



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΚΑΤΣΟΥΡΗ ΙΩΑΝΝΑ - ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ**

**ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2008



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΚΑΤΣΟΥΡΗ ΙΩΑΝΝΑ – ΓΙΑΝΝΟΥΔΑ
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ**

**ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Επιβλέπων Καθηγητής : ΧΑΤΖΗΛΗΜΑ ΣΤΑΜΑΤΙΝΑ
Επίκουρος Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πειραιώς

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2008



UNIVERSITY OF
PIRAEUS

**POSTGRADUATE PROGRAMME
IN HEALTH MANAGEMENT**



**TEI OF
PIRAEUS**

**KATSOURI IOANNA - GIANNOULA
ERGOTHERAPIST**

**MANAGEMENT AND ADMINISTRATION OF
ERGOTHERAPEUTIC SERVICES**

Dissertation Thesis for the Postgraduate Degree
In Health Management

Piraeus, 2008



**POSTGRADUATE
PROGRAMME
IN HEALTH MANAGEMENT**



**TEI OF
PIRAEUS**

**KATSOURI IOANNA - GIANNOULA
ERGOTHERAPIST**

**MANAGEMENT AND ADMINISTRATION OF
ERGOTHERAPEUTIC SERVICES**

Supervisor: HADJIDEMA STAMATINA
Assistant Professor of University of Piraeus

Dissertation for the Postgraduate Degree
in Health Management

Piraeus, 2008

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	viii
ABSTRACT	ix
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	x
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	xi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	xiii
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:</u>	
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	1
1.1. Ετυμολογία και Ορισμός	1
1.2. Η Ιστορική Αναδρομή του Επαγγέλματος.....	3
1.3. Μοντέλα Εργοθεραπείας – Πελατοκεντρική Πρακτική	6
1.4. Υπηρεσίες Εργοθεραπείας	8
1.4.1. <i>Υπηρεσίες Εργοθεραπείας στη Γεροντολογία και στην Γηροψυχιατρική Εργοθεραπεία</i>	<i>10</i>
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</u>	
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	16
2.1. Οι Βασικοί Τομείς του Μάνατζμεντ στην Εργοθεραπεία	16
2.1.1. <i>Αυτοδιοίκηση και ο Εργοθεραπευτής</i>	<i>18</i>
2.1.2. <i>Πρότυπα Εφαρμογής – Πελατοκεντρική Προσέγγιση.....</i>	<i>19</i>
2.1.3. <i>Δομές Εργασίας και η Πρακτική του Εργοθεραπευτή</i>	<i>20</i>
2.1.4. <i>Σχεδιασμός</i>	<i>21</i>
2.1.5. <i>Οργάνωση και Διοίκηση.....</i>	<i>21</i>
2.1.6. <i>Συντονισμός.....</i>	<i>22</i>
2.1.7. <i>Επικοινωνία</i>	<i>24</i>
2.1.8. <i>Έλεγχος.....</i>	<i>25</i>
2.1.9. <i>Προϋπολογισμός.....</i>	<i>26</i>
2.1.10. <i>Διοίκηση Προσωπικού και οι Ομάδες στις Υπηρεσίες Υγείας.....</i>	<i>27</i>
2.2. Οι Δεξιότητες του Εργοθεραπευτή στο Μάνατζμεντ	29
2.2.1. <i>Τα Καθήκοντα ενός Εργοθεραπευτή Μάνατζερ</i>	<i>31</i>
2.2.2. <i>Σχέσεις Ηγεσίας στην Εργοθεραπεία</i>	<i>32</i>
2.2.3. <i>Η Ηγεσία σε ένα Γυναικοκρατούμενο Επάγγελμα.....</i>	<i>34</i>
2.2.4. <i>Οι Δυσκολίες ενός Επαγγελματία Υγείας σε Ρόλο Μάνατζερ.....</i>	<i>37</i>
2.3. Εργοθεραπεία και Στρατηγικές Συμμετοχικού Μάνατζμεντ	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ	42
3.1. Εργοθεραπευτική Παρέμβαση σε Ασθενείς με Άνοια.....	42
3.1.1. Ενδεικτικό Πρόγραμμα Εργοθεραπείας.....	49
3.1.2. Εργοθεραπευτικές Δραστηριότητες κατοίκων	50
3.2. Υπηρεσίες Υγείας και το Κόστος στην Άνοια.....	52
3.2.1. Ειδικές Δομές στην Άνοια.....	56
3.2.2. Το Κόστος της Οικογένειας Ασθενών με Άνοια.....	62
3.2.3. Οικονομικές Παροχές σε Ασθενείς με Άνοια.....	63
3.3. Επιλογή του Χρήστη, Διαχείριση Φροντίδας για Ανοϊκά Άτομα.....	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 :

ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ.....	71
4.1. Αξιολόγηση της Εργοθεραπευτικής Παρέμβασης σε Ασθενείς με Άνοια	72
4.1.1. Εκτίμηση – Αξιολόγηση της Άνοιας.....	73
4.1.2. Η Σημασία της Έγκαιρης και Σωστής Διάγνωσης	76
4.1.3. Αξιολόγηση των Παρεχόμενων Υπηρεσιών στην Άνοια.....	77
4.1.4. Οικονομική Αξιολόγηση στην Άνοια – Ανάλυση Κόστους / Οφέλους	82
4.2. Εμπειρικές Έρευνες – Μέτρηση της Αποδοτικότητας και Αποτελεσματικότητας στην Άνοια.....	84
4.2.1. Διαχείριση Φροντίδας στην Άνοια.....	84
4.2.2. Εργοθεραπεία στην Κοινότητα σε Ηλικιωμένους Ανοϊκούς Ασθενείς και στους Φροντιστές τους : Έρευνα Αποδοτικότητας	93

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 :

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ	105
5.1. Υπηρεσίες Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρείας.....	105
5.2. Κέντρο Ημέρας	110
5.3. Εμπειρικές Έρευνες στην Εργοθεραπεία.....	117
5.3.1. Ομαδική Εργοθεραπευτική Παρέμβαση.....	117
5.3.2. Θεραπευτικές Δραστηριότητες με Αισθητηριακά Ερεθίσματα.....	118
5.3.3. Η Αξία της Εκτίμησης των Σύνθετων Καθημερινών Δραστηριοτήτων στη Διάγνωση της Άνοιας.....	123

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 :

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ	127
6.1. Διαχείριση Φροντίδας στην Άνοια	127
6.2. Εργοθεραπεία στην Κοινότητα σε Ηλικιωμένους Ανοϊκούς Ασθενείς και στους Φροντιστές τους : Έρευνα Αποδοτικότητας	130
6.3. Ομαδική Εργοθεραπευτική Παρέμβαση.....	133
6.4. Θεραπευτικές Δραστηριότητες με Αισθητηριακά Ερεθίσματα.....	134
6.5. Η Αξία της Εκτίμησης των Σύνθετων Καθημερινών Δραστηριοτήτων στη Διάγνωση της Άνοιας.....	136

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 :

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	138
ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	147
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	155

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εκπαίδευση και η γνώση από τους Εργοθεραπευτές της διαδικασίας της οργάνωσης, της διαχείρισης καθώς και των βασικών αρχών της διοίκησης, εξασφαλίζει καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών Εργοθεραπείας.

Η Εργοθεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με άνοια, οι υπηρεσίες υγείας και το κόστος στην άνοια καθώς και οι επιλογές των χρηστών στη διαχείριση της φροντίδας για ανοϊκά άτομα αποτελούν βασικά θέματα προβληματισμού και έρευνας. Η Εργοθεραπεία μπορεί να βελτιώσει την καθημερινή λειτουργία, την κοινωνική συμμετοχή και την ευημερία των ατόμων με άνοια που διαμένουν στην κοινότητα καθώς και να ενισχύσει την αίσθηση ικανότητας των βασικών φροντιστών. Η μεγαλύτερη ανεξαρτητοποίηση των ασθενών και η ενισχυμένη αίσθηση ικανότητας των φροντιστών έχουν ως αποτέλεσμα χαμηλότερο ανεπίσημο κόστος περίθαλψης, καθυστέρηση στην εισαγωγή σε κλινική και χαμηλότερο κόστος άλλων κοινωνικών υπηρεσιών ή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Η μέτρηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας της εργοθεραπευτικής παρέμβασης στην άνοια είναι απαραίτητο εργαλείο για την αποτίμηση της μεθόδου. Η εργοθεραπεία στην κοινότητα, είναι μια ιδιαίτερα αποτελεσματική μη φαρμακευτική θεραπεία για ηλικιωμένα άτομα με άνοια και τους φροντιστές τους. Όχι μόνο βελτιώνει την καθημερινή λειτουργία των ατόμων με άνοια και την αίσθηση ικανότητας των φροντιστών, αλλά βελτιώνει και την ποιότητα ζωής, τη διάθεση και την κατάσταση της υγείας και των δύο ομάδων. Όλα αυτά θεωρούνται ως τα σημαντικότερα αποτελέσματα στις έρευνες για την άνοια.

ABSTRACT

**Management and Administration of Ergotherapeutic Services,
Katsouri Ioanna Giannoula**

**Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health
Management” University of Piraeus – TEI of Piraeus, Greece.**

Supervisor: Dr. Hadjidema Stamatina

Training and knowledge of management, organisation and the basic principles of administration related to ergotherapy leads to a better quality of ergotherapeutic services offered by ergotherapists.

Ergotherapeutic intervention in dementia patients, health services and cost of dementia, as well as user choices concerning care management for dementia patients constitute basic issues of speculation and research. Ergotherapy could improve the everyday functioning, the social participation and the well – being of people suffering from dementia who remain in the community and also reinforce the management ability of the basic care – givers. The latter, along with the greater autonomy of the patients, results in lower indirect cost of nursing, lower cost of other social or medicare services and postpones hospitalisation.

The measurement of efficiency and effectiveness of ergotherapeutic intervention in dementia is an essential mean for the evaluation of the method. Ergotherapy in the community is an effective non pharmaceutical therapy for aged people with dementia and their care – givers. It not only improves the everyday functioning of these patients and the management ability of their care – givers, but it also improves the quality of life, the mood and the health condition of both groups. These are considered as the most important results of research on dementia.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής, χωρίς την βοήθεια των οποίων δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση της.

Ευχαριστώ θερμά το διδακτικό προσωπικό του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» για το πραγματικό ενδιαφέρον τους καθώς και τις γνώσεις που μου μετέφεραν, καθώς και την γραμματέα του προγράμματος κυρία Άννα Μπατάκη για την ευχάριστη συνεργασία μας. Ιδιαίτερος θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κυρία Χατζηδήμα Σταματίνα για την πολύτιμη βοήθεια της, την ουσιαστική καθοδήγηση και υπομονή που μου έδειξε καθώς και τον χρόνο που μου διέθεσε καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

Ευχαριστώ τους συμφοιτητές μου και ιδιαίτερος την ομάδα των «Βετεράνων» για την συναισθηματική υποστήριξη τους.

Ευχαριστώ το εκπαιδευτικό προσωπικό του τμήματος Εργοθεραπείας του ΤΕΙ Αθήνας, για τις ουσιαστικές παρατηρήσεις τους κατά την αρχική διατύπωση του θέματος και ιδιαίτερος τον κύριο Πολίτη Ιωάννη και την προϊσταμένη του Τμήματος Εργοθεραπείας κυρία Τζονιγάκη Ιωάννα.

Ευχαριστώ τους υπεύθυνους της βιβλιοθήκης του Ανοικτού Ψυχοθεραπευτικού Κέντρου, τον Διευθυντή του Εκπαιδευτικού – Ερευνητικού Τομέως κύριο Τσέγκο Ιωάννη καθώς και τους συναδέλφους μου για την υπομονή τους όλο αυτό το διάστημα.

Ευχαριστώ τον κύριο Μούγια Αθανάσιο επιστημονικό υπεύθυνο της Ψυχογηριατρικής Εταιρείας «Ο Νέστωρ», καθώς και τους συναδέλφους μου. Ιδιαίτερος θα ήθελα να ευχαριστήσω την πρόεδρο της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρείας κυρία Βιολάκη Μερώπη για την αμέριστη υποστήριξη της.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Μοσχονά Θεανώ καθώς και την οικογένεια μου για την ουσιαστική συμπαράσταση τους.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει ως σκοπό να μελετήσει τον σχεδιασμό, την οργάνωση καθώς και τον προγραμματισμό των Υπηρεσιών Εργοθεραπείας σε ασθενείς με άνοια, καθώς και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης της νόσου, με στόχο την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση, μιας και το γενικότερο ενδιαφέρον για την άνοια είναι σχετικά πρόσφατο στη χώρα μας.

Η συνεχής αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης καθιστά αναγκαία την ανάπτυξη γηριατρικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της γήρανσης του πληθυσμού. Αυτό προϋποθέτει και την ειδική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στις ιδιαίτερες ανάγκες των γηριατρικών ασθενών για την δημιουργία νέων δομών παροχής υπηρεσιών.

Η άνοια φαίνεται να συνοδεύει την Τρίτη και Τέταρτη ηλικία. Σύμφωνα με την Βιολάκη 2003, πρόεδρου της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρείας, μεγάλος είναι ο αριθμός των οικογενειών που έχουν στους κόλπους τους άτομα με κάποιας μορφής άνοια. Συγκεκριμένα, περίπου 5% των ατόμων 65 χρόνων και 30% των ατόμων που είναι πάνω από 85 χρόνων πάσχουν από άνοια. Είναι αυτονόητο ότι όσα περισσότερα χρόνια ζούμε, τόσο περισσότερο θα αυξάνεται και ο αριθμός των ατόμων με άνοια, καθώς και η ανάγκη ανάπτυξης νέων δομών για την αντιμετώπιση τους.

Η Νόσος Alzheimer είναι η πλέον σημαντική άνοια εξαιτίας της μεγάλης συχνότητάς της. Στις ΗΠΑ 5 – 10 % των ηλικιωμένων ηλικίας άνω των 65 ετών πάσχουν από τη νόσο (Katzman & Kawas, 1994), ενώ 1-3 καινούριοι ασθενείς προστίθενται το χρόνο σε 100 ηλικιωμένους άνω των 65 ετών. Παρατηρείται σχεδόν στους μισούς ηλικιωμένους άνω των 85 ετών.

Το 1992 στις ΗΠΑ έπασχαν 4.000.000 άνθρωποι και το κόστος της φροντίδας τους έφτανε τα 90 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο. Σήμερα είναι γνωστό ότι πάσχουν περίπου 20.000.000 άτομα σε όλον τον κόσμο από τη νόσο του Alzheimer και στην Ελλάδα ο αντίστοιχος αριθμός είναι 46.000 ασθενείς ηλικίας άνω των 70 ετών με επιπολασμό 6% και επίπτωση 3% (Τσολάκη, 1999). Επομένως το γήρας και η Νόσος Alzheimer είναι δύο σοβαρά σύγχρονα προβλήματα. Είναι γνωστό ότι η Νόσος Alzheimer μάλιστα είναι η τέταρτη αιτία θανάτου των ηλικιωμένων.

Ο μέσος όρος διάρκειας της νόσου Alzheimer από τη στιγμή της διάγνωσης είναι δέκα έτη. Το συναισθηματικό και οικονομικό κόστος τόσο της οικογένειας όσο και των υπηρεσιών υγείας, για την αντιμετώπιση της άνοιας είναι μεγάλο. Αυτό μπορεί να σημαίνει δέκα χρόνια δυσκολίας ή δέκα χρόνια κατά τη διάρκεια των οποίων μπορεί κανείς να οραματιστεί με θετικό τρόπο πώς να κάνει το προσβεβλημένο άτομο ευτυχισμένο και να βελτιώσει την ποιότητα της δικής του ζωής.

Η άνοια είναι μια νόσος που απαιτεί αυξημένη φροντίδα, επηρεάζοντας, κατά συνέπεια, την οικογένεια του ατόμου με άνοια, η οποία καλείται να σηκώσει ένα βαρύ φορτίο. Αυτός ήταν και ο λόγος που, πριν αρκετά χρόνια, η Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία ενεργοποιήθηκε και προς τη κατεύθυνση των οικογενειών των ατόμων με άνοια, βοηθώντας στη δημιουργία ενός σωματείου αλληλοβοήθειας των συγγενών των ατόμων με άνοια. Καθώς επίσης και της δημιουργίας της Ψυχογηριατρικής Εταιρείας «Ο Νέστωρ» για την παροχή υπηρεσιών. Το προσωπικό της εταιρείας χρειάστηκε να εκπαιδευτεί τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της νόσου, και να σχεδιάσει τις υπηρεσίες σύμφωνα με τις ανάγκες τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους. Οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν.

Το έναυσμα για την μελέτη της διπλωματικής αυτής εργασίας και αφετηρία για την επιλογή του θέματος, υπήρξε η επαγγελματική δραστηριοποίηση μου στο χώρο της άνοιας, κατά την διάρκεια του σχεδιασμού και της υλοποίησης του τμήματος Εργοθεραπείας στο Κέντρο Alzheimer, το πρώτο εξειδικευμένο κέντρο στην Ελλάδα. Καθώς και το προσωπικό μου ενδιαφέρον σε σχέση με τις δυνατότητες της Εργοθεραπευτικής παρέμβασης που είναι δυνατό να εφαρμοστούν σε ένα θεματικό πεδίο με τις συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες. Η αξιολόγηση της Εργοθεραπευτικής παρέμβασης των παρεχομένων υπηρεσιών απαιτείτε, τόσο για τον επαναπροσδιορισμό του προγράμματος, όσο και για την απόδοση με αντικειμενικά κριτήρια του ωφέλους και της αποτελεσματικότητας της μεθόδου.

Κατσούρη Ιωάννα - Γιαννούλα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα προβλήματα που παρουσιάζονται στον τομέα της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας καθώς και η δυσaréσκεια των Ελλήνων πολιτών για τις υπηρεσίες υγείας, φανερώνουν την έλλειψη πρακτικών γνώσεων από τους επαγγελματίες υγείας, που συμμετέχουν σε αυτήν τη διαδικασία με οποιονδήποτε τρόπο.

Η εκπαίδευση και η γνώση από τους Εργοθεραπευτές της διαδικασίας της οργάνωσης, της διαχείρισης καθώς και των βασικών αρχών της διοίκησης, εξασφαλίζει καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών Εργοθεραπείας τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα, καθώς και την αναγνώριση της αξίας και της ιδιαίτερης προσφοράς του επαγγέλματος.

Οι γνώσεις αυτές είναι απαραίτητες για την αποτελεσματικότερη διαχείριση των υπηρεσιών που παρέχονται. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1977, δίνει τις κατευθύνσεις για την ακαδημαϊκή εκπαίδευση στο αντικείμενο της Οργάνωσης στο χώρο της Υγείας που αφορούν τις προσωπικές υπηρεσίες που καλύπτουν κοινωνικές ανάγκες, τις υπηρεσίες υγείας, το σχεδιασμό στον τομέα της υγείας, τη δημόσια υγεία και τους επαγγελματίες υγείας.

Ο Αμερικάνικος Σύλλογος Εργοθεραπευτών το 1993, παρουσιάζει το ρόλο του Διαχειριστή (Administrator) και του Επόπτη (Supervisor), ανάμεσα στους διάφορους ρόλους που αναλαμβάνει ένας Εργοθεραπευτής, αναλύοντας τις δεξιότητες και τα προσόντα που απαιτούνται για μια τέτοια θέση.

Η Gilkeson το 1997 και η Marriott το 1997, παραλλήλισαν τα βασικά στοιχεία της διαδικασίας της οργάνωσης και της διοίκησης με τα βασικά στοιχεία της Εργοθεραπευτικής διαδικασίας και βρήκαν αρκετά κοινά σημεία. Μεταξύ άλλων συμπέραναν είναι ότι ένας Εργοθεραπευτής είναι αρκετά εξοικειωμένος με τις λειτουργίες του μάνατζμεντ, ήδη από την κλινική του εκπαίδευση και εμπειρία. Η παράλληλη εκπαίδευση των Εργοθεραπευτών σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο, πάνω στις βασικές αρχές και λειτουργίες της διαδικασίας του μάνατζμεντ θα ενισχύσει τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την άσκηση μιας αποτελεσματικότερης διοίκησης στα πλαίσια των υπηρεσιών Εργοθεραπείας.

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, τα τελευταία χρόνια έχει αναγνωριστεί η ανάγκη να υπάρχουν μέθοδοι με τις οποίες η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης μπορεί να μετρηθεί με αντικειμενικό τρόπο.

Αυτή η μέτρηση εξυπηρετεί τους ακόλουθους σκοπούς:

- Να αποδείξει ότι η παρέμβαση είναι κατάλληλη και αποτελεσματική
- Να επισημάνει τις περιοχές της υπηρεσίας, που πιθανόν χρειάζονται ανάπτυξη ή επιπλέον ενίσχυση
- Να διευκολύνει τις αλλαγές που θα οδηγήσουν στην αύξηση της ικανοποίησης των πελατών της υπηρεσίας
- Να αποδείξει την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται
- Να αποδείξει την αποτελεσματική χρήση των διαθέσιμων πόρων

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί εργαλεία από την διοίκηση των υπηρεσιών υγείας για την μέτρηση της συνολικής βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού που εξυπηρετείται από τις υπηρεσίες. Εργαλεία για την μέτρηση του χρόνου αναμονής, ή τον αριθμό και τον τύπο των παραπόνων. Δηλαδή η μέτρηση αφορά στοιχεία που θα αποδείξουν ότι η υπηρεσία είναι αποτελεσματική για την βελτίωση της υγείας του γενικού πληθυσμού (Καταρτζή, 2002).

Σύμφωνα με τον Πολύζο, 2007 σελ. 495-496: «η ορθολογικοποίηση των αποφάσεων σχεδιασμού δημιούργησε την ανάγκη αξιολόγησης του συστήματος με τρόπο που να μπορούμε να ελέγξουμε κατά πόσο αυτό επιφέρει πάντα τα επιθυμητά αποτελέσματα. Η αξιολόγηση υγείας ενός πληθυσμού εξαρτάται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες, πέρα από τους βιολογικούς, όπως για παράδειγμα, κοινωνικούς, πολιτικούς και οικονομικούς. Είναι η συστηματική και επιστημονική διαδικασία με την οποία προσπαθούμε να εκτιμήσουμε σε ποιο βαθμό μια δραστηριότητα ή μια αλληλουχία δραστηριοτήτων επέτρεψαν ή όχι την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων μιας υπηρεσίας υγείας. Ορίζεται ως βασικό στοιχείο του προγραμματισμού, ως μια αναδρομική παρατήρηση στα διάφορα επίπεδα του. Αποσκοπεί στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και των οικονομικών πόρων μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών υγείας. Στην περίπτωση των προγραμμάτων υγείας, αναφέρεται στον συστηματικό προσδιορισμό της επάρκειας, της προόδου, της δραστηριότητας, της αποτελεσματικότητας και του επιπέδου υλοποίησης κάθε προγράμματος υγείας» (Πολύζος, 2007).

Κατά την Εργοθεραπευτική παρέμβαση τόσο οι ασθενείς όσο και η οικογένειά τους, ζητάνε πληροφόρηση και καλύτερη ενημέρωση για την άμεση ανακούφιση τους από τις συνέπειες της αρρώστιας, όπως γρήγορη και αποτελεσματική θεραπεία.

Οι θεραπευτές όμως ενδιαφέρονται να μετρήσουν την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης τους σε κάθε ασθενή ατομικά, όπως η θεραπεία της αρρώστιας, η ανακούφιση από τα συμπτώματα, η ικανοποίηση του ασθενή με την διαδικασία της θεραπείας, καθώς και ένα μέγιστο επίπεδο λειτουργικότητας για τον ίδιο τον ασθενή. Υπάρχουν δύο κυρίως τύποι μέτρησης: οι σταθμισμένες και οι εξατομικευμένες κλίμακες (Καταρτζή, 2002).

Η άνοια είναι μία από τις τρεις κυριότερες ασθένειες όσον αφορά την περίθαλψη και αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες ανικανότητας των ηλικιωμένων. Η άνοια είναι μια χρόνια και εκφυλιστική ασθένεια που δημιουργεί διαταραχές στη μνήμη, προβλήματα συμπεριφοράς, έλλειψη πρωτοβουλίας, απώλεια ανεξάρτητης λειτουργικότητας στις καθημερινές δραστηριότητες καθώς και απώλεια συμμετοχής στις κοινωνικές δραστηριότητες. Τα προβλήματα αυτά μειώνουν την ευημερία των ανοϊκών ασθενών και των φροντιστών τους, πιέζουν τις οικογενειακές και φιλικές σχέσεις και δημιουργούν υψηλό κόστος φροντίδας. Η εξάπλωση της άνοιας σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις ανέρχεται σε 24,3 εκατομμύρια. Το ποσοστό αυτό αναμένεται να διπλασιαστεί στα επόμενα 20 χρόνια.

Στο πρώτο κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας αναφέρεται η ετοιμολογία και ο ορισμός της Εργοθεραπείας καθώς και οι υπηρεσίες της Εργοθεραπείας στη Γεροντολογία και στην Γηροψυχιατρική Εργοθεραπεία.

Όπως αναφέρεται στην βιβλιογραφία τις τελευταίες δεκαετίες έχουν προταθεί και έχουν γίνει αποδεκτοί από την Αμερικάνικη Οργάνωση Εργοθεραπείας αρκετοί ορισμοί που ανταποκρίνονται στα κριτήρια διασφάλισης της Εργοθεραπείας. Ενδεικτικά αναφέρω τον ορισμό που δόθηκε το 1981: «η Εργοθεραπεία είναι η χρήση της σκόπιμης δραστηριότητας σε άτομα που η λειτουργικότητα τους έχει περιορισθεί (μειωθεί) από σωματικό τραυματισμό ή ασθένεια ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία, αναπτυξιακές ή μαθησιακές δυσκολίες, οικονομικές ή πολιτιστικές διαφορές ή λόγω των γηρατειών με σκοπό την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ανεξαρτητοποίηση, την πρόληψη της αναπηρία για την εκτίμηση της κινητικότητας και την προαγωγή της υγείας. Η εφαρμογή της Εργοθεραπείας συνίσταται στην αξιολόγηση, θεραπεία και συμβουλευτική. Ειδικά Εργοθεραπευτικά προγράμματα περιλαμβάνουν διδασκαλία δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, ανάπτυξη αντιληπτικο-κινητικών δεξιοτήτων και οργάνωσης της λειτουργίας της αισθητηριακής ολοκλήρωσης, ανάπτυξη δεξιοτήτων παιχνιδιού, προεπαγγελματικών και ψυχαγωγικών ικανοτήτων, σχεδιασμό κατασκευή και εφαρμογή επιλεγμένων ορθοτικών ή προσθετικών μηχανημάτων ή επιλεγμένων

προσαρμογών, χρησιμοποίηση ειδικά σχεδιασμένων χειροτεχνιών και ασκήσεων για τη βελτίωση της λειτουργικότητας, χρησιμοποίηση τεστ περιβαλλοντικές προσαρμογές για τους αναπήρους. Αυτά τα προγράμματα παρέχονται ατομικά, ομαδικά ή μέσω των κοινοτικών συστημάτων».

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσονται τα θέματα διοίκησης και οργάνωσης υπηρεσιών Εργοθεραπείας. Η εργασία του εργοθεραπευτή είναι συνδεδεμένη με το μάνατζμεντ επειδή σχετίζεται με την απόκτηση και χρήση πόρων με σκοπό την πραγματοποίηση στόχων.

Είτε ο στόχος είναι η παροχή εργοθεραπείας σε έναν πελάτη ή σε μια περιοχή, η εργασία αυτή απαιτεί αποφασιστικούς τρόπους και μέσα που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες. Οι εργοθεραπευτές μπορούν να εργαστούν σε οποιοδήποτε επίπεδο διοίκησης - τεχνικό, οργανωτικό και θεσμικό. Η πλειοψηφία των εργοθεραπευτών απασχολείται στο τεχνικό επίπεδο π.χ. εργάζονται απευθείας με τον πελάτη / ασθενή. Τα υψηλότερα στελέχη στην εργοθεραπεία ασχολούνται με εργασίες που αφορούν την οργανωτική και θεσμική διοίκηση και οι οποίες περιλαμβάνουν τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται. Το μάνατζμεντ σε κάθε επίπεδο ασχολείται με ανθρώπους, εργασίες και με το περιβάλλον στο οποίο θα πραγματοποιηθούν οι εργασίες αυτές. Στόχος του μάνατζμεντ πρέπει να είναι η απόκτηση τέτοιων συνθηκών εργασίας που να επιφέρουν ικανοποίηση και αποτελεσματικότητα.

Ένα σημαντικό ζήτημα στο μάνατζμεντ είναι η υπευθυνότητα. Οι μάνατζερ πρέπει να είναι υπεύθυνοι για τους πόρους που χρησιμοποιούνται στην παροχή των υπηρεσιών. Επίσης, η επίβλεψη αποτελεί μέρος της δουλειάς του μάνατζερ. Τέλος, επισημαίνεται η σπουδαιότητα της θέσης του εργοθεραπευτή ως μάνατζερ. Είναι μια θέση που υπόκειται σε συνεχόμενες αλλαγές και πιέσεις και μεταξύ αυτών των συνθηκών εργασίας ο μάνατζερ θα πρέπει να αντιμετωπίζει προβληματικές καταστάσεις, να λαμβάνει αποφάσεις και να ενεργεί (Maslin, 1991).

Στο τρίτο κεφάλαιο εξετάζεται η παροχή υπηρεσιών Εργοθεραπείας στην Άνοια. Ποιο συγκεκριμένα αναφέρετε η Εργοθεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με άνοια, οι υπηρεσίες υγείας και το κόστος στην άνοια καθώς και η επιλογή του χρήστη στη διαχείριση της φροντίδας για ανοϊκά άτομα.

Η Εργοθεραπεία μπορεί να βελτιώσει την καθημερινή λειτουργία, την κοινωνική συμμετοχή και την ευημερία των ατόμων με άνοια που διαμένουν στην κοινότητα καθώς και να ενισχύσει την αίσθηση ικανότητας των βασικών φροντιστών.

Είναι πιθανό να μειωθεί το κόστος περίθαλψης λόγω μεγαλύτερης ανεξαρτητοποίησης των ασθενών και ενισχυμένης αίσθησης ικανότητας των φροντιστών έχοντας ως αποτέλεσμα χαμηλότερο ανεπίσημο κόστος περίθαλψης, καθυστέρηση στην εισαγωγή σε κλινική και χαμηλότερο κόστος άλλων κοινωνικών υπηρεσιών ή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται η μέτρηση της αποδοτικότητας και αποδοτικότητας της εργοθεραπευτικής παρέμβασης στην άνοια. Σε έρευνα στην Σκανδιναβία, το ανεπίσημο κόστος περίθαλψης, που εκτιμάται στο ευκαιριακό κόστος του χρόνου των φροντιστών, αποτελεί το ένα τρίτο του συνολικού ετήσιου κόστους για την άνοια και ανάλογα με τη σοβαρότητα της ασθένειας αυξάνεται σημαντικά. Επομένως, είναι σημαντικό να εφαρμοστούν νέες δραστικές και αποτελεσματικές παρεμβάσεις που θα συμβάλλουν στην μεγαλύτερη ανεξαρτησία και ευημερία των ασθενών και θα μειώσουν τις υποχρεώσεις των φροντιστών, έχοντας ως αποτέλεσμα μια πιο αποτελεσματική χρήση των ελάχιστων πόρων περίθαλψης.

Η Εργοθεραπεία συνήθως δεν προτείνεται σε ανοϊκούς ασθενείς στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Πρόσφατες μελέτες εξετάζουν την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της εργοθεραπείας στην κοινότητα σε ανοϊκούς ασθενείς και τους φροντιστές τους. Σε μια μελέτη προγράμματος εργοθεραπείας εννέα μηνών παρατηρήθηκε χαμηλότερο ιατρικό κόστος και μεγαλύτερη ανεξαρτητοποίηση. Η έρευνα αυτή αποδείχτηκε επικερδής γιατί είχε οφέλη στην επίγνωση και την ποιότητα ζωής και είχε λιγότερο κόστος από την συνηθισμένη περίθαλψη. Ένα εντατικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα 10 ημερών για τους φροντιστές αποδείχτηκε επικερδές και βοήθησε τους ασθενείς να παραμένουν περισσότερο στο σπίτι και μείωσε την ψυχολογική νοσηρότητα των φροντιστών.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται η μελέτη περίπτωσης της λειτουργίας του Κέντρου Alzheimer στην Αθήνα, καθώς και οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο τμήμα Εργοθεραπείας. Το Κέντρο Alzheimer απευθύνεται σε άτομα που πάσχουν από τη νόσο Alzheimer ή κάποια άλλη μορφή άνοιας, στους φροντιστές και στις οικογένειες τους. Σκοπός του Κέντρου είναι η έγκαιρη διάγνωση, η θεραπεία, η στήριξη της οικογένειας και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς και των φροντιστών του.

Στο Κέντρο Alzheimer παρακολούθησαν από το έτος 2005 έως και σήμερα (31/12/2007) τις ομαδικές συνεδρίες Εργοθεραπείας 846 ασθενείς, από τους οποίους

οι 424 συμμετείχαν στο Κέντρο Ημέρας και οι 422 στην Κλινική Βραχείας Νοσηλείας. Οι ασθενείς του Κέντρου Ημέρας επαναξιολογούνται κάθε 6 μήνες.

Στο έκτο κεφάλαιο αναφέρονται τα αποτελέσματα ερευνών που σχετίζονται με υπηρεσίες Εργοθεραπείας σε ανοϊκούς ασθενείς. Είναι χρήσιμο για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας της Εργοθεραπευτικής παρέμβασης να γίνει αναφορά σε ορισμένα βασικά ερευνητικά πορίσματα που σχετίζονται με τους στόχους της παροχής βοήθειας στους ανοϊκούς ασθενείς στις οικογένειες και τους περιθάλποντες των ανοϊκών ασθενών.

Οι ασθενείς με άνοια, βιώνουν μια σταδιακή έκπτωση των δεξιοτήτων τους καθώς εξελίσσεται η νόσος τους. Η έκπτωση αυτή επηρεάζει ολοένα και περισσότερους τομείς της καθημερινής ζωής για να μετουσιωθεί τέλος σε πλήρη αδυναμία αυτόνομης διαβίωσης.

Στα αρχικά στάδια της νόσου, όταν η κλινική εικόνα εμφανίζει μικρό αριθμό συμπτωμάτων, πιστεύεται ότι η χρήση Εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων μπορεί να λειτουργήσει επιβραδυντικά ως προς τον ρυθμό έκπτωσης της μνήμης, ενώ στα τελικά στάδια μπορεί να ωφελήσει άμεσα τον ασθενή αλλά και έμμεσα το οικογενειακό περιβάλλον, παρέχοντας του έναν τρόπο επικοινωνίας με τον πάσχοντα.

Τέλος στα συμπεράσματα, είναι χρήσιμο να αναφερθεί ότι μέσα από έρευνες στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, έχουν διαπιστωθεί διάφορα προβλήματα, τα οποία οδηγούν σε υπηρεσίες αναποτελεσματικές και χαμηλής ποιότητας. Ανάμεσα στα προβλήματα σημαντική θέση κατέχει ο τομέας της οργάνωσης των υπηρεσιών και η έλλειψη αποτελεσματικής διοίκησης. Αυτό καθιστά αναγκαία την εξέταση τέτοιων θεμάτων και την παρουσίαση συμπερασμάτων που θα οδηγήσουν σε αποτελεσματικότερη λειτουργία της παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Για να οργανώσουμε μια εξειδικευμένη υπηρεσία υγείας είναι σκόπιμο και ωφέλιμο κατά τον αρχικό σχεδιασμό, να γνωρίζουμε την νόσο και να εκπαιδεύσουμε τους επαγγελματίες υγείας στην διάγνωση, την αξιολόγηση και την θεραπευτική της αντιμετώπιση.

Η εργοθεραπεία στην κοινότητα, είναι μια ιδιαίτερα αποτελεσματική μη φαρμακευτική θεραπεία για ηλικιωμένα άτομα με άνοια και τους φροντιστές τους. Όχι μόνο βελτιώνει την καθημερινή λειτουργία των ατόμων με άνοια και την αίσθηση ικανότητας των φροντιστών, αλλά βελτιώνει και την ποιότητα ζωής, τη διάθεση και την κατάσταση της υγείας τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών. Όλα αυτά θεωρούνται ως τα σημαντικότερα αποτελέσματα στις έρευνες για την

άνοια. Επίσης, καθώς αυτή η παρέμβαση εργοθεραπείας στην κοινότητα είναι επικερδής, συστήνεται σε όλες τις υπηρεσίες υγείας και πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης για άτομα με άνοια και τους φροντιστές τους. Επιπλέον, εάν εφαρμοστούν τα κριτήρια για την χρήση φαρμάκων στην παρέμβαση αυτή, δεν υπήρχε αμφιβολία για την εφαρμογή. Μια πολυκεντρική μελέτη θα καθορίσει το κέρδος με διαφορετικά δεδομένα και σε διαφορετικές περιοχές υγειονομικής περίθαλψης.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 :

ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πριν μιλήσουμε για τον σχεδιασμό Υπηρεσιών Εργοθεραπείας σε ανοϊκούς ασθενείς και την αξιολόγηση αυτών των υπηρεσιών, είναι σκόπιμο να αναφερθούμε στον γενικότερο ρόλο της Εργοθεραπείας στο χώρο της Υγείας. Η ευρύτητα των Θεραπευτικών παρεμβάσεων της Εργοθεραπείας ποικίλουν, ανάλογα με τον τύπο του προβλήματος του πελάτη και τους θεραπευτικούς σκοπούς που τίθενται σε αυτόν.

1.1. Ετυμολογία και Ορισμός

Καλό είναι να έχουμε υπ' όψιν μας την ετυμολογία της λέξης έργον – ergon – από όπου παράγεται και η λέξη Εργοθεραπεία. **Έργον:** ενεργός απασχόληση, εργασία, δράση, φυσική και ψυχική προσπάθεια αποδοτικότητας, λειτουργία (Πανουή, 1979).

Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, η λέξη **Έργο** περιλαμβάνει κάθε δραστηριότητα, εργασία, δουλειά, δράση, πνευματική ή σωματική απασχόληση, φυσική ή ψυχική προσπάθεια, με την οποία το άτομο εμπλέκεται. Η εμπλοκή αυτή προϋποθέτει την ύπαρξη ανάλογων δεξιοτήτων, ικανοτήτων και τη διάθεση χρόνου και ενέργειας από το άτομο.

Η λέξη **Θεραπεία** δηλώνει την εξειδικευμένη παρέμβαση στα τρία επίπεδα πρόληψης με σκοπό είτε την προαγωγή της υγείας είτε την ειδική πρόληψη είτε την ίαση είτε την αποκατάσταση σε άτομο που η υγεία του έχει διαταραχθεί ή κινδυνεύει να διαταραχθεί συνέπεια διαφόρων αιτιών (σωματική νόσο, ψυχική διαταραχή, διαταραχές της ανάπτυξης, τραυματισμό, κοινωνικούς παράγοντες) (Σιάννη, 2001).

Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη το 2004 το **Έργο**, σημαίνει: «δραστηριότητα με συγκεκριμένο σκοπό και αποτέλεσμα ...», **Θεραπεία:** «κάθε μέσο που αποσκοπεί στην ίαση νόσου, αποτελεσματική / ριζική», **Εργοθεραπεία:** «μέθοδος θεραπείας ψυχοσωματικών παθήσεων με απασχόληση σε ορισμένες εργασίες» (Μπαμπινιώτης, 2004).

Έτσι ο όρος **Εργοθεραπεία** είναι το μέσον που υποδηλώνει ότι μέσο της χρήσης έργων επιδιώκεται η θεραπεία.

Η Σιάννη το 2001 αναφέρει ότι η εφαρμογή της Εργοθεραπείας βασίζεται στην πεποίθηση ότι τα έργα είναι σκόπιμες δραστηριότητες (purposeful activities) που έχουν επιλεγεί για τη θεραπευτική τους αξία. Οι Εργοθεραπευτές τα χρησιμοποιούν για να βοηθήσουν τον πελάτη είτε να αποκτήσει, είτε να διατηρήσει, είτε να ξανακερδίσει ικανότητες που δεν είχε στο παρελθόν ή έχουν χαθεί ή έχουν μειωθεί εξ αιτίας σωματικών ή ψυχολογικών διαταραχών, με σκοπό να εμποδιστεί η ψυχολογική ή σωματική δυσλειτουργία του ατόμου και να επανέλθει η λειτουργικότητά του, σε όσο το δυνατόν, πιο φυσιολογικό επίπεδο (Σιάννη, 2001).

Η Πανουή το 1979 αναφέρει τον ορισμό που δόθηκε στην δημοσιότητα το 1975 από το AJOT, το επίσημο Αμερικάνικο Περιοδικό Εργοθεραπείας: «η Εργοθεραπεία είναι η τέχνη και η επιστήμη να καθοδηγηθεί ο άνθρωπος – πελάτης – ασθενής – σε επιλεγμένα έργα για να επαναφέρει, να ενδυναμώσει και να επεκτείνει την απόδοσή του, να διευκολύνει την εκμάθηση αυτών των ικανοτήτων και λειτουργιών των ουσιωδών για την προσαρμογή και παραγωγικότητα, να μειώσει και να διορθώσει μια παθολογική κατάσταση και να προωθήσει και να διατηρήσει την υγεία. Το θεμελιώδες ενδιαφέρον της Εργοθεραπείας είναι η ανάπτυξη και διατήρηση της ικανότητας καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου, ώστε να εκτελεί ικανοποιητικά για τον εαυτό του και για τους άλλους έργα και ρόλους ουσιώδεις για μια ζωή παραγωγική, ώστε να επιβάλλεται στον εαυτό του και το περιβάλλον του» (Πανουή, 1979).

Όπως αναφέρεται στην βιβλιογραφία, τις τελευταίες δεκαετίες έχουν προταθεί και έχουν γίνει αποδεκτοί από την Αμερικάνικη Οργάνωση Εργοθεραπείας αρκετοί ορισμοί που ανταποκρίνονται στα κριτήρια διασφάλισης της Εργοθεραπείας. Ενδεικτικά αναφέρω τον ορισμό που δόθηκε το 1981: «η Εργοθεραπεία είναι η χρήση της σκόπιμης δραστηριότητας σε άτομα που η λειτουργικότητά τους έχει περιορισθεί (μειωθεί) από σωματικό τραυματισμό ή ασθένεια ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία, αναπτυξιακές ή μαθησιακές δυσκολίες, οικονομικές ή πολιτιστικές διαφορές ή λόγω των γηρατειών με σκοπό την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ανεξαρτητοποίηση, την πρόληψη της αναπηρίας για την εκτίμηση της κινητικότητας και την προαγωγή της υγείας. Η εφαρμογή της Εργοθεραπείας συνίσταται στην αξιολόγηση, θεραπεία και συμβουλευτική. Ειδικά Εργοθεραπευτικά προγράμματα περιλαμβάνουν διδασκαλία δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, ανάπτυξη αντιληπτικο-κινητικών δεξιοτήτων και οργάνωσης της λειτουργίας της αισθητηριακής ολοκλήρωσης, ανάπτυξη δεξιοτήτων παιχνιδιού, προεπαγγελματικών και ψυχαγωγικών ικανοτήτων, σχεδιασμό κατασκευής και εφαρμογή επιλεγμένων ορθοτικών ή προσθετικών μηχανημάτων ή επιλεγμένων προσαρμογών,

χρησιμοποίηση ειδικά σχεδιασμένων χειροτεχνιών και ασκήσεων για τη βελτίωση της λειτουργικότητας, χρησιμοποίηση τεστ περιβαλλοντικές προσαρμογές για τους αναπήρους. Αυτά τα προγράμματα παρέχονται ατομικά, ομαδικά ή μέσω των κοινοτικών συστημάτων».

Αρκετά πιο σύντομοι είναι οι ορισμοί που έγιναν δεκτοί το 1989, ο πρώτος από την Οργάνωση Εργοθεραπευτών των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (Committee of Occupational Therapists for the European Communities) και ο δεύτερος από την Παγκόσμια Ομοσπονδία Εργοθεραπευτών, έχουν όμως το μειονέκτημα ότι περιορίζουν το πεδίο εφαρμογής της Εργοθεραπείας. Σύμφωνα με τον ορισμό της C.O.T.E.C.: « οι Εργοθεραπευτές αξιολογούν και θεραπεύουν τα άτομα χρησιμοποιώντας τη σκόπιμη δραστηριότητα για να εμποδίσουν την αναπηρία και να αναπτύξουν ανεξάρτητη λειτουργικότητα».

Ενώ, σύμφωνα με την Παγκόσμια Ομοσπονδία Εργοθεραπευτών: «Εργοθεραπεία είναι η θεραπεία σωματικών ή ψυχιατρικών διαταραχών μέσω ειδικά επιλεγμένων δραστηριοτήτων με σκοπό να βοηθήσει τα άτομα να επιτύχουν το μέγιστο επίπεδο λειτουργικότητας και ανεξαρτησίας σε όλες τις πλευρές της ζωής τους» (Σιάννη, 2001).

1.2. Η Ιστορική Αναδρομή του Επαγγέλματος

Η ωφέλιμη επίδραση της Εργοθεραπείας στην υγεία του ανθρώπου έχει αναγνωρισθεί τουλάχιστον 2.000 χρόνια πριν. Στην Αρχαιότητα οι Κινέζοι από το 2.600 π.χ. δημιούργησαν μια σειρά πνευματικών γυμνασμάτων αποκαλούμενων Gong Fu, για τα οποία πίστευαν ότι όχι μόνο παρατείνουν την ζωή αλλά εξασφαλίζουν και την αθανασία της ψυχής.

Οι αρχαίοι ημών πρόγονοι τόνισαν την αξία της ισότιμης καλλιέργειας σώματος και μυαλού. Απλώς θυμίζω τα πασίγνωστα πιά ρητά: « Νούς υγιής έν σώματι υγιές » ή « Αργία μήτηρ πάσης κακίας ». Ο Ιπποκράτης (359 π.χ.) πατέρας της Ιατρικής και ο Γαληνός (200 μ.χ), πολύ αργότερα, συνέστησαν στους ασθενείς τους να γυμνάζονται στα γυμναστήρια σαν μέσο για να αναρρώσουν.

Ο Ρωμαίος Ασκληπιάδης (100 π.χ) και ο Caelius Aurlieus, (5ο αιώνα μ.χ.) στην Αφρική, πρότειναν σε ασθενείς με ψυχικά προβλήματα ένα συστηματικό πρόγραμμα δραστηριοτήτων το οποίο περιελάμβανε παιχνίδια, διασκέδαση, διαφόρων ειδών λουτρά,

άκουσμα απαλής μουσικής, διάβασμα, θεατρικές παραστάσεις, ταξίδια κ.λ.π. (Καραποστόλη, 1987).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, προχωρώντας στην νεώτερη ιστορία της Εργοθεραπείας, βλέπουμε ότι οι ρίζες του επαγγέλματος μπαίνουν τον 18^ο και 19^ο αιώνα. Σχετίζεται βαθιά με την ανθρωπιστική θεραπεία, και μάλιστα με την λεγόμενη Ηθική Θεραπεία, που κάνει την εμφάνιση της στα ψυχιατρικά άσυλα στα μισά του 18^{ου} αιώνα, με κύριους εκπροσώπους τους Pinel, Tuke και Conelly. Ο Phillippe Pinel εισάγει την εργασία ως θεραπευτικό μέσο στο ψυχιατρικό άσυλο της Bicetre, και το 1801 περιγράφει γραπτώς την μέθοδο του ως « υποδεδειγμένες σωματικές ασκήσεις και χειρωνακτικές ασχολίες ». Υποστηρίζει ότι η αυστηρά εκτελούμενη χειρωνακτική εργασία είναι η καλύτερη μέθοδος για εξασφάλιση καλής ηθικής και πειθαρχίας.

Στην άλλη πλευρά της Μάγχης, στην Αγγλία, ο Sammuel Tuke, προτείνει την εργασία ως θεραπευτικό μέσο ψυχικά αρρώστων διότι διαθέτει από μόνη της μια δύναμη πειθαναγκασμού ανώτερη από κάθε άλλη μορφή φυσικού καταναγκασμού. Έρχεται λοιπόν η εργασία, που πολλές φορές είναι καταναγκαστική, να αντικαταστήσει τα συνήθη μέχρι τώρα μέσα καταστολής, δηλ. απομόνωση, αλυσίδες, ζουρλομανδύες κ.λ.π. (Hopkins, 1983).

Στην Γερμανία ο Johahn Cristian Reil (1803), συνέστηνε για την θεραπεία της ψυχικής αρρώστιας, την σωματική άσκηση σε ειδικό νοσοκομειακό γυμναστήριο, καθώς και την συμμετοχή των ασθενών σε δραματικές παραγωγές και καλές τέχνες.

Οι Ευρωπαϊκές επιδράσεις φθάνουν στην άλλη μεριά του Ατλαντικού, στις νεοσύστατες Η.Π.Α., όπου η Ηθική Θεραπεία μπορεί να ορισθεί ως οργανωμένη ομαδική ζωή όπου η ολοκληρωμένη και τακτική εργασία, το παιχνίδι και οι κοινωνικές δραστηριότητες παράγουν μια συνολική και ουσιαστική εμπειρία της ζωής, μέσα στην οποία η ανάπτυξη της ικανότητας του ατόμου να χαίρεται τη ζωή, έχει την μεγαλύτερη δυνατή ευκαιρία.

Τα πρώτα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν στην Αμερική για τους αποίκους χρησιμοποιούν την εργασία ως θεραπευτικό μέσο. Ο Amariah Brigham, το 1844, ιατρός στην Νέα Υόρκη δήλωσε ότι η εργασία για να είναι ωφέλιμη στον ασθενή δεν πρέπει να εξετάζει το ερώτημα της επικερδούς απασχόλησης αλλά πρέπει να αποσπά τον ασθενή από τις νοσηρές φαντασιώσεις, να προσελκύει την προσοχή του, να συγκεντρώνει το ενδιαφέρον του και να τον οδηγεί στην απόκτηση φυσικών και υγιών μεθόδων σκέψης και απασχόλησης (Σιάννη, 2001).

Κατά την διάρκεια του 18^{ου} και 19^{ου} αιώνα η Εργοθεραπεία χρησιμοποιήθηκε κυρίως για την φροντίδα των ψυχικά αρρώστων. Η μόνη γραπτή αναφορά για την Εργοθεραπεία με σωματικά αναπήρους δίδετε στο βιβλίο του Γάλλου γιατρού Clement Joseph Tissot, που δημοσιεύθηκε το 1780, όπου έδωσε λεπτομερείς οδηγίες για την χρήση χειροτεχνικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων για δυσλειτουργίες των μυών και των αρθρώσεων, που προέρχονται από ασθένεια ή τραυματισμό (Καραποστόλη, 1987).

Η γένεση του επαγγέλματος της Εργοθεραπείας γίνεται τον 20ο αιώνα στις Η.Π.Α. Ο Adolf Meyer, Αμερικανός Ψυχίατρος (1892), δίνει στην Εργοθεραπεία μια φιλοσοφία πάνω στην οποία θα μπορούσε να κτιστεί. Πίστευε ότι η θεραπεία του ψυχικά αρρώστου πρέπει να είναι ένα μίγμα εργασίας και απόλαυσης. Έδινε μεγάλη σημασία στην αίσθηση του χρόνου και της πραγματικότητας, τα οποία επιτυγχάνονται με την παροχή ευκαιριών και όχι με την χρήση καταπιεστικών κανόνων. Οι διαπροσωπικές σχέσεις ήταν επίσης σημαντικό τμήμα της φιλοσοφίας του Meyer, γιατί πίστευε ότι η προσωπική επαφή με τους συντονιστές έδινε περιθώρια για σημαντική συνδιαλλαγή εμπειριών. Οι συντονιστές έπρεπε να είναι πολυμήχανοι και να σέβονται τις φυσικές ικανότητες των ασθενών τους. (Hopkins, 1983).

Σημαντική είναι η προσφορά της Suzan Tracy, Νοσηλεύτριας, όπου το 1910 δημοσιεύει το πρώτο βιβλίο για θεραπευτικές δραστηριότητες και αναφέρει ότι το θεμελιακό σημείο της ψυχολογίας της δραστηριότητας είναι ότι διατηρεί την ισορροπία ανάμεσα στο νοητικό και το πρακτικό επίπεδο εμπειρίας. Η ίδια δούλεψε με ψυχιατρικούς και ορθοπεδικούς αρρώστους και πίστευε ότι οι επιλεγμένες δραστηριότητες βοηθούν στην διατήρηση των σχέσεων με την κοινωνική ζωή.

Η Eleanor Clark Slagle, Κοινωνική Λειτουργός, αναπτύσσει μια μέθοδο θεραπείας, βασισμένη στη χρήση της απασχόλησης, που ονόμασε « Εκπαίδευση σε Συνήθειες ». Πίστευε ότι η απασχόληση μπορεί να δράσει διορθωτικά σε κάποιες συνήθειες και υπογράμμισε την ανάγκη στήριξης στη συνήθεια προσοχής, την ανάγκη ανάλυσης των ασχολιών και την ανάγκη να προοδεύσει η δραστηριότητα από το απλό στο σύνθετο, από το γνωστό στο άγνωστο και να παρέχει στόχους οι οποίοι είναι αυξανόμενου ενδιαφέροντος και απαιτούν αυξανόμενο βαθμό συγκέντρωσης (Καραποστόλη, 1987).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, στην Αμερική πολλοί είναι οι ενθουσιώδεις οπαδοί αυτού του είδους θεραπείας, γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, νηπιαγωγοί, δάσκαλοι χειροτεχνιών κ.α. Επίσης, η χρήση της δραστηριότητας ως

θεραπευτικού μέσου αποκαλείται ποικιλοτρόπως, όπως π.χ. Ηθική Θεραπεία, Εργασιακή Θεραπεία, Απασχολησιοθεραπεία, Εκπαίδευση σε Συνήθειες κλπ.

Το 1914 εισάγεται ο όρος Occupational Therapy και από τότε επικρατεί. Νονός του επαγγέλματος είναι ο George Barton, ο οποίος ήταν αρχιτέκτονας που έγινε οπαδός αυτής της μεθόδου μετά από δική του αρρώστια και θεραπεία μέσω αυτής. Παράλληλα οργανώνονται εκπαιδευτικά προγράμματα για μέλλοντες Εργοθεραπευτές και η πρώτη επαγγελματική σχολή δημιουργείται στο Σικάγο το 1915.

Κατά την διάρκεια των δύο παγκοσμίων πολέμων η Εργοθεραπεία για σωματικές δυσλειτουργίες κερδίζει έδαφος, λόγω της πληθώρας των αναγκών που δημιουργεί ο πόλεμος. Αρχίζει πια η επιστημονική προσέγγιση στην θεραπεία της σωματικής αναπηρίας (Hopkins, 1983).

Το 1950 οι Εργοθεραπευτικές προσεγγίσεις αρχίζουν να οργανώνονται και να επεκτείνονται, δημιουργούνται ειδικότητες Εργοθεραπείας ανάλογες με τις συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες και ηλικίες των πελατών (Παιδιατρική, Γηριατρική, Ψυχιατρική, κλπ.). Τις επόμενες δεκαετίες και μέχρι σήμερα οι Εργοθεραπευτές διαμορφώνουν σταδιακά την δεοντολογία του Επαγγέλματος, αναπτύσσουν ερευνητικά προγράμματα και μέσα από διάφορες προσεγγίσεις κατορθώνουν να δημιουργήσουν μια ευρεία βάση θεωρητικής επιστημονικής υποδομής (Σιάννη, 2001).

Όπως αναφέρει η Τζονιχάκη το 1997, ο Εργοθεραπευτής αφού αξιολογήσει το άτομο θα καταστρώσει το ανάλογο θεραπευτικό, εκπαιδευτικό ή συμβουλευτικό πρόγραμμα για ό, τι αφορά τον ασθενή ή τους ανθρώπους που τον φροντίζουν. Θα εφαρμόσει τεχνικές παρέμβασης ώστε να αναπτυχθούν, να βελτιωθούν και να αποκατασταθούν οι βασικοί τομείς της λειτουργικότητας του ασθενή και θα συμβάλει στην βελτίωση, ανάπτυξη και αποκατάσταση των αισθητικοκινητικών, αντιληπτικών, νευρομυϊκών, γνωστικών ή συναισθηματικών λειτουργιών του ατόμου που είναι απαραίτητες για την εκτέλεση ενός έργου (Τζονιχάκη, 1997).

1.3. Μοντέλα Εργοθεραπείας – Πελατοκεντρική Πρακτική

Όπως αναφέρεται στην βιβλιογραφία, τα τελευταία 20 χρόνια έχουν γίνει εντατικές προσπάθειες να αναπτυχθεί η δομή του επαγγέλματος που θα συμπεριλαμβάνει τις φιλοσοφικές και θεωρητικές αρχές του επαγγέλματος και την εφαρμογή τους στην

πράξη. Έτσι έχουν παρουσιαστεί πάρα πολλά βιβλία και άρθρα προτείνοντας και συζητώντας τις διάφορες θεωρίες, την δομή και τα επιμέρους συστατικά τους.

Η λέξη **μοντέλο** ορίζεται ως πρόσωπο ή αντικείμενο που χρησιμοποιείται ως πρότυπο ή ως μια αναπαράσταση σε μικρογραφία. Ένα εννοιολογικό μοντέλο παρουσιάζει θεωρίες ή ιδέες σε μορφή σχήματος, για παράδειγμα με σχεδιάγραμμα ή με εικόνες, δείχνοντας συχνά τη σχέση μεταξύ των διαφόρων μερών του συνόλου. Στην θεωρητική δομή της Εργοθεραπείας, τα μοντέλα χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν πως οι θεωρίες οδηγούν στην πρακτική, δείχνοντας την αλληλεπίδραση και την σχέση μεταξύ της θεωρίας και της πρακτικής.

Τα Γενικά Μοντέλα (General Models) ή τα Γενικά Μοντέλα της Πρακτικής (General Practice Models) συνδέονται στενά με το παράδειγμα της Εργοθεραπείας. Συνήθως τα Γενικά Μοντέλα έχουν την δυνατότητα να κατευθύνουν την πρακτική (σε γενικό επίπεδο) σε όλους τους ασθενείς ή πελάτες που μπορούν να οφηθούν από την Εργοθεραπεία ή σε μεγάλες κατηγορίες ασθενών.

Τα Γενικά Μοντέλα της Εργοθεραπείας περιλαμβάνουν:

- Το Μοντέλο της Εκτέλεσης Έργου (The Occupational Performance Model) του Αμερικάνικου Συλλόγου Εργοθεραπευτών
- Το Καναδέζικο Μοντέλο της Εκτέλεσης Έργου (The Canadian Occupational Performance Model), του Καναδέζικου Συλλόγου Εργοθεραπευτών
- Το Μοντέλο της Προσαρμογής μέσω του Έργου (Adaptation through Occupation Model) των Reed και Sanderson
- Το Μοντέλο του Ανθρώπινου Έργου (The Model of Human Occupation) του Gary Kielhofner

Θα επιλέξω να αναφερθώ στο Καναδέζικο Μοντέλο διότι η προσέγγιση του είναι ποιο σύγχρονη και εμπεριέχει στοιχεία του Μάνατζμεντ σχετικά με την έννοια του ασθενή και την αντιμετώπιση του. Ποιο συγκεκριμένα το Καναδέζικο Μοντέλο έχει ως κεντρικό άξονα του την έννοια της πελατοκεντρικής πρακτικής. Ο όρος **Πελατοκεντρική Πρακτική** χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τον Rogers το 1939, συζητώντας για μια πρακτική που βασίστηκε στην αντίληψη του πελάτη, επίσης ο όρος αυτός χρησιμοποιείται σήμερα ευρύτερα στον χώρο της υγείας.

Η πελατοκεντρική πρακτική στην Εργοθεραπεία περιλαμβάνει τον σεβασμό και την συνεργασία με τα άτομα που συμμετέχουν στην Εργοθεραπεία. Επίσης

αναγνωρίζεται η αυτονομία του πελάτη, οι δυνατότητες που έχει, η ανάγκη του να έχει επιλογές και η ανάγκη του Εργοθεραπευτή να υπερασπίζεται τα δικαιώματα του πελάτη του όταν χρειάζεται. Είναι μια ηθική θέση βασισμένη σε δημοκρατικές αρχές του δικαίου και της παροχής δυνατοτήτων για έργο (Καταρτζή, 2002).

Ο Καναδέζικος Σύλλογος Εργοθεραπευτών ορίζει τους πελάτες ως άτομα που μπορούν να έχουν δυσκολίες με έργα εξαιτίας ιατρικών προβλημάτων, δυσκολίες προσαρμογής, ή περιβαλλοντικά εμπόδια, ή ο πελάτης μπορεί να είναι κάποιος οργανισμός που επηρεάζει την εκτέλεση έργων συγκεκριμένων ομάδων ή πληθυσμών.

Η παροχή δυνατοτήτων για έργο (enablement) είναι η διαδικασία της Εργοθεραπείας που χρησιμοποιείται στην πελατοκεντρική πρακτική. Θεωρείται ότι διαφέρει από την λέξη και την έννοια της θεραπείας, επειδή περιγράφεται μια διαδικασία όπου ο ασθενής είναι ένας παθητικός δέκτης της παρέμβασης ενώ με την παροχή δυνατοτήτων για έργο ο πελάτης συμμετέχει ενεργά στην θεραπευτική διαδικασία. Ως θεραπευτική διαδικασία ορίζεται η διαδικασία όπου ο Εργοθεραπευτής διευκολύνει, καθοδηγεί, διδάσκει, ακούει, ενθαρρύνει, ή συνεργάζεται με άτομα είτε ως μεμονωμένα άτομα είτε ως ομάδες ή με οργανισμούς, έχοντας την δυνατότητα και την ευκαιρία να συμμετάσχει στην διαμόρφωση της ζωής τους (Καταρτζή, 2002).

1.4. Υπηρεσίες Εργοθεραπείας

Όπως προαναφέραμε οι Εργοθεραπευτικές προσεγγίσεις αρχίζουν να οργανώνονται και να επεκτείνονται το 1950, όπου δημιουργούνται ειδικότητες Εργοθεραπείας ανάλογες με τις συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες και ηλικίες των πελατών (Παιδιατρική, Γηριατρική, Ψυχιατρική, Ορθοπαιδική, κλπ.).

Η Τζονιχάκη το 1997 αναφέρει ότι η Εργοθεραπεία είναι η επιστήμη που μέσα από κάποιο έργο (με την πλατιά έννοια του όρου) συμβάλλει στην αποκατάσταση του ατόμου, σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο βαθμό, καλυτερεύοντας με αυτό τον τρόπο την ποιότητα της ζωής του. Ανάλογα με τα σημεία του σώματος που παρουσιάζουν πρόβλημα, εμφανίζονται δυσλειτουργίες κινητικές, αισθητηριακές, αναπνευστικές, καρδιο-αγγειακές κλπ. που πολλές φορές συνοδεύονται και από δευτερεύουσες διαταραχές ή / και ψυχολογικές. Η Εργοθεραπεία επεμβαίνει με τα διάφορα προγράμματα της για πρόληψη και διατήρηση της ανεξαρτητοποίησης του ατόμου, ενώ αν είναι αναγκαίο, προτείνονται τεχνικά βοηθήματα και προσαρμογές που βοηθούν τον ασθενή στην καλύτερη προσαρμογή και ένταξη του στο περιβάλλον (Τζονιχάκη, 1997).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία η Εργοθεραπεία εφαρμόζεται:

- α) σε βρέφη και παιδιά με διαγνώσεις διαφόρων παθήσεων που τα καθιστούν ανάπηρα: όπου περιλαμβάνεται η εγκεφαλική παράλυση, η μυϊκή δυστροφία, μετατραυματικές καταστάσεις και περιπτώσεις προσβληθείσες από ιώσεις που προκαλούν εγκεφαλικές αλλοιώσεις, αναπηρίες της ανάπτυξης: όπως νοητική καθυστέρηση, εκ γενετής ανωμαλίες, ασθένειες του κολλαγόνου όπως οι παιδικές ρευματοπάθειες, διάφορες παθολογικές καταστάσεις των νεογνών δυσκολίες μαθήσεως όπως δυσλεξία, η βραδύτητα στην κινητικότητα, ανικανότητα στην σχολική επίδοση, διαταραχές συναισθηματικές προβλήματα συμπεριφοράς, αυτισμός και φοβική συμπεριφορά.
- β) σε εφήβους και νέους με προβλήματα προσαρμογής στην οικογένεια και την κοινωνική ζωή (επαναστατική συμπεριφορά, ναρκωτικά, παθολογική κοινών συμπεριφορά και ψυχογενής ανορεξία). Σε νευρολογικές ανεπάρκειες οφειλόμενες σε τραυματισμούς στο κεφάλι και την σπονδυλική στήλη. Σε ορθοπεδικές αναπηρίες συνέπεια τραυματισμών ή ασθένειας που αφήνουν κατάλοιπα νευρολογικών, συναισθηματικών και μαθησιακών ανεπαρκειών.
- γ) σε ενήλικες πάσχοντες από μόνιμες αναπηρίες που υπέστησαν στην εργασία, στα χέρια, από φωτιά, από αγγειακές δυσλειτουργίες. Ακόμα εφαρμόζεται σε ενήλικες με συναισθηματικές διαταραχές και δυσλειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ)
- δ) σε ηλικιωμένους ανθρώπους με προβλήματα όπως οι αρθρίτιδες, ασθένειες που τους καθιστούν ανήμπορους η αρτηριοσκλήρωση (Πανουή, 1979).

Σύμφωνα με την Τζονιχάκη το 1987, η Εργοθεραπεία αποβλέπει στη θεραπεία των λειτουργικών διαταραχών του ασθενούς που αναστέλλουν την κοινωνικοποίηση του ατόμου, τις σχέσεις του με τον εαυτό του και με τους συναδέλφους του, καθώς και τις σχέσεις του με το υλικό του περιβάλλον. Η λειτουργική Εργοθεραπεία ιδιαίτερα καλείται να διορθώσει μια παθολογική κατάσταση και να αποκαταστήσει το κινητικό πρόβλημα που παρουσιάζεται από μυϊκές συστολές, παραλύσεις, σπαστικότητα κ.λ.π.

Η αποκατάσταση της κίνησης των άνω άκρων είναι από τους βασικούς στόχους της Εργοθεραπείας (Τζονιχάκη, 1987).

Είναι αυτονόητο λοιπόν ότι η Εργοθεραπεία έχει δυνατότητες ευρύτατης εφαρμογής σε περιβάλλοντα παραδοσιακά και μη παραδοσιακά, όπως: νοσοκομεία οξέων περιστατικών, κέντρα υγείας του παιδιού, κέντρα αποκατάστασης, ψυχιατρικά

νοσοκομεία, σπίτια – πανσιόν με προστατευτική διαβίωση, κέντρα κοινωνικής ψυχιατρικής, δημόσια και ιδιωτικά σχολεία, υπηρεσίες οικογενειακής περίθαλψης, γεροντολογικές κλινικές, μονάδες ημερήσιας περίθαλψης, κέντρα για καθυστερημένα άτομα, ιατρεία, ιδιωτικές κλινικές για την αποκατάσταση του χεριού, προστατευτικά εργαστήρια και κέντρα εκπαίδευσης επαγγελματικώς καθυστερημένων ή αναπήρων, και σε προστατευμένη εργασία για επαγγελματική αποκατάσταση του οποιουδήποτε ασθενούς (Πανουή, 1979).

Οι Εργοθεραπευτές στις μέρες μας λαμβάνουν ενεργό μέρος τόσο στην ψυχική υγεία και στην αποκατάσταση ατόμων με κινητικές δυσλειτουργίες όσο και σε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, για παράδειγμα, στην καρδιακή αποκατάσταση, στις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, στην μείωση του στρες, στην ενασχόληση με τους ηλικιωμένους. Επιπλέον οι επαγγελματίες Εργοθεραπευτές συνεισφέρουν στην εξέλιξη και χρήση πρωτοποριακών τεχνολογικών επιτευγμάτων στην αποκατάσταση όπως επικοινωνιακών συστημάτων μέσω ηλεκτρονικών υπολογιστών (Σύλλογος Ελλήνων Εργοθεραπευτών, 1997).

1.4.1. Υπηρεσίες Εργοθεραπείας στην Γεροντολογία και στην Γηροψυχιατρική Εργοθεραπεία

Είναι σκόπιμο, πριν αναφερθούμε στον σχεδιασμό και την οργάνωση παροχής υπηρεσιών Εργοθεραπείας σε ανοϊκούς ασθενείς, να αναπτύξουμε αρχικά την εφαρμογή της Εργοθεραπείας στους ηλικιωμένους, καθώς και στους γηροψυχιατρικούς ασθενείς, διότι η άνοια εκδηλώνεται συνήθως στην Τρίτη και την Τέταρτη ηλικία. Επίσης ως νόσος αντιμετωπίζεται από την ειδικότητα της Νευρολογίας, της ψυχογηριατρικής, της Γεροντολογίας και της Γηριατρικής.

Στην χώρα μας, σύμφωνα με έρευνα της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής για το 2004, υπάρχουν 17,6% ηλικιωμένοι ηλικίας άνω των 65 ετών, ενώ μέχρι το 2020 θα γίνουν 25%.

Με τα ποσοστά αυτά η Ελλάδα βρίσκεται μέσα στις πιο “γερασμένες χώρες της Ευρώπης”. Οι στενοί δεσμοί εξ’ άλλου μέσα στην οικογένεια είναι άλλος ένας λόγος που κάνει τους ηλικιωμένους να παραμένουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον, μέσα δηλαδή στην κοινότητα.

Για τους παραπάνω λόγους είναι πολύ πιθανό για κάποιον Εργοθεραπευτή να ασχοληθεί με την Τρίτη ηλικία και μάλιστα με το τμήμα της εκείνο που παρουσιάζει ψυχιατρικά προβλήματα.

Οι οικονομικές επιπτώσεις της απομακρύνσεως των ηλικιωμένων από την κοινωνία είναι σημαντικές καθώς η οικονομική ισχύς των ηλικιωμένων σχεδόν εκμηδενίζεται. Η οργάνωση κοινωνικο-οικονομικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ατόμων άνω των 65 ετών πρέπει να κατευθυνθεί σε νέες παροχές φροντίδας.

Ο Δοντάς το 1993 αναφέρει ότι η Γεροντολογία είναι μια διακλαδική επιστήμη, η οποία εξετάζει γενικότερα το φαινόμενο του βιολογικού γήρατος (φυτών, ζώων, ανθρώπου) και τα προβλήματα που συνεπάγεται η Δημογραφική Γήρανση Πληθυσμών. Είναι ευρύτατη επιστήμη, που καλύπτει αρχιτεκτονικά, βιολογικά, δημογραφικά, ιατρικά, κοινωνικά, οικονομικά – συνταξιοδοτικά και άλλα θέματα, τα οποία, σχετίζονται με την γήρανση από το κυτταρικό επίπεδο μέχρι όλο τον οργανισμό, όσο και τις γενικότερες σχέσεις του γηράσκοντος με το περιβάλλον του (Δοντάς, 1993).

Η Γεροντολογία ασχολείται σφαιρικά με τον υγιή ηλικιωμένο άνθρωπο που και αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό του ηλικιωμένου πληθυσμού. Λέγοντας σφαιρικά εννοούμε από την άποψη την βιολογική, την ψυχολογική, την κοινωνική, τη δημογραφική, την ιατρική, της κοινωνικής πολιτικής, της πρόνοιας (Βιολάκη, 1989).

Η Γηριατρική αποτελεί τμήμα της Γεροντολογίας. Είναι ο κλάδος της γενικότερης ιατρικής, που ασχολείται με τα προβλήματα υγείας των ασθενών που έχουν ηλικία μεγαλύτερη από τα 65 έτη. Περιεχόμενο της Γηριατρικής είναι η πρόληψη, η διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση των νόσων της ηλικίας αυτής που είναι συνήθως μακρόχρονες, καθώς και η αντιμετώπιση των κυριοτέρων κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που συνοδεύουν τα ασθενή άτομα της ηλικίας αυτής (Δοντάς, 1993).

Η Γεροντολογία είναι σαφώς ο κλάδος με τη μεγαλύτερη αύξηση ζήτησης Εργοθεραπευτών, ιδιαίτερα στο δυτικό κόσμο (Altman, 1991). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 1986 στις ΗΠΑ το 30% των Εργοθεραπευτών εργαζόταν με άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, ενώ ένα άλλο ποσοστό 22% εργαζόταν μερικά με ηλικιωμένα άτομα, δηλαδή το 52% των Εργοθεραπευτών εργαζόταν με υπερήλικες (Davis, 1986).

Η Τζονιχάκη το 1997 αναφέρει ότι αποκατάσταση στους ηλικιωμένους σημαίνει ποιότητα ζωής που τους απομένει να ζήσουν. Με τον όρο ποιότητα ζωής εννοούμε την ανεξαρτησία του ατόμου, την αξιοπρέπεια, την ατομικότητα, την ταυτότητα του εαυτού

και τέλος την ανθρώπινη φροντίδα και αγάπη για αυτούς τους ανθρώπους (Τζονιχάκη, 1997).

Όπως αναφέρει η Κωστάκη το 1995, η βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση του ηλικιωμένου ατόμου από τον Εργοθεραπευτή, αφορά τους εξής τομείς:

- A) παραμονή του ηλικιωμένου στο σπίτι του για όσο μεγαλύτερο διάστημα είναι δυνατό και όσο αυτός λειτουργεί μέσα σ' αυτό ικανοποιητικά. Ο Εργοθεραπευτής συμβουλεύει για την κατάλληλη διαρρύθμιση και διαμόρφωση του χώρου και για πιθανές προσαρμογές. Η παραμονή στο σπίτι καθυστερεί τη μετακόμιση του ηλικιωμένου στο γηροκομείο ή άλλη μορφή κλειστής περίθαλψης. Πρέπει ν' αναφερθεί και το μεγαλύτερο κόστος της κλειστής περίθαλψης σε σχέση με άλλες μορφές ανοιχτής περίθαλψης και προστασίας, δηλαδή της παροχής βοήθειας μέσα στην κοινότητα.
- B) ψυχολογική στήριξη του ηλικιωμένου και του φροντιστή του (care, care-taker). Η εκπαίδευση του φροντιστή περιλαμβάνει ξεκούραση, απομάκρυνση από τα καθήκοντα του και τον ασθενή για κάποιες ώρες την ημέρα. Η ψυχική κατάσταση του φροντιστή επηρεάζει έντονα τον ηλικιωμένο με άμεση επίπτωση στο ηθικό του και στην ψυχολογική κατάσταση του. Ο Εργοθεραπευτής έχει χρέος να βοηθήσει και τους δύο να διατηρούν υψηλό ηθικό και καλή ψυχολογική κατάσταση.
- Γ) διατήρηση των κοινωνικών επαφών και της κοινωνικότητας του ανθρώπου. Πρέπει να οργανώνονται ευκαιρίες για επαφή με συγγενείς, φίλους και γείτονες με αμοιβαίες επισκέψεις και κοινωνικές εκδηλώσεις στο σπίτι ή στο κλειστό ίδρυμα. Ένας Εργοθεραπευτής σε μια κοινωνική υπηρεσία, όπως ένα ΚΑΠΗ ή ένα Κέντρο Υγείας, θα μπορούσε να οργανώσει και να συμμετέχει στη λειτουργία παρόμοιων προγραμμάτων (Κωστάκη, 1995).

Η Τζονιχάκη το 1997 αναφέρει ότι ο ρόλος της Εργοθεραπείας στους ηλικιωμένους που ζούν στην κοινότητα είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την πρόληψη και αντιμετώπιση των ιδιαίτερων προβλημάτων που παρουσιάζει αυτή η κατηγορία πληθυσμού. Συχνά καλούμαστε να εφαρμόσουμε προγράμματα Εργοθεραπείας, ειδικά προσαρμοσμένα στους ηλικιωμένους στις ήδη υπάρχουσες δομές ανοιχτής προστασίας, τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ). Ο στόχος της παρέμβασης

επικεντρώνεται σε τρεις βασικούς τομείς: στην αντιμετώπιση των κινητικο-αισθητηριακών και οργανικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, στην αντιμετώπιση των ψυχο-συναισθηματικών προβλημάτων τους και των δυσκολιών προσαρμογής, και τέλος στην προσαρμογή του περιβάλλοντος (Τζονιχάκη, 1997).

Οι τομείς της φροντίδας για την υγεία του ηλικιωμένου που ενδιαφέρουν τον Εργοθεραπευτή είναι η προληπτική φροντίδα, η φροντίδα στην οξεία φάση και η χρόνια φροντίδα. Παρατηρείται μια συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση για Εργοθεραπευτές και στους τρεις αυτούς τομείς, παρόλο που όλες οι θέσεις που δημιουργούνται αφορούν αποκλειστικά σε Εργοθεραπευτές, ενώ ορισμένες θέσεις απαιτούν πρόσθετη ειδίκευση (Κωστάκη, 1995).

Η Ξαγοράρη – Ταμβακάκη το 1987 αναφέρει ότι ο Εργοθεραπευτής στο Νοσοκομείο Ημέρας παίζει βασικό ρόλο σε όλα τα κομμάτια του προγράμματος. Στο Νοσοκομείο Ημέρας έμφαση δίδεται στις ομαδικές θεραπείες, στη φαρμακοθεραπεία, στην αμοιβόμενη εργασία, στην αντιμετώπιση της οικογένειας του αρρώστου και στην αποκατάσταση (Ξαγοράρη – Ταμβακάκη, 1987).

Κατά την προληπτική φροντίδα, τα κέντρα πολλαπλών υπηρεσιών προσφέρουν στους ηλικιωμένους ευκαιρίες για κοινωνικές και ψυχαγωγικές ασχολίες. Κατά την φροντίδα στην οξεία φάση, τα νοσοκομεία και οι μονάδες εντατικής θεραπείας είναι χώροι στους οποίους συνηθίζεται οι Εργοθεραπευτές να αντιμετωπίζουν τους ηλικιωμένους ασθενείς. Τα ιδρύματα αποκατάστασης και οι άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες, ανεξάρτητα από την εκάστοτε ονομασία τους, βρίσκονται ανάμεσα στην οξεία και τη χρόνια φροντίδα. Η θέση του Εργοθεραπευτή είναι καλά εδραιωμένη στην ομάδα της αποκατάστασης. Στα κέντρα ημερήσιας φροντίδας και κέντρα υγείας, παρόλο που οι εργοθεραπευτές συμμετέχουν συνήθως στη θεραπευτική ομάδα, σπάνια αναλαμβάνουν τη διοικητική ευθύνη τέτοιων προγραμμάτων (Κωστάκη, 1995).

Ειδικά η Εργοθεραπεία βοηθά τα άτομα με σοβαρά προβλήματα να προσαρμοστούν σε μεγάλο βαθμό μέσα στα πλαίσια της αναπηρίας τους. Οι κύριοι στόχοι της Εργοθεραπείας είναι:

- Η διατήρηση ή η βελτίωση του επιπέδου λειτουργικότητας
- Η πρόληψη των δευτερογενών επιπλοκών
- Η μείωση της εξάρτησης από τρίτα άτομα
- Η αποδοχή της αναπηρίας

- Η ενεργός συμμετοχή στους ρόλους τους κοινωνικούς, της οικογένειας, της κοινότητας, και της ψυχαγωγίας (Τζονιχάκη, 1997).

Ο Ρούσσος το 1987, αναφέρει ότι η ποικίλη, αντιμετώπιση των ψυχιατρικά ηλικιωμένων ατόμων (κλειστή περίθαλψη, ΚΑΠΗ, κλπ) κάνει απόλυτα απαραίτητη για κάθε Εργοθεραπευτή τη γνώση βασικών αρχών τόσο της ψυχογηριατρικής όσο και της ψυχιατρικής Εργοθεραπείας με ηλικιωμένα άτομα.

Οι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις της τρίτης ηλικίας διακρίνονται βασικά σε τρεις κατηγορίες:

- Στις αντιδραστικές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις
- Στις ενδογενείς ψυχώσεις ή λειτουργικές
- Στις οργανικές ψυχώσεις (οργανικά ψυχοσύνδρομα) (Ρούσσος, 1987).

Όπως αναφέρει η Μαλαματίδου το 1987, οι στόχοι της Εργοθεραπείας στα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα για χρόνιους ψυχωσικούς ασθενείς είναι:

- Να απομακρύνει τον ασθενή από κάθε νοσηρή ενασχόληση προσφέροντας του δραστηριότητες στις οποίες θα χρησιμοποιεί στο έπακρον τη διανοητική του ικανότητα.
- Να προσφέρει μια δραστηριότητα στην οποία η τυχόν επιθετική ή καταστροφική συμπεριφορά του αρρώστου να μπορεί να διοχετευτεί σε μια κοινωνικά αποδεκτή έκφραση.
- Να διατηρήσει τις “φυσιολογικές” προσωπικές και κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης και εργασίας με προγράμματα όπου οι συνθήκες τους ομοιάζουν με αυτές εκτός νοσοκομείου.
- Να ενισχύσει τις υγιείς πλευρές της προσωπικότητας που αντιστρατεύονται μια νέα νοσηρή προσβολή.
- Να προσφέρει στον άρρωστο τρόπους να αξιοποιεί τον ελεύθερο χρόνο του και να εμποδίσει τον ιδρυματισμό (Μαλαματίδου, 1987).

Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό από κάθε Εργοθεραπευτή ότι ακόμα και αν δεν μπορέσει να προσφέρει οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση σε ένα ψυχιατρικά άρρωστο ηλικιωμένο, είναι απαραίτητο και εξαιρετικά σπουδαίο να κάνει μια αρχική αξιολόγηση του αρρώστου. Ο ηλικιωμένος ψυχασθενής θα αξιολογηθεί με τρεις τρόπους:

- Εκτίμηση σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής που θα επιβεβαιώσει τις πρακτικές και διανοητικές ικανότητες του αρρώστου.
- Εκτίμηση μέσα από ομαδικές δραστηριότητες που θα δώσει πληροφορίες για τη διανοητική κατάσταση και το βαθμό κοινωνικοποίησης του αρρώστου.
- Εκτίμηση με επισκέψεις στο σπίτι του αρρώστου όπου θα φανούν τόσο η ικανότητα του να ζει και να προσαρμόζεται στις συνθήκες του σπιτιού του, όσο και την αποδοχή ή όχι του ηλικιωμένου από το περιβάλλον του (Ρούσσος, 1987).

Τέλος, είναι σημαντικό να τονίσουμε τον προληπτικό ρόλο του εργοθεραπευτή που αφορά στη διατήρηση της ενεργητικότητας του ηλικιωμένου. Ο κύριος τρόπος πρόληψης μέσω της Εργοθεραπείας είναι η παρέμβαση σε κοινοτικό επίπεδο και κύριος τόπος τα ΚΑΠΗ. Είναι σημαντικό να αντιληφθούν οι σύγχρονοι Έλληνες Εργοθεραπευτές την κεφαλαιώδη εργασία που καλούνται να προσφέρουν δουλεύοντας στα ΚΑΠΗ, στον τομέα της πρόληψης της ψυχικής αρρώστειας των ηλικιωμένων (Ρούσσος, 1987).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Μέσα από έρευνες στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, έχουν διαπιστωθεί διάφορα προβλήματα, τα οποία οδηγούν σε υπηρεσίες αναποτελεσματικές και χαμηλής ποιότητας. Ανάμεσα στα προβλήματα σημαντική θέση κατέχει ο τομέας της οργάνωσης των υπηρεσιών και η έλλειψη αποτελεσματικής διοίκησης. Αυτό καθιστά αναγκαία την εξέταση τέτοιων θεμάτων και την παρουσίαση συμπερασμάτων που θα οδηγήσουν σε αποτελεσματικότερη λειτουργία της παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

2.1. Οι Βασικοί Τομείς του Μάνατζμεντ στην Εργοθεραπεία

Οι Libeler, Levine & Rothman το 1992, όρισαν το μάνατζμεντ ως «μια διαδικασία προς την πραγματοποίηση στόχων μέσω ή μαζί με άλλα άτομα. Είναι ο σχεδιασμός και η διεύθυνση της προσπάθειας, η οργάνωση και η διαχείριση των πόρων (ανθρώπινων και υλικών) για την επίτευξη προκαθορισμένων στόχων» (Gilkeson, 1997, σελ. 206).

Στο διάγραμμα του R.A. Mackenzie το 1969, διακρίνονται οι τρεις διαστάσεις του μάνατζμεντ. Το διάγραμμα ξεκινάει από το κέντρο με τρία στοιχεία που αποτελούν τη βάση της διαδικασίας του μάνατζμεντ: τις ιδέες, τα πράγματα και τους ανθρώπους. Τα έργα τα οποία αντιστοιχούν σ' αυτά τα τρία στοιχεία είναι η δημιουργική σκέψη, η διοίκηση και η ηγεσία. Στη συνέχεια ακολουθούν δύο σειρές από λειτουργίες. Οι διαρκείς λειτουργίες είναι η ανάλυση προβλημάτων, η λήψη αποφάσεων και η επικοινωνία και υπάρχουν σε όλη τη διαδικασία του μάνατζμεντ, χωρίς να μπαίνουν σε κάποια σειρά. Οι διαδοχικές λειτουργίες είναι πέντε και σε κάθε μία από αυτές αντιστοιχούν συγκεκριμένες δραστηριότητες. Η πρώτη διαδοχική λειτουργία, ο σχεδιασμός, βρίσκεται στον τομέα της δημιουργικής σκέψης και των ιδεών. Η δεύτερη λειτουργία, η οργάνωση, αποτελεί μια διοικητική λειτουργία. Οι τρεις επόμενες λειτουργίες, η στελέχωση, η διεύθυνση και ο έλεγχος αντιστοιχούν στην ηγεσία, η οποία φανερά καταλαμβάνει το μεγαλύτερο κομμάτι στη διαδικασία του μάνατζμεντ. Οι πέντε αυτές λειτουργίες είναι διαδοχικές, αποτελούν τα πέντε βασικά καθήκοντα ενός μάνατζερ και συνθέτουν μια διαδικασία αυτοεπαναλαμβανόμενη (Μπουρής, 2005).

Η εργασία του εργοθεραπευτή είναι συνδεδεμένη με το μάνατζμεντ επειδή σχετίζεται με την απόκτηση και χρήση πόρων με σκοπό την πραγματοποίηση στόχων. Είτε ο στόχος είναι η παροχή εργοθεραπείας σε έναν πελάτη ή σε μια περιοχή, η εργασία αυτή απαιτεί αποφασιστικούς τρόπους και μέσα που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες. Αυτό συνεπάγεται αποφάσεις σχετικά με τον καταμερισμό εργασίας του προσωπικού, του χρόνου, του εξοπλισμού και των υλικών. Οι εργοθεραπευτές μπορούν να εργαστούν σε οποιοδήποτε επίπεδο διοίκησης - τεχνικό, οργανωτικό και θεσμικό. Η πλειοψηφία των εργοθεραπευτών απασχολείται στο τεχνικό επίπεδο π.χ. εργάζονται απευθείας με τον πελάτη / ασθενή. Τα υψηλότερα στελέχη στην εργοθεραπεία ασχολούνται με εργασίες που αφορούν την οργανωτική και θεσμική διοίκηση και οι οποίες περιλαμβάνουν τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται. Το μάνατζμεντ σε κάθε επίπεδο ασχολείται με ανθρώπους, εργασίες και με το περιβάλλον στο οποίο θα πραγματοποιηθούν οι εργασίες αυτές. Οι άνθρωποι με το ταλέντο τους, τις δεξιότητες και ικανότητές τους απαρτίζουν το σημαντικότερο μέρος του μάνατζμεντ. Το φυσικό και ψυχολογικό περιβάλλον στο οποίο εργάζονται οι άνθρωποι πρέπει να συμβάλει στην πραγματοποίηση της εργασίας. Στόχος του μάνατζμεντ πρέπει να είναι η απόκτηση τέτοιων συνθηκών εργασίας που να επιφέρουν ικανοποίηση και αποτελεσματικότητα.

Υπάρχουν διαφορετικές σχολές μάνατζμεντ και κάθε μια δίνει έμφαση σε διάφορες πλευρές διοίκησης. Μια σχολή εστιάζει στις ποσοτικές τεχνικές, όπως μεθόδους εργασίας και μελέτης για την βελτίωση της εκτέλεσης εργασίας. Οι επιστήμες που ασχολούνται με την ψυχολογία της συμπεριφοράς εξετάζουν την εκτέλεση της εργασίας σχετικά με κοινωνικά και ψυχολογικά ζητήματα όπως το κίνητρο, την αυτοεκτίμηση, την αναγνώριση επίτευξης και τη συνοχή. Η προσέγγιση των συστημάτων εξετάζει τη σχέση ανάμεσα στις διαφορετικές εργασίες σχεδιασμού, οργάνωσης, συντονισμού, επικοινωνίας και ελέγχου του μάνατζμεντ.

Ένα σημαντικό ζήτημα στο μάνατζμεντ είναι η υπευθυνότητα. Οι μάνατζερ πρέπει να είναι υπεύθυνοι για τους πόρους που χρησιμοποιούνται στην παροχή των υπηρεσιών. Επίσης, η επίβλεψη αποτελεί μέρος της δουλειάς του μάνατζερ. Τέλος, επισημαίνεται η σπουδαιότητα της θέσης του εργοθεραπευτή ως μάνατζερ. Είναι μια θέση που υπόκειται σε συνεχόμενες αλλαγές και πιέσεις και μεταξύ αυτών των συνθηκών εργασίας ο μάνατζερ θα πρέπει να αντιμετωπίζει προβληματικές καταστάσεις, να λαμβάνει αποφάσεις και να ενεργεί (Maslin, 1991).

Οι περισσότεροι μάνατζερ μαθαίνουν διοικώντας, αλλά με τις συνεχόμενες αλλαγές του μάνατζμεντ η μεγαλύτερη πρόκληση έγκειται στα ίδια τα άτομα και όχι στις

αλλαγές. Οι άνθρωποι αναζητούν νόημα στην εργασία τους, και λόγω του ότι έχουν καλύτερη μόρφωση και υψηλότερες προσδοκίες επιθυμούν να συμβάλλουν στον οργανισμό στον οποίο δουλεύουν. Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μια προσπάθεια να σκιαγραφηθούν κάποιες από τις δεξιότητες που απαιτούνται και τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην διαχείριση της ποιότητας και της παραγωγικότητας στο χώρο της εργοθεραπείας σήμερα (Creek, 1990).

2.1.1. Αυτοδιοίκηση και ο Εργοθεραπευτής

Η αυτοδιοίκηση αποτελεί μια σημαντική εργασία για τους εργοθεραπευτές. Σε αυτή την περίπτωση, η αυτοδιοίκηση περιστρέφεται γύρω από τα καθήκοντα που εκτελεί ένας εργοθεραπευτής. Τα καθήκοντα αυτά μπορεί να αφορούν τον τομέα της άμεσης επαφής με τον ασθενή, τις δραστηριότητες που σχετίζονται με τον ασθενή, τη διοίκηση, τη μόρφωση και την εκπαίδευση, την έρευνα και τις δημόσιες σχέσεις. Διάφορες στρατηγικές διατίθενται για να βοηθήσουν τους εργοθεραπευτές να απασχολούν αποτελεσματικότερα τους εαυτούς τους αλλά και να διευθετούν καλύτερα το χρόνο τους:

1. Να καταγράφουν και να εξετάζουν το χρόνο που καταναλώνουν. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται ημερολόγια ή ειδικά σχεδιασμένα έντυπα..
2. Να καθορίζουν εάν όλες οι εργασίες είναι απαραίτητες.
3. Να θέτουν προτεραιότητες στις εργασίες.
4. Να ορίζουν ένα πρόγραμμα ή χρονοδιάγραμμα των δραστηριοτήτων για να διευκολύνουν την εκτέλεση των εργασιών.
5. Να εξετάζουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την εκτέλεση των εργασιών και να διερευνούν τρόπους για να ελέγχουν τους παράγοντες αυτούς όσο το δυνατό περισσότερο.

Τέλος, προτείνεται μια προσέγγιση επίλυσης των προβλημάτων διαφόρων καταστάσεων. Αυτό αφορά τη χρήση μιας συστηματικής μεθόδου η οποία καθορίζει το πρόβλημα πριν ο εργοθεραπευτής καταπιαστεί με οποιεσδήποτε λύσεις και σχετίζεται με την αποτελεσματική χρήση του χρόνου (Maslin, 1991).

2.1.2. Πρότυπα Εφαρμογής - Πελατοκεντρική Προσέγγιση

Η Yerxa το 1966, έκανε μια διαχρονική περιγραφή της θεραπευτικής διαδικασίας της εργοθεραπείας. Η κύρια άποψή της ήταν ότι η αυθεντική εργοθεραπεία έχει τη βάση της στη δέσμευση του εργοθεραπευτή να βοηθήσει τους πελάτες να πάρουν τις δικές τους αποφάσεις και όχι να τους επιβάλλει το δικό του σύστημα αξιών. Οι πελάτες είναι οι μόνοι που έχουν τη διανοητική και συναισθηματική ικανότητα να αναγνωρίσουν τι είναι σκόπιμο γι' αυτούς. Έτσι δικαιολογείται και η χρήση του όρου “πελάτης” στη θέση του όρου “ασθενής”, ο οποίος παραπέμπει σε παθητικό αποδέκτη των υπηρεσιών.

Οι Macdonald et al, το 1977, θεώρησαν ότι μεγάλο ποσοστό της εργοθεραπευτικής παρέμβασης, εξαρτάται από τη σχέση και την επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ πελάτη και εργοθεραπευτή. Πρέσβευαν ότι ο θεραπευτής πρέπει αρχικά να αναγνωρίσει τις ανάγκες του πελάτη, έπειτα να τον βοηθήσει να επιλέξει την πιο χρήσιμη θεραπευτική δραστηριότητα και, αν είναι απαραίτητο, να προσφέρει κατάλληλα κίνητρα για να κερδίσει τη συνεργασία του. Το ενδιαφέρον, η προσπάθεια και η ικανοποίηση πρέπει να διατηρούνται καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας (Gilkeson, 1997).

Η δημιουργία προτύπων στην εργοθεραπεία είναι η διαδικασία κατά την οποία εγκρίνονται και συμφωνούνται κάποια μέτρα πάνω στα οποία στηρίζεται η καλή επαγγελματική εφαρμογή. Οι προσωπικές αντιλήψεις για την καλή εξυπηρέτηση τυποποιούνται σε οργανωτικές αναφορές που αφορούν τα επαγγελματικά πρότυπα φροντίδας. Όπως για παράδειγμα, κωδικοί συμπεριφοράς και πρότυπα εφαρμογής. Τα πρότυπα εφαρμογής επηρεάζονται από τη δομή της οργάνωσης. Αυτά είναι: οι σκοποί της υπηρεσίας, πελατεία / ασθενείς, οι διαφορετικές υπηρεσίες και η μεταξύ τους σχέση, το προσωπικό, οι εγκαταστάσεις και ο εξοπλισμός, και οι προμήθειες. Εκτός των επαγγελματικών ελέγχων από επαγγελματικά σωματεία και οργανισμούς υπηρεσιών υγείας, ο εργοθεραπευτής πρέπει να έχει επίγνωση του νόμου. Οι θεραπευτές θα πρέπει να γνωρίζουν και να παρατηρούν θέματα του νόμου που σχετίζονται με την δουλειά τους και τον πελάτη.

Τέτοια θέματα μπορεί να αφορούν στην εκπαίδευση, την απασχόληση, την ψυχική υγεία, την υγεία και την ασφάλεια. Τα αποδεκτά πρότυπα εφαρμογής είναι συνδεδεμένα με τις αξίες της κοινωνίας όσον αφορά την ανθρώπινη ζωή, τη δυστυχία και τη φροντίδα. Το ευρύ κοινό, οι πελάτες / ασθενείς, οι συγγενείς και φίλοι, τα διοικητικά

στελέχη, οι πολιτικοί και οι επαγγελματίες είναι απαραίτητο να συνεργαστούν για να επιτύχουν αποδεχτά πρότυπα φροντίδας για τους ασθενείς, τους σωματικά ανάπηρους και τους λιγότερο προνομιούχους στη ζωή (Maslin, 1991).

2.1.3. Δομές Εργασίας και η Πρακτική του Εργοθεραπευτή

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS) και οι τοπικές αρχές είναι οι κύριοι εργοδότες των εργοθεραπευτών. Το ΕΣΥ έχει υποβληθεί σε αρκετές αναδιοργανώσεις από την ίδρυσή του το 1948. Η πρώτη ήταν το 1974 και ακολούθησε αργότερα η αναδόμηση του 1982. Σε σύντομο χρονικό διάστημα παρουσιάστηκε η Αναφορά Διοικητικής Εξέτασης του ΕΣΥ από τον Griffiths το 1983. Μόλις που είχαν καθιερωθεί τα πράγματα, όταν εισήχθη το 1989 η “Εργασία με ασθενείς”. Οι δυο τελευταίες αναδιοργανώσεις καταπιάνονται με τα θέματα της υπεύθυνης διοίκησης, της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, της άποψη του καταναλωτή για τις υπηρεσίες υγείας, της μεγαλύτερης επιλογής του ασθενούς και της ανταπόκρισης του ΕΣΥ στις τοπικές ανάγκες. Τον Ιούνιο του 1990, δόθηκε η Βασιλική έγκριση στο ΕΣΥ.

Οι εργοθεραπευτές που προσλαμβάνονται από τις τοπικές αρχές ανήκουν στο τμήμα κοινωνικών υπηρεσιών. Τα τμήματα κοινωνικών υπηρεσιών υπάγονται στη γενική ευθύνη των επιτροπών κοινωνικής υπηρεσίας των τοπικών αρχών. Το 1970 ο Νόμος των Υπηρεσιών Τοπικών Αρχών καθόρισε πέντε τομείς εργασίας κοινωνικής υπηρεσίας. Αυτοί οι τομείς είναι: τα παιδιά, οι νέοι και οι οικογένειές τους, τα άτομα με ψυχικές ασθένειες, τα άτομα με ψυχικές αναπηρίες (μαθησιακές δυσκολίες), τα άτομα με σωματικές αναπηρίες και οι ηλικιωμένοι. Κάποιες αλλαγές και ζητήματα στην παροχή κοινωνικής υπηρεσίας είναι η γενική και εξειδικευμένη εργασία, οι τοπικές υπηρεσίες και η εργασία σε συνεπιδοτούμενα προγράμματα. Το έγγραφο “Φροντίδα στην κοινότητα: Ημερήσια διάταξη για Δράση” μεταθέτει την ευθύνη της κοινοτικής φροντίδας στις τοπικές αρχές π.χ. στα τμήματα κοινωνικών υπηρεσιών. Οι εργοθεραπευτές στα τμήματα κοινωνικών υπηρεσιών είναι απαραίτητο να διατυπώσουν στρατηγικές για μια αποτελεσματικότερη παροχή κοινοτικής φροντίδας (Maslin, 1991).

2.1.4. Σχεδιασμός

Η διοικητική λειτουργία του σχεδιασμού πρέπει να είναι ενημερωμένη, συστηματική και προοδευτική. Ανεξάρτητα από το μέγεθος του οργανισμού ή τη σφαίρα δραστηριοτήτων επιβάλλεται να καθοδηγείται από μια διαδικασία σχεδιασμού. Η διαδικασία αυτή αποτελείται από πέντε βήματα:

1. εντοπισμός της προβληματικής περιοχής
2. συγκέντρωση δεδομένων σχετικά με την προβληματική περιοχή
3. διατύπωση στόχων
4. λήψη αποφάσεων για τον τρόπο δράσης
5. αξιολόγηση του σχεδίου

Για τη διοίκηση των εγκαταστάσεων εργοθεραπείας υπάρχουν αρκετοί τομείς που απαιτούν σχεδιασμό. Ενδεικτικά αναφέρουμε: άμεσες υπηρεσίες στον πελάτη / ασθενή, μόρφωση, εκπαίδευση, και έρευνα. Η ανάμιξη του εργοθεραπευτή στο σχεδιασμό των υπηρεσιών εργοθεραπείας είναι πολύτιμη. Οι τομείς που απαιτούν προσοχή είναι: τομείς λειτουργικής εργασίας, υγεία και ασφάλεια, άνεση και αισθητική, πρόσβαση και ευκινησία σε άτομα με κινητικά προβλήματα. Λαμβάνοντας υπόψη το ενδιαφέρον του εργοθεραπευτή για την ένταξη των ατόμων με κινητικά προβλήματα στην κοινότητα, οι εργοθεραπευτές μπορούν να παρέχουν συμβουλές στον σχεδιασμό των εγκαταστάσεων της κοινότητας, όπως ημερήσια κέντρα φροντίδας, σπίτια για τους ηλικιωμένους, αθλητικές και άλλες ψυχαγωγικές εγκαταστάσεις, και σχολεία (Maslin, 1991).

2.1.5. Οργάνωση και Διοίκηση

Κάποιος που ασκεί διοίκηση, θέτει βραχυπρόθεσμους στόχους, καθώς είναι υπεύθυνος για τη σωστή οργάνωση των υπηρεσιών, ώστε να επιτυγχάνεται η μεγαλύτερη δυνατή απόδοση. Επικεντρώνεται στη διαχείριση των πόρων και σε τυπικά θέματα διοίκησης όπως οργάνωση, εποπτεία, αξιολόγηση και αντιπροσώπευση του προσωπικού. Δίνει ιδιαίτερη σημασία στον έλεγχο, λαμβάνει αποφάσεις και δίνει εντολές ασκώντας την νόμιμη εξουσία που του έχει δοθεί.

Από τα παραπάνω είναι φανερό ότι η ηγεσία διαφέρει από την διοίκηση. Αυτό βέβαια δεν αποκλείει το γεγονός ότι μπορεί κάποιος να είναι αποτελεσματικός και στους δύο τομείς. Ένα βασικό στοιχείο που θα πρέπει να έχει κατακτήσει ένα άτομο σε διοικητική θέση για να επιτύχει κάτι τέτοιο είναι η αποδοχή και η προώθηση της αλλαγής, αποβλέποντας σε πιο μακροπρόθεσμους στόχους (Sullivan & Decker, 1997).

Όλοι οι οργανισμοί ανεξάρτητα από το είδος, το μέγεθος και τη λειτουργία τους μπορούν να ωφεληθούν ακολουθώντας τις αρχές οργάνωσης. Κάποιες από τις αρχές οργάνωσης που αναφέρονται είναι: καταμερισμός εργασίας και εξειδίκευσης, χρονική διάρκεια ελέγχου, εξουσίας και ευθύνης, και εξουσιοδότηση εργασίας. Γενικά, οι αρχές αυτές τονίζουν τη σπουδαιότητα αναγνώρισης της περιπλοκότητας των οργανισμών, των διαφορετικών ατομικών δεξιοτήτων και ικανοτήτων, της συμμετοχής και άλλων ατόμων στη διοίκηση ενός οργανισμού και της αποδοχής των ευθυνών.

Οι οργανισμοί μπορούν να οργανωθούν σύμφωνα με τις λειτουργίες, τις περιοχές ή τις τοποθεσίες και τους πελάτες. Το ΕΣΥ είναι οργανωμένο σύμφωνα με αυτές τις κατηγορίες. Οι υπηρεσίες εργοθεραπείας οργανώνονται σύμφωνα με τη δομή του μεγαλύτερου οργανισμού. Σε ένα γενικό νοσοκομείο, το τμήμα εργοθεραπείας ταξινομεί τις εργασίες του σύμφωνα με τους θαλάμους (τοποθεσία) ή με τις ομάδες πελατών (π.χ. παιδιά ή λειτουργίες, εργασίες επανένταξης ή συνεχόμενης φροντίδας).

Τα σχεδιαγράμματα οργάνωσης χρησιμοποιούνται για να δείξουν το είδος της σχέσης σε έναν επίσημο οργανισμό. Αυτά δείχνουν ποιος αναφέρει σε ποιόν, και ποιός επιβλέπει μια ομάδα ατόμων ή δραστηριοτήτων. Ανεπίσημες δομές λειτουργούν στο χώρο εργασίας και αυτές μπορεί να διευκολύνουν ή και να παρεμποδίσουν την εργασία ενός οργανισμού.

Οι οργανισμοί μπορεί να χρησιμοποιούν άλλες δομές για να διευκολύνουν την επίτευξη των στόχων τους. Οι ομάδες και οι επιτροπές είναι συνηθισμένες εργασιακές δομές. Για να είναι αποτελεσματικές και οι δύο χρειάζονται καθορισμένους στόχους και εργασίες. Επιπλέον, θα πρέπει να παρέχονται στα μέλη και τους επικεφαλής οι πόροι και η υποστήριξη που χρειάζονται για τη διεκπεραίωση της εργασίας τους (Maslin, 1991).

2.1.6. Συντονισμός

Δύο πολύ σημαντικοί παράγοντες συνδέονται άρρηκτα με την έννοια του συντονισμού: ο τρόπος άσκησης της εξουσίας και η αποδοχή της από την ομάδα. Οι Bennis και Nanus το 1985 παρουσιάζουν την ηγεσία ως τη σοφή χρήση της εξουσίας και

την εξουσία ως τη θεμελιώδη κοινωνική ενέργεια που απαιτείται για να γίνει ο στόχος πραγματικότητα και να διατηρηθεί. Η άσκηση της εξουσίας από τον συντονιστή αλλάζει τις στάσεις και τις συμπεριφορές της ομάδας, καθώς αναγνωρίζονται οι ατομικές ανάγκες και τα κίνητρα των μελών της (Sullivan & Decker, 1997). Οι John French και Bertram Raven, το 1958 διατύπωσαν τις εξής μορφές εξουσίας:

1. Εξαναγκαστική (coercive), η οποία βασίζεται στον εκφοβισμό. Τα μέλη της ομάδας πιστεύουν ότι η αποτυχία στην ολοκλήρωση των καθηκόντων που ανατέθηκαν από τον ηγέτη, θα τους οδηγήσει σε επίπληξη ή ποινή.
2. Ανταποδοτική (reward), τα μέλη της ομάδας προσδοκούν έπαινο, αναγνώριση, ή χρηματική αμοιβή για την ολοκλήρωση του καθήκοντός τους.
3. Νομιμοποιημένη – Θεσμοθετημένη (legitimate), η εξουσία απορρέει από τη θέση του ατόμου ανάμεσα στην ομάδα ή στην ιεραρχία της οργάνωσης.
4. Του Ειδικού (expert), η οποία βασίζεται στις ξεχωριστές δεξιότητες, την πείρα και τη γνώση σε σχέση με την υπόλοιπη ομάδα.
5. Εξουσία προσώπου αναφοράς – προτύπου (referent), είναι η εξουσία η οποία κατέχει ένα άτομο όταν θαυμάζεται από την ομάδα για κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του. Το άτομο θεωρείται ότι εμπνέει και καθοδηγεί την ομάδα (Gilkeson, 1997).

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο συντονισμός, όπως και η ηγεσία, είναι μια σχέση αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε ηγέτες και ομάδα που περιλαμβάνει κινητοποίηση και επιρροή. Διαφοροποιούνται όμως ουσιαστικά και αυτή η διαφοροποίηση εξαρτάται από το είδος αυτής της σχέσης αλληλεπίδρασης, που μπορεί να είναι παθητική, είτε συνεργασίας. Όταν ο μάνατζερ επηρεάζει τη συμπεριφορά της ομάδας του έτσι ώστε να επιτύχει τους προσωπικούς του στόχους και μόνο, ασκεί εξουσία. Αν παράλληλα με αυτό καταφέρει να ικανοποιήσει τις επιθυμίες και τις ανάγκες της ομάδας του, τότε ασκεί ηγεσία (Girvin, 1998).

Ο συντονισμός, ως λειτουργία της διοίκησης, είναι σημαντικός στην κατεύθυνση των προσπαθειών του οργανισμού και των εργαζομένων προς την επίτευξη των στόχων τους. Ο επιτυχής συντονισμός απαιτεί προσοχή στα στοιχεία του οργανισμού. Αυτά είναι: το προσωπικό, οι καταναλωτές μιας υπηρεσίας, οι εργασίες που πρέπει να εκτελεί μια υπηρεσία και η δομή του χώρου εργασίας. Άλλα ζητήματα που επηρεάζουν τον συντονισμό είναι: το κίνητρο, οι ηγετικές ικανότητες και η επίβλεψη. Οι πεποιθήσεις του μάνατζερ για τα άτομα και τα κίνητρά τους επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο εκτελεί

τα καθήκοντά του και τις λειτουργίες επίβλεψης. Ένας μάνατζερ εργοθεραπευτής που πιστεύει ότι οι άνθρωποι είναι κατ' εξοχήν εγωιστές και επιδιώκουν μόνο το δικό τους συμφέρον, θα χρησιμοποιήσει πιο έντονο έλεγχο στο προσωπικό του / της. Ένας άλλος τύπος μάνατζερ θα εκτελέσει τις συντονιστικές του λειτουργίες θέτοντας ως αρχή ότι οι άνθρωποι κινητοποιούνται για να ικανοποιήσουν τις δικές τους ανάγκες αυτοεκτίμησης. Οι συζητήσεις και οι συμβουλές θα πρέπει να κυριαρχούν στις εργασιακές σχέσεις. Τέλος, η εργασία του συντονισμού μπορεί να διευκολυνθεί παρατηρώντας τις αρχές της καλής επίβλεψης (Maslin, 1991).

2.1.7. Επικοινωνία

Οι όροι “διοίκηση” και “μάνατζερ” πολύ συχνά συγχέονται, όμως υπάρχουν πολλά θεμελιώδη στοιχεία που τις διαφοροποιούν.

Μάνατζερ χαρακτηρίζεται οποιοσδήποτε χρησιμοποιεί διαπροσωπικές δεξιότητες για να επηρεάσει μια ομάδα να επιτύχει κάποιο στόχο. Ο μάνατζερ δημιουργεί οδούς επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη μιας οργάνωσης, ώστε να προωθήσει την παραγωγικότητα και την ποιότητα της. Δημιουργεί τις κατάλληλες δομές ώστε να διευκολύνει την επίτευξη των στόχων και παρέχει τις απαραίτητες κατευθυντικές και διευκρινιστικές πληροφορίες, προωθώντας την απόδοση και την ικανοποίηση της ομάδας. Σε γενικές γραμμές, οι δεξιότητες του μάνατζερ επικεντρώνονται στην επικοινωνία, την κινητοποίηση και την διευκόλυνση καθώς επίσης και στην προώθηση και υλοποίηση νέων ιδεών στους τομείς της εργασίας. Ο μάνατζερ σκέφτεται μακροπρόθεσμα, επιδοκιμάζοντας την αλλαγή και την καινοτομία (Sullivan & Decker, 1997).

Η επικοινωνία στη εργασία των εργοθεραπευτών είναι ζωτικής σημασίας. Η επικοινωνία στην εργοθεραπεία είναι περίπλοκη διότι περιλαμβάνει πολλούς τομείς που χρήζουν προσοχής. Πρώτον, τα άτομα και οι οργανώσεις με τους οποίους συνεργάζονται οι εργοθεραπευτές όπως οι πελάτες / ασθενείς και οι φροντιστές τους, άλλα επαγγέλματα υγείας, κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας, και εθελοντικοί οργανισμοί. Δεύτερον, τα διάφορα μέσα επικοινωνίας που χρησιμοποιούνται – γραπτά, προφορικά, επίσημα, ανεπίσημα, οπτικά. Τα έντυπα παραπομπής, σημειώσεις θεραπείας, υπομνήματα, ετήσιες αναφορές είναι μερικά παραδείγματα επικοινωνίας. Όποιο κι αν είναι το είδος της επικοινωνίας θα πρέπει να ακολουθείται πιστά το κατάλληλο ύφος γλώσσας, σαφήνεια, καλή δομή, ακρίβεια και συντομία. Τρίτον, ο σκοπός της

επικοινωνίας. Όσον αφορά τους πελάτες / ασθενείς, θα μπορούσε να εξηγήσει τους λόγους για ορισμένα από τα προβλήματα που παρουσιάζονται στις καθημερινές δραστηριότητες ή να τους πείσει για τους στόχους της εργοθεραπείας.

Όσον αφορά τους μάνατζερ, θα μπορούσε να δικαιολογήσει το αίτημα για επιπλέον προσωπικό και εγκαταστάσεις. Το ευρύ κοινό θα πρέπει να ενημερωθεί σχετικά με την αξία και την εργασία του εργοθεραπευτή. Τέλος, οι εργοθεραπευτές θα πρέπει να είναι προσεκτικοί σε νομικά θέματα, όπως ο Νόμος περί Προστασίας Δεδομένων, και κυβερνητικές εκθέσεις όπως η έκθεση Κόρνερ που αφορά τη διατήρηση αρχείων και αναφορών στις υπηρεσίες εργοθεραπείας (Maslin, 1991).

2.1.8. Έλεγχος

Τα μέτρα ελέγχου αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι του σχεδιασμού και της διαχείρισης ενός οργανισμού. Τα μέτρα ελέγχου μπορούν να χρησιμοποιηθούν στους εξής τομείς: κλινικές, διοίκηση, μόρφωση, εκπαίδευση και έρευνα. Μια σημαντική επιδίωξη πίσω από κάθε επιχείρηση ελέγχου είναι να γνωρίζουμε εάν ο οργανισμός πλησιάζει τους στόχους του. Επομένως, οι μηχανισμοί ελέγχου πρέπει να είναι σαφής σχετικά με το τι πρέπει να γίνει και με ποιο τρόπο. Τόσο η επιτυχία όσο και οι παρεκκλίσεις από τα αναμενόμενα πρότυπα δεν θα πρέπει να επισημαίνονται, αλλά να πραγματοποιούνται οι κατάλληλες ενέργειες. Στόχος πρέπει να είναι η αποδοχή οποιουδήποτε συστήματος ελέγχου. Οι εργοδότες θα πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνουν ότι τα μέτρα ελέγχου είναι κατάλληλα και επαρκή, σαφή, αντικειμενικά και οικονομικά.

Στον τομέα του ελέγχου λαμβάνουμε υπόψη τις πολιτικές γραμμές και τις διαδικασίες. Η δημιουργία και συγγραφή καλών πολιτικών γραμμών και διαδικασιών μπορεί να φαίνεται αρχικά μια επίπονη διαδικασία αλλά μακροπρόθεσμα η λειτουργία μιας υπηρεσίας μπορεί να διευκολυνθεί από σαφείς κανόνες ή οδηγίες. Οι πολιτικές και οι διαδικασίες θα πρέπει να αναθεωρούνται τακτικά ούτως ώστε να επιβεβαιώνουν ότι είναι σχετικές και οικονομικές ως προς το χρόνο και την ενέργεια που καταναλώνουν τα άτομα.

Η επιβεβαίωση της ποιότητας, ο ιατρικός οικονομικός έλεγχος και οι αναθεωρήσεις συναδέλφων είναι μερικές μέθοδοι που διασφαλίζουν ποιοτική φροντίδα. Η διαδικασία και η έκβαση των αποτελεσμάτων μιας υπηρεσίας αποτελούν το στόχο των

μετρήσεων αυτών των διενεργειών. Η διαπίστευση είναι μια διαδικασία επίσημης αναγνώρισης ότι το επίπεδο εξυπηρέτησης μιας υπηρεσίας είναι αποδεκτό.

Τέλος, οι μηχανισμοί ελέγχου αναφέρονται μέσα στα πλαίσια μέτρησης των αποτελεσμάτων υγείας. Αυτοί είναι: μειωμένος ρυθμός θνησιμότητας και ποιότητα ζωής. Η πρόκληση για τους εργοθεραπευτές είναι να υποβάλλουν σε εξονυχιστικό έλεγχο την πεποίθησή τους ότι συμβάλλουν στην ποιότητα ζωής ενός πληθυσμού (Maslin, 1991).

Όλοι οι εργοθεραπευτές υποστηρίζουν ότι πρωταρχικό τους μέλημα είναι η εργασία τους με τον πελάτη. Εντούτοις, στο σημείο αυτό, είναι σημαντικό να αναφερθούμε στην έννοια της διατήρησης των αρχείων και με τον τρόπο αυτό να προσδιορίσουμε τη σπουδαιότητά της στο χώρο της εργοθεραπείας. Συνοψίζοντας, οι εργοθεραπευτές χρειάζεται να διατηρούν αρχείο των πελατών τους για:

- Να καταγράφουν τη θεραπεία
- Να επικοινωνούν με το υπόλοιπο προσωπικό σχετικά με τη θεραπεία
- Νομικούς λόγους
- Να δικαιολογούν την εργασία τους
- Να το χρησιμοποιούν ως βάση αξιολόγησης της δουλειάς τους
- Να υποστηρίζουν μελλοντικές αλλαγές / εξελίξεις

Οι νέες τεχνολογίες αλλάζουν συνεχώς τον τρόπο που αποθηκεύουμε και λαμβάνουμε πληροφορίες. Θα είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον να παρακολουθήσουμε τις αλλαγές, αν υπάρξουν, που θα λάβουν χώρα τα επόμενα χρόνια. Πιθανόν, να πρέπει όλοι να εξοπλιστούμε όχι μόνο με ημερολόγια αλλά με φορητούς υπολογιστές για να αντικαταστήσουμε το χαρτί και το στυλό (Creek, 1990).

2.1.9. Προϋπολογισμός

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία στο Ηνωμένο Βασίλειο οι οικονομικές συναλλαγές των εργοθεραπευτών διαφέρουν ανάλογα με τον επαγγελματικό τους τίτλο και τις αρμοδιότητές τους. Η προετοιμασία του προϋπολογισμού είναι εργασία των υψηλόβαθμων στελεχών. Η εργασία αυτή επηρεάζεται σε υπερβολικό βαθμό από το είδος του προϋπολογισμού που υιοθετεί ο οργανισμός. Μερικά είδη προϋπολογισμού είναι: ο λειτουργικός, ο διοικητικός, ο ιατρικός, του μεικτού κόστους. Ο προϋπολογισμός τονίζει το κόστος της υπηρεσίας εργοθεραπείας. Αυτό περιλαμβάνει τους μισθούς του προσωπικού, τα επιδόματα για εκπαίδευση και ταξίδια, και τον εξοπλισμό και τα υλικά.

Μερικά παραδείγματα επιχειρηματικών διαδικασιών στις υπηρεσίες εργοθεραπείας είναι: παραγγελία εξοπλισμού και υλικών, παραλαβή προϊόντων, αποθήκευση προϊόντων, μικροέξοδα και τιμολόγηση των προϊόντων και του εξοπλισμού. Επισημαίνεται ότι οι διαδικασίες αυτές διαφέρουν από περιοχή σε περιοχή. Η εφαρμογή των διαδικασιών αυτών θα πρέπει να καθοδηγείται από την αρχή της αποτελεσματικότητας (Maslin, 1991).

Επομένως, η παροχή ποιότητας διαθέτοντας ανεπαρκής πόρους απαιτεί γνώση και κατανόηση του προϋπολογιστικού συστήματος και θα πρέπει να δοθεί στους κατόχους προϋπολογισμού η ευθύνη για την προετοιμασία των προϋπολογισμών και να είναι υπόλογοι στον προϊστάμενο τους.

Όπως αναφέρεται στην βιβλιογραφία μια υπηρεσία ποιότητας, η οποία όχι μόνο παρέχει ιατρική αξιοπιστία αλλά κάνει τον ασθενή να αισθάνεται πολύτιμος, απαιτεί ποιοτική διαχείριση και οργάνωση. Για να παρέχει η Εργοθεραπεία τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες, καθώς οι απαιτήσεις ολοένα και αυξάνονται, θα πρέπει να είναι σε συνεχή αναζήτηση για να χρησιμοποιεί όσο το δυνατό καλύτερα τους πόρους που διαθέτει. Η επίτευξη αυτού προϋποθέτει περισσότερη ελευθερία στους μανάτζερ.

Η καλή διοίκηση είναι απαραίτητη στην εργοθεραπεία και ο έλεγχος του προϋπολογισμού παίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία διοίκησης.

Η διαχείριση του προϋπολογισμού ξεκινά από την κατανόηση των παραγόντων που διαμορφώνουν τον προϋπολογισμό και βασίζεται στην τακτική ενημέρωση για την κατάσταση του προϋπολογισμού. Δεδομένων αυτών, ο κάτοχος του προϋπολογισμού θα πρέπει να είναι ενήμερος για τα οικονομικά ζητήματα που επηρεάζουν την υπηρεσία και ως αποτέλεσμα να έχει επαρκής γνώσεις για τις ερωτήσεις που θα θέτει στον ταμία και τα άλλα στελέχη (Creek, 1990).

2.1.10. Διοίκηση Προσωπικού και οι Ομάδες στις Υπηρεσίες Υγείας

Στις μέρες μας, ο αριθμός των οργανισμών παροχής υπηρεσιών που προωθούν την αξία και την ανάγκη για ομαδική δουλειά προς την επίτευξη των στόχων τους ολοένα και μεγαλώνει. Σε μεγάλο βαθμό, αυτό συμβαίνει στις υπηρεσίες υγείας λόγω της στροφής σε μια περισσότερο πελατοκεντρική προσέγγιση. Η συγκέντρωση της προσοχής στις ανάγκες του πελάτη οδηγεί στην αποκέντρωση και την αναδιάρθρωση του προσωπικού και σε πολυειδικευόμενες (multidisciplinary) ομάδες στις υπηρεσίες υγείας.

Οι πολυειδικευόμενες ομάδες μπορεί να αποτελούνται από εργοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, γιατρούς και από επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων (Lawson et al, 1996).

Σε μια τέτοια ομάδα, προβλήματα είναι φυσικό να υπάρχουν. Αρχικά, μπορεί να προκύπτουν από διαφορετικές προσεγγίσεις που πηγάζουν από τη φιλοσοφία των επαγγελματιών τους σε κοινά θέματα. Έπειτα, προσωπικές διαφορές ή έλλειψη αναγνώρισης της προσφοράς των άλλων ίσως προκαλέσουν διαταραχή στη λειτουργία της ομάδας. Κατά τη λήψη αποφάσεων είναι δυνατό να γίνονται αλληλοσυγκρουόμενες προτάσεις ή αντίθετα μπορεί να προωθείται μια κατάσταση στασιμότητας προς διατήρηση της ομαδικής αλληλεγγύης (Gilkeson, 1997).

Ο μάνατζερ σε μια τέτοια ομάδα καταρχήν θα πρέπει να θέσει τους κοινούς στόχους και να προωθήσει τη συνεργασία για την επίτευξη αυτών. Για να γίνει αυτό είναι απαραίτητη η κατανόηση της ιστορίας και της πορείας του κάθε επαγγέλματος, των αξιών, των ρόλων, των κανόνων και των διαφορών στον τρόπο σκέψης των μελών της ομάδας (Lohman, 1999). Μέσω της συνεργασίας και της συνεισφοράς των ξεχωριστών γνώσεων και των εμπειριών κάθε ατόμου στην ομαδική δουλειά, πετυχαίνεται κάτι που δε θα μπορούσε να έχει επιτευχθεί από ένα και μόνο άτομο (Grady, Feb. 1990).

Σε μια πολυειδικευόμενη ομάδα πολλές φορές χωρίς τη συνεργασία δεν είναι δυνατή η κατανόηση κάποιων φαινομένων ή αποτελεσμάτων – το ένα μέλος της έχει ανάγκη το άλλο και η αλληλεπίδραση είναι αναπόφευκτη, οπότε πρέπει να έχει θετικά αποτελέσματα (Dalrymple et al, 1999).

Σε μια ομάδα υπηρεσιών υγείας, όπου λόγω της πολυπλοκότητας και της σημασίας του έργου που εκτελεί, δίνεται μεγάλος βαθμός αυτονομίας (σε σημείο ίσως να χαρακτηριστεί αυτοδιαχειριζόμενη), ο ηγέτης δεν είναι κατευθυντικός. Επίσης δεν αναμένεται από αυτόν να γνωρίζει τη δουλειά όλων, αλλά να τη συντονίζει και να παρέχει στην ομάδα τις πληροφορίες που χρειάζεται. Στόχος του είναι η υποστήριξη της ομάδας στον τομέα των σχέσεων αλληλεπίδρασης, η κινητοποίηση και ο καθορισμός μιας κοινής κατεύθυνσης που θα ενώσει όλα τα μέλη της (Shortell & Kaluzny, 1997).

Οι λειτουργίες του προϊσταμένου προσωπικού σε μια υπηρεσία εργοθεραπείας, θα πρέπει να έχουν κάποιες ομοιότητες με τις λειτουργίες του τμήματος προσωπικού. Επομένως, ενδέχεται να υπάρχει συνεργασία μεταξύ του προϊστάμενου προσωπικού ενός τμήματος και του τμήματος προσωπικού στους εξής τομείς: τυποποίηση περιγραφής των εργασιών και προσδιορισμός εργασίας, επιλογή προσωπικού, προγράμματα κατάρτισης, προγράμματα εκπαίδευσης, αξιολόγηση επίδοσης, προώθηση και διάρθρωση

επαγγελματικής σταδιοδρομίας, διαδικασίες πειθαρχίας και διατύπωσης παραπόνων, πρόνοια, υγεία και ασφάλεια.

Σημαντικές είναι επίσης και οι οδηγίες τόσο για τα άτομα που παίρνουν συνέντευξη για μια θέση εργασίας όσο και για τους συνεντευξιαζόμενους. Η διοίκηση προσωπικού θα πρέπει να στοχεύει στη δημιουργία ενός εργατικού δυναμικού το οποίο θα είναι αποτελεσματικό και παράλληλα θα καταβάλλει επίπονες προσπάθειες ούτως ώστε να αισθάνονται τα άτομα ότι τους συμπεριφέρονται δίκαια (Maslin, 1991).

2.2. Οι Δεξιότητες του Εργοθεραπευτή στο Μάνατζμέντ

Η Marriot το 1997, σε μια προσπάθεια να παραλληλίσει τα καθήκοντα και τις δεξιότητες ενός ατόμου σε ρόλο μάνατζερ με τα καθήκοντα και τις δεξιότητες ενός εργοθεραπευτή, χρησιμοποίησε τους εξής κύριους ρόλους ενός μάνατζερ, όπως τους παρουσίασαν οι Quin et al (1990): τον διευθυντικό και συντονιστικό, τον παραγωγικό, του ελεγκτή και του μέντορα και διευκολυντή. Οι ρόλοι αυτοί ουσιαστικά αντιστοιχούν σε κάποιες επιμέρους δραστηριότητες της διαδικασίας του μάνατζμεντ και παρακάτω φαίνεται πως ενσωματώνονται σε αυτούς οι δεξιότητες ενός Εργοθεραπευτή (Marriott, 1997).

A) Διευθυντικές και συντονιστικές δεξιότητες

Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης, ο εργοθεραπευτής καλείται να αναγνωρίσει τα ιδιαίτερα προβλήματα του πελάτη του και τους τρόπους με τους οποίους η εργοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει σε αυτά, διαδικασία η οποία απαιτεί δεξιότητες δημιουργικής επίλυσης προβλημάτων. Η οργάνωση του θεραπευτικού προγράμματος γίνεται πάντα σε συνεργασία με τον πελάτη, συναδέλφους εργοθεραπευτές και την πολυπειθαρχική ομάδα. Η κλινική διαδικασία επομένως απαιτεί πρωτοβουλία, δεξιότητες σχεδιασμού και συντονισμού και πιθανώς ανάθεση καθηκόντων σε συνεργάτες τεχνικούς και επίβλεψη της όλης πορείας της θεραπείας. Οι δεξιότητες για το σχεδιασμό και την οργάνωση ενός θεραπευτικού προγράμματος σχετίζεται άμεσα με αυτές που απαιτούνται για την οργάνωση και το συντονισμό της υπηρεσίας, με κύρια όμως διαφορά το εύρος των ευθυνών.

B) Παραγωγικές δεξιότητες

Ένας μάνατζερ καλείται να ανακαλύψει τρόπους παρακίνησης του προσωπικού και να διασφαλίσει το ότι καθένας είναι παραγωγικός στον ξεχωριστό του ρόλο. Παρομοίως, ο εργοθεραπευτής, κατά τη συνεργασία με τον πελάτη έχει σαν σκοπό μέσα από την παρακίνηση να προωθήσει το μεγαλύτερο δυνατό επίπεδο ανεξαρτησίας και προσωπικής παραγωγικότητας του δεύτερου.

Γ) Ελεγκτικές δεξιότητες

Οι ολοένα και περισσότερες αλλαγές στον τομέα των υπηρεσιών κάνουν απαραίτητη τη συνεχή καταγραφή και ανάλυση των γεγονότων και των πληροφοριών από τον μάνατζερ. Ο εργοθεραπευτής, λόγω της έμφασης που έχει δοθεί τα τελευταία χρόνια στον κλινικό έλεγχο και τη μέτρηση των αποδόσεων, έχει βελτιώσει τις αξιολογητικές και ερμηνευτικές του δεξιότητες για την αποτελεσματική καταγραφή αναφορών προόδου κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Αυτές οι δεξιότητες αποδεικνύονται ιδιαίτερα χρήσιμες και κατά την ευρύτερη εφαρμογή τους στην ανάλυση υπηρεσιών και την παρουσίαση αναφορών.

Δ) Δεξιότητες διευκόλυνσης και ανάπτυξης

Ο μάνατζερ έχει ως καθήκον να υποστηρίζει το προσωπικό στον ιδιαίτερο τομέα της δουλειάς τους και να διευκολύνει την ανάπτυξη των ικανοτήτων τους, ενισχύοντας συγχρόνως την ικανοποίηση που λαμβάνουν από τη δουλειά τους. Αυτό είναι κάτι αντίστοιχο με τις προσαρμογές για τη διευκόλυνση και τη μεγιστοποίηση του δυναμικού του πελάτη που προσπαθεί να επιτύχει κάθε εργοθεραπευτής.

Ο παραπάνω παραλληλισμός είχε ως σκοπό να δείξει ότι ένας εργοθεραπευτής αναλαμβάνοντας ένα ρόλο μάνατζερ, είναι ήδη εξοπλισμένος ως ένα βαθμό από την κλινική του εμπειρία με αρχές και δεξιότητες που αποτελούν βασική προϋπόθεση της διαδικασίας του μάνατζμεντ (Marriott, 1997).

Η περιγραφή των εργασιών ενός επαγγέλματος αποτελεί το σημείο εκκίνησης για να γίνουν κατανοητές οι απαιτήσεις του επαγγέλματος. Υπάρχει διάκριση ανάμεσα στην ιατρική, την επαγγελματική και την διοικητική ευθύνη. Η ιατρική ευθύνη είναι ένας όρος

ο οποίος χρησιμοποιείται για να τονίσει τη σχέση του εργοθεραπευτή με το ιατρικό επάγγελμα όσον αφορά τη θεραπεία που προσφέρεται στον πελάτη / ασθενή. Οι εργοθεραπευτές θα πρέπει να αποδέχονται την επαγγελματική ευθύνη όταν πραγματοποιούν καθήκοντα εργοθεραπείας όπως είναι η αξιολόγηση της λειτουργίας του πελάτη. Η διοικητική ευθύνη αφορά τη συνολική οργάνωση ενός τμήματος και είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ποιος είναι ο επικεφαλής.

Στο σημείο αυτό εστιάζονται τα καθήκοντα του εργοθεραπευτή στους εξής τομείς: φροντίδα πελάτη / ασθενούς, διοίκηση, μόρφωση και εκπαίδευση, δημόσιες σχέσεις και έρευνα. Η οργανωτική δομή επηρεάζει το βαθμό στον οποίο πραγματοποιούνται τα καθήκοντα αυτά από τον εργοθεραπευτή. Παραδείγματος χάριν, η καλή γραμματειακή υποστήριξη σε μια υπηρεσία συμβάλλει στην εξοικονόμηση χρόνου απαντώντας στο τηλέφωνο ή γράφοντας πιο ευανάγνωστες αναφορές για τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας.

Η διαβάθμιση των εργοθεραπευτών θέτει ορισμένες βάσεις για τις μισθοδοσίες και τις συνθήκες που παρέχει η υπηρεσία. Εκτός από τις βασικές προϋποθέσεις, γίνεται λόγος και για το μέγεθος των εγκαταστάσεων που πρέπει να επιβλέπονται, τα ιατρικά και διοικητικά καθήκοντα που πρέπει να διεξάγονται και τα ειδικά καθήκοντα π.χ. ερευνητική ή ιατρική επίβλεψη (Maslin, 1991).

2.2.1. Τα Καθήκοντα ενός Εργοθεραπευτή Μάνατζερ

Οι Craik, Austin και Schell το 1999, σε έρευνα που πραγματοποίησαν στο Ηνωμένο Βασίλειο αναζήτησαν στοιχεία για το προφίλ, τις υπηρεσίες, τα καθήκοντα και τις ανησυχίες των εργοθεραπευτών σε ρόλο μάνατζερ στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Παρακάτω αναφέρονται τα 12 βασικότερα καθήκοντα των μάνατζερ με σειρά βαθμού ατομικής ευθύνης, όπως παρουσίασε η έρευνα, ξεκινώντας από αυτό με το μεγαλύτερο ποσοστό ευθύνης.

1. Επαγγελματική εποπτεία
2. Αντιπροσώπευση εργοθεραπευτών
3. Αξιολόγηση ατομικής απόδοσης
4. Πρόσληψη προσωπικού
5. Ανάπτυξη κριτηρίων απόδοσης
6. Ανάθεση καθηκόντων

7. Συντονισμός επαγγελματικής ανάπτυξης
8. Κατανομή των πόρων
9. Κλινικός έλεγχος
10. Διασυνδέσεις με εκπαιδευτικά ιδρύματα της εργοθεραπείας
11. Οργάνωση προσωπικού
12. Μάρκετινγκ της εργοθεραπευτικής υπηρεσίας

Είναι θετικό το γεγονός ότι τα καθήκοντα που συναντώνται υψηλότερα στη λίστα, και επομένως αντιστοιχούν σε μεγάλο ποσοστό ευθύνης του εργοθεραπευτή μάνατζερ, καλύπτουν βασικές επαγγελματικές δραστηριότητες όπως η εποπτεία και η αξιολόγηση της ατομικής απόδοσης του προσωπικού. Αυτό διέψευσε ως ένα βαθμό τις αρχικές ανησυχίες οι οποίες αποτέλεσαν εν μέρει αφορμή για την έρευνα, και σχετίζονται με την απώλεια του μάνατζμεντ των εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων από εργοθεραπευτές. Παρόλα αυτά, μόνο το 14% των μάνατζερ είχε μια θέση που να ασχολείται μόνο με το μάνατζμεντ της εργοθεραπευτικής υπηρεσίας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των μάνατζερ διατηρούσε αυτό το ρόλο συγχρόνως με το μάνατζμεντ άλλων υπηρεσιών και με την κλινική δραστηριότητα, και πολλές φορές εις βάρος των δύο τελευταίων (Craik et al, 1999).

2.2.2. Σχέσεις Ηγεσίας στην Εργοθεραπεία

Η διαφοροποίηση της ηγεσίας από τη διοίκηση, δείχνει ότι η ηγετική συμπεριφορά δεν καθορίζεται μόνο από τη θέση του ατόμου σύμφωνα με την οργάνωση της ομάδας. Για την ακρίβεια, η θέση εξουσίας δεν αποτελεί προϋπόθεση για την εφαρμογή ηγεσίας από τον καθένα.

A) Υπηρεσίες Υγείας

Στις υπηρεσίες υγείας εμφανίζονται δύο είδη ηγεσίας: η επίσημη και η ανεπίσημη. Επίσημη είναι η ηγεσία όταν ασκείται από κάποιον με νόμιμη εξουσία που του δίνεται από τη θέση του στην οργάνωση. Η ηγεσία είναι ανεπίσημη όταν ασκείται από κάποιον που δεν έχει κάποια ειδική θέση στη διοίκηση. Ένα άτομο του οποίου η συμπεριφορά

επηρεάζει ουσιαστικά την αποτελεσματικότητα της εργασίας της ομάδας του, θεωρείται ότι παρουσιάζει ηγετικά στοιχεία, τα οποία απορρέουν από τις γνώσεις του και τις προσωπικές του δεξιότητες στο να πείθει και να καθοδηγεί τους άλλους (Sullivan & Decker, 1997). Τα γενικά χαρακτηριστικά του ηγέτη επηρεάζουν την ομάδα. Η ποιότητα και τα χαρακτηριστικά των ανεπίσημων διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ ηγέτη και ομάδας προσθέτουν σημασία σ' αυτή την επιρροή (Plas, 1996).

B) Θεραπευτική σχέση

Στην εργοθεραπεία, η ηγετική συμπεριφορά δεν περιορίζεται στις σχέσεις μεταξύ συναδέλφων, αλλά προχωράει και στη σχέση μεταξύ θεραπευτή και πελάτη. Με δεδομένο το γεγονός ότι η ηγεσία βασίζεται κυρίως στην ομάδα στην οποία αναφέρεται, αν οι πελάτες και οι συνάδελφοι αναγνωρίσουν τη σχέση τους με το θεραπευτή ως συνεργατική, θα εμπλακούν σε σχέσεις ηγεσίας μαζί του. Ο εργοθεραπευτής δε χρειάζεται να διατηρεί κάποια παραδοσιακή διοικητική θέση για να προωθήσει την αλλαγή στον τομέα παροχής υπηρεσιών. Οποιοσδήποτε μπορεί να θεωρηθεί ότι ασκεί ηγεσία κάθε φορά που η σχέση του με τον πελάτη βοηθάει τον δεύτερο να αγγίζει τα όρια των δυνατοτήτων του και να επιδιώξει τους στόχους του. Επίσης, οποιοσδήποτε θεωρείται ότι ασκεί ηγεσία, παράλληλα με την εργοθεραπεία, καθώς υπενθυμίζει στον κόσμο τη σημασία της ανθρώπινης λειτουργικής ενασχόλησης και βοηθάει τον καθένα να βρίσκει νόημα σε αυτό που κάνει ή σε αυτά που προσπαθεί να κάνει.

Ο βαθμός στον οποίο κάποιος σημειώνει επιτυχία ως θεραπευτής και πρόοδο ως ηγέτης, καθορίζεται από την έκταση στην οποία α) προωθεί την αλλαγή που θα διευκολύνει τους θεραπευτικούς στόχους, β) προωθεί την αλλαγή στην στάση και συμπεριφορά ανάλογα με τις ικανότητες των ατόμων με ειδικές ανάγκες, γ) κατανοεί την ανάγκη όλων για λειτουργική ενασχόληση με νόημα για τους ίδιους και δ) επιμένει στη σημασία που έχει η συνεργασία και η επιλογή κατά το σχεδιασμό των υπηρεσιών (Grady, Dec. 1990).

Ήδη έχει γίνει φανερό από τα παραπάνω, ότι κάποιες αρχές της εργοθεραπείας, για παράδειγμα η φιλοσοφία του εργοθεραπευτή για τη φύση της σχέσης του με τον πελάτη, επηρεάζουν την άσκηση ηγεσίας στα πλαίσια της.

2.2.3. Η Ηγεσία σε ένα Γυναικοκρατούμενο Επάγγελμα

Όπως είναι γνωστό η πλειοψηφία των ατόμων που απασχολούνται στον τομέα της εργοθεραπείας είναι γυναίκες. Αποτελέσματα αρκετών ερευνών που πραγματοποιήθηκαν την προηγούμενη δεκαετία στον τομέα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας σε ζητήματα ηγεσίας, έδειξαν αρκετές διαφορές στην ικανότητα ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες. Τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες διαθέτουν εξίσου τα γενικά χαρακτηριστικά ενός ηγέτη, ωστόσο όμως οι γυναίκες υπολείπονται σε σχέση με τους άνδρες σε χαρακτηριστικά, όπως η ανταγωνιστικότητα στη δουλειά, η ριψοκίνδυνη συμπεριφορά, η υποστήριξη από συναδέλφους, ανώτερους και υφιστάμενους και οι δυνατότητες για προαγωγή. Σε γενικές γραμμές οι έρευνες αυτές έδειξαν ότι οι γυναίκες διαθέτουν σε μικρότερο βαθμό τα χαρακτηριστικά εκείνα που είναι απαραίτητα για την άσκηση ηγεσίας στους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας. Εκείνο που προτείνεται σύμφωνα με αυτό το συμπέρασμα είναι η προτροπή των γυναικών σε θέσεις διοίκησης να σκέφτονται και να συμπεριφέρονται περισσότερο σαν άνδρες, υιοθετώντας τα ανδρικά πρότυπα ηγεσίας (Shortell & Kaluzny, 1997).

Παρ' όλα αυτά πρέπει να σημειωθεί ότι τα χαρακτηριστικά στα οποία επικεντρώθηκαν αυτές οι έρευνες αφορούν μερικά μόνο από τα χαρακτηριστικά του ηγέτη, αγνοώντας στοιχεία όπως δεξιότητες αλληλεπίδρασης μέσα στην ομάδα, κινητοποίηση και ανάπτυξη αμφίδρομης επικοινωνίας. Τα αποτελέσματα τους λοιπόν δεν είναι δυνατόν να γενικευθούν.

Αναφέρονται συνοπτικά οι έξι παράγοντες που σχετίζονται με την ηγεσία και οι διαφορές στον τρόπο με τον οποίο οι άνδρες και οι γυναίκες τους αντιλαμβάνονται, σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Griggs το 1989. Με 1) παρουσιάζονται οι αντιλήψεις των ανδρών και με 2) οι αντιλήψεις των γυναικών.

A) Λήψη αποφάσεων

- 1) η επικοινωνία είναι κάθετη και οι αποφάσεις λαμβάνονται από τον ηγέτη και επιβάλλονται στην ομάδα
- 2) η θέση του ηγέτη είναι στο κέντρο της ομάδας, γιατί έτσι διευκολύνεται η επικοινωνία και η ανταλλαγή πληροφοριών. Η ομοφωνία είναι πολύ σημαντική.

B) Εξουσία

- 1) αίσθημα ασφάλειας μέσω του ελέγχου και της κυριαρχίας επί των άλλων
- 2) αίσθημα ασφάλειας μέσω οικειότητας με την ομάδα. Ενθάρρυνση συνεργασίας και αλληλεξάρτησης.

Γ) Γνώση και εξειδίκευση

- 1) ανταγωνιστικότητα με στόχο το σεβασμό από την ομάδα
- 2) η κοινή γνώση ενισχύει την επικοινωνία της ομάδας και δικαιολογεί τις αποφάσεις και τους τρόπους δράσης που υιοθετούνται.

Δ) Διαχείριση αντιθέσεων / συγκρούσεων

- 1) η αντίθεση αποτελεί απειλή, είναι αρνητική για την ευημερία της ομάδας και πρέπει να καταστέλλεται
- 2) η αντίθεση αντικατοπτρίζει ένα γενικότερο πρόβλημα της ομάδας και λαμβάνεται ως αφορμή για συζήτηση και επανεξέταση των προβλημάτων, ώστε να υπάρχει αμοιβαία ικανοποίηση.

Ε) Περιβάλλον εργασίας

- 1) προσανατολισμός στην επιτυχία και την αποτυχία των μελών της ομάδας
- 2) δημιουργία διευκολυντικού και συμβουλευτικού περιβάλλοντος, όπου ενθαρρύνεται η αμοιβαία εμπιστοσύνη και οι σχέσεις υποστήριξης και κατανόησης.

Ζ) Ευέλικτη ηγεσία

- 1) επιλογή και άσκηση ενός είδους ηγεσίας, χωρίς δυνατότητα προσαρμογής σε καταστάσεις
- 2) αναγνώριση των εναλλακτικών ειδών ηγεσίας που μπορούν να εφαρμοστούν σε διαφορετικές καταστάσεις ώστε να προωθηθεί η συνεργασία και η παραγωγικότητα (Northouse, 1997).

Σύμφωνα με τη Rosener το 1990, οι διαφορές στην αντίληψη των παραπάνω παραγόντων προκύπτουν από τις εμπειρίες των δύο φύλων μέσα στην ιστορία και από τις διαφορετικές απαιτήσεις από τον άντρα και τη γυναίκα κατά την εκτέλεση ρόλων ζωής. Παραδοσιακά οι γυναίκες, σε ρόλο μητέρας, συζύγου, νοσοκόμας, εθελόντριας κ.ά., αναμένονταν να συμπεριφέρονται ευγενικά, συνεργατικά, υποστηρικτικά και με

κατανόηση, ενώ οι άντρες έπρεπε να προωθήσουν μια συμπεριφορά που να επιδεικνύει ανταγωνιστικότητα, δύναμη, αποφασιστικότητα και έλεγχο. Αυτό εξηγεί γιατί οι γυναίκες σήμερα παρουσιάζονται ως πιο διαδραστικές ηγέτιδες απ' ότi οι άντρες (Rosener, 1990).

Η έρευνα των Eagly και Johnson που πραγματοποιήθηκε το 1990, συσχετίζει πιο συγκεκριμένα το φύλο με τις μορφές που λαμβάνει η ηγεσία. Αρχικά, εξετάστηκαν οι παράγοντες ηγεσίας της θεωρίας των Stogdill και Coons όπως παρουσιάστηκαν το 1957, η επικέντρωση στην οργάνωση και η επικέντρωση στις σχέσεις. Τα αποτελέσματα παρουσίασαν ότi δεν υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά τους τομείς των διαπροσωπικών σχέσεων και της εκπλήρωσης εργασιακού αντικειμένου, παρ' όλα αυτά φάνηκε ότi οι γυναίκες δίνουν μεγαλύτερη έμφαση και στους δύο παράγοντες απ' ότi οι άντρες. Ο δεύτερος τομέας που εξετάστηκε κατά την παραπάνω έρευνα, σχετίζεται με τους δύο από τους τρεις τύπους ηγεσίας των Lewin, Lippit και White το 1993: τον αυταρχικό και τον δημοκρατικό. Ένα ποσοστό, που αγγίζει το 92%, έδειξε ότi οι γυναίκες υιοθετούν μια πιο δημοκρατική συμπεριφορά από τους άντρες, οι οποίοι υιοθετούν μια πιο αυταρχική και κατευθυντική μορφή άσκησης ηγεσίας.

Οι Eagly και Johnson το 1990, επισήμαναν δύο ακόμη πολύ σημαντικά στοιχεία σχετικά με τις διαφορές των δύο φύλων σε ηγετικούς ρόλους. Το πρώτο στοιχείο υποστηρίζει ότi για τη σύγκριση αντρών και γυναικών ηγετών, συγκεκριμένη διοικητική θέση τους παίζει πολύ μεγάλο ρόλο, καθώς συμέραναν ότi όταν αυτή η θέση είναι ίδια οι διαφορές μεταξύ τους ελαχιστοποιούνται. Το δεύτερο στοιχείο έχει να κάνει με το ύφος του επαγγέλματος και το κατά πόσο χαρακτηρίζεται ως ανδροκρατούμενο ή γυναικοκρατούμενο. Υπογραμμίζεται η παρατήρηση ότi η στάση των αντρών και των γυναικών απέναντι σε θέματα όπως εκπλήρωση εργασιακού αντικειμένου ή υιοθέτηση δημοκρατικής συμπεριφοράς αλλάζουν όταν το άτομο βρίσκεται σε ηγετικό ρόλο ταιριαστό με το φύλο του ή όχι. Αν όχι, τότε πολλές φορές αναγκάζεται να υιοθετήσει συμπεριφορές ανάλογες με αυτό το ρόλο (Steers et al, 1996).

Σε έρευνα της Scott το 1985, το δείγμα των γυναικών που εξεταζόταν δήλωσε ομόφωνα ότi είναι ευκολότερο για μια γυναίκα να διατηρεί ηγετικό ρόλο σε ένα γυναικοκρατούμενο τομέα, απ' ότi σε έναν τομέα όπου ο αριθμός των αντρών είναι ίσος ή μεγαλύτερος (Scott, 1985).

Η Hein το 1998, καταλήγει στο συμπέρασμα ότi υπάρχουν κάποιες διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά την ηγετική συμπεριφορά τους, που όμως επηρεάζονται από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η ύπαρξη των διαφορών δε θα έπρεπε να οδηγεί στον χαρακτηρισμό μιας από τις δύο συμπεριφορές ως λανθασμένης. Αυτό που

προτείνεται, είναι ένας συνδυασμός των σωστότερων στοιχείων και των δύο, ανάλογα πάντα με τις τρέχουσες καταστάσεις (Hein, 1998).

2.2.4. Οι Δυσκολίες ενός Επαγγελματία Υγείας σε Ρόλο Μάνατζερ

Είναι γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας που συναντώνται σε ρόλο μάνατζερ στα διάφορα επίπεδα των οργανισμών υπηρεσιών υγείας, στην πλειοψηφία τους διαθέτουν επίσημα προσόντα μόνο όσον αφορά το κλινικό μέρος της εργασίας τους και όχι ως προς το ρόλο μάνατζερ που έχουν αναλάβει. Ουσιαστικά, οι περισσότεροι δεν έχουν ακολουθήσει κάποια εκπαίδευση στο μάνατζμεντ.

Ο Brollier το 1995, αναφέρει ότι: *«η πλειοψηφία των διευθυντών και των μελών του προσωπικού σημείωσε ότι οι διευθυντές των τμημάτων που εξετάστηκαν επιθυμούν και έχουν την ανάγκη για εξειδικευμένη εκπαίδευση στο μάνατζμεντ»* (Brollier, 1985, σελ. 653).

Σύμφωνα με τον Layson et al το 1996 : *«λίγοι επαγγελματίες υγείας βρίσκουν χρόνο να αφιερώσουν σε παρατεταμένη εκπαίδευση στο μάνατζμεντ»*(Lawson et al, 1996, σελ. 7).

Όπως αναφέρει ο Gildson το 1997: *«η επίσημη εκπαίδευση στο μάνατζμεντ σπάνια συναντάται στα εκπαιδευτικά προγράμματα των επαγγελματιών υγείας»* (Gilkeson, 1997, σελ. 255).

Ο Craik et al, το 1999 αναφέρει ότι *«οι μάνατζερ δήλωσαν τα επιπλέον προσόντα τους ...28 (από τους 120) είχαν τίτλο μάνατζμεντ...»* (Craik et al, 1999, σελ. 222).

Οι συνέπειες έλλειψης εκπαίδευσης στο μάνατζμεντ φαίνονται με διάφορους τρόπους. Η Brollier το 1985, σύγκρινε τις απόψεις των εργοθεραπευτών μάνατζερ και μελών του προσωπικού τους σε νοσοκομειακά πλαίσια στις Η.Π.Α., σχετικά με την ασκούμενη ηγεσία από τους μάνατζερ και την επίδραση της στην απόδοση του προσωπικού. Ένα από τα συμπεράσματα στο οποίο κατέληξε είναι η διάσταση των απόψεων των δύο ομάδων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ηγεσίας, καθώς οι μάνατζερ αξιολόγησαν την προσωπική τους απόδοση αρκετά θετικότερα από ότι το προσωπικό για αυτούς. Αυτή η διαφορά υποδηλώνει την ανάγκη εκπαίδευσης των πρώτων στο μάνατζμεντ αρχικά για την καλύτερη απόδοση τους στο ρόλο αυτό και συγχρόνως για την αντικειμενικότερη αυτοαξιολόγησή τους (Brollier, 1985).

Ένα ακόμη σημείο προσοχής για τον μάνατζερ επαγγελματία υγείας, στο οποίο θα συνεισέφερε θετικά η εκπαίδευση στο μάνατζμεντ, είναι η κατανόηση του ρόλου της

εξουσίας και των πολιτικών διαστάσεων που παίρνει ο τρόπος άσκησης της. Το δύσκολο καθήκον ενός μάνατζερ είναι η συμφιλίωση του βαθμού συμμετοχής των υπαλλήλων στο μάνατζμεντ με τις πολιτικές πιέσεις. Η κατανόηση και η σωστή χρήση της εξουσίας, του επιτρέπει να προσαρμόζει αυτή τη συμμετοχικότητα στις εκάστοτε καταστάσεις και πολιτικές συνθήκες (Marriott, 1997).

Ένα επίσης πολύ σημαντικό στοιχείο το οποίο επηρεάζει τη διαδικασία του μάνατζμεντ, πηγάζει από τη γενικότερη φιλοσοφία των επαγγελματιών υγείας: η προτεραιότητα δίνεται πάντα στον πελάτη – ασθενή. Η πρόκληση του μάνατζερ επαγγελματία υγείας είναι να βρει τη σωστή ισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις που προκύπτουν: 1) από το ρόλο του μάνατζερ, όπου η σωστή λειτουργία του οργανισμού σαν σύνολο προηγείται και 2) από το ρόλο του σαν επαγγελματία υγείας, όπου ο ασθενής θεωρείται πάντα ότι έχει την υψηλότερη προτεραιότητα (Lawson et al, 1996).

2.3. Εργοθεραπεία και Στρατηγικές Συμμετοχικού Μάνατζμεντ

Η αντίληψη του μάνατζμεντ ως μια διαδικασία που δίνει έμφαση στη δομή, την οργάνωση, τη σταθερότητα, τον έλεγχο και την κυριαρχία τα τελευταία χρόνια έχει αλλάξει. Οι συνεχείς περιβαλλοντικές αλλαγές οδηγούν τους οργανισμούς σε μια αναζήτηση τρόπων που θα συμβάλλουν στη γρηγορότερη προσαρμογή τους σε αυτές. Οι γραφειοκρατικές καθυστερήσεις αποφεύγονται με την αποκέντρωση και την επιτάχυνση της διαδικασίας στη λήψη αποφάσεων. Το σύστημα γραφειοκρατικής προσέγγισης στις δομές των οργανισμών, όπως το παρουσίασε ο Max Weber το 1947, αντικαθιστάται από μια επίπεδη και ευέλικτη δομή στην ιεραρχία (Lawson et al, 1996).

Η γραφειοκρατική φύση των οργανισμών παρουσιάζει στοιχεία της Κλασικής θεωρίας του μάνατζμεντ των κανόνων, της μηχανικής λειτουργίας και των τυποποιημένων διαδικασιών. Ο Mulins το 1993, εξέφρασε μια πιο ολιστική άποψη για το μάνατζμεντ, παρουσιάζοντας το ως κάτι ευμετάβλητο και εξαρτώμενο από όλες τις δραστηριότητες σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού, και όχι ως μια ανεξάρτητη λειτουργία. Πρέπει λοιπόν κατά την εκτίμηση του μάνατζμεντ να λαμβάνεται υπόψη η φύση του οργανισμού και τα χαρακτηριστικά όσων ατόμων δρουν στα πλαίσια του. Αυτή η άποψη παρουσιάζει στοιχεία της δεύτερης κύριας θεωρίας του μάνατζμεντ, της Ανθρωπιστικής, που αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία στο σημερινό μάνατζμεντ όπου προωθούνται περισσότερο δημοκρατικά είδη ηγεσίας με έμφαση στη συνεργασία και την ενότητα όλων των ατόμων μέσα στον οργανισμό (Melton, 1996).

Οι Anderson & McDaniel το 2000, ανέλυσαν τη σύνθετη φύση των οργανισμών υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι, σύμφωνα με αυτούς, χαρακτηρίζονται από έναν αριθμό παραγόντων και στοιχείων που αλληλεπιδρούν δυναμικά μεταξύ τους, με έναν μη γραμμικό τρόπο. Υπογράμμισαν ότι αυτές οι δυναμικές αλληλεπιδράσεις καθιστούν αναγκαία την εξέταση του συστήματος σαν κάτι ενιαίο και όχι σαν έναν αριθμό ξεχωριστών παραγόντων. Επίσης υποστήριξαν ότι αυτές οι καθημερινές αλληλεπιδράσεις μεταξύ παραγόντων οργανώνουν από μόνες τους το σύστημα και σχηματίζουν δομές προκαλώντας μια ανεπίσημη αναδιοργάνωση σε οποιαδήποτε προσπάθεια για ιεραρχική οργάνωση. Επομένως, η πορεία του συστήματος δεν είναι προβλέψιμη και έτσι δεν μπορεί να οργανωθεί με παραδοσιακούς διοικητικούς κανόνες. Ο μάνατζερ στρέφει την προσοχή του από το να βρίσκει την κατάλληλη δομή στο να κρατάει τη δομή ευέλικτη και από το να προσπαθεί να αντιμετωπίσει τις αδυναμίες του συστήματος στο να απελευθερώνει το δυναμικό του (Anderson & McDaniel, 2000).

Η προσπάθεια δημιουργίας ευέλικτων δομών και χαμηλής ιεραρχίας, η αναγνώριση της σύνθετης φύσης των οργανισμών υπηρεσιών υγείας και της σημασίας των αλληλεπιδράσεων στα πλαίσια τους, καθώς επίσης και η στροφή του ενδιαφέροντος στην Ανθρωπιστική θεωρία του μάνατζμεντ και τη σημασία της συνεργασίας και της ομαδικότητας, συνοδεύονται από μια κατεύθυνση του μάνατζμεντ σε πιο συμμετοχικά είδη οργάνωσης που υποστηρίζουν, μεταξύ άλλων, τη συνεργατική λήψη αποφάσεων και θέσπιση στόχων, και την έμφαση στην ομάδα και την ενδυνάμωσή της (Marriott, 1997).

Η σημασία των σχέσεων συνεργασίας για τον εργοθεραπευτή είναι πολύ σημαντική. Ο εργοθεραπευτής ενθαρρύνει την ενεργή συμμετοχή του πελάτη στη θεραπευτική διαδικασία, από την αρχή μέχρι το τέλος της. Από τη φιλοσοφία της εργοθεραπείας πηγάζουν αρχές ενδυνάμωσης (empowerment), παρακίνησης (enablement) και προώθησης της προσωπικής ολοκλήρωσης (personal fulfilment). Ο εργοθεραπευτής έχει ως στόχο να παρακινήσει και να δώσει τη δυνατότητα στον πελάτη να κάνει επιλογές και να επιτύχει έναν τρόπο ζωής με νόημα για τον ίδιο, φτάνοντας τα υψηλότερα δυνατά λειτουργικά επίπεδα. Αυτές οι ιδιαίτερα σημαντικές αρχές της εργοθεραπείας προτρέπουν μια δημοκρατική συμπεριφορά στα πλαίσια της και ταιριάζουν απόλυτα με τη συμμετοχική προσέγγιση του μάνατζμεντ (Jenkins & Brotherton, 1995).

Ένα ακόμη στοιχείο που ευνοεί την εφαρμογή του συμμετοχικού μάνατζμεντ στα πλαίσια της εργοθεραπείας αποτελεί το γεγονός ότι ο εργοθεραπευτής διαθέτει δεξιότητες, όπως ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, σχεδιασμού και αξιολόγησης, που

αποτελούν βασικά προσόντα του μάνατζερ. Επίσης, σε ένα συμμετοχικό μάνατζμεντ, όπου η έμφαση δίνεται στην ομάδα, οι δεξιότητες σχεδιασμού, ανάλυσης και ερμηνείας μιας θεραπευτικής ομάδας που κατέχει ο εργοθεραπευτής μπορούν να φανούν ιδιαίτερα χρήσιμες (Marriott, 1997).

Αρχικά, ένας μάνατζερ στα πλαίσια ενός συμμετοχικού τύπου μάνατζμεντ έχει ως κύριο καθήκον να προωθήσει σε όλα τα μέλη της ομάδας του ένα αίσθημα ομαδικότητας και κοινής κατεύθυνσης έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η ουσιαστική συμμετοχή όλων (Melton, 1996).

Η επιτυχία του σε αυτό και επομένως η εξασφάλιση της συμμετοχής, έχει ιδιαίτερα θετική επιρροή στην απόδοση του προσωπικού. Είναι πολύ σημαντική η συνεισφορά του κάθε μέλους στην ομάδα και για να έχει νόημα δεν αρκεί η κατάλληλη τυπική οργάνωση του τρόπου εκτέλεσης των καθηκόντων, αλλά είναι απόλυτα απαραίτητη και η διατήρηση της επικοινωνίας σε όλα τα στάδια εκτέλεσης τους. Μέσω της αμοιβαίας επικοινωνίας γίνονται ξεκάθαρες οι προσδοκίες και οι στόχοι της εργασίας και διευκολύνεται η σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση τυχόντων προβλημάτων. Η έλλειψη επικοινωνίας από την άλλη, μπορεί να οδηγήσει σε μη ακριβείς αξιολογήσεις της απόδοσης της ομάδας αλλά και της ίδιας της διαδικασίας του μάνατζμεντ (Brollier, 1985).

Αφού εξασφαλιστεί η επικοινωνία, το επόμενο στοιχείο το οποίο θεμελιώνει το συμμετοχικό μάνατζμεντ είναι η ενδυνάμωση και παρακίνηση του καθένα, για την ουσιαστική συμμετοχή του στη διαδικασία του μάνατζμεντ. Σε έρευνες έχει γίνει φανερό ότι αυτή η συμμετοχή προσφέρει στο προσωπικό μεγάλη ικανοποίηση από τη δουλειά και οδηγεί στην καλύτερη απόδοση τους. Η ενδυνάμωση των μελών του προσωπικού, τους προσφέρει εξουσία, πόρους, πληροφορίες και ευθύνη. Έτσι τους επιτρέπει να έχουν μεγαλύτερο έλεγχο και επιρροή πάνω σε ζητήματα που αφορούν τη δουλειά τους. Πολύ σημαντικό ρόλο σ' αυτή τη διαδικασία παίζει ο αυτοέλεγχος, η ατομική υπευθυνότητα και η ελευθερία επιλογής. Τα οφέλη από την ενδυνάμωση είναι το υψηλό ηθικό, η συνοχή της ομάδας και ο ξεκάθαρος σκοπός της. Η αρνητική πλευρά της είναι η πιθανή σύγχυση, διαμάχη και αβεβαιότητα που ίσως προκαλέσει η ανοιχτή έκφραση διαφορετικών απόψεων.

Για να προωθήσει λοιπόν την ενδυνάμωση με έναν υπεύθυνο τρόπο, ο μάνατζερ πρέπει να καθιερώσει ένα ξεκάθαρο και υποστηρικτικό πλαίσιο, όπου το προσωπικό θα εργαστεί και θα αναπτυχθεί. Η δομή αυτού του πλαισίου θα πρέπει να είναι δυναμική και να προωθεί την εκπλήρωση των προκαθορισμένων στόχων. Για να επιτευχθεί η

επιθυμητή απόδοση και παραγωγικότητα ο μάνατζερ πρέπει, αφού εξετάσει τα χαρακτηριστικά της ομάδας και του οργανισμού, να επιλέξει τον κατάλληλο τρόπο ηγεσίας που θα οδηγήσει στα επιθυμητά αποτελέσματα (Marriott, 1997).

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν είναι δύο. Αρχικά, ένας εργοθεραπευτής σε ρόλο μάνατζερ είναι ήδη εξοπλισμένος από την κλινική του εμπειρία με κάποιες βασικές δεξιότητες μάνατζμεντ σε συνδυασμό με μια βαθύτερη κατανόηση της συμμετοχικής προσέγγισης του μάνατζμεντ. Το δεύτερο συμπέρασμα είναι ότι, το γεγονός πως ένας εργοθεραπευτής διαθέτει τα προσόντα που προαναφέρθηκαν τον καθιστά ικανό να δράσει αποτελεσματικά στα πλαίσια ενός συμμετοχικού μάνατζμεντ και από την πλευρά του μέλους της ομάδας ή του προσωπικού.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ

3.1. Εργοθεραπευτική Παρέμβαση σε Ασθενείς με Άνοια

Για να οργανώσουμε μια εξειδικευμένη υπηρεσία υγείας είναι σκόπιμο και ωφέλιμο κατά τον αρχικό σχεδιασμό, να γνωρίζουμε την νόσο και να εκπαιδεύσουμε τους επαγγελματίες υγείας στην διάγνωση, την αξιολόγηση και την θεραπευτική της αντιμετώπιση.

Η Νόσος Alzheimer είναι η πλέον σημαντική άνοια εξαιτίας της μεγάλης συχνότητάς της. Στις ΗΠΑ 5 – 10 % των ηλικιωμένων ηλικίας άνω των 65 ετών πάσχουν από τη νόσο (Katzman & Kawas, 1994), ενώ 1-3 καινούριοι ασθενείς προστίθενται το χρόνο σε 100 ηλικιωμένους άνω των 65 ετών. Παρατηρείται σχεδόν στους μισούς ηλικιωμένους άνω των 85 ετών.

Το 1992 στις ΗΠΑ έπασχαν 4.000.000 άνθρωποι και το κόστος της φροντίδας τους έφτανε τα 90 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο. Σήμερα είναι γνωστό ότι πάσχουν περίπου 20.000.000 άτομα σε όλον τον κόσμο από τη νόσο του Alzheimer και στην Ελλάδα ο αντίστοιχος αριθμός είναι 46.000 ασθενείς ηλικίας άνω των 70 ετών με επιπολασμό 6% και επίπτωση 3% (Τσολάκη, 1999). Επομένως το γήρας και η Νόσος Alzheimer είναι δύο σοβαρά σύγχρονα προβλήματα. Είναι γνωστό ότι η Νόσος Alzheimer μάλιστα είναι η τέταρτη αιτία θανάτου των ηλικιωμένων.

Ένας δημοφιλής ορισμός για την άνοια είναι ο ακόλουθος. Αναφέρεται στην Τσολάκη (1999) « άνοια είναι η έκπτωση της μνήμης και των άλλων γνωστικών λειτουργιών σε σχέση με το προηγούμενο επίπεδο του ασθενούς, η οποία προκύπτει από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τις νευροψυχολογικές δοκιμασίες, και η διάρκεια αυτών των συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερη των 6 μηνών ».

Στην άνοια δεν παρατηρούνται μόνο διαταραχές των νοητικών - γνωστικών λειτουργιών, για τις οποίες έχουν δημιουργηθεί και σταθμιστεί κλίμακες από τις αρχές του αιώνα μας, αλλά παρατηρούνται και λειτουργικές διαταραχές, διαταραχές συμπεριφοράς, διαταραχές του συναισθήματος καθώς επίσης και ποικίλες μορφές παραληρήματος για τις οποίες επίσης χρειάζονται κλίμακες εκτίμησης της βαρύτητάς τους.

Σύμφωνα με τα τελευταία κριτήρια του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Συλλόγου στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV), η άνοια χαρακτηρίζεται από διαταραχές μνήμης και είτε και από άλλες γνωστικές διαταραχές είτε από διαταραχές της προσωπικότητας. Αυτές οι διαταραχές είναι αρκετές για να επηρεάσουν τις συνήθειες καθημερινές δραστηριότητες και τις κοινωνικές σχέσεις των ασθενών.

Η άνοια είναι μια συνδρομή (σύνδρομο) που έχει συνήθως προοδευτική και μη αντιστρεπτή εξέλιξη, αν και μερικές μορφές άνοιας είναι θεραπεύσιμες και ενίοτε αντιστρέψιμες.

Οι διαταραχές που περιλαμβάνονται στην άνοια μοιράζονται μια κοινή εικόνα συμπτωμάτων, αλλά διαφοροποιούνται με βάση την αιτιολογία τους. Έτσι το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, 4^η έκδοση (DSM-IV) διαμόρφωσε κριτήρια για **Άνοια Τύπου Alzheimer, Αγγειακή Άνοια, Άνοια Οφειλόμενη σε Άλλες Γενικές Ιατρικές Καταστάσεις** (HIV, Τραύμα Κεφαλής, Νόσο του Πάρκινσον, Νόσο του Huntington, Νόσο του Pick, Νόσο Creutzfeldt-Jacob κ.ά.), **Άνοια Επίμονη Προκαλούμενη από Ουσίες και Άνοια Πολλαπλής Αιτιολογίας**. Για άνοιες, που δεν συμπληρώνουν τα κριτήρια για καμιά από τις παραπάνω κατηγορίες (π.χ. δεν μπορεί να βρεθεί συγκεκριμένη αιτιολογία) χρησιμοποιείται ο όρος **Άνοια Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς** (Μάνου, 1997).

Ο ορισμός της άνοιας τύπου Alzheimer, που είναι η πιο κοινή από τις άνοιες και υπεύθυνη για το 60% των ανοϊκών συνδρόμων, σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, 4^η έκδοση (DSM-IV) απαιτεί την πλήρωση ορισμένων διαγνωστικών κριτηρίων.

Υπάρχουν πολλά είδη άνοιας όπως και νόσοι που συνοδεύονται από άνοια, ακριβώς επειδή η άνοια οφείλεται σε πολλούς παράγοντες. Μπορεί να παρατηρηθεί σε περισσότερες από 60 διαταραχές (συνολικά, 70 και πλέον αίτια μπορούν να προκαλέσουν άνοια). Συνεπώς, η διαφορική διάγνωση της άνοιας είναι απαραίτητη για πολλούς λόγους με πρώτο και σημαντικότερο εξ αυτών το να διαπιστωθεί αν ο ασθενής πάσχει από πλήρως αναστρέψιμη (θεραπεύσιμη) άνοια, μερικώς αναστρέψιμη, ή μη αναστρέψιμη (Μούγιας, 2001).

Τα πιο συχνά είδη άνοιας είναι:

- **Νόσος Alzheimer** (σε διάφορες μελέτες, 49-60% του συνόλου των ανοιών)
- **Πολυεμφρακτική άνοια** (σε διάφορες μελέτες 20-32% του συνόλου των ανοιών).

Ενδεικτικά παρατίθενται στο σημείο αυτό διάφορα είδη άνοιας, προκειμένου να διαπιστωθεί η πολλαπλότητα εμφάνισης της νόσου: Νόσος Pick, νόσος Huntington, νόσος Wilson, νόσος Creutzfeldt-Jacob, νόσος Parkinson, Υδροκέφαλος χαμηλής πίεσης, νευροσύφιλις, όγκοι μετωπιαίου λοβού και θαλάμου, μετά από λοίμωξη, τραύμα, ανοξία και άνοιες που οφείλονται σε υποσκληρίδιο αιμάτωμα, μεταβολικές διαταραχές (ενδοκρινικές - ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αφυδάτωση, ηπατική - νεφρική ανεπάρκεια, αβιταμίνωση...) και σε τοξικά αίτια (αλκοόλ, φάρμακα - αντιυπερτασικά, ψυχοτρόπα-μέταλλα...).

Η άνοια είναι αντικείμενο αρκετών ειδικοτήτων: Νευρολόγοι, Ψυχίατροι, Γενικοί Γιατροί και Παθολόγοι ασχολούνται σε διαφορετικές φάσεις της νόσου. Οι πρώτοι και οι δεύτεροι κυρίως σε διαγνωστικό επίπεδο και επίπεδο χορήγησης θεραπείας για τη βασική νόσο, οι δεύτεροι, επιπλέον, σε επίπεδο αντιμετώπισης των ψυχιατρικών προβλημάτων της νόσου, ενώ οι Γενικοί Γιατροί και οι Παθολόγοι είναι οι γιατροί που παρακολουθούν συστηματικά τον ασθενή (Μούγιας, 2003).

Σήμερα στη χώρα μας ασχολούνται ενεργά με το αντικείμενο:

α. Οι Νευρολόγοι και οι Νευρολογικές Κλινικές και

β. Οι Ψυχίατροι που εργάζονται στις Ψυχογηριατρικές Κλινικές

Είναι, πιθανώς, οι πιο κατάλληλοι για τη διάγνωση της νόσου, βοηθούμενοι από νευροψυχολόγους ή ψυχολόγους.

γ. Οι Ψυχίατροι, έστω και αν δεν απασχολούνται σε ειδικές μονάδες είναι, μαζί με τους έχοντες ψυχογηριατρική εμπειρία, οι πλέον κατάλληλοι για την αντιμετώπιση των συνοδών συμπτωμάτων της άνοιας (ψυχωτικές εκδηλώσεις, κατάθλιψη).

δ. Οι Παθολόγοι και οι Γενικοί Γιατροί, επιφορτίζονται κατά κανόνα με το βάρος όλων των παθολογικών προβλημάτων που επισυμβαίνουν κατά τη μακρά πορεία της νόσου και του συχνά παρατεταμένου τελευταίου σταδίου.

Γιατροί διάφορων ειδικοτήτων (π.χ. ορθοπεδικοί) θα χρειαστούν κατά τη μακρά περίοδο της νόσου.

Από τους Επαγγελματίες Υγείας οι Νοσηλευτές και οι Επισκέπτες Υγείας θα έχουν τον πρώτο ρόλο μετά από κάποιο στάδιο της νόσου (αντιμετώπιση κατακλίσεων),

ενώ οι Κοινωνικοί Λειτουργοί των Δήμων, των ΚΑΠΗ ή των Κέντρων Υγείας κατευθύνουν τους περιθάλποντες στα αρχικά στάδια για να λύσουν τα πολλά νομικά και ασφαλιστικά (συντάξεις, μεταβιβάσεις...) προβλήματα που προκύπτουν.

Τέλος, Εργοθεραπευτές, Φυσιοθεραπευτές, Διαιτολόγοι και άλλοι Επαγγελματίες Υγείας θα χρειασθεί κάποιες στιγμές να βοηθήσουν τον άνθρωπο με άνοια ή να μάθουν στο περιθάλποντα ορισμένα θέματα καθημερινής διαβίωσης (π.χ. πώς να σηκώνεται το άτομο με άνοια) (Μούγιας, 2003).

Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στην άνοια πλεονεκτούν, επειδή είναι ασφαλείς, πρακτικές, εύκαμπτες και αποτελεσματικές, συνδυάζονται άριστα με τις εγκεκριμένες ενδείξεις της φαρμακευτικής αγωγής και θεωρούνται θεραπεία εκλογής στους ανοϊκούς ασθενείς και στους κύριους φροντιστές τους.

Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις έχουν σχεδιαστεί βάσει του ψυχοεκπαιδευτικού προτύπου για να παρέχουν ενημέρωση – ευαισθητοποίηση για τη συγκεκριμένη διαταραχή, που απευθύνεται σε όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη και σε ασθενείς των πρώτων σταδίων της άνοιας. Στοχεύουν επίσης στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων του πάσχοντος, με παράλληλη εκπαίδευση του κυρίως περιθάλποντος (care – giver)- φροντιστή. Οι υποστηρικτικές προσεγγίσεις έχουν σχεδιαστεί κυρίως για να ενδυναμώσουν τη συναισθηματική ικανότητα της οικογένειας να διαχειρισθεί την ψυχική καταπόνηση λόγω της χρόνιας ψυχικής επιβάρυνσης (Κατσούρη, 2006).

Η Εργοθεραπευτική παρέμβαση αποτελεί μια από τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Με την ενεργητική ή παθητική χρήση των Εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων, των μουσικοκινητικών δραστηριοτήτων, του χορού, της γυμνασικής και των εικαστικών, στοχεύουμε στον ερεθισμό των αισθητηρίων οργάνων του σώματος, στη μεταφορά της πληροφορίας και στην επεξεργασία αυτής από τα κέντρα της όρασης, της αφής και της ακοής. Σκοπός μας είναι η άμεση ανταπόκριση του ασθενούς αλλά και η σύνδεση του πρόσφατου ερεθίσματος με παρελθοντικές εικόνες και μνήμες.

Η εφαρμογή του ομαδικού εργοθεραπευτικού προγράμματος έχει ανταπόκριση και σε ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια της άνοιας. Επιπλέον προσφέρει κοινωνική αλληλεπίδραση και οι ασθενείς στα αρχικά στάδια διατηρούν το χιούμορ τους.

Η Εργοθεραπεία είναι η τέχνη και η επιστήμη του να κατευθύνει κανείς την ανθρώπινη συμμετοχή σε επιλεγμένους στόχους, έτσι ώστε να αποκαθιστά, να ενισχύει και να προωθεί την απόδοση και αποτελεσματικότητα του αρρώστου, να διευκολύνει την εκμάθηση όλων εκείνων των λειτουργιών και τεχνικών που είναι ουσιώδεις για την

προσαρμογή και παραγωγικότητα, να ελαττώνει ή να διορθώνει το παθολογικό και να προωθεί και να διατηρεί την υγεία. Το θεμελιώδες ενδιαφέρον της Εργοθεραπείας στρέφεται στην ικανότητα του ανθρώπου ώστε σε οποιοδήποτε περίοδο της ζωής του να εκτελεί ικανοποιητικά ως προς τον εαυτό του και ως προς τους άλλους, εκείνους τους σκοπούς και τους ρόλους που είναι απαραίτητοι για την παραγωγική ζωή και την κυριαρχία του εαυτού και του περιβάλλοντος.

Εργοθεραπευτικές τεχνικές με βάση τον ορισμό που δίδει στην Εργοθεραπεία η Αμερικάνικη Εταιρεία Εργοθεραπείας το 1972, έχουν προσαρμοστεί στους ηλικιωμένους και στα άτομα με διαταραχές μνήμης. Η συμπεριφορά έχει παρατηρηθεί ότι είναι συνάρτηση των αισθητηριακών διαδικασιών (Ayres, 1972), του ανταγωνισμού (Reilly, 1974), της κουλτούρας και της γεωγραφικής περιοχής (Llorens, 1976), της σπειροειδούς ανάπτυξης αισθητηριακών και κινητικών λειτουργιών όπως και των περιβαλλοντικών εμπειριών κίνησης και δραστηριότητας και της χωροχρονικής προσαρμογής (Κατσούρη, 1996).

Στηριζόμενοι στις παρατηρήσεις αυτές όπως και στις παρατηρήσεις πάνω στις δυσκολίες που παρουσιάζονται σε ορισμένους παραμέτρους στα άτομα Τρίτης και Τέταρτης Ηλικίας (βραδύτητα σκέψης και κίνησης) και στα άτομα με διαταραχές μνήμης (δυσκολία επικοινωνίας, αφασικές και απραξικές διαταραχές του προσανατολισμού σε χώρο και σε χρόνο) αναπτύχθηκαν ποικιλία προσπαθειών που να καλύπτει αυτές τις δύο κατηγορίες του πληθυσμού μας από πλευράς Εργοθεραπείας.

Με βασικό πρόβλημα και στις δύο ομάδες πληθυσμού το έλλειμμα στην επικοινωνία, η Εργοθεραπεία ωθήθηκε στην εξεύρεση λύσεων για βελτίωση αυτής της βασικής διάστασης της ανθρώπινης εξέλιξης.

Η Llorens (1976) Εργοθεραπεύτρια, περιέγραψε, διαμέσου της ανάλυσης των αναπτυξιακών στόχων, των ρόλων στη ζωή, και των προσδοκιών του ατόμου, τις παρακάτω κατηγορίες δραστηριοτήτων:

1. Οι αισθητηριακές δραστηριότητες (Sensory activities): είναι οι δραστηριότητες που παρέχουν αισθητηριακά ερεθίσματα στο άτομο και εισάγονται από το ίδιο ή από άλλους, σημαντικούς προς αυτό, ανθρώπους. Τις δραστηριότητες αυτές τις απολαμβάνουν τα άτομα για την αισθητηριακή τους ευχαρίστηση.
2. Οι αναπτυξιακές δραστηριότητες (Development activities): είναι οι δραστηριότητες που έχουν σκοπό την εκμάθηση και την απόκτηση δεξιοτήτων και περιλαμβάνουν το δημιουργικό και το δραματικό παιχνίδι καθώς και τις δραστηριότητες γνωστικής ετοιμότητας.

3. Οι συμβολικές δραστηριότητες (Symbolik activities): είναι οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την ευχαρίστηση των βασικών αναγκών του ατόμου και την έκφραση των συναισθημάτων του και περιλαμβάνουν το φαγητό, τη συλλογή αντικειμένων και την συμμετοχή σε ομάδες (Leading groups).
4. Οι δραστηριότητες καθημερινής ζωής (Daily life tasks): είναι οι δραστηριότητες ρουτίνας που σχετίζονται με τις ανάγκες κάθε ηλικίας, όπως είναι η μετακίνηση, η εργασία, τα οικιακά, οι εμπορικές συναλλαγές κ.α.
5. Οι διαπροσωπικές σχέσεις (International relationships): είναι οι ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις που μπορούν να χαρακτηριστούν τόσο ως αναπτυξιακές δραστηριότητες , όσο και ως εργοθεραπευτικές. Η φύση και η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων αλλάζουν καθ' όλη την διάρκεια της ζωής, ενός ατόμου. Τέτοιες σχέσεις περιλαμβάνουν τις δυάδες, την παράλληλη συνεργατική εργασία, κ.ά.

Η φωνή, η κίνηση και η μουσική έχουν ως κοινό την έκφραση και την επικοινωνία. Από την γέννηση ως τον θάνατο, φωνή, χειρονομία και ήχος, ερμηνεύουν τα συναισθήματά μας, τη χαρά, τη λύπη, τον έρωτά μας. Το αυξανόμενο τέμπο, ο ζωηρός ρυθμός, η μελωδία, το τραγούδι και ο χορός, βοηθά τους απομονωμένους ανθρώπους να έρθουν σε επαφή και να σχετισθούν με την ομάδα. Η δυνατότητα να τραγουδήσουν άτομα που δεν μπορούν να μιλήσουν έχει να κάνει με το πόσο κοντά είναι ένα τραγούδι στην προσωπικότητα του ατόμου και στην συναισθηματική ζωή του. Το τραγούδι αποτελεί τον καλύτερο τρόπο συντήρησης της συναισθηματικής γλώσσας (Κατσούρη, 1996).

Στα άτομα με διαταραχές μνήμης, το τραγούδι θεωρείται ότι αποτελεί αποτελεσματική δραστηριότητα, επειδή μπορεί να προσαρμοστεί στο επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών της νόσου αυτής. Η συμμετοχή των ασθενών μπορεί να είναι ενεργητική τραγουδώντας, κρατώντας τον ρυθμό, παίζοντας ρυθμικά κάποιο όργανο ή παθητική, ακούγοντας τα τραγούδια, ανάλογα με το πόσο μειωμένες είναι οι νοητικές και οι σωματικές τους ικανότητες. Κλινικές παρατηρήσεις και γραπτές περιγραφές της θεραπευτικής αντιμετώπισης δείχνουν ότι οι δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται στις αισθητηριακές και νευροαναπτυξιακές προσεγγίσεις χρησιμοποιούνται συχνότερα ως εμπειρίες παιχνιδιού. Η σκόπιμη δραστηριότητα γίνεται ο θεραπευτικός σύνδεσμος για την διευκόλυνση των δραστηριοτήτων που απαιτούνται για την προσαρμογή. Η θεραπευτική χρήση των σκόπιμων δραστηριοτήτων παιχνιδιού είναι το μέσο της εργοθεραπευτικής παρέμβασης.

Πολλοί εργοθεραπευτές ασχολήθηκαν με το θεωρητικό πλαίσιο του παιχνιδιού όπως ο Florey (1971), Michelman (1974), Reilly (1974), Llorens and Rubin (1976) και Takata (1980). Οι ιδέες τους ενσωματώθηκαν στη διατύπωση ενός μοντέλου ανάπτυξης παιχνιδιού και δραστηριοτήτων που σήμερα χρησιμοποιείται.

Η προσαρμογή των δραστηριοτήτων του παιχνιδιού σύμφωνα με τις λειτουργικές ανάγκες των ατόμων με διαταραχές μνήμης διευκολύνει την προαγωγή των κινητικών, αισθητηριακών, γνωστικών, συναισθηματικών και κινητικών ικανοτήτων (Κατσούρη, 1996).

Οι Gail Fidler και Jay Fidler το 1954 δίνουν μία ώθηση στην Ψυχοδυναμική προσέγγιση της Εργοθεραπείας. Παρουσιάζεται η Εργοθεραπεία ως ένα εργαστήριο, όπου ο ασθενής μπορεί να πειραματισθεί στο χειρισμό των συναισθημάτων του και της εξέλιξης των ιδιαιτέρων δεξιοτήτων του μέσω της δημιουργίας. Το 1963, η Εργοθεραπεία παρουσιάζεται ως εργαλείο επικοινωνίας, εφόσον οι δραστηριότητες παρέχουν μέσα κατανόησης του ατόμου μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας κατά την διάρκεια της δημιουργικής διαδικασίας (Καραποστόλη, 1987).

Οι στόχοι της Εργοθεραπείας σε ομάδα με άτομα με διαταραχές μνήμης, αφορούν στην ικανοποίηση των μελών και την ευχαρίστηση τους από την δημιουργική δραστηριότητα (ζωγραφική, χειροτεχνία, κολλάζ). Εστιαζόμενοι στο εδώ και τώρα της ομάδας, διευκολύνοντας την κοινωνικοποίηση και την επικοινωνία των μελών μέσω του παιχνιδιού δηλαδή της μη λεκτικής επικοινωνίας.

Συμπερασματικά, η Εργοθεραπεία σε άτομα με διαταραχές μνήμης περιλαμβάνει:

1. Την Αναζήτηση παλαιών γεγονότων της ζωής (με αντικείμενα, φωτογραφίες, βίντεο, μουσική, ανέκδοτα, ποίηση, επισκέψεις σε μουσεία, άλμπουμ, νομίσματα, παιχνίδια)
2. Τον Προσανατολισμό στην πραγματικότητα: ντύσιμο, αυτοεξυπηρέτηση, έξοδοι, κουζίνα, χρήση χρημάτων, ψώνια...
3. Τις Κοινωνικές ανάγκες: επισκέψεις σε συγγενείς, κοινωνικές λέσχες, εκκλησία
4. Την Διαχείριση του άγχους: επαρκής γνώση, αναγνώριση αρνητικής στάσης, απόκτηση θετικών στάσεων, χαλάρωση, role playing
5. Την Χρονική προσαρμογή: οργάνωση χρόνου ημέρας
6. Την Προβολή της ανεξαρτησίας: ντύσιμο, αυτοεξυπηρέτηση, έξοδοι, κουζίνα, χρήση χρημάτων, ψώνια...
7. Επιπλέον την μάθηση σε διάφορα αντικείμενα. Επικαιρότητα
8. Την Άσκηση και την Γυμναστική (Κατσούρη, 2005)

3.1.1. Ενδεικτικό Πρόγραμμα Εργοθεραπείας

ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ

Ασκήσεις μίμησης, ένας θεραπευόμενος δείχνει μια κίνηση και οι υπόλοιποι την επαναλαμβάνουν. Γυμναστική για ηλικιωμένους σε καθιστή θέση.

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΜΝΗΜΗΣ

- Χρησιμοποιούμε καθημερινά τον πίνακα με το ημερολόγιο (ημέρα, ημερομηνία, μήνας, έτος).
- Χρησιμοποιούμε τον λευκό πίνακα όπου γράφουμε με μαρκαδόρους σε διαφορετικά χρώματα, την ημέρα, ημερομηνία, μήνα, έτος, βάζοντας τα σε κύκλο.
- Πίνακας με το ρολόι όπου προσδιορίζουμε, το πρωί, το μεσημέρι, το απόγευμα, και το βράδυ, και το ποιες δραστηριότητες κάνουμε.
- Παιχνίδια λέξεων σε κύκλο με την μπάλα, όπου λέμε ονόματα, φαγητά, κ.α και τα γράφουμε στον πίνακα.
- Κάρτες μνήμης, για αναγνώριση αντικειμένων, σχήμα, χρώμα, ονομασία. Κάρτες κοινωνικών δεξιοτήτων, αλληλουχίας εκτελεστικών δραστηριοτήτων, π.χ πως ξυριζόμαστε, τα στάδια της κάθε δραστηριότητας. Κάρτες για αναγνώριση συναισθημάτων π.χ λύπη, θυμός, αγάπη. Κάρτες σε συνδυασμό με εξωτερικούς θορύβους, π.χ θάλασσα, το κύμα, ήχους ζώων . Ζητάμε να αναγνωρίσουν και να συνδυάσουν τον ήχο με την εικόνα. Κάρτες για αλληλουχία, συγκέντρωση προσοχής, αναγνώριση σωστού και λάθους, ομοιογένειας αντικειμένων. Κάρτες με αντικείμενα δωματίων που ζητάμε να τα τοποθετήσουν στο σωστό σημείο π.χ ο καναπές σε ποιο δωμάτιο μπαίνει.

Ντοσιέ για κάθε θεραπευόμενο με το τετράδιο του όπου έχει επάνω ένα διαφορετικό σχέδιο στο αυτοκόλλητο για τον καθένα. Γράφουμε στο τετράδιο ημερομηνία, όνομα με κόκκινο χρώμα και ζητάμε να το επαναλάβουν.

Προσωπικό ημερολόγιο σε κάθε θεραπευόμενο, όπου σημειώνουμε την ώρα το πρωί, το μεσημέρι, το απόγευμα, το βράδυ και ποιες δραστηριότητες κάνουμε.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

- Πρόγραμμα Μουσικοκινητικής αγωγής με την συνοδεία κρουστών οργάνων, τραγούδια, με τα λόγια σε φωτοτυπίες για την μνήμη, ή τα γράφουμε με μεγάλα γράμματα στον λευκό πίνακα.
- Κατασκευαστικά παιχνίδια για συνεργία κινήσεων, οπτικοκινητικό συντονισμό, συγκέντρωση προσοχής, π.χ παζλ, χάνδρες, διάφορες κατασκευές από πηλό.
- Ζωγραφική ατομική ή ομαδική για έκφραση και εκπαίδευση σε κινητικές δεξιότητες με την χρήση διαφόρων υλικών π.χ λεπτοί και χονδροί μαρκαδόροι για την λαβή κηρομπογιές, δακτυλομπογιές για ασκήσεις λεπτής κινητικότητας.
- Επιτραπέζια παιχνίδια για ομαδικές δραστηριότητες και διατήρηση κοινωνικών δεξιοτήτων, συγκέντρωσης προσοχής, να περιμένουμε την σειρά μας, να μπορούμε να χάνουμε.
- Διάφορες Κατασκευές για την αδρή κινητικότητα, κόψιμο με ψαλίδι και κολλάζ.
- Εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, μέσο του προτύπου του θεραπευτή σε ομάδα, δείχνει ο θεραπευτής τον σωστό τρόπο, μπορεί να γίνει στην τραπέζα στην ομάδα εργοθεραπείας, στο δωμάτιο, στην τουαλέτα, υπάρχουν και κάρτες που δείχνουν τις δεξιότητες και τον τρόπο που γίνονται.
- Εκπαίδευση σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής, αυτοεξυπηρέτηση, πως ντυνόμαστε και χρησιμοποιούμε τις κούκλες για ντύσιμο και γδύσιμο.
- Πρόγραμμα μαγειρικής και ζαχαροπλαστικής όπου λέμε τις συνταγές τις αναγράφουμε σε λευκό πίνακα με μαρκαδόρο και τις εκτελούμε στην κουζίνα.
- Κηπουρική, έχουμε την ευθύνη του ποτίσματος, φυτεύουμε εποχιακά λουλούδια την άνοιξη.
- Περάσματα και κεντήματα για την συνεργία κινήσεων, ευχαρίστησης, συγκέντρωσης (Κατσούρη, 2006).

3.1.2. Εργοθεραπευτικές Δραστηριότητες κατοίκων

Ένα άτομο με άνοια που παραμένει κλεισμένο σε ένα σπίτι και πολλές ώρες στο κρεβάτι, αφ' ενός δεν θα περνάει ευχάριστα και αφ' ετέρου υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να δημιουργήσει μεγαλύτερα προβλήματα στον περιθάλλοντα.

Επομένως, πρέπει να οργανωθούν κάποιες δραστηριότητες ρουτίνας, όπως και μια βόλτα και μια επίσκεψη σε συγγενικό πρόσωπο την ημέρα...

Πρέπει, επίσης, να οργανωθούν το είδος και ο τρόπος διατροφής, το ντύσιμο, το πλύσιμο των ρούχων, αλλά και το τακτικό πλύσιμο του ασθενούς, η χορήγηση των φαρμάκων και όσα άλλα υπάρχουν στην καθημερινή του ζωή.

Να διαμορφώσει το σπίτι έτσι που να είναι προσαρμοσμένο σε ένα άτομο με άνοια. Και μαζί με αυτό να λύσει έγκαιρα ορισμένα προβλήματα. Για παράδειγμα το πρόβλημα της οδήγησης αυτοκινήτου και ταυτόχρονα, να οργανώσει τις εναλλακτικές λύσεις μεταφοράς του ατόμου με άνοια.

Αφού τα κάνει αυτά ο περιθάλπων θα διαπιστώσει ότι αισθάνεται ιδιαίτερα ανακουφισμένος. Ένα μεγάλο κομμάτι των ερωτημάτων που αλλιώς θα τον βασανίζουν σε όλη την πορεία της νόσου θα έχει λυθεί και το αναπόφευκτο, άγχος του θα είναι σαφώς λιγότερο (Μούγιας, 2003).

Άσχετα με το αν είναι ψυχαγωγικές, ή σπιτική ρουτίνα, οι δραστηριότητες βοηθούν στην οργάνωση της ημέρας, παρέχουν ευκαιρίες κοινωνικής επαφής και βοηθούν να ορίσουμε ποιοι είμαστε. Πολλές δραστηριότητες και τρόποι απασχόλησης των ατόμων με άνοια είναι είτε αδύνατοι είτε περιορισμένοι από την απώλεια μνήμης, εξαιτίας της οποίας προκύπτουν προβλήματα συγκέντρωσης και φυσικά, δυσκολίες. Ακόμη και αν δεν συμβαίνει αυτό, μπορεί να μην έχουν πρωτοβουλία ή να μην είναι ικανοί να αρχίσουν κάτι. Καθώς κινούνται λιγότερο, μπορεί να οδηγηθούν τόσο σε μια γενική επιδείνωση της φυσικής τους κατάστασης όσο και σε ανία.

Η άσκηση και οι δραστηριότητες μπορούν να ωφελήσουν τους ασθενείς με άνοια με πολλούς τρόπους. Μπορούν να τους βοηθήσουν να παραμείνουν ανεξάρτητοι, να διατηρήσουν και να ενεργοποιήσουν περισσότερο τις πνευματικές και φυσικές τους ικανότητες, να καταναλώσουν το περίσσειμα ενέργειας και να βελτιώσουν το νυχτερινό ύπνο. Πάνω από όλα, ενθαρρύνοντας το άτομο με άνοια να έχει ενδιαφέροντα, συντελούμε ώστε αυτό να παραμένει ενεργό. Αλλά και η άσκηση μπορεί να το βοηθήσει, να ζήσει μια όσο το δυνατόν περισσότερο φυσιολογική ζωή (Μουζακίδης, 2000).

Η βοήθεια στις καθημερινές εργασίες μπορεί να προσφέρει στο άτομο με άνοια μια αίσθηση σκοπού και σπουδαιότητας στη ζωή του. Το ενθαρρύνουμε να κάνει πράγματα στο σπίτι ή τον κήπο ακόμη και αν δεν είναι ανάγκη να γίνει κάποια δουλειά ή και αν θα χρειαστεί να ξαναγίνει. Αυτό μπορεί να συνεισφέρει στην αυτοεκτίμηση του ατόμου, ειδικά αν περιστασιακά σχολιάζουμε πόσο εκτιμάμε τη βοήθειά του. Μπορεί, επίσης, να είναι ένας τρόπος για να κάνουμε κάτι μαζί. Αν φαίνεται ότι η δραστηριότητα

έχει κάποιο σκοπό, το άτομο με άνοια μπορεί να αντλήσει περισσότερη ευχαρίστηση εκτελώντας την. Καθώς η νόσος εξελίσσεται, ίσως υποχρεωθεί να βοηθάει λιγότερο ενεργά, πιθανόν όμως να του είναι ευκολότερες κάποιες επαναλαμβανόμενες μικροεργασίες, όπως το γέμισμα δοχείων ή το δίπλωμα πετσετών.

Προσπαθούμε να βρούμε εργασία ή δραστηριότητα που θα ευχαριστεί το άτομο. Όταν ψάχνουμε για κάτι που το άτομο θα ήθελε να κάνει, βοηθάει να σκεφθούμε τι του άρεσε συνήθως. Εκτός από δραστηριότητες που γνωρίζουμε ότι το ευχαριστούν, θα μπορούσαμε να βρούμε ποια πράγματα συνήθιζε να κάνει όταν ήταν νεότερο. Λαμβάνοντας υπ' όψη τα προηγούμενα ενδιαφέροντα και την προσωπικότητα του ατόμου, προσπαθούμε να βρούμε νέες εργασίες και δραστηριότητες, τα οποία θα είναι - φυσικά και πνευματικά - ικανό να κάνει (έστω και με βοήθεια αν είναι ανάγκη). Στην ανάγκη, απλοποιούμε τη δουλειά, βοηθάμε αρκετά ώστε να τη φέρει εις πέρας ή την προσαρμόζουμε.

Η επιλογή των δραστηριοτήτων είναι φανερό ότι θα εξαρτηθεί τόσο από το χρόνο που έχουμε διαθέσιμο και τις οικονομικές μας δυνατότητες όσο και από τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητες του ατόμου. Προσπαθούμε να δίνουμε σημασία στην ευχαρίστηση και όχι στην επίτευξη.

Προκειμένου να εμποδίσουμε το άτομο με άνοια από το να αποθαρρυνθεί ή να απογοητευθεί, προσπαθούμε να περιορίσουμε τη διάρκεια της οποιας δραστηριότητας σε 15 με 20 λεπτά περίπου. Επίσης, προσπαθούμε να είμαστε σίγουροι ότι είναι σε θέση να εκπληρώσει το έργο. Βοηθάμε το άτομο, αν είναι ανάγκη, χωρίς όμως να παίρνουμε τον έλεγχο, και σταματάμε στο πρώτο σημάδι κούρασης ή απογοήτευσης (Μούγιας, 2003).

3.2. Υπηρεσίες Υγείας και το Κόστος στην Άνοια

Οι δομές που ασχολούνται σήμερα με το κεφάλαιο των ανοιών στη χώρα μας, είναι κατά κανόνα οι δομές που αφορούν άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας, μιας και το 99% των ατόμων που προσβάλλεται από τη νόσο ή άλλης μορφής άνοια είναι άνω των 60 χρόνων.

A) Υπηρεσίες που λειτουργούν σήμερα στη χώρα μας

Οι υπάρχουσες υπηρεσίες ή δομές που μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες σε ασθενείς με άνοια διαφοροποιούνται με επιμέρους κριτήρια:

- στις δομές όπου μπορεί να γίνει σωστή διάγνωση της νόσου
- στις δομές όπου μπορεί να γίνει συνεπής παρακολούθηση του ασθενούς για τη συνέχεια
- στις δομές που έχουν Κοινωνικές Υπηρεσίες και μπορούν να προσφέρουν πληροφορίες και βοήθεια σε κοινωνικά θέματα
- στις δομές στις οποίες μπορούν να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα της άνοιας που έχουν ψυχιατρική διάσταση (ψυχωτικές εκδηλώσεις, προβλήματα συμπεριφοράς)
- στις δομές υγείας όπου μπορεί να νοσηλευθεί το άτομο με άνοια για τα αμέσως παραπάνω προβλήματα (πάντα απαιτείται ολιγοήμερη νοσηλεία), εφ' όσον δεν λύνονται χωρίς να νοσηλευθεί το άτομο με άνοια
- στις δομές όπου μπορεί να παραμείνει για κάποιο χρονικό διάστημα ο ασθενής, είτε περιορισμένο είτε παρατεταμένο
- στα Ειδικά Εξωτερικά Ιατρεία ορισμένων νοσοκομείων που ασχολούνται με άτομα με νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας, τα οποία δεν ονομάζονται υποχρεωτικά ιατρεία «Νόσου Alzheimer» ή «Άνοιας» αλλά μπορεί να ονομάζονται και «οργανικών Ψυχοσυνδρόμων» ή «μνήμης»
- στα Νοσοκομεία που έχουν ειδικευμένες Ψυχογηριατρικές Κλινικές,
- στα Νοσοκομεία που έχουν Ψυχιατρικές Κλινικές, είτε έχουν και κρεβάτια για νοσηλεία, είτε όχι
- στα Νοσοκομεία που έχουν Νευρολογικές Κλινικές
- στις Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές
- στα ΚΑΠΗ της χώρας
- στα Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι»
- στα κέντρα Alzheimer της Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Βόλου, Χανίων.

Επιπλέον υπάρχουν:

- Οι Οίκοι Ευγηρίας
- Τα Γηροκομεία της χώρας
- Τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων

Αλλά και

- Τα Νοσοκομεία όλης της χώρας
- Τα Κέντρα Υγείας όλης της χώρας,

στα οποία μπορεί να απευθύνεται ο περιθάλπων για την παρακολούθηση του ασθενούς.

B) Πού μπορεί να απευθυνθεί ο συγγενής για να γίνει η διάγνωση της νόσου

Διάγνωση της νόσου μπορούν αξιόπιστα να κάνουν όλοι οι Νευρολόγοι και όλοι οι Ψυχίατροι που εργάζονται είτε σε νοσοκομεία είτε ιδιωτικά.

Οι πρώτοι που θα διαπιστώσουν τη νόσο είναι πιθανότατα οι Παθολόγοι και οι Γενικοί Γιατροί, αλλά και άλλοι Επαγγελματίες Υγείας που έχουν την ανάλογη κλινική εμπειρία και μπορούν να κατοχυρώσουν την κλινική τους εντύπωση με χρήση αξιολογητικών δοκιμασιών.

Θα πρέπει στη συνέχεια να εξασφαλίσουν οι συγγενείς τη διάγνωση σε Νευρολόγο ή Ψυχίατρο, ο οποίος, έχει δικαίωμα στη συνταγογράφηση των ειδικών για Νόσο Alzheimer φαρμάκων και ιδίως εφ' όσον εργάζεται στο δημόσιο, θα παράσχει τη γνωμάτευση που είναι απαραίτητη σε κάθε νομική ενέργεια μια και αυτό είναι σήμερα απαίτηση των αρχών.

Τα περισσότερα Γενικά Νοσοκομεία και τα Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία έχουν Νευρολογικά ή Ψυχιατρικά Τμήματα ή και τα δύο. Μερικές φορές δεν έχουν αναπτυγμένα κρεβάτια. Για τη διάγνωση της νόσου, πάντως, δεν χρειάζεται νοσηλεία.

Να σημειωθεί ότι η διάγνωση που απαιτείται για τη σωστή κλινική παρακολούθηση και την ενημέρωση των συγγενών των ασθενών μπορεί να γίνει αξιόπιστα και από τους ιδιώτες Ψυχιάτρους και Νευρολόγους, που θα παραπέμψουν τα προς διερεύνηση άτομα σε εργαστηριακές εξετάσεις, και βέβαια απ' όλους τους Νευρολόγους και Ψυχιάτρους που εργάζονται στα Γενικά Νοσοκομεία, τα Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα ιατρεία του Ι.Κ.Α. και όπου αλλού (Μπέλλος, 2002).

Σε κάθε περίπτωση, εφ' όσον το προς διάγνωση περιστατικό έχει ιδιαιτερότητες (είτε λόγω κλινικής εικόνας, είτε λόγω ηλικίας) θα τους παραπέμψει ο γιατρός σε ειδικά τμήματα.

Σχετικά πρόσφατα πολλά νοσοκομεία και άλλες δομές λειτουργούν Ειδικά Ιατρεία που ασχολούνται με άτομα με άνοια. Προσφέρουν διάγνωση και παρακολούθηση της νόσου. Καθώς και έχουν δημιουργηθεί τα κέντρα Alzheimer της Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Βόλου, Χανίων, μέσω των σωματείων αλληλοβοήθειας συγγενών με νόσο Alzheimer.

Τονίζεται στο σημείο αυτό, ότι ορισμένες Ψυχιατρικές δομές (είτε Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, είτε Κέντρα Ψυχικής Υγείας) προσφέρουν υπηρεσίες αποκλειστικά σε κατοίκους κάποιων συγκεκριμένων περιοχών που υπάγονται σε αυτές και παραπέμπουν στη Ψυχιατρική δομή στην οποία υπάγεται το άτομο με βάση τον τόπο κατοικίας του.

Πρέπει να γνωρίζει ο περιθάλπων ότι τα κάθε είδους νοσοκομεία, είτε Γενικά Νοσοκομεία είτε Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία είναι δομές παροχής Υπηρεσιών Υγείας και όχι Πρόνοιας και δεν έχουν κρεβάτια για παρατεταμένη διαμονή των ατόμων με άνοια.

Ο ρόλος τους είναι είτε να κάνουν τη διάγνωση και να προτείνουν κάποια θεραπεία για τη συνέχεια ή να βελτιώνουν ένα ιατρικό πρόβλημα που έχει παρουσιασθεί (π.χ. ψυχωτικές εκδηλώσεις ή προβλήματα συμπεριφοράς της άνοιας), στο μέτρο που αυτό γίνεται από ιατρικής πλευράς, και εν συνεχεία να παραδίδουν το άτομο με άνοια στην οικογένεια. Στη συνέχεια μπορούν να παράσχουν μετανοσοκομειακή παρακολούθηση στα εξωτερικά ιατρεία.

Κρεβάτια παρατεταμένης διαμονής έχουν οι Οίκοι Ευγηρίας (πρέπει πάλι να το επιβεβαιώσει ο ενδιαφερόμενος τηλεφωνικά, δεδομένου ότι ορισμένοι δεν δέχονται άτομα που δεν αυτοεξυπηρετούνται σε κάποιο βαθμό), ορισμένες Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές και ορισμένα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων.

Τα Γηροκομεία και άλλα συναφή ιδρύματα (που αναφέρονται ως Ιδρύματα Προστασίας Υπερηλίκων) δεν δέχονται γενικότερα άτομα με άνοια. Δεν εκδιώκουν, όμως, τα άτομα που φιλοξενούν, εφ' όσον αναπτύξουν άνοια.

Ορισμένα νοσοκομεία (κυρίως Ψυχιατρικές ή Νευρολογικές κλινικές) λειτουργούν άτυπα Ειδικά Ιατρεία που ασχολούνται με άτομα με άνοια.

Επίσης, ορισμένες Κλινικές Νοσοκομείων που δεν έχουν κρεβάτια και παρέχουν μόνον Εξωτερικό Ιατρείο προβλέπεται στο άμεσο μέλλον να αναπτύξουν κρεβάτια νοσηλείας ασθενών. Αυτό αφορά συνήθως τις Ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων.

Γ) Η παρακολούθηση των ασθενών

Η συστηματική παρακολούθηση μπορεί να γίνεται από Γενικούς Γιατρούς ή Παθολόγους αλλά οι ίδιες δομές που θα κάνουν τη διάγνωση πρέπει να έχουν και την εποπτεία καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου.

Επομένως, η συστηματική παρακολούθηση μπορεί να γίνει από τον οικογενειακό γιατρό ή στο Νοσοκομείο της περιοχής ή στο Κέντρο Υγείας της περιοχής.

Γιατροί υπάρχουν και στα ΚΑΠΗ, όχι σε συστηματική βάση κατά κανόνα, αλλά είναι επαρκής η κάλυψη για τη μη ειδική παρακολούθηση των ασθενών.

Οι ψυχιατρικές εκδηλώσεις (κατάθλιψη, ψευδαισθήσεις, παραληρήματα, προβλήματα συμπεριφοράς) πρέπει να παρακολουθούνται από τις ψυχιατρικές δομές και από τους ιδιώτες ψυχιάτρους.

Στα τελευταία στάδια της νόσου είναι αναγκαία η προσφορά των Γενικών Ιατρών ή Παθολόγων (ακράτεια, κατακλίσεις, λοιμώξεις, αλλά και προληπτικές παρεμβάσεις, εμβολιασμοί...) και νοσηλευτών. Να σημειωθεί ότι τα αναπτυσσόμενα σήμερα σε πολλούς δήμους προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» θα έχουν κάποτε και αυτά τον πλήρη ρόλο τους.

Όσον αφορά την επίλυση ορισμένων κοινωνικών προβλημάτων τα ΚΑΠΗ έχουν όλα Κοινωνική Υπηρεσία, όπως έχουν και τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι».

Προσφέρουν βοήθεια σε θέματα μεθόδευσης για διάφορα ασφαλιστικά και άλλα δικαιώματα. Πέρα απ' αυτό ο ρόλος των ΚΑΠΗ στην απαραίτητη κοινωνικοποίηση στα αρχικά στάδια της νόσου είναι σημαντικός, πολύ περισσότερο τη στιγμή που δεν υπάρχουν άλλες δομές (Κυριακοπούλου, κ.ά., 2000).

3.2.1. Εδικές Δομές στην Άνοια

Στο εξωτερικό υπάρχουν εξειδικευμένα Κέντρα Ημέρας και Ειδικά Οικοτροφεία ή Οίκοι Ευγηρίας, ενώ σε ιατρικό επίπεδο υπάρχουν κυρίως ειδικευμένα στο αντικείμενο γηριατρικά τμήματα.

Στην χώρα μας έχουν δημιουργηθεί πρόσφατα ειδικές δομές, ιατρικές ή πρόνοιας που απασχολούνται ειδικά με άτομα που πάσχουν από τη νόσο Alzheimer.

A) Κ.Α.Π.Η. – «Βοήθεια στο Σπίτι»

Δεδομένου ότι τα ΚΑΠΗ φιλοξενούν και σήμερα καθημερινά πολλά άτομα με άνοια για τα οποία δεν έχει γίνει διάγνωση της νόσου, είναι προφανές ότι για τα αρχικά

στάδια της νόσου τα ΚΑΠΗ προσφέρουν δυνατότητα κοινωνικοποίησης και κάλυψης αρκετών αναγκών, ιατρικών, νοσηλευτικών, κοινωνικών, κάλυψης του ελεύθερου χρόνου, ανακούφισης του περιθάλποντα για κάποιες ώρες.

Ιδιαίτερα σημαντικός θεσμός με σχετικά λίγα χρόνια λειτουργίας στη χώρα μας είναι ο θεσμός « Βοήθεια στο σπίτι », ο οποίος και προβλήματα θα λύσει (μοναξιάς, κοινωνικών και νοσηλευτικών αναγκών, αλλά και θα βοηθήσει τους περιθάλποντες να μην αισθάνονται αβοήθητοι σε κάποια δυσκολία που τους φαίνεται αξεπέραστη) και θα κατευθύνει σωστά σε ειδικούς επαγγελματίες αν και όταν χρειάζεται.

Το σίγουρο είναι ότι, θα διευκολυνθεί ιδιαίτερα η διάγνωση, και δη η έγκαιρη, μια και το προσωπικό που στελεχώνει το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» έρχεται κυρίως σε επαφή με ηλικιωμένα άτομα (Γιακουμάκη, 2002).

Να σημειωθεί εδώ ότι οι επαγγελματίες υγείας που επισκέπτονται κάθε τόσο ένα σπίτι έχουν, σε σχέση με τους σταθερούς περιθάλποντες, ορισμένα σοβαρά πλεονεκτήματα:

- Δεν παίρνουν αποφάσεις για το άτομο με άνοια, αφαιρώντας του έτσι εξουσία, επομένως δεν στρέφει εναντίον τους τις κατηγορίες για πολλά πράγματα και δεν δείχνει το ίδιο πείσμα ή άρνηση, αν κάτι τον συμβουλευσουν π.χ. ότι χρειάζεται να πάει για μια εξέταση ή ότι πρέπει να επισκεφθεί το γιατρό.
- Δεν βλέπουν συνέχεια τον άρρωστο και μπορούν να αξιολογήσουν καλύτερα οποιοδήποτε σύμπτωμα το οποίο χρειάζεται αντιμετώπιση.
- Βλέπουν χωρίς ψυχολογική επιβάρυνση την περίπτωση και βρίσκουν λύσεις με πιο καθαρό μυαλό (Μούγιας, 2003).

B) Ο ρόλος των Εθελοντικών Οργανώσεων

Μία σύντομη αναφορά πρέπει να γίνει στο σημείο αυτό και στο ρόλο των Εθελοντικών Οργανώσεων προκειμένου να είναι πλήρης η παράθεση των διαθέσιμων πηγών βοήθειας των ανοϊκών ατόμων και των περιθαλπόντων τους,.

Εξ ίσου σημαντικός μπορεί να είναι ο ρόλος εθελοντών, για παράδειγμα του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού ή της Εκκλησίας, που επισκέπτονται σπίτια ηλικιωμένων.

Ο ρόλος τους είναι πιο πρακτικός και μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμος: μπορεί να ενημερωθούν για να δώσουν κάποιες λύσεις σε ορισμένα προβλήματα, να μαγειρέψουν ή να καθίσουν να φάνε για παρέα ή να κάνουν μια βόλτα ή να καθίσουν

λίγο στο σαλόνι με το άτομο με άνοια, να συνοδέψουν το άτομο με άνοια στα ψώνια ή την τράπεζα, να αναλάβουν να πληρώσουν κάποιο λογαριασμό, να αναλάβουν την παρέα του ατόμου με άνοια για λίγο, για να ανακουφίσουν το περιθάλποντα (Σόλιας, 2002).

Έχουν και τα ίδια πλεονεκτήματα με τα άτομα που εργάζονται στα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» επειδή δεν είναι συνεχώς παρόντες και η σχέση δεν υφίσταται την καθημερινή φθορά.

Γ) Σωματεία Αλληλοβοήθειας

Τα Σωματεία Αλληλοβοήθειας των συγγενών ασθενών με νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας είναι καινούρια στη χώρα μας.

Γενικά, στις μικρότερες κοινωνίες υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να καλύψουν τα Σωματεία Αλληλοβοήθειας ανάγκες, συχνά σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση και να συναντώνται συχνότερα, εξ ου και πρέπει να αναπτυχθούν ομάδες Αλληλοβοήθειας για εξυπηρέτηση συγκεκριμένων ομάδων πληθυσμού.

Και σε μεγάλες ακόμα πόλεις είναι καλύτερα να “κόβεται” η δραστηριότητα σε επίπεδο γειτονιάς ή μερικών τετραγώνων, ώστε να είναι εύκολη η συνάντηση και η ανάπτυξη υπηρεσιών αλληλοβοήθειας.

Τι υπηρεσίες μπορούν να αναπτύξουν:

- Ενημέρωση και σωστή κατεύθυνση για τα όποια προβλήματα υπάρχουν (κοινωνικά, νομικά...)
- Τη δυνατότητα να βρίσκονται μεταξύ τους οι περιθάλποντες, να συζητούν τα προβλήματα και να ανταλλάσσουν εμπειρίες και λύσεις που ο καθένας δίνει στα προβλήματα που βρίσκει μπροστά του
- Τη δυνατότητα να βρίσκει ο περιθάλπων συνομιλητή για να εκφράζει τα συναισθήματά του, να βλέπει πώς οι άλλοι χειρίζονται το θυμό τους και τον εκνευρισμό τους ώστε να χειρίζεται καλύτερα και τις δικές του δύσκολες στιγμές
- Τη δυνατότητα αλληλοκάλυψης σε φροντίδα, βοήθεια στο να βρίσκουν ανακουφιστικές λύσεις (προσωρινή διαμονή, βοηθό περιθάλποντα), λύσεις για αναγκαίες δραστηριότητες (τράπεζα, ψώνια, καθαρισμό, μαγείρεμα, μετακινήσεις...)
- Τη δυνατότητα να έχουν ενημέρωση από επαγγελματίες υγείας

Δ) Ιδρύματα

Υπάρχουν διάφορες κατηγορίες ιδρυμάτων που φιλοξενούν άτομα με άνοια. Υπάρχουν, επίσης, δημόσια ιδρύματα, τα χρονίων παθήσεων τα οποία είναι δωρεάν και τα πληρώνει το ασφαλιστικό ταμείο, ωστόσο είναι λίγα σε αριθμό και συνήθως φιλοξενούν και άτομα με νοητική καθυστέρηση.

Τα Γηροκομεία δεν δέχονται άτομα με εγκατεστημένη άνοια, αλλά δεν διώχνουν τους ηλικιωμένους που φιλοξενούν, εφ' όσον προσβληθούν από άνοια, έχουν επομένως, ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων με άνοια.

Υπάρχουν επίσης ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές που δέχονται άτομα με άνοια, στις οποίες το οικονομικό καθεστώς που ισχύει είναι ότι το ταμείο πάντοτε πληρώνει ένα μέρος του ποσού και ένα άλλο η οικογένεια του ατόμου με άνοια. Το ποσό ωστόσο που καλύπτει κάθε ταμείο κυμαίνεται ευρύτατα.

Υπάρχουν τρεις δημόσιες Ψυχιατρικές Κλινικές στη χώρα μας, δύο στην Αθήνα, στο Δαφνί και στο Δρομοκαίτειο, και μία στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, που όμως δεν φιλοξενούν επί μακρόν τα άτομα με άνοια, αλλά λύνουν τα οξέα προβλήματα που πιθανόν παρουσιάζονται.

Υπάρχουν οι Οίκοι Ευγηρίας, καθαρά ιδιωτικές δομές για τις οποίες οι ασφαλιστικοί φορείς δεν πληρώνουν, και των οποίων το κόστος ποικίλει.

Πρέπει και σ' αυτή την περίπτωση να επικοινωνήσει απ' ευθείας ο συγγενής μαζί τους.

Υπάρχουν κριτήρια με βάση τα οποία πρέπει να αξιολογηθεί η δομή που θα επιλέξει ο περιθάλπων, όταν και εφ' όσον χρειασθεί να εγκλεισθεί το άτομο με άνοια σε ένα ίδρυμα.

Είναι ωστόσο φρόνιμο, εάν δεν έχει άλλες λύσεις, αυτή να είναι μία από τις πρώτες αναζητήσεις του, στα πλαίσια της οργάνωσης της ζωής του μετά τη διάγνωση.

Παρόλα αυτά η διαμονή σε κάποιο ίδρυμα δεν είναι ανάγκη να γίνεται για την υπόλοιπη ζωή των ατόμων με άνοια. Μπορεί να είναι για να ανακουφιστεί η οικογένεια και ο περιθάλπων για λίγες μέρες από το βάρος και για παράδειγμα, να φύγει για διακοπές.

Η παρακολούθηση του ασθενούς με άνοια σε νοσοκομεία είναι δωρεάν, όπως δωρεάν είναι και οι εξετάσεις που χρειάζεται ο άρρωστος να κάνει και τα φάρμακα που θα του γράψει ο γιατρός.

Είναι σαφώς πιο χρήσιμη για τον περιθάλποντα, ειδικά για την άνοια, η εξέταση του ασθενούς του σε κρατικά νοσοκομεία παρά σε ιδιωτικό νοσοκομείο ή ιατρείο, κυρίως επειδή θα μπορέσει να πάρει μία γνωμάτευση που του είναι αναγκαία σε διάφορες επιτροπές υγείας και στην εφορία (Μούγιας, 2003).

Αντίθετα, σε ότι αφορά τον Παθολόγο ή το Γενικό Γιατρό που θα έχει το βάρος της παρακολούθησης για τη συνέχεια, είναι φρόνιμο, με τα σημερινά δεδομένα, να απευθυνθεί σε κάποιον ιδιώτη που να εργάζεται κοντά του για να μπορεί στη συνέχεια της πορείας της νόσου εύκολα να έρχεται να δει στο σπίτι τον ασθενή του ή να μπορεί ο περιθάλπων εύκολα να τον πάει ως εκεί. Υπάρχουν ταμεία που δικαιολογούν την επίσκεψη του γιατρού στο σπίτι.

E) Γραμμές Βοήθειας (SOS phone lines)

Δημιουργήθηκαν το 2001 (το Μάρτιο η πρώτη, τον Οκτώβριο η δεύτερη) από την Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών που εδρεύει στη Θεσσαλονίκη η πρώτη, και από το Σωματείο Αλληλοβοήθειας Συγγενών Ασθενών με Νόσο Alzheimer και Συναφών Διαταραχών της Αθήνας σε συνεργασία με την Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία η δεύτερη (Μέλλιου κ.ά., 2002).

Αποτελούν εμπιστευτικές τηλεφωνικές υπηρεσίες οι οποίες παρέχουν άμεση πληροφόρηση και ενημέρωση για τη νόσο Alzheimer, για τις διάφορες υπηρεσίες που υπάρχουν διαθέσιμες, για τους φορείς που μπορούν να δώσουν λύση σε κάποια προβλήματα, ιατρικά, νομικά, ασφαλιστικά καθώς και τις κοινωνικές παροχές που διατίθενται προς εξυπηρέτηση των πασχόντων. Ταυτόχρονα όμως παρέχουν συμβουλές για τη φροντίδα των ανοϊκών ασθενών, συναισθηματική στήριξη και συμπαράσταση σε ανθρώπους με άνοια, στους περιθάλποντες, και στις οικογένειές τους, οδηγίες όταν είναι εφικτό και γενικά προσπαθούν να αποτελέσουν ένα σημαντικό μέσο στήριξης και βοήθειας για περιθάλποντες και ασθενείς και να βοηθήσουν ώστε η οικογένεια να σηκώνει ένα πιο ελαφρύ φορτίο.

Στο τηλέφωνο απαντούν εξειδικευμένοι επιστήμονες, Νευρολόγοι, Ψυχίατροι, Δικηγόροι ή εκπαιδευμένοι εθελοντές οι οποίοι έχουν παρακολουθήσει σειρά σεμιναρίων.

Τα θέματα που απασχολούν τον κόσμο που τηλεφωνεί είναι πρωταρχικά η αναζήτηση ιατρικών υπηρεσιών, η προσπάθεια επίλυσης κάποιου προβλήματος “της στιγμής”, η αναζήτηση βοηθητικού προσωπικού για το σπίτι και θέματα που άπτονται

επιδομάτων, φοροαπαλλαγών, δωρεάν χορήγηση των φαρμάκων.... Είναι ακόμη, μεγάλος ο αριθμός των ατόμων που έχοντας συγγενή με άνοια, τηλεφωνεί για να ενημερωθεί σε σχέση με τη χρησιμότητα της γραμμής (Μούγιας κ.ά., 2003).

Δεδομένου ότι η νόσος Alzheimer πλήττει διάφορους τομείς της ζωής του πάσχοντα και του περιθάλποντα, ο τηλεφωνητής πρέπει να έχει μια ευρεία ενημέρωση γύρω από διάφορα θέματα που αφορούν τη νόσο και τον οικογενειακό, οικονομικό, κοινωνικό, νομικό αντίκτυπο που έχει στον ασθενή και το άμεσο περιβάλλον που τον φροντίζει.

Πάρα πολλά θέματα επομένως, μπορούν να προκύψουν προς αντιμετώπιση με τη συνεχή εξέλιξη της ασθένειας.

Μέσο της τηλεφωνικής επικοινωνίας που παρέχεται με τις Γραμμές Βοήθειας πολλοί περιθάλποντες λαμβάνουν υποστήριξη και βοήθεια σε ώρες δύσκολες και κρίσιμες, μοιράζονται τα αισθήματά τους, μαθαίνουν και ενημερώνονται για το πώς να αντιμετωπίσουν το συγκεκριμένο τύπο συμπεριφοράς ή κάποιο πρόβλημα που προέκυψε και πώς να προλάβουν την εμφάνισή του εάν υπάρχει τέτοια πιθανότητα.

Χρήσιμες συμβουλές για το πώς να αντιμετωπιστούν από τους περιθάλποντες διάφορα πρακτικά και συμπεριφορικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν με τους ασθενείς τους είναι απαραίτητες, ειδικά σε περιπτώσεις που περιθάλποντες καλούν τις Γραμμές σε στιγμές που ο ασθενής τους βρίσκεται σε κρίση, ή οι ίδιοι είναι σε πολύ άσχημη ψυχολογική κατάσταση και ζητούν βοήθεια

Διευκρινίζεται ότι, ειδικά για κάθε απάντηση που έχει σχέση με ιατρικά ζητήματα, απαντήσεις δίνονται μόνο σε απλώς ενημερωτικό επίπεδο και ότι σε κάθε περίπτωση, για ακριβείς πληροφορίες οι καλούντες απευθύνονται στο θεράποντα ιατρό τους που έχει και την ευθύνη του χειρισμού του ασθενούς τους.

Μέσα από τις Γραμμές Βοήθειας ακούγονται και προσδιορίζονται οι ανάγκες των καλούντων και προτείνονται τρόποι αντιμετώπισης και διαχείρισης αυτών των αναγκών, συχνά όμως οι εθελοντές των Γραμμών απλά ακούν και αφουγκράζονται την ανάγκη του ατόμου να μιλήσει, να εκφραστεί ελεύθερα σε κάποιον που είναι εκεί και που ξέρει ότι τον καταλαβαίνει.

Είναι μεγάλη ανακούφιση να γνωρίζουν οι άνθρωποι ότι υπάρχει κάποιος που γνωρίζει για την νόσο Alzheimer και που είναι διατεθειμένος να ακούσει, να ενημερώσει, να συμπαρασταθεί και πολλές φορές να αναλάβει και πρωτοβουλίες προκειμένου να ανακουφίσει τον πάσχοντα και τους περιθάλποντες. Πρωτοβουλίες οι οποίες απορρέουν μέσα από την ανταλλαγή απόψεων μέσω των τηλεφωνικών συνομιλιών.

3.2.2. Το Κόστος της Οικογένειας Ασθενών με Άνοια

Η διάγνωση της άνοιας τύπου Alzheimer σε ένα μέλος μιας οικογένειας, την φέρνει αντιμέτωπη με μια νέα κατάσταση, για την οποία δεν είναι προετοιμασμένη, και την οποία θα πρέπει να αντιμετωπίσει. Κατανοώντας τη φύση της νόσου, θα καταλάβει καλύτερα την προοπτική που διαγράφεται μπροστά της αλλά και τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του προσβεβλημένου ατόμου.

Μετά την αρχική περίοδο του σοκ που ακολουθεί τη διάγνωση, η οικογένεια βρίσκεται αντιμέτωπη με την τακτοποίηση, αρχικά, των δικών της συναισθημάτων.

Επίσης, πρέπει να πάρει πολλές σημαντικές αποφάσεις, όπως π.χ. ποιός πρόκειται να φροντίζει το προσβεβλημένο άτομο, σε ποιο βαθμό είναι σε θέση να παράσχει φροντίδα ο κύριος περιθάλπων, πώς θα αντιμετωπίσει τα αρχικά προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπο το άτομο, κ.λ.π.

Ποιοι είναι οι Περιθάλποντες

Αναμφισβήτητα, κάθε άτομο με άνοια χρειάζεται κάποιον να τον φροντίζει. Σπάνια ένα μόνον άτομο έχει την όλη ευθύνη της φροντίδας, συχνά όμως το άτομο που έχει την κύρια ευθύνη βοηθιέται και από άλλους. Πάντως, στο ένα τρίτο των περιπτώσεων ο περιθάλπων είναι ένα άτομο.

Μερικές φορές, στις περιπτώσεις αυτές ο περιθάλπων βοηθιέται από έναν επαγγελματία, σπάνια όντως Επαγγελματία Υγείας στη χώρα μας. Τον κυρίως ασχολούμενο ονομάζουμε *κύριο περιθάλποντα*. Ο κύριος περιθάλπων είναι συγγενής ή οικογενειακός φίλος, και όχι επαγγελματίας, σε ποσοστό που ξεπερνά το 90%. Πιο συχνά είναι σύζυγος γυναίκα (23%) ή σύζυγος άνδρας (11%), κόρη (22%), υιός (3%), μητέρα (12%), νύφη (8%), αδελφή (3%), άλλος συγγενής (εγγονή, ανιψιά ή γνωστός (18%).

Οι περισσότεροι περιθάλποντες (πάνω από 80%) ζουν ή έζησαν με το άτομο με άνοια κάποια χρονική περίοδο μετά την εκδήλωση της αρρώστιας. Ο μέσος χρόνος που αφιερώνουν οι περιθάλποντες στη φροντίδα είναι 70 ώρες την εβδομάδα, που φθάνουν τις 100 ώρες για τους μη εργαζόμενους και, είτε εργάζονται είτε όχι, για το 75% από αυτούς αποτελεί το κύριο έργο, που κατά κανόνα διαρκεί περισσότερο από δυο χρόνια. Η δουλειά του περιθάλποντα **κοστίζει** στον περιθάλποντα:

- Σε χρήμα, άμεσα για την φροντίδα και έμμεσα, από απώλεια ωρών εργασίας
- Σε αδυναμία εκπλήρωσης επαγγελματικών υποχρεώσεων όπως πριν
- Σε αδυναμία εκπλήρωσης οικογενειακών υποχρεώσεων όπως πριν
- Σε επιδείνωση σχέσεων με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς του
- Σε ψυχολογικές διαταραχές: 30% από τους περιθάλποντες παρουσιάζουν κατάθλιψη, ενώ 75% παρουσίασαν κάποια περίοδο καταθλιπτικά συμπτώματα. Το 50% παρουσιάζει αϋπνία και αγχώδεις διαταραχές.
- Σε επιδείνωση της σωματικής τους υγείας (οσφυαλγία, ραχιαλγία) (Μούγιας, 2003).

Όλα τα παραπάνω συνιστούν το **Κόστος Ευκαιρίας** (Opportunity Cost) για τον περιθάλποντα, το οποίο περιλαμβάνει την απώλεια όλων των δραστηριοτήτων που σε διαφορετική περίπτωση θα ανέλαμβανε, αν δεν αφιέρωνε το χρόνο του για την περίθαλψη του ανοϊκού ασθενή.

Κατά κανόνα, παρά τις υπηρεσίες που μπορεί να προσφέρει η κοινότητα, ο περιθάλπων αισθάνεται αβοήθητος κάποια στιγμή. Στην Ελλάδα οι υπηρεσίες αυτές είναι ελάχιστες και όσες υπάρχουν κατά κανόνα κοστίζουν.

3.2.3. Οικονομικές Παροχές σε Ασθενείς με Άνοια

Τα δικαιώματα των ατόμων με άνοια είναι αυτά που τους παρέχονται από τα ασφαλιστικά τους ταμεία και αυτά που διάφοροι νόμοι τους προσδιορίζουν.

Στη χώρα μας δεν είναι ένας ο ασφαλιστικός φορέας και τα ασφαλιστικά δικαιώματα των ατόμων με άνοια διαφέρουν ελαφρά από ένα φορέα στον άλλον.

Επειδή το ενδιαφέρον για τα άτομα με άνοια είναι πρόσφατο και ομάδες πίεσης μόλις τελευταία δημιουργούνται, δεν υπάρχει νομοθεσία που να ευνοεί ιδιαίτερα τα άτομα με άνοια.

Όπως και σε άλλες αρρώστιες το άτομο με άνοια δικαιούται να πάρει σύνταξη εξ αιτίας της νόσου του. Χρειάζεται μόνο να περάσει από κάποια επιτροπή με μια γνωμάτευση κρατικού νοσοκομείου που να βεβαιώνει ότι έχει άνοια.

Αν δεν έχει συμπληρώσει τα συντάξιμα χρόνια δικαιούται όπως όλοι να πάρει αναρρωτική άδεια.

Δεν δικαιούται κάποιο πρόσθετο επίδομα που δίδεται σε όσους δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Αυτό δίδεται σύμφωνα με το νόμο στα άτομα που έχουν παραπληγία ή τετραπληγία.

Είναι αλήθεια ότι τα άτομα με άνοια χρειάζονται κάποιον συνέχεια μαζί τους και στο τελευταίο στάδιο πιθανότατα δεν μπορούν ούτε να σηκωθούν, όμως ο νόμος δεν προβλέπει γι' αυτά το σχετικό επίδομα.

Ορισμένα ασφαλιστικά ταμεία δικαιολογούν ένα άτομο σαν συνοδό για μια βάρδια την ημέρα. Άλλα ταμεία δεν το δικαιολογούν.

Δεν έχει νόημα η αναφορά των ταμείων που δικαιολογούν το συνοδό άτομο, επειδή τα ταμεία βρίσκονται σε μια διαδικασία εναρμόνισης των παροχών και ενοποίησης της πολιτικής τους στα πλαίσια της συνένωσής τους σε ομάδες.

Κατά συνέπεια μεταβάλλουν τις πολιτικές τους σε διάφορους τομείς αυτή την περίοδο.

Είναι φρόνιμο ο περιθάλπων να κάνει ένα τηλέφωνο στο ταμείο του, όποιες κι αν είναι οι πληροφορίες που τυχόν έχει από άλλες πηγές.

Εφ' όσον το άτομο με άνοια είναι κάτω από 65 χρόνων, δικαιούται ο συγγενής που το φροντίζει να πάρει αυτοκίνητο με φορολογικές ελαφρύνσεις, για να μπορεί να το μετακινεί.

Δικαιούται και μια μείωση της τάξης των 2.000 € περίπου από το φορολογητέο εισόδημα.

Δικαιούται, επίσης, ορισμένες ελαφρύνσεις ή και απαλλαγές σε λεωφορεία, τις λεγόμενες κοινωνικές διακοπές (κουπόνια κοινωνικού τουρισμού), έκπτωση στα αεροπορικά εισιτήρια και στα τρένα, έκπτωση 75-100% ανάλογα με το εισόδημα, από τα δίδακτρα των παιδιών (1.500 €) που επέβαλε η Ευρωπαϊκή Ένωση σε όλα τα κρατικά Πανεπιστήμια των κρατών μελών.

Επίσης, εφ' όσον νοσεί ο πατέρας και ζει η μητέρα, τα πρωτότοκα παιδιά κάνουν 12μηνη θητεία, εφ' όσον τα υπόλοιπα παιδιά είναι ανήλικα. Αυτό ισχύει και για τα δευτερότοκα παιδιά, με την προϋπόθεση να είναι ήδη παντρεμένο το πρωτότοκο παιδί.

Τα τέκνα του ανοϊκού ατόμου πριμοδοτούνται με επιπλέον μόρια στους διαγωνισμούς του δημοσίου.

Τα φάρμακα για την άνοια αλλά και για τις ψυχιατρικές διαταραχές που τη συνοδεύουν χορηγούνται δωρεάν, δηλαδή, χωρίς τη συμμετοχή του 25% ή του 10% που έχουν τα περισσότερα ταμεία για άλλες κατηγορίες νόσων. Για να ισχύει αυτό, πρέπει ο γιατρός να σημειώσει στη συνταγή του ασφαλισμένου την ένδειξη “χωρίς συμμετοχή”, και να σημειώσει σαν νόσο την νόσο Alzheimer και Ψυχωτικές εκδηλώσεις ή Κατάθλιψη, ώστε να μην υπάρχει συμμετοχή του ασφαλισμένου και ο ασφαλιστικός φορέας να πληρώσει το σύνολο του ποσού (Μούγιας, 2003).

3.3. Επιλογή του Χρήστη, Διαχείριση Φροντίδας για Ανοϊκά Άτομα

Πρωταρχικός στόχος των συστημάτων αξιολόγησης και διαχείρισης φροντίδας είναι η προώθηση της προσωπικής επιλογής και αποφασιστικότητας. Αυτή είναι εύλογα η πιο σημαντική πρόκληση για την φροντίδα στην κοινότητα από τη στιγμή που αμφισβητεί και επαναπροσδιορίζει τον επαγγελματικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών και προσδίδει μεγαλύτερη βαρύτητα στις απόψεις και προτιμήσεις των χρηστών. Η ανισορροπία που υπάρχει μεταξύ των υπηρεσιών πρόνοιας και των ατόμων που επιδιώκουν πρόσβαση σε αυτές επανεξετάζεται και δημιουργείται μια νέα αντίληψη για τη σχέση αυτή. Η έννοια της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών και των χρηστών έχει αναπτυχθεί από τους Marsh και Fisher (1992) και από τους Smale και Tuson (1993). Άλλοι συγγραφείς έχουν προχωρήσει ένα βήμα παραπέρα προσπαθώντας να δώσουν περισσότερα δικαιώματα στους χρήστες των υπηρεσιών (Croft και Beresford 1990, Oliver 1990).

Αυτή η ολοένα αυξανόμενη τάση προς τη συμμετοχή και επιλογή του χρήστη δημιουργεί ορισμένες προϋποθέσεις για τους καταναλωτές των υπηρεσιών πρόνοιας. Για παράδειγμα, εννοείται ότι:

- οι χρήστες γνωρίζουν τις ανάγκες τους και δηλώνουν με σαφήνεια τις προτιμήσεις τους, όχι μόνο σε ότι αφορά την επιλογή υπηρεσίας αλλά και στον προτινόμενο τρόπο ζωής,
- θα έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες που θα τους διευκολύνουν να αποφασίσουν βάσει των απαιτήσεων τους,
- θα έχουν το δικαίωμα να κρίνουν και να παίρνουν αποφάσεις για την καλύτερη προώθηση των συμφερόντων τους.

Σε αντίθετες περιπτώσεις, για ορισμένα άτομα είναι πιο αποτελεσματικό να χρησιμοποιήσουν κάποιον συνήγορο για να αντιπροσωπεύει τις απόψεις τους και να διευκολύνει την επικοινωνία με τις διάφορες υπηρεσίες.

Στην ενότητα αυτή θα ασχοληθούμε με τους τρόπους με τους οποίους είναι δυνατόν να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των ατόμων με άνοια. Ο εκτιμώμενος αριθμός των ατόμων με άνοια αποτελεί μια αρκετά σημαντική ομάδα που απαιτεί κοινωνική και προσωπική στήριξη. Σε ποιο βαθμό μπορεί αυτή η ομάδα να συμμετέχει στη λήψη

αποφάσεων για την πρόνοιά τους; Τι σημαίνει η συμβουλευτική και η συνεργασία σε άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ομιλία και έχουν πρόβλημα επικοινωνίας; Πως είναι εφικτό να εφαρμοστεί αποτελεσματικά μια προσέγγιση βασισμένη στις ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων;

Μοντέλα παροχής υπηρεσιών

Εκ πρώτης όψεως, θα υπάρχουν κάποιες δυσκολίες με το μοντέλο συνεργασίας και την εφαρμογή του σε ανοϊκά άτομα. Αλλά αυτό εξαρτάται επίσης από τις προϋποθέσεις που δημιουργούνται για τους ανοϊκούς ασθενείς. Όπως:

- η δυσκολία να εκφράσουν τις ανάγκες και προτιμήσεις τους
- η μειωμένη κρίση για πιθανά περίπλοκα ζητήματα
- η δυσκολία κατανόησης νέων πληροφοριών
- δυσκολία να κατανοήσουν την κατάστασή τους και επομένως να χρήζουν προστασίας

Οι προϋποθέσεις αυτές ενισχύουν πολλές πρόσφατες πρακτικές με ανοϊκούς ασθενείς. Και αυτό λόγω του ότι πολλές έρευνες έχουν επικεντρωθεί στις ανάγκες των φροντιστών και το φορτίο της φροντίδας. Είναι όμως ανησυχητικό το γεγονός ότι δεν υπάρχει επαρκής βιβλιογραφία σχετικά με ανοϊκούς ασθενείς. Το 1993 η διεύθυνση εκπαίδευσης της εθνικής υπηρεσίας υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, δημοσίευσε το « Χρήστες και φροντιστές: οδηγίες πόρων ». Στο έγγραφο αυτό δεν γίνεται αναφορά για την ανάγκη συμμετοχής των ατόμων με άνοια.

Επίσης, οι οδηγίες από το τμήμα Υγείας δεν είναι σαφείς για την προσέγγιση των αναγκών των ατόμων αυτών. Η προσέγγιση του προγράμματος φροντίδας σε άτομα που καταφεύγουν σε ειδικές ψυχιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες φυσικά περιλαμβάνουν και άτομα με άνοια, θεωρείται κατάλληλη. Η προσέγγιση αυτή, εστιάζοντας σε σχεδιασμούς αξιολόγησης και φροντίδας, περιλαμβάνει “παρακολούθηση” και “επαφή”. Προσδίδει στους υπεύθυνους υγείας την κύρια υπευθυνότητα και η εμπλοκή του χρήστη περιορίζεται στην υποχρέωση να ενημερώνει τους ασθενείς και τους φροντιστές για τα προγράμματα φροντίδας. Σύμφωνα με έρευνες, η συμβουλευτική που γίνεται στα νοσοκομεία σε άτομα που νοσηλεύονται προσωρινά, λαμβάνεται ως εκφοβισμός. Ο διευθυντής ενός νοσοκομείου αναφέρει ότι η προσέγγιση αυτή είναι ένας τρόπος να

εξακριβώσουν ποια άτομα είναι πιο άρρωστα και να εντοπίσουν τις ανάγκες τους. Επίσης, η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι μια τυχαία διαδικασία που εξαρτάται από κοινωνικούς παράγοντες και παράγοντες υγείας, καθώς και από την διαθεσιμότητα των ελεύθερων κλινών.

Η αξιολόγηση των ηλικιωμένων ατόμων με άνοια, μπορεί να γίνει είτε στην κοινότητα είτε στο νοσοκομείο, εφόσον ακόμα δεν έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες για τις συνέπειες και τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων στους χώρους αυτούς. Η εναλλακτική προσέγγιση της διαχείρισης φροντίδας, στις οποίες τα τμήματα κοινωνικών υπηρεσιών έχουν τον βασικό ρόλο, δίνει έμφαση σε μεγάλο βαθμό στην αξιολόγηση βάσει των αναγκών η οποία περιλαμβάνει τη συμμετοχή του χρήστη και συνεπώς επιλογή στο σχεδιασμό φροντίδας. Όπου δεν είναι δυνατή η συμμετοχή του χρήστη για οποιονδήποτε λόγο, προωθείται επίσημα η βοήθεια από συνήγορο. Εντούτοις, καμία από αυτές τις προσεγγίσεις δεν αναγνωρίζει τις δυσκολίες των αναγκών και των προτιμήσεων των ανοϊκών ασθενών.

Όσον αφορά τον συνήγορο, η βοήθεια του οποίου αναγνωρίζεται επίσημα, δεν είναι απόλυτα βέβαιο ότι θα κατανοήσει τις προτιμήσεις των ασθενών ειδικά σε περιπτώσεις άνοιας σε προχωρημένο στάδιο, εάν δεν υπάρχει συχνή και μακροχρόνια επικοινωνία. Επομένως, ο συνήγορος, αποτελεί μερική λύση του προβλήματος εάν δεν ικανοποιούνται αυτές οι προϋποθέσεις. Επίσης, υπάρχει και πρακτική δυσκολία όσον αφορά τον αριθμό των συνηγόρων που είναι διαθέσιμοι για τους ανοϊκούς ασθενείς.

Μια πρόσφατη νομοθεσία σχετικά με την πνευματική ανικανότητα, προτείνει μια νέα συνεχόμενη εξουσιοδότηση, η οποία θα αντικαταστήσει και θα ενισχύσει την παρούσα. Η αλλαγή αυτή, θα επιτρέψει τη βοήθεια ενός επώνυμου αντιπροσώπου σε οικονομικά ζητήματα, αλλά και θέματα πρόνοιας. Σημαντική είναι επίσης η επικοινωνία, ούτως ώστε να μπορεί ο συνήγορος να μεταφέρει επαρκώς τις απόψεις του ατόμου που εκπροσωπεί.

Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν δύναται να εκφράζει την άποψή του ή πιο πιθανό δεν μπορεί να γίνει κατανοητός, πώς μπορεί να υπάρξει συγκατάθεση για κάποιο πρόγραμμα; Οι Marsh και Fisher το 1992 προτείνουν την παθητική συναίνεση, δηλαδή η αποδοχή τηρώντας τις βασικές αρχές της συνεργασίας είναι αυτό που μπορεί να κάνει κάποιος στην περίπτωση των ανοϊκών ασθενών. Η προσέγγιση αυτή υποδηλώνει ελάχιστες διαπραγματεύσεις και δεν θεωρείται κατά κύριο λόγο ως προσέγγιση βάσει των αναγκών ή ότι περιλαμβάνει το δικαίωμα της επιλογής.

Επαγγελματικά διλήμματα

Πολλοί επαγγελματίες υγείας θα βρεθούν σε δύσκολη θέση. Θα ασκούν καθ' υπέρβαση εξουσία εκπροσωπώντας ανοϊκά άτομα; Θα θεωρούν την επιμέλεια ως τον πιο κατάλληλο τρόπο; Εντούτοις, η επιμέλεια παραχωρεί πολύ συγκεκριμένα δικαιώματα που δεν σχετίζονται με τις προτιμήσεις των ασθενών. Υπάρχει επαρκής αριθμός συνηγόρων πρόθυμων και ικανών να αναπτύξουν μακροχρόνιες σχέσεις, να επικοινωνήσουν και να κατανοήσουν τους ασθενείς; Κάτι τέτοιο όμως φαντάζει με απίθανο σενάριο.

Για να επαναλάβουμε τα βασικά ζητήματα που προαναφέρθηκαν, είναι εφικτό τα ανοϊκά άτομα να συμμετέχουν ενεργά στην αξιολόγηση και το σχεδιασμό φροντίδας και συνεπώς να επηρεάζουν τον τρόπο φροντίδας και διαβίωσής τους;

Συνειδητοποίηση και ικανότητα επικοινωνίας

Είναι σημαντική η συνειδητοποίηση και κατανόηση των ατόμων σχετικά με την κατάστασή τους και την ικανότητά τους να εκφράσουν τις απόψεις τους με οποιοδήποτε τρόπο. Αυτό φυσικά διαφέρει ανάλογα με τη σοβαρότητα της ασθένειας του κάθε ατόμου. Παρ' όλα αυτά, τα ελάχιστα στοιχεία που διαθέτουμε προς το παρόν εστιάζουν στην ικανότητα επικοινωνίας λεκτικής ή μη και σε μια συνεχόμενη ευαισθητοποίηση σε προσωπικά ζητήματα ακόμα και στα τελευταία στάδια της άνοιας (Kitwood 1993, Shortt 1990). Τα ολοένα αυξανόμενα στοιχεία δείχνουν ότι οι πράξεις αυτές έχουν κάποιο αποτέλεσμα στα ανοϊκά άτομα, ακόμα και στο τελευταίο στάδιο και ότι η λήψη αποφάσεων για τα άτομα αυτά είναι ιδιαίτερα σημαντική. Επομένως, η ευαισθησία προς τα ανοϊκά άτομα, είναι σημαντική σε όλα τα στάδια της διαδικασίας σχεδιασμού φροντίδας και οι απόψεις και προτιμήσεις τους, είτε εκφράζονται με σαφήνεια είτε όχι, είναι ουσιαστικής σημασίας.

Επικοινωνία και ανοϊκά άτομα

Το κύριο ζήτημα επομένως είναι κατά πόσο είναι δυνατό να γίνουν αντιληπτές και κατανοητές οι ανάγκες των ασθενών. Η άνοια χαρακτηρίζεται από έλλειψη συγκέντρωσης, αφασία και προσωρινή απώλεια μνήμης αλλά οι δυσκολίες αυτές δεν αποκλείουν την επικοινωνία. Χρειάζεται, όμως, ένας ειδικευμένος και ευαίσθητος

ακροατής ο οποίος θα συνηθίσει τις ιδιαιτερότητες στον τρόπο ομιλίας του ασθενούς και θα αναπτύξει τις κατάλληλες τεχνικές για να επικοινωνεί με το συγκεκριμένο άτομο. Η επικοινωνία, φυσικά, επιτυγχάνεται με λεκτικούς και μη λεκτικούς τρόπους και η οικειότητα ενισχύει την κατανόηση μεταξύ δύο ανθρώπων. Η κατανόηση, η οποία ορίζεται ως η ικανότητα ενός ατόμου να εκφραστεί, να καταλάβει τι σκέφτεται και τι αισθάνεται ο άλλος, εάν αντιλαμβάνεται την κατάστασή του και τι θέλει (Smale και Tuson 1993), απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα εάν είναι αδύνατη η λεκτική επικοινωνία. Μια έρευνα σε άτομα με μεσαία ή προχωρημένη άνοια έδειξε ότι ακόμα και ανοϊκοί ασθενείς στα τελευταία στάδια μπορούν να επικοινωνήσουν εάν οι φροντιστές υγείας ακούν προσεκτικά, χρησιμοποιούν εθνογραφικούς τρόπους επικοινωνίας και εφόσον θεωρούν τον ασθενή ως ειδικό και όχι τους εαυτούς τους. Παρ' όλα αυτά, βρισκόμαστε ακόμα στα πρώτα στάδια ανάπτυξης της ικανότητας κατανόησης και επικοινωνίας με ανοϊκά άτομα σε προχωρημένο στάδιο που αντιμετωπίζουν πρόβλημα επικοινωνίας.

Πρώιμη παρέμβαση

Δεδομένης της παρούσας κατάστασης των επαγγελματιών υγείας και διαχειριστών φροντίδας, όσον αφορά τις γνώσεις και τις ικανότητές τους για επικοινωνία και κατανόηση των ανοϊκών ασθενών σε μεσαίο ή προχωρημένο στάδιο, είναι σημαντικό να τονίσουμε τη σημασία της έγκαιρης παρέμβασης. Μια πρώιμη αξιολόγηση, η οποία θα περιλαμβάνει ένα εκτεταμένο ιστορικό, θα μπορούσε να διευκολύνει την κατανόηση του ατόμου γενικά. Όντως, το ιστορικό ενός ατόμου αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για περαιτέρω επικοινωνία καθώς εξελίσσεται η ασθένεια. Η ικανότητα κατανόησης και επικοινωνίας δεν βασίζεται μόνο στην αναγνώριση του τρόπου ομιλίας, αλλά κυρίως στην προσωπικότητα και τη στάση του ατόμου. Όλα αυτά θα μπορούσαν να έχουν εφαρμογή όχι μόνο στους κοινωνικούς λειτουργούς και διαχειριστές φροντίδας αλλά και στους συνηγόρους οι οποίοι δεσμεύονται να εκπροσωπούν τα άτομα αυτά. Ομοίως, τέτοιοι προβληματισμοί είναι ιδιαίτερα σημαντικοί στη λήψη αποφάσεων για λογαριασμό ηλικιωμένων ατόμων που δεν έχουν την ικανότητα αυτή. Οι αποφάσεις που βασίζονται στην προσωπική επαφή με το άτομο παρόλο που απαιτούν κάποιο χρονικό διάστημα, θεωρούνται πιο κατάλληλες από τις απλές υποθέσεις για τις επιθυμίες τους. Παρ' όλα αυτά, αν υπάρχει κατανόηση μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενούς σε πρώιμο στάδιο της ασθένειας, είναι πιο πιθανό η κατανόηση αυτή να συνεχιστεί και η επικοινωνία να είναι όλο και πιο αποτελεσματική κατά την πορεία της ασθένειας. Σε αυτές τις

περιπτώσεις, υπάρχει το ενδεχόμενο να εξακριβωθούν οι πραγματικές απόψεις του ατόμου.

Είναι, επίσης, πιθανό οι φροντιστές να έχουν αυτές τις γνώσεις και επομένως να λειτουργούν εκ μέρους του ασθενούς. Αυτό συμβαίνει σε ορισμένες περιπτώσεις, αλλά θα ήταν αφελές να αγνοήσουν εντελώς τις επιθυμίες και τις προτιμήσεις των ασθενών. Μόνο μέσο της άμεσης επικοινωνίας, μπορούν να καταλάβουν και να εκτιμήσουν το κάθε άτομο και δεν θα πρέπει να θεωρούν δεδομένο το δικαίωμα να παίρνουν αποφάσεις εκ μέρους των συγγενών τους, μόνο και μόνο επειδή είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα τους.

Οι παρούσες εφαρμογές στα ανοϊκά άτομα, δείχνουν ότι μια ιδανική συνεργασία μπορεί να δημιουργηθεί σε μια σχέση που ξεκινά στα πρώτα στάδια της ασθένειας. Με τον τρόπο αυτό θα μπορούσε να υπάρχει ακριβής έρευνα και πληροφόρηση, σχετικά με τον τρόπο ζωής και τις προτιμήσεις του ατόμου. Στα πρώτα στάδια της ασθένειας, ο διαχειριστής φροντίδας, θα μπορούσε να ξεκινήσει τη δημιουργία του προφίλ του ασθενούς, θέτοντας έτσι τη βάση για μελλοντικές εργασίες και μεταξύ τους, αλλά και μεταξύ άλλων θεραπειών ανταλλάσσοντας πληροφορίες. Σ' αυτή τη μορφή αρχείου, θα μπορούν να ανατρέξουν αργότερα όταν η επικοινωνία θα είναι πιο δύσκολη. Επίσης, είναι σημαντική η πρώιμη παρέμβαση, ώστε να διασφαλιστεί η μελλοντική επαφή και επικοινωνία. Είναι κατανοητό ότι η ανταλλαγή πληροφοριών θέτει ζητήματα εμπιστευτικότητας, αλλά είναι εμφανή τα πλεονεκτήματα μιας πιο στενής συνεργασίας μεταξύ των θεραπειών και ειδικά με κάποιον θεραπευτή που έχει επιτύχει μια σχέση κατανόησης (Phillips, Penhale, 1988).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ

Σύμφωνα με τον Πολύζο, 2007 σελ. 495-496: «η ορθολογικοποίηση των αποφάσεων σχεδιασμού δημιούργησε την ανάγκη αξιολόγησης του συστήματος με τρόπο που να μπορούμε να ελέγξουμε κατά πόσο αυτό επιφέρει πάντα τα επιθυμητά αποτελέσματα. Η αξιολόγηση υγείας ενός πληθυσμού εξαρτάται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες, πέρα από τους βιολογικούς, όπως για παράδειγμα, κοινωνικούς, πολιτικούς και οικονομικούς. Είναι η συστηματική και επιστημονική διαδικασία με την οποία προσπαθούμε να εκτιμήσουμε σε ποιο βαθμό μια δραστηριότητα ή μια αλληλουχία δραστηριοτήτων επέτρεψαν ή όχι την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων μιας υπηρεσίας υγείας. Ορίζεται ως βασικό στοιχείο του προγραμματισμού, ως μια αναδρομική παρατήρηση στα διάφορα επίπεδα του. Αποσκοπεί στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και των οικονομικών πόρων μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών υγείας. Στην περίπτωση των προγραμμάτων υγείας, αναφέρεται στον συστηματικό προσδιορισμό της επάρκειας, της προόδου, της δραστηριότητας, της αποτελεσματικότητας και του επιπέδου υλοποίησης κάθε προγράμματος υγείας» (Πολύζος, 2007).

Η εκτίμηση της αποδοτικότητας, βασίζεται στην ανάλυση αποτελεσμάτων που επιτεύχθηκαν σε σχέση με τις προσπάθειες που έγιναν και τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν. Το ερώτημα είναι, αν θα μπορούσαν τα ίδια αποτελέσματα να επιτευχθούν με καλύτερους και οικονομικότερους πόρους. Με τη διαφοροποίηση στην “τεχνική” αποδοτικότητα και τη σχέση κόστους – αποδοτικότητας αν θα μπορούσαν να προκύψουν καλύτερα αποτελέσματα ως προς το λειτουργικό επίπεδο, τις μεθόδους, το ανθρώπινο δυναμικό και τα οικονομικά, που διατέθηκαν για την υλοποίηση των προγραμματισθέντων και τη διαχείριση της υπηρεσίας ή του ιδρύματος.

Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας είναι κυρίως η ανάλυση του βαθμού επίτευξης των αντικειμενικών σκοπών σε σχέση με τη μείωση του προβλήματος ή τη βελτίωση μιας μη ικανοποιητικής κατάστασης. Ο καθορισμός των στόχων και η απόδοση των δεικτών κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού - προγραμματισμού διευκολύνει πολύ την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας (Λανάρα, 2004).

4.1. Αξιολόγηση της Εργοθεραπευτικής Παρέμβασης σε Ασθενείς με Άνοια

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, τα τελευταία χρόνια έχει αναγνωριστεί η ανάγκη να υπάρχουν μέθοδοι με τις οποίες η αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης να μπορεί να μετρηθεί με αντικειμενικό τρόπο. Αυτή η μέτρηση εξυπηρετεί τους ακόλουθους σκοπούς:

- Να αποδείξει ότι η παρέμβαση είναι κατάλληλη και αποτελεσματική
- Να επισημάνει τις περιοχές της υπηρεσίας, που πιθανόν χρειάζονται ανάπτυξη ή επιπλέον ενίσχυση
- Να διευκολύνει τις αλλαγές που θα οδηγήσουν στην αύξηση της ικανοποίησης των πελατών της υπηρεσίας
- Να αποδείξει την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται
- Να αποδείξει την αποτελεσματική χρήση των διαθέσιμων πόρων

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί εργαλεία από την διοίκηση των υπηρεσιών υγείας για την μέτρηση της συνολικής βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού που εξυπηρετείται από τις υπηρεσίες. Εργαλεία για την μέτρηση του χρόνου αναμονής, ή τον αριθμό και τον τύπο των παραπόνων. Δηλαδή η μέτρηση αφορά στοιχεία που θα αποδείξουν ότι η υπηρεσία είναι αποτελεσματική για την βελτίωση της υγείας του γενικού πληθυσμού.

Από την άλλη πλευρά οι ασθενείς ζητάνε πληροφόρηση και καλύτερη ενημέρωση για την άμεση ανακούφιση τους από τις συνέπειες της αρρώστιας, όπως γρήγορη και αποτελεσματική θεραπεία.

Οι θεραπευτές όμως, ενδιαφέρονται να μετρήσουν την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης τους σε κάθε ασθενή ατομικά, όπως η θεραπεία της αρρώστιας, η ανακούφιση από τα συμπτώματα, η ικανοποίηση του ασθενή με την διαδικασία της θεραπείας, καθώς και ένα μέγιστο επίπεδο λειτουργικότητας για τον ίδιο τον ασθενή. Υπάρχουν δύο κυρίως τύπο μέτρησης: σταθμισμένες και εξατομικευμένες

Τα σταθμισμένα εργαλεία μέτρησης έχουν ελεγχθεί για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους σε μεγάλους πληθυσμούς με έκδοση αποτελεσμάτων (συνήθως σε Αγγλόφωνες χώρες), έτσι οι θεραπευτές μπορούν να συγκρίνουν τα αποτελέσματά τους

με άλλους ασθενείς με παρόμοια προβλήματα. Είναι εργαλεία που χρησιμοποιούνται από όλους τους επαγγελματίες υγείας. Τέτοια εργαλεία είναι:

- Barthel Index, μετράει την λειτουργικότητα σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής
- The Sort Form-36 Helth Survey Questionnaire (SF-36) που μετράει με σύντομο τρόπο τη γενική κατάσταση της υγείας

Τα εξατομικευμένα εργαλεία μέτρησης έχουν μια κλίμακα για μέτρηση αλλά είναι πιο ευαίσθητα σε ατομικές διαφορές. Είναι εξατομικευμένα επειδή θεωρείται ότι η θεραπεία των ατόμων με σωματικές, ψυχικές ή γνωστικές αναπηρίες δεν είναι μια αυτόματη και στανταρισμένη διαδικασία αλλά σχεδιάζεται και εφαρμόζεται ώστε να συμπληρώνει τις ανάγκες του κάθε πελάτη χωριστά. Εξατομικευμένα εργαλεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε όλες τις ομάδες των ασθενών και επιτρέπουν την μέτρηση συγκεκριμένων αποτελεσμάτων. Τέτοια εργαλεία είναι:

- Canadian Occupational Performance Measure(COPM)
- Goal Attainment Scaling
- Treatment Evaluation by A le Roux's Method
- The Binary Individualized Outcome Measure (Καταρτζή, 2002).

4.1.1. Εκτίμηση – Αξιολόγηση της Άνοιας

Ο όρος εκτίμηση και αξιολόγηση αναφέρεται στις δοκιμασίες (tests) που χρησιμεύουν στη διάγνωση της άνοιας και την παρακολούθηση της πορείας της.

Η διάγνωση και η εν συνεχεία η παρακολούθηση του περιστατικού, μπορούν να βοηθηθούν και να διευκολυνθούν από μια σειρά δοκιμασιών, εύχρηστων για τον κάθε επαγγελματία υγείας, επαρκή για να καθοδηγήσουν τις όποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις και όχι απαραίτητα χρονοβόρων.

Πολλές δοκιμασίες (tests, νευροψυχολογικές δοκιμασίες) χρησιμοποιούνται για να γίνεται η διάγνωση άνοιας. Έχουν περιγραφεί και χρησιμοποιηθεί πολλές κλίμακες για τη μελέτη των γνωστικών διαταραχών όπως της μνήμης, του προσανατολισμού, των αφασικών διαταραχών και των διαταραχών της προσωπικότητας.

Αυτές οι δοκιμασίες περιλαμβάνουν ερωτήσεις πάνω στα συμπτώματα της άνοιας ή και πάνω στη καθημερινή ζωή και τις συνήθειες του αρρώστου, που, προφανώς, προσδιορίζονται από τις δυνατότητες του ατόμου με άνοια.

Με τη χρήση τους μπορεί να γίνει μια πρώτη προσέγγιση του ασθενή και, σε συνδυασμό με την κλινική εκτίμηση και τις εργαστηριακές εξετάσεις, που πιθανόν να απαιτηθούν, να διευκολύνουν το έργο του γιατρού και, σε κάθε περίπτωση, να προσανατολίσουν σωστή και αιτιολογημένη παραπομπή στον ειδικό γιατρό.

Ειδικότερα:

- α. Βοηθούν σε αδρή εκτίμηση του κατά πόσον υπάρχει άνοια.
- β. Βοηθούν σε εκτίμηση του σταδίου στο οποίο βρίσκεται η άνοια.
- γ. Βοηθούν σε εκτίμηση του αν υπάρχει κατάθλιψη, προκειμένου το άτομο να κατευθυνθεί άμεσα σε ειδικό.
- δ. Βοηθούν να προσδιορισθεί εάν είναι άνοια τύπου Alzheimer ή τύπου πολυεμφρακτικής που είναι οι δύο πιο συχνές μορφές άνοιας.
- ε. Βοηθούν στην παρακολούθηση της πορείας της άνοιας, μέσα από τις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς.
- στ. Βοηθούν στον έλεγχο της σωστής διατροφής του ατόμου με άνοια (Μούγιας, 2003).

Ο συνολικός απαιτούμενος χρόνος για τις δοκιμασίες είναι περίπου 45 λεπτά της ώρας και συνιστώνται επειδή αρκούν για να προσδιορισθούν οι θεραπευτικές ανάγκες και οι οδηγίες στους συγγενείς.

Ο Μούγιας το 2003, προτείνει τα ακόλουθα διαγνωστικά βήματα για την άνοια:

1. Τη διαπίστωση ότι κάποιο άτομο παρουσιάζει ορισμένα συμπτώματα της άνοιας. Η πιο διαδεδομένη δοκιμασία που βοηθάει σε μια πρώτη σχετική διάγνωση είναι η Mini Mental State Examination (MMSE). (Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης) (Folstein MF, Folstein SE, McHugh, 1975).
2. Διάκριση άνοιας – κατάθλιψης: Τον αποκλεισμό του να βρίσκεται κάποιος ενώπιον μια κατάθλιψης που υποδέεται τα συμπτώματα της άνοιας.
3. Η δοκιμασία Geriatric Depression Scale – 15 (GDS-15) (Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης) (Sheikh & Yesavage, 1986) προσδιορίζει, παρουσία κατάθλιψης με κάποια εξειδίκευση στα άτομα της Τρίτης Ηλικίας μια και αυτά είναι τα πιο συχνά θύματα της άνοιας.

4. Στάδια της άνοιας: Όταν πεισθούμε ότι πρόκειται για άνοια, κάτι που πιθανόν να επιβεβαιώσει και μια αξονική τομογραφία εγκεφάλου, που ίσως αναδείξει ατροφία του εγκεφάλου, τότε προέχει το να διαπιστώσουμε σε ποιο στάδιο της νόσου βρίσκεται ο ασθενής.
5. Ταυτόχρονα είναι χρήσιμο να πιθανολογηθεί αν πρόκειται για άνοια αγγειακής αιτιολογίας (πολυεμφρακτική) ή εκφυλιστική, έχοντας κατά νου ότι εκφυλιστική και αγγειακή άνοια μπορεί να συνυπάρχουν. Χρήσιμη για το σκοπό αυτό είναι η κλίμακα Haschinski (διάκριση εκφυλιστικής ή πολυεμφρακτικής άνοιας), (Hachinski, Piff Zihkla, Du Bulay, McAllister, Marshall, Russel, & Symon, 1975), που βοηθάει στη διάκριση. Είναι ιατρικό “εργαλείο” αλλά γενικά δίνονται και συμβουλές και για επιμέρους χρήσεις από τον μη γιατρό.
6. Η πορεία της νόσου πρέπει να εκτιμάται με την κλίμακα που προσδιορίζει τα στάδια της νόσου (την κλίμακα Reisberg). Εύχρηστες κλίμακες είναι αυτές που μετράνε τις λειτουργικές δυνατότητες του ασθενούς σε συνάρτηση με τις καθημερινές του συνήθειες. Η μέτρηση των Activities of Daily Living (ADL) (Δραστηριότητες της καθημερινής ζωής) (Lawton, & Brody, 1969) γίνεται με πολλά ερωτηματολόγια. Είναι σημαντικό να επιλεγεί για την κλινική πράξη ένα εύχρηστο και σύντομο ερωτηματολόγιο.
7. Τέλος, χωρίς να είναι κάτι που έχει άμεση σχέση με τη διάγνωση της άνοιας, αναφέρονται τρία ερωτηματολόγια σχετικά με τη σωστή διατροφή, και τα προβλήματα διατροφής του ατόμου με άνοια. Είναι δεδομένο ότι ο ηλικιωμένος, και ακόμα περισσότερο ο ανοϊκός ασθενής, βρίσκονται ιδιαίτερα συχνά σε κατάσταση κακής διατροφής, που επιδεινώνει τη γενική τους κατάσταση. Το Mini Nutritional Assessment (MNA) (Εκτίμηση Διατροφικής Κατάστασης) (Guygoz, Vellas & Garry, 1994) αναπτύχθηκε σε μια προσπάθεια να προσδιορίζεται η διατροφική κατάσταση του ατόμου και, επομένως, να λαμβάνεται ειδική προς τούτο μέριμνα.
8. Ερωτηματολόγιο Αρνητικής Διατροφικής Συμπεριφοράς για άτομα με άνοια, (AFB, Blandford Scale, Aversive Feeding Behavior Inventory for demented patients). Μέσα από τις ερωτήσεις του γίνονται εμφανείς όλοι οι λόγοι για τους οποίους μπορούμε να έχουμε προβλήματα διατροφής σε ένα άτομο με άνοια.
9. Αξιολόγηση στην Κλίμακα Συμπεριφοράς Διατροφής (ΚΣΔ). Είναι ένα σύντομο και εύχρηστο ερωτηματολόγιο, που αξιολογεί τον βαθμό εξάρτησης, σε ότι αφορά τη διατροφή, του ατόμου με άνοια.

Γενικά, η αξιολόγηση και εκτίμηση είναι σημαντική για την πρώιμη διάγνωση, αλλά αποτελεί το ένα μόνο κομμάτι από το γρίφο που λέγεται άνοια. Προς το παρόν η νευροψυχολογική εκτίμηση παραμένει η μέθοδος που δίνει τις περισσότερες πληροφορίες για το είδος και την έκταση της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών και των διαταραχών συμπεριφοράς σε κάθε σημείο του κόσμου, είτε υπάρχουν μέσα υψηλής τεχνολογίας, είτε όχι (Τσολάκη, 1999).

4.1.2. Η Σημασία της Έγκαιρης και Σωστής Διάγνωσης

Η όσο το δυνατόν πιο πρώιμη διάγνωση, αποτελεί σήμερα το βασικό στόχο στη θεραπεία της νόσου Alzheimer, και γι' αυτό ο ρόλος του ιατρού, συνίσταται στη διάκριση των λειτουργικών νοητικών ελλειμμάτων, τα οποία είναι αναστρέψιμα όταν οφείλονται σε ιάσιμες αιτίες, από τις πραγματικές καταστάσεις νοητικής έκπτωσης. Αυτό ασφαλώς, θα πρέπει να γίνει πριν από τη λήψη οποιασδήποτε απόφασης, αναφορικά με τη θεραπευτική οδό που θα ακολουθηθεί. Για το σκοπό αυτό, χρειάζεται να αποκλειστεί οποιαδήποτε άλλη οργανική παθολογία και να αναγνωριστούν οι καταθλιπτικές και αγγωτικές καταστάσεις, που διαταράσσουν τη μνήμη, χωρίς όμως να προσβάλλουν το νοητικό δυναμικό.

Η διάγνωση της άνοιας, μπορεί εύκολα να γίνει από τον κλινικό ειδικό ιατρό, σε ποσοστό που πλησιάζει το 90%. Αυτό που είναι δύσκολο, είναι η διάγνωση της μορφής της άνοιας με απόλυτη βεβαιότητα. Η έγκαιρη διάγνωση έχει ιδιαίτερη σημασία, πρώτα απ' όλα για θεραπευτικούς λόγους:

A) Προσπάθεια αντιμετώπισης

Ένα μικρό ποσοστό των ανοιών μπορεί να είναι πλήρως ή μερικώς αναστρέψιμες, επομένως σε μια τέτοια περίπτωση εφαρμόζεται αιτιολογική θεραπεία. Πίσω, για παράδειγμα, από συμπτώματα που μοιάζουν συμπτώματα άνοιας, μπορεί να κρύβεται μια κατάθλιψη, που καθοριστικά επηρεάζει την ποιότητα ζωής, και η οποία είναι ιάσιμη νόσος.

Αν πρόκειται για αγγειακή νόσο ή νόσο με επιπρόσθετη αγγειακή επιβάρυνση, πρέπει να υπάρξει φαρμακευτική αντιμετώπιση και είναι επίσης, καθοριστική η έγκαιρη έναρξη της θεραπείας

Για τη νόσο Alzheimer, υπάρχουν πλέον ειδικές θεραπείες που επιβραδύνουν την εξέλιξή της, και στα αρχικά κυρίως στάδια της απευθύνονται οι προσπάθειες θεραπείας με ορισμένα φάρμακα (στο πολύ αρχικό στάδιο, οι αναστολείς των χολινεστερασών έχουν πιθανότητες να είναι πιο αποτελεσματικοί).

Επιβάλλεται η χρήση ειδικών για την όποια νόσο φαρμάκων, σύμφωνα με την άποψη του ειδικού γιατρού.

Κυρίως, όμως, η διάγνωση πρέπει να γίνεται έγκαιρα για να υπάρξει σωστή ενημέρωση και σωστός προγραμματισμός της οικογένειας.

B) Προετοιμασία οικογένειας και συνθηκών διαβίωσης

- Οργάνωση αντιμετώπισης. Διαχείριση περιστατικού.
- Σχεδιασμός αντιμετώπισης
- Ενημέρωση, εκπαίδευση οικογένειας
- Κοινωνική υποστήριξη
- Οικονομική υποστήριξη
- Ψυχολογική Υποστήριξη συγγενών /ατόμων του περιβάλλοντός τους
- Γνώση Υπηρεσιών
- Διαθεσιμότητα υπηρεσιών
- Ο εκπαιδευμένος και προετοιμασμένος ψυχολογικά συγγενής / περιθάλπων αντιμετωπίζει καλύτερα το πρόβλημα:
- Επηρεάζει λιγότερο τον ασθενή με τις αντιδράσεις του.
- Επηρεάζεται λιγότερο από τα προβλήματα του ασθενούς που αντανακλούν στη συμπεριφορά, διαχειρίζεται καλύτερα τη νόσο.

4.1.3. Αξιολόγηση των Παρεχόμενων Υπηρεσιών στην Άνοια

Είναι σκόπιμο, να γίνει ξεχωριστή αναφορά στην αξιολόγηση της Εργοθεραπευτικής παρέμβασης, όπως και όπου αυτή εφαρμόζεται στα πλαίσια παροχής βοήθειας του ανοϊκού ασθενούς και της οικογένειας του. Όπως όμως, θα φανεί και στη

συνέχεια, τα σχετικά στοιχεία που υπάρχουν διαθέσιμα αντλούνται κυρίως από μελέτες του εξωτερικού επειδή μεθοδευμένη αξιολόγηση μπορεί να γίνει μόνο σε χώρες όπου η αξιολόγηση της Εργοθεραπευτικής παρέμβασης εφαρμόζεται και λειτουργεί συστηματικά.

Σημειώνουμε, ότι στη χώρα μας δραστηριοποιούνται στον τομέα της Εργοθεραπευτικής παρέμβασης των ανοϊκών ασθενών και των περιθαλπόντων τα Σωματεία Αλληλοβοήθειας των συγγενών ανοϊκών ασθενών, που λειτουργούν με ευθύνη και πρωτοβουλία των Εταιρειών για τη Νόσο Alzheimer και των Γεροντολογικών Εταιρειών.

Η αξιολόγηση της θεραπευτικής παρέμβασης ωστόσο, είναι αναγκαία όπως είναι και για κάθε άλλη δραστηριότητα που στηρίζεται από το κοινωνικό σύνολο ή έστω μεμονωμένα άτομα ή ομάδες ατόμων, κι αυτό για να αποδεικνύεται ότι δικαιολογείται η ύπαρξή της (Δημητρόπουλος, 1998).

Ειδικότεροι λόγοι για τους οποίους πρέπει να γίνεται η αξιολόγηση αυτή είναι:

1. Προκειμένου να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα της όποιας παρέμβασης και να στηριχθεί ή να θεσμοθετηθεί ή να τροποποιηθεί στα πλαίσια αναζήτησης διαφορετικών τρόπων βοήθειας ή και να εκλείψει.
2. Για να υπάρχει βελτίωση των μεθόδων παρέμβασης και να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή στήριξη της οικογένειας και των περιθαλπόντων (Δημητρόπουλος, 1998).

Είναι χρήσιμο για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας της Εργοθεραπευτικής παρέμβασης, να γίνει αναφορά σε ορισμένα βασικά ερευνητικά πορίσματα, που σχετίζονται με τους στόχους της παροχής βοήθειας στους ανοϊκούς ασθενείς, στις οικογένειες και τους περιθάλποντες των ανοϊκών.

Οι ψυχωτικές εκδηλώσεις του ανοϊκού ατόμου, είναι από εκείνα τα συμπτώματα της νόσου, που διαταράσσουν έντονα την ατμόσφαιρα στην οικογένεια, αυξάνουν τις ενδοοικογενειακές εντάσεις και συγκρούσεις για το αν η φροντίδα είναι η ενδεδειγμένη και αποτελούν ιδιαίτερο βάρος για τους περιθάλποντες.

Οι νευροψυχιατρικές διαταραχές (αλλαγές της προσωπικότητας, κατάθλιψη, ψύχωση) σε αντίθεση με την έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών αλλά και τις επιπτώσεις στη λειτουργικότητα του ασθενούς, συμβάλλουν ιδιαίτερα στην επιβάρυνση των συγγενών - περιθαλπόντων, όπου η επίπτωση της κατάθλιψης είναι μεγάλη και φθάνει σε ποσοστά 14-47% (Πολίτης, 2002).

Σήμερα γνωρίζουμε ότι οι νευροψυχιατρικές διαταραχές όπως η επιθετικότητα, η παθολογική περιπλάνηση, ο παρανοϊκός ιδεασμός, οι διαταραχές του ύπνου, η εξάρτηση και η ακράτεια καθώς και ο βαθμός βαρύτητάς τους, οδηγούν σε οίκο ευγηρίας. Σε άλλη περίπτωση, τα συμπεριφορικά και ψυχωτικά συμπτώματα οδηγούν σε αναγκαστική, παρά τη θέληση του ατόμου, νοσηλεία σε ψυχιατρικές κλινικές, με άμεσο κίνδυνο την ιδρυματοποίηση του ασθενούς.

Η νοσηλεία και η απομάκρυνση από το οικογενειακό περιβάλλον είναι το αποτέλεσμα της ψυχολογικής επιβάρυνσης των συγγενών αλλά και η αδυναμία να ανταποκριθούν στις αλλαγές και τις απαιτήσεις που εμφανίζονται με την είσοδο του χρόνιου νοσήματος - άνοιας στη ζωή τους (Πήττας, 2002).

Κάθε είδους συμβουλευτικής παρέμβασης, στους περιθάλποντες ανοϊκών ασθενών επομένως, στοχεύει στη μείωση της επιβάρυνσής τους, από τη φροντίδα των ασθενών τους, με απώτερο στόχο, την καθυστέρηση εισαγωγής του ασθενούς σε ίδρυμα.

Ο στόχος είναι η μείωση της επιβάρυνσης γιατί:

- ένας συγγενής που θα ξέρει να φροντίσει τον άρρωστό του, θα είναι σε θέση να εξοικονομήσει ελεύθερο χρόνο για ξεκούραση και χαλάρωση, και δεν θα αισθάνεται περιορισμένος στην προσωπική του ελευθερία, άρα θα είναι λιγότερο αγχώδης και επιβαρημένος.
- ένας συγγενής που έχει τη δυνατότητα χρήσης πηγών υποστήριξης που προσφέρονται και συμβουλευτικών υπηρεσιών που έχει ανάγκη, θα βελτιώσει τη συναισθηματική του κατάσταση, και θα μειωθεί ο κίνδυνος νόσησης του είτε σωματικά, είτε ψυχολογικά.
- Ένας υγιής συγγενής που θα έχει στη διάθεσή του όλες τις δυνατότητες υποστήριξης, θα κρατήσει τον ασθενή του στο σπίτι όσο γίνεται περισσότερο.

Αυτή η προοπτική αποτελεί τον καλύτερο “συνδυασμό” και λύση τόσο για τον ίδιο, όσο και για τον ασθενή του και την ίδια την πολιτεία.

Υπάρχουν λοιπόν, και μπορούν να χρησιμοποιηθούν τεχνικές και προσεγγίσεις στα πλαίσια παρεμβάσεων με στόχο τη διαχείριση της χρόνιας επιβάρυνσης των συγγενών. Η ελπίδα με άλλους όρους είναι η θετική προσδοκία στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία για την επίτευξη του στόχου.

Προκειμένου να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα της προσπάθειας συμβουλευτικής παρέμβασης στους περιθάλποντες ανοϊκών ασθενών, χρησιμοποιούνται

μελέτες “παρακολούθησης των ατόμων” με τις οποίες επιχειρείται η διαπίστωση των διαθέσεων τους απέναντι στις εμπειρίες τους κατά τη συμβουλευτική προσέγγιση. Βασικά μέσα που χρησιμοποιούνται είναι η συνέντευξη, το ερωτηματολόγιο, οι κλίμακες διαθέσεων κ.ο.κ.

Άλλη μέθοδος αξιολόγησης της συμβουλευτικής παρέμβασης, είναι οι “εξωτερικές μελέτες” αντικειμενικής διαπίστωσης της πραγματικής αλλαγής της συμπεριφοράς. Μέσα που χρησιμοποιούνται συνήθως, είναι η συσχέτιση μεταξύ ομάδων, η ψυχομετρική εξέταση κ.ο.κ., διαδικασίες που απαιτούν επαρκή γνώση και σωστή αξιοποίηση των μεθόδων εμπειρικής έρευνας (Δημητρόπουλος, 1998).

Η αξιολόγηση της Εργοθεραπευτικής παρέμβασης συνήθως γίνεται με προφορική συνέντευξη των συγγενών που συμμετέχουν στα προγράμματα και στις περισσότερες περιπτώσεις καταδεικνύει ότι:

Τα περισσότερα ανοϊκά άτομα που έχουν περιοδικά περάσει από τις ομάδες Εργοθεραπείας ή τις ατομικές συνεδρίες, οι συγγενείς πιστεύουν ότι έχουν βοηθηθεί αποτελεσματικά αποκτώντας περισσότερες γνώσεις για την ασθένεια και νιώθουν συναισθηματικά περισσότερο δυνατοί. Εκείνοι που αποφασίζουν να βρίσκονται σε συνεχή ψυχολογική υποστήριξη, φθάνουν σε καλύτερα αποτελέσματα ως προς την ποιότητα της δικής τους ζωής αλλά και του ασθενούς τους.

Ο δείκτης που συχνότερα χρησιμοποιείται για να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων παρέμβασης, είναι η δυνατότητα συνέχισης της παροχής φροντίδας από τον περιθάλποντα και άρα η συνέχιση παραμονής του ασθενούς στο οικογενειακό περιβάλλον. Αυτό εκτιμάται με μετρήσεις, ύστερα από ορισμένα χρονικά διαστήματα με το πέρας της παρέμβασης, συγκριτικά πάντοτε προς τα διαστήματα παραμονής άλλων ασθενών που οι περιθάλποντες τους δεν υποστηρίχθηκαν συμβουλευτικά (Mittelman, 2003).

Άλλοι δείκτες, αποτελούν οι μετρήσεις βελτίωσης των αντιδράσεων των περιθαλπόντων στις συμπεριφορές και τα συμπτώματα των ανοϊκών ασθενών τους, η καταθλιπτική συμπτωματολογία την οποία οι περιθάλποντες αναφέρουν και αξιολογούν, αλλά και η διατήρηση της όποιας βελτιωμένης εικόνας τους στην πάροδο του χρόνου, η μείωση των συγκρούσεων σε σχέση με την παροχή φροντίδας στο οικογενειακό περιβάλλον, η ύπαρξη ή όχι διαφοράς ως προς τη συμμετοχή στην φροντίδα και των άλλων μελών της οικογένειας.

Κι ακόμη ο βαθμός ενημερότητας για τη νόσο, οι διαφορές στις χρησιμοποιούμενες στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων που συνδέονται με τη νόσο (ιδίως σε περιπτώσεις κρίσεων), οι διαφοροποιημένες αντιδράσεις του ασθενούς με βάση τις διαφοροποιημένες αντιδράσεις του περιθάλλοντά του.

Ας μην ξεχνάμε ότι μια πολύ σημαντική παράμετρος της άνοιας, σχετίζεται με τις διαφοροποιημένες ανάγκες τόσο του ασθενούς όσο και του περιθάλλοντα κατά τη μακρά διαδρομή της νόσου. Είναι επομένως αναγκαίο να διαφοροποιούμε και τις αντίστοιχες δικές μας παρεμβάσεις με βάση τις μεταβαλλόμενες απαιτήσεις.

Πρόσφατες μελέτες, συνηγορούν στο ότι οι συμβουλευτικές παρεμβάσεις σε περιθάλλοντες, βελτιώνουν την ψυχολογική επιβάρυνσή τους και παρατείνουν την παραμονή του ασθενούς στο οικογενειακό περιβάλλον (Mittelman, 1996, 2003).

Ουσιαστικά, οι συμβουλευτικές παρεμβάσεις λειτουργούν προστατευτικά. Η ουσιαστική συμβολή τους έγκειται ακριβώς σ' αυτό. Ενδέχεται να μην μειώσουν τον όποιο βαθμό κατάθλιψης, αλλά έχουν το ρόλο του προστατευτικού παράγοντα.

Με άλλα λόγια, υπάρχουν προστατευτικοί παράγοντες που επιδρούν ευεργετικά στην υγεία των ανθρώπων που περιποιούνται έναν συγγενή τους με Alzheimer. Για παράδειγμα, η εκτίμησή τους ότι το στρες που βιώνουν είναι υπό τον έλεγχό τους - είτε γιατί έχουν ανθρώπους που τους βοηθούν, είτε γιατί οι ίδιοι έχουν τις ικανότητες να το αντιμετωπίσουν - μειώνει τις πιθανότητες να καταβληθούν ψυχολογικά ή σωματικά. Η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης - από ειδικούς επιστήμονες ή φορείς, ακόμη και συγγενείς - βοηθά στην άμεση αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή, αλλά και στη βελτίωση της υγείας τους, ενώ αντίθετα η έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου συνοδεύεται με αύξηση των ψυχικών και σωματικών τους προβλημάτων (Μελισσά-Χαλκιοπούλου, 2002).

Το χρόνιο φορτίο της οικογένειας, υπεύθυνης για τη συνέχιση της φροντίδας του ατόμου με άνοια, απαιτεί ενέργειες με στόχο τον ίδιο το περιθάλλοντα. Όπως βεβαίως και τον πάσχοντα.

Η επίλυση του προβλήματος, συνεπάγεται την ανακούφιση των περιθαλπόντων. Η έμφαση δίνεται σήμερα στη θεραπεία της άνοιας στην κοινότητα. Η παραμονή του ασθενούς στην κοινότητα, είναι στενά συνδεδεμένη με την παρουσία αποτελεσματικού συμβουλευτικού - υποστηρικτικού συστήματος.

Τα κυριότερα αιτήματα των περιθαλπόντων ανοϊκού ασθενή είναι:

- η δυναμική θεραπευτική παρέμβαση

- η εξειδίκευση, προσωπικού και υπηρεσιών
- η αναγνώριση του έργου που εκτελούν: των δυσκολιών, της προόδου τους
- η επαρκής και εξειδικευμένη ενημέρωση
- η βοήθεια στην ανάληψη του ελέγχου της κατάστασης όταν αυτή ξεφεύγει
- η προσφορά εναλλακτικών για κάθε περίπτωση δυνατοτήτων

Οι ανάγκες ασθενών και περιθαλπόντων μπορούν και οφείλουν να καλύπτονται πολύπλευρα, σε όλα τα επίπεδα και με όλα τα είδη φροντίδας (πρωτοβάθμια μέχρι τριτοβάθμια περίθαλψη, με ανάπτυξη δομών και υπηρεσιών στήριξης ασθενών και περιθαλπόντων) (Σακκά, 2002).

Συμπερασματικά, η άμεση φροντίδα ενός ανοϊκού ασθενούς, επιφορτίζει πολυδιάστατα και ισχυρά τα άτομα του στενού τους περιβάλλοντος. Η ίδια όμως αυτή η πολυδιάρθρωση επιτρέπει ποικιλία στοιχειωδών αλλά καίριων - σε κομβικά σημεία - παρεμβάσεων.

4.1.4. Οικονομική Αξιολόγηση στην Άνοια - Ανάλυση Κόστους / Οφέλους

Η οικονομική αξιολόγηση αποτελεί ένα απαραίτητο εργαλείο για την ορθολογική πολιτική στον τομέα της υγείας, η οποία συνίσταται στην εκτίμηση του κόστους και του οφέλους των συγκρινόμενων υγειονομικών προγραμμάτων. Στο κόστος, συμπεριλαμβάνεται και το κόστος ευκαιρίας των απαιτούμενων πόρων για την υλοποίηση ενός προγράμματος. Το κόστος, επιβαρύνει τόσο το σύστημα υγείας, όπως η χρήση κτιρίων ή άλλου κεφαλαιουχικού εξοπλισμού, ο χρόνος απασχόλησης ιατρικού, νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού, το κόστος των αναλώσιμων υλικών. Όσο και τον ασθενή και την οικογένεια του, όπως είναι τα συμπληρωματικά έξοδα, ο χαμένος χρόνος. Ο υπολογισμός του οφέλους, αφορά την ακριβή εκτίμηση των βελτιώσεων στην υγεία των ασθενών. Η μέθοδος υπολογισμού του οφέλους, διαφέρει μεταξύ των διαφόρων τεχνικών οικονομικής αξιολόγησης οι οποίες είναι: η ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους, η ανάλυση κόστους / αποτελεσματικότητας, η ανάλυση κόστους / οφέλους και η ανάλυση κόστους / χρησιμότητας. Η ανάλυση κόστους / οφέλους υπολογίζει το κόστος και το όφελος σε κοινούς όρους (συνήθως σε χρηματικές μονάδες). Η μέτρηση των ωφελειών με ομοιόμορφο τρόπο, επιτρέπει τη σύγκριση προγραμμάτων που αφορούν διαφορετικές νόσους. Προϋποθέτει την έκφραση βελτιώσεων στην υγεία σε χρηματικούς όρους (Χατζηδήμα, 2007).

Η οικονομική ανάλυση του κόστους / ωφελειών στην άνοια, αφορά στην διατήρηση της καλής ποιότητας ζωής τόσο των ασθενών που πάσχουν από άνοια, όσο και των οικογενειών τους. Το κόστος παροχής υπηρεσιών στην άνοια, φαίνεται να επιβαρύνει περισσότερο την οικογένεια, μιας και πολύ πρόσφατα δημιουργήθηκαν στην Ελλάδα Κέντρα Ημέρας, από την άλλη πλευρά θεωρείτε θεραπευτικά σημαντικό οι ανοϊκοί ασθενείς να παραμένουν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στους κόλπους της οικογένειάς τους. Ονομαστικά, η απαρίθμηση του κόστους και των ωφελειών στην άνοια, περιλαμβάνει:

A) το κόστος

- Ειδική διατροφή, μετακίνηση για επισκέψεις σε ιατρούς, επαγγελματίες φροντιστές, συχνές κατοίκον επισκέψεις ιατρών και επαγγελματιών υγείας, πάμπερς, φαρμακευτική αγωγή, βιταμίνες, χαμένες εργασιακές ώρες του κυρίως φροντιστή από την φροντίδα του ασθενή, κόστος ευκαιρίας του φροντιστή, ψυχική επιβάρυνση του φροντιστή – κατάθλιψη (φαρμακευτική αγωγή, επισκέψεις σε ιατρό, ώρες για ψυχοεκπαίδευση φροντιστή, κακές οικογενειακές σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, διαζύγιο), επιβάρυνση σωματική του φροντιστή – οσφυαλγία / ισχυαλγία (φαρμακευτική αγωγή, φυσικοθεραπεία), εργονομικές διευθετήσεις στο χώρο διαβίωσης των ανοϊκών ασθενών για την πρόληψη ατυχημάτων (λαβές στο μπάνιο, αναπηρικό αμαξίδιο, ειδικά καθίσματα).

B) τα οφέλη

- Κοινωνική δικαιοσύνη, ίσες ευκαιρίες για όλους, παραμονή του ανοϊκού στην οικογένεια και όχι σε ιδρυματικά πλαίσια, καλύτερη ποιότητα ζωής τόσο του ανοϊκού όσο και της οικογένειάς του.

4.2. Εμπειρικές Έρευνες – Μέτρηση της Αποδοτικότητας και Αποτελεσματικότητας στην Άνοια

Η άνοια είναι μία από τις τρεις κυριότερες ασθένειες, όσον αφορά την περίθαλψη και αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες ανικανότητας των ηλικιωμένων. Η άνοια είναι μια χρόνια και εκφυλιστική ασθένεια, που δημιουργεί διαταραχές στη μνήμη, προβλήματα συμπεριφοράς, έλλειψη πρωτοβουλίας, απώλεια ανεξάρτητης λειτουργικότητας στις καθημερινές δραστηριότητες, καθώς και απώλεια συμμετοχής στις κοινωνικές δραστηριότητες. Τα προβλήματα αυτά, μειώνουν την ευημερία των ανοϊκών ασθενών και των φροντιστών τους, πιέζουν τις οικογενειακές και φιλικές σχέσεις και δημιουργούν υψηλό κόστος φροντίδας. Η εξάπλωση της άνοιας σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις ανέρχεται σε 24,3 εκατομμύρια. Το ποσοστό αυτό αναμένεται να διπλασιαστεί στα επόμενα 20 χρόνια.

4.2.1. Διαχείριση Φροντίδας στην Άνοια

Στην ενότητα αυτή εξετάζεται η στήριξη που δέχονται από την κοινότητα, ομάδες ατόμων που φροντίζουν ηλικιωμένους ανοϊκούς ασθενείς. Με βάση τις αξιολογήσεις ενός πιλοτικού προγράμματος, διαχείρισης φροντίδας για ευπαθείς ηλικιωμένους στη Σκοτία, Ηλικιωμένα Άτομα στην Κοινότητα (Elderly People in the Community, EPIC) το οποίο χρηματοδοτήθηκε από το ίδρυμα Nuffield, στο σημείο αυτό αναφέρονται οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές των ανοϊκών ασθενών και εξετάζονται τα αποτελέσματα του προγράμματος. Δεδομένου ότι τα αποτελέσματα ήταν αποθαρρυντικά για αυτούς τους φροντιστές, σε σχέση με φροντιστές μη ανοϊκών ασθενών, υπάρχει κάποια επιφυλακτικότητα, για το κατά πόσο είναι αποδοτικό να αποφεύγεται η προσαρμογή ανοϊκών ατόμων σε νοσηλευτικά ιδρύματα, και κατά πόσο είναι αποτελεσματικότερη η προώθηση μακροπρόθεσμης περίθαλψης στο σπίτι, από μια υψηλής ποιότητας περίθαλψη σε νοσηλευτικό ίδρυμα, για τα άτομα αυτής της συγκεκριμένης ομάδας.

Η πολιτική γραμμή

Η Ελεγκτική Επιτροπή (1986), έχοντας τεκμηριώσει τους οργανωτικούς και οικονομικούς περιορισμούς, για την επιτυχή εφαρμογή περίθαλψης στην κοινότητα, η

Αναφορά Griffiths (1986) και η επακόλουθη Λευκή Βίβλος “Περίθαλψη για τους Ανθρώπους” (1990), αποδέχτηκε τα επιχειρήματα και τις προκλήσεις που τέθηκαν. Τελικά, η Υπηρεσία Εθνικής Υγείας και ο Νόμος περί Περίθαλψης στην Κοινότητα (1990), έδωσε στις τοπικές αρχές την ευθύνη να αξιολογήσουν και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των υπηρεσιών περίθαλψης στην κοινότητα.

Η νέα νομοθεσία, προώθησε την ανάπτυξη των κατ’ οίκων υπηρεσιών και των υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας, ούτως ώστε να διευκολύνει όσο ήταν δυνατόν την παραμονή στο σπίτι, επέβαλε κατάλληλη διοικητική αξιολόγηση των αναγκών και της περίθαλψης, για τη επίτευξη του σκοπού αυτού και έδωσε υψηλή προτεραιότητα στην πρακτική στήριξη των φροντιστών. Ο Νόμος, έδωσε το δικαίωμα σε ορισμένες ομάδες σε περίπτωση που δεν καλύπτονται οι κοινωνικές ανάγκες περίθαλψής τους, να αξιολογούνται από τμήματα κοινωνικών υπηρεσιών / λειτουργιών. Για πρώτη φορά, οι ανάγκες των μελών της οικογένειας, των φίλων και συγγενών που παρέχουν φροντίδα, αναγνωρίστηκαν τόσο ως ανάγκες φροντιστών αλλά και ως ατομικές ανάγκες. Η ανάγκη για τη στήριξή τους, ούτως ώστε να συνεχίσουν τη φροντίδα, θεωρήθηκε ως κύριος στόχος αυτής της νομοθετικής αλλαγής.

Το πρόγραμμα EPIC

Δεδομένων αυτών των εξελίξεων και αλλαγών, το πρόγραμμα EPIC ήταν μια ευκαιρία για πειραματισμό, πριν την εφαρμογή της νομοθεσίας και να ανακαλύψουν εάν ο καρπός της διοικητικής φροντίδας που ευδοκίμούσε σε προηγούμενα πειράματα στην Αγγλία, θα είχε τα ίδια αποτελέσματα στη Σκωτία, όπου υψηλότερα ποσοστά ομάδων που δέχονταν φροντίδα στην κοινότητα (παρ’ όλο που δεν ήταν ηλικιωμένοι) διέμεναν σε νοσοκομεία. Το προσωπικό του προγράμματος EPIC απαρτίζονταν από επαγγελματίες υγείας και κοινωνικούς λειτουργούς προς όφελος των ασθενών.

Καθιερώθηκε μια νέα θέση, αυτή του “κατ’ οίκον φροντιστή”, όμοια με αυτή του “φροντιστή στην κοινότητα” που είχε προτείνει ο Griffiths, για να παρέχει βοήθεια και να καλύπτει τις ανάγκες τόσο των φροντιστών αλλά και των ασθενών. Ο προϋπολογισμός του προγράμματος, κάλυπτε τη μισθοδοσία των ειδικά εκπαιδευμένων κατ’ οίκον φροντιστών. Τα άτομα της ομάδας αυτής, γνώρισαν ότι μέχρι στιγμής υπήρχε μια προκατάληψη στις κοινωνικές υπηρεσίες για τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν μόνα τους και ήταν ιδιαίτερα πρόθυμα να προσφέρουν τη βοήθειά τους σε ηλικιωμένα άτομα και στις οικογένειές τους, ανεξάρτητα από τις συνθήκες διαβίωσής τους. Εκ των υστέρων,

σχεδόν τα δύο τρίτα (64%) των ατόμων που απευθύνθηκαν στο πρόγραμμα του EPIC μένουν μόνα τους, αλλά πολλά από αυτά έχουν σημαντική βοήθεια από συγγενείς που δεν μένουν μαζί τους. Δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο, σχετικά με τα υψηλά ποσοστά κινδύνου κοινωνικής αποτυχίας (Lutz, 1989), το οποίο χρησιμοποιήθηκε από την ομάδα για να εξακριβώσουν τις ανάγκες αξιολόγησης και διαχείρισης φροντίδας των ηλικιωμένων και των φροντιστών.

Φροντιστές και άνοια

Προηγούμενα πειράματα στην Αγγλία, είχαν πολύ θετικά αποτελέσματα τόσο για τους ευπαθείς ηλικιωμένους όσο και για τους φροντιστές τους, με χαμηλότερο οικονομικό κόστος από αυτό των καθιερωμένων υπηρεσιών. Το πρώτο πείραμα προσδιόρισε 24 άτομα με κάποιο βαθμό σύγχυσης και αποπροσανατολισμού, τα μισά εκ των οποίων διέμεναν ακόμη στο σπίτι στο τέλος του πρώτου έτους, σε αντίθεση με το 23% των ατόμων που λάμβαναν καθιερωμένες υπηρεσίες. Δεν είναι ξεκάθαρο πόσοι από αυτούς έμεναν μόνοι τους και πόσοι με φροντιστές. Εντούτοις, συγκρινόμενοι με άλλα άτομα του προγράμματος, η στήριξή τους στο σπίτι αποδείχτηκε λίγο δαπανηρή.

Στην έρευνα του Gateshead (Challis et al 1990) το 31% των 101 ηλικιωμένων που στηρίζονταν από το πρόγραμμα κοινωνικής φροντίδας και 48% των 30 ηλικιωμένων που στηρίζονταν από το πρόγραμμα υγείας και κοινωνικής φροντίδας βρίσκονταν σε “κατάσταση σύγχυσης” και το 65% των φροντιστών στο πρόγραμμα κοινωνικής φροντίδας και οι 22 φροντιστές του προγράμματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας βρίσκονταν σε “κατάσταση στρες”. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, αποδείχτηκε ότι είναι πιο δαπανηρή η συντήρηση στο σπίτι ατόμων με σύγχυση. Παρ’ όλα αυτά, το 63% των ατόμων του προγράμματος κοινωνικής φροντίδας και το 64% των ατόμων του προγράμματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας έμεναν ακόμα στο σπίτι μετά από ένα χρόνο, σε σύγκριση με το μόλις 36% στην ομάδα σύγκρισης του προγράμματος κοινωνικής φροντίδας και το 21% της ομάδας ελέγχου του προγράμματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Πόσοι εξ αυτών βρίσκονταν σε κατάσταση σύγχυσης δεν είναι ξεκάθαρο, όμως η έρευνα φαίνεται να σχετίζει την αύξηση της ευημερίας των φροντιστών με την αποτελεσματική διαχείριση φροντίδας (Challis και Davies 1991).

Στο τέλος της αξιολόγησης του προγράμματος EPIC, το πρόγραμμα στήριξε ακόμα δύο ηλικιωμένα άτομα με άνοια στο σπίτι, ένας εκ των οποίων διέμενε σε άσυλο. Τέσσερα άτομα πέθαναν, τρία δέχονταν νοσοκομειακή φροντίδα και σε τέσσερα άτομα

είχε χορηγηθεί κατ' οίκον φροντίδα. Στην ομάδα σύγκρισης, όλοι όσοι διαγνώστηκαν με άνοια ή προβλήματα μνήμης δεν διέμεναν στο σπίτι στο τέλος της καθορισμένης περιόδου. Είτε είχαν πεθάνει ή δέχονταν νοσοκομειακή φροντίδα. Αυτό συγκρίνεται με την έρευνα του Κέιμπριτζ για ανοϊκά άτομα άνω των 75, σύμφωνα με την οποία το 43% των ατόμων πέθαναν στο τέλος του δεύτερου χρόνου. Στην έρευνα του Εθνικού ιδρύματος κοινωνικών λειτουργιών, το 35% των ηλικιωμένων πέθαναν ένα χρόνο μετά τη διεξαγωγή της πρώτης έρευνας και το 19% είχε κατ' οίκον φροντίδα, ενώ το 46% βρισκόταν ακόμα στο σπίτι έχοντας ακόμα τον ίδιο φροντιστή. Το πρόγραμμα EPIC είχε πολύ μικρή επιτυχία στο να καταφέρει να κρατήσει κάποιους ασθενείς εκτός ιδρύματος.

Στόχος των διαχειριστών του προγράμματος EPIC, ήταν να στηρίξουν τα άτομα στο σπίτι με τα δύο τρίτα του κόστους μακροχρόνιας περίθαλψης. Όμως, τα έξοδα για τα άτομα που παρακολουθούνταν από τμήμα ψυχογηριατρικής σε ημερήσια νοσοκομειακή μονάδα ήταν υψηλά, καθώς μόνο η υπηρεσία αυτή κόστιζε £45 την ημέρα (τιμές 1990). Από τη στιγμή που αυτό ήταν ένα θεωρητικό πάρα πραγματικό κόστος για το πρόγραμμα, δεν υπήρχε πιθανότητα να αντικατασταθεί με κάποια φθηνότερη υπηρεσία, διογκώνοντας τα έξοδα πέρα από τον έλεγχο των διαχειριστών, αφήνοντας τους ελάχιστα οικονομικά περιθώρια για παροχή άλλων υπηρεσιών φροντίδας για τα άτομα αυτά.

Διαφορετικά πρότυπα ανάπτυξης και εφαρμογής

Όπως επισήμανε ο Challis, τα διάφορα μοντέλα διαχείρισης φροντίδας διαφέρουν και προσαρμόζονται ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες και τις περιστάσεις (Challis και Davies 1991). Το πρόγραμμα EPIC διέφερε από άλλα προγράμματα σε πολλά σημεία, κυρίως στην έλλειψη ενθουσιασμού όλων των παραγόντων για πιθανή επιτυχία. Η εισαγωγή ηλικιωμένων σε μακροχρόνιες νοσοκομειακές μονάδες περίθαλψης στην Σκωτία, δεν ήταν ποτέ τόσο μεγάλη και πολλοί από τους ανοϊκούς ασθενείς του προγράμματος EPIC, ήρθαν από ψυχογηγιάτρους με πρόσβαση σε μακροχρόνιες νοσοκομειακές μονάδες. Μόλις πρόσφατα υποχρεώθηκαν οι τοπικές αρχές και οι σύλλογοι υγείας, να υποβάλλουν από κοινού σχέδια φροντίδας στην κοινότητα (Titterton 1990).

Η συμπεριφορά των ιατρών:

Ψυχογηγιάτροι

Ο Ψυχογηγιάτρος, ήταν διατεθειμένος να αναλάβει τις υπηρεσίες ενός φροντιστή για ιδιαίτερα πιεσμένους συγγενείς, παρά να εξετάσει την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης φροντίδας, στην περίπτωση παραμονής των ανοϊκών ατόμων στο σπίτι. Επομένως, υπήρχε μεγάλη απόκλιση στους στόχους του προγράμματος. Τα άτομα που παραπέμπονταν στο πρόγραμμα EPIC, εισάγονταν σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα σε νοσοκομειακές μονάδες περίθαλψης μακράς διάρκειας. Μετά από ένα διάστημα, ο υπεύθυνος του προγράμματος, ζήτησε από τον σύμβουλο να απευθύνεται σε άτομα των οποίων η φροντίδα στο σπίτι μπορούσε να παραταθεί για κάποιο διάστημα, καθώς οι διαχειριστές περίθαλψης είχαν απογοητευτεί, όταν ένας ανοϊκός ασθενής εισήχθη σε φροντίδα μακράς διάρκειας, αμέσως μετά την εφαρμογή ενός σχεδίου αξιολόγησης και φροντίδας. Αυτό όμως δεν είχε θετικά αποτελέσματα, καθώς ο αριθμός των ατόμων που παραπέμπονταν στο πρόγραμμα μειώθηκε σημαντικά μετέπειτα.

Παθολόγοι

Οι φροντιστές, θεωρούσαν ότι οι Παθολόγοι των ανοϊκών ασθενών, καθυστερούσαν να ερευνήσουν τις δυσκολίες των συγγενών τους. Ορισμένοι φροντιστές, ισχυρίζονται ότι ζητούσαν επί σειρά ετών από τους Παθολόγους, να ερευνήσουν το πρόβλημα των συγγενών τους. Οι διαχειριστές περίθαλψης, αρκετά συχνά έπαιζαν καθοριστικό ρόλο στο να πείσουν τους Παθολόγους, να παραπέμψουν τους ασθενείς σε νοσοκομειακή διάγνωση, αλλά δεν σήμαινε ότι ενημερώνονταν και οι φροντιστές. Από την πλευρά του ερευνητή, η έρευνα για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένα ηλικιωμένο άτομο πρέπει να γίνει διακριτικά. Στην πρώτη συνέντευξη, μόνο ένας φροντιστής ενημερώθηκε από τον Ψυχογηγιάτρο ότι η αιτία των δυσκολιών του συγγενή του, ήταν η άνοια. Στη δεύτερη συνέντευξη, ο αριθμός των συγγενών που γνώριζαν για την άνοια αυξήθηκε στους επτά, αλλά μόνο ένας εξ αυτών είχε ενημερωθεί από τον Παθολόγο του ασθενούς. Άλλα τέσσερα άτομα ενημερώθηκαν από άλλες πηγές τι συνέβαινε, συμπεριλαμβανομένων δύο περιπτώσεων, κατάλαβαν το πρόβλημα του συγγενούς του από τηλεοπτικό πρόγραμμα για την άνοια. Έξι φροντιστές είχαν ακόμα άγνοια για την κατάσταση του συγγενούς τους στη δεύτερη συνέντευξη. Η αδυναμία αυτή να ομολογήσουν στους φροντιστές την κατάσταση των ασθενών, οδήγησε σε υποψίες ότι τα ηλικιωμένα άτομα, προσποιούταν όταν αδυνατούσαν να θυμηθούν διάφορα πράγματα ή

συμπεριφέρονταν παράξενα. Η παρεξήγηση αυτή, επέφερε αρκετά άσχημα συναισθήματα μεταξύ των φροντιστών και των ασθενών, με αρνητικά αποτελέσματα και για τους δύο. Μερικοί διαχειριστές περίθαλψης, ενθάρρυναν τους συγγενείς να έρθουν σε απευθείας επαφή με τον Ψυχογηγίατρο, εάν ήθελαν να ενημερωθούν περισσότερο για τις δυσκολίες του συγγενούς τους. Μερικοί φροντιστές όμως, δεν ακολούθησαν τη συμβουλή τους, προβάλλοντας την έλλειψη χρόνου ως δικαιολογία, γεγονός κατανοητό αφού οι τρεις από αυτούς, είχαν εργασία πλήρους απασχόλησης. Οι εξηγήσεις που έδιναν στους συγγενείς, τις οποίες γνώριζαν ήδη, διέφεραν π.χ. σκλήρυνση των αρτηριών, δυσκολίες μνήμης, προβλήματα μνήμης, μεγάλη σύγχυση, φυσιολογική γεροντική άνοια, προβλήματα μνήμης μικρής διάρκειας. Αυτό που δεν γνώριζαν, ήταν η αιτία που προκαλούσε τα συμπτώματα αυτά. Η σύζυγος ενός ασθενούς, θεωρούσε ότι τα προβλήματα μνήμης και συμπεριφοράς του συζύγου της, οφειλόταν σε ένα δυνατό χτύπημα στο κεφάλι, που είχε δεχτεί όταν ήταν νέος, και κανένας δεν την ενημέρωσε σωστά.

Η κόρη μιας ασθενούς παρέπεμψε τη μητέρα της στον Παθολόγο για ειδική διάγνωση, μόνο όταν ανακάλυψε ότι είχε υψηλά επίπεδα χοληστερίνης, μετά από τη συμμετοχή της σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα πίεσης του αίματος. Χρειάστηκαν τρεις μήνες, για να πείσει τους ερευνητές, ότι τα μη φυσιολογικά επίπεδα χοληστερίνης δεν οφείλονταν σε κακή διατροφή ή έλλειψη άσκησης, αλλά πιθανόν να προέρχονταν από την πίεση που δεχόταν φροντίζοντας τη μητέρα της, η οποία έπασχε από άνοια. Μόνο όταν επιβεβαιώθηκε η διάγνωση για άνοια, παραπέμφθηκε στις υπηρεσίες στήριξης του προγράμματος EPIC.

Οι Παθολόγοι, συχνά δεν γνωρίζουν τι προσφέρουν οι τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες και σχεδόν ποτέ δεν παραπέμπουν κάποιον σε τέτοια τμήματα. Αυτό μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στον φροντιστή, αφού οι υπηρεσίες στήριξης για τους φροντιστές παρέχονται από τις κοινωνικές υπηρεσίες και όχι από τις υπηρεσίες υγείας. Οι παραπομπές στο πρόγραμμα EPIC, σπάνια γίνονται κατευθείαν από Παθολόγο, πιο συχνά γίνονται από Νοσηλεύτριες που ανήκαν σε ομάδες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες παρακολουθούσαν την κατάσταση για αρκετό διάστημα και γνώριζαν καλά τον ασθενή. Μια πιο πρόσφατη έρευνα, έδειξε ότι μόνο το 17% των φροντιστών ηλικιωμένων ατόμων, ενημερώθηκε από τον Παθολόγο για τις υπηρεσίες στήριξης, ούτως ώστε να μπορέσουν να συνεχίσουν να φροντίζουν τους συγγενείς τους.

Σχέση φροντιστών-ασθενών

Η σχέση των φροντιστών με τα ηλικιωμένα άτομα, αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τον καθορισμό της φροντίδας (Sinclair 1990, Twigg 1992, Gwyther 1989). Οι σύζυγοι έχουν τις λιγότερες πιθανότητες να μπουν σε κάποιο ίδρυμα, παρ' όλα αυτά υπήρξε ένα τέτοιο περιστατικό στο πρόγραμμα EPIC. Στην έρευνα τα άτομα με άνοια, ήταν πολύ κινητικά και αυτό είχε ως αποτέλεσμα την ανάγκη για συνεχή επίβλεψη και επέμβαση, γεγονός που δημιουργούσε δυσκολίες και ενόχληση, δεδομένου ότι οι περισσότεροι φροντιστές δεν έμεναν με τους ασθενείς. Σε ορισμένες περιπτώσεις που υπήρχαν προβλήματα στις σχέσεις μεταξύ φροντιστών και ασθενών πριν την ασθένεια, δεν υπήρξε καμία αλλαγή ακόμα και μετά την ασθένεια. Πολλοί συγγενείς, εξέφρασαν ανησυχία για παράξενες συμπεριφορές, όπως άσκοπες περιπλανήσεις, ατυχήματα με φωτιές και ηλεκτρικές συσκευές, απώλεια χρημάτων και άλλα.

Άγχος φροντιστών

Η έρευνα του προγράμματος EPIC απέδειξε ότι οι φροντιστές ανοϊκών ασθενών θεωρούν το ρόλο τους ιδιαίτερα πιεστικό. Όλοι οι φροντιστές στην έρευνα ρωτήθηκαν για τις διάφορες συμπεριφορές των συγγενών τους και κατά πόσο ήταν προβληματικές για τους ίδιους. Οι φροντιστές ανοϊκών ατόμων, ανέφεραν στην πρώτη συνέντευξη πολύ περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς, από άλλους φροντιστές ηλικιωμένων ατόμων και ο αριθμός των προβλημάτων αυξήθηκε κατά τη δεύτερη συνέντευξη. Οι φροντιστές αυτοί υποστήριζαν κάποια ανοϊκά άτομα τα οποία δεν μπορούσαν να παραμείνουν στην κοινότητα.

Τρεις φροντιστές που διέμεναν με τους ηλικιωμένους συγγενείς τους, δεν είχαν κανένα περιθώριο ξεκούρασης, διότι οι ηλικιωμένοι σηκώνονταν κατά τη διάρκεια της νύχτας. Οι φροντιστές που δεν έμεναν με τους συγγενείς τους, είχαν συχνή επαφή μαζί τους και προσπαθούσαν να τους αναθέτουν κάποιες εργασίες, όπως τη λήψη φαρμάκων για να διατηρούν μια σταθερή πορεία. Για τους φροντιστές αυτούς, πολλές φορές το τηλέφωνο ήταν ιδιαίτερα ενοχλητικό, όταν κατά τη διάρκεια της νύχτας καλούσαν τα ηλικιωμένα άτομα για ασήμαντα ζητήματα ή για θέματα που δεν είχαν κατανοήσει.

Η αλλαγή στάσης των διαχειριστών περίθαλψης / υγείας

Η συμπεριφορά και η αλλαγή στάσης των διαχειριστών υγείας του προγράμματος EPIC, ως προς την εισαγωγή σε ιδρύματα, πιθανόν να επηρέασε το αποτέλεσμα. Έδειξαν ευαισθησία και ενδιαφέρον για τα δικαιώματα και την ποιότητα ζωής, τόσο των φροντιστών όσο και των ηλικιωμένων ατόμων. Όπου διαισθάνονταν, ότι η εισαγωγή σε μονάδα περίθαλψης μακράς διάρκειας, ήταν τελικά αναπόφευκτη παρά τις προσπάθειές τους στην οργάνωση περίθαλψης, προέβαιναν σε μια σταδιακή και σχεδιασμένη κίνηση προς όφελος τους ασθενούς, παρά σε μια βεβιασμένη εισαγωγή λόγω κατάρρευσης του φροντιστή. Συνεπώς, κινήθηκαν προς αυτή την κατεύθυνση, εξασφαλίζοντας συχνότερη ημερήσια φροντίδα καθώς και φροντίδα ανάπαυλας. Οι φροντιστές, εκτίμησαν την κίνηση αυτή αλλά και τα ηλικιωμένα άτομα την αποδέχτηκαν, καθώς η αλλαγή έγινε με μεγάλη προσοχή. Αυτό επιβεβαιώνει την υπόθεση του Parker, ότι είναι πολύ πιθανό να υπάρξουν έντονες διαφωνίες μεταξύ φροντιστών και ανοϊκών ασθενών (Parker 1990). Τέτοιες διαφωνίες, ήταν έκδηλες στο πρόγραμμα EPIC. Η Gilhooly το 1990, στη μελέτη της σχετικά με την ικανότητα των υπηρεσιών να αποτρέψουν την εισαγωγή σε ίδρυμα, αναφέρει αρκετές περιπτώσεις όπου η αυξημένη επαφή με επαγγελματίες και υπηρεσίες, έχει μεγαλύτερες και όχι λιγότερες πιθανότητες εισαγωγής του ηλικιωμένου σε κάποιο ίδρυμα μακράς διάρκειας. Σε μια πιο πρόσφατη μελέτη, για τα διαλείμματα των φροντιστών ανοϊκών ασθενών, οι Levin, Matiarly και Gorbach το 1994, βρήκαν ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν γηριατρική φροντίδα, σε αντίθεση με αυτούς που δέχονται ημερήσια φροντίδα, έχουν περισσότερες πιθανότητες να συνεχίζουν να δέχονται γηριατρική φροντίδα και μετά το τέλος της έρευνας. Το αποτέλεσμα αυτό δεν ήταν απρόσμενο, καθώς τέτοιου είδους υποστήριξη, προσφέρεται σε πιο ευπαθή και εξαρτημένα άτομα.

Παρέμβαση στο τελευταίο στάδιο

Όπως προαναφέρθηκε, πολλοί από τους ηλικιωμένους με άνοια, ήρθαν από μονάδες ημερήσιας φροντίδας, στα πρώτα στάδια τους προγράμματος EPIC. Είναι γνωστό ότι οι Παθολόγοι τις περισσότερες φορές, δεν παραπέμπουν τους ασθενείς σε ειδικούς, επειδή η άνοια δεν είναι θεραπεύσιμη ασθένεια και μόνο όταν ο ασθενής έχει άλλη σωματική ασθένεια ή βρίσκεται σε κρίση προβαίνουν σε τέτοιες ενέργειες. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής όχι μόνο βρίσκεται στα πρόθυρα εισαγωγής σε ίδρυμα

άλλα η εισαγωγή του θεωρείται άκρως απαραίτητη. Μισοί από τους συμμετέχοντες του προγράμματος, βρίσκονταν σε μονάδες φροντίδας μακράς διάρκειας ή είχαν πεθάνει εντός οκτώ μηνών και ένα τέταρτο εξ αυτών εντός τριάντα ημερών. Η υπηρεσία ανάπαυλα, θεωρήθηκε ότι χρησιμοποιήθηκε ως τελευταία προσπάθεια για τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι, το οποίο ήταν και το επιθυμητό αποτέλεσμα. Εν ολίγοις, η βοήθεια που πρόσφερε το πρόγραμμα, δεν ήταν έγκαιρη ούτως ώστε να βοηθήσει αποτελεσματικά τους φροντιστές.

Τι πρόσφερε το πρόγραμμα για τους φροντιστές

Οι διαχειριστές υγείας κατάφεραν να προσφέρουν περισσότερη υποστήριξη για τις οικογένειες των φροντιστών. Έξι από δεκατρείς ηλικιωμένους με άνοια, δέχονταν φροντίδα στο σπίτι κατά τη διάρκεια της πρώτης συνέντευξης. Κατά την δεύτερη συνέντευξη, ο αριθμός είχε αυξηθεί στους δέκα. Δύο από τους υπόλοιπους τρεις ασθενείς, είχαν βοήθεια από φροντιστή στο σπίτι. Οι διαχειριστές, κατάφεραν να οργανώσουν τα ωράρια φροντίδας, κυρίως τις πρωινές και βραδινές ώρες, γεγονός που ανακούφισε ιδιαίτερα τους φροντιστές, καθώς τους απάλλαξε από την εκτέλεση ορισμένων καθηκόντων και από το βάρος της ευθύνης, για την ασφάλεια των συγγενών τους. Μια μελέτη για ηλικιωμένα άτομα που βρίσκονται σε σύγχυση, απέδειξε ότι οι υπηρεσίες που πρόσφεραν μεγαλύτερη βοήθεια στους φροντιστές, ήταν η φροντίδα στο σπίτι και η ανάπαυλα φροντίδας. Η μεγάλη πλειοψηφία των φροντιστών του προγράμματος EPIC, θεώρησε τη βοήθεια στο σπίτι αλλά και την ανάπαυλα φροντίδας πολύ θετικές βοήθειες.

Άλλες μορφές βοήθειας, που παρείχε το πρόγραμμα EPIC, ήταν ημερήσια φροντίδα σε κάποια ειδική μονάδα για άτομα με άνοια, η ανάπαυλα φροντίδας, περιστασιακά διαλείμματα για να επιτρέπουν στους συγγενείς να πηγαίνουν διακοπές και διαλείμματα ανά έξι μήνες για να ανακουφίζουν το βάρος των φροντιστών. Μόλις ολοκληρώθηκε μια ψυχιατρική αξιολόγηση σε ημερήσια μονάδα φροντίδας, τα άτομα που κρίθηκαν ικανά να ωφεληθούν από τις κοινωνικές υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας, παραπέμφθηκαν στο πρόγραμμα EPIC για την παροχή των υπηρεσιών αυτών. Ορισμένα άτομα, αρνήθηκαν να πάνε σε ημερήσιες μονάδες φροντίδας και στην περίπτωση αυτή οι διαχειριστές υγείας, κανόνισαν την παροχή ημερήσιας φροντίδας από το τμήμα κοινωνικών λειτουργιών για τα άτομα αυτά. Η κίνηση αυτή ήταν καινούργια και αρκετά ευέλικτη δημιουργώντας ακόμα περισσότερες μονάδες φροντίδας.

Ο ρόλος των διαχειριστών ήταν αρκετά σημαντικός τόσο για τους φροντιστές όσο και για τους ηλικιωμένους, οι οποίοι λειτουργούσαν ως σύμβουλοι, συνήγοροι και ως διάλογοι επικοινωνίας μεταξύ των υπηρεσιών και των οικογενειών. Πολλές φορές υποχρεώνονταν να εκφράσουν την επιθυμία των ασθενών, με διακριτικό τρόπο όπως για παράδειγμα να εξηγήσουν τους λόγους για τους οποίους δεν επιθυμούσαν να συνεχίσουν σε κάποια υπηρεσία. Στην δεύτερη συνέντευξη, οι περισσότεροι φροντιστές ήταν πολύ ικανοποιημένοι από τους διαχειριστές υγείας, επισημαίνοντας ότι δεν θα μπορούσαν να συνεχίσουν τη φροντίδα των συγγενών τους χωρίς τη βοήθεια του προγράμματος EPIC.

Ενώ κάποιες ιατρικές έρευνες αναζητούν την αιτία ή τις αιτίες και τελικά την θεραπεία για τους διάφορους τύπους άνοιας, άλλες έρευνες, ερευνούν τρόπους διαχείρισης κατά την εξέλιξη της ασθένειας πέραν της εισαγωγής στο νοσοκομείο. Καθώς το Εθνικό Σύστημα αναζητά τρόπους εισαγωγής σε νοσοκομειακές μονάδες μακράς διάρκειας, η άνοια θεωρείται ολοένα και περισσότερο μια κοινωνική ασθένεια και η μακροπρόθεσμη υποστήριξη των ασθενών, θεωρείται ευθύνη των τοπικών αρχών μέσα στα πλαίσια της φροντίδας στην κοινότητα. Κατά πόσο, τα διάφορα μοντέλα διαχείρισης φροντίδας / υγείας των κοινωνικών υπηρεσιών, είναι ικανά να υποστηρίξουν με αποτελεσματικότητα ηλικιωμένα ανοϊκά άτομα, εξαρτάται κυρίως από την προθυμία των φροντιστών, να συνεχίσουν να δέχονται τις υπηρεσίες αυτές. Και η προθυμία αυτή ίσως εξαρτάται από την ευελιξία και την επάρκεια των υπηρεσιών υποστήριξης και από ικανούς διαχειριστές υγείας, οι οποίοι γνωρίζουν το σωματικό και πνευματικό βάρος που δέχονται οι φροντιστές ανοϊκών ασθενών (Phillips, Penhale, 1988).

4.2.2. Εργοθεραπεία στην Κοινότητα σε Ηλικιωμένους Ανοϊκούς Ασθενείς και στους Φροντιστές τους: Έρευνα Αποδοτικότητας

Σε έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στο Κέντρο Alzheimer του Νίχμεγκεν στην Ολλανδία, από τους Maud JL Graff, Eddy MM Adang, Myrra JM Vernooij-Dassen, Joost Dekker, L Jonsson, Marjolein Thijssen, Willibrord Hl Hoefnagels, Marcel GM Olde Rikkert, αναφέροντε σημαντικά στοιχεία σχετικά με την μέτρηση της αποδοτικότητας της Εργοθεραπείας στην κοινότητα, σε ανοϊκούς ασθενείς και τους φροντιστές τους, σε σύγκριση με τη συνηθισμένη κοινωνική περίθαλψη. Και αυτό γιατί οι κύριοι φροντιστές αναλώνουν αρκετές ώρες στην φροντίδα των συγγενών τους και αυτή η παρέμβαση

στοχεύει στην μείωση της ανάγκης των ασθενών για φροντίδα και στην αύξηση των δεξιοτήτων επίβλεψης των φροντιστών.

Το 2002, μόνο στην Ολλανδία, σχεδόν το 1% των ατόμων άνω των 65 έπασχε από άνοια. Το ποσοστό αυτό, ήταν μεγαλύτερο σε πιο μεγάλες ηλικίες φτάνοντας το 40% σε άτομα άνω των 90. Έως το 2050, προβλέπεται ότι το 2,2% ατόμων έως 65 ετών θα πάσχουν από άνοια.

Στην Ολλανδία το 2003, το 5,3% του συνολικού προϋπολογισμού υγειονομικής περίθαλψης δαπανήθηκε στην άνοια. Το 14% του συνολικού κόστους, δαπανήθηκε σε άτομα ηλικίας από 75-84 και το 22% σε άτομα από 85 και πάνω. Εξαιτίας του ηλικιωμένου πληθυσμού, ο αριθμός των ασθενών και το σχετικό κόστος υγειονομικής περίθαλψης, θα αυξηθεί σημαντικά στις επόμενες δεκαετίες. Το κόστος υγειονομικής περίθαλψης στην Ολλανδία, αναμένεται να αυξηθεί από €57 δις που ήταν το 2003 σε €70 δις το 2025 και €10 δις της αύξησης αυτής θα οφείλεται στον ηλικιωμένο πληθυσμό και σχετικές ασθένειες όπως η άνοια. Στην Ολλανδία το 2002, το 39% των ανοϊκών ασθενών χρειαζόταν συνεχή φροντίδα, το 38% χρειαζόταν καθημερινή φροντίδα στο σπίτι, το 23% χρειαζόταν περιστασιακή φροντίδα στο σπίτι και το 60% όσων διέμεναν στην κοινότητα, χρειαζόνταν καθημερινή ή περιστασιακή φροντίδα.

Στη Σκανδιναβία, το ανεπίσημο κόστος περίθαλψης, που εκτιμάται στο ευκαιριακό κόστος του χρόνου των φροντιστών, αποτελεί το ένα τρίτο του συνολικού ετήσιου κόστους για την άνοια και ανάλογα με τη σοβαρότητα της ασθένειας, αυξάνεται σημαντικά. Επομένως, είναι σημαντικό να εφαρμοστούν νέες δραστικές και αποτελεσματικές παρεμβάσεις, που θα συμβάλλουν στην μεγαλύτερη ανεξαρτησία και ευημερία των ασθενών και θα μειώσουν τις υποχρεώσεις των φροντιστών, έχοντας ως αποτέλεσμα μια πιο αποτελεσματική χρήση των ελάχιστων πόρων περίθαλψης.

Η Εργοθεραπεία μπορεί να βελτιώσει την καθημερινή λειτουργία, την κοινωνική συμμετοχή και την ευημερία των ατόμων με άνοια που διαμένουν στην κοινότητα καθώς και να ενισχύσει την αίσθηση ικανότητας των βασικών φροντιστών.

Είναι πιθανό να μειωθεί το κόστος περίθαλψης, λόγω μεγαλύτερης ανεξαρτητοποίησης των ασθενών και ενισχυμένης αίσθησης ικανότητας των φροντιστών, έχοντας ως αποτέλεσμα χαμηλότερο ανεπίσημο κόστος περίθαλψης, καθυστέρηση στην εισαγωγή σε κλινική και χαμηλότερο κόστος άλλων κοινωνικών υπηρεσιών ή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η Εργοθεραπεία συνήθως δεν προτείνεται σε ανοϊκούς ασθενείς στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Πρόσφατες μελέτες, εξετάζουν την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της εργοθεραπείας στην κοινότητα σε ανοϊκούς ασθενείς και

τους φροντιστές τους. Σε μια μελέτη προγράμματος Εργοθεραπείας εννέα μηνών παρατηρήθηκε χαμηλότερο ιατρικό κόστος και μεγαλύτερη ανεξαρτητοποίηση. Η έρευνα αυτή αποδείχτηκε επικερδής γιατί είχε οφέλη στην επίγνωση και την ποιότητα ζωής και είχε λιγότερο κόστος από την συνηθισμένη περίθαλψη. Ένα εντατικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα 10 ημερών για τους φροντιστές αποδείχτηκε επικερδές και βοήθησε τους ασθενείς, να παραμένουν περισσότερο στο σπίτι και μείωσε την ψυχολογική νοσηρότητα των φροντιστών.

Μέθοδοι

Από τον Απρίλιο του 2001 έως τον Ιανουάριο του 2005, οι συμμετέχοντες στην έρευνα, μελέτησαν άτομα με άνοια και τους φροντιστές τους, από ένα ιατρείο μνήμης και από μια μονάδα ημερήσιας περίθαλψης από ένα γηριατρικό τμήμα. Οι ασθενείς, έπρεπε να είναι άνω των 65 ετών, οι οποίοι έπασχαν από ήπια έως μέτρια μορφή άνοιας, να ζουν στην κοινότητα και να έχουν ένα κύριο φροντιστή, ο οποίος τους φρόντιζε τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. Η διάγνωση της άνοιας, έγινε βάση των κριτηρίων του *Διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου διανοητικών διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th ed.)*. Η σοβαρότητα της άνοιας, καθορίστηκε από την κλίμακα BCRS (Brief Cognitive Rating Scale), όπου η ένδειξη 9-24 υποδηλώνει ήπια άνοια και η ένδειξη 25-40 μέτρια άνοια. Εξαιρέθηκαν οι ασθενείς, με ένδειξη στη γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης χαμηλότερη του 12, με σοβαρά ανοϊκά συμπτώματα συμπεριφοράς και ψυχολογίας και σοβαρές ασθένειες, σύμφωνα με διάγνωση Γηριάτρου, και όσοι δεν ακολουθούσαν σταθερή θεραπεία με φάρμακα για την άνοια. Εξαιρέθηκαν επίσης, οι φροντιστές με σοβαρές παθήσεις.

Τυχαία επιλογή και διαδικασίες

Οι ομάδες των ασθενών, καθορίστηκαν τυχαία (ομάδες των τεσσάρων ατόμων), σε ομάδες παρέμβασης (10 κατ' οίκον συνεδρίες Εργοθεραπείας σε διάστημα πέντε εβδομάδων) ή ομάδες ελέγχου (συνηθισμένη περίθαλψη χωρίς Εργοθεραπεία) και σύμφωνα με το επίπεδο άνοιας (ήπιας ή μεσαίας). Ένας Στατιστολόγος, ο οποίος δεν εμπλεκόταν στην έρευνα, διεξήγαγε την τυχαία επιλογή. Οι ασθενείς και οι φροντιστές γνώριζαν για την θεραπεία. Ζητήθηκε από τους ασθενείς και τους φροντιστές, να μην ενημερώσουν τους αξιολογητές. Για να ελέγξουν την επιτυχία ή την αποτυχία της τυχαίας

επιλογής, μετά από κάθε μέτρηση, οι αξιολογητές δήλωναν εάν γνώριζαν σε ποια ομάδα είχε τοποθετηθεί κάθε ασθενής. Η συνολική περίοδος της έρευνας, ήταν τρεις μήνες από τη στιγμή της εισαγωγής. Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας, προσέφεραν στην ομάδα ελέγχου Εργοθεραπεία.

Παρέμβαση

Η έρευνα της παρέμβασης, αναπτύχθηκε με μια συναινετική διαδικασία και εφαρμόστηκε από έμπειρους Εργοθεραπευτές, οι οποίοι είχαν εκπαιδευτεί (80 ώρες) και είχαν πείρα στην χορήγηση θεραπείας (τουλάχιστον 240 ώρες), σύμφωνα με τις πελατοκεντρικές οδηγίες Εργοθεραπείας για ανοϊκούς ασθενείς. Η θεραπεία συμπεριλάμβανε 10 ωριές συνεδρίες που διεξάγονταν σε διάστημα πέντε εβδομάδων και είχαν ως επίκεντρο, τόσο τους ασθενείς όσο και τους φροντιστές τους. Στις τέσσερις πρώτες συνεδρίες της διάγνωσης και του καθορισμού των στόχων, οι ασθενείς και οι φροντιστές έμαθαν να καθορίζουν τα προβλήματά τους και να δίνουν προτεραιότητα σε σημαντικές δραστηριότητες που ήθελαν να βελτιώσουν. Για το σκοπό αυτό, οι Εργοθεραπευτές χρησιμοποίησαν τρία όργανα αφήγησης. Ο Εργοθεραπευτής αξιολόγησε τις πιθανότητες τροποποίησης του οικιακού περιβάλλοντος του ασθενούς και παρατήρησε την ικανότητα του ασθενούς, να πραγματοποιήσει καθημερινές δραστηριότητες και να χρησιμοποιήσει στρατηγικές που αφορούν το περιβάλλον του. Οι στρατηγικές αυτές χρησιμοποιούνται για να προσαρμόσουν το περιβάλλον και τις δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης, σύμφωνα με την νοητική ανικανότητα των ασθενών. Οι θεραπευτές παρατήρησαν επίσης την ικανότητα επίβλεψης των φροντιστών.

Στις επόμενες έξι συνεδρίες, οι ασθενείς έμαθαν να βελτιώνουν τις στρατηγικές αυτές, ώστε να αυξήσουν τις επιδόσεις τους στις καθημερινές δραστηριότητες. Οι φροντιστές, έλαβαν εκπαίδευση για αποτελεσματική επίβλεψη και επίλυση των προβλημάτων, και στρατηγικές για να μπορέσουν να διατηρήσουν την αυτονομία και την κοινωνική συμμετοχή τόσο των ασθενών όσο και των ίδιων.

Ο συνολικός χρόνος της παρέμβασης, συμπεριλαμβανομένου και του χρόνου θεραπείας στο σπίτι (10 ώρες), την αφηγηματική ανάλυση, τις αναφορές και τις ενημερώσεις, ήταν 18 ώρες ανά ασθενή και φροντιστή μαζί.

Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων

Αξιολογήθηκαν οι ασθενείς και οι φροντιστές τους, πριν την παρέμβαση και έξι βδομάδες και τρεις μήνες μετά. Τα αρχικά αποτελέσματα των μετρήσεων για τους ασθενείς, βασίστηκαν στην κλίμακα αξιολόγησης ικανοτήτων κίνησης και επεξεργασίας, η οποία κυμαίνεται από -3 έως 4 (υψηλότερο αποτέλεσμα, δείχνει μεγαλύτερη ικανότητα επεξεργασίας) και στην κλίμακα απώλειας των καθημερινών δραστηριοτήτων, η οποία κυμαίνεται από 0-44 (χαμηλότερες επιδόσεις, υποδηλώνουν λιγότερη ανάγκη βοήθειας). Τα αποτελέσματα για τους φροντιστές, αξιολογήθηκαν βάσει ενός ερωτηματολογίου ικανοτήτων, με διαβάθμιση από 27-135 (υψηλότερες επιδόσεις, δηλώνουν μεγαλύτερη αίσθηση ικανότητας).

Σε περίοδο τριών μηνών, τα αποτελέσματα συνδυάστηκαν με μια μέτρηση οικονομικής εκτίμησης. Ως επιτυχές αποτέλεσμα, ορίστηκε η σχετική βελτίωση των ασθενών και των φροντιστών και σε όλες τις μετρήσεις (κλίμακα επεξεργασίας, κλίμακα συμπεριφοράς και κλίμακα ικανότητας). Αυτό σημαίνει, ότι η θεραπεία ήταν επιτυχής, εάν τα αποτελέσματα των μετρήσεων σημείωναν βελτίωση μεγαλύτερη του 0,5 μονάδες, 20% και 5 μονάδες αντίστοιχα.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά και μετρήσεις αποτελεσμάτων, περιελάμβαναν πληροφορίες για την ηλικία, το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών και των φροντιστών, καθώς και πληροφορίες για την καταθλιπτική διάθεση, τη νόσηση και τη συμπεριφορά των ασθενών. Επίσης, συγκεντρώθηκαν πληροφορίες για τη σχέση των φροντιστών με τους ασθενείς.

Ανάλυση κόστους

Αναλύθηκε το κόστος, από μια κοινωνική οπτική γωνία και συμπεριελήφθη τόσο το άμεσο κόστος, εντός και εκτός της υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης, όσο και το έμμεσο κόστος, εκτός της υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης. Η ανάλυση αυτή, περιελάμβανε το συνολικό κόστος, που επωμίζεται η κοινωνία ως αποτέλεσμα της Εργοθεραπείας στην κοινότητα και επομένως, δεν περιελάμβανε μόνο το κόστος των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και το εκτιμώμενο κόστος για κέρδος ή απώλεια της παραγωγικότητας των φροντιστών. Επειδή η διάρκεια της μελέτης ήταν μόνο τρεις μήνες, δεν αναμενόταν μείωση του αποτελέσματος και επομένως δεν

διορθώθηκε ο πληθωρισμός. Διεξήχθη μια αυξητική ανάλυση, στην οποία αναλύθηκαν λεπτομερώς μόνο τα κόστη που πιθανόν να διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων.

Χρησιμοποιήθηκαν διάφορα όργανα για την μέτρηση των πόρων. Οι φροντιστές, διατηρούσαν ημερολόγιο για να καταγράφουν τις επισκέψεις των ασθενών στον Παθολόγο, τον Φυσιοθεραπευτή, τον Κοινωνικό Λειτουργό ή σε οποιοδήποτε άλλο θεραπευτή που σχετίζεται με την άνοια. Επίσης οι φροντιστές, χρησιμοποιούσαν το ημερολόγιο αυτό για να καταγράφουν τις ώρες φροντίδας που αφιέρωναν στους συγγενείς τους, και τις δικές τους επισκέψεις σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, εάν είχαν σωματικά ή συναισθηματικά προβλήματα. Κατέγραφαν τις ώρες που οι ασθενείς δέχονταν κατ' οίκον φροντίδα από Νοσηλεύτρια ή οικιακή βοηθό ή εάν δέχονταν άλλες υπηρεσίες. Τέλος, σημείωναν τις ημέρες ασθένειας, καθώς και τις μέρες εισαγωγής σε νοσοκομεία, θεραπευτήρια ή οίκους ευγηρίας. Σε διάστημα έξι και δώδεκα εβδομάδων οι ερευνητές παρέλαβαν τα ημερολόγια που είχαν συμπληρώσει οι φροντιστές.

Τα ποσά που μετρήθηκαν, πολλαπλασιάστηκαν με την τιμή κόστους κατά μονάδα, για να βρεθεί το συνολικό κόστος. Το κόστος για τις συνεδρίες Εργοθεραπείας στην κοινότητα, έγινε με βάση της χρέωσης εξωτερικού ασθενούς (δηλαδή μια καθορισμένη τιμή ανά ώρα για Εργοθεραπεία εξωτερικού ασθενούς) και επιπρόσθετα έξοδα, για επισκέψεις κατ' οίκον και έξοδα μεταφοράς (η απόσταση πολλαπλασιασμένη με την τιμή ανά χιλιόμετρο). Τα επιπρόσθετα έξοδα Εργοθεραπείας (ώρες διαχείρισης και ανάλυσης των δεδομένων βάση συνέντευξης, αναφορές, συμβουλές και συμπεριφοριολογική ενημέρωση), βασίστηκαν στην χρέωση του εργαζόμενου ανά ώρα. Τα ποσοστά αυτά, χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό σταθερών τιμών για Εργοθεραπείες κατ' οίκον και για τις επιπλέον ώρες που καταναλώνει ο Εργοθεραπευτής. Οι χρεώσεις των επισκέψεων στον Παθολόγο ή τον Φυσιοθεραπευτή και των οικιακών βοηθημάτων, έγιναν βάση των οδηγιών οικονομικής υγειονομικής περίθαλψης της Ολλανδίας. Τα έξοδα για τον Κοινωνικό Λειτουργό και τον Ιατρό του νοσοκομείου, υπολογίστηκαν από τη χρέωση του εργαζόμενου πολλαπλασιασμένη με 39% λόγω πρόσθετων αμοιβών για φόρους, αργίες και υπηρεσίες που παρέχονται στους εργαζόμενους. Οι ώρες των φροντιστών υπολογίστηκαν σύμφωνα με τις οδηγίες της Ολλανδίας, οι οποίες αντικατοπτρίζουν ένα μέσο όρο εξόδων για τους φροντιστές, που εργάζονται αλλά και για αυτούς που δεν εργάζονται. Τα έξοδα αυτά υπολογίζονται σύμφωνα με τη “μέθοδο τριβής κόστους”, με την οποία μια τιμή για τους φροντιστές υπολογίζεται βάση των ωρών απουσίας, λόγω φροντίδας ασθενών ή ασθένειας των

φροντιστών και η οποία εκτιμάται στο ωρομίσθιο ενός καθαριστή μέσης ηλικίας (€8 την ώρα).

Στατιστική ανάλυση

Αναλύθηκαν οι διαφορές του αποτελέσματος, βάση αναλύσεων συνδιακύμανσης των αρχικών μετρήσεων (αποτελέσματα και από τις τρεις κλίμακες), με την πρόθεση να επεξεργαστούν όλα τα διαθέσιμα δεδομένα και να διεξαχθεί η τελευταία παρακολούθηση για αποχωρήσεις και ελλιπή δεδομένα. Οι συμμετέχοντες, με ελλιπή δεδομένα δεν συμπεριλαμβάνονταν στις αναλύσεις. Οι παράμετροι, ήταν η ηλικία, το φύλλο, η σχέση μεταξύ των ασθενών και των φροντιστών, άλλοι φροντιστές και οι επιδόσεις νοητικής λειτουργίας (10-24 για ήπια έως μέτρια μορφή άνοιας). Η κατάθλιψη, αξιολογήθηκε με την γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης και η συμπεριφορά, αξιολογήθηκε με τον αναθεωρημένο κατάλογο προβλημάτων μνήμης και συμπεριφοράς.

Υπολογίζοντας την αναλογία ασθενών και φροντιστών, οι ερευνητές πέτυχαν μια σχετική βελτίωση, για κάθε αποτέλεσμα μέτρησης ξεχωριστά, αλλά και για τα τρία μαζί. Η διαφορά του αποτελέσματος θεραπείας, υπολογίστηκε ως συνδυασμός της διαφοράς επιτυχημένης θεραπείας ασθενών και φροντιστών. Τα αυξημένα έξοδα θεραπείας, υπολογίστηκαν ως διαφορά των συνολικών εξόδων περίθαλψης. Βάση των διαφορών των συνολικών εξόδων περίθαλψης, ανάμεσα στις ομάδες και της αλλαγής του αποτελέσματος, υπολογίστηκε μια αυξητική αναλογία αποδοτικότητας, η οποία εκφράστηκε ως συνολικό κόστος προς επιτυχημένη θεραπεία. Ερευνητικές μέθοδοι, χρησιμοποιήθηκαν για τη διερεύνηση της απροσδιοριστίας των εκτιμήσεων αποδοτικότητας και τον καθορισμό σίγουρων αποστάσεων.

Χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις ευαισθησίας, για να εξεταστεί η ισχύς των πορισμάτων της ανάλυσης αποδοτικότητας. Στην ανάλυση του κόστους, υπολογίστηκαν οι τιμές για Εργοθεραπεία, άλλες υπηρεσίες περίθαλψης και για τους φροντιστές και πραγματοποιήθηκε ανάλυση ευαισθησίας, πάνω σε αυτά τα ποσά. Αξιολογήθηκε η αποδοτικότητα σε γράφημα με καμπύλη αποδοχής.

Αποτελέσματα

Αξιολογήθηκαν 275 άτομα με άνοια που διέμεναν στην κοινότητα. Από τους 135 ασθενείς που επιλέχτηκαν τυχαία, τρεις (ένας από την ομάδα παρέμβασης και οι άλλοι

δύο από την ομάδα ελέγχου) μαζί με τους φροντιστές τους διέκοψαν την διαδικασία αμέσως, μετά την επιλογή επειδή δεν επιθυμούσαν να συνεχίσουν.

Ιδιαίτερη προσοχή, δόθηκε στην επιλογή των βασικών χαρακτηριστικών μεταξύ ασθενών και φροντιστών. Διαφορές στην ηλικία (ο λόγος μεταξύ ασθενών και φροντιστών ήταν 2,0 και 4,7 νεότεροι στην ομάδα ελέγχου), διορθώθηκαν στην ανάλυση συνδιακύμανσης. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, χωρίστηκε όμοια και στις δύο ομάδες. Ο Εργοθεραπευτής, πραγματοποίησε εννιά ωριές κατ' οίκον επισκέψεις στην ομάδα παρέμβασης, και αφιέρωσε επιπλέον επτά ώρες (για ανάλυση της συνέντευξης, αναφορές, συμβουλές, ενημέρωση) ανά ζεύγος, ασθενούς φροντιστή.

Σε τρεις μήνες, 53 από τους 68 ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης και 52 από τους 67 στην ομάδα ελέγχου, παρέμειναν στην έρευνα και ήταν οι ίδιοι, συμμετέχοντες στην έρευνα αποτελεσματικότητας.

Υπήρξαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ομάδες, σε όλες τις μεταβλητές αποτελεσμάτων, στο διάστημα των τριών μηνών. Η θεραπεία, θεωρήθηκε επιτυχής σε 26 ασθενείς και φροντιστές, εκ των οποίων 25 (37%) ανήκαν στην ομάδα παρέμβασης και ένας στην ομάδα ελέγχου. Ο απαιτούμενος αριθμός, για ένα επιτυχές αποτέλεσμα θεραπείας ήταν 2,8 δεν σημειώθηκαν αρνητικά γεγονότα σε καμία ομάδα.

Έξοδα

Το ποσό της Εργοθεραπείας, ανήρθε στα 1183 ευρώ ανά ζεύγος ασθενούς φροντιστή. Τα έξοδα για επισκέψεις, σε Παθολόγο και Νοσοκομειακό Ιατρό ήταν ίδια και για τις δύο ομάδες. Έξοδα για άλλη περίθαλψη, όπως κατ' οίκον αποκλειστική Νοσηλεύτρια, κατ' οίκον περίθαλψη, Κοινωνικός Λειτουργός, και Φυσιοθεραπευτής ήταν όλα χαμηλότερα στην ομάδα παρέμβασης, καθώς και τα έξοδα εισαγωγής σε νοσοκομείο ή οίκο ευγηρίας. Το κύριο απόθεμα κόστους, προήλθε από μείωση της ανεπίσημης περίθαλψης στην ομάδα παρέμβασης.

Η οικονομική αξιολόγηση έδειξε ένα μέσο όρο αποθέματος €1748 ανά ζεύγος, με επιτυχή θεραπεία μέσω Εργοθεραπείας. Η πιθανότητα η Εργοθεραπεία να είναι η κύρια παρέμβαση υπολογίστηκε ότι είναι 94%. Η καμπύλη αποδοχής, δείχνει ότι εάν μια κοινωνία είναι διατεθειμένη να πληρώσει €2000 ή και περισσότερα για μία επιτυχημένη θεραπεία, τότε η πιθανότητα να είναι επιτυχής η Εργοθεραπεία είναι 99%.

Συζήτηση

Η παρέμβαση Εργοθεραπείας στην κοινότητα για ανοϊκά άτομα και τους φροντιστές τους, είναι επικερδής, με κόστος περίπου €1200 ανά ασθενή και φροντιστή, σε διάστημα τριών μηνών. Η παρέμβαση, είχε ποσοστό 35% υψηλότερης αναλογίας επιτυχημένης θεραπείας. Ο μέσος όρος εξόδων ανά ασθενή και φροντιστή, για τρεις μήνες ήταν €12563 για την ομάδα παρέμβασης και €14311 για την ομάδα ελέγχου. Αυτό σημαίνει, ότι από κοινωνική άποψη η Εργοθεραπεία στην κοινότητα, είναι μια αποδοτική και αποτελεσματική στρατηγική παρέμβαση. Είναι επικερδής, γιατί κατά μέσο όρο, εξοικονόμησε €1748 σε διάστημα τριών μηνών και απέδωσε σημαντικές βελτιώσεις, στις καθημερινές λειτουργίες των ασθενών και στην αίσθηση ικανότητας των φροντιστών.

Σχετικότητα των αποτελεσμάτων

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με άλλες, είναι δύσκολη λόγω έλλειψης άλλων σχετικών ερευνών. Ο Hay, εξέτασε την αποδοτικότητα του κόστους μιας προληπτικής Εργοθεραπείας σε ενήλικες που ζουν ανεξάρτητα, σε μια ελεγχόμενη δοκιμή τυχαίας επιλογής σε μια ομάδα Εργοθεραπείας, μια ομάδα κοινωνικής δραστηριότητας και μια ομάδα ελέγχου που δεν δόθηκε θεραπεία. Τα έξοδα για ένα πρόγραμμα προληπτικής Εργοθεραπείας εννέα μηνών για την ομάδα Εργοθεραπείας, ήταν χαμηλότερα από τα έξοδα για την ομάδα κοινωνικής δραστηριότητας και την ομάδα ελέγχου. Ο συγγραφέας, κατέληξε ότι το πρόγραμμα ήταν επικερδές και παρουσίαζε μια τάση μείωσης των ιατρικών εξόδων. Το εκτιμώμενο κόστος για την ομάδα Εργοθεραπείας, ήταν 10666 δολάρια ανά ομάδα περίπου 55 ατόμων.

Δυνατότητες και περιορισμοί

Η έρευνα ήταν εμπειρική, γιατί χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της τυχαίας επιλογής, και η οικονομική ανάλυση διεξήχθη από κοινωνική πλευρά. Άλλο ένα δυνατό σημείο, είναι η νέα μέτρηση αποτελεσμάτων “αποτέλεσμα επιτυχούς θεραπείας”, που χρησιμοποιήθηκε ως κύριο αποτέλεσμα στην ανάλυση κέρδους. Αυτή η ανάλυση αποτελέσματος, αποτελεί μια καινοτομία και συνδυάζει το αποτέλεσμα της

Εργοθεραπείας τόσο στον ασθενή, όσο και στον φροντιστή, το οποίο αντιπροσωπεύει το συνολικό αποτέλεσμα μιας επιτυχημένης Εργοθεραπείας.

Στη έρευνα, δεν συμπεριελήφθη η μέτρηση για την ποιότητα ζωής, η οποία περιορίζει την σύγκριση με άλλες παρεμβάσεις. Η μέτρηση της ποιότητας ζωής, είναι σύμφωνα με τις περισσότερες οδηγίες κέρδους, η κύρια μέτρηση αποτελέσματος στις οικονομικές αναλύσεις. Στην μελέτη αυτή, η πειραματική θεραπεία κυριαρχεί (χαμηλότερο κόστος μεγαλύτερο αποτέλεσμα), δεν υπάρχει αντιστάθμιση μεταξύ κόστους και αποτελέσματος. Επιπλέον, δεδομένων των αποτελεσμάτων, το συμπέρασμα ότι η Εργοθεραπεία είναι επικερδής, δεν θα διαφοροποιούταν εάν συμπεριλαμβάνονταν η μέτρηση της ποιότητας ζωής ως μέγεθος αποτελέσματος.

Ένας δεύτερος περιορισμός στην έρευνα, ήταν ότι δεν μπορούσε να διεξαχθεί μια τυφλή έρευνα, επειδή οι ασθενείς, οι φροντιστές και οι Εργοθεραπευτές, γνώριζαν την κατανομή των ομάδων. Αποπειράθηκαν να αποκρύψουν τις συνθήκες όπου αυτό ήταν δυνατό κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης, η οποία ήταν επιτυχής κατά 80% των περιπτώσεων. Για το λόγο αυτό, πιστεύεται ότι τα αποτελέσματά της έρευνας, δεν επηρεάστηκαν σημαντικά από την μεροληψία των παρατηρητών.

Η έρευνα, πραγματοποιήθηκε σε σχετικά σύντομο διάστημα (τρεις μήνες). Βάση των αποτελεσμάτων, στο διάστημα των τριών μηνών, αναμένεται ότι τα αποθέματα θα είναι μεγαλύτερα σε διάστημα έξι μηνών. Σε μελλοντικές έρευνες, θα πρέπει να προσδιορίζεται εάν η αποτελεσματικότητα και συνεπώς το κέρδος είναι διαχρονικά.

Οι συμμετέχοντες, ίσως να μην είναι αντιπροσωπευτικοί όλων των ασθενών με ήπια ή μέτρια μορφή άνοιας. Επιλέχθηκε αυτή η στρατηγική, θέλοντας να πετύχουν οι ερευνητές ομοιομορφία, όσον αφορά τη διάγνωση της άνοιας, και να διευκολύνουν την σύγκριση με άλλες μελέτες. Επίσης, οι συμμετέχοντες, δεν ήταν αντιπροσωπευτικό δείγμα ηλικιωμένων ατόμων με ήπια ή μέτρια μορφή άνοιας, επειδή δεν συμπεριελήφθησαν όσοι ζουν μόνοι τους. Οι ομάδες μπορεί να είναι συγκρίσιμες σε κοινωνικοοικονομική κατάσταση, γιατί το μορφωτικό επίπεδο ήταν αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού. Ένα άλλο ζήτημα, είναι τα έξοδα ανεπίσημης περίθαλψης, τα οποία υπολογίστηκαν με την “μέθοδο της τριβής κόστους”. Στην έρευνά, οι περισσότεροι φροντιστές είχαν συνταξιοδοτηθεί. Αν συμπεριλαμβάνονταν άλλοι ανεπίσημοι φροντιστές, όπως για παράδειγμα εργαζόμενα παιδιά ή γείτονες, προφανώς θα προέκυπτε άλλη τιμή. Οι ερευνητές, υπέθεσαν ότι τα ιατρικά έξοδα δεν αυξήθηκαν λόγω του σύντομου διαστήματος. Σύμφωνα με την έρευνα, υποτιμήθηκαν τα πιθανά ιατρικά αποθέματα σχετικά με την παρέμβασή.

Είναι πιθανό, να προκύψουν ηθικά ζητήματα για τον αποκλεισμό διαφόρων ατόμων από αυτή την ιδιαίτερα αποδοτική και αποτελεσματική παρέμβαση. Εντούτοις, δεν προτάθηκε κάτι τέτοιο στην Ολλανδία, γιατί δεν υπήρχαν ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα της έρευνας.

Μελλοντική έρευνα

Οι ερευνητές ευελπιστούν, ότι η παρέμβαση αυτή πιθανόν να είναι επικερδής και για ηλικιωμένα άτομα με άνοια, που δέχονται βοήθεια από επαγγελματίες υγείας. Παρ' όλο που οι επαγγελματίες φροντιστές είναι εκπαιδευμένοι, η εκπαίδευση τους δεν επεκτείνεται στην Εργοθεραπεία, επομένως μια πιο αποτελεσματική στρατηγική φροντίδας, θα μπορούσε να επιφέρει μεγαλύτερο κέρδος. Αυτό θα ερευνηθεί σε μια μελλοντική έρευνα, σχετικά με την αποτελεσματικότητα των οδηγιών, εφαρμοζόμενες σε εθνικό επίπεδο. Επίσης, οι ερευνητές θεωρούν ότι θα ήταν χρήσιμο οι επαγγελματίες φροντιστές, να εκπαιδεύονται ούτως ώστε να επιβλέπουν τους φροντιστές αρκετούς μήνες μετά το τέλος της παρέμβασης. Θα ήταν επίσης ενδιαφέρον, να ερευνηθεί εάν οι επαγγελματίες υγείας, με ειδική εκπαίδευση στην Εργοθεραπεία θα μπορούσαν εν μέρει να παρέχουν θεραπεία με την επίβλεψη Εργοθεραπευτή .

Προτάσεις

Για την πραγματοποίηση αυτής της περίπλοκης παρέμβασης Εργοθεραπείας στην κοινότητα, χρειάζονται μορφωμένοι και καλά εκπαιδευμένοι Εργοθεραπευτές (συμπεριλαμβανομένων διαγνωστικών αξιολογήσεων Εργοθεραπείας, ικανότητες εξειδικευμένης παρατήρησης, προσδιορισμό στόχων Εργοθεραπείας και ανάπτυξη αποτελεσματικού σχεδίου Εργοθεραπείας). Στο μέλλον οι Εργοθεραπευτές, θα είναι καλύτερα εφοδιασμένοι για να διεξάγουν την θεραπεία τους, με τη βοήθεια των βοηθών Εργοθεραπείας και των εκπαιδευμένων επαγγελματιών υγείας.

Η Εργοθεραπεία στην κοινότητα, είναι μια ιδιαίτερα αποτελεσματική μη φαρμακευτική θεραπεία για ηλικιωμένα άτομα με άνοια και τους φροντιστές τους. Όχι μόνο βελτιώνει την καθημερινή λειτουργία των ατόμων με άνοια και την αίσθηση ικανότητας των φροντιστών, αλλά βελτιώνει και την ποιότητα ζωής, τη διάθεση και την κατάσταση της υγείας, τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών. Όλα αυτά θεωρούνται ως τα σημαντικότερα αποτελέσματα στις έρευνες για άνοια. Επίσης, καθώς

αυτή η παρέμβαση Εργοθεραπείας στην κοινότητα είναι επικερδής, συστήνεται σε όλες τις υπηρεσίες υγείας και πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης για άτομα με άνοια και τους φροντιστές τους. Επιπλέον, εάν εφαρμοστούν τα κριτήρια για την χρήση φαρμάκων στην παρέμβαση αυτή, δεν υπήρχε αμφιβολία για την εφαρμογή. Μια πολυκεντρική μελέτη θα καθορίσει το κέρδος με διαφορετικά δεδομένα και σε διαφορετικές περιοχές υγειονομικής περίθαλψης <http://www.bmj.com/cgi/content/full>.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

5.1. Υπηρεσίες Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρείας

Σήμερα από την ΕΓΓΕ αποκλειστικά ή σε συνεργασία με τα σωματεία που παρουσιάζονται στη συνέχεια, προσφέρονται ποικίλες υπηρεσίες οι οποίες στοχεύουν στην ολοκληρωμένη φροντίδα των ηλικιωμένων και των οικογενειών ή φροντιστών τους:

- Βοήθεια σε έντυπο υλικό με πληροφορίες για τη νόσο Alzheimer, τη στάση του φροντιστή στα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν, τις ψυχιατρικές δομές στη χώρα μας. Επίσης έντυπο υλικό για την πληροφόρηση του κοινού σε θέματα διατροφής και νόσου Alzheimer, υγιεινής διατροφής σε ηλικιωμένους, κατάθλιψη στους ηλικιωμένους. Το έντυπο υλικό διανέμεται δωρεάν στα γραφεία της ΕΓΓΕ και στις υπόλοιπες δομές. Για ενδιαφερόμενους στην επαρχία, αποστέλλεται ταχυδρομικώς.
- Τηλεφωνική Γραμμή SOS για τη νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές άνοιας. Λειτουργεί καθημερινά 9.00-21.00 (τηλέφωνο 210-3303678). Αυτή η τηλεφωνική γραμμή παρέχει πληροφορίες για τη νόσο Alzheimer, καθώς και για τους φορείς που μπορούν να δώσουν λύση σε κάποια προβλήματα, ιατρικά, νομικά, ασφαλιστικά. Παρέχει επίσης συμβουλές για τη φροντίδα των ανοϊκών ασθενών, οδηγίες όταν είναι εφικτό και γενικά προσπαθεί να βοηθήσει ώστε η οικογένεια να σηκώνει ένα πιο ελαφρύ φορτίο.
- Συμπαράσταση και ενημέρωση με προσωπικές συνεντεύξεις στα γραφεία της εταιρείας μετά από τηλεφωνική επικοινωνία. Συμπαράσταση και ενημέρωση με μηνιαίες συγκεντρώσεις που γίνονταν στα γραφεία της εταιρείας, την πρώτη Τετάρτη κάθε μήνα στις 17.30. από το 2006 αυτές οι συναντήσεις γίνονται στο κέντρο Alzheimer το οποίο διαθέτει κατάλληλες εγκαταστάσεις.

Παράλληλα με την ΕΓΓΕ, αν και ιδρύθηκαν πολύ αργότερα, λειτουργούν:

Το « **Σωματείο Αλληλοβοήθειας Ασθενών με Νόσο Alzheimer και Συναφών Διαταραχών** », το οποίο ιδρύθηκε το Δεκέμβριο του 1997 από συγγενείς - φροντιστές ατόμων τα οποία πάσχουν από άνοια. Οι βασικές δραστηριότητες του Σωματείου είναι:

- Παροχή πληροφοριών για τις υπάρχουσες δομές για τα άτομα με άνοια (νοσοκομεία, οίκοι ευγηρίας κ.λ.π.), ώστε να διευκολύνεται στις υπάρχουσες επιλογές η οικογένεια του ατόμου με άνοια.
- Παροχή συμβουλών νομικού, οικονομικού και ασφαλιστικού περιεχομένου για άτομα με νόσο Alzheimer ή άλλη μορφή άνοιας.
- Ανοικτές συγκεντρώσεις, οι οποίες παλαιότερα γίνονταν στα γραφεία της ΕΓΓΕ, αλλά σήμερα λόγω της αυξημένης συμμετοχής στο Κέντρο Alzheimer στην οδό Δροσοπούλου 22, την πρώτη Τετάρτη κάθε μήνα.
- Ατομική Συμβουλευτική για ενημέρωση της οικογένειας στην επίλυση των καθημερινών προβλημάτων των ατόμων με άνοια.
- Ενημέρωση για τις νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις.
- Συνεργασία με αντίστοιχους κυβερνητικούς και ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς φορείς για τη διεύρυνση της συνεργασίας και την επίτευξη των στόχων.
- Λειτουργία τηλεφωνικής γραμμής SOS Alzheimer, σε συνεργασία με την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία.
- Αναγνώριση της ανάγκης για τη δημιουργία ανάλογων σωματείων στην κεντρική και νότια Ελλάδα με ενημέρωση του γενικού πληθυσμού και των Επαγγελματιών Υγείας που ασχολούνται με ηλικιωμένους.
- Αναγνώριση της ανάγκης για υπηρεσίες πρόιμης διάγνωσης.

Η **Ψυχογηριατρική Εταιρεία «Ο Νέστωρ»**, η οποία ιδρύθηκε το 2001 προκειμένου να αναπτύξει υπηρεσίες που σχετίζονται με την άνοια και άλλα ψυχιατρικά προβλήματα των ηλικιωμένων, δεδομένης της δραματικής αύξησης των αναγκών για σχετικές υπηρεσίες των ατόμων άνω των 65 χρόνων.

Από τις αρχές του 2003 λειτουργούν με συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δύο Ψυχογηριατρικά Οικοτροφεία, ένα στην Αθήνα (Ιωάννου Σούτσου 12), και ένα στο Χαλάνδρι (Αίαντος 4).

Επίσης λειτουργεί ένα Κέντρο Ημέρας (Ηλία Ζερβού 94, Άγιος Ελευθέριος), το οποίο περιλαμβάνει Κοινωνική Λέσχη (Alzheimer καφέ), ιατρική ψυχολογική, νομική και συμβουλευτική υποστήριξη. Επίσης λειτουργούν και εξωτερικά ιατρεία στα οποία γίνονται νευροψυχολογικές δοκιμασίες.

Από το 2004, ξεκίνησε τη λειτουργία του και το Κέντρο Alzheimer στην Κυψέλη στην οδό Δροσοπούλου 22. Το κέντρο Alzheimer προσφέρει διαγνωστική προσέγγιση για

τη νόσο, τμήμα βραχείας νοσηλείας, κέντρο ημέρας, μονάδα βοήθειας στην οικογένεια, εκπαίδευση φροντιστών και άλλες υπηρεσίες.

Η Ψυχογηριατρική Εταιρεία «Ο Νέστωρ», στα πλαίσια ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας διοργανώνει και συμμετέχει σε ημερίδες και σεμινάρια. Οι ομιλίες αυτές, απευθύνονται τόσο σε εξυπηρετούμενους από κοινωνικές υπηρεσίες (ΚΑΠΗ, ασφαλιστικά ταμεία κ.λ.π.) όσο και σε επαγγελματίες υγείας.

Οι υπηρεσίες των τεσσάρων δομών παρουσιάζονται στη συνέχεια αναλυτικά:

Κέντρο Alzheimer

Το Κέντρο Alzheimer της Ψυχογηριατρικής Εταιρείας «Ο Νέστωρ», ανήκει στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα « Υγεία-Πρόνοια » 2000-2006, στα πλαίσια του Γ' κοινοτικού πλαισίου στήριξης, με αρχική συγχρηματοδότηση 75% από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) και 25% από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για 1 χρόνο και στη συνέχεια αποκλειστικά από εθνικούς πόρους.

Στεγάζεται στην Κυψέλη, στην οδό Δροσοπούλου 22, σε ένα κτίριο έξι ορόφων, στην ανακαίνιση του οποίου συνέβαλε αποφασιστικά με την ευγενική του χορηγία το « Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος ».

Το Κέντρο Alzheimer, απευθύνεται σε άτομα που πάσχουν από τη νόσο Alzheimer ή κάποια άλλη μορφή άνοιας, στους φροντιστές και στις οικογένειες τους.

Σκοπός του Κέντρου είναι η έγκαιρη διάγνωση, η θεραπεία, η στήριξη της οικογένειας και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς και των φροντιστών του.

Στο Κέντρο Alzheimer προσφέρονται αναλυτικά οι εξής υπηρεσίες:

- Κέντρο Ημέρας και Εξωτερικά Ιατρεία
- Ψυχιατρικό και Νευρολογικό ιατρείο: διαγνωστική εκτίμηση, ιατρική παρακολούθηση, φαρμακευτική αγωγή.
- Ψυχολογικό και Νευροψυχολογικό ιατρείο: διαγνωστική εκτίμηση, διάγνωση ανώτερων νοητικών λειτουργιών, δοκιμασίες προσωπικότητας κ.α.
- Φυσικοθεραπεία: εξειδικευμένη φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση κινητικών προβλημάτων, στοχευμένη εκγύμναση σωματικών δεξιοτήτων, μυοχαλαρωτικές ασκήσεις, ανακούφιση από οξείες σωματικές ενοχήσεις.

- **Εργοθεραπεία:** δημιουργική απασχόληση και συμμετοχή σε Εργοθεραπευτικές ομάδες, με σκοπό τη δραστηριοποίηση δεξιοτήτων, την ψυχοκοινωνική επανένταξη και την εκ νέου δραστηριοποίηση νοητικών λειτουργιών.
- Κατ' οίκον νοσηλεία για τους ασθενείς που δεν μπορούν να προσέλθουν στο κέντρο.
- **Λογοθεραπεία:** εξειδικευμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων ομιλίας.
- **Κοινωνική υπηρεσία:** Ατομική και ομαδική συμβουλευτική. Ενεργή υποστήριξη σε ζητήματα κοινωνικής πρόνοιας, αντιμετώπιση προβλημάτων με ασφαλιστικούς φορείς, βοήθεια στην έκδοση συντάξεων.
- **Νομική υπηρεσία:** παροχή πληροφοριών σχετικά με την ισχύουσα νομοθεσία, η οποία αφορά ασφαλιστικά, φορολογικά και συνταξιοδοτικά ζητήματα, σε άμεση συνεργασία με την Κοινωνική υπηρεσία.

Οικοτροφείο Βραχείας Νοσηλείας με 20 κρεβάτια (δίκλινα, μονόκλινα) για

- **Οξεία περιστατικά:** προβλήματα άγχους, κατάθλιψης, ψυχωτικές διαταραχές (διωκτικές ιδέες, ψευδείς κατηγορίες, ψευδαισθητική συμπεριφορά, πιο συχνά το βράδυ, ακράτεια, επιθετικότητα με λόγια ή πράξεις).
- Διάγνωση (νοσηλεία 7-10 ημερών).
- Ανακούφιση της οικογένειας (νοσηλεία έως 30 ημέρες).

Στο καθημερινό πρόγραμμα δραστηριοτήτων περιλαμβάνονται:

- Εργαστήριο μνήμης (παιχνίδια λέξεων, φωτογραφίες), αισθητηριακά ερεθίσματα, χαλάρωση-γυμναστική, role playing, ατελιέ ζαχαροπλαστικής, δραστηριότητες στην κοινότητα (θέατρο, σινεμά, εκκλησία), μουσικοκινητική αγωγή, χορωδία, τραγούδια, χορός, εκφραστική κίνηση, επιτραπέζια παιχνίδια, ανάγνωση ημερήσιου και περιοδικού Τύπου, εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων (προσωπική φροντίδα, χρήματα, κυκλοφοριακή αγωγή, πολιτιστικά), δημιουργική απασχόληση (κεραμικά, κολλάζ, κατασκευές, πάζλ, χειροτεχνία), φυσικοθεραπεία.
- Αγωγή Υγείας με στόχο την τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου στα πλαίσια των επιστημών Ψυχικής Υγείας. Προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος αυτός απαιτείται στενή διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ των Επαγγελματιών Υγείας του Κέντρου (Νευρολόγος, Ψυχίατρος, Ψυχολόγοι, Εργοθεραπευτές, Φυσικοθεραπευτές, Κοινωνικοί Λειτουργοί), του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης των

δήμων της Αττικής, των ΚΑΠΗ, των Κέντρων Υγείας, των Ασφαλιστικών Φορέων κ.α. Οργανώνονται σεμινάρια, ημερίδες, συνέδρια, διανέμονται ενημερωτικά φυλλάδια, λειτουργούν κοινωνική και νομική υπηρεσία.

- Κοινωνική Λέσχη Café Alzheimer. Συγκέντρωση των φροντιστών και των οικογενειών τους με την παρουσία των Επαγγελματιών Υγείας.
- Βοήθεια στο σπίτι. Η Βοήθεια στο Σπίτι επικεντρώνεται κυρίως στις κατ' οίκον επισκέψεις που έχουν ως αντικείμενο τα εξής:
 1. Λήψη Νοσηλευτικού Ιστορικού.
 2. Απλές νοσηλευτικές πράξεις όπως: μέτρηση αρτηριακής πίεσης, αιμοληψίες, μέτρηση σακχάρου και περιποίηση κατακλίσεων.
 3. Εκπαίδευση των ασθενών για τη σωστή λήψη των φαρμάκων και τακτική παρακολούθηση από τους επαγγελματίες υγείας.
 4. Καταγραφή συνθηκών διαβίωσης και παρέμβαση όπου κρίνεται απαραίτητο.
 5. Εκπαίδευση του φροντιστή και του ασθενούς σε θέματα ατομικής υγιεινής.
 6. Μέριμνα για την έγκαιρη συνταγογράφηση των φαρμάκων.
 7. Συνοδεία σε νοσηλευτικά ιδρύματα όταν δεν υπάρχει φροντιστής.
 8. Παρακολούθηση της εξέλιξης της υγείας του ασθενούς και παραπομπή του στο Κέντρο Alzheimer όταν κριθεί απαραίτητο.
- Εκπαίδευση υπαλλήλων και ομάδων φροντιστών και συγγενών, συμβουλές για το φροντιστή σε καθημερινά θέματα (Μεταβολές στο σπίτι και μέτρα ασφαλείας, ατυχήματα, περίεργη συμπεριφορά, συμπεριφορές που δημιουργούν προβλήματα με το νόμο, διατροφή - γεύματα, επιθετική συμπεριφορά κ.α), μέσω εκπαιδευτικών σεμιναρίων και προσωπικών συνεντεύξεων.

Ψυχογηριατρικά Οικοτροφεία

Τα Ψυχογηριατρικά Οικοτροφεία είναι «Μονάδες Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης» οι οποίες εντάσσονται στο Επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια» 2000-2006, στον άξονα Προτεραιότητα 2 «Ψυχική Υγεία», Μέτρο 2.1: «Αποσυλοποίηση και κοινωνικοοικονομική επανένταξη ψυχικά ασθενών» με συγχρηματοδότηση 75% από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) και 25% από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Το 1^ο Οικοτροφείο της Ψυχογηριατρικής Εταιρείας «Ο Νέστωρ», βρίσκεται στην οδό Ιωάννου Σούτσου 12, στην Αθήνα και το 2^ο στην οδό Αίαντος 4, στο Χαλάνδρι.

Το κάθε ένα από τα οικοτροφεία φιλοξενεί 15 άτομα ηλικίας 66-88 ετών, πρώην ενοίκους του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών. Επιστημονικά Υπεύθυνος των δομών, είναι ο κ. Α. Μούγιας, Ψυχίατρος-Νευρολόγος. Το προσωπικό του κάθε Οικοτροφείου αποτελείται από Ψυχολόγους, Εργοθεραπευτή, Φυσικοθεραπευτή και Κοινωνικό Λειτουργό, Νοσηλευτικό προσωπικό και προσωπικό γενικών καθηκόντων. Εφαρμόζεται κυκλικό ωράριο σε 24ωρη βάση.

Το καθημερινό πρόγραμμα των ενοίκων στηρίζεται ως επί το πλείστον στην Εργοθεραπεία και περιλαμβάνει εργαστήρια μνήμης, κοινωνικών δεξιοτήτων, ζαχαροπλαστικής, μαγειρικής, κηπουρικής, κινηματογραφική λέσχη, καλλιτεχνικές δραστηριότητες, χορό και τραγούδι. Παράλληλα το πρόγραμμα αποκατάστασης των φιλοξενούμενων περιλαμβάνει και διάφορες δραστηριότητες στην κοινότητα, όπως εκδρομές, περιπάτους, θέατρο, κινηματογράφο, εορταστικές εκδηλώσεις και εκκλησιασμό.

Στόχος της παρεχόμενης φροντίδας είναι η μεγιστοποίηση των ικανοτήτων των φιλοξενούμενων, η αύξηση της λειτουργικότητάς τους, απόκτηση αυτονομίας, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, η κοινωνική τους επανένταξη και η αποφυγή του στιγματισμού τους (Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, 2007).

Θα περάσουμε τώρα να δούμε ποιο αναλυτικά την λειτουργία του Κέντρου Ημέρας διότι είναι η δομή όπου δραστηριοποιείται περισσότερο η Εργοθεραπεία.

5.2. Κέντρο Ημέρας Ψυχογηριατρικής Εταιρείας «Ο Νέστωρ»

Σκοπός του Κέντρου είναι η έγκαιρη διάγνωση της άνοιας, η θεραπεία, η στήριξη της οικογένειας, η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς με άνοια και των φροντιστών του, καθώς και η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας.

Οι υπηρεσίες του Κέντρου Alzheimer περιλαμβάνουν τα Εξωτερικά Ιατρεία, την Κλινική Βραχείας Νοσηλείας, το Κέντρο Ημέρας – Εργοθεραπεία, τη Φυσικοθεραπεία, τη στήριξη και ενημέρωση των Φροντιστών, τη Νομική και Κοινωνική Υπηρεσία, το Πρόγραμμα « Βοήθεια στο Σπίτι »και την Ευαισθητοποίηση της Κοινότητας.

Οι ασθενείς με άνοια, βιώνουν μια σταδιακή έκπτωση των δεξιοτήτων τους καθώς εξελίσσεται η νόσος τους. Η έκπτωση αυτή επηρεάζει ολοένα και περισσότερους τομείς

της καθημερινής ζωής για να μετουσιωθεί τέλος σε πλήρη αδυναμία αυτόνομης διαβίωσης.

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΗΜΕΡΑΣ

Το Κέντρο Ημέρας είναι Μονάδα Ψυχικής Υγείας, που υπάγεται στα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης του άρθρου 8 του Ν. 2716/1999.

Το Κέντρο Ημέρας της Ψυχογηριατρικής Εταιρείας « Ο Νέστωρ », είναι μονάδα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, εφαρμόζει θεραπευτικά προγράμματα σε ψυχογηριατρικούς ασθενείς και σε ασθενείς που πάσχουν από τη νόσο Alzheimer και εκπαιδευτικά προγράμματα στους φροντιστές και ευρύτερα στις οικογένειες των ασθενών.

Σκοπός του είναι η έγκαιρη διάγνωση, η θεραπεία, η στήριξη της οικογένειας, η « ψυχοκοινωνική αποκατάστασή» του ασθενούς και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς και των φροντιστών του.

Διαθέτει επίσης μονάδα «Βοήθεια στο σπίτι» και καταβάλλεται προσπάθεια από τους επαγγελματίες υγείας μετά τις πρώτες τους επισκέψεις στην οικογένεια, να δίνουν κατευθύνσεις ώστε να εξασφαλίζεται η «θεραπευτική συνέχεια» και η εμπλοκή στη θεραπευτική διαδικασία της ίδιας της οικογένειας.

Σκοπός του Κέντρου Ημέρας, είναι η παραμονή του ασθενούς στην κοινότητα, η βελτίωση εκείνων των δεξιοτήτων και ικανοτήτων του ασθενούς που του επιτρέπουν την κοινωνική ενσωμάτωση του και την αύξηση της διαπραγματευτικής ικανότητας, ώστε να εξασκεί τα δικαιώματά του ως πολίτης και γενικότερα η αποτροπή της κοινωνικής απομόνωσης και περιθωριοποίησης του.

Το Κέντρο Ημέρας, επιδιώκει την επίτευξη του σκοπού του μέσα από την ενεργοποίηση κατάλληλων παρεμβάσεων σε ατομικό, ομαδικό και συλλογικό - κοινωνικό επίπεδο, σε συνεργασία με άλλες μονάδες ψυχικής υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας στον οποίο ανήκει και με τις οποίες λειτουργεί σε δίκτυο.

2. ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΗΜΕΡΑΣ

Το Κέντρο Ημέρας, απευθύνεται σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές για τους οποίους, λόγω των προβλημάτων που βιώνουν, απαιτείται η παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και ένταξης / επανένταξης.

Απευθύνεται επίσης, στις οικογένειες των άμεσα ωφελουμένων, τις οποίες εντάσσει στις παρεμβάσεις του, είτε ως αποδέκτες των υπηρεσιών του, είτε ως θεραπευτικούς και αποκαταστασιακούς πόρους.

Έμμεσα ωφελούμενοι είναι η τοπική κοινότητα μέσω των παρεμβάσεων εαυστητοποίησης του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας και καταπολέμησης των προκαταλήψεων και του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, που πραγματοποιούν τα Κέντρα Ημέρας σε συνεργασία με τις υπόλοιπες μονάδες ψυχικής υγείας που συγκροτούν τον Τομέα Ψυχικής Υγείας.

Το Κέντρο Ημέρας της ψυχογηριατρικής εταιρείας «Ο Νέστωρ» απευθύνεται σε άτομα με ψυχικές διαταραχές Ενήλικες και σε πάσχοντες από Άνοια.

Η πρόσβαση, η συμμετοχή και η ολοκλήρωση της συνεργασίας ενός ασθενούς με το Κέντρο Ημέρας, λαμβάνει χώρα στη βάση ενός εξατομικευμένου προγράμματος.

3. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Το Κέντρο Ημέρας παρέχει, σε στενή συνεργασία με τις υπόλοιπες μονάδες του Τομέα Ψυχικής Υγείας, υπηρεσίες σε ατομικό, οικογενειακό, συλλογικό και κοινοτικό επίπεδο.

Το Κέντρο Ημέρας της ψυχογηριατρικής εταιρείας «Ο Νέστωρ» λειτουργεί καθημερινά από Δευτέρα έως Παρασκευή από το πρωί στις 9 έως της 7 το απόγευμα, στην οδό Η. Ζερβού 94, στον Άγιο Ελευθέριο στην Αθήνα.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται και τις οποίες οφείλει να αναπτύξει ώστε να επωφελείται ένας σημαντικός αριθμός ασθενών είναι οι ακόλουθες:

- Εκτίμηση αναγκών, εκπόνηση και εφαρμογή εξατομικευμένων σχεδίων φροντίδας και αποκατάστασης
- Εκπαίδευση σε κοινωνικές και ατομικές δεξιότητες
- Θεραπευτικές παρεμβάσεις σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο
- Ανάπτυξη και προαγωγή των επαγγελματικών δεξιοτήτων
- Παρασκευή γευμάτων και εστίαση των ωφελουμένων
- Ψυχαγωγικές και πολιτιστικές δραστηριότητες
- Λειτουργία κοινωνικής λέσχης
- Πρόγραμμα υποστήριξης των οικογενειών και εφαρμογής ειδικών θεραπευτικών παρεμβάσεων (ψυχοεκπαίδευση)

- Διασύνδεση με υπηρεσίες προώθησης στην απασχόληση και εργασιακή ένταξη
- Προγράμματα κινητοποίησης και αξιοποίησης εθελοντών
- Προγράμματα ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές
- Προγράμματα εκπαίδευσης για το προσωπικό και για νέους επαγγελματίες
- Συνεχής αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και ανάλογες ερευνητικές δραστηριότητες

Πιο αναλυτικά, προσφέρονται οι κάτωθι υπηρεσίες:

- Ψυχιατρικό Ιατρείο: Ψυχιατρική παρακολούθηση και ψυχοφαρμακευτική αγωγή
- Ψυχολογικό – Νευροψυχολογικό Ιατρείο: Διαγνωστική εκτίμηση – γνωμάτευση ψυχολογικών νόσων, διάγνωση ανώτερων νοητικών λειτουργιών (μνήμη, παρουσία άνοιας - Alzheimer, δοκιμασίες προσωπικότητας κ.ά.).
- Ψυχοθεραπευτική υποστήριξη και αντιμετώπιση των όποιων προβλημάτων του ασθενούς, της οικογενείας και των φροντιστών του.
- Εργοθεραπεία: Δημιουργική απασχόληση και συμμετοχή σε εργοθεραπευτικές ομάδες με σκοπό την δραστηριοποίηση δεξιοτήτων, την ψυχοκοινωνική επανένταξη και την επαναδραστηριοποίηση νοητικών λειτουργιών (εργαστήρια μνήμης, κριτικής ικανότητας κ.ά.) και τη βελτίωση των εκτελεστικών ικανοτήτων (γυμναστική, εργαστήριο μικροκατασκευών, ζωγραφικής κ. ά).
- Φυσικοθεραπεία: Εξειδικευμένη φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση κινητικών προβλημάτων, στοχευμένη εκγύμναση σωματικών δεξιοτήτων, μυοχαλαρωτικές ασκήσεις, ανακούφιση από οξείες σωματικές ενοχλήσεις.
- Νομική – Συμβουλευτική Υπηρεσία: Νομική υποστήριξη σε θέματα σχετιζόμενα με τα δικαιώματα των ασθενών και των οικογενειών τους, φορολογικά θέματα και ζητήματα παροχών των ασφαλιστικών ταμείων. Περαιτέρω, παρέχεται συμβουλευτική υποστήριξη σε θέματα αφορούντα τον ασθενή και την καθημερινή διαβίωσή του, σε ζητήματα βελτίωσης της ποιότητας ζωής του άμεσου φροντιστή και της οικογένειας, καθώς και σε θέματα που σχετίζονται με τις διάφορες μορφές άνοιας και τους τρόπους αντιμετώπισής τους.
- Κοινωνική Υπηρεσία: Ενεργή υποστήριξη σε ζητήματα κοινωνικής πρόνοιας, αντιμετώπιση προβλημάτων με ασφαλιστικούς φορείς, βοήθεια στην έκδοση συντάξεων κ.ά.

- « Βοήθεια στο Σπίτι »: Σε περίπτωση που ο ασθενής δε μπορεί να προσέλθει στο Κέντρο Ημέρας λόγω κινητικών προβλημάτων, πραγματοποιούνται επισκέψεις στο σπίτι του ασθενούς από εξειδικευμένο προσωπικό (περιοχή Αγίου Ελευθερίου και περιχώρων), με σκοπό την ενεργό υποστήριξη και διευθέτηση τυχόν πρακτικών ζητημάτων που αντιμετωπίζει ο ασθενής.
- Κοινωνική Λέσχη – Café Alzheimer – Σωματείο Αλληλοβοήθειας φροντιστών ασθενών με νόσο Alzheimer: Συγκέντρωση των φροντιστών και των οικογενειών τους με την παρουσία των επαγγελματιών υγείας, με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων, την επικοινωνία κοινών εμπειριών, την διατήρηση και προαγωγή του επιπέδου αυτοεκτίμησης των φροντιστών - συγγενών, τη μείωση του αισθήματος της απομόνωσης, την ενθάρρυνση και την απόκτηση χρήσιμων γνώσεων από τις εμπειρίες άλλων φροντιστών, καθώς και την ανταλλαγή πληροφοριών για τις υπάρχουσες υποστηρικτικές δομές.
- Ψυχοεκπαιδευτική Ομάδα Φροντιστών - Οικογένειας: Παρουσίαση θεωρητικών σεμιναρίων σχετικά με θέματα άνοιας, θεραπευτικών χειρισμών, συμπτώματα κατάθλιψης στους φροντιστές και οι τρόποι αντιμετώπισης καθημερινών προβλημάτων. Σκοπός της Ομάδας είναι η εκπαίδευση των φροντιστών σε τρόπους συμπεριφοράς, καθώς και η ψυχολογική υποστήριξή τους, ούτως ώστε να διατηρήσουν μια καλή ποιότητα ζωής, για τους ίδιους, την οικογένεια και το ανοϊκό μέλος της.
- Γραμμή SOS Alzheimer: 210-3303678: Τηλεφωνική γραμμή βοήθειας, που λειτουργεί σε 24ωρη βάση, με σκοπό την παροχή πληροφοριών και τη διευθέτηση κρίσεων.

Όσον αφορά στην κοινότητα :

- Διαρκή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας για τη θεραπευτική διαχείριση των ατόμων με χρόνια ψυχικά προβλήματα και μαθησιακές δυσκολίες. Ενημερωτικές ομιλίες σε Κ.Α.Π.Η της ευρύτερης κοινότητας, σε Ημερίδες και Συνέδρια.
- Εκπαιδευτικό σεμινάριο (ψυχοεκπαιδευτική ομάδα) φροντιστών ατόμων με άνοια μηνιαίας συχνότητας, προκαθορισμένου κύκλου και ομάδα φροντιστών, με στόχο την ενημέρωση, εκπαίδευση και επίλυση προβλημάτων.
- Ανάπτυξη και διατήρηση σταθερών σχέσεων συνεργασίας με τη γειτονιά, τους κοινοτικούς φορείς και μέσα μαζικής ενημέρωσης.

- Ανακοινώσεις σε επιστημονικά συνέδρια.
- Εκπαίδευση κλινική και εξάσκηση προπτυχιακών φοιτητών και σπουδαστών.
- Ενημέρωση μέσω Internet στην ιστοσελίδα www.gerontology.gr (φορείς, δραστηριότητες, υπηρεσίες).

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες σχεδιάζονται από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο και την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα και προγραμματίζονται σε εξαμηνιαία βάση.

Παρέχονται ανάλογα με το είδος τους σε ατομικό ή / και ομαδικό επίπεδο, εντός ή εκτός των χώρων του Κέντρου Ημέρας.

Ο κάθε ασθενής συμμετέχει σε επιλεγμένες δραστηριότητες και για ορισμένο χρόνο, όπως αυτό προκύπτει από το Ατομικό Θεραπευτικό του Σχέδιο.

Το Ατομικό Θεραπευτικό Σχέδιο κάθε ασθενή είναι μοναδικό και ενιαίο σε επίπεδο ΤΕΨΥ. Για το λόγο αυτό, και με στόχο την διασφάλιση του θεραπευτικού συνεχούς, είτε επανεκτιμάται και εφαρμόζεται το Ατομικό Θεραπευτικό Σχέδιο που υπάρχει για τον ωφελούμενο από την παραπέμπουσα υπηρεσία, είτε, εφόσον πρόκειται για αυτοπαραπομπή, το Σχέδιο αυτό καταρτίζεται με ευθύνη της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας του Κέντρου Ημέρας.

Σε κάθε περίπτωση το Ατομικό Θεραπευτικό Σχέδιο αξιολογείται σε εξαμηνιαία βάση για κάθε ασθενή και σ' αυτό αποτυπώνονται και καταγράφονται λεπτομερώς και συστηματικά όλα τα σχετικά στοιχεία.

Τόσο η εκπόνηση όσο η εφαρμογή και αξιολόγηση του Ατομικού Θεραπευτικού Σχεδίου πρέπει να λαμβάνει υπόψη παρεμβάσεις που αφορούν το ίδιο το άτομο και υλοποιούνται από άλλες Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

4. ΠΟΛΥΚΛΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Το σύνολο των εργαζομένων στο Κέντρο Ημέρας αποτελεί την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα.

Το πρόγραμμα στελεχώνεται από Επαγγελματίες Υγείας (Επιστημονικός Υπεύθυνος, Νευρολόγους, Ψυχιάτρους, Ψυχολόγους, Εργοθεραπευτές, Φυσιοθεραπευτές, Λογοθεραπευτής, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Νοσηλεύτης), Νομική

Σύμβουλο και Σύμβουλο Οικογένειας και Φροντιστών Γενικών Καθηκόντων, διοικητικό υπάλληλο.

Οι επαγγελματίες Υγείας του Κέντρου, προσπαθούν να προσεγγίζουν τον ασθενή όχι μόνον από την πλευρά της νόσου, αλλά να εφαρμόζουν μια συλλογική δράση και φροντίδα, με επίκεντρο πάντα τον ασθενή σαν κοινωνική οντότητα, κατανοώντας την κοινωνική ανικανότητα που παρουσιάζει.

Έργο της Πολυκλαδικής Ομάδας, είναι ο σχεδιασμός και η παροχή όλων των υπηρεσιών του Κέντρου μέσω των μεθόδων που περιγράφηκαν.

Βασική αρχή λειτουργίας της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας, είναι η αμοιβαία ισότιμη συνεργασία των μελών της, με σκοπό τη συμβολή της κάθε ειδικότητας στη σύνθεση του πολύπλευρου έργου της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Απαραίτητη επίσης θεωρείται, η οργάνωση της δικτύωσης του Κέντρου Ημέρας, με τις υπόλοιπες μονάδες του Τομέα Ψυχικής Υγείας και φορείς της κοινότητας και η αξιοποίηση των πόρων της τοπικής κοινότητας, για την κάλυψη αναγκών ωφελούμενων ασθενών. Ίδη η πρώτη συνάντηση για την δημιουργία δικτύου φορέων που ασχολούνται με θέματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, πραγματοποιήθηκε.

Η οργάνωση αυτής της συνεργασίας, είναι καθήκον της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας και πρέπει να έχει τυπική (μέσο πρωτοκόλλων συνεργασίας) και άτυπη μορφή.

Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος, έχει την επιστημονική ευθύνη για τη λειτουργία του Κέντρου Ημέρας γενικότερα, την ευθύνη συντονισμού της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας και τη διασύνδεση του Κέντρου Ημέρας με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Τομέα που ανήκει.

5. ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ

Οι ασθενείς παραπέμπονται στο Κέντρο Ημέρας της Ψυχογηριατρικής Εταιρείας « ο Νέστωρ » από τα Γενικά Νοσοκομεία, από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (μετά τη νοσηλεία τους), από τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τις Μονάδες Αποσυλοποίησης, Υπηρεσίες Υγείας ασφαλιστικών φορέων, ιδιώτες Ιατρούς και αυτοπαραπομπές.

Η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα αξιολογεί τα αιτήματα και τις ανάγκες των ενδιαφερομένων σε ειδική συνέντευξη και αφού συλλέξει και λάβει υπόψη της τα στοιχεία της παραπεμπτικής έκθεσης, εκτιμά την καταλληλότητα του πλαισίου για τον ενδιαφερόμενο και θέτει τους όρους συνεργασίας μαζί του και με την οικογένεια του.

6. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Η διοικητικό – οικονομική διαχείριση του Κέντρου Ημέρας είναι αυτοτελής και αυτόνομη.

Η οικονομική διαχείριση του Κέντρου Ημέρας, καταγράφεται, εγκρίνεται, παρακολουθείται και ελέγχεται χωριστά, στο πλαίσιο του δικού του προϋπολογισμού, που ενσωματώνεται στον προϋπολογισμό του φορέα που ανήκει και απεικονίζεται ως παράρτημά του.

5.3. Εμπειρικές Έρευνες στην Εργοθεραπεία

Κατά την λειτουργία του Κέντρου Alzheimer, παρακολούθησε ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με άνοια το πρόγραμμα Εργοθεραπείας. Επειδή είναι το πρώτο εξειδικευμένο κέντρο στην Ελλάδα, πραγματοποιήθηκαν έρευνες για την μέτρηση της αποτελεσματικότητας της Εργοθεραπευτικής μεθόδου, οι οποίες και δημοσιεύθηκαν σε συνέδρια και περιοδικά.

5.3.1. Ομαδική Εργοθεραπευτική Παρέμβαση

Οι ασθενείς με άνοια, βιώνουν μια σταδιακή έκπτωση των δεξιοτήτων τους καθώς εξελίσσεται η νόσος τους. Η έκπτωση αυτή επηρεάζει ολοένα και περισσότερους τομείς της καθημερινής ζωής για να μετουσιωθεί τέλος, σε πλήρη αδυναμία αυτόνομης διαβίωσης.

Στα αρχικά στάδια της νόσου, όταν η κλινική εικόνα εμφανίζει μικρό αριθμό συμπτωμάτων, πιστεύεται ότι η χρήση Εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων, μπορεί να λειτουργήσει επιβραδυντικά ως προς τον ρυθμό έκπτωσης της μνήμης, ενώ στα τελικά στάδια, μπορεί να ωφελήσει άμεσα τον ασθενή, αλλά και έμμεσα το οικογενειακό περιβάλλον, παρέχοντας του έναν τρόπο επικοινωνίας με τον πάσχοντα.

Στο Κέντρο Alzheimer, παρακολούθησαν από το έτος 2005 έως και σήμερα (31/12/2007) τις ομαδικές συνεδρίες Εργοθεραπείας 846 ασθενείς, από τους οποίους οι 424 συμμετείχαν στο Κέντρο Ημέρας και οι 422 στην Κλινική Βραχείας Νοσηλείας. Οι ασθενείς του Κέντρου Ημέρας, επαναξιολογούνται κάθε 6 μήνες.

Η αξιολόγηση των ασθενών γίνεται με τη χρήση των εξής δοκιμασιών: MMSE, BME, FAQ, IADL. Οι ασθενείς με βάση τη λειτουργικότητα τους χωρίζονται σε 3 ομάδες εργοθεραπείας.

Με την ενεργητική ή παθητική χρήση των Εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων, των μουσικοκινητικών δραστηριοτήτων, του χορού, της γυμναστικής και των εικαστικών, στοχεύουμε στην διατήρηση της λειτουργικότητας των ανοϊκών ασθενών.

Μέσο του ομαδικού προγράμματος Εργοθεραπείας, ο ασθενής μπορεί να πειραματισθεί στο χειρισμό των συναισθημάτων του και της εξέλιξης των ιδιαίτερων δεξιοτήτων του, μέσω της δημιουργίας. Η Εργοθεραπεία είναι ένα εργαλείο επικοινωνίας, εφόσον οι δραστηριότητες παρέχουν μέσα κατανόησης του ατόμου, μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας, κατά την διάρκεια της δημιουργικής διαδικασίας.

Οι στόχοι της Εργοθεραπείας σε ομάδα με άτομα με διαταραχές μνήμης, αφορούν στην ικανοποίηση των μελών και την ευχαρίστηση τους από την δημιουργική δραστηριότητα (ζωγραφική, χειροτεχνίες, κολλάζ). Εστιαζόμενοι στο εδώ και τώρα της ομάδας, διευκολύνουμε την κοινωνικοποίηση και την επικοινωνία των μελών μέσω του παιχνιδιού, δηλαδή της μη λεκτικής επικοινωνίας.

Η εφαρμογή του ομαδικού εργοθεραπευτικού προγράμματος, έχει ανταπόκριση και σε ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια της άνοιας. Επιπλέον, προσφέρει κοινωνική αλληλεπίδραση και οι ασθενείς στα αρχικά στάδια διατηρούν το χιούμορ τους (Κατσούρη, 2007).

Ο μεγάλος αριθμός των ανοϊκών ασθενών που παρακολουθούνται στο τμήμα Εργοθεραπείας του Κέντρου Alzheimer, καθώς και η εμπειρική εφαρμογή των ομαδικών Εργοθεραπευτικών προγραμμάτων για πρώτη φορά στην Ελλάδα σε εξειδικευμένο Κέντρο Ημέρας, μας οδήγησε στην ανάγκη να θέλουμε να αποδείξουμε και ερευνητικά την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της Εργοθεραπευτικής παρέμβασης σε ανοϊκούς ασθενείς.

5.3.2. Θεραπευτικές Δραστηριότητες με Αισθητηριακά Ερεθίσματα

Στο Κέντρο Alzheimer, παρακολούθησαν κατά το έτος 2005 τις ομαδικές συνεδρίες Εργοθεραπείας 70 ασθενείς, από τους οποίους οι 23 συμμετείχαν εντατικά για 8 μήνες στο πρόγραμμα « αισθητηριακών ερεθισμάτων » και αποτελούν το δείγμα της έρευνας μας.

Η αξιολόγηση των ασθενών έγινε με τη χρήση των εξής δοκιμασιών: MMSE, BME, FAQ, IADL. Οι ασθενείς με βάση τη λειτουργικότητα τους χωρίστηκαν σε 3 ομάδες εργοθεραπείας. Απομονώσαμε δύο τομείς λειτουργικών δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής: α) τον έλεγχο χρηστικών αντικειμένων και β) την αναγνώριση αντικειμένων, και ελέγξαμε την ανταπόκριση των ασθενών προ και μετά την Εργοθεραπευτική παρέμβαση.

Με την ενεργητική ή παθητική χρήση των αισθητηριακών δραστηριοτήτων, στοχεύουμε στον ερεθισμό των αισθητηρίων οργάνων του σώματος, στη μεταφορά της πληροφορίας και στην επεξεργασία αυτής από τα κέντρα της όρασης, της αφής και της ακοής. Σκοπός είναι η άμεση ανταπόκριση του ασθενούς, αλλά και η σύνδεση του πρόσφατου ερεθίσματος, με παρελθοντικές εικόνες και μνήμες.

Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήσαμε ως αισθητηριακά ερεθίσματα: ύφασμα, ξύλο, μέταλλο, μαλλί και εικόνες συγκεκριμένων αντικειμένων, καθώς και μια τηλεφωνική συσκευή. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, ότι η εφαρμογή του ομαδικού εργοθεραπευτικού προγράμματος με αισθητηριακά ερεθίσματα, είχε καλύτερη ανταπόκριση σε ασθενείς που βρίσκονται σε αρχικά στάδια της άνοιας. Επιπλέον, η πρακτική χρήση του αντικειμένου ήταν καλύτερη, σε σχέση με τη θεωρητική αναφορά του ίδιου αντικειμένου.

Οι δραστηριότητες που επιλέγονται στην εργοθεραπεία, έχουν ως στόχο τον ερεθισμό των αισθητηρίων οργάνων, τη διαφοροποίηση και την επεξεργασία του ερεθίσματος και τέλος την ανταπόκριση του ανοϊκού ασθενή σε αυτό.

Συνηθέστερα, δίνονται δραστηριότητες που αφορούν την:

- **Όραση:** εικόνες με ή χωρίς κίνηση, φως με εναλλαγές συσκότισης, καθρέπτες, φούσκες, ταπετσαρίες με χρώματα – σχήματα, φωτορυθμικά, φακοί.
- **Αφή:** χρήση απτικών ερεθισμάτων, υφάσματα, νερό, αφρός, ξύλο, χώμα, όσπρια, ζελέ, μαλάξεις, χυμοί φρούτων.
- **Ακοή:** μουσική, ήχοι σώματος, ήχοι εξωτερικοί – εσωτερικοί, τύμπανο και προσανατολισμός στον χώρο.
- **Όσφρηση:** αρώματα, φαγητά, λουλούδια, γλυκά, αμμωνία, έντονες μυρουδιές.
- **Γεύση:** φρούτα, λαχανικά, φαγητά, ζάχαρη, λεμόνι, καφές, πικρό, γλυκό.

Και επίσης σχετίζονται με:

- **Ιδιοδεκτικούς υποδοχείς:** δοκοί, πατίνια, μπάλες.

- **Αισθητήρια ισορροπίας και αιθουσαίας επεξεργασίας:** αιωρούμενοι ζυγοί, σκάλες, σχοινιά.

Οι αισθητηριακές δεξιότητες χρησιμοποιούνται σε μεγάλο βαθμό σε ασθενείς με άνοια με πολλαπλούς στόχους, όπως:

- Τον αισθητηριακό ερεθισμό
- Την πρόκληση προσαρμοστικής αντίδρασης
- Τη δραστηριοποίηση – επανεκπαίδευση του ασθενούς σε δεξιότητες που εμφανίζεται ανεπαρκής
- Την ενίσχυση της πρόσληψης – μεταφοράς και επεξεργασίας ενός ερεθίσματος
- Τη βελτίωση στη σύνδεση ερεθισμάτων και στη συσχέτιση με παρελθοντικές εικόνες μνήμης
- Την ενίσχυση του τρόπου επικοινωνίας με το περιβάλλον

Μεθοδολογία

Ο αρχικός αριθμός των ασθενών ήταν 23 άτομα, 18 γυναίκες και 5 άντρες. Από τους 23 αποκλείστηκαν 3, λόγο διακοπής του προγράμματος. Ο μέσος όρος ηλικίας τα 73,5 έτη και ο μέσος όρος χρόνου συμμετοχής στο πρόγραμμα Εργοθεραπείας 4,1 μήνες. Η συχνότητα παρακολούθησης του προγράμματος ήταν 3 συνεδρίες εβδομαδιαίως. Οι διαγνώσεις αφορούσαν 15 άτομα με νόσο Alzheimer, 4 άτομα μεικτού τύπου, 1 άτομο LBD. Η διάγνωση τέθηκε από εξειδικευμένους Νευρολόγους, Ψυχιάτρους. Τα τέστ στα οποία υποβλήθηκαν από Εργοθεραπευτές ήταν BME, FAQ, IADL και από ψυχολόγους MMSE. Οι ασθενείς πριν ξεκινήσουν το Εργοθεραπευτικό πρόγραμμα το οποίο εφαρμόστηκε αποκλειστικά από εξειδικευμένους εργοθεραπευτές, συμμετείχαν σε ατομική αξιολόγηση όπου και καταγράφηκε η κατάσταση τους όσον αφορά τα προσωπικά τους στοιχεία και τις επιδόσεις τους στις προαναφερόμενες κλίμακες. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 ομάδες, την Α1 την Α2 και την Β. Στην πρώτη ομάδα, Α1 συμμετείχαν 12 ασθενείς, στην Α2 6 ασθενείς και στην Τρίτη ομάδα Β, 2 ασθενείς. Ο διαχωρισμός των 20 ασθενών έγινε με βάση δύο στοιχεία, των αποτελεσμάτων του τέστ BME και των αποτελεσμάτων του τεστ MMSE. Η κάθε ομάδα προσδιόριζε το επίπεδο λειτουργικότητας των μελών - ασθενών που την αποτελούσαν. Η Α1 ομάδα, περιελάμβανε ασθενείς υψηλότερης λειτουργικότητας σε σχέση με την Α2, και τη Β. ομοίως η Α2 ομάδα περιελάμβανε πιο λειτουργικά άτομα από την Β. Η Α1 ομάδα εμφάνιζε Μέσο Όρο (Μ.Ο) σε Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (Δ.Κ.Ζ): 3,66/4 (όπου

4 = μέγιστη λειτουργικότητα) και Μ.Ο σε Λειτουργικές Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (Λ.Δ.Κ.Ζ):3,29/4, με υψηλότερη βαθμολογία : Δ.Κ.Ζ4/4 Λ.Δ.Κ.Ζ3,88/4 και χαμηλότερη βαθμολογία: Δ.Κ.Ζ2,45/4 και Λ.Δ.Κ.Ζ2,27/4. Η Α2 ομάδα εμφάνιζε Μ.Ο για τις Δ.Κ.Ζ:2,2/4 και Λ.Δ.Κ.Ζ:2,07/4, με υψηλότερη βαθμολογία Δ.Κ.Ζ:3,66/4 και στις Λ.Δ.Κ.Ζ:3,02/4 και χαμηλότερη βαθμολογία σε Δ.Κ.Ζ:1,68/4 ενώ σε Λ.Δ.Κ.Ζ:1,51/4. Η Β ομάδα όπως ήταν αναμενόμενο παρουσίασε τα χαμηλότερα νούμερα. Ο Μέσος όρος στις Δ.Κ.Ζ ήταν 1,82/4 και ο Μ.Ο στις Λ.Δ.Κ.Ζ: 1,46/4.

Υπόθεση

Η χρήση συγκεκριμένων οπτικών και απτικών ερεθισμάτων σε ασθενείς με άνοια 4-7 σταδίου, λειτουργεί ενισχυτικά στο χειρισμό αντικειμένων και στην αναγνώριση αντικειμένων. Το αντικείμενο το οποίο επιλέξαμε προς πρακτική εκπαίδευση των ασθενών, ήταν το τηλέφωνο. Τα αντικείμενα που επιλέξαμε προς αναγνώριση αντικειμένων και υλικών τους ή συσχετισμοί με αυτά (θεωρητική εκπαίδευση), ήταν η φωτογραφία από ένα ζευγάρι γυαλιά, ένα παπούτσι, ένα καπέλο, ένα κουτάλι, ένα αυτοκίνητο, τα μάτια από ένα πρόσωπο, ένα αχλάδι και ένα λουλούδι.

Παρέμβαση

Για την πρακτική εκπαίδευση πάνω στη χρήση τηλεφωνικής συσκευής: αρχικά εμφανίστηκε το τηλέφωνο, δόθηκε η ονομασία του και ακούστηκε ο ήχος αυτού. Ακολούθησε η σταδιοποίηση της χρήσης αυτού, μέσο επίδειξης και έπειτα αφιερώθηκε το μεγαλύτερο μέρος της συνεδρίας σε ατομική χρήση της συσκευής του τηλεφώνου από κάθε ασθενή (εικόνα, αφή, ήχος). Για την θεωρητική εκπαίδευση, πάνω στην αναγνώριση διαφόρων αντικειμένων: αρχικά εμφανίσαμε την εικόνα κάθε αντικειμένου, έγινε αναφορά ονομασίας και χρήσης αυτού, άκουσμα του αντίστοιχου ήχου από το κάθε αντικείμενο (εάν υπάρχει), επίδειξη πραγματικών αντικειμένων, χρήση πλακιδίων που περιέχουν διαφορετικά υλικά και ταύτιση τους με υλικό κάθε αντικειμένου.

Επανάλεγχος – Αποτελέσματα

Μετά την εφαρμογή του Εργοθεραπευτικού Προγράμματος προχωρήσαμε σε επανέλεγχο των ασθενών με χρήση όμοιων δοκιμασιών.

Συγκριτικά Διαπιστώθηκε

1. Χρήση τηλεφώνου: τα αποτελέσματα από την εκπαίδευση μελών της Α1 ομάδας, έδειξαν ότι υπήρξε μια βελτίωση της τάξης των +0,71 μονάδων ενώ στην Α2 ομάδα, παρουσιάστηκαν καλύτερα αποτελέσματα αφού η διαφορά είναι +1,2 μονάδες. Στην Τρίτη ομάδα δεν παρουσιάστηκε καμία αλλαγή, κάτι που θεωρείται και αναμενόμενο αν λάβουμε υπόψη το μικρό δείγμα ασθενών και το χαμηλό λειτουργικό τους επίπεδο.
2. Αναγνώριση αντικειμένων – υλικών: τα αποτελέσματα όλων των ομάδων πάνω στην αναγνώριση αντικειμένων (εικόνων και υλικών), είναι αρνητικά, αποδεικνύοντας εν μέρει, τη μη δυνατότητα αναπλήρωσης των απολεσθέντων αυτών δεξιοτήτων, που σχετίζονται με την ικανότητα μάθησης θεωρητικών στοιχείων από ανοϊκούς ασθενείς. Τα αποτελέσματα δείχνουν μείωση κατά 0,27 μονάδες για την Α1 ομάδα κατά μέσο όρο και -1,05 μονάδες για την Α2 ομάδα και καμία αλλαγή για την Β ομάδα. Αυτό συνάμα αποδεικνύει και τη γνωστική έκπτωση που προκαλείται καθώς η νόσος εξελίσσεται.

Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα τα οποία προκύπτουν συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- Οι ομάδες ασθενών υψηλότερης αρχικής λειτουργικότητας, ανταποκρίνονται καλύτερα σε εργαστήρια αισθητηριακών ερεθισμάτων – μνήμης.
- Τα αποτελέσματα από εξάσκηση στην πρακτική χρήση τηλεφώνου σε ασθενείς με άνοια, ήταν καλύτερα σε σχέση με τη θεωρητική αναφορά – αναγνώριση αντικειμένων.

Έχει μεγαλύτερη ενδεχομένως αξία στα εργαστήρια Εργοθεραπείας με Ανοϊκούς ασθενείς, να καταβάλλεται περισσότερη προσπάθεια σε πρακτικές δεξιότητες που αφορούν την εξυπηρέτηση του ασθενούς στην καθημερινή του διαβίωση. Και αυτό γιατί το να μπορεί να χρησιμοποιήσει ο ίδιος ο ασθενής κάποιο αντικείμενο, είναι σαφές πιο χρήσιμο από το να μπορεί να το κατανομάσει ή να αναφερθεί σε στοιχεία που το αφορούν ή το προσδιορίζουν (Βλοτινού, Κατσούρη, κ.α , 2007).

Η διατήρηση λοιπόν της λειτουργικότητας των ανοϊκών ασθενών στις εκτελεστικές λειτουργίες ίσως να είναι πιο χρήσιμη για την καλύτερη ποιότητα ζωής

τους καθώς και των περιθαλπτόντων, από ότι η εκπαίδευση για την διατήρηση των γνωστικών τους λειτουργιών που φθίνουν με την εξέλιξη της νόσου.

5.3.3. Η Αξία της Εκτίμησης των Σύνθετων Καθημερινών Δραστηριοτήτων στη Διάγνωση της Άνοιας

Ο όρος « **άνοια** » χρησιμοποιείται για να περιγράψει μία ποικιλία συμπτωμάτων, που συναντούμε συνήθως σε ανθρώπους με νοσήματα του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα την καταστροφή και την απώλεια εγκεφαλικών κυττάρων. Η απώλεια των εγκεφαλικών κυττάρων είναι μία φυσιολογική διαδικασία, αλλά στην άνοια, ο ρυθμός απώλειας των εγκεφαλικών κυττάρων αυξάνεται, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται μία αργή αλλά βαθμιαία μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου. Τα συμπτώματα αυτά, είναι καταρχήν απώλεια της μνήμης και ακολούθως διαταραχή των υπολοίπων νοητικών λειτουργιών: του λόγου, της προσοχής, της συγκέντρωσης και της κρίσης. Αποτέλεσμα αυτής της παθολογικής διεργασίας, είναι η σταδιακή και αργή επιδείνωση της ικανότητας του ατόμου να λειτουργεί ικανοποιητικά στην καθημερινή ζωή και τελικά η πλήρης αποδιοργάνωση της προσωπικότητάς του (Σακκά κ.α. 2007, Τσολάκη 2006).

Διαγνωστικά γνωρίσματα:

- Έκπτωση της πρόσφατης μνήμης, της σκέψης και της κρίσης, του προσανατολισμού και της λεκτικής επικοινωνίας.
- Έκπτωση στην καθημερινή λειτουργικότητα. Πρώιμα προσβάλλονται οι σύνθετες δραστηριότητες και αργότερα προσβάλλονται οι βασικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής.
- Οι ασθενείς συχνά φαίνονται απαθείς ή αδιάφοροι, αλλά μπορεί και να φαίνονται ενεργητικοί και “φυσιολογικοί” σε όλα, παρά την εξασθενημένη τους μνήμη.
- Απώλεια του ελέγχου του συναισθήματος - οι ασθενείς μπορεί να αναστατώνονται εύκολα, να είναι ευσυγκίνητοι ή ευερέθιστοι.
- Η άνοια είναι συχνή σε ηλικιωμένους, πολύ σπάνια σε νέους ή μεσήλικες (Χριστοδούλου κ.α.1996).

Στο **αρχικό στάδιο** της νόσου, οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να τα καταφέρουν στις καθημερινές δραστηριότητες, χωρίς μεγάλη δυσκολία.

Στο **ενδιάμεσο στάδιο** της νόσου, οι ασθενείς αναγκάζονται να στηριχθούν σε άλλους, για να ανταποκριθούν στις καθημερινές τους ανάγκες, όπως στο μαγείρεμα, στο καθάρισμα, στο πλύσιμο και στα ψώνια.

Στο **προχωρημένο στάδιο** της νόσου, τα άτομα με άνοια δεν μπορούν να φάνε και να πιούνε, να περπατήσουν και να πάνε μόνοι τους στην τουαλέτα (Τσολάκη 2006).

Η διάγνωση της άνοιας δεν είναι δύσκολη και πρέπει να γίνεται έγκαιρα. Την κλινική, νευρολογική και ψυχιατρική εκτίμηση συμπληρώνουν α) ο παρακλινικός έλεγχος και β) οι εξειδικευμένες δοκιμασίες (tests). Οι δοκιμασίες επιτρέπουν, εκτός της διάγνωσης και την παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου (Σακκά κ.α 2007).

Η εκτίμηση της ικανότητας του ασθενούς με άνοια να εκτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες, είναι εξίσου ή και περισσότερο σημαντική από την αξιολόγηση της γνωστικής του ικανότητας, καθώς οι διαταραχές της λειτουργικότητας επιβαρύνουν ιδιαίτερα τόσο τον ίδιο όσο και το περιβάλλον του (Lawton et al 1969, Lovestone 1998).

Ένα άτομο μπορεί να οριστεί ως λειτουργικό, όταν μπορεί και αυτοεξυπηρετείται και όταν μπορεί να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις και τις ανάγκες της καθημερινής του ζωής. Με λίγα λόγια όταν μπορεί να ζει και να λειτουργεί ανεξάρτητο και αυτόνομο. Στον κλάδο της Ιατρικής και της Ψυχολογίας έχουν εφαρμοστεί και σταθμιστεί διάφορες κλίμακες, οι οποίες έχουν ως σκοπό να μετρήσουν και συγχρόνως να μελετήσουν τη λειτουργικότητα των ασθενών που πάσχουν από άνοια (Ελευθερίου κ.α. 2005).

Μερικές κλίμακες για την λειτουργικότητα είναι οι εξής:

- **Κλίμακα IADL Instrumental Activities of Daily Living** - Σύνθετες Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής.
- **KATZ Basic Activities of Daily Living (ADL) Scale** - KATZ Κλίμακα Βασικών Καθημερινών Δραστηριοτήτων.
- **N.A.B.: Gerontopsychological Observation Scale for Activities of Daily Living** - Γεροντοψυχολογική Κλίμακα Παρατήρησης για τις Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής.
- **F.A.Q. Functional Activities Questionnaire** - Μέτρηση των Λειτουργικών Ικανοτήτων.
- **I.D.D.D. Interview of Deterioration in Daily Activities in Dementia.**
- **A.M.P.S. Assessment of Motor and Process Skills.**

- **F.R.S.S.D. Functional Rating Scale for Symptoms of Dementia.**

Οι δραστηριότητες στην καθημερινή ζωή μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε δύο τύπους:

1. στις **βασικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής** (Basic ADL), και
2. στις **σύνθετες δραστηριότητες καθημερινής ζωής** (complex ADL ή instrumental ADL).

Οι βασικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής αποτελούν τη βάση για την προσωπική ανεξαρτητοποίηση του ατόμου και περιλαμβάνουν τις δραστηριότητες σίτισης, ένδυσης – απόδυσης, προσωπικής υγιεινής, χρήσης τουαλέτας και της κίνησης.

Οι σύνθετες δραστηριότητες καθημερινής ζωής συμπεριλαμβάνει ένα δεύτερο επίπεδο πιο σύνθετων συμπεριφορών, οι οποίες αντιπροσωπεύουν το υψηλότερο επίπεδο ανεξαρτητοποίησης στην κοινότητα. Περιλαμβάνουν την χρήση τηλεφώνου, την προετοιμασία της τροφής, την φροντίδα του χώρου διαβίωσης, την φροντίδα των ρούχων, τα ψώνια, τις προμήθειες, την χρήση χρημάτων, την χρήση μεταφοράς, την φροντίδα και τη διατήρηση της υγείας (Σηφάκη 1998).

Η κλίμακα IADL Instrumental Activities of Daily Living είναι μια εύχρηστη κλίμακα για την εκτίμηση των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, ευαίσθητη ως προς το επίπεδο βελτίωσης ή επιδείνωσης του ασθενούς. Για το λόγο αυτό, χρησιμοποιείται συχνά σε κλινικές δοκιμές. Επίσης χρησιμοποιείται στην καθ' ημέρα κλινική πράξη, τόσο στο στάδιο της διάγνωσης, όσο και κατά την μετέπειτα παρακολούθηση του ασθενούς.

Η κλίμακα Καθημερινών Δραστηριοτήτων IADL, εξετάζει το επίπεδο της λειτουργικότητας του ασθενούς. Εκτιμά βασικές και οργανωτικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και για την συμπλήρωση της κλίμακας λαμβάνονται πληροφορίες από τον φροντιστή.

Οι οργανωτικές δραστηριότητες (χειρισμός οικονομικών, οργάνωση μετακινήσεων κ.α.) επηρεάζονται στα αρχόμενα και μέτρια στάδια της άνοιας. Αντίθετα, οι βασικές δραστηριότητες (χειρισμός τηλεφώνου, αυτοεξυπηρέτηση) επηρεάζονται στα προχωρημένα στάδια της νόσου (Lawton et al 1969, Lovestone 1998).

Πρόσφατα, παρουσιάστηκε μια μελέτη στάθμισης της κλίμακας Δραστηριοτήτων Καθημερινής Ζωής (Lawton's IADL) στον ελληνικό πληθυσμό (Θεοτοκά κ.α. 2007).

Στην Ψυχογηριατρική Εταιρεία πραγματοποιήθηκε μία μελέτη με **σκοπό** τη διερεύνηση της διαγνωστικής της αξίας της κλίμακας IADL.

Μεθοδολογία

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στα εξωτερικά ιατρεία της Ψυχογηριατρικής Εταιρείας. Η κλίμακα συμπληρώθηκε με τη μορφή συνέντευξης, είτε από τον Ιατρό είτε από εξειδικευμένο Ψυχολόγο και απευθυνόταν στους φροντιστές των ασθενών. Ένας λόγος για τον οποίο οι ερωτήσεις απευθυνόταν στους φροντιστές, ήταν επειδή θα ήταν πιο αντικειμενικοί, καθώς οι ερωτήσεις αφορούσαν τη λειτουργικότητα των ασθενών. Επίσης είναι κατανοητό ότι ασθενείς με προχωρημένη άνοια, θα ήταν αδύνατο να απαντήσουν οι ίδιοι.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε στα εξωτερικά ιατρεία μνήμης του Κέντρου Alzheimer όπου επισκέφθηκαν 578 ασθενείς και συμπληρώθηκε η κλίμακα IADL. Σε 513 (88,8%) ασθενείς, ο φροντιστής ήταν δυνατό να απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας.

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα κυμαίνονται από 0 έως 8 στις γυναίκες και από 0 έως 5 στους άνδρες, με μεγαλύτερο αποτέλεσμα να συνεπάγεται σοβαρότερη λειτουργική έκπτωση.

Το όριο διαχωρισμού φυσιολογικού και μη φυσιολογικού (cut off point) βρέθηκε να είναι για τις γυναίκες το 7 / 8 (Roc Curve), με ευαισθησία 97% και ειδικότητα στο 85% περίπου. Για τους άνδρες το 4 / 5 (Roc Curve), με ευαισθησία 93% και ειδικότητα στο 75% περίπου. Αν το όριο διαχωρισμού, φυσιολογικού και μη φυσιολογικού είναι το 3 / 4, η ευαισθησία μειώνεται στο 84%, αλλά η ειδικότητα αυξάνεται στο 94%. Η ευαισθησία μειώνεται στους ασθενείς με MMSE ≥ 20 (92% και 83% για τα δύο φύλα), αλλά η ειδικότητα δεν παρουσιάζει σημαντικές μεταβολές.

Συμπέρασμα

Η ευαισθησία της κλίμακας IADL στη διάγνωση της άνοιας είναι ιδιαίτερα υψηλή, κυρίως στις γυναίκες.

Η εκτίμηση της λειτουργικότητας αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι στη διαγνωστική εκτίμηση της άνοιας (Μούγιας, Κατσούρη, κ.α. 2008).

6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ

Είναι χρήσιμο για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας της Εργοθεραπευτικής παρέμβασης, να γίνει αναφορά σε ορισμένα βασικά ερευνητικά πορίσματα, που σχετίζονται με τους στόχους της παροχής βοήθειας στους ανοϊκούς ασθενείς, στις οικογένειες και τους περιθάλποντες των ανοϊκών.

6.1. Διαχείριση Φροντίδας στην Άνοια

Στην ενότητα αυτή εξετάζεται η στήριξη που δέχονται από την κοινότητα, ομάδες ατόμων που φροντίζουν ηλικιωμένους ανοϊκούς ασθενείς. Με βάση τις αξιολογήσεις ενός πιλοτικού προγράμματος διαχείρισης φροντίδας για ευπαθείς ηλικιωμένους στη Σκωτία, Ηλικιωμένα Άτομα στην Κοινότητα (Elderly People in the Community, EPIC) το οποίο χρηματοδοτήθηκε από το ίδρυμα Nuffield, στο σημείο αυτό αναφέρονται οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές των ανοϊκών ασθενών και εξετάζονται τα αποτελέσματα του προγράμματος. Δεδομένου ότι τα αποτελέσματα ήταν αποθαρρυντικά για τους φροντιστές αυτούς, σε σχέση με φροντιστές μη ανοϊκών ασθενών, υπάρχει κάποια επιφυλακτικότητα για το κατά πόσο είναι αποδοτικό να αποφεύγεται η προσαρμογή ανοϊκών ατόμων σε νοσηλευτικά ιδρύματα και κατά πόσο είναι αποτελεσματικότερη η προώθηση μακροπρόθεσμης περίθαλψης στο σπίτι, από μια υψηλής ποιότητας περίθαλψη σε νοσηλευτικό ίδρυμα για άτομα αυτής της συγκεκριμένης ομάδας.

Στην έρευνα του Gateshead (Challis et al 1990), το 31% των 101 ηλικιωμένων που στηρίζονταν από το πρόγραμμα κοινωνικής φροντίδας και 48% των 30 ηλικιωμένων που στηρίζονταν από το πρόγραμμα υγείας και κοινωνικής φροντίδας, βρίσκονταν σε «κατάσταση σύγχυσης» και το 65% των φροντιστών στο πρόγραμμα κοινωνικής φροντίδας και οι 22 φροντιστές του προγράμματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας, βρίσκονταν σε «κατάσταση στρες». Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, αποδείχτηκε ότι είναι πιο δαπανηρή η συντήρηση στο σπίτι ατόμων με σύγχυση. Παρ' όλα αυτά, το 63% των ατόμων του προγράμματος κοινωνικής φροντίδας και το 64% των ατόμων του προγράμματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας έμεναν ακόμα στο σπίτι, μετά από ένα

χρόνο, σε σύγκριση με το μόλις 36% στην ομάδα σύγκρισης του προγράμματος κοινωνικής φροντίδας και το 21% της ομάδας ελέγχου του προγράμματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Πόσοι εξ αυτών βρίσκονταν σε κατάσταση σύγχυσης, δεν είναι ξεκάθαρο, όμως η έρευνα φαίνεται να σχετίζει την αύξηση της ευημερίας των φροντιστών, με την αποτελεσματική διαχείριση φροντίδας (Challis και Davies 1991).

Στόχος των διαχειριστών του προγράμματος EPIC, ήταν να στηρίξουν τα άτομα στο σπίτι, με τα δύο τρίτα του κόστους μακροχρόνιας περίθαλψης. Όμως, τα έξοδα για τα άτομα που παρακολουθούνταν από τμήμα ψυχογηριατρικής σε ημερήσια νοσοκομειακή μονάδα ήταν υψηλά, καθώς μόνο η υπηρεσία αυτή κόστιζε £45 την ημέρα (τιμές 1990). Από τη στιγμή που αυτό ήταν ένα θεωρητικό πάρα πραγματικό κόστος για το πρόγραμμα, δεν υπήρχε πιθανότητα να αντικατασταθεί με κάποια φθηνότερη υπηρεσία, διογκώνοντας τα έξοδα πέρα από τον έλεγχο των διαχειριστών, αφήνοντας τους ελάχιστα οικονομικά περιθώρια για παροχή άλλων υπηρεσιών φροντίδας για τα άτομα αυτά.

Η έρευνα του προγράμματος EPIC, απέδειξε ότι οι φροντιστές ανοϊκών ασθενών θεωρούν το ρόλο τους ιδιαίτερα πειστικό. Όλοι οι φροντιστές στην έρευνα ρωτήθηκαν για τις διάφορες συμπεριφορές των συγγενών τους και κατά πόσο ήταν προβληματικές για τους ίδιους. Οι φροντιστές ανοϊκών ατόμων ανέφεραν στην πρώτη συνέντευξη πολύ περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς, από άλλους φροντιστές ηλικιωμένων ατόμων και ο αριθμός των προβλημάτων αυξήθηκε κατά τη δεύτερη συνέντευξη. Οι φροντιστές αυτοί, υποστήριζαν κάποια ανοϊκά άτομα τα οποία δεν μπορούσαν να παραμείνουν στην κοινότητα.

Η συμπεριφορά και η αλλαγή στάσης των διαχειριστών υγείας του προγράμματος EPIC ως προς την εισαγωγή σε ιδρύματα, πιθανόν να επηρέασε το αποτέλεσμα. Έδειξαν ευαισθησία και ενδιαφέρον για τα δικαιώματα και την ποιότητα ζωής τόσο των φροντιστών, όσο και των ηλικιωμένων ατόμων. Όπου διαισθάνονταν ότι η εισαγωγή σε μονάδα περίθαλψης μακράς διάρκειας ήταν τελικά αναπόφευκτη, παρά τις προσπάθειές τους στην οργάνωση περίθαλψης, προέβαιναν σε μια σταδιακή και σχεδιασμένη κίνηση προς όφελος τους ασθενούς, παρά σε μια βεβιασμένη εισαγωγή λόγω κατάρρευσης του φροντιστή. Συνεπώς, κινήθηκαν προς αυτή την κατεύθυνση, εξασφαλίζοντας συχνότερη ημερήσια φροντίδα καθώς και φροντίδα ανάπαυλας. Οι φροντιστές, εκτίμησαν την κίνηση αυτή αλλά και τα ηλικιωμένα άτομα την αποδέχτηκαν, καθώς η αλλαγή έγινε με μεγάλη προσοχή. Αυτό επιβεβαιώνει την υπόθεση του Parker, ότι είναι πολύ πιθανό να υπάρξουν έντονες διαφωνίες μεταξύ φροντιστών και ανοϊκών ασθενών. Τέτοιες διαφωνίες ήταν έκδηλες στο πρόγραμμα EPIC (Parker 1990).

Η Gilhooly το 1990, στη μελέτη της σχετικά με την ικανότητα των υπηρεσιών να αποτρέψουν την εισαγωγή σε ίδρυμα, αναφέρει αρκετές περιπτώσεις όπου η αυξημένη επαφή με επαγγελματίες και υπηρεσίες, έχει μεγαλύτερες και όχι λιγότερες πιθανότητες εισαγωγής του ηλικιωμένου σε κάποιο ίδρυμα μακράς διάρκειας. Σε μια πιο πρόσφατη μελέτη για τα διαλείμματα των φροντιστών ανοϊκών ασθενών, οι Levin, Matiarly και Gorbach το 1994 βρήκαν ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν γηριατρική φροντίδα, σε αντίθεση με αυτούς που δέχονται ημερήσια φροντίδα, έχουν περισσότερες πιθανότητες να συνεχίζουν να δέχονται γηριατρική φροντίδα και μετά το τέλος της έρευνας. Το αποτέλεσμα αυτό δεν ήταν απρόσμενο, καθώς τέτοιου είδους υποστήριξη προσφέρεται σε πιο ευπαθή και εξαρτημένα άτομα.

Όπως προαναφέρθηκε, πολλοί από τους ηλικιωμένους με άνοια ήρθαν από ημερήσιες μονάδες φροντίδας στα πρώτα στάδια του προγράμματος EPIC. Είναι γνωστό ότι οι Παθολόγοι τις περισσότερες φορές δεν παραπέμπουν τους ασθενείς σε ειδικούς, επειδή η άνοια δεν είναι θεραπεύσιμη ασθένεια και μόνο όταν ο ασθενής έχει άλλη σωματική ασθένεια ή βρίσκεται σε κρίση προβαίνουν σε τέτοιες ενέργειες. Στις περιπτώσεις αυτές ο ασθενής, όχι μόνο βρίσκεται στα πρόθυρα εισαγωγής σε ίδρυμα, αλλά η εισαγωγή του θεωρείται άκρως απαραίτητη. Μισοί από τους συμμετέχοντες του προγράμματος, βρίσκονταν σε μονάδες φροντίδας μακράς διάρκειας ή είχαν πεθάνει εντός οκτώ μηνών και ένα τέταρτο εξ αυτών εντός τριάντα ημερών. Η υπηρεσία ανάπαυλας, θεωρήθηκε ότι χρησιμοποιήθηκε ως τελευταία προσπάθεια για τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι, το οποίο ήταν και το επιθυμητό αποτέλεσμα. Εν ολίγοις, η βοήθεια που πρόσφερε το πρόγραμμα δεν ήταν έγκαιρη ούτως ώστε να βοηθήσει αποτελεσματικά τους φροντιστές.

Μια μελέτη για ηλικιωμένα άτομα που βρίσκονται σε σύγχυση, απέδειξε ότι οι υπηρεσίες που πρόσφεραν μεγαλύτερη βοήθεια στους φροντιστές, ήταν η φροντίδα στο σπίτι και η ανάπαυλα φροντίδας. Η μεγάλη πλειοψηφία των φροντιστών του προγράμματος EPIC, θεώρησε τη «βοήθεια στο σπίτι» αλλά και την ανάπαυλα φροντίδας, πολύ θετικές βοήθειες.

Άλλες μορφές βοήθειας που παρείχε το πρόγραμμα EPIC, ήταν ημερήσια φροντίδα σε κάποια ειδική μονάδα για άτομα με άνοια, η ανάπαυλα φροντίδας, περιστασιακά διαλείμματα για να επιτρέπουν στους συγγενείς να πηγαίνουν διακοπές και διαλείμματα ανά έξι μήνες, για να ανακουφίζουν το βάρος των φροντιστών. Μόλις ολοκληρώθηκε μια Ψυχιατρική αξιολόγηση σε ημερήσια μονάδα φροντίδας, τα άτομα που κρίθηκαν ικανά να ωφεληθούν από τις κοινωνικές υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας

παραπέμφθηκαν στο πρόγραμμα EPIC για την παροχή των υπηρεσιών αυτών. Ορισμένα άτομα αρνήθηκαν να πάνε σε ημερίσιες μονάδες φροντίδας και στην περίπτωση αυτή οι διαχειριστές υγείας, κανόνισαν την παροχή ημερήσιας φροντίδας από το τμήμα κοινωνικών λειτουργιών για τα άτομα αυτά. Η κίνηση αυτή ήταν καινούργια και αρκετά ευέλικτη δημιουργώντας ακόμα περισσότερες μονάδες φροντίδας.

Ενώ κάποιες ιατρικές έρευνες αναζητούν την αιτία ή τις αιτίες και τελικά την θεραπεία για τους διάφορους τύπους άνοιας, άλλες έρευνες, ερευνούν τρόπους διαχείρισης κατά την εξέλιξη της ασθένειας πέραν της εισαγωγής στο νοσοκομείο. Καθώς το Εθνικό Σύστημα αναζητά τρόπους εισαγωγής σε νοσοκομειακές μονάδες μακράς διάρκειας, η άνοια θεωρείται ολοένα και περισσότερο μια κοινωνική ασθένεια και η μακροπρόθεσμη υποστήριξη των ασθενών θεωρείται ευθύνη των τοπικών αρχών μέσα στα πλαίσια της φροντίδας στην κοινότητα. Κατά πόσο τα διάφορα μοντέλα διαχείρισης φροντίδας / υγείας των κοινωνικών υπηρεσιών, είναι ικανά να υποστηρίζουν με αποτελεσματικότητα ηλικιωμένα ανοϊκά άτομα εξαρτάται κυρίως από την προθυμία των φροντιστών να συνεχίσουν να δέχονται τις υπηρεσίες αυτές. Και η προθυμία αυτή ίσως εξαρτάται από την ευελιξία και την επάρκεια των υπηρεσιών υποστήριξης και από ικανούς διαχειριστές υγείας οι οποίοι γνωρίζουν το σωματικό και πνευματικό βάρος που δέχονται οι φροντιστές ανοϊκών ασθενών (Phillips, Penhale, 1988).

6.2. Εργοθεραπεία στην Κοινότητα σε Ηλικιωμένους Ανοϊκούς Ασθενείς και στους Φροντιστές τους: Έρευνα Αποδοτικότητας

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Κέντρο Alzheimer του Νίχμεγκεν στην Ολλανδία, από τους Maud JL Graff, Eddy MM Adang, Myrra JM Vernooij-Dassen, Joost Dekker, L Jonsson, Marjolein Thijssen, Willibrord Hl Hoefnagels, Marcel GM Olde Rikkert, αναφέροντε σημαντικά στοιχεία σχετικά με την μέτρηση της αποδοτικότητας της εργοθεραπείας στην κοινότητα σε ανοϊκούς ασθενείς και τους φροντιστές τους, σε σύγκριση με τη συνηθισμένη κοινωνική περίθαλψη. Και αυτό γιατί οι κύριοι φροντιστές αναλώνουν αρκετές ώρες στην φροντίδα των συγγενών τους και αυτή η παρέμβαση στοχεύει στην μείωση της ανάγκης των ασθενών για φροντίδα και στην αύξηση των δεξιοτήτων επίβλεψης των φροντιστών.

Το 2002, μόνο στην Ολλανδία, σχεδόν το 1% ατόμων άνω των 65 έπασχε από άνοια. Το ποσοστό αυτό ήταν μεγαλύτερο σε πιο μεγάλες ηλικίες φτάνοντας το 40% σε

άτομα άνω των 90. Έως το 2050, προβλέπεται ότι το 2,2% ατόμων έως 65 ετών θα πάσχουν από άνοια.

Στην Ολλανδία το 2003, το 5,3% του συνολικού προϋπολογισμού υγειονομικής περίθαλψης δαπανήθηκε στην άνοια. Το 14% του συνολικού κόστους, δαπανήθηκε σε άτομα ηλικίας από 75-84 και το 22% σε άτομα από 85 και πάνω. Εξαιτίας του ηλικιωμένου πληθυσμού, ο αριθμός των ασθενών και το σχετικό κόστος υγειονομικής περίθαλψης, θα αυξηθεί σημαντικά στις επόμενες δεκαετίες. Το κόστος υγειονομικής περίθαλψης στην Ολλανδία, αναμένεται να αυξηθεί από €57 δις που ήταν το 2003, σε €70 δις το 2025 και €10 δις της αύξησης αυτής θα οφείλεται στον ηλικιωμένο πληθυσμό και σχετικές ασθένειες όπως η άνοια. Στην Ολλανδία το 2002, το 39% των ανοϊκών ασθενών χρειαζόταν συνεχή φροντίδα, το 38% χρειαζόταν καθημερινή φροντίδα στο σπίτι, το 23% χρειαζόταν περιστασιακή φροντίδα στο σπίτι και το 60% όσων διέμεναν στην κοινότητα χρειάζονταν καθημερινή ή περιστασιακή φροντίδα.

Στη Σκανδιναβία, το ανεπίσημο κόστος περίθαλψης, που εκτιμάται στο ευκαιριακό κόστος του χρόνου των φροντιστών, αποτελεί το ένα τρίτο του συνολικού ετήσιου κόστους για την άνοια και ανάλογα με τη σοβαρότητα της ασθένειας αυξάνεται σημαντικά. Επομένως, είναι σημαντικό να εφαρμοστούν νέες δραστικές και αποτελεσματικές παρεμβάσεις που θα συμβάλλουν στην μεγαλύτερη ανεξαρτησία και ευημερία των ασθενών και θα μειώσουν τις υποχρεώσεις των φροντιστών, έχοντας ως αποτέλεσμα μια πιο αποτελεσματική χρήση των ελάχιστων πόρων περίθαλψης.

Η Εργοθεραπεία μπορεί να βελτιώσει την καθημερινή λειτουργία, την κοινωνική συμμετοχή και την ευημερία των ατόμων με άνοια που διαμένουν στην κοινότητα καθώς και να ενισχύσει την αίσθηση ικανότητας των βασικών φροντιστών.

Είναι πιθανό, να μειωθεί το κόστος περίθαλψης λόγω μεγαλύτερης ανεξαρτητοποίησης των ασθενών και ενισχυμένης αίσθησης ικανότητας των φροντιστών, έχοντας ως αποτέλεσμα χαμηλότερο ανεπίσημο κόστος περίθαλψης, καθυστέρηση στην εισαγωγή σε κλινική και χαμηλότερο κόστος άλλων κοινωνικών υπηρεσιών ή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η Εργοθεραπεία, συνήθως δεν προτείνεται σε ανοϊκούς ασθενείς στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Πρόσφατες μελέτες, εξετάζουν την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της Εργοθεραπείας στην κοινότητα σε ανοϊκούς ασθενείς και τους φροντιστές τους. Σε μια μελέτη προγράμματος Εργοθεραπείας εννέα μηνών, παρατηρήθηκε χαμηλότερο Ιατρικό κόστος και μεγαλύτερη ανεξαρτητοποίηση. Η έρευνα αυτή αποδείχτηκε επικερδής, γιατί είχε οφέλη στην επίγνωση και την ποιότητα ζωής και είχε λιγότερο κόστος από την συνηθισμένη περίθαλψη. Ένα εντατικό

εκπαιδευτικό πρόγραμμα 10 ημερών για τους φροντιστές, αποδείχτηκε επικερδές και βοήθησε τους ασθενείς να παραμένουν περισσότερο στο σπίτι και μείωσε την ψυχολογική νοσηρότητα των φροντιστών.

Αναλύθηκε το κόστος, από μια κοινωνική οπτική γωνία και συμπεριελήφθη τόσο το άμεσο κόστος, εντός και εκτός της υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης, όσο και το έμμεσο κόστος, εκτός της υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης. Η ανάλυση αυτή, περιελάμβανε το συνολικό κόστος που επωμίζεται η κοινωνία, ως αποτέλεσμα της Εργοθεραπείας στην κοινότητα και επομένως δεν περιελάμβανε μόνο το κόστος των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και το εκτιμώμενο κόστος για κέρδος ή απώλεια της παραγωγικότητας των φροντιστών. Επειδή η διάρκεια της μελέτης ήταν μόνο τρεις μήνες, δεν αναμενόταν μείωση του αποτελέσματος και επομένως δεν διορθώθηκε ο πληθωρισμός. Διεξήχθη μια αυξητική ανάλυση, στην οποία αναλύθηκαν λεπτομερώς, μόνο τα κόστη που πιθανόν να διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων.

Το ποσό της εργοθεραπείας, ανήρθε στα 1183 ευρώ ανά ζεύγος ασθενούς φροντιστή. Τα έξοδα για επισκέψεις σε Παθολόγο και νοσοκομειακό Ιατρό, ήταν ίδια και για τις δύο ομάδες. Έξοδα για άλλη περίθαλψη, όπως κατ' οίκον αποκλειστική Νοσηλεύτρια, κατ' οίκον περίθαλψη, Κοινωνικός Λειτουργός, και Φυσιοθεραπευτής, ήταν όλα χαμηλότερα στην ομάδα παρέμβασης, καθώς και τα έξοδα εισαγωγής σε νοσοκομείο ή οίκο ευγηρίας. Το κύριο απόθεμα κόστους, προήλθε από μείωση της ανεπίσημης περίθαλψης στην ομάδα παρέμβασης.

Η οικονομική αξιολόγηση έδειξε, ένα μέσο όρο αποθέματος €1748 ανά ζεύγος με επιτυχή θεραπεία μέσω Εργοθεραπείας. Η πιθανότητα η Εργοθεραπεία να είναι η κύρια παρέμβαση υπολογίστηκε ότι είναι 94%. Η καμπύλη αποδοχής, δείχνει ότι εάν μια κοινωνία είναι διατεθειμένη να πληρώσει €2000 ή και περισσότερα για μία επιτυχημένη θεραπεία, τότε η πιθανότητα να είναι επιτυχής η Εργοθεραπεία είναι 99%.

Η παρέμβαση εργοθεραπείας στην κοινότητα για ανοϊκά άτομα και τους φροντιστές τους, είναι επικερδής, με κόστος περίπου €1200 ανά ασθενή και φροντιστή σε διάστημα τριών μηνών. Η παρέμβαση είχε ποσοστό 35% υψηλότερης αναλογίας επιτυχημένης θεραπείας. Ο μέσος όρος εξόδων ανά ασθενή και φροντιστή για τρεις μήνες, ήταν €12563 για την ομάδα παρέμβασης και €14311 για την ομάδα ελέγχου. Αυτό σημαίνει ότι από κοινωνική άποψη, η Εργοθεραπεία στην κοινότητα είναι μια αποδοτική και αποτελεσματική στρατηγική παρέμβαση. Είναι επικερδής, γιατί κατά μέσο όρο εξοικονόμησε €1748 σε διάστημα τριών μηνών και απέδωσε σημαντικές βελτιώσεις στις καθημερινές λειτουργίες των ασθενών και στην αίσθηση ικανότητας των φροντιστών.

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με άλλες, είναι δύσκολη λόγω έλλειψης άλλων σχετικών ερευνών. Ο Hay, εξέτασε την αποδοτικότητα του κόστους μιας προληπτικής Εργοθεραπείας σε ενήλικες που ζουν ανεξάρτητα, σε μια ελεγχόμενη δοκιμή τυχαίας επιλογής σε μια ομάδα Εργοθεραπείας, μια ομάδα κοινωνικής δραστηριότητας και μια ομάδα ελέγχου που δεν δόθηκε θεραπεία. Τα έξοδα για ένα πρόγραμμα προληπτικής Εργοθεραπείας εννέα μηνών για την ομάδα εργοθεραπείας, ήταν χαμηλότερα από τα έξοδα για την ομάδα κοινωνικής δραστηριότητας και την ομάδα ελέγχου. Ο συγγραφέας κατέληξε, ότι το πρόγραμμα ήταν επικερδές και παρουσίαζε μια τάση μείωσης των ιατρικών εξόδων. Το εκτιμώμενο κόστος για την ομάδα Εργοθεραπείας ήταν 10666 δολάρια ανά ομάδα περίπου 55 ατόμων <http://www.bmj.com/cgi/content/full>

6.3. Ομαδική Εργοθεραπευτική Παρέμβαση

Οι ασθενείς με άνοια, βιώνουν μια σταδιακή έκπτωση των δεξιοτήτων τους καθώς εξελίσσεται η νόσος τους. Η έκπτωση αυτή επηρεάζει ολοένα και περισσότερους τομείς της καθημερινής ζωής για να μετουσιωθεί τέλος σε πλήρη αδυναμία αυτόνομης διαβίωσης.

Στα αρχικά στάδια της νόσου, όταν η κλινική εικόνα εμφανίζει μικρό αριθμό συμπτωμάτων, πιστεύεται ότι η χρήση Εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων μπορεί να λειτουργήσει επιβραδυντικά ως προς τον ρυθμό έκπτωσης της μνήμης, ενώ στα τελικά στάδια μπορεί να ωφελήσει άμεσα τον ασθενή αλλά και έμμεσα το οικογενειακό περιβάλλον, παρέχοντας του έναν τρόπο επικοινωνίας με τον πάσχοντα.

Στο Κέντρο Alzheimer της Αθήνας παρακολούθησαν από το έτος 2005 έως και σήμερα (31/12/2007) τις ομαδικές συνεδρίες Εργοθεραπείας 846 ασθενείς, από τους οποίους οι 424 συμμετείχαν στο Κέντρο Ημέρας και οι 422 στην Κλινική Βραχείας Νοσηλείας. Οι ασθενείς του Κέντρου Ημέρας επαναξιολογούνται κάθε 6 μήνες.

Η αξιολόγηση των ασθενών γίνεται με τη χρήση των εξής δοκιμασιών: MMSE, BME, FAQ, IADL. Οι ασθενείς με βάση τη λειτουργικότητα τους χωρίζονται σε 3 ομάδες εργοθεραπείας.

Με την ενεργητική ή παθητική χρήση των Εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων, των μουσικοκινητικών δραστηριοτήτων, του χορού, της γυμναστικής και των εικαστικών, στοχεύουμε στην διατήρηση της λειτουργικότητας των ανοϊκών ασθενών.

Μέσο του ομαδικού προγράμματος Εργοθεραπείας ο ασθενής μπορεί να πειραματισθεί στο χειρισμό των συναισθημάτων του και της εξέλιξης των ιδιαίτερων δεξιοτήτων του μέσω της δημιουργίας. Η Εργοθεραπεία είναι ένα εργαλείο επικοινωνίας, εφόσον οι δραστηριότητες παρέχουν μέσα κατανόησης του ατόμου, μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας, κατά την διάρκεια της δημιουργικής διαδικασίας.

Οι στόχοι της Εργοθεραπείας σε ομάδα με άτομα με διαταραχές μνήμης, αφορούν στην ικανοποίηση των μελών και την ευχαρίστηση τους από την δημιουργική δραστηριότητα (ζωγραφική, χειροτεχνίες, κολλάζ). Εστιαζόμενοι στο εδώ και τώρα της ομάδας, διευκολύνουμε την κοινωνικοποίηση και την επικοινωνία των μελών μέσω του παιχνιδιού, δηλαδή της μη λεκτικής επικοινωνίας.

Η εφαρμογή του ομαδικού Εργοθεραπευτικού προγράμματος, έχει ανταπόκριση και σε ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια της άνοιας. Επιπλέον προσφέρει κοινωνική αλληλεπίδραση και οι ασθενείς στα αρχικά στάδια διατηρούν το χιούμορ τους (Κατσούρη, 2007).

Ο μεγάλος αριθμός των ανοϊκών ασθενών που παρακολουθούνται στο τμήμα Εργοθεραπείας του Κέντρου Alzheimer, καθώς και η εμπειρική εφαρμογή των ομαδικών Εργοθεραπευτικών προγραμμάτων για πρώτη φορά στην Ελλάδα σε εξειδικευμένο Κέντρο Ημέρας, μας οδήγησε στην ανάγκη να θέλουμε να αποδείξουμε και ερευνητικά την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της Εργοθεραπευτικής σε ανοϊκούς ασθενείς.

6.4. Θεραπευτικές Δραστηριότητες με Αισθητηριακά Ερεθίσματα

Στο Κέντρο Alzheimer της Αθήνας, παρακολούθησαν κατά το έτος 2005 τις ομαδικές συνεδρίες Εργοθεραπείας 70 ασθενείς, από τους οποίους οι 23 συμμετείχαν εντατικά για 8 μήνες στο πρόγραμμα «αισθητηριακών ερεθισμάτων» και αποτελούν το δείγμα της έρευνας μας.

Η αξιολόγηση των ασθενών έγινε με τη χρήση των εξής δοκιμασιών: MMSE, BME, FAQ, IADL. Οι ασθενείς με βάση τη λειτουργικότητα τους χωρίστηκαν σε 3 ομάδες εργοθεραπείας. Απομονώσαμε δύο τομείς λειτουργικών δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής: α) τον έλεγχο χρηστικών αντικειμένων και β) την αναγνώριση αντικειμένων, και ελέγξαμε την ανταπόκριση των ασθενών προ και μετά την εργοθεραπευτική παρέμβαση.

Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήσαμε ως αισθητηριακά ερεθίσματα: ύφασμα, ξύλο, μέταλλο, μαλλί και εικόνες συγκεκριμένων αντικειμένων καθώς και μια τηλεφωνική συσκευή. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, ότι η εφαρμογή του ομαδικού εργοθεραπευτικού προγράμματος με αισθητηριακά ερεθίσματα, είχε καλύτερη ανταπόκριση σε ασθενείς που βρίσκονται σε αρχικά στάδια της άνοιας. Επιπλέον, η πρακτική χρήση του αντικειμένου, ήταν καλύτερη σε σχέση με τη θεωρητική αναφορά του ίδιου αντικειμένου.

Για την πρακτική εκπαίδευση πάνω στη χρήση τηλεφωνικής συσκευής: αρχικά εμφανίστηκε το τηλέφωνο, δόθηκε η ονομασία του και ακούστηκε ο ήχος αυτού. Ακολούθησε η σταδιοποίηση της χρήσης αυτού μέσω επίδειξης και έπειτα αφιερώθηκε το μεγαλύτερο μέρος της συνεδρίας σε ατομική χρήση της συσκευής του τηλεφώνου από κάθε ασθενή (εικόνα, αφή, ήχος). Για την θεωρητική εκπαίδευση πάνω στην αναγνώριση διαφόρων αντικειμένων: αρχικά εμφανίσαμε την εικόνα κάθε αντικειμένου, έγινε αναφορά ονομασίας και χρήσης αυτού, άκουσμα του αντίστοιχου ήχου από το κάθε αντικείμενο (εάν υπάρχει), επίδειξη πραγματικών αντικειμένων, χρήση πλακιδίων που περιέχουν διαφορετικά υλικά και ταύτιση τους με υλικό κάθε αντικειμένου.

Μετά την εφαρμογή του Εργοθεραπευτικού Προγράμματος, προχωρήσαμε σε επανέλεγχο των ασθενών με χρήση όμοιων δοκιμασιών. Συγκριτικά διαπιστώθηκε:

3. Χρήση τηλεφώνου: τα αποτελέσματα από την εκπαίδευση μελών της Α1 ομάδας, έδειξαν ότι υπήρξε μια βελτίωση της τάξης των +0,71 μονάδων ενώ στην Α2 ομάδα, παρουσιάστηκαν καλύτερα αποτελέσματα αφού η διαφορά είναι +1.2 μονάδες. Στην Τρίτη ομάδα δεν παρουσιάστηκε καμία αλλαγή, κάτι που θεωρείται και αναμενόμενο αν λάβουμε υπόψη το μικρό δείγμα ασθενών και το χαμηλό λειτουργικό τους επίπεδο.
4. Αναγνώριση αντικειμένων - υλικών: τα αποτελέσματα όλων των ομάδων πάνω στην αναγνώριση αντικειμένων (εικόνων και υλικών), είναι αρνητικά, αποδεικνύοντας εν μέρει τη μη δυνατότητα αναπλήρωσης των απολεσθέντων αυτών δεξιοτήτων που σχετίζονται με την ικανότητα μάθησης θεωρητικών στοιχείων από ανοϊκούς ασθενείς. Τα αποτελέσματα δείχνουν μείωση κατά 0,27 μονάδες για την Α1 ομάδα κατά μέσο όρο και -1,05 μονάδες για την Α2 ομάδα και καμία αλλαγή για την Β ομάδα. Αυτό συνάμα αποδεικνύει και τη γνωστική έκπτωση που προκαλείται καθώς η νόσος εξελίσσεται.

Τα συμπεράσματα τα οποία προκύπτουν συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- Οι ομάδες ασθενών υψηλότερης αρχικής λειτουργικότητας, ανταποκρίνονται καλύτερα σε εργαστήρια αισθητηριακών ερεθισμάτων – μνήμης.
- Τα αποτελέσματα από εξάσκηση στην πρακτική χρήση τηλεφώνου σε ασθενείς με άνοια, ήταν καλύτερα σε σχέση με τη θεωρητική αναφορά – αναγνώριση αντικειμένων.

Έχει μεγαλύτερη ενδεχομένως αξία στα εργαστήρια Εργοθεραπείας με Ανοϊκούς ασθενείς, να καταβάλλεται περισσότερη προσπάθεια σε πρακτικές δεξιότητες που αφορούν την εξυπηρέτηση του ασθενούς στην καθημερινή του διαβίωση. Και αυτό, γιατί το να μπορεί να χρησιμοποιήσει ο ίδιος ο ασθενής κάποιο αντικείμενο, είναι σαφές πιο χρήσιμο από το να μπορεί να το κατανομάσει ή να αναφερθεί σε στοιχεία που το αφορούν ή το προσδιορίζουν (Βλοτινού, Κατσούρη, κ.α , 2007).

Η διατήρηση λοιπόν της λειτουργικότητας των ανοϊκών ασθενών στις εκτελεστικές λειτουργίες, ίσως να είναι πιο χρήσιμη για την καλύτερη ποιότητα ζωής τους, καθώς και των περιθαλπτόντων, από ότι η εκπαίδευση για την διατήρηση των γνωστικών τους λειτουργιών που φθίνουν με την εξέλιξη της νόσου.

6.5. Η Αξία της Εκτίμησης των Σύνθετων Καθημερινών Δραστηριοτήτων στη Διάγνωση της Άνοιας

Η εκτίμηση της ικανότητας του ασθενούς με άνοια να εκτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες, είναι εξίσου ή και περισσότερο σημαντική από την αξιολόγηση της γνωστικής του ικανότητας, καθώς οι διαταραχές της λειτουργικότητας επιβαρύνουν ιδιαίτερα τόσο τον ίδιο όσο και το περιβάλλον του (Lawton et al 1969, Lovestone 1998).

Ένα άτομο μπορεί να οριστεί ως λειτουργικό, όταν μπορεί και αυτοεξυπηρετείται και όταν μπορεί να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις και τις ανάγκες της καθημερινής του ζωής. Με λίγα λόγια, όταν μπορεί να ζει και να λειτουργεί ανεξάρτητο και αυτόνομο. Στον κλάδο της Ιατρικής και της Ψυχολογίας, έχουν εφαρμοστεί και σταθμιστεί διάφορες κλίμακες, οι οποίες έχουν ως σκοπό να μετρήσουν και συγχρόνως να μελετήσουν τη λειτουργικότητα των ασθενών που πάσχουν από άνοια (Ελευθερίου κ.α. 2005).

Η κλίμακα IADL Instrumental Activities of Daily Living είναι μια εύχρηστη κλίμακα για την εκτίμηση των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, ευαίσθητη ως προς το επίπεδο βελτίωσης ή επιδείνωσης του ασθενούς. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιείται συχνά

σε κλινικές δοκιμές. Επίσης χρησιμοποιείται στην καθ' ημέρα κλινική πράξη τόσο στο στάδιο της διάγνωσης, όσο και κατά την μετέπειτα παρακολούθηση του ασθενούς.

Η κλίμακα Καθημερινών Δραστηριοτήτων IADL εξετάζει το επίπεδο της λειτουργικότητας του ασθενούς. Εκτιμά βασικές και οργανωτικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και για την συμπλήρωση της κλίμακας, λαμβάνονται πληροφορίες από τον φροντιστή.

Οι οργανωτικές δραστηριότητες (χειρισμός οικονομικών, οργάνωση μετακινήσεων κ.α.) επηρεάζονται στα αρχόμενα και μέτρια στάδια της άνοιας. Αντίθετα, οι βασικές δραστηριότητες (χειρισμός τηλεφώνου, αυτοεξυπηρέτηση) επηρεάζονται στα προχωρημένα στάδια της νόσου (Lawton et al 1969, Lovestone 1998).

Πρόσφατα, παρουσιάστηκε μια μελέτη στάθμισης της κλίμακας Δραστηριοτήτων Καθημερινής Ζωής (Lawton's IADL) στον ελληνικό πληθυσμό (Θεοτοκά κ.α. 2007).

Στο Κέντρο Alzheimer της Αθήνας, πραγματοποιήθηκε μία μελέτη με σκοπό τη διερεύνηση της διαγνωστικής της αξίας της κλίμακας IADL.

Τα αποτελέσματα κυμαίνονται από 0 έως 8 στις γυναίκες και από 0 έως 5 στους άνδρες, με μεγαλύτερο αποτέλεσμα να συνεπάγεται σοβαρότερη λειτουργική έκπτωση.

Το όριο διαχωρισμού φυσιολογικού και μη φυσιολογικού (cut off point) βρέθηκε να είναι για τις γυναίκες το 7 / 8 (Roc Curve), με ευαισθησία 97% και ειδικότητα στο 85% περίπου. Για τους άνδρες το 4 / 5 (Roc Curve), με ευαισθησία 93% και ειδικότητα στο 75% περίπου. Αν το όριο διαχωρισμού φυσιολογικού και μη φυσιολογικού είναι το 3 / 4, η ευαισθησία μειώνεται στο 84%, αλλά η ειδικότητα αυξάνεται στο 94%. Η ευαισθησία μειώνεται στους ασθενείς με MMSE \geq 20 (92% και 83% για τα δύο φύλα) αλλά η ειδικότητα δεν παρουσιάζει σημαντικές μεταβολές.

Η ευαισθησία της κλίμακας IADL στη διάγνωση της άνοιας είναι ιδιαίτερα υψηλή, κυρίως στις γυναίκες.

Η εκτίμηση της λειτουργικότητας, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι στη διαγνωστική εκτίμηση της άνοιας (Μούγιας, Κατσούρη, κ.α. 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από έρευνες στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, έχουν διαπιστωθεί διάφορα προβλήματα, τα οποία οδηγούν σε υπηρεσίες αναποτελεσματικές και χαμηλής ποιότητας. Ανάμεσα στα προβλήματα σημαντική θέση κατέχει ο τομέας της οργάνωσης των υπηρεσιών και η έλλειψη αποτελεσματικής διοίκησης. Αυτό καθιστά αναγκαία την εξέταση τέτοιων θεμάτων και την παρουσίαση συμπερασμάτων που θα οδηγήσουν σε αποτελεσματικότερη λειτουργία της παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Για να οργανώσουμε μια εξειδικευμένη υπηρεσία υγείας είναι σκόπιμο και ωφέλιμο κατά τον αρχικό σχεδιασμό, να γνωρίζουμε την νόσο και να εκπαιδύσουμε τους επαγγελματίες υγείας στην διάγνωση, την αξιολόγηση και την θεραπευτική της αντιμετώπιση.

Όπως αναφέρεται στην βιβλιογραφία, τις τελευταίες δεκαετίες έχουν προταθεί και έχουν γίνει αποδεκτοί από την Αμερικάνικη Οργάνωση Εργοθεραπείας αρκετοί ορισμοί που ανταποκρίνονται στα κριτήρια διασφάλισης της Εργοθεραπείας. Ενδεικτικά αναφέρω τον ορισμό που δόθηκε το 1981: «η Εργοθεραπεία είναι η χρήση της σκόπιμης δραστηριότητας σε άτομα που η λειτουργικότητα τους έχει περιορισθεί (μειωθεί) από σωματικό τραυματισμό ή ασθένεια ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία, αναπτυξιακές ή μαθησιακές δυσκολίες, οικονομικές ή πολιτιστικές διαφορές ή λόγω των γηρατειών με σκοπό την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ανεξαρτητοποίηση, την πρόληψη της αναπηρία για την εκτίμηση της κινητικότητας και την προαγωγή της υγείας. Η εφαρμογή της Εργοθεραπείας συνίσταται στην αξιολόγηση, θεραπεία και συμβουλευτική. Ειδικά Εργοθεραπευτικά προγράμματα περιλαμβάνουν διδασκαλία δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, ανάπτυξη αντιληπτικό - κινητικών δεξιοτήτων και οργάνωσης της λειτουργίας της αισθητηριακής ολοκλήρωσης, ανάπτυξη δεξιοτήτων παιχνιδιού, προεπαγγελματικών και ψυχαγωγικών ικανοτήτων, σχεδιασμό κατασκευή και εφαρμογή επιλεγμένων ορθοτικών ή προσθετικών μηχανημάτων ή επιλεγμένων προσαρμογών, χρησιμοποίηση ειδικά σχεδιασμένων χειροτεχνιών και ασκήσεων για τη βελτίωση της λειτουργικότητας, χρησιμοποίηση τεστ περιβαλλοντικές προσαρμογές για τους αναπήρους. Αυτά τα προγράμματα παρέχονται ατομικά, ομαδικά ή μέσο των κοινοτικών συστημάτων».

Η Γεροντολογία είναι σαφώς ο κλάδος με τη μεγαλύτερη αύξηση ζήτησης Εργοθεραπευτών, ιδιαίτερα στο δυτικό κόσμο (Altman, 1991). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 1986 στις ΗΠΑ το 30% των Εργοθεραπευτών εργαζόταν με άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, ενώ ένα άλλο ποσοστό 22% εργαζόταν μερικώς με ηλικιωμένα άτομα, δηλαδή το 52% των Εργοθεραπευτών εργαζόταν με υπερήλικες (Davis, 1986).

Στην χώρα μας, σύμφωνα με έρευνα της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής για το 2004, υπάρχουν 17,6% ηλικιωμένοι ηλικίας άνω των 65 ετών, ενώ μέχρι το 2020 θα γίνουν 25%.

Με τα ποσοστά αυτά η Ελλάδα βρίσκεται μέσα στις πιο “γερασμένες χώρες της Ευρώπης”. Οι στενοί δεσμοί εξ’ άλλου μέσα στην οικογένεια είναι άλλος ένας λόγος που κάνει τους ηλικιωμένους να παραμένουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον, μέσα δηλαδή στην κοινότητα.

Για τους παραπάνω λόγους είναι πολύ πιθανό για κάποιον Εργοθεραπευτή να ασχοληθεί με την Τρίτη ηλικία και μάλιστα με το τμήμα της εκείνο που παρουσιάζει ψυχιατρικά προβλήματα.

Η Τζονιχάκη το 1997, αναφέρει ότι αποκατάσταση στους ηλικιωμένους σημαίνει ποιότητα ζωής που τους απομένει να ζήσουν. Με τον όρο ποιότητα ζωής, εννοούμε την ανεξαρτησία του ατόμου, την αξιοπρέπεια, την ατομικότητα, την ταυτότητα του εαυτού και τέλος την ανθρώπινη φροντίδα και αγάπη για αυτούς τους ανθρώπους (Τζονιχάκη, 1997).

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί εργαλεία από την διοίκηση των υπηρεσιών υγείας για την μέτρηση της συνολικής βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού που εξυπηρετείται από τις υπηρεσίες. Εργαλεία για την μέτρηση του χρόνου αναμονής, ή τον αριθμό και τον τύπο των παραπόνων. Δηλαδή η μέτρηση αφορά στοιχεία που θα αποδείξουν ότι η υπηρεσία είναι αποτελεσματική για την βελτίωση της υγείας του γενικού πληθυσμού (Καταρτζή, 2002).

Τα προβλήματα που παρουσιάζονται στον τομέα της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας καθώς και η δυσαρέσκεια των Ελλήνων πολιτών για τις υπηρεσίες υγείας, φανερώνουν την έλλειψη πρακτικών γνώσεων από τους επαγγελματίες υγείας, που συμμετέχουν σε αυτήν τη διαδικασία με οποιονδήποτε τρόπο.

Η εκπαίδευση και η γνώση από τους Εργοθεραπευτές της διαδικασίας της οργάνωσης, της διαχείρισης καθώς και των βασικών αρχών της διοίκησης, εξασφαλίζει καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών Εργοθεραπείας τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο

τομέα, καθώς και την αναγνώριση της αξίας και της ιδιαίτερης προσφοράς του επαγγέλματος.

Οι γνώσεις αυτές είναι απαραίτητες για την αποτελεσματικότερη διαχείριση των υπηρεσιών που παρέχονται. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1977, δίνει τις κατευθύνσεις για την ακαδημαϊκή εκπαίδευση στο αντικείμενο της Οργάνωσης στο χώρο της Υγείας που αφορούν τις προσωπικές υπηρεσίες που καλύπτουν κοινωνικές ανάγκες, τις υπηρεσίες υγείας, το σχεδιασμό στον τομέα της υγείας, τη δημόσια υγεία και τους επαγγελματίες υγείας.

Ο Αμερικάνικος Σύλλογος Εργοθεραπευτών το 1993, παρουσιάζει το ρόλο του Διαχειριστή (Administrator) και του Επόπτη (Supervisor), ανάμεσα στους διάφορους ρόλους που αναλαμβάνει ένας Εργοθεραπευτής, αναλύοντας τις δεξιότητες και τα προσόντα που απαιτούνται για μια τέτοια θέση.

Η Gilkeson το 1997 και η Marriott το 1997, παραλλήλισαν τα βασικά στοιχεία της διαδικασίας της οργάνωσης και της διοίκησης με τα βασικά στοιχεία της Εργοθεραπευτικής διαδικασίας και βρήκαν αρκετά κοινά σημεία. Μεταξύ άλλων, συμπέραναν είναι ότι ένας Εργοθεραπευτής είναι αρκετά εξοικειωμένος με τις λειτουργίες του μάνατζμεντ, ήδη από την κλινική του εκπαίδευση και εμπειρία. Η παράλληλη εκπαίδευση των Εργοθεραπευτών σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο, πάνω στις βασικές αρχές και λειτουργίες της διαδικασίας του μάνατζμεντ θα ενισχύσει τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την άσκηση μιας αποτελεσματικότερης διοίκησης, στα πλαίσια των υπηρεσιών Εργοθεραπείας.

Η εργασία του εργοθεραπευτή είναι συνδεδεμένη με το μάνατζμεντ επειδή σχετίζεται με την απόκτηση και χρήση πόρων με σκοπό την πραγματοποίηση στόχων.

Είτε ο στόχος είναι η παροχή Εργοθεραπείας σε έναν πελάτη ή σε μια περιοχή, η εργασία αυτή απαιτεί αποφασιστικούς τρόπους και μέσα που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες.. Οι Εργοθεραπευτές μπορούν να εργαστούν σε οποιοδήποτε επίπεδο διοίκησης - τεχνικό, οργανωτικό και θεσμικό. Η πλειοψηφία των Εργοθεραπευτών απασχολείται στο τεχνικό επίπεδο π.χ. εργάζονται απευθείας με τον πελάτη / ασθενή. Τα υψηλότερα στελέχη στην Εργοθεραπεία ασχολούνται με εργασίες που αφορούν την οργανωτική και θεσμική διοίκηση και οι οποίες περιλαμβάνουν τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται. Το μάνατζμεντ σε κάθε επίπεδο ασχολείται με ανθρώπους, εργασίες και με το περιβάλλον στο οποίο θα πραγματοποιηθούν οι εργασίες αυτές. Στόχος του μάνατζμεντ πρέπει να είναι η απόκτηση τέτοιων συνθηκών εργασίας που να επιφέρουν ικανοποίηση και αποτελεσματικότητα.

Ένα σημαντικό ζήτημα στο μάνατζμεντ είναι η υπευθυνότητα. Οι μάνατζερ πρέπει να είναι υπεύθυνοι για τους πόρους που χρησιμοποιούνται στην παροχή των υπηρεσιών. Επίσης, η επίβλεψη αποτελεί μέρος της δουλειάς του μάνατζερ. Τέλος, επισημαίνεται η σπουδαιότητα της θέσης του Εργοθεραπευτή ως μάνατζερ. Είναι μια θέση που υπόκειται σε συνεχόμενες αλλαγές και πιέσεις και μεταξύ αυτών των συνθηκών εργασίας ο μάνατζερ θα πρέπει να αντιμετωπίζει προβληματικές καταστάσεις, να λαμβάνει αποφάσεις και να ενεργεί (Maslin, 1991).

Σχετικά με την Εργοθεραπεία και το Συμμετοχικό Μάνατζμεντ τα συμπεράσματα που προκύπτουν είναι δύο. Αρχικά, ένας Εργοθεραπευτής σε ρόλο μάνατζερ είναι ήδη εξοπλισμένος από την κλινική του εμπειρία με κάποιες βασικές δεξιότητες μάνατζμεντ, σε συνδυασμό με μια βαθύτερη κατανόηση της συμμετοχικής προσέγγισης του μάνατζμεντ. Το δεύτερο συμπέρασμα είναι ότι, το γεγονός πως ένας Εργοθεραπευτής διαθέτει τα προσόντα που προαναφέρθηκαν, τον καθιστά ικανό να δράσει αποτελεσματικά στα πλαίσια ενός συμμετοχικού μάνατζμεντ και από την πλευρά του μέλους της ομάδας ή του προσωπικού.

Η Εργοθεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με άνοια, οι υπηρεσίες υγείας και το κόστος στην άνοια καθώς και η επιλογή του χρήστη στη διαχείριση της φροντίδας για ανοϊκά άτομα αποτελούν βασικά θέματα προβληματισμού και έρευνας.

Η Νόσος Alzheimer είναι η πλέον σημαντική άνοια εξαιτίας της μεγάλης συχνότητάς της. Στις ΗΠΑ 5 – 10 % των ηλικιωμένων ηλικίας άνω των 65 ετών πάσχουν από τη νόσο (Katzman & Kawas, 1994), ενώ 1-3 καινούριοι ασθενείς προστίθενται το χρόνο σε 100 ηλικιωμένους άνω των 65 ετών. Παρατηρείται σχεδόν στους μισούς ηλικιωμένους άνω των 85 ετών.

Το 1992 στις ΗΠΑ έπασχαν 4.000.000 άνθρωποι και το κόστος της φροντίδας τους έφτανε τα 90 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο. Σήμερα είναι γνωστό ότι πάσχουν περίπου 20.000.000 άτομα σε όλον τον κόσμο από τη νόσο του Alzheimer και στην Ελλάδα ο αντίστοιχος αριθμός είναι 46.000 ασθενείς ηλικίας άνω των 70 ετών με επιπολασμό 6% και επίπτωση 3% (Τσολάκη, 1999). Επομένως το γήρας και η Νόσος Alzheimer είναι δύο σοβαρά σύγχρονα προβλήματα. Είναι γνωστό ότι η Νόσος Alzheimer μάλιστα είναι η τέταρτη αιτία θανάτου των ηλικιωμένων.

Η Εργοθεραπεία μπορεί να βελτιώσει την καθημερινή λειτουργία, την κοινωνική συμμετοχή και την ευημερία των ατόμων με άνοια που διαμένουν στην κοινότητα καθώς και να ενισχύσει την αίσθηση ικανότητας των βασικών φροντιστών.

Είναι πιθανό να μειωθεί το κόστος περίθαλψης λόγω μεγαλύτερης ανεξαρτητοποίησης των ασθενών και ενισχυμένης αίσθησης ικανότητας των φροντιστών έχοντας ως αποτέλεσμα χαμηλότερο ανεπίσημο κόστος περίθαλψης, καθυστέρηση στην εισαγωγή σε κλινική και χαμηλότερο κόστος άλλων κοινωνικών υπηρεσιών ή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Η μέτρηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας της Εργοθεραπευτικής παρέμβασης στην άνοια είναι απαραίτητο εργαλείο για την αποτίμηση της μεθόδου. Σε έρευνα στην Σκανδιναβία, το ανεπίσημο κόστος περίθαλψης, που εκτιμάται στο ευκαιριακό κόστος του χρόνου των φροντιστών, αποτελεί το ένα τρίτο του συνολικού ετήσιου κόστους για την άνοια και ανάλογα με τη σοβαρότητα της ασθένειας αυξάνεται σημαντικά. Επομένως, είναι σημαντικό να εφαρμοστούν νέες δραστικές και αποτελεσματικές παρεμβάσεις που θα συμβάλλουν στην μεγαλύτερη ανεξαρτησία και ευημερία των ασθενών και θα μειώσουν τις υποχρεώσεις των φροντιστών, έχοντας ως αποτέλεσμα μια πιο αποτελεσματική χρήση των ελάχιστων πόρων περίθαλψης.

Η Εργοθεραπεία συνήθως δεν προτείνεται σε ανοϊκούς ασθενείς στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Πρόσφατες μελέτες, εξετάζουν την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της Εργοθεραπείας στην κοινότητα σε ανοϊκούς ασθενείς και τους φροντιστές τους. Σε μια μελέτη προγράμματος Εργοθεραπείας εννέα μηνών, παρατηρήθηκε χαμηλότερο Ιατρικό κόστος και μεγαλύτερη ανεξαρτητοποίηση. Η έρευνα αυτή αποδείχτηκε επικερδής, γιατί είχε οφέλη στην επίγνωση και την ποιότητα ζωής και είχε λιγότερο κόστος από την συνηθισμένη περίθαλψη. Ένα εντατικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα 10 ημερών για τους φροντιστές, αποδείχτηκε επικερδές και βοήθησε τους ασθενείς να παραμένουν περισσότερο στο σπίτι και μείωσε την ψυχολογική νοσηρότητα των φροντιστών.

Οι οικονομικές επιπτώσεις της απομακρύνσεως των ηλικιωμένων από την κοινωνία είναι σημαντικές καθώς η οικονομική ισχύς των ηλικιωμένων σχεδόν εκμηδενίζεται. Η οργάνωση κοινωνικο - οικονομικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ατόμων άνω των 65 ετών πρέπει να κατευθυνθεί σε νέες παροχές φροντίδας.

Οι δομές που ασχολούνται σήμερα με το κεφάλαιο των ανοϊών στη χώρα μας, είναι κατά κανόνα οι δομές που αφορούν άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας, μιας και το 99% των ατόμων που προσβάλλεται από τη νόσο ή άλλης μορφής άνοια είναι άνω των 60 χρόνων.

Οι περισσότεροι περιθάλποντες (πάνω από 80%) ζουν ή έζησαν με το άτομο με άνοια κάποια χρονική περίοδο μετά την εκδήλωση της αρρώστιας. Ο μέσος χρόνος που αφιερώνουν οι περιθάλποντες στη φροντίδα είναι 70 ώρες την εβδομάδα, που φθάνουν τις 100 ώρες για τους μη εργαζόμενους και, είτε εργάζονται είτε όχι, για το 75% από αυτούς αποτελεί το κύριο έργο, που κατά κανόνα διαρκεί περισσότερο από δυο χρόνια. Η δουλειά του περιθάλποντα **κοστίζει** στον περιθάλποντα:

- Σε χρήμα, άμεσα για την φροντίδα και έμμεσα, από απώλεια ωρών εργασίας
- Σε αδυναμία εκπλήρωσης επαγγελματικών υποχρεώσεων όπως πριν
- Σε αδυναμία εκπλήρωσης οικογενειακών υποχρεώσεων όπως πριν
- Σε επιδείνωση σχέσεων με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς του
- Σε ψυχολογικές διαταραχές: 30% από τους περιθάλποντες παρουσιάζουν κατάθλιψη, ενώ 75% παρουσίασαν κάποια περίοδο καταθλιπτικά συμπτώματα. Το 50% παρουσιάζει αϋπνία και αγχώδεις διαταραχές.
- Σε επιδείνωση της σωματικής τους υγείας (οσφυαλγία, ραχιαλγία) (Μούγιας, 2003).

Όλα τα παραπάνω συνιστούν το **Κόστος Ευκαιρίας** (Opportunity Cost) για τον περιθάλποντα, το οποίο περιλαμβάνει την απώλεια όλων των δραστηριοτήτων που σε διαφορετική περίπτωση θα ανελάμβανε, αν δεν αφιέρωνε το χρόνο του για την περίθαλψη του ανοϊκού ασθενή.

Κατά κανόνα, παρά τις υπηρεσίες που μπορεί να προσφέρει η κοινότητα, ο περιθάλπων αισθάνεται αβοήθητος κάποια στιγμή. Στην Ελλάδα, οι υπηρεσίες αυτές είναι ελάχιστες και όσες υπάρχουν κατά κανόνα κοστίζουν.

Η αξιολόγηση των ηλικιωμένων ατόμων με άνοια μπορεί να γίνει είτε στην κοινότητα είτε στο νοσοκομείο, εφόσον ακόμα δεν έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες για τις συνέπειες και τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων στους χώρους αυτούς. Η εναλλακτική προσέγγιση της διαχείρισης φροντίδας, στις οποίες τα τμήματα κοινωνικών υπηρεσιών έχουν τον βασικό ρόλο, δίνει έμφαση σε μεγάλο βαθμό στην αξιολόγηση βάσει των αναγκών η οποία περιλαμβάνει τη συμμετοχή του χρήστη και συνεπώς επιλογή στο σχεδιασμό φροντίδας (Winner, 1988).

Η εκτίμηση της αποδοτικότητας, βασίζεται στην ανάλυση αποτελεσμάτων που επιτεύχθηκαν σε σχέση με τις προσπάθειες που έγιναν και τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν. Το ερώτημα είναι, αν θα μπορούσαν τα ίδια αποτελέσματα να

επιτευχθούν με καλύτερους και οικονομικότερους πόρους. Με τη διαφοροποίηση στην «τεχνική» αποδοτικότητα και τη σχέση κόστους – αποδοτικότητας αν θα μπορούσαν να προκύψουν καλύτερα αποτελέσματα ως προς το λειτουργικό επίπεδο, τις μεθόδους, το ανθρώπινο δυναμικό και τα οικονομικά, που διατέθηκαν για την υλοποίηση των προγραμματισθέντων και τη διαχείριση της υπηρεσίας ή του ιδρύματος.

Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας είναι κυρίως η ανάλυση του βαθμού επίτευξης των αντικειμενικών σκοπών σε σχέση με τη μείωση του προβλήματος ή τη βελτίωση μιας μη ικανοποιητικής κατάστασης. Ο καθορισμός των στόχων και η απόδοση των δεικτών κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού - προγραμματισμού διευκολύνει πολύ την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας (Λανάρα, 2004).

Η οικονομική αξιολόγηση αποτελεί ένα απαραίτητο εργαλείο για την ορθολογική πολιτική στον τομέα της υγείας, η οποία συνίσταται στην εκτίμηση του κόστους και του οφέλους των συγκρινόμενων υγειονομικών προγραμμάτων. Στο κόστος, συμπεριλαμβάνεται και το κόστος ευκαιρίας των απαιτούμενων πόρων για την υλοποίηση ενός προγράμματος. Το κόστος, επιβαρύνει τόσο το σύστημα υγείας, όπως η χρήση κτιρίων ή άλλου κεφαλαιουχικού εξοπλισμού, ο χρόνος απασχόλησης ιατρικού, νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού, το κόστος των αναλώσιμων υλικών. Όσο και τον ασθενή και την οικογένεια του, όπως είναι τα συμπληρωματικά έξοδα, ο χαμένος χρόνος. Ο υπολογισμός του οφέλους, αφορά την ακριβή εκτίμηση των βελτιώσεων στην υγεία των ασθενών. Η μέθοδος υπολογισμού του οφέλους, διαφέρει μεταξύ των διαφόρων τεχνικών οικονομικής αξιολόγησης οι οποίες είναι: η ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους, η ανάλυση κόστους / αποτελεσματικότητας, η ανάλυση κόστους / οφέλους και η ανάλυση κόστους / χρησιμότητας. Η ανάλυση κόστους / οφέλους υπολογίζει το κόστος και το όφελος σε κοινούς όρους (συνήθως σε χρηματικές μονάδες). Η μέτρηση των ωφελειών με ομοιόμορφο τρόπο, επιτρέπει τη σύγκριση προγραμμάτων που αφορούν διαφορετικές νόσους. Προϋποθέτει την έκφραση βελτιώσεων στην υγεία σε χρηματικούς όρους (Χατζηδήμα, 2007).

Η οικονομική ανάλυση του κόστους / ωφελειών στην άνοια, αφορά στην διατήρηση της καλής ποιότητας ζωής τόσο των ασθενών που πάσχουν από άνοια, όσο και των οικογενειών τους. Το κόστος παροχής υπηρεσιών στην άνοια φαίνεται να επιβαρύνει περισσότερο την οικογένεια, μιας και πολύ πρόσφατα δημιουργήθηκαν στην Ελλάδα Κέντρα Ημέρας, από την άλλη πλευρά θεωρείτε θεραπευτικά σημαντικό οι ανοϊκοί ασθενείς να παραμένουν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στους κόλπους της

οικογένειας τους. Ονομαστικά, η απαρίθμηση του κόστους και των ωφελειών στην άνοια, περιλαμβάνει:

A) το κόστος

- Ειδική διατροφή, μετακίνηση για επισκέψεις σε ιατρούς, επαγγελματίες φροντιστές, συχνές κατοίκον επισκέψεις ιατρών και επαγγελματιών υγείας, πάμπερς, φαρμακευτική αγωγή, βιταμίνες, χαμένες εργασιακές ώρες του κυρίως φροντιστή από την φροντίδα του ασθενή, κόστος ευκαιρίας του φροντιστή, επιβάρυνση ψυχική του φροντιστή - κατάθλιψη (φαρμακευτική αγωγή, επισκέψεις σε ιατρό, ώρες για ψυχοεκπαίδευση φροντιστή, κακές οικογενειακές σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, διαζύγιο), επιβάρυνση σωματική του φροντιστή – οσφυαλγία / ισχυαλγία (φαρμακευτική αγωγή, φυσικοθεραπεία), εργονομικές διευθετήσεις στο χώρο διαβίωσης των ανοϊκών ασθενών για την πρόληψη ατυχημάτων (λαβές στο μπάνιο, αναπηρικό αμαξίδιο, ειδικά καθίσματα).

B) τα οφέλη

- Κοινωνική δικαιοσύνη, ίσες ευκαιρίες για όλους, παραμονή του ανοϊκού στην οικογένεια και όχι σε ιδρυματικά πλαίσια, καλύτερη ποιότητα ζωής τόσο του ανοϊκού όσο και της οικογένειας του.

Τα αποτελέσματα ερευνών που σχετίζονται με υπηρεσίες Εργοθεραπείας σε ανοϊκούς ασθενείς αποτελούν βασικά στοιχεία της διπλωματικής εργασίας. Είναι χρήσιμο για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας της Εργοθεραπευτικής παρέμβασης να γίνει αναφορά σε ορισμένα βασικά ερευνητικά πορίσματα που σχετίζονται με τους στόχους της παροχής βοήθειας στους ανοϊκούς ασθενείς στις οικογένειες και τους περιθάλποντες των ανοϊκών ασθενών.

Μεταξύ των ερευνών αναφέρεται η μελέτη περίπτωσης της λειτουργίας του Κέντρου Alzheimer στην Αθήνα, καθώς και οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο τμήμα Εργοθεραπείας. Το Κέντρο Alzheimer απευθύνεται σε άτομα που πάσχουν από τη νόσο Alzheimer ή κάποια άλλη μορφή άνοιας, στους φροντιστές και στις οικογένειες

τους. Σκοπός του Κέντρου είναι η έγκαιρη διάγνωση, η θεραπεία, η στήριξη της οικογένειας και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς και των φροντιστών του.

Στο Κέντρο Alzheimer παρακολούθησαν από το έτος 2005 έως και σήμερα (31/12/2007) τις ομαδικές συνεδρίες Εργοθεραπείας 846 ασθενείς, από τους οποίους οι 424 συμμετείχαν στο Κέντρο Ημέρας και οι 422 στην Κλινική Βραχείας Νοσηλείας. Οι ασθενείς του Κέντρου Ημέρας επαναξιολογούνται κάθε 6 μήνες.

Οι ασθενείς με άνοια, βιώνουν μια σταδιακή έκπτωση των δεξιοτήτων τους καθώς εξελίσσεται η νόσος τους. Η έκπτωση αυτή επηρεάζει ολοένα και περισσότερους τομείς της καθημερινής ζωής για να μετουσιωθεί τέλος σε πλήρη αδυναμία αυτόνομης διαβίωσης.

Στα αρχικά στάδια της νόσου, όταν η κλινική εικόνα εμφανίζει μικρό αριθμό συμπτωμάτων, πιστεύεται ότι η χρήση Εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων μπορεί να λειτουργήσει επιβραδυντικά ως προς τον ρυθμό έκπτωσης της μνήμης, ενώ στα τελικά στάδια μπορεί να ωφελήσει άμεσα τον ασθενή αλλά και έμμεσα το οικογενειακό περιβάλλον, παρέχοντας του έναν τρόπο επικοινωνίας με τον πάσχοντα.

Η εργοθεραπεία στην κοινότητα, είναι μια ιδιαίτερα αποτελεσματική μη φαρμακευτική θεραπεία για ηλικιωμένα άτομα με άνοια και τους φροντιστές τους. Όχι μόνο βελτιώνει την καθημερινή λειτουργία των ατόμων με άνοια και την αίσθηση ικανότητας των φροντιστών, αλλά βελτιώνει και την ποιότητα ζωής, τη διάθεση και την κατάσταση της υγείας τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών. Όλα αυτά θεωρούνται ως τα σημαντικότερα αποτελέσματα στις έρευνες για την άνοια. Επίσης, καθώς αυτή η παρέμβαση Εργοθεραπείας στην κοινότητα είναι επικερδής, συστήνεται σε όλες τις υπηρεσίες υγείας και πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης για άτομα με άνοια και τους φροντιστές τους. Επιπλέον, εάν εφαρμοστούν τα κριτήρια για την χρήση φαρμάκων στην παρέμβαση αυτή, δεν υπήρχε αμφιβολία για την εφαρμογή. Μια πολυκεντρική μελέτη θα καθορίσει το κέρδος με διαφορετικά δεδομένα και σε διαφορετικές περιοχές υγειονομικής περίθαλψης.

ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. ALZHEIMER EUROPE, *Ζώντας με τη Νόσο Alzheimer*, επιμέλεια μετάφρασης Τσολάκη Μ., 1999.
2. BALDERSTON, R.F., *Η εξέλιξις της επιστήμης της Διοικήσεως*, Αθήνα, ΚΕΠΕ, 1962.
3. ΒΑΡΣΑΜΟΠΟΥΛΟΥ, Α., “Ψυχολογική υποστήριξη περιθαλπόντων”. Στο *Επιστήμη και Φροντίδα στην Άνοια*, Πρακτικά 3^{ου} Πανελληνίου και 13^{ου} Πανευρωπαϊκού Συνεδρίου της Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, Θεσσαλονίκη 2003, σελ. 141-144.
4. ΒΛΑΣΣΗΣ, Ν.Ι., *Συστήματα Υγείας*, Πειραιάς, Διδακτικές σημειώσεις για το Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών “Διοίκηση της Υγείας” του Πανεπιστημίου Πειραιώς και του ΤΕΙ Πειραιά, 2006.
5. ΒΛΟΤΙΝΟΥ, Π., ΚΑΤΣΟΥΡΗ, Ι, “Θεραπευτικές δραστηριότητες με αισθητηριακά ερεθίσματα” *Εργοθεραπεία*, 2007/29, σελ. 20-25.
6. BRODATY, Η *Η Νόσος Alzheimer στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*. (β’ εκδ.).Αθήνα: Βαγιονάκης, 2003.
7. ΒΙΟΛΑΚΗ – ΠΑΡΑΣΚΕΥΑ, Μ, *Τρίτη Ηλικία*, Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Γεροντολογίας – Γηριατρικής, Αθήνα, 1989.
8. ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ, Β.Ν., *Στρατηγικό Μάνατζμεντ*, Αθήνα, εκδόσεις Μπένου, 2006.
9. ΓΙΑΚΟΥΜΑΚΗ, Ε., “Το ΚΑΠΗ ως φορέας παροχής υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση”. *Σύγχρονη Γεροντολογία και Γηριατρική*. Αθήνα: Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, 2002.
10. ΓΙΑΝΝΙΤΣΗ, Σ. *Ψυχοσωματική και Ομαδική Ψυχοθεραπεία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1997.
11. ΔΕΓΛΕΡΗΣ, Ν., DOUGLAS, Τ., ΜΕΛΑΣ, Π., & ΣΟΛΙΑΣ, Α, “Δομή και λειτουργία ομάδων εκπαιδευτικού-υποστηρικτικού τύπου περιθαλπόντων ασθενείς με άνοια”. *Πρακτικά 2^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Νόσου Alzheimer*, Θεσσαλονίκη 2002, σελ. 255-259.
12. ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. *Συμβουλευτική και Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα, Γρηγόρη, 2000.

13. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ, *30 Χρόνια Παρουσίας και Δράσης 1977-2007*, Αθήνα, 2007.
14. ΔΟΝΤΑΣ, Α.Σ, *Γηριατρική για Νοσηλευτές*, Αθήνα, 1993.
15. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Μ.,κ.α. *Συστήματα υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση,1995.
16. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Μ., ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ, ΠΟΛΥΖΟΣ, Ν., *Πολιτική Υγείας, Πειραιάς, Διδακτικές σημειώσεις για το Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών “Διοίκηση της Υγείας” του Πανεπιστημίου Πειραιώς και του ΤΕΙ Πειραιά*, 2006.
17. ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΣ, Χ., *Διοίκηση προσωπικού-ανθρώπινου δυναμικού*, Αθήνα, 2005.
18. ΚΑΡΑΠΟΣΤΟΛΗ, Ν, “Επισημάνσεις στην ιστορική εξέλιξη της Εργοθεραπείας”, *Πρακτικά του 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Εργοθεραπευτών*, Αθήνα, 1987.
19. ΚΑΤΑΡΤΖΗ, Σ., *Εργοθεραπεία III*, , Διδακτικές σημειώσεις για το Τμήμα Εργοθεραπείας του ΤΕΙ Αθήνας, 2002.
20. ΚΑΤΣΟΥΡΗ, Ι, “Η φωνή ως μέσο θεραπείας”, *Εργοθεραπεία*, 1996/ 8-9, σελ. 6-9
21. ΚΑΤΣΟΥΡΗ, Ι, *Επιστήμη και Φροντίδα στην άνοια* (Επιμέλεια Έκδοσης: Μ. Κώστα-Τσολάκη) “Δημιουργική Δραστηριότητα, Κέντρο Ημέρας, Café Alzheimer” (αριθμός σελίδων άρθρου : από 190 έως 192) – “Η Συμβολή της Εργοθεραπείας στην Αποκατάσταση Ατόμων με Διαταραχές Μνήμης” (αριθμός σελίδων άρθρου: από 233 έως 235). Θεσσαλονίκη, 2003
22. ΚΑΤΣΟΥΡΗ, Ι, *Σύγχρονες διαγνωστικές προσεγγίσεις στην Γεροντολογία και Γηριατρική (Β' ΤΟΜΟΣ)* “ Η Συμβολή της Δημιουργικής Δραστηριότητας στην Διατήρηση της Λειτουργικότητας των Ψυχογηριατρικών Ασθενών” κεφαλαίου 7, σελίδων άρθρου: 30-32. Αθήνα, έκδοσης : Σύνεδρον ,2004
23. ΚΑΤΣΟΥΡΗ, Ι, “Η Ομαδική Θεραπεία των ατόμων με Άνοια”, *Υποστήριξη*, 2005/4, σσ. 10-11.
24. ΚΑΤΣΟΥΡΗ, Ι, “Εμπειρίες από το Κέντρο Alzheimer”, *Εγκέφαλος*, έκτακτο τεύχος, 2007,σς 68 - 69
25. ΚΟΟΝΤΖ, Η και Ο'DONNELL, C., *Οργάνωση και Διοίκηση*, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση, 1984.
26. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ, *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: στο Σταυροδρόμι των Επιλογών*, Αθήνα, εκδόσεις Θεμέλιο, 1995.
27. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Χ, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, Κ, *Υγεία και Υπηρεσίες στα Βαλκάνια*, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση, 2003.

28. ΚΩΣΤΑΚΗ – ΣΥΡΡΟΥ, Λ, *Εργοθεραπεία στη Γεροντολογία*, Αθήνα, εκδόσεις Κωστάκη, 1995.
29. ΛΙΑΝΑΡΑ, Β., *Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών*, 11^η έκδοση, Αθήνα, 2004.
30. ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, Λ., *Οργάνωση υπηρεσιών υγείας*, Αθήνα, Πανεπιστημιακές παραδόσεις του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, 2004.
31. ΜΑΛΑΜΑΤΙΔΟΥ, Ε., “Κλειστή Περίθαλψη: Προγράμματα Εργοθεραπείας σε Χρόνιους Ψυχωσικούς” *Εκλογή - Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας*, 1987/72 σ.σ.31-41.
32. ΜΟΥΓΙΑΣ, Α, *Οδηγός για τη Νόσο Alzheimer και άλλες μορφές Άνοιας*, Αθήνα, εκδόσεις Mendor, 2003.
33. ΜΟΥΓΙΑΣ, Α, ΚΑΤΣΟΥΡΗ, Ι, κ.α “ *Η αξία της εκτίμησης των Σύνθετων Καθημερινών Δραστηριοτήτων στη διάγνωση της άνοιας*”, πρακτικά του 10ου Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας Γηριατρικής, Αθήνα, 7-9/2/2008
34. ΜΠΑΜΠΙΝΙΩΤΗ, Γ., *Λεξικό για το Σχολείο και το Γραφείο*, Αθήνα, Κέντρο Λεξικολογίας, 2004.
35. ΜΠΟΥΡΗΣ, Δ., *Αρχές οργάνωσης και διοίκησης επιχειρήσεων*, Αθήνα, Διδακτικές σημειώσεις για το Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων του ΤΕΙ Αθήνας, 2005.
36. ΜΩΡΑΪΤΗΣ, Κ.Ε., *Πολιτική για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Θεσσαλία*, Διδακτικές σημειώσεις για το Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας” του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, 2006.
37. ΜΩΡΑΪΤΗΣ, Κ.Ε., *Οι Σύγχρονες Τάσεις Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Πειραιάς, Διδακτικές σημειώσεις για το Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών “Διοίκηση της Υγείας” του Πανεπιστημίου Πειραιώς και του ΤΕΙ Πειραιά, 2006.
38. ΜΩΡΑΪΤΗΣ, Κ.Ε., *Ιστορική Εξέλιξη των Υπηρεσιών Υγείας*, Πειραιάς, Διδακτικές σημειώσεις για το Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών “Διοίκηση της Υγείας” του Πανεπιστημίου Πειραιώς και του ΤΕΙ Πειραιά, 2007.
39. ΞΑΓΟΡΑΡΗ-ΤΑΜΒΑΚΑΚΗ, Ε., “Εργοθεραπεία σε Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης Ψυχιατρικών Ασθενών”, *Εκλογή - Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας*, 1987/72 σ.σ.23-30.
40. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ, *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Αθήνα, εκδόσεις Διόνικος, 2004.
41. ΠΑΓΚΑΚΗΣ, Γ, *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*, Αθήνα, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, 1998.

42. ΠΑΝΟΥΗ, ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗ, Α., *Ψυχιατρική Εργασιοθεραπεία*, Διδακτικές σημειώσεις για το Τμήμα Εργασιοθεραπείας του Κ.Α.Τ.Ε.Ε. Αθηνών, 1979.
43. ΠΕΤΡΩΦ, Γ., ΤΖΩΡΤΖΑΚΗΣ, Κ., ΤΖΩΡΤΖΑΚΗ, Α., *Μάρκετινγκ Μάνατζμεντ η Ελληνική προσέγγιση*, 2^η εκδ. , Γέρακας, εκδόσεις Rosili, 2002.
44. ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ, Θ, *Οικονομική της υγείας*, Καλαμάτα, Διδακτικές Σημειώσεις του ΤΕΙ Καλαμάτας, 1995.
45. ΠΟΛΥΖΟΣ, Ν., ΜΠΑΡΔΗΣ, Β., ΜΠΑΡΤΖΩΚΑΣ, Δ., ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ, Γ., ΠΑΝΤΕΛΑΚΗ, Χ., ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, Χ., *Το Κόστος της Ψυχοθεραπείας*, Αθήνα, Εναλλακτικές Εκδόσεις, 2004.
46. ΠΟΛΥΖΟΣ, Μ.Ν., *Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας*, Αθήνα, εκδόσεις Διόνικος, 2007.
47. ΡΟΥΣΟΣ, Ν., “ Γηροψυχιατρική Εργοθεραπεία”, *Εκλογή - Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας*, 1987/72 σ.σ.42-54.
48. ΣΙΑΝΝΗ, Α, *Εργοθεραπεία Ι*, Διδακτικές σημειώσεις για το Τμήμα Εργοθεραπείας του ΤΕΙ Αθήνας, 2001.
49. ΣΟΥΛΗΣ, Σ, *Οικονομική της Υγείας*, 2^η εκδ. , Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση, 1999.
50. ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ, *Η Εργοθεραπεία Μέσα στον Χρόνο*, Αθήνα, 1997.
51. ΤΖΟΝΙΧΑΚΗ, Ι., *Ορθοπαιδική Εργοθεραπεία*, Διδακτικές σημειώσεις για το Τμήμα Εργοθεραπείας του ΤΕΙ Αθήνας, 1987.
52. ΤΖΟΝΙΧΑΚΗ, Ι., *Ορθοπαιδική Εργοθεραπεία*, Διδακτικές σημειώσεις για το Τμήμα Εργοθεραπείας του ΤΕΙ Αθήνας, 1997
53. . ΤΖΟΝΙΧΑΚΗ, Ι., *Εργοθεραπεία και Βασικά στοιχεία Γεροντολογίας* , Διδακτικές σημειώσεις για το Τμήμα Εργοθεραπείας του ΤΕΙ Αθήνας, 1997.
54. ΤΖΩΡΤΖΑΚΗΣ, Κ, ΤΖΩΡΤΖΑΚΗ, Α, *Αρχές Μάρκετινγκ η Ελληνική πραγματικότητα*, 2^η εκδ., Γέρακας, εκδόσεις Rosili, 2002.
55. ΤΟΥΝΤΑΣ, Γ, *Πολιτική Υγείας*, Αθήνα, εκδόσεις Οδυσσέας, 2002.
56. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Ν.Γ., *Τα Οικονομικά της Υγείας θεωρία και πολιτική*, Αθήνα, εκδόσεις τυπωθήτω Γιώργος Δαρδάνος, 2003.
57. ΧΑΤΖΗΔΗΜΑ, Σ, *Αξιολόγηση Επενδυτικών Προγραμμάτων Υγείας*, Διδακτικές σημειώσεις για το Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών “Διοίκηση της Υγείας” του Πανεπιστημίου Πειραιώς και του ΤΕΙ Πειραιά, 2007.
58. ΧΥΤΗΡΗΣ, Σ.Λ., *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*, Αθήνα, εκδόσεις Interbooks, 2001.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. ALBERT, MI., FELDMAN, RG. & WILLES, A.L., “The subcortical dementia of progressive supranuclear palsy”, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 1974/37 σσ. 121-30.
2. ALTMAN, G, “Home care occupational therapy in Vancouver, Canada”, *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 1991/23, σς 26-28.
3. ANDERSON, R.A., MCDANIEL, R.R. Jr, “Managing health care organizations: Where professionalism meets complexity science”, *Health Care Management Review* 2000/25 (1) σσ. 83-92.
4. AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, *The Occupational Therapy Manager*, Rockville Maryland, The American Occupational Therapy Association, 1992.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. APA: Washington, DC: Author., 1994
6. ANESHENEL, A “Stress, Role Captivity and Cessation of Caregiving”, *Journal of Health and Social Behaviour*, 1993/34, σσ 54-55.
7. ARTZI, T, & YARETZKI, A., “Word recognition and confrontation naming in early diagnosis of dementia”. *Harefuah*, 1991/120, σσ 369-372.
8. BAUM, L, & CHEN, L., “Apolipoprotein E isoforms in Alzheimer’s disease pathology and etiology”, *Microscopy Research and Technique*, 15, 2000/50(4) σσ 278-281.
9. BENNETT, C, CRAWJORD, F, OSBORNE, A, & DIAZ, P., “Evidence that the APOE locus influences rate of disease progression in late onset familial AD but is not causative”, *American Journal of Medical Genetics*, 1995/60, σσ 1-6.
10. BREITNER, J.C.S., SILVERMAN, J.M., MOHS, R.C. & DAVIS, K.L, “Familial aggregation in Alzheimer’s Disease: comparison of risk among relatives of early -and late- onset cases, and among male and female relatives in successive generations”, *Neurology*, 1988/38, σσ 207-212.
11. BENNIS, W., *On becoming a leader*, London, Century Business, 1989.
12. BENNIS, W., NANUS, B., *Leaders: The strategies for taking charge*, New York, Harper and Row, 1985.

13. BROLLIER, C., "Occupational Therapy Management and job performance of staff", *American Journal of Occupational therapy* 1985/39 (10) σσ. 649-654.
14. COOK, J.V., "Innovation and leadership in a mental health facility", *American journal of Occupational therapy* 1995/49 (7) σσ. 595-606.
15. CRAIK, C., AUSTIN, C., SCHELL, D., "A National Survey of Occupational Therapy Managers in Mental Health", *British Journal of Occupational therapy* 1999/62 (5) σσ. 220-228.
16. CREEK, J., *Occupational Therapy and Mental Health*, New York., Churchill Livingstone, 1990.
17. CUMING, M, *Hospital Staff Management*, London, Heinemann, 1971.
18. DALRYMPLE, J., EDGEMAN, R.L., FINSTER, M., GUERRERO – CUSUMANO, J.L., HENSLER, D.A., W.C. "Next generation quality management: multinational, multidisciplinary and performance focused", *The Total Quality Management magazine* 1990/11 (3) σσ. 138-141.
19. DEVANAD, D.P., BROCKINGTON, C.D., MOODY, B.J., BROWN, R.P., MAYEUX, R., ENDICOTT, J. & SACKEIM, H.A., "Behavioral syndromes in Alzheimer's disease". *International Psychogeriatrics*, 1992/4 (2), σσ 161-184.
20. DAVIS, L.J, & KIRKLAND, M, *The Role of Occupation Therapy with the Elderly*, Rockville, MD, American Occupational Therapy Association, 1986.
21. FINER, H, *Administration and the Nursing Services*, New York, Macmillan Company, 1959.
22. GALBREATH, J, ROGERS, T, "Customer relationship: a leadership and motivation model for the twenty-first century business", *The Total Quality Management magazine* 1999/11 (3) σσ. 161-171.
23. GILFOYLE, E.M., "Leadership and management", *American journal of Occupational therapy* 1987/41(5) σσ. 281-283.
24. GILKESON, G.E., *Occupational therapy leadership*, Philadelphia, FA Davis Company, 1997.
25. GIRVIN, J, *Leadership and nursing*, Basingstoke, Macmillan, 1998.
26. GRADY, A.P., *Directional for the future: opportunities for leadership*, *American journal of Occupational therapy* 1991/45 (1) σσ. 7-9.
27. GRADY, A.P., "Leadership is everybody's practice" *American journal of Occupational therapy* 1990/44 (12) σσ. 1065-1068.

28. GRADY, A.P., "Collaborative relationships: opportunities for occupational therapy in the 1990s and beyond", *American journal of Occupational therapy* 1990/44 (2) σσ. 105-108.
29. HANDY, C.B., *Understanding organizations*, London, Penguin Books, 1985.
30. HEIN, E., *Contemporary leadership behaviour*, Philadelphia, Pa: Lippincott, 1998.
31. HOPKINS, H.L., SMITH, H.D., *An Historical Perspective on Occupational Therapy*, In Hopkins & Smith (eds), *Willard and Spackman's Occupational Therapy*, 6nd ed., Philadelphia, Lippincott Company, 1983 (a).
32. JENKINS, M., BROTHERTON, C, "Implications of a theoretical framework for practice", *British Journal of Occupational therapy* 1995/58 (9) σσ. 392-396.
33. KIELHOFNER, G, *Conceptual foundations of occupational therapy*, Philadelphia, F.A. Davis Company, 1997.
34. LAWSON, J.S., ROTEM, A, BATES, P.W., *From clinician to manager: an introduction to hospital and health services management*, Sydney, MacGraw-Hill, 1996.
35. LOHMAN, H, "What will it take for more occupational therapists to become case managers? Implications for education, practice and policy", *American journal of Occupational therapy* 1999/53 (1) σσ. 111-113.
36. MARRINER-TOMEY, A. , *Guide to nursing management and leadership*, St Louis, Mosby Year Book, 1995.
37. MARRIOTT, A, "Using the Core Skills of Occupational Therapy in Management", *British Journal of Occupational therapy* 1997/60 (4) σσ. 169-173.
38. MASLIN, Z.B, *Management in Occupational Therapy*, London, Chapman & Hall, 1991.
39. MELTON, J, "The Theoretical Principles of Management in Relation to Health Care Provision: an Analysis", *British Journal of Occupational therapy* 1996/59 (9) σσ. 407-410.
40. MORAN, J.M., BRIGHTMAN, B.K., "Effective management of healthcare change", *The Total Quality Management magazine* 1998/10 (1) σσ. 27-29.
41. NORTHOUSE, P.G., *Leadership: Theory and practice*. Thousand Oaks, Calif, Sage Pub, 1997.
42. OTA. , "Occupational Therapy Roles", *American Journal of Occupational therapy* 1993/47 (12) σσ 1087-1095.

43. PHILLIPS., J., PENHALE.,B., *Reviewing Care Management for Older People*, London and Bristol, British Society of Gerontology, 1988.
44. PLAS, J.M., *Person-centered leadership: an American approach to participatory management*. Thousand Oaks, Calif. , Sage Pub, 1996.
45. ROSENER, J.B., “Ways women lead”, *Harvard Business Review* 1990/11-12 σσ. 119-125.
46. SCOTT, W.E, “Variables that contribute to leadership among female occupational therapists”, *American journal of Occupational therapy* 1985/39 (6) σσ. 379-385.
47. SHORTELL, S.M., KALUZNY, A.D., and ASSOCIATES, *Essentials of health care management*, Albany, N.Y., Delmar Publishers, 1997.
48. STEERS, M.R., PORTER., L.W., BIGLEY, G.A. *Motivation and leadership at work*, New York, Mc Graw-Hill, 1996.
49. SULLIVAN, E.J., DECKER, P.J., *Effective leadership and management in nursing*, Menlo Park, Calif., Addison-Wesley Nursing, 1997.
50. SWANSBURG, RUS., SWANSBURG, RICH., *Introductory Management and leadership for nurses*, 2nd ed., Boston, Jones and Bartlett Publishers, 1998.
51. WHO, *Education of Managers in Health Services: Report on a Working Group*, Regional Office for Europe, 1977.
52. bmj.comRapidResponses for Graff et al URL: <http://www.bmj.com/cgi/content/full> (επίσκεψη ιστοσελίδας 6 /10 / 2008).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ «Ο ΝΕΣΤΩΡ» ΚΛΙΝΙΚΗ- ΚΕΝΤΡΟ
ΗΜΕΡΑΣ**

ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΟΙΑΣ

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Αθανάσιος Μούγιας, Διευθυντής

Ψυχογηριατρικής κλινικής Ψ.Ν.Α.

Ι. Δροσοπούλου 22, Κυψέλη

Τηλέφωνα 210- 8235050

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ

	ΔΕΥΤΕΡΑ	ΤΡΙΤΗ	ΤΕΤΑΡΤΗ	ΠΕΜΠΤΗ	ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
10.15 11.15	A1 ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΥΝΕΡΓΙΑΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ A2 ΟΜΑΔΑ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΑ (ΟΠΤΙΚΑ, ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΑΠΤΙΚΑ, ΓΕΥΣΤΙΚΑ) B' ΟΜΑΔΑ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ	A1 ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΜΝΗΜΗΣ (παιχνίδια λέξεων, αριθμομνήμη) A2 ΟΜΑΔΑ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ B' ΟΜΑΔΑ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ	A1 ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΧΩΡΟΧΡΟΝΙΚΟΣ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ A2 ΟΜΑΔΑ ΟΜΑΔΑ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ B' ΟΜΑΔΑ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ (κάθε δεύτερη Τετάρτη / 10.30- 12.30)	A1 ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΜΝΗΜΗΣ (παιχνίδια λέξεων, αριθμομνήμη) A2 ΟΜΑΔΑ ΣΩΜΑΤΟΓΝΩΣΙΑ- ΚΙΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑ B' ΟΜΑΔΑ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ ΟΜΑΔΑ ΛΟΓΟΥ (11.00-13.00)	A1 ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΚΦΡΑΣΤΙΚΟ ΠΑΙΧΝΙΔΙ A2 ΟΜΑΔΑ ΜΥΘΟΙ & ΛΟΓΟΤΕΧΝΙΑ B' ΟΜΑΔΑ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ
11.15 11.45	ΔΙΑΔΕΙΜΜΑ	ΔΙΑΔΕΙΜΜΑ	ΔΙΑΔΕΙΜΜΑ	ΔΙΑΔΕΙΜΜΑ	ΔΙΑΔΕΙΜΜΑ
11.45- 12.45	A1 ΟΜΑΔΑ ΟΜΑΔΑ ΑΝΑΜΝΗΣΕΩΝ A2 ΟΜΑΔΑ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΕΝΔΥΣΗΣ ΑΠΕΝΔΥΣΗΣ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΝΗΣ B' ΟΜΑΔΑ ΜΟΥΣΙΚΗ	A1 ΟΜΑΔΑ ΟΜΑΔΑ ΛΑΪΚΗΣ ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ A2 ΟΜΑΔΑ ΟΜΑΔΑ ΜΟΥΣΙΚΗΣ B' ΟΜΑΔΑ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΑ (ΟΠΤΙΚΑ, ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΑΠΤΙΚΑ, ΓΕΥΣΤΙΚΑ)	A1 ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΟΠΤΙΚΗΣ ΑΚΟΥΣΤΙΚΗΣ ΜΝΗΜΗΣ A2 ΟΜΑΔΑ ΟΜΑΔΑ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ B' ΟΜΑΔΑ TV – video ΟΜΑΔΑ ΛΟΓΟΥ (18.00-20.00)	A1 ΟΜΑΔΑ ΟΜΑΔΑ ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑΣ A2 ΟΜΑΔΑ ΟΜΑΔΑ ΜΟΥΣΙΚΟΚΙΝΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ B' ΟΜΑΔΑ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΑ (ΟΠΤΙΚΑ, ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ, ΑΠΤΙΚΑ, ΓΕΥΣΤΙΚΑ)	A1 ΟΜΑΔΑ ΜΙΜΗΣΗΣ / ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ A2 ΟΜΑΔΑ ΟΜΑΔΑ ΧΟΡΩΔΙΑΣ B' ΟΜΑΔΑ TV – video

ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΚΑΙ ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ «Ο ΝΕΣΤΩΡ»

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Δρ Αθανάσιος Μούγιας

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΑ

ΧΡΟΝΙΑ ΕΚ-ΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΣΤΡ. ΘΗΤΕΙΑ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΠΗΓΗ ΕΣΟΔΩΝ
	ΝΑΙ πότε..... Αναβολή Απαλλαγή	αγρότης κτηνοτρόφος υπάλληλος ΔΥ ΙΔ.Υ άλλο.....	ΑΓΑΜΟΣ ΕΓΓΑΜΟΣ Αριθμός παιδιών.....	Μένει μόνος; Μένει με:..... δικό του σπίτι;.....	Σύνταξη Αν ναι: - πόθεν..... - ποσό..... Εργασία Συγγενείς χωρίς έσοδα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	ΤΡΟΠΟΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ	ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ	ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ	Μόνος Παραπομπή ΕΓΓΕ ΠΗΓΗ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ	ΟΧΙ ΝΑΙ αριθμός εισαγωγών..... Τελευταία..... ΚΛΙΝΙΚΗ.....	Πόλη, Τηλέφωνο	Aloperidin Risperdal Largactil Alop Dec Anafranil Seropram Aricept Reminyl Κοινά ηρεμιστικά Άλλο..... Όχι αγωγή Διακοπή αγωγής Πότε;..... ΑΛΛΕΡΓΙΑ Ειδική Δίαιτα

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ, ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΣΥΓΓΕΝΩΝ Ή ΑΛΛΩΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΑ
.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ή ΔΙΑΚΟΠΗΣ	Διακοπή: Με πρότασή μας Βαρέθηκε Βαρέθηκαν Επιδείνωση	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	Ψ ΜΚ ΨΕ ΝΚ ΔΠ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΑΝΟΙΑ Άλλο.....	ΠΟΡ ΕΙΑ ΠΡΟ ΟΡΙΣ ΜΟΣ	Βελτίωση «στα ίδια» επιδείνωση σπίτι του άλλη δομή.....
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ	ΚΨΥ.....ΑΓΡΟΤΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ.....ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ.....ΑΛΛΗ ΔΟΜΗ..... Συμμετοχή σε πρόγραμμα μας αποκατάστασης;.....				
ΛΟΓΟΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ Ή ΑΡΧΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ	Αισθάνεται δυσάρεστα Επιθετικότητα με λόγια Επιθετικότητα με πράξεις Ιδιόμορφη,παράξενη συμπεριφορά Κοινωνικοί λόγοι Άλλοι λόγοι		Περιγραφή: (τι αισθάνεται, προς ποιους επιθετικότητα, ποια η συμπεριφορά, ποιοι οι κοινωνικοί λόγοι)		
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	Όνομα, Ηλικία, Επάγγελμα: - μητέρα: _____ - πατέρα: _____ - συζύγου: _____ - παιδιών: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____		Όνομα, Ηλικία, Επάγγελμα: αδελφών: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____		
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ψυχιατρικό κατάχρησης ουσιών κατάχρηση οινόπνευματων άλλο:		Αναφορά σε: ■ κακές συνθήκες διαβίωσης ■ βία, κακοποίηση στην οικογένεια ■ δραματική μεταβολή συνθηκών διαβίωσης ■ εντόπιση συγγενών με πρόβλημα:		

ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΜΕΡΑ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΝΟΣΟΥΣ

ΒΑΣΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ	ΙΑΤΡΙΚΕΣ: ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ:
ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ	πολλές νοσηλείες στο παρελθόν σε διάφορα ψυχιατρεία και κλινικές 1 ^η Θεραπευτική προσπάθεια 1 ^η Θεραπευτική προσπάθεια την τελευταία τριετία.
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ψυχολογικές δοκιμασίες προσωπικότητας δείκτη νοημοσύνης μνήμης Αναλυτικά: _____ _____
	αξονική τομογραφία εγκεφάλου HEG αιματολογικές άλλες: _____ Να προσδιορισθεί αν παθολογικό αποτέλεσμα: _____
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ	συστηματική ? όταν υπήρχε πρόβλημα ? ασταθής ? ποτέ ? δεν δεχόταν ? Που Παρακολουθείται; _____ Τελευταία επίσκεψη: _____
ΦΑΡΜΑΚΑ	συστηματική λήψη ? ασταθής λήψη ? σύμφωνα με οδηγίες ?

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ, ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ

Τύπου Αγχωδών Διαταραχών	άγχος ? σωματικά συμπτώματα ? δύσπνοια, πλάκωμα στο στήθος, ζάλη, αίσθημα πνιγμού, εφίδρωση, Τρεμούλα, ταχυπαλμία, μωδιάσματα πανικός ? διαταραχές του ύπνου ? πανφοβία ?	ειδική φοβία ψυχαναγκασμοί ? καταναγκασμοί ? Συμπτώματα τύπου Σωματόμορφης διαταραχής ? (σωματοποιητική διατ., υστερία, υποχονδρίαση) Ψυχογενής Ανορεξία ?
Σχιζοφρενικού τύπου ψυχωτικά 1 ^ο επεισόδιο Χρόνος 1 ^{ης} αλλαγής που διαπιστώθηκε στον ασθενή : _____ Γνωστό Ιστορικό νόσου	παραληρήματα ? αναφέρει ότι ακούει φωνές ? μιλάει μόνος του υποψία ακ. ψευδαισθήσεων ? άλλες ψευδαισθήσεις ? ασυνάρτητος, διατ δομής ? επιθετική συμπεριφορά ? ψυχοκινητική ανησυχία ρυπαρός/απεριποίητος ? δεν μιλάει καθόλου ? κοινωνική απομόνωση ? έκπτωση σε λειτουργία ιδέες συσχέτισεως ? ιδιόρρυθμη συμπεριφορά ? αμβλύ συναίσθημα αδυναμία αυτοφροντίδας ? έλλειψη ενδιαφερόντων ?	<u>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΟΣ:</u> <u>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΩΝ:</u> <u>ΆΛΛΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:</u> (κατατονικά, στερεοτυπίες....)
Μανιακού Τύπου	ευφορία, ευερεθιστότητα ? διογκωμένη αυτοεκτίμηση ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο παραλήρημα	γρήγορη ομιλία διάσπαση της προσοχής αυξημένη δραστηριότητα ? ψευδαισθήσεις ?
Καταθλιπτικά	λύπη κλαίει εύκολα ?	ψυχοκινητική επιβράδυνση ψυχοκινητική διέγερση ?

1 ^ο επεισόδιο ? Γνωστό Ιστορικό νόσου ? Από :	απώλεια ενδιαφερόντων ελπίδας, απαισιοδοξία αίσθηση κούρασης σωματικά ενοχλήματα	έλλειψη	χαμηλή αυτοεκτίμηση μείωση σεξουαλικής διάθεσης διαταραχή της όρεξης σκέψεις/απόπειρα αυτοκτονίας	? ?
Τύπου Καθυστέρησης	Νοητικής	ΔΝ (test ή κλινικά εκτιμούμενος)	εκνευρισμός επιθετικότητα κατάθλιψη ενεργά ψυχωτικά προβλήματα συμπεριφοράς	? ? ?
Τύπου Ψυχοσυνδρόμου (και χρονίου, π.χ. Ανοιας)	Οργανικό	στάδιο (βάση επισυναπτομένου)	με παραλήρημα, ψευδαισθήσεις με κατάθλιψη	? ?
Διαταραχή Προσωπικότητας		τύπου:	Άλλη ψυχοπαθολογία:	
Χρήση Αλκοόλ		λειτουργικά προβλήματα:	σωματικά προβλήματα: άλλα ψυχιατρικά προβλήματα:	
Χρήση Ουσιών (ναρκωτικών)		ποια:..... λειτουργικά προβλήματα:	σωματικά, ψυχιατρικά προβλήματα:	
ΆΛΛΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ή ΣΗΜΕΙΑ				

ΟΝΟΜΑ

ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

ΘΕΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ

ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΑΠΩΝ	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΕΛΑΦΡΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΜΕΤΡΙΩΣ ΣΟΒΑΡΟ	ΣΟΒΑΡΟ	ΑΚΡΑΙΟ
Θ1 Παραληρητικές Ιδέες	1	2	3	4	5	6	7
Θ2 Αποδιοργάνωση σκέψης	1	2	3	4	5	6	7
Θ3 Ψευδαισθητική συμπεριφορά	1	2	3	4	5	6	7
Θ4 Διέγερση	1	2	3	4	5	6	7
Θ5 Ιδέες μεγαλείου	1	2	3	4	5	6	7
Θ6 Καχυποψία, Ιδέες δίωξης	1	2	3	4	5	6	7
Θ7 εχθρότητα	1	2	3	4	5	6	7

ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ

ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΑΠΩΝ	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΕΛΑΦΡΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΜΕΤΡΙΩΣ ΣΟΒΑΡΟ	ΣΟΒΑΡΟ	ΑΚΡΑΙΟ
A1 Συναισθηματική Αμβλύτητα	1	2	3	4	5	6	7
A2 Συναισθηματική Απόσυρση	1	2	3	4	5	6	7
A3 Πτωχή Συναισθηματική Σχέση	1	2	3	4	5	6	7
A4 Κοινωνική Απόσυρση λόγω υποβουλησίας, παθητικότητας	1	2	3	4	5	6	7
A5 Δυσκολία στην Αφηρημένη Σκέψη	1	2	3	4	5	6	7
A6 Συζήτηση χωρίς αυθορμητισμό	1	2	3	4	5	6	7
A7 Στερεότυπες σκέψεις	1	2	3	4	5	6	7

ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΑΠΩΝ	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΕΛΑΦΡΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΜΕΤΡΙΩΣ ΣΟΒΑΡΟ	ΣΟΒΑΡΟ	ΑΚΡΑΙΟ
G1 Σωματικές ενασχολήσεις	1	2	3	4	5	6	7
G2 Άγχος	1	2	3	4	5	6	7
G3 Αισθήματα ενοχής	1	2	3	4	5	6	7
G4 Ψυχική Ενταση	1	2	3	4	5	6	7
G5 Ιδιοτροπισμοί, Παράξενες Στάσεις	1	2	3	4	5	6	7
G6 Κατάθλιψη	1	2	3	4	5	6	7
G7 Κινητική επιβράδυνση	1	2	3	4	5	6	7
G8 Ελλειψη συνεργασίας	1	2	3	4	5	6	7
G9 Ασύνηθες περιεχόμενο σκέψης	1	2	3	4	5	6	7
G10 Διαταραχή προσανατολισμού	1	2	3	4	5	6	7
G11 Διαταραχή προσοχής	1	2	3	4	5	6	7
G12 Ελλειψη κρίσης, εναισθησίας	1	2	3	4	5	6	7
G13 Διαταραχή της βούλησης	1	2	3	4	5	6	7
G14 Διατ. Ελέγχου των Παρορμήσεων	1	2	3	4	5	6	7
G15 Υπερβολική ενασχόληση με εαυτόν	1	2	3	4	5	6	7
G16 Κοινωνική αποφυγή λόγω άγχους, φόβων, εχθρότητας, δυσπιστίας	1	2	3	4	5	6	7

ΚΛΙΜΑΚΑ

ΣΥΝΟΛΟ

ΠΟΣΟΣΤΟ

range

ΘΕΤΙΚΗ (άθροισμα Θ1 έως Θ7)			
ΑΡΝΗΤΙΚΗ (άθροισμα A1-A7)			
Θ - A (άθροισμα Θ-άθροισμα A)			
ΓΕΝΙΚΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ			
Ελλειψη «ενέργειας» (A1,A2,Γ7,Γ10)			
Διαταραχή Σκέψης (Θ2,Θ3,Θ5,Γ9)			
Κινητοποίηση Θ4, Γ4, Γ5			
Παρανοειδή Θ6, Θ7, Γ8			
Κατάθλιψη Γ1, Γ2, Γ3, Γ6			

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

≥4 :

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

≥4 :

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ:.....

Άλλες πληροφορίες από συνοδούς (Ποιοι είναι:.....)

Σωματικές νόσοι ή τραυματισμός ήδη κατά την είσοδο:

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	συνεχίζει κανονικά τη ζωή που έκανε και πριν εργάζεται κανονικά ? εργάζεται με προβλήματα ? υποαπασχολείται ? Σε τι..... καφενείο δεν κάνει τίποτε όλη μέρα	
------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΚΛΥΤΙΚΕΣ ΑΦΟΡΜΕΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ	νόσος φυλάκιση θάνατος οικονομικά προβλήματα πρόβλημα στέγης άλλο:.....	Σωματική Υγεία:
---------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- ? σχιζοφρένεια
- ? παρανοϊκή διατ.
- ? Οξύ ψυχωτικό επεισόδιο (σύγχυση, ψευδαισθήσεις, παραλήρημα)
- ? σαφής διαγνωστικά Νοητική Καθυστέρηση με προβλήματα ψυχιατρικά ?
- ? Μανιοκατάθλιψη σε Μανιακή ή Υπομανιακή φάση
- ? Μανιοκατάθλιψη σε καταθλιπτική φάση
- ? Κατάθλιψη
- ? Οργανικό Ψυχοσύνδρομο ± Σύγχυση, γνωστής ? άγνωστης ? αιτιολογίας
- ? Άνοια
- ? Νεύρωση: _____
- ? Διαταραχή Προσωπικότητας. Τύπου: _____
- ? κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών: _____
- ? Άλλη: _____
- ? Αδιάνωστο

Φαρμακευτική αγωγή

Θεραπευτής.....

Ημερομηνία.....

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Πρόσθετα στοιχεία, νέες ή διαφορετικές πληροφορίες σε σχέση με τα σημειωθέντα κατά την είσοδο

? ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ ΔΕΝ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

? ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ:

Νέα Διάγνωση, νέοι θεραπευτικοί στόχοι:

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ή ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Ημερομηνία: _____ Θεραπευτής: _____

Ημερομηνία: _____ Θεραπευτής: _____

**ΔΙΑΚΟΠΗ
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ
ή ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

Ασθενής: _____

Ημερομηνία: _____

Διάγνωση

- ? Επιτεύχθηκε ικανοποιητικό επίπεδο ψυχολογικής αποκατάστασης που θα επιτρέψει ? καλή κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση
? μόνο καλή κοινωνική αποκατάσταση, όχι και επαγγελματική
- ? Επιτεύχθηκε ικανοποιητικό επίπεδο ψυχολογικής αποκατάστασης που όμως δεν θα επιτρέψει καλή κοινωνική αποκατάσταση επειδή δεν δημιουργούνται οι προϋποθέσεις από την οικογένεια
- ? Δεν επιτεύχθηκε ικανοποιητικό επίπεδο ψυχολογικής αποκατάστασης.
Εξέρχεται όμως επειδή κρίνεται ότι με την εξωοσοκομειακή παρακολούθηση θα επέλθει περαιτέρω βελτίωση
- ? Δεν επιτεύχθηκε ικανοποιητικό επίπεδο ψυχολογικής αποκατάστασης.
Εξέρχεται όμως επειδή κρίνεται ότι δεν μπορεί να προσφερθεί περισσότερη βοήθεια
- ? Διέκοψε επειδή προβλεπόταν από το Θεραπευτικό Σχέδιο
- ? Διέκοψε με δική του πρωτοβουλία

Φαρμακευτική αγωγή, άλλες οδηγίες και παρατηρήσεις κατά την έξοδο

RV (όνομα θεραπευτή, ημερομηνία) ή παραπομπή:

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ**Ασθενής:** -

Ημερομηνία: _____ Θεραπευτής: _____

Λουτρό <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Γυμναστική <input type="checkbox"/>	Μαγειρική <input type="checkbox"/>
Ιατρικό _____		
Δώματιο <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Μνήμης <input type="checkbox"/>	Στοχασμού <input type="checkbox"/>
Κουζίνα <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Κοιν. Δεξ. <input type="checkbox"/>	Χορωδία <input type="checkbox"/>
Καταστήματα		Θέατρο
Τραπεζαρία <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Αισθητικοκινητικά <input type="checkbox"/>	Χορός <input type="checkbox"/>
Σαλόνι <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Μουσική <input type="checkbox"/>	Παραμύθια <input type="checkbox"/>
Περιοδικό, Εφημερίδα <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Απασχόληση	<input type="checkbox"/> Ζωγραφική
Ψυχιατρικό _____		

Λουτρό <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Γυμναστική <input type="checkbox"/>	Μαγειρική <input type="checkbox"/>
Ιατρικό _____		
Δώματιο <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Μνήμης <input type="checkbox"/>	Στοχασμού <input type="checkbox"/>
Κουζίνα <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Κοιν. Δεξ. <input type="checkbox"/>	Χορωδία <input type="checkbox"/>
Καταστήματα		Θέατρο
Τραπεζαρία <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Αισθητικοκινητικά <input type="checkbox"/>	Χορός <input type="checkbox"/>
Σαλόνι <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Μουσική <input type="checkbox"/>	Παραμύθια <input type="checkbox"/>
Περιοδικό, Εφημερίδα <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Απασχόληση	<input type="checkbox"/> Ζωγραφική
Ψυχιατρικό _____		
Περιοδικό, Εφημερίδα <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Απασχόληση <input type="checkbox"/>	Ζωγραφική <input type="checkbox"/>
Ψυχιατρικό _____		

Λουτρό <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Γυμναστική <input type="checkbox"/>	Μαγειρική <input type="checkbox"/>
Ιατρικό _____		
Δώματιο <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Μνήμης <input type="checkbox"/>	Στοχασμού <input type="checkbox"/>
Κουζίνα <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Κοιν. Δεξ. <input type="checkbox"/>	Χορωδία <input type="checkbox"/>
Καταστήματα		Θέατρο
Τραπεζαρία <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Αισθητικοκινητικά <input type="checkbox"/>	Χορός <input type="checkbox"/>
Σαλόνι <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Μουσική <input type="checkbox"/>	Παραμύθια <input type="checkbox"/>
Περιοδικό, Εφημερίδα <input type="checkbox"/>	Εργαστήριο Απασχόληση	<input type="checkbox"/> Ζωγραφική
Ψυχιατρικό _____		

ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Γνωσιακοί Τομείς		1	2	3	4
Μνήμη	Ανάκληση	βρίσκει μέχρι ένα αντικείμενο χωρίς βοήθεια, από: κλειδί, στυλό, ψαλίδι, πινέζα, μπάλα	2 ή 3 αντικείμενα χωρίς βοήθεια από: κλειδί, στυλό, ψαλίδι, πινέζα, μπάλα	4 αντικείμενα χωρίς βοήθεια από: κλειδί, στυλό, ψαλίδι, πινέζα, μπάλα	και τα 6 αντικείμενα χωρίς βοήθεια
	Αυτοβιογραφική μνήμη	1 ή 2 σωστές απαντήσεις από ερωτήσεις ταυτότητας και αυτοβιογραφικές	θυμάται 3 με 5 στοιχεία	θυμάται 6 στοιχεία	θυμάται περισσότερα από 6 στοιχεία
Προσοχή		μετρά από το 0 ως το 20 με λάθη	μετρά 20-0 με λάθη, ή 0-20 χωρίς λάθη	μετρά από το 20 ως το μηδέν με δισταγμό	μετρά από το 20 ως το μηδέν χωρίς δισταγμό
Προσανατολισμός	Χρόνος	βρίσκει μέχρι ένα στοιχείο από: μήνα, μέρα, ώρα ≈60 λεπτά χωρίς να κοιτάξει το ρολόι	δύο στοιχεία από: μήνα, μέρα, ώρα ≈60 λεπτά χωρίς να κοιτάξει το ρολόι	μήνα, μέρα, ώρα ≈60 λεπτά με δισταγμό	μήνα, μέρα, ώρα ≈60 λεπτά χωρίς δισταγμό
	Εξωτερικός Χώρος	βρίσκει μέχρι ένα στοιχείο από: διαμέρισμα, πόλη, περιοχή, όροφος	2 στοιχεία από: διαμέρισμα, πόλη, περιοχή, όροφος	3 στοιχεία χωρίς βοήθεια, ή όλα με βοήθεια	βρίσκει όλα τα στοιχεία χωρίς βοήθεια
	Εσωτερικός Χώρος	δεν προσανατολίζεται μέσα στο δωμάτιο	προσανατολίζεται στο δωμάτιο και βρίσκει το μπάνιο	βρίσκει δωμάτιο, ή /και μπάνιο, ή/ και σαλόνι	βρίσκει όλα τα δωμάτια χωρίς βοήθεια
Λειτουργικοί Τομείς		1 (III, IV)	2 (II)	3 (I)	4
Λόγος	Κατανόηση	κατανοεί μόνο απλή εντολή	αποτυχία στο τεστ: μπάλα μέσα στο κουτί, δώσε το ψαλίδι, βάλε το κλειδί στην παλάμη	επιτυχία στο τεστ, αλλά δυσκολία στην πρόσληψη	καλή πρόσληψη
	Έκφραση	αντικατάσταση μιας λέξης με άλλη, παράφραση μιας λέξης	Περιφράσεις (περιγραφή)	δε βρίσκει τη λέξη	βρίσκει τις λέξεις χωρίς δισταγμό
Πραξίες	Κατασκευαστική	αναπαράσταση 1 ή 2 πλευρών του κύβου, ή closing in, ή επαφή με το πρωτότυπο	επίπεδος κύβος	1 ή 2 γραμμές δεν τέμνονται	κανονικός κύβος
	Ιδεοκινητική	δυσκολία πραγματοποίησης συμβολικής κίνησης	απραξία δακτύλων	δυνατές αλλά λανθασμένες σύνθετες κινήσεις	φυσιολογική κίνηση
	Ιδεακή	αδυναμία κίνησης, δεν μπορεί να συνδέσει δύο λογικές πράξεις	δυσκολία διαδοχής ή/ και σταμάτημα πράξης	με ψηλάφηση, ή διστακτικότητα στην κίνηση	φυσιολογική κίνηση
	Ντυσίματος	απουσία δυνατότητας διόρθωσης προσανατολισμού: μπροστά –πίσω, ψηλά-χαμηλά, ίσια-ανάποδα	μερική ή/ και κυμαινόμενη διόρθωση των προσπαθειών προσανατολισμού	λάθη που διορθώνονται αυθόρμητα στον προσανατολισμό του ρουχισμού	φυσιολογική κίνηση
Γνωστικές	Σωματογνωσία	Δυνατός ο εντοπισμός με ψηλάφηση	αγνωσία δακτύλων, δεν αναγνωρίζει κανένα δάκτυλο	δυνατός ο εντοπισμός, διστακτικός	αναγνωρίζει εύκολα όλα τα δάχτυλα

	Στερεο γνωσία	λάθη με αντικείμενα	κοινά	λάθη με τριδιάστατες φόρμες	με	λάθη με δισδιάστατες φόρμες	με	κανένα λάθος
--	------------------	------------------------	-------	-----------------------------------	----	-----------------------------------	----	--------------

ΚΙΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΣΕΙΣ

Δεξιά	Κινητικότητα Μελών				Αριστερά			
4	3	2	1		1	2	3	4
				Χέρι – Στόμα				
				Χέρι – Αυχένιας				
				Χέρι – Ωμοπλάτη				
				Χέρι – Πλάτη				
				Χέρι – Οπίσθια				
				Χέρι – Πάτωμα				
				Πόδι - Χέρι				
1	2			3	4			
έναρξη κίνησης	η κίνηση δεν ολοκληρώθηκε			η κίνηση ολοκληρώθηκε με δυσκολία	η κίνηση πραγματοποιήθηκε σωστά και με άνεση			

Δεξιά					Αριστερά			
4	3	2	1		1	2	3	4
				Όραση				
				Ακοή				
	1	2		3	4			
Όραση	ΦΩΤΑ	ΚΑΡΤΑ		<u>ΜΗΛΟ</u>	ΚΟΤΑ			
Ακοή	ακούει κάποιες λέξεις, δυσκολία ή αδυναμία για συζήτηση,	δυσκολεύεται στην επικοινωνία σε ήσυχο περιβάλλον στο 1m, ή/ και απαιτούνται επαναλήψεις, αλλά μπορεί να παρακολουθήσει μια συζήτηση		ακούει καλά σε ήσυχο περιβάλλον στο 1m, ή/ και δυσκολεύεται στην επικοινωνία παρουσία μιας πηγής θορύβου	Ακούει καλά παρουσία μιας πηγής θορύβου			

Ποσοτικά Κλινικά Χαρακτηριστικά

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΖΩΗΣ		1	2	3	4
Μετακίνηση και μεταφορά	Σηκώνεται από το κρεβάτι, ξαπλώνει				
	Κάθεται, σηκώνεται από κάθισμα				
	Στέκεται όρθιος				
	Μετακινείται				
	Ξεπερνά ένα εμπόδιο				
/20					
Σωματική υγιεινή	Πλένει το πρόσωπο				
	Σκουπίζεται στην τουαλέτα				
	Πλένει τα πόδια				
	Χτενίζεται				
	Ξυρίζεται, βάφεται				
	Βουρτσίζει τα δόντια, ξεπλένει το στόμα				
/28					
Ντύσιμο	Περνάει το ρούχο από το κεφάλι				
	Περνάει το ρούχο από τους ώμους				
	Περνάει το ρούχο από τα πόδια				
	Βάζει κάλτσες				
	Κουμπώνεται				
	Χειρίζεται φερμουάρ				
/24					
Φαγητό	Βάζει να πιει				
	Χρησιμοποιεί ποτήρι				
	Κόβει τρόφιμα				
	Χρησιμοποιεί κουτάλι				
	Χρησιμοποιεί πιρούνι				
/20					

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΖΩΗΣ		1	2	3	4
Έλεγχος χρηστικών αντικειμένων	Ανοίγει, κλείνει τη βρύση				
	Χειρίζεται αντικείμενα (τεχν. οδοντοστοιχία, γυαλιά, κ.α.)				
	Χειρίζεται ρολόι (ρύθμιση, ανάγνωση ώρας)				
	Χειρίζεται μέσα επικοινωνίας (τηλέφωνο)				
	Ζεσταίνει νερό στο ηλεκτρικό μάτι				
/20					
Κοινωνικές δραστηριότητες και αλληλεπίδραση	Επικοινωνεί, συζητά				
	Χειρίζεται χρήματα				
	Γράφει				
	Διαβάζει				
	Στρώνει το κρεβάτι				
/20					

Περιγραφικά Κλινικά Χαρακτηριστικά

		1	2	3	4
Κινητικά και αισθητηριακά κριτήρια	Χειρισμός αντικειμένων				
	Εκτέλεση κινήσεων με τα άνω άκρα				
	Εκτέλεση κινήσεων με τα κάτω άκρα				
	Αντίσταση σε άσκηση δύναμης				
	Διατήρηση ισορροπίας				
	Όραση				
	Ακοή				

Γνωστικά κριτήρια	Αναγνωρίζει αντικείμενα				
	Αναπαραγωγή του ρυθμού εκτέλεσης των πράξεων				
	Προσανατολισμός ρούχων				
	Κατανοεί οδηγίες				
	Προβλέπει κινήσεις				
	Ακολουθεί τη χρονολογική σειρά των δραστηριοτήτων				
	Ακολουθεί τα λογικά βήματα μιας δραστηριότητας				
	Προσανατολίζεται σε οικείο περιβάλλον				

Συγκεκριμένες λειτουργίες	Ανεβαίνει – κατεβαίνει σκάλες				
	Βάζει κορσέ				
	Χειρίζεται υλικά που έχουν σχέση με προσωπική υγιεινή				
	Φοράει σουτιέν				

	1	2	3	4
Πράξη ή συμπεριφορά που παρατηρήθηκε	έναρξη κίνησης (απουσία αντισταθμιστικής τεχνικής)	αδεξιότητα (αρνητική αντιστάθμιση)	δυνατή αλλά λαθεμένη (θετική αντιστάθμιση)	φυσιολογική σε σχέση με το άτομο (ηλικία, φύλο, κτλ)
Αντίστοιχη βοήθεια	σημαντική σωματική βοήθεια	σωματική βοήθεια (ή συνεχή λεκτική παρότρυνση)	λεκτική παρότρυνση	χωρίς βοήθεια

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

		1	2	3	4
Κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες	Δομή οικογένειας ή /και κοινωνικό περιβάλλον				
	Οικογενειακή ατμόσφαιρα (στάση οικείων προσώπων)				
	Άλλα (συνήθειες, ενδιαφέροντα)				
Φυσικό περιβάλλον	Περιβάλλον: θόρυβος, φως				
	Χρόνος που αποδίδεται σε βασικές ασχολίες				
	Αρχιτεκτονική χώρου που μένει				
	Εξοπλισμός σχετικά με ρουχισμό				
	Υπόλοιπος εξοπλισμός (έπιπλα, συσκευές)				
	1	2	3	4	
Περιβαλλοντικοί παράγοντες	σημαντική, μέτρια δυσκολία	ελάχιστη δυσκολία	θετικοί	πολύ θετικοί	

KATZ BASIC ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL) SCALE
KATZ Κλίμακα Βασικών Καθημερινών Δραστηριοτήτων

	Ανεξάρτητος	Μη ανεξάρτητος
Μπάνιο: Είτε δε λαμβάνει καμιά βοήθεια είτε λαμβάνει βοήθεια στο πλύσιμο ενός μόνο μέρους του σώματος		
Ντύσιμο: Ντύνεται χωρίς βοήθεια εκτός από το δέσιμο των παπουτσιών		
Τουαλέτα: Πάει στην τουαλέτα, τη χρησιμοποιεί, τακτοποιεί τα ρούχα και γυρνάει χωρίς καμιά βοήθεια (μπορεί να χρησιμοποιεί μαστούνι ή 'Π' για υποστήριξη και μπορεί να χρησιμοποιεί πάνες το βράδυ)		
Μεταφορές: Κινείται από και προς το κρεβάτι και την καρέκλα χωρίς βοήθεια (μπορεί να χρησιμοποιεί μαστούνι ή 'Π')		
Εγκράτεια: Ελέγχει το έντερο και την κύστη ολοκληρωτικά (χωρίς περιστασιακά «ατυχήματα»)		
Φαγητό: Τρώει χωρίς βοήθεια (εκτός από τη βοήθεια στο κόψιμο κρέτος ή στο άλειμα του ψωμιού)		

Σκόρ: _____ / 6

ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ομάδα

Μήνας: _____ Έτος: _____

Υπεύθυνος εργοθεραπευτής: _____

Όνοματεπώνυμο	ΑΦ	Φροντιστής	ΕΒ	Κατοικία	Τηλέφωνο	Προέλευση	Πούλμαν

Παρατηρήσεις: _____

Οι παρατηρήσεις αφορούν:

1. καινούργιους ασθενείς στις ομάδες
2. αποχώρηση ασθενών από τις ομάδες

ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ομάδα

Μήνας: _____ Έτος: _____

Υπεύθυνος εργοθεραπευτής: _____

Όνοματεπώνυμο	Διάγνωση	Στάδιο	MMSE	KATZ	IADL	Τελευταία αξιολόγηση	Επόμενη αξιολόγηση

Παρατηρήσεις: _____

Οι παρατηρήσεις αφορούν:

1. απουσία ασθενούς από τις ομάδες για 2 συνεχόμενες φορές (τηλέφωνο στον φροντιστή για αναζήτηση αιτίου)
2. σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς που δημιουργούν δυσκολίες στην ομαλή διεξαγωγή της ομάδας
3. πρόβλημα λόγω μειωμένης ή αυξημένης προσέλευσης

ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Παρουσιολόγιο

Εβδομάδα: από: ___ έως ___ Μήνας: _____ Έτος: _____

Υπεύθυνος εργοθεραπευτής: _____

Όνοματεπώνυμο	Δευτέρα	Τρίτη	Τετάρτη	Πέμπτη	Παρασκευή	Σάββατο

Παρατηρήσεις: _____

Οι παρατηρήσεις αφορούν:

1. αλλαγή στην κλινική εικόνα του ασθενούς
2. δυσπροσαρμοστικότητα στην ομάδα
3. αλλαγή φροντιστή ή άλλα κοινωνικά συμβάντα
4. αλλαγή σταδίου του ασθενούς με ανάγκη αλλαγής ομάδας

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ «Ο ΝΕΣΤΩΡ»

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΑΣ ΒΗΜΑ - ΒΗΜΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΜΕΝΟΥ _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΗ _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ _____

	Μπορεί να το κάνει μόνος	Μπορεί να το κάνει με βοήθεια	Χρειάζεται ειδική βοήθεια	Δεν μπορεί να το κάνει
Συμμετοχή στον Ημερήσιο Τύπο				
Συμμετοχή στην Ομάδα Χαλάρωσης				
Συμμετοχή στα παιχνίδια μνήμης				
Συμμετοχή στην Ομάδα				
Συμμετοχή στην Ομάδα Κίνησης				
Συμμετοχή στη Χορωδία. Τραγουδάει με άλλους				
Συμμετοχή στο χορό				
Συμμετοχή στην κινηματική				
Συμμετοχή στη				
Συμμετοχή στη				
Συμμετοχή στη Ζωγραφική				
Συμμετοχή στην Ομάδα Παραμυθιών				
Διάβασμα Εφημερίδων				
Διάβασμα περιοδικών				
Παίζει με άλλους				
Συζητάει με άλλους				
Συμμετοχή στον Καφέ-Τσάϊ				
Παρακολουθεί βίντεο				

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ «Ο ΝΕΣΤΩΡ»

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΑΣ ΒΗΜΑ - ΒΗΜΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΜΕΝΟΥ _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΗ _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ _____

Βαθμολογείστε από 1 έως 5 με άριστα το 5

Αισθήσεις (ακοή, όραση....)				
Ανοχή σε θόρυβο				
Ευαισθησίες, «Παραξενιές»				
Ενδιαφέρον για το αντικείμενο				
Συγκέντρωση				
Αδρή κίνηση				
Λεπτές κινήσεις				
Χρήση εργαλείων				
Τάξη – Οργάνωση				
Αντιλαμβάνεται αυτό που πρέπει να κάνει				
Ακολουθεί οδηγίες				
Ρυθμός				
Πρωτοβουλία				
Διορθώνει μόνος του				
Ικανότητα ανεξάρτητης λειτουργίας				
Ολοκλήρωση ενεργειών				
Ποιότητα εργασίας				
Ικανότητα συνεργασίας				
Ικανότητα ατομικής εργασίας				
Ικανότητα ομαδικής εργασίας				

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ « Ο ΝΕΣΤΩΡ »

ΑΞΙΟΛΟΓΩ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΜΟΥ

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΦΥΛΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΜΕΝΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗ _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΒΟΗΘΟΥ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ _____

	Πολύ	Λίγο
Ευγενικός		
Ευχάριστος		
Μου εξηγεί καλά τι πρέπει να κάνω		
Επαινεί την καλή μου δουλειά		
Μου αφήνει πρωτοβουλία		
Έμαθα πολλά		
Η απασχόληση μαζί του είναι ευχάριστη		
Συμμετείχα πολύ στην ομάδα		
Θέλω να τον έχω πάλι εκπαιδευτή		
Είναι αυστηρός		
Είναι βαρετός		
Δεν μου δίνει να καταλάβω τι πρέπει να κάνω		
Δεν μου λέει μπράβο		
Δεν με εμπιστεύεται		
Δεν έμαθα τίποτε		
Η απασχόληση μαζί του δεν μου αρέσει		
Δεν πήρα μέρος στην ομάδα		
Δεν θέλω να τον έχω ξανά εκπαιδευτή		

Υπογραφή ασθενούς:

Όνομα:

Ημερομηνία:

1.ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

-Χρήση τηλεφώνου

Πλήρης χρήση
Χρήση χωρίς σωστό σχηματισμό κινήσεων
Σηκώνει το ακουστικό-παθητικά
Καμία χρήση

\4 μονάδες

2.ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

- αναγνώριση αντικειμένων

Γυαλιά	χρήση	Υλικό
Παπούτσι	χρήση	Υλικό
Καπέλο	χρήση	Υλικό
Κουτάλι	χρήση	Υλικό

Αυτοκίνητο	χρήση	συσχετισμοί
Μάτια	Κατηγορία	λειτουργία
Αχλάδι	Κατηγορία	συσχετισμοί
λουλούδι	Κατηγορία	συσχετισμοί

\8 -> \4 μονάδες

I.A.D.L. Instrumental Activities of Daily Living – Κλίμακα Σύνθετων Καθημερινών Δραστηριοτήτων

<p>A. ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ</p> <p>1. Χρησιμοποιεί το τηλέφωνο κανονικά 2. Καλεί ορισμένα πολύ γνωστά νούμερα 3. Απαντά στο τηλέφωνο, αλλά δεν το χρησιμοποιεί αυθόρμητα 4. Δεν χρησιμοποιεί καθόλου το τηλέφωνο αυθόρμητως 5. Ανίκανος να χρησιμοποιήσει το τηλέφωνο</p>	<p>? ? ? ? ?</p>	<p>E. ΠΛΥΣΙΜΟ ΡΟΥΧΩΝ</p> <p>○ Δεν εφαρμόζεται: Δεν έχει ποτέ του ασχοληθεί με το πλύσιμο των ρούχων του 1. Πλένει μόνος του όλα του τα ρούχα 2. Πλένει τα μικρά ρούχα, τις κάλτσες κ.λ.π. 3. Όλα τα ρούχα πρέπει να πλυθούν από ένα άλλο άτομο</p>	<p>? ? ?</p>
<p>B. ΤΑ ΨΩΝΙΑ</p> <p>1. Ψωνίζει κανονικά 2. Κάνει ορισμένα ψώνια (περιορισμένος αριθμός αγορών, 3 το λιγότερο) 3. Πρέπει να συνοδεύεται για να ψωνίσει 4. Εντελώς ανίκανος για να ψωνίσει</p>	<p>? ? ? ?</p>	<p>ΣΤ. ΜΕΣΟ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ</p> <p>1. Χρησιμοποιεί τα δημόσια μέσα μεταφοράς με τρόπο ανεξάρτητο ή οδηγεί το αυτοκίνητό του 2. Οργανώνει τις μετακινήσεις του με ταξί, αλλιώς δε χρησιμοποιεί κανένα δημόσιο μέσο μεταφοράς 3. Χρησιμοποιεί τα δημόσια μεταφορικά μέσα με τη βοήθεια ενός συνοδού 4. Περιορισμένες μετακινήσεις με ταξί ή με αυτοκίνητο και με τη βοήθεια κάποιου άλλου</p>	<p>? ? ? ?</p>
<p>Γ. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΕΥΜΑΤΩΝ</p> <p>○ Δεν εφαρμόζεται: Δεν προετοίμαζε ποτέ του γεύματα 1. Προβλέπει, προετοιμάζει και σερβίρει κανονικά τα γεύματα 2. Προετοιμάζει κανονικά τα γεύματα, εάν του διατεθούν τα ανάλογα υλικά 3. Ξαναζεσταίνεται και σερβίρει τα προετοιμασμένα γεύματα ή προετοιμάζει γεύματα, αλλά με λίγο έως πολύ ανεπαρκή τρόπο 4. Είναι απαραίτητο να του ετοιμάζει κάποιος τα γεύματα και να του τα σερβίρει</p>	<p>? ? ? ? ?</p>	<p>Η. ΥΠΕΥΘΥΝΟΤΗΤΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ</p> <p>1. Είναι υπεύθυνος για τη σωστή λήψη των φαρμάκων του (σωστός ρυθμός και δόση) 2. Είναι υπεύθυνος για τη λήψη των φαρμάκων του, εάν του έχουν προετοιμαστεί οι ξεχωριστές δόσεις 3. Είναι ανίκανος να πάρει μόνος του τα φάρμακά του, ακόμη και εάν του έχουν προετοιμαστεί από πριν οι ξεχωριστές δόσεις</p>	<p>? ? ?</p>
<p>Δ. ΟΙΚΙΑΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ</p> <p>○ Δεν εφαρμόζεται: Δεν έκανε ποτέ του οικιακές εργασίες 1. Διατηρεί το σπίτι μόνος του ή με βοήθεια κατά περίπτωση (για τις βαριές εργασίες) 2. Φέρει εις πέρας ορισμένες καθημερινές ελαφρές εργασίες, όπως πλύσιμο πιάτων, στρώσιμο κρεβατιών 3. Φέρει εις πέρας ορισμένες καθημερινές εργασίες, αλλά δε μπορεί να διατηρήσει ένα κανονικό επίπεδο καθαριότητας 4. Έχει ανάγκη βοήθειας για όλες τις οικιακές εργασίες 5. Είναι ανίκανος να συμμετάσχει σε οποιαδήποτε εργασία</p>	<p>? ? ? ? ? ?</p>	<p>Θ. ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΗΜΑΤΟΣ</p> <p>○ Δεν εφαρμόζεται: Ποτέ του δε διαχειρίστηκε χρήματα 1. Διαχειρίζεται τα οικονομικά του με τρόπο αυτόνομο (προϋπολογισμός, σύνταξη επιταγών) 2. Χρειάζεται βοήθεια στη διαχείριση των οικονομικών 3. Διαχειρίζεται μόνος πολύ απλές οικονομικές πράξεις 4. Δε μπορεί να συμμετάσχει σε καμία οικονομική συναλλαγή</p>	<p>? ? ? ? ?</p>
		<p>ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΑΘΡΟΙΣΜΑ:</p>	<p>?</p>