

U. Bibl

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία
από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας
της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΘΕΜΑ:

**'' ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ
ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ''**

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

Επίκουρος Καθηγητής

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΑΡΒΑΝΙΤΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ Νοέμβριος 1994



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	9213
----------------------	------

Η επιτροπή για την έγκριση
της πτυχιακής εργασίας είναι :

Παπαδημητρίου Αθανάσιος
Επίκουρος Καθηγητής Κ. Ε.

Γαϊτάνη Ρεγγίνα
Καθηγήτρια Εφαρμογών Κ. Ε.

Αποστολόπουλος Απόστολος
Εκτακτος Καθηγητής Κ. Ε.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ	13
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΑΤΩΝ	13
Α. Πολιτική και υγεία : θεωρητικές προσεγγίσεις	13
Β. Εθνικό Σύστημα Υγείας	29
Β ₁ . Εθνικοποίηση και Κοινωνικοποίηση.	29
Β ₂ . Γενικές αρχές και διάρθρωση Εθνικού Συστήματος Υγείας.	33
Β ₃ . Έννοια και αρχές Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης.	39
Β ₄ . Μορφές παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης.	41
I. Γενικός οικογενειακός γιατρός	41
II. Παροχή υπηρεσιών από γενικό γιατρό και νοσοκόμα	42
III. Το Κέντρο Υγείας	43
IV. Κινητή νοσηλευτική μονάδα	47
Β ₅ . Εξωνοσοκομειακή Περιθαλψη	48
I. Εξωτερικά ιατρεία	49
Β ₆ . Δευτεροβάθμια περίθαλψη	52
Β ₇ . Τριτοβάθμια περίθαλψη	55
Β ₈ . Γενική κρίση για την παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα	56
Γ. Υγεία και Κοινωνική Εργασία.	57
Γ ₁ . Παρουσίαση θεωρητικών προσεγγίσεων, που καθορίζουν το όρο "Υγεία".	57
Γ ₂ . Ένταξη Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα Υγείας	74
Γ ₃ . Τεκμηρίωση της αναγκαιότητας της προσφοράς του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της υγείας.	79
Γ ₄ . Πλαίσια εργασίας Κοινωνικού Λειτουργού στο χώρο της υγείας	86

Γ ₅ . Μέθοδοι Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα υγείας	89
Γ ₆ . Ιατρικό επάγγελμα και σχέση με Κοινωνική Εργασία	92
Δ. Ιατροκοινωνική εργασία	101
Δ ₁ . Ρόλος κοινωνικού λειτουργού στην Πρωτοβάθμια Περιβαλψη	105
Δ ₂ . Ρόλος κοινωνικού λειτουργού στη Δευτεροβάθμια Περιβαλψη	121
Ι. Μοντέλα διεπιστημονικών ομάδων υγείας.	134
ΙΙ. Ρόλος κοινωνικού λειτουργού στο τρίμηο εφημερίας του Νοσοκομείου στις πρώτες βοήθειες.	140
Ε. Η αντιμετώπιση του άγχους σε οργανώσεις υγείας	145
Ε ₁ . Φύση του άγχους	145
Ε ₂ . Παράγοντες που σχετίζονται με το άγχος στα Νοσοκομεία	146
Ε ₃ . Στατηγκές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση δυσκολιών	153
ΣΤ. Κοινωνική Εργασία με επιπτώσεις θανάτου.	160
ΣΤ ₁ . Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με την οικογένεια αυτού που πεθαίνει	162
ΣΤ ₂ . Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με το άτομο, που πεθαίνει	168
Ζ. Συμβουλευτική στις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες.	171
Ζ ₁ . Η έννοια της Συμβουλευτικής και η σχέση της με την Κοινωνική Εργασία.	171
Ζ ₂ . Προσόντα Συμβούλου.	177
Ζ ₃ . Συμβουλευτική σε ιατροκοινωνικές υπηρεσίες.	178
Ι. Συμβουλευτική στην Πρωτογενή Πρόληψη.	178
ΙΙ. Συμβουλευτική στη Δευτεροβάθμια Περιβαλψη.	180
Η. Τηλειατρική	183
Η ₁ . Παράγοντες που σχετίζονται με τη δημιουργία προβλημάτων στις νησιωτικές κοινότητες.	185
Η ₂ . Τρόπος λειτουργίας κοινωνικής υπηρεσίας τηλειατρικής	188
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ	193
ΠΕΡΙΛΗΨΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ	193
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	213

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση του ρόλου της Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα της Υγείας, έτσι όπως αυτός παρουσιάζεται μέσα από τη βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα αναφέρομαι στην ένταξη, τους στόχους και τις προοπτικές της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της υγείας, καθώς και στα προβλήματα, που αντιμετωπίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί στην προσπάθεια επίτευξης αυτών των στόχων.

Στο Πρώτο Κεφάλαιο γίνεται μια εισαγωγή στο θέμα της μελέτης που αφορά την παροχή Υγείας μέσα από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και το ρόλο και τη θέση της Κοινωνικής Εργασίας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Στο Δεύτερο Κεφάλαιο αρχικά παρουσιάζονται οι θεωρητικές προσεγγίσεις, που καθορίζουν τη σχέση της πολιτικής και του θεσμού της υγείας, καθώς και τη σχέση κρατικής εξουσίας και υγείας. Γίνεται ακόμη αναφορά στις γενικές αρχές, τη διοικητική οργάνωση και τη διάρθρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, στην Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψη.

Στο ίδιο κεφάλαιο παρουσιάζεται οι νέες τάσεις που έχουν επικρατήσει στο χώρο της υγείας και που καθορίζουν νέο περιεχόμενο που δίνεται στον όρο "Υγεία".

Σ' αυτό το κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην ένταξη της Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα της υγείας, στα πλαίσια και στις μεθόδους εργασίας, και την αναγκαιότητα της προσφοράς των Κοινωνικών Λειτουργών το χώρο της υγείας.

Αναλύονται ακόμη οι παρακάτω τομείς: Ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην Πρωτοβάθμια τη Δευτεροβάθμια Περίθαλψη, και στο τμήμα εφημερίας του Νοσοκομείου, η αντιμετώπιση του άγχους σε οργανώσεις υγείας, η άσκηση Κοινωνικής Εργασίας με περιπτώσεις θανάτου που είναι πιθανό να συμβούν σε νοσοκομειακά πλαίσια.

Υπάρχει υποκεφάλαιο για την συμβουλευτική στην Πρωτοβάθμια και την Δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Το υποκεφάλαιο για την τηλεϊατρική αναφέρεται σ' ένα πρωτοποριακό πρόγραμμα αύξησης, και βελτίωσης του βαθμού υγείας ατόμων που ζουν σε απομακρυσμένα νησιά.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί στην εφαρμογή Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα Υγείας και σε προτάσεις για το ξεπέρασμα των εμποδίων και την βελτίωση της ποιότητας της προσφοράς της κοινωνικού λειτουργού.

Τα προβλήματα έχουν να κάνουν τόσο με τις ανεπάρκειές στα Προγράμματα Κοινωνικής Πολιτικής και στους οικονομικούς πόρους για την υλοποίησή τους, όσο και με την εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών, τα πεπερασμένα παραδοσιακά πρότυπα, που κατέχουν οι κοινωνικοί λειτουργοί στις οργανώσεις υγείας.

Τα προβλήματα αυτά μπορούν να ξεπεραστούν με την αναδιάρθρωση του ρόλου των Κοινωνικών Λειτουργών και των άλλων επαγγελματιών υγείας, πράγμα που σημαίνει αλλαγές στο επίπεδο εκπαίδευσης τους, την παροχή ευκαιριών για μετεκπαίδευση καθώς και θεσμικές αλλαγές, που να κατοχυρώνουν τα νέα δεδομένα.

Το παράρτημα Α μπαίνουν φωτοτυπημένα η εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας η οποία σηματοδοτεί την έναρξη της Κοινωνικής Εργασίας στα Νοσοκομεία και περιγράφει τον ρόλο των Κοινωνικών Λειτουργών και το Προεδρικό διάταγμα "περί καθορισμού του αντικειμένου του Κοινωνικού Λειτουργού" που ορίζει τον τομέα Υγείας ως τομέα απασχόλησης των Κοινωνικών Λειτουργών.

Στα παραρτήματα Β και Γ μπαίνουν αριθμημένα τα διαγράμματα και τα σχήματα που αποτελούν μία γραφική απεικόνιση των όσων αναλύονται στο κείμενο και βοηθούν στην πληρ. έστερη κατανόησή του.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Η Υγεία είναι μια γενική διευσθέτηση είναι θεσμός, και όπως συμβαίνει με κάθε θεσμό η μορφή και το περιεχόμενο του θεσμού Υγείας καθορίζεται από την μορφή και το περιεχόμενο της κοινωνίας στην οποία αναφέρεται και την οποία αφορά.

Η πρόσφατη μεταπολεμική κοινωνική ιστορία των υγειονομικών συστημάτων στις βιομηχανικές και αναπτυσσόμενες χώρες χαρακτηρίζεται από τη συνολική και αύξουσα παρέμβαση του κράτους.

Διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις όπως του νεοφιλελευθερισμού της αριστεράς των μεταρρυθμιστών του Ιβάν Ιλιτς αφορούν στην πολιτική Υγείας.

Η Υγεία είναι θεσμός συναρτημένος και εξαρτημένος από την κρατική εξουσία. Η αυξανόμενη ισχυροποίηση της κρατικής εξουσίας και η παράλληλη λειτουργία της οικονομίας της ελεύθερης αγοράς καθόρισαν την ανάπτυξη του θεσμού Υγείας σε δύο επίπεδα. Το Δημόσιο τομέα, που έχει σαν βασική λειτουργική μονάδα του, το Δημόσιο

Νοσηλευτήριο (Νοσοκομείο) και τον Ιδιωτικό τομέα, που έχει σαν βασική λειτουργική μονάδα του το Ιδιωτικό Ιατρείο. Συνδυετικός κρίκος ανάμεσα σ' αυτούς τους δύο τομείς αποτελεί το Ιδιωτικό Νοσηλευτήριο (ιδιωτική κλινική).

Στην Ελλάδα με τον νόμο 1397 του 1983 θεσπίστηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Κάποιο από τους βασικούς άξονες του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι η αποκέντρωση με κατανομή των πόρων ανάλογα με τις γεωγραφικές ανάγκες, η θέσπιση νέου προτύπου γιατρού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμια περίθαλψης, ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών Υγείας, σύμφωνα με το οποίο, την κεντρική ευθύνη για το σχεδιασμό των υπηρεσιών Υγείας την έχει το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Ανώτερος φορέας εξουσίας σε κάθε Νοσοκομείο είναι το Νοσοκομειακό Συμβούλιο. Το ανώτερο συντονιστικό όργανο του συστήματος Υγείας σε επίπεδο νόμου είναι το Νομαρχιακό Συμβούλιο. Το ανώτερο συντονιστικό όργανο του συστήματος υγείας σε επίπεδο περιφέρειας (ομάδας νομών) είναι το Περιφερειακό Συμβούλιο.

Το ανώτερο συντονιστικό όργανο του Ε.Σ.Υ είναι το κεντρικό συμβούλιο υγείας με αρμοδιότητες στην διαμόρφωση της γενικής πολιτικής στο χώρο της υγείας, την σχεδιοποίηση και τον προγραμματισμό της εφαρμογής αυτής της πολιτικής.

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο μπορούν να καλύπτουν τις υγειονομικές ανάγκες μιας περιοχής 50-50.000 περίπου ατόμων. Μία από τις μορφές

παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι και το Κέντρο Υγείας.

Το δευτεροβάθμιο επίπεδο προσφέρονται Νοσοκομειακές υπηρεσίες από ειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό σε πληθυσμό 50.000 500.000 ατόμων.

Τέλος, για τις πιο ειδικές περιπτώσεις, που απαιτούν ειδικές πανεπιστημιακές γνώσεις και υψηλή τεχνολογική υποδομή για διάγνωση και θεραπεία των νόσων υπάρχει η Τριτοβάθμια-Πανεπιστημιακή περίθαλψη.

Νέες τάσεις έχουν επικρατήσει στο χώρο της υγείας και στρέφονται γύρω από τη διατήρηση της υγείας και όχι μόνο την αντιμετώπιση της ασθένειας. Συνδέεται έτσι η υγεία με τις περιβαλλοντικές, κοινωνικές, οικονομικές εργασιακές συνθήκες, τόσο του γενικού πληθυσμού, όσο και του κάθε ατόμου ξεχωριστά.

Δίνεται έτσι περισσότερη έμφαση στην πρόληψη και στην πρωτοβάθμια φροντίδα, η οποία είναι και η λιγότερο δαπανηρή.

Η υγεία δεν είναι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρία αλλά η κατάσταση πλήρους σωματικής και ψυχικής ευεξίας.

Οι νέες τάσεις διαγράφουν νέους ρόλους για τα επαγγέλματα στο χώρο της υγείας. Η ιατροκεντρική άποψη περιορίζεται και δίνει τη θέση της σε μια διεπιστημονική άποψη.

Σήμερα τόσο το κράτος και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας δίνουν μια άλλη διάσταση στην έννοια υγείας, που έχει και κοινωνικές προεκτάσεις. Τα προβλήματα υγείας συνδέονται όλο και περισσότερο την εποχή μας με άλλα προβλήματα, που απαιτούν κοινωνική δράση.

Η αναγνώριση της σημασίας της πρόληψης της αγωγής υγείας και η ανάγκη για ανάπτυξη κοινωνικής ιατρικής για ανάπτυξη κοινωνικής ιατρικής καταδεικνύουν την αναγκαιότητα του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού και την αναγκαιότητα συμμετοχής του σ'ένα σύστημα υγείας όπως το Ε. Σ. Υ.

Η Κοινωνική Εργασία προφέρει μία πιο ολοκληρωμένη θεωρία και πράξη που καλύπτει και συνθέτει αποτελεσματικά τα βασικά απαραίτητα στοιχεία για την ικανοποίηση των απαιτήσεων υγείας των σύγχρονων κοινωνιών. Η Κοινωνική Εργασία αποτελεί ένα διεπιστημονικό τρόπο παρέμβασης για κοινωνική αλλαγή, λύση προβλημάτων, βελτίωση κοινωνικών συνθηκών για κοινωνική ανάπτυξη όλου του πληθυσμού.

Στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης ο Κοινωνικός Λειτουργός στοχεύει την κινητοποίηση και την ενίσχυση των υγείων ψυχικών και κοινωνικών δυνάμεων του ατόμου ώστε να μπορέσει να προσαρμοστεί και να συναλλαγεί με το περιβάλλον του. Η παρέμβαση αφορά και αλλαγές στο περιβάλλον, κοινωνική δράση, επηρεασμό κοινωνικής πολιτικής. Αν το περιβάλλον γίνει ιδιαίτερα παθογόνο γίνονται προσπάθειες απομάκρυνσης του ατόμου ή των ατόμων, μέσα στα όρια των δυνατοτήτων, που προσφέρει η πολιτεία και τα προγράμματα της. Έρευνα, ενημέρωση, συμβουλευτική γονέων οικογενειακός προγραμματισμός είναι κάποιες από τις δραστηριότητες της Κοινωνικής Εργασίας στον πρωτογενή τομέα.

Στην δευτεροβάθμια περίθαλψη, στόχος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι η βοήθεια στο άτομο να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του νοσοκομείου, η προσαρμογή στην ασθένεια

και τον τρόπο θεραπείας η διεκπεραίωση οικογενειακών, οικονομικών και άλλων ζητημάτων του ασθενούς, η αποκατάσταση μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί μέσα στο νοσοκομείο να δημιουργήσει ομάδες ή και να δρα συμβουλευτικά. Ουσιαστική είναι η βοήθεια του Κοινωνικού Λειτουργού στην καταπολέμηση του άγχους που επικρατεί στα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Η συνεργασία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό είναι απαραίτητη όμως δεν είναι πάντα εφικτή. Διάφοροι παράγοντες, όπως η διαφορετική εκπαίδευση, η ηλικία του επαγγέλματος, ο αριθμός μελών, η κατανομή μελών, κλπ. δύνανται να επηρεάσουν τις σχέσεις μέσα στη διεπιστημονική ομάδα.

Η διατομιακή συνεργασία, η συντονισμένη συλλογική προσπάθεια όλων των επαγγελματιών στο χώρο της υγείας αποτελεί ουσιαστική προϋπόθεση για αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας, μέσα στα πλαίσια, που χαράσσουν οι νέες θεωρητικές αντιλήψεις για την υγεία.

Οι σχέσεις στη διεπιστημονική ομάδα καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό και την ευόδωση των στόχων της Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα υγείας.

Άλλα προβλήματα, που αντιμετωπίζουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται στο χώρο της Υγείας, σχετίζονται με προβλήματα αναγνώρισης του ρόλου τους, και της θέσης που κατέχουν στην ιεραρχία, καθώς και με ελλείψεις στην κρατική προνομιακή δομή. Η μη επαρκής στελέχωση των νοσοκομείων με κοινωνικούς λειτουργούς, η

υπερβολική γραφειοκρατία, ο φόρτος εργασίας δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο το έργο του κοινωνικού λειτουργού.

Όσον αφορά την διατομεακή συνεργασία τα προβλήματα εγείρονται από την άνιση ιεραρχική των επαγγελματιών υγείας, την έντονη αγωνιστικότητα που εμφανίζεται την εξάσκηση του επαγγέλματος με ελεύθερη ή μισθωτή σχέση, την ασυγχρόνιστη και την ασυντόνιστη εκπαίδευση και την έλλειψη ενός κοινού φορέα για την εξασφάλιση κοινής βάσης αρχών και γνώσεων, τη δυσκολία που συναντά ο καθορισμός ορίων δουλειάς του κάθε επαγγέλματος.

Το ξεπέρασμα των εμποδίων μπορεί να προέλθει όχι μόνο μέσα από θεσμικές αλλαγές αλλά και από την καλή διάθεση και δραστηριοποίηση των επαγγελματιών προς την κατεύθυνση αυτή. Απαραίτητη είναι η συνεχής εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών με επιστημονικές συζητήσεις, συμπόσια, εργαστήρια, επιμορφωτικά μαθήματα.

Η πληρέστερη κατανόηση της ειδικής προσφοράς του κάθε επαγγέλματος και ο σεβασμός της προσωπικότητας και των γνώσεων των διαφόρων μελών της διεπιστημονικής ομάδας με τη διασαφήνιση των διαφορετικών αλλά σημαντικότερων προσφορών του κάθε μέλους αποτελούν προϋποθέσεις για ουσιαστική διεπιστημονική συνεργασία.

Ειδικότερα για το επάγγελμα της Κοινωνικής Εργασίας, παράγοντες που θα προωθήσουν στη διεύρυνση και τον εκσυγχρονισμό του είναι η προσεκτική μελέτη του μοντέλου Πανεπιστημιακής και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης, η αναβάθμιση των γνώσεων και τεχνικής μετά τις σπουδές, ιδιαίτερα τα πέντε πρώτα χρόνια εξάσκησης του επαγγέλματος, με εποπτεία πανεπιστημιακών στελεχών, η

απόκτηση ειδικότητας "Κοινωνικής Εργασίας Υγείας" και ειδικά μαθήματα και πρακτική εξάσκηση, η δημιουργία ερευνητικής παράδοσης στις υπηρεσίες που εργάζονται οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που να περιλαμβάνει συνεχή ερευνητικά έργα, κυρίως για αξιολόγηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων.

Παράλληλα πρέπει να βελτιωθεί και η επιστημονική βάση και εμφάνιση του επαγγέλματος με αξιολόγηση της θεωρητικής και βάσης της Κοινωνικής Εργασίας, των αντιλήψεων του κράτους, κοινού, πελατών και οργανώσεων για την Κοινωνική Εργασία.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΑΤΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Α. Πολιτική και υγεία : θεωρητικές προσεγγίσεις

Σ' αυτό το υποκεφάλαιο θα αναφερθώ στα διάφορα ρεύματα που επηρέασαν τον προβληματισμό γύρω από τη σχέση του θεσμού Υγεία και της πολιτικής, καθώς και τη σχέση κρατικής εξουσίας και υγείας.

Η υγεία είναι μια γενική διευσθέτηση, δηλαδή ένας θεσμός, που αναφέρεται σ' ένα σύνολο λειτουργιών για την προώπιση της σωματικής και ψυχικής ευεξίας των μελών κάθε οργανωμένης κοινωνίας. Και όπως συμβαίνει με κάθε θεσμό η μορφή και το περιεχόμενο του θεσμού Υγεία, καθορίζεται από τη μορφή και το περιεχόμενο της κοινωνίας στην οποία αναφέρεται και την οποία αφορά (Κ. Γρίβας, 1984, σελ. 18)

Το ερώτημα για το αν η υγεία είναι κατασταλτικός θεσμός, λειτουργεί προς όφελος ή σε βάρος του πεδίου των

ανθρωπίνων αναγκών, που καλύπτει είναι καίριας σημασίας, γιατί απ' την απάντηση του εξαρτάται όχι μόνο η όλη τοποθέτηση απέναντι στο θεσμό Δημόσια Υγεία, αλλά και η δυνατότητα για προσδιορισμό της αληθινής φύσης των υποθεσμών, που προέρχονται απ' αυτόν σε δευτερογενή προϊόντα ή παράγωγά του, όπως είναι ο θεσμός του Νοσοκομειακού γιατρού (Γρίβας, 1984, σελ. 19).

Για να αναχθεί σε θεσμό η Υγεία έπρεπε μέσα από μια μακράιωνα εξελικτική πορεία να καθορίσει το χώρο αναφοράς της, να αποσαφηνίσει το θεωρητικό της προσδιορισμό, να διαμορφώσει τη γλώσσα της, να οικοδομήσει την οργανωτική της δομή και (αν και εφόσον πρόκειται για κατασταλακτικό θεσμό) να αποκτήσει τη δύναμη για επιβολή κυρώσεων σε κάθε περίπτωση παραβίασης των οριοθετήσεων και των σχηματοποιήσεων της.

Το πεδίο αναφοράς της καθορίστηκε από τη βασική διάσπαση και την αντιπαράθεση του λειτουργικού στο μη λειτουργικό, του παθολογικού στο μη παθολογικό και του ομαλού στο μη ομαλό, που βρήκε τελικά την ολοκληρωμένη έκφραση της στην αντιπαράθεση μεταξύ Υγείας και Αρρώστιας.

Ο θεωρητικός προσδιορισμός της έγινε σταδιακά με τη μελέτη, την παρατήρηση και την ταξινόμηση της Αρρώστιας, που μορφοποιούνταν στην κατά καιρούς ισχύουσα κωδικοποιημένη αντίληψη της παθολογίας.

Η οργανωτική δομή της προκύπτει (όπως και κάθε άλλου θεσμού) σαν προϊόν του συσχετισμού των κοινωνικών δυνάμεων στις οποίες αναφέρεται και τις οποίες αφορά και

εκφράζεται με τη μορφοποίηση και την επιβολή ενός ορισμένου οργανωτικού σχήματος.

Κάτω από την επίδραση των αντιθέσεων που χαρακτηρίζουν την ταξικά διαρθρωμένη κοινωνία στα πλαίσια της οποίας εξελίχθηκε ο θεσμός Υγείας, διαμορφώθηκε μια τέτοια οργανωτική δομή του θεσμού αυτού, που εκφράζει, καταξιώνει και αναπαράγει αυτές τις αντιθέσεις (Γρίβας, 1984, σελ. 19-20)

η πρόσφατη μεταπολεμική, κοινωνική ιστορία των υγειονομικών συστημάτων στις βιομηχανικές και αναπτυσσόμενες χώρες χαρακτηρίζεται από τη συνολική και αύξουσα παρέμβαση του κράτους.

Η παρέμβαση αυτή αποτελεί το μέτρο εκτίμησης όχι μόνο του ενδιαφέροντος της πολιτικής εξουσίας για τον έλεγχο του υγειονομικού συστήματος αλλά και της μεγάλης πολιτικής σημασίας του υγειονομικού τομέα, ο οποίος κατέχει μια εξαιρετικά υψηλή θέση στην κοινωνική παραγωγή και συνιστά ένα ενδιαφέροντα μηχανισμό κοινωνικής συναίνεσης και νομιμοποίησης. Η υγειονομική κρίση, που παρατηρείται στις περισσότερες χώρες, σηματοδοτείται από το επιστημολογικό αδιέξοδο και την κοινωνική αναποτελεσματικότητα της ιατρικής επιστήμης και την ενσωμάτωση των αντιδράσεων της οικονομικής κρίσης στο υγειονομικό σύστημα. (Γ. Κυριόπουλος, 1987, σελ. 20)

Η υγεία - που δεν αποτελεί μόνο την "απουσία της νόσου" ή την κατάσταση του "καλώς είναι" αλλά την συνύπαρξη των κοινωνικών, οικονομικών και πνευματικών εκείνων παραμέτρων, που επιτρέπουν στον καλύτερο δυνατό βαθμό, την ανάπτυξη (απελευθέρωση) της ανθρώπινης

δυνατότητας - και η αρρώστια - που δε συνιστά μια άτυχη ατομική περιπέτεια αλλά την υπαρξιακή (βιολογική και ψυχική) εμπειρία του συγκεκριμένου τρόπου παραγωγής και κοινωνικής διαχείρισης - αρθρώνουν σήμερα ένα ευρύ πλαίσιο ιδεολογικού ανταγωνισμού, πολιτικής διαμάχης και κοινωνικής σύγκρουσης.

Η εξέλιξη αυτή συνάπτεται με τις εκρηκτικές κοινωνικές αντιδράσεις του καπιταλιστικού κόσμου και τις συντελούμενες μεταβολές στο συσχετισμό των κοινωνικών δυνάμεων, με την πρόοδο στις κοινωνικές επιστήμες της υγείας και την κοινωνική ιατρική και τις αναδιατυπώσεις που επιβάλλει η τρέχουσα οικονομική κρίση. Επίκεντρο αυτών των διατυπώσεων αποτελεί ο ρόλος του σύγχρονου κράτους στην κοινωνική και οικονομική πολιτική, η δυνατότητα και η νομιμότητα της παρέμβασής του και η κρίση του κράτους Πρόνοιας (Γ. Κυριόπουλος, 1987, σελ. 20)

Το υγειονομικό σύστημα βρίσκεται σε μεγάλο βαθμό κάτω από τον έλεγχο του ιατρικού σώματος, φαινόμενο που οφείλεται στην προνομιακή και σχεδόν μονοπωλιακή θέση του ιατρικού σώματος στη διαδικασία παραγωγής και διανομής των υγειονομικών φροντίδων, θέση και η οποία ενισχύεται και από τον υψηλό καταμερισμό της εργασίας στο υγειονομικό σύστημα. Και ακόμα από τη μεγάλη κοινωνική και πολιτική εξουσία (δυσανάλογη προς την αριθμητική δύναμη) που κατέχει το ιατρικό σώμα, με την οποία εμποδίζει κάθε εναλλακτική ή και εκσυγχρονιστική προσπάθεια (Γ. Κυριόπουλος, 1987, σελ. 21)

Η βασική πολιτική επιδίωξη των ιατρικών συνδικάτων στις καπιταλιστικές χώρες είναι η διατήρηση της παρούσας

οργάνωσης του υγειονομικού συστήματος, που στηρίζεται στην ελεύθερη εκλογή του γιατρού, στην ελεύθερη συνταγογραφία και στην αμοιβή κατά περίπτωση και πράξη. Τα στοιχεία αυτά - χαρακτηριστικά του μικροαστικού τρόπου διανομής των υγειονομικών υπηρεσιών - ενοχοποιούνται από πολλούς για την υπέρμετρη διόγκωση των δαπανών υγείας, για την ενίσχυση της μονοπωλιακής θέσης του ιατρικού σώματος και την αδυναμία επιβολής κοινωνικού ελέγχου στις επαγγελματικές αυθαιρεσίες.

Σε μερικές χώρες μικρής ή μέσης καπιταλιστικής ανάπτυξης το παραδοσιακό ιατρικό σώμα, θεωρητικά, υποστηρίζει τον εκουγχρονισμό του υγειονομικού συστήματος στη βάση της ελεύθερης εκλογής, ενώ τα ιατρικά συνδικάτα τα οποία εμπνέονται από την ριζοσπαστική ιδεολογία επιδιώκουν την κοινωνικοποίηση του υγειονομικού τομέα. Στην πραγματικότητα η πολιτική δραστηριότητα των δύο αυτών τάσεων δεν είναι εύκολα αναγνωρίσιμη και διακριτική. Μέσα από την αναπόφευκτη μεταβολή (για γενικότερους κοινωνικούς και πολιτικούς λόγους) του υγειονομικού τομέα επιδιώκουν την διατήρηση ή και την ενίσχυση του ρόλου του ιατρικού σώματος.

Αντίθετα με την υποστηριζόμενη από πολλούς εξάρτηση των ιατρικών συνδικάτων από τους πολιτικούς σχηματισμούς φαίνεται ότι το ιατρικό σώμα επιδρά τελικά αποφασιστικά και με διάφορους τρόπους στις αποφάσεις τις πολιτικής εξουσίας και των πολιτικών και κοινωνικών σχηματισμών (Γ. Κυριόπουλος 1987 σελ. 21).

Διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις (νεοφιλελευθερισμός, μεταρρυθμιστές, αριστερά: Ιβαν Ιλιτς) αφορούν στην πολιτική υγείας και αναπτύσσονται παρακάτω:

α) Νεοφιλελευθερισμός: υπέρτατος κριτής η αγορά.

Η ελεύθερη εκλογή και ανταλλαγή βασική συνιστώσα της συντηρητικής παράδοσης (A. Smith, J. S. Mill) διαπνέει το ανανεωμένο συντηρητικό πρότυπο, όπως αυτό εκφράζεται με το νεοφιλελευθερισμό του M. Friedman και της σχολής του Σικάγου.

Η ελεύθερη εκλογή για το νεοφιλελευθερισμό, δεν στηρίζεται στην μυστική σχέση γιατρού αρρώστου, αλλά στην πεποίθηση ότι οι ιατρικές φροντίδες δεν διαφέρουν από τα συνήθη αγαθά και υπηρεσίες και κατά συνέπεια η άριστη κατανομή ποιοτικά και ποσοτικά επιτυγχάνεται μέσα από μία ελεύθερη και ανταγωνιστική αγορά. Θεωρήθηκε ότι η αύξηση των δημοσίων δαπανών και ιδιαίτερα των κοινωνικών δαπανών εμποδίζει την οικονομική ανάπτυξη και τον ελεύθερο ανταγωνισμό.

Οι νεοφιλελεύθεροι αναγγέλλουν με την έννοια αυτή την καταστροφή του κράτους πρόνοιας και στη θέση του σημερινού συστήματος προτείνουν την ελεύθερη άσκηση της ιατρικής από συνασπισμένες ομάδες γιατρών για την δημιουργία εταιρικών υπηρεσιών υγείας (πολυιατρεία, νοσοκομεία) από τους γιατρούς. Η επιχειρηματολογία τους στηρίζεται στο γεγονός ότι η προσφορά αυτών των υπηρεσιών μπορεί να ελέγχεται από τους καταναλωτές υγείας, οι οποίοι έχουν συμφέρον να απευθύνονται σε εταιρείες που παρέχουν υψηλή ποιότητα υπηρεσιών, και οι εταιρείες αυτές έχουν συμφέρον να διατηρήσουν το υψηλό επίπεδο των

παρεχομένων υπηρεσιών για να προσελκύσουν τους καταναλωτές. Τα supermarkets της ιατρικής και η ελεύθερη συνάντηση παραγωγού-γιατρού και καταναλωτή-αρρώστου, μέσα από την λογική της αγοράς θα προσφέρουν σύμφωνα με την θεώρηση του νεοφιλελευθερισμού την ισορροπία και την άριστη κατανομή.

Η αντίληψη αυτή, παρά την επιστημονική αμφισβήτηση και την κοινωνική και ιδεολογική προκλητικότητα της έχει πολυάριθμους υποστηρικτές-ιδιαίτερα στα κέντρα πολιτικής εξουσίας.

Β) μεταρρυθμιστές.

Σε αντίθεση με τους νεοφιλελεύθερους οι οποίοι υποστηρίζουν την εισαγωγή της οικονομίας της αγοράς στις υγειονομικές υπηρεσίες οι μεταρρυθμιστές εμπνέονται από τη σοσιαλδημοκρατική παράδοση, αποσκοπούν στην ορθολογική διαχείριση του υγειονομικού συστήματος με την εισαγωγή του σχεδιασμού, της διασφάλισης της ισότητας στην παροχή υπηρεσιών και της υπευθυνότητας των καταναλωτών υγείας.

Παρά την έξοχη προβληματική στο επίπεδο του μικρο-οικονομικού σχεδιασμού και την εισαγωγή νέων τεχνικών και οικονομικών μεθόδων στον προγραμματισμό της πολιτικής υγείας, η μεταρρυθμιστική αντίληψη δεν κατάρθεσε να θέσει υπό έλεγχο της παρενέργειες της οικονομικής κρίσης, οι οποίες ενσωματώθηκαν στον υγειονομικό τομέα. Η απουσία πολιτικής επιλογής και η εξάντληση στην αντιμετώπιση του προκύπτοντος περιορίζουν αναγκαστικά την αντίληψη αυτή στην παρακολούθηση των εξελίξεων και στην προσπάθεια ρυθμιστικών επεμβάσεων, οι οποίες αποδεικνύονται κατά

κανόνα ατελέσφορες ιδιαίτερα στην παρούσα κρίσιμη συγκυρία.

Η αποτυχία της πολιτικής αυτής στην δεκαετία του '70 και η αδυναμία ελέγχου των δαπανών υγείας ώθησε πολλούς μεταρρυθμιστές στις συντηρητικές ιδεολογικές γραμμές και στην διατύπωση είτε αντιιατρικών και αντιτεχνολογικών προτάσεων είτε στην προώθηση ατομικών λύσεων στα ζητήματα υγείας.

γ) Ιβαν Ιβιτς : η συνάντηση των άκρων. Με το φημισμένο βιβλίο του Medical Nemsis ο Ivan Illich θεμελιώνει ένα αναρχικό πρότυπο του υγειονομικού συστήματος, που στηρίζεται στην αποϊατρικοποίηση της ιατρικής περίθαλψης. Η ανάλυση του βασίζεται σε τρία επίπεδα : την κλινική, κοινωνική και δομική ιατρογένεση με την οποία υποστηρίζει ότι η σύγχρονη ιατρική με τις αυθαιρεσίες και τις υπερβολές της είναι υπεύθυνη για τη νόσο, την ιατρικοποίηση της ανθρώπινης εμπειρίας και την παράλυση των υγείων αντιδράσεων απέναντι στον πόνο και το θάνατο. Ισχυρίζεται ακόμη ότι η ιατρική δεν είναι μόνο επιβλαβής και νοσογόνος, αλλά μειώνει την αυτονομία του ατόμου, εμποδίζει την άσκηση των ιατρικών φροντίδων μέσα από την αυτενέργεια και την ανάπτυξη της ανθρώπινης αλληλεγγύης και επιπρόσθετα προκαλεί την εξάρτηση της κοινωνίας από το υγειονομικό σύστημα, στο οποίο το ιατρικό σώμα ασκεί μονοπωλιακό έλεγχο.

Με εξαιρετική ευστοχία τεκμηριώνει τη δαπανηρότητα και την αναποτελεσματικότητα της σύγχρονης ιατρικής αλλά αρνείται κάθε κοινωνιολογική και οικονομική θεώρηση της δομής και της εξέλιξης του υγειονομικού συστήματος. Το

γεγονός αυτό οδηγεί σε μια μηδενιστική κριτική της ιατρικής και τη διατύπωση προτάσεων, που οδηγούν στην ατομική αναζήτηση λύσεων και την καταστροφή του υγειονομικού συστήματος. Επιπρόσθετα, προωθεί τον έλεγχο των υγειονομικών υπηρεσιών και του ιατρικού σώματος από τους καταναλωτές υγείας. Οι απόψεις αυτές έχουν σημαντικά σημεία τομής με το πρότυπο της ελεύθερης επιχείρησης του Friedman και ευνοούν την προσπάθεια του μονοπωλιακού κεφαλαίου να μειώσει τις δαπάνες υγείας και να θέσει υπό έλεγχο το υγειονομικό σύστημα. Η σύμπτωση αυτή είχε σαν αποτέλεσμα να κάνει ευπρόσδεκτες τις απόψεις του Klich στους συντηρητικούς, αλλά να προκαλέσει σφοδρές κριτικές από την αριστερά.

δ) Αριστερά

Για την αριστερά, το πρότυπο οργάνωσης του υγειονομικού συστήματος είναι η κοινωνικοποιημένη (η εθνικοποιημένη) ιατρική. Η επιχειρηματολογία για τη στήριξη αυτής της επιλογής θεμελιώνεται στην κριτική του συστήματος της ελεύθερης ιατρικής και στην αναζήτηση της ισοτιμίας όλων των πολιτών στην νόσο και στο θάνατο. Η αντίληψη αυτή υποστηρίζει ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα όλων των ανθρώπων χωρίς διακρίσεις και κοινωνική υποχρέωση του κράτους.

Σε αντίθεση με τους συντηρητικούς και τους μεταρρυθμιστές η αριστερά θεωρεί ότι η εμπορευματοποίηση των υπηρεσιών υγείας και η ελεύθερη εκλογή γιατρού (και η αμοιβή κατά πράξη) υπονομεύει αυτό το δικαίωμα και οδηγεί σε κοινωνικές διακρίσεις και ανισότητες.

Θεωρητικά, η κοινωνικοποίηση της υγείας προϋποθέτει την ύπαρξη κεντρικού σχεδιασμού και ταυτόχρονα την περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Η δυνατότητα αυτή τα πλαίσια του καπιταλιστικού κράτους αμφισβητείται από πολλούς.

Πολλοί διανοούμενοι της αριστεράς προσφέρουν μια εξαιρετική ανάλυση της υγειονομικής κρίσης και των αιτιών της, που προσανατολίζει στην ανανέωση του κράτους πρόνοιας και στη διεύθυνση των κοινωνικών δικαιωμάτων. Στην χώρα μας η ανάλογη προβληματική κατέχει περιθωριακή θέση και η εγκυρότητα του προτύπου της κοινωνικοποιημένης ιατρικής υπονομεύεται τελικά από τη συντηρητική παράταξη όσο και από την πίεση των δυνάμεων της αριστεράς, τα οποία έχουν μια αξιοσημείωτη δύναμη στους πολιτικούς σχηματισμούς (Γ. Κυριόπουλος, 1987, σελ. 21-24)

Τη σχέση της πρακτικής εξουσίας και του θεσμού της υγείας αναλύει ο Κ. Γρίβας (1984, σελ. 20-21)

Αναφέρει σχετικά ότι η υγεία σαν θεσμός συναρτημένος και εξαρτημένος από την κρατική εξουσία λειτουργεί υποχρεωτικά μέσα στα πλαίσια με βάση τους σκοπούς που καθορίζει αυτή η εξουσία και τα οποία με τη σειρά τους καθορίζονται από το γενικό προσανατολισμό και τη γενική αντίληψη των συμφερόντων της κοινωνικής τάξης, που ασκεί αυτή την εξουσία, σε συνδυασμό με την κατάσταση των κοινωνικών στρωμάτων που υπόκεινται στην άσκησή της.

Η αυξανόμενη ισοχυροποίηση της κρατικής εξουσίας και η παράλληλη λειτουργία της οικονομίας της ελεύθερης αγοράς καθόρισαν με τρόπο αναπόδραστο την ανάπτυξη του θεσμού υγείας σε δύο επίπεδα : το Δημόσιο τομέα που έχει σαν βασική λειτουργική μονάδα του το Δημόσιο Νοσηλευτήριο (Νοσοκομείο) και τον Ιδιωτικό τομέα που έχει σαν βασική λειτουργική μονάδα του το Ιδιωτικό Ιατρείο. Συνδυετικός κρίκος ανάμεσα σ' αυτούς τους δύο τομείς αποτελεί το Ιδιωτικό Νοσηλευτήριο (Ιδιωτική Κλινική) που συνδυάζει τα χαρακτηριστικά του δημοσίου οργανωτικού σκέλους (από την άποψη της διάρθρωσης, της λειτουργίας και των σκοπών) μετά χαρακτηριστικά του Ιδιωτικού οργανωτικού σκέλους (από την άποψη του οικονομικού ρόλου). Πρόκειται δηλαδή για μια νοσηλευτική μονάδα που είναι δομημένη κατά το πρότυπο του Δημοσίου Νοσηλευτηρίου και λειτουργεί υπό Ιδιωτικό οικονομικό έλεγχο.

Η σχέση μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα καθορίζεται απόλυτα από τις σχέσεις ιδιοκτησίας και εξουσίας που χαρακτηρίζουν κάθε ιστορική περίοδο (Γρίβας, 1984, σελ. 21). Με βάση το γεγονός της απόλυτης οικονομικής εξάρτησης του δημοσίου σκέλους του θεσμού Υγεία από την εξουσία είναι φανερό πως ο μηχανισμός χρηματοδότησης της βασικής οργανωτικής και λειτουργικής του μονάδας (δηλαδή του νοσηλευτηρίου αποτελεί το πρώτο και βασικό μέσο επιβολής της θέλησης της κρατικής εξουσίας στο χώρο της υγείας. (Κ. Γρίβας, 1984, σελ. 26).

Το νοσοκομείο δεν διαθέτει οικονομική αυτοδυναμία. Ανάλογα με την περίπτωση κύριος ή μοναδικός χρηματοδότης του είναι το κράτος. Κατά συνέπεια, κύριος ή μοναδικός ρυθμιστής της όλης λειτουργίας του δεν είναι οι πραγματικές ανάγκες των "παραγωγών" και των "καταναλωτών" των υπηρεσιών που παρέχονται απ' αυτό αλλά τα γενικά συμφέροντα της κρατικής εξουσίας, η οποία καθορίζει μονοπωλιακά το είδος των υφιστάμενων αναγκών και τον τρόπο ικανοποίησής τους, με βάση τα σε κάθε εποχή διαφορετικά κριτήρια της (στον ίδιο 1984 σελ. 27).

Δεύτερο αλλά όχι δευτερεύον μέσο επιβολής της θέλησης της κρατικής εξουσίας στο χώρο της υγείας, είναι το μονοπωλιακό κατεχόμενο απ' αυτή δικαίωμα για τον καθορισμό της νομικής πλατφόρμας τόσο της δημόσιας (ενδο και εξω-νοσοκομειακής) όσο και της ιδιωτικής υγειονομικής δραστηριότητας. Πράγμα που δίνει τη δυνατότητα στο κράτος να ρυθμίζει αποφασιστικά και κατά βούληση.

α. Τον τρόπο, το είδος και την έκταση της παρεχόμενης περίθαλψης.

β. Τον τρόπο παραγωγής και αναπαραγωγής του έμψυχου περιθαλψιακού δυναμικού.

γ. Τον τρόπο λειτουργίας των νοσηλευτηρίων.

δ. Την επικυριαρχία ορισμένων ιατρικών αντιλήψεων και πρακτικών και την περιθωριοποίηση άλλων (βελονισμός, ομοιοπαθητική, φυσική ιατρική, κλπ.) ελέγχοντας το όλο σύστημα εκπαίδευσης και επανεκπαίδευσης του ιατρικού δυναμικού και ρυθμίζοντας τη συνολική ιατρική δραστηριότητα.

ε. Τα όρια των θεραπευτικών αρμοδιοτήτων, παρεμβάσεων και δυνατοτήτων (Γρίβας, 1984, σελ. 27-28).

Ο Κ. Γρίβας (1984, σελ. 28) καταλήγει ότι δεν είναι δυνατή η κοινωνικοποίηση της υγείας, χωρίς τη ριζική αμφισβήτηση του σημερινού ρόλου, της σύνθεσης και της δομής της ασφαλιστικής δικλίδας της κρατικής εξουσίας (δηλαδή του διοικητικού συμβουλίου). Αφού η οικονομική εξάρτηση του θεσμού από την κρατική εξουσία εμποδώνει μια κάθετη πυραμιδική διάρθρωση στο χώρο του, αναπαράγοντας διαρκώς την αλλοτριωτική εξουσιαστική σχέση διευθυντή - διευθυνόμενου, καμία διαφοροποίηση ή μεταρρύθμιση δεν μπορεί να οδηγήσει στην ανατροπή του υπάρχοντος οργανωτικού μοντέλου και τη διασφάλιση της αδυναμίας αναπαραγωγής των υπάρχουσών σχέσεων εξουσίας, αν δεν θεμελιώνεται στην πλήρη οικονομική αυτοδυναμία του θεσμού Υγεία και του λειτουργικού του κυττάρου (νοσηλευτήριο) από την κρατική εξουσία.

Η επιδίωξη αυτή μπορεί να εξυπηρετηθεί από μια πληθώρα μέτρων που καθένα τους συνιστά ιδιαίτερο πολιτικό

πρόβλημα. Γίνεται αναφορά σε μερικά παραδείγματα πιθανά και απόλυτα εφικτά :

1. Η καθιέρωση ενός ποσοστού συμμετοχής του συστήματος υγείας στην ετήσια φορολογία των Ελλήνων πολιτών. Τα χρήματα που αντιστοιχούν σ' αυτό το ποσοστό θα διοχετεύονται από το κράτος - εισπράκτορα στο σύστημα υγείας.
2. Η κατάργηση της κατακερματισμένης ασφάλισης του ελληνικού λαού με την υπαγωγή όλων των επιμέρους ασφαλιστικών ταμείων σε Ενιαίο Ασφαλιστικό Φορέα, που θα παρακωρεί ένα μέρος των ετήσιων εσόδων του στο σύστημα υγείας, με αντάλλαγμα την ιατροφαρμακευτική κάλυψη των μελών του.
3. Η ανάληψη της οικονομικής ευθύνης της λειτουργίας κάθε περιθαλψιακού συγκροτήματος από το ίδιο το σύστημα με βάση τις αμοιβές που θα εισπράττει από τους ίδιους τους περιθαλπτόμενους (και οι οποίες θα καταβάλλονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, προκειμένου για ασφαλισμένους και από το κράτος προκειμένου για ανασφάλιστους).

Αυτό υποστηρίζει ο Γρίβας (1984, σελ. 71-72) θα εξαλείψει το δημοσιοϋπαλληλισμό και θα οδηγήσει τα εκτελεστικά όργανα της κρατικής ιατρικής στην ατομική ανάληψη των ευθυνών τους απέναντι στον άρρωστο, πράγμα που θα τους υποχρεώνει στη διαρκή προσφορά του "καλύτερου εαυτού" τους.

Αυτά σε συνάρτηση με :

1. Την θεσμοποίηση της εκλεξιμότητας και της ανακλητότητας σε κάθε στιγμή σ'όλα τα επίπεδα λειτουργίας του συστήματος.
2. Την καθιέρωση του θέσμου του Νομικού Συμβούλου των ασθενών σε κάθε νοσοκομείο με ευρύτατες αρμοδιότητες τόσο σε σχέση με τη διερεύνηση όσο και με το ξεκίνημα διαδικασιών δίωξης και επιβολής κυρώσεων για κάθε καταγγελλόμενη παραβίαση του καταστατικού χάρτη των Δικαιωμάτων του Ασθενή. Ο Νομικός Σύμβουλος θα καθορίζεται είτε άμεσα από τους ασθενείς είτε έμμεσα από τους φορείς τους και θα είναι κάθε στιγμή ανακλητός από αυτούς.
3. Την καθιέρωση του δικαιώματος της ελεύθερης εκλογής γιατρού σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο, από το σύνολο των γιατρών που συμβάλλονται με το σύστημα υγείας (Γρίβας, 1984, σελ. 71-72).

Ο Γρίβας (1984, σελ. 66) δίνει ένα παράδειγμα εφαρμογής αντιγραφειοκρατικής διαμόρφωσης της υγείας σε σχέση με τους ασχολούμενους στα Νοσοκομεία που αφορά την αυτοδιαχείριση των Νοσοκομείων και του Νοσοκομειακού γιατρού, μέσα από μια σειρά συνελεύσεων, που θα πραγματοποιούνται σε τακτές προθεσμίες και θα καταλήγουν σε ενόπτες θεμάτων. Η διαδικασία αυτή θα ακολουθείται και από τα άλλα Νοσοκομεία.

Οι αποφάσεις των Νοσοκομείων θα συγκεντρώνονται σε ένα διανοσοκομειακό όργανο, που θα επεξεργάζεται ένα προτελικό σχέδιο για τη διαμόρφωση του θεσμού, το οποίο θα μπαίνει για συζήτηση και ψήφιση στις γενικές συνελεύσεις

των Νοσοκομείων. Στη συνέχεια συγκαλείται η γενική συνέλευση (εκλεγμένων και ανακλητών) αντιπροσώπων κάθε νοσοκομείου, οι οποίοι είναι δεσμευμένοι από τις γενικές τους συνελεύσεις για τις θέσεις, που θα υπερασπιστούν. Στη συνέλευση αυτή διατυπώνεται και ψηφίζεται το τελικό σχέδιο. Παράλληλα ενεργεί το σώμα του μη ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων, καθώς επίσης και οι γιατροί που απασχολούνται στον τομέα της ιδιωτικής ιατρικής. Η εξέταση του τελικού σχεδίου από τους φορείς των καταναλωτών υγείας (κατά περιοχή) έχει σαν αποτέλεσμα τη διαμόρφωση μιας συνολικής άποψης, που εκφράζει σφαιρικά όλους εκείνους, που συνδέονται (σαν παραγωγοί και καταναλωτές) με το χώρο της υγείας.

B. Εθνικό Σύστημα Υγείας

B₁. Εθνικοποίηση και Κοινωνικοποίηση.

Προτού αναφερθώ στην οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας θα επιχειρήσω μια σύντομη παρουσίαση των όρων "εθνικοποίηση", (που αποτελεί μια μορφή δημοσιοποίησης) και "κοινωνικοποίηση", όπως αναλύονται από το Γρίβα (1984, σελ. 14-15).

Η κοινωνικοποίηση, που σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό του Κ.Μαρξ δεν είναι παρά μια ένωση "ελεύθερων συνεταιρισμένων παραγωγών" χαρακτηρίζεται από τέσσερα θεμελιακά στοιχεία :

1. Από οικονομική άποψη λειτουργεί με βάση τη διασφαλισμένη αυτοδυναμία των παραγωγών με στόχο την ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών και όχι την πραγματοποίηση κέρδους.
2. Από οργανωτική άποψη στηρίζεται στην υιοθέτηση μιας οριζόντιας συνεργατικής διάρθρωσης, που διασφαλίζει την αποκέντρωση.
3. Από πολιτική άποψη βασίζεται στην κατάργηση διευθυντή-διευθυνόμενου και την αντικατάστασή της από την μη εξουσιαστική σχέση μεταξύ ελεύθερων και ίσως συνεργατών, που βρίσκει την ολοκλήρωσή της στην θεσμοποίηση των αρχών της Άμεσης Δημοκρατίας.

4. Από πολιτιστική άποψη λειτουργεί προς όφελος της πολυφωνίας, της ποικιλομορφίας και της ετερογένειας.

Αυτή η αντίληψη αντιπαράτίθεται στην δημοσιοποίηση (που δύο κύριες εκφράσεις της αποτελούν η κρατικοποίηση και η εθνικοποίηση), η οποία σ'εναρμόνιση με τον παραπάνω ορισμό του Μαρξ, δεν είναι παρά "μια ένωση ανελεύθερων και εξαρτημένων υπαλλήλων" που οι δύο κύριες εκφράσεις της διαφοροποιούνται μόνο από το είδος και το βαθμό εξάρτησης αυτών των "ανελεύθερων υπαλλήλων".

Έτσι η δημοσιοποίηση:

- α. Από οικονομική άποψη λειτουργεί με βάση την διασφαλισμένη πλήρη εξάρτηση των παραγώνων και με στόχους που καθορίζονται από τη λογική της μεγιστοποίησης του κέρδους.
- β. Από οργανωτική άποψη στηρίζεται στην υιοθέτηση μιας κάθετης πυραμιδοειδούς διάρθρωσης, που εξασφαλίζει τη μεγαλύτερη δυνατή συγκέντρωση.
- γ. Από πολιτική άποψη βασίζεται στη θεομοποίηση της εξουσιαστικής σχέσης διευθυντή-διευθυνομένου.
- δ. Από πολιτιστική άποψη λειτουργεί προς όφελος μιας κεντρικά επιβαλλόμενης ομοιομορφίας και μενό και ομοφωνίας.

Η κρατικοποίηση και η εθνικοποίηση διαφοροποιούνται μεταξύ τους μόνο από πολιτική άποψη. Στην κρατικοποίηση, που θα μπορούσε να οριστεί σαν "μια ένωση ανελεύθερων και μη εκπροσωπούμενων υπαλλήλων" η εξουσιαστική σχέση διευθυντή-διευθυνομένου καθορίζεται από την άμεση και ολοκληρωτική υποταγή του κάθε ιεραρχικού επιπέδου στο

αμέσως υπερκείμενο του στρώμα, με τρόπο ώστε, ύστερα από μια σειρά διαδοχικών αναγωγών η εξουσία να επικεντρώνεται στην κορυφή της πυραμίδας.

Ενώ στην εθνικοποίηση, που θα μπορούσε να οριστεί σαν "μια ένωση ανελεύθερων και μειοψηφικά εκπροσωπούμενων υπαλλήλων" στην εξουσιαστική σχέση διευθυντή-διευθυνομένου, που λειτουργεί με την ίδια λειτουργεί με την ίδια λογική και στα πλαίσια του ίδιου προτύπου της κάθετης πυραμιδικής διάρθρωσης, παρεμβάλλεται το στοιχείο της πάντοτε ελεγχόμενης και μειοψηφικής εκπροσώπησης των διευθυνόμενων στα ενδιάμεσα όργανα απόφασης.

Πράγμα που φυσικά δεν διαφοροποιεί καθόλου τη θέση των διευθυνομένων σαν απλών εκτελεστικών φορέων της θέλησης του διευθυντικού στρώματος, το οποίο κατέχει μονοπωλιακά το δικαίωμα για σχεδιοποίηση, προγραμματισμό και απόφαση.

Η κρατικοποίηση και η εθνικοποίηση, που αποτελούν δύο βασικές παραλλαγές της δημοσιοποίησης διαφοροποιούνται σε σχέση με τα επιφαινόμενα τους, διατηρώντας όμως την ταυτότητα σε ότι αφορά την ουσία τους.

Η επιλογή της μιας ή της άλλης μορφής δημοσιοποίησης εξαρτάται από τις ιδιαίτερες κοινωνικο-πολιτικές και οικονομικές συνθήκες στα πλαίσια των οποίων επιτελείται και έχει πάντοτε ως αποτέλεσμα την ενδυνάμωση της κρατικής εξουσίας, ή οποία τείνει να περάσει σταδιακά από τον ρόλο του Συλλογικού Διαιτητή μεταξύ αντιτιθεμένων συμφερόντων (ο οποίος είναι χαρακτηριστικός της μονοπωλιακής φάσης ανάπτυξης του Καπιταλισμού), στο ρόλο του Ιδιοκτήτη, που καθορίζει κατ'αποκλειστικότητα τους σκοπούς της παραγωγής και το είδος και τον τρόπο διανομής

(και ο οποίος είναι χαρακτηριστικός της κρατικομονοπωλιακής φάσης της καπιταλιστικής ανάπτυξης).

Η κοινωνικοποίηση και η Δημοσιοποίηση συνιστούν σημεία τμήσης δύο διαμετρικά αντιθέτων και αλληλοαποκλειόμενων αντιλήψεων για το παρόν και το μέλλον της ανθρώπινης κοινωνίας, σκιαγραφώντας η μὲν πρώτη την προοπτική της καθολικής κοινωνικής απελευθέρωσης, η δε δεύτερη τη βεβαιότητα της καθολικής κοινωνικής υποδούλωσης.

(Γρίβας, 1984, Σελ. 15)

B₂. Γενικές αρχές και διάρθρωση Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Στην Ελλάδα με το νόμο 1397, που ψηφίστηκε στις 7 Οκτωβρίου του 1983 θεσπίστηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Οι βασικοί άξονες του εθνικού Συστήματος Υγείας είναι οι παρακάτω.

1. Αποκέντρωση του συστήματος υγείας με κατανομή των πόρων, ανάλογα με της γεωγραφικές ανάγκες.
2. Κοινωνικός έλεγχος του συστήματος. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση και οι διάφορες συνδικαλιστικές και επιστημονικές οργανώσεις συμμετέχουν στον προγραμματισμό (Δημοκρατικός Προγραμματισμός).
3. Λειτουργία του γιατρού στο σύστημα. Θεσπίζεται ένα νέο πρότυπο γιατρού, δηλαδή ο γιατρός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που λειτουργεί με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.
4. Ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στην Ελλάδα παρατηρείται έλλειψη πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Για να καλυφθεί το κενό αυτό δημιουργώντας 400 Κέντρα Υγείας, από τα οποία τα 200 περίπου θα καλύπτουν της ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού και τα υπόλοιπα τις ανάγκες του αστικού πληθυσμού.
5. Ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Την κρατική ευθύνη για το σχεδιασμό των υπηρεσιών Υγείας την έχει το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Ο περιφερειακός προγραμματισμός των πόρων υγείας γίνεται από τις οκτώ-δέκα περιφέρειες, όπου

υπάρχουν τα ανάλογα διοικητικά και ερευνητικά όργανα για την επίλυση των περιφερειακών προβλημάτων. (Υφαντόπουλος, 1988, σελ. 37-38).

Για την καλύτερη οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τρία ουσιαστικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης. Το πρωτοβάθμιο (εξωνοσοκομειακή κυρίως περίθαλψη), το δευτεροβάθμιο (νοσοκομειακή περίθαλψη) και το τριτοβάθμιο (πανεπιστημιακή περίθαλψη). Κάθε επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται σ'ένα συγκεκριμένο μέγεθος πληθυσμού και αποβλέπει στην προσφορά ορισμένων υπηρεσιών, που καλύπτουν συγκεκριμένες υγειονομικές ανάγκες.

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο μπορούν να καλύπτουν τις υγειονομικές ανάγκες μιας περιοχής (π.χ. κομόπολη ή επαρχία) 50-50.000 περίπου ατόμων.

Στο δευτεροβάθμιο επίπεδο προσφέρονται νοσοκομειακές υπηρεσίες από ειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό, που καλύπτουν τις ειδικές νοσοκομειακές ανάγκες μιας μεγαλύτερης περιοχής (π.χ. νομού) 50.000-500.000 περίπου ατόμων.

Τέλος για τις πιο ειδικές περιπτώσεις που απαιτούν ειδικές επιστημονικές γνώσεις, καθώς και υψηλή τεχνολογική υποδομή για διάγνωση και θεραπεία των νόσων υπάρχει η τριτοβάθμια πανεπιστημιακή περίθαλψη. Τα περιστατικά, που παραπέμπονται στις τριτοβάθμιες υπηρεσίες είναι σχετικά σπάνια και απαιτούν ειδική θεραπεία και παρακολούθηση. Η τριτοβάθμια περίθαλψη

καλύπτει τις ανάγκες μιας μεγάλης περιφέρειας 500.000-5.000.000 περίπου ατόμων, τα οποία απαρτίζουν και μια διοικητική και οργανωτική ολότητα την ονομαζόμενη υγειονομική περιφέρεια (Διάγραμμα I).

Παρά τις υπάρχουσες διαφορές τα τρία προαναφερθέντα διοικητικά και οργανωτικά επίπεδα περίθαλψης αποτελούν τα κύρια δομικά χαρακτηριστικά σε κάθε σύστημα υγείας. (Υφαντόπουλος, 1988, σελ. 48-49).

Βασική οργανωτική και λειτουργική μονάδα κάθε νοσοκομείου είναι η κλινική που επιτελεί περιθαλψιακό και εκπαιδευτικό έργο ταυτόχρονα.

Ο γενικότερος προσανατολισμός και η ακολουθούμενη μεθοδολογία σε κάθε κλινική καθορίζεται από το πλάνο δουλειάς που εκπονεί το νοσοκομειακό συμβούλιο και ειδικά από τη γενική συνέλευση των εργαζομένων σ' αυτή και εφαρμόζεται υπό την εποπτεία του διευθυντή της.

Η όλη λειτουργία και αποδοτικότητα της κάθε κλινικής εποπτεύεται από το νοσοκομειακό συμβούλιο απέναντι στο οποίο είναι πλήρως υπεύθυνη. (Γρίβας, 1984, σελ. 67-68).

Ανώτερος φορέας εξουσίας σε κάθε νοσοκομείο είναι το νοσοκομειακό συμβούλιο (πρωτοβάθμια οργάνωση), που αποτελείται από εκλεγμένους (με μυστική ψηφοφορία κάθε δύο χρόνια) και ανακλητούς (κάθε στιγμή) εκπροσώπους των εργαζομένων στο νοσοκομείο με την εξής κατανομή : Ένας γιατρός από κάθε κλινική, τρεις από το νοσηλευτικό, ένας από το βοηθητικό και ένας από το διοικητικό προσωπικό. Η σύνθεσή του ολοκληρώνεται με τη συμμετοχή ενός εκπροσώπου της πολιτείας, ενός της τοπικής αυτοδιοίκησης και ενός

των καταναλωτών υγείας (ασφαλιστικοί οργανισμοί εκ περιτροπής), που ορίζονται από τους αντίστοιχους φορείς.

Στις αρμοδιότητες του έτσι αποδεικνυόμενου νοσοκομειακού συμβουλίου, που από την ίδια τη φύση του έχει μια άμεση και συστηματική γνώση της λειτουργίας του νοσοκομείου, υπάγονται όλα τα θέματα που άπτονται της ύπαρξης του νοσοκομείου. Από τη σχεδιοποίηση και τον προγραμματισμό μέχρι την πρόσληψη ή την αντικατάσταση του προσωπικού σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα (Γρίβας, 1984, σελ. 68-69).

Το ανώτερο συντονιστικό όργανο του συστήματος υγείας σε επίπεδο νομού είναι το Νομαρχιακό Συμβούλιο (δευτεροβάθμια οργάνωση). Στη σύνθεσή του συμμετέχουν : Ένας γιατρός από κάθε νοσοκομείο (είναι μέλος του αντίστοιχου νοσοκομειακού συμβουλίου, εκλέγεται με μυστική ψηφοφορία και είναι ανακλητός και αυτός), δύο εκπρόσωποι του νοσηλευτικού προσωπικού (εκλεγμένοι και ανακλητοί με μυστική ψηφοφορία από τη γενική συνέλευση του νοσηλευτικού προσωπικού των δύο μεγαλύτερων νοσοκομείων του νομού), ένας εκπρόσωπος του βοηθητικού και ένας του διοικητικού προσωπικού (εκλεγμένοι με τον ίδιο τρόπο), καθώς επίσης και ένας εκπρόσωπος της πολιτείας, του δήμου και των καταναλωτών υγείας.

Το νομαρχιακό συμβούλιο συντονίζει τη λειτουργία του συστήματος υγείας στο νομό του. Επιλαμβάνεται των εφέσεων που υποβάλλονται ενάντια σε αποφάσεις των νοσοκομειακών συμβουλίων. Έχει την ευθύνη του ελέγχου των προϋπολογισμών των νοσοκομείων και της κατανομής των εσόδων. Ενημερώνει τους πολίτες για ότι αφορά το σύστημα

υγείας στο νομό κλπ. μέσω δύο επιτροπών. Που έχουν την ευχέρεια της δημιουργίας διαφόρων υποεπιτροπών για την κάλυψη του χώρου αναφοράς τους.

Στα μέλη του νομαρχιακού συμβουλίου υγείας και των επιτροπών του καταβάλλεται κεντρικά καθορισμένη αποζημίωση, μόνο για την τυχόν ωραριακή απασχόληση τους (Γρίβας, 1984, σελ. 69-70).

Το ανώτερο συντονιστικό όργανο του συστήματος υγείας σε επίπεδο περιφέρειας (ομάδας νομών : Θεσσαλία, Μακεδονία, Θράκη, κλπ.) είναι το περιφερειακό συμβούλιο (τριτοβάθμια οργάνωση).

Έχει αρμοδιότητες, που προαναφέρθηκαν σε σχέση με το νοσοκομειακό συμβούλιο υγείας, προβαλλόμενες σε ένα πιο πάνω επίπεδο. Από την άποψη της σύνθεσής του συμμετέχει σ' αυτό. Ένας εκλεγμένος και ανακλητός γιατρός από κάθε νομαρχιακό συμβούλιο. Δύο εκπρόσωποι του νοσηλευτικού, ένας του βοηθητικού και ένας του διοικητικού προσωπικού του νοσηλευτικού, εκλεγμένοι και ανακλητοί από τα (ή το) πολυπληθέστερα νομαρχιακά συμβούλια, καθώς επίσης και από ένας εκπρόσωπος της πολιτείας, της τοπικής αυτοδιοίκησης και των καταναλωτών υγείας (σύμφωνα με όσα αναφέρονται σε σχέση με τα νοσοκομειακά συμβούλια) (Γρίβας, 1984, σελ. 70).

Το ανώτερο συντονιστικό όργανο του εθνικού συστήματος υγείας (Ε.Σ.Υ.) είναι κεντρικό συμβούλιο υγείας (τεταρτοβάθμια οργάνωση) με αρμοδιότητες στον συντονιστικό διακανονισμό της οργάνωσης και παροχής της περίθαλψης σε όλα τα επίπεδα, τη διαμόρφωση της γενικής πολιτικής στο χώρο της υγείας, τη σχεδιοποίηση και τον

προγραμματισμό της εφαρμογής αυτής της πολιτικής, την εκπόνηση των πλάνων για εκπαίδευση και επανεκπαίδευση των εργαζομένων στο εθνικό σύστημα υγείας, τη διαμόρφωση των πινάκων των βαθμολογημένων για κάθε ιεραρχικό επίπεδο για την πρόσληψη του προσωπικού του Ε.Σ.Υ., κλπ.

Στη σύνθεση του συμμετέχουν : Ένας γιατρός από κάθε περιφερειακό συμβούλιο υγείας, δύο νοσηλευτικού, ένας βοηθητικός και ένας διοικητικός, καθώς επίσης και ένας εκπρόσωπος του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών, ένας της κεντρικής ένωσης δήμων και κοινοτήτων και ένας των καταναλωτών υγείας, σύμφωνα με το πρότυπο εκλογής που προτάθηκε από το περιφερειακό συμβούλιο.

Σύμφωνα με το ίδιο πρότυπο καθορίζεται επίσης η διάρκεια της θητείας και το ύψος της αποζημίωσης που καταβάλλεται στα μέλη του Κεντρικού Συμβουλίου.

Για την ευρυθμότερη λειτουργία του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, που συνεργάζεται άμεσα και αδιάλειπτα με το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών προβλέπεται η δημιουργία μιας επιτροπής σχεδιοποίησης και προγραμματισμού, μιας επιτροπής επιστημονικής, μιας επιτροπής οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής, που έχουν την ευχέρεια να συγκροτούν ειδικές υποεπιτροπές όταν και όπου κρίνεται αυτό αναγκαίο.

Σε όλα τα οργανωτικά επίπεδα του θεσμού, όλοι οι αντιπρόσωποι είναι εκλεγμένοι (από τις γενικές συνελεύσεις των χώρων που εκπροσωπούν) και ανακλητοί σε κάθε στιγμή, ενώ οι εκπρόσωποι της κρατικής εξουσίας συμμετέχουν στα διάφορα όργανα χωρίς δικαίωμα ψήφου (Γρίβας, 1984, σελ. 70-71).

B₃. Έννοια και αρχές Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.

Υπάρχουν πέντε θεμελιώδεις αρχές, όπου βασίζεται το σύστημα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που καθορίζουν τους βασικούς άξονες ανάπτυξης και αποτελούν τα κύρια κοινά χαρακτηριστικά σ' όλα τα πρωτοβάθμια συστήματα. Οι αρχές αυτές είναι :

1. Η διαθεσιμότητα (availability) των υπηρεσιών υγείας και η δυνατότητα υπηρέσιών 24 ώρες ημερησίως και για 365 ημέρες το χρόνο. Η αρχή αυτή προϋποθέτει την ύπαρξη κατάλληλης κτιριακής υποδομής, καθώς και τον κατάλληλο προγραμματισμό του ωραρίου απασχόλησης προσωπικού.
2. Η προσπελασιμότητα (accessibility), δηλαδή η δυνατότητα προσφοράς υπηρεσιών υγείας όταν και όπου χρειαστούν. Η αρχή αυτή προϋποθέτει ορθολογικό περιφερειακό προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας και παράλληλη ανάπτυξη του οδικού δικτύου και των μέσων επικοινωνίας.
3. Η συνέχεια (continuity) της προσφοράς υπηρεσιών υγείας, δηλαδή η μακροχρόνια και στενή παρακολούθηση όχι μόνο των ασθενών μιας κοινότητας αλλά και όλων των ατόμων της. Η αρχή αυτή προϋποθέτει όχι μόνο την υγειονομική αλλά και κοινωνική ανάπτυξη των υπηρεσιών και τη διαρκή επικοινωνία του Κέντρου Υγείας με τον πληθυσμό της κοινότητας.
4. Η σύνδεση μεταξύ του πρωτοβάθμιου, δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου συστήματος υγείας. Η αρχή αυτή προϋποθέτει ένα καλά οργανωμένο σύστημα παραπομπής

(referral) των ασθενών από τους γενικούς γιατρούς, προς τους ειδικευμένους γιατρούς. Το σύστημα παραπομπής βασίζεται ε μια συνεχή ροή προσφοράς υπηρεσιών υγείας από τον γενικό γιατρό μέχρι την πανεπιστημιακή κλινική ή το πανεπιστημιακό ινστιτούτο ερευνών. Αυτό σημαίνει πως στο όλο σύστημα θα υπάρχει συνεχής ροή πληροφοριών για το που υπάρχουν οι συγκεκριμένες ειδικές υπηρεσίες π.χ. αιματολογίας, βιοχημείας κλπ., πως λειτουργούν οι υπηρεσίες αυτές και πως μπορούν να χρησιμοποιηθούν πιο αποδοτικά.

5. Η οικονομική και κοινωνική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, που προσφέρονται στο πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης. Το ερευνητικό ενδιαφέρον θα πρέπει να στραφεί στη διερεύνηση της αρχής αυτής, γιατί πολλές συζητήσεις και προτάσεις έχουν γίνει από πολλούς οργανισμούς, ακόμα και από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, που υποστηρίζουν ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι οικονομικά λιγότερο δαπανηρή από τη δευτεροβάθμια. Ωστόσο η πρόταση αυτή πρέπει να διερευνηθεί με σύγχρονες ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους για να διερευνηθεί το οικονομικό και κοινωνικό όφελος, που προκύπτει από διαφορετικές μορφές περίθαλψης (Υφαντίοπουλος, 1988, σελ. 50-51).

Β.4. Μορφές παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Υπάρχουν διάφορες μορφές πρωτοβάθμιων συστημάτων περίθαλψης, τα οποία έχουν αναπτυχθεί διαχρονικά σε κάθε χώρα για να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες της χώρας αυτής και έχουν αναπτυχθεί ανάλογα με την υγειονομική υποδομή της κάθε χώρας σε προσωπικό και κτιριακό εξοπλισμό, καθώς και την οικονομική, κοινωνική και πολιτιστική της ανάπτυξη.

Ο Reedy (1980) (στον Υφαντόπουλο, 1988, σελ. 52) διακρίνει επτά διαφορετικούς βασικούς "τρόπους" παροχής υπηρεσιών. Ο Reedy στην ανάλυση τους υποστηρίζει τρεις συνδετικές ενότητες :

- α. Ο πληθυσμός του χωριού, της κοινότητας ή του τομέα υγείας, ο οποίος δέχεται τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες.
- β. Ο γενικός γιατρός, η μαία και η νοσοκόμα, που αποτελούν τον "πυρήνα" των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών.
- γ. Τέλος, η τρίτη ενότητα, που αποτελεί και την ανώτερη βαθμίδα προσφοράς "εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας". Στην ενότητα ανήκουν οι ειδικοποιημένοι γιατροί, όπως παιδίατροι, γυναικολόγοι κ. α.

Ι. Γενικός οικογενειακός γιατρός

Ο θεσμός αυτός άρχισε με επιτυχία στην Αγγλία. Ο γιατρός είναι υπεύθυνος για την υγειονομική κάλυψη των αναγκών μιας περιοχής 1.500-2.500 ατόμων. Το μέγεθος του πληθυσμού διαφοροποιείται από μια σειρά παραγόντων, όπως τη μορφή του πληθυσμού (αστικός ή αγροτικός), την πυκνότητα του πληθυσμού, το επιδημιολογικό φάσμα του πληθυσμού (συχνότητα ασθενειών), το οδικό δίκτυο, τη συχνότητα στις επικοινωνίες.

Ο γενικός γιατρός απασχολείται κυρίως με τα χρόνια περιστατικά, καθώς και με την πρόληψη και την υγειονομική διαφώτιση. Αποτελεί την πρώτη άμεση βαθμίδα επικοινωνίας του ασθενούς με το υγειονομικό σύστημα και λειτουργεί ως "μεσάζων" για την ανώτερη βαθμίδα περίθαλψης. Μερικές φορές, εάν δεν υπάρχουν οι κατάλληλοι μηχανισμοί, είναι δυνατόν ο γενικός γιατρός να παρακάμπτεται από τους ασθενείς, οι οποίοι προσφεύγουν σε υψηλότερη βαθμίδα περίθαλψης. Μια τέτοια περίπτωση είναι αρκετά συνηθισμένη στην Ελλάδα και παρατηρείται η τάση αυτή όχι μόνο στα αστικά κέντρα αλλά και στην επαρχία (Υφαντόπουλος, 1988, σελ. 52-53).

II. Παροχή υπηρεσιών από γενικό γιατρό και νοσοκόμα

Η μορφή αυτή συναντάται στις αγροτικές περιοχές έχει εφαρμοστεί αποδοτικά στη Γιουγκοσλαβία και το Ισραήλ και άρχισε να λειτουργεί και στην Ελλάδα από το 1955, όταν σχεδιάστηκαν τα αγροτικά ιατρεία.

Αποτελεί την πρώτη μορφή προσφοράς πρωτοβάθμιας περίθαλψης από μια ομάδα. Ο θεμελιώδης πυρήνας των υπηρεσιών υγείας απαρτίζεται από ένα γενικό γιατρό και από μία νοσοκόμα ή μαία.

Στην περίπτωση αυτή είναι δυνατό να υπάρχει κάποιος έλεγχος στο σύστημα, πράγμα που σημαίνει ότι ο γενικός γιατρός αποφασίζει και κρίνει εάν η περίπτωση είναι αρκετά σοβαρή, για να παραπεμφθεί σε ανώτερα η πιο εξειδικευμένη μορφή περίθαλψης. (στον ίδιο, 1988, σελ. 53)

III. Το Κέντρο Υγείας

Η περίπτωση αυτή αποτελεί τη βασική μορφή παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Αγγλία και λειτουργεί αποδοτικά στην Σουηδία, Φιλανδία, Γιουγκοσλαβία και άλλες χώρες της ανατολικής Ευρώπης.

Ο κύριος στόχος των Κέντρων Υγείας είναι η παροχή πλήρους πρωτοβάθμιας περίθαλψης και πρόληψη σ' ένα πληθυσμό 10.000 έως 50.000 περίπου ατόμων. (Υφαντόπουλος, 1988 σελ. 55).

Στην Ελλάδα η κωροθέτηση των Κέντρων Υγείας έγινε με τα ακόλουθα κριτήρια:

- α. Πληθυσμιακά: Κάθε Κέντρο Υγείας εξυπηρετεί ένα συγκεκριμένο μέγεθος πληθυσμού, που κυμαίνεται μεταξύ 5.000-50.000 κατ'ανώτατο όριο.
- β. Γεωγραφικά: Εξετάστηκε η γεωφυσική κατάσταση των διαφόρων περιοχών και επιλέχθηκε η γεωγραφική τοποθεσία, η οποία αποτελεί "κέντρο" ή δίοδο προς άλλα χωριά.
- γ. Κοινωνικά-Οικονομικά: Εξετάσθηκε η οικονομική, κοινωνική, διοικητική και εκπαιδευτική υποδομή κάθε τόπου και οι διαχρονικές διακυμάνσεις του πληθυσμού λόγω της τουριστικής κίνησης.
- δ. Προσπελασιμότητα: Εξετάσθηκε η δυνατότητα πρόσβασης προς το Κέντρο Υγείας όλου του πληθυσμού με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην υπερβαίνει η χρονική διάρκεια μεταφοράς του ασθενή τη μισή ώρα. Στις πιο απομακρυσμένες περιοχές, "παραδεκτό" όριο ορίσθηκε η μία ώρα (Υφαντόπουλος, 1988 σελ. 77)

Οι υπηρεσίες που θα προσφέρει το Κέντρο Υγείας θα είναι:

1. Ιατρικές, νοσηλευτικές, προληπτικές.
2. Κοινωνικές, διαφωτιστικές, εκπαιδευτικές.

Ειδικότερα στόχοι των Κέντρο Υγείας μπορεί να είναι:

- α. Υγειονομική παρακολούθηση του πληθυσμού (ιατρικές εξετάσεις, εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις).
- β. Πρώτες βοήθειες.
- γ. 24ωρη λειτουργία.
- δ. Μεταφορά εκτάκτων περιστατικών στα Νοσοκομεία.
- ε. Λειτουργική σύνδεση με άλλες βαθμίδες περίθαλψης.
- στ. Παρακολούθηση ειδικών παθήσεων (ψυχιατρικές κ. τ. λ.).
- ζ. Λειτουργία τμημάτων βραχείας ανάρρωσης.
- η. Εκπαίδευση γιατρών στην κοινωνική (social medicine), στην κοινωνική (community medicine) και στην γενική ιατρική.
- θ. Προληπτική ιατρική, προαγωγή της υγείας και υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού. (Γρίβας, 1988, σελ. 55)

Ο σκοπός των κέντρων υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 15, του νόμου 1397, με τον οποίο θεσπίστηκε το Ε.Σ.Υ. ορίζεται ως εξής:

- α. Σκοπός των κέντρων υγείας είναι η παροχή ισοτιμής πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σ' αυτή

β. Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από

γ. Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο Νοσοκομείο

δ. Η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις, στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο

ε. Η οδοντιατρική περίθαλψη

στ. Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού

ζ. Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα

η. Η ιατρική της εργασίας

θ. Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής

ι. Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού

ια. Η εκπαίδευση του γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας

ιβ. Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας

ιγ. Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους (Κ. Γρίβας, 1984, σελ. 101)

Για να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί, το Κέντρο Υγείας θα πρέπει να στελεχώνεται από το κατάλληλο προσωπικό.

α. Ιατρικό προσωπικό : Γενικούς γιατρούς, καθώς και ορισμένους ειδικούς γιατρούς, όπως παιδίατρος και γυναικολόγους κατά ορισμένα τακτά χρονικά διαστήματα είναι δυνατόν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και άλλες ειδικότητες.

β. Νοσηλευτικό : Νοσοκόμες με κάποια εξειδίκευση στην πρωτοβάθμια ή στην κοινοτική περίθαλψη. Επίσης, επισκέπτριες αδελφές και κοινωνικούς λειτουργούς.

γ. Διοικητικό : Λογιστές, αρχειοθέτες.

δ. Εργαστηριακό : Παρασκευάστριες.

ε. Βοηθητικό : Καθαρίστριες, τραυματιοφορείς, οδηγούς ασθενοφόρων, φύλακες, μαγειρίσσες.

Για τα ειδικότερα περιστατικά (π.χ. χρόνια ψυχιατρικά) είναι δυνατόν να υπάρχουν περιοδικές επισκέψεις ορισμένων γιατρών (ψυχίατροι) (Υφαντιόπουλος, 1988, σελ. 55).

Ανάλογα με το μέγεθος και τη μορφή (αγροτικός ή αστικός πληθυσμός) θα υπάρξει διαφορετική στελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό και τεχνολογική υποδομή.

Η Α. Ριτσατάκη (1988, σελ. 22-23) αναφέρει ότι πρόσφατα με το θεσμό των Κέντρων Υγείας έχει γίνει προσπάθεια να δοθεί περισσότερη έμφαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Όμως και εδώ η επιρροή του παραδοσιακού ιατρικού μοντέλου είναι φανερή. Ο επικεφαλής του Κέντρου Υγείας είναι γιατρός. Γραμματειακή υποστήριξη προβλέπεται για το ιατρικό έργο. Παρουσιάζονται επίσης προβλήματα επαρκούς στελέχωσης. Το τμήμα "Κοινωνικής φροντίδας" στελεχώνεται μόνο από κοινωνικούς λειτουργούς (1. προς 7.000-10.000 κατοίκους), δεν προβλέπονται οικιακοί βοηθοί και οι κοινωνικοί λειτουργοί χρησιμοποιούνται κυρίως σε γραμματειακές εργασίες και όχι για κοινωνική εργασία. Ακόμη δεν προτείνεται ουσιαστική συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων ούτε του προσωπικού του Κέντρου, ούτε των τοπικών αρχών, ούτε των τοπικών φορέων. Ο πρόεδρος της "Τοπικής Επιτροπής Υγείας" στην οποία συμμετέχουν

εκπρόσωποι της τοπικής αυτοδιοίκησης και των τοπικών φορέων μπορεί να συμμετέχει στις συνεδριάσεις του "Συμβουλίου Υπευθύνων" που αποτελείται από τους προϊσταμένους των διαφόρων τμημάτων με πρόεδρο το διευθυντή του κέντρου, που είναι γιατρός. Το Συμβούλιο αυτό έχει γνωμοδοτικό χαρακτήρα.

Τέλος, πως και από ποιους θα γίνει η αναγκαία συλλογή στοιχείων και η έρευνα στα πλαίσια των Κέντρων Υγείας, δεδομένου ότι είναι αναγκαία η σωστή πληροφοριακή βάση για την ανάπτυξη πολιτικής Υ.Γ.Ο.

IV. Κινητή νοσηλευτική μονάδα

Είναι η πιο χαρακτηριστική μορφή πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις αναπτυσσόμενες χώρες. Απαρτίζεται από νοσηλευτικό και υγειονομικό προσωπικό, το οποίο επισκέπτεται τα διάφορα χωριά, που είτε είναι απομονωμένα ή έχουν οδικές ή άλλες δυσκολίες επικοινωνίας με το Κέντρο Υγείας.

Σ' αυτή τη μορφή πρωτοβάθμιας περίθαλψης υπάρχει μια σύνδεση μ' ένα ενισχυμένο πρωτοβάθμιο ή δευτεροβάθμιο κέντρο, στο οποίο υπάρχουν οι ειδικοί και γενικά γιατροί. Οι γενικοί γιατροί σε συνεργασία με το κινούμενο νοσηλευτικό προσωπικό είναι δυνατό κατά τακτά χρονικά διαστήματα να επισκέπτονται διάφορα χωριά και περιοχές, που αποτελούν τον τομέα υγείας της κινούμενης νοσηλευτικής μονάδας. (Υφαντόπουλος, 1985, σελ. 59)

B. Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη προσφέρεται στην Ελλάδα από διάφορους φορείς και ασφαλιστικούς οργανισμούς, χωρίς να υπάρχει η λειτουργική και διοικητική σύνδεση μεταξύ τους. Ειδικότερα η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη προσφέρεται από :

1. τους γιάτρούς, που έχουν ιδιωτικό ιατρείο και ασκούν ελεύθερο επάγγελμα
2. τους γιάτρούς των πολυϊατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών
3. τα αγροτικά ιατρεία
4. τους υγειονομικούς σταθμούς
5. τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (Υφαντόπουλος, 1985, σελ. 66).

Στο άρθρο 20, του νόμου 1397 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας αναφέρεται ότι οι υγειονομικοί σταθμοί και τα αγροτικά ιατρεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που έχουν συσταθεί ως τη δημοσίευση του νόμου αυτού συγχωνεύονται στα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία τους, που συνιστώνται κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού. Με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υγείας ορίζονται και οι υγειονομικοί σταθμοί και τα αγροτικά ιατρεία, που συγχωνεύονται σ' αυτό με την έναρξη της λειτουργίας τους. (Γρίβας, 1984, σελ. 104).

Θα αναφερθώ μόνο στα εξωτερικά ιατρεία.

I. Εξωτερικά ιατρεία

Τα εξωτερικά ιατρεία αποτελούν προέκταση της νοσοκομειακής υποδομής και συνδέουν λειτουργικά την πρωτοβάθμια με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Ο θεσμός τους άρχισε να λειτουργεί από το 18ο και 19ο αιώνα και εφαρμόστηκε σε πολλές χώρες της Ευρώπης. Τα εξωτερικά ιατρεία απαρτίζονται από διάφορες κλινικές, όπως παθολογική, παιδιατρική, γυναικολογική, χειρουργική κλπ.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια σαφής διάκριση μεταξύ τακτικών εξωτερικών ιατρείων που δέχονται τους "περιστατικούς" ασθενείς και του τμήματος έκτακτων περιστατικών, που είναι για τα επείγοντα περιστατικά. Δυστυχώς στην Ελλάδα δεν υπάρχει ακόμα η διάκριση αυτή με αποτέλεσμα να δημιουργείται συνωστισμός σε εξωτερικά ιατρεία και προβλήματα λειτουργίας (Υφαντόπουλος, 1985, σελ. 59).

Υπάρχουν πολλά οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα στα εξωτερικά ιατρεία σήμερα. Τα προβλήματα αυτά εντελώς ενδεικτικά είναι τα ακόλουθα :

1. Τα εξωτερικά ιατρεία λειτουργούν μόνο τις πρωινές ώρες με αποτέλεσμα οι περισσότεροι εργαζόμενοι να μην μπορούν να τα επισκεφτούν.
2. Δεν υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ των χρόνιων και των οξέων περιστατικών.
3. Δεν υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ των τακτικών και των έκτακτων περιστατικών.
4. Δεν υπάρχει γραφείο πληροφόρησης του κοινού και των ασθενών.

5. Δεν υπάρχει προγραμματισμός στις επισκέψεις των ασθενών με αποτέλεσμα να δημιουργείται συνωστισμός στους διαδρόμους των εξωτερικών ιατρείων και ορισμένοι ασθενείς να φεύγουν, χωρίς να δουν το γιατρό.

6. Δεν εξασφαλίζεται η αρχή της συνεχούς παρακολούθησης των ασθενών (follow up).

7. Δεν υπάρχει αρχείο ασθενών και εξωτερικών ιατρείων.

Τα παραπάνω προβλήματα, συνδυασμένα με την έλλειψη κατάλληλης κτιριακής υποδομής, των ειδικών εργαστηρίων για ακτινολογικές, μικροβιολογικές και βιοχημικές εξετάσεις, την έλλειψη ειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και τις οργανωτικές αδυναμίες εισροής και εκροής των ασθενών αποτελούν τους κύριους τομείς προς τους οποίους θα πρέπει να στραφεί ο υγειονομικός προγραμματισμός για την αποτελεσματική λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων της χώρας.

Δεδομένου ότι τα εξωτερικά ιατρεία αποτελούν το τελευταίο στάδιο της πρωτοβάθμιας και το πρώτο στάδιο της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, η προγραμματισμένη και ορθολογική λειτουργία τους αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αποδοτική λειτουργία των υγειονομικών υπηρεσιών. (Υφαντόπουλος, 1985, σελ. 73).

Ο Υφαντόπουλος (1985, σελ. 80) επισημαίνει ότι οποιαδήποτε υγειονομική πολιτική και αν ακολουθηθεί για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα, θα πρέπει να διασφαλιστεί η λειτουργική και οργανωτική σύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών αυτών, ώστε να αποφευχθούν

οι επικαλύψεις και η ανορθολογική χρησιμοποίησή τους. Θα πρέπει επίσης να χρησιμοποιηθούν ορθολογικοί μηχανισμοί, ώστε να ελεγχθεί η μελλοντική αύξηση του κόστους λειτουργίας και να προγραμματιστεί η όλη υποδομή με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι σε θέση να εξυπηρετήσει τη μελλοντική αύξηση στη ζήτηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

B₆. Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Με τον όρο δευτεροβάθμια περίθαλψη εννοούμε την προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών στους ασθενείς, που νοσηλεύονται μέσα στα νοσοκομεία.

Η οργάνωση, η διοίκηση, η λειτουργία, η μορφή και η ανάπτυξη των νοσοκομειακών υπηρεσιών παρουσιάζουν έντονες διαφορές από χώρα σε χώρα, που αποδίδονται κυρίως στην πολιτιστική κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη κάθε τόπου, ωστόσο ο θεσμός του Νοσοκομείου ως μονάδας παροχής δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό σ'όλα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. (Υφαντόπουλος, 1985, σελ. 80)

Παρακάμπτοντας μια ιστορική ανασκόπηση της παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης θα αναφερθώ στην υπάρχουσα κατάσταση σήμερα στην Ελλάδα.

Ο νόμος 1397 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, αποβλέπει στον "εκσυγχρονισμό των νοσοκομείων και την προσαρμογή της λειτουργίας τους στο πλαίσιο ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας". Με το νόμο αυτό προβλέπεται η σημαντική αύξηση του προσωπικού των επαρχιακών νοσοκομείων και γενικότερα η αναβάθμιση στον τομέα υγείας.

Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες παρέχονται σήμερα στην Ελλάδα από τρεις κυρίως φορείς :

1. Από τα δημόσια νοσοκομεία, που ανήκουν στον δημόσιο τομέα και κατέχουν το 50% του συνολικού αριθμού των νοσοκομειακών κρεβατιών. Την ευθύνη για τη διοίκηση, την οργάνωση, τη λειτουργία και τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων αυτών την έχει το κράτος.

2. Από τα Ν. Π. Ι. Δ. (Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου), τα οποία κατέχουν το 14% των νοσοκομειακών κρεβατιών και λειτουργούν ως ανεξάρτητα φιλανθρωπικά ιδρύματα. Για να αντεπεξέλθουν τα ιδρύματα στις αυξανόμενες δαπάνες, λαμβάνουν κάθε χρόνο σημαντικές χρηματικές επιχορηγήσεις από το κράτος. Με το νόμο 1397, του 1983 δίνεται η επιλογή στα νοσοκομεία αυτά ή να γίνουν ιδιωτικά ή να ενταχθούν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

3. Από τα ιδιωτικά νοσοκομεία που ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα και λειτουργούν ως ανεξάρτητες οικονομικές μονάδες. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία κατέχουν το 36% του συνολικού αριθμού των κρεβατιών. (Υφαντόπουλος, 1985, σελ. 84-85).

Στο νόμο 1397 του 1983 και ειδικότερα στα άρθρα 5-12 καθορίζεται η διοίκηση, η οργάνωση, η λειτουργία και η διάρθρωση των νοσοκομειακών μονάδων.

Κάθε νοσοκομείο διακρίνεται σε 3 βασικούς τομείς α) τον ιατρικό, β) το νοσηλευτικό και γ) το διοικητικό. Αντίστοιχα ο κάθε τομέας διαρθρώνεται σε διάφορες υπηρεσίες όπως, για παράδειγμα, ο ιατρικός τομέας του νοσοκομείου διακρίνεται σε α) παθολογικές, β) χειρουργικές, γ) εργαστηριακές, δ) ψυχιατρικές και ε) κοινωνικές υπηρεσίες.

Για την αποδοτική λειτουργία των νοσοκομείων καθώς και για την ικανοποιητική στελέχωση τους με προσωπικό, το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας κατάρτισε νέους οργανισμούς νοσοκομείων, που

καθορίζουν τη στελέχωση προσωπικού, σύμφωνα με διεθνείς δείκτες.

Όσον αφορά τη νοσοκομειακή υποδομή προβλέπεται ότι ο αριθμός των νοσοκομείων θα βελτιωθεί σημαντικά.

Παράλληλα, για να βελτιωθεί η γεωγραφική ανισοκατανομή των κρεβατιών προβλέπεται ότι τα κρεβάτια στα νοσοκομεία της Αθήνας την περίοδο 1982-1988 θα αυξηθούν μόνο κατά 13,8% ενώ ο αριθμός των κρεβατιών στην υπόλοιπη χώρα θα αυξηθεί κατά 56,8%. Η αύξηση αυτή των κρεβατιών των περιφερειακών νοσοκομείων θα βελτιώσει σημαντικά την υπάρχουσα γεωγραφική ανισοκατανομή των κρεβατιών.

Ο εξοπλισμός και η κτιριακή υποδομή των νοσοκομείων προβλέπεται να βελτιωθεί σημαντικά.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα υπάρχοντα προγράμματα για βελτίωση της νοσοκομειακής περίθαλψης θα πρέπει να βασίζονται σε διάφορα εναλλακτικά σενάρια ανάπτυξης. Γιατί μπορεί κτιριακά μεν η νοσοκομειακή υποδομή να αναπτυχθεί ταχύτατα και να υπάρχει ο απαραίτητος εξοπλισμός και τα κατάλληλα κτίρια, ωστόσο ενδέχεται να μην υπάρχει ικανά εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο θα απασχοληθεί στις θέσεις αυτές. Πρέπει λοιπόν να υπάρξουν τα κατάλληλα κοινωνικά, εκπαιδευτικά και οικονομικά κίνητρα, τα οποία θα δώσουν την δυνατότητα για περιφερεικοποίηση του υγειονομικού δυναμικού. Πρέπει, επίσης τα προγράμματα νοσοκομειακής περίθαλψης να είναι ευέλικτα και να βασίζονται σε δυναμικό προγραμματισμό, ο οποίος θα έχει σαφώς προκαθορισμένους αναπτυξιακούς στόχους. (Υφαντόπουλος, 1985, σελ.108-109).

Β.7. Τριτοβάθμια περίθαλψη

Με τον όρο τριτοβάθμια περίθαλψη εννοούμε τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και τις πανεπιστημιακές κλινικές.

Το 1982 υπήρχαν στην Ελλάδα νοσοκομεία, τα οποία είχαν πανεπιστημιακές (τριτοβάθμιες) κλινικές. Από τα νοσοκομεία αυτά εννέα βρίσκονται στην Αθήνα, πέντε στη Θεσσαλονίκη, ένα στην Πάτρα, ένα στα Ιωάννινα και ένα στην Αλεξανδρούπολη. Το σύνολο των Πανεπιστημιακών κλινικών ανέρχεται σε 44 από τις οποίες οι εννέα είναι παθολογικές, οι έξι χειρουργικές, οι έξι παιδιατρικές και οι υπόλοιπες αναφέρονται σε άλλες ειδικότητες (Υφαντόπουλος, 1985, σελ. 108).

Β. Γενική κρίση για την παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Η οργανωτική δομή και η λειτουργική σύνδεση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, παρουσιάζουν μια σειρά προβλημάτων, που αποδίδονται κυρίως στην ανισοκατανομή των πόρων υγείας και στην ανορθολογική χρησιμοποίησή τους. Επίσης, παρουσιάζεται έλλειψη συντονισμού, οργάνωσης και διοίκησης της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Από 1960, υπήρξε μια σειρά από νομοθετικά διατάγματα και αναγκαστικούς νόμους, που απέβλεπαν στην βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, ωστόσο, παρά τις διάφορες κατά καιρούς προσπάθειες, τα νομοθετικά διατάγματα και οι νομοθετικές ρυθμίσεις δεν επέφεραν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Η περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας παρέμεινε εξαιρετικά άνιση, χωρίς να καλύψει τις αυξημένες κοινωνικές ανάγκες της περιφέρειας. Παράλληλα, η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας έγινε αποτελεσματικά και περιστασιακά χωρίς να υπάρξει ένα ομοιογενές πρόγραμμα που να καθορίζει την λειτουργία και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας (Υφαντόπουλος, 1985, σελ. 111).

Γ. Υγεία και Κοινωνική Εργασία.

Σ' αυτό το κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις νέες τάσεις που έχουν επικρατήσει στο χώρο της υγείας και στρέφονται γύρω από τη διατήρηση της υγείας και όχι μόνο την αντιμετώπιση της ασθένειας. Συνδέεται έτσι η υγεία και με τις περιβαλλοντικές, κοινωνικές, οικονομικές και εργασιακές συνθήκες τόσο του γενικού πληθυσμού όσο και του κάθε ατόμου ξεχωριστά.

Συντελείται έτσι μια μετατόπιση του ιατροκεντρικού πρίσματος μέσα από το οποίο βλέπουμε την υγεία σ' ένα ολιστικό μοντέλο, που προβλέπει και την συμμετοχή και άλλων ειδικοτήτων.

Γ.1. Παρουσίαση θεωρητικών προσεγγίσεων, που καθορίζουν το όρο "Υγεία".

Ο κλονισμός της σωματικής υγείας απασχόλησε όλες τις οργανωμένες ανθρώπινες κοινωνίες, γιατί είχε επιπτώσεις πάνω στην λειτουργία της κοινότητας και παρεμπόδιζε τις δραστηριότητές της. Η υγεία των μελών της κοινότητας και παρεμπόδιζε τις δραστηριότητες της. Η υγεία των μελών της κοινότητας εξασφάλιζε την προστασία της και την επιβίωση της.

Παρακάμπτοντας μια ιστορική αναδρομή, που θα αφορούσε την φροντίδα των ασθενών κατά εποχή και πολιτισμό, θα αναφερθώ στον 17ο και 18ο αιώνα, που είναι καθοριστικοί για τις ανακαλύψεις τους στον τομέα της ιατρικής και την εξέλιξη της προστασίας των ασθενών. Τα χαρακτηριστικά

στοιχεία της εξέλιξης αυτής είναι η ανάπτυξη των γιατρών η συστηματική αναζήτηση των αιτιών των ασθενειών και ο πειραματισμός, που οδήγησε στην υιοθέτηση ορισμένων νέων θεραπευτικών μεθόδων. Το 19ο αιώνα αναπτύχθηκε η εκπαίδευση του Νοσηλευτικού Προσωπικού και εντάθηκε η μελέτη τρόπων πρόληψης των ασθενειών (Βασικά Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας, σελ. 32)

Σήμερα η ιατρική έχει αναπτύξει ανάλογα με τις ανάγκες διάφορες ειδικότητες και χρησιμοποιεί υψηλή τεχνολογία για την πρόληψη τη διάγνωση και την θεραπεία.

Οι νέες τάσεις στρέφονται γύρω από την ιδέα της διατήρησης της υγείας και όχι μόνο την αντιμετώπιση της ασθένειας.

Μας ενδιαφέρει η υγιεινή του περιβάλλοντος η παρακολούθηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, καθώς και η συμπλήρωση της αποστολής των Νοσοκομείων σε ιδρύματα, που φροντίζουν τον ασθενή μετά το στάδιο της καθαρά θεραπευτικής αγωγής, καθώς και η σύσταση νοσηλευτικών μονάδων για την παρακολούθηση της διατήρησης της υγείας του ατόμου που θεραπεύτηκε ή υφίσταται χρόνιες επιπτώσεις έως αρχικής αρρώστιας.

Η διατήρηση της υγείας αποτελεί κοινωνική υπόθεση. Προϋποθέτει την δημιουργία κατάλληλων κοινωνικών συνθηκών τόσο για την διατήρηση της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας όσο και την ελάττωση της εξάρτησης από τις μεγάλες νοσηλευτικές μονάδες, ξαναγυρίζοντας στην ανάθεση ευθυνών στο επίπεδο της κοινότητας για την αντιμετώπιση όλων των θεμάτων, που περικλείονται στην έννοια "υγεία". Η υγεία και η αντιμετώπιση της ασθένειας ανήκουν στις

ευθύνες του κράτους. Οι ειδικοί, που εργάζονται σ' αυτόν τον τομέα δεν είναι μόνο εκείνοι που σπούδασαν την ιατρική επιστήμη αλλά και άλλες πολλές ειδικότητες, μεταξύ των οποίων και η Κοινωνική Εργασία.

Η κ. Γιδοπούλου στα πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών (1985 σελ. 275) δίνει τον ορισμό για την υγεία που δίνει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.

"Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας".

Ο ορισμός αυτός δείχνει ότι το ιατρικό πρίσμα, με το οποίο μέχρι τώρα βλέπουμε την υγεία δίνει την θέση του στην κοινωνική διάσταση του όρου και αρχίζουμε πλέον μιλώντας για την υγεία να εννοούμε ένα κοινωνικό αγαθό.

"Έτσι ο όρος υγεία αρχίζει να παίρνει μια ευρύτητα, που έχει την έννοια μιας βασικής προσπάθειας διασφάλισης της υγείας, για να συμμετέχουν σ' αυτό, που λέμε κοινωνία ευημερίας" (Κ. Γιδοπούλου 1985 σελ. 275).

Η ιατροκεντρική άποψη περιορίζεται και δίνει τη θέση της σε μια διεπιστημονική άποψη.

Μ' ένα ολιστικό μοντέλο ιατρικής η σύγχρονη ιατρική επιστήμη δεν μπορεί να διαχωρίσει προβλήματα σώματος, προβλήματα πνεύματος ή ψυχολογικά προβλήματα. Ο άνθρωπος αντιμετωπίζεται σαν όλο, γι' αυτό πλέον δεν μπορούμε να λέμε ότι την ευθύνη έχει κατ' αποκλειστικότητα ο γιατρός. Την ευθύνη της υγείας την έχουν όλοι και πάνω από όλα το ίδιο το άτομο, που από την πρώτη παιδική ηλικία πρέπει να μάθει τους τρόπους και τα μέσα να διασφαλίζει την υγεία

του, ώστε να περιορίσει στο ελάχιστο τα προβλήματά της.
(Κ. Γιδοπούλου, 1985, σελ. 276).

Η Νάκου (1985, σελ. 277) αναφέρει ότι για την εκτίμηση της υγείας ενός πληθυσμού χρησιμοποιούνται δείκτες αρρώστιας, τη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα, τις εισαγωγές στα νοσοκομεία, την απώλεια ημερών λόγω ασθένειας κλπ.

Και προσθέτει :

- "Στο πως αρρωσταίνει ο άνθρωπος, πως απαντά στη θεραπεία και πως λειτουργεί μετά την αρρώστια παίζουν ρόλο διάφοροι παράγοντες, περιβαλλοντικοί, προδιαθεσιακοί, (όπως π.χ. γενετικοί παράγοντες) και συγκεκριμένοι αιτιολογικοί παράγοντες (όπως τα μικρόβια) καθώς και το είδος της ιατρικής παρέμβασης.

Και στο επίπεδο του πληθυσμού η κατάσταση υγείας εξαρτάται από τους ίδιους παράγοντες περιβαλλοντικούς, αιτιολογικούς και τα ιατρικά μέσα στο δημόσιο και ατομικό επίπεδο. Η κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού δεν είναι στάσιμη. Υπάρχουν αλλαγές από τη μια μεριά γίνονται βελτιώσεις και από την άλλη παρατηρούνται επιδεινώσεις και εμφανίζονται νέα προβλήματα υγείας."

Η βελτίωση στην κατάσταση υγείας οφείλεται στην πρόοδο της ιατρικής με τη χρήση εμβολίων και αντιβιοτικών καθώς και σε κοινωνικούς παράγοντες, στη βελτίωση των συνθηκών ζωής (στην κατοικία, τη διατροφή, την υγιεινή κλπ.) και στην αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου του πληθυσμού.

Οι ίδιοι παράγοντες που δημιουργούν βελτίωση στην κατάσταση υγείας, μπορούν να έχουν σαν αποτέλεσμα μια αύξηση σε ορισμένα προβλήματα. Η αλλαγή του τρόπου ζωής φέρνει τις συνέπειες του υπερσιτισμού, του καπνίσματος,

της κοινωνικής πίεσης, καθώς και τα περιβαλλοντικά προβλήματα, όπως τα ατυχήματα και τις επιπτώσεις της ρύπανσης. Η σύγχρονη ιατρική μπορεί να προκαλέσει και ιατρογενή νοσήματα.

Σύμφωνα με την Νάκου (1985, σελ.278) τα δημογραφικά στοιχεία αλλάζουν και για τα επόμενα χρόνια προβλέπεται ότι :

- Ο πληθυσμός θα γεράσει, δηλαδή θα είναι περισσότεροι γέροι και αναλογικά και κοινωνικά. Οι γέροι παρουσιάζουν περισσότερα και διαφορετικά προβλήματα υγείας από τον υπόλοιπο πληθυσμό.
- Η αστικοποίηση θα συνεχιστεί και αυτή η "εσωτερική μετανάστευση" έχει σαν αποτέλεσμα την απομάκρυνση της οικογένειας από τον παραδοσιακό τρόπο ζωής και τα παραδοσιακά συστήματα κοινωνικής υποστήριξης.
- Οι οικογένειες γίνονται όλο και μικρότερες. Όσο λιγότερα παιδιά υπάρχουν σε μια οικογένεια, τόσο μεγαλύτερες είναι οι απαιτήσεις για καλή υγεία και για απόδοση.
- Θα αυξηθεί ακόμη η μεγάλη συχνότητα των ατυχημάτων, που παρατηρείται στην παιδική, εφηβική και σχετικά νεαρή ηλικία. Εκτός από τους θανάτους, τα ατυχήματα (τροχαία, σπιτικά, στο χώρο της εργασίας κλπ.) αφήνουν νεαρά άτομα με μόνιμες αναπηρίες. Ακόμη και στα πιο ελαφρά ατυχήματα μπορεί να χρειαστεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο, μακρόχρονη ιατρική παρακολούθηση και φυσιοθεραπεία, διακοπή του σχολείου

ή της εργασίας, δηλαδή τα ατυχήματα παίζουν το ρόλο, που παλιά έπαιζαν η πολιομυελίτιδα και άλλες λοιμώξεις.

- Οι κοινωνικές αρρώστιες αποτελούν όλο και μεγαλύτερο ποσοστό. Η ανεργία π.χ. έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του ανθρώπου. Η πίεση για ακαδημαϊκή επιτυχία μπορεί να δημιουργήσει διαταραχές στην ψυχική υγεία.

Όλα αυτά είναι παραδείγματα από τα προβλήματα υγείας που ο πολιτισμός αντιμετωπίζει εκτός από το συνηθισμένο τεράστιο πρόβλημα της νοσοκομειακής περίθαλψης, που συνήθως συζητιέται, όταν μιλάμε για υγεία. Καταλήγει με τη διαπίστωση της αναγκαιότητας για πρωτοποριακές λύσεις στα προβλήματα υγείας. Αναγκαία είναι η συμμετοχή εκπροσώπων των κοινωνικών επιστημών σε κάθε φάση προγραμματισμού και εφαρμογής.

Η Μιχοπούλου (1985, σελ. 282) τονίζει ότι η υγεία είναι στοιχείο ομαδικό, δεδομένου ότι μόνο τότε εξασφαλίζεται η υγεία κάθε ατόμου, όταν και ο συνάνθρωπος του είναι υγιής. Η υγεία δεν είναι πια ευθύνη ενός ή δύο επαγγελματιών, μίας ειδικότητας ή ενός θεραπευτικού κέντρου αλλά είναι μια συντονισμένη συλλογική προσπάθεια ατόμων, που προέρχονται από διαφορετικά επαγγέλματα στο χώρο της υγείας και που έχουν το ίδιο κοινό σκοπό. Άλλωστε οι αλλαγές, που έχουν συντελεστεί στον ιατρικό, δημογραφικό, οικονομικό τομέα δημιουργούν καινούριες απαιτήσεις στον τρόπο παροχής ιατρικών υπηρεσιών. (Α. Καραντζά, 1985, σελ. 285). Η πρόληψη και η αποκατάσταση με τη μορφή ανάρρωσης και τη επανένταξης στο άμεσο

περιβάλλον του αρρώστου προβάλλονται επιτακτικές. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα δεν είναι πια παρά το ένα μόνο στάδιο. Με αυτό το σκεπτικό καλούνται όλα τα επαγγέλματα υγείας, και εδώ μπαίνει οπωσδήποτε και ο Κοινωνικός Λειτουργός να συνειδητοποιήσουν ότι η φροντίδα για την υγεία πρέπει να είναι συντονισμένη, συλλογική προσπάθεια.

Η Α. Ριτσατάκη (1988, σελ. 77) αναφέρει:

"Τα τελευταία 20-0 χρόνια διαπιστώθηκε ότι παρά την πρόοδο της ιατρικής και την αύξηση των οικονομικών και ανθρωπίνων πόρων, που διατέθηκαν στον τομέα της υγείας, το επίπεδο υγείας των λαών δεν βελτιώθηκε ανάλογα. Επιπλέον παραμένουν και σε ορισμένες περιπτώσεις αυξάνονται οι ανισότητες, που υπάρχουν στο επίπεδο υγείας, τόσο μεταξύ χωρών όσο και μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού κάθε χώρας.

Από μελέτες, που έγιναν στις δεκαετίες του 1960 και 1970, προέκυψε ότι το επίπεδο υγείας επηρεάζεται πιο πολύ από τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτιστικές συνθήκες ζωής, παρά από το επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας."

Και παρακάτω αναφέρει ότι στη χώρα μας η σημασία της όλης κοινωνικό-οικονομικής ανάπτυξης και της αλλαγής τρόπου ζωής, όσον αφορά, π.χ. το κάπνισμα, τη διατροφή για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού είχε επισημανθεί πριν από μία δεκαετία στα πλαίσια του προγράμματος για την κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη 1976-80.

Ο Ιατρίδης (1989, σελ.95) αναφέρει ότι κύρια προβλήματα και θέματα, που αντιμετωπίζει ο τομέας υγείας της δεκαετίας του 1980 και του 1990 έχουν άμεση σχέση με τη λειτουργία του ψυχοκοινωνικού συστήματος.

- Ψυχοκοινωνικές δυσλειτουργίες, που καλύπτουν ενδοπροσωπικές σχέσεις και οικογενειακή ισορροπία.
- Κοινωνικές δυσλειτουργίες, που απορρέουν από την οργάνωση του κοινωνικού περιβάλλοντος.
- Βία και εγκλήματα, χρήση ξένων ουσιών, δυστυχήματα.
- Αυτοκτονίες, κακοποίηση ατόμων και παιδιών, πόλεμοι.
- Καταχρήσεις, υπερβολές και εκμετάλλευση.
- Ανεργία, στέρηση πόρων για διαβίωση και ανάπτυξη.
- Άγχος και φτώχεια.
- Κοινωνικές αρρώστιες : κίρρωση ήπατος, στεφανιαίες διαταραχές, κυκλοφοριακά προβλήματα, υπέρταση.
- Χρόνιες παθήσεις και επιπτώσεις σχετικά με : ηλικιωμένους, βρέφη και παιδιά, αναπτυξιακά καθυστερημένα άτομα και ανάπηροι.

Το 1977 οι χώρες μέλη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας αποφάσισαν ότι η κύρια κοινωνική επιδίωξη των κυβερνήσεων και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας στις επόμενες δεκαετίες, πρέπει να είναι η επίτευξη μέχρι το 2000 για όλους τους πολίτες του κόσμου ενός επιπέδου υγείας, που θα τους επιτρέπει να ζήσουν μια ζωή κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική. (Απόφαση 30.43)

Το 1980 οι ευρωπαϊκές χώρες μέλη και η Ελλάδα ενέκριναν την Περιφερειακή Στρατηγική για την επίτευξη της επιδίωξης αυτής στην Ευρώπη, που έγινε γνωστή ως "Υγεία για όλους 2000". Το 1984 συμφώνησαν σε 8 στόχους

και προσδιόρισαν τους αναγκαίους δείκτες για την παρακολούθηση της προόδου προς την επίτευξη των στόχων αυτών. Η στρατηγική και οι στόχοι αποτελούν ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο η κάθε χώρα θα αναπτύξει τη δική της Εθνική Πολιτική.

"Με τον όρο Εθνική Πολιτική Υγείας εννοούμε τον προσδιορισμό των σκοπών (goals, objectives) και την επιδίωξη για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού, τον καθορισμό των προτεραιοτήτων ανάμεσα στις επιδιώξεις αυτές, καθώς και τις βασικές στρατηγικές για την επίτευξη τους" (Α. Ριτσάκη, 1988, σελ. 18)

Μια εθνική πολιτική ΥΓΟ πρέπει να έχει τα εξής χαρακτηριστικά :

-Να είναι μακροπρόθεσμη.

-Να έχει αντικείμενο την υγεία και να μην περιορίζεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή να αντιμετωπίζει όλα τα κύρια προβλήματα στην Περιφερειακή Στρατηγική και στους Περιφερειακούς Στόχους.

-Να αντιμετωπίζει προβλήματα ανισοτήτων.

-Να προβλέπει ολοκληρωμένο σύστημα υπηρεσιών υγείας με έμφαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

-Να δίνει προτεραιότητα στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας.

-Να προσδιορίζει όπου χρειάζεται διατομεακή δραστηριότητα.

-Να αναγνωρίζει την ανάγκη για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και να προωθεί τη συμμετοχή αυτή σε όλα τα πολιτικά και διοικητικά επίπεδα.

-Να αναγνωρίζει την ανάγκη για διεθνή συνεργασία και να την προωθεί.

Για να εξασφαλιστεί ένα ψηλό επίπεδο υγείας στον πληθυσμό απαιτείται η ύπαρξη ορισμένων άλλων συνθηκών σχετικών με την ποιότητα ζωής, οι οποίες και αποτελούν προϋποθέσεις για την υγεία. Οι προϋποθέσεις αυτές αναφέρονται πρωταρχικά στην ύπαρξη ειρήνης, στην εξάλειψη των κινδύνων πολέμου, και στην εξασφάλιση ικανοποιητικού επιπέδου στους παρακάτω τομείς :

-διατροφή

-ύδρευση, αποχέτευση, συλλογή απορριμμάτων

-εκπαίδευση και μέσα μαζικής πληροφόρησης

-κατοικία

-εισόδημα

-ικανοποιητική απασχόληση

-μέσα αθλητισμού

Η Α. Ριτσατάκη (1988, σελ. 18-20) διαπιστώνει ότι ακόμη όταν υπάρχει πολιτική βούληση για την ανάπτυξη εθνικής πολιτικής ΥΓΟ η συστηματική αντιμετώπιση του θέματος είναι δύσκολη και χρονοβόρα.

Ο τρόπος, με τον οποίο αναπτύσσεται η πολιτική ΥΓΟ ποικίλλει από χώρα σε χώρα, ανάλογα με τις πολιτικές και

οικονομικές συνθήκες και το γενικότερο σύστημα προγραμματισμού.

Ορισμένα προβλήματα όμως είναι κοινά.

Περιληπτικά είναι τα ακόλουθα :

1. Χρειάζεται ικανοποιητική πληροφοριακή βάση, που απεικονίζει τυχόν ανισότητες, ώστε τα υπάρχοντα στατιστικά στοιχεία υγείας να σχετίζονται με τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά.

Οι προγραμματιστές της υγείας, συχνά δεν έχουν την απαραίτητη πληροφόρηση σχετικά με τις προϋποθέσεις για την υγεία που αναφέρονται παραπάνω και απαιτούνται για τον σχεδιασμό ΥΓΟ.

Η εφαρμογή της πολιτικής ΥΓΟ συνεπάγεται και κάποιο κόστος, ενώ πολλές χώρες της Ευρώπης αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα. Η εφαρμογή σημαίνει οπωσδήποτε ανακατανομή του κόστους για την υγεία, εφόσον δίδεται βάρος στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και την πρόληψη, αλλά όχι απαραίτητα και μείωσή του.

2. Είναι δυνατόν να υπάρξουν αλληλοσυγκρουόμενα συμφέροντα.

Οι αλλαγές που προτείνονται στους στόχους για την Ευρώπη προκαλούν σύγκρουση συμφερόντων στο προσωπικό υγείας. Ο γιατρός κάνει μέρος από την αίγλη του, καλείται να καταβάλει πρόσθετη προσπάθεια για την προαγωγή της υγείας, βοηθώντας συγχρόνως τον ασθενή να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή.

Η εφαρμογή διατομικής πολιτικής θεωρείται απειλή για

το διοικητικό μηχανισμό, όπου ο καθένας προσπαθεί να "φυλάει το κωράφι του". Ορισμένα μέτρα για την προαγωγή της υγείας συνεπάγονται πραγματική σύγκρουση συμφερόντων, όπως π.χ. η λήψη μέτρων ενάντια του καπνίσματος ή της χρήσης αλκοόλ.

3. Η διοικητική δομή και ο βαθμός αποκέντρωσης είναι σημαντικοί παράγοντες για την εφαρμογή πολιτικής ΥΓΟ. Οι αποφάσεις που παίρνονται για την κατανομή των πόρων τόσο μέσα στον τομέα της υγείας, όσο και μεταξύ αυτού του τομέα και άλλων τομέων ως ένα σημείο είναι τεχνοκρατικές. Από εκεί και πέρα η τεχνοκρατική άποψη δίνει τη θέση της στην πολιτική συζήτηση, σχετικά με κοινωνικές αξίες και επιθυμητές ή ανεκτές συσχετίσεις μεταξύ ανταγωνιστικών αγαθών.

Η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων προϋποθέτει αποκέντρωση, που κρύβει όμως τον κίνδυνο της δημιουργίας τοπικών ανισοτήτων. Χρειάζεται ισορροπία μεταξύ της ανάγκης για τοπική διαφοροποίηση για την αντιμετώπιση ανομοιογενών τοπικών αναγκών και επιθυμιών.

4. Η εξασφάλιση της πραγματικής συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Η δομή της εξουσίας και οι σχετικές αποφάσεις δεν είναι πάντα πολύ διαυγής και χρειάζεται μελέτη του συστήματος της λήψης αποφάσεων.

5. Σε αρκετές χώρες το Υπουργείο Υγείας δεν έχει την πολιτική δύναμη για να ξεκινήσει μια πολιτική σαν την ΥΓΟ που προϋποθέτει συνεργασία πολλών Υπουργείων και

ολόκληρης κυβέρνησης. Ούτε διαθέτει το απαραίτητο ειδικευμένο προσωπικό ή το πνεύμα συνεργασίας, που χρειάζεται για την εφαρμογή της διατομιακής πολιτικής και τη συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων.

6. Δεδομένου ότι η πολιτική ΥΓΟ είναι μακροχρόνια η εξασφάλιση της συνέχειας της εθνικό επίπεδο χρειάζεται συνόμηση μεταξύ διαφόρων πολιτικών ομάδων, τουλάχιστον όσον αφορά τα βασικά στοιχεία της (Α. Ριτσατάκη, 1988, σελ. 18-20).

Η Α. Ριτσατάκη (1988, εκλογή, σελ. 21-22) καταλήγει στο ότι η πολιτική ΥΓΟ χρειάζεται τόλμη και συχνά ριζοσπαστικά μέτρα, καθώς και διατομιακή πολιτική, η εφαρμογή της οποίας έχει αποδειχτεί ιδιαίτερα δύσκολη. Ακόμη χρειάζεται δραστηριοποίηση ομάδων και κοινωνικών φορέων (σύλλογοι εργατών και υπαλλήλων, επαγγελματικές οργανώσεις, σύλλογοι συνταξιούχων και οικολογικών ομάδων, οικολόγοι κλπ.), για να ενημερωθούν και να προβληματιστούν σχετικά με τις προοπτικές και τις αναγκαιότητες που απαιτούνται για τις βελτίωση του επιπέδου υγείας και την εξάλειψη των υφιστάμενων ανισοτήτων.

Για μια μακρά περίοδο ο προγραμματισμός στον τομέα υγείας στη χώρα μας περιοριζόταν στις δραστηριότητες του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών για την παροχή νοσοκομειακών κλινών, υγειονομικών κέντρων, αγροτικών ιατρείων, διαφόρων προγραμμάτων δημόσιας υγείας κλπ.

Από τη δεκαετία του 1960 τα πενταετή προγράμματα, που εκπονήθηκαν για την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της

κώρας περιλαμβάνουν και τον τομέα της υγείας. Με τα προγράμματα αυτά όμως δεν εφαρμόστηκε ένα σύστημα διατομιακού προγραμματισμού για την υγεία συντονισμένο με τη γενική κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη. Οι στόχοι των προγραμμάτων αυτών αφορούσαν τη βελτίωση της ποιότητας και της ποσότητας των υπηρεσιών υγείας ή την εξάλειψη των ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών.

Από το 1981 ο τομέας υγείας κυριαρχείται από την προσπάθεια δημιουργίας Εθνικού Συστήματος Υγείας (Α. Ριτσατάκη, 1988, σελ. 21).

Ο Φακολάς (1981, σελ. 80-81) αναφέρει ότι η πολιτική υγείας στην Ελλάδα διαμορφώνεται και εφαρμόζεται στα πλαίσια της κοινωνικής πολιτικής του κράτους πρόνοιας και ευημερίας.

Βασική αρχή της κοινωνικής πολιτικής είναι η αναγνώριση του δικαιώματος κάθε πολίτη για βασική ασφάλιση και εκτός από την υγεία, περιλαμβάνει ασφάλιση γήρατος, ανεργίας και ανικανότητας προς εργασία. Κύριο χαρακτηριστικό της πολιτικής είναι η εκτεταμένη μεταβίβαση πόρων ανάμεσα στις διάφορες εισοδηματικές τάξεις, καθώς και η μέσω διοικητικών μέτρων, επιχορηγήσεων φόρων και υποχρεωτικών εισφορών, απαγόρευση ή αποθάρρυνση της κατανάλωσης ορισμένων προϊόντων (ναρκωτικών, καπνού, οινοπνεύματος κλπ.) και η προτροπή για υψηλή κατανάλωση άλλων (υπηρεσιών υγείας, μόρφωσης, κατοικίας κλπ.).

Η πολιτική υγείας αποβλέπει στη δίκως σημαντική άμεση επιβάρυνση παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, στη συνεχή βελτίωση της πολιτείας των

παρεχόμενων υπηρεσιών από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης και την ιδιωτική ιατρική και στη δυνατότητα να παραμένει κανείς εκτός εργασίας, όταν είναι άρρωστος, δίχως να αντιμετωπίζει προβλήματα εισοδήματος. Καταβάλλεται επίσης προσπάθεια (που ακόμα όμως δεν έχει οδηγήσει σε ικανοποιητικά αποτελέσματα) να εξασφαλιστεί η άμεση προσπέλαση στις υπηρεσίες υγείας ανεξάρτητα από τον τόπο διαμονής του πολίτη. Οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης εφαρμόζουν με το σύστημα άμεσης και έμμεσης κάλυψης των αναγκών με ευρεία χρησιμοποίηση των ιδιωτικών κλινικών και ιατρείων και συνεπώς ο ιδιωτικός και δημόσιος τομέας της οικονομίας διαδραματίζουν εξίσου ουσιώδεις αλλά σε πολλά σημεία διαφορετικούς ρόλους στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Οι ανάγκες υγείας είναι τόσο εκτεταμένες σε σχέση με τους περιορισμένους οικονομικούς πόρους που μπορούν να διατεθούν για την ικανοποίησή τους, ώστε υπέρογκα ποσά μπορούν να απορροφηθούν αν προσωπικό και ασθενείς αφεθούν αντίστοιχα να παρέχουν και να καταναλώνουν. Όταν οι παροχές γίνονται δίχως σημαντική άμεση επιβάρυνση του ασφαλισμένου, που αποτελεί τον κανόνα στην κοινωνική ασφάλιση, αναγνωρίζεται η ανάγκη για εθνικό και περιφερειακό προγραμματισμό, αδιάκοπη διερεύνηση και συνεχείς προσαρμογές προκειμένου να καθορίζεται και να επιτυγχάνεται διαχρονικά το οικονομικά εφικτό και κοινωνικά επιβεβλημένο μέγεθος των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και των κρατικών ως ποσοστό του κρατικού προϋπολογισμού (Φακολάς, 1981, σελ. 81).

Κύριο κριτήριο για το ύψος των δαπανών υγείας αλλά και βασική επιδίωξη του κοινωνικού προγραμματισμού είναι η καλύτερη δυνατή κατάσταση της υγείας του πληθυσμού της χώρας και σε δευτερεύουσα θέση έρχεται η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των κατ'ιδίαν ασθενών. Οι προτεραιότητες αυτές επηρεάζονται από τη μεγάλη συσχέτιση ανάμεσα στην κατάσταση υγείας, το μορφωτικό επίπεδο και τις συνθήκες κατοικίας. Τοποθετείται συνεπώς η υγεία στο ευρύτερο πλαίσιο των στόχων της οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής, που περιλαμβάνονται στα προγράμματα οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της χώρας (Φακολάς, 1981, σελ. 82).

Η κοινωνική πολιτική υγείας αποβλέπει κυρίως στο να βοηθήσει τα άτομα κατωτέρου εισοδήματος μεγάλης ηλικίας και χαμηλών μορφωτικών επιδόσεων καθώς και τους ανάπηρους και τους κατοίκους αραιοκατοικημένων περιοχών. Στην παρούσα φάση οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της χώρας όχι μόνο είναι έντονες οι προσδοκίες του πληθυσμού για πολύπλευρες και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, αλλά δε γίνονται πια ανεκτές οι ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας. (Φακολάς, 1981, σελ. 82)

Για τη διαμόρφωση και εφαρμογή της πολιτικής για την υγεία πρωταρχικό ρόλο διαδραματίζει η αναγνώριση της αρχής ότι βασικός παράγων της σωματικής και πνευματικής υγείας του ατόμου είναι το φυσικό εργασιακό περιβάλλον και ο βαθμός ικανοποίησης που παίρνει το άτομο από τη δουλειά του (Φακολάς, 1981, σελ. 8).

Είναι γεγονός πως πολλές αρρώστιες σχετίζονται άμεσα με την προσωπικότητα του ατόμου, το εισόδημα και το

κοινωνικό περιβάλλον. Καταβάλλεται συνεχώς προσπάθεια (που μέχρι τώρα όμως δεν απέδωσε εντυπωσιακά αποτελέσματα) το προσωπικό υγείας να έχει κατάλληλη σύνθεση από άποψη ειδικοτήτων και να είναι προετοιμασμένο για να καθοδηγεί σωστά τον ασθενή και την οικογένειά του στην αντιμετώπιση πολυάριθμων προβλημάτων που δημιουργούνται από την αρρώστια. (Φακολάς, 1981, σελ. 83)

Υπάρχει ανάγκη σήμερα για πρωτοποριακές λύσεις στα προβλήματα υγείας και είναι αναγκαία η συμμετοχή εκπροσώπων των κοινωνικών επιστημών σε κάθε φάση προγραμματισμού και εφαρμογής. (Κ. Γιδοπούλου, 1985, σελ. 278)

Η Κ. Παπαϊωάννου (1984, σελ. 166) αναφέρει ότι στην Αγγλία, σύμφωνα με το Seebohm Report (1971) η γενική ιατρική αντιμετωπίζει μεγαλύτερο αριθμό ατόμων με προβλήματα κοινωνικά απ'ότι οι καθαρά κοινωνικές υπηρεσίες.

Σήμερα τόσο το κράτος όσο και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας δίνουν μια άλλη διάσταση στην έννοια υγεία, που αναμφισβήτητα έχει και κοινωνικές προεκτάσεις. Με την αποκέντρωση της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, με τα κέντρα υγείας, με την ανάπτυξη προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου υγεινής και με το γενικότερο καθορισμό της πολιτικής υγείας, που διαμορφώνεται στα πλαίσια της κοινωνικής πολιτικής του κράτους ο Κοινωνικός Λειτουργός έρχεται να παίξει ένα σημαντικό ρόλο σαν στέλεχος στην ομάδα των επαγγελματιών υγείας. (Α. Καραντζά, 1985, σελ. 235)

Γ₂. Ένταξη Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα Υγείας

Η συμμετοχή της Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα υγείας αποτέλεσε ιστορικά μία από τις πρώτες ειδικεύσεις των κοινωνικών λειτουργών, ενώ σήμερα απορροφά το μεγαλύτερο μέρος του εργατικού δυναμικού. (Ιατρίδης, 1989, σελ. 78)

Η Κοινωνική Εργασία υγείας άρχισε σαν ειδικότητα της Κοινωνικής Εργασίας το 1905 στα πλαίσια των αντιφυματικών ιατρείων. Τον ίδιο χρόνο εγκαινιάστηκε και η Κοινωνική Υπηρεσία στο Νοσοκομείο της Βοστώνης (Η. Π. Α.). Η ανάγκη της Κοινωνικής Υπηρεσίας ξεπήδησε από τη συνειδητοποίηση των γιατρών ότι οι οδηγίες τις οποίες έδιναν στους ασθενείς έμεναν ανεκτέλεστες για διάφορους λόγους, σχετικά με τις κοινωνικές ανάγκες του ασθενούς και όχι με τις ατομικές ανάγκες. Έτσι οι κοινωνικοί λειτουργοί άρχισαν με την προσπάθεια κάλυψης υλικών αναγκών, που εμπόδιζαν τη σωστή εκμετάλλευση των δυνατοτήτων, που προσέφερε το Νοσοκομείο για την επανάκτηση της υγείας. (Βασικά προγράμματα κοινωνικής προστασίας, σελ. 34)

Η συμμετοχή της Κοινωνικής Εργασίας στην νοσηλευτική ιατρική ήταν μια αναπόφευκτη εξέλιξη της προσπάθειας να βελτιωθεί η ποιότητα της νοσηλευτικής ιατρικής. Η παραδοχή της ανάγκης υπηρεσιών των κοινωνικών λειτουργών συνέπεσε με την αναγνώριση, ότι η αρρώστια δεν μπορούσε να αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά χωρίς να ληφθούν υπόψη οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ζωής, ιδιαίτερα, στο χώρο εργασίας, κατοικίας, γειτονιάς.

Ένας άλλος παράγοντας που συνέτεινε στην εξέλιξη αυτή έχει τις ρίζες του στην ανάγκη για κοινωνική μεταρρύθμιση

του 19ου αιώνα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρωτοστάτησαν τότε στις διαμαρτυρίες για αλλαγή συνθηκών στην εργασία, κατοικία, γειτονιά, υγειονομική και κοινωνική εργασία, γιατί συνέτειναν στην αρρώστια και παρεμπόδιζαν την ανάπτυξη υγείας. (Ιατρίδης, 1989, σελ. 78)

Το 1905 το γενικό Νοσοκομείο Μασαχουσέτης προσλαμβάνει τον πρώτο Κοινωνικό Λειτουργό στην ειδικότητα "Ιατρικής Κοινωνικής Εργασίας" (MEDICAL SOCIAL WORK) (Ιατρίδης, 1989, σελ. 78).

Από το 1912 άρχισε στη Βοστώνη το πρώτο εκπαιδευτικό πρόγραμμα ειδίκευσης στην "Ιατρική Κοινωνική Εργασία", που απαιτούσε και πρακτική εφαρμογή στο Γενικό Νοσοκομείο Μασαχουσέτης. Απαιτούσε επίσης ειδικά μαθήματα που περιλαμβάνουν : Βιολογία, Βασική Ιατρική, Διαιτολογία, Ψυχολογία αρρώστιας, Κοινωνιολογία, Ψυχική υγεία και Κοινωνική Οργάνωση και Κοινωνική Πολιτική στο χώρο της υγείας.

Το 1918 οι ιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί ήταν οι πρώτοι που οργανώθηκαν επαγγελματικά σε χωριστό σύλλογο, τον Αμερικανικό Σύλλογο Νοσοκομείων Κοινωνικών Λειτουργιών (A. A. H. S. W.). απαραίτητη προϋπόθεση για συμμετοχή ήταν η αποφοίτηση από μια σχολή Κοινωνικής Εργασίας, καθώς και ένας χρόνος πρακτικής εφαρμογής στο χώρο υγείας.

Το 1919 το Γενικό Νοσοκομείο Μασαχουσέτης στη Βοστώνη ίδρυσε την πρώτη στις Η. Π. Α "Διευθυνση Κοινωνική Εργασία" στην Βοστώνη σε Νοσοκομείο.

(GROPPER, 1987 και BARTELETT, 1961)(στον Ιατρίδη 1989 σελ. 78).

Το 1920 οι σχολές Κοινωνικής Εργασίας του Πανεπιστημίου της Κολομπίας και της Φιλαδέλφειας καθόρισαν το ελάχιστο εκπαιδευτικό επίπεδο και αριθμό μαθημάτων για την απόκτηση ειδίκευσης στην "Ιατρική Κοινωνική Εργασία" που μεταξύ άλλων περιλάμβανε μαθήματα σε : κοινωνικά στοιχεία ασθένειας, ασθένειες που συνδέονται με τις δραστηριότητες της Κοινωνικής Εργασίας, Υγιεινή και Δημόσια Υγεία.

Στα 30 χρόνια από το 1920 με τις αλλαγές στις θεωρίες ανθρώπινης συμπεριφοράς, ατονεί η έμφαση στην κοινωνική διάγνωση και τις συνθήκες του περιβάλλοντος. Στη βιβλιογραφία γίνεται λιγότερη αναφορά στην κοινωνική διάγνωση και πολύ περισσότερο στις ενδοπροσωπικές σχέσεις του ατόμου, αντανακλώντας τη θεωρία του Φρούντ. Έτσι προωθείται η συμμετοχή στην ψυχική υγεία και ατονεί η έμφαση σε άλλους τομείς υγείας. (Ιατρίδης, 1989, σελ. 81).

Το 1955 ιδρύθηκε ο Εθνικός Σύλλογος Κοινωνικών Λειτουργών Η. Π. Α. (NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS), που ενοποίησε όλες τις τότε κωριστές οργανώσεις ειδικοτήτων Κοινωνικής Εργασίας Υγείας (HEALTH SOCIAL WORK). Η ειδικότητα "Ιατρική Κοινωνική Εργασία" αποκτάται όπως πριν στα ειδικά προγράμματα σπουδών Κοινωνικής Εργασίας από σπουδαστές που παίρνουν συγκεκριμένα μαθήματα στον τομέα της υγείας. (Ιατρίδης, 1989, σελ. 78)

Στις δεκαετίες 1970 και 1980, η έμφαση μετατίθεται πάλι προς την ευρύτερη λειτουργική βάση της "Κοινωνικής Εργασίας Υγείας" που περιλαμβάνει κλινικές δραστηριότητες και χάραξη πολιτικής υγείας (ψυχικής και φυσικής), όπως επίσης και την οργάνωση υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα

ανακαλύπτεται εκ νέου ο βασικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην πρωτοβάθμια υγεία και στο βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο. (Ιατρίδης, 1989, σελ. 81)

Από το 1980 οι κοινωνικοί λειτουργοί αναγνώρισαν την επίδραση διαφόρων περιβαλλόντων (φυσικού, οικολογικού) στην αρρώστια και την ανάπτυξη της υγείας (Ιατρίδης, 1989, σελ. 78)

Ιδιαίτερα βοηθάει η επέκταση της κοινοτικής Ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας στην κοινότητα, που μαζί με τη διαφορική διάγνωση άνοιξε νέους ορίζοντες κεντρικού ρόλου Κοινωνικής Εργασίας στην Υγεία. Ο κεντρικός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στην Υγεία ενισχύεται τέλος με την εμφάνιση των ασφαλιστικών οργανώσεων υγείας, που χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες του κοινωνικού λειτουργού στη δεκαετία του 1980 και την επαναφορά του Νοσοκομείου στο προσκήνιο ως κύρια μονάδα Νοσηλευτικής Ιατρικής (Ιατρίδης, 1989, σελ. 81).

Η Κοινωνική Εργασία στις Η. Π. Α. έχει μακρόχρονη επαγγελματική παράδοση γνώσεων και τεχνικής στο βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο, ιδιαίτερα σε νοσοκομειακή περίθαλψη, σε διεπιστημονικές ομάδες υγείας και σε Πανεπιστημιακή εκπαίδευση στην Υγεία. (Ιατρίδης, 1989, σελ. 78).

Στην Ελλάδα η Κοινωνική Εργασία στα Νοσοκομεία άρχισε πραγματικά το 1954 και εδραιώθηκε με την εγκύκλιο του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας της 14-2-1956. Η εγκύκλιος καθόριζε τις αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού ως εξής :

"Η Κοινωνική Εργασία αποσκοπεί εις την μελέτην του ασθενούς και της κοινωνικής αυτού θέσεως, ώστε το επιστημονικό προσωπικό του Νοσοκομείου να άρσεται εις ταύτης πάντα τα ατομικά στοιχεία τα αναγόμενα εις τους κοινωνικούς και συναισθηματικούς παράγοντας, οι οποίοι επηρεάζουν ή και επηρεάζονται από την πάθησιν του ασθενούς και συντελεί ώστε να εγκληματισθεί ούτος προς την πάθησιν του και να επωφεληθεί από την παρεχόμεννν αυτώ ιατρική και κοινωνική υπηρεσίαν".

Στο Προεδρικό Διάταγμα "περί καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των κοινωνικών λειτουργών" (Ε.Κ.Α', φ. 213 της 7 Δεκεμβρίου 1978) αναφέρεται μεταξύ άλλων ως τομέας απασχόλησης του κοινωνικού λειτουργού και ο τομέας υγείας. Καθορίζεται το έργο του κοινωνικού λειτουργού, καθώς επίσης και το ότι η δραστηριότητα του αναπτύσσεται σε πλαίσια συγκροτημένης κοινωνικής υπηρεσίας νοσηλευτικού ιδρύματος ή κέντρου Ψυχικής Υγείας (διαγνωστικού, συμβουλευτικού, θεραπευτικού χαρακτήρα) (Εκλογή, 1979, σελ. 69).

Η συμμετοχή της Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα Υγείας αποτέλεσε έτσι ιστορικά μια από τις πρώτες ειδικεύσεις των κοινωνικών λειτουργών, ενώ σήμερα απορροφά το μεγαλύτερο μέρος του εργατικού δυναμικού των κοινωνικών λειτουργών. (Ιατρίδης, 1989, σελ. 78).

Γ₃. Τεκμηρίωση της αναγκαιότητας της προσφοράς του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της υγείας.

Στο χώρο της υγείας ο Κοινωνικός Λειτουργός εμφανιζόταν σε πολύ περιορισμένη έκταση, κυρίως, για να λύσει προβλήματα, που δημιουργούνταν στο Νοσοκομείο. Τίως γιατί ο άρρωστος αντιμετωπιζόταν σαν βιολογική και όχι σαν ψυχοβιολογική οντότητα, όπως αντιμετωπίζεται σήμερα. (Α. Καρανιζά, 1985, σελ. 285)

Όσο κι αν ο Κοινωνικός Λειτουργός καλείται να συμβάλλει στην αντιμετώπιση γενικότερων κοινωνικών προβλημάτων, αυτά σχεδόν πάντοτε συνυπάρχουν με προβλήματα υγείας, σχετίζονται ή προέρχονται από τέτοια, όπως έδειξε η έρευνα για το Πρόγραμμα Επιδοτήσεως Παιδιών Στερημένων Παιδικής Προστασίας, που έγινε από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών. (1976-1977) (Ν. Φακολάς, Εκλογή, 1980, σελ. 165)

Τα προβλήματα υγείας συνδέονται όλο και περισσότερο στην εποχή μας με άλλα προβλήματα και αποκτούν κοινωνική δράση, η οποία ξεπερνάει τις δυνατότητες των σημερινών υπηρεσιών υγείας ή των πλαισίων υγείας, όπως είναι τα Νοσοκομεία (Νάκου, 1985, σελ. 276)

Εάν η αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας περιορίζεται μόνο στο τι θα γίνει στο Νοσοκομείο θα αποτύχει. Ένα μεγάλο μέρος κάθε προβλήματος πρέπει να αντιμετωπιστεί έξω από το Νοσοκομείο στο Κέντρο Υγείας, στο σπίτι και ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να είναι σε θέση να δουλέψει σ' αυτά τα μέρη. Ένα σύστημα υγείας που γνωρίζει τη σημασία της κοινωνικής ιατρικής πρέπει να

αναγνωρίζει και την αναγκαιότητα της προσφοράς του κοινωνικού λειτουργού. Απαραίτητη είναι και η προσαρμογή των κοινωνικών λειτουργών στις νέες συνθήκες. (Νάκου, 1985, σελ. 279)

Είναι καταφανής η αναγκαιότητα του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού και η συμμετοχή του μέσα σ'ένα σύστημα υγείας, όπως το Ε.Σ.Υ. που αναγνωρίζει τη σημασία της πρόληψης, της αγωγής υγείας, την ανάγκη για ανάπτυξη κοινωνικής ιατρικής, δεδομένου ότι η υγεία δεν είναι μόνο ευθύνη ενός ή δύο επαγγελματιών αλλά μιας συντονισμένης συλλογικής προσπάθειας για τον ίδιο κοινό σκοπό.

Το τελευταίο προκύπτει από την παραδοχή του ότι τα προβλήματα υγείας θα αυξάνουν λόγω της αύξησης των κοινωνικών ασθενειών, π.χ. είναι γνωστό πόσο η ανεργία έχει σοβαρές επιπτώσεις και στην υγεία των ατόμων. (Γιδοπούλου, 1985, σελ. 276)

Σε άλλες χώρες και ιδίως σε εκείνες με εθνικά συστήματα υγείας, οι κοινωνικοί λειτουργοί μεταξύ άλλων λαμβάνουν μέρος σε κάθε επίπεδο. Από την αρχή στην εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού για ιατροκοινωνικές υπηρεσίες, στην πρόληψη και στην αγωγή υγείας, στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη και στην αποκατάσταση και στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων. (Νάκου, 1985, σελ. 278)

Μέσα απ'αυτό το πρίσμα είναι αναγκαίο το ξεπέραςμα του παραδοσιακού ρόλου του κοινωνικού λειτουργού. Είναι απαραίτητη η αναβάθμιση, διεύρυνση και ο εκσυγχρονισμός του ρόλου του.

Αυτή είναι μια άποψη που τονίζεται από πολλούς συγγραφείς στα Πρακτικά του Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών (Νάκου, 1985, σελ. 278, Γιδοπούλου, 1985, σελ. 288 και Μικοπούλου, 1985, σελ. 294)

Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι καιρός να αναλάβει πιο ενεργό μέρος στην αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας, σαν ένα απαραίτητο μέλος της ομάδας, είτε είναι θεραπευτική, είτε εκπαιδευτική, είτε ερευνητική. (Νάκου, 1985, σελ. 278)

Ο Ιατρίδης (1989, σελ. 76) υποστηρίζει ότι η Κοινωνική Εργασία πρέπει και μπορεί να διεκδικήσει ένα ρόλο κεντρικού και όχι απλώς βοηθητικού επαγγέλματος υγείας. Τρεις εξελίξεις συντείνουν περαιτέρω στην ανάπτυξη κεντρικού ρόλου : το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο, η ειδική παράδοση και εμπειρία της Κοινωνικής Εργασίας και η διεπιστημονική ομάδα υγείας.

Ο στρατηγικός στόχος της Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα υγείας εντοπίζεται από τον Ιατρίδη (1989, σελ. 82) ως η πρωτοβάθμια Υγεία και σ' αυτό συντείνουν η γενική φιλοσοφία της Κοινωνικής Εργασίας, οι γνώσεις, η εμπειρία και η τεχνική της.

Ο Ιατρίδης (1989, σελ. 72) υποστηρίζει ότι η υγεία αποτελεί μια θεμελιώδη επαγγελματική αγορά για την επέκταση της Κοινωνικής Εργασίας.

Στις εξελίξεις που επέκτειναν την ζήτηση κοινωνικού λειτουργού στον τομέα υγείας συνέτειναν πολλοί παράγοντες ζήτησης αλλά κυρίως οι εξής : η ζήτηση εξειδικευμένων γνώσεων και τεχνικές εμπειρίας για τα ειδικά προβλήματα του τομέα Υγείας, η ανάγκη διεπιστημονικής διαδικασίας, η

ζήτηση σύνθεσης κλινικών λειτουργιών με ψυχοκοινωνική διάγνωση, η συνεχώς αυξανόμενη αναβάθμιση και εθνική προτεραιότητα της υγείας ως βασική προϋπόθεση βελτίωσης του επιπέδου ζωής στις μεταλοβιομηχανικές κοινωνίες (DAVIS, 1983) και η αναγνώριση της ως βασική μεταβλητή στην αναπτυξιακή πολιτική.

Επίσης συντέινει η συνειδητοποίηση της ανάγκης για πρόληψη σε σχέση με πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της αρρώστιας, που μετέθεσε το κέντρο βάρους από την καταπολέμηση της αρρώστιας στην ανάπτυξη Υγείας και η επιτακτική ανάγκη μείωσης του αστρονομικού κόστους της ιατρικής περίθαλψης.

Η ζήτηση στον τομέα υγείας προσφέρει ένα ακόμη επαγγελματικό πλεονέκτημα, αυτό της αυτοαπασχόλησης και της εξάσκησης ελεύθερου επαγγέλματος. Η ανεξαρτησία, οι καλύτεροι μισθοί και η εξισωτική σχέση που δημιουργείται μεταξύ Κοινωνικής Εργασίας και άλλων επαγγελμάτων αυξάνουν το επαγγελματικό κύρος των κοινωνικών λειτουργών, σε συνάρτηση με την αντίληψη που επικρατεί να ιεραρχούνται ψηλά στην κοινή γνώμη επαγγέλματα, που επικρατούν στην ελεύθερη οικονομική αγορά. (Ιατρίδης, 1989, σελ. 71-72)

Όσον αφορά τις ανάγκες που μπορεί ανακαλύψει άμεσα και έμμεσα η Κοινωνική Εργασία ο Ιατρίδης (1989, σελ. 7) αναφέρει : "Όσο κανένα άλλο επάγγελμα υγείας η Κοινωνική Εργασία προσφέρει μια πιο ολοκληρωμένη θεωρία και πράξη, που καλύπτει και συνθέτει αποτελεσματικά τα βασικά απαραίτητα στοιχεία για την ικανοποίηση των απαιτήσεων υγείας των σύγχρονων κοινωνιών. Οι στόχοι της Κοινωνικής

Εργασίας, η φιλοδοξία της, η παράδοσή της, τα θεωρητικά της μοντέλα γνώσεων, η τεχνική διαδικασία παρέμβασης για αλλαγή, στη μικρο-και μακροκλίμακα και ο τρόπος σκέψης που αντιμετωπίζει τα προβλήματα υγείας γεφυρώνουν διεπιστημονικά τους βασικούς άξονες ανάπτυξης Υγείας : Φιλοσοφία και Παράδοση, Θεωρία και Πράξη, Διαδικασία."

Φιλοσοφία και παράδοση : Η Κοινωνική Εργασία αποτελεί ένα διεπιστημονικό ^{τρόπο} παρέμβασης για κοινωνική αλλαγή, λύση προβλημάτων και βελτίωση κοινωνικών συνθηκών για κοινωνική ανάπτυξη όλου του πληθυσμού. Βασίζεται σε επιστημονικά θεωρητικά μοντέλα, μεθοδολογία και ένα σύστημα αξιών για κοινωνική δικαιοσύνη, που καθορίζουν τον επαγγελματικό ρόλο και τους στόχους (Ιατρίδης, 1989, Εκλογή, σελ. 73). Βασικά στοχεύει ιδιαίτερα στην ενδυνάμωση των αποδυναμωμένων ατόμων και κοινωνικών ομάδων στην πιο δίκαιη εξισωτική κατανομή εισοδήματος, πλούτου, εξουσίας και υπηρεσιών και στο μηδενισμό διακρίσεων φυλής, φύλου, ηλικίας και θρησκείας.

Μετά από μια μακρά παράδοση και εμπειρία με προβλήματα φτώχειας, φιλανθρωπίας και προνοιακής περίθαλψης, η Κοινωνική Εργασία επιστημονικοποιείται, επαγγελματικοποιείται και στοχεύει σε αναπτυξιακές παρεμβάσεις στις ανθρώπινες σχέσεις για πρόληψη ψυχοκοινωνικών λειτουργιών, προσαρμογή της συμπεριφοράς ατόμων και κοινωνικών συστημάτων και χάραξη κοινωνικής πολιτικής.

Θεωρία και πράξη : Ως εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη (και διαδικασία παρέμβασης) η Κοινωνική Εργασία στηρίζεται σε θεωρητικά μοντέλα ανθρώπινης και κοινωνικής συμπεριφοράς και σε τεχνική πρακτικών μεθόδων για την

επίλυση κλινικών προβλημάτων ατόμων, οικογενειών και μικρών ομάδων και προβλημάτων κοινωνικού σχεδιασμού κοινοτήτων, οργανώσεων, θεσμών (Ιατρίδης, 1989, σελ. 73) Ως ένα ενιαίο σύστημα θεωρίας και πράξης η Κοινωνική Εργασία καλύπτει με παρεμβάσεις για αλλαγή ολόκληρο το φάσμα φαινομένων που αφορούν την υγεία.

Διαδικασία : Η τεχνική διεπιστημονική διαδικασία της Κοινωνικής Εργασίας περιλαμβάνει τα στάδια διάγνωσης (διαπίστωση προβλήματος ή αναπτυξιακής ευκαιρίας - δυνατότητας), παρέμβασης (θεραπείας ή εφαρμογή σχεδίου λύσης) και αξιολόγησης (της παρέμβασης, του αποτελέσματος και της συνέχισης ή τερματισμού της παρέμβασης).

Το ενιαίο σύστημα της Κοινωνικής Εργασίας είναι καθοριστικό του τρόπου, που αντιμετωπίζει την υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα και όχι προνόμιο και όχι ως αγαθό οικονομικής αγοράς, που εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα ατόμων και οικογενειών.

Είναι επίσης καθοριστικό της δυνατότητας της Κοινωνικής Εργασίας να προσφέρει στελέχη με τα οποία :

-Βελτιώνεται σημαντικά η ποιότητα και κάλυψη υπηρεσιών Υγείας, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ψυχοκοινωνικής πρόληψης και διάγνωσης, σχεδιασμό κοινωνικής πολιτικής και διοίκησης, που απαιτούν αλλαγή στις ανθρώπινες σχέσεις.

-Αυξάνεται η περίθαλψη στην κοινότητα και μειώνεται το νοσοκομειακό σύστημα υπηρεσίας, που διογκώνει το θεραπευτικό σκέλος στην παροχή δευτεροβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών σε βάρος των πρωτοβάθμιων.

-Μειώνονται οι δαπάνες στον τομέα υγείας με τη στροφή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την περίθαλψη στην κοινότητα, την αναβάθμιση των επαγγελματιών υγείας και την αφοσίωση των γιατρών στη θεραπευτική ιατρική αντί σε παρεμφερείς λειτουργίες (κοινωνική διάγνωση, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, κοινωνικής φροντίδας, κινητοποίησης ανθρώπινου δυναμικού, χρόνιες παθήσεις).

-Η προσφορά της Κοινωνικής Εργασίας στη μείωση δαπανών είναι κεντρική δεδομένου ότι η αστρονομική αύξηση δαπανών για την υγεία προβληματίζει τις περισσότερες χώρες. (Ιατρίδης, 1989, σελ.73-74)

Γ.4. Πλαίσια εργασίας Κοινωνικού Λειτουργού στο χώρο της υγείας

Σύμφωνα με την εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας της 14ης Φεβρουαρίου 1956 ορίζονται ως πλαίσια εργασίας του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο τα εξής:

1. Απόπειρες αυτοκτονίας
2. Εκθετα (άγαμες μητέρες)
3. Αλκοολικοί
4. Εισαγωγή σε ιδρύματα
5. Υιοθεσίες
6. Προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων
7. Προβλήματα οικονομικά

Ο Γιαννουλάτος (1985, σελ. 220) αναφέρει δύο επίπεδα τομείς στο Νοσοκομειακό χώρο : την ενδονοσοκομειακή, που αφορά τα προβλήματα των εξωτερικών ασθενών και την εξωνοσοκομειακή, τόσο στο χώρο του νοσοκομείου, που καλείται εξωτερικά ιατρεία, όσο και στα κέντρα υγείας, γι' αυτούς που χαρακτηρίζουμε εξωτερικούς ασθενείς. Και στα δύο επίπεδα υπάρχουν τα στοιχεία της ανάγκης μεταφοράς παρεχόμενων υπηρεσιών και κατοίκων, έστω και στη στοιχειώδη λειτουργική της μεταφοράς ή της διαμόρφωσης κάποιου περιβάλλοντος επιβίωσης.

Στα βασικά Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας (σελ. 37) αναφέρεται η μεγάλη ποικιλία περιπτώσεων, που έρχονται στην κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου.

Αρχίζει από τις εξυπηρετήσεις, όπως οικονομική βοήθεια -έκδοση πιστοποιητικών, τακτοποίηση ασφαλιστικών θεμάτων -μεταφορά ασθενών σε άλλα ιδρύματα, περνούν στις

εγκαταλείψει παιδιά, γερόντων και ανιάτων και φτάνουν στις απόπειρες αυτοκτονίας και τη συμπαράσταση της οικογένειας να δεχτεί την ιδέα του θανάτου του αγαπημένου του προσώπου.

Η Μιχοπούλου (1985, σελ. 283-284) αναφέρει ότι οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται με προνοιακά προβλήματα ασθενών και λιγότερο μέσα στο πλαίσιο της εξειδικευμένης ιατρικής-κοινωνικής εργασίας. Δηλαδή συμβάλλουν στην αποκατάσταση των ασθενών με χρόνιες αναπηρίες και προβλήματα υγείας, στην ιδρυματική περίθαλψη εγκαταλειμμένων παιδιών, εξασφάλιση επιδομάτων κ.α. Σε λίγα νοσοκομεία υπάρχει δυνατότητα για Κοινωνική Εργασία με το άτομο στα πλαίσια μιας θεραπευτικής σχέσης.

Με την εφαρμογή του Ε.Σ.Υ. ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών επεκτείνεται στον τομέα της πρόληψης και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με συγκεκριμένες προληπτικές και ερευνητικές αρμοδιότητες στο πλαίσιο της κοινωνικής ιατρικής και της κοινωνικής ψυχιατρικής.

Με την εφαρμογή του Ε.Σ.Υ. είναι επιτακτική η ανάγκη συμμετοχής των κοινωνικών λειτουργών :

1. Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, κέντρα υγείας κλπ. Στην υλοποίηση των σκοπών που αφορούν την άσκηση της προληπτικής ιατρικής και κοινωνικής διαφώτισης του πληθυσμού. Στην ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα. Στην ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. Στην παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

2. Στον τομέα της κοινωνικής ιατρικής και στις ειδικές νοσοκομειακές μονάδες, όπως μονάδες μεταμόσχευσης, μεσογειακής αναιμίας κλπ.

3. Σε αντίστοιχο άρθρο του Ε.Σ.Υ. σε σχέση με τη βιοϊατρική έρευνα εμφανίζεται η προοπτική δημιουργίας ερευνητικών κέντρων και μονάδων. Επισημαίνεται και εδώ η ανάγκη συμμετοχής των κοινωνικών λειτουργών στα ερευνητικά προγράμματα και της στελέχωσης των ερευνητικών κέντρων και μονάδων με κοινωνικούς λειτουργούς.

4. Από την περιγραφή των σκοπών των κέντρων υγείας, των ψυχιατρικών τομέων των γενικών νοσοκομείων και των ειδικών ψυχιατρικών νοσοκομείων που αναφέρονται.

-στην ψυχοκοινωνική μέριμνα

-στη συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα

-στη διαφώτιση, πρόληψη, στη συμβολή για την ανάπτυξη και κοινωνική ένταξη του ασθενή, διαγράφεται αναπτυξιακά ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού. (Μιχοπούλου, 1985, σελ. 283-284)

Οι διεθνείς τάσεις τα τελευταία χρόνια δείχνουν ότι διευρύνεται σημαντικά ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών για την αντιμετώπιση και την πρόληψη, όσο είναι δυνατόν των προβλημάτων, που δημιουργούνται παράλληλα με την οικονομική εξέλιξη και τις κοινωνικές μεταβολές.

Γ. Μέθοδοι Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα υγείας

Σύμφωνα με Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας (σελ. 37) εφαρμόζονται και οι τρεις μέθοδοι Κοινωνικής Εργασίας (Κοινωνική Εργασία με Άτομα, Κ. Ε. Ο., Κ. Ε. Κ.).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται με τον ασθενή, το περιβάλλον του, με ομάδα ασθενών ή και ομάδα προσώπων που έχουν να κάνουν με μια ασθένεια (π.χ. γονείς παιδιών με Μεσογειακή αναιμία, σύζυγοι καρκινοπαθών) με την κοινότητα (π.χ. για τη δημιουργία αναρρωτηρίων ίδρυσης στέγης για συγγενείς ασθενών στην επαρχία), με όλες τις πηγές της κοινότητας, που μπορούν να βοηθήσουν στην αποκατάσταση του ασθενούς.

Οι περιπτώσεις των ασθενών φθάνουν στην Κοινωνική Υπηρεσία από παραπομπή από το επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό, άλλες πηγές της κοινότητας ή έρχεται μόνος του ο ασθενής να ζητήσει συμπαράσταση. Ο Κοινωνικός Λειτουργός πλησιάζει μόνος του τις περιπτώσεις εκείνες που κρίνει όταν επισκέπτεται τα εξωτερικά ιατρεία και τους θαλάμους (Βασικά Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας).

Η εγκύκλιος του Υπουργείου κοινωνικής Πρόνοιας της 14ης Φεβρουαρίου 1956 αναφέρει σχετικά με τον τρόπο επιτέλεσης του έργου του κοινωνικού λειτουργού.

Η Κοινωνική Λειτουργός επιτελεί το έργο της δια :

- α. Συνεντεύξεων κατά των ασθενών εις τον θάλαμον ή εις το γραφείον της
- β. Συνεντεύξεων μετά των συγγενών του ασθενούς κατ'οίκον ή εις το γραφείον της.

Μέσω των άνω συνεντεύξεων επισημαίνεται το συγκεκριμένο πρόβλημα του ασθενούς ως και τα οικογενειακά προβλήματα τα επηρεάζοντα τον ασθενή εις την θεραπείαν του, τα οικονομικά προβλήματα και τα ψυχολογικά προβλήματα (φόβος εγχειρήσεως, ανησυχία δι' αναπηρίαν, ανησυχίαν δι' εργασίαν μετά την ίασιν κλπ.)

γ. Συμμετοχής εις τας επισκέψεις παρά των καθηγητών ή επιμελητών των ασθενών, τουλάχιστον δις της εβδομάδας.

δ. Επισκέψεων εις υπηρεσίας ή οργανισμούς και δημιουργία μετά τούτων επωφελούς συνεργασίας προς την επίλυσιν παρουσιαζομένων εκάστοτε προβλημάτων εις περιπτώσεις ας χρειάζεται.

ε. Τηλεφωνικών επικοινωνιών αναλόγως των παρουσιαζομένων επειγουσών αναγκών προς επίτευξιν του παρ' αυτής επιδιωκόμενου σκοπού.

στ. Τηρήσεως φακέλου δι' εκάστην περίπτωσιν ασθενούς.

ζ. Τηρήσεως ιδιαίτερου πρωτοκόλλου της παρ' αυτής διεξαγόμενης αλληλογραφίας.

Επί πάντων των ανωτέρω παρά της Κοινωνικού Λειτουργού θα τηρείται το απόλυτων και αυστηρώς απόρρητων. Πληροφορίαί θα επιτρέπεται να δίδονται εις τον παρακολουθούντα ιατρόν και την προϊσταμένην Αδελφήν εφ' όσον αύται θεωρούνται δια την θεραπευτικήν μεταχείρισιν του ασθενούς.

η. Τηρήσεως στατιστικών στοιχείων κατά το αποσταλνσόμενον υπόδειγμα υποβαλλομένων μηνιαίως

μετά περιληπτικής εκθέσεως εις το Υπουργεί τον
Τομεάρχην.

θ. Συμμετοχής της μελέτης ή της συζητήσεως του
επιστημονικού προσωπικού του Νοσοκομείου κατά τας
οποίας θα παρέχει τα υπηρεσίας της βάσει των
παρ' αυτής συγκεντρωθέντων στοιχείων επί των
κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων των
επηρεαζόντων την κατάστασιν του ασθενούς.

Γ. Ιατρικό επάγγελμα και σχέση με Κοινωνική Εργασία

Είναι σκόπιμο να αναφερθώ στις σχέσεις γιατρού και κοινωνικού λειτουργού για δύο λόγους.

Ο πρώτος βασίζεται στις νέες αντιλήψεις για την υγεία, που φέρνουν στο προσκήνιο, τη διατομεακή συνεργασία ως τον πιο αποτελεσματικό και τον πιο ολοκληρωμένο τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας, που συμπεριλαμβάνει και το άτομο-ασθενή.

Ο δεύτερος λόγος αφορά το ότι η κάραξη των ορίων συνεργασίας στις σχέσεις μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών στο χώρο του νοσοκομείου είναι αναγκαία προϋπόθεση τόσο για αποτελεσματική διατομεακή συνεργασία όσο και για αναβάθμιση υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, σε σχέση με το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, οι σχέσεις κοινωνικού λειτουργού και γιατρού καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό και την ευόδωση των στόχων της Κοινωνικής Εργασίας στα Νοσοκομεία.

Σύμφωνα με την εγκύκλιο της 14-2-1956 του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που καθορίζει το πρόγραμμα εργασίας των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών, οι σχέσεις κοινωνικού λειτουργού και ιατρικού - νοσηλευτικού προσωπικού καθορίζονται ως εξής :

"Ο ιατρός και η αδελφή θα δύνανται να αναθέτουν εις τον Κοινωνικόν λειτουργόν κάθε περίπτωσιν η οποία κατά τη γνώμη τους έχει ανάγκη κοινωνικοοικονομικής και ψυχολογικής βοήθειας. Εν συνεργασία μετά του ιατρού, η Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να φροντίζει για τον ασθενή

μετά την έξοδο εκ του Νοσοκομείου, επί θεμάτων ως της ανάγκης του δι'ανάρρωσιν, διά περιπτώσεις περαιτέρω θεραπείας δι'επαγγελματικήν αποκατάστασιν και εκπαίδευσιν ως και δια την τοποθέτησιν του ασθενούς εις την προτιέραν θέσιν του ή εις άλλην καταλληλότεραν εργασίαν."

Και παρακάτω αναφέρεται το εξής :

"Εφ'όσον το επιθυμεί ο ιατρός η Κοινωνικός Λειτουργός θα τον βοηθεί εις την σύνταξιν εκθέσεων επί της κοινωνικής καταστάσεως του ασθενούς, πράγμα το οποίο μπορεί να τον βοηθήσει εις την διάγνωσιν της ασθένειας του, όταν συνήθως υπάρχουν ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες εις την ζωήν ενός ασθενούς, οι οποίοι μπορούν να επιδράσουν επί της παρούσης ασθένειας."

Η Καλλιόπη Παπαϊωάννου (1984, σελ.166-168) προσφέρει περισσότερες πληροφορίες, όσον αφορά τη σχέση γιατρού - κοινωνικού λειτουργού. Σχετικά με τις ομοιότητες και τις διαφορές στην επαγγελματική δομή, το πολιτιστικό επίπεδο την εξέλιξη των δύο επαγγελμάτων αναφέρονται τα ακόλουθα:

1. Η ηλικία επαγγέλματος : Μία από τις κυριότερες πηγές συγκρούσεων είναι η μακρότερη ιστορία της ιατρικής. Η Κοινωνική Εργασία είναι ένα νέο επάγγελμα που βρίσκεται στην εφηβεία του και ο Κοινωνικός Λειτουργός χαρακτηρίζεται από κρίση ταυτότητας και επαναστατικότητα και τη συμπεριφορά αυτή την ενθαρρύνουν συνήθως οι γιατροί (Rattof, 1977)(στην Παπαϊωάννου, 1984, σελ.167)

2. Η ηλικία μελών "δυναμώνει" την ηλικία του επαγγέλματος. Έτσι η Κοινωνική Εργασία δεν είναι μόνο

νέα Επιστήμη αλλά έχει και νέους εκπροσώπους της. Μέση ηλικία γιατρών 43, μέση ηλικία κοινωνικών λειτουργών 35. Η ηλικία, κυρίως όταν συνδέεται με το φύλλο αποτελεί εμπόδιο για τον κοινωνικό λειτουργό, που συνεργάζεται με γιατρούς, ιδιαίτερα στα πλαίσια της γενικής ιατρικής μια και οι γιατροί συχνά αναφέρονται στην πείρα τους ή στις προτιμήσεις των ασθενών και ακολουθούν τη γενικότερη αντίληψη ότι ένας Κοινωνικός Λειτουργός για να είναι ώριμος και αποτελεσματικός πρέπει να έχει φθάσει τα 40 του.

3. Ο αριθμός μελών. Η κοινωνική δύναμη είναι ανάλογη με το μέγεθος, τις πηγές και τη δομή της οργάνωσης (μεγαλύτερος αριθμός μελών, υψηλότεροι πόροι, καλύτερη οργάνωση). (Birstedt, 1950) (στην Παπαϊωάννου, 1984, σελ. 167)

4. Η κατανομή μελών. Μεγάλος αριθμός σε συγκεκριμένο χώρο ενισχύει την επαγγελματική οργάνωση, την επικοινωνία, την οικονομική κατάσταση, αλλά κυρίως την επαγγελματική δύναμη. Οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται σε πολλά και διαφορετικά πλαίσια, κάτι, που συντελεί στην ανεξαρτητοποίηση του επαγγέλματος από την ιατρική και συχνά δημιουργεί διαφοροποίηση ρόλων και ευθυνών, που οι γιατροί δυσκολεύονται να κατανοήσουν.

5. Το φύλο. Οι περισσότεροι γιατροί είναι άνδρες ενώ οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί γυναίκες. Το στερεότυπο της γυναίκας επαγγελματία αποτελεί

ανασχετικό παράγοντα στην παραδοχή του επιστήμονα κοινωνικού λειτουργού.

6. Η καταγωγή. Οι πρώτοι ιατροκοινωνικοί λειτουργοί προέρχονταν από οικογένειες ανώτερης ή μέσης κοινωνικής τάξης. Έτσι "κοινωνικά" δε διέφεραν από τους γιατρούς. Στην Κοινωνική Εργασία οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί ανήκουν σε εργατική ή χαμηλή υπαλληλική τάξη, ενώ οι γονείς των περισσότερων δεν έχουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση και δεν ανήκουν σε υψηλά εισοδηματικά κλιμάκια. Η Κοινωνική Εργασία γι' αυτούς αποτελεί μέσο αναρρίκησης σε ανώτερο κοινωνικό σκαλοπάτι.

7. Η εκπαίδευση : Όπως προαναφέρθηκε αυτό που ξεκινάει σαν μια προϋπόθεση οδηγεί σε κοινωνικοοικονομική προκατάληψη για το επάγγελμα και τους εκπροσώπους του. Όταν οι γιατροί τύχει να συνεργαστούν με πανεπιστημιακά καταρτισμένους κοινωνικούς λειτουργούς ομολογούν για την άρτια συμπαράσταση κι συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού.

8. Το πλαίσιο εργασίας. α) η διαφορά ζήτησης, (ποιος ζητά και ποιος πληρώνει) β) η ανεξαρτησία της δουλειάς του γιατρού σε σχέση με τη γραφειοκρατία της δουλειάς του κοινωνικού λειτουργού. Επιπλέον η Κοινωνική Εργασία είναι δευτερογενής σε πολλά πλαίσια ενώ η ιατρική πρωτογενής.

9. Το εισόδημα - αμοιβή. Ο γιατρός είναι συνήθως και ανεξάρτητος επαγγελματίας ενώ ο κοινωνικός λειτουργός μισθοδοτείται. Όσο περισσότερους πελάτες - ασθενείς

έχει ο γιατρός τόσο αυξάνεται το εισόδημά του. Το σύστημα πληρωμής ενισχύει τον παράγοντα χρόνο. Η εξοικονόμηση χρόνου είναι ένας σημαντικός λόγος συνεργασίας γιατρού με κοινωνικό λειτουργό. Ο κοινωνικός λειτουργός έχει ορισμένο μισθό και συνήθως ορισμένες ώρες εργασίας.

10. Η πελατεία. Η πελατεία του γιατρού αντανakλά την ετερογένεια του κοινού ενώ του κοινωνικού λειτουργού περιορίζεται στα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα στα άτομα που παρεκκλίνουν ή αποτυχαίνουν στον κοινωνικό τους ρόλο.

Σύμφωνα με την Παπαϊωάννου (1984, σελ. 168-170), υπάρχουν και ορισμένες διεπαγγελματικές διαφορές μεταξύ Κοινωνικής Εργασίας και Γενικής Ιατρικής.

Αναφέρεται στις ακόλουθες:

Βιολογική-Οργανική έναντι ψυχοσωματικής υγείας: Σε διεπιστημονικό σεμινάριο στις Η.Π.Α πριν μερικά χρόνια πολλοί γιατροί τόνισαν ότι στα χρόνια της εκπαίδευσης τους η έμφαση ήταν στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων για την διάγνωση και θεραπεία της αρρώστιας σαν βιοιατρικό φαινόμενο, ενώ σχεδόν αγνοούσαν γνώσεις και δεξιότητες, που αναφέρονταν στην ψυχοκοινωνική πλευρά υγείας και αρρώστιας.

Από την πλευρά τη Κοινωνική Εργασία μία από τις παραδοσιακές ευθύνες της είναι να βοηθήσει τα άτομα να εκφράσουν την ψυχοκοινωνική πλευρά της οργανικής τους πάθησης και να δώσουν στην υγεία μια ολιστική σχέση σώματος και πνεύματος.

Παθολογία-υγεία: Η έμφαση στην Βιο-οργανική όψη της αρρώστιας από τους γιατρούς είναι παράλληλη με την σχετική πτώση της εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών. Πολλοί κοινωνικοί λειτουργοί απορρίπτουν το ιατρικό μοντέλο με αποτέλεσμα να παραμελούν να ενημερωθούν για τη φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος. Συνέπεια αυτού είναι οι γιατροί να μην παραπέμπουν στους κοινωνικούς λειτουργούς και οι κοινωνικοί λειτουργοί να διστάζουν να παραπέμπουν πελάτες τους στον ιατρό.

Διατήρηση της ζωής-Ποιότητα ζωής. Είναι ακόμη παράγοντες που δυσκολεύουν την συνεργασία κοινωνικού λειτουργού -γιατρού. Οι γιατροί θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί υποβιβάζουν την αξία της ζωής, επειδή αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες παρά στους οργανικούς. Είναι απαραίτητη η απόκτηση γνώσεων από τους φοιτητές γιατρούς γύρω από την ανθρώπινη ανάπτυξη κυρίως σε θέματα σχέσεων με την ποιότητα ζωής, την φροντίδα των ατόμων μέσα στα πλαίσια της οικογένειας και της κοινότητας.

Θεραπεία-Πρόληψη: Η διερεύνηση-διάγνωση και η θεραπεία της αρρώστιας οδηγεί συχνά τους γιατρούς στην υποβάθμιση της πρόληψης, επίκεντρο των κοινωνικών λειτουργών.

Κλινική-Συλλογική Εργασία: Οι Ratof, Pose, and Smith (1974), υποστηρίζουν ότι οι γενικοί γιατροί ενδιαφέρονται για την υγεία ή την ασθένεια των ατόμων ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί υπογραμμίζουν την σημασία των ενδοοικογενειακών σχέσεων, των σχέσεων μέσα στην κοινότητα και την κοινωνία. Πολλοί γιατροί δεν γνωρίζουν το πλάτος των

επαφών που μια παραπομπή στον κοινωνικό λειτουργό μπορεί να δημιουργήσει.

Δράση-Αναμονή: Μιά ουσιαστική διεπαγγελματική διαφορά είναι η θεώρηση χρόνου.

Τωσς η προσήλωση του γιατρού στην "πράξη" συνδέεται με την εκπαίδευση του σε κλινικές με κρίσιμα περιστατικά. Στην Κοινωνική Εργασία, αντίθετα, η θεωρία και η εφαρμογή της επιστραίνουν ότι τα αποτελέσματα βεβιασμένων και χωρίς προγραμματισμό ενεργειών είναι συνήθως αρνητικά. Αν ο γιατρός δεν έχει ευαισθητοποιηθεί από την εκπαίδευσή του και από τους δομικούς συντελεστές της δουλειάς του, ώστε να μην "τρέχει" είναι δύσκολο να δεχτεί την στάση του κοινωνικού λειτουργού.

Team-work: Ο κοινωνικός λειτουργός έχει διδαχθεί να εξυπηρετεί και ότι αυτό σημαίνει συχνότατα συνεργασία με άλλες ειδικότητες, κυρίως γιατρούς. Ο γιατρός συνηθισμένος να εργάζεται ανεξάρτητα και απευθείας με τους ασθενείς, θεωρεί ότι η συνεργασία με τον κοινωνικό λειτουργό μπορεί να ωφελήσει μόνο ένα μικρό αριθμό ασθενών που του παραπέμπει.

Ποιος είναι ο πελάτης: Για το γιατρό το άτομο με την πάθηση είναι ο ασθενής. Αυτό όσο η αρρώστια έχει καθαρά οργανική συμπτωματολογία. Καθώς όμως η πάθηση αγγίζει την ψυχοκοινωνική διάσταση η κατάσταση περιπλέκεται. Ο κοινωνικός λειτουργός δεν αντιμετωπίζει μόνο το άτομο αλλά και την οικογένεια, την εργασία ή και τα άλλα συστήματα που σχετίζονται μ'αυτό.

Η συγγραφέας (1984 σελ.179) έχει την πεποίθηση ότι πέρα από της διαφορές και τις συγκρούσεις υπάρχει

δυνατότητα συνεργασίας και ουσιαστικής βελτίωσης της προσφοράς και των δύο. Η προπτυχιακή εκπαίδευση των γιατρών είναι η πιο κατάλληλη εποχή ευαισθητοποίησης τους στην ολιστική αντιμετώπιση του ατόμου μέσα στην κοινότητα αλλά και στην αποτελεσματικότητα της λειτουργίας της διεπιστημονικής ομάδας.

Η Σ. Νάκου (1985, σελ. 277) αναφέρει σχετικά με το θέμα: "Μέχρι τώρα οι γιατροί δεν είχαν εκπαίδευση στην Κοινωνική Ιατρική και με ελάχιστες εξαιρέσεις δεν δώσανε πολύ σημασία στην κοινωνική διάσταση της αρρώστιας. Η ανάπτυξη της κοινωνικής ιατρικής δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει κάποιος "κοινωνικός γιατρός" στην νοσηλευτική μονάδα αλλά σημαίνει ότι και όλοι οι γιατροί θα μάθουν να σκέπτονται και την κοινωνική πλευρά της αιτιολογίας και της αντιμετώπισης της αρρώστιας. Έτσι θα ζητούν πιο συχνά την συνεργασία της κοινωνικής υπηρεσίας.

Η Μιχοπούλου (1985, σελ. 283) έχει τη γνώμη ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί της χώρας μας θεωρούν το ρόλο του γιατρού κυριαρχικό, παράλληλα όμως πιστεύουν ότι γίνεται κυριαρχικός με την στενή συνεργασία και κάποιων άλλων επαγγελματιών στον τομέα αυτό, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται και οι κοινωνικοί λειτουργοί θεωρεί ότι ολοκληρωμένος λογίζεται ο ρόλος του νοσοκομείου προς τον ασθενή, όταν απαραίτητα λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα :
Γιατρός - Αδελφή - κοινωνικός λειτουργός και άλλοι.

Τονίζει τα ακόλουθα σημεία :

α. είναι αναγκαίος ο γιατρός, με την προϋπόθεση ότι συνεργάζεται με άλλους ειδικούς, για να λύσει το πρόβλημα του ασθενή.

β. στον τρόπο άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος συγκαταλέγονται μεταξύ άλλων η ομαδική εργασία και η γνώση των κοινωνικών παραγόντων της ασθένειας

γ. ο συνδυαστικός κρίκος γιατρού - κοινωνικού λειτουργού πρέπει να είναι απαραίτητα ο κοινωνικός λειτουργός.

Και καταλήγει στο ότι είναι σημαντική αναγκαιότητα η δημιουργία τέτοιων προϋποθέσεων, ώστε οι κοινωνικοί λειτουργοί που απασχολούνται στον τομέα υγείας, να είναι απαραίτητα μέλη των διεπιστημονικών ομάδων στην πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Ενώ η κλινική και η ψυχογενετική προέλευση της ιατρικής διάγνωσης είναι καθαρά θέμα γιατρού η σήμερα πλατιά παραδεκτή δυναμική διάγνωση και την εμπλοκή του κοινωνικού λειτουργού, αφού από την αρχή παρακολουθεί την ψυχοκινητική λειτουργικότητα του ατόμου και ενθαρρύνει, υποστηρίζει και συντηρεί τις δυνάμεις του, γεγονός που παραδέχονται σαν ιδιαίτερα βοηθητικό και πολλοί γιατροί, που ή είχαν την τύχη να συνεργαστούν με έμπειρους κοινωνικούς λειτουργούς με γνώσεις και ενδιαφέρον στην Ελλάδα ή συχνότερα στο εξωτερικό, όπου ο κοινωνικός λειτουργός δεν αμφισβητείται ως κλινικός κοινωνικός επιστήμονας, είναι συνήθως πανεπιστημιακός και ο ίδιος διακατέχεται από ανασφάλεια ή αναζήτηση ταυτότητας. (Παπαϊωάννου, 1988, σελ. 10)

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Δ. Ιατροκοινωνική εργασία

Η Ιατρική Κοινωνική Εργασία είναι η πιο παλιά και πιο σαφής δευτερογενής κοινωνική υπηρεσία. Η κύρια διάκριση της είναι η συνεργασία με το γιατρό και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και ο σκοπός και η μέθοδος θεραπείας. (Κ. Παπαϊωάννου, 1988, σελ. 7)

Σύμφωνα με την Κ. Παπαϊωάννου (1988, σελ. 7) η Κοινωνική Εργασία σε πλαίσιο κλειστής ή ανοιχτής περίθαλψης πρέπει να κατανοήσει την πορεία της αρρώστιας και τις επιδράσεις της όχι μόνο στο ίδιο το άτομο αλλά και στην κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου.

Από την έναρξη της η Ιατροκοινωνική εργασία στις ΗΠΑ το 1905 ερμηνεύει την έννοια της αρρώστιας από την πλευρά των κοινωνικών μειονεξιών, άποψη, που ενισχύθηκε το 1918 με την ψυχιατρική Κοινωνική Εργασία που ενσωματώθηκε στο κίνημα των ιατροπαιδαγωγικών σταθμών της δεκαετίας του '20.

Όσον αφορά το άτομο ο ρόλος του "εγώ", στην άρνηση αλλά και στη συνεργασιμότητα με την αρρώστια, η χρησιμοποίηση της αρρώστιας σαν επίκεντρο της οικογενειακής ομάδας, καθώς και οι υποστηρικτικοί ή ανασχετικοί ρόλοι, που μπορούν να παίζουν οι συγγενείς στην προσφορά βοήθειας στον άρρωστο και στην οικογένειά του, έγιναν βαθμιαία ο πυρήνας για γνώσεις και τεχνικές.

Η Κοινωνική Εργασία επηρεάστηκε βαθιά από τη δυναμική και ψυχαναλυτική θεωρία. Αυτό μετατοπίζει το βάρος όχι μόνο στις τεχνικές χειρισμού του περιβάλλοντος αλλά και

στην ευαισθητοποίηση στις συναισθηματικές αντιδράσεις οργανικών ή ψυχικών ασθενειών.

Ο κοινωνικός λειτουργός δεν παίρνει μόνο τα υγιή τμήματα της προσωπικότητας, που μάκεται την αρρώστια αλλά προβαίνει και σε μια αξιολόγηση του ρυθμού του "εγώ", που εξασθενεί και που οι ανάγκες εξάρτησή τους αυξάνονται, ως αποτέλεσμα της επίδρασης που έχει η αλλαγή status του ατόμου, στους ρόλους που επιτελεί. Ο στόχος και τα μέσα εδώ αναπροσαρμόζονται συνεχώς σύμφωνα με το σκοπό της ιατρικής τακτικής και κατεύθυνσης.

Σημαντικό εδώ είναι να τονίσουμε ότι ο χρόνος και η χρήση του καθορίζονται από τις ιατρικές αντιλήψεις, που κυριαρχούν. (Κ. Παπαϊωάννου, 1988, σελ. 8)

Οι στόχοι κατευθύνονται τόσο στο άτομο όσο και στην οικογένεια. Όσον αφορά το άτομο οι στόχοι αφορούν την τόνωση του εγώ, ώστε να συνδεθεί με τα ενδιαφέροντα της ζωής γύρω του, που μπορεί να αποκτήσει ή να διατηρήσει σχέσεις, πως να αντικαταστήσει ικανότητες, που έχασε.

Οι στόχοι σχετικά με την οικογένεια αφορούν την παροχή ευκαιρίας έκφρασης συναισθημάτων σε μια ατμόσφαιρα άνεσης και παραδοχής. Ενοχές, οικονομικές δυσχέρειες, κακία ή τερπελιά, μια πρόσθετη αίσθηση αδικίας ή ατυχίας για την οικογένεια, υποσυνείδητη απόρριψη είναι στοιχεία που μπορεί να δυσκολέψουν τη θεραπεία του αρρώστου και απαιτούν χωρισμό, για να αντιμετωπιστεί η δύσκολη πραγματικότητα, που βιώνουν. (Κ. Παπαϊωάννου, 1988, Κοινωνική Εργασία, σελ. 9)

Η θεραπεία δεν μπορεί να καταμεριστεί. Οι υπηρεσίες του νοσηλευτή, του κοινωνικού λειτουργού πρέπει να είναι

συμπληρωματικές σ' αυτές του γιατρού αλλά ενωμένες συντελούν στην αποδοτικότερη φροντίδα του ασθενή. Η κύρια προσφορά του κοινωνικού λειτουργού στην ιατρική ομάδα είναι να τονίσει τους ψυχοκοινωνικούς, ενδοοικογενειακούς παράγοντες στη μελέτη, τη διάγνωση και τη θεραπεία, παραμένοντας προσανατολισμένος στις ανάγκες και τη θεραπεία του συγκεκριμένου ασθενή και της οικογένειάς του.

Οι ενέργειες στις οποίες μπορεί α προβεί είναι οι ακόλουθες :

1. Προετοιμασία του ασθενούς για τις νέες και συχνά δύσκολες εμπειρίες προσαρμογής ή και επίπονες ή απαιτητικές φάσεις της αγωγής του.
2. Λήψη κοινωνικού ιστορικού. Διερεύνηση σχέσεων του ασθενή με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Διαπίστωση του δυναμικού, που σχετίζεται με σημαντικά σημεία και διαπροσωπικές σχέσεις, που αναφέρονται στην ασθένεια, την παραμονή του αρρώστου στο νοσοκομείο και την επιστροφή του στον οικογενειακό χώρο μετά την έξοδό του.
3. Σχετικά με το θεραπευτικό καθαρά ιατρικό προγραμματισμό και τη θεραπεία, που ακολουθείται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού διαφέρει ανάλογα με τη φύση του αντιμετωπιζόμενου προβλήματος. Συνήθως εμπλέκεται περισσότερο σε περιπτώσεις ασθενειών ή αναπήρων με την συναισθηματική διαταραχή, που συνεπάγονται παρά τις οξείες αρρώστιες ή απλές χειρουργικές επεμβάσεις, εκτός και αν χρειάζονται

άμεσα σχέδια για την φροντίδα της οικογένειας. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι εκείνος που αναλαμβάνει περισσότερες συνεντεύξεις με την οικογένεια και όλες που χρειάζονται συνεχόμενη συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένεια του (Follow up)

4. Χρήση πηγών κοινότητας, εύρεση εργασίας, οικονομικές ενισχύσεις και άλλες υπηρεσίες που μπορεί να απαιτεί η ανάρρωση ανήκουν στην σφαίρα εργασίας του κοινωνικού λειτουργού .

5. Παρακολούθηση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου ενθάρρυνση, υποστήριξη συντήρηση των δυνάμεων του εγώ.

Στην ιατρική ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να κατανοήσει την αγωνία, την εξάρτηση, τους αμυντικούς μηχανισμούς, την συχνά παρατηρούμενη παλινδρόμηση και τη θέση του αρρώστου μέσα στην οικογένεια του, για να είναι σε θέση να βοηθήσει τον ασθενή να δεχτεί την αρρώστια του και την πραγματικότητα που έχει δημιουργηθεί (Κ. Παπαϊωάννου, 1988 σελ. 10)

Δ₁. Ρόλος κοινωνικού λειτουργού στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη

Στη σημερινή βιομηχανική και μεταβιομηχανική κοινωνία ο κοινωνικός λειτουργός αντιμετωπίζει πολυδιάστατα προβλήματα, που ανεξάρτητα από το πλαίσιο εργασίας του, τον φέρνουν αντιμέτωπο με προβλήματα υγείας και με τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις τους.

Τα κοινωνικά προβλήματα συνήθως συνυπάρχουν με τα προβλήματα υγείας άλλοτε σαν συνέπεια και άλλοτε σαν αιτία ψυχοκοινωνικών δυσκολιών. Ένας από τους σκοπούς του κοινωνικού λειτουργού είναι να αναπτύσσει δραστηριότητες προληπτικές και κατασταλτικές που αφορούν το θέμα υγείας. (Μαρούλη, 1980, σελ. 171-172)

Ο κοινωνικός λειτουργός στο πλαίσιο της πρωτογενούς πρόληψης στοχεύει στην κινητοποίηση και την ενίσχυση των υγείων ψυχικών και κοινωνικών δυνάμεων του ατόμου, ώστε να μπορέσει να προσαρμοστεί και να συναλλαγεί με το περιβάλλον του. Στην περίπτωση που το περιβάλλον αυτό είναι ιδιαίτερα παθογόνο τότε γίνεται προσπάθεια απομάκρυνσης του ατόμου από αυτό μέσα όμως σε όρια, που καθορίζονται από τις δυνατότητες, που προσφέρονται από την πολιτεία και τα προγράμματά της. (Μαρούλη, 1980, σελ. 172)

"Στη συνεργασία του με ομάδες ατόμων ή με ολόκληρη την κοινότητα υπάρχουν περισσότερες δυνατότητες για μια πολιτική προληπτικής υγείας.

Στο κοινοτικό επίπεδο και σε σχέση με υπηρεσίες υγείας στον κλάδο της πρωτογενούς πρόληψης, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να επισημάνει ανάγκες, όπως π. χ. για

υπηρεσίες υγείας, που ταιριάζουν στο συγκεκριμένο χώρο. Ένα παράδειγμα θα ήταν προγράμματα γενετικής συμβουλευτικής σε περιοχές της Ελλάδας, που έχουν αυξημένο ποσοστό παιδιών με μεσογειακή αναιμία (Θεσσαλία, Χαλκιδική).

Άλλο παράδειγμα στο επίπεδο της κοινότητας είναι η κινητοποίηση των κατοίκων σε μια προβληματική αστική περιοχή για βελτίωση της τοπικής ύδρευσης. Κινητοποίηση δηλαδή όλων των κατοίκων να συμμετέχουν σ'ένα συγκεκριμένο έργο ή να διεκδικήσουν σ'ένα ευρύτερο επίπεδο τα δικαιώματα του για μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Εκεί όμως που υπάρχουν μεγάλες δυνατότητες για προληπτικά προγράμματα στον τομέα της ψυχικής υγείας είναι προγράμματα συμβουλευτικής γονέων. (Μαρούλη, 1980, σελ. 17)

Η Μιχοπούλου (1985, σελ. 284) αναφέρει την επέκταση και την προσαρμογή του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στις νέες απαιτήσεις του ΕΣΥ και πιο συγκεκριμένα στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Θεωρεί επιτακτική την ανάγκη συμμετοχής των κοινωνικών λειτουργών στα κέντρα υγείας στην υλοποίηση των σκοπών, που αφορούν την άσκηση της προληπτικής ιατρικής και κοινωνικής διαφώτισης του πληθυσμού, στην ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα, στην ενημέρωση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. Ακόμη στον τομέα της ψυχικής υγιεινής, είναι αναγκαία η συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχοκοινωνική μέριμνα, στη συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα, στη διαφώτιση, πρόληψη, στη συμβολή για την ανάπτυξη και κοινωνική ένταξη του ασθενή.

Στην εξωνοσοκομειακή λειτουργία και στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας η ιατροκοινωνική ομάδα θα πρέπει επιπλέον να δώσει ένα βάρος στη διαφώτιση του πληθυσμού της περιοχής και να καταγράψει τα κοινωνικά προβλήματα των ομάδων, όπως αυτά αναπτύσσονται στο χώρο διαβίωσης ή και εργασίας, μέσα από την παράγωγη αιτία της αρρώστιας ή της αναπηρίας, είτε είναι φυσική, ψυχική κοινωνική. Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι αυτή η λειτουργία είναι άμεσα συνδεδεμένη με τη λειτουργία της κοινοτικής κοινωνικής υπηρεσίας κατά περιοχή. Ο άρρωστος θα πρέπει να προσεγγίζει τα εξωτερικά ιατρεία ή το κέντρο υγείας με την στήριξη και την κατεύθυνση του κοινοτικού κοινωνικού λειτουργού που σε άμεση σύνδεση με τον κοινωνικό λειτουργό του νοσοκομείου ή του Κέντρου Υγείας θα έχει προετοιμάσει το άτομο για τις συνθήκες υποδοχής. Βέβαια οι συνθήκες σήμερα δεν επιτρέπουν κάτι τέτοιο, αφού οι κοινοτικές υπηρεσίες κοινωνικών παροχών είναι αδύναμες και το μεγαλύτερο βάρος πέφτει στους κοινωνικούς λειτουργούς και στην ιατροκοινωνική ομάδα του νοσοκομείου, που πρέπει να ξεπεράσουν τις διαστάσεις του χώρου τους και τις όποιες υπηρεσιακές αναστολές, ώστε να ολοκληρώσουν το έργο τους (Γιαννουλάκος, 1985, σελ. 281)

Η Άννα Ριτσατάκη (1988, Εκλογή, σελ. 22) αναφέρεται πιο συγκεκριμένα στο θεσμό των κέντρων υγείας και στα προβλήματα, που συναντώνται στην εφαρμογή του. Τα προβλήματα αυτά αφορούν τη στελέχωση των κέντρων αυτών, καθώς και την καθυστέρηση της οργάνωσης παρόμοιων για τον αστικό πληθυσμό, που καλύπτεται από πληθώρα ασφαλιστικών ταμείων.

Στην εφαρμογή του θεσμού διαφαίνονται προβλήματα οργανωτικά και διοικητικά τα οποία είναι τα ακόλουθα :

1. Η επιρροή του παραδοσιακού ιατρικού μοντέλου είναι φανερή. Ο επικεφαλής του κέντρου υγείας είναι γιατρός. Γραμματειακή υποστήριξη προβλέπεται για το ιατρικό έργο.
2. Το τμήμα κοινωνικής φροντίδας στελεχώνεται μόνο από κοινωνικούς λειτουργούς (1 προς 7.000-10.000 κατοίκους). Δεν προβλέπονται ούτε καν οικογενειακοί βοηθοί. Οι αρμοδιότητες του τμήματος αυτού περιγράφονται με τρόπο εντελώς ξεπερασμένο, ως φροντίδα για τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, περίθαλψη στο σπίτι χρόνιων αρρώστων κλπ.
3. Όσον αφορά τους κοινωνικούς λειτουργούς ήδη υπάρχουν ενδείξεις ότι σε μερικά από τα κέντρα, που λειτουργούν, χρησιμοποιούνται κυρίως σε γραμματειακές εργασίες και όχι για Κοινωνική Εργασία.
4. Το διευθυντή του κέντρου Υγείας βοηθά στα καθήκοντα του το Συμβούλιο Υπευθύνων, που συγκροτείται από τους προϊσταμένους των διαφόρων τμημάτων με πρόεδρο το διευθυντή. Το συμβούλιο όμως έχει "καθαρά νυνωμοδοτικό χαρακτήρα". Το ΕΣΥ έχει προτείνει τη συγκρότηση με απόφαση του Νομάρχη, "Τοπικής Επιτροπής Υγείας" στην οποία θα συμμετέχουν εκπρόσωποι της τοπικής αυτοδιοίκησης και τοπικών φορέων. Ο πρόεδρος της επιτροπής αυτής, "μπορεί να συμμετέχει στις συνεδριάσεις του Συμβουλίου Υπευθύνων". Δηλαδή δεν προτείνεται πραγματική συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων,

ούτε του προσωπικού του κέντρου, ούτε των τοπικών αρχών και των τοπικών φορέων. Αποφασιστική αρμοδιότητα έχει μόνο ο διευθύνων ιατρός.

5. Είναι αναγκαία μια σωστή πληροφοριακή βάση για την ανάπτυξη πολιτικής ΥΓΟ. Δε φαίνεται όμως πως και από ποιους θα γίνει αναγκαία συλλογή στοιχείων και η έρευνα στα πλαίσια των κέντρων υγείας. (Α. Ριτσατάκη, 1988, σελ. 22-23)

Ο Φακολάς (1980, σελ. 165) αναφέρει ότι η βασική απασχόληση του κοινωνικού λειτουργού δεν είναι η άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας, αλλά η διαμόρφωση γνώμης__για την αναγκαιότητα προνοιακής ή άλλης, από κάποιον οργανωμένο φορέα ενίσχυσης των ανθρώπων, που αδυνατούν να αντιμετωπίσουν από μόνοι τους τόσο την ίδια την αρρώστια όσο και τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της. Έτσι θεωρητικά οι κοινωνικοί λειτουργοί βοηθάνε στην αναστολή της επέκτασης των ψυχοκοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων της αρρώστιας, αν βέβαια ακούγονται οι επικλήσεις του. Στην πράξη ούτε αυτά γίνονται πάντα. Αιτία η έλλειψη αναγκαίας υποδομής, που θα υποστηρίζει τις εκτιμήσεις τους, η πενιχρή διάθεση πόρων, από τον κοινωνικό προϋπολογισμό, η ίδια η πρόθεση των κοινωνικών λειτουργών να ανταποκριθούν στις πολλαπλές και δύσκολες απαιτήσεις του επαγγέλματος τους, ο παραμερισμός τους κοινωνικά ή επαγγελματικά από άλλες ομάδες υγειονομικών που κινούνται στους ίδιους χώρους αλλά έχουν δύναμη και γόντρο, για να επιβάλλονται.

Ο ίδιος (1980, σελ. 166) αναφέρει ότι χρειάζεται ριζική αλλαγή των αρχών και μεθόδων Κοινωνικής Εργασίας ώστε να εναρμονίζονται με τις σύγχρονες εξελίξεις αρχών και προτύπων Κοινωνικής Εργασίας, που αρχίζουν να επικρατούν στο διεθνή επιστημονικό τουλάχιστο χώρο. Μια σχετικά σύγχρονη θέση είναι πως οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν μπορούν πια μόνοι και ασυγχρόνιστα να προσφέρουν επάρκειας υπηρεσίες αλλά να είναι αναγκαίο και σκόπιμο να ενσωματωθούν σε μια επιθυμητή από πολλούς ομάδα υγείας.

Εκφράζονται βέβαια σοβαρές επιφυλάξεις και φόβοι για τη δυνατότητα συνεργασίας των μελών αυτής της ομάδας και την εξασφάλιση του κοινωνικού, οικονομικού και οργανωτικού πλαισίου σύστασης και αναπαραγωγής.

Παρ'όλα τα προβλήματα, που παρουσιάζει η σύσταση ομάδας υγείας σε κοινοτικό επίπεδο είναι ένας στόχος επιθυμητός, γιατί έχει τη δυνατότητα να ανταποκριθεί στις σύγχρονες προοπτικές εξασφάλισης σωστής πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας στον πληθυσμό της χώρας μας. Είναι ο συνδυασμός της ποιότητας με τις δυνατότητες για σημαντικό περιορισμό του κόστους υγειονομικών υπηρεσιών συνολικά και μακροπρόθεσμα.

Τα αποτελέσματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν μπορούν να γίνουν αυτόματα αισθητά ούτε πρέπει να αναφέρονται μόνο σε μια ευνοημένη μερίδα του πληθυσμού μιας χώρας. (Φακολάς, 1980, σελ. 167)

Τα προβλήματα υγείας δεν αντιμετωπίζονται μόνο τεχνοκρατικά ή μόνο με τη συμβολή κάποιων ειδικών υγείας αλλά απαιτείται και η συμμετοχή όλων των μελών και ομάδων μιας κοινωνίας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν μπορούν να

μείνουν αμέτοχοι σ'ένα τέτοιο κάλεσμα, έστω και αν έχουν συνηθίσει ή οδηγούνται σε αντίθετες μορφές δράσης. Απαιτείται δική τους προσωπική και διαπροσωπική κινητοποίηση με την αποδοχή αρχών και μεθόδων επικοινωνίας για τη σωστή πρόληψη και υγεία.

Στόχος είναι η κινητοποίηση των κοινωνικών λειτουργών.

Λέγοντας κινητοποίηση αναφερόμαστε πρώτα απ'όλα στον τρόπο τοποθέτησης των κοινωνικών λειτουργών μέσα στην κοινότητα ή την πληθυσμιακή ομάδα, που είναι κάθε φορά το αντικείμενο των δραστηριοτήτων τους, και μάλιστα των πιο αδύναμων, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτικά. Ιδιαίτερα οι λαϊκές μάζες είναι περισσότερο εκτεθειμένες σε κινδύνους για την υγεία και συγχρόνως διαθέτουν ελάχιστα μέσα, γνώση ή χρήματα να την αποκτήσουν.

Η συνδυασμένη γνώση περισσότερων ειδικών σε μια ομάδα υγείας είναι ακόμα μεγαλύτερη εγγύηση, φυσικά κάτω από αναγκαίες προϋποθέσεις και τεχνολογικά μέσα. Απαιτείται συγχρόνως ειλικρινής εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού και δυναμική αναζήτηση πρακτικών λύσεων από την πλευρά των υγειονομικών. (Φακολάς, 1980, σελ.168)

Η σύγχρονη υγειονομική τεχνολογία και όσα οικονομικά ή άλλα μέσα διατεθούν στους υγειονομικούς, σύμφωνα με το Φακολά (1980, σελ.168) δεν επαρκούν. Στη χειρότερη περίπτωση, θα κατάφεραν να αυξήσουν υπέρογκα την οριακή ζήτηση και φυσικά το κόστος όλων αυτών των υπηρεσιών θα βαρύνει το κοινωνικό σύνολο, ακόμα και αυτούς, που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης ή απόγνωσης για το μέλλον και την αξιοπρέπειά τους.

Η άμεση προσφορά των ειδικών είναι κάποτε μόνο βραχυπρόθεσμα αποτελεσματική και η ατελής παρέμβαση του κράτους, λειτουργούν και αρνητικά, γιατί μπορούν να παθητικοποιήσουν περισσότερο τους ανθρώπους στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας με αποτελεσματικό και ριζικό τρόπο.

π.χ. Η παραδοσιακή ιατρική έχει κάνει τεράστιες προόδους στην αντιμετώπιση ασθενειών, περιορίζοντας την θνησιμότητα, ενισχύοντας έτσι την πίστη του ανθρώπου στην ακαλίνωτη τεχνολογία και την θεραπευτική ιατρική, εκεί που θα έπρεπε να έχουμε πρόληψη φθηνότερη και αποτελεσματικότερη. Έτσι, ξέροντας ο κάθε μελλοντικός ή τωρινός καπνιστής πως ο καρκίνος του αναπνευστικού θα μπορέσει πιθανόν με έγκαιρη διάγνωση να θεραπευτεί αδιαφορεί στις επικλήσεις των γιατρών και γίνεται η ευκαιρία για έγκαιρη προφύλαξη. Στην πόλη σπάνια κάποιος ενδιαφέρεται για το μάζεμα των σκουπιδιών, που βρίσκονται πεταμένα έξω από την πόρτα της πολυκατοικίας του, ενώ στο χωριό η καθαριότητα της αυλής αλλά και του δρόμου είναι υπόθεση όλων, που αφιερώνουν χρόνο και προσωπική εργασία.

Χρειάζεται λοιπόν από την μια πλευρά αποδυνάμωση και απομυθοποίηση τόσο των δυνατοτήτων των επαγγελματιών υγείας όσο και του ρόλου των ομάδων υγείας ή όποιων άλλων μεθόδων ή τρόπων παροχής πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας προσφερθούν και από την άλλη ενίσχυση της ατομικής και κοινοτικής πρωτοβουλίας, που θα πρέπει να λειτουργήσει παράλληλα και πολλές φορές αποκλειστικά και δυναμικά (Φακολάς, 1980, σελ. 169)

Γι' αυτό το σκοπό η κινητοποίηση των κοινωνικών λειτουργών μπορεί να λειτουργήσει σε δύο κατευθύνσεις. Πρώτα στην αποδοχή και απομυθοποίηση του ρόλου τους, μακριά από εγωιστική διάθεση ή επαγγελματικό ηγεμονισμό ή όποια μεσαιωνική ανθρωπιστική τάση. Κάθε τους εκτίμηση κάθε τους πίεση δεν θα πρέπει να έχει στενά επαγγελματικούς στόχους αλλά ευρύτερους κοινωνικούς, πολιτιστικούς και ανθρωπιστικούς.

Δεύτερο, στην επιδίωξη να κινητοποιήσουν όλα τα μέλη μιας κοινότητας, που έχουν σύμφωνα με αντικειμενική εκτίμηση, τις δυνατότητες να συλλάβουν τη σοβαρότητα και τις σοβαρές επιπτώσεις των καθημερινών τους προβλημάτων ανεξάρτητα αν αυτά είναι προβλήματα υγείας ή προέρχονται από κακή υγεία ή βλάπτουν την ατομική και τη δημόσια υγεία ή έχουν άλλη μορφή και διάσταση. Να επιστρατεύσουν όλα τα άτομα που έχουν τη θέληση να προχωρήσουν στην κατανόηση των βαθύτερων αιτιών των κοινωνικών προβλημάτων, που αντιμετωπίζονται στο χώρο της Κοινωνικής Εργασίας. Πιο πολύ, όσους μπορούν να αναμεταδώσουν τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους αυτές. Αν τις κάνουν κτήμα της κάθε κοινότητας, να κοινωνικοποιήσουν την συσσωρευμένη γνώση που είναι κτήμα των μέχρι τώρα ειδικών για ένα υγιεινότερο τρόπο ζωής.

Στην προσέγγιση μελών της κοινότητας καλό θα είναι να βρεθούν ζωντανά παραδείγματα που όχι μόνο ζουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής αλλά έχουν και τη δύναμη να τον προπαγανδίσουν, έχοντας ως ανταγωνιστές πολλές φορές τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και επηρεασμού της κοινής γνώμης. (Ο. Π. σελ. 169)

Τα πράγματα δεν είναι πάντα τόσο εύκολα στην πράξη, γιατί και οι ίδιοι οι κοινωνικοί λειτουργοί πολλές φορές θύματα των ίδιων συνθηκών ανθυγιεινής εργασίας ή διαβίωσης δέκτες των ίδιων ή ισχυρότερων επιρροών, που απειλούν την υγεία τους και δεν τους δίνουν τα περιθώρια να αντιδράσουν ή να ανακαλύψουν τρόπους γιαυτό το σκοπό. (Ο. Π.)

Τονίζεται τέλος η σημαντικότητα μιας γενικότερης επικοινωνίας θέσεων και απόψεων για την υγεία. Αυτή η επικοινωνία θα πρέπει να λειτουργήσει μέσα στην ίδια την κοινότητα από τα ίδια τα μέλη της, αφού μπορέσουν να ανταλλάξουν τις απόψεις τους γύρω από νέες πρακτικές προνοιακής και υγειονομικής δραστηριότητας στο χώρο τους με την επέμβαση των κοινωνικών λειτουργών και των άλλων υγειονομικών. (Φακολάς, 1980, σελ. 170)

Η αποδοχή και κυρίως η επικοινωνία και η μεταφύτευση νέων θέσεων και νέων απόψεων υγιεινού τρόπου ζωής μπορεί και πρέπει να επεκταθεί από την επαγγελματική κατηγορία των κοινωνικών λειτουργών σταδιακά στις ομάδες των υγειονομικών ή αντίστροφα στην κοινότητα, μετά, στην ευρύτερη κοινωνική ομάδα, την κοινωνία.

Η δημόσια υγεία δεν είναι μόνο υπόθεση των ειδικών. Είναι υπόθεση όλων μας με απόλυτα μοιρασμένες τις ευθύνες. (Ο. Π.)

Ο Ιατρίδης (1989, σελ. 82) διατείνεται ότι το πιο φυσικό και κατάλληλο σκηνικό σημείο εφαρμογής για τους κοινωνικούς λειτουργούς υγείας είναι η πρόληψη και η πρωτοβάθμια υγεία, γιατί αρμόζουν άμεσα και περισσότερο στις γνώσεις, εμπειρία και τεχνική της Κοινωνικής

Εργασίας και στο βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο. Αποτελούν ένα νέο και σχετικά ελεύθερο ορίζοντα επαγγελματικής δράσης των κοινωνικών λειτουργών. Συγχρόνως η Κοινωνική Εργασία έχει τη δυνατότητα να αναβαθμίσει την ποιότητα της πρωτοβάθμιας υγείας. Η αμοιβαία αυτή σχέση θεμελιώνει την επέκταση της Κοινωνικής Εργασίας στην πρωτοβάθμια υγεία.

Οι πρωτοβάθμιες δραστηριότητες είναι πιο ευρύτερες, πολύπλευρες και εκτεταμένες και ξεπερνούν τα στενότερα όρια του βιο-ιατρικού μοντέλου.

Η φιλοσοφία και η οργάνωση της πρωτοβάθμιας υγείας απευθύνονται στον υγιή και τον άρρωστο, για να υπερνικήσουν τα πρώτα εμπόδια (βιο-ιατρικά, ψυχοκοινωνικά, περιβαλλοντικά, οικονομικά, κοινοτικά) στην ανάπτυξη της υγείας.

Η βιβλιογραφία, αναφέρει συνήθως τα εξής χαρακτηριστικά, που καθορίζουν την πρωτοβάθμια υγεία (LOYD, 1977) (Ιατρίδης, 1989, Κοινωνική Εργασία, σελ. 82)

-Οργάνωση υπηρεσιών, που είναι άμεσα προσιτές στους κατοίκους.

-Παροχή ολοκληρωμένων συντονισμένων και συνεχών υπηρεσιών.

-Υπευθυνότητα στους κατοίκους και την τοπική κοινότητα.

-Παροχή υπηρεσιών για τη διατήρηση και την επαναφορά της υγείας κοντά στο χώρο κατοικίας και εργασίας.

-Παροχή υπηρεσιών σ'όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας.

Τα ίδια περίπου χαρακτηριστικά αλλά σε διεθνές πλαίσιο αναφέρονται και από τον ΟΗΕ και τις UNISEF στο Συνέδριο των Άλμα Άτα της Σοβιετικής Ένωσης το Σεπτέμβριο 1978 (Ιατρίδης, 1989, Κοινωνική Εργασία, σελ. 82)

- Βελτίωση ποιότητας και ποσότητας τροφής και διαιτολογίου.
- Επάρκεια καθαρού πόσιμου νερού και παραδεκτό επίπεδο βασικής υγιεινής.
- Εμβολιασμός έναντι μεταδοτικών ασθενειών.
- Προληπτικός έλεγχος τοπικών επιδημιών.
- Θεραπεία κοινών ασθενειών και τραυμάτων.
- Παροχή φαρμάκων (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1979, GUERRERD, 1982)(Ο. Π.)

Το πολύπλευρο συγκρότημα δραστηριοτήτων πρωτοβάθμιας υγείας εξαρτάται από το αναπτυξιακό επίπεδο της χώρας της περιφέρειας και της γειτονιάς. Στην πολιτεία της Ν>Υόρκης εφαρμόζονται τα εξής :

- Υπηρεσίες πρόληψης.
- Αντιμετώπιση επεισοδιακής αρρώστιας.
- Συνεχής περίθαλψη χρόνιων παθήσεων και αναπηρίας.
- Παρακολούθηση και ανάλυση συνθηκών υγείας.
- Εκπαίδευση στην ανάπτυξη υγείας.
- Ενιαίες υπηρεσίες και συνεργασία με Ινστιτούτα και οργανώσεις, που προσφέρουν υπηρεσίες για οξείες και μακροχρόνιες παθήσεις (Πολιτεία Ν. Υόρκης, 1981)

Τα κοινά χαρακτηριστικά αυτών των τοποθετήσεων δείχνουν ότι βασικά η πρωτοβάθμια υγεία αποτελεί ένα ενιαίο ολοκληρωμένο σύνολο υπηρεσιών υγείας στο τοπικό επίπεδο της κοινότητας, το οποίο τονίζει την πρόληψη, εκπαίδευση και συμμετοχή των κατοίκων. Έτσι ξεπερνά τα στενότερα παραδοσιακά πλαίσια της νοσηλευτικής ιατρικής και του βιο-ιατρικού μοντέλου και χρησιμοποιεί διεπιστημονικές ομάδες υγείας. Μάλλον σημαίνει :

- ανάπτυξη συνολικής υγείας των κατοίκων και της κοινότητας
- με έμφαση στην υγεία παρά στην αρρώστια
- ψυχοκοινωνική διάγνωση
- συμμετοχή των πολιτών και της τοπικής κοινότητας
- οργάνωση ανθρωπίνων δικτύων αμοιβαίας βοήθειας στο επίπεδο της γειτονιάς
- συντονισμό πόρων και οργανώσεων στην τοπική αυτοδιοίκηση
- κάραξη αναπτυξιακής πολιτικής υγείας στο τοπικό επίπεδο (NATIONAL ACADEME OF SCIENCE, 1981) δηλαδή μεταβλητές, που συνδέονται άμεσα με την Κοινωνική Εργασία.

Στην Πρωτοβάθμια Υγεία το κέντρο βάρους, μετακινείται από καθοδήγηση στην συνεργασία του πολίτη, από παθητική στάση του πελάτη και της οικογένειας του στην ενεργό συμμετοχή τους, και από τη νοσηλεία στη διατήρηση και ανάπτυξη της υγείας. Η τοποθέτηση αυτή όχι μόνο προωθεί το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο και τις διεπιστημονικές

ομάδες υγείας αλλά κυρίως επιβάλλει μια ευρύτερη αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας με ριζικές αλλαγές και καθορισμό νέων επαγγελματικών σχέσεων.

Η γενική δομή των υπηρεσιών υγείας, που συνδέει τα διάφορα επίπεδα οργάνωσης υπηρεσιών παρουσιάζεται στο Διάγραμμα με τις πυραμίδες Α και Β (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΙΙ)

Η πλατιά βάση της πυραμίδας υγείας Α, που τονίζει αυτοβοήθεια, οικογενειακή αλληλοϋποστήριξη, κοινοτική οργάνωση και δραστηριοποίηση ανθρώπινων δικτύων αμοιβαίας βοήθειας αποτελεί ιδεώδη στόχο για την στρατηγική πολιτική της Κοινωνικής Εργασίας και τη δυνατότητα κεντρικού ρόλου του επαγγέλματος. Στη συνέχεια την ίδια σχεδόν δυνατότητα παρουσιάζουν το ενδιάμεσο τμήμα που περιλαμβάνει τεχνική βοήθεια και η κορυφή της πυραμίδας, που απαιτεί επαγγελματικές υπηρεσίες. Τα τρία αυτά επίπεδα αντιστοιχούν στις λιγότερο περίπλοκες περιπτώσεις υγείας. Η πυραμίδα Β δείχνει το βαθμό περιπλοκής. Η χαμηλότερη περιπλοκή αντιστοιχεί με τη βάση της (πρωτοβάθμια υγεία), το ενδιάμεσο τμήμα αντιστοιχεί με τη δευτεροβάθμια (Νοσοκομείο) και η κορυφή της περιλαμβάνει επίπεδο υψηλότερης περιπλοκής (τρίτοβάθμια υγεία) και ειδικής τεχνολογίας (CHAVES, 1982)(Ιατρίδης, 1989, Κοινωνική Εργασία, σελ. 84)

Η Κοινωνική Εργασία έχει περισσότερες δυνατότητες στην πρωτοβάθμια υγεία παρά στις πιο περίπλοκες ειδικευμένες περιπτώσεις. Συγχρόνως η Πρωτοβάθμια Υγεία καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας, ενώ όσο προχωρούμε προς την κορυφή της πυραμίδας λιγοστεύει ο αριθμός των

εξυπηρετούμενων πολιτών. (Ιατρίδης, 1989, Κοινωνική Εργασία, σελ. 84)

Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι στην Πρωτοβάθμια υγεία οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν την ψυχοκοινωνική διάσταση αντί τη βιοϊατρική. (GROPPER, 1987) (Ιατρίδης, 1989, Κοινωνική Εργασία, σελ. 84). Συνεπώς παρουσιάζει ένα σημαντικό πλεονέκτημα για την Κοινωνική Εργασία σε σχέση με άλλα επαγγέλματα υγείας, που ειδικεύονται στην βιοϊατρική. Ήδη η βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι γιατροί στην πρωτοβάθμια υγεία ξοδεύουν πάνω από το μέσο του χρόνου τους σε ψυχοκοινωνικές δραστηριότητες. (WALLACE, 1984) (Ιατρίδης, 1989, Κοινωνική Εργασία, σελ. 84) Η συμμετοχή των κοινωνικών λειτουργών στην Πρωτοβάθμια υγεία όχι μόνο βελτιώνει την ολοκλήρωση των υπηρεσιών αλλά και επιτρέπει τη συγκέντρωση των γιατρών στις δραστηριότητές τους μειώνονται έτσι συγχρόνως και τις δαπάνες (WALLACET, 1984)(Ο. Π., σελ. 84)

Η πρωτοβάθμια υγεία αποτελεί ένα νέο άνοιγμα επαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτικής ιατρικής και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών Κοινωνικής Εργασίας και μια επέκταση των διεπιστημονικών ομάδων υγείας για τη βελτίωση του συστήματος Υγείας (COLEMAN, 1987) (Ο. Π., σελ. 84)

Η Πρωτοβάθμια Υγεία και πρόληψη είναι κύριος στρατηγικός στόχος της Κοινωνικής Εργασίας (θεωρία και πράξη), που έχει τα εξής χαρακτηριστικά.

-Την προσαρμοστική συμπεριφορά ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων σε διενέργεια με το περιβάλλον.

-Συνειδησιακές παρεμβάσεις για αλλαγή συμπεριφοράς ατόμων και κοινωνικών συστημάτων για ανάπτυξη και κοινωνική δικαιοσύνη.

-Ένα συνεχές φάσμα υπηρεσιών ολοκληρωμένης φύσης, που περιλαμβάνει πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση και κοινωνική πολιτική.

-Δημόσια πολιτική υγείας, κοινωνική διάγνωση και επιδημιολογία.

-Επιστημονική διαδικασία και έρευνα στη συμπεριφορά ατόμων και κοινοτήτων.

Θεμελιώνεται επίσης και από τα κύρια προβλήματα και θέματα, που αντιμετωπίζει ο τομέας υγείας της δεκαετίας του 1980 και 1990 και που έχουν άμεση σχέση με τη λειτουργία του ψυχοκοινωνικού συστήματος. (Ιατρίδης, 1989, σελ. 85)

Νέες αντιλήψεις και αναγκαιότητες στον τομέα υγείας, όπως η πλατιά συμμετοχή πολιτών και τοπικών κοινοτήτων στη χάραξη πολιτικής υγείας, η αυτοβοήθεια, η συμμετοχική δημοκρατία, η Τοπική Αυτοδιοίκηση, η ενδυνάμωση των αποδυναμωμένων, η πεποίθηση ότι η πρόληψη θα προέλθει όχι μόνο από τις προόδους της ιατρικής τεχνολογίας αλλά και από συνειδητές παρεμβάσεις για αλλαγές στον τρόπο ζωής, στις ανθρώπινες σχέσεις, στις συνθήκες διαβίωσης και στη δομή του κοινωνικού συστήματος, καθώς και η ανάγκη για μείωση των δαπανών υγείας, τείνουν στην αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας υγείας και στον κεντρικό ρόλο, που θα παίξει την δεκαετία του 1990. Η επανάσταση αυτή στην ιστορία και

την φιλοσοφία της υγείας φέρνει την Κοινωνική Εργασία στο προοκήνιο της πρωτοβάθμιας υγείας. (Ο. Π.) (σελ. 85)

Δ₂. Ρόλος κοινωνικού λειτουργού στη Δευτεροβάθμια Περίθαλψη

Με την εγκύκλιο του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας της 14ης Φεβρουαρίου του 1956 εδραιώθηκε η Κοινωνική Εργασία στα Νοσοκομεία. Σύμφωνα μ'αυτή η Κοινωνική Εργασία στα Νοσοκομεία αποσκοπεί στη μελέτη του ασθενούς και της κοινωνικής του θέσεως, ώστε το ιατρικοεπιστημονικό προσωπικό του Νοσοκομείου να πληροφορείται τα ατομικά στοιχεία, που σχετίζονται με συναισθηματικούς και κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν ή και επηρεάζονται από την πάθηση του ασθενούς. Συντελεί ώστε να εγκλιματιστεί ο ασθενής στην πάθηση του και να επωφεληθεί από την παρεχόμενη σ'αυτόν ιατρική και κοινωνική υπηρεσία.

Η Κοινωνική Εργασία αποσκοπεί στο να δώσει στον ασθενή την ευχέρεια να χρησιμοποιήσει τις ικανότητες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που τον απασχολούν.

Το έργο του κοινωνικού λειτουργού στο Νοσοκομείο, όπως περιγράφεται σ'αυτή την εγκύκλιο αφορά τα παρακάτω :

- α. Ασχολείται με τις περιπτώσεις των ασθενών είτε αυτές πέφτουν αμέσως στην αντίληψη είτε υποδεικνύονται από τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου, είτε γνωστοποιούνται στον κοινωνικό λειτουργό από τον ίδιο τον ασθενή ή από τους συγγενείς του ή από άλλου.
- β. Καταγράφει το ιστορικό του ασθενούς με σκοπό την υποβοήθηση του έργου του γιατρού, όσο αφορά την διάγνωση της νόσου.

γ. Ασχολείται με την αντιμετώπιση οικογενειακών προβλημάτων, που απασχολούν τον ασθενή και επηρεάζουν δυσμενώς τα αποτελέσματα της εφαρμοζόμενης θεραπείας.

δ. Επιλαμβάνεται των οικονομικών προβλημάτων των άμεσων αναγκών της οικογένειας με την παροχή διευκολύνσεως κατά την μεταφορά του ασθενούς από το ένα θεραπευτήριο στο άλλο ή κατά την οριστική έξοδό του.

ε. Χειρίζεται τα ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών: φόβος εγχείρησης, ανησυχίες για αναπηρία, για εργασία μετά την ίαση κ. τ. λ.

στ. Μεριμνά για την εισαγωγή σε ειδικό θεραπευτήριο εφόσον υπάρχει τέτοια ανάγκη.

ζ. Παρακολουθεί τον ασθενή μετά την τελική έξοδο του από το Νοσηλευτικό Ίδρυμα.

η. Μεριμνά για την επαγγελματική αναπροσαρμογή, ανάλογα με την εργασιακή ικανότητα του θεραπευόμενου.

Στην εγκύκλιο αναφέρεται ότι η κοινωνική λειτουργός πρέπει να είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ του ασθενούς εντός του Νοσοκομείου και του εξωτερικού κόσμου. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να γνωρίζει τους κρατικούς, κοινοτικούς ή ιδιωτικούς παράγοντες από τους οποίους μπορεί να λάβει βοήθεια για την περίπτωση του ασθενή, όπως άλλα Νοσοκομεία, ιδρύματα, Αντιπροσωπείες, κ. λ. π.

Η κοινωνική λειτουργός θα πρέπει να συζητά κάθε πρόβλημα του ασθενούς, που θα τον πίεζε και θα δυσχέραινε τη θεραπεία. Ακόμα και αν δεν μπορεί να τον βοηθήσει να δει πιο αντικειμενικά την κατάσταση του.

Ακόμη, θα πρέπει να είναι προσιτή στους συγγενείς του ασθενούς, ώστε να μπορούν να την συμβουλεύονται για τα οικονομικά, συναισθηματικά και γενικά για κάθε πρόβλημα που μπορεί να σχετίζεται με τον ασθενή.

Αν παραστεί ανάγκη κ κοινωνική λειτουργός θα πρέπει να επισκεφθεί το σπίτι του ασθενούς για την αντιμετώπιση δυσχερειών της οικογένειας, που μπορεί να επηρεάσουν τη θεραπεία του ασθενή και για να βοηθήσει τα μέλη της να προβούν σε ενέργειες, που θα ωφελήσουν τον ασθενή.

Άλλο καθήκον της είναι να βοηθά τον ασθενή στις σχέσεις του με διάφορες υπηρεσίες, ασφαλιστικούς οργανισμούς κ.λ.π. για την σύσταση επιστολών, υποβολή αιτήσεων κ.λ.π. όταν υπάρχει ανάγκη.

Τέλος, σύμφωνα με την εγκύκλιο, η κοινωνική λειτουργός πρέπει να έχει ζωτικότητα, να είναι επιδέξια, σε παντός είδος συνεννοήσεις, που θα κάνανε την προσαρμογή του ασθενούς στο Νοσοκομείο ευκολότερη η τη μετέπειτα φροντίδα του αποτελεσματικότερη και ποτέ δεν πρέπει να διστάσει να εκφέρει την γνώμη της στην επιτροπή του νοσοκομείου ή του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας.

Σύμφωνα με την εγκύκλιο.

Ο γιατρός και η αδελφή πρέπει να αναθέτουν στην κοινωνική λειτουργό κάθε περίπτωση η οποία κατά την γνώμη τους έχει ανάγκη κοινωνικοοικονομικής και ψυχολογικής βοήθειας. Σε συνεργασία με τον γιατρό η κοινωνική λειτουργός θα πρέπει να φροντίζει για τον ασθενή μετά την έξοδό του από το Νοσοκομείο, σχετικά με θέματα, που αφορούν την ανάγκη του για ανάρρωση, για περίπτωση περαιτέρω θεραπείας, για επαγγελματική αποκατάσταση και

εκπαίδευση, όπως και για την τοποθέτησή του στην προηγούμενη θέση του ή σε άλλη καταλληλότερη εργασία.

1. Προετοιμασία του ασθενούς και της οικογένειάς του παραδοχή της ανάγκης εισαγωγής του ασθενούς στο Ίδρυμα ή της νοσηλείας του στο σπίτι.
2. Έρευνα των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών του ασθενούς και ενημέρωση του θεράποντος ιατρού σχετικά με τις επικρατούσες συνθήκες.
3. Κατατόπιση των ασθενών για τις παρεχόμενες από το Νοσοκομείο Υπηρεσίες και τις πηγές βοήθειας, που υπάρχουν στην κοινότητα και την αξιοποίηση τους.

Τα καθήκοντα κατά την περίοδο της νοσηλείας του ασθενούς είναι τα εξής:

1. Βοήθεια του ασθενούς για την καλή προσαρμογή του στο περιβάλλον του Νοσοκομείου.
2. Ψυχοκοινωνική μελέτη του ασθενούς και υποβοήθηση του θεραπευτικού προγράμματος του ιατρού με την ερμηνεία των πορισμάτων της μελέτης.
3. Κοινωνική Εργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του με σκοπό την θετική του συμμετοχή στην θεραπεία και την άμβλυση των παραγόντων εκείνων που πιθανόν την παρεμποδίζουν.
4. Ενημέρωση των αρμοδίων Υπηρεσιών για τυχόν ειδικά προβλήματα ασθενών με σκοπό την από κοινού αναζήτηση λύσεων.

Ο ρόλος λοιπόν του κοινωνικού λειτουργού στο Νοσοκομείο αφορά την διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των ασθενών.

Τέτοια προβλήματα προέρχονται από την αδυναμία προσαρμογής στο νοσοκομείο, στην ασθένεια και στο είδος θεραπείας, καθώς και στους φόβους, τις ανησυχίες, που προκαλούνται από την ασθένεια ή την απομάκρυνση του ασθενούς από το οικογενειακό περιβάλλον. Η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στην λύση ή την κατανόηση αυτών των προβλημάτων από τους ασθενείς για την αντιμετώπισή τους είναι μεγάλη. Ιδιαίτερα όταν ο ασθενής έρχεται στο Νοσοκομείο με προβλήματα που έχουν δημιουργήσει οι σχέσεις του με το οικογενειακό περιβάλλον και τον κοινωνικό περίγυρο.

Το άρθρο 3 του 891/1978 του Προεδρικού Διατάγματος για τον καθορισμό του αντικειμένου του κοινωνικού λειτουργού ορίζει ότι ο κοινωνικός λειτουργός συμβάλλει στην πρόληψη ή την αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων, που δημιουργούνται από τον κλονισμό της σωματικής ή της ψυχικής υγείας ατόμων ή που οφείλονται στην προσωπικότητα τους ή σε άλλες δυσμενείς καταστάσεις του περιβάλλοντος τους, και τα οποία καθιστούν δυσχερές το διαγνωστικό έργο ή την εφαρμογή μέτρων θεραπείας.

Το έργο των κοινωνικών λειτουργών συνίσταται αφ'ενός μεν στην διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών τα οποία αποτελούν γενεσιουργούς λόγους προβλημάτων σωματικής ή ψυχικής ασθένειας, αφ'ετέρου δε στην παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα, προς τον ασθενή και τους

οικείους του, με σκοπό την συμβολή στην επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου και την ομαλή επανένταξη του ασθενή στο κοινωνικό περιβάλλον.
(Εκλογή, Απρίλιος 1979, σελ. 69)

Στα βασικά Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας αναφέρεται ότι οι εμπειρίες του ασθενή η προσωπικότητά του, οι επιδράσεις του περιβάλλοντος και της κατάστασής του συνθέτουν την στάση του απέναντι στην αρρώστια.

Ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται μαζί του ώστε αυτή η στάση να αλλάξει, να βελτιωθεί για να συμμετέχει ο άρρωστος θετικά στην προσπάθεια της θεραπείας του. Χειρίζεται τα προβλήματα στάσεων του ασθενή απέναντι στην αρρώστια του, δεδομένου ότι ο κάθε ασθενής δεν έχει την ίδια αντιμετώπιση απέναντι στην ασθένεια, όποια και αν είναι τα συμπτώματα και τα χαρακτηριστικά της. Άλλος εκτιμά την κατάσταση με δυσανάλογο προς την σοβαρότητα της άγχος και άλλος μπορεί να αντισταθεί στην ιδέα ότι είναι άρρωστος.

Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να λειτουργήσει σαν μέλος της θεραπευτικής ομάδας και διάμεσος μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, του περιβάλλοντος του ασθενή και του ασθενή για να ενημερώσει να επεξηγήσει την σημασία της διάγνωσης και των τρόπων της θεραπευτικής αγωγής.

Ακόμη χειρίζεται τα συναισθήματα γύρω από τις ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες του ασθενούς και βοηθάει και το περιβάλλον να τα χειριστεί.

Το άγχος γύρω από την θεραπεία και τα αποτελέσματά της είναι το κύριο συναίσθημα γύρω από την αρρώστια. Ο

κοινωνικός λειτουργός πρέπει να βοηθήσει για να ελεγχθεί το άγχος.

Πρέπει να δοθεί στον ασθενή η δυνατότητα να εκφράσει τους φόβους του, τον θυμό του, την λύπη του. Το ίδιο δικαίωμα για ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων έχουν και οι συγγενείς του ασθενούς. (Βασικά Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας σελ. 36).

Ο κοινωνικός λειτουργός φροντίζει τον ασθενή να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της κατάστασής του όπως επίσης πρέπει να βοηθήσει και το περιβάλλον να δεχτεί την νέα κατάσταση. Η προετοιμασία ασθενούς και περιβάλλοντος για την επανένταξή του στον χώρο του είναι στόχος του κοινωνικού λειτουργού σε όλες τις περιπτώσεις, που ο ασθενής πέρασε μια σοβαρή δοκιμασία.

Η κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου έχει σκοπό να διευκολύνει την εργασία του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Εξυπηρετεί με τους ακόλουθους τρόπους:

1. Λήψη κοινωνικού ιστορικού, που διευκολύνει στην διάγνωση και θεραπεία.
2. Ερμηνεία των κανονισμών του Νοσοκομείου στον ασθενή και τους συγγενείς του.
3. Προετοιμασία του ασθενούς για την έξοδό του.
4. Διοργάνωση δραστηριοτήτων, όπου αυτό επιτρέπεται, για την απασχόληση του ασθενούς ή ομάδων ασθενών μέσα στο Νοσοκομείο (Βασικά Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας).

5. Εξυπηρετεί με κάθε δυνατή ενέργεια, που μπορεί να διευκολύνει την παραμονή του ασθενούς στο Νοσοκομείο χωρίς αγωνία για τα προβλήματα, που άφησε έξω.

Σύμφωνα με την Ελένη Αγάθωνος-Μαρούλη (1980 σελ. 17) οι στόχοι του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα καταστολής είναι τρεις:

1. Η ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του ασθενούς.
2. Η ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη της υπόλοιπης οικογένειας.
3. Η αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων, που δημιουργούνται από την ασθένεια.

Στον τομέα αυτό ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αποτελέσει πολύτιμο μέλος της ομάδας υγείας, τόσο στο διαγνωστικό όσο και στο θεραπευτικό επίπεδο.

Θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στο διαγνωστικό στάδιο, όπου η σύγχρονη αντιμετώπιση του ασθενούς σαν ένα "όλον" και όχι σαν τμηματικά μέλη ενός σώματος απαιτεί την μελέτη και αξιολόγηση του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος και των προσαρμοστικών ικανοτήτων του ατόμου. Πρόσφατη έρευνα στην Αγγλία, που ανακοινώθηκε στο ετήσιο συνέδριο της Βρετανικής Παιδιατρικής Εταιρείας στο York αναφέρεται ότι παιδιά με κοιλιακά άλγη είχαν περισσότερα γεγονότα ζωής που τα είχαν διαταράξει τον τελευταίο χρόνο σε σύγκριση με ομάδα ελέγχου. (Ο.Π σελ. 173)

Η συμμετοχή των κοινωνικών λειτουργών στο διαγνωστικό και θεραπευτικό στάδιο τονίζεται από δύο άλλες πηγές από την Αγγλία. Στο Cambridge κοινωνικοί λειτουργοί κάνουν

εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής εικόνας σε άτομα που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας και φτάνουν στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων. Αποφασίζουν δε αν την περίπτωση θα την χειριστούν μόνοι ή θα την παραπέμψουν σε ψυχίατρο.

Ίδια δουλειά γίνεται στο Νοσοκομείο του Southampton σαν ερευνητικό όμως πρόγραμμα (Ο.Π σελ. 17)

Η Μιχοπούλου (1985 σελ. 282), αναφέρει:

"Εξειδικευμένη λογίζεται η ιατροκοινωνική εργασία, που προσφέρεται στον ασθενή. Τα συναισθηματικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα του καθώς επίσης και τα προβλήματα του περιβάλλοντος του επιδεινώνονται με την εμφάνιση της ασθένειας.

Είναι γεγονός ότι κάθε ασθενής βρίσκεται σε μία ειδική ψυχολογική κατάσταση, ζει με άγχος, ανασφάλεια φόβο απελπισία με όλες τις αντίστοιχες επιπτώσεις στην οικογενειακή και κοινωνική του ζωή"

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σ'ένα πλαίσιο είναι υποστηρικτικός και θεραπευτικός. Υποστηρικτικός με την έννοια της ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης του ασθενή και της υπόλοιπης οικογένειας και πιο αναλυτικά με την έννοια της προσφοράς ουσιαστικής βοήθειας για την αντιμετώπιση των κοινωνικών του και άλλων προβλημάτων, που δημιουργεί η ασθένεια.

Θεραπευτικός με την έννοια του κοινωνικού λειτουργού στο ιατρικό έργο και πιο αναλυτικά στην συλλογή και παροχή στοιχείων κοινωνικού ιστορικού"

Σύμφωνα με τον Ιατρίδη (1989 σελ. 76) η Κοινωνική Εργασία μπορεί και πρέπει να διεκδικήσει ένα ρόλο κεντρικού και όχι βοηθητικού επαγγέλματος υγείας. Τρεις

εξελίξεις, σύμφωνα μ'αυτόν, συντείνουν περαιτέρω στην ανάπτυξη ενός κεντρικού ρόλου: Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, η ειδική παράδοση και η εμπειρία της Κοινωνικής Εργασίας και η διεπιστημονική ομάδα Υγείας.

Α. Βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο: Η επικράτηση του μοντέλου αυτού, που προσθέτει ψυχοκοινωνικούς άξονες στον Βιολογικό, προωθεί την χρήση και την σημασία της Κοινωνικής Εργασίας σε σχέση με το ιατρικό μοντέλο, που στοχεύει στην ανάπτυξη Υγείας είναι ευρύτερο, διεπιστημονικό και αποτελεσματικότερο από το παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο, που στοχεύει στην αντιμετώπιση αρρώστιας.

Το πρώτο απαιτεί την χρήση και την ισότητα των βασικών επαγγελματιών Υγείας ενώ το δεύτερο συγκεντρώνεται στην ιατρική και χρησιμοποιεί τα άλλα επαγγέλματα υγείας Βοηθητικά και περιθωριακά.

Οι αλληλένδετοι, ισότιμοι άξονες, κάθετα και οριζόντια καθορίζουν την διάγνωση, θεραπεία αξιολόγηση και κοινωνική πολιτική. Οι κύριοι άξονες είναι τρεις, όχι ένας, όπως στο ιατρικό μοντέλο και το σύνολό τους διεπιστημονικό και εννοιολογικό ενιαίο. Στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο που επίσης αναφέρεται ως "μοντέλο Κοινωνικών Υπηρεσιών" η οριζόντια διαίτηση σημαίνει για παράδειγμα ότι στην περίπτωση της υπέρτασης (Βιολογικός άξονας) η διάγνωση είναι ελλιπής, αν δεν ληφθεί υπόψη η συναισθηματική κατάσταση του αρρώστου (ψυχολογικός άξονας), που προέρχεται από ανικανοποίητες ανάγκες. Σε συνέχεια λαμβάνονται υπ' όψιν και η διαπίστωση ότι η αγχώδης απασχόληση (ή ανεργία) ή άλλες κοινωνικές

δυσλειτουργίες προκαλούν προβλήματα κοινωνικής φύσης, που οδηγούν στην υπέρταση (κοινωνικός άξονας). Η κάθετη διάσταση σημαίνει διάγνωση, βάση ενός εννοιολογικού πλαισίου, που αναγνωρίζει ότι κάθε άρρωστος διαφέρει βιο-ψυχο-κοινωνικά και οι διαφορές αυτές πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν.

Ανάλογα με το μοντέλο που χρησιμοποιούμε οδηγούμαστε σε διαφορετικά συμπεράσματα, διαδικασίες και πολιτική (Ιατρίδης 1989 σελ. 77 Διάγραμμα III).

Ο πίνακας I δείχνει βασικές διαφορές των δύο μοντέλων και τις αντίθετες προσεγγίσεις τους (WEICK, 1986 GERMAN-GITTERMAN 1890), (Ιατρίδης 1989, "Κοινωνική Εργασία " σελ. 77).

Εφ' όσον η Κοινωνική Εργασία τονίζει θεωρητικά και πρακτικά τους ψυχο-κοινωνικούς άξονες της αρρώστιας και της υγείας και την τεχνική διαδικασία και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έχει την δυνατότητα να εξελιχθεί σε κεντρικό επάγγελμα υγείας (BLACK 1984) (Ιατρίδης 1989 Κοινωνική Εργασία σελ. 77).

Η στήλη Γ του Πίνακα I αντανakλά επίσης ιδιαίτερα την διαμετρικά αντίθετη σχέση αρρώστου νοσηλευτικού στελέχους και την λύση της σε σχέση με την στήλη Β. Τονίζει την ενεργό συμμετοχή του αρρώστου και το διευκολυντικό δημιουργικό ρόλο στο πλαίσιο του Βιο-Ψυχο-Κοινωνικού μοντέλου (ΣΤΗΛΗ Γ).

"Ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών στα Νοσοκομεία ήταν και είναι πολύπλευρος με πολλαπλές λειτουργίες κλινικής κοινωνικής εργασίας και κοινωνικού σχεδιασμού" (Ιατρίδης 1989 σελ. 78).

Ο δραστηριότητες που περιλάμβανε η πρώτη στις Η. Π. Α "Διεύθυνση Κοινωνικής Εργασίας" σε Νοσοκομείο που Ιδρύθηκε το 1919, στο γενικό Νοσοκομείο Μασσαχουσέτης στην Βοστώνη, είναι χαρακτηριστικές και για τις σημερινές ανάγκες και ρόλους των κοινωνικών λειτουργών στο Νοσοκομείο. Αυτές οι δραστηριότητες αφορούσαν τα παρακάτω:

- Μόνιμη ερμηνεία της ψυχοκοινωνικής υποδομής της αρρώστιας προσαρμοσμένη στην συγκεκριμένη περίπτωση του αρρώστου.

- Σύνδεσμος του αρρώστου με την οικογένειά του τον εργοδότη του και την γειτονιά.

- Κατάρτιση ειδικής μελέτης για την είσοδο-έξοδο του αρρώστου από το Νοσοκομείο.

- Μελέτη των συνθηκών της κοινότητας και της επίδρασης τους στην επιδημιολογία της γειτονιάς (Ο. Π, σελ. 78).

Ορισμένες λειτουργίες είναι κοινές σ' όλα τα Νοσοκομεία, ενώ άλλες διαφέρουν σε έμφαση και δραστηριότητα, ανάλογα με τις ειδικές νοσηλευτικές απαιτήσεις (για καρκίνο, καρδιοχειρουργική, AIDS).

Σε σχέση με άλλα επαγγέλματα Υγείας στο χώρο του Νοσοκομείου ο κοινωνικός λειτουργός στοχεύει κυρίως σε αλλαγή στην ανθρώπινη συμπεριφορά και στις συνθήκες ζωής, ενώ τα άλλα επαγγέλματα υγείας στοχεύουν κυρίως στην νοσηλευτική-διοικητική διεκπεραίωση του αρρώστου. Η διάκριση αυτή βοήθησε την αρχική ταξινόμηση και καθορισμό του διαφορετικού ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στο

νοσοκομείο, σύμφωνα με το οποίο το επαγγελματικό επίκεντρο της Κοινωνική Εργασία είναι η προσαρμοστική αλλαγή ανθρωπίνων σχέσεων στο πλαίσιο υγείας (CLARKE ET AL 1986)

Η διεύθυνση Κοινωνικής Εργασίας αποτελεί συνήθως μια αυτόνομη διοικητική μονάδα της διοικητικής δομής του νοσοκομείου η οποία:

- επιλέγει και κατευθύνει τους κοινωνικούς λειτουργούς του Νοσοκομείου
- έχει δικό της προϋπολογισμό
- καθορίζει τις τεχνικές επιστημονικές ορμές της εφαρμογής της Κοινωνική Εργασία στο Νοσοκομείο
- συνεργάζεται επαγγελματικά με τις άλλες ειδικότητες και επαγγέλματα στο Νοσοκομείο (Ιατρικής "Κοινωνική Εργασία" σελ. 78)
- συνδέει το νοσοκομείο με την κοινότητα, καταρτίζει μελέτες διεξάγει έρευνα (Ο.Π. σελ. 79)

Η Μιχοπούλου (1985, σελ. 28) επισημαίνει την αναγκαιότητα προνοιακής υποδομής για την βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών στον τομέα υγείας. Η εξασφάλιση προνοιακή υποδομής, όπως ξενώνες υγείας, αναρρωτήρια, στέγες αναμονής, κ.α. είναι ιδιαίτερα αναγκαία στους κοινωνικούς λειτουργούς. Που εργάζονται στα Νοσοκομεία, γιατί καλούνται να αντιμετωπίσουν περιπτώσεις διαφόρων κατηγοριών όπως π.χ. τοξικομανείς, ψυχασθενείς, αλκοολικούς, μοναχικά και εγκαταλειμμένα άτομα, απόπειρες αυτοκτονίας, και άλλους. Αυτές οι κατηγορίες

προβληματίζουν ιδιαίτερα τον κοινωνικό λειτουργό για την αποκατάστασή τους.

I. Μοντέλα διεπιστημονικών ομάδων υγείας.

Ο κεντρικός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο Βιο-Ψυχο-Κοινωνικό μοντέλο ενισχύεται ακόμη περισσότερο με την επικράτηση των διεπιστημονικών ομάδων υγείας. Το βασικό σκεπτικό της διεπιστημονικής ομάδας υγείας είναι ότι κανένα επάγγελμα υγείας δεν μπορεί μόνο του να έχει όλες της απαραίτητες γνώσεις για να ικανοποιήσει τις πολύπλευρες ανάγκες και τα προβλήματα υγείας. Συνεπώς επιβάλλεται η οργάνωση των ειδικών υγείας σε ομάδες υγείας για ολοκλήρωση συντονισμό και συνεργασία. Διαφορετικά μένουν ανικανοποίητες αξονικές ανάγκες υγείας, ενώ η ευθύνη για τον συντονισμό, σύνθεση και ολοκλήρωση της νοσηλείας ή αποκατάσταση βαρύνει άμεσα τοσ άρρωστο που δεν μπορεί να αποφύγει τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των ειδικοτήτων τις αντιφάσεις και την διπλή επικάλυψη λειτουργιών.

Το μοντέλο της διεπιστημονικής ομάδας υγείας που χρησιμοποιείται όχι μόνο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αλλά και γενικότερα στην δευτεροβάθμια σωματική και ψυχική υγεία παρουσιάζει για την Κοινωνική Εργασία ένα φυσικό σκηνικό εφαρμογής που το χαρακτηρίζει: ψυχοκοινωνική διάγνωση, ψυχοθεραπευτική νοσηλεία και αποκατάσταση, κοινοτική οργάνωση, διοίκηση και κοινωνικό σχεδιασμό. (REHP 1974, WALLACE 1984) (Ιατρίδης 1989 Κοινωνική Εργασία σελ. 79).

Σ' αυτό το επαγγελματικό σκηνικό η Κοινωνική Εργασία έχει τη δυνατότητα να παίξει ηγετικό ρόλο, που γεφυρώνει την πρόληψη με τη θεραπεία - αποκατάσταση το Νοσοκομείο (ή το κέντρο υγείας) με την οικογένεια και την κοινότητα, τη φυσική και ψυχική υγεία με την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια υγεία, τις κλινικές δραστηριότητες (μικροκλίμακα) με τη χάραξη πολιτικής υγείας και την οργάνωση - διοίκηση (μακροκλίμακα) και την πράξη με την έρευνα (ιδιαίτερα στην επιδημιολογική δομή της κοινότητας και των χώρων εργασίας, κατοικίας, σχολείων, γειτονιάς). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι έρευνες, που συνδέουν τις συνθήκες της κοινότητας με την επιδημιολογία (π.χ. της φυματίωσης, αλκοολισμού, χρήσης ξένων ουσιών, παχυσαρκία, AIDS, υπέρτασης, καπνίσματος, δυστυχημάτων και άγχους)(Γατρίδης, 1989, σελ. 80)

Η λειτουργία των ομάδων υγείας, όμως, παρουσιάζει ορισμένα προβλήματα μεταξύ των επαγγελματιών, που μετέχουν στην ομάδα, ιδιαίτερα σχετικά με τον ρόλο, αρμοδιότητα, ικανότητα, ευθύνη, τα όρια δικαιοδοσίας, και την επιλογή του αρχηγού της ομάδας. (LANE 1982, DANA 1983, MAILICK & ASHLEY 1981)(Γατρίδης, Κοινωνική Εργασία, σελ. 80). Ορισμένα προβλήματα προέρχονται από τα διαφορετικά επαγγελματικά κίνητρα, συμφέροντος και εκπαίδευση των μελών της ομάδας, αλλά και την ηγετική παράδοση της νοσηλευτικής ιατρικής, τον τρόπο διοίκησης της ομάδας, και τον πρόσθετο χρόνο και διοικητικά έξοδα, που απαιτεί η λειτουργία της ομάδας (LANE 1975, DINGWALL 1980)(Γατρίδης, Κοινωνική Εργασία, σελ. 80). Έτσι ο

επαγγελματικός ανταγωνισμός είναι παράλληλος της επαγγελματικής συνεργασίας.

Από την αρχή η θέση της Κοινωνικής Εργασίας στον ανταγωνισμό από ψυχολόγους και νοσοκόμους, αλλά κυρίως από το ιατρικό κατεστημένο και ιατρικό μοντέλο, ήταν ότι πρέπει να υπάρξει συνεργασία βασισμένη σε μια ισοτιμία μεταξύ των ρόλων, ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί αντιπροσωπεύουν ένα εξίσου διαφορετικό και απαραίτητο άξονα στη φροντίδα του αρρώστου. Αν και από την αρχή οι κοινωνικοί λειτουργοί παραδέχτηκαν τις ειδικές απαραίτητες ιατρικές γνώσεις στα νοσήλια μέσα στα πλαίσια του ιατρικού μοντέλου, προσπάθησαν και προσπαθούν να αποκτήσουν ίση αναγνώριση σε θέματα ψυχοκοινωνικής διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης στο πλαίσιο του βιο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου ανάπτυξης Υγείας. Με βελτίωση της εκπαίδευσής τους οι κοινωνικοί λειτουργοί προσπαθούν να αναβαθμίσουν, να ανυψώσουν και να εξισώσουν την Κοινωνική Εργασία με τα άλλα επαγγέλματα υγείας.

Η βιβλιογραφία δείχνει τη χρησιμοποίησή τριών βασικών μοντέλων λήψης αποφάσεων, που διέπουν την ομάδα υγείας : Απολυταρχικό, Συγκραταθетικό και Μήτρας. Ο ρόλους του κοινωνικού λειτουργού και των άλλων επαγγελματιών υγείας ποικίλει ανάλογα με το μοντέλο λήψης αποφάσεων, που χρησιμοποιεί η ομάδα (Ιατρίδης, 1989, σελ. 80) Το απολυταρχικό μοντέλο, συνηθίζεται σε περιπτώσεις υψηλού επιπέδου τεχνολογίας και επαγγελματικής ιατρικής, όπου επιβάλλεται το κύρος ενός υπευθύνου (π.χ. χειρουργική). Οι ρόλοι των άλλων επαγγελματιών πρέπει τότε να

καθορίζονται σαφώς εκ των προτέρων, ανάλογα με την περίπτωση.

Το συγκαταθετικό μοντέλο χρησιμοποιείται συνήθως όταν δεν υπάρχει θέμα ζωής ή θανάτου και δεν είναι απαραίτητες οι γνώσεις ενός και μόνο επαγγέλματος (π.χ. πρόληψη, ανάρρωση, αποκατάσταση, χρόνιες παθήσεις, αναπηρίες). Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού καθίσταται τότε πιο κεντρικός.

Το μοντέλο Μήτρας χρησιμοποιείται συνήθως σε περιπτώσεις, που οι ρόλοι επικαλύπτονται και οι καθημερινές δραστηριότητες και συνθήκες καθορίζουν συγκεκριμένους ρόλους (αναπηρία, χρόνιες παθήσεις, ιδρυματική ψυχιατρική ρουτίνα). Σ' αυτές τις περιπτώσεις ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι επίσης κεντρικός, όταν υπερσχύει η κοινωνική διάγνωση, νοσηλεία, αποκατάσταση και κοινωνική οργάνωση. (MAILICL & JORDAN 1977)(Ιατρίδης 1985, σελ. 81)

Η βιβλιογραφία αναφέρεται συχνά στην αρχή ότι ο υπεύθυνος της ομάδας υγείας πρέπει να καθορίζεται από την ηγετική του ικανότητα και γνώσεις και όχι από το είδος επαγγέλματος. (Ιατρίδης, Κοινωνική Εργασία, σελ. 80).

Η αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας τονίζεται και από το Γιαννουλάτο (1985, Πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, σελ. 280), ο οποίος υποστηρίζει ότι στον τομέα της ενδονοσοκομειακής λειτουργίας απαιτείται η ανάπτυξη μιας ιατροκοινωνικής υπηρεσίας με στελέχωση από κοινωνικούς λειτουργούς, γιατρούς, κύρια θα μπορούσαμε να πούμε, ψυχιάτρους, ψυχολόγους αδελφές νοσοκόμες και άλλο ειδικευμένο

προσωπικό. Στόχος μιας τέτοιας ομάδας είναι η παροχή υπηρεσιών σε αρρώστους, που έχουν κοινωνικά προβλήματα άμεσα προερχόμενα από την αρρώστιά τους και που παρουσιάζουν μια κάποια διάρκεια.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν να παίξουν σημαντικό και αξιόλογο ρόλο μέσα σ' αυτή την ομάδα και ολλές φορές πρωτεύοντα σε κύρια προγράμματα, όπως η φροντίδα των αρρώστων με φυσική, ψυχική, κοινωνική αναπηρία, που αφήνουν ορισμένες αρρώστιες μετά τη θεραπεία της οξείας κατάστασης μέχρι την πλήρη αποκατάστασή τους, η παροχή υπηρεσιών σε άτομα με πνευματική ή φυσική αναπηρία, προκειμένου να αντιμετωπίζουν τα κοινωνικά προβλήματα, που προέρχονται από αυτή την ίδια, η υποστήριξη και φροντίδα αρρώστων με ψυχικά νοσήματα, ώστε να μπορέσουν να επανενταχθούν κοινωνικά και επαγγελματικά.

Επίσης, το σημαντικό κομμάτι της διακίνησης των αρρώστων μεταξύ των Νοσοκομείων ή από το σπίτι στο Νοσοκομείο και αντίστροφα, η παροχή φροντίδας στο σπίτι του αρρώστου, που μεταφέρθηκε από το Νοσοκομείο με κάποιο από τα προαναφερόμενα προβλήματα, η επαγγελματική αναπρόσβαση ορισμένων αρρώστων, η επιμόρφωση ομάδων αρρώστων σε θέματα, που αφορούν τη δική τους αρρώστια, όπως π. κ. διαβητικοί.

Οι νέες αυτές κατευθύνσεις και διαστάσεις του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας απαιτούν ένα συνεχή προγραμματισμό αναβάθμισης της παιδείας του κοινωνικού λειτουργού και μια ελευθερία κίνησης και δράσης μέσα στο χώρο εργασίας. Αυτό το τελευταίο σημαίνει ότι η ιατροκοινωνική ομάδα θα πρέπει να έχει τη δική της

αυτοτέλεια, ώστε να λειτουργεί σε πεύπεδα ταχυτητας και οργανωτικής διάταξης, τέτοια, που θα της επιτρέπουν να ολοκληρώει το έργο της χωρίς παρεμβάσεις και κύρια, χωρίς γραφεικρατικές αναστολές.

Αν οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν νπορέσουν να κατανοήσουν τη λειτουργικότητα της ομάδας, την αναγκαιότητα συνεργασίας και αν δεν πείσουν γι' αυτό και εκείνους, που κάθε μέρα έχουνσαν συνεργάτες αλλά και εκείνους, που είναι υπεύθυνοι για το σχεδιασμό και τη διοίκηση, θα έχουν επιφυλαξει για τον εαυτό τους την απομόνωση. (Γιαννουλάτος, 1985, σελ. 281)

Το πρόβλημα της ισοτιμίας μέσα στην ομάδα θίγει η Α. ΚΑΡΑΝΤΖΑ (1985, σελ. 285) Σύμφωνα με την αντίληψη που επικρατούσε μέχρι σήμερα στον τόπο μας αρμόδια για την υγεία ήταν τα επαγγέλματα του γιατρού και της νοσηλεύτριας. Το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού είχε σαν αντικείμενο περισσότερο τα αμιγή προνοιακά προγράματα. Στο χώρο της υγείας ο κοινωνικός λειτουργός εμφανιζόταν σε πολύ περιορισμένη έκταση κυρίως για να λύσει προβλήματα του αρρώστου, που δημιουργούνται μέσα στο νοσοκομείο, με την παραμονη του στο νοσοκομείο και λιγότερο να συμμετέχει σε στέλεχος ισοτιμο με την ιατρική ομάδα... Η κατάσταση αυτή επικρατούσε αρκετά χρόνια, ίσως γιατί ο άρρωστος αντιμετωπιζόταν ερισσότερο σαν βιολογική οντότητα και όχι σαν ψυχοβιολογική, όπως αντιμετωπίζεται σήμερα.

Ο Γιαννουλάτος (1985, Παρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών) επισημαίνει σχετικά με τους παραπάνω προβληματισμούς, ότι "... οι αλλαγές δεν

είναι αποτέλεσμα διοικητικών μέτρων ή μηχανισμών και δεν δημιουργούνται σαν τέτοιες. Οι αλλαγές είναι θέλημα των ίδιων των εργαζομένων και με τη δική τους δράση και στήριξη διαμορφώνονται κάθε φορά στο νέο πλαίσιο ... Είναι γνωστή η διαμορφωμένη κατάσταση, σχετικά με τη συνεργασία και τον αλληλοσεβασμό μέσα στο χώρο της εργασίας και επομένως τα διοικητικά μέτρα ή οι νομοθεσίες δεν θα αλλάξουν τίποτα, αν πρώτα δεν πεισθούμε και δεν πείσουμε για τους νέους ρόλους και τις νέες κατευθύνσεις" (Μιχοπούλου, 1985, σελ. 283)

Οι νέες κατευθύνσεις και διαστάσεις του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας τον καλούν να παίξει ένα σημαντικό ρόλο σε στέλεχος πλέον της ιατροκοινωνικής ομάδας, διασφαλίζοντας πάντα τη επιστημονική του αυτοτέλεια (Γιδοπούλου, 1985, σελ. 288)

II. Ρόλος κοινωνικού λειτουργού στο τμήμα εφημερίας του Νοσοκομείου στις πρώτες βοήθειες.

Το τμήμα εφημερίας του νοσοκομείου έχει ορισμένα χαρακτηριστικά, που καθορίζουν και τους τομείς παρέμβασης του κοινωνικού λειτουργού. Ορισμένα από αυτά όπως παρουσιάζονται από το Geirse (1983, σελ. 95-97) είναι τα ακόλουθα:

1. Η κυριότερη αιτία μεταφοράς κάποιου στο τμήμα εφημερίας ή στις πρώτες βοήθειες είναι η ανάγκη να τον οδηγήσουμε στην ασφάλεια. Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι οι περισσότεροι ασθενείς δεν βλέπουν το νοσοκομείο σαν ένα "ασφαλές" μέρος αλλά περισσότερο σαν μια "ανασφαλή" κι απειλητική κατάσταση όπου άγχος

και φόβος, ανησυχία και μεγάλο ποσοστό έντασης είναι τα επικρατέστερα συναισθήματα.

2. Οι ασθενείς περιμένουν μια απάντηση, στα πολλά του ρερωτηματικ' και πληροφορίες για τα σημεία, που δεν είναι ξεκαθαρισμένα. Ο φόβος όμως για την κατάσταση τους, τους εμποδίζει να διατυπώσουν και να εκθέσουν επαρκώς τα προβλήματά τους. Πολλά θέματα που πασχολούν σε μεγάλο βαθμό τον ασθενή είναι αυτονομία για το προσωπικό, που αισθάνεται πως δεν χρειάζονται προσοχή.

3. Για να ανταποκριθεί κανείς επαρκώς στους ερωτήσεις, του φόβου, τις ανησυχίες του ασθενή, χρειάζονται μια ήρεμη ατμόσφαιρα και χρόνος. Η αναγκαιότητα για άμεση ενέργεια που δημιουργεί μια πιεστική και συχνά ταραγμένη ατμόσφαιρα καθώς και η ίδια η φύση του τμήματος των πρώτων βοηθειών δημιουργούν μια αντίθεση, σχετικά με την παραπάνω προσδοκία.

4. Η έκφραση των συναισθημάτων είναι συνήθως ζωτικό στοιχείο για την αντιμετώπισή τους. Το προσωπικό όμως υψώνει φράκτες απέναντι στη συναισθηματική εμπλοκή, κυρίως, γιατί φοβάται μήπως τα συναισθήματα θολώσουν τις ενέργειές του και γίνουν εμπόδιο στο να αναταπεξέλθει με επαρκεία και αποτελεσματικότητα. Ακλόμη έχουν να αντιμετωπίσουν και τα δικά τους συναισθήματα σε περίπτωση ατυχημένης προσπάθειας, καθώς και τα συναισθήματα της οικογένειας του ασθενή, που κυμαίνονται από θλίψη και απογοήτευση μέχρι

επιθετικότητα προς, το κατά τη γνώμη τους, ανίκανο προσωπικό.

5. Η κατάσταση μεταξύ ζωής και θανάτου σημαίνει ότι η οικογένεια έχει εμπλακεί και νοιάζεται και ότι θα πρέπει να ενημερώνεται όσο το δυνατόν περισσότερο. Η ίδια κατάσταση όμως έχει σαν αποτέλεσμα το προσωπικό να συγκνιτρώνει όλη την προσοχή στον ασθενή ξεχνώντας συχνά την οικογένεια.

6. Το προσωπικό του τμήματος εφημερία αντιμετωπίζει επείγοντα περιστατικά ατόμων, που ξαφθνικά βρέθηκαν μεταξύ ζωής και θανάτου, όπως ατυχήματα, απόπειρες αυτοκτονίας κλπ. Ατομα που ερχονται στις πρώτες βοήθειες για κάποιο μικρότερο πρόβλημα, περιμένοντας άμεση αντιμετώπιση δεν καταλαβαίνουν γιατί η θεραπεία δεν είναι τόσο άμεση και γιατί το δικό τους "επείγον" δεν γίνεται αντιληπτό από το προσωπικό.

7. Στο τμήμα εφημερίας του νοσοκομείου ή στις πρώτες βοήθειες έρχονται και ηλικιωμένα άτομα των οποίων ο ρυθμός και ο τρόπος ζωής κατά κανόνα ήσυχος έρχεται σε αντίθεση με τη δραστηριότητα και τη φασαρία του τμήματος. Αυτό ίσως γίνεται περισσότερο κατανοητό όταν υπάρχει μια κατάσταση μεταξύ ζωής και θανάτου. Ομως συήθως είναι ένα ενδιάμεσο βήμα μεταξύ του σπιτιού τους και ενός γηριατρικού τμήματος.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σύμφωνα με τον ίδιο (1983, σελ. 97-99) εντοπίζεται στους παρακάτω τομείς:

1. Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση είναι ζωτικής σημασίας. Ο ψυχοκοινωνικός λειτουργός είναι ένα απαραίτητο άτομο

στην καθημερινή δουλειά ενός τμήματος πρώτων βοηθειών. Πρέπει να εργαζείται πολύ κοντά στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για να βοηθήσει τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και ίσως περιστασιακά τους γιατρούς και τις νοσοκόμες και τη συναισθηματική ταραχή τους. Σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να βασιστεί στον οικογενειακό γιατρό.

2. Καθοδήγηση οικογένειας. Ο ψυχοκοινωνικός λειτουργός μπορεί να διαδραματίσει ένα χρήσιμο ρόλο με την οικογένεια του ασθενούς ακόμη και με την παρουσία του. μπορεί να τους προετοιμάσει για την επαφή τους με τον ασθενή, όταν η οξύτητα της κατάστασης θα έχει ξεπεραστεί, μπορεί να επικοινωνήσει και να ενημερώσει αυτούς, που δεν γνωρίζουν τι έχει συμβεί. Σ' αυτή την περίπτωση και ένας καλός οικογενειακός γιατρός μπορεί να προσφέρει βοήθεια.

3. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι μια "γέφυρα" ανάμεσα στον ασθενή, την οικογένειά του και το ιατρικό προσωπικό. (Κατευθυνόμενη επικοινωνία και ανταλλαγή πληροφοριών)

4. επαφή με τον έξω κόσμο. Ο απότομος χαρακτήρας της κρίσης αποκόπτει πολλούς από τους δεσμούς ανάμεσα στον ασθενή και το περιβάλλον του. Ίσως αποδειχθεί απαραίτητο να εντοπισθεί η οικογένειά του και να βρεθεί ένα άτομο για να την πληροφορήσει, και αυτό μπορεί να είναι ο οικογενειακός γιατρός.

5. Επιλύοντας πρακτικά προβλήματα. Αυτά δημιουργούνται από το γεγονός ότι κάποιος εξαναγκάζεται απότομα να

βγει από τις συνήθειες και το περιβάλλον του. Ένας διαρκώς ενημερωμένος κατάλογος από διαυθύνσεις πηγών και υπηρεσιών είναι ουσιώδης.

6. Βοήθεια για να εκφραστούν συναισθήματα. Η βοήθεια αυτή δίνεται στους ασθενείς στη οικογένεια αλλά και στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, γιατί δεν είναι και αυτό άτρωτο από συναισθήματα που πηγάζουν από θάνατο, αυτοκτονία ή σοβαρή αναπηρία. Ο χειρισμός του γίνεται ευκολότερα, όταν εκφραστούν με λέξεις ή άλλο τρόπο και η έκφρασή τους είναι μεγάλης σημασίας για την ψυχική υγεία.

7. Παρακολούθηση. Ορισμένες καταστάσεις απαιτούν μεγάλη προνοητικότητα και παρακολούθηση για τις ερχόμενες βδομάδες και μήνες, όπως π.χ. άτομα που εισέρχονται μετά από μακρά ιστορία με ναρκωτικά αλκοολισμό, απόπειρες αυτοκτονίας, ή απώλεια συζύγου ή μέλους της οικογένειας, βαριά σωματική βλάβη, που οδηγεί σε αναπηρία.

Ε. Η αντιμετώπιση του άγχους σε οργανώσεις υγείας

Ε.1. Φύση του άγχους

Στις οργανώσεις υγείας και ιδιαίτερα στα νοσοκομεία, το άγχος είναι ιδιαίτερα υψηλό και χρόνιο.

Το άγχος μπορεί να θεωρηθεί ότι προέρχεται από μια αντίληψη κινδύνου που προβάλλεται στο μέλλον. Χαρακτηριστικό άγχους στο οποίο αναφερόμαστε είναι η εμφάνιση μηχανισμών άμυνας ή προσαρμοστικών μηχανισμών.

Αν εξετασθεί το άγχος με τη θετική του διάσταση είναι δυνατό να θεωρηθεί ότι είναι η αντίληψη μιας αβεβαιότητας, που εμπεριέχει τον κίνδυνο ότι κάτι κακό μπορεί να συμβεί αντισταθμιζόμενο με την πιθανότητα ότι μπορεί και να μη συμβεί. (J. Brearley, 1991, σελ. 15)

Το άγχος παρουσιάζεται και σε ομάδες και οργανώσεις. Αυτή η κοινωνική διάσταση αναγνωρίστηκε πρώτα από το Freud, ο οποίος ήδη από το 1921, χρησιμοποίησε τον όρο συναισθηματική μεταδοτικότητα (affective contagion). Μεταγενέστεροι συγγραφείς και ιδιαίτερα η Isabel Menzies (1982, J. Brearley, 1991, σελ. 15) περιέγραψαν τους τρόπους, με τους οποίους οι άμυνες κατά του άγχους μπορούν να κατακλύσουν θεσμικές δομές, την κουλτούρα και τους τρόπους εργασίας. Πρόσφατα, ο Obholzer (1987) σε μια σύντομη εργασία του στην οποία χρησιμοποιεί παραδείγματα από ψυχιατρική ομάδα εφήβων, αναφέρει ότι είναι δυνατόν ορισμένα κεντρικά θέματα ενδιαφέροντος στην άμεση εργασία με τους ασθενείς να εκδραματιστούν στις συγκρούσεις του προσωπικού. (Brearley, 1991, σελ. 15)

Ε₂. Παράγοντες που σχετίζονται με το άγχος στα Νοσοκομεία

Οι παρακάτω παράγοντες θεωρούνται ότι σχετίζονται με το άγχος στα νοσοκομεία.

α. Η φύση και η επίδραση των ιατρικών συνθηκών.

β. Οι εμπειρίες αποχωρισμού και απώλειας.

γ. Η ένταση αβεβαιότητας και κινδύνου, συμπεριλαμβανομένης και της κρίσης.

δ. Η θεσμική πολυπλοκότητα με του ριδιαίτερους τύπους οργανωτική ςδομής και επιστημονικής εργασίας.

ε. Η ασάφεια ρόλου, ιδιαίτερα για τους κοινωνικούς λειτουργούς στα νοσοκομεία.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν και έχουν διαφορετική επίδραση καλή ή κακή στους ασθενείς, συγγενείς και το προσωπικό. (J. Blearly, 1991, Εκλογή, σελ. 15)

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά αυτοί οι παράγοντες.

Α. Ιατρικές συνθήκες. Αυτές επιδρούν στους ασθενείς, την οικογένεια και το προσωπικό.

Ιδιαίτερα όσον αφορά το προσωπικό, η Carol Addison (J. Blearly, 1991, Εκλογή, σελ. 16-17) αποδεικνύει σχετικά με τις ειδικές εντάσεις που δοκιμάζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί στις Μονάδες Εγκαυμάτων, πόσο σημαντική είναι η πρωταρχική ανάγκη του βοηθούτος ατόμου να κατανοεί τις δικές του αντιδράσεις και του περιβάλλοντος του στον πόνο, πριν επιχειρήσει να αγγίξει τα προβλήματα του ασθενή.

Καταγράφει πολυπληθείς δυσκολίες, στις οποίες περιλαμβάνονται προϋπάρχοντα ατομικά και οικογενειακά

προβλήματα, οι συνθήκες του ατυχήματος, η εμφάνιση και ο πόνος του ατόμου με τα εγκαύματα, η πιθανότητα θανάτου, η δυσάρεστη θεραπεία, η πιθανότητα δυσμορφίας, οι ανταγωνιστικές προτεραιότητες τεχνικών και ατομικών αναγκών των ασθενών, η στάση αποστροφής, που εκφράζεται συχνά από ξένους και η ανθρώπινη αδυναμία, που πάντα υπάρχει.

Οι εποικοδομητικοί τρόποι αντιμετώπισης του άγχους περιλαμβάνουν "μέτρα έκτακτης ανάγκης" για εκλεκτική άρνηση, προκειμένου να διατηρηθεί η απαραίτητη ενέργεια για επιβίωση και ακολουθούνται από τους "μηχανισμούς ανάρρωσης" που περιλαμβάνουν την επαναφορά της ελπίδας, των σχέσεων και της αυτοεκτίμησης, με αποτέλεσμα τη μερική προσαρμογή και κάθε φορά ένα συναίσθημα νοήματος και αξίας.

Σχετικά με την επίδραση στους ασθενείς οι Pauline Hardiker και Vichy Tod (J. Bearly, 1991, Εκλογή, σελ. 16) ανέπτυξαν μια τυπολογία ρόλων του ασθενούς, συγκρίνοντας την οξεία σθένεια, την αναπηρία, την θανατηφόρα και τη χρόνια σθένεια σε σχέση με τους παράγοντες, που αναφέρονται στην ίδια την ασθένεια, εμπείς προσδοκίες ρόλου του γιατρού και του ασθενούς και με μια σειρά από κοινωνικές συνέπειες.

Σχετικά με την είδραση στη οικογένεια λαμβάνουν χώρα αποφάσεις για το αν και πότε πρέπει να συζητηθεί μια διάγνωση, ιδιαίτερα αιτία της ασθένειας, αποφάσεις για θεραπεία στο σπίτι, στο νοσοκομείο ή το αναρρωτήριο, το είδος της αναταπόκρισης της οικογένειας στην επίλυση και αναγνώριση της πραγματικότητας.

Β) Εμπειρίες αποχωρισμού και απώλειας. Αυτές αφορούν τον αποχωρισμό από το οικείο περιβάλλον, την οικογένεια, τους φίλους, τους ρόλους και απώλειες από την υγεία, την κινητικότητα, την λειτουργικότητα, πιθανώς ένα μέλος ή ένα όργανο του σώματος, μέχρι και την ίδια του τη ζωή.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί αναγνωρίζουν τέτοιες δυσάρεστες πραγματικότητες μόνο στο διανοητικό επίπεδο και παραβέπουν ή ελαχιστοποιούν τις συναισθηματικές προεκτάσεις για τους ασθενείς και τους συγγενείς. Δεν μπορούν να κατηγορηθούν για αυτή την αντίδραση, αφού είναι αδύνατον για τον καθένα να μείνει "ανοικτός" και ευαίσθητος ακθημερινά στον έντονο πόνο, χωρίς κάποια προσωπική και επαγγελματική υποστήριξη ή χωρίς την χροιοποίηση συναισθηματικών φραγμών, ενάντια στον πόνο. (Brearley, 1991, Εκλογή, σελ. 15)

Ο Bowlby (Brearley, 1991, Εκλογή, σελ. 18) αποδεικνύει ότι το άγχος αποχωρισμού είναι υγιές και κάθε άλλο παρά σύμπτωμα ανάρμοστης εξάρτησης, λέγοντας ότι είναι φυσικό για ένα άτομο κουραμμένο φοβισμένο και άρρωστο να γνωρίζει ότι ένα άλλο άτομο το οποίο είναι περισσότερο ικανό να ανταπεξέλθει στον κόσμο, και που αφοσιώνεται σ' αυτό είναι κοντά του, μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες του και να του δώσει ένα δυνατό και διάχυτο συναίσθημα ασφάλειας.

Στην πιο πρόσφατη διατύπωση της θεωρίας του ο Bowlby (στον Brearley, 1991, Εκλογή, σελ. 18) ορίζει τη συμπεριφορά των οποιαδήποτε μορφή συμπεριφοράς, που αποκτά ένα άτομο, πλησιάζοντας ένα άλλο άτομο ή διατηρώντας σχέση μαζί του, το οποίο θεωρείται ότι είναι περισσότερο ικανό να

ανταπεξεληθεί στον κόσμο. Στην συνέχεια διερευνά τη σχέση τη "συμπεριφορά δεσμού" με το άγχος αποχωρισμού, αποδεικνύοντας πόσο πραγματικά υγιές είναι και κάθε άλλο παρά σύμπτωμα ανάρμοστης εξάρτησης.

Μια περιεκτική μελέτη του πένθους από τους Woltang και Margaret Stroebe στο Πανεπιστήμιο του Tubingen(1987) (στην Βρεαρλυ, 1991, Εκλογή, σελ.18) επικεντρώνεται στις συνέπειες ου έχει ο θάνατος του ενός συζύγου με αναφορές στις πολιτιστικές διαφοροποιήσεις, σχετικά με τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου στην απώλεια και με μια λεπτομερή διερεύνηση των συνεπειών του πένθους στην υγεία. Διαμορφώνεται μια ολοκληρωμένη άποψη για τον αποχωρισμό και την απώλεια, όπως φαίνεται και στο ακόλουθο κείμενο.

"Η θεωρία του "δεσμού" θεωρώντας τη διαδικασία του πένθους σαν ένα είδος άγχους αποχωρισμού, διατυπώνει μια εύλογη θεωρητική ερμηνεία, πολλών μορφών φυσιολογικού και παθολογικού πένθους, που δεν έχουν ερμηνευθεί από άλλες θεωρίες. Ετσι, η θεωρία του "δεσμού" μπορεί να εξηγήσει παράδοξα συμπτώματα πένθους, όπως η έντονη επιθυμία για αναζήτηση του χαμένου προσώπου, το συναίσθημα παρουσίας του πεθαμένου, ή το θυμό της εγκατάλειψης. Επιτρέπει επίσης την αναγνώριση παρελθοντιών τύπων παθολογικού πένθους. Τελικά, μπορεί να δώσει μια εξήγηση για τον διαπολιτισμικό σταθερό παράγοντα των συμπτωμάτων του πένθους" (J. Brearly, 1991, σελ.18)

Γ. Εκταση αβεβαιότητας και κινδύνου.

Ο Paul Berly (Brearly, 1991, σελ.18) υπεδείξε τη σημαντική διαφορά μεταξύ των αντικειμενικών και

υποκειμενικών διαστάσεων της αβεβαιότητας, χρησιμοποιώντας τη φράση "σχετική διακύμανση σε πιθανά αποτελέσματα απώλειας" για να διαχωρίσει τον ίδιο τον κίνδυνο από το "συναίσθημα αβεβαιότητας" ή την υποκειμενική αντίδραση του ατόμου, όταν εκτίθεται σε κίνδυνο. Σε οργανώσεις υγείας φαίνεται ότι αυτές οι δύο διαστάσεις συνυπάρχουν ταυτόχρονα.

Σ'αυτές τις περιπτώσεις το πρόβλημα φαίνεται ότι βρίσκεται σε ενδο-επαγγελματικές και δια-επαγγελματικές δυσκολίες στην επικοινωνία. Ο κοινωνικός λειτουργός τοποθετημένος μεταξύ ιατρικών και οικογενειακών συστημάτων θα πρέπει να συγκρατήσει το άγχος του για να μπορέσει να προσφέρει ήρεμη υποστήριξη σ'αυτούς που τη χρειάζονται.

Μια άλλη πιθανή πηγή κινδύνου και αβεβαιότητας είναι η αυξανόμενη συχνότητα βίας προς τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Οι Brown (Brearily, 1991, Εκλογή, σελ. 19) και οι συνεργάτες διεξήγαγαν μια μελέτη στο Wessex, στην οποία αναφέρεται ότι η υποχρεωτική εισαγωγή ψυχικά ασθενών ενηλίκων σε ψυχιατρική κλινική, δημιουργεί μια κατεξοχή ομάδα για βίαια επεισόδια. Εντούτοις σε λίγους κοινωνικούς λειτουργούς δόθηκαν κάποιες οδηγίες ή έγινε πρακτική εξάσκηση για την αντιμετώπιση της βίας στην εργασία τους. Η εργασία των Brown και συνεργατών αναλύει την συχνότητα, την πιθανή αιτιολογία της βίας αλλά συγχρόνως ευαισθητοποιεί τους κοινωνικούς λειτουργούς να αναγνωρίζουν τη πιθανή εκδήλωση της και να την

προλαβαίνουν και να χειρίζονται με ευαισθησία τα ανάλογα περιστατικά.

Δ. Η πολυπλοκότητα των οργανωτικών δομών και της δια-επαγγελματικής συνεργασίας.

Ο Deret Carter (Brearly, 1991, σελ.19) σχετικά με τη συνεργασία και τις συγκρούσεις στο χώρο της Κοινωνικής Εργασίας στο νοσοκομείο επισύρει την προσοχή στις διαφορές σε αξίες, στόχους, αντίληψη ρόλων τεχνικές διαδικασίες, τις οποίες θεωρεί σημαντικά πιθανά εμπόδια στη δια-επαγγελματική συνεργασία.

Ο ίδιος αναφέρει ότι η πιθανότητα σύγκρουσης μεταξύ κοινωνικού λειτουργού και άλλων επαγγελματιών είναι αυξημένη στα Νοσοκομεία εξ'αιτίας του υψηλού επιπέδου άγχους σ'αυτά τα πλαίσια.

Στην εργασία του ο Carter προτείνει δύο τρόπους για τη βελτίωση της ποιότητας της συνεργασίας. Ο πρώτος είναι να ξεκινήσει μια συνεργασία πάνω σε εκπαιδευτικά μοντέλα, που να αποσκοπεί κυρίως στην καλύτερη κατανόηση των ρόλων μέσα στο νοσοκομείο. Ο δεύτερος είναι να διαμορφωθεί ένας ρόλος για την Κοινωνική Εργασία ευρύτερος από το ρόλο του κλινικού κοινωνικού λειτουργού. (Ο. Π.).

Ο Harold Bridger (στην Brearly, 1991, Εκλογή, σελ.19) αναφέρει ότι θα πρέπει να βρεθούν και να ανπτυχθούν νέοι τυ'ποι οργανωτικής συμμετοχής, που συνεπάγονται την "οριακή ηγεσία" δηλαδή την αντιμετώπιση και της εξωτερικής αβεβαιότητας και της εσωτερικής αλληλεξάρτησης. Έτσι γίνεται απαραίτητος μεγαλύτερος βαθμός ευελιξίας, συμμετοχής και εξειδίκευσης.

Ε. Ασάφεια ρόλου, ειδικά για τους κοινωνικούς λειτουργούς στα Νοσοκομεία.

Ενδείξεις για τη δομική περιθωριοποίηση της Κοινωνικής Εργασίας σε οργανώσεις υγείας μπορούν να γίνουν εύκολα αντιληπτές στις "παγωμένες" θέσεις, στις παραπομπές σε περιφερειακές επαγγελματικές ομάδες, στην απροθυμία για χρηματοδότηση υπηρεσιών, που ξεπερνούν τα εδαφικά όρια και στη χρηματοδότηση μέσω και πηγών βοήθειας για νομοθετική εργασία με απιδιά και οικογένειες σαν μια ανταπόκριση στο ενδιαφέρον του κοινού εις βάρος της εργασίας σε άλλους τομείς.

Οι συνέπειες της περιθωριοποίησης της Κοινωνικής Εργασίας σε πλαίσια υγείας εμφανίζονται στις ανεπαρκείς υπηρεσίες εξυπηρέτησης για τους ευάλωτους πεκλάτες, στις μειωμένες ευκαιρίες για προληπτική εργασία, στο χαμηλό κθικό μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών και στη μειωμένη ικανότητα για συνεργασία με άλλους επαγγελματίες στον τομέα υγείας. (Brearly, 1991, εκλογή, σελ. 20).

Ε₃. Στατηνικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση δυσκολιών

Αυτές μπορεί να θεωρηθούν είτε προληπτικές είτε θεραπευτικές είτε και τα δύο. Αναφέρονται σε τρεις κατηγορίες.

A. Άμεσες ατομικές αντιδράσεις σε ασθενείς, συγγενείς ή κοινωνικούς λειτουργούς.

B. Προσεγγίσεις Κοινωνικής Εργασίας με ομάδες.

Γ. Προσπάθειες για οργανωτική αλλαγή. (Brearly, 1991, σελ. 20-24)

A. Άμεσες ατομικές αντιδράσεις σε ασθενείς, συγγενείς ή κοινωνικούς λειτουργούς.

Η εργασία της Claudia Jewett (Brearly, 1991, σελ. 20) αναφέρεται στη βοήθεια παιδιών, που αντιμετωπίζουν τον αποχωρισμό και την απώλεια, χρησιμοποιήθηκε κυρίως σε σχέση με την αναδοχή, την υιοθεσία και την εργασία σε ιδρυματικά πλαίσια αλλά θα μπορούσε να είναι πολύτιμη και για εργασία με άρρωστα και αναάπηρα παιδιά.

Βοηθάει τον ενήλικα να μπει στη θέση του παιδιού, που παλεύει να ανταπεξέλθει σε κάποιες καταστρεπτικές αλλαγές στη ζωή του. Προσφέρει δημιουργικές ιδέες για παιχνίδια και άλλα μέσα, για να ενθαρύνει την έκφραση και το "δούλεμα" των συναισθημάτων πόνου, θυμού, αμφιθυμίας και ελπίδας του παιδιού.

Ενδιαφέρον πάνω στο άγχος αποχωρισμού έχει και η εργασία που έγινε στη Στέγη του St. Christopher στο Ν. Λονδίνο. Οι συγγενείς που θεωρούντο ότι είχαν ανάγκη από υποστήριξη παραπέμπονταν σε μια Υπηρεσία Πένθους.

Μια νοσηλεύτρια που ήδη γνώριζε την οικογένεια συμπλήρωσε ένα ερωτηματολόγιο και κατέληξε σε μια "βαθμολογία κινδύνου" (risk-score) συνδυάζοντας ορισμένες απαντήσεις κλειδιά. Η έκταση της προσκόλλησης και της συναισθηματικής εξουθένωσης αποδείχτηκε να είναι ο καλύτερος δείκτης πρόβλεψης, σε συνδυασμό με την εκτίμηση της νοσηλεύτριας για την ικανότητα προσαρμογής του ατόμου. Συστηματική αξιολόγησή της παραπάνω εργασίας έδειξε ότι η ανίχνευση ατόμων υψηλού κινδύνου και η συμβουλευτική βοήθεια που τους προσφέρθηκε από εκπαιδευμένους εθελοντές βελτίωσε σημαντικά την κατάσταση τους μέχρι του σημείου μείωσης της συχνότητας αυτοκτονίας. (Brearly, 1991, Εκλογή, σελ. 20)

Η μελέτη του Stephen Fineman (Brearly, 1991, σελ. 21-22) ασχολείται με το προσωπικό. Διερεύνησε ένα εκτεταμένο φάσμα έντασης σε σαράντα κοινωνικούς λειτουργούς από πέντε περιφερειακές ομάδες. Διαφοροποίησε την ένταση που δημιουργείται στο χώρο της εργασίας από τις συναισθηματικές δυσκολίες και ροβλήματα, που εκδηλώνονται στο σπίτι, όπως η αρρώστια, το πένθος, γονεϊκά προβλήματα, οικονομικές δυσκολίες. Κατέσειξε την αμοιβαία αλληλεπήδραση όλων αυτών των παραγόντων, που δημιουργούν τελικά στα άτομα ένα φαύλο κύκλο μειωμένης αντικής στην πίεση και στους δύο χώρους. Ο Fineman χρησιμοποίησε μια προσέγγιση "παρεμβατικής έρευνας" που σκοπό είχε τη συμβουλευτική εργασία με τα υπό έρευνα άτομα για να καταλήξει σ'ένα προγραμματισμό σχεδίων δράσης μαζί με την απαραίτητη υποστηρικτική βοήθεια. Η επιλεγμένη προσπάθεια

για αλλαγή ήταν ανάλογη με την πραγματικότητα, που αντιμετώπιζε το άτομο στην εργασία του.

B. Ομαδικές προσεγγίσεις.

Η Juamita Brown (Brearly, 1991, σελ.22) στην εργασία της για το παιχνίδι στα νοσοκομεία της Σκωτίας περιγράφει μια προσέγγιση, κατά την οποία υποβάλλεται η συντροφικότητα μεταξύ γονέων και άρρωστων παιδιών και επαγγελματιών κατά τη διάρκεια συναντήσεων κοινής μελέτης.

Προηγήθηκε σημαντική προετοιμασία από ειδικούς της κοινοτικής ιατρικής και νοσηλεύτριες, καθώς επίσης και απογευματινές συναντήσεις με τους γονείς.

Οι συναντήσεις με τους γονείς βασιζόνταν στο γεγονός ότι δεν θα μπορούσαν εύκολα να δεχθούν να συζητήσουν το ενδεχόμενο μιας σοβαρής αρρώστιας του παιδιού τους ή την εισαγωγή του σε νοσοκομείο αλλά παρ'όλα αυτά θα μπορούσαν να ξεπεράσουν μια τέτοια κρίση με την προετοιμασία. Ο στόχος, αρχικλα ήταν να βοηθήσει το άρρωστο παιδί στο σπίτι σε συνεργασία με τους γονείς. Έτσι οι γονείς ευαισθητοποιήθηκαν στην προετοιμασία του παιδιού τους μέσω του παιχνιδιού για σχεδιασμένη εισαγωγή σε Νοσοκομείο στην υποστήριξη του κατά τη διάρκεια της αραμονής του και κατά την επιστροφή του στο σπίτι. Ένα συμπληρωματικό μέρος της όλης διαδικασίας περιελάμβανε ημέρες μελέτης για το προσωπικό νοσηλείας και ψυχαγωγίας.

Σταδιακά άρχισε να αναγνωρίζεται η δυνατότητα συνδυασμού της γνώσης και του ενδιαφέροντος των γονέων για το παιδί τους με τις γνώσεις των επαγγελματιών στη διάγνωση και θεραπεία, έτσι ώστε και οι δυο ομάδες να

προγραμματίζουν γεγονότα από κοινού. Αυτό το "μοίρασμα" βοήθησε τους γονείς να χρησιμοποιήσουν το δικό τους δυναμικό, μαθαίνοντας νέρους τρόπους αντιμετώπισης, αλλά και το προσωπικό για βαθύτερες ικανοποιήσεις από την εργασία του.

Ο Golden (Brearley, 1991, Εκλογή, σελ.22) σχετικά με τη θεραπεία μέσω του παιχνιδιού για παιδιά που νοσηλεύονται σε νοσοκομείο, αναφέρει ότι οι κούκλες του παιχνιοθεραπευτή είναι τόσο σημαντικές όσο και το νυστέρι του χειρουργού για τη βελτίωση της υγείας του παιδιού.

Μια διαφορετική προσέγγιση χρησιμοποιήθηκε στην περίπτωση μιας μεγάλης διεπιστημονικής ομάδας, που δοκίμαζε εντάσεις στις εσωτερικές της σχέσεις. Συμφωνήθηκε να συναντά όλη την ομάδα ένας εξωτερικός σύμβουλος, σε εβδομαδιαία διαστήματα για μια συγκεκριμένη περίοδο, σχολιάζοντας καθ τι που συνέβαινε μέσα στην ομάδα, έτσι ώστε να είναι δυνατό στο προσωπικό να δει πιο καθαρά τις εσωτερικές τους διεργασίες. Ενώ αυξανόταν η εμπιστοσύνη των μελών στην όλη διαδικασία άρχισαν να διαφάνονται και οι δυνατότητες κατανόησης ορισμένων δυσκολιών της ομάδας, όπως τα στερεότυπα ή οι προκαταλήψεις που έχει η μια επαγγελματική ομάδα για την άλλη. Συζητήθηκαν ακόμη και θέματα ταμπού, όπως η επικείμενη αλλαγή στην ανώτερη διοίκηση. Έτσι σταδιακά δημιουργήθηκε ένα διαφορετικό κλίμα μέσα στην ομάδα (Brearley, 1991, σελ.2)

Γ. Σε μια σύντομη εργασία τους οι Alderson και Rees (Brearley, 1991, σελ.2) εξετάζουν την παρακτική έρευνα

στην Κοινωνική Εργασία σε μια καρδιοθεραπευτική μονάδα για παιδιά με πολύ σοβαρές παθήσεις. Διακρίνουν τρία κυρίως επίπεδα ευθύνης, εκτός από την πρακτική βοήθεια.

1. Υποστηρικτική βοήθεια στα παιδιά μέσω παιχνιοθεραπείας και στους ενήλικες που τα φροντίζουν ατομικά και ομαδικά.
2. Διαπίστωση αναγκών με μικρές έρευνες που θα κινητοποιούνταν στη διοίκηση του Νοσοκομείου.
3. Εργασία για βελτιώσεις στην πράξη.

Επρεπε οι ίδιοι οι κοινωνικοί λειτουργοί να γίνουν φορείς αλλαγής και να περάσουν από μια μακρά διαδικασία επιρροής και πειθούς των κέντρων λήψης αποφάσεων. Το αποτέλεσμα ήταν διπλό. Προγραμματίστηκαν καινούριες δραστηριότητες όπως, πρόβλεψη για διορισμό παιχνιοθεραπεύτριας, ανατύπωση φυλλαδίου εισαγωγής, ένα παιδικό βιβλίο για ενημέρωση και βοήθεια παιδιών και γονέων στον καθετηριασμό της καρδιάς και ένα ήσυχο δωμάτιο για οικογενειακή συνέντευξη. Το δεύτερο αποτέλεσμα ήταν η συνειδητοποίηση του προσωπικού για τις ψυχολογικές ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας, μαζί με τη συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη για την κάλυψη αυτών των αναγκών.

Ο Carry Chernis (στην Brearly, 1991, Εκλογή, σελ. 23-24) κατανομάζει τους παράγοντες έντασης και φθοράς, στην εργασία, που συμβάλλουν σε τρία διαφορετικά επίπεδα ανάλυσης το ατομικό, το εργασιακό και το ευρύτερο πολιτισμικό και κοινωνικό.

Πιστεύει ότι το εργασιακό επίπεδο προσφέρει περισσότερες δυνατότητες για αποτελεσματική παρέμβαση, επειδή είναι ευκολότερο να διαμορφωθεί εκ νέου ένας ρόλος παρά να αλλάξει ο χαρακτήρας είτε του ατόμου είτε της κοινωνίας. Ο οργανωτικός σχεδιασμός, η εποπτεία και η αλληλεπίδραση των συναδέλφων είναι οι 10 αποφασιστικοί παράγοντες, που ευθύνονται για τη συναισθηματική εξουθένωση, παρά η προσωπικότητα των ατόμων ή ακόμη ίσως και η παραμελημένη περιοχή του εξωτερικού περιβάλλοντος της οργάνωσης καταλήγει στο ότι η εποπτεία, η ανατροφοδότηση στα οφέλη της θεραπείας μπορεί να εξυψώνουν το ηθικό των εργαζομένων, ενώ η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση βελτιώνει την αποτελεσματικότητα του προσωπικού.

Αναφερόμενος στη δομή του ρόλου του εργαζόμενου σαν ένα κύριο σημείο παρέμβασης ο Chernish (Brearly, 1991, Εκλογή, σελ. 24) προτείνει όχι μόνο μείωση στον υπερβολικό φόρτο εργασίας, στην ασάφεια και τις συγκρούσεις αλλά εξεύρεση τρόπων και μέσων για εμπλουτισμό της εργασίας λαμβανομένων υπόψιν των ατομικών αναγκών και προτιμήσεων του εργαζομένου. Αυτό μπορεί να γίνει με την ανάθεση ποικιλίας περιπτώσεων στους κοινωνικούς λειτουργούς, εξισορροπώντας τις ικανοποιητικές με τις ικανοποιητικές εμπειρίες, επιτρέποντας όποτε χρειάζεται χρόνο για "ρεπό" και δίνοντας την ευκαιρία σε κάθε εργαζόμενο να δημιουργεί νέα πράγματα μέσα στους αναμενόμενους ρόλους. Τελικά θα πρέπει να δοθεί και στα διευθυντικά στελέχη εκπαίδευση, υποστήριξη και ανατροφοδότηση, ανάγκες, που δεν θα πρέπει να ξεχαστούν, ούτε να παραμεληθούν.

Συμπερασματικά ο Peter Marris (Brearly, 1991, σελ.24) αναφέρει ότι διαδικασία για μεταρύθμιση πρέπει πάντα να συνεπάγεται ακόμη και να ενθαρρύνει τη σύγκρουση. Οποτε οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν την αλλαγή χρειάζονται να έχουν την ευκαρία να αντιδρούν, να εκφράζουν τα αμφιθυμικά τους συνασθήματα και να καταλήγουν στη δική τους λύση προβλημάτων. Η διαδικασία πρέπει να σέβεται την αυτονομία διαφορετικών εμπειριών, έτσι ώστε ομάδες ατόμων να μπορούν να οργανωθούν, χωρίς την παρέμβαση ξένων επιδράσεων. Πρέπει να υπάρχει χρόνος και υπομονή, διότι οι συγκρούσεις συνεπάγονται όχι μόνο την διευθέτηση διαφορετικών ενδιαφερόντων, αλλά και των πραγματοποίηση μιας ουσιαστικής εννοιολογικής συνέχειας. Καθεμιά απ'αυτές τις αρχές δεν μπορεί ούτε να αποφευχθεί ούτε και να επιλυθεί βιαστική από οποιονδήποτε για χάρη κάποιον άλλον.

ΣΤ. Κοινωνική Εργασία με επιπτώσεις θανάτου.

Ο Ιατρικός η ψυχιατρικός κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται είτε σε Νοσοκομειακό πλαίσιο, (παιδιών, ενηλίκων) είτε σε ψυχιατρικό έρχεται συχνά αντιμέτωπος με περιπτώσεις θανάτου.

Ο θάνατος είτε έρχεται σαν ένα ξαφνικό και απρόβλεπτο γεγονός, είτε σαν πιθανή έκβαση μίας σοβαρής ασθένειας, δημιουργεί σοβαρά αρνητικά συναισθήματα τόσο γι' αυτόν που πεθαίνει, όσο και γι' αυτούς που χάνουν ένα αγαπημένο πρόσωπο και πενθούν την απωλειά του. (Λάγου, παραδοπούλου 1991, σελ. 161).

τόσο εκείνος που πενθεί όσο και εκείνος, που επιζεί βιώνουν μία διεργασία θρήνου, σε μία προσπάθεια αποδέσμευσης και αποεπένδυσης του προσώπου η των προσώπων τα οποία θα χάσουν.

Σημαντικοί παράγοντες που βοηθούν η αναστέλλουν την εξωτερίκευση της θλίψης και την ολοκλήρωση του πένθους είναι οι αξίες της συγκεκριμένης κοινωνίας, οι πολιτιστικές και θρησκευτικές παραδόσεις, τα ήθη και τα έθιμα.

Με τον θάνατο ενός μέλους δημιουργούνται σοβαρές ανακατατάξεις και ανακατανομές ρόλων μέσα στην οικογένεια, που συχνά μπορεί να οδηγήσουν στην ανισορροπία και δυσ-λειτουργία της. (Στις ίδιες 1991 σελ. 161).

Ο ετοιμοθάνατος δεν έχει ανάγκη μόνο από ιατρική-φαρμακευτική παρακολούθηση και θεραπεία. Ο ίδιος και η οικογενειά του χρειάζονται συγχρόνως συναισθηματική

υποστήριξη και βοήθεια για να παρακάμψουν προβλήματα, που αφορούν την κοινωνική λειτουργικότητα τους. Αυτή η ανάγκη καθιστά αναγκαία και απαραίτητη την υπαρχή της μέσα στα πλαίσια μίας οργανωμένης κοινωνικής υπηρεσίας, ως μέλος μίας ευρύτερης θεραπευτικής ομάδας, αποτελούμενη από γιατρό, ψυχολόγο, νοσηλευτικό προσωπικό, εργοθεραπευτή, ψυχίατρο κ. λ. π.

Ο κοινωνικός λειτουργός πριν ακόμα -δουλέψει με τον ετοιμοθάνατο, και την οικογενειά του, θα πρέπει να δουλέψει με τον ίδιο του τον εαυτό, τα δικά του συναισθήματα απέναντι στον θάνατο και να τον αποδεχθεί μέσα του. Στην συνέχεια πρέπει να γνωρίζει να έχει μελετήσει γύρω από το θάνατο και το πένθος, τις ανάγκες κάθε ηλικίας και τα στάδια ανάπτυξης. (Στις ίδιες 1991, σελ. 162)

ΣΤ1. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με την οικογένεια αυτού που πεθαίνει.

Στην προσπάθεια αντιμετώπισης της οικογένειας 4 συνιστώσες πρέπει να ληφθούν υπόψη:

1. Το άτομο, που πεθαίνει, μέλος της οικογένειας.
2. Την οικογένεια που κάνει ένα μέλος της.
3. Την Κοινωνική Εργασία την οποία ασκεί ο κοινωνικός λειτουργός ο οποίος στα πλαίσια μίας αρμόδιας υπηρεσίας καλείται να εργασθεί με τα άτομα και τις οικογένειες που χάνουν ένα μέλος τους και να λειτουργήσουν υποβοηθητικά στην ανάγκη του ατόμου και της οικογένειας, να πενήσει, χωρίς αναστολές.
4. Το θάνατο σαν εκλυτικό παράγοντα απώλειας της κοινωνικής λειτουργίας και της προσαρμογής ικανότητας του ατόμου, καθώς επίσης και της αν-ισορροπίας και δυσλειτουργίας της οικογένειας. (στις ίδιες, 1991 σελ. 163) *(Λαφάν - Ραζή από τον κωτ)*

Κατά την φάση της διάγνωσης εμπλέκεται ο κοινωνικός λειτουργός με δύο κύριες κατευθύνσεις προς τις οποίες πρέπει να στραφεί η συνεργασία του με τα μέλη της οικογένειας. Πρώτα να κατανοήσουν να αποδεχθούν αλλά και να αντέξουν την απειλή του θανάτου, σαν πραγματικότητα, αλλά κυρίως να θέσουν μελλοντικούς στόχους να αποδεχθούν ότι η ζωή συνεχίζεται και να μπορέσουν να ζήσουν όσο το δυνατό πιο ανώδυνα. Αν πραγματοποιηθούν οι παραπάνω στόχοι τότε θα πραγματοποιηθεί και η ποιότητα ζωής που σημαίνει:

"Ξέρω ότι ο άνθρωπος μου θα πεθάνει αργά ή γρήγορα όμως τί καλύτερο μπορώ να προσφέρω σ' αυτόν και τον εαυτό μου όσο ακόμα ζεί"

Στην φάση της θεραπείας, που ακολουθεί οικοδομείται η επαγγελματική σχέση κοινωνικού λειτουργού -πελάτη. Σκοπός είναι η επίλυση προβλημάτων πρακτικής και συναισθηματικής φύσης, που δημιουργούνται από ένα επικείμενο θάνατο μέλους της οικογένειας. Η επαγγελματική σχέση λήγει όταν τα μέλη της οικογένειας έχουν δεχθεί την ιδέα του επίκεντρου θανάτου.

Η επαγγελματική σχέση μπορεί να συνεχιστεί και μετά τον θάνατο αν αναζωπυρωθούν προβλήματα, που προϋπήρχαν. Στοιχεία της σχέσης είναι η παραδοχή, προσδοκία, υποστήριξη, παρακίνηση, κατανόηση, επιβεβαίωση, επιβράβευση, καθώς και το στοιχείο της αυθεντίας-κύρους του κοινωνικού λειτουργού. Σ' αυτή τη φάση ο κοινωνικός λειτουργός εξηγεί της απαραίτητες διαδικασίες, τι μπορεί η συγκεκριμένη υπηρεσία να προσφέρει, τι προσφέρει η κοινότητα έξω από το Νοσοκομείο, (π.χ. επιδόματα). Συχνά βοηθά ο κοινωνικός λειτουργός στην διεκπεραίωση πρακτικών θεμάτων δεδομένου ότι συνήθως τα άτομα κάτω από κάθε ψυχική και σωματική ενέργεια (Λάγου-Παπαδοπούλου 1991 σελ. 163-164).

Ο κοινωνικός λειτουργός στην αρχική φάση της συνεργασίας είναι ένας προσεκτικός ακροατής αλλά και ένας ενεργητικός εξεταστής, δεδομένου ότι δεν φτάνει να επιθυμεί αλλά και να ξέρει πως να βοηθήσει. Σ' αυτή την φάση συλλέγονται στοιχεία για την προσωπικότητα, την φυσιο-ψυχοκοινωνική δομή του ατόμου, την κοινωνική

λειτουργία του, καθώς επίσης και το είδος της σχέσης και η προσωπικότητα του ατόμου θα επηρεάσουν την προσαρμοστική ικανότητα και δράση του στο πρόβλημα (Λαγού-Παπαδοπούλου 1991 σελ. 164)

Η ανακοίνωση η υποτροπή και ο θάνατος απειλούν την οικογένεια με κρίση, που όμως εξαρτάται από την δομή και λειτουργία της οικογένειας πριν, και από το πως ήταν κατανοημένοι οι ρόλοι. Συχνά τα προβλήματα που παρουσιάζει μια οικογένεια οφείλονται σε πολλούς παράγοντες, μερικοί από τους οποίους είναι αισιόδοξη αντίληψη για την ζωή και η έλλειψη υποστήριξης από συγγενείς, φίλους, την κοινότητα η συσσώρευση αποτυχημένων προσπαθειών προσαρμογής σε προηγούμενες εμπειρίες και καταστάσεις κρίσης, η ακαμψία προς τις αλλαγές και η έλλειψη επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας.

Συνήθως ~~στην~~ *στην οικογένεια* στην συναισθηματική ένταση η οικογένεια, όντως ευάλωτη είναι περισσότερο δεκτική και επιρρεπής σε εξωτερικές παρεμβάσεις. Η έγκαιρη παράμβαση του κοινωνικού λειτουργού μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στη μακροπρόθεση προσαρμογή της οικογένειας στις νέες συνθήκες ζωής.

Η παρέμβαση θα πρέπει να είναι δυναμική, θεραπευτική και χρονικά περιορισμένη και θα στοχεύει:

- α. Στην μείωση του αγχούς, stress, που βιώνουν τα μέλη κατά την μεταβατική περίοδο κρίσης.
- β. Στην κινητοποίηση του οικογενειακού συστήματος, ώστε να οργανώσει τις δυνάμεις και πηγές στήριξης, που

διαθλεται για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις, που διαμορφώθηκαν κατά την κρίση.

γ. Στη βοήθεια της οικογένειας να βρει μια νέα ισορροπία, που θα συμβάλλει στην ικανοποιητική λειτουργία της.

Όταν η κρίση προκαλείται από το θάνατο παιδιού, ή γονιού, η οικογένεια δεν επανέρχεται πότε στην ίδια ισορροπία, που προϋπήρχε της κρίσης. Εκείνο, που πετυχαίνεται με την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση είναι ο επανπροσδιορισμός του ρόλου και της ταυτότητας των μελών στα πλαίσια μιας νέας πραγματικότητας. (Λαγού-Παπαδοπούλου, 1991, σελ.165-166)

Η παρέμβαση στην κρίση ακολουθεί τρεις βασικές ενέργειες, σύμφωνα με τις Λαγού-Παπαδοπούλου (1991, σελ.166-169).

1. Αξιολόγηση της κρίσης. Αφορά τη συλλογή, σύνθεση ληροφοριών και γεγονότων, που συντέλεσαν στην κρίση. Σημαντική είναι η διερεύνηση της υποκειμενικής αντίληψης και ερμηνείας, που δίνει κάθε μέλος στα γεγονότα και αξιολογούνται οι ικανότητες σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για την επίλυση της κρίσης. Σημαντική επίσης είναι η διαμόρφωση σαφούς αντίληψης της εργασιμότητας της οικογένειας στο σύνολο της και του κάθε μέλους ξεχωριστά.

2. Υποστηρικτική παρέμβαση στο παρόν. Παρέχεται στήριξη και ενθάρρυνση για μοίρασμα συναισθημάτων, ανησυχιών και προβληματισμών, καθώς επίσης ερμηνεία και διασαφήνιση των συναισθημάτων και γεγονότων

(διαχωρισμός υποκειμενικών και αντικειμενικών στοιχείων της κατάστασης). Ο κοινωνικός λειτουργός προχωρά σε μια "από κοινού διάγνωση" προκειμένου να βοηθήσει τον πελάτη να αυτοκαθορίσει την απόφαση του και να προσδιορίσουν από κοινού συγκεκριμένους στόχους δράσης. Παράλληλα κινητοποιείται και το ευρύτερο υποστηρικτικό σύστημα, που περιλαμβάνει μέλη της εκτεταμένης οικογένειας ή και άτομα από την κοινότητα, που παίζουν σημαντικό ρόλο τη συγκεκριμένη περίοδο στη ζωή τους.

3. Προγραμματισμός και προσαρμογή στο μέλλον.

Στο στάδιο αυτό βοηθείται η οικογένεια να αναγνωρίσει τις ικανότητες που διαθέτει, για να αντιμετωπίσει την κρίση. Σταδιακά προβαίνει στην ανάλυση ευρύτερων ευθυνών μέσα στα πλαίσια της οικογενειακής ομάδας. Σ' αυτή τη φάση περιλαμβάνονται αλλαγές που αφορούν είτε τα μέλη της οικογένειας - ρόλοι, σχέσεις, αντιλήψεις - είτε την εξωτερική πραγματικότητα - εναλλακτικές λύσεις στο περιβάλλον διαμόρφωση συνθηκών ζωής.

Χρησιμοποιεί την παράλληλη πολλαπλή συνέντευξη για να βοηθήσει την αλληλεπίδραση, αλληλοενημέρωση των μελών και τη συναισθηματική επικοινωνία. Ορισμένες ενέργειες στοχεύουν να δώσουν κατεύθυνση για οριοθέτηση ρόλων μέσα στην οικογένεια με κύρια χαρακτηριστικά την αμοιβαιότητα, συμπληρωματικότητα, συνεργασία, διάλογο και την υπευθυνότητα. Η παρέμβαση αφορά και το κάθε μέλος ξεχωριστά αλλά και ολόκληρο

το οικογενειακό σύστημα.

Στο τελικό στάδιο, όταν πλέον έχουν αποδειχτεί "αναποτελεσματικά" όλα τα θεραπευτικά σχήματα, ενοχές, φόβος, άρνηση της πραγματικότητας επανέρχονται στο προσκήνιο.

Ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται συμβουλευτικά - υποστηρικτικά. Εκτός από την παράλληλη πολλαπλή συνέντευξη βοηθητικός παράγοντας είναι και η δημιουργία συμβουλευτικών ομάδων που σχηματίζονται με κριτήρια τους ρόλους (γονείς, παιδιά), τις ηλικίες ή τη φύση και σοβαρότητα της αρρώστιας. Σκοπός είναι η έκφραση συναισθημάτων και ανησυχιών και το "μοίρασμα" εμπειριών.

Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να βοηθήσει τα μέλη να κατανοήσουν ότι δεν υπάρχει σωστός και λανθασμένος τρόπος έκφρασης της θλίψης τους αλλά διαφορετικοί τρόποι έκφρασης και ότι ο καθένας θα αποδεχτεί και θα προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες με διαφορετικό τρόπο. Όταν σύμφωνα με την κρίση του θεραπευτή τα άτομα-μέλη έχουν προσαρμοστεί στο πένθος τους, θέτουν μελλοντικούς στόχους, κοιτάζουν μπροστά, τότε η συνεργασιακή θεραπευτική σχέση κοινωνικού λειτουργού - οικογένειας ολοκληρώνεται.

ΣΤ₂. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με το άτομο, που πεθαίνει.

Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται με την οικογένεια συγχρόνως εργάζεται και με το άτομο που πρόκειται να πεθάνει.

Η παρέμβαση στηρίζεται στην παραδοχή της μοναδικότητας του ατόμου και η θεραπευτική προσέγγιση αφορά τον προσδιορισμό του τι είναι το ίδιο, πως μπορεί να λειτουργήσει για να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει τον επικείμενο θάνατο του με τη βοήθεια, που θα δεχθεί. Ο τρόπος, με τον οποίο ο κοινωνικός λειτουργός προετοιμάζει το άτομο για την αρρώστια και τη θεραπευτική αγωγή είναι ν'λογος με την προσωπικότητα, την ηλικία, το οικογενειακό περιβάλλον, τα βιώματα, που έχει δίνοντας εξηγήσεις απλά και κατανοητά λόγια για τη θεραπεία που θα υποστεί για να κερδηθεί η σύμπραξη και ενεργοποίηση του ατόμου.

Η ενημέρωση αυτή είναι ανάλογη με το διανοητικό επίπεδο του ατόμου και μέχρι το σημείο, που θέλει να γνωρίζει. Γίνεται σταδιακά, δίνοντας έτσι στο άτομο τη δυνατότητα να συνειδητοποιήσει με το δικό του τρόπο και ρυθμό την κατάστασή του. Τότε είναι που το άτομο έχει ανάγκη να μιλήσει και να εξωτερικεύσει τις απορίες και τους φόβους του.

Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί μέσα στο νοσοκομείο να δημιουργήσει και ομάδες ατόμων με θεραπευτικό και ψυχαγωγικό σκοπό. Οι ομάδες διαχωρίζονται ανάλογα με την ηλικία και τις ικανότητες, σε συγκεκριμένο χώρο του νοσοκομείου και σε ελεύθερες ώρες. Δίνονται ευκαιρίες στα άτομα να γνωριστούν με άλλα, που αντιμετωπίζουν παρόμοια

προβλήματα, να συζητήσουν, να γεμίσουν το χρόνο της αναμονής.

Όταν ο άρρωστος προχωρά στην τελική φάση της ζωής του είναι μεγάλη ανακούφιση γι' αυτόν να ξέρει ότι κάποιος είναι μαζί του και του συμπαραστέκεται. Ο κοινωνικός λειτουργός δεν βοηθάει το άτομο να πεθάνει αλλά να ζήσει μέχρι να πεθάνει, δεν δουλεύει με το πρόβλημα αλλά με το άτομο, που έχει το πρόβλημα. Δεν του κρύβει τα γεγονότα αλλά ούτε του επιβάλλει την πληροφόρηση, που αφορά την κατάστασή του. Σέβεται τον τρόπο, με τον οποίο το άτομο διαλέγει να αντιμετωπίσει το θάνατό του.

Στην τελική φάση ο κοινωνικός λειτουργός αφήνει το άτομο να τον καθοδηγήσει και είναι έτοιμος να ανταποκριθεί στις ανάγκες του, παρέχοντας ενδιαφέρον, κατανόηση και συναισθηματική στήριξη. Δίνει έμφαση στο παρόν και στις δυνατότητες που μπορεί να χρησιμοποιήσει σήμερα το άτομο. Το άτομο διευκολύνεται στην ολοκλήρωση των στόχων του, στην τακτοποίηση εκκρεμών υποθέσεων και στην ανάπτυξη μιας βαθιάς συναισθηματικής και ουσιαστικής επαφής με τα αγαπημένα του πρόσωπα. Η βασικότερη προσφορά βασίζεται στη συμφιλίωση με την ιδέα του θάνατου, τη συμπράσταση και τη διακριτική παρουσία βοηθάει το άτομο να ζήσει όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα την παραμονή του στο νοσοκομείο μέχρι τη στιγμή που θα έρθει ο θάνατος με αξιοπρέπεια. Θα πρέπει να είναι σε θέση να αξιολογήσει την κατάσταση μέσα στην οποία γίνεται η διεργασία αποχωρισμού και να ενθαρρύνει τις συνθήκες, που διευκολύνουν την ολοκλήρωση της.

Το πως ο κοινωνικός λειτουργός θα εργαστεί τόσο με τον ετοιμοθάνατο, όσο και με την οικογένειά του εξαρτάται από το ρόλο που επιτελούσε τόσο ο ετοιμοθάνατος όσο και τα μέλη της οικογένειας πριν από το θάνατο, καθώς και από το ρόλο που καλείται το κάθε μέλος να πάρει στο νέο οικογενειακό σχήμα που αναδύεται. (Λαγού-Παπαδοπούλου, 1991, σελ.169-171)

Z. Συμβουλευτική στις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες.

Z1. Η έννοια της Συμβουλευτικής και η σχέση της με την Κοινωνική Εργασία.

Η χρησιμοποίηση του όρου "Συμβουλευτική" στην βιβλιογραφία αναφέρεται σαν ταυτόσημη της διεργασίας της Κοινωνικής Εργασίας στην παρεμβατική της μορφή. (Δημοπούλου, Λαγωνίκα 1992, σελ. 168)

Ο Η Artekar (στην ίδια 1992 σελ. 168) στην δεκαετία του 60' επιχειρεί μια διαφοροποίηση μεταξύ Κοινωνικής Εργασίας με Άτομα, της Συμβουλευτικής και της Θεραπείας.

Η Κοινωνική Εργασία ορίζεται σα μια διεργασία επίλυσης προβλημάτων στο ατομικό ομαδικό και κοινοτικό επίπεδο, που συνεπάγεται ειδικές γνώσεις και δεξιότητες από μέρους του κοινωνικού λειτουργού χαρακτηριστικό της είναι η εφαρμογή της σε κοινωνικές οργανώσεις, που παρέχουν υπηρεσίες σε άτομα και ομάδες. Η ιδιαιτερότητα των γνώσεων και των δεξιοτήτων μέσα από τις επαγγελματικές δομές προσδίδουν στον κοινωνικό λειτουργό την επαγγελματική του ταυτότητα.

Στην συμβουλευτική η κατεύθυνση είναι προς την επίλυση ενός προβλήματος, τη συνειδητή καθοδήγηση του, που έχει ανάγκη από βοήθεια προς ένα τομέα και όχι στην παροχή υπηρεσιών. Οι κύριοι παράγοντες της συμβουλευτικής είναι το άτομο, που επιζητά βοήθεια με στόχο την βελτίωση της λειτουργικότητας του σ'ένα τομέα (π. χ. συμβουλευτική γάμου, εργασίας, εκπαίδευσης) και ο ειδικός που κατέχει τις εξειδικευμένες γνώσεις που θα τον βοηθήσουν στην πραγματοποίηση των στόχων του. Ο σύμβουλος συνήθως

εστιάζεται προς το συγκεκριμένο θέμα, που επιζητά το άτομο (π.χ. συμβουλευτική για επαγγελματικό προσανατολισμό) και δεν αναφέρεται στην σφαιρικότητα των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (Δημοπούλου, Λαγωνίκα 1992, σελ. 168).

Η συμβουλευτική είναι κυρίως μια "διανοητική εκπαίδευση" διαδικασία, που περιλαμβάνει σίγουρα συναισθηματική εμπλοκή, δεν χαρακτηρίζεται όμως απ' αυτή. Αποσκοπεί στην εγκεφαλική κατανόηση του προβλήματος από το άτομο, στην διασαφήνιση των συγκρούσεων του σε σχέση με την πραγματικότητα, στην παράλληλη εκτόνωση των συναισθημάτων του και στην σταδιακή βελτίωση της λειτουργικότητας του (Hamilton: 251) (Δημοπούλου, Λαγωνίκα 1992, σελ. 168).

Ο ειδικός χρησιμοποιεί κυρίως τις συνειδητές πλευρές της προσωπικότητας του ατόμου, εργάζεται με τις δυνάμεις του εγώ, ενώ παράλληλα είναι δέκτης μηνυμάτων του, όπως εκδηλώνονται στην συνέντευξη. Με αυτή την έννοια η Κοινωνική Εργασία περιλαμβάνει εν μέρει τη Συμβουλευτική αλλά επεκτείνεται και πέρα απ' αυτή, στην παροχή υπηρεσιών μέσα από τις κοινωνικές οργανώσεις.

Η συμβουλευτική όμως δεν είναι απαραίτητο να διενεργείται μόνο σε οργανώσεις σαν ξεχωριστή μέθοδο αλλά εφόσον αποσκοπεί στην επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων του ατόμου/ομάδων μέσω της συνέντευξης, είναι δυνατό να λειτουργεί και ιδιωτικά, αλλά και σε άλλους κοινοτικούς χώρους πέρα από τις κοινοτικές οργανώσεις. (Δημοπούλου, Λαγωνίκα 1992, σελ. 168)

Το 1991 μια ομάδα μελέτης της παγκόσμιας οργάνωσης Υγείας διευκρίνησε τον όρο Counseling που συνήθιζται να μεταφράζεται ως Συμβουλευτική με τον εξής ορισμό : είναι βοήθεια (διευκόλυνση) ενός ανθρώπου με προβλήματα να καθορίσει (οριοθετήσει/προσδιορίσει) το πρόβλημα και τη φύση του προβλήματος με λόγια, να κρίνει (επανεξετάσει) τις πιθανές λύσεις του και να διαλέξει μια λύση. Ο σύμβουλος δεν έχει υποχρέωση (δέσμευση) σε μια ιδιαίτερη λύση αλλά σέβεται την εκλογή του πελάτη. Η ίδια ομάδα μελέτης υπό το Δρ. J.M. Sketchley διευκρινίζει επίσης ότι τα προβλήματα δεν είναι πάντοτε αντικειμενικά και επομένως ο όρος "πρόβλημα" χρησιμεύει στο να εννοεί ένα αντιληπτό (διακρινόμενο) πρόβλημα. (Δουμίδη, 1992, Εκλογή, σελ. 175)

Η δουμίδη (1992, σελ. 175) τονίζει ότι σπανίζουν τα κλασσικά "καθαρά" και αποκλειστικά μόνο συμβουλευτικού χαρακτήρα περιστατικά. Οι περισσότερες περιπτώσεις συνήθως εμφανίζονται μικτές, τουλάχιστον και εφόσον τα παρουσιαζόμενα προβλήματα είναι περισσότερα από ένα.

Το πολυσύνθετο της ανθρώπινης συμπεριφοράς και η δυναμική της σύνθετης αντιμετώπισης -ανεξάρτητα από την οργάνωση και το πλαίσιο αναφοράς- είναι μια πραγματική αλλά και ουσιαστική για τον επαγγελματία διάσταση ιδιαίτερα στις κλινικές ειδικότητες.

Πρέπει να διευκρινισθεί το τι, ποιος, που, γιατί και πως, πριν διαστρεβλωθεί η μεθοδολογία της συμβουλευτικής πρακτικής.

Η διεπιστημονική συνεργασία είναι απαραίτητη στη Συμβουλευτική και εφόσον το άτομο κατά τη συνεργασία του δώσει μηνύματα ή υπάρξει ανάγκη για θεραπευτικού τύπου

εργασία, τότε ο σύμβουλος μπορεί να παραπέμψει στον ειδικό. Με την ευρεία έννοια η βοήθεια, που δίνεται μέσω της Κοινωνικής Εργασίας και της Συμβουλευτικής είναι θεραπευτική. Στη θεραπεία όμως επιδιώκεται η "δοκιμή" αλλαγή στην προσωπικότητα του ατόμου και η τροποποίηση των προσαρμοστικών του ικανοτήτων, με στόχο τη βελτιωμένη λειτουργικότητα του. (Δημοπούλου, Λαγωνίκα 1992, σελ. 169)

Η συμβουλευτική λοιπόν επικαλύπτεται με την Κοινωνική Εργασία και με την θεραπεία. Οι τρεις αυτές μέθοδοι όπως φαίνεται και στο διάγραμμα (Artekat:120) (Δημοπούλου, 1992, σελ. 169) δεν έχουν ξεκάθαρα όρια ούτε απόλυτα αντιστοιχία με την επαγγελματική ιδιότητα των ειδικών (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ IV)

Οι κοινωνικοί λειτουργοί εφαρμόζουν τεχνικές και δεξιότητες Κοινωνικής Εργασίας αλλά και συμβουλευτικής, ανάλογα με το πλαίσιο και τις πληθυσμιακές ομάδες αναφοράς (target groups) ενώ οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί έχουν τη δυνατότητα να προχωρήσουν και σε ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.

Οι ψυχολόγοι, που εφαρμόζονται συμβουλευτική μπορεί να επισημάνουν την κοινωνική διάσταση των προβλημάτων του ατόμου και να προχωρήσουν και σε ψυχοθεραπευτικού τύπου εργασία. Οι ψυχίατροι βάσει της διαφορικής (differential) διάγνωσης ατόμου/ομάδας, είναι δυνατό να εφαρμόσουν τη συμβουλευτική σαν την ενδεικνυόμενη θεραπευτική μέθοδο επιλογής. (Δημοπούλου, Λαγωνίκα 1992, σελ. 169-170)

Το πρόβλημα δεν έγκειται τόσο στα όρια της κάθε επιστήμης, που στοχεύει στη βελτίωση της λειτουργικότητας ατόμων/ομάδων αλλά στο συνεργαστικό ή μη κλίμα και στην

επικοινωνία που επικρατεί στα μέλη της καθημιάς ξεχωριστής διεπαγγελματικής ομάδας. Απαιτείται επίσης βαθειά γνώση του αντικειμένου στόχου-εργασίας από τους ειδικούς. (Δημοπούλου, Λαγωνίκα 1992, σελ.169-170)

Η λεπτή διαχωριστική γραμμή της Συμβουλευτικής με την Κοινωνική Εργασία και την Ψυχοθεραπεία είναι πρωτίστως θέμα μεθοδολογικής συζήτησης της εκπαιδευτικής ειδικότητας και ικανότητας του επαγγελματία και κατά δεύτερο λόγο θέμα της πρακτικής και κλινικής απόφασης. Η μεθοδολογία προϋποθέτει προγραμματισμό και ειδικές γνώσεις. Η επαγγελματική αξιολόγηση της εφαρμογής και αποτελέσματος στηρίζεται στην επιστήμη και την πείρα. (Δουμίδη, 1992, σελ.176)

Η ευρύτητα της έννοιας της Συμβουλευτικής και οι σκοποί της δεν ανήκουν κατ'αποκλειστικότητα σε μία μόνο κατεύθυνση. Είναι απαραίτητη η σωστή κατάρτιση και διάθεση για ένα διεπιστημονικό διάλογο και όχι η περιχαράκωση πίσω από στενά και αντιεπιστημονικά περιθώρια. (Δουμίδη, 1992, σελ.176)

Η Συμβουλευτική όπως εφαρμόζεται σήμερα είναι μια προσπάθεια να βοηθηθούν τα άτομα και οι ομάδες να λύσουν ένα πρόβλημα για τη βελτίωση της λειτουργικότητας τους σε κάποιους τομείς, στο επίπεδο του συνειδητού με ταυτόχρονη μείωση της διάρκειας του προβλήματος και με παράλληλη τροποποίηση του περιβάλλοντος (κοινωνικού, συναισθηματικού). Ο σύμβουλος δεν έχει εξαρτημένη σχέση με το άτομο, πρέπει να γνωρίζει όμως τις ενδοψυχικές διαδικασίες του συμβουλευόμενου και τις διαπροσωπικές διεργασίες των ομάδων.

Βασική συμβουλευτική τεχνική είναι εκείνη, που στοχεύει στην αλλαγή και βασίζεται: (Μαδιανός: 217) (Δημοπούλου, 1992, Κοινωνική Εργασία, σελ. 170-171)

1. στην ανάπτυξη ανάγκης για αλλαγή
2. στη δημιουργία μιας σχέσης για αλλαγή
3. στη διευκρίνιση της διάγνωσης της φύσης του προβλήματος
4. στην εξέταση εναλλακτικών λύσεων και προθέσεων
5. στη μετατροπή των προθέσεων σε προτάσεις για ραγματική αλλαγή
6. στη σταθεροποίηση της αλλαγής.

Z₂. Προσόντα Συμβούλου.

Ο Βρετανικός Σύλλογος Συμβουλευτικής (V. Coulsher: 44, Membership notes: 1990) (Δημοπούλου, 1992, Κοινωνική Εργασία, σελ. 170) ορίζει το σύμβολο "σαν το άτομο που αφιερώνει σκόπιμο χρόνο, προσοχή και σεβασμό σ' ένα άλλο άτομο ή άτομα, που προσωρινά βρίσκονται στο ρόλο του βοηθούμενου. Ο στόχος του Συμβούλου είναι να δώσει στο άτομο την ευκαιρία να διερευνήσει να ανακαλύψει και να επισημάνει βελτιωμένους τρόπους στην λειτουργικότητα του. Αυτή η ευρύτητα του σύγχρονου ορισμού επιτρέπει σε διάφορες σχολές, την μηκεβιοριστική, την ψυχοδυναμική, την ανθρωπιστική (Rogers, 1980, Eogan, 1981) (Δημοπούλου 1992, σελ. 170) να ακολουθήσουν τη δική τους μεθοδολογία με τους ίδιους στόχους.

Ο σύμβουλος πρέπει να διαθέτει τα παρακάτω προσόντα : (Coulshed: 45) (Δημοπούλου, 1992, Κοινωνική Εργασία, σελ. 170)

1. Συναισθηματική προβλητική ταύτιση (empathy) και κατανόηση.
2. Σεβασμός στην ικανότητα του άλλου ότι μπορεί να χειριστεί το πρόβλημά του.
3. Συνέπεια και ακρίβεια στη λεκτική του επικοινωνία, ώστε ο συμβουλευόμενος να μπορέσει να κατανοήσει τα νοήματά του.
4. Αρμονία της λεκτικής με την εξωλεκτική επικοινωνία.
5. Γνησιότητα στη σχέση.

6. Αμεσότητα σε σχέση μ' αυτό που συμβαίνει στη διάρκεια της συμβουλευτικής σαν ένα δείγμα της καθημερινής ζωής του ατόμου.

Z₃. Συμβουλευτική σε ιατροκοινωνικές υπηρεσίες.

Η Συμβουλευτική παρέχεται άμεσα σε άτομα/ομάδες ή έμμεσα σε υπηρεσίες της κοινότητας. Έχει έντονο πρόληπτικό χαρακτήρα και μπορεί να εφαρμοστεί σ' όλες τις καταστάσεις παροχής υπηρεσιών στο επίπεδο πρωτογενούς αλλά και δευτερογενούς πρόληψης. Εφαρμόζεται επίσης σε περιστατικά κρίσης, όπου το άγχος είναι υψηλό και το άτομο/ομάδες κινητοποιούν δυνάμεις για άμεση λύση του προβλήματος. (Δημοπούλου, 1992, σελ. 171)

Σκοπός της Συμβουλευτικής σε ιατροκοινωνικές υπηρεσίες είναι κυρίως η λύση των προαβλημάτων, ενώ σε ειδικά προγράμματα υπεισέρχονται η διαπαιδαγώγηση που δε βοηθά αν είναι επιθετική και η καθοδήγηση που δεν βοηθά αν είναι παθητική. Πρέπει να επιδιώκεται η συνεργασία και όχι οι ηθικές παραγγελίες. Η συνεργασία των παραγόντων στις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες διευκολύνει την πορεία της περίπτωσης. Χρειάζεται προσοχή στις παραπομπές, που ενδέχεται να γίνουν, δηλαδή το πέρασμα από τον ένα ειδικό στον άλλο ή από τη μια υπηρεσία στην άλλη. (Δουμίδη, 1992, σελ. 176)

I. Συμβουλευτική στην Πρωτογενή Πρόληψη.

Η αγωγή υγείας σαν μέθοδος προαγωγής της σωματικής και ψυχικής υγείας της κοινότητας σε επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης, περιλαμβάνει τις μεθόδους επικοινωνίας της με

το κοινό, τη μαζική επικοινωνία, την ομαδική και την ατομική. (Μαδιανός: 83-85) (Δημοπούλου, 1992, Κοινωνική Εργασία, σελ. 17). Στο ατομικό και ομαδικό επίπεδο η συμβουλευτική από τη διεπιστημονική ομάδα είναι η ενδεικνυόμενη μέθοδος επιλογής. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού βασίζεται στην επικοινωνία με ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες, όπως μαθητές-φοιτητές, εκπαιδευτικούς, συλλόγους ή και ομάδες γονέων. Θέματα αναφοράς μπορεί να είναι η διαπαιδαγώγηση των παιδιών και των εφήβων, προβλήματα εθισμού από ουσίες (ναρκωτικά-αλκοόλ-κάπνισμα) ενημέρωση για το AIDS κλπ.

Στους χώρους της αγωγής υγείας και της πρωτογενούς πρόληψης οι δραστηριότητες των ιατροκοινωνικών οργανώσεων επικαλλύπτονται μ'αυτές των κοινωνικοπρονοιακών σ'ένα συνεχιζόμενο είπεδο δραστηριοτήτων. Σ'αυτό το πεδίο ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να παρέμβει σε οικογένειες για οικογενειακή συμβουλευτική αλλά και σε ευρύτερες ομάδες της κοινότητας. Η οικογενειακή συμβουλευτική μπορεί να πάρει τη μορφή συμβουλευτικής γάμου για θέματα σχέσεων ή ακόμη και συμβουλευτικής οικογενειακού προγραμματισμού. Η βοήθεια σε ευρύτερες ομάδες της κοινότητας αποσκοπεί στην κινητοποίησή τους προς ορισμένο στόχο, π. κ. οργάνωση ενός παιδικού σταθμού, δημιουργία ψυχαγωγικών προγραμμάτων, δημιουργία ομάδων ηλικιωμένων μέσα από δραστηριότητες ανοικτής περιθάλψης, δημιουργία ομάδων αλλοδαπών για επίλυση άμεσων προβλημάτων επιβίωσης και προσαρμογής.

Σ'όλες αυτές τις περιπτώσεις κοινυλά σημεία αναφοράς από τη μεθοδολογική σκοπιά είναι η προσέγγιση των

ατόμων/ομάδων στο επίπεδο του συνειδητού, η διανοητική κατανόηση -και όχι μόνο αυτή- η ανάπτυξη ανάγκης για αλλαγή, η δημιουργία μιας σχέσης για αλλαγή και η "εκπαιδευτική" διαδικασία με ενημέρωση και παροχές πληροφοριών. (Δημοπούλου, 1992, σελ. 171-172)

II. Συμβουλευτική στη Δευτεροβάθμια Περίθαλψη.

Οι ευκαιρίες για συμβουλευτική εργασία στο χώρο του Νοσοκομείου από τον κοινωνικό λειτουργό είναι απεριόριστες, αρκεί να υπάρχουν πρακτικές και οργανωτικές δομές δυνατότητες π.χ. επαρκής αναλογία κοινωνικών λειτουργών και ασθενών και η συντονισμένη προσπάθεια κι επιμονή για εφαρμογή προγραμμάτων ατομικής και ομαδικής συμβουλευτικής. Η αναγκαιότητα παρέμβασης υπάρχει και στα τρία επίπεδα, στους ασθενείς, στην οιογένεια και το προσωπικό. Οι κοινωνικοί λειτουργοί στα Γενικά Νοσοκομεία, εξαιτίας μιας συχνά άκαμπτης οργανωτικής δομής καλούνται αρκετές φορές να περιοριστούν στην παροχή υπηρεσιών μόνο, εξυπηρετώντας περιστατικά άμεσου ανάγκης. Αυτός όμως ο ρόλος θα χαρακτηριζόταν μονοδιάστατος και ατελής. (Δημοπούλου, 1992, σελ. 172)

Ο συμβουλευτικός ρόλος στα Γενικά Νοσοκομεία αφορά τα παρακάτω:

- α. Προετοιμάζει τον ασθενή-ενήλικα ή παιδί για χειρουργική επέμβαση.
- β. Σε συνεργασία με τον ιατρό, ο οποίος ενημερώνει και επεξηγεί ερωτήματα του ασθενή σχετικά με την πορεία της νόσου ο κοινωνικός λειτουργός εισπράτει, δέχεται και συζητά τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενή

για τη μείωση του άγχους του. Σε καταστάσεις κρίσης οι χειρισμοί ανάγονται στο συναισθηματικό επίπεδο και ενώ δίδεται υποστήριξη το άγχος μειώνεται και το άτομο σταδιακά δέχεται ευκολότερα τη συμβουλευτική με τη μορφή καθοδήγησης για "προσαρμογή" στην αρρώστια και τη σταδιακή ανάρρωση.

γ. Σε σοβαρές ασθένειες ή και ατυχήματα, που απειλείται η ακεραιότητα ή ακόμη και η ζωή του ατόμου ο κοινωνικός λειτουργός επιλέγει μεθόδους προσέγγισης, που περιλαμβάνουν και την συμβουλευτική στο πλαίσιο μιας συνολικής ψυχοκοινωνικής αντιμετώπισης (εναπροσαρμογή μετά από ακρωτηριασμό, αναπηρία που προέρχεται από ατύχημα ή αρρώστια, προσαρμογή σε μηχανήμα τεχνητού νεφρού, προσαρμογή στις μεταγγίσεις για άτομα με μεσογειακή αναιμία και άλλες αιματολογικές παθήσεις.

Δ. Στις χρόνιες ασθένειες καρκίνους κ.α. όπου το άγχος είναι υψηλό και ανάμεικτο με τον φόβο ή και την αναμονή θανάτου, ο κοινωνικός λειτουργός σε συνεργασία με την διεπιστημονική ομάδα χειρίζεται τα συναισθήματα άγχους απώλεια (loss) και πένθους (mourning) σε συνδυασμό με το σύνολο των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, που συνυπάρχουν στην οικογένεια του ασθενή. Χρησιμοποιεί σκόπιμα τεχνικές συμβουλευτικής αντικατοπτρισμού (reflective counseling) ή μη κατευθυνόμενη συμβουλευτική (non-directive) κατά την οποία οι ασθενείς ενθαρρύνονται να εκφράζουν και να εξετάσουν τα συναισθηματά τους

σε σχέση με τον κίνδυνο, που τους απειλεί, ενώ παράλληλα τους δίνεται υποστήριξη και επιβεβαίωση.

Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες είναι ο χώρος, όπου η συμβουλευτική κατ'εξοχή χρησιμοποιείται από μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, ανάλογα με την διαγνωστική εκτίμηση του περιστατικού. (στην ίδια 1992 σελ.172-173)

Η. Τηλειατρική

Η πλειονότητα των ελληνικών νησιών αντιμετωπίζει προβλήματα παροχής άμεσων ιατροκοινωνικών υπηρεσιών, εξαιτίας της γεωμορφολογικής ιδιαιτερότητας της χώρας. Τα προβλήματα αυτά σχετίζονται με τις αποστάσεις τις καιρικές συνθήκες και τις μεταφορές.

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, εκτιμώντας την σπουδαιότητα των παραπάνω θεμάτων, ανέλαβε από το Μάιο του 1990 με την συνεργασία της ΕΟΚ, την ανάπτυξη του προγράμματος τηλειατρικής στα ελληνικά νησιά σαν επέκταση του προγράμματος τηλειατρική στα Ελληνικά νησιά σαν επέκταση του προγράμματος MAC-NET, που παρέχει ιατρικές οδηγίες στα ποντοπόρα πλοία.

Το πρόγραμμα αυτό με την χρησιμοποίηση των σύγχρονων τεχνολογικών μέσων πληροφορικής έχει σκοπό την αύξηση και βελτίωση του βαθμού υγείας και ασφάλειας για τα άτομα που ζούν σε απομακρυσμένα νησιά.

Με την τοποθέτηση σύγχρονων ιατρικών μηχανημάτων, που υποστηρίζονται από την πληροφορική (τηλεκαρδιογραφήμα, τηλε-εγκεφαλογράφημα, τηλε-ακρόαση, τηλε-ανάλυση), το ιατρικό κέντρο είναι δυνατό να κάνει διάγνωση και να παρέχει ιατρικές συμβουλές στον ασθενή του απομακρυσμένου νησιού (Β. Μπουντάλης, Μ. Νακοπούλου, Α. Τζώρτσου, Φ. Χατζάκη, 1991, σελ. 189).

Η τηλειατρική θα μπορούσε να θεωρηθεί ένα πρωτοποριακό πρόγραμμα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπως φαίνεται απο την περιγραφή των στόχων της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και όπως θα φανεί από την περιγραφή του προγράμματος.

Σκοπός του προγράμματος δεν είναι μόνο η παροχή ιατρικών υπηρεσιών αλλά και η κοινωνική ανάπτυξη των κοινοτήτων αφού όπως αναφέρουν οι συγγραφείς του άρθρου, δεν μπορούν να αγνοηθούν τα κοινωνικά προβλήματα, ούτε οι γενικότερες κοινωνικές ανάγκες, που αντιμετωπίζουν οι απομονωμένες νησιώτικες κοινότητες της χώρας μας και στις οποίες διαβιούν οι ασθενείς.

Η₁. Παράγοντες που σχετίζονται με τη δημιουργία προβλημάτων στις νησιωτικές κοινότητες.

Αυτοί συνοψίζονται στους ακόλουθους : (Μπούντιαλης, Νακοπούλου, Τζώρτζου, Χατζάκη, 1991, σελ.190)

α. Γεωγραφική θέση : Νησιά απομονωμένα από τα Κέντρα Λήψης Αποφάσεων και Παροχής Υπηρεσιών.

β. Ανεπάρκεια στο δίκτυο μεταφορών : οδικό και αεροποϊκό, που συχνά επηρεάζεται από τις ιατρικές συνθήκες.

γ. Ιστορικά δεδομένα : Η ιστορία του κάθε νησιού διαμορφώνει το στίγμα του και επηρεάζει την κοινωνική του εξέλιξη.

Ο Αγ. Ευστράτιος από την εποχή του εμφυλίου και επί δικτατορίας ήταν τόπος εξορίας πολιτικών κρατουμένων.

Το Καστελόριζο λόγω της στρατηγικής του θέσης κάρηκε το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Αυτό προκάλεσε μαζική εσωτερική μετανάστευση στην Αυστραλία, ενώ το 30% των σπιτιών είναι ακόμη καμμένα.

δ. Δυσκολίες του φυσικού περιβάλλοντος (άγονο έδαφος, έλλειψη ορυκτού πλούτου), δυσμενείς κλιματολογικές συνθήκες, που επηρεάζουν δυσμενώς και τις δυνατότητες απασχόλησης των κατοίκων.

ε. Έλλειψη δυνατοτήτων απασχόλησης : Η πλειοψηφία είναι ψαράδες, ορισμένοι ναυτικοί, κτηνοτρόφοι και λίγοι γεωργοί. Οι βασικές υπηρεσίες που παρέχονται από Οργανισμούς Κοινής Ωφέλειας, καλύπτονται από άτομα, που είναι κάτοικοι των κοντινών περισσότερο

αναπτυγμένων επαρχιακών κέντρων (αστυνόμος, παπάς, λιμενάρχης, υπάλληλοι ΔΕΗ).

στ. Ανεπαρκές δίκτυο κοινωνικών υπηρεσιών στο τοπικό επίπεδο.

Εκπαίδευση : Η έλλειψη μέσης γενικής και τεχνικής εκπαίδευσης οδηγεί του νέους στα μεγάλα επαρχιακά κέντρα, όπου τους δίνεται συγχρόνως με την δυνατότητα καλύτερης εκπαίδευσης και η επαφή με το διαφορετικό, ελκυστικό τρόπο ζωής μιας μεγάλης επαρχιακής πόλης.

Υγεία : Σχεδόν παντελής απουσία μόνιμης εξυπηρέτησης.

Κοινωνική Πρόνοια : Οι κοινωνικές παροχές που δίνονται από τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής δεν χρησιμοποιούνται από τους κατοίκους, γιατί τα κέντρα αυτά είναι απομακρυσμένα και γιατί δεν γίνεται ενημέρωση των κατοίκων για δυνατότητες απολαβές των παροχών.

Ζ. Στέγαση : Γενικά οι συνθήκες στέγασσης είναι κακές.

Το καμμάτι της δημόσιας υγιεινής εξετάζεται από τον τομέα της νοσηλευτικής υπηρεσίας ΕΕΣ. Πολύ συχνά οι συνθήκες στέγασσης δημιουργούν και κοινωνικά προβλήματα. Ο Αγ. Ευστράτιος μετά το σεισμό του 1968 καταστράφηκε ολοσχερώς. Ο μονασδικός οικισμός από την πλαγιά του βουνου μεταφέρθηκε στην πεδιάδα, όπου κτίστηκαν προκατασκευασμένα σπίτια χωρίς σωστή υποδομή. Οι κάτοικοι ισχυρίζονται ότι στέλνουν τα παιδιά τους σε συγγενείς στα αστικά κέντρα γιατί οι συνθήκες είναι δύσκολες. Τα δεδομένα αυτά

δημιουργούν προβληματικές καταστάσεις και τις ανάγκες. Με τον όρο "χαμηλό βαθμό κοινοτικής ενότητας και συμμετοχής" οι συγγραφείς εννοούν ότι οι άτομοι έχουν δεχτεί σαν δεδομένες συνθήκες ζωής τους και κυρίως τις συνεχή ερήμωση των περιοχών, τις κοινοτικές ελλείψεις και την αδυναμία εξέλιξης σύμφωνα με τα αστικά πρότυπα και γι' αυτό αναπτύσσουν στάσεις αδιαφορίας, γίνονται παθητικοί δέκτες της κατάστασης (στοιχεία ίδιους, 1991, Εκλογή, 192-193)

H₂. Τρόπος λειτουργίας κοινωνικής υπηρεσίας τηλεϊατρικής

Οι συγγραφείς (1991, Εκλογή, σελ.190) διαπιστώνουν ότι δεν υπάρχει σε εφαρμογή στη χώρα μας ένα μοντέλλο πάνω στο οποίο θα μπορούσε να στηριχτεί η εργασία αυτών, που δουλεύουν στο πρόγραμμα. Το ίδιο ισχύει και για τις υπόλοιπες ειδικότητες που εργάζονται στο πρόγραμμα.

Ο Corvi διευθυντής της E. T. SALES, σε κάποια συνάντηση στο ξεκίνημα του προγράμματος είχε πει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι εκείνοι που πρέπει να κάνουν την πρώτη επαφή με τους πελάτες, για να τους ενημερώσουν για τις δυνατότητές του. (Στους ίδιους, 1991, Εκλογή, σελ.190)

Μετά τις πρώτες επισκέψεις τις επαφές και συζητήσεις με τους κατοίκους διαπιστώθηκε ότι οι ενέργειες των κοινωνικών λειτουργών όσο αφορά την κοινοτική οργάνωση και ανάπτυξη θα πρέπει να διαχωριστούν σε δύο κατηγορίες :

1. Σε εκείνες που έχουν άμεση σχέση με την ανάπτυξη του προγράμματος και είναι υποστηρικτικές - ενισχυτικές της λειτουργίας του.

2. Σε εκείνες που δρουν έμμεσα με σκοπό την συνολική επισήμανση και αντιμετώπιση των κοινοτικών προβλημάτων των περιοχών όπου εφαρμόζεται το πρόγραμμα, εφόσον τα προβλήματα αυτά - μεταξύ των οποίων σημαντική θέση έχει η ανεπάρκεια ιατρικών παροχών - είναι αλυσίδα, που δεν μπορούμε να εξετάσουμε και να χωρίσουμε τον ένα μόνο κρίκο της. (Στους ίδιους, 1991, σελ.190)

Η επιτυχής κοινοτική οργάνωση χαρακτηρίζεται από συντονισμένες ενέργειες που επιδιώκουν την αντιμετώπιση

γενικών προβλημάτων και όχι από σειρά ξεχωριστών προσπαθειών .

Οι κοινωνικοί λειτουργοί εφαρμόζουν μια μεθολογική προσέγγιση της κοινότητας γι' αυτό το σκοπό, ή οποία ονομάζεται Κοινωνική Εργασία με κοινότητα.

Σκοπός του κοινωνικού λειτουργού που εφαρμόζει την Κοινωνική Εργασία είναι να αποκτήσει η κοινότητα επαρκή συνοχή και ικανότητα να αναλάβει τα δικά της προβλήματα και επίσης να ξυπνήσει την επιθυμία και θέληση των κατοίκων να ενεργήσουν, σύμφωνα με την δική τους αντίληψη περί των ανάγκων.

Στρατηγικές παρεμβάσεις της Κοινωνική Εργασία είναι ο Κοινωνικός Σχεδιασμός, η κοινοτική ανάπτυξη και η Κοινωνική Δράση, που χρησιμοποιούνται ανάλογα με τους σκοπούς του προγράμματος, την έκταση της κοινότητας τις ανάγκες του πληθυσμού.

Στα πλαίσια ανάπτυξης και εφαρμογής του προγράμματος της Τηλεϊατρικής οι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται σε δύο επίπεδα.

A. Στο κέντρο : όπου γίνεται ο Σχεδιασμος του προγράμματος σε εθνικό επίπεδο και ορίζονται οι κατευθυντήριες γραμμές.

B. Στα Νησιά : όπου γίνεται εφαρμογή των σχεδιασμένων δραστηριοτήτων σύμφωνα με τις τοπικές ιδιαιτερότητες και ανάγκες.

Στο κέντρο την ευθύνη του κοινωνικού Σχεδιασμού έχει η Κοινωνική Υπηρεσία Τηλεϊατρικής σε συνεργασία με την επιτροπή τεχνικής υποστήριξης του προγράμματος.

Στην πρώτη της δουλειάς των κοινωνικών λειτουργών είναι η διαπίστωση των προβλημάτων όλη η ομάδα ξεκινάει με δεδομένη την απάρκεια των υγειονομικών παροχών το μέγεθος της οποίας διαφλέρει κατά περιοχή. Οι κοινωνικοί λειτουργοί προχωρούν στη διαπίστωση των κοινωνικών συνεπειών του παραπάνω προβλήματος και συγχρόνως μελετούν τα γενικότερα κοινωνικά προβλήματα της κοινότητας.

Η διαπίστωση των προβλημάτων προϋποθέτει τη συλλογή στοιχείων και πληροφοριών, τοπικά από τις Κοινοτικές Αρχές και τους κατοίκους. Τα δεδομένα μετατρέπονται σε εκτιμήσεις για να καθοδηγήσουν στις λύσεις όπως γίνεται στο ΣΧΗΜΑ II.

Στο ΣΧΗΜΑ III παρατηρούμε τους τομείς παρέμβασης των κοινωνικών λειτουργών σε μια Κοινωνική Εργασία Τηλεϊατρικής σε συνδυασμό με προσεγγίσεις αντιμετώπισης.

Η επιτροπή τεχνικής υποστήριξης είναι συμβουλευτικό όργανο, το οποίο παρακολουθεί την εξέλιξη και επέκταση του προγράμματος τηλεϊατρικής.

Οι επιδιώξεις πίσω από τις παρεμβάσεις αποβλέπουν στην:

- α. Κατανόηση και αποδοχή του προγράμματος Τηλεϊατρικής από την κοινότητα.
- β. Αφύπνιση - κινητοποίηση των κατοίκων για κοινοτική συμμετοχή, δράση και ανάπτυξη.
- γ. Προώθηση λύσεων στα διαπιστωμένα προβλήματα (Στους ίδιους, 1991, Εκλογή, σελ. 193-194)

Σύμφωνα με τους συγγραφείς και τις επιτροπές δράσης επιδιώκεται η συνεργασία με κατηγορίες του πληθυσμού, που έχουν κοινές επιδιώξεις (Ομάδα κτηνοτρόφων, γονέων κλπ.).

Με τη δημιουργία ατιπροσωπεπτικών επιτροπών επιδιώκεται η αναζήτηση λύσεων (π.χ. δημιουργία συνεταιρισμού κτηνοτρόφων ίδρυση γυμνασίου).

Ο κοινωνικός λειτουργός μεσολαβεί μεταξύ των υπηρειών του κέντρου και των κοινοτικών ομάδων διαπραγματευόμενος τα αιτήματα. Εκπαιδύει με την παροχή πληροφοριών και ενναλακτικών λύσεων στην αντιμετώπιση καταστάσεων. Συντονίζει την ανάληψη δράσης από τους κατοίκους.

Στην κοινωνική έρευνα με τη διαπροσωπική επαφή εντοπίζονται συγκεκριμένα προβλήματα, όπως τα αντιλαμβάνονται τα άτομα και υπάρχει συνεργασία με τις αρμόδιες κοινωνικές υπηρεσίες των Νομαρχιών και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την επίλυσή τους μέσα από το Πρόγραμμα Κοινωνικής Πολιτικής.

Η αξιοποίηση του ηλεκτρονικού υπολογιστή για την καταχώρηση των συμπληρωματικών στοιχείων είναι βοηθητική για την ολοκλήρωση της εικόνας των εξυπηρετούμενων από το πρόγραμμα.

Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι ο σκοπός είναι δεκτός υποστηρικτικός του προγράμματος αφενός και της κοινωνικής ανάπτυξης των κοινοτήτων αφετέρου. (στοιχ. ίδιους, 1991, σελ. 195)

Επειδή το πρόγραμμα βρίσκεται στους πρώτους μήνες εφαρμογή ςτου και γιατί νέα δεδομένα έρχονται να προστεθούν στα παλιά με την επέκταση σε νέα νησιά η αξιολόγηση θα γίνει όταν μαζευτούν επαρκέστερα στοιχεία που θα οδηγήσουν, μετά την εκτίμηση των αποτελεσμάτων, στην διαπίστωση των ελλείψεων και στην τροφοδότηση νέων σχεδίων δράσης.

Οι τηλεπικοινωνίες και η πληροφορική τεχνολογία μπορούν να βοηθήσουν, στην ανάπτυξη των άλλων τομέων εξυπηρέτησης των κατοίκων της άγονης γραμμής πέρα από τον καθαρά ιατρικό. Προϋπόθεση γι' αυτό είναι η καλή διάθεση η συνεργασία, η αμοιβαία αναγνώριση από όλες τις ειδικότητες, που εξυπηρετούν στο πρόγραμμα. (Στους ίδιους, 1991, σελ. 195).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Η Κοινωνική εργασία σαν μια μορφή οργανωμένης αντιμετώπισης των προβλημάτων ατόμων ή κοινωνικών ομάδων απαιτεί για το επιτόκιο των πρακτικών διεργασιών και σκοπιμοτήτων της μια σειρά προϋποθέσεων. Σημαντική μεταξύ τους είναι η έμφαση σε προγράμματα κοινωνικής πολιτικής, παράλληλα με τους οικονομικούς πόρους, που διαθέτει για την υλοποίησή τους. Σημαντικά ακόμα είναι και η κατάλληλη εκπαίδευση και η δημιουργική διάθεση των κοινωνικών λειτουργών. (Φακολάς 1980, σελ. 163).

Οι ατέλειες και οι αδυναμίες του συστήματος υγείας της χώρας μας συσσωρεύουν πρόσθετα προβλήματα στην εξάσκηση σωστών κοινωνικών εργασιών. Στην Ελλάδα η κοινωνική εργασία ακολουθεί λίγο ή πολύ ξεπερασμένα παραδοσιακά πρότυπα, που στην πρακτική εφαρμογή τους χειροτερεύουν ακόμα περισσότερο. Βλέπουμε διάφορους κυβερνητικούς φορείς, ακαδημαϊκούς δασκάλους, κοινωνικούς και άλλους επιστήμονες διανοούμενους ή γραφειοκράτες, να προτείνουν

την χάραξη μιας νέας γενικά πολιτικής υγείας ή κοινωνικής πολιτικής.

Συχνά ένας βασικός εκπρόσωπος λείπει απ' αυτές τις διεργασίες, που μπορεί να είναι διαλογικές, κοινοβουλευτικές, εκπαιδευτικές, σεμιναριακές, νομοθετικές, θεσμοθετικές και ότι άλλο. Λείπει ο τελικός αποδέκτης τους. Αυτό είναι το ένα σημείο.

Το άλλο είναι η πλατύτερα αποδεκτή αντίληψη ότι υπάρχουν κενά αδυναμίες κι αντιφάσεις στις μέχρι τώρα υποσχέσεις ή εφαρμογές για την εξασφάλιση και διατήρηση της κοινωνικής σωματικής και ψυχικής ισορροπίας όλων των μελών της ελληνικής κοινωνίας. Δυνατότητες υπάρχουν και είναι συζητήσιμες. (στον ίδιο 1980, σελ. 163)

Όσον αφορά ειδικότερα τη πρωτοβάθμια περίθαλψη, η αξιοποίηση κάθε προτεινόμενης διαφορετικής ποσοτικά ή ποιοτικά τοποθέτησης των κοινωνικών λειτουργιών στο σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας σπάνια δοκιμάζεται, έστω και πειραματικά.

Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι κάθε καινούρια εναλλακτική λύση αφήνει αδιάφορους ή ενοχλεί τους ίδιους τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς και πολλούς άλλους επαγγελματίες, που κινούνται σε συναφείς χώρους.

Δεν είναι μόνο οι διάφορες δυσλειτουργίες και η κακή οργάνωση των παραδοσιακών μοντέλων για την άσκηση των κοινωνικών λειτουργιών, που πρέπει να αντιμετωπιστούν, αλλά οι ίδιες οι αρχές και οι μέθοδοι του επαγγέλματος. Γι' αυτόν το σκοπό χρειάζεται να αλλάξουν ριζικά, ακολουθώντας τις σύγχρονες εξελίξεις αρχών και προτύπων

κοινωνικών εργασιών που άρχισαν να επικρατούν στο διεθνή επιστημονικό τουλάχιστον χώρο. (Ο. Π., σελ 163)

Μια σχετική σύγχρονη θέση είναι πως οι κοινωνικοί λειτουργοί δε μπορούν πια μόνοι τους και ασυγχρόνιστα να προσφέρουν επαρκείς υπηρεσίες αλλά είναι αναγκαίο και σκόπιμο να ενσωματωθούν σε μια ομάδα εργασίας, τουλάχιστο σε όσες περιπτώσεις συνυπάρχουν προβλήματα υγείας ατόμων ή ομάδων κοινωνικά αδύναμων. Με άλλα λόγια ζητούνται ή επιδιώκονται όλο και περισσότερες κοινωνικές εργασίες και πιο υπεύθυνες δραστηριότητες από τους κοινωνικούς λειτουργούς, χωρίς πάντα τα εφόδια, που τους δίνονται να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις ή προσδοκίες αυτές. Η βασική εκπαίδευση, που έχουν αποκτήσει, χωρίς δυνατότητες σωστής μετεκπαίδευσης, το ιεραρχικό τους πόσιο, οι τρόποι στρατολόγησής τους, τα μέσα που τους διαθέτει το ίδιο το κράτος ή οι διάφοροι οργανισμοί απασχόλησής τους δεν βοηθάνε πολλές φορές για την πραγματοποίηση ακόμη και συνηθισμένων στόχων.

Εξω από κάθε ιδεατή εικόνα είναι ίσως αψυκολόγητο να περιμένουμε από μια "ομάδα" υγειονομικών να προσφέρει υπεύθυνο κοινωνικό έργο, συντονισμένα, όταν τα ξέχωρα μέλη της εκπαιδεύτηκαν σ' όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης, σε μια αντισυλλογική, ατομιστική και πολλές φορές αυταρχική βάση. Όταν τα διάφορα μέλη της διδάχτηκαν ότι ο δικός τους κλάδος έχει μοναδική και αναντικατάστατη σημασία (Φακιολάς, 1980, σελ. 1666)

Ο Φακιολάς (1980, σελ. 167) επισημαίνει ακόμα την άνοση ιεράρχηση των επαγγελματιών υγείας, που επιδρά στην όλη ανέλιξή τους σε κάθε χώρο, την έντονη

ανταγωνιστικότητας, που εμφανίζεται στην εξάσκηση του επαγγέλματος με ελεύθερη ή μισθωτή σχέση και που ενισχύεται από το ίδιο το κράτος και τους εκπροσώπους του αλλά και από τὰ άτομα, καθώς και την ασυγχρόνιστη και ασυντόνιστη εκπαίδευση και την έλλειψη ενός κοινού φορέα για την εξασφάλιση κοινής βάσης αρχών και γνώσεων. Καταλήγει στο ότι είναι απαραίτητες θεσμικές αλλαγές για να ξεπεραστούν οι φόβοι και να εξασφαλιστεί η λειτουργικότητα μιας ομάδας υγείας.

Ορισμένοι στόχοι μπορεί να είναι όχι μόνο επιθυμητοί ή ορθολογικοί αλλά και αναγκαίοι. Η δοσμένη όμως κατάσταση και οι διαμορφωμένες ιστορικά συνθήκες στο συγκεκριμένο βιομηχανικό ή μεταβιομηχανικό σύστημα δυσκολεύει την λειτουργία των μηχανισμών εκείνων, που θα βοηθήσουν το πλησίασμα αυτών των στόχων.

Η Μαρούλη (1980, σελ. 173) επισημαίνει τη διάσταση μεταξύ θεωρίας και πράξης στην ολιστική αντιμετώπιση του ασθενούς. Οι ελλείψεις στην σημερινή δομή και στην οργάνωση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας δε προάγουν την επιτυχία του παραπάνω στόχου, ούτε αυτοδύναμα από τους κοινωνικούς λειτουργούς, ούτε από οργανωμένες ομάδες υγείας. Η σφαιρική αντιμετώπιση του ασθενούς, - όταν γίνεται - γίνεται συχνότερη με την προσωπική πρωτοβουλία του κοινωνικού λειτουργού και την ιδιαίτερη ευαισθητοποίηση κάποιου διευθυντή ή επιμελητή κλινικής παρά σαν μέρος ομαδικής προσπάθειας μιας καλά οργανωμένης ομάδας υγείας.

“Η κοινωνική εργασία χωρίς κρατική προνοιακή δομή φαίνεται για πολυτέλεια τόσο για τον κοινωνικό λειτουργό,

όσο και για τον άνθρωπο που τις χρειάζεται. Η δουλειά του στο πλαίσιο υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να πλαισιώνεται από ποικίλες υπηρεσίες υγείας και ψυχοκοινωνικής περίθαλψης" (Μαρούλη, 1980, σελ. 174)

Η ίδια πιστεύει (1980, σελ. 173-174) ότι υπάρχουν δυνατότητες για την αξιοποίηση της θέσης και του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο και την αποφυγή διεκπεραιωτικής δουλειάς (εκτέλεσης, δηλαδή, αποφάσεων για την εκτέλεση προβλημάτων που θα οριστούν από το ιατρικό προσωπικό).

Ο κοινωνικός λειτουργός δε συμμετέχει στη διαγνωστική εκτίμηση και το θεραπευτικό χειρισμό του ασθενούς παρά μέσα στο σχήμα της κοινωνικής αποκατάστασης. Τα προβλήματα που πιθανόν υπάρχουν μπορεί να πηγάζουν από τη δυσκολία των άλλων μελών της ομάδας να δουν τα όρια της δουλειάς του κοινωνικού λειτουργού, όρια που καθορίζονται από την επάρκεια και την καταλληλότητα των κοινωνικών υπηρεσιών, που υπάρχουν.

Άλλη δυσκολία μπορεί να πηγάζει από τον ίδιο τον κοινωνικό λειτουργό, που έχοντας μάθει να αντιμετωπίζει προβλήματα μόνος του μπορεί να δυσανασχετεί για την συλλογική εργασία. Άλλοτε αυτή η απομόνωση έχει σαν αποτέλεσμα μια αίσθηση αποδυναμίας και άλλοτε μια αίσθηση παντοδυναμίας τους. Η ομαδική συνεργασία βοηθά στον έλεγχο του συναίσθηματος της παντοδυναμίας και προσφέρει ασφάλεια στην λήψη αποφάσεων σ' όλα τα επίπεδα διαγνωστικό θεραπευτικό όχι μόνο στα μέλη της αλλά και στους ίδιους τους ασθενείς, που βλέπουν τη σοβαρότητα της από κοινού αντιμετώπισης.

Άλλα προβλήματα αφορούν στη στελέχωση των νοσοκομείων από κοινωνικούς λειτουργούς.

Η "Έκθεση Επιτροπής Καθορισμού Δραστηριοτήτων των Κοινωνικών Λειτουργών που υπηρετούν κοινωνικές Υπηρεσίες Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Υπ. Κοιν. Υπ, 20-4-1982) αναφέρει ότι:

α. Ο αριθμός των θέσεων κοινωνικών λειτουργών δεν είναι πάντοτε ανάλογος με τον αριθμός κλινών, ακόμη και αν πρόκειται για ομοειδή Νοσοκομεία. Επίσης σε πολλά μεγάλα Νοσοκομεία δεν προβλέπονται θέσεις κοινωνικών λειτουργών.

β. Η θέση των κοινωνικών λειτουργών στην ιεραρχία του υπαλληλικού προσωπικού και η υπηρεσιακή εξάρτησή τους ή δεν προσδιορίζονται επακριβώς ή αντιμετωπίζονται με διαφορετικό τρόπο από Νοσοκομείο σε Νοσοκομείο. Σε ορισμένα Νοσοκομεία οι κοινωνικοί λειτουργοί συγκαταλέγονται μεταξύ του βοηθητικού προσωπικού και εξαρτώνται από τη Γραμματεία (Βασικά Προγράμματα Κοιν. Λειτ.)

Ο Γιαννουλάτος (1985, σελ. 1-281) αναφέρει ότι τα προβλήματα που αντιμετωπίσαν και αντιμετωπίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί στο νοσοκομείο είναι προβλήματα διαδικαστικά και προβλήματα αναγνώρισης του ρόλου τους, ενώ στον εξωνοσοκομειακό χώρο, στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας οι συνθήκες που επικρατούν δεν επιτρέπουν την επίτευξη των στόχων, αφού οι κοινοτικές κοινωνικές υπηρεσίες είναι αδύναμες και έτσι το μεγαλύτερο βάρος πέφτει στους κοινωνικούς λειτουργούς και στην ιατροκοινωνική ομάδα του νοσοκομείου, που πρέπει να

ξεπεράσουν τις διαστάσεις του χώρου τους και τις όποιες υπηρεσιακές αναστολές, ώστε να διατηρήσουν το έργο τους.

Ο Ιατρίδης (1989, Κοιν. Εργ.σελ 79) θεωρεί ότι επιβάλλεται η οργάνωση των ειδικών σε ομάδες Υγείας για ολοκλήρωση, συντονισμό και συνεργασία. Διαφορετικά μένουν αναξιοποίητες αξονικές ανάγκες Υγείας, ενώ η ευθύνη για το συντονισμό σύνθεση και ολοκλήρωση της νοσηλείας ή αποκατάστασης βαρύνει άμεσα τον άρρωστο, που δεν μπορεί να αποφύγει τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ ειδικοτήτων, τις αντιφάσεις και τη διπλή επικάλυψη λειτουργιών.

Οι προβληματισμοί προέκυψαν από τις εργασίες του Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργιών (1985, σελ. 288) σχετικά με την κοινωνική εργασία στον τομέα Υγείας, αφορούν τα ακόλουθα:

1. Άμεση δημιουργία και λειτουργία κοινωνικών προγραμμάτων για να αντιμετωπιστούν ανάγκες, που δημιουργούνται από κοινωνικά προβλήματα στους νοσηλευτικούς χώρους όπως π.χ. η αποκατάσταση εγκαταλειμμένων γερόντων, και άλλα.
2. Η θέση της Κοινωνικής Υπηρεσίας μέσα στους νέους οργανισμούς των Νοσοκομείων και η διασφάλιση της επιστημονικής της ανεξαρτησίας μέσα από το σχήμα της διοικητικής εξάρτησης της δομής των Νοσοκομείων.
3. Μέσα από τη σκέψη να υπαχθεί η Κοινωνική Υπηρεσία στον τομέα της κοινωνικής ιατρικής, προβληματίζει η άμεση ένταξη των κοινωνικών υπηρεσιών, οι οποίες λειτουργούν επί σειρά ετών στον τόπο μας, σ'έναν

τομέα, που τώρα διαμορφώνεται ο ρόλος του και η στελέχωσή του είναι αδύνατη με την έλλειψη ειδικότητας στον τομέα αυτό (κοινωνική ιατρική).

4. Η άμεση και έγκαιρη δημιουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους ήδη εργαζόμενους κοινωνικούς λειτουργούς στο χώρο υγείας, για να ανταποκριθούν στις νέες απαιτήσεις του ρόλου τους. Σήμερα υπάρχουν στεγανά μεταξύ υγείας και πρόνοιας με αποτέλεσμα μεταξύ των άλλων την έλλειψη μιας υλικοτεχνικής υποδομής. Η δημιουργία ξενώνων υγείας, αναρρωτηρίων, η θέσπιση οικονομικών μέτρων για ενίσχυση ομάδων ή ατόμων με ιδιαιτερότητες είναι άμεσες ανάγκες. Η διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας είναι πλέον επιτακτική, για να αντιμετωπιστούν τα παραπάνω προβλήματα.

Τέλος δημιουργήθηκε ένας προβληματισμός για την επικάλυψη των κοινωνικών υπηρεσιών ή των ρόλων στους τομείς Υγείας Τοπικής Αυτοδιοίκησης-Πρόνοιας μέσα από τη λειτουργία του συστήματος των Κέντρων Υγείας.

Προβλήματα και εμπόδια μπορεί να πηγάζουν και από τις συνθήκες κάτω από τις οποίες παρέχεται ιατρική περίθαλψη αλλά και από τις ίδιες τις συνθήκες εργασίας του κοινωνικού λειτουργού.

Όσον αφορά το πρώτο ζήτημα η Μαρούλη (1980, σελ. 179) αναφέρει ότι υπάρχουν δικαιολογημένες απαιτήσεις, που εκφράζονται από τους ασθενείς και που πρέπει να ικανοποιηθούν. Αυτές είναι:

1. Σωστή ιατρική περίθαλψη.

2. Άνετο πολιτισμένο περιβάλλον. (Ιδιαίτερα όσον αφορά τα παιδιά, είναι απαραίτητη η μείωση της ιδρυματικής ατμόσφαιρας με κατάλληλη διαμόρφωση των χώρων, ο σεβασμός στην ατομικότητα του παιδιού μ'ένα μικρό χώρο, για τα αντικείμενά του).
3. Καλές σχέσεις του προσωπικού μεταξύ τους.
4. Καλές σχέσεις του ασθενούς με το προσωπικό.
5. Ταχύτητα Νοσηλείας.

Οι απαιτήσεις γίνονται παράλογες από τη στιγμή που δεν ικανοποιούνται οι στοιχειώδεις ανάγκες του ασθενούς. Π.χ. αν δεν ικανοποιηθεί το δικαίωμα του ασθενούς για σωστή επικοινωνία και ενημέρωσή του από το γιατρό, τότε προσπαθεί να βρει τρόπους πλάγιας προσπέλασης του γιατρού με γνωριμίες, πιέσεις, επισκέψεις ιδιωτικής φύσης, ακόμη και αμφισβήτηση της ικανότητάς του και φυγή στην ιατρική του εξωτερικού.

Η Barbara Korsch (στην ίδια, 1980, Εκλογή σελ. 175) από το Los Angeles με μαγνητοσκόπηση και με χρήση ειδικών κλιμάκων μέτρησε την ποιότητα επικοινωνίας παιδιάτρων των εξωτερικών ιατρείων μεγάλου κρητικού Νοσοκομείου με τους γονείς των παιδιών.

Δείγμα των πολύ ενδιαφερόντων αποτελεσμάτων της ήταν ότι η ποιότητα επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς σχετίζεται με το βαθμό του γιατρού, την κοινωνική τάξη του ασθενούς αλλά και του γιατρού, την ώρα εξέτασης, ακόμα και το είδος του ιατρικού προβλήματος του παιδιού.

Όσον αφορά το δεύτερο ερώτημα η ίδια (1980, σελ. 176) αναφέρει ότι στην Ελλάδα ο τρόπος εργασίας, και η

υπερβολική γραφειοκρατία καθηλώνουν τους κοινωνικούς λειτουργούς στο γραφείο ενώ ο χώρος τους είναι η κοινότητα και το σπίτι του κάθε πελάτη. Παρατηρείται ακόμα κακή αξιοποίηση των κοινωνικών λειτουργών στις θέσεις, που κατέχουν.

Διαπιστώνει την ανάγκη συνεχούς εκπαίδευσης, αλλά και την έλλειψη κινήτρων για την πραγματοποίηση αυτού του σκοπού. Διατυπώνει τον προβληματισμό για το αν αυτό είναι αποτέλεσμα υπερβολικού φόρτου εργασίας, που οδηγεί σε πνευματική απάθεια ή είναι μια αντίδραση της μεγάλης διάστασης ανάμεσα στη θεωρία και στην πράξη στην κοινωνική εργασία (Μαρούλη).

Σχετικά με το ίδιο θέμα ο Φακολάς (1980, σελ. 169) αναφέρεται ειδικότερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στην αντιμετώπιση παραγόντων που επιβαρύνουν την υγεία στα πλαίσια της κοινότητας.

Οι ίδιοι οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι πολλές φορές θύματα των ίδιων συνθηκών ανθυγιεινής εργασίας ή διαβίωσης, δείκτες των ίδιων ή ισχυρότερων επιρροών, που απειλούν την υγεία τους και δεν τους δίνουν περιθώριο να αντιδράσουν ή να ανακαλύψουν τρόπους γι' αυτό το σκοπό (υγιεινότερο τρόπο ζωής). Δεν έχουμε για παράδειγμα, αναλυτικά στατιστικά στοιχεία για το ποσοστό καρδιοπαθών αλλά ποιος μας λέει ότι το καθημερινό άγχος του δύσκολου και κοπιαστικού έργου τους δεν τους εκθέτει ανεπανόρθωτα σε τέτοιους ή σοβαρότερους κινδύνους εργασίας.

Η αναγκαιότητα ολιστικής αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας επιβάλλει αναδιάρθρωση του ρόλου τόσο του

κοινωνικού λειτουργού όσο και των άλλων επαγγελματιών υγείας, πράγμα που σημαίνει αλλαγές και στο επίπεδο εκπαίδευσής τους.

Η Κ. Παπαϊωάννου (1984, σελ. 168) αναφέρει ότι σε διεπιστημονικό σεμινάριο στις ΗΠΑ, πολλοί γιατροί τόνισαν ότι στα χρόνια της εκπαίδευσής τους η έμφαση ήταν στις σκληρές επιστήμες, δηλαδή στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων για την διάγνωση και τη θεραπεία της αρρώστιας σαν βιοϊατρικό φαινόμενο ενώ σχεδόν αγνοούσαν γνώσεις και δεξιότητες, που αναφέρονταν στην ψυχοκοινωνική πλευρά υγείας και αρρώστιας. Η έμφαση στην βιο-οργανική όψη της αρρώστιας από τους γιατρούς είναι παράλληλη με τη σχετική πτώση στην εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών ενώ μία από τις αποκλειστικές ευθύνες των κοινωνικών λειτουργών είναι η έκφραση της ψυχοκοινωνικής πλευράς της οργανικής πάθησης δίνοντας έτσι στην υγεία μια ολιστική σχέση σώματος και πνεύματος.

Ο Άγγλος γιατρός Leu Rattot (στην ίδια, Εκδοχή σελ. 166) υπογραμμίζει ότι ο μόνος ασφαλής τρόπος για να αλλάξει αυτό το κατεστημένο είναι η συστηματική και οργανωμένη συνεργασία γιατρού και κοινωνικού λειτουργού στα πλαίσια της δουλειάς τους. Ο καλύτερος χρόνος και τρόπος για να προετοιμαστούν και οι δυο είναι στη διάρκεια της εκπαίδευσής τους. Η γνώση της αξίας της συμμετοχής στην ομάδα των ειδικών είναι μια ζωτική εκπαιδευτική πορεία.

Η Σίνα Νάκου (1985, Πρ. Γ' Παν. Συν. Κ.Α., σελ. 277) υποστηρίζει ότι μέχρι τώρα οι γιατροί δεν είχαν εκπαίδευση στην κοινωνική ιατρική και με ελάχιστες

εξαιρέσεις δε δώσανε σημασία στην κοινωνική διάσταση της αρρώστιας. Η ανάπτυξη της κοινωνικής ιατρικής δε σημαίνει ότι θα υπάρχει κάποιος "κοινωνικός γιατρός" στη νοσηλευτική μονάδα, αλλά σημαίνει ότι όλοι οι γιατροί θα μάθουν να σκέπτονται και την κοινωνική πλευρά της αρρώστιας. Έτσι θα ζητούν πιο συχνά τη συνεργασία της κοινωνικής υπηρεσίας.

Οι διεθνείς τάσεις δείχνουν ότι διευρύνεται σημαντικά ο ρόλος τους κοινωνικούς λειτουργούς για την αντιμετώπιση και την πρόληψη όσο είναι δυνατό των προβλημάτων και των νέων αναγκών, που δημιουργούνται παράλληλα με την οικονομική εξέλιξη και τις κοινωνικές μεταβολές.

Σ' αυτά τα γενικά δεδομένα εμφανίζονται οι παρακάτω αναγκαιότητες:

1. Η αναβάθμιση διεύρυνση και ο εκσυγχρονισμός του ρόλου των κοινωνικών λειτουργών.
2. Επειδή η ζήτηση για παροχή κοινωνικών υπηρεσιών απασχολεί ένα συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό είναι απαραίτητος ο προγραμματισμός σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών, ανάπτυξη, οργάνωση, χρησιμοποίηση των κοινωνικών λειτουργών, που απασχολούνται στον τομέα υγείας, ώστε η εργασία να ικανοποιεί τις επιθυμίες του πληθυσμού και να επιφέρει μέσα στα πλαίσια του δυνατού ένα αξιόλογο αποτέλεσμα. Με βασικό λοιπόν στόχο την ικανοποιητική λειτουργία και αποτελεσματικότητα των κοινωνικών υπηρεσιών χρειάζεται συντονισμός προσπαθειών και αναβάθμιση της ποιότητάς τους.

3. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να έχει αρμοδιότητες και καθήκοντα, που να συντελούν στην ολοκλήρωση της πολύπλευρης δουλειάς, που θα γίνεται στα κέντρα υγείας, στα νομαρχιακά και περιφερειακά νοσοκομεία, στα διανομαρχιακά και διαπεριφερειακά νοσηλευτικά κέντρα με βασικό άξονα την εφαρμογή και των τριών μεθόδων Κοινωνικής Εργασίας.

4. Απαραίτητη επίσης είναι η συμπλήρωση των γνώσεων, με εκπαιδεύσεις, σεμινάρια, εξειδικεύσεις των κοινωνικών λειτουργών, που απασχολούνται στον τομέα υγείας και εκείνων των κοινωνικών λειτουργών που θα συμπληρώσουν τη στελέχωση των κοινωνικών υπηρεσιών του τομέα υγείας διότι οι γνώσεις αυτές προσφέρουν νέες αντιλήψεις για συστήματα υγείας προληπτικά, διαγνωστικά, θεραπευτικά (Μικοπούλου 1985, Πρ. Γ' Παν. Συν. Κ. Α., σελ. 284).

Η Καραντζά (στο ίδιο, σελ. 286) υποστηρίζει ότι για να πάρει ο κοινωνικός λειτουργός πιο ενεργό μέρος και να σταθεί σαν ισότιμο μέλος στην ομάδα υγείας, θέλει παραπάνω εκπαίδευση. Δίνονται εισαγωγικές γνώσεις που στρέφονται γύρω από το άτομο, την ομάδα, την κοινότητα και την υγεία (πληθυσμιακή υγιεινή, δημόσια υγιεινή, κοινωνική ιατρική, ψυχολογία, ψυχιατρική) έτσι που ο κοινωνικός λειτουργός να μπορεί να εργαστεί σαν επαγγελματίας βάσης στην εφαρμογή προγραμμάτων παροχής κοινωνικών υπηρεσιών. Σε καμία περίπτωση οι Σχολές δεν εκπαιδεύουν κοινωνικούς λειτουργούς για να δουλεύουν σαν στελέχη, σαν εξειδικευμένοι επαγγελματίες με προβληματικά

άτομα ή στον τομέα της υγείας σαν στελέχη με ειδικές γνώσεις και συμμετοχή ισότιμη στη θεραπευτική ομάδα ή στη διοίκηση Κοινωνικών Υπηρεσιών ή στο σχεδιασμό μέτρων Κοινωνικής Προστασίας και αλλού. Για να μπορέσει ο κοινωνικός λειτουργός να ανταποκριθεί σωστά σ' αυτούς τους ρόλους σε μια εποχή αλλαγής επιβάλλεται η ανάγκη για πανεπιστημιακή εκπαίδευση, που θα προσφέρει εξειδίκευση στους διάφορους τομείς.

Ο κοινωνικός λειτουργός χρειάζεται επιπλέον γνώσεις για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις ενός δυναμικού και όχι στατικού ρόλου, που διαμορφώνεται και εξελίσσεται όσο επιτελούνται γενικότερες κοινωνικές αλλαγές, ώστε να αντιμετωπίσει τα πολύπλοκα κοινωνικά προβλήματα ατόμου και κοινωνικών ομάδων (στο ίδιο, σελ. 286) που δημιουργούνται στη σύγχρονη κοινωνία.

Τη σημασία για την άμεση οργάνωση Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης κοινωνικών λειτουργών τονίζει και ο Ιατρίδης (1989, σελ. 86) δίνοντας ταυτόχρονα σημασία, όχι μόνο στη δράση στον πολιτικό τομέα αλλά και στην προσεκτική μελέτη του μοντέλου Πανεπιστημιακής και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης - έρευνας, που αρμόζει στις σημερινές συνθήκες και στις επόμενες δεκαετίες. Επειδή οι εκπαιδευτικές προκλήσεις και προβλήματα επιλογής και οργάνωσης της θεωρητικής ύλης και πρακτικής εξάσκησης των κοινωνικών λειτουργών, όπως και των στελεχών διδασκαλίας είναι θέματα, που αποκτούν βαθιά και μακρόχρονη προετοιμασία, η μεθόδευση τέτοιας μελέτης δεν πρέπει να καθυστερήσει.

Τονίζει ακόμη ότι απαιτείται συνεχής επιμόρφωση και αναβάθμιση των γνώσεων και τεχνικής μετά των σπουδών, ιδιαίτερα τα πέντε πρώτα χρόνια εξάσκησης του επαγγέλματος με εποπτεία πανεπιστημιακών στελεχών μετά την απόκτηση πανεπιστημιακού διπλώματος. Η επιμόρφωση αυτή απαιτεί τη δημιουργία και οργάνωση κατάλληλου επιμορφωτικού κλίματος και ευκαιριών με επιστημονικές συζητήσεις, συμπόσια, εργαστήρια, σεμινάρια, συσκέψεις καθώς και επιμορφωτικά μαθήματα για επαγγελματική κλιμάκωση στελεχών. Ο ΣΕΛΕ και τα Πανεπιστήμια πρέπει να αναλάβουν πρωτοβουλία προς αυτή την κατεύθυνση (στον ίδιο, σελ. 86).

Παρακάτω αναφέρει ότι δε νοείται επιστημονική και επαγγελματική αναβάθμιση, χωρίς ένα αποτελεσματικό υπόβαθρο σε ερευνητικές διαδικασίες και πρακτικές. Στις υπηρεσίες, και οργανώσεις, που εργάζονται κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να δημιουργηθεί μια ερευνητική παράδοση, που περιλαμβάνει συνεχή ερευνητικά έργα, κυρίως για αξιολόγηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων. Έρευνα στις διαδικασίες διεπιστημονικών ομάδων είναι επίσης βασική προϋπόθεση για την επιστημονική αναβάθμιση της Κοινωνικής Εργασίας. Η προώθηση έρευνας από συλλόγους και ομάδες κοινωνικών λειτουργών θα βελτιώσει επίσης το ερευνητικό κλίμα (Ο.Π., σελ. 86).

Ο ίδιος (1989, Κοιν. Εργ. σελ. 87) εκφράζει την πεποίθηση ότι είναι απαραίτητη η ειδίκευση των κοινωνικών λειτουργών στην Ελλάδα κατά τομείς υπηρεσιών αλλά ιδιαίτερα αποτελεί προϋπόθεση στον τομέα υγείας. Η διαδικασία επαγγελματοποίησης αυτής της ειδικότητας

απαιτεί πρόσθετα ειδικά μαθήματα και πρακτική εξάσκηση. Οι κατευθύνσεις της πρόσθετης θεωρίας, εφαρμογής και η οργάνωση για την απόκτηση ειδικότητας "Κοινωνικής Εργασίας Υγείας" καθορίζονται γενικά από τις εξής ερωτήσεις:

- Ποια είναι η σχέση ανάπτυξης Υγείας με τις συνθήκες του φυσικού, ψυχολογικού, κοινωνικού, οικονομικού και πολιτικού περιβάλλοντος; Ποιοι ψυχοκοινωνικοί άξονες της υγείας και αρρώστιας;
- Ποιος είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια Υγεία;
- Πως οργανώνεται και λειτουργεί μια διεπιστημονικής ομάδα. Ποιος είναι ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών και των άλλων που συμμετέχουν; Πως βελτιώνεται η λειτουργία τέτοιων ομάδων και ποια είναι τα κατάλληλα μοντέλα λήψης αποφάσεως;
- Ποιες διαδικασίες και θεωρία θεμελιώνουν την ψυχοκοινωνική διάγνωση, τη διαφορική διάγνωση, την αποκατάσταση υγείας;
- Πως επιτυγχάνεται η ενεργός συμμετοχή του ατόμου στην αποκατάσταση της υγείας; η συμμετοχή της κοινότητας των συστημάτων και θεσμών;
- Πως οργανώνονται οι Υπηρεσίες Υγείας; Πως συνδέονται τα διάφορα επίπεδα (πρώτο-δευτερο-τριτοβάθμιο);
- Πως σχεδιάζεται η πολιτική υγείας;

-Πως αξιολογείται το επίπεδο υγείας και επιδημιολογίας της κοινότητας; Πως βελτιώνεται;

Παράλληλα με την ανάπτυξη ειδίκευσης στην κοινωνική εργασία υγείας πρέπει να βελτιωθεί η επιστημονική βάση και έμφαση του επαγγέλματος με την αξιολόγηση της θεωρητικής και βάσης και εφαρμογής της κοινωνικής εργασίας, των αντιλήψεων του κράτους, κοινού, πελατών και οργανώσεων για την κοινωνική εργασία.

Ήδη άρχισαν ενέργειες για την πιο επιστημονική επαγγελματοποίηση του επαγγέλματος, και την βελτίωση της αμοιβής των κοινωνικών λειτουργών. Η επαγγελματοποίηση πρέπει να γίνει με βάση την επιλογή συγκεκριμένων στόχων σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα μέσα στο πλαίσιο ενός σχεδίου στρατηγικής επαγγελματικής ανάπτυξης κατά τομείς Υπηρεσιών (Πρόνοια, Υγεία, κοινωνικό Σχεδιασμό, κ.λ.π)(Ιατρίδης, 1989, σελ. 87).

Τη συνεχή εκπαίδευση στην κοινωνική εργασία τονίζει η Ε. Αγάθωνος-Μαρούλη (1980, σελ. 175-176), τεκμηριώνοντάς τη με το σκεπτικό, ότι εφόσον ο κοινωνικός λειτουργός αντιμετωπίζει τον άνθρωπο μέσα στον κοινωνικό του περίγυρο και εφόσον οι κοινωνικές συνθήκες αλλάζουν πρέπει σαν επαγγελματίας να είναι συνεχώς έτοιμος για την αντιμετώπιση της αδιάκοπης αυτής αλλαγής, ιδιαίτερα όταν στην καθημερινή δουλειά του τα εργαλεία και οι πανάκειες του δεν είναι κάποια ή συνταγές αλλά η προσωπικότητα και οι γνώσεις του. Η συνεχής εκπαίδευση προσφέρει όχι μόνο πιο πολλές γνώσεις αλλά και επανεκτίμηση του εαυτού και της αξίας του.

Παρακάτω διαπιστώνει ότι υπάρχει έλλειψη κινήτρων για συνεχή εκπαίδευση και διατυπώνει τον προβληματισμό αν αυτό είναι αποτέλεσμα υπερβολικού φόρτου εργασίας που οδηγεί σε μια πνευματική απάθεια ή είναι μια αντίδραση στη μεγάλη διάσταση ανάμεσα στη θεωρία και στην πράξη στην κοινωνική εργασία. Ιδιαίτερα στην Ελλάδα θα πρέπει να προστεθεί ο φόρτος εργασίας, η συχνή κακή αξιοποίηση των κοινωνικών λειτουργών στις θέσεις, που κατέχουν. Η υπερβολική γραφειοκρατία τους καθλώνει στο μέσα γραφείο ενώ ο χώρος τους είναι η κοινότητα και το σπίτι του κάθε πελάτη (Ο.Π. σελ. 176). Η σημερινή τάξη στην εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών, όπως και σ' όλες τις επιστήμες του ανθρώπου είναι η απομάκρυνση από την υπερειδίκευση και η επιστροφή σε μια γενικότερη πληρέστερη μόρφωση που ανταποκρίνεται στην αντιμετώπιση του ατόμου σαν όλον. Έμφαση δίνεται όχι τόσο στην αναζήτηση νέων τεχνικών αλλά σε περισσότερη φαντασία, ευελιξία, επινόητικότητα και στην ικανότητα να μπορεί να οργανώνει τις γνώσεις του (Ο.Π., σελ. 176)

Την σημασία της συνεχούς απόκτησης και ανανέωσης γνώσεων από τους εκπροσώπους όλων των διαφορετικών επιστημονικών κατευθύνσεων των μελών μιας διεπιστημονικής ομάδας, το ξεκαθάρισμα των διαφορετικών προσφορών και την αναγνώριση της σημασίας της συνεργασίας τους στην ολιστική αντιμετώπιση του αρρώστου τονίζει και η Κ. Παπαϊωάννου (1988, σελ. 11).

Ειδικά προγράμματα, που διευρύνουν την κατεύθυνση του ατόμου ως αδιάσπαστης ολότητας και ενημερώνουν τους επιστήμονες της ομάδας για την ορολογία και τις

ιδιαιτερότητες κάθε μέλους της, συντελούν στην επιτυχία της συνεργασίας τους προς όφελος πάντα του αρρώστου και της οικογένειάς του.

Μερικά συμπεράσματα για την καλύτερη απόδοση των διεπιστημονικών ομάδων μπορούν να συνοψιστούν στα εξής:

1. Διασαφήνιση των διαφορετικών αλλά σημαντικότερων προσφορών του κάθε μέλους.
2. Διαφοροποίηση των πλαισίων, όπου το μοντέλο της αοστηρής συνεργασίας των ειδικών είναι απαραίτητο και αυτών, που μια μεγαλύτερη ελαστικότητα αρκεί.
3. Οι περισσότερες ομάδες ειδικών αποτυγχάνουν, γιατί σχεδόν με αφέλεια περιμένουν ότι θα προχωρήσει μόνη της η συνεργασία.
4. Επανεξέταση συγκεκριμένων περιοχών της εκπαίδευσης των μελών, όπου ίσως υπάρχουν ακόμη λανθασμένες τοποθετήσεις για το ρόλο, τη συμπεριφορά τη δύναμη εξουσίας, που έχει ο κάθε εκπρόσωπος αλλά και την πιθανότητα ύπαρξης κενών ή αδυναμιών σε κάθε επαγγελματία.
5. Πλήρης γνώση της ειδικής προσφοράς του κάθε μέλους ώστε να μην αναμειγνύονται σε άλλες εκτός από τη δική του σημαντικότερη αλλά διαφορετική περιοχή, κάτι που δημιουργεί συγκρούσεις, παρανοήσεις και όχι ευνοϊκές για συνεργασία και αποτελεσματικότητα συνθήκες, με αποτέλεσμα τον διαχωρισμό και την απομόνωση του κάθε μέλους της διεπιστημονικής ομάδας, κατάσταση, που συχνά έχει σαν αποτέλεσμα τον καταταραχισμό του

αρρώστου και της οικογένειάς του κατά ειδικότητα (Κ. Παπαϊωνάννου, 1988, σελ. 11).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'

Αρ.Π. Προν. ΟΑ. 691 Αθήναι, 14-2-1956

Π Ρ Ο Γ Ρ Α Μ Μ Α

Έργα της πύξ καρά Κοσσοκομείοις Κοινωνικῶν Λειτουργῶν

Ἡ Κοινωνική Ἔργασία καρά Κοσσοκομείοις ἀποσκοπεῖ εἰς τήν μελέτην τοῦ ἀσθενοῦς καί τῆς κοινωνικῆς αὐτοῦ θέσεως ὥστε τό ἐπιστημονικόν προσωπικόν τοῦ Κοσσοκομείου νά ἀρξῆται ἐκ τούτου πάντα τά ἀπορική στοιχεῖα τά ἀναγόμενα εἰς τοῦς Κοινωνικοῦς καί συναισθηματικοῦς παράγοντας, οἱ ὅποιοι ἐπηρεάζουσι ἢ καί ἐπηρεάζονται ἀπό τήν πάθησιν τοῦ ἀσθενοῦς καί συντελεῖ ὥστε νά ἐγληματοσθῆ οὗτος πρὸς τήν πάθησιν του καί νά ἐκπυλεθῆ ἀπό τήν παραγωγένην αὐτοῦ ἱατρικήν καί κοινωνικήν ὑπηρεσίαν.

Διὰ τῆς κοινωνικῆς ἔργασίας ἐκεί περιελάσκειν ἀσθενῶν ἢ μελῶν τῆς οἰκογενείας του κερδίζονται εἰς τήν ἀσθεῖα ἢ ἀσθένεια νά κατανοήσῃ καί ἀντιμετώπιζῃ καί νά χρησιμοκοιῆ τῆς ἐκένεργείας του πρὸς ταυτοκοίησιν τῶν ἀπασχολουμένων αὐτοῦ προβλημάτων.

Ἡ Κοινωνική Ἔργασία καρά Κοσσοκομείοις συντελεῖται καρά τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν.

Ἔργων τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν τούτων εἶναι καί ἐκτελεζόμενα:

α) τῶν περιπτώσεων τῶν ἀσθενῶν εἴτε αὐτοὶ ἠκοπίζονται ἐμέως εἰς τήν ἀντιλήψιν τῶν, εἴτε ὑποδεικνύονται καρά τῆς ἔργασίας τοῦ Κοσσοκομείου, εἴτε πῶθεντι ἀσθενῶν αὐτοῦ καρά αὐτοῦ τούτων τοῦ ἀσθενοῦς ἢ τῶν συγγενῶν αὐτοῦ καί ἄλλοθεν.

β) τοῦ ἐν πάσῃ λακκομερεία ἱστορικοῦ τοῦ ἀσθενοῦς πρὸς ἀκοβοσθῆσιν τοῦ ἔργου τοῦ ἱατροῦ, ἔσον ἀκορά τήν διέγνωσιν τῆς νόσου.

γ) τῶν οἰκογενειακῶν προβλημάτων τῶν ἀπασχολουμένων τῶν ἀσθενῶν καί ἐπηρεάζοντων δυσμενῶς τῆς ἀποτελέσματα τῆς ἐπ' αὐτοῦ ἀπασχολουμένης θεραπείας.

δ) τῶν οἰκονομικῶν προβλημάτων τῶν ἐμέων ἀναγκῶν τῆς οἰκογενείας τῆς παροχῆς διευκολύνσεων διὰ τήν μεταφοράν τοῦ ἀσθενοῦς ἀπό θεραπευτηρίου εἰς ἕτερον ἢ κατὰ τήν ἐριστικήν ἐξέσθου του.

ε) τῶν ψυχολογικῶν προβλημάτων πρὸς ἐγχειρήσεις ἀνησυχίας δι' ἀναπυρεῖαν, ἀνησυχία δι' ἔργασίαν μετὰ τήν ἔσθιν κ.τ.λ.

των ασθενών της έρδομάδος.

6. Παισιμαφείας εις τας υπηρεσίας ή οργανισμούς, καθ' ημιουμέραν μετά τούτων έποφειλούς συνεργασίας προς επίλυσιν παρουνικαιωμένων έκάστοτε προβλημάτων.

7. Τηρήσεως φακέλλου δε' έκάστην περίπτωσιν ασθενοῦς.

8. Τηρήσεως έδωκετέρου πρωτοκόλλου τής καθ' αὐτῆς διαξαγομένης ἀλληλογραφίας.

Έκ πάντων τῶν άνωτέρω παρά τής Κοιν. Διευτηριοῦ θά τηρήται τό άπολύτως καθ' αὐστηρίως, άπόρρητον, πληροφορλαί θά έπιτρέπεται νά δίδονται εις τόν παρακολουθούντα. Ίατρον καθ' τήν προϋπιωμένην άδελφήν, άρ' όσον αὐται θά θεωροῦνται άναγκαΐαι εις τήν φαρμακευτικήν μεταχείρησιν τοῦ ασθενοῦς.

9. Τηρήσεως στατιστικῶν στοιχείων.

10. Συμμετοχῆς εις μελέτας ή συζητήσεις τοῦ επιστημονικοῦ προσωπικοῦ τοῦ Νοσοκομείου καθά τας όποίας θά καθέχη τῆς υπηρεσίας των βάσει τῶν καθ' αὐτῆς συγκεκριμένων στοιχείων έκ τῶν κοινωνικῶν καθ' ψυχολογικῶν παραγόντων τῶν επηρεαζόντων τήν κατέστασιν τοῦ ασθενοῦς.

στ) Τῆς μερίμνης δι' εἰσαγωγήν εἰς εἰδικόν θεραπευτήριον τοῦ ἰσθενοῦς μετὰ τὴν κλινικὴν θεραπείαν τοῦ, ἐφ' ὅσον συντρέχει τοιαύτη ἀνάγκη.

ζ) Τῆς παρακολούθησης τοῦ ἰσθενοῦς, μετὰ τὴν τελικὴν ἐξοδὸν τοῦ ἐκ τοῦ Νοσηλευτικοῦ Ἰδρυμάτος.

η) Τῆς μερίμνης διὰ ἐπιτελεστέου γαλιαντικῆν ἀναπροσάρμοσιν ἀνάλογως πρὸς τὰς ὑφιστάμενας πρὸς ἐργασίαν ἐκινότητος τοῦ ὑποστάντος τὴν θεραπείαν.

Μέθοδος Ἐργασίας Κοινωνικῶν Λειτουργιῶν

Ἡ Κοινωνικὴ Λειτουργία ἐπιτελεῖ τὸ ἔργον τῆς διὰ :

- α) Συνεντεύξεων μετὰ τῶν ἰσθενῶν εἰς τὸν θάλαμον ἢ εἰς τὸ γραφεῖον τῆς.
- β) Συνεντεύξεων μετὰ τῶν συγγενῶν τοῦ ἰσθενοῦς κατ' οἶκον ἢ εἰς τὸ γραφεῖον τῆς.
- γ) Σημιτοχῆς εἰς τὰς ἐπισκέψεις πρὸς τῶν καθηγητῶν ἢ ἐπιμελητῶν τῶν ἰσθενῶν τοῦλάχιστον ἁπὸ τῆς ἐβδομάδος.
- δ) Ἐπισκέψεων εἰς ὑψημοὺς ἢ ἀργυρομύτους καὶ διημιουργίαν μετὰ τούτων ἐπιτελεῖς συνεργασίας πρὸς ἐπίλυσιν παρουσταζομένων ἐκείστοτε προβλημάτων εἰς περιπτώσεις ὅτε χρειάζεται.
- ε) Τηλεφωνικῶν ἐπισκέψεων ἀνὰ λόγους τῶν παρουσταζομένων ἐπιτελεῖς ἀναγκαῶν πρὸς ἐπίτευξιν τοῦ καθ' ἑαυτῆς ἐπιτελεστέου σκοποῦ.
- στ) Τηρήσεως φηκέλλου δι' ἐκείσιν περιπτώσιν ἰσθενοῦς.
- ζ) Τηρήσεως ἀδελφειοῦ κρατοκάλλου τῆς καθ' ἑαυτῆς δι' ἐξεταστέου ἀλληλογραφίας.
- η) Ἐπίσκεψιν τῶν ἀδελφῶν πρὸς τὴν Κοινωνικὴν Λειτουργίαν τῆς τῆς ἀπολύτως καὶ ἀσπληνῆς ἀπὸ τῆς Πληθόκορίας, ἢ ἐπιτελεῖται ἐν δίδονται εἰς τὸν παρακολουθοῦντα ἑκόν καὶ τὴν Προϊσταμένην Ἀδελφὴν ἐφ' ὅσον αὐτῆσι θά θεωρῶνται διὰ τὴν θεραπευτικὴν μετὰχείρησιν τοῦ ἰσθενοῦς.
- θ) Τηρήσεως στατιστικῶν στοιχείων κατὰ τὸ ἐκτελεσθέν ἀπόδειξις ὑποβληθέντων μηνιαίως μετὰ περιληπτικῆς ἐκθέσεως ἐργασίας εἰς τὸ Γραφεῖον Ἰσθενῶν καὶ τὸν Τομεάρχην.
- θ) Σημιτοχῆς τῆς μελέτης ἢ τῆς ἀυξησέως τοῦ ἐπιστημονικοῦ προσωπικοῦ τοῦ Νοσηλευτικοῦ κατὰ τὰς ὁποίας θά παρέχῃ τὰς ὑπηρεσίας τῆς βίβει αὐτῆς συγκεντρωθέντων στοιχείων ἐπὶ τῶν Κοινωνικῶν καὶ ψυχολογικῶν καθήκοντων τῶν ἐπιτελεστέων τὴν κατ' ἑαυτῆς τῆς ἰσθενοῦς.

Πράγραμμα δι' Ιατροκοινωνικήν Λειτουργίαν

Τό έργον τής Ιατροκοινωνικής Λειτουργού είναι κυρίως νά φροντίζη ώστε ὁ ἄσθενής νά ἐπιφεληται ὅσον τό δυνατόν, περισσότερο τῶν εὐεργατημάτων ἐκ τής προνοίας του εἰς τό Νοσοκομεῖον, βοηθοῦσθ ἤθικῶς καί εἰς τήν πράξιν.

Ἡ Ιατροκοινωνική Λειτουργός πρέπει νά εἶναι ὁ συνδετικός κρίκος μεταξύ τοῦ ἄσθενούς ἐντός τοῦ Νοσοκομείου καί τοῦ ἐξωτερικοῦ κόσμου. Δι' τάν λόγον αὐτόν πρέπει νά γνωρίζη τοὺς κρατικούς, καίνοτικούς καί ἰδιωτικούς κερτ- γοντες ἡπό τοὺς ὁποίους, ὑπάρχει πιθανότης νά λάβῃ βοήθειαν δι' τόν ἄσθενή.

Ἡ Κοινωνική Λειτουργός ἀντιπροσωπεύει εἰς τό Νοσοκομεῖον τήν γὰρ εἰς τής κοινωνικής καταστάσεως) τοῦ ἄσθενούς. Ἀπ' αὐτήν ὁ Ἴατρος καί ἡ Ἀδελφή Νοσοκόμος, μπορεί νά εἶναι βέβαιοι, ὅτι θά λαμβάνουν πληροφορίες βραδύζομενες εἰς τήν πραγματικότητα.

Ὁ Ἴατρος καί ἡ Ἀδελφή θά συναντῶνται νά ἀναθέτουν εἰς τήν Κοινωνικήν Λειτουργίαν καθ' ἑκάστην ἡμέραν τήν γὰρ τούς ἔχει ἀνάγκην-κοινωνι- κοοικονομικῆς καί ψυχολογικῆς βοηθείας. Ἐν συνεφεροίῃ μετὰ τοῦ Ἴατροῦ ἡ Κοι- νωνική Λειτουργός πρέπει νά φροντίζη δι' τόν ἄσθενή μετὰ τήν ἔξοδον ἐκ τοῦ Νοσοκομείου ἀπὸ θαλάμων, ὡς τής ἀνάγκης του, δι' ἀνάγκην, δι' περιπτώσεις περι- τέρω θεραπεύσεως καί ἐκταγματικῆν ἀποκατάστασιν καί ἐκκίνησιν ὡς καί δι' τήν τοποθέτησιν τοῦ ἄσθενούς εἰς τήν προσημιάν θέσιν τοῦ ἢ εἰς ἄλλην καταλληλοτέ- ρην ἐργασίαν.

Ἡ Κοινωνική Λειτουργός θά εἶναι πάντα πρόθυμη νά συζητή μετ' ὁν ἄσθενή καθε του πρόβλημα τό ὁποῖον θά τόν ἐκπέσει καί θά συσχερίσινε τήν ἀποθε- ρακείαν του. Ἀκόμη καί εἰς περιπτώσεις κατὰ τίς, ὁποῖας δέν ὑπάρχει δυνατότης προχῆς πρακτικῆς βοηθείας δέν πρέπει νά ὑποβιβάζωνται τήν ἄξιαν ποῦ ἔχει μία συζητήσις ἐπί τοῦ πρόβλη-τος μέ ἐν ἔξοχων πρῶτονον. Αὐτή τῆ αὐτή ἢ συζητή- σις μετ' ὁν ἄσθενή εἰς κολλῆς περιπτώσεις, δύναται νά τόν βοηθήσῃ νά δῇ τήν κα- τήσισιν του, ἀπό μίαν πρὸ ἀντικειμενικῆν ὀψιν.

Ἡ Κοινωνική Λειτουργός θά εἶναι προσιτή καί εἰς τοὺς συγγενεῖς τοῦ ἄσθενούς. Ἐν συναντῶνται νά τήν συμβουλεύωνται δι' τῶν οἰκονομικῶν, συνταξομημα- τικῶν καί ὄλων ἐν γένει τῶν προβλημάτων, τῶν σχεσεί μετ' ὁν ἄσθενή. Ἡ Κοινωνική Λειτουργός θά ἐπισκεπτεται, ἔν ὑπάρχη ἀνάγκη, τό σπίτι τοῦ ἄσθενούς δι' νά συ- ζητήσῃ ἐπί τῶν ἀσχερειῶν τῆς οἰκογενείας καί νά τοὺς βοηθήσῃ νά προβοῦν, εἰς διαφόρους ἐνεργείας δι' τόν ἄσθενή. Ἡ Κοινωνική Λειτουργός ἢ βοηθῇ τόν ἄσθε- νή εἰς τὰς σχέσεις του μετ' ἄλλους ὑπηρεσίας μετ' ἀσφαλιστικῆς ἀντικειμενικῆς κ.τ.λ. καί θά τόν βοηθῇ εἰς τήν ὑποβολήν ἀιτήσεων, συντάξιν, ἐπιστολῶν κ.τ.λ. ὅταν ὑπάρχη ἀνάγκη.

Εφόσον τό εκτετατεί ο Ιατρός, ή Κοινωνική Λειτουργός θά τόν βοη-
θή εἰς τήν σύνταξι ἐκθέσεων ἐπί τῆς κοινωνικῆς καταστάσεως τοῦ ἰσθενοῦς, πρῆλο-
πόποτον μπορεῖ νά τόν βοηθήσῃ εἰς τήν ἀνάγνωσιν τῆς ἰσθενείας του ὅταν συνήθως
ὑπάρχουν ψυχολογικοί καί κοινωνικοί παράγοντες. εἰς τήν ζωὴν ἐκός ἰσθενοῦς, οἱ
ὁποῖοι μποροῦν νά ἐκτελέσουν ἐπί τῆς παρουσίας ἰσθενείας, ἔβω ἀπό τῆ Νοσοκομείον
ή Κοινωνική Λειτουργός θά προσκοθήσῃ νά ἔλθῃ εἰς στενήν ἐπαφὴν μέ ἄλλα Νοσοκο-
μεῖα, Ἰδρύματα καί Ἀντιπροσωπεῖες, οὕτως ὥστε νά ὑπάρχῃ στενή συνεργασία μετ'
αὐτῶν εἰς τήν συνταγῶν των διὰ τήν περίκτωσιν τοῦ ἰσθενοῦς.

Ἡ Κοινωνική Λειτουργός θά πρέπει νά ἔχη ζωτικότητα καί νά εἶναι
ἐπιβεβλημένη εἰς παντός εἶδους συνεννοήσεις, τί ἀποῖσι τελικῶς θά ἔκωναν τήν παραμο-
νήν τοῦ ἰσθενοῦς. ἐν τῷ Νοσοκομείῳ εὐκολιτέραν ἢ τήν μετέπειτα φροντίδα του ἀπο-
τελεσματικωτέραν καί ποτέ δέν πρέπει νά διατίσῃ νά ἐκφέρῃ τήν γνώμην της, ἔνα
προτείνῃ ὅτι δῆποτε εἰς τήν ἐκτελέσῃν τοῦ Νοσοκομείου ἢ τῷ Υπουργείῳ Κοινωνι-
κῆς Προνοίας.

Π Ε Ρ Ι

τῶν καθήκόντων τῶν ἑργοδότητῶν τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν

Α. Πρὸ τῆς εἰσόδου τοῦ ἰσθενοῦς εἰς τὸ Νοσοκομεῖον

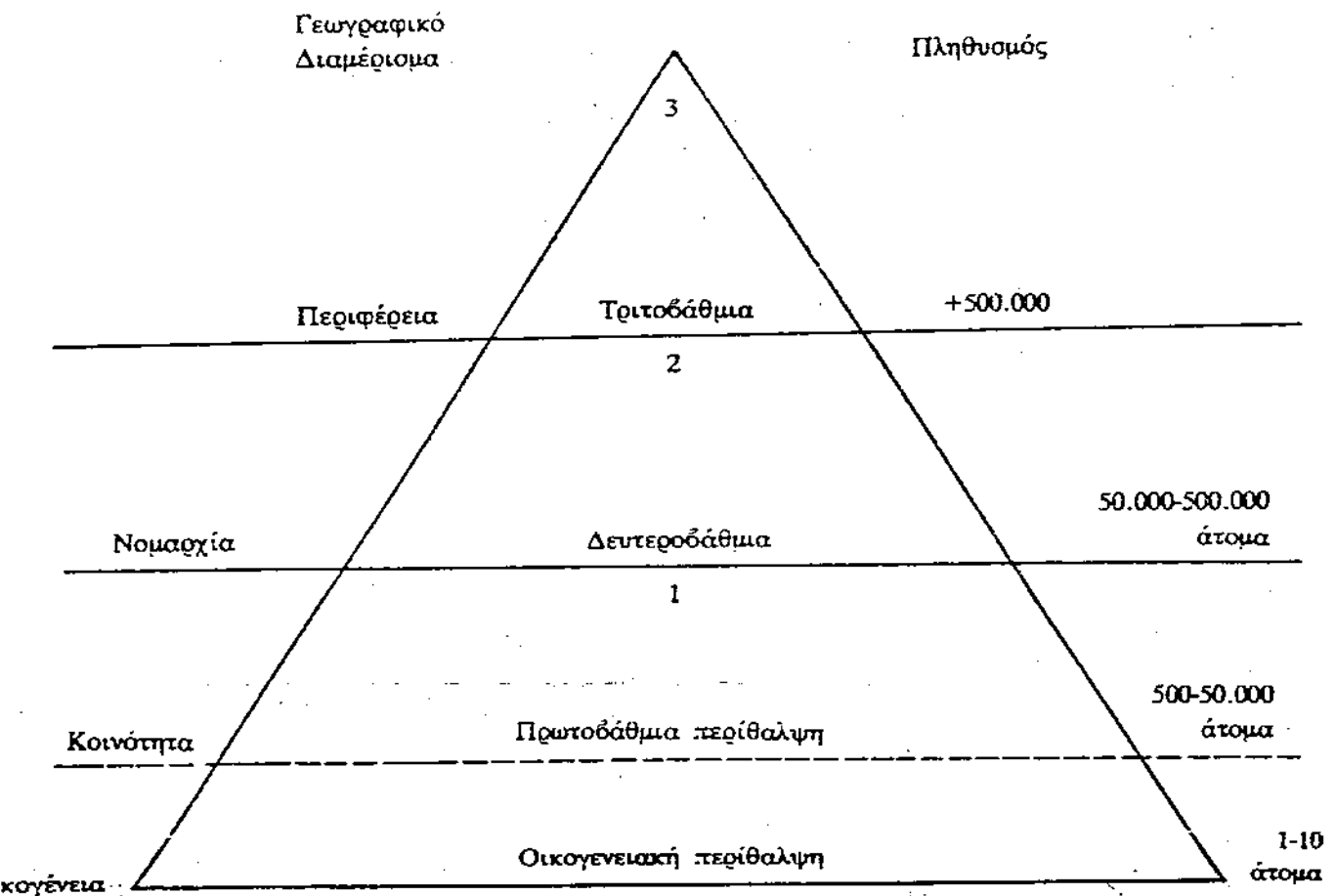
- 1) Προσκομίσει τοῦ ἰσθενοῦς καί τῆς οἰκογενείας τουτοι πρὸς παραδοχὴν τῆς ἀνάγ-
κης εἰσαγωγῆς τοῦ ἰσθενοῦς εἰς τὸ Ἰατρεῖο ἢ Νοσηλεῖς τοῦτοῦ κατ'οἶκον.
- 2) Ἐρευνᾷ τῶν κοινωνικοοικονομικῶν συνθηκῶν τοῦ ἰσθενοῦς καί ἐνημέρωσις τοῦ θε-
ρηγοντος ἰατροῦ ἐπί τῶν ὑφισταμένων συνθηκῶν.
- 3) Καταστάσει τῶν ἰσθενοῦν ἐπί τῶν παρεχομένων ἀπό τοῦ Νοσοκομείου ὑπηρεσιῶν
καί τῶν ὑπάρχουσῶν εἰς τήν Κοινότητος Πηγῶν Βοηθείας, πρὸς ἠξιοποίησιν τούτων.

Β. Κατ' τὴν περίοδον νοσηλείας τοῦ ἰσθενοῦς

- 1) Βοηθεῖ τοῦ ἰσθενοῦς διὰ τήν καλὴν προσαρμογὴν του εἰς τὴν περιβάλλοντα τοῦ
Νοσοκομείου.
- 2) Πρακτικὴ κοινωνικὴ μελέτη τοῦ ἰσθενοῦς καί ἐκτελέσει τῶν θεραπευτικῶν προγράμ-
ματος τοῦ ἰατροῦ διὰ τῆς ἐρμηνείας τῶν πορισμάτων τῆς ἰσθ. ἔνα μελέτης.
- 3) Κοινωνικὴ ἐργασία μετὰ τοῦ ἰσθενοῦς καί τῆς οἰκογενείας του με σκοπὸν τὴν
συνεχῆ συμμετοχὴν εἰς τὴν ὅλην Θεραπείαν, ὡς καί τὴν ἀμβλυοσιν τῶν
παράγοντων ἐκείνων οἵτινες ἀδυνατὸν νά παρεμποδίσουν τὴν συμμετοχὴν τοῦ αὐτοῦ.
- 4) Ἐνημέρωσις τῶν ἑργοδότην Ἰατροδότην ἐπί τυχόν εἰδικῶν προβλημάτων ἰσθενοῦν
πρὸς ἀπὸ κοινῶς ἀντιλήπτῳ λύσει.

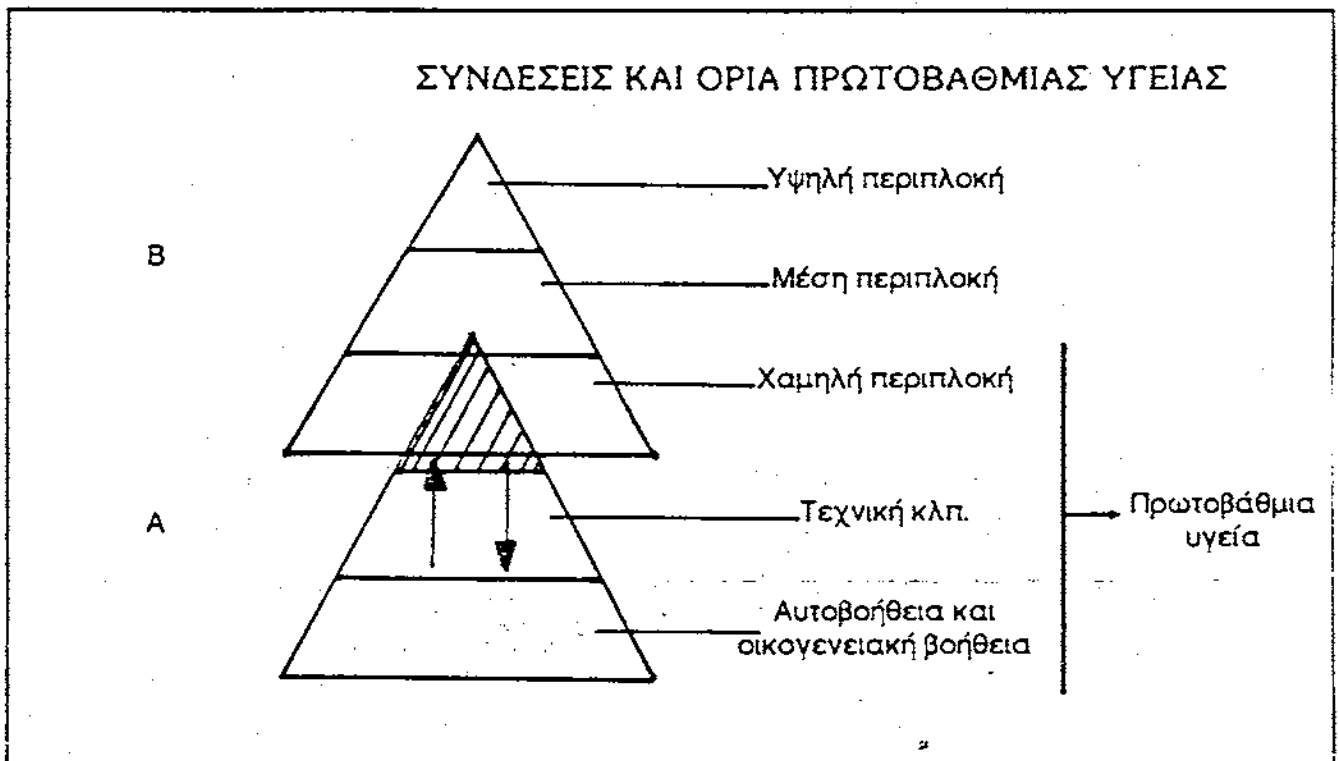
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ I



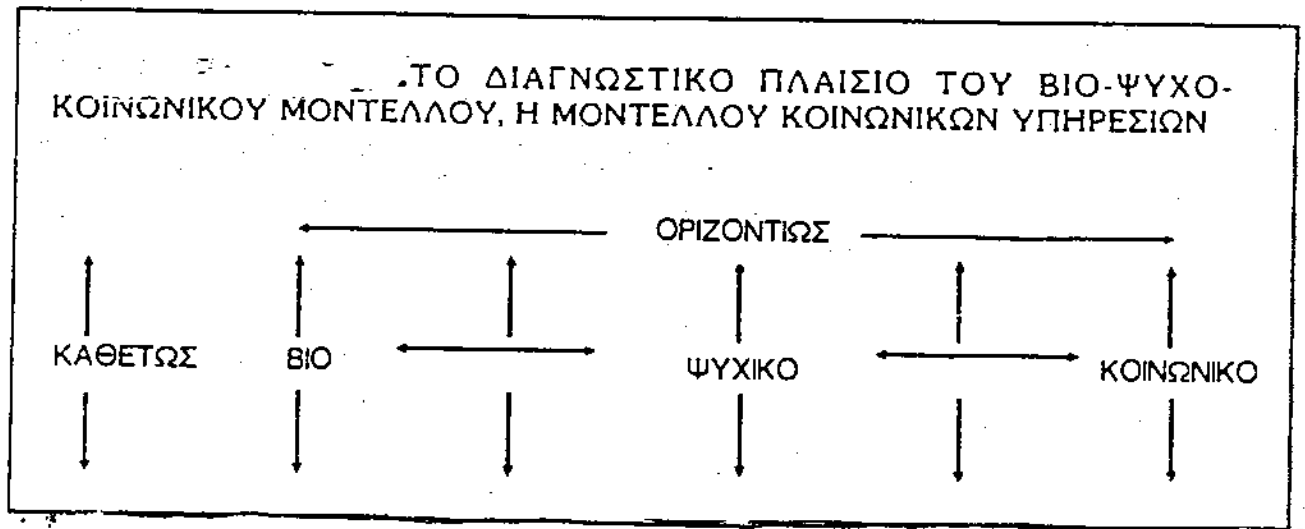
Κφαντόπουλος Γ., "Ο προγραμματισμός του τόπου
 χείρας στην Ελλάδα", Αθήνα 1988, σελ. 48

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΙΓ



Ιατρίδης Δ., "Κοινωνική Εργασία και Υγεία", περ. "Κοινωνική Εργασία", 1989, τευχ. 14, σελ. 83

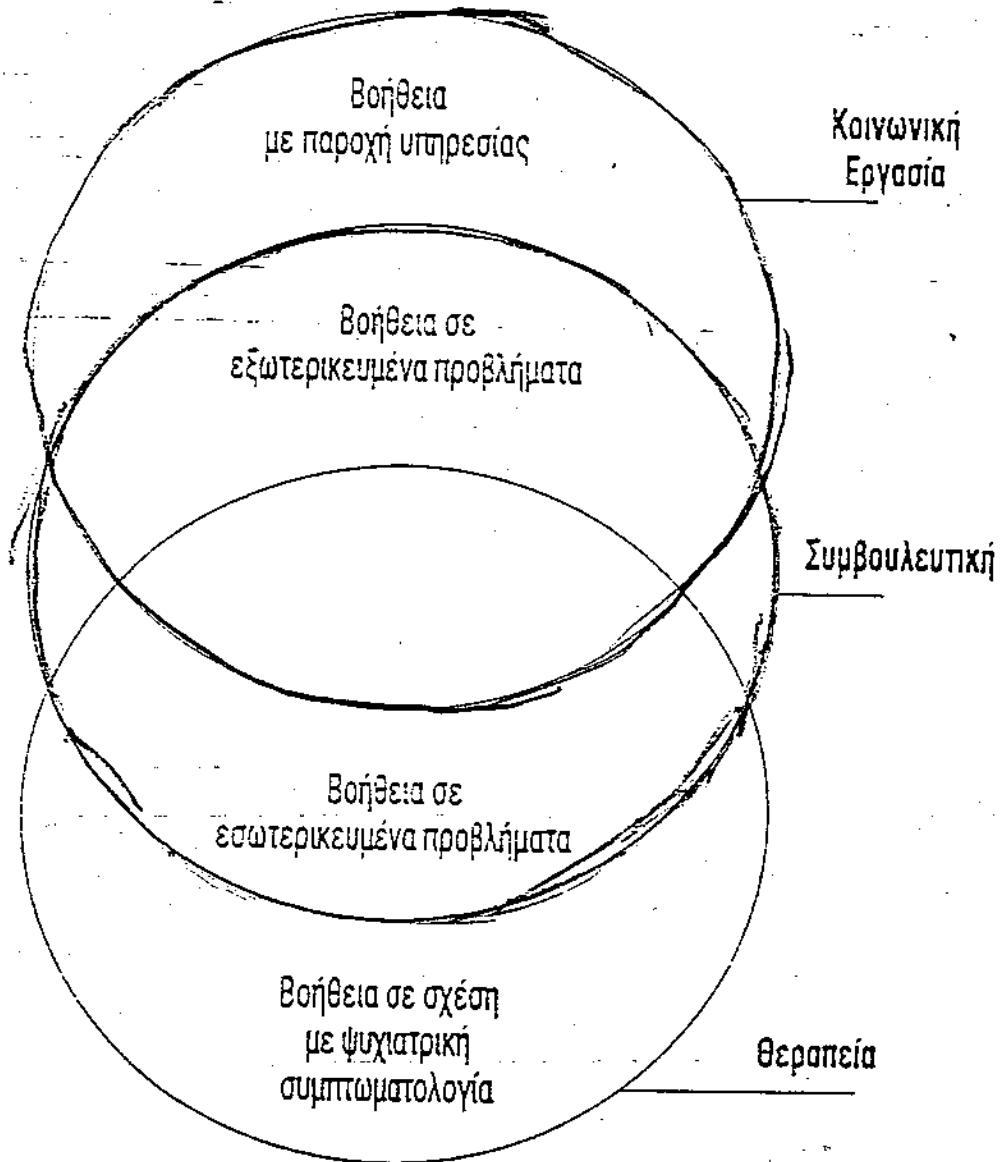
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΙΙΓ



Γαρυδης Δ. "Κοινωνική Εργασία και Υγεία", σελ. "Κοινωνική Εργασία", 1989, τευχ. 14, σελ. 76

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

IV



Δημοπούλου Μ., "Συμβουλευτική σε λατροκοινωνικές υπηρεσίες", περ. "Κοινωνική εργασία", 1999, τευχ. 27, σελ. 169

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΜΟΝΤΕΛΛΩΝ

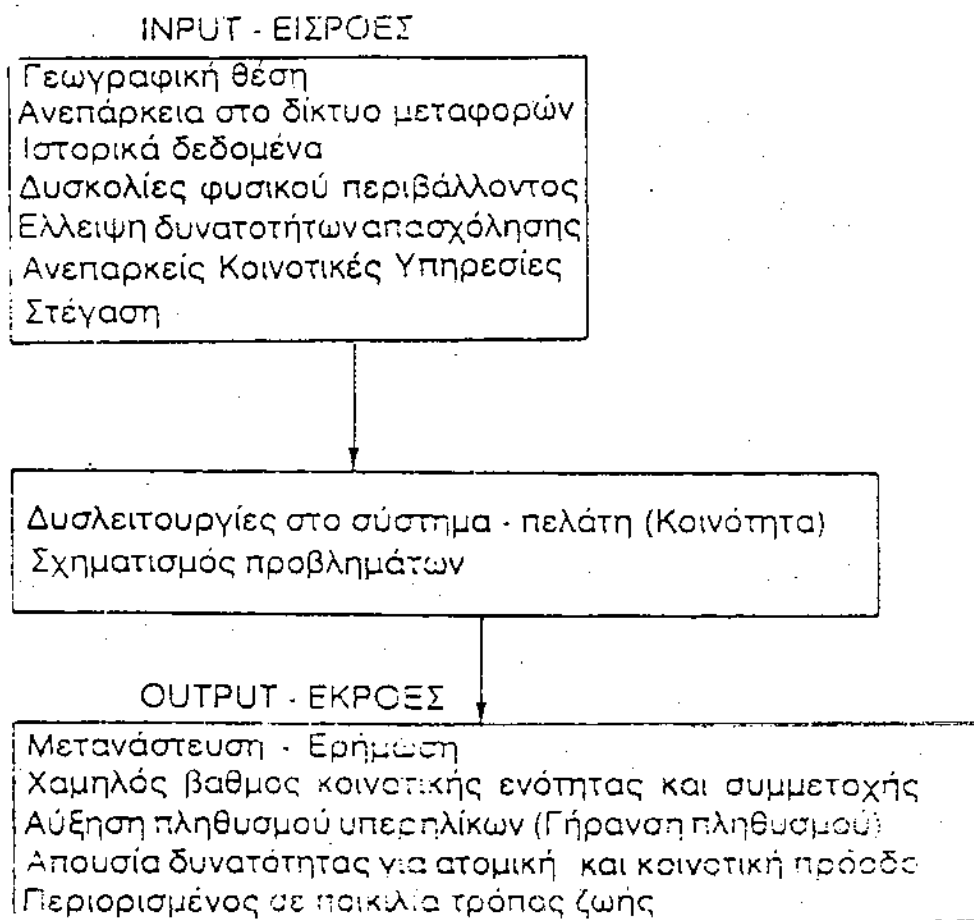
(Α) ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	(Β) ΙΑΤΡΙΚΟ - ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ	(Γ) ΒΙΟ-ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ
Προσανατολισμός προς αρρώστια	Ασθένεια θεωρείται εκτροχιασμός του σώματος	Ελλειψη υγείας ως έκφραση ανισορροπίας μεταξύ διενέργειας διαφόρων περιβαλλόντων
Εμφαση διαδικασίας	Μελέτη και θεραπεία αρρώστειας	Μελέτη και ανάπτυξη υγείας
Φύση	Υγεία εξισούται με έλλειψη αρρώστειας	Υγεία θεωρείται η μεγιστοποίηση του ευζείν
Αιτία	Εδρεύει στις βιοχημικές και οργανικές λειτουργίες του σώματος (Υπεραπλοποίηση)	Αναγνώριση διαφόρων τύπων επίδρασης μεταξύ πολλαπλών επιπέδων (Περιεκτικό)
Είδος παρέμβασης	Εξωγενής θεραπεία	Παρώτρυνση της εσωτερικής ικανότητας για ίαση
Ρόλος επαγγελματία υγείας	Λειτουργός εξωτερικής θεραπείας	Διευκόλυνσης της διαδικασίας ίασης
Ρόλος αρρώστου	Παθητικός, αποδεχόμενος ιατρική παρέμβαση, συνεργατικός	Ενεργός, διευθύνων την διαδικασία ίασης

Ιατρούδης Δ. - "Κοινωνική Θεραπεία και Υγεία", περ. "Κοινωνική Θεραπεία", 1989, τόμος 14, σελ. 77.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ'

ΣΧΗΜΑ Ι

Αιτιολογικοί παράγοντες στη δημιουργία προβλημάτων στις νησιωτικές κοινότητες



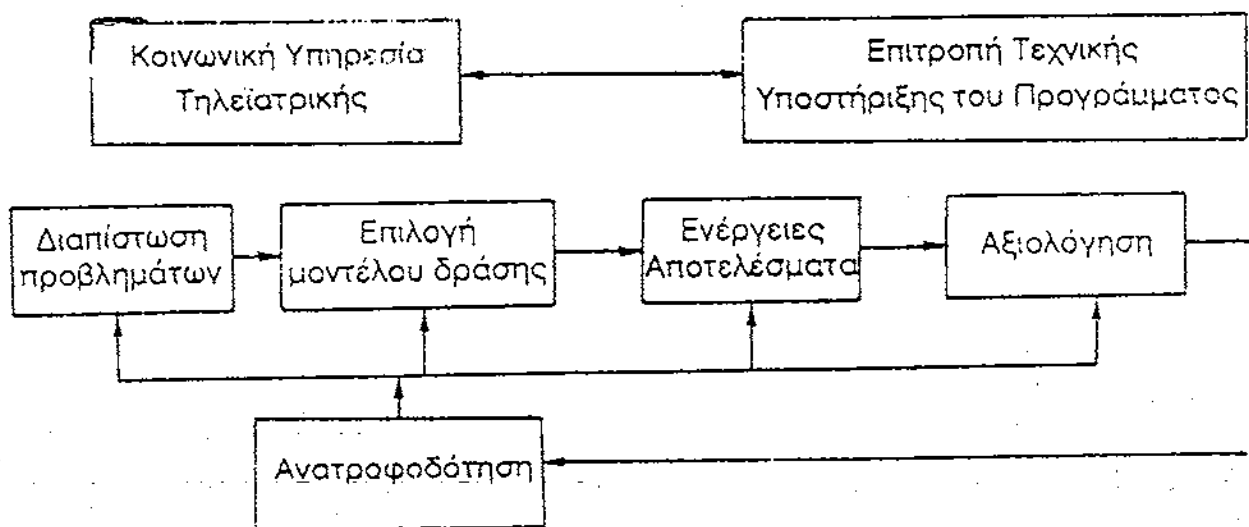
Μπούτσια Β. Β., Χατζάτου Φ.

, Παπακού Βου Μ., Τζώρτζου Α.,

ΠΕΡ" Εκδοχή, Ιούλιο - Αύγουστος - Σεπτέμβριος 1991,

σελ. 199.

ΣΧΗΜΑ ΙΙ



Μπούταλης Β., Κατσίκι Φ.,

Νακοπούλου Μ., Τζώρτσου Α.,

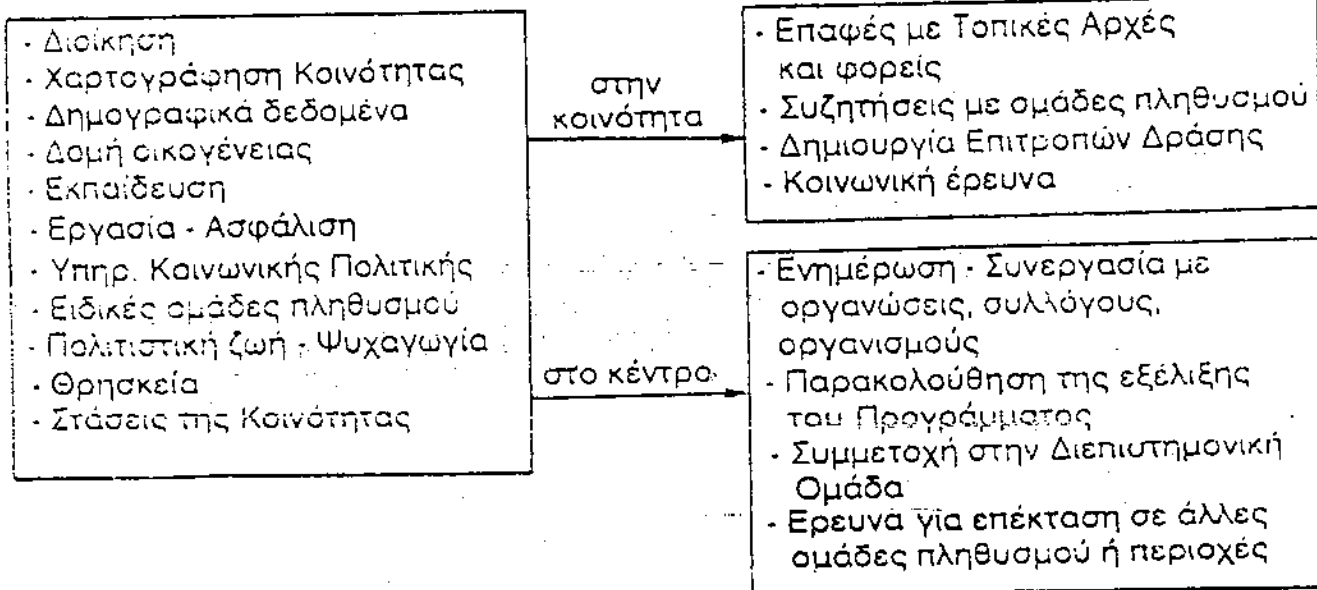
«Εκδοχή», Ιούλιος-Αύγουστος - Σεπτέμβριος 1998,

σελ. 191

ΣΧΗΜΑ ΙΙΙ

Τομείς απασχόλησης του
κοινωνικού λειτουργού

Μέθοδοι και Τεχνικές Παρέμβασης



Μπούντζαλης Β., Μαυροπούλου Μ., Τζώρτζου Α.,
Χατζάει Φ., περ. "Εκδοχή", Ιούλιος - Αύγουστος -
Σεπτέμβριος 1991, σελ. 194

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βασικά Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας.
- Breerly Judith, "Το άγχος και η αντιμετώπιση του σε οργανώσεις υγείας : δυνατότητες για την Κοινωνική Εργασία", περ. "Εκλογή" Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος 1991, σελ.14-24.
- Γιαννουλάτος Πέτρος, Πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα 1985, σελ.280-281, σελ.288-289.
- Γιδοπούλου Κούλα, Πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα 1985, σελ.275-276.
- Γρίβα Κλεάνθη, "Δημόσια Υγεία ή η κακοποίηση της κοινωνικοποίησης", Εκδόσεις Στοχαστής, Αθήνα 1984.
- Δημοπούλου - Λαγωνίκα Μαρία, "Συμβουλευτική σε Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες", περ. "Κοινωνική Εργασία", 1992, τευχ.27, σελ.167-173.
- Δουμίδη - Καραμόσχογλου Διοχάντη, "Συμβουλευτική σε Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες", περ. "Κοινωνική Εργασία", 1992, τευχ.27, σελ.175-177.
- Ιατριδής Δ., "Κοινωνική Εργασία και Υγεία", περ. "Κοινωνική Εργασία", 1989, τευχ. 14, σελ.71-87.
- Καραντζά Αλεξάνδρα, Πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, 1985, σελ.285-287.
- Keirse G., "Ψυχοκοινωνική Προσέγγιση στο τμήμα εφημερίας του νοσοκομείου ή/και πρώτες βοήθειες", περ."Εκλογή", Αύγουστος 1983, σελ.95-100.
- Κυριόπουλος Γιάννης, "Πολιτική και Υγεία", περ."Αντιθέσεις", 1987, τεύχος 5, σελ.20-24.

- Λαγού Σ., Παπαδοπούλου Μ., "Κοινωνική Εργασία με περιπτώσεις θανάτου", Ιούλιος - Αύγουστος - Σεπτέμβριος 1991, σελ.161-171.
- Μαρούλι - Αγάθωνος Ελένη, "Τα επαγγέλματα Υγείας στη σύγχρονη περίθαλψη. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού", περ."Εκλογή", Δεκέμβριος 1980, ΣΕΛ.171-176.
- Μιχοπούλου Κατερίνα, Πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα 1985, σελ.282-284.
- Μπούνταλης Β., Νακοπούλου Μ., Τζώρτσου Α., Χατζάκη Φ., "Κοινωνική Υπηρεσία Τηλεϊατρικής", περ."Εκλογή", Ιούλιος - Αύγουστος - Σεπτέμβριος 1991, σελ.189-195.
- Νάκου Σίνα, Πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα 1985, σελ.277-279.
- Παπαϊωάννου Καλλιόπη, "Γιατρός και κοινωνικός λειτουργός. Σύγκρουση ή συνεργασία", περ."Εκλογή", Δεκέμβριος 1984, σελ.166-171.
- Παπαϊωάννου Καλλιόπη, "Ιατροκοινωνική Εργασία", περ."Κοινωνική Εργασία", 1988, τεύχος 9ο και 10ο, κεφ.7-11.
- Ρησατάκη Άννα, "Η ανάπτυξη πολιτικής "Υγεία για όλους 2000", στην Ευρώπη και η κατάσταση στην Ελλάδα", περ."Εκλογή", Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος 1988, σελ.17-23.
- Υφαντόπουλος Γιάννης, "Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα", Εθνικό Κέντρο κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1988, σελ.30-111.
- Φακολάς Νίκος, "Κοινωνική Εργασία και Πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδας", περ."Εκλογή", Δεκέμβριος 1980, σελ. 163-170.
- Φακολάς Ροσ., "Κριτική Επισκόπηση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα", περ."Εκλογή", Αύγουστος 1981, σελ.80-101.

