

## PEST και SWOT Ανάλυση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

**Κυριακή Σωτηριάδου**

Λοχαγός (ΥΝ) 223 ΚΙΧΝΕ Κοζάνης

**Λίλα Αντωνοπούλου**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Οικονομικών της Υγείας, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών,  
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Ανασκόπηση.** Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι μια παρέμβαση που στοχεύει στη δημιουργία ενός δικτύου κοινωνικής αλληλεγγύης και στην αποφυγή καταστάσεων αποκλεισμού και ιδρυματοποίησης ηλικιωμένων ατόμων χαμηλού εισοδήματος που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, αναπηρίας ή έντονης μοναξιάς και απομόνωσης.

**Εισαγωγή-Σκοπός.** Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η αξιολόγηση της εφαρμογής του προγράμματος, με σκοπό την ανάδειξη των αδύνατων και δυνατών σημείων του τα οποία και θα καθορίσουν την μελλοντική του πορεία.

**Μεθοδολογία.** Η αξιολόγηση γίνεται με τις αναλύσεις PEST και SWOT, μέσω των οποίων έχουμε μια πλήρη και συνεκτική εικόνα του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος λειτουργίας του προγράμματος, με στόχο την ανάπτυξη του στρατηγικού του σχεδιασμού και τη βελτίωση της λειτουργίας του.

**Αποτελέσματα.** Το «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι ένα επιτυχημένο πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας και ο ρόλος του αποτιμάται πολύ θετικά από τις τοπικές κοινωνίες. Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικά προβλήματα με κυριότερο το αβέβαιο καθεστώς λειτουργίας και χρηματοδότησης. Άλλα προβλήματα αφορούν στην τεχνολογική υποδομή που είναι προβληματική έως ανύπαρκτη και στην ελλιπή επιμόρφωση και κατάρτιση του προσωπικού.

**Συμπεράσματα.** Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» μπορεί να αποτελέσει έναν σημαντικό πυλώνα της πρωτοβάθμιας φροντίδας στη χώρα μας αρκεί να γίνουν τα αναγκαία βήματα που θα καταστήσουν αποτελεσματικότερη τη λειτουργία του. Για το σκοπό αυτό, απαιτείται η απρόσκοπτη χρηματοδότησή του και η διασφάλιση της λειτουργίας του, παράλληλα με την αναβάθμιση της τεχνολογικής υποδομής και την διαρκή επιμόρφωση του προσωπικού.

**Λέξεις – κλειδιά:** Βοήθεια στο Σπίτι, PEST ανάλυση, SWOT ανάλυση

### I. Εισαγωγή – Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»

Η γήρανση του πληθυσμού είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται με ιδιαίτερη ένταση τα τελευταία χρόνια σχεδόν σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Στη χώρα μας το φαινόμενο έχει προσλάβει ιδιαίτερα ανησυχητικές διαστάσεις, ενώ «μέχρι σήμερα δεν έχει εκτιμηθεί ποιο θα είναι το οικονομικό και κοινωνικό κόστος της επερχόμενης γήρανσης του πληθυσμού» (Υφαντόπουλος, 2005). Η Ελλάδα ήδη από το 2004 έχει τον τρίτο υψηλότερο δείκτη εξάρτησης ηλικιωμένων (ηλικιωμένοι προς πληθυσμό

εργάσιμης ηλικίας) στην Ευρωπαϊκή Ένωση με 26,4 έναντι μέσου όρου 24,5, ενώ το 2050 θα συνεχίσει να έχει τον τρίτο μεγαλύτερο δείκτη (58,8 με μέσο ευρωπαϊκό όρο 52,8). Επίσης, το 2050 θα έχει τον έκτο μεγαλύτερο δείκτη στον ΟΟΣΑ (OECD, Health Data 2007). Το αποτέλεσμα είναι ότι οι ανάγκες των ηλικιωμένων ολοένα και θα αυξάνονται.

Η φροντίδα των ηλικιωμένων ανήκε παραδοσιακά στην οικογένεια. Σήμερα ωστόσο, ολοένα και περισσότε-

ρες οικογένειες, αδυνατούν, για διάφορους λόγους, να ανταποκριθούν σε αυτόν το ρόλο. Έτσι, λοιπόν, προκύπτει επιτακτική η ανάγκη για τη λειτουργία προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας και φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων, αλλά και ατόμων που χρήζουν βοήθειας γενικά, όπως άτομα με αναπηρίες (ΑμεΑ), άτομα με κινητικά προβλήματα, κλπ.

Στο πλαίσιο αυτό, έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια κυρίως σε τοπικό επίπεδο διάφορα προγράμματα, τα οποία στοχεύουν στη δημιουργία ενός δικτύου κοινωνικής αλληλεγγύης και στην αποφυγή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού για τα άτομα αυτά. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι ένα από τα προγράμματα αυτά, ενώ κάποια άλλα είναι τα ΚΑΠΗ, τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ), τα Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών με αναπηρίες (ΚΔΑΠ-ΑμεΑ), τα Γραφεία ψυχοκοινωνικής υποστήριξης ατόμων και ομάδων, τα Γραφεία κοινωνικής αλληλεγγύης ευπαθών κοινωνικών ομάδων, κλπ.

Το «Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι» («ΒοΣ») έχει ως βασικό σκοπό «την κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων, καθώς και των ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα προβλήματα υγείας ή αναπηρίας»<sup>3</sup>. Τα κατά τόπους προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» υλοποιήθηκαν με τη συγχρηματοδότηση του Ευρωπαϊκού

Κοινωνικού Ταμείου (ΕΚΤ) μέσω των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (ΠΕΠ) της Τρίτης Προγραμματικής Περιόδου (2000-2006) και συνήθως λειτουργούν υπό την εποπτεία μιας Δημοτικής Επιχείρησης του οικείου ΟΤΑ.

Τα προγράμματα λειτουργούν με αρκετά καλά αποτελέσματα στις περισσότερες των περιπτώσεων. Σε μελέτες για αυτό ή άλλα παρόμοια προγράμματα (ΚΑΠΗ), ο βαθμός ικανοποίησης εμφανίζεται εξαιρετικά υψηλός και κυμαίνεται σε επίπεδα άνω του 80% (Αλεξιάς και Φλάμου, 2007; Περγάμαλη, 2006; Χαλκουτσάκη, 2006; Daniilidou et al., 2003). Βέβαια είναι ίσως λίγο υπερβολικά τα ποσοστά ικανοποίησης που αναφέρονται στις μελέτες και αυτό συμβαίνει γιατί οι ηλικιωμένοι είναι σχετικά επιρρεπείς σε σφάλματα απάντησης (Bauld et al., 2000; Geron, 2000). Σε κάθε περίπτωση όμως, τα ποσοστά ικανοποίησης είναι πράγματι σε υψηλά επίπεδα, γεγονός που δικαιολογεί απόλυτα την υιοθέτηση των προγραμμάτων αυτών αλλά και υπογραμμίζει την ανάγκη για περαιτέρω διεύρυνση και εξάπλωσή τους. Εξάλλου, με τη λειτουργία τους έχει απασχοληθεί ένας σημαντικός αριθμός ατόμων, συμβάλλοντας έτσι στην επίλυση του προβλήματος της ανεργίας σε τοπικό επίπεδο. Υπολογίζεται ότι ο αριθμός των ανέργων που μέσω του προγράμματος βρήκαν εργασία ως στελέχη των μονάδων αυτών ανέρχεται περίπου στον αριθμό των 3.600 ατόμων για το σύνολο της χώρας (ΑΝΚΑ, 2006).

1. Σύμφωνα με προβλέψεις της Eurostat, κατά το διάστημα 2005 – 2050 ο συνολικός πληθυσμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα παρουσιάσει πτώση κατά 2,1%, ωστόσο τα άτομα τρίτης ηλικίας (65-79 ετών) θα αυξηθούν κατά 44,1% και τα υπέργηρα άτομα (+80 ετών) κατά 180,5%. [European Commission, Green Paper "Confronting demographic change: a new solidarity between the generations", COM(2005) 94 final, 16.3.2005, Brussels]

2. "The rising demands of an ageing population – the Greek experience", Ομιλία του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδας Ν. Γκαργκάνο στο Συνέδριο του Economist "Social Security Reform in Greece", Αθήνα, 14.02.2008, [http://www.bankofgreece.gr/announcements/files/14%202%2008\\_Economist.doc](http://www.bankofgreece.gr/announcements/files/14%202%2008_Economist.doc)

3. Άρθρο 13, Ν. 3106/2003 Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 30/10.2.2003, Α'.

## 2. PEST ανάλυση

Η PEST (Political - Economic - Socio-cultural - Technological) ανάλυση είναι ένα εργαλείο του στρατηγικού σχεδιασμού του μάρκατζμεντ με το οποίο περιγράφεται το πολιτικό, το οικονομικό, το κοινωνικο-πολιτιστικό και το τεχνολογικό περιβάλλον.

### Πολιτικό περιβάλλον

Το πρόγραμμα «ΒοΣ» ξεκίνησε ως πιλοτικό πρόγραμμα αρχικά στο Δήμο Περιστερίου το 1997 και στη συνέχεια επεκτάθηκε σε 102 δήμους της χώρας. Με την εφαρμογή του Γ' ΚΠΣ ιδρύθηκαν και χρηματοδοτήθηκαν μέσω των ΠΕΠ για ένα αρχικό διάστημα δύο ετών ανάλογα προγράμματα σχεδόν στο σύνολο των δήμων. Ωστόσο, η λειτουργία του προγράμματος ήταν προβληματική, καθώς δεν υπήρξε ποτέ συνολική και τελική ρύθμιση και κατοχύρωση της λειτουργίας του, παρά μόνο παρατάσεις επί παρατάσεων που δινόταν την τελευταία στιγμή. Αυτό φαίνεται από τις διαδοχικές νομοθετικές ρυθμίσεις: με τις ΚΥΑ Π4β/5814/1997 και Γ4β/Φ383/οικ.4504/1998 γίνονται οι πρώτες ρυθμίσεις της λειτουργίας του προγράμματος. Ο Ν. 3106/2003 (άρθρο 13) έθεσε σε πιο συγκεκριμένη βάση το πλαίσιο λειτουργίας του προγράμματος, ενώ ο Ν. 3146/2003 (άρθρο 13) έδωσε παράταση λειτουργίας του προγράμματος για δύο χρόνια (μέχρι

το 2005). Στη συνέχεια, με το Ν. 3329/2005 (άρθρο 26) δόθηκε παράταση για άλλα δύο χρόνια, ενώ με το Ν. 3613/2007 (άρθρο 27) η παράταση «παράταθηκε» μέχρι τις 31/8/2008. Τέλος, τέσσερις μόλις ημέρες πριν τη λήξη της προθεσμίας, δηλαδή στις 27/8/2008, με την ΚΥΑ 60292/2158/27.08.2008 παρατάθηκε η λειτουργία του προγράμματος μέχρι τις 31/12/2008. Εν τω μεταξύ, με την ίδια ΚΥΑ, το πρόγραμμα για την Τέταρτη Προγραμματική Περίοδο (2007 – 2013) μετονομάζεται σε «Ενέργειες ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής και βελτίωσης της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων και ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον βοήθειας» και πρόκειται να προκηρυχθεί στο πλαίσιο των νέων ΠΕΠ. Ωστόσο, στις προκηρύξεις που θα γίνουν θα μπορούν να συμμετέχουν και άλλοι φορείς πέραν των δήμων, δηλαδή η εκκλησία, διάφοροι σύλλογοι και οργανώσεις, ακόμα και ιδιώτες. Επομένως, οι υπάρχουσες δομές είναι και πάλι στον αέρα. Η αδυναμία της πολιτείας να δώσει μια οριστική λύση στο θέμα έχει δημιουργήσει κλίμα ανασφάλειας στους εργαζόμενους που οπωσδήποτε έχει δυσμενή επίδραση στη συνολική λειτουργία του προγράμματος.

### Οικονομικό περιβάλλον

Οι δομές δεν είναι οικονομικά αυτόνομες. Ο συντονι-

αμός, η υποστήριξη και η παρακολούθηση της πορείας και εξέλιξης της δράσης της αποτελεί ευθύνη της Ομάδας Διοίκησης Έργου που έχει συσταθεί στο Υπουργείο Υγείας (ΚΥΑ 4035/27.07.2001) για τα προγράμματα όλης της χώρας, ενώ ο έλεγχος διενεργείται σε τρία επίπεδα: Πρωτοβάθμιος έλεγχος, ο οποίος διενεργείται από τη Διαχειριστική Αρχή κάθε ΠΕΠ, Δευτεροβάθμιος Έλεγχος που διενεργείται από την Αρχή Πληρωμής του ΚΠΣ και Εξωτερικός δημοσιονομικός Έλεγχος, ο οποίος διενεργείται από την Επιτροπή Δημοσιονομικού Ελέγχου (ΕΔΕΛ). Ωστόσο, την άμεση διοικητική εποπτεία του προγράμματος αλλά και την ευθύνη χρηματοδότησης έχει η Δημοτική Επιχείρηση του οικείου Δήμου, που είναι ο φορέας υλοποίησης του προγράμματος. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία (ΑΝΚΑ, 2006), το μέσο κόστος των αναλωσίμων ανέρχεται σε 149,13€ ανά μήνα, το μέσο κόστος χρήσης του αυτοκινήτου ανέρχεται σε 135€ ανά μήνα και το μέσο κόστος πάγιου εξοπλισμού ανέρχεται σε 2.345€ για κάθε δομή. Πρόκειται επομένως για δομές που λειτουργούν με χαμηλό κόστος, πολύ χαμηλότερο από την κλειστή νοσηλεία σε νοσοκομείο. Ανάλογα με το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας και ανάλογα με το διάστημα της απαιτούμενης νοσηλείας, η φροντίδα στο σπίτι μπορεί να είναι στο 40 - 75% του κόστους φροντίδας σε νοσηλευτικό ίδρυμα (Hollander and Chappell, 2002; Uchida et al., 2001).

#### Κοινωνικο-πολιτιστικό περιβάλλον

Παράγοντες όπως οι κινητικές δυσλειτουργίες, οι συναισθηματικές και γνωστικές δυσκολίες ο αυξημένος αριθμός πτώσεων, η προχωρημένη ηλικία, η χηρεία και η κακή υποκειμενική αντίληψη για την κατάσταση της υγείας σχετίζονται με μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, είτε δημόσιων είτε ιδιωτικών σε παγκόσμιο επίπεδο (Stoddart et

al., 2002). Η γήρανση του πληθυσμού και οι γενικότερες κοινωνικές τάσεις που έχουν μειώσει το ποσοστό της άτυπης φροντίδας που παρέχεται από την οικογένεια είναι παράγοντες που συνηγορούν στην επέκταση και αναβάθμιση των υπηρεσιών που παρέχονται από το πρόγραμμα. Με το «ΒοΣ» εξυπηρετούνται από κάθε δομή κατά μέσο όρο 94 άτομα (ΑΝΚΑ, 2006). Στη μεγάλη πλειοψηφία οι εξυπηρετούμενοι είναι συνταξιούχοι του ΟΓΑ. Δεν υπάρχουν λεπτομερή στοιχεία για το εισόδημά τους, ωστόσο, σύμφωνα με εκτιμήσεις, βρίσκεται στην κλίμακα 0-500 € ανά μήνα για το 90% των περιπτώσεων.

#### Τεχνολογικό περιβάλλον

Η χρήση επιβοηθητικών τεχνολογιών για την παροχή καλύτερης φροντίδας στους ηλικιωμένους στο χώρο τους είναι ένα ζήτημα που έχει προωθηθεί εδώ και αρκετά χρόνια (Elliott, 1991). Σήμερα, με την τεράστια εξάπλωση των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών και την ευρύτατη διάδοση του Internet, τα ζητήματα της χρήσης τεχνολογιών στην υγεία και στη φροντίδα βρίσκονται στην πρώτη γραμμή των πολιτικών υγείας. Η υιοθέτηση πρωτοβουλιών για eHealth προσφέρει τη δυνατότητα νέων προσεγγίσεων σε πολλούς τομείς της φροντίδας. Το προηγμένο τεχνολογικό περιβάλλον μπορεί να αξιοποιηθεί έτσι ώστε να προσφέρονται σύγχρονες υπηρεσίες φροντίδας. Ωστόσο, στις περισσότερες δομές του προγράμματος δεν υπάρχει ούτε η στοιχειώδης δυνατότητα ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή, έτσι ώστε να αρχειοθετούνται οι δράσεις της δομής. Είναι λοιπόν απαραίτητο να γεφυρωθεί αυτό το χάσμα ανάμεσα στην τεχνολογική πραγματικότητα που είναι διαθέσιμη πλέον παντού και στην ανυπαρξία τεχνολογικής υποστήριξης που σήμερα παρατηρείται σε πολλές δομές.

### 3. SWOT ανάλυση

Η SWOT (Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats) ανάλυση είναι ένα σημαντικό εργαλείο του στρατηγικού σχεδιασμού που πρωτοπαρουσιάστηκε στη δεκαετία του 1970 (Andrews, 1971), και χρησιμοποιείται για να εντοπιστούν και να περιγραφούν τα **δυνατά** και τα **αδύναμα** σημεία στο εσωτερικό του οργανισμού και οι **ευκαιρίες** και οι **απειλές** που υπάρχουν στο εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού.

Συνήθως όλα τα παραπάνω τοποθετούνται σε ένα πλαίσιο σε συνοπτική και συνεκτική μορφή (βλ. Διάγραμμα), έτσι ώστε να αποτελέσουν ένα πολύτιμο εργαλείο ανάλυσης στα χέρια της διοίκησης του οργανισμού προκειμένου να βελτιωθεί η λειτουργία του και αυξηθούν οι πιθανότητες επίτευξης των στόχων του, μέσω της κεφαλαιοποίησης των δυνατών σημείων, της εξάλειψης των αδυναμιών, της εκμετάλλευσης των ευκαιριών και της αντιμετώπισης των απειλών.

#### Δυνατά σημεία

**Καλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών.** Οι υπηρεσίες που προσφέρονται βοηθούν να διασφαλιστεί για τους εξυπηρετούμενους ένα αίσθημα αξιοπρεπούς και υγιούς διαμονής, διαβίωσης, υγειονομικής περίθαλψης, σίτισης κλπ., ενώ

ταυτόχρονα διευκολύνεται σημαντικά η οικογένεια του ηλικιωμένου καθώς απαλλάσσεται από σημαντικό μέρος της φροντίδας.

**Αποφυγή ιδρυματοποίησης ασθενών.** Πολλά περιστατικά σε άλλες περιπτώσεις, λόγω του χρόνιου χαρακτήρα των προβλημάτων, ίσως κατέληγαν σε εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα για μακροχρόνια νοσηλεία.

**Μείωση χρήσης νοσοκομειακών υπηρεσιών.** Πολλά από τα περιστατικά που εξυπηρετεί η δομή θα κατέληγαν στο νοσοκομείο, ενώ τώρα αποφεύγεται η στρεσογόνος επαφή με το νοσοκομείο ή ελαχιστοποιείται ο χρόνος της νοσοκομειακής περίθαλψης. Από την άλλη μεριά, αυτό έχει επίσης σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις, με τη μείωση του κόστους νοσηλείας, ενώ δεν θα πρέπει να παραλείψουμε την ελάφρυνση από αυτά τα περιστατικά του προσωπικού των νοσοκομείων που ήδη λειτουργεί σε πολλές περιπτώσεις ακόμα και πάνω από τα όριά του.

**Ικανοποιημένοι εξυπηρετούμενοι.** Στη συντριπτική πλειοψηφία των δομών τα ποσοστά ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων είναι σε πολύ υψηλά επίπεδα (ΑΝΚΑ, 2006).

**Ευρύτερη κοινωνική αποδοχή του ρόλου της δομής.** Για

το σύνολο της χώρας το πρόγραμμα «ΒοΣ» αναδείχτηκε ως η πιο δημοφιλής παρεχόμενη υπηρεσία από τους ΟΤΑ (ANKA, 2006).

**Πολύ καλή γνώση του περιβάλλοντος λειτουργίας.** Η κάθε δομή έχει συνήθως μια πολύ καλή γνώση του περιβάλλοντος στο οποίο λειτουργεί, αφενός με την αρχική καταγραφή και συλλογή των πρωτογενών δεδομένων για τους ηλικιωμένους και στη συνέχεια με την τήρηση του Βιβλίου Μητρώου και των ατομικών φακέλων των εξυπηρετούμενων.

**Εμπειρία προσωπικού.** Το προσωπικό συνήθως υπηρετεί από την αρχή της λειτουργίας του προγράμματος, επομένως έχει πλήρη γνώση των δραστηριοτήτων της δομής και έχει αποκτήσει πολύ σημαντική εμπειρία σχετικά με το ποιές θα πρέπει να είναι οι ενέργειες σε κάθε περιστατικό που αντιμετωπίζουν.

**Αίσθημα κοινωνικής ευθύνης και προσφοράς από πλευράς του προσωπικού.** Το προσωπικό της δομής έχει πλήρη συναίσθηση του ρόλου του και αισθάνεται ότι προσφέρει στην τοπική κοινωνία.

**Καλές σχέσεις του προσωπικού.** Η ύπαρξη καλών διαπροσωπικών σχέσεων ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού είναι ένα θετικό σημείο που βοηθάει στην καθημερινή λειτουργία της δομής.

**Καλές σχέσεις με την επιβλέπουσα αρχή.** Το καλό επίπεδο συνεργασίας με την επιβλέπουσα αρχή συμβάλλει στην εύρυθμη λειτουργία της δομής.

**Δικτύωση της δομής με άλλες κοινωνικές δομές.** Οι καλές σχέσεις με άλλες κοινωνικές δομές και υπηρεσίες της ευρύτερης περιοχής (Νοσοκομείο, Κέντρα Υγείας, φαρμακεία, Πρόνοια, Κοινωνική υπηρεσία, ΚΑΠΗ, κλπ.) βοηθούν πολύ στην παραγωγή καλής ποιότητας υπηρεσιών.

**Καινοτόμες δράσεις.** Η κάθε δομή μπορεί να αναλάβει καινοτόμες δράσεις που συμβάλλουν στη βελτίωση της εικόνας της και στη διεύρυνση της κοινωνικής αποδοχής. Για παράδειγμα, μπορεί να λειτουργήσει ένα πρόγραμμα συλλογής φαρμάκων με την τοποθέτηση σε κεντρικά σημεία της πόλης κουτιών στα οποία οι πολίτες μπορούν να αφήνουν φάρμακα που δεν χρησιμοποίησαν. Τα φάρμακα στη συνέχεια, κατόπιν φυσικά ελέγχου καταλληλότητας, μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τους εξυπηρετούμενους της δομής απαλλάσσοντάς τους από μια σημαντική οικονομική επιβάρυνση.

#### **Αδύναμα σημεία**

**Ελλείψεις προσωπικού.** Σε πολλές δομές δεν υπάρχει φυσιοθεραπευτής και ψυχολόγος, ειδικότητες που είναι απαραίτητες λόγω της φύσης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν συχνά οι εξυπηρετούμενοι (κινητικά προβλήματα λόγω γήρατος ή τραυματισμών, ψυχολογικά προβλήματα λόγω μοναξιάς).

**Καμία επιμόρφωση προσωπικού.** Το προσωπικό δεν επιμορφώθηκε καθόλου. Δεν υπήρξε κάποια εξειδικευμένη αρχική κατάρτιση, ούτε κάποια επιμόρφωση στη συνέχεια. Το γεγονός αυτό στερεί από το προσωπικό της δομής την ενημέρωση σε νέες τάσεις που υπάρχουν για την εφαρμογή δράσεων κοινωνικών προγραμμάτων, εξελίξεις στο χώρο της νοσηλευτικής, της συμβουλευτικής, της ψυχολογικής υποστή-

ριξης και άλλων τομέων που εμπλέκεται η δομή.

**Επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού.** Πολλές δομές έχουν μόνο το απολύτως απαραίτητο προσωπικό το οποίο δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών. Έτσι, σε συνδυασμό και με το γεγονός της νομοθετικής εκκρεμότητας, δημιουργούνται συνθήκες στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό.

**Ελλείψεις εξοπλισμού.** Πολλές δομές λειτουργούν με στοιχειώδη εξοπλισμό και δεν διαθέτουν ούτε καν έναν απλό ηλεκτρονικό υπολογιστή για την τήρηση των αρχείων τους.

**Περιορισμένη δυνατότητα μετακινήσεων.** Η κάθε δομή διαθέτει συνήθως ένα αυτοκίνητο και περιορίζεται έτσι η δυνατότητα μετακινήσεων του προσωπικού. Εάν υπήρχε δεύτερο αυτοκίνητο θα άλλαζε κατά πολύ ο σχεδιασμός των κινήσεων, με αποτέλεσμα τον αυξημένο αριθμό και τη σημαντική βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

**Αδύναμο μάντζιμντ.** Συνήθως κανείς από το προσωπικό δεν έχει στοιχειώδεις έστω γνώσεις μάντζιμντ, ούτε θεωρητικές ούτε εμπειρικές και αυτό αποτελεί ένα αδύναμο σημείο καθώς μπορεί να μην υπάρχει σωστός προγραμματισμός δράσεων.

**Ανύπαρκτος επιχειρησιακός σχεδιασμός των δράσεων.** Συνήθως δεν καταρτίζεται επιχειρησιακό σχέδιο δράσης σε ετήσια ή άλλη βάση.

**Ελλιπής αξιολόγηση.** Οι έλεγχοι που διενεργούνται έχουν διαχειριστικό χαρακτήρα και δεν αποτιμώνται ούτε αξιολογούνται τα αποτελέσματα και ο αντίκτυπος της δράσης της δομής στην τοπική κοινωνία. Σημειώνεται ότι στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η αξιολόγηση κοινωνικών προγραμμάτων είναι μια ευρύτατα διαδεδομένη διαδικασία, η οποία αποτελεί μια από τις βασικές συνιστώσες του όλου συστήματος υλοποίησης των προγραμμάτων (Rossi et al., 2004). Ειδικότερα σε ότι αφορά στα προγράμματα για ηλικιωμένους, η αξιολόγησή τους γίνεται πλέον στην Ευρώπη σε ποσοστό 100%, δηλαδή στο σύνολο των προγραμμάτων (van Campen, 2008).

**Ανύπαρκτη δημοσιοποίηση των δράσεων.** Δεν υπάρχει συνήθως επαρκής δημοσιοποίηση των δράσεων και των αποτελεσμάτων, κάτι που θα μπορούσε να διευρύνει περαιτέρω την αποδοχή εκ μέρους του ευρύτερου κοινού.

#### **Ευκαιρίες**

**Αποσαφήνιση του νομοθετικού καθεστώτος.** Κινήσεις προς τη διασφάλιση του μέλλοντος της δομής, όπως π.χ. η μονιμοποίηση του προσωπικού, είναι δυνατόν να συμβούν λόγω της αυξημένης ανάγκης και απαίτησης της κοινωνίας για τις παρεχόμενες από τη δομή υπηρεσίες.

**Εκαυχρονισμός λειτουργίας.** Η απόκτηση υπολογιστή και η διενέργεια εξωτερικής αξιολόγησης είναι βασικές κινήσεις που μπορεί να βελτιώσουν σημαντικά την εσωτερική λειτουργία της κάθε δομής.

**Επιμόρφωση προσωπικού.** Υπάρχουν και πρέπει να αναζητηθούν ευκαιρίες επιμόρφωσης του προσωπικού σε πολλά θέματα, όπως μάντζιμντ και διαχείριση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών, διάφορα νοσηλευτικά ζητήματα, ψυχολογία κλπ.



**Διεύρυνση δραστηριοτήτων.** Η κάθε δομή μπορεί να επεκτείνει τις δραστηριότητές της με κάποιες εύκολες κινήσεις όπως π.χ. την προμήθεια δεύτερου αυτοκινήτου, ή την απασχόληση φυσιοθεραπευτή ή ψυχολόγου.

**Ενίσχυση και καλύτερη εκμετάλλευση των σχέσεων με άλλες δομές.** Οι σχέσεις με άλλες δομές μπορούν να διευρυνθούν και να ενισχυθούν ώστε να υπάρχει ευρύτερη συνεργασία, ανταλλαγή καλών πρακτικών, ανάληψη κοινών δράσεων και πρωτοβουλιών, κλπ.

**Συνεργασία με εθελοντικές οργανώσεις.** Η κάθε δομή μπορεί να εγκαθιδρύσει σχέσεις με εθελοντικές οργανώσεις στο πλαίσιο κοινών δράσεων και πρωτοβουλιών, αφενός προωθώντας τον εθελοντισμό και αφετέρου βοηθούμενη η ίδια από την διεύρυνση του εθελοντισμού.

**Απειλές**

**Ασταθές νομοθετικό καθεστώς.** Το νομοθετικό καθεστώς λειτουργίας είναι ασαφές και ενδέχεται να υπάρξουν

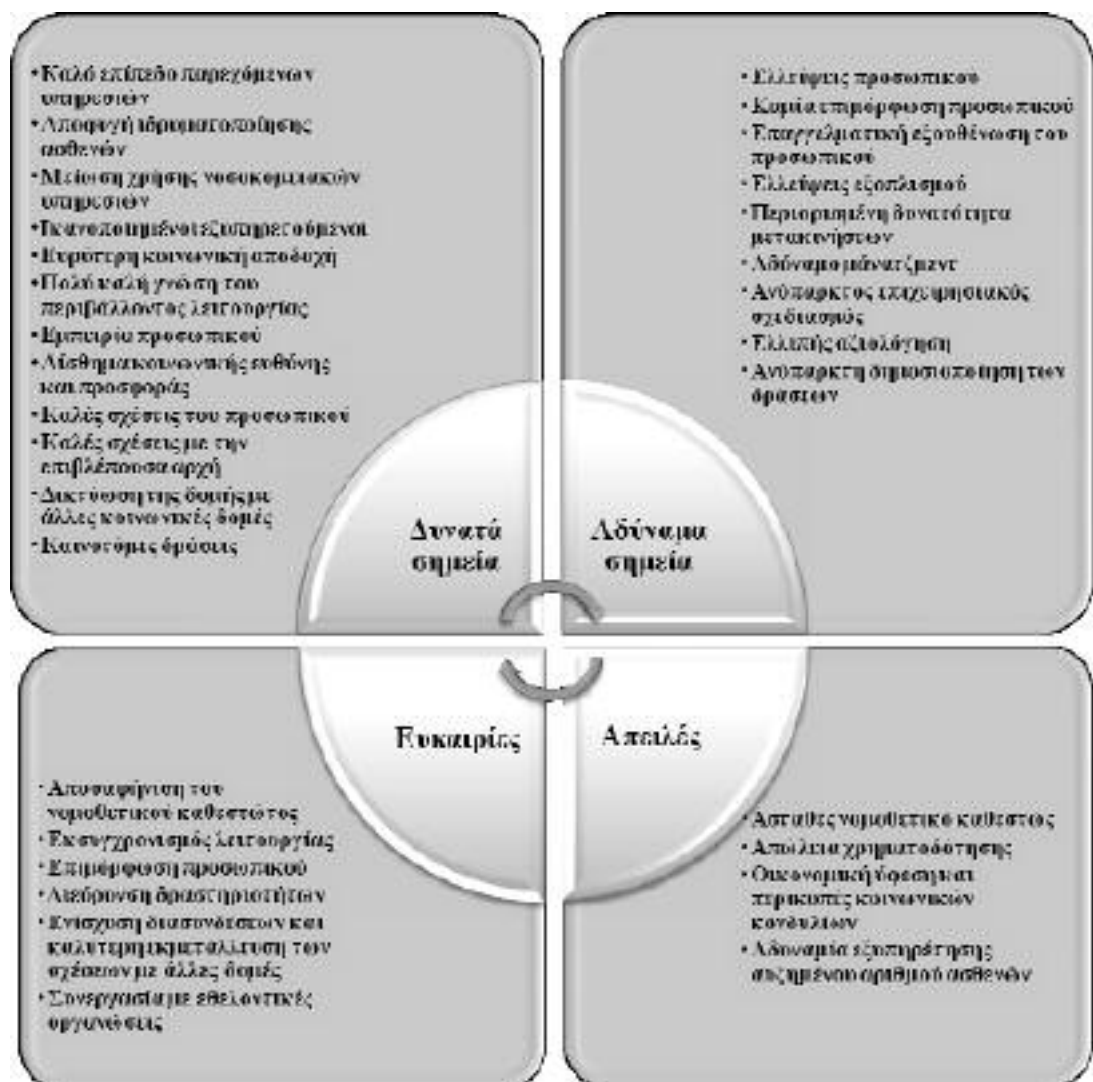
μεταβολές που να απειλήσουν τη βιωσιμότητα διαφόρων δομών και να δημιουργήσουν αναστάτωση σε αρκετές περιοχές.

**Απώλεια χρηματοδότησης.** Η χρηματοδότηση δεν είναι εξασφαλισμένη παρά μόνο μέχρι το 2011. Στη συνέχεια, οι δομές θα πρέπει να λειτουργήσουν με ίδιους πόρους των ΟΤΑ ή να αναζητήσουν πόρους χρηματοδότησης.

**Οικονομική ύφεση και περικοπές κοινωνικών κονδυλίων.** Η πρόσφατη οικονομική κρίση μπορεί να έχει σοβαρές παρενέργειες στις κοινωνικές δαπάνες συνολικά και να απειληθεί η βιωσιμότητα κοινωνικών δομών.

**Αδυναμία εξυπηρέτησης αυξημένου αριθμού ασθενών.** Ο αριθμός των ατόμων που χρήζει βοήθειας συνεχώς αυξάνει, αφενός λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και αφετέρου λόγω της αυξανόμενης δυσκολίας του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος των ατόμων να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες φροντίδας.

**3.1. Πίνακας SWOT**



## 5. Συμπεράσματα

Είναι προφανές ότι το πρόγραμμα «ΒοΣ» έχει συμβάλει θετικά στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων σε τοπικό επίπεδο και αποτελεί μια σημαντική συνιστώσα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας. Θα πρέπει όμως να υπάρξει μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση από την κεντρική εξουσία και να διατεθούν οι απαραίτητοι πόροι, έτσι ώστε αφενός να εξασφαλιστεί η επιβίωση των δομών και αφετέρου να δημιουργηθούν προϋποθέσεις

ανάπτυξης και διεύρυνσης του ρόλου τους, κάτι που θα ανακουφίσει μεγάλο αριθμό ατόμων της τρίτης ηλικίας που έχουν άμεση ανάγκη από τις υπηρεσίες αυτές. Ένα σύγχρονο κοινωνικό κράτος χαρακτηρίζεται, ανάμεσα σε άλλα, από την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία δομών κοινωνικής φροντίδας και αυτό είναι κάτι που ακόμα αποτελεί ζητούμενο για τη χώρα μας.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

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 I), 37-42.

ΑΝΚΑ, 2006. Έρευνα Καταγραφής και Αποτύπωσης των Προβλημάτων, των Αναγκών και των Ενεργειών για τη Συνέχιση Λειτουργίας των Μονάδων «Βοήθεια στο Σπίτι». Μελέτη της Αναπτυξιακής Καρδίτσας (ΑΝΚΑ) για λογαριασμό της ΚΕΔΚΕ, Καρδίτσα.

Περγάμαλη, Μ., 2006. Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στο Δήμο Ηρακλείου. Μεταπτυχιακή εργασία (επιβλέποντες: Α. Φιλαλήθης και Α. Αλεγκάκης). Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.

Υφαντόπουλος, Γ., 2005. Τα Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και Πολιτική. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

Χαλκουτσάκη, Σ., 2007. Ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας στο Δήμο Ηρακλείου. Μεταπτυχιακή εργασία (επιβλέποντες: Α. Φιλαλήθης και Α. Αλεγκάκης). Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.

### Ξενόγλωσση

Andrews, K., 1971. The Concept of Corporate Strategy. R.D. Irwin, Homewood, IL.

Bauld, L., Chesterman, J., Judge, K., 2000. Measuring satisfaction with social care amongst older service users: issues from the literature. Health and Social Care in the Community, 8: 316-324.

Daniilidou N., Economou, C., Zavras, D., Kyriopoulos J., Georgoussi, E., 2003. Health and social care in aging population: an integrated care institution for the elderly in Greece. International Journal of Integrated Care, 2003 (3): e04.

Elliott, R., 1991. Assistive Technology for the frail elderly: An Introduction and Overview. Report prepared for the Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. U.S. Department of Health and Human Services, USA.

Hollander, M., Chappell, N., 2002. Final report of the national evaluation of the cost-effectiveness of home care. Health Transition Fund, Health Canada.

Geron, S.M., Smith, K., Tennstedt, S., Jette, A., Chassler, d., Kasten, L., 2000. The Homecare satisfaction measure: A client-centered approach to assessing the satisfaction of frail older adults with homecare services. Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 55:259-270.

OECD, 2007. Health Data. Paris.

Rossi, P.H., Lipsey, M.W., Freeman, H.E., 2004. Evaluation: A Systematic Approach. 7th edition, Sage Publications, London.

Stoddart H., Whitley, E., Harvey I., Sharp, D., 2002. What determines the use of home care services by elderly people? Health and Social Care in the Community, 10 (5):348-360.

Uchida, Y., Shimanouchi, S., Kono, A., 2001. Outcome Evaluation and Cost-Effectiveness of Home Care Services. Journal of Japan Academy of Nursing Science, 21(1):9-17.

van Campen, C., 2008. Values on a grey scale: Elderly Policy Monitor 2008. The Netherlands Institute for Social Research, The Hague.