



ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ UIA- PHG  
EUROPEAN SEMINAR UIA- PHG

ΣΧΕΔΙΑΖΟΥΝΤΑΣ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ  
Designing for the Elderly

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ :  
ΦΑΝΗ ΒΑΒΥΛΗ, ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΔΟΥΛΑΜΗ  
EDITORS :  
FANI VAVILI, KATERINA DOULAMI



## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

9.30'	Εγγραφή συνέδρων.
10.30'	Χαιρετισμοί: Γιάννης Πρίντζος, Πρόεδρος ΤΕΕ Μαγνησίας. Κυριάκος Μήτρου, Δήμαρχος Βόλου. Παντελής Λαζαρίδης, Πρύτανης Π.Θ. Λίζα Σιόλα, Πρόεδρος Ελληνικού Τμήματος UIA. Βασίλης Σγούτας, Πρόεδρος UIA.
11.15	Παρουσίαση του θέματος: Φανή Βαβύλη, Αν. Καθηγήτρια, ΑΠΘ, γραμματέας ελληνικού τμήματος UIA - PHG.  Γιώργος Τριανταφυλλίδης, αρχιτέκτων, Επ. Καθηγητής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.  Μίση Βαλασσά, αρχιτέκτων μηχανικός, μέλος ελληνικού τμήματος UIA - PHG.  Διάλειμμα - καφέ.  Εκπρόσωπος Υπουργείου Υγείας.  Hans - Evert Gaterman, αρχιτέκτων, Director of UIA - PHG και διευθυντής στο Υπουργείο Υγείας, Γερμανία.  13.00' Διάλειμμα - Snacks.  14.00' Karen Zahle, Director of Laboratory of Housing, The Royal Danish Academy of Fine Arts, School of Architecture, Δανία.  Hakan Josseljsson, αρχιτέκτων, White Arkiteceter, Gothenburg, Σουηδία.  Luub Wessels, αρχιτέκτων, Head Building Department National Board for Hospital Facilities, Utrecht, Ολλανδία.  Helina Kotilainen, αρχιτέκτων, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Stakes, Φινλανδία.  Ερωτήσεις - συζήτηση - συμπεράσματα.

## ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

Το ΤΕΕ, το Ελληνικό Τμήμα  
της Διεθνούς Ένωσης Αρχιτεκτόνων (UIA - PHG) -  
Πρόγραμμα για τη Δημόσια Υγεία,  
το ΤΕΕ Μαγνησίας  
τα Τμήματα Αρχιτεκτόνων  
του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης  
και του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας  
και ο Δήμος Βόλου,  
πραγματοποιούν επιστημονική ημερίδα με θέμα :  
"Σχεδιάζοντας για την τρίτη ηλικία"  
την Παρασκευή 28 Σεπτεμβρίου 2001 ώρα 9.30' π.μ.  
στο αμφιθέατρο του ΤΕΕ Μαγνησίας.

## ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Φανή Βαβύλη  
Αρχιτέκτων, Γραμματέας της Ελληνικής Ομάδας UIA - PHG.

Μίση Βαλασσά  
Αρχιτέκτων, Μέλος της Ελληνικής ομάδας UIA - PHG.

Νίκος Δίκας  
Φοιτητής Αρχιτεκτονικής Τμήματος Αρχιτεκτόνων ΑΠΘ.

Σοφία Ταχμιντζόγλου  
Γραμματεία Ελληνικού Τμήματος UIA.

Μετά το πέρας της ημερίδας θα παραταθεί δείπνο από τον  
Δήμαρχο Βόλου.



**UIA - PHG**  
INTERNATIONAL UNION OF ARCHITECTS  
PUBLIC HEALTH GROUP  
UIA Greek Section

**ΤΕΕ**  
Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδας  
Technical Chamber of Greece



**Α.Π.Θ.**  
Παιδαγωγικό Τμήμα Αρχιτεκτονικής  
Aristotle University of Thessaloniki  
Faculty of Technology - School of  
Architecture

ΓΜΗΜΑ ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΩΝ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
SCHOOL OF ARCHITECTURE, UNIVERSITY OF THESSALIA  
ΤΕΧΝΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΕΛΛΑΔΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ  
TECHNICAL CHAMBER OF GREECE- SECTION OF MAGNISIA

ΠΡΑΚΤΙΚΑ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ UIA-PHG

ΣΧΕΔΙΑΖΟΝΤΑΣ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Επιμελεια  
Φανη Βαβύλη  
Κατερίνα Δουλάμη

PROCEEDINGS  
PUBLIC HEALTH SEMINAR UIA-PHG  
DESIGNING FOR THE ELDERLY

Editor  
Fani Vavili  
Katerina Doulami

### Οργανώσεις

#### Organization

- Ελληνικό Τμήμα της Διεθνούς Ένωσης Αρχιτεκτόνων (UIA-PHG)  
Προγραμμα για τη Δημόσια Υγεία  
Greek section of International Union of Architects (UIA-PHG)  
Public Health Group
- Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδας  
Technical Chamber of Greece
- Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδας - Τμήμα Μαγνησίας  
Technical Chamber of Greece - Section of Magnisia
- Τομέας Αρχιτεκτονικού Σχεδιασμού και Αρχιτεκτονικής Τεχνολογίας  
Τμήμα Αρχιτεκτόνων, Πολυτεχνική Σχολή, Α.Π.Θ  
Dept. of Architectural Design and Architectural Technology  
School of Architecture, Faculty of Technology, A.U.Th.
- Τμήμα Αρχιτεκτόνων του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας  
School of Architecture, University of Thessalia

### Οργανωτική Επιτροπή

#### Organizing Committee

- Φανή Βαβύλη  
Δρ. Αρχιτέκτων, Γραμματέας της Ελληνικής Ομάδας UIA-PHG
- Μίση Βελασσιά  
Αρχιτέκτων, Μέλος της Ελληνικής Ομάδας UIA-PHG
- Νίκος Δίκας  
Φοιτητής Αρχιτεκτονικής Τμήματος Αρχιτεκτόνων Α.Π.Θ
- Σοφία Γαμιντζόγλου  
Γραμματέα Ελληνικού Τμήματος UIA
- Ελένη Αντωνιάδου  
Γραμματέα ΤΕΕ, Τμήμα Μαγνησίας

### Χορηγοί

#### Financial Support

- Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδας  
Technical Chamber of Greece
- Τεχνικό Επιμελητήριο Τμήμα Μαγνησίας  
Technical Chamber of Greece, Section of Magnisia
- Δήμος Βόλου  
Municipality of Volos

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλονται στον υφυπουργό Υγείας και Πρόνοιας κ. Δ. Θάνο για το ενδιαφέρον του για τα ζητήματα που αφορούν την τρίτη ηλικία και την υποστήριξή του

Acknowledgments must be addressed to the Deputy Minister of Welfare Mr. D. Thanos for his support

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
Διεύθυνση Γενικής Ιατρικής  
Αθήνα, 28 Σεπτεμβρίου 2001

**Οργάνωση**

**Organization**

Τομέας Αρχιτεκτονικού Σχεδιασμού και Αρχιτεκτονικής Τεχνολογίας,  
Τμήμα Αρχιτεκτόνων, Πολυτεχνική Σχολή, Α.Π.Θ  
Dept. of Architectural Design and Architectural Technology, School of Architecture,  
Faculty of Technology, A.U.Th  
Τμήμα Αρχιτεκτόνων του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας  
School of Architecture, University of Thessalia  
Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδας  
Technical Chamber of Greece  
Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδας-Τμήμα Μαγνησίας  
Technical Chamber of Greece- Section of Magnisia  
Ελληνικό Τμήμα της Διεθνούς Ένωσης Αρχιτεκτόνων (UIA-PHG)-  
Πρόγραμμα για τη Δημόσια Υγεία  
Greek section of International Union of Architects – Public Health Group

**Οργανωτική Επιτροπή**

**Organizing Committee**

Φάνη Βαβύλη  
Αρχίστη των Γραμματέας της Ελληνικής Ομάδας UIA-PHG  
Μίση Βαλασά  
Αρχίστη των Μέλους της Ελληνικής Ομάδας UIA-PHG  
Νίκος Λίκας  
Φοιτητής Αρχιτεκτονικής Τμήματος Αρχιτεκτόνων Α.Π.Θ  
Σοφία Ταχμτζόγλου  
Γραμματεία Ελληνικού Τμήματος UIA  
Ελένη Αντωνιάδου  
Γραμματεία ΤΕΕ, Τμήμα Μαγνησίας

**ΧΟΡΗΓΟΙ**

Τμήμα Αρχιτεκτόνων Α.Π.Θ  
Επιτροπή Ερευνών Α.Π.Θ  
Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδας  
Τεχνικό Επιμελητήριο, Τμήμα Μαγνησίας  
Ευχαριστίες οφείλονται στον υφυπουργό  
Υγείας και Πρόνοιας κ. Δ. Θάνο  
για την υλοστήριξη του  
**FINANCIAL SUPPORT**

School of Architecture, Faculty of Technology, A.U.Th.  
Research Committee, A.U.Th.  
Technical Chamber of Greece  
Technical Chamber of Greece, Section of Magnisia

Acknowledgments must be addressed  
to the undersecretary of  
Greek Ministry of Health Mr. D. Thanos

Περιεχόμενα  
Contents

Χαιρετισμοί- Addresses of Welcome

- Γιάννης Πρίντζος, Πρόεδρος ΤΕΕ Μαγνησίας.....4  
*Giannis Printzos, Chairman of TEE Magnisias*
- Παντελής Σκαγιάννης, Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Μηχανικών  
Καροτσάρας και Περιφερειακής Ανάπτυξης Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.....5  
*Pantelis Skagiannis, Ass. Professor of University of Thessalia*
- Βασίλης Σγουτάς, Πρόεδρος UIA .....6  
*Vasilis Sgoutas, Director of UIA*

Παρουσίαση του Θέματος /Opening Paper

- "Σχεδιάζοντας για την Τετάρτη Ηλικία/ Designing for the Elderly".....12  
Φανή Βαβύλη, Δρ. Αρχιτέκτων, Αναπλ. Καθηγήτρια, Α.Π.Θ,  
Γραμματέας Ελληνικού Τμήματος UIA-PHG  
*Fani Vavili, Assoc. Professor, A.U.Th,  
Secretary of Greek Section of UIA-PHG*

Συνεδριάσεις/Lectures

- "Σχεδιάζοντας για την Τρίτη Ηλικία/ Οι Ηλικιωμένοι στην Περιοχή του Βόλου".....26  
Μίτση Βαλασσά, Αρχιτέκτων, Μέλος Ελληνικού Τμήματος UIA-PHG  
*Mitsi Valassa, Architect, Member of Greek Section of UIA-PHG*
- "Σχεδιάζοντας για την Τρίτη Ηλικία".....32  
Βασίλης Θεοδώρου- Ξένια Φωτοπούλου, Αρχιτέκτονες- Μηχανικοί  
στη Δύση Τεχνικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας  
*Vasilis Theodorou- Xenia Fotopoulou, Architects, Greek Ministry of Welfare and Health*
- "Planning for the Elderly in Germany".....40  
Hans-Evert Gateman  
*Architect, Dr.-Ing. Architect, Director of UIA-PHG,  
Director of Ministry of Health, Germany*
- "Old People's Houses in Denmark".....54  
Karen Zahle  
*Director of Laboratory of Housing, The Royal Danish Academy of Fine Arts,  
School of Architecture, Denmark*
- "Social Welfare Services and Health Care for the Elderly in Sweden".....59  
Håkan Jansson  
*Architect, White Architect, Gothenburg, Sweden*
- "Recent Policies and Design-Applications for the Third Age in the Netherlands".....66  
Luub Wessels  
*Architect, Head Building Department National Board for Hospital Facilities,  
Utrecht, Netherlands*
- "Living and Care Environments for the Elderly- Trends in Finland".....73  
Helina Kottainen  
*Architect, National Research and Development Center For Welfare and Health,  
Stake, Finland*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ/CONTENTS

### Χαιρετισμοί- Addresses of Welcome

Γιώργης Πρίντζος, Πρόεδρος ΤΕΕ Μαγνησίας  
*Gianis Printzos, Director of TEE Magnisias*  
Κυριακός Μήτρου, Δήμαρχος Βόλου  
*Kiriakos Mitrou, Mayor of Volos*  
Παναλής Σκαγιαννής, Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Μηχανικών  
Χαρταζιάς και Περιφερειακής Ανάπτυξης Πανεπιστημίου Θεσσαλίας  
*Pantelis Skagiannis, Ass. Professor of University of Thessalia*  
Βασίλης Σγούτας, Πρόεδρος UIA  
*Vasilis Sgoatas, Director of UIA*

### Παρουσίαση του Θέματος /Opening Paper

Φανή Βαβύλη, Αναπλ. Καθηγήτρια, Α.Π.Θ, Γραμματέας  
Ελληνικού Τμήματος UIA-PHG  
*Fani Vavili, Assos. Professor, A.U.Th, Secretary of  
Greek Section of UIA-PHG*

### Συνεδρίαση/ Lectures

Ξένια Φωτοπούλου, Αρχιτέκτων, Εκπρόσωπος Υπουργείου  
Υγείας  
*Xenia Fotopoulou, Architect, Ministry of Health*

Hans-Evert Gatterman, Αρχιτέκτων, Πρόεδρος του UIA-PHG  
και Διευθυντής στο Υπουργείο Υγείας, Γερμανία  
*Architect, Director of UIA-PHG and Director of Ministry  
of Health, Germany*

Karen Zahle, Πρόεδρος του Εργαστηρίου Ερευνών  
για την Κατοικία, Βασιλική Ακαδημία Καλών Τεχνών  
της Δανίας, Σχολή της Αρχιτεκτονικής, Δανία.  
*Director of Laboratory of Housing, The Royal  
Danish Academy of Fine Arts, School of Architecture, Denmark*

Hakan Josselsson, Αρχιτέκτων, *White Architect*  
Gothenburg, Σουηδία

Luub Wessels, Αρχιτέκτων, *Head Building Department*  
*National Board for Hospital Facilities, Utrecht, Ολλανδία*

Helina Kotilainen, Αρχιτέκτων, *National Research and  
Development Center For Welfare and Health, Stakes, Φιλανδία*

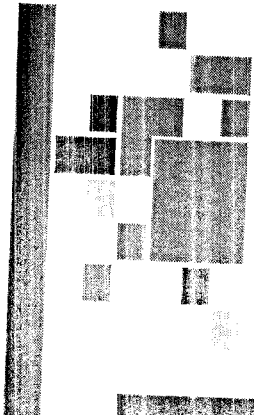




**ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ**

**ADDRESSES OF WELCOME**





Γιάννης Πρίντζος, Πρόεδρος ΤΕΕ Μαγνησίας

Κυρίες και κύριοι,

Θέλω να σας ευχαριστήσω για την παρουσία σας στη σημερινή ημερίδα. Η ημερίδα οργανώθηκε από το Τεχνικό Επιμελητήριο, την Διεθνή Ένωση Αρχιτεκτόνων (UIA), το περιφερειακό τμήμα Μαγνησίας του Τεχνικού Επιμελητηρίου, τον Τομέα Αρχιτεκτονικού Σχεδιασμού και Αρχιτεκτονικής Τεχνολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, το Τμήμα Αρχιτεκτόνων του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και το Δήμο Βόλου.

Έχει ως αντικείμενο τον σχεδιασμό των χώρων, εσωτερικών και εξωτερικών από αρχιτεκτονικής απόψεως ώστε να είναι λειτουργικοί για την τρίτη ηλικία. Οι άνθρωποι γεννιούνται, ενηλικιώνονται, δρουν, αποχωρούν από την ενεργό δράση και μεταπίπτουν στο στάδιο της τρίτης ηλικίας. Είναι ο νομοτελειακός νόμος που αφορά όλους μας.

“Κελά γεράματα” λέει ο λαός μας. Μία ευχή που αν την αναλύσει κανείς θα διαπιστώσει ότι σ’ αυτή εμπεριέχεται: η καλή υγεία, η οικονομική δυνατότητα αλλά και οι χώροι διαμενής των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Είναι χρέος της κοινωνίας και της πολιτείας να εξασφαλίσει στα άτομα της τρίτης ηλικίας τις παραπάνω προϋποθέσεις ως αντίδοτο των όσων έχουν προσφέρει στην κοινωνία με τη δράση, τον αγώνα και το μόχθο κατά τη διάρκεια της παραγωγικής τους διαδρομής. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας, εφ’ όσον διαβιών κάτω από καλές συνθήκες, είναι παράγοντες ισορροπημένης κοινωνίας και οικογένειας.

Ο δημογραφικός στατιστικός απολογισμός δίνει 80 εκατομμύρια άτομα για την Ευρώπη το 2010, που θα είναι άνω των 65 ετών. Προβληματιζόμαστε για τη διαμονή τους, για την περίθαλψή τους, για τη Δημόσια υγεία, για το χώρο που χρειάζονται, για το χώρο που θα κινούνται μέσα και έξω από το δομημένο περιβάλλον. Η Ευρωπαϊκή εμπειρία η οποία θα παρουσιασθεί από τους φίλους μας Ευρωπαίους Εισηγητές, πιστεύουμε, ότι μπορεί να ερεθίσει τις χορδές της ευαίσθητης ελληνικής κοινωνίας, προκειμένου να πάρει τα απαραίτητα μέτρα για άνετη διαβίωση των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Στη χώρα μας έχουμε γηροκομεία, οίκους ευγηρίας, ΚΑΠΗ και άλλα ιδρύματα φροντίδας των ηλικιωμένων. Σίγουρα όμως υστερούμε έναντι των άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Χρειάζεται εκσυγχρονισμένη νομοθεσία, συγκεκριμένος σχεδιασμός και πρόγραμμα οργάνωσης.

Η αρχιτεκτονική μπορεί να δώσει λειτουργικές λύσεις όταν βασίζεται σε συγκεκριμένες προδιαγραφές και σύγχρονες θεωρίες που βασίζονται σε εμπειρίες πλέον προηγμένων χωρών στον σχεδιασμό για την τρίτη ηλικία.

Παντελής Σκάγιαννης, *Επ. Καθηγητής Τμήματος Μηχανικών  
Χωροταξίας και Περιφερειακής Ανάπτυξης Πανεπιστημίου Θεσσαλίας  
ΤΕΕ Μαγνησίας  
Διεθνής Ομάδα Εργασίας UIA για τη "Δημόσια Υγεία"  
Διεθνές Σεμινάριο για τη "Δημόσια Υγεία"*

Κιρίες και Κύριοι,

Εκ μέρους του Πρύτανη του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Καθηγητή Παντελή Λαζαρίδη και της πανεπιστημιακής μας κοινότητας γενικά, θα ήθελα να σας καλωσορίσω στο συνέδριο και να ευχηθώ γόνιμες και ουσιαστικές εισηγήσεις για ένα θέμα αυτό που εξελίσσεται όλο και πιο κρίσιμο στις σύγχρονες κοινωνίες.

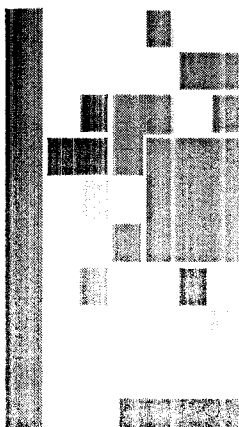
Είναι γεγονός ότι με την αύξηση του προσδοκώμενου μέσου όρου ηλικίας, ως αποτέλεσμα συνθέτων εξελίξεων, και με τη μείωση του ρυθμού της γεννητικότητας έχει διαρυνθεί προς τα πάνω η ηλικιακή πυραμίδα των αναπτυγμένων χωρών. Το αποτέλεσμα είναι ότι οι ομάδες ηλικιών που συγκροτούν αυτό που ονομάζουμε τρίτη ηλικία είναι πλέον πολυπληθέστερες. Έχουμε επομένως περισσότερους συνέχεια ηλικιωμένους ανθρώπους στις ανεπτυγμένες χώρες, οι οποίοι είναι όμως εκτός παραγωγικής διαδικασίας, αλλά και σε συνθήκες διάρρηξης των παραδοσιακών αξιών και κοινωνικών δομών, όρα με τάση περιθωριοποίησης. Το ερώτημα που προκύπτει για τις ανεπτυγμένες χώρες είναι λοιπόν πώς θα διασφαλίσουν την κοινωνική επανένταξη της τρίτης ηλικίας, από όλες τις πιθανές πλευρές.

Μια κρίσιμη πλευρά είναι αυτή του δομημένου περιβάλλοντος, η οποία έχει τρεις συνιστώσες. Η πρώτη είναι πολεοδομική. Μέσα στο πλαίσιο ενός γενικότερου προβληματισμού για τις ήπιες και ανθρώπινες πόλεις, που αποτελεί σήμερα επιταγή, πρέπει να ενσωματωθεί και η προβληματική της φροντίδας για όλες τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού και ιδιαίτερα για την Τρίτη Ηλικία που είναι και η πολυπληθέστερη. Φαντάζομαι ότι υπάρχουν ήδη αρκετές καλές ιδέες και προτάσεις γι' αυτό που οι πολεοδόμοι και οι σχεδιαστές του αστικού χώρου συζητούν και μπορούν να προτείνουν.

Η δεύτερη είναι η γενική αρχιτεκτονική. Νομίζω ότι πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια ώστε όλα τα κτίρια που σχεδιάζονται να ενσωματώνουν τις προϋποθέσεις εκείνες που να τα καταστούν φιλικά προς τους ηλικιωμένους συμπολίτες μας.

Η τρίτη, τέλος, είναι η ειδική αρχιτεκτονική. Χρειάζονται κτίρια ειδικά αφιερωμένα τα οποία να εξυπηρετούν τις ιδιαίτερες ανάγκες που έχει η Τρίτη Ηλικία, μέσα στο πλαίσιο ευρύτερων κοινωνικών και οικονομικών πολιτικών για το θέμα αυτό.

Νομίζω ότι μια τέτοια ή μια παρόμοια προβληματική, μπορεί η κατηγορία αυτών των επιστημών να συνενώσει τις προσπάθειές της με άλλες επιστήμες, ώστε να παραχθεί μια πολιτική που με την αναγκαία πολιτική βούληση καθοδηγούμενη από την κοινωνική ευαισθησία να βελτιώσει δραστικά την κατάσταση που σήμερα δεν είναι και η πλέον ρόδινη στον τομέα αυτό.



Βασίλης Σγούτος, Αρχιτέκτων  
 Πρόεδρος Διεθνούς Ομάδας Εργασίας UIA για τη "Δημόσια Υγεία"

Κύριε Δήμαρχε,  
 Κύριε Πρόεδρε του ΤΕΕ Μαγνησίας,  
 Κύριοι εκπρόσωποι των Πανεπιστημίων της Θεσσαλίας και ης Θεσσαλονίκης,  
 Αγαπητοί ξένοι προσκαλεσμένοι,  
 Συνάδελφαι και φίλοι,

Εκ μέρους της Διεθνούς Ένωσης Αρχιτεκτόνων καλωσορίζω όλους στην αίθουσα αυτή – εκπροσώπους των τοπικών αρχών, αρχιτέκτονες και συναδέλφους από άλλες ειδικότητες. Χαιρετίζω ιδιαίτερα την πρωτοβουλία του Τμήματος Μαγνησίας του Τεχνικού Επιμελητηρίου της Ελλάδος και της Διεθνούς Ομάδας Εργασίας της UIA "Δημόσια Υγεία" να οργανώσουν αυτή την ημερίδα.

Είμαστε όλοι εδώ για να συζητήσουμε το θέμα της τρίτης ηλικίας, ένα θέμα που δικαιούται μια πολύ πιο ουσιαστικής και αποτελεσματικής αντιμετώπισης. Πρώτα όμως δυο λόγια για την UIA. Η UIA είναι η μόνη παγκόσμια οργάνωση αρχιτεκτόνων, έχει 102 κράτη μέλη και εκπροσωπεί πάνω από 1.200.000 αρχιτέκτονες. Πριν τρία χρόνια γιορτάσαμε στη Λωζάννη τα 50 χρόνια από την ίδρυσή της.

Ηρθα σήμερα εδώ κατ' ευθείαν από το Βερολίνο όπου συνεδρίασε το Συντονιστικό Συμβούλιο για το Παγκόσμιο Συνέδριο της UIA που θα γίνει του χρόνου τον Ιούλιο στο Βερολίνο. Πιστοποιήθηκε εκεί από όλους τους παρόντες ότι τώρα, μετά τα γεγονότα της 11<sup>ης</sup> Σεπτεμβρίου, υπάρχει, περισσότερο από κάθε άλλη φορά, ανάγκη να διαλογιστούμε εμείς οι αρχιτέκτονες πάνω στον μελλοντικό μόλο του κλάδου. Κοινή διαπίστωση ήταν ότι αυτό που χρειάζεται είναι ένας «ειλικρινής διάλογος των πολιτισμών σε ένα επισφαλές δομημένο περιβάλλον».

Αποτελεί κοινή παραδοχή πως ο τρόπος που αντιμετωπίζουμε τα άτομα 3<sup>ης</sup> ηλικίας, μετρεί την ευευσθησία, την ανθρωπιά και την κοινωνική φιλοσοφία των κοινωνιών όπου ζούμε αλλά και τη δικιά μας ατομικά. Ξέρουμε ότι υπάρχουν γύρω μας άπειρα εμπόδια και φραγμοί, οι οποίοι σε τελική ανάλυση, διαμορφώνουν την καθημερινή μας ζωή σε τρόπο που να μπορούμε να πούμε με σιγουριά ότι δεν είμαστε τόσο ελεύθεροι όσο θα θέλαμε να είμαστε. Οι φραγμοί αυτοί είναι πολιτικοί, πολιτιστικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί, ηθικοί φραγμοί προκαταλήψεων αλλά και οι ειδικότεροι φραγμοί που αντιμετωπίζουν τα μειονεκτούντα άτομα – όπως οι φραγμοί και τα εμπόδια στην μετακίνηση. Στα μειονεκτούντα άτομα συγκαταλέγονται βέβαια και τα άτομα 3<sup>ης</sup> ηλικίας.

Ο αριθμός των ηλικιωμένων, των ατόμων της 3<sup>ης</sup> ηλικίας, αυξάνει συνέχεια. Παρ' όλο, όμως, που η ιατρική επιστήμη είναι σε θέση να επιμηκύνει τη ζωή, δεν μπορεί ακόμα να απετρέψει πολλές από τις αναπηρίες που σχετίζονται με την αυξημένη μακροζωία. Υπάρχει λοιπόν άμεση σχέση μεταξύ αναπηριών και γηρατειών. Η λέξη

“κλειδί” για όλα τα μειονεκτούντα άτομα είναι «προσπελασιμότητα». Βέβαια ξέρουμε πολύ καλά ότι ενώ οι περισσότερες ρυθμίσεις που γίνονται για τα μειονεκτούντα άτομα ωφελούν όλα, υπάρχουν και άλλες που δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες όλων, καμιά φορά μάλιστα λειτουργούν και αρνητικά.

Έχουμε πια συνειδητοποιήσει ότι οι απαντήσεις στα προβλήματα των ηλικιωμένων και των ΑΜΕΑ δεν μπορούν να δοθούν μόνο από μια κατηγορία επαγγελματιών. Μέχρι πρόσφατα πιστεύαμε πως το ιατρικό επάγγελμα ήταν το καθ’ ύλην αρμόδιο. Τώρα ξέρουμε καλύτερα. Ξέρουμε ότι μαζί με τους ψυχολόγους και τους κοινωνιολόγους, το δικό μας επάγγελμα, εμείς οι αρχιτέκτονες έχουμε πάρα πολλά να προσφέρουμε στην 3<sup>η</sup> ηλικία.

Μιλάμε για την 3<sup>η</sup> ηλικία. Ήδη όμως ο όρος αυτός είναι ξεπερασμένος. Γίνεται όλο και πιο αποδεκτό ότι αυτό που ονομάζουμε 3<sup>η</sup> ηλικία είναι πια η 4<sup>η</sup> ηλικία. Η 3<sup>η</sup> ηλικία θα αναφέρεται στο μέλλον στα άτομα που έχουν τελειώσει με τις επαγγελματικές τους ενασχολήσεις και τις οικογενειακές τους υποχρεώσεις είναι γενικά καλά στην υγεία τους, άρα διαθέτουν χρόνο και πολλές φορές και στοιχειώδη έστω, οικονομική άνεση – ίσως για πρώτη φορά στη ζωή τους.

Βέβαια όλα αυτά μικρή μόνο σημασία έχουν σε παγκόσμια κλίμακα αν αναλογιστούμε ότι το προσδόκιμο ζωής σε κράτη όπως η Σιέρα Λεόνε ή το Αφγανιστάν δεν φτάνει ούτε τα 40. Ποια είναι εκεί η 3<sup>η</sup> ηλικία;

Οι αρχιτέκτονες έχουμε έναν πολύ ειδικό ρόλο στα θέματα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας, στο σχεδιασμό για τα άτομα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας. Μπορούμε να αποδείξουμε ότι με καλό σχεδιασμό, το επί πλέον κόστος των απαιτούμενων ρυθμίσεων είναι μικρό, μέχρι ελάχιστο, ακόμα και μηδενικό. Να γίνουμε λοιπόν “μπροστάρηδες” στον αγώνα για μια καλύτερη ποιότητα ζωής για τα άτομα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας. Αυτή είναι η πρόκληση στην οποία καλούμαστε να ανταποκριθούμε. Έτσι, το μέλλον, το μέλλον των συνθηκών διαβίωσης των ατόμων της 3<sup>ης</sup> ηλικίας, δεν θα το αφήσουμε να συμβεί μόνο του. Θα μπορούμε να το οδηγήσουμε εκεί που θέλουμε.

Σήμερα συζητάμε εδώ για την 3<sup>η</sup> ηλικία, ξέρουμε όμως πολύ καλά ότι κανένα θέμα δεν υπάρχει. «αν κενώ», όλα είναι αλληλένδετα μεταξύ τους. Το προφανές στην περίπτωση μας, είναι ότι η βελτίωση του τρόπου ζωής των ατόμων της 3<sup>ης</sup> ηλικίας (κατοικία, μέσα μεταφοράς, διακίνηση και ζωή στο δομημένο περιβάλλον) απαιτεί ρυθμίσεις και μέτρα που είναι χρήσιμα και για τα μικρά παιδιά, και για τους πρόσκαιρα ανήμπορους από ατυχήματα, και βέβαια και για τα ΑΜΕΑ. (Παραδείγματα: ύψος σκαλοπατιών, ράμπες, στάθμη δαπέδων λεωφορείων).

Όλα αυτά βέβαια λειτουργούν και αντίστροφα, δηλαδή, τα μέτρα για τα ΑΜΕΑ ωφελούν και την 3<sup>η</sup> ηλικία. Η Ολλανδία έχει δείξει τον δρόμο σε πολλούς τομείς που σχετίζονται με την 3<sup>η</sup> ηλικία.

Έχει γίνει πλήρως αποδεκτό ότι ειδικές ομάδες πολιτών όπως τα ΑΜΕΑ και η 3<sup>η</sup> ηλικία πρέπει να θεωρούνται σαν φυσιολογικά τμήματα της κοινωνίας. Άμεσο αποτέλεσμα αυτής της αρχής είναι ότι τα προγράμματα κατοικιών προορίζονται για όλους. Δεν προωθούνται, τουλάχιστον σε κρατικό επίπεδο, συγκροτήματα κατοικιών για εξειδικευμένες χρήσεις, όπως οίκοι ευγηρίας, όπου όλοι ξέρουμε πως τα άτομα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας πέφτουν θύματα οικονομικής εκμετάλλευσης.

Θα αναφερθώ σε μερικά παραδείγματα νέων, για την εποχή τους, ιδεών, που ανοίξιν καινούριους δρόμους για την αρχιτεκτονική αντιμετώπιση των ειδικών αναγκών που έχουν τόσο τα άτομα 3<sup>ης</sup> ηλικίας καθώς και τα ΑΜΕΑ.

- Προσαρμόσιμες κατοικίες

Κατοικίες που έχουν μελετηθεί ώστε να μπορούν να προσαρμόζονται εύκολα και χωρίς μεγάλη δαπάνη. Έτσι, θα είναι εύκολα χρησιμοποιήσιμες, όταν χρειαστεί, από άτομα μειωμένης κινητικότητας όπως της 3<sup>ης</sup> ηλικίας, άτομα σε αμαξίδια καθώς και από άτομο που αποκτούν ξαφνική αναπηρία όπως ύστερα από ατύχημα.

- Έξυπνες κατοικίες

Η τεχνολογία, τα ηλεκτρονικά μέσα αλλά και πιο απλές «οικοδομικές» επινοήσεις επιτρέπουν πια τις κατοικίες να ανταποκρίνονται στις μικρότερες δυνατότητες που έχουν τα μειονεκτούντα άτομα.

(Παράδειγμα: HOENSBROOK HOUSE)

- Μεταλλασσόμενες κατοικίες

Κατοικίες που έχουν τη δυνατότητα να αλλάζουν διάταξη και λειτουργία σε τρόπο που να μπορούν να χρησιμοποιούνται με εξ' ίσου λειτουργικό τρόπο από διάφορες κατηγορίες ενοίκων.

(Παράδειγμα: η MAISON ROOM των Grosbois & Sautet έχει μελετηθεί για τέσσερις διαφορετικές χρήσεις: Ζευγάρι κανονικό, ζευγάρι με μωρό, ΑΜΕΑ και ζευγάρι ηλικιωμένων)

#### Ειδικά θέματα

- Εξωτερικοί χώροι και κήποι για την 3<sup>η</sup> ηλικία και ΑΜΕΑ για παράδειγμα πώς να φυτρώσεις τα λουλούδια από αναπηρικό αμαξίδιο (και η 3<sup>η</sup> ηλικία χρησιμοποιεί αμαξίδια)
- Οι τυφλοί δεν είναι πάντα 100 % τυφλοί (τα άτομα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας έχουν μειωμένη όραση)
- Σωματείο των πεζών "Η φωνή των πεζών"  
(τεξοί της 3<sup>ης</sup> ηλικίας - τεράστιο θέμα για την Ελλάδα όπου στην ουσία δεν υπάρχουν πεζοδρόμοι)

Στον παγκοσμιοποιημένο κόσμο στον οποίο ζούμε πρέπει να αποδείξουμε όχι μόνο ότι μπορούμε να είμαστε ηγέτες αλλά και ηγέτες με ήθος. Να δείξουμε τι μπορεί να γίνει με λίγα μέσα και πολλή ανθρωπιά. Γιατί αν αυτά που θα προτείνουμε σαν αρχιτέκτονες είναι δαπανηρά, τότε μικρή μόνο χρησιμότητα θα έχουν, μικρό μόνο νόημα θα έχουν.

Αναστέφθηκα στην ανθρωπιά. Ίσως ήρθε η ώρα όπως μιλάμε για ελάχιστα αποθέματα νερού και ελάχιστα αποθέματα ελεύθερου χώρου, να αρχίσουμε να μιλάμε και για ελάχιστα αποθέματα ανθρωπιάς. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η 3<sup>η</sup> ηλικία είναι βασικά πολιτικά προβλήματα. Η ανά τον κόσμο τοπική αυτοδιοίκηση δεν είναι ίδια παντού. Σε θέματα περιβάλλοντος φιλικού για την 3<sup>η</sup> ηλικία, υπάρχουν σε όλο τον κόσμο, δήμοι, αδιόφοροι και δήμοι πρωτοποριακοί. Θέλω να ελπίζω ότι το γεγονός ότι γίνεται εδώ το Συνέδριο, και ότι ο Δήμαρχος Βόλου είναι παρών, σημαίνει ότι ο Βόλος θέλει.

Κύριε Δήμαρχε, δείξτε τον δρόμο, όλοι εδώ θα σας βοηθήσουμε. Και 'σεις εκπρόσωποι των Πανεπιστημίων της Θεσσαλίας και της Θεσσαλονίκης – η παρουσίας σας μας ενθαρρύνει πολύ. Μας δίνει την προσδοκία ότι στη διδακτέα ύλη των Σχολών Αρχιτεκτονικής θα βρουν την θέση τους τα θέματα που μας απασχολούν σήμερα εδώ και ότι οι σχεδιαστές της αρχιτεκτονικής θα δείξουν και αυτοί τον δρόμο.

Αγαπητοί συνάδελφοι και φίλοι, Πρέπει να κάνουμε πολλά και μπορούμε να κάνουμε πολλά. Ζούμε σε προνομιούχο κοινωνία. Η Ελλάδα, είτε θέλουμε να το παραδεκτούμε είτε όχι, είναι το 23<sup>ο</sup> πιο πλούσιο κράτος του κόσμου. Και στην κατανομή του εισοδήματος, είμαστε σε καλύτερη ακόμα θέση και από την 23<sup>η</sup> θέση. Βέβαια τίποτε

Διευκρινίζω και πάλι το γεγονός, ότι δηλαδή είμαστε προνομιούχοι, μας έδωσαν το κληρονομήμα υγιεινής.

Ο στόχος δεν είναι να γίνει παρά ένας. Να βοηθήσουμε ώστε τα άτομα της Ελλάδας να βρουν στο δυνατόν πιο φυσιογόμη ζωή – στον ιδιωτικό αλλά και στο δημόσιο τομέα – να βιβεί για όλο μεγαλύτερο διάστημα της ζωής τους γίνεται.

Ο στόχος που η U.A. μπορεί να είναι σημαντικός.

Εάν ο στόχος αυτός μπορεί να γίνει εδώ. Θεωρώ πολύ ουτιστικό ότι το απόγευμα θα είναι καλύτερο από τη στιγμή που ο οδοστραχάς δεν θα μπορώ να είμαι παρών.

Εάν ο χρόνος είναι ρευστός, τα οποία θα προκύψουν από το Σεμινάριο αυτό, το οποίο είναι πολύ σημαντικό σε διαπιστώσεις αλλά να προχωρήσουν παρά πέρα από τις αναμενόμενες επιπτώσεις και αλοτοησιμίες.

Εάν ο στόχος αυτός μπορεί να γίνει καλών παρατηρημάτων και καλών πρακτικών είτε σε Ελλάδα είτε σε θέματα δημοσίων χώρων. Γιότε δεν βοηθεί περισσότερο από το να είναι απλά ένα θέμα, γιατί με επιτυχία κάπου αλλού. Και εδώ είναι που η U.A. και η Διεύθυνση Υγείας της U.A. για τη Δημόσια Υγεία με επικεφαλής τον Hans Ewert θα είναι ένα θέμα ζωής.

Ο Παράγοντας αυτός είναι η ενεργός συμμετοχή του TEE, του TEE Μαγνησίας, του TEE Αχαΐας, της ΠΑ, αλλά και του Δήμου Βόλου και των Πανεπιστημίων Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκης, δείχνει ότι κάτι μπορεί να αλλάξει και στον τόπο μας.

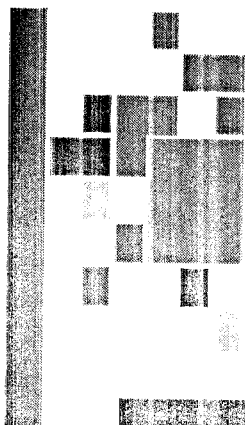
Οι στόχοι μας είναι δύο βασικές ρυθμίσεις σέγουρι χρειάζονται. Αλλά σε πρώτο χρόνο της πράξης οι αρχιτεκτονικές να σχεδιάζουμε για όλους, τονίζω το ότι ο στόχος αυτός είναι ήδη η ερώτηση υποχρεωμένοι να περνούμε, αλλά επειδή το περνούμε να μην ανησυχούμε ιδιοκτητήσουμε ότι έχουμε ένα διπλό καθήκον. Να περνούμε να περνούμε με την ευρωπαϊκή μας που είναι καλύτερο τυχεροί από εμάς να περνούμε να περνούμε με την Ευρωπαϊκή. Να υλοποιήσουμε αυτή την ευαισθησία με πράξεις να περνούμε να περνούμε μια αρχιτεκτονική που να αντιμετωπίζει τις ανάγκες των πολιτών που αναμένονται. Αυτό θα λειτουργήσει και είναι η ευρωπαϊκή μας με την Ευρωπαϊκή να τα λιγότερα αναμενόμενα κράτη που να περνούμε.



**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ**

**OPENING PAPER**





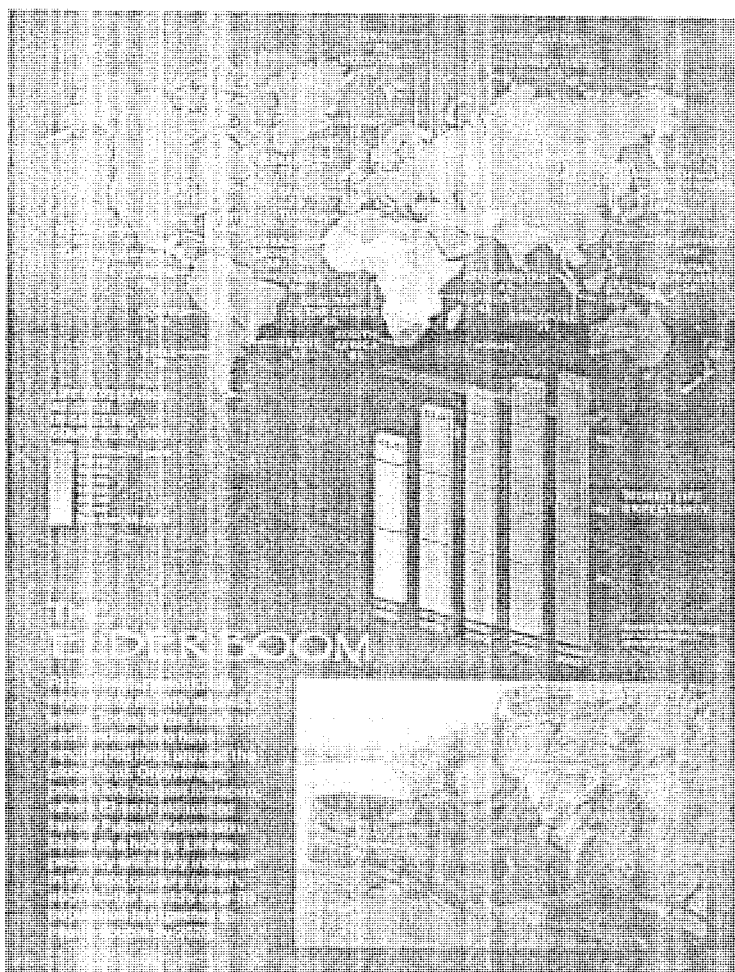
“Σχεδιάζοντας για την Τέταρτη Ηλικία”  
 “Designing for the Elderly”

Φανή Βαβύλη, *Dr. Architect, Associate Professor,*  
*School of Architecture, Aristotle University of Thessaloniki, Greece*

Εισήγησι - πλαίσιο

Το θέμα της σημερινής εκδήλωσης απασχολεί την Διεθνή Ομάδα για την Υγεία της UIA, στην οποία ανήκω, καιρό τώρα. Την απασχολεί γιατί το ζήτημα “του τι κάνουμε” με τον συνεχώς αυξανόμενο γηράσκοντα πληθυσμό του πλανήτη θα αποτελεί στο μέλλον αντικείμενο έλο και περισσότερης έρευνας και σχεδιασμού για τις κοινωνίες μας.

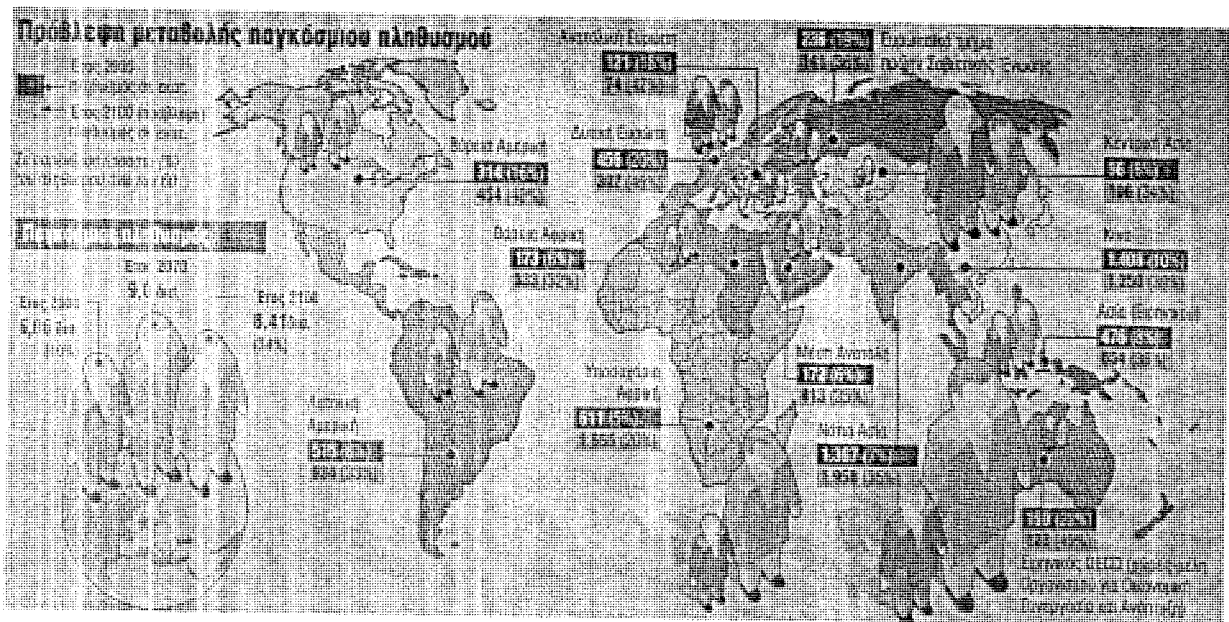
Σύμφωνα με στοιχεία ερευνών και καταγραφών που δημοσιεύονται σε επιστημονικά περιοδικά και τον τύπο (1,2) προβλέπεται ότι στον κόσμο του τέλους του αιώνα, σε αντίθεση με προηγούμενες εποχές, ίσως οι 60άρηδες στην Δυτική Ευρώπη και την Ιαπωνία να αποτελούν το 50% του πληθυσμού (βλ.πίνακες).



Ο ιταλός φιλόσοφος Νορμπέρτο Μπόμπιο γράφει στο βιβλίο του ‘Γερνώντας’ σε ηλικία 87 ετών (3): ‘Το κατώφλι των γηρατειών μέσα στα τελευταία χρόνια έχει μετακινηθεί περίπου κατά μια εικοσαετία. Εκείνοι που έγραψαν έργα για τα γηρατεία, ξεκινώντας απ’ τον Κικέρωνα, ήταν γύρω στα εξήντα τους.

Σήμερα ο εξηντάρης είναι γέρος μόνον κατά τη γραφειοκρατική έννοια.... Η ηλικία των ογδόντα θεωρούνταν βαθύτατο γήρας...Σήμερα αντίθετα τα φυσικά και όχι τα γραφειοκρατικά γηρατεία ξεκινούν όταν οι άνθρωποι πλησιάζουν τα ογδόντα...Η

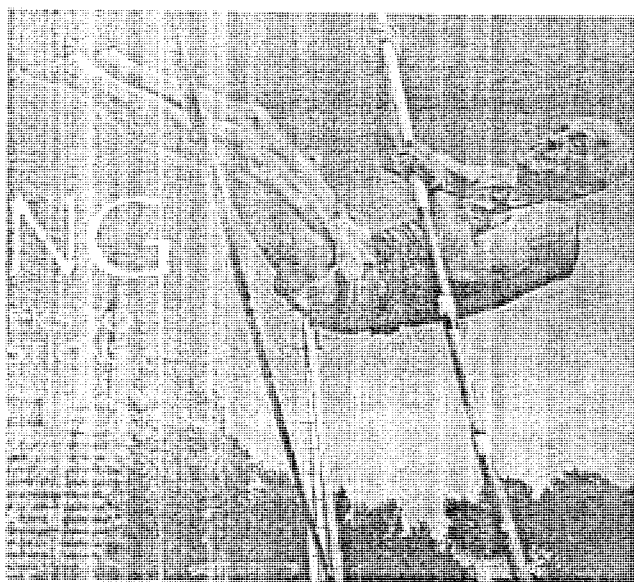
Rick Weiss, “Aging-New Answers to old Questions”,  
 National Geographic,  
 November 1997



Εφημερίδα 'Τα Νέα', 18-19 Αυγούστου 2001, σελ. 56

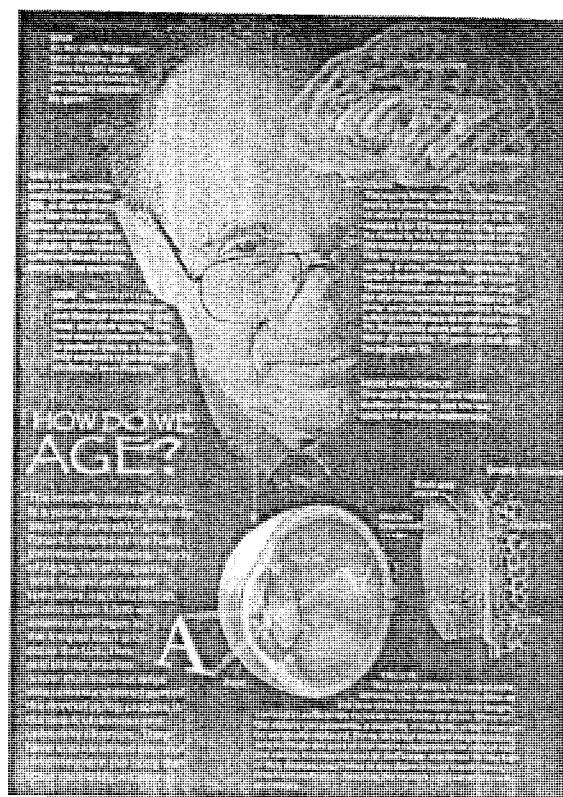
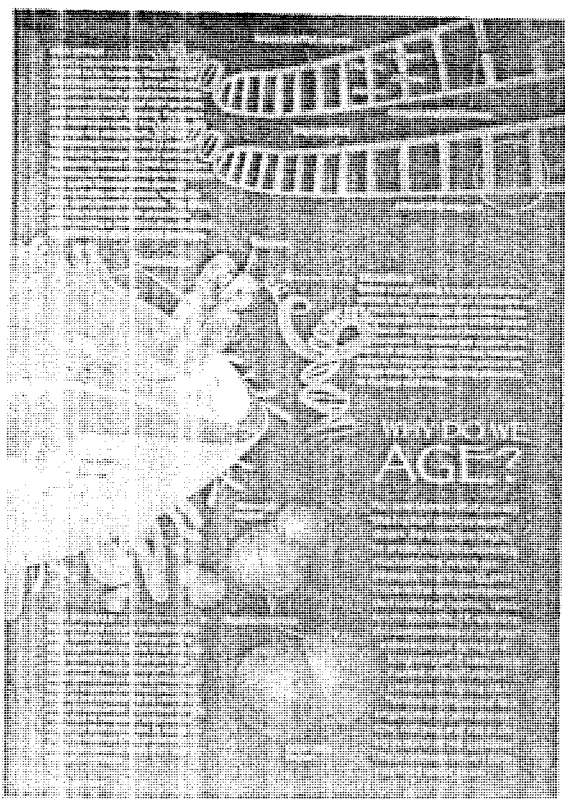
μετακόπηση υπήρξε ανάλογη με την πορεία της ανθρώπινης ζωής, που παραδοσιακά χωρίζεται σε τρεις εποχές και τώρα πια, στα επίσημα στοιχεία αλλά ακόμα και στα έργα με θέμα τα γηρατειά, έχει προεκταθεί στη λεγόμενη "τέταρτη ηλικία".

Ο κόσμος αυτός περιγράφεται και σαν ένας "κόσμος με γκρίζα μαλλιά", "ένας γκοζαρισμένος πλανήτης". Τα ερωτήματα "γιατί γερνάμε", "με ποιόν τρόπο γερνάμε" (4) αναζητούν απαντήσεις από επιστήμονες ερευνητικών κέντρων στις προκείμενες των οποίων ατενίζουμε με ελπίδα για λύσεις στα προβλήματα που συνδέονται με το γήρας (5). Όλοι ευχόμαστε την μακροζωία, αλλά κανείς δεν επιθυμεί να γίνει ανήμπορος, να υποφέρει, να εξαρτάται, να είναι γέρος.



Rick Weiss, 'Aging-New Answers to old Questions', National Geographic, November 1997

Τι κάνει η Ε.Ε. για τους ηλικιωμένους; Στο πλαίσιο της συνολικής ευρωπαϊκής πολιτικής για την απασχόληση και την κοινωνική πολιτική οι ανησυχίες και οι ανάγκες των ηλικιωμένων καθίστανται όλο και περισσότερο σημαντικές. Ενώ οι ηλικιωμένοι στην Ευρώπη σήμερα αποκλείονται όλο και νεότεροι από τον κόσμο της εργασίας, είναι συνάμα πιο υγιείς, ενεργοί και δραστήριοι από ότι οι προηγούμενες γενιές. Η Ε.Ε. επιδιώκει την ανάπτυξη ρεαλιστικών μοντέλων σε σύνδεση με τους κοινωνικούς εταίρους και τις ΜΚΟ (NGOs) για την δημιουργία προοπτικών για την τρίτη ηλικία ώστε να αξίζει να την ζεί κανείς. Χρηματοδοτεί ιατρικά και κοινωνικά σχέδια και προωθεί την πολιτική κατά των διακρίσεων (6).



Rick Weisz, "Aging-New Answers to old Questions", National Geographic, November 1997

Πιο συγκεκριμένα, ως προς το σημερινό μας θέμα, τα συστήματα πρόνοιας και υγείας απομακρύνονται από το μοντέλο της φροντίδας σε ιδρύματα όπως είναι π.χ. τα γηριατρικά νοσοκομεία ή τα γηροκομεία. Αναπόφευκτα όλες σχεδόν οι ευρωπαϊκές χώρες τα τελευταία χρόνια σχεδιάζουν προς την ίδια κατεύθυνση. Λόγω των πιέσεων που ήδη δέχεται το σύστημα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας από την εισροή πλήθους ηλικιωμένων είναι αναγκαίο, και είναι εμφανές και στις προωθούμενες πολιτικές, να αναπτυχθούν περισσότερες παροχές στο επίπεδο της καθημερινής ζωής και της κοινότητας και λιγότερες εξειδικευμένες υπηρεσίες και εγκαταστάσεις. Όλες οι νέες πολιτικές έχουν ως βασική αρχή την συνέχεια της φροντίδας από την γέννηση έως τον θάνατο και χαρακτηρίζονται από επιλογές με κατεύθυνση την επιβράδυνση της ανάγκης για εξειδικευμένη ιατρική περίθαλψη. Οι νέες αντιλήψεις για την εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων αφορούν μια ευρεία γκάμα υπηρεσιών για άτομα απολύτως αυτόνομα και αυτοεξυπηρετούμενα (ανεξάρτητη διαβίωση) έως άτομα εντελώς ανήμπορα (εξαρτημένοι).

Ποιες είναι λοιπόν οι ενολλακτικές αυτές δομές για την καλή αλλά και την οικονομικότερη φροντίδα του αυξανόμενου πληθυσμού των ηλικιωμένων του 21ου αιώνα; Ποιό είναι όλα αυτά τα σχήματα, τα μεγέθη, και οι χώροι που θα εξασφαλίζουν μια συνέχεια των επιλογών, από το 'γηράσκω στο σπίτι' έως την φροντίδα σε εξειδικευμένες εγκαταστάσεις και ποιές οι απαιτήσεις και οι αναγκαίες προδιαγραφές για τον αρχιτεκτονικό σχεδιασμό;

Ποιές είναι αυτές οι νέες δομές ή οι εναλλακτικές δομές στα παραδοσιακά μοντέλα; Διατρέχοντας την διεθνή πρακτική και βιβλιογραφία διαπιστώνουμε ότι οι εναλλακτικές δομές περιλαμβάνουν πολλά από όσα επιγραμματικά παρατίθενται παρακάτω (7,8,9,10,11):



Γερνώντας στο σπίτι (Aging in place), Υπηρεσίες υγείας στο σπίτι και την κοινότητα, Assisted living facilities, Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας (Day Care Centres), Εγκαταστάσεις μικτών χρήσεων (Mixed use facilities), Naturally Occurring Retirement Communities (NORC's), Κατοικία, Ομαδική Κατοικία Συγκατοίκηση ηλικιωμένων και κατοικία για ενοίκους πολλών γενεών (Senior Housing, Adapted Housing, Group home and co-housing, Elder Cottage Housing Opportunity & Multigenerational Habitats), Προστατευμένη Κατοικία (Assisted Housing, Nursing Flats, Nursing Homes), Κοινότητες ανεξάρτητης διαβίωσης (Active-adults communities & Independent living units), Κοινότητες παροχής διαρκούς φροντίδας στους ηλικιωμένους (Continuing care retirement communities –CCRC, Life Care Community), Εγκαταστάσεις για ηλικιωμένους συνδεδεμένες με νοσοκομείο (Respite

care facilities, Intermediate care facilities, Sub-acute Facilities, Skilled Nursing Facilities), Γηριατρικές ψυχιατρικές μονάδες, Ειδικές Μονάδες & Μονάδες για Alzheimer και HOSPICES.

Όλες αυτές οι δομές μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις μεγάλες ομάδες ανάλογα με τον βαθμό της εξάρτησης: για συνηθισμένες φροντίδες, για αυξημένη ιατρική περίθαλψη, και τέλος για παροχή φροντίδας για μακρό χρονικό διάστημα. Ίσως όμως θα μπορούσαν να σύμφωνα με το λειτουργικό τους περιεχόμενο, σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στους διάφορους τύπους κατοικίας και παροχές στην κοινότητα και στις νοσοκομειακού τύπου μονάδες.

Στη συνέχεια θα σχολιασθούν και θα περιγραφούν σύντομα αρκετές από τις δομές αυτές.

### Κατοικία.

Οι περισσότεροι ειδικοί και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι, πιστεύουν ότι ο ιδανικότερος χώρος για να γεράσει κανείς είναι το σπίτι του όπου θα συνεχίσει να περιβάλλεται από οικεία πρόσωπα, αντικείμενα και καταστάσεις: τους φίλους, την οικογένεια, την ιατρική φροντίδα, τις θρησκευτικές και πολιτιστικές εκδηλώσεις, τα μαγαζιά. Αλλά οι ανάγκες των ηλικιωμένων διαφέρουν σημαντικά. Το σπίτι μπορεί να αποτελέσει ένα πολύ αποτελεσματικό και άνετο περιβάλλον περίθαλψης για τους ηλικιωμένους και κοστίζει πολύ λιγότερο από την εισαγωγή σε νοσοκομειακή μονάδα. Κάθε σχετική βοήθεια, αν χρειαστεί, θα πρέπει να έχει προβλεφθεί και να παρέχεται άμεσα έτσι ώστε να παραμείνουν τα άτομα αυτόνομοι.

Όλη αυτή η άποψη εκφράζεται με την πολιτική που ονομάζεται 'Γερνώντας στο σπίτι' (Aging in place). Η πολιτική αυτή βασίζεται και απαιτεί υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας στο σπίτι, την γειτονιά, την κοινότητα. Σε χώρες με οργανωμένες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από την αντίστοιχη ομάδα πρωτοβάθμιας περίθαλψης - τον παθολόγο, την νοσοκόμα, τον οδοντίατρο αλλά και τους φυσιοθεραπευτές και την τοπική ομάδα κοινωνικών υπηρεσιών. Επισκέπτριες νοσοκόμες, ιατρική βοήθεια στο σπίτι, γέφυρα, κοινωνικές και νομικές υπηρεσίες, φυσική αγωγή και απασχολησιοθεραπείες, ειδικευμένη συντροφιά, όλα είναι δυνατά στο χώρο του σπιτιού.

Κατά συνέπεια, η παροχή ενός μεγάλου αριθμού κατοικιών ειδικά σχεδιασμένων θα είναι ένας από τους κύριους στόχους κρατικών και ιδιωτικών επενδυτικών προγραμμάτων

τα οποία οι ηλικιωμένοι οφείναι να αγοράσουν τις επόμενες δεκαετίες.

Επίσης υπάρχουν οι οικόματα ηλικιωμένων (Elder Cottage Housing Units) (Age-In-Place Cottages).

Οι οικόματα ηλικιωμένων είναι μικρά σπίτια που ζυγίζουν με τα παιδιά και τα εγγόνια τους (εκτεταμένη οικογένεια). Τα οικόματα προβάλλεται ότι θα υπάρχουν εν γένει σε μια οικογένεια 4 με 5 ατόμων. Τα οικόματα είναι γενικά γενεαπογενεακή (intergenerational) Ηabitats που ενδεδειγμένα την εποχή μεταξύ των ηλικιωμένων και των παιδιών τους αλληλεπιδράση. Αλλά αφοί και μια μακρή, αυτόνομη διαμονή σε μια στενή οικογένεια ή ξενύχρια στα υπλάνο διαμέρισμα ή στο ίδιο οικόπεδο, παρά την ανεπιθύμητη επίσκεψη στα παιδιά ή σε νεότερα έτητα να διατηρούν την ιδιοκτησία τους ή να αγοράσουν ένα άλλο σπίτι τους ή τον ηλικιωμένο φίλο τους που ζουν μαζί τους.

Επίσης υπάρχουν οι ενεργητικές κοινότητες (Active-adults communities).

Οι ενεργητικές κοινότητες είναι η συμμετοχή των ηλικιωμένων στην καθημερινή ζωή και την επαγγελματική εργασία, τη γλωσσική απόδοση, αναπτύχθηκαν σχήματα τα οποία προσαρμόστηκαν στο κοινωνικό χρήσεων. Υποστηρίζεται ότι οι ηλικιωμένοι μπορούν και πρέπει να αναζητήσουν δίκτυα σε ιστορικά κέντρα κοντά δηλαδή στις ανέσεις της αγοράς, στην υπηρεσία τους και στην πόλη, τράπεζες και ιατροδικαστικά έτσι ώστε να μπορούν να επικοινωνήσουν με άλλους. Έτσι ακόμα να πρέπει να βρίσκονται δίπλα σε άλλους ηλικιωμένους.

Επίσης υπάρχουν οι φυσικές κοινότητες (Naturally Occurring Retirement Communities NORCs).

Οι φυσικές κοινότητες είναι κατοικίες που εγκαταστάθηκαν συνταξιούχους και ηλικιωμένους. Η Βρετανία υιοθετήθηκε μια κεντρική επαύλη από ένα κτίριο διαμερισμάτων που ήταν αρχικά μια κατοικία διαπύλα σε ένα εμπορικό κέντρο αλλά και μια διάσπαση των κοινότητας που είναι στην Χαβάη (sun belt communities).

Επίσης υπάρχουν οι ανεξάρτητες κατοικίες (Congregate Living Facilities, Boarding Houses, and Independent Living Units).

Οι ανεξάρτητες κατοικίες που υπάρχουν, είτε στην Ευρώπη είτε στις ΗΠΑ, περιγράφονται ως ανεξάρτητες κατοικίες όπου και δραστηριότητες συνταξιούχων και ηλικιωμένοι ζουν με σημασία την ανεξαρτησία, σε συνδυασμό με την αυτοεπιχορηγούμενη επιβίωση) ή όχι. Τα ανεξάρτητες κατοικίες είναι διαφόρων (γαβμάκια, οικιακή βηθλαία) και δυνατότητας για υπηρεσίες.

Επίσης υπάρχουν οι εξυπηρετούμενες κατοικίες

Οι εξυπηρετούμενες κατοικίες είναι ένας τύπος διαμονής με 24-ωρη παρακολούθηση από προσωπικό στην περίπτωση όπου οι κάτοικοι χρειάζονται βοήθεια στο μπάνιο, στο περπάτημα, το φαγητό, στο περπάτημα ή άλλων οικιακών βοήθειας γενικά και οργάνωση του νοικοκυριού άλλων υπηρεσιών.

Επίσης υπάρχουν οι διαχειριστικές κατοικίες

Οι διαχειριστικές κατοικίες είναι κατοικίες για ηλικιωμένους. Καλύπτει όλα τα είδη των υπηρεσιών από την καθαριότητα και την καθημερινή βηθλαία μέχρι τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα διαχειριστικά οικόματα ζουν σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Τα διαχειριστικά οικόματα που περιλαμβάνονται στις οικόματες την μεταβατική από το ίδιο σπίτι με την ηλικία και άλλες υπηρεσίες όπως η δυνατότητα στους συνταξιούχους να συνεχίσουν να εργάζονται ή να εργαστούν σε φιλανθρωπική οργάνωση π.χ. περιθάλψη. Τα διαχειριστικά οικόματα είναι επίσης ομοειδή σχήματα (In-Place Care Community, Continuing Care Retirement Community) ή άλλα (CCRC) που προσφέρουν και μια αξιοποιήσιμη οικονομία.

Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας (Day Care Centers). Πρόκειται για μια σημαντικά φθηνότερη εναλλακτική λύση όπου οι ηλικιωμένοι μπορούν να έρθουν την ημέρα και το βράδυ να επιστρέψουν στο σπίτι. Τα κέντρα αυτά εκτός από ψυχαγωγία και ανάπαυση αναπτύσσουν θέσεις για περιορισμένη απασχόληση για όσους το επιθυμούν, και δύνανται να παρέχουν και γεύματα. Τα κέντρα ημέρας μπορούν να λειτουργούν αυτόνομα, να συνδέονται με νοσοκομειακές μονάδες ή να είναι εξαρτώμενα από θρησκευτικά ιδρύματα, σχολεία και πολιτιστικά κέντρα. Στην Ελλάδα αυτής της μορφής είναι τα γνωστά ΚΑΠΗ υπό τον έλεγχο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Intermediate care facilities. Οι εγκαταστάσεις αυτές παρέχουν μεγαλύτερη βοήθεια από τα προηγούμενα σχήματα, η οποία όμως δεν περιλαμβάνει νοσοκομειακή βοήθεια

Νοσοκομειακού τύπου εγκαταστάσεις για ηλικιωμένους (Hospital related facilities for the elderly, Skilled Nursing Facilities, Subacute Facilities, Respite Care Facilities).

Πρόκειται για εγκαταστάσεις νοσοκομειακού τύπου φροντίδας που περιθάλπουν ηλικιωμένους οι οποίοι δεν μπορούν πια να αυτοεξυπηρετηθούν και που πάσχουν από διάφορες ασθένειες οι οποίες προϋποθέτουν συχνές επισκέψεις στο νοσοκομείο. Παρέχουν 24ωρη φροντίδα για 7 ημέρες την εβδομάδα, από ειδικευμένες νοσοκόμες που συνεργάζονται με γιατρούς. Η θέση αυτών των κτιρίων θα μπορούσε να είναι κοντά ή δίπλα σε νοσοκομείο αλλά και στην κοινότητα που εξυπηρετούν ανάλογα με το περιεχόμενο των υπηρεσιών που αναπτύσσουν. Για παράδειγμα τα αποκαλούμενα Respite Care Facilities είναι εγκαταστάσεις για διαμονή μικρής διάρκειας ή για ολονύκτια φροντίδα σε ηλικιωμένους, παρόμοιες με αυτές που παρέχουν μακράς διάρκειας νοσοκομειακές φροντίδες, αλλά και για οικογένειες που ζητούν μια ανακούφιση από την φροντίδα ενός ασθενή που βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο της νόσου Alzheimer. Μπορούν να αποτελούν τμήματα ή να συνδυάζονται με ιδρύματα παροχής νοσοκομειακής φροντίδας.

Alzheimer Facilities and special care units.

Οι ασθενείς αυτής της νόσου έχουν ιδιαίτερα προβλήματα. Η σύγχυση και η σταδιακή εξαφάνιση της μνήμης αντιμετωπίζεται από ειδικές μονάδες τόσο σε ότι αφορά στην οργάνωση του εσωτερικού χώρου όσο και στη διαμόρφωση του περιβάλλοντος χώρου, κήπων, περιπάτων κτλ. ώστε να δημιουργείται ένα προστατευτικό περιβάλλον.

Γηριατρικές ψυχιατρικές μονάδες.

Η γηριατρική ψυχιατρική περίθαλψη είναι απαραίτητη, ιδιαίτερα στον 21ο αιώνα. Λόγω των σύνθετης συναισθηματικής κατάστασης αλλά και άλλων παραγόντων που σχετίζονται με το γήρας (μοναξιά, κατάθλιψη, επιδράσεις πολύχρονων φαρμακευτικών αγωγών, κτλ.) τα ψυχολογικά προβλήματα είναι συχνά στους ηλικιωμένους. Οι μονάδες αυτές θα συνδέονται με την γενικότερη πολιτική και τα κτίρια για την ψυχική υγεία.

Hospices.

Σύμφωνα με το Penguin Dictionary ένα hospice ορίζεται ως ένα κατάλυμα για την φιλοξενία προσκυνητών, ταξιδιωτών και ξένων· ένα σπίτι για τους φτωχούς ή τους άρρωστους. Οι εργαζόμενοι σήμερα στα hospices τα θεωρούν ως έναν τόπο όπου όσοι ταξιδεύουν προς μια άλλη ζωή μπορούν να ξεκουραστούν, να βρουν ανακούφιση από τα συμπτώματα των ασθενειών τους και τόνωση στην τελική φάση του ταξιδιού.

Τα Hospices προσφέρουν σε άτομα που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο ασθενειών, όπως είναι ο καρκίνος, την βέλτιστη ποιότητα φυσικής, ψυχολογικής, πνευματικής και κοινωνικής φροντίδας σε ένα περιβάλλον κατάλληλο για τις ειδικές τους ανάγκες. Οι φροντίδες αυτές παρέχονται, συνήθως σε τρία επίπεδα: α) περίθαλψη σε εσωτερικούς ασθενείς, β) ημερήσια φροντίδα στο κέντρο ημέρας γ) βοήθεια στο σπίτι σε 24ωρη βάση. Τα Hospices επίσης επιδιώκουν να παρέχουν υποστήριξη στους συγγενείς που φροντίζουν τον ασθενή κατά την διάρκεια της ασθένειας αλλά και μετά τον θάνατό του.



Τέλος, στο Εθνικά Συστήματα Υγείας περιθάλπονται δωρεάν ασθενείς που αξιολογούνται ότι χρήζουν των υπηρεσιών των hospices, ανεξάρτητα εθνικότητας, φυλής, πεποιθήσεων και ιδιομορφιών. Οι ασθενείς έχουν μια σειρά δικαιωμάτων που αφορούν την επιλογή θεραπευτικής αγωγής, την συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα, την πρόσβαση στο ιατρικό ιστορικό τους, την άρνηση για περίθαλψη (που συνδέεται και με αποφάσεις για τον θάνατο αλλά και με συζητήσεις για την ευθανασία).

Β. Ποιο είναι το κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον που μας ζητείται να σχεδιάσουμε; Και για να το θέσει και διαφορετικά. Ποιές είναι οι σχεδιαστικές προκλήσεις για τον καλό σχεδιασμό αυτών των εγκαταστάσεων;

Το περιβάλλον που δημιουργούμε, που σχεδιάζουμε και κατασκευάζουμε, απαιτεί βασανιστική προσέγγιση για να εκφραστεί τελικά σε χώρο η ανάγκη και απαίτηση του ηλικιωμένου ένοικου 'αισθάνομαι ότι είμαι στο σπίτι' και όχι ότι 'ζώ σε ένα ίδρυμα'. Πάρα πολλές παράμετροι πρέπει να ενσωματωθούν δημιουργικά στον σχεδιασμό. Θα αναφέρω επιγραμματικά την σημασία της απομόνωσης και της μοναξιάς, την διατήρηση της αξιοπρέπειας του ατόμου, την δυνατότητα οι ένοικοι να έχουν προσωπικό έλεγχο του εαυτού τους και του χώρου τους, τις ανθρώπινες αξίες και ανάγκες, τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες κ.ά. Δεν θα υπεισέλθω σε άλλους παράγοντες αναγκαίους στον σχεδιασμό εγκαταστάσεων για την τρίτη ηλικία όπως η άρση των εμποδίων (12), οι λόγω ηλικίας φυσικές βλάβες (εξασθένηση όρασης, ακοής κτλ.), ο φωτισμός, η ακουστική, το χρώμα, η υφή των υλικών, οι οσμές, η ιδιωτικότητα, κτλ. Θα πω μόνον ότι οι αρχιτέκτονες είναι υποχρεωμένοι να κατανοήσουν τις μεταβολές που συνδέονται με την διαδικασία του γήρατος, τις ειδικές ανάγκες και τις επιπτώσεις τους στον αρχιτεκτονικό σχεδιασμό.

Σας παροισιάζω τέλος μια σειρά αντιπροσωπευτικών παραδειγμάτων που επιλέχθηκαν με κριτήριο την ποικιλία και την καινοτομία στο πρόγραμμα που εφαρμόζεται και στην αρχιτεκτονική πρόταση που το στεγάζει.

Για να κλείσω αυτή την σύντομη παρουσίαση θα πρέπει να πω δυό λόγια για τους συντελεστές αυτής της εκδήλωσης.

Η συνάδελφος Μίτσι Βελασά, ως Βολιώτισσα, πρότεινε τον Βόλο για αυτή την συνάντηση της UIA-PHG και δούλεψε σκληρά. Ευχαριστίες οφείλονται στην πρόεδρο του ελληνικού τμήματος της UIA αρχιτέκτονα Λίζα Σλόλα που θετικά υποστηρίζει τις επιστημονικές μας εκδηλώσεις και στον πάντοτε πρόθυμο πρόεδρο της UIA Βασίλη Σγούτα, όπως επίσης χαιρτιζουμε και την συμμετοχή του Τμήματος Αρχιτεκτόνων του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Επίσης τον Δήμο Βόλο και το ΤΕΕ Μαγνησίας για την συνδρομή τους. Η ημερίδα οπτή έγινε, καταρχήν, εφικτή χάρη στην συνδρομή του ΤΕΕ. Ευχαριστούμε επίσης το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και τους συναδέλφους που με χαρά ετοίμασαν και θα παρουσιάσουν την ελληνική εικόνα.

Αλλά κύρια η σημερινή ημερίδα πραγματοποιείται χάρη στην αποδοχή της πρόσκλησής μου από τους σημερινούς μας ομιλητές, συναδέλφους απο την Ευρώπη. Οι οποίοι μπήκαν στον κόπο να επεξεργασθούν ένα μεγάλο υλικό για να μας το παρουσιάσουν σήμερα. Και θέτω το ζήτημα έτσι γιατί από τους προσκεκλημένους ομιλητές ζητήθηκε, από πλευράς μου, και τους ευχαριστώ ξανά, να οργανώσουν την ομιλία τους απαντώντας, ει δυνατόν, στα παρακάτω:

Α. Μια σύντομη περιγραφή της τρέχουσας κατάστασης στην χώρα του κάθε ομιλητή, όσον αφορά πάντοτε την Τρίτη Ηλικία: την οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών υγείας, την χρηματοδότηση και τον τρόπο λειτουργίας



Β. Παρουσίαση παραδειγμάτων από πρόσφατα κτίρια, οικιστικές μονάδες κτλ. αλλά και από άλλες δομές για ηλικιωμένους αν υπάρχουν.

Γ. Αναφορές ή σχόλια σε standards, μοντέλα και εφαρμογές που αναπτύχθηκαν στην κοινότητα (ες) με ή χωρίς την συμμετοχή της κεντρικής διοίκησης

Τους παρακάλεσα επιπρόσθετα να προσπαθήσουν να παρουσιάσουν αυτό το τεράστιο ζήτημα σε μισή ώρα περίπου. Ο χρόνος είναι πολύ λίγος αλλά ελπίζω να έχουμε την ευκαιρία στο τέλος των παρουσιάσεων για αναλυτικότερες συζητήσεις.

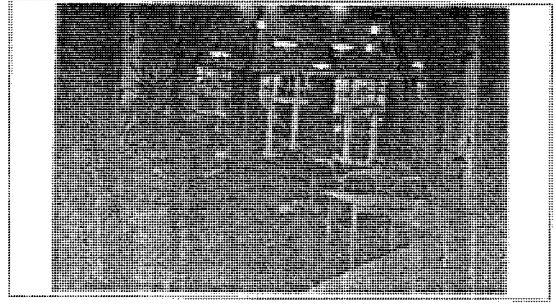
## Βιβλιογραφία

1. Weiss, Rick. Aging: New Answers to Old Questions. National Geographic, pp.22.
2. ----- Εφημερίδα 'Τα Νέα', 18-19 Αυγούστου 2001, σελ. 56
3. Μπόμπις, Νορμπέρτο. Γερνώντας Πόλις, Αθήνα 1998, σελ.32
4. ----- 'Under Pressure'. HES International, May 2001, pp. 24-25
- 4, 5. Weiss, Rick. Aging: New Answers to Old Questions. National Geographic, pp.15-16
6. Ε.Ε. Ευρωπαϊκή πολιτική απασχόλησης και κοινωνική πολιτική: μια πολιτική για τον άνθρωπο. Γενική Διεύθυνση Εκπαίδευσης και Πολιτισμού. Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Luxemburg 2000, σελ.23
7. Bush-Brown, Albert & Davis, Diana. Hospitable Design for Healthcare and Senior Communities. Van Nostrand Reinhold, N.Y., 1992
8. Schwarz, Benjamin & Brent, Ruth. Aging, Autonomy and Architecture. The John Hopkins University Press. Baltimore 1999
9. Tourington, Judith. Care Homes for Older People: A Briefing and Design Guide. E&FN SPON, London 1996
10. Malkin Jain. Hospital Interior Architecture. A van Nostrand Reinhold Book, New York, 1992 pp. 416-445
11. Fertzberger, Herman. Lessons for Students in Architecture. Uitgeverij 010 Publ., Rotterdam, 1991. Pp. 32-39
12. Goldsmith, S. Designing for the disabled. RIBA Publ. Ltd, 3rd ed., London 1984

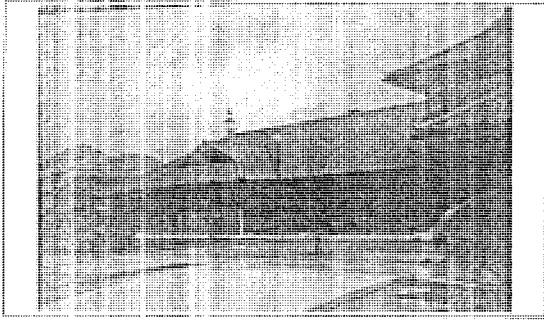
Leibnitz (Kada's), Trinity Hospice, North London Hospice, Labeth Community, Johns Hopkins & Westminster-Carterbury φωτογραφήθηκαν από την Φ.Βαβύλη



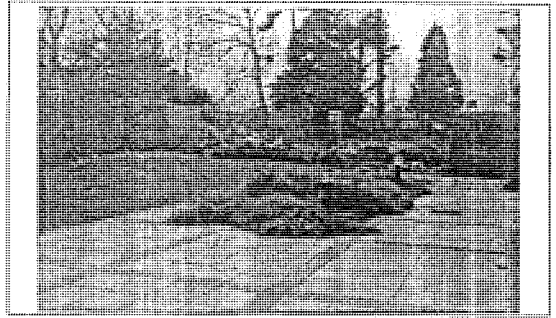
TRINITY HOSPICE, LONDON



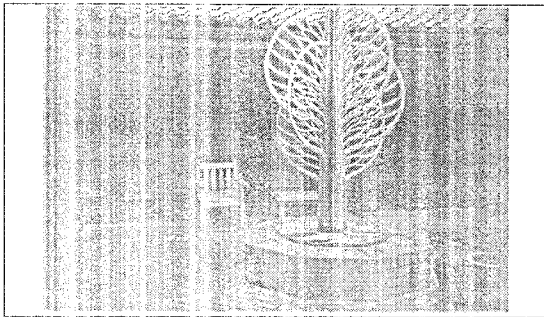
TRINITY HOSPICE, LONDON



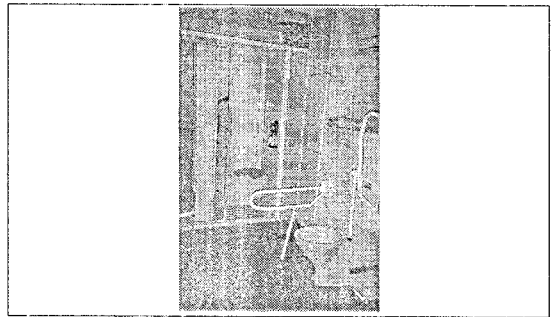
NORTH LONDON HOSPICE, LONDON



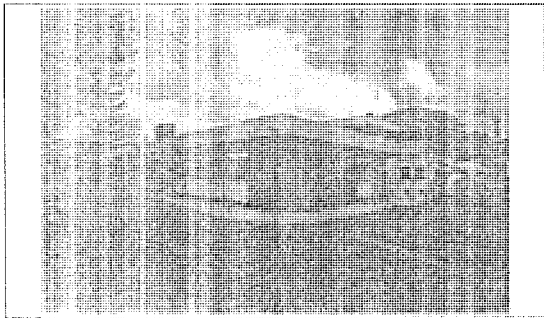
NORTH LONDON HOSPICE, LONDON



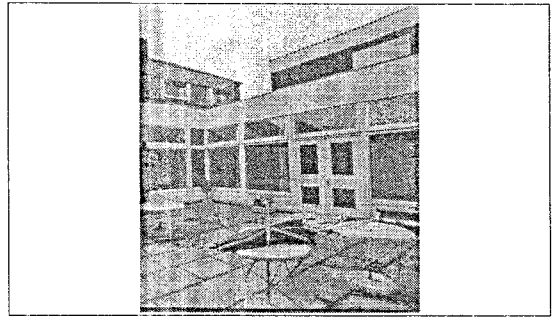
NORTH LONDON HOSPICE, LONDON



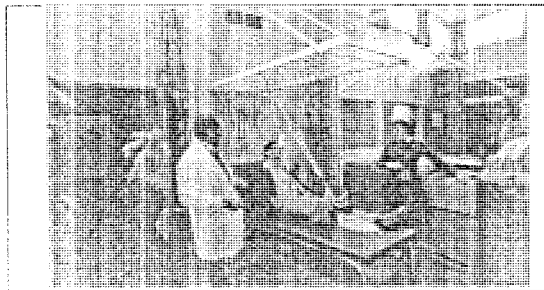
NORTH LONDON HOSPICE, LONDON



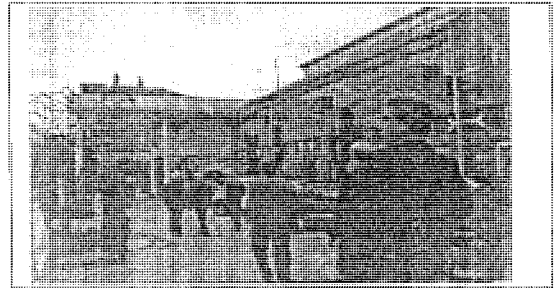
ST. THOMAS' DAY HOSPITAL FOR THE ELDERLY, LONDON



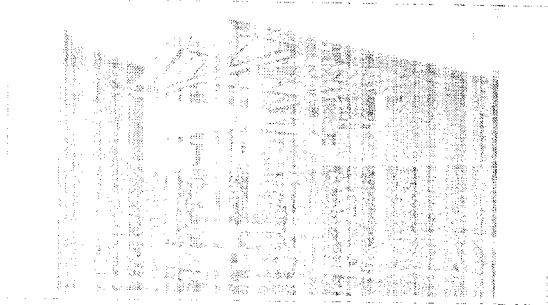
ST. THOMAS' DAY HOSPITAL FOR THE ELDERLY, LONDON



LABETH COMMUNITY CARE CENTER, LONDON



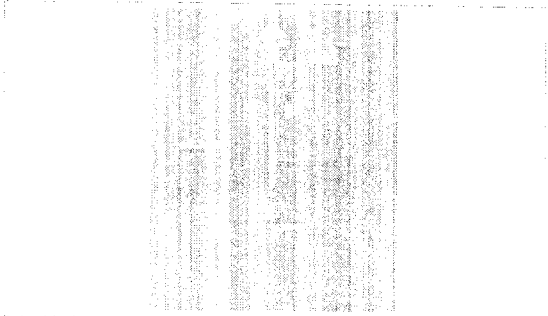
LABETH COMMUNITY CARE CENTER, LONDON



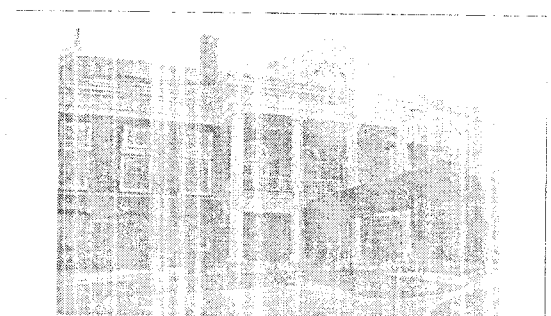
THE HILL ST. APARTMENTS, LONDON



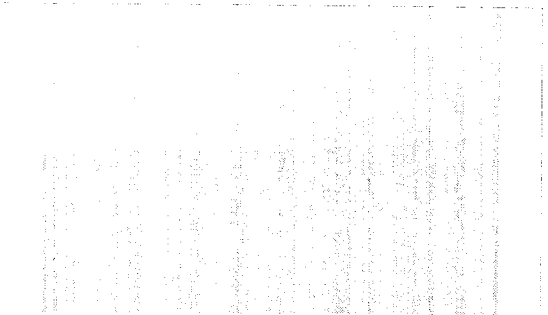
LAMBETH COMMUNITY CARE CENTER, LONDON



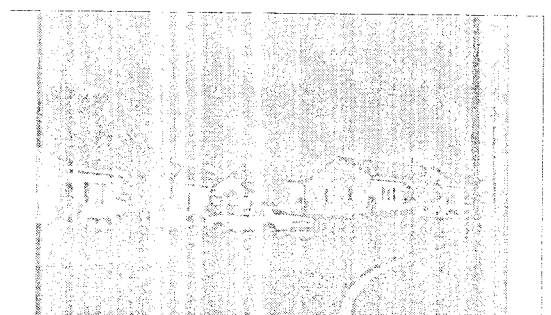
THE HILL ST. APARTMENTS, LONDON



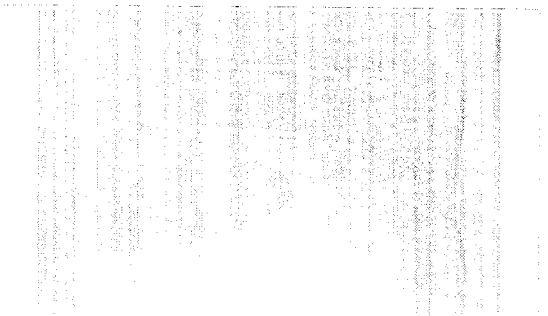
WESTMINSTER-CATHERBURY CHARLOTTESVILLE, VIRGINIA



WESTMINSTER-CATHERBURY CHARLOTTESVILLE, VIRGINIA



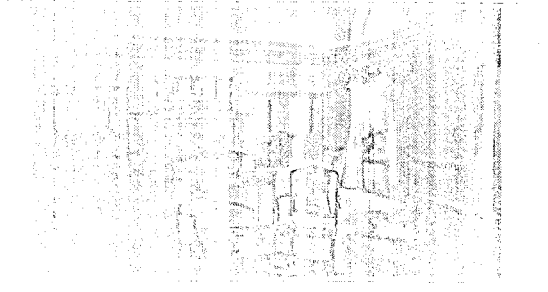
WESTMINSTER-CATHERBURY CHARLOTTESVILLE, VIRGINIA



WESTMINSTER-CATHERBURY CHARLOTTESVILLE, VIRGINIA



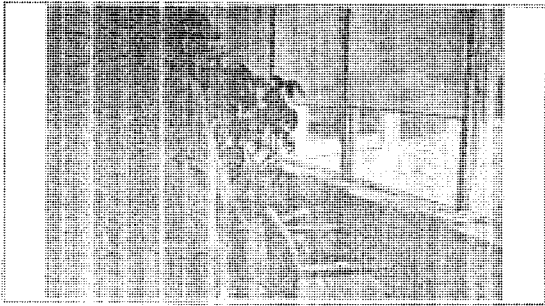
WESTMINSTER-CATHERBURY CHARLOTTESVILLE, VIRGINIA



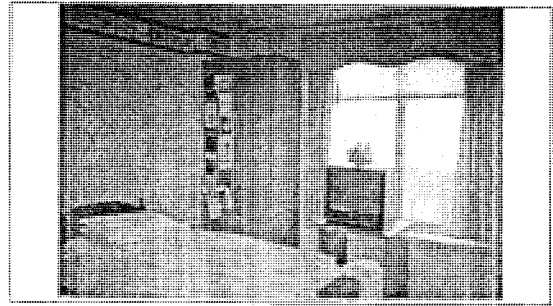
WESTMINSTER-CATHERBURY CHARLOTTESVILLE, VIRGINIA



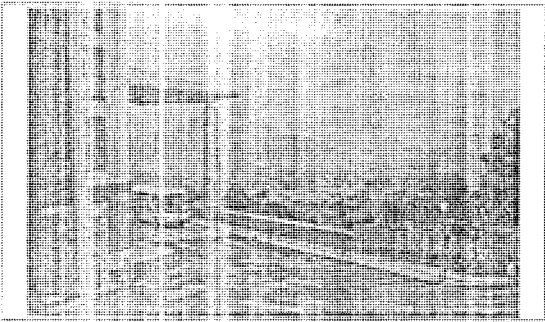
WESTMINSTER-CATHERBURY CHARLOTTESVILLE, VIRGINIA



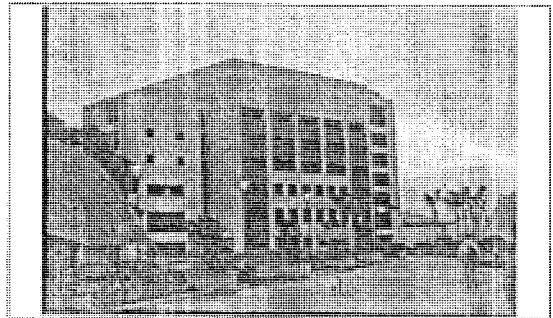
THE JOHNS HOPKINS GERIATRIC CENTER, BALTIMORE, U.S.A



THE JOHNS HOPKINS GERIATRIC CENTER, BALTIMORE, U.S.A



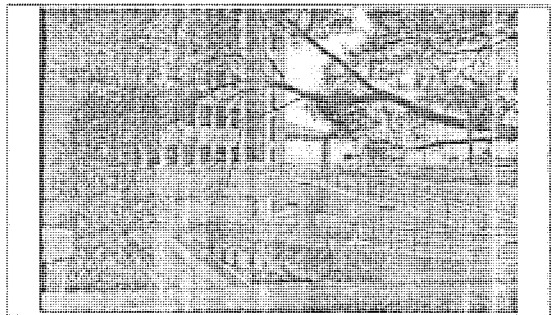
LAI KING BUILDING GERIATRIC HOSPITAL, HONG KONG



LAI KING BUILDING GERIATRIC HOSPITAL, HONG KONG



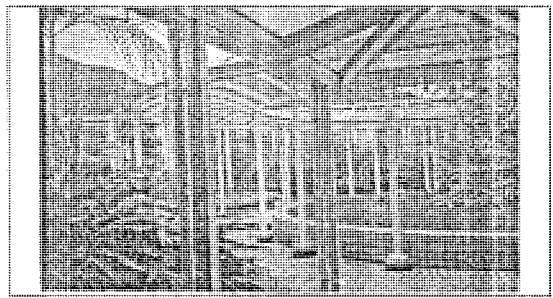
LAI KING BUILDING GERIATRIC HOSPITAL, HONG KONG



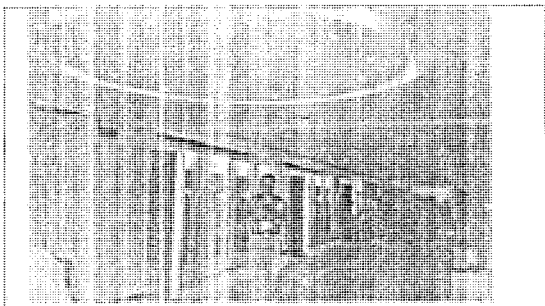
LAI KING BUILDING GERIATRIC HOSPITAL, HONG KONG



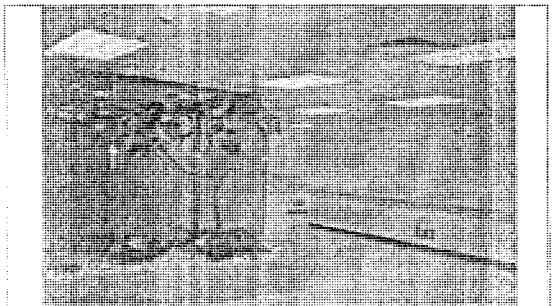
LAI KING BUILDING GERIATRIC HOSPITAL, HONG KONG



LAI KING BUILDING GERIATRIC HOSPITAL, HONG KONG



LAI KING BUILDING GERIATRIC HOSPITAL, HONG KONG

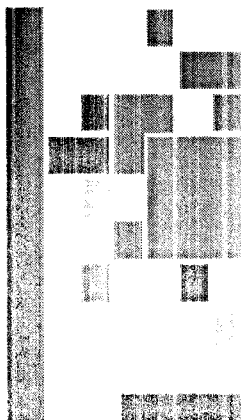


LAI KING BUILDING GERIATRIC HOSPITAL, HONG KONG

ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΙΣ

LECTURES





**“Σχεδιάζοντας για την Τρίτη Ηλικία  
Οι Ηλικιωμένοι στην Περιοχή του Βόλου”**

Μίτση Βαλασσά, *Αρχιτέκτων,*  
*Μέλος Ελληνικού Τμήματος UIA- PHG*

Κυρίες και κύριοι, αγαπητοί συνάδελφοι,

Η πρόληψη των μεγάλων προβλημάτων υγείας εξαρτάται από την διάθεση και από τις πολιτικές αλλά και από την οικονομική και κοινωνική δράση στα επίπεδα του πληθυσμού. Η έλλειψη στις λειτουργικές ανάγκες των κατοικιών και των χώρων υγείας και περιθαλής στη χώρα μας, ιδιαίτερα στην πόλη μας επιβάλλει την ανασύσταση της κοινωνικής πολιτικής και ειδικά στις μειονεκτικές ομάδες του πληθυσμού.

Οι απαιτήσεις έρχονται από τον πληθυσμό και κυρίως από τους νέους. Εδώ θα ήθελα να επισημάνω και να δώσω έμφαση στη σκέψη μας ότι ο νεαρός πληθυσμός της κοινότητας, διμορφώνει την προοπτική της μελλοντικής κοινωνίας των ηλικιωμένων.

Ενώ τα 65 χρόνια είναι συχνά μια αρχή για την τρίτη ηλικία, (ageing) να γηράζουμε είναι μια συνεχής (process) διαδικασία η οποία ποικίλει σημαντικά μεταξύ ατόμων, κοινωνικά και γεωγραφικά.

Πολλά άτομα της γ' ηλικίας έχουν προβλήματα υγείας. Όμως πολλά από αυτά έχουν δυσκολίες αυτόνομης εξυπηρέτησης, η πλειονότητα των δυσκινητικών ατόμων είναι πάνω από τα 75 τους χρόνια, συνήθως. Πολλές ασθένειες στα ηλικιωμένα άτομα έχουν ανάγκη ειδικής προσοχής. Φυσικές δυσκολίες αυτόνομης εξυπηρέτησης, συχνά περιρρίζουν την ικανότητα των ηλικιωμένων ατόμων να φροντίζουν τον εαυτό τους.

Οι απαιτήσεις νοσοκομειακής εξυπηρέτησης αυξάνονται για κάθε δεκαετία ζωής. Τα στατιστικά στοιχεία της Ε.Ε δίνουν ότι πάνω από το 25% του πληθυσμού πάνω από τα 65 χρόνια τους έχουν ανάγκη κλινικής υποστήριξης. Κι εδώ θα πρέπει να παρακολουθήσουμε και τις αξιολογες προόδους που έγιναν στον εντοπισμό της υπεύθυνης βιολογικής ουσίας που ευθύνεται για τον γηρασμό των κυττάρων – (California). Καταλαβαίνετε, ότι σύντομα θα έχουμε την τύχη να καθυστερούμε πολλές χαρακτηριστικές δυσκολίες που επηρεάζονται από την γήρανση.

Αλλά μέχρι τότε, ας επιστρέψουμε στην καθημερινότητα. Τα προβλήματα που δημιουργεί η τρίτη ηλικία στον ίδιο τον άνθρωπο που τη βιώνει, αλλά και στο περιβάλλον του, είναι γνωστά και έχουν περιγραφεί με έξοχο τρόπο κατ' επανάληψη. Η μείωση των ψυχοσωματικών δυνάμεων, με επακόλουθο την αίσθηση ότι γίνεται κανείς ανήμπορος, άχριστος, επιφορτισμένος και ανεπιθύμητος για τους άλλους είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που συνήθως συνοδεύουν το γήρας. Συνακόλουθες είναι και οι παρενέργειες στο χαρακτήρα του ηλικιωμένου.

Είναι γεγονός ότι η ζωή των ηλικιωμένων είναι γενικά δύσκολη και ότι οι δυσκολίες αυτές έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια ακόμη μεγαλύτερες. Κυριότερος λόγος για αυτή την εξέλιξη είναι οι αλλαγές στη δομή της σύγχρονης οικογένειας και στη

γενικότερη νοοτροπία των σύγχρονων κοινωνιών. Δεν θα πρέπει όμως να παραλείψουμε και να επισημάνουμε και την διάρθρωση των λειτουργιών στις πόλεις και στην ύπαιθρο.

Ποιο είναι το οικονομικά αλλά και χωρικά μεγέθη, τα σχήματα και οι εξασφαλίσεις που θα δίνουν την δυνατότητα επιλογής για το που θα γηράσουμε: στο σπίτι μας ή θα «απολαύσουμε» την φροντίδα σε εξειδικευμένες εγκαταστάσεις; Και στις δυο περιπτώσεις θα πρέπει να διερευνήσουμε και να μελετήσουμε τις απαιτήσεις του αρχιτεκτονικού σχεδιασμού. Είναι ο σχεδιασμός αυτός μια πολύπλευρη διαδικασία στην οποία δεν θα πρέπει να παραλείψουμε την πλήρη μέριμνα για τα ηλικιωμένα άτομα, την φροντίδα τους και την προστασία τους. Να θυμηθούμε ότι δεν σταματούν οι άλλες δραστηριότητες της ζωής τους εκτός της κύριας απασχόλησης αφού παύουν την εργασία τους χαρακτηριστικό που παραλείπεται συχνά όταν σχεδιάζουμε για την γ' ηλικία. Πρέπει να δοθεί η αμέριστη προσοχή στην ανταγωνιστικότητα των δομών που επιλέγονται.

Ας δούμε τώρα ποιος σχεδιάζει για την ομάδα της τρίτης ηλικίας και ποιος μπορεί να υλοποιήσει γι' αυτήν. Ο ρόλος της Γ.Α. διαγράφεται έντονα στην απόδοση μιας σύγχρονης πόλης που μπορεί να υποδέχεται πληθυσμό με ανάγκες όπως είναι η κοινωνική ομάδα της γ' ηλικίας.

Θα έδινε μεγάλη έμφαση στην πληροφόρηση από και προς τα δυο μέρη που συμμετέχουν στον σχεδιασμό. Η πληροφόρηση με την αμφίδρομη ροή της θα δώσει μια βελτίωση στις ενέργειες των πολιτών γενικά για να αντιμετωπίζουν πιο εύκολα πολλές από τις λειτουργίες μέσα στον πολεοδομικό ιστό. Η παιδεία του πληθυσμού για την συμπεριφορά και την κοινωνική ογωγή είναι ένα επίσης απαιτητό στοιχείο. Η συνεχής παρακολούθηση των δράσεων, των ενεργειών και του έργου από την Γ.Α. θα δώσει αποτελέσματα με συνέπεια στον τρόπο ζωής (life style).

Θα μου δώσετε την ευκαιρία να σας παρουσιάσω την περίπτωση της πόλης μας παρατηρώντας την με την προοπτική ενός σχεδιασμού που αφορά τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Θα παραθέσω πολύ ενδεικτικά και επιγραμματικά τις σκέψεις που κάνουμε για την ανάλυση στοιχείων και για μια μεθοδολογία που θα επεξεργαζόμασταν για να πάρουμε και να δώσουμε τις κατευθυντήριες δυναμικές για την ανάπτυξη ενός πειραματικού – παραδειγματικού και πρωτοποριακού σχεδιασμού.

Ο σχεδιασμός για την τρίτη ηλικία αποτελεί ένα ευρύ θέμα με πολλαπλές επεκτάσεις, πλάγιες και αναρίθμητες επεμβάσεις: (κοινωνικές – οικονομικές – υγειονομικές – χωροταξικές – πολεοδομικές – κτιριολογικές – περιβαλλοντικές για να αναφέρω μερικές).

Η πόλη του Βόλου που μπορείτε να βλέπετε μια άποψή της εδώ, αριθμεί σήμερα περί τους 120.000 κατοίκους. Αν πάρουμε ενδεικτικές μετρήσεις από στοιχεία που δίδονται από την στατιστική υπηρεσία και τους υπόλοιπους ανάλογους οργανισμούς, θα λέγαμε ότι σήμερα η πόλη μας έχει ένα ποσοστό της τάξεως του 20% ή αναλύοντάς το σε πληθυσμό σε 24.000 κατοίκους που κατηγοριοποιούνται στην ομάδα της γ' ηλικίας. Με την διερεύνηση που γίνεται στην Ε.Ε και σε παγκόσμιους οργανισμούς και με την μακροχρόνια πρόβλεψη του 2025 θα προβλέπαμε την αύξηση της τοπικής κοινωνίας άνω των 65 ετών να καταγράφεται με ποσοστό 49%. Έτσι καλούμαστε να απαντήσουμε στο ερώτημα που όλοι υποσυνείδητα έχουμε : πως θέλουμε να γηράσουμε; Εδώ έχουμε πολλά να αναλύσουμε, να προδιαγράψουμε και να μελετήσουμε.

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας που οπωσδήποτε διακρίνονται σε ομάδες ανάλογα με τα χρόνια τους και τις δυσκολίες τους ή και τις ασθένειές τους είναι ενεργά κύτταρα της κοινωνίας μας. Είμαστε όλοι εμείς, αύριο.



Η φυσική θεωρία με τον υπόλοιπο πληθυσμό θα μπορούσα να πω ότι είναι ότι θα πρέπει να εδω βέβαια θα μπορούσα να διευκρινίσω το ότι δεν εργάζονται είναι οι ίδιοι και οι διάφορες κοινωνικές μας προδιαγραφές. Θα μπορούσαν να εργαζο-  
 να, να προσφέρουν ως παιδιά, αλλά και εφ' όσον προγραμματιστεί σωστά μια σειρά δράσεων  
 που να τους βοηθήσει να με μεγάλη χρησιμότητα στην παραγωγική τάξη του  
 κράτους. Θα δούμε ίσως κάποια παραδείγματα που να κομίστηκαν σε άλλες χώρες,  
 αλλά οι ίδιοι σημειώσω τις ομιλίες.

Αλλά και οι διάφορες πτυχές είναι σε μερική διαμορφωμένο το φυσικό αλλά και το  
 ηθικό του ανθρώπου της ηλικίας μας και θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τις δυνατότητες  
 που υπάρχουν για μια ανάπτυξη των απαραίτητων παροχών για τις υπηρεσίες που  
 θα απαιτούνται για την τρίτη ηλικία. Θα αναφέρω παραδειγματικά  
 μερικά στοιχεία.

Η πρώτη μεταφορική μεταφοράς είναι από τα πλέον σοβαρά προβλήματα  
 που πρέπει να λύσει ο σχεδιαστής για την ομάδα αυτή του πληθυσμού. Τα άτομα της  
 τρίτης ηλικίας έχουν την φυσική δυνατότητα να μετακινηθούν, θα αναζητήσουν  
 την ασφάλεια, την ησυχία και ασφαλή (σίγουρη) μεταφοράς για τις ανάγκες  
 που θα προκύψουν από τον πολεοδομικό ιστό. Αλλά και το μειωκτούντα στην κινηση  
 και στην ενεργητικότητα έχουν τις ίδιες δυνατότητες.

Η δεύτερη μεταφορική μεταφοράς είναι από τα πλέον σοβαρά προβλήματα  
 που πρέπει να λύσει ο σχεδιαστής για την ομάδα αυτή του πληθυσμού. Τα άτομα της  
 τρίτης ηλικίας έχουν την φυσική δυνατότητα να μετακινηθούν, θα αναζητήσουν  
 την ασφάλεια, την ησυχία και ασφαλή (σίγουρη) μεταφοράς για τις ανάγκες  
 που θα προκύψουν από τον πολεοδομικό ιστό. Αλλά και το μειωκτούντα στην κινηση  
 και στην ενεργητικότητα έχουν τις ίδιες δυνατότητες.

Η τρίτη μεταφορική μεταφοράς είναι από τα πλέον σοβαρά προβλήματα  
 που πρέπει να λύσει ο σχεδιαστής για την ομάδα αυτή του πληθυσμού. Τα άτομα της  
 τρίτης ηλικίας έχουν την φυσική δυνατότητα να μετακινηθούν, θα αναζητήσουν  
 την ασφάλεια, την ησυχία και ασφαλή (σίγουρη) μεταφοράς για τις ανάγκες  
 που θα προκύψουν από τον πολεοδομικό ιστό. Αλλά και το μειωκτούντα στην κινηση  
 και στην ενεργητικότητα έχουν τις ίδιες δυνατότητες.

Η τέταρτη μεταφορική μεταφοράς είναι από τα πλέον σοβαρά προβλήματα  
 που πρέπει να λύσει ο σχεδιαστής για την ομάδα αυτή του πληθυσμού. Τα άτομα της  
 τρίτης ηλικίας έχουν την φυσική δυνατότητα να μετακινηθούν, θα αναζητήσουν  
 την ασφάλεια, την ησυχία και ασφαλή (σίγουρη) μεταφοράς για τις ανάγκες  
 που θα προκύψουν από τον πολεοδομικό ιστό. Αλλά και το μειωκτούντα στην κινηση  
 και στην ενεργητικότητα έχουν τις ίδιες δυνατότητες.

Η πέμπτη μεταφορική μεταφοράς είναι από τα πλέον σοβαρά προβλήματα  
 που πρέπει να λύσει ο σχεδιαστής για την ομάδα αυτή του πληθυσμού. Τα άτομα της  
 τρίτης ηλικίας έχουν την φυσική δυνατότητα να μετακινηθούν, θα αναζητήσουν  
 την ασφάλεια, την ησυχία και ασφαλή (σίγουρη) μεταφοράς για τις ανάγκες  
 που θα προκύψουν από τον πολεοδομικό ιστό. Αλλά και το μειωκτούντα στην κινηση  
 και στην ενεργητικότητα έχουν τις ίδιες δυνατότητες.

Η έκτη μεταφορική μεταφοράς είναι από τα πλέον σοβαρά προβλήματα  
 που πρέπει να λύσει ο σχεδιαστής για την ομάδα αυτή του πληθυσμού. Τα άτομα της  
 τρίτης ηλικίας έχουν την φυσική δυνατότητα να μετακινηθούν, θα αναζητήσουν  
 την ασφάλεια, την ησυχία και ασφαλή (σίγουρη) μεταφοράς για τις ανάγκες  
 που θα προκύψουν από τον πολεοδομικό ιστό. Αλλά και το μειωκτούντα στην κινηση  
 και στην ενεργητικότητα έχουν τις ίδιες δυνατότητες.

Επίσης θα μπορούσε στην πόλη της Χίο να μοναδικό ητροκομείο παι Λειτουργεί ΚΑΠΗ.

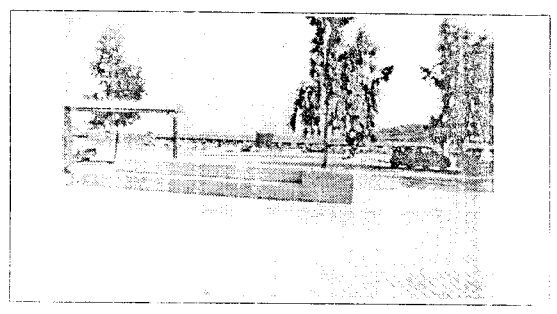
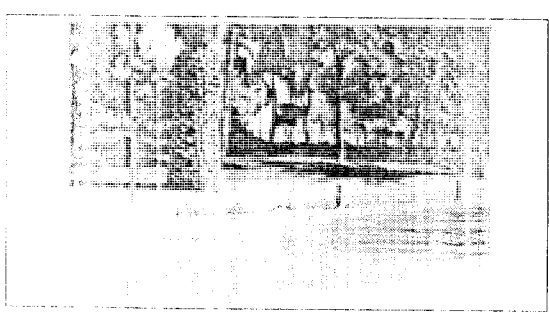
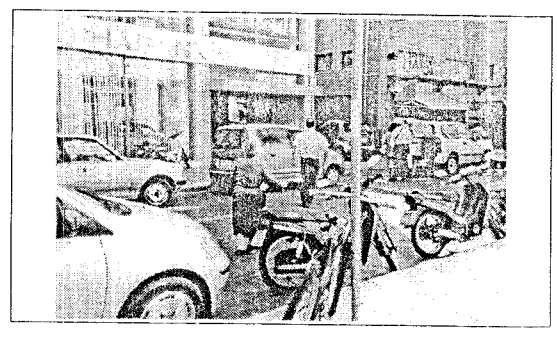
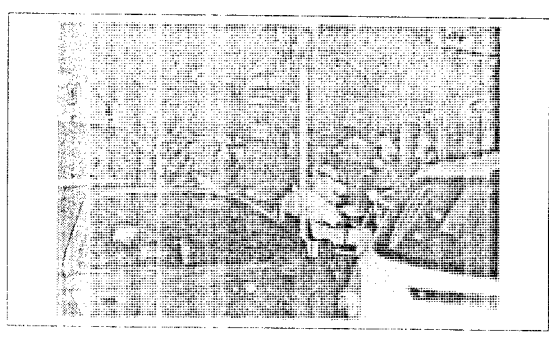
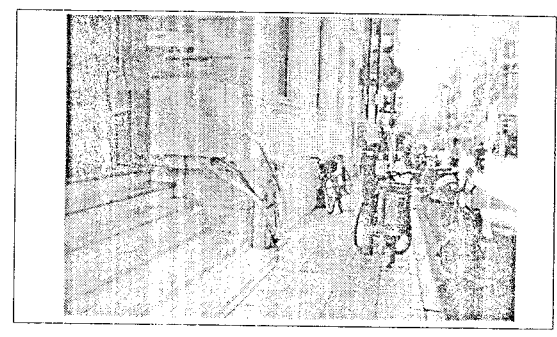
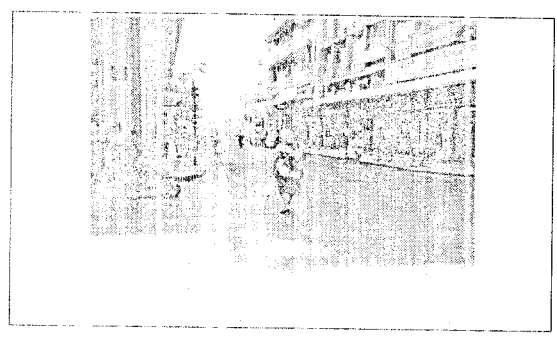
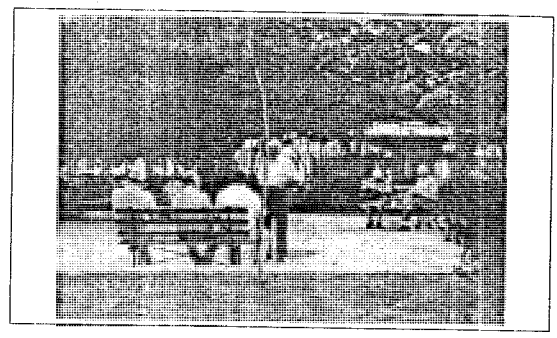
Επίσης να ερτίημε που (θα μπορούσαμε, εύλογα, να θέσουμε εδώ βλέποντας την κατάσταση που είναι η σχέση των αποστάσεων που θα πρέπει να διανυθούν προκειμένου να φτάσει να φτάσει στο μοναδικό νοσηλευτικό ίδρυμα που βρίσκεται στη πόλη της Χίο. Πως θα έθεσαν εκεί με το μέσον; ταξική μεταφοράς; ιδιωτικό αυτοκίνητο; ή θα πρέπει να πάει εκεί; γιατί πρέπει να γίνει εκεί; και πολλές άλλες ερωτήσεις που απαντώνται στη αυτή του σχεδίου ασμού.

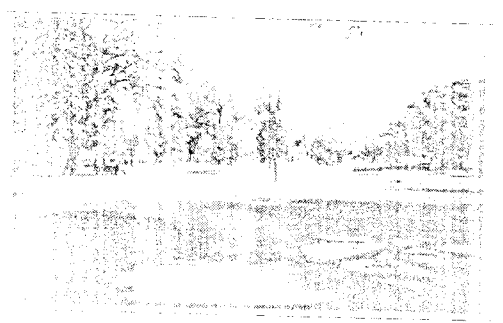
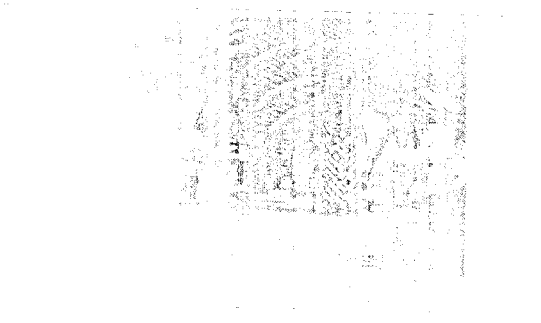
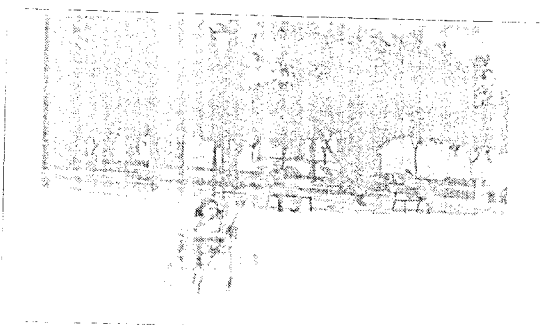
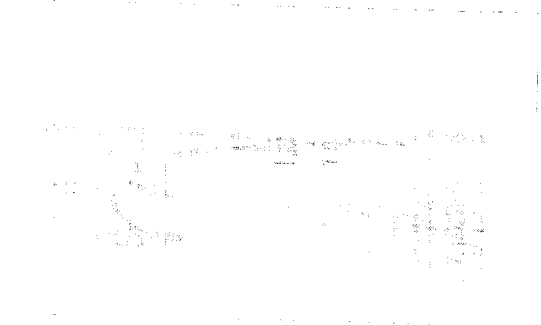
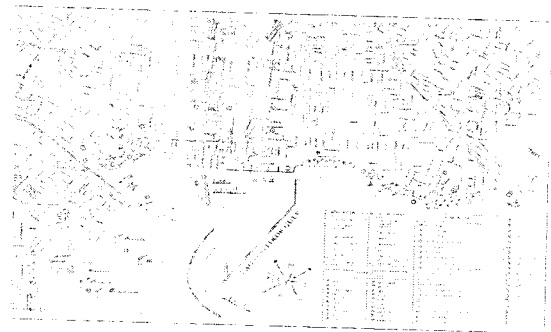
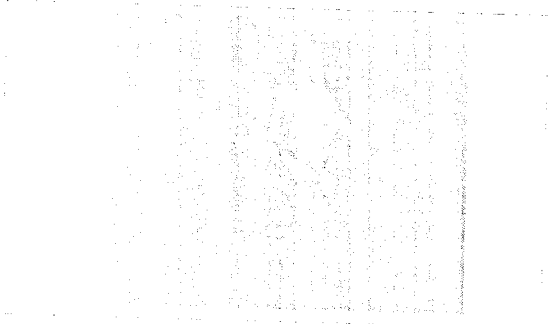
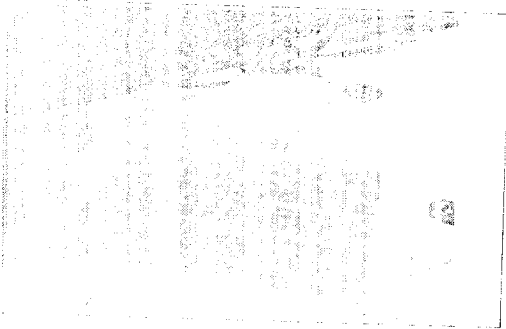
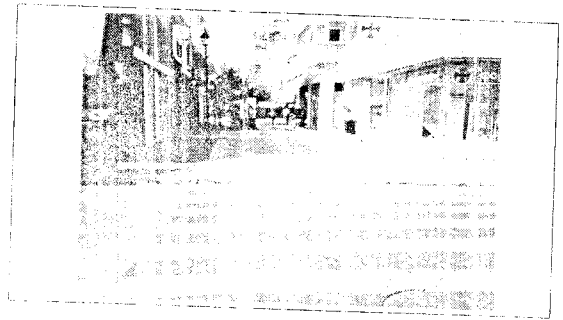
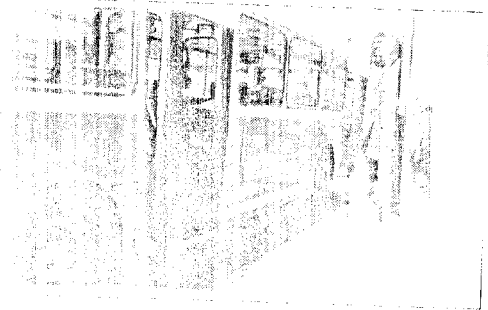
Επίσης να αναρωτηθεί για τις πληθυσμιακές ομάδες της γ' ηλικίας που θα μπορούσαν να οργανωθούν, οι χώροι που θα τις υποδεχτούν. Το ίδιο θα μπορούσε να γίνει στα αστικά ιστά θα μπορούσε να εξελιχτεί σε χώρο υποδοχής για τους ηλικιωμένους που τώρα με τις κινητικές και όχι μόνον, δυσκολίες. Να παρέχεται καλύτερη στέγη να γίνεται πιο ευχάριστη η επίσκεψή τους.

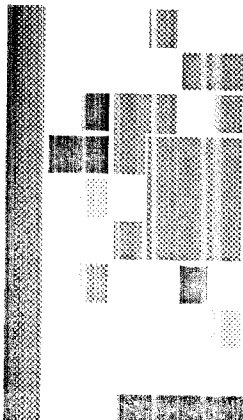
Επίσης να αναρωτηθεί γιατί μας υπάρχουν χώροι περιεστικοί που θα μπορούν να δώσουν την απαραίτητη διαμόρφωση μέσα στο φυσικό περιβάλλον είτε είναι βουνό είτε θάλασσα. Η εξοπλισμός του χώρου με τις απαραίτητες υποδομές θα δώσει νέες προοπτικές ανάπτυξης και πρόοδου που άλλωστε την χρειάζεται. Οι επεμβάσεις στον χώρο θα πρέπει να μην μπορούν να προσφέρουν ίσως, αλλά κέρμα του να. Διάσπαρτα μέσα στο χώρο και επίσης, που χάμεις οπιστά και σε άμορφο φυσικό περιβάλλον. Επίσης να αναρωτηθεί γιατί υπάρχουν πλήρη που θα μπορούν όμως να δώσουν την απαραίτητη στέγη.

Επίσης να αναρωτηθεί γιατί να μην μονάδα ημερήσιας φροντίδας για τα άτομα που έχουν κάποια ελαφριά μορφή Τ.Α. πρέπει να δώσει τις λύσεις της. Λύσεις για την αντιμετώπιση της αριζοψυχή, την πρόνοια, την μετά άνηση, την φυσική κατάσταση, την διατροφή, την προικασία, την συντροφικότητα, την επικοινωνία, τις σχέσεις της τρίτης ηλικίας παρ' όλο που θα πρέπει να προσεχώς να συμμετοχή της Τ.Α. ή και με άλλους φορείς όπως και να είναι η περίπτωση να λειτουργήσει αυτή η παροχή με τον αποτελεσματικό τρόπο.

Επίσης να αναρωτηθεί γιατί να μην υπάρχουν υποδομές των ατόμων ηλικίας με τον δικό μας τρόπο να επηρεάζει αποτελέσματα άλλων αμετακίνητων στην Ευρώπη (Σουηδία, Ολλανδία, Δανία, Γερμανία, Γαλλία) προσαρμομένα στις νέες απαιτήσεις που υπάρχουν στην Ελλάδα στον τρόπο διατροφής, στην πρόληψη των ασθενειών που υπάρχουν, στην αντιμετώπιση προβλημάτων και της μεταφοράς, στην αμεσότητα της απόκρισης, στην πολεοδομική ανσυνάπτηση με μακροχρόνιο όραμα να είναι δυνατό να αποφεύγει να απορροφά όλες τις αναγκαστικές απαιτήσεις των ατόμων του αριζοψυχή και που θα πρέπει να έχουν την ίδια και βελτιωμένη ποιότητα ζωής προόλογα όντας το lifestyle του αιώνα μας.







### **“Σχεδιάζοντας για την Τρίτη Ηλικία”**

Βασίλης Θεοδώρου, Ξένια Φωτοπούλου,  
*Αρχιτέκτονες- Μηχανικοί στη Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών  
 του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.*

Από τη θέση αυτή, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την οργανωτική επιτροπή της ημερίδας και ιδιαίτερα την Κυρία Φανή Βαβύλη, για την ευκαιρία που έδωσε στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας να συμμετέχει σ' αυτήν και σ' εμάς προσωπικά να μιλήσουμε για ένα από τα αντικείμενα της καθημερινής εργασίας μας και να διαπραγματευτούμε κάποιες σκέψεις και προτάσεις που είναι αποτέλεσμα της μακρόχρονης κοινωνιαστικής ενοσχόλησής μας με αυτό.

Αντικείμενο της παρέμβασής μας είναι ο σχεδιασμός για την τρίτη ηλικία και η προσέγγισή μας θα είναι κυρίως τεχνική ή καλύτερα αρχιτεκτονική, δεδομένης της ειδικότητας και της ιδιότητάς μας, αλλά και του πλαισίου μέσα στο οποίο οργανώνεται η σημερινή συζήτηση. Η υποχρέωση της Πολιτείας για τη λήψη ειδικών μέτρων για την προστασία του γήρατος θεσπίζεται για πρώτη φορά στο Σύνταγμα του 1975, στο άρθρο 21, παράγρ. 3 και ισχύει έκτοτε. Η προστασία του γήρατος εντάσσεται στην κοινωνική πρόνοια και τα κτίρια που φέρουν τις σχετικές λειτουργίες χαρακτηρίζονται προνοιακά.

Αρχίζοντας, λοιπόν, ως αναφέρουμε μερικά στοιχεία από την ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας στην Ελλάδα. Στο νεοσύστατο ελληνικό κράτος, που συγκροτείται διοικητικό με το Νόμο “περί εσωτερικού διοργανισμού” της 1<sup>ης</sup> Μαΐου 1827, η κοινωνική πρόνοια είχε βάση κοινοτική και παράλληλα είχε φορείς όπως την Εκκλησία και την αναθεωργό ιδιωτική πρωτοβουλία, κυρίως τους μεγάλους ευεργέτες. Όμως, την πρώτη εκείνη περίοδο, η προσοχή και το ενδιαφέρον του Κυβερνήτη Καποδίστρια στράφηκαν ιδιαίτερα σε δύο ζωτικά προβλήματα, την προστασία του παιδιού και την καταστολή των επιδημιών και από αυτά προήλθαν τα πρώτα προνοιακά μέτρα. Μετά τη δολοφονία του (9-10-1831) και στη συνέχεια την ανάληψη της εξουσίας από τον Όθωνα και την Αντιβασιλεία του, η κοινωνική πρόνοια υπάγεται στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Εσωτερικών, ενώ το Β.Δ. 3-4-1833, που είναι το πρώτο νομοθέτημα πρόνοιας επί Όθωνα, θεσπίζει την υποχρέωση των Δήμων για παροχή βοήθειας σε κάθε περίπτωση ενδείας και αποδεδειγμένης ανικανότητας. Ωστόσο, σε όλη αυτή τη χρονική περίοδο και μέχρι περίπου το 1912, οι μεγάλες ανάγκες της πρόνοιας καλύπτονται ουσιαστικά από την αρωγή των εθνικών ευεργετών και συμπληρώνονται από τη φιλοφροσύνη της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και τις ανάλογες δραστηριότητες της Εκκλησίας, πέρα τα σχετικά νομοθετήματα και την σταδιακή ίδρυση και οργάνωση ανάλογων υπηρεσιών μετά το 1864, ο δε χαρακτήρας της είναι απολύτως ιδρυματικός. Πόνοτος, γηροκομεία αναφέρονται ήδη στην μέχρι το έτος 1898 καταγραφή ιδρυθέντων αγαθοεργών κοινοτήτων, μέσα καταχώρησής τους σε ιδιαίτερο βιβλίο.

Ο ιδρυματικός χαρακτήρας και η ιδιωτική πρωτοβουλία σε νέες μορφές (αυτές των κοινωνικών οργανισμών) χαρακτηρίζουν την κοινωνική πρόνοια και την επόμενη, μέχρι

το 1945 περίοδο, παρά τα σημαντικά βήματα προόδου σε μέτρα και θεσμούς που έγιναν, ιδιαίτερα κατά το χρονικό διάστημα από το 1909 μέχρι το 1922. Τα χαρακτηριστικά αυτά, βαθιά ριζωμένα σε αντιλήψεις και πρακτικές, φθάνουν σχεδόν μέχρι τις μέρες μας. Η ίδρυση του Υπουργείου Περιθάλψεως (1917), μετέπειτα Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας (1922) και τελικά Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως (1922), σηματοδοτεί την αφετηρία της κρατικής μέριμνας στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας, που επικεντρώνεται στην επίλυση του προβλήματος της αποκατάστασης των προσφύγων.

Για να αναφερθούμε τώρα στα κτίρια και την αρχιτεκτονική, αυτό που πρέπει να σημειώσουμε κλείνοντας αυτή τη συνοπτική αναδρομή στην πορεία της κοινωνικής πρόνοιας στη χώρα μας, είναι ότι κατά την πρώτη, μέχρι το 1912 περίοδο, οι ιδιώτες χορηγοί εθλόγα αναθέτουν τις μελέτες στους περίφημους αρχιτέκτονες της εποχής. Έτσι ανεγείρονται τα πρώτα προνοιακά κτίρια, από τα οποία αρκετά συγκαταλέγονται μεταξύ των μνημείων της νεοκλασικής αρχιτεκτονικής. Τα κτίρια αυτά, χωροθετούνται “πέριξ” των πόλεων, εκφράζοντας ξεκάθαρα την κυρίαρχη αντίληψη ότι οι ευεργετούμενοι από τους φιλανθρώπους είναι πλάσματα δεύτερης κατηγορίας, ακόμη κι όταν πρόκειται για παιδιά, συνεπώς είναι σκόπιμο να βρίσκονται εκτός της πόλης. Στην Αθήνα, είναι χαρακτηριστικό ότι τα ίδια αυτά ιδρύματα μεταφέρονται σε νέα κτίρια, στις παρυφές της πόλης, όταν από τις επεκτάσεις της εντάσσονται στον πολεοδομικό ιστό.

Με την πάροδο του χρόνου, στα πλαίσια των γενικότερων κοινωνικο – οικονομικών μεταβολών, οι ανάγκες κοινωνικής προστασίας διευρύνονται και αυξάνονται. Η παραδοσιακή οικογένεια αλλάζει και η κάτω από την ίδια στέγη διαβίωση τριών γενεών περιορίζεται σταδιακά. Καθώς οι γυναίκες εισέρχονται μαζικά στην αγορά εργασίας, η ανάγκη για “ρύλαξη” των παιδιών αυξάνει, ενώ παράλληλα μειώνεται η δυνατότητα “φροντίδας” των ανάπηρων και ηλικιωμένων μέσα στην οικογένεια, αφού και τα δύο αυτά καθήκοντα θεωρούνται παραδοσιακά γυναικεία. Η ανάγκη για τη δημιουργία παιδικών σταθμών γίνεται πειστική και η ζήτηση θέσεων σε γηροκομεία και ιδρύματα αναπήρων και χρονίως πασχόντων μεγαλώνει συνεχώς. Ειδικά όσο αφορά στους ηλικιωμένους, η αύξηση των αναγκών για κοινωνική προστασία είναι εντυπωσιακή αλλά, θα μπορούσε κανείς να πει, αναμενόμενη, αφού αρχίζουν να φαίνονται τα αποτελέσματα της εξωτερικής και εσωτερικής μετανάστευσης και αστυφιλίας, της γήρανσης του πληθυσμού και του σύγχρονου τρόπου ζωής, που τείνει να ομογενοποιείται σε κέντρο και περιφέρεια.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, λόγω και της έλλειψης μιας συγκροτημένης και ολοκληρωμένης κοινωνικής πολιτικής, η αδυναμία της Πολιτείας να κατασκευάσει επαρκή αριθμό ειδικών κτιρίων, με κατάλληλες πολεοδομικές, αρχιτεκτονικές και λειτουργικές προδιαγραφές, οδηγεί στη στέγαση μεγάλου αριθμού ιδρυμάτων σε ακατάλληλα κτίρια, είτε αυτά κατασκευάστηκαν εξ αρχής είτε προορίζονταν για άλλη χρήση και μισθώθηκαν, αγοράστηκαν ή κληροδοτήθηκαν από την Εκκλησία, την οργανωμένη ιδιωτική, μη κερδοσκοπική πρωτοβουλία και τις επιχειρήσεις. Ωστόσο, τα ειδικά κτίρια πρόνοιας που κατασκευάζονται, ακολουθούν κατά κανόνα τις ίδιες με την προηγούμενη χρονική περίοδο αρχές, στο βαθμό που οι αντιλήψεις για τις παρεχόμενες υπηρεσίες ποραμένουν ίδιες. Χωροθετούνται εκτός των οικισμών, έχουν μνημειακό χαρακτήρα, μεγάλη κλίμακα, παρουσιάζουν εσωστρέφεια και αυστηρά προκαθορισμένη λειτουργία και συχνά σχεδιάζονται από αξιόλογους αρχιτέκτονες. Σε κάποιες περιπτώσεις, ιδιαίτερα όταν αφορούν στην παιδική προστασία και πάντως μετά το 1945, τα κτίρια αυτά αρχίζουν σταδιακά να εγκαταλείπουν ορισμένα από τα ιδρυματικά χαρακτηριστικά τους (π.χ. την εσωστρέφεια και τη μονολιθικότητα), χωρίς αυτό να ανταποκρίνεται πάντα σε διαφοροποιήσεις στις απόψεις για κοινωνική προστασία.

Ψάχνοντας στις μέρες μας, στην έκδοση του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών "Οδηγός για την κοινωνική πρόνοια στην Ελλάδα" το 1981, αναφέρεται συγκεκριμένα:

"Η κοινωνική προστασία στα ηλικιωμένα άτομα παρέχεται με την:

α) Λειτουργία ειδικών Ιδρυμάτων (Γηροκομεία - Οίκοι Ευγηρίας) στα οποία περιθάλπονται ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών

β) Εφαρμογή διαφόρων προγραμμάτων ανοικτής περιθάλψεως ηλικιωμένων.

Στην πρώτη κατηγορία, αυτή της Ιδρυματικής προστασίας, καταγράφονται σε επίπεδο χώρας

- Ν.Π.Δ.Δ. 5 Γηροκομεία και 3 Θ.Χ.Π. - Γηροκομεία, καθώς και 4 Γερωντικές στέγες στο Ν. Αττικής
- Ν.Π.Δ.Δ. 100 Γηροκομεία ( Εκκλησιαστικά κυρίως, Ιδρυμάτων και Σωματείων) και 6 Θ.Χ.Π. - Γηροκομεία

Στη δεύτερη κατηγορία, αυτή της εξωιδρυματικής προστασίας, περιλαμβάνονται:

- Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), που οργανώνονται σε συνεργασία του Υπουργείου και εθελοντικών οργανώσεων, για άτομα άνω των 60 ετών. Καταγράφονται 9 Κέντρα στην περιοχή Αθηνών - Πειραιώς.
- Ειδικά Προγράμματα για ηλικιωμένους στα Αστικά Κέντρα του Ε.Ο.Π.
- Επιδότηση ηλικιωμένων προσφύγων αρμοδιότητας Ο.Η.Ε.

Λίγο αργότερα, στα μέσα περίπου της δεκαετίας του '80, το Υπουργείο αναγγέλλει και υλοποιεί ένα εκτεταμένο πρόγραμμα ανάπτυξης Κ.Α.Π.Η. όχι πλέον μόνο "στις ευνοϊκές των μεγαλουπόλεων", αλλά σε όλη τη χώρα. Οι εξυπηρετήσεις που προβλέπονται από τον οργανισμό των ΚΑΠΗ είναι:

1. Κοινωνική Υπηρεσία
2. Φροντίδα για ιατροφαρμακευτική - νοσοκομειακή περίθαλψη
3. Φυσικοθεραπεία
4. Εργοθεραπεία
5. Βοήθεια στο σπίτι
6. Οργανωμένη ψυχαγωγία και επιμόρφωση
7. Εντευκτήριο με καντίνα

Στόχος είναι η αποϊδρυματοποίηση των ηλικιωμένων και η ένταξη ή επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο. Παράλληλα, αναστέλλονται οι εργασίες επέκτασης στα υπάρχοντα Γηροκομεία του δημόσιου τομέα και οι εργασίες ανέγερσης νέων τέτοιων κτιρίων. Το 1985 συντάσσεται από τη Δ/ση Τεχνικών Υπηρεσιών του Υπουργείου και αποστέλλεται σε όλες τις Νομαρχίες της χώρας Οδηγία σχεδιασμού ΚΑΠΗ. Η οδηγία αυτή γράφτηκε για να διευκολύνει το σχεδιασμό νέου κτιρίου ή την αξιολόγηση και διαρρύθμιση σε υπάρχον κτίριο και αναφέρεται σε μονάδα που εξυπηρετεί 120-130 άτομα σε όρο αιχμής (οργανισμός 50 - 300 μέλη) και περιγράφει πολύ αναλυτικά, με κείμενα και σχηματικά, τους χώρους και τον εξοπλισμό τους, τις σχέσεις μεταξύ των χώρων αυτών, τη λειτουργία, το προσωπικό, τις ειδικές κτιριολογικές απαιτήσεις κ.λ.π. Το 1986 κυκλοφορεί σε παράρτημα συμπληρωματική οδηγία, για μικρότερες μονάδες, καθώς και πίνακας χώρων και εμβαδίων για Κέντρα των 120, 75 και 40 ατόμων.

Οι οδηγίες σχεδιασμού, η εξαρχής ανάθεση της αρμοδιότητας της ίδρυσης και λειτουργίας των ΚΑΠΗ στην Τ.Α. και το γεγονός ότι, στη μεγάλη τους πλειοψηφία, τα ΚΑΠΗ στεγάστηκαν σε υπάρχοντα κτίρια που διαμορφώθηκαν κατά το δυνατό βάσει των παραπάνω οδηγιών, με μικρά σχετικά κόστος, συνέτειναν κατά τη γνώμη μας ώστε ο θεσμός αυτός να γνωρίσει μεγάλη άνθηση τα επόμενα χρόνια. Σήμερα ο αριθμός των ΚΑΠΗ ανέρχεται σε 450 περίπου σε όλη την επικράτεια, ήδη όμως, στο πλαίσιο των



Περιοφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (Π.Ε.Π.) του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης (Κ.Π.Σ.) περιλαμβάνονται ενέργειες που έχουν κύριο στόχο την αποϊδρυματοποίηση και αναφέρονται στη λειτουργία νέων μονάδων "Βοήθεια στο σπίτι" για την περίθαλψη ηλικιωμένων (και άλλων ατόμων που χρειάζονται βοήθεια) και "Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων". Τα ΚΗΦΗ είναι μικρές μονάδες ημερήσιας φιλοδεξιάς, που δημιουργούνται σε αστικές και ημιαστικές περιοχές και διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με ΚΑΠΗ που ενδεχομένως υπάρχουν.

Η ανάπτυξη των ΚΑΠΗ δεν μπορούσε, όπως είναι φανερό, να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της τρίτης ηλικίας στο σύνολό της, αφού αυτά καλύπτουν τις ανάγκες ορισμένης κατηγορίας ηλικιωμένων, αυτών που μπορούν να καλυφθούν από υπηρεσίες ημέρας. Αντίθετα, με την αναστολή των επεκτάσεων και ανεγέρσεων δημόσιων Γηροκομείων, η ανάγκη για τη δημιουργία οργανωμένων δομών υποδοχής των ηλικιωμένων γίνεται όλο και πιο επιτακτική. Τα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων (Θ.Χ.Π.) γέμισαν από άτομα των οποίων η κύρια χρόνια πάθηση ήταν τα γηρατεία. Η παραγωγή "οίκων ευγηρίας" κερδοσκοπικού χαρακτήρα, από ιδιώτες δηλαδή επιχειρηματίες, αμφιβολής στη συντριπτική πλειοψηφία ποιότητας, συνεχιζόταν, παράλληλα με τη λειτουργία μονάδων από φορείς μη κερδοσκοπικούς (Εκκλησία, συλλόγους, φιλανθρωπικά σωματεία κ.λπ.). Οι απαράδεκτες, συχνά, συνθήκες στους χώρους και τη λειτουργία των επιχειρήσεων αυτών, καθώς και σε ορισμένα από τα ιδρύματα, γίνονται σε μερικές περιπτώσεις αντικείμενο δημόσιας κριτικής και καταγγελιών.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, το Υπουργείο συντάσσει το 1996 νέο θεσμικό πλαίσιο για την ίδρυση και λειτουργία Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, που αντικαθιστά το ισχύον Π.Δ.631/74 και ισχύει μέχρι σήμερα. Με το πλαίσιο αυτό, που περιλαμβάνει και τεχνικές προδιαγραφές, όλες οι σχετικές αρμοδιότητες ασκούνται στο επίπεδο της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης. Οι προδιαγραφές είναι ακριβώς ίδιες για φορείς κερδοσκοπικού και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και έχουν συνταχθεί στην ίδια γενικά λογική των προηγούμενων, με σημαντικές βελτιώσεις και συμπληρώσεις αλλά χωρίς ουσιαστικές διαφοροποιήσεις, με εξαίρεση ίσως την οργάνωση των κλινών σε Μονάδες Διοίκησης μέγιστης δυναμικότητας 35 κλινών.

Σήμερα παρατηρείται μια έξαρση στην ανέγερση και επέκταση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων από όλους τους παραδοσιακούς φορείς (Εκκλησία, Σωματεία και Συλλόγους μη κερδοσκοπικούς, επιχειρηματίες, Ο.Τ.Α. και κεντρική Διοίκηση). Από τον έλεγχο λοιπόν των μελετών αυτών των Μονάδων, που συχνά καλείται να κάνει η Υπηρεσία μας, κυρίως λόγω αδυναμίας των αρμοδίων Υπηρεσιών ή εμπλοκών τοπικού επιπέδου, προκύπτουν κάποιες παρατηρήσεις που σε κάθε περίπτωση μπορούν να ανοίξουν μια συζήτηση για την αρχιτεκτονική και τον αρχιτεκτονικό σχεδιασμό.

Η αντίληψη ότι τα κτίρια υγείας και πρόνοιας, με εξαίρεση τους Παιδικούς Σταθμούς, δεν προσφέρουν γενικό πεδίο για ανάπτυξη της αρχιτεκτονικής έμπνευσης στο μορφολογικό τουλάχιστον επίπεδο, αφού η λειτουργία αποτελεί τον κύριο και καθοριστικό παράγοντα της σύνθεσης, ήταν αρκετά διαδεδομένη μεταξύ των "συνθετών" αρχιτεκτόνων τα τελευταία χρόνια. Ακόμη και οι αρχιτέκτονες - μελετητές με μεγάλη εμπειρία σε τέτοια κτίρια, στη μεγάλη τους πλειοψηφία χρησιμοποιούν τις τυποποιημένες λειτουργικές λύσεις και μορφές, από προηγούμενες δικές τους μελέτες ή άλλες, γενικά αποδεκτές, χωρίς να επιχειρούν μια νέα, έστω από ένα σημείο και μετά σύνθεση.

Η παρατήρηση αυτή παραπέμπει ήδη σε μια συζήτηση για τυπολογία και τυποποίηση, τόσο για την αρχιτεκτονική θεωρία όσο και για την παραγωγή του έργου, του κτιρίου

στη συγκεκριμένη περίπτωση. Επίσης, θέτει για τον εργοδότη ζητήματα κόστους, χρόνου και διαδ. κασών.

Στα πλαίσια της σημερινής συνάντησης θα παρακαλούσαμε να ξεχάσουμε για λίγο τα προγράμματα χρηματοδότησης, τα "πακέτα", τα χρονοδιαγράμματα και τα συστήματα δημοπρότησης, όλο δηλαδή αυτό το πλέγμα προϋποθέσεων και κανονισμών που πολλές φορές περιορίζει ασφυκτικά την έμπνευση, ή καλύτερα την "εν δυνάμει" έμπνευση του αρχιτέκτονα, ενώ παράλληλα λειτουργεί και σαν άλλοθι, οδηγώντας τον στις γνωστές, σίγουρες αλλά παλιές και κοινές λύσεις. Γνώμη μας είναι ότι τα κτίρια στα οποία στεγάζονται οι Μ.Φ.Η., για να χρησιμοποιήσουμε τον ισχύοντα όρο, όπως όλα άλλωστε τα προνοιακά κτίρια, αξίζει να αποτελέσουν αντικείμενο ιδιαίτερου αρχιτεκτονικού σχεδιασμού, μακριά από εύκολες ή γνωστές λύσεις και τυποποίηση, προκειμένου να εξασφαλιστούν, στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό, εξατομικευμένες συνθήκες διαβίωσης για τους εξυπηρετούμενους. Δεν πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός ότι οι περισσότεροι από τους ηλικιωμένους που εξυπηρετούνται από τις μονάδες αυτές ζούσαν μέχρι πριν από λίγο σε δικό τους χώρο, όπου το πιθανότερο είναι ότι θα προτιμούσαν να παραμείνουν, καθώς επίσης και το ότι οι δυνατότητες προσαρμογής τους σε νέες, διαφορετικές συνθήκες είναι πολύ περιορισμένες. Η παροχή ενός ατομικού, ευέλικτου χώρου, τον οποίο καθένας μπορεί να διαμορφώσει στην τελική του μορφή με το δικό του τρόπο, καθώς και διαφορετικών συλλογικών χώρων ανάπτυξης κοινωνικής ζωής είναι, νομίζουμε, το ελάχιστο που πρέπει να εξασφαλίζεται. Το μέγιστο είναι ένα σπίτι και μια γειτονιά. Πραγματικά, το κρίσιμο σημείο στις Μ.Φ.Η. και στο βαθμό που οι περισσότεροι εξυπηρετούμενοι παραμένουν μόνιμα μέσα στο κτίριο, είναι αυτό ακριβώς: Πρέπει να προσφέρουν ταυτόχρονα ένα χώρο ιδιωτικό, κατά το δυνατό εξατομικευμένο και ένα χώρο δημόσιο, φορές κοινωνικής ζωής, ενώ παράλληλα πρέπει να παρέχουν, με τον πιο διακριτικό τρόπο, μια σειρά από χώρους και υπηρεσίες υποστήριξης.

Είναι ειδήση ότι οι τεχνικές προδιαγραφές, οι οδηγίες σχεδιασμού και τα κτιριολογικά προγράμματα που παρέχονται στους μελετητές παίζουν καθοριστικό ρόλο. Εξίσου, αν όχι και περισσότερο καθοριστικό ρόλο παίζει η προσέγγιση του μελετητή. Έχει τη διάθεση να κινηθεί με ευαισθησία ανάμεσα στις γραμμές των διαφόρων Φ.Ε.Κ. και να αξιολογήσει εκείνα τα στοιχεία που θα δώσουν στο κτίριο τη διαφορετικότητα που χρειάζεται και στους χρήστες τους χώρους ζωής που έχουν ανάγκη; Έτσι λοιπόν, αν η εξωτερική μορφή είναι το ένα θέμα, η εσωτερική οργάνωση των χώρων είναι το άλλο. Οι όροι "μη ιδρυματικός χαρακτήρας" και "αποασυλοποίηση" έρχονται και ξανάρχονται στις τεχνικές εκθέσεις των αρχιτεκτόνων. Δυστυχώς, ακόμη και στα καλύτερα παραδείγματα, οι Μονάδες μοιάζουν με ξενοδοχεία, ενώ στα λιγότερο καλά με νοσοκομεία.

Σε κάθε περίπτωση, είναι γεγονός ότι το τελευταίο διάστημα, οι μελέτες των Μ.Φ.Η. που υποβάλλονται για έλεγχο, αντιμετωπίζουν τα συγκεκριμένα κτίρια σαν νέα και αυτοτελή "αρχιτεκτονικά έργα". Αυτό γίνεται αισθητό κυρίως στην εξωτερική μορφή και οργάνωσή τους, όπως ήδη αναφέραμε, οι ισχύουσες προδιαγραφές διατηρούν, σε γενικές γραμμές, την παλιά προσέγγιση. Έχουμε ωστόσο φέρει να σας δείξουμε μερικές διαφάνειες από τρεις μελέτες που συμπωματικά ελέγχουμε αυτή την εποχή, όχι επειδή τις θεωρούμε καλύτερες ή χειρότερες, αλλά επειδή δείχνουν κάποια "τάση" των αρχιτεκτόνων, καθώς και τη διάθεσή τους να "ηγάξουν" το θέμα. Πρόκειται για δύο νέες Μονάδες που θα γίνουν από εκκλησιαστικούς φορείς και την επέκταση ενός υπάρχοντος δημοσίου Γηροκομείου.

Η πρώτη μελέτη έχει ανατεθεί από την Ιερά Μητρόπολη Μαντινείας και Κυνουρίας, στο Λεωνίδιο, σε οικόπεδο 6 300 τ. μ., εκτός σχεδίου, εντός ζώνης, με έντονες κλίσεις, δυναμικότητας 32 ατόμων, που οργανώνονται σε 8 ενότητες των 4 ατόμων (6 στον

όροφος και 2 στο ισόγειο). Συνολική δόμηση: 1335 τ.μ. Κάλυψη; 780 τ.μ. Αρχιτέκτονες: Παναγιώτης Γραμματόπουλος - Χρήστος Πανουσάκης και συνεργάτες.

Σύμφωνα λοιπόν με την Τεχνική Έκθεση της μελέτης, *"...Η μορφολογική επεξεργασία του συγκροτήματος χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια συνδυασμού μιας σύγχρονης αρχιτεκτονικής και των ουσιαστικών αρετών της αντίστοιχης παραδοσιακής. Ιδιαίτερη φροντίδα έχει καταβληθεί στην, κατά το δυνατόν, "εξαφάνιση" των μεγάλων όγκων και την κατάλληλη προσαρμογή στο φυσικό έδαφος. Οι κτιριακοί όγκοι γενικά ακολουθούν την κλίση του εδαφους, ποικίλουν σε διάταξη και ενοποιούνται με ημιυπαίθριους χώρους και πέριχολες, έτσι ώστε το τελικό αποτέλεσμα να προσιδιάζει το αντίστοιχο της τοπικής αρχιτεκτονικής."* (Φωτ.1)

Η δεύτερη μελέτη προγραμματίζεται από το Εκκλησιαστικό Συμβούλιο του Ιερού Μητροπολιτικού Ναού του Αγ. Μηνά στο Ηράκλειο Κρήτης, στην περιοχή Καμίνια, σε οικόπεδο 2.655 τ.μ., εντός σχεδίου, δυναμικότητας 70 ατόμων (2 Μονάδες Διαβίωσης, ομαδοποίηση των δωματίων ανά 5). Συνολική δόμηση 3500 τ.μ. από τα οποία 850 βοηθητικά σε υπόγειο, συν χώρος στάθμευσης σε δεύτερο υπόγειο, συν 2 καταστήματα στο ισόγειο. Αρχιτέκτονας: Γιάννης Περτσελάκης.

Η Τεχνική Έκθεση της μελέτης περιλαμβάνει μια εκτεταμένη αναφορά στη γενική θεώρηση και τις αρχές σχεδιασμού, καθώς και στη μορφολογία του κτιρίου. Αναφέρουμε χαρακτηριστικά: *"Κατεβλήθη προσπάθεια να αποφευχθεί ο "ιδρυματικός" χαρακτήρας των μονάδων της δεκαετίας του '60, αλλά και ο "νοσοκομειακός" χαρακτήρας της δεκαετίας του '70, που με τον υπερτονισμό της τεχνική και της υγιεινής οδηγεί στην απώλεια της οικιακής ζεστασιάς, στη μονοτονία και στερεοτυπία της φόρμας, σε γκεττοποίηση και αποκλεισμό άλλων κοινωνικών ομάδων και σε τρόπο διαβίωσης που στερούσε τελικά τόσο την ατομική όσο και τη συλλογική ζωή, ενώ παράλληλα εκτόξευε στα ύψη τις λειτουργικές δαπάνες."* (Φωτ. 2-6).

Τέλος, η τρίτη μελέτη αφορά στις επεκτάσεις, διαρρυθμίσεις, βελτιώσεις του υπάρχοντος κτίριου του Ιδρύματος Κοινωνικής Πρόνοιας Ρεθύμνου (Γηροκομείου 34 κλινών) στα Μυσοβίρια, σε οικόπεδο 5.100 τ.μ., εντός οικισμού, με υπάρχον κτίριο 760 τ.μ., για την ανάπτυξη 62 θέσεων σε δύο Μονάδες Διαβίωσης 27 και 35 θέσεων. Συνολική τελική επιφάνεια 4200 τ.μ. σε τρεις στάθμες (υπόγειο, ισόγειο, όροφος), εκ των οποίων το ισόγειο σε επαφή με το υπάρχον, μικρό τμήμα του οποίου κατεδαφίζεται. Αρχιτέκτονες: Α. Χασάπη, Α. Σαργέντης & Συνεργάτες Ο.Ε. Επισημαίνονται οι περιορισμοί και οι δεσμεύσεις από το υπάρχον κτίριο, την ανάγκη προγραμματισμού της κατασκευής σε φάσεις, την ανάγκη για αδιάλειπτη λειτουργία του ιδρύματος κ.λ.π. Αν και στην τεχνική τους έκθεση οι αρχιτέκτονες δεν τεκμηριώνουν θεωρητικά τις γενικές συνθετικές τους επιλογές, αλλά κυρίως παρουσιάζουν τις προτάσεις τους σε σχέση με τους υπάρχοντες περιορισμούς και δεσμεύσεις (υπάρχον κτίριο, κατασκευή σε φάσεις, αδιάλειπτη λειτουργία Ιδρύματος), είναι, πιστεύουμε, φανερό ότι η μορφή τους απασχόλησε τουλάχιστον όσο και η λειτουργία. (Φωτ. 7-12)

Κλείνοντας αυτήν την παρουσίαση, θα θέλαμε να αναφέρουμε επιγραμματικά κάποιες προτάσεις, σε επίπεδο αρχών σχεδιασμού, που πιστεύουμε ότι θα αναβάθμιζον σημαντικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες στις Μονάδες [κλειστής] Φροντίδας Ηλικιωμένων, δίνοντας ταυτόχρονα τη δυνατότητα άσκησης μιας όχι μνημειακής αλλά ανθρώπινης, κοινωνικής αρχιτεκτονικής. Οι προτάσεις αυτές, που εκφράζουν δικές μας απόψεις και δε δεσμεύουν το Υπουργείο, είναι οι εξής:

\* Χωροθέτηση των μονάδων μέσα στον πολεοδομικό και κοινωνικό ιστό. Σύνδεση (στο επίπεδο του χώρου, όχι με προγράμματα) με κοινοτικές χρήσεις και την κοινότητα.

γενικότερα

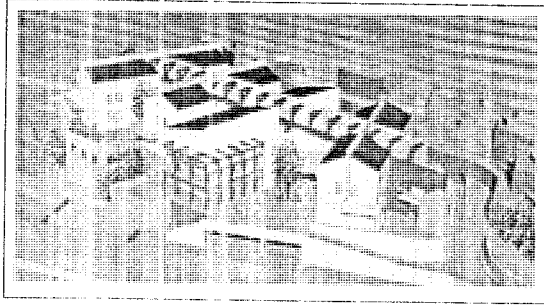
- Περιορισμός δυναμικότητας Μικρές, ευέλικτες μονάδες, χωροθετούνται εύκολα και γίνονται ευκολότερα αποδεκτές ως χρήση από το περιβάλλον.
- Πρόβλεψη περισσότερων κοινόχρηστων χώρων και περισσότερων χώρων υποστήριξης.
- Εξασφάλιση οργανωμένου ελεύθερου χώρου.
- Δωμάτια κυρίως μονόκλινα και λίγα δίκλινα, όχι πολύκλινα. Διαμερίσματα για ζευγαριή μέλη της ίδιας οικογένειας ή φίλους. Η διαθεσιμότητα των διαμερισμάτων ενθαρρύνει τους εξυπηρετούμενους σημαντικά για την αρχική απόφαση προσέγγισης της Μονάδας σε χρονική στιγμή που η ένταξη σ' αυτήν είναι ευκολότερη και προετοιμάζει και διευκολύνει την κατάσταση στη συνέχεια.
- Ελαχυντοποίηση της τυποποίησης των δωματίων. Εξασφάλιση δυνατότητας οργάνωσης του χώρου σε ατομικό επίπεδο (μορφή δωματίου, ξενοδοχειακός και λοιπός εξοπλισμός, χρώματα, αξιοποίηση ατομικών ειδών)
- Σύνταξη τεχνικών προδιαγραφών στη βάση σταθεροτύπων και οδηγιών, γενικών για τη γενική οργάνωση και τις γενικές λειτουργικές σχέσεις και ειδικών για τα επιμέρους ζητήματα, ώστε να υπάρχουν το περιθώρια μιας αρχιτεκτονικής σύνθεσης και περαιτέρω μελέτης ανέλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του εκάστοτε αντικειμένου, χωρίς ανόφελους περιορισμούς και αδικαιολόγητες μονοσήμαντες επιλογές που οδηγούν σε πανομοιότυπες, κοινές λύσεις.

#### Βιβλιογραφία:

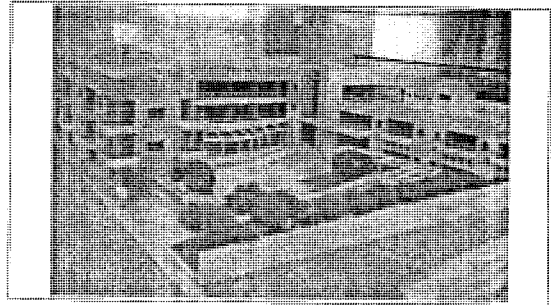
1. Θεοδωρού Βασίλης - Φωτοπούλου Ξένια: Το προνοιακό κτίριο στην Αθήνα. Από τη "φιλανθρωπία" στην κοινωνική ενσωμάτωση. Στο "Φάκελος / Η σκληρή Αθήνα του '96..." Μανδραγόρας, Τεύχος 12-13, Σεπτέμβριος 1996, Αθήνα.
2. Πανουτσόπουλου Κασσιανή: Κοινωνική Πρόνοια. Ιστορική εξέλιξη - Σύγχρονες τάσεις. Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1984.
3. Τριανταφύλλου Τζούντιθ - Μεσθεναίου Ελίζαμπεθ: Ποιος φροντίζει; Η οικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων ηλικιωμένων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη. Εκδόσεις SEKTANT, Αθήνα 1993.
4. Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών. Γενική Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας: Οδηγός για την κοινωνική πρόνοια στην Ελλάδα. Θεσμοί - Προγράμματα - Ιδρύματα. Αθήνα 1981.

#### Κανονισμοί - Προδιαγραφές

1. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών, Τμήμα Αρχιτεκτονικών Μελετών. Αρχιτέκτονες: Ζώρα Μαριάννα - Μπαχατουρίδου Δέσποινα: Κέντρο Αντιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Οδηγία σχεδιασμού. Ιούνιος 1985 και Παράρτημα. Οκτώβριος 1986.
2. Υπουργική Απόφαση Αριθ. Π4β/οικ.4690. Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Μ.Φ.Η.-Μ.Κ.). Φ.Ε.Κ. 833/τ. Β' / 11-9-96.
3. Υπουργική Απόφαση Αριθ. Π4β/οικ.3176. Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) από ιδιώτες (κερδοσκοπικού χαρακτήρα). Φ.Ε.Κ. 455/τ. Β' / 14-6-96.
4. Απόφαση αριθ. 4035. Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης και Ελέγχου - Διαδικασία Εφαρμογής της Ενέργειας "Βοήθεια στο σπίτι" και "Κέντρων Ημερήσιες Φροντίδας Ηλικιωμένων" (ΚΗΦΗ), συγχρηματοδοτούμενης από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.), στο πλαίσιο των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (ΠΕΠ) του Γ' ΚΠΣ". Φ.Ε.Κ. 1127/τ. Β' / 30-8-2001.



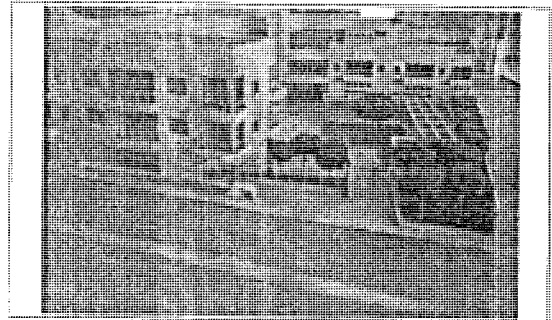
EIK.1



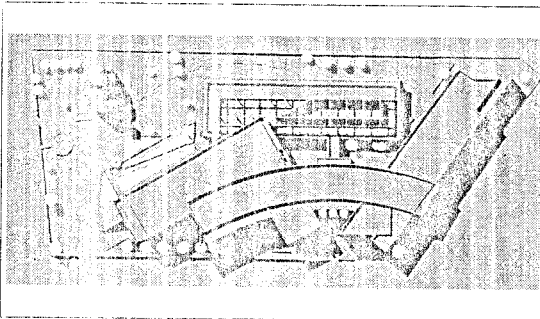
EIK. 2



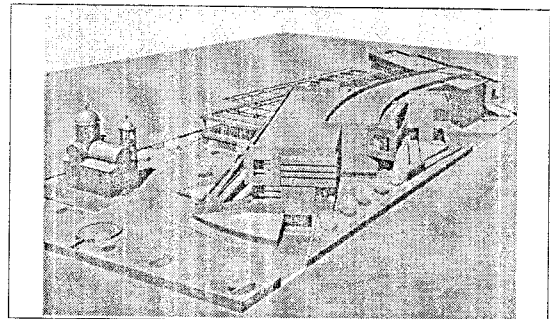
EIK. 3



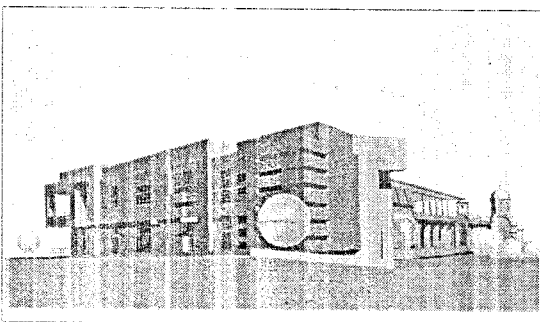
EIK. 4



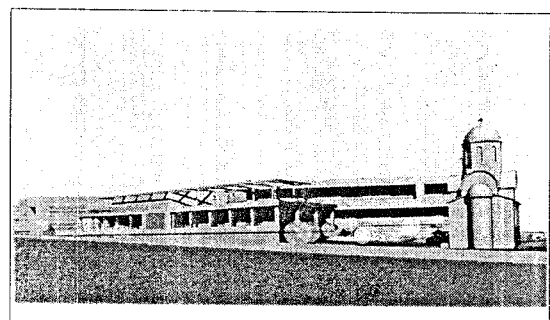
EIK.7



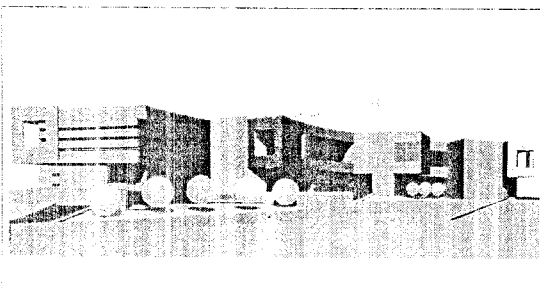
EIK. 8



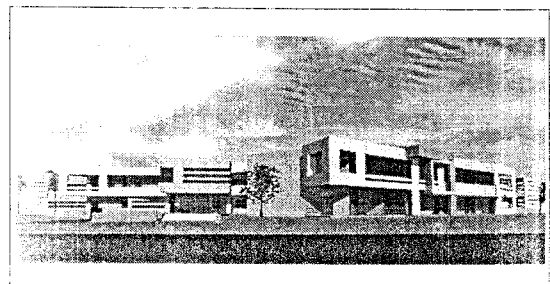
EIK. 9



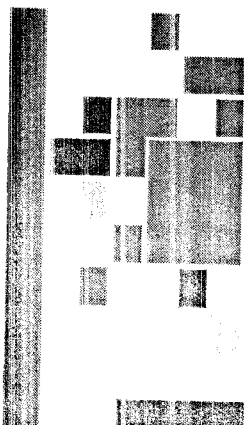
EIK. 10



EIK. 11



EIK. 12



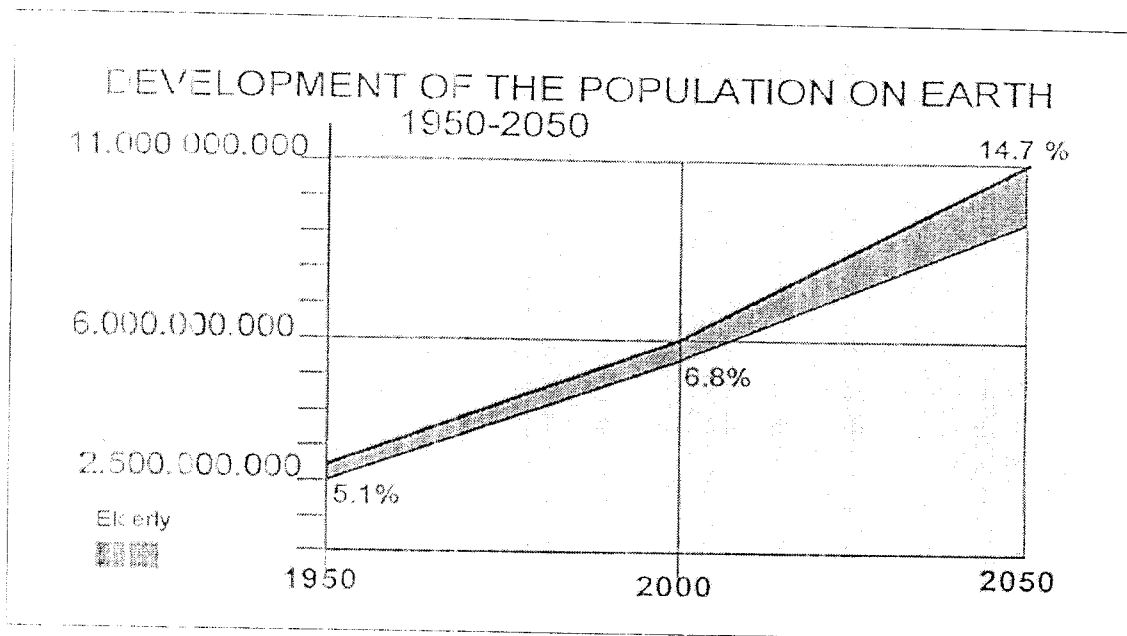
**“Planning for the Elderly in Germany”  
Recent Policies and Design Applications in Germany  
for the Third Age**

Hans-Evert Gatermann, *Dr.-Ing Architect, Director of UIA-PHG and  
Director of Ministry of Health, Düsseldorf, Germany*

### 1. Introduction

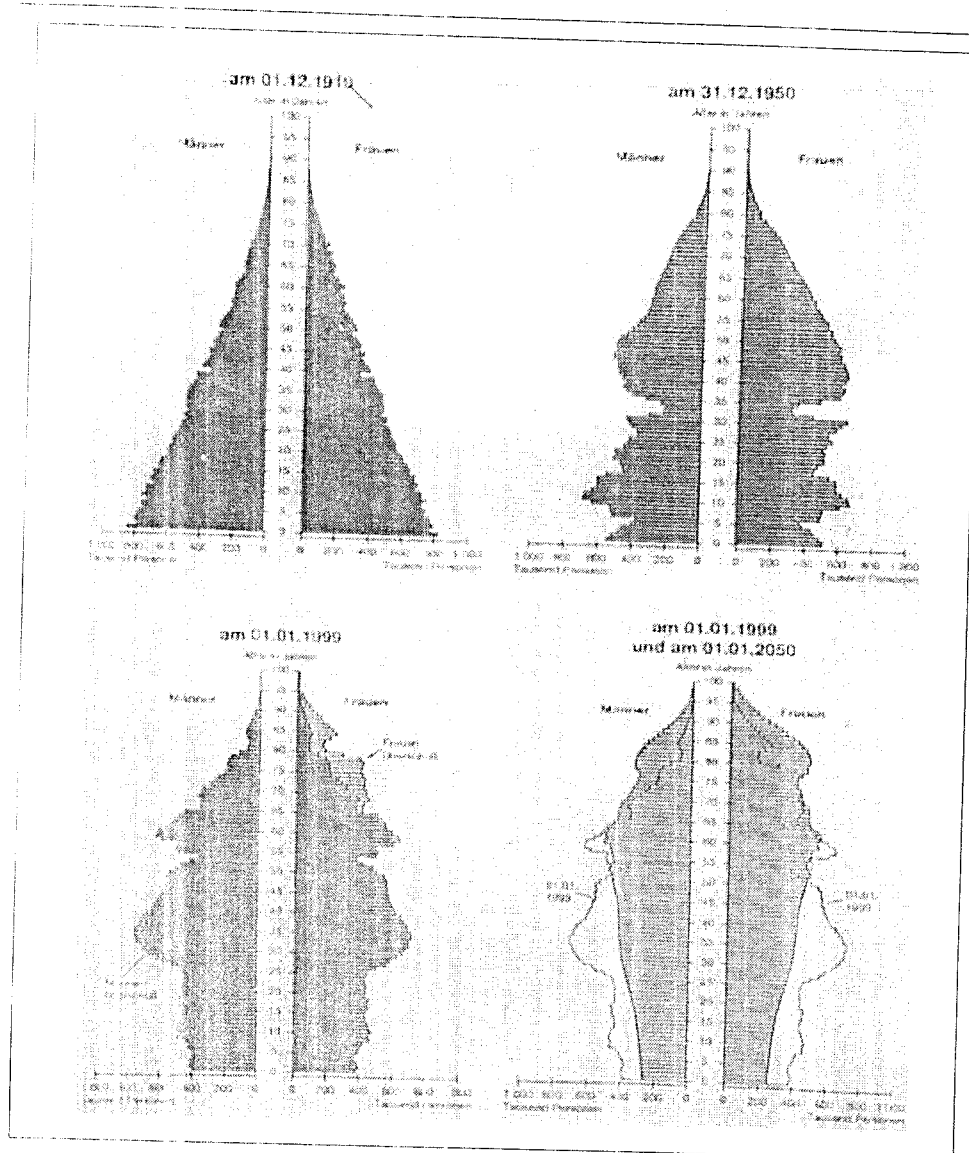
In the Holy Bible, psalm 90, we can read: “Our life goes on for seventy years, and if it comes up, then it would be eighty years, and if it has been delicious this would have been trouble and work”.

In 1950 the worldwide life expectancy of birth was 47.8 years for women and 45.1 years for men. By the year 2000 it was 67.8 years for women and 63.7 for men. In the year 1950 the world population was 2.5 billion, in the year 2000 about 6 billion and in the year 2050 there will be more than 11 billion.



Picture 1. Development of the Population on earth 1950 - 2050

Generally, people over 65 years belong statistically to the group of elderly people. In 1950 there were about 128 million elderly people all over the world, constituting 5.1% of the global population. By 2000 their number increased to 419 million, corresponding to 6.8% of the population of the world. The United Nations project that the increase in the population of the elderly population will accelerate to 14.7% in the year 2050. That means: in the middle of this century every sixth inhabitant in the world will be older than 65 years.



Picture 2:  
Change of the age  
pyramid in  
Germany  
(1910-2050)

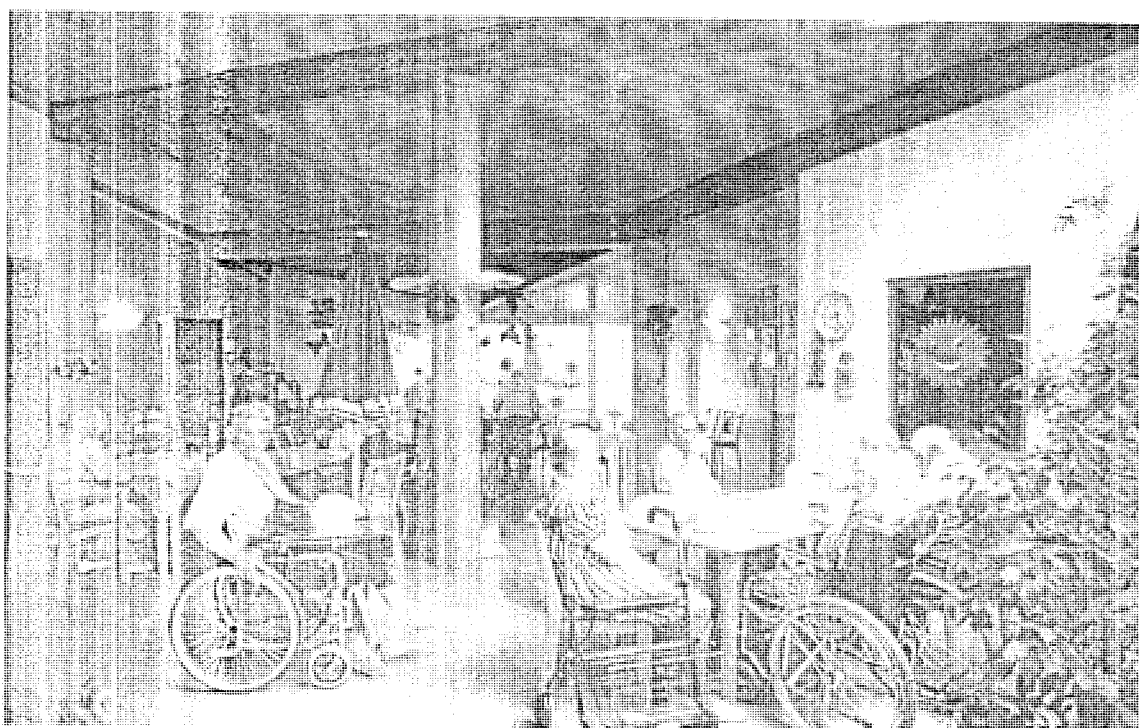
But the life expectancy differs from country to country. There is also a difference between women and men. Watching the life expectancy at the age of 65 we will see that for example in Japan men at the age 65 have still 16.8 year to live, while in the Russian Federation this would be only 11 years. There is only a small difference between women in Greece and Germany, but men in Greece live 2.5 years longer than Germans. (a good reason to stay here!)

The age pyramid in Germany shows that the strongest age-group is that of the age of thirty-seven. We can see that up to the age of 55 years there are more men in Germany and up to the age of sixty there are more women. This has not been the same at the beginning of the last century. In 1910 (see picture 2) there we had a real pyramid with a maximum of babies and only few elderly people over 65 years. But this was totally different in the year 1950 when we can discover the results of the two world wars. In 1999 we can see the ageing of the population which will be extreme in the year 2050. This means: in the future a smaller population at the age under 65 years has to take care for the growing number of elderly people.

The retirement age nowadays starts earlier than in former times when the majority stopped working at an age of about 65 years. Many people today have the chance to retire



at the age of sixty or under. The period between entering the retirement age and the end of life is increasing and not at all marked by illness and neediness. On the contrary: During this long period of life many of these young elderly are looking for new tasks and new social activities. The traditional family in which three generations lived under the same roof has become very rare, and the contacts between former colleagues don't exist any more. To live in one's own four walls - by oneself or together with a partner - or in a home for seniors, are not the only alternatives. Many of these elderly wish to be independent, but not alone. They also like to help others. On the other hand they want to ask for help only in those cases when they really need it. They wish to contact people not only of their own age but also younger people (see picture 3). They want to have dwellings in a nice surrounding, quiet but not isolated from public life.



Picture 3: A group of not isolated old people at breakfast

In order to facilitate such wishes of independent life, there are three kinds of insurance.

- Old age pensions
- Nursing Care Insurance
- Health Care Insurance

Besides this fact such new forms of habitation often are supported by public financial means.

## 2. Dwellings for the Elderly

In Germany about 16 Mio inhabitants are more than 60 years old. 97 % of these persons live in private dwellings, many of them together with their families. Half of them live together with a partner in a two-person household, but one third live quite on their own. When they were young, they often did not provide for the needs of their future and they did not take into consideration the fact that dwellings for the elderly must correspond to the special requirements of the third age. This is very important because old people do not want to change their surroundings, their habits and their home.

Therefore they ought to ask in time:

- Has the dwelling the right size and shape?
- Has the dwelling central heating ?
- Do they feel safe in the dwelling?
- Has the dwelling the right natural light?
- Can they leave the dwelling without any problems?
- How to get rid of the disposal?
- Who will help in emergency cases?

A special research made in this field in 1993 showed that 20% (West Germany) and 32% (East Germany) had no central heating. 2% (West) and 5% (East) had no bathroom of their own. In Germany are several institutions and organisation who give advice for making homes safer and more comfortable:

Entrance

- The admission should be safe, easy to walk for pedestrians and without steps
- The entrance should have a roof against rain the doors needs to be opened without difficulties
- The footpath and the entrance need sufficient light also in the darkness

Corridor and staircase

- The staircase should have a sufficient area to put down the wheelchairs
- They need to be illuminated for at least five minutes
- The banister should enable sufficient support the steps should be safe for walking and not be slippery
- The doors should be wide enough

Kitchen

- The kitchen needs at least 8 square meters
- The furniture should allow to work while sitting the cupboards should be low enough to be reached

Bath and Toilet

- The doors need to be wide enough
- A shower will be better than a bath-tube

Bedroom and Living room

- They need a sufficient size and shape
- They need the right connection for electric equipment, telephone, etc.

Above all, there is one condition which is most important for all old people's home: the floors need to be barrier-free! The two relevant German standards, DIN 18024 and DIN 18025, dealing with barrier free dwellings, do not differentiate between disabled and not disabled persons in order to facilitate a certain flexibility in use.

It is important to know that there is a new trend in Germany, that is not to built special homes only for the elderly, like ghettos. The experience has shown that it would be better to have a mixture of several generations: singles, young families and elderly should live in the same buildings really. Therefore the dwellings should be capable for flexible use. These dwellings need to correspond the requirement of disabled and not disabled.

Old people like to sit in rooms with a bay window, an oriel window or a balcony from which they can watch the life in the streets. (see picture 4).



Picture 4:  
Balconies at the  
Urbana-Residence in Bottrop

### 3. Nursing home buildings

In cases when persons cannot stay any longer in their private home, they must look for a place in a nursing home. This move often will not happen as a decision of their own, but because of the circumstances in their families, or if the nursing becomes too difficult for their partner.

Looking back, we can differentiate the following four generations in the development of nursing homes :

#### First generation (1950-1960)

At that time there was a real lack of places in nursing homes. The economic situation allowed only to build a low standard. The only idea was "to keep old persons together in a special home for elderly". Most of the rooms were 3-bed-rooms and sometimes 4-bed-rooms, but only few two-bed-rooms (see picture 5 ). The rooms were very small and did not allow any privacy. The shape of the buildings were boring and influenced by the idea to save costs by reducing the square meters for rooms and corridors.

#### Second Generation (1960-1980 )

At that time the shape of a nursing home was influenced by optimising the working conditions of the staff. The toilets for patients and the working rooms for the staff were

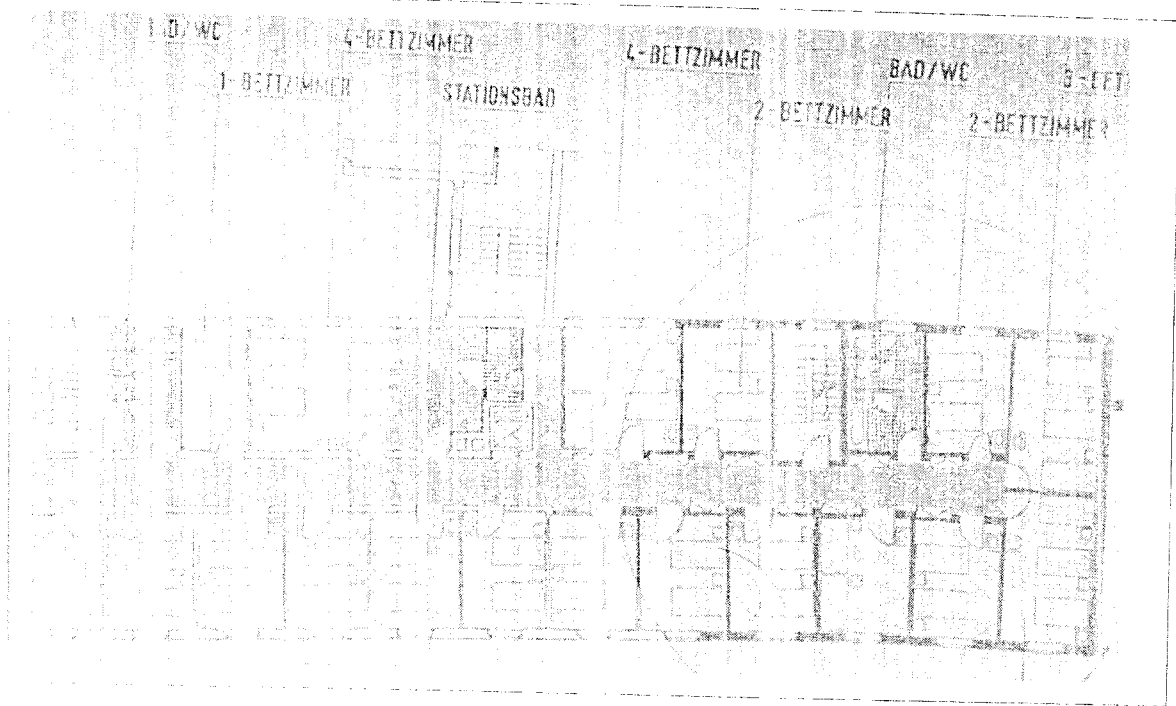


Fig. 1. Unit for nursing home, first generation

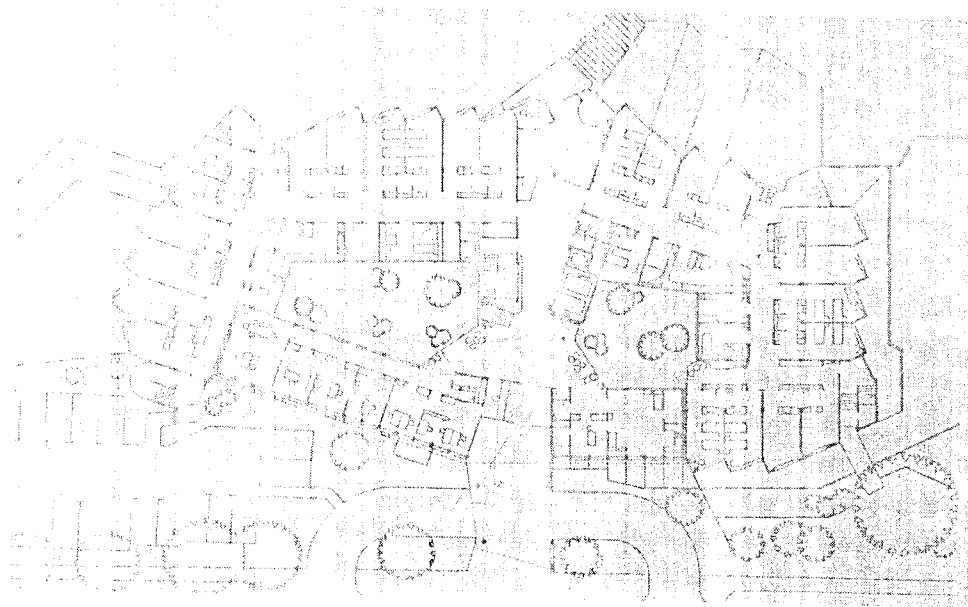


Fig. 2. Unit for nursing home, second generation

of the second generation. The type was similar to that of a general hospital with 100 beds and 100 rooms (see picture 6)

The dimensions of the rooms were vaster than before but limited by the so-called "Kriegsverordnungen" (these are special governmently regulations for keeping the population in order). The treatment for rehabilitation took place outside the nursing home, in the site of a sanatorium.

### Figure 10: (1989-2000)

Since the 1980s, we started to emphasize the living conditions, the needs of the elderly and to combine this with the needs of functional nursing. We find only single-bed rooms and not the 2-bed rooms (see picture 7). This type allows more individuality and privacy. Instead of big ward units buildings became structured in small groups to allow more communication.

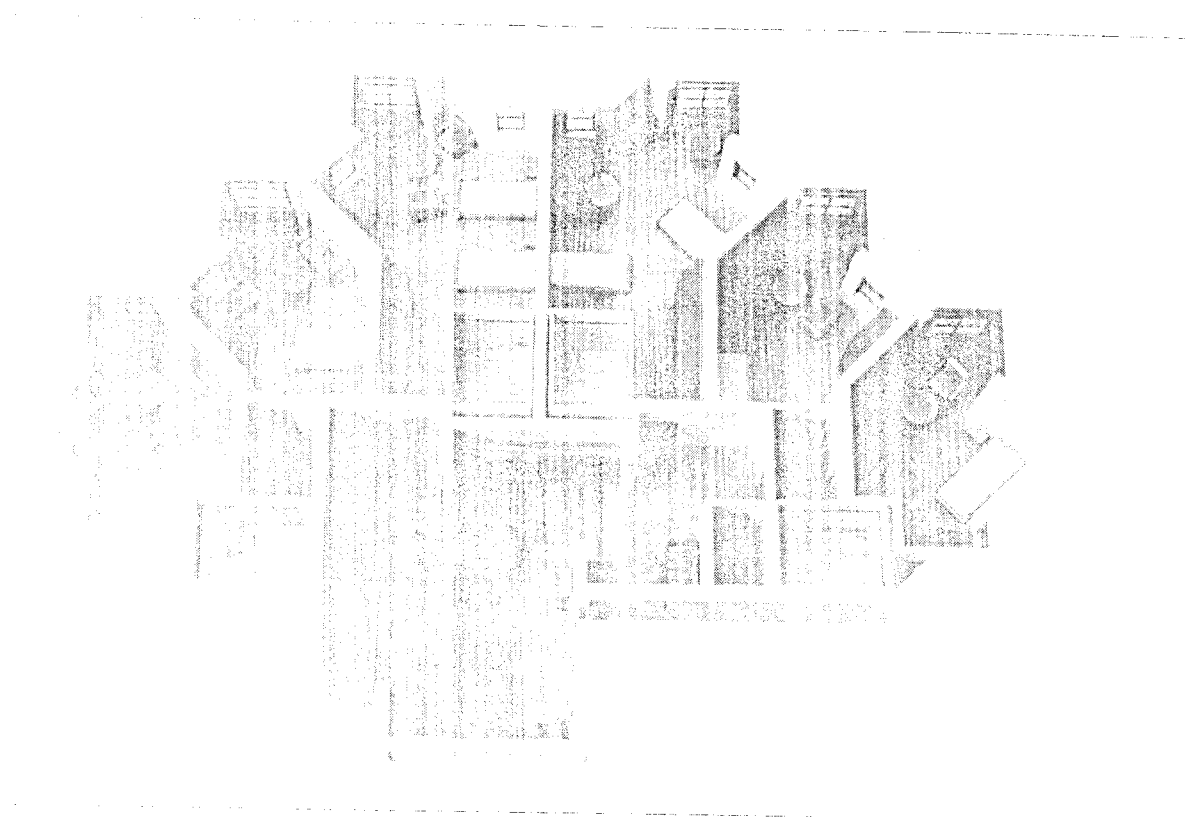
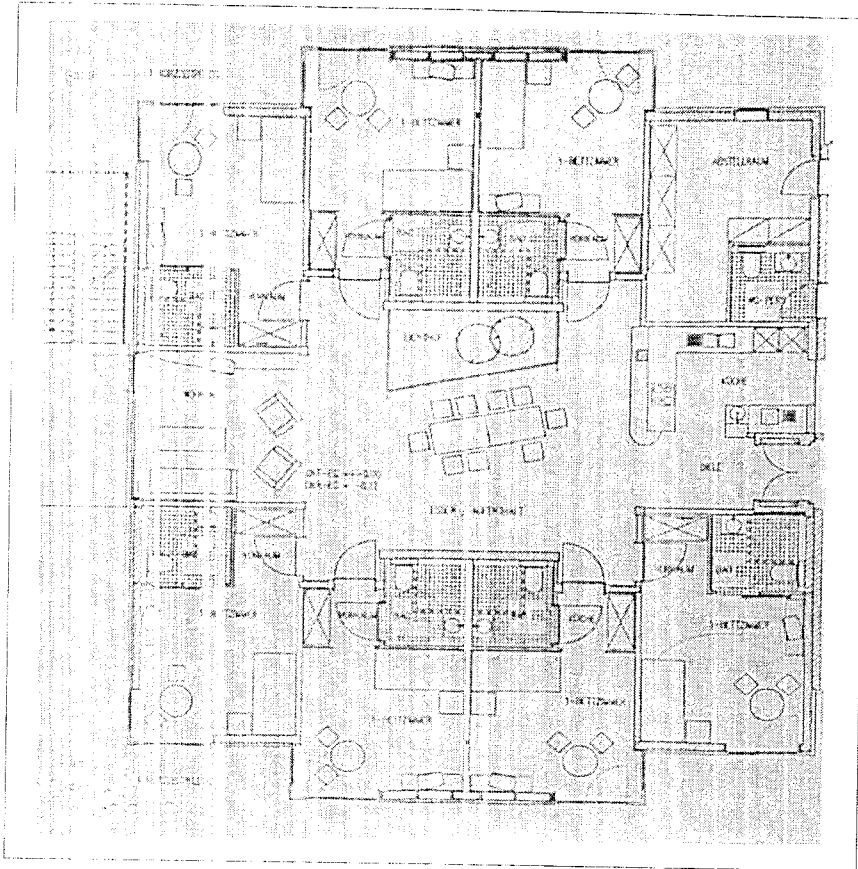


Figure 10: Floor plan of the third era add-on.

### Figure 11: (from 1999 to now)

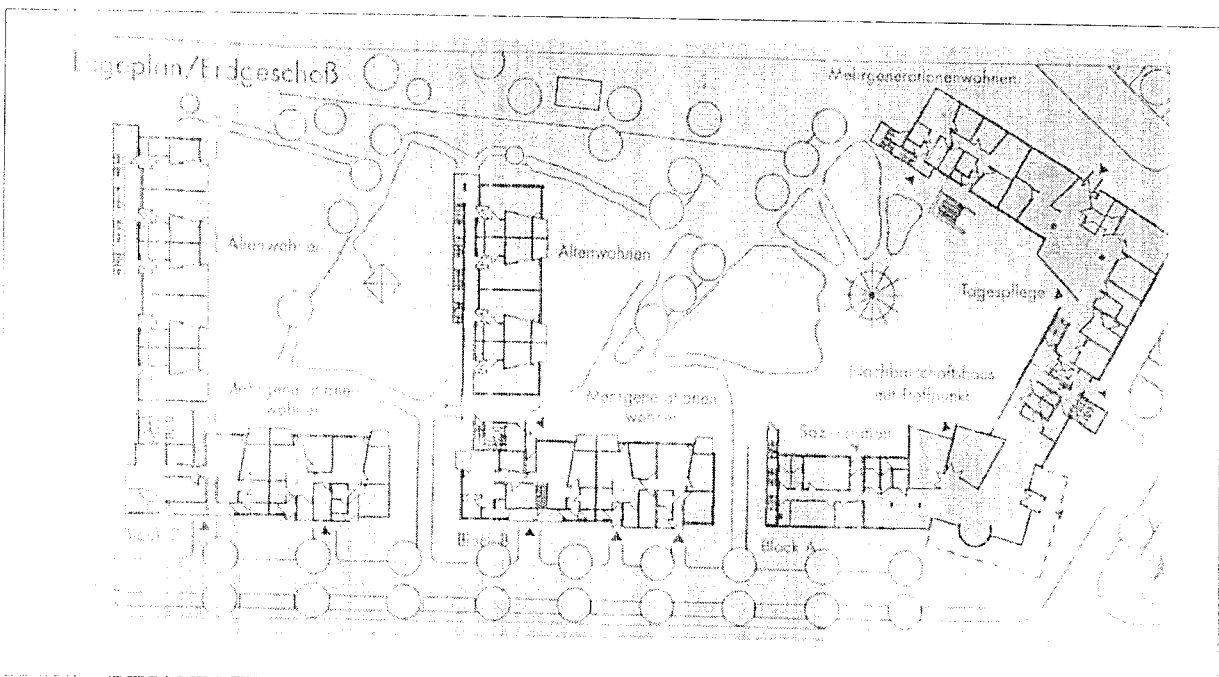
The new rooms have now been developed according to the idea to have the same living conditions for the patients as they had them before at home. The apartments now consist of a living-bedroom with a barrier-free bathroom, according to the needs of elderly and disabled persons. The inhabitants will bring with them their own furniture and their personal belongings and place them into their new apartment. This will allow them to find their own identity and a good orientation, especially for patients suffering from dementia. Six or eight of such apartments are put together to a group. There will be a living area in the centre of such a group. In the centre of such a group we will find a kitchen with a sink and a stove (see picture 8).

The new rooms now consist of a living-bedroom with a barrier-free bathroom, according to the needs of elderly and disabled and red-sailed persons. The inhabitants will bring with them their own furniture and a lot of their personal belongings and place them into their new apartment. This will allow them to find their own identity and a good orientation, especially for patients suffering from dementia. Six or eight of such apartments are put together to a group.



Picture 8:  
Ward unit of the 4th  
generation, a dining in the  
centre

Three or four groups are a nursing home. In the centre of such group we will find a kitchen with a dining-room. This is not only a room for breakfast, lunch, coffee and dinner but also for communication. Assisted by a nurse, the inhabitants and patients will be able to prepare the meals by themselves. This is also a part of the therapy. The patients can decide at any time between privacy and communication. They can make up their

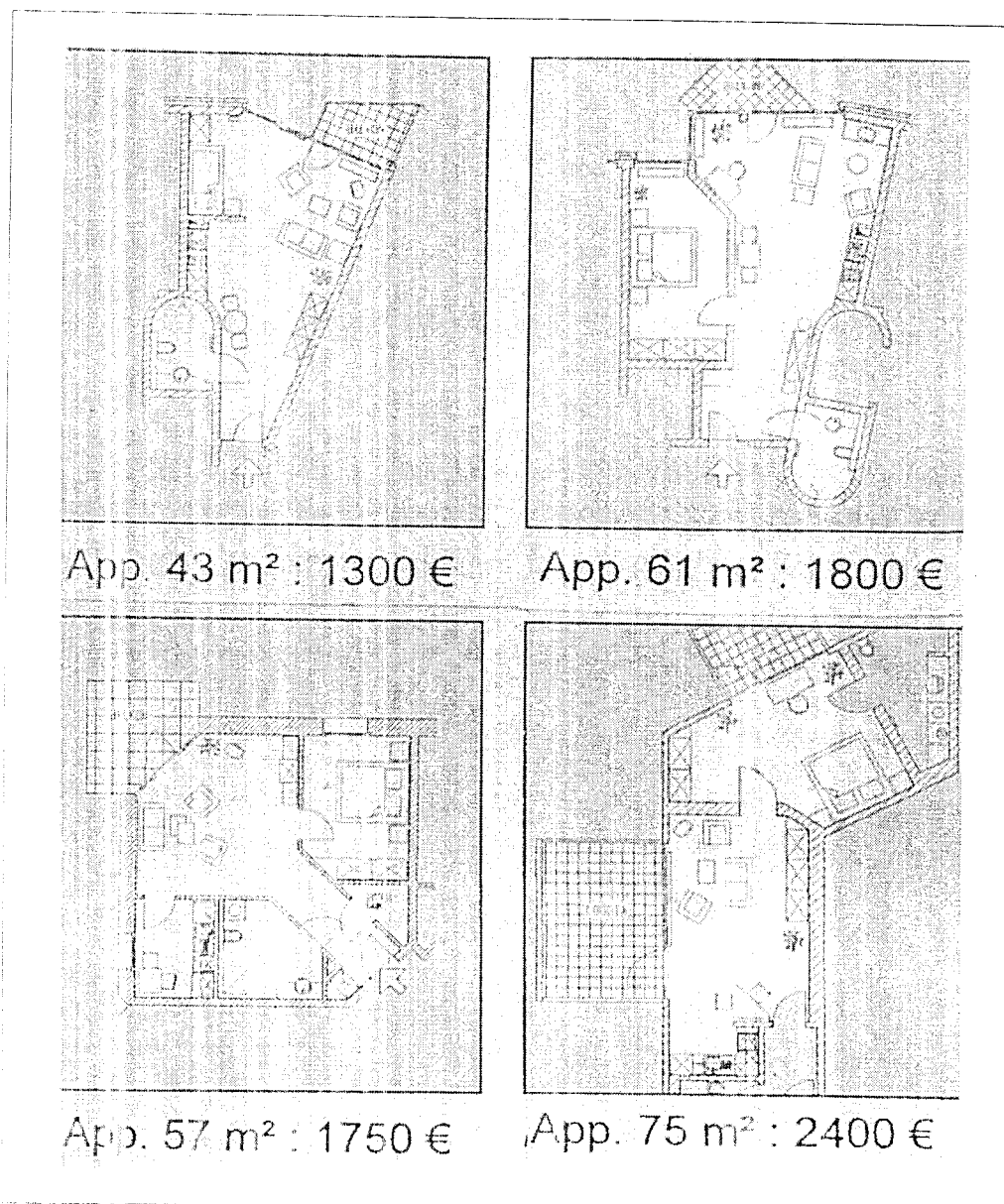


Picture 9: A life instead of a representative entrance facilitates contact to the neighbours

mind every day at which time they would like to get up, when to have breakfast and so on. There is permanent assistance by a person to whom the patients relates. This person is also responsible for the hygiene. There is no centralized big kitchen for the total nursing home nor centralised laundry. All these facilities are outsourced. We don't find neither a representative main entrance nor a big lobby, but a café (see picture 9) for the communication with the neighbourhood.

#### 4. Private Nursing homes

In 1993 the law about nursing care was published. On the basis of this new insurance more elderly and more handicapped people than before can move into a nursing homes or so called "Senior Residences". This was also interesting for a lot of private investors. While the stay in a normal nursing home is about 1.200€ a month per person, a stay in a "senior residence" sometimes will be double as high, not only because of the higher standards, but because of the extended programme for entertainment. (see picture 10).

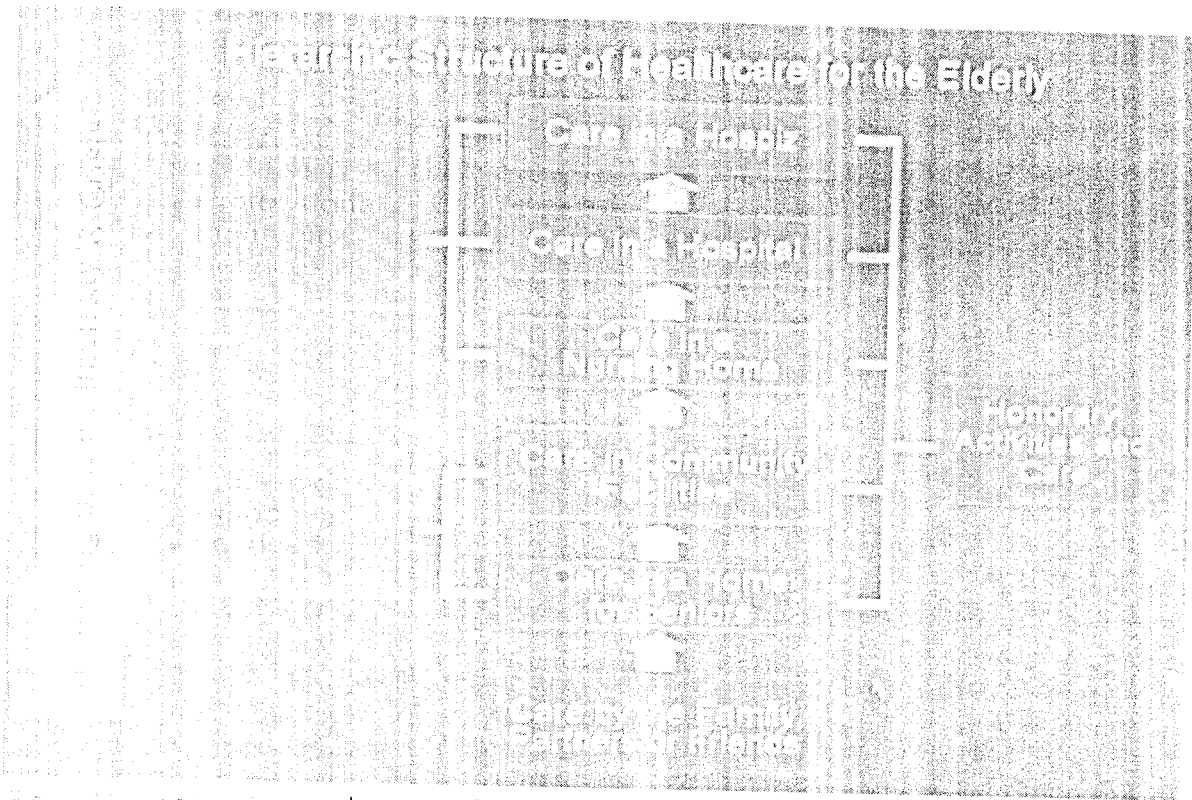


Picture 10: Costs of apartments per month in a private residence



## Geriatric Departments and Geriatric Hospitals

One of our patients in general hospitals are older than 60 years. More and more patients suffer under several and different diseases: they are so-called multimorbid patients. They are suffering for example under a chronic illness and at the same time under several diseases (disabilities) influencing the process of ageing and having a negative impact on mental health. The field "Geriatrics" is the same as rehabilitation. There is no geriatric treatment without rehabilitation. In the six steps of the elderly (see picture 11) a hospital stay will be the fifth



Picture 11: The six steps of the elderly

Geriatric treatment is a part of the treatment in a hospital. It integrates the knowledge of internal medicine, general medicine, neurology, as well as physical medicine and rehabilitation. In the sense of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) geriatric treatment includes impairment as well as disability and handicap. A successful stay in a hospital allows to bring back the patients to their own home or to their family at home.

Geriatric treatment is the recovery, the improvement or the maintenance of the patient's independence in managing their daily life. The elimination, the reduction or the change for the worse of their present situation. The goal is to improve the patient's quality of life.

"I want to live 100 years old - but to add no more life to the years!"

The goal of geriatric treatment is to improve the quality of life for those patients who are suffering from geriatric diseases.

The main problems of the geriatric diagnosis are the lack of mobility and independence. The most common diseases of the geriatric population are circulatory disturbance, diabetes

melitus, Parkinson's-disease. These diseases often are accompanied by mental illness, especially by losing consciousness.

In Northrhine-Westfalia 61 of its 375 general hospitals have geriatric departments. Altogether we provide 3300 geriatric beds per our total 18.000.000 inhabitants. That means, there is a relation of about two beds per 10.000 inhabitants.

On the one hand it is necessary to have geriatric units close to the homes of the population, on the other hand you need a certain amount of beds for running a geriatric unit in order to provide a capable staff of specialized doctors, nurses and other professionals. The average capacity in a geriatric department is about 56 beds. The capacity of beds, the tasks and the medical goals of such a geriatric department determine the capacity of rooms and their structure.

#### Capacity of Functional Units and Rooms

A general hospital in Germany is structured (according to DIN 13080) in the following eight functional areas:

- Examination and Treatment
- Nursing Care
- Administration
- Social Services
- Supply and Waste Disposal
- Research and Teaching
- Others
- Technique

These functional areas are structured in about fifty functional units. The special demands of geriatric patients influence the size of the following functional units:

#### Examination and Treatment Areas:

- 1.02 Medical Staff
- 1.03 Functional Diagnostic
- 1.13 Physiotherapy
- 1.14 Occupational Therapy
- Nursing Care
- 2.10 Geriatric Nursing
- 2.11 Day Clinic

In former times geriatrics was a part of inner medicine facility, their doctors were so-called internist who had undergone a further training in the treatment of elderly. Today geriatric is an independent hospital facility under the guidance of a specialized doctor.

A geriatric department in a hospital needs rooms for so different therapies as:

- Physiotherapy
- Ergotherapy
- Training of walking and of the sense of balance
- Occupational therapy (see picture 12)
- Training of the memory
- Arts and painting as an important part of therapy. The patients garden often is used for training of walking.



Picture 12: Memory training as a part of occupational therapy

## 6. Standards

Hospital planners, architects, managers and authorities often are interested in special standardized programs for geriatric departments, because there is little experience in this field. I often was asked whether the authorities would have published special standards for geriatric facilities and I answer always :no!

We have no special rules or regulations which would give limits for the capacity of rooms and their size. This allows us to watch the newest developments in this field, to discuss the individual situation together with the doctors, the managers and the authorities. The result should be the best and actual solution in relation to the available financial means. The final decision about the capacity of beds is done by the government after a long process of consulting the surrounding hospitals and the health care insurances. The capacity of beds is an important factor for financing the building and the running costs by the authorities. The condition is always - like all other hospitals - that a geriatric departments need to be part of the hospital plan of the relevant country.

Some years ago managers of geriatric clinics came together and founded the "Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatischen Einrichtungen" (working pool of clinical-geriatric facilities). They developed new policies and design applications for these facilities

■ Examination and Treatment Area:

■ Medical staff and doctors; each.....	16-18 m <sup>2</sup>
■ Physiotherapy, different rooms for the walking exercises altogether	1,5 m <sup>2</sup> / bed
■ Pool, surface	60 -80 m <sup>2</sup>
■ Massage, baths	1,0 m <sup>2</sup> / bed
■ Ergotherapy .....	2,3 m <sup>2</sup> / bed

■ Social Service .....

■ Psychological Service	16-18 m <sup>2</sup>
-------------------------	----------------------

■ Nursing Care

■ Ward units

The size of a ward unit should have additional 20 to 25 % more than the normal ward units, because of the high rate of wheelchair-patients:

- Single-bedroom	21 m <sup>2</sup>
- Double-bedroom	30 m <sup>2</sup>
- Sanitaire- cabine	5 m <sup>2</sup>

They also gave advice for the selection of furniture and equipment as well as for the necessary capacity of the staff.

Another research was made by a work-pool ARGEBAU of the architects in the authorities who are responsible for the planning and building of hospitals in their countries. They developed a standard program for a ward unit with 34 beds structured in:

■ Main rooms (patient's bedrooms incl. WC, shower)	458 - 496 m <sup>2</sup>
■ Workrooms (nurses station, workrooms etc)	160 - 208 m <sup>2</sup>
■ Service and staff-rooms (doctor, consulting etc)	66 - 75 m <sup>2</sup>
	total. 684 - 799 m <sup>2</sup>

Another independent research was made by the PMU in Freiburg (Department for Planning of Medical University Buildings)

They came to about the same results:

■ Main rooms	493 m <sup>2</sup>
■ Work rooms	158 m <sup>2</sup>
■ Service and staff-rooms	80 m <sup>2</sup>
	total 730 m <sup>2</sup>

At present we have too many general hospitals and too many beds in the traditional disciplines. But there was a lack in geriatric facilities until the last decade. At the beginning of that time only few hospitals wanted to have these geriatric departments. But nowadays when these departments are financed by the authorities like all the other departments in a hospital, many hospital managers are interested in these departments.

In all cases the sanitary equipment had to be replaced and to be adapted to the requirements of disabled persons. The size of such a cabin, containing the toilet, shower and wash-basin should be 4 to 5 square meters. A very good design is to have the door in a wall with an angle of 135.

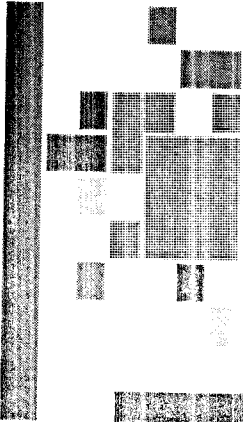
Northrhine-Westphalia with its 18 million inhabitants has about 40 geriatric day-clinics. The average capacity of these day-clinics is 13 places. The study of the ARGEEAU recommends a size of 16 – 20 m<sup>2</sup> per place. The quantity of rooms depends on the number of the existing rooms in the geriatric department that can be also used for the day-clinic. Necessary are recovery rooms and a dining room for the patients as well as the usual rooms of a general ward unit.

There are many patients suffering from diseases which cannot yet be healed as for instance AIDS and some kinds of cancer. For such patients there are so called "hospices" or palliative nursing units.

In Northrhine-Westphalia with its 18 Mio. inhabitants we have more than 200 hospice-initiatives, home-services, inpatient hospices and palliative nursing units. The treatment of the patients strives for reducing their pain. This is not only the task of the doctors but also of psychiatrists and the honorary staff. This new type of a healthcare facilities need consulting and treatment rooms as well as friendly styled single rooms for the patients like comfortable hotel bedrooms or suites. Often they are built together with geriatric units. In some cases we find only consulting rooms for outpatients.

## 6. Conclusion

The results of recent policies and design applications for the Third Age cannot be measured in a detailed scale. But there is a great progress in giving more life into this period of ageing. There are a lot of fantastic examples of "young" people over 80 years, still active in many kinds of employment, entertainment and sports like swimming, marathon-running, athletics, cycling and so on, which make live more worth living than before.



### **“Old people’s houses in Denmark”**

Karen Zahle, *Director of Laboratory of Housing,  
The Royal Academy of Fine Arts, School of Architecture, Denmark*

#### Old in Denmark

The group of pensioner growing shall grow remarkably in Denmark from 11 pct. of the population in 2005 to 15 pct. in 2030.

#### Elderly commission

In 1980 the government created a commission (Idrekommission) for the reform of the conditions for old people in Denmark. This commission’s final report was presented in 1982 and has resulted in series of changes in the matter.

In former times care for old people was institutionalized. When you became ill or handicapped as you grew older you had to go to a care house. This resulted in thinking of old age as a health problem and old people as patients without influence on their own situation.

The report from the commission underlined the importance of looking at and expect, that old people are individuals with resources needing independence. A change that took place demanded with-thinking old people’s own resources, sustaining continuity in their lives and giving more influence in the decision-processes to old people.

#### Housing

When you build houses it ought in every case to be built “for everybody” which means that even handicapped people can live and visit people living in the house.

As reality is that the society consists of many different individuals and the variation in needs and conditions physically, society and economically is enormous great, we have many categories of houses for elderly. Most important is social housing, where you often in great housing schemes find flats for elderly. Mostly 2 rooms with an average 65-67 square meter consisting of a hall, kitchen, drawing room, bedroom and bath. The recommended 65-67 square meter area is more than anything else, dictated by the actual rules for housing grant and doesn’t often allow too good or inspiring planning of the house / flat. The communities often plan elderly houses in connection or nearby care and service-centers placed on the social budget of the community. While the houses are built and financed as social elderly housing, the center is placed on the social budget of the community.

#### Accessibility

Accessibility is a theme (topic) which is of great importance. In Denmark a detailed list / governmental rules and demands has to be followed in planning houses fit for elderly people.

of the most important ones are:

1. The orientation and physical accessibility for handicapped is a must in housing design.
2. Entrance and entrance shall at least be 1,3 meter broad.
3. Where the flat level changes -- ramps has to be.
4. The width of stairs and staircases.
5. Lifts and lifts must be common and access areas both outside and in the buildings.
6. When lifts are used you will have to place rails no more than 2 meter from the person.
7. Lift ways shall be 0,9 meter broad.
8. Lifts more than two storey high lifts are a must.
9. The doors even corridors always have at least 1,3 meter from wall to wall.
10. Doors must 1,27

### Home-helper

The possibility of having "home helpers" is of great importance. The home-helper is a person who assists you in your home and is helping with the practical and personal things you are unable to do yourself.

In Denmark, 20 per cent of the 65 years old and 45 per cent more than 80 years old receive home-helper services which has existed since the beginning of the eighties.

Home-helper services are used by a third of the people over the age of 80 who live in their own homes in the Greater Copenhagen area.

Home-helper services help with the cleaning, shopping, cloth washing. Some old people are unable to get out of bed in the morning and into bed in the evenings several times a week. Some are unable to get dressed and have a meal heated. But the home-helper services are needed by very busy people and many old people complain that their home-helper services are not enough. The schedule of the home-helper for a care or a little walk in the park is not according to many, complaining these needs ought to have a larger share of the home-helper services.

The services for old people were established by changing the existing old and out-dated care-houses into single elderly houses / flats / houses. The housing bill, which was passed in 1977, gave the state good financial opportunities for new building as well as old buildings.

It is difficult to be recognized that care-houses were still urgently needed due to the following reasons:

1. The number of old people was growing.
2. Few of the old care-houses were disappeared.
3. Working conditions for assistants and helper not acceptable in private flats.
4. The cost of caring people day and night in their own house is too expensive.
5. It is difficult to build care-houses beside other options.
6. The elderly with care service become very popular. 2 out of 3 elderly houses are full.
7. The old care-houses. They learned new concepts and nursing was developed and improved.

When you decide to build in Denmark it is important to know:

The number of people of more than 70 years old is declining but in the years after 1990 the number will be increasing and the need for care-houses is too. Flexibility is the key to the future. The demand is increasing so the changing need always can be met.



2. In the future elderly will be better off than they already are today.
  - In the group of the 80-100 years old, 75-80 pct. live in their own home.
  - Only 44 pct. of people more than 80 years old receive home help.
  - Only 5 pct. are living in their own home and 25 pct. are living in care house and use wheel chair
  - Only 15-20 pct. more than 80 years old has sign of dementia
3. The future old person will wish better homes
4. The future old person will decide by their own, which means that we need many different options in elderly housing types.

#### Assistants

When planning, building and furnishing houses for elderly it is important to pay attention to the fact that it might one day be a workplace for people assisting an old frail person. It is recognized that these groups of persons helping and assisting old people frequently suffer from pains and injuries in their back caused by the heavy lifts. The Authorities in Denmark is aware of this and governmental rules have been published concerning the planning of space in elderly housing.

#### Co-housing.

The "co-house" is a group of houses / flats which have common areas for some functions. Each house / flat has its own small kitchen and bath but is co-owner of the common areas and pay up to 10 % of their rent for this formal part of the common area.

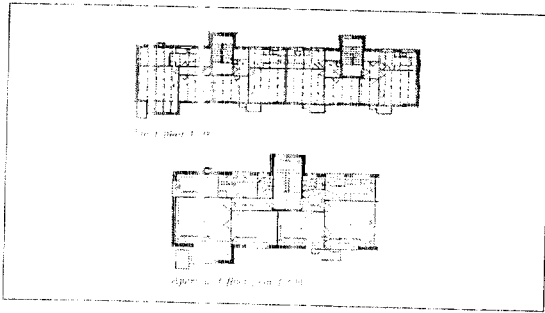
Social housing can contain co-houses. At least 5 parts shall join the co-house, and these can be established by the community, social organizations and institutions. But it is indispensable that the community is asked and accepts the construction of co-houses. No house / flat in the co-house can be more than 110 square meter. Since 1998 social sustainability can be given even to people living in co-houses.

We all have habits and when you grow old your peculiarities are growing too. Sometimes you can talk of a special lust to behave peculiar. It can be difficult to go into a partnership like who never worked outside their homes and learned how to tackle different opinions without being personal.

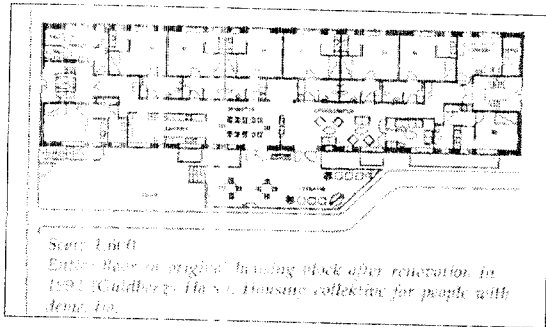
#### Advising office

In DK service has started advising old people who think of moving to another house to get information about what to do and which different types of housing one might have. The advising project has changed into an institution as the community and the Lord Mayer did understand citizens needing it and the community gaining happy and healthy old citizens by running an advising service for the elderly solving their housing problems.

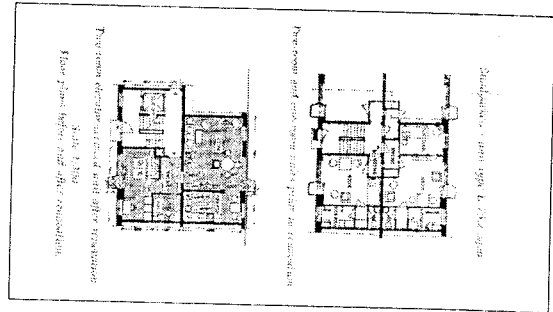
1. A need for declaration of houses for elderly: Informing about the character and qualities of the single flat.
2. A need for more houses with lifts. Both in the private and in the social housing sector.
3. A bigger mobility in the housing stock might forward the changing to better fitting houses / homes
4. A need for developing new housing forms fit for elderly people (not least co-houses)
5. More collaboration between the parts who have influence on the building for elderly. The community, social housing associations, the plan departments, investors and last but not least the old people themselves.



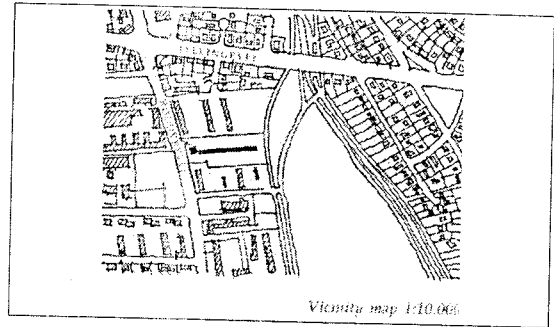
JOURNALISTGÅRDEN- COPENHAGEN (1935)



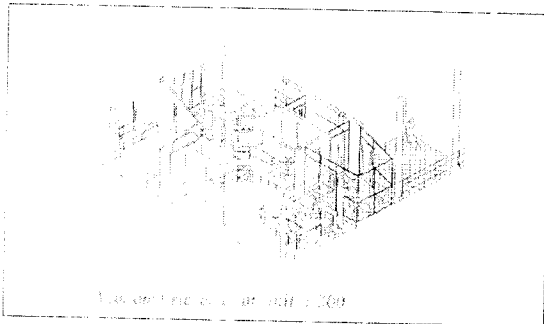
KØBENHAVNS KOMMUNES BOLIGER FOR ALDERS-  
 RENTEMODTAGERE- COPENHAGEN (1937-1952)



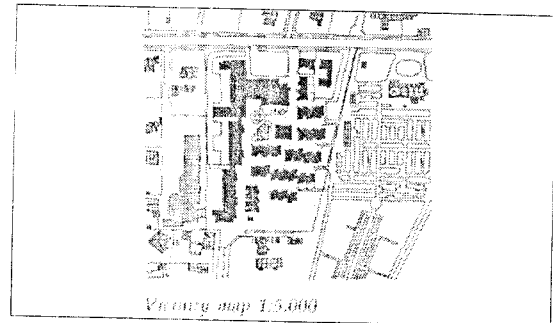
KØBENHAVNS KOMMUNES BOLIGER FOR ALDERS-  
 RENTEMODTAGERE- COPENHAGEN (1937-1952)



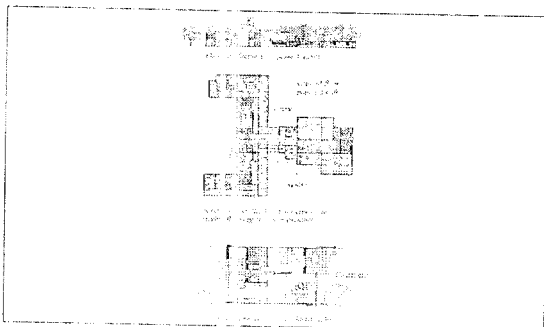
VED ENGEN- RØDOVRE (1989)



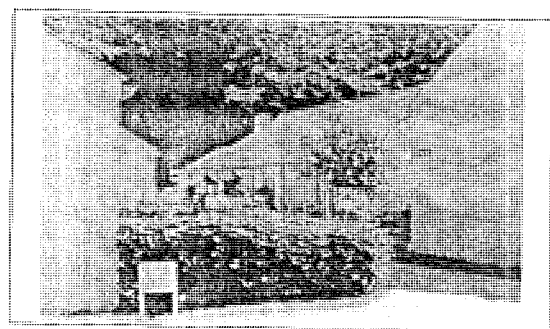
VED ENGEN- RØDOVRE (1989)



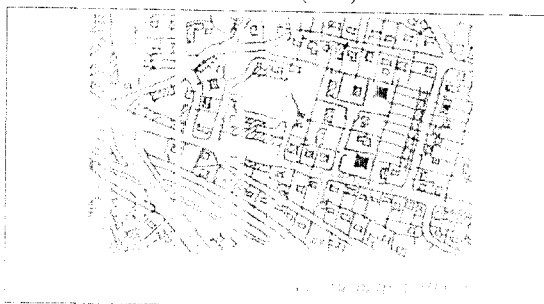
WIEDERGÅRDEN- DRAGØR (1989)



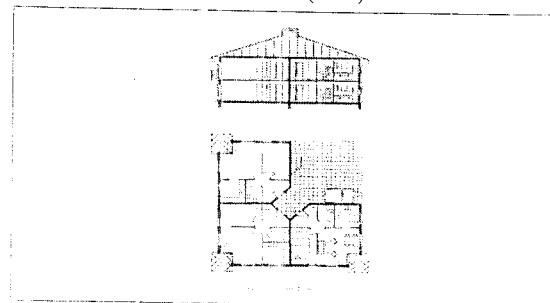
WIEDERGÅRDEN- DRAGØR (1989)



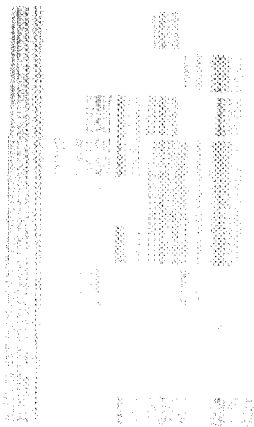
WIEDERGÅRDEN- DRAGØR (1989)



HJORTHOLMSVEJ- LYNGBY (1992)



HJORTHOLMSVEJ- LYNGBY (1992)



"Social welfare services and health care for the Elderly in Sweden"  
Hanna Jönsson, *Architect White Arkitekter, Gothenburg, Sweden*

A major change in the social-healthcare system for the Elderly took place in the year 1989, and primarily the responsibility for the primary-health care, including the care of the elderly, was 'moved' from the counties to the communes. The counties are now in charge of the provision of welfare services and health care for the elderly in each county - still you can see some common patterns how the primary health care is organized and carried out. That is also to say there are no 'national' or 'general standards' set regarding how to build and design the housing facilities for the elderly.

At the county level of the social welfare and the health care system of Sweden, the responsibility now mainly includes the hospital health care for the elderly in the counties. Here you find a number of different types of homes and care facilities for the elderly. About 80% of the elderly, over than 75, stay in their own homes, and about 20% attend 'special' housing and service units like group living units (gravy, somatic and psychiatric), nursing homes for the elderly and nursing homes. The services and care in the primary sector have increased rapidly during the last 10 years and are provided by a kind of social and care support needed, often in combination with the help of the local authorities.

The local authorities mainly act as builders of housing facilities, and as the main actors in the general housing market.

It is not possible to describe how the service and care situation can be organized and designed for a single old person.

Figure 1 is a very practical description of the situation for my old Mother, when she was 85 years old. In the 60 years a significant and most well functioning support system was developed. After 85 she became more senile and major problems in daily life were experienced. It was decided to move her to a "room-flat" of her own in a permanent staffed housing facility. In the facility, prepared in her home village not far from her former home.

The room-flat is a very nice room flat, designed by White, to be used in a permanent way. It is a very good combination of a room-flat and a service-house.

The room-flat is a very nice room flat, designed by White, to be used in a permanent way. It is a very good combination of a room-flat and a service-house.

Pictures 10, 11 & 12 show a "city-adapted" unit containing service flats (service and health care are provided according to individual needs of the elderly, rendering these flats in the same way as services and health care are distributed in ordinary homes), group living units as well as a day-center for the elderly living in the unit and living in the surroundings.

Pictures 13, 14, 15, 16 & 17 show another 40-flat unit designed for a small town in the western region of Sweden. Contains service-flats, units for group-living and a day-center.

Pictures 18, 19, 20 & 21 show a factory-preproduced unit for different types of elderly-housing and living.

Pictures 22 & 23 show a local nursing home for the elderly needing long-term health care. Two single-rooms form a "flat-unit". The layout designed by White, with the motto: "A flat a possibility", won the first prize in architectural competition.

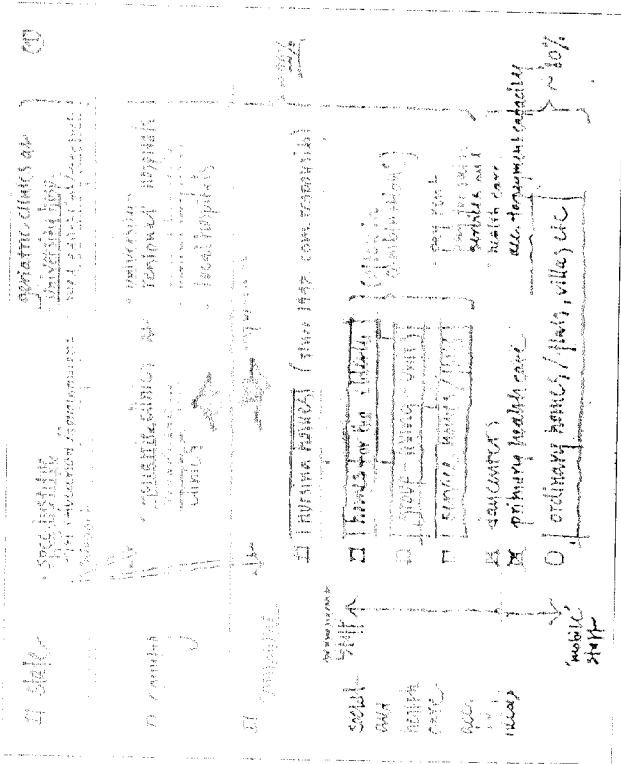


FIGURE 1

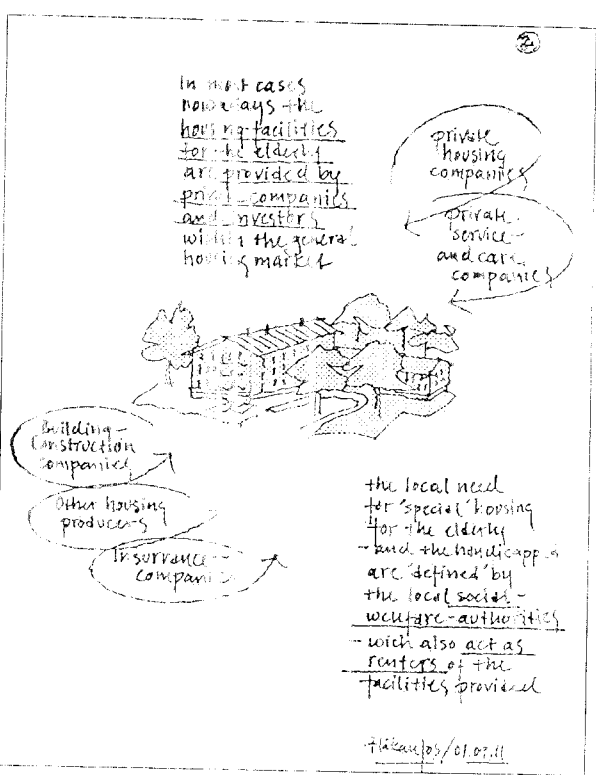


FIGURE 2

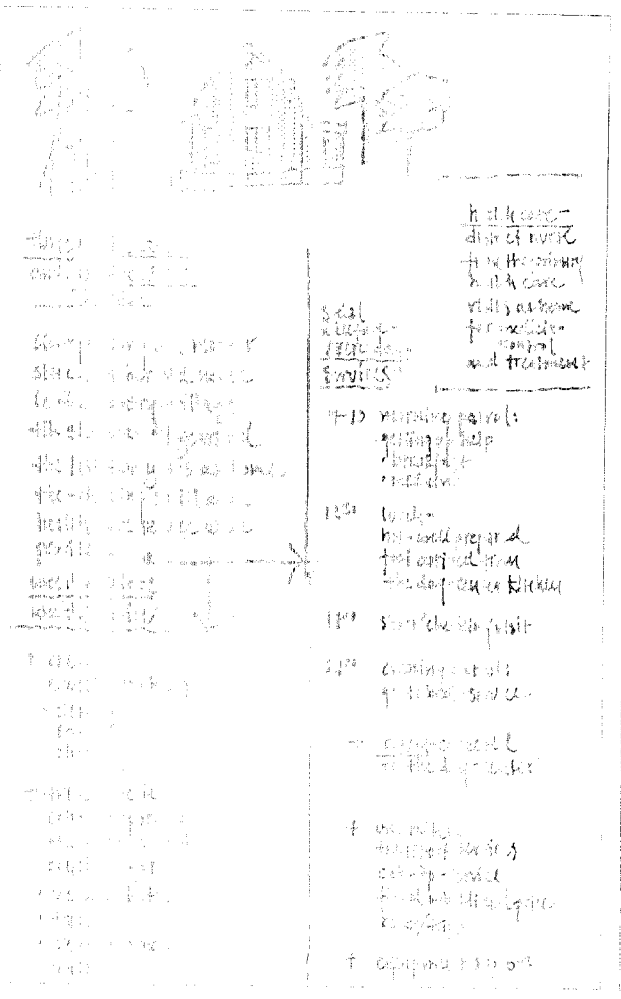


FIGURE 3

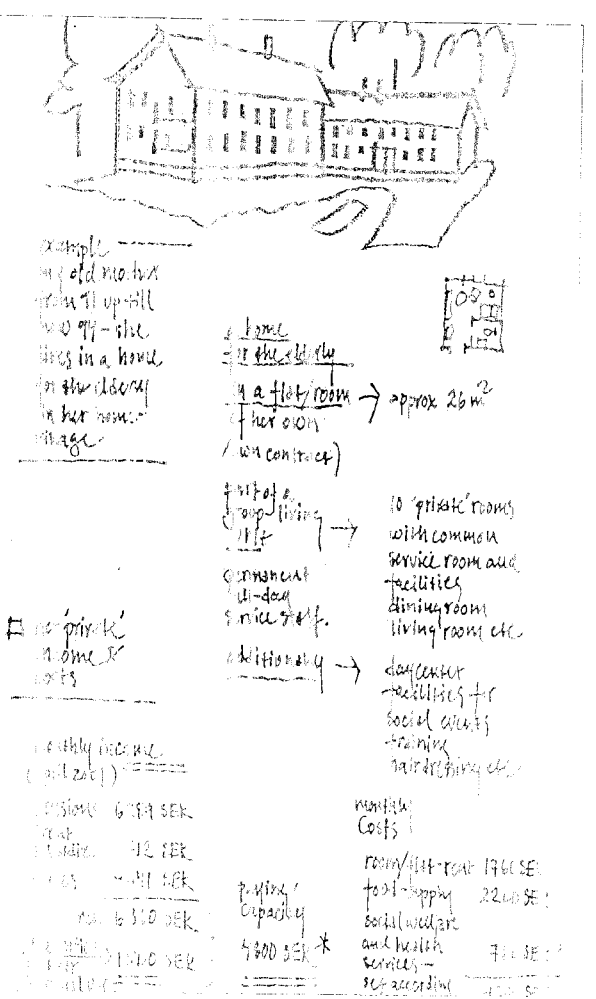
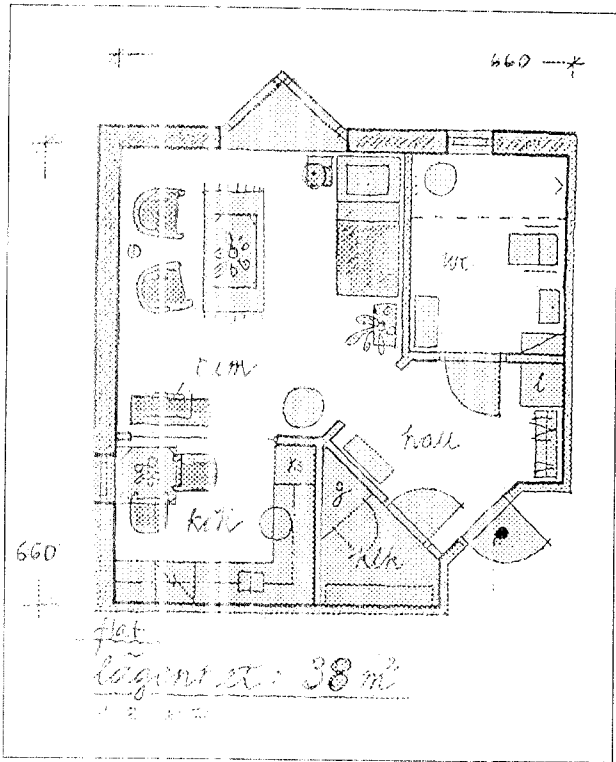
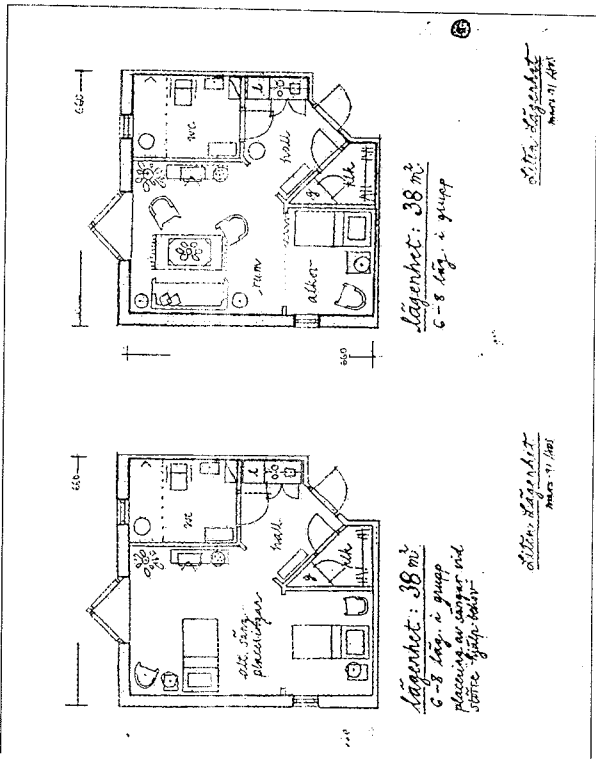


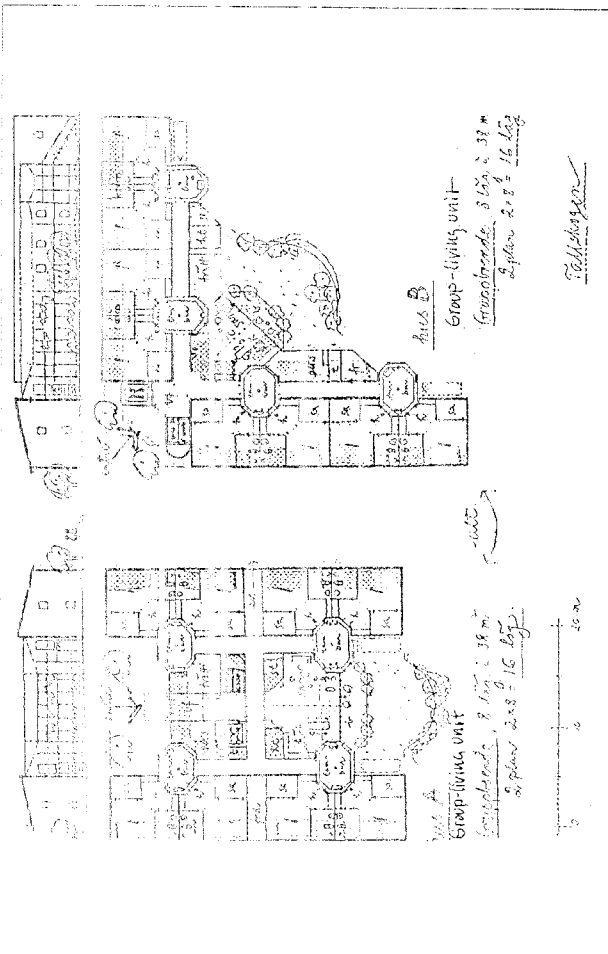
FIGURE 4



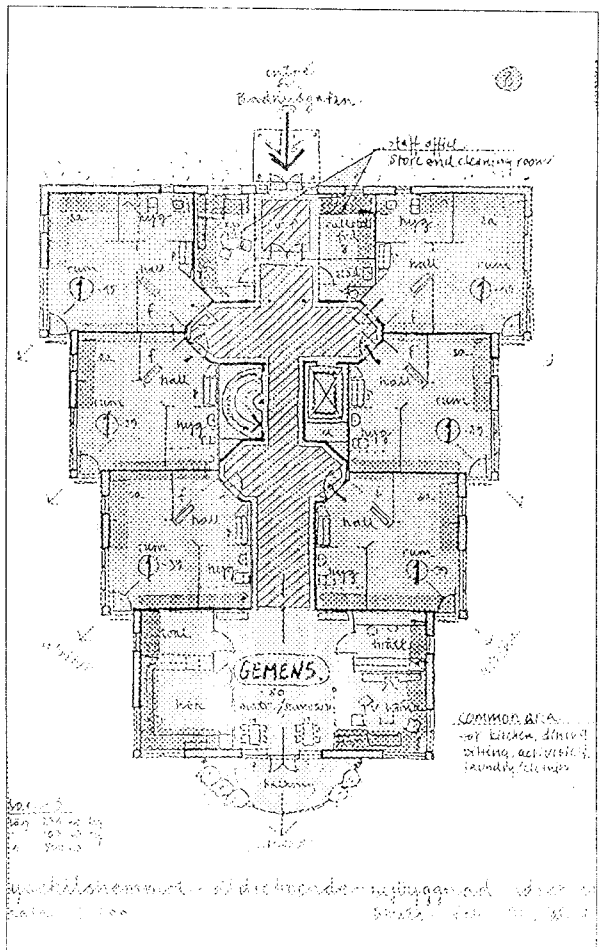
PICTURE 5



PICTURE 6



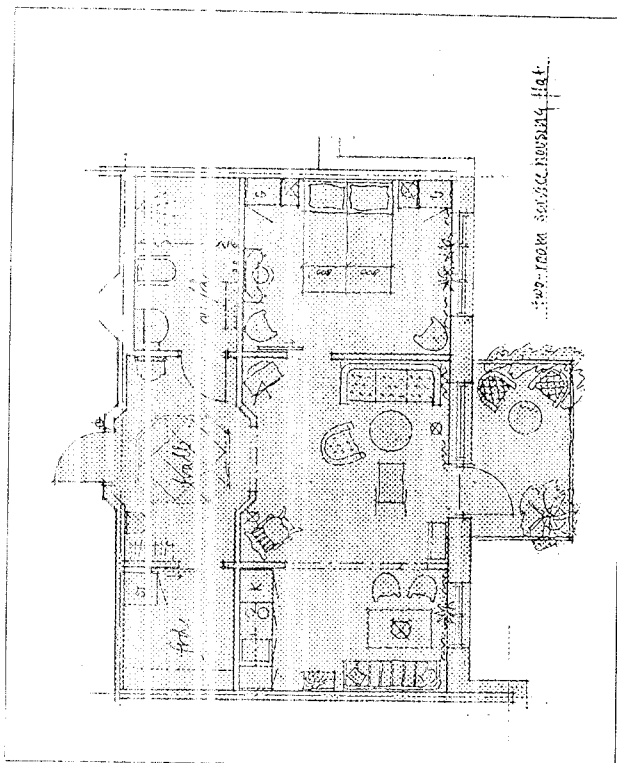
PICTURE 7



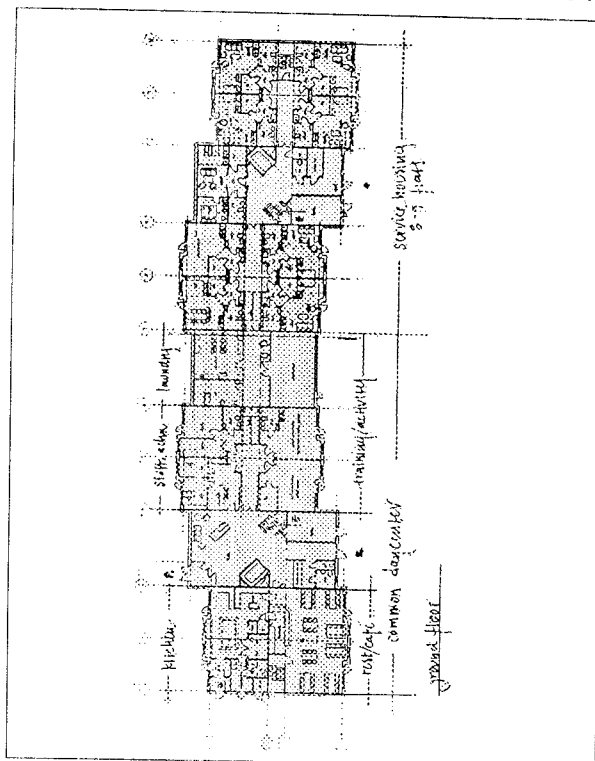
PICTURE 8



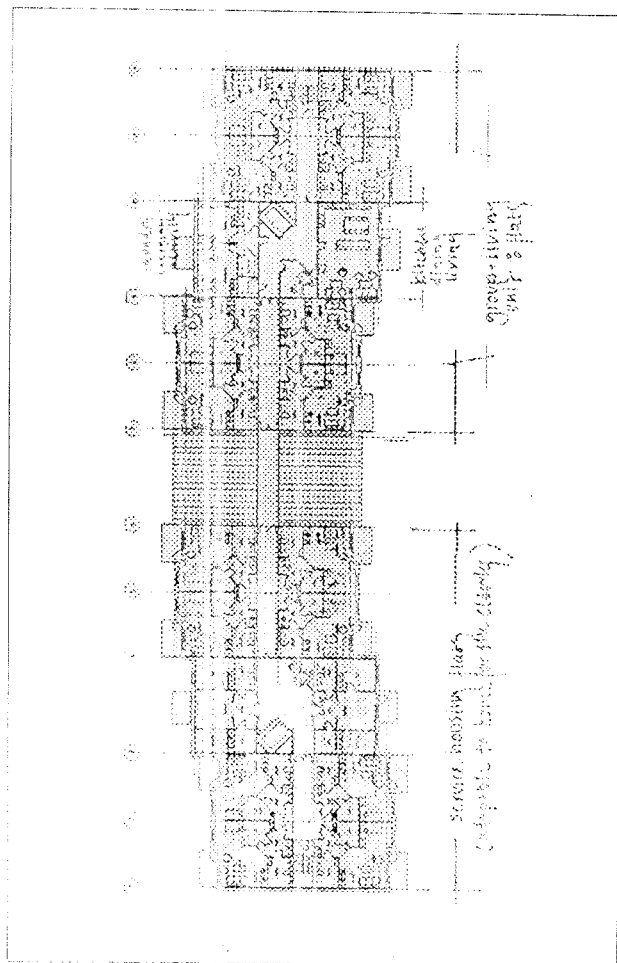




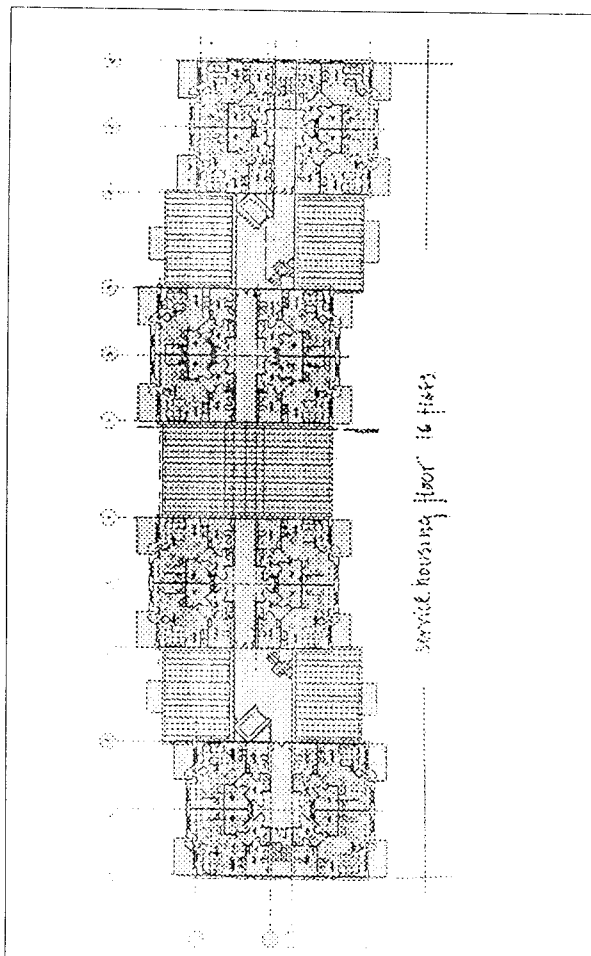
PICTURE 14



PICTURE 15



PICTURE 16



PICTURE 17

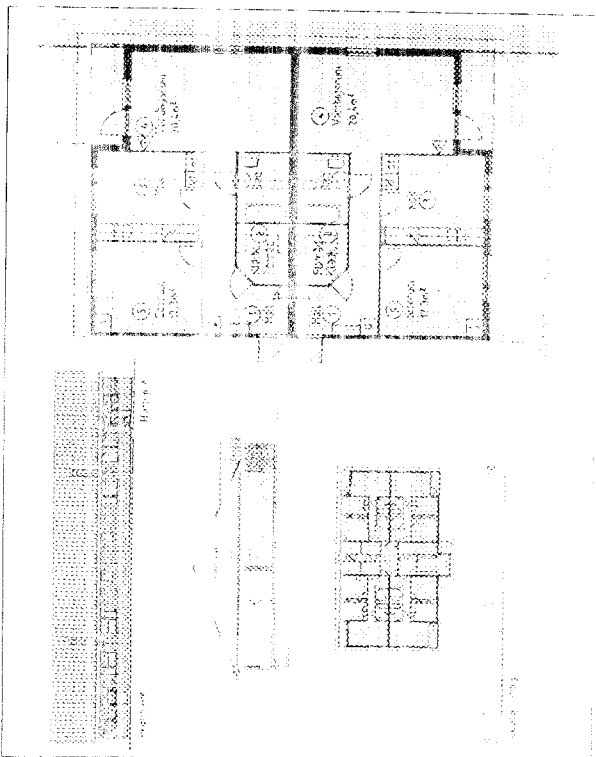
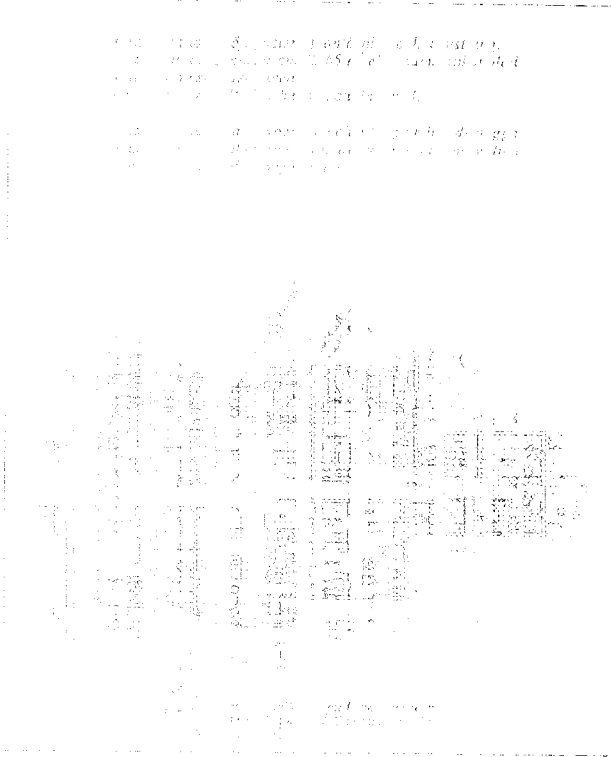


FIGURE 20

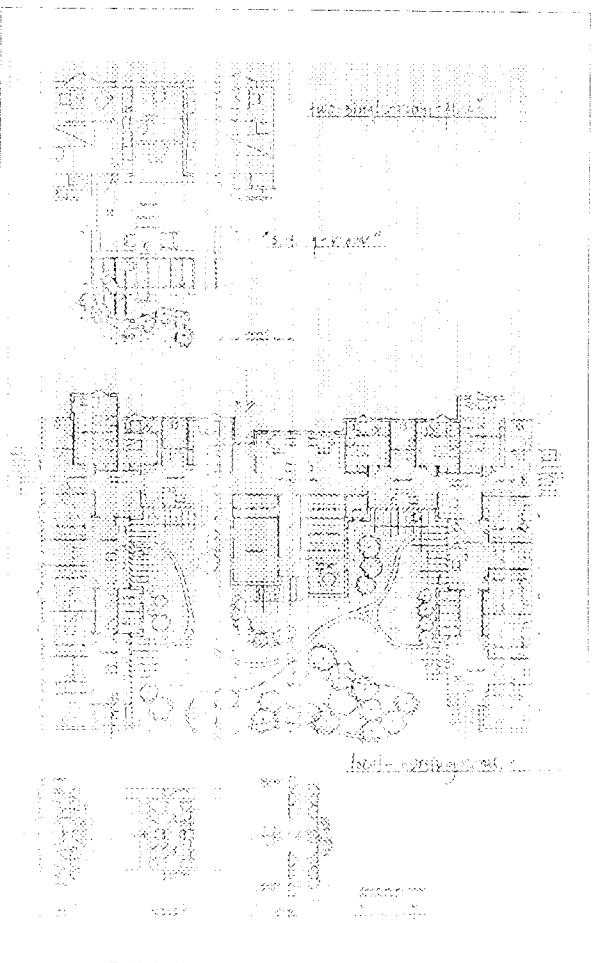
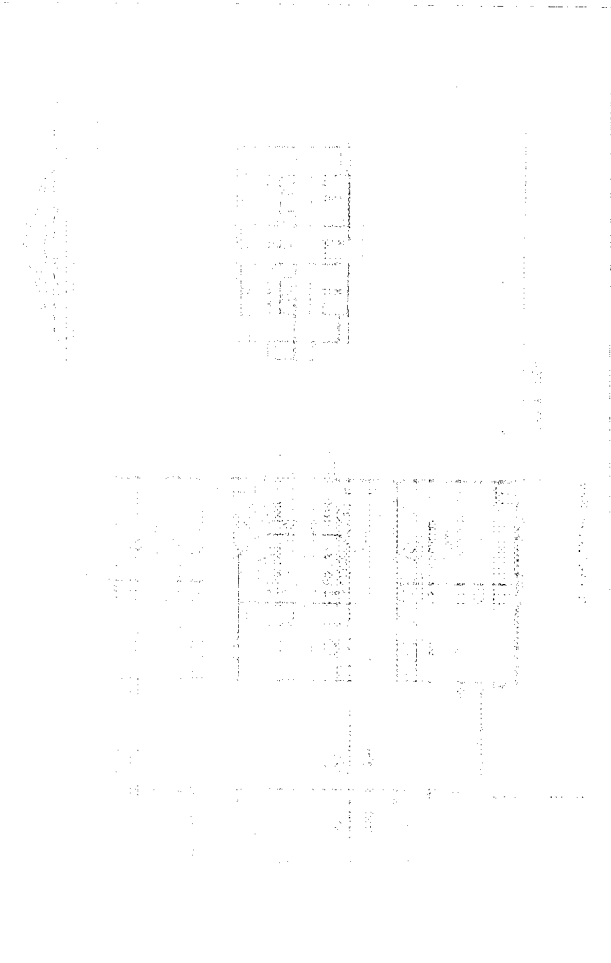


FIGURE 21



## “Recent Policies and Design-Applications for the Third Age in the Netherlands”.

J. L. Wessels, *Architect*,  
*Head Building Department National Board for Hospital Facilities*,  
 Utrecht, Netherlands

### Introduction.

My name is Luub Wessels. I am an architect and head of the building department of the National Board for Hospital Facilities in the Netherlands. The National Board was established in 1972 as part of the Hospital Facilities Act to advise the Minister of Health on issues concerning planning and design of hospital facilities and healthcare infrastructure.

The Board has three main tasks. (*sheet 2*)

1. To advise on and issue licences for health infrastructure design and construction of hospitals, psychiatric hospitals, institutions for the mentally handicapped, nursing homes and homes for the elderly.

2. To develop guidelines for the development of health infrastructure.

3. To be the knowledge centre for the Netherlands on healthcare infrastructure.

More information about the National Board you will find in the handout I gave you.

In this presentation (*sheet 3*) I will give a short overview of the present situation in my country. First I will go more deeply into the organisation and financing of the healthcare services, the role of the government and the legislation. Secondly I will describe standards, patterns and developments and in the third place I will give some examples of recently designed and built homes for the elderly and nursing homes.

### Organization, financing, government and legislation.

The problems of ageing in the the Netherlands is expressed in the following chart. On the basis of demographic developments it has been calculated that the number of people of 55 years and older will increase in the year 2015 to 2,9 million, which is about 18 % of the Dutch population. (*sheet 4*). It is however not certain that that also means that the housing facilities for the elderly must grow in the same way.

An actual study on demographic developments, done by the Social and Cultural Planning Office in The Hague, shows that the number of elderly people with few physical constraints will grow from about 900.000 to about 1.400.000. At the same time the number of elderly people with more physical handicaps will decrease (*sheet 5*). The conclusion of the study is, that the required capacity for homes for the elderly will be about the same as it is now, because most of the elderly want and are capable to stay at home. The required capacity of nursing homes however will increase with about 30 %, because there will be more people with a handicap who need care in a nursing home (*sheet 6*).

In the Netherlands exist a distinction between serviceflats, senior housing and homes for the elderly and nursing homes. (*sheet 7*).

Serviceflats and senior housing are covered by the Housing Act. The inhabitants do not need a separate indication for care, only their age is important. One must be older than 55. The rent is subsidised partly by the government.

Nursing homes and recently also the homes for the elderly are covered by the Hospital Facilities Act. The inhabitants of a home for the elderly need an indication for low care; they have to be quite self-supporting. The patients of a nursing home, divided in somatic and psycho-geriatric patients, need an indication for high care; most of them are not self-supporting. An indication will give access to the General Act of Exceptional Medical Expenses. Through this act the cost will be covered by the government.

My presentation will be focused on the homes for the elderly and the nursing homes. In the Netherlands there are 1443 homes for the elderly with a capacity of 114.000 places and 348 nursing homes with 57.000 places ( 26.000 for somatic patients and 31.000 for psycho-geriatric patients). The construction guidelines which are used to get a licence to build shows the following.

■ *Homes for the elderly: (sheet 8)*

Gross area per bed is 80 m<sup>2</sup> maximally (in case of 150 beds).  
Investment cost about f 210.000 - / bed ( € 93.000 - / bed )  
d.d. 01-01-2001, based on f 2.500 -/m<sup>2</sup> ( € 1.140 - / m<sup>2</sup> ) excluding cost for the building-site, the inventory and starting cost for removal, interim facilities, p.r.-activities.

■ *Nursing homes. (sheet 9).*

Gross area per bed is 65 m<sup>2</sup> maximally (in case of 150 beds).  
Investment cost about f 237.000 - / bed ( € 108.000 - / bed )  
d.d. 01-01-2001, based on f 3.650.-/m<sup>2</sup> ( € 1.656 .- / m<sup>2</sup> ) excluding cost for the building-site, inventory and starting cost for removal, interim facilities, p.r.-activities.

The process for building a nursing home is, in short, as follows (*sheet 10*). The foundation that wants to build a new nursing home asks a "certificate of need" from the Minister of Healthcare. The Minister asks advice from the National Board for Hospital Facilities about the capacities that can be granted, the healthcare aspects, the functional aspects and the cost. After the permission has been given the foundation chooses an architect and other consultants to start the design process. He also contracts a loan with a bank to finance the process.

After the design has been made it is sent to the National Board for approval. The Board looks after the care and cure aspects, the functional and building aspects and the cost. After permission is given by the Board the institution can start the construction. However the Board stays involved because it has to approve the cost of the contractors and also the cost that are made during the construction period which rise above the permitted cost. Its involvement ends with the approval of the building-account. The nursing home then processes the cost-investments in its rates. The patient pays premium to the insurance-company and the nursing home charges its rates to the insurance-company. And so the circle is round again. In reality it is more complex, but this description gives a reasonable idea of the process.

## Standards, patterns and developments.

### Standards.

The standard program of needs for homes for the elderly and nursing homes are described in the building-guidelines that are officially used by the approval of the building-designs. This means the following:

- *Homes of the elderly. (sheet 11)*

The most important function is the living area. It consists mostly of one-person units of 45 m<sup>2</sup> net, included sanitary facilities and a kitchenette, some two-person units of 49 m<sup>2</sup>, an activity room and a central bathroom. Besides there are some facilities for staff and storage in each department. A department consists of about 25 inhabitants (*sheet 12*). There is also a central recreation room, often used as dining room but also used for parties and for church services. In the central hall a few little shops must be situated. Administration, civil and technical services completes the total.

- *Nursing homes. (sheet 13).*

Also in nursing homes the most important function is the living area. It consists of one and two-person rooms. The one-person room must be 13 m<sup>2</sup> net. The two-person room has to have the possibility to be divided into two one-person rooms. Each two patient rooms has one sanitary unit. There also should be two or three living rooms in a department of 30 patients, where patients can have their meals, sit, read and play games. Besides that there are small sitting corners and a multi-functional room (*sheet 14*). Each department has rooms for nurses and other personnel. There is a nursing-station, a service kitchen and storage rooms. The department of motivation therapy is centrally situated, mostly next to a garden, so outdoors activities are possible. There is a central recreation and meeting room and there are small shops. The department of medical and paramedical treatment consists of rooms for the general practitioner and the dentist, a small laboratory and a small pharmacy. There are rooms for physiotherapy, psycho-social support and a mortuary. Of course there are rooms for management, administration and training, civil and technical services and facilities for the staff members like a restaurant and recreation room.

### Patterns.

The traditional lay-out of homes for the elderly is a high building of about eight stories with the general functions on the ground floor (*sheets 15, 16*). Most of them were built in the seventies with only one-person rooms. The last few years more and more attention is paid to small scale building facilities, well integrated into the (urban) environment. (*sheet 17*). The one-person rooms have changed in one-person units with a living room and bedroom, a kitchen and sanitary facilities.

The traditional lay-out of nursing homes consists also of a high building with mostly four-bed rooms and the general facilities on the ground floor. (*sheets 18, 19, 20*). The discussion about the privacy-aspects in nursing homes has changed a lot. Now only one- and two-person rooms are designed. Small scale facilities occur, with groups of about eight patients oriented around open or covered patio's with so called walking-circuits. A few years ago we tried to visualise the changing of the lay-out by analysing 21 buildingplans. I will show you some of them. (*sheets 21, 22, 23*)

As you can see much attention is paid to the clustering of the bedrooms and to the walking-circuits.

### Developments.

Gradually the divisions between the homes for the elderly and the nursinghomes will become less, especially concerning the living area's (*sheet 24*). Combinations of nursing homes and homes for the elderly provide so called "lifespan lasting institutions" where people of 55 years and older can reside and where the necessary care can be provided in the course of the years.

Parts of homes for the elderly are changed in so called "nursing-units", where care on the level of a nursing home is given by a nearby nursing home. More and more merges are made between nursinghomes and homes for the elderly, so many functions can be shared, like kitchens, physical therapy and day treatment.

In the future more small scale nursing home facilities will be built, where 6 people live in groups in their own rooms and with a communal living room, either in houses near a nursing home or in parts of the city. A strong tendency exists to separate the living-function from the care-function. The occupants lease or buy the livingaccommodation from a property developer or housing corporation and receive care at home, coordinated by a nearby nursing home. Communicationsystems, which is domotica and robotica are important for all these developments.

However the housing and care for the ageing population in the Netherlands has not yet reached the desired level (*sheet 25*). There still are not enough beds, which means long waiting lists. Many old houses are not yet remodeled into new concepts. As an example I show you the renovation plans of the nursinghome I showed you before (*sheet 26 en 27*). More attention needs to be paid to matters like (*sheet 28*):

- a positive social environment ( designs that make easy social interaction possible),
- privacy aspects (possibilities to choose for areas with more or with less privacy),
- the feeling of safety (spatial orientation, well adapted signposts (*sheet 29*),
- the location of nursing-stations, good bannisters and handles, not too many floors since lots of ageing people need a visual contact with the ground (*sheet 30*) and avoid high parapets so one can look outside from his or her (wheel)chair (*sheet 31*).

### Examples of recently designed homes.

#### 1. Nursing home "Het Houtense Erf" in Houten.

A nursing home with 102 patients in 3 departments (2 psycho-geriatric and 1 somatic). Each department consists of 2 units with two living groups each. Every living group has 7 or 8 one-person rooms and 1 living room. There is a clear division between private and public areas. The inhabitants of the neighbourhood can use some facilities like the restaurant. It is designed by the architects Oomne, Kohlmann, Waltjen and is in use since 2000. (*sheets 32, 33, 34, 35*).

#### 2. Home for the elderly "Broekheumerstede" in Enschede.

A complex with 140 apartments for elderly people with or without a care indication.

---

It has a "Grand-café", that also can be used by other people in the neighbourhood. It is situated in a residential area of the town. Designed by the architects Jorissen and Simonetti and in use since 1998. (*sheets 36, 37*)

### 3. Home for the elderly "De Gelderhorst" in Ede.

The only centre for old deaf people with 4 circle-like units with 81 apartments. The apartments are situated around a large hall, so everybody can see each other. This is essential for deaf people who communicate by lipreading and hand-language. Designed by the architect Wentink and in use since 1997. (*sheets 38, 39*).

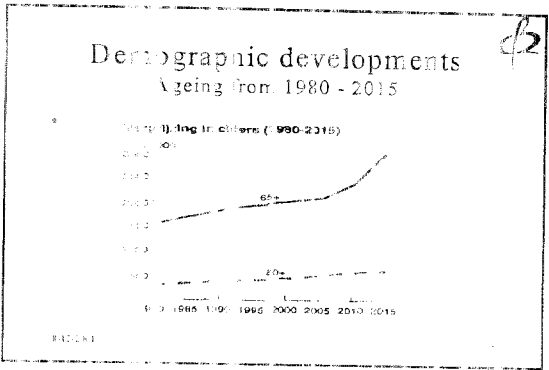
### 4. Care-complex "Bergweg" in Rotterdam.

A lifespan lasting complex with 195 two and three-room apartments where care is given on the level of a home for the elderly as well as on the level of a nursing home. There is a service-centre with 20 day-treatment places, a physiotherapist, a speech therapist, a dentist and a general practitioner. The apartments are situated around a large atrium, with a restaurant, a lounge and a marketplace. Designed by E.G.M. architects in Rotterdam and in use since 1996. (*sheets 40, 41, 42, 43*).

### International Board For Hospital Facilities

The international standards for health care facilities design and construction of general hospitals and hospitals for special care. Hospital management training courses are available for the elderly care sector. Guidelines for health care facilities.

Key words: standards for the elderly care sector. Guidelines for health care facilities.

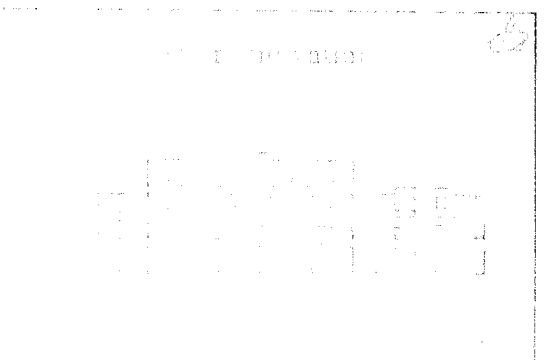
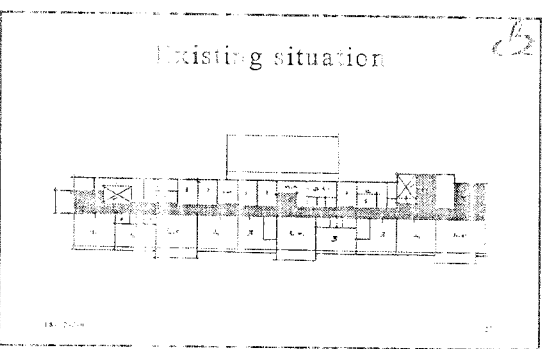
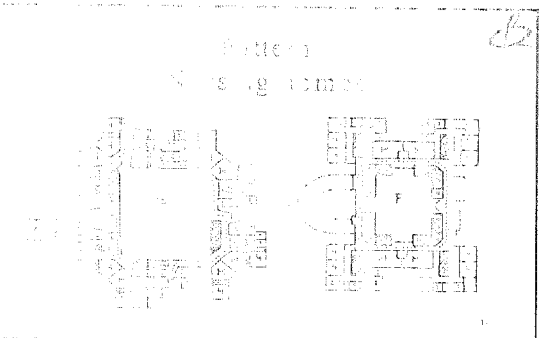
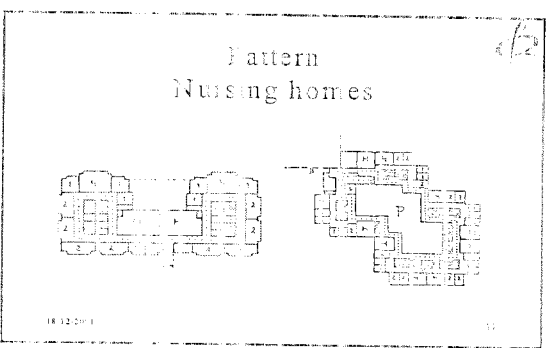


### Standards for the elderly

- 24-hour care
- 4-5 floors
- 200-300 beds
- 40-50% of beds for the elderly
- 100-150 rooms
- 10-15% of rooms for the elderly
- 10-15% of rooms for the elderly
- 10-15% of rooms for the elderly

### Patterns of care for the elderly

- About 8 stories high
- General functions on the ground floor
- All one person rooms
- Build in high events



### Problems (2)

- More attention to:
  - create a social environment
  - privacy aspect
  - the feeling of safety



Nursing home Het Houtense Erf  
at Houten

18-12-2001 27

Nursing home Het Houtense Erf *B*  
at Houten

18-12-2001 28

Nursing home "Het Houtense Erf" *B*  
at Houten

18-12-2001 29

Nursing home "Het Houtense Erf" *B*  
at Houten

18-12-2001 30

Home for the elderly  
"Broekheumerstede" *B*

18-12-2001 31

Home for the elderly  
"Broekheumerstede" *B*

18-12-2001 32

Home for the elderly  
"De Gelderhorst" at Ede *B*

18-12-2001 33

Home for the elderly  
"De Gelderhorst" at Ede *B*

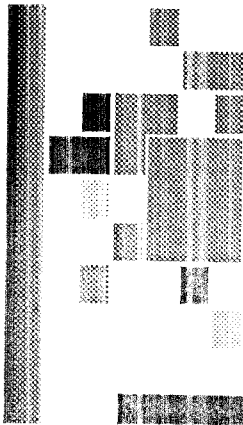
18-12-2001 34

Care complex "Bergweg" at  
Rotterdam *B*

18-12-2001 35

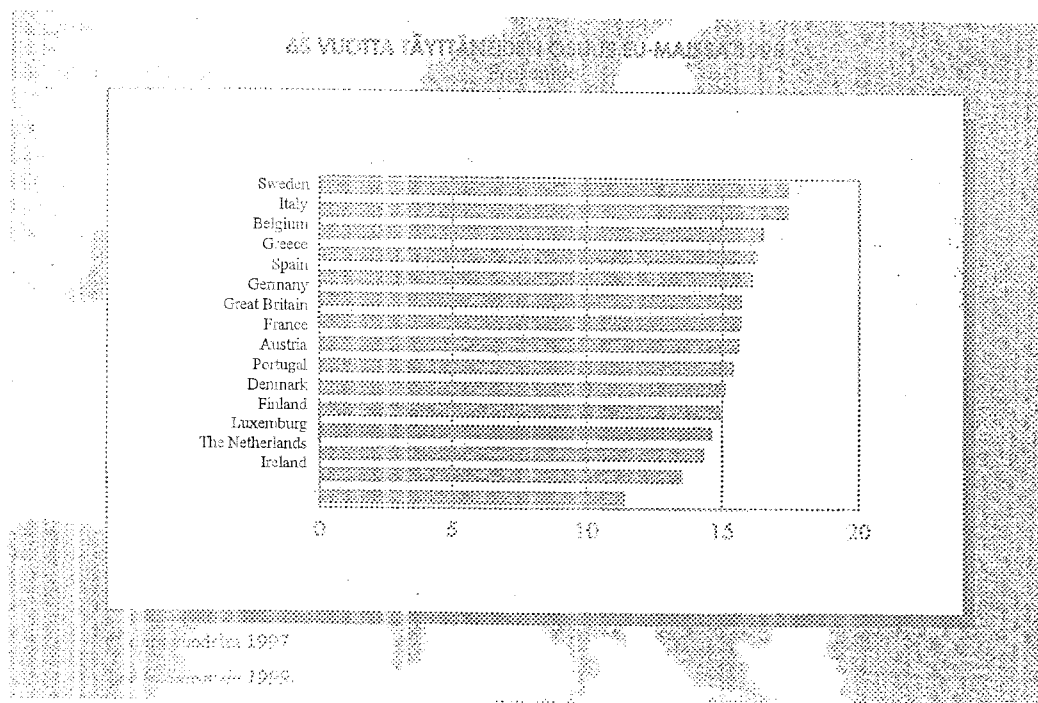
Care complex "Bergweg" at *B*  
Rotterdam

18-12-2001 36



**“Living and care environments for the Elderly - Trends in Finland”**  
 Helinä Kotilainen, M.Sc. Arch. SAFA, Chief Architect,  
 National Research and Development Centre for Welfare and Health,  
 Stakes, Finland

Finland has a population of about 5.2 millions. The population number is estimated to remain substantially unchanged during the next 30 years. The increase will be only 100 000. However, the age structure of the population will change markedly. At present the proportion of those over 65 is about 15%. In 2025, the percentage will be almost 25%. Similarly, those over 75 now account for about 6% of the total population; in 2025, the proportion will have nearly doubled. Although Finland now has the fourth youngest population in the EU, we will be the fourth oldest in 25 years.



Population over 65 in EU-countries, 1999. (Source: Kuntapuntari 2000)

In Finland, policies on elderly people aim at promoting the well-being and independence of ageing people and at ensuring the provision of good care to all elderly people. The values underlying these policies include equality, autonomy, social integration, economic independence and security, and justice.

These objectives also require that efforts should be made to influence housing policies, living environments and residential environments. In the long run all residences

should meet the requirements of inclusive design and the environment should be accessible to all. Such ambitious objectives can only be achieved gradually. As there are still many older people with inadequate housing and 9 out of 10 older persons still live at home, efforts will be made to improve the housing conditions of these people in the next few years.

### Social Protection for the Elderly in Finland

To get a comprehensive picture of the care of the older people in Finland it is important to look at the social welfare and health sectors as an entity. In the next table the developments between 1988 and 1998 in the most important care services for the elderly are described

Coverage of the service % of the age group	1988	1998
Home help clients % of 65+	19	11
Support services clients % 65+	15	14
Home care allowance clients % 65+	2	2
Home nursing clients % 65+	9	-
Service housing places % 65+	1	2,4
Residential home places % 75+	10	7,6
Long term nursing beds, primary care % 75+	4	5
Long term nursing beds, specialised care 75+	3	0,3
Long term care places, total	17	12

According to the national care register a radical change in the service structure has been taking place since 1988. In general, the service supply for the older people has shrunk. During 1988 - 1998, the number of elderly home help clients decreased by 40 %. Increases in other community services compensated for the decrease only to a minor degree. The long term care in old-age homes has been substituted for with service housing. The structure of long-term care in health care has also changed as the primary care (health centres) has taken the major responsibility for people needing long-term hospital care.

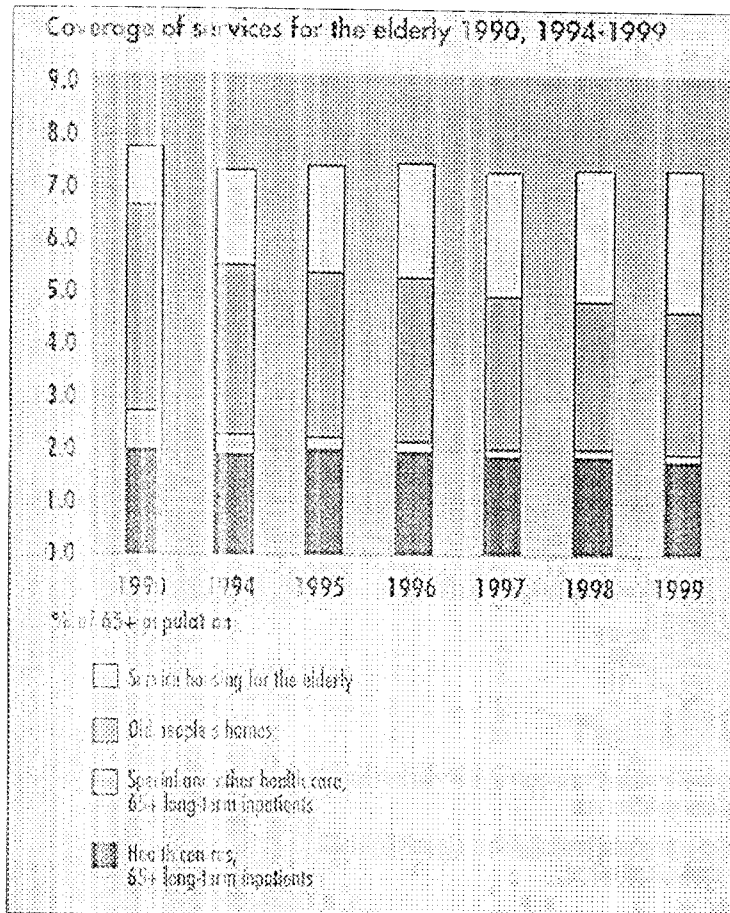
There seems to be a growing gap between the need and supply of domiciliary services for the elderly, even with the great regional variation across the municipalities. This doesn't give any good promises for the older people in need of community services at home. If this continues, it may hamper the ideology of supporting elderly people's option to live at home as long as possible.

However, there are also many positive developments going on in the country. New technology has been implemented to support both the clients' independent living and professional work. The community services are improved with various forms of intermediate and domiciliary services, such as group homes, smart homes and night and weekend patrols in home help, home nursing etc

Boundaries between community care and institutional care have been lowered, and the goals of integrated care chains, co-ordination for continuity of care and the quality of care are widely accepted and boosted by various programmes launched to achieve these goals

### Services for the elderly

In 1988, 17 to 18 per cent of 75-year-old and older Finns were in long-term institutional care. In 1993, a working group of the Ministry of Social Affairs and Health laid down the objectives that a reform in the service structure was to accomplish. In the long-term care of the elderly, 90% of 75-year-olds and older were to be able to live independently or with the help of support services at home by the year 2000.



(Source: Facts about Finnish Social and Welfare and Health Services 2001)

This objective was achieved in 1998. At present the number of places in the institutional care of the elderly is below the EU average and lower than in the other Nordic countries. The change has been drastic. Institutional care was previously most widespread in Finland among the Nordic countries.

### Health services organisation in Finland

Finland has built its health policy on the Health for All by the Year 2000 programme of the World Health Organisation. These objectives are to improve both the standard of care and the distribution of health care. The latter objective seeks to eradicate disparities in health between different socio-economic groups. A concentrated effort has been made in recent years to integrate the delivery of social welfare and health care services. To this end some local authorities have combined the health and social welfare boards into a single basic security guarantee board.

The health care in Finland is best approached through a distinction between primary and specialised health care. Primary care in municipalities is handled by the health

There are 277 health centres in Finland. Each health centre usually combines a number of clinics in different parts of the municipality or area administered by a joint municipal board.

The Primary Health Care Act (since 1972) sets the functions of health centres as follows:

- to inform health matters (public health education, family planning etc.)
- to provide primary and second health care clinics and health services for school children and employees
- to provide special treatment
- to provide special care for all the residents of the municipality (inpatients and outpatients)
- to provide medical rehabilitation
- to provide provision of mental health services
- to provide home nursing
- to provide ambulance service

There are only 13 health centres without a health centre wards. In 2000 the number of hospital beds per 100 000 was 24 100 (459 beds per 100 000 inhabitants). The health centres and wards are mainly occupied by older people. The departments are led usually by a specialist usually by a specialist doctor.

Specialist clinics are also responsible for organising special treatment (surgery etc.) for the population of the municipality. This treatment is provided in hospitals, including the regional central hospitals and university hospital. Patients have to have a referral from a family doctor or from a private doctor.

There are 21 hospital districts. The municipalities are obliged to belong to one of the hospital districts. They still can buy health services from other hospital districts if needed by a patient.

#### Financing structure of the health care

In 2000 the State's share of health care expenditure as a proportion of the GDP was 10.2% compared to that of other Western industrialised countries. Health care is financed primarily by the State and by local authorities. Government grants account around 40% of the total funding for 75% of funding. In total the public sector account for 75% of health care financing.

Health care services were basically free of charge until 1991, when the payment system was introduced partly due to a change in the state subsidy system.

The National Insurance Institute is public and covers the entire population. The National Insurance Institute covers the following benefits: sickness allowances, parenthood allowances, parental allowances, refunds on medical care expenses, as well as allowances for medical care services. Refunds on medical expenses are available to patients.

#### Health care services

The National Insurance Institute is responsible for social care services for the older people in Finland. The services are based on the principle of universal social welfare. The services are provided by the responsible authorities. The way the services are provided is decided by the municipalities; it can be once services are self have joint services.

provision with the neighbouring municipalities or buy services from other municipalities, joint councils or private service providers.

### **Financing structure of the Social Care Services**

The costs for social welfare services are mainly paid by the State and the municipalities. The State pays subsidies for the operating of social welfare services. The state subsidy is calculated for each municipality and it varies according the criteria for subsidies (number of children, number of older people, unemployment rate etc.). Separate subsidies are paid for new investment (buildings).

The municipalities have taxation rights and use a significant part of the revenue for services (social welfare, health care and education), together with state subsidies they receive. The share of public funding (State, municipalities and employers) is around 80 % (1999).

### **Various living and care environments for older people - are guidelines, norms or standards needed?**

#### **Service housing**

Far-reaching changes in health and social sector have been under way since the beginning of 1990s. The entire sector is being restructured, with the focus being shifted increasingly towards outpatient services and home care. The special needs of the older people must be given special consideration in all housing development.

This naturally also applies to sheltered housing. Due to the special nature of this service, however, sheltered housing primarily comes within the sphere of municipal health and social welfare policy. Being a form of outpatient care, it offers a very humane solution to care and services for people with special needs.

Different people often mean different things when referring to sheltered housing and service flats. 'Service flat' here is taken to mean a home for the older people or some other group with special residents, who need regular daily care and attention in order to cope in daily life. If this care entails several daily visits by outside carers, sheltered housing may prove to be the ideal solution.

The term 'sheltered home' generally refers to a block of service flats with service facilities, organised care and nursing, special service systems and help at hand around a clock. Sheltered homes are run by trained staff, with service facilities generally also available to the (older) people living in the neighbourhood. Group homes are a subclass of sheltered home.

#### **Funding**

Sheltered housing is funded through various sources including municipal budgets and State subsidies via the social welfare administration. The other sources are the Housing Fund (ARA), the Slot Machine Association (RAY) and private sources.

Current legislation gives local authorities then freedom to determine who is eligible for State-subsidised housing on the basis of the applicant's need for special care.

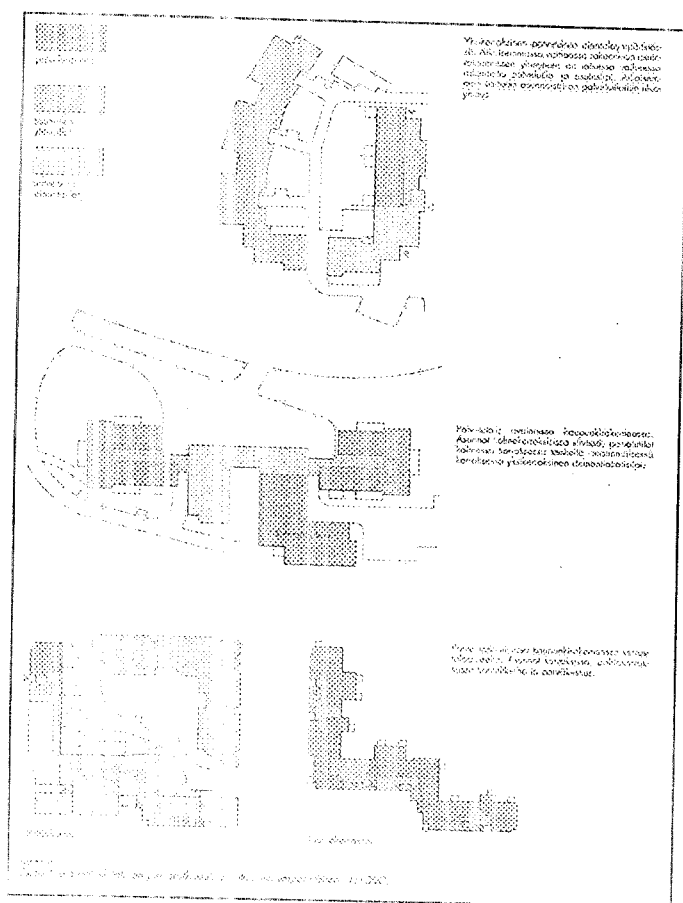
### Siting of sheltered housing

In choosing the location of sheltered housing, primary consideration must be given to the existing services available in the community. It must be decided whether the facilities are intended to serve only the immediate residents or the entire community.

In past experience, various factors have argued in favour of a central location for sheltered housing: the convenience of outside users, visitors and volunteer workers, and the residents' needs of stimulating environment. Nevertheless, another point of view is: a unit of sheltered housing may keep a small village alive and support the elderly to stay where their roots are.

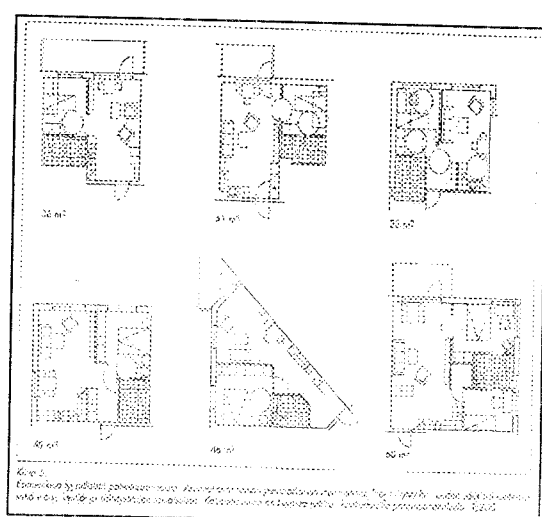
The layout of sheltered housing must be based on a specific functional plan approved by the client. Running costs are a primary consideration in planning the layout. Small blocks of service flats are generally the most pleasant alternative for residents, although this raises the expense of hiring staff and night attendants.

The greatest problem confronted by residents in service flats is the loneliness and fear arising from a sense of insecurity. Living in a spacious, well-designed flat is not the main priority for the resident, who feels helpless, being near other people is far more important. Service flats are therefore usually designed in groups of 5 - 7, which share access and an adjoining informal meeting area for socialising.



Examples of service housing (Source: RT 93-10534)

- dark blue - service flats
- blue - common facilities for the flats
- light blue - service centre
- grey - old flats



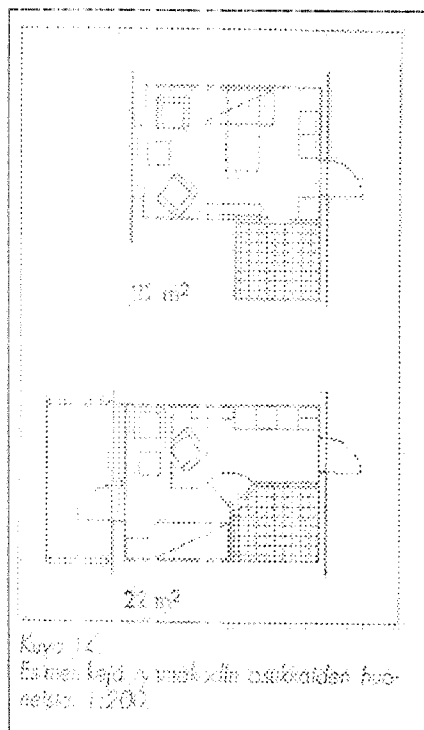
Flat layouts (Source: RT 93-10534)

## Group homes

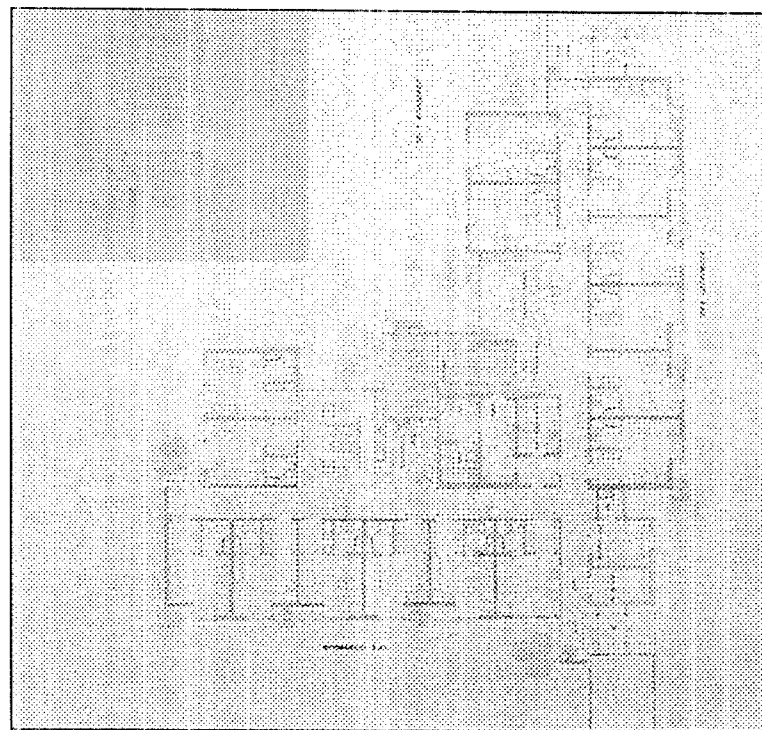
A group home unit described as a service flat generally means a large service flat occupied by several residents, usually five at most (until 8 or 10). Each resident has his or her own around 23 sqm bedroom with adjoining bathroom with wheelchair access. The flats have a combined kitchen - living room, a lounge, and other shared facilities. The total area per one resident should not exceed 40 sqm. Group home units have been built both for people with dementia and physically or mentally handicapped people.

When integrating the flats and other facilities described above within a single complex, the greatest design problem is the arrangement of internal access. Flats and stair halls should be accessible even if other sections of the building are closed. Outside customers should have access to the service facilities from a separate entrance rather than having to pass through housing units.

Design recommendations for the architects are published by The Building Information Foundation (RTS) (in mutual understanding with the Housing Fund and the Slo-Machine Association), nevertheless they are not norms to be strictly followed. Some illustrations will be shown here.



Private rooms in a group home  
(Source: RT 93-10534)



Group home Eleonoora, 1<sup>st</sup> price in a competition  
(Markku ja Liisa Sievänen, architects)

Stakes has conducted some research on group housing during last years and published a checklist for designers and clients on group homes for people with dementia.

- The nursing unit should be destined solely for elderly people with dementia.
- There should be about 10-12 residents and about 8 staff.
- If possible, the unit should resemble a single-family home, be surrounded



- by other housing, and have its own fenced yard and garden.
- The facility should be uncluttered and it should be easy to move around in it.
- Private rooms, or rooms for two, furnished with the residents' own furniture, curtains, paintings, rugs, etc.
- Sufficient, spacious facilities for personal hygiene, either as parts of the rooms or in their immediate proximity.
- Homelike and spacious kitchen, where the residents and the staff are able to prepare meals together. Sufficient housekeeping facilities.
- A living room that is sufficiently large, but not too large.
- Homely togetherness should be adopted as the way of doing things. The residents should have a chance to participate in joint decision-making, everyday chores and hobbies with the staff.
- The job descriptions of staff should be multidisciplinary and flexible, education and training a habit. The environment can be beautiful and stylish, but only the people make a home out of it.

### Institutional environments

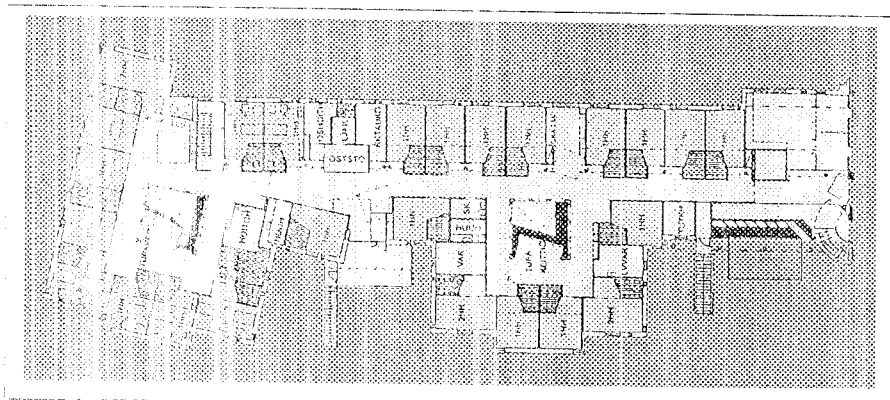
In the year 1999 3,4 % of people over 65 were living in old age homes, 0,1 % in long-term specialised care and 1,7 % in long term care at health centres. Total long-term institutional care covered 5,1 % of people over 65. The corresponding figure for people over 75 was 10 %.

According to a research conducted by Stakes a few years ago the most significant indicators of the quality of the premises and the care environment are:

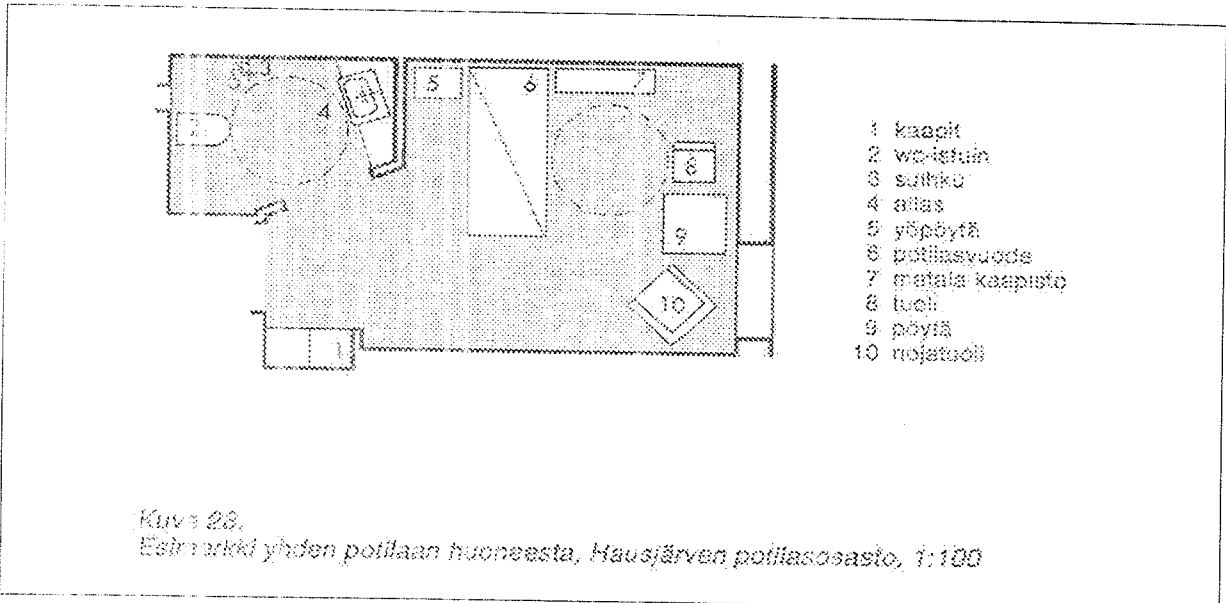
- individuality and privacy
- community orientation
- the maintenance and promotion of physical capacity
- homeliness and comfort, and
- factors enhancing work safety and job satisfaction.

Using very simple indicators another research (Stakes 1999) revealed still a lot of shortages in the quality of nursing and care environments in old age homes and health centre wards. In health centres only 20 % of the long-term patients has a private room, nearly 40 % is staying in a 2 patient room. 21 % of the rooms is provided with adjoining bathroom. In public old age homes 70 % of the residents is living in a private room, in private old age homes the figure is 55 %.

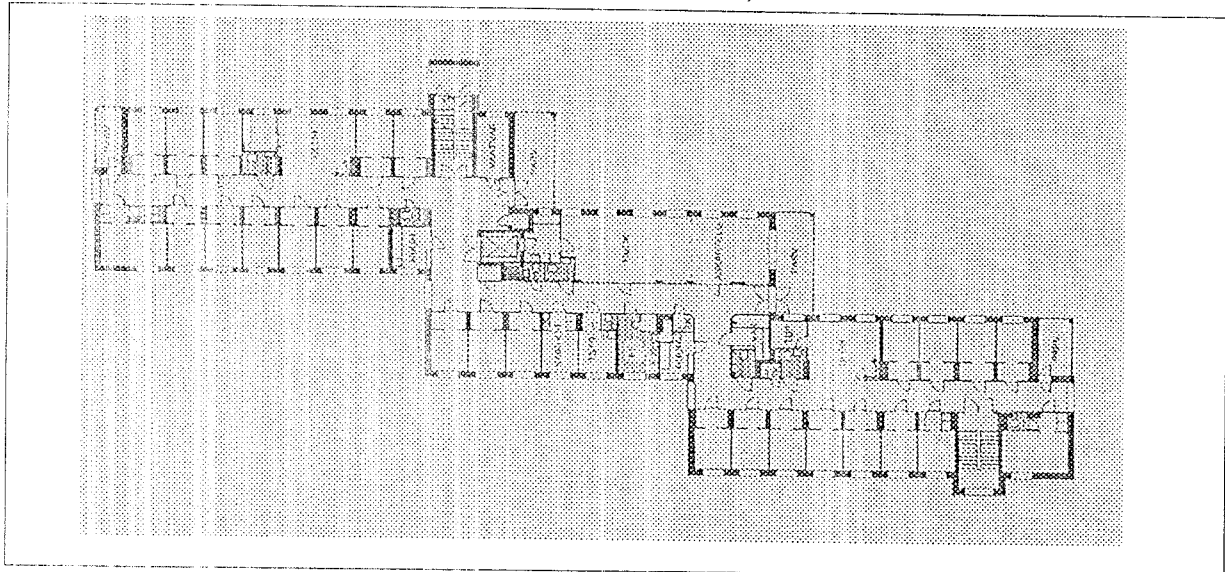
Typical layouts of two health centre wards and two old age homes are shown below.



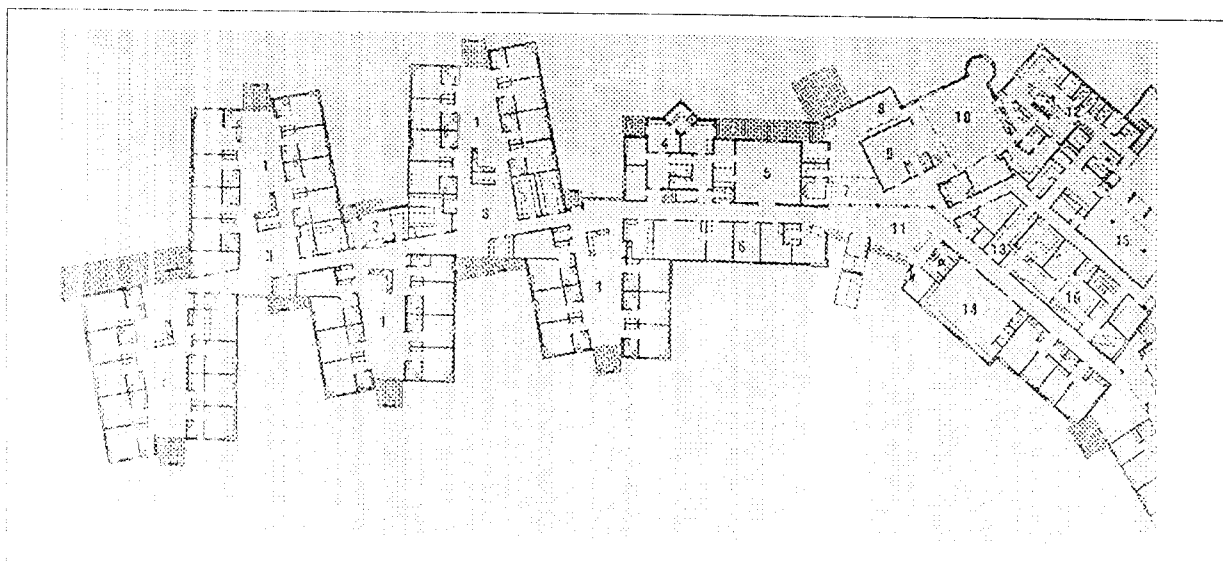
Hausjärvi health  
Centre ward from 1990s



Patient room, Hausjarvi Health Centre ward (Source: RT 96-10594)

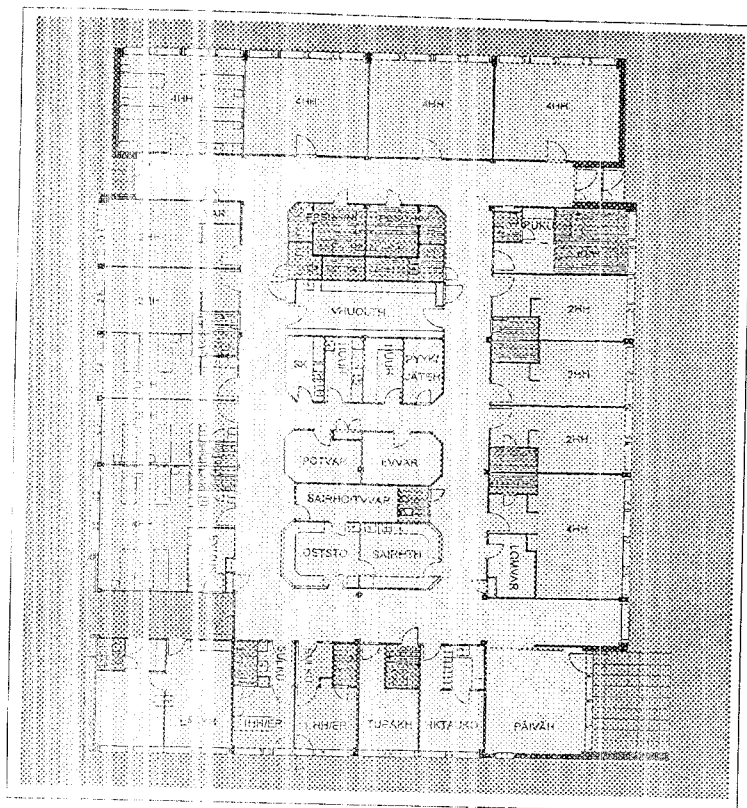


Koukkuniemi old age home from 1950s



Kiuruvesi old age home from 1990s (Arkkittehti, Finnish architectural review 2/3 1995, NVØ Architects)

Ulvila health centre ward from 1970s



Municipalities are very independent in arranging the services including construction of facilities as described before. There are no national norms to be followed by service planners and designing architects. However, design recommendations for health facilities are also published by The Building Information Foundation (RTS). Some illustrations will be shown here.

### The quality of care

The quality of care and services for older people has been widely discussed in Finland recently. They are in the focus in the Government-approved Target and Action Plan for 2002 - 2003. The National Framework for high-quality care and services for older people has been published in May 2001. The framework will apply to all social welfare and health care services but the main emphasis is on home care, service housing and residential care of older people.

The national framework will help the local authorities to develop their service systems in accordance with their local needs and resources. The national standards are not, however, binding on local government, rather they are designed to encourage service users, their families, and other local people to become involved in setting targets and evaluating operations.

- » The national framework for high-quality care is intended for municipal leaders and decision makers, those in charge of outlining operations and allocating resources to them
- » The framework will be an aid to municipal audit committees in evaluating the appropriateness of municipal measures, how far targets have been reached and how well budgeted funds have been used.

- For local inhabitants, the framework will provide a guideline that allows them to evaluate the standards of care and operating procedures in their home municipality and propose improvements.
- The framework can be used to help in drawing up municipal plans and budgets in which the targets are translated into actual numbers of employees, investments and other operating expenses.

This framework will be followed by series of guide books on i.e. staffing and facilities during next years 2002 - 2003.

#### Sources:

Daatland, S.O. (red.) Framtidens boformer for eldre. Perspektiver og eksempler fra de nordiske land. Nord 1999:26. Kobenhavn. ISBN 92-893-0401-4

Housing Fund of Finland and RAY: 1992 - 1995 Sheltered Housing in Finland, Vammala 1995. ISBN 951-682-373-4

Ministry of Social Affairs and Health, Association of Finnish Local and Regional Authorities: National framework for high-quality care and services for older people. Helsinki 2001. ISBN 952-00-0972-8

Vaarama M., Kautto M.: Social Protection for the Elderly in Finland, Stakes, Saarijärvi 1998

The Building Information Foundation (RTS): RT 93-10534 Service flats, sheltered apartments, old people's homes. Helsinki 1994.

The Building Information Foundation (RTS): RT 96-10594 Health care buildings, health centres. Helsinki 1996.

