στα ηλικιωμένα άτομα που μένουν μόνα, μακριά από συγγενείς ή/και έχουν χαμηλό ή χαμηλό προς μεσαίο εισόδημα. Αντίθετα, τα υψηλότερα ποσοστά ιδιωτικά αμειβόμενης κατ' οίκον φροντίδας, σε συνδυασμό με άτυπη φροντίδα, εμφανίζονται στους/στις ηλικιωμένους/ες με υψηλό εισόδημα και σε αυτούς/ές ηλικίας 85 ετών και άνω. Μάλιστα, αυτή η διευθέτηση φροντίδας είναι η κυρίαρχη επιλογή στους/στις ηλικιωμένους/ες 90 ετών και άνω (στο 37,3% του συνόλου), ανεξαρτήτως του ύψους εισοδήματός τους. Φαίνεται δηλαδή ότι σε αυτές τις ηλικίες υπέργηρων ατόμων, που οι ανάγκες εντατικής φροντίδας αυξάνονται, λόγω της ταχείας επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας και της αύξησης του βαθμού εξάρτησής τους από τρίτους για την επιτέλεση των καθημερινών λειτουργιών, κι-

νποποιούνται και συνδυάζονται οι οικονομικοί πόροι ολόκληρης της οικογένειας (κυρίως συζύγων και παιδιών) για να εξασφαλίσουν τη χρηματοδότηση αυτής της επιλογής. Η διευθέτηση αυτή είναι επίσης πολύ σημαντική και για τα ηλικιωμένα άτομα που μένουν μακριά από τους συγγενείς τους, αν συνυπολογίσουμε το γεγονός ότι, εκτός από το 10,8% των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους που την επιλέγουν, ένα άλλο 26,2% του συνόλου επιλέγει τις «άλλες μορφές φροντίδας», που αντιστοιχούν, κατά κύριο λόγο, στον συνδυασμό άτυπης, κοινωνικής και ιδιωτικά αμειβόμενης κατ' οίκον φροντίδας.

Πέμπτον, οι διαφορές μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών ως προς το μείγμα φροντίδας είναι αξιοσημείωτες. Ενώ και οι μεν και οι δε λαμβάνουν στο ίδιο ποσοστό μόνο άτυπη φροντίδα, διαφέρουν σημαντικά ως προς τους συνδυασμούς της άτυπης με τις υπόλοιπες μορφές. Οι άνδρες λαμβάνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό, συγκριτικά με τις γυναίκες, άτυπη και κοινωνική φροντίδα συνδυαστικά, ενώ οι τελευταίες σε μεγαλύτερο ποσοστό, συγκριτικά με τους άνδρες, άτυπη και ιδιωτικά αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα συνδυαστικά. Η μεγαλύτερη συχνότητα της κοινωνικής φροντίδας στους άνδρες του δείγματος φάνηκε ότι είχε σχέση με την πολύ συχνότερη και τακτικότερη χρήση των ΚΑΠΗ, παρόλο που οι γυναίκες συμμετείχαν πολύ περισσότερο στο «Βοήθεια στο Σπίτι». Αντίστοιχα, η μεγαλύτερη συχνότητα της ιδιωτικά αμειβόμενης κατ' οίκον φροντίδας στις γυναίκες του δείγματος, όπως και η συχνότερη χρήση εκ μέρους τους του «Βοήθεια στο Σπίτι», σε σχέση με τους άνδρες, φάνηκε να σχετίζεται με το ότι η πλειονότητα αυτών, έναντι ενός πολύ χαμηλότερου ποσοστού ηλικιωμένων ανδρών, ζούσαν μόνες και μακριά από στενούς συγγενείς. Το τελευταίο χαρακτηριστικό ήταν μάλλον τυχαίο, δεδομένου ότι η μέση ηλικία των γυναικών του δείγματος ήταν μόνο κατά ένα έτος μεγαλύτερη εκείνης των ανδρών. Ωστόσο, οι έμφυλες διαφορές ως προς τη μορφή διαβίωσης των ηλικιωμένων είναι μια σημαντική παράμετρος που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στον σχεδιασμό ενός δίκαιου συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας για τα ηλικιωμένα άτομα.

Έκτον, το υψηλό ποσοστό των ηλικιωμένων –σχεδόν το ένα τρίτο του δείγματος– που δήλωσε ότι δεν λαμβάνει το επίπεδο φροντίδας που θα ήθελε να έχει, εξέφρασε πολλές επιθυμίες-προτάσεις βελτίωσης του συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας, οι οποίες εκκινούν από την κοινή παραδοχή της ανεπάρκειας της κρατικής στήριξης. Ωστόσο, η έμφαση που έδωσαν πολλοί και πολλές στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και των συντάξεων και στην οικονομική τους στήριξη από το κράτος, δείχνει πως οι ηλικιωμένοι/ες που δέχθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα του GELDERIN αντιλαμβάνονται πλήρως ότι η βελτίωση της φροντίδας τους με όρους αξιοπρέπειας και αυτονομίας, δηλαδή χωρίς να είναι βάρος στα παιδιά τους, εξαρτάται καθοριστικά από τα οικονομικά τους και την κατάσταση του δημόσιου συστήματος υγείας και όχι μόνο από τις διαθέσιμες κοινωνικές υπηρεσίες προσωπικής και οικιακής φροντίδας.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Βάλβης, Ζ.-Δ. (2022). *Μακροχρόνια Φροντίδα σε γηράσκουσες κοινωνίες: διερεύνηση της ζήτησης, προσφοράς και μεθόδων χρηματοδότησης*. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- Λυμπεράκη, Α. (2009). Υπάρχει χάσμα φροντίδας; Ποιος φροντίζει ποιον και πώς; Στο Α. Λυμπεράκη, Π. Τήνιος & Τ. Φιλαλήθης (επιμ.), *Ζωή 50+. Υγεία, γήρανση και σύνταξη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Τριανταφύλλου, Τζ., Μεσθεναίου, Ε., Προύσκας, Κ., Γκόλτσι, Π., Κοντούκα, Σ. & Λουκίσσης, Α. (2006). *Η Οικογένεια που Φροντίζει Εξαρτημένα Ηλικιωμένα Άτομα: Πανελλήνια έρευνα. Περίληψη της ελληνικής έκθεσης*, EUROFAMCARE. ΙΚΠΑ. http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_el_in_greek.pdf

Ξενόγλωσση

- Lalioti, V., Valasaki, M., Galanis, P., Gatopoulou, N., Mestheneos, E. & Triantafyllou, J. (2021). “A study of the KAPI, KIFI and “Help at Home” programmes at national level and an in-depth description of their performance in Zografou and Dafni-Ymittos municipalities”. World Bank Group, 50+ Hellas, CMT Prooptiki.
- Lyberaki, A. & Tinios, P. (2018). “Long-term Care, Ageing and Gender in the Greek crisis”. *GreeSE Paper No. 128 – Hellenic Observatory Papers on Greece and Southeast Europe*. Hellenic Observatory, European Institute, LSE.
- Triantafyllou, J., Mestheneos, E., Prouskas, C., Goltsi, V. & Loukissis, A. (2006). *Services for supporting family carers of older dependent people in Europe: National survey report for Greece* (Deliverable No. 18). EUROFAMCARE. https://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_el.pdf

Έρευνα στις/στους άτυπες/ους φροντίστριες/ές: Άτυπη φροντίδα, έμφυλες ανισότητες, ανάγκες κρατικής στήριξης

Μαρία Καραμεσίνη, Εύα Τσουπαροπούλου

Εισαγωγή

Το 2025, η έρευνα πεδίου του προγράμματος GELDERIN στις/στους άτυπες/ους φροντίστριες/ές ηλικιωμένων στην Ελλάδα επιδίωξε να πάρει τη σκυτάλη από το μεγάλο ερευνητικό πρόγραμμα EUROFAMCARE που είχε δώσει τα πρώτα και μοναδικά αποτελέσματα για τα χαρακτηριστικά της άτυπης φροντίδας και των οικογενειακών φροντιστριών/ών στη χώρα μας πριν από είκοσι χρόνια.

Το EUROFAMCARE είναι η ευρωπαϊκή έρευνα αναφοράς για την άτυπη οικογενειακή φροντίδα ηλικιωμένων, με συνολικό δείγμα 6.000 φροντιστριών/ών από έξι χώρες της ΕΕ, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, και προσωπικές συνεντεύξεις που διεξήχθησαν χρησιμοποιώντας τυποποιημένο ερωτηματολόγιο που παρέιχε συγκρίσιμα δεδομένα μεταξύ χωρών. Η έρευνα πεδίου πραγματοποιήθηκε ταυτόχρονα σε όλες τις χώρες το 2003-2004 και το ελληνικό δείγμα αποτελείτο από 1.014 οικογενειακές/ούς φροντίστριες/ές σε έξι επιλεγμένες περιοχές της χώρας που παρείχαν φροντίδα σε ηλικιωμένα άτομα 65+ ετών τουλάχιστον τέσσερις ώρες την εβδομάδα. Οι συντευξιαζόμενες/οι φροντίστριες/ές έδωσαν πληροφορίες σχετικά με την υγεία, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και την εμπειρία φροντίδας των ίδιων, καθώς και λεπτομερή στοιχεία για τους/τις ηλικιωμένους/ες που φρόντιζαν και τις υπηρεσίες υποστήριξης που χρησιμοποιούσαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, ενώ και στις έξι χώρες κυριαρχούσε η άτυπη μεταξύ των μορφών φροντίδας, στην Ελλάδα οι οικογενειακές/οί φροντίστριες/ές παρείχαν τα υψηλότερα επίπεδα άτυπης φροντίδας από όλες στις υπόλοιπες χώρες, έχοντας πρόσβαση στις συγκριτικά λιγότερες υποστηρικτικές υπηρεσίες, με αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική, ψυχική, κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση (Triantafyllou et al., 2006· Τριανταφύλλου, 2006).

Στην έρευνα πεδίου του GELDERIN με προσωπικές συνεντεύξεις στους/στις ηλικιωμένους/ες στην περιφέρεια Αττικής, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάσαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, επιδιώξαμε να σχηματίσουμε μια συνολική εικόνα για το πώς καλύπτονται οι ανάγκες φροντίδας των ηλικιωμένων τόσο από τους άτυπους όσο και από τους επίσημους παρόχους φροντίδας. Στο παρόν κεφάλαιο

λαιο θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας από τη σκοπιά των άτυπων φροντιστριών/ών των ηλικιωμένων, μέσα από συνεντεύξεις που πήραμε κυρίως από μέλη της οικογένειάς τους αλλά και κάποιους φίλους, που εμπλέκονται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό στη φροντίδα τους. Η έρευνα πεδίου στις/στους άτυπες/ους φροντίστριες/ές παρέχει περισσότερες και ακριβέστερες πληροφορίες απ' ό,τι η προηγούμενη στους/στις ηλικιωμένους/ες για αυτή καθαυτή την εμπειρία της άτυπης φροντίδας και μοναδικές πληροφορίες για τα δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των άτυπων φροντιστριών/ών.

Η παρουσίαση της έρευνας και των αποτελεσμάτων της ξεκινά με τη μεθοδολογία και το προφίλ των άτυπων φροντιστριών/ών του δείγματος (δεύτερη ενότητα). Στη συνέχεια παρουσιάζουμε τα χαρακτηριστικά της παροχής άτυπης φροντίδας – συχνότητα, χρόνος φροντίδας– και την εμπειρία των άτυπων φροντιστριών/ών ως προς τη λήψη της απόφασης, τον έμφυλο καταμερισμό καθηκόντων, τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και τις απολαβές που έχουν από τη φροντίδα (τρίτη ενότητα). Ακολουθούν τα αποτελέσματα της έρευνας για τον συνδυασμό άτυπης φροντίδας με κοινωνική και ιδιωτική αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα, τον βαθμό χρήσης και την αξιολόγηση της ποιότητας των κοινωνικών υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο από τις/τους άτυπες/ους φροντίστριες/ές (τέταρτη ενότητα), καθώς και για τις ανάγκες στήριξης των τελευταίων, όπως οι ίδιες/οι τις εξέφρασαν στις συνεντεύξεις (πέμπτη ενότητα). Το κεφάλαιο κλείνει με τα συμπεράσματα από την έρευνα.

1. Μεθοδολογία της έρευνας και προφίλ των άτυπων φροντιστριών/ών

Η μεθοδολογία της έρευνας περιλαμβάνει το μέγεθος και τη σύνθεση του δείγματος, τη μέθοδο δειγματοληψίας και τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, ενώ το προφίλ των άτυπων φροντιστριών/ών που συμμετείχαν στην έρευνα συγκαταλέγει τα δημογραφικά και κοινωνικά τους χαρακτηριστικά, τη συγγένεια και εγγύτητα της κατοικίας τους με το ηλικιωμένο άτομο που φροντίζουν, το καθεστώς απασχόλησης, τα χαρακτηριστικά της θέσης εργασίας και το επάγγελμά τους.

1.1. Η ταυτότητα της έρευνας και η μέθοδος δειγματοληψίας

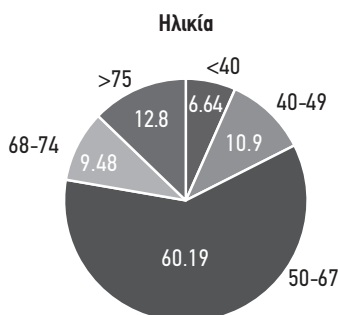
Στην έρευνά μας συμμετείχαν 214 άτυπες/οι φροντίστριες/ές που είναι μόνιμοι κάτοικοι Αττικής. Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η δειγματοληψία ευκολίας. Δεδομένου ότι τα δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού των άτυπων οικογενειακών φροντιστριών/ών της Αττικής δεν ήταν γνωστά ούτε από την Απογραφή Πληθυσμού του 2021 ούτε από πρόσφατη έρευνα, για κάθε ηλικιωμένο/η συμμετέχοντα/ουσα στην έρευνα ηλικιωμένων ζητήθηκε ευγενικά από έναν/μία άτυπο/η φροντιστή/ρια της οικογένειάς του/της να συμμε-

τάσχει στην έρευνα των άτυπων οικογενειακών φροντιστριών/ών. Με αυτόν τον τρόπο, δημιουργήθηκε με ευκολία ένα δείγμα άτυπων φροντιστριών/ών. Εκτός από τα εν λόγω ζεύγη άτυπων φροντιστριών/ών και ηλικιωμένων, συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα και άλλες/οι 27 άτυπες/οι φροντίστριες/ές ηλικιωμένων με άνοια ή ατόμων που δεν μπόρεσαν να δώσουν συνέντευξη για άλλους λόγους (κλινήρεις κ.ά.). Αυτή η μικρότερη ομάδα εντοπίστηκε με τη βοήθεια δύο ΜΚΟ που ειδικεύονται στη φροντίδα της άνοιας και μέσω των κοινωνικών δικτύων της ερευνητικής ομάδας. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο, με εξαίρεση την ανωτέρω ομάδα των 27 ατόμων που συμπλήρωσαν τα ίδια το ερωτηματολόγιο της έρευνας, είτε σε έντυπη μορφή είτε ψηφιακά (online).

1.2. Το προφίλ των άτυπων φροντιστριών/ών του δείγματος

Η ηλικία των άτυπων φροντιστριών/ών κυμάνθηκε από 29 έως 99 έτη, με μέση ηλικία τα 60 έτη. Η ηλικιακή ομάδα που εκπροσωπείται περισσότερο είναι από 50 έως 67 ετών, αντιπροσωπεύοντας το 60,2% του συνολικού δείγματος ($N = 214$) (Διάγραμμα 10.1).

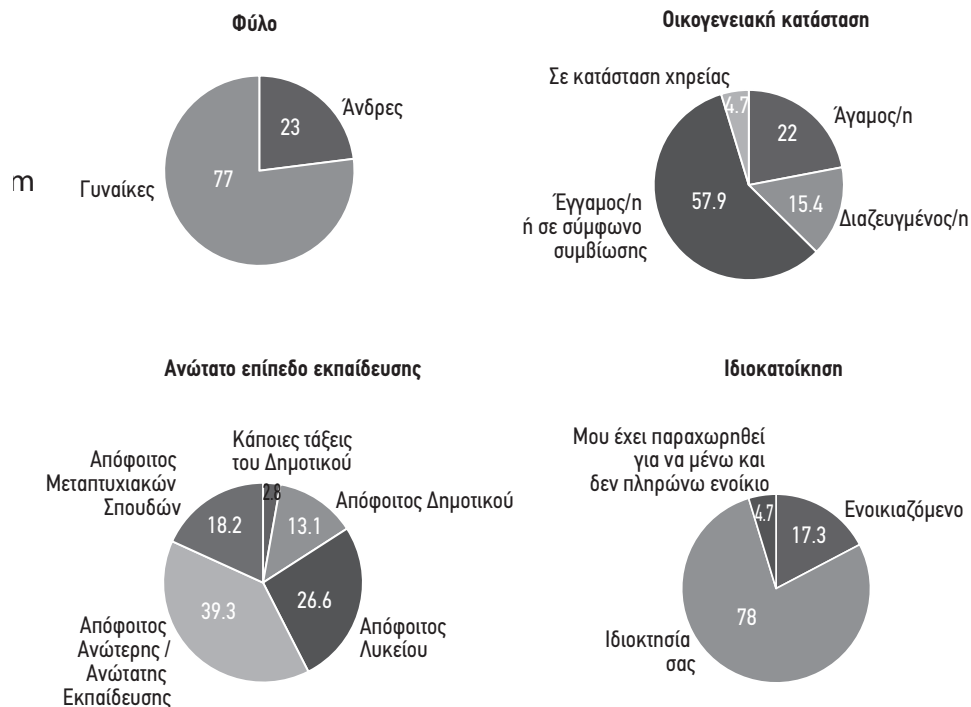
Διάγραμμα 10.1. Η ηλικία των συμμετεχόντων/ουσών



Η πλειονότητα των άτυπων φροντιστριών/ών του δείγματος ήταν γυναίκες (77,0%), έγγαμες ή σε σύμφωνο συμβίωσης (57,9%), κάτοχοι πτυχίου ή μεταπτυχιακού τίτλου (39,3% και 18,2% αντίστοιχα), που ζούσαν σε ιδιόκτητη κατοικία (78,0%) (Διάγραμμα 10.2), σε νοικοκυριά με 2,4 μέλη, κατά μέσο όρο, ενώ το 65,9% είχε κατά μέσο όρο 1,7 παιδιά και παρείχε φροντίδα σε ένα ηλικιωμένο άτομο μέσης ηλικίας 85 ετών.

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 10.3, περίπου οι μισές/οί άτυπες/οι φροντίστριες/ές είχαν επίσιο οικογενειακό εισόδημα μεταξύ 15.001 και 30.000 ευρώ (49,1%) και περίπου λίγοι/ες περισσότεροι/ες από τους/τις μισούς/ές από αυτούς/ές ανέφεραν δυσκολία στην εκπλήρωση των οικονομικών τους υποχρεώσεων (53,7%), ενώ, κατά μέσο όρο, υπήρχαν περίπου 1,7 άτομα με εισόδημα σε κάθε νοικοκυριό.

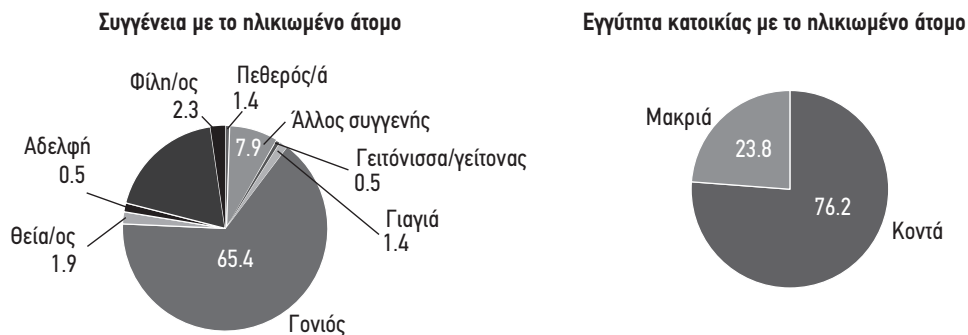
Διάγραμμα 10.2. Φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ανώτατο εκπαιδευτικό επίπεδο και ιδιοκατοίκηση (%) (N = 214)



Διάγραμμα 10.3. Το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα και η κάλυψη οικονομικών υποχρεώσεων (%) (N = 214)



Διάγραμμα 10.4. Συγγένεια και εγγύτητα κατοικίας με το ηλικιωμένο άτομο (%)



Η πλειονότητα των άτυπων φροντιστριών/ών που συμμετείχαν στην έρευνά μας παρέιχαν φροντίδα κυρίως στους γονείς τους, αντιπροσωπεύοντας το 65,5% των ερωτηθέντων, το 18,7% στον/στην (πρώην) σύζυγό τους, ενώ το υπόλοιπο 15,8% σε άλλους συγγενείς ή φίλους (Διάγραμμα 10.4). Οι μέσες ηλικίες των παραπάνω τριών ομάδων φροντιστριών/ών ήταν 57, 78, 54 έτη αντίστοιχα. Επιπλέον, η εγγύτητα των κατοικιών των φροντιστριών/ών με εκείνη των ηλικιωμένων είναι ιδιαίτερα μεγάλη, με το 76% των άτυπων φροντιστριών/ών να ζουν κοντά στον/στην ηλικιωμένο/η που φροντίζουν, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 10.4. Αυτή η κοντινή απόσταση δείχνει πώς η ανάγκη κάλυψης των κενών στην κοινωνική φροντίδα είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει τις στεγαστικές επιλογές των ατόμων που παρέχουν και λαμβάνουν φροντίδα από τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

1.3. Καθεστώς απασχόλησης, θέση εργασίας, επαγγελματικό προφίλ

Το 55,6% των άτυπων φροντιστριών/ών που συμμετείχαν στην έρευνα απασχολούνταν κατά τη στιγμή της συνέντευξης ή της αυτοσυμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, ενώ το 40,6% από αυτές/ούς εργάζονταν ως μισθωτές/οί στον ιδιωτικό τομέα, το 36,7% στον δημόσιο τομέα, το 13,3% ήταν αυτοαπασχολούμενες/οι χωρίς προσωπικό και το 9,4% αυτοαπασχολούμενες/οι με προσωπικό.

Τα στοιχεία του Πίνακα 10.1 παρέχουν μια ολοκληρωμένη επισκόπηση της κατάστασης απασχόλησης των άτυπων φροντιστριών/ών ανά φύλο. Συνολικά, το 41,1% των άτυπων φροντιστριών/ών ταξινομήθηκαν ως ανενεργές/οί, με αξιοσημείωτη απόκλιση μεταξύ ανδρών και γυναικών – το 26,5% των ανδρών και το 45,1% των γυναικών εμπίπτουν σε αυτή την κατηγορία. Το ποσοστό ανεργίας μεταξύ των άτυπων φροντιστριών/ών ήταν σχετικά χαμηλό, στο 3,3%, με τους άνδρες να εμφανίζουν ελαφρώς υψηλότερο ποσοστό στο 4,1% σε σύγκριση με το 3% των γυναικών, ενώ το ποσοστό απασχολήσής τους ήταν ίσο με 55,6%, με σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων: 69,4% για τους άνδρες φροντιστές και 51,8% για τις

γυναίκες φροντίστριες. Η κατανομή της απασχόλησης ανά τομέα αποκαλύπτει ότι το 36,7% όλων των άτυπων φροντιστριών/ών απασχολούνταν στον δημόσιο τομέα (42,9% των γυναικών έναντι 21,6% των ανδρών φροντιστών), ενώ το 40,6% απασχολούνταν στον ιδιωτικό τομέα (51,4% των ανδρών έναντι 36,3% των γυναικών φροντιστριών). Περίπου το 13,3 % του συνόλου των άτυπων φροντιστριών/ών ήταν αυτοαπασχολούμενες/οι που εργάζονταν χωρίς προσωπικό με ίδια ποσοστά σε άνδρες και γυναίκες και το 9,4% ήταν εργοδότες/ες με σχεδόν διπλάσιο ποσοστό στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες (13,5% έναντι 7,7%). Συνολικά, τα ανωτέρω στοιχεία υποδηλώνουν ότι η αεργία είναι πιο διαδεδομένη μεταξύ των γυναικών απ' ό,τι μεταξύ των ανδρών που παρέχουν άτυπη φροντίδα, ενώ οι δεύτεροι έχουν υψηλότερο ποσοστό απασχόλησης και τείνουν να απασχολούνται περισσότερο στον ιδιωτικό τομέα ως μισθωτοί και εργοδότες απ' ό,τι οι πρώτες.

Πίνακας 10.1. Καθεστώς απασχόλησης των άτυπων φροντιστριών/ών (%)

	Όλοι οι άτυποι φροντιστές/ριες	Άνδρες	Γυναίκες
Ανεργοί/ές	41.1	26.5	45.1
Άνεργοι/ες	3.3	4.1	3.0
Απασχολούμενοι/ες	55.6	69.4	51.8
<i>N</i>	213	49	164
Αυτοαπασχολούμενοι/ες χωρίς προσωπικό (αυτοαπασχολούμενοι)	13.28	13.5	13.2
Αυτοαπασχολούμενοι/ες με προσωπικό (εργοδότες/ριες)	9.38	13.5	7.7
Δημόσιος/α υπάλληλος	36.7	21.6	42.9
Ιδιωτικός/η υπάλληλος	40.6	51.4	36.3
Σύνολο	100.0	100.0	100.0
<i>N</i>	128	37	91

Με βάση τις απαντήσεις σε μια ερώτηση ανοικτού τύπου που ζητούσε από τις/τους απασχολούμενες/ους φροντίστριες/ές να περιγράψουν λεπτομερώς το επάγγελμά τους, ο Πίνακας 10.2 δείχνει ότι ασκούν ένα ευρύ φάσμα επαγγελμάτων. Η μεγαλύτερη ομάδα αποτελείται από εκπαιδευτικούς, που αντιπροσωπεύουν περίπου το 19,5% των απασχολούμενων φροντιστριών/ών, συμπεριλαμβανομένων των δασκάλων και του ακαδημαϊκού προσωπικού. Μετά τους εκπαιδευτικούς έρχονται οι εργαζόμενοι/ες στον δημόσιο τομέα και αυτοί/ές που απασχολούνται στον επιχειρηματικό και εταιρικό τομέα, με καθεμία από τις δύο κατηγορίες να αντιπροσωπεύει το 15,6% του συνόλου των απασχολούμενων φροντιστριών/ών, αντανakλώντας σημαντική συμμετοχή από δημόσιους υπαλλήλους και εργαζόμενους/ες στο εμπόριο και τη διοίκηση επιχειρήσεων. Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν το 11,7%, ενώ οι τεχνικοί και ειδικευμένοι εργαζόμενοι, οι καλλιτέχνες και οι δημιουργοί, καθώς και οι κοινωνικοί λειτουργοί και εργαζόμενοι κοινωνικής υποστήριξης αποτελούν

μικρότερες ομάδες, με ποσοστά μεταξύ 6,3% και 7,8%. Η κατηγορία «Άλλο», περιλαμβάνει ελεύθερους/ες επαγγελματίες, αυτοαπασχολούμενους/ες και επαγγέλματα που δεν κατηγοριοποιούνται αλλού, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 15,6%. Όσον αφορά τον ρόλο τους στο επάγγελμά τους, το 28,9% κατείχε θέσεις αυξημένης ευθύνης, εκτελώντας διοικητικούς, διευθυντικούς ή εποπτικούς ρόλους.

Πίνακας 10.2. Η επαγγελματική κατάσταση των απασχολούμενων άτυπων φροντιστριών/ών (N = 118)

Επαγγελματικές κατηγορίες	Συχνότητα (%)	Επαγγέλματα
Υπάλληλοι Δημοσίου Τομέα	15.6	Κυβερνητικοί και δημοτικοί υπάλληλοι κ.λπ.
Ιατρικό και Υγειονομικό Προσωπικό	11.7	Γιατροί, νοσηλευτές, τεχνικοί εργαστηρίων, βοηθοί υγείας κ.λπ.
Εκπαιδευτικοί	19.5	Νηπιαγωγοί και δάσκαλοι, καθηγητές και καθηγήτριες πανεπιστημίου, δάσκαλοι ειδικής αγωγής κ.λπ.
Επικειρήσεις και Εταιρικοί Εργαζόμενοι	15.6	Λιανικό εμπόριο, κατασκευές, φιλοξενία, διαχείριση, ακίνητα κ.λπ.
Τεχνικοί και Ειδικευμένοι Εργάτες	7.8	Ηλεκτρολόγοι, τεχνικοί πληροφορικής, μηχανικοί, εργάτες οικοδομών κ.λπ.
Καλλιτέχνες και Δημιουργοί	6.4	Μουσικοί, ηθοποιοί, καλλιτέχνες, κοσμηματοπώλες κ.λπ.
Κοινωνικοί Λειτουργοί και Υποστηρικτικοί Λειτουργοί	7.8	Κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, βοηθητικό προσωπικό σε ιδρύματα κ.λπ.
Άλλος	15.6	Ελεύθεροι επαγγελματίες, αυτοαπασχολούμενοι, ειδικές περιπτώσεις κ.λπ.
Σύνολο	100	

2. Αποτελέσματα της έρευνας: Χαρακτηριστικά της άτυπης φροντίδας και η εμπειρία των άτυπων φροντιστριών/ών

Ιδιαίτερα αποκαλυπτικά είναι τα αποτελέσματα της έρευνας για τα χαρακτηριστικά της άτυπης φροντίδας και την εμπειρία των άτυπων φροντιστριών/ών.

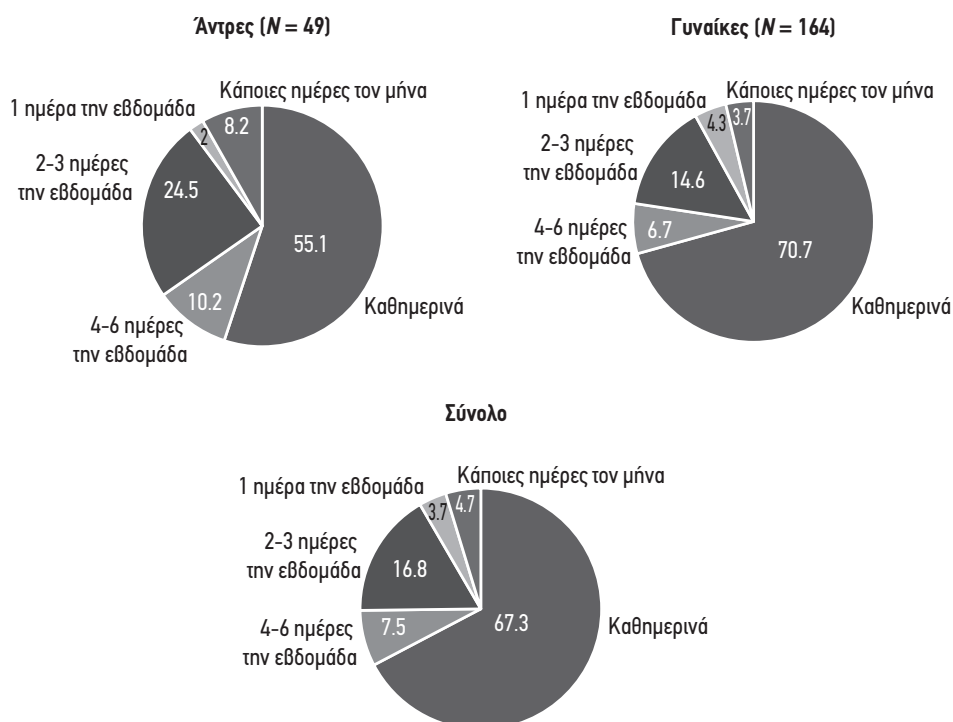
2.1. Συχνότητα και χρόνος παροχής φροντίδας: Έμφυλες ανισότητες

Τα στοιχεία για την ένταση φροντίδας που παρατίθενται στο Διάγραμμα 10.5 υπογραμμίζουν την ουσιαστική δέσμευση των άτυπων φροντιστριών/ών στην παροχή καθημερινής υποστήριξης σε ηλικιωμένα άτομα, με το 67,3% αυτών να προσφέρουν άτυπη φροντίδα καθημερινά. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες συμμετέχουν πιο έντονα σε αυτόν τον ρόλο φροντίδας, με το 70,7% να παρέχει καθημερινή φροντίδα σε σύγκριση με το 55,1% των ανδρών. Αυτή η διαφορά δείχνει ότι οι γυναίκες αναλαμβάνουν ευθύνες φροντίδας πιο συστηματικά σε σχέση με τους άνδρες, αντανakλώντας τον

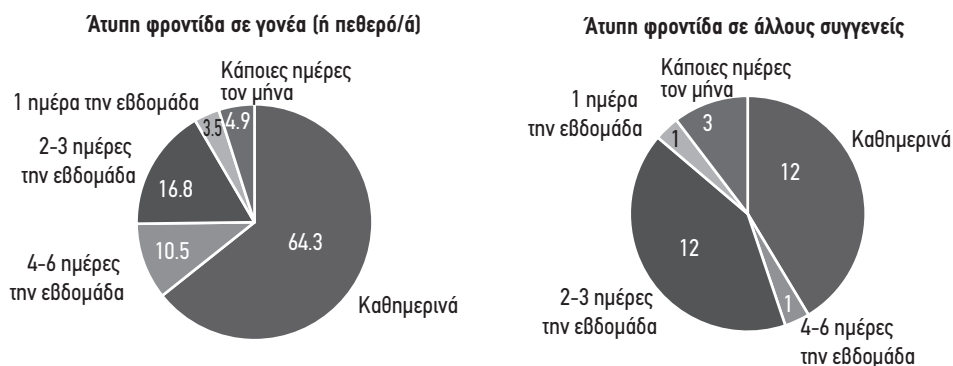
κεντρικό τους ρόλο στη φροντίδα των ηλικιωμένων εντός των οικογενειών και των κοινοτήτων. Κατά μέσο όρο, κάθε άτυπη/ος φροντίστρια/ής που συμμετείχε στην έρευνα είχε ήδη αφιερώσει 6,9 χρόνια κατά μέσο όρο στη φροντίδα του ηλικιωμένου συγγενή/φίλου του.

Επιπλέον, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 10.6, τα πρότυπα φροντίδας ποικίλλουν ανάλογα με τη συγγένεια. Η πλειονότητα (64,3%) των άτυπων φροντιστριών/ών που παρέχουν φροντίδα σε γονέα ή πεθερό το κάνουν σε καθημερινή βάση, ενώ η πλειονότητα όσων φροντίζουν άλλους συγγενείς ή φίλους τείνουν να υποστηρίζουν το αγαπημένο τους πρόσωπο δύο έως τρεις ημέρες την εβδομάδα ή λιγότερο συχνά. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι όλοι οι (πρώην) σύζυγοι ($N = 40$) ανέφεραν ότι παρείχαν καθημερινή φροντίδα στο ηλικιωμένο άτομο, εξ ου και δεν παρέχεται σχετικό διάγραμμα. Αυτές οι γνώσεις υπογραμμίζουν την ποικιλόμορφη δυναμική φροντίδας και τη σημαντική χρονική επένδυση που κάνουν οι άτυπες/οι φροντίστριες/ές σε διαφορετικές σχέσεις συγγένειας.

Διάγραμμα 10.5. Η ένταση της παροχής φροντίδας για το σύνολο των άτυπων φροντιστριών/ών και ανά φύλο (%)



Διάγραμμα 10.6. Η ένταση της παροχής φροντίδας ανά είδος συγγένειας (%)



Ο Πίνακας 10.3 απεικονίζει τον μέσο χρόνο που αφιερώνεται σε δραστηριότητες εργασίας και φροντίδας μεταξύ των απασχολούμενων άτυπων φροντιστριών/ών ανά φύλο και οικογενειακή κατάσταση. Συνολικά, ανεξάρτητα από το καθεστώς απασχόλησης, οι γυναίκες τείνουν να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στη φροντίδα από τους άνδρες, με τις γυναίκες να φροντίζουν κατά μέσο όρο 39 ώρες 49' την εβδομάδα σε σύγκριση με τις 34 ώρες 26' των ανδρών.

Πίνακας 10.3. Ο μέσος εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας και άτυπης φροντίδας ανά φύλο και οικογενειακή κατάσταση (ώρες και λεπτά)

	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	Έγγαμοι/ες	Άγαμοι/ες
Όλες/οι οι φροντίστριες/ές					
Χρόνος φροντίδας ανά εβδομάδα	38.45'	34.26'	39.45'	38.37'	38.54'
Απασχολούμενες/οι φροντίστριες/ές					
Χρόνος φροντίδας ανά εβδομάδα	27.22'	27.11'	27.26'	22.47'	31.10'
Χρόνος εργασίας ανά εβδομάδα	39.24'	42.26'	38.15'	39.42'	39.09'
Μη απασχολούμενες/οι φροντίστριες/ές					
Χρόνος φροντίδας ανά εβδομάδα	52.56'	52.16'	53.02'	51.05'	57.37'

Εξετάζοντας τον μέσο εβδομαδιαίο χρόνο εργασίας και φροντίδας ανά καθεστώς απασχόλησης, παρατηρούμε ότι οι άτυπες/οι φροντίστριες/ές που εργάζονται, ανεξαρτήτως φύλου, αφιερώνουν λιγότερο χρόνο στη φροντίδα (27 ώρες 22') από τις/τους μη εργαζόμενες/ους φροντίστριες/ές που αφιερώνουν σχεδόν διπλάσιο χρόνο στην παροχή φροντίδας (52 ώρες 56'). Οι εργαζόμενες γυναίκες εργάζονται λιγότερες ώρες την εβδομάδα (38 ώρες 15') σε σύγκριση με τους εργαζόμενους άνδρες (42 ώρες 26'), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι ευθύνες φροντίδας μπορεί να περιορίσουν τις αμειβόμενες ώρες εργασίας των γυναικών. Ωστόσο, αυτό δεν επιβεβαιώνεται από τα στοιχεία της έρευνας που δείχνουν ότι τόσο οι εργαζόμενοι άνδρες άτυποι φροντιστές όσο και οι εργαζόμενες γυναίκες άτυπες φροντίστριες αφιερώνουν τον ίδιο περίπου χρόνο φροντίδας την εβδομάδα (27 ώρες 11' έναντι 27 ώρες 26'),

ένα μη αναμενόμενο αποτέλεσμα της έρευνας ως προς τον έμφυλο καταμερισμό της άτυπης εργασίας φροντίδας μεταξύ εργαζόμενων ανδρών και γυναικών.

Η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει επίσης τα πρότυπα φροντίδας και εργασίας. Οι άγαμες/οι φροντίστριες/ές αφιερώνουν σημαντικά περισσότερο χρόνο στη φροντίδα (31 ώρες 10') σε σύγκριση με τις/τους έγγαμες/ους φροντίστριες/ές (22 ώρες 47'). Η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει, επομένως, τον τρόπο με τον οποίο οι φροντίστριες/ές εξισορροπούν τα εργασιακά και τα καθήκοντα φροντίδας, με τα άγαμα άτομα να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στη φροντίδα.

Από τα δεδομένα της έρευνας, υπολογίσαμε τον μέσο βαθμό εξάρτησης των ηλικιωμένων στους οποίους παρέχουν φροντίδα οι άτυπες/οι φροντίστριες/ές. Αυτό ισούται με 1.199 για τον τύπο δραστηριοτήτων ADL και 2.446 για τον τύπο δραστηριοτήτων IADL. Οι ηλικιωμένοι που εξυπηρετούνται από απασχολούμενες/ους άτυπες/ους φροντίστριες/ές έχουν μέση βαθμολογία εξάρτησης 1.005 για δραστηριότητες ADL και 2.171 για δραστηριότητες IADL, ενώ τα ηλικιωμένα άτομα που εξυπηρετούνται από μη εργαζόμενες/ους άτυπες/ους φροντίστριες/ές έχουν μέση βαθμολογία εξάρτησης για ADL ίση με 1.443 και 2.794 για IADL. Συγκρίνοντας τις παραπάνω μέσες βαθμολογίες εξάρτησης, συμπεραίνουμε ότι οι απασχολούμενες/οι άτυπες/οι φροντίστριες/ές παρέχουν φροντίδα σε ηλικιωμένους συγγενείς ή φίλους που έχουν χαμηλότερο βαθμό εξάρτησης κατά μέσο όρο από εκείνους που εξυπηρετούνται από μη απασχολούμενες/ους άτυπες/ους φροντίστριες/ές.

2.2. Η απόφαση παροχής φροντίδας, δυσχέρειες και απολαβές

Ζητήθηκε από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες στην έρευνα να προσδιορίσουν τους κύριους λόγους για την παροχή φροντίδας σε ένα ηλικιωμένο άτομο. Ο Πίνακας 10.4 συνοψίζει τις απαντήσεις τους, επισημαίνοντας τα πιο κοινά κίνητρα. Οι τρεις πιο συχνά αναφερόμενοι λόγοι ήταν η αίσθηση του καθήκοντος, τα συναισθηματικά κίνητρα και η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, ειδικά σε περιπτώσεις όπου ούτε ο/η ηλικιωμένος/η ούτε η/ο φροντίστρια/ής μπορούσαν να αντέξουν οικονομικά τις επίσημες υπηρεσίες φροντίδας. Αυτό δείχνει ότι οι προσωπικές αξίες, οι συναισθηματικοί δεσμοί και οι οικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά τις αποφάσεις παροχής άτυπης φροντίδας.

Ζητήθηκε επίσης από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες να βαθμολογήσουν τη δυσκολία φροντίδας του ηλικιωμένου ατόμου σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10, όπου το 1 υποδηλώνει καθόλου δύσκολο και το 10 σημαίνει εξαιρετικά δύσκολο. Τους ζητήθηκε επίσης να αξιολογήσουν το επίπεδο σωματικής κόπωσης σε μια κλίμακα από το 1 έως το 5, με το 1 να σημαίνει καμία σωματική κόπωση και το 5 να υποδηλώνει υπερβολική κόπωση. Η μέση βαθμολογία δυσκολίας στο σύνολο των φροντιστριών/ών ήταν 7,32, ενώ το μέσο επίπεδο σωματικής κόπωσης ήταν

περίπου 3,06. Οι άνδρες ανέφεραν μέσο επίπεδο δυσκολίας 6,86 και σωματική κόπωση 2,86, ενώ οι γυναίκες ανέφεραν μέσο επίπεδο δυσκολίας 7,47 και σωματική κόπωση 3,13.

Πίνακας 10.4. Οι λόγοι που ώθησαν τους/τις συμμετέχοντες/ουσες να παρέχουν φροντίδα σε ένα ηλικιωμένο άτομο

Λόγος	Συχνότητα
Αίσθηση καθήκοντος	210
Συναισθηματικοί λόγοι	125
Οικονομικοί λόγοι	60
Οικογενειακές/κοινωνικές σχέσεις	50
Έλλειψη εναλλακτικών λύσεων	40
Προηγούμενες επαφές/φιλικές σχέσεις	20
Άλλοι λόγοι (π.χ. ανασφάλεια, προσωπικό συμφέρον)	20

Σημείωση: Περισσότεροι από ένας λόγοι ανά συμμετέχοντα.

Ένα αναμενόμενο αποτέλεσμα της έρευνας είναι ότι η συντριπτική πλειονότητα των φροντιστριών/ών (90%) δεν λάμβανε καμία μορφή αποζημίωσης/απολαβής για τη φροντίδα που παρέχει. Μεταξύ εκείνων που λάμβαναν, η πιο κοινή μορφή ήταν η οικονομική βοήθεια, όπως επίδομα, χατζιλίκι, βοήθεια με τα έξοδα του νοικοκυριού ή υποσχέσεις για ζητήματα κληρονομιάς.

Στο ερώτημα εάν θεωρούν ότι επιβαρύνονται οικονομικά από την παροχή φροντίδας, το 3,4% των ερωτηθέντων ανέφερε καμία επιβάρυνση, το 9,7% ανέφερε επιβάρυνση, χωρίς όμως να αναφέρει τον βαθμό επιβάρυνσης, το 50% ανέφερε ότι δεν βίωσε σημαντική επιβάρυνση, το 14,1% ένιωσε μικρή επιβάρυνση, το 17,9% μέτρια, ενώ το 4,9% πολύ υψηλή επιβάρυνση. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν βιώνουν σημαντική επιβάρυνση, αλλά μια σημαντική μειονότητα βιώνει μέτρια έως υψηλά επίπεδα επιπτώσεων. Αυτό αναδεικνύει τη σημασία της εξέτασης των ατομικών διαφορών και της πιθανής εφαρμογής στοχευμένων παρεμβάσεων ή υποστήριξης για όσους αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα οικονομικής επιβάρυνσης.

Ζητήθηκε επίσης από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες να αναφέρουν πόσο συχνά βιώνουν τριβές και συγκρούσεις με τον/την ηλικιωμένο/η στο πλαίσιο της φροντίδας. Το 27,6% των άτυπων φροντιστριών/ών ανέφερε ότι βιώνει τέτοιες εντάσεις σε καθημερινή βάση ή αρκετά συχνά ή πολύ συχνά. Αυτό αναδεικνύει τις προκλήσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις φροντίδας, αντιστακλώντας τις συναισθηματικές και πρακτικές πολυπλοκότητες που εμπλέκονται στην παροχή της σε ηλικιωμένα άτομα.

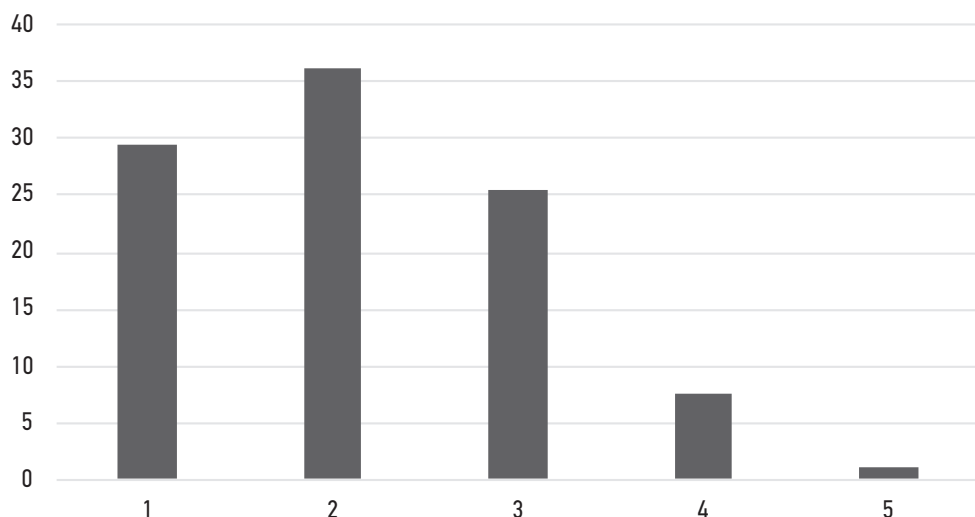
2.3. Πολυπρόσωπη φροντίδα και έμφυλος καταμερισμός εργασίας

Η φροντίδα ηλικιωμένων απαιτεί την εμπλοκή περισσότερων του ενός ατόμων, όταν η κατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου ατόμου επιδεινώνεται και ο βαθμός εξάρτησής του από τρίτους για την επιτέλεση των καθημερινών λειτουργιών αυξάνεται. Από το Διάγραμμα 10.7, που απεικονίζει τον μέσο αριθμό ατόμων που παρείχαν φροντίδα σε κάθε ηλικιωμένο/ν, σύμφωνα με τις απαντήσεις των άτυπων φροντιστριών/ών τους που συμμετείχαν στην έρευνα, γίνεται προφανές ότι η άτυπη φροντίδα διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στη στήριξη του εξαρτώμενου ηλικιωμένου πληθυσμού, κυρίως ως απάντηση στα σημαντικά κενά της δημόσιας παροχής κοινωνικής φροντίδας. Οι απαντήσεις των άτυπων φροντιστριών/ών υποδείκνυαν ότι μόνο το 29,5% των ηλικιωμένων φροντίζεται από μία/έναν μόνο φροντίστρια/ή, συχνά μέλος της οικογένειας ή στενό συγγενή. Το 36,2% των ηλικιωμένων φροντίζεται από δύο φροντίστριες/ές, ενώ ένα σημαντικό 34,3% φροντίζεται από περισσότερες/ους από δύο φροντίστριες/ές. Σωρευτικά, το 70,5% των ηλικιωμένων λαμβάνουν φροντίδα από δύο ή περισσότερα άτομα, υπογραμμίζοντας την εξάρτηση των ηλικιωμένων με ανάγκες φροντίδας από τη συλλογική προσπάθεια και τον συντονισμό κυρίως μελών της οικογένειας, αλλά και φίλων και γειτόνων. Επιπλέον, το γεγονός ότι περισσότερο από το ένα τρίτο των ηλικιωμένων φροντίζονται από περισσότερες/ους από δύο φροντίστριες/ές υπογραμμίζει την απαιτητική και πολύπλοκη φύση της φροντίδας ηλικιωμένων, που συχνά απαιτεί πολλά άτομα για την αντιμετώπιση των πολύπλευρων αναγκών των ηλικιωμένων. Η πολυπρόσωπη άτυπη φροντίδα των ηλικιωμένων υποδηλώνει ότι, ελλείψει επαρκών υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, οι οικογένειες φέρουν το μεγαλύτερο βάρος της ευθύνης της παροχής φροντίδας στους/στις ηλικιωμένους/ες συγγενείς, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική συναισθηματική και σωματική καταπόνηση και οικονομική επιβάρυνση.

Ζητήθηκε από τις/τους άτυπες/ους φροντίστριες/ές να παράσχουν πληροφορίες για τα συγκεκριμένα καθήκοντα που εκτελούνται από διαφορετικά άτομα. Οι απαντήσεις τους δείχνουν ότι οι κόρες και οι γιοι, που είναι οι πιο συνηθισμένοι συγγενείς που παρέχουν φροντίδα στο μη αυτοεξυπηρετούμενο ηλικιωμένο άτομο, έχουν κάποια κοινά καθήκοντα ή εργασίες που επιτελούν κατά την παροχή φροντίδας, όπως αυτές που σχετίζονται με τη διαχείριση της υγείας και την προώθηση της ευημερίας του γονέα. Ωστόσο, εμφανίζονται και διαφορές φύλου. Οι γιοι παρέχουν περισσότερη βοήθεια σε εκτός νοικοκυριού δραστηριότητες, όπως ψώνια, μεταφορά σε γιατρούς, διακίνηση φαγητού κ.λπ., ενώ οι κόρες επικεντρώνονται περισσότερο στην προσωπική υγιεινή, την προετοιμασία γευμάτων και τη διαχείριση/εκτέλεση καθημερινών οικιακών εργασιών. Οι παραπάνω διαφορές στα καθήκοντα/εργασίες ανάμεσα σε κόρες και γιους αντικατοπτρίζουν τον έμφυλο καταμερισμό της φροντίδας. Οι ευθύνες που έχουν οι κόρες σχετίζονται με τη διατήρηση της υγείας και της ευημερίας του ηλικιωμένου γονιού, την προσωπική του φροντίδα και υγιεινή και

τις δουλειές του σπιτιού, ενώ οι ευθύνες των γιών περιλαμβάνουν παρόμοια αλλά περισσότερα καθήκοντα ρουτίνας, αφήνοντας συνήθως απέξω τη φροντίδα του σώματος, του νοικοκυριού και του περιβάλλοντος χώρου του ηλικιωμένου γονιού.

Διάγραμμα 10.7. Ο συνολικός αριθμός των ατόμων που παρέχουν φροντίδα στους/στις ηλικιωμένους/ες (κατανομή %)



2.4. Άτυπη φροντίδα πολλών ατόμων: Έμφυλες διαφορές

Περίπου το 36% όλων των άτυπων φροντιστριών/ών είναι επίσης υπεύθυνες/οι για την παροχή φροντίδας και σε άλλα άτομα πλην των ηλικιωμένων. Τα αντίστοιχα ποσοστά γυναικών και ανδρών είναι 41,5% και 18,4%. Πέρα των άμεσων μελών της οικογένειας, όπως οι γονείς ή οι (πρώην) σύζυγοι, οι γυναίκες ειδικότερα παρέχουν φροντίδα και σε παππούδες, θείους/θείες, ανίψια/ανιψιούς και κουνιάδους/κουνιάδες, αντιστακώνοντας το ευρύ φάσμα ευθυνών φροντίδας που αναλαμβάνουν αναπαράγοντας τους έμφυλους ρόλους. Κατά συνέπεια, η έρευνά μας δείχνει ότι πολλές άτυπες φροντιστρίες ηλικιωμένων διαχειρίζονται πολλαπλές ευθύνες φροντίδας ταυτόχρονα, γεγονός που μπορεί να συμβάλει σε αυξημένο άγχος και επιβάρυνση.

3. Αποτελέσματα της έρευνας: Συνδυασμός άτυπης φροντίδας με κοινωνική και ιδιωτικά αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα

Όπως προαναφέρθηκε, η άτυπη φροντίδα είναι πολυπρόσωπη υπόθεση. Δεν είναι όμως αρκετή, όταν οι ανάγκες αυξάνονται και η διαθεσιμότητα των μελών

της οικογένειας μειώνεται. Γι' αυτό και η άτυπη φροντίδα συνδυάζεται με ιδιωτικά αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα ή με κοινωνική φροντίδα από δημόσιους και κοινωνικούς φορείς.

3.1. Συνδυασμός άτυπης με ιδιωτικά αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα

Το 30% των άτυπων φροντιστριών/ών ανέφεραν ότι το ηλικιωμένο άτομο που φροντίζουν λαμβάνει επίσης ιδιωτικά αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα. Αυτό γίνεται σε καθημερινή βάση για το 24% των ηλικιωμένων (μερικές ώρες την ημέρα για το 14% και όλο το εικοσιτετράωρο για το 10%) και λίγες φορές την εβδομάδα για το 6%. Ο μέσος μηνιαίος μισθός των εργαζόμενων κατ' οίκον φροντιστριών εκτιμάται στα 655,5 ευρώ (N = 63).

Οι λόγοι που επικαλούνται οι άτυποι φροντιστές ηλικιωμένων που δεν απασχολούν αμειβόμενο/η φροντιστή/ρια είναι συναισθηματικοί, οικονομικοί και πρακτικοί (βλ. Πίνακα 10.5). Ο πιο συχνά αναφερόμενος λόγος ήταν η οικονομική αδυναμία, που αντιπροσωπεύει το 32,6% των περιπτώσεων, υποδεικνύοντας ότι οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι αποτελούν σημαντικό εμπόδιο. Άλλοι λόγοι περιλαμβάνουν την αίσθηση του καθήκοντος, με το 18,8% των ερωτηθέντων να αισθάνονται ότι είναι δική τους ευθύνη να παρέχουν φροντίδα οι ίδιες/οι, καθώς και την άρνηση βοήθειας ή φροντίδας από επαγγελματίες από το ηλικιωμένο άτομο, που αναφέρθηκε από το 17,4%. Επιπλέον, 13,9% των ερωτηθέντων πίστευε ότι η επαγγελματική βοήθεια δεν ήταν απαραίτητη, ενώ το 11,8% εξέφρασε ανασφάλεια ή δυσκολία να βρει κάποιο αξιόπιστο άτομο. Τα ανωτέρω ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι οικονομικοί περιορισμοί είναι το πιο σημαντικό εμπόδιο για την πρόσληψη εξωτερικής φροντίδας για τους/τις ηλικιωμένους/ες, υπογραμμίζοντας την πρόκληση που αντιμετωπίζουν πολλές οικογένειες με εξαρτώμενους/ες ηλικιωμένους/ες και χαμηλό εισόδημα.

Πίνακας 10.5. Οι λόγοι για τους οποίους δεν ήταν δυνατή η πρόσληψη κάποιου ατόμου για τη φροντίδα του/της ηλικιωμένου/ης

Λόγοι	Συχνότητα (%)
Ανασφάλεια, είναι δύσκολο να βρεις κάποιον αξιόπιστο	11.8
Αρνείται τη βοήθεια/φροντίδα από έναν επαγγελματία	17.4
Όχι ακόμη απαραίτητο	13.9
Είναι καθήκον μου/μας να το πράξουμε	18.8
Οικονομική αδυναμία	32.6
Άλλο	5.6
Σύνολο	100.0
N	144

Ο Πίνακας 10.6 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με την ιδιωτικά αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα που παρέχεται στους/στις ηλικιωμένους/ες από νοσηλευτές/ριες, γιατρούς και καθαρίστριες. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των άτυπων φροντιστριών/ών, το 20,6% των ηλικιωμένων που φροντίζουν λάμβαναν αμειβόμενη φροντίδα από νοσηλευτές/ριες περιστασιακά, ενώ το 5,7% σε τακτική βάση. Τα αντίστοιχα ποσοστά περιστασιακής και τακτικής φροντίδας από γιατρούς είναι 53,3% και 4,7%. Όσον αφορά την καθαριότητα του σπιτιού, οι άτυπες/οι φροντίστριες/ές του δείγματος δήλωσαν ότι το 14,7% των ηλικιωμένων που φρόντιζαν λάμβανε βοήθεια από καθαρίστριες περιστασιακά και το 27% σε τακτική βάση. Συμπερασματικά, η κατ' οίκον φροντίδα από γιατρούς και νοσηλευτές/ριες παρέχεται ως επί το πλείστον περιστασιακά, αλλά η κατ' οίκον περίθαλψη από αμειβόμενους/ες γιατρούς είναι ένα ευρέως διαδεδομένο φαινόμενο. Η καθαριότητα του σπιτιού οργανώνεται σε τακτική βάση για ένα σημαντικό ποσοστό ηλικιωμένων.

Πίνακας 10.6. Λήψη ιδιωτικά αμειβόμενης κατ' οίκον φροντίδας (%)

	Αμειβόμενες νοσοκόμες	Αμειβόμενοι γιατροί	Καθαρίστρια/ής
Σε τακτική βάση	5.7	4.7	27.0
Περιστασιακά	20.6	53.3	14.7
Ποτέ	73.7	42.0	58.3
Σύνολο	100.0	100.0	100.0
N	209	214	211

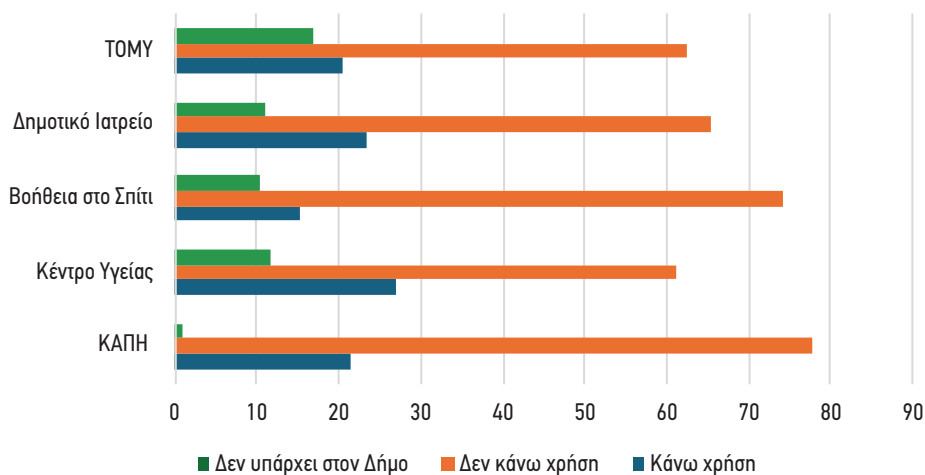
3.2. Συνδυασμός άτυπης φροντίδας με κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας

Ο συνδυασμός άτυπης με την κοινωνική φροντίδα αποτυπώνεται στα αποτελέσματα της έρευνας ως προς τον βαθμό χρήσης των κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας σε τοπικό επίπεδο. Τα στοιχεία του Διαγράμματος 10.8 αποκαλύπτουν ότι η χρήση των υπηρεσιών αυτών από τους/τις ηλικιωμένους/ες, σύμφωνα με τις απαντήσεις των άτυπων φροντιστριών/ών τους, είναι σχετικά περιορισμένη:

- Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ): 21,5%
- Υπηρεσία «Βοήθεια στο Σπίτι»: 15,4%
- Δημοτικά Ιατρεία: 23,4%
- Κέντρα Υγείας: 27,1%
- Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ): 20,6%

Γενικά, η πλειονότητα των άτυπων φροντιστριών/ών του δείγματος δεν χρησιμοποιεί τις τοπικές υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας για τους ακόλουθους λόγους, μεμονωμένα ή συνδυαστικά: (α) ορισμένες υπηρεσίες δεν είναι διαθέσιμες στον δήμο μόνιμης κατοικίας του ηλικιωμένου ατόμου· (β) τυπικά εμπόδια πρόσβασης (π.χ. προϋποθέσεις επιλεξιμότητας)· (γ) ελλιπής ποιότητα υπηρεσιών· και (δ) απარέσκεια για την κοινωνική φροντίδα και προτίμηση για την οικογενειακή (πολιτιστικές αξίες και προσδοκίες, προκατάληψη κατά των υπηρεσιών που παρέχονται από το κράτος).

Διάγραμμα 10.8. Η χρήση των δημόσιων υπηρεσιών φροντίδας σε τοπικό επίπεδο (%)



Στην έρευνα καλέσαμε τις/τους άτυπες/ους φροντίστριες/ές να δηλώσουν γιατί δεν χρησιμοποιούν τις δημόσιες υπηρεσίες. Τα αποτελέσματα με βάση τις απαντήσεις τους παρουσιάζονται στον Πίνακα 10.7. Πολλοί ανέφεραν ότι δεν γνωρίζουν τις υπηρεσίες που παρέχουν δομές όπως τα ΚΑΠΗ (7,1%), οι ΜΚΟ (20,1%) ή οι TOMY (23,5%). Επιπλέον, ένας σημαντικός αριθμός θεωρεί ότι υπηρεσίες όπως τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων – ΚΗΦΗ (18,18%) ή τα Δημοτικά Ιατρεία (37,5%) δεν είναι εύκολα προσβάσιμες ή υψηλής ποιότητας. Συγκεκριμένα, το 40,4% όσων αποφεύγουν τα ΚΑΠΗ αναφέρουν αυτά τα ζητήματα ως βασικά εμπόδια. Το ίδιο ισχύει και για τα Δημοτικά Ιατρεία (37,5%) και τα Κέντρα Υγείας (30,6%), υποδεικνύοντας ότι η φυσική προσβασιμότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών αποτελούν κοινά εμπόδια για όλες τις δομές/υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και κοινωνικής φροντίδας.

Ένας κοινός λόγος για τη μη χρήση όλων των υπηρεσιών είναι η προτίμηση των φροντιστριών/ών να καλύπτουν τις ανάγκες ιδιωτικά και με δικά τους έξοδα, με υψηλά ποσοστά για τα Δημοτικά Ιατρεία (44,53%) και τα Κέντρα Υγείας (36,11%) και πολύ χαμηλότερα για τις δομές της Εκκλησίας (16%) και του «Βοήθεια στο Σπίτι» (13,8%), αντανακλώντας πιθανά την επιθυμία για αυτονομία ή τη δυσaráεσκεια με τις διαθέσιμες υπηρεσίες. Υψηλή είναι η προτίμηση των φροντιστριών/ών για την κάλυψη αναγκών μέσω συγγενών και φίλων, η οποία συγκαταλέγεται στους λόγους για τους οποίους δήλωσαν ότι δεν κάνουν χρήση οι άτυπες/οι φροντίστριες/ές των ΚΑΠΗ (36,9%), των ΚΗΦΗ (28,8%) και του «Βοήθεια στο Σπίτι» (26,35%), καθώς και των υπηρεσιών που παρέχονται από την Εκκλησία (39%) ή τις ΜΚΟ (36,6%). Ορισμένες/οι μεγαλύτερες/οι σε ηλικία άτυπες/οι φροντίστριες/ές αναφέρουν «Άλλους» λόγους, που μπορεί να περιλαμβάνουν προσωπικούς και πολιτιστικούς παράγοντες που δεν προσδιορίζονται.

Πίνακας 10.7. Λόγοι που δεν χρησιμοποιούν τις δημόσιες και άλλες υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο (%)

	ΚΑΠΗ	ΚΗΦΗ	Βοήθεια στο σπίτι	ΜΚΟ	Εκκλησία	TOMY	Δημοτικά ιατρεία	Κέντρα υγείας
Δεν ξέρω τι παρέχει η δομή/πρόγραμμα	7.1	31.1	13.8	20.1	16.0	23.5	10.2	9.0
Δεν είμαι επιλέξιμος, αν και θα ήθελα να συμμετάσχω στο πρόγραμμα	2.1	3.0	10.8	1.2	1.8	-	-	-
Δεν θεωρώ ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι εύκολα προσβάσιμες και υψηλής ποιότητας	40.4	18.2	9.6	9.2	14.8	29.4	37.5	30.6
Προτιμώ να καλύπτω τις ανάγκες μου ιδιωτικά και με δικά μου έξοδα	13.5	18.9	24.6	32.9	28.4	39.5	44.5	36.1
Προτιμώ να καλύπτω τις ανάγκες μου μέσω συγγενών και φίλων	36.9	28.8	26.4	36.6	39.1	7.6	7.8	8.3
Υπηρεσίες οικογενειακής φροντίδας και ιδιωτικής κατ' οίκον φροντίδας*	-	-	9.6	-	-	-	-	-
Οικογενειακή φροντίδα και υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο	-	-	5.4	-	-	-	-	-
Άλλος	-	-	-	-	-	-	-	16.0
Σύνολο	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	141	132	167	164	169	119	128	144

* Νοσηλευτές/ριες, προσωπικοί/ές φροντιστές/ριες.

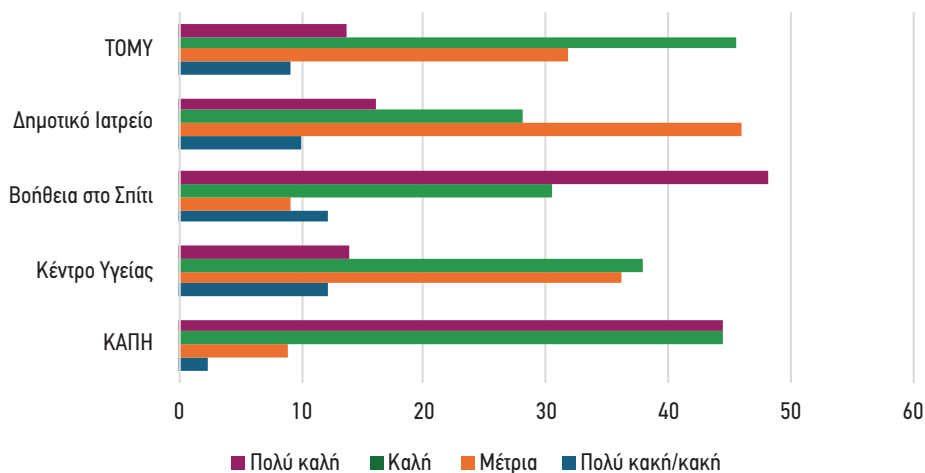
Συνολικά, τα ανωτέρω αποτελέσματα της έρευνας υποδηλώνουν ότι τόσο τα θεσμικά και υλικοτεχνικά εμπόδια πρόσβασης και η ποιότητα των υπηρεσιών όσο και οι εδραιωμένες πολιτισμικές αντιλήψεις και κοινωνικές προτιμήσεις για οικογενειακή φροντίδα και ιδιωτικές υπηρεσίες περίθαλψης επηρεάζουν σημαντικά τη σχέση των ηλικιωμένων με τις διαθέσιμες δημόσιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο. Συνάγεται, επομένως, ότι η βελτίωση, αφενός, της πληροφόρησης, ευαισθητοποίησης και πρόσβασης των πολιτών και, αφετέρου, της ποιότητας των δημόσιων υπηρεσιών, όπως τα ΚΑΠΗ, τα ΚΗΦΗ, η «Βοήθεια στο Σπίτι», οι TOMY, τα Δημοτικά Ιατρεία και τα Κέντρα Υγείας, θα μπορούσαν να τονώσουν τη χρήση τους από τον ηλικιωμένο πληθυσμό, ενθαρρύνοντας τις/τους άτυπες/ους φροντίστριες/ές τους να τα γνωρίσουν, να τα δοκιμάσουν, και να τα προτείνουν στους ηλικιωμένους γονιούς, συζύγους και συγγενείς τους.

Το Διάγραμμα 10.9 παρουσιάζει μια αξιολόγηση της ποιότητας των τοπικών υπηρεσιών φροντίδας από τις/τους άτυπες/ους φροντίστριες/ές ηλικιωμένων που κάνουν χρήση τους, κατηγοριοποιημένη σε επίπεδα από πολύ κακή έως πολύ

καλή. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων αξιολόγησε αυτές τις υπηρεσίες ως καλές ή πολύ καλές. Συγκεκριμένα, το 44,4% θεώρησε καλά τα ΚΑΠΗ και ισάριθμο ποσοστό τα αξιολόγησε ως πολύ καλά. Αντίστοιχα, το 37,9% θεωρεί τα Κέντρα Υγείας καλά, με το 13,8% να τα αξιολογεί ως πολύ καλά. Οι υπηρεσίες «Βοήθεια στο Σπίτι» έλαβαν από το 30,4% καλές και από το 48,2% των ερωτηθέντων πολύ καλές βαθμολογίες, υποδηλώνοντας μια πιο ευνοϊκή αξιολόγηση. Οι δημοτικές υπηρεσίες αξιολογήθηκαν ως καλές από το 28% και ως πολύ καλές από το 16%, ενώ οι Τοπικές Μονάδες Υγείας συγκέντρωσαν 45,5% καλές και 13,6% πολύ καλές βαθμολογίες. Προσθέτοντας τα ποσοστά των καλών και πολύ καλών απαντήσεων, η συνολική βαθμολογία των τοπικών κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας και των τοπικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης έχει ως εξής:

- Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ): 88,8%
- Υπηρεσία «Βοήθεια στο Σπίτι»: 78,6%
- Τοπικές Μονάδες Υγείας: 59,1%
- Κέντρα Υγείας: 51,7%
- Δημοτικά Ιατρεία: 44%

Διάγραμμα 10.9. Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο (%)

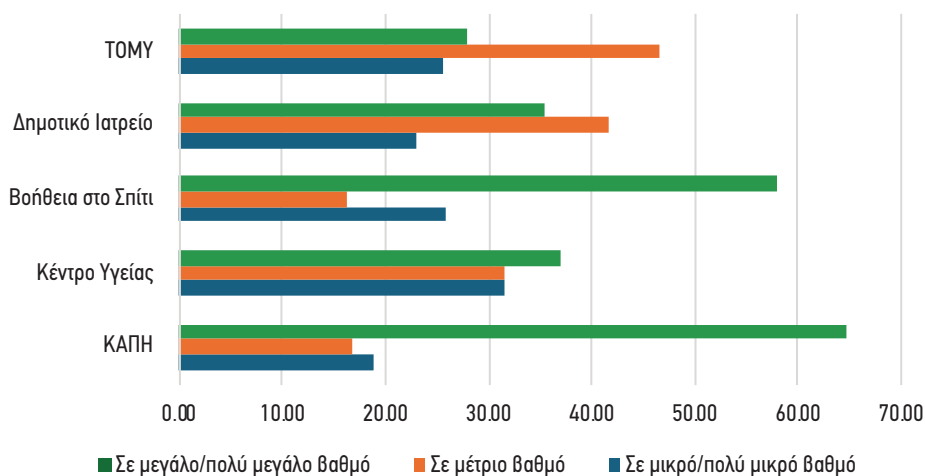


Από τα παραπάνω αποτελέσματα, φαίνεται ότι οι αξιολογήσεις από τις/τους άτυπες/ους φροντίστριες/ές όλων των δημόσιων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε τοπικό επίπεδο είναι χαμηλότερες από εκείνες των δημόσιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Ωστόσο, αν λάβουμε υπόψη όλες τις απαντήσεις και βαθμολογίες (όχι μόνο τις καλές και πολύ καλές), τότε παρατηρούμε ότι η συντριπτική πλειονότητα των ερωτηθέντων θεωρεί την ποιότητα τουλάχιστον αποδεκτή. Φυσικά, τα στοιχεία δείχνουν επίσης ότι ένα μικρό ποσοστό ερωτηθέντων αξιολόγησε τις υπηρεσίες ως κακές ή πολύ κακές, με 2,3% για τα ΚΑΠΗ, 12,1%

για τα Κέντρα Υγείας, 12,2% για την υπηρεσία «Βοήθεια στο Σπίτι», 10% για τα Δημοτικά Ιατρεία και 9,1% για τις ΤΟΜΥ. Συνολικά, όμως, οι περισσότεροι ερωτηθέντες έχουν θετική άποψη για την ποιότητα των τοπικών υπηρεσιών φροντίδας.

Το Διάγραμμα 10.10 απεικονίζει τον βαθμό στον οποίο οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο ανταποκρίνονται στις ανάγκες του μη αυτοεξυπηρετούμενου ηλικιωμένου πληθυσμού που έχει ανάγκη φροντίδας, σύμφωνα με τις δεδηλωμένες απόψεις των άτυπων φροντιστριών/ών τους. Οι απαντήσεις χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες της μεταβλητής «βαθμός κάλυψης αναγκών»: σε μικρό/πολύ μικρό, σε μέτριο, σε μεγάλο/πολύ μεγάλο βαθμό.

**Διάγραμμα 10.10. Βαθμός κάλυψης αναγκών
από τις τοπικές υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας (%)**



Τα αποτελέσματα αποκαλύπτουν ότι η σημαντική πλειονότητα των ερωτηθέντων θεωρεί ότι οι υπηρεσίες αυτές καλύπτουν σε μεγάλο ή πολύ μεγάλο βαθμό τις ανάγκες των ηλικιωμένων στις περιπτώσεις των ΚΑΠΗ (64,6%) και της υπηρεσίας «Βοήθεια στο Σπίτι» (58,1%). Όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας, οι αξιολογήσεις κατανέμονται πιο ισότιμα μεταξύ των τριών κατηγοριών της μεταβλητής στην περίπτωση των Κέντρων Υγείας, και συνηγορούν για έναν μέτριο βαθμό κάλυψης των αναγκών σε αυτές των ΤΟΜΥ και των Δημοτικών Ιατρείων (46,5% και 41,7% των απαντήσεων αντίστοιχα). Ωστόσο, είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι υπάρχει μεγάλο ποσοστό άτυπων φροντιστριών/ών (από 18,9% σε 31,6%) που θεωρούν ότι οι τοπικές υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας καλύπτουν σε μικρό ή πολύ μικρό βαθμό τις ανάγκες φροντίδας των ηλικιωμένων, επισημαίνοντας τομείς στους οποίους η πρόσβαση και η παροχή υπηρεσιών θα πρέπει να βελτιωθούν.

Συνολικά, τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι περισσότερες/οι άτυπες/οι φροντίστριες/ές θεωρούν ότι οι τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες υγείας και

φροντίδας καλύπτουν τις ανάγκες τους και αυτές των ηλικιωμένων από μέτριο έως μεγάλο βαθμό. Συνεπώς, οι προσπάθειες βελτίωσης της προσβασιμότητας και της ποιότητας των ανωτέρω υπηρεσιών θα μπορούσαν να αυξήσουν περαιτέρω τον βαθμό κάλυψης των αναγκών φροντίδας των ηλικιωμένων από αυτές τις υπηρεσίες και να ενισχύσει τις θετικές απόψεις των χρηστών για αυτές.

Συμπερασματικά, αν και τα Διαγράμματα 10.8 έως 10.10 δείχνουν ότι οι άτυπες/οι φροντίστριες/ές και τα ηλικιωμένα άτομα γενικά αντιλαμβάνονται τις τοπικές υπηρεσίες υγείας και φροντίδας ως υψηλής ποιότητας και θεωρούν ότι καλύπτουν επαρκώς τις ανάγκες τους, η πραγματική χρήση αυτών των υπηρεσιών παραμένει σχετικά περιορισμένη. Η ασυμφωνία μεταξύ θετικών αντιλήψεων και χαμηλών ποσοστών χρήσης υποδηλώνει εμπόδια πρόσβασης –όπως διαθεσιμότητα, ευαισθητοποίηση ή άλλους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες– που εμποδίζουν τη διεύρυνση της συμμετοχής του μη αυτοεξυπηρετούμενου ηλικιωμένου πληθυσμού σε τοπικά παρεχόμενες υπηρεσίες από την κοινότητα. Τα αποτελέσματα της έρευνας υπογραμμίζουν τόσο τα δυνατά σημεία των υφιστάμενων υπηρεσιών, ιδίως την αντιληπτή ποιότητά τους, όσο και τις αδυναμίες τους, δηλαδή την ανάγκη βελτίωσης της κάλυψης, ιδίως με την αύξηση της προσβασιμότητας και της εμβέλειας, ώστε να διασφαλιστεί ότι περισσότερα άτομα μπορούν να επωφεληθούν από αυτές.

4. Αποτελέσματα της έρευνας: Οι ανάγκες των άτυπων φροντιστριών/ών

Οι άτυπες/οι φροντίστριες/ές ερωτήθηκαν για τις καταλληλότερες ή προτιμώμενες μορφές φροντίδας για τους ηλικιωμένους. Η σχετική πλειονότητα των ερωτηθέντων εξέφρασε την προτίμησή της για συνδυασμό οικογενειακής φροντίδας και ιδιωτικών υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας. Συγκεκριμένα, το 44,4% των φροντιστριών/ών πίστευε ότι η βέλτιστη ρύθμιση φροντίδας θα περιλάμβανε μέλη της οικογένειας να εργάζονται μαζί με επαγγελματίες, όπως νοσηλεύτριες/ές ή προσωπικές/ούς φροντίστριες/ές που επισκέπτονται το σπίτι. Αυτή η προσέγγιση επιτρέπει την εξατομικευμένη και αξιόπιστη φροντίδα, παρέχοντας επαγγελματική υποστήριξη για την αντιμετώπιση περίπλοκων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης. Ένα άλλο 38,3% των άτυπων φροντιστριών/ών δήλωσε προτίμηση για οικογενειακή φροντίδα που συμπληρώνεται από κοινωνική φροντίδα, η οποία προσφέρεται σε τοπικό επίπεδο με βάση την κοινότητα, όπως «Βοήθεια στο Σπίτι» και άλλες υπηρεσίες.

Οι παραπάνω επιλογές θεωρούνται εφικτές και πολιτισμικά κατάλληλες, ενισχύοντας την αίσθηση της κοινότητας και της συνέχειας για τους ηλικιωμένους. Συνολικά, οι προτιμήσεις που τις υπαγορεύουν υπογραμμίζουν τη σημασία ενός υβριδικού μοντέλου φροντίδας που συνδυάζει την οικογενειακή συμμετοχή με επαγγελματικές και κοινοτικές υπηρεσίες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναγκών των ηλικιωμένων, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη την ευημερία των άτυπων φροντιστριών/ών.

**Πίνακας 10.8. Τι θα μπορούσε να κάνει το κράτος
για να διευκολύνει τις/τους άτυπες/ους φροντίστριες/ές**

Ανάγκη	Συχνότητα απαντήσεων*
Οικονομική βοήθεια/υποστήριξη	75
Υποδομές και μεταφορές	55
Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης/ιατρική περίθαλψη	65
Ασφαλές οικιακό περιβάλλον	75
Ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη	45
Επιδόματα και οικονομική βοήθεια	75
Δημόσιες δομές και υπηρεσίες	55
Κατάρτιση και εκπαίδευση	15
Προγράμματα κοινωνικοποίησης	45
Μείωση της γραφειοκρατίας	55

* Περισσότερες από μία απαντήσεις ανά συμμετέχοντα, το άθροισμα δεν ισούται με το Ν.

Τέλος, ο Πίνακας 10.8 απεικονίζει τις ανάγκες που εντοπίστηκαν συχνότερα από τις/τους άτυπες/ους φροντίστριες/ές που συμμετείχαν στην έρευνα. Αυτά περιλαμβάνουν οικονομική υποστήριξη (βοήθεια) και επιδόματα, ασφαλές οικιακό περιβάλλον με 75 απαντήσεις. Αυτό υποδηλώνει ότι η οικονομική υποστήριξη και τα ασφαλή σπίτια αποτελούν κορυφαίες προτεραιότητες για τα μέλη της οικογένειας που ασχολούνται με τη φροντίδα ηλικιωμένων. Παρεμπιπτόντως, μόνο το 15,4% των άτυπων φροντιστριών/ών που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφερε ότι έλαβε κάποια μορφή επιδόματος από το κράτος ως στήριξη για την παροχή φροντίδας.

Άλλες σημαντικές ανάγκες περιλαμβάνουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (65 απαντήσεις), υποδομές και μεταφορές (55 απαντήσεις), δημόσιες δομές και υπηρεσίες (55 απαντήσεις) και μείωση της γραφειοκρατίας (55 απαντήσεις), υποδεικνύοντας ότι η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, οι αξιόπιστες μεταφορές και ο εξορθολογισμός των διοικητικών διαδικασιών αποτελούν σημαντικά ζητήματα προς επίλυση για τη βελτίωση του συστήματος φροντίδας.

Λιγότερο συχνά αναφερόμενες ανάγκες είναι η κατάρτιση και η εκπαίδευση (15 απαντήσεις). Η ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη, καθώς και τα προγράμματα κοινωνικοποίησης, έχουν μέτριο αριθμό απαντήσεων (45), αν και η σημασία της συναισθηματικής και κοινοτικής υποστήριξης παράλληλα με τις υλικές ανάγκες είναι επιστημονικά τεκμηριωμένα.

Συμπερασματικά, οι προσπάθειες για τη στήριξη και διευκόλυνση της φροντίδας από τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να δίνουν προτεραιότητα στην οικονομική βοήθεια, την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και την προστασία στο σπίτι, ενώ παράλληλα θα πρέπει να αντιμετωπίζουν τις υποδομές, τη διοικητική αποτελεσματικότητα και τη συναισθηματική υποστήριξη.

5. Συμπεράσματα

Η έρευνα στις/στους άτυπες/ους φροντίστριες/ές ηλικιωμένων του προγράμματος GELDERIN ανέδειξε τα έμφυλα χαρακτηριστικά της άτυπης φροντίδας: τη μεγαλύτερη εμπλοκή των γυναικών σε αυτή έναντι των ανδρών, τόσο αριθμητικά όσο και ποιοτικά. Όχι μόνο ένα μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών απ' ό,τι ανδρών παρέχει φροντίδα, αλλά τόσο η συχνότητα της παρεχόμενης φροντίδας όσο και η δαπάνη χρόνου σε εβδομαδιαία βάση είναι πολύ μεγαλύτερη στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες. Μην αναμενόμενο, γι' αυτό ενδιαφέρον, είναι το εύρημα ότι οι άνδρες και οι γυναίκες εργαζόμενοι/ες δαπανούν τον ίδιο χρόνο στην άτυπη φροντίδα, με αποτέλεσμα η έμφυλη διαφορά ως προς τον χρόνο παροχής άτυπης φροντίδας να προέρχεται μόνο από τις/τους μη εργαζόμενες/ους άτυπες/ους φροντίστριες/ές. Από την άλλη πλευρά, τα καθήκοντα και οι ευθύνες φροντίδας διαφέρουν μεταξύ ανδρών και γυναικών, ενώ και τα δύο φύλα αδιακρίτως ασχολούνται με τα θέματα υγείας και ευημερίας των ηλικιωμένων που φροντίζουν. Οι άνδρες, ωστόσο, δεν ασχολούνται με τη σωματική φροντίδα-υγιεινή των ηλικιωμένων συζύγων, γονιών ή συγγενών ούτε με την προετοιμασία γευμάτων ή τη διαχείριση-εκτέλεση οικιακών εργασιών στο σπίτι του ηλικιωμένου ατόμου στον ίδιο βαθμό με τις γυναίκες, αλλά με δουλειές όπως οι αγορές, η μετακίνηση ή οι μεταφορές, αντικατοπτρίζοντας την επίδραση του παραδοσιακού έμφυλου καταμερισμού της οικιακής εργασίας στον τρέχοντα έμφυλο καταμερισμό της άτυπης εργασίας φροντίδας ηλικιωμένων. Τα ευρήματα της έρευνας αναδεικνύουν επίσης μεγάλες έμφυλες ανισότητες εις βάρος των γυναικών, ως προς το μέσο επίπεδο δυσκολίας των καθηκόντων άτυπης εργασίας φροντίδας ηλικιωμένων και τη σωματική κόπωση που αυτή προκαλεί. Τέλος, η εμπλοκή του 41,5% των φροντιστριών έναντι του 18,4% των φροντιστών του δείγματος στην άτυπη φροντίδα και άλλων προσώπων πλην των ηλικιωμένων παραπέμπει στην έμφυλη ανισότητα κατανομής του συνολικού όγκου της απλήρωτης εργασίας φροντίδας στη χώρα μας, η οποία παραμένει μέχρι σήμερα κυρίως γένους θηλυκού.

Η έρευνα έδωσε ακόμη πολύ σημαντικά στοιχεία για τους λόγους για τους οποίους η απασχόληση αμειβόμενων φροντιστριών κατ' οίκον είναι σχετικά περιορισμένη στη χώρα μας, με το ένα τρίτο των άτυπων φροντιστριών/ών να απαντούν ότι ο κύριος λόγος είναι η οικονομική αδυναμία, ένα άλλο τρίτο να αναφέρει δικούς του ηθικούς και συναισθηματικούς λόγους και άρνηση των ηλικιωμένων, και τις/τους υπόλοιπες/ους να αναφέρουν πρακτικά κωλύματα (ανασφάλεια, έλλειψη εμπιστοσύνης κ.λπ.). Επίσης, οι απαντήσεις στις ερωτήσεις της έρευνας προς τις/τους άτυπες/ους φροντίστριες/ές για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο επιβεβαίωσαν τα ευρήματα της έρευνας στους/στις ηλικιωμένους/ες: αφενός, τον χαμηλό βαθμό χρήσης όλων των υπηρεσιών από τους/τις ηλικιωμένους/ες λόγω ελλιπούς πληροφόρησης, θεσμικών και άλλων εμποδίων στην

πρόσβαση και αρνητικής προκατάληψης για τις κρατικές υπηρεσίες, και, αφετέρου, την πολύ θετική άποψη των χρηστών για την ποιότητα των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και τη μέτρια αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης.

Δεν είναι επομένως να απορεί κανείς που οι προτιμήσεις των άτυπων φροντιστριών/ών διχάζονται μεταξύ όσων θεωρούν καταλληλότερο συνδυασμό φροντίδας την οικογενειακή φροντίδα με ιδιωτικές επαγγελματικές υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας και όσων θεωρούν ότι ο συνδυασμός της οικογενειακής φροντίδας με αναβαθμισμένες τοπικές υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας είναι προτιμότεος, με τον πρώτο συνδυασμό να υπερτερεί καθαρά αλλά όχι πάρα πολύ έναντι του δεύτερου. Στην πραγματικότητα, ο διχασμός στις προτιμήσεις αναδεικνύει τον ανταγωνισμό μεταξύ δύο διαφορετικών τρόπων (αναδι)οργάνωσης του μείγματος της φροντίδας: ο πρώτος έχει βάση την οικογένεια που έχει την ευθύνη συνδυασμού της άτυπης φροντίδας με τις ιδιωτικές υπηρεσίες, ενώ ο δεύτερος έχει βάση την κοινότητα, που μεριμνά για την ανάληψη των οικογενειακών βαρών μέσα από δημόσιες υπηρεσίες.

Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη οι ανάγκες των άτυπων φροντιστριών/ών, οι οποίες/οι μέσα από τις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο της έρευνας έθεσαν στην πρώτη γραμμή των προτεραιοτήτων τους την οικονομική στήριξη με επιδόματα από το κράτος, το ασφαλές οικιακό περιβάλλον και τις καλές δημόσιες υπηρεσίες υγείας και μεταφορών για τους/τις ηλικιωμένους/ες, καθώς και τη μείωση της γραφειοκρατίας για τις/τους ίδιες/ους.

Βιβλιογραφία

- Τριανταφύλλου, Τζ., Μεσθεναίου, Ε., Προύσκας, Κ., Γκόλτσι, Π., Κοντούκα, Σ. & Λουκίσης, Α. (2006). *Η οικογένεια που φροντίζει εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα: Πανελλήνια έρευνα. Περίληψη της ελληνικής έκθεσης*. EUROFAMCARE, ΙΚΠΑ. http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_el_in_greek.pdf
- Triantafyllou, J., Mestheneos, E., Prouskas, C., Goltsi, V. & Loukissis, A. (2006). *Services for supporting family carers of older dependent people in Europe: National survey report for Greece* (Deliverable No. 18). EUROFAMCARE. https://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_el.pdf

Κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων σε τοπικό επίπεδο: Οι περιπτώσεις των Δήμων Αθηναίων, Αγίου Δημητρίου και Χαλανδρίου

Όλγα Δούρου, Εύη Χατζηβαρνάβα

Εισαγωγή

Για την υλοποίηση των ερευνών πεδίου του προγράμματος GELDERIN σε ηλικιωμένους/ες και στις/στους άτυπες/ους φροντίστριες/ές τους, η ερευνητική ομάδα συνεργάστηκε στενά με την ηγεσία και τις κοινωνικές υπηρεσίες και δομές των Δήμων Αθηναίων, Αγίου Δημητρίου και Χαλανδρίου. Εκτός από τις έρευνες πεδίου, ο σχεδιασμός του προγράμματος προέβλεπε συμπληρωματικά στους ίδιους δήμους ποιοτική έρευνα με συνεντεύξεις και ομάδες εστίασης με εκπροσώπους και στελέχη των δήμων και οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών, χρήστες υπηρεσιών κ.ά.

Σκοπός της ποιοτικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε αυτούς τους τρεις δήμους της Περιφέρειας Ατικής ήταν να διαπιστώσει τη διαθεσιμότητα των κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων στους εν λόγω δήμους, την αξιοποίησή τους από τους δημότες και την επάρκεια των υπηρεσιών που παρέχουν. Εξετάστηκαν παράγοντες όπως το κόστος τους, η ποιότητά τους, η ευκολία/δυσκολία πρόσβασης σε αυτές και το πόσο φιλικές είναι προς τον χρήστη. Ζητούμενο ήταν η διαπίστωση αν οι τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας για τους ηλικιωμένους είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους και η διαμόρφωση προτάσεων βελτίωσής τους ώστε να καλύπτουν επαρκώς τις τελευταίες.

Το παρόν κεφάλαιο επικεντρώνεται στην ποιοτική ανάλυση των συνεντεύξεων και των ομάδων εστίασης (focus groups) που διεξήχθησαν στους Δήμους Αθηναίων, Αγίου Δημητρίου και Χαλανδρίου με εκπροσώπους και στελέχη των κοινωνικών υπηρεσιών των δήμων, καθώς και οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών που δραστηριοποιούνται ή έχουν έδρα τις περιοχές των δήμων, εξυπηρετούμενους/ες των τοπικών υπηρεσιών, εργαζόμενους/ες και επαγγελματίες αλλά και φροντιστές/ριες ηλικιωμένων.¹

1. Την ευθύνη των συνεντεύξεων και των ομάδων εστίασης στον Δήμο Αθηναίων και στον Δήμο Αγίου Δημητρίου είχε η Όλγα Δούρου, ενώ την ευθύνη των συνεντεύξεων και των ομάδων εστίασης στον Δήμο Χαλανδρίου είχε η Εύη Χατζηβαρνάβα. Σημειώνουμε ότι επειδή η Όλγα

Συνολικά, πραγματοποιήθηκαν εννέα ατομικές συνεντεύξεις με εκπροσώπους και των τριών δήμων και έξι συνεντεύξεις με εκπροσώπους οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών.²

Όσον αφορά τις ομάδες εστίασης, οργανώθηκαν δύο ομάδες εστίασης, μία στον Δήμο Αθηναίων και μία στον Δήμο Χαλανδρίου με εκπροσώπους φορέων, εξυπηρετούμενους/ες υπηρεσιών και φροντιστές/ριες ηλικιωμένων και, επικουρικά, μία ομάδα εστίασης με εκπροσώπους κυρίως της Εταιρείας Alzheimer Αθηνών. Συνολικά, συμμετείχαν είκοσι εννέα άτομα στις τρεις ομάδες εστίασης.

Πιο συγκεκριμένα, στην ομάδα εστίασης στον Δήμο Αθηναίων συμμετείχαν δέκα άτομα, οκτώ γυναίκες και δύο άνδρες. Από αυτά, δύο ήταν εκπρόσωποι του δημοτικού συμβουλίου (η αντιδήμαρχος Διαγενεακής Αλληλεγγύης και η εντεταλ-

μένη, εκτός από ερευνήτρια του προγράμματος, είναι και αντιδήμαρχος αρμόδια για την τρίτη ηλικία στον Δήμο Αθηναίων, δεν κρίθηκε απαραίτητο να οργανώσουμε περισσότερες ατομικές συνεντεύξεις στον συγκεκριμένο δήμο. Παράλληλα, για λόγους διαφάνειας και δεοντολογίας, όλοι οι εργαζόμενοι στον Δήμο Αθηναίων που συμμετείχαν στην ομάδα εστίασης είχαν γνώση της διπλής ιδιότητας και, επιπλέον, η ομάδα εστίασης συντονίστηκε από τη δεύτερη ερευνήτρια, την Ε. Χατζηβαρνάβα, για τους ίδιους λόγους. Επίσης, η Ο. Δούρου πραγματοποίησε, επικουρικά, πέντε από τις έξι συνεντεύξεις και οργάνωσε μια ομάδα εστίασης με εκπροσώπους ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών φορέων (οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών), ενώ η Ε. Χατζηβαρνάβα πραγματοποίησε μία συνέντευξη με εκπρόσωπο ενός τέτοιου φορέα.

2. Όσον αφορά τις προσωπικές συνεντεύξεις, στον Δήμο Αθηναίων πραγματοποιήθηκε μία ατομική συνέντευξη με την προϊσταμένη του Τμήματος Τρίτης Ηλικίας Άννα Κωστοπούλου. Στον Δήμο Αγίου Δημητρίου οργανώσαμε τέσσερις προσωπικές συνεντεύξεις με τον Αντιδήμαρχο Κοινωνικής Μέριμνας Αθανάσιο Μπαμπάνα, τη Ματίνα Ταβουλαρέα, κοινωνική λειτουργό, τότε προϊσταμένη του Τμήματος Υγείας και Πρόνοιας, την Ιωάννα Ζουρνά, κοινωνική λειτουργό στο «Βοήθεια στο Σπίτι» και την Ειρήνη Καραμανώλη, κοινωνική λειτουργό, υπεύθυνη των ΚΑΠΗ του δήμου. Στον Δήμο Χαλανδρίου διεξήχθησαν τέσσερις συνεντεύξεις με τον Ιωάννη Λαδόπουλο, Αντιδήμαρχο Υγείας και Προστασίας Ηλικιωμένων, τον Μάριο Αντωνάκη, προϊστάμενο του Τμήματος Προληπτικής Ιατρικής, την Ιωάννα Τσιρέβελου, προϊσταμένη του Τμήματος ΚΑΠΗ και την Τριάδα Ευαγγελίου, κοινωνική λειτουργό στα ΚΑΠΗ.

Επίσης, πραγματοποιήθηκαν προσωπικές συνεντεύξεις με εκπροσώπους οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών που δραστηριοποιούνται στη φροντίδα των ηλικιωμένων και στην υγιή και ενεργή γήρανση. Πιο συγκεκριμένα, μιλήσαμε με την Όλγα Παπαδογιώπουλου, γενική διευθύντρια της ΜΚΟ Νοσηλεία, η οποία ασχολείται με την παρηγορητική φροντίδα σε οίκους ευγηρίας και αντιμετωπίζει περιστατικά σε όλη την Αττική, συμπεριλαμβανομένων των Δήμων Αθηναίων, Αγίου Δημητρίου και Χαλανδρίου. Τη Νικολέττα Γερονικόλα, στέλεχος της Εταιρείας Alzheimer Αθηνών, η οποία, παρόλο που εδρεύει στην Αθήνα, δραστηριοποιείται σε όλη τη χώρα. Τον Κωνσταντίνο Αλπίδη, επικεφαλής επικοινωνίας και εύρεσης πόρων της ΜΚΟ SAMS Hellas, η οποία προσφέρει ψυχοκοινωνική υποστήριξη και γυναικολογικές εξετάσεις σε ηλικιωμένους/ες και μετανάστες/ριες. Τον Νότη Παρασκευόπουλο, αντιπρόεδρο της Ελληνικής Πρωτοβουλίας κατά του Alzheimer, συνιδρυτή της ΜΚΟ «Θαλλώ», η οποία διεξάγει καλλιτεχνικά προγράμματα, ως μέσο θεραπείας σε ηλικιωμένους που αντιμετωπίζουν άνοια και επίσης πραγματοποιεί εκπαιδεύσεις για φροντιστές/ριες. Την Κυριακή Βλαχάκη, διοικητική διευθύντρια του Σπηλιόπουλειου Νοσοκομείου, το οποίο το 2023 υπέστη αλλαγή χρήσης και έγινε η πρώτη δημόσια μονάδα παρηγορητικής φροντίδας. Τέλος, τον Φίλιππο Ασπρίδη, επιστημονικό διευθυντή του Οικοτροφείου και εργοθεραπευτή στο Καρέλλειο Πρότυπο Κέντρο Alzheimer, το οποίο ανήκει στην «Αποστολή», τη ΜΚΟ της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών.

μένν δημοτική σύμβουλος για θέματα προσβασιμότητας), πέντε ήταν εκπρόσωποι εργαζόμενων στις δομές του δήμου (η προϊσταμένη του τμήματος τρίτης ηλικίας, μία επισκέπτρια υγείας από το Τμήμα Προληπτικής Ιατρικής, μία εργαζόμενη στη Λέσχη Φιλίας, μία κοινωνική λειτουργός και ένας νοσηλεύτης από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και δύο ήταν εκλεγμένες εκπρόσωποι από δύο Λέσχες Φιλίας).

Στον Δήμο Χαλανδρίου συμμετείχαν δέκα άτομα, οκτώ γυναίκες και δύο άνδρες. Απ' αυτά πέντε ήταν χρήστες υπηρεσιών, δύο φροντίστριες, δύο εργαζόμενες στον δήμο (μία ήταν νοσηλεύτρια και μία υπάλληλος των ΚΑΠΗ), και μια εκπρόσωπος των εργαζόμενων του δήμου.

Οργανώσαμε επίσης μία ομάδα εστίασης δέκα ατόμων με επικέντρωση στην υγιή γήρανση και ειδικά σε θέματα που αφορούν την άνοια, στην οποία συμμετείχαν έξι γυναίκες και τέσσερις άνδρες.³ Από τα μέλη της ομάδας, επτά ήταν εκπρόσωποι-εργαζόμενοι δομών της Εταιρείας Alzheimer Αθηνών, ένας νοσηλεύτης στο «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Αθηναίων, ένας επισκέπτης αναπληρωτής καθηγητής στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων και ένας κοινωνικός λειτουργός, υπεύθυνος για την δημιουργία ΚΗΦΗ στον Δήμο Ιλίου.

Οι ερευνήτριες ευχαριστούν θερμά όλους/ες όσοι/ες συμμετείχαν στην έρευνα για τον χρόνο και τη θετική τους στάση στη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων.

1. Προφίλ των Δήμων Αθηναίων, Αγίου Δημητρίου και Χαλανδρίου

Δήμος Αθηναίων

Ο Δήμος Αθηναίων είναι ο κεντρικός δήμος της πρωτεύουσας της χώρας και ανήκει στην Περιφέρεια Αττικής. Σύμφωνα με την Απογραφή Πληθυσμού του 2021, έχει 643.452 κάτοικους και χωρίζεται διοικητικά σε επτά δημοτικά διαμερίσματα. Στην αντίστοιχη Απογραφή του 2011 είχε 664.046 κατοίκους, άρα παρατηρούμε μια μείωση κατά περίπου 3,1%.⁴ Αν και δεν βρήκαμε ακριβή στοιχεία για το πόσα είναι τα ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν στον Δήμο Αθηναίων, σύμφωνα με την Απογραφή του 2021, από το σύνολο του πληθυσμού της Περιφέρειας Αττικής, το 27,7% είναι άνω των 60 ετών και το 14,4% άνω των 70.⁵ Εάν θεωρήσουμε ότι η κατανομή είναι ομοιόμορφη σε όλους τους δήμους της Αττικής, τότε ο αριθμός των κατοίκων στον Δήμο Αθηναίων άνω των 60 ετών είναι κατ' εκτίμηση 178.236 και αυτών άνω των 70 είναι 92.657.

3. Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μας στην Εταιρεία Alzheimer Αθηνών και στην πρόεδρό της, Παρασκευή Σακκά, καθώς και στη Νικολέττα Γερονικόλα, που βοήθησε στη διοργάνωση της ομάδας εστίασης.

4. https://elstat-outsourcers.statistics.gr/Census2022_GR.pdf

5. ΕΛΣΤΑΤ, Πίνακας Α04. Απογραφή Πληθυσμού 2021. Μόνιμος πληθυσμός κατά ομάδες ηλικιών και τόπο γέννησης. Σύνολο χώρας-Περιφέρειες.

Λόγω της έκτασής του, αλλά και της ιδιότητάς του ως κέντρου της πρωτεύουσας της χώρας, η σύνθεση του πληθυσμού είναι ανομοιογενής. Το οικονομικό, κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο των κατοίκων του δεν είναι ενιαίο, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται διαφορετικές ανάγκες κάλυψης για τους δημότες και οι αποδέκτες των υπηρεσιών να τις αξιολογούν διαφορετικά.

Για παράδειγμα, το πρώτο δημοτικό διαμέρισμα περιλαμβάνει το αστικό Κολωνάκι, τα «επαναστατικά» Εξάρχεια, τη Διονυσίου Αρεοπαγίτου, έναν από τους ακριβότερους δρόμους στην Ελλάδα, το εμπορικό τρίγωνο που έχει τουριστικοποιηθεί σε μεγάλο βαθμό τα τελευταία χρόνια, αλλά και τον Άγιο Παύλο και τα σοκάκια γύρω από την Ομόνοια, περιοχές που γνωρίζουν μεγάλη αύξηση της εγκληματικότητας και όπου εντοπίζονται φαινόμενα γκετοποίησης. Οι λόγοι για την υποβάθμιση στις περιοχές αυτές σχετίζονται κυρίως με τη συσσώρευση δομών και υπηρεσιών που συνδέονται με την αστεγία και τις εξαρτήσεις. Ως εκ τούτου, παρατηρείται υπερσυγκέντρωση ατόμων που κάνουν συχνά δημόσια παράνομο εμπόριο και χρήση ναρκωτικών ουσιών, δεν διαθέτουν μόνιμο κατάλυμα και έχουν παραβατική συμπεριφορά, ενώ παράλληλα δεν τηρούν τους κανόνες υγιεινής. Τα άλλα δημοτικά διαμερίσματα παρουσιάζουν λιγότερες διαφοροποιήσεις στο εσωτερικό τους, αν και το καθένα από αυτά έχει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του.

Δήμος Αγίου Δημητρίου

Σύμφωνα με την Απογραφή Πληθυσμού του 2021, ο δήμος έχει 71.664 μόνιμους κατοίκους, ενώ το 2011 είχε 71.294,⁶ δηλαδή παρουσίασε οριακή αύξηση πληθυσμού. Δεν βρήκαμε ακριβή στοιχεία για το πόσα ηλικιωμένα άτομα διαμένουν στον δήμο, αν και με βάση τις πληροφορίες για την Περιφέρεια Αττικής που προαναφέραμε και εάν θεωρήσουμε ότι η κατανομή είναι ομοιόμορφη σε όλους τους δήμους της Αττικής, τότε ο αριθμός των κατοίκων στον Δήμο Αγίου Δημητρίου άνω των 60 ετών είναι κατ' εκτίμηση 19.850 και αυτών άνω των 70 είναι 10.319.⁷

Ο Δήμος Αγίου Δημητρίου αρχικά αποτελούσε αγροτική περιοχή, αλλά με την πάροδο των χρόνων αστικοποιήθηκε. Θεωρείται μία από τις εργατικές περιοχές των νοτίων προαστίων και πολλά από τα σπίτια του διατηρούν τη φυσιογνωμία των οικογενειακών πολυκατοικιών που επικρατούσαν τον περασμένο αιώνα.

6. https://elstat-outsourcers.statistics.gr/Census2022_GR.pdf

7. ΕΛΣΤΑΤ, Πίνακας Α04. Απογραφή Πληθυσμού 2021. Μόνιμος πληθυσμός κατά ομάδες ηλικιών και τόπο γέννησης. Σύνολο χώρας-Περιφέρειες.

Δήμος Χαλανδρίου

Ο Δήμος Χαλανδρίου, με βάση την Απογραφή Πληθυσμού του 2021, έχει 77.102 κατοίκους, ενώ στην Απογραφή του 2011 είχε 74.192.⁸ Ο πληθυσμός επομένως του δήμου αυξήθηκε στα δέκα χρόνια μεταξύ των δύο απογραφών κατά περίπου 4%. Αν και δεν βρήκαμε ακριβή στοιχεία για το πόσα είναι τα ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν στον δήμο, με βάση τις πληροφορίες για την Περιφέρεια Αττικής που προαναφέραμε και εάν θεωρήσουμε ότι η κατανομή είναι ομοιόμορφη σε όλους τους δήμους της Αττικής, τότε ο αριθμός των κατοίκων στον Δήμο Αγίου Δημητρίου άνω των 60 ετών είναι κατ' εκτίμηση 21.357 και αυτών άνω των 70 είναι 11.102.⁹

Παρά την κεντρική του θέση και το γεγονός ότι έχει αναπτύξει δραστηριότητες και υπηρεσίες του τριτογενούς τομέα υπερτοπικής εμβέλειας –όπως εμπόριο, υπηρεσίες και δραστηριότητες/χώρους αναψυχής– που απευθύνονται όχι μόνο στους κατοίκους του, αλλά και σε όλους τους δήμους της Βορειοανατολικής Αττικής, ο βασικός του χαρακτήρας παραμένει οικιστικός και διακρίνεται από χαμηλή αστική πυκνότητα. Όπως αναφέρουν και οι εκπρόσωποι του δήμου, οι κάτοικοι είναι κυρίως χαμηλού-μεσαίου και μεσαίου οικονομικού επιπέδου.

2. Στρατηγικές και παρεχόμενες υπηρεσίες για ηλικιωμένους στους Δήμους Αθηναίων, Αγίου Δημητρίου και Χαλανδρίου

Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

Τα μόνα προγράμματα που λειτουργούν συστηματικά στο σύνολο της ελληνικής επικράτειας, και σχετίζονται με την ενεργή γήρανση και την πρόληψη για τη διατήρηση της καλής υγείας αλλά και τη φροντίδα της τρίτης ηλικίας, είναι τα ΚΑΠΗ και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Δεν είναι τυχαίο, άλλωστε, πως η χώρα μας καταλαμβάνει μία από τις τελευταίες θέσεις στον Δείκτη Ενεργής Γήρανσης ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης των 28, με σκορ μόλις 29 με άριστα στον γενικό δείκτη το 56,4% (Zaidi et al., 2017).

Στην προσπάθειά μας να χαρτογραφήσουμε τα ΚΑΠΗ, ανατρέξαμε στους ιστότοπους των δήμων όλης της χώρας και σε περίπτωση που δεν βρήκαμε επαρκή στοιχεία επικοινωνήσαμε τηλεφωνικώς. Θα θέλαμε να σημειώσουμε πως δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για τον ακριβή αριθμό τους και πως ο αριθμός αυτός μεταβάλλεται διαρκώς, δεδομένου ότι, όπως ενημερωθήκαμε κατά την επικοινωνία

8. https://elstat-outsourcers.statistics.gr/Census2022_GR.pdf

9. ΕΛΣΤΑΤ, Πίνακας Α04. Απογραφή Πληθυσμού 2021. Μόνιμος πληθυσμός κατά ομάδες ηλικιών και τόπο γέννησης. Σύνολο χώρας-Περιφέρειες.

μας με τους δήμους, πολλά ΚΑΠΗ έκλεισαν τα περασμένα χρόνια, κυρίως σε μη αστικές και ημιαστικές περιοχές.

Σύμφωνα με την έρευνά μας, τα ΚΑΠΗ ανέρχονται πανελλαδικά σε 592 και συχνά τα συναντάμε και με άλλες ονομασίες, όπως, λόγου χάρη, Λέσχες Φιλίας στον Δήμο Αθηναίων. Αποτελούν τον πρώτο θεσμό ενεργής γήρανσης, παρόλο που, όταν θεσμοθετήθηκαν τη δεκαετία του '80, δεν υπήρχε εξοικείωση με τον όρο. Ο λόγος που τα κατατάσσουμε στις πολιτικές ενεργής γήρανσης των δήμων έγκειται στο φάσμα των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της λειτουργίας τους.

Αν και δεν υπάρχει ενιαίο πρόγραμμα, εκτός από τις υπηρεσίες που σχετίζονται με τη διατήρηση της καλής υγείας, όπως είναι οι φυσικοθεραπείες και οι ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης, στα ΚΑΠΗ διεξάγεται πλήθος δράσεων, όπως επισκέψεις σε θέατρα, διοργάνωση γιορτών και εκδρομών. Παράλληλα, τα μέλη τους συμμετέχουν σε θεατρικές ομάδες, κάνουν γιόγκα, μουσική, γυμναστική, αυτοάμυνα και άλλες δραστηριότητες. Παράλληλα, στο πλαίσιο της εθελοντικής προσφοράς, τα ίδια τα μέλη μπορεί να διδάσκουν μαθήματα και δεξιότητες, αλλά και να διασυνδέονται με οργανώσεις από την κοινωνία των πολιτών για να παραγάγουν εθελοντικό έργο. Ως εκ τούτου, γίνεται φανερό πως τα ΚΑΠΗ συγκαταλέγονται πρωτίστως στις προληπτικές δράσεις ενεργής γήρανσης, βοηθώντας στην κοινωνικοποίηση, την καταπολέμηση της κατάθλιψης και της περιθωριοποίησης και γενικότερα στην αυτοφροντίδα των ατόμων τρίτης ηλικίας.

Συζητώντας με ωφελούμενους/ες και αυτοδιοικητικά στελέχη από διαφορετικούς δήμους της επικράτειας, κατέστη σαφές πως η λειτουργία των ΚΑΠΗ παρουσιάζει μεγάλες διαφορές ως προς τις δραστηριότητες που προσφέρουν, ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της περιοχής όπου εδρεύουν, αλλά και με την πολιτική βούληση της εκάστοτε διοίκησης του δήμου. Αυτό συμβαίνει γιατί οι δραστηριότητες δεν προκύπτουν έπειτα από συγκεκριμένες οδηγίες της κεντρικής διοίκησης, αλλά η επιλογή τους επαφίεται στον κάθε δήμο ξεχωριστά.

Για παράδειγμα, σύμφωνα με μαρτυρίες εργαζόμενων στην αυτοδιοίκηση, σε περιοχές όπου συγκεντρώνονται άτομα με υψηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο υπάρχει μεγαλύτερη προθυμία εκ μέρους τους να δοκιμάσουν νέες δραστηριότητες. Ο λόγος, όπως φάνηκε από τις συζητήσεις, είναι πως υπάρχει σύνδεση μεταξύ καλής υγείας και οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου, κάτι που επιβεβαιώνεται και από μελέτες που έχουν διεξαχθεί και καταδεικνύουν σαφή συσχέτιση μεταξύ καλής υγείας και κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου (Roemer, 2011). Αξίζει επίσης να σημειωθεί πως ένα μεγάλο έλλειμμα στη λειτουργία των ΚΑΠΗ είναι η απουσία μετρήσιμων δεικτών όσον αφορά τον αντίκτυπο των δράσεών τους (Κωστοπούλου, 2017), ενώ παράλληλα η λειτουργία τους πολλές φορές θεωρείται απαρχαιωμένη, μιας και δεν έχει γίνει συστηματική προσπάθεια εκσυγχρονισμού τους τις τελευταίες δεκαετίες.

«Βοήθεια στο Σπίτι»

Όσον αφορά το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι το μόνο που λειτουργεί συστηματικά στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας, με κύριο στόχο την αποφυγή της ιδρυματοποίησης των ηλικιωμένων και των αναπήρων. Όπως αναφέρεται και στο «Σχέδιο Περιγραφής της Δράσης Βοήθεια στο Σπίτι, στο πλαίσιο των Περιφερειακών Προγραμμάτων του Γ' ΚΠΣ», γενικός σκοπός του προγράμματος είναι «η παραμονή των ηλικιωμένων και ατόμων με αναπηρίες στο φυσικό και οικείο τους περιβάλλον, η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, η αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού, η εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους».

Το Σχέδιο Περιγραφής αποτελεί κείμενο-οδηγό για τους δήμους από τη στιγμή που χρησιμοποιείται ως άτυπος κανονισμός λειτουργίας, εφόσον, παρά τη μακρόχρονη λειτουργία του προγράμματος, τέτοιο κανονισμοί δεν έχουν δημιουργηθεί και θεσμοθετηθεί.

Το πρόγραμμα επιδιώκει επί της ουσίας να υποκαταστήσει τα άτυπα δίκτυα της κοινότητας, όπως λειτουργούσαν πριν από τη δεκαετία του '80, με τους εργαζόμενους του προγράμματος να παρέχουν κατά κύριο λόγο υπηρεσίες καθαρισμού της κατοικίας και συνοδείας κατά τη μετακίνηση για ιατρικά ραντεβού, καθώς και ανάληψης εξωτερικών εργασιών μικρής κλίμακας. Παρ' όλα αυτά, η λειτουργία του προγράμματος, όπως θα δούμε αναλυτικά και στη συνέχεια, δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες των ωφελούμενων.

Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)

Μια άλλη υπηρεσία που λειτουργεί τα τελευταία χρόνια σε κάποιους δήμους της χώρας είναι τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ). Τα ΚΗΦΗ αποτελούν μια υπηρεσία ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων που διαμένουν με τους οικείους τους και δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως. Ο στόχος των ΚΗΦΗ είναι διπτός. Από τη μία, προσφέρουν υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας σε χρόνια πάσχοντες και συμβάλλουν στη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής τους υγείας. Από την άλλη, λειτουργούν ανακουφιστικά και προς τους/τις φροντιστές/ριές τους, κυρίως τις κόρες τους, οι οποίες λόγω της παραμονής των ηλικιωμένων στον χώρο αυτό μπορούν να συνεχίσουν την εργασία τους ή, εφόσον δεν εργάζονται, να αναζητήσουν εργασία. Εντούτοις, η ανάπτυξη αυτών των χώρων είναι περιορισμένη, δεδομένου ότι στη χώρα λειτουργούν μόνο 70 τέτοιες δομές, ενώ δεν λειτουργούν σε μερικούς από τους μεγαλύτερους δήμους της χώρας. Η χρηματοδότησή τους δεν προέρχεται από την κεντρική διοίκηση, αλλά κατά κύριο λόγο από ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά κονδύλια που διαμοιράζονται από τις Περιφέρειες.

Κατά συνέπεια, υπάρχουν μεγάλα κενά ως προς τις υπηρεσίες φροντίδας που προσφέρουν οι δήμοι σε σχέση τις ανάγκες του πληθυσμού. Αναδεικνύεται έτσι η ανάγκη για εφαρμογή των συστάσεων της ΕΕ για την ενεργή και υγιή γήρανση και τη μακροχρόνια φροντίδα.

Υπηρεσίες του Δήμου Αθηναίων για την τρίτη ηλικία

Ο Δήμος Αθηναίων διαθέτει τμήμα τρίτης ηλικίας που έχει υπό την ευθύνη του 25 Λέσχες Φιλίας (ΚΑΠΗ) οι οποίες έχουν 4.500 μέλη και 67 εργαζόμενους/ες. Οι Λέσχες Φιλίας του δήμου είναι, έως έναν βαθμό, αυτοδιοικούμενες, αφού για κάθε Λέσχη υπάρχει ξεχωριστό συμβούλιο εννέα μελών το οποίο απαρτίζεται από τον/τη πρόεδρο που είναι εκλεγμένος/η σύμβουλος στο διαμέρισμα ή στο δημοτικό συμβούλιο από την πλειοψηφούσα παράταξη, δύο ακόμα μέλη από την πλειοψηφούσα παράταξη, δύο μέλη από την αντιπολίτευση, δύο άτομα που είναι δραστήρια στην κοινότητα και δύο άτομα με διαιτητική θητεία που εκλέγονται από τα μέλη των Λεσχών. Τέλος, στον Δήμο Αθηναίων παρατηρήσαμε πως έχει δοθεί μεγάλη έμφαση σε συνεργασίες με οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών για να καλυφθούν οι ανάγκες.

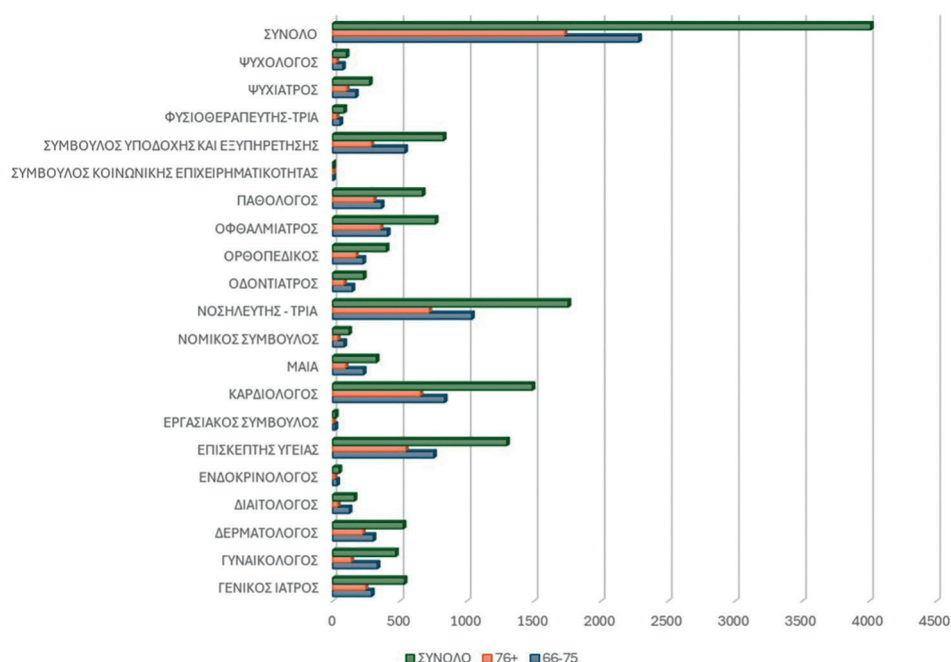
Οι Λέσχες Φιλίας οργανώνουν μια ευρεία γκάμα μαθημάτων, από γιόγκα έως αυτοάμυνα και ξένες γλώσσες, ενώ τον τελευταίο χρόνο έχουν γίνει ενέργειες για την προαγωγή της διαγενεακής αλληλεγγύης και της ενεργής γήρανσης, όπως είναι η συνεργασία με την Εθνική Λυρική Σκηνή που πραγματοποιεί μουσικά βιωματικά εργαστήρια σε Λέσχες Φιλίας, συμπεριλαμβανομένων των διαγενεακών εργαστηρίων.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Αθηναίων παρουσιάζει αρκετές διαφοροποιήσεις σε σχέση με άλλα ομοειδή προγράμματα που λειτουργούν στην επικράτεια. Οι διαφοροποιήσεις έγκεινται στο ότι ο Δήμος Αθηναίων λειτουργεί συμπληρωματικά το πρόγραμμα «Κατ' οίκον»¹⁰ με συνεχόμενη χρηματοδότηση από το ΕΣΠΑ, το οποίο του δίνει τη δυνατότητα να αυξήσει το προσωπικό που παρέχει υπηρεσίες στα σπίτια των ωφελούμενων, καθώς και να χρηματοδοτεί δράσεις υγιούς και ενεργής γήρανσης. Η ένταξη του προγράμματος «Κατ' οίκον» έλαβε χώρα κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ως αντιστάθμισμα στις αυξημένες ανάγκες φροντίδας που αναδείχθηκαν εξαιτίας της κοινωνικής απομόνωσης. Το «Βοήθεια στο Σπίτι» υπήρξε η μόνη υπηρεσία που κατά τη διάρκεια της πανδημίας δεν διέκοψε τη λειτουργία του, αλλά την ενίσχυσε τόσο μέσω της δημιουργίας του «Κατ' οίκον» όσο

10. Το πρόγραμμα «Κατ' οίκον», που χρηματοδοτήθηκε στο 100% από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, λειτούργησε ωφέλιμα για τις παροχές του Δήμου Αθηναίων προς την τρίτη ηλικία, όχι μόνο γιατί αύξησε το προσωπικό των κοινωνικών υπηρεσιών, αλλά και γιατί χρηματοδότησε δράσεις ενίσχυσης της σωματικής και ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων. Ενδεικτικά αναφέρουμε τη συνέργεια με το πρόγραμμα «Νοσηλεία», που προσφέρει κατ' οίκον ψυχολογική βοήθεια και φυσικοθεραπείες, αλλά και τη χρηματοδότηση δράσεων, όπως το «1^ο Φεστιβάλ Ενεργής Γήρανσης», που ενέπλεξαν ηλικιωμένους από όλες τις δομές του δήμου.

και μέσω προσλήψεων συμβασιούχων που παραμένουν στις θέσεις τους μέχρι και σήμερα με προσωρινή δικαστική απόφαση. Ενδεικτικό είναι πως, αυτή τη στιγμή, το «Βοήθεια στο Σπίτι» έχει 30 εργαζόμενους/ες, ενώ οι απασχολούμενοι/ες του προγράμματος «Κατ' οίκον» είναι 55. Το 2023, τα άτομα που ωφελήθηκαν από αυτό ήταν συνολικά 887 και εξυπηρετήθηκαν μηνιαίως 8,4 αιτήματα ανά ωφελούμενο, ενώ το 2024, τα άτομα που ωφελήθηκαν ήταν συνολικά 976 και εξυπηρετήθηκαν μηνιαίως 8,9 αιτήματα ανά ωφελούμενο.¹¹

Διάγραμμα 11.1. Πρόσβαση των άνω των 66 ετών σε δημοτικά ιατρεία Δήμου Αθηναίων 2024



Εκτός από τις υπηρεσίες αποκλειστικά για ηλικιωμένους, ο Δήμος Αθηναίων διαθέτει έξι Πολυδύναμα Δημοτικά Ιατρεία, κοινωνικό φαρμακείο, κοινωνικό παντοπωλείο και πρόγραμμα κοινωνικής κατοικίας, αν και αυτά είναι ακόμα μικρής εμβέλειας και κλίμακας. Αξίζει να σημειωθεί πως στο Υπνωτήριο Αστέγων έχει παρατηρηθεί μεγάλος αριθμός νεοάστεγων χαμηλοσυνταξιούχων, γεγονός που καταδεικνύει την ανάγκη κοινωνικής κατοικίας για αυτή την ηλικιακή κατηγορία. Παρότι γίνονται προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση, ο σχεδιασμός είναι ακόμη σε εμβρυακό στάδιο.

Αναφορικά με τα Πολυδύναμα Δημοτικά Ιατρεία, ενδιαφέρον παρουσιάζει η χρήση υπηρεσιών υγείας από τους δημότες που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Πιο

11. Τα στατιστικά στοιχεία λήφθηκαν από τον ετήσιο απολογισμό του «Βοήθεια στο Σπίτι» στον Δήμο Αθηναίων.

συγκεκριμένα, για το 2024, στα έξι Πολυδύναμα Δημοτικά Ιατρεία του Δήμου Αθηναίων υπήρξαν 534 μοναδικοί επισκέπτες ηλικίας 66 ετών και άνω, οι οποίοι πραγματοποίησαν 4.000 ραντεβού, δηλαδή κατά μέσο όρο πραγματοποιήθηκαν 7,5 ραντεβού ανά χρήστη. Ειδικότερα, για την ηλικιακή ομάδα 66-75 ετών υπήρξαν 289 μοναδικοί επισκέπτες και για τους 76 ετών και άνω 245. Το Διάγραμμα 11.1 παρουσιάζει αναλυτικά ποιες από τις 19 ειδικότητες ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού προτιμήθηκαν και πόσα αιτήματα ικανοποιήθηκαν ανά ηλικιακή ομάδα.

Υπηρεσίες του Δήμου Αγίου Δημητρίου για την τρίτη ηλικία

Για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων, ο Δήμος Αγίου Δημητρίου λειτουργεί δύο βασικές υπηρεσίες: το «Βοήθεια στο Σπίτι» που εξυπηρετεί 130 ωφελούμενους/ες και πέντε Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) με 1.500 μέλη. Στον συγκεκριμένο δήμο τα ΚΑΠΗ επιτελούν, πέρα από τις συνήθεις υποχρεώσεις τους, τον ρόλο του μεσάζοντα για όλες τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας που παρέχει ο δήμος. Ειδικότερα, το κάθε ΚΑΠΗ διαθέτει έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν νοσηλευτή ή επισκέπτη υγείας και έναν υπάλληλο καντίνας, ενώ μέχρι πρόσφατα υπήρχαν και εργοθεραπευτές. Τα ΚΑΠΗ και το «Βοήθεια στο Σπίτι» διασυνδέονται με τα Δημοτικά Ιατρεία και τις ΤΟΜΥ. Παράλληλα, η υπεύθυνη της Κοινωνικής Υπηρεσίας δήλωσε πως το τελευταίο διάστημα έχει ανοίξει η συζήτηση για τη δημιουργία κέντρου άνοιας στην περιοχή, χωρίς να διευκρινίζεται εάν η συζήτηση αφορά τη δημιουργία ενός ανεξάρτητου Κέντρου Ημέρας ή μιας υπηρεσίας στο πλαίσιο ενός Κέντρου Ημερήσιας Φροντίδας Οικογένειας (ΚΗΦΗ).

Εκτός από τις υπηρεσίες αποκλειστικά προς τους ηλικιωμένους, ο Δήμος Αγίου Δημητρίου διαθέτει κοινωνικό παντοπωλείο, συσσίτιο, φαρμακείο και κοινωνικό συνεταιριστικό λαχανόκηπο. Οι υπηρεσίες αυτές διασυνδέονται με τις υπόλοιπες κοινωνικές υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους για την καλύτερη και πιο ολιστική εξυπηρέτηση των δημοτών.

Για τις ανάγκες της ερευνάς μας, τόσο της ποσοτικής όσο και της ποιοτικής, συνάψαμε Σύμφωνο Συνεργασίας με τον Δήμο Αγίου Δημητρίου και προχωρήσαμε στη διεξαγωγή συνεντεύξεων με στελέχη των κοινωνικών υπηρεσιών. Επιπροσθέτως, πήραμε συνέντευξη και από εκπρόσωπο ΜΚΟ που εξυπηρετεί περιστατικά και στον δήμο.

Υπηρεσίες του Δήμου Χαλανδρίου για την τρίτη ηλικία

Ο Δήμος Χαλανδρίου ακολουθεί τη γενική στρατηγική κατεύθυνση της πολιτείας όσον αφορά το θέμα της φροντίδας ηλικιωμένων. Αναπτύσσει υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων που εξυπηρετούν τον στόχο της ενεργής γήρανσης, όπως

είναι τα ΚΑΠΗ, αλλά και της φροντίδας των ηλικιωμένων σε θέματα υγείας και αποκατάστασης.

Στον Δήμο Χαλανδρίου, η Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας είναι υπεύθυνη για την κοινωνική πολιτική του δήμου. Η Διεύθυνση διαθέτει τρία τμήματα: το Τμήμα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το Τμήμα Προληπτικής Ιατρικής (Δημοτικά Ιατρεία) και το Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών. Σε επίπεδο αιρετής διοίκησης, υπάρχει αντιδήμαρχος Υγείας και Προστασίας Ηλικιωμένων.

Το ΚΑΠΗ είναι η μόνη υπηρεσία του δήμου που απευθύνεται αποκλειστικά σε ηλικιωμένους. Σήμερα, λειτουργούν τρία παραρτήματα ΚΑΠΗ. Το πρώτο ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1983, το δεύτερο το 1996 και το τρίτο το 2002. Τα ΚΑΠΗ δέχονται άτομα άνω των 60 ετών χωρίς άλλα κριτήρια επιλογής. Δέχονται επίσης νεότερα άτομα εάν είναι άτομα με αναπηρία ή σύζυγοι μελών ΚΑΠΗ που είναι 55 ετών και άνω. Εξυπηρετούν περίπου 1.400 άτομα ετησίως, σε διάφορες δραστηριότητες που διοργανώνουν, λόγου χάρη, χορωδία, ομάδα χειροτεχνίας, ομάδα γυμναστικής, εκδρομές, επισκέψεις σε μουσεία και άλλα. Σε καθημερινή βάση, περίπου 60 άτομα προσέρχονται και στα τρία ΚΑΠΗ για να πιούν τον καφέ τους και να κάνουν παρέα με άλλα. Κατά τη διάρκεια του 2023, εγγράφηκαν 272 νέα μέλη.

Τα μέλη των ΚΑΠΗ είναι αυτοεξυπηρετούμενα άτομα και έχουν καλό κοινωνικο-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο. Η πλειονότητα είτε διαθέτει είτε «αγοράζει» ένα υποστηρικτικό περιβάλλον. Συχνά, τα ίδια προσφέρουν υποστήριξη στα παιδιά τους, φροντίζοντας τα εγγόνια τους. Λίγα από αυτά επισκέπτονται τα Δημοτικά Ιατρεία ή λαμβάνουν οικονομική βοήθεια.

Σε γενικές γραμμές, όσα άτομα εξυπηρετούνται είναι ευχαριστημένα με τις υπηρεσίες των ΚΑΠΗ. Όλα αυτά δείχνουν ενεργούς ανθρώπους που θέλουν να κάνουν και να μάθουν πράγματα και να συμμετέχουν στην κοινωνική ζωή.

Στο πλαίσιο των ΚΑΠΗ λειτουργεί Κοινωνική Υπηρεσία, η οποία αν και πρωτίτως εξυπηρετεί τα μέλη των ΚΑΠΗ, εξυπηρετεί και τους ηλικιωμένους του δήμου γενικότερα. Ο ρόλος της είναι να αντιμετωπίζει ανάγκες οικονομικής και κοινωνικής φύσης των ηλικιωμένων και να συνεργάζεται με διάφορες άλλες υπηρεσίες προκειμένου να βρίσκει λύσεις στα προβλήματά τους (π.χ. οικονομική βοήθεια, στέγαση σε μονάδες φροντίδας, καθοδήγηση μελών οικογενειών των ηλικιωμένων και άλλα).

Το Τμήμα Προληπτικής Ιατρικής περιλαμβάνει την υπηρεσία Προληπτικής Ιατρικής (Δημοτικά Ιατρεία), η οποία παρέχει ιατρικές υπηρεσίες με προσωπικό που έχει διαφορετικές ιατρικές ειδικότητες, και ξεκίνησε τη λειτουργία της το 1993. Η συντριπτική πλειονότητα των εξυπηρετούμενων είναι ηλικιωμένοι. Κατά το 2023, πραγματοποιήθηκαν 1.211 επισκέψεις στον γενικό παθολόγο, καρδιολόγο και ορθοπαιδικό, αλλά δεν γνωρίζουμε πόσοι ήταν οι μοναδικοί επισκέπτες. Το Τμήμα λειτουργεί και νοσηλευτική υπηρεσία κατ' οίκον επισκέψεων, η οποία απ' ό,τι φαίνεται είναι ιδιαίτερα αρεστή στους αποδέκτες της, καθώς, εκτός από τον καθαυτό σκοπό της, δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις. Το 2023 εξυπηρετήθηκαν κατ' οίκον 45 άτομα. Στον δήμο λειτουργούν επίσης κοινωνικό φαρμακείο και κοινωνικό παντοπωλείο.

3. Ύπαρξη και συνεργασία με οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών και την Εκκλησία

Στην Ελλάδα, το σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων βασίζεται κατεξοχήν στην οικογένεια και στα άτομα δίκτυα. Όταν όμως η οικογένεια και τα άτομα δίκτυα δεν αποτελούν επιλογή ή δεν μπορούν να καλύψουν πλήρως τις ανάγκες φροντίδας, αναζητείται η συνδρομή των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η λειτουργία της μακροχρόνιας φροντίδας απαιτεί τη συνεργασία μεταξύ κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας σε όλα τα στάδια της φροντίδας που μπορεί να χρειάζεται ο άνθρωπος. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στη σύναψη συνεργασιών με τον ιδιωτικό τομέα και την κοινωνία των πολιτών για την επίτευξη του βασικού στόχου που πρέπει να έχει κάθε σύστημα φροντίδας: την επίτευξη της υγιούς γήρανσης με σεβασμό προς τα ανθρώπινα δικαιώματα και την υιοθέτηση ενός πλαισίου φροντίδας που είναι οικονομικά προσβάσιμο για όλους/ες (World Health Organisation, 2021).

Όσον αφορά τη συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών στη χώρα μας, αυτή συχνά παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών για ηλικιωμένους. Οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών –που αξιοποιούν και ομάδες εθελοντών– προσφέρουν τις υπηρεσίες τους κατά κύριο λόγο δωρεάν, είτε απευθείας στους ωφελούμενους είτε μέσα από συνεργασία με δήμους, οι οποίοι τους βοηθούν να έρθουν σε επαφή με όσους τους έχουν ανάγκη. Είναι δύσκολο να καταγράψουμε το σύνολο των οργανώσεων αυτών, αλλά έπειτα από σχετική έρευνα μέσα από κοινωνικές υπηρεσίες δήμων και οργανώσεων που έχουν χρόνια δραστηριοποίηση στον χώρο, καταλήξαμε σε αυτές που παρουσιάζονται στον Πίνακα 11.1, οι οποίες επικεντρώνονται στη φροντίδα και στις πολιτικές υγιούς γήρανσης.

Πίνακας 11.1. Ενδεικτικός κατάλογος οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών που δραστηριοποιούνται στη φροντίδα και την υποστήριξη ηλικιωμένων

Οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών	Δράση
Θαλλώ	Ψυχοκοινωνική υποστήριξη και εκπαίδευση ηλικιωμένων και φροντιστών
Νοσηλεία	Υπηρεσίες Ψυχιατρικής υποστήριξης και Φυσικοθεραπείας κατ' οίκον
Έμφασις	Κινητές Μονάδες Στήριξης και Προσωρινή Στέγαση
ΙΑΣΙΣ	Μονάδα Βραχείας Παραμονής IASIS At Home
Αποστολή	Πρόγραμμα Φροντίδας Ατόμων 3ης Ηλικίας. Συμπεριλαμβάνει και υπηρεσίες/δομές για άτομα με άνοια/νόσο Alzheimer
SAMS Ελλάς	Ψυχοκοινωνική Μέριμνα
Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός	Βοήθεια στο Σπίτι

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται για τη φροντίδα των ηλικιωμένων είναι πολλές και καλύπτουν διαφορετικές ανάγκες που μπορεί να προκύπτουν, αν και δίνεται έμφαση στην ψυχολογική υποστήριξη η οποία και είναι ιδιαίτερα σημαντική, ει-

δικά αν λάβουμε υπόψη τη μοναχικότητα που μπορεί να βιώνουν οι ηλικιωμένοι. Ενδεικτικά αναφέρουμε κάποιες από τις οργανώσεις και το είδος των δράσεων που οργανώνουν.

Η «Αποστολή», η ΑΜΚΕ της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών, είναι ένας οργανισμός με πλούσιο φιλανθρωπικό έργο που απευθύνεται σε πολλές ομάδες-στόχους για τις οποίες αναπτύσσει πληθώρα δραστηριοτήτων σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας. Όσον αφορά τη φροντίδα ηλικιωμένων, αναφέρουμε το Καρέλλειο Πρότυπο Κέντρο Alzheimer, με το οποίο συνεργαστήκαμε στο πλαίσιο της έρευνας και πήραμε συνέντευξη από εκπρόσωπό του, και το οποίο λειτουργεί Οικοτροφείο και Κέντρο Ημέρας για ασθενείς με άνοια στο Χαλάνδρι. Το Κέντρο συνεργάζεται με την 1η ΥΠΕ που έχει τον έλεγχο της επιλογής των φιλοξενούμενων στο Οικοτροφείο και από την οποία επιδοτείται. Η «Αποστολή» λειτουργεί ακόμα ένα Οικοτροφείο για ανοιακούς ασθενείς στη Στυλίδα. Επίσης, οργανώνει εκπαιδευτικά προγράμματα για φροντιστές/ριες και λειτουργεί Κοινωνικό Ιατρείο και Κοινωνικό Φαρμακείο.

Το «Θάλλω» εξειδικεύεται στη δημιουργία μουσειακών διαδραστικών προγραμμάτων για την τρίτη ηλικία και λειτουργεί ομάδες θεάτρου, ενώ παράλληλα πραγματοποιεί εκπαιδεύσεις σε τυπικούς/ές και άτυπους/ες φροντιστές/ριες ηλικιωμένων. Εκπαίδευση στους/στις εργαζόμενους/ες του «Βοήθεια στο Σπίτι» πραγματοποίησε και στον Δήμο Αθηναίων, με στόχο την αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας προς τους πολίτες. Παλαιότερα λειτουργούσε γραμμή επικοινωνίας για φροντιστές/ριες ατόμων με άνοια και εξειδικευμένη ραδιοφωνική εκπομπή, αλλά διέκοψε τη λειτουργία τους λόγω έλλειψης χρηματοδότησης.

Επίσης, η ΜΚΟ «Νοσηλεία» ασχολείται με την παρηγορητική φροντίδα σε οίκους ευγηρίας και αντιμετωπίζει περιστατικά κατ' οίκον σε όλη την Αττική, συμπεριλαμβανομένων των Δήμων Αθηναίων, Αγίου Δημητρίου και Χαλανδρίου. Η δράση της περιλαμβάνει κατ' οίκον επισκέψεις γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού. Ο Δήμος Αθηναίων έχει συνάψει ειδική σύμβαση για την υποστήριξη ωφελούμενων στο «Βοήθεια στο Σπίτι» που έχουν ανάγκη ψυχιατρικής και φυσικοθεραπευτικής κάλυψης στο σπίτι.

Η «Έμφασις», αν και δεν απευθύνεται μόνο σε ηλικιωμένα άτομα, προσφέρει προσωρινές λύσεις στέγασης σε κοινωνικά ευάλωτες ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων τρίτης και τέταρτης ηλικίας με χρόνιες παθήσεις σε ορατή αστεγία και επισφαλή και ανεπαρκή στέγαση.

Η «ΙΑΣΙΣ» λειτουργεί πλήθος ψυχοκοινωνικών προγραμμάτων για ευάλωτες ομάδες. Ανάμεσα στις δράσεις της συγκαταλέγονται βιωματικά εργαστήρια ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και προγράμματα διά βίου μάθησης, που υλοποιούνται στον χώρο της ή σε συνεργασία με τις Λέσχες Φιλίας του Δήμου Αθηναίων. Ταυτόχρονα, λειτουργεί το πρόγραμμα «ΙΑΣΙΣ At Home»: «Παρέμβαση στην Κοινότητα» που μεταξύ άλλων προσφέρει σε ηλικιωμένα άτομα υπηρεσίες υγείας, συμβουλευτικής και δικαστικής συμπαράστασης. Παράλληλα λειτουργεί μονάδα βραχείας παραμονής για όσους/ες αντιμετωπίζουν στεγαστικά προβλήματα αλλά και κινητή μονάδα.

Υπάρχει ακόμα η ΜΚΟ «SAMS Hellas», η οποία προσφέρει ψυχοκοινωνική υποστήριξη και γυναικολογικές εξετάσεις σε ηλικιωμένους/ες και μετανάστες/ριες.

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός λειτουργεί πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» για περισσότερα από 30 χρόνια. Ενώ παράλληλα η υπηρεσία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού «Νοσηλεία στο Σπίτι» λειτουργεί από το 1985. Με τη στήριξη εθελοντών του Τομέα Νοσηλευτικής και με εξειδικευμένη επιστημονική ομάδα (γιατρό, νοσηλεύτριες, φυσικοθεραπευτές) παρέχει δωρεάν ιατρονοσηλευτική φροντίδα στον χώρο των ασθενών, φυσικοθεραπεία-αποκατάσταση, ψυχολογική στήριξη και εκπαίδευση για τη φροντίδα ασθενούς.

Όσον αφορά την Εκκλησία της Ελλάδας, αυτή αναπτύσσει, μέσω της ΑΜΚΕ «Αποστολή» που προαναφέραμε αλλά και των Ιερών Μητροπόλεων, ποικίλες δραστηριότητες για τους ηλικιωμένους. Ενδεικτικά αναφέρουμε τα γηροκομεία που λειτουργεί σε διάφορες περιοχές της χώρας, τα συσσίτια και τη διανομή τροφίμων, τα κοινωνικά παντοπωλεία, τις ενοριακές λέσχες φιλίας και τις ενοριακές ομάδες στήριξης ηλικιωμένων και κατ' οίκον φροντίδας.

Ο Δήμος Αθηναίων συνεργάζεται καθημερινά με τις οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών για θέματα που, μεταξύ άλλων, αφορούν την τρίτη ηλικία και, όπως μας επισημάνθηκε στην ομάδα εστίασης (focus group), οι συνεργασίες του Τμήματος Τρίτης Ηλικίας είναι δεκάδες και ανανεώνονται συνεχώς. Οι λόγοι για αυτή την κατεύθυνση του δήμου είναι πολλοί. Καταρχάς, ο Δήμος Αθηναίων, ως ο κεντρικός δήμος της πρωτεύουσας, συγκεντρώνει στα χωρικά όριά του πλήθος φορέων, οι οποίοι επιζητούν συνεργασία. Ταυτόχρονα, οι Λέσχες Φιλίας, κυρίως λόγω της μεγάλης προσέλευσης κόσμου, ενδείκνυνται για τη διοργάνωση σεμιναρίων και ερευνών. Ενώ, τέλος, είναι και ζήτημα διαχρονικής πολιτικής βούλησης, εφόσον εδώ και πολλά χρόνια λαμβάνουν χώρα τέτοιου είδους συνεργασίες. Σημειωτέον ότι, από το 2024 που ανέλαβε η νέα δημοτική αρχή, έχει δοθεί ακόμα μεγαλύτερη έμφαση στις συνεργασίες. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως αυτή τη στιγμή τρέχουν προγράμματα σε συνεργασία με το ΕΜΣΤ, το Ίδρυμα Γουλανδρή, την Εθνική Λυρική Σκηνή, την «Ανομία», το «Αγαπόνιο», τη «SAMS Hellas», την Εταιρεία Alzheimer Αθηνών, το «Διαβάζω για τους Άλλους», τη «Νοσηλεία», την «Ithaca», το ΕΚΠΑ κ.ά.

Αντίθετα, η συνεργασία των Δήμων Χαλανδρίου και Αγίου Δημητρίου με οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Ο αρμόδιος αντιδήμαρχος Αγίου Δημητρίου σχολίασε ότι, ενώ υπάρχει η πολιτική βούληση για συνεργασία με τις οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών, ο δήμος είτε δεν μπορεί να χρηματοδοτήσει τις συνεργασίες είτε δεν είναι ελκυστικός στις οργανώσεις για να παρέχουν δωρεάν τις υπηρεσίες τους, όπως συμβαίνει στην περίπτωση του Δήμου Αθηναίων. Ούτε στον Δήμο Χαλανδρίου υπάρχουν θεσμικού τύπου συνεργασίες, δηλαδή συνεργασίες που λαμβάνουν χώρα στο πλαίσιο μιας συμφωνίας με τον δήμο για την κάλυψη των τοπικών αναγκών.

Πάντως, και στους τρεις δήμους, δεν φαίνεται να υπάρχουν ιδιαίτερες συνεργασίες με την Εκκλησία.

4. Κενά στην παροχή υπηρεσιών για ηλικιωμένους στους Δήμους Αθηναίων, Αγίου Δημητρίου και Χαλανδρίου

Ένα μεγάλο κενό που εντοπίσαμε σε όλους τους δήμους που συμμετείχαν στην έρευνα είναι η απουσία Κέντρου Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ), μιας δομής ημερήσιας φιλοξενίας για ηλικιωμένους, η οποία βοηθά στην αποφυγή της φιλοξενίας σε ιδρύματα. Ο Δήμος Αθηναίων φαίνεται να το έχει εντάξει στον σχεδιασμό του, αλλά δεν έχει λάβει ακόμη την αντίστοιχη χρηματοδότηση από την Περιφέρεια, όμως οι δύο άλλοι δήμοι της έρευνας δεν φαίνεται να έχουν κάποιο σχετικό σχεδιασμό.

Ο αρμόδιος αντιδήμαρχος του Αγίου Δημητρίου θεωρεί ότι μεγάλο κενό στον δήμο του είναι οι υπηρεσίες για ανοιακούς ασθενείς και μας δήλωσε πως σχεδιάζει να επικεντρωθεί στη δημιουργία γραφείου πρόληψης και διάγνωσης για την άνοια. Το συγκεκριμένο έργο αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους της θητείας του: *«Είναι ένας πολιτικός σταθμός ο οποίος μπορεί να δώσει στοιχεία για να προλάβει την άνοια και συνάμα με διάφορα προγράμματα, εργοθεραπεία, φυσικοθεραπεία, ψυχολογική στήριξη, να την παρατηρεί και να παρατείνει την κοινωνική ένταξη».*

Στον Δήμο Χαλανδρίου, αυτό που όλοι θεωρούν σημαντική έλλειψη είναι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Αν και λειτουργούσε στο παρελθόν, κατά την περίοδο των Μνημονίων η λειτουργία του σταμάτησε. Λόγω της αδυναμίας ανταπόκρισης στις γραφειοκρατικές απαιτήσεις επανεκκίνησης του προγράμματος, παρά τις προσωπικές προσπάθειες ορισμένων, χάθηκε μια σημαντική ευκαιρία να λειτουργήσει ένα πρόγραμμα για το οποίο πιστεύουν ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη. Πρόθεση της Δημοτικής Αρχής είναι η επανεκκίνηση του προγράμματος, αλλά δεν μπορούν να το κάνουν με τους δικούς τους πόρους. Και ενώ η κυβέρνηση (τόσο η νυν όσο και η προηγούμενη) έχουν θετικές προθέσεις, δεν βρέθηκε μέχρι στιγμής ένας τρόπος επαναλειτουργίας του προγράμματος.

Ένα άλλο σημαντικό κενό που αναδείχθηκε από τη συζήτηση τόσο με την κοινωνική λειτουργό των ΚΑΠΗ του Δήμου Χαλανδρίου όσο και στην ομάδα εστίασης, είναι το ζήτημα της φροντίδας «αποκατάστασης» των ηλικιωμένων μετά από κάποιο ατύχημα, ιατρική επέμβαση ή εκδήλωση ενός σοβαρού προβλήματος υγείας. Το ζήτημα αυτό θεωρείται το πιο σοβαρό πρόβλημα σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον και αυτό ενίοτε είναι ανεξάρτητο από το οικονομικό τους επίπεδο, όπως μπορούμε να δούμε στην περίπτωση που περιγράφεται στη συνέχεια. Το πρόβλημα αυτό δεν είναι βέβαια θέμα τόσο της δημοτικής αρχής, όσο της κεντρικής διοίκησης. Πάντως, η κοινωνική λειτουργός στα ΚΑΠΗ του Δήμου Χαλανδρίου μας δήλωσε ότι συχνά αισθάνεται ότι βρίσκεται σε αδιέξοδο. Οι δημόσιες δομές 24ωρης φροντίδας είναι ελάχιστες, ενώ στις ιδιωτικές δομές τα εισοδήματα των ηλικιωμένων τις περισσότερες φορές δεν επαρκούν για να φιλοξενηθούν. Οι περιπτώσεις με ψυχιατρική ασθένεια ή άνοια είναι οι πιο δύσκολες στην αποκατάσταση. Υπάρχει ένας κεντρικός μηχανισμός διαχείρισης υποθέσεων

για τέτοιες περιπτώσεις, όπου οι τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες αποστέλλουν τις υποθέσεις τους στην Περιφερειακή Αρχή Υγείας (Α΄ ΥΠΕ). Εκεί, μια επιτροπή εξετάζει και αποφασίζει για την τοποθέτησή τους σε ίδρυμα φροντίδας. Ωστόσο, οι αποφάσεις της επιτροπής είναι συνήθως αρνητικές. Ο αριθμός των ατόμων με άνοια έχει αυξηθεί σημαντικά και οι υπάρχουσες υπηρεσίες δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες. Υπάρχει μια μεγάλη λίστα αιτήσεων στην Α΄ ΥΠΕ που δημιουργεί καθυστερήσεις και αδυναμία κάλυψης της ζήτησης. Είναι προφανές ότι η κρατική φροντίδα ή η κρατικά επιδοτούμενη φροντίδα στον τομέα αυτό πρέπει να αυξηθεί.

Το ζήτημα της «δικαστικής συμπαράστασης», δηλαδή της κατάστασης κατά την οποία ένας/μία ενήλικας, λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής, σωματικής αναπηρίας ή άλλης αιτίας, δεν μπορεί να φροντίζει τις υποθέσεις του/της και χρειάζεται τη νομική υποστήριξη ενός δικαστικού συμπαραστάτη, παρουσιάστηκε ως ιδιαίτερα οξύ σε περιπτώσεις έλλειψης οικογενειακού δικτύου. Ένα παράδειγμα τέτοιας περίπτωσης δόθηκε από την κοινωνική λειτουργό, η οποία επισήμανε ότι πρόκειται για ένα ζήτημα που απαιτεί μια γενικότερη θεσμική ρύθμιση.

«Υπήρχε μια εύπορη ηλικιωμένη γυναίκα που ήταν μοναχοπαίδι και δεν είχε παιδιά. Όταν άρχισε να πάσχει από άνοια, η γειτονιά ανέλαβε τη φροντίδα της. Όταν η κατάστασή της επιδεινώθηκε, ζήτησαν βοήθεια από τον Δήμο. Αλλά το πρόβλημα ήταν ότι δεν ήθελε να φύγει από το σπίτι της και ότι δεν είχε οικογενειακό περιβάλλον για να λειτουργήσει κάποιος ως νομικός συνήγορος και να λάβει την απόφαση εκ μέρους της, ενώ κανένας από τους γείτονες δεν ήθελε να αναλάβει αυτόν τον ρόλο. Φοβόντουσαν επειδή η κυρία είχε χρήματα. Η κατάσταση επιδειωνόταν και δεν μπορούσα να βρω λύση. Μετά από πολλή προσπάθεια, ένας γείτονας πείστηκε να αναλάβει αυτόν τον ρόλο».

Προτού ολοκληρώσουμε την ενότητα αυτή, πρέπει να σημειώσουμε ότι η ύπαρξη υπηρεσιών δεν σημαίνει ότι καλύπτονται όλες οι ανάγκες, ακόμα και όταν δεν υπάρχει εμφανής ζήτηση. Αυτό συμβαίνει γιατί η αξιοποίηση των υπηρεσιών εξαρτάται από πολλούς άλλους παράγοντες που σχετίζονται με τη γνώση που έχουν οι πολίτες για την ύπαρξη και το περιεχόμενό τους, τα εισοδηματικά κριτήρια που ενδεχομένως κάποιες υπηρεσίες θέτουν, την ευκολία πρόσβασης σε αυτές και την ποιότητά τους. Πάντως, στη φάση αυτή, σύμφωνα με τα λεγόμενα των εκπροσώπων των υπηρεσιών και, παρόλο που δεν διαθέτουν στατιστικά στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των ηλικιωμένων στην περιοχή, ώστε να διαπιστωθεί η έκταση της χρήσης τους, φαίνεται ότι εξυπηρετούνται όλοι/ες όσοι/ες απευθύνονται στις υπηρεσίες.

5. Αποτίμηση πολιτικών και υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων στους Δήμους Αθηναίων, Αγίου Δημητρίου και Χαλανδρίου

Στην ενότητα αυτή θα κάνουμε μια συνολική αποτίμηση των πολιτικών και των υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων και στους τρεις δήμους, χρησιμοποιώντας διάφορα κριτήρια που έχουν σχέση με την ποιότητα των υπηρεσιών, τη δυνατότη-

τα πρόσβασης σε αυτές και τον βαθμό αλλά και το περιεχόμενο των συνεργασιών και διασύνδεσης με άλλες υπηρεσίες και φορείς του δήμου, καθώς και με άλλες υπηρεσίες και φορείς σε περιφερειακό επίπεδο.

Όσον αφορά συγκεκριμένα την ποιότητα των υπηρεσιών, αυτή είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την επάρκεια –ποσοτικά και ποιοτικά– του ανθρώπινου δυναμικού, τις υποδομές και το πλαίσιο λειτουργίας, αλλά και τον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες, τομείς στους οποίους θα αναφερθούμε ευθύς αμέσως.

Επάρκεια Προσωπικού

Σε σχέση με το ανθρώπινο δυναμικό, σε όλες τις υπηρεσίες των δήμων που ερευνήθηκαν παρατηρούνται ελλείψεις προσωπικού. Η μνημονιακή «κληρονομιά» περιορισμού των προσλήψεων που ισχύει γενικά στο δημόσιο, ισχύει και για τους δήμους, με αποτέλεσμα να υπάρχει πολύ περιορισμένη δυνατότητα προσλήψεων. Παράλληλα, η αλλαγή των απαιτήσεων της αγοράς εργασίας, εξαιτίας της ψηφιοποίησης της οικονομίας και της εργασίας, και το γερασμένο προσωπικό που δεν ανανεώνεται λειτουργούν ανασταλτικά ως προς την εισαγωγή καινοτόμων μεθόδων αντιμετώπισης των αναγκών φροντίδας. Ενδεικτική της κατάστασης που επικρατεί στους δήμους όσον αφορά την επάρκεια των δεξιοτήτων του προσωπικού είναι το σχόλιο του αντιδημάρχου Κοινωνικής Μέριμνας του Δήμου Αγίου Δημητρίου ότι προτεραιότητα για τον δήμο είναι μεν η εξεύρεση ευρωπαϊκών πόρων για την ενίσχυση των υπηρεσιών φροντίδας, αλλά δεν μπορούν να βρουν καταρτισμένο προσωπικό για να στελεχώσουν το ανάλογο γραφείο.

Ο Δήμος Αθηναίων, αντίστοιχα, στρέφεται σε συνεργασίες με οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών και σε σχολές για πρακτική άσκηση προκειμένου να καλύψει τα κενά που υπάρχουν ειδικά σε ιατρικές και παραϊατρικές ειδικότητες, όπως ψυχολόγοι και φυσικοθεραπευτές. Ενδεικτικό είναι πως αυτή τη στιγμή για τις 25 Λέσχες Φιλίας υπάρχουν μόνο δύο φυσικοθεραπευτές, παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει για κάλυψη αυτών των θέσεων, είτε μέσω της κινητικότητας είτε μέσω προσλήψεων συμβασιούχων.

Στον Δήμο Χαλανδρίου υπάρχουν πέντε κενές θέσεις προσωπικού στα ΚΑΠΗ, εκ των οποίων οι τέσσερις σχετίζονται με ειδικότητες που παρέχουν άμεσα υπηρεσίες στο κοινό. Το ζήτημα είναι ιδιαίτερα οξύ στην Κοινωνική Υπηρεσία των ΚΑΠΗ. Προηγουμένως, υπήρχε μία κοινωνική λειτουργός σε καθένα από τα τρία ΚΑΠΗ, ενώ τώρα υπάρχει μόνο μία και για τα τρία, η οποία καλύπτει και τις ανάγκες του δήμου γενικότερα όσον αφορά τους ηλικιωμένους. Η κοινωνική λειτουργός σημειώνει ότι δεν μπορεί να καλύψει όλες τις ανάγκες και ότι σίγουρα χρειάζονται περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί για το έργο αυτό. Τονίζει επίσης τη μοναξιά της δουλειάς της, καθώς δεν μπορεί να συζητήσει τις υποθέσεις που χειρίζεται με κάποιον/α άλλο/η συνάδελφο. Αλλά και εκεί που η υπηρεσία φαίνεται επαρκώς στελεχωμένη με μία

μόνο κενή θέση προσωπικού, όπως είναι η περίπτωση των Δημοτικών Ιατρείων του Δήμου Χαλανδρίου, υπάρχουν ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό, ενώ ειδικότητες που υπήρχαν στο παρελθόν δεν υπάρχουν σήμερα επειδή δεν έχουν εγκριθεί από το αρμόδιο υπουργείο. Ενδεικτικά, όπως αναφέρθηκε, σήμερα υπάρχουν τέσσερις ειδικότητες, ενώ στο παρελθόν υπήρχε περίοδος που απασχολείτο προσωπικό δώδεκα ειδικοτήτων. Η περίοδος των Μνημονίων ήταν καθοριστική για τη μείωση του αριθμού των γιατρών. Ακόμα και σήμερα δεν είναι εύκολο να αυξηθεί ο αριθμός, επειδή σε επίπεδο κεντρικής διοίκησης υπάρχει ένας αλγόριθμος που κατανέμει τις ειδικότητες για προσλήψεις σε εθνικό επίπεδο, ενώ η κατανομή των θέσεων δεν φαίνεται να γίνεται με διαφανή κριτήρια.

Ένα άλλο ζήτημα που έχει τεθεί κυρίως από τις οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών είναι αυτό της διατήρησης του προσωπικού, μιας και η ανασφάλεια που υπάρχει ως προς την εξασφάλιση εξεύρεσης πόρων δημιουργεί εργασιακή αβεβαιότητα. Χαρακτηριστική είναι η απάντηση της ιδρύτριας του οργανισμού «Νοσπεία»: «Θα σας πω όμως ποιο πρόβλημα υπάρχει σε σχέση με το προσωπικό, επειδή ακριβώς δεν υπάρχει μια σταθερή χρηματοδότηση και το προσωπικό γνωρίζει ότι δεν είμαστε ένας διασυνδεδεμένος φορέας που εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και μπορεί να έχει ένα μέρος του προϋπολογισμού του εξασφαλισμένο. Καταλαβαίνουν αυτή την ανασφάλεια που όλοι βιώνουμε στη Νοσπεία και υπάρχει ένα θέμα, πως να το πω, παραμονής του προσωπικού στη Νοσπεία για μεγάλο διάστημα... Φοβούνται όμως και μας το λένε, φοβούνται ότι μπορεί να μην έχουν σε έξι μήνες ή έναν χρόνο δουλειά».

Τέλος, οι εκπρόσωποι του «Σπηλοπούλειου» και του Δήμου Αθηναίων έθεσαν και το ζήτημα της επανεκπαίδευσης του προσωπικού.

Σημειώνουμε πάντως ότι, σε εθνικό επίπεδο, υπάρχει μια θετική πολιτική εκπαίδευσης του προσωπικού των κοινωνικών υπηρεσιών και δομών φροντίδας των δήμων. Συγκεκριμένα, ως δημόσιοι υπάλληλοι, έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν ετησίως σε δύο εκπαιδευτικά προγράμματα του ΙΝΕΠ διάρκειας πέντε ημερών το καθένα και, κατά κανόνα, οι προϊστάμενοι των δημοτικών υπηρεσιών δεν περιορίζουν το δικαίωμά των εργαζόμενων να συμμετέχουν σε αυτά, καθώς και σε άλλα εκπαιδευτικά προγράμματα στα οποία επιθυμούν να συμμετάσχουν. Ασφαλώς, η εκπαίδευση αυτή είναι αρκετά θεωρητική και δεν απευθύνεται σε όλους/ες τους/τις εργαζόμενους/ες. Ενδεικτικό είναι πως όσοι/όσες έχουν συμβάσεις από την περίοδο της πανδημίας Covid και παραμένουν με δικαστικά μέτρα αλλά και οι εργαζόμενοι/ες με μπλοκάκια, που όπως είδαμε στον Δήμο Αθηναίων είναι αρκετοί/ες, δεν παίρνουν άδεια από το τμήμα προσωπικού να συμμετάσχουν.

Υποδομές

Οι κτιριακές υποδομές φαίνεται να είναι επαρκείς και στους τρεις δήμους. Ωστόσο, παρατηρούνται αδυναμίες, ειδικά σε σχέση με την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες.

Το ζήτημα της προσβασιμότητας τίθεται πιο έντονα στην Αθήνα, καθώς εκεί η οικιστική ανάπτυξη είναι άναρχη και τα κτίρια παλιά και άρα δεν πληρούν τις προδιαγραφές προσβασιμότητας (τουαλέτες αναπηρίας, ράμπες κ.ά.). Επιπλέον, τα στενά πεζοδρόμια εντείνουν την κατάσταση, ενώ αυτές οι ελλείψεις όχι μόνο σε σύγχρονες κτιριακές υποδομές αλλά και στη δυνατότητα εύρεσης κατάλληλων χώρων επιτείνουν ακόμη περισσότερο το πρόβλημα και καθιστούν πολύ δύσκολη τη μετακίνηση ή τη δημιουργία νέων υπηρεσιών σε κατάλληλο χώρο. Ταυτόχρονα, υπάρχουν ελλείψεις σε μεταφορικά μέσα, όπως στην περίπτωση του Χαλανδρίου που η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί το δικό της αυτοκίνητο για τις κατ' οίκον επισκέψεις, χωρίς να λαμβάνει κάποια αποζημίωση γι' αυτό.

Πλαίσιο Λειτουργίας

Σε σχέση με το πλαίσιο λειτουργίας, πέρα από τη νομοθεσία και τις υπουργικές αποφάσεις, δεν υπάρχουν ενιαίοι κανονισμοί λειτουργίας για καθεμία από τις υπηρεσίες, αν και ο Δήμος Αθηναίων έχει δημιουργήσει κανονισμό λειτουργίας για τις Λέσχες Φιλίας, ο οποίος μάλιστα ανανεώθηκε το 2024 για να δώσει έμφαση στις πολιτικές ενεργής γήρανσης και συμπερίληψης στη διαδικασία λήψης αποφάσεων εντός των Λεσχών.

Επιπλέον, απουσιάζουν οι μηχανισμοί που επιτρέπουν τη συγκέντρωση και επεξεργασία αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων στους μικρότερους δήμους. Ο Δήμος Αθηναίων διατηρεί πλατφόρμες καταγραφής και διασύνδεσης των περιστατικών.

Πρόσβαση σε Υπηρεσίες

Όσον αφορά τη δυνατότητα χρήσης των κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας, αυτή μπορεί να επηρεάζεται από την ευκολία/δυσκολία πρόσβασης σε αυτές και τις προϋποθέσεις εισοδήματος που κάποιες υπηρεσίες θέτουν.

Σε σχέση με την ευκολία/δυσκολία πρόσβασης και ενώ οι ίδιες οι υπηρεσίες είναι σε έναν μεγάλο βαθμό προσβάσιμες, καλύπτοντας τις νομικές προϋποθέσεις λειτουργίας τους, η απόσταση του τόπου διαμονής από την υπηρεσία είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει κυρίως άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, τα οποία παρουσιάζουν περιορισμένη κινητικότητα και πολλά υποκείμενα νοσήματα.

Σε σχέση με τις προϋποθέσεις εισοδήματος, για τους χρήστες των υπηρεσιών του «Βοήθεια στο Σπίτι» που διαθέτουν οι Δήμοι Αθηναίων και Αγίου Δημητρίου, από την έρευνά μας προέκυψε πως δεν αποτελεί κυρίαρχο παράγοντα αποκλεισμού, διότι οι κοινωνικοί λειτουργοί που είναι υπεύθυνοι για την ένταξη στο πρόγραμμα λειτουργούν με ευελιξία. Πάντως, φαίνεται να υπάρχει ένα όριο ανώτατου εισοδήματος που αγγίζει τα 1.000 ευρώ μηνιαίως, το οποίο όμως στην πράξη δεν είναι περιοριστικό λόγω της έλλειψης κανονισμού λειτουργίας.

Ικανοποίηση Ωφελούμενων

Τέλος, σε σχέση με την ικανοποίηση των χρηστών, γνώμη όλων των εκπροσώπων των υπηρεσιών είναι ότι οι εξυπηρετούμενοι είναι σε γενικές γραμμές ευχαριστημένοι με τις τοπικές υπηρεσίες. Παράπονα υπάρχουν, αλλά φαίνεται πως συχνά η επίλυσή τους δεν εξαρτάται μόνο από τους δήμους ούτε είναι αποκλειστική τους αρμοδιότητα. Η ελλειμματική φροντίδα που παρέχεται στους ηλικιωμένους συχνά αποτελεί προέκταση αποφάσεων της κυβέρνησης. Ένα ζήτημα που τέθηκε επανειλημμένων από εργαζόμενους και χρήστες υπηρεσιών σχετίζεται με τις ελλειμματικές παροχές υγείας και τη στελέχωση με περισσότερες ειδικότητες των Δημοτικών Ιατρείων.

Ένα παράπονο που εξέφρασαν οι ωφελούμενοι του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στον Δήμο Αθηναίων αφορά τη συχνότητα των επισκέψεων, η οποία οφείλεται, έως έναν βαθμό, στην αύξηση των περιστατικών που εξυπηρετήθηκαν κατά το 2024. Παρά τις προσπάθειες που γίνονται για την πλήρη κάλυψη των αναγκών, φαίνεται ότι αυτές δεν επαρκούν. Πιο συγκεκριμένα, ένας νοσηλευτής στο πρόγραμμα δήλωσε: «Είναι κάτι το οποίο όμως δεν είναι εφικτό. Δεν μπορούμε να είμαστε σε καθημερινή βάση. Είναι αναλόγως το κάθε περιστατικό. Κάποιος ο οποίος είναι μη λειτουργικός, κατάκοιτος, όχι ακριβώς κατάκοιτος,¹² κάποιος ο οποίος είναι για παράδειγμα τυφλός, εκεί δίνεις μία προτεραιότητα, κάποιος ο οποίος είναι σε πολύ καλύτερη λειτουργική κατάσταση θα τον δεις και μία φορά στις 10 μέρες. Βέβαια, εννοείται ότι στο ενδιαμέσο έχεις μια επικοινωνία η οποία θα είναι είτε από κοινωνικό λειτουργό είτε θα είναι από φροντιστή. Θα πάει για να εξυπηρετήσει για το σουπερμάρκετ, για καθαριότητα, για οτιδήποτε. Εγώ πρακτικά, σαν νοσηλευτής, τους λειτουργικούς θα τους δω μία φορά στις 10 μέρες. Άτομα τα οποία έχουν περισσότερες ανάγκες μπορεί να πάω να τους δω και μέρα παρά μέρα».

Διασύνδεση και Συνεργασία με Άλλες Υπηρεσίες

Τέλος, όσον αφορά τη διασύνδεση και τη συνεργασία με άλλες υπηρεσίες, φαίνεται ότι υπάρχει καλό πλαίσιο συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών των δήμων. Υπάρχει επίσης συνεργασία με κρατικές υπηρεσίες, κυρίως υγείας, για θέματα ηλικιωμένων. Πάντως, εκφράστηκε το παράπονο ότι, όταν παραπέμπουν περιστατικά σε άλλες υπηρεσίες, δεν γνωρίζουν την εξέλιξή τους, ειδικά αν αφορούν υπηρεσίες δομών εκτός δήμου. Όπως σημειώθηκε από την υπεύθυνη των ΚΑΠΗ στο Χαλάνδρι, οι υπηρεσίες λειτουργούν σε «κουτιά», ενώ δεν υπάρχει διασυνδεδεμένο ψηφιακό σύστημα καταγραφής των περιστατικών που εξυπηρετούνται από τις διάφορες υπηρεσίες και παρακολούθησης της εξέλιξής τους.

12. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» δεν δέχεται ωφελούμενους που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν σε έναν βαθμό.

Η συνεργασία με οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών των Δήμων Αγίου Δημητρίου και Χαλανδρίου είναι περιορισμένες και γίνονται κατά περίπτωση, ενώ στον Δήμο Αθηναίων οι συνεργασίες είναι πολλαπλές και συστηματικές. Επίσης, είναι λίγες οι περιπτώσεις διαδημοτικών συνεργασιών σε θέματα φροντίδας ηλικιωμένων, κάτι το οποίο σίγουρα είναι χρήσιμο στην αναζήτηση καλών πρακτικών, στην εκπαίδευση των στελεχών, στην εξοικονόμηση πόρων κ.ά.

6. Συμπεράσματα – Προτάσεις

Για τους δήμους

Και στους τρεις δήμους, οι υπάρχουσες κοινωνικές υπηρεσίες φαίνεται ότι λειτουργούν ικανοποιητικά και καλύπτουν, έως έναν μεγάλο βαθμό, τις ανάγκες αυτών που τις επισκέπτονται, όμως αναγνωρίζεται ότι υπάρχουν ηλικιωμένοι με ανάγκες που δεν γνωρίζουν ενδεχομένως τις υπηρεσίες και το τι προσφέρουν. Θα συνιστούσαμε μια πολιτική πιο ενεργής αναζήτησης-προσέγγισης αυτών των ανθρώπων που πιθανώς αποτελούν και τα πιο περιθωριακά άτομα της κοινότητας.

Θεωρούμε επίσης ότι πρέπει να ενισχυθεί ο «προσωπικός» χαρακτήρας των υπηρεσιών, έξω και μέσα στο σπίτι. Παρόλο που δομές όπως τα ΚΑΠΗ αλλά και τα Δημοτικά Ιατρεία είναι ασφαλώς εξαιρετικά χρήσιμες για την κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων, υπάρχουν ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν να μετακινηθούν (εύκολα). Δομές όπως το «Βοήθεια στο Σπίτι» που παρέχει προσωπικές υπηρεσίες είναι πολύ αγαπητές στους ηλικιωμένους όχι μόνο για την πρακτική βοήθεια που προσφέρουν, αλλά και για τις σχέσεις που οικοδομούν. Γι' αυτό θεωρούμε πολύ σημαντική την επαναλειτουργία του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στο Χαλάνδρι.

Το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ), μια χρήσιμη υπηρεσία που καλύπτει ανάγκες ηλικιωμένων με δυσκολίες αυτοεξυπηρέτησης και αμβλύνει το στρες των φροντιστών/ριών, δεν λειτουργεί σε κανέναν από τους τρεις δήμους, αν και στον Δήμο Αθηναίων οι διαδικασίες για την ίδρυσή του είναι σε εξέλιξη. Θα προτείνουμε και οι δύο άλλοι δήμοι να αναβαθμίσουν στην ιεραρχία των προτεραιοτήτων και των διεκδικήσεών τους προς το κράτος και την Περιφέρεια Αττικής την υπηρεσία αυτή, καθώς συμπληρώνει την γκάμα των επιλογών που είναι διαθέσιμες στα ηλικιωμένα άτομα και τους/τις φροντιστές/ριές τους σε τοπικό επίπεδο. Ωστόσο, το θέμα της χρηματοδότησης και της στελέχωσης των υπηρεσιών αυτών δεν εξαρτάται από την τοπική αυτοδιοίκηση πρώτου βαθμού.

Στο πλαίσιο των τοπικών συζητήσεων, το θέμα της κοινωνικοποίησης των ηλικιωμένων τέθηκε ως ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα. Για παράδειγμα, οι υπηρεσίες της κατ' οίκον φροντίδας έχουν το πλεονέκτημα ότι οικοδομούν μια σχέση μεταξύ των ηλικιωμένων και των εργαζόμενων στο πρόγραμμα, αλλά δεν δημιουργούν τις προϋποθέσεις για ευρύτερη κοινωνικοποίηση. Βέβαια, κάποιοι/ες

από τους/τις ηλικιωμένους/ες που είναι λήπτες του «Βοήθεια στο Σπίτι» συμμετέχουν και στα ΚΑΠΗ, αν η κατάσταση της υγείας τους τους το επιτρέπει και οι ίδιοι/ες το επιθυμούν. Παρ' όλα αυτά, η έλλειψη ενιαίου κανονισμού λειτουργίας και σαφών οδηγιών για τη λειτουργία του «Βοήθεια στο Σπίτι», καθώς και η νοοτροπία που καλλιεργείται για δράση μέσα σε αυστηρά πλαίσια που δεν επιτρέπουν την ανάληψη πρωτοβουλιών, συχνά παρεμποδίζουν την ανάπτυξη νέων δράσεων. Πάντως, στις συζητήσεις που έγιναν στο πλαίσιο της έρευνας, οι εργαζόμενοι/ες στο πρόγραμμα φάνηκε πως νιώθουν την ανάγκη να βελτιώσουν τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των παροχών των δήμων και να λειτουργήσουν και έξω από το πλαίσιο που τους έχει καθοριστεί, αν υπάρξει η πολιτική βούληση και τους δοθούν τα εργαλεία για να το πράξουν. Εξάλλου, το ίδιο το πρόγραμμα, όπως περιγράφεται και στο «Σχέδιο Περιγραφής της δράσης Βοήθεια στο Σπίτι στο πλαίσιο των Περιφερειακών Προγραμμάτων του Γ' ΚΠΣ», αναφέρεται σε διάφορα σημεία στη σημασία της ένταξης των ωφελούμενων σε δράσεις που στοχεύουν στην κοινωνικοποίηση και την επαφή με τις τέχνες. Σε κάθε περίπτωση, σίγουρα θα βοηθούσε η ανάπτυξη ενός ευέλικτου κανονισμού λειτουργίας για το «Βοήθεια στο Σπίτι», που θα ανταποκρινόταν στις διευρυμένες ανάγκες των ηλικιωμένων.

Γενικότερα, η σημασία της τέχνης και των πολιτιστικών δραστηριοτήτων στην προώθηση της συμμετοχής και της κοινωνικοποίησης των ηλικιωμένων αναδείχθηκε στις συζητήσεις στο πλαίσιο της έρευνας. Ακόμα και η οργάνωση μιας χριστουγεννιάτικης εκδήλωσης, στην προετοιμασία της οποίας οι ηλικιωμένες/οι συμμετέχουν φτιάχνοντας διάφορα πράγματα, αποτελεί μια ευκαιρία για κοινωνικότητα και φιλίες. Επίσης, αναφέρθηκε η συνεργασία με μουσεία και σημειώθηκε η περίπτωση του ΕΜΣΤ, που «παρουσιάζει» μια έκθεση μέσα στο σπίτι, φέρνοντας κινητά εκθέματα αλλά και χρησιμοποιώντας εξοπλισμό εικονικής πραγματικότητας για τις ανάγκες των ξεναγήσεων. Επιπλέον, κατατέθηκε και η περίπτωση της μη κερδοσκοπικής οργάνωσης «Θάλλω», η οποία εξειδικεύεται στη δημιουργία μουσειακών δραστηριοτήτων προγραμμάτων, ομάδων θεάτρου, παιχνιδιών κ.λπ. για την τρίτη ηλικία, με σκοπό τη βελτίωση της κοινωνικής, νοητικής και συναισθηματικής υγείας των ηλικιωμένων και κυρίως αυτών με άνοια και των φροντιστών/ριών τους.

Περισσότερες και ουσιαστικότερες συνεργασίες με άλλους τοπικούς και μη τοπικούς φορείς όχι μόνο για την εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων, αλλά και για κοινές δράσεις εκπαίδευσης, εκστρατειών ενημέρωσης του κοινού, ψυχαγωγίας κ.λπ., θα βοηθούσαν στην καλύτερη διασύνδεση των υπηρεσιών, σε προστιθέμενη γνώση και στην ανάπτυξη κοινών δράσεων. Ειδικά ο χώρος των οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών μπορεί να αξιοποιηθεί περαιτέρω, καθώς διαθέτει ανθρώπους με εμπειρία, γνώση, συχνά καινοτόμες ιδέες, καλή επαφή με τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό και δυνατότητες ενεργοποίησης δικτύων εθελοντών. Η συνεργασία με τις οργανώσεις αυτές, εφόσον βέβαια είναι αξιόπιστες, θα πρόσφεραν επιπλέον γνώση, ενέργεια και ανθρώπινους πόρους στις προσπάθειες των δήμων. Μέσα από τα διάφορα μητρώα οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών που λειτουργεί

το κράτος (π.χ. Δημόσια Βάση Δεδομένων και το Ειδικό Μητρώο του Υπουργείου Εσωτερικών, το Μητρώο πιστοποιημένων φορέων κοινωνικής φροντίδας του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας) θα μπορούσαν να εντοπιστούν οι οργανώσεις που ασχολούνται με τη φροντίδα των ηλικιωμένων και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους και οι πληροφορίες αυτές να είναι διαθέσιμες στις υπηρεσίες των δήμων αλλά και στο κοινό.

Τέλος, χρειάζεται να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στο θέμα της διαχείρισης των πληροφοριών για το σύνολο των εξυπηρετούμενων και τις υπηρεσίες που λαμβάνουν, καθώς και στο θέμα της συγκέντρωσης, επεξεργασίας και δημοσίευσης στατιστικών στοιχείων. Ενιαίοι μηχανισμοί όπου θα μπορούσαν να καταγράφονται οι χρήστες όλων των υπηρεσιών (ηλικία, φύλο, κατάσταση υγείας, επίπεδο εισοδήματος, εάν ζουν μόνοι ή με άλλους, ποιες υπηρεσίες λαμβάνουν και με ποια συχνότητα) θα βοηθούσαν ώστε να υπάρχουν πιο αξιόπιστα στοιχεία και να εξαγονται πιο τεκμηριωμένα συμπεράσματα, χρήσιμα για την τοπική και όχι μόνο κοινωνική πολιτική. Επίσης, θα βοηθούσε την πολιτική των δήμων εάν η ΕΛΣΤΑΤ συγκέντρωνε και δημοσίευε στατιστικά στοιχεία όχι μόνο για τον αριθμό, αλλά και για τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που ζουν σε κάθε δήμο.

Γενικότερα συμπεράσματα και προτάσεις

Η τοπική αυτοδιοίκηση λειτουργεί με βάση νόμους και αποφάσεις που εκδίδει η κεντρική διοίκηση και την ευχέρεια αυτοδιοίκησης που της παρέχει το κράτος. Μεγάλο μέρος των αποφάσεων για τη λειτουργία των τοπικών υπηρεσιών των δήμων, οι οποίες αφορούν το προσωπικό και τη χρηματοδότησή τους, λαμβάνονται από τις περιφερειακές ή κεντρικές υπηρεσίες του κράτους. Αυτό εκ των πραγμάτων δημιουργεί δυσκολίες στη σχέση της τοπικής αυτοδιοίκησης με το κράτος.

Το ζητούμενο κατά την άποψη των τοπικών αρχών είναι μια μεγαλύτερη οικονομική αυτοτέλεια, ευελιξία και αυτοδιοικητική ανεξαρτησία, όπως συμβαίνει σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Κάτι τέτοιο προκρίνουν ότι θα βοηθούσε στην ύπαρξη περισσότερων και καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών φροντίδας. Το μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζει η τοπική αυτοδιοίκηση είναι πως έχει υπάρξει μετατόπιση των ευθυνών από την κεντρική διοίκηση και τις περιφέρειες στους δήμους, δίχως την ανάλογη ανακατανομή κονδυλίων, με αποτέλεσμα –στην επικράτεια– αυτή να λαμβάνει μόνο 2,3 δις από τη χρηματοδότηση που της αναλογεί και τα υπόλοιπα 5,7 δις παρακρατούνται από την κυβέρνηση, με βάση πρόσφατα στοιχεία.¹³ Η υποχρηματοδότηση, σε συνδυασμό με την ευρωπαϊκή τάση για «rearm», δηλαδή την

13. <https://www.myota.gr/2024/10/24/57-%CE%B4%CE%B9%CF%82-%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%B1%CE%BA%CF%81%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%8D%CE%BD-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%82-%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%BC%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%AD/>

αναδιανομή των κοινωνικών κονδυλίων σε θέματα άμυνας και ασφάλειας, θα έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ισχυρών κοινωνικών δομών και την παροχή περιορισμένων κοινωνικών υπηρεσιών με αβέβαιο μέλλον σε τοπικό επίπεδο.

Παράλληλα, τα στελέχη των τοπικών υπηρεσιών, για παράδειγμα, δεν κατανοούν ή δεν συμφωνούν με τον τρόπο που λαμβάνονται οι αποφάσεις σε κεντρικό επίπεδο σχετικά με την πρόσληψη προσωπικού και δυσανασχετούν με το γεγονός ότι παρά τον διαθέσιμο προϋπολογισμό για προσλήψεις που μπορεί να υπάρχει σε έναν δήμο, οι αιτήσεις τους απορρίπτονται ή περικόπτονται από το αντίστοιχο υπουργείο και την αποκεντρωμένη διοίκηση. Σε κάθε περίπτωση, η ουσιαστική αναβάθμιση της φροντίδας των ηλικιωμένων και δη των τοπικών υπηρεσιών φροντίδας από την πλευρά της κεντρικής διοίκησης θα είχε ως απότοκο την αύξηση της κρατικής χρηματοδότησης και την άμβλυνση του πιεστικού προβλήματος της έλλειψης επαρκούς και κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού.

Όπως φάνηκε από τις προσπάθειες των τοπικών κοινωνικών υπηρεσιών, η φροντίδα «αποκατάστασης» των μη αυτοεξυπηρετούμενων ηλικιωμένων αποτελεί ένα βασικό ζήτημα στην εθνική πολιτική, αφού οι υπάρχουσες δομές φιλοξενίας είναι ακριβές για τους περισσότερους, ενώ οι θέσεις σε δημόσιες δομές δεν επαρκούν. Όπου υπάρχει έλλειψη οικογενειακών-κοινωνικών δικτύων υποστήριξης και πενιχρά εισοδήματα, η ψυχοσωματική ευαλωτότητα των ηλικιωμένων αυξάνεται και η δυνατότητα αποκατάστασής τους δυσχεραίνεται. Ιδιαίτερα δύσκολη είναι η αποκατάσταση ασθενών με Alzheimer, ένας τομέας με σοβαρές ελλείψεις σε δομές φροντίδας στον οποίο αναμφισβήτητα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα.

Ένα άλλο ζήτημα που τίθεται είναι οι δεξιότητες των ανθρώπων που απασχολούνται στις υπηρεσίες φροντίδας και η ικανότητά τους να δείχνουν «ένα ανθρώπινο πρόσωπο». Εξ ου και κρίνεται απαραίτητη η συνεχής εκπαίδευση των εργαζόμενων αλλά και η ένταξή τους σε διαρκή ψυχολογική εποπτεία.

Ταυτόχρονα, οι ηλικιωμένοι/ες και οι φροντιστές/ριές τους πρέπει να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες και αυτές να είναι επαρκείς, κατάλληλα κατανεμημένες στην επικράτεια και φιλικές προς τους χρήστες. Η έρευνά μας έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι/ες και οι φροντιστές/ριές τους νιώθουν κατά κανόνα τις τοπικές δημοτικές υπηρεσίες δίπλα τους. Εκφράζουν όμως παράπονα για κάποιες από τις κρατικές υπηρεσίες, κυρίως αυτές της υγείας, παρόλο που σχεδόν όλοι/ες τόνισαν ότι οι εν λόγω υπηρεσίες είναι αυτές που έχουν τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στους ίδιους/ες. Επισημαίνουν επίσης αρνητικά τη γραφειοκρατία και τις καθυστερήσεις που αντιμετωπίζουν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, λόγου χάρη, στο κλείσιμο ραντεβού με το πρώην ΙΚΑ και στις κλήσεις ασθενοφόρων, όταν η περίπτωση δεν θεωρείται επείγουσα. Φροντιστρία στο Χαλάνδρι τόνισε την ανάγκη οι γιατροί να σέβονται τον χρόνο του/της φροντιστή/ριας, δηλώνοντας ότι συχνά έπρεπε να περιμένει ατελείωτες ώρες για να μάθει για την ασθένεια της μητέρας της.

Οι τοπικές και υπερτοπικές πολιτικές φροντίδας πρέπει να λάβουν υπόψη τους πως οι άτυποι/ες φροντιστές/ριες ηλικιωμένων, και ιδίως των φροντιζόμενων

που αντιμετωπίζουν πιο επιβαρυνμένη κατάσταση υγείας, χρειάζονται και οι ίδιοι/ες υποστήριξη. Προγράμματα εκπαίδευσης για το πώς μπορούν να φροντίζουν τον/την ηλικιωμένο/η, υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης και ανακουφιστικής βοήθειας και ενίσχυση της μεταξύ τους διασύνδεσης είναι δράσεις που απαιτείται να οργανωθούν από τους δήμους σε συνεργασία με πιο εξειδικευμένες οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών ή εκπαιδευτικά ιδρύματα.

Επιπλέον, η μεγαλύτερη ευελιξία στα εργασιακά ωράρια και καθήκοντα θα βοηθούσε τη συμφιλίωση εργασιακής και οικογενειακής/κοινωνικής ζωής των φροντιστών/ριών που εργάζονται. Στην ομάδα εστίασης στο Χαλάνδρι, μία φροντίστρια ήταν τραπεζική υπάλληλος με επαγγελματικές προοπτικές, αλλά παραιτήθηκε από την εργασία της και βρήκε μια χαμηλότερα αμειβόμενη εργασία κοντά στο σπίτι της για να φροντίζει την άρρωστη μητέρα της. Σημείωσε επίσης ότι υπάρχουν πολλές επιπτώσεις για τον φροντιστή/ρια, όχι μόνο σε επαγγελματικό επίπεδο, αλλά και σε οικονομικό, σε επίπεδο σπουδών καθώς και σε κοινωνικό επίπεδο, καθώς δεν μπορεί να έχει μια φυσιολογική κοινωνική ζωή και δεν μπορεί να σχεδιάσει τις δραστηριότητές του/της με βεβαιότητα. Γι' αυτό και η επέκταση του θεσμού του «προσωπικού βοηθού»¹⁴ που σήμερα αφορά μόνο άτομα με αναπηρία έως 65 ετών θα αποτελούσε ένα ιδιαίτερα ανακουφιστικό μέτρο, κυρίως για τους/τις εργαζόμενους/ες φροντιστές/ριες.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Κωστοπούλου, Α. (2017). Πολιτικές για την ενεργό και υγιή γήρανση: Μύθος και πραγματικότητα. Η εμπειρία από τον θεσμό των Λεσχών Φιλίας του Δήμου Αθηναίων. Αθήνα.

Ξενόγλωσση

European Union (2010). Draft description of the “Help at Home” action under the regional programmes of the 3rd CSF [Internal report].

Tesch-Römer, C. (2011, November 21-22). Active ageing and quality of life in old age [Presentation]. 3rd Meeting of the UNECE Working Group on Ageing, Geneva, Switzerland. German Centre of Gerontology.

World Health Organization (2021). Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care. Geneva: World Health Organization. 9789240038844.

Zaidi, A., Gasior, K., Zólyomi, E., Schmidt, A., Rodrigues, R. & Marin, B. (2017). Measuring active and healthy ageing in Europe. *Journal of European Social Policy*, 27(2), 138-157. <https://doi.org/10.1177/0958928716676550>

14. Κοινή Υπουργική Απόφαση 28458/2022 (ΦΕΚ 1427/Β/24-3-2022).

Το εργασιακό τοπίο στον τομέα της επίσημης φροντίδας ηλικιωμένων: Η διάσταση του φύλου και της εθνικής προέλευσης

*Μαρία Καραμεσίνη, Αγγελική Αθανασοπούλου,
Μαριλένα Κελαντωνάκη, Βούλα Τουρή*

Εισαγωγή

Όπως είδαμε στα προηγούμενα κεφάλαια αυτού του τόμου, ο τομέας της φροντίδας ηλικιωμένων παρουσιάζει μεγάλη ποικιλομορφία, τόσο ως προς τα είδη φροντίδας (επίσημη-ανεπίσημη, ιδρυματική, στην κοινότητα ή στο σπίτι) όσο και ως προς το είδος των παρόχων (δημόσιες ή ιδιωτικές μονάδες, ιδιωτικές κατ' οίκον υπηρεσίες, άτυπες/οι φροντίστριες/ές). Η επίσημη φροντίδα (formal care) ηλικιωμένων περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες φροντίδας που παρέχονται σε ηλικιωμένα άτομα από αμειβόμενες/ους φροντίστριες/ές, ενώ η ανεπίσημη φροντίδα (informal care) παρέχεται από άτυπες/ους φροντίστριες/ές.

Στο κεφάλαιο 10 παρουσιάστηκαν αναλυτικά τα δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των άτυπων φροντιστριών/ών (μέλη οικογένειας, συγγενείς, φίλοι), ο βαθμός και το είδος εμπλοκής τους στη φροντίδα των ηλικιωμένων στη χώρα μας και οι συνθήκες εργασίας τους. Στο παρόν κεφάλαιο εξετάζουμε πώς διαμορφώνεται το εργασιακό τοπίο στον τομέα της επίσημης φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα, με ιδιαίτερη έμφαση στις διαστάσεις του φύλου και της εθνικότητας. Η ανάλυση βασίζεται σε δύο ποιοτικές έρευνες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν από τον Απρίλιο έως και τον Σεπτέμβριο του 2025, στο πλαίσιο του ερευνητικού προγράμματος GELDERIN, με αντικείμενο έρευνας τους όρους απασχόλησης, την οργάνωση και τις συνθήκες εργασίας, τις εργασιακές σχέσεις καθώς και τις ελλείψεις του εργατικού δυναμικού στον τομέα.

Η πρώτη έρευνα εστίασε στη διερεύνηση των ανωτέρω ζητημάτων στις ιδιωτικές δομές (κερδοσκοπικές ή μη μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων και ιδρύματα) και τις δημόσιες υπηρεσίες (ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ, «Βοήθεια στο Σπίτι»). Για τον σκοπό αυτό διενεργήθηκαν δεκατρείς ατομικές συνεντεύξεις με: τρεις εκπροσώπους συνδικαλιστικών οργανώσεων από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και μία εκπρόσωπο του σωματείου των κοινωνικών λειτουργών¹ τρία στελέχη και διευθυντές κερδο-

1. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν με εκπροσώπους από το Κλαδικό Σωματείο Προσω-

σκοπικών και μη κερδοσκοπικών μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων (ΜΦΗ): μία ιδιοκτήτρια επιχείρησης διασύνδεσης κατ' οίκον φροντιστών/ριών με οικογένειες· μία εκπρόσωπο ουκρανικής μεταναστευτικής οργάνωσης που δραστηριοποιείται στον τομέα της κατ' οίκον φροντίδας· ένα στέλεχος της Επιθεώρησης Εργασίας και δύο στελέχη της Περιφέρειας Αττικής, από τη μονάδα αδειοδότησης των ΜΦΗ. Επιπροσθέτως, οργανώθηκε μια ομάδα εστιασμένης συζήτησης με 5 νοσηλεύτριες/βοηθούς νοσηλευτριών.

Η δεύτερη έρευνα είχε ως αντικείμενο τους όρους απασχόλησης και τις συνθήκες εργασίας των εργαζόμενων στην κατ' οίκον φροντίδα. Περιλάμβανε τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων, καθώς και τη διεξαγωγή άτυπων συζητήσεων και συνεντεύξεων με τριάντα αμειβόμενες κατ' οίκον φροντίστριες που προέρχονταν από την Αλβανία (έντεκα), τη Βουλγαρία (τέσσερις), τη Γεωργία (εφτά), την Ελλάδα (έξι), την Ουκρανία (μία) και τη Ρουμανία (μία).

Το κεφάλαιο είναι δομημένο σε τρία μέρη. Το πρώτο μέρος εστιάζει στο εργατικό δυναμικό του τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων και ανάπηρων ατόμων και αναλύει τα χαρακτηριστικά του, κυρίως το φύλο και την εθνικότητα των εργαζόμενων, με βάση στατιστικά στοιχεία από επίσημες πηγές. Το δεύτερο μέρος εξετάζει τους όρους απασχόλησης, την οργάνωση και τις συνθήκες εργασίας και τις εργασιακές σχέσεις στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα φροντίδας, με στόχο να αποσαφηνιστούν οι διαφορές, να αναδειχθεί η ανομοιογένεια του κλάδου και να εξεταστεί η σχέση των συνθηκών αυτών με τα ελλείμματα εργατικού δυναμικού και την εργασιακή κινητικότητα. Εδώ παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πρώτης ποιοτικής έρευνας. Το τρίτο μέρος του κεφαλαίου, που βασίζεται στα αποτελέσματα της δεύτερης ποιοτικής έρευνας, περιγράφει τον διαφοροποιημένο και σύνθετο χαρακτήρα της αμειβόμενης κατ' οίκον φροντίδας ηλικιωμένων, εστιάζοντας στους διαφορετικούς τύπους εμπλοκής σε αυτόν, και αναλύει πώς οι συγκεκριμένοι τύποι συνδέονται τόσο με τις ανάγκες και τις δυνατότητες των εργαζόμενων όσο και με εκείνες των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους.

1. Το εργατικό δυναμικό του τομέα μακροχρόνιας φροντίδας: το φύλο και η εθνικότητα των εργαζόμενων

Το μέγεθος της απασχόλησης στον τομέα επίσημης φροντίδας ηλικιωμένων είναι αδύνατο να προσδιοριστεί με ακρίβεια, καθώς η ΕΛΣΤΑΤ παρέχει στοιχεία για τον ευρύτερο τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας, που περιλαμβάνει τη φροντίδα τόσο των ηλικιωμένων όσο και των ατόμων με αναπηρίες ανεξαρτήτως ηλικίας.

πικού Ιδιωτικών Κλινικών, Γηροκομείων, Εργαστηρίων Διαγνωστικών Κέντρων και Συναφών Χώρων, την Ομοσπονδία Συλλόγων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων Ελλάδος (ΟΣΝΙΕ), την Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζόμενων στον Οργανισμό της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΠΟΕ – ΟΤΑ) και τον Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (ΣΚΛΕ).

Η τελευταία Απογραφή Πληθυσμού από την ΕΛΣΤΑΤ (2021) παρέχει για πρώτη φορά στοιχεία για το συνολικό μέγεθος και τα βασικά χαρακτηριστικά του εργατικού δυναμικού στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας. Το 2021, ο τομέας αυτός απασχολούσε επίσημα 8.130 άτομα, εκ των οποίων 4.056 σε υπηρεσίες διαμονής για ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες (κλειστές δομές-ιδρυματική φροντίδα), 3.280 άτομα σε υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας χωρίς παροχή διαμονής (δημόσιες και ιδιωτικές δομές ανοιχτής φροντίδας) και 794 προσωπικές φροντίστριες σε νοσοκομεία (αποκλειστικές νοσοκόμες) που προσλαμβάνονται ιδιωτικά από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Στο παραπάνω σύνολο θα πρέπει να προστεθεί ένα μεγάλο μέρος εκ των 15.076 ατόμων που καταγράφηκαν ως οικιακές καθαρίστριες και βοηθοί, εφόσον οι περισσότερες εργαζόμενες στην κατ' οίκον φροντίδα ηλικιωμένων και αναπήρων επιτελούν και οικιακές εργασίες και δηλώνονται ως οικιακές καθαρίστριες και βοηθοί. Ο συνολικός αριθμός των τελευταίων εκτιμούμε ότι είναι πολύ μεγαλύτερος από αυτόν που έχει καταγράψει η Απογραφή Πληθυσμού, λόγω της μεγάλης έκτασης της αδήλωτης εργασίας. Κατά συνέπεια, ακόμα και στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας, ο αριθμός των απασχολούμενων είναι δύσκολο να προσδιοριστεί επακριβώς.

1.1. Η έμφυλη διάσταση της μακροχρόνιας φροντίδας

Ένα βασικό χαρακτηριστικό του τομέα μακροχρόνιας φροντίδας είναι η έντονα έμφυλη διάσταση της απασχόλησης, καθώς οι γυναίκες αποτελούν τη συντριπτική πλειονότητα σχεδόν σε όλα τα επαγγέλματα. Η ισχυρή «θηλυκοποίηση» της αμειβόμενης εργασίας φροντίδας αναδεικνύει τη συνεχιζόμενη εξάρτηση από την εργασία των γυναικών, τόσο τυπική όσο και άτυπη, για την κάλυψη των αυξανόμενων αναγκών που προκύπτουν από τη γήρανση του πληθυσμού.

Πίνακας 12.1. Απασχολούμενοι κατά φύλο και επάγγελμα (Απογραφή 2021)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ (ISCO-08)	Υπηρεσίες διαμονής για ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες				Υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας χωρίς παροχή διαμονής για ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες			
	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	Γυν %	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	Γυν %
Διευθυντές/ Διευθύντριες	52	32	18	34,6	19	10	12	63,2
Επαγγελματίες υγείας	109	16	94	86,2	142	31	113	79,6
Βοηθοί επαγγελματίες υγείας	425	62	360	84,7	183	28	153	83,6
Άλλοι επαγγελματίες και βοηθοί επαγγελματίες	309	70	243	78,6	747	148	604	80,9
Υπάλληλοι γραφείου	307	98	211	68,7	258	89	172	66,7
Εργαζόμενοι/ες σε προσωπικές υπηρεσίες*	256	65	189	73,8	134	36	102	76,1
Προσωπικές φροντίστριες	1.698	192	1.504	88,6	1.065	76	986	92,6
Άλλοι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες	27	19	10	37,0	29	12	13	44,8
Καθαρίστριες, βοηθοί και άλλες ανειδίκευτες εργαζόμενες	805	69	734	91,2	574	82	491	85,5
Εξειδικευμένοι τεχνικοί και εργαζόμενοι/ες	68	58	10	14,7	129	118	4	3,1
ΣΥΝΟΛΟ	4.056	681	3.373	83,2	3.280	630	2.650	80,8

* Παροχή υπηρεσιών κομμωτικής και αισθητικής, συντροφιάς και άλλων υπηρεσιών προσωπικού χαρακτήρα.

Ο Πίνακας 12.1 αποτυπώνει το ποσοστό των γυναικών ανά επάγγελμα στον τομέα της φροντίδας ηλικιωμένων και αναπήρων. Τόσο στις μονάδες φροντίδας με διαμονή όσο και στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας χωρίς διαμονή, το ποσοστό των νοσηλευτριών και βοηθών νοσηλευτριών, που εντάσσονται στις κατηγορίες των επαγγελματιών υγείας και των βοηθών επαγγελματιών υγείας, προσεγγίζει ή ξεπερνά το 80%. Στις προσωπικές φροντίστριες, το ποσοστό των γυναικών ανέρχεται στο 88,6% στις μονάδες φροντίδας με διαμονή και στο 92,6% στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας χωρίς διαμονή.

Ο Πίνακας 12.2 καταδεικνύει ότι στην κατηγορία των προσωπικών φροντιστών/ριών σε νοσοκομεία (αποκλειστικές νοσοκόμες), οι γυναίκες αποτελούν το 95,8% των εργαζόμενων. Η έμφυλη διάσταση της φροντίδας αποτυπώνεται και στις κατηγορίες των οικιακών καθαριστριών και βοηθών, καθώς οι φροντιστές/ριες συχνά καταγράφονται εκεί, λόγω της ασάφειας που υπάρχει ανάμεσα στα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες της οικιακής εργασίας και της εργασίας φροντίδας, τα οποία σε πολλές περιπτώσεις συμπίπτουν.²

Πίνακας 12.2. Εργαζόμενοι σε ιδιωτικά νοικοκυριά ανά φύλο (Απογραφή 2021)

Επαγγέλματα	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	Γυν (%)
Προσωπικές φροντίστριες σε νοσοκομεία	794	35	761	95,8
Οικιακές καθαρίστριες και βοηθοί	15.076	750	14.328	95,0
Άλλοι εργαζόμενοι	5.075	2.336	2.732	53,8
Σύνολο εργαζόμενων	20.945	3.121	17.821	85,1

1.2. Η διάσταση της εθνικότητας στον τομέα της φροντίδας

Ο Πίνακας 12.3 παρουσιάζει τον συνολικό αριθμό εργαζόμενων στη φροντίδα ανά εθνικότητα και δείχνει ότι το ποσοστό των μη Ευρωπαίων, τόσο στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων με διαμονή όσο και στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας χωρίς διαμονή, είναι σχετικά μικρό. Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο Πίνακα, το ποσοστό των φροντιστριών που προέρχονται από χώρες εκτός της ΕΕ και εργάζονται στον τομέα της επίσημης φροντίδας είναι 13,1%, ενώ άλλο ένα 3,7% προέρχεται από χώρες της ΕΕ, ανεβάζοντας το ποσοστό του αλλοδαπού εργατικού δυναμικού του τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας στο 16,8%.

Παρ' όλα αυτά, στην υπάρχουσα εκτενή βιβλιογραφία και έρευνα υποστηρίζεται ότι οι μετανάστριες φροντίστριες αποτελούν ένα αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος φροντίδας στην Ελλάδα και καλύπτουν σε μεγάλο βαθμό τα κενά που δημιουργούνται από την έλλειψη επαρκών δημόσιων δομών και υπηρεσιών.

Ο Πίνακας 12.3 επιβεβαιώνει αυτή την ερμηνεία: στην κατηγορία των οικιακών υπηρεσιών, που περιλαμβάνει πολλές φροντίστριες, οι εργαζόμενες/οι με εθνικότητα χωρών εκτός ΕΕ αντιπροσωπεύουν το 49,4% του εργατικού δυναμικού, ενώ ένα μεγάλο μέρος των εργαζόμενων με εθνικότητα χώρας της ΕΕ, πλην της Ελλάδας, προέρχονται από τη Βουλγαρία και τη Ρουμανία.

2. Για τα ασαφή όρια μεταξύ εργασιών φροντίδας και οικιακών καθηκόντων, βλ. ενδεικτικά Anderson, 2000· Lutz, 2008. Για την έλλειψη ορατότητας αυτών των πολλαπλών ρόλων που ενισχύεται από έμφυλες και μεταναστευτικές ανισότητες, βλ. ενδεικτικά Hantzaroula, 2008· Parreñas, 2001.

Πίνακας 12.3. Απασχόληση κατά εθνικότητα στη φροντίδα και τις οικιακές υπηρεσίες

Απασχόληση κατά εθνικότητα στις υπηρεσίες διαμονής και στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας χωρίς διαμονή			Απασχόληση κατά εθνικότητα στις οικιακές υπηρεσίες		
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	Άνδρες και Γυναίκες	%	ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	Άνδρες και Γυναίκες	%
ΕΛΛΗΝΙΚΗ	6.106	83,2	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	9.045	43,2
ΕΕ	268	3,7	ΕΕ	1.556	7,4
ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ	962	13,1	ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ	10.344	49,4
ΣΥΝΟΛΟ	7.336	100,0	ΣΥΝΟΛΟ	20.945	100,0

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Απογραφή 2021.

2. Επαγγέλματα και εκπαιδευτικά προσόντα του προσωπικού στις κοινωνικές υπηρεσίες και τις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων

Στον τομέα της επίσημης φροντίδας ηλικιωμένων δραστηριοποιείται ένα ευρύ φάσμα επαγγελματικών ειδικοτήτων, γεγονός που αντανάκλα τις νομικές προϋποθέσεις λειτουργίας των κοινωνικών υπηρεσιών και των ΜΦΗ στην Ελλάδα. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 12.4, όπου αποτυπώνονται όλες οι διαφορετικές δομές και υπηρεσίες που δραστηριοποιούνται στη φροντίδα των ηλικιωμένων, οι νοσηλεύτριες/ριες, οι βοηθοί νοσηλείας, οι κοινωνικοί/ές λειτουργοί και οι κοινωνικοί/ές φροντιστές/ριες αποτελούν τις κύριες επαγγελματικές ομάδες στον τομέα της φροντίδας ηλικιωμένων.

Πίνακας 12.4. Υποχρεωτικές ειδικότητες ανά πρόγραμμα

Επαγγέλματα	Υπηρεσίες Φροντίδας χωρίς Διαμονή	Δομές Φροντίδας με Διαμονή	Ημερήσια Φροντίδα	
	ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	ΜΟΝΑΔΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ Ή ΜΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ	ΚΑΠΗ	ΚΗΦΗ
Διοικητικό Προσωπικό		✓	✓	✓
Γιατροί		✓		
Νοσηλεύτριες/ Βοηθοί νοσηλείας	✓	✓	✓	✓
Κοινωνικοί/ές Λειτουργοί	✓	✓	✓	
Φυσικοθεραπευτές/ριες		✓	✓	
Εργοθεραπευτές/ριες			✓	
Βοηθοί Υγείας			✓	
Κοινωνικοί/ές φροντιστές/ριες	✓	✓		✓
Υποστηρικτικό Προσωπικό		✓		✓

Σύμφωνα με τον Πίνακα 12.4, και βάσει της Υπουργικής Απόφασης Π1γ/οικ.81551/2007 (ΦΕΚ 1136/Β/6-7-2007) για τις «Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) από ιδιώτες κερδοσκοπικού χαρακτήρα, και Μ.Φ.Η. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα», είναι υποχρεωτική η στελέχωση των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων από συγκεκριμένες ειδικότητες και αριθμό εργαζόμενων. Κάθε μονάδα φροντίδας κερδοσκοπικού και μη χαρακτήρα οφείλει να διαθέτει προσωπικό ευρέως επαγγελματικού φάσματος, που περιλαμβάνει ιατρικό προσωπικό (γιατρούς, νοσηλεύτές/ριες και βοηθούς νοσηλευτών/ριών), εξειδικευμένο προσωπικό (φυσικοθεραπευτές/ριες, κοινωνικούς/ές λειτουργούς ή ψυχολόγους, εργοθεραπευτές/ριες), καθώς και υποστηρικτικό και διοικητικό προσωπικό, προκειμένου να λάβει άδεια λειτουργίας. Αναφορικά με τις υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας, αν και κάθε δήμος καθορίζει τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας των ΚΑΠΗ της περιοχής του –όπου προσδιορίζονται η σύνθεση και τα καθήκοντα του προσωπικού–, κάθε ΚΑΠΗ οφείλει να λειτουργεί με μια ομάδα που απαρτίζεται από κοινωνικούς/ές λειτουργούς, νοσηλεύτές/ριες, επισκέπτες/ριες υγείας, οικογενειακούς/ές βοηθούς, φυσικοθεραπευτές/ριες και εργοθεραπευτές/ριες. Τέλος, οι υπηρεσίες «Βοήθεια στο Σπίτι» πρέπει να στελεχώνονται από κοινωνικούς/ές λειτουργούς, νοσηλεύτές/ριες και οικογενειακούς/ές βοηθούς ή κοινωνικούς/ές φροντιστές/ριες, ενώ τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) οφείλουν να διαθέτουν νοσηλεύτές/ριες, κοινωνικούς/ές φροντιστές/ριες και υποστηρικτικό προσωπικό.

Για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας απαιτείται εξειδικευμένο εργατικό δυναμικό με συγκεκριμένες εκπαιδευτικές απαιτήσεις. Οι νοσηλεύτές/ριες είναι απόφοιτοι/ες ανώτατης εκπαίδευσης και η εκπαίδευσή τους περιλαμβάνει ένα εξαμηνιο κλινικής εμπειρίας,³ ενώ οι βοηθοί νοσηλευτών/ριών έχουν ολοκληρώσει δύο έως τρία έτη δευτεροβάθμιας ή μεταδευτεροβάθμιας επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης, που περιλαμβάνει εργαστηριακά μαθήματα, μαθητεία ή πρακτική άσκηση (ΕΠΑΛ, ΙΕΚ/ΣΑΕΚ, ΕΠΑΣ της ΔΥΠΑ, σχολές νοσοκομείων κ.λπ.). Οι επισκέπτες/ριες υγείας αποκτούν τον επαγγελματικό τους τίτλο μετά από τετραετή φοίτηση στην ανώτατη εκπαίδευση, ενώ οι κοινωνικοί/ές λειτουργοί οφείλουν να κατέχουν τετραετές πτυχίο ανώτατης εκπαίδευσης στην κοινωνική εργασία. Στον τομέα δραστηριοποιούνται επίσης φυσικοθεραπευτές/ριες και εργοθεραπευτές/ριες, οι οποίοι/ες εκπαιδεύονται σε δημόσια πανεπιστήμια ή ιδιωτικά κολέγια τετραετούς φοίτησης. Οι κοινωνικοί/ές φροντιστές/ριες και οι οικογενειακοί/ές βοηθοί είναι απόφοιτοι/ες κατώτερης ή ανώτερης δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με ενδεχόμενη (όχι υποχρεωτική) συμμετοχή σε προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης. Τέλος, το βοηθητικό προσωπικό, όπως οδηγοί και καθαρίστριες/ές, προέρχεται συνήθως από την υποχρεωτική εκπαίδευση.

3. Από το 2023 λειτουργεί Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στη γηριατρική, που επιτρέπει την εξειδίκευση των νοσηλευτριών/ών και την ανταπόκρισή τους στις ανάγκες των ηλικιωμένων.

3. Συνθήκες εργασίας και απασχόλησης και συνδικαλισμός στον τομέα της επίσημης φροντίδας ηλικιωμένων

Οι συνθήκες εργασίας και απασχόλησης των εργαζόμενων στην επίσημη φροντίδα ηλικιωμένων διαφέρουν μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, αλλά και εντός του καθενός από αυτούς. Το ίδιο συμβαίνει με τον συνδικαλισμό, ο οποίος ενώ είναι υπαρκτός στον δημόσιο τομέα, απουσιάζει από τον ιδιωτικό. Στην ενότητα αυτή αξιοποιούμε τις συνεντεύξεις που πήραμε από εκπροσώπους συνδικαλιστικών οργανώσεων, καθώς και του σωματείου των κοινωνικών λειτουργών, από στελέχη και διευθυντικά μέλη Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΜΦΗ), μία ιδιοκτήτρια επιχείρησης διασύνδεσης κατ' οίκον φροντιστών/ριών με οικογένειες, μία εκπρόσωπο ουκρανικής μεταναστευτικής οργάνωσης, στελέχη της Επιθεώρησης Εργασίας και της Περιφέρειας Αττικής, για να περιγράψουμε την κατάσταση που επικρατεί στις εργασιακές σχέσεις στα επιμέρους τμήματα του επίσημου τομέα φροντίδας ηλικιωμένων.

3.1. Δημόσιες μονάδες και κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων

Τα διοικητικά στοιχεία για τον αριθμό των εργαζόμενων στις δημόσιες δομές και τις κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων είναι δυσεύρετα. Όπως είδαμε στο κεφάλαιο 11, το 2021, οι δημόσιου χαρακτήρα μονάδες κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων (Μονάδες Χρόνιων Παθήσεων και Δημοτικά Γηροκομεία) απασχολούσαν 1.527 εργαζόμενους, ενώ ο αριθμός των εργαζόμενων στις δομές και υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων των δήμων δεν είναι σαφής. Όπως μας ανέφερε ο εκπρόσωπος της ΠΟΕ-ΟΤΑ, ο μόνος ακριβής αριθμός που παρέχεται επισήμως αφορά τις 2.900 προσλήψεις στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Οι εργαζόμενοι σε αυτό μονιμοποιήθηκαν το 2023 σε οργανικές θέσεις των κοινωνικών υπηρεσιών των δήμων, έπειτα από πολλά χρόνια δουλειάς με ετήσιες και διαρκώς ανανεούμενες συμβάσεις, και παρέχουν άμεση και έμμεση φροντίδα στους ηλικιωμένους.

Οι συνθήκες εργασίας στις κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων των δήμων και στους δημόσια χρηματοδοτούμενους φορείς φαίνεται να είναι καλύτερες από αυτές του κλάδου γενικότερα, ιδίως όσον αφορά το ωράριο, τις βάρδιες και την εντατικοποίηση της εργασίας. Εντούτοις, κατά τη διάρκεια της έρευνας, οι περισσότεροι/ες συνεντευξαζόμενοι/ες ανέδειξαν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν λόγω των συνθηκών εργασίας στις Μονάδες Χρόνιων Παθήσεων, τα ΚΑΠΗ, τα ΚΗΦΗ και τις υπηρεσίες «Βοήθεια στο Σπίτι». Τα σημαντικότερα προβλήματα σχετίζονται με την έλλειψη προσωπικού, τους περιορισμένους πόρους για εξοπλισμό και υποδομές, τα γραφειοκρατικά εμπόδια που παρακωλύουν την ανάληψη πρωτοβουλιών, αλλά και τους περιορισμούς στον αριθμό των ωφελούμενων. Το ζήτημα

της υποστελέχωσης αναδείχθηκε σε όλες τις συνεντεύξεις. Η υποστελέχωση αφορά τα κενά στις θέσεις που προβλέπονταν στον αρχικό σχεδιασμό του προγράμματος (π.χ. φυσικοθεραπευτές/ριες και εργοθεραπευτές/ριες στα ΚΑΠΗ), αλλά και τον αριθμό των εργαζόμενων συνολικά σε κάθε πρόγραμμα, γεγονός που επηρεάζει αναπόφευκτα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Συνδέεται επίσης με την επέκταση των υπηρεσιών του προγράμματος σε μεγαλύτερο αριθμό χρηστών/ριών χωρίς τη διασφάλιση επαρκούς εργατικού δυναμικού. Μια ακόμη συνέπεια της υποστελέχωσης στις δημόσιες υπηρεσίες είναι ότι δεν υπάρχει αποκλειστική ενασχόληση με το αντικείμενο της θέσης ή της ειδίκευσης. Για παράδειγμα, μια κοινωνική λειτουργός η οποία αποτελεί προσωπικό της υπηρεσίας του «Βοήθεια στο Σπίτι» μας είπε ότι μπορεί να χρειαστεί να καλύψει και άλλες ανάγκες του δήμου (π.χ. εισαγγελική παραγγελία για ανήλικο).

Στις δημόσιες δομές και κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων των δήμων απαντώνται διαφορετικές μορφές απασχόλησης: μόνιμη και πλήρης απασχόλησης, συμβάσεις εργασίας ορισμένου χρόνου, συμβάσεις έργου και προσλήψεις μέσω προγραμμάτων ΔΥΠΑ (π.χ. για ανέργους 55 ετών και άνω). Οι μόνιμοι εργαζόμενοι στις κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων και τα ΚΑΠΗ, καθώς και των Μονάδων Χρόνιων Παθήσεων αμείβονται με βάση το ενιαίο μισθολόγιο των δημοσίων υπαλλήλων (Πίνακας 12.5), προσβλέπουν σε επαγγελματική εξέλιξη, ενώ οι συνθήκες εργασίας και απασχόλησής τους είναι ευνοϊκότερες, και η κινητικότητα τους σχεδόν ανύπαρκτη. Σημαντικός βέβαια παράγοντας διαμόρφωσης των συνθηκών εργασίας στις δημοτικές υπηρεσίες είναι η αιρετή διοίκηση κάθε δήμου. Σύμφωνα με εκπρόσωπο σωματείου εργαζομένων, σε πολλές περιπτώσεις οι διοικήσεις λειτουργούν με ψηφοθηρικά κίνητρα, επιχειρώντας, για παράδειγμα, να παρέμβουν στην εκλογή των συμβουλίων των ΚΑΠΗ.

Οι συνθήκες απασχόλησης είναι λιγότερο ευνοϊκές για τους εργαζόμενους με άτυπες συμβάσεις εργασίας, λόγου χάριν, συμβάσεις έργου, που αναφέρουν χαμηλές αμοιβές και εργασιακή επισφάλεια. Όπως χαρακτηριστικά περιέγραψε μία νοσηλεύτρια στις υπηρεσίες «Βοήθεια στο Σπίτι»: «Λοιπόν, παρόλο που έχω σπουδάσει, έχω κάνει μεταπτυχιακά και έχουμε πτυχία, είμαι ο ίδιος ο εργοδότης μου, δεν είμαι καν υπάλληλος. Είμαι αυτοαπασχολούμενη. Αυτό σημαίνει ότι κάθε μήνα εκδίδω τιμολόγιο για υπηρεσίες προς τον δήμο. [...] δεν πληρωνόμαστε από την Ελλάδα, αλλά από το εξωτερικό, και όπως καταλαβαίνετε, αν αυτό σταματήσει, θα χάσω τη δουλειά μου, και θα τη χάσω ούτως ή άλλως γιατί δεν έχω σταθερή εργασιακή σχέση· δεν εννοώ μονιμότητα, αλλά τουλάχιστον κάτι αορίστου χρόνου».

Πίνακας 12.5. **Ενιαίο Μισθολόγιο του Δημόσιου Τομέα στην Ελλάδα**

Μισθολογικό Κλιμάκιο (ανά 3 χρόνια προϋπηρεσίας)	Υποχρεωτική Εκπαίδευση – ΥΕ	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση – ΔΕ	Τεχνολογική Εκπαίδευση – ΤΕ	Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση – ΠΕ
1	880 (€)	958 (€)	1.137 (€)	1.192 (€)
2	923	1.018	1.192	1.251
3	966	1.078	1.247	1.310
4	1.009	1.138	1.302	1.369
5	1.052	1.198	1.357	1.428
6	1.095	1.258	1.412	1.487
7	1.138	1.318	1.467	1.546
8	1.181	1.378	1.522	1.605
9	1.224	1.438	1.577	1.664
10	1.267	1.498	1.632	1.723

3.2. Ιδιωτικές κερδοσκοπικές και μη κερδοσκοπικές μονάδες

Παρά τη μεγάλη ποικιλομορφία τους, οι κερδοσκοπικές και οι μη-κερδοσκοπικές⁴ ιδρυματικές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων υπάγονται στο **ίδιο νομικό πλαίσιο**. Τα πρότυπα λειτουργίας τους, τα οποία καθορίζουν τους απαιτούμενους επαγγελματικούς ρόλους, τη στελέχωση και τις προϋποθέσεις εκπαίδευσης και επαγγελματικών προσόντων του προσωπικού, ρυθμίζονται από την Υπουργική Απόφαση Π1γ/οικ.81551/25-06-2007 (ΦΕΚ Β' 1136/6-7-2007). Ο ομοιογενοποιημένος χαρακτήρας αυτών των προϋποθέσεων περιορίζει συχνά τη λειτουργική ευελιξία των δομών. Για παράδειγμα, μία μονάδα που φιλοξενεί μόνο κατάκοιτους ηλικιωμένους πρέπει να πληροί τις ίδιες προδιαγραφές εγκαταστάσεων και στελέχωσης προσωπικού με μία μονάδα που φροντίζει πλήρως αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους. Σύμφωνα με έναν διευθυντή μονάδας, η νομοθεσία τον υποχρέωσε να αναδιαμορφώσει WC τα οποία πρακτικά δεν θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από τους ηλικιωμένους της δομής. Η έλλειψη ευελιξίας έχει οδηγήσει αρκετές δομές να λειτουργούν χωρίς άδεια, καθώς οι απαιτήσεις για την αδειοδότηση είναι ιδιαίτερα αυστηρές.

Ο αριθμός των εργαζόμενων σε κερδοσκοπικές μονάδες εκτιμάται περίπου στις 4.350. Σύμφωνα με τα στοιχεία του εκπροσώπου της ΠΕΜΦΗ, του εργοδοτικού οργανισμού των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων, σχετικά με τη σύνθεση του εργατικού δυναμικού, το 65% του προσωπικού που εργάζεται σε κερδοσκοπικές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων αποτελείται από γυναίκες. Σε επίπεδο εθνικότητας, υπάρχει ισορροπία μεταξύ εργαζόμενων ελληνικής καταγωγής, μεταναστών δεύτερης γενιάς και αλλοδαπών (από χώρες της Βόρειας Αφρικής, Γεωργία, Ουκρανία και

4. Με βάση τα στοιχεία που παρείχε εκπρόσωπος της ΠΕΜΦΗ, οι εγγεγραμμένες κερδοσκοπικές και μη κερδοσκοπικές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων εκτιμώνται σε 300, με συνολικά 14.500 κρεβάτια.

Αλβανία), με ηλικιακό εύρος από 20 έως 65 ετών. Την ισορροπία αυτή μεταξύ εργαζόμενων ελληνικής και μη ελληνικής καταγωγής επιβεβαίωσε και ο εκπρόσωπος της Ομοσπονδίας Συλλόγων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων Ελλάδος (ΟΣΝΙΕ).

Οι συνθήκες εργασίας και απασχόλησης διαφέρουν σημαντικά από δομή σε δομή. Στις κερδοσκοπικές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, οι συνθήκες εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τη στάση του διευθυντή ή του ιδιοκτήτη. Ελλείπει εργατικών σωματείων, οι εργαζόμενοι μένουν εκτεθειμένοι και ευάλωτοι στις μονομερείς αποφάσεις της διοίκησης. Κατά τις συζητήσεις με εκπροσώπους του συνδικάτου, αναφέρθηκαν αρκετές παραβιάσεις της εργατικής νομοθεσίας σε κερδοσκοπικές μονάδες. Για παράδειγμα, υπήρξε μονάδα που για μεγάλο χρονικό διάστημα δεν κατέβαλλε ασφαλιστικές εισφορές για τους εργαζόμενους, οι οποίες καταβλήθηκαν τελικά έπειτα από έντονες παρεμβάσεις του σωματείου. Το συννηθέστερο πρόβλημα που επισημάνθηκε είναι η εντατικοποίηση της εργασίας: διευρυμένα ωράρια που συχνά δεν πληρώνονται ούτε ως υπερωρίες ούτε ως κανονικές ώρες. *«Υπήρξαν περιπτώσεις όπου εργαζόμενοι δούλευαν 10-15 ώρες ημερησίως, αλλά αμείβονταν μόνο με τον μισθό 8ώρου»*, σύμφωνα με εκπρόσωπο κλαδικού σωματείου των ιδιωτικών κλινικών υγείας. Μία βοηθός νοσηλεύτρια μας ανέφερε επίσης ότι, παρότι η νομοθεσία προβλέπει μία νοσηλεύτρια ανά 35 ηλικιωμένους για τη βραδινή βάρδια, εκείνη συχνά βρισκόταν υπεύθυνη για διπλάσιο αριθμό.⁵ Τέτοια φαινόμενα οφείλονται, σύμφωνα με τον εκπρόσωπο κλαδικού σωματείου, όχι μόνο στην υποστελέχωση, αλλά και στη γενικότερη κουλτούρα αυθαιρεσίας που επικρατεί στις κερδοσκοπικές μονάδες, όπου οι εργοδότες εκμεταλλεύονται τις ελλειπείς διατάξεις της εργατικής νομοθεσίας. Ωστόσο, η παροχή ποιοτικής φροντίδας προς τους ηλικιωμένους εξαρτάται άμεσα από τις συνθήκες εργασίας και απασχόλησης, οι οποίες, όταν υποβαθμίζονται, περιορίζουν αναπόφευκτα την ποιότητα αυτής της φροντίδας. Το πιο συχνό αποτέλεσμα για τους εργαζόμενους είναι η παραίτηση και η αλλαγή εργασίας ή κλάδου, ενώ ο φαύλος κύκλος συνεχίζει να αναπαράγεται.

Αντιθέτως, οι συνθήκες εργασίας και απασχόλησης στις μη κερδοσκοπικές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων και στα ιδρύματα, όπως το Γηροκομείο Αθηνών, είναι πολύ πιο ευνοϊκές. Κατά κανόνα, δεν παρατηρείται εργασιακή κινητικότητα ούτε ανασφάλεια, καθώς όλοι οι εργαζόμενοι απασχολούνται με πλήρη και μόνιμη σύμβαση, ενώ οι μισθοί είναι υψηλότεροι, ιδιαίτερα σε σύγκριση με τις κερδοσκοπικές μονάδες. Μία νοσηλεύτρια σημείωσε χαρακτηριστικά ότι, *«παρότι διορίστηκα στο δημόσιο, αποφάσισα να μην πάω, γιατί ήξερα ότι ο μισθός μου θα κοπεί στη μέση»*. Μία ακόμα διαφορά ανάμεσα σε μη κερδοσκοπικές και κερδοσκοπικές μονάδες είναι η συνεισφορά του ΕΟΠΥΥ στα τροφεία των ηλικιωμένων μόνο στις πρώτες

5. Απαιτείται ένας νοσηλεύτης ή νοσηλεύτρια ΤΕ ή ΔΕ με καθήκοντα προϊσταμένου/ης ανά 25 άτομα την ημέρα και ανά 35 τη νύχτα. Επιπλέον, απαιτείται ένας/μία κοινωνικός/ή φροντιστής/ρια για κάθε 25 ηλικιωμένα ή 15 μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα, και για κάθε επιπλέον 11 άτομα προστίθεται ένας/μία ακόμη κοινωνικός/ή φροντιστής/ρια (Υπουργική Απόφαση Π1γ/οικ.81551/2007, ΦΕΚ 1136/Β/6-7-2007).

και όχι στις δεύτερες, η οποία εξασφαλίζει την πρόσβαση σε ηλικιωμένους με πολύ χαμηλή σύνταξη και αυξάνει τον αριθμό των φιλοξενούμενων στις μη κερδοσκοπικές μονάδες και μειώνει την πελατεία στις κερδοσκοπικές.

3.3. Συνδικαλισμός και συλλογικές συμβάσεις εργασίας

Στον χώρο της υγείας και της φροντίδας, δραστηριοποιούνται διάφορες συνδικαλιστικές οργανώσεις που εκπροσωπούν τους εργαζόμενους. Το **Κλαδικό Σωματείο Προσωπικού Ιδιωτικών Κλινικών, Γηροκομείων, Εργαστηρίων, Διαγνωστικών Κέντρων και Συναφών Χώρων** είναι πρωτοβάθμιο σωματείο που καλύπτει εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα υγείας και πρόνοιας, όπως νοσηλευτές/ριες, βοηθητικό προσωπικό, φροντιστές/ριες ηλικιωμένων και εργαζόμενους/ες σε ιδιωτικά εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα. Η **Ομοσπονδία Συλλόγων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων Ελλάδος (ΟΣΝΙΕ)** είναι δευτεροβάθμια συνδικαλιστική οργάνωση που εκπροσωπεί εργαζόμενους στα **ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα**, όπως ιδιωτικές κλινικές και θεραπευτήρια, συντονίζοντας τα σωματεία-μέλη της και υπερασπιζόμενη τα εργασιακά τους δικαιώματα και τις συλλογικές συμβάσεις εργασίας. Η **Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΠΟΕ-ΟΤΑ)** καλύπτει το προσωπικό των δήμων και των περιφερειών, συμπεριλαμβανομένων των εργαζόμενων σε κοινωνικές δομές, παιδικούς σταθμούς και προνοιακές υπηρεσίες.

Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις με τρία ανώτερα στελέχη συνδικαλιστικών οργανώσεων με μακρά εμπειρία στον κλάδο, τα οποία παρείχαν λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τα συστημικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι συνδικαλιστικές προσπάθειες στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων. Στην Ελλάδα, οι μονάδες φροντίδας είναι συνήθως μικρές, ιδιωτικές, ιδιόκτητες δομές με περιορισμένο αριθμό προσωπικού. Η δημιουργία και διατήρηση συνδικαλιστικών σχημάτων σε αυτά τα περιβάλλοντα είναι εξαιρετικά δύσκολη για διάφορους, αλληλένδετους λόγους.

Πρώτον, η ελληνική νομοθεσία απαιτεί τουλάχιστον 21 εργαζόμενους σε έναν χώρο εργασίας για την ίδρυση σωματείου. Δεδομένου ότι οι περισσότερες μονάδες φροντίδας είναι μικρής κλίμακας, η επίτευξη αυτού του ορίου είναι σπάνια εφικτή. Ως αποτέλεσμα, η συντριπτική πλειονότητα των μονάδων δεν διαθέτει δικό της επιχειρησιακό σωματείο.

Δεύτερον, ο κλάδος χαρακτηρίζεται από υψηλή κινητικότητα προσωπικού, γεγονός που εμποδίζει τους εργαζόμενους να διατηρήσουν μακροχρόνια συνδικαλιστική δραστηριότητα. Ακόμη και όταν οι εργαζόμενοι είναι μέλη ενός σωματείου, είναι απίθανο να διατηρήσουν τη συμμετοχή τους όταν αλλάζουν εργασία, ιδιαίτερα αν ο νέος εργοδότης δεν στηρίζει ή δεν αναγνωρίζει τη συνδικαλιστική δράση. Ενώ τα κλαδικά σωματεία είναι συχνά πιο αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση τοπικών ή

μικρής κλίμακας ζητημάτων, δυσκολεύονται να διασφαλίσουν συνέχεια σε ένα κατακερματισμένο και ασταθές εργασιακό περιβάλλον. Ενδεικτικά, το κλαδικό Σωματείο Ιδιωτικών Κλινικών, Εργαστηρίων, Γηροκομείων, Οίκων Ευγηρίας, Σανατορίων, Διαγνωστικών Κέντρων και Συναφών Εγκαταστάσεων διαθέτει πολύ περιορισμένο αριθμό ενεργών μελών, παρά τις σοβαρές προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο κλάδος.

Πίνακας 12.6. Συνδικαλιστικές οργανώσεις στον τομέα της υγείας και της φροντίδας

Τομέας	Κατηγορία Εργαζόμενων	Συνδικαλιστικός Φορέας	Πλήρης Ονομασία / Περιγραφή
Δημόσιος	Νοσηλεύτες, βοηθητικό προσωπικό, τεχνικό και διοικητικό προσωπικό	ΠΟΕΔΗΝ	Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων – κύρια ομοσπονδία του ΕΣΥ.
Δημόσιος	Νοσοκομειακοί γιατροί	ΟΕΝΓΕ	Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας – εκπροσωπεί όλους τους γιατρούς του ΕΣΥ.
Δημόσιος	Νοσηλεύτες	ΠΑΣΥΝΟ – ΕΣΥ	Πανελλήνια Συνδικαλιστική Νοσηλευτική Ομοσπονδία ΕΣΥ – αποκλειστικά για νοσηλεύτες του δημοσίου.
Δημόσιος & Ιδιωτικός	Νοσηλεύτες	ΕΝΕ	Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος – θεσμικός και επαγγελματικός φορέας των νοσηλευτών.
Δημόσιος & Ιδιωτικός	Κοινωνικοί λειτουργοί	ΣΚΛΕ	Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος – επιστημονικός και επαγγελματικός φορέας κοινωνικών λειτουργών.
Δημόσιος & Ιδιωτικός	Επισκέπτες Υγείας	ΠΣΕΥ	Πανελλήνιος Σύλλογος Επισκεπτών Υγείας – επαγγελματικός και συνδικαλιστικός φορέας.
Δημόσιος (Τοπική Αυτοδιοίκηση)	Εργαζόμενοι σε κοινωνικές δομές, παιδικούς σταθμούς, «Βοήθεια στο Σπίτι» κ.λπ.	ΠΟΕ – ΟΤΑ	Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
Ιδιωτικός	Εργαζόμενοι σε ιδιωτικές κλινικές, εργαστήρια, γηροκομεία	ΟΣΝΙΕ	Ομοσπονδία Συλλόγων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων Ελλάδος – δευτεροβάθμια οργάνωση του ιδιωτικού τομέα υγείας.
Ιδιωτικός	Νοσηλεύτες, βοηθοί και φροντιστές σε ιδιωτικές κλινικές	Κλαδικά Σωματεία Ιδιωτικών Κλινικών	Πρωτοβάθμια σωματεία που ανήκουν στην ΟΣΝΙΕ.
Ιδιωτικός / Πρόνοια	Εργαζόμενοι σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΜΦΗ)	Σωματεία (σπάνια)	Τοπικά ή επιχειρησιακά σωματεία φροντιστών, νοσηλευτών και βοηθητικού προσωπικού.
Ιδιωτικός / Οικιακή φροντίδα	Κατ' οίκον φροντιστές, οικιακοί βοηθοί, συχνά μετανάστριες	Σωματεία ή Δίκτυα Μεταναστών Εργαζόμενων	Μικρές συλλογικότητες ή ενώσεις εργαζόμενων στην κατ' οίκον φροντίδα και καθαριότητα.

Τρίτον, ένα σημαντικό τμήμα του εργατικού δυναμικού στη φροντίδα ηλικιωμένων, ιδίως σε θέσεις άμεσης φροντίδας, αποτελείται από μετανάστριες. Πολλές από αυτές υφίστανται εκφοβισμό εκ μέρους των εργοδοτών, οι οποίοι συχνά αποτρέπουν ρητά τη συνδικαλιστική συμμετοχή, ενώ άλλες αποφεύγουν να ενταχθούν σε σωματεία από φόβο απώλειας της εργασίας τους, δεδομένου του επισφαλούς καθεστώτος απασχόλησης που τις χαρακτηρίζει. Επίσης, ειδικότερα οι κατ' οίκον φροντίστριες αποκλείονται δομικά από τη συνδικαλιστική δράση λόγω της φύσης της εργασίας τους.

Ο σημαντικότερος παράγοντας, ωστόσο, είναι ότι το ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο δεν υποχρεώνει τους εργοδότες να συμμετέχουν σε διαπραγματεύσεις για συλλογική σύμβαση. Πριν από τον Ν. 4635 του 2019, ο οποίος τροποποίησε τη λειτουργία του θεσμού της διαιτησίας, σε περίπτωση αδιεξόδου, οι εργαζόμενοι μπορούσαν να προσφύγουν στον ΟΜΕΔ (Οργανισμός Μεσολάβησης και Διαιτησίας), του οποίου οι διαιτητικές αποφάσεις ασκούσαν πίεση στην εργοδοτική πλευρά να διαπραγματευτεί. Σήμερα ο θεσμός αυτός αξιοποιείται πολύ λιγότερο λόγω της κείμενης νομοθεσίας, η οποία προβλέπει ότι η προσφυγή σε αυτόν γίνεται πλέον αποκλειστικά με κοινή συμφωνία των μερών.

Η τελευταία συλλογική σύμβαση που κάλυπτε τον κλάδο των ΜΦΗ υπογράφηκε το 2017, κατόπιν διαιτητικής απόφασης του ΟΜΕΔ (αρ. πρωτ. Μ-Δ: 80), η οποία κοινοποιήθηκε στις 2 Φεβρουαρίου 2017 στην Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΠΕΜΦΗ) και την Ομοσπονδία Συλλόγων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων Ελλάδος (ΟΣΝΙΕ). Σύμφωνα με την απόφαση αυτή, ο βασικός μισθός των νοσηλευτών καθορίστηκε στα 681,75 ευρώ μεικτά, συνοδευόμενος από ορισμένα επιδόματα, περίπου στο επίπεδο ή ελαφρώς πάνω από τον εθνικό κατώτατο μισθό εκείνης της περιόδου, ενώ οι βοηθοί νοσηλευτών λάμβαναν χαμηλότερες αποδοχές του κατώτατου (606,00 ευρώ μεικτά). Το γεγονός αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς η πλειονότητα των εργαζόμενων προσλαμβάνεται επισήμως σε αυτή την κατηγορία, επιτρέποντας στους εργοδότες να περιορίζουν την εφαρμογή θεμελιωδών εργασιακών δικαιωμάτων. Με την απουσία συλλογικής σύμβασης που να βρίσκεται σε ισχύ, οι νέες προσλήψεις πραγματοποιούνται σήμερα με βάση τον ισχύοντα εθνικό κατώτατο μισθό, ο οποίος ανέρχεται στα 880 ευρώ μεικτά. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι δεν δικαιούνται το επίδομα ανθυγιεινής εργασίας, το οποίο είχε θεσμοθετηθεί ειδικά για επαγγέλματα όπως αυτό.

Σύμφωνα με τη Διαιτητική Απόφαση (ΠΕΝΤ) 9/2025 του ΟΜΕΔ, με εμπλεκόμενα μέρη την ΟΣΝΙΕ και τον ΣΕΚ (Σύνδεσμος Ελληνικών Κλινικών) ρυθμίζονται: (1) οι βασικοί μισθοί και (2) τα επιδόματα χρόνου υπηρεσίας και λοιπά επιδόματα (μεταξύ άλλων, ανθυγιεινής ή επικίνδυνης εργασίας). Η Διαιτητική Απόφαση επετεύχθη λόγω της παρουσίας ισχυρών επιχειρησιακών σωματείων στις μεγάλες ιδιωτικές κλινικές. Οι κλινικές αυτές εκπροσωπούνται από ειδικούς εργοδοτικούς συνδέσμους, οι οποίοι καλύπτουν αποκλειστικά τις μεγάλες δομές. Ακόμη και αν η Διαιτητική Απόφαση δεν αφορά τις ΜΦΗ, εκπρόσωπος της ΟΣΝΙΕ εξέφρασε την

πεποίθηση ότι η σύναψη συλλογικών συμβάσεων με τις μεγάλες κλινικές αναμένεται να δημιουργήσει αλυσιδωτό αποτέλεσμα, προωθώντας τη σύναψη αντίστοιχων συμφωνιών και με άλλους φορείς, συμπεριλαμβανομένων των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων.

4. Το εργασιακό τοπίο της αμειβόμενης κατ' οίκον φροντίδας ηλικιωμένων

Οι αμειβόμενες κατ' οίκον φροντίστριες εμπίπτουν στην εργασιακή κατηγορία των «οικιακών εργαζόμενων» και συνήθως εργάζονται ανεπίσημα (ILO, 2024). Τόσο η ΔΟΕ όσο και η διεθνής βιβλιογραφία, καταγράφουν τη δυσκολία να οριστεί, καθώς πρόκειται για μια ετερογενή εργασιακή κατηγορία που περιλαμβάνει πλήθος καθηκόντων, τα οποία σχετίζονται είτε με τον οικιακό χώρο είτε με τη φροντίδα των μελών του, με τη διάκριση των δύο να μην είναι πάντα ξεκάθαρη (ILO & WIEGO, 2018). Αναδεικνύουν, επίσης, πως η πλειονότητα είναι γυναίκες και κυρίως μετανάστριες που μετακινούνται είτε από φτωχές χώρες (παγκόσμιος Νότος/χώρες της περιφέρειας) προς τις πλούσιες χώρες (παγκόσμιος Βορράς/μητροπολιτικές χώρες) ή από φτωχές επαρχίες μιας χώρας προς τα αστικά κέντρα.⁶

Στην Ελλάδα, οι έρευνες από τη δεκαετία του 1990 καταγράφουν πως στο πεδίο της αμειβόμενης οικιακής εργασίας κυριαρχούν οι μετανάστριες. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 είναι Φιλιππινέζες που εργάζονται ως εσωτερικές σε μεσοαστικές και μεγαλοαστικές οικογένειες. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 πρόκειται για μετανάστριες από τα πρώην σοσιαλιστικά κράτη της Ευρώπης που εργάζονται είτε ως εσωτερικές είτε ως εξωτερικές και σε μικροαστικές οικογένειες.⁷

Το ζήτημα που μας απασχόλησε στο ερευνητικό πρόγραμμα GELDERIN είναι πώς διαμορφώνεται σήμερα το εργασιακό τοπίο της κατ' οίκον αμειβόμενης φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα: ποια είναι τα βασικά χαρακτηριστικά της, οι διαφορετικοί τύποι εμπλοκής σε αυτή και πώς οι τελευταίοι συνδέονται με τις διαφορετικές ανάγκες και δυνατότητες, αφενός, των εργαζόμενων και, αφετέρου, των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους. Για να απαντήσουμε στα παραπάνω ερωτήματα, πραγματοποιήσαμε εμπειρική έρευνα από τον Απρίλιο έως και τον Αύγουστο του 2025, η οποία περιλάμβανε τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου, καθώς και τη διεξαγωγή άτυπων συζητήσεων και συνεντεύξεων (οι συναντήσεις είχαν διάρκεια από μία έως τρεις ώρες) με τριάντα εργαζόμενες από την Αλβανία (έντεκα), τη Βουλγαρία (τέσσερις),

6. Για το ζήτημα της εργασίας των μεταναστριών στον εργασιακό αυτό τομέα, βλ. ενδεικτικά Anderson, 2000· Buch, 2015, 2018· Glenn, 2010· Hochschild, 2003· Hondagneu-Sotelo, 2007· Parreñas, 2001· Rollins, 1985· Romero, 1992.

7. Για το ζήτημα αυτό υπάρχει μια πολύ εκτενής βιβλιογραφία. Βλ. ενδεικτικά, Βαΐου & Στρατηγάκη, 2008· Λαζαρίδου, 1995· Μπέλλας, 2012· Ξυπολυτάς, 2012· Παπαταξιάρχης, Τοπάλη & Αθανασοπούλου, 2009 (2008)· Τοπάλη, 2008· Ψημμένος & Σκαμνάκης, 2009.

τη Γεωργία (επτά), την Ελλάδα (έξι), την Ουκρανία (μία) και τη Ρουμανία (μία). Είκοσι τέσσερις πραγματοποιήθηκαν στην Αθήνα και έξι στην επαρχία (τέσσερις σε δύο μικρές επαρχιακές πόλεις και δύο σε αγροτικές κοινότητες).

4.1. Τα χαρακτηριστικά των εργαζόμενων της έρευνας

Στην παρούσα έρευνα, οι μετανάστριες εργαζόμενες στην κατ' οίκον φροντίδα ηλικιωμένων στην πλειονότητά τους βρίσκονται στην Ελλάδα 15-30 χρόνια, έχουν άδεια διαμονής την οποία ανανεώνουν κάθε τρία χρόνια, ελληνική ταυτότητα –την οποία απέκτησαν με πολιτογράφηση, κτήση ιθαγένειας, γάμο με Έλληνα, ή ως ομογενείς–, άδεια διαμονής και εργασίας ως πολίτες χωρών της ΕΕ (Βουλγαρία και Ρουμανία), άδεια ειδικού καθεστώτος (Ουκρανία). Αρχικά, κάποιες εισήλθαν με τουριστική βίζα και κάποιες χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα. Οι περισσότερες εργαζόμενες είναι απόφοιτες δευτεροβάθμιας, μεταλυκειακής και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Στη χώρα τους εργάζονταν σε εργασίες συναφείς με το μορφωτικό τους επίπεδο, ενώ στην Ελλάδα σε αγροτικές εργασίες, στον τομέα της καθαριότητας και σε αυτόν των υπηρεσιών φροντίδας. Οι Ελληνίδες έχουν παρόμοιο μορφωτικό προφίλ, έχουν εργαστεί ή εργάζονται και σε άλλους εργασιακούς τομείς αντίστοιχους με την εκπαίδευσή τους. Στην πλειονότητά τους, οι εργαζόμενες δεν είχαν συναφείς σπουδές ή επιμόρφωση στη φροντίδα ηλικιωμένων. Οι περισσότερες είναι άνω των 50 ετών, έχουν παντρευτεί και αποκτήσει παιδιά, με τις μεγαλύτερες σε ηλικία να έχουν αποκτήσει και εγγόνια. Κάποιες είναι πλέον διαζευγμένες ή χήρες.

Οι εργαζόμενες δεν έχουν συμβάσεις εργασίας αλλά προφορικές συμφωνίες και οι περισσότερες δεν έχουν ασφάλιση. Ασφάλιση διεκδικούν οι μετανάστριες που είναι μόνες στην Ελλάδα, χήρες, διαζευγμένες, άγαμες (χρειάζονται τα ένσημα για την ανανέωση των αδειών διαμονής και για την ιατρική και φαρμακευτική τους περίθαλψη) και όσες δεν έχουν ασφάλιση στη χώρα τους και θέλουν να συγκεντρώσουν τα απαραίτητα ένσημα για τη συνταξιοδότησή τους. Χωρίς ασφάλιση είναι όσες δεν έχουν άδεια διαμονής, έχουν αρκετά χρόνια ασφάλισης στις χώρες τους ή/και παίρνουν σύνταξη εκεί, όσες ασφαλίζονται μέσω του συζύγου τους ή της κύριας εργασίας ή της σύνταξής τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι εργοδότες δεν επιθυμούν να τις ασφαλίζουν, επικαλούμενοι το κόστος και τη χρονοβόρα διαδικασία. Η συμφωνία γίνεται με τα παιδιά των ηλικιωμένων ή/και με τους ηλικιωμένους, αν η κατάσταση της υγείας τους το επιτρέπει. Το ίδιο ισχύει και με τον προσδιορισμό των καθηκόντων, για τα οποία μέσα στον χρόνο και γνωρίζοντας τις ανάγκες των ηλικιωμένων, έχουν λόγο και οι εργαζόμενες.

4.2. Οι διαφορετικοί τύποι κατ' οίκον αμειβόμενης φροντίδας ηλικιωμένων

Στην έρευνα εντοπίστηκαν διαφορετικοί τύποι εργασίας που συνδέονται, αφενός, με τις ανάγκες των εργαζόμενων, όπως αυτές διαμορφώνονται από την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το μεταναστευτικό τους καθεστώς, και, αφετέρου, με τις ανάγκες των ηλικιωμένων, τις οικονομικές τους δυνατότητες, τον βαθμό εμπλοκής των παιδιών τους.

Στον πρώτο τύπο έχουμε την εσωτερική οικιακή φροντίδα ηλικιωμένων. Εδώ, οι εργαζόμενες είναι αποκλειστικά μετανάστριες – δεν εντοπίζονται Ελληνίδες, ενώ εντοπίζεται μόνο μία Αλβανίδα η οποία είναι μεγάλης ηλικίας και χήρα. Οι εργαζόμενες είναι μεγάλες σε ηλικία, χήρες, διαζευγμένες, με ενήλικα παιδιά τα οποία είναι συχνά έγγαμα και έχουν δικά τους παιδιά. Προτιμούν την εσωτερική οικιακή εργασία γιατί δεν γνωρίζουν πάντα καλά ελληνικά, δεν έχουν ανανεώσει τις άδειες διαμονής τους, επιθυμούν να μειώσουν τα έξοδα διαβίωσης στην Ελλάδα, καθώς στόχος τους είναι η συγκέντρωση και αποστολή εμβασμάτων στη χώρα τους. Αναλαμβάνουν τις πιο βαριές περιπτώσεις ηλικιωμένων (κατάκοιτους/ες, προχωρημένη άνοια), των οποίων τα παιδιά δεν έχουν μεγάλη εμπλοκή στην πρακτική φροντίδα, αλλά που η οικονομική τους κατάσταση τους επιτρέπει πρόσληψη εσωτερικής εργαζόμενης. Η αμοιβή τους είναι μηνιαία και κυμαίνεται από 800 έως 1.200 ευρώ.

Τυπικά, έχουν ρεπό μία φορά την εβδομάδα. Οι εργαζόμενες που κάνουν χρήση των ρεπό έχουν συνήθως στην Ελλάδα τα παιδιά ή/και τα εγγόνια τους και έχουν συγγενικά και κοινωνικά δίκτυα. Δεν κάνουν χρήση των ρεπό, σε συστηματική βάση, όσες είναι στην Ελλάδα χωρίς την οικογένειά τους, ειδικά εφόσον τα πληρώνονται, και σε καθημερινή βάση δεν είναι εγκλωβισμένες στο σπίτι. Χριστούγεννα και Πάσχα μπορεί να έχουν άδεια μόνο την ημέρα της αργίας. Το καλοκαίρι, όταν φεύγουν για διακοπές (δεν τις πληρώνονται) είτε αφήνουν τους ηλικιωμένους στα παιδιά τους είτε σε άλλη αμειβόμενη φροντίστρια που τις αντικαθιστά προσωρινά. Οι εργαζόμενες δίνουν στον εαυτό τους άδεια (τρεις ή τέσσερις μήνες) και επιστρέφουν στη χώρα τους μετά τον θάνατο του/της ηλικιωμένου/ης που φροντίζουν και προτού ξεκινήσουν και πάλι να εργάζονται.

Στην εσωτερική εργασία, οι εργαζόμενες αναλαμβάνουν τόσο τη φροντίδα των ηλικιωμένων όσο και τη φροντίδα του σπιτιού. Αυτό σημαίνει πως ασχολούνται με την προσωπική υγιεινή και καθαριότητα των ηλικιωμένων, την παροχή των φαρμάκων, το μαγείρεμα, τη σίτιση, τη συντροφήυση (εντός και εκτός σπιτιού). Παράλληλα, πηγαίνουν για ψώνια, πλένουν τα πιάτα, τακτοποιούν και καθαρίζουν το σπίτι, βάζουν πλυντήρια, σιδερώνουν τα ρούχα. Όταν τα παιδιά δεν έχουν συστηματική επαφή με τους γονείς τους, ή ζουν μακριά, μπορεί να αναλάβουν και τις επισκέψεις σε γιατρούς και ιατρικά κέντρα. Η περιγραφή μιας τυπικής εργασιακής ημέρας αναδεικνύει πως τα όρια ανάμεσα στη φροντίδα του οικιακού χώρου και στη φροντίδα ατόμων, στην εργασιακή και προσωπική ζωή, είναι ιδιαίτερα ασαφή και ρευστά.

Ο δεύτερος τύπος εργασίας είναι η εξωτερική εργασία, που διαφοροποιείται στο εσωτερικό της και στην οποία εντοπίζονται εργαζόμενες όλων των εθνικοτήτων. Οι εργαζόμενες αναλαμβάνουν ηλικιωμένους/ες που δεν έχουν πολύ σοβαρά προβλήματα υγείας, ή/και έχουν τη συστηματική στήριξη των παιδιών τους, ή/και που η οικονομική τους κατάσταση δεν τους επιτρέπει να έχουν εσωτερική φροντίστρια. Πρόκειται για εργαζόμενες που ζουν στην Ελλάδα με τις οικογένειές τους και προτιμούν αυτή την εργασιακή συνθήκη γιατί τους επιτρέπει να συνδυάζουν την εργασιακή με την οικογενειακή και προσωπική τους ζωή. Για κάποιες, η αμειβόμενη φροντίδα ηλικιωμένων είναι η μοναδική τους εργασία και αφορά τη σύνδεσή τους με έναν ή δύο ηλικιωμένους/ες στους/στις οποίους/ες εργάζονται σε καθημερινή βάση, εκτός Σαββάτου ή/και Κυριακής. Κάποιες άλλες, Ελληνίδες αλλά και μετανάστριες, συνδυάζουν τη φροντίδα ηλικιωμένων με άλλη εργασία. Είναι αυτές που αναφέρουν τη δυσκολία συνδυασμού εργασιακής, οικογενειακής και προσωπικής ζωής λόγω κούρασης και έλλειψης χρόνου.

Όταν η εργασία είναι μονοεργοδοτική και εξάωρη-οχτάωρη, ο μισθός κυμαίνεται στα 600 με 800 ευρώ. Αναλαμβάνουν τη φροντίδα του/της ηλικιωμένου/ης και ταυτόχρονα τα οικιακά καθήκοντα –όπως τα έχουμε περιγράψει στην εσωτερική οικιακή εργασία–, με τη διαφορά ότι η εργασιακή τους ημέρα τελειώνει το μεσημέρι ή νωρίς το απόγευμα και επιστρέφουν στο σπίτι τους. Στις περιπτώσεις πολυεργοδοτικής εργασίας, λόγω χάρη, δύο ηλικιωμένοι/ες, εργάζονται για δύο με τέσσερις ώρες στον/στην καθένα/μία και η αμοιβή προσδιορίζεται με την ώρα (6-10 ευρώ). Ετοιμάζουν το πρωινό των ηλικιωμένων, τους δίνουν τα φάρμακά τους, τους/τις συντροφεύουν, τους/τις βοηθούν να κάνουν μπάνιο, κάποιες φορές ψωνίζουν ή μαγειρεύουν (στην περίπτωση των τεσσάρων ωρών εργασίας). Στα καθήκοντά τους δεν περιλαμβάνεται η καθαριότητα του σπιτιού. Αυτό που κάνουν είναι να μαζέψουν, να πλύνουν τα πιάτα και να καθαρίσουν τον νεροχύτη μετά το πρωινό, να τακτοποιήσουν την κουζίνα ή/και τον χώρο που κάθονται με τον/την ηλικιωμένο/η, να «μαζέψουν» την τουαλέτα, όταν ο/η ηλικιωμένος/η έχει κάνει μπάνιο. Τα όρια ανάμεσα στα οικιακά καθήκοντα και στη φροντίδα του/της ηλικιωμένου/ης σε αυτή την εργασιακή συνθήκη φαίνεται να είναι πιο ευδιάκριτα. Παρ' όλα αυτά, και εδώ η οριοθέτηση δεν είναι τόσο αυστηρή και αυτονόητη. Αυτό σχετίζεται τόσο με τον χώρο που επιτελείται η εργασία, οικιακός, όσο και με το φύλο των εργαζόμενων, καθώς, όπως λένε, *«γυναίκα είμαι, ξέρω τι πρέπει να κάνω σε ένα σπίτι»*, *«δεν μπορώ να το αφήσω έτσι, αν δω κάτι»*.

Στην εξωτερική εργασία εντοπίζεται ένας τρίτος εργασιακός τύπος. Αφορά όσες φροντίζουν ηλικιωμένους/ες μία φορά την εβδομάδα, συνήθως αναπληρώνοντας τη βασική εργαζόμενη στα ρεπό και στις άδειές της. Η αμοιβή προσδιορίζεται με την ώρα (6-8 ευρώ), όταν πρόκειται για λίγες ώρες ή με το 24ωρο, 50-70 ευρώ. Στην πλειονότητά τους, περιορίζονται αυστηρά (όσο αυτό γίνεται) στη φροντίδα του/της ηλικιωμένου/ης και δεν ασχολούνται ούτε με το μαγείρεμα ούτε με την καθαριότητα του χώρου. Αναλαμβάνουν μόνο τις δουλειές που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της

παρουσίας τους, όπως το πλύσιμο πιάτων που έχουν χρησιμοποιηθεί, την τακτοποίηση της κουζίνας, τον καθαρισμό της τουαλέτας από τα νερά μετά το πλύσιμο των ηλικιωμένων, το στρώσιμο του κρεβατιού ή την αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων. Σε αυτή την εργασιακή συνθήκη, η κύρια εργαζόμενη έχει κεντρικό ρόλο. Αναζητά, βρίσκει, προτείνει ή/και επιβάλλει την αναπληρώριά της και της δίνει σαφείς οδηγίες για το τι πρέπει να κάνει κατά την απουσία της. Με τη σειρά τους, οι αναπληρώτριες όχι μόνο συνομιλούν και ακολουθούν τις οδηγίες, αλλά και λογοδοτούν σε αυτή.

4.3. Εννοιολογήσεις της αμειβόμενης κατ' οίκον φροντίδας ηλικιωμένων

Όλες οι εργαζόμενες συμφωνούν πως βρέθηκαν και παραμένουν σε αυτή την εργασία από «ανάγκη». Για τις Ελληνίδες, η ανάγκη προκύπτει στα χρόνια της οικονομικής κρίσης και ακόμη περισσότερο μετά το τέλος της πανδημικής κρίσης. Συνδέεται με τις μειώσεις σε μισθούς και συντάξεις κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, με τη δυσκολία εξεύρεσης άλλων εργασιών με το ιδιαίτερα αυξημένο κόστος ζωής (μετά την πανδημική κρίση). Για τις μετανάστριες, η ανάγκη αυτή προέκυψε μετά την πώση των σοσιαλιστικών κρατών και την εγκατάστασή τους στην Ελλάδα. Ο τομέας της οικιακής εργασίας ήταν αυτός στον οποίο μπορούσαν να βρουν άμεσα δουλειά για να στηρίξουν την παραμονή τους στη χώρα ή/και να στηρίξουν τα μέλη της οικογένειάς τους στη χώρα καταγωγής τους. Η έννοια της «ανάγκης» δεν αφορά μόνο τις ίδιες, αλλά εκτείνεται για να συμπεριλάβει τους/τις ηλικιωμένους/ες και τις οικογένειές τους που στρέφονται στην πρόσληψη εργαζόμενων γιατί χρειάζονται τη βοήθειά τους. Όπως χαρακτηριστικά ανέφερε μια εργαζόμενη: «Δεν μπορούν ούτε νερό να πουν μόνοι τους, δεν τα καταφέρνουν χωρίς εσένα, τα παιδιά τους δεν μπορούν να τους βοηθήσουν».

Οι εργαζόμενες που είναι εσωτερικές ή εργάζονται καθημερινά σε οχτάωρη βάρση σε έναν/ μία ηλικιωμένο/η συμφωνούν πως είναι μια εργασία που μπορεί να είναι πολύ δύσκολη και επιβαρυντική για το σώμα τους (προβλήματα στη μέση, τα χέρια, τα πόδια), όταν οι ηλικιωμένοι/ες είναι κατάκοιτοι/ες. Η ψυχολογική επιβάρυνση σχετίζεται με το ότι εργάζονται με ανθρώπους που καταρρέουν ψυχικά και σωματικά. Για τις εργαζόμενες που είναι εσωτερικές τα ψυχολογικά προβλήματα συνδέονται και με την 24ωρη παρουσία τους. Ειδικά όταν δεν έχουν δυνατότητα να βγαίνουν έξω, βιώνουν την κατάσταση αυτή σαν να είναι «φυλακή».

Όλες οι εργαζόμενες υποστηρίζουν πως η φροντίδα ηλικιωμένων είναι μια δουλειά που μπορούν να την κάνουν χωρίς να έχουν την αντίστοιχη εκπαίδευση ή επιμόρφωση, γιατί συνδέεται με το φύλο τους. Είναι μια δουλειά που, όπως λένε, «οι γυναίκες την ξέρουμε», είτε γιατί έχουν δει τις μητέρες τους να την κάνουν είτε γιατί την έχουν κάνει οι ίδιες φροντίζοντας ηλικιωμένα μέλη της οικογένειάς τους ως κόρες, νύφες ή εγγονές. Αυτές τις ποιότητες σχέσης επιθυμούν να μεταφέρουν και στο πλαίσιο της αμειβόμενης φροντίδας μη συγγενικών προσώπων. Από την άλλη,

ίσως ακριβώς επειδή έχουν αυτή την αντίληψη, διευκρινίζουν ότι είναι μια δουλειά που «δεν είναι ακριβώς δουλειά», και γι' αυτό δεν μπορούν να την κάνουν καλά όλες οι γυναίκες. Απαιτεί συγκεκριμένες ποιότητες και συμπεριφορές της εργαζόμενης, όπως υπομονή, σεβασμό και κατανόηση, ευγένεια, χιούμορ, συμπόνοια, αγάπη και τρυφερότητα, θέληση για προσφορά που πολλές φορές υπερβαίνει τα προβλεπόμενα, διαμορφώνοντας αυτό που στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ως «καλή φροντίδα» (good care) (Buch, 2013, 2018· England & Dyck, 2012· Stacey, 2011).

Πέρα από τα δικά τους χαρακτηριστικά, το πώς θα εξελιχθεί αυτή η εργασιακή σχέση σχετίζεται λιγότερο με τη συμπεριφορά και τα προβλήματα των ηλικιωμένων –τους/τις οποίους/ες, εκτός ελάχιστων περιπτώσεων, αντιμετωπίζουν με συμπόνοια, κατανόηση και συγκαταβατικότητα– και περισσότερο με τα παιδιά τους. Με αυτά συζητούν, πρέπει να συνεννοηθούν για το τι χρειάζεται και τι είναι καλύτερο να γίνει για τον ηλικιωμένο άνθρωπο, τι πρέπει να κάνουν ως παιδιά από την πλευρά τους για να τον/τη βοηθήσουν, αλλά και να διευκολύνουν το έργο της εργαζόμενης. Είναι, επίσης, βασική η διαμόρφωση ενός κλίματος εγγύτητας και οικειότητας. Η Buch (2018) τονίζει ότι στην αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα οι εργαζόμενοι/ες κινούνται συνεχώς ανάμεσα στον επαγγελματισμό, την οικειότητα, τη διαμόρφωση συναισθηματικών σχέσεων (βλ. επίσης Anderson, 2000· Hochschild, 1983, 2003).

5. Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα καταλήγει στα ακόλουθα συμπεράσματα. Πρώτον, ο τομέας φροντίδας ηλικιωμένων χαρακτηρίζεται από έντονο κατακερματισμό, με σημαντικές διαφορές μεταξύ, αφενός, του δημόσιου και μη κερδοσκοπικού τομέα και, αφετέρου, των κερδοσκοπικών ΜΦΗ και κατ' οίκον φροντιστριών. Ο κατακερματισμένος χαρακτήρας δημιουργεί ένα ετερογενές και άνισο πλαίσιο με εργαζόμενους/ες πολλών ταχυτήτων και περιορισμένη ομοιογένεια στις συνθήκες εργασίας.

Στον **δημόσιο τομέα**, οι εργαζόμενοι/ες στις δημόσιες μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων και στις κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων ωφελούνται από σχετικά σταθερές συνθήκες εργασίας, με μόνιμες ή μακροχρόνιες συμβάσεις και αμοιβές σύμφωνα με το ενιαίο μισθολόγιο των δημοσίων υπαλλήλων. Παρά την ευνοϊκότερη θέση τους σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα, οι δημόσιες υπηρεσίες αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης, περιορισμένων πόρων και γραφειοκρατικών εμποδίων, τα οποία επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και αυξάνουν την πίεση στους εργαζόμενους. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι/ες με άτυπες συμβάσεις, όπως συμβάσεις έργου ή αυτοαπασχολούμενοι/ες στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», αντιμετωπίζουν εργασιακή επισφάλεια και χαμηλότερες αμοιβές, παρά την εκπαίδευσή τους.

Στον **ιδιωτικό τομέα**, οι συνθήκες εργασίας και απασχόλησης διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των κερδοσκοπικών και μη κερδοσκοπικών μονάδων, αλλά και στο

εσωτερικό της κάθε κατηγορίας ανάλογα με τις διαφορές στις εργοδοτικές πρακτικές. Γενικότερα, στις κερδοσκοπικές μονάδες παρατηρείται υψηλή **εντατικοποίηση της εργασίας, υπερεργασία/υπερωριακή απασχόληση, υποστελέχωση και συχνές παραιτιάσεις της εργατικής νομοθεσίας**, ενώ η απουσία εργατικών σωματείων καθιστά τους/τις εργαζόμενους/ες ιδιαίτερα ευάλωτους/ες στις μονομερείς αποφάσεις των ιδιοκτητών. Αντίθετα, οι μη κερδοσκοπικές μονάδες και τα ιδρύματα προσφέρουν σταθερές και μόνιμες θέσεις εργασίας και καλύτερες αμοιβές, γεγονός που ενισχύει την εργασιακή ασφάλεια και την ποιότητα της φροντίδας προς τα ηλικιωμένα άτομα.

Ο κλάδος των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα στη δημιουργία και διατήρηση συνδικαλιστικών σχημάτων, καθώς οι περισσότερες μονάδες είναι μικρής κλίμακας και με περιορισμένο προσωπικό, γεγονός που καθιστά σχεδόν αδύνατη την ίδρυση επιχειρησιακών σωματείων, δεδομένου ότι η νομοθεσία απαιτεί τουλάχιστον 21 εργαζόμενους/ες. Η υψηλή κινητικότητα προσωπικού δυσχεραίνει τη μακροχρόνια συμμετοχή σε συνδικαλιστικές δραστηριότητες, περιορίζοντας τη συνοχή των συλλογικών δράσεων σε έναν κατακερματισμένο και ασταθή εργασιακό χώρο. Παράλληλα, διαπιστώνεται σημαντική διάκριση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα: ενώ στον δημόσιο τομέα υπάρχουν ενεργά σχήματα, όπως η ΠΟΕ-ΟΤΑ, που υποστηρίζουν τα εργασιακά δικαιώματα και διευκολύνουν τη συλλογική διαπραγμάτευση, στον ιδιωτικό τομέα η συνδικαλιστική δράση είναι περιορισμένη, λόγω της μικρής κλίμακας των μονάδων, της υψηλής κινητικότητας προσωπικού και της απουσίας σωματείων σε πολλές δομές. Η ΟΣΝΙΕ και τα κλαδικά σωματεία προσπαθούν να καλύψουν αυτό το κενό, αλλά η επιρροή τους παραμένει συγκριτικά περιορισμένη, ειδικά στις μικρές μονάδες.

Επιπλέον, ιδιαίτερα ευάλωτες ομάδες εργαζόμενων στον τομέα της φροντίδας ηλικιωμένων είναι οι γυναίκες μετανάστριες, οι οποίες συχνά υφίστανται εκφοβισμό από εργοδότες ή αποφεύγουν τη συμμετοχή σε σωματεία λόγω φόβου απώλειας της εργασίας τους. Οι κατ' οίκον φροντίστριες αποκλείονται επιπλέον δομικά από συνδικαλιστικές διαδικασίες, εξαιτίας της φύσης της εργασίας τους και της ατομικής σύμβασης με τις οικογένειες που φροντίζουν. Αυτά τα χαρακτηριστικά συνθέτουν ένα περιβάλλον όπου η συλλογική οργάνωση και η υπεράσπιση εργασιακών δικαιωμάτων είναι εξαιρετικά δύσκολη.

Οι εργαζόμενοι σε ΜΦΗ δεν έχουν τη δυνατότητα συλλογικής διαπραγμάτευσης, όπως οι εργαζόμενοι σε μεγάλες ιδιωτικές κλινικές, ενώ οι αμοιβές παραμένουν χαμηλές, ιδιαίτερα για βοηθούς νοσηλευτών, οι οποίοι αποτελούν την πλειονότητα των προσλήψεων. Η απουσία ειδικών επιδομάτων, όπως το επίδομα ανθυγιεινής εργασίας, περιορίζει τη συνολική αναγνώριση της εργασίας στον κλάδο και την ανταμοιβή των εργαζόμενων με υψηλότερους μισθούς.

Συνολικά, οι συνθήκες εργασίας και η δυνατότητα συλλογικής οργάνωσης στον τομέα της φροντίδας ηλικιωμένων επηρεάζονται σημαντικά από **το είδος της μονάδας (δημόσια/ιδιωτική, κερδοσκοπική/μη κερδοσκοπική)**, τη **διάρθρωση του προσωπικού**, την **υποστήριξη από τη διοίκηση** και τη **νομοθεσία**. Παρά

τις δυσκολίες στον ιδιωτικό τομέα, η ύπαρξη ισχυρών σωματείων στις μεγάλες κλινικές και η εφαρμογή συλλογικών συμβάσεων μπορούν να αποτελέσουν μοχλό βελτίωσης των εργασιακών συνθηκών και ενίσχυσης της συνδικαλιστικής συμμετοχής σε ολόκληρο τον κλάδο.

Παράλληλα, η φροντίδα, είτε αφορά τη νοσηλευτική, την κοινωνική εργασία, την κατ' οίκον φροντίδα ηλικιωμένων και ατόμων με αναπηρία, έχει συνδεθεί με τις παραδοσιακές κοινωνικές αντιλήψεις για τον «γυναικείο ρόλο» ως φροντιστικό και υποστηρικτικό. Αυτή η έμφυλη διάσταση δεν επηρεάζει μόνο τη σύνθεση του εργατικού δυναμικού, αλλά και τις εργασιακές σχέσεις, ιδιαίτερα στον ιδιωτικό τομέα. Η «φυσικοποίηση» της φροντίδας ως «γυναικείας ικανότητας» οδηγεί συχνά στην υποτίμηση της εργασίας αυτής, τόσο κοινωνικά όσο και θεσμικά. Η φροντίδα θεωρείται συχνά επέκταση της οικογενειακής ή οικιακής ευθύνης των γυναικών, γεγονός που συμβάλλει στη χαμηλή κοινωνική και οικονομική της αποτίμηση. Σε συνδυασμό με τη συναισθηματική επιβάρυνση και τις έντονες σωματικές απαιτήσεις του επαγγέλματος, οι γυναίκες εργαζόμενες στον χώρο της φροντίδας συχνά βιώνουν πολλαπλές μορφές ανισότητας, τόσο στο επαγγελματικό όσο και στο κοινωνικό πεδίο.

Όσον αφορά την αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα, οι διαφορετικές μορφές της και οι εργαζόμενες που εμπλέκονται σε αυτές σχετίζονται με τις ανάγκες (κατάσταση υγείας), τις οικογενειακές σχέσεις (βαθμός εμπλοκής των παιδιών στη φροντίδα των ηλικιωμένων) και τις οικονομικές δυνατότητες των ηλικιωμένων και των παιδιών τους. Τις διαφορετικές ανάγκες και δυνατότητες των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους καλύπτουν εργαζόμενες με διαφορετικό προφίλ (ηλικία, εθνικότητα, οικογενειακό και μεταναστευτικό στάτους), με διαφορετικές εργασιακές, οικογενειακές, οικονομικές και προσωπικές ανάγκες. Με αυτόν τον τρόπο, διαμορφώνονται οι διαφορετικοί τύποι εργασίας: εσωτερική, εξωτερική μονοεργοδοτική, εξωτερική πολυεργοδοτική, η εργασία αναπλήρωσης, με διαφορετικές αποδοχές, πιθανότητες ασφάλισης, εργασιακά καθήκοντα.

Για τις εργαζόμενες, η εμπλοκή με την αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα ηλικιωμένων σχετίζεται με την «ανάγκη» τους για εργασία. Η «ανάγκη» αυτή συνδέεται σε όλες τις περιπτώσεις με σημαντικά πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά γεγονότα. Η πτώση των σοσιαλιστικών κρατών στην περίπτωση των μεταναστριών, η οικονομική κρίση της δεκαετίας του 2010 και η μεγάλη αύξηση του κόστους ζωής μετά την πανδημική κρίση και τις εφαρμοζόμενες πολιτικές στην περίπτωση των Ελληνίδων. Η «ανάγκη» συνδέεται, επίσης, με την κατάσταση των ηλικιωμένων που χρειάζονται τη φροντίδα τους, και που σε κάποιες περιπτώσεις δεν θα μπορούσαν χωρίς αυτές να «τα καταφέρουν» ή/και να έχουν μια αξιοπρεπή ζωή.

Οι απόψεις για το πόσο δύσκολη και επιβαρυντική είναι αυτή η δουλειά εξαρτάται από τον τύπο εργασίας και από το πόσο σοβαρά είναι τα προβλήματα των ηλικιωμένων που έχουν αναλάβει. Σε αυτό το πλαίσιο, οι εσωτερικές φροντιστριες επισημαίνουν ότι πρόκειται για μια δουλειά η οποία προκαλεί σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα. Εκεί που συμφωνούν όλες είναι στο ότι διαφέρει από

τις άλλες εργασίες. Σε ένα πρώτο επίπεδο η διαφορά σχετίζεται με τον χώρο στον οποίο επιτελείται. Δεν είναι ο δημόσιος χώρος («δεν πας σε γραφείο», όπως λένε), αλλά ο οικιακός χώρος που καλεί σε άλλου τύπου συμπεριφορές και σχέσεις ανάμεσα στους/τις εργοδότες/ριες και τις εργαζόμενες. Σε ένα δεύτερο επίπεδο, η διαφορά έγκειται στο ότι η εργασία αυτή έχει να κάνει με ανθρώπους, και μάλιστα με ανθρώπους που λόγω ηλικίας και προβλημάτων υγείας είναι σε μια ιδιαίτερα ευαίσθητη κατάσταση.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Βαΐου, Ντ. & Στρατηγάκη, Μ. (επιμ.) (2008). *Το φύλο της μετανάστευσης*. Μεταίχμιο.
- Ελεγκτικό Συνέδριο (2022). *Έκθεση Ελέγχου 11/2022: Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»: Αξιοποιούνται επαρκώς οι πόροι του για την παροχή κοινωνικής φροντίδας σε ανθρώπους με περιορισμούς στην αυτοεξυπηρέτηση*; Ελεγκτικό Συνέδριο. <https://www.elsyn.gr/>
- Λαζαρίδη, Γ. (1995). Μετανάστριες στην Ελλάδα: Οικιακές βοηθοί από Φιλιππίνες και Αλβανία – μια επιτόπια μελέτη. Στο Σ. Βωβού, Λ. Μπομπόλου & Ε. Παμπούκη (επιμ.), *Εθνικισμός, ρατσισμός, κοινωνικό φύλο* (σσ. 47-75). Παρατηρητής.
- Μπέλλας, Χ.Φ. (επιμ.) (2012). *Οικιακή εργασία και κοινωνική ένταξη μεταναστριών στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης*. Πανεπιστήμιο Αιγαίου & Τόπος.
- Ευπολυτάς, Ν. (2013). *Εσωτερική Οικιακή Εργασία: Η Συμβολή της Οικογένειας και των Σχέσεων Αλληλεγγύης στην Αναπαραγωγή της Εργασίας*. Παπαζήσης.
- Οργανισμός Μεσολάβησης και Διαιτησίας (ΟΜΕΔ) (2025, 28 Μαΐου). *Διαιτητική Απόφαση (ΠΕΝΤ) 9/2025 για τη ρύθμιση των όρων αμοιβής και εργασίας των εργαζομένων, μελών της ΟΣΝΙΕ, που απασχολούνται στις ιδιωτικές κλινικές όλης της χώρας, μέλη του ΣΕΚ, για τα έτη 2024-2025*. <https://www.omed.gr/el/content/%CE%B4%CE%B1-%CF%80%CE%B5%CE%BD%CF%84-92025-%CE%B3%CE%B9%CE%B1>
- Παπαταξιάρχης, Ε., Τοπάλη, Π. & Αθανασοπούλου, Α. (2009) [2008]. *Κόσμοι της οικιακής εργασίας*. Αλεξάνδρεια.
- Τοπάλη, Π. (2008). *Σιωπηρές σχέσεις, διαπολιτισμικές επαφές: Η περίπτωση των Φιλιππινέζων οικιακών βοηθών στην Αθήνα*. Αλεξάνδρεια.
- Υπουργική Απόφαση Π1γ/οικ.81551/2007 (2007). *ΦΕΚ 1136/Β/6-7-2007*.
- Ψημμένος, Ι. & Σκαμνάκης, Χ. (2008). *Οικιακή εργασία των μεταναστριών και κοινωνική προστασία*. Παπαζήσης.

Ξενόγλωσση

- Adamakidou, T. & Kalokerinou-Anagnostopoulou, A. (2017). Home health nursing care services in Greece during an economic crisis. *International Nursing Review*, 64(1), 126-134. <https://doi.org/10.1111/inr.12329>
- Anderson, B. (2000). *Doing the dirty work? The global politics of domestic labour*. Zed
- Bettio, F., Simonazzi, A. & Villa, P. (2006), Change in care regimes and female migration: The 'care drain' in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16(3), 271-285.
- Buch, E.D. (2013). Senses of care: Embodying inequality and sustaining personhood in the home care of older adults in Chicago. *American Ethnologist*, 40(4), 637-650.

- Buch, E.D. (2018). *Inequalities of aging: Paradoxes of independence in American home care*. New York University Press.
- Chang, G. (2000). *Disposable domestics: Immigrant women workers in the global economy*. South End Press.
- England, K. & Dyck, I. (2012). Migrant workers in home care: Routes, responsibilities, and respect. *Annals of the Association of American Geographers*, 102(5), 1076-1083.
- Foukaki, E.M., Kalaitzaki, A., Markakis, G., Alegakis, A. & Koukouli, S. (2025). Job satisfaction among healthcare professionals in community-based care for older people: Evidence from Greece. *Healthcare*, 13(18), 2299. <https://doi.org/10.3390/healthcare13182299>
- Glenn, E.N. (2010). *Forced to care: Coercion and caregiving in America*. Harvard University Press.
- Hantzaroula, P. (2008). Perceptions of work in Albanian immigrants' testimonies and the structure of domestic work in Greece. In H. Lutz (ed.), *Migration and domestic work: A European perspective on a global theme* (pp. 61-76). Ashgate Publishing.
- Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.
- Hochschild, A.R. (2000). Global care chains and emotional surplus value. In W. Hutton & A. Giddens (eds), *On the edge: Living with global capitalism* (pp. 130-146). Jonathan Cape.
- Hochschild, A.R. (2003). *The Commercialization of Intimate Life. Notes from Home and Work*. University of California Press.
- Isaksen, L.W. (ed.) (2010). *Global care work: Gender and migration in Nordic societies*. Nordic Academic Press.
- Kallinikaki, T. (2010). Gender, children and families in the Greek welfare state. In M. Aizenstadt & J. Gal (eds), *Children, gender and families in Mediterranean welfare states* (pp. 195-213). Springer. https://doi.org/10.1007/978-90-481-8842-0_9
- Karakatsanis, N.M. & Swarts, J. (2003). Migrant women, domestic work, and the sex trade in Greece: A snapshot of migrant policy in the making. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 29(6), 997-1014. <https://doi.org/10.12681/grsr.9174>
- Lutz, H. (ed.) (2008). *Migration and domestic work: A European perspective on a global theme*. Ashgate.
- Moreno-Fuentes, F.J. & Mari-Klose, P. (eds) (2015). *The Mediterranean welfare regime and the economic crisis*. Routledge.
- Ntaflou, A. (2021). Informal care regimes: The case of rural Greece. *Open Journal of Social Sciences*, 9(1), 11-24. <https://doi.org/10.4236/jss.2021.91026>
- Ntaflou, A. (2022). Informal care regimes and aging: The 'care chain' in rural Greece. In S.O. Oloruntoba (ed.), *Research developments in arts and social studies* (Vol. 3, pp. 128-136). Book Publisher International. <https://doi.org/10.9734/bpi/rdass/v3/2321B>
- OECD (2021). *Health at a glance 2021: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Papadopoulos, T. (1998). Greek family policy from a comparative perspective. In J. Lewis (ed.), *Women, work and the family in Europe* (pp. 46-60). Edward Elgar.
- Parreñas, R.S. (2001). *Servants of globalization: Women, migration, and domestic work*. Stanford University Press.
- Petmesidou, M. (2013). Is social protection in Greece at a crossroads? *European Societies*, 15(4), 597-616. <https://doi.org/10.1080/14616696.2013.836407>
- Rollins, J. (1985). *Between women: Domestic workers and their employers*. Temple University Press.
- Romero, M. (1992). *Maid in the USA*. Routledge.
- Simonazzi, A. (2012). Time, cash and services: Reforms for a future sustainable long-term care. *Futures*, 44(7), 687-695. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2012.04.008>
- Stacey, C.L. (2011). *The caring self: The work experiences of home care aides*. Cornell University Press.
- Ungerson, C. & Yeandle, S. (2007). *Cash-for-care in developed welfare states*. Palgrave Macmillan.

Αξιολόγηση του συστήματος, προτάσεις μεταρρύθμισης και διλήμματα πολιτικής

Μαρία Καραμεσίνη, Εύη Χατζηβαρνάβα

Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο, αρχικά θα προβούμε στην αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος φροντίδας ηλικιωμένων βάσει των χαρακτηριστικών του, τα οποία αναλύθηκαν διεξοδικά στο δεύτερο μέρος του συλλογικού τόμου, πρόσθετης βιβλιογραφίας και στατιστικών στοιχείων, και αξιοποιώντας τα ευρήματα από τις έρευνες πεδίου του GELDERIN. Στη συνέχεια παραθέτουμε βασικές προτάσεις και διλήμματα πολιτικής για την αναγκαία μεταρρύθμιση του συστήματος, λαμβάνοντας υπόψη τις μεγάλες μεταρρυθμίσεις που έχουν συντελεστεί τις προηγούμενες δεκαετίες στα άλλα ευρωπαϊκά συστήματα, και τις προτάσεις διεθνών οργανισμών, που παρουσιάστηκαν στο πρώτο μέρος του τόμου.

Εισαγωγικά, υπενθυμίζουμε ότι, σύμφωνα με τους συγκλίνοντες ορισμούς και την κοινή προσέγγιση των διεθνών οργανισμών (ΠΟΥ, ΟΟΣΑ, ΕΕ), ο ρόλος των υπηρεσιών ενός επίσημου συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας είναι να υποστηρίξουν τα άτομα με περιορισμένη και φθίνουσα λειτουργική ικανότητα, ώστε να συνεχίσουν να ζουν όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητα και με ασφάλεια σε περιβάλλοντα φροντίδας που τους επιτρέπουν να παραμένουν όσο το δυνατόν πιο ενεργά και να συμμετέχουν όσο το δυνατόν περισσότερο σε τοπικά κοινωνικά δίκτυα. Για την επίτευξη αυτών των στόχων, η μακροχρόνια φροντίδα θα πρέπει να παρέχεται σε ένα συνεχές, να ενσωματώνεται σε πακέτα υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής υποστήριξης των ατόμων που χρήζουν φροντίδας και η μορφή της να ευθυγραμμίζεται με τις αξίες και τις προτιμήσεις των τελευταίων, όπως και με αυτές των άτυπων φροντιστριών/ών και των κοινοτήτων τους (WHO, 2022). Μακροχρόνια φροντίδα χρειάζονται άτομα που παρουσιάζουν ψυχική ή σωματική αδυναμία, νόσο ή/και αναπηρία *επί μακρό χρονικό διάστημα* και τα οποία έχουν ανάγκη από στήριξη για τις δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης ή μόνιμη νοσηλευτική φροντίδα (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2022).

Όπως έχουμε δει αναλυτικά στο κεφάλαιο 5 του παρόντος τόμου, για την πολιτική μακροχρόνιας φροντίδας στη χώρα μας, που είναι μέλος της ΕΕ, βασικό σημείο αναφοράς είναι ο Ευρωπαϊκός Πυλώνας Κοινωνικών Δικαιωμάτων που υιοθετήθηκε

το 2017. Αυτός ορίζει την πρόσβαση σε οικονομικά προσιτές, καλής ποιότητας υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας ως καθολικό δικαίωμα των μη αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων και υποδεικνύει τις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας και αυτές σε επίπεδο κοινότητας ως προτιμώμενες από τα άτομα που χρήζουν φροντίδας και ως καταλληλότερες για την ένταξη στην κοινότητα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017). Πέντε χρόνια αργότερα, το Συμβούλιο της ΕΕ εξέδωσε Σύσταση προς τα κράτη μέλη της για την υλοποίηση αυτού του δικαιώματος (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2022). Τέλος, να υπογραμμίσουμε ότι τόσο η ΕΕ όσο και ο ΟΟΣΑ έχουν αναγορεύσει την επάρκεια του εργατικού δυναμικού και τις δεξιότητες των φροντιστριών/ών ως κομβικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της προσφοράς επίσημης φροντίδας και της ποιότητας των σχετικών υπηρεσιών, ενώ ο ΠΟΥ ανέδειξε το θέμα με δική του έκθεση (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2022· WHO, 2022· OECD, 2023).

Ασφαλώς, η κάλυψη των αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων και ανάπηρων ατόμων δεν μπορεί να γίνεται εις βάρος ούτε του δικαιώματος σε αξιοπρεπή εργασία και δίκαιη αμοιβή των εργαζόμενων στον γυναικοκρατούμενο τομέα της επίσημης φροντίδας και της ιδιωτικά αμειβόμενης κατ' οίκον φροντίδας (ILO, 2018), ούτε της φυσικής και ψυχικής υγείας των μελών της οικογένειας που εμπλέκονται στην άτυπη φροντίδα των ηλικιωμένων, ούτε της συμμετοχής στην αμειβόμενη εργασία και των συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων των ώριμων γυναικών-συγγενών (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2022). Συνεπώς, κάθε αξιολόγηση των συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων οφείλει να τα εξετάζει, όπως και τις επιπτώσεις τους στην έμφυλη ισότητα και δικαιοσύνη.

Τούτων δεδομένων, στην πρώτη ενότητα του κεφαλαίου αξιολογούμε το επίσημο σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στη χώρα μας ως προς την ταυτότητα και τη συνοχή του, τη συμπεριληπτικότητά του και τον αντίκτυπό του στις έμφυλε ανισότητες. Στη δεύτερη ενότητα παρουσιάζουμε προτάσεις για τη μεταρρύθμισή του, που βρίσκεται επί θύραις, και συζητούμε διλήμματα πολιτικής ως προς τις κατευθύνσεις της τελευταίας. Οι προτάσεις και τα διλήμματα «συνδιαλέγονται» με τα συμπεράσματα και τις προτάσεις πολιτικής των πρόσφατων μελετών της Παγκόσμιας Τράπεζας και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το ελληνικό σύστημα (World Bank, 2022· WTO European Region, 2024) και κυρίως με το Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο Μακροχρόνιας Φροντίδας (Υπουργείο Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας, 2024), που δόθηκε πρόσφατα στη δημοσιότητα και του οποίου οι άξονες και δράσεις συζητούνται σήμερα (φθινόπωρο 2025) με εμπειρογνώμονες και φορείς.

1. Αξιολόγηση του επίσημου συστήματος

Όπως έχουμε αναφέρει στα κεφάλαια του δεύτερου μέρους του παρόντος τόμου, στην Ελλάδα, λόγω της υπανάπτυξης της πολιτικής κοινωνικής φροντίδας ηλικιωμένων μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1990 και την ανασταλτική επίδραση της οικονομι-

κής κρίσης του 2008 και των Μνημονίων, το ελληνικό σύστημα παραμένει μέχρι σήμερα οικογενειοκεντρικό ως προς την οργανωτική του λογική και υπολειμματικό ως προς τις κοινωνικές του παροχές (υπηρεσίες και επιδόματα). Η αξιολόγηση του επίσημου συστήματος που επιχειρείται εδώ συνδυάζει τα βασικά πορίσματα των ανωτέρω κεφαλαίων με πρόσθετες δευτερογενείς πηγές (στατιστικά στοιχεία, εκθέσεις αξιολόγησης άλλων φορέων-ερευνητών κ.λπ.) και τα ευρήματα των ερευνών πεδίου του ερευνητικού προγράμματος GELDERIN.

Συγκεκριμένα αξιολογούμε το σύστημα ως προς:

- Τη **διαθεσιμότητα**, την **προσβασιμότητα**, το **κόστος** και την **ποιότητα** των δημόσιων και ιδιωτικών **υπηρεσιών** μακροχρόνιας φροντίδας και την ικανότητά τους να καλύπτουν ποσοτικά και ποιοτικά τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Την επάρκεια της **οικονομικής στήριξης** των ηλικιωμένων από το κράτος και το ασφαλιστικό σύστημα με οικονομικές παροχές για την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών.
- Τη διευκόλυνση των **οικογενειακών φροντιστριών/ών**, εργαζόμενων και μη, να παρέχουν φροντίδα σε ηλικιωμένους συγγενείς χωρίς δυσμενείς συνέπειες στην απασχόληση, την εργασία, την υγεία και την ευημερία τους.
- Την ικανότητά του να εξασφαλίζει ένα επαρκές και κατάλληλα εκπαιδευμένο **εργατικό δυναμικό φροντιστριών/ών**, τόσο για τους δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας όσο και για τα νοικοκυριά που αγοράζουν οικιακές υπηρεσίες φροντίδας για τα ηλικιωμένα μέλη τους.
- Την αναπαραγωγή του **έμφυλου καταμερισμού της εργασίας φροντίδας** και τις επιπτώσεις της τελευταίας στις έμφυλες ανισότητες στην αμειβόμενη εργασία.
- Ζητήματα **συντονισμού** και **συνεργασίας** μεταξύ τομέων, υπηρεσιών και φορέων, **διακυβέρνησης** και **παρακολούθησης** του συστήματος.
- Την **οικονομική** του **βιωσιμότητα** απέναντι στην πρόκληση της δημογραφικής γήρανσης και της συγκριτικά μεγαλύτερης αύξησης του υπέργηρου πληθυσμού, που εμφανίζει σοβαρότερες και πιο μακροχρόνιες παθήσεις.

1.1. Υπηρεσίες: Περιορισμένη διαθεσιμότητα, περιφερειακές ανισότητες πρόσβασης, άνιση ποιότητα

Το κεντρικό ερώτημα στην αξιολόγηση των υπηρεσιών είναι κατά πόσο αυτές επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες φροντίδας των ηλικιωμένων, τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά. Στη συνέχεια θα εξετάσουμε τη γεωγραφική κάλυψη-διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, το κόστος τους σε σχέση με την ικανότητα κάλυψής του από τους πιθανούς χρήστες και την ποιότητά τους.

1.1.1. Έλλειμμα προσφοράς και κενά επίσημης φροντίδας

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει στο κεφάλαιο 6 του παρόντος τόμου, η Ελλάδα έχει το δεύτερο χαμηλότερο ποσοστό στην ΕΕ-27 όσον αφορά τα ηλικιωμένα άτομα με δυσκολίες αυτοεξυπηρέτησης στην καθημερινή ζωή που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας (βλ. και παρακάτω), ενώ το ποσοστό της ίδιας ομάδας ατόμων που λαμβάνουν βοήθεια στο σπίτι είναι πολύ χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ-27, όπως φαίνεται και από τα στοιχεία του Πίνακα 13.1 για τον πληθυσμό 65 και 75 ετών και άνω. Επιπλέον, πρόσφατη ευρωπαϊκή μελέτη εκτίμησε ότι η ιδρυματική (residential) φροντίδα καλύπτει το 14%, η κατ' οίκον το 84% και η ημι-ιδρυματική (semi-residential) το 2% των εξυπηρετούμενων ηλικιωμένων από υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας (KPMG, 2021: 204).

Πίνακας 13.1. Χρήση υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον ανάλογα με τον βαθμό δυσκολίας με την προσωπική φροντίδα και τις δραστηριότητες του νοικοκυριού (2019)
% στο σύνολο των ηλικιωμένων ανά βαθμό δυσκολίας

	Σοβαρή δυσκολία	Μέτρια δυσκολία	Καμία δυσκολία
75 ετών και άνω			
Ελλάδα	20,1	3,8	1,6
ΕΕ-27	33,4	9,8	4,1
65-74 ετών			
Ελλάδα	20,0	2,1	1,7
ΕΕ-27	17,5	3,8	1,9
65 ετών και άνω			
Ελλάδα	20,1	3,0	1,6
ΕΕ-27	28,6	6,9	2,6

Πηγή: Eurostat, European Health Interview Survey (Wave 3).

Το χαμηλό ποσοστό κάλυψης των ηλικιωμένων με σοβαρή ή μέτρια δυσκολία από κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας, είτε κοινωνικές είτε ιδιωτικές, σε συνδυασμό με το ασήμαντο ποσοστό κάλυψης των ηλικιωμένων από ιδρυματική και ημι-ιδρυματική φροντίδα, παράγουν κενά κάλυψης από επίσημη φροντίδα, τα οποία το 2021 ανέρχονταν στο 62% των ηλικιωμένων με τρεις τουλάχιστον περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες (βλ. κεφάλαιο 6 του παρόντος τόμου), κενά που καλύπτονταν μόνο κατά το ήμισυ αποκλειστικά από άτυπη φροντίδα, αφήνοντας το 29% του συνόλου της ανωτέρω ομάδας ηλικιωμένων με ακάλυπτες ανάγκες/ έλλειμμα φροντίδας. Συμπερασματικά, συνολικά στη χώρα, υπάρχει περιορισμένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, με άλλα λόγια μεγάλο έλλειμμα προσφοράς επίσημης φροντίδας από δημόσιους, κοινωνικούς και ιδιωτικούς φορείς.

1.1.2. Άνιση γεωγραφική κάλυψη και πρόσβαση

Όπως φαίνεται από τα δεδομένα του Πίνακα 13.2, η γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών είναι άνιση, με ολόκληρες περιφέρειες της χώρας να μη διαθέτουν τέτοιες υπηρεσίες ή να έχουν εξαιρετικά περιορισμένο αριθμό δομών. Παράλληλα, ωστόσο, εντός των περιφερειών υπάρχουν δήμοι που παρουσιάζουν παντελή έλλειψη τέτοιων υπηρεσιών, ή τουλάχιστον ορισμένων από αυτές.

Πίνακας 13.2. Κατανομή κλειστών και ανοιχτών δομών φροντίδας ανά Περιφέρεια

Περιφέρειες	Αριθμός δομών			
	Κλειστού τύπου μονάδες	ΚΗΦΗ	Βοήθεια στο Σπίτι	Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας ατόμων με άνοια
	2023-2024	2021	2021	2024
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	15	3	58	-
Αττική	154	8	93	11
Βόρειο Αιγαίο	11	2	34	-
Δυτική Ελλάδα	14	2	53	-
Δυτική Μακεδονία	6	7	47	-
Ήπειρος	8	7	79	1
Θεσσαλία	9	2	84	1
Επάρνισα	8	3	26	-
Κεντρική Μακεδονία	35	10	151	3
Κρήτη	29	16	73	1
Νότιο Αιγαίο	13	5	30	1
Πελοπόννησος	20	2	50	-
Στερεά Ελλάδα	24	1	85	-
Σύνολο	346	68	863	18

Πηγή: (α) Επεξεργασία καταστάσεων Υπουργείων Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας και Υγείας που δόθηκαν κατόπιν αιτήματος, για τις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, Χρόνιων Παθήσεων, τα Παραρτήματα ΑμεΑ και τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας ατόμων με άνοια. (β) ΕΕΤΑΑ 2022 (πρόσβαση 20.1.24) σχετικά με πληροφορίες για τα ΚΗΦΗ και το «Βοήθεια στο Σπίτι».

Είναι προφανές ότι, επειδή η φροντίδα στην πλειονότητα των ατόμων απαιτεί να παρέχεται σε καθημερινή βάση, η εγγύτητα της υπηρεσίας με την κατοικία του χρήστη είναι εξαιρετικά σημαντική. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν περιφέρειες που σε κάθε κατηγορία υπηρεσιών παρουσιάζουν υπερσυγκέντρωση, όπως η Περιφέρεια Αττικής σε σχέση με τους οίκους ευγηρίας, η Περιφέρεια Κεντρικής Μα-

κεδονίας σε σχέση με το «Βοήθεια στο Σπίτι», η Περιφέρεια Κρήτης σε σχέση με τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας ατόμων με άνοια. Φυσικά, η γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών δεν αντικατοπτρίζει την περιφερειακή κατανομή του πληθυσμού των ηλικιωμένων.

Στον Πίνακα 13.3 συγκρίνουμε την κατανομή των υπηρεσιών ανά γεωγραφική περιοχή ανάλογα με τον πληθυσμό ηλικίας άνω των 75 ετών καθεμίας από αυτές. Όπως βλέπουμε, όσον αφορά τους οίκους ευγηρίας, η Περιφέρεια Θεσσαλίας βρίσκεται σε πιο δύσκολη θέση, καθώς κάθε μονάδα αντιστοιχεί σε σχεδόν 10.000 κατοίκους. Όσον αφορά τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ), η Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας βρίσκεται στη χειρότερη θέση, με κάθε ΚΗΦΗ να αντιστοιχεί σε σχεδόν 69.000 κατοίκους. Όσον αφορά το «Βοήθεια στο Σπίτι», η Περιφέρεια Αττικής βρίσκεται στη δυσμενέστερη θέση, με κάθε πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» να αντιστοιχεί σε σχεδόν 4.500 κατοίκους. Τέλος, όσον αφορά τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας ατόμων με άνοια, είναι προφανές ότι σχεδόν όλες οι περιφέρειες βρίσκονται σε δύσκολη θέση, καθώς 5 από τις 13 περιφέρειες της χώρας δεν διαθέτουν τέτοιες δομές, ενώ και στις υπόλοιπες που διαθέτουν, ο λόγος του πληθυσμού ανά δομή είναι πολύ υψηλός.

Παρ' όλα αυτά, η εν λόγω αξιολόγηση μας δίνει μόνο μια ένδειξη της σχέσης της διαθεσιμότητας υπηρεσιών αναφορικά με τον πληθυσμό 75+ ετών μιας περιοχής. Μια πιο χρήσιμη απεικόνιση θα προέκυπτε από τη συσχέτιση των διαθέσιμων θέσεων με τον πληθυσμό 75+ ετών της περιοχής, ενώ ακόμη πιο χρήσιμο θα ήταν αν αυτή η συσχέτιση μπορούσε να γίνει ανά δήμο, καθώς η εγγύτητα των υπηρεσιών φροντίδας, ιδιαίτερα αυτών της ανοιχτής φροντίδας, όπως προαναφέραμε, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη χρήση τους. Ωστόσο, τέτοια δεδομένα δεν είναι διαθέσιμα και δεν μπορούσαν να εξαχθούν στο πλαίσιο της συγκεκριμένης μελέτης.

Αναφορικά με τις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων 24ωρης διαμονής (οίκοι ευγηρίας), όπως έχουμε ήδη επισημάνει, οι διαθέσιμες δομές-θέσεις είναι συνολικά πολύ λίγες σε σύγκριση με άλλες χώρες. Με βάση τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, το 2019, η Ελλάδα είχε τον χαμηλότερο αριθμό κλινών ανά άτομο άνω των 65 ετών (4,1 κλίνες), έχοντας 20 φορές λιγότερες από το Λουξεμβούργο που είχε τον υψηλότερο αριθμό κλινών (81,6 κλίνες) (OECD, 2021: 266-267). Φυσικά, σε μεγάλο βαθμό αυτό μπορεί να αντικατοπτρίζει την απροθυμία των ηλικιωμένων (και των συγγενών τους) να διαμείνουν σε ίδρυμα, αλλά φαίνεται ότι κάτι τέτοιο δεν ερμηνεύει ολόκληρη την εικόνα. Σε έρευνα του Eurofound του 2011 για μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων, περισσότερο από το 80% των ερωτηθέντων ανέφεραν προβλήματα σχετικά με τη διαθεσιμότητα και την προσβασιμότητα των δομών λόγω απόστασης ή για άλλους λόγους. Σε σύγκριση με άλλες χώρες, στην Ελλάδα, οι χρήστες παρουσιάζουν μακράν τον μεγαλύτερο βαθμό δυσκολίας πρόσβασης σε τέτοιες μονάδες (Eurofound, 2017b: 26). Ένα άλλο σημείο που πρέπει να τονίσουμε για την «κλειστού» τύπου φροντίδα είναι ότι αυτή παραμένει στα χέρια κατεχοχήν του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος αποφασίζει ανάλογα με την προβλεπόμενη

ζήτηση και τα προβλεπόμενα κέρδη εάν τον συμφέρει και μπορεί να αναπτύξει ή να διατηρήσει τέτοιες μονάδες.

Όσον αφορά τις υπηρεσίες ανοιχτής φροντίδας για ηλικιωμένους, η εικόνα του Πίνακα 13.3 είναι ενδεικτική της αδυναμίας ανταπόκρισης στις ανάγκες και της άνισης κατανομής τους. Εδώ και τριάντα χρόνια, από τότε δηλαδή που άρχισαν να λειτουργούν, η ανάπτυξη δεν έγινε με ορθολογικό τρόπο στο πλαίσιο μιας εθνικής στρατηγικής βασισμένης σε πληθυσμιακά κριτήρια. Αυτές οι υπηρεσίες αναπτύχθηκαν και εξακολουθούν να αναπτύσσονται με πρωτοβουλία της τοπικής αυτοδιοίκησης, κάτι που όμως απαιτεί χρηματοδότηση και έγκριση πρόσληψης νέου προσωπικού από την κεντρική διοίκηση και την κυβέρνηση.

Η συνύπαρξη ανοιχτών και κλειστών μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων είναι προφανώς απαραίτητη. Παρόλο που η ανοιχτή φροντίδα, όπου είναι διαθέσιμη, αποτελεί μια επιθυμητή λύση για τους περισσότερους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους, για ορισμένους, σε κάποιο στάδιο της ζωής τους, η κλειστή φροντίδα μπορεί να είναι η μόνη ενδεδειγμένη και προτιμυτέα επιλογή, λόγου χάρη, για όσους έχουν αυξημένες ανάγκες εντατικής φροντίδας και δεν έχουν δίκτυο οικογενειακής υποστήριξης ή για όσους ζουν σε πιο απομονωμένους οικισμούς όπου δεν υπάρχουν υπηρεσίες ανοιχτής φροντίδας ή είναι δύσκολο να αναπτυχθούν (ΟΟΣΑ, 2021: 266). Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι όταν ο/η ηλικιωμένος/η δεν είναι αυτόνομος και ζει μόνος/η ή με την οικογένειά του/της, υπάρχουν στιγμές, ώρες και ημέρες, ή ακόμα και μήνες, όπως στην περίπτωση της πανδημίας Covid-19, που δεν είναι δυνατό να εξυπηρετηθεί από υπηρεσίες ανοιχτής ή κατ' οίκον φροντίδας (Calderón Jaramillo & Zuera, 2023: 2). Αυτή είναι μια κατάσταση που μπορεί να εγείρει αμφιβολίες για αυτούς/ές και την οικογένειά τους: για το εάν, δηλαδή, οι κοινοτικές υπηρεσίες φροντίδας ή η κατ' οίκον φροντίδα αποτελούν την ενδεδειγμένη επιλογή για αυτό το άτομο, ή εάν η τοποθέτηση σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων θα ήταν καλύτερη, άρα και προτιμότερη επιλογή.

Γι' αυτόν τον λόγο, η κατάλληλη γεωγραφική κατανομή, διαθεσιμότητα και πρόσβαση σε όλα τα είδη υπηρεσιών, κλειστών και ανοιχτών, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης εθνικής στρατηγικής που θα βασίζεται σε μια επιστημονικά και μεθοδολογικά αξιόπιστη μελέτη εκτίμησης των αναγκών του πληθυσμού σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Πίνακας 13.3. Αριθμός ηλικιωμένων άνω των 75 ετών ανά δομή φροντίδας και Περιφέρεια

Περιφέρειες	Κλειστά τύπου μονάδες		Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)		Βοήθεια στο Σπίτι		Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας ατόμων με άνοια	
	Αριθμός μονάδων (2023-24)	Αριθμός ηλικιωμένων ανά μονάδα	Αριθμός ΚΗΦΗ (2022)	Αριθμός ηλικιωμένων ανά ΚΗΦΗ	Αριθμός ηλικιωμένων ανά πρόγραμμα	Αριθμός Κέντρων Ημέρας (2024)	Αριθμός ηλικιωμένων ανά Κέντρο Ημέρας	
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	15	4.624	3	23.122	58	-	-	
Αττική	154	2.593	8	49.913	93	11	-	36.301
Βόρειο Αιγαίο	11	2.330	2	12.815	34	-	-	
Δυτική Ελλάδα	14	5.382	2	37.672	53	-	-	
Δυτική Μακεδονία	6	5.517	7	4.729	47	-	-	
Ήπειρος	8	5.797	7	6.625	79	2	-	46.375
Θεσσαλία	9	10.107	2	45.491	84	2	-	90.962
Επείγνσα	8	2.907	3	7.752	26	-	-	
Κεντρική Μακεδονία	35	5.926	10	20.740	151	3	-	69.135
Κρήτη	29	2.256	16	4.089	73	2	-	65.419
Νότιο Αιγαίο	13	2.387	5	6.206	30	1	-	31.033
Πελοπόννησος	20	3.656	2	36.565	50	1	-	
Στερεά Ελλάδα	24	2.866	1	68.790	85	1	-	
Σύνολο	346		68		863	23	-	

Πηγή: (α) Επεξεργασία καταλόγων των Υπουργείων Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας και Υγείας που δόθηκαν κατόπιν αιτήματος. Οι κατάλογοι περιλαμβάνουν οικοές ευγηρίας και κέντρα ημερήσιας φροντίδας για ασθενείς με άνοια. (β) Όσον αφορά τα ΚΗΦΗ και το «Βοήθεια στο Σπίτι»: ΕΕΤΑΑ, 2022. Οι ΟΤΑ σε αριθμούς (πρόσβαση 20.1.24). (γ) Σχετικά με τα δεδομένα πληθυσμού: ΕΛΣΤΑΤ (εκτιμώμενος πληθυσμός).

1.1.3. Άνιση ποιότητα φροντίδας

Η ποιότητα της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα αποτελεί κυρίως ευθύνη του δημόσιου/κοινωνικού φορέα ή της ιδιωτικής μονάδας που την παρέχει, καθώς δεν υπάρχουν γενικά πλαίσια διασφάλισης της ποιότητας ή όσα υπάρχουν δεν φαίνεται να λειτουργούν αποτελεσματικά. Αυτό είναι ένα ιδιαίτερα ανησυχητικό φαινόμενο, δεδομένου ότι η πίεση για αύξηση του αριθμού των θέσεων για τα άτομα που εξυπηρετούνται σε υπάρχουσες υπηρεσίες φροντίδας μπορεί να επηρεάσει ολόένα και περισσότερο αρνητικά την ποιότητα των υπηρεσιών.

Η ποιότητα των υπηρεσιών εκτιμάται βάσει πολλών κριτηρίων, αλλά το έμπυχο δυναμικό, η ποσοτική και ποιοτική επάρκειά του, ιδίως για τον τομέα της φροντίδας, αποτελούν σίγουρα το σημαντικότερο κριτήριο.

Η φροντίδα, και δη η μακροχρόνια φροντίδα, είναι κατ' ουσίαν μια διαπροσωπική δραστηριότητα. Επομένως, η ποιότητά της εξαρτάται κυρίως από τον αριθμό και την ποιότητα των φροντιστριών/ών, η οποία συνδέεται τόσο με τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους, επιστημονικές-τεχνικές, κοινωνικές και συναισθηματικές, όσο και με τις καλές συνθήκες εργασίας, τη σταθερότητα της απασχόλησης και την αξιοπρεπή και δίκαιη αμοιβή τους.

Στον δημόσιο τομέα, παρότι οι αμοιβές καθορίζονται από το ενιαίο μισθολόγιο για τους δημόσιους υπαλλήλους, οι οργανικές θέσεις εργασίας των κοινωνικών υπηρεσιών και δομών των δήμων δεν καλύπτονται, όπως φάνηκε και από τις επιτόπιες έρευνες σε τοπικούς φορείς-υπηρεσίες (βλ. κεφάλαιο 11 του παρόντος τόμου). Οι προσλήψεις στις κενές οργανικές θέσεις εξαρτώνται από τις προτεραιότητες της ηγεσίας των δήμων και τις ανάγκες προσωπικού και των υπόλοιπων υπηρεσιών, καθώς και από τις εγκρίσεις από την κεντρική διοίκηση, με βάση και τις δικές της προτεραιότητες. Ως εκ τούτου, πολύ συχνά τα κενά καλύπτονται μέσω έκτακτου προσωπικού με συμβάσεις ορισμένου χρόνου ή έργου και με αντίκτυπο στην ομαλή λειτουργία των υπηρεσιών και στην ποιότητά τους.

Οι ελλείψεις προσωπικού οδηγούν επίσης σε ορισμένες περιπτώσεις σε *ad hoc* λύσεις με μεταφορά προσωπικού από τη μία δομή στην άλλη, όπως στην περίπτωση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» κυρίως για τους/τις κοινωνικούς/ές λειτουργούς, μια κατάσταση που δημιουργεί δυσλειτουργίες στο πρόγραμμα, σύμφωνα με το Ελεγκτικό Συνέδριο (2022: 24). Παράπονα για το προσωπικό που αναγκάζεται να καλύπτει ανάγκες που δεν εμπίπτουν στις αρμοδιότητές του, και περιπτώσεις κόπωσης λόγω φόρτου εργασίας, έχουν επίσης αναφερθεί σε άλλες έρευνες πεδίου (Laloti et al., 2021: 39-40).

Στα ΚΗΦΗ, η κατάσταση είναι καλύτερη όσον αφορά την πλήρωση των θέσεων, καθώς οι μισθοί του προσωπικού καλύπτονται από κοινοτική χρηματοδότηση. Ωστόσο, η συνεχής ανανέωση των συμβάσεων των εργαζόμενων και η ανασφάλεια που αυτή δημιουργεί μπορεί να οδηγήσει σε παραίτηση προσωπικού.

Δεν έχουμε ακριβή εικόνα για το τι συμβαίνει με τις Μονάδες Χρόνιων Παθήσεων- Παραρτήματα ΑμεΑ και τα γηροκομεία του δημόσιου τομέα, αλλά είναι γε-

γονός ότι ο αριθμός των εργαζόμενων έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια από 1.569 το 2019 σε 1.527, δηλαδή μείωση 2,7% (ΕΛΣΤΑΤ, 2021: 2). Μια προηγούμενη ερευνητική μελέτη σε μονάδες φροντίδας του δημόσιου τομέα διαπίστωσε ότι η κάλυψη των οργανικών θέσεων προσωπικού κυμαινόταν μεταξύ 30-60% και ότι μεταξύ 2010-2013 παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στην κάλυψη αυτών των θέσεων (Πετμετζίδου κ.ά., 2015: 213).

Συμπερασματικά, η έλλειψη προσωπικού και η ανασφάλεια που δημιουργείται από τις προσωρινές συμβάσεις φαίνεται να ταλανίζει όλες τις δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας εδώ και χρόνια, επηρεάζοντας προφανώς την ποιότητα του παρεχόμενου έργου.

Στον ιδιωτικό τομέα, η κατάσταση είναι πιο ασαφής, καθώς τα δεδομένα δεν είναι επαρκή. Ωστόσο, σε συνέντευξη με τον γενικό γραμματέα της Πανελλήνιας Ένωσης Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΠΕΜΦΗ), αναφέρθηκε η δυσκολία εύρεσης προσωπικού και η διαρροή προσωπικού από τον ιδιωτικό προς τον δημόσιο τομέα ή το εξωτερικό κατά την περίοδο της πανδημίας Covid-19 –κυρίως όσον αφορά προσωπικό ξένης καταγωγής– λόγω καλύτερων συνθηκών εργασίας.¹

Όσον αφορά την εκπαίδευση του προσωπικού, στον δημόσιο τομέα δεν υπάρχει πολιτική αρχικής ή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους ρόλους που αναλαμβάνουν στον τομέα της φροντίδας. Πρωτοβουλίες αναλαμβάνονται περιστασιακά από φορείς (δήμους, μη κερδοσκοπικούς και κερδοσκοπικούς φορείς), αλλά αυτές είναι περιορισμένες και σίγουρα αφορούν μόνο ένα μικρό ποσοστό εργαζόμενων. Υπάρχει βεβαίως μια γενικότερη πολιτική για την εκπαίδευση των δημοσίων υπαλλήλων μέσω της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης, αλλά η συμμετοχή είναι προαιρετική και κατά την άποψη κάποιων στελεχών θεωρητική (βλ. κεφάλαιο 11 του παρόντος τόμου). Όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα, το κράτος δεν παρεμβαίνει στην εκπαίδευση του προσωπικού των ιδιωτικών κερδοσκοπικών και μη κερδοσκοπικών μονάδων, αλλά δεν διαθέτει κάποια πολιτική εκπαίδευσης-κατάρτισης για τις/τους ιδιωτικά αμειβόμενες/ους προσωπικές/ούς φροντίστριες/ές που δουλεύουν με ηλικιωμένες/ους κατ' οίκον.

Ένα κριτήριο που επίσης καθορίζει την ποιότητα των υπηρεσιών αφορά τα πρότυπα ποιότητας: κατά πόσο υπάρχουν και είναι επαρκή και κατά πόσο εφαρμόζονται. Καταρχάς, υπάρχουν πρότυπα ποιότητας σε όλες τις μονάδες για τις οποίες απαιτείται άδεια ίδρυσης και λειτουργίας, όπως είναι οι μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων και οι Μονάδες Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ). Αυτά καθορίζονται μέσω νόμων και υπουργικών αποφάσεων και περιλαμβάνουν προδιαγραφές για τον χώρο, τις απαιτούμενες ειδικότητες προσωπικού, την αναλογία προσωπικού προς φροντίστριες/ές και την ύπαρξη κανονισμών λειτουργίας, ενώ προβλέπεται και μηχανισμός εποπτείας από την περιφέρεια (βλ. κεφάλαιο 12 του παρόντος τόμου). Ασφαλώς, μια πιο σύγχρονη αντίληψη των προτύπων ποιότητας θα περιλάμβανε

1. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε στις 9.2.2024.

πρόσθετες προδιαγραφές για τη διαφάνεια, τα δικαιώματα των ηλικιωμένων κ.λπ. Ωστόσο, το ζητούμενο σε αυτό το στάδιο δεν είναι να θεσπιστούν πρόσθετα πρότυπα και προδιαγραφές ποιότητας, αλλά να εφαρμόζονται τα ήδη υφιστάμενα, να υπάρχουν αποτελεσματικοί μηχανισμοί ελέγχου² και να εφαρμόζονται οι αποφάσεις που λαμβάνονται βάσει του ελέγχου.

Φαίνεται, για παράδειγμα, ότι μια απόφαση για το κλείσιμο μιας μονάδας φροντίδας που δεν πληροί τις προϋποθέσεις λειτουργίας της μπορεί να μην εφαρμόζεται, επειδή δεν μπορούν να εξασφαλιστούν θέσεις φροντίδας ηλικιωμένων σε άλλη μονάδα. Σε άλλες περιπτώσεις, μια μονάδα μπορεί να συνεχίσει να λειτουργεί, εφόσον οι ελλείψεις δεν κριθούν σοβαρές, με το σκεπτικό ότι θα αντιμετωπιστούν στο εγγύς μέλλον (Lalioiti et al., 2021: 44). Επιπλέον, εκτιμάται ότι το 20% των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων λειτουργούν παράνομα, έχοντας άδεια ως «ξενοδοχεία», και έτσι παραμένουν εκτός οποιουδήποτε μηχανισμού ελέγχου της λειτουργίας τους ως μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων (KPMG, 2021: 208-9). Τέλος, ηλικιωμένα άτομα μπορεί να φιλοξενοούνται συχνά και επί μακρόν σε ξενώνες για ψυχικά ασθενείς, ξενώνες που δεν εμπίπτουν στο σύστημα κοινωνικής φροντίδας ηλικιωμένων (βλ. κεφάλαιο 7 του παρόντος τόμου).

Αναφορικά με τα πρότυπα ποιότητας, την ύπαρξη και την τήρησή τους, είναι σημαντικό να επισημάνουμε ότι τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» λειτουργούν χωρίς (κοινό) κανονισμό λειτουργίας και χωρίς μηχανισμό συνεχούς παρακολούθησης και επιθεώρησης από τις περιφερειακές αρχές.

Ένα τρίτο κριτήριο, που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα των υπηρεσιών, αφορά τα διαθέσιμα μέσα και τον τεχνικό εξοπλισμό, τα οποία συχνά είναι σπάνια ή προβληματικά. Στην έρευνα του Ελεγκτικού Συνεδρίου για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», γίνεται αναφορά στα διαθέσιμα μεταφορικά μέσα που είναι προβληματικά ή απαρхайωμένα, επηρεάζοντας την εξυπηρέτηση πληθυσμών που δεν έχουν εύκολη πρόσβαση (Ελεγκτικό Συνέδριο, 2022: 25).

Σε γενικές γραμμές, παρά τις βελτιώσεις σε διάφορους τομείς, ειδικότερα στον τομέα των μηχανισμών ελέγχου, υπάρχουν σοβαρά προβλήματα στη χώρα μας σχε-

2. Σημειώνουμε ότι με τον Ν. 5041/2023, άρθρο 100, προστέθηκαν διατάξεις σχετικά με την επιθεώρηση των μονάδων. Έτσι, εκτός από τον Κοινωνικό Σύμβουλο που διορίζεται από την περιφέρεια και ο οποίος υποχρεούται να επισκέπτεται τις μονάδες τουλάχιστον μία φορά το εξάμηνο, δημιουργείται ένα επιπλέον επίπεδο ελέγχου, με τη σύσταση Επιτροπής, που αποτελείται από δύο υπαλλήλους από όμορες περιφερειακές ενότητες συν τον Κοινωνικό Σύμβουλο της οικείας περιφερειακής ενότητας. Η Επιτροπή οφείλει επίσης να επισκέπτεται τη μονάδα μία φορά κάθε έξι μήνες για επιθεώρηση. Μέχρι στιγμής, ωστόσο, δεν έχει εκδοθεί η σχετική απόφαση εφαρμογής. Σημειώνεται ότι η Εθνική Επιτροπή Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων είχε επισημάνει στην έκθεσή της τη σημασία της ανεξαρτησίας του συστήματος επιθεώρησης των οίκων ευγηρίας και την ανάγκη ο φορέας που επιθεωρεί τα βασικά πρότυπα φροντίδας και υπηρεσιών των ιδρυμάτων και των οίκων ευγηρίας να είναι ανεξάρτητος από το διοικητικό όργανο του υπό επιθεώρηση ιδρύματος/οίκου ευγηρίας (ΕΕΔΑ, 2014: 37). Οι συντάκτριες του παρόντος κεφαλαίου, αν και αναγνωρίζουν ως θετική εξέλιξη την υιοθέτηση της νέας πρακτικής ελέγχου, παράλληλα εκφράζουν επιφυλάξεις για την αποτελεσματικότητά της.

τικά με την ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων. Σε μια ευρωπαϊκή μελέτη αξιολόγησης εθνικών δειγμάτων σε κάθε κράτος μέλος για την ποιότητα της παρεχόμενης μακροχρόνιας φροντίδας στην ΕΕ, η Ελλάδα βαθμολογήθηκε με 4,4 (σε μια κλίμακα από 1-10), και είχε τη χαμηλότερη βαθμολογία μαζί με τη Βουλγαρία, ενώ ο ευρωπαϊκός μέσος όρος (ΕΕ-28) ήταν 6,2 (Eurofound, 2017a: 51). Η πολύ χαμηλότερη ποιότητα των μονάδων φροντίδας, σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, θεωρήθηκε ένας βασικός λόγος για τη μη χρήση τους (Eurofound, 2017b: 32).

Εντούτοις, οι χρήστες υπηρεσιών σε μικρές τοπικές έρευνες, ιδίως σε εκείνες της ανοιχτής φροντίδας, δείχνουν ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Μαλτέζου, 2022· Αλεξιάς & Φλάμου, 2007· Ελεγκτικό Συνέδριο, 2022: 45). Φαίνεται ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται με το προσωπικό οδηγούν σε σχέσεις εμπιστοσύνης, οι οποίες με τη σειρά τους δημιουργούν ένα αίσθημα ασφάλειας για τους χρήστες, καθώς και την αίσθηση ότι οι τελευταίοι μπορούν να επηρεάσουν όσους λαμβάνουν αποφάσεις σε επίπεδο δήμου (Lalio et al., 2021: 41-42), συμβάλλοντας θετικά στη δήλωση ικανοποίησης σε όλες τις σχετικές έρευνες. Ομοίως, στην έρευνα του GELDERIN, οι ηλικιωμένοι στη συντριπτική τους πλειονότητα εκφράστηκαν θετικά και πολύ θετικά για τις κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων (ΚΑΠΗ, «Βοήθεια στο Σπίτι», Δημοτικά Ιατρεία), ενώ επίσης θετικά, αλλά σε μικρότερο βαθμό, για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Εξαιρετικά θετική ήταν η αξιολόγηση της υπηρεσίας «Βοήθεια στο Σπίτι» αλλά και των ΚΑΠΗ (βλ. κεφάλαιο 9 του παρόντος τόμου).

Στοιχείο της αξιολόγησης των υπηρεσιών είναι και ο βαθμός χρήσης τους. Στο δείγμα των ηλικιωμένων της έρευνας πεδίου του GELDERIN, 24-36% δήλωσαν ότι έκαναν χρήση των τοπικών υπηρεσιών υγείας και φροντίδας, με τα υψηλότερα ποσοστά να αντιστοιχούν στα ΚΑΠΗ και τα Δημοτικά Ιατρεία. Παρ' όλα αυτά, στο δείγμα των άτυπων φροντιστριών/ών, τα ποσοστά χρήσης που δηλώθηκαν από αυτές/ούς για τους/τις ηλικιωμένους/ες που φροντίζουν κυμάνθηκαν από 15% έως 27%. Μάλιστα, η πλειονότητα των φροντιστριών/ών δήλωσε ότι δεν έκανε χρήση των υπηρεσιών για διάφορους λόγους, όπως οι δυσκολίες στη φυσική προσπάθεια, τα τυπικά-θεσμικά εμπόδια (π.χ. προϋποθέσεις επιλεξιμότητας του/της ηλικιωμένου/ης στο «Βοήθεια στο Σπίτι»), η ανεπαρκής ενημέρωση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, η έλλειψη εμπιστοσύνης ως προς την ποιότητα των τελευταίων, τα αρνητικά στερεότυπα για τις δημόσιες υπηρεσίες και η προτίμηση στην οικογενειακή φροντίδα (βλ. κεφάλαιο 10 του παρόντος τόμου). Ωστόσο, η συντριπτική πλειονότητα και των άτυπων φροντιστριών/ών, των οποίων οι ηλικιωμένοι/ες που φροντίζουν κάνουν χρήση των τοπικών υπηρεσιών φροντίδας, αξιολόγησαν τα ΚΑΠΗ και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» πολύ ή πάρα πολύ θετικά (αντίστοιχα 89% και 79% του συνόλου), ενώ τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (ΤΟΜΥ, Κέντρα Υγείας, Δημοτικά Ιατρεία) σε πολύ μικρότερο βαθμό. Συγκεκριμένα οι (πολύ) θετικές απαντήσεις κυμάνθηκαν από 44% έως 59%.

1.2. Κόστος φροντίδας, χρηματικές παροχές, άνιση πρόσβαση σε ιδιωτικές υπηρεσίες

Όπως αναφέραμε στο κεφάλαιο 5 του παρόντος τόμου, η Ελλάδα και η Λιθουανία είναι σήμερα τα μοναδικά κράτη μέλη της ΕΕ-27 που δεν παρέχουν κανενός είδους επίδομα φροντίδας στα μη αυτοεξυπηρετούμενα ηλικιωμένα άτομα ή/και τις/τους άτυπες/ους φροντίστριες/ές τους. Η ανυπαρξία επιδομάτων φροντίδας και το χαμηλό ύψος των συντάξεων, μετά από τις τεράστιες περικοπές που έλαβαν χώρα την περίοδο 2010-2016, στο πλαίσιο των τριών Προγραμμάτων Οικονομικής Προσαρμογής (Μνημόνια) και τη διάβρωση της αγοραστικής τους δύναμης από τον πληθωρισμό το 2022-2023, έχουν συντελέσει στην περιορισμένη χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας από την πλειονότητα των ηλικιωμένων με χαμηλές και μεσαίες συντάξεις και έχουν αυξήσει τις ταξικές ανισότητες πρόσβασης σε αυτές τις υπηρεσίες (βλ. κεφάλαιο 6 του παρόντος τόμου). Εδώ θα συσχετίσουμε το ύψος των συντάξεων και των κοινωνικών επιδομάτων (χρηματικές παροχές) που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι/ες με το κόστος της φροντίδας.

1.2.1. Χρηματικές παροχές: Συντάξεις και κοινωνικά επιδόματα

Η σύνταξη γήρατος, θανάτου ή αναπηρίας αποτελεί τη βασική μορφή εισοδηματικής στήριξης των ηλικιωμένων που δεν εργάζονται και χρήζουν φροντίδας. Για όσους δεν κατοχυρώνουν τέτοιο δικαίωμα, υπάρχει το επίδομα κοινωνικής αλληλεγγύης για τους ανασφάλιστους ηλικιωμένους, που στόχο έχει την προστασία τους από την ακραία φτώχεια, και στο οποίο μπορεί να προστεθεί ένα επίδομα στεγαστικής συνδρομής στους ανασφάλιστους με χαμηλό εισόδημα που διαμένουν σε ενοικιαζόμενη κατοικία. Προφανώς, τέτοια μέτρα είναι απαραίτητα για τη διασφάλιση ενός ελάχιστου εισοδήματος και επιπέδου διαβίωσης για τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Όμως το ερώτημα είναι κατά πόσο το εισόδημα αυτό επαρκεί για την καθημερινή τους διαβίωση και την αντιμετώπιση των έκτακτων αναγκών τους και, κυρίως, εάν επαρκεί για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας και της φροντίδας τους, ιδίως εάν χρειαστεί να αγοράσουν ιδιωτικές υπηρεσίες.

Εάν λάβουμε υπόψη μας ότι το 8% των συνταξιούχων γήρατος λαμβάνουν συντάξεις κάτω των 300 ευρώ και ένα άλλο 20% λαμβάνουν συντάξεις μεταξύ 301 και 600 ευρώ και ότι το ποσό του επιδόματος κοινωνικής αλληλεγγύης, εφόσον κάποιος/α πληροί τις προϋποθέσεις της πλήρους λήψης του, είναι λίγο πάνω από 400 ευρώ (βλ. κεφάλαιο 7 του παρόντος τόμου), η απάντηση είναι αρνητική για ένα υψηλό ποσοστό ηλικιωμένων. Αλλά και για τους συνταξιούχους με συντάξεις μεσαίου επιπέδου, η αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών, η κάλυψη του ενοικίου και η αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και φροντίδας είναι δύσκολες, όταν βασίζονται μόνο στο εισόδημά τους από σύνταξη. Στην έρευνα του GELDERIN (βλ. κεφάλαιο 9 του παρόντος τόμου) βρέθηκε ότι ένα σημαντικό μέρος των ηλικιωμένων αντιμετωπίζει οικονομικούς περιορισμούς, με μόνο το 38,4% να μπορεί να καλύψει τα έξοδά του εύκολα ή άνετα, ενώ

το 50% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι δεν μπορεί να αντέξει οικονομικά έξοδα πέρα από τα απολύτως απαραίτητα και ζητούν αυξημένη οικονομική στήριξη και βελτιωμένα συνταξιοδοτικά συστήματα για τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας της ζωής τους.

Τα οικογενειακά δίκτυα είναι αυτά που συμπληρώνουν τα κενά με την παροχή άτυπων υπηρεσιών φροντίδας, αλλά και οικονομικής βοήθειας όταν απαιτείται. Εντούτοις, πολλοί από αυτούς/ές που φροντίζουν δεν είναι οι ίδιοι/ες σε μια κατάσταση που μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά, αφού στην έρευνα του GELDERIN το 53,6% αναφέρουν δυσκολίες στην εκπλήρωση των δικών τους οικονομικών υποχρεώσεων (βλ. κεφάλαιο 10 του παρόντος τόμου), ούτε λαμβάνουν κάποιο βοήθημα για τις υπηρεσίες που παρέχουν. Κατά συνέπεια, ούτε ο/η φροντιστής/ρια ούτε ο/η ηλικιωμένος/η μπορούν να αντέξουν οικονομικά την αγορά υπηρεσιών φροντίδας (βλ. κεφάλαιο 10 του παρόντος τόμου, Πίνακας 10.4). Πάντως, τα δεδομένα της έρευνας του GELDERIN δείχνουν ότι οι περισσότεροι/ες άτυποι/ες φροντιστές/ριες δεν βιώνουν μεγάλη επιβάρυνση από τη φροντίδα των ηλικιωμένων συγγενών τους. Μόνο μια σημαντική μειονότητα (γύρω στο 23%) βιώνει μέτρια έως υψηλά επίπεδα οικονομικής επιβάρυνσης (βλ. κεφάλαιο 10 του παρόντος τόμου).

1.2.2. Κόστος φροντίδας και δυνατότητα κάλυψής του

Η διαθεσιμότητα και η εγγύτητα των μονάδων και η ποιότητά τους δεν είναι τα μόνο κριτήρια για την επιλογή μιας υπηρεσίας φροντίδας. Το κόστος είναι επίσης σημαντικό κριτήριο.

Το κόστος της μακροχρόνιας φροντίδας για τον/τη χρήστη/ρια διαφέρει μεταξύ υπηρεσιών. Όλες οι κοινωνικές υπηρεσίες που παρέχονται από δημόσιους φορείς είναι δωρεάν, αλλά η πρόσβαση σε αυτές βασίζεται σε κοινωνικο-οικονομικά κριτήρια και στον έλεγχο των πόρων των ηλικιωμένων. Επομένως, έχουν επιλεκτικό και όχι καθολικό χαρακτήρα.

Για παράδειγμα, στα ΚΗΦΗ τα κριτήρια είναι η οικονομική κατάσταση και η κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων (βαθμός αυτοφροντίδας), καθώς και η οικογενειακή τους κατάσταση, ενώ υπάρχουν και αντίστοιχα κριτήρια για τους έμμεσους δικαιούχους, δηλαδή τις/τους πιθανές/ούς οικογενειακές/ούς φροντιστριες/ές (οικονομική, οικογενειακή και εργασιακή κατάσταση). Πολλοί δήμοι έχουν αναπτύξει ένα σύστημα βαθμολόγησης των παραπάνω κριτηρίων για την επιλογή των εξυπηρετούμενων. Η χαμηλή οικονομική κατάσταση των άμεσων και έμμεσων δικαιούχων φαίνεται να λαμβάνει τις περισσότερες μονάδες. Ωστόσο, δεν φαίνεται να υπάρχει συγκεκριμένο ανώτατο όριο εισοδήματος και οι αποφάσεις που λαμβάνονται προκύπτουν στην πράξη από τη συνολική αξιολόγηση της κατάστασης και των διαθέσιμων θέσεων. Παρόμοια κριτήρια ισχύουν και για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», μόνο που αυτό περιλαμβάνει και άτομα με αναπηρίες. Παρ' όλα αυτά, και στις δύο περιπτώσεις, φαίνεται ότι οι δήμοι έχουν την ελευθερία να καθορίζουν τα κριτήρια και να τα εφαρμόζουν με μεγαλύτερη ή μικρότερη ευελιξία.

Οι Μονάδες Χρόνιων Παθήσεων, οι οποίες αποτελούν «κλειστού» τύπου δημόσιες

μονάδες φροντίδας (οίκοι ευγηρίας), αφορούν κυρίως άτομα με προβλήματα αναπηρίας ανεξαρτήτως ηλικιακών κριτηρίων, αλλά και άτομα άνω των 65 ετών που χρήζουν κοινωνικής προστασίας (φτωχοί και απομονωμένοι, μη αυτόνομοι άνθρωποι).

Υπάρχουν αρκετά ερωτήματα σχετικά με τις παραπάνω δημόσιες υπηρεσίες: Εξυπηρετούνται όλοι οι ηλικιωμένοι που πληρούν τα κοινωνικο-οικονομικά κριτήρια, ή μήπως δεν εξυπηρετούνται επειδή δεν υπάρχουν διαθέσιμες θέσεις; Τι συμβαίνει με τους ηλικιωμένους που δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν αλλά δεν έχουν το απαραίτητο εισόδημα για να αγοράσουν ιδιωτική φροντίδα; Στην πράξη, ο αποκλεισμός ηλικιωμένων από τις δημόσιες υπηρεσίες φαίνεται να εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τη διαθεσιμότητα των θέσεων και την επάρκεια του προσωπικού. Εάν διασφαλίζονται αυτές οι δύο προϋποθέσεις, όλες οι αιτήσεις μπορεί να καλυφθούν ανεξαρτήτως εάν πληρούν τα κριτήρια ή όχι.

Όσον αφορά την ιδιωτική μακροχρόνια φροντίδα (μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων), αυτή βασίζεται κυρίως σε άμεσες πληρωμές και σε πολύ μικρότερο βαθμό στην ιδιωτική ασφάλιση, η οποία θεωρείται «αμελτέα» (Πετμετζίδου κ.ά., 2015: 231). Σήμερα, το κόστος διαμονής σε μια ιδιωτική κερδοσκοπική μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων κυμαίνεται μεταξύ 700-2.500 ευρώ τον μήνα, το κόστος σε μια ιδιωτική μη κερδοσκοπική μονάδα κυμαίνεται μεταξύ 500-1.500 ευρώ, ενώ το μηνιαίο κόστος απασχόλησης μιας φροντίστριάς που διαμένει στο σπίτι του/της ηλικιωμένου/νης (χωρίς φαγητό και άλλα έξοδα) κυμαίνεται μεταξύ 900-1.300 ευρώ (Πίνακας 13.4).

Πίνακας 13.4. Κόστος φροντίδας ανά είδος φροντίδας

	Είδος φροντίδας	Μηνιαίο κόστος (ευρώ)
«Κλειστού» τύπου	Ιδιωτική - κερδοσκοπική	700-2.500
	Ιδιωτική - μη κερδοσκοπική	500-1.500
	Δημόσια	Δωρεάν
Ημερήσια	Δημόσια (ΚΗΦΗ)	Δωρεάν αλλά με εισοδηματικά κριτήρια
	Ιδιωτική - μη κερδοσκοπική (Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας ατόμων με άνοια)	Δωρεάν
Κατ' οίκον	Ιδιωτικά αμειβόμενοι/ες φροντιστές/ριες	900-1.300
	Δημόσια («Βοήθεια στο Σπίτι»)	Δωρεάν αλλά με εισοδηματικά κριτήρια
	Ιδιωτική - μη κερδοσκοπική (για άτομα με άνοια)	Δωρεάν

Τούτων δεδομένων, το κόστος των αμιγώς ιδιωτικών υπηρεσιών είναι απαγορευτικό για την πλειονότητα των ηλικιωμένων. Όταν η μέση σύνταξη γήρατος ανέρχεται στα 1.033 ευρώ, η σύνταξη χρειάς στα 718 ευρώ και το επίδομα ανασφάλιστων ηλικιωμένων στα 393 ευρώ, θεωρείται δύσκολο ή αδύνατο για ένα άτομο χωρίς πρόσθετους πόρους να καλύψει αυτό το κόστος.³ Αλλά ακόμη και τα μη κερδοσκο-

3. Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων-ΗΔΙΚΑ, Ενιαίο Σύστημα Ελέγχου και Πληρωμής Συντάξεων ΗΛΙΟΣ, Μηνιαία Απεικόνιση Συνταξιοδοτικών Παροχών, Δεκέμβριος 2023. Σημειώνεται ότι οι συνταξιούχοι γήρατος ανήλθαν σε 1.882.468, οι συνταξιούχοι θανάτου/χρειάς σε 385.921 και οι δικαιούχοι του επιδόματος ανασφάλιστων ηλικιωμένων σε 15.601.

πικά ιδιωτικά γηροκομεία, τα οποία είναι οικονομικά πιο προσιτά, δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες, λόγω ανεπαρκούς διαθεσιμότητας κλινών και δυσκολιών πρόσβασης, που διαφέρουν ανά περιοχή και, σε ορισμένες περιπτώσεις, λόγω της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Συμπερασματικά, η λύση της αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών φροντίδας δεν είναι οικονομικά βιώσιμη για τα ηλικιωμένα άτομα με χαμηλό ή χαμηλό προς μεσαίο εισόδημα και, γενικότερα, για μη οικονομικά ευκατάστατες οικογένειες. Αυτό δημιουργεί, και θα δημιουργήσει μελλοντικά, ακόμη μεγαλύτερες πιέσεις για τις δημόσιες πολιτικές, καθώς ο αριθμός των ηλικιωμένων, το προσδόκιμο ζωής τους και οι ανάγκες φροντίδας τους αυξάνονται, ενώ ταυτόχρονα ο αριθμός των πιθανών οικογενειακών φροντιστριών μειώνεται. Σε περίπτωση που το κόστος των ιδιωτικών υπηρεσιών αυξηθεί γρηγορότερα από τις συντάξεις και το διαθέσιμο εισόδημα των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους, λόγω αυξημένης κοινωνικής ζήτησης, η έλλειψη κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας θα οδηγήσει σε έκρηξη των κενών/ελλειμμάτων φροντίδας και σε «κρίση φροντίδας».

Όπως ορθώς έχει επισημανθεί, το επίσημο σύστημα τυπικής-επαγγελματικής φροντίδας και το ανεπίσημο σύστημα άτυπης-οικογενειακής φροντίδας είναι άρρηκτα συνδεδεμένα: εάν το πρώτο δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες, τότε το βάρος πέφτει στην οικογένεια, η οποία πρέπει είτε να αγοράσει ιδιωτικές υπηρεσίες φροντίδας είτε να παρέχει φροντίδα με ίδιους πόρους (άτυπη εργασία). Αντίθετα, εάν η οικογένεια δεν μπορεί να ανταποκριθεί, τότε θα απαιτηθεί περισσότερη δημόσια υποστήριξη (Lyberaki et al., 2019: 197). Τα τελευταία χρόνια συμβαίνει το δεύτερο. Το πρόβλημα στην Ελλάδα είναι ότι ο βαθμός εξάρτησης από άτυπες/ους οικογενειακές/ους φροντιστριες/ές για την παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας είναι πολύ υψηλός, λόγω της υπανάπτυξης του πεδίου της κοινωνικής φροντίδας. Αυτό σημαίνει ότι το σημείο εκκίνησης βρίσκεται πολύ χαμηλά και ότι η αδυναμία της οικογένειας να παρέχει αυτή τη φροντίδα θα απαιτήσει σημαντική αύξηση της κρατικής υποστήριξης για να καλυφθούν τα κενά φροντίδας (βλ. και κεφάλαιο 6 του παρόντος τόμου).

1.3. Άτυπες/οι φροντιστριες/ές: Μέτρα διευκόλυνσης μόνο για εργαζόμενες/ους

Οι άτυπες/οι φροντιστριες/ές δεν περιλαμβάνονται στα μέτρα πολιτικής και τις προτεραιότητες των δημόσιων αρχών. Όποιες πρωτοβουλίες αναλαμβάνονται γίνονται εθελοντικά από τοπικούς φορείς, εκπαιδευτικά ιδρύματα και οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών. Οι πρωτοβουλίες αυτές εστιάζουν κυρίως στην εκπαίδευση των φροντιστριών/ών, ιδίως αυτών που φροντίζουν ασθενείς με άνοια. Κάποιες δράσεις ανακουφιστικής βοήθειας (προσωρινή φιλοξενία ασθενούς με άνοια σε ξενώνα) επίσης λαμβάνουν χώρα. Πάντως, σε κάθε περίπτωση,

η βοήθεια καλύπτει ένα πολύ μικρό ποσοστό των φροντιστριών/ών αλλά και των αναγκών τους.

Κάποια μέτρα για εργαζόμενες/ους φροντίστριες/ές, περιορισμένης όμως εμβέλειας και αποτελεσματικότητας, περιλαμβάνονται στο θεσμικό μας πλαίσιο. Στο κεφάλαιο 7 του παρόντος τόμου περιγράφηκαν οι διαθέσιμες πολιτικές για τις/τους εργαζόμενες/ους φροντίστριες/ές. Οι πολιτικές εστιάζουν κυρίως στη λήψη άδειας άνευ αποδοχών κάποιων λίγων ημερών τον χρόνο για τη φροντίδα ενηλίκων με επείγουσες ανάγκες φροντίδας. Μια σχετικά πρόσφατη νομοθεσία (Ν. 4808/2021) επιτρέπει στους/στις εργαζομένους/ες να ζητούν από τους εργοδότες ευέλικτο ωράριο εργασίας, κάτι το οποίο διευκολύνει κάπως τον συνδυασμό των εργασιακών αναγκών και των αναγκών φροντίδας. Το θέμα βέβαια είναι κατά πόσο οι εργαζόμενοι/ες γνωρίζουν τη νομοθεσία και την αξιοποιούν. Η εκτίμησή μας είναι ότι οι περισσότεροι/ες ούτε τη γνωρίζουν ούτε την αξιοποιούν. Άρα η συμβολή αυτών των μέτρων στη διευκόλυνση των εργαζόμενων που φροντίζουν, ώστε να συνδυάσουν τις απαιτήσεις της εργασίας και της φροντίδας, είναι περιορισμένη.

Βέβαια, οι υπηρεσίες ολοήμερης φροντίδας ηλικιωμένων όπως είναι τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) αποτελούν έναν εναλλακτικό και πιο αποτελεσματικό μηχανισμό συμβολής στην εξισορρόπηση εργασιακής και οικογενειακής ζωής των εργαζόμενων φροντιστών/ριών, αφού οι ώρες λειτουργίας τους καλύπτουν στις περισσότερες περιπτώσεις τις ώρες εργασίας των φροντιστών/ριών. Όμως αυτές οι υπηρεσίες είναι πολύ λίγες και άνισα κατανομημένες. Επίσης, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» απευθύνεται κυρίως σε ηλικιωμένους/ες χωρίς διαθέσιμο δίκτυο οικογενειακής φροντίδας, αλλά όπου εφαρμόζεται, μπορεί να ελαφρύνει σημαντικά το βάρος φροντίδας των εργαζόμενων οικογενειακών φροντιστριών/ών. Αν και το πρόγραμμα δεν αποτελεί μέτρο πολιτικής συμφιλίωσης, η έρευνα πεδίου του GELDERIN έδειξε ότι το 79% των ηλικιωμένων που συμμετείχε στο «Βοήθεια στο Σπίτι» λάμβανε ταυτόχρονα άτυπη φροντίδα, ενώ το 60% των άτυπων φροντιστριών/ών τους ήταν παιδιά τους και το υπόλοιπο 40% ανίψια, γείτονες, αδέρφια και θείες!

Συμπερασματικά, η συμβολή των πολιτικών φροντίδας ηλικιωμένων και των μέτρων διευκόλυνσης των εργαζόμενων φροντιστριών/ών στην ένταξη των γυναικών στην αγορά εργασίας και στον συνδυασμό επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής των φροντιστριών/ών είναι περιορισμένη. Οι επιτόπιες έρευνες του GELDERIN έχουν αναδείξει τις δυσκολίες που έχουν όσοι εργάζονται και φροντίζουν και τις επιλογές στις οποίες εντέλει καταλήγουν. Συνήθως οι γυναίκες είναι αυτές που θα κάνουν τους συμβιβασμούς, επιλέγοντας λιγότερο απαιτητικές εργασίες με λιγότερες ώρες εργασίας. Η παραίτηση από τη δουλειά είναι περιορισμένο φαινόμενο, που δήλωσε μόνο το 9% των γυναικών του δείγματος. Σε κάθε περίπτωση, οι επιλογές τους έχουν επιπτώσεις στην επαγγελματική τους εξέλιξη, τη συναισθηματική τους ισορροπία, την οικονομική τους κατάσταση και την κοινωνική τους ζωή.

Σε μια μελέτη που βασίστηκε στην έρευνα SHARE του 2015, η Λυμπεράκη και ο Τήνιος παρατηρούν ότι οι γυναίκες επιθυμούν να εργαστούν και όσες εργάζονται

δεν επιστρέφουν στο σπίτι για να καλύψουν τα κενά στη φροντίδα των ηλικιωμένων μελών της οικογένειάς τους, αλλά επιλέγουν να αγοράζουν υπηρεσίες φροντίδας συνήθως από άλλες γυναίκες (Lyberaki & Tinios, 2018: 31). Παρόμοιες τάσεις παρατηρούνται και σε άλλες μεσογειακές χώρες, ειδικά για τις γυναίκες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο (Calderón Jaramillo & Zuera, 2018: 10).⁴ Τα ευρήματα της έρευνας πεδίου του GELDERIN μας πηγαίνουν ένα βήμα πιο πέρα. Έδειξαν ότι ένα μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών άτυπων φροντιστών απ' ό,τι γυναικών διέκοψαν την εργασία τους για να φροντίσουν ηλικιωμένους γονείς ή άλλους συγγενείς (Karamessini & Tsougaroglou, υπό δημοσίευση).

Ωστόσο, τα εργαζόμενα παιδιά των ηλικιωμένων προσφεύγουν κυρίως στην κατ' οίκον φροντίδα επί πληρωμή και δευτερευόντως στην τοποθέτηση του/της ηλικιωμένου/ης σε ιδιωτική μονάδα φροντίδας, μεταφέροντας μεγάλο μέρος του βάρους της άτυπης εργασίας φροντίδας στις αμειβόμενες φροντίστριες του απόλυτα γυναικοκρατούμενου κλάδου της φροντίδας ηλικιωμένων.

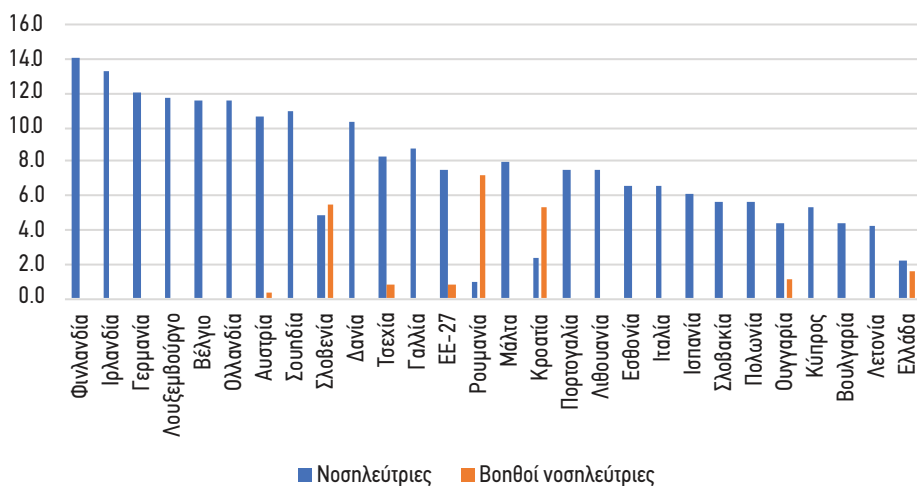
Γεγονός όμως παραμένει ότι στη χώρα μας η φροντίδα από τα ίδια τα μέλη της οικογένειας προς ένα ηλικιωμένο μέλος της διατηρείται ως μια ισχυρή αξία. Στην έρευνα του GELDERIN, σε σχετικό ερώτημα σε άτυπες/ους φροντίστριες/ές ως προς τους λόγους παροχής φροντίδας σε ένα δικό τους ηλικιωμένο άτομο, η «αίσθηση καθήκοντος» αποτελεί την κυρίαρχη απάντηση (βλ. κεφάλαιο 10 του παρόντος τόμου, Πίνακας 10.4).

1.4. Ελλείψεις εργατικού δυναμικού και δύσκολες συνθήκες/όροι εργασίας

Τα διοικητικά στοιχεία για τον αριθμό των εργαζόμενων στις δημόσιες δομές και υπηρεσίες είναι περιορισμένα και ανεπαρκή, ενώ η στατιστική καταγραφή όσων απασχολούνται σε ιδιωτικές δομές και στην ιδιωτική κατ' οίκον φροντίδα ανύπαρκτη. Το Διάγραμμα 13.1, με τον αριθμό απασχολούμενων νοσηλευτριών/ών, είναι εξαιρετικά κατατοπιστικό ως προς την ανεπάρκεια διοικητικής καταγραφής και συλλογής στοιχείων. Τα στοιχεία που παρέχει η κυβέρνηση στους διεθνείς οργανισμούς περιορίζονται στον αριθμό νοσηλευτριών/ών μόνο στα νοσοκομεία της χώρας.

4. Σύμφωνα με το άρθρο και με βάση τα δεδομένα της έρευνας, η προθυμία φροντίδας ηλικιωμένων στην Ισπανία ήταν χαμηλότερη μεταξύ των εργαζόμενων γυναικών με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης.

Διάγραμμα 13.1. Αριθμός νοσηλευτριών ανά 1.000 άτομα πληθυσμού



Πηγή: Eurostat, Διοικητικές πηγές κρατών μελών της ΕΕ. Τα στοιχεία για την Ελλάδα αναφέρονται μόνο στις νοσηλεύτριες των νοσοκομείων και είναι υποεκτιμημένα.

Όπως έχουμε προαναφέρει (βλ. κεφάλαιο 12 του παρόντος τόμου), η Απογραφή Πληθυσμού του 2021 συγκέντρωσε για πρώτη φορά στοιχεία για τον αριθμό εργαζόμενων στον κλάδο της μακροχρόνιας φροντίδας (δημόσιες και ιδιωτικές δομές με διαμονή και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας χωρίς διαμονή), χωρίς διάκριση μεταξύ ηλικιωμένων και ατόμων με αναπηρία. Ωστόσο, τα στοιχεία αυτά δεν είναι ακριβή, διότι δεν περιλαμβάνουν τις εργαζόμενες που παρέχουν ιδιωτική φροντίδα και βοήθεια κατ' οίκον, ούτε πιθανά αυτές/οὗς που εργάζονται σε ιδιωτικούς οίκους ευγηρίας χωρίς άδεια λειτουργίας, των οποίων ο αριθμός παραμένει άγνωστος. Με βάση, επομένως, τα υποεκτιμημένα στοιχεία της Απογραφής, το 2021, οι εργαζόμενες/οι στο επίσημο σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας (82% γυναίκες, 17% μετανάστριες/ες) αποτελούσαν το 0,27% των μισθωτών της χώρας.

Είναι γνωστές οι τεράστιες ελλείψεις εργατικού δυναμικού στον τομέα της φροντίδας σε νοσηλευτικό προσωπικό και προσωπικές/οὗς φροντιστριες/ές στις περισσότερες αναπτυγμένες οικονομίες, αλλά στη χώρα μας είναι εντονότερες. Οφείλονται κυρίως στην κοινωνική υποτίμηση της εργασίας φροντίδας, παραδοσιακά γυναικεία, που έχει ως αποτέλεσμα τους χαμηλούς μισθούς σε συνδυασμό με τις δύσκολες συνθήκες εργασίας και την έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών, ειδικά στον ιδιωτικό τομέα, στον ανταγωνισμό με τον τομέα της υγείας όπου οι μισθοί, οι όροι απασχόλησης και οι συνθήκες εργασίας είναι καλύτεροι, και στην εξωτερική μετανάστευση εκπαιδευμένων νοσηλευτριών/ών και προσωπικών φροντιστριών/ών (WTO European Region, 2024· βλ. κεφάλαιο 12 του παρόντος τόμου). Χωρίς ολοκληρωμένη πολιτική για την αντιμετώπιση των ελλείψεων εργατικού δυναμικού

στους τομείς της υγείας και της μακροχρόνιας φροντίδας, το ενδεχόμενο περαιτέρω συρρίκνωσης ή αργής ανταπόκρισης του ρυθμού αύξησης του εργατικού δυναμικού των νοσηλευτριών/ών και προσωπικών φροντιστριών/ών στην αύξηση της κοινωνικής ζήτησης φροντίδας θα αποτελέσει τροχοπέδη για την επέκταση της προσφοράς υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας και την ανάπτυξη του επίσημου τομέα, δημόσιου και ιδιωτικού.

Όσον αφορά τα προσόντα και τις δεξιότητες του εργατικού δυναμικού, τόσο οι μελέτες των διεθνών οργανισμών όσο και η έρευνα του GELDERIN έχουν εντοπίσει και επισημαίνουν την έλλειψη κατάρτισης των προσωπικών φροντιστριών/ών που εργάζονται είτε σε ιδιωτικές και δημόσιες δομές/υπηρεσίες είτε στα σπίτια των ηλικιωμένων. Η έλλειψη κατάρτισης έχει άμεσες συνέπειες στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και αποτελεί πρόκληση για μια πολιτική μακροχρόνιας φροντίδας που έχει στόχο την κάλυψη των αναγκών ηλικιωμένων με όρους ποιοτικής και όχι μόνο ποσοτικής επάρκειας.

1.5. Προβλήματα διακυβέρνησης, συντονισμού, συνεργασίας, παρακολούθησης και απουσία πολιτικής μακροχρόνιας φροντίδας

Ο κατακερματισμός του πεδίου αποτελεί κοινή διαπίστωση όλων των μελετών που έχουν εκπονήσει τα τέσσερα τελευταία χρόνια οι διεθνείς οργανισμοί για το ελληνικό «σύστημα» μακροχρόνιας φροντίδας (European Commission, 2021· KPMG, 2021· World Bank, 2022· WTO European Region, 2024). Αυτό βεβαίως ήταν αναμενόμενο, εφόσον μέχρι σήμερα απουσιάζει μια πολιτική μακροχρόνιας φροντίδας στη χώρα μας και τόσο τα συστήματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας όσο και τα υποσυστήματα φροντίδας ηλικιωμένων και αναπήρων λειτουργούν ξεχωριστά, με λίγες μεταξύ τους διασυνδέσεις και χωρίς ενιαία διακυβέρνηση. Κατά συνέπεια, είναι αναμενόμενο να ανακύπτουν προβλήματα συντονισμού και συνεργασίας, ιδίως μεταξύ συστημάτων υγείας και φροντίδας, σε όλα τα επίπεδα διοίκησης.

Σε κεντρικό επίπεδο, είναι εμφανής η έλλειψη ενός κεντρικού συντονιστικού οργάνου που θα συζητά και θα προτείνει πολιτικές και δράσεις στον τομέα αυτό στο πλαίσιο μιας εθνικής στρατηγικής και ενός εθνικού σχεδίου δράσης, το οποίο θα αποτελεί οδηγό για τις πολιτικές που πρέπει να εφαρμοστούν, το χρονοδιάγραμμα ανάπτυξης και εφαρμογής τους και την κοστολόγησή τους. Ένα τέτοιο σχέδιο δεν είναι μεν ακόμα διαθέσιμο στη χώρα μας, αλλά η πρώτη Εθνική Στρατηγική για τη Μακροχρόνια Φροντίδα δημοσιεύτηκε πριν από μερικούς μήνες από το αρμόδιο υπουργείο, ενώ η εξειδίκευσή της βρίσκεται σε εξέλιξη.

Εντούτοις, η πολιτική φροντίδας ηλικιωμένων στη χώρα μας αποτελεί ακόμα και σήμερα ένα από τα πιο υπανάπτυκτα πεδία κοινωνικής πολιτικής, με προβλήματα διακυβέρνησης στο εσωτερικό του. Ως αποτέλεσμα, όχι μόνο στο εθνικό επίπεδο, αλλά και σε χαμηλότερα επίπεδα διοίκησης και διακυβέρνησης, λόγου χάριν, σε

τοπικό επίπεδο, είναι εμφανής η έλλειψη συντονισμού και θεσμοθετημένων συνεργασιών μεταξύ των φορέων που ασχολούνται με τη φροντίδα ηλικιωμένων. Αναμφίβολα, λαμβάνει χώρα ένας σημαντικός βαθμός άτυπης συνεργασίας μεταξύ όλων των μορφών φροντίδας ηλικιωμένων και άλλων υπηρεσιών που εξυπηρετούν ηλικιωμένους σε τοπικό επίπεδο (Lalioti et al., 2021: 45). Στην έρευνα του GELDERIN (βλ. κεφάλαιο 11 του παρόντος τόμου), είδαμε ότι οι συνεργασίες αυτές λαμβάνουν χώρα πρωτίστως μεταξύ των υπηρεσιών του δήμου που έχουν σχέση με τη φροντίδα και τη στήριξη των ηλικιωμένων και κατά δεύτερο λόγο με υπηρεσίες άλλων τοπικών και μη φορέων για τη διεκπεραίωση ζητημάτων που αφορούν τους ηλικιωμένους. Με εξαίρεση, όμως, κυρίως τους μεγάλους δήμους, κατά κανόνα δεν υπάρχουν θεσμοθετημένες διαδικασίες συνεργασίας μεταξύ φορέων που ασχολούνται με τους ηλικιωμένους και τη φροντίδα τους. Τέτοιες συνεργασίες θα βοηθούσαν στον καλύτερο εντοπισμό αναγκών και προβλημάτων και στην εύρεση λύσεων, στην κοινή εκπαίδευση του προσωπικού διαφορετικών φορέων, στην ανταλλαγή καλών πρακτικών και στην ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών και πρωτοκόλλων. Κάποια προσπάθεια διευκόλυνσης του συντονισμού υπηρεσιών ανοιχτής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο έγινε το 2018, όταν ανακοινώθηκε η ανάπτυξη 150 κέντρων συντονισμού που θα λειτουργούσαν στο πλαίσιο των Κέντρων Κοινότητας, σε αντίστοιχο αριθμό δήμων, για υπηρεσίες ανοιχτής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο, με στόχο τη χρηματοδότησή τους από το ΕΣΠΑ (Lalioti et al., 2021: 45). Αυτό όμως δεν προχώρησε.

Η συνεργασία με οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών είναι απ' ό,τι φαίνεται περιστασιακή, πλην εξαιρέσεων, όπως ο Δήμος Αθηναίων, όπου η συνεργασία είναι συστηματική, εκτεταμένη και θεσμοθετημένη με μνημόνια/σύμφωνα συνεργασίας. Οι συνεργασίες αυτές θα μπορούσαν να ήταν ωφέλιμες για μικρότερους δήμους, διότι θα πρόσθεταν σε εμπειρίες, προσεγγίσεις και δεξιότητες που ενδεχομένως δεν διαθέτουν. Ελλιπής είναι και η θεσμοθετημένη συμμετοχή των ίδιων των ηλικιωμένων αλλά και των οικογενειακών φροντιστριών/ών στις συζητήσεις και στη λήψη αποφάσεων σε θέματα που τους αφορούν, παρότι αποτελούν τους πιο γνήσιους εκφραστές των αναγκών και των δυσκολιών που σχετίζονται με τη φροντίδα των ηλικιωμένων.

Δεν μπορεί να υπάρχει αποτελεσματική άσκηση πολιτικής (μακροχρόνιας) φροντίδας ηλικιωμένων χωρίς ένα σύστημα παρακολούθησης και ελέγχου της λειτουργίας των υπηρεσιών φροντίδας. Όπως προαναφέραμε, για τις υπηρεσίες που απαιτούν άδεια ίδρυσης και λειτουργίας υπάρχουν θεσμοθετημένοι μηχανισμοί παρακολούθησης και ελέγχου. Για υπηρεσίες όμως όπως το «Βοήθεια στο Σπίτι», όπου δεν προβλέπονται τέτοιες διαδικασίες, αυτές λειτουργούν αποκλειστικά με την ευθύνη του δήμου, χωρίς συνθήκες κανονισμούς λειτουργίας.

Σημαντικότερο επίσης ζήτημα αποτελούν τα ελλιπή και συχνά αναξιόπιστα διοικητικά και στατιστικά στοιχεία βάσει των οποίων θα μπορούσαν να ληφθούν εμπεριστατωμένες αποφάσεις σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Όσον αφορά τα διοικητικά στοιχεία για τις δομές, τις/τους εργαζόμενες/ους και τις/τους εξυπηρετούμενες/ους

στις υπηρεσίες φροντίδας, υπάρχει σημαντικό θέμα αξιοπιστίας και συγκρισιμότητας. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και τα Κέντρα Χρόνιων Παθήσεων-Παραρτήματα ΑμεΑ εξυπηρετούν και νεότερης ηλικίας άτομα εφόσον είναι ανάπηρα, αλλά στα διοικητικά στοιχεία δεν υπάρχει διαχωρισμός με βάση το ηλικιακό κριτήριο. Σε άλλες περιπτώσεις υπάρχουν στοιχεία για τις θέσεις και όχι για τους/τις εξυπηρετούμενους/ες. Η ΕΛΣΤΑΤ διενεργεί έρευνες κάθε δύο χρόνια στις δημόσιες κλειστού τύπου δομές, αλλά όχι στις αντίστοιχες ιδιωτικές.

Όπως είδαμε στην προηγούμενη ενότητα, δεν διαθέτουμε ακριβή στοιχεία ούτε για το συνολικό αριθμό των απασχολούμενων στη μακροχρόνια φροντίδα, ενώ δεν υπάρχουν (ακόμα) διαθέσιμα στοιχεία αναφορικά με την αξιοποίηση των αδειών και των ευέλικτων μορφών απασχόλησης από τις/τους εργαζόμενες/ους στο σύνολο της οικονομίας για τη φροντίδα των ηλικιωμένων συγγενών τους.

Τέλος, σπάνια οργανώνονται σε τοπικό επίπεδο έρευνες εκτίμησης-διάγνωσης αναγκών φροντίδας ηλικιωμένων και δεν υπάρχουν μηχανισμοί συστηματικής αναζήτησης (outreach) ατόμων που έχουν μεν ανάγκη, αλλά δεν προσφεύγουν στις κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων. Ούτε επίσης υπάρχουν διαδικασίες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των τοπικών υπηρεσιών ως προς την επαρκή και ποιοτική κάλυψη των αναγκών.

Κατά συνέπεια, η υλοποίηση μιας Εθνικής Στρατηγικής για τη Μακροχρόνια Φροντίδα στερείται σημαντικών πληροφοριών για την αξιολόγηση δεδομένων και τη λήψη αποφάσεων, τόσο σε τοπικό όσο και σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο.

1.6. Δαπάνες-πηγές χρηματοδότησης: Ελλιπής καταγραφή και αδιαφάνεια

Η έλλειψη στοιχείων για μια Εθνική Στρατηγική για τη Μακροχρόνια Φροντίδα είναι κραυγαλέα και ως προς τις δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας, των οποίων η στατιστική καταγραφή είναι ελλιπής. Ταυτόχρονα, επικρατεί αδιαφάνεια ως προς τις πηγές χρηματοδότησης των ειδών, υπηρεσιών και προγραμμάτων φροντίδας ηλικιωμένων και τη συμβολή κάθε πηγής στη συνολική χρηματοδότηση.

Συγκεκριμένα, το ύψος των συνολικών δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα είναι άγνωστο. Το 2023, οι δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας υγείας ανέρχονταν στο 0,16% του ΑΕΠ, έναντι 1,71% στην ΕΕ – σημειωτέον ότι η χώρα μας είχε το δεύτερο χαμηλότερο ποσοστό στην ΕΕ μετά τη Σλοβακία (OECD/European Commission, 2024). Ωστόσο, το ανωτέρω ποσοστό δεν περιλαμβάνει ούτε τις δημόσιες δαπάνες κοινωνικής φροντίδας ούτε τις ιδιωτικές δαπάνες φροντίδας ηλικιωμένων και αναπήρων για τις οποίες δεν παρέχονται επίσημα στοιχεία (European Commission, 2021).⁵

5. Ασφαλώς, μεγάλο μέρος των ιδιωτικών δαπανών αντιστοιχούν σε άτυπες συναλλαγές, άρα το συνολικό τους ύψος είναι δύσκολο να εκτιμηθεί.

Από πλευράς χρηματοδότησης των δαπανών, οι πηγές είναι πολλαπλές. Να αναφέρουμε όμως, ως γενικό κανόνα, ότι οι δημόσιες δαπάνες για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας και την ιδρυματική φροντίδα χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία και τον ΕΟΠΠΥ, ενώ οι δημόσιες δαπάνες για την κοινωνική φροντίδα χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία και τον ΕΦΚΑ. Και τα δύο σκέλη δημοσίων δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας αξιοποιούν ευρωπαϊκούς πόρους (ΕΣΠΑ, Ταμείο Ανάκαμψης κ.λπ.). Οι ιδιωτικές δαπάνες χρηματοδοτούνται πλήρως και αποκλειστικά από το εισόδημα των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους.

Τα έσοδα της γενικής φορολογίας τροφοδοτούν τις δαπάνες για τη φροντίδα των Υπουργείων Υγείας, Οικογένειας και Κοινωνικής Συνοχής, και Εσωτερικών, ενώ οι δήμοι χρηματοδοτούν τις κοινωνικές υπηρεσίες και τα προγράμματά τους όχι μόνο από τη γενική φορολογία (κεντρικοί αυτοτελείς πόροι, επιχορηγήσεις αρμόδιων υπουργείων), αλλά και από τα δημοτικά τέλη και ευρωπαϊκούς πόρους.

Ως παράδειγμα της πολυπλοκότητας του συστήματος, να αναφέρουμε ότι οι δαπάνες για τις δημόσιες μονάδες ιδρυματικής φροντίδας χρονίως πασχόντων και τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας ατόμων με άνοια προέρχονται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και τον ΕΟΠΠΥ. Αντίθετα, η μερική κάλυψη από το κράτος των τροφείων της ιδρυματικής φροντίδας ηλικιωμένων σε πιστοποιημένες μονάδες του μη κερδοσκοπικού τομέα, που θεσμοθετήθηκε με νόμο το 2021, καταβάλλεται μεν από τον ΕΟΠΠΥ, αλλά η χρηματοδότηση προέρχεται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Οικογένειας και Κοινωνικής Συνοχής (WHO European Region, 2024).

Συμπερασματικά, είναι αδύνατον να υπάρξει οικονομική παρακολούθηση του συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας χωρίς επίσημα στατιστικά στοιχεία για το ύψος των δαπανών, συνολικά και ανά κατηγορία, και σαφή υπολογισμό και απεικόνιση της συμβολής των διαφορετικών πηγών στη χρηματοδότησή του. Η έλλειψη αυτών των στοιχείων εμποδίζει επίσης την όποια μελέτη οικονομικής βιωσιμότητας και των αναγκών χρηματοδότησης του συστήματος σε βάθος χρόνου, με βάση τις δημογραφικές εκτιμήσεις για τη γήρανση του πληθυσμού.

2. Προτάσεις και διλήμματα πολιτικής

Σε αυτή την τελευταία ενότητα του κεφαλαίου παραθέτουμε προτάσεις και διλήμματα πολιτικής ενόψει της επικείμενης μεταρρύθμισης του επίσημου συστήματος φροντίδας ηλικιωμένων στη χώρα μας, που απορρέουν από την αξιολόγησή του στην προηγούμενη ενότητα, λαμβάνοντας υπόψη τη διεθνή βιβλιογραφία για τις μεταρρυθμίσεις σε άλλες αναπτυγμένες χώρες και τις προτάσεις των διεθνών οργανισμών (European Commission, World Bank, WHO).

2.1. Προτάσεις πολιτικής

Όπως αναφέραμε στην εισαγωγή του συλλογικού τόμου, η γένεση της έννοιας και της πολιτικής της μακροχρόνιας φροντίδας και η προώθησή τους από τους διεθνείς οργανισμούς είχαν ως αφετηρία τη διαπίστωση ότι τα μη αυτοεξυπηρετούμενα για μακρά χρονικά διαστήματα ενήλικα άτομα, λόγω λειτουργικής αδυναμίας ή/και αναπηρίας, έχουν ανάγκη από μια διαρκή παροχή φροντίδας και ένα μεταβαλλόμενο μείγμα νοσοκομειακής, νοσηλευτικής, προσωπικής και κοινωνικής φροντίδας, που απαιτούν τη συνεργασία, καταρχάς, μεταξύ των συστημάτων υγείας και φροντίδας και, επιπλέον, των τελευταίων με το σύστημα κοινωνικής προστασίας.

Δεδομένου ότι μέχρι σήμερα δεν έχει υπάρξει πολιτική μακροχρόνιας φροντίδας ως διακριτό πεδίο πολιτικής στη χώρα μας, η πρώτη πράξη μιας μεταρρύθμισης του ελληνικού επίσημου συστήματος φροντίδας ηλικιωμένων είναι η αποσαφήνιση και οριοθέτηση του πεδίου της νέας πολιτικής, στο οποίο «εγγράφεται» και το οποίο συγκροτεί η μεταρρύθμιση. Στη συνέχεια, παραθέτουμε συνοπτικά τις προτάσεις μας για τις βασικές κατευθύνσεις της τελευταίας.

(Α) Ορισμός και νομική οριοθέτηση του πεδίου της μακροχρόνιας φροντίδας και αποτελεσματικό σύστημα διακυβέρνησης

Η οικοδόμηση ενός συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας μέσω της οργάνωσης της συνέργειας συστημάτων και πολιτικών που έχουν επί δεκαετίες συγκροτηθεί και λειτουργήσει χωριστά (συστήματα/πολιτικές υγείας και κοινωνικής φροντίδας) έχει δύο θεμελιώδεις προϋποθέσεις. Η πρώτη είναι ο ορισμός και η νομική οριοθέτηση του πεδίου της μακροχρόνιας φροντίδας, των συστατικών του μερών, των θεσμών, δομών και φορέων που το απαρτίζουν, καθώς και της σχέσης του με όμορα πεδία. Η δεύτερη προϋπόθεση είναι η εγκαθίδρυση ενός συστήματος διακυβέρνησης και ο ορισμός του υπουργείου και της διοικητικής δομής που θα την αναλάβει. Ένα σύστημα διακυβέρνησης καλείται, αφενός, να οργανώσει τον συντονισμό και τη συνέργεια μεταξύ των συστατικών μερών του συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας και, αφετέρου, να προωθεί και να εξασφαλίζει τόσο τη συνεργασία μεταξύ όλων των φορέων που δραστηριοποιούνται ενεργά στο πεδίο σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο όσο και τη συμμετοχή των ηλικιωμένων και των οικογενειακών φροντιστριών/ών σε θεσμοθετημένες διαδικασίες διαβούλευσης και διαλόγου. Τέλος, καλείται να παρακολουθεί και να αξιολογεί τις επιδόσεις του συστήματος ως προς την επίτευξη των γενικών και ειδικών του στόχων, τόσο ως προς τα αποτελέσματα όσο και ως προς τις διαδικασίες, ώστε να λαμβάνονται νέα συμπληρωματικά ή διορθωτικά μέτρα.

Κανένα σύστημα διακυβέρνησης δεν μπορεί να λειτουργήσει χωρίς τη συλλογή και διαθεσιμότητα εναρμονισμένων στοιχείων μεταξύ των διαφορετικών μερών του επίσημου συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας για τις υπηρεσίες, τους/τις εξυπηρετούμενους/ες, το προσωπικό, την επαγγελματική διάρθρωση και τις δεξιότητές του.

Ομοίως, δεν μπορεί να λειτουργήσει χωρίς τη δημιουργία ενός εναρμονισμένου συστήματος ενιαίας καταγραφής των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας και των πηγών χρηματοδότησης των διάφορων ειδών της (WHO European Region, 2024).

(Β) Αύξηση της προσφοράς υπηρεσιών και της δημόσιας χρηματοδότησης, προσέλκυση εργατικού δυναμικού και ανδρών στα επαγγέλματα φροντίδας

Ένα μικρό ποσοστό των μη αυτοεξυπηρετούμενων ηλικιωμένων καλύπτεται από επίσημη φροντίδα στην Ελλάδα, λόγω της περιορισμένης προσφοράς υπηρεσιών. Η πραγματοποίηση άλματος στον βαθμό κάλυψης χρειάζεται μεγάλη αύξηση της προσφοράς επίσημης φροντίδας, η οποία έχει δύο βασικές προϋποθέσεις:

1. Εκτεταμένες κοινωνικές δαπάνες στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας. Αυτές εξαρτώνται από την επέκταση του δημοσιονομικού χώρου (WHO European Region, 2024), άρα την προτεραιοποίηση του τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας, τόσο στη γενική πολιτική ατζέντα των κυβερνήσεων όσο και σε αυτή για την κοινωνική πολιτική.

2. Κάλυψη των αυξανόμενων ελλείψεων εργατικού δυναμικού, που παρατηρούνται περισσότερο στις ιδιωτικές μονάδες και την ιδιωτική οικιακή φροντίδα, στις νοσηλεύτριες/ές και τις/τους προσωπικές/ούς φροντίστριες/ές. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος απαιτούνται: (α) μια ενιαία στρατηγική ανθρώπινου δυναμικού για τους τομείς της υγείας και της φροντίδας, ώστε να αμβλυνθεί ο μεταξύ τους ανταγωνισμός και να καλυφθούν οι ανάγκες και των δύο τομέων· (β) η αναβάθμιση των αμοιβών, των όρων απασχόλησης και των συνθηκών εργασίας των εργαζόμενων στον ιδιωτικό τομέα της φροντίδας, με μέτρα προώθησης των συλλογικών διαπραγματεύσεων ή/και άμεσες νομοθετικές παρεμβάσεις· (γ) η νομική αναγνώριση και αναβάθμιση του επαγγέλματος της/του προσωπικής/ού φροντίστριας/ή, η ένταξή του/της στο σύστημα επαγγελματικής εκπαίδευσης- κατάρτισης με επικύρωση δεξιοτήτων, και η δημιουργία ευκαιριών επαγγελματικής εξέλιξης για τις/τους εργαζόμενες/ους· (δ) η προσέλκυση ανέργων χαμηλού και μεσαίου εκπαιδευτικού επιπέδου, μεταναστών/ριών και προσφύγων/ισσών στο επάγγελμα του/της προσωπικού/ής φροντιστή/ριας, με την παροχή δωρεάν εκπαίδευσης-κατάρτισης και αξιοπρεπών όρων εργασίας σε όλους/όλες, καθώς και προοπτικών μακράς παραμονής στη χώρα και κοινωνικής ενσωμάτωσης σε μετανάστριες/ες και πρόσφυγες/ισσες· (ε) κίνητρα για τον περιορισμό της αδήλωτης εργασίας στην αμειβόμενη κατ' οίκον φροντίδα.

Τέλος, χρειάζονται αλλαγή των έμφυλων στερεοτύπων για τη φροντίδα ως κυρίως «γυναικείας υπόθεσης», μέτρα αναβάθμισης του κοινωνικού γοήτρου και κίνητρα εισόδου των ανδρών στα επαγγέλματα φροντίδας, ώστε να ανατραπεί η συντριπτική κυριαρχία των γυναικών σε αυτά, που συμβάλλει και ενισχύει τον έμφυλο επαγγελματικό διαχωρισμό της απασχόλησης και τα έμφυλα στερεότυπα.

(Γ) Σύστημα διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό

Δράσεις προτεραιότητας ως προς τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών είναι: (α) η ανάπτυξη ενός ενιαίου πλαισίου κριτηρίων και προδιαγραφών ποιότητας, που θα συμπεριλάβει τις κοινωνικές και κατ' οίκον υπηρεσίες, οι οποίες σήμερα λειτουργούν χωρίς τέτοια κριτήρια και προδιαγραφές· (β) η επικαιροποίηση του ισχύοντος πλαισίου για τις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων και η αντιμετώπιση του προβλήματος των μη αδειοδοτημένων μονάδων· (γ) η καθιέρωση ελάχιστων προϋποθέσεων για την κατ' οίκον απασχόληση ιδιωτικά αμειβόμενων φροντιστριών (εργασιακά δικαιώματα, εκπαίδευση-πιστοποίηση) σε συνδυασμό με δωρεάν προγράμματα κατάρτισης-πιστοποίησης για τις εργαζόμενες· (δ) η υιοθέτηση μηχανισμού διαρκούς παρακολούθησης της λειτουργίας των μονάδων και υπηρεσιών (υιοθέτηση δεικτών, συγκέντρωση και επεξεργασία δεδομένων)· (ε) η πλήρης αναμόρφωση του συστήματος ελέγχων της εφαρμογής του θεσμικού πλαισίου για τις ελάχιστες προδιαγραφές με βάση τα κριτήρια ποιότητας· (στ) επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό στον επίσημο τομέα, του οποίου η επάρκεια και η ποιότητα παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Όσον αφορά ειδικότερα τις κοινωνικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο για τη φροντίδα ηλικιωμένων, η επιτόπια έρευνα στο πλαίσιο του προγράμματος GELDERIN (βλ. κεφάλαιο 11 του παρόντος τόμου) οδήγησε σε κάποια σημαντικά συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής:

Επάρκεια και ποιότητα ανθρώπινου δυναμικού: Χρειάζονται σημαντικές δημόσιες επενδύσεις σε προσωπικό στις κοινωνικές υπηρεσίες και δομές φροντίδας των δήμων, το οποίο σήμερα είναι ανεπαρκές. Το προσωπικό αυτό θα πρέπει επίσης να νιώθει επαγγελματική ασφάλεια και να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο για τον ρόλο που θα αναλάβει. Στην επιλογή και την εκπαίδευσή του πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στις κοινωνικές δεξιότητες που απαιτούνται για τον ρόλο, όπως η ενσυναίσθηση και η καλή επικοινωνία. Η διαρκής επιμόρφωση και η ανταλλαγή εμπειριών θα πρέπει να αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της εργασιακής και επαγγελματικής ζωής.

Προτεραιότητα στις κατ' οίκον υπηρεσίες: Οι κατ' οίκον υπηρεσίες είναι εξαιρετικά ευπρόσδεκτες διότι παρέχουν υποστήριξη και πρακτική βοήθεια σε αυτούς με δυσκολίες αυτοεξυπηρέτησης. Επιπλέον, δημιουργούν διαπροσωπικές σχέσεις που είναι πολύ σημαντικές για περιθωριοποιημένα άτομα τρίτης ηλικίας. Πρέπει όμως να λειτουργούν με επάρκεια, ευελιξία και καλή συχνότητα, σύμφωνα με κάποια ελάχιστα πρότυπα λειτουργίας, αλλά και τις ανάγκες που εκφράζουν οι ίδιοι/ες οι ηλικιωμένοι/ες και όχι να προσαρμόζονται στο διαθέσιμο προσωπικό ή στον τρόπο λειτουργίας μιας δημόσιας υπηρεσίας ως προς τα ωράριά τους. Οι κατ' οίκον υπηρεσίες θα πρέπει πέρα από τη φροντίδα, να προωθούν παράλληλα την κοινωνική διάδραση των περιθωριοποιημένων ηλικιωμένων με διάφορες δραστηριότητες. Ο

συνδυασμός υπηρεσιών κατ' οίκον κοινωνικής φροντίδας και νοσηλείας είναι θετικός. Προφανώς η επέκταση αυτών των υπηρεσιών σε όλους τους δήμους και η ελεύθερη πρόσβαση σε αυτές όλων των κατοίκων που τις έχουν ανάγκη είναι το ζητούμενο.

Προσωπικός βοηθός και για ηλικιωμένους: Είναι άδικο ο χρήσιμος θεσμός του «προσωπικού» βοηθού που αφορά άτομα με αναπηρία να εξαιρεί ηλικιωμένα άτομα με σοβαρές δυσκολίες αυτοεξυπηρέτησης. Θα μπορούσε να εξεταστεί η εφαρμογή του και για αυτή την κατηγορία ηλικιωμένων ατόμων.

Προτεραιότητα στα ηλικιωμένα άτομα χωρίς υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα: Οι άνθρωποι χωρίς κοινωνικά δίκτυα αποτελούν την πιο ευάλωτη ομάδα ηλικιωμένων και αυτό γιατί τα εν λόγω δίκτυα, όπου υπάρχουν, επωμίζονται το μεγαλύτερο βάρος της φροντίδας. Είναι σημαντικό οι άνθρωποι της πρώτης γραμμής να έχουν δεδομένη την υποστήριξη ενός δικτύου υπηρεσιών που συλλογικά θα αναζητούν λύσεις για να χειριστούν τέτοιες δύσκολες περιπτώσεις.

(Δ) Αναγνώριση και στήριξη των άτυπων φροντιστριών/ών, μείωση των έμφυλων ανισοτήτων και στερεοτύπων στην άτυπη φροντίδα

Οι άτυπες/οι φροντιστριες/ές δεν πρέπει να νιώθουν μόνες/οι, αλλά, αντίθετα, ότι αποτελούν μέρος μιας κοινότητας που τις/τους υποστηρίζει. Στο πλαίσιο αυτό, εκτός από τη νομική αναγνώριση του ρόλου της άτυπης φροντίδας και της ιδιότητας της/του άτυπης/ου φροντιστριας/ή, πρέπει να τους παρέχεται συμβουλευτική στήριξη με ενημέρωση για τις διαθέσιμες υπηρεσίες και υποβοήθηση στις αποφάσεις μεταξύ εναλλακτικών μορφών και μείγματος φροντίδας, εκπαίδευση και κατάρτιση για την αντιμετώπιση των ηλικιωμένων και τη σωστή επιτέλεση των καθηκόντων φροντίδας, υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας (respite care) και δράσεις αλληλοϋποστήριξης. Ολοκληρωμένη ενημέρωση για τις υπάρχουσες δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες φροντίδας, τις οικονομικές παροχές και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων και των άτυπων φροντιστριών/ών μπορεί να παρέχεται και μέσω online πλατφορμών εξειδικευμένων στην παροχή των σχετικών πληροφοριών.

Οι εργαζόμενες/οι άτυπες/οι φροντιστριες/ές, ειδικότερα, έχουν επιπλέον ανάγκη ενημέρωσης για τις διαθέσιμες άδειες φροντίδας και το δικαίωμά τους σε ευέλικτες εργασιακές ρυθμίσεις, με βάση τον νόμο, αλλά και ανάγκη θεσμοθέτησης περισσότερων διευκολύνσεων για την εξισορρόπηση εργασίας και φροντίδας και ενθάρρυνσης της ισότιμης συμμετοχής ανδρών και γυναικών στη χρήση τους.

Επίσης, γενικότερα, χρειάζονται μέτρα μείωσης των έμφυλων ανισοτήτων εις βάρος των γυναικών ως προς την ένταση-συχνότητα παροχής της άτυπης φροντίδας και άμβλυνσης των κοινωνικών στερεοτύπων για το ποια καθήκοντα φροντίδας «αρμόζουν» στους άνδρες και ποια στις γυναίκες (έμφυλος διαχωρισμός).

(Ε) Καθολική κάλυψη αναγκών φροντίδας με διατήρηση της δημόσιας χρηματοδότησης σε βιώσιμα επίπεδα

Ο στόχος της μεταρρύθμισης του ελληνικού συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας

δεν μπορεί να είναι άλλος από την καθολική κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου πληθυσμού. Ωστόσο, η υλοποίηση αυτού του στόχου «εδώ και τώρα» προσκρούει σε δημοσιονομικούς περιορισμούς, δεδομένης της μεγάλης απόστασης του σημείου εκκίνησης (πολύ χαμηλός βαθμός κάλυψης αναγκών) από τον στόχο και της υποχρέωσης συμμόρφωσης της χώρας, ως μέλος της ΟΝΕ, με τους δημοσιονομικούς κανόνες του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης και του νέου πλαισίου οικονομικής διακυβέρνησης, το οποίο τέθηκε σε εφαρμογή το 2024. Συν τοις άλλοις, η υλοποίηση ενός τέτοιου συστήματος σε βάθος χρόνου απαιτεί σωστό προγραμματισμό, ώστε να ληφθούν υπόψη οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης και της εξέλιξης της γενικής κατάστασης της υγείας των ηλικιωμένων στην αύξηση και την ένταση των αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας, και να υπολογιστεί το απαιτούμενο ύψος δημόσιας δαπάνης για καθολική κάλυψή τους.

Σε κάθε περίπτωση, η κατανομή των περιορισμένων δημόσιων πόρων δεν μπορεί να γίνει με όρους αποτελεσματικότητας και δικαιοσύνης, χωρίς την ύπαρξη ενός ενιαίου συστήματος αξιολόγησης-εκτίμησης και διαβάθμισης των ατομικών αναγκών με βάση αντικειμενικά κριτήρια, ως προϋπόθεση για την αντιστοίχιση του είδους και της ποσότητας της φροντίδας, με τις ατομικές ανάγκες του κάθε μη αυτοεξυπηρετούμενου ηλικιωμένου ατόμου. Η «ίδια συμμετοχή» (copayment), που αποτελεί αναγκαίο εργαλείο περιορισμού του προβλήματος του πθικού κινδύνου, μπορεί επίσης να διαβαθμιστεί ως προς το ύψος της με βάση εισοδηματικά και περιουσιακά κριτήρια, ούτως ώστε, αφενός, να ενισχυθεί η διάσταση της δικαιοσύνης του συστήματος κατανομής των δημόσιων πόρων και, αφετέρου, να περιοριστεί το ύψος της συνολικής δημόσιας δαπάνης σε σχέση με το ύψος της αντίστοιχης δαπάνης ενός συστήματος καθολικής κάλυψης από το κράτος του συνόλου των αναγκών όλου του πληθυσμού αδιακρίτως.

Τέλος, δεδομένου ότι η εξέλιξη των αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας τις επόμενες δεκαετίες δεν θα εξαρτηθεί μόνο από τη δημογραφική γήρανση, αλλά και από την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, οι κοινωνικές επενδύσεις στην πρόληψη χρόνιων ασθενειών και στη μετεγχειρητική φροντίδα αποκατάστασης των ασθενών είναι κεφαλαιώδους σημασίας όχι μόνο για την υγιή γήρανση, αλλά και για την εξοικονόμηση δημόσιας δαπάνης και την οικονομική βιωσιμότητα ενός συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας καθολικής κάλυψης των αναγκών.

(Στ) Εθνική Στρατηγική και Σχέδιο Δράσης για τη Μακροχρόνια Φροντίδα

Η συγκρότηση του νέου πεδίου πολιτικής μακροχρόνιας φροντίδας και η διαμόρφωση ενός συνεκτικού συστήματος που βάζει σε συνέργεια τα υποσυστήματα κοινωνικής φροντίδας ηλικιωμένων και αναπήρων με το σύστημα υγείας είναι ένα δύσκολο εγχείρημα που απαιτεί στρατηγικό σχεδιασμό και στόχους. Ενόψει της επικείμενης μεταρρύθμισης, το Υπουργείο Οικογένειας και Κοινωνικής Συνοχής έχει εκπονήσει μια ολοκληρωμένη Εθνική Στρατηγική για τη Μακροχρόνια Φροντίδα, την οποία έδωσε πρόσφατα στη δημοσιότητα (Ιούλιος 2025). Εκκρεμεί

όμως το Σχέδιο Δράσης, το οποίο αναμένεται ότι θα περιλαμβάνει τον συνολικό και επιμέρους προϋπολογισμούς, καθώς και χρονοδιαγράμματα για τις δράσεις της Εθνικής Στρατηγικής. Μόνο ένα τέτοιο Σχέδιο Δράσης θα δώσει το στίγμα, αφενός, για τη σημασία και τον βαθμό πολιτικής προτεραιότητας που έχει η μεταρρύθμιση του συστήματος επίσημης φροντίδας ηλικιωμένων και αναπήρων, στο πλαίσιο της συνολικής κυβερνητικής πολιτικής, και, αφετέρου, για τις δράσεις που προγραμματίζεται να αποτελέσουν το κέντρο βάρους της Εθνικής Στρατηγικής.

2.2. Διλήμματα πολιτικής

Δύο είναι τα βασικά διλήμματα πολιτικής που αντιμετωπίζει η μεταρρύθμιση του συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στη χώρα μας.

1ο Δίλημμα: Καθολική κάλυψη των αναγκών φροντίδας με **κοινωνικές ή ιδιωτικές υπηρεσίες;**

Η καθολική κάλυψη των αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας μπορεί να επιτευχθεί με δύο διαφορετικά οργανωτικά μοντέλα. Το πρώτο μοντέλο οργανώνει τις υπηρεσίες με βάση την **κοινότητα/δήμο**, επενδύει στις **κοινωνικές υπηρεσίες** φροντίδας και αντιμετωπίζει το ηλικιωμένο άτομο ως **πολίτη**. Το δεύτερο μοντέλο είναι ατομοκεντρικό, οργανώνεται γύρω από το **ατομικό επίδομα φροντίδας**, με το οποίο δίνεται ώθηση στην ανάπτυξη **ιδιωτικών υπηρεσιών** φροντίδας, και αντιμετωπίζει το ηλικιωμένο άτομο ως **καταναλωτή**.

Η επιλογή του πρώτου μοντέλου συνεπάγεται την επέκταση και αναβάθμιση των κοινωνικών υπηρεσιών των δήμων για να καλυφθούν οι ανάγκες φροντίδας των ηλικιωμένων κατοίκων, κατόπιν αξιολόγησής τους ανά άτομο. Το μοντέλο ευνοεί την ανάπτυξη και διατήρηση των σχέσεων των ηλικιωμένων με την κοινότητα και την αποφυγή της κοινωνικής απομόνωσής τους, ενώ ενισχύει το δικαίωμά τους ως πολιτών για ποιοτική φροντίδα, που αποτελεί ευθύνη του κράτους και των δήμων να την παρέχουν. Το (θεωρητικό) του πλεονέκτημα είναι ότι οι πολίτες, και ως ψηφοφόροι, μπορούν να ασκήσουν κριτική και πίεση προς τις τοπικές υπηρεσίες και τους/τις αιρετούς/ές εκπροσώπους τους στον δήμο και να συμβάλουν στην επέκταση και τη βελτίωση των υπηρεσιών.

Το δεύτερο μοντέλο παρέχει ένα επίδομα φροντίδας σε κάθε ηλικιωμένο άτομο, ανάλογα με την αξιολόγηση της ανάγκης φροντίδας που έχει. Στη συνέχεια, αποτελεί ατομική ευθύνη του ηλικιωμένου ατόμου ή/και της οικογένειάς του να επιλέξουν τον πάροχο υπηρεσιών φροντίδας της προτίμησής τους, ασκώντας το δικαίωμα επιλογής του καταναλωτή σε μια «αγορά φροντίδας», εντός της οποίας το επίδομα φροντίδας που δίδεται από το κράτος λειτουργεί ως κίνητρο για την ανάπτυξη ιδιωτικών υπηρεσιών, μέσω της ενίσχυσης της ζήτησης και της αγοραστικής δύναμης των ηλικιωμένων. Το (θεωρητικό) πλεονέκτημα του μοντέλου είναι ότι το άτομο

και η οικογένειά του μπορούν να επιλέξουν τις υπηρεσίες που θεωρούν ότι τους εξυπηρετούν καλύτερα.

Το πρώτο μοντέλο θεωρούμε ότι υπερτερεί έναντι του δεύτερου, διότι απαλλάσσει το ηλικιωμένο άτομο, που συχνά δεν είναι σε θέση να αναζητήσει και να ενημερωθεί για τα υπέρ και τα κατά των εναλλακτικών επιλογών φροντίδας, όπως και την οικογένειά του, στην οποία αυτό συχνά μεταβιβάζει την απόφαση, από το κόστος διαχείρισης των επιλογών και, κυρίως, από την (ατομική) ευθύνη επιλογής ακατάλληλου παρόχου και από τον κίνδυνο συχνής εναλλαγής παρόχων, όταν η διεθνής έρευνα έχει αποδείξει ότι τα ηλικιωμένα άτομα προτιμούν σχέσεις σταθερές και εμπιστοσύνης με αυτές/ούς που τους παρέχουν φροντίδα.

Παρ' όλα αυτά, το συγκεκριμένο μοντέλο κατηγορείται ότι επιβαρύνει περισσότερο τον κρατικό προϋπολογισμό απ' ό,τι το δεύτερο, διότι απαιτεί υψηλότερες δημόσιες δαπάνες για να εδραιωθεί και να λειτουργήσει. Ωστόσο, οι διαφορές μεταξύ των δύο μοντέλων ως προς τις ανάγκες κρατικής χρηματοδότησης δεν είναι τεράστιες. Και αυτό για δύο λόγους. Πρώτον, και στα δύο μοντέλα οι παροχές προσδιορίζονται από ένα επίσημο και ενιαίο σύστημα εκτίμησης των ατομικών αναγκών φροντίδας των δυνητικών δικαιούχων με αντικειμενικά κριτήρια. Δεύτερον, και τα δύο συστήματα μπορούν να επιβάλουν στα ηλικιωμένα άτομα, ανάλογα με το ύψος του εισοδήματος ή/και της περιουσίας τους, «ίδια συμμετοχή» για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν ή απαλλαγή από αυτή. Επιπλέον, παρόλο που, στο πρώτο μοντέλο, χρειάζονται σημαντικές δημόσιες επενδύσεις για την επέκταση και αναβάθμιση των κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας και την πρόσληψη προσωπικού για τη στελέχωσή τους, οι δήμοι έχουν τη δυνατότητα να καλύπτουν ένα μικρότερο ή μεγαλύτερο μέρος των αναγκών των ηλικιωμένων δημοτών τους με εξωτερικούς παρόχους φροντίδας του ιδιωτικού ή κοινωνικού τομέα, μέσω δημόσιων προσκλήσεων και συμβάσεων, όπου μπορούν να θέτουν τις προδιαγραφές και για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και για τις αμοιβές και τους όρους απασχόλησης του προσωπικού των παρόχων. Αυτό οδηγεί σε ισχυρή ρύθμιση της οιονεί-αγοράς (quasi-market) φροντίδας, παράγοντας καλύτερα αποτελέσματα από αυτά μιας ανταγωνιστικής αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών και ως προς την ποιότητα φροντίδας και ως προς τις αμοιβές και τις εργασιακές σχέσεις στον επίσημο τομέα της φροντίδας.

Η Εθνική Στρατηγική για τη Μακροχρόνια Φροντίδα (Υπουργείο Οικογένειας και Κοινωνικής Συνοχής, 2024) περιλαμβάνει μεταξύ των δράσεών της την αναβάθμιση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας που παρέχονται από τα ΚΑΠΗ και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», αλλά δεν αναφέρεται στην επέκτασή τους και εμφανίζεται επιφυλακτική απέναντι στην ενίσχυσή τους με προσωπικό, το οποίο όμως είναι εκ των ων ουκ άνευ όχι μόνο για τη διεύρυνση του φάσματος των υπηρεσιών και τη βελτίωση της ποιότητάς τους, αλλά και για την αύξηση του αριθμού των εξυπηρετούμενων ηλικιωμένων και αναπήρων. Ταυτόχρονα, η Εθνική Στρατηγική προετοιμάζει ένα νέο μοντέλο παροχής υπηρεσιών προσωποποιημένης φροντίδας και καθολικής κάλυψης αναγκών, μέσω τριών μελετών: (α) μελέτη εκτίμησης αναγκών

μακροχρόνιας φροντίδας σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο, απαιτούμενου προσωπικού και δημόσιας δαπάνης· (β) μελέτη σκοπιμότητας για την καθολική κάλυψη αναγκών σε τοπικό επίπεδο· και (γ) αναλογιστική μελέτη κοστολόγησης της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού με υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας υγείας. Ωστόσο, δεν προκύπτει από το κείμενο της ΕΣΜΦ σε ποιο από τα δύο μοντέλα τα οποία αδρά περιγράψαμε παραπάνω προσανατολίζεται το σχετικό υπουργείο και η κυβέρνηση.

2ο Δίλημμα: Αναγνώριση της άτυπης εργασίας φροντίδας ή **επαγγελματοποίηση** των άτυπων φροντιστριών;

Προσπαθώντας να αντιμετωπίσουν τις ελλείψεις εργατικού δυναμικού στην επίσημη φροντίδα ηλικιωμένων, τις τελευταίες δεκαετίες, πάρα πολλές αναπτυγμένες χώρες προσπαθούν να διασφαλίσουν την παροχή φροντίδας από μέλη της οικογένειας των ηλικιωμένων, παρέχοντάς τους άμεσα ή έμμεσα επιδόματα, με αντάλλαγμα συμβόλαια παροχής φροντίδας ή/και έλεγχο από τις αρχές ότι παρέχουν τη φροντίδα για την οποία επιδοτούνται. Πρόσφατη μελέτη του ΟΟΣΑ αναφέρει ότι 22 από τα 33 κράτη μέλη του είχαν τέτοια επιδόματα, εκ των οποίων τα περισσότερα προορίζονταν μόνο για φτωχά νοικοκυριά ηλικιωμένων και φροντιστριών/ών, θέτοντας εισοδηματικά κριτήρια επιλεξιμότητας (Rocard & Llana-Nozal, 2022).

Η κύρια ομάδα στόχος είναι φτωχές γυναίκες εργάσιμης ηλικίας, συγγενείς του/της ηλικιωμένου/ης, με χαμηλό ή μεσαίο εκπαιδευτικό επίπεδο, οι οποίες μπορεί να μην εργάζονται ή να έχουν μια πολύ χαμηλόμισθη εργασία με την οποία μπορούν να συνδυάσουν το επίδομα. Δεν πρόκειται για μια γενικευμένη αποζημίωση των άτυπων φροντιστριών ως αναγνώριση της απλήρωτης εργασίας φροντίδας και της κοινωνικής προσφοράς τους. Αντίθετα, πρόκειται για ημι-επαγγελματοποίηση των άτυπων φροντιστριών, δεδομένου ότι το επίδομα υπολείπεται ενός κανονικού μισθού, υποτίθεται για να μην τις αποθαρρύνει από τη συμμετοχή στην αγορά εργασίας. Παρ' όλα αυτά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας στην Αυστραλία και το Ηνωμένο Βασίλειο, τα εν λόγω επιδόματα μπορεί κάλλιστα να οδηγούν εργαζόμενες γυναίκες που φροντίζουν ηλικιωμένους συγγενείς σε μείωση των ωρών εργασίας (Colombo et al., 2011), όταν δεν αποτελούν κίνητρα παραίτησής τους από την εργασία ή παραμονής τους εκτός εργατικού δυναμικού.

Γενικότερα, η (ημι)επαγγελματοποίηση των άτυπων φροντιστριών/ών από φτωχά κοινωνικά στρώματα που παίρνουν τέτοια επιδόματα, μέσω συμβολαίων φροντίδας ή/και έλεγχο από τις αρχές, εκτός από τη σοβαρή διάσταση του κοινωνικού ελέγχου των ατόμων και μάλιστα των πιο φτωχών στις πιο ιδιωτικές τους σχέσεις, την οποία εμπεριέχει ως πρόταση και εφαρμοσμένη πολιτική, αντιστρατεύεται και την επιδίωξη της οικονομικής ανεξαρτησίας των γυναικών μέσω της αμειβόμενης εργασίας, ενώ αναπαράγει τόσο τις έμφυλες ανισότητες στην αγορά εργασίας όσο και τις ταξικές ανισότητες μεταξύ γυναικών. Οι μεσήλικες γυναίκες εργάσιμης ηλικίας έχουν ανάγκη από το κράτος να εγγυηθεί την πρόσβαση των ηλικιωμένων συγγενών τους σε

ποιοτικές και αξιόπιστες υπηρεσίες φροντίδας, ώστε να μπορούν να διεκδικήσουν ή/και να διατηρήσουν κανονικές δουλειές και όχι κίνητρα εγκλωβισμού τους στην άτυπη φροντίδα με επιδόματα. Αντίθετα, θα ήταν θετική η επιδότηση από το κράτος (μέρους) των ασφαλιστικών εισφορών γυναικών εργαζομής ηλικίας που βρίσκονται εκτός εργασίας και κοντά στην ηλικία συνταξιοδότησης, στις οποίες θα μπορούσε να δοθεί η δυνατότητα προαιρετικής ασφάλισης με βάση την παροχή άτυπης φροντίδας σε ηλικιωμένο/η συγγενή, προκειμένου να θεμελιώσουν προϋπόθεση για σύνταξη.

Η Εθνική Στρατηγική για τη Μακροχρόνια Φροντίδα αναφέρει ως μέτρα για τους/τις άτυπους/ες φροντιστές/ριες τη δυνατότητά τους για προαιρετική ασφάλιση χωρίς να αναφέρεται σε κρατική επιδότηση, καθώς και την παροχή κίνητρων εργασίας για την ενασχόλησή τους με το «επάγγελμα», πρόταση για την οποία υπάρχει και μια γενικότερη ένσταση. Η παροχή φροντίδας στον γονιό, σύζυγο ή συγγενή που έχει ανάγκη αποτελεί μορφή αλληλεγγύης που βασίζεται σε συναισθηματικούς και ηθικούς δεσμούς, οι οποίοι αναπτύσσονται στο πλαίσιο των οικογενειακών σχέσεων. Συνιστά μιν εργασία, αλλά όχι επάγγελμα. Και είναι υποχρέωση του κράτους να εξασφαλίζει ότι η άτυπη εργασία φροντίδας δεν έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των φροντιστριών/ών ούτε αντιστρατεύεται την ανάγκη των γυναικών για αξιοπρεπή απασχόληση και τον πολιτικό στόχο της έμφυλης ισότητας στην αμειβόμενη και μη αμειβόμενη εργασία.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Αλεξιάς, Γ. & Φλάμου, Α. (2007). Αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχο-συναισθηματικής υποστήριξης των ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας, κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού. Η περίπτωση του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(suppl. 1), 37-42. <https://www.mednet.gr/archives/2007-sup/pdf/37.pdf>
- Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (2014). *Η Προστασία των Δικαιωμάτων των Ηλικιωμένων Ατόμων*. Απόφαση ΕΕΔΑ 20.11.2014. https://www.nchr.gr/images/pdf/apofaseis/Hilikiomena_atoma/EEEDA_Hilikiomena_atoma.pdf
- Ελεγκτικό Συνέδριο (2022). *Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»: Αξιοποιούνται επαρκώς οι πόροι για την παροχή κοινωνικής φροντίδας σε ανθρώπους με περιορισμούς στην αυτοεξυπηρέτηση; Ειδική Έκθεση*. <https://www.elsyn.gr/el/node/1562>
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2017). Έγγραφο εργασίας των υπηρεσιών της Επιτροπής που συνοδεύει την Ανακοίνωση της Επιτροπής «Δημιουργία ενός ευρωπαϊκού πλάνου κοινωνικών δικαιωμάτων». Βρυξέλλες, 26.4.2017, SWD(2017) 201 final. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017DC0250>
- Μαλτέζου, Κ. (2022). *Η πρόσβαση, το κόστος, η ικανοποίηση και η ποιότητα ζωής των ατόμων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Μελέτη περίπτωσης-Δήμος Καλλιθέας*. Διπλωματική εργασία, Ανοικτό Πανεπιστήμιο. <https://apothesis.eap.gr/archive/item/170703>
- Πετμετζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Στ., Πεμπειζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ. & Πολυζωίδης, Π. (2015). *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα*. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Μελέτες/35. <https://ineobservatory.gr/publication/igia-ke-makrochronia-frontida-stin-ellada/>

Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2022). *Σύσταση του Συμβουλίου της 8ης Δεκεμβρίου 2022 σχετικά με την πρόσβαση σε οικονομικά προσιτή και υψηλής ποιότητας μακροχρόνια φροντίδα* (2022/C 476/01). [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215(01))

Υπουργείο Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας (2024). *Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο για τη Μακροχρόνια Φροντίδα*. Ιούλιος. <https://minscfa.gov.gr/ethniki-stratigiki-gia-ti-makrochronia-frontida/>

Ξενόγλωσση

- Calderón Jaramillo, M. & Zueras, P. (2023). Cared and uncared populations: understanding unmet care needs of older adults (65+) across different social care systems in Europe. *European Journal of Ageing*, 20, 11. <https://doi.org/10.1007/s10433-023-00760-3>.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Eurofound (2017a). *European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/european-quality-life-survey-2016>
- Eurofound (2017b). *Care homes for older Europeans: Public, for-profit and non-profit providers*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/care-homes-older-europeans-public-profit-and-non-profit-providers>
- European Commission (2021). *Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society*. Vol. 2. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/183997>
- Karamessini, M. & Tsouparopoulou, E. (υπό δημοσίευση). Informal Elderly Care and the Employment of Family Carers: Gender Differences. *Κοινωνική Πολιτική/Social Policy* (No 2, 2026). <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/eeekp>
- KPGM (2021). *Final Report. Study on the long-term care supply and market in EU Member States*. European Commission 2022. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/814178>
- Lalioti, V., Valasaki, M., Galanis, P., Gatopoulou, N., Mestheneos, E. & Triantafyllou, J. (2021). *A study of the KAPI, KIFI and “Help at Home” programmes at national level, and an in-depth description of their performance in Zografou and Dafni-Ymittos municipalities*. World Bank Group. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/09974520620228544/pdf/P17450001466130690967f091affa19bd28.pdf>
- Lyberaki, A. & Tinios, P. (2018). Long-term Care, Ageing and Gender in the Greek crisis. *GreeSE Papers* No. 123. Hellenic Observatory, LSE. <https://www.lse.ac.uk/Hellenic-Observatory/Assets/Documents/Publications/GreeSE-Papers/GreeSE-No128.pdf>
- Lyberaki, A., Tinios, P., Papadoudis, G. & Georgiadis, T. (2019). The economic crisis, fiscal austerity and long-term care: Responses of the care mix in three adjustment countries. In A. Börsch Supan et al. (2019), *Health and socio-economic status over the life course. First results from SHARE Waves 6 and 7*. Berlin: De Gruyter Oldenbourg (pp. 197-205). <https://doi.org/10.1515/9783110617245>
- OECD (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- OECD (2023). *Beyond Applause – Long-term care workers and working conditions*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en>
- OECD/European Commission (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>
- Rocard, E. & Llena-Nozal, A. (2022). Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind. *OECD Health Working Papers*, 140. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/0f0c0d52-en>

- World Bank (2022). *Options for developing a system of high-performing Aged Long-Term Care (ALTC) in Greece*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099745006202242717/pdf/P17450003de64a0b608f99088a7834c77a2.pdf>
- World Health Organisation, WHO (2022). *Health and care workforce in Europe: time to act*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>
- World Health Organisation, WHO, European Region (2024). *State of long-term care in Greece*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10369-50141-75518>

Βιογραφικά συγγραφέων

Η **Αγγελική Αθανασοπούλου** είναι Επίκουρη Καθηγήτρια στο Τμήμα Κοινωνικής Ανθρωπολογίας στο Πάντειο Πανεπιστήμιο. Είναι πτυχιούχος του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης (ΕΚΠΑ) και διδάκτωρ του Τμήματος Κοινωνικής Ανθρωπολογίας και Ιστορίας (Πανεπιστήμιο Αιγαίου). Έχει εργαστεί ως εκπαιδευτικός στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, ως ερευνήτρια στο Κέντρο Ερεύνης της Ελληνικής Κοινωνίας (ΚΕΕΚ) της Ακαδημίας Αθηνών και ως ΕΔΙΠ στο Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής του Παντείου Πανεπιστημίου. Έχει συμμετάσχει σε ευρωπαϊκά ερευνητικά προγράμματα (μετανάστευση, φύλο, αμειβόμενη οικιακή εργασία) με το Τμήμα Κοινωνικής Ανθρωπολογίας και Ιστορίας του Πανεπιστημίου Αιγαίου. Τα ερευνητικά της ενδιαφέροντα αφορούν τη μετανάστευση, τη συγκρότηση συλλογικών ταυτοτήτων, τις συγγενειακές σχέσεις, τη σύνδεση εκπαίδευσης και κοινωνικής τάξης.

Η **Όλγα Δούρου** είναι υποψήφια διδακτόρισα Κοινωνικής Πολιτικής στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, με ερευνητικό ενδιαφέρον την ενεργή γήρανση, την ψηφιακή μετάβαση, τα εργασιακά και το ασφαλιστικό. Εργάζεται ως ερευνήτρια σε πανεπιστημιακά ιδρύματα και είναι αντιδήμαρχος Διαγενεακής Αλληλεγγύης στον Δήμο Αθηναίων. Έχει σπουδάσει Κοινωνική Θεολογία στο ΕΚΠΑ και Κοινωνιολογία στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, όπου και ολοκλήρωσε το μεταπτυχιακό της με άριστα και έχει επαγγελματική εξειδίκευση στη διαχείριση κινδύνων και στον εσωτερικό έλεγχο. Έχει κάνει πρακτική άσκηση ως σύμβουλος στην Ελληνική Αντιπροσωπεία στον ΟΗΕ και έχει εργασιακή εμπειρία στη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, ως project manager σε διεθνές πρόγραμμα για τους νέους, και ως αναλύτρια οικονομικού εγκλήματος.

Η **Νέλλη Καμπούρη** είναι Επίκουρη Καθηγήτρια στο Τμήμα Κοινωνικής Ανθρωπολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου. Παράλληλα διδάσκει στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο και διενεργεί έρευνα σε θέματα μετανάστευσης και φεμινιστικών κινήματων. Στο παρελθόν έχει εργαστεί ως μεταδιδακτορική ερευνήτρια στο Εργαστήριο Σπουδών Φύλου του Παντείου Πανεπιστημίου, στο Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (ΕΙΕ), στο Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας (ΙΤΕ) και στο Πανεπιστήμιο του Hertfordshire. Επίσης, υπήρξε επιστημονική σύμβουλος της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας (ΔΟΕ) και της Γενικής Γραμματείας Ισότητας των Φύλων (ΓΓΙΦ). Τα ερευνητικά της ενδιαφέροντα εστιάζουν κυρίως σε θέματα φύλου, με έμφαση στις φεμινιστικές μεθοδολογίες και τη διαθεματικότητα, στη μετανάστευση, την εργασία, την επιστήμη και την τεχνολογία. Οι δημοσιεύσεις της περιλαμβάνουν σχετικά βιβλία, άρθρα και ερευνητικές εκθέσεις στα ελληνικά και τα αγγλικά.

Η **Μαρία Καραμεσίνη** είναι Καθηγήτρια Οικονομικών της Εργασίας και της Κοινωνικής Πολιτικής, πρόεδρος της Επιτροπής Ισότητας των Φύλων και Καταπολέμησης των Διακρίσεων, και διευθύντρια του Εργαστηρίου Σπουδών Φύλου του Παντείου Πανεπιστημίου. Έχει διατελέσει πρόεδρος και διοικήτρια του Οργανισμού Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ) την περίοδο 2015-2019, πρόεδρος και επιστημονικά υπεύθυνη των δράσεων του Δικτύου των Γραφείων Διασύνδεσης όλων των ελληνικών πανεπιστημίων μεταξύ 2001 και 2008, συντονίστρια και επιστημονικά υπεύθυνη της μεγάλης πανελλαδικής έρευνας για την απορρόφηση των πτυχιούχων πανεπιστημίου στην αγορά εργασίας, που υλοποιήθηκε το 2004-2005 από όλα τα πανεπιστήμια της χώρας, εμπειρογνώμονας και μέλος τριών ερευνητικών ομάδων του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας την περίοδο 2014-2017, εμπειρογνώμονας όλων των επίσημων ομάδων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τις ανισότητες φύλου και την πολιτική έμφυλης ισότητας στην αγορά εργασίας την περίοδο 1997-2014. Τα τελευταία χρόνια έχει συγγράψει τα βιβλία: *Ανεργία και πολιτική απασχόλησης: θεωρίες, τυπολογίες, σχεδιασμός, αξιολόγηση* (Κάλλιπος Ανοιχτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις, 2023) και *Γυναίκες, φύλο και εργασία στην Ελλάδα* (Νήσος, 2021).

Η **Μαριλένα Κελαντωνάκη** είναι υποψήφια διδακτορίσσα στο Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής του Παντείου Πανεπιστημίου. Η διδακτορική της έρευνα επικεντρώνεται σε ζητήματα φροντίδας, με έμφαση στην εργασία, τη διάσταση του φύλου και την κοινωνική ενσωμάτωση. Είναι κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος στη Διεθνή Πολιτική Θεωρία από το Πανεπιστήμιο του St Andrews και έχει εργαστεί επί σειρά ετών ως πολιτική σύμβουλος στην Ευρωομάδα της Αριστεράς στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, με αντικείμενο την ενσωμάτωση της κοινωνικής, έμφυλης και περιβαλλοντικής διάστασης στον ευρωπαϊκό προϋπολογισμό. Από τον Μάρτιο του 2025 συμμετέχει στο ερευνητικό πρόγραμμα GELDERIN, ενώ τον Σεπτέμβριο του ίδιου έτους παρουσίασε τα ευρήματα του τελευταίου πακέτου εργασίας της έρευνας σε διεθνές συνέδριο στην Ουτρέχτη. Παράλληλα, δραστηριοποιείται σε ευρωπαϊκά προγράμματα του Interreg Europe, με έμφαση στη βιώσιμη ανάπτυξη, την περιφερειακή συνοχή και την κοινωνική ενσωμάτωση.

Η **Βούλα Τουρή** αποτελεί μέλος Ειδικού Τεχνικού Προσωπικού του Εργαστηρίου Σπουδών Φύλου του Τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής του Παντείου Πανεπιστημίου από το 2016. Το 2004 ολοκλήρωσε τις μεταπτυχιακές της σπουδές στην Κοινωνική Πολιτική. Από τότε και μέχρι σήμερα έχει συμμετάσχει σε πολλά ερευνητικά και επιμορφωτικά προγράμματα ως ερευνήτρια αλλά και ως υπεύθυνη για τη διοικητική και οικονομική διαχείρισή τους. Έχει αναλάβει τη διοργάνωση συνεδρίων, σεμιναρίων και διεθνών συναντήσεων. Τα ερευνητικά της ενδιαφέροντα εστιάζουν στην ισότητα των φύλων, την έμφυλη βία και την κοινωνική πολιτική.

Η **Εύα Τσουπαροπούλου** είναι Δρ. Κοινωνικής Στατιστικής και μεταδιδακτορική ερευνήτρια με ειδίκευση και δημοσιευμένο έργο στη μη-απόκριση σε δειγματοληπτικές

έρευνες και στην ανάλυση δεδομένων μεγάλης κλίμακας με χρήση μεθόδων εξόρυξης δεδομένων. Έχει εμπειρία ως ερευνήτρια σε προγράμματα συγχρηματοδοτούμενα από την Ευρωπαϊκή Ένωση με φορείς υλοποίησης πανεπιστήμια ή ερευνητικά κέντρα. Παράλληλα, από το 2024 εργάζεται ως διαχειρίστρια σχεδίων ΚΑ2 και ως υπεύθυνη επικοινωνίας κεντρικών δράσεων στον Τομέα Ανώτατης Εκπαίδευσης στην Εθνική Μονάδα Συντονισμού Erasmus+/Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών. Αυτό το διάστημα είναι μέλος της Ομάδας Εργασίας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τις κεντρικές δράσεις Erasmus+ της προγραμματικής περιόδου 2028-2034.

Η **Εύη Χατζηβαρνάβα** είναι κοινωνιολόγος με πτυχία B.A. και MPhil από το Πανεπιστήμιο του Kent (Αγγλία). Δούλεψε για πολλά χρόνια σε προνοιακούς φορείς στην Ελλάδα. Στον τελευταίο φορέα απασχόλησής της, το Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης, υπήρξε διευθύντρια Έρευνας, Σχεδιασμού, Αξιολόγησης και Τεκμηρίωσης. Έχει συνεργαστεί με το Πάντειο Πανεπιστήμιο σε ερευνητικά προγράμματα για θέματα συμφιλίωσης οικογένειας και εργασίας, γονικών αδειών και φροντίδας παιδιών. Υπήρξε μέλος του Διεθνούς Δικτύου Πολιτικής και Έρευνας για τις γονικές άδειες και άλλες άδεια φροντίδας επί σειρά ετών, και έχει δημοσιεύσει άρθρα σε περιοδικά και συλλογικούς τόμους.

ΤΟ ΒΙΒΛΙΟ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΟ
ΜΕ ΤΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ – ΟΙ ΠΡΟ
ΚΛΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΠΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΣΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΦΥΛΩΝ ΣΕ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΤΗΣ ΜΑΡΙΑΣ
ΚΑΡΑΜΕΣΙΝΗ ΣΕΛΙΔΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΣΤΗ
ΜΟΤΙΒΟ ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΑΕ. Η ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΟΣΗ
ΤΥΠΩΘΗΚΕ ΤΟΝ ΝΟΕΜΒΡΙΟ ΤΟΥ 2025
ΓΙΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΤΩΝ ΕΚΔΟΣΕΩΝ ΤΟΠΟΣ

Η πολιτική φροντίδας των ηλικιωμένων που έχουν ανάγκη υποστήριξης για τις καθημερινές λειτουργίες τους ήταν και παραμένει μέχρι σήμερα ένα από τα πιο υπανάπτυκτα πεδία κοινωνικής πολιτικής στη χώρα μας, στο οποίο ο ρόλος της οικογένειας παραμένει κομβικός, οι κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας που παρέχει το κράτος καλύπτουν ένα μικρό ποσοστό όσων έχουν ανάγκη, ενώ οι ιδιωτικές υπηρεσίες είναι οικονομικά προσιτές μόνο σε ευκατάστατα νοικοκυριά.

Το οικογενειοκεντρικό ελληνικό σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων, που στηρίζεται κυρίως στην άτυπη-οικογενειακή φροντίδα, δεν είναι πλέον βιώσιμο και θεωρείται αναγκαία η ριζική του μεταρρύθμιση. Τις επόμενες δεκαετίες, οι ανάγκες φροντίδας του ηλικιωμένου πληθυσμού θα αυξάνονται λόγω της δημογραφικής γήρανσης, ενώ θα περιορίζεται η δυνατότητα της οικογένειας να τις καλύψει, λόγω της τάσης ταχείας ανόδου του ποσοστού απασχόλησης των γυναικών 50 ετών και άνω. Ενδεχόμενη αδυναμία του κράτους να παρέμβει δραστικά, ώστε να προλάβει τη διόγκωση των σημερινών ελλειμμάτων φροντίδας, απειλεί να οδηγήσει σε μια «κρίση φροντίδας» απροσδιόριστων διαστάσεων και να επιβαρύνει υπέρμετρα τις οικογένειες των ηλικιωμένων που παρέχουν άτυπη φροντίδα, και δυσανάλογα τα γυναικεία μέλη τους, που επωμίζονται μεγαλύτερο βάρος λόγω των κοινωνικών στερεοτύπων για το ποιο φύλο πρέπει (κυρίως) να φροντίζει.

Ο παρών συλλογικός τόμος συγκεντρώνει τα αποτελέσματα του ερευνητικού προγράμματος GELDERIN που χρηματοδοτήθηκε από το ΕΛΙΔΕΚ, με αντικείμενο τη διερεύνηση του μεγέθους και του είδους των προκλήσεων που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων λόγω της δημογραφικής γήρανσης, καθώς και τη διατύπωση προτάσεων πολιτικής. Εκτός από τη στατιστική ανάλυση των μικροδομημένων της έρευνας SHARE, το πρόγραμμα περιλάμβανε μεγάλη έρευνα πεδίου με ερωτηματολόγια σε ηλικιωμένα άτομα και άτυπες φροντίστριες/ ές και δύο ποιοτικές έρευνες με συνεντεύξεις και ομάδες εστιασμένης συζήτησης με εκπροσώπους και στελέχη τοπικών υπηρεσιών φροντίδας, οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών, εργοδοτικών και επαγγελματικών ενώσεων, συνδικάτων και κρατικών υπηρεσιών, και εργαζόμενες στην κατ' οίκον φροντίδα.

Το τελευταίο κεφάλαιο του βιβλίου περιλαμβάνει προτάσεις για μια μεταρρύθμιση του συστήματος φροντίδας ηλικιωμένων, στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης πολιτικής μακροχρόνιας φροντίδας, και αναλύει τα κύρια διλήμματα πολιτικής ως προς τις βασικές κατευθύνσεις της μεταρρύθμισης, η οποία έχει να αντιμετωπίσει δύο κυρίως προκλήσεις: τη συμπεριληπτικότητα (καθολική κάλυψη αναγκών) και την έμφυλη ισότητα (ίση κατανομή της φροντίδας μεταξύ ανδρών και γυναικών).

ISBN: 978-960-499-591-2



9

789604 995912