

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**«ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ »**



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΙΩΑΝΝΗΣ ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΜΑΡΙΑ ΓΙΑΜΠΟΥΡΛΗ

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας

ΠΑΤΡΑ 2005

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον υπεύθυνο καθηγητή μου Ιωάννη Δετοράκη για την ενθάρρυνση, την υποστήριξη και την καθοδήγησή του. Επίσης, θερμά ευχαριστώ για τη βοήθεια και το χρόνο που μου διέθεσαν τους συναδέλφους νοσηλευτές, ιατρούς και επισκέπτες υγείας των νοσοκομείων:

- Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»
- Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας
- Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης
- Νοσοκομείο «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

Τέλος, αφιερώνω την εργασία αυτή στην κόρη μου για το χρόνο που της έλειψα.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	Σελίδες
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	6
I Εισαγωγή	7-8
II Μεθοδολογία	9-10
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ : ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	
ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
1. Σύντομη ιστορική εξέλιξη του θεσμικού πλαισίου του Υγειονομικού Τομέα στην Ελλάδα	11-15
1.1 Η διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα	15-19
1.2 Η παροχή των υπηρεσιών υγείας	19-21
1.3 Η παροχή υπηρεσιών υγείας από το Ι.Κ.Α.	21-24
1.4 Η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα	24-26
1.5 Οι θεσμικές μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας	26-30
1.6 προβλήματα στην οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών υγείας	30-33
1.7 Προβλήματα στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας	33-38
1.8 Ανθρώπινο δυναμικό και εκπαίδευση	38-40
ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
2. Ιστορική αναδρομή στην ίδρυση της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της Υγείας	41
2.1 Σκοπός των Κοινωνικών Υπηρεσιών στο χώρο της Υγείας - Νομοθετικό πλαίσιο	41-42
2.2 Οργάνωση και Διοίκηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας	42
2.2.1 Θέση της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Νοσοκομείο	42
2.2.2 Στελέχωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας	43
2.2.3 Διοίκηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας	43-44
2.2.4 Οργάνωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας	44-45
2.3 Εξυπηρετούμενοι από την Κοινωνική υπηρεσία	45-47
2.4 Παραπομπές στην Κοινωνική Υπηρεσία	47-48
2.5 Αποτελεσματικότητα της Κοινωνικής Υπηρεσίας	48-51
2.6 Η διεπιστημονική συνεργασία στο χώρο της Υγείας	51- 57
ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	
1. Σκοπός της έρευνας	58
2. Σχηματισμός υποθέσεων	58
3. Μεθοδολογία	58-59
3.1 Πληθυσμός	60
3.2 Δείγμα	60
4. Αποτελέσματα της έρευνας	61
4.1 Δημογραφικά στοιχεία της έρευνας - Κοινωνιολογικό προφίλ του δείγματος	61-65
4.2 Ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για το ρόλο των κοινωνικών λειτουργών	65-66

4.3 Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τη συνεργασία τους με κοινωνικούς λειτουργούς	66-69
4.4 Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για το ρόλο και το αντικείμενο των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομείο	69-75
4.5 Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τη διεπιστημονική συνεργασία	75-78
5. Συζήτηση αποτελεσμάτων	79
Συμπεράσματα	80-82
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	83-86
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	87

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιάσει στάσεις επαγγελματιών υγείας (ιατρών, νοσηλευτών και επισκεπτών υγείας) έναντι των κοινωνικών λειτουργών των νοσοκομείων. Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος είναι βιβλιογραφικό και πραγματεύεται μέσα από συστηματική μελέτη των πηγών τα ακόλουθα θέματα:

- Μια σύντομη παρουσίαση του χώρου της Υγείας μέσα από μια επισκόπηση του θεσμικού πλαισίου με ιδιαίτερη έμφαση σε οργανωτικά και οικονομικά θέματα, αλλά και στα γενικότερα προβλήματα
- Το ρόλο και την οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών στα νοσοκομεία και στα προβλήματα διεπιστημονικής συνεργασίας στο χώρο του νοσοκομείου

Το τελευταίο κεφάλαιο του πρώτου μέρους αποτελεί και το συνδυαστικό κρίκο με το δεύτερο μέρος της εργασίας, που είναι ερευνητικό. Το δεύτερο μέρος αποσκοπεί μέσα από τη χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου να διερευνήσει τις στάσεις επαγγελματιών υγείας (κύρια ιατρών, νοσηλευτών, επισκεπτών υγείας) έναντι των κοινωνικών λειτουργών. Ειδικότερα, μέσα από το ερευνητικό μέρος (ανάλυση 101 ανώνυμων ερωτηματολογίων) διερευνώνται:

- Το προφίλ των ερωτώμενων
- Η ενημέρωσή τους για την ύπαρξη Κοινωνικής Υπηρεσίας
- Η θέση τους για το τι θεωρούν ότι αποτελεί αντικείμενο εργασίας των κοινωνικών λειτουργών των νοσοκομείων
- Τα πεδία συνεργασίας με τους κοινωνικούς λειτουργούς των νοσοκομείων
- Η εικόνα που έχουν για τους κοινωνικούς λειτουργούς με βάση την υπάρχουσα συνεργασία
- Η στάση τους για τη χρησιμότητα των κοινωνικών λειτουργών στα νοσοκομεία

I. Εισαγωγή

ΤΟ ΘΕΜΑ

Για περισσότερα από είκοσι χρόνια εργάζομαι ως νοσηλεύτρια στο Γ.Ν. Λαμίας. Όλα αυτά τα χρόνια εργαζόμενη στο πολύ δύσκολο χώρο της Υγείας αντιλήφθηκα ότι το ζητούμενο δεν είναι μόνο η αντιμετώπιση της αρρώστιας, αλλά είναι ένα σύνολο παραμέτρων που απαιτούν τη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων. Οι παράμετροι αυτοί σχετίζονται πρώτα – πρώτα με τη σωστή διάγνωση, την κατάλληλη θεραπεία, τη νοσηλευτική φροντίδα, τη συνεργασία με το περιβάλλον του ασθενή, την παροχή σαφών και κατανοητών οδηγιών, τη μέριμνα για επανέλεγχο κλπ.. Ζώντας όμως τόσα χρόνια στη δουλειά διαπίστωσα εμπειρικά ότι αυτό που λέγεται «ολιστική προσέγγιση» και «διεπιστημονική συνεργασία» στο χώρο της Υγείας δεν ανταποκρίνεται στην ελληνική τουλάχιστον πραγματικότητα. Μελετώντας, ανακάλυψα ότι αυτή η εμπειρική μου παρατήρηση πολύ πιθανόν να μην είναι λανθασμένη, καθώς πλήθος ερευνών και σφυγμομετρήσεων της κοινής γνώμης αναδεικνύουν σοβαρά προβλήματα στο χώρο της Υγείας, που ταλαιπωρούν τους χρήστες υπηρεσιών Υγείας. Οι ανησυχίες μου αυτές, σε συνδυασμό με το ενδιαφέρον μου για τον άνθρωπο, με οδήγησαν στις σπουδές στην Κοινωνική Εργασία. Βέβαια, οφείλω να ομολογήσω ότι η επιλογή μου αυτή άλλαξε σε πολλά επίπεδα τη ζωή μου, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο βλέπω το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, γιατί μέχρι τότε δεν γνώριζα το τι ακριβώς κάνει ο κοινωνικός λειτουργός στο νοσοκομείο και πεποίθησή μου είναι ότι πολλοί συνάδελφοι μου δεν γνωρίζουν ακόμη για το έργο των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομείο. Με αυτές τις σκέψεις λοιπόν, τώρα που ολοκληρώνω τις σπουδές μου, θέλησα να ασχοληθώ με το πώς «βλέπουν» οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (ιατροί. Νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας κ.ο.κ.), που εργάζονται στα νοσοκομεία το ρόλο των κοινωνικών λειτουργών. Πιστεύω ότι η έρευνα αυτή έχει νόημα για τους ακόλουθους λόγους:

- Ø Γιατί ο «άλλος» είναι ο καθρέπτης του εαυτού μας και με αυτή την έννοια οι απόψεις του μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών από τους κοινωνικούς λειτουργούς
- Ø Γιατί πρέπει να αναπτυχθεί περισσότερο η διεπιστημονική συνεργασία στο χώρο της Υγείας και για να γίνει αυτό αποτελεί προϋπόθεση η θετική στάση των επαγγελματιών μεταξύ τους, άρα και η γνώση και η αναγνώριση των διακριτών, αλλά συμπληρωματικών ρόλων όλων των επαγγελματιών υγείας προς όφελος των χρηστών υπηρεσιών υγείας
- Ø Γιατί πρέπει να αναδειχθεί περισσότερο η ψυχοκοινωνική διάσταση της ασθένειας, διάσταση στην οποία οι κοινωνικοί λειτουργοί επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους υιοθετώντας στην πράξη το περιεχόμενο της ολιστικής προσέγγισης και εστιάζοντας το ενδιαφέρον τους στην ανθρώπινη οντότητα και στις ανάγκες εντός και εκτός του νοσοκομείου

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ:

Με βάση τα παραπάνω είναι σαφές ότι σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των στάσεων επαγγελματιών υγείας (κυρίως ιατρών, νοσηλευτών, επισκεπτριών υγείας) για το ρόλο των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομείο. Ειδικότερα, η έρευνα αυτή επικεντρώνει το ενδιαφέρον της:

- Ø Στη διερεύνηση για το κατά πόσο γνωρίζουν την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας στα νοσοκομεία
- Ø Στη διερεύνηση των απόψεων τους για την εμπειρία τους από τη συνεργασία τους με κοινωνικούς λειτουργούς
- Ø Στη διερεύνηση των απόψεων τους για το τι θεωρούν ως αντικείμενο εργασίας των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομείο
- Ø Στη διερεύνηση των απόψεων τους για την αναγκαιότητα ύπαρξης των κοινωνικών λειτουργών στα νοσοκομεία
- Ø Στη διερεύνηση των απόψεων τους για τη διεπιστημονική συνεργασία στο χώρο της υγείας

ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι να διαπιστωθεί το κατά πόσο επηρεάζουν τη θετική ή αρνητική στάση των επαγγελματιών υγείας έναντι των κοινωνικών λειτουργών, οι παρακάτω παράμετροι:

1. φύλο
2. ηλικία
3. ειδικότητα
4. έτη εμπειρίας

Τέλος, επιμέρους σκοπός της εργασίας αυτής, έστω κι αν φαινομενικά δεν σχετίζεται άμεσα με το υπό μελέτη θέμα, είναι η παρουσίαση του θεσμικού πλαισίου του χώρου της Υγείας, απαραίτητης, κατά τη γνώμη μου, για το μελλοντικό κοινωνικό λειτουργό που θα εργαστεί στο χώρο της Υγείας.

II ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για τη συλλογή βιβλιογραφικού υλικού επισκέφτηκα τις παρακάτω υπηρεσίες και βιβλιοθήκες:

- Ø Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών
- Ø Βιβλιοθήκη Παντείου Πανεπιστημίου
- Ø Βιβλιοθήκη Τ.Ε.Ι. Πατρών
- Ø Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.

Ωστόσο, γι' αυτό καθαυτό το αντικείμενο μελέτης (στάσεις των επαγγελματιών υγείας για τους κοινωνικούς λειτουργούς) πηγή αποτέλεσε κυρίως το περιοδικό «Κοινωνική Εργασία» στο οποίο εμπεριέχονται αρκετές μελέτες για το ρόλο των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομείο. Βέβαια, η έρευνα αυτή είναι πρωτότυπη, καθώς στην ελληνική τουλάχιστον βιβλιογραφία δεν υπάρχει κάποια αντίστοιχη για το συγκεκριμένο χώρο (Υγεία).

Για το ερευνητικό μέρος κατασκευάστηκε γραπτό ανώνυμο ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 17 κλειστές ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο αυτό διενεμήθη σε επαγγελματίες υγείας, που εργάζονται στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών στα πλαίσια προέρευνας, που διεξήχθη το χρονικό διάστημα από 01 Μαρτίου έως 4 Μαρτίου 2004 (συμπληρώθηκαν δεκαπέντε ερωτηματολόγια). Στη συνέχεια έγιναν διορθώσεις με βάση τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την προέρευνα. Το ερωτηματολόγιο στην τελική του μορφή διενεμήθη σε τέσσερα νοσοκομεία της χώρας, ώστε να υπάρχει όσον το δυνατό μεγαλύτερη αντιπροσωπευτικότητα:

- Ø Γενικό Νοσοκομείο Πάτρας «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»
- Ø Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας
- Ø Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης « Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»
- Ø Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος « ΠΡΩΗΝ ΣΩΤΗΡΙΑ».

Η επιλογή των νοσοκομείων έγινε με κριτήριο την ύπαρξη οργανωμένης Κοινωνικής Υπηρεσίας, αλλά και την ύπαρξη προσώπων αναφοράς, τα οποία ανέλαβαν τη διανομή των ερωτηματολογίων στο Γ.Ν. Τρίπολης και στο νοσοκομείο «Η ΣΩΤΗΡΙΑ». Τα πρόσωπα αυτά δεν ήταν κοινωνικοί λειτουργοί, έτσι ώστε να προστατευτεί η αντικειμενικότητα της έρευνας, ούτε υπήρξε κάποιο είδος προσυνεννόησης με τους κοινωνικούς λειτουργούς, που εργάζονται στα ανωτέρω νοσοκομεία. Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε το χρονικό διάστημα από 1 έως 30 Ιουνίου 2004. Συνολικά, διενεμήθησαν 360 ερωτηματολόγια από τα οποία επιστράφηκαν μόνο 101 (το γεγονός ότι πολλοί δεν τα συμπλήρωσαν οφείλεται κατά κύριο λόγο σε αμέλεια ή έλλειψη χρόνου). Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν τυχαία κυρίως σε ιατρούς και προϊσταμένους νοσηλευτικών τμημάτων, καθώς κυρίως αυτοί συνεργάζονται ή έχουν εμπειρία συνεργασίας με κοινωνικούς λειτουργούς, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αποκλείστηκαν και άλλες ειδικότητες ή κατηγορίες προσωπικού. Η κωδικοποίηση των στοιχείων έγινε στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS, το χρονικό διάστημα από 15 Ιουλίου έως 15 Αυγούστου. Το τρίμηνο

Σεπτεμβρίου – Δεκεμβρίου 2004 έγινε η στατιστική ανάλυση και μια πρώτη αξιολόγηση των ερευνητικών δεδομένων. Τέλος, η συγγραφή της πτυχιακής εργασίας έγινε το πρώτο τετράμηνο του 2005.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1. Σύντομη ιστορική εξέλιξη του θεσμικού πλαισίου του Υγειονομικού Τομέα στην Ελλάδα

Τα πρώτα μέτρα που πάρθηκαν στον τομέα της υγείας, μετά τη σύσταση του Ελληνικού κράτους, αφορούν κυρίως στην αντιμετώπιση των επιδημιών και στη ρύθμιση της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. Σαφής υγειονομική πολιτική δεν υπήρξε καθώς το κράτος και διάφοροι φιλανθρωπικοί φορείς παρεμβαίνουν περιστασιακά και ασυντόνιστα. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη κυριαρχεί η ιδέα της φιλανθρωπίας και ιδρύονται μερικά νοσοκομεία με ατομική πρωτοβουλία ευεργετών. Τη περίοδο αυτή κάνουν επίσης την εμφάνισή τους και τα πρώτα ταμεία αλληλοβοήθειας που παρείχαν κάλυψη για ατυχήματα και ασθένεια. (Μαστρογιάννης, 1960).

Η απουσία κατάλληλου ειδικευμένου και εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού συντείνει στην αδυναμία υλοποίησης υγειονομικών προγραμμάτων. Το 1856 συστήνεται σχολή για μαίες, το 1875 ιδρύεται το σώμα νοσοκόμων γυναικών του Ευαγγελισμού, ενώ μετά το 1911 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ιδρύει μια σειρά νοσηλευτικών σχολών (Πανουτσοπούλου, 1984).

Μετά την πρώτη δεκαετία του 20ου αιώνα γίνονται ορισμένες προσπάθειες αντιμετώπισης των παραπάνω προβλημάτων με την έκδοση νόμων για τη δημόσια υγεία και τη σύσταση Υπουργείου Περίθαλψης το 1914 (Θωμόπουλος, 1977). Επίσης θεσπίζονται τα πρώτα μέτρα ασφάλισης υγείας και προστασίας στους χώρους εργασίας (Αγαλλόπουλος, 1955). Η εισροή των προσφύγων το 1922 και η οικονομική κρίση του 1929 κάνουν επιτακτική την κρατική παρέμβαση στους τομείς της στέγασης, των συνθηκών υγιεινής και της κοινωνικής ασφάλισης. Το 1934 ιδρύεται το ΙΚΑ, με σκοπό την παροχή συντάξεων και την ασφάλιση υγείας των μισθωτών των αστικών κέντρων. Μετά το 1935 εκδίδονται κάποια σημαντικά διατάγματα για την οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, τα οποία προέβλεπαν τη σύσταση κρατικών νοσοκομείων και την κρατική χρηματοδότησή τους. Ο Α.Ν. 965/37 τοποθέτησε το θεμέλιο λίθο στην οργάνωση της δημόσιας νοσοκομειακής περίθαλψης στη χώρα, πάνω στον οποίο οικοδομήθηκε η ελληνική νοσοκομειακή νομοθεσία. Με τον Α.Ν.2769/1941 δίνεται η δυνατότητα στον εκάστοτε υπουργό υγείας και υπουργό οικονομικών να ιδρύουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για την

αντιμετώπιση των αναγκών του Β' παγκόσμιου πολέμου. Τα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν με το νόμο αυτό, παρέμειναν σε λειτουργία και μετά το τέλος του πολέμου για να καλύψουν τις σημαντικές ανάγκες νοσοκομειακής περίθαλψης (Λαδά-Χατζοπούλου, 1978).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950, η υποδομή του υγειονομικού τομέα σε εγκαταστάσεις και η στελέχωση με ειδικευμένο προσωπικό ήταν σε άσχημη κατάσταση. Ιδιαίτερα σημαντικές ήταν οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό. Χαρακτηρίζονταν από υψηλό βαθμό συγκέντρωσης αφού για παράδειγμα και οι 405 διπλωματούχες νοσοκόμες το 1951 εργάζονταν στην Αθήνα, ενώ στα επαρχιακά νοσοκομεία εργάζονταν κυρίως πρακτικές νοσοκόμες (AMAG, 1952). Σύμφωνα με στοιχεία από τα πρακτικά των συζητήσεων της Βουλής, το 1953 αντί των απαιτούμενων 8.676 νοσοκόμων, υπήρχαν μόνο 3.456, ενώ σε πολλά μαιευτήρια χρησιμοποιούνταν ακόμα πρακτικές μαιείς. Η αναγνώριση της αξίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος ήταν χαμηλή.

Σημαντικό βήμα για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας γίνεται το 1953 με τη ψήφιση του Ν.Δ.2592/53. Για πρώτη φορά ισχύει η διοικητική αποκέντρωση στον υγειονομικό τομέα με βάση τον πληθυσμό και τη νοσηρότητα, επιχειρείται η περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, ενώ παράλληλα αποκεντρώνονται οι αρμοδιότητες στις υγειονομικές περιφέρειες. Δίνεται έμφαση στον κοινοφελή χαρακτήρα της νοσοκομειακής περίθαλψης, ενώ ταυτόχρονα επιχειρείται η ορθολογική γεωγραφική κατανομή των υλικών και ανθρώπινων πόρων υγείας στην ελληνική επικράτεια (Κοντούλη-Γείτονα, 1992). Η εφαρμογή όμως του νόμου ήταν μερική αφού πολλές διατάξεις δεν εφαρμόστηκαν ή τροποποιήθηκαν σύντομα (Μωραίτης 1987).

Τη δεκαετία του 1960 επεκτείνεται η κοινωνική ασφάλιση στους αγρότες, τους αυτοαπασχολούμενους και τους δημόσιους υπαλλήλους. Η παροχή υπηρεσιών υγείας στηρίζεται στις αρχές της κοινωνικής ασφάλισης με κύριο χαρακτηριστικό την κατάτμηση του συστήματος σε μεγάλο αριθμό φορέων με διαφορετικά νομικά καθεστώτα λειτουργίας και διαφορετικά επίπεδα παροχών. Το αποτέλεσμα ήταν η εμφάνιση ανισοτήτων και διαφοροποιήσεων τόσο ως προς την έκταση και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών όσο και ως προς τη χρηματοδότηση του συστήματος. Η απουσία κεντρικού συντονιστικού οργάνου συνέτεινε στην έντονη γεωγραφική ανισοκατανομή των υλικών και ανθρώπινων πόρων ενώ σημαντικό

ποσοστό του πληθυσμού δεν είχε ιατρική περίθαλψη. Το ύψος των δαπανών υγείας δεν ξεπερνούσε το 2,5% του ΑΕΠ.

Τα προβλήματα αυτά οδήγησαν στη διατύπωση προτάσεων για τη μεταρρύθμιση και αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας της χώρας. Σημαντικότερες από αυτές τις προτάσεις ήταν:

- (α) Το σχέδιο Πάτρα (1968) που πρότεινε τη σύσταση ενός συντονιστικού υγειονομικού οργάνου, την εισαγωγή του θεσμού των γενικών γιατρών, τη σύσταση περιφερειακών και νομαρχειακών νοσοκομείων, τη σύνταξη εθνικού συνταγολογίου και τη δημιουργία ενιαίου ταμείου υγείας.
- (β) Η έκθεση ΚΕΠΕ (1976) η οποία προέβλεπε τη θέσπιση μηχανισμού συντονισμού και συνεργασίας των υφιστάμενων φορέων με την ίδρυση ενιαίου ταμείου υγείας και την ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας των μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών.
- (γ) Το νομοσχέδιο Δοξιάδη (1980) το οποίο έδινε έμφαση στη δημιουργία εθνικού φορέα υγείας, στο θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, στην περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών και στην ίδρυση αγροτικών κέντρων υγείας.

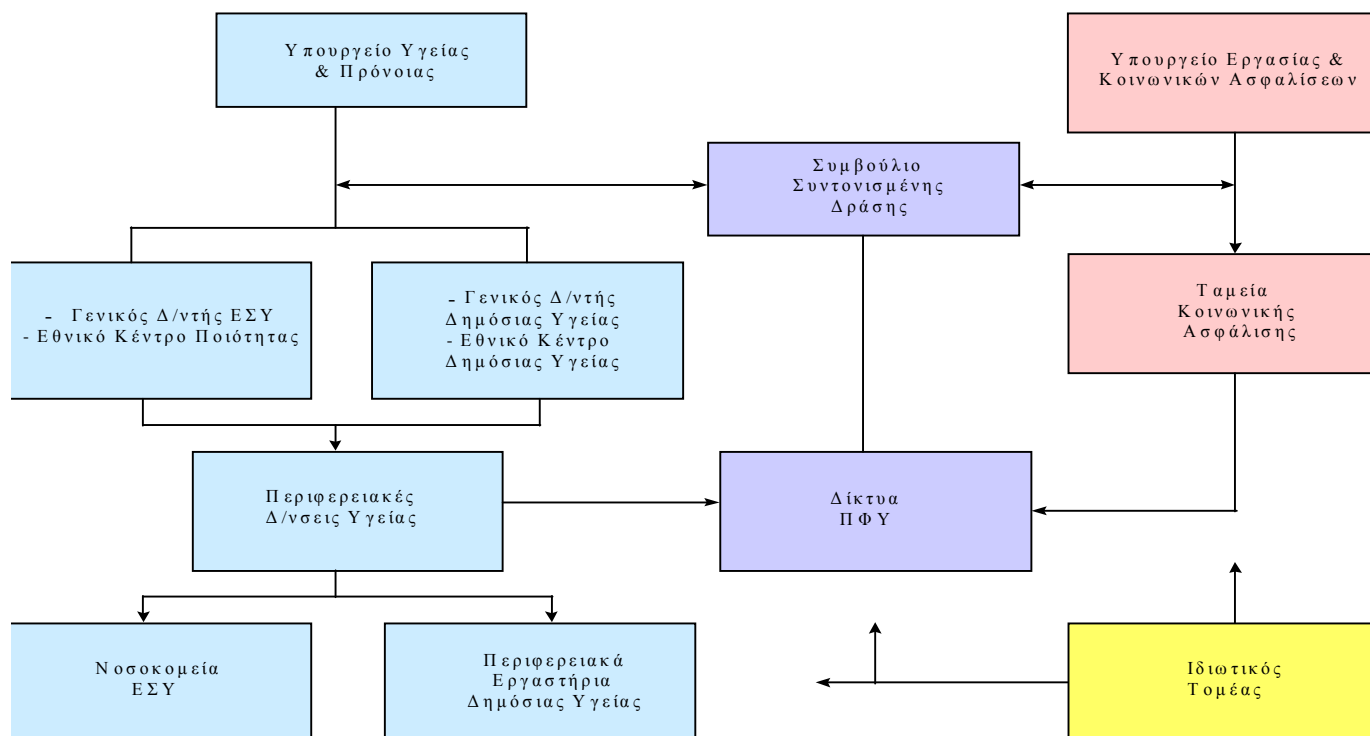
Το Εθνικό Σύστημα Υγείας θεσμοθετείται με το Ν.1397/1983 . Στη συνέχεια με το Ν.2071/1992 πραγματοποιούνται σημαντικές αλλαγές στη φιλοσοφία του ΕΣΥ, ενώ ο Ν.2194/1994 καταργεί σχεδόν όλες τις προηγούμενες αλλαγές του Ν.2071/92. Ο Ν.2519/1997 επιχειρεί να αντιμετωπίσει τα σημαντικά προβλήματα που εμφάνισε ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα τη δεκαετία του 1990 και τα οποία εξακολουθούν να υφίστανται. Τέλος, ο Ν.2889/01 θεσμοθετεί τη δημιουργία των Περιφερειακών Συμβουλείων Υγείας & Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.) στις δεκατρείς υγειονομικές περιφέρειες της χώρας, καθιερώνει τη λειτουργία απογευματικών ιατρείων, απαγορεύει στους ιατρούς του Ε.Σ.Υ., καθώς και στους πανεπιστημιακούς να ασκούν ιδιωτικό έργο σε ιδιωτικά ιατρεία, αναδιοργανώνει τις υπηρεσίες των νοσοκομείων και προβλέπει την αυτονόμηση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) με την πρόσληψη μόνιμου προσωπικού, ιδιαίτερα ιατρικού.

Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα βασίζεται στις δύο θεμελιώδεις αρχές των εθνικών συστημάτων υγείας, «δωρεάν φροντίδα υγείας στο τόπο της χρησιμοποίησης» και «ίση φροντίδα υγείας για ίση ανάγκη». Παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με το βρετανικό ΕΣΥ, ενώ έχει και προσμίξεις συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης. Πιο συγκεκριμένα, τα κοινά σημεία των δύο συστημάτων αφορούν την υπευθυνότητα του κράτους για την υγεία των πολιτών και την περιφερειακή οργάνωση των παρεχομένων υπηρεσιών. Το ελληνικό ΕΣΥ, έχει ταυτόχρονα υιοθετήσει τις κατευθυντήριες αρχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και προβλέπει την ανάπτυξη κέντρων υγείας, όπως αυτά είναι γνωστά από τη σκανδιναβική εκδοχή του ΕΣΥ.

Το 1992 ψηφίζεται ο νόμος 2071 για την αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας ο οποίος προέβλεπε την υπαγωγή των κέντρων υγείας στις νομαρχίες, την παροχή της δυνατότητας στους νοσοκομειακούς γιατρούς να επιλέξουν μεταξύ της πλήρους αποκλειστικής και της μερικής απασχόλησης με το δικαίωμα της παράλληλης άσκησης ιδιωτικής ιατρικής και την απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα παρέχοντας τη δυνατότητα ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών θεραπευτηρίων. Επίσης, με σειρά μέτρων αυξάνεται η συμμετοχή του χρήστη στην αγορά φαρμάκων, θεσπίζεται εισιτήριο για τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αυξάνονται τα ημερήσια νοσήλια. Με την επανεκλογή της σοσιαλιστικής κυβέρνησης, ψηφίζεται ο νόμος 2194/94 ο οποίος καταργεί τις ρυθμίσεις του Ν.2071/92.

Η ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων στον υγειονομικό τομέα που εμφανίζονται τη δεκαετία του 1990 και σχετίζονται με την απουσία επαρκών μηχανισμών σχεδιασμού, προγραμματισμού και διαχείρισης καθώς και οι πιέσεις από εξωγενείς προς το σύστημα παράγοντες, όπως η αλλαγή του διεθνούς περιβάλλοντος και τα δημοσιονομικά προβλήματα της χώρας, οδήγησαν στην αναζήτηση λύσεων και τη διατύπωση νέων προτάσεων μεταρρύθμισης του ΕΣΥ. Ο Ν.2519/97 ενσωματώνει μερικές από αυτές τις προτάσεις ενώ παράλληλα θεσπίζει κανόνες για την ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις αστικές περιοχές.

Διάγραμμα 1: Ροές Υγειονομικού Συστήματος με βάση τις Μεταρρυθμίσεις του 1997



1.1 Η διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

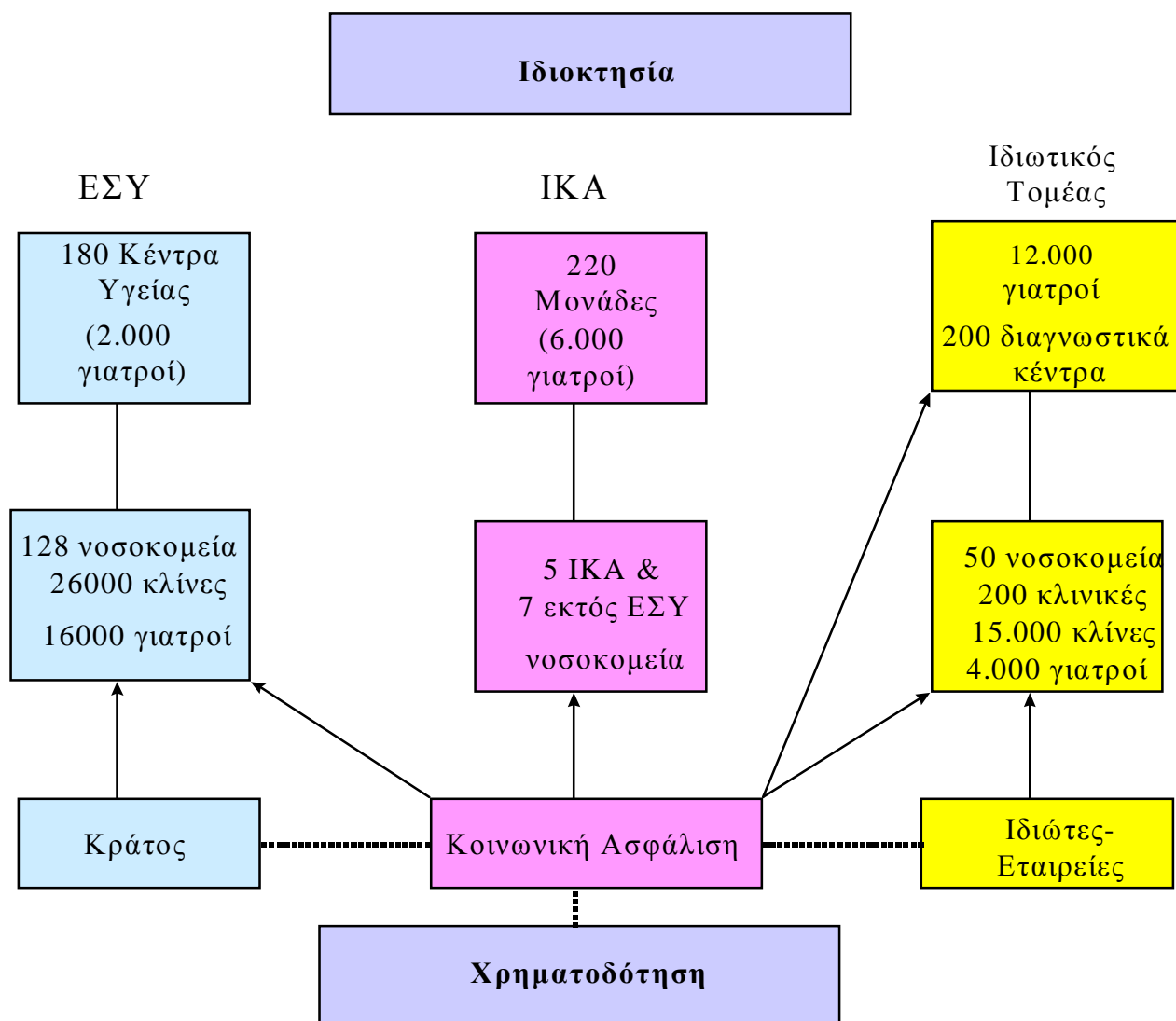
Στη χώρα μας, όπως και στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες, η παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών υγείας στηρίζεται σε ένα μικτό σύστημα του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Και οι δύο τομείς μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '70 αντλούσαν τα έσοδά τους κυρίως από τους οργανισμούς της κοινωνικής ασφάλισης. Οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης ασφαλίζουν υποχρεωτικά τις ειδικές ομάδες και κοινωνικά στρώματα για τα οποία έχουν ιδρυθεί και καθένα έχει τη δική του οικονομική, οργανωτική και διοικητική αυτοτέλεια. Ο ιδιωτικός τομέας, μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '70, είχε σημαντικό βάρος στην παραγωγή των υπηρεσιών υγείας, αφού στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη η ιδιωτική παροχή υπηρεσιών ήταν το κυρίαρχο πρότυπο και στη νοσοκομειακή περίθαλψη πάνω από 50% των νοσοκομειακών κλινών ανήκαν στον ιδιωτικό τομέα.

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 επιχειρήθηκαν σημαντικές διαρθρωτικές αλλαγές στο επίπεδο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας με την εγκαθίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Προτεραιότητα δόθηκε στη δημόσια

παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας για όλο το πληθυσμό, ανεξάρτητα από εισόδημα, κοινωνική τάξη και φορέα ασφαλιστικής κάλυψης. Ο Ν.1397/83 αποτέλεσε ένα φιλόδοξο πρόγραμμα για τον υγειονομικό τομέα περιλαμβάνοντας μια σειρά από σημαντικές ρυθμίσεις που ωστόσο πολλές από αυτές δεν υλοποιήθηκαν.

Σήμερα ο υγειονομικός τομέας της χώρας συνίσταται από τρεις αυτόνομες και ενδεχομένως αλληλοαναιρούμενες αγορές: (α) το Εθνικό Σύστημα Υγείας, (β) τα Ασφαλιστικά Ταμεία και (γ) τον ιδιωτικό τομέα. Στα πλαίσια αυτά τίθεται το ζήτημα του συντονισμού μεταξύ των τριών αυτών δομών και ιδιαίτερα μεταξύ ΕΣΥ και ασφαλιστικού συστήματος και της δημιουργίας ενός λειτουργικά ολοκληρωμένου και λογικά συνεκτικού συστήματος υγείας (Μπουρσανίδης, 1996).

Διάγραμμα 2: Ροές Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος (1983-1997)



Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι το αρμόδιο όργανο από την πλευρά του κράτους για την παροχή των υπηρεσιών υγείας στον Ελληνικό πληθυσμό. Ο Υπουργός είναι υπεύθυνος προς την κυβέρνηση και το κοινοβούλιο για την υγειονομική πολιτική και υπό τον άμεσο έλεγχο του βρίσκονται όλες οι υπηρεσίες του ΕΣΥ. Υπό τον Υπουργό, αλλά εκτός διοικητικής διάρθρωσης, έχει δημιουργηθεί ένα συμβουλευτικό όργανο, το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), που έχει ως σκοπό κυρίως το σχεδιασμό και τον προγραμματισμό των υπηρεσιών και την αξιολόγηση του έργου τους. Το ΚΕΣΥ είναι αντιπροσωπευτικό όργανο και συμμετέχουν σ'αυτό εκπρόσωποι του Υπουργείου, των επαγγελματιών υγείας, των εργαζομένων, των εργοδοτών και της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Εκτός από την κλασσική διοικητική νομαρχιακή οργάνωση, ο υγειονομικός τομέας έχει διαιρεθεί σε 13 υγειονομικές περιφέρειες. Στην έδρα κάθε περιφέρειας λειτουργεί Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας & Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ), το οποίο αποτελεί όργανο γνωμοδοτικό, εποπτικό και άσκησης ελέγχου της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Η σύνθεση των ΠεΣΥΠ είναι παρόμοια με αυτή του ΚΕΣΥ.

Σε κάθε περιφέρεια προβλέπεται η ύπαρξη ενός τουλάχιστον περιφερειακού πανεπιστημιακού νοσοκομείου του ΕΣΥ, το οποίο είναι υπεύθυνο για την παροχή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αντίστοιχα, σε νομαρχιακό επίπεδο, ένα τουλάχιστον γενικό νοσοκομείο καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τον αγροτικό πληθυσμό παρέχεται μέσω των κέντρων υγείας. Ρυθμίσεις οι οποίες προβλέπονταν στο νόμο για το ΕΣΥ του 1983, όπως η ύπαρξη οικογενειακού γιατρού και η ανάπτυξη αστικών κέντρων υγείας δεν έχουν ακόμα υλοποιηθεί, ενώ ο Ν.2519/97 επανήλθε στο συγκεκριμένο πρόβλημα με νέες σύγχρονες προτάσεις.

Σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο, οι ανάγκες του πληθυσμού της κάθε περιφέρειας πρέπει να καλύπτονται εντός της περιφέρειας, με βάση τη λειτουργία ενός ιεραρχικού συστήματος παραπομπής από το κατώτερο προς το ανώτερο επίπεδο και αντίστροφα. Όμως στην πραγματικότητα, ο ασθενής μπορεί να κινηθεί ελεύθερα στο σύστημα χωρίς περιορισμούς και γεωγραφικές δεσμεύσεις.

Οι νομαρχίες παρέχουν στον πληθυσμό τους υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας. Κατανέμουν τους προϋπολογισμούς στους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, εγκρίνουν την πρόσληψη προσωπικού και διαχειρίζονται την παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Στην πραγματικότητα όμως, ο

ρόλος τους είναι περιορισμένος λόγω του μικρού εύρους εξουσιών που τους έχει παραχωρηθεί. Ενδεχομένως η κατάσταση να αλλάξει αφού από το 1995 θεσπίστηκε ο δεύτερος βαθμός τοπικής αυτοδιοίκησης και οι νομάρχες με τα νομαρχιακά συμβούλια εκλέγονται απευθείας από τους πολίτες.

Ενεργό ρόλο στην παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας παίζουν και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Πρόκειται για δημόσιους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, των οποίων οι πόροι προέρχονται κυρίως από εισφορές, κρατική επιχορήγηση και κοινωνικούς πόρους. Χαρακτηριστικό της διάρθρωσης του ασφαλιστικού συστήματος αποτελεί η πολυδιάσπαση σε μεγάλο αριθμό ταμείων. Λειτουργούν περίπου 300 ασφαλιστικά ταμεία εκ των οποίων τα 40 παρέχουν κάλυψη κατά του κινδύνου της ασθένειας. Τα μεγαλύτερα ταμεία όπως το ΙΚΑ, ο ΟΓΑ και το ΤΕΒΕ καλύπτουν πάνω από το 80% του πληθυσμού, ωστόσο τα περισσότερα ταμεία ασφαλίζουν μικρό αριθμό πληθυσμού. Ο αριθμός των ανασφαλιστών δεν είναι γνωστός, ωστόσο δεν πρέπει να ξεπερνά το 5% του πληθυσμού. Στην περίπτωση της υγείας, το ποσοστό αυτό δεν αποτελεί πρόβλημα, διότι και αυτοί μπορούν να χρησιμοποιούν νοσοκομειακές υπηρεσίες και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομειακών μονάδων.

Τα ασφαλιστικά ταμεία προσφέρουν στους ασφαλισμένους τους παροχές σε είδος και χρήμα, η έκταση των οποίων διαφέρει μεταξύ των διαφόρων φορέων. Το ΙΚΑ διαθέτει το πιο ολοκληρωμένο δίκτυο πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω δικών του πολυιατρείων και κλινικών. Στους ασφαλισμένους του ΟΓΑ παρέχονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω των αγροτικών κέντρων υγείας και των αγροτικών ιατρείων. Τα υπόλοιπα ταμεία συνάπτουν συμβόλαια με ιδιώτες γιατρούς, ενώ η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ.

Ο Ν.2519/97 δίνει τη δυνατότητα στα ασφαλιστικά ταμεία να συμπράτουν μεταξύ τους με τη μορφή κοινοπραξίας ή ένωσης ασφαλιστικών οργανισμών με σκοπό τη σύναψη, μετά από διαπραγμάτευση, προγραμματικών συμβάσεων είτε με το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας για το ύψος των νοσηλίων είτε με ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία του εξωτερικού.

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στη δεκαετία του '80, παρά τη σημαντική διόγκωση του δημόσιου τομέα και τους σοβαρούς περιορισμούς που επέβαλλε στην επέκτασή του ο νόμος για το ΕΣΥ (απαγόρευση για επέκταση και ανάπτυξη των κλινών του

ιδιωτικού τομέα υγείας και επιβολή της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των γιατρών που υπηρετούν στις υπηρεσίες του ΕΣΥ), παρουσίασε μια σημαντική ανάπτυξη ιδιαίτερα στο χώρο των νέων τεχνολογιών και της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Η ανάπτυξη αυτή διογκώθηκε στη δεκαετία του '90 και επικεντρώθηκε στη δραστηριοποίηση των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών και στην ίδρυση διαγνωστικών κέντρων κατά πρώτο λόγο και ιδιωτικών κλινικών κατά δεύτερο λόγο.

1.2 Η παροχή των υπηρεσιών υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα παρέχεται από τέσσερις φορείς:

- (α) Το ΕΣΥ, μέσω των κέντρων υγείας, των περιφερειακών τους ιατρείων και των εξωτερικών ιατρείων των δημόσιων νοσοκομείων καθώς και το ΕΚΑΒ.**
- (β) Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, μέσω των πολυιατρείων που διαθέτουν (κυρίως το ΙΚΑ) και των συμβεβλημένων ιδιωτικών ιατρείων και εργαστηρίων.**
- (γ) Την τοπική αυτοδιοίκηση με τα δημοτικά ιατρεία.**
- (δ) Τον ιδιωτικό τομέα που περιλαμβάνει ιδιώτες γιατρούς, εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα.**

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.1397/83 για το ΕΣΥ, η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τον αγροτικό πληθυσμό παρέχεται από τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία. Είναι στελεχωμένα με γιατρούς, νοσηλευτές και λοιπό προσωπικό, ο αριθμός των οποίων κυμαίνεται ανάλογα με την περιοχή. Με εξαίρεση τη περίοδο 1992-94 όπου τα κέντρα υγείας εντάχθηκαν στις διοικητικές υπηρεσίες των νομαρχιών, κάθε κέντρο υγείας υπάγεται στο αντίστοιχο νομαρχιακό νοσοκομείο.

Στις αστικές περιοχές, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα ασφαλιστικά ταμεία, τον ιδιωτικό τομέα και σε πολύ μικρή έκταση από την τοπική αυτοδιοίκηση. Ένας από τους βασικούς στόχους του Ν.1397/83 που προέβλεπε τη δημιουργία αστικών κέντρων υγείας δεν υλοποιήθηκε.

Με σκοπό τη διαμόρφωση ενιαίου πλαισίου παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έτσι ώστε να εξασφαλισθεί η ευχερής, ισότιμη και επιτυχής διακίνηση του ασθενούς στο σύστημα υγείας, ο νέος νόμος για την

ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ (Ν.2519/97) προβλέπει την οργάνωση και λειτουργία δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στα δίκτυα συμμετέχουν μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΕΣΥ, των ασφαλιστικών ταμείων, της τοπικής αυτοδιοίκησης και άλλων δημόσιων φορέων και διασυνδέονται λειτουργικά και επιστημονικά με τα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Στα δίκτυα παρέχονται υπηρεσίες από γιατρούς γενικής ιατρικής, παιδιατρικής, παθολογίας και άλλων βασικών ιατρικών ειδικοτήτων καθώς και νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί κ.λπ. Στα δίκτυα, τα οποία καλύπτουν αστικές και ημιαστικές περιοχές, παρέχουν υπηρεσίες οικογενειακοί γιατροί και παιδίατροι, οι οποίοι θα λειτουργούν με βάση την ύπαρξη καταλόγου εγγραφομένων ασθενών.

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τρεις φορείς:

- (α) Τα δημόσια νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν στα πλαίσια του ΕΣΥ και την ευθύνη για τη διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και χρηματοδότηση την έχει το κράτος.
- (β) Τα δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, ΙΚΑ λοιπά μη κερδοσκοπικά).
- (γ) Τα ιδιωτικά νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν ως ανεξάρτητες ιδιωτικές κερδοσκοπικές επιχειρήσεις.

Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές οι οποίες έχουν την κατάλληλη τεχνολογική υποδομή και εξειδικευμένο προσωπικό για την παροχή υψηλής τεχνογνωσίας υπηρεσιών υγείας.

Ανάλογα με τους τομείς που διαθέτουν, τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Γενικά είναι όσα διαθέτουν τουλάχιστον δύο τομείς, δηλαδή χειρουργικό και παθολογικό, ενώ ειδικά είναι εκείνα τα οποία διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα.

Στο ΕΣΥ ανήκουν 128 νοσοκομεία εκ των οποίων τα 119 είναι γενικά με 27.713 κλίνες και τα 9 ψυχιατρικά με 6.198 κλίνες. Εκτός ΕΣΥ δημόσια νοσοκομεία είναι τα 13 στρατιωτικά νοσοκομεία, τα 5 νοσοκομεία του ΙΚΑ, 3 μικρά πανεπιστημιακά και 2 ψυχιατρικά, με σύνολο κλινών 4.063 εκ των οποίων οι 394 ψυχιατρικές. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία φθάνουν τα 233 εκ των οποίων τα 196 είναι γενικά με 10.738 κλίνες και τα 37 ψυχιατρικά με 4.122 κλίνες (Επετηρίδα Υγείας, 1993).

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.2519/97 προβλέπεται η εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, η κάλυψη των θέσεων των γενικών διευθυντών νοσοκομείων και η εφαρμογή κλειστών προϋπολογισμών, μέτρα τα οποία αποτελούν θετικά βήματα για την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και την αποδοτικότερη διαχείριση των πόρων. Εκτός αυτού, η σύσταση Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και η κατασκευή νέων πανεπιστημιακών και νομαρχιακών νοσοκομείων θα συμβάλλουν στη βελτίωση των παρεχομένων νοσοκομειακών υπηρεσιών.

1.3 Η παροχή υπηρεσιών υγείας από το ΙΚΑ

Το ΙΚΑ είναι το μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο της χώρας αφού ασφαλίζει περισσότερο από το μισό Ελληνικό πληθυσμό. Δικαιούχοι στο κλάδο υγείας του ΙΚΑ σε είδος και σε χρήμα, εκτός από τους δικούς του ασφαλισμένους, είναι και ασφαλισμένοι ή συνταξιούχοι του ΤΕΒΕ, του ΤΑΕ, του ΤΣΑ και άλλων μικρών ταμείων. Το σύνολο των δικαιούχων περίθαλψης του ΙΚΑ ανέρχονταν το 1997 σε 5,5 εκατομμύρια.

Το ΙΚΑ είναι το μοναδικό ασφαλιστικό ταμείο το οποίο παρέχει υπηρεσίες υγείας μέσω ενός δικού του δικτύου πολυιατρείων αλλά και νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Ειδικότερα, οι μονάδες υγείας του ΙΚΑ περιλαμβάνουν:

- (Α) Τις Νομαρχιακές Μονάδες Υγείας οι οποίες παρέχουν κυρίως υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης στον πληθυσμό της περιοχής τους, μέσω των ιατρείων ειδικοτήτων, των εργαστηρίων κ.λπ. Σε όλη τη χώρα λειτουργούν 40 Νομαρχιακές Μονάδες Υγείας.
- (Β) Τις Τοπικές Μονάδες Υγείας οι οποίες παρέχουν κυρίως υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην περιοχή τους, όπως οδοντιατρική και ιατρική περίθαλψη, μερικές εργαστηριακές εξετάσεις και υπηρεσίες πρόληψης και πρόνοιας. Στο σύνολο της Ελλάδας λειτουργούν 43 Τοπικές Μονάδες Υγείας.
- (Γ) Τα Τοπικά Ιατρεία παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κυρίως όσο αφορά τα παθολογικά και παιδιατρικά περιστατικά. Σήμερα λειτουργούν 96 Τοπικά Ιατρεία σε όλη την Ελλάδα.

Συνήθως, η δυναμικότητα των πολυιατρείων στις αστικές περιοχές κυμαίνεται μεταξύ 50-200 γιατρούς, με μικροβιολογικό και ακτινολογικό εργαστήριο στις περισσότερες περιπτώσεις. Στις ήμιαστικές και αγροτικές περιοχές η κάλυψη γίνεται με μικρότερης δυναμικότητας πολυιατρεία.

Επιπλέον το ΙΚΑ διαθέτει 1 Διαγνωστικό Κέντρο Ιατρικής της Εργασίας στην Αθήνα, 3 Κέντρα Παιδοψυχικής Υγιεινής (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα), 1 Κέντρο Προληπτικής Ιατρικής στην Αλεξανδρούπολη και 14 Σταθμούς Αμεσης Βοήθειας. Εκτός των μονάδων εξωνοσοκομειακής περίθαλψης το ΙΚΑ διαθέτει και 5 μονάδες Νοσοκομειακής Υποστήριξης οι οποίες αφορούν την παροχή δευτεροβάθμιας περίθαλψης στους ασφαλισμένους του Ιδρύματος.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους δικαιούχους του Ιδρύματος παρέχεται από: (α) ιατρούς ειδικοτήτων και οδοντίατρος στα πολυιατρεία του Ιδρύματος, (β) οικογενειακούς ιατρούς, σε όσες μονάδες του ΙΚΑ ισχύει ο θεσμός αυτός (γ) τα εργαστήρια των μονάδων του ΙΚΑ, (δ) ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους με το ΙΚΑ, στα ιδιωτικά τους ιατρεία, (ε) ιδιωτικά εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα συμβεβλημένα με το ΙΚΑ, (στ) αγροτικούς ιατρούς και ιατρούς των κέντρων υγείας και (ζ) τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Η οδοντιατρική περίθαλψη καλύπτει όλες τις οδοντοθεραπείες, την ορθοδοντική θεραπεία σε παιδιά μέχρι 13 ετών και την οδοντοπροσθετική αποκατάσταση (ολικές και μερικές οδοντοστοιχίες), πλην της ακίνητης προσθετικής (κορώνες, γέφυρες). Παρέχεται στα γναθοχειρουργικά, ορθοδοντικά, παιδοδοντικά και στοματολογικά οδοντιατρεία και κέντρα του Ιδρύματος καθώς και στους συμβεβλημένους με το Ίδρυμα οδοντίατρος.

Για την φαρμακευτική περίθαλψη οι ασφαλισμένοι πληρώνουν συμμετοχή 25%, εκτός από δύο εξαιρέσεις. Στη μια περίπτωση, δεν πληρώνεται καθόλου συμμετοχή για τα φάρμακα που χορηγούνται μετά από εργατικό ατύχημα, τα φάρμακα μητρότητας και ορισμένα φάρμακα για χρόνιες παθήσεις όπως καρκίνο, διαβήτη, επιληψία, ψυχώσεις, νεφρική ανεπάρκεια κ.λπ. Στη δεύτερη περίπτωση υπάρχει συμμετοχή 10% για φάρμακα που χορηγούνται σε παθήσεις όπως νόσο του Parkinson, νοσήματα του συνδετικού ιστού, φυματίωση, κίρρωση του ήπατος κ.λπ. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι με τον Ν.2458/1997 καθιερώθηκε στο ΙΚΑ ενιαία λίστα φαρμάκων και εκδόθηκαν οδηγίες συνταγογραφίας.

Για την κάλυψη των αναγκών φυσικοθεραπείας των ασφαλισμένων του, το ΙΚΑ διαθέτει ιδιόκτητα φυσικοθεραπευτήρια ενώ έχει συνάψει συμβάσεις και με ιδιωτικά, κυρίως στην Αττική και σε μερικές επαρχιακές πόλεις. Για την ικανοποίηση ειδικών αναγκών υγείας, όπως βηματοδότες, συσκευές εισπνοών, ακουστικά βαρηκοΐας, μηχανήματα ομιλίας, αμαξήδια, τεχνητά μέλη κ.λπ., το ΙΚΑ παρέχει πρόσθετη περίθαλψη. Για ορισμένα είδη προβλέπεται συμμετοχή του ασθενούς 25%. Επιπροσθέτως, το ΙΚΑ καλύπτει δαπάνες για λουτροθεραπεία, αεροθεραπεία καθώς και για θεραπευτικό τουρισμό σε χαμηλοσυνταξιούχους. Το πρόγραμμα θεραπευτικού τουρισμού καλύπτει περίπου 17.000 ασφαλισμένους.

Στα πλαίσια της βελτίωσης των παρεχομένων υπηρεσιών στους πολίτες, το ΙΚΑ ανέπτυξε πρόγραμμα ιατροκοινωνικής φροντίδας ασθενών και υπερηλίκων στο σπίτι, για άτομα τα οποία αδυνατούν να προσέλθουν στις μονάδες του Ιδρύματος. Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι ιατροφαρμακευτική παρακολούθηση, νοσηλευτική συνδρομή, κοινωνική στήριξη, μερική σίτιση, καθαριότητα, κτιριακές και γενικής τεχνικής φύσης υπηρεσίες.

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη καλύπτει τις δαπάνες νοσηλείας των άμεσα ασφαλισμένων, των συνταξιούχων και των μελών των οικογενειών τους και παρέχεται από: (α) τα νοσοκομεία του ΙΚΑ, (β) τα κρατικά νοσοκομεία του ΕΣΥ, (γ) τις συμβεβλημένες με το ΙΚΑ ιδιωτικές κλινικές, κλινικές για χρόνιες παθήσεις και για παιδιά με ειδικές ανάγκες, (δ) τις μη συμβεβλημένες με το ΙΚΑ κλινικές όταν υπάρχει επείγουσα ανάγκη (στην περίπτωση αυτή αποδίδεται δαπάνη σύμφωνα με τις προβλεπόμενες τιμές που έχουν θεσπιστεί από το κράτος) και (ε) σε νοσοκομεία του εξωτερικού, εφόσον συντρέχει λόγος, δηλαδή σε περιπτώσεις παθήσεων που δεν είναι δυνατόν να διαγνωσθούν και να αντιμετωπισθούν στην Ελλάδα λόγω έλλειψης κατάλληλων επιστημονικών μέσων ή εξειδικευμένων γιατρών.

Στα πλαίσια της προσπάθειας για την παροχή συνεχούς φροντίδας υγείας στους ασφαλισμένους του, το ΙΚΑ έχει αναπτύξει δραστηριότητες και στον τομέα της προληπτικής ιατρικής. Ειδικότερα, υπηρεσίες πρόληψης παρέχουν: 55 Σταθμοί Προστασίας Μάνας και Παιδιού, σε δέκα από τους οποίους έχουν αναπτυχθεί Κέντρα Ανώδυνου Τοκετού, 10 Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, Προληπτικά Οδοντιατρεία τα οποία εφαρμόζουν προγράμματα προληπτικής οδοντιατρικής στα σχολεία, Προληπτικά Γυναικολογικά Ιατρεία όπου διενεργούνται έλεγχοι κατά Παπανικολάου, το Κέντρο Προληπτικής Ιατρικής Αλεξανδρούπολης όπου εφαρμόζονται προγράμματα ελέγχου ηπατίτιδας Α, Β, C, AIDS κ.λπ., το Κέντρο Προγεννητικού

Ελέγχου και Εμβρυομετρικής Ιατρικής στην Αθήνα, το Κέντρο Μαστού του Ογκολογικού Νοσοκομείου του ΙΚΑ "Γεώργιος Γεννηματάς", το Κέντρο Διάγνωσης και Ιατρικής της Εργασίας, το Κέντρο Ελέγχου Ηπατίτιδας του 1ου Νοσοκομείου ΙΚΑ, το Κέντρο Αιμοδοσίας το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα, τα Κέντρα Παιδοψυχικής Υγιεινής, οι παιδικοί σταθμοί με τους οποίους συνεργάζεται το ΙΚΑ σε όλη τη χώρα (περίπου 21 σταθμοί), τα ειδικά Ιδρύματα-Σχολεία (90 σε όλη τη χώρα) με τα οποία το ΙΚΑ συνάπτει συμβάσεις για την αντιμετώπιση προβλημάτων ατόμων με ειδικές ανάγκες και τα 14 Γραφεία Κοινωνικής Μέριμνας του Ιδρύματος σε όλη τη χώρα, για την αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων των ασφαλισμένων και την προστασία ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.

Για έκτακτα και επείγοντα περιστατικά οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ εξυπηρετούνται από: (α) το ΕΚΑΒ, (β) τα ασθενοφόρα και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, (γ) τα κέντρα υγείας και (δ) τους ΣΑΒ του Ιδρύματος. Στην περίπτωση που καταφύγουν σε ιδιώτη γιατρό, δικαιούνται την απόδοση δαπάνης για την επίσκεψη και τα φάρμακα που τους χορηγήθηκαν, σύμφωνα με τις κρατικά καθορισμένες τιμές.

1.4 Η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα

Η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα προέρχεται από τρεις πηγές: τα ασφαλιστικά ταμεία, τον κρατικό προϋπολογισμό και τις ιδιωτικές δαπάνες. Ιστορικά και θεσμικά, το υπόδειγμα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση.

Κύριες πηγές εσόδων των ασφαλιστικών ταμείων αποτελούν στην περίπτωση της εξαρτημένης εργασίας οι εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών, στην περίπτωση των αυτοαπασχολούμενων οι ίδιες εισφορές ενώ για ορισμένα ταμεία προβλέπονται έσοδα από κοινωνικούς πόρους και κρατική επιχορήγηση. Οι πρόσοδοι περιουσίας και τα διάφορα έσοδα συμπληρώνουν τις εισφορές.

Τα έσοδα του κρατικού προϋπολογισμού προέρχονται από τη γενική φορολογία και καλύπτουν τις δαπάνες των κέντρων υγείας, των αγροτικών ιατρείων, των μισθών των εργαζομένων στα νοσοκομεία, των κεφαλαιουχικών επενδύσεων, των επιχορηγήσεων στα δημόσια νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία κ.λπ. Ο γενικός προϋπολογισμός του κράτους είναι η σημαντικότερη πηγή χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Μέσω των τακτικών και έκτακτων επιχορηγήσεων καθώς και του

προυπολογισμού των δημοσίων επενδύσεων, πραγματοποιούνται οι εισροές πόρων στα δημόσια νοσοκομεία

Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '70, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στηρίζονταν κατά κύριο λόγο στην κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές δαπάνες. Από τις αρχές της δεκαετίας του '80 η κοινωνική ασφάλιση αντικαταστάθηκε σε μεγάλο βαθμό, σαν πηγή χρηματοδότησης, από τον κρατικό προϋπολογισμό. Την περίοδο αυτή το κράτος για λόγους κοινωνικής πολιτικής αλλά και αδυναμίας χάραξης σαφούς πολιτικής τιμών και χρηματοδότησης, παρεμβαίνει στην τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας με την καθιέρωση του ενοποιημένου-κλειστού νοσηλίου σε όλες τις θέσεις νοσηλείας και σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα και τις ιδιωτικές κλινικές (Π.Δ.957/79).

Με το νόμο 2519/97 επανέρχεται ουσιαστικά το ζήτημα χρηματοδότησης και διαχείρισης των δημοσίων νοσοκομείων της χώρας. Θεσπίζεται η εφαρμογή κλειστών και τμηματικών προϋπολογισμών στα νοσοκομεία της χώρας, με ταυτόχρονη εισαγωγή πιο ευέλικτης διαχειριστικής διαδικασίας, ενώ παράλληλα παραμένει ως κριτήριο χρηματοδότησης το κλειστό-ομαδοποιημένο νοσήλιο.

Από τον κρατικό προϋπολογισμό χρηματοδοτείται και η πρωτοβάθμια περίθαλψη των ασφαλισμένων του δημοσίου και του αγροτικού πληθυσμού. Τα κέντρα υγείας που λειτουργούν στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, παρέχουν ελεύθερα και δωρεάν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλο το πληθυσμό, ανεξάρτητα από τον φορέα ασφαλιστικής τους κάλυψης. Το υπόλοιπο μέρος του πληθυσμού (μισθωτοί και αυτοαπασχολούμενοι) καλύπτεται από υπηρεσίες των ιδίων των ασφαλιστικών φορέων ή ιδιώτες γιατρούς, που χρηματοδοτούνται αποκλειστικά από τους προϋπολογισμούς της κοινωνικής ασφάλισης. Οι μεγαλύτεροι ασφαλιστικοί οργανισμοί όπως το ΙΚΑ και ο ΟΓΑ καλύπτουν τους ασφαλισμένους τους με τα πολυιατρεία και τα κέντρα υγείας αντίστοιχα, στα οποία απασχολούνται γιατροί αμοιβόμενοι με μισθό. Τα υπόλοιπα ταμεία συνάπτουν συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς, οδοντίατρους κ.λπ.

Με βάση τις διατάξεις του νόμου 2519/1997 για τη δημιουργία δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προτείνεται ο καθορισμός δέσμης υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας (πακέτο παροχών) η οποία θα προσφέρεται από όλα τα δίκτυα και η κοστολόγηση κατά κατηγορία του ενιαίου πακέτου. Σύμφωνα με την παραπάνω κοστολόγηση θα προσδιορίζεται η ετήσια κατά κεφαλή αμοιβή των

δικτύων από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η αμοιβή των γιατρών ειδικοτήτων των πολυιατρείων θα γίνεται με μισθό, ενώ οι οικογενειακοί γιατροί θα συνάπτουν ετήσιες συμβάσεις και θα αμείβονται κατά κεφαλή ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων πολιτών στον κατάλόγο τους. Επιπλέον προβλέπεται ειδική κατά κεφαλή αμοιβή για την παροχή υπηρεσιών σε άτομα άνω των 65 ετών καθώς και επίδομα ενοικίου και απασχόλησης άλλου προσωπικού.

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας προέρχονται από τα οικογενειακά εισοδήματα των νοικοκυριών. Περιλαμβάνουν την αγορά υπηρεσιών υγείας οι οποίες δεν καλύπτονται από τη κοινωνική ασφάλιση, τη συμμετοχή των χρηστών για ορισμένες υπηρεσίες υγείας όταν αυτές καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση και γενικότερα τις επίσημες πληρωμές για την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών, καθώς επίσης και τις κάθε είδους “αντιδεοντολογικές συναλλαγές”.

Σε ποσοστιαία αναλογία, το 32% των εσόδων του ελληνικού συστήματος υγείας προέρχεται από τη κοινωνική ασφάλιση, το 26% από τον κρατικό προϋπολογισμό και το υπόλοιπο 42% από ιδιωτικές πληρωμές. Ειδικότερα, οι συνολικές δαπάνες υγείας προσεγγίζουν το 1996 το 8,4% του ΑΕΠ. Από αυτές, το 4,9% αφορά τις δημόσιες δαπάνες και το 3,5% τις ιδιωτικές (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας 1999).

1.5 Οι θεσμικές μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Τα σημαντικά οικονομικά, διοικητικά και διαχειριστικά ελλείμματα που παρουσίασε ο υγειονομικός τομέας, κατά τη δεκαετία του '90 (τα οποία αναλύονται εκτενέστερα στο επόμενο κεφάλαιο), οδήγησαν σε τρεις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις.

Ο Ν.2071/1992 επιχείρησε την αλλαγή της φιλοσοφίας του ΕΣΥ έτσι όπως αυτή είχε εκφραστεί με το Ν.1397/1983, προς την κατεύθυνση μιας φιλελεύθερης θέασης. Συνοπτικά οι αλλαγές που προέβλεπε ήταν οι εξής:

- η δυνατότητα των γιατρών του ΕΣΥ για παράλληλη άσκηση ιδιωτικής πρακτικής,
- η απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα και η δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών θεραπευτηρίων,
- η ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσηλευτηρίου από τους ασφαλισμένους
- η αύξηση της συμμετοχής των χρηστών στην αγορά φαρμάκων,

- η αύξηση των νοσηλίων και η θέσπιση εισητηρίου για τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων που επιβλήθηκαν με μεταγενέστερα μέτρα.

Οι αλλαγές αυτές ουσιαστικά δεν εισήγαγαν πολιτικές ελέγχου του κόστους και αποτελεσματικής οικονομικής διαχείρισης, ενώ παράλληλα σηματοδοτούσαν τη μετάβαση από την δημόσια προς την ατομική ευθύνη για την υγεία, την επέκταση της ιδιωτικής παροχής υπηρεσιών και την αύξηση του ρόλου της κοινωνικής ασφάλισης και του ιδιωτικού τομέα στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας.

Το 1994 ψηφίζεται ο Ν.2194/1994, ο οποίος καταργεί ορισμένες διατάξεις του Ν.2071/1992 και επαναφέρει σε ισχύ το Ν.1397/1983. Έτσι, επανήλθε το προηγούμενο καθεστώς απασχόλησης των γιατρών του ΕΣΥ, ανακλήθηκαν οι άδειες λειτουργίας ιδιωτικών θεραπευτηρίων και επαναδιατυπώθηκαν οι βασικές αρχές της δημόσιας ευθύνης για την προστασία της υγείας και της ισότητας. Ωστόσο, ορισμένες διατάξεις του Ν.2071/92 και νομοθετήματα που αφορούσαν την ελευθερία επιλογής των χρηστών και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών, παρέμειναν σε ισχύ, υποδηλώνοντας, σύμφωνα με απόψεις μελετητών, μια συμφωνία και συνέχεια του προσανατολισμού της πολιτικής υγείας προς την αύξηση του ρόλου του ιδιωτικού τομέα στην παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Tragakes and Polyzos, 1998).

Η περίοδος που ακολούθησε χαρακτηρίστηκε από τον προβληματισμό, τη δημόσια συζήτηση και τη διατύπωση προτάσεων για τη συνολική αναμόρφωση του συστήματος υγείας με ιδιαίτερη έμφαση στη διαχείριση, τη διοίκηση και την αποδοτικότητα των πόρων. Το αποτέλεσμα των παραπάνω διεργασιών ήταν η ψήφιση του Ν.2519/1997 για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ.

Η παρέμβαση αυτή υιοθετεί μια εφικτή διαδικασία συντονισμένης δράσης και ενιαιοποίησης των υπηρεσιών. Αποφεύγει “βίαιες” οργανωτικού χαρακτήρα πολιτικές ενοποίησης υπηρεσιών ή ασφαλιστικών οργανισμών, οι οποίες εγείρουν μεγάλες κοινωνικές και πολιτικές ενστάσεις. Επιλέγεται η συγκρότηση μιας εσωτερικής αγοράς των διαφόρων τμημάτων του ευρύτερου δημόσιου τομέα, η οποία εξασφαλίζει σταδιακά την ενιαία συμπεριφορά και τη χρηματοδότηση από ήδη υπάρχοντες πόρους οι οποίοι διαρρέουν κυρίως προς τον ιδιωτικό τομέα (Κυριόπουλος, 1997).

Οι κύριοι άξονες της μεταρρύθμισης εστιάζονται στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, την έμφαση στη δημόσια υγεία, τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, την ανάπτυξη ειδικών μονάδων υγείας, την οργάνωση και αποκέντρωση του συστήματος, την αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και τη διοίκηση και την οικονομική διαχείριση των μονάδων υγείας.

Ειδικότερα, κατοχυρώνεται η προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών που προσφεύγουν στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης και για αυτό το λόγο συστήνονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας αυτοτελής υπηρεσία και επιτροπή ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών. Επίσης σε κάθε νοσοκομείο συγκροτείται επιτροπή προάσπισης των δικαιωμάτων του πολίτη, ενώ σε εθνικό επίπεδο συστήνεται εθνική επιτροπή βιοηθικής και δεοντολογίας.

Για την προαγωγή της δημόσιας υγείας ιδρύεται σε κάθε μία από τις υγειονομικές περιφέρειες, περιφερειακό εργαστήριο δημόσιας υγείας. Ο συντονισμός των περιφερειακών εργαστηρίων θα γίνεται από το κεντρικό εργαστήριο δημόσιας υγείας. Επίσης στο Υπουργείο Υγείας συνίσταται ειδικό γνωμοδοτικό επιστημονικό συμβούλιο για θέματα δημόσιας υγείας και διεύθυνση σχολικής υγείας καθώς και γραφείο σχολικής υγείας σε κάθε περιφέρεια. Οι παραπάνω υπηρεσίες θα στελεχωθούν με γιατρούς δημόσιας υγείας και άλλους κοινωνικούς επιστήμονες.

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, των ιατρικών πράξεων και ο έλεγχος της διασφάλισης της ποιότητας επιχειρείται με την ίδρυση ινστιτούτου έρευνας και ελέγχου ποιότητας των υπηρεσιών.

Για την οργάνωση και διαχείριση του ΕΣΥ, συνίσταται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας γενική διεύθυνση υπηρεσιών υγείας και συμβούλιο συντονισμού και ενιαίας δράσης των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό τον ενιαίο σχεδιασμό ανάπτυξης του συνόλου των υπηρεσιών υγείας και το συντονισμό μεταξύ των υπηρεσιών του ΕΣΥ και των ασφαλιστικών ταμείων. Η δημιουργία του συμβουλίου ενιαίας δράσης, το οποίο βαθμιαία πρέπει να μετατραπεί σε ένα ενιαίο εθνικό όργανο λήψης αποφάσεων για την εθνική πολιτική υγείας, θα συμβάλλει στην ενίσχυση και τη διασφάλιση του ηγετικού ρόλου του Υπουργείου Υγείας σε σχέση με το σχεδιασμό της εθνικής πολιτικής για την υγεία, την ορθολογική κατανομή των πόρων και την εφαρμογή πολιτικών ελέγχου του κόστους.

Για την παροχή εξειδικευμένης περίθαλψης σε συγκεκριμένους ιατρικούς και νοσηλευτικούς τομείς, παρέχεται η δυνατότητα σε ένα ή περισσότερα τμήματα ενός ή περισσότερων νοσοκομείων, να ορίζονται ως ειδικά κέντρα, με σκοπό το συντονισμό των παρεχομένων υπηρεσιών και την προαγωγή της έρευνας. Επίσης, είναι δυνατή η απογευματινή λειτουργία τμημάτων των νοσοκομείων για την παροχή μετανοσοκομειακής και ειδικής φροντίδας καθώς και η οργάνωση στα νοσοκομεία μονάδων αποκατάστασης και αποθεραπείας.

Όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, προβλέπεται η δημιουργία δικτύων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και η θέσπιση του οικογενειακού γιατρού. Η θέσπιση αυτού του θεσμού θα συμβάλλει όχι μόνο στη θεραπεία ενός σημαντικού προβλήματος του υγειονομικού συστήματος, το οποίο αποτελεί η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η γενική οικογενειακή ιατρική, αλλά θα αποτελέσει και μια πύλη εισόδου των πολιτών σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης, ώστε να διασφαλισθεί η αποτελεσματική διαχείριση των ασθενών στο σύστημα υγείας. Επίσης θα συμβάλλει στην ενιαία παροχή υπηρεσιών με μια ομοιογενή δέσμη και θα εμπλουτίσει την κλινική θεραπευτική ιατρική με στοιχεία πρόληψης, προαγωγής της υγείας και κοινωνικής υποστήριξης. Το εγχείρημα αυτό δεν απαιτεί υψηλούς πρόσθετους δημόσιους πόρους, αλλά εξασφαλίζει την απρόσκοπτη χρηματοδότησή του από μια στροφή της ζήτησης στις δομές του δημόσιου τομέα. Επίσης, μπορεί να συγκρατήσει τη ροή ασθενών προς τα νοσοκομεία και να επιτρέψει την αναγκαία μεταφορά πόρων από το νοσοκομειακό τομέα σε άλλες βαθμίδες περίθαλψης.

Όσον αφορά τα νοσοκομεία, προβλέπεται η σύσταση θέσεων γενικών διευθυντών, η χρηματοδότησή τους μέσω κλειστών (σφαιρικών) προϋπολογισμών και η κοστολόγηση των υπηρεσιών κατά προσέγγιση σε ομαδοποιημένες διαγνωστικές κατηγορίες. Η εφαρμογή όμως αυτών των μέτρων υπό τις παρούσες συνθήκες και το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο εγείρει επιφυλάξεις, δεδομένου ότι δεν προβλέπεται ένα σαφές πλαίσιο διαπραγμάτευσης μεταξύ ασφαλιστικών φορέων, νοσοκομείων ή κεντρικής διαχείρισης και προέλευσης των πόρων. Αναγκαία συνεπώς πολιτική συνιστά ο επανακαθορισμός του νοσοκομειακού προϊόντος και η εκτίμηση της συνολικής ετήσιας παραγωγής. Προς αυτή την κατεύθυνση μπορεί να συμβάλλει η δημιουργία ενός ενιαίου λογαριασμού νοσοκομειακής περίθαλψης, ο οποίος θα περιλαμβάνει το σύνολο των επιχορηγήσεων και των εισροών από νοσήλια των ασφαλιστικών ταμείων.

Πρέπει να επισημανθεί ότι για τη μέτρηση και αξιολόγηση της παραγωγικότητας των νοσηλευτικών μονάδων κρίνεται ως απολύτως αναγκαία η ενιαία συλλογή και καταγραφή των νοσοκομειακών δεδομένων, η οποία μέχρι στιγμής στη χώρα είναι υποβαθμισμένη. Είναι βέβαιο ότι με την ενιαιοποίηση της υποδομής της μηχανογράφησης σ'όλα τα νοσοκομεία θα επιτευχθεί όχι μόνο η συλλογική και συγκριτική καταγραφή των δεικτών λειτουργικότητας των νοσοκομείων αλλά θα ενισχυθούν σημαντικά οι τομές που επιφέρει ο νόμος 2519/97 σχετικά με την εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος και των τμηματικών προϋπολογισμών (Κοντούλη-Γείτονα, 1992).

Η υλοποίηση των παραπάνω αλλαγών προϋποθέτει τη βελτίωση της διοικητικής ικανότητας, ενώ η πρόβλεψη για την ανάθεση σε ειδικούς της διοίκησης-διαχείρισης είναι θετική και πρέπει να επεκταθεί σε όλες τις υπηρεσίες. Ενα δεύτερο προαπαιτούμενο αποτελεί η επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό του υγειονομικού τομέα, με τις διαδικασίες εκπαίδευσης και κατάρτισης, οι οποίες μέχρι τώρα έχουν υποτιμηθεί. Η εναρμόνιση της αγοράς εκπαίδευσης με την αγορά εργασίας πρέπει να αποτελέσει άμεση προτεραιότητα της πολιτικής υγείας.

1.6 Προβλήματα στην οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών υγείας

Η δυνατότητα που έχει ο ασθενής να κινηθεί ελεύθερα στο υγειονομικό σύστημα της χώρας, χωρίς περιορισμούς και γεωγραφικές δεσμεύσεις, έχει ως αποτέλεσμα, τα δύο μεγαλύτερα αστικά κέντρα της χώρας τα οποία διαθέτουν μεγάλη νοσηλευτική υποδομή, να συγκεντρώνουν τις προτιμήσεις των κατοίκων όμορων περιφερειών. Ιστορικοί λόγοι, η άνιση κατανομή των πόρων υγείας, οι ανισότητες στην περιφερειακή οικονομική ανάπτυξη, η καθυστέρηση της αποκέντρωσης, διοικητικοί και κοινωνιολογικοί παράγοντες σε συνδυασμό με την έλλειψη υψηλού επιπέδου υπηρεσιών και ικανού αριθμού εκπαιδευμένου ιατρικού προσωπικού σε ορισμένες ειδικότητες, αποτελούν τις κυριώτερες αιτίες ερμηνείας του φαινομένου (Κυριόπουλος και Νιάκας, 1991).

Επιπλέον, αναδεικνύεται το πρόβλημα του συγκεντρωτισμού της διοίκησης του συστήματος και του περιορισμένου ρόλου της τοπικής αυτοδιοίκησης, στοιχεία τα οποία αποτελούν βασικό χαρακτηριστικό του ελληνικού υγειονομικού τομέα με αρνητικές επιπτώσεις στο σχεδιασμό, την παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Τα ασφαλιστικά ταμεία σήμερα εξακολουθούν να λειτουργούν όπως στην περίοδο πριν από την εφαρμογή του ΕΣΥ. Με διαφορετική τοποθέτηση, θα μπορούσε κάποιος να ισχυρισθεί ότι το ΕΣΥ είναι ημιτελές, δεδομένου ότι θεμελιώδη ζητήματα φροντίδων υγείας παραμένουν εκτός της λειτουργίας του (Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., 1991).

Η λειτουργία των κέντρων υγείας αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα στελέχωσης και οργάνωσης. Η μέση κάλυψη των προβλεπομένων θέσεων σε ιατρικό προσωπικό ανέρχεται στο 48%, σε νοσηλευτικό προσωπικό φθάνει το 62%, σε παραιατρικό προσωπικό είναι 55% και για το διοικητικό και λοιπό προσωπικό προσεγγίζει το 62% (Θεοδώρου, 1994). Αιτίες για αυτό μπορεί να θεωρηθούν η απροθυμία των γιατρών να στελεχώσουν τα κέντρα υγείας για λόγους οικονομικούς, κοινωνικούς και επαγγελματικής ανέλιξης καθώς και οι περιορισμοί στις προσλήψεις υγειονομικού προσωπικού που εφάρμοσε το Υπουργείο Υγείας μετά το 1990 στα πλαίσια μιας δημοσιονομικής περιοριστικής πολιτικής. Η διοικητική υπαγωγή των κέντρων υγείας στα νοσοκομεία και η χρηματοδότησή τους από αυτά, εμποδίζουν τη διοικητική και οικονομική τους αυτονομία και ανάπτυξη. Ένα τρίτο πρόβλημα αφορά τη στελέχωση των 1.500 περίπου περιφερειακών ιατρείων των κέντρων υγείας και σχετίζεται με την έλλειψη κλινικής εμπειρίας των αγροτικών γιατρών και την ποιότητα των παρεχομένων από αυτούς υπηρεσιών.

Στις αστικές περιοχές, ο πολυκερματισμός στο σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ένας από τους βασικούς στόχους του Ν.1397/83 που προέβλεπε τη δημιουργία αστικών κέντρων υγείας δεν υλοποιήθηκε) και η λειτουργική ασυνέχεια της πρωτοβάθμιας φροντίδας, σε συνδυασμό με τις ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή και στελέχωση με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, συμβάλλουν στη δυσμενή διαμόρφωση της ποιότητας και της επάρκειας της φροντίδας υγείας, ενώ ταυτόχρονα ευνοούν τη μεγέθυνση της ιδιωτικής δαπάνης και την ανάπτυξη παραοικονομικής δραστηριότητας. Προς την ίδια κατεύθυνση συμβάλλει και η απουσία διαδικασιών προσανατολισμού ως προς την πρόσβαση στο σύστημα, ρόλο που θα μπορούσε να παίξει ο γενικός γιατρός στα πλαίσια δημιουργίας δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας, η οποία πρακτικά είναι ελεύθερη, με συνέπεια τη δημιουργία συνθηκών έκρηξης της ζήτησης, μεγάλο μέρος της οποίας προκαλείται από τους προμηθευτές (Κυριόπουλος, 1996).

Τα προβλήματα που αναφέρθηκαν παραπάνω, οδηγούν στη χαμηλή αξιοπιστία του συστήματος και γεννούν ερωτηματικά σε σχέση με τις διαδικασίες

χρησιμοποίησης, διανομής, προσπέλασης και αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που αφορά την ανοικτή φροντίδα υγείας, η ικανοποίηση των χρηστών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αναφέρεται ως μέτρια ενώ όσο αφορά το διοικητικό προσωπικό είναι μικρή (Γεωργούση και συν., 1994).

Όσον αφορά τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, διαπιστώνεται ότι το 61% των νοσοκομείων είναι ιδιωτικά και το 39% δημόσια. Η εικόνα όμως αντιστρέφεται εξετάζοντας τον αριθμό των κλινών από τις οποίες το 72% είναι δημόσιες και το 28% ιδιωτικές. Η μέση δυναμικότητα των γενικών δημόσιων νοσοκομείων είναι 233 κλίνες ενώ των ιδιωτικών είναι μόνο 55. Το γεγονός αυτό εγείρει ερωτηματικά σε σχέση με την ποιότητα και την επάρκεια των παρεχομένων υπηρεσιών από την πλειονότητα των ιδιωτικών κλινικών, οι οποίες παρουσιάζουν ελλιπή στελέχωση και χρηματοδοτούνται κυρίως από τα συμβεβλημένα ασφαλιστικά ταμεία, την ιδιωτική ασφάλιση και τους ιδιώτες χρήστες. Διαφοροποιήσεις παρουσιάζονται και ως προς την παραγωγικότητα των υπηρεσιών. Η μέση διάρκεια νοσηλείας στα γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι 5,8 ημέρες με 70% περίπου κάλυψη των κλινών, έναντι 8,4 των ιδιωτικών με κάλυψη 54%.

Διαχρονικά παρατηρείται μια βελτίωση της παραγωγικότητας των νοσοκομείων στην Ελλάδα. Το 1977 η μέση διάρκεια νοσηλείας για το σύνολο του νοσοκομειακού τομέα ήταν 13,5 ημέρες για να μειωθεί σε 11,6 ημέρες το 1987 και 8,3 το 1992. Επίσης υπήρξε αύξηση των εισαγωγών από 11,1 ανά 1.000 κατοίκους το 1977, σε 12,1 το 1987 και 13,4 το 1992 (Κυριόπουλος, 1993, Επετηρίδα Υγείας, 1993).

Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί η άνιση κατανομή των κλινών μεταξύ των περιφερειών, με την Αττική, τη Κεντρική Μακεδονία, τη Κρήτη και την Ηπειρο να βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση. Συνέπεια αυτής της κατάστασης είναι η ύπαρξη μεγάλων διαπεριφερειακών ροών ασθενών, με την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη να δέχονται τις περισσότερες εισροές από τις όμορες περιοχές. Η κατάσταση αυτή σχετίζεται με την απουσία συστήματος παραπομπών, η οποία επιτρέπει την χωρίς περιορισμούς μετακίνηση των χρηστών στο σύστημα υγείας. Πολλά από τα νοσοκομεία της περιφέρειας αντιμετωπίζουν προβλήματα πεπαλαιωμένων κτιριακών εγκαταστάσεων, ελλιπούς στελέχωσης και χαμηλής πληρότητας, τα οποία συμβάλλουν καθοριστικά στη δυσπιστία των πολιτών, με αποτέλεσμα αυτοί να διακινούνται για νοσηλεία προς τις μεγάλες νοσηλευτικές μονάδες της χώρας.

Η ικανοποίηση των χρηστών των νοσοκομειακών υπηρεσιών φαίνεται να είναι υψηλότερη από αυτή των χρηστών των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών, η ικανοποίηση των χρηστών είναι υψηλή για τις ιατρικές, νοσηλευτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες και μέτρια έως χαμηλή για τις οργανωτικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες (Κυριόπουλος και συν., 1994α, Κυριόπουλος και συν., 1994β).

1.7 Προβλήματα στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας

Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, τα ασφαλιστικά ταμεία, ο κρατικός προϋπολογισμός και οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν τις τρεις πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Το ύψος των εισφορών και των κοινωνικών πόρων καθώς επίσης το εύρος και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών διαφέρουν μεταξύ των ταμείων με αποτέλεσμα τη δημιουργία κοινωνικών ανισοτήτων. Η συνεισφορά του κρατικού προϋπολογισμού στη διαμόρφωση των εσόδων των ταμείων, δεν υπακούει σε κάποιους προσδιορισμένους κανόνες ή κριτήρια αλλά είναι το αποτέλεσμα της πίεσης των ισχυρών κοινωνικών ομάδων προς την εκάστοτε κυβέρνηση.

Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, οι ανισότητες στην ασφάλιση ασθένειας εμφανίζουν τάσεις μείωσης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης, κατά το διάστημα 1990-95 στον κλάδο ασφάλισης ασθένειας έχει συντελεστεί μείωση των ανισοτήτων κατά 5% , οι οποίες όμως εξακολουθούν να παραμένουν σε υψηλά επίπεδα, αφού οι δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων διαφέρουν μεταξύ τους κατά 33% (Κυριόπουλος και Καραλής, 1997).

Όσο αφορά την αποζημίωση των νοσοκομείων, το ύψος του κλειστού νοσηλίου δεν καθορίζεται με βάση τα στοιχεία του κόστους κάθε νοσοκομείου, αλλά αυθαίρετα και προσδιορίζεται από το Υπουργείο Υγείας (Επιτροπή Τιμών και Εισοδημάτων), σε χαμηλότερα επίπεδα από το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Η καθιέρωση του κλειστού νοσηλίου σε χαμηλές τιμές επί σειρά ετών επέφερε σταδιακά μείωση των εσόδων των νοσοκομείων από νοσήλια και η αύξηση των ελλειμμάτων τους τα οποία καλύπτονται αναγκαστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό. Παρά τη σημαντική αύξηση των νοσηλίων τα τελευταία χρόνια (διπλασιασμός το 1992 και εξαπλασιασμός το 1993), ο ρόλος του τακτικού προϋπολογισμού παραμένει

κυρίαρχος και το πρόβλημα των ελλειμμάτων των νοσοκομείων εξακολουθεί να υφίσταται (Γείτονα και Υφαντόπουλος, 1995).

Μετά την πρόσφατη αύξηση των νοσηλείων, το 50% των εσόδων των νοσοκομείων προέρχεται από την κρατική επιχορήγηση, το 40% από τα νοσήλια και το 10% από λοιπές πηγές. Ωστόσο, η εικόνα αυτή είναι ψευδής λόγω των σημαντικών ελλειμμάτων που παρουσιάζουν τα νοσοκομεία. Τα ελλείμματα αυτά το 1998 ανέρχονταν περίπου στα 150 δις. δρχ. και στις ουσία καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Τα υψηλά ποσοστά ιδιωτικών δαπανών υγείας σε σχέση με τις δημόσιες αποτελούν παράδοση στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα και σχετίζονται με την υπανάπτυξη του κράτους-πρόνοιας στην Ελλάδα, τις ανεπάρκειες στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών, την αύξηση των οικογενειακών εισοδημάτων και την αναποτελεσματικότητα του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος. Σημαντικό ενδογενή παράγοντα αποτελεί η πλημμυρική οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η οποία συνεπάγεται την υπερβάλλουσα χρήση της παρακλινικής συνταγογραφίας και την αλόγιστη παραπομπή των πολιτών σε ιδιώτες γιατρούς και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα τα οποία λειτουργούν χωρίς έλεγχο. Είναι γεγονός ότι η υψηλή ιδιωτική δαπάνη στη χώρα μας σχετίζεται άμεσα με την ανεπάρκεια του δημοσίου τομέα να καλύψει πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού με επίκεντρο την εξωνοσοκομειακή φροντίδα (Γείτονα και συν., 1997)

Ποσοστιαία (%) κατανομή ιδιωτικών δαπανών υγείας κατά επίπεδο φροντίδας

	1982	1988	1994
Πρωτοβάθμια	63,43*	27,6	31,6
Νοσοκομειακή	17,43	15,0	12,5
Φαρμακευτική	19,43	17,2	18,7
Οδοντιατρική	**	37,7	34,3
Άλλες φροντίδες	**	3,5	2,9
Σύνολο	100	100	100

Πηγή : Γεωργούση, Κυριόπουλος 1996

* Περιλαμβάνει και την οδοντιατρική φροντίδα

** Ενσωματωμένη στην πρωτοβάθμια περίθαλψη

Θα πρέπει επίσης να τονιστεί το υψηλό ποσοστό της παραοικονομικής δραστηριότητας στον υγειονομικό τομέα η οποία ενσωματώνεται στην ιδιωτική δαπάνη και φθάνει (1994) το 1,13% του ΑΕΠ ή το 16,9% των συνολικών δαπανών υγείας. Το φαινόμενο αυτό σχετίζεται τόσο με την υποτονική παρουσία του δημόσιου τομέα, όσο και με την απουσία κανόνων στην αγορά των υπηρεσιών υγείας. Η μεγέθυνση του υγειονομικού τομέα και οι εκρηκτικές τάσεις της ιατρικής δημογραφίας, καθώς επίσης η απουσία διαχείρισης των ασθενών στο σύστημα υγείας η οποία δημιουργεί τεχνητή συμφόρηση στην κινητικότητα των χρηστών έτσι ώστε να επιβάλλεται η καταβολή αμοιβών διαμεσολάβησης και πρόσθετης άτυπης πληρωμής, αποτελούν ερμηνευτικούς παράγοντες της παραοικονομικής δραστηριότητας στον υγειονομικό τομέα (Γείτονα και συν., 1997).

Η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό στο ΑΕΠ εμφανίζεται στον παρακάτω πίνακα:

**Συνολικές, δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας (%ΑΕΠ)
στην Ελλάδα**

Ετη	Δημόσιες	Ιδιωτικές	Σύνολο
1975	2,6	2,5	5,1
1980	3,8	2,7	6,5
1985	4,8	2,7	7,5
1990	5,1	3,1	8,2
1995	4,9	3,5	8,4
1996	4,9	3,5	8,4

Πηγή : α) Κυριόπουλος και Νιάκας, 1991
β) Καρόκης και Σισσούρας, 1994
γ) Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 1999

Όπως φαίνεται από τον πίνακα, οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα διαχρονικά ακολουθούν αυξητική πορεία, φθάνοντας το 1996 το 8,4% του ΑΕΠ. Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στη σταθερή άνοδο των δημοσίων δαπανών υγείας. Η εξέλιξη αυτή αποτελεί παράδοξο φαινόμενο σε σχέση με τις αντίστοιχες διεθνείς τάσεις καθόσον οι υψηλοί ρυθμοί αύξησης των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ,

πραγματοποιήθηκαν σε χρονικές περιόδους υψηλών ρυθμών οικονομικής ανάπτυξης. Για παράδειγμα, η μέση εισοδηματική ελαστικότητα την περίοδο 1960-75 στις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν 1,6, μειώθηκε σε 1,3 την περίοδο 1975-84, ενώ την περίοδο 1980-84 έφθασε στο 0,5. Στη χώρα μας συνέβει το αντίστροφο καθόσον η αύξηση των δαπανών υγείας και ιδιαίτερα των δημοσίων δαπανών, πραγματοποιήθηκε σε περιόδους οικονομικής ύφεσης. Το διάστημα 1960-75 η ελαστικότητα των δημοσίων δαπανών για υγεία στην Ελλάδα ήταν περίπου στη μονάδα, ενώ μεταξύ 1975-87 έφτασε το 2,5. Το φαινόμενο αυτό σχετίζεται εκτός των άλλων παραγόντων, με την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ και τη διόγκωση του δημοσίου νοσοκομειακού τομέα, καθώς και τη σημαντική μεγέθυνση των δημοσίων επενδύσεων κυρίως σε κτιριακές εγκαταστάσεις και των ιδιωτικών επενδύσεων στην υψηλή βιοιατρική τεχνολογία (Κυριόπουλος, 1993).

Ταυτόχρονα, η παρατηρούμενη υψηλή ιδιωτική δαπάνη συμβάλλει στην ύπαρξη παράλληλης αγοράς στον ιδιωτικό τομέα υγείας, η οποία ευνοεί την εκτεταμένη διάχυση της υψηλής βιοιατρικής τεχνολογίας στον τομέα αυτό. Ενώ στο δημόσιο τομέα το 30% των επενδυτικών δαπανών για υγεία κατευθύνεται στον συνήθη εξοπλισμό και την υψηλή βιοιατρική τεχνολογία, στον ιδιωτικό τομέα το 90% των επενδυτικών δαπανών κατευθύνονται κυρίως στην υψηλή βιοιατρική τεχνολογία. Η έλλειψη ρυθμιστικού πλαισίου και η απουσία σχεδιασμού για τη διάχυση της βιοιατρικής τεχνολογίας σε συνδυασμό με τη δυνατότητα δημιουργίας προκλητής ζήτησης και την περιοριστική πολιτική της κεντρικής διοίκησης στον ιδιωτικό τομέα της δευτεροβάθμιας περίθαλψης κατά τη δεκαετία του '80, συνέβαλαν στην εκρηκτική επέκταση της τεχνολογίας στον υγειονομικό τομέα και ιδιαίτερα της απεικονιστικής διαγνωστικής στην οποία κυριαρχεί ο ιδιωτικός τομέας (Κυριόπουλος και Νιάκας 1993, Γείτονα και Κυριόπουλος, 1993).

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται ο αριθμός της εγκατεστημένης βιοιατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα και τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Είναι εμφανής η εξαιρετικά μεγάλη πυκνότητα της απεικονιστικής διαγνωστικής τεχνολογίας στην Ελλάδα, ενώ αντίθετα η πυκνότητα της τεχνολογίας των μεταμοσχεύσεων κινείται σε ανεκτά όρια.

Υψηλή βιοιατρική τεχνολογία στην Ελλάδα και στην Ευρώπη

	Ελλάδα (1991)	Ευρώπη (1988)
ανά 1 εκατομμύριο κατοίκους		
Αξονική τομογραφία	12,50	5,0
Υπερηχοτομογραφία	21,40	13,50
Λιθοτριψία	0,50	0,88
Αιμοδιύλιση	-	-
Μεταμόσχευση νεφρού	0,40	0,60
Μεταμόσχευση καρδιάς	0,33	0,23
Μεταμόσχευση ήπατος	0,20	0,17

Πηγή : Κυριόπουλος και Νιάκας, 1993

Η κατανομή των πόρων ανά επίπεδο περίθαλψης, στην Ελλάδα, υποδεικνύει τη νοσοκομειοκεντρική κατεύθυνση του υγειονομικού τομέα. Όπως φαίνεται στο πίνακα που ακολουθεί, ενώ το 1977 η νοσοκομειακή περίθαλψη απορροφούσε το 51,2% των δημοσίων δαπανών υγείας, το 1998 έφθασε το 64%, ενώ η πρωτοβάθμια περίθαλψη εμφάνισε πτωτική τάση.

Κατανομή δημοσίων δαπανών στα διάφορα επίπεδα περίθαλψης (%)

Ετος	Πρωτοβάθμια	Νοσοκομειακή	Φαρμακευτική	Λοιπές φροντίδες
1977	17,6	51,2	17,5	13,7
1982	15,5	54,6	14,6	15,3
1991	14,2	63,5	15,8	6,7
1998	14,0	64,0	22,0*	

Πηγή : Κυριόπουλος, 1993

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 1999

* Συμπεριλαμβάνονται και οι λοιπές φροντίδες

Οι δαπάνες για φαρμακευτική κατανάλωση στη χώρα μας είναι ιδιαίτερα υψηλές. Η Ελλάδα συγκριτικά με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης εμφανίζει το

υψηλότερο ποσοστό δαπανών για φάρμακα στις συνολικές δαπάνες υγείας και απορροφά το 2% του ΑΕΠ όταν ο μέσος όρος στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι 1%. Το 1995 η συνολική φαρμακευτική κατανάλωση έφτασε τα 530 δίσ. δρχ, δηλαδή το 27% του συνόλου των δαπανών υγείας. Η κατάσταση αυτή συνδέεται με την υπέρμετρη συνταγογραφία και την απουσία μηχανισμών αποδοτικής διαχείρισης του φαρμάκου (Κυριόπουλος και συν., 1996).

Προβλήματα ανισοκατανομής των πόρων υπάρχουν και κατά υγειονομική περιφέρεια. Οι ευρείες υγειονομικές ανισότητες και η άνιση περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας αποτελούν μόνιμο πρόβλημα του υγειονομικού τομέα σε όλη τη μεταπολεμική περίοδο. Η συγκέντρωση της υποδομής και του ανθρώπινου δυναμικού υγείας, στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα, δημιουργεί ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας και απορροφά τον μεγαλύτερο όγκο των χρηματοδοτικών πόρων. Η αναπαραγωγή των γεωγραφικών ανισοτήτων βασίζεται στην ανυπαρξία μακροπρόθεσμου σχεδιασμού, σταθερού προσανατολισμού της εθνικής πολιτικής υγείας, ορθολογικού προγραμματισμού των επενδύσεων και μηχανισμών χρηματοδότησης και κατανομής των πόρων. Αν και τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκαν μεταβολές προς την κατεύθυνση μείωσης των ανισοτήτων, κυρίως με τις επενδύσεις που πραγματοποιήθηκαν στην περιφέρεια, το πρόβλημα εξακολουθεί να υφίσταται (Κυριόπουλος, 1993).

1.8 Ανθρώπινο δυναμικό και εκπαίδευση

Στην Ελλάδα, το εργατικό δυναμικό ανερχόταν το 1994 σε τέσσερα περίπου εκατομμύρια άτομα και το ποσοστό ανεργίας υπερέβαινε το 10% του εργατικού δυναμικού. Το ποσοστό των απασχολούμενων στον τομέα της υγείας από 1,5% στις αρχές της δεκαετίας του '70 αυξήθηκε σε 3,8% του ενεργού πληθυσμού (Ανδριώτη, 1998). Από αυτό το ποσοστό, το 28,7% είναι γιατροί, το 29,8% νοσηλευτικό προσωπικό, το 7,7% οδοντίατροι και το 5,8 φαρμακοποιοί.

Το δυσανάλογο μεγάλο ποσοστό των γιατρών συμβάλλει στην υπέρμετρη αύξηση του όγκου των παρεχομένων υπηρεσιών. Αντίθετα, το ποσοστό του νοσηλευτικού, διοικητικού και λοιπού προσωπικού είναι μικρό, με συνέπεια τη χαμηλή ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

Από το σύνολο των γιατρών (1993) το 8,3% είναι παθολόγοι, το 20,1% χειρουργοί, το 8,6% εργαστηριακοί, το 3,1% ψυχίατροι, το 6% παιδίατροι ενώ οι γενικοί γιατροί αποτελούν μόνο το 1,2%. Η κατανομή αυτή δείχνει την έντονη ιατρικοποίηση των ανθρώπινων πόρων και την έλλειψη γενικών γιατρών (Κυργιουrolos, 1994).

Η κατανομή του υγειονομικού προσωπικού ανά υγειονομική περιφέρεια εμφανίζει έντονες διαφοροποιήσεις και ανισότητες, με την περιφέρεια της πρωτεύουσας, της Κεντρικής Μακεδονίας και της Κρήτης να εμφανίζουν τις υψηλότερες αναλογίες.

Αναλογία γιατρών, νοσηλευτικού προσωπικού και λοιπού προσωπικού ανά 1.000 κατοίκους, ανά υγειονομική περιφέρεια (1992)

Περιφέρεια	Ιατρικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Λοιπό Προσωπικό
Πρωτεύουσα	5,7	4,9	1,0
Κεντρική Μακεδονία	4,4	4,2	0,7
Δυτική Μακεδονία	1,6	2,4	0,4
Α. Μακεδονία & Θράκη	2,1	3,2	0,6
Στερεά Ελλάδα & Εύβοια	1,6	1,5	0,4
Δυτική Ελλάδα	2,6	3,0	0,6
Ηπειρος	2,8	4,6	0,6
Θεσσαλία	2,1	2,4	0,4
Πελοπόννησος	1,8	2,3	0,3
Νησιά Ιονίου	2,2	3,1	0,4
Νησιά Β.Αιγαίου	1,8	2,2	0,4
Νησιά Ν.Αιγαίου	2,0	2,8	0,4
Κρήτη	3,0	4,0	0,8

Πηγή : Ρούπας και Πολύζος, 1994

Η εκπαίδευση των γιατρών στην Ελλάδα παρέχεται από επτά ιατρικές σχολές και το πρόγραμμα σπουδών ακολουθεί τα δεδομένα και των άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σημαντικές διαφοροποιήσεις εντοπίζονται στην αναλογία διδασκόντων/ φοιτητών, τον κατάλληλο εξοπλισμό και τους

χώρους εκπαίδευσης, παράμετροι οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της εκπαίδευσης.

Αντίστοιχα προβλήματα ποιότητας της εκπαίδευσης εμφανίζονται και στις νοσηλευτικές σχολές. Κύριο χαρακτηριστικό της νοσηλευτικής στην Ελλάδα είναι το γεγονός ότι ασκείται από προσωπικό με ανομοιογενές επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς περιλαμβάνει νοσηλεύτριες τριετούς ή τετραετούς εκπαίδευσης σε ΤΕΙ και ΑΕΙ, μονοετούς ή διετούς εκπαίδευσης σε Μέσες Τεχνικές Επαγγελματικές Σχολές ή Τεχνικά Λύκεια ή ακόμα και πρακτικές νοσοκόμες χωρίς καμία θεωρητική εκπαίδευση (Gitona et al., 1998). Τέλος, η εκπαίδευση του υπόλοιπου υγειονομικού προσωπικού γίνεται στα ΑΕΙ και ΤΕΙ της χώρας, με βασικό όμως μειονέκτημα την απουσία εξειδίκευσης σε θεματικές που να αναφέρονται στην υγεία (Ανδριώτη, 1998).

Από την παραπάνω παρουσίαση προκύπτουν μια σειρά προβλημάτων που αντιμετωπίζει το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας. Η υπερπροσφορά γιατρών, η έλλειψη νοσηλευτικού και τεχνικού προσωπικού και η ανεπαρκής εκπαίδευσή του, η γεωγραφική ανισοκατανομή των διαφόρων κατηγοριών προσωπικού και η απουσία επιστημονικού εξειδικευμένου προσωπικού όπως οικονομολόγων της υγείας, διοικητικών στελεχών κ.λπ. αποτελούν τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά του τομέα. Ως αιτία για αυτή την κατάσταση μπορεί να θεωρηθεί η απρογραμμάτιστη και άναρχη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στη χώρα μας, η οποία δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και τη ζήτηση της αγοράς εργασίας εξαιτίας του γεγονότος ότι η αγορά εργασίας αποσυνδέεται πλήρως από την εκπαιδευτική διαδικασία (Andrioti and al., 1998).

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

2. Ιστορική αναδρομή στην ίδρυση της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της Υγείας

Η Κοινωνική Εργασία πρωτοεμφανίστηκε στο χώρο της Υγείας στις αρχές του 20^{ου} αιώνα στην Αμερική. Οι Αμερικανοί κοινωνικοί λειτουργοί υπήρξαν συνήγοροι για θέματα στέγασης, ιατρικής φροντίδας, εργασίας και εκπαίδευσης. Εργάστηκαν για να βελτιώσουν την εμπειρία του τοκετού και ήταν στην πρώτη γραμμή για την καταπολέμηση του αλκοολισμού και της χρήσης ουσιών. Οι πρώτοι κοινωνικοί λειτουργοί αναγνώρισαν τη φτώχεια και την έλλειψη εκπαίδευσης ως δύο βασικούς παράγοντες που επιδεινώναν τις ασθένειες και υπήρξαν σταυροφόροι για την κοινωνική ισότητα. Ο Δρ. Richard Cabot, ένας προϊστάμενος γιατρός στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, προσέλαβε το 1905 τον πρώτο κοινωνικό λειτουργό στην ειδικότητα της Ιατρικής Κοινωνικής Εργασίας για να παρέχει τις υπηρεσίες του στις κλινικές εξωτερικών ιατρείων. Τον ίδιο χρόνο η Κοινωνική εργασία έγινε επίσημα αποδεκτή ως ξεχωριστή ειδικότητα στην Αγγλία, όταν προσελήφθησαν οι πρώτοι κοινωνικοί λειτουργοί στα αντιφυματικά ιατρεία. Το 1919 το γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης στη Βοστώνη ίδρυσε την πρώτη «Διεύθυνση Κοινωνικής Εργασίας» σε νοσοκομείο στις Η.Π.Α. (Σταματέλου /Τσουλουφίδου, 2004: 22-23)

Στην Ελλάδα οι πρώτοι κοινωνικοί λειτουργοί εργάστηκαν σε φορείς υγείας και νοσοκομεία τη δεκαετία του '50. Στο άρθρο 60 του Νομοθετικού Διατάγματος 2592/53 για τη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων γίνεται αναφορά στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο στις αρμοδιότητες του, στη συνεργασία του με άλλες ειδικότητες, καθώς και στο οργανωτικό πλαίσιο της Κοινωνικής Υπηρεσίας.

2.1 Σκοπός των Κοινωνικών Υπηρεσιών στο χώρο της Υγείας – Νομοθετικό πλαίσιο

Το Προεδρικό Διάταγμα 891/78 (ΦΕΚ 213/7-12-78, τεύχος Α) «Περί καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των Κοινωνικών λειτουργών» στο άρθρο 3 ορίζει ότι: « ο κοινωνικός λειτουργός εις τον τομέα της Υγείας συμβάλλει εις την

πρόληψη ή την αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικο-οικονομικών προβλημάτων, δημιουργουμένων συνέπεια καταστάσεων κλονισμού σωματικής ή ψυχικής υγείας ατόμων ή οφειλομένων εις την προσωπικότητα αυτών ή εις ετέρας δυσμενείς καταστάσεις τους περιβάλλοντος των, άτινα καθιστούν καθιστούν δυσχερείς το διαγνωστικό έργο ή την εφαρμογή μέτρων θεραπείας».

Το Προεδρικό Διάταγμα 87/86 (ΦΕΚ 32/27-03-86, τ.Α) για το «Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων» αναφέρει τα ακόλουθα για τις αρμοδιότητες του Τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Νοσοκομείο: « Έχει την ευθύνη και τη φροντίδα για τη συμπαράσταση στους νοσηλευόμενους στο Νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα, την αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση και γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής πολιτικής».

2.2 Οργάνωση και Διοίκηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας

Η διοίκηση περιλαμβάνει έννοιες και διαδικασίες, όπως: σχεδιασμός, οργάνωση, λειτουργία, διεύθυνση, ηγεσία, στελέχωση, διάρθρωση, διαχείριση πόρων, υλικοτεχνική υποδομή, συντονισμός και έλεγχος (Παπαφλέσσα, 1985: 59). Παρακάτω, αναφέρονται τα πιο βασικά στοιχεία της οργάνωσης μιας Κοινωνικής υπηρεσίας στο Νοσοκομείο.

2.2.1 Θέση της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Νοσοκομείο

Τα Γενικά Νοσοκομεία διοικούνται από Διοικητή (manager), ο οποίος προεδρεύει του Συμβουλίου Διοίκησης του εκάστοτε νοσοκομείου. Το Συμβούλιο Διοίκησης αποτελείται από τους διευθυντές της Ιατρικής, Νοσηλευτικής και Διοικητικής υπηρεσίας (Ν.2889/2001). Οι κοινωνικές υπηρεσίες μέχρι τη ψήφιση του προηγούμενου νόμου συνιστούσαν αυτοτελές τμήμα και υπάγονταν στη Διοικητική υπηρεσία του Νοσοκομείου. Με το Ν. 2889/01 οι κοινωνικές υπηρεσίες παραμένουν αυτοτελή τμήματα, αλλά εντάσσονται στην Ιατρική υπηρεσία, ωστόσο για μια μεταβατική περίοδο μέχρις ότου ολοκληρωθούν οι νέοι οργανισμοί των νοσοκομείων εξακολουθούν να ανήκουν στη Διοικητική υπηρεσία.

2.2.2 Στελέχωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας

Η διεθνής εμπειρία ορίζει έναν (1) κοινωνικό λειτουργό ανά 50 κλίνες για τα Γενικά νοσοκομεία και έναν (1) κοινωνικό λειτουργό ανά 25 κλίνες για τα Ειδικά. Στην πραγματικότητα η στελέχωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας προσδιορίζεται από τον αριθμό οργανικών θέσεων, που προβλέπει ο οργανισμός του εκάστοτε νοσοκομείου. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι οι οργανικές θέσεις κοινωνικών λειτουργών είναι σ' όλες τις περιπτώσεις συμπληρωμένες, καθώς σε πολλά νοσοκομεία υπάρχουν κενές οργανικές θέσεις, οι οποίες για διάφορους λόγους δεν προκηρύσσονται. Αυτό δημιουργεί ανισορροπίες στην στελέχωση των κοινωνικών υπηρεσιών. Έτσι, στα μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ηράκλειο, Ιωάννινα) προβλέπονται αρκετές οργανικές θέσεις κοινωνικών λειτουργών, ανάλογα με το μέγεθος του κάθε νοσοκομείου, και οι οποίες ως επί το πλείστον είναι καλυμμένες. Αντίθετα, στις άλλες επαρχιακές πόλεις οι οργανικές θέσεις που προβλέπονται είναι ελάχιστες (μία ή δύο οργανικές θέσεις) και κατά κανόνα οι περισσότερες κοινωνικές υπηρεσίες στελεχώνονται από έναν ή το πολύ δύο κοινωνικούς λειτουργούς. Το γεγονός αυτό, δηλαδή η ελλιπής στελέχωση, είναι σαφές ότι από μόνο του θέτει περιορισμούς στην έκταση και την ποιότητα των προσφερομένων κοινωνικών υπηρεσιών..

2.2.3. Διοίκηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας

Η Διοίκηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου προϋποθέτει την ύπαρξη ενός ικανού αριθμού κοινωνικών λειτουργών, ώστε να μπορεί να υπάρξει ένας στοιχειώδης καταμερισμός έργου. Στην ελληνική βιβλιογραφία μολονότι υπάρχουν αναφορές στην οργάνωση και διοίκηση κοινωνικών υπηρεσιών (βλ. Παπαφλέσσα, Παπαϊωάννου, Δημακοπούλου κλπ.) εντούτοις απουσιάζει ένα συγκεκριμένο μοντέλο διοίκησης, που να είναι αντιπροσωπευτικό για όλη τη χώρα. Η μόνη συγκεκριμένη αναφορά στη Διοίκηση Κοινωνικής Υπηρεσίας αφορά το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο της Πάτρας, όπου η διοίκηση ασκείται από τρία όργανα:

- I. Τον Προϊστάμενο, ο οποίος έχει την διοικητική και επιστημονική ευθύνη για τη λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας, καθώς και την ευθύνη εκπροσώπησής της στα όργανα του νοσοκομείου

- II. Το Συμβούλιο Υπευθύνων Τομέων της Κοινωνικής Υπηρεσίας, το οποίο αποτελείται από τον Προϊστάμενο, τον αναπληρωτή Προϊστάμενο και τους υπευθύνους των Τομέων άσκησης παροχής κοινωνικών υπηρεσιών
- III. Την ολομέλεια του Τμήματος, όπου συμμετέχουν όλοι οι κοινωνικοί λειτουργοί του Τμήματος (Πανταζάκας/Μέντης, 2002: 105-107).

2.2.4 Οργάνωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας

Όσον αφορά την οργάνωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας ισχύουν και στην περίπτωση αυτή οι διαπιστώσεις που αφορούν και τη διοίκηση των κοινωνικών υπηρεσιών. Στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο της Πάτρας υπάρχει ένα συγκεκριμένο μοντέλο οργάνωσης, το οποίο κατανέμει το έργο και τις δραστηριότητες της κοινωνικής υπηρεσίας σε τομείς, που είναι οι ακόλουθοι:

- Τομέας Προληπτικής Παρέμβασης, όπου οι κοινωνικοί λειτουργοί συνεργάζονται με άλλες ειδικότητες για την εκπόνηση προγραμμάτων αγωγής υγείας
- Τομέας Επείγουσας Παρέμβασης, όπου οι κοινωνικοί λειτουργοί συμμετέχουν μαζί με άλλους επαγγελματίες υγείας στην αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης και έχοντας ως κύριο έργο τη ψυχοκοινωνική στήριξη των συνοδών των ασθενών
- Τομέας Κλινικής Παρέμβασης, όπου οι κοινωνικοί λειτουργοί ασκούν τις μεθόδους Κοινωνικής Εργασίας σε ομοειδείς κλινικές και με βάση το διαχωρισμό των κλινικών της Ιατρικής υπηρεσίας (Παθολογικός, Χειρουργικός, Ψυχιατρικός και Εργαστηριακός Τομέας) επιδιώκοντας την κοινωνική στήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους
- Τομέας Εξωνοσοκομειακής Παρακολούθησης, όπου οι κοινωνικοί λειτουργοί στηρίζουν τον ασθενή και το περιβάλλον του με στόχο τη διατήρηση ενός καλού επιπέδου υγείας και την αποφυγή επανεμφάνισης ή υποτροπής της όσου
- Τομέας Έρευνας και Εκπαίδευσης, όπου οι κοινωνικοί λειτουργοί σχεδιάζουν και εκπονούν μελέτες, κοινωνικές έρευνες, προγράμματα συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών και παράλληλα εκπαιδεύουν σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας (Πανταζάκας / Μέντης 105-107).

Συναφές με τα παραπάνω είναι και η υποχρέωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου να διατηρεί ένα αρχείο για τις δραστηριότητες της, ιδιαίτερα στο σκέλος που αφορά τους ασθενείς με τους οποίους ασχολήθηκε. Το αρχείο της Κοινωνικής Υπηρεσίας περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο κοινωνικά ιστορικά των ασθενών, που δεν είναι τίποτα άλλο από τη συστηματική ταξινόμηση των πληροφοριών που δίνει ο εξυπηρετούμενος σχετικά με το πρόβλημα, τα αίτια, την κοινωνικο-οικονομική κατάστασή του, τις ενδοοικογενειακές σχέσεις κλπ.. Το Κοινωνικό ιστορικό συμπληρώνεται ακόμα με πληροφορίες που δίνει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, το περιβάλλον του ατόμου ή από πληροφορίες από τους ιατρικούς και νοσηλευτικούς φακέλους. Τέλος, στο κοινωνικό ιστορικό υπάρχει η περιγραφή και η εκτίμηση του προβλήματος από τον κοινωνικό λειτουργό, καθώς και οι ενέργειες που έγιναν για την αντιμετώπισή του. Τέλος, τα στοιχεία που συγκεντρώνονται και που αποτελούν το κοινωνικό ιστορικό φυλάσσονται με προσοχή και ασφάλεια, καθώς αποτελούν απόρρητα προσωπικά δεδομένα (Σταματέλου/Τσουλουφίδου, 2004:74-75).

2.3 Εξυπηρετούμενοι από την Κοινωνική Υπηρεσία

Η Κοινωνική Υπηρεσία μέσα στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων της ανταποκρίνεται σ' όλους τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, που αντιμετωπίζουν κοινωνικά, ψυχολογικά, οικονομικά, οικογενειακά ή άλλα προβλήματα, που είτε προϋπήρχαν της ασθένειας είτε ήταν αποτέλεσμα αυτής. Ενδεικτικά κατηγορίες περιστατικών με τα οποία ασχολούνται οι κοινωνικοί λειτουργοί στο χώρο του νοσοκομείου είναι:

- Χρόνιοι πάσχοντες, όπως καρκινοπαθείς, οροθετικοί, ασθενείς με μεσογειακή αναιμία, σκλήρυνση κατά πλάκας, ψυχικά άρρωστοι κλπ.
- Ασθενείς που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας
- Παραμελημένα και κακοποιημένα παιδιά ή γυναίκες
- Άποροι και άστεγοι
- Ασθενείς με σοβαρές σωματικές βλάβες προκαλούμενες από ατυχήματα
- Χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών (Carr,1994: 17-19)

Εκτός από τις παραπάνω κατηγορίες περιστατικών ο νοσοκομειακός κοινωνικός λειτουργός καλείται συχνά να αντιμετωπίσει προβλήματα ατόμων, τα οποία ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικά ομάδες. Κοινό χαρακτηριστικό των ομάδων αυτών είναι ότι εξαιτίας των συνθηκών κοινωνικού αποκλεισμού (φτώχεια, χαμηλό μορφωτικό

επίπεδο, προβλήματα στέγασης, ανεργία, απορία κλπ.) βρίσκονται μόνιμα σε μια κατάσταση κρίσης. Οι ειδικές αυτές ομάδες που συχνά νοσηλεύονται στο νοσοκομείο είναι:

- I. Μοναχικά άτομα και υπερήλικες: στην κατηγορία αυτή ανήκουν κατά κανόνα άτομα της Τρίτης ηλικίας, τα οποία στερούνται οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Η προσέλευσή τους στο νοσοκομείο γίνεται είτε εκούσια είτε με πρωτοβουλία των πολιτών, του Δήμου ή της αστυνομίας. Η παρέμβαση σ' αυτήν την ειδική ομάδα είναι αναγκαία, καθώς οι δύσκολες περιβαλλοντικές συνθήκες, η πιθανή εγκατάλειψη από το οικογενειακό περιβάλλον και η ανικανότητα αυτοσυντήρησης οδηγούν στην καταπάτηση του ανθρώπινου δικαιώματος για ποιότητα ζωής και στην επαναλαμβανόμενη χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να βοηθήσει στην αποκατάσταση του μοναχικού υπερήλικα στο οικογενειακό περιβάλλον του και όταν δεν υπάρχει στις ανάλογες δομές αποκατάστασης που υπάρχουν στην περιοχή (π.χ. πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, γηροκομείο κλπ.)
- II. Μετανάστες – Πρόσφυγες: οι πρόσφυγες που προσέρχονται στο νοσοκομείο βρίσκονται συνήθως σε κακή οικονομική κατάσταση, χωρίς ασφαλιστική κάλυψη και με ελάχιστη γνώση της ελληνικής γλώσσας, γεγονός που δυσκολεύει την επικοινωνία και κατά συνέπεια την ιατροκοινωνική φροντίδα. Είναι χρήσιμο, λοιπόν, σ' αυτές τις περιπτώσεις να παραπέμπονται μετά την έξοδό τους σε εξειδικευμένες υπηρεσίες για μετανάστες με βάση την εκτίμηση των συνολικών αναγκών τους
- III. Χρήστες ουσιών: η νοσηλεία ενός ατόμου που κάνει χρήση ουσιών μπορεί να γίνει εξαιτίας επεισοδίου «υπερβολικής χρήσης», στερεοτικού συνδρόμου ή άλλων συνοδών με τη χρήση ψυχικών διαταραχών. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού εστιάζεται στην παροχή οδηγιών προς τον ίδιο το χρήστη, εάν η κατάστασή του το επιτρέπει, ή στην οικογένεια του για το υπάρχον δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης σε νομαρχιακό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο
- IV. Άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας: οι ψυχικά ασθενείς είναι μια ειδική ομάδα που κάνει συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας. Βασική αιτία αυτής της κατάστασης είναι η απουσία ενός ολοκληρωμένου δικτύου αποκατάστασης για άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα. Σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα αυτά βγαίνουν από τα ψυχιατρεία ή τις ψυχιατρικές κλινικές, χωρίς να εξασφαλίζονται οι στοιχειώδεις προϋποθέσεις επανένταξής τους, καθώς η μεταθεραπευτική παρακολούθησή τους είναι ελάχιστη ή ανύπαρκτη με

αποτέλεσμα να μη λαμβάνουν τα φάρμακα τους και να υποτροπιάζουν. Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας συχνά στερούνται υποστηρικτικών συστημάτων (οικογένειας και κοινωνικού περίγυρου) και αντιμετωπίζουν έντονα οικονομικά και ψυχολογικά προβλήματα εξαιτίας της στέρησης εργασίας, της απομόνωσης και του κοινωνικού στίγματος. Η δυσκολία σ' αυτές τις περιπτώσεις ατόμων με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας εμφανίζεται, όταν για διάφορους λόγους, δεν γίνεται εισαγωγή στη ψυχιατρική κλινική και το περιστατικό αυτό έρχεται στον κοινωνικό λειτουργό προκειμένου να βρει λύσεις αποκατάστασης

- V. οι αθίγγανοι: οι αθίγγανοι αποτελούν μια πολιτισμική ομάδα με ιδιαιτερότητες σε σχέση με την κυρίαρχη κουλτούρα και είναι γνωστό ότι οι ιδιαιτερότητές αυτές δημιουργούν εμπόδια στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Βασικό χαρακτηριστικό των αθίγγανων στη διαδικασία χρήσης των υπηρεσιών υγείας είναι η μαζική τους προσέλευση, που δημιουργεί προβλήματα, όχι μόνο στο επίπεδο του συνωστισμού, αλλά και συνεννόησης και θορύβου. Επειδή οι αθίγγανοι δύσκολα εμπιστεύονται και επικοινωνούν με το προσωπικό (είναι φυσικό ότι το ίδιο ισχύει και από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας), ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να συμβάλει στην εκπαίδευση και γνωριμία με τους αθίγγανους διαμεσολαβητές (mediators) έτσι ώστε να αναβαθμιστούν ουσιαστικά οι παρεχόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες φροντίδας προς τους αθιγγάνους (Πανταζάκας/ Μέντης, 2003: 75-78).

2.4 Παραπομπές στην Κοινωνική Υπηρεσία

Τα περιστατικά των ασθενών που φθάνουν στην Κοινωνική Υπηρεσία είναι δυνατό να παραπέμπονται από:

1. το ιατρικό προσωπικό των τομέων της Ιατρικής υπηρεσίας
2. το νοσηλευτικό προσωπικό των κλινικών του νοσοκομείου
3. τους ίδιους τους ασθενείς
4. το συγγενικό περιβάλλον των ασθενών
5. από υπηρεσίες και φορείς εκτός του νοσοκομείου
6. «αυτεπάγγελτα» από τους ίδιους τους κοινωνικούς λειτουργούς (Πανταζάκας / Μέντης, 2002: 105)

Η έναρξη της διεπιστημονικής συνεργασίας των κοινωνικών λειτουργών με τους άλλους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς και νοσηλευτές κατά κύριο λόγο) ξεκινά

ουσιαστικά με την υποβολή αιτήματος γραπτώς ή προφορικά. Τα πιο συνήθη αιτήματα τα οποία καταγράφηκαν με βάσει εμπειρικές αναφορές κοινωνικών λειτουργών είναι τα ακόλουθα:

- § Αντιμετώπιση πρακτικών προβλημάτων ασθενών (π.χ. τροφή, ρούχα κλπ.)
- § Την ανάγκη των ασθενών να μιλήσουν με κάποιον
- § Θέματα διοικητικά (ασφάλιση, διακομιδή, κλπ.)
- § Θέματα που αφορούν ηλικιωμένους (π.χ. εισαγωγή σε ίδρυμα κλπ.)
- § Θέματα που αφορούν παιδιά (π.χ. εγκατάλειψη βρέφους στο μαιευτήριο του νοσοκομείου)
- § Θέματα που αφορούν κακοποίηση (π.χ. γυναίκες που υπάρχει υποψία κακοποίησης)
- § Θέματα που σχετίζονται με την κατάχρηση αλκοόλ ή παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών
- § θέματα που σχετίζονται με προβλήματα ψυχικής υγείας (π.χ. κατάθλιψη, απόπειρες κλπ.)
- § Θέματα που αφορούν μετανάστες, πρόσφυγες και γενικά αλλοδαπούς
- § Διάφορα άλλα

2.5 Αποτελεσματικότητα της Κοινωνικής υπηρεσίας

Η Κοινωνική Υπηρεσία στο νοσοκομείο είναι μια δευτερογενής υπηρεσία, η οποία τις περισσότερες "διαμεσολαβεί" ανάμεσα στο χρήστη υπηρεσιών υγείας και στις υπηρεσίες φροντίδας του νοσοκομείου (ιατρικές - νοσηλευτικές, αλλά και διοικητικές υπηρεσίες), αλλά και ανάμεσα στον εξυπηρετούμενο και στις πηγές βοήθειας της κοινότητας. Ο ενδιάμεσος αυτός ρόλος της την καθιστά εξαρτώμενη στο επίπεδο της αποτελεσματικότητας από τις υπηρεσίες και τα προγράμματα άλλων υπηρεσιών, εντός και εκτός του νοσοκομείου, υπηρεσίες που τις περισσότερες φορές λειτουργούν "ανελαστικά", χωρίς τη δυνατότητα να κινηθούν ευέλικτα καλύπτοντας τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενή και της οικογένειάς του. Έτσι, συχνά η ανταπόκριση στα πραγματικά αιτήματα των εξυπηρετούμενων είναι χαμηλή, γεγονός που οδηγεί συχνά και τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς στην απογοήτευση και στην ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας. Για να γίνει κατανοητή η παραπάνω κατάσταση θα χρησιμοποιήσουμε ένα παράδειγμα μέσα από την πράξη και που αποτελεί για τα δεδομένα του νοσοκομείου ένα σύνθημα περιστατικό.

Σε παθολογική κλινική νοσοκομείου νοσηλεύεται ηλικιωμένη γυναίκα 74 ετών, η οποία δεν έχει οικογενειακό περιβάλλον και τη φροντίζουν περιστασιακά οι γείτονες. Η ηλικιωμένη κυρία λαμβάνει σύνταξη από τον Ο.Γ.Α. 200€ το μήνα. Ο λόγος της εισαγωγής της είναι ένα μικρό εγκεφαλικό επεισόδιο, το οποίο δεν της άφησε κάποια αναπηρία, αλλά είναι γεγονός ότι η γηραιά κυρία με δυσκολία αυτοεξυπηρετείται και είναι προφανές ότι στο εγγύς μέλλον θα προκύψουν και άλλα προβλήματα υγείας εξαιτίας της έλλειψης φροντίδας. Στα παραπάνω πλαίσια ζητείται από το θεράποντα ιατρό η επιστροφή της ηλικιωμένης στο σπίτι της, γιατί υπάρχει μεγάλη ανάγκη για το κρεβάτι μια και η ηλικιωμένη είχε πολλές ημέρες νοσηλείας στην κλινική και δεν συντρέχει πλέον ιατρικός λόγος για συνέχιση της νοσηλείας της. Όλες τις παραπάνω ημέρες η κοινωνική λειτουργός είχε συνεργασία με τον ιατρό, τους νοσηλευτές, την ηλικιωμένη κυρία και τους γείτονές της. Οι κινήσεις που έχει να κάνει με βάση την αξιολόγησή της είναι οι ακόλουθες:

- § Να υποστηρίξει την ηλικιωμένη κυρία κατά το διάστημα της νοσηλείας της και να αναπτύξει μια σχέση εμπιστοσύνης
- § Να συνεργαστεί με το προσωπικό της κλινικής και ιδιαίτερα τον ιατρό για να έχει ένα κλίμα συνεργασίας και κατανόησης
- § Να γνωρίσει και να ευαισθητοποιήσει περισσότερο τους γείτονες που επισκέπτονται την ηλικιωμένη γυναίκα και να διερευνήσει τις προθέσεις τους για το μέλλον, αναφορικά με το αν προτίθενται και μπορούν να αναλάβουν συγκεκριμένες ευθύνες φροντίδας
- § Να διερευνήσει τις προθέσεις της ηλικιωμένης κυρίας αναφορικά με το πώς βλέπει η ίδια το μέλλον της και ποιες λύσεις η ίδια προκρίνει
- § Να αναζητήσει προγράμματα υποστήριξης της κοινότητας για να έχει εναλλακτικές λύσεις φροντίδας σε περίπτωση που η ηλικιωμένη επιστρέψει πάλι σπίτι της
- § Να λύσει το πρακτικό πρόβλημα της συνοδείας, καθώς σε περίπτωση που η ηλικιωμένη δεν μπορεί να σταθεί στα πόδια της θα πρέπει να μεταφερθεί με ασθενοφόρο, οπότε στην περίπτωση είναι αναγκαίο να υπάρχει κάποιο πρόσωπο που θα τη συνοδεύει.

Γίνεται σαφές από τα παραπάνω ότι η κατάσταση δεν είναι καθόλου εύκολη, γιατί μπορούν να συμβούν πολλά σενάρια, μερικά από τα οποία θα δούμε αμέσως παρακάτω:

A. Το αισιόδοξο σενάριο.

Η γιαγιά μπορεί και στέκεται στα πόδια της, πηγαίνει με ΤΑΞΙ σπίτι της και οι γείτονες αναλαμβάνουν πολλές ευθύνες φροντίδας. Παράλληλα, η γιαγιά παρακολουθείται και από το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι. Στην περίπτωση αυτή η κοινωνική λειτουργός είναι ευτυχής, καθώς απέναντι στον εαυτό της και στην κλινική (ιατροί και νοσηλεύτές) αποδείχτηκε αποτελεσματική.

B. Το μετριοπαθές σενάριο

Η γιαγιά αποφασίζει ότι δεν μπορεί πλέον να επιμεληθεί του εαυτού της και πως πρέπει να πάει σε κάποιο γηροκομείο. Συγκεντρώνονται τα απαραίτητα δικαιολογητικά και υποβάλλονται στο γηροκομείο και μέχρι να έλθει η απάντηση η ηλικιωμένη υποστηρίζεται από τη γειτονιά σε θέματα φροντίδας. Η κοινωνική λειτουργός σ' αυτή την περίπτωση είναι πάλι ευχαριστημένη, αλλά σε μικρότερο βαθμό, καθώς η ηλικιωμένη θα βρίσκεται σε περιβάλλον φροντίδας μακριά από το νοσοκομείο και με καλή προοπτική για ένα πιο σταθερό περιβάλλον φροντίδας, όμως αυτή η λύση προέκυψε ως αποτέλεσμα πολλών διαπραγματεύσεων και είχε σαν συνέπεια μια μικρή παράταση της νοσηλείας της, γεγονός που "τραυματίζει" την εικόνα στο επίπεδο της αποτελεσματικότητας στα μάτια των ιατρών και των νοσηλευτών.

Γ. Το απαισιόδοξο σενάριο

Η ηλικιωμένη αρνείται να πάει σπίτι της, οι γείτονες δεν μπορούν να αναλάβουν καμία ευθύνη και η ίδια η ηλικιωμένη δεν επιθυμεί την εισαγωγή της σε ίδρυμα, αλλά κι αν ακόμα αυτό άλλαζε δεν υπάρχουν στα ιδρύματα για το επόμενο τρίμηνο κενές θέσεις ή διαπιστώθηκε από εξετάσεις ότι η ηλικιωμένη πάσχει από ηπατίτιδα, η οποία είναι μολυσματική νόσος και συνιστά λόγω μη εισαγωγής της στα περισσότερα ιδρύματα. Η κατάσταση σ' αυτή την περίπτωση είναι απελπιστική. Η κοινωνική λειτουργός βιώνει τεράστιο άγχος, καθώς δεν μπορεί να ανταποκριθεί άμεσα στο υπάρχον αίτημα και βιώνει έτσι τη δυσαρέσκεια των ιατρών και νοσηλευτών, οι οποίοι την θεωρούν ανεπαρκή μια και δεν καταφέρνει να πάρει την ηλικιωμένη από το νοσοκομείο με απώτερο αποτέλεσμα την παράταση της νοσηλείας της για άγνωστο χρονικό διάστημα.

Το παραπάνω σενάριο είναι υποθετικό, αλλά δείχνει πόσο εξαρτάται η Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου από μια σειρά παραγόντων, που πολλές φορές δεν μπορεί να επηρεάσει. Ίσως και το παραπάνω παράδειγμα δεν είναι και το πιο δύσκολο, καθώς καθημερινά προκύπτουν στα νοσοκομεία κοινωνικά προβλήματα αστέγων, απόρων, αλκοολικών, παράνομων μεταναστών, προσώπων δηλαδή που δεν εμπίπτουν για διάφορους λόγους σε κανένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας ή δεν έχουν προβλεφθεί από την Πολιτεία υπηρεσίες και προγράμματα για την ουσιαστική κάλυψη των αναγκών τους. Πολλοί από τους παραπάνω καταφεύγουν στα νοσοκομεία, όχι γιατί αντιμετωπίζουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας, αλλά γιατί δεν έχουν που αλλού να πάνε. Έτσι, όμως τα κοινωνικά τους προβλήματα βαρύνουν τις υπηρεσίες υγείας και διαμορφώνουν συχνά μια άδικη εικόνα για τις κοινωνικές υπηρεσίες των νοσοκομείων, καθώς οι τελευταίες χρεώνονται σε επίπεδο "εικόνας" την ανεπάρκεια δομών και προγραμμάτων στα πλαίσια της άσκησης κοινωνικής πολιτικής.

2.6 Η διεπιστημονική συνεργασία στο χώρο της Υγείας

Έχει αναγνωριστεί πλέον ότι η ασθένεια πέρα από βιολογικούς παράγοντες αποτελεί και συνάρτηση κοινωνικών, οικονομικών, ψυχολογικών και ατομικών παραγόντων. Η θεραπεία της νόσου απαιτεί ολιστική αντιμετώπιση από τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (ιατρός, ψυχολόγος υγείας, νοσηλεύτης, νοσοκομειακός κοινωνικός λειτουργός, επισκέπτης υγείας). Η υγεία δεν μπορεί να είναι ευθύνη ενός ή δύο μόνο επαγγελματιών, αλλά συλλογική προσπάθεια ατόμων που προέρχονται από διαφορετικά επαγγέλματα. Γι' αυτό τα επαγγέλματα υγείας θα πρέπει να συνεργαστούν συστηματικά και εναρμονισμένα για να παράσχουν την αναγκαία βοήθεια στον ασθενή.

Οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη διαδικασία θεραπείας είναι απαραίτητο να γνωρίζουν τις κοινωνικές συνθήκες και τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή, πληροφορίες που είναι σε θέση να παρέχει ο κοινωνικός λειτουργός. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι δυνατό να ενισχυθεί από τη συμμετοχή του στη διεπιστημονική ομάδα του νοσοκομείου. Εκεί καλείται να παίξει σημαντικό ρόλο ως στέλεχος της διεπιστημονικής ομάδας με τη δική του επιστημονική οντότητα. Η διεπιστημονική ομάδα εκτός από την κεντρική λειτουργία που έχει να επιτελέσει, δηλαδή, την πληρέστερη αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή, θα πρέπει να λειτουργεί και ως σημείο απ' όπου οι επαγγελματίες θα παίρνουν στήριξη για τις κοινές επαγγελματικές τους εμπειρίες. Η ανάγκη για τη

δημιουργία διεπιστημονικής συνεργασίας στις υπηρεσίες υγείας προέκυψε τα τελευταία είκοσι χρόνια εξαιτίας της εμφάνισης πολυσύνθετων αναγκών και προβλημάτων, της ραγδαίας ανάπτυξης των γνώσεων και της εξειδίκευσης. Διαπιστώθηκε, λοιπόν, ότι κανένα μεμονωμένο επάγγελμα δεν μπορεί να είναι αποτελεσματικό για να καλύψει τις πολύπλευρες ανθρώπινες ανάγκες, αλλά απαιτείται η συνεργασία πολλών διαφορετικών επαγγελματιών που θα εξασφαλίζει την ολιστική αντιμετώπιση των ατόμων (Παπαϊωάννου, 1994: 8-9). Η συνεργασία περιλαμβάνει έννοιες και διαδικασίες, όπως υποστήριξη, κατανομή ευθυνών, προσπάθεια και ενεργοποίηση για την καθιέρωση κοινών στόχων, συμβολή του κάθε μέλους για την επίτευξη των κοινών στόχων, αναγνώριση της συμβολής του ειδικού για την επίλυση ενός συγκεκριμένου προβλήματος (Σαπουντζή-Κρέπια, 1995: 143-144). Η διεπιστημονική συνεργασία υφίσταται όταν για την επίτευξη ενός σκοπού απαιτούνται οι αλληλοσυμπληρούμενες γνώσεις και εμπειρία δύο τουλάχιστον εκπροσώπων διαφορετικών επιστημονικών κατευθύνσεων. Οι επαγγελματίες αυτοί είναι απαραίτητο να συνεργαστούν και να συντονίσουν τις ενέργειες τους για την πραγματοποίηση ενός έργου, που προϋποθέτει την εμπλοκή διαφορετικών επιστημονικών κατευθύνσεων (Παπαϊωάννου, 1994:8).

Στις υπηρεσίες υγείας η αλληλεπίδραση των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων έχει ποικίλα αποτελέσματα και αντιδράσεις, πολλές φορές αρνητικά. Αυτό δεν σημαίνει ότι εγείρεται ερώτημα, αν θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία ή όχι και αυτό γιατί η συνεργασία των ειδικών στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί προϋπόθεση για την επιτυχία του έργου τους. Η αντιμετώπιση πολύπλοκων καταστάσεων καθιστά αναγκαία την ομαδική εμπλοκή των διαφορετικών ειδικοτήτων ανεξάρτητα από τη διάθεσή τους για διεπιστημονική συνεργασία. Η σημερινή πραγματικότητα αποδεικνύει ότι η διεπιστημονική συνεργασία με την έννοια της σχεδιασμένης επιστημονικά συνεργατικής προσπάθειας δεν εφαρμόζεται στα ελληνικά γενικά νοσοκομεία. Ο κάθε επαγγελματίας έχει ακολουθήσει τη δική του ανεξάρτητη εκπαίδευση που δεν λαμβάνει υπόψη τις διαφορετικές θέσεις των άλλων επιστημών υγείας και δεν προετοιμάζεται για τις διαφορές, συγκρούσεις και επικαλύψεις που συχνά λαμβάνουν χώρα στις υπηρεσίες υγείας. Στην καθημερινή κλινική πραγματικότητα κάθε επιστημονική κατεύθυνση σχεδιάζει και δρα ερήμην των υπολοίπων (Παπαϊωάννου, 1994:9).

Στο χώρο του νοσοκομείου εξακολουθεί να επικρατεί το ιατροκεντρικό μοντέλο, όπου ο ιατρός θεωρείται ο μοναδικός υπεύθυνος για τη θεραπεία του ασθενή. Ο ιατρός προσπαθεί να θεραπεύσει το πάσχον όργανο, χωρίς να έχει

ευρύτερη προοπτική για τους ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επιδρούν στην ασθένεια και στη θεραπεία του ατόμου, αποφεύγοντας την προσωπική εμπλοκή με τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον. Ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας και άλλοι επαγγελματίες υγείας εργάζονται στο συγκεκριμένο χώρο χωρίς να αξιοποιούν πλήρως τις ιδιαίτερες γνώσεις και εμπειρίες τους. Η κάθε ειδικότητα ενεργεί σχεδόν αυτόνομα με εξαίρεση τη συνεργασία ιατρών και νοσηλευτών. Συνάμα, υπάρχει άγνοια σχετικά με το ρόλο και την εμπλοκή της κάθε ειδικότητας στη θεραπεία του ατόμου. Η συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με τις άλλες ειδικότητες επικεντρώνεται κυρίως στη σχέση με το ιατρικό προσωπικό και περιορίζεται στην παραπομπή των περιστατικών. Οι νοσηλευτές φαίνεται πως παραπέμπουν τα περιστατικά στην Κοινωνική Υπηρεσία, όταν δεν βρίσκουν άλλη λύση. Οι παραπομπές από το ιατρικό προσωπικό αφορούν κυρίως οικονομικά αδύναμους ασθενείς, χωρίς οικογενειακό περιβάλλον, με αίτημα την εξεύρεση γρήγορης λύσης από τους κοινωνικούς λειτουργούς, ώστε να αποφευχθεί η παράταση της νοσηλείας και η "κατάληψη" του κρεβατιού (Κούντη, 1996: 77).

Από την ελληνική και ξένη βιβλιογραφία διαπιστώνεται πως ποικίλα προβλήματα ανακύπτουν στη συνεργασία των διαφόρων επαγγελματιών που δρουν στο χώρο της Υγείας. Τα προβλήματα αυτά αναφέρονται κυρίως σε:

- § Προβλήματα επικοινωνίας
- § Αντικρουόμενες αντιλήψεις για το ρόλο και τις ευθύνες
- § Ασάφεια ρόλων, όπου η συμμετοχή των ειδικοτήτων αλληλοκαλύπτεται ή και είναι ασαφής
- § Ανταγωνιστικότητα σχετικά με το κύρος, την ιεραρχία, την ανταμοιβή, την ανεξαρτησία και την αυτονομία
- § Ηγετικές τάσεις και τάσεις προβολής του έργου των διαφόρων μελών της διεπιστημονικής ομάδας
- § Απόδοση ευθυνών, καθηκόντων και προνομίων
- § Έλλειψη εκπαιδευτικής προετοιμασίας των μελών (Παπαϊωάννου, 1994:8-9)

Όλα τα παραπάνω είναι δυνατό να οδηγήσουν σε σοβαρές συγκρούσεις που δυσχεραίνουν τη λειτουργία της ομάδας. Οι συγκρούσεις έχουν τη ρίζα τους σε ποικίλους οργανωτικούς και κοινωνικούς παράγοντες, σε παρανοήσεις, υπάρχουσες στάσεις και αντιλήψεις, στη διαφορετική διαδικασία κοινωνικοποίησης στο επάγγελμα κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης, καθώς και στις αξιώσεις

υπεροχής και εξουσίας ορισμένων επαγγελματιών (Σαπουντζή / Κρέπια, 1995: 146). Στους οργανωτικούς παράγοντες περιλαμβάνονται οι ανεπαρκείς οδηγίες και οι σαφείς καθορισμοί επαγγελματικών καθηκόντων που δημιουργούν αβεβαιότητα στους επαγγελματίες και είναι πιθανό να οδηγήσουν στη σύγκρουση. Ακόμη, οι ανταγωνισμοί ρόλων, η σύγχυση ρόλων και τα θέματα του ελέγχου επίσης προκαλούν συγκρούσεις και ο κάθε επαγγελματίας πρέπει να θυσιάσει κάποιο βαθμό αυτονομίας για να λυθούν τα συνεργατικά προβλήματα. Ένα από τα θέματα που συχνά δημιουργούν συγκρούσεις αφορά τη διατήρηση ή αναβάθμιση της κοινωνικής θέσης και της θέσης εξουσίας που κατέχει κάποιο επάγγελμα μέσα στη διεπιστημονική ομάδα. Στην ομάδα των επιστημών που αναπτύσσουν τις δραστηριότητες τους στο νοσοκομείο εγείρονται συχνά συγκρούσεις ως αποτέλεσμα της θέλησης για κυριαρχία της ιατρικής ομάδας στις αποφάσεις που παίρνει η διεπιστημονική ομάδα. Νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν τα ίδια ζητήματα στη συνεργασία τους με τους ιατρούς. Τα ζητήματα που ανακύπτουν αφορούν την έλλειψη αποδοχής από τους ιατρούς του εύρους των γνώσεων των άλλων επαγγελματιών, των ρόλων τους, του κύρους τους, την αντιφατική προσδοκία από τους ιατρούς σχετικά με την αυτονομία των άλλων επαγγελματιών, καθώς και την κοινά εκφραζόμενη ανάγκη για αναγνώριση από τους ιατρούς για την ικανότητα και επάρκειά τους.

Η άποψη ότι οι ιατροί δε δίνουν έμφαση στη συνεργασία με άλλες επαγγελματικές ομάδες ενισχύεται από την απουσία άρθρων στα ιατρικά περιοδικά που να αφορούν τη διεπιστημονική συνεργασία. Άρθρα για την ομαδική εργασία και για τη συνεργασία αναφέρονται κυρίως στην ιατρική ομάδα, ενώ ο όρος διεπιστημονική αναφέρεται σε διαφορετικές ιατρικές ειδικότητες (Σταματέλου/Τσουλουφίδου, 2004: 115).

Όταν γίνεται λόγος για κοινωνικούς παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία συγκρούσεων μέσα στη διεπιστημονική ομάδα, αναφερόμαστε στα κοινωνικά χαρακτηριστικά του κάθε επαγγέλματος, που το διαφοροποιούν από τα άλλα. Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά αποτελεί η ηλικία του επαγγέλματος. Η χρονική διάρκεια που κάποιο επάγγελμα υφίσταται μπορεί να του προσδίδει κύρος και αναγνώριση τόσο μέσα στην επιστημονική κοινότητα όσο και στην κοινωνία, αλλά και να δώσει αυτοπεποίθηση στα μέλη του. Η ιατρική είναι μια επιστήμη που έχει τις ρίζες της στα αρχαία χρόνια, ενώ επιστήμες όπως η Νοσηλευτική και η Κοινωνική Εργασία άρχισαν να αναπτύσσονται μόλις στα τέλη του προηγούμενου αιώνα και δεν χαίρουν της ίδιας καθιέρωσης με την ιατρική. Μια συνέπεια αυτού

είναι ότι η σχέση μεταξύ των επαγγελματιών στερείται ισότητας, αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού που είναι απαραίτητα για να είναι αποτελεσματική η σχέση. Ακόμα, η ηλικία των μελών ενός επαγγέλματος αποτελεί ένα από τα κοινωνικά χαρακτηριστικά του. Οι ιατροί, συνήθως, έχουν μεγαλύτερη μέση ηλικία από τους υπόλοιπους επιστήμονες που συμμετέχουν στη διεπιστημονική ομάδα. Η διαφορά στην ηλικία είναι δυνατό να αποτελέσει εμπόδιο στη συνεργασία, αφού τα μέλη της ομάδας δεν διαθέτουν την ίδια εμπειρία που θα καθιστούσε την ισότιμη αντιμετώπισή τους. Επιπλέον, το φύλο που κυριαρχεί σε κάθε επάγγελμα είναι ένας παράγοντας που το χαρακτηρίζει. Ακόμη και σήμερα το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών είναι άνδρες, ενώ η κοινωνική Εργασία και η Νοσηλευτική παραδοσιακά αποτελούνται από γυναίκες. Το στερεότυπο της γυναίκας επαγγελματία αποτελεί ανασχετικό παράγοντα για την παραδοχή του επιστήμονα κοινωνικού λειτουργού, νοσηλεύτη κλπ. (Παπαϊωάννου, 1998: 269-270).

Η εκπαίδευση οδηγεί σε μια κοινωνική και οικονομική αντίληψη για το επάγγελμα και τους εκπροσώπους του. Η εκπαίδευση που προέρχεται από τα Τεχνολογικά Ιδρύματα, συνήθως, θεωρείται υποδεέστερη από αυτή που λαμβάνουν οι επαγγελματίες που προέρχονται από τα πανεπιστημιακά ιδρύματα. Αποτέλεσμα αυτής της αντίληψης είναι οι επαγγελματίες της ομάδας που έχουν πανεπιστημιακή μόρφωση να μην αποδέχονται τις γνώσεις και τις δεξιότητες αυτών που έχουν ολοκληρώσει τις σπουδές τους στα τεχνολογικά ιδρύματα. Επίσης, το πτυχίο ή η εξειδίκευση διαφοροποιούν το εισόδημα-αμοιβή των επαγγελματιών. Το εισόδημα τόσο μέσα στην κοινωνία όσο και στην διεπιστημονική ομάδα θεωρείται ένδειξη της κοινωνικής θέσης και του κύρους κάθε επαγγελματία. Οι μεγάλες διαφορές στις οικονομικές παροχές που λαμβάνουν τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας μπορεί να είναι αιτία σύγκρουσης (Παπαϊωάννου, 1998: 269-270).

Ο αριθμός των μελών και η κατανομή των μελών μέσα στο νοσηλευτικό ίδρυμα είναι παράγοντες που δίνουν δύναμη σ' ένα επάγγελμα. Ο μεγαλύτερος αριθμός μελών συνεπάγεται υψηλότερους πόρους, καλύτερη οργάνωση και επαγγελματική δύναμη. Στα νοσοκομεία της χώρας η πλειοψηφία του επιστημονικού δυναμικού είναι ιατροί και νοσηλευτές. Η αριθμητική υπεροχή τους δίνει τη δυνατότητα να έχουν μεγαλύτερη εργασιακή δύναμη και δυνατότητα επιρροής σε σχέση με άλλες επαγγελματικές ομάδες (Παπαϊωάννου, 1998: 269-270).

Μια από τις κύριες διαφορές που προκύπτουν στη συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας αφορά τη θεώρηση που έχουν τα μέλη της για την Υγεία

και την αντιμετώπιση της ασθένειας. Οι ιατροί παραμένουν προσανατολισμένοι στο βιολογικό μέρος, ενώ οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας έχουν μια πιο διευρυμένη αντίληψη για τους παράγοντες που επιδρούν στην υγεία και την ασθένεια του ατόμου. Όμως και οι επαγγελματίες που υιοθετούν την ολιστική προσέγγιση της υγείας δεν ξεκινούν πάντα από την ίδια ιδεολογική βάση και δεν συμφωνούν για τον τρόπο που θα εφαρμοστεί στην πράξη. Για παράδειγμα οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι νοσηλεύτες υποστηρίζουν το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας, αλλά μπορεί να εννοούν διαφορετικά πράγματα με αυτό και να υιοθετούν ένα διαφορετικό προσανατολισμό. Η Νοσηλευτική υιοθετεί ένα βιο-φυσικό και ψυχοκοινωνικό προσανατολισμό που επικεντρώνεται περισσότερο στις διαπροσωπικές σχέσεις παρά στις σχέσεις με το ευρύτερο οικονομικό και πολιτικό σύστημα και τις κοινωνικές δομές. Ένας ακόμα παράγοντας που δυσκολεύει τη συνεργασία μέσα στη διεπιστημονική ομάδα είναι οι διαφορετικές προτεραιότητες που δίνουν οι επαγγελματίες στη θεραπεία και στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Το επίκεντρο της ιατρικής είναι η θεραπεία, ενώ η περιοχή ενδιαφέροντος της Κοινωνικής Εργασίας είναι η διασφάλιση της ποιότητας ζωής του ατόμου. Έμφυτη σ' αυτό είναι η αναγνώριση ότι οι σωματικές ασθένειες είναι μια όψη της ανθρώπινης ζωής, που επηρεάζει την ποιότητά της, αλλά που δεν είναι πάντα η πιο σημαντική. Δεδομένης αυτής της προοπτικής, οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι συχνά πιο διατεθειμένοι απ' ό,τι οι ιατροί να δώσουν προσοχή στα αποτελέσματα της θεραπείας στο άτομο και στον τρόπο ζωής του. Από την άλλη μεριά οι ιατροί θεωρούν ότι με αυτή τη στάση οι κοινωνικοί λειτουργοί υποβιβάζουν την αξία της θεραπείας αποδίδοντας μεγαλύτερη σημασία στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες παρά στους οργανικούς (Παπαϊωάννου, 1998: 273).

Η αντίληψη που έχουν οι επαγγελματίες για τη συνεργασία με επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων επηρεάζει άμεσα την ομαλή ή όχι εργασία της διεπιστημονικής ομάδας. Οι ιατροί που έχουν συνηθίσει να εργάζονται ανεξάρτητα και απευθείας με τον ασθενή δίνουν μικρή προτεραιότητα στη συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς και πιστεύουν ότι είναι απαραίτητοι μόνο για έναν περιορισμένο αριθμό ασθενών, οι οποίοι χρήζουν άμεσης κοινωνικής βοήθειας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που η συνεργασία τους με τους ιατρούς είναι σημαντική για να πραγματοποιήσουν τις δραστηριότητες τους δίνουν μεγάλη σημασία στην αλληλεπίδραση τους με τους ιατρούς. Οι νοσηλεύτες παραδοσιακά συνεργάζονται στενά με τους ιατρούς όμως η σχέση αυτή δεν στηρίζεται στην ισοτιμία και στην ανεξαρτησία του νοσηλευτή, αλλά περιορίζεται στο ρόλο του βοηθητικού προς την Ιατρική επαγγελματία. Οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι νοσηλεύτες παρότι μοιράζονται πολλές κοινές αντιλήψεις,

διαφοροποιούνται στην επαγγελματική ιδεολογία κυρίως για τη στάση τους και τη συμπεριφορά τους απέναντι στην εξουσία (Σταματέλου/ Τσουλουφίδου, 2004: 119).

Μια διαφορά που προκύπτει στη συνεργασία των διαφορετικών ειδικοτήτων είναι σε ποιους απευθύνονται οι ενέργειες της ομάδας. Για το ιατρό ο εξυπηρετούμενος είναι το άτομο που έχει κάποια πάθηση και σε αυτό απευθύνονται οι ενέργειες του. Για τον κοινωνικό λειτουργό που εργάζεται στο νοσηλευτικό πλαίσιο για να είναι αποτελεσματικές οι ενέργειες του πρέπει να απευθύνονται, όχι μόνο στον ασθενή, αλλά και στο οικογενειακό του περιβάλλον. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ελληνικό νοσοκομείο με θέμα τις διαφορετικές αντιλήψεις κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών και στο πως επιδρούν στη συνεργασία τους, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών (σε αντίθεση με τους κοινωνικούς λειτουργούς) παρότι εκδήλωσε την άποψη ότι η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία του ασθενή, δεν θεωρούσε επαγγελματική τους υποχρέωση τη φροντίδα ή την εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία (Σαπουντζή-Κρέπια, 1995:150). Φαίνεται ότι οι επαγγελματίες αναγνωρίζουν ότι υπάρχουν ιδεολογικοί διαχωρισμοί ανάμεσα στα μέλη διαφορετικών επιστημονικών κατευθύνσεων. Ακόμη αναγνωρίζουν ότι οι ιδεολογικοί αυτοί διαχωρισμοί αποτελούν εμπόδιο στη συνεργατική προσπάθεια. Ωστόσο, οι αντιλήψεις των επιστημόνων που εργάζονται στο νοσοκομειακό πλαίσιο παρουσιάζουν περισσότερες ομοιότητες, αν συγκριθούν με αυτές που έχουν τα διευθυντικά στελέχη ή το διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου. Ακόμη, τα άτομα που εργάζονται κάτω από τις ίδιες συνθήκες, στις ίδιες ή παρόμοιες θέσεις και που βιώνουν κοινές εμπειρίες φαίνεται πως μοιράζονται κάποιες κοινές αντιλήψεις ξεπερνώντας τα επαγγελματικά όρια. Επιδρά, δηλαδή, αυτό που αποκαλείται οργανωτική κουλτούρα. Η οργανωτική κουλτούρα είναι μια σειρά κοινών συμπεριφορών και αντιλήψεων που χρησιμοποιούνται σε μια ομάδα που δηλώνουν τα σαφή όρια της και τη διαφορετικότητά της από τις άλλες ομάδες. Έτσι, η ομάδα τείνει να συνασπίζεται όταν έχει να αντιμετωπίσει άλλες οργανώσεις, υπηρεσίες ή οργανισμούς. Ο διαχωρισμός τότε γίνεται μεταξύ οργανώσεων και όχι επαγγελματιών (Σαπουντζή-Κρέπια, 1995:151). Συμπληρώνοντας τους παράγοντες που πιθανόν να προκαλέσουν σύγκρουση στη διεπιστημονική ομάδα είναι δυνατό να πούμε πως η πολλαπλότητα των παραγόντων δυσχεραίνει την επιτυχία της συνεργασίας και έχει συνέπειες στην προσπάθεια για βελτίωση της συνεργατικής δραστηριότητας.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει τις απόψεις επαγγελματιών υγείας για το ρόλο των κοινωνικών λειτουργών στα νοσοκομεία.

2. Σχηματισμός υποθέσεων

Με βάση τον παραπάνω σκοπό οριοθετούνται και οι υποθέσεις της έρευνας αναφορικά με τη διερεύνηση των παρακάτω παραμέτρων:

- Ø Στη διερεύνηση για το κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας στα νοσοκομεία
- Ø Στη διερεύνηση των απόψεων τους για την εμπειρία τους από τη συνεργασία τους με κοινωνικούς λειτουργούς
- Ø Στη διερεύνηση των απόψεων τους για το τι θεωρούν ως αντικείμενο εργασίας των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομείο
- Ø Στη διερεύνηση των απόψεων τους για την αναγκαιότητα ύπαρξης των κοινωνικών λειτουργών στα νοσοκομεία
- Ø Στη διερεύνηση των απόψεων τους για τη διεπιστημονική συνεργασία στο χώρο της υγείας
- Ø Στη διερεύνηση της επίδρασης παραμέτρων, όπως το φύλο, η ηλικία, η ειδικότητα και τα έτη εμπειρίας στη θετική ή αρνητική στάση έναντι των κοινωνικών λειτουργών, που εργάζονται στα νοσοκομεία.

3. Μεθοδολογία

Η συγκεκριμένη έρευνα ανήκει στην κατηγορία των εμπειρικών ερευνών (Φίλιας κα, 1977: 29). Για τη συγκέντρωση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε γραπτό δομημένο ερωτηματολόγιο. Η μέθοδος αυτή επελέγη ως πιο πρόσφορη για λόγους εξοικονόμησης χρόνου και περιορισμένων μέσων (ένας συνεντευκτής-ερευνητής). Το ερωτηματολόγιο αυτό διενεμήθη σε επαγγελματίες υγείας, που εργάζονται στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών στα πλαίσια προέρευνας, που διεξήχθη το χρονικό διάστημα από 01 Μαρτίου έως 4 Μαρτίου 2004 (συμπληρώθηκαν δεκαπέντε ερωτηματολόγια). Στη συνέχεια έγιναν διορθώσεις με βάση τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την προέρευνα. Το ερωτηματολόγιο στην τελική

του μορφή διενεμήθη σε τέσσερα νοσοκομεία της χώρας, ώστε να υπάρχει όσον το δυνατό μεγαλύτερη αντιπροσωπευτικότητα:

- Ø Γενικό Νοσοκομείο Πάτρας «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»
- Ø Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας
- Ø Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης « Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»
- Ø Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος « ΠΡΩΗΝ ΣΩΤΗΡΙΑ».

Η επιλογή των νοσοκομείων έγινε με κριτήριο την ύπαρξη οργανωμένης Κοινωνικής Υπηρεσίας, αλλά και την ύπαρξη προσώπων αναφοράς, τα οποία ανέλαβαν τη διανομή των ερωτηματολογίων στο Γ.Ν. Τρίπολης και στο νοσοκομείο «Η ΣΩΤΗΡΙΑ». Τα πρόσωπα αυτά δεν ήταν κοινωνικοί λειτουργοί, έτσι ώστε να προστατευτεί η αντικειμενικότητα της έρευνας, ούτε υπήρξε κάποιο είδος προσυνεννόησης με τους κοινωνικούς λειτουργούς, που εργάζονται στα ανωτέρω νοσοκομεία. Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε το χρονικό διάστημα από 1 έως 30 Ιουνίου 2004. Συνολικά, διενεμήθησαν 360 ερωτηματολόγια από τα οποία επιστράφηκαν μόνο 101 (το γεγονός ότι πολλοί δεν τα συμπλήρωσαν οφείλεται κατά κύριο λόγο σε αμέλεια ή έλλειψη χρόνου). Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν τυχαία κυρίως σε ιατρούς και προϊσταμένους νοσηλευτικών τμημάτων, καθώς κυρίως αυτοί συνεργάζονται ή έχουν εμπειρία συνεργασίας με κοινωνικούς λειτουργούς, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αποκλείστηκαν και άλλες ειδικότητες ή κατηγορίες προσωπικού. Η κωδικοποίηση των στοιχείων έγινε στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS, το χρονικό διάστημα από 15 Ιουλίου έως 15 Αυγούστου. Το τρίμηνο Σεπτεμβρίου – Δεκεμβρίου 2004 έγινε η στατιστική ανάλυση και μια πρώτη αξιολόγηση των ερευνητικών δεδομένων.

Το ερωτηματολόγιο στην τελική του μορφή περιέλαβε 17 κλειστές ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις 1 έως 7 διερευνούν το κοινωνικό προφίλ (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, επάγγελμα, έτη προϋπηρεσίας, θέση στο φορέα, φορέα εργασίας, αντικείμενο εργασίας). Οι ερωτήσεις 7 και 8 αναφέρονται στο κατά πόσο γνωρίζουν την ύπαρξη Κοινωνικής Υπηρεσίας και για το αν θεωρούν απαραίτητη την ύπαρξή της στο νοσοκομείο. Οι ερωτήσεις 9, 10, 11 και 12 διερευνούν τις απόψεις για το ρόλο και το αντικείμενο των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομείο. Οι ερωτήσεις 13 και 14 διερευνούν τις απόψεις τους για τη συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς, ενώ η ερώτηση 16 εξετάζει ευρύτερα τις απόψεις τους για το ρόλο των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομείο. Τέλος, η ερώτηση 17 διερευνά τις απόψεις τους για τη διεπιστημονική συνεργασία στο νοσοκομειακό χώρο.

3.1 Πληθυσμός

Σύμφωνα με την προβληματική της έρευνας τον πληθυσμό αποτέλεσαν επαγγελματίες υγείας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) των τεσσάρων νοσοκομείων. Στον πίνακα 1, παρουσιάζεται ο πληθυσμός της έρευνας ανά νοσοκομείο:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟ- ΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΣΥΝΟ- ΛΟ
Γ.Ν. ΛΑΜΙΑΣ	117	135	83	335
Γ.Ν. Π. «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»	228	171	199	598
Γ. Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ	127	65	115	307
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	402	271	331	1.004
ΣΥΝΟΛΟ	874	642	728	2.244

ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ, ΧΑΡΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.2 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 101 άτομα (ποσοστό 4,50% επί του πληθυσμού), τα οποία επελέγησαν με τυχαία δειγματοληψία. Συγκεκριμένα διενεμήθησαν 360 ερωτηματολόγια σε ιατρούς και νοσηλευτές των ανωτέρω νοσοκομείων εκ των οποίων μόνο τα 101 επιστράφηκαν συμπληρωμένα.

4. Αποτελέσματα της έρευνας

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αντίστοιχα προς τις υποθέσεις.

4.1 Δημογραφικά στοιχεία της έρευνας – Κοινωνιολογικό προφίλ του δείγματος

Στον πίνακα 2 , που ακολουθεί παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.

Πίνακας 2: Φύλο

		Συχνότητα ¹	Ποσοστό ²	Εκατοστιαίο ποσοστό ³	Αθροιστικό ποσοστό ⁴
Μεταβλητές	ΑΝΔΡΑΣ	44	43,6	43,6	43,6
	ΓΥΝΑΙΚΑ	57	56,4	56,4	100,0
	Σύνολο	101	100,0	100,0	

Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται η κατανομή της ηλικίας.

Πίνακας 3: Κατανεμημένη ηλικία

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	20-30	16	15,8	16,8	16,8
	31-40	39	38,6	41,1	57,9
	41-50	27	26,7	28,4	86,3
	51-60	13	12,9	13,7	100,0
	Σύνολο	95	94,1	100,0	
	Δεν απάντησαν	6	5,9		
Σύνολο		101	100,0		

Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται το επίπεδο εκπαίδευσης.

¹ Η στήλη αυτή παρουσιάζει τον αριθμό των απαντήσεων

² Η στήλη αυτή δείχνει το ποσοστό ως προς το σύνολο του δείγματος

³ Η στήλη αυτή δείχνει το ποσοστό με κριτήριο το πλήθος των ατόμων που απάντησαν τη σχετική ερώτηση

⁴ Η στήλη αυτή προσθέτει τα ποσοστά προσθέτοντας κάθε φορά το εκατοστιαίο ποσοστό.

Πίνακας 4: Επίπεδο εκπαίδευσης

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	2	2,0	2,0	2,0
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	2	2,0	2,0	4,0
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΜΕΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	5	5,0	5,0	8,9
	ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	91	90,1	90,1	99,0
	ΑΛΛΟ	1	1,0	1,0	100,0
	Σύνολο	101	100,0	100,0	

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται τα έτη προϋπηρεσίας.

Πίνακας 5: Έτη προϋπηρεσίας

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	0-5 έτη	35	34,7	34,7	34,7
	6 έως 10	10	9,9	9,9	44,6
	11 έως 15	13	12,9	12,9	57,4
	16 έως 20	16	15,8	15,8	73,3
	21 έως 25	19	18,8	18,8	92,1
	26-30	7	6,9	6,9	99,0
	31-35	1	1,0	1,0	100,0
	Σύνολο	101	100,0	100,0	

Στον πίνακα 6 παρουσιάζεται η θέση του κάθε επαγγελματία υγείας στο φορέα εργασίας του.

Πίνακας 6: Θέση στον φορέα

Μεταβλητές		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
	Δ/ΝΤΗΣ ΕΣΥ	3	3,0	3,0	3,0
	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α ή Β	21	20,8	20,8	23,8
	ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	28	27,7	27,7	51,5
	ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	13	12,9	12,9	64,4
	ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ ΧΩΡΙΣ ΘΕΣΗ ΕΥΘΥΝΗΣ	21	20,8	20,8	85,1
	ΑΛΛΟ	15	14,9	14,9	100,0
	Σύνολο	101	100,0	100,0	

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται οι φορείς προέλευσης των επαγγελματιών υγείας.

Πίνακας 7: Φορείς προέλευσης των ερωτώμενων

Μεταβλητές		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"	30	29,7	29,7	29,7
	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ	24	23,8	23,8	53,5
	ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ " Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	23	22,8	22,8	76,2
	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	24	23,8	23,8	100,0
	Σύνολο	101	100,0	100,0	

Στον πίνακα 8 παρουσιάζεται το τμήμα εργασίας των ερωτώμενων.

Πίνακας 8: Τμήμα εργασίας

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	24	23,8	23,8	23,8
	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	12	11,9	11,9	35,6
	ΠΛΑΣΤΙΚΗ	2	2,0	2,0	37,6
	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ	6	5,9	5,9	43,6
	ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	1	1,0	1,0	44,6
	ΜΕΘ	10	9,9	9,9	54,5
	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	3	3,0	3,0	57,4
	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	10	9,9	9,9	67,3
	ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	1	1,0	1,0	68,3
	ΑΛΛΟ	30	29,7	29,7	98,0
	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	2	2,0	2,0	100,0
	Σύνολο	101	100,0	100,0	

Με βάση τους παραπάνω πίνακες γίνεται σαφές ότι η πλειοψηφία του δείγματος είναι γυναίκες (56,4% γυναίκες έναντι 43,6% των ανδρών). Οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 31-40 ετών (38,6%), ενώ ακολουθούν εκείνοι που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 41-50 ετών (26,7%). Ο μικρότερος σε ηλικία ερωτώμενος είναι 26 ετών και ο μεγαλύτερος 59 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος είναι τα 39 έτη. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (91 άτομα ή 90,10% του δείγματος) είναι απόφοιτοι ΑΕΙ /ΑΤΕΙ. Οι περισσότεροι (34,70%) από τους ερωτώμενους έχουν εργασιακή εμπειρία από 1 - 5 έτη, ενώ ακολουθούν εκείνοι με εργασιακή εμπειρία από 21-25 έτη (18,80%). Η μικρότερη εργασιακή εμπειρία που δήλωσαν οι ερωτώμενοι είναι ένα (1) έτος και η μεγαλύτερη 31 έτη, ενώ ο μέσος όρος εργασιακής εμπειρίας του δείγματος ανέρχεται σε 13 έτη. Το 51,5% του δείγματος είναι ιατροί, το 33,7% νοσηλευτές και το υπόλοιπο 14,9% άλλες ειδικότητες. Από τους 52 ιατρούς του δείγματος, 3 κατέχουν θέση Δ/τη κλινικής, 21 είναι επιμελητές Α ή Β και 28 είναι ειδικευόμενοι. Από τους 44 νοσηλευτές μόνο οι 13 κατέχουν θέση ευθύνης είναι δηλαδή προϊστάμενοι νοσηλευτικών τμημάτων ή ναπληρωτές προϊστάμενοι. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος προέρχεται από το Γ.Ν. Πατρών "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ" (29,7%) και ακολουθούν το Γ.Ν. Λαμίας και το

νοσοκομείο Σωτηρία με ακριβώς το ίδιο ποσοστό (23,8%). Οι ερωτώμενοι από το Π.Γ.Ν. Τρίπολης "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ" αποτελούν το 22,8%. Το 23,8% του δείγματος δήλωσε ότι εργάζεται σε χειρουργικές κλινικές, το 11,9% σε παθολογικές, το 9,9% σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, το 9,9% σε ορθοπαιδική και το 30% σε άλλα τμήματα των νοσοκομείων.

4.2 Ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για το ρόλο των κοινωνικών λειτουργιών

Στο υποκεφάλαιο αυτό εξετάζεται ο βαθμός ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας για την ύπαρξη των κοινωνικών λειτουργιών στο νοσοκομείο. Στον πίνακα 9 παρουσιάζεται ο βαθμός ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας για την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας και στον πίνακα 10 οι απόψεις τους για το πως αντιλαμβάνονται την ύπαρξη των κοινωνικών λειτουργιών στο νοσοκομείο.

Πίνακας 9: Γνώση για την ύπαρξη Κοινωνικής Υπηρεσίας στο νοσοκομείο

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	ΝΑΙ	96	95,0	95,0	95,0
	ΟΧΙ	2	2,0	2,0	97,0
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	3	3,0	3,0	100,0
	Σύνολο	101	100,0	100,0	

Πίνακας 10: Απόψεις για τους κοινωνικούς λειτουργούς

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΩΝ Κ.Λ. ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ	96	95,0	95,0	95,0
	Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΩΝ Κ.Λ. ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥΤΕΛΕΙΑ	1	1,0	1,0	96,0
	ΕΙΤΕ ΥΠΑΡΧΟΥΝ - ΕΙΤΕ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΚΑΜΙΑ ΣΗΜΑΣΙΑ	2	2,0	2,0	98,0
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	2,0	2,0	100,0
	Σύνολο	101	100,0	100,0	

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 9 η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (95%) γνωρίζει για την ύπαρξη κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομείο, μόνο πέντε άτομα δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν ή δεν απάντησαν. Από τον πίνακα 10 προκύπτει ότι το 95% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η παρουσία των κοινωνικών λειτουργών στα νοσοκομεία είναι απαραίτητη, ένας θεωρεί ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι πολυτέλεια στο νοσοκομείο, δύο θεωρούν ότι η παρουσία τους δεν έχει καμία σημασία, ενώ τέλος δύο δεν απάντησαν. Γίνεται λοιπόν σαφές από τους δύο παραπάνω πίνακες ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (96 άτομα, το 95% του δείγματος) και γνωρίζει για την ύπαρξη κοινωνικών λειτουργών και τους θεωρεί απαραίτητους για το έργο που προσφέρουν στο νοσοκομείο.

4.3 Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τη συνεργασία τους με κοινωνικούς λειτουργούς

Στο υποκεφάλαιο αυτό εξετάζονται οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τη συνεργασία τους με τους κοινωνικούς λειτουργούς. Όπως φαίνεται και από τον πίνακα 11 η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος (80,20%) έχει συνεργαστεί με τους κοινωνικούς λειτουργούς και μόνο είκοσι άτομα δήλωσαν ότι δεν είχαν εμπειρία συνεργασίας μαζί τους.

Πίνακας 11: Εμπειρία συνεργασίας με τους Κοινωνικούς Λειτουργούς στο νοσοκομείο

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	ΝΑΙ	81	80,2	80,2	80,2
	ΟΧΙ	20	19,8	19,8	100,0
	Σύνολο	101	100,0	100,0	

Στον πίνακα 12, που ακολουθεί, παρουσιάζεται ο τρόπος συνεργασίας των κοινωνικών λειτουργών με τους επαγγελματίες υγείας. Το 46,5% των επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι η συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς έγινε ύστερα από αίτημά τους, το 10,90% ανέφερε ότι υπάρχει μόνιμη συνεργασία στα πλαίσια καθημερινής παρουσίας του κοινωνικού λειτουργού στην κλινική (τμήμα) και το 5,90% μετά από αίτημα του ασθενή.

Πίνακας 12: Τρόπος συνεργασίας με τους κοινωνικούς λειτουργούς

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΙΤΗΜΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	47	46,5	58,8	58,8
	ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΙΤΗΜΑ Κ.Λ.	2	2,0	2,5	61,3
	ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΙΤΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ	6	5,9	7,5	68,8
	ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΟΝΙΜΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ	11	10,9	13,8	82,5
	ΑΛΛΟ	2	2,0	2,5	85,0
	ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΙΤΗΜΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ & ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΙΤΗΜΑ Κ.Λ.	4	4,0	5,0	90,0
	ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΙΤΗΜΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ & ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΙΤΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ	6	5,9	7,5	97,5
	ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΙΤΗΜΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ & ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΙΤΗΜΑ Κ.Λ. & ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΙΤΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ	2	2,0	2,5	100,0
	Σύνολο	80	79,2	100,0	
	Δεν απάντησαν	21	20,8		
Σύνολο		101	100,0		

Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τη συνεργασία τους με τους κοινωνικούς λειτουργούς. Το 67,30% αξιολογεί τη συνεργασία αυτή ως θετική ή μάλλον θετική και μόνο το 3% αρνητική ή μάλλον αρνητική.

Πίνακας 13: Απόψεις για τη συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς

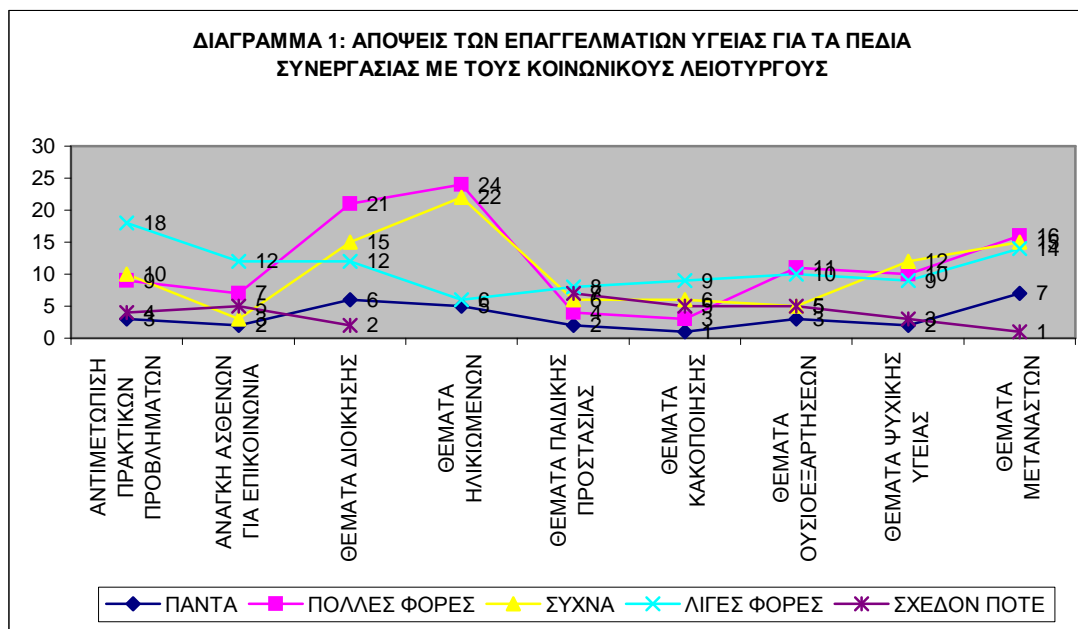
		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	ΘΕΤΙΚΗ	51	50,5	63,0	63,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΘΕΤΙΚΗ	17	16,8	21,0	84,0
	ΟΥΤΕ ΘΕΤΙΚΗ - ΟΥΤΕ ΑΡΝΗΤΙΚΗ	10	9,9	12,3	96,3
	ΑΡΝΗΤΙΚΗ	2	2,0	2,5	98,8
	ΜΑΛΛΟΝ ΑΡΝΗΤΙΚΗ	1	1,0	1,2	100,0
	Σύνολο	81	80,2	100,0	
	Δεν απάντησαν	20	19,8		
Σύνολο		101	100,0		

Ο πίνακας 14 δείχνει τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την αποτελεσματικότητα των κοινωνικών λειτουργών σε θέματα που έτυχε να συνεργαστούν. Το 92,50% των επαγγελματιών υγείας που συνεργάστηκε με κοινωνικούς λειτουργούς αξιολογεί θετικά ή μάλλον θετικά την αποτελεσματικότητα των κοινωνικών λειτουργών και μόνο το 5,10% αρνητικά ή μάλλον αρνητικά.

Πίνακας 14: Απόψεις για την αποτελεσματικότητα των κοινωνικών λειτουργών

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	ΘΕΤΙΚΗ	48	47,5	60,0	60,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΘΕΤΙΚΗ	26	25,7	32,5	92,5
	ΟΥΤΕ ΘΕΤΙΚΗ - ΟΥΤΕ ΑΡΝΗΤΙΚΗ	2	2,0	2,5	95,0
	ΑΡΝΗΤΙΚΗ	3	3,0	3,8	98,8
	ΜΑΛΛΟΝ ΑΡΝΗΤΙΚΗ	1	1,0	1,3	100,0
	Σύνολο	80	79,2	100,0	
	Δεν απάντησαν	21	20,8		
Σύνολο		101	100,0		

Είναι σαφές από τα παραπάνω ότι η πλειοψηφία του δείγματος έχει θετική γνώμη για τη συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς.



Στο διάγραμμα 1 παρουσιάζονται τα πεδία συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας με τους κοινωνικούς λειτουργούς. Με βάση το παραπάνω διάγραμμα γίνεται σαφές ότι τις περισσότερες φορές οι κοινωνικοί λειτουργοί συνεργάζονται με τους επαγγελματίες υγείας για:

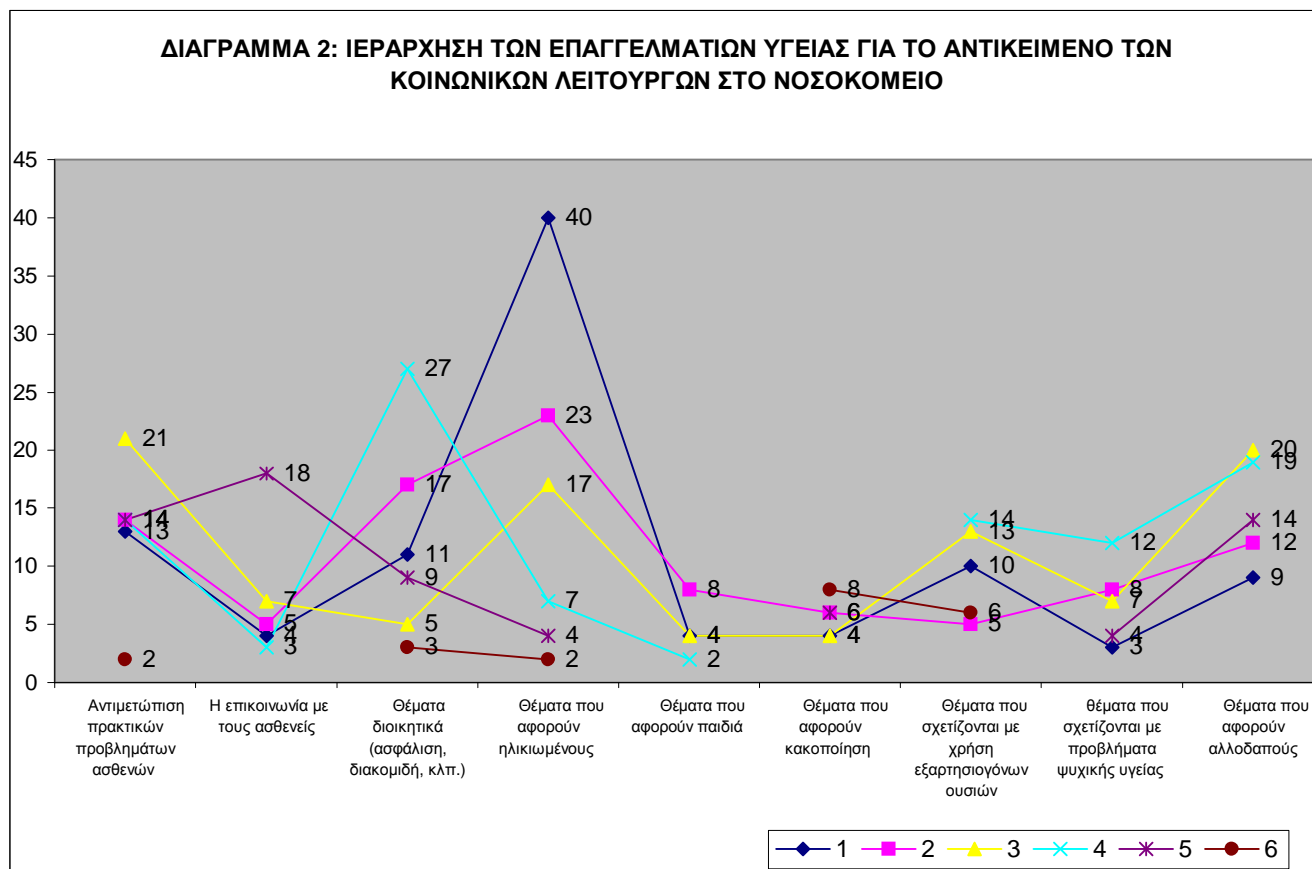
- ∅ Θέματα ηλικιωμένων (61 αναφορές)
- ∅ Θέματα διοίκησης, όπως π.χ. ασφαλιστικά ζητήματα, διακομιδές κ.ο.κ. (54 αναφορές)
- ∅ Θέματα που σχετίζονται με την αντιμετώπιση μεταναστών και προσφύγων (52 αναφορές)
- ∅ Θέματα που σχετίζονται με την αντιμετώπιση πρακτικών προβλημάτων των ασθενών, όπως π.χ. προμήθεια ρουχισμού, θέματα εργασίας, στέγης κ.ο.κ. (40 αναφορές)
- ∅ Θέματα που σχετίζονται με προβλήματα ψυχικής υγείας (33 αναφορές)

4.4 Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για το ρόλο και το αντικείμενο των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομείο

Στην ερώτηση 12 ζητήθηκε από τους επαγγελματίες υγείας, ανεξάρτητα από την εμπειρία συνεργασίας με τους κοινωνικούς λειτουργούς, να ιεραρχήσουν μια σειρά από προκαθορισμένα πεδία, τα οποία αποτελούν κατά την άποψή τους τα βασικά πεδία ενασχόλησης των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομείο. Η ερώτηση 12 περιελάμβανε τις ακόλουθες προκατασκευασμένες απαντήσεις:

- ∅ Αντιμετώπιση πρακτικών προβλημάτων ασθενών (π.χ. τροφή, ρούχα κλπ.)
- ∅ Η επικοινωνία με τους ασθενείς
- ∅ Θέματα διοικητικά (ασφάλιση, διακομιδή, κλπ.)
- ∅ Θέματα που αφορούν ηλικιωμένους (π.χ. εισαγωγή σε ίδρυμα κλπ.)
- ∅ Θέματα που αφορούν παιδιά (π.χ. εγκατάλειψη βρέφους στο μαιευτήριο του νοσοκομείου)
- ∅ Θέματα που αφορούν κακοποίηση (π.χ. γυναίκες που υπάρχει υποψία κακοποίησης)
- ∅ Θέματα που σχετίζονται με την κατάχρηση αλκοόλ ή παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών
- ∅ θέματα που σχετίζονται με προβλήματα ψυχικής υγείας (π.χ. κατάθλιψη, απόπειρες κλπ.)
- ∅ Θέματα που αφορούν μετανάστες, πρόσφυγες και γενικά αλλοδαπούς

Στο διάγραμμα 2 φαίνονται οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας (από το σύνολο των 101 του δείγματος, δύο (2) μόνο δήλωσαν ότι δεν έχουν συγκεκριμένη εικόνα για τη δουλειά των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομείο, ενώ ένας δεν απάντησε).



Με βάση το διάγραμμα 2 γίνεται σαφές ότι τόσο ποσοτικά (93 επιλογές) όσο και ποιοτικά (40 επιλογές ως πρώτο πεδίο ενασχόλησης) οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται με θέματα που αφορούν ηλικιωμένους, όπως εισαγωγή σε ίδρυμα, εξεύρεση κατάλληλου περιβάλλοντος κλπ.. Ως δεύτερο πεδίο ενασχόλησης θεωρούν από ποσοτική σκοπιά την αντιμετώπιση πρακτικών προβλημάτων (78 προτιμήσεις), ενώ ακολουθούν σε πολύ κοντινή απόσταση η αντιμετώπιση θεμάτων που σχετίζονται με αλλοδαπούς (74 προτιμήσεις) και η αντιμετώπιση διοικητικών θεμάτων (72 προτιμήσεις). Η ίδια περίπτωση εικόνας ισχύει και για την ποιοτική αξιολόγηση όσον αφορά την πρώτη προτίμηση με τη διαφορά ότι οι προτιμήσεις είναι εμφανώς λιγότερες (13 προτιμήσεις για την αντιμετώπιση πρακτικών προβλημάτων, 11 προτιμήσεις για την αντιμετώπιση διοικητικών θεμάτων και 10 προτιμήσεις για την αντιμετώπιση προβλημάτων ουσιοεξάρτησης).

Στον πίνακα 15 παρουσιάζεται η συνολική άποψη των επαγγελματιών υγείας για τους κοινωνικούς λειτουργούς. Γίνεται σαφές από τον παρακάτω πίνακα ότι η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος έχει θετική ή μάλλον θετική εικόνα για τους κοινωνικούς λειτουργούς (78,20%). Μόνο τέσσερα άτομα (4%) δήλωσαν ότι έχουν

αρνητική ή μάλλον αρνητική εικόνα για τους κοινωνικούς λειτουργούς των νοσοκομείων.

Πίνακας 15: Συνολική άποψη των επαγγελματιών υγείας για τους κοινωνικούς λειτουργούς των νοσοκομείων

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαί ο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	ΘΕΤΙΚΗ	59	58,4	58,4	58,4
	ΜΑΛΛΟΝ ΘΕΤΙΚΗ	20	19,8	19,8	78,2
	ΟΥΤΕ ΘΕΤΙΚΗ - ΟΥΤΕ ΑΡΝΗΤΙΚΗ	17	16,8	16,8	95,0
	ΑΡΝΗΤΙΚΗ	1	1,0	1,0	96,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΑΡΝΗΤΙΚΗ	3	3,0	3,0	99,0
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	1	1,0	1,0	100,0
	Σύνολο	101	100,0	100,0	

Στον πίνακα 16 παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το αν θα επιθυμούσαν την οργανική ένταξη του κοινωνικού λειτουργού στις κλινικές. Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι η μεγάλη πλειοψηφία (69 άτομα ή το 68,30% του συνολικού δείγματος) επιθυμεί την οργανική ένταξη των κοινωνικών λειτουργών στις κλινικές. Μόνο οκτώ (8) άτομα δήλωσαν ότι διαφωνούν ή μάλλον διαφωνούν με την πρόταση αυτή.

Πίνακας 16: Απόψεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το αν θα προτιμούσαν τον/την κοινωνική λειτουργό οργανικά ενταγμένη στην κλινική

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαί ο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	43	42,6	51,8	51,8
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	26	25,7	31,3	83,1
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ - ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	6	5,9	7,2	90,4
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	6	5,9	7,2	97,6
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	2,0	2,4	100,0
	Σύνολο	83	82,2	100,0	
	Δεν απάντησαν	18	17,8		
Σύνολο		101	100,0		

Στον πίνακα 17 παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας των επαγγελματιών υγείας για το αν θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν περιορισμένα μέσα για να υποστηρίξουν ψυχοκοινωνικά τους ασθενείς στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Από τις απαντήσεις τους προκύπτει ότι οι περισσότεροι (66 άτομα ή το 65,40% του συνολικού δείγματος) συμφωνούν με την πρόταση ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί κάνουν ό,τι μπορούν για την υποστήριξη των ασθενών, αλλά έχουν περιορισμένα μέσα στη διάθεσή τους για την επίτευξη των στόχων τους. Μόνο οκτώ (8) άτομα εξέφρασαν αντίθετη άποψη.

Πίνακας 17: Απόψεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το αν θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί κάνουν ό,τι μπορούν, αλλά δεν έχουν τα μέσα για να υποστηρίξουν τους ασθενείς

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	24	23,8	27,0	27,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	42	41,6	47,2	74,2
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ - ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	15	14,9	16,9	91,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	8	7,9	9,0	100,0
	Σύνολο	89	88,1	100,0	
	Δεν απάντησαν	12	11,9		
Σύνολο		101	100,0		

Στον πίνακα 18 παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το αν θα επιθυμούσαν να έχουν μια σταθερή συνεργασία με κοινωνικό λειτουργό. Από τις απαντήσεις τους προκύπτει ότι οι περισσότεροι (76 άτομα ή το 74,20% του συνολικού δείγματος) επιθυμούν τη σταθερή συνεργασία με κοινωνικό λειτουργό. Μόνο δύο (2) άτομα εξέφρασαν αντίθετη άποψη.

Πίνακας 18: Απόψεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το αν θα ήθελαν να έχουν μια σταθερή συνεργασία με κοινωνικό λειτουργό

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	59	58,4	67,8	67,8
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	16	15,8	18,4	86,2
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ - ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	10	9,9	11,5	97,7
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	1	1,0	1,1	98,9
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	1,0	1,1	100,0
	Σύνολο	87	86,1	100,0	
	Δεν απάντησαν	14	13,9		
Σύνολο		101	100,0		

Στον πίνακα 19 παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το αν θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί δείχνουν αδιαφορία για τα προβλήματα των ασθενών. Από τα 75 άτομα που απάντησαν τη σχετική ερώτηση, οι περισσότεροι (46 άτομα ή το 61,30% των ατόμων που απάντησαν) διαφωνούν με την πρόταση αυτή, ωστόσο υπάρχει και ένας σημαντικός αριθμός (16 άτομα ή 21,30% των ατόμων που απάντησαν) που θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι αδιάφοροι για τα προβλήματα των ασθενών.

Πίνακας 19: Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για το αν θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί δείχνουν αδιαφορία για τα προβλήματα των ασθενών και αν γενικά είναι "βολεμένοι"

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	6	5,9	8,0	8,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	10	9,9	13,3	21,3
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ - ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	13	12,9	17,3	38,7
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	25	24,8	33,3	72,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	21	20,8	28,0	100,0
	Σύνολο	75	74,3	100,0	
	Δεν απάντησαν	26	25,7		
Σύνολο		101	100,0		

Στον πίνακα 20 παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το αν θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν έχουν λόγο ύπαρξης στο νοσοκομείο. Από τα 76 άτομα που απάντησαν στο σχετικό ερώτημα οι 75 (το 98,70% των ατόμων που έδωσαν απάντηση) διαφώνησαν με την παραπάνω πρόταση, ενώ μόνο ένα άτομο ούτε συμφώνησε, ούτε διαφώνησε με τη σχετική πρόταση.

Πίνακας 20: Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για το αν θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν έχουν ρόλο ύπαρξης στο νοσοκομείο

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ - ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	1	1,0	1,3	1,3
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	12	11,9	15,8	17,1
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	63	62,4	82,9	100,0
Σύνολο	76	75,2	100,0	
Δεν απάντησαν	25	24,8		
Σύνολο	101	100,0		

4.5 Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τη διεπιστημονική συνεργασία

Στο υποκεφάλαιο αυτό εξετάζονται οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την αξία της διεπιστημονική συνεργασίας στο χώρο της υγείας. Οι απόψεις τους καταγράφονται μέσα από το βαθμό συμφωνίας τους με πέντε (5) προκατασκευασμένες προτάσεις. Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται αυτές οι απόψεις.

Στον πίνακα 21 παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το αν πιστεύουν ότι στο νοσοκομείο τις ευθύνες τις έχουν σχεδόν αποκλειστικά οι ιατροί. Από τα 81 άτομα που απάντησαν τη σχετική ερώτηση, τα 38 άτομα (47% εκείνων που απάντησαν) δήλωσαν ότι συμφωνούν απόλυτα ή μάλλον συμφωνούν, ενώ 30 άτομα (29,70% εκείνων που απάντησαν) δήλωσαν ότι διαφωνούν απόλυτα ή μάλλον διαφωνούν.

Πίνακας 21: Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για το αν πιστεύουν ότι στο νοσοκομείο τις ευθύνες τις έχουν κυρίως οι ιατροί γιατί αυτοί παίρνουν τις αποφάσεις

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	19	18,8	23,5	23,5
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	19	18,8	23,5	46,9
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ - ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	13	12,9	16,0	63,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	14	13,9	17,3	80,2
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	16	15,8	19,8	100,0
	Σύνολο	81	80,2	100,0	
	Δεν απάντησαν	20	19,8		
Σύνολο		101	100,0		

Στον πίνακα 22 παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το αν πιστεύουν ότι στο νοσοκομείο τις περισσότερες ευθύνες τις έχουν οι νοσηλευτές. Από τα 81 άτομα που απάντησαν τη σχετική ερώτηση, μόνο τα 21 (το 25,90% εκείνων που απάντησαν) ανέφεραν ότι συμφωνούν απόλυτα ή μάλλον συμφωνούν, ενώ οι περισσότεροι (41 άτομα, το 50,60%) δήλωσαν ότι διαφωνούν ή μάλλον διαφωνούν.

Πίνακας 22: Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για το αν πιστεύουν ότι στο νοσοκομείο τις ευθύνες τις έχουν κυρίως οι νοσηλευτές γιατί αυτοί ζουν περισσότερες ώρες με τον άρρωστο

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	14	13,9	17,3	17,3
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	7	6,9	8,6	25,9
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ - ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	19	18,8	23,5	49,4
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	23	22,8	28,4	77,8
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	18	17,8	22,2	100,0
	Σύνολο	81	80,2	100,0	
	Δεν απάντησαν	20	19,8		
Σύνολο		101	100,0		

Στον πίνακα 23 παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το αν το νοσοκομείο πρέπει να ενδιαφέρεται αποκλειστικά και μόνο για τα προβλήματα υγείας των ασθενών, χωρίς να λαμβάνει υπόψη του τη γενικότερη ψυχοκοινωνική τους κατάσταση. Από τα 81 άτομα που απάντησαν, μόνο τα 9 (11,20% εκείνων που απάντησαν) δήλωσαν ότι συμφωνούν ή μάλλον συμφωνούν με την παραπάνω πρόταση, ενώ οι περισσότεροι (67 άτομα, 66,30% εκείνων που απάντησαν) διαφωνούν ή μάλλον διαφωνούν. Η στάση αυτών των επαγγελματιών υγείας δείχνει ότι η μεγάλη πλειοψηφία τους υιοθετεί την ολιστική προσέγγιση στο χώρο της υγείας.

Πίνακας 23: Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για το αν πιστεύουν ότι το νοσοκομείο πρέπει να ενδιαφέρεται αποκλειστικά για το πρόβλημα υγείας του ασθενή και τίποτε περισσότερο

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	5	5,0	6,2	6,2
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	4	4,0	4,9	11,1
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ - ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	5	5,0	6,2	17,3
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	21	20,8	25,9	43,2
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	46	45,5	56,8	100,0
	Σύνολο	81	80,2	100,0	
	Δεν απάντησαν	20	19,8		
Σύνολο		101	100,0		

Στον πίνακα 24 παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας των επαγγελματιών υγείας για το αν ο ασθενής πρέπει να αντιμετωπίζεται ολιστικά. Η ερώτηση αυτή είναι ερώτηση ελέγχου για να διαπιστώσει την ειλικρίνεια των απαντήσεων ως προς το προηγούμενο ερώτημα και απ' ό,τι φαίνεται στον πίνακα 24 οι ερωτώμενοι απαντούν με ειλικρίνεια. Από τους 86 που απάντησαν το σχετικό ερώτημα, οι περισσότεροι (79 άτομα ή το 91,90%) δήλωσαν ότι συμφωνούν με το περιεχόμενο της παραπάνω πρότασης, ενώ μόνο τρεις δήλωσαν ότι μάλλον διαφωνούν.

Πίνακας 24: Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για το αν πιστεύουν ότι ο ασθενής πρέπει να αντιμετωπίζεται ως σύνολο και πως είναι υποχρέωση του νοσοκομείου να ενδιαφερθεί για τα γενικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής και επηρεάζουν την υγεία του τόσο πριν την είσοδό του σ' αυτό όσο κυρίως και μετά

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	66	65,3	76,7	76,7
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	13	12,9	15,1	91,9
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ - ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4	4,0	4,7	96,5
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	3	3,0	3,5	100,0
	Σύνολο	86	85,1	100,0	
	Δεν απάντησαν	15	14,9		
Σύνολο		101	100,0		

Στον πίνακα 25 παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας των επαγγελματιών υγείας για το αν θα έπρεπε να λειτουργεί η διεπιστημονική ομάδα με ισότιμη συμμετοχή όλων των ειδικοτήτων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών. Από τα 91 άτομα που απάντησαν κανένας δεν εξέφρασε διαφωνία, ενώ οι περισσότεροι (83 άτομα, ποσοστό 91,20%) δήλωσαν ότι συμφωνούν ή μάλλον συμφωνούν με το περιεχόμενο της πρότασης.

Πίνακας 25: Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για το αν πιστεύουν ότι θα έπρεπε να υπάρχει μια διεπιστημονική ομάδα με ισότιμη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας, η οποία θα συνεργάζεται μέσα από διακριτούς ρόλους

		Συχνότητα	Ποσοστό	Εκατοστιαίο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταβλητές	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	67	66,3	73,6	73,6
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	16	15,8	17,6	91,2
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ - ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	8	7,9	8,8	100,0
	Σύνολο	91	90,1	100,0	
	Δεν απάντησαν	10	9,9		
Σύνολο		101	100,0		

5. Συζήτηση αποτελεσμάτων

Με βάση αυτά που παρουσιάστηκαν προηγούμενα γίνεται σαφές ότι η πλειοψηφία του δείγματος διάκειται θετικά έναντι των κοινωνικών λειτουργιών, που εργάζονται στα νοσοκομεία. Οι επαγγελματίες υγείας, που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρούν απαραίτητη την παρουσία των κοινωνικών λειτουργιών στο νοσοκομείο και οι εμπειρίες τους από τη συνεργασία μαζί τους είναι σε γενικές γραμμές θετικές. Τα πεδία συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας με τους κοινωνικούς λειτουργούς είναι κύρια η αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με ηλικιωμένους ασθενείς, με αλλοδαπούς ασθενείς, καθώς και με την αντιμετώπιση άμεσων πρακτικών ή διοικητικών προβλημάτων. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι οι άλλοι επαγγελματίες υγείας δεν θεωρούν σε υψηλό ποσοστό τόσο αναγκαία τη συνεργασία των κοινωνικών λειτουργιών σε θέματα ψυχικής υγείας, ουσιοεξαρτήσεων, παιδικής προστασίας ή ζητήματα κακοποίησης. Αυτό μπορεί να συμβαίνει για δύο κύρια λόγους. Πρώτα - πρώτα από τις ιδιαιτερότητες του δείγματος, καθώς προέρχεται από νοσοκομεία, στα οποία δεν είναι αναπτυγμένα ψυχιατρικά ή παιδιατρικά τμήματα και κατά συνέπεια εκ των πραγμάτων δεν προκύπτουν ανάλογες ανάγκες. Ο δεύτερος λόγος είναι ότι απουσιάζει η εξειδίκευση των κοινωνικών λειτουργιών στην αντιμετώπιση τέτοιων θεμάτων, οπότε είναι λογικό οι άλλοι επαγγελματίες υγείας να προτιμούν τη βοήθεια άλλων επιστημόνων, όπως ψυχιάτρων ή ψυχολόγων (αν υπάρχουν), οι οποίοι ίσως θεωρούνται στη συνείδηση των επαγγελματιών υγείας πιο ειδικοί για το χειρισμό τέτοιων θεμάτων.

Σημαντικό κρίνεται και το γεγονός ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας επιθυμούν τη σταθερή συνεργασία με κοινωνικούς λειτουργούς, αλλά και την οργανική ένταξή τους στην κλινική. Κάτι τέτοιο βέβαια για να γίνει προϋποθέτει την αλλαγή της κείμενης νομοθεσίας, η οποία προβλέπει ανεξάρτητο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας υπό την αιγίδα της Ιατρικής υπηρεσίας, όπως επίσης και τη μέριμνα για την εξεύρεση κατάλληλων χώρων μέσα στην κλινική, πράγμα που δεν είναι εύκολο, καθώς είναι διαπιστωμένο ότι υπάρχουν περιορισμένοι ελεύθεροι χώροι στις κλινικές των νοσοκομείων.

Τέλος, σημαντικό κρίνεται το γεγονός ότι σε θεωρητικό τουλάχιστον επίπεδο οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν τη σημασία της ολιστικής προσέγγισης και της διεπιστημονικής συνεργασίας, οι οποίες αποτελούν το απαραίτητο περιβάλλον για την παροχή αποτελεσματικών κοινωνικών υπηρεσιών στο χώρο του νοσοκομείου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ανδριώτη Δ.: “Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα”, Εξάντας, Αθήνα 1998

Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ.: “Η άτυπη συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών υγείας από ίδιες πληρωμές και η παραοικονομική δραστηριότητα”, στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α., (επιμ.), “Ενιαίος φορέας υγείας: Αναγκαιότητα και αυταπάτη”, Θεμέλιο, Αθήνα 1997

Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ.: “Ανάπτυξη και διάχυση της βιοϊατρικής τεχνολογίας: Η συμβολή της οικονομικής ανάλυσης”, στο Κυριόπουλος Γ., Λέβεν Τ., Νιάκας Δ., (επιμ.), “Η διαχείριση της βιοϊατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα”, ΚΚΕΥ, Αθήνα 1993

Γείτονα Μ., Υφαντόπουλος Ι.: “Η διαχείριση των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα 1922-1992”, Ιατρική 67, Αθήνα 1995, σελ. 135-141

Γεωργούση Ε. και συν.: “Διαχρονικές εξελίξεις κατανομής των πόρων στον Υγειονομικό τομέα”, τ.3 , Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Αθήνα 1991, σελ. 77-82

Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α., Δρίζη Λ., Κυριόπουλος Γ.: “Η ικανοποίηση των χρηστών στις υπηρεσίες ανοιχτής φροντίδας υγείας”, στο Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., (επιμ.), “Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα”, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα 1994

Δερβένης Χ., Πολύζος Ν.: “Μελέτη για την Οργάνωση και Διοίκηση του ΕΣΥ και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού”, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα 1995

Dubos R.: “Το όραμα της υγείας. Ουτοπίες, πρόοδοι και βιολογικές αλλαγές”, Κάτοπτρο, Αθήνα 1999

ΕΣΥΕ: “Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής, 1995”

Θεοδώρου Μ.: “Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας”, στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, “Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος”, Υ.Υ.Π.Κ.Α., Αθήνα 1994

Θεοδώρου Μ. και συν.: “Μελέτη για το σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος”, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα 1994

Θωμόπουλος Ε.: “Η ιστορία της κοινωνικής προστασίας από των αρχαιοτάτων χρόνων μέχρι σήμερα”, Παπαζήσης, Αθήνα 1977

Carr J.: « Κλινική Κοινωνική Εργασία στον τομέα της Υγείας», Κοινωνική Εργασία, τ. 33^ο, Αθήνα 1994, σελ. 15-30

Καρόκης Α., Σισσούρας Α.: “Οργάνωση και χρηματοδότηση”, στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, “Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος”, Υ.Υ.Π.Κ.Α., Αθήνα 1994

ΚΕΠΕ: “Πρόγραμμα ανάπτυξης 1988-92: Υγεία”, Αθήνα 1988

Κούντη Κ.: «Κοινωνική Εργασία σε Ογκολογικό Νοσοκομείο», Κοινωνικές Υπηρεσίες και Κοινωνική Εργασία στην Υγεία και την Πρόνοια, αναγκαιότητα και όχι πολυτέλεια, Σύλλογος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας, Αθήνα 1996, σελ. 75-82

Κυριόπουλος Γ. : “Τα οικονομικά της στρατηγικής Υγεία για Όλους το 2000”, Πρακτικά Συμποσίου Π.Φ.Υ., “Χρηματοδοτικά προβλήματα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας”, ΚΚΕΥ, Αθήνα 1991

Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ.: “Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα”, ΚΚΕΥ, Αθήνα 1991

Κυριόπουλος Γ.: “Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα”, ΚΚΕΥ, Αθήνα 1993

Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ.: “Θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας”, ΚΚΕΥ, Αθήνα 1994

Κυριόπουλος Γ.: “Ισότητα ή ελευθερία στην αγορά υπηρεσιών υγείας: Το πραγματικό πολιτικό δίλημμα και ο Ενιαίος Φορέας Υγείας”, στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α., (επιμ.), “Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και αυταπάτη”, Εξάντας, Αθήνα 1997

Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α.: “Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια”, στο Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., (επιμ.), “Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα”, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα 1994

Κυριόπουλος Γ., Δράκου Ι., Κτενάς Ε., Γεωργούση Ε.: “Στάσεις και αντιλήψεις χρηστών ως προς την νοσοκομειακή φροντίδα”, στο Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., (επιμ.), “Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα”, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα 1994

Λαδά-Χατζοπούλου Α.: “Η δημόσια υγεία-περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη, σημερινά προβλήματα”, στο Σύγχρονα Θέματα, τ. 3, Αθήνα 1978, σελ. 4-8

Λουμίδη Δ.: « Δικαιώματα ασθενών και Κοινωνική Εργασία», Κοινωνική Εργασία, τ. 17^ο , 1990, σελ. 55-59

Μαστρογιάννης Ι.: “Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδος 1821-1960”, Αθήνα 1960

Πανουτσοπούλου Κ.: “Κοινωνική πρόνοια. Ιστορική εξέλιξη, σύγχρονες τάσεις”, Γρηγόρης, Αθήνα 1984

Πανταζάκας Π. / Μέντης Ε.: « Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας – Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργιών», Κοινωνική Εργασία, τ. 66^ο, Αθήνα 2002, σελ. 97-112

Παπαδάτου Δανάη/ Αναγνωστόπουλος Φ.: « Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999

Παπαϊωάννου Καλλιόπη: « Ιατροκοινωνική Εργασία », Κοινωνική Εργασία, τ. 9^ο, Αθήνα 1988, σελ. 7-11

Ρούπας Θ., Πολύζος Ν.: “Ανθρώπινο δυναμικό”, στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, “Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος”, Υ.Υ.Π.Κ.Α., Αθήνα 1994

Σαπουντζή – Κρέπια Δ.: « Νοσηλεύτριες – Κοινωνικοί Λειτουργοί, διεπαγγελματική συνεργασία και διαφορές στην αντίληψη αναγκών φροντίδας», Κοινωνική Εργασία, τ. 39^ο, Αθήνα 1995, σελ. 143-152

Σταματέλου Σταυρούλα / Τσουλουφίδου Παναγιώτα: «Κοινωνική Υπηρεσία: Δυναμική παρέμβαση στο χώρο της Υγείας», Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 2004

Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων: “Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας: Ανάλυση και δομή του συστήματος”, Αθήνα 1994

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Αγαπητέ συνάδελφε

Το παρόν ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε για να διερευνήσει τις απόψεις σου για το ρόλο των κοινωνικών λειτουργών στο Γενικό Νοσοκομείο. Στην ουσία πρόκειται για μια ερευνητική καταγραφή στα πλαίσια εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Υπηρεσία. Για το σκοπό αυτό χρειάζομαι τη βοήθεια σου. Οι απόψεις σου για το ρόλο των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομείο είναι πολύ σημαντικές γιατί θα βοηθήσουν στη βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας για την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενή. Με αυτή την έννοια είναι πολύ σημαντικό οι απαντήσεις, που θα δώσεις, να είναι αυθόρμητες και ειλικρινείς. Άλλωστε, οι απαντήσεις είναι ανώνυμες και θα τηρηθεί αυστηρά η επιστημονική δεοντολογία και το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων, ενώ και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό που αναφέρθηκε παραπάνω (πτυχιακή εργασία).

Σ' ευχαριστώ για τη συνεργασία σου.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

(Βάλε σε κύκλο τις απαντήσεις που σε εκφράζουν)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. ΦΥΛΟ: 1. Άνδρας 2. Γυναίκα

2. ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:

3. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:

1. Απόφοιτος Δημοτικού
2. Απόφοιτος Γυμνασίου
3. Απόφοιτος Λυκείου
4. Απόφοιτος Μέσης Τεχνικής Σχολής
5. Πτυχιούχος ΑΕΙ/ΤΕΙ
6. Άλλο

4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

1. Ιατρός Ε.Σ.Υ. ή Πανεπιστημιακός Καθηγητής
2. Ειδικευόμενος ιατρός
3. Προϊσταμένη κλινικής
4. Αναπληρώτρια Προϊσταμένη κλινικής
5. Άλλο.....

5. ΕΤΗ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:

6. ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΦΟΡΕΑ:

1. Διευθυντής Ε.Σ.Υ ή αναπληρωτής διευθυντής
2. Επιμελητής Α ή Β
3. Ειδικευόμενος
4. Προϊσταμένη κλινική
5. Εργαζόμενος χωρίς διοικητική θέση αυξημένης ευθύνης
6. Άλλο

7. 1 ΦΟΡΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

1. Γενικό Νοσοκομείο Πατρών " Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"
2. Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας
3. Παναρκαδικό Γενικό Νοσοκομείο Πάτρας
4. Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος "Η ΣΩΤΗΡΙΑ"

7.2.Εργάζεστε (βάλτε σε κύκλο την απάντηση):

1. Σε χειρουργική κλινική	9. Στη Μ.Ε.Θ.
2. Σε παθολογική κλινική	10. Στην Ουρολογική
3. Σε ψυχιατρική κλινική	11. Στην Νευροχειρουργική
4. Σε ΩΡΛ	12. Στη Δερματολογική
5. Σε πλαστική χειρουργική	13. Στην Ορθοπαιδική
6. Σε Νευρολογική	14. Στη Νεφρολογική
7. Στα Επείγοντα Περιστατικά	15. Στην αιμοδοσία
8. Στα Τακτικά εξωτερικά ιατρεία	16. Άλλού (αναφέρατε συγκεκριμένα)

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ

7. Γνωρίζετε αν υπάρχει Κοινωνική Υπηρεσία στο νοσοκομείο σας:

1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ 3. ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

8. Με ποια από τις παρακάτω προτάσεις συμφωνείτε:

1. Η παρουσία των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη
2. Η παρουσία των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομείο είναι πολυτέλεια
3. Είτε υπάρχουν είτε δεν υπάρχουν δεν έχει καμία σημασία
4. Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

ΑΠΟΦΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

9. Έχετε συνεργαστεί ποτέ με κοινωνικό λειτουργό του νοσοκομείου σας:

1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ 3. ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

10. (Να απαντηθεί μόνο από εκείνους που απάντησαν ΝΑΙ στην ερώτηση 9) Ως επί το πλείστον η συνεργασία σας με τους κοινωνικούς λειτουργούς προκύπτει:

1. Μετά από δικό σας αίτημα
2. Μετά από αίτημα της/του κοινωνικού λειτουργού
3. Μετά από αίτημα ασθενή
4. Μετά από αίτημα της διοίκησης του νοσοκομείου
5. Υπάρχει μόνιμη συνεργασία στα πλαίσια καθημερινής παρουσίας του κοινωνικού λειτουργού στο Τμήμα ή στην κλινική
6. Άλλο (αναφέρετε συγκεκριμένα)

11. Συνήθως, η συνεργασία σας με τους κοινωνικούς λειτουργούς τι αφορά (να απαντηθεί μόνο από εκείνους που απάντησαν θετικά στην ερώτηση 9 σημειώστε αν θέλετε περισσότερες από μια απαντήσεις):

		Πάντα	Πολλές φορές	Συχνά	Λίγες φορές	Σχεδόν
1	Αντιμετώπιση πρακτικών προβλημάτων ασθενών (π.χ. τροφή, ρούχα κλπ.)					
2	Την ανάγκη των ασθενών να μιλήσουν με κάποιον					
3	Θέματα διοικητικά (ασφάλιση, διακομιδή, κλπ.)					
4	Θέματα που αφορούν ηλικιωμένους (π.χ. εισαγωγή σε ίδρυμα κλπ.)					
5	Θέματα που αφορούν παιδιά (π.χ. εγκατάλειψη βρέφους στο μαιευτήριο του νοσοκομείου)					
6	Θέματα που αφορούν κακοποίηση (π.χ. γυναίκες που υπάρχει υποψία κακοποίησης)					
7	Θέματα που σχετίζονται με την κατάχρηση αλκοόλ ή παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών					
8	Θέματα που σχετίζονται με προβλήματα ψυχικής υγείας (π.χ. κατάθλιψη, απόπειρες κλπ.)					
9	Θέματα που αφορούν μετανάστες, πρόσφυγες και γενικά αλλοδαπούς					
10	Άλλα θέματα (διευκρινίστε)					

12. Ποια από τα παρακάτω θεωρείτε ότι είναι το αντικείμενο εργασίας των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομείο (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις στη στήλη Α). Βάλτε σε κύκλο τις απόψεις που σας εκφράζουν. Στη συνέχεια στη στήλη Γ, ιεραρχήστε τη σειρά σπουδαιότητας ξεκινώντας από το 1 ως πιο σημαντικό.

A	B	Γ
1	Αντιμετώπιση πρακτικών προβλημάτων ασθενών (π.χ. τροφή, ρούχα κλπ.)	
2	Η επικοινωνία με τους ασθενείς	
3	Θέματα διοικητικά (ασφάλιση, διακομιδή, κλπ.)	
4	Θέματα που αφορούν ηλικιωμένους (π.χ. εισαγωγή σε ίδρυμα κλπ.)	
5	Θέματα που αφορούν παιδιά (π.χ. εγκατάλειψη βρέφους στο μαιευτήριο του νοσοκομείου)	
6	Θέματα που αφορούν κακοποίηση (π.χ. γυναίκες που υπάρχει υποψία κακοποίησης)	
7	Θέματα που σχετίζονται με την κατάχρηση αλκοόλ ή παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών	
8	Θέματα που σχετίζονται με προβλήματα ψυχικής υγείας (π.χ. κατάθλιψη, απόπειρες κλπ.)	
9	Θέματα που αφορούν μετανάστες, πρόσφυγες και γενικά αλλοδαπούς	
10	Δεν έχω συγκεκριμένη εικόνα για τη δουλειά τους	
11	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	

13. Η άποψή σας από τη συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς του νοσοκομείου είναι (να απαντηθεί μόνο από εκείνους που απάντησαν ΝΑΙ στην ερώτηση 9):

1. Θετική
2. Μάλλον θετική
3. Ούτε θετική - ούτε αρνητική
4. Αρνητική
5. Μάλλον αρνητική
6. Δεν απαντώ

14. Ποια είναι η άποψή σας για την αποτελεσματικότητα των κοινωνικών λειτουργών (να απαντηθεί μόνο από εκείνους που απάντησαν ΝΑΙ στην ερώτηση 9):

1. Θετική
2. Μάλλον θετική
3. Ούτε θετική - ούτε αρνητική
4. Αρνητική
5. Μάλλον αρνητική
6. Δεν απαντώ

15. Ανεξάρτητα από την εμπειρία συνεργασία σας με κοινωνικούς λειτουργούς του νοσοκομείου, ποια είναι η συνολική σας εικόνα γι' αυτούς:

1. Θετική
2. Μάλλον θετική
3. Ούτε θετική - ούτε αρνητική
4. Αρνητική
5. Μάλλον αρνητική
6. Δεν απαντώ

16. Παρακάτω αναφέρονται πέντε προτάσεις αναφέρατε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας βάζοντας ÷ στην αντίστοιχη στήλη:

		Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ - ούτε διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1	Θα προτιμούσα η κοινωνική λειτουργός να ήταν οργανικά ενταγμένη στην κλινική					
2	Θεωρώ ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί κάνουν ότι μπορούν, αλλά δεν έχουν τα μέσα για να βοηθήσουν τους ανθρώπους					
3	Θα ήθελα να έχω μια σταθερή συνεργασία με κοινωνικό λειτουργό					
4	Θεωρώ ότι υπάρχει αδιαφορία για τα προβλήματα και οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι "βολεμένοι"					
5	Θεωρώ ότι δεν έχουν ρόλο ύπαρξης στο νοσοκομείο					

17. Παρακάτω αναφέρονται κάποιες προτάσεις αναφέρατε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας βάζοντας ÷ στην αντίστοιχη στήλη:

		Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ - Ούτε διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1	Πιστεύω ότι στο νοσοκομείο τις ευθύνες τις έχουν κυρίως οι ιατροί, γιατί αυτοί παίρνουν τις αποφάσεις					
2	Πιστεύω ότι στο νοσοκομείο τις ευθύνες τις έχουν κυρίως οι νοσηλευτές, γιατί αυτοί ζουν περισσότερες ώρες με τον άρρωστο					
3	Πιστεύω ότι το νοσοκομείο πρέπει να ενδιαφέρεται αποκλειστικά για το πρόβλημα υγείας του ασθενή και τίποτε περισσότερο					
4	Πιστεύω ότι ο ασθενής πρέπει να αντιμετωπίζεται ως σύνολο και πως ενδιαφέρει πολύ το νοσοκομείο να ενδιαφερθεί για τα γενικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής και επηρεάζουν την υγεία του τόσο πριν την είσοδό του σ' αυτό όσο κυρίως και μετά					
5	Πιστεύω ότι θα έπρεπε να υπάρχει μια διεπιστημονική ομάδα, με ισότιμη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας, η οποία θα συνεργάζεται μέσα από διακριτούς ρόλους					

Σ' ευχαριστώ για τη συνεργασία σου.

Crosstab

			ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ			Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	Count	16	0	0	16
		Expected Count	15,0	,4	,6	16,0
		Residual	1,0	-,4	-,6	
	ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ	Count	17	2	1	20
		Expected Count	18,7	,5	,8	20,0
		Residual	-1,7	1,5	,2	
	ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	Count	10	0	0	10
		Expected Count	9,4	,3	,4	10,0
		Residual	,6	-,3	-,4	
	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	Count	12	0	0	12
		Expected Count	11,2	,3	,5	12,0
		Residual	,8	-,3	-,5	
ΑΛΛΟ	Count	17	0	2	19	
	Expected Count	17,8	,5	,7	19,0	
	Residual	-,8	-,5	1,3		
Total	Count	72	2	3	77	
	Expected Count	72,0	2,0	3,0	77,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,746	8	,283
Likelihood Ratio	10,228	8	,249
Linear-by-Linear Association	,594	1	,441
N of Valid Cases	77		

a. 10 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,26.