

Θέματα  
πολιτικής της Υγείας

# Το φαινόμενο της γήρανσης στην Ελλάδα και η μελλοντική αντιμετώπισή του από το σύστημα υγείας

Μαρμαράς Ιωάννης<sup>1</sup>  
Κέντρου Ευαγγελία<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Φυσικοθεραπευτής Γ.Ν.Ε.  
«Θριάσιο»,

<sup>2</sup>Φυσικοθεραπεύτρια

*Τμήμα της εργασίας έχει κατατεθεί στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, στην Θεματική Ενότητα: Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, με εποπτεύουσα καθηγήτρια την κα. Χρ. Οικονομοπούλου.*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με τον όρο γήρανση, χαρακτηρίζουμε τις προοδευτικές και αμετάκλητες αλλαγές που συμβαίνουν στη δομή και λειτουργικότητα ενός οργανισμού, με την πάροδο του χρόνου. Η άνοδος του μέσου όρου ζωής, η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης αύξησαν τον αριθμό των ηλικιωμένων.

Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή και ο προσδιορισμός του φαινομένου της γήρανσης του πληθυσμού στην Ελλάδα, τις επιπτώσεις που θα έχει στο σύστημα κοινωνικής προστασίας και φροντίδας, ενώ προτείνονται και υπηρεσίες νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες των ηλικιωμένων, διασφαλίζοντας την ισότητα στην πρόσβαση, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την οικονομική βιωσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.

Έγινε ανασκόπηση χρησιμοποιώντας πηγές έντυπης και ηλεκτρονικής βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας, στην οποία περιλαμβάνεται και βιβλιογραφία του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Η Ελλάδα είναι από τις πλέον γερασμένες χώρες της Ε.Ε., φαινόμενο το οποίο θα επιδεινωθεί στο μέλλον με συνέπεια το σύστημα κοινωνικής φροντίδας να υποστεί μεγάλες πιέσεις.

Σε επίπεδο νοσοκομειακής φροντίδας χρειάζεται να δημιουργηθούν γηριατρικά και ειδικά τμήματα χρόνιων παθήσεων. Ο κύριος φορέας παροχής εξωνοσοκομειακής φροντίδας στην Ελλάδα είναι η οικογένεια και οι αλλοδαποί ανειδίκευτοι «άτυποι φροντιστές». Στο επίπεδο αυτό χρειάζεται να οργανωθούν η κατ' οίκον νοσηλεία, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) και η τηλεϊατρική.

**Λέξεις κλειδιά:** γήρανση, σχέδιο δράσης, ανάγκες ηλικιωμένων, γηριατρική, κατ' οίκον νοσηλεία.

## Διεύθυνση αλληλογραφίας:

Μαρμαράς Ιωάννης, Κορυτσάς  
12 Μαρούσι, Αττικής, 15125,  
τηλ. 6977295033,  
e-mail: jmarphysio@yahoo.gr

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο γήρανση, χαρακτηρίζουμε τις προοδευτικές και αμετάκλητες αλλαγές που συμβαίνουν στη δομή και λειτουργία ενός οργανισμού, με την πάροδο του χρόνου. Οι αλλαγές δεν είναι ίδιες σε όλους τους πληθυσμούς και τους ανθρώπους (Ραφτόπουλος Β. 2010). Ο προσδιορισμός της έναρξης της γήρανσης δεν σπηρίζεται σε βιολογικά κριτήρια αλλά σε πολιτιστικές αξίες και πρότυπα της κάθε κοινωνίας. Στην Ευρώπη χρησιμοποιείται η ηλικία των 65 ετών ως αφετηρία.

Με τον όρο «γήρανση του πληθυσμού» εννοούμε την αύξηση των ηλικιωμένων σε σχέση με τους νέους. Η άνοδος του μέσου όρου ζωής, η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και η πρόοδος της ιατρικής αύξησαν τον αριθμό των ηλικιωμένων.

Η γήρανση του πληθυσμού στην Ευρώπη είναι μια πραγματικότητα αναμφισβήτητη. Την περίοδο 1995-2015 τα ποσοστά αύξησης των ατόμων 65+ θα πλησιάσουν το 30%. Έως το 2050 τα άτομα 65+ θα αυξηθούν κατά 70% και θα αποτελούν το 37% του συνολικού πληθυσμού (Demography Report - 2008). Αυτή η δημογραφική αλλαγή θα προκαλέσει σημαντικές αυξητικές πιέσεις στις δημόσιες δαπάνες, που ενδέχεται να θέσουν σε κίνδυνο την ισορροπία των συστημάτων συνταξιοδότησης και κοινωνικής προστασίας.

Για να αντιμετωπιστούν οι επιπτώσεις της γήρανσης πρέπει να ακολουθηθεί η διαδικασία της «υγιούς γήρανσης». Η προετοιμασία της αρχίζει με πολιτικές και πρακτικές δημόσιες υγείας που υποστηρίζουν την ευεξία σε ολόκληρη την διάρκεια της ζωής. Οι ηλικιωμένοι στον 21ο

αίωνα, αποτελούν την πλέον αναπτυσσόμενη ομάδα της ευρωπαϊκής κοινωνίας και όλες οι πολιτικές που σχεδιάζονται από την Ε.Ε. θα πρέπει να τους λαμβάνουν υπόψη.

Τα Ηνωμένα Έθνη διαμόρφωσαν μια διακήρυξη αρχών για τους ηλικιωμένους που αναφέρεται στην ανεξαρτησία, τη συμμετοχή, τη φροντίδα, την καταξίωση και την αξιοπρέπεια. Η Ε.Ε. με βάση αυτή τη διακήρυξη θέσπισε τον παρακάτω Χάρτη θεμελιωδών δικαιωμάτων (Πίνακας 1). Όταν γίνεται αναφορά στην υγιή γήρανση είναι απαραίτητο να λαμβάνεται υπόψη ο ορισμός που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1948) για την υγεία: «είναι κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής, ψυχικής και οικονομικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο απουσία μιας αρρώστιας ή κάποιας αναπηρίας».

## ΤΟ «ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ» ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Από τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής υπηρεσίας σύμφωνα με την απογραφή του 2001, ο ελληνικός πληθυσμός ήταν 10.964.020. Από αυτόν το 1.831.540 ήταν πάνω από τα 65 έτη (Πίνακας 2).

Από τα στοιχεία του Υγειονομικού Χάρτη για την κατανομή των ατόμων 65+ ανά Διοικητική Περιφέρεια, το 32,12% ζουν στην Αττική (668.859), ενώ το 49,38% ζει στις δυο περιφέρειες των μεγάλων αστικών κέντρων, Αθήνας και Θεσσαλονίκης. Τα μικρότερα ποσοστά βρίσκονται στις νησιωτικές περιφέρειες (Διάγραμμα 1).

Το προσδόκιμο διαβίωσης ανδρών και γυναικών το 2010 ήταν 77,77 και 82,83 έτη αντίστοιχα, ενώ αναμένεται να φτάσει το 2060 τα 84,8 και 88,68 αντίστοιχα (Διάγραμμα 2).

Το προσδόκιμο διαβίωσης ανδρών και γυναικών μετά τα

### Πίνακας 1. Ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων των ηλικιωμένων

Δικαιώματα:

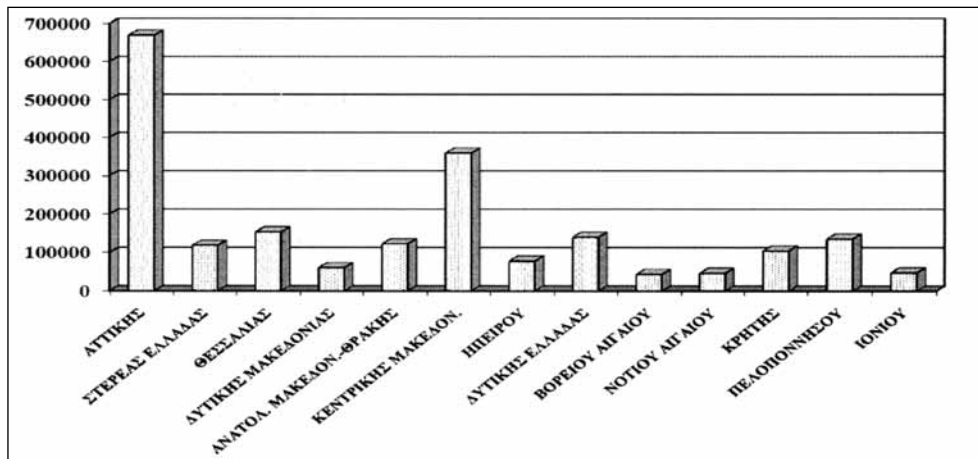
1. Στην αξιοπρέπεια, τη σωματική και πνευματική ευεξία, την ελευθερία και την ασφάλεια.
2. Αυτοπροσδιορισμού.
3. Προσωπικής ζωής.
4. Εξατομικευμένης φροντίδας υψηλής ποιότητας.
5. Σε εξατομικευμένες πληροφορίες συμβουλές και συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης.
6. Σε συνεχή επικοινωνία, κοινωνική συμμετοχή και πολιτιστικές πεποιθήσεις πολιτισμός και θρησκεία.
7. Στην ελευθερία της έκφρασης και την ελευθερία της σκέψης/συνείδησης: πεποιθήσεις, πολιτισμός και θρησκεία.
8. Στην παρηγορητική αγωγή και υποστήριξη, στον σεβασμό και την αξιοπρέπεια κατά τα τελευταία στάδια της ζωής και τον θάνατο.
9. Πρόσβασης σε ένδικα μέσα.
10. Υποχρεώσεις.

ΠΗΓΗ: 50PLUS

### Πίνακας 2. Πληθυσμός κατά φύλο και ηλικία 65+, απογραφή 2001

Ομάδες Ηλικιών	Σύνολο	Άρρενες	Θήλειες
<b>Σύνολο</b>	<b>10.964.020</b>	<b>5.427.682</b>	<b>5.536.338</b>
65-69 ετών	625.202	292.730	332.472
70 - 74 ετών	546.243	247.769	298.474
75 - 79 ετών	329.529	145.035	184.494
80 - 84 ετών	188.470	78.804	109.666
85+ ετών	142.096	55.397	86.699

ΠΗΓΗ: ΕΛ.ΣΤΑΤ.



**Διάγραμμα 1.**  
Μόνιμος πληθυσμός  
ατόμων 65+ ανά  
περιφέρεια στην  
Ελλάδα, 2007

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΑΤΤΙΚΗΣ	ΣΤΕΡΕΑΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝ.	ΑΝΑΤΟΛ. ΜΑΚΕΔΟΝ. & ΘΡΑΚΗΣ	ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝ.	ΗΠΕΙΡΟΥ
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	668859	118541	153947	60620	123091	359293	78169
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΚΡΗΤΗΣ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΙΟΝΙΟΥ	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	140657	43830	46657	104790	135805	47928	

ΠΗΓΗ : [www.ygeianet.gov.gr](http://www.ygeianet.gov.gr)

65 έτη το 2010, ήταν 17,37 και 19,84 έτη αντίστοιχα, ενώ αναμένεται να φτάσει το 2060, τα 22,01 και 24,55 αντίστοιχα (Διάγραμμα 3).

Ως το 2030 το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65+ θα ανέλθει στο 23,34% του πληθυσμού (18,52% το 2010), ενώ αναμένεται το 2050 να φτάσει στο 31,46% (Πίνακας 3). Επίσης απεικονίζεται η πρόβλεψη του πληθυσμού ως το 2050, σύμφωνα με τρεις κατηγορίες ηλικιών: άτομα <14 ετών, άτομα 15-64 και άτομα >65.

Το παραπάνω φαινόμενο δεν εμφανίστηκε τον 21ο αιώνα. Τα δεδομένα από παλαιότερες απογραφές αποτυπώνουν την αργή αλλά σταθερή γήρανση του πληθυσμού (Διάγραμμα 4).

Δυο σημαντικοί δείκτες δημογραφικής σύνθεσης ενός

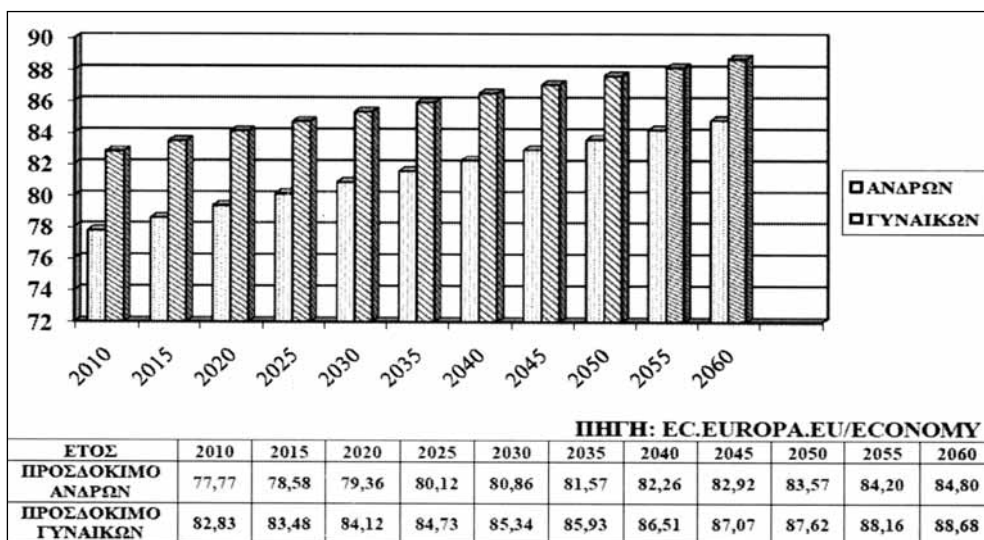
πληθυσμού είναι οι δείκτες γήρανσης και εξάρτησης. Ο δείκτης γήρανσης του ελληνικού πληθυσμού, με βάση τις παλαιότερες απογραφές και τις προβολές μέχρι το 2050 δείχνει μια γεωμετρική αύξηση του. Ο δείκτης το 1951 ήταν 23%, το 2001 έφτασε στο 110% και αναμένεται να φτάσει το 2050 στο 247% (Διάγραμμα 5).

Ο δείκτης εξάρτησης του ελληνικού πληθυσμού το 2010 ήταν 28% και το 2050 αναμένεται στο 57% (Διάγραμμα 6).

Η συγκριτική παράθεση των ηλικιακών πυραμίδων επαυξάνει την εικόνα για το φαινόμενο της γήρανσης. Η νεανική σύνθεση της πυραμίδας ηλικιών του 1951, οδηγήθηκε σε τετραγωνοποίηση το 2001 και αναμένεται να καταλήξει σε αναστροφή το 2050 (Σχήμα 1).

Με κριτήριο τους δείκτες γήρανσης και εξάρτησης, η

**Διάγραμμα 2.**  
Πρόβλεψη  
προσδόκιμου  
ζωής ανδρών -  
γυναικών  
στην Ελλάδα,  
2010-2060



ΠΗΓΗ: EC.EUROPA.EU/ECONOMY

Ελλάδα κατατάσσεται στις πρώτες θέσεις μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. Με τα Διαγράμματα 7 & 8, απεικονίζονται οι δείκτες γήρανσης και εξάρτησης του ελληνικού πληθυσμού αντίστοιχα ανά Διοικητική Περιφέρεια.

Τα εκτιμώμενα χρόνια ζωής για τους άνδρες και τις γυναίκες, το 2008, ήταν 77,7 και 82,3 αντίστοιχα, τα αναμενόμενα υγιή χρόνια ζωής ανδρών και γυναικών ήταν 65,4 και 65,8, ενώ το ποσοστό εκτιμώμενων χρόνων ζωής χωρίς ανικανότητα θα είναι 84,2% για τους άνδρες και 79,9% για τις γυναίκες (Πίνακας 4).

Οι ηλικιωμένοι είναι η κοινωνική ομάδα με τον μεγαλύτερο κίνδυνο φτώχειας σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (25,6% έναντι 20,5% αντίστοιχα το 2006), ενώ οι ηλικιωμένες γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τους ηλικιωμένους άνδρες (27,3% έναντι 23,5% αντίστοιχα το 2006) (Εθνική έκθεση 2008-2010).

Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων είναι χαμηλού εισοδήματος και εκπαιδευτικού επιπέδου, (το 81,9% έχει τελειώσει την κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση-Γυμνάσιο) και δεν έχουν πρόσβαση στην πληροφορία και στον ψηφιακό πολιτισμό. (Εθνική Έκθεση 2008-2010).

Από την μελέτη των παραπάνω συμπεραίνεται ότι :

- στην Ελλάδα υπάρχει έντονη πληθυσμιακή γήρανση η οποία θα επιδεινωθεί στο μέλλον,
- είναι από τις πλέον γερασμένες χώρες της Ε.Ε.,
- οι πλέον γερασμένες περιφέρειες είναι η Πελοπόννησος, η Ήπειρος και τα νησιά του Βορείου Αιγαίου και οι λιγότερες, η Αττική, η Κεντρική Μακεδονία, η Δυτική Ελλάδα και η Κρήτη,
- οι αγροτικές και ημιαστικές περιοχές έχουν μεγαλύτερα ποσοστά γήρανσης σε σχέση με τις αστικές,
- το 2010 ένας άνδρας και μια γυναίκα 65 ετών, δικαιούται σύνταξη για 17,37 και 19,84 έτη αντίστοιχα, σύμφωνα με το προσδόκιμο ζωής μετά τα 65 έτη,
- έως το 2050 τα άτομα 65+ θα αυξηθούν περίπου 70%, ενώ αυτά ηλικίας 15-64 έτη θα μειωθούν κατά 16%. Αυτό

σημαίνει ότι ανά (2) ενεργά άτομα θα αντιστοιχεί (1) συνταξιούχος,

- στο τέλος του 20ου αιώνα αναλογούσε (1) νέος <14 ετών ανά (1) άτομο >65, το 2050 θα είναι (1) νέος ανά (2,5) ηλικιωμένους,
- ενώ οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 4,5 έτη παραπάνω από τους άνδρες, το ποσοστό εκτιμώμενων χρόνων ζωής χωρίς ανικανότητα υπολείπεται κατά 4,3% σε σχέση με αυτούς, με αποτέλεσμα τα προσδόκιμα υγιή χρόνια ζωής να είναι περίπου ίδια και για τα δυο φύλα. Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας από τους άνδρες και θα κάνουν χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας για περισσότερα χρόνια.

### Προτεινόμενες υπηρεσίες νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής φροντίδας

Το Ε.Σ.Υ. σήμερα έχει να αντιμετωπίσει τρεις σημαντικές προκλήσεις: το πληθυσμό που γερνάει, το υψηλό κόστος της σύγχρονης φροντίδας υγείας και τους απαιτητικούς πλέον ασθενείς-καταναλωτές υγείας (Σιγάλας Ι. - 1999).

Για το λόγο αυτό έχουν τεθεί τρεις μακροπρόθεσμοι στόχοι ώστε να αντιμετωπιστούν οι παραπάνω προκλήσεις:

- Δυνατότητα πρόσβασης. Η πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι δικαίωμα το οποίο κατοχυρώνεται στο Χάρτη θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ε.Ε. Ωστόσο συνδέεται συχνά με την κοινωνική θέση των ατόμων. Για αυτό πρέπει να εξασφαλιστεί ιδιαίτερα η πρόσβαση στην περίθαλψη των μειονεκτούντων και των πιο φτωχών.
- Ποιότητα. Η προσέγγιση της ποιότητας καθίσταται περίπλοκη εξαιτίας δυο στοιχείων, τόσο της πολυμορφίας των δομών παροχής περίθαλψης και των επιπέδων προσφοράς περίθαλψης, που επηρεάζουν την ζήτηση και επομένως το επίπεδο των δαπανών όσο και την ανομοιογένεια των θεραπευτικών πρακτικών.
- Οικονομική βιωσιμότητα. Για να έχουν όσο το δυνατόν περισσότεροι άνθρωποι πρόσβαση σε μια ποιοτική περι-



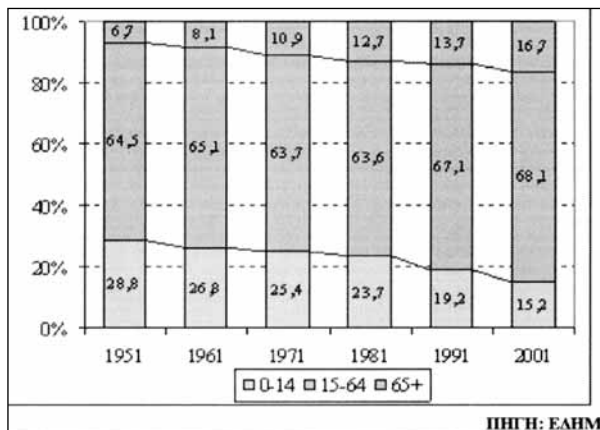
**Διάγραμμα 3.**  
Πρόβλεψη  
προσδόκιμου  
ζωής ανδρών -  
γυναικών, στα 65  
έτη στην Ελλάδα,  
2010-2060

**Πίνακας 3.**  
Ελλάδα - ποσοστιαία  
κατανομή πληθυσμού,  
2005, 2010, 2020,  
2030, 2040, 2050

Ηλικίες/Ετος	2005	2010	2020	2030	2040	2050
Κάτω των 15 ετών	14,41%	14,05%	13,48%	12,18%	11,92%	12,13%
Από 15 έως 64 ετών	67,53%	67,42%	66,17%	64,47%	60,25%	56,41%
Άνω των 65 ετών	18,06%	18,52%	20,35%	23,34%	27,83%	31,46%
ΣΥΝΟΛΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

ΠΗΓΗ: ΕΘΝΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΝΤΑΞΗ 2006-2008

**Διάγραμμα 4. Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού της Ελλάδας κατά μεγάλες ομάδες ηλικιών: απογραφές 1951 - 2001**



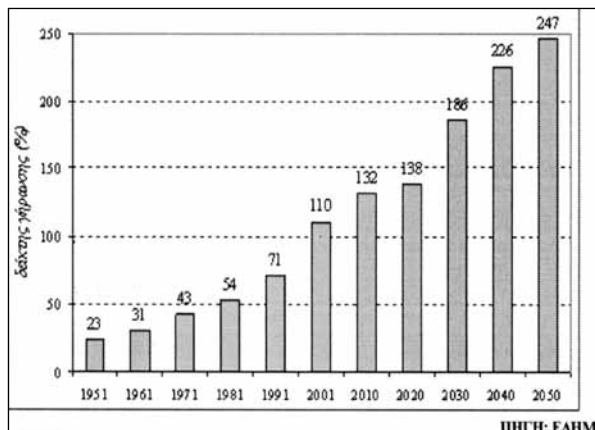
θαλψη απαιτείται χρηματοδότηση ενός ορισμένου επιπέδου. Χρειάζονται ρυθμίσεις τόσο της ζήτησης όσο και της προσφοράς.

Το Ε.Σ.Υ. διαθέτει ένα σχετικά επαρκές δίκτυο νοσοκομείων που εμφανίζει όμως χαρακτηριστικά ανισοκατανομής σε περιφερειακό επίπεδο. Οι νοσοκομειακές κλίνες ανά 100.000 κατοίκους, το 2005, κυμαίνονται από 306,1 στο Βόρειο Αιγαίο έως 608,8 στην Αττική (μ.ο. 478,2). Οι αγροτικές και ημιαστικές περιοχές με τον μεγαλύτερο δείκτη γήρανσης (διάγραμμα 7) έχουν τις λιγότερες αναλογικά υποδομές.

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων για συγκεκριμένες υπηρεσίες φροντίδας εξαρτώνται από τις οργανικές τους ιδιαιτερότητες, οι οποίες είναι:

- Πολυπαθολογία, πάσχουν ταυτόχρονα από περισσότερες από μια παθήσεις. Στο διάγραμμα 9, απεικονίζεται το ανάλογο φαινόμενο στην Γερμανία.
- Πολυφαρμακία λόγω της πολυπαθολογίας. Αυτό αυξάνει τον κίνδυνο παρενεργειών και αλληλεπίδρασης των φαρμάκων.
- Είναι ιδιαίτερα εύθραυστοι, κινδυνεύοντας να πέσουν σε αναπηρία ανά πάσα στιγμή. (Ραφτόπουλος Β. - 2010)

**Διάγραμμα 5. Δείκτης γήρανσης ελληνικού πληθυσμού, απογραφές 1951-2001 και πληθυσμιακές προβολές 2010-2050**



Οι κυριότερες ασθένειες των ηλικιωμένων είναι:

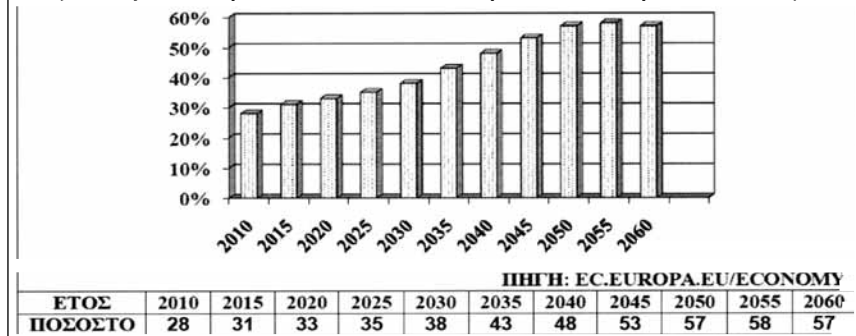
- αναπνευστικά νοσήματα
- καρδιαγγειακά νοσήματα
- νευροψυχικές καταστάσεις (μελαγχολία, κατάθλιψη, άνοια)
- εγκεφαλικά επεισόδια
- αισθητηριακές διαταραχές (μείωση όρασης, καταρράκτης, γλαύκωμα, μείωση ακοής, διαταραχές ισορροπίας, κατάποσης, μάσησης)
- κακοήθη νεοπλασμάτα
- μυοσκελετικά νοσήματα (αρθρίτιδες, οστεοπόρωση)
- σακχαρώδης διαβήτης
- υπέρταση
- πτώσεις
- οδοντιατρικά προβλήματα (Ραφτόπουλος Β. - 2010)

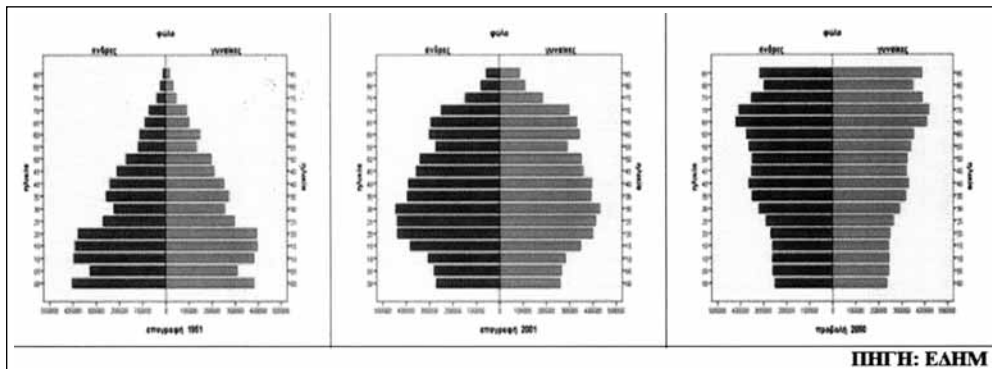
Περίπου το 30% των εισαγωγών στα νοσοκομεία και το 45% των κλινών καταλαμβάνονται από ηλικιωμένους που νοσηλεύονται κυρίως με χρόνια νοσήματα, με συνέπεια το μπλοκάρισμα των νοσοκομειακών κλινών (Αντωνακούδης Χ. - 2009).

Για να αντιμετωπιστεί το παραπάνω πρόβλημα είναι αναγκαίο να αναπτυχθούν γηριατρικές κλινικές, ειδικότερα στα νοσοκομεία της περιφέρειας. Η χρονιότητα και η πολυπλοκότητα των παθήσεων των ηλικιωμένων, έχουν ανάγκη από πολυμελή φροντίδα επαγγελματιών υγείας ώστε να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά. Αυτό μπορεί να συμβεί μόνο στα πλαίσια ενός γενικού νοσοκομείου βελτιώνοντας την αποτελεσματικότητά του (Δρούμπαλης Φ. - 2010). Η δημιουργία των γηριατρικών κλινικών θα αποσυμφορήσει τις υπόλοιπες κλινικές, ειδικότερα τις παθολογικές από χρόνια περιστατικά.

Για να αντιμετωπιστούν οι εξάρσεις των χρόνιων παθήσεων των ηλικιωμένων πρέπει να δημιουργηθούν, στα μεγάλα νοσοκομεία των αστικών

**Διάγραμμα 6. Δείκτης πρόβλεψης εξάρτησης ηλικιωμένων 2010-2060 (Αναλογία % ατόμων ετών 65+ σε σχέση με τον πληθυσμό 15-64 ετών)**





**Σχήμα 1.**  
Πυραμίδες ηλικιών του πληθυσμού της Ελλάδας: απογραφές 1951, 2001 και προβαλλόμενος πληθυσμός του έτους 2050

κέντρων, ειδικά τμήματα καρδιακής ανεπάρκειας, εγκεφαλικών επεισοδίων, και νευρολογικών ανοϊκών συνδρόμων όπου οι ασθενείς θα αντιμετωπίζονται αποτελεσματικότερα.

Επίσης χρειάζεται να αναπτυχθεί η ειδικότητα της γηριατρικής. Στην Ελλάδα με τόσο μεγάλο ποσοστό γήρανσης δεν έχει δημιουργηθεί η ανάλογη ειδικότητα. Τα διεθνή δεδομένα είναι 1 γηριατρός ανά 4000 άτομα >75 ετών (Αντωνακούδης Χ. - 2009).

Η εξωνοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα, παρέχεται από την οικογένεια, φίλους, εθελοντές, Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς (Μ.Κ.Ο.), Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) και ιδιώτες. Κυρίως παρέχεται άτυπα στο σπίτι και ελάχιστα σε γηροκομεία. Οι σύζυγοι αποτελούν το 28% των ατόμων που παρέχουν «άτυπη φροντίδα» και ακολουθούν «άτυποι» ανειδίκευτοι φροντιστές διαφορετικής εθνικότητας. Είναι απαραίτητη η κατάλληλη υποστήριξη των «άτυπων» φροντιστών με ενημέρωση, εκπαίδευση και συμβουλευτική (Ραφτόπουλος Β. - 2010).

Η ανάγκη για αποτελεσματική χρήση των υπηρεσιών υγείας, έχει οδηγήσει τα ευρωπαϊκά κράτη στην εφαρμογή της κατ' οίκον νοσηλείας. Στην Ελλάδα δεν οργανώθηκε ποτέ αποτελεσματικά και εφαρμόζεται μεμονωμένα από

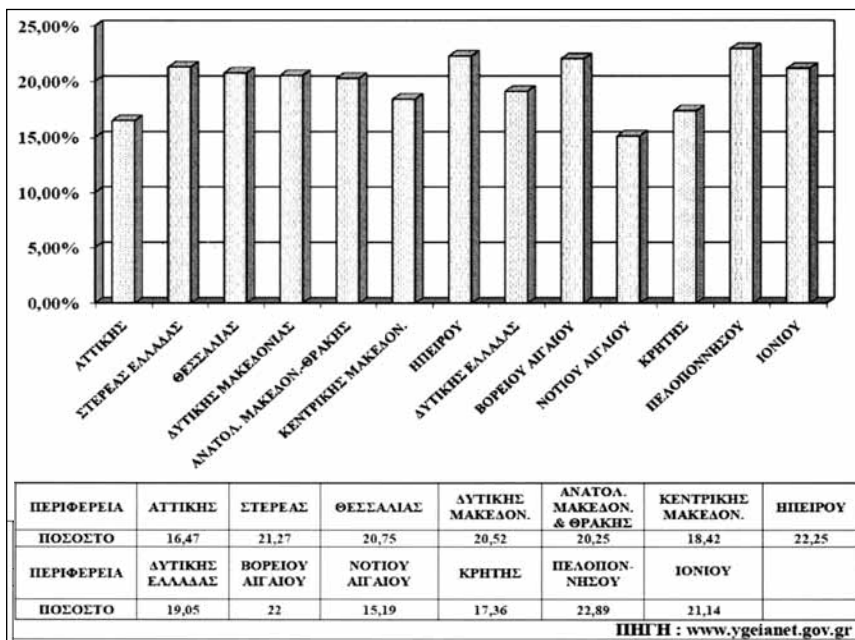
κάποιους Ο.Τ.Α. και υπηρεσίες υγείας.

Με την κατ' οίκον νοσηλεία προλαμβάνεται ή και ελαττώνεται ο αριθμός των εισαγωγών στο νοσοκομείο, αποφεύγεται η μακροχρόνια νοσηλεία και η έκθεση σε ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, ενώ υπάρχει η θετική ψυχολογική επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος. Από έρευνα του Ε.Ε.Σ., διαπιστώθηκε ότι το κόστος νοσηλείας στο σπίτι είναι οικονομικότερο και αντίστοιχο με το 1/5-1/6 του νοσοκομειακού νοσηλίου (Λιαρόπουλος Λ. - 2007).

Η τηλεϊατρική «e-health», είναι μια καινοτομία που μπορεί να συμβάλει στην παροχή καλύτερης φροντίδας μειώνοντας το κόστος. Η χρήση μπορεί να γίνει από το σπίτι του ασθενή ή το γηροκομείο που τυχόν βρίσκεται, σε σύνδεση με ένα νοσοκομείο χωρίς να χρειαστεί μετακίνησή του.

Η σωστή λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα αποσυμφορήσει τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και θα αξιοποιήσει τα Κέντρα Υγείας, διασφαλίζοντας ισότητα στην πρόσβαση, άμεση φροντίδα και μείωση του κόστους. Τα Κ.Υ. βρίσκονται σε όλη τη περιφέρεια συμβάλλοντας στην αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Η συνλειτουργία τους με την τηλεϊατρική θα πολλαπλασιάσει την αποτελεσματικότητά τους.

Υπηρεσίες που πρέπει να επεκταθούν και αναβαθμιστούν είναι τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), οι Στέγες Ηλικιωμένων, η «Βοήθεια στο Σπίτι», η «Γραμμή Ζωής», τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.), τα Κέντρα Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης Κατάρτισης Ατόμων Με Ειδικές Ανάγκες (Κ.Ε.Κ.Υ.-Κ.Α.Μ.Ε.Α.), οι Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας. Οι παραπάνω δομές εμφανίζουν σημαντικό βαθμό αποκέντρωσης αφού υλοποιούνται



**Διάγραμμα 7.** Δείκτης γήρανσης πληθυσμού ανά περιφέρεια στην Ελλάδα, 2006 (ποσοστό % πληθυσμού ατόμων 65+ σε σχέση με το σύνολο του πληθυσμού)

από πολλούς Ο.Τ.Α.

Τέλος πρέπει να δοθεί έμφαση στην πρόληψη. Οι συμπεριφορικές συνήθειες επηρεάζουν την υγεία και τη γήρανση. Η υιοθέτηση ενός υγιεινότερου τρόπου ζωής από τη νεανική ηλικία και η εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Δημόσια Υγεία, 2008-2012, είναι σημαντικά για την ποιότητα ζωής και την οικονομία του συστήματος.

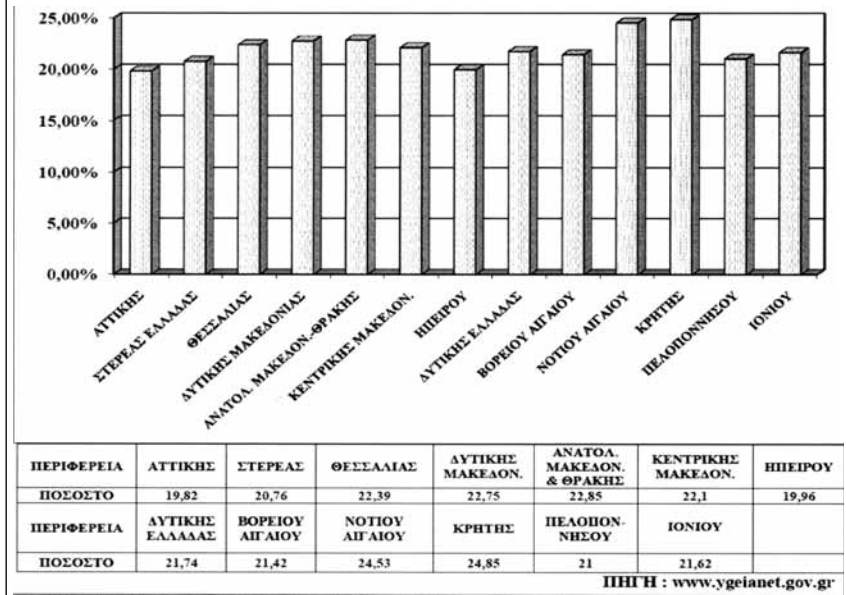
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η Ελλάδα είναι από τις πλέον γηρασμένες χώρες της Ε.Ε. και το φαινόμενο αυτό θα λάβει μεγαλύτερες διαστάσεις στο μέλλον. Απαιτείται ευαισθητοποίηση για να αντιμετωπιστούν οι μελλοντικές προκλήσεις που οφείλονται στη γήρανση, μέσω των παρακάτω πολιτικών που πρέπει να οργανωθούν άμεσα.

Η γήρανση θα δημιουργήσει έντονα προβλήματα, κυρίως χρηματοδότησης στο σύστημα υγείας. Το Υπουργείο Υγείας δεν έχει καταστρώσει Εθνικό Σχέδιο Δράσης σχετικό με την Γήρανση αλλά εφαρμόζει το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία (2008-2012), με συγκεκριμένες ενέργειες, οι οποίες έχουν μεγάλη σχέση με την υγιή γήρανση (διατροφή, άθληση, συνθήκες διαβίωσης, προληπτική ιατρική).

Σε ότι αφορά το Ε.Σ.Υ. παρατηρούμε μια επαρκή κατανομή μονάδων υγείας (νοσοκομεία, κέντρα υγείας) σε όλη την ελληνική επικράτεια, εξυπηρετώντας την ανάγκη των πολιτών για ισοότητα στην πρόσβαση. Εκεί που εμφανίζεται πρόβλημα είναι στην κατάληψη μεγάλου αριθμού κλινών από ηλικιωμένους και τη μακροχρόνια νοσηλεία τους, με αρνητικές επιπτώσεις για τα οικονομικά

**Διάγραμμα 8. Δείκτης εξάρτησης πληθυσμού ανά περιφέρεια στην Ελλάδα, 2006 (ποσοστό % πληθυσμού ατόμων 65+ σε σχέση με τον πληθυσμό 15-64 ετών)**



**Πίνακας 4. Ελλάδα 2008**

ΥΓΕΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΓΕΝΝΗΣΗ	ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΑ ΧΡΟΝΙΑ ΖΩΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΓΕΝΝΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΖΩΗΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	ΥΓΕΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΓΕΝΝΗΣΗ	ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΑ ΧΡΟΝΙΑ ΖΩΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΓΕΝΝΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΖΩΗΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ
ΑΝΔΡΕΣ			ΓΥΝΑΙΚΕΣ		
65,4	77,7	84,2%	65,8	82,3	79,9%

ΠΗΓΗ : EC.EUROPA.EU/HEALTH/INDICATORS

των μονάδων.

Για να αντιμετωπιστούν τόσο οι ανάγκες των ηλικιωμένων σε υπηρεσίες υγείας, όσο και του Ε.Σ.Υ. σε αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, άλλοι συγγραφείς προτείνουν την λειτουργία γηριατρικών τμημάτων σε νοσοκομεία κυρίως της περιφέρειας, με την αντίστοιχη δημιουργία της γηριατρικής ειδικότητας, ενώ άλλοι προτείνουν την οργάνωση και λειτουργία δομών εξωνοσοκομειακής φροντίδας.

Λαμβάνοντας υπόψη τις αρχές της σύγχρονης διοίκησης των συστημάτων υγείας (ισότητα στην πρόσβαση, ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, οικονομική βιωσιμότητα), θα ήταν σκόπιμο να δημιουργηθεί ένα μίγμα των παραπάνω προτάσεων. Η λειτουργία εξειδικευμένων γηριατρικών τμημάτων θα αντιμετωπίσει αποτελεσματικότερα τις ανάγκες των ηλικιωμένων, ενώ η ύπαρξη των εξωνοσοκομειακών δομών φροντίδας θα αποσυμφορήσει τα νοσοκομεία μειώνοντας και το κόστος λειτουργίας τους.

Στην Ελλάδα η εξωνοσοκομειακή φροντίδα παρέχεται κυρίως στο σπίτι. Για να αξιοποιηθεί το παραπάνω γεγονός και μέχρι να γίνει πράξη η οργανωμένη εξωνοσοκομειακή φροντίδα, θα ήταν σκόπιμο να ενημερωθεί και εκπαιδευτεί το οικογενειακό περιβάλλον στην αντιμετώπιση των ηλικιωμένων από κρατικούς φορείς (Υπουργείο Υγείας, Ο.Τ.Α.).

**Διάγραμμα 9. Ποσοστό % ατόμων 40-85 με πολλαπλές ασθένειες. Γερμανία 2002**



Τέλος πρέπει να δοθεί έμφαση στην πρόληψη. Οι συμπεριφορικές συνήθειες επηρεάζουν την υγεία και τη γήρανση. Η καλή προσαρμογή στη γήρανση του πληθυσμού χρειάζεται να θεωρείται δια βίου διαδικασία που αφορά τους ανθρώπους κάθε ηλικίας.

Το επίπεδο του πολιτισμού της σύγχρονης κοινωνίας είναι άμεσα συναρτημένο με τον τρόπο αντιμετώπισης των ηλικιωμένων. Η γήρανση δεν είναι ασθένεια αλλά η εξέλιξη της ζωής. Όπως έχει πει και η νομπελίστα Ρίτα Λέβι Μονταλτσίνι: «Ο τρόπος για να φτάσεις ως αυτήν καλά και ήρεμα είναι να την προετοιμάζεις από νέος».

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βάγια Χ. Κοινωνική Προστασία των ηλικιωμένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση και ο ρόλος του εθελοντικού τομέα, *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ*, 2004, 74.
2. Δημούλας Κ., Κριασιώτη Β., ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, Μελέτη αναφορικά με τις πρωτοβουλίες των ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών σχετικά με την διαχείριση της ενεργούς γήρανσης, 2006.
3. Δρούμπαλης Φ. Αναγκαία η Ίδρυση και Λειτουργία Γηριατρικών Κλινικών στα Νοσοκομεία της Ελληνικής Περιφέρειας, Η Περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας, 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, 22-24 Οκτωβρίου 2010.
4. Εθνική Έκθεση Στρατηγικής για την Κοινωνική Προστασία και την Κοινωνική Ένταξη, 2008-2010.
5. Ελληνική Στατιστική Αρχή, Πληθυσμός κατά φύλο και ομάδες ηλικιών. Σύνολο Ελλάδος κατά βαθμό αστικότητας, γεωγραφικά διαμερίσματα και νομοί 2001.
6. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Λεύκη Βίβλος, Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013.
7. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Προς μια Ευρώπη για όλες τις ηλικίες, 1999.
8. Eurofamcare, Η οικογένεια που φροντίζει εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα 2006.
9. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Μακροχρόνια μέριμνα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, 2008.
10. Ευρωπαϊκός Χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα και βοήθεια, 2010.
11. Λιαρόπουλος Λ., Οργάνωση Υπηρεσιών Συστημάτων Υγείας, Η κοινωνική πολιτική και ο τομέας της υγείας, Εκδόσεις Βίτα, Αθήνα 2007.
12. Λοπατατζίδης Α., Ε.Α.Π., Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Τόμος Α', Υγεία, οριοθετήσεις και προοπτικές, Πάτρα 1999.
13. Ραφτόπουλος Β., Τρέχουσες τάσεις και ανακλάσεις στη φροντίδα των ηλικιωμένων, σύγγραμμα από το μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, στην Θεματική Ενότητα: Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, 2010.
14. Ραφτόπουλος Β., Τα χαρακτηριστικά της γήρανσης, στον κόσμο, την Ελλάδα και την Κύπρο, σύγγραμμα από το μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, στην Θεματική Ενότητα: Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, 2010.
15. Σιγάλας Ι., Ε.Α.Π., Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας, Πάτρα 1999.
16. Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Εθνική Έκθεση Στρατηγικής για την Κοινωνική Προστασία και την Κοινωνική Ένταξη, 2006-2008.
17. Υ.Υ. & Κ.Α., Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία 2008-2012.
18. Χλέτσος Μ., Ε.Α.Π., Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Τόμος Β', Υγεία, Πολιτική υγείας/ Κοινωνική πολιτική, Πάτρα 1999.
19. Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Demography Report 2008: Meeting Social Needs in an Ageing Society.
20. Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, The 2009 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies.
21. European Commission, Centre for European Social and Economic Policy, Exploring the synergy between promoting active participation in work and in society and social, health and long-term care strategies, 2008.
22. Martin McKee, Ellen Nolte, Caring for people with chronic conditions, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2008.
23. Αθανάσσινα Π., Ανψουχητική γήρανση του ελληνικού πληθυσμού, 2007, διαθέσιμο στο, <http://portal.kathimerini.gr>.
24. Αντωνακούδης Χ., Ιατρικά και κοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων και οι γηριατρικές υπηρεσίες, 2009, διαθέσιμο στο, <http://www.cardio-asklepeion.org>.
25. Βαρελτζή Β., Δημογραφία, Γεροντική ηλικία, Γήρανση Κοινωνικές συνθήκες υγείας Ελλάδα Στατιστική, διαθέσιμο στο, <http://openarchives.gr/view/247246>.
26. Ελληνική Εταιρεία Δημογραφικών Μελετών, Η διογκούμενη Δημογραφική γήρανση, διαθέσιμο στο, <http://www.edim.gr>
27. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Το δημογραφικό μέλλον της Ευρώπης: Μετατροπή μιας πρόκλησης σε ευκαιρία, διαθέσιμο στο, <http://europa.eu>.
28. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Υγεία, Γήρανση, Πολιτική, διαθέσιμο στο <http://ec.europa.eu>.
29. Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, Ψήφισμα του της 9ης Σεπτεμβρίου 2010 σχετικά με τη μακροπρόθεσμη φροντίδα για τους ηλικιωμένους, διαθέσιμο στο <http://www.europarl.europa.eu>.
30. Ιδιαιτερότητες και ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας, διαθέσιμο στο, <http://health.in.gr>.
31. Υγειονομικός Χάρτης Ελλάδος, διαθέσιμο στο <http://www.ygeianet.gov.gr/>.
32. AGE Platform Europe, Ενεργός Γήρανση, διαθέσιμο στο, <http://www.age-platform.org>.
33. World Health Organization, Global financial crisis and the health of older people, διαθέσιμο στο <http://www.who.int>.