



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Σχολή Κοινωνικών Επιστημών

Τμήμα Ιατρικής

Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Προστασία των Δικαιωμάτων των Ασθενών με Άνοια: Συγκριτική

Ανάλυση Πολιτικών Υγείας στην Ελλάδα και την Ε.Ε.

Φιλιώ Χαρισοπούλου

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Θεοφανία Αντωνίου

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας της συγγραφέας/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση της συγγραφέας/δημιουργού. Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



Προστασία των Δικαιωμάτων των Ασθενών με Άνοια: Συγκριτική
Ανάλυση Πολιτικών Υγείας στην Ελλάδα και την Ε.Ε.

Φιλιώ Χαρισσοπούλου

Επιτροπή Κρίσης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής

Θεοφάνια Αντωνίου

Ιωάννης Λαμπρόπουλος

Καθηγήτρια, Μέλος ΣΕΠ, ΕΑΠ

Καθηγητής, Μέλος ΣΕΠ, ΕΑΠ

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην καθηγήτρια μου Θεοφανία Αντωνίου, για την πολύτιμη καθοδήγηση και τη συνεχή υποστήριξη της καθ' όλη την διάρκεια της συγγραφής της. Ευχαριστώ επίσης θερμά τον σύζυγο μου, Νίκο και την οικογένεια μου για την αμέριστη συμπαράσταση, ενθάρρυνση, κατανόηση και υπομονή που μου προσέφεραν σε όλη τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας.

Η παρούσα εργασία είναι αφιερωμένη σε όλους τους ηλικιωμένους που ζουν με άνοια και ιδιαίτερα σε εκείνους που γνώρισα μέσα από την επαγγελματική μου πορεία.

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζει την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών με άνοια, εστιάζοντας στη συγκριτική ανάλυση των πολιτικών υγείας που εφαρμόζονται στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση. Σκοπός της, είναι η διερεύνηση και αποτίμηση του θεσμικού και νομοθετικού πλαισίου που διέπει τα δικαιώματα των ατόμων με άνοια καθώς και η ανάλυση των σχετικών πολιτικών υγείας σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο.

Αρχικά, παρουσιάζεται το θεωρητικό και νομικό πλαίσιο των δικαιωμάτων των ασθενών με άνοια, με αναφορά σε βασικές έννοιες όπως η νομική ικανότητα και η αυτονομία καθώς και εθνικά κείμενα προστασίας δικαιωμάτων, όπως ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, η Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία αλλά και η σχετική ελληνική νομοθεσία. Στη συνέχεια, αναλύονται οι πολιτικές υγείας για την άνοια σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο, με έμφαση στα στρατηγικά σχέδια δράσης, στις υπηρεσίες υποστήριξης και στις προκλήσεις εφαρμογής τους, όπως η πρόσβαση στις υπηρεσίες και η στελέχωση του συστήματος υγείας. Ακολουθεί συγκριτική ανάλυση μεταξύ Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης, με στόχο την ανάδειξη σημείων σύγκλισης και απόκλισης ως προς την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, την πρόσβαση στις υπηρεσίες και την υποστήριξη των φροντιστών. Τέλος, η εργασία περιλαμβάνει εμπειρική έρευνα ποιοτικής προσέγγισης μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων με επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να διερευνηθούν οι πρακτικές διαστάσεις της εφαρμογής των πολιτικών και οι δυσκολίες που ανακύπτουν στην καθημερινή φροντίδα των ατόμων με άνοια. Τα ευρήματα αναδεικνύουν την απόσταση που συχνά υπάρχει μεταξύ θεσμικού πλαισίου και πρακτικής εφαρμογής στην Ελλάδα, ιδίως ως προς την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, το κοινωνικό στίγμα και τις δυσκολίες φροντίδας. Ενώ σε ευρωπαϊκό επίπεδο παρατηρείται ισχυρότερη έμφαση στην ενίσχυση της αυτονομίας και την υποστηριζόμενη λήψη αποφάσεων για τα άτομα με άνοια, το ελληνικό πλαίσιο παραμένει περισσότερο οικογενειοκεντρικό. Παράλληλα, εντοπίζονται ελλείψεις στις υποδομές φροντίδας, κυρίως στην ελληνική επαρχία, όσον αφορά την υποστήριξη των ασθενών με άνοια αλλά και των οικογενειών τους. Συμπερασματικά, αναδεικνύεται η ανάγκη περαιτέρω εναρμόνισης της ελληνικής πρα-

κτικής με τις ευρωπαϊκές κατευθύνσεις, με στόχο την ενίσχυση της αυτονομίας και της ποιότητας ζωής των ασθενών με άνοια, καθώς και την αποτελεσματικότερη διασφάλιση των δικαιωμάτων τους.

Λέξεις –Κλειδιά

Άνοια, Δικαιώματα ασθενών, Πολιτικές υγείας, Ευρωπαϊκή Ένωση, Ελλάδα

Protection of the Rights of Patients with Dementia: A Comparative Analysis of Health Policies in Greece and the E.U.

Filio Charisopoulou

Abstract

This thesis examines the protection of the rights of patients with dementia, focusing on a comparative analysis of the health policies implemented in Greece and the European Union. Its purpose is to investigate and assess the institutional and legislative framework governing the rights of individuals with dementia, as well as to analyze the relevant health policies at both European and national levels.

Initially, the theoretical and legal framework of the rights of patients with dementia is presented, referencing key concepts such as legal capacity and autonomy, alongside fundamental protection texts, such as the Charter of Fundamental Rights, the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), and relevant Greek legislation. Subsequently, health policies for dementia at the European and national levels are analyzed, with an emphasis on strategic action plans, support services, and implementation challenges, such as access to services and healthcare system staffing.

This is followed by a comparative analysis between Greece and the European Union, aiming to highlight points of convergence and divergence regarding the protection of patient rights, access to services, and support for caregivers. Finally, the thesis includes an empirical qualitative study conducted through semi-structured interviews with healthcare professionals, in order to explore the practical dimensions of policy implementation and the difficulties arising in the daily care of people with dementia.

The findings highlight the gap that often exists between the institutional framework and practical application in Greece, particularly regarding the protection of patient rights, social stigma, and caregiving challenges. While at the European level there is a stronger emphasis on promoting autonomy and supported decision-making for individuals with dementia, the Greek

context remains more family-centered. At the same time, shortages in care infrastructure are identified, especially in the Greek provinces, regarding support for both dementia patients and their families. In conclusion, the study underscores the need for further alignment of Greek practice with European guidelines, aiming to enhance the autonomy and quality of life of patients with dementia, as well as to ensure their rights more effectively.

Keywords

Dementia, Patients' rights, Health policies, European Union, Greece

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	2
Abstract.....	4
Περιεχόμενα.....	6
Εισαγωγή.....	9
1. Θεωρητικό και Νομικό Πλαίσιο των Δικαιωμάτων των Ασθενών με Άνοια.....	11
1.1 Έννοια της Άνοιας: Ιατρικός και Κοινωνικός Ορισμός.....	11
1.2 Βασικά ανθρώπινα δικαιώματα και υγειονομική περίθαλψη.....	13
1.3 Δικαιώματα Ασθενών στον ευρωπαϊκό χώρο.....	14
1.4 Ιδιαίτερες προκλήσεις για τα άτομα με άνοια.....	17
1.4.1 Νομική ικανότητα και αυτονομία.....	18
1.4.2 Στίγμα και κοινωνικός αποκλεισμός.....	20
1.4.3 Αντιπροσώπευση και Συγκατάθεση.....	21
1.5 Εθνικά και διεθνή κείμενα- προστασία των ευάλωτων ομάδων.....	22
1.5.1 Χάρτης Δικαιωμάτων των Ασθενών.....	23
1.5.2 Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (CRPD).....	24
1.5.3 Ελληνική νομοθεσία.....	25
2. Πολιτικές Υγείας για την Άνοια στην Ε.Ε. και στην Ελλάδα.....	27
2.1 Πολιτικές αντιμετώπισης της άνοιας στην Ε.Ε.....	27
2.1.1 Ευρωπαϊκά Σχέδια Δράσης – WHO Europe & Alzheimer Europe.....	28
2.1.2 Η Διακήρυξη της Γλασκώβης.....	29
2.1.3 Joint Action on Dementia (2015–2018)	30
2.1.4 WHO Europe: Global Action Plan on Dementia 2017–2025.....	31
2.1.5 Alzheimer Europe: Strategic Plan 2021–2025.....	33

2.1.6 JADE Health (2025-2027).....	33
2.1.7 Ευρωπαϊκή Προσέγγιση Ολιστικής Φροντίδας.....	34
2.1.8 Μηχανισμοί Παρακολούθησης και Αξιολόγησης Πολιτικών.....	35
2.2 Πρακτικές από άλλα κράτη-μέλη της Ε.Ε.....	35
2.2.1 Σουηδία: Εθνικό Σχέδιο για την Άνοια.....	36
2.2.2 Βέλγιο: Προγράμματα κοινοτικής φροντίδας.....	36
2.2.3 Ιρλανδία: Dementia Friendly Communities.....	37
2.3 Ευρωπαϊκά Έργα: Memorable Project & Erasmus + & Horizon Europe.....	37
2.4 Ηθικές Αρχές.....	38
2.5 Πολιτικές και στρατηγικές στην Ελλάδα.....	39
2.5.1 Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Άνοια.....	40
2.5.2 Υπηρεσίες δημόσιας υγείας & υποστήριξης.....	42
2.5.3 Το πρόγραμμα «Αινείας».....	43
2.5.4 Πρόσβαση, στελέχωση, χρηματοδότηση.....	44
2.6 Προστασία των δικαιωμάτων μέσα από τις πολιτικές.....	45
2.6.1 Πρακτική εφαρμογή των πολιτικών.....	46
2.6.2 Εμπόδια στην εφαρμογή.....	47
3. Συγκριτική Ανάλυση Ελλάδας – Ε.Ε.....	49
3.1 Σημεία σύγκλισης και απόκλισης της Ελλάδας από τις ευρωπαϊκές πρακτικές.....	49
3.2 Κοινές προκλήσεις – διαφορετικές στρατηγικές.....	50
3.3 Προστασία δικαιωμάτων ατόμων με άνοια (Ελλάδα – Ε.Ε.).....	52
3.4 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.....	56
3.5 Υποστήριξη φροντιστών.....	58
4.Εμπειρική Έρευνα – Ποιοτική Ανάλυση μέσω Συνεντεύξεων.....	61
4.1Μεθοδολογία.....	61

4.2 Ερωτήματα.....	64
4.3 Παρουσίαση ευρημάτων.....	65
5.Συζήτηση.....	74
6.Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	81

Εισαγωγή

Στις αναπτυγμένες χώρες, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής έχει αναδείξει την άνοια όχι μόνο ως ένα σημαντικό ιατρικό ζήτημα αλλά και ως ένα ζήτημα με κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις (Εταιρεία Alzheimer Αθηνών, χ.χ.). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), η άνοια συνιστά ένα σύνδρομο που προκαλείται από διάφορες παθήσεις ή βλάβες του εγκεφάλου και χαρακτηρίζεται από την προοδευτική έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών σε επίπεδο που υπερβαίνει τις φυσιολογικές μεταβολές της γήρανσης. Αυτό έχει ως συνέπεια τον περιορισμό της αυτονομίας και της λειτουργικότητας των ατόμων στην καθημερινή τους ζωή (World Health Organization, 2025). Σε παγκόσμιο επίπεδο υπολογίζεται ότι περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με κάποια μορφή άνοια, ενώ στην Ελλάδα 250.000 άτομα ζουν με άνοια, ενώ οι συνολικές επιπτώσεις της νόσου εκτιμάται πως αφορούν περίπου ενάμιση εκατομμύριο πολίτες της χώρας (Εταιρεία Alzheimer Αθηνών, χ.χ.). Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, η άνοια δεν αντιμετωπίζεται μόνο ως μία ιατρική κατάσταση αλλά και ως ζήτημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Τα άτομα με άνοια πρέπει να παραμένουν φορείς των δικαιωμάτων τους, δίνοντας έμφαση στο σεβασμό της αξιοπρέπειας και της αυτονομίας τους αλλά και της λήψης αποφάσεων στο βαθμό που είναι εφικτό (Cohen-Mansfield, 2021).

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο προστασίας των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και των δικαιωμάτων των ασθενών, όπως προκύπτει από διεθνείς συμβάσεις και τον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην αποφυγή των διακρίσεων και στην υποστήριξη της αυτονομίας των ασθενών. Παράλληλα ευρωπαϊκές μελέτες στον τομέα της πολιτικής υγείας, αναδεικνύουν την ανάγκη ενίσχυσης των συστημάτων φροντίδας που εξασφαλίζουν αφενός την προστασία και αφετέρου την κοινωνική ένταξη των ατόμων με άνοια (Schmachtenberg et al., 2022). Στην Ελλάδα τα δικαιώματα των ατόμων με άνοια, προστατεύονται μέσα από ένα πλαίσιο εθνικών πολιτικών υγείας που δίνουν έμφαση κυρίως στην παροχή υποστήριξης και την ανάπτυξη υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας (World Health Organization, 2025).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση και η ανάλυση των δικαιωμάτων των ασθενών με άνοια στην Ελλάδα, καθώς και η συγκριτική τους αποτίμηση με το αντίστοιχο ευρωπαϊκό πλαίσιο. Επιδιώκεται επίσης η ανάδειξη ομοιοτήτων, διαφορών αλλά και κενών προστασίας στην Ελλάδα καθώς και η διατύπωση προτάσεων βελτίωσης της υφιστάμενης κατάστασης.

Η εργασία δομείται αρχικά από το θεωρητικό της μέρος, μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και στη συνέχεια από το ερευνητικό. Το πρώτο κεφάλαιο εστιάζει στο θεωρητικό και νομικό πλαίσιο των δικαιωμάτων των ασθενών με άνοια, στο οποίο παρουσιάζονται βασικές έννοιες και ανθρώπινα δικαιώματα αλλά και σχετικά διεθνή και εθνικά κείμενα. Το δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζει στρατηγικές και πολιτικές αντιμετώπισης για την άνοια στην Ευρώπη και στην Ελλάδα αλλά και τα εμπόδια εφαρμογής τους. Το τρίτο κεφάλαιο αφορά την συγκριτική ανάλυση Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης με βάση την προστασία των δικαιωμάτων, την πρόσβαση στις υπηρεσίες και την υποστήριξη των φροντιστών. Το τέταρτο κεφάλαιο αφορά την έρευνα και την ποιοτική ανάλυση μέσω συνεντεύξεων, την παρουσίαση των ευρημάτων. Τέλος, το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη συζήτηση των ευρημάτων που προέκυψαν από το θεωρητικό αλλά και το ερευνητικό μέρος, τις θεωρητικές αλλά και πρακτικές προτάσεις, τους περιορισμούς αλλά και κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα.

1.Θεωρητικό και Νομικό Πλαίσιο των Δικαιωμάτων των Ασθενών με Άνοια

1.1 Έννοια της Άνοιας: Ιατρικός και Κοινωνικός Ορισμός

Η άνοια συνιστά ένα πολυδιάστατο σύνδρομο, το οποίο χαρακτηρίζεται από την προοδευτική έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, σε βαθμό που παρεμποδίζει την καθημερινή αυτονομία και λειτουργικότητα του ατόμου. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, περιγράφει την άνοια ως «*σύνδρομο συνήθως χρόνιας ή προοδευτικής φύσης, που οφείλεται σε ποικίλες ασθένειες και κακώσεις που προσβάλλουν τον εγκέφαλο*» και επισημαίνει ότι η διαταραχή αυτή επηρεάζει τη μνήμη, τη σκέψη, τον προσανατολισμό, την κατανόηση, την ικανότητα μάθησης, την κρίση και τη γλωσσική έκφραση, ενώ η συνείδηση παραμένει ανέπαφη. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η άνοια δεν αποτελεί ένα φυσιολογικό χαρακτηριστικό της γήρανσης, αλλά μια παθολογική κατάσταση με συγκεκριμένο βιολογικό υπόβαθρο (WHO, 2023).

Η άνοια, δεν αναγνωρίζεται ως μια ενιαία νόσος, αλλά ως γενικός όρος που περιλαμβάνει διαφορετικές αιτιολογικές κατηγορίες. Η συχνότερη μορφή της άνοιας, είναι η νόσος Alzheimer, η οποία αφορά περίπου το 60-70% των περιπτώσεων, ενώ άλλες μορφές άνοιας περιλαμβάνουν τη μετωποκροταφική, την αγγειακή άνοια και την άνοια με σωμάτια Lewy. Κάθε μορφή άνοιας, χαρακτηρίζεται από διακριτές νευροπαθολογικές μεταβολές, όπως συσσώρευση αμυλοειδούς και ταυ πρωτεϊνών, ισχαιμικές εγκεφαλικές βλάβες ή εκφυλισμό των μετωποκροταφικών λοβών. Ο Π.Ο.Υ υπογραμμίζει ότι η βλάβη στις νευρωνικές συνάψεις και στα εγκεφαλικά κύτταρα αποτελεί τον κοινό παρονομαστή όλων των τύπων άνοιας, ανεξάρτητα από τον ειδικό υποτύπο. (WHO, 2023).

Στο κλινικό επίπεδο, η άνοια διακρίνεται σε τρία βασικά στάδια: αρχικό, μεσαίο και προχωρημένο. Στο αρχικό στάδιο εμφανίζονται ήπια προβλήματα μνήμης, ήπια σύγχυση ή αλλαγές στη συμπεριφορά. Στο μέσο στάδιο οι δυσκολίες γίνονται εντονότερες, επηρεάζοντας τη γλώσσα, την καθημερινή λειτουργία και τον προσανατολισμό, ενώ στο προχωρημένο στάδιο

το άτομο χάνει σε μεγάλο βαθμό την αυτονομία του, χρειάζεται συνεχή φροντίδα και παρουσιάζει σοβαρή έκπτωση τόσο στη γνωστική όσο και στη λειτουργική σφαίρα. Παρά τη γενική αυτή πορεία, η εξέλιξη της νόσου διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο, ανάλογα με τη μορφή της άνοιας, τη συνοσηρότητα και την ποιότητα της κοινωνικής υποστήριξης (Alzheimer's Society, n.d.; World Health Organization, 2023).

Στην Ελλάδα, η άνοια αναγνωρίζεται επίσης ως μια παθολογική κατάσταση που υπερβαίνει τη φυσιολογική γήρανση, με σημαντική επίπτωση στις καθημερινές λειτουργίες και τη γνωστική ικανότητα του ατόμου. Οι ελληνικές επιστημονικές πηγές και οι οδηγοί φροντίδας υπογραμμίζουν ότι η άνοια περιλαμβάνει ποικίλες μορφές νευροεκφυλιστικών και αγγειακών διαταραχών, οι οποίες προκαλούν τη προοδευτική έκπτωση της μνήμης, της κρίσης και της αυτονομίας. Η περιγραφή αυτή είναι σύμφωνη και με τον διεθνή ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τονίζοντας ότι η άνοια αποτελεί σύνδρομο με συγκεκριμένα βιολογικά αίτια και όχι απλώς ένα φυσιολογικό χαρακτηριστικό της γήρανσης (WHO, 2023).

Πέρα όμως από τη βιοϊατρική της διάσταση, η άνοια συνιστά και ένα βαθύ κοινωνικό φαινόμενο. Η κοινωνική προσέγγιση αναδεικνύει ότι η άνοια δεν επηρεάζει μόνο τις γνωστικές ικανότητες, αλλά και την ταυτότητα, τις κοινωνικές σχέσεις και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τη θέση του στο κοινωνικό σύνολο. Ο Π.Ο.Υ. υπογραμμίζει ότι οι κοινωνικές αντιλήψεις σχετικά με την άνοια όπως η ταύτισή της με την «τρέλα» ή τη μη ικανότητα λήψης αποφάσεων, συμβάλλουν καθοριστικά στον στιγματισμό, στην κοινωνική απομόνωση και σε φαινόμενα διακρίσεων (World Health Organization, 2017).

Σύγχρονα κοινωνιολογικά μοντέλα προτείνουν την έννοια της κοινωνικής υγείας (social health) ως απαραίτητο συμπλήρωμα του ιατρικού ορισμού της άνοιας. Η κοινωνική υγεία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να διατηρεί την αίσθηση ταυτότητας, τις κοινωνικές σχέσεις, και την ενεργό συμμετοχή στην κοινωνική ζωή, παρά τους γνωστικούς περιορισμούς της νόσου. Η προσέγγιση αυτή δίνει έμφαση στην ενδυνάμωση του ατόμου και στη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος που μειώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό. (Vernooy-Dassen & Jeon, 2016)

Η κοινωνιολογική ανάλυση επισημαίνει επίσης τον καθοριστικό ρόλο του περιβάλλοντος και των κοινωνικών συνθηκών στην πορεία και στην ποιότητα ζωής των ατόμων με άνοια. Η οικογένεια και οι φροντιστές συχνά αναλαμβάνουν τη μακροχρόνια και απαιτητική φροντίδα, η

οποία συνοδεύεται από αυξημένα επίπεδα άγχους, κόπωσης και οικονομικής επιβάρυνσης. Διεθνείς μελέτες έχουν τεκμηριώσει ότι οι φροντιστές αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα ψυχικής πίεσης και συχνά βιώνουν κοινωνική απομόνωση, γεγονός που μετατρέπει την άνοια σε ένα οικογενειακό και κοινωνικό ζήτημα, όχι μόνο σε μια ιατρική διάγνωση (Brodaty & Donkin, 2009).

Η σύγχρονη διεθνής πολιτική για την άνοια όπως αποτυπώνεται στα στρατηγικά κείμενα του Π.Ο.Υ, επισημαίνει ότι η κατανόηση της νόσου πρέπει να βασίζεται σε ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο αναγνωρίζει ταυτόχρονα τη βιοϊατρική, ψυχολογική και κοινωνική της διάσταση. Το μοντέλο αυτό ενισχύει την προσέγγιση που θέτει στο επίκεντρο τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των ατόμων με άνοια, προωθώντας πολιτικές ένταξης και υποστηρικτικές παρεμβάσεις που ενισχύουν την κοινωνική συμμετοχή και μειώνουν τον στιγματισμό τους (WHO, 2017).

1.2 Βασικά ανθρώπινα δικαιώματα και υγειονομική περίθαλψη

Η υγεία αναγνωρίζεται διεθνώς ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και βασική προϋπόθεση για την άσκηση όλων των υπόλοιπων δικαιωμάτων και ελευθεριών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την υγεία ως "μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς ως την απουσία ασθένειας", υπογραμμίζοντας τη σύνδεσή της με την ποιότητα ζωής και την αξιοπρέπεια του ατόμου (WHO, 2023).

Το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώνεται ρητά στο Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Μορφωτικά Δικαιώματα (ICESCR), το οποίο δεσμεύει τα κράτη να διασφαλίζουν το «υψηλότερο δυνατό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας» για όλους τους ανθρώπους, χωρίς διακρίσεις (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights [CESCR], 2000). Η σύγχρονη ερμηνεία του άρθρου 12 του Συμφώνου υπογραμμίζει ότι το δικαίωμα αυτό περιλαμβάνει την προσβασιμότητα, τη διαθεσιμότητα, την αποδοχή και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, στοιχεία κρίσιμα για την ισότιμη και αποτελεσματική φροντίδα.

Η υγειονομική περίθαλψη αποτελεί επίσης εφαρμογή της αρχής της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, που αποτελεί θεμέλιο του διεθνούς δικαίου ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Παραβιάσεις όπως η κακή μεταχείριση, η έλλειψη ενημέρωσης ή ο αποκλεισμός από υπηρεσίες υγείας συνιστούν παραβίαση θεμελιωδών δικαιωμάτων, ιδιαίτερα όταν αφορούν ευάλωτες ομάδες (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights [OHCHR], 2022).

Η σύγχρονη βιβλιογραφία για τα “*human rights in health care*” προσεγγίζει την υγειονομική περίθαλψη ως πεδίο εφαρμογής των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην καθημερινή κλινική πρακτική. Η προσέγγιση αυτή τονίζει ότι οι επαγγελματίες υγείας και τα συστήματα φέρουν ευθύνη όχι μόνο για την παροχή θεραπείας, αλλά και για τον σεβασμό της αυτονομίας, της ισότητας και της μη διάκρισης (WHO, 2022).

Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στο δικαίωμα ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Πρόσφατες εκθέσεις του ΠΟΥ δείχνουν ότι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, ηλικία, αναπηρία και γνωστική έκπτωση εξακολουθούν να αποτελούν εμπόδια στην πρόσβαση, εντείνοντας τις ανισότητες υγείας (World Health Organization [WHO], 2024). Τα κράτη υποχρεούνται να λαμβάνουν θετικά μέτρα για την άρση αυτών των ανισοτήτων.

Η συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων και η πλήρης ενημέρωσή του αποτελούν βασικά στοιχεία για την ουσιαστική άσκηση της αυτονομίας, ενώ η παράλειψή τους θεωρείται μορφή θεσμικής βίας και παραβίασης δικαιωμάτων (Childress & Childress, 2020). Η σημασία αυτή είναι ακόμη πιο κρίσιμη σε περιπτώσεις χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων, όπως η άνοια, όπου η φροντίδα είναι μακροχρόνια και πολυδιάστατη (WHO, 2023).

Συνολικά, η σύγχρονη θεώρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην υγειονομική περίθαλψη τονίζει τη συνύπαρξη της αποτελεσματικότητας της φροντίδας με τον σεβασμό της αξιοπρέπειας, της αυτονομίας και της ισότητας.

1.3 Δικαιώματα Ασθενών στον ευρωπαϊκό χώρο

Τα δικαιώματα των ασθενών αποτελούν εξειδίκευση των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων στον χώρο της υγείας και αποτελούν απάντηση στην ανάγκη μετακίνησης από το πατερναλιστικό ιατρικό μοντέλο σε ένα σύγχρονο μοντέλο συμμετοχής. Στο παρελθόν, οι αποφάσεις για τη φροντίδα λαμβάνονταν κυρίως από επαγγελματίες υγείας χωρίς ουσιαστική συμμετοχή του ασθενούς. Η σύγχρονη προσέγγιση προωθεί την ενίσχυση της αυτονομίας, της ενημέρωσης και της συμμετοχής του ασθενούς στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, αναδεικνύοντας την ενεργό συμμετοχή και συναίνεση (European Parliament & Council of the European Union, 2011).

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (άρθρο 35) κατοχυρώνει το δικαίωμα πρόσβασης σε προληπτική και θεραπευτική υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας. Το άρθρο αυτό υπογραμμίζει τη δέσμευση των κρατών μελών να ενσωματώνουν την προστασία της υγείας σε όλες τις δημόσιες πολιτικές και να λαμβάνουν υπόψη κοινωνικοοικονομικούς, γεωγραφικούς και πολιτισμικούς παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση (European Union Agency for Fundamental Rights [FRA], 2023). Η εστίαση στην προσβασιμότητα και ισότητα αποτελεί εργαλείο για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων υγείας.

Η Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών διευρύνει αυτά τα δικαιώματα, αναγνωρίζοντας το δικαίωμα στην πληροφόρηση, στη συναίνεση, στην ελεύθερη επιλογή θεραπείας, στην ιδιωτικότητα, καθώς και στη διασφάλιση της ποιότητας και ασφάλειας της φροντίδας (Active Citizenship Network, 2002). Παράλληλα, επισημαίνεται η σημασία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και της ανάπτυξης οργανωτικών δομών που διασφαλίζουν την εφαρμογή των δικαιωμάτων αυτών στην πράξη.

Η Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Σύμβαση του Οβιέδο) αποτελεί το μοναδικό νομικά δεσμευτικό πλαίσιο που ρυθμίζει θέματα υγείας και βιοηθικής. Προτεραιότητα δίνεται στον άνθρωπο έναντι της επιστημονικής προόδου, με αυξημένες εγγυήσεις για άτομα που δεν μπορούν να παρέχουν έγκυρη συναίνεση, όπως ηλικιωμένοι και ασθενείς με γνωστικές διαταραχές (Council of Europe, 1997).

Επιπλέον, ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης του Συμβουλίου της Ευρώπης, συνιστά το κύριο δεσμευτικό νομικό κείμενο για την κατοχύρωση των κοινωνικών δικαιωμάτων. Σύμφωνα με

το άρθρο 11, κατοχυρώνεται το δικαίωμα στην προστασία της υγείας, επιβάλλοντας στα συμβαλλόμενα κράτη υποχρεώσεις ως προς την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη ασθενειών και την διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας. Η νομολογιακή πρακτική της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Κοινωνικών Δικαιωμάτων έχει διευκρινίσει ότι το άρθρο 11 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη, σε συνδυασμό με το άρθρο Ε περί μη διάκρισης, επιβάλλει στα κράτη όχι μόνο την τυπική παροχή υπηρεσιών υγείας αλλά και τη διασφάλιση ουσιαστικής και ισότιμης πρόσβασης, ιδίως για ευάλωτες ομάδες (Litins'ka, 2024). Το 1996, ο Χάρτης αναθεωρήθηκε, διευρύνοντας το πεδίο προστασίας και ενισχύοντας τη σύνδεση των κοινωνικών δικαιωμάτων και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (Council of Europe, 1996).

Το 2017, διακηρύχθηκε επίσης ο Ευρωπαϊκός Πυλώνας Κοινωνικών Δικαιωμάτων της Ε.Ε, ο οποίος αποτελεί ένα σύγχρονο πλαίσιο πολιτικής για την ενίσχυση της κοινωνικής της διάστασης. Η Αρχή 16 αυτού, προβλέπει το δικαίωμα της έγκαιρης και ποιοτικής και οικονομικά προσιτής για όλους πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Αν και δεν έχει δεσμευτικό χαρακτήρα διεθνούς σύμβασης, λειτουργεί ως κανονιστικός οδηγός πολιτικής και ενσωματώνεται στη διαδικασία του Ευρωπαϊκού Εξαμήνου μέσω του Social Scoreboard (European Commission, 2021). Η σύγχρονη βιβλιογραφία επισημαίνει ότι ο Πυλώνας συμβάλλει στη σταδιακή ενσωμάτωση κοινωνικών δεικτών στη διακυβέρνηση της Ε.Ε, ιδίως σε περιόδους κρίσης, ενισχύοντας την παρακολούθηση κοινωνικών ανισοτήτων και την πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες (Simões et al., 2023).

Στην Ελλάδα, τα δικαιώματα των ασθενών κατοχυρώνονται κυρίως μέσω του Νόμου 2071/1992 και του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005). Οι διατάξεις αυτές προβλέπουν το δικαίωμα ενημέρωσης, συναίνεσης ή άρνησης ιατρικών πράξεων, σεβασμού της προσωπικότητας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων (Ελληνική Δημοκρατία, 2005). Παρά τη θεσμική κατοχύρωση, η εφαρμογή των δικαιωμάτων στην πράξη παραμένει πρόκληση λόγω ανεπαρκούς ενημέρωσης, περιορισμένης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και οργανωτικών αδυναμιών (WHO, 2024).

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στους ευάλωτους πληθυσμούς, όπως οι ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρία και ασθενείς με γνωστικές διαταραχές. Οι πολιτικές ενίσχυσης περιλαμβάνουν μηχανισμούς εκπροσώπησης, υποστήριξης και προσαρμογής υπηρεσιών στις ανάγκες τους, εργαλεία

λήψης αποφάσεων, προγράμματα συμμετοχής και ενημέρωσης (European Commission,n.d; WHO, 2024).

Τέλος, η εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών συνδέεται άμεσα με την ποιότητα της φροντίδας. Η ενσωμάτωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην πρακτική των επαγγελματιών υγείας βελτιώνει την εμπιστοσύνη των ασθενών, μειώνει παραβιάσεις και προάγει την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της φροντίδας. Η ενημέρωση, η συμμετοχή και ο σεβασμός της ιδιωτικότητας αποτελούν βασικούς δείκτες ποιότητας (WHO, 2022).

Συνολικά, η ενίσχυση των δικαιωμάτων των ασθενών σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο προάγει ένα υγειονομικό σύστημα που συνδυάζει αποτελεσματικότητα φροντίδας, αυτονομία και αξιοπρέπεια, με ιδιαίτερη μέριμνα για τους ευάλωτους πληθυσμούς.

1.4 Ιδιαίτερες προκλήσεις για τα άτομα με άνοια

Η εξέταση των δικαιωμάτων των ασθενών σε γενικό επίπεδο, αναδεικνύει την σημασία της ενημέρωσης, της αυτονομίας, της συμπερίληψης και της προστασίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας σε όλα τα επίπεδα φροντίδας. Τα δικαιώματα των ασθενών που κατοχυρώνονται τόσο στην ελληνική νομοθεσία όσο και στο Ευρωπαϊκό και διεθνές δίκαιο, συνιστούν το πλαίσιο αναφοράς για την προστασία της αξιοπρέπειας και της ισότιμης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη (European Commission, n.d; FRA, 2023). Όμως στην πρακτική εφαρμογή αυτών των δικαιωμάτων, συχνά παρουσιάζονται ιδιαίτερες προκλήσεις οι οποίες απαιτούν εξειδικευμένες προσεγγίσεις και προσαρμογές στην φροντίδα (WHO, 2023).

Καθώς η άνοια επηρεάζει άμεσα την ικανότητα κατανόησης, επικοινωνίας και ενεργού συμμετοχής του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα γενικά δικαιώματα των ασθενών, όπως η ενημέρωση, η συναίνεση και η αυτονομία, συχνά να μην εφαρμόζονται ουσιαστικά χωρίς ειδικές παρεμβάσεις και υποστηρικτικά εργαλεία. Η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι η μη εξατομικευμένη εφαρμογή των δικαιωμάτων μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμό της αυτονομίας, υπερπροστατευτικές πρακτικές και κοινωνικό αποκλεισμό (WHO, 2023).

Η ανάγκη για εξατομικευμένες προσεγγίσεις, υποδεικνύει την αναγκαιότητα της εξέτασης των ιδιαίτερων προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με άνοια. Αυτές περιλαμβάνουν ζητήματα νομικής ικανότητας και αυτονομίας, το κοινωνικό στίγμα και αποκλεισμό, αλλά και τη διαδικασία αντιπροσώπευσης και συγκατάθεσης σε προσωπικές αποφάσεις και ιατρικά ζητήματα.

Η διεθνής βιβλιογραφία, υπογραμμίζει ότι τα άτομα με άνοια συχνά αντιμετωπίζονται πρωτίστως ως «ασθενείς» και όχι ως φορείς δικαιωμάτων, με αποτέλεσμα η φροντίδα τους να επικεντρώνεται στη διαχείριση των συμπτωμάτων τους και λιγότερο στη διασφάλιση της αυτονομίας και της συμμετοχής. Η προσέγγιση αυτή έρχεται σε αντίθεση με το σύγχρονο δικαιωματικό μοντέλο υγείας, το οποίο δίνει έμφαση στη συμμετοχή του ασθενούς, στον σεβασμό της βούλησης και στην προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, ακόμη και σε περιπτώσεις μειωμένης λειτουργικότητας (Ηνωμένα Έθνη, 2006).

Τα δικαιώματα των ατόμων με άνοια συνδέονται άμεσα με τη διασφάλιση της νομικής ικανότητας και αυτονομίας, την αντιμετώπιση του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού, και την αντιπροσώπευση και τη διαδικασία συγκατάθεσης στις ιατρικές και κοινωνικές αποφάσεις.

Οι διεθνείς και ευρωπαϊκές νομοθετικές πρωτοβουλίες, όπως η Σύμβαση του Οβιέδο και η Χάρτα των Δικαιωμάτων των Ασθενών, μαζί με την ελληνική νομοθεσία (Ν. 2071/1992, Ν. 3418/2005), προσφέρουν σημαντικά μέσα για την προάσπιση των δικαιωμάτων αυτών, ενώ παράλληλα αναδεικνύουν τα κενά και τις προκλήσεις στην πράξη (Active Citizenship Network, 2022· Council of Europe, 1997).

1.4.1 Νομική ικανότητα και αυτονομία

Η έννοια της νομικής ικανότητας συνιστά θεμελιώδη πυλώνα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, και συνδέεται άρρηκτα με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και την αυτονομία των ατόμων. Σύμφωνα με το ευρωπαϊκό και το διεθνές δίκαιο ανθρωπίνων δικαιωμάτων, κάθε άνθρωπος θεωρείται ικανός να λαμβάνει αποφάσεις που αφορούν τη ζωή του, την υγεία του αλλά και τη σωματική του ακεραιότητα, εκτός εάν αποδειχθεί διαφορετικά, βάσει αυστηρών νομικών εγγυήσεων (Council of Europe, 1997).

Όσον αφορά τα άτομα με άνοια, η νομική τους ικανότητα συχνά αμφισβητείται λόγω της προοδευτικής έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών. Η σύγχρονη προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όμως, απορρίπτει την αυτόματη ταύτιση της διάγνωσης ενός ατόμου με άνοια, με την απώλεια της αυτονομίας του. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, τονίζει ότι η γνωστική έκπτωση, δεν συνεπάγεται κατ' ανάγκη αδυναμία λήψης αποφάσεων και ότι η αυτονομία αυτών των ατόμων, πρέπει να διατηρείται στο μέγιστο βαθμό (WHO, 2022). Με βάση τη βιβλιογραφία διακρίνονται τρία βασικά επίπεδα ικανότητας. Η πλήρης ικανότητα: Το άτομο είναι σε θέση να λαμβάνει ανεξάρτητες αποφάσεις για τη φροντίδα της υγείας του. Η μερική ή περιορισμένη ικανότητα: Το άτομο μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις σε ορισμένα θέματα, αλλά απαιτεί υποστήριξη σε πιο σύνθετες ή κρίσιμες αποφάσεις, και η προσωρινή ή μεταβατική ανικανότητα: Στάδια κατά τα οποία η ικανότητα μπορεί να ανακτάται ή να υποστηρίζεται με ειδικά μέσα.

Η αξιολόγηση αυτών των επιπέδων γίνεται με ειδικά ψυχομετρικά εργαλεία και κλινικές διαδικασίες, και αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια (European Observatory on Health Systems and Policies, 2020).

Στην Ελλάδα, ο Νόμος 2071/1992 και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) κατοχυρώνουν τη συναίνεση του ασθενούς και προβλέπουν την παρέμβαση νόμιμου εκπροσώπου όταν η ικανότητα είναι μειωμένη. Παρά ταύτα, η εφαρμογή των κανόνων αυτών συχνά αντιμετωπίζει δυσκολίες στην πρακτική εφαρμογή, όπως η έλλειψη μηχανισμών καταγραφής προηγούμενων επιθυμιών και η υποστήριξη σε μερικές ή κρίσιμες αποφάσεις (Υπουργείο Υγείας, 2023).

Στην Ευρώπη, η υποστηριζόμενη λήψη αποφάσεων αποτελεί μια σύγχρονη προσέγγιση. Σύμφωνα με αυτή, αντί να αφαιρείται η αυτονομία του ατόμου, ο ασθενής με άνοια υποστηρίζεται ώστε να συμμετέχει όσο το δυνατόν περισσότερο στη διαδικασία, μέσω της επαναλαμβανόμενης επικοινωνίας, της απλοποιημένης πληροφόρησης και της χρήσης οπτικοακουστικών μέσων ή οικογενειακής υποστήριξης. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή επισημαίνει ότι η υποστηριζόμενη λήψη αποφάσεων μειώνει την ανάγκη πλήρους αντιπροσώπευσης και ενισχύει την αξιοπρέπεια και την αυτονομία των ασθενών (European Commission, n.d).

1.4.2 Στίγμα και κοινωνικός αποκλεισμός

Το στίγμα αποτελεί ένα σύνθετο κοινωνικό φαινόμενο που αναφέρεται στην αρνητική εκτίμηση ή διάκριση απέναντι σε ένα άτομο ή ομάδα ατόμων λόγω συγκεκριμένων χαρακτηριστικών, όπως η ηλικία, η ασθένεια ή η αναπηρία. Στην περίπτωση των ατόμων με άνοια, το στίγμα συχνά βασίζεται σε λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με τη γνωστική τους κατάσταση και την επικοινωνία, γεγονός που οδηγεί σε περιορισμούς στην κοινωνική ένταξη και πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας (WHO, 2022). Η θεωρητική βιβλιογραφία διακρίνει τρεις μορφές στίγματος: κοινωνικό, θεσμικό και εσωτερικευμένο. Το κοινωνικό στίγμα εκδηλώνεται μέσω των προκαταλήψεων και των αρνητικών στάσεων της κοινωνίας, με αποτέλεσμα την απομόνωση και την περιθωριοποίηση των ατόμων με άνοια. Το θεσμικό στίγμα, προκύπτει όταν οι δημόσιες πολιτικές ή οι υπηρεσίες υγείας δεν εξασφαλίζουν ίση μεταχείριση ή περιορισμένη πρόσβαση σε αναγκαίες υπηρεσίες, υποβαθμίζοντας τις ανάγκες των ατόμων αυτών. Το εσωτερικευμένο στίγμα αφορά την αποδοχή από το ίδιο το άτομο των αρνητικών στερεοτύπων, οδηγώντας σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος και αποφυγή κοινωνικών σχέσεων (European Union Agency for Fundamental Rights (2023). Η καταπολέμηση του στίγματος συνδέεται άμεσα με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, καθώς η αδικαιολόγητη περιθωριοποίηση παραβιάζει την αρχή της ίσης μεταχείρισης που κατοχυρώνεται τόσο στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου όσο και στην Χάρτα των Δικαιωμάτων των Ασθενών (Active Citizenship Network, 2002; Council of Europe, n.d).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός των ατόμων με άνοια έχει σημαντικές επιπτώσεις σε πολλαπλά επίπεδα. Στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, τα άτομα αυτά συχνά αντιμετωπίζουν καθυστερήσεις στη διάγνωση και περιορισμένη πρόσβαση σε εξειδικευμένες θεραπείες, ενώ η επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας μπορεί να είναι προβληματική λόγω των γνωστικών δυσκολιών που προκαλεί η νόσος (European Commission, n.d; European Union Agency for Fundamental Rights 2023). Σε επίπεδο επαγγελματικής ζωής, το στίγμα μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρη απόσυρση από την εργασία, περιορισμένες ευκαιρίες εξέλιξης ή ακόμη και διακρίσεις κατά την πρόσληψη. Στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή, η υπερπροστασία ή η απομάκρυνση από κοινωνικές δραστηριότητες, συχνά περιορίζει την κοινωνική συμμετοχή και επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία και την αίσθηση αυτοεκτίμησης των ατόμων (WHO, 2023). Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υπογραμμίζει ότι τα άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες, όπως

τα άτομα με άνοια, πρέπει να προστατεύονται από κοινωνικές και θεσμικές διακρίσεις και να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν ενεργά στις αποφάσεις που επηρεάζουν τη ζωή τους (European Commission, n.d).

Η αντιμετώπιση του στίγματος απαιτεί συντονισμένες στρατηγικές που στοχεύουν στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για την κατανόηση της άνοιας και των αναγκών των ασθενών, στην ευαισθητοποίηση του κοινού μέσω εκστρατειών ενημέρωσης που απομυθοποιούν τη νόσο και στην προώθηση κοινωνικών δομών υποστήριξης, όπως κέντρα ημέρας και ομάδες κοινωνικής ένταξης, που ενισχύουν την κοινωνική συμμετοχή των ατόμων με άνοια (WHO, 2022; Council of Europe, n.d). Η εφαρμογή αυτών των στρατηγικών διασφαλίζει την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, όπως καθορίζεται στη Χάρτα των Δικαιωμάτων των Ασθενών (Active Citizenship Network, 2002).

1.4.3 Αντιπροσώπευση και Συγκατάθεση

Η αντιπροσώπευση και η συγκατάθεση αποτελούν θεμελιώδεις έννοιες στο νομικό και ηθικό πλαίσιο της υγειονομικής φροντίδας. Η ενημερωμένη συγκατάθεση απαιτεί από τον επαγγελματία υγείας να εξασφαλίσει ότι το άτομο κατανοεί πλήρως τη φύση της θεραπείας ή της ιατρικής παρέμβασης, τους πιθανούς κινδύνους και τα αναμενόμενα οφέλη. Σύμφωνα με τη Σύμβαση του Οβιέδο, καμία ιατρική πράξη δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί χωρίς την ελεύθερη και ενημερωμένη συγκατάθεση του ασθενούς, εκτός από περιπτώσεις στις οποίες η ικανότητα λήψης αποφάσεων είναι περιορισμένη (Council of Europe, 1997). Στην Ελλάδα, η σχετική νομοθεσία, όπως ο Νόμος 2071/1992 και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), καθιστά υποχρεωτική τη συναίνεση του ασθενούς και προβλέπει την παρέμβαση νόμιμου εκπροσώπου όταν η ικανότητα του ατόμου για λήψη αποφάσεων είναι μειωμένη (Υπουργείο Υγείας, 2023).

Η άνοια παρουσιάζει προκλήσεις στη διαδικασία συγκατάθεσης, καθώς η γνωστική ικανότητα των ασθενών μπορεί να κυμαίνεται σημαντικά. Σε αρχικά στάδια, τα άτομα μπορεί να κατανοούν απλές ιατρικές αποφάσεις, ενώ σε προχωρημένα στάδια η κατανόηση σύνθετων θερα-

πειών είναι περιορισμένη. Αυτό καθιστά αναγκαία την εφαρμογή στρατηγικών υποστηριζόμενης επικοινωνίας, όπως η απλοποίηση της γλώσσας, η επανάληψη πληροφοριών, η χρήση οπτικών βοηθημάτων ή η συμμετοχή οικείων προσώπων στη διαδικασία (WHO, 2022). Η απουσία κατάλληλων διαδικασιών μπορεί να οδηγήσει σε παραβιάσεις της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας των ασθενών (European Union Agency for Fundamental Rights 2023).

Σε περιπτώσεις πλήρους ανικανότητας, εφαρμόζεται η υποκατάστατη λήψη αποφάσεων από νόμιμο εκπρόσωπο ή μέλη της οικογένειας, πάντα με σεβασμό στις προηγούμενες οδηγίες και επιθυμίες του ασθενούς, διασφαλίζοντας τη μέγιστη δυνατή αυτονομία και τη συμμόρφωση με το εθνικό και ευρωπαϊκό δίκαιο (European Observatory on Health Systems and Policies, 2020). Οι προηγμένες οδηγίες (advance directives) αποτελούν κρίσιμο εργαλείο για την ενίσχυση της αυτονομίας των ατόμων με άνοια, καθώς επιτρέπουν στον ίδιο τον ασθενή να καθορίσει τις επιθυμίες του σε μελλοντικές ιατρικές καταστάσεις, μειώνοντας συγκρούσεις μεταξύ οικογένειας και επαγγελματιών υγείας (European Parliament & Council of the European Union. 2011).

Παρά την ύπαρξη ισχυρού νομικού πλαισίου, παραμένουν σημαντικά κενά, όπως η περιορισμένη εφαρμογή των προηγμένων οδηγιών, η έλλειψη μηχανισμών ελέγχου για την υποκατάστατη λήψη αποφάσεων και η ανάγκη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στην επικοινωνία με ασθενείς με περιορισμένη ικανότητα λήψης αποφάσεων (WHO, 2022). Η υιοθέτηση της υποστηριζόμενης λήψης αποφάσεων και η ενίσχυση της συμμετοχής των ασθενών αποτελούν κρίσιμες προϋποθέσεις για τη διασφάλιση της αυτονομίας, της αξιοπρέπειας και της πλήρους συμμετοχής των ατόμων με άνοια στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία τους (WHO, 2023).

1.5 Εθνικά και διεθνή κείμενα- προστασία των ευάλωτων ομάδων

Η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και συνιστά θεμελιώδη παράμετρο της σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής. Τόσο σε διεθνές όσο και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, η αναγνώριση της υγείας ως ένα βασικό κοινωνικό αγαθό, έχει συμβάλει στη διαμόρφωση κανονιστικών κειμένων που έχουν ως στόχο τη

διασφάλιση της αξιοπρέπειας, της αυτονομίας και της ισότητας των ατόμων που λαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας (World Health Organization, 2017).

Ιδιαίτερη σπουδαιότητα έχουν τα κείμενα αυτά, όταν αφορούν ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, όπως οι ανοϊκοί ασθενείς, των οποίων η γνωστική έκπτωση μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα λήψης αποφάσεων, τη συμμετοχή στη θεραπευτική μέθοδο, και την άσκηση των θεμελιωδών δικαιωμάτων. Για αυτό τον λόγο, διεθνείς οργανισμοί έχουν αναπτύξει θεσμικά και νομικά εργαλεία που στοχεύουν στην ειδική προστασία των ατόμων αυτών, αποτρέποντας φαινόμενα αποκλεισμού, διάκρισης ή αυθαίρετης υποκατάστασης της βούλησης τους (Ηνωμένα Έθνη, 2006).

Στο πλαίσιο αυτό, κείμενα όπως ο Χάρτης Δικαιωμάτων των Ασθενών, η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (CRPD) και η σχετική Ελληνική Νομοθεσία συνιστούν βασικούς πυλώνες για τη κατανόηση και την ερμηνεία των δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια. Τα κείμενα αυτά έχουν συμπληρωματικό ρόλο, συμβάλλοντας στη διαμόρφωση ενός πολυεπίπεδου πλαισίου προστασίας, το οποίο εκτείνεται από το διεθνές στο εθνικό επίπεδο, επηρεάζοντας άμεσα τη καθημερινή κλινική και κοινωνική πρακτική (European Union Agency for Fundamental Rights, 2020).

Η ανάλυση των κειμένων αυτών, κρίνεται αναγκαία για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο κατοχυρώνονται τα θεμελιώδη δικαιώματα, ενώ αναδεικνύεται τόσο η θεωρητική βάση όσο και οι πρακτικές προκλήσεις στην εφαρμογή των δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια στο σύγχρονο κοινωνικό και νομικό πλαίσιο (World Health Organization, 2017).

1.5.1 Χάρτης Δικαιωμάτων των Ασθενών

Ο Χάρτης Δικαιωμάτων των Ασθενών, συνιστά ένα από τα πιο σημαντικά κείμενα που καθορίζουν τα θεμελιώδη δικαιώματα των ασθενών στην Ευρώπη, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Υπήρξε αποτέλεσμα της συνεργασίας διάφορων ευρωπαϊκών οργανώσεων πολιτών, υπό το πρίσμα του Active Citizenship Network και διακηρύσσει 14 βασικά δικαιώματα που πρέπει να είναι κατοχυρωμένα και προστατευμένα από κάθε εθνικό σύστημα υγείας (Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ενεργών Πολιτών, n.d.). Στα 14 αυτά δικαιώματα περιλαμβάνονται μεταξύ

άλλων, το δικαίωμα στη διασφάλιση προτύπων ποιότητας και ασφάλειας, το δικαίωμα σε ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής θεραπείας και το δικαίωμα στη προστασία του απορρήτου (Active Citizenship Network, 2002).

Ο Χάρτης αυτός, συνδέεται με το Άρθρο 35 του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το οποίο αφορά στη κατοχύρωση του δικαιώματος στην υγειονομική περίθαλψη αλλά και την πρόσβαση σε προληπτικές υπηρεσίες υγείας, ως βασικό μέρος της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας και κοινωνικής προστασίας (European Charter of Fundamental Rights, Art.35). Αν και στην Ελλάδα, δεν υφίσταται ενιαίο επίσημο νομικό κείμενο με όνομα “Χάρτης Δικαιωμάτων των Ασθενών”, η σημασία του Χάρτη στην βιβλιογραφία (θεσμική και ερευνητική) είναι διττή. Εκτός του ότι προσφέρει ένα πλαίσιο αναφοράς για τις πολιτικές φροντίδας των ασθενών, λειτουργεί και ως ένα εργαλείο ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης των πολιτών αλλά και των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τα δικαιώματα που συνοδεύουν τη φροντίδα και τη θεραπεία αυτών (Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ενεργών Πολιτών, n.d.).

1.5.2 Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (CRPD)

Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (CRPD), αποτελεί ένα θεμελιώδες διεθνές νομικό κείμενο, που σκοπεύει στη διασφάλιση της καθολικής και ισότιμης συμμετοχής των ατόμων με αναπηρία σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής. Η Σύμβαση αυτή, εφαρμόστηκε από τα Ηνωμένα Έθνη και αφορά τις υποχρεώσεις των συμβαλλόμενων κρατών, οι οποίες είναι δεσμευτικές για θέματα όπως η προσβασιμότητα, η μη διάκριση, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων κ.α (United Nations, CRPD, n.d.).

Κεντρική αρχή της CRPD, είναι ότι η αναπηρία δεν συνιστά ένα ατομικό πρόβλημα, αλλά μια κατάσταση η οποία διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση του ατόμου με θεσμικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς φραγμούς. Αυτή η αρχή, προάγει την έννοια της ισότητας και της κοινωνικής ένταξης, και αναγνωρίζει πως τα άτομα με αναπηρία, αναφερόμενη και στα άτομα με χρόνια νοσήματα όπως η άνοια, έχουν τις ίδιες ελευθερίες και τα ίδια δικαιώματα με όλους τους άλλους πολίτες. Πιο συγκεκριμένα τα άρθρα της Σύμβασης, υπογραμμίζουν την πρόσβαση στην εκπαίδευση, την υγειονομική φροντίδα και την εργασία χωρίς διακρίσεις, το δικαίωμα στην αυτόνομη διαβίωση και ένταξη στην κοινότητα, αλλά και τη προστασία από την

παράνομη ή καταναγκαστική παρέμβαση στην προσωπική ζωή και αυτονομία των ατόμων (United Nations, CRPD,n.d.).

Η CRPD, κυρώθηκε τόσο σε Ευρωπαϊκό όσο και σε ελληνικό επίπεδο, ενώ ενσωματώνεται στις εθνικές πολιτικές και στρατηγικές για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία. Η Ευρωπαϊκή Ένωση και κράτη μέλη μαζί με την Ελλάδα, έχουν αναπτύξει στρατηγικές πολιτικής όπως η Εθνική Στρατηγική για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία 2024-2030, με σκοπό την συστηματική εφαρμογή της CRPD και την άρση των θεσμικών και κοινωνικών φραγμών (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης,2024). Στην Ελλάδα, η Σύμβαση θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για την ενίσχυση των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις, βάζοντας στο επίκεντρο της δημόσιας δράσης και πολιτικής, τον σεβασμό της αξιοπρέπειας και των ίσων ευκαιριών(Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης,2024).

1.5.3 Ελληνική νομοθεσία

Όσον αφορά τα δικαιώματα των ασθενών σε εθνικό επίπεδο, αυτά κατοχυρώνονται μέσα από ένα σύνολο νομοθετικών ρυθμίσεων που αφορούν τόσο γενικά θέματα ασθενοκεντρικών δικαιωμάτων όσο και πιο συγκεκριμένων ζητημάτων. Σύμφωνα με το ισχύον νομικό πλαίσιο, τα δικαιώματα των ατόμων ως λήπτες υπηρεσιών υγείας, περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων: τη συναίνεση και το δικαίωμα άρνησης της θεραπείας, το δικαίωμα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, την διαφύλαξη και προστασία της ιδιωτικότητας και των προσωπικών δεδομένων(σύμφωνα με το άρθρο 47,N.2071/1992) αλλά και το δικαίωμα στην απαραίτητη πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας όσων αφορά κινδύνους, προτεινόμενες θεραπείες κ.λπ (Hellenic National Contact Point for Cross-border Healthcare, n.d). Επιπλέον, νομοθεσίες όπως ο Νόμος 2619/1998, ο οποίος ενσωματώνει την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, προβλέπει τη πρόσβαση των ατόμων στην υγειονομική φροντίδα και την ανεξάρτητη βούληση του ασθενούς για ιατρικές ενέργειες/παρεμβάσεις, υπό το πρίσμα της προστασίας της αξιοπρέπειας και της ζωής του. Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας(N.3418/2005) από την άλλη, καθορίζει τη σχέση ασθενούς-γιατρού, υπογραμμίζοντας την αμοιβαία εμπιστοσύνη, την πλήρη ενημέρωση, το σεβασμό της προσωπικότητας του ασθενούς και την ελεύθερη συναίνεση πριν προβεί σε θεραπεία.

Το ελληνικό νομικό πλαίσιο, αν και περιλαμβάνει σημαντικές ρυθμίσεις για τα δικαιώματα των ασθενών, έρχεται αντιμέτωπο με διάφορες προκλήσεις στην πρακτική εφαρμογή τους, ιδίως για τα άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες, όπως και οι ανοϊκοί ασθενείς, στους οποίους μπορεί να αμφισβητείται η νομική τους ικανότητα και να απαιτούνται ειδικές ρυθμίσεις που αφορούν την εκπροσώπηση τους και αποφάσεις για τη φροντίδα τους (Hellenic National Contact Point for Cross-border Healthcare, n.d).

2. Πολιτικές Υγείας για την Άνοια στην Ε.Ε. και στην Ελλάδα

2.1 Πολιτικές αντιμετώπισης της άνοιας στην Ε.Ε.

Η άνοια συνιστά μια από τις πλέον σημαντικές προκλήσεις για την δημόσια υγεία στην Ευρώπη. Ως ένα σύνθετο νευροεκφυλιστικό σύνδρομο επηρεάζει σταδιακά τη σκέψη, τη μνήμη, τον λόγο και τις καθημερινές δεξιότητες των ανοϊκών ασθενών, καθιστώντας την αυτοεξυπηρέτηση αυτών και την ποιότητα ζωής δύσκολες (World Health Organization, 2017). Η αύξηση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας στην Ευρώπη, συνδέεται με την αύξηση του επιπολασμού της άνοιας, και αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να επιβαρύνεται το σύστημα υγείας, τα κοινωνικά δίκτυα και η οικονομία των κρατών μελών της Ε.Ε (Alzheimer Europe, 2026).

Σύμφωνα με προβλέψεις, ο αριθμός των ανθρώπων με άνοια στην Ευρώπη, θα παρουσιάσει συνεχόμενη αυξητική τάση τις επόμενες δεκαετίες. Εκτιμάται ότι περίπου 9 εκατομμύρια άτομα ζουν με άνοια στην Ε.Ε, με τις προβλέψεις να φτάνουν έως το 2050 σχεδόν τα 14 εκατομμύρια άτομα, λόγω δημογραφικών αλλαγών αλλά και των αυξημένων επιπέδων επιβίωσης σε σχέση με άλλες ασθένειες (Alzheimer Europe, 2026).

Η αύξηση αυτή, δημιουργεί πιέσεις στα συστήματα υγείας και κοινωνικής μέριμνας των χωρών, καθιστώντας την άνοια κορυφαίο θέμα της δημόσιας πολιτικής.

Επιπλέον, η άνοια επιφέρει άμεσες αλλά και έμμεσες δαπάνες στα κράτη. Σε πολλές περιπτώσεις, η οικογένεια του ασθενούς αναλαμβάνει μεγάλο μέρος του κόστους φροντίδας, ενώ συχνά, οι ασθενείς φιλοξενούνται μακροχρόνια σε δομές φροντίδας, αυξάνοντας το κόστος των κρατικών εξόδων. Παράλληλα, οι φροντιστές αυτών, που συχνά είναι μέλη της οικογένειας τους, επιβαρύνονται σημαντικά με μεγάλο ψυχικό και οικονομικό κόστος, και πολλές φορές αναγκάζονται να διακόψουν ή να μειώσουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα, ώστε να παρέχουν φροντίδα και υποστήριξη στον ασθενή (World Health Organization, 2017).

Η αναγνώριση της άνοιας ως ένα σημαντικό ζήτημα της δημόσιας υγείας, έχει οδηγήσει σε προσπάθειες για την ανάπτυξη ολοκληρωμένων πολιτικών αντιμετώπισης σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η Ε.Ε, ακολουθώντας τις οδηγίες διεθνών οργανισμών και επιστημονικών επιτροπών, έχει θέσει στόχους για την στρατηγική αντιμετώπιση της άνοιας, οι οποίοι περιλαμβάνουν την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, την παροχή υπηρεσιών φροντίδας αλλά και την υποστήριξη των φροντιστών(WHO, 2017). Οι πολιτικές αυτές, βασίζονται στη συλλογική ευθύνη που φέρουν τα κράτη μέλη, και καλούνται να ενσωματώσουν αυτές τις κατευθυντήριες οδηγίες, στα εθνικά τους σχέδια.

Οι πολιτικές αντιμετώπισης για την άνοια στην Ευρώπη, επιδιώκουν να καλύψουν διάφορες πτυχές της ασθένειας. Από τη μείωση των παραγόντων κινδύνου, έως τη βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και τη στοχευμένη υποστήριξη των φροντιστών. Η άνοια δεν συνιστά αποκλειστικά μόνο ένα ιατρικό ζήτημα αλλά είναι και ένα κοινωνικό φαινόμενο που απαιτεί πολιτικές ολιστικής φροντίδας(Integrated Care), όπου υπηρεσίες υγείας, κοινωνικές υπηρεσίες και η ίδια η κοινότητα συνδέονται και συνεργάζονται(Knowledge4Policy, 2025).

Επιπροσθέτως, οι πολιτικές αντιμετώπισης της άνοιας, στοχεύουν στην πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση. Έμφαση δίνεται και στην αντιμετώπιση τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου, όπως είναι ο διαβήτης, η υπέρταση, η έλλειψη σωματικής άσκησης, μέσα από ειδικά προγράμματα υγείας στην κοινότητα(World Health Organization, 2017). Η έγκαιρη διάγνωση θεωρείται κρίσιμη για την αντιμετώπιση της ασθένειας, καθώς επιτρέπει την έγκαιρη παρέμβαση, τον προγραμματισμό των αναγκών φροντίδας των ασθενών αλλά και την βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους (Alzheimer Europe, 2026).

Τέλος, βασικό μέρος των πολιτικών για την άνοια στην Ε.Ε, αποτελεί η υποστήριξη των οικογενειακών φροντιστών. Συχνά οι φροντιστές αποτελούν τη κύρια πηγή φροντίδας των ατόμων με άνοια, πολλές φορές όμως χωρίς να διαθέτουν επαρκείς γνώσεις, εκπαίδευση και υποστήριξη. Οι πολιτικές αντιμετώπισης της άνοιας, επιχειρούν να αντιμετωπίσουν αυτό το κενό μέσω υπηρεσιών υποστήριξης και εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους φροντιστές, με στόχο την μείωση του άγχους που συχνά βιώνουν και την ενίσχυση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχουν (Alzheimer Europe, 2021).

2.1.1 Ευρωπαϊκά Σχέδια Δράσης – WHO Europe & Alzheimer Europe

Η Ευρωπαϊκή Ένωση σε συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Alzheimer Europe, έχουν αναπτύξει ολοκληρωμένα σχέδια δράσης για την αντιμετώπιση της άνοιας σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Οι ενέργειες αυτές, συμπεριλαμβάνονται σε μια ευρύτερη στρατηγική δημόσιας υγείας, με στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που ζουν με άνοια, την ενίσχυση των συστημάτων υγείας μέσα από πολιτικές παρεμβάσεις, αλλά και την υποστήριξη των φροντιστών των ασθενών. Μέσα από αυτή τη προσέγγιση, αναγνωρίζεται το γεγονός πως η άνοια αποτελεί μια σύνθετη κατάσταση που επηρεάζει εκτός από την υγεία των ατόμων, τους φροντιστές αυτών, τις οικογένειες τους, τις δομές φροντίδας και γενικώς την κοινωνική συνοχή. Για αυτό λοιπόν, τα ευρωπαϊκά σχέδια δράσης, προάγουν ολιστικές πολιτικές που συνδυάζουν την ιατρική περίθαλψη με την κοινωνική υποστήριξη, αλλά και την έρευνα και την πρόληψη για την άνοια (World Health Organization, 2017).

2.1.2 Η Διακήρυξη της Γλασκώβης

Τον Οκτώβριο του 2014, ως πρωτοβουλία της Alzheimer Europe στα πλαίσια του 24^{ου} Ετήσιου Συνεδρίου, παρουσιάστηκε η Διακήρυξη της Γλασκώβης. Η Διακήρυξη αυτή, γνωστοποίησε την δημιουργία μιας Ευρωπαϊκής Στρατηγικής για την άνοια καθώς και την δημιουργία εθνικών στρατηγικών για κάθε χώρα της Ευρώπης. Τονίστηκε επίσης η αναγκαιότητα αναγνώρισης της νόσου ως προτεραιότητα της δημόσιας υγείας και ανάπτυξης ενός παγκόσμιου σχεδίου δράσης για την άνοια. Σύμφωνα με αυτή, τα άτομα με άνοια πρέπει να έχουν πρόσβαση σε έγκαιρη διάγνωση, κατάλληλη υποστήριξη μετά τη διάγνωση, ποιοτική και εξατομικευμένη φροντίδα, ίση πρόσβαση σε θεραπείες, καθώς και σεβασμό της προσωπικότητάς τους. Παράλληλα, υπογραμμίστηκε και η ανάγκη της ενεργής συμμετοχής των ίδιων των ασθενών και των φροντιστών τους στον σχεδιασμό πολιτικών και υπηρεσιών.

Σε διεθνές επίπεδο, η Διακήρυξη επιδίωξε να αντιμετωπιστεί η άνοια ως παγκόσμια προτεραιότητα, με ενίσχυση της έρευνας, ευρύτερη χρηματοδότηση και συνεργασία μεταξύ των διεθνών οργανισμών. Δόθηκε έμφαση σε μια ολιστική προσέγγιση που δεν περιορίζεται μόνο στη

βιοϊατρική έρευνα, αλλά περιλαμβάνει ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις της νόσου (Alzheimer Europe, 2014).

Αξίζει να σημειωθεί, πως κάποιες χώρες-μέλη της Alzheimer's Europe (Γαλλία, Αγγλία, Κύπρος, Νορβηγία, Ισραήλ, Σκοτία), διέθεταν ήδη πριν από το 2014 στρατηγικές για την αντιμετώπιση της άνοιας, τις οποίες αναθεώρησαν μετά την υπογραφή της Διακήρυξης. Επιπλέον, η Γερμανία είναι η μοναδική χώρα που καλύπτει όλα τα θεμελιώδη δικαιώματα που παρουσίασε η Διακήρυξη. Από την άλλη, παρά την υπογραφή της το 2014, 16 από τις 44 Ευρωπαϊκές χώρες εξακολουθούν να μη διαθέτουν κάποια Εθνική Στρατηγική για την Άνοια (NDS) (Bulsari et al., 2025)

2.1.3 Joint Action on Dementia (2015–2018)

Το Joint Action on Dementia (2015–2018), αποτέλεσε μια πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με στόχο την βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ των κρατών-μελών για την άνοια. Κύριος σκοπός του, ήταν η ανάπτυξη μιας κοινής ευρωπαϊκής γραμμής για βέλτιστες πρακτικές στη διάγνωση της νόσου, στην φροντίδα και στην υποστήριξη κοινοτήτων που θα είναι φιλικές προς την άνοια (Alzheimer Europe, 2015). Η προσέγγιση αυτή, ανταποκρίνεται σε ένα ευρύτερο πρόβλημα, καθώς η άνοια απαιτεί πολυεπίπεδα και συντονισμένα συστήματα φροντίδας. Η έλλειψη ολοκληρωμένης φροντίδας, συχνά οδηγεί στην αργοπορημένη διάγνωση, σε αυξημένες νοσηλείες και σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς (Livingston et al., 2020).

Ένας από τους βασικούς άξονες του Joint Action on Dementia ήταν η ενίσχυση της έγκαιρης διάγνωσης και της μετέπειτα υποστήριξης. Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι η έγκαιρη αναγνώριση της νόσου συμβάλλει στον καλύτερο σχεδιασμό της φροντίδας και μπορεί να επιβραδύνει την εξέλιξη της λειτουργικής έκπτωσης των ασθενών (OECD, 2018). Επιπλέον, η ενδυνάμωση της υποστήριξης προς τους φροντιστές θεωρείται καθοριστική για τον περιορισμό του κοινωνικού και οικονομικού βάρους που συνοδεύει τη νόσο (World Health Organization, 2017).

Το πρόγραμμα αυτό, έδωσε επίσης έμφαση στον συντονισμό της φροντίδας μεταξύ των υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών. Η ανάγκη αυτή καταδεικνύεται από συγκριτικές μελέτες

στην Ευρώπη, οι οποίες φανερώνουν σημαντικές ανισότητες στα συστήματα φροντίδας για την άνοια και ανομοιογενής παροχή υπηρεσιών στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Alzheimer Europe, 2015).

Επιπλέον, το Joint Action on Dementia, συνέβαλε σημαντικά στην προώθηση των φιλικών προς την άνοια κοινοτήτων, οι οποίες στοχεύουν στην μείωση του στίγματος που φέρουν οι ασθενείς και στην ενίσχυση της κοινωνικής συμμετοχής τους. Η πολιτική αυτή βασίζεται σε αρχές της δημόσιας υγείας που αναγνωρίζουν την σημαντικότητα της κοινωνικής ένταξης των ατόμων με άνοια, ως ένας καθοριστικός παράγοντας για την ενίσχυση της ποιότητας ζωής (Alzheimer Europe, 2019; World Health Organization, 2017).

Τέλος, η πρόσφατη επιστημονική βιβλιογραφία δείχνει ότι η άνοια αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά μέσα από πολυπαραγοντικά και ολοκληρωμένα συστήματα φροντίδας, τα οποία συνδυάζουν ιατρική παρακολούθηση, κοινωνική υποστήριξη και παρεμβάσεις σε επίπεδο κοινότητας. Αυτή η ολιστική προσέγγιση αποτελεί τη θεωρητική βάση σημαντικών ευρωπαϊκών πρωτοβουλιών, όπως είναι το Joint Action on Dementia (Livingston et al., 2020).

2.1.4 WHO Europe: Global Action Plan on Dementia 2017–2025

Το διεθνές πλαίσιο πολιτικής για την αντιμετώπιση της άνοιας αποτυπώνεται στο Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017–2025 του World Health Organization. Το σχέδιο αυτό καθορίζει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση δημόσιας υγείας για την άνοια και προτείνει επτά βασικούς στρατηγικούς άξονες που καθοδηγούν τις πολιτικές των κρατών-μελών.

Ο πρώτος άξονας, θέτει την αναγνώριση της άνοιας ως προτεραιότητα της δημόσιας υγείας. Η συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα της νόσου, σε συνδυασμό με τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της, καθιστά αναγκαία την ένταξη της στο σχεδιασμό των εθνικών πολιτικών υγείας. Η αναγνώριση αυτή, συμβάλει στη δημιουργία εθνικών στρατηγικών και προγραμμάτων που δρουν με στόχο την βελτίωση της φροντίδας και την υποστήριξη των ασθενών.

Ο δεύτερος άξονας, θέτει ως κύριο στόχο, την ενίσχυση της ευαισθητοποίησης και της κοινωνικής συμμετοχής. Η ενημέρωση των πολιτών για την άνοια, και την αντιμετώπιση του κοινω-

νικού στίγματος που φέρουν οι ασθενείς, αποτελούν τις βασικές προϋποθέσεις για την κοινωνική ένταξη των ασθενών με άνοια. Μέσα από ενημερωτικές εκστρατείες και προγράμματα εκπαίδευσης, ενθαρρύνεται η κατανόηση της νόσου και δημιουργείται μια κοινωνία πιο συμπεριληπτική για τα άτομα με γνωστικές διαταραχές (World Health Organization, 2017).

Ο τρίτος άξονας, επικεντρώνεται στην πρόληψη της άνοιας. Η σύγχρονη επιστημονική θεωρία δείχνει πως ορισμένοι παράγοντες κινδύνου της νόσου, είναι τροποποιήσιμοι και μπορούν να επηρεάσουν την πιθανότητα εμφάνισης της άνοιας. Η έλλειψη σωματικής άσκησης, η υπέρταση και οι κακές διατροφικές συνήθειες συνιστούν κάποιους από τους παράγοντες-στόχους των προληπτικών παρεμβάσεων.

Ο τέταρτος άξονας, αφορά την έγκαιρη διάγνωση, την παροχή υπηρεσιών φροντίδας και την υποστήριξη των φροντιστών. Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων, συμβάλει στην καλύτερη διαχείριση της πορείας της νόσου, και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Επιπλέον, προωθείται η ανάπτυξη εξειδικευμένων υπηρεσιών φροντίδας και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας αλλά και των άτυπων φροντιστών, οι οποίοι συχνά αποτελούν τον κύριο πυλώνα φροντίδας των ατόμων με άνοια (Knowledge4Policy, 2025).

Ο πέμπτος άξονας, αφορά τη διαχείριση των υπηρεσιών και την ανάπτυξη του ανθρωπίνου δυναμικού. Η ενίσχυση των συστημάτων υγείας, θέτει ως προϋπόθεση την ύπαρξη ενός επαρκή αριθμού εξειδικευμένων επαγγελματιών, αλλά και τη συνεχή εκπαίδευση αυτών σε θέματα που αφορούν την άνοια.

Ο εκτός άξονας, σχετίζεται με τα συστήματα πληροφόρησης σχετικά με τη νόσο, και την έρευνα. Η συλλογή αξιόπιστων δεδομένων σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης της άνοιας και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, συνιστά ένα σημαντικό εργαλείο για τη διαμόρφωση των πολιτικών υγείας.

Τέλος, ο έβδομος άξονας, προωθεί την συνεργασία σε διεθνές επίπεδο και την ανταλλαγή γνώσεων σχετικά με την άνοια. Η συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών της Ε.Ε, συμβάλει στην ανταλλαγή πρακτικών και την ανάπτυξη κοινών στρατηγικών για την αντιμετώπιση της άνοιας. Η εφαρμογή αυτού του κοινού πλαισίου, συμβάλει επίσης σημαντικά στην ανάπτυξη εθνικών σχεδίων δράσης για την άνοια, τα οποία όμως είναι προσαρμοσμένα στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε χώρας (Alzheimer Europe, 2026).

2.1.5 Alzheimer Europe: Strategic Plan 2021–2025

Παράλληλα με τις δράσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η Alzheimer Europe, έχει αναπτύξει το Strategic Plan 2021–2025, το οποίο δίνει έμφαση στην προώθηση των δικαιωμάτων των ανοϊκών ασθενών και στην ενίσχυση της ευρωπαϊκής συνεργασίας στο πεδίο της φροντίδας και της έρευνας.

Το πλάνο αυτό, βασίζεται σε τρεις πυλώνες, με τον πρώτο να αφορά την ενίσχυση των δικαιωμάτων και των αναγκών των ατόμων με άνοια. Προωθείται η ενεργή συμμετοχή στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων που αφορούν τη ζωή τους, τόσο σε επίπεδο υπηρεσιών φροντίδας, όσο και σε πολιτικό επίπεδο (Alzheimer Europe, 2021).

Στον δεύτερο πυλώνα, δίνεται έμφαση στην υποστήριξη των φροντιστών. Συχνά, τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς, έρχονται αντιμέτωπα με σοβαρές ψυχικές, κοινωνικές και οικονομικές προκλήσεις. Για αυτό το λόγο, το σχέδιο αυτό, προωθεί την παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους φροντιστές αλλά και υπηρεσίες ανακούφισης, όπως η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης.

Ο τρίτος και τελευταίος πυλώνας, αφορά την έρευνα και την καινοτομία. Πιο συγκεκριμένα, η προώθηση της επιστημονικής έρευνας σχετικά με τη νόσο, συμβάλλει στην ανάπτυξη νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων και βέλτιστων πρακτικών φροντίδας. Επιπλέον, ενισχύεται η συνεργασία μεταξύ των ερευνητικών οργανισμών και οργανώσεων των ασθενών.

Αξίζει να αναφερθεί επίσης και το Helsinki Manifesto, ένα σημαντικό κείμενο πολιτικής, σύμφωνα με το οποίο, η άνοια δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο ως ένα ιατρικό πρόβλημα αλλά ως ένα κοινωνικο-πολιτικό ζήτημα. Η προσέγγιση αυτή ενισχύει επίσης την ανάγκη για πολιτικές που προάγουν την κοινωνική ένταξη και την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια (Helsinki Manifesto, 2023).

2.1.6 JADE Health (2025-2027)

Το πρόγραμμα JADE Health (*Joint Action addressing DEmentia and HEALTH*) 2025-2027, συνιστά μια ευρωπαϊκή πρωτοβουλία δημόσιας υγείας, που θέτει ως στόχο την μείωση της

επιβάρυνσης που επιφέρει η νόσος της άνοιας, μέσα από δράσεις πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης και βελτίωσης της φροντίδας. Η σπουδαιότητα τέτοιων δράσεων είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς η άνοια συγκαταλέγεται στις κυριότερες αιτίες απώλειας της αυτονομίας στους ηλικιωμένους επειδή επηρεάζει σημαντικά τις γνωστικές ικανότητες και οδηγεί σε αυξανόμενη ανάγκη για υποστήριξη στην καθημερινή ζωή (World Health Organization, 2017).

Η πρόσφατη βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι ένα σημαντικό ποσοστό των περιπτώσεων άνοιας συνδέεται με τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, όπως η υπέρταση, η σωματική δραστηριότητα και το μορφωτικό επίπεδο, γεγονός που καθιστά εφικτή την πρόληψη σε επίπεδο πληθυσμού (Deckers et al., 2015). Επιπροσθέτως, έχει αποδειχθεί ότι οι πολυπαραγοντικές παρεμβάσεις εμφανίζουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη μείωση του κινδύνου γνωστικής έκπτωσης σε σύγκριση με τις μεμονωμένες (Ngandu et al., 2015).

Σε αυτό το πλαίσιο, το JADE Health εφαρμόζει μια στρατηγική που βασίζεται σε τεκμηριωμένες παρεμβάσεις, μέσω της εφαρμογής 44 πιλοτικών προγραμμάτων σε κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι δράσεις αυτές αποσκοπούν στην εφαρμογή και αξιολόγηση διαφορετικών μοντέλων πρόληψης και φροντίδας σε πραγματικές συνθήκες των συστημάτων υγείας. Παράλληλα, η διεθνής ερευνητική δραστηριότητα καταδεικνύει ότι οι πολυπαραγοντικές παρεμβάσεις μπορούν να επιβραδύνουν τη γνωστική έκπτωση σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου (Ngandu et al., 2015).

Τέλος, η ανάπτυξη ολοκληρωμένων προσεγγίσεων φροντίδας συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών τους, ενισχύοντας τη συνέχεια της παροχής υπηρεσιών και τη συνεργασία μεταξύ των δομών υγείας (Olazarán et al., 2010).

2.1.7 Ευρωπαϊκή Προσέγγιση Ολιστικής Φροντίδας

Η ευρωπαϊκή πολιτική για την άνοια βασίζεται στην έννοια της ολιστικής φροντίδας, η οποία συνδυάζει την ιατρική αντιμετώπιση της νόσου με την κοινωνική υποστήριξη και την προαγωγή της ποιότητας ζωής. Στο πλαίσιο αυτό, η φροντίδα δεν περιορίζεται στη θεραπεία των συμπτωμάτων αλλά επεκτείνεται στη υποστήριξη των οικογενειών, στην κοινωνική ένταξη των ασθενών και στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών.

Η προσέγγιση αυτή αναγνωρίζει τον καθοριστικό ρόλο των φροντιστών, και προωθεί τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας, κοινωνικών υπηρεσιών και οργανώσεων ασθενών. Παράλληλα, ενθαρρύνεται η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων, δράσεων πρόληψης και πρωτοβουλιών ευαισθητοποίησης του κοινού. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται ένα ολοκληρωμένο σύστημα υποστήριξης που συμβάλλει στη βελτίωση της καθημερινότητας των ατόμων με άνοια και των οικογενειών τους (World Health Organization, 2017).

2.1.8 Μηχανισμοί Παρακολούθησης και Αξιολόγησης Πολιτικών

Τα ευρωπαϊκά σχέδια δράσης για την άνοια, περιλαμβάνουν μηχανισμούς παρακολούθησης και αξιολόγησης, ώστε να διασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα των πολιτικών και των παρεμβάσεων. Η συστηματική συγκέντρωση των στατιστικών δεδομένων σχετικά με την συχνότητα εμφάνισης της νόσου και τη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας, αποτελεί ένα σπουδαίο εργαλείο για την κατανόηση της κρισιμότητας του προβλήματος (World Health Organization, 2017).

Επιπλέον, αξιολογείται η πρόσβαση των ατόμων με άνοια και των φροντιστών τους σε υποστηρικτικές υπηρεσίες, όπως κοινωνικές δομές, υπηρεσίες υγείας και προγράμματα εκπαίδευσης. Παράλληλα, καταγράφονται και διαδίδονται καλές πρακτικές που εφαρμόζονται σε διαφορετικές χώρες, με στόχο την ενίσχυση της ανταλλαγής γνώσεων και την υιοθέτηση αποτελεσματικών μοντέλων φροντίδας για την άνοια (Alzheimer Europe, 2026).

Τέλος, σημαντικό στοιχείο της διαδικασίας αξιολόγησης αποτελεί επίσης η συμμετοχή των ίδιων των ασθενών και των φροντιστών στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών. Η συμμετοχική αυτή προσέγγιση συμβάλλει στη δημιουργία πολιτικών που ανταποκρίνονται καλύτερα στις πραγματικές ανάγκες των ανθρώπων που επηρεάζονται από την άνοια (Alzheimer Europe, 2026).

2.2 Πρακτικές από άλλα κράτη-μέλη της Ε.Ε

Η άνοια, αδιαμφισβήτητα αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα για την δημόσια υγεία στην Ευρώπη. Καθώς το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται, αυξάνεται παράλληλα και ο αριθμός των ανθρώπων που ζουν με άνοια. Για αυτό, πολλά κράτη-μέλη της Ε.Ε, έχουν αναπτύξει εθνικά σχέδια δράσης, πολιτικές και προγράμματα που ενισχύουν τη φροντίδα και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με άνοια αλλά και των φροντιστών τους. Οι πρακτικές αυτές, περιλαμβάνουν δράσεις που αφορούν την πρόωπη διάγνωση, την ενίσχυση της κοινοτικής φροντίδας, την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σχετικά με την νόσο. Επιπλέον, ευρωπαϊκά προγράμματα συνεργασίας συμβάλουν στην ανταλλαγή γνώσεων και καλών πρακτικών εφαρμογών μεταξύ των χωρών (Alzheimer Europe, 2026). Παρακάτω παρουσιάζονται ενδεικτικά παραδείγματα καλών πρακτικών από ευρωπαϊκά κράτη, αλλά και προγράμματα συνεργασίας.

2.2.1 Σουηδία: Εθνικό Σχέδιο για την Άνοια

Η Σουηδία, συνιστά ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα ολοκληρωμένης πολιτικής για την άνοια στην Ευρώπη. Το Εθνικό σχέδιο δράσης που διαθέτει η χώρα, βασίζεται σε μια προσέγγιση η οποία συνδέει το σύστημα υγείας με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό αλλά και σε εθνικό επίπεδο. Στόχος του σχεδίου είναι η έγκαιρη διάγνωση της άνοιας, η εξατομικευμένη φροντίδα σε όλα τα στάδια της νόσου αλλά και η συνεχής παρακολούθηση των ασθενών. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται σε κατ' οικον υπηρεσίες, κέντρα ημέρας αλλά και άλλες δομές υποστήριξης με σκοπό την διατήρηση της αυτονομίας για όσο το δυνατόν περισσότερο γίνεται για τους ασθενείς με άνοια. Επιπροσθέτως, το σχέδιο της Σουηδίας, περιλαμβάνει ενημερωτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα για τους φροντιστές αλλά και τους επαγγελματίες υγείας, ώστε να ενισχύεται η ποιότητα της φροντίδας και η κατανόηση της νόσου από το κοινωνικό σύνολο. Βασική επιδίωξη της χώρας, είναι η δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος με σεβασμό στα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των ατόμων με άνοια (Alzheimer Europe, 2026).

2.2.2 Βέλγιο: Προγράμματα κοινοτικής φροντίδας

Το Βέλγιο, έχει αναπτύξει μια πολιτική, που δίνει έμφαση στην κοινοτική φροντίδα για τους ανοϊκούς ασθενείς. Στο πλαίσιο αυτής, συμπεριλαμβάνονται εξειδικευμένα κέντρα ημέρας και δομές υποστήριξης που παρέχουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη, γνωστική ενδυνάμωση αλλά και δράσεις κοινωνικοποίησης. Πραγματοποιούνται επίσης καμπάνιες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των πολιτών, με στόχο την μείωση του κοινωνικού στίγματος που συχνά φέρουν οι ασθενείς με άνοια, αλλά και την ενίσχυση της κατανόησης της νόσου στο σύνολο της από την κοινωνία. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται επίσης στην συνεχή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, όπως είναι και οι κοινωνικοί λειτουργοί αλλά και άλλες ειδικότητες, που εμπλέκονται στην φροντίδα των ατόμων με άνοια. Η εκπαίδευση περιλαμβάνει επιστημονικές γνώσεις επικαιροποιημένες για την εξέλιξη της νόσου αλλά και πρακτικές δεξιότητες επικοινωνίας και διαχείρισης των καθημερινών αναγκών των ασθενών. Με αυτό το τρόπο, το Βέλγιο ενισχύει την ποιότητα των υπηρεσιών και δημιουργεί ένα πιο υποστηρικτικό περιβάλλον τόσο για τους ασθενείς αλλά και για τους φροντιστές αυτών (Alzheimer Europe, 2023).

2.2.3 Ιρλανδία: Dementia Friendly Communities

Στην Ιρλανδία, έχει καθιερωθεί η πρωτοβουλία των Dementia Friendly Communities (Κοινοτήτων φιλικών προς την άνοια), όπου κύριος στόχος είναι η δημιουργία ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που υποστηρίζει ενεργά τα άτομα με άνοια. Η προσέγγιση αυτή, βασίζεται στην ιδέα πως οι τοπικές κοινότητες μπορούν να έχουν ένα σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της καθημερινότητας των ασθενών και δίνει έμφαση σε εκπαιδευτικά προγράμματα για εργαζομένους σε δημόσιους οργανισμούς και υπηρεσίες, αλλά και τεχνικές παρεμβάσεις με στόχο την καλύτερη προσβασιμότητα και κατανόηση της ζωής των ατόμων με γνωστικές δυσκολίες. Η πρωτοβουλία αυτή, ενισχύει επίσης τη συμμετοχή των φροντιστών, παρέχοντας τους υποστήριξη και πρακτικά εργαλεία για τη διαχείριση των προκλήσεων της καθημερινής φροντίδας. Η Ιρλανδία, επιδιώκει να δημιουργήσει μια κοινωνία που δεν θα αποκλείει κανέναν, και τα άτομα με άνοια θα συμμετέχουν ενεργά σε αυτή (Alzheimer Society Ireland, 2023).

2.3 Ευρωπαϊκά Έργα: Memorable Project & Erasmus + & Horizon Europe

Στην Ευρώπη έχουν αναπτυχθεί διάφορα έργα, τα οποία προωθούν καινοτόμες προσεγγίσεις στην φροντίδα των ατόμων με άνοια. Ένα εξ αυτών, είναι και το Memorable Project, το οποίο επικεντρώνεται στην ανάπτυξη νέων μεθόδων υποστήριξης για τους ασθενείς με άνοια, μέσα από δημιουργικές δραστηριότητες και νέα τεχνολογικά εργαλεία. Τα εργαλεία αυτά περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων, ηλεκτρονικές πλατφόρμες μάθησης (e-learning) για την εκπαίδευση φροντιστών και επαγγελματιών, ψηφιακές εφαρμογές που ενισχύουν τη μνήμη και τη γνωστική ενεργοποίηση, καθώς και δραστηριότητες δημιουργικής έκφρασης και ανάκλησης αναμνήσεων (reminiscence activities) (EPAL, 2022). Επιπλέον, προγράμματα όπως το Erasmus+ και το Horizon Europe, τα οποία αποτελούν σημαντικά χρηματοδοτικά εργαλεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης που υποστηρίζουν την ανάπτυξη καινοτόμων δράσεων σε τομείς όπως η εκπαίδευση, η έρευνα, η υγεία και η κοινωνική φροντίδα (European Commission, n.d.-a; European Commission, n.d.-b). Το πρόγραμμα Erasmus+ χρηματοδοτεί συνεργασίες μεταξύ οργанизμών, πανεπιστημίων και φορέων από διαφορετικές χώρες, με στόχο την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων, την κατάρτιση επαγγελματιών και την ανταλλαγή καλών πρακτικών (European Commission, n.d.-a). Στον τομέα της άνοιας, τέτοια έργα μπορούν να δημιουργήσουν εκπαιδευτικό υλικό για φροντιστές, ψηφιακές πλατφόρμες μάθησης, εργαλεία υποστήριξης για άτομα με άνοια και προγράμματα ευαισθητοποίησης της κοινωνίας. Παράλληλα, το πρόγραμμα Horizon Europe χρηματοδοτεί ερευνητικά έργα που στοχεύουν στην ανάπτυξη νέων τεχνολογιών, καινοτόμων παρεμβάσεων και επιστημονικών μεθόδων για τη βελτίωση της φροντίδας, της πρόληψης και της ποιότητας ζωής των ατόμων που ζουν με άνοια (European Commission, n.d.-b). Μέσα από αυτά τα προγράμματα ενισχύεται η συνεργασία μεταξύ χωρών και η ανάπτυξη νέων λύσεων για κοινωνικές και υγειονομικές προκλήσεις.

2.4 Ηθικές Αρχές

Σύμφωνα με αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης (2025) μεταξύ 17 Ευρωπαϊκών χωρών, στις εθνικές στρατηγικές για την άνοια εντοπίζονται κάποιες κοινές βασικές ηθικές αρχές. Αν και υπάρχει διαφοροποίηση στον τρόπο που οι αρχές αυτές ορίζονται και εμφανίζονται, υπάρχουν κάποιες που εμφανίζονται σχεδόν σε όλες τις χώρες, όπως η αυτονομία, ο σεβασμός της

αξιοπρέπειας του ασθενή, η ισότητα και η προσωποκεντρική φροντίδα. Πιο συγκεκριμένα, η Δανία και η Σουηδία, δίνουν μεγάλη έμφαση στην αυτονομία και την ανεξάρτητη διαβίωση των ατόμων με άνοια ενώ η Ισπανία και η Ιταλία, τονίζουν πιο πολύ την οικογενειακή φροντίδα και την κοινωνική υποστήριξη. Η Αγγλία και η Γερμανία διαθέτουν πιο οργανωμένες και συγκεκριμένες πολιτικές για την άνοια, όπου δίνεται σαφής έμφαση στα δικαιώματα των ασθενών και στις υπηρεσίες φροντίδας που παρέχονται. Αντίθετα, χώρες όπως η Λιθουανία και η Πολωνία παρουσιάζουν πιο γενικές στρατηγικές, με λιγότερο αναλυτικές και λιγότερο συγκεκριμένες αναφορές στις ηθικές αρχές. Συνεπώς, υπάρχει ένα κοινό ηθικό υπόβαθρο στις ευρωπαϊκές πολιτικές για την άνοια, όμως δεν υπάρχει μια ενιαία προσέγγιση. Η εμπειρία της φροντίδας για έναν ασθενή με άνοια διαφέρει αναλόγως τη χώρα στην οποία διαμένει (Schou-Juul et al., 2026).

2.5 Πολιτικές και στρατηγικές στην Ελλάδα

Με την άνοια να αποτελεί μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις για τα σύγχρονα συστήματα υγείας, η ανάγκη για την ανάπτυξη ολοκληρωμένων πολιτικών δημόσιας υγείας έχει γίνει πλέον κρίσιμη προτεραιότητα σε διεθνές επίπεδο. Εξαιτίας της αυξανόμενης επίπτωσης της νόσου και των πολυδιάστατων επιπτώσεων που επιφέρει τόσο στα άτομα όσο και στην κοινωνία, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται μέσα από αυτές τις πολιτικές, στην συντονισμένη δράση αλλά και την πρόληψη (World Health Organization, 2021).

Στην Ελλάδα, η συνεχώς αυξητική τάση της νόσου και οι δημογραφικές εξελίξεις (γήρανση του πληθυσμού), έχουν συμβάλει στην δημιουργία ενός θεσμικού πλαισίου για την άνοια. Η ανάπτυξη μιας εθνικής στρατηγικής ξεκίνησε ήδη από το 2010 περίπου, και αντανακλά την αναγνώριση της νόσου ως ένα μείζων κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα, αλλά και μια ανάγκη για την οργανωμένη αντιμετώπιση της σε επίπεδο κράτους (Υπουργείο Υγείας, 2015).

Οι πολιτικές αυτές, εντάσσονται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας και της μακροχρόνιας φροντίδας, το οποίο επιδιώκει να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες των ατόμων με χρόνιες και νευροεκφυλιστικές παθήσεις. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, η ενίσχυση της φροντίδας, η δημιουργία υπηρεσιών και η υποστήριξη του ανθρώπινου

δυναμικού αποτελούν τους κύριους άξονες για τη βελτίωση της ανταπόκρισης του συστήματος υγείας προς τις ανάγκες των ατόμων με άνοια (World Health Organization, 2024).

Στο πλαίσιο αυτό, οι στρατηγικές για την άνοια στην Ελλάδα, συγκροτούν ένα σύνθετο και πολυδιάστατο πλέγμα παρεμβάσεων, το οποίο περιλαμβάνει μεταξύ άλλων, τον σχεδιασμό εθνικών στρατηγικών, την ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας και υποστήριξης, καθώς και κρίσιμα ζητήματα όπως η πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες, η επάρκεια του ανθρώπινου δυναμικού και η χρηματοδότηση των δομών (Πολίτης κ.ά., 2020). Οι επιμέρους αυτοί άξονες αναλύονται εκτενέστερα παρακάτω, ώστε να αποτυπωθεί με σαφήνεια η συνολική λειτουργία και οι ιδιαιτερότητες του ελληνικού συστήματος πολιτικών για την άνοια.

2.5.1 Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Άνοια

Στην Ελλάδα, κεντρική πολιτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της άνοιας σε εθνικό επίπεδο, συνιστά το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Άνοια και τη νόσο Alzheimer. Η διαμόρφωση του αποτέλεσε μια απάντηση στην συνεχώς αυξανόμενη επιβάρυνση της νόσου, τόσο σε επίπεδο δημόσιας υγείας όσο και σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, καθώς η άνοια επηρεάζει πέρα από τους ίδιους τους ασθενείς, τις οικογένειες αυτών και τους φροντιστές τους αλλά και το σύστημα φροντίδας στο σύνολο του. Το Σχέδιο, εκπονήθηκε από Εθνική Επιτροπή εμπειρογνομόνων και βασίστηκε σε διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές και πρακτικές (Υπουργείο Υγείας, 2015).

Το 2014, παρουσιάστηκε η πρώτη ολοκληρωμένη εκδοχή του Σχεδίου, η οποία υιοθετήθηκε επισήμως τα ακόλουθα έτη, καλύπτοντας την περίοδο 2016-2020. Το Σχέδιο, περιλάμβανε ένα σύνολο δράσεων, με καθορισμένο χρονοδιάγραμμα και προϋπολογισμό, γεγονός που το κατέστησε ένα από τα πρώτα οργανωμένα πολιτικά εγχειρήματα για την άνοια στην Ελλάδα. Παράλληλα, θεσμοθετήθηκε το Εθνικό Παρατηρητήριο για την Άνοια και τη νόσο Alzheimer, το οποίο είχε ως στόχο την παρακολούθηση της εφαρμογής των πολιτικών και τη συλλογή δεδομένων (Υπουργείο Υγείας, 2019).

Το Σχέδιο, βασίστηκε σε πολλαπλούς στρατηγικούς άξονες, οι οποίοι περιλαμβάνουν μια ολιστική προσέγγιση της άνοιας. Μεταξύ αυτών, η ενημέρωση και η πρόληψη των πολιτών, η έγκαιρη διάγνωση, η βελτίωση της θεραπευτικής φροντίδας και της υποστήριξης των ασθενών

καθώς και των φροντιστών. Ιδιαίτερη έμφαση, δίνεται επίσης στην προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια αλλά και στην προώθηση σχετικής έρευνας (Υπουργείο Υγείας, 2015). Σημαντικό στοιχείο του Σχεδίου, είναι επίσης η προσπάθεια ανάπτυξης και διατήρησης ενός ολοκληρωμένου δικτύου υπηρεσιών, το οποίο διασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας από το σημείο της διάγνωσης έως και τα πιο προχωρημένα στάδια της νόσου. Στο πλαίσιο αυτό, προβλέπεται η ανάπτυξη εξειδικευμένων δομών, όπως κέντρα ημέρας και ιατρεία μνήμης, αλλά και η ενίσχυση της κατ' οίκον φροντίδας. Το Σχέδιο, αναγνωρίζει τον σπουδαίο ρόλο των άτυπων φροντιστών και προβλέπει δράσεις υποστήριξης και εκπαίδευσης τους (World Health Organization, 2021).

Για την περίοδο 2023-2028, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Άνοια και τη νόσο Alzheimer επικαιροποιείται, επιχειρώντας την ενίσχυση της συνοχής και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, λαμβάνοντας υπόψη τις σύγχρονες προκλήσεις όπως η γήρανση του πληθυσμού και οι αυξανόμενες ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας. Το νέο επικαιροποιημένο σχέδιο, δίνει έμφαση στη δημιουργία φιλικών προς τη άνοια κοινοτήτων, στην ψηφιακή υγεία και στη βελτίωση του συντονισμού των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας (Υπουργείο Υγείας, 2023).

Παρά την σημαντική πρόοδο που αυτό παρουσιάζει στο επίπεδο του σχεδιασμού, η εφαρμογή του συνεχώς αντιμετωπίζει προκλήσεις. Μεταξύ αυτών, περιλαμβάνονται οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι, η έλλειψη επαρκούς εξειδικευμένου προσωπικού, καθώς και η άνιση γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών. Επιπροσθέτως, ζητήματα συντονισμού μεταξύ των φορέων που εμπλέκονται σε αυτό, αλλά και αξιολόγησης των παρεμβάσεων, επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του Σχεδίου (World Health Organization Regional Office for Europe, 2024).

Εξετάζοντας όμως συνολικά το Σχέδιο αυτό, συνιστά αδιαμφισβήτητα ένα σπουδαίο βήμα για τη θεσμική οργάνωση στην αντιμετώπιση της άνοιας στην Ελλάδα. Θέτει τις βάσεις για ένα ολοκληρωμένο και ανθρωποκεντρικό σύστημα φροντίδας. Η επιτυχία του όμως, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επαρκή χρηματοδότηση και τη συστηματική αξιολόγηση των προγραμματισμένων παρεμβάσεων (Υπουργείο Υγείας, 2015).

2.5.2 Υπηρεσίες δημόσιας υγείας & υποστήριξης

Στην Ελλάδα, υπολογίζεται πως πάνω από 200.000 άτομα ζουν με άνοια, ενώ ο αριθμός αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά τα επόμενα χρόνια λόγω της δημογραφικής γήρανσης. Επιπλέον, περίπου 350.000 άτομα εμφανίζουν ήπια γνωστική διαταραχή, γεγονός που αυξάνει την ζήτηση για υπηρεσίες διάγνωσης και φροντίδας. Τα στοιχεία αυτά, καταδεικνύουν την αυξανόμενη πίεση στο σύστημα υγείας και την ανάγκη της ενίσχυσης των υπηρεσιών (Alzheimer Europe, 2023).

Οι υπηρεσίες για την άνοια, παρέχονται μέσα από ένα δίκτυο δομών που περιλαμβάνει την πρωτοβάθμια φροντίδα, μονάδες ψυχικής υγείας, Κέντρα Ημέρας και εξειδικευμένα ιατρεία μνήμης. Σημαντικό είναι το έργο των δημοσίων δομών, που περιλαμβάνουν τα ιατρεία μνήμης στο ΠΓΝ Αττικών και το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης “Παπαγεωργίου”, ενώ μη κερδοσκοπικοί φορείς όπως η Εταιρεία Alzheimer Αθηνών και η Ψυχογηριατρική Εταιρεία “Ο Νέστωρ” λειτουργούν Κέντρα Ημέρας στην Αθήνα, Θεσσαλονίκη και περιφερειακές πόλεις της χώρας. Ιδιωτικές μονάδες, όπως η Memory Clinic του Hygeia Hospital, προσφέρουν εξειδικευμένες διαγνωστικές υπηρεσίες και ψυχοκοινωνική υποστήριξη (Κλινική Μνήμης και Γνωστικών Λειτουργιών, 2023; Alzheimer Athens, 2023; Hygeia, 2025). Επιπλέον, ο μη κερδοσκοπικός οργανισμός Θάλπος με δομές στην Αθήνα αλλά και στην επαρχία, παρέχει κοινοτικές και ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες που μπορούν να υποστηρίξουν άτομα με άνοια και τις οικογένειές τους (Thalpos-Mental Health, 2026).

Ο οργανισμός Alzheimer Hellas είναι επίσης ένας μη κερδοσκοπικός φορέας που δραστηριοποιείται από το 1995 με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με άνοια και των φροντιστών τους μέσω οργανωμένων δομών και υπηρεσιών υποστήριξης. Στη Θεσσαλονίκη λειτουργούν δύο Κέντρα Ημέρας που προσφέρουν ολοκληρωμένη φροντίδα σε ασθενείς με Alzheimer ή άλλες μορφές άνοιας, καθώς και υποστήριξη στις οικογένειές τους, συμπεριλαμβανομένων υπηρεσιών κατ’ οίκον φροντίδας, ιατρικής παρακολούθησης και μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων από εξειδικευμένο προσωπικό (Alzheimer Hellas, n.d.). Παράλληλα, αναπτύσσονται προγράμματα συνεργασίας μεταξύ δομών για καλύτερη οργάνωση των υπηρεσιών, ενώ από το 2022 λειτουργεί και το πρώτο κέντρο ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα για ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο άνοιας, το οποίο παρέχει εξειδικευμένη φροντίδα σε κατάλληλες εγκαταστάσεις (Alzheimer Europe, 2022).

Επιπροσθέτως, προγράμματα κατ' οικον φροντίδας καλύπτουν μέρος των αναγκών χωρίς όμως να είναι εξειδικευμένα ως προς την άνοια. Λιγότερο από το 30% των ατόμων λαμβάνει οργανωμένες υπηρεσίες υποστήριξης στην κοινότητα(OECD,2022).

Η φροντίδα στην Ελλάδα, βασίζεται επίσης σε μεγάλο βαθμό στην οικογένεια του ατόμου με άνοια, με εκτιμήσεις να δείχνουν ότι πάνω από το 80% της φροντίδας παρέχεται άτυπα από συγγενείς, επιβαρύνοντας τους σημαντικά ψυχολογικά αλλά και οικονομικά. Οι φροντιστές, εμφανίζουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και άγχους, ενώ οι έρευνες δείχνουν πως η ύπαρξη των υπηρεσιών υποστήριξης τείνει να μειώνει σημαντικά τα ποσοστά αυτά (Papastavrou et al., 2011).

Αξίζει όμως να αναφερθεί, πως παρά την ύπαρξη αυτών των δομών στην Ελλάδα, μεγάλο ποσοστό των ατόμων με άνοια, παραμένει αδιάγνωστο ή διαγιγνώσκεται σε προχωρημένα στάδια, περιορίζοντας την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων (Vlachos et al., 2021). Επιπροσθέτως, η πλειοψηφία αυτών των υπηρεσιών συγκεντρώνεται σε μεγάλα αστικά κέντρα, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται γεωγραφικές ανισότητες πρόσβασης στους κατοίκους της περιφέρειας(Blekou et al., 2022; Jelastopulu et al., 2014).

Επιπλέον, η περιορισμένη ανάπτυξη δομών μακροχρόνιας φροντίδας, οδηγεί σε αυξημένη χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών ή πρόωρη ιδρυματοποίηση, ενώ η έλλειψη ολοκληρωμένων δικτύων φροντίδας και συντονισμού μεταξύ υπηρεσιών δημιουργεί ασυνέχεια στη φροντίδα, καθυστερήσεις και αυξημένο κόστος (OECD, 2022; WHO, 2021).

2.5.3 Το πρόγραμμα «Αινείας»

Το πρόγραμμα «Αινείας», συνιστά μια πιλοτική δράση ανάπτυξης κοινοτήτων φιλικών προς την άνοια σε δήμους της Αττικής. Μέσα από μια ευρωπαϊκή συνεργασία και την συμμετοχή πανεπιστημιακών και επιστημονικών φορέων όπως η Ψυχογηριατρική Εταιρεία «Ο Νέστωρ» και το ΕΚΠΑ το πρόγραμμα αυτό υλοποιείται με στόχο τη βελτίωση της καθημερινότητας των ατόμων με άνοια μέσα στην κοινότητα. Μέσα από στοχευμένες παρεμβάσεις, επιχειρείται η προσαρμογή δημοσίων υπηρεσιών, ΚΑΠΗ αλλά και ιδιωτικών υπηρεσιών, ώστε να είναι πιο φιλικές προς τα άτομα με άνοια, καθώς και η δημιουργία δικτύου συνεργασίας μεταξύ φορέων υγείας και τοπικής αυτοδιοίκησης. Παράλληλα, το πρόγραμμα περιλαμβάνει ενημερωτικές και

εκπαιδευτικές δράσεις για την καταπολέμηση του στίγματος και την ενίσχυση της κοινωνικής ευαισθητοποίησης ως προς την άνοια (Πολίτης κ.ά., 2020).

2.5.4 Πρόσβαση, στελέχωση, χρηματοδότηση

Η πρόσβαση στις δομές υποστήριξης ατόμων με άνοια στην Ελλάδα, παραμένει ανισομερής καθώς οι περισσότερες εξειδικευμένες υπηρεσίες συγκεντρώνονται στα μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα και Θεσσαλονίκη). Οι κάτοικοι της περιφέρειας, αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια εξαιτίας της γεωγραφικής απομόνωσης και της περιορισμένης διαθεσιμότητας των κινητών ή περιφερειακών μονάδων (Bleku et al., 2022; Alzheimer Hellas, 2023), με αποτέλεσμα την αργοπορημένη διάγνωση και παρακολούθηση της πορείας της νόσου αλλά και την επιδείνωση της. Η πρόσβαση, επηρεάζεται επίσης και από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Η μεγάλη συμμετοχή των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, δημιουργεί εμπόδια στους πολίτες με χαμηλά εισοδήματα, ιδίως όταν απαιτείται μακροχρόνια φροντίδα ή εξειδικευμένες υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το σύστημα του δημοσίου (OECD, 2022).

Η στελέχωση των υπηρεσιών συνιστά επίσης ένα κρίσιμο ζήτημα για την ποιότητα και την επάρκεια της φροντίδας των ασθενών με άνοια. Η λειτουργία των δομών, απαιτεί την ύπαρξη διεπιστημονικών ομάδων οι οποίες περιλαμβάνουν νευρολόγους, ψυχολόγους, ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς αλλά και επαγγελματίες αποκατάστασης. Στην Ελλάδα, παρατηρείται έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, ιδίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στην περιφέρεια. Συχνά, οι επαγγελματίες δεν διαθέτουν επαρκή εκπαίδευση στην πρόωμη διάγνωση και διαχείριση της νόσου, γεγονός που συμβάλει στην υποδιάγνωση και στην αργοπορημένη παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες (Vlachos et al., 2021). Η υποστελέχωση, επιβαρύνει τις ήδη υπάρχουσες δομές, αυξάνοντας τον χρόνο αναμονής για διάγνωση και υποστήριξη, περιορίζοντας πολλές φορές και την δυνατότητα παρακολούθησης των ασθενών.

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών για την άνοια στην Ελλάδα, προκύπτει από έναν συνδυασμό δημοσίων, ιδιωτικών και μη κερδοσκοπικών πόρων. Οι δημόσιες δομές χρηματοδοτούνται κυρίως μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας και του κρατικού προϋπολογισμού, ενώ σημαντικό ρόλο κατέχουν και τα ευρωπαϊκά προγράμματα. Παράλληλα, οι μη κερδοσκοπικοί

οργανισμοί, όπως η εταιρεία Alzheimer και φορείς όπως το Θάλλπος, βασίζονται σε δωρεές, χορηγίες και προγράμματα χρηματοδότησης για τη λειτουργία των υπηρεσιών τους. Ωστόσο, η συνολική χρηματοδότηση παραμένει περιορισμένη σε σχέση με τις αυξανόμενες ανάγκες, γεγονός που επηρεάζει την ανάπτυξη νέων δομών και τη βιωσιμότητα των υπαρχουσών (World Health Organization, 2021). Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το γεγονός ότι μεγάλο μέρος του κόστους της άνοιας μεταφέρεται εκτός του επίσημου συστήματος υγείας, στους ίδιους τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η εκτεταμένη εξάρτηση από άτυπη φροντίδα σημαίνει ότι οι οικογένειες καλύπτουν σημαντικό μέρος των δαπανών, είτε άμεσα είτε έμμεσα, μέσω απώλειας εισοδήματος και ψυχοκοινωνικής επιβάρυνσης (OECD, 2022). Αυτό το μοντέλο χρηματοδότησης εντείνει τις ανισότητες και περιορίζει την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες, ιδιαίτερα για ευάλωτες ομάδες.

2.6 Προστασία των δικαιωμάτων μέσα από τις πολιτικές

Η προστασία των δικαιωμάτων των ανοϊκών ασθενών, συνιστά βασική πρόκληση για τα σύγχρονα συστήματα υγείας, καθώς δεν εξαρτάται μόνο από τη θεσμική κατοχύρωση των δικαιωμάτων, αλλά κυρίως από την αποτελεσματική ενσωμάτωσή τους στις πολιτικές υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Στην Ευρώπη, οργανισμοί όπως η Alzheimer Europe επισημαίνουν πως οι εθνικές στρατηγικές για την άνοια οφείλουν να περιλαμβάνουν συγκεκριμένες δράσεις, οι οποίες διασφαλίζουν την έγκαιρη διάγνωση, τη συνεχή φροντίδα και την υποστήριξη των ασθενών (Alzheimer Europe, 2022). Παράλληλα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, υπογραμμίζει ότι η αποτελεσματικότητα των πολιτικών, εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως η επάρκεια των πόρων, ο συντονισμός μεταξύ των διαφορετικών τομέων φροντίδας και η οργάνωση των υπηρεσιών (World Health Organization, 2017).

Επιπλέον, η πολυπλοκότητα της νόσου ως χρόνιας και εξελισσόμενης κατάστασης, απαιτεί πολιτικές, οι οποίες θα προσαρμόζονται διαρκώς στις μεταβαλλόμενες ανάγκες των ασθενών. Τα συστήματα υγείας όμως στη πράξη, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να ανταποκριθούν επαρκώς, με συνέπεια να δημιουργούνται κενά μεταξύ των προβλεπόμενων δικαιωμάτων και

της καθημερινής εμπειρίας των ατόμων με άνοια (Alzheimer Europe, 2022). Για αυτό, η αξιολόγηση των πολιτικών για την άνοια, δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στη δημιουργία στόχων, απαιτεί και την εξέταση της πρακτικής εφαρμογής τους, αλλά και την ανάδειξη των βασικών εμποδίων που περιορίζουν την αποτελεσματικότητά τους (World Health Organization, 2017). Αυτή η προσέγγιση, είναι σημαντική για την κατανόηση του κατά πόσο οι πολιτικές συμβάλλουν ουσιαστικά στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών με άνοια.

2.6.1 Πρακτική εφαρμογή των πολιτικών

Τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες της Ευρώπης, η εφαρμογή των πολιτικών για την άνοια, δεν χαρακτηρίζεται ως πλήρως επαρκής παρά την ύπαρξη εκτεταμένων στρατηγικών. Αυτό συμβαίνει καθώς η υιοθέτηση εθνικών και ευρωπαϊκών σχεδίων δράσης για την άνοια δεν συνεπάγεται αυτόματα και την αποτελεσματική εφαρμογή τους. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, για την επιτυχημένη υλοποίηση αυτών των πολιτικών πρέπει να υπάρχουν μηχανισμοί παρακολούθησης και αξιολόγησης, οι οποίοι συχνά απουσιάζουν ή υπολειτουργούν, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός κενού μεταξύ του θεωρητικού σχεδιασμού και πρακτικής εφαρμογής (World Health Organization, 2017). Ένας από τους βασικούς λόγους για την ανεπαρκή εφαρμογή των πολιτικών είναι ότι δίνεται έμφαση στη στρατηγική και όχι τόσο στην πρακτική τους. Ενώ λοιπόν οι πολιτικές καθορίζουν γενικούς στόχους, όπως είναι η έγκαιρη διάγνωση της νόσου και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, συχνά δεν προσδιορίζονται με σαφήνεια οι τρόποι υλοποίησης, οι απαιτούμενοι πόροι και οι υπεύθυνοι φορείς. Η έλλειψη αυτή, οδηγεί συχνά σε παρεμβάσεις χωρίς ενιαίο συντονισμό και μειωμένη αποτελεσματικότητα, καθώς δεν υπάρχει επαρκής λογοδοσία για την επίτευξη των στόχων (World Health Organization, 2017).

Επιπλέον, η μη επαρκής χρηματοδότηση συνιστά έναν κρίσιμο παράγοντα ο οποίος επηρεάζει την εφαρμογή των πολιτικών. Αν και η άνοια αποτελεί μια σημαντική πρόκληση δημόσιας υγείας, συχνά δεν λαμβάνει την προτεραιότητα που απαιτείται στο επίπεδο πόρων, ιδίως σε χώρες που αντιμετωπίζουν οικονομικούς περιορισμούς. Στην Ελλάδα, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, έχουν περιορίσει σημαντικά τις επενδύσεις σε υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, με αποτέλεσμα την αδυναμία της πλήρους ανάπτυξης των δομών και των υπηρεσιών που προβλέπονται (World Health Organization, 2017; Alzheimer's Disease International,

2019). Σημαντικό εμπόδιο αποτελεί επίσης η αδυναμία ενσωμάτωσης της διαχείρισης της άνοιας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Παρά τη σημαντικότητα της έγκαιρης διάγνωσης, οι επαγγελματίες υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, συχνά δεν διαθέτουν την κατάλληλη εκπαίδευση ή τα απαραίτητα εργαλεία για την αναγνώριση των πρώιμων συμπτωμάτων της νόσου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, την μείωση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και την αύξηση του φόρτου για το σύστημα υγείας (Prince et al., 2015).

Καθοριστικός στην αδυναμία της πρακτικής εφαρμογής των πολιτικών για την άνοια, είναι ο κατακερματισμός των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Η άνοια απαιτεί μια ολιστική και διεπιστημονική προσέγγιση, ωστόσο στην πράξη οι υπηρεσίες λειτουργούν συχνά ανεξάρτητα, χωρίς επαρκή συντονισμό. Αυτό έχει ως συνέπεια, την μη συνεχή φροντίδα, την ανεπαρκή καθοδήγηση των ασθενών στο σύστημα υγείας και την μη αποτελεσματική αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων (Alzheimer Europe, 2020). Η εφαρμογή των πολιτικών, επηρεάζεται αρκετά από κοινωνικούς και γεωγραφικούς παράγοντες. Η άνιση κατανομή των υπηρεσιών, οδηγεί στο περιορισμό της πρόσβασης σε δομές και υπηρεσίες για πληθυσμούς που κατοικούν σε επαρχιακές ή απομακρυσμένες από τα μεγάλα αστικά κέντρα περιοχές, ενώ κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες (εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο), επηρεάζουν την ικανότητα των πολιτών ώστε να αναζητήσουν και να αξιοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας. Στην Ελλάδα, οι ανισότητες αυτές, είναι ιδιαίτερα έντονες, γεγονός που περιορίζει την καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Alzheimer's Disease International, 2019).

Τέλος, το κοινωνικό στίγμα που συνδέεται με την άνοια αποτελεί έναν όχι τόσο ορατό μα υπαρκτό και αρκετά σημαντικό παράγοντα. Οι αρνητικές αντιλήψεις και η ελλιπής ενημέρωση οδηγούν συχνά στην αργοπορημένη αναζήτηση υποστήριξης και στην κοινωνική απομόνωση των ασθενών και των οικογενειών τους. Αυτό, συνεπάγεται την περιορισμένη αξιοποίηση των διαθέσιμων υπηρεσιών και κατ' επέκταση την μειωμένη αποτελεσματικότητα των πολιτικών παρεμβάσεων (World Health Organization, 2017; Alzheimer's Disease International, 2019).

2.6.2 Εμπόδια στην εφαρμογή

Ένα από τα βασικότερα εμπόδια στην εφαρμογή των πολιτικών για την άνοια, είναι η υποχρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, η οποία περιορίζει την ανάπτυξη και την λειτουργία των παρεμβάσεων. Στην Ελλάδα, η οικονομική κρίση είχε μακροχρόνιες επιπτώσεις στο σύστημα υγείας, οδηγώντας σε περιορισμό πόρων και επενδύσεων στη μακροχρόνια φροντίδα. Η έλλειψη της επαρκούς χρηματοδότησης, επηρεάζει άμεσα τόσο την ποιότητα όσο και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών (World Health Organization, 2017). Η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, συνιστά ένα ακόμη εμπόδιο. Η διαχείριση της άνοιας, απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση, ωστόσο στην πράξη παρατηρείται έλλειψη επαγγελματιών με εξειδίκευση στη νευροψυχιατρική και στη γηριατρική. Ως αποτέλεσμα, περιορίζεται σημαντικά η ικανότητα του συστήματος να παρέχει μια εξατομικευμένη και ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς με άνοια (Prince et al., 2015). Επιπλέον, η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των υγειονομικών και των κοινωνικών υπηρεσιών, συνιστά επίσης μια μεγάλη πρόκληση-εμπόδιο. Η έλλειψη αυτή, οδηγεί σε ασυνέχεια της φροντίδας και σε μη αποτελεσματική χρήση των πόρων. Σύμφωνα με τη διεθνής βιβλιογραφία, η ολοκληρωμένη φροντίδα είναι η βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου, και δυστυχώς αυτό είναι κάτι που στην Ελλάδα δεν έχει επιτευχθεί πλήρως (World Health Organization, 2017). Η κοινωνική διάσταση και το στίγμα που φέρει ακόμη η νόσος αυτή συνιστούν επίσης σοβαρά εμπόδια. Η άνοια έχει συνδεθεί με αρνητικά στερεότυπα, τα οποία συχνά οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό των ασθενών και στην αργοπορημένη αναζήτηση βοήθειας για την αντιμετώπιση της. Το στίγμα, δρα ως ένας αόρατος φραγμός, οποίος αποδυναμώνει την αποτελεσματικότητα ακόμη και των πιο προσεκτικά σχεδιασμένων πολιτικών (Alzheimer's Disease International, 2019). Επιπροσθέτως, υπάρχει ακόμη σε πολλές χώρες, ελλιπής ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σχετικά με την άνοια, γεγονός που επιτείνει το πρόβλημα. Παρά τις διεθνείς καμπάνιες, η γνώση παραμένει περιορισμένη και αυτό επηρεάζει την συμπεριφορά των πολιτών και την αξιοποίηση των υπηρεσιών υγείας (World Health Organization, 2017).

Τέλος, ένα ιδιαίτερα κρίσιμο εμπόδιο είναι η έλλειψη συστηματικής αξιολόγησης των πολιτικών. Χωρίς αξιόπιστα δεδομένα και κατάλληλους δείκτες απόδοσης, δεν καθίσταται εφικτή ούτε η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων ούτε η ουσιαστική βελτίωσή τους. Αυτή η αδυναμία περιορίζει την ανάπτυξη τεκμηριωμένων πολιτικών (evidence-based policy) και εντείνει τον αποσπασματικό τρόπο εφαρμογής τους (Alzheimer Europe, 2020).

3.Συγκριτική Ανάλυση Ελλάδας – Ε.Ε.

3.1 Σημεία σύγκλισης και απόκλισης της Ελλάδας από τις ευρωπαϊκές πρακτικές

Η διαχείριση της άνοιας στην Ελλάδα, παρουσιάζει μια σταδιακή αλλά όχι τελείως ομοιογενής σύγκλιση με τις κατευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι οποίες δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας και κοινωνικής μέριμνας. Σήμερα στην Ευρώπη, η άνοια αντιμετωπίζεται ως ένα πολυδιάστατο πρόβλημα της δημόσιας υγείας, η αντιμετώπιση του οποίου απαιτεί έναν συνδυασμό ιατρικής παρακολούθησης και φροντίδας, κοινωνικής υποστήριξης και παρεμβάσεων σε επίπεδο κοινότητας (World Health Organization [WHO], 2021).

Η Ελλάδα, έχει ενσωματώσει σε θεωρητικό επίπεδο αυτές τις κατευθύνσεις μέσα από τις εθνικές στρατηγικές για την άνοια, αλλά και από τη συμμετοχή της σε ευρωπαϊκά προγράμματα που στοχεύουν στην υγιή γήρανση. Ωστόσο, η πρακτική εφαρμογή αυτών, παραμένει περιορισμένη λόγω δομικών αδυναμιών στο σύστημα υγείας. Το βασικό πρόβλημα, εντοπίζεται στην διάσπαση των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή στην απουσία ενός ενιαίου συντονισμού μεταξύ της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και κοινωνικής φροντίδας (Vandepitte et al., 2016 – PMC). Συνεπώς, οι ασθενείς με άνοια, συχνά δεν λαμβάνουν συνεχή ιατρική παρακολούθηση αλλά λαμβάνουν αποσπασματική φροντίδα ανάλογα με το επίπεδο του συστήματος υγείας στο οποίο απευθύνονται. Αντιθέτως, σε χώρες όπως η Σουηδία και η Ολλανδία, όπου υπάρχουν ολοκληρωμένα δίκτυα φροντίδας τα οποία συνδέουν πρωτοβάθμια φροντίδα, νοσοκομεία και κατ' οίκον υπηρεσίες υποστήριξης, οι ασθενείς εξασφαλίζουν μια συνεχή φροντίδα (WHO, 2021).

Ένα ακόμη σημαντικό σημείο απόκλισης, αφορά τον ρόλο της οικογένειας στην άνοια. Στην Ελλάδα, η φροντίδα των ατόμων με άνοια, παρέχεται σε μεγάλο βαθμό μέσα από την άτυπη φροντίδα, κυρίως από συγγενείς των ασθενών, εξαιτίας των περιορισμένων δημοσίων υπηρε-

σιών μακροχρόνιας φροντίδας (Papastavrou et al, 2017-BMC Nursing). Αντιθέτως, σε συστήματα της Βόρειας Ευρώπης, η οικογένεια δεν αναλαμβάνει το ρόλο της κύριας φροντίδας αλλά μόνο συμπληρωματικής.

Επιπροσθέτως, η ψηφιοποίηση της υγείας συνιστά ένα ακόμη πεδίο απόκλισης. Στην Ευρώπη, η χρήση ψηφιακών εργαλείων, όπως η τηλεπαρακολούθηση και τα ηλεκτρονικά συστήματα υποστήριξης των φροντιστών, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος των εθνικών στρατηγικών κάποιων χωρών. Στην Ελλάδα, αν και έχουν γίνει κάποια βήματα μετά την πανδημία του COVID-19, η ενσωμάτωση ψηφιακών εργαλείων στην φροντίδα της άνοιας, παραμένει αρκετά περιορισμένη (Gillam et al., 2022).

Τέλος, κρίσιμο σημείο σύγκλισης αποτελεί η αναγνώριση της νόσου ως προτεραιότητας για την δημόσια υγεία. Η διαφορά όμως έγκειται στο επίπεδο της υλοποίησης των πολιτικών, όπου ενώ ευρωπαϊκές χώρες όπως η Γαλλία, η Γερμανία, η Ολλανδία εφαρμόζουν συστηματικά προγράμματα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης για τη άνοια, η Ελλάδα εστιάζει περισσότερο στο πεδίο της θεραπείας (Economou et al., 2015-PMC).

3.2 Κοινές προκλήσεις – διαφορετικές στρατηγικές

Παρά το γεγονός πως οι χώρες της Ε.Ε, αντιμετωπίζουν στο σύνολο τους κοινές προκλήσεις ως προς την διαχείριση-αντιμετώπιση της άνοιας, οι στρατηγικές αντιμετώπισης και οι πολιτικές τους διαφέρουν σημαντικά. Κοινά ζητήματα όπως είναι η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, η έγκαιρη διάγνωση της νόσου, η οργάνωση της μακροχρόνιας φροντίδας, η υποστήριξη των άτυπων φροντιστών και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών φροντίδας, προσεγγίζονται με διαφορετικό τρόπο, ανάλογα με το μοντέλο κοινωνικής πολιτικής που ακολουθεί η κάθε χώρα αλλά και το επίπεδο ανάπτυξης του συστήματος υγείας που έχει. Σύμφωνα με τον OECD (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης) 2022, οι Ευρωπαϊκές χώρες, εμφανίζουν σημαντικές διαφορές κυρίως ως προς την οργάνωση των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας αλλά και την χρηματοδότηση τους (OECD, 2022). Επιπλέον, η Alzheimer Europe (2023), τονίζει πως ανισότητες παρουσιάζονται μεταξύ των κρατών-μελών και στην

εφαρμογή εθνικών στρατηγικών για την άνοια αλλά και στην ανάπτυξη υπηρεσιών υποστήριξης (Alzheimer Europe, 2023).

Μια από τις πιο σημαντικές κοινές προκλήσεις αφορά την έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Παρά τη βελτίωση των διαγνωστικών μεθόδων της άνοιας και την εξειδικευμένη επιστημονική γνώση γύρω από αυτή, μεγάλο μέρος των ασθενών εξακολουθεί να διαγιγνώσκεται όταν πλέον η νόσος είναι σε προχωρημένο στάδιο. Η αργοπορημένη διάγνωση επηρεάζει σημαντικά την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, περιορίζει τον έγκαιρο σχεδιασμό φροντίδας και επιφέρει μεγάλη ψυχολογική επιβάρυνση τόσο στους ασθενείς όσο και στους φροντιστές και τις οικογένειες τους. Μεταξύ των βασικών παραγόντων καθυστέρησης της διάγνωσης, σύμφωνα με την βιβλιογραφία είναι η ελλιπής ενημέρωση του πληθυσμού για τη νόσο, το κοινωνικό στίγμα και οι ελλείψεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Livingston et al., 2020).

Στις διάφορες χώρες της Ευρώπης, εφαρμόζονται διαφορετικές στρατηγικές στην αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού. Σε χώρες όπως η Ολλανδία και η Σουηδία, λειτουργούν οργανωμένα δίκτυα κοινοτικών υπηρεσιών και κέντρων μνήμης, τα οποία σε συνεργασία με τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συμβάλουν στην ταχύτερη ανίχνευση των πρώιμων συμπτωμάτων της νόσου. Από την άλλη, στην Ελλάδα παρατηρούνται σημαντικές ανισότητες πρόσβασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ιδίως σε απομακρυσμένες από τα μεγάλα αστικά κέντρα περιοχές. Η περιορισμένη διασύνδεση μεταξύ πρωτοβάθμιων και κοινωνικών υπηρεσιών, συμβάλει συχνά στην καθυστερημένη διάγνωση και ασυνέχεια στην φροντίδα (Alzheimer Europe, 2023). Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας στην Ελλάδα, δυστυχώς παραμένει περιορισμένη. Η οικονομική κρίση επηρέασε σημαντικά την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και περιόρισε την ανάπτυξη νέων δημόσιων υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η εξάρτηση της φροντίδας από την οικογένεια (Economou et al., 2015).

Μια ακόμη κοινή πρόκληση, αφορά την μακροχρόνια φροντίδα των ανοϊκών ασθενών. Η σταδιακή επιδείνωση των γνωστικών ικανοτήτων τους, αυξάνει σταδιακά την ανάγκη για συνεχή παρακολούθηση και υποστήριξη. Η μακροχρόνια φροντίδα, απαιτεί ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους, γεγονός που δημιουργεί πιέσεις στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, τονίζει πως η αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού,

θα αυξήσει την αναγκαιότητα για υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας τις επόμενες δεκαετίες (European Commission, 2021).

Επιπλέον, κοινή πρόκληση για τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, αποτελεί η αποδιοργάνωση των υπηρεσιών φροντίδας. Η έλλειψη συντονισμού μεταξύ της πρωτοβάθμιας φροντίδας, κοινωνικών υπηρεσιών και νοσοκομείων, οδηγεί συχνά στη μη συνεχή φροντίδα και στην αυξημένη επιβάρυνση των ασθενών και των οικογενειών αυτών. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, τα ολοκληρωμένα μοντέλα φροντίδας (integrated care models), είναι πιο αποτελεσματικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών ενώ με την εφαρμογή τους έχει παρατηρηθεί μείωση στις νοσηλείες και στην ιδρυματοποίηση (Prince et al., 2015).

Οι στρατηγικές μακροχρόνιας φροντίδας, διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Σε κράτη της Βόρειας Ευρώπης, βλέπουμε να κυριαρχεί το καθολικό μοντέλο κοινωνικής πρόνοιας, με βάση το οποίο η φροντίδα παρέχεται κυρίως μέσα από δημόσιες ή με δημόσια χρηματοδότηση υπηρεσίες (OECD, 2022). Αντιθέτως, στην Ελλάδα η φροντίδα παραμένει σε μεγάλο βαθμό οικογενειοκεντρική, με τους ανεπίσημους φροντιστές να αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας των ασθενών. Η περιορισμένη ανάπτυξη δημοσίων δομών και κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας, ενισχύει την εξάρτηση της φροντίδας από την οικογένεια και αυξάνει την οικονομική και κοινωνική επιβάρυνση των φροντιστών (Afram et al., 2015).

Συμπερασματικά, οι χώρες της Ε.Ε αντιμετωπίζουν κοινές προκλήσεις, κάποιες από τις οποίες είναι η έγκαιρη διάγνωση, η μακροχρόνια φροντίδα, ο κατακερματισμός των υπηρεσιών φροντίδας. Ωστόσο, οι στρατηγικές αντιμετώπισης, διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης των κοινωνικών πολιτικών και τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας των χωρών. Η συγκριτική εμπειρία από διάφορες ευρωπαϊκές χώρες δείχνει ότι τα ολοκληρωμένα μοντέλα φροντίδας, που βασίζονται στην κοινότητα, μπορούν να ενισχύσουν σημαντικά την πιο αποτελεσματική προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια (WHO, 2021).

3.3 Προστασία δικαιωμάτων ατόμων με άνοια (Ελλάδα – Ε.Ε.)

Η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών με άνοια, συνιστά ένα πολύ κρίσιμο ζήτημα στα σύγχρονα συστήματα υγείας και κοινωνικής πολιτικής, καθώς η νόσος επηρεάζει σταδιακά την γνωστική λειτουργία και την αυτονομία των ατόμων. Σε διεθνές επίπεδο, η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία υπογραμμίζει πως τα άτομα με αναπηρία, έχουν δικαίωμα στην ίση νομική ικανότητα αλλά και στην παροχή υποστηριζόμενης λήψης αποφάσεων, χωρίς την αυτόματη αντικατάσταση της προσωπικής τους βούλησης (Ηνωμένα Έθνη, 2006).

Η σύγχρονη βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η ικανότητα λήψης αποφάσεων στα άτομα με άνοια δεν συνιστά μια σταθερή και αμετάβλητη κατάσταση, αλλά μια δυναμική και μεταβαλλόμενη λειτουργία, η οποία ενδέχεται να διαφοροποιείται ανάλογα με το στάδιο της νόσου, το είδος της απόφασης και τις εκάστοτε συνθήκες. Η υποστηριζόμενη λήψη αποφάσεων έχει αναδειχθεί ως μια μέθοδος που ενισχύει την αυτονομία του ατόμου και περιορίζει τον κοινωνικό αποκλεισμό, καθώς διασφαλίζει τη συνεχή συμμετοχή του στις αποφάσεις που το αφορούν (Bhatt et al., 2020). Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, τα άτομα με άνοια εντάσσονται σε ομάδα υψηλού κινδύνου, που συχνά έρχεται αντιμέτωπη με το κοινωνικό στίγμα, την κακοποίηση και παραμέληση, γεγονός που επιδρά αρνητικά στην προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας, αλλά και στην ποιότητα ζωής τους. Ο στιγματισμός αυτός, συχνά οδηγεί και στη αργοπορημένη διάγνωση και μειωμένη κοινωνική συμμετοχή (WHO, 2021).

Στην Ελλάδα, το κύριο νομικό πλαίσιο για την προστασία των ανοϊκών ασθενών, είναι ο Αστικός Κώδικας, ο οποίος μέσω των άρθρων 1666–1688 προβλέπει τη δικαστική συμπαράσταση. Σύμφωνα με αυτόν το θεσμό, όταν ένα άτομο δεν δύναται να διαχειριστεί τις προσωπικές ή οικονομικές /περιουσιακές του υποθέσεις εξαιτίας νοητικής ή ψυχικής διαταραχής, το δικαστήριο μπορεί να ορίσει έναν δικαστικό συμπαραστάτη, προσδιορίζοντας παράλληλα την έκταση της υποστήριξης ή των περιορισμών που αφορούν τη δικαιοπρακτική ικανότητα του ατόμου.

Η θεσμική κατοχύρωση της δικαστικής συμπαράστασης στην Ελλάδα ενισχύθηκε με τον Ν. 2447/1996, ο οποίος επέφερε σημαντικές αλλαγές στο οικογενειακό δίκαιο και διαμόρφωσε

το σύγχρονο πλαίσιο για την προστασία ενηλίκων με περιορισμένη ικανότητα. Ο συγκεκριμένος νόμος αποτελεί τη βασική νομοθετική βάση του ισχύοντος συστήματος δικαστικής συμπαράστασης (Ν. 2447/1996, άρθρο 13, 1996).

Επιπλέον, Ο Ν. 2716/1999 αποτελεί βασικό νομοθέτημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Στο άρθρο 2 κατοχυρώνονται τα δικαιώματα των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με έμφαση στον σεβασμό της προσωπικότητας, της αξιοπρέπειας και των ατομικών τους ελευθεριών (Ν. 2716/1999). Παρότι η άνοια δεν συνιστά ψυχιατρική διαταραχή, αλλά εντάσσεται στις νευρογνωστικές διαταραχές, συχνά αντιμετωπίζεται στο πλαίσιο κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας. Για τον λόγο αυτό, οι διατάξεις του νόμου που αφορούν την προστασία των δικαιωμάτων, την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες και την κοινωνική ένταξη αποκτούν ιδιαίτερη σημασία για τα άτομα με άνοια (Υπουργείο Υγείας, 2019· EASPD, 2021). Παράλληλα, ο νόμος προάγει το κοινοτικό μοντέλο φροντίδας, δίνοντας έμφαση στην αυτονομία, τη συμμετοχή και την κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων με άνοια καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, αρχές που αποτελούν θεμελιώδεις άξονες της σύγχρονης προσέγγισης στη φροντίδα της άνοιας (EASPD, 2021).

Σύμφωνα επίσης με τον Ν. 3418/2005, κάθε ιατρική παρέμβαση προϋποθέτει την προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς μετά από κατάλληλη ενημέρωση. Στα άτομα με άνοια, η δυνατότητα παροχής έγκυρης συναίνεσης εξαρτάται από τη γνωστική τους κατάσταση. Όταν η ικανότητα λήψης αποφάσεων είναι σημαντικά περιορισμένη, η συναίνεση παρέχεται από τον νόμιμο εκπρόσωπο ή δικαστικό συμπαραστάτη, ενώ επιδιώκεται η συμμετοχή του ίδιου του ατόμου στον μέγιστο δυνατό βαθμό (Ν. 3418/2005). Παράλληλα, η σύγχρονη βιοηθική υποστηρίζει την «υποστηριζόμενη λήψη αποφάσεων», ενισχύοντας τη συμμετοχή των ατόμων με γνωστική έκπτωση στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία και τη ζωή τους (United Nations, 2000· Ν. 4074/2012).

Η κύρωση της Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία με τον Ν. 4074/2012 αποτέλεσε σημαντικό βήμα για την προστασία των ατόμων με άνοια, καθώς κατοχυρώνει την ισότιμη άσκηση των δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών τους (Ν. 4074/2012). Οι βασικές αρχές της Σύμβασης περιλαμβάνουν τον σεβασμό της αξιοπρέπειας, της μη διάκρισης,

της αυτονομίας, της κοινωνικής συμμετοχής και της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και φροντίδας (United Nations, 2000· Ν. 4074/2012). Παράλληλα, συνέβαλε στη μετάβαση της ελληνικής πολιτικής από το ιατρικό στο δικαιωματικό και κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας, με έμφαση στην προστασία των δικαιωμάτων και την κοινωνική ένταξη (United Nations, 2000).

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για Δράσης για την Άνοια και τη Νόσο Alzheimer, αντιμετωπίζει την άνοια ως ζήτημα που αφορά τόσο την υγεία όσο και την κοινωνική φροντίδα και προωθεί την ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών υποστήριξης. Βασικές του προτεραιότητες είναι η δημιουργία εξειδικευμένων δομών για άτομα με άνοια, η ενίσχυση της κατ' οίκον φροντίδας, η εκπαίδευση επαγγελματιών και φροντιστών, καθώς και η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια και των οικογενειών τους (Υπουργείο Υγείας, 2019).

Είναι σημαντικό επίσης να αναφερθεί πως, σύμφωνα με μελέτη της EASPD, η φροντίδα των ατόμων με άνοια στην Ελλάδα στηρίζεται κυρίως στην οικογένεια, ενώ εξακολουθούν να υπάρχουν ελλείψεις σε υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας και άνιση πρόσβαση μεταξύ διαφορετικών περιοχών της χώρας (EASPD, 2021). Ιδιαίτερα σημαντικές θεωρούνται οι υπηρεσίες των Κέντρων Ημέρας, η ψυχοκοινωνική υποστήριξη, η ανακούφιση των φροντιστών, οι δομές φιλοξενίας και η κατ' οίκον φροντίδα, οι οποίες συμβάλλουν στη διατήρηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με άνοια (EASPD, 2021). Παράλληλα, τονίζεται η ανάγκη ενίσχυσης των κοινοτικών υπηρεσιών και καλύτερου συντονισμού μεταξύ υγειονομικών και κοινωνικών δομών φροντίδας (EASPD, 2021· Υπουργείο Υγείας, 2019).

Το ελληνικό νομικό πλαίσιο εξακολουθεί να έχει κυρίως αντικαταστατικό χαρακτήρα, καθώς η δικαστική συμπαράσταση συχνά καταλήγει στην αντικατάσταση της βούλησης του ατόμου, αντί να δίνει έμφαση στην ενίσχυση της υποστηριζόμενης λήψης αποφάσεων. Η προσέγγιση αυτή διαφοροποιείται από το δικαιωματικό μοντέλο που προωθεί η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών, η οποία υπογραμμίζει τη σημασία της διατήρησης της αυτονομίας μέσω παροχής υποστήριξης και όχι μέσω πλήρους περιορισμού της ικανότητας λήψης αποφάσεων (Ηνωμένα Έθνη, 2006). Επιπλέον, τα άτομα με άνοια συγκαταλέγονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου για κακοποίηση και παραμέληση, ιδιαίτερα όταν η φροντίδα παρέχεται σε μη θεσμοθετημένα περιβάλλοντα. Διεθνείς ανασκοπήσεις, δείχνουν ότι η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών εποπτείας και αναφοράς συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση του κινδύνου παραβίασης των

δικαιωμάτων τους και στη χειροτέρευση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Fang & Yan, 2018).

3.4 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

Η πρόσβαση των ατόμων με άνοια στις υπηρεσίες υγείας, συνιστά κεντρικό στοιχείο των πολιτικών υγείας που σχετίζονται με τα ανθρώπινα δικαιώματα σχετικά με την ισότητα και την καθολική πρόσβαση στην υγεία. Η άνοια, απαιτεί μια μακροχρόνια και πολυεπίπεδη φροντίδα η οποία συμπεριλαμβάνει την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ασθενών, την ιατρική παρακολούθηση και την πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, τα συστήματα υγείας οφείλουν να εξασφαλίζουν την έγκαιρη διάγνωση, την εποπτεία της φροντίδας και την πρόσβαση σε υπηρεσίες χωρίς διακρίσεις για τα άτομα με άνοια (WHO,2021).

Στην Ε.Ε, η άνοια αποτελεί μια σημαντική πρόκληση για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας, εξαιτίας της όλο και αυξανόμενης γήρανσης του πληθυσμού, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), τονίζει πως ενώ έχουν αναπτυχθεί εθνικές στρατηγικές για την άνοια, σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες παραμένουν σημαντικές ανισότητες ως προς την πρόσβαση σε υπηρεσίες διάγνωσης και κατ' οίκον φροντίδας (OECD, 2018). Οι ανισότητες αυτές, σχετίζονται με την χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας αλλά και με την ανισομερή ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας. Σύγχρονες μελέτες, δείχνουν ότι ασθενείς με άνοια διαγιγνώσκονται συχνά σε μέτρια ή προχωρημένα στάδια της νόσου, και αυτό έχει ως συνέπεια τον περιορισμό της δυνατότητας για έγκαιρη πρόσβαση και ταυτόχρονα την αύξηση της επιβάρυνσης των οικογενειών τους (Sorrentino et al., 2025).

Δυσκολίες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες, σχετίζονται και με την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού αλλά και τη περιορισμένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών σχετικά με την άνοια σε πολλές περιοχές. Η γεωγραφική ανισοκατανομή αποτελεί σημαντικό εμπόδιο σε πολλές χώρες της Ε.Ε, καθώς οι αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε νευρολογικές και γηριατρικές υπηρεσίες. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισημαίνει ότι οι

ανισότητες αυτές ενισχύονται από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως η εκπαίδευση, το εισόδημα και η πρόσβαση σε υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας (WHO, 2021).

Σημαντικό ζήτημα, συνιστά επίσης και η ελλιπής ολιστική φροντίδα (integrated care). Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, τα πιο αποτελεσματικά συστήματα είναι εκείνα που συνδέουν την πρωτοβάθμια φροντίδα με τις κοινοτικές υπηρεσίες και την κατ' οίκον φροντίδα, μειώνοντας τις νοσηλείες και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών με άνοια (OECD, 2018). Ωστόσο, σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες η συνεργασία μεταξύ υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών παραμένει ανεπαρκής.

Στην Ελλάδα, η πρόσβαση των ατόμων με άνοια στις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζει σημαντικές διαρθρωτικές αδυναμίες και γεωγραφικές ανισοκατανομές. Παρά την ανάπτυξη Ιατρείων Μνήμης, Κέντρων Ημέρας και άλλων εξειδικευμένων δομών, η συγκέντρωσή αυτών κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα περιορίζει την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών που διαμένουν στην περιφέρεια και στα νησιά (WHO, 2021). Ως συνέπεια, παρατηρούνται καθυστερήσεις στη διάγνωση και αυξημένη εξάρτηση από την οικογενειακή φροντίδα. Επιπροσθέτως, η οικονομική κρίση στην Ελλάδα επιβάρυνε περαιτέρω την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τους Kyriopoulos et al. (2014), οι περικοπές στη δημόσια χρηματοδότηση της υγείας αύξησαν τα οικονομικά εμπόδια πρόσβασης και ενίσχυσαν τις κοινωνικές ανισότητες, ιδίως για άτομα με χρόνια νοσήματα που χρειάζονται συνεχή φροντίδα. Η άνοδος της ιδιωτικής δαπάνης υγείας επηρέασε δυσανάλογα τόσο τα ίδια άτομα με άνοια όσο και τις οικογένειές τους.

Παράλληλα, η φροντίδα των ατόμων με άνοια στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στο οικογενειακό περιβάλλον και στους άτυπους φροντιστές. Το ισχύον μοντέλο φροντίδας παραμένει έντονα οικογενειοκεντρικό, ενώ η ανάπτυξη δημόσιων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας είναι περιορισμένη. Όπως αναφέρεται στο εγχειρίδιο της Ελληνικής Εταιρείας Alzheimer, οι υφιστάμενες δομές δεν επαρκούν για να καλύψουν τις αυξανόμενες ανάγκες, γεγονός που οδηγεί σε σημαντική επιβάρυνση των φροντιστών (Sakka et al., 2015).

Επιπλέον, η έλλειψη ενός οργανωμένου συστήματος κοινοτικής φροντίδας στην Ελλάδα περιορίζει τη δυνατότητα ασφαλούς παραμονής των ασθενών στο σπίτι με την απαραίτητη υπο-

στήριξη. Ως αποτέλεσμα, συχνά παρατηρείται καθυστερημένη πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας και αυξημένη εξάρτηση από νοσοκομειακές δομές, αντί για έγκαιρη και συνεχή υποστήριξη σε επίπεδο κοινότητας (WHO, 2021).

Συνολικά, τόσο στην Ευρωπαϊκή Ένωση όσο και στην Ελλάδα, η πρόσβαση των ατόμων με άνοια στις υπηρεσίες υγείας παραμένει άνιση και επηρεάζεται από οικονομικούς, κοινωνικούς αλλά και γεωγραφικούς παράγοντες. Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η ανάπτυξη ολοκληρωμένων δικτύων κοινοτικής υποστήριξης και η καλύτερη διασύνδεση των υγειονομικών με τις κοινωνικές υπηρεσίες αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για τη διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης και την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια (OECD, 2018; WHO, 2021).

3.5 Υποστήριξη φροντιστών

Η υποστήριξη των φροντιστών των ατόμων με άνοια, αποτελεί κεντρικό πυλώνα των σύγχρονων συστημάτων υγείας, καθώς η φροντίδα των ασθενών παρέχεται σε μεγάλο βαθμό από άτυπους φροντιστές στο πλαίσιο της οικογένειας. Η πλειονότητα των φροντιστών, συχνά επιβαρύνεται ψυχολογικά, κοινωνικά αλλά και σωματικά, γεγονός που επιφέρει συνέπειες τόσο στη δική τους υγεία, όσο και στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν. Ο Π.Ο.Υ επισημαίνει πως βασικό στοιχείο κάθε εθνικής στρατηγικής για την άνοια θα πρέπει να είναι η συνεχής υποστήριξη των φροντιστών, μέσα από εκπαιδευτικές, ενημερωτικές αλλά και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (World Health Organization, 2022).

Στην Ευρώπη, οι πολιτικές για την υποστήριξη των φροντιστών περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων, όπως ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης, εκπαιδευτικά προγράμματα α-κόμη και υπηρεσίες ανακούφισης μέσω της προσωρινής φροντίδας (respite care). Η διεθνής βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης και υποστήριξης για φροντιστές μπορούν να μειώσουν το αίσθημα επιβάρυνσης και να βελτιώσουν την ψυχική τους υγεία, ενώ ταυτόχρονα ενισχύουν τη λειτουργικότητα της οικογένειας και αναβαθμίζουν τη συνολική ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Boots et al., 2014). Επιπλέον, συστηματικές

ανασκοπήσεις έχουν καταδείξει ότι παρεμβάσεις οι οποίες συνδυάζουν συμβουλευτική υποστήριξη και εκπαίδευση σε δεξιότητες διαχείρισης της καθημερινής φροντίδας μπορούν να μειώσουν σημαντικά τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που συχνά εμφανίζονται στους φροντιστές. Παράλληλα, ενισχύουν την ψυχική ανθεκτικότητα και βελτιώνουν την ικανότητά τους να διαχειρίζονται τα συμπεριφορικά και γνωστικά συμπτώματα της άνοιας (Gitlin et al., 2015).

Η σύγχρονη ευρωπαϊκή προσέγγιση δίνει έμφαση στην προσωποκεντρική φροντίδα, καθώς και στην αξιοποίηση εκπαιδευτικών και ψηφιακών εργαλείων για την υποστήριξη των φροντιστών. Έρευνες δείχνουν ότι η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας και στη διαχείριση της συμπεριφοράς των ανοϊκών ασθενών, μπορεί να περιορίσει την κοινωνική απομόνωση των φροντιστών και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής τόσο των ίδιων όσο και των ατόμων με άνοια (Liddle et al., 2012).

Στο ίδιο πλαίσιο εντάσσονται και ευρωπαϊκές πρωτοβουλίες όπως το Care4Elders Project, οι οποίες αποσκοπούν στην ενδυνάμωση της εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας και άτυπων φροντιστών, αλλά και στην ανάπτυξη καινοτόμων μοντέλων φροντίδας για την άνοια. Τέτοιες δράσεις συνδέονται με τη γενικότερη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δημιουργία ολοκληρωμένων κοινοτικά βασισμένων συστημάτων υποστήριξης των φροντιστών (Care4Elders Project, 2024).

Στην Ελλάδα, η υποστήριξη των φροντιστών των ατόμων με άνοια βρίσκεται ακόμη σε πρώιμο στάδιο που εξελίσσεται σταδιακά, με την οικογένεια να εξακολουθεί να αποτελεί τον βασικό πυλώνα φροντίδας και τις υπηρεσίες του δημόσιου συστήματος υγείας να παραμένουν περιορισμένες. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Άνοια και τη Νόσο Alzheimer αναγνωρίζει θεσμικά τη σημασία των άτυπων φροντιστών και προβλέπει τη δημιουργία και ενίσχυση δομών υποστήριξης, όπως Κέντρα Ημέρας, συμβουλευτικές υπηρεσίες προς οικογένειες και δράσεις ενημέρωσης, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών (Υπουργείο Υγείας, 2023). Παρ' όλα αυτά, η υλοποίηση των προβλεπόμενων μέτρων είναι άνιση και συχνά εντοπίζεται κυρίως μόνο στα μεγάλα αστικά κέντρα.

Παράλληλα, σημαντικό μέρος της υποστήριξης προσφέρεται από μη κυβερνητικούς φορείς, όπως η Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών, η οποία λειτουργεί

Κέντρα Ημέρας και παρέχει υπηρεσίες ψυχολογικής στήριξης, ομάδες συμβουλευτικής και προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης για οικογενειακούς φροντιστές. Οι παρεχόμενες αυτές υπηρεσίες συμβάλλουν στην κάλυψη κενών του δημόσιου συστήματος και στη μείωση της επιβάρυνσης των φροντιστών, ιδιαίτερα σε ψυχολογικό επίπεδο (Alzheimer Hellas, χ.χ).

Ωστόσο, σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ, η Ελλάδα εξακολουθεί να υστερεί στην ανάπτυξη οργανωμένων υπηρεσιών υποστήριξης φροντιστών σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, ειδικά όσον αφορά την προσωρινή φροντίδα (respite care) και τα συστηματικά προγράμματα εκπαίδευσης. Ως αποτέλεσμα, η φροντίδα εξακολουθεί να βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην οικογένεια, γεγονός που επιβαρύνει σημαντικά τους άτυπους φροντιστές σε ψυχοκοινωνικό και οικονομικό επίπεδο (World Health Organization, 2024).

4. Εμπειρική Έρευνα – Ποιοτική Ανάλυση μέσω Συνεντεύξεων

4.1 Μεθοδολογία

Επιλογή ποιοτικής μεθόδου

Η παρούσα έρευνα βασίστηκε στην ποιοτική ερευνητική προσέγγιση, η οποία χρησιμοποιείται ευρέως στην διερεύνηση κοινωνικών φαινομένων, μέσα από την κατανόηση των αντιλήψεων, εμπειριών και νοημάτων που τα άτομα αποδίδουν στην πραγματικότητα που το καθένα φέρει. Η ποιοτική έρευνα, δίνει έμφαση στην εις βάθος ανάλυση των φαινομένων και δεν αποσκοπεί στη στατιστική γενίκευση των αποτελεσμάτων μιας έρευνας αλλά στην ερμηνεία και κατανόηση της ανθρώπινης εμπειρίας (National Institutes of Health, 2023). Σε αντίθεση με τις ποσοτικές μεθόδους, η ποιοτική έρευνα, εστιάζει στο κοινωνικό πλαίσιο και στις υποκειμενικές εμπειρίες, λαμβάνοντας υπόψη ότι η κοινωνική πραγματικότητα έχει πολλαπλές διαστάσεις και διαμορφώνεται μέσα από κοινωνικές διεργασίες.

Επιπλέον, η ποιοτική έρευνα εστιάζει στο θεσμικό και κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο διαμορφώνονται οι εμπειρίες των συμμετεχόντων. Η ανάλυση δεν περιορίζεται μόνο στο άτομο αλλά και επεκτείνεται και σε παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση στην υγεία αλλά και την ποιότητα φροντίδας των ατόμων με άνοια. Η σφαιρική αυτή θεώρηση είναι ιδιαίτερα σημαντική στον χώρο των επιστημών υγείας και της κοινωνικής μέριμνας

Τέλος, η ποιοτική έρευνα διακρίνεται για την ευελιξία της στον σχεδιασμό και στην εξέλιξη της ερευνητικής διαδικασίας, καθώς ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να προσαρμόζει τη συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων σύμφωνα με τα ευρήματα που προκύπτουν. Η ευελιξία αυτή συμβάλλει στην εις βάθος κατανόηση του υπό διερεύνηση θέματος και στη διαμόρφωση μιας πιο ολοκληρωμένης ερμηνευτικής προσέγγισης των δεδομένων (National Institutes of Health, 2023). Παράλληλα, η ποιοτική έρευνα αναγνωρίζει τον ερευνητή ως ενεργό παράγοντα στη διαδικασία παραγωγής γνώσης, καθώς η αλληλεπίδρασή του με τα δεδομένα επηρεάζει

την ερμηνεία τους. Για τον λόγο αυτό, ο αναστοχασμός αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο αξιοπιστίας, καθώς επιτρέπει την επίγνωση της θέσης του ερευνητή και της πιθανής επίδρασής του στην ερευνητική διαδικασία (Παρασκευοπούλου-Κόλλια, 2020).

Πληθυσμός-δείγμα

Δείγμα της παρούσας έρευνας, αποτέλεσαν επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές & βοηθοί νοσηλευτών), οι οποίοι εργάζονται σε Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων στην οποία διαμένουν και άτομα με άνοια. Η επιλογή του συγκεκριμένου πληθυσμού, βασίστηκε στην ανάγκη της διερεύνησης των αντιλήψεων, εμπειριών και πρακτικών των επαγγελματιών που συμμετέχουν άμεσα στην καθημερινή φροντίδα ατόμων με άνοια. Στην ποιοτική έρευνα, η επιλογή των συμμετεχόντων, γίνεται με κριτήριο τη συνάφεια της εμπειρίας τους με το υπό διερεύνηση θέμα, ώστε να εξασφαλιστεί η συλλογή βιωματικών και ουσιαστικών δεδομένων (Παρασκευοπούλου-Κόλλια, 2020).

Η επιλογή των επαγγελματιών υγείας ως δείγματος, υποστηρίζεται και από τη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς οι επαγγελματίες που εργάζονται σε μονάδες φροντίδας ατόμων με άνοια, διαθέτουν άμεση γνώση σχετικά με τις ανάγκες, τις καθημερινές προκλήσεις αλλά και τις δυσκολίες που σχετίζονται με τη φροντίδα αυτών των ατόμων. Η καθημερινή αλληλεπίδραση με τους ασθενείς, παρέχει στους επαγγελματίες την δυνατότητα να γνωρίζουν ουσιαστικά τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τις κατάλληλες θεραπευτικές πρακτικές και την ποιότητα φροντίδας των ανοϊκών ασθενών αλλά και τις ψυχοκοινωνικές πτυχές της νόσου (Groenendaal et al., 2019). Για την επιλογή του δείγματος, εφαρμόστηκε η μέθοδος purposive sampling (σκόπιμη δειγματοληψία), η οποία χρησιμοποιείται στη ποιοτική έρευνα. Σύμφωνα με αυτή, η επιλογή των ατόμων γίνεται με βάση την εμπειρία και τις γνώσεις τους σε σχέση με το υπό μελέτη φαινόμενο, με στόχο την ουσιαστική και σε βάθος διερεύνηση του ερευνητικού προβλήματος, χωρίς τη στατιστική γενίκευση των ευρημάτων (Παρασκευοπούλου-Κόλλια, 2020).

Επιπλέον, η επιλογή της ΜΦΗ ως ερευνητικό πλαίσιο, υπήρξε ιδιαίτερα σημαντική, καθώς τέτοιες δομές, αποτελούν σημαντικό πλαίσιο παροχής μακροχρόνιας φροντίδας για άτομα με άνοια. Το συγκεκριμένο πλαίσιο, παρέχει τη δυνατότητα κατανόησης και διερεύνησης σύνθε-

των θεμάτων που αφορούν τη καθημερινή φροντίδα, τη διαχείριση των συμπεριφορικών εκδηλώσεων της άνοιας αλλά και την αλληλεπίδραση μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας (Grootscholten et al., 2023).

Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Στην παρούσα έρευνα, εργαλείο συλλογής δεδομένων αποτέλεσαν οι ημιδομημένες συνεντεύξεις. Οι ημιδομημένες συνεντεύξεις αποτελούν μία από τις πιο σημαντικές μεθόδους της ποιοτικής έρευνας, καθώς διευκολύνουν τη συλλογή εκτενών δεδομένων σχετικά με τις αντιλήψεις και τις εμπειρίες των συμμετεχόντων, μέσω ενός ευέλικτου πλαισίου θεματικών ερωτήσεων. Η συγκεκριμένη προσέγγιση επιτρέπει στον ερευνητή να εμβαθύνει σε ζητήματα που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, συμβάλλοντας έτσι στην ενίσχυση της ποιότητας και της λεπτομέρειας των δεδομένων (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Η επιλογή αυτών, θεωρείται κατάλληλη για έρευνες στον χώρο της υγείας. Ειδικά στο πλαίσιο της φροντίδας ατόμων με άνοια, η μέθοδος αυτή δίνει τη δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να μοιραστούν ελεύθερα τις εμπειρίες τους από την καθημερινή παροχή κλινικής φροντίδας. Μέσω αυτής της διαδικασίας αναδεικνύονται ζητήματα που αφορούν τις ανάγκες των ασθενών, τις δυσκολίες που προκύπτουν στη φροντίδα, καθώς και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας (Kallio et al., 2016).

Παράλληλα, η επεξεργασία των ποιοτικών δεδομένων που προκύπτουν από τις συνεντεύξεις πραγματοποιείται συνήθως μέσω της θεματικής ανάλυσης (thematic analysis), μιας από τις πιο ευρέως διαδεδομένες μεθόδους στην ποιοτική έρευνα. Η διαδικασία περιλαμβάνει τον εντοπισμό, την οργάνωση και την ερμηνεία επαναλαμβανόμενων μοτίβων μέσα στα δεδομένα, με στόχο τη διαμόρφωση θεματικών ενοτήτων που αποτυπώνουν τις εμπειρίες των συμμετεχόντων. Η συγκεκριμένη προσέγγιση θεωρείται ιδιαίτερα κατάλληλη για την ανάλυση δεδομένων συνεντεύξεων σε ποιοτικές μελέτες (Galanis, 2018; Braun & Clarke, 2006). Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε γραπτή μορφή, και περιλάμβαναν ανοιχτού τύπου ερωτήσεις σχετικά με την εμπειρία, τις ανάγκες αλλά και τις δυσκολίες των συμμετεχόντων.

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 12 άτομα και για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων, οι συμμετέχοντες κωδικοποιήθηκαν ως Σ1,Σ2,Σ3 κ.λπ. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω αναλυτικών χειρόγραφων σημειώσεων κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων. Η επιλογή

αυτή έγινε για λόγους εμπιστευτικότητας των συμμετεχόντων, αλλά και γιατί το ερευνητικό πλαίσιο το επέτρεπε.

4.2 Ερωτήματα

1. Ποια είναι η επαγγελματική σας ιδιότητα και πως συνδέεται με τους ανοϊκούς ασθενείς;
2. Πόσα έτη εμπειρίας έχετε στον τομέα της φροντίδας ηλικιωμένων με άνοια;
3. (Αν είναι πάνω από 5 έτη). Έχετε παρατηρήσει αλλαγές κατά τη τελευταία πενταετία στις πρακτικές φροντίδας ή στις κατευθυντήριες οδηγίες και στον σεβασμό των δικαιωμάτων των ασθενών με άνοια;
4. Ποια θεωρείτε πως είναι τα βασικότερα δικαιώματα των ατόμων με άνοια;
5. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι προστατεύονται στην πράξη τα δικαιώματα των ασθενών με άνοια στην Ελλάδα;
6. Υπάρχει κοινωνικό στίγμα γύρω από την άνοια; Αν ναι με ποιους τρόπους μπορεί να εξλειφθεί;
7. Θεωρείτε πως το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την άνοια, ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους;
8. Ποιες είναι οι βασικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές των ατόμων με άνοια;
9. Γιατί είναι σημαντική η υπηρεσία προσωρινής φροντίδας (respite care) για τους φροντιστές;
10. Υπάρχουν στην Ελλάδα επαρκείς δημόσιες δομές και υποστηρικτικές υπηρεσίες;
11. Ποιο είναι το βασικότερο ζήτημα που πρέπει να αντιμετωπίσει άμεσα η Ελλάδα σχετικά με την άνοια;

12. Τι θα μπορούσε να βελτιωθεί στο ελληνικό σύστημα φροντίδας για την άνοια;

4.3 Παρουσίαση ευρημάτων

Επαγγελματικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων και επαγγελματική σύνδεση με άτομα με άνοια

Από τους δώδεκα συμμετέχοντες, οι έξι εργάζονται ως νοσηλευτές σε Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων και οι υπόλοιποι έξι ως βοηθοί νοσηλευτών. Στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε ότι η σύνδεση με τα άτομα με άνοια επιτυγχάνεται μέσω της καθημερινής παροχής νοσηλευτικής φροντίδας σε ηλικιωμένους με άνοια που διαμένουν στη ΜΦΗ.

Η Σ.2 περιέγραψε τη φροντίδα ως ένα σύνολο νοσηλευτικών καθηκόντων, όπως η υποστήριξη στις καθημερινές ανάγκες και η ευθύνη για τη σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής των ατόμων με άνοια. Αντίστοιχα, ο Σ.8 ανέφερε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική υποστήριξη συμβάλλει στη διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με άνοια, επισημαίνοντας χαρακτηριστικά: «εκτός από νοσηλευτική, φροντίζουμε τους ασθενείς με άνοια στα τελευταία χρόνια της ζωής τους αλλά και την ποιότητα της ζωής τους σε αυτά».

Όσον αφορά την επαγγελματική εμπειρία, επτά από τους δώδεκα συμμετέχοντες είχαν εμπειρία άνω των πέντε ετών στη φροντίδα ηλικιωμένων με άνοια, ενώ οι υπόλοιποι είχαν εμπειρία από ένα έως τρία έτη. Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα απαντήθηκε από τους επτά συμμετέχοντες με τη μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία, οι οποίοι στην πλειονότητά τους ανέφεραν ότι έχουν παρατηρήσει αλλαγές στις πρακτικές φροντίδας κατά την τελευταία πενταετία, χωρίς αντίστοιχες μεταβολές στις κατευθυντήριες οδηγίες ή στον σεβασμό των δικαιωμάτων των ασθενών με άνοια.

Οι πέντε από τους επτά συμμετέχοντες απέδωσαν τις παρατηρούμενες αλλαγές κυρίως στη συσσώρευση προσωπικής επαγγελματικής εμπειρίας, παρά σε θεσμικές αλλαγές ή στην υιοθέτηση νέων κατευθυντήριων οδηγιών. Η Σ.10, με δεκαετή εμπειρία στη φροντίδα ατόμων με άνοια, ανέφερε ότι «η ενημέρωση είναι πλέον πιο προσβάσιμη και με περισσότερες πληροφορίες.

Παλαιότερα δεν γνωρίζαμε πολλά για την άνοια», ενώ ο Σ.7, με 14 έτη επαγγελματικής εμπειρίας, επισήμανε ότι «η εκπαίδευσή στον τομέα των πρακτικών φροντίδας, περιορίστηκε σε μία μόνο εκπαιδευτική παρέμβαση στη διάρκεια όλων αυτών των ετών».

Αναγνώριση και προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια

Στο ερώτημα σχετικά με το «Ποια θεωρείτε πως είναι τα βασικότερα δικαιώματα των ατόμων με άνοια;», έντεκα από τους δώδεκα συμμετέχοντες ανέφεραν ότι τα δικαιώματα των ατόμων με άνοια θα πρέπει να είναι ίσα με εκείνα όλων των υπόλοιπων πολιτών. Οι συμμετέχοντες έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στο δικαίωμα της ισότιμης μεταχείρισης, καθώς και στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, φροντίδας και υποστήριξης. Συγκεκριμένα, ο Σ.3 είπε «δεν μπορείς να στερήσεις κανένα δικαίωμα από αυτά τα άτομα», ο Σ.4 ανέφερε πως «έχουν δικαίωμα στην περίθαλψη, στην ιατρική παρακολούθηση και στη ποιοτική ζωή» και ο Σ.1 τόνισε «οι ασθενείς με άνοια έχουν ίσα δικαιώματα με εμάς, στη ζωή, στη φροντίδα και στην υποστήριξη».

Ο Σ.6 δεν αναφέρθηκε ρητά στην ισότητα των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια, ωστόσο υπογράμμισε επιμέρους δικαιώματα που σχετίζονται με τη φροντίδα, την υγεία και την αυτοδιάθεση, αναφέροντας ότι «Τα άτομα με άνοια, έχουν δικαίωμα στην φροντίδα και την υγεία, στην ιατρική παρακολούθηση αλλά και δικαιώματα στην διαχείριση των οικονομικών και περιουσιακών τους στοιχείων».

Συνολικά, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ανέδειξαν την ισότητα των δικαιωμάτων ως βασική αρχή στη φροντίδα των ατόμων με άνοια, με ιδιαίτερη έμφαση στα δικαιώματα που αφορούν την υγεία, την περίθαλψη, την υποστήριξη και τη διατήρηση της αξιοπρέπειας και της αυτονομίας τους. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν και με την σύγχρονη προσέγγιση η οποία προωθεί την ενίσχυση της αυτονομίας, της ενημέρωσης και της συμμετοχής του ασθενούς στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, αναδεικνύοντας την ενεργό συμμετοχή και συναίνεση (European Parliament & Council of the European Union, 2011).

Όσον αφορά το επόμενο ερώτημα σχετικά με το κατά πόσο προστατεύονται τα δικαιώματα των ατόμων με άνοια, καταγράφηκε σχεδόν ομόφωνη άποψη μεταξύ των συμμετεχόντων ότι τα δικαιώματα των ατόμων αυτών στην Ελλάδα δεν προστατεύονται επαρκώς. Οι συμμετέχοντες εξέφρασαν την πεποίθηση ότι, παρά τη σημασία της διασφάλισης των δικαιωμάτων των

ατόμων με άνοια, εξακολουθούν να υφίστανται σημαντικά κενά ως προς την αναγνώριση, την προάσπιση και την εφαρμογή τους στην καθημερινή πρακτική. Επιπλέον, αρκετοί από τους ερωτηθέντες ανέφεραν ότι η κοινωνία δεν είναι επαρκώς ευαισθητοποιημένη σχετικά με τις ανάγκες και τα δικαιώματα των ατόμων με άνοια, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά τον βαθμό προστασίας τους.

Πολλοί από τους συμμετέχοντες υποστήριξαν ότι τα δικαιώματα των ατόμων με άνοια δεν αναγνωρίζονται στον βαθμό που θα έπρεπε από το σύνολο της κοινωνίας, ενώ παράλληλα επισήμαναν ελλείψεις σε επίπεδο υποστήριξης, ενημέρωσης και παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών. Ο Σ.5 ανέφερε χαρακτηριστικά: *«Τα δικαιώματα τους δεν προστατεύονται όσο θα έπρεπε. Η χώρα μας είναι αρκετά βήματα πίσω σε αυτό το τομέα σε σχέση με άλλες χώρες του εξωτερικού».*

Εξαίρεση αποτέλεσε ο Σ.9, ο οποίος υποστήριξε ότι *«τα δικαιώματα των ατόμων με άνοια προστατεύονται στον βαθμό που προβλέπεται από την ελληνική νομοθεσία»*, εκφράζοντας μια διαφορετική οπτική σε σχέση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες.

Συνολικά, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ανέδειξαν την αντίληψη ότι η προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια στην Ελλάδα παραμένει ανεπαρκής, με εξαίρεση έναν συμμετέχοντα που αξιολόγησε θετικότερα το υφιστάμενο νομοθετικό πλαίσιο. Οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν την ανάγκη για μεγαλύτερη κοινωνική ευαισθητοποίηση, ενίσχυση των υποστηρικτικών δομών και αποτελεσματικότερη εφαρμογή πρακτικών που διασφαλίζουν τον σεβασμό και την προάσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια. Και εδώ, φαίνεται να υπάρχει ταύτιση με τη βιβλιογραφία καθώς όντως, η πρακτική υλοποίηση των εν λόγω κανόνων που αφορούν την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών με άνοια, εξακολουθεί να παρουσιάζει σημαντικές προκλήσεις, όπως η απουσία επαρκών μηχανισμών καταγραφής των προγενέστερα εκφρασμένων επιθυμιών των ασθενών και οι δυσχέρειες παροχής υποστήριξης κατά τη λήψη μερικών ή κρίσιμων αποφάσεων (Υπουργείο Υγείας, 2023).

Άνοια και κοινωνικό στίγμα

Σχετικά με το ερώτημα για το αν υπάρχει κοινωνικό στίγμα γύρω από την άνοια, όλοι οι συμμετέχοντες απάντησαν καταφατικά, αναγνωρίζοντας την ύπαρξη στερεοτύπων και προκαταλήψεων απέναντι στα άτομα που ζουν με άνοια. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες τόνισαν ότι το κοινωνικό στίγμα προέρχεται και ενισχύεται τόσο από το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών όσο και από την ευρύτερη κοινωνία. Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, η περιορισμένη γνώση σχετικά με τη νόσο, οι λανθασμένες αντιλήψεις και η δυσκολία αποδοχής της διάγνωσης συμβάλλουν στη διατήρηση αρνητικών στάσεων απέναντι στα άτομα με άνοια.

Επιπλέον, αρκετοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι το στίγμα εκδηλώνεται με τη μορφή κοινωνικής απομόνωσης, αποφυγής συζήτησης γύρω από τη νόσο και μειωμένης συμμετοχής των ατόμων με άνοια σε κοινωνικές δραστηριότητες. Ιδιαίτερη αναφορά έγινε στον ρόλο της οικογένειας, καθώς ορισμένοι συγγενείς φαίνεται να δυσκολεύονται να διαχειριστούν τη διάγνωση ή να μιλήσουν ανοιχτά για αυτήν, γεγονός που ενδέχεται να ενισχύει περαιτέρω τον κοινωνικό αποκλεισμό των ασθενών.

Χαρακτηριστικά, ο Σ.10 ανέφερε «το στίγμα ενισχύεται κυρίως από όσους δεν γνωρίζουν για την άνοια. Πολλοί συγγενείς, ντρέπονται να μιλήσουν για αυτό», ενώ ο Σ.3 τόνισε «φυσικά και υπάρχει κοινωνικό στίγμα, πολλοί δεν γνωρίζουν για την άνοια, ιδίως σε μικρές κοινωνίες γίνεται πιο εμφανές το φαινόμενο αυτό».

Συνολικά, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ανέδειξαν την αντίληψη ότι το κοινωνικό στίγμα γύρω από την άνοια εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό ζήτημα, το οποίο συνδέεται κυρίως με την έλλειψη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινωνίας, καθώς και με τις δυσκολίες αποδοχής της νόσου από το οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων με άνοια. Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων, επιβεβαιώνουν τις έρευνες πως η άνοια εξακολουθεί να συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα και αρνητικά στερεότυπα, τα οποία συχνά οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό και καθυστερημένη αναζήτηση υποστήριξης (Alzheimer's Disease International, 2019).

Αναφορικά με τους πιθανούς τρόπους εξάλειψης του κοινωνικού στίγματος γύρω από την άνοια, η πλειονότητα των συμμετεχόντων υπογράμμισε τη σημασία της ενημέρωσης και της εκπαίδευσης των πολιτών σχετικά με τη νόσο. Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, η παροχή έγκυρης πληροφόρησης και η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας μπορούν να συμβάλουν στη

μείωση των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων που συνοδεύουν την άνοια. Παράλληλα, ορισμένοι συμμετέχοντες τόνισαν ότι η άμεση επαφή και αλληλεπίδραση με άτομα με άνοια θα μπορούσε να ενισχύσει την κατανόηση της νόσου και να συμβάλει στην αποδόμηση λανθασμένων αντιλήψεων.

Συγκεκριμένα, ο Σ.5 είπε «χρειάζεται μεγαλύτερη ενημέρωση και επιμόρφωση σχετικά με τη νόσο. Η επαφή με άτομα με άνοια σίγουρα θα βοηθούσε», ενώ ο Σ.1 ανέφερε «είναι σημαντικό να υπάρχουν επιμορφωτικά σεμινάρια σε όλες τις ηλικίες σχετικά με την άνοια. Δεν πρέπει να ξεχνάμε πόσο σημαντική είναι και η κοινωνική ένταξη των ίδιων των ατόμων με άνοια».

Συνολικά, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ανέδειξαν την εκπαίδευση, την ενημέρωση του κοινού, την επαφή με άτομα με άνοια και την ενίσχυση της κοινωνικής τους ένταξης ως τους σημαντικότερους παράγοντες για τη μείωση του κοινωνικού στίγματος που εξακολουθεί να περιβάλλει τη νόσο.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την άνοια

Στο ερώτημα σχετικά με το κατά πόσο το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Άνοια ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανέφερε ότι δυστυχώς δεν ανταποκρίνεται επαρκώς. Οι απαντήσεις τους επικεντρώθηκαν κυρίως στην ελλιπή ενημέρωση των πολιτών, καθώς και στις σημαντικές δυσκολίες που εντοπίζονται κυρίως στις επαρχιακές περιοχές, όπου οι διαθέσιμες υπηρεσίες και δομές υποστήριξης είναι περιορισμένες.

Ενδεικτικά, ο Σ.4 ανέφερε «Όχι, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Άνοια στην Ελλάδα δεν καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους. Ειδικά στις μικρές πόλεις οι ανάγκες είναι αυξημένες και δεν υπάρχει ούτε η κατάλληλη ενημέρωση». Παρόμοια ήταν και η άποψη του Σ.6, ο οποίος τόνισε ότι «δυστυχώς δεν υπάρχει επαρκής ορατότητα του Σχεδίου, ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί πλήρως στις ανάγκες αυτών των ατόμων».

Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι, παρά την ύπαρξη του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, εξακολουθούν να υφίστανται σημαντικά κενά στην ενημέρωση, την πρόσβαση στις υπηρεσίες και την υποστήριξη των ατόμων με άνοια και των οικογενειών τους, ιδιαίτερα στις απομακρυσμέ-

νες και λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές της χώρας. Η ανεπαρκής ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών, περιορίζει την αξιοποίηση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας, μειώνοντας την αποτελεσματικότητα των σχετικών παρεμβάσεων (World Health Organization, 2017).

Βασικές δυσκολίες και υπηρεσία προσωρινής φροντίδας

Στην ερώτηση σχετικά με τις βασικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές ατόμων με άνοια, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανέφερε ότι οι σημαντικότερες προκλήσεις σχετίζονται με την επικοινωνία με τους ασθενείς, λόγω των γνωστικών μεταβολών που προκαλεί η νόσος. Επιπλέον, ιδιαίτερα συχνές ήταν οι αναφορές στην ψυχολογική και σωματική επιβάρυνση των φροντιστών καθώς και στη διαχείριση συμπεριφορών όπως η επιθετικότητα, η οποία ενδέχεται να εκδηλωθεί κατά την πορεία της νόσου. Παράλληλα, οι συμμετέχοντες επισήμαναν ότι η συνεχής ανάγκη παροχής φροντίδας, συχνά σε εικοσιτετράωρη βάση, περιορίζει σημαντικά τον προσωπικό χρόνο των φροντιστών και επηρεάζει την καθημερινότητά τους. Σημαντική πρόκληση αποτελούν επίσης οι οικονομικές επιβαρύνσεις που συνεπάγεται η φροντίδα των ατόμων με άνοια, καθώς και η έλλειψη επαρκούς υποστήριξης και καθοδήγησης για την αποτελεσματική διαχείριση των αναγκών των ασθενών.

Συγκεκριμένα, ο Σ1 ανέφερε ότι: «οι βασικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές ατόμων με άνοια σχετίζονται κυρίως με την δυσκολία στην επικοινωνία με τους ασθενείς αλλά και την έντονη ψυχολογική και σωματική επιβάρυνση που οι ίδιοι βιώνουν», Αντίστοιχα, ο Σ7 επισήμανε ότι: «οι φροντιστές συχνά αντιμετωπίζουν και σημαντικές οικονομικές δυσκολίες, ενώ η κρατική υποστήριξη είναι ανεπαρκής όσον αφορά τις υπηρεσίες και τις δομές φροντίδας για τα άτομα με άνοια».

Αναφορικά με τη σημαντικότητα της υπηρεσίας της προσωρινής φροντίδας (respite care) για τους φροντιστές ατόμων με άνοια, το σύνολο των συμμετεχόντων την αξιολόγησε ως ιδιαίτερα σημαντική. Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, η συγκεκριμένη υπηρεσία συμβάλλει ουσιαστικά στην αποφόρτιση των φροντιστών, παρέχοντάς τους τη δυνατότητα να διαθέσουν χρόνο για προσωπικές ανάγκες και δραστηριότητες, καθώς και να ανακτήσουν τις ψυχικές και σωματικές τους δυνάμεις. Επιπλέον, αναφέρθηκε ότι η προσωρινή φροντίδα λειτουργεί υποστηρικτικά απέναντι στις αυξημένες απαιτήσεις που συνεπάγεται η καθημερινή φροντίδα των ατόμων με άνοια, συμβάλλοντας στη μείωση της σωματικής και ψυχικής επιβάρυνσης και του άγχους που

βιώνουν οι φροντιστές. Σύμφωνα με τη σύγχρονη βιβλιογραφία, η φροντίδα ατόμων με άνοια επιβαρύνει σημαντικά τους φροντιστές, καθώς απαιτεί μακροχρόνια ενασχόληση και συνεπάγεται αυξημένο ψυχολογικό, σωματικό και οικονομικό κόστος. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι φροντιστές βιώνουν συχνά έντονο στρες και περιορισμό των κοινωνικών τους δραστηριοτήτων, γεγονός που καταδεικνύει ότι οι επιπτώσεις της άνοιας εκτείνονται πέρα από το άτομο που νοσεί, επηρεάζοντας ολόκληρο το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον (Brodaty & Donkin, 2009).

Συγκεκριμένα, ο Σ2 ανέφερε ότι :*«η υπηρεσία αυτή προσφέρει στους φροντιστές πολύτιμο χρόνο για τον εαυτό τους και την προσωπική τους ζωή, ενώ παράλληλα τους δίνει τη δυνατότητα να αποφορτιστούν από το ιδιαίτερα απαιτητικό έργο της φροντίδας των ασθενών με άνοια»*. Από την άλλη, ο Σ.11 επισήμανε ότι, :*«παρόλο που δεν γνωρίζω την παροχή της συγκεκριμένης υπηρεσίας ιδιώς στην επαρχία, θεωρώ πως είναι πολλή σημαντική για τους φροντιστές. Οι ίδιοι είναι αρκετά επιβαρυνμένοι, ειδικά στις περιπτώσεις ατόμων με προχωρημένη άνοια που απαιτούν συνεχή επίβλεψη και φροντίδα σε εικοσιτετράωρη βάση»* Επιπλέον, ο Σ.3 υπογράμμισε την ανάγκη ανάπτυξης περισσότερων δομών και υπηρεσιών προσωρινής φροντίδας, προκειμένου να καλύπτονται αποτελεσματικότερα οι ανάγκες τόσο των ατόμων με άνοια όσο και των φροντιστών τους. Πιο συγκεκριμένα είπε:*«θεωρώ πως αυτή η υπηρεσία πρέπει να παρέχεται από όλες τις μονάδες που παρέχουν φροντίδα σε άτομα με άνοια και κυρίως να αναπτυχθούν περισσότερες δομές που θα παρέχουν αυτή τη δυνατότητα»*.

Δημόσιες δομές και υποστηρικτικές υπηρεσίες

Στο ερώτημα σχετικά με την ύπαρξη επαρκών δημόσιων δομών και υποστηρικτικών υπηρεσιών για την άνοια στην Ελλάδα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων απάντησε ότι αυτές δεν είναι επαρκείς. Παράλληλα, οι περισσότεροι ανέφεραν ότι οι διαθέσιμες δομές είναι κυρίως ιδιωτικές και αδυνατούν να ανταποκριθούν πλήρως στις αυξημένες ανάγκες των ατόμων με άνοια και των οικογενειών τους. Ενδεικτικά, ο Σ3 δήλωσε: *«Οι ανάγκες είναι πολύ περισσότερες από τις υπάρχουσες δομές. Υπάρχουν ιδιωτικές υπηρεσίες υποστήριξης, ωστόσο δεν επαρκούν για να καλύψουν τις σύγχρονες ανάγκες, κυρίως λόγω της αυξημένης ζήτησης για φροντίδα και υποστήριξη»*. Αντίστοιχα, ο Σ1 ανέφερε: *«Όχι, δυστυχώς δεν υπάρχουν επαρκείς δομές και*

υπηρεσίες, ενώ οι περισσότερες δομές λειτουργούν ήδη με πλήρη κάλυψη των διαθέσιμων θέσεων τους για τους ασθενείς με άνοια», υπογραμμίζοντας την αδυναμία του υφιστάμενου συστήματος να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις ανάγκες του πληθυσμού με άνοια. Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν τη βιβλιογραφία σύμφωνα με την οποία, η πλειονότητα των σχετικών υπηρεσιών φροντίδας για ασθενείς με άνοια, συγκεντρώνεται σε μεγάλα αστικά κέντρα, γεγονός που δημιουργεί ανισότητες πρόσβασης για τους κατοίκους της περιφέρειας (Bleku et al., 2022). Παράλληλα, η περιορισμένη ανάπτυξη δομών μακροχρόνιας φροντίδας οδηγεί σε αυξημένη εξάρτηση από ιδιωτικές υπηρεσίες (OECD, 2022).

Κρίσιμα ζητήματα και προτάσεις βελτίωσης στη φροντίδα για την άνοια

Η τελευταία θεματική ενότητα των συνεντεύξεων εστίασε στην καταγραφή των αντιλήψεων των συμμετεχόντων αναφορικά με τις άμεσες προτεραιότητες στον τομέα της άνοιας στην Ελλάδα και τις αναγκαίες παρεμβάσεις για τη βελτίωση του συστήματος φροντίδας. Οι τοποθετήσεις των συμμετεχόντων, ανέδειξαν κρίσιμες προκλήσεις, καθώς και προτάσεις που αφορούν την ενίσχυση των δομών, των υπηρεσιών και της συνολικής υποστήριξης των ατόμων με άνοια και των οικογενειών τους. Αναφορικά με το σημαντικότερο ζήτημα που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης στον τομέα της άνοιας, οι ίδιοι ανέδειξαν ως βασικές προτεραιότητες την έλλειψη επαρκών υποστηρικτικών υπηρεσιών και δομών, την ανεπαρκή εκπαίδευση και εξειδίκευση του επαγγελματικού προσωπικού, καθώς και την ανάγκη ενίσχυσης της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινωνίας σχετικά με τη νόσο και τη διαχείρισή της. Επιπλέον, υπογραμμίστηκε η σημασία υιοθέτησης καλών πρακτικών και στρατηγικών που εφαρμόζονται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, με στόχο τη βελτίωση της φροντίδας και της υποστήριξης των ατόμων με άνοια και των φροντιστών τους.

Ειδικότερα, ο Σ12 ανέφερε: «Υπάρχει μεγάλη ανάγκη για περισσότερη ενημέρωση γύρω από την άνοια, αλλά και για τη δημιουργία δημόσιων αλλά και ιδιωτικών δομών αποκλειστικά για ασθενείς με άνοια». Ο Σ3 συμπλήρωσε: «Πρέπει να δημιουργηθούν άμεσα δομές ημερήσιας αλλά και μακροχρόνιας φροντίδας, οι οποίες θα στελεχώνονται από εξειδικευμένο προσωπικό, ενώ θα πρέπει να δοθεί έμφαση και στο κομμάτι της πρόληψης, ώστε να μην καθυστερεί η διάγνωση των ασθενών». Επιπλέον, ο Σ7 τόνισε: «Θα πρέπει να ενισχυθεί το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε αυτές τις μονάδες και να δημιουργηθούν περισσότερες δομές φροντίδας».

5. Συζήτηση

Η παρούσα εργασία, διερεύνησε την προστασία των ατόμων με άνοια στο πλαίσιο των πολιτικών υγείας που εφαρμόζονται στην Ελλάδα και σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εξετάζοντας το θεσμικό και νομοθετικό πλαίσιο, αλλά και την πρακτική εφαρμογή τους. Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, τη συγκριτική ανάλυση και την ποιοτική έρευνα μέσω συνεντεύξεων, αναδείχθηκαν σημαντικά ευρήματα σχετικά με τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα άτομα με άνοια αλλά και οι φροντιστές τους.

Η ανάλυση του νομικού και θεωρητικού πλαισίου, κατέδειξε ότι η προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια αναγνωρίζεται τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε εθνικό επίπεδο. Δικαιώματα όπως η αυτονομία, η αξιοπρέπεια, η ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, συνιστούν βασικές αρχές των διεθνών συμβάσεων και των σύγχρονων πολιτικών υγείας. Επιπροσθέτως, μέσω της συγκριτικής ανάλυσης κατέστη φανερό πως αρκετές χώρες της Ευρώπης, έχουν αναπτύξει ολοκληρωμένες στρατηγικές για την άνοια, επενδύοντας σε υπηρεσίες υποστήριξης, δομές φροντίδας και προγράμματα ενημέρωσης. Ωστόσο, τα ευρήματα της εμπειρικής έρευνας ανέδειξαν ότι στην ελληνική πραγματικότητα, εξακολουθούν να υφίστανται αρκετά κενά μεταξύ των θεσμικών κατευθύνσεων και της πρακτικής εφαρμογής τους. Παρότι η Ελλάδα έχει υιοθετήσει πολιτικές και στρατηγικές για την αντιμετώπιση της άνοιας, τα ευρήματα δείχνουν ότι εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικά εμπόδια στην αποτελεσματική υλοποίησή τους. Οι συμμετέχοντες υπογράμμισαν μεταξύ άλλων την ανεπάρκεια των διαθέσιμων δημοσίων δομών, την συγκέντρωση των υποστηρικτών για την άνοια υπηρεσιών κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα, την αυξημένη εξάρτηση από ιδιωτικούς φορείς και την περιορισμένη υποστήριξη που παρέχεται στους οικογενειακούς φροντιστές. Επιπλέον, αναδείχθηκε η ανάγκη για την ενίσχυση των δομών με εξειδικευμένο επαγγελματικό προσωπικό αλλά και για καλύτερη ενημέρωση της κοινωνίας σχετικά με την άνοια. Τα ευρήματα αυτά, επιβεβαιώνουν τη βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών με άνοια, δεν εξαρτάται μόνο από τις υπάρχουσες νομοθετικές διατάξεις, αλλά και από την αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων υπηρεσιών για τους ασθενείς

και τους φροντιστές τους. Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες δεν περιορίστηκαν στην καταγραφή προβλημάτων, αλλά διατύπωσαν και συγκεκριμένες προτάσεις βελτίωσης. Οι αναφορές τους στη δημιουργία περισσότερων δομών ημερήσιας και μακροχρόνιας φροντίδας, στην ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού, στην υποστήριξη των φροντιστών και στην αξιοποίηση καλών πρακτικών από άλλες ευρωπαϊκές χώρες καταδεικνύουν ότι οι ανάγκες του χώρου είναι σαφώς προσδιορισμένες. Η ύπαρξη αυτών των κοινών διαπιστώσεων μεταξύ των συμμετεχόντων ενισχύει την αξιοπιστία των ευρημάτων και αναδεικνύει συγκεκριμένες κατευθύνσεις για τη βελτίωση των πολιτικών υγείας και κοινωνικής φροντίδας για την άνοια στην Ελλάδα. Συνολικά, τα αποτελέσματα της έρευνας υποδεικνύουν ότι η βασική πρόκληση για την ελληνική πολιτεία δεν είναι πλέον η αναγνώριση των δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια σε θεσμικό επίπεδο, αλλά η αποτελεσματική εφαρμογή πολιτικών που θα διασφαλίζουν την ουσιαστική άσκηση αυτών των δικαιωμάτων στην καθημερινή ζωή. Η ενίσχυση των υπηρεσιών, η στήριξη των φροντιστών, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την επίτευξη αυτού του στόχου.

Θεωρητικές επιπτώσεις

Η παρούσα έρευνα προσθέτει νέα στοιχεία στη βιβλιογραφία που προσεγγίζει την άνοια όχι μόνο ως ιατρική ή νευροεκφυλιστική κατάσταση, αλλά και ως θέμα που συνδέεται με τα ανθρώπινα δικαιώματα, τη δημόσια υγεία και την κοινωνική πολιτική. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι η ευημερία και η ποιότητα ζωής των ατόμων με άνοια διαμορφώνονται όχι μόνο από την εξέλιξη της νόσου, αλλά και από παράγοντες όπως η διασφάλιση των δικαιωμάτων τους, η πρόσβασή τους σε κατάλληλες δομές και υπηρεσίες υποστήριξης, καθώς και οι δυνατότητες ενεργού κοινωνικής συμμετοχής.

Παράλληλα, η μελέτη ενδυναμώνει τη θεωρητική οπτική που εξετάζει την άνοια υπό το πρίσμα της δικαιωματικής προσέγγισης. Η διερεύνηση του θεσμικού πλαισίου σε συνδυασμό με τα δεδομένα των συνεντεύξεων ανέδειξε ότι η προστασία της αξιοπρέπειας, η ενίσχυση της αυτονομίας, η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και η συμμετοχή των ατόμων στη λήψη αποφάσεων αποτελούν θεμελιώδεις προϋποθέσεις για την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Υπό αυτό το πρίσμα, η αξιολόγηση των πολιτικών υγείας οφείλει να λαμβάνει υπόψη όχι μόνο

κλινικές ή οικονομικές παραμέτρους, αλλά και τον βαθμό κατοχύρωσης και προάσπισης των δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια.

Επιπρόσθετα, τα ευρήματα αναδεικνύουν τη βαρύνουσα σημασία της δικαιωματικής προσέγγισης στον σχεδιασμό και την υλοποίηση πολιτικών που αφορούν την άνοια. Η προσέγγιση αυτή αναγνωρίζει τα άτομα με άνοια ως ενεργούς πολίτες με δικαιώματα και δυνατότητα συμμετοχής στην κοινωνική ζωή, απορρίπτοντας αντιλήψεις που τα περιορίζουν αποκλειστικά στον ρόλο του αποδέκτη φροντίδας. Παράλληλα, υπογραμμίζει την ανάγκη προστασίας τους από φαινόμενα διακρίσεων, αποκλεισμού και κοινωνικού στιγματισμού. Η διαπίστωση αυτή βρίσκεται σε συμφωνία με τις αρχές της Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία και τις σύγχρονες ευρωπαϊκές κατευθύνσεις για τη μακροχρόνια φροντίδα.

Τέλος, η έρευνα επισημαίνει τον αλληλένδετο χαρακτήρα της πολιτικής υγείας και της κοινωνικής πολιτικής στην αντιμετώπιση της άνοιας. Τα δεδομένα δείχνουν ότι η ουσιαστική προστασία και υποστήριξη των ατόμων με άνοια προϋποθέτει ένα ευρύτερο πλέγμα παρεμβάσεων που υπερβαίνει τα όρια των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει την κοινωνική μέριμνα, την ενδυνάμωση των φροντιστών, την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας, καθώς και δράσεις για την άρση του κοινωνικού στίγματος. Συνεπώς, η παρούσα μελέτη συμβάλλει στην κατανόηση της άνοιας ως ενός σύνθετου κοινωνικού φαινομένου, η αποτελεσματική αντιμετώπιση του οποίου απαιτεί διεπιστημονική συνεργασία και ολιστική προσέγγιση.

Πρακτικές Επιπτώσεις

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας αναδεικνύουν μια σειρά από πρακτικές προτεραιότητες που μπορούν να συμβάλουν στην αναβάθμιση της φροντίδας και στην αποτελεσματικότερη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ατόμων που ζουν με άνοια στην Ελλάδα. Η ανάλυση των δεδομένων κατέδειξε ότι, παρά τις προσπάθειες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια, εξακολουθούν να υφίστανται σημαντικές προκλήσεις τόσο σε επίπεδο υπηρεσιών όσο και σε επίπεδο πολιτικών υποστήριξης.

Ένα από τα βασικότερα ζητήματα που αναδείχθηκαν αφορά την ανάγκη διεύρυνσης και ενίσχυσης των διαθέσιμων υπηρεσιών φροντίδας. Η αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης της άνοιας δημιουργεί πρόσθετες απαιτήσεις για το σύστημα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, οι οποίες δεν φαίνεται να καλύπτονται επαρκώς από τις υφιστάμενες δομές. Στο πλαίσιο αυτό, η

ανάπτυξη νέων υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας, εξειδικευμένων κέντρων υποστήριξης και μονάδων μακροχρόνιας φροντίδας κρίνεται απαραίτητη, προκειμένου να διασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών στις αναγκαίες υπηρεσίες.

Παράλληλα, ιδιαίτερη σημασία αποκτά η γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών. Η συγκέντρωση των περισσότερων εξειδικευμένων δομών στα μεγάλα αστικά κέντρα περιορίζει σημαντικά τις δυνατότητες πρόσβασης των κατοίκων απομακρυσμένων ή αγροτικών περιοχών. Ως εκ τούτου, η επέκταση των υπηρεσιών στην περιφέρεια θα μπορούσε να συμβάλει στη μείωση των υφιστάμενων ανισοτήτων και να ενισχύσει την ισόρροπη παροχή φροντίδας σε ολόκληρη τη χώρα.

Εξίσου σημαντικός αναδείχθηκε ο ρόλος των άτυπων και οικογενειακών φροντιστών, οι οποίοι συχνά αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της καθημερινής φροντίδας των ατόμων με άνοια. Η ευθύνη αυτή συνοδεύεται από σημαντικές ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιβαρύνσεις, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη δημιουργία μηχανισμών συστηματικής υποστήριξής τους. Προγράμματα εκπαίδευσης, συμβουλευτικής καθοδήγησης, ψυχολογικής ενδυνάμωσης και υπηρεσίες προσωρινής ανακούφισης από τα καθήκοντα φροντίδας μπορούν να βελτιώσουν ουσιαστικά τόσο την ποιότητα ζωής των φροντιστών όσο και των ίδιων των ασθενών.

Η έρευνα ανέδειξε επίσης την ανάγκη επένδυσης στο ανθρώπινο δυναμικό που δραστηριοποιείται στον χώρο της άνοιας. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των σύνθετων αναγκών των ασθενών προϋποθέτει επαρκή στελέχωση των υπηρεσιών, συνεχή επαγγελματική κατάρτιση και εξειδικευμένες γνώσεις σχετικά με τη νόσο και τα δικαιώματα των ατόμων που επηρεάζονται από αυτήν. Παράλληλα, η συνεργασία διαφορετικών επαγγελματικών ειδικοτήτων, όπως ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών, αποτελεί βασική προϋπόθεση για την παροχή ολοκληρωμένης και ποιοτικής φροντίδας.

Ένα ακόμη πεδίο στο οποίο απαιτούνται παρεμβάσεις αφορά την πρόληψη και την έγκαιρη αναγνώριση της νόσου. Η ενίσχυση της ενημέρωσης σχετικά με τα πρώτα σημάδια της άνοιας, καθώς και η ενσωμάτωση διαδικασιών έγκαιρου εντοπισμού στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, μπορούν να συμβάλουν στη γρηγορότερη διάγνωση και στη βελτίωση της διαχείρισης

της νόσου. Επιπλέον, η έγκαιρη διάγνωση παρέχει στα άτομα με άνοια τη δυνατότητα να συμμετέχουν ενεργά στις αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία, τη φροντίδα και τον μελλοντικό σχεδιασμό της ζωής τους.

Ιδιαίτερη βαρύτητα θα πρέπει να δοθεί και στην αντιμετώπιση του κοινωνικού στίγματος που εξακολουθεί να συνοδεύει την άνοια. Η ανάπτυξη δράσεων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού μπορεί να συμβάλει στη διαμόρφωση θετικότερων κοινωνικών στάσεων, στην καταπολέμηση στερεοτύπων και στη διευκόλυνση της κοινωνικής ένταξης των ατόμων με άνοια. Η ενίσχυση της κοινωνικής αποδοχής αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη διασφάλιση της αξιοπρέπειας και της ισότιμης συμμετοχής τους στην κοινότητα.

Συνολικά, τα αποτελέσματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι η αποτελεσματική προστασία των ατόμων με άνοια προϋποθέτει μια ολοκληρωμένη στρατηγική που θα συνδυάζει παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας, της κοινωνικής φροντίδας, της επαγγελματικής εκπαίδευσης και της κοινωνικής ευαισθητοποίησης. Παράλληλα, η αξιοποίηση επιτυχημένων πρακτικών που εφαρμόζονται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες και η συστηματική παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας των υφιστάμενων πολιτικών μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση του ελληνικού πλαισίου υποστήριξης και φροντίδας για την άνοια.

Περιορισμοί της Έρευνας

Παρά τη συμβολή της παρούσας μελέτης στην κατανόηση των ζητημάτων που αφορούν την άνοια, τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις πολιτικές φροντίδας, ορισμένοι περιορισμοί θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων της.

Αρχικά, το μέγεθος του δείγματος ήταν σχετικά περιορισμένο, γεγονός που δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο του πληθυσμού. Οι απόψεις και οι εμπειρίες που καταγράφηκαν αντανακλούν τις αντιλήψεις των συγκεκριμένων συμμετεχόντων και ενδέχεται να διαφοροποιούνται από εκείνες άλλων επαγγελματιών, φροντιστών ή ατόμων που εμπλέκονται στη φροντίδα της άνοιας.

Επιπλέον, η έρευνα βασίστηκε στη ποιοτική μεθοδολογική προσέγγιση, η οποία παρέχει τη δυνατότητα εις βάθος διερεύνησης σύνθετων κοινωνικών φαινομένων, χωρίς ωστόσο να επι-

τρέπει την εξαγωγή στατιστικά γενικεύσιμων συμπερασμάτων. Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν βασίζονται στις προσωπικές εμπειρίες, γνώσεις και αντιλήψεις των συμμετεχόντων, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάζονται από το επαγγελματικό τους υπόβαθρο, το κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο δραστηριοποιούνται και τις εργασιακές τους συνθήκες.

Ένας ακόμη σημαντικός περιορισμός αφορά το γεωγραφικό και οργανωτικό πλαίσιο διεξαγωγής της έρευνας. Η μελέτη επικεντρώθηκε αποκλειστικά στην ελληνική πραγματικότητα και ειδικότερα σε μία Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων που λειτουργεί σε επαρχιακή πόλη. Ως εκ τούτου, τα ευρήματα αντανακλούν τις ιδιαίτερες συνθήκες, τις δυνατότητες και τις προκλήσεις που χαρακτηρίζουν το συγκεκριμένο περιβάλλον φροντίδας. Είναι πιθανό οι εμπειρίες και οι πρακτικές που καταγράφηκαν να διαφοροποιούνται από εκείνες που συναντώνται σε μεγαλύτερα αστικά κέντρα ή σε άλλους τύπους δομών παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Κατά συνέπεια, η δυνατότητα μεταφοράς των συμπερασμάτων στο σύνολο των δομών φροντίδας ατόμων με άνοια στην Ελλάδα είναι περιορισμένη.

Τέλος, η έρευνα επικεντρώθηκε αποκλειστικά στη διερεύνηση του ελληνικού πλαισίου και δεν περιέλαβε πρωτογενή δεδομένα από άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η απουσία συγκριτικών στοιχείων περιορίζει τη δυνατότητα συστηματικής αξιολόγησης διαφορετικών μοντέλων φροντίδας και προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια, καθώς και την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα πολιτικών που εφαρμόζονται σε διαφορετικά εθνικά πλαίσια.

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς, η παρούσα έρευνα προσφέρει χρήσιμες γνώσεις για τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα άτομα με άνοια και οι επαγγελματίες φροντίδας στην Ελλάδα, συμβάλλοντας στον επιστημονικό διάλογο για την ενίσχυση μιας δικαιωματικής και ανθρωποκεντρικής προσέγγισης στη φροντίδα της άνοιας.

Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα

Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει ορισμένα σημαντικά ερευνητικά κενά που θα μπορούσαν να αποτελέσουν βάση για μελλοντικές επιστημονικές διερευνήσεις στον τομέα της άνοιας και των δικαιωμάτων των ασθενών. Αρχικά, προτείνεται η πραγματοποίηση ερευνών σε μεγαλύτερο και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού, ώστε να ενισχυθεί η δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων και να αποτυπωθούν με μεγαλύτερη ακρίβεια οι εμπειρίες διαφορετικών ομάδων

(ασθενών, επαγγελματιών υγείας και φροντιστών). Επιπλέον, θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμη η ανάπτυξη συγκριτικών μελετών μεταξύ διαφορετικών περιοχών της Ελλάδας, αλλά και μεταξύ της Ελλάδας και άλλων ευρωπαϊκών χωρών, προκειμένου να αναδειχθούν διαφοροποιήσεις στα συστήματα φροντίδας και να εντοπιστούν αποτελεσματικές πρακτικές που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν και σε εθνικό επίπεδο.

Διαπιστώνεται παράλληλα ότι, η σχετική βιβλιογραφία στην Ελλάδα παραμένει σχετικά περιορισμένη ως προς την ανάλυση των δικαιωμάτων των ατόμων με άνοια καθώς το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών επικεντρώνεται κυρίως στις ιατρικές και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της νόσου. Για τον λόγο αυτό, κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω ανάπτυξη ερευνητικών προσεγγίσεων που θα εξετάζουν συστηματικά ζητήματα όπως η αυτονομία των ασθενών, η λήψη αποφάσεων, η νομική προστασία και η εφαρμογή των πολιτικών υγείας στην πράξη.

Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η διερεύνηση της εμπειρίας των ίδιων των ατόμων με άνοια σε πρώιμα στάδια της νόσου, καθώς και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας συγκεκριμένων παρεμβάσεων και υπηρεσιών υποστήριξης. Μια τέτοια προσέγγιση θα μπορούσε να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση των υφιστάμενων πολιτικών και στην ενίσχυση της ποιότητας ζωής τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους.

6. Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ελληνόγλωσση

- Alzheimer Hellas. (χ.χ.). *Κέντρα ημέρας ασθενών με άνοια*. Ανακτήθηκε στις 7 Ιουνίου 2026, από <https://www.alzheimer-hellas.gr/index.php/en/component/content/article/56-kentra-emeras-asthenon-me-anoia?catid=2>
- Ελληνική Δημοκρατία. (2005). *Νόμος 3418/2005 – Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Νόμος 3418/2005 - ΦΕΚ 287/Α/28-11-2005 (Κωδικοποιημένος) - ΥΓΕΙΑ*
- Εταιρεία Alzheimer Αθηνών. (χ.χ.). *Η άνοια και η νόσος Alzheimer: Η επιδημία του 21ου αιώνα*. <https://alzheimerathens.gr/i-ania-ke-i-nosos-alzheimer-i-epidimia-tou-21ou-eona/>
- Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ενεργών Πολιτών. (n.d.). *Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών*. <https://greekpatientsrights.gr/patients-rights/>
- Ηνωμένα Έθνη. (2006). *Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία*. <https://amea.gov.gr/legislation/1/750?>
- Κλινική Μνήμης και Γνωστικών Λειτουργιών. (2023). *Κλινικές υπηρεσίες για γνωστικές διαταραχές*. <https://www.memoryclinic.gr>
- Νόμος 2447/1996. (1996, 30 Δεκεμβρίου). *Κύρωση ως Κώδικα του σχεδίου νόμου «Υιοθεσία, επιτροπεία και αναδοχή ανηλίκου, δικαστική συμπαράσταση, δικαστική επιμέλεια ξένων υποθέσεων και συναφείς ουσιαστικές, δικονομικές και μεταβατικές διατάξεις» – Άρθρο 13*. Ανακτήθηκε από: https://www.lawspot.gr/nomothesia/n-2447-1996/arthro-13-nomos-2447-1996/?utm_source
- Νόμος 2716/1999. *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ Α' 96/17.05.1999. <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2716-1999.html>
- Νόμος 3418/2005. *Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας*. ΦΕΚ Α' 287/28.11.2005. <https://www.lawspot.gr/nomothesia/n-3418-2005/arthro-12-nomos-3418-2005-synainesi-toy-enimeromenoy>
- Νόμος 4074/2012. *Κύρωση της Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες και του Προαιρετικού Πρωτοκόλλου*. ΦΕΚ Α' 88/11.04.2012. <https://www.eaed.gr/40742012-2/>
- Παρασκευοπούλου-Κόλλια, Ε.-Α. (2020). *Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας: συνεντεύξεις και συνεντεύξεις μέσω διαδικτύου*. *Open Education: The Journal for Open and Distance Education and Educational Technology*, 15(2), 24–37. <https://doi.org/10.12681/jode.20634>

- Πολίτης, Α., Μούγιας, Α., Πετρούλια, Ι., Σμύρνη, Ι., Τούντας, Ι., Πλουμπίδης, Δ., Μαντζώρου, Μ., Κούκια, Ε., Κιόσσης, Δ., & Παπαγεωργίου, Χ. (2020). *Ευρωπαϊκή Κοινή Δράση για την Άνοια: Κοινότητες Φιλικές προς την Άνοια στην Ελλάδα (DFC), το πρόγραμμα «Αινείας»*. *Ψυχιατρική*, 31(1), 82–90. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.311.82>
- Sakka, P., Efthymiou, A., Dantsi, E., Karpathiou, N., Vamvakari, I., Mastrogiannakis, T., Pantelidou, S., & Lavdas, M. (2015). *Εγχειρίδιο για επαγγελματίες υγείας: Βασικές αρχές για την άνοια*. Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών. https://www.researchgate.net/publication/359617708_Encheiridio_gia_Epangelmaties_Ygeias_Basikes_arches_gia_ten_anoia
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. (2024). *Εθνική στρατηγική για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία 2024–2030: Μια Ελλάδα με όλους για όλους*. <https://ypergasias.gov.gr/ethniki-stratigiki-gia-ta-dikaiomata-ton-atomon-me-anapiria-2024-2030-mia-ellada-me-olous-gia-olous/>
- Υπουργείο Υγείας. (2015). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Άνοια και τη Νόσο Alzheimer 2015–2020*. Υπουργείο Υγείας. https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drases-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/95-ethnika-sxedia-drashs%3Ffdl%3D229?utm_source
- Υπουργείο Υγείας. (2019). *Αποτίμηση υλοποίησης Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Άνοια*. <https://www.moh.gov.gr/articles/ethniko-parathrhthrio-gia-thn-anoia-alzheimer/6144-apotimhsh-ylopoihs-kai-proodoy-efarmoghs-ethnikoy-sxedioy-drashs-gia-thn-anoia-noso-alzheimer-2019>
- Υπουργείο Υγείας. (2019). *Εθνικό Παρατηρητήριο για την Άνοια και τη Νόσο Alzheimer*. <https://www.moh.gov.gr/articles/ethniko-parathrhthrio-gia-thn-anoia-alzheimer/>
- Υπουργείο Υγείας. (2019). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Άνοια και τη Νόσο Alzheimer*. <https://www.moh.gov.gr/articles/ethniko-parathrhthrio-gia-thn-anoia-alzheimer/6013-ethniko-sxedio-drashs-gia-thn-anoia-noso-alzheimer>
- Υπουργείο Υγείας. (2023, 31 Οκτωβρίου). *Στο Υπουργικό Συμβούλιο το Ελληνικό Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπιση της άνοιας και της νόσου Alzheimer*. <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/11899-sto-ypoyrgiko-symboylio-to-ellhniko-sxedio-drashs-gia-thn-antimetwpish-ths-anoias-kai-ths-nosoy-alzheimer>

Ξενόγλωσση

- Active Citizenship Network. (2002). *European Charter of Patients' Rights* (PDF). https://www.activecitizenship.net/multimedia/import/images/patientsrights/ec_english.pdf

- Afram B, Stephan A, Verbeek H, Bleijlevens MH, Suhonen R, Sutcliffe C, Raamat K, Cabrera E, Soto ME, Hallberg IR, Meyer G, Hamers JP; RightTimePlaceCare Consortium. Reasons for institutionalization of people with dementia: informal caregiver reports from 8 European countries. *J Am Med Dir Assoc*. 2014 Feb;15(2):108-16. doi: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(13\)00548-3/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(13)00548-3/abstract)
- Alzheimer Athens. (2023). *Κέντρα Ημέρας για άτομα με άνοια*. <https://alzheimerathens.gr/kentra-imeras-gia-atoma-me-ania/>
- Alzheimer's Disease International. (2019). *World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia*. Alzheimer's Disease International. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2019/>
- Alzheimer Europe. (2014). *Glasgow Declaration 2014*. https://www.alzheimer-europe.org/policy/campaign/glasgow-declaration-2014?language_content_entity=en
- Alzheimer Europe. (2015). *Dementia in Europe Yearbook 2015: Is Europe becoming more dementia friendly?* Alzheimer Europe. <https://www.alzheimer-europe.org/resources/publications/dementia-europe-yearbook-2015-europe-becoming-more-dementia-friendly>
- Alzheimer Europe. (2019). *EU second Joint Action on Dementia (Act on Dementia)*. <https://www.alzheimer-europe.org/policy/eu-action/eu-second-joint-action-dementia-act-dementia>
- Alzheimer Europe. (2020). *European Dementia Monitor 2020: Comparing and benchmarking national dementia strategies and policies*. Luxembourg: Alzheimer Europe. Available at: [Alzheimer Europe Report](#)
- Alzheimer Europe. (2021). *Strategic plan 2021–2025*. <https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/2021-10/Strategic%20Plan%202021-2025.pdf>
- Alzheimer Europe. (2022, December 16). *Alzheimer Hellas introduces its new Palliative Care Unit "Virgin Mary Glykophilousa"*. <https://www.alzheimer-europe.org/news/alzheimer-hellas-introduces-its-new-palliative-care-unit-virgin-mary-glykophilousa>
- Alzheimer Europe. (2022). *Dementia in Europe Yearbook 2022: Employment and related social protection for people with dementia and their carers*. https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/2023-01/dementia_in_europe_yearbook_2022_employment_and_related_social_protection_for_people_with_dementia_and_their_carers.pdf
- Alzheimer Europe. (2023). *Dementia in Europe: Country profiles – Greece*. <https://www.alzheimer-europe.org/dementia/country-profiles>
- Alzheimer Europe. (2023). *European dementia monitor 2023*. Alzheimer Society of Ireland. <https://alzheimer.ie/creating-change/awareness-raising/alzheimer-europe-european-dementia-monitor-2023/>

- Alzheimer Europe. (2026). *The prevalence of dementia in Europe 2025*. <https://www.alzheimer-europe.org/dementia/prevalence-dementia-europe>
- Alzheimer Hellas. (n.d.). *About Us*. <https://alzheimer-hellas.gr/index.php/en/about-us>
- Alzheimer's Society. (n.d.). *The progression and stages of dementia*. <https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/stages-and-symptoms/progression-stages-dementia>
- Alzheimer Society of Ireland. (2023). *Dementia-friendly communities in Ireland*. <https://alzheimer.ie/get-involved/friends-of-asi-dementia-inclusive-communities-initiative/>
- Bhatt J, Walton H, Stoner CR, Scior K, Charlesworth G. The nature of decision-making in people living with dementia: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2020 Mar;24(3):363-373. doi: 10.1080/13607863.2018.1544212. Epub 2018 Dec 6. PMID: 30521371.
- Blekou, P., Sakka, P., Leonti, A. A., Megagianni, S., & Zoi, P. (2022). The Greek Dementia Helpline: experience and impact. *Alzheimer's & Dementia*, 18(Suppl. 9), e061186. <https://doi.org/10.1002/alz.061186>
- Boots, L. M., de Vugt, M. E., van Knippenberg, R. J., Kempen, G. I., & Verhey, F. R. (2014). *A systematic review of Internet-based supportive interventions for caregivers of patients with dementia*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(4), 331–344. [International Journal of Geriatric Psychiatry | Wiley Online Library https://doi.org/10.1002/gps.4016](https://doi.org/10.1002/gps.4016)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217–228. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181916/>
- Bulsari, S., Hashim, N. I., Pandya, K., & Kabir, R. (2025). A comparative analysis of dementia strategies of seventeen European countries in the context of Glasgow Declaration and WHO's Global Action Plan. *PLOS ONE*, 20(11), e0319722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319722>
- Care4Elders Project. (2024). EU4Health initiative on dementia workforce and caregiver training. <https://care4elders.eu/>
- Childress, J. F., & Childress, M. D. (2020). What does the evolution from informed consent to shared decision making teach us about authority in health care? *AMA Journal of Ethics*, 22(5), E423–E429. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.423>
- Cohen-Mansfield, J. (2021). The rights of persons with dementia and their meanings. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(7), 1381–1385. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.03.007>
- Council of Europe. (1997). *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention*

- on Human Rights and Biomedicine (Oviedo Convention). Council of Europe. <https://www.coe.int/en/web/human-rights-and-biomedicine/oviedo-convention>
- Council of Europe. (1996). *European Social Charter (Revised)*. Council of Europe. <https://rm.coe.int/168007cf93>
 - Council of Europe. (n.d.). *Ensuring equitable and ethical healthcare for all*. <https://www.coe.int/en/web/portal/health>
 - Deckers, K., van Boxtel, M. P. J., Schiepers, O. J. G., de Vugt, M., Muñoz Sánchez, J. L., Anstey, K. J., Brayne, C., Dartigues, J.-F., Engedal, K., Kivipelto, M., Ritchie, K., Starr, J. M., Yaffe, K., Irving, K., Verhey, F. R. J., & Köhler, S. (2015). *Target risk factors for dementia prevention: A systematic review and Delphi consensus study on the evidence from observational studies*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(3), 234–246. <https://doi.org/10.1002/gps.4245>
 - DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). *The qualitative research interview*. *Medical Education*, 40(4), 314–321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
 - EASPD. (2021). *Support services for older persons with disabilities in Greece*. European Association of Service Providers for Persons with Disabilities. https://easpd.eu/fileadmin/user_upload/Publications/Support_services_for_older_PwD_in_Greece.pdf
 - Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., & Maresso, A. (2015). The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. In A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson, K. Sagan, M. Karanikolos, E. Richardson, J. Cylus, T. Evetovits, J. Jowett, & M. Figueras (Eds.), *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience* (pp. 103–138). European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447857/>
 - EPALE. (2022). *Dementia-friendly cultural practices: Memorable Project*. <https://epale.ec.europa.eu/en/blog/dementia-friendly-cultural-practices-memorable-project>
 - EU Healthcare Portal. (n.d.). *National legislation on patients' rights in Greece*. Hellenic National Contact Point for Cross-border Healthcare (EOPYY). <https://eu-healthcare.eopyy.gov.gr/en/patients-rights/national-legislation-on-patients-rights-in-greece/>
 - European Commission. (n.d.). *Vulnerable groups and health inequalities*. https://health.ec.europa.eu/social-determinants/vulnerable-articles_en
 - European Commission. (n.d.-a). *Erasmus+ programme*. <https://erasmus-plus.ec.europa.eu>
 - European Commission. (n.d.-b). *Horizon Europe*. https://research-and-innovation.ec.europa.eu/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe_en

- European Commission. (2021). *Green paper on ageing: Fostering solidarity and responsibility between generations* (COM (2021) 50 final). <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/d918b520-63a9-11eb-aeb5-01aa75ed71a1>
- European Commission. (2021). *The European Pillar of Social Rights Action Plan*. Publications Office of the European Union. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/4fa38d1f-d9ad-11eb-895a-01aa75ed71a1/language-en>
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2020). *The power of patients*. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/the-power-of-patients>
- European Parliament & Council of the European Union. (2011). *Directive 2011/24/EU on patients' rights in cross-border healthcare*. <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *Fundamental rights in the European Union: Annual report 2020*. <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/fundamental-rights-report-2020>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2023). *Fundamental rights report 2023*. <https://fra.europa.eu/en/publication/2023/fundamental-rights-report-2023>
- Fang, B., & Yan, E. (2018). *Abuse of Older Persons With Dementia: A Review of the Literature. Trauma, Violence, & Abuse*, 19(2), 127–147. <https://doi.org/10.1177/1524838016650185>
- Galanis, P. (2018). *Data analysis in qualitative research: Thematic analysis*. ResearchGate. <https://www.researchgate.net/publication/325796174>
- Gillam, J., Davies, N., Aworinde, J., Yorganci, E., Anderson, J. E., & Evans, C. (2022). Implementation of eHealth to support assessment and decision-making for residents with dementia in long-term care: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(2), e29837. <https://doi.org/10.2196/29837>
- Gitlin, L. N., Marx, K., Stanley, I. H., & Hodgson, N. (2015). *Translating evidence-based dementia caregiving interventions into practice: State-of-the-science and next steps*. *The Gerontologist*, 55(2), 210–226. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu123>
- Groenendaal, M., Loor, A., Trouw, M., Achterberg, W. P., & Caljouw, M. A. A. (2019). *Perspectives of healthcare professionals on meaningful activities for persons with dementia in transition from home to a nursing home: An explorative study*. *Healthcare*, 7(3), 98. <https://doi.org/10.3390/healthcare7030098>
- Grootsholten, E., Poslawsky, I., & Bakker, T. (2023). *Nursing staff's observations of BPSD amongst older adults with dementia living in a nursing home: A qualitative study*. *Nursing Reports*, 13(1), 166–178. <https://doi.org/10.3390/nursrep13010018>
- Hellenic National Contact Point for Cross-border Healthcare. (n.d.). *National legislation on patients' rights in Greece*. Retrieved June 16, 2026, from <https://eu-healthcare.coppyy.gov.gr/en/patients-rights/national-legislation-on-patients-rights-in-greece/>

- Helsinki Manifesto. (2023). *Alzheimer Europe Helsinki Manifesto 2023*. <https://alzheimer.ie/wp-content/uploads/2024/05/FINAL-Helsinki-Manifesto-2023.pdf>
- Hygeia Hospital. (2025). *Memory Clinic services*. <https://www.hygeia.gr/en/services/department/nevroekfylistikon-pathiseon-egkefalo/>
- Jelastopulu, E., Giourou, E., Argyropoulos, K., et al. (2014). *Demographic and clinical characteristics of patients with dementia in Greece*. *Advances in Psychiatry*, 2014, 636151. <https://doi.org/10.1155/2014/636151>
- Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). *Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide*. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Knowledge4Policy. (2025). *Dementia prevention and management in Europe*. https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/dementia-prevention_en
- Kyriopoulos, I.-I., Zavras, D., Skroumpelos, A., Mylona, K., Athanasakis, K., Pavi, E., & Kyriopoulos, J. (2014). Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: An empirical approach in Greece. *International Journal for Equity in Health*, 13(54). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-54>
- Liddle, J., Smith-Conway, E. R., Baker, R., Angwin, A. J., Gallois, C., Copland, D. A., Pachana, N. A., Humphreys, M. S., Byrne, G. J., & Chenery, H. J. (2012). Memory and communication support strategies in dementia: Effect of a training program for informal caregivers. *International Psychogeriatrics*, 24(12), 1927–1942. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001366>
- Litins'ka, Y. (2024). Healthcare services for asylum-seekers: Untangling the European Social Charter. *Medical Law Review*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwad018>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). *Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission*. *The Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Lukas, K. (2021). *The Revised European Social Charter: An article-by-article commentary*. Council of Europe. <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/-/online-open-access-to-the-revised-european-social-charter.-an-article-by-article-commentary->
- Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälähti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, Bäckman L, Hänninen T, Jula A, Laatikainen T, Lindström J, Mangialasche F, Paajanen T, Pajala S, Peltonen M, Rauramaa R, Stigsdotter-Neely A, Strandberg T, Tuomilehto J, Soininen H, Kivipelto M. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly

- people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015 Jun 6;385(9984):2255-63. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60461-5. Epub 2015 Mar 12. PMID: 25771249.
- National Institutes of Health. (2023). *Qualitative study*. NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>
 - OECD. (2018). *Care needed: Improving the lives of people with dementia*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/care-needed_9789264085107-en.html
 - OECD. (2022). *Health at a glance: Europe 2022*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
 - Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights [OHCHR]. (2022). *Human rights and health*. <https://www.ohchr.org/en/health>
 - Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., Woods, R. T., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J. M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Feldman, H. H., & Muñoz, R. (2010). *Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: A systematic review of efficacy*. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(2), 161–178. <https://doi.org/10.1159/000316119>
 - Papastavrou, E., Andreou, P., Middleton, N., Tsangari, H., & Papacostas, S. (2015). *Dementia caregiver burden and coping strategies in Greece*. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2898–2910. <https://doi.org/10.1111/jan.12762>
 - Papastavrou, E., Tsangari, H., Karayiannis, G., Papacostas, S., Efstathiou, G., & Sourtzi, P. (2011). *Caring and coping: The dementia caregivers*. *Aging & Mental Health*, 15(6), 702–711. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.562178>
 - Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G. C., Wu, Y. T., & Prina, M. (2015). *World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. Alzheimer's Disease International. <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
 - Simões, F., Hemerijck, A., & Matsaganis, M. (2025). *The implementation of the European Pillar of Social Rights in the era of polycrisis*. *Social Inclusion*, 11(3), Article 11203. <https://www.cogitatiopress.com/socialinclusion/article/view/11203>
 - Schmachtenberg, T., Monsees, J., & Thyrian, J. R. (2022). Structures for the care of people with dementia: A European comparison. *BMC Health Services Research*, 22, 1372. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08715-7>
 - Schou-Juul, F., Serrat, R., Hinrichsen, C., Szczesniak, D., Cannella, V., Jarasiunaite-Fedosejeva, G., Östlund, L., Brites, R., Ostríž, R., Atienza Carrasco, J., Palkova, K., Holmerova, I., Korkmaz-Yaylagul, N., Brandão, T., Silva, R., Ulman, Y. I., Gordijn, B., Johansson, L., Bielsten, T., Rymaszewska, J., Porter, C., & Lauridsen, S. (2026). Ethical principles in European national dementia strategies: A framework analysis. *Journal of Aging & Social Policy*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/08959420.2025.2599117>
 - Sorrentino, M., Fiorilla, C., Mercogliano, M., Stilo, I., Esposito, F., Moccia, M., Lavorgna, L., Salvatore, E., Sormani, M. P., Majeed, A., Triassi, M., & Palladino, R.

- (2025). *Barriers for access and utilization of dementia care services in Europe: A systematic review*. BMC Geriatrics, 25, 162. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05805-z>
- Thalpos-Mental Health. (2026). *Thalpos – Mental Health services and units*. <https://thalpos.org.gr/en/thalpos-psychikh-ygeia/>
 - United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2000). General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf>
 - United Nations.(n.d). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf
 - Vandepitte, S., Van den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Verdonck, C., & Annemans, L. (2016). *Effectiveness of supporting informal caregivers of people with dementia: A systematic review*. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 34–50. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.12.012>
 - Vernooij-Dassen, M., & Jeon, Y.-H. (2016). Social health and dementia: The power of human capabilities. *International Psychogeriatrics*, 28(5), 701–703. [https://www.intpsychogeriatrics.org/article/S1041-6102\(24\)00820-2/fulltext](https://www.intpsychogeriatrics.org/article/S1041-6102(24)00820-2/fulltext)
 - Vlachos, G. S., Kosmidis, M. H., Yannakoulia, M., Dardiotis, E., Hadjigeorgiou, G., et al. (2021). Dementia incidence in the elderly population of Greece: Results from the HELIAD study. *Alzheimer's Disease & Associated Disorders*, 35(1), 48–54. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000407>
 - World Health Organization. (2017). *Dementia: A public health priority*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
 - World Health Organization. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513487>
 - World Health Organization. (2017). *Human rights and health*. https://www.who.int/health-topics/human-rights#tab=tab_1
 - World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>
 - World Health Organization. (2021). Global Dementia Observatory: Greece country profile. <https://www.who.int/publications/m/item/global-dementia-observatory-%28gdo%29-country-profiles-greece>
 - World Health Organization Regional Office for Europe. (2024). *State of long-term care in Greece*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/378341>
 - WHO Health Organization. (2022). *iSupport for dementia*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/isupport>

- WHO.(2022). *Human rights and health care: Practical guidance* (topic covered under WHO human rights resources). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- WHO.(2023). *Constitution of the World Health Organization*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- World Health Organization. (2023). *Dementia: Key facts*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- World Health Organization. (2024). *Dementia carer support services – Greece profile*. Global Dementia Observatory. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-dementia-observatory-gdo/dementia-carer-support-services>
- World Health Organization. (2024). *Operational framework for monitoring social determinants of health equity*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088320>
- World Health Organization. (2024). *World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094703?>
- World Health Organization. (2025, March 31). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- World Health Organization, Regional Office for Europe. (2024). *State of long-term care in Greece*. <https://iris.who.int/items/229e19af-acf6-4695-9223-7fb5b26f128b>
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). *Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis*. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147–e156. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.