

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ:
ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ
ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



Πάτρα 2004

Μετέχουσες Σπουδάστριες

Σταματέλου Σταυρούλα

Τσουλουφίδου Παναγιώτα

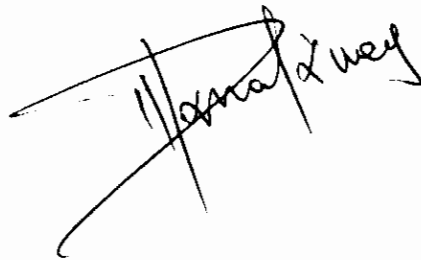
Υπεύθυνος Εκπαιδευτικός

Πανταζάκας Παντελής

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

Η επιτροπή για την έγκριση της Πτυχιακής Εργασίας

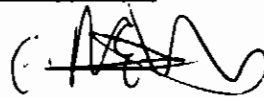
Υπογραφή

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Αναστασία", written in a cursive style with a large initial 'Α'.

Υπογραφή

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Αναστασία", written in a cursive style with a large initial 'Α'.

Υπογραφή

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Αναστασία", written in a cursive style with a large initial 'Α'.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Η μελέτη αυτή έγινε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας, του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών για τη λήψη του πτυχίου.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά το συντονιστή της επικείμενης εργασίας, κο. Πανταζάκα Παντελή, για τη βοήθεια και την υποστήριξη του, καθώς και για την εμπιστοσύνη που έδειξε σε όλη τη διάρκεια της εργασίας.

Ακόμη αξίζει να αναφερθούμε στην πολύτιμη βοήθεια του κου. Αθανασιάδη Λουκά, Ψυχίατρο του «Θεαγένειου» Ογκολογικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και του κου. Δρούμπαλη Φώτη, Καθηγητή του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, για την παροχή ιδιαίτερος χρήσιμου υλικού.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στα πλαίσια της μελέτης πραγματοποιείται ιστορική αναδρομή του υγειονομικού τομέα από τη σύσταση του νεοελληνικού κράτους έως σήμερα. Γίνεται μία συνοπτική ανασκόπηση των αντιλήψεων για την έννοια της υγείας μέσα στο πέρασμα των χρόνων. Ακολουθεί μία σύντομη ιστορική αναδρομή της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της υγείας διεθνώς, ενώ ταυτόχρονα παρατίθεται η εξέλιξη της Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα γενικά και ειδικότερα η ανέλιξη της Κοινωνικής Υπηρεσίας στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας.

Στη συνέχεια της μελέτης αναφέρονται οι λόγοι για τους οποίους θεωρείται αναγκαία η ύπαρξη Κοινωνικής Υπηρεσίας στο χώρο του νοσοκομείου. Γίνεται σύγκριση της θέσης που κατέχει η Κοινωνική Υπηρεσία στη διοικητική δομή του νοσοκομείου με αυτή που, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, θα πρέπει να κατέχει για να εξασφαλιστεί η μεγαλύτερη δυνατή αποδοτικότητα και η επιστημονική και οργανωτική ανεξαρτησία του τμήματος. Αναλύεται ο σκοπός της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο και αναπτύσσονται τα ειδικά στοιχεία που συνθέτουν τη διοίκηση μίας Κοινωνικής Υπηρεσίας. Για να επισημανθεί η σημαντικότητα της αποδοτικότητας της Κοινωνικής Υπηρεσίας, γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στην εποπτεία, στον έλεγχο και την αξιολόγηση του έργου της.

Στη συνέχεια η μελέτη αναφέρεται στο πεδίο δράσης και στις αρμοδιότητες της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με το άτομο και την οικογένεια. Επισημαίνεται η σημαντικότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας στο χώρο του νοσοκομείου και της πραγματοποίησης ομάδων στήριξης για τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και τους επαγγελματίες υγείας. Ακόμη αναπτύσσεται η συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με τον πληθυσμό και τις υπηρεσίες της κοινότητας, η ερευνητική δραστηριότητα, η

επιμόρφωση των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών και η εκπαίδευση των σπουδαστών της Κοινωνικής Εργασίας.

Τέλος παρατίθενται τα συμπεράσματα της βιβλιογραφικής έρευνας και οι προτάσεις που είναι δυνατό να διατυπωθούν.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	IV
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	V
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	VII

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

A. Το πρόβλημα.....	1
B. Σκοπός μελέτης.....	2
Γ. Ορισμοί Εννοιών.....	3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**ΕΝΟΤΗΤΑ 1^η : Α. Ιστορική Αναδρομή του Υγειονομικού Τομέα
στην Ελλάδα.**

A.1. Εισαγωγή.....	8
A.2. Πορεία Εξέλιξης του Υγειονομικού Τομέα στην Ελλάδα.....	9

**B. Ιστορική Αναδρομή της Κοινωνικής Εργασίας
στο χώρο της Υγείας διεθνώς.**

B.1. Αντιλήψεις για την Υγεία στο πέρασμα των χρόνων.....	20
B.2. Η Κοινωνική Εργασία στο χώρο της Υγείας.....	22

**Γ. Κοινωνική Εργασία σε νοσοκομειακό πλαίσιο στην
Ελλάδα.**

Γ.1. Η εξέλιξη της Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα.....	25
Γ.2. Η ανέλιξη της Κοινωνικής Υπηρεσίας στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα.....	29

Δ. Δεοντολογία της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της υγείας.....	40
---	----

ΕΝΟΤΗΤΑ 2^η : Α. Αναγκαιότητα ύπαρξης της Κοινωνικής Υπηρεσίας.....	45
Β. Η θέση της Κοινωνικής Υπηρεσίας στη Διοικητική Δομή του Νοσοκομείου.....	49
Γ. Σκοπός της Κοινωνικής Υπηρεσίας.....	51
Δ. Διοίκηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας.....	54
Δ.1. Οργάνωση και Λειτουργία	56
Δ.2. Διάρθρωση και στελέχωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας.....	60
Δ.2.1. Σύθεση του προσωπικού.....	60
Δ.2.2. Στελέχωση.....	61
Δ.2.3. Διάρθρωση.....	64
Δ.3. Προϊστάμενος της Κοινωνικής Υπηρεσίας.....	65
Δ.4. Χώροι άσκησης της Κοινωνικής Εργασίας.....	71
Δ.5. Υλικοτεχνική Υποδομή.....	71
Δ.6. Τήρηση φακέλων – Αρχαιοθήτηση.....	74
Δ.7. Ωράριο – Εφημερίες – Άδειες – Εξωτερικές Υπηρεσίες.....	76
Ε. Αποδοτικότητα Κοινωνικής Υπηρεσίας	77
Ε.1. Εποπτεία.....	78
Ε.2. Έλεγχος και αξιολόγηση του έργου της Κοινωνικής Υπηρεσίας.....	82

ΕΝΟΤΗΤΑ 3^η: <u>Πεδίο δράσης και αρμοδιότητες της Κοινωνικής Υπηρεσίας</u>.....	86
Α. Συνεργασία με το άτομο και την οικογένεια	86
Α.1 Πως φτάνουν τα περιστατικά στην Κοινωνική Υπηρεσία.....	86

A.2 Συναισθήματα του ασθενή και της οικογένειάς του.....	87
A.3 Σε ποιες περιπτώσεις παρεμβαίνει η Κοινωνική Υπηρεσία	91
A.4 Παρεμβάσεις της Κοινωνικής Υπηρεσίας.....	93
A.4.1 Επείγουσα Παρέμβαση.....	94
A.4.2 Κλινική Παρέμβαση.....	98
A.4.3 Εξωνοσοκομειακή Παρακολούθηση.....	104
A.5 Δεοντολογικά διλήμματα που προκύπτουν από τη συνεργασία με τους ασθενείς.....	107
B. Διεπιστημονική συνεργασία.....	109
B.1 Παράγοντες που διασφαλίζουν την επιτυχία της συνεργατικής προσπάθειας.....	113
B.2 Προβλήματα στη συνεργασία – Αίτια συγκρούσεων	114
B.3 Αλλαγές που πρέπει να πραγματοποιηθούν.....	121
B.4 Μοντέλα Διεπιστημονικής Ομάδας Υγείας.....	122
Γ. Πραγματοποίηση Ομάδων.....	127
Γ.1 Ομάδες Στήριξης για τους Ασθενείς και μέλη των Οικογενειών τους.....	129
Γ.2 Ομάδες Επαγγελματιών Υγείας, υπό την καθοδήγηση κοινωνικού λειτουργού.....	136
Δ. Συνεργασία με την κοινότητα	142
Δ.1 Δράσεις – Προγράμματα	147
Ε. Ερευνητική Δραστηριότητα – Στατιστική Ανάλυση.....	149
Στ. Εκπαίδευση	151
Στ.1 Επιμόρφωση και συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση.....	151

Στ.2 Εκπαίδευση σπουδαστών Κοινωνικής

Εργασίας..... 154

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ**Μεθοδολογία..... 159****ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV****Συμπεράσματα - Προτάσεις..... 161****ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... 166****ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ****ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α****ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β****ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

A. Το Πρόβλημα

Έχει πλέον αναγνωριστεί η αντίληψη ότι η υγεία και η ασθένεια συνδέονται άμεσα όχι μόνο με τους βιολογικούς παράγοντες αλλά και με τους ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν στον οργανισμό του ανθρώπου. Η νέα ολιστική προσέγγιση της υγείας αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν ψυχοσωματικό σύνολο και όχι σαν απομονωμένο όργανο ή οργανικό σύστημα που πάσχει ανεξάρτητα από την κοινωνική και ψυχολογική του διάσταση. Με βάση αυτή την αντίληψη κρίνεται αναγκαία η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του ασθενή που περιλαμβάνει τις κοινωνικές και συναισθηματικές διαστάσεις της ασθένειας.

Η Υγεία είναι ένας χώρος που παραδοσιακά ενδιαφέρει την Κοινωνική Εργασία. Ως κοινωνική επιστήμη, η Κοινωνική Εργασία πρεσβεύει ότι η υγεία είναι ένα ανθρώπινο δικαίωμα που πρέπει να παρέχεται ισότιμα σε όλα τα μέλη της κοινωνίας, προβάλλοντας τους κοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με τα προβλήματα της υγείας. Η Πολιτεία μέσω των Κοινωνικών Υπηρεσιών εκφράζει το ενδιαφέρον της για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του ασθενή στη βιολογική, ψυχολογική, κοινωνική, οικολογική του διάσταση.

Η Κοινωνική Υπηρεσία Γενικού Νοσοκομείου ως δευτερογενής υπηρεσία υπόκειται στη διοίκηση ενός οργανισμού με διαφορετικό προσανατολισμό. Ίσως γι' αυτό δεν υπάρχει μια ξεκάθαρη μορφή για το πώς θα πρέπει να λειτουργεί η Κοινωνική Υπηρεσία. Οι βιβλιογραφικές αναφορές συνήθως παρέχουν μονομερείς γνώσεις που αφορούν την ατομική αντιμετώπιση του ασθενή παραμερίζοντας έτσι τα ζητήματα που αναφέρονται στη διοίκηση και στον τρόπο λειτουργίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας, στην παρέμβασή της σε ομαδικό και κοινοτικό επίπεδο, καθώς και στους τρόπους προώθησης της διεπιστημονικής συνεργασίας. Κατά συνέπεια περιορίζεται ο ρόλος του

κοινωνικού λειτουργού στην κάλυψη των άμεσων αναγκών του ασθενή χωρίς να δίνει την αντίστοιχη σημασία στις υπόλοιπες αρμοδιότητές του.

B. Σκοπός Μελέτης

Βασικός σκοπός της μελέτης αυτής είναι η συγκέντρωση και η παρουσίαση των πληροφοριών που αφορούν τη διοίκηση και τον τρόπο λειτουργίας μίας Κοινωνικής Υπηρεσίας Γενικού Νοσοκομείου καθώς και των αρμοδιοτήτων που καλούνται να αναλάβουν οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί.

Η μελέτη αυτή σκοπεύει στην ανάδειξη της αναγκαιότητας ύπαρξης της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο χώρο του νοσοκομείου και του σκοπού που έχει να επιτελέσει μέσα από τη δυναμική παρέμβαση της τόσο στο νοσοκομειακό πλαίσιο όσο και στην κοινότητα.

Επιπρόσθετα, σκοπός της μελέτης είναι η προσέγγιση των ρόλων του κοινωνικού λειτουργού, που αφορούν τη διεπιστημονική συνεργασία, τις ομάδες στήριξης, τη συνεργασία με την κοινότητα και την ερευνητική δραστηριότητα, ρόλοι που χρειάζεται να αναδειχθούν σε σχέση με την εξατομικευμένη παρέμβαση στην οποία έχει δοθεί περισσότερη έμφαση.

Γ. Ορισμοί Εννοιών

Υγεία: Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα «Η υγεία που είναι μία κατάσταση ολικής, φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η επίτευξη του κατά το δυνατόν υψηλότερου επιπέδου υγείας είναι σημαντικότερη παγκόσμια επιδίωξη, η πραγμάτωση της οποίας απαιτεί τη δράση πολλών άλλων κοινωνικών και οικονομικών τομέων παράλληλα με τον τομέα της υγείας». (Τσαλίκης Γ., 1996, σελ. 59-60)

Σύστημα Υγείας: «ορίζεται το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, η σχέση μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων. Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο πραγματοποίησης της προστασίας από τον οποίο εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας». (Θεοδώρου Ν., Σαρρής Μ, Σούλης Σ, 2001, σελ. 68)

Νοσοκομείο: «Ίδρυμα επανδρωμένο και εξοπλισμένο για τη διάγνωση και τη θεραπεία ατόμων που πάσχουν από κάποια νόσο ή έχουν υποστεί κάποια κάκωση, καθώς και για τη στέγασή τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας, για εξετάσεις που αφορούν την κατάσταση υγείας και για τη διεξαγωγή τοκετών. Τα νοσοκομεία έχουν γίνει σημαντικά κέντρα έρευνας και τεχνολογίας, αναπόσπαστο δε μέρος κάθε σχεδόν Γενικού Νοσοκομείου έχει γίνει η εκπαίδευση γιατρών και νοσηλευτών». (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάννικα, 1991, τόμος 45ος, σελ. 342)

Γενικά Νοσοκομεία: «ορίζονται οι μονάδες νοσηλείας που διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μία ειδικότητες». (Θεοδώρου Ν., Σαρρής Μ, Σούλης Σ, 2001, σελ. 117)

Κοινωνική Υπηρεσία: «Μία χρήση του όρου ταυτίζεται με τις οργανώσεις, του φορείς εκείνους οι οποίοι καλύπτουν ανάγκες ατόμων με διάφορα προβλήματα. Με άλλα λόγια οι οργανώσεις και τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, αναφέρονται ως κοινωνικές υπηρεσίες. Ένας άλλος ορισμός ο οποίος έχει υιοθετηθεί από τα Ηνωμένα Έθνη είναι ο ακόλουθος. Κοινωνικές Υπηρεσίες είναι τα μέσα γενικά και ο μηχανισμός για τη βοήθεια ατόμων, ομάδων και κοινοτήτων ώστε να βελτιώσουν τη θέση τους, να προσαρμοστούν στην κοινωνική εξέλιξη και να συμμετέχουν στην ανάπτυξη της κοινωνίας μας». (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ. 225-226)

Δεοντολογία: «Η Κοινωνική Εργασία ως εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη πειθαρχεί σε ένα επιστημονικό σύστημα το οποίο βασίζεται στις αρχές και τους κανόνες που απορρέουν από τα ανθρωπιστικά και δημοκρατικά ιδεώδη και από τα ανθρώπινα δικαιώματα». (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ.72)

Διοίκηση: «Ο όρος διοίκηση αναφέρεται στην οργάνωση και την κατεύθυνση της ανθρώπινης δραστηριότητας με σκοπό την αποτελεσματικότερη προώθηση, ολοκλήρωση και αξιολόγηση ενός έργου. Η διοίκηση αποτελεί μία δραστηριότητα απαραίτητη σε όλες τις φάσεις της ανάπτυξης και της λειτουργίας μιας κοινωνικής υπηρεσίας.» (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 150)

Οργάνωση: Σύμφωνα με τον Θεοδωράτο «η οργάνωση περιλαμβάνει την οργάνωση του υλικού και την οργάνωση των ανθρώπων. Με την οργάνωση υλοποιείται η εναρμόνιση ανθρώπων και άλλων μέσων και επιτυγχάνεται η συστηματική ενεργοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού και η χρήση των άλλων μέσων για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων». (Ζωγράφου Α, 1997, σελ.12)

Στελέχωση: «Στελέχωση είναι μία λειτουργία της διοίκησης για να επιτευχθούν οι στόχοι του ιδρύματος/υπηρεσίας. Η στελέχωση περιλαμβάνει την επιλογή προσωπικού καθώς και την τοποθέτηση και διατήρησή του στις προβλεπόμενες θέσεις, που προσδιορίστηκαν από την οργάνωση. Βασική προϋπόθεση είναι ο καθορισμός των απαιτήσεων κάθε θέσης, ο οποίος εκφράζεται σε καθήκοντα και ειδικά προσόντα, όπως εκπαίδευση, πείρα, ατομικά χαρακτηριστικά κ.α.». (Λαναρά Β., 2000, σελ. 68)

Αποδοτικότητα: «Στη γενική χρήση ο όρος σημαίνει αποτελεσματικότητα, ικανότητα αποδόσεως, παραγωγή του προσδοκώμενου αποτελέσματος». (Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών της UNESCO, 1972, τόμος 1^{ος}, σελ. 95)

Εποπτεία: στην Κοινωνική Εργασία ορίζεται μία δυναμική διαδικασία που κάνει το άτομο ικανό να αποδώσει, μία διαδικασία με την οποία ο επόπτης βοηθά τον κοινωνικό λειτουργό να ασκήσει την εργασία κατά περίπτωση ή με ομάδες, μέσα στα πλαίσια και τις επιδιώξεις της Υπηρεσίας. Η διαδικασία αυτή συνεπάγεται εκπαίδευση, καθοδήγηση, παροχή συμβουλών, συναισθηματική αποφόρτιση, τόνωση. (Kelley M., 1962, σελ. 6)

Έλεγχος: «ορίζεται ο μηχανισμός μέσω του οποίου ανιχνεύονται τα λάθη και διορθώνονται οι αποκλίσεις στο έργο μιας Κοινωνικής Υπηρεσίας». (Παπαφλέσσα Θ., 1985, σελ.60)

Επείγουσα Παρέμβαση: ονομάζεται το είδος παρέμβασης που λαμβάνει χώρα στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Γενικού Νοσοκομείου, για να αντιμετωπιστούν καταστάσεις κρίσης, μέσω της παροχής υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης στο περιβάλλον του ασθενή. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2002, σελ.100)

Κρίση: Ο Bloom (1963) ορίζει την κρίση ως «ένα επεισόδιο που αρχίζει μετά από ένα συγκεκριμένο γεγονός και ακολουθείται είτε από μία διακριτική αντίδραση, είτε από κάποιο είδος αντίδρασης που απαιτεί περίπου ένα μήνα ή και περισσότερο για να ξεπεραστεί». (Μαλικιώση – Λοϊζου Μ., 1999, σελ.299)

Παρέμβαση στην κρίση: «είναι δυναμική, άμεση, χρονικά περιορισμένη και εστιάζεται στο παρόν. Σύμφωνα με τον Carlson (1962), οι στόχοι παρέμβασης στην κρίση περιλαμβάνουν: α) τη μείωση του άγχους και την προστασία του ατόμου από πρόσθετους στρεσογόνους παράγοντες, β) την ενεργοποίησή του με τη βοήθεια του υποστηρικτικού δικτύου, ώστε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της νέας πραγματικότητας και γ) την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ψυχικής ισορροπίας». (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1999, σελ. 99-100)

Κλινική παρέμβαση: Η διαδικασία που πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή και στόχο έχει την ψυχοκοινωνική στήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του και τη συνεργασία μαζί τους για την επίλυση πιθανών πρακτικών προβλημάτων που συνοδεύουν την ασθένεια. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2002, σελ.100)

Εξωνοσοκομειακή Παρακολούθηση: Η διατήρηση της επαγγελματικής σχέσης του κοινωνικού λειτουργού με τον ασθενή και τους οικείους του, μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των αναγκών του. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2002, σελ.100)

Συνεργασία: «σημαίνει ότι όλοι οι περιλαμβανόμενοι εκπρόσωποι πρέπει να δεχθούν να δουλέψουν μαζί και να συντονίσουν τις ενέργειες τους γιατί "η δουλειά" δεν μπορεί να γίνει και να είναι αποτελεσματική, από τον εκπρόσωπο μιας επιστήμης». (Παπαϊωάννου Κ., 1994, σελ.11)

Διεπιστημονική Συνεργασία: «είναι η επιστημονικά σχεδιασμένη συνεργατική προσπάθεια». (Παπαϊωάννου Κ., 1994, σελ. 7)

Η Dalley (1989) χρησιμοποιεί έναν ευρύτερο ορισμό της **διεπιστημονικής συνεργασίας** κατά τον οποίο η συνεργασία πραγματοποιείται μεταξύ διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων, καθώς και μεταξύ υπηρεσιών και οργανώσεων για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας. Η ομάδα, αναφέρει η συγγραφέας, είναι το κύριο εργαλείο για να επιτευχθεί η συνεργατική σχέση μεταξύ επαγγελματιών και μεταξύ οργανώσεων και υπηρεσιών. (Dalley G., 1989, σελ. 102-104)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΕΝΟΤΗΤΑ 1^η

Α. Ιστορική Αναδρομή του Υγειονομικού Τομέα στην Ελλάδα.

A.1. Εισαγωγή

Η πορεία ανάπτυξης και εξέλιξης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα είναι άρρηκτα εξαρτημένη από τις οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες που επικράτησαν στο νεοελληνικό κράτος από την ανεξαρτησία του μέχρι σήμερα. Τα γεγονότα που σημάδεψαν την νεοελληνική ιστορία, η Μικρασιατική Καταστροφή, οι δύο Παγκόσμιοι Πόλεμοι, ο εμφύλιος, οι δικτατορίες, το ασταθές πολιτικό και κοινωνικό σκηνικό, η οικονομική ύφεση, είχαν σαν αποτέλεσμα την ελλιπή ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα και εμπόδισαν τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας. (Θεοδώρου Ν., Σαρρής Μ, Σούλης Σ, 2001, σελ. 181)

Μετά τη λήξη του 2^ο Παγκοσμίου Πολέμου, τα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη μπήκαν στη φάση ανάπτυξης και ωρίμανσης των συστημάτων υγείας τους. Σε αντίθεση το ελληνικό κράτος φάνηκε απρόθυμο και οικονομικά αδύναμο να ακολουθήσει τους ίδιους ρυθμούς ανάπτυξης – μεταρρύθμισης. Η πρώτη προσπάθεια ουσιαστικής παρέμβασης του κράτους στον υγειονομικό τομέα για την υιοθέτηση ενός συστήματος υγείας γίνεται το 1974 (αμέσως μετά την πτώση της δικτατορίας). Το 1981, με την αλλαγή του κυβερνώντος κόμματος, είναι πλέον ώριμες οι συνθήκες για την προώθηση ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας στα πρότυπα των Ευρωπαϊκών κρατών. Ο νόμος 1397/83 αποτελούσε σύμφωνα με τον Σισσούρα (1994) «την πρώτη προσπάθεια εφαρμογής ενός καλά δομημένου συστήματος υγείας, που βασίζεται στις αρχές της ισότητας και στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού, εξασφαλίζοντας παράλληλα υψηλής ποιότητας φροντίδα». (ο.π., σελ. 183)

A.2. Πορεία εξέλιξης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα.

Η πορεία εξέλιξης του υγειονομικού τομέα στη χώρα μας, από την ανεξαρτησία μέχρι σήμερα, είναι δυνατό να διαιρεθεί σε τέσσερις περιόδους, σηματοδοτούμενες από τα μεγάλα ιστορικά και πολιτικά γεγονότα που επηρέασαν το ελληνικό κράτος. Η πρώτη περίοδος αρχίζει με την ίδρυση του νεοελληνικού κράτους το 1833 και ολοκληρώνεται το 1922 με την μικρασιατική καταστροφή. Η δεύτερη περίοδος αρχίζει από το 1922 με την εισροή στη χώρα των προσφύγων από τη Μικρά Ασία μέχρι τη Γερμανική Κατοχή το 1941. Η τρίτη περίοδος αρχίζει από την απελευθέρωση της χώρας το 1945 και ολοκληρώνεται με την πτώση της δικτατορίας το 1974 και η τέταρτη από την μεταπολίτευση μέχρι και σήμερα. (ο. π., σελ. 184)

Κατά τη διάρκεια της επανάστασης δεν υπήρχε καμία μορφή οργάνωσης του υγειονομικού συστήματος. Σημαντικό ρόλο στην περίοδο αυτή έπαιξαν τα μοναστήρια που παρείχαν περίθαλψη κυρίως στους τραυματίες και ασθενείς πολεμιστές. Στην επαναστατημένη Ελλάδα λειτουργούσαν δύο νοσοκομεία, το Νοσοκομείο της Σύρου και το Νοσοκομείο του Ναυπλίου. (Δρούμπαλης Φ., 2000)

Α' ΠΕΡΙΟΔΟΣ (1833 – 1922): Σε αυτή την περίοδο, δεν υφίσταται ολοκληρωμένη υγειονομική πολιτική από το νεοσύστατο κράτος, καθώς η έλλειψη οικονομικών πόρων οδηγεί τις διάφορες κυβερνήσεις να υιοθετήσουν περιοριστικές οικονομικές πολιτικές. Η φιλανθρωπία δρα καταλυτικά σε αυτή την περίοδο και υποκαθιστά την κρατική μέριμνα, κυρίως στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης. (Θεοδώρου Ν., Σαρρής Μ, Σούλης Σ, 2001, σελ. 183) Στον τομέα της δημόσιας υγείας, το κράτος προσανατολίζεται στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων. Όμως, η εκδήλωση επιδημίας χολέρας το 1854 στον Πειραιά κατέδειξε την αδυναμία του κράτους να αντιμετωπίσει τα υγειονομικά προβλήματα του πληθυσμού. Το γεγονός αυτό, προκάλεσε την

κινητοποίηση ιδιωτών για μια προσπάθεια κάλυψης των αναγκών μέσω της φιλανθρωπικής δράσης. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ. 153)

Σύμφωνα με τον Ζηλίδη (1988), το 1833 δημιουργείται η Γραμματεία Εσωτερικών που έχει αρμοδιότητες «υγειονομικής αστυνομίας» και που ευθύνεται για την υγειονομική οργάνωση της χώρας. (Θεοδώρου Ν., Σαρρής Μ, Σούλης Σ, 2001, σελ. 183.) Το Ιατροσυνέδριο, συμβούλιο του Υπουργείου Εσωτερικών, ασκεί την οργάνωση, εποπτεία και διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα. (Δρούμπαλης Φ., 2000) Το 1917 δημιουργείται το προσωρινό Υπουργείο Περιθάλψεως για να καλύψει τις ανάγκες των προσφύγων που εγκαταστάθηκαν στη χώρα μετά τη λήψη των Βαλκανικών Πολέμων και κατά τη διάρκεια του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου. (Θεοδώρου Ν., Σαρρής Μ, Σούλης Σ, 2001, σελ. 295)

Υπεύθυνη για τη διαχείριση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ορίζεται η τοπική αυτοδιοίκηση, με τη θέσπιση του νόμου του 1834 «Περί Συστάσεως των Δήμων». Το κράτος περιορίζεται στη δημιουργία δημόσιων νοσοκομείων για την αντιμετώπιση των λοιμωδών νόσων και των ψυχικών παθήσεων. Η ανάθεση της νοσοκομειακής περίθαλψης στους δήμους και τις κοινότητες, οδήγησε στην ανάπτυξη δικτύου δημοτικών νοσοκομείων, όπως το Δημοτικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η ΕΛΠΙΣ», τα Δημοτικά Νοσοκομεία των Πατρών, Θεσσαλονίκης και Χίου. (Δρούμπαλης Φ., 2000)

Σημαντική είναι η φιλανθρωπική δραστηριότητα και στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Έτσι με πρωτοβουλία ιδιωτών και της εκκλησίας δημιουργούνται μονάδες σε πολλές πόλεις του νεοσύστατου ελληνικού κράτους (π.χ. το Τζάνειο το 1875, ο Ευαγγελισμός το 1884). (Θεοδώρου Ν., Σαρρής Μ, Σούλης Σ, 2001, σελ. 185)

Η απουσία συστήματος κοινωνικής ασφάλισης οδήγησε διάφορες ομάδες επαγγελματιών (π.χ. ναυτικών, δημοσίων υπαλλήλων, στρατιωτικών) να ιδρύσουν αλληλοβοηθητικά ταμεία κατά κλάδους εργαζομένων. Η αυτοοργάνωση των επαγγελματιών είχε σκοπό την ασφαλιστική κάλυψη σε περιπτώσεις αναπηρίας, ασθένειας, γήρατος και θανάτου. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ. 153)

Στον τομέα της εκπαίδευσης έχουμε την ίδρυση της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών (1837), της πρώτης σχολής μαιών (1838) και της πρώτης νοσηλευτικής σχολής (1911) από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό. Την περίοδο αυτή παρατηρείται μεγάλη γεωγραφική ανισότητα αφού το επιστημονικό προσωπικό είναι κυρίως εγκατεστημένο στις μεγάλες πόλεις. (Θεοδώρου Ν., Σαρρής Μ, Σούλης Σ, 2001, σελ. 185)

Β' ΠΕΡΙΟΔΟΣ (1922 – 1945): Το ιστορικό γεγονός που σηματοδοτεί αυτή την περίοδο είναι η Μικρασιατική Καταστροφή (1922). Η εισροή στη χώρα 1.500.000 προσφύγων πιέζει το κράτος να παρέμβει δυναμικά στις αυξημένες ανάγκες για υγειονομική φροντίδα. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ. 158) Σύμφωνα με το Ζηλίδη (1988), η μεγάλη οικονομική κρίση στην οποία διέρχεται η χώρα, συνηγορεί να προσανατολιστεί η κρατική μέριμνα στην αντιμετώπιση των πιεστικών αυτών καταστάσεων και όχι στη δημιουργία μίας ολοκληρωμένης υγειονομικής πολιτικής. (Θεοδώρου Ν., Σαρρής Μ, Σούλης Σ, 2001, σελ. 186)

Στον τομέα της δημόσιας υγείας, η πρώτη σημαντική κρατική ενέργεια, κατά την περίοδο του Μεσοπολέμου, ήταν η ίδρυση του Υπουργείου Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντίληψης με το νόμο 2882 του 1922. Το νέο Υπουργείο είχε ευρύτερες αρμοδιότητες διαμόρφωσης και εφαρμογής υγειονομικής πολιτικής σε σύγκριση με το Υπουργείο Περιθάλψεως που είχε ιδρυθεί το 1918. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ. 158) Το κράτος δίνει έμφαση στην πρόληψη και τη θεραπεία των επιδημιών και λοιμωδών νοσημάτων. Για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων δημιουργούνται υγειονομικά κέντρα σε επίπεδο περιφέρειας και Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές. Οι Υγειονομικοί Σταθμοί χρηματοδοτούνται και υπάγονται διοικητικά από το πλησιέστερο Νοσοκομείο. (ο. π., σελ.159)

Στις αρχές της δεκαετίας του '30, ύστερα από έντονες κοινωνικές πιέσεις πραγματοποιείται μεταστροφή, από την ασφαλιστική κάλυψη που παρείχαν διάφορα ταμεία σε κατηγορίες επαγγελματιών, προς τη σύσταση ενιαίου

ασφαλιστικού φορέα που θα προσέφερε καθολική κάλυψη των εργαζομένων. (ο. π., σελ.160) Με το νόμο 6298, του 1934, προβλέπεται η δημιουργία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) για την ασφάλιση όλων των μισθωτών εργατών και υπαλλήλων. Ο νόμος εφαρμόζεται τελικά το 1937 και το ΙΚΑ αποτελεί πλέον τον κύριο ασφαλιστικό φορέα. Στηριζόταν στις εισφορές των ασφαλισμένων και των εργοδοτών και κάλυπτε τους κινδύνους της ασθένειας, της ανεργίας, του γήρατος και του θανάτου. (Θεοδώρου Ν., Σαρρής Μ, Σούλης Σ, 2001, σελ. 187)

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, το κράτος παρεμβαίνει ενεργητικά με την ίδρυση γενικών και ειδικών νοσοκομείων, στρατιωτικών και προσφυγικών. Ενώ η χρήση του νοσοκομείου γενικεύεται, το επίπεδο της παρεχόμενης νοσοκομειακής περίθαλψης είναι ιδιαίτερα χαμηλό με ορισμένες μόνο εξαιρέσεις. (ο. π., σελ.295). Η αύξηση των προσφερομένων κλινών, κυρίως από μέρους του κράτους, δεν είναι αποτέλεσμα ωρίμανσης διαδικασιών προγραμματισμού, αλλά μέσο αντιμετώπισης των έντονων υγειονομικών αναγκών. Συγχρόνως, παρατηρείται η ανάπτυξη μονάδων ειδικών παθήσεων σε βάρος της ανάπτυξης των γενικών νοσοκομείων. Η γεωγραφική κατανομή του επιστημονικού προσωπικού εξακολουθεί να είναι άνιση. Έτσι, η επαρχιακές μονάδες έχουν ελλιπή στελέχωση σε σχέση με αυτές των αστικών περιοχών. (Δρούμπαλης Φ., 2000)

Το κράτος παρεμβαίνει στην οργάνωση και λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων με την ψήφιση του Α.Ν. 965/37 «περί οργανώσεως των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων». Η χρηματοδότηση των δημοσίων νοσοκομείων προέρχεται από την ετήσια κρατική επιχορήγηση, τα νοσήλια των ασθενών ή των ασφαλιστικών οργανισμών, επιχορηγήσεις δήμων και κοινοτήτων, καθώς και από δωρεές, κληροδοτήματα κ.ά. (Θεοδώρου Ν., Σαρρής Μ, Σούλης Σ, 2001, σελ. 187)

Η ιδιωτική πρωτοβουλία στον τομέα της περίθαλψης παρουσιάζει σημαντική ανάπτυξη αυτή τη περίοδο. (Δρούμπαλης Φ., 2000)

Η φιλανθρωπική δράση ελληνικών και ξένων οργανώσεων διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην περίοδο που ακολούθησε τη Μικρασιατική

Καταστροφή. Σταδιακά όμως, παρατηρείται μείωση των δραστηριοτήτων αυτών εξαιτίας πολλών παραγόντων όπως, η οικονομική και πολιτική αστάθεια, η μείωση της εκκλησιαστικής περιουσίας, η αποδυνάμωση του Ελληνισμού της διασποράς. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ. 161)

Στον τομέα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο δημόσιο τομέα έχουμε την ίδρυση της Υγειονομικής Σχολής (1929) για την μετεκπαίδευση υγειονολόγων ιατρών. Παράλληλα ιδρύεται η Σχολή Επισκεπτριών Αδελφών Νοσοκόμων η οποία αρχικά ήταν παράρτημα της Υγειονομικής Σχολής και μέχρι το 1985 υπαγόταν στη αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. (ο.π., σελ. 162)

Η Β' Περίοδος τελειώνει με την έναρξη του Ελληνοϊταλικού πολέμου (1940) και τη Γερμανική Κατοχή (1941). Κατά τη διάρκεια του πολέμου, σε μια προσπάθεια να αντιμετωπιστούν οι επείγουσες ανάγκες περίθαλψης του πληθυσμού, δίνεται η δυνατότητα ίδρυσης προσωρινών νοσοκομείων στους Υπουργούς Υγιεινής και Οικονομικών (Α.Ν. 2769/1941). (Θεοδώρου Ν., Σαρρής Μ, Σούλης Σ, 2001, σελ. 295) Κατά τη διάρκεια του Πολέμου διεθνείς οργανισμοί, η Εκκλησία ακόμα και ομογενείς της Αμερικής συνέδραμαν στην παροχή φαρμάκων και τροφίμων. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ.163)

Γ ΠΕΡΙΟΔΟΣ (1945 – 1974): Η τρίτη περίοδος αρχίζει με τη λήξη της Γερμανικής κατοχής και με τον εμφύλιο πόλεμο σε εξέλιξη. Όπως αναφέρει ο Ζηλίδης (1988), η χώρα εμφανίζει τεράστιες ελλείψεις σε υποδομές και εξοπλισμό, ενώ ο πληθυσμός αντιμετωπίζει τη φτώχεια και το θάνατο. Οι νοσοκομειακές κλίνες και τα υγειονομικά κέντρα που λειτουργούν, δεν επαρκούν για να καλύψουν τις επείγουσες ανάγκες περίθαλψης, είναι σε άθλια κατάσταση και δεν διαθέτουν το απαραίτητο ιατρικό προσωπικό. Υπηρεσίες περίθαλψης προσφέρουν το κράτος, η τοπική αυτοδιοίκηση, οι ασφαλιστικοί φορείς, ο Ερυθρός Σταυρός αλλά χωρίς την καθοδήγηση μιας κεντρικής διοίκησης. (Θεοδώρου Ν., Σαρρής Μ, Σούλης Σ, 2001, σελ. 187)

Μέχρι το 1953 δεν επιχειρείται από το κράτος ουσιαστική παρέμβαση στον τομέα της υγείας. Με την ψήφιση του Ν.Δ. 2592/1953 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», για πρώτη φορά το ελληνικό κράτος προσπαθεί να θέσει τις βάσεις για τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας. Το νομοθετικό διάταγμα προέβλεπε τη διοικητική αποκέντρωση του συστήματος με τη δημιουργία υγειονομικών περιφερειών και τη θεσμοθετημένη συμμετοχή των αντιπροσώπων των παραγωγικών τάξεων και των κοινωνικών φορέων. Επίσης, ρύθμιζε την υπαγωγή όλων των υπηρεσιών και ιδρυμάτων στην εποπτεία του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας. Μεριμνούσε ακόμα, για την ίση γεωγραφική κατανομή των νοσοκομειακών κλινών και για τη δημιουργία στην περιφέρεια υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ο νόμος αυτός δεν εφαρμόστηκε στην πράξη. (ο.π., σελ. 188) (Βλέπε παράρτημα)

Όπως αναφέρουν οι Θεοδώρου Ν., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), «η νοσοκομειακή περίθαλψη αυτή την περίοδο παρέχεται από τα κρατικά νοσοκομεία που λειτουργούν ως ΝΠΔ Ή ΝΠΙΔ (μη κερδοσκοπικά) και ιδιωτικές κλινικές». (ο.π., σελ. 296)

Την περίοδο αυτή γίνεται το σημαντικότερο βήμα για την ασφαλιστική κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού της χώρας. Με το νόμο 3487 του 1955 ιδρύεται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), στον οποίο είναι δυνατό να ασφαλιστούν όλοι οι αγρότες χωρίς την υποχρέωση καταβολής ασφαλίσεων. Ο ΟΓΑ περιλαμβάνει ένα δίκτυο υγειονομικών υπηρεσιών σε ολόκληρη την ελληνική περιφέρεια. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ. 168)

Η τρίτη περίοδος ολοκληρώνεται με την κατάλυση της εξουσίας από τη δικτατορία των συνταγματαρχών (1967-1974). Στη διάρκεια της δικτατορίας δεν πραγματοποιήθηκαν μεταρρυθμίσεις στις υπηρεσίες της χώρας. Η μόνη αλλαγή αφορούσε την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου των αποφοίτων των ιατρικών σχολών (Ν.Δ. 67/68). Η υπηρεσία υπαίθρου στόχο είχε την κάλυψη των αγροτικών ιατρείων. (Θεοδώρου Ν., Σαρρής Μ, Σούλης Σ, 2001, σελ. 189)

Δ' ΠΕΡΙΟΔΟΣ (1974 – 2003): Η τελευταία περίοδος της πορείας του υγειονομικού τομέα αρχίζει με τη Μεταπολίτευση. Στα χρόνια που ακολουθούν, υπάρχει αυξημένη απαίτηση της συντριπτικής πλειοψηφίας του πληθυσμού, αλλά και μεγάλου μέρους του ιατρικού σώματος, για την εγκαθίδρυση ενός πραγματικά εθνικού συστήματος υγείας. Οι προτάσεις που διατυπώνονται κινούνται γύρω από τους άξονες της αποκέντρωσης του υγειονομικού συστήματος, της συμμετοχής όλων των κοινωνικών ομάδων, της ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της σωστής οργάνωσης των νοσοκομείων. Ωστόσο, η πολιτική ηγεσία της χώρας εμφανίζεται απρόθυμη να επωμιστεί την ευθύνη για τη ριζική αναμόρφωση του τομέα υγειονομικής φροντίδας. (ο.π., σελ. 189-191)

Με την αλλαγή του κυβερνώντος κόμματος το 1981, έχουν ωριμάσει οι συνθήκες για τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγειονομικής φροντίδας. Με την ψήφιση του Ν. 1278/82 συγκροτείται το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), το οποίο αποτελείται από τους εκπροσώπους των εργαζομένων στο χώρο της υγείας, τους εκπροσώπους της πολιτείας και εκπροσώπους των πολιτών. Το ΚΕΣΥ επιφορτίζεται με τη διαμόρφωση στρατηγικών και πολιτικής υγείας στη χώρα. Ακολουθεί ο νόμος 1316 του 1983 για τη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης. (ο.π., σελ.191-192)

Ο Ν. 1397/83 αποτελεί τη μεγαλύτερη μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας στη χώρα μας, αφού προβλέπει τη δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Βασική αρχή του νόμου είναι ότι το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό και αντιμετωπίζει την υγεία σαν κοινωνικό αγαθό που θα πρέπει να προσφέρεται ισότιμα σε κάθε πολίτη. (ο.π., σελ.192)

Οι βασικοί άξονες του νόμου είναι οι ακόλουθοι: α) η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι αποκλειστική ευθύνη του κράτους και γι' αυτό απαγορεύεται η δημιουργία νέων νοσοκομειακών μονάδων ή κλινικών από ιδιώτες, β) η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας με τη δημιουργία των υγειονομικών

περιφερειών, γ) η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με την δημιουργία κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων, δ) η ανάπτυξη και ο εκσυγχρονισμός της οργάνωσης και της υποδομής των νοσοκομείων, ε) καθιέρωση του γιατρού του ΕΣΥ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. (ο.π., σελ.193)

Ο νοσοκομειακός τομέας δημοσιοποιείται πλήρως, καθώς όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα που λειτουργούσαν ως ΝΠΙΔ τροποποιούνται σε ΝΠΔΔ με την εφαρμογή του νόμου 1397. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ διοικούνται από επταμελές διοικητικό συμβούλιο το οποίο επιφορτίζεται με το έργο της διεύθυνσης του νοσοκομείου. Τρεις βασικές υπηρεσίες διαρθρώνουν το νοσοκομείο: α) η ιατρική, β) η νοσηλευτική, γ) η διοικητική. Η δομή και η ανάπτυξη των μονάδων του νοσοκομείου στηρίζεται στους τρεις αυτούς βασικούς άξονες. Και οι τρεις υπηρεσίες, με τη δική τους ιεραρχική δόμηση η κάθε μια, υπάγονται στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου. (ο.π. σελ. 298-301)

Η εφαρμογή του ΕΣΥ είχε ως συνέπεια τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο αριθμός των απασχολούμενων ιατρών και νοσηλευτών στο δημόσιο τομέα αυξήθηκε σημαντικά εξαιτίας της αύξησης των μισθών. Από την άλλη μεριά, σημειώθηκε αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών στα μεγάλα νοσοκομεία με αποτέλεσμα η υγεία να αποκτήσει νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα. Παρατηρήθηκε επέκταση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στο χώρο των διαγνωστικών κέντρων, γεγονός που επιβάρυνε τις δαπάνες για την υγεία. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ. 196-197) Παράλληλα, η μη εξασφάλιση πόρων αλλά και γενικότερα η έλλειψη μηχανισμών σύγχρονης οικονομικής διαχείρισης είχε σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία τεράστιων ελλειμμάτων στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς, οι οποίοι υποχρεωτικά καλύπτονταν από τον κρατικό προϋπολογισμό. (Θεοδώρου Ν., Σαρρής Μ, Σούλης Σ, 2001, σελ. 297)

Ο Ν. 2071/92 από την τότε κυβέρνηση προέβλεπε αλλαγές στον τομέα της υγειονομικής φροντίδας και απομακρυνόταν από τις αρχές και τους βασικούς άξονες του νόμου του 1983. Τα κεντρικά σημεία αυτού του νόμου

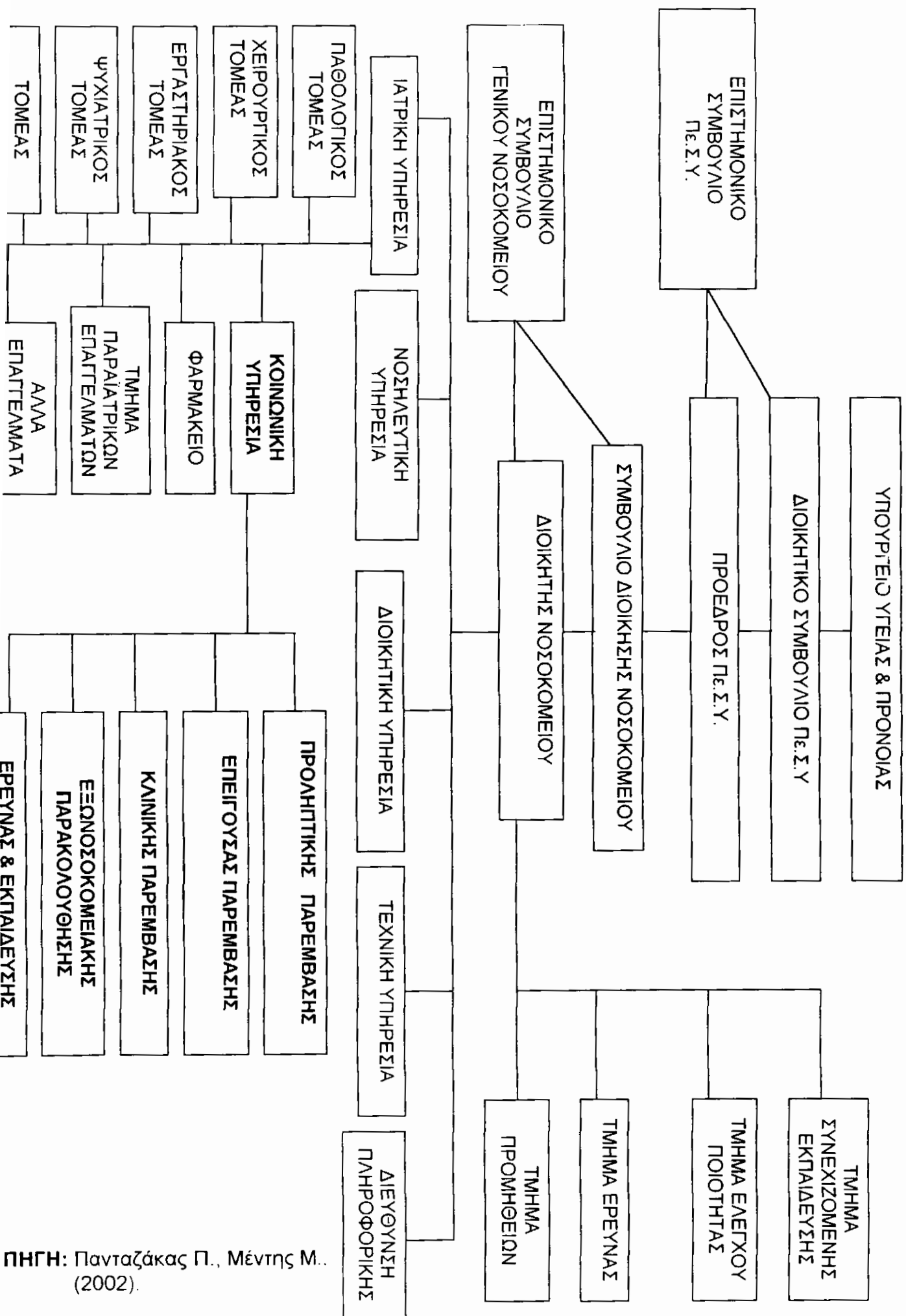
προέβλεπαν την αυτονόμηση των κέντρων υγείας από τα νοσοκομεία και τη χρηματοδότηση τους από τις νομαρχίες, την πλήρη ή μερική απασχόληση των ιατρών του ΕΣΥ και τέλος, την αποδέσμευση του κράτους από την ευθύνη εξασφάλισης πλήρους πρόσβασης των πολιτών στις υγειονομικές υπηρεσίες. Ο νόμος 2194 του 1994 καταργεί σχεδόν όλες της διατάξεις του Ν. 2071. (ο.π., σελ.197-198)

Οι ανάγκες και τα προβλήματα που προέκυψαν μετά την ίδρυση του ΕΣΥ, κατέστησαν αναγκαία την παρέμβαση σε διάφορους τομείς και επίπεδα του συστήματος. Για να διασφαλιστεί ο δημόσιος χαρακτήρας του και για να εξασφαλιστεί η ποιοτική προσφορά υπηρεσιών υγείας, η πολιτεία προώθησε το νόμο για τη Βελτίωση και τον Εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ν.2889/2001). (ο.π., σελ.445-446)

Ο νόμος περιλαμβάνει ρυθμίσεις που αφορούν την Περιφερειακή Συγκρότηση του ΕΣΥ, την Οργάνωση των Νοσοκομείων και την Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού. (ο.π., σελ. 447)

Η περιφερειακή συγκρότηση πραγματώνεται με τη διαίρεση της επικράτειας σε Υγειονομικές Περιφέρειες και τη σύσταση ολοκληρωμένων Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕΣΥ) ανά Περιφέρεια. Τα ΠΕΣΥ ελέγχονται και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. (ο.π., σελ.455) Τη διοίκηση του ΠΕΣΥ ασκούν ο Διοικητής και το Διοικητικό Συμβούλιο. Στο Διοικητικό Συμβούλιο εκπροσωπούνται τόσο οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας όσο και η τοπική αυτοδιοίκηση. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας, ως επιτελικό όργανο, δημιουργεί τον υγειονομικό χάρτη της περιφέρειας, καταγράφει τις υπάρχουσες ανάγκες, εκπονεί επιχειρησιακό σχέδιο για την αντιμετώπιση τους, προγραμματίζει τις προσλήψεις προσωπικού και την προμήθεια υλικοτεχνικού εξοπλισμού, καταρτίζει εκπαιδευτικά προγράμματα και συντονίζει, ελέγχει και καθοδηγεί τη λειτουργία όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του. Στα όρια της Περιφέρειας οι μονάδες υγείας, τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία αποκτούν διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. (ο.π., σελ.450) (Σχεδιάγραμμα 2.1)

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.1 : ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ



Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συγκροτείται το Συμβούλιο Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Συ.Πε.Σ.Υ), το οποίο συντονίζει και εναρμονίζει την πολιτική υγείας που ακολουθούν τα ΠΕΣΥ. Το Συ.Πε.Σ.Υ. αποτελείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, τους Προέδρους των ΠΕΣΥ και τον Πρόεδρο του Κ.Ε.Σ.Υ. (ο.π., σελ.456)

Με το Ν.2889/2001 καθιερώνεται νέα διοικητική δομή των νοσοκομείων του ΕΣΥ, με σκοπό να εισαχθούν συστήματα σύγχρονης και αποτελεσματικής διοίκησης. Ο Διοικητής έχει ουσιαστικές αρμοδιότητες και στο Συμβούλιο Διοίκησης συμμετέχουν οι προϊστάμενοι των υπηρεσιών του νοσοκομείου, ώστε να εξασφαλίζεται η ορθολογική λειτουργία των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Οι υπηρεσίες διακρίνονται ως εξής: α) Ιατρική, β) Νοσηλευτική, γ) Διοικητική-Οικονομική, δ) Τεχνική-Ξενοδοχειακή. Στον νέο οργανισμό των νοσοκομείων προβλέπεται η δημιουργία τμημάτων, όπως το τμήμα επειγόντων περιστατικών, το γραφείο υποδοχής ασθενών και η διεύθυνση ή τμήμα πληροφορικής. (ο.π., σελ.451-452)

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και από το Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας. Διακρίνονται σε δυο κατηγορίες: α) Γενικά και β) Ειδικά. Τα γενικά διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μια κατηγορίες, ενώ τα ειδικά διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα (ψυχιατρικό νοσοκομείο, ογκολογικό κ.λ.π.). Η διάκριση σε Περιφερειακά και Νομαρχιακά καταργείται. Διατηρούν την ονομασία τους ως Πανεπιστημιακά τα νοσοκομεία που διαθέτουν Πανεπιστημιακά τμήματα ή ιατρικά τμήματα με ερευνητικές, εκπαιδευτικές και μετεκπαιδευτικές δραστηριότητες. (ο.π., σελ.472-473)

Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη στη χώρα μας παρέχεται από τα 400 δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία που λειτουργούν. Η κατάσταση στο τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης έχει ως εξής: 128 αριθμούν τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, 23 δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ που εποπτεύονται από διάφορες δημόσιες αρχές και 249 ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές. (ο.π., σελ.292)

Ο υγειονομικός τομέας που λειτουργεί σήμερα στην Ελλάδα απορροφά το 8% του ΑΕΠ, απασχολεί το 3% του εργατικού δυναμικού της χώρας και διατηρεί τους δείκτες υγείας του πληθυσμού στα ίδια περίπου επίπεδα με αυτά των άλλων αναπτυγμένων χωρών. Σημαντικά, όμως, προβλήματα οργάνωσης και διαχείρισης, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας εξακολουθούν να υφίστανται. Οι πολίτες απαιτούν τη βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Άλλωστε ο υγειονομικός τομέας αποτελεί ένα ανοικτό σύστημα, που επιδέχεται παρεμβάσεις με στόχο να αναπτύσσεται και να εξελίσσεται διαρκώς. (ο.π., σελ.181)

B. Ιστορική Αναδρομή της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της Υγείας διεθνώς.

B.1. Αντιλήψεις για την Υγεία στο πέρασμα των χρόνων.

Ο Αλτάνης Π. στην εισήγησή του για τον «Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας Κοινωνικής Υπηρεσίας στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψη» (2/05/1988) αναφέρει ότι η έννοια της υγείας, ως ένα πολύπλευρο και ιδιαίτερα σημαντικό για τον άνθρωπο φαινόμενο, έχει απασχολήσει επί αιώνες την ανθρώπινη σκέψη. Την πρώτη διαλεκτική προσέγγιση έκανε ο Ιπποκράτης «η αρμονία με το σύμπαν». Στη συνέχεια αναπτύχθηκε η ιδεαλιστική-υποκειμενική άποψη που καταλήγει σε αγνωστικισμό που δικαιολογεί την αδιαφορία για το κοινωνικό γίνεσθαι. (Βλέπε παράρτημα)

Ο νεοθετικισμός αναφέρεται σε ένα σύνολο φυσιολογικών λειτουργιών. Όμως ο άνθρωπος είναι κάτι περισσότερο από ένα άθροισμα βιολογικών λειτουργιών. Η υλιστική θεωρία υποστηρίζει ότι η υγεία είναι κατάσταση που προκύπτει από τις υλικές συνθήκες και τις κοινωνικές σχέσεις των ανθρώπων. (Βλέπε παράρτημα)

Ο κοινωνικός προσδιορισμός της υγείας, που δεν αρνείται το βιολογικό μέρος του ανθρώπου, αλλά το συσχετίζει με τις κοινωνικές συνθήκες, είναι η

διάσταση που δίνει η Κοινωνική Εργασία. Η κοινωνική αιτιότητα πρέπει να εξετάζεται σαν καθοριστικός παράγοντας διαμόρφωσης υγείας. (Βλέπε παράρτημα)

Η προσήλωση στην προαγωγή της υγείας και στην αντιμετώπιση της ασθένειας, συνδέεται με το σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή. Ο σεβασμός στη διατήρηση της ζωής συναντάται σε κάθε κοινωνία, από την αρχαιότητα . Στην αρχαία Ελλάδα, η υγεία εθεωρείτο θεά της υγιεινής ζωής, την οποία επιτυγχάνει ο άνθρωπος με τη σωστή δίαιτα, την άσκηση και τη διατήρηση της ψυχοσωματικής του ισορροπίας. Δεν είναι άλλωστε τυχαίο ότι τα Ασκληπιεία και το Αμφιαράειο βρισκόταν σε περιοχές φυσικού κάλλους όπου μαζί με τα λουτρά, υπήρχαν και χώροι για θεατρικές παραστάσεις, χορούς, περιπάτους. Οι αρχαίοι πίστευαν στην ψυχοσωματική αντιμετώπιση της ασθένειας του ανθρώπου. (Σταθόπουλος Π.,1996,σελ. 261)

Αργότερα στο Βυζάντιο, συνεχίζεται η ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης. Ιδρύονται Ιατρικές Σχολές και κτίζονται νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν οργανωμένα με βάση τις παθήσεις των ασθενών. (ο.π)

Στη Δύση, η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία δημιούργησε τάγματα μοναχών, τα οποία ανέλαβαν πρωτοβουλίες και ίδρυσαν νοσοκομεία, αναρρωτήρια και θεραπευτήρια για τους αρρώστους.(ο.π. σελ.262)

Στους νεώτερους χρόνους, κατά τη διάρκεια της βιομηχανικής επανάστασης, ο Chadwick (1842) διαπίστωσε, μετά από έρευνες τόσο στην Αγγλία όσο και στις Η.Π.Α., ότι η συχνότητα της φυματίωσης ήταν αυξημένη στις συνοικίες με υψηλό δείκτη γεννήσεως, φτώχειας και αλκοολισμού. Για την αντιμετώπιση της ασθένειας πρότεινε μέτρα κοινωνικής πρόληψης και βελτίωσης των κοινωνικών συνθηκών. Αποτέλεσμα των ερευνών του υπήρξε το κίνημα της δημόσιας υγείας στις Η.Π.Α. Οι θιασώτες της κίνησης αυτής, υποστήριξαν ότι το περιβάλλον είναι καθοριστικός παράγοντας στη γένεση και εξάπλωση επιδημικών νόσων. (ο.π.)

Αποτελεί πλέον διεθνή παραδοχή, ότι η αρρώστια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο αλλά έχει και κοινωνική βάση. Εφόσον, η διατήρηση της υγείας εξαρτάται από βιολογικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς

παράγοντες, η θεραπεία των ασθενειών θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει εκτός από την ιατρική περίθαλψη και την εξασφάλιση των υπολοίπων παραγόντων. (Ιατρίδης Δ., 1989, σελ.78)

Στο Διεθνές Συνέδριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας της Υγείας που συγκάλεσαν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η UNICEF στην Άλμα-Άτα της Σοβιετικής Ένωσης, διατυπώθηκε η περίφημη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα. Σύμφωνα με τη διακήρυξη ο ορισμός που δίνεται στην υγεία είναι ο εξής: «Η υγεία που είναι μία κατάσταση ολικής, φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η επίτευξη του κατά το δυνατόν υψηλότερου επιπέδου υγείας είναι σημαντικότερη παγκόσμια επιδίωξη, η πραγμάτωση της οποίας απαιτεί τη δράση πολλών άλλων κοινωνικών και οικονομικών τομέων παράλληλα με τον τομέα της υγείας». (Τσαλίκης Γ., 1996, σελ. 59-60)

Ο τομέας της υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες εντάσσεται στις βασικές προτεραιότητες κάθε χώρας, διότι εκτός από τον σεβασμό στην ανθρώπινη ύπαρξη, η υγεία του λαού αποτελεί βασική προϋπόθεση για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη μιας χώρας. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ.261)

B.2 Η Κοινωνική Εργασία στο χώρο της Υγείας.

Η Κοινωνική Εργασία πρωτοεμφανίζεται 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, τα οποία συνεχίζουν και σήμερα να αποτελούν στόχους του επαγγέλματος. 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. Κατά συνέπεια η κοινωνική εργασία και η υγειονομική περίθαλψη μοιράστηκαν

κοινούς στόχους, γεγονός που ενθάρρυνε την ανάπτυξη σχέσεων μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και γιατρών. (Massachusetts General Hospital, Social Service, σελ 1)

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 ασθενών. (ο.π.)

Τον ίδιο χρόνο η Κοινωνική Εργασία έγινε επίσημα αποδεκτή ως ξεχωριστή ειδικότητα στην Αγγλία, όταν προσελήφθησαν οι πρώτοι κοινωνικοί λειτουργοί σε αντιφυματικά ιατρεία. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ. 263) Το 1919, το Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης στη Βοστώνη, ίδρυσε την πρώτη «Διεύθυνση Κοινωνικής Εργασίας» σε νοσοκομείο στις Η.Π.Α. (Ιατρίδης Δ., 1989, σελ. 78).

Αρχικά, οι κοινωνικοί λειτουργοί βοηθούσαν τους ασθενείς να κατανοήσουν και να εκτελέσουν τις οδηγίες και εντολές των γιατρών σχετικά με την συστηματική λήψη των φαρμάκων. Εντοπίστηκαν οι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί λόγοι οι οποίοι ευθυνόταν για την έλλειψη συνεργασίας και συμμόρφωσης των ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Έτσι οι κοινωνικοί λειτουργοί ανέλαβαν την κάλυψη των οικονομικών αναγκών και την επίλυση άλλων προβλημάτων τα οποία εμπόδιζαν την ανάρρωση του ασθενούς. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ.263)

Η συμμετοχή της Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα της υγείας αποτέλεσε ιστορικά μία από τις πρώτες ειδικεύσεις κοινωνικών λειτουργών, ενώ σήμερα απορροφά το μεγαλύτερο μέρος του εργατικού δυναμικού των κοινωνικών λειτουργών. Οι ίδιοι λόγοι που συνετέλεσαν τότε στην ενεργό συμμετοχή της Κοινωνικής Εργασίας στην υγεία, εξηγούν και σήμερα τον ρόλο των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας: Στην αρχή του αιώνα αναγνωρίστηκε ότι η αρρώστια είναι συχνά συνάρτηση κοινωνικών, οικονομικών, ψυχολογικών, ατομικών, και οικογενειακών προβλημάτων. Σύμφωνα με τον Cabbot (1973) καθιερώθηκε ότι τα προβλήματα αυτά εμποδίζουν την πρόοδο του αρρώστου. Οι κοινωνικοί λειτουργοί

θεωρήθηκαν τότε όπως και τώρα, ως οι ειδικοί που μπορούσαν να αντιμετωπίσουν τέτοια ειδικά προβλήματα. Η συμμετοχή της Κοινωνικής Εργασίας στη νοσηλευτική ιατρική ήταν έτσι μία αναπόφευκτη εξέλιξη της προσπάθειας να βελτιωθεί η ποιότητα της νοσηλευτικής ιατρικής. Η παραδοχή της ανάγκης υπηρεσιών των κοινωνικών λειτουργών συνέπεσε με την αναγνώριση ότι η αρρώστια δεν μπορούσε να αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά χωρίς να ληφθούν υπ' όψιν οι ψυχοκοινωνικοοικονομικές συνθήκες ζωής, ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας, κατοικίας, γειτονιάς. (Ιατρίδης, 1989, σελ.78)

Έτσι ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών στα νοσοκομεία ήταν και είναι σήμερα πολύπλευρος, με πολλαπλές λειτουργίες κλινικής Κοινωνικής Εργασίας και κοινωνικού σχεδιασμού. Ορισμένες λειτουργίες είναι κοινές σε όλα τα νοσοκομεία, ενώ άλλες διαφέρουν σε έμφαση ή δραστηριότητα ανάλογα με τις ειδικές νοσηλευτικές απαιτήσεις. Σε σχέση με άλλα επαγγέλματα υγείας στο χώρο του νοσοκομείου ο κοινωνικός λειτουργός στοχεύει κυρίως σε αλλαγή στην ανθρώπινη συμπεριφορά και στις συνθήκες ζωής, ενώ τα άλλα επαγγέλματα υγείας στοχεύουν κυρίως στη νοσηλευτική-διοικητική διεκπεραίωση του αρρώστου. Η διάκριση αυτή βοήθησε στην αρχική ταξινόμηση και καθορισμό του διαφορετικού ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο. (ο.π., σελ.79)

Οι αλλαγές στον καθορισμό και στη θεραπεία της νόσου, οι αλλαγές στις κοινωνικές και οργανωτικές ανησυχίες, καθώς και οι αλλαγές των υπηρεσιών και του επαγγελματικού προσανατολισμού των κοινωνικών λειτουργών έχουν δημιουργήσει νέες, διαφορετικές αναζητήσεις για τις κοινωνικές υπηρεσίες. Μέχρι τα μέσα του 20^{ου} αιώνα οι κύριες ανησυχίες αφορούσαν μολυσματικές και μεταδοτικές νόσους που συχνά κατέληγαν στο θάνατο. Σήμερα οι χρόνιες παθήσεις και οι συνέπειες τους καθώς και οι ποικίλες ψυχολογικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων των συναισθηματικών διαταραχών, των κοινωνικών ασθενειών και του στρες, εμφανίζονται ως τα σημαντικότερα ατομικά και κοινωνικά προβλήματα

υγείας που αντιμετωπίζονται από τους επαγγελματίες υγείας. (A. Begman κ.α., 1993, σελ 281)

Στα τέλη του 20^{ου} αιώνα, η Κοινωνική Εργασία στα νοσοκομεία ήταν πλέον καθιερωμένη σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ.263)

Γ. Κοινωνική Εργασία σε νοσοκομειακό πλαίσιο στην Ελλάδα.

Γ.1 Η εξέλιξη της Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα.

Το ελληνικό κράτος είχε από νωρίς αναγνωρίσει την ανάγκη εκπαίδευσης και θεσμοθέτησης των επαγγελματιών που εργάζονταν στις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και στους φορείς κοινωνικής πολιτικής. Έτσι το 1937 ιδρύεται στην Αθήνα η "Έλευθέρα Σχολή Κοινωνικής Πρόνοιας" που στόχο έχει την επιστημονική κατάρτιση των κοινωνικών εργατών, όπως ονομάζονταν τότε οι κοινωνικοί λειτουργοί. Όμως, με την έναρξη του πολέμου η Σχολή κλείνει και η πρώτη προσπάθεια για την επιστημονική κατάρτιση των κοινωνικών λειτουργών διακόπτεται. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ.161-162)

Μετά τη λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου η εμφάνιση της Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα, όπως αναφέρει η Καλουτσή (1996), ταυτίζεται με τους κοινωνικούς, πολιτικούς και οικονομικούς παράγοντες και τις ιστορικές συνθήκες που επικρατούσαν στη χώρα με το τέλος του πολέμου και του εμφυλίου που ακολούθησε. Μεγάλο μέρος του πληθυσμού αντιμετώπιζε τεράστιες υλικές και κοινωνικές ανάγκες. Για την κάλυψη αυτών των αναγκών συνέδραμαν ξένες και ελληνικές φιλανθρωπικές οργανώσεις και το κράτος. Ο Ψαράς (1961) αναφέρει ότι «ο θεσμός των κοινωνικών λειτουργών επωάζεται και γεννιέται με τη συμβολή του προσωπικού των Ηνωμένων Εθνών, ξένων ειδικών και κοινωνικών λειτουργών που δούλεψαν στην Ελλάδα, ελλήνων διοικητικών υπαλλήλων με ευρύ πνεύμα και

κοινωνικό οραματισμό και εθελοντών κοινωνικών λειτουργών που είχαν εκπαιδευτεί στο εξωτερικό». (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 104-105)

Το Αμερικανικό Κολέγιο Θηλέων Pierce αναγνωρίζοντας πρώτο την αυξημένη ανάγκη για εκπαιδευμένα στελέχη κοινωνικής πρόνοιας ιδρύει το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας το 1945. Το Τμήμα αυτό λειτούργησε μέχρι το 1975. (ο.π., σελ.107)

Το 1948 ιδρύεται η σχολή Κοινωνικής Εργασίας από την Χ.Ε.Ν. Ελλάδας, με την οικονομική συμπαράσταση της παγκόσμιας Χ.Ε.Ν. και της «Βασιλικής Πρόνοιας». Η σχολή αυτή λειτουργούσε μέχρι το 1985 με την επωνομασία Ανωτέρα Σχολή Κοινωνικής Εργασίας του Ι.Α.Κ.Ε. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ.165)

Όπως αναφέρει ο Μαστρογιάννης (1968), τη δεκαετία του '50 ξεκίνησε η εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας ως επιστημονικής μεθόδου και ως τεχνικής εφαρμογής της κοινωνικής πρόνοιας. Έχουμε την ίδρυση του Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (ΣΚΛΕ) το 1954. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ.105&111) Σημαντικό σταθμό στην πορεία εξέλιξης της Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα αποτέλεσε η σύσταση κοινωνικών υπηρεσιών στα νοσοκομεία το 1956. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ.263) Η νομοθετική κατοχύρωση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού έρχεται τρία χρόνια αργότερα με το νομοθετικό διάταγμα 4018/1959 «Περί του θεσμού των Κοινωνικών Λειτουργών. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ.108) Σύμφωνα με τη Δημακοπούλου Β. (1996), το άρθρο 2 του νομοθετικού διατάγματος αναφέρεται στη διασφάλιση του επαγγέλματος και επισημαίνεται ότι «ουδείς δύναται να καταλαμβάνει θέσιν, εάν δεν τηρεί τις προϋποθέσεις». Το άρθρο 4 προβλέπει τη δημιουργία Συμβουλίου Κοινωνικής Εργασίας στο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας. Το Συμβούλιο επιφορτίζεται με τον καθορισμό συστήματος εργασίας και εποπτείας των κοινωνικών λειτουργών. (Δημακοπούλου Β., 1996, Σελ.58)

Στον τομέα της εκπαίδευσης έχουμε την ίδρυση της Σχολής Διακονισσών το 1957 για την εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών που θα εργάζονταν για λογαριασμό της εκκλησίας σε Μητροπόλεις και ενορίες. Το 1960

ιδρύεται στην Αθήνα η Σχολή Κοινωνικής Εργασίας από την Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων με στόχο την επαγγελματική εξέλιξη των εργαζομένων σε φορείς κοινωνικής πρόνοιας. Οι σχολές αυτές λειτούργησαν μέχρι το 1985, οπότε οι σπουδαστές και το προσωπικό τους εντάχθηκαν στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. της Αθήνας. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ.165)

Ακολουθεί το 1961, το Βασιλικό Διάταγμα 690 «Περί της ασκήσεως του επαγγέλματος των κοινωνικών λειτουργών». Το διάταγμα αυτό καθόριζε τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος, τη διαδικασία χορήγησης, τα αίτια για την ανάκληση της άδειας (άρθρα 1 και 2), τα καθήκοντα, τις υποχρεώσεις και τις απαγορεύσεις των επαγγελματιών (άρθρο 3), τα καθήκοντα προς τους εξυπηρετούμενους και τους συναδέλφους (άρθρα 4 και 5), τα ασυμβίβαστα προς το επάγγελμα (άρθρο 6), καθώς και θέματα οργάνωσης των κοινωνικών υπηρεσιών (άρθρο 7). (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ.108)

Με το Β.Δ. 319/1962 «Περί της εκπαιδεύσεως των Κοινωνικών Λειτουργών» θεσμοθετήθηκαν σημαντικά ζητήματα για την εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών. Μεταξύ άλλων, το Βασιλικό Διάταγμα προέβλεπε ότι η εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών θα πρέπει να παρέχεται μόνο από κρατικούς φορείς. Από το 1973 η ευθύνη για την εκπαίδευση τους μετατίθεται αποκλειστικά στο Υπουργείο Παιδείας με την ένταξή της στα ΚΑΤΕΕ. (ο.π., σελ.109)

Στη συνέχεια έχουμε το Ν.Δ. 195/74, όπως αναφέρει η Δημακοπούλου Β., το οποίο τροποποιεί και συμπληρώνει τις διατάξεις του Ν.Δ. 4018/59 «Περί του θεσμού των Κοινωνικών Λειτουργών». (Δημακοπούλου Β., 1996, Σελ.58)

Το 1977 με το Προεδρικό Διάταγμα 544 ιδρύεται η Διεύθυνση Κοινωνικής Εργασίας στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών. Η Δ/ση επιφορτίζεται με αρμοδιότητες σχεδιασμού, εφαρμογής και αξιολόγησης προνοιακών προγραμμάτων. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ.112)

Με το Π.Δ. 891/78 «Περί του καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των κοινωνικών λειτουργών» προσδιορίστηκαν οι αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών στους εξής τομείς δράσεις: Κοινωνικής Πρόνοιας, Υγείας, Κοινωνικής Ασφάλισης, Επαγγελματικού Προσανατολισμού-Εργασίας, Εκπαίδευσης, Εγκληματικότητας, Κοινοτικής Οργάνωσης και Ανάπτυξης. (ο.π., σελ.113)

Το έτος 1985 αποτελεί ορόσημο για την εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών αφού εντάσσεται πλέον στην τριτοβάθμια τεχνολογική εκπαίδευση. Στα ΤΕΙ της Αθήνας, της Πάτρας και του Ηρακλείου αναπτύσσονται και λειτουργούν Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας τα οποία μέχρι το 1996 ήταν οι αποκλειστικοί φορείς εκπαίδευσης των μελλοντικών κοινωνικών λειτουργών. Το ακαδημαϊκό έτος 1996-1997 άρχισε να λειτουργεί το Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου της Θράκης με κατευθύνσεις στην Κοινωνική Εργασία και στην Κοινωνική Διοίκηση. (ο.π., σελ.110 -111)

Το Π.Δ. 50/89 (ΦΕΚ 23/26-1-89, τεύχος Α) «Καθορισμός των επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Επαγγελματικών Ιδρυμάτων» προέβλεπε ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί σε όλους τους τομείς δραστηριότητας τους αποβλέπουν στην πραγματοποίηση των παρακάτω στόχων: «α) πρόληψη και θεραπεία κοινωνικών προβλημάτων και β) βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και της κοινωνικής λειτουργικότητας ατόμων και ομάδων με την πραγμάτωση θεσμικών αλλαγών μέσα στην κοινότητα». Επίσης, όριζε τα αντικείμενα απασχόλησης τους, εξειδίκευε τους τομείς εργασίας τους που είχαν οριστεί από το Π.Δ. 891/78 και προσέθετε νέους τομείς άσκησης (π.χ. τομέας κοινωνικών υπηρεσιών για τις ένοπλες δυνάμεις και για τις υπηρεσίες του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης). (Βλέπε παράρτημα)

Το Προεδρικό Διάταγμα 23 του 1992 για την «Άσκηση του επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού» αποτελεί το σημερινό θεσμικό πλαίσιο άσκησης του επαγγέλματος και καταργεί τις διατάξεις του 690/61. Σε αυτό το

Προεδρικό Διάταγμα ορίζονται οι προϋποθέσεις άσκησης σε κοινωνικές υπηρεσίες, η ιδιωτική άσκηση του επαγγέλματος, καθώς και οι αρχές του επαγγέλματος. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ.113)

Συμπληρωματικά με το παραπάνω Προεδρικό Διάταγμα, νόμοι και προεδρικά διατάγματα καθορίζουν τα καθήκοντα των κοινωνικών λειτουργών στα διάφορα πλαίσια άσκησης που εργάζονται. (ο.π.)

Γ.2. Η ανέλιξη της Κοινωνικής Υπηρεσίας στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα.

Οι πρώτοι κοινωνικοί λειτουργοί, όπως αναφέρει η Δημακοπούλου (1996), εργάζονται σε φορείς υγείας και νοσοκομεία τη δεκαετία του '50. (Δημακοπούλου Β., 1996, Σελ.57)

Η πρώτη ενέργεια της πολιτείας, για τη ένταξη των κοινωνικών λειτουργών σε νοσοκομειακό πλαίσιο και τη σύσταση κοινωνικών υπηρεσιών στα νοσοκομεία, περιλαμβάνεται στο Ν.Δ. 2592/53. Στο άρθρο 60 του Νομοθετικού Διατάγματος 2592/53 για τη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων γίνεται αναφορά στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο, στις αρμοδιότητές του, στη συνεργασία του με άλλες ειδικότητες για την επίτευξη των σκοπών του, καθώς και στο οργανωτικό πλαίσιο της Κοινωνικής Υπηρεσίας. (ο.π.)

Η παράγραφος 1 αναφέρεται στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού και σημειώνει ότι ο κοινωνικός λειτουργός επιδιώκει να βοηθήσει στην πρόληψη ή την αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών και συναισθηματικών προβλημάτων ατόμων ή κοινωνικών ομάδων, στη διατήρηση ή αποκατάσταση της ισορροπίας μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος αυτού, όπως και στην κοινωνική γενικά ανάπτυξη και ευημερία τους. (ο.π.)

Στην παράγραφο 2 του άρθρου προβλέπεται η υπαγωγή των κοινωνικών λειτουργών στο Διοικητικό Διευθυντή του νοσοκομείου, ο οποίος δύναται να εισηγηθεί για την ανάθεση καθηκόντων Προϊσταμένης της Κοινωνικής Υπηρεσίας στην ανώτερη βαθμολογικά κοινωνική λειτουργό. (ο.π.)

Η σύσταση των Κοινωνικών Υπηρεσιών πραγματοποιήθηκε το 1956 με σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ. 57) Η εγκύκλιος με αριθμ. Πρωτ. 901/14-2-56 αναφέρεται στο «Πρόγραμμα εργασίας των παρά Νοσοκομείους Κοινωνικών Λειτουργιών». Στην εγκύκλιο αυτή διευκρινίζεται ότι, σκοπός της Κοινωνικής Εργασίας στο νοσοκομείο είναι η συγκέντρωση των ατομικών στοιχείων του ασθενή που αφορούν τους κοινωνικούς, οικονομικούς, συναισθηματικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν ή επηρεάζονται από την πάθηση του. Η συγκέντρωση των ατομικών στοιχείων βοηθά τον κοινωνικό λειτουργό και το επιστημονικό προσωπικό του νοσοκομείου να κατανοήσει τους παράγοντες που επιβαρύνουν την υγεία του ατόμου, ώστε να το βοηθήσουν να προσαρμοστεί στην ασθένεια του και να επωφεληθεί από τις παρεχόμενες ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες. Ακόμη, διευκρινίζεται ότι η Κοινωνική Εργασία σκοπό έχει να κατανοήσει ο ασθενής τις ανάγκες του και να χρησιμοποιήσει τις ικανότητες του για την κάλυψη αυτών των αναγκών. (Βλέπε παράρτημα)

Στην εγκύκλιο αποσαφηνίζεται ότι η Κοινωνική Εργασία στο νοσοκομείο συντελείται από τους κοινωνικούς λειτουργούς. Αναφέρεται επίσης, στις μεθόδους που χρησιμοποιούν στην εργασίας τους οι κοινωνικοί λειτουργοί (π.χ. συνέντευξη με τον ασθενή ή τους οικείους του, τήρηση στατιστικών στοιχείων). Επισημαίνεται ότι στην εργασία τους θα πρέπει να τηρείται αυστηρώς και απολύτως το απόρρητο. Πληροφορίες παρέχονται μόνο στον θεράποντα ιατρό και στην Προϊσταμένη εφόσον θεωρούνται απαραίτητες για τη θεραπευτική μεταχείριση του ασθενή. (Βλέπε παράρτημα)

Ακόμη, αναφέρεται ότι ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να επιλαμβάνεται όλων των περιπτώσεων που υποπίπτουν στην αντίληψη του ή παραπέμπονται από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου ή τίθενται υπόψη του από τον ίδιο τον ασθενή ή τους οικείους του. Ο κοινωνικός λειτουργός ασχολείται με τα οικονομικά, οικογενειακά, ψυχολογικά προβλήματα του ασθενούς, μεριμνά για την επαγγελματική, κοινωνική, ιατρική αποκατάστασή

του και παρακολουθεί την πορεία του μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο. (Βλέπε παράρτημα)

Επιπλέον, στην εγκύκλιο 901/14-2-56 γίνεται λόγος και για τις ανάγκες της κοινωνικού λειτουργού που εργάζεται σε νοσοκομειακό πλαίσιο. Για να διευκολυνθεί στο έργο της θα πρέπει να της παρέχεται ιδιαίτερο γραφείο, γραφική ύλη, τηλεφωνική συσκευή κ.ά. (Βλέπε παράρτημα)

Παράλληλα, το τότε Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας κυκλοφορεί την υπ' αριθ. ΔΙΕ 510 εγκύκλιο 78/14-2-56 που αφορά το πρόγραμμα και τα καθήκοντα της Ιατροκοινωνικής Λειτουργού. Στο πρόγραμμα για την Ιατροκοινωνική Λειτουργό μεταξύ άλλων αναφέρεται ότι η Κοινωνική Λειτουργός αποτελεί το συνδετικό κρίκο του ασθενούς με τον εξωτερικό κόσμο και γι' αυτό θα πρέπει να γνωρίζει όλες τις πηγές της κοινότητας για να βοηθήσει τον ασθενή. Η Κοινωνική Λειτουργός βοηθά τον ασθενή στις σχέσεις που έχει με τις διάφορες υπηρεσίες. Ακόμη, επισημαίνεται ότι η Κοινωνική Λειτουργός αντιπροσωπεύει στο νοσοκομείο τη γνώση της κοινωνικής κατάστασης του ασθενούς. Διαχωρίζει τα καθήκοντα της Ιατροκοινωνικής Λειτουργού σε αυτά πριν την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο, σε αυτά κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του και σε αυτά μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο. (Βλέπε παράρτημα)

Στη συνέχεια, στο άρθρο 3 του Π.Δ. 891/78 (ΦΕΚ 213/7-12-78, τεύχος Α') «Περί καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών» προσδιορίζονται οι αρμοδιότητες και τα καθήκοντα των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας. Στην παράγραφο 1 του άρθρου ορίζεται ότι: «Ο Κοινωνικός Λειτουργός εις τον τομέα της υγείας συμβάλλει εις την πρόληψη ή την αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών 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 δυσχερείς το διαγνωστικό έργον ή την εφαρμογή μέτρων θεραπείας». Στην 2^η παράγραφο του άρθρου γίνεται λόγος για το έργο του κοινωνικού λειτουργού

στον τομέα της υγείας που αφενός συνίσταται στη διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που προκαλούν τα προβλήματα που αναφέρθηκαν στην 1^η παράγραφο, αφ' ετέρου στην παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού, επιβοηθητικού χαρακτήρα τόσο στον ασθενή όσο και στους οικείους του. Στην παράγραφο 3 συμπληρώνεται ότι η δραστηριότητα του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας αναπτύσσεται στα πλαίσια συγκροτημένης κοινωνικής υπηρεσίας νοσηλευτικού ιδρύματος ή κέντρου ψυχικής υγιεινής. (Βλέπε παράρτημα)

Στις 18-11-80 κυκλοφορεί η «Έκθεση Επιτροπής καθορισμού δραστηριοτήτων των Κοινωνικών Λειτουργών που υπηρετούν σε Κοινωνικές Υπηρεσίες Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων». Η Επιτροπή συγκροτήθηκε με την απόφαση του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών αρ. πρωτ. Ρ6β/986/20-5-80 με σκοπό τον καθορισμό των δραστηριοτήτων των κοινωνικών λειτουργών που απασχολούνται στις Κοινωνικές Υπηρεσίες των Νοσοκομείων. Ο καθορισμός των δραστηριοτήτων πραγματοποιήθηκε βάσει του Π.Δ. 891/78 για τον καθορισμό αντικειμένου εργασίας των κοινωνικών λειτουργών γενικά και στο άρθρο 3 ειδικά στον τομέα υγείας και στο Π.Δ. 2592/1958 για τη σύνταξη κανονισμών λειτουργίας για τα νοσηλευτικά ιδρύματα. (Βλέπε παράρτημα)

Στην Έκθεση γινόταν λόγος για τις δυσκολίες και τα προβλήματα που συχνά αντιμετώπιζαν οι Κοινωνικές Υπηρεσίες των Νοσοκομείων δυσχεραίνοντας και αναστέλλοντας την αποτελεσματική λειτουργία τους. Στην Έκθεση επισημαίνονταν ότι τα προβλήματα και οι δυσκολίες ήταν αποτέλεσμα, είτε της εν γένει οργάνωσης και λειτουργίας των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, είτε της έλλειψης (στο νοσοκομειακό πλαίσιο και στην κοινότητα) κατάλληλων ή επαρκών πηγών για την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ατόμων. Στο θέμα της οργάνωσης εντοπιζόνταν δυο κύρια προβλήματα: α) ο αριθμός των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονταν στις Κοινωνικές Υπηρεσίες δεν ήταν ανάλογος του αριθμού των κλινών του νοσοκομείου και β) η θέση της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο νοσοκομείο δεν

ήταν ξεκάθαρα προσδιορισμένη. Η έλλειψη κατάλληλων και επαρκών πηγών συντελεί στη μη αποτελεσματική αποκατάσταση των ατόμων που χρήζουν προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας στην κοινότητα. (Βλέπε παράρτημα)

Ακόμη, η Επιτροπή πρότεινε τη δημιουργία Κοινωνικής Υπηρεσίας με Προϊστάμενο κοινωνικό λειτουργό που θα υπαγόταν απευθείας στο Διευθυντή του νοσοκομείου. Η ενέργεια αυτή σύμφωνα με την Έκθεση θα επέτρεπε την καλύτερη οργάνωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας, θα βοηθούσε στη μεθόδευση των δραστηριοτήτων των κοινωνικών λειτουργών, θα αύξανε την αποδοτικότητα τους και θα οδηγούσε στην καλύτερη συνεργασία τους με τις άλλες Υπηρεσίες του νοσοκομείου. (Βλέπε παράρτημα)

Επιπλέον, στην Έκθεση διατυπώνεται ρητά πως οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι μέλη της επιστημονικής ομάδας. (Βλέπε παράρτημα)

Στην Έκθεση επαναλαμβάνονται τα θέματα που αφορούν το έργο και τις αρμοδιότητες της Κοινωνικής Υπηρεσίας, τις αρμοδιότητες του Προϊσταμένου της και τους χώρους όπου επιτελείται το έργο του κοινωνικού λειτουργού (π.χ. κλινικές, εξωτερικά ιατρεία). (Βλέπε παράρτημα)

Όπως αναφέρει η Δημακοπούλου (1996), το 1982 κυκλοφορεί δεύτερη έκθεση καθορισμού δραστηριοτήτων των κοινωνικών λειτουργών που υπηρετούν σε νοσηλευτικά ιδρύματα. Στόχοι της νέας έκθεσης είναι η πληρέστερη κατανόηση του ρόλου των κοινωνικών λειτουργών για την όσο το δυνατό καλύτερη αξιοποίησής τους και για την ορθή απόδοση των αρμοδιοτήτων τους μέσα στην οργανωτική διάρθρωση του νοσοκομείου. Και εδώ επαναλαμβάνονται τα θέματα που απασχόλησαν την προηγούμενη έκθεση όπως η ανάγκη για επαρκή στελέχωση των Κοινωνικών Υπηρεσιών στους φορείς υγείας, η έλλειψη προγραμμάτων για την αποκατάσταση των ασθενών στην κοινότητα, η δημιουργία αυτόνομης Κοινωνικής Υπηρεσίας στο νοσοκομείο και η ισότιμη αντιμετώπιση των κοινωνικών λειτουργών ως μέλη της επιστημονικής ομάδας. Αναλύονται ξανά εδώ οι αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών και του Προϊσταμένου της Κοινωνικής Υπηρεσίας. (Δημακοπούλου Β., 1996, Σελ.58)

Το Μάρτιο του 1983 η Δ/ση Κοινωνικής Εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας κοινοποιεί τα «Πορίσματα Ομάδας Εργασίας για εκτίμηση αναγκών σε Κοινωνικούς Λειτουργούς» όπου περιλαμβάνονται και οι ανάγκες που υπάρχουν στον τομέα της υγείας. Διαπιστώνεται ότι ενώ στον τομέα της υγείας απασχολείται το 16% του συνόλου των κοινωνικών λειτουργών, οι απόλυτοι αριθμοί των απασχολούμενων κοινωνικών λειτουργών στις Κοινωνικές Υπηρεσίες του τομέα είναι εξαιρετικά χαμηλοί σε σχέση με τις υπάρχουσες ανάγκες. Διαπιστώνεται, ακόμη, ότι οι υπηρεσίες των κοινωνικών λειτουργών χρησιμοποιούνται σε περιορισμένη έκταση στη νοσοκομειακή περίθαλψη και σε ορισμένες δραστηριότητες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι εκτιμήσεις της Ομάδας Εργασίας αφορούν τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και προτείνονται οι ακόλουθοι συντελεστές με βάση τον αριθμό των κλινών: Για τα Γενικά Νοσοκομεία ένας κοινωνικός λειτουργός ανά 100 κλίνες, για τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ένας κοινωνικός λειτουργός ανά 50 κλίνες, για τα Νοσοκομεία Νοσημάτων Θώρακος, Ορθοπαιδικά, Λοιμωδών Νόσων και για τα Αντικαρκινικά ένας κοινωνικός λειτουργός ανά 60 κλίνες, για τα Παιδιατρικά Νοσοκομεία και για τα αμιγή Μαιευτήρια ένας κοινωνικός λειτουργός ανά 80 κλίνες. Ακόμη, το Πόρισμα της Ομάδας Εργασίας προτείνει σημαντική αύξηση του αριθμού των απασχολούμενων κοινωνικών λειτουργών σε όλες τις Κοινωνικές Υπηρεσίες της νοσοκομειακής περίθαλψης για την κάλυψη των υφιστάμενων αναγκών. (Βλέπε παράρτημα)

Με το Νόμο 1397 του 83, όπως αναφέρει η Δημακοπούλου, επιχειρήθηκαν θεσμικές αλλαγές στον τομέα της υγείας με τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας. Η σύσταση όμως του Εθνικού Συστήματος Υγείας δεν συνοδεύτηκε από την ανάπτυξη προγραμμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας που θα συντελούσαν στην κάλυψη των αναγκών των εξυπηρετούμενων των Κοινωνικών Υπηρεσιών στον τομέα της υγείας. (Δημακοπούλου Β., 1996, Σελ.58)

Το 1984 η Δ/ση Κοινωνικής Εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας παρεμβαίνει και διατυπώνει «Απόψεις αναφορικά με την

συγκρότηση, οργάνωση και λειτουργία Κοινωνικών Υπηρεσιών στα πλαίσια του ΕΣΥ» με την εγκύκλιο αριθ. πρωτ. Γ6β/592/30-4-84. Στην εγκύκλιο διατυπώνεται ότι «η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών σαν “μέσο” για τη διασφάλιση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, αποτελεί βασική λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και προβλέπεται ως αναγκαία στα πλαίσια των δραστηριοτήτων των Υπηρεσιακών Μονάδων, τόσο της πρωτοβάθμιας (εξωνοσοκομειακής), όσο και της δευτεροβάθμιας (νοσοκομειακής) περίθαλψης». Σε ότι αφορά το σκοπό της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο τομέα της υγείας επαναλαμβάνεται το Π.Δ. 891/78 «Περί του καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών» και αναδιατυπώνεται για το ΕΣΥ. Συμπληρώνεται όμως, ότι απώτερος σκοπός της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι η συμβολή της στην πραγμάτωση των επιδιώξεων του ΕΣΥ. (Βλέπε παράρτημα)

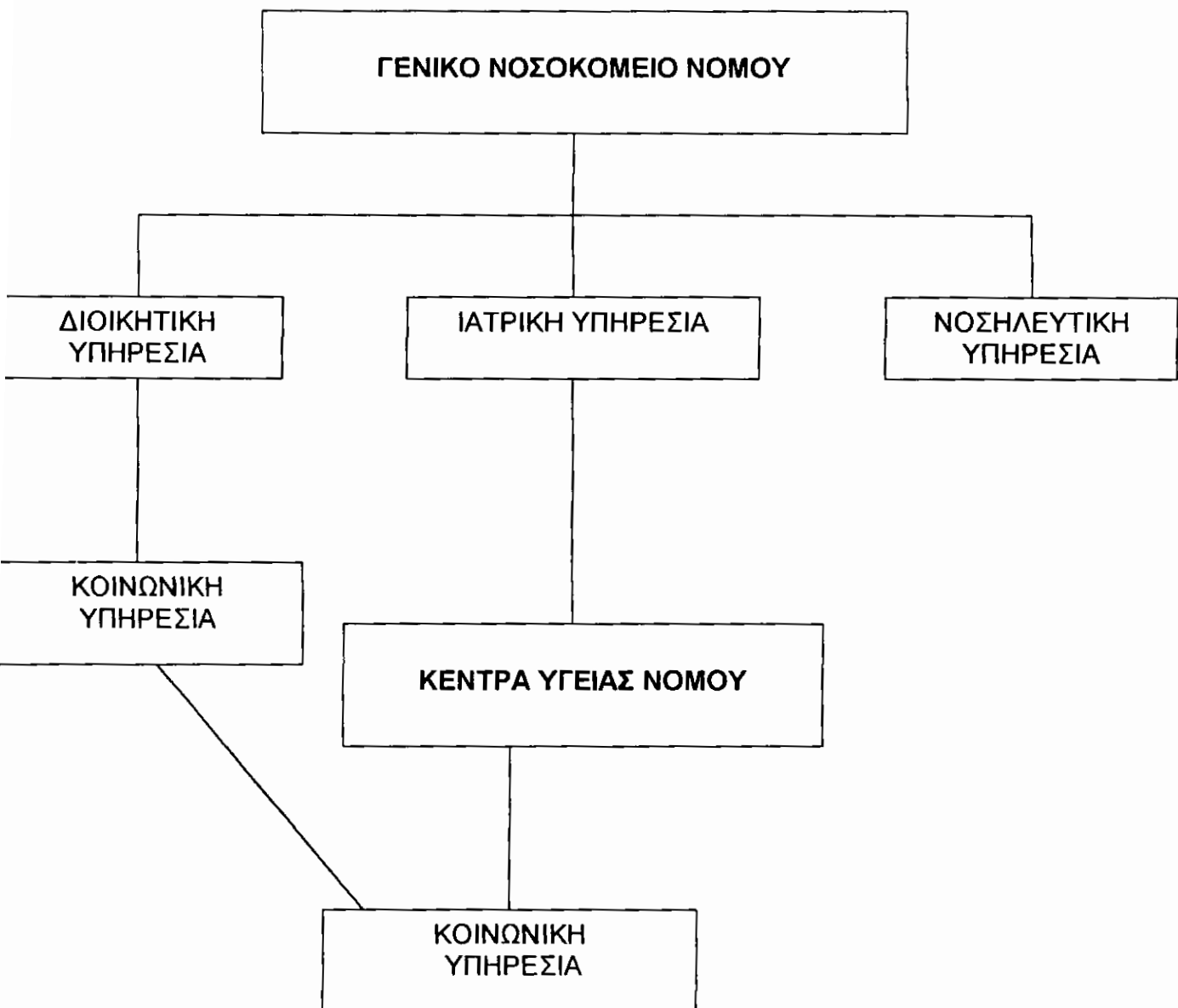
Επειδή ο νόμος για τη συγκρότηση του ΕΣΥ προέβλεπε ότι τα νεοσύστατα κέντρα υγείας θα λειτουργούσαν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων, η Δ/ση Κοινωνικής Εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με την εγκύκλιο αυτή ομοίως εισηγείται την οργανωτική και λειτουργική διασύνδεση των Κοινωνικών Υπηρεσιών του νοσοκομείου και των κέντρων υγείας. (Σχεδιάγραμμα 2.2) (Βλέπε παράρτημα)

Επίσης, στην εγκύκλιο θεωρείται ως πιο ενδεδειγμένη λύση η ένταξη της Κοινωνικής Υπηρεσίας στη Διοικητική Υπηρεσία του νοσοκομείου όπως προβλέπεται από το Ν. 1397/83. Και εδώ όμως τονίζεται ότι η Κοινωνική Υπηρεσία θα πρέπει να διατηρεί την αυτοτελή λειτουργία της. (Βλέπε παράρτημα)

Ακόμη, για τη στελέχωση των Κοινωνικών Υπηρεσιών προτείνεται ένας κοινωνικός λειτουργός για 75 κλίνες Γενικού Νοσοκομείου, καθώς και για τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ένας κοινωνικός λειτουργός για κάθε νοσοκομείο δυναμικότητας μέχρι 150 κλινών. (Βλέπε παράρτημα)

Για τη διάρθρωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας συνίσταται η κάλυψη της θέσης του Προϊσταμένου από κοινωνικό λειτουργό με γνώσεις και εμπειρία στη διοίκηση κοινωνικών υπηρεσιών. Επίσης, συνίσταται ο διορισμός

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.2 : ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ 'ΔΟΜΗΣ' ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΕΣΥ.



ΠΗΓΗ: Έγγραφο της Διεύθυνσης Κοινωνικής Εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με Αριθ. Πρωτ. Γ6β/592/30-4-1984

κοινωνικού λειτουργού με ανάλογη γνώση και εμπειρία καθηκόντων συντονιστή –επόπτη που θα έχει την ευθύνη της επαγγελματικής εποπτείας των κοινωνικών λειτουργών. Επιπλέον, στην εγκύκλιο προβάλλεται η ανάγκη ύπαρξης Γραμματείας της Κοινωνικής Υπηρεσίας για την διεκπεραίωση του διοικητικού έργου. (Βλέπε παράρτημα)

Με το Π.Δ. 87/86 (ΦΕΚ 32/27-3-86, τ.Α΄.) για το «Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων» προβλέπεται η ένταξη της Κοινωνικής Υπηρεσίας στη διοικητική υπηρεσία του νοσοκομείου (άρθρο 8), καθώς και η δημιουργία Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας στον Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής (άρθρο 3). Επίσης, οι αρμοδιότητες του Τμήματος ή Γραφείου Κοινωνικής Υπηρεσίας διατυπώνονται ως εξής: «Έχει την ευθύνη και φροντίδα για την 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». (Βλέπε παράρτημα)

Στο άρθρο 1, παράγραφος 3 του Προεδρικού Διατάγματος 50/89 (ΦΕΚ 23, 26-1-89, τ.Α) που αναφέρθηκε παραπάνω, για τον «Καθορισμό των επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Ιδρυμάτων» αναφέρονται οι δραστηριότητες του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας ως παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών προς τον ασθενή και τους οικείους του, σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας κ.α. (Βλέπε παράρτημα)

Η Δ/ση Κοινωνικής Εργασίας και Επαγγελματιών Κοινωνικής Πρόνοιας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στην προσπάθεια για την προώθηση της Κοινωνικής Εργασίας στα νοσοκομεία της χώρας εκδίδει την εγκύκλιο με θέμα την «Ανάπτυξη και προαγωγή της Κοινωνικής Εργασίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο» αριθ. πρωτ. Γ6Α/707/31-5-91. Στην εγκύκλιο γίνεται αναφορά στο στόχο της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο νοσοκομείο που είναι: «να βοηθήσει τον πολίτη, που σε μια κρίσιμη

καμπή της ζωής του, αντιμετωπίζει το πρόβλημα της σωματικής ή ψυχικής του υγείας να δεχθεί την πραγματικότητα, να βοηθήσει με τις δικές του δυνάμεις στη βελτίωση ή στην θεραπεία και να χρησιμοποιήσει τις προσφερόμενες εξυπηρετήσεις από την πολιτεία, για την κοινωνική και επαγγελματική του αποκατάσταση, όσο είναι δυνατόν καλύτερα» και πραγματώνει αυτό το στόχο με τη χρήση επιστημονικών μεθόδων και τεχνικών από τους κοινωνικούς λειτουργούς. Ζητείται η ύπαρξη υλικοτεχνικής υποδομής και κατάλληλων χώρων ώστε οι κοινωνικοί λειτουργοί να ασκούν αποτελεσματικά τα καθήκοντά τους. Επιπλέον, ζητείται η μη ανάθεση στους κοινωνικούς λειτουργούς δραστηριοτήτων ξένων προς το έργο τους, η κάλυψη των κενών οργανικών θέσεων και η ισότιμη ένταξη τους στη διεπιστημονική ομάδα. (Βλέπε παράρτημα)

Το Διοικητικό Συμβούλιο του ΣΚΛΕ παρεμβαίνει το 1991, με αφορμή την κυκλοφορία προσχεδίου νόμου για την υγεία, και διατυπώνει θέσεις και προτάσεις αναφορικά με τις κοινωνικές υπηρεσίες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Εκφράζει τη διαφωνία για την ένταξη της Κοινωνικής Υπηρεσίας στη Διοικητική Υπηρεσία του νοσοκομείου και προτείνει τη σύσταση ανεξάρτητης Κοινωνικής Υπηρεσίας που ο τρόπος λειτουργίας της θα ρυθμίζεται, εγκρίνεται και ελέγχεται από τη Δ/ση Κοινωνικής Εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Συνιστά την υποχρεωτική δημιουργία Κοινωνικών Υπηρεσιών σε όλα τα νοσοκομειακά ιδρύματα της χώρας για την εξυπηρέτηση των νοσηλευόμενων. Η πρόταση που διατυπώνει για τον αριθμό που θα πρέπει να στελεχώνουν την Κοινωνική Υπηρεσία είναι: α) Ένας κοινωνικός λειτουργός ανά 50 κλίνες Γενικού Νοσοκομείου, β) ένας κοινωνικός λειτουργός ανά 25 κλίνες Ειδικού Νοσοκομείου, γ) ένας κοινωνικός λειτουργός για κάθε ειδικό πρόγραμμα του νοσοκομείου (π.χ. πρόγραμμα θεραπείας ή αποκατάστασης). (Ενημερωτικό Δελτίο, 1991, σελ. 22- 25)

Η Επιτροπή Υγείας που λειτουργεί στα πλαίσια του ΣΚΛΕ με αφορμή την ψήφιση του Ν. 2880/2000 για την αναβάθμιση του ΕΣΥ διατυπώνει με έγγραφο προς τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας προτάσεις για τη διοικητική

ένταξη της Κοινωνικής Υπηρεσίας στον οργανισμό των νοσοκομείων. Προτείνει τη λειτουργία ανεξάρτητης Κοινωνικής Υπηρεσίας, με Προϊστάμενο κοινωνικό λειτουργό, η οποία θα υπάγεται απευθείας στον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας. Για την επιστημονική και διοικητική αξιολόγηση των κοινωνικών λειτουργών την ευθύνη θα έχει ο Προϊστάμενος της Υπηρεσίας, ο οποίος με τη σειρά του θα αξιολογείται από τον Δ/ντη της Ιατρικής Υπηρεσίας και το Διοικητή του νοσοκομείου. (Βεζυράκης Δ., 2001, σελ.11-12)

Ο Νόμος 2889/2001 (ΦΕΚ 37, 2-3-2001, τ.ά) για «Βελτίωση και εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας» αλλάζει το οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας καθώς στο άρθρο 6, παράγραφος 6 προβλέπεται η ένταξή της στην Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου. Παραμένουν όμως, στο προηγούμενο διοικητικό τους καθεστώς (Π.Δ. 87/86) έως την αναθεώρηση των οργανισμών των νοσοκομείων. (Βλέπε παράρτημα) (Σχεδιάγραμμα 2.1)

Ο νέος νόμος για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ επέφερε σημαντικές αλλαγές στο χώρο της υγείας όπως η δημιουργία των ΠΕΣΥ, η υιοθέτηση σύγχρονων μεθόδων διοίκησης των νοσοκομείων, η βελτίωση της λειτουργίας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών. Οι Κοινωνικές Υπηρεσίες είναι σημαντικό να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα στο χώρο της Υγείας, να επαναπροσδιορίσουν το σκοπό που έχουν να επιτελέσουν μέσα από τη διοικητική υπαγωγή τους στην Ιατρική Υπηρεσία, να υποστηρίξουν την ολιστική προσέγγιση της υγείας με την προώθηση της διεπιστημονικής συνεργασίας, να υιοθετήσουν εξελιγμένες μορφές οργάνωσης, να συμμετάσχουν στην προσπάθεια για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών υγείας. Η πρόκληση για την Κοινωνική Υπηρεσία είναι να ανταποκριθεί στην νέα πραγματικότητα όπως διαμορφώνεται από τις κοινωνικές αλλαγές και να συμβάλει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων και των αναγκών των ατόμων που βρίσκονται σε μια κρίσιμη καμπή της ζωής τους εξαιτίας του κλονισμού της υγείας τους. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2002 σελ.101-102)

Δ. Δεοντολογία της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της υγείας

Η Κοινωνική Εργασία ως εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη υιοθετεί ένα ορθολογιστικό σύστημα μεθόδων και τεχνικών που βασίζονται και επηρεάζονται από ένα κώδικα αξιών. Ο κώδικας αξιών της Κοινωνικής Εργασίας απορρέει από τα ανθρωπιστικά και δημοκρατικά ιδεώδη και από τα ανθρώπινα δικαιώματα. Αυτός ο κώδικας αξιών διαμορφώνει τη δεοντολογία του επαγγέλματος, την οποία οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να τηρούν αυστηρά κατά την άσκηση του επαγγέλματος όχι μόνο για την προστασία των εξυπηρετούμενων τους αλλά και για την περιφρούρηση του κύρους του επαγγέλματος. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 72)

Η δεοντολογία βοηθά τους κοινωνικούς λειτουργούς να επιλέξουν την πιο δόκιμη και συμφέρουσα λύση για τα άτομα που εξυπηρετούν, παραμερίζοντας τα προσωπικά πιστεύω και τις προσωπικές επιδιώξεις των επαγγελματιών. Ακόμη, η δεοντολογία διευρύνει την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας από την τεχνική διαδικασία προς μια επαγγελματική στάση που ενδιαφέρεται για κοινωνική δικαιοσύνη, ισότητα, κοινωνική αλλαγή και δημόσια κοινωνική πολιτική. (Ιατρίδης Δ., 1987, σελ.17)

Ο πρώτος διεθνής κώδικας δεοντολογίας ψηφίστηκε στη Γενική Συνέλευση της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Κοινωνικών Λειτουργιών που πραγματοποιήθηκε το 1975, στο Πόρτο Ρίκο. Το 1994, έγινε η τελευταία αναθεώρηση του κώδικα από τη Διεθνή Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργιών (Δ.Ο.Κ.Λ.). (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 77-78) Το κείμενο αποτελείται από δύο κύρια σημεία: α) Τη Διεθνή Διακήρυξη των Δεοντολογικών Αρχών της Κοινωνικής Εργασίας, όπου παρουσιάζονται οι βασικές ιδεολογικές αρχές του επαγγέλματος, καθώς και οι περιπτώσεις κατά τις οποίες προκύπτουν δεοντολογικά διλήμματα και τρόπους για την επίλυσή τους. β) Τους Διεθνείς Δεοντολογικούς Κανόνες για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, όπου διατυπώνονται οι γενικοί κανόνες δεοντολογικής συμπεριφοράς και οι κανόνες βάση των οποίων θα πρέπει να διαμορφώνεται η επαγγελματική σχέση του κοινωνικού λειτουργού με τους

εξυπηρετούμενους, τις υπηρεσίες και τους οργανισμούς στους οποίους προσφέρει τις υπηρεσίες του και με τους συναδέλφους του. (Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών, 1994, σελ.195-201)

Ο κώδικας δεοντολογίας που διατυπώθηκε από τη Δ.Ο.Κ.Λ. αποτέλεσε τη βάση για τους διάφορους κώδικες δεοντολογίας που συνέταξαν οι σύλλογοι των κρατών όπου ασκείται το επάγγελμα της Κοινωνικής Εργασίας. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 72)

Σήμερα, στην Ελλάδα ισχύει ο κώδικας δεοντολογίας που ορίζεται από το Προεδρικό Διάταγμα 23/1992 για την «Άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού» (ΦΕΚ 6/30-1-1992, τ.Α). Στο κεφάλαιο Β', άρθρο 4 του Π.Δ., αναφέρονται οι θεμελιώδης αρχές «της ελευθερίας, της δικαιοσύνης και της πίστης στην αξία της ανθρώπινης ύπαρξης και των δυνατοτήτων της», στις οποίες θα πρέπει να βασίζεται η άσκηση του επαγγέλματος. Στο ίδιο άρθρο, αναφέρεται ότι ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να αναγνωρίζει το δικαίωμα του ανθρώπου να αποφασίζει, για το αν θα δεχθεί τις προσφερόμενες υπηρεσίες ή όχι, για τον τρόπο που θα αντιμετωπιστούν τα προβλήματά του και να συμμετέχει ανάλογα με τις δυνατότητές του στο σχεδιασμό αντιμετώπισης των αναγκών του. Στη συνέχεια του άρθρου, αναφέρεται η υποχρέωση του κοινωνικού λειτουργού να παρέχει τις υπηρεσίες του ισότιμα και χωρίς διακρίσεις, ώστε να συμβάλει τόσο στην κάλυψη των βιολογικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και πολιτιστικών αναγκών των ατόμων, όσο και στην ανάπτυξη και αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους. Το άρθρο κλείνει προτρέποντας τον κοινωνικό λειτουργό να «συμβάλει στην καλλιέργεια, μεταξύ των πολιτών, πνεύματος κοινωνικής ευθύνης και αλληλεγγύης και στην ευαισθητοποίηση και προετοιμασία τους για κοινωνική δράση». (Βλέπε παράρτημα)

Στο Κεφάλαιο Β' του Π.Δ. αναφέρονται επίσης οι υποχρεώσεις του κοινωνικού λειτουργού προς το επάγγελμα (άρθρο 5), τα καθήκοντα προς τους εξυπηρετούμενους (άρθρο 6), οι υποχρεώσεις προς τον φορέα στον οποίο παρέχει τις υπηρεσίες του (άρθρο 7), τα καθήκοντα προς τους

συναδέλφους (άρθρο 8) και τα ασυμβίβαστα προς την εργασία του (άρθρο 9). (Βλέπε παράρτημα)

Το παραπάνω Προεδρικό Διάταγμα αποτελεί το γενικό πλαίσιο που ορίζει η πολιτεία για τα δεοντολογικά ζητήματά που προκύπτουν κατά την άσκηση της Κοινωνικής Εργασίας. Ανάλογα όμως, με τον φορέα που ασκείται το επάγγελμα υπάρχουν και επιπρόσθετες πηγές που αναφέρονται στα δεοντολογικά ζητήματα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται στο χώρο του νοσοκομείου πρέπει να λάβουν υπόψη τους τα άρθρα του Νόμου 2071/1992 για τον «Εκσυγχρονισμό και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας», στα οποία ορίζονται τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς, καθώς και η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Επιπρόσθετα, ο Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όπως διαμορφώνεται με το Π.Δ.544/74, και οι κανονισμοί λειτουργίας Νομικών Προσώπων Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου καθορίζουν το αντικείμενο εργασίας των κοινωνικών λειτουργών που υπηρετούν στους φορείς και τις υπηρεσίες που εποπτεύονται από το Υπουργείο. Συνάμα, οι εργαζόμενοι κοινωνικοί λειτουργοί στα νοσοκομεία της χώρας, όπως και οι υπόλοιποι επαγγελματίες που εργάζονται στις δημόσιες υπηρεσίες, έχουν καθήκον να τηρούν το δημοσιοϋπαλληλικό κώδικα. Τέλος, ειδικά θέματα δεοντολογίας προσδιορίζονται από άλλα επίσημα δημόσια έγγραφα. Για παράδειγμα η εχεμύθεια, δηλαδή το απόρρητο των πληροφοριών που συγκεντρώνουν οι κοινωνικοί λειτουργοί κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σχέσης με τους εξυπηρετούμενους, είναι νομοθετικά κατοχυρωμένη με την επίσημη γνωμοδότηση του Αρείου Πάγου (9/1988) «Περί της εχεμύθειας των Κοινωνικών Λειτουργών». (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 76-77)

Σημαντικό ρόλο στην άσκηση της Κοινωνικής Εργασίας σε νοσοκομειακό πλαίσιο θα πρέπει να κατέχουν τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς όπως αυτά περιγράφονται από το Νόμο 2071/92. Η Κοινωνική Εργασία φέρει μια υποχρέωση από την πολιτεία για το σεβασμό και την προάσπιση των δικαιωμάτων του ατόμου. Σύμφωνα με τη δεοντολογία της Κοινωνικής εργασίας, τα ανθρώπινα δικαιώματα συνδέονται άμεσα με το έργο του

κοινωνικού λειτουργού και θα πρέπει να αποτελούν τη βάση για το σχεδιασμό της οποιαδήποτε παρέμβασης. Ο πολίτης που ασθενεί θα πρέπει να αντιμετωπίζεται χωρίς διακρίσεις, ανεξάρτητα από το πρόβλημα της υγείας του, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και τις πολιτισμικές καταβολές του. Η αντιμετώπισή του θα πρέπει να εγγυάται την εξασφάλιση των δικαιωμάτων του και το σεβασμό στην προσωπικότητα του και στον τρόπο ζωής που έχει επιλέξει. Απώτερος σκοπός της Κοινωνικής Εργασίας είναι να ενθαρρύνει την αυτοδιάθεση του ατόμου και την αύξηση της λειτουργικότητάς του στο μέγιστο βαθμό. Για να αποφευχθεί η εξάρτηση των ασθενών ή η προώθηση προσωπικών συμφερόντων των επαγγελματιών, προϋπόθεση είναι η ειλικρινής και επαρκής πληροφόρηση των ασθενών για τα ζητήματα που τους αφορούν. (Λουμίδη Δ., 1990, σελ.56-59)

Συμφωνα με το Ν. 2071/92 (ΦΕΚ 123/15-7-92), άρθρο 47, τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς είναι τα εξής: 1) Δικαίωμα πρόσβασης στις κατάλληλες για την ασθένειά του, υπηρεσίες του νοσοκομείου. 2) Δικαίωμα παροχής φροντίδας με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Η φροντίδα περιλαμβάνει τις υπηρεσίες των επαγγελματιών υγείας, την κατάλληλη διαμονή και μεταχείριση, καθώς και την αποτελεσματική και διοικητική εξυπηρέτηση. 3) Δικαίωμα να επιλέξει αν θα δεχθεί οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει εξαιτίας διανοητικής ανικανότητας, η άσκηση του δικαιώματος περνάει στο πρόσωπο που ενεργεί κατά νόμο για λογαριασμό του. 4) Δικαίωμα πληροφόρησης σχετικά με την κατάστασή του. Οι πληροφορίες θα πρέπει να αφορούν τις ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους της κατάστασής του, ώστε το άτομο να μπορεί να λάβει αποφάσεις ή να μετέχει στη λήψη των αποφάσεων. 5) Δικαίωμα πληροφόρησης για τις παραμέτρους και τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν από την εφαρμογή ασυνήθιστων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών μπορεί να γίνει μόνο με τη συγκατάθεση του ασθενή. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να

αναιρέσει τη συγκατάθεσή του ανά πάσα στιγμή. Τα παραπάνω ισχύουν και για τη συνεργασία του σε οποιαδήποτε ερευνητική ή εκπαιδευτική δραστηριότητα. 6) Δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής που εξασφαλίζεται με το απόρρητο των πληροφοριών που τον αφορούν. 7) Δικαίωμα σεβασμού και αναγνώρισης των θρησκευτικών και ιδεολογικών αντιλήψεων. 8) Δικαίωμα υποβολής στα αρμόδια όργανα διαμαρτυριών και ενστάσεων και γνώσης για τα αποτελέσματα των ενεργειών. (Βλέπε παράρτημα)

Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς, όπως τα προβλέπει ο νόμος, είναι πολύ κοντά στο πνεύμα και στις αξίες της Κοινωνικής Εργασίας. Η Κοινωνική Εργασία σε νοσοκομειακό πλαίσιο ασκείται βάση των αξιών του σεβασμού στον άνθρωπο, του αυτό-προσδιορισμού του ατόμου, της πίστης στην ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις, να εξελίσσεται και να πετυχαίνει ένα υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας. (Carr J., 1994, σελ.27)

ΕΝΟΤΗΤΑ 2η

A. Αναγκαιότητα ύπαρξης της Κοινωνικής Υπηρεσίας

Όπως αναφέρει η Παπαϊωάννου (1998), η Κοινωνική Υπηρεσία πέρα από το επαγγελματικό της κύρος εκφράζει τη σαφή επιθυμία της οργανωμένης κοινωνίας να διασφαλίσει τα μέλη της με την υιοθέτηση μέτρων πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης – επανένταξης και με την προώθηση της αποδοτικότερης λειτουργικότητάς τους. (Παπαϊωάννου Κ., 1998, σελ.84) Η Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο του νοσοκομείου αντιπροσωπεύει το ενδιαφέρον της πολιτείας για την ολοκληρωμένη βιοψυχοκοινωνική αντιμετώπιση των ατόμων που βρίσκονται σε μια κρίσιμη στιγμή της ζωής τους εξαιτίας της διατάραξης της υγείας τους. (Μουζακίτης Χ., 1996, σελ. 22)

Τα τελευταία χρόνια άρχισε να διαδίδεται στους επιστήμονες που ασχολούνται με την υγεία η αντίληψη ότι η υγεία και η ασθένεια συνδέονται άμεσα όχι μόνο με τους βιολογικούς παράγοντες αλλά και με τους ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν στον οργανισμό του ανθρώπου. Η αντίληψη αυτή στηρίζεται στα νέα επιστημονικά ευρήματα και ήρθε να αντικαταστήσει την μηχανιστική άποψη που θεωρούσε ότι η ασθένεια οφείλεται μόνο σε βιολογικούς παράγοντες. Η νέα ολιστική προσέγγιση της υγείας αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν ψυχοσωματικό σύνολο και όχι σαν απομονωμένο όργανο ή οργανικό σύστημα που πάσχει ανεξάρτητα από την κοινωνική και ψυχολογική του διάσταση. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2003, σελ. 70)

Έχει λοιπόν, αναγνωριστεί η ανάγκη για ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του ασθενή που περιλαμβάνει τις κοινωνικές και συναισθηματικές διαστάσεις της ασθένειας. Η κατάλληλη νοσηλεία και κοινωνική φροντίδα του ασθενή συμβάλει αποτελεσματικά στη θεραπεία και στο ρυθμό ανάρρωσης. Για την επίτευξη της ολιστικής προσέγγισης απαιτείται η συμβολή πολλών ειδικοτήτων με ανάλογη θεωρητική κατάρτιση και εμπειρία. Εκτός από το

ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό εμπλέκονται και άλλες ειδικότητες όπως φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι, επισκέπτες υγείας και κοινωνικοί λειτουργοί. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ. 263)

Πώς όμως συνεισφέρουν οι κοινωνικοί λειτουργοί στο χώρο του νοσοκομείου; Οι κοινωνικοί λειτουργοί μέσω των θεωρητικών γνώσεων, των διαδικασιών παρέμβασης για αλλαγή, της φιλοσοφίας, της αντίληψης για την υγεία που τους προσφέρει η Κοινωνική Εργασία, διαθέτουν τα απαραίτητα στοιχεία για την ικανοποίηση των απαιτήσεων υγείας των σύγχρονων κοινωνιών. (Ιατρίδης Δ., 1989, σελ. 73)

Η Κοινωνική Εργασία στηρίζεται σε επιστημονικά θεωρητικά μοντέλα, μεθόδους παρέμβασης και αξίες που αποσκοπούν στην κοινωνική δικαιοσύνη μεταξύ των κοινωνικών ομάδων και στην ενδυνάμωση των αποδυναμωμένων ατόμων και κοινωνικών ομάδων. Θεωρεί την υγεία ως αναφαίρετο ανθρώπινο δικαίωμα που αποτελεί προϋπόθεση για την ουσιαστική ελευθερία του ατόμου, αποτρέπει την εκμετάλλευση του και επιτρέπει τη συμμετοχή του στις βασικές κοινωνικές λειτουργίες. Γι' αυτό αντιπροσωπεύει πως η υγεία των ατόμων δεν πρέπει να εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα τους. Η Κοινωνική Εργασία αντιμετωπίζει την υγεία σαν βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη της κοινωνίας που επιτυγχάνεται με την ενεργό συμμετοχή όλων των πολιτών. Ακόμα, πρεσβεύει τις απόψεις για ολιστική αντιμετώπιση της ασθένειας που κατορθώνεται με τη διεπιστημονική συνεργασία. (ο.π.)

Όπως αναφέρει ο Ιατρίδης (1989) «ως εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη (και διαδικασία παρέμβασης) η Κοινωνική Εργασία στηρίζεται σε θεωρητικά μοντέλα ανθρώπινης και κοινωνικής συμπεριφοράς και σε τεχνική πρακτικών μεθόδων για την επίλυση κλινικών προβλημάτων ατόμων, οικογενειών και μικρών ομάδων και προβλημάτων κοινωνικού σχεδιασμού κοινοτήτων, οργανώσεων, θεσμών. Ως ένα ενιαίο σύστημα Θεωρίας και Πράξης η Κοινωνική Εργασία καλύπτει με παρεμβάσεις για αλλαγή ολόκληρο το φάσμα φαινομένων που αφορούν την υγεία». Η διαδικασία της Κοινωνικής Εργασίας περιλαμβάνει τα στάδια της διάγνωσης, παρέμβασης

(θεραπείας ή εφαρμογή σχεδίου λύσης) και αξιολόγησης του αποτελέσματος. (ο.π.)

Οι κοινωνικοί λειτουργοί εκπαιδεύονται σε ένα ευρύ φάσμα γνώσεων και δεξιοτήτων που αφορούν την εφαρμογή παρεμβάσεων για αλλαγή συμπεριφοράς, τη χρήση συμβουλευτικών μεθόδων για την ανάπτυξη των ατόμων, την προώθηση της κοινωνικής προσαρμογής τους, τη μεγιστοποίηση των προσωπικών δυνατοτήτων τους, την προαγωγή της ψυχικής υγείας ατόμων και οικογενειών, τη διεξαγωγή κοινωνικής έρευνας, το σχεδιασμό προγραμμάτων, τις παρεμβάσεις στην κοινότητα, την παρέμβαση στο σχεδιασμό κοινωνικής πολιτικής. (Μουζακίτης Χ. 1996, σελ. 25)

Η Κοινωνική Εργασία έχει τη δυνατότητα να διεκδικήσει κεντρικό ρόλο στις υπηρεσίες υγείας και να μην περιοριστεί στο βοηθητικό ρόλο που έως τώρα επιτελεί, τουλάχιστον στον ελληνικό χώρο. Θέση της Κοινωνικής Εργασίας είναι ότι κανένα επάγγελμα υγείας δεν μπορεί μόνο του να έχει όλες τις απαραίτητες γνώσεις και να ικανοποιεί τις πολύπλευρες ανάγκες και τα προβλήματα υγείας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να αξιώσουν την ισότητα των ρόλων με τα επαγγέλματα υγείας μιας και αντιπροσωπεύουν ένα διαφορετικό και εξ' ίσου απαραίτητο ρόλο στη φροντίδα του αρρώστου. (Ιατρίδης Δ., 1989, σελ. 80)

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο είναι πολύπλευρος με σύνθετες δραστηριότητες εφαρμογής κλινικής Κοινωνικής Εργασίας και κοινωνικού σχεδιασμού. Ο κοινωνικός λειτουργός με τις δραστηριότητες της ψυχοκοινωνικής διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης, καθώς και με παρεμβάσεις στα συστήματα που εμπλέκεται το άτομο, στοχεύει στην αλλαγή της ανθρώπινης συμπεριφοράς και στις συνθήκες ζωής, ενώ τα άλλα επαγγέλματα στοχεύουν κυρίως στη νοσηλευτική διεκπεραίωση του ασθενή. (ο.π. σελ.79)

Η δράση της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο είναι σημαντική εξαιτίας της ικανότητας της να προωθεί την υγεία. Τρεις ενέργειες περιγράφουν πως μπορεί να συνεισφέρει σε μια ισότιμη εμπειρία

στην υγεία: 1°) Το νοσοκομειακό πλαίσιο δίνει τη δυνατότητα σε πληθυσμούς που έχουν ήδη βιώσει την ασθένεια και αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα να προσεγγιστούν από τις κοινωνικές υπηρεσίες. 2°) Η Κοινωνική Εργασία στο νοσοκομείο μειώνει τις πιθανότητες για επιδείνωση της ασθένειας. Αυτό επιτυγχάνεται με την προϋπόθεση ότι η επαφή με τους ασθενείς πραγματοποιείται αρκετά νωρίς στη διάρκεια της νοσηλείας τους και διατηρείται όπου χρειάζεται. Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να προσαρμόσουν στην εργασία τους ενέργειες όπως: πρόβλεψη για φροντίδα στο σπίτι, συμβουλές και δράση για οικονομικά ζητήματα, ζητήματα διαχείρισης του σπιτιού, εμπλοκή του ασθενή και των οικείων του στο θεραπευτικό πλάνο και σχεδιασμό των ενεργειών που πρέπει να γίνουν μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, φροντίδα για ιδρυματική περίθαλψη, συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας και μετανοσοκομειακή παρακολούθηση. Οι ενέργειες αυτές οδηγούν στην αύξηση των υλικών και κοινωνικών πηγών των ατόμων που είναι απαραίτητες για να διασφαλίσουν την υγεία και την ευημερία τους. 3°) Η εμπλοκή των κοινωνικών λειτουργών στη θεραπεία του ασθενή είναι δυνατό να μειώσει τις ψυχολογικές συνέπειες της ασθένειας. Η βοήθεια των κοινωνικών λειτουργών σε κοινωνικά ζητήματα που απασχολούν τον ασθενή είναι δυνατό να μειώσει το άγχος που προέρχεται από αυτά. Επιπρόσθετα, το ανθρώπινο ενδιαφέρον που επιδεικνύουν οι κοινωνικοί λειτουργοί καθώς προσφέρουν τις υπηρεσίες τους μπορεί να έχει θετικά ψυχολογικά αποτελέσματα. (McLeod E., 1995, σελ.21-22)

Η αναγκαιότητα της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο νοσοκομείο διαφαίνεται από την ικανότητά της να συμβάλλει στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών σε θέματα ψυχοκοινωνικής πρόληψης και διάγνωσης, σχεδιασμού κοινωνικής πολιτικής και διοίκησης προσανατολισμένης στις ανθρώπινες σχέσεις. Ακόμη, η Κοινωνική Υπηρεσία συνεισφέρει στην αύξηση της περίθαλψης στην κοινότητα με την έμφαση στην παροχή υπηρεσιών πρόληψης και διάγνωσης, φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης, ψυχοκοινωνικής στήριξης, κοινωνικής φροντίδας. Από την άλλη μεριά έχει τη δυνατότητα να

συμβάλλει στη μείωση των δαπανών για την υγεία που οφείλονται στη διόγκωση της παροχής δευτεροβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών. Τέλος, η Κοινωνική Υπηρεσία μπορεί να συντελέσει στην αναβάθμιση των επαγγελματιών υγείας και στην απρόσκοπτη αφοσίωση των ιατρών στην θεραπευτική ιατρική χωρίς την ενασχόληση τους με θέματα ψυχολογικής και κοινωνικής λειτουργικότητας των ατόμων. (Ιατρίδης Δ., 1989, σελ. 73-74)

Β. Η θέση της Κοινωνικής Υπηρεσίας στη Διοικητική Δομή του Νοσοκομείου.

Το νομοθετικό πλαίσιο που αναφέρεται στη θέση της Κοινωνικής Υπηρεσίας στη διοικητική δομή του νοσοκομείου προέβλεπε αρχικά την ένταξή της στη Διοικητική Υπηρεσία και με την ψήφιση του Ν.2889/2001 την ένταξή της στην Ιατρική Υπηρεσία. (Βλέπε κεφάλαιο II, ενότητα 1η)

Παρότι έχει αναγνωρισθεί η ιδιαιτερότητα του έργου της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο νοσοκομείο από εκείνου της Ιατρικής, Νοσηλευτικής και Διοικητικής Υπηρεσίας και η ανάγκη για την αυτοτελή λειτουργία της, το νομοθετικό πλαίσιο δεν προέβλεψε τη δημιουργία αυτόνομης Κοινωνικής Υπηρεσίας με διοικητική εξάρτηση απευθείας από το Διοικητή του νοσοκομείου. Έτσι, δεν τελεσφόρησε η άποψη που διατύπωσαν πολλές φορές οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται στο νοσοκομειακό πλαίσιο για τη δημιουργία ενός ανεξάρτητου Τμήματος στο νοσοκομείο που θα εξασφάλιζε την επιστημονική και οργανωτική ανεξαρτησία τους.

Η διοικητική εξάρτηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας από Υπηρεσίες που δεν έχουν σχέση με το αντικείμενο της Κοινωνικής Εργασίας δεν είναι ένα θέμα τυπικό αλλά ουσιαστικό αφού οι Υπηρεσίες αυτές έχουν την αρμοδιότητα έκδοσης εντολών και ελέγχου. Όπως αναφέρει ο Dreisbach (1973) ο έλεγχος από άτομα που δεν έχουν την ίδια επαγγελματική εκπαίδευση δεν είναι αποδεκτός στους ειδικούς, οι οποίοι αναγνωρίζουν μόνο τη "λειτουργική" εξουσία, αυτή δηλαδή που απορρέει από τη γνώση

του αντικειμένου που εποπτεύουν και όχι από τη θέση που κατέχουν. (Ζωγράφου Α., 1997, σελ.47)

Η εργασία των κοινωνικών λειτουργών που απασχολούνται στο νοσοκομειακό πλαίσιο δεν μπορεί να αξιολογηθεί από τη Διοικητική Υπηρεσία, όπως προέβλεπε ο νόμος, χρησιμοποιώντας γραφειοκρατικά κριτήρια. Και αυτό γιατί η επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας ασχολείται με τον άνθρωπο και απαιτεί από τον κοινωνικό λειτουργό να χρησιμοποιήσει έκτος από τις θεωρητικές του γνώσεις και την προσωπικότητα του. Το κριτήριο επιτυχίας για το διοικητικό υπάλληλο είναι το μέγεθος των εγγράφων που θα διεκπεραιώσει ενώ για τον κοινωνικό λειτουργό είναι η προσωπική χειραφέτηση του εξυπηρετούμενου και όχι ο αριθμός των περιπτώσεων που θα αναλάβει. (ο.π. σελ. 53-54)

Από την άλλη μεριά, ο συντονισμός και ο έλεγχος των δραστηριοτήτων των κοινωνικών λειτουργών δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί από το Δ/ντη της Ιατρικής Υπηρεσίας όπως προβλέπει ο Νόμος 2889/2001. Ο Δ/ντης της Ιατρικής Υπηρεσίας έχει την αρμοδιότητα άσκησης καθηκόντων εποπτείας και ελέγχου της Κοινωνικής Υπηρεσίας εξαιτίας της θέσης που κατέχει στην ιεραρχική διάρθρωση και όχι εξαιτίας των ειδικών γνώσεων που κατέχει στον τομέα που εποπτεύει. Σύμφωνα με τον Dreisbach (1973), οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να δέχονται μόνο τον έλεγχο από πρόσωπα που έχουν την ίδια επαγγελματική κατάρτιση. (ο.π. σελ. 74-75)

Η διοικητική εξάρτηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας από την Ιατρική Υπηρεσία συμβάλλει στην υπονόμηση του ρόλου της και στην εξάρτηση της από το ιατρικό κατεστημένο. Η Κοινωνική Υπηρεσία για να μπορέσει να επιτελέσει το έργο της στο νοσοκομείο θα πρέπει να αποκτήσει ισότητα ρόλων με τους υπόλοιπους επιστήμονες. Αυτό είναι δυνατό να επιτευχθεί με τη δημιουργία αυτόνομης διοικητικά Κοινωνικής Υπηρεσίας στη διοικητική δομή του νοσοκομείου, η οποία θα έχει την ευθύνη της σύνταξης δικού της προϋπολογισμού, θα καθορίζει το έργο των επαγγελματιών, θα ορίζει τις μεθόδους και τεχνικές της Κοινωνικής Εργασίας που θα εφαρμόζονται, θα προωθεί τη διεπαγγελματική συνεργασία, θα συνδέει το νοσοκομείο με την

κοινότητα, θα εκπονεί μελέτες και θα καταρτίζει έρευνες. (Ιατρίδης Δ., 1989, σελ.79)

Σε μια τέτοια μορφή διοίκησης της Κοινωνικής Υπηρεσίας η ευθύνη για τον έλεγχο θα ανήκει στο προϊστάμενο της, ο οποίος θα υπάγεται απευθείας στο Διοικητή του νοσοκομείου. Με τον όρο έλεγχος εννοείται η σύγκριση των αποτελεσμάτων από τις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται με προσδιορισμένα κριτήρια και η λήψη των κατάλληλων μέτρων για την εξάλειψη ή τη διόρθωση των διαπιστωθέντων παρεκκλίσεων. (Λανάρα Β., 2000, σελ. 337) (Σχεδιάγραμμα 2.3)

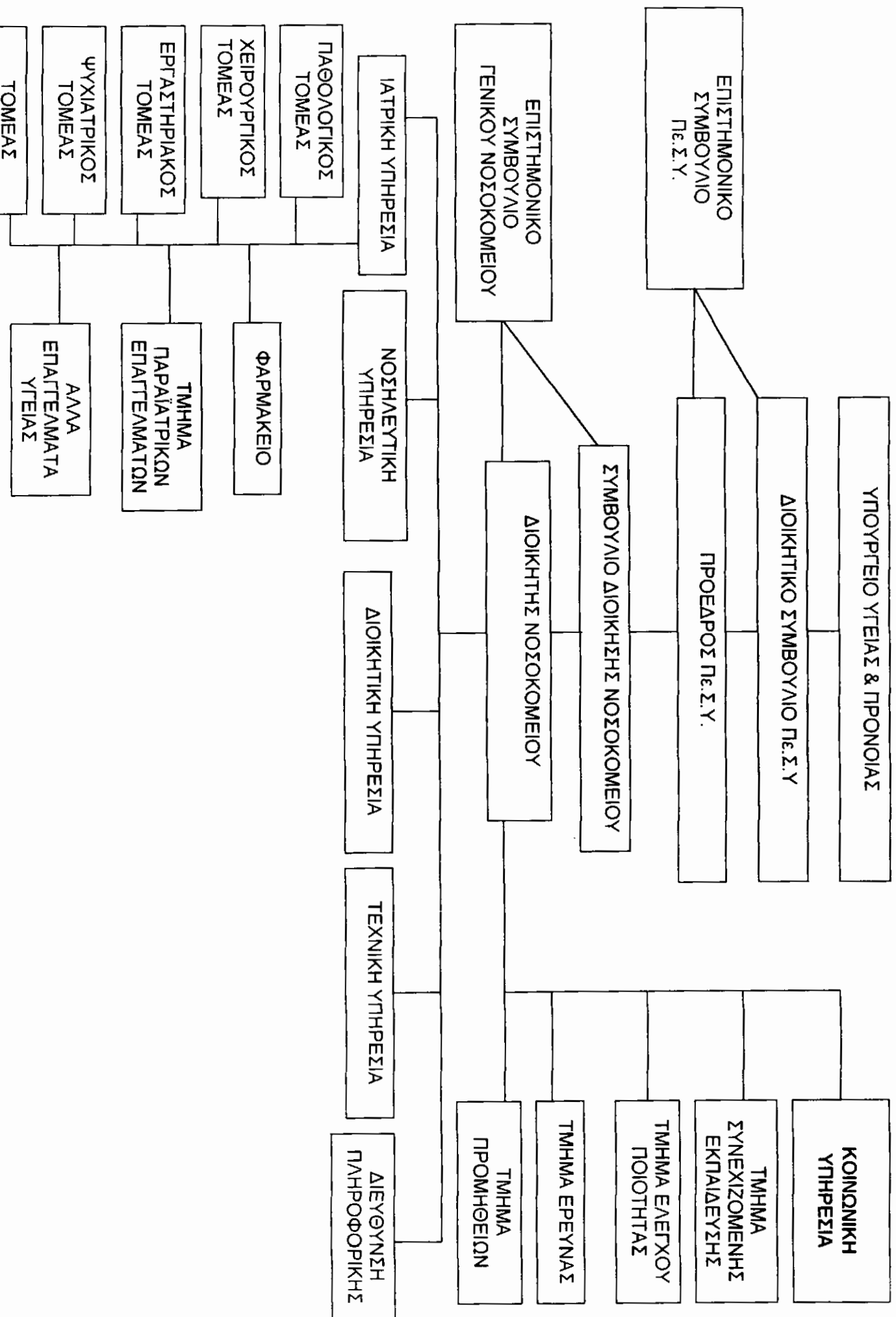
Η Παπαφλέσσα (1985) χρησιμοποιεί ένα ευρύτερο όρο όπου «έλεγχος είναι ο μηχανισμός μέσω του οποίου ανιχνεύονται τα λάθη και διορθώνονται οι αποκλίσεις». Ο έλεγχος της Κοινωνικής Υπηρεσίας θα πρέπει να είναι όχι μόνο εσωτερικός αλλά και εξωτερικός. Στη διαδικασία του ελέγχου της Κοινωνικής Υπηρεσίας εκτός από τη διοικητική πυραμίδα θα πρέπει να συμμετάσχουν και οι εξυπηρετούμενοι για να διαπιστώσουν αν οι παρεχόμενες υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους. Η έγκαιρη διαπίστωση των παρεκκλίσεων μπορεί να οδηγήσει την Κοινωνική Υπηρεσία σε αναπροσαρμογή στις νέες συνθήκες. (Παπαφλέσσα Θ., 1985, σελ.60)

Γ. Σκοπός της Κοινωνικής Υπηρεσίας

Η Διεύθυνση Κοινωνικής Εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με έγγραφό της προς το ΚΕΣΥ, Αρ.Πρωτ. Γ6β/592 το 1984, βασιζόμενη στο άρθρο 3 του Π.Δ. 891/78 «περί του καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των κοινωνικών λειτουργών στο τομέα της υγείας» αναφέρει ότι «ο σκοπός της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας θα πρέπει να είναι η συμβολή: (Βλέπε παράρτημα)

α) Στην πρόληψη συναισθηματικών ή κοινωνικών προβλημάτων, με στόχο τη διασφάλιση και προαγωγή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας του πληθυσμού και (Βλέπε παράρτημα)

ΣΧΗΜΑ 2.3 : ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ



β) Στην πρόληψη και αντιμετώπιση αντίστοιχων προβλημάτων που προκαλούνται από την αρρώστια ή τον άρρωστο ή το περιβάλλον του, με στόχο τη διασφάλιση των προϋποθέσεων, τόσο για τη σωστή διάγνωση της αρρώστιας και τη θεραπεία του αρρώστου, όσο και για την επιτυχή μετά τη θεραπεία, αποκατάσταση της υγείας του και την ομαλή επανένταξή του στο κοινωνικό περιβάλλον.» (Βλέπε παράρτημα)

Στο ίδιο έγγραφο η Διεύθυνση της Κοινωνικής Εργασίας, εξειδικεύει το έργο της νοσοκομειακής Κοινωνικής Υπηρεσίας τονίζοντας ότι «συμβάλλει κυρίως στην πρόληψη και αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων κατά το στάδιο της διάγνωσης της ασθένειας και της θεραπείας του αρρώστου.» (Βλέπε παράρτημα)

Γενικότερα θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι, σκοπός της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι να συμβάλλει στη θεραπεία του ασθενούς, χρησιμοποιώντας τις επιστημονικές μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας.

Προσπαθώντας όμως να εκσυγχρονίσουμε τους στόχους που θέτει η Κοινωνική Υπηρεσία θα πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν, όχι μόνο το μεγάλο εύρος προβλημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει, αλλά και την αλλαγή του συστήματος με βάση το Ν.2889/2001. Με αυτή την έννοια ο σκοπός μπορεί να αναπροσαρμοστεί ως εξής: «Σκοπός του τμήματος της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι να προσφέρει κοινωνικές υπηρεσίες, βάσει της δεοντολογίας και των αρχών της Κοινωνικής Εργασίας, στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής πολιτικής της πολιτείας» και σε κάποιους συγκεκριμένους άξονες. (Πανταζάκας Π, Μέντης Μ, 2002,σελ.100)

Οι άξονες αφορούν την Προληπτική, Επείγουσα και Κλινική Παρέμβαση όπως επίσης την Εξωνοσοκομειακή Παρακολούθηση και τον τομέα Έρευνας και Εκπαίδευσης. (ο.π.)

Σε ότι αφορά την Προληπτική Παρέμβαση, η Κοινωνική Υπηρεσία συμμετέχει στην οργάνωση και διεξαγωγή προγραμμάτων με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητα ζωής των πολιτών και κατά συνέπεια τη μείωση των κοινωνικών παραγόντων που οδηγούν στην εμφάνιση ασθενειών. (ο.π.)

Σε ότι αφορά την Επείγουσα Παρέμβαση, η Κοινωνική Υπηρεσία παρέχει ψυχοκοινωνική στήριξη στους ασθενείς και τις οικογένειές τους, οι οποίοι βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης. (ο.π.)

Στον τομέα της Κλινικής Παρέμβασης σε συνεργασία και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, παρέχει υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης στον ασθενή και ταυτόχρονα σε συνεργασία με την οικογένειά του αντιμετωπίζει τα κοινωνικά προβλήματα που προκλήθηκαν από την ασθένεια. (ο.π.)

Στον τομέα της Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης οι κοινωνικοί λειτουργοί διατηρούν επαφές με τους ασθενείς στα πλαίσια παρακολούθησης στα εξωτερικά ιατρεία ή και κατ' οίκον, εάν οι ασθενείς το επιθυμούν. (ο.π.)

Τέλος σε ότι αφορά τον τομέα Έρευνας και Εκπαίδευσης, η Κοινωνική Υπηρεσία συμμετέχει στην διεξαγωγή ερευνητικών προγραμμάτων σε συνεργασία και με άλλους επαγγελματίες υγείας, εκπονεί προγράμματα κατάρτισης στα πλαίσια της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης και φροντίζει για την εκπαίδευση και πρακτική άσκηση σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας. (ο.π.)

Η παραπάνω διάκριση είναι ιδιαίτερα βοηθητική όχι μόνο για την κατανόηση της παρουσίας και του σκοπού της κοινωνικής υπηρεσίας μέσα στο νοσοκομείο, αλλά και για τον ουσιαστικό προσανατολισμό των κοινωνικών λειτουργών που ασχολούνται με τη νοσοκομειακή Κοινωνική Εργασία και την αύξηση της αποδοτικότητάς τους.

Δ. Διοίκηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας

Η διοίκηση αποτελεί μια βασική δραστηριότητα απαραίτητη σε όλες τις φάσεις ανάπτυξης και λειτουργίας μιας Κοινωνικής Υπηρεσίας. Με τον όρο διοίκηση αναφερόμαστε στην οργάνωση, χρησιμοποίηση και αξιοποίηση της ανθρώπινης δραστηριότητας με σκοπό την επίτευξη ενός έργου. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 150) Είναι η διαδικασία για την υλοποίηση ενός έργου, η μετατροπή μιας ιδέας σε πραγματικότητα με την καλύτερη δυνατή διάθεση των πόρων. Πρόκειται για μια λειτουργία που έχει αφετηρία τον

άνθρωπο, απευθύνεται στον άνθρωπο και η πραγματοποίηση της βασίζεται στον άνθρωπο. Η βασική λειτουργία που επιτελεί η διοίκηση σε μια Κοινωνική Υπηρεσία είναι η εξυπηρέτηση του σκοπού για τον οποίο αυτή έχει δημιουργηθεί. (Παπαφλέσσα Θ., 1985, σελ. 57-59)

Ο Friendländer (1974) αναφέρει ότι, βασικός σκοπός της διοίκησης στις κοινωνικές υπηρεσίες είναι να υλοποιήσει την κοινωνική πολιτική, έτσι όπως αυτή καθορίζεται από την προϊσταμένη αρχή. Οι κοινωνικές υπηρεσίες των νοσοκομείων εμπίπτουν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, το οποίο καθορίζει και την κοινωνική πολιτική που πρέπει εφαρμοστεί. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που απασχολούνται στο νοσοκομειακό πλαίσιο θα πρέπει να ενημερώνουν την αρμόδια αρχή σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εκάστοτε μέτρων και τις επαγγελματικές εμπειρίες στον τομέα της δραστηριότητας τους. Η ενημέρωση θα πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα μέσω εκθέσεων, πορίσματα ερευνών, στατιστικών αποτελεσμάτων, παρατηρήσεων κ.ά. Τα παραπάνω στοιχεία παρέχουν στην προϊσταμένη αρχή τις αναγκαίες πληροφορίες για τη δραστηριότητα των κοινωνικών υπηρεσιών που λειτουργούν στο νοσοκομειακό πλαίσιο και κάνουν δυνατή την αξιολόγηση της εφαρμοζόμενης κοινωνικής πολιτικής. (Ζωγράφου Α., 1997, σελ. 80)

Συχνά όμως, η κοινωνική πολιτική καθορίζεται από την αρμόδια αρχή σε γενικά πλαίσια. Γι' αυτό η διοίκηση αναλαμβάνει τη συνεχή ερμηνεία των κατευθυντηρίων γραμμών που έχουν δοθεί και τον εμπλουτισμό τους, χωρίς όμως να απομακρύνεται από τις προθέσεις και τους στόχους τους. (ο.π. σελ. 81)

Με βάση τον σκοπό διατυπώνεται ο καταστατικός χάρτης της υπηρεσίας (εσωτερικός κανονισμός) που καθορίζει την ταυτότητά της τόσο για το προσωπικό της υπηρεσίας όσο για τον οργανισμό που αυτή ανήκει. (Παπαφλέσσα Θ., 1985, σελ. 58)

Η διοίκηση περιλαμβάνει έννοιες και διαδικασίες όπως: σχεδιασμός, οργάνωση, λειτουργία, διεύθυνση, ηγεσία, στελέχωση, διάρθρωση,

διαχείριση πόρων, υλικοτεχνική υποδομή, συντονισμός και έλεγχος. (ο.π. σελ. 59)

Για την ουσιαστικότερη κατανόηση της διοίκησης της Κοινωνικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου θα αναπτύξουμε τις δραστηριότητές της με βάση τους εξής άξονες α) την οργάνωση και λειτουργία, β) τη διάρθρωση και τη στελέχωση, γ) την ηγεσία και ειδικότερα το ρόλο του Προϊσταμένου, δ) τους χώρους άσκησης της Κοινωνικής Εργασίας, ε) την υλικοτεχνική υποδομή, στ) την τήρηση φακέλων και την αρχειοθέτηση και ζ) το ωράριο, τις εφημερίες, τις άδειες και τις εξωτερικές υπηρεσίες.

Δ.1. Οργάνωση και Λειτουργία

Οι παράγοντες οργάνωση και λειτουργία μιας κοινωνικής υπηρεσίας αποτελούν σημαντικό στοιχείο για την εφαρμογή των μεθόδων της Κοινωνικής Εργασίας, καθώς και για την υλοποίηση του σκοπού που επιτελεί και για τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών της. (Παπαϊωάννου Κ., 1998, σελ. 57)

Σύμφωνα με τον Θεοδωράτο (1988), η οργάνωση περιλαμβάνει την οργάνωση του ανθρώπινου δυναμικού και την οργάνωση των υλικών μέσων. Με την οργάνωση πραγματοποιείται ο συντονισμός ανθρώπων και υλικών μέσων και επιτυγχάνεται η ενεργοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού και η κατάλληλη χρήση των μέσων προς την επίτευξη του σκοπού. Η οργάνωση διαμορφώνει μια δομή ρόλων ανάμεσα στο ανθρώπινο δυναμικό με στόχο τον προσδιορισμό των δραστηριοτήτων και τη βελτίωση της συνεργασίας. (Ζωγράφου Α., 1997, σελ. 12) Έτσι οριοθετείται με σαφήνεια ο ρόλος κάθε επαγγελματία για την υλοποίηση του σκοπού και αποφεύγονται οι παρεμβάσεις και οι συγκρούσεις. Σε περιπτώσεις διαφωνιών την επίλυση τους αναλαμβάνει το πρόσωπο που έχει επιφορτιστεί με καθήκοντα επόπτη- προϊσταμένου. (Παπαϊωάννου Κ., 1998, σελ. 86)

Στις κοινωνικές υπηρεσίες το ανθρώπινο δυναμικό, δηλαδή ο αριθμός του προσωπικού, ο χρόνος που διαθέτει για την εργασία του, οι γνώσεις του, οι τεχνικές του, η πείρα του, η συμπεριφορά του σε σχέση με την εργασία, οι επαγγελματικές του σχέσεις αποτελούν τους βασικούς πόρους και τα μέσα για να πετύχει η κοινωνική υπηρεσία τους στόχους της. (Κουσίδου Τ., 1985, σελ. 86)

Οι κυριότερες έννοιες και αρχές της οργάνωσης είναι: α) Ο καταμερισμός της εργασίας και η εξειδίκευση, β) η τμηματοποίηση του έργου, γ) η εξουσία, δ) η συγκέντρωση-αποκέντρωση των ευθυνών, ε) ο καθορισμός της εποπτείας που ασκεί ένας προϊστάμενος και στ) η διάκριση της εξουσίας σε επιτελική (εξουσία από άτομα που έχουν εξειδικευμένες γνώσεις) και σε διοικητική – εκτελεστική (εξουσία που πηγάζει από τη θέση στην ιεραρχία). (Λανάρα Β., 2000, σελ. 244-249)

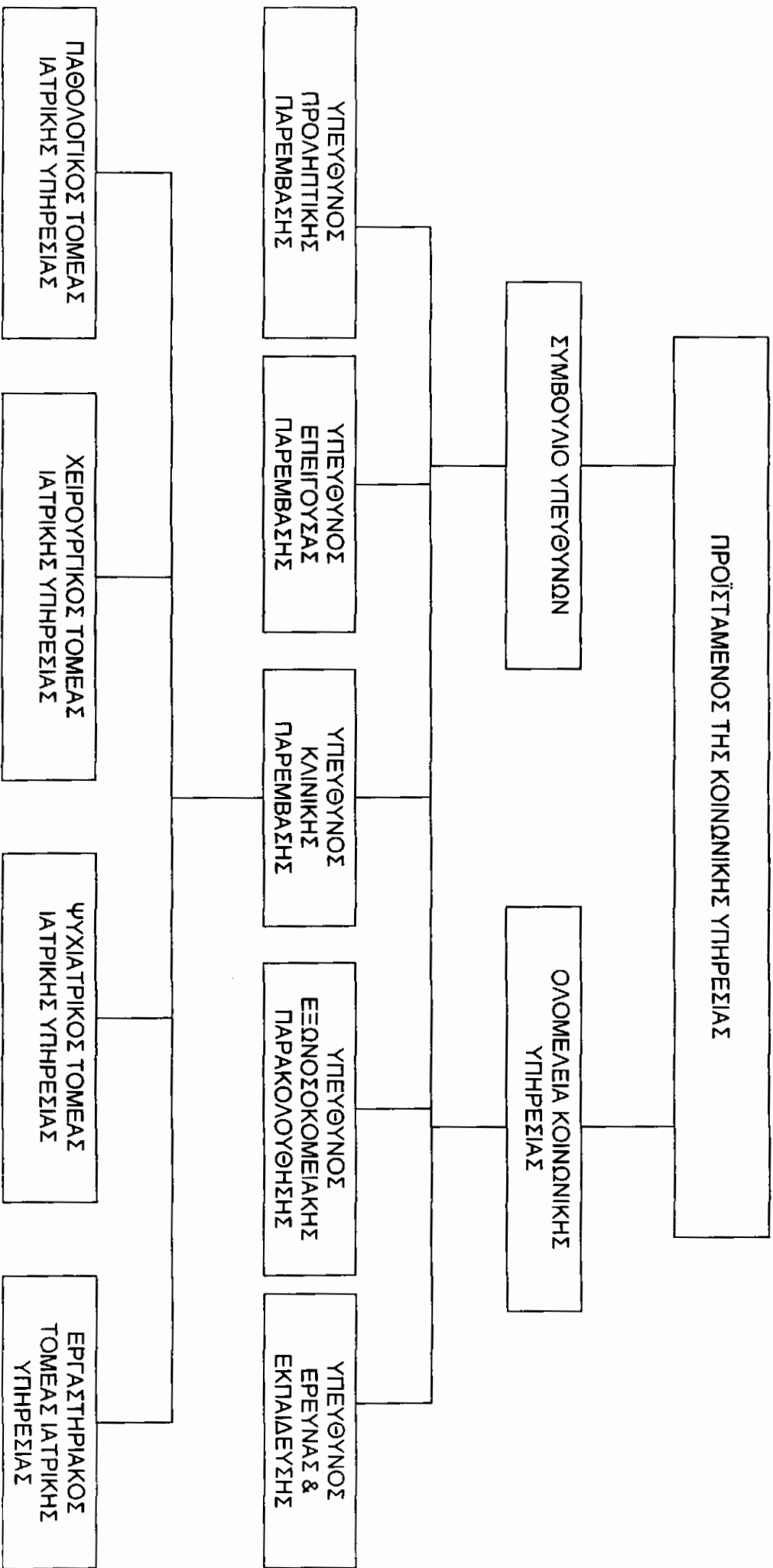
Η οργάνωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας ενός νοσοκομείου μπορεί να πάρει πολλές διαφορετικές μορφές ανάλογα με τον τρόπο που κατανέμεται η εργασία ανάμεσα στους εργαζόμενους (θέση), την ομαδοποίηση των εργαζομένων για την εκτέλεση μιας επιμέρους εργασίας ή ενός επιμέρους σκοπού ή μιας προσφερόμενης υπηρεσίας, του αριθμού των επαγγελματιών που στελεχώνουν την Κοινωνική Υπηρεσία, της συμμετοχής των εργαζομένων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, καθώς και της δυνατότητας που δίνεται στους επαγγελματίες για την ανάληψη πρωτοβουλιών. Παράλληλα, η οργάνωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας διαμορφώνεται ανάλογα με το γραφειοκρατικό τρόπο οργάνωσης που καθορίζει το νομοθετικό πλαίσιο.

Για παράδειγμα, ένας τρόπος οργάνωσης της Κοινωνικής Υπηρεσίας σε νοσοκομειακό πλαίσιο προτείνεται από τους Πανταζάκα Π., Μέντη Μ. (2002). Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η οργάνωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας στηρίζεται σε τρία όργανα: α) τον Προϊστάμενο ο οποίος έχει τη διοικητική και επιστημονική ευθύνη για τη λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας, β) το Συμβούλιο Υπευθύνων Τομέων της Κοινωνικής Υπηρεσίας το οποίο αποτελείται από τον Προϊστάμενο, τον αναπληρωτή Προϊστάμενο

που επιφορτίζεται με την ευθύνη για τη λειτουργία του Κλινικού Τομέα και με τους Υπεύθυνους των Τομέων Προληπτικής Παρέμβασης, Επείγουσας Παρέμβασης, Εξωνοσοκομειακής Παρακολούθησης και τον Υπεύθυνο για θέματα Έρευνας και Εκπαίδευσης, καθώς και γ) την Ολομέλεια της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Το Συμβούλιο Υπευθύνων Τομέων συνεδριάζει δυο φορές το μήνα για την επισήμανση των προβλημάτων και για τον προγραμματισμό των δραστηριοτήτων. Η Ολομέλεια της Κοινωνικής Υπηρεσίας συνέρχεται μια φορά το μήνα με σκοπό την επισήμανση προβλημάτων και του τρόπου αντιμετώπισης τους, την παρουσίαση περιστατικών που έχουν αναλάβει οι επαγγελματίες, την παρουσίαση θεμάτων που αφορούν την εργασία των κοινωνικών λειτουργών (π.χ. Νομοθεσία) και την υλοποίηση του προγραμματισμού των δραστηριοτήτων. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2002, σελ. 105-107)

Σύμφωνα με αυτό τον τρόπο οργάνωσης της Κοινωνικής Υπηρεσίας οι κοινωνικοί λειτουργοί κατανέμονται στους Τομείς: α) Προληπτικής Παρέμβασης όπου συνεργάζονται με άλλες ειδικότητες για την εκπόνηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, β) Επείγουσας Παρέμβασης όπου στόχος είναι η αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης και η ψυχοκοινωνική στήριξη των συνοδών του ασθενή, γ) Κλινικής Παρέμβασης όπου οι κοινωνικοί λειτουργοί κατανέμονται στον Παθολογικό, Χειρουργικό, Ψυχιατρικό και Εργαστηριακό Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας με σκοπό την παροχή κοινωνικής στήριξης των ασθενών και του περιβάλλοντος τους, δ) Εξωνοσοκομειακής Παρακολούθησης για τη συνέχεια της παρέμβασης μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, ε) Έρευνας και Εκπαίδευσης όπου πραγματοποιούνται κοινωνικές έρευνες και προγράμματα εκπαίδευσης σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας και προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης. Και εδώ υπογραμμίζεται από τους συγγραφείς η αναγκαιότητα για επαρκής στελέχωσης της Κοινωνικής Υπηρεσίας ώστε να πραγματοποιηθεί αυτή η μορφή οργάνωσης. (ο.π.) (Σχεδιάγραμμα 2.4)

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.4 : ΟΡΓΑΝΩΣΗ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



Όπως παρατηρούμε και στο παραπάνω παράδειγμα, η οργανωτική διάρθρωση των Κοινωνικών Υπηρεσιών είναι κάθετη αρχίζοντας με τη μονάδα θέση. Η κάθε θέση έχει να εκτελέσει συγκεκριμένες αρμοδιότητες. Στις θέσεις και όχι στα άτομα παραχωρούνται οι ευθύνες. Το νομοθετικό πλαίσιο καθορίζει τον τρόπο οργάνωσης των θέσεων σε μια δημόσια υπηρεσία και οι οργανισμοί (π.χ. νοσοκομείο) καθορίζουν τον αριθμό των θέσεων που πρέπει να έχει μια υπηρεσία. (Παπαφλέσσα Θ., 1985, σελ. 58)

Δ.2. Διάρθρωση και στελέχωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας.

Η σημαντικότητα της σύνθεσης, διάρθρωσης και στελέχωσης της Κοινωνικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου έγκειται στην προσπάθεια επίτευξης της καλύτερης δυνατής λειτουργίας της και στην πληρέστερη κάλυψη των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους. Μ' αυτό το σκεπτικό συμεριζόμαστε τις απόψεις της Διεύθυνσης Κοινωνικής Εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας Αρ.Πρωτ. Γ6β/592/1984 (βλέπε παράρτημα), ότι για τη σύνθεση και διάρθρωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν:

α) Οι επιδιώξεις και οι στόχοι των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, σε συσχετισμό με το ρόλο της Κοινωνικής Υπηρεσίας για την πραγμάτωσή τους. (Βλέπε παράρτημα)

β) Το είδος και το μέγεθος των αναγκών που πρόκειται να καλύψουν οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης στον τομέα της «κοινωνικής φροντίδας». (Βλέπε παράρτημα)

Δ.2.1. Σύνθεση του προσωπικού

Σε ότι αφορά τη σύνθεση του προσωπικού, η άσκηση του κοινωνικού έργου θα πρέπει να αποτελεί αντικείμενο δραστηριότητας αποκλειστικά κοινωνικών λειτουργών, που έχουν αποκτήσει άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

Σύμφωνα με την Παπαφλέσσα Θ. (1985) το προσωπικό, μιας υπηρεσίας ή οργάνωσης, διακρίνεται σε “γραμμής” ή διοικητικό, “επιτελείου” ή επαγγελματικό και σε βοηθητικό. (Παπαφλέσσα Θ., 1985, σελ. 58) Στην Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου το προσωπικό “επιτελείου” είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί και το βοηθητικό προσωπικό είναι διοικητικοί υπάλληλοι (π.χ. γραμματέας, τηλεφωνητής).

Η προώθηση του απαιτούμενου διοικητικού έργου θα πρέπει να αποτελεί αντικείμενο δραστηριότητας της Γραμματείας της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Η ύπαρξη Γραμματείας και η στελέχωσή της με εξειδικευμένο προσωπικό παρόλο που προτείνεται ήδη από το 1984 δεν έχει ακόμα εφαρμοσθεί. Πρέπει να τονιστεί όμως η σημαντικότητα της παρουσίας της, καθώς θα μειώσει το μεγάλο φόρτο εργασίας των κοινωνικών λειτουργών και θα διευκολύνει ιδιαίτερα το έργο της Κοινωνικής Εργασίας.

Το διοικητικό προσωπικό της Κοινωνικής Υπηρεσίας θα πρέπει να είναι ενημερωμένο για τους στόχους, τη δεοντολογία της Κοινωνικής Εργασίας και για τον τρόπο αντιμετώπισης των εξυπηρετούμενων. Έτσι επιτυγχάνεται η κατανόηση και η ανοχή του προσωπικού αυτού απέναντι στην Κοινωνική Εργασία και στα άτομα με τα οποία αυτή εργάζεται. (Ζωγράφου Α., 1997, σελ. 78-79)

Δ.2.2. Στελέχωση

Στοχεύοντας στην καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση των ασθενών και των οικογενειών τους και στη μέγιστη λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας, θα μπορούσαμε να προτείνουμε την αλόγιστη πρόσληψη κοινωνικών λειτουργών. Μία τέτοια πρόταση όμως θα ήταν ανέφικτη, γιατί όχι μόνο θα επιβάρυνε το κόστος λειτουργίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας αλλά δεν θα εξυπηρετούσε και τους ίδιους τους σκοπούς της. Κι' αυτό για δύο λόγους:

α) Η Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο του νοσοκομείου αποτελεί δευτερογενή οργάνωση, εφόσον η Κοινωνική Εργασία αποτελεί μέρος των δραστηριοτήτων μιας οργάνωσης με διαφορετικό προσανατολισμό, δηλαδή

του νοσοκομείου. (Ζωγράφου Α., 1997, σελ.30) Κατά συνέπεια η πρόσληψη μεγάλου αριθμού κοινωνικών λειτουργών, θα οδηγούσε στη δυσλειτουργία του όλου συστήματος, το οποίο λόγω των αναγκών που πρέπει να καλύψει, θα πρέπει να απαρτίζεται κατά κύριο λόγο από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

β) Χρησιμοποιώντας το νόμο της φθίνουσας ή μη ανάλογης απόδοσης, που ισχύει στην παραγωγική διαδικασία, θα εξηγήσουμε πως μπορεί να μειωθεί η απόδοση της Κοινωνικής Υπηρεσίας με την πρόσληψη μεγάλου αριθμού κοινωνικών λειτουργών. Ο νόμος της φθίνουσας ή μη ανάλογης απόδοσης αναφέρει ότι, ίσες διαδοχικές αυξήσεις στην ποσότητα ενός παραγωγικού συντελεστή, όταν οι ποσότητες των άλλων συντελεστών, που χρησιμοποιούνται στην παραγωγή του αγαθού, παραμένουν σταθερές, έχουν ως αποτέλεσμα ότι το μέγεθος των αντίστοιχων αυξήσεων που επέρχονται στο αγαθό που παράγεται, πέρα από ένα ορισμένο σημείο αρχίζει να μειώνεται. (Λιανός Θ., Χρήστου Γ., 1995, σελ.93)

Στη δική μας εφαρμογή αυτό σημαίνει ότι, διαδοχικές αυξήσεις στην ποσότητα των κοινωνικών λειτουργών, εφόσον ο χώρος της Κοινωνικής Υπηρεσίας και ο αριθμός των ασθενών, (ως συντελεστές παραγωγής) παραμένουν σταθεροί, θα έχουν ως αποτέλεσμα από ένα σημείο και μετά, την μείωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Έτσι λοιπόν καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως η πρόσληψη ενός μεγάλου αριθμού κοινωνικών λειτουργών δεν αποτελεί συμφέρουσα λύση για την Κοινωνική Υπηρεσία.

Κάνοντας μία μικρή ιστορική αναδρομή στις απόψεις για τον αριθμό των κοινωνικών λειτουργών που πρέπει να στελεχώνουν την Κοινωνική Υπηρεσία, το 1984, σύμφωνα με την Διεύθυνση Κοινωνικής Εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας Αρ.Πρωτ. Γ6β/592, αναλογούσε 1 κοινωνικός λειτουργός ανά 75 κρεβάτια στα Γενικά Νοσοκομεία με «φθίνουσα» αναλογία όταν οι νοσοκομειακές μονάδες είχαν περισσότερα από 150 κρεβάτια. (Βλέπε παράρτημα) Σήμερα, σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα, ορίζεται στα Γενικά Νοσοκομεία, 1 κοινωνικός λειτουργός ανά 50 κλίνες και 1 κοινωνικός λειτουργός για κάθε Ειδική Μονάδα Νοσοκομείου

(π.χ. Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Μονάδα Αποκατάστασης, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού κ.τ.λ.). Επίσης εν όψει της αναδιοργάνωσης των Τ.Ε.Π. και της δημιουργίας αυτοτελών Τμημάτων Επειγόντων στα Γενικά Νοσοκομεία, κρίνεται απαραίτητη η αύξηση των οργανικών θέσεων των κοινωνικών λειτουργών για την ψυχοκοινωνική παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης, ανάλογα με τη γεωγραφική εμβέλεια και τον αριθμό των κλινών του εκάστοτε νοσοκομείου. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2002, σελ.109)

Χωρίς να αμφισβητούμε αυτά που ορίζουν τα διεθνή δεδομένα, μία συγκεκριμένη αναλογία (δηλαδή 1:50) πολλές φορές μπορεί να μην είναι αρκετή για να εφαρμοσθεί σ' ένα οποιοδήποτε Γενικό Νοσοκομείο, καθώς δεν λαμβάνει υπ' όψιν τις διαφορετικές ανάγκες που μπορεί να υπάρχουν.

Οι Krell και Rosenberg μετά από μία σειρά ερευνών σε Αμερικάνικα Νοσοκομεία, δημιούργησαν ένα τύπο τον οποίο αποκαλούν «χρήσιμο οδηγό για στελέχωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών που απευθύνονται στους ασθενείς». Η βασική τους αξίωση είναι ότι ο απαιτούμενος αριθμός των κοινωνικών λειτουργών θα πρέπει να είναι συνάρτηση του αριθμού των ασθενών που βρίσκονται στο νοσοκομείο, των αναγκών των ασθενών και της έκτασης των υπηρεσιών Κοινωνικής Εργασίας που παρέχονται. (Tibbitt J., Connor A., 1989, σελ. 83)

Ο τύπος που δημιούργησαν είναι ο ακόλουθος:

$$\text{Αριθμός των κρεβατιών} \times \% \text{ των ασθενών που} \\ \text{Προσωπικό που απαιτείται} = \underline{\text{χρειάζονται τις υπηρεσίες της Κοιν. Εργασίας}} \\ \text{Ο φόρτος εργασίας σε αναλογία με} \\ \text{τις λειτουργίες που διεκπεραιώνονται.}$$

(ο.π)

Για να συντηρήσουν τον παραπάνω τύπο, εξασφάλισαν μία λίστα από 19 ενδεχόμενες λειτουργίες της Κοινωνικής Εργασίας για τους νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς και από την έρευνά τους εξήγαγαν τρεις αναλογίες

προσωπικού προς τους ασθενείς (1 κοινωνικό λειτουργό προς 35 ασθενείς, 1 κοινωνικό λειτουργό προς 25 ασθενείς, 1 κοινωνικό λειτουργό προς 15 ασθενείς) που εξαρτάται από τον αριθμό των κοινωνικών λειτουργών που στελεχώνουν την Υπηρεσία. Η δίκαιη κατανομή μεταξύ διαφορετικών θέσεων εργασίας (ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό) μπορεί να επιτευχθεί εάν η πραγματική στελέχωση σε κάθε τομέα εργασίας είναι σε σταθερή αναλογία προς το προσωπικό της κοινωνικής υπηρεσίας και αυτό προβλέπεται στη βάση του παραπάνω μοντέλου.(ο.π.)

Ο παραπάνω τρόπος εύρεσης της απαιτούμενης στελέχωσης της κοινωνικής υπηρεσίας, αλλά και άλλες παρόμοιες προσεγγίσεις, δίνουν έμφαση στις ειδικές συνθήκες που επικρατούν σε διαφορετικά νοσοκομεία και ανοίγουν νέους ορίζοντες στη σωστή ποιοτικά και ποσοτικά στελέχωση των κοινωνικών υπηρεσιών.

Δ.2.3. Διάρθρωση

Σε ότι αφορά τη διάρθρωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας, ένα σχήμα που μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της υπηρεσίας είναι το ακόλουθο:

α) Προϊστάμενος Κοινωνικής Υπηρεσίας: Στη θέση αυτή θα πρέπει να βρίσκεται ένα κοινωνικός λειτουργός με πείρα στον τομέα και ανάλογες γνώσεις "Διοίκησης" Κοινωνικών Υπηρεσιών και διεπαγγελματικής συνεργασίας. Θα έχει την ευθύνη της εύρυθμης λειτουργίας της υπηρεσίας, του συντονισμού των δράσεων των κοινωνικών λειτουργών και της εκπροσώπησης της υπηρεσίας όταν απαιτείται. Παρακάτω γίνεται εκτενής αναφορά για τα προσόντα και τα καθήκοντα του προϊσταμένου.

β) Επόπτης : Τη θέση αυτή θα πρέπει να καταλαμβάνει ένας κοινωνικός λειτουργός με εμπειρία στον τομέα της επαγγελματικής εποπτείας. Σύμφωνα με τον Ζωγράφου τα τελευταία χρόνια στη Γερμανία, προσλαμβάνονται «σύμβουλοι κοινωνικοί λειτουργοί» ή «επόπτες» που δεν έχουν καμία υπηρεσιακή αρμοδιότητα και κατά συνέπεια δεν εξαρτώνται από τον

προϊστάμενο της εκάστοτε υπηρεσίας. Αρμοδιότητές τους είναι να επηρεάσουν θετικά την εργασία των κοινωνικών λειτουργών, να μεσολαβήσουν στις περιπτώσεις συγκρούσεων και ειδικά στην περίπτωση του νοσοκομείου να ενισχύσουν την εξωτερίκευση των σκέψεων και των συναισθημάτων των κοινωνικών λειτουργών. (Ζωγράφου Α., 1997, σελ. 94)

γ) Κοινωνικοί Λειτουργοί: Οι κοινωνικοί λειτουργοί που στελεχώνουν την Κοινωνική Υπηρεσία υπάγονται στον προϊστάμενο κοινωνικό λειτουργό. Η κατανομή των κοινωνικών λειτουργών εξαρτάται από τις ειδικές μονάδες θεραπείας του εκάστοτε νοσοκομείου. Λαμβάνοντας υπ' όψιν τις ειδικές ανάγκες που υφίστανται τα τμήματα του νοσοκομείου, οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να απασχολούνται σε κάθε μονάδα θεραπείας (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Κλινικό Τομέα, Μονάδα Αποκατάστασης) ή άλλους τομείς που υφίστανται, με σκοπό την ποιοτική κάλυψη των αναγκών. Επιπρόσθετα οι κοινωνικοί λειτουργοί αναλαμβάνουν την εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση ασθενών, κατανέμονται σε ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα, εντάσσονται σε επιστημονικές ομάδες ενημέρωσης για την προαγωγή υγείας, οργανώνουν και πραγματοποιούν ομάδες στήριξης.

Το έργο των κοινωνικών λειτουργών είναι συμβουλευτικό, θεραπευτικό, ερευνητικό και εκπαιδευτικό και για την επίτευξη των στόχων τους συνεργάζονται με όλους τους επαγγελματίες υγείας και το διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου.

Δ.3. Προϊστάμενος της Κοινωνικής Υπηρεσίας

Οι Κοινωνικές Υπηρεσίες σύμφωνα με τον Friendländer (1974), λειτουργούν με το ίδιο σύστημα διοίκησης που ισχύει και σε κάθε άλλη μορφή διοίκησης, π.χ. διοίκηση επιχειρήσεων, με τη διαφορά ότι σκοπός των Κοινωνικών Υπηρεσιών είναι η αντιμετώπιση προσωπικών προβλημάτων. (Ζωγράφου Α., 1997, σελ. 78)

Σε κάθε μορφή διοίκησης είτε αυτή λαμβάνει χώρα σε μια επιχείρηση, είτε σε μια οργάνωση ή κοινωνική υπηρεσία, υπάρχουν τα πρόσωπα που

ασκούν την εξουσία (π.χ. μάνατζερ, διευθυντής, προϊστάμενος). Η εξουσία σε αυτά τα πρόσωπα κατοχυρώνεται νομικά και τυπικά. Με τον όρο εξουσία εννοείται η δύναμη που παραχωρείται σε κάποιον για να παίρνει αποφάσεις που καθορίζουν τις ενέργειες και τις πράξεις άλλων ατόμων. Η άσκηση εξουσίας αποσκοπεί στο συντονισμό των ενεργειών μια ομάδας και την υποταγή του ατομικού στο γενικό συμφέρον. (Παπαφλέσσα Θ., 1985, σελ. 58) Η εξουσία ενός ατόμου μπορεί να προέρχεται από τη θέση (διοικητική εξουσία) αλλά μπορεί να προέρχεται και από τη γνώση (επαγγελματική εξουσία) και από την προσωπικότητα (ηγετικά προσόντα). Η ιδανική εξουσία ασκείται από το πρόσωπο που συγκεντρώνει και τα τρία αυτά στοιχεία. (Παπαθεοφίλου Ε., 1985, σελ. 79)

Ο προϊστάμενος μιας Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι μέλος της ομάδας του προσωπικού, που προσλήφθηκε ή πήρε προαγωγή σε αυτή τη θέση. Βρίσκεται στην ψηλότερη θέση στη διάρθρωση της υπηρεσίας και αποτελεί το σύνδεσμο της με τους υπόλοιπους διοικητικά υπεύθυνους και με την οργάνωση που ανήκει η υπηρεσία. Αποτελεί το συνδετικό κρίκο ανάμεσα στα κοινωνικά προβλήματα, στους κοινωνικούς λειτουργούς, στις υπηρεσίες και τα προγράμματα που αυτοί προσφέρουν με τη διοίκηση και το υπόλοιπο προσωπικό του οργανισμού στον οποίο αναπτύσσει τις δραστηριότητες της Κοινωνικής Υπηρεσίας. (ο.π. σελ. 72-73)

Το νομοθετικό πλαίσιο για τη λειτουργία των Κοινωνικών Υπηρεσιών σε νοσηλευτικά ιδρύματα προβλέπει την ύπαρξη Προϊσταμένου Κοινωνικής Υπηρεσίας, ο οποίος επιφορτίζεται με την ευθύνη για τη διοικητική και επιστημονική αξιολόγηση των κοινωνικών λειτουργών. Για την αποδοτικότερη διοίκηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου ο Προϊστάμενος πρέπει να διαθέτει ορισμένα προσόντα και να έχουν καθοριστεί σαφώς οι αρμοδιότητες του.

Ο Friendländer (1974) αναφέρει ότι, ο προϊστάμενος της Κοινωνικής Υπηρεσίας απαιτείται να έχει ανάλογη επαγγελματική εκπαίδευση και εμπειρία στους διάφορους τομείς δράσης της Κοινωνικής Εργασίας. Πρέπει να κατανοεί τις διαδικασίες αλληλεπίδρασης που λαμβάνουν χώρα ανάμεσα

στον κοινωνικό λειτουργό και τον εξυπηρετούμενο κατά την εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας με άτομο και της Κοινωνικής Εργασίας με ομάδα. Ο συγγραφέας συμπληρώνει ότι: «χωρίς βασικές γνώσεις της θεωρίας και των μεθόδων της Κοινωνικής Εργασίας, κανένας διευθυντής δεν έχει την αναγκαία αντίληψη, φαντασία και επαγγελματική ικανότητα, για να μπορέσει να διευθύνει μια οργάνωση που έχει σαν στόχο να βοηθήσει τους ανθρώπους είτε σαν άτομα, είτε σαν ομάδα είτε σαν κοινότητα». (Ζωγράφου Α., 1997, σελ. 78-79)

Ο Προϊστάμενος της Κοινωνικής Υπηρεσίας που δραστηριοποιείται στο χώρο του νοσοκομείου απαιτείται να έχει πολύπλευρες ικανότητες σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης κοινωνικών υπηρεσιών, ηγετικά προσόντα, ευρύτητα σκέψης για να επιτελέσει τα σύνθετα καθήκοντα με τα οποία επιφορτίζεται η θέση του.

Ο κοινωνικός λειτουργός που προϊσταται της Κοινωνικής Υπηρεσίας νοσοκομείου θα πρέπει να διαθέτει εκτός από τα προσόντα που αναφέρθηκαν παραπάνω, εξειδικευμένες γνώσεις και εμπειρία για το χώρο της υγείας (π.χ. ψυχοκοινωνικής στήριξης ασθενών) και για το ρόλο που πρέπει να επιτελέσει η Κοινωνική Εργασία στο νοσοκομειακό πλαίσιο. Απαραίτητο είναι να γνωρίζει το νομοθετικό πλαίσιο που αφορά τη συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας - Πρόνοιας και ειδικότερα την οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και των Κοινωνικών Υπηρεσιών που εντάσσονται σε αυτά. Ο Προϊστάμενος θα πρέπει να γνωρίζει τους σκοπούς του ΕΣΥ, να ταυτίζεται μαζί τους και να ενεργοποιείται για την επίτευξή τους. Επίσης να γνωρίζει πολύ καλά τους στόχους, την πολιτική, τη δομή, τις διαδικασίες, τον τρόπο λειτουργίας, την ιεραρχία, τα κανάλια επικοινωνίας του νοσοκομείου μέρος του οποίου είναι η Κοινωνική Υπηρεσία. Ακόμη, θα πρέπει να είναι γνώστης του σκοπού που υπηρετεί η Κοινωνική Υπηρεσία στο νοσοκομείο και πως αυτός ο σκοπός δένεται με την προσφορά ολοκληρωμένων υπηρεσιών στον πολίτη. (Παπαθεοφίλου Ε., 1985, σελ. 75,77,82)

Ο Προϊστάμενος της Κοινωνικής Υπηρεσίας θα πρέπει να γνωρίζει το τμήμα του, το προσωπικό που το αποτελεί και τα υλικά μέσα που αυτό διαθέτει. Είναι σημαντικό να μπορεί να αξιοποιεί τους πόρους που διαθέτει το τμήμα για την απόδοση των καλύτερων αποτελεσμάτων. Για να κατορθώσει την ενεργοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού της Υπηρεσίας πρέπει να διαθέτει την ικανότητα να αναγνωρίζει τα προσόντα του κάθε επαγγελματία, τα προσωπικά του κίνητρα, τις επιθυμίες του και να του παραχωρεί αρμοδιότητες που του αρμόζουν. Για την επιτυχία του παραπάνω στόχου απαραίτητη είναι η δημιουργία φιλικής ατμόσφαιρας στην Υπηρεσία και η διατήρηση καλών σχέσεων μεταξύ των μελών του προσωπικού. Σημαντική είναι και η ικανότητα χειρισμού των συγκρούσεων που προκύπτουν από τη συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών μεταξύ τους και από τη συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες του νοσοκομείου. (ο.π., σελ. 77-78)

Το πρόσωπο που εκπροσωπεί την Κοινωνική Υπηρεσία στο νοσοκομείο, σε άλλες οργανώσεις και φορείς, καθώς και στην κοινότητα θα πρέπει να έχει δεξιότητα στην επικοινωνία και στις δημόσιες σχέσεις. Θα πρέπει να είναι ικανός να δημιουργεί συμμάχους εντός και εκτός του νοσοκομείου, οι οποίοι θα βοηθήσουν στην προώθηση των στόχων της Υπηρεσίας. (ο.π., σελ. 83-84)

Ακόμη, ο Προϊστάμενος πρέπει να έχει γνώση της περιοχής που βρίσκεται το νοσοκομείο, των πληθυσμιακών ομάδων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του, των αναγκών και των προβλημάτων τους, των κοινωνικών υπηρεσιών και οργανώσεων που δραστηριοποιούνται στη συγκεκριμένη κοινότητα, των προγραμμάτων που εφαρμόζονται. (ο.π., σελ. 81)

Τα καθήκοντα του Προϊσταμένου της Κοινωνικής Υπηρεσίας μπορούν να περιγραφούν ως εξής:

1) Είναι υπεύθυνος για την εύρυθμη λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας. (Πανταζάκας Π., Μέντης, 2002, σελ. 104)

2) Συντονίζει και προγραμματίζει την εργασία των κοινωνικών λειτουργών. Αναθέτει στους επαγγελματίες συγκεκριμένα έργα σε διάφορους τομείς, τμήματα και προγράμματα του νοσοκομείου εκτιμώντας τις ανάγκες που υπάρχουν σε σχέση με τις δυνατότητες της Υπηρεσίας. Εκτιμά και εγκρίνει την ανάγκη εργασίας των κοινωνικών λειτουργών εκτός του νοσοκομείου. (ο.π.)

3) Ελέγχει και αξιολογεί τα αποτελέσματα της εργασίας των κοινωνικών λειτουργών. (Παπαθεοφίλου Ε., 1985, σελ. 73)

4) Ερμηνεύει τα στοιχεία που μεταφέρονται από την εργασία των κοινωνικών λειτουργών για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην άσκηση των καθηκόντων τους, τα προβλήματα των εξυπηρετούμενων, τις ελλείψεις που υπάρχουν στις παρεχόμενες υπηρεσίες. (ο.π. σελ. 76)

5) Είναι υπεύθυνος για τη συγκέντρωση ερευνητικών στοιχείων, για την ερμηνεία τους και για την κοινοποίηση των αποτελεσμάτων στους επαγγελματίες του νοσοκομείου και στην κοινότητα. (ο.π. σελ.83)

6) Προτείνει αλλαγές σε προγράμματα και υπηρεσίες για την πληρέστερη κάλυψη των αναγκών των εξυπηρετούμενων. (ο.π.)

7) Φροντίζει ώστε οι κοινωνικοί λειτουργοί να βελτιώνουν την απόδοσή τους με την αύξηση των γνώσεων τους. Μεριμνά για την συνεχιζόμενη επιμόρφωση των επαγγελματιών. (Παπαφλέσσα Θ., 1985, σελ. 68)

8) Συντονίζει τη δημιουργία προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης για κοινωνικούς λειτουργούς και για επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων. (Παπαθεοφίλου Ε., 1985, σελ. 83)

9) Στηρίζει τον κοινωνικό λειτουργό και τον βοήθα να ξεπεράσει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει από την ενασχόληση του με ανθρώπους που αντιμετωπίζουν σύνθετα προβλήματα (σωματικής υγείας, οικονομικά, οικογενειακά, κοινωνικά) και τον προσανατολίζει στην εξεύρεση εναλλακτικών λύσεων. (ο.π. σελ. 81)

10) Συντελεί στην απόκτηση επαγγελματικής ταυτότητας του κοινωνικού λειτουργού, με την εφαρμογή της δεοντολογίας και την αφομοίωση του επαγγελματικού του ρόλου. (Παπαφλέσσα Θ., 1985, σελ. 67)

11) Συγκαλεί τις συνεδριάσεις του προσωπικού που αποτελούν ένα τυπικό και άτυπο μέσο επικοινωνίας και ευκαιρία για ενημέρωση, ανταλλαγή απόψεων, αλλαγές, συντονισμό, ενότητα, αξιολόγηση και λήψη αποφάσεων. Η συμμετοχή του προσωπικού στη λήψη αποφάσεων παρότι χρονοβόρα εξασφαλίζει σωστότερες αποφάσεις και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. (Παπαθεοφίλου Ε., 1985, σελ. 78-79)

12) Προσφέρει τις γνώσεις του για τις πηγές της κοινότητας. (Παπαφλέσσα Θ., 1985, σελ. 67)

13) Εκπροσωπεί την Κοινωνική Υπηρεσία στις υπηρεσιακές συσκέψεις του νοσοκομείου ή του Π.Ε.Σ.Υ.Π. και ως εισηγητής στο Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου ή του Π.Ε.Σ.Υ.Π. για θέματα που άπτονται του τομέα του. Ο Προϊστάμενος είναι αρμόδιος για την εκπροσώπηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας και του έργου της στην κοινότητα. (Πανταζάκας Π., Μέντης, 2002, σελ. 104)

14) Καθήκον του είναι να παίρνει μέρος στις αποφάσεις που παίρνονται από το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου ή του Π.Ε.Σ.Υ. σε ότι αφορά τα ζητήματα της Κοινωνικής Υπηρεσίας. (Παπαφλέσσα Θ., 1985, σελ. 68)

15) Γνωρίζει τα οικονομικά περιθώρια του τμήματος και εισηγείται τον τρόπο χειρισμού τους. (Παπαθεοφίλου Ε., 1985, σελ. 81)

16) Είναι υπεύθυνος για τη γραφειοκρατική οργάνωση της Υπηρεσίας και για την τήρηση της. Υπογράφει όλα τα έγγραφα που εξέρχονται από την Κοινωνική Υπηρεσία. (Πανταζάκας Π., Μέντης, 2002, σελ. 105)

17) Συντάσσει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων. (ο.π.)

18) Διενεργεί τη τοποθέτηση σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας για την πρακτική άσκηση ή την άσκηση στο επάγγελμα και εποπτεύει την εκπαίδευσή τους. (ο.π.)

19) Ασκεί καθήκοντα κοινωνικού λειτουργού στο βαθμό που του το επιτρέπουν τα άλλα καθήκοντά του ως Προϊσταμένου της Κοινωνικής Υπηρεσίας. (ο.π.)

Δ.4. Χώροι άσκησης της Κοινωνικής Εργασίας

Η Κοινωνική Εργασία χαρακτηρίζεται από ευελιξία αναφορικά με τους χώρους όπου πραγματοποιείται η άσκησή της. Η εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών τους επιτρέπει να εκπληρώνουν πολύπλευρους ρόλους που δύσκολα αναλαμβάνονται από άλλες ειδικότητες και αυτό γιατί η Κοινωνική Εργασία δεν έχει γραφειοκρατικό χαρακτήρα αλλά ενεργητικό και παρεμβατικό. (Μουζακίτης Χ., 1996, σελ. 26)

Οι παρεμβάσεις της Κοινωνικής Εργασίας πραγματοποιούνται: Α) Στο χώρο του νοσοκομείου. Η Κοινωνική Εργασία ασκείται στα γραφεία της Κοινωνικής Υπηρεσίας και στις κλινικές όλων των Τομέων της Ιατρικής Υπηρεσίας με την προϋπόθεση παραχώρησης γραφείου στους κοινωνικούς λειτουργούς για την προστασία του απορρήτου. Β) Στο φυσικό περιβάλλον του ασθενή με τις κατ' οίκον επισκέψεις ή τις επισκέψεις στο εργασιακό ή εκπαιδευτικό περιβάλλον του ασθενή. Γ) Σε υπηρεσίες ή οργανώσεις στην κοινότητα όπου ο κοινωνικός λειτουργός προσφέρει βοήθεια για την διευθέτηση προβλημάτων, διευκόλυνση επικοινωνίας, διεκπεραίωση γραφειοκρατικών προβλημάτων που αφορούν τον ασθενή ή την οικογένειά του. Δ) Σε φορείς της κοινότητας (Δήμους, Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση κ.λ.π.) στα πλαίσια συνεργασίας για τη διεξαγωγή προγραμμάτων αγωγής υγείας, ερευνών ή άλλων δραστηριοτήτων. (Πανταζάκας Π., Μέντης, 2002, σελ. 105)

Δ.5. Υλικοτεχνική Υποδομή

Το 1996 η Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, ο Σύλλογος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος και η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας πραγματοποίησαν μία έρευνα με θέμα «Κοινωνική Εργασία στην Ελλάδα. Στάσεις και Αντιλήψεις των Κοινωνικών Λειτουργών». Η έρευνα απευθυνόταν σε επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς και τα αποτελέσματά της παρουσιάστηκαν στο Πανελλήνιο Συνέδριο «Κοινωνικές

Υπηρεσίες και Κοινωνική Εργασία στην Υγεία και την Πρόνοια». Σε ερώτημα της έρευνας για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί στο χώρο εργασίας, το 27,9% αναφέρθηκε στην καταλληλότητα του χώρου, το 14,7% στα υλικά μέσα, 17,6% στα τεχνολογικά μέσα και το 39,7% στο οργανωτικό-θεσμικό πλαίσιο. (Μουζακίτης Χ., Δράκου Ι., Δεδούση Α., 1996, σελ.95,213)

Στο ίδιο συνέδριο ο Μουζακίτης αναφερόμενος στα σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι Κοινωνικές Υπηρεσίες χαρακτηριστικά αναφέρει: «η έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής δεν επιτρέπει στους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς να ασκούν με συνέπεια και ευθύνη το έργο τους, απέναντι σ' αυτούς που εξυπηρετούν. Περιπτώ να πω ότι ο κτιριακός όγκος των νοσοκομείων τις περισσότερες φορές είναι απατηλός όσον αφορά τις διευκολύνσεις που παρέχουν στην Κοινωνική Υπηρεσία» (Μουζακίτης Χ., 1996, σελ.27)

Δυσάρεστη λοιπόν διαπίστωση, των όσων προαναφέρθηκαν, είναι η έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής και προσβασιμότητας στις περισσότερες Κοινωνικές Υπηρεσίες των νοσοκομείων. Συνήθης αιτία αυτής της κατάστασης είναι η έλλειψη οικονομικών πόρων που οφείλεται στη φειδωλή οικονομική πολιτική του νοσοκομείου. Η διοίκηση του νοσοκομείου, στοχεύοντας στη σωστή διαχείριση των οικονομικών περιορίζεται πολλές φορές στη χρηματοδότηση των εντελώς απαραίτητων, με συνέπεια τη μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών και την παρεμπόδιση του έργου της Κοινωνικής Εργασίας.

Ως ποιότητα ορίζουμε το σύνολο των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή υπηρεσίας, που αναφέρονται στη δυνατότητα να ικανοποιούν μία εκφρασμένη ή συναγόμενη ανάγκη του πελάτη. (Ζευγαρίδης Σ., Σταματιάδης Γ., 1997, Σελ.472)

Οι κοινωνικοί λειτουργοί, ως εκπρόσωποι της Κοινωνικής Υπηρεσίας και της Κοινωνικής Εργασίας θα πρέπει να απαιτούν από τη διοίκηση, την εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν. Ως εκπρόσωποι της Κοινωνικής Υπηρεσίας, έχουν την ευθύνη για την εικόνα της και

οφείλουν να είναι απόλυτα συνεπείς στις απαιτήσεις των εξυπηρετούμενων, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Ως εκπρόσωποι της Κοινωνικής Εργασίας, εξασφαλίζοντας την ποιότητα στο χώρο της εργασίας τους πετυχαίνουν :

- α) Την ικανοποίηση από το/ και στο χώρο εργασίας τους.
- β) Την αποδοχή από τον πελάτη.
- γ) Την απαλλαγή από τον εκνευρισμό και την ένταση.
- δ) Την εργασιακή ασφάλεια.

(ο.π., σελ. 471)

Για την εξασφάλιση λοιπόν της ποιότητα του χώρου εργασίας και των υπηρεσιών που παρέχονται απαιτούνται:

1. Γραφεία για όλους τους κοινωνικούς λειτουργούς. Η ιδιαίτερη εργασία των στελεχών της Κοινωνικής Εργασίας (συνεντεύξεις, εποπτεία, κ.τ.λ.) δεν είναι εφικτή, σε ένα χώρο όπου συναθροίζονται πολλά άτομα και ταυτόχρονα έρχεται σε αντίθεση με τη δεοντολογία του επαγγέλματος. Τα γραφεία θα πρέπει να βρίσκονται σε κεντρικό, εμφανές σημείο του νοσοκομείου, ώστε να διευκολύνεται η πρόσβαση σε όσους χρειάζονται τη βοήθεια των κοινωνικών λειτουργών και να είναι εξασφαλισμένη η πρόσβαση για άτομα με κινητικά προβλήματα. Βασικό στοιχείο είναι και η ύπαρξη χώρου αναμονής έξω από τα γραφεία της Κοινωνικής Υπηρεσίας. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2002, σελ.110)

2. Εξοπλισμός για τα γραφεία της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Για τη διευκόλυνση του έργου της Κοινωνικής Εργασίας απαιτούνται:

α) Ύπαρξη τηλεφώνων στα γραφεία όλων των κοινωνικών λειτουργών. Για την καλή λειτουργία θα μπορούσαμε να προτείνουμε εξωτερική γραμμή και εσωτερική σύνδεση τηλεφώνου για όλους τους κοινωνικούς λειτουργούς.

(ο.π.)

β) Η απαραίτητη γραφική ύλη για τη διεκπεραίωση των εγγράφων της υπηρεσίας. (ο.π)

γ) Ηλεκτρονικοί Υπολογιστές για την πιο ασφαλή και εύχρηστη αρχειοθέτηση των περιπτώσεων. Η σύνδεση στο διαδίκτυο αν και δευτερεύουσας σημασίας, θεωρείται πλέον απαραίτητη για τη συνεχή

επιμόρφωση του προσωπικού αλλά και την επικοινωνία με τις άλλες υπηρεσίες. (ο.π.)

δ) Συσκευή τηλεομοιοτυπίας (Fax), με σκοπό να διαβιβάζονται έγκαιρα, απαραίτητα δικαιολογητικά στους ανάλογους φορείς και να προστατεύεται κατά το δυνατόν το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων του ασθενή. (ο.π.)

ε) Διακοσμητικά αντικείμενα (φυτά, πίνακες κ.α.) που θα βοηθήσουν στη δημιουργία ενός άνετου και ευχάριστου περιβάλλοντος, τόσο για τους εργαζόμενους όσο και για τους ανθρώπους που την επισκέπτονται.

3. Ειδική αίθουσα συνέντευξης με μονόδρομο καθρέφτη, η οποία θα χρησιμοποιείται για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, στα πλαίσια εκπαίδευσης σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας αλλά και ψυχιάτρων ή ψυχολόγων. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2002, σελ.110)

4. Βομβητές για όλους τους κοινωνικούς λειτουργούς που θα διευκολύνει τον εντοπισμό και την ειδοποίησή τους σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης.

Η Υπηρεσία είναι σχεδιασμένη για τους χρήστες αυτής. Η λειτουργικότητα του χώρου και των συστημάτων που χρησιμοποιούνται, αποτελούν μέσα διευκόλυνσης για τους κοινωνικούς λειτουργούς, που τελικό στόχο όμως έχουν τη σωστή και ποιοτική αντιμετώπιση των ασθενών. Αυτή είναι και η βασική υπόθεση στην οποία θα πρέπει να στηρίζονται οι κοινωνικοί λειτουργοί για να εξοπλίσουν σωστά μία Κοινωνική Υπηρεσία.

Δ.6. Τήρηση φακέλων – Αρχαιοθέτηση

Ο φάκελος των εξυπηρετούμενων αποτελείται από τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από το κοινωνικό ιστορικό του ασθενούς. Το κοινωνικό ιστορικό του ασθενούς είναι η συστηματική ταξινόμηση των πληροφοριών που δίνει ο εξυπηρετούμενος σχετικά με το πρόβλημα, τα αίτια, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του, τις ενδοοικογενειακές σχέσεις κ.ά. 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. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 169-171) Επειδή το κοινωνικό ιστορικό περιέχει απόρρητες προσωπικές πληροφορίες για τους εξυπηρετούμενους θα πρέπει να συμπληρώνεται με υπευθυνότητα και η αρχειοθέτησή του να διασφαλίζει το απόρρητο των πληροφοριών. (Ζωγράφου Α., 1997, σελ. 55)

Η καταγραφή, η κωδικοποίηση και η επεξεργασία των πληροφοριών από τους φακέλους των εξυπηρετούμενων βοηθά στη διεξαγωγή ερευνητικών αποτελεσμάτων για τα χαρακτηριστικά των ατόμων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας και οι οποίοι χρήζουν την παρέμβαση κοινωνικού λειτουργού. Επίσης, περιγράφει τα συνήθη αιτήματα που προκαλούν την παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού και το βαθμό ανταπόκρισης του σε αυτά. Ακόμη εκτιμώνται οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που συντείνουν στην εμφάνιση ενός προβλήματος υγείας και οι ανάγκες για τη δημιουργία ή επέκταση προγραμμάτων για την αντιμετώπισή τους. Τα ερευνητικά αυτά δεδομένα κάνουν δυνατή τη συνολική παρουσίαση του έργου της Κοινωνικής Υπηρεσίας, την αξιολόγηση των παρεμβάσεων της, καθώς και την αξιοποίησή τους από τους φορείς που ασχολούνται με την υγεία του πληθυσμού. Για τη συγκέντρωση πληροφοριών θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα έντυπο κατάλληλο για τη εξαγωγή ερευνητικών συμπερασμάτων. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2003, σελ. 78)

Η συστηματική αρχειοθέτηση των εγγράφων, των πληροφοριών και των φακέλων των εξυπηρετούμενων εξασφαλίζει σαφή, ακριβή και ευπρόσιτα στοιχεία για το συντελούμενο από την Κοινωνική Υπηρεσία έργο. Θα πρέπει να εισαχθούν σύγχρονοι τρόποι και μέθοδοι για την αρχειοθέτηση και την κωδικοποίηση των στοιχείων που συγκεντρώνονται στην Κοινωνική Υπηρεσία.

Δ.7. Ωράριο – Εφημερίες – Άδειες – Εξωτερικές Υπηρεσίες

Η Κοινωνική Υπηρεσία Γενικού Νοσοκομείου πρέπει να προσαρμόζει και να εναρμονίζει τη λειτουργία της με τις συνθήκες που επικρατούν στο περιβάλλον που αναπτύσσει τις δραστηριότητες της. Γι' αυτό θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα ευέλικτη αναφορικά με το ζήτημα του ωραρίου εργασίας του προσωπικού της. Είναι κατανοητό ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί που απασχολούνται στο συγκεκριμένο πλαίσιο επειδή πρέπει να καλύψουν έκτακτες ανάγκες δεν μπορούν να περιοριστούν στο ωράριο που λειτουργούν οι δημόσιες υπηρεσίες.

Σημαντικό είναι να καθιερωθεί σε αυτές τις Κοινωνικές Υπηρεσίες καθεστώς εφημεριών σε μέρες γενικής εφημερίας τον νοσοκομείου ώστε να καλυφθούν οι έκτακτες ανάγκες. Παράγοντας για την εφαρμογή των εφημεριών είναι η επαρκής στελέχωση του προσωπικού της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Οι εφημερίες διενεργούνται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου, στο χώρο δηλαδή που προσέρχονται οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της γενικής εφημερίας και όπου εκδηλώνονται πιο έντονα καταστάσεις κρίσης. Οι εφημερίες διακρίνονται σε ενεργείς, αυξημένης ετοιμότητας και ετοιμότητας. Ενεργείς ονομάζονται οι εφημερίες όπου ο κοινωνικός λειτουργός βρίσκεται στο χώρο του νοσοκομείου στις ημέρες γενικής εφημερίας. Αυξημένης ετοιμότητας ορίζονται εκείνες οι εφημερίες που δεν προϋποθέτουν κατ' ανάγκη τη φυσική παρουσία του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο και αφορούν τις ώρες μετά τη 10^η βραδινή μέχρι την ολοκλήρωση της γενικής εφημερίας του νοσοκομείου. Ετοιμότητας ονομάζονται οι εφημερίες που διενεργούνται κατά τις ημέρες μη γενικής εφημερίας και προϋποθέτουν την ετοιμότητα του κοινωνικού λειτουργού από το σπίτι, εφ' όσον προκύψει ανάγκη και ύστερα από τηλεφωνική κλήση. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., σελ. 110-111, 2002)

Εκτός από τις εφημερίες στη διάρκεια των γενικών εφημεριών πρέπει να αξιολογηθεί και η ανάγκη για απογευματινή εργασία των κοινωνικών λειτουργών.

Πολλές φορές απαιτείται από τους κοινωνικούς λειτουργούς η εργασία εκτός νοσοκομείου στα πλαίσια της εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης και της συνεργασίας με φορείς της κοινότητας. (ο.π.)

Στις άδειες (αναρρωτικές, εκπαιδευτικές κ.ά.) εφαρμόζεται ότι ισχύει και για τους υπόλοιπους υπαλλήλους του νοσοκομείου, εκτιμώντας πάντα τις ανάγκες της Υπηρεσίας. (ο.π.)

Για να πραγματοποιηθεί αυτό το ευέλικτο σχήμα ωραρίου υπεύθυνος για το σχεδιασμό και την εφαρμογή του είναι ο Προϊστάμενος της Κοινωνικής Υπηρεσίας.

Ε. Αποδοτικότητα της Κοινωνικής Υπηρεσίας

Η αποδοτικότητα της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι ένα θέμα που προβληματίζει ιδιαίτερα τους νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς, τη διοίκηση του εκάστοτε νοσοκομείου, αλλά και τους φορείς που χαράζουν την κοινωνική πολιτική. Βέβαια, ο καθένας προσεγγίζει αυτό το θέμα από τη δική του πλευρά. Αυτό που ενδιαφέρει την επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας είναι το κατά πόσο οι κοινωνικοί λειτουργοί που απασχολούνται στον τομέα του νοσοκομείου, εκπληρώνουν τους στόχους τους οποίους θέτουν και κατά πόσο τελικά είναι ικανοποιητική η βοήθεια που παρέχεται στους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η μη εκπλήρωση των παραπάνω στόχων μπορεί να οφείλεται στην κακή στελέχωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας ή στην ελλιπή παροχή οικονομικών πόρων για την ουσιαστική κάλυψη των αναγκών της, πράγματα για τα οποία ευθύνεται η κοινωνική πολιτική του κράτους ή η διοίκηση του νοσοκομείου και στα οποία έχουμε αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο. Μπορεί όμως και να οφείλεται στην ελλιπή εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών ή στην κακή οργάνωση της υπηρεσίας. Για τα τελευταία ευθύνονται ξεκάθαρα οι κοινωνικοί λειτουργοί που στελεχώνουν την υπηρεσία. Γι' αυτόν το λόγο, θα αναφερθούμε στην εποπτεία και στον έλεγχο-αξιολόγηση του έργου της Κοινωνικής Υπηρεσίας, εργαλεία που θα πρέπει να χρησιμοποιούνται από

κάθε υπηρεσία με σκοπό την αποφυγή λαθών και τη μέγιστη παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

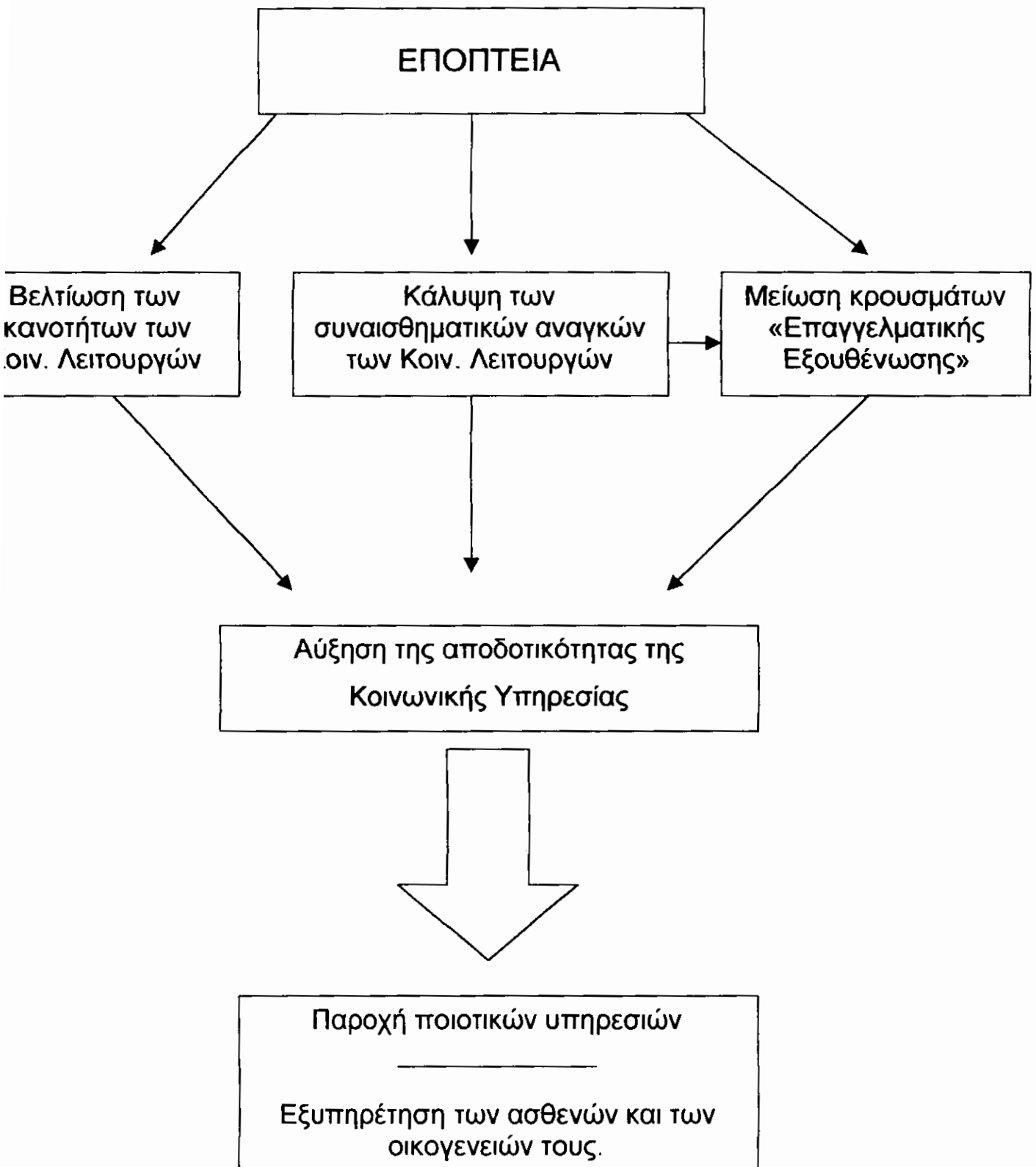
Ε.1. Εποπτεία

Ως εποπτεία στην Κοινωνική Εργασία ορίζεται μία δυναμική διαδικασία που κάνει το άτομο ικανό να αποδώσει, μία διαδικασία με την οποία ο επόπτης βοηθά τον κοινωνικό λειτουργό να ασκήσει την εργασία κατά περίπτωση ή με ομάδες, μέσα στα πλαίσια και τις επιδιώξεις της Υπηρεσίας. Η εποπτεία είναι μία εργασία διπλής κατεύθυνσης και απαιτεί ανάμεσα στον επόπτη και τον εποπτευόμενο μία σχέση εργασίας, βασισμένη σε αμοιβαία εμπιστοσύνη, σεβασμό και εκτίμηση. Η διαδικασία αυτή συνεπάγεται εκπαίδευση, καθοδήγηση, παροχή συμβουλών, συναισθηματική αποφόρτιση, τόνωση. Η εποπτεία είναι μία σχέση που αλλάζει και το επίκεντρό της μετατίθεται ανάλογα με την επαγγελματική ανάπτυξη του κοινωνικού λειτουργού και του επόπτη, καθώς και με τις αυξανόμενες ικανότητες και τα επεκτεινόμενα καθήκοντα του εποπτευόμενου. (Kelley M., 1965, σελ. 6)

Η αναγκαιότητα ύπαρξης ουσιαστικής και καλά οργανωμένης εποπτείας εκφράζεται όχι μόνο με τις αυξανόμενες ανάγκες των κοινωνικών λειτουργών που ζητούν κάλυψη, αλλά και με την κοινωνική απαίτηση για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

Οι στόχοι της εποπτείας είναι φανερά αλληλένδετοι. (Σχεδιάγραμμα 2.5) Η εποπτεία στοχεύει άμεσα στην κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των κοινωνικών λειτουργών, στη βελτίωση των ικανοτήτων τους και στη μείωση των κρουσμάτων της «επαγγελματικής εξουθένωσης». (Μουζακίτης Χ., 1996, σελ. 25) Η εκπλήρωση των άμεσων αυτών στόχων οδηγεί στην αύξηση της αποδοτικότητας της Κοινωνικής Υπηρεσίας και κατά συνέπεια στην εξυπηρέτηση των ασθενών και των οικογενειών τους. Η αύξηση της αποδοτικότητας και η ουσιαστική εξυπηρέτηση των ασθενών αποτελούν τους έμμεσους ή μακροπρόθεσμους στόχους της εποπτείας. (Kelley M., 1965, σελ.7)

Σχεδιάγραμμα 2.5 : Στόχοι της Εποπτείας



Με σκοπό η εργασία του επόπτη να είναι όσο το δυνατόν πιο αντικειμενική, υποστηρίζουμε την άποψη ότι οι επόπτες θα πρέπει να προσλαμβάνονται ως εξωτερικοί συνεργάτες, χωρίς καμία υπηρεσιακή αρμοδιότητα. Αυτή είναι και η στάση της Γερμανίας τα τελευταία χρόνια. (Ζωγράφου Α., 1997, σελ.94)

Το έργο του επόπτη είναι ιδιαίτερα δύσκολο και τη θέση αυτή θα πρέπει να καταλαμβάνει ένας κοινωνικός λειτουργός με εμπειρία πάνω στον τομέα της επαγγελματικής εποπτείας. Το έργο του επόπτη περιγράφεται ως εξής:

- Ο επόπτης φροντίζει ώστε ο κοινωνικός λειτουργός να βελτιώνει την απόδοσή του. Αυτό επιτυγχάνεται με την αύξηση των γνώσεων και με τη διευκόλυνση του εποπτευόμενου να ξεπεράσει δυσκολίες στην επαγγελματική του σχέση και στην εφαρμογή των μεθόδων και τεχνικών. Ο επόπτης ξεχωρίζει τις περιοχές όπου δυσκολεύεται ο κοινωνικός λειτουργός και τον ενθαρρύνει στις περιοχές όπου αποδίδει. (Παπαφλέσσα Θ., 1985, σελ. 68)
- Ο επόπτης πρέπει να βοηθάει τον κοινωνικό λειτουργό να πειραματίζεται, να δοκιμάζει τη δική του σκέψη, να αναπτύσσεται επαγγελματικά. Έτσι, στηρίζεται η επαγγελματική του ασφάλεια. Κάθε εργαζόμενος όταν σιγουρεύεται ποιος είναι και τι μπορεί να κάνει, αισθάνεται ένα άλλο είδος ασφάλειας από εκείνη που του δίνει η μισθολογική και βαθμολογική προαγωγή, λόγω ετών υπηρεσίας. (ο.π., σελ. 67)
- Ο επόπτης έχει την ευθύνη να στηρίζει το ηθικό του εργαζόμενου. Να τον βοηθήσει να ξεπεράσει τις απογοητεύσεις που είναι συνυφασμένες με μία δουλειά που αγγίζει τόσα προβλήματα δύσκολα και καμιά φορά άλυτα. (ο.π.)
- Ο επόπτης συμπαρίσταται στον κοινωνικό λειτουργό στα καθημερινά του προβλήματα. Τον βοηθά να καταλάβει ότι πολλά από τα αίτια των προβληματικών καταστάσεων που αντιμετωπίζει στη δουλειά του μπορεί να μην οφείλονται στον ίδιο, αλλά σε

κοινωνικοπολιτικούς παράγοντες, τονώνοντας έτσι το ηθικό του. (Ζωγράφου Α., 1997, σελ.94)

- Σε περιπτώσεις συγκρούσεων μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και προϊσταμένου, ο επόπτης αναλαμβάνει το ρόλο του «μεσολαβητή». (ο.π.)
- Ο επόπτης μπορεί να συνεργασθεί με τον προϊστάμενο για την επίλυση των συγκρούσεων. Είναι καθήκον του επόπτη επίσης να τον πείσει ότι η συμμετοχή των κοινωνικών λειτουργών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων μπορεί να συμβάλει όχι μόνο στην εξάλειψη των παρεξηγήσεων, αλλά και στην ταύτιση των κοινωνικών λειτουργών με τους στόχους που επιδιώκει η υπηρεσία και κατά συνέπεια στην ποιοτική αναβάθμιση του έργου. (ο.π., 94-95)

Σύμφωνα με τον Steinberg (1989), η βοήθεια που παρέχει ο επόπτης δεν στηρίζεται στην άποψη ότι ο κοινωνικός λειτουργός είναι «προβληματικός» και χρειάζεται ψυχοθεραπεία. Αντίθετα, θεωρεί τον επαγγελματία ικανό και υπεύθυνο στο ρόλο του και συνεργάζεται μαζί του για την κατανόηση της κατάστασης που τον δυσκολεύει και την αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισής της. (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1999, σελ. 258)

Στην εφαρμογή του έργου του, ο επόπτης χρησιμοποιεί την κατανόηση της ανθρώπινης προσωπικότητας, των φιλοδοξιών και των κινήτρων της και την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο μαθαίνουν και αναπτύσσονται τα άτομα. Αναγνωρίζει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί, όπως και οι άλλοι άνθρωποι, χρειάζονται συμπαράσταση για να αντιμετωπίζουν την πραγματικότητα στη ζωή. Αναγνωρίζει τι ακριβώς μπορεί να κάνει καλύτερα ο κάθε επαγγελματίας και τον βοηθά ώστε να αναπτύξει αυτή του τη δεξιότητα. (Kelley M., 1965, σελ.3)

Δυστυχώς, η σημερινή κατάσταση των Κοινωνικών Υπηρεσιών των Νοσοκομείων στην Ελλάδα, αποδεικνύει ότι η εποπτεία δεν θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική ή υπερκαλύπτεται από άλλες ανάγκες. Επίσης, συχνά ακούγεται και η άποψη ότι η εποπτεία αποτελεί μία διαδικασία εκπαίδευσης

που θα πρέπει να εφαρμόζεται μόνο στους εκπαιδευόμενους κοινωνικούς λειτουργούς. Μία πολύ καλή απάντηση σε αυτή τη στάση έδωσε στο Συνέδριο «Κοινωνικές Υπηρεσίες και Κοινωνική Εργασία στην Υγεία και την Πρόνοια» ο Μουζακίτης λέγοντας: «Ο σωστός, ο ικανός επαγγελματίας επιστήμονας, είτε αυτός είναι κοινωνικός λειτουργός, γιατρός, ψυχολόγος, ή άλλος, δεν γίνεται απλώς και μόνο επειδή έχει ένα πτυχίο, αλλά γίνεται επειδή με το ξεκίνημα εργασίας στον κλάδο του έχει εποπτική καθοδήγηση, πληροφόρηση και ενημέρωση» (Μουζακίτης Χ., 1996, σελ.25)

Αναγνωρίζοντας λοιπόν την προσφορά της εποπτείας, είναι σημαντικό να παραδειγματιστούμε από τη στάση των άλλων χωρών απέναντι στο θέμα της εποπτείας. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής από τη δεκαετία του 1960 τα εκπαιδευτικά κείμενα σχετικά με την άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού, ασχολούνται εκτεταμένα με την εποπτεία στην Κοινωνική Εργασία. (Kelley M., 1965, σελ.η) Σήμερα στην ίδια χώρα οι απόφοιτοι των μεταπτυχιακών σχολών Κοινωνικής Εργασίας όταν κάνουν αίτηση για δουλειά στο συγκεκριμένο χώρο που επιλέγουν, το πρώτο πράγμα που θέλουν να γνωρίζουν είναι τι είδους εποπτεία θα έχουν και αν αυτή τους ικανοποιεί, τότε μόνο δέχονται την προσφερόμενη εργασία. (Μουζακίτης Χ., 1996, σελ. 24)

Ε.2. Έλεγχος και αξιολόγηση

Το έργο των Κοινωνικών Υπηρεσιών είναι η παραγωγή υπηρεσιών και όχι πραγμάτων. Όμως, η επιλογή των στόχων και η αξιολόγηση της απόδοσης τόσο των ατόμων όσο και της υπηρεσίας είναι μια δύσκολη διαδικασία. Οι Κοινωνικές Υπηρεσίες δεν μπορούν να μετρήσουν ποσοτικά την παραγωγή τους, όπως κάνουν τα εργοστάσια, δεν μπορούν όμως και να μην αξιολογούν τη δουλειά τους, να μην σχεδιάζουν αλλαγές, να μην εξελίσσονται. Και αυτό γιατί οι συνθήκες ζωής αλλάζουν, οι ανάγκες διαφοροποιούνται και οι πιέσεις από τους εξυπηρετούμενους και την κοινωνία είναι πολλές. (Παπαθεοφίλου Ε., 1985, σελ.73)

Ως έλεγχος ορίζεται ο μηχανισμός μέσω του οποίου ανιχνεύονται τα λάθη και διορθώνονται οι αποκλίσεις. Ο έλεγχος αποτελεί αρμοδιότητα του προϊσταμένου καθώς πρέπει να ασκείται από τη διοικητική πυραμίδα. Ο έλεγχος όμως θα πρέπει να ασκείται και από το περιβάλλον, εννοώντας τους δέκτες των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι εξυπηρετούμενοι πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να ζητούν από την Υπηρεσία να λογοδοτήσει για τις ευθύνες που έχει αναλάβει. Αυτό ωστόσο είναι κάτι που πραγματικά λείπει στον τομέα μας, όχι τόσο γιατί οι Κοινωνικές Υπηρεσίες δεν επιθυμούν να λογοδοτήσουν, όσο γιατί το κοινό δεν ζητάει ευθύνες. Οι άμεσα ενδιαφερόμενοι είναι συνήθως ανοργάνωτοι και θεωρούν ίσως ότι οι σκοποί των Κοινωνικών Υπηρεσιών δεν είναι ρεαλιστικοί και πραγματοποιήσιμοι. (Παπαφλέσσα Θ., 1985, σελ.60)

Η πραγματοποίηση του ελέγχου στοχεύει :

- Να εξακριβώσει αν το προσωπικό της Κοινωνικής Υπηρεσίας φέρει εις πέρας το έργο που έχει αναλάβει.
- Να προλάβει ή να διαπιστώσει ενδεχόμενα λάθη.
- Να λάβει τα κατάλληλα μέτρα για την εξάλειψη των διαπιστωθέντων λαθών.
- Να επιβάλλει τις ανάλογες κυρώσεις.

(Ζωγράφου Α, 1997, σελ.13)

Μέσο για την πραγματοποίηση του ελέγχου είναι η αξιολόγηση. Ως αξιολόγηση ορίζεται η αντικειμενική εκτίμηση της εργασίας του κοινωνικού λειτουργού σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, ώστε να μπορέσει να «μετρηθεί», ποσοτικά και ποιοτικά, το έργο που επιτελείται, να εντοπισθούν οι ανάγκες και να δοθούν οι απαραίτητες λύσεις. (Κουσίδου Τ., 1985, σελ.94)

Η αξιολόγηση από εκπαιδευτικής πλευράς, αφορά την επαγγελματική ανάπτυξη του κοινωνικού λειτουργού και από διοικητικής πλευράς αφορά την παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα του έργου της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Άλλα θέματα που επιπρόσθετα σχετίζονται με την αξιολόγηση είναι η εκτίμηση των αναγκών σε προσωπικό, η πρόσληψη νέων κοινωνικών

λειτουργιών, οι αλλαγές σε εποπτικές μεθόδους, οι διοικητικές αλλαγές αλλά και ο σχεδιασμός προγραμμάτων επιμόρφωσης. (ο.π., σελ. 94-95)

Η αξιολόγηση, ως διαδικασία, δεν είναι πάντα εύκολη και συχνά αποτελεί πρόβλημα τόσο για τον προϊστάμενο της Κοινωνικής Υπηρεσίας όσο και για τους νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς. Οι κοινωνικοί λειτουργοί αντιμετωπίζουν συχνά την αξιολόγηση σαν επισήμανση αρνητικών στοιχείων παρά σαν βοήθεια για περαιτέρω βελτίωση. Από την άλλη πλευρά, ο προϊστάμενος δεν συμπαθεί αυτή τη πλευρά του ρόλου του, διότι αντιμετωπίζει πραγματικές δυσκολίες στην προσπάθειά του για μία αντικειμενική εκτίμηση. Τέτοιες δυσκολίες είναι η έλλειψη δυνατότητας να παρακολουθεί απευθείας την εργασία του κοινωνικού λειτουργού, η έλλειψη καθορισμένων κριτηρίων για αντικειμενική αξιολόγηση, αλλά και η παραπάνω δυσάρεστη αντιμετώπιση της αξιολόγησης από τους κοινωνικούς λειτουργούς. (ο.π., σελ. 95)

Για τον περιορισμό των παραπάνω προβλημάτων, προτείνονται οι παρακάτω κανόνες:

- Ο καθορισμός συγκεκριμένων, αντικειμενικών κριτηρίων αξιολόγησης που να είναι αποδεκτά από τους κοινωνικούς λειτουργούς. Ιδιαίτερα βοηθητικό θα είναι εάν συμμετέχουν και οι ίδιοι στον καθορισμό τους. (ο.π.)
- Η γραπτή αξιολόγηση του προϊσταμένου που ακολουθεί την προφορική, θα πρέπει να διαβάζεται και να υπογράφεται από τον κοινωνικό λειτουργό και ο τελευταίος να έχει το δικαίωμα να σημειώσει την τυχόν διαφωνία του. (ο.π.)
- Το περιεχόμενο της αξιολόγησης θα πρέπει να έχει σαφείς στόχους και να είναι προσεκτικά συνταγμένο ώστε να μην αφήνει περιθώρια για παρερμηνείες. (ο.π.)
- Η αξιολόγηση θα πρέπει να αναφέρεται στην εργασία του κοινωνικού λειτουργού και όχι στον ίδιο σαν άτομο. (ο.π.)
- Η αξιολόγηση θα πρέπει να είναι μία συνεχής διαδικασία, έστω και αν η επίσημη αξιολόγηση γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Έτσι, ο κοινωνικός λειτουργός δεν θα περιμένει την επίσημη αξιολόγηση για να ενημερωθεί για την πορεία του. (ο.π.)

- Η αξιολόγηση θα πρέπει να είναι αμοιβαία μεταξύ του προϊσταμένου και των κοινωνικών λειτουργών. Έτσι, οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν θα το αντιμετωπίζουν σαν μία δυσάρεστη διαδικασία, θα έχουν το δικαίωμα να αξιολογούν και οι ίδιοι τις ικανότητες του προϊσταμένου και η αξιολόγηση θα αποτελεί και για τις δύο πλευρές ένα κίνητρο για περαιτέρω ατομική και συλλογική ανάπτυξη. (ο.π.)

Η πραγματοποίηση ελέγχου, βασισμένου σε μία καλά οργανωμένη αξιολόγηση με αντικειμενικά κριτήρια, έχει θετικά αποτελέσματα, τόσο στην ατομική απόδοση του κοινωνικού λειτουργού, όσο και στη συνολική απόδοση της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Ο κοινωνικός λειτουργός αναπτύσσει περισσότερο την αυτογνωσία και τον αυτοέλεγχό του, καθώς και τις δεξιότητές του πάνω στην εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας. Σε ότι αφορά την αποδοτικότητα της Κοινωνικής Υπηρεσίας, η αξιολόγηση επιδρά θετικά στη βελτίωση του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας της, στην ανάπτυξη των μεθόδων που εφαρμόζουν αλλά και στην επίλυση των προβλημάτων που δυσχεραίνουν τη ροή της εργασίας. (Παπαθεοφίλου Ε., 1985, σελ. 73)

Ο έλεγχος είναι μία διαδικασία απαραίτητη για τη διατήρηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Τα λάθη που πραγματοποιούνται, δεν είναι πάντα από πρόθεση. Ξεκινάνε ίσως από αβεβαιότητα, έλλειψη καλής καθοδήγησης, έλλειψης κρίσης. Η έγκαιρη διαπίστωση των παρεκκλίσεων και των αιτιών τους μπορεί να φανεί πολύ χρήσιμη στους εργαζόμενους και τους δέκτες των παρεχόμενων υπηρεσιών. Διαφορετικά το επαναλαμβανόμενο λάθος γίνεται καθεστώς. (Παπαφλέσσα Θ., 1985, σελ. 60)

ΕΝΟΤΗΤΑ 3^η

ΠΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Στην ενότητα αυτή θ' ασχοληθούμε με τους τομείς δράσεων και τις αρμοδιότητες της Κοινωνικής Υπηρεσίας καθώς και με επιμέρους θέματα αυτών, που θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν κατά την άσκηση του επαγγέλματος στα νοσοκομειακά πλαίσια.

Στόχος μας είναι όχι μόνο η εφαρμογή των δραστηριοτήτων, αλλά και η βελτιστοποίηση των μεθόδων που χρησιμοποιούνται ώστε, σταδιακά να οδηγούμαστε στην καλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα των Κοινωνικών Υπηρεσιών.

A. Συνεργασία με το άτομο και την οικογένεια.

A.1 Πως φτάνουν τα περιστατικά στην Κοινωνική Υπηρεσία.

Τα περιστατικά των ασθενών που φτάνουν στην Κοινωνική Υπηρεσία είναι δυνατόν να παραπέμπονται από:

- α) Το ιατρικό προσωπικό των τομέων της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- β) Το νοσηλευτικό προσωπικό των κλινικών του νοσοκομείου.
- γ) Τους ίδιους τους ασθενείς.
- δ) Το συγγενικό περιβάλλον των ασθενών.
- ε) Από υπηρεσίες και φορείς εκτός του νοσοκομείου.
- στ) «Αυτεπάγγελτα» από τους ίδιους τους κοινωνικούς λειτουργούς.

(Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2002, σελ. 105)

Οι παραπομπές των περιστατικών που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες της Κοινωνικής Υπηρεσίας, θα πρέπει να γίνονται άμεσα, έτσι ώστε να προλαμβάνονται διάφορες επιπλοκές και προβλήματα των ασθενών και να μην ταλαιπωρούνται. Η παραπομπή θα πρέπει να γίνεται με τη

συμπλήρωση ειδικού εντύπου, αλλά σε εξαιρετικά επείγουσες περιπτώσεις μπορεί να γίνεται και τηλεφωνικά. (ο.π.)

A.2 Συναισθήματα του ασθενή και της οικογένειάς του.

Η κατάλληλη βοήθεια είτε αφορά πρακτικά ζητήματα, είτε ψυχοκοινωνική στήριξη, απαιτεί κάποια γνώση του ατόμου, των συναισθημάτων του και των προσδοκιών του εκ μέρους του κοινωνικού λειτουργού. Γι' αυτό κρίνουμε απαραίτητο να αναφερθούμε συνοπτικά στα συνήθη συναισθήματα και αντιδράσεις που παρουσιάζουν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους και που καλείται ο νοσοκομειακός κοινωνικός λειτουργός να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει. (Keirse G., 1983, σελ. 94)

Οι άνθρωποι αντιδρούν στην αρρώστια με πολλούς τρόπους:

- Θυμός. Αισθάνονται απογοήτευση όσον αφορά την αδυναμία να δώσουν βοήθεια, καθώς και για τη στέρηση του τρόπου ζωής που θα ήθελαν να κάνουν.

- Φόβος. Νιώθουν αγωνία, πανικό, φόβο για το άγνωστο, τον πόνο και το θάνατο.

- Απώλεια και κατάθλιψη. Η αυτοεικόνα του ασθενή συμπεριλαμβάνει απώλεια της λειτουργικότητάς, της ιδιωτικότητας και της αξιοπρέπειας ζωής.

- Αλλαγή στην εικόνα του εαυτού του. Από το να είναι κανείς ελκυστικός, ενεργητικός, υγιής, σε άρρωστο, μη ελκυστικό – μη ενεργητικό, παραμορφωμένο.

- Άρνηση και αποφυγή της σοβαρότητας της ασθένειας. Αντιδράσεις για τις οποίες θα αναφερθούμε πιο αναλυτικά παρακάτω.

(Carr J., 1994, σελ.19)

Είναι γνωστό ότι οι άνθρωποι μεταβιβάζουν τις αγωνίες, τους φόβους και τις απογοητεύσεις τους στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και σε οποιονδήποτε άλλον θα εισχωρήσει στο περιβάλλον τους. Είναι σημαντικό λοιπόν, το προσωπικό να αναγνωρίζει ότι τα αισθήματα δεν απευθύνονται σ' αυτούς προσωπικά, αλλά ότι η επίθεση αυτή είναι ένας τρόπος

εκφόρτισης δυσάρεστων συναισθημάτων που θεωρείται φυσιολογικός. (Keirse G., 1983, σελ.97.)

Το έντονο (πολλές φορές νοσηρό) άγχος κάνει αισθητή την παρουσία του σε όλες τις φάσεις της ασθένειας. Το άγχος μπορεί να θεωρηθεί ότι προέρχεται από μία αντίληψη κινδύνου. Το πρόβλημα δεν είναι τι ή ποιος είναι ο εχθρός, εφ' όσον βρίσκεται στη σφαίρα του αγνώστου. Ο φόβος είναι ότι το άγχος θα ξεφύγει από τον έλεγχο του ατόμου με αποτέλεσμα να αισθανθεί πανικό ή ακόμα και ολική αδυναμία. (Brearly J., 1991, σελ. 15)

Ένα χαρακτηριστικό του σοβαρού άγχους είναι η εμφάνιση μηχανισμών άμυνας ή προσαρμοστικών μηχανισμών. Ένας από τους πιο συνήθεις αμυντικούς μηχανισμούς είναι η άρνηση. Η άρνηση είναι ένας προστατευτικός ψυχολογικός μηχανισμός, απέναντι στο υπερβολικό άγχος, που κινητοποιείται για να επιτρέψει στον ασθενή να αφομοιώσει την επώδυνη πραγματικότητα με το δικό του ρυθμό. Ο τρόπος χρήσης αυτού του αμυντικού μηχανισμού διαφέρει από ασθενή σε ασθενή αλλά και στον ίδιο τον ασθενή. (Μάνος Ν., 1997, σελ. 731)

Άλλοι αμυντικοί μηχανισμοί που κάνουν την εμφάνισή τους για να βοηθήσουν την προσαρμογή του ασθενή στην κατάσταση της ασθένειας είναι: α) Η απώθηση, όπου ο ασθενής ωθεί ιδέες και δυσάρεστα συναισθήματα στο ασυνείδητο και τα κρατά μακριά από τη μνήμη του (π.χ. ο ασθενής ξεχνά μια προγραμματισμένη, αλλά επώδυνη θεραπεία). β) Η μετάθεση συναισθημάτων και ιδεών από το αρχικό τους αντικείμενο σ' ένα πιο αποδεκτό υποκατάστατο (π.χ. ο ασθενής «βγάζει» το θυμό του στα μέλη της οικογένειάς του, ενώ στην ουσία είναι θυμωμένος με την ασθένεια και τον πόνο που του προκαλεί ή με το γιατρό ή με κάποιο άλλο πρόσωπο). γ) Παλινδρόμηση του ασθενή σε παλαιότερες μορφές συμπεριφοράς και σκέψης (π.χ. ο ασθενής έχει την τάση συνέχεια να εξαρτάται από τους άλλους παρουσιάζοντας τον εαυτό του αδύναμο ακόμα και για πράγματα που μπορεί να κάνει). (ο.π., σελ. 39-42)

Οι παραπάνω αμυντικοί μηχανισμοί ανήκουν στους «ανώριμους» ή «δυσπροσαρμοστικούς» μηχανισμούς. Υπάρχουν βέβαια και οι «ώριμοι» ή

«προσαρμοστικοί» μηχανισμοί που βοηθούν τους ασθενείς επικοινωνητικά στην προσαρμογή τους στο περιβάλλον της ασθένειας. Τέτοιοι μπορεί να είναι η εκλογίκευση της ασθένειας, ο αλτρουισμός και το χιούμορ. (ο.π., σελ.38)

Ο τύπος των αμυντικών μηχανισμών που χρησιμοποιούνται από τον ασθενή, αλλά και η ψυχολογική προσαρμογή του στην ασθένεια και στο περιβάλλον του νοσοκομείου εξαρτώνται κατά κύριο λόγο από:

- Την προσωπικότητα του ατόμου. Πώς αντιμετώπιζε στρεσογόνες καταστάσεις στο παρελθόν; (ο.π., σελ. 730)
- Την ηλικία του. Διαφορετική αντιμετώπιση έχουμε από έναν ενήλικα από ότι από ένα παιδί. (Bergman A., 1993, σελ.282)
- Τη σοβαρότητα του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει και την κλινική πορεία της ασθένειας στο συγκεκριμένο ασθενή. (Μάνος Ν., 1997, σελ. 730)
- Τη στάση της οικογένειας απέναντι στην ασθένεια, αλλά και τη γενικότερη στάση της σε δυσκολίες που αντιμετώπισε στο παρελθόν. (Bergman A., 1993, σελ.282)
- Την ηπιότητα του περιβάλλοντος στο οποίο νοσηλεύεται ο ασθενής, συμπεριλαμβανομένου της συμπεριφοράς του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και των κοινωνικών λειτουργιών. (Keirse G., 1983, σελ. 94)

Μία «ώριμη» αντιμετώπιση της ασθένειας μπορεί να διευκολύνει τη θεραπεία της και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του νοσηλευόμενου. Αντίθετα μία «δυσπροσαρμοστική» αντιμετώπιση της ασθένειας μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στην εμφάνιση διαταραχών που θα δυσχεραίνουν το έργο της θεραπείας.

Από τις πιο γνωστές διαταραχές που συνοδεύουν συνήθως τις σοβαρές και επώδυνες ασθένειες είναι η κατάθλιψη. Εξαιρώντας τις φυσιολογικές καταθλιπτικές αντιδράσεις, ένας ασθενής θεωρείται ότι είναι καταθλιπτικός όταν για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα υπάρχουν αισθήματα αναξιοσύνης,

απώλεια της αυτοεκτίμησης, αισθήματα ενοχής ίσως ακόμα και ιδέες αυτοκτονίας. (Μάνος Ν., 1997, σελ.732)

Άλλες διαταραχές που μπορούν να συνοδεύσουν μία ασθένεια είναι οι αγχώδεις διαταραχές όπως, εμφάνιση φοβιών, διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες κ.α. Επιπλέον, μπορεί να εμφανιστούν διαταραχές της διάθεσης όπως διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση κ.α. (ο.π. σελ. 266,287,242-243)

Όπως προαναφέρθηκε, η στάση της οικογένειας επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη στάση του ασθενή απέναντι στην ασθένεια. Όμως, η διάγνωση της νόσου σ' ένα μέλος της μπορεί να προκαλέσει τόσο δυσάρεστα συναισθήματα και κατά συνέπεια αντιδράσεις, που να μη διευκολύνουν ιδιαίτερα τη θεραπεία του αρρώστου.

Η οικογένεια συνήθως βρίσκεται σε εγρήγορση και οι σκέψεις για την άγνωστη πορεία της νόσου την κάνει αδύναμη για βοήθεια. Επιπρόσθετα, η οικογενειακή αναστάτωση που δημιουργείται και τα οικονομικά προβλήματα που μπορεί να προκληθούν (αν δεν υπάρχουν ήδη), προκαλούν συχνά τον πανικό, και την ψυχολογική πτώση των μελών της. (Bergman A., 1993, σελ.282)

Η στάση που κρατά η οικογένεια απέναντι στο μέλος της που νοσεί, αλλά και γενικότερα απέναντι στην ασθένεια, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό: α) από τον τρόπο που αντιμετωπίζει παρόμοια στρεσογόνα γεγονότα στο παρελθόν, δηλαδή το βαθμό της προσαρμοστικότητάς της, β) από τη συνοχή της, δηλαδή τις οικογενειακές συγκρούσεις και τη διαλλακτικότητα των μελών της και γ) την κοινωνική της συμπεριφορά. Έρευνες έδειξαν ότι οικογένειες που παρουσιάζουν μεγάλο βαθμό διαλλακτικότητας, που είναι δεμένες συναισθηματικά και έχουν αντιμετωπίσει επιτυχώς άλλα δυσμενή συμβάντα μπορούν να είναι ιδιαίτερα βοηθητικές στη θεραπεία του ασθενούς και την ομαλή αποκατάστασή του στο κοινωνικό περιβάλλον όταν χρειαστεί. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε την άποψη ότι η οικογενειακή εμπλοκή θεωρείται ως ένα βασικό συστατικό για μια ολιστική θεραπεία του ασθενούς. (ο.π. 282-283)

A.3 Σε ποιες περιπτώσεις παρεμβαίνει η Κοινωνική Υπηρεσία.

Η Κοινωνική Υπηρεσία μέσα στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων της ανταποκρίνεται σε όλους τους ασθενείς και τις οικογένειές τους που αντιμετωπίζουν κοινωνικά, ψυχολογικά, οικονομικά, οικογενειακά ή άλλα προβλήματα, που είτε προϋπήρχαν της ασθένειας, είτε είναι 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, κ.α.
- Ασθενείς που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας
- Άγαμες μητέρες.
- Παραμελημένα και κακοποιημένα παιδιά.
- Άποροι και άστεγοι.
- Ασθενείς με σοβαρές σωματικές βλάβες προκαλούμενες από ατυχήματα.

(Carr J., 1994, σελ. 17-19)

Ο νοσοκομειακός κοινωνικός λειτουργός συχνά καλείται να αντιμετωπίσει προβλήματα ατόμων τα οποία ανήκουν σε ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού. Κοινό χαρακτηριστικό των ομάδων αυτών είναι ότι εξαιτίας των συνθηκών κοινωνικού αποκλεισμού (φτώχεια, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, προβλήματα στέγασης, ανεργία, απορία κ.τ.λ.) βρίσκονται μόνιμα σε μία κατάσταση κρίσης. Οι ειδικές αυτές ομάδες που συχνά νοσηλεύονται στο νοσοκομείο είναι: (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2003, σελ.75)

α) 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 την 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 κι όταν δεν υπάρχει στις ανάλογες δομές αποκατάστασης που υπάρχουν στην περιοχή π.χ. βοήθεια στο σπίτι, γηροκομείο κ.α. (ο.π., σελ.76)

β) 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. (ο.π., σελ.77)

γ) Χρήστες Ουσιών: Η νοσηλεία ενός ατόμου που κάνει χρήση ουσιών μπορεί να γίνει εξαιτίας επεισοδίου «υπερβολικής χρήσης», στερητικού 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 οικογένειά του για το υπάρχον δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης σε Νομαρχιακό, Περιφερειακό και Εθνικό επίπεδο. (ο.π.)

δ) Άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας: Οι ψυχικά ασθενείς είναι μία 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 φάρμακά τους και να υποτροπιάζουν. Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας συχνά

στερούνται υποστηρικτών συστημάτων (οικογένειας και κοινωνικού περιγυρού) και αντιμετωπίζουν έντονα οικονομικά και ψυχολογικά προβλήματα εξαιτίας της στέρξης εργασίας, της απομόνωσης και του κοινωνικού στίγματος. Η δυσκολία σ' αυτές τις περιπτώσεις ατόμων με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας εμφανίζεται όταν για διάφορους λόγους, δε γίνεται εισαγωγή στην ψυχιατρική κλινική και το περιστατικό αυτό έρχεται στον κοινωνικό λειτουργό προκειμένου να βρει λύσεις αποκατάστασης. Η βοήθεια που μπορεί να παρέχει η Κοινωνική Υπηρεσία είναι η εισαγωγή του ασθενή σε ψυχιατρείο με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας κατόπιν πρωτοβουλίας των συγγενών του ασθενή, ή στην περίπτωση που δεν υπάρχουν συγγενείς, από τα αρμόδια διοικητικά όργανα του νοσοκομείου μετά από αναφορά του κοινωνικού λειτουργού προς το Συμβούλιο Διοίκησης. (ο.π.)

ε) Οι αθίγγανοι αποτελούν μία πολιτισμική ομάδα με ιδιαιτερότητες σε σχέση με την κυρίαρχη κουλτούρα και είναι γνωστό ότι οι ιδιαιτερότητες 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, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να συμβάλλει στην εκπαίδευση και γνωριμία με τους αθίγγανους διαμεσολαβητές, ένα νέο ειδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης αθίγγανων που θα μεσολαβούν για την καλύτερη επικοινωνία μαζί τους. (ο.π., σελ. 78)

A.4 Παρεμβάσεις της Κοινωνικής Υπηρεσίας.

Βασιζόμενοι στο σκοπό της Κοινωνικής Υπηρεσίας (Κεφ.3), διαπιστώνουμε ότι η συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με τον ασθενή και την οικογένειά του μπορεί να πραγματοποιηθεί στη φάση εισαγωγής του ασθενή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, κατά τη διάρκεια της

νοσηλείας του αλλά και να συνεχιστεί μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο.

Γι' αυτόν το λόγο, θα περιγράψουμε τον τρόπο παρέμβασης, τη συνεργασία, τις τεχνικές και δεξιότητες και τα εργαλεία που χρησιμοποιεί ο κοινωνικός λειτουργός πάνω στους άξονες επείγουσας και κλινικής παρέμβασης και εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης.

A.4.1 Επείγουσα Παρέμβαση.

Η επείγουσα παρέμβαση συνδέεται άμεσα με το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, καθώς από τη φύση του έχει το χαρακτήρα του αιφνίδιου προβλήματος υγείας που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2003, σελ.74)

Η ξαφνική εμφάνιση κάποιας ασθένειας αποτελεί μία σοβαρή απειλή για τον ασθενή και συνήθως η πρώτη σκέψη είναι η άμεση ιατρική αντιμετώπιση του προβλήματος. Ταυτόχρονα όμως, το αιφνίδιο πρόβλημα υγείας δεν είναι μόνο του ασθενούς, αλλά και του ευρύτερου συστήματος στο οποίο ανήκει, δηλαδή της οικογένειάς του. Η αναστάτωση που επιφέρει το πρόβλημα υγείας αποδιοργανώνει όλο το οικογενειακό σύστημα και επομένως, αν προσεγγίσει κανείς το πρόβλημα υγείας από αυτή τη σκοπιά θα διαπιστώσει ότι, στην πραγματικότητα μαζί με τον ασθενή σε κατάσταση κρίσης βρίσκεται και όλη η οικογένεια. Από μόνη της αυτή η κατάσταση είναι φορτισμένη με συναισθήματα άγχους, αβεβαιότητας, ανησυχίας, πίεσης, φόβου και ανασφάλειας. (ο.π.)

Ασφάλεια μπορεί να υπάρχει σε μία οικεία ατμόσφαιρα που να εμπνέει εμπιστοσύνη. Η εφημερία ενός νοσοκομείου δεν έχει να παρουσιάσει τίποτα παρόμοιο. Θεωρείται συνήθως σαν ένα ολοκληρωτικά ξένο και συνήθως απειλητικό περιβάλλον. (Keirse G., 1983, σελ.94)

Όλα τα παραπάνω συντελούν στη δημιουργία ενός δυσάρεστου και ιδιαίτερα φορτισμένου περιβάλλοντος τόσο για τον ασθενή, όσο και για την οικογένειά του. Όλοι περνούν από μία περίοδο κρίσης.

Θεωρητικά ο Bloom (1963) ορίζει την κρίση ως «ένα επεισόδιο που αρχίζει μετά από ένα συγκεκριμένο γεγονός και ακολουθείται είτε από μία διακριτική αντίδραση, είτε από κάποιο είδος αντίδρασης που απαιτεί περίπου ένα μήνα ή και περισσότερο για να ξεπεραστεί». (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 1999, σελ.299)

Η παρέμβαση στην κρίση είναι δυναμική, άμεση, χρονικά περιορισμένη και εστιάζεται στο παρόν. Σύμφωνα με τον Carlan (1962), οι στόχοι παρέμβασης στην κρίση περιλαμβάνουν: α) τη μείωση του άγχους και την προστασία του ατόμου από πρόσθετους στρεσογόνους παράγοντες, β) την ενεργοποίησή του με τη βοήθεια του υποστηρικτικού δικτύου, ώστε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της νέας πραγματικότητας και γ) την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ψυχικής ισορροπίας. (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1999, σελ. 99-100)

Η δυσκολία αυτού του είδους παρέμβασης έγκειται στο γεγονός ότι ο χρόνος σχεδιασμού είναι περιορισμένος και επικοινωνιακά λάθη αρχικά παρατείνουν την ανησυχία και το άγχος των συγγενών και τελικά οδηγούν στη δημιουργία άσχημων εντυπώσεων για το σύστημα φροντίδας. Τέτοια επικοινωνιακά λάθη είναι η απουσία συγκεκριμένης και σαφούς πληροφόρησης για την κατάσταση της υγείας του ασθενή και για την πορεία των εξετάσεών του, καθυστέρηση στην εξυπηρέτηση και απουσία ενημέρωσης για τον τρόπο λειτουργίας. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2003, σελ. 74)

Η πορεία που σε γενικές γραμμές θα πρέπει να ακολουθείται από τον νοσοκομειακό κοινωνικό λειτουργό έχει ως εξής:

Στο διάστημα που μεσολαβεί από το χρόνο εισόδου του ασθενή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, μέχρι να καλέσει ο γιατρός το συνοδό για ενημέρωση, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να έχει μία πρώτη επαφή με το συνοδό. Εκεί στοχεύει να συγκεντρώσει και να οργανώσει τις πρώτες πληροφορίες για τον ασθενή και το περιβάλλον του, που σχετίζονται με την ύπαρξη κοινωνικών προβλημάτων (οικονομικά, οικογενειακά, ασφαλιστικά, προβλήματα στέγασης, ψυχικά προβλήματα κ.λ.π.), τηρώντας το απόρρητο

των προσωπικών δεδομένων μέσα στα πλαίσια δεοντολογίας της Κοινωνικής Εργασίας. (ο.π., 2003, σελ. 74-75)

Στόχος όμως αυτής της επικοινωνίας είναι και η συναισθηματική αποφόρτιση και ψυχοκοινωνική στήριξη της οικογένειας του ασθενή. Η εφημερία ενός νοσοκομείου είναι γεμάτη από συναισθήματα και η προσπάθεια να τα φέρει κανείς στην επιφάνεια είναι έργο μεγάλης σημασίας για την ψυχική υγεία των εξυπηρετούμενων. Αισθήματα που εκφράστηκαν με λέξεις ή με κάποιον άλλον τρόπο είναι ευκολότερο να τα χειριστεί κανείς κατάλληλα. (Keirse G., 1983, σελ.97.)

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων, δηλαδή της συλλογής των πληροφοριών και της συναισθηματικής αποφόρτισης, ο κοινωνικός λειτουργός:

- Αρχικά ενημερώνει το συνοδό για την ιδιότητά του και τις υπηρεσίες που μπορεί να παρέχει έτσι ώστε, ο συνοδός να νιώσει ασφάλεια με τον άνθρωπο που έχει απέναντί του. (Παπαϊωάννου Κ., 1998, σελ.101)
- Αναγνωρίζει τα συναισθήματα που έχουν καταβάλει το συνοδό του ασθενή (απογοήτευση, αόριστες ανησυχίες, φόβοι, κ.α.) και που οδηγούν σε αντιστάσεις απέναντι στον κοινωνικό λειτουργό. (ο.π.)
- Η αναγνώριση των συναισθημάτων αποτελεί το πρώτο βήμα για την άμβλυνση των αντιστάσεων. Το έργο όμως, ολοκληρώνεται δείχνοντας αμέριστη προσοχή και σεβασμό στα συναισθήματα και τις σκέψεις του ατόμου. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να είναι δεκτικός σ' αυτά, αλλά και να διατηρεί την αντικειμενικότητά του, ώστε να μπορεί να τον εμπιστευθεί ο εξυπηρετούμενος. (ο.π.)
- Εφόσον έχει καταφέρει να αμβλύνει τις αντιστάσεις και να «μειώσει» τα δυσάρεστα συναισθήματα, διατυπώνει ερωτήσεις σχετικά με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ασθενή ή άλλα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει. (ο.π.)
- Σε ότι αφορά την ψυχοκοινωνική φροντίδα της οικογένειας, μπορεί να διαδραματίσει έναν εξαιρετικά χρήσιμο ρόλο και μόνο με την

παρουσία του. Μπορεί να τους προετοιμάσει για την επαφή τους με τον ασθενή, όταν η οξύτητα της κατάστασης θα έχει ξεπεραστεί, μπορεί να επικοινωνήσει και να ενημερώσει αυτούς που δεν γνωρίζουν τι έχει συμβεί. (Keirse G., 1983, σελ.96.)

- Προσπαθεί να ανακαλύψει και να κινητοποιήσει τις δυνάμεις που διαθέτει ο συνοδός και να τον ενθαρρύνει ώστε να συμβάλει, στη συνέχεια, στη στήριξη του ασθενή. (ο.π.)

Σε γενικές γραμμές ο κοινωνικός λειτουργός ακολουθεί την ίδια πορεία και με τον ασθενή, όταν είναι εφικτό. Όταν ολοκληρωθεί η φάση της συλλογής πληροφοριών (από τον ασθενή, το συνοδό και το γιατρό) και στήριξης των συνοδών και του ασθενή, ο κοινωνικός λειτουργός περνά στη φάση της εκτίμησης της κατάστασης.

Η ταχεία εκτίμηση αυτών των καταστάσεων και προβλημάτων απαιτεί μία γεμάτη εφευρετικότητα προσέγγιση Ένας διαρκώς ενημερωμένος κατάλογος από διευθύνσεις για πηγές αναπηρικών μηχανημάτων, τόπων διαμονής, φροντίδας παιδιών και άλλων υπηρεσιών είναι ουσιώδης. (Keirse G., 1983, σελ.96-97)

Οι περιπτώσεις που αντιμετωπίζονται καθημερινά στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ποικίλουν στο βαθμό σοβαρότητας, στην έκταση της κρίσης, στην έκβαση των προβλημάτων υγείας, αλλά και στα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού.

Κατά συνέπεια δεν υπάρχει ένας καθορισμένος τρόπος παρέμβασης, «συνταγή» για τον κοινωνικό λειτουργό. Διαφορετικά θα χρειαστεί να παρέμβει για τον ελαφρύ τραυματισμό ενός άνδρα, απ' ό,τι για το θάνατο ενός παιδιού. Αυτό που θα πρέπει να τονισθεί όμως, είναι η σημαντικότητα στελέχωσης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών με κοινωνικούς λειτουργούς που θα έχουν γνώσεις και εμπειρία πάνω στον τομέα παρέμβασης σε κρίση.

A.4.2. Κλινική Παρέμβαση.

Η κλινική παρέμβαση πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή και στόχο έχει την ψυχοκοινωνική στήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του και τη συνεργασία μαζί τους για την επίλυση πιθανών πρακτικών προβλημάτων που συνοδεύουν την ασθένεια. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2002, σελ.100)

Σε σύγκριση με την επείγουσα παρέμβαση υπάρχει το πλεονέκτημα ότι, ο κοινωνικός λειτουργός έχει περισσότερο χρόνο για να σχεδιάσει την παρέμβαση και ανάλογα με το χρόνο νοσηλείας του ασθενή, η συνεργασία μπορεί να μην περιορισθεί σε μία μόνο συνάντηση. Ο χρόνος και η χρήση του επηρεάζονται από τις ιατρικές αντιλήψεις που κυριαρχούν. Έτσι π.χ. συνεντεύξεις μία ή δύο φορές την εβδομάδα δεν είναι πάντοτε εφικτές, αλλά προσαρμόζονται στην εισαγωγή, τη σοβαρότητα της αρρώστιας ή την έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο. (Παπαϊωάννου Κ., 1988, σελ.8)

Η εισαγωγή ενός ασθενούς σε κάποια μονάδα θεραπείας του νοσοκομείου θα μπορούσε να σημαίνει μείωση του άγχους και της αγωνίας, καθώς βρίσκεται σ' ένα ασφαλές μέρος, υπό την παρακολούθηση ειδικών επιστημόνων. Τόσο η ασθένεια όμως, όσο και τα άλλα προβλήματα που πιθανόν να έχει ο ασθενής δεν του επιτρέπουν μία τέτοια συμπεριφορά.

Η διάγνωση μιας χρόνιας αρρώστιας, η αναπηρία, η υποτροπή και άλλες οδυνηρές καταστάσεις μπορεί να οδηγήσουν έναν άρρωστο σε κρίση, ενώ οι ίδιες καταστάσεις μπορεί να αντιμετωπιστούν από έναν άλλο ως στρεσογόνα προβλήματα που απαιτούν επίλυση. (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1999, σελ. 96)

Σύμφωνα με τους Gilliland και James (1988), η κρίση είναι μία μεταβατική περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας η βιοψυχοκοινωνική ακεραιότητα του ατόμου απειλείται ή διαταράσσεται προσωρινά. Η κρίση δεν οφείλεται στην εμφάνιση της ασθένειας, αλλά στην ερμηνεία που αποδίδει το άτομο σ' αυτήν. Η ασθένεια γίνεται αντιληπτή ως καταστροφικό, τραγικό ή εξαιρετικά απειλητικό γεγονός, ενώ ταυτόχρονα υπερβαίνει τα αποθέματα που το

άτομο διαθέτει για να το αντιμετωπίσει. Η κρίση είναι χρονικά περιορισμένη και διαρκεί από μερικές ώρες μέχρι οκτώ εβδομάδες. (ο.π., σελ 96-97)

Σύμφωνα με τους Kfir και Slevin (1991), μερικά από τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν τον άρρωστο ή το συγγενή που βρίσκεται σε κρίση περιλαμβάνουν, αρχικά την εμφάνιση ενός απροσδόκητου γεγονότος που απαιτεί άμεση δραστηριοποίηση από την πλευρά του ατόμου. Το γεγονός αυτό ερμηνεύεται ως καταστροφικό, καθώς επιφέρει ένα σοβαρό ρήγμα στο σύστημα αξιών του ατόμου, ανατρέποντας όλες τις πεποιθήσεις και προτεραιότητές του. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες στο παρελθόν υπήρξαν αποτελεσματικές, δεν επαρκούν για την επίλυση των παρόντων προβλημάτων. Το άτομο κατακλύζεται από υπερβολικό άγχος και χάνει την ικανότητά του να σκεφτεί ψύχραιμα και να αφομοιώσει τις πληροφορίες που του παρέχονται. Η αίσθηση του χρόνου διαστρεβλώνεται. Το παρελθόν εξιδανικεύεται, ενώ το μέλλον μοιάζει ανύπαρκτο ή απειλητικό. Εμφανίζονται δυσκολίες προγραμματισμού, σχεδιασμού και προσδιορισμού στόχων για το μέλλον. (ο.π., σελ. 98)

Πολλοί επιστήμονες, όπως η Caplan (1962), οι Aguilera και Messick (1982) οι Gilliland και James (1989), έχουν περιγράψει διάφορα στάδια παρέμβασης στην κρίση. Συνοπτικά σε πρώτη φάση ο κοινωνικός λειτουργός εστιάζεται στη εκτίμηση της κατάστασης της κρίσης, στη συνέχεια παρεμβαίνει υποστηρικτικά και τέλος, μαζί με το άτομο αξιολογούν τις επιπτώσεις που είχε η κρίση στη ζωή του. (ο.π., σελ.100)

Στο πρώτο στάδιο, όπου στόχος είναι να εκτιμηθεί η κατάσταση της κρίσης, ο κοινωνικός λειτουργός δεν διαθέτει το χρόνο να συλλέξει ή να αναλύσει πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό και την προσωπικότητα του ατόμου. (ο.π.)

Καλείται να παρέμβει εκτιμώντας μερικά δεδομένα που αφορούν:

- α) Τα γεγονότα που συνέβαλαν στην κρίση.
- β) Την ψυχική κατάσταση του ατόμου, που περιλαμβάνει τη λειτουργία σε γνωστικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο.

γ) Τα διαθέσιμα ψυχικά και κοινωνικά αποθέματα του ατόμου, δηλαδή τις στρατηγικές που το άτομο ενεργοποιεί και την υποστήριξη που δέχεται από το περιβάλλον του.

(ο.π.)

Έτσι, θα δημιουργηθεί μία πληρέστερη εικόνα του προβλήματος υγείας και των δυνατοτήτων που υπάρχουν για πλήρη αποκατάσταση .

Αυτή η πρώτη συνάντηση θα είναι καθοριστική για τη συνέχιση της συνεργασίας. Είναι σημαντικό ο κοινωνικός λειτουργός να εξασφαλίσει όλες τις προϋποθέσεις που θα επιτρέψουν στον ασθενή να αισθανθεί άνετα. Οι προϋποθέσεις αυτές συνοψίζονται στο να βοηθηθεί ο εξυπηρετούμενος να αισθανθεί ελεύθερος και χαλαρωμένος ώστε, να μπορέσει να μιλήσει για τα πιθανά ενοχλητικά και δυσάρεστα θέματα που τον απασχολούν. (Μαλικιώση - Λοϊζου Μ., 1999, σελ.347)

Οι πιθανότητες να επιτευχθούν οι στόχοι της πρώτης συνάντησης, αυξάνονται ανάλογα με το βαθμό στον οποίο ο κοινωνικός λειτουργός έχει ανεπτυγμένη την ενσυναίσθηση, την κατανόηση και το γνήσιο ενδιαφέρον.(ο.π.)

Πολλές φορές οι κοινωνικοί λειτουργοί αναρωτιούνται για το είδος των θεμάτων που θα είναι ωφέλιμο να συζητούν με τους ασθενείς. Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να είναι πρόθυμος να συζητά οποιοδήποτε πρόβλημα απασχολεί τον ασθενή και να ακούει όλες τις απαιτήσεις του. Ωστόσο, στα πλαίσια της ενεργητικής ακρόασης δεν είναι τόσο σημαντικό τι λέει ο επαγγελματίας, όσο τι επιτρέπει στον άρρωστο να πει. Οι ερωτήσεις που θέτει πρέπει να επικεντρώνονται στο περιεχόμενο των θεμάτων που εκφράζει ο ασθενής. Τηρώντας μία λεκτική ακολουθία, αποφεύγει να εισάγει νέα θέματα προς συζήτηση. (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1999, σελ. 179)

Ο κοινωνικός λειτουργός δε λαμβάνει υπ' όψιν μόνο τα υγιή τμήματα της προσωπικότητάς που μάχεται την αρρώστια, ψυχική ή σωματική, αλλά προβαίνει και σε νέα αξιολόγηση του ρυθμού, που το «εγώ» του αρρώστου

εξασθενεί και οι ανάγκες εξάρτησης οξύνονται. (Παπαϊωάννου Κ., 1988, σελ.7)

Μετά το τέλος της πρώτης επαφής με τον ασθενή και πριν τη διατύπωση της συνολικής εκτίμησης της κατάστασης, πολλές φορές χρειάζεται ο κοινωνικός λειτουργός να έρθει σε επαφή με την οικογένεια του ασθενή. Στη συνεργασία του με την οικογένεια, ο κοινωνικός λειτουργός συνεχίζει τη συλλογή πληροφοριών, που είχε ξεκινήσει με τον ασθενή.

Η επαφή με την οικογένεια είναι απαραίτητη όταν ο κοινωνικός λειτουργός αντιλαμβάνεται ότι:

- μαζί με την ασθένεια συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα που δυσχεραίνουν τη θεραπεία του ασθενή ή που τον προβληματίζουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του (π.χ. οικονομικά προβλήματα, εργασία κ.α.) (Bergman A., κ.α., 1993, σελ.282)
- η σοβαρότητα της ασθένειας έχει προκαλέσει κρίση στο οικογενειακό περιβάλλον και αντιδράσεις που χρειάζονται κατάλληλο χειρισμό (ο.π., σελ. 283)
- η ασθένεια απαιτεί ιδιαίτερη φροντίδα στη φάση της μετανοσοκομειακής αποκατάστασης (π.χ. απόπειρα αυτοκτονίας, αναπηρία κ.α.) (Σταθόπουλος Π., 1996,σελ.353)
- ο ίδιος ο ασθενής δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τον κοινωνικό λειτουργό ή δεν μπορεί να δώσει ολοκληρωμένες πληροφορίες (π.χ. παιδιά, άτομα με ψυχικές ασθένειες κ.α.) (Ν.2071/92, Άρθρο 47, Παρ. 3)

Στο *δεύτερο στάδιο*, όπου στόχος είναι η ουσιαστική παρέμβαση στην κατάσταση κρίσης του ασθενή, η παροχή βοήθειας επικεντρώνεται στο παρόν και γίνεται σε τρία επίπεδα. (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1999, σελ.101)

α) Παροχή πληροφοριών. Ο άρρωστος που βρίσκεται σε κρίση βιώνει μία αίσθηση επικείμενης καταστροφής, καθώς αντιμετωπίζει ένα άγνωστο γεγονός, χωρίς να γνωρίζει πώς να ενεργήσει. Η κατάλληλη πληροφόρηση

μπορεί να τον βοηθήσει να βάλει τάξη στο χάος που βιώνει. Είναι σημαντικό η πληροφόρηση να είναι απλή, άμεση, πρακτική κατανοητή και απαλλαγμένη από δυσνόητη επιστημονική ορολογία. Οι πληροφορίες που παρέχονται μπορεί να αφορούν τα γεγονότα (ασθένεια, εξετάσεις κ.α.), τις διαθέσιμες υπηρεσίες ή ειδικούς επιστήμονες που μπορούν να προσφέρουν επιπρόσθετη βοήθεια, τις αντίστοιχες ή παρόμοιες καταστάσεις υγείας (τα συναισθήματα ή τις αντιδράσεις που παρουσιάζουν και οι άλλοι ασθενείς που βρίσκονται στην ίδια θέση με αυτόν). (ο.π., σελ.101-102)

Στη συνεργασία του με την οικογένεια, ο κοινωνικός λειτουργός απαντά στις ερωτήσεις τους που αφορούν τη φύση της ασθένειας, την αναγκαιότητα παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο αλλά και τα δικαιώματά του στη χρήση των υπηρεσιών. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ.264-265)

β) Παροχή υποστήριξης. Για πολλά άτομα η αναζήτηση ή η αποδοχή υποστήριξης ισοδυναμεί με αδυναμία, εξάρτηση και απόδειξη της ανεπάρκειάς τους. Κι ενώ την αποφεύγουν ταυτόχρονα τη χρειάζονται. Η υποστήριξη μπορεί να είναι ηθική (π.χ. συναισθηματική συμπαράσταση, φροντίδα κ.λ.π.), ή πρακτική (π.χ. διευθέτηση εκκρεμών υποθέσεων κ.λ.π.). (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1999, σελ. 102)

Ο κοινωνικός λειτουργός εάν χρειαστεί μπορεί να λειτουργήσει ως συνδετικός κρίκος μεταξύ του ασθενή και των διαφόρων διοικητικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών του νοσοκομείου, ιδιαίτερα για θέματα ασφαλιστικής κάλυψης, επιδομάτων και άλλων παροχών που δικαιούται. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ.264-265)

Η εκτίμηση των δυνατοτήτων για συνεργασία της οικογένειας και εμπλοκής της στη θεραπεία εξαρτάται, από το στρες που βιώνει από τη στιγμή της διάγνωσης της ασθένειας, αλλά και από τον τρόπο που λειτουργούσε πριν από τη διάγνωση. (Bergman A. κ.α., 1993, σελ. 282)

Στις περιπτώσεις όπου τα μέλη της οικογένειας δυσκολεύονται να δεχτούν το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει ο άνθρωπός τους, ο κοινωνικός λειτουργός τους βοηθά να διαμορφώσουν μία ρεαλιστική εικόνα της νόσου και μία θετική στάση προς τις υπηρεσίες και το προσωπικό του

νοσοκομείου. Η επίτευξη μίας τέτοιας στάσης θα μειώσει το άγχος της οικογένειας και θα αυξήσει τις ικανότητές τους για λήψη σωστών αποφάσεων σε ότι αφορά την ασθένεια. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ.264)

Στις περιπτώσεις που ο ασθενής και το οικογενειακό του περιβάλλον, όπου υπάρχει, αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα, σημαντικό είναι να προβλέπεται ειδικός λογαριασμός από τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου ή από άλλη πηγή. Η εκταμίευση χρηματικών ποσών γίνεται από το ταμείο του νοσοκομείου μετά από εισήγηση του κοινωνικού λειτουργού και έγκριση του Προϊσταμένου της Κοινωνικής Υπηρεσίας και του Διοικητικού Διευθυντή. (Πανταζάκας Π. Μέντης Μ., 2002, σελ.111)

γ) Προσδιορισμός εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης της κρίσης και βραχυπρόθεσμων στόχων δράσης. Η παρέμβαση πρέπει να αποβλέπει στη διερεύνηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης των δυσκολιών, χωρίς αυτές ν' αποτελούν και την άμεση ή ολοκληρωτική λύση του προβλήματος. Στην ουσία, θα πρέπει να δίνουν στο άτομο την αίσθηση ότι διαθέτει επιλογές και ότι μπορεί να εξασφαλίσει μερικό έλεγχο, όταν προσανατολίζεται στην υλοποίηση βραχυπρόθεσμων στόχων. Οι στόχοι αυτοί προσδιορίζονται στα πλαίσια συνεργασίας μεταξύ αρρώστου και κοινωνικού λειτουργού. (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1999, σελ 102-103)

Στο *τρίτο στάδιο* πραγματοποιείται η αξιολόγηση των επιπτώσεων της κρίσης και ο προγραμματισμός για το μέλλον. Οι επιπτώσεις που είχε η εμπειρία της κρίσης στη ζωή του αρρώστου, μπορούν να εκτιμηθούν σε μεταγενέστερο χρόνο, όταν η κρίση έχει πλέον παρέλθει. Αξιολογούνται οι στρατηγικές που το άτομο ενεργοποίησε, καθώς και οι πηγές υποστήριξης που συνέβαλαν στη διευθέτηση της κρίσης. Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να σκεφτεί με ποιο τρόπο η συγκεκριμένη κρίση συντέλεσε στην ωρίμανση και εξέλιξή του και πως μπορεί να τον βοηθήσει στην αντιμετώπιση πιθανών μελλοντικών κρίσεων. (ο.π., σελ. 104)

Όταν τα προβλήματα υγείας είναι σοβαρά, εκτός από την προετοιμασία του οικογενειακού περιβάλλοντος για την υποδοχή του ασθενή στο σπίτι, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος για το Δίκτυο Υπηρεσιών που υπάρχει σε Τοπικό, Περιφερειακό και Εθνικό επίπεδο, ώστε να παραπέμψει τον ασθενή στην κατάλληλη υπηρεσία μετά την αποχώρησή του από το νοσοκομείο. (Πανταζάκας Π. Μέντης Μ., 2002, σελ.104) Οι υπηρεσίες μπορεί να αφορούν θέματα υγείας και αποκατάστασης, όπως για παράδειγμα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Φυσιοθεραπείας κ.α., αλλά μπορεί να αφορούν και προβλήματα του ασθενή που είτε προϋπήρχαν της ασθένειας, είτε ήταν συνέπειες αυτής όπως Ο.Α.Ε.Δ. για την ανεύρεση εργασίας, Τμήματα Κοινωνικής Πρόνοιας για τη λήψη κάποιου ειδικού επιδόματος, Γραφεία Αλλοδαπών για την αίτηση ασύλου για τους πρόσφυγες κ.α. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ.265)

A.4.3 Εξωνοσοκομειακή Παρακολούθηση

Πολλές φορές η έξοδος του ασθενή από το νοσοκομείο μπορεί να μην σημαίνει ολοκλήρωση της θεραπείας ή ακόμα μπορεί η ύπαρξη άλλων προβλημάτων, να δυσχεραίνουν την αποκατάσταση του ασθενή. Ακόμα, πολλές φορές το τέλος της νοσηλείας μπορεί να σημαίνει την έναρξη άλλων προβλημάτων όπως, δυσκολίες επανένταξης στην κοινότητα, μη εύρεση κατοικίας στις περιπτώσεις απόρων και μοναχικών υπερήλικων ή και πρακτικές δυσκολίες στο νέο τρόπο ζωής στις περιπτώσεις αναπηρίας.

Για την επίτευξη των στόχων που θέτει ο κοινωνικός λειτουργός, δηλαδή για την εποικοδομητική συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του βασίζεται πάνω στην θεωρία της συμβουλευτικής για αποκατάσταση. Με τον όρο αποκατάσταση εννοούμε τη διαδικασία παροχής βοήθειας σ' έναν άνθρωπο με φυσική μειονεξία ή ψυχική διαταραχή ώστε να συμμετάσχει στην κοινωνία στο μέγιστο δυνατό μέτρο που του επιτρέπουν οι ικανότητες και δυνατότητές του. (Μαλικιώση-Λοϊζου Μ., 1999, σελ.308)

Όπως αναφέρθηκε και στην κλινική παρέμβαση, όταν ο κοινωνικός λειτουργός αντιλαμβάνεται έλλειψη υποστηρικτικού συστήματος (οικογένεια, φίλους, συγγενείς) ή την ύπαρξη ειδικών αναγκών του ασθενή, τον παραπέμπει στην ανάλογη υπηρεσία. Εάν ο προγραμματισμός εξόδου ενός ασθενή είναι ελλιπής, μπορεί να οδηγήσει σε κατάρρευση καταστάσεων μέσα στο σπίτι, στην προσαγωγή του σε κάποια ακατάλληλη υπηρεσία ή ακόμα και στην επανα-εισαγωγή του στο νοσοκομείο. (Carr J., 1994, σελ. 22)

Στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν ανάλογες, προς το πρόβλημα του ασθενή, υπηρεσίες, βασική προϋπόθεση είναι το έργο του νοσοκομειακού κοινωνικού λειτουργού να μην υποκαθιστά το έργο οποιασδήποτε άλλης υπηρεσίας, η οποία μπορεί να ασχοληθεί διεξοδικά με το πρόβλημα του ασθενή. Ακόμα όμως και όταν υπάρχουν υπηρεσίες που είναι αρμόδιες για τα προβλήματα των ασθενών, συχνά δημιουργούνται προβλήματα καθώς οι ασθενείς εμπιστεύονται περισσότερο τον νοσοκομειακό κοινωνικό λειτουργό ο οποίος τους βοήθησε στην περίοδο της κρίσιμης κατάστασης. (ο.π.)

Εφόσον λοιπόν δεν παρουσιάζονται τέτοια προβλήματα, οι αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού στη φάση της εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης είναι:

α) Η συνέχιση της συνεργασίας με τον ασθενή ή και το περιβάλλον του, ανάλογα με τις ανάγκες που υπάρχουν. Οι επαφές μπορούν να γίνουν είτε εντός του νοσοκομείου, είτε κατ' οίκον, με συναίνεση του ασθενή ή του περιβάλλοντός του. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2002, σελ. 104)

β) Η αξιοποίηση του φυσικού περιβάλλοντος για την ομαλή προσαρμογή του ατόμου και στις περιπτώσεις όπου η επανένταξη δεν είναι δυνατή, την αποκατάσταση του ασθενή σε νέο περιβάλλον ή σε κατάλληλο τεχνητό. (Carr J., 1994, σελ.22)

Στόχος της εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης είναι η συνέχιση της φροντίδας έξω από τα πλαίσια της νοσηλείας και η ύπαρξή της θεωρείται απαραίτητη για τους εξής λόγους:

α) Συχνά, κατά την επιστροφή του ασθενή στο φυσικό του περιβάλλον δημιουργούνται προβλήματα τα οποία δεν είχαν προβλεφθεί νωρίτερα και κατά συνέπεια ο ίδιος και το περιβάλλον δεν ήταν προετοιμασμένοι γι' αυτά. Εκεί ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να βοηθήσει τον ασθενή να συνδεθεί με τα ενδιαφέροντα της ζωής γύρω του, ν' αποκτήσει ή να διατηρήσει σχέσεις, ν' αντικαταστήσει ικανότητες που έχασε με καινούργιες που έχει και που ξέρει ή δεν ξέρει ότι έχει. (Παπαϊωάννου Κ., 1988, σελ.8)

β) Η παραμέληση των αναγκών των ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο είναι πιθανό να τους οδηγήσει στην επαναλαμβανόμενη χρήση των υπηρεσιών υγείας, είτε γιατί εξωτερικοί παράγοντες δυσχεραίνουν την κατάσταση της υγείας τους, είτε γιατί κάποιои βλέπουν το νοσοκομείο ως ένα τόπο ασφαλούς διαμονής. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις ανθρώπων, όπως οι άποροι που επικαλούνται προβλήματα υγείας και ζητούν νοσηλεία, μόνο και μόνο, για να έχουν εξασφαλισμένη τροφή και στέγη, έστω και για μικρό χρονικό διάστημα. Γενικότερος στόχος άλλωστε της κοινωνικής πολιτικής είναι η μείωση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας με την έννοια της ολοκληρωτικής κάλυψης των αναγκών και την ελαχιστοποίηση των υποτροπών. (Hill M., 1996, σελ.142-143)

Στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων της Κοινωνικής Υπηρεσίας, στην εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση, ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί τις γνώσεις του για το δίκτυο υπηρεσιών που λειτουργεί στην περιοχή και συνεργαζόμενος με τον ασθενή και την οικογένειά του κάνει τις ανάλογες παραπομπές.

Θέματα που απασχολούν το νοσοκομειακό κοινωνικό λειτουργό είναι οι ανάγκες του ατόμου στη νέα κατάσταση που αντιμετωπίζει, η επίτευξη ομαλών κοινωνικών εμπειριών, τουλάχιστον για το άμεσο περιβάλλον του (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς), τα δικαιώματά του ως πολίτης αλλά και ως άτομο που αντιμετωπίζει κάποια ιδιαίτερα προβλήματα. Ο κύριος στόχος που θέτεται είναι η επανένταξη του ατόμου και γι' αυτό ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται όχι μόνο με το ίδιο το άτομο, αλλά και με τους

ανθρώπους που τον περιβάλουν και που αντιμετωπίζουν και αυτοί τις επιπτώσεις της ασθένειας. (ο.π.)

Οι περιπτώσεις των ανθρώπων που χρήζουν εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης είναι ποικίλες και η κάθε περίπτωση χρειάζεται εξειδικευμένη βοήθεια.

A.5 Δεοντολογικά διλήμματα που προκύπτουν από τη συνεργασία με τους ασθενείς.

Οι νομοθετικές πράξεις και η δεοντολογία της Κοινωνικής Εργασίας θέτουν τα πλαίσια στα οποία πρέπει να ασκεί ο κοινωνικός λειτουργός το επάγγελμα στο χώρο του νοσοκομείου. Στην καθημερινή εφαρμογή όμως, της Κοινωνικής Εργασίας στα νοσηλευτικά ιδρύματα φαίνεται πως ανακύπτουν ποικίλα δεοντολογικά διλήμματα. Τα δεοντολογικά διλήμματα προκύπτουν όταν υπάρχουν αντικρουόμενα συμφέροντα, καθήκοντα και υποχρεώσεις μεταξύ των συμμετεχόντων. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 72)

Από έρευνα που διεξήχθη στις Η.Π.Α. και αφορούσε τα δεοντολογικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί στο χώρο του νοσοκομείου, φάνηκε πως τα περισσότερα διλήμματα προέρχονται κυρίως από τη σύγκρουση μεταξύ του δικαιώματος για αυτοδιάθεση των ατόμων και αυτού που οι επαγγελματίες θεωρούν ως το καλύτερο για το συμφέρον των εξυπηρετούμενων. Τα δεοντολογικά διλήμματα είναι πιο πιθανό να εμφανιστούν όταν η διανοητική κατάσταση των εξυπηρετούμενων δεν είναι καλή ή όταν η διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι προβληματική. Ακόμη, η καθυστερημένη έξοδος των ασθενών από το νοσοκομείο, ο αυξημένος αριθμός θανάτων μέσα στο νοσοκομείο, η ανεπαρκής εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση είναι θέματα που μπορεί να προκαλέσουν δεοντολογικά διλήμματα. (Proctor E., Morrow-Howell N., Leanne Lott C., 1993, σελ. 166)

Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι τα περισσότερα δεοντολογικά διλήμματα προκύπτουν ανάμεσα στην επιδίωξη για την καλύτερη συμφέρουσα λύση για τον πελάτη και στην καλλιέργεια του μέγιστου βαθμού αυτοδιάθεσης.

Όμως, και η διευθέτηση για επαρκή φροντίδα μετά τη νοσηλεία είναι το επίκεντρο για τους περισσότερους κοινωνικούς λειτουργούς. Όταν λοιπόν, οι υπάρχουσες λύσεις αποκατάστασης γίνονται αντιληπτές ως μη ικανοποιητικές, ανεξάρτητα από το αν είναι οι μόνες διαθέσιμες λύσεις, τότε είναι πιθανό να εγερθούν δεοντολογικά διλήμματα. Ένα ακόμη ζήτημα που απασχολεί τους κοινωνικούς λειτουργούς είναι η άρνηση του ασθενή ή της οικογενείας του να γίνουν κάποιες ιατρικές πράξεις που είναι απαραίτητες για τη φροντίδα ή τη θεραπεία του ασθενή. Σε αυτή την περίπτωση ορισμένοι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται για να υπερασπιστούν το δικαίωμα του ασθενή να αρνηθεί οποιαδήποτε ιατρική ή νοσηλευτική πράξη και άλλοι προσπαθούν να πείσουν για την αναγκαιότητα αυτών των πράξεων. Επίσης, μερικές περιγραφές δεοντολογικών διλημάτων αφορούν τη σύγκρουση ανάμεσα σε αυτό που θεωρούν καλύτερο οι κοινωνικοί λειτουργοί και σε αυτό που πιστεύουν ότι πρέπει να γίνει τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας ή αυτό που επιθυμεί το περιβάλλον του ασθενή. (ο.π., σελ. 170-172)

Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται στο νοσοκομείο έρχεται συχνά σε επαφή με ανθρώπους που είτε δεν είναι σε θέση να λάβουν αποφάσεις οι ίδιοι (παιδιά, ηλικιωμένοι, ψυχικά ασθενείς, άτομα με νοητική καθυστέρηση κ.ά.), είτε που οι αποφάσεις τους έρχονται σε αντίθεση με τις αξίες και τα πιστεύω των κοινωνικών λειτουργών (π.χ. τοξικομανείς, αυτόχειρες). Ακόμη, στην άσκηση της εργασίας του αντιμετωπίζει άτομα που προέρχονται από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο (π.χ. μετανάστες, τσιγγάνοι), που έχουν διαφορετικές θρησκευτικές πεποιθήσεις που τους υπαγορεύουν να διατηρούν συγκεκριμένες στάσεις (π.χ. μάρτυρες του ιαχωβά που αρνούνται τη μετάγγιση αίματος) ή άτομα διαφορετικού μορφωτικού, κοινωνικού, οικονομικού επιπέδου. Καθήκον των κοινωνικών λειτουργών είναι να προστατεύσουν τα δικαιώματα των ατόμων ακόμα και από τις δικές τους προκαταλήψεις και επαγγελματικές αδυναμίες. Έτσι, μόνο θα κατορθώσουν τη δίκαιη και ισότιμη μεταχείριση των

εξυπηρετούμενων και τη διασφάλιση του κύρους του επαγγέλματός τους. (Lacey R., σελ. 164-165)

B. Διεπιστημονική Συνεργασία

Έχει αναγνωριστεί πλέον, ότι η ασθένεια πέρα από τους βιολογικούς παράγοντες αποτελεί και συνάρτηση κοινωνικών, οικονομικών, ψυχολογικών και ατομικών παραγόντων. Η θεραπεία της νόσου απαιτεί ολιστική αντιμετώπιση από τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Η υγεία δεν μπορεί να είναι ευθύνη ενός ή δυο 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 πληροφορίες που αφορούν 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 δυνατόν να ενισχυθεί από τη συμμετοχή του στη διεπιστημονική ομάδα του νοσοκομείου. Εκεί καλείται να παίξει σημαντικό ρόλο σαν στέλεχος της διεπιστημονικής ομάδας με τη δική του επιστημονική οντότητα.

Η διεπιστημονική ομάδα εκτός από τη κεντρική λειτουργία που έχει να επιτελέσει δηλαδή την πληρέστερη αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή, θα πρέπει να λειτουργεί και ως το σημείο από όπου οι επαγγελματίες θα παίρνουν υποστήριξη 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 ότι απαιτείται η συνεργασία

πολλών διαφορετικών επαγγελματιών που θα εξασφαλίζει την ολιστική αντιμετώπιση των ατόμων. (Παπαϊωάννου Κ., 1994, σελ. 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 Δ., 1995, σελ.143-144)

Οι Aradine και Pridham (1973) περιγράφουν τη συνεργασία ως «μια διαδικασία κοινής εργασίας με κοινά αποδεκτούς στόχους και φιλοσοφία, ενώ ταυτόχρονα είναι απαραίτητη η κατανόηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, όπως είναι οι ικανότητες, οι γνώσεις και τα στοιχεία της προσωπικότητας και συμπεριφοράς που έχει καθένα από τα συμβαλλόμενα μέλη σαν επαγγελματίας αλλά και σαν άτομο». (ο.π., σελ. 143)

Η έννοια της συνεργασίας περικλείει και την έννοια της διεπιστημονικής συνεργασίας όπου άτομα από διαφορετικές επιστημονικές κατευθύνσεις καλούνται να συνεργαστούν για την προώθηση και επίτευξη κοινών στόχων. (ο.π., σελ. 144)

Σύμφωνα με την Παπαϊωάννου (1994) «η Διεπιστημονική Συνεργασία είναι η επιστημονικά σχεδιασμένη συνεργατική προσπάθεια». Σύμφωνα με τη συγγραφέα, συνεργασία σημαίνει ότι όλοι οι εμπλεκόμενοι επαγγελματίες πρέπει να δεχθούν να δουλέψουν μαζί και να συντονίσουν τις ενέργειες τους, αναγνωρίζοντας ότι η συνεργασία δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική μόνο με την προσπάθεια από τον εκπρόσωπο μιας επιστήμης. (Παπαϊωάννου Κ., 1994, σελ. 7,11)

Η Dalley (1989) χρησιμοποιεί έναν ευρύτερο ορισμό της διεπιστημονικής συνεργασίας κατά τον οποίο η συνεργασία πραγματοποιείται μεταξύ διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων, καθώς και μεταξύ υπηρεσιών και οργανώσεων για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας. Η ομάδα, αναφέρει η συγγραφέας, είναι το κύριο εργαλείο για να επιτευχθεί η συνεργατική σχέση μεταξύ επαγγελματιών και μεταξύ οργανώσεων και υπηρεσιών. (Dalley G., 1989, σελ. 102-104)

Όπως αναφέρουν οι Mailick και Ashley (1981) η διεπιστημονική συνεργασία περιλαμβάνει επικοινωνία, συμβουλευτική, ανταλλαγή πληροφοριών και ιδεών, επίσημα θεσμοθετημένες συναντήσεις και συνεδριάσεις, τήρηση κοινών κανόνων, επανεκτίμηση των κανόνων. (Σαπουντζή-Κρέπια Δ., 1995, σελ.144)

Η διεπιστημονική συνεργασία υφίσταται όταν για την επίτευξη ενός σκοπού απαιτούνται οι αλληλοσυμπληρούμενες γνώσεις και εμπειρία δυο 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 Κ., 1994, σελ. 8)

Στη διεπιστημονική συνεργασία τα μέλη της ομάδας δεν χάνουν την ξεχωριστή επιστημονική ταυτότητά τους. Η διεπιστημονική ομάδα εργάζεται από κοινού για τη δημιουργία του έργου και αυτό απαιτεί το συντονισμό της για τη μελέτη και τον προγραμματισμό του σχεδίου δράσης, τον καταμερισμό της εργασίας, την αναγνώριση των προτεραιοτήτων, τη χρησιμοποίηση του πληροφοριακού υλικού. (ο.π.)

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 διεπιστημονική 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 διάθεση τους για διεπιστημονική συνεργασία ή όχι. (ο.π., σελ. 11)

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. (ο.π., σελ. 9)

Στο χώρο του νοσοκομείου εξακολουθεί να επικρατεί το ιατροκεντρικό μοντέλο όπου ο γιατρός θεωρείται ο μοναδικός υπεύθυνος για τη θεραπεία του ασθενή. Ο γιατρός 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 τη προσωπική εμπλοκή με τον ασθενή και το οικογενειακό περιβάλλον του. (Κουντή Κ., 1996, σελ. 77)

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 γιατρών και νοσηλευτών. Συνάμα υπάρχει άγνοια σχετικά με το ρόλο και την εμπλοκή της κάθε ειδικότητας στη θεραπεία του ατόμου. (ο.π.)

Η συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με τις άλλες ειδικότητες επικεντρώνεται κυρίως στη σχέση με το ιατρικό και νοσηλευτικό 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 τα περιστατικά οικονομικά αδύναμων ασθενών, 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. (ο.π.)

B.1 Παράγοντες που διασφαλίζουν την επιτυχία της συνεργατικής προσπάθειας

Η επιτυχία της διεπιστημονικής συνεργασίας εξαρτάται από πολλούς οργανωτικούς παράγοντες όπως: 1) Την κατάλληλη προετοιμασία των μελών της ομάδας αναφορικά με το περιεχόμενο της συνεργασίας, τους ρυθμούς εργασίας, την κινητοποίηση της ομάδας και το κοινό αίσθημα. 2) Την άρτια οργάνωση και δομή της ομάδας π.χ. το μέγεθος, ο τόπος και ο χρόνος, η διάρκεια της ομάδας. Η επιτυχία της ομάδας εξαρτάται από το σαφή καθορισμό του ρόλου και της λειτουργίας του κάθε μέλους και τον αμοιβαίο βαθμό εξάρτησης μεταξύ τους, ώστε να μη δημιουργούνται επικαλύψεις. 3) Την επίτευξη κοινών σκοπών, όπου το κάθε μέλος γνωρίζει το αντικείμενο του δικού του τομέα, αισθάνεται ότι συμβάλλει ενεργά στην επιτυχία του κοινού σκοπού και αισθάνεται ασφαλές με την επιστημονική του ταυτότητα. 4) Την επιλογή της κατάλληλης στιγμής που είναι ένας παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη για τη συνεργατική διαδικασία. Για παράδειγμα κατάλληλη στιγμή για την κινητοποίηση της διεπιστημονικής ομάδας μπορεί να είναι μια περίοδος που ανακύπτει μια κατάσταση ανάγκης. 5) Τέλος, από τη σωστή διεκπεραίωση του ρόλου που έχει να επιτελέσει η ομάδα αλλά και το κάθε μέλος της ξεχωριστά. (Παπαϊωάννου Κ., 1994, σελ. 7-12)

Παράλληλα με τους οργανωτικούς παράγοντες στη διεπιστημονική ομάδα επιδρούν και οι ατομικοί παράγοντες των μελών. Ο κάθε επαγγελματίας φέρνει στην ομάδα διαφορετικούς τρόπους επικοινωνίας, διαφορετικές μεθόδους συλλογής πληροφοριών και επίλυσης προβλημάτων. Οι διαφορές αυτές εμπλουτίζουν και ισχυροποιούν τη διεπιστημονική ομάδα. Η επιτυχία της διεπιστημονικής ομάδας προϋποθέτει την αποδοχή και το σεβασμό των ατομικών χαρακτηριστικών, καθώς και τη χρησιμοποίηση των διαφορετικών ικανοτήτων, γνώσεων και εμπειριών που εισάγει ο κάθε επαγγελματίας ώστε να διευρυνθεί η γνώση και η έκταση των δεξιοτήτων που προσφέρονται για

την εξυπηρέτηση των αναγκών των ατόμων. (Παπαϊωάννου Κ., 1998, σελ.168-169)

B.2 Προβλήματα στη συνεργασία – Αίτια συγκρούσεων

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: α) Προβλήματα επικοινωνίας, β) Αντικρουόμενες αντιλήψεις για το ρόλο και τις ευθύνες, γ) Ασάφειας ρόλων, όπου η συμμετοχή των ειδικοτήτων αλληλοκαλύπτεται ή και είναι ασαφής, δ) Ανταγωνιστικότητας σχετικά με το κύρος, την ιεραρχία, την ανταμοιβή, την ανεξαρτησία και την αυτονομία, ε) Ηγετικές τάσεις και τάσεις προβολής του έργου των διαφόρων μελών της διεπιστημονικής ομάδας, στ) Απόδοσης ευθυνών, καθηκόντων και προνομίων, ζ) Έλλειψης εκπαιδευτικής προετοιμασίας των μελών. Τα προβλήματα αυτά είναι δυνατό να οδηγήσουν σε σοβαρές συγκρούσεις που δυσχεραίνουν τη λειτουργία της ομάδας. (Παπαϊωάννου Κ., 1994, σελ. 8-9)

Ποια όμως είναι τα αίτια που δημιουργούν τις συγκρούσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας; 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 Δ., 1995, σελ.146)

Στους οργανωτικούς παράγοντες περιλαμβάνονται οι ανεπαρκείς οδηγίες και οι ασαφείς καθορισμοί επαγγελματικών καθηκόντων που δημιουργούν αβεβαιότητα στους επαγγελματίες και είναι πιθανό να οδηγήσουν στη σύγκρουση. (ο.π.) 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. (Abramson J., Mizrahi T., 1996, σελ. 271)

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. (Σαπουντζή-Κρέπια Δ., 1995, σελ.146) Στην ομάδα των επιστημόνων που αναπτύσσουν τις δραστηριότητες τους στο νοσοκομείο εγείρονται συχνά συγκρούσεις σαν αποτέλεσμα της θέλησης για κυριαρχία της ιατρικής ομάδας στις αποφάσεις που παίρνει η διεπιστημονική ομάδα. (Abramson J., Mizrahi T., 1996, σελ. 271)

Νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν τα ίδια ζητήματα στη συνεργασία με τους γιατρούς. Τα ζητήματα που ανακύπτουν αφορούν την έλλειψη αποδοχής από τους γιατρούς του εύρους των γνώσεων των άλλων επαγγελματιών, των ρόλων τους, του κύρους τους, την αντιφατική προσδοκία από τους γιατρούς σχετικά με την αυτονομία των άλλων επαγγελματιών, καθώς και την κοινά εκφραζόμενη ανάγκη για αναγνώριση από τους γιατρούς για την ικανότητα και επάρκεια τους. (ο.π.)

Η άποψη ότι οι γιατροί δεν δίνουν έμφαση στη συνεργασία με άλλες επαγγελματικές ομάδες, ενισχύεται από την απουσία άρθρων στα ιατρικά περιοδικά που 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. (ο.π.)

Όταν γίνεται λόγος για τους 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. (Παπαϊωάννου Κ., 1998, σελ.268) 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. (Butrym Z., 1989, σελ. 26)

Ακόμη, η ηλικία των μελών ενός επαγγέλματος αποτελεί ένα από τα κοινωνικά χαρακτηριστικά του. Οι γιατροί 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 αντιμετώπιση τους. (Παπαϊωάννου Κ., 1998, σελ.269)

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 κ.λ.π. (ο.π. σελ.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 εξειδίκευση διαφοροποιούν το εισόδημα-αμοιβή των επαγγελματιών. Το εισόδημα τόσο μέσα στην κοινωνία όσο και στη διεπιστημονική ομάδα θεωρείται ένδειξη της κοινωνικής θέσης και του κύρους του κάθε επαγγελματία. Οι μεγάλες

διαφορές στις οικονομικές παροχές που λαμβάνουν τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας μπορεί να είναι αιτία σύγκρουσης. (ο.π., σελ.270-271)

Τέλος, ο αριθμός των μελών και η κατανομή των μελών μέσα στο νοσηλευτικό ίδρυμα είναι παράγοντες που δίνουν δύναμη σε ένα επάγγελμα. Ο μεγαλύτερος αριθμός μελών συνεπάγεται υψηλότερους πόρους, καλύτερη οργάνωση και επαγγελματική δύναμη. Στα νοσοκομεία της χώρας η πλειοψηφία του επιστημονικού προσωπικού είναι γιατροί και νοσηλευτές. Η αριθμητική υπεροχή τους δίνει τη δυνατότητα να έχουν μεγαλύτερη εργασιακή δύναμη και δυνατότητα επιρροής σε σχέση με άλλες επαγγελματικές ομάδες. (ο.π., σελ.269)

Ο τρίτος παράγοντας που φαίνεται πως ευθύνεται για τη δημιουργία συγκρούσεων είναι οι διαφορετικές αντιλήψεις που έχουν τα μέλη διαφορετικών επιστημονικών κατευθύνσεων σχετικά με το επάγγελμά τους, τους ρόλους τους και τους άλλους επαγγελματίες.

Στον τομέα της υγείας η αντίληψη καθορίζει την ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων τους. Επίσης, αποτελεί παράγοντα επηρεασμού της επαγγελματικής συμπεριφοράς των εργαζομένων στην υγεία και την πρόνοια. Η αντίληψη είναι βασικό στοιχείο που προσδιορίζει τις αντιδράσεις των επαγγελματιών κατά τη διάρκεια της διεπαγγελματικής συνεργασίας τους. (Σαπουντζή-Κρέπια Δ., 1995, σελ.145)

Η King (1981) ορίζει την αντίληψη σαν «μια διαδικασία οργάνωσης, ερμηνείας και επεξεργασίας μιας πληροφορίας μέσω της μνήμης και των προσλαμβανομένων από τα αισθητήρια όργανα πληροφοριών και είναι μια διαδικασία συναλλαγής του ανθρώπου με το περιβάλλον. Η αντίληψη δίνει νόημα στις εμπειρίες του ανθρώπου, αντικατοπτρίζει την εικόνα της πραγματικότητας που έχει ένα άτομο και επηρεάζει τη συμπεριφορά του». (ο.π.)

Οι διάφορες αντιλήψεις που υιοθετούν τα άτομα προέρχονται από τη γενική κουλτούρα που επικρατεί σε μια κοινωνία, καθώς και από την

κουλτούρα της ομάδας στην οποία ανήκουν. (ο.π.) Οι παράγοντες που διαμορφώνουν τις αντιλήψεις του κάθε επαγγελματία είναι η γενική κουλτούρα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η επαγγελματική ιδεολογία ή κουλτούρα του επαγγέλματος. (Butrym Z., 1989, σελ. 26-27)

Ως ιδεολογία μπορεί να οριστεί το σύστημα αξιών και πεποιθήσεων που υιοθετεί ένα άτομο σχετικά με τη θεώρηση του κόσμου. Η επαγγελματική ιδεολογία είναι μέρος της ευρύτερης ιδεολογίας που αντικαθιστά τη θεώρηση κόσμου στο βαθμό που σχετίζεται με την επαγγελματική πρακτική. (Dalley G., 1989, σελ. 110) Η διαφορετική επαγγελματική ιδεολογία έχει σαν αποτέλεσμα να δίνονται διαφορετικές προτεραιότητες και emphάσεις και αυτές με τη σειρά τους είναι πιθανό να οδηγήσουν στη σύγκρουση. (Butrym Z., 1989, σελ. 26-27)

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 γιατροί 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. (ο.π.) Όμως, και οι επαγγελματίες που υιοθετούν μια ολιστική προσέγγιση της υγείας δεν ξεκινούν πάντα από την ίδια ιδεολογική βάση και δεν συμφωνούν για τον τρόπο που θα εφαρμοστεί στην πράξη. Όπως αναφέρει ο Bywaters (1981) για παράδειγμα, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι νοσηλευτές υποστηρίζουν το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της 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. (Bywaters P., 1989, σελ. 38)

Ένας ακόμη 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 σε 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 από ότι οι γιατροί, να δώσουν προσοχή στα αποτελέσματα της θεραπείας στο άτομο και στον τρόπο ζωής του. (Butrym Z., 1989, σελ. 27) Από την άλλη μεριά, οι γιατροί θεωρούν ότι με αυτή τη στάση οι κοινωνικοί λειτουργοί υποβιβάζουν την αξία της θεραπείας αποδίδοντας μεγαλύτερη σημασία στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες παρά στους οργανικούς. (Παπαϊωάννου Κ., 1998, σελ.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 γιατροί που έχουν συνηθίσει να εργάζονται ανεξάρτητα και απευθείας με τον ασθενή δίνουν μικρή προτεραιότητα στη συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς και πιστεύουν ότι είναι απαραίτητη μόνο για ένα περιορισμένο αριθμό ασθενών που χρήζουν άμεσης κοινωνικής βοήθειας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που η συνεργασία τους με τους γιατρούς είναι σημαντική για να πραγματοποιήσουν τις δραστηριότητες τους δίνουν μεγάλη σημασία στην αλληλεπίδρασή τους με τους γιατρούς. (ο.π. σελ.275) Οι νοσηλευτές παραδοσιακά συνεργάζονται στενά με τους γιατρούς, όμως η σχέση αυτή δεν στηρίζεται στην ισοτιμία και στην ανεξαρτησία του νοσηλευτή, αλλά περιορίζεται στο ρόλου του βοηθητικού προς την ιατρική επαγγελματία. Οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι νοσηλευτές παρότι μοιράζονται πολλές κοινές αντιλήψεις, διαφοροποιούνται στην επαγγελματική ιδεολογία κυρίως για τη στάση και τη συμπεριφορά τους απέναντι στην εξουσία. (Bywaters P., 1989, σελ.36- 37)

Μια διαφορά που προκύπτει στη συνεργασία των διαφορετικών ειδικοτήτων είναι σε ποιους απευθύνονται οι ενέργειες της ομάδας. Για το γιατρό ο εξυπηρετούμενος είναι το άτομο που έχει κάποια πάθηση και σε αυτό απευθύνονται όλες 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 περιβάλλον του. (Παπαϊωάννου Κ., 1998, σελ.275-276) 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 Δ., 1995, σελ.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. (Dalley G., 1989, σελ. 106-107)

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. (ο.π. σελ. 111-113)

Συμπληρώνοντας τους παράγοντες που πιθανόν να προκαλέσουν σύγκρουση στην 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. Απαραίτητη για το λόγο αυτό είναι η ανάπτυξη στρατηγικών για τη βελτίωση της διεπαγγελματικής συνεργασίας.

B.3 Αλλαγές που πρέπει να πραγματοποιηθούν

Οι αλλαγές πρέπει να γίνουν προς την κατεύθυνση της δημιουργίας διεπιστημονικών ομάδων στο νοσοκομειακό πλαίσιο και προς τον αποτελεσματικό χειρισμό των συγκρούσεων που προκύπτουν μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων.

Η πρώτη αλλαγή που πρέπει να γίνει αφορά την προετοιμασία των μελλοντικών επαγγελματιών κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους. Η προπτυχιακή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας (γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές κ.α.) θα πρέπει να στηρίζεται στην ολιστική προσέγγιση της υγείας ώστε οι εκπαιδευόμενοι να κατανοήσουν την σημαντικότητά της και να την θεωρούν αναπόσπαστο κομμάτι της μελλοντικής επαγγελματικής πρακτικής τους. Επίσης, κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης είναι η κατάλληλη περίοδος για την κατανόηση και εκτίμηση του διαφορετικού ρόλου που έχουν να επιτελέσουν τα διάφορα επαγγέλματα υγείας, των γνώσεων και των ικανοτήτων τους, των αμοιβαίων ευθυνών, της αξίας της διεπιστημονικής ομάδας. Ακόμη, είναι η περίοδος που πρέπει να μεταδοθούν στους εκπαιδευόμενους δεξιότητες επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης που θεωρούνται βασικές για την επιτυχία της διεπιστημονικής συνεργασίας. (Παπαϊωάννου Κ., 1994, σελ. 9,13)

Η δεύτερη αλλαγή που πρέπει να πραγματοποιηθεί για να επιτευχθεί αυτή η μορφή συνεργατικής σχέσης είναι η επίσημη θεσμοθέτηση της και υποστήριξής της τόσο από αυτούς που διαμορφώνουν την κοινωνική πολιτική όσο και από τη διοίκηση των νοσοκομείων και των εμπλεκόμενων επαγγελματικών ομάδων. (Σαπουντζή-Κρέπια Δ., 1995, σελ.147)

Η επόμενη αλλαγή αφορά την ανάπτυξη διεπιστημονικών ομάδων μέσα στο νοσοκομειακό πλαίσιο. Η δημιουργία της ομάδα αποτελεί την καλύτερη στρατηγική για την αντιμετώπιση προβλημάτων σύγκρουσης, επίδειξης εξουσίας και άλλων στοιχείων που αναφέρονται στη συνεργασία όταν δεν έχει εδραιωθεί η συνοχή της ομάδας. (ο.π., , σελ.146) Για αυτό το σκοπό, θα πρέπει να αναπτυχθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα μέσα στο νοσοκομείο που θα προωθούν την ολιστική προσέγγιση του ατόμου και θα ενημερώνουν τους επιστήμονες της ομάδας για τους ρόλους, την ορολογία και την ιδιαίτερη προσφορά του κάθε μέλους της. (Παπαϊωάννου Κ., 1988, σελ.11)

B.4 Μοντέλα Διεπιστημονικής Ομάδας Υγείας

Τα πιο διαδεδομένα Μοντέλα Διεπιστημονικής Ομάδας Υγείας που απαντώνται στη βιβλιογραφία είναι τα εξής:

A. Το Βιοϊατρικό Μοντέλο. Κεντρική ιδέα αυτού του Μοντέλου είναι ότι το ανθρώπινο σώμα είναι μια "οργανική μηχανή". Όταν αυτή η "μηχανή" δυσλειτουργεί, τότε το άτομο θεωρείται άρρωστο και ο ρόλος του προσωπικού υγείας περιορίζεται στην επιδιόρθωση του τμήματος που δεν λειτουργεί φυσιολογικά. Σύμφωνα με αυτό τον τρόπο σκέψης που υιοθετεί το Βιοϊατρικό Μοντέλο κάθε αποτέλεσμα έχει και μια αιτία. Το μόνο που χρειάζεται είναι να βρεθεί η αιτία για να εξηγηθεί οποιοδήποτε οργανικό σύμπτωμα. (Παπαδάτου Δ., Αναστασόπουλος Φ., 1999, σελ.13-14)

Στο Βιοϊατρικό Μοντέλο που επικρατεί μέχρι και σήμερα στο μεγαλύτερο μέρος της σύγχρονης νοσοκομειακής πρακτικής, παραγνωρίζονται οι ψυχολογικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που επιδρούν στην ανάπτυξη και στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Σε αυτό το μοντέλο που κύριο χαρακτηριστικό του είναι η εξειδίκευση, ο γιατρός έχει το κεντρικό ρόλο στη θεραπεία του ασθενή, ενώ οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας (π.χ. ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) συμμετέχουν σπασμωδικά στις περιπτώσεις που κρίνεται ότι ο ασθενής χρήζει εξειδικευμένης βοήθειας για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων. (ο.π., σελ.14-15)

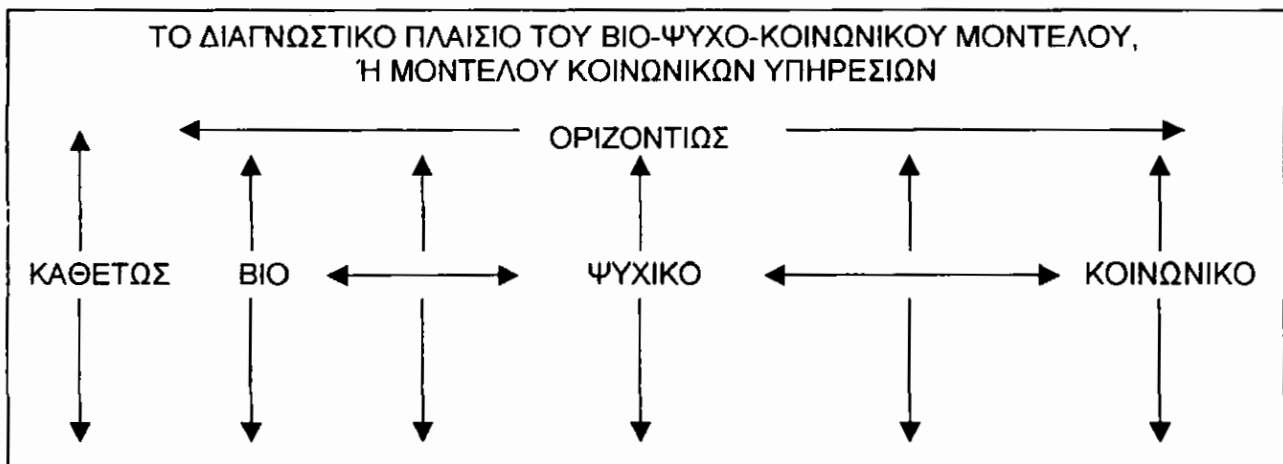
Η σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι άνιση και ακολουθείται η ιεραρχία. Άνιση όμως, είναι και η σχέση του προσωπικού υγείας με τον ασθενή. Στο Βιοϊατρικό Μοντέλο ο ασθενής είναι παθητικός αποδέκτης αφού δεν συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία της θεραπείας. Δεν λαμβάνονται υπόψη οι δυνάμεις του ατόμου και της οικογενείας του που θα αποτελούσαν σημαντικούς παράγοντες για την αποκατάσταση του ασθενή. (ο.π., σελ.20-21)

B. Το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο. Βασική θεώρηση αυτού του Μοντέλου είναι ότι η υγεία και η ασθένεια αποτελούν δυο αλληλοσυμπληρούμενα μέρη του ίδιου συστήματος. Η υγεία δεν είναι μια κατάσταση που το άτομο "αποκτά" ή "χάνει" και η ασθένεια δεν θεωρείται ως ένα γεγονός που "εισβάλλει" στον ανθρώπινο οργανισμό. Αντίθετα θεωρείται ότι το κάθε άτομο είναι περισσότερο ή λιγότερο υγιές ή άρρωστο σε μια δεδομένη στιγμή. Η κατάσταση της υγείας του ατόμου εξαρτάται από βιολογικούς, ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που συνεχώς μεταβάλλονται. Όπως αναφέρουν οι Παπαδάτου και Αναστασόπουλος (1999) «η υγεία ορίζεται ως μια ολότητα όπου η σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον». Η ασθένεια δεν έχει μόνο μια αιτία αλλά οφείλεται σε ένα σύνολο παραγόντων που αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν το άτομο. (ο.π., σελ.17-18)

Το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο είναι προσανατολισμένο σε μια ολιστική παρέμβαση σε ατομικό (σωματικό και ψυχολογικό), οικογενειακό, κοινωνικό και οικολογικό επίπεδο. Σε αυτό το Μοντέλο απαιτείται η συνεργασία διαφορετικών ειδικοτήτων για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του ατόμου. Η παρέμβαση της διεπιστημονικής ομάδας γίνεται σε πολλά επίπεδα και απευθύνεται τόσο στον ασθενή, όσο και στην οικογένειά του και στην κοινότητα που αυτός ανήκει. (ο.π., σελ.19,21,22) Το παράδειγμα που δίνει ο Ιατρίδης (1989) είναι ενδεικτικό για το πώς αντιμετωπίζεται ένα πρόβλημα

υγείας από το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο. Στην περίπτωση της υπέρτασης, αναφέρει ο συγγραφέας, που αποτελεί το βιολογικό άξονα της ασθένειας, η διάγνωση θα είναι ελλιπής, αν δεν συμπεριληφθεί η συναισθηματική κατάσταση (Ψυχολογικός άξονας). Και αυτό γιατί η υπέρταση είναι πιθανό να προέρχεται από ανικανοποίητες ανάγκες του ατόμου. Στη συνέχεια θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι κοινωνικοί παράγοντες όπως είναι η αγχώδης απασχόληση ή η ανεργία ή άλλα προβλήματα κοινωνικής φύσης που οδηγούν στην υπέρταση (Κοινωνικός άξονας). (Ιατρίδης Δ., 1989, σελ.76-77)

Σχεδιάγραμμα 2.6



Πηγή: Ιατρίδης Δ. (1989)

Στα πλαίσια αυτού του Μοντέλου, τονίζεται η σημασία της ενεργούς συμμετοχής του ασθενή στη διαδικασία της θεραπείας του. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να διερευνήσει τις συνήθειες ή τον τρόπο ζωής που μπορεί να επηρεάζουν την υγεία του. Του παρέχεται βοήθεια για να μάθει να αντιμετωπίζει αποτελεσματικότερα τις στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής, να ελαττώνει τις επιζήμιες για την υγεία του συνήθειες (όπως είναι το κάπνισμα, η υπερβολική χρήση οινόπνεύματος ή καφεΐνης κ.λ.π.) και να υιοθετεί νέες συμπεριφορές που προωθούν την καλή υγεία (π.χ. σωστή διατροφή, συχνή άσκηση κ.α.) (Παπαδάτου Δ., Αναστασόπουλος Φ., 1999, σελ.21)

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ: 2.7

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΜΟΝΤΕΛΩΝ		
(Α) ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	(Β) ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ	(Γ) ΒΙΟ-ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ
Προσανατολισμός προς αρρώστια	Ασθένεια θεωρείται εκτροχιασμός του σώματος	Έλλειψη υγείας ως έκφραση ανισορροπίας μεταξύ διενέργειας διαφόρων περιβαλλόντων
Έμφαση διαδικασίας	Μελέτη και θεραπεία αρρώστιας	Μελέτη και ανάπτυξη υγείας
Φύση	Υγεία ισούται με έλλειψη αρρώστιας	Υγεία θεωρείται η μεγιστοποίηση του ευ ζην
Αιτία	Εδρεύει στις βιοχημικές και οργανικές λειτουργίες του σώματος (Υπεραπλοποίηση)	Αναγνώριση διαφόρων τύπων επίδρασης μεταξύ πολλαπλών επιπέδων (Περιεκτικό)
Είδος παρέμβασης	Εξωγενής θεραπεία	Παρότρυνση της εσωτερικής ικανότητας για ίαση
Ρόλος επαγγελματία υγείας	Λειτουργός εξωτερικής θεραπείας	Διευκόλυνση της διαδικασίας ίασης
Ρόλος αρρώστου	Παθητικός, αποδεχόμενος ιατρική παρέμβαση, συνεργατικός	Ενεργός, διευθύνων τη διαδικασία ίασης

ΠΗΓΗ: Ιατρίδης Δ., (1989)

Το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο είναι ευρύτερο, διεπιστημονικό και αποτελεσματικότερο από το Βιοϊατρικό Μοντέλο. Το πρώτο απαιτεί την χρήση και την ισότητα των επαγγελματιών υγείας ενώ το δεύτερο συγκεντρώνεται στην ιατρική και χρησιμοποιεί τα άλλα επαγγέλματα υγείας βοηθητικά και περιθωριακά. Ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο είναι κεντρικός και της παρέχεται η δυνατότητα να αναπτύξει της σύνθετες δραστηριότητες της στο νοσηλευτικό πλαίσιο. (Ιατρίδης Δ., 1989, σελ.76,79) (Σχεδιάγραμμα 2.7)

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού καθώς και των άλλων επαγγελματιών υγείας καθορίζεται ανάλογα με το μοντέλο λήψης αποφάσεων που χρησιμοποιεί η διεπιστημονική ομάδα. Η βιβλιογραφία διακρίνει τα εξής μοντέλα λήψης αποφάσεων: Α) Το Απολυταρχικό που χρησιμοποιείται σε πλαίσια όπου υπάρχει υψηλή τεχνολογία και εξειδίκευση. Στο Απολυταρχικό Μοντέλο η διαδικασία λήψης αποφάσεων υπεισέρχεται στη δικαιοδοσία ενός υπεύθυνου, συνήθως γιατρού. Οι ρόλοι των άλλων επαγγελματιών υγείας είναι περιορισμένοι σε σπασμωδικές παρεμβάσεις σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Β) Το Συγκραταθτικό όπου χρησιμοποιείται όταν απαιτούνται οι γνώσεις περισσότερων του ενός ειδικού και όταν δεν συντρέχει ζήτημα ζωής ή θανάτου. Οι περιπτώσεις αυτές μπορεί να αφορούν την πρόληψη, ανάρρωση, αποκατάσταση, χρόνιες παθήσεις, αναπηρίες κ.ά. Σε αυτό το Μοντέλο ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού μπορεί να είναι κεντρικός για την πορεία και την αντιμετώπιση της ασθένειας. Γ) Το Μοντέλο Μήτρας που εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που οι ρόλοι των ειδικών επικαλύπτονται και οι καθημερινές δραστηριότητες και συνθήκες καθορίζουν συγκεκριμένους ρόλους (π.χ. ψυχικές ασθένειες, χρόνιες παθήσεις κ.λ.π). Και σε αυτό το Μοντέλο ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού μπορεί να είναι κεντρικός, όταν η διεπιστημονική ομάδα στοχεύει στην κοινωνική διάγνωση, ψυχοκοινωνική στήριξη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινοτική οργάνωση. (ο.π., σελ.80)

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε πως υπάρχει διάσταση μεταξύ αυτού που θεωρείται ως επιθυμητή διεπιστημονική συνεργασία από την Κοινωνική Εργασία και της πραγματικότητας όπως είναι διαμορφωμένη στα γενικά νοσοκομεία της χώρας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται στο συγκεκριμένο πλαίσιο πρέπει να προβάλλουν τη σημασία της διεπιστημονικής ομάδας και να εργαστούν για τη δημιουργία της στο χώρο του νοσοκομείου. Έργο τους είναι η δημιουργία συμμαχιών μέσα στο νοσοκομείο για να προωθήσουν τις αντιλήψεις και τις δραστηριότητες τους. Οι προσπάθειες τους αυτές πρέπει να υποκινούνται από την αντίληψη ότι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να δέχονται και να ωφελούνται από τις υπηρεσίες κάθε μέλους της διεπιστημονικής ομάδας. (Carr J., 1994, σελ. 29)

Γ. Πραγματοποίηση Ομάδων

Ο όρος «ομάδα» αναφέρεται σ' ένα σύνολο ατόμων που είναι περισσότερα από δύο, τα οποία διατηρούν επαφή μεταξύ τους, διαθέτουν και αναγνωρίζουν ένα τουλάχιστον κοινό χαρακτηριστικό γνώρισμα ή μία κοινή ιδιότητα και επιδιώκουν έναν τουλάχιστον κοινό στόχο. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 138)

Η Κοινωνική Εργασία με Ομάδες (ΚΕΟ) είναι μία από τις βασικές αναγνωρισμένες μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας και από το 1945 αποτελεί αναπόσπαστο μέρος κάθε εκπαιδευτικού προγράμματος, θεωρητικού και πρακτικής άσκησης, των Σχολών της Κοινωνικής Εργασίας. (ο.π., σελ. 139)

Η ΚΕΟ βασίζεται και αξιοποιεί την κύρια ιδιότητα του ατόμου ως κοινωνικού όντος. Ο στόχος της βοήθειας είναι επικεντρωμένος στην υποστήριξη και τη συμβουλευτική προκειμένου οι άνθρωποι να βελτιώσουν τις συνθήκες της ζωής, τόσο των ίδιων, όσο και εκείνων που βρίσκονται στην ίδια θέση μ' αυτούς. (ο.π., σελ. 138)

Ο σκοπός, το είδος της ομάδας και ο ρόλος που επιτελεί σε αυτήν ο κοινωνικός λειτουργός καθορίζεται από τη φιλοσοφία, το είδος και τους στόχους της Κοινωνικής Υπηρεσίας στην οποία αυτός εργάζεται και την οποία εκπροσωπεί. (ο.π., σελ 140)

Η ώθηση για τη δημιουργία ομάδων στο χώρο του νοσοκομείου προέρχεται από την επαγγελματική αυτοπεποίθηση και ικανότητα που διακατέχει τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς σε συνδυασμό με την αναγνώριση ότι πολλές φορές η ατομική και η οικογενειακή συμβουλευτική δεν μπορεί να βοηθήσει επαρκώς στις υπάρχουσες καταστάσεις. (Robertson S., 1989, σελ. 126-127)

Η λειτουργία ομάδων στήριξης μέσα στο χώρο του νοσοκομείου αποτελεί πολυτέλεια για τα ελληνικά δεδομένα. Η αναγκαιότητα όμως δημιουργίας και λειτουργίας τέτοιων ομάδων γίνεται ξεκάθαρη όταν ανακαλύπτει κανείς την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται μέσω της Κοινωνικής Εργασίας με Ομάδες.

Στο χώρο του νοσοκομείου ο κοινωνικός λειτουργός επιδιώκει την οργάνωση ομάδων ασθενών ή μελών των οικογενειών τους, για να μπορούν τα άτομα αυτά να εκφράζουν τα συναισθήματά τους, για να αισθάνονται λιγότερη την πίεση από τις συνθήκες διαβίωσης αλλά και για να ψάξουν τρόπους να κάνουν καλύτερη τη ζωή τους. (Κατσορίδου-Παπαδοπούλου Χ., 1999, σελ.34)

Επιπρόσθετα, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να προσανατολιστεί στη δημιουργία ομάδων που θα απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας και που θα στοχεύει στη συναισθηματική αποφόρτιση, στην ενίσχυση της συνεργασίας και την παροχή κατευθύνσεων για την καλύτερη αντιμετώπιση των εξυπηρετούμενων, αλλά και στην ικανοποίηση των επαγγελματιών από την εργασία τους. (Brearly J., 1991, σελ. 22-23)

Παρακάτω θα αναφερθούμε αναλυτικά στη δημιουργία, στο σκοπό και στον τρόπο λειτουργίας των ομάδων, καθώς και στην αποτελεσματικότητά τους τόσο στις ομάδες με ασθενείς ή μέλη των οικογενειών τους όσο και σ' αυτές που απευθύνονται στο προσωπικό του νοσοκομείου.

Γ.1 Ομάδες Στήριξης για τους Ασθενείς και μέλη των Οικογενειών τους.

Η ανάγκη για το σχηματισμό οργανωμένων ομάδων στήριξης μέσα στα νοσοκομειακά πλαίσια αναδύεται από τα προβλήματα των ασθενών και τα παράπονά τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Συναντάμε συχνά ασθενείς να συζητούν μεταξύ τους για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και να προσφέρουν ο ένας στο άλλον στήριξη. Το ίδιο συμβαίνει και με τους συγγενείς που συναντώνται μεταξύ τους στους διαδρόμους και βρίσκουν την ευκαιρία να συζητήσουν με ανθρώπους που αντιμετωπίζουν τις ίδιες δυσκολίες. (Robertson S., 1989, σελ 126)

Αναγνωρίζοντας, λοιπόν, τις παραπάνω ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους γίνεται επιτακτική η ανάγκη για την οργάνωση ομάδων στις οποίες τα μέλη θα συζητούν τα προβλήματά τους, υπό το βλέμμα ενός ειδικού που θα ακούει τις ανάγκες τους και θα τους καθοδηγεί για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των εκάστοτε καταστάσεων.

Για να οδηγηθεί η Κοινωνική Υπηρεσία στη δημιουργία και λειτουργία ομάδων ανταποκρινόμενη στο φυσικό κάλεσμα των ασθενών και των οικογενειών τους θα πρέπει πρώτα:

α) Να ξεπεράσει τυχόν εμπόδια που παρουσιάζονται εκ μέρους της διοίκησης του νοσοκομείου, η οποία συχνά δεν κατανοεί την αναγκαιότητα της μεθόδου της ΚΕΟ και αρνείται την παροχή ειδικού χώρου ή άλλων απαραίτητων, για την πραγματοποίηση της ομάδας, μέσων. (ο.π., σελ. 126)

Τα προβλήματα των πελατών παρ' ότι μπορεί να οφείλονται σε κοινωνικά ή άλλα αίτια, αντιμετωπίζονται από τις οργανώσεις σαν «ατομικές ψυχοσωματικές βλάβες» ή «αποκλίνουσα» συμπεριφορά. Άμεσο αποτέλεσμα αυτής της παρερμηνείας είναι ότι κυριαρχεί η μέθοδος της Κοινωνικής Εργασίας με Άτομα, διότι η Κοινωνική Εργασία με Ομάδες και η Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα δεν ταιριάζουν στη γραφειοκρατικά οργανωμένη δομή της δημόσιας διοίκησης. (Ζωγράφου Α., 1997, σελ.55)

Σε ότι αφορά τη διεκδίκηση των μέσων που απαιτούνται αλλά και την αποδοχή, εκ μέρους της διοίκησης, της πρωτοβουλίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας για την πραγματοποίηση ομάδων, θα πρέπει ο κοινωνικός λειτουργός να χειριστεί την κατάσταση με την αναγκαία ευελιξία και την ικανότητα «εξισορρόπησης» ανάμεσα στις απαιτήσεις της Κοινωνικής Εργασίας και της οργάνωσης. (ο.π., σελ. 64)

β) Να εξασφαλίσει την ύπαρξη και διάθεση κοινωνικών λειτουργών με ανάλογη εμπειρία πάνω στην παροχή συμβουλευτικής για θέματα ασθένειας ή ανικανότητας. Η έλλειψη όμως εμπειρίας των κοινωνικών λειτουργών πάνω στην ΚΕΟ δεν θα πρέπει να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα. Εάν δεν είναι βέβαιοι για τις γνώσεις τους επάνω στο σχηματισμό και την πραγματοποίηση της ομάδας μπορούν να ζητήσουν βοήθεια από εξωτερικούς φορείς, με σκοπό την μετεκπαίδευση των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών. (Robertson S., 1989, σελ. 118-119,126)

Βασικό στοιχείο για μια ομάδα είναι και ο χώρος όπου θα συναντιόνται τα μέλη. Ο κατάλληλος χώρος, τα κατάλληλα και επαρκή μέσα που αυτός διαθέτει, επιδρούν ανάλογα στη ζωή της ομάδας και στην ικανότητά της να επηρεάσει τα μέλη της ή να αποδώσει έργο. (ο.π.)

Ο χώρος για την ΚΕΟ είναι έννοια ρευστή, γιατί μπορεί να σημαίνει πολλά και διαφορετικά πράγματα, ανάλογα με τον τρόπο που χρησιμοποιείται κάθε φορά. Για παράδειγμα, σ' ένα νοσοκομείο για ειδικές παθήσεις, όπου οι ασθενείς παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στο κρεβάτι, ο θάλαμος μπορεί να αποδειχτεί ως ο πλέον κατάλληλος χώρος για τις συναντήσεις τις ομάδας. Οι συνθήκες όμως που επικρατούν σ' ένα γενικό νοσοκομείο, όπως είναι η κινητικότητα των ασθενών ή η ποικιλία των παθήσεων, κάνουν τον θάλαμο μία τελευταία και αναγκαστική λύση. Η καλύτερη λύση είναι ένα κοινό δωμάτιο, μ' ένα εύχρηστο τραπέζι και αρκετές καρέκλες για να κάθονται όλα τα μέλη. (ο.π., σελ. 138-139)

Η φροντίδα του χώρου θέλει πριν απ' όλα πίστη στο αποτέλεσμα και προπάντων αγάπη για τον άνθρωπο. Όταν υπάρχουν αυτές οι προϋποθέσεις, οι γνώσεις ακόμη και του πιο άπειρου κοινωνικού λειτουργού

πολλαπλασιάζονται και η στάση του μετατρέπεται σε επιδέξια, έντεχνη συμπεριφορά. (ο.π., σελ. 141)

Η δυνατότητα πρόσβασης τρίτων, στον ίδιο χώρο και ίσως στον ίδιο χρόνο, μειώνει αυτόματα τη δυνατότητα της ομάδας να αξιοποιήσει πλήρως και το χώρο αλλά και το χρόνο που της δίνεται. Μία τέτοια κατάσταση προκαλεί στην ομάδα συναισθήματα ανασφάλειας, αβεβαιότητας, σύγχυσης και επηρεάζει αρνητικά την πορεία της ομάδας. (ο.π., σελ. 139)

Ο κοινωνικός λειτουργός για να ελέγξει έγκαιρα τα εμπόδια αυτά, οφείλει να εξασφαλίσει την αποκλειστικότητα της χρήσης του χώρου για το διάστημα πριν από τη συνάντηση της ομάδας, ώστε να προετοιμάσει κατάλληλα τον χώρο, κατά τη διάρκεια της συνάντησης αλλά και μετά τη λήξη της για να αποκαταστήσει την τάξη στο χώρο.

Η εξασφάλιση των παραπάνω προϋποθέσεων και η επίλυση των προβλημάτων ανοίγει το δρόμο για το σχεδιασμό της ομάδας ή των ομάδων που η Κοινωνική Υπηρεσία θέλει να πραγματοποιήσει. Εκτιμώντας τις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους οι κοινωνικοί λειτουργοί αποφασίζουν για το είδος των ομάδων που αρχικά θα σχηματίσουν.

Το στάδιο σχηματισμού της ομάδας περιλαμβάνει δύο φάσεις: τη φάση της αρχικής επαφής κοινωνικού λειτουργού και υποψήφιου μέλους για την ανταλλαγή πληροφοριών και τη φάση της σύνθεσης της ομάδας. (Παπαδοπούλου-Κατσορίδου Χρ., 1999, σελ.205-206)

Στη φάση της αρχικής επαφής με το υποψήφιο μέλος ο κοινωνικός λειτουργός επιδιώκει:

- να συγκεντρώσει τις πληροφορίες που θα τον βοηθήσουν να αποφασίσει για τη σύνθεση της ομάδας και για τα μέσα που χρειάζεται,
- να ενημερώσει το μέλος για την εργασία της ομάδας, έτσι ώστε να αναγνωρίσει το ίδιο εάν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του,
- να ξεκινήσει μία θετική σχέση μεταξύ μέλους και κοινωνικού λειτουργού.

(ο.π., σελ.. 202)

Στη φάση της σύνθεσης ο κοινωνικός λειτουργός αποφασίζει για τα μέλη που θα αποτελούν την ομάδα. Βασικό κριτήριο για την επιλογή των μελών (είτε αφορά ασθενείς είτε μέλη των οικογενειών τους), θα πρέπει να είναι η ομοιογένεια ως προς τη διάγνωση και το στάδιο θεραπείας. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι φυσικά ελεύθερος να θέσει και άλλα κριτήρια ανάλογα με το έργο που θα θέλει να επιτελέσει μέσα στα πλαίσια της ομαδικής εργασίας. (ο.π., σελ. 204) Συνήθως όμως, διαφορές μεταξύ των μελών όπως η ηλικία, το φύλο, ή η εθνικότητα, δεν θα πρέπει να λαμβάνονται ιδιαίτερα υπ' όψιν ως κριτήρια καθώς επισκιάζονται από την ασθένεια, τη βίωση της κρίσης και των συνεπειών της που αποτελούν τα κύρια συνδετικά στοιχεία των μελών. (Robertson S., 1989, σελ. 121)

Ο κοινωνικός λειτουργός στις ομάδες των ασθενών ή των συγγενών υιοθετεί τους γενικότερους στόχους από τη θεωρία της ΚΕΟ. Ανάλογα με τη διάγνωση, το στάδιο θεραπείας και τις ειδικές ανάγκες των μελών στοχεύει:

- Στην έκφραση συναισθημάτων με σκοπό τη μείωση της πίεσης από τις συνθήκες διαβίωσης, αλλά και στην ανακάλυψη τρόπων για να κάνουν καλύτερη τη ζωή τους. (ο.π., σελ. 34)
- Στην κατεύθυνση, βοήθεια και ενθάρρυνση των ατόμων-μελών να προχωρήσουν στην επίλυση των καθημερινών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, προκειμένου να μειώσουν τις πιέσεις που υφίστανται και να προσαρμοστούν καλύτερα στη νέα κατάσταση. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 142-143)
- Στην ενθάρρυνση της συνύπαρξης που ειδικά στις περιπτώσεις των ασθενών η ιδέα της μοναδικότητας του προβλήματος γίνεται εμμονή και τους αποτρέπει από κάθε προσπάθεια για επίλυση των προβλημάτων τους. (ο.π., σελ. 143)
- Στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους για περαιτέρω εξέλιξη. (ο.π.)
- Στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησής τους μέσω της προβολής των ικανοτήτων τους με διάφορες μεθόδους κατά τη διάρκεια

λειτουργίας της ομάδας. (Παπαδοπούλου-Κατσορίδου Χρ., 1999, σελ. 36)

Σε ότι αφορά τη σχέση του κοινωνικού λειτουργού με την ομάδα, οι Truax και Mitchel (1971) έχουν αναφερθεί σε 4 χαρακτηριστικά γνωρίσματα της συμπεριφοράς του κοινωνικού λειτουργού που αποτελούν προϋποθέσεις της σωστής επαγγελματικής σχέσης και τα ονομάζουν «χαρακτηριστικά της θετικής σχέσης» (ο.π., σελ 152). Αυτά είναι :

- Η γνησιότητα. Στη σκέψη και στα συναισθήματα του κοινωνικού λειτουργού προτεραιότητα έχουν οι άλλοι και οι ανάγκες τους και όχι οι προσωπικές του ανάγκες. Δεν είναι αμυντικός, δεν κάνει προβολές, δε νοιάζεται μόνο να βοηθήσει, αλλά και να περάσει αυτό το ενδιαφέρον του σε όλη την ομάδα. (ο.π.)
- Η ζεστασιά. Η στάση του κοινωνικού λειτουργού, αλλά και οι ενέργειες του είναι το αποτέλεσμα της προσωπικής, πνευματικής και συναισθηματικής εμπλοκής του στη βοηθητική σχέση. Το «επαγγελματικό ενδιαφέρον», που οι Wilson και Ryland διαχωρίζουν από το «προσωπικό», πρέπει να είναι γνήσιο και να επιτρέπει ένα ζεστό πλησίασμα του μέλους από τον κοινωνικό λειτουργό που, σύμφωνα με τον Loewenberg, πρέπει να απελευθερώνει και να μην κατακυριεύει. (ο.π., σελ. 152-153)
- Η ικανότητα του κοινωνικού λειτουργού να συναισθάνεται. Πρέπει δηλαδή ο κοινωνικός λειτουργός να καταλαβαίνει και να συναισθάνεται, με αρκετή ακρίβεια, τη θέση του άλλου. Και για τον επαγγελματία που συνεργάζεται με ομάδα, συνυπάρχουν και ζητούν άμεση κάλυψη δύο αλληλεξαρτώμενες ανάγκες: Η ανάγκη για διαφοροποίηση μεταξύ των ατόμων-μελών και η ανάγκη για συναίσθηση της θέσης αυτών των ατόμων μέσα στην ομάδα. (ο.π., σελ 153)
- Η ενεργητικότητα. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να μπορεί να συμμετέχει ενεργητικά στη βοηθητική σχέση, γιατί όταν παραμένει σε

απόσταση, δίνει την εντύπωση ότι ο ίδιος δεν ενδιαφέρεται ή ότι δεν προσέχει. (ο.π., σελ. 153)

Στο σημείο αυτό θα αναφερθούμε σε κάποια παραδείγματα ομάδων που μπορούν να εφαρμοστούν μέσα στα νοσοκομειακά πλαίσια. Τα τρία πρώτα παραδείγματα ομάδων εφαρμόζονται σε νοσοκομεία της Γλασκόβης ενώ το τελευταίο είναι ιδιαίτερα διαδεδομένο και στα ελληνικά νοσοκομεία λόγω της ιδιαίτερης ευαισθησίας για τη θεραπεία των παιδιών.

α) Ομάδες για ασθενείς με συγκεκριμένες ασθένειες.

Σε νοσοκομείο της Γλασκόβης λειτουργούν κάποιες πρωτότυπες ομάδες που θα μπορούσαν να δώσουν ιδέες για την πραγματοποίηση ανάλογων ομάδων και στην Ελλάδα. Τέτοιες είναι ομάδες για άτομα που εξαιτίας της ασθένειας έχουν υποστεί απώλεια της σωματικής ικανότητας ή απώλεια κάποιου άκρου ή άλλου μέλους του σώματος, ομάδες για άτομα που είχαν κάποιο σοβαρό τραυματισμό με σοβαρές επιπτώσεις στη λειτουργικότητά τους, ομάδες ασθενών που αντιμετωπίζουν χρόνιες ασθένειες ή τον κίνδυνο του θανάτου. (Robertson S., 1989, σελ. 125)

Το κύριο χαρακτηριστικό όλων αυτών των ομάδων είναι η επικέντρωση στη διάγνωση των μελών και στην κατάσταση την οποία βιώνουν. Η εργασία τους στοχεύει κυρίως στο να παίρνονται και να δίνονται πληροφορίες για την ασθένεια, τη θεραπεία και την πρόγνωση, καθώς και για τους τρόπους με τους οποίους οι ασθενείς τα βγάζουν πέρα. Τα μέλη μοιράζονται τις ανησυχίες τους και παρέχεται στήριξη, όχι μόνο από τους κοινωνικούς λειτουργούς, αλλά και από τα ίδια τα μέλη μεταξύ τους. Αυτές οι ομάδες συναντώνται κυρίως μέσα στο νοσοκομείο και μπορούν να συμμετέχουν και ιατροί εάν ενδιαφέρονται. Ο κύριος σκοπός των ομάδων είναι ξεκάθαρα να βοηθήσουν στην αποκατάσταση και όλες οι ομάδες δίνουν έμφαση στην ένταση των εκφραζόμενων συναισθημάτων, στο να κερδίσουν την κατανόηση και να παρέχουν αμοιβαία στήριξη όταν η έκβαση της ασθένειας κάποιου μέλους είναι άσχημη. (ο.π.)

β) Ομάδες για τους συγγενείς των ασθενών

Παραδείγματα τέτοιων ομάδων μπορεί να είναι, ομάδες για τους συγγενείς θυμάτων από ατυχήματα ή για γονείς παιδιών που είχαν τραυματικές γεννήσεις. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλά παραδείγματα ομάδων για γονείς με παιδιά που πάσχουν από εμφάνιση κύστης, για τους συζύγους ασθενών που πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια, για γονείς που έχασαν τα παιδιά τους από καρκίνο και υποστηρικτικές ομάδες για τις οικογένειες ατόμων που πάσχουν από άνοια. (Robertson S., 1989, σελ. 125)

Αυτές οι ομάδες συναντώνται πολλές φορές και εκτός νοσοκομείου. Μερικές φορές υπάρχει χαμηλός βαθμός συμμετοχής και εκεί μπορεί να υπάρξουν δυσκολίες ενοποίησης των μελών που ήδη έχουν προσαρμοστεί στην ασθένεια των οικείων τους, στην επιδείνωση της ασθένειας ή ακόμα και στο θάνατο. Με άλλα λόγια, αυτές οι ομάδες παρουσιάζουν πολύ μεγαλύτερα ποσοστά διάλυσης απ' ό,τι οι ομάδες της προηγούμενης κατηγορίας. Ένας από τους λόγους που ίσως συμβαίνει αυτό είναι γιατί οι συζητήσεις επικεντρώνονται στην ασθένεια του συγγενή και όχι στα ίδια τα μέλη της ομάδας. Το γεγονός αυτό δημιουργεί δυσκολίες στη συγκέντρωση της προσοχής των μελών για καθαρά πρακτικούς λόγους. (ο.π.)

γ) Ομάδες για ηλικιωμένους χρόνιους πάσχοντες.

Στη Γλασκόβη πραγματοποιούνται μία σειρά από ομάδες για αδύναμους ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και βραχυπρόθεσμες ομάδες στο γηριατρικό τμήμα του νοσοκομείου. Βιβλιογραφικές αναφορές μιλούν για παρόμοιες ομάδες εργασίας για ηλικιωμένα άτομα και εμπειρίες με ομάδες σε σπίτια των ηλικιωμένων. (ο.π.)

Στις ομάδες αυτές ο κοινωνικός λειτουργός επιδιώκει της ανάπτυξη της επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών και τους παρέχει την ευκαιρία να επηρεάσουν το περιβάλλον τους συζητώντας τα παράπονά τους, τις προτάσεις τους για διασκέδαση και άλλα ζητήματα που τους απασχολούν. Απώτερος στόχος με τις παραπάνω ενέργειες είναι η παροχή μιας αναζωογονητικής συνάντησης. Τα θέματα που διαπραγματεύονται μπορεί

να περιλαμβάνουν γεγονότα που συνέβησαν πριν από 60 χρόνια μέχρι και περιστατικά που συνέβησαν μόλις την προηγούμενη ημέρα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που πραγματοποιούν τις ομάδες προσπαθούν να εξασφαλίσουν σε όλους το δικαίωμα να εκφράσουν τη γνώμη τους. Ένα εργαλείο που χρησιμοποιούν συχνά είναι η φανταστική χρήση εικόνων ή άλλων καλλιτεχνικών σχεδίων, για να δώσουν τροφή για συζήτηση και να ξυπνήσουν τη φαντασία, την αντίληψη και τις αναμνήσεις του παρελθόντος. (ο.π.)

δ) Ομάδες παιγνιοθεραπείας για νοσηλευόμενα παιδιά.

Μία διαφορετική ομαδική προσέγγιση στο χώρο του νοσοκομείου αποτελεί η γενική θεώρηση του Golden σχετικά με τη θεραπεία μέσω του παιχνιδιού για παιδιά που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο. (Brearly J., 1991, σελ. 22) Σύμφωνα με την Klein, το παιχνίδι έχει μεγάλη αξία για το παιδί, γιατί του προσφέρει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις που του προκαλούν άγχος με συμβολικό τρόπο, ώστε το ίδιο το άγχος να μειώνεται και να γίνεται ανεκτό και ελέγξιμο. (Dalley T. κ.α., 1998, σελ.42)

Πολύ πειστικά ο Golden αναφέρει ότι «η παρέμβαση του παιχνιδιού για τα νοσηλευόμενα παιδιά είναι μία αναμφισβήτητη αναγκαιότητα. Οι κούκλες είναι τόσο σημαντικές όσο και το νυστέρι του χειρουργού για τη βελτίωση της υγείας του παιδιού.» (Brearly J., 1991, σελ. 22)

Γ.2 Ομάδες Επαγγελματιών Υγείας, υπό την καθοδήγηση κοινωνικού λειτουργού.

Η εργασία όποια και αν είναι αυτή, αποτελεί για τον άνθρωπο μία πηγή ικανοποίησης και αυτοανάπτυξης αλλά ταυτόχρονα και μία πηγή άγχους και ανησυχίας. Το νοσοκομείο, ως χώρος εργασίας, επιφορτίζεται με ακόμη περισσότερο δυσάρεστα συναισθήματα, καθώς το άγχος και οι πιέσεις που καθημερινά αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας, δεν προέρχονται μόνο από επαγγελματικές ανησυχίες. Η συνεχής τριβή με την ανθρώπινη φύση,

τις αδυναμίες της, τον πόνο και την απώλεια επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο τους επαγγελματίες.

Οι επαγγελματίες υγείας στην προσπάθειά τους ν' αντιμετωπίσουν μόνοι τους αυτή την κατάσταση, ανευρίσκουν «αμυντικούς μηχανισμούς» και πρακτικές μεθόδους που δυστυχώς όμως δεν είναι πάντα ενάρετοι και αποτελεσματικοί. Ο Menzies Lyth (1988) σε μία έρευνα που έκανε στο νοσηλευτικό προσωπικό κάποιου αγγλικού νοσοκομείου, ανακάλυψε ότι οι νοσηλευτές με σκοπό να αντιμετωπίσουν την αγχωτική φύση της εργασίας τους ανέπτυξαν τις εξής πρακτικές (Watson D., 1996, σελ. 266) :

- α) Απέφευγαν ν' αναπτύξουν σχέσεις με τους ασθενείς. Παρέμεναν στις εντελώς τυπικές επαφές.
 - β) Αποπροσωποποιούσαν τους ασθενείς.
 - γ) Αποσυνδέονταν από τις καταστάσεις των ασθενών και αρνούσαν τα δυσάρεστα συναισθήματα τα οποία βίωναν.
 - δ) Έθεταν κοινούς στόχους για όλο το φάσμα των ασθενών, στοχεύοντας έτσι να ελαχιστοποιήσουν τις πιθανότητες που υπήρχαν να παίρνουν οι ίδιοι αποφάσεις για το μέλλον των ασθενών.
 - ε) Δημιούργησαν ένα σύστημα κοινού ελέγχου, έτσι ώστε να εξασφαλίσουν ότι κανένας επαγγελματίας δεν θα είναι υποχρεωμένος να φέρει την ευθύνη για τη λήψη κάποιας απόφασης.
 - στ) Επέμεναν στις υπάρχουσες δομές και διαδικασίες, ακόμα και όταν δεν ήταν οι πλέον κατάλληλες.
- (ο.π.)

Ο συντάκτης αυτής της έρευνας, Menzies Lyth, υποστήριξε ότι οι μηχανισμοί αυτοί που υιοθετήθηκαν, προκλήθηκαν από τις ασυνείδητες ανησυχίες των επαγγελματιών πάνω στη φύση της εργασίας τους. Επιπρόσθετα, βεβαίωσε ότι όλες οι οργανώσεις αναπτύσσουν τέτοιους μηχανισμούς και μάλιστα πολλές φορές περισσότερο επικίνδυνους για τη φροντίδα των ασθενών. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η προστασία των επαγγελματιών υγείας, με τη θέσπιση νέων δομών, έτσι ώστε να

καλύπτονται οι ανάγκες τους αλλά και οι ασθενείς να είναι περισσότερο ασφαλείς. (ο.π., σελ. 266-267)

Προβλήματα όμως υπάρχουν και στις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού. Μέσα στους νεώτερους, ομαδικούς τρόπους εργασίας, οι περισσότεροι εργαζόμενοι συμβιούν το μεγαλύτερο μέρος της ενεργής ημέρας και κατ' επέκταση της ζωής τους. Η συμβίωση αυτή δημιουργεί σχέσεις, επαφές, που εξελίσσονται σε φιλίες ή μίση, σε συνεργασίες ή συγκρούσεις. (Θεοδωράτος Ε., 1993, σελ.35) Για παράδειγμα, οι αμφιβολίες των επαγγελματιών για κάποια θεραπεία όταν δεν εξωτερικεύονται, οδηγούν το άτομο σε ενοχές και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Όταν πάλι τις εκφράζουν, προκαλούν διαφωνίες ή ακόμα και συγκρούσεις μεταξύ των συναδέλφων και «μολύνουν» πολλά ζητήματα της διεπιστημονικής συνεργασίας. (Holland J., 1998, σελ.1045) Με σκοπό λοιπόν την καλύτερη δυνατή αποδοτικότητα των υπηρεσιών που παρέχονται, η διευθέτηση και η επίλυση των παραπάνω συγκρούσεων θεωρείται απαραίτητη. (Θεοδωράτος Ε., 1993, σελ.35)

Λαμβάνοντας υπ' όψιν την ανάγκη για καθοδήγηση των επαγγελματιών υγείας για τις σχέσεις τους με τους ασθενείς και τις διεπαγγελματικές τους σχέσεις αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα σχηματισμού ομάδων στήριξης γι' αυτούς.

Οι ομάδες στήριξης για τους επαγγελματίες υγείας θεωρούνται ένας εξαιρετικός τρόπος για να αναπτύξουν περισσότερη κατανόηση των επαγγελματικών και δεοντολογικών κανόνων που διέπουν τα άλλα επαγγέλματα, ένας ιδανικός χώρος για να συζητηθούν οι εξελίξεις του νοσοκομείου και το πιο κατάλληλο περιβάλλον για να μιλήσουν για τις δυσκολίες τους, να ενισχύσουν τις συνειδητές τους αντιδράσεις, να προωθήσουν τους ρεαλιστικούς τους στόχους, να αναγνωρίσουν τα συναισθήματά τους και να περιορίσουν τη μετάθεση αυτών στους ασθενείς. (Holland J., 1998, σελ.1045)

Πρωταρχικός σκοπός των ομάδων στήριξης είναι η μείωση του άγχους, η αύξηση της αυτοεκτίμησης των εργαζομένων και η καθοδήγηση για τον

έλεγχο των συναισθημάτων και την υιοθέτηση επικοινωνιακών «αμυντικών μηχανισμών». Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής στήριξης συμβάλλει επίσης στην ενίσχυση της επικοινωνίας και αλληλοϋποστήριξης ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας, γεγονός που ελαχιστοποιεί την αίσθηση απομόνωσης που προκαλεί η εξουθένωση. (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1999,σελ. 258) Έμμεσος στόχος είναι η κάλυψη των αναγκών των εργαζομένων, χωρίς όμως να επωμίζονται τις συνέπειες οι ασθενείς.

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται διάφορα μοντέλα ομαδικής παρέμβασης. Στο σημείο αυτό θα αναφερθούμε σε δύο από τα πιο γνωστά και καλά επεξεργασμένα μοντέλα. Το πρώτο είναι των Collins και Grobman (1983) και το δεύτερο του Lederberg (1993). (Holland J., 1998, σελ.1043)

Το 1983, οι Collins και Grobman, περιέγραψαν ένα μοντέλο ομάδας στήριξης το οποίο αναπτύσσεται σε τέσσερα στάδια. Κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου, ο κοινωνικός λειτουργός υιοθετεί μία εκπαιδευτική μέθοδο, την οποία θα κάνει γνωστή στα μέλη με σκοπό να την εφαρμόσει στα επόμενα στάδια. Κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου, τα μέλη της ομάδας αναλαμβάνουν περισσότερες ευθύνες για τη λειτουργία της ομάδας και αρχίζουν να μοιράζονται στις συνεδρίες κάποιες προσωπικές τους εμπειρίες με ασθενείς, επικεντρώνοντας στις δικές τους αντιδράσεις. Στο τρίτο στάδιο, ο κοινωνικός λειτουργός θέτει στην ομάδα την έννοια της «μετάθεσης» των συναισθημάτων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ασθενείς. Τέλος, στο τέταρτο στάδιο το θέμα των συζητήσεων μεταφέρεται από τις σχέσεις προσωπικού – ασθενών, στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών του προσωπικού. Οι συγγραφείς δεν αναφέρουν καθόλου για το πόσο συχνά και κάτω από ποιες συνθήκες οι ομάδες αυτού του μοντέλου προχωρούν στα διάφορα στάδια. (ο.π.)

Το δεύτερο μοντέλο ομάδων στήριξης των επαγγελματιών υγείας είναι του Lederberg (1993). Στην περιγραφή του μοντέλου ο Lederberg υποστηρίζει ότι, οι ομάδες στήριξης εάν δεν είναι πολύ αυστηρά δομημένες, περνούν από διάφορα αναπτυξιακά στάδια, που επαναλαμβάνονται μ' ένα

κυκλικό τρόπο. Με βάση την ανάπτυξη της δυναμικής των ομάδων κατανέμει την πορεία της ομάδας σε τρία στάδια: το αρχικό, το μέσο και το τελευταίο στάδιο της δυναμικής της ομάδας. (ο.π., σελ. 1045)

Στο *αρχικό στάδιο*, η ομάδα καλείται να γνωριστεί και να μιλήσει ελεύθερα για οτιδήποτε την απασχολεί. Συνήθως συζητούνται παράπονα για υπερκόπωση, για προβλήματα στη διεπιστημονική συνεργασία και στη συνεργασία με τη διοίκηση, για δύσκολες περιπτώσεις και για τους τρόπους που έως τώρα τις αντιμετωπίζουν. Η ελεύθερη συζήτηση είναι ευπρόσδεκτη, αρκεί να συνοδεύεται από λεπτομερή ανάλυση των συναισθηματικά φορτισμένων ζητημάτων. Έτσι, εξουδετερώνεται η αρνητική επίδραση στα υπόλοιπα μέλη και αποκαλύπτονται τα συστατικά μέρη που θα αποτελέσουν την πορεία της παρέμβασης. (ο.π.)

Η αντιμετώπιση του θανάτου από το προσωπικό είναι ένα θέμα που συζητιέται σε όλα τα στάδια της ομάδας και αφορά όλες τις ειδικότητες που απαρτίζουν το προσωπικό. Η ομάδα μπορεί να είναι ένα αποτελεσματικό περιβάλλον στήριξης, όπου οι επαγγελματίες αλληλοστηρίζονται σε θέματα που αφορούν τη θλίψη, το φόβο και την αίσθηση της ανεπάρκειας και τα οποία θέματα μπορούν ύπουλα να οδηγήσουν στην «επαγγελματική εξουθένωση». (ο.π.)

Στο *μέσο στάδιο*, δεδομένου ότι η ομάδα έχει πραγματοποιήσει κάποιες συνεδρίες, θα έχει αναπτυχθεί περισσότερο η εμπιστοσύνη μεταξύ των μελών. Οι επαγγελματίες νιώθουν πιο άνετα και μπορούν με μεγαλύτερη ευκολία να περιγράψουν ακόμα πιο προσωπικές εμπειρίες από την εργασία τους. Τα μέλη της ομάδας σκέφτονται την επαγγελματική τους ταυτότητα και αναγνωρίζουν τις δυνάμεις τους αλλά και τις αδυναμίες τους. Οι διαπροσωπικές συγκρούσεις γίνονται με λιγότερο θυμό και επιπλήξεις, καθώς τα μέλη χειρίζονται καλύτερα το θυμικό τους. (ο.π.)

Στο στάδιο αυτό, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να βοηθήσει την ομάδα να αναγνωρίσει την καθολικότητα των ανθρώπινων συναισθημάτων και να

τους ενθαρρύνει να εκφράζουν τα πραγματικά συναισθήματα που συνδέονται με τα γεγονότα που περιγράφουν κάθε φορά. Ταυτόχρονα, ο κοινωνικός λειτουργός έχει την ευθύνη να προστατεύσει το κάθε μέλος από την υπερβολική έκθεσή του, ειδικά όταν αντιλαμβάνεται ότι το ίδιο δεν μπορεί να χειριστεί τις αντιδράσεις της ομάδας. (ο.π.)

Στο τελευταίο στάδιο δυναμικής της ομάδας, τα μέλη αισθάνονται λιγότερο απομονωμένα, λιγότερο αγχωμένα, με μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και πιο ανεπτυγμένες μεθόδους επικοινωνίας. Το ηθικό της ομάδας είναι υψηλότερο και η φροντίδα των ασθενών έχει ήδη ωφεληθεί αρκετά. Η αίσθηση οικειότητας που πλέον υπάρχει στην ομάδα μπορεί να βοηθά ορισμένα μέλη να εκφράζονται πιο εύκολα. Σε κάποιους όμως μπορεί να δημιουργεί άγχος και αυτοί είναι που επιδιώκουν να μειώσουν τις αποστάσεις και να θέσουν πιο άκαμπτα όρια. (ο.π.)

Η διάλυση της ομάδας που πρόκειται να ακολουθήσει, είναι για όλους ένα δυσάρεστο γεγονός. Με σκοπό να αντιμετωπίσουν τη συναισθηματική φόρτιση του αποχωρισμού, τα μέλη της ομάδας επιστρέφουν σε ασφαλέστερα επίπεδα επικοινωνίας. Ο κοινωνικός λειτουργός δίνει κατευθύνσεις περισσότερο εκπαιδευτικές παρά συναισθηματικές για να βοηθήσει αυτή την επιλογή της ομάδας. Αυτό το ονομάζουν οι ειδικοί κυκλική πορεία, εφ' όσον η ομάδα καταλήγει εκεί απ' όπου ξεκίνησε. (ο.π., σελ.1046)

Τα αποτελέσματα πραγματοποίησης ομάδων στήριξης των επαγγελματιών υγείας δεν μπορεί παρά να είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικά, ειδικά όταν κανένα άλλο πρόγραμμα δεν έρχεται να ανταγωνιστεί την προσφορά τους. Οι ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης δίνουν την ευκαιρία στα μέλη του προσωπικού υγείας: α) να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους για την αρρώστια, την αναπηρία το θάνατο και τη ζωή, β) να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στο χώρο εργασίας, γ) να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων και δ) να συζητούν τις επιτυχίες

παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους. (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1999,σελ. 257-258)

Όταν η ομάδα του προσωπικού υγείας νιώθει «δεμένη» και «ισχυρή», είναι σε θέση να απορροφήσει την επιθετικότητα του αρρώστου και της οικογένειάς του που βρίσκονται σε κρίση, χωρίς να κινδυνεύει η συνοχή της. Οι συνέπειες από τη συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης δεν είναι ευεργετικές μόνο για τα μέλη του προσωπικού υγείας, αλλά και για τους αρρώστους και για τις οικογένειές τους, που γίνονται δέκτες ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. (ο.π.)

Υπάρχουν πολλές ανέκδοτες αναφορές από επιτυχημένες ομάδες, που περιλαμβάνουν αρκετές πρακτικές λεπτομέρειες, χρήσιμες για έναν κοινωνικό λειτουργό που ενδιαφέρεται να οργανώσει μία ανάλογη ομάδα. Δυστυχώς, υπάρχουν και αρκετές αξιολογήσεις με απογοητευτικά αποτελέσματα, οι οποίες όμως κατ' επέκταση μας βοηθούν να γνωρίσουμε και τις δυσκολίες που υπάρχουν για την επιτυχία τέτοιων ομάδων. Παρ' όλα αυτά, το ενδιαφέρον συνεχίζει να υπάρχει, νέες ομάδες συνεχίζουν να σχηματίζονται και σίγουρα οι εκθέσεις που καθημερινά παρουσιάζονται, θα μας οδηγήσουν κάποια στιγμή στο επιθυμητό αποτέλεσμα. (Holland J., 1998, σελ.1043)

Δ. Συνεργασία με την κοινότητα

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που απασχολούνται στην Κοινωνική Υπηρεσία ενός Γενικού Νοσοκομείου, έρχονται σε καθημερινή επαφή με τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, με τα προβλήματα και τις ανάγκες τους. Αυτό τους δίνει τη δυνατότητα να συγκεντρώνουν, να ερμηνεύουν και να κατανοούν τα στοιχεία που αφορούν τα κοινωνικά αίτια που προκαλούν τα προβλήματα υγείας. Συνάμα, κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους έχουν τη δυνατότητα να έχουν άμεση αντίληψη της αποτελεσματικότητας, των επιπτώσεων και των ελλείψεων των προγραμμάτων υγείας και πρόνοιας που εφαρμόζονται στην κοινότητα. Είναι ακόμη σε θέση να αναγνωρίζουν

εγκαίρως τις νέες ανάγκες που προκύπτουν ή τις ανάγκες που δεν αντιμετωπίζονται από τα υπάρχοντα προγράμματα υγείας και πρόνοιας. (Μαρντικιάν – Γαζεριάν Μπ., 1987, σελ. 128)

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε νοσοκομειακό πλαίσιο έχουν καθήκον να μεταδώσουν τη γνώση και την εμπειρία αυτή στον πληθυσμό της κοινότητας, καθώς και στις αρμόδιες υπηρεσίες και οργανώσεις που δραστηριοποιούνται σε αυτή. Επίσης, υποχρέωση και ευθύνη τους είναι να συνεργαστούν με τους αρμόδιους φορείς και με τους δέκτες των υπηρεσιών για την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. (ο.π.)

Το νοσοκομειακό πλαίσιο συχνά δεν προσφέρει την ευκαιρία στους κοινωνικούς λειτουργούς να αναπτύξουν τις μεθόδους και τεχνικές της Κοινωνικής Εργασίας σε ενέργειες που να απευθύνονται στην κοινότητα. Ωστόσο, οι κοινωνικοί λειτουργοί που δρουν στο συγκεκριμένο πλαίσιο πρέπει να κατανοήσουν ότι οι πληροφορίες που συγκεντρώνουν από την αντιμετώπιση μεμονωμένων ατομικών προβλημάτων, δεν παρουσιάζουν γενικότερο ενδιαφέρον ούτε μπορούν να αξιοποιηθούν αν παραμείνουν απλά σαν προβλήματα του ατόμου. Οι πληροφορίες από τους ατομικούς φακέλους των περιπτώσεων μπορούν να είναι αξιοποιήσιμες μόνο αν αναχθούν στο γενικότερο κοινωνικό και οικολογικό πλαίσιο όπου διαμορφώνονται τα προβλήματα ή οι ανάγκες. (ο.π., σελ. 129)

Το έργο που έχει να επιτελέσει η Κοινωνική Υπηρεσία ενός νοσοκομείου είναι πολυδιάστατο. Γι' αυτό οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι απαραίτητο να οργανώσουν την εργασία τους με τέτοιο τρόπο ώστε να διαθέτουν τον απαιτούμενο χρόνο για να ασχοληθούν με θέματα που αφορούν τη συνεργασία με την κοινότητα. (ο.π.)

Οι στόχοι της Κοινωνικής Εργασίας με Κοινότητα αφορούν συνήθως την πληροφόρηση του πληθυσμού για τις υγειονομικές και προνοιακές υπηρεσίες, για τα δικαιώματα χρήσης τους και τη διαδικασία πρόσβασης σε αυτές, για τα υπάρχοντα κοινωνικά προβλήματα, για τις εναλλακτικές λύσεις και για τους τρόπους που θα επιτευχθούν οι λύσεις. Παραδείγματα παρέμβασης στην κοινότητα είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων για την

πρόληψη του καπνίσματος, της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών, της χρήσης ναρκωτικών κ.ά. ή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού για κάποιες ασθένειες όπως το AIDS, η Μεσογειακή Αναιμία κ.ά. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 146)

Στο σημείο αυτό πρέπει να εξειδικεύσουμε τους στόχους της Κοινωνικής Εργασίας με Κοινότητα στο νοσοκομειακό πλαίσιο συσχετίζοντάς τους με το σκοπό που έχει να επιτελέσει η Κοινωνική Υπηρεσία (βλέπε Κεφαλαίο 2^ο). (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2002, σελ. 102) Οι στόχοι περιλαμβάνουν τα εξής:

- Δημοσιοποίηση στην κοινότητα των ερευνητικών στοιχείων που έχει συλλέξει και που αφορούν τα κοινωνικά αίτια που σχετίζονται με την εκδήλωση κάποιων ασθενειών και των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων τους στη ζωή των ατόμων. (ο.π.)
- Ενημέρωση του πληθυσμού για θέματα που αφορούν την Κοινωνική Υπηρεσία ή για θέματα που άπτονται του τομέα της μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης. (Σταθόπουλος Π., 2000, σελ. 178)
- Συνεργασία με τους φορείς της κοινότητας (π.χ. Δημοτική και Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση, Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης) για το σχεδιασμό, συντονισμό και υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2002, σελ. 102-103)
- Συνεργασία με τις οργανώσεις και υπηρεσίες της κοινότητας για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ατόμων. Αυτό προϋποθέτει όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, τη δημιουργία ενός διαρκώς ενημερωμένου καταλόγου που θα αναφέρει τις πηγές της κοινότητας. (ο.π., σελ. 104)
- Διοργάνωση δημόσιων εκδηλώσεων, ημερίδων, σεμιναρίων και επιστημονικών συνεδρίων. Οι εκδηλώσεις αυτές αποσκοπούν στην:
 - α) ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού,
 - β) κινητοποίηση των ατόμων για την ανάληψη δράσης για την επίλυση ενός προβλήματος ή για τη συμμετοχή τους σε

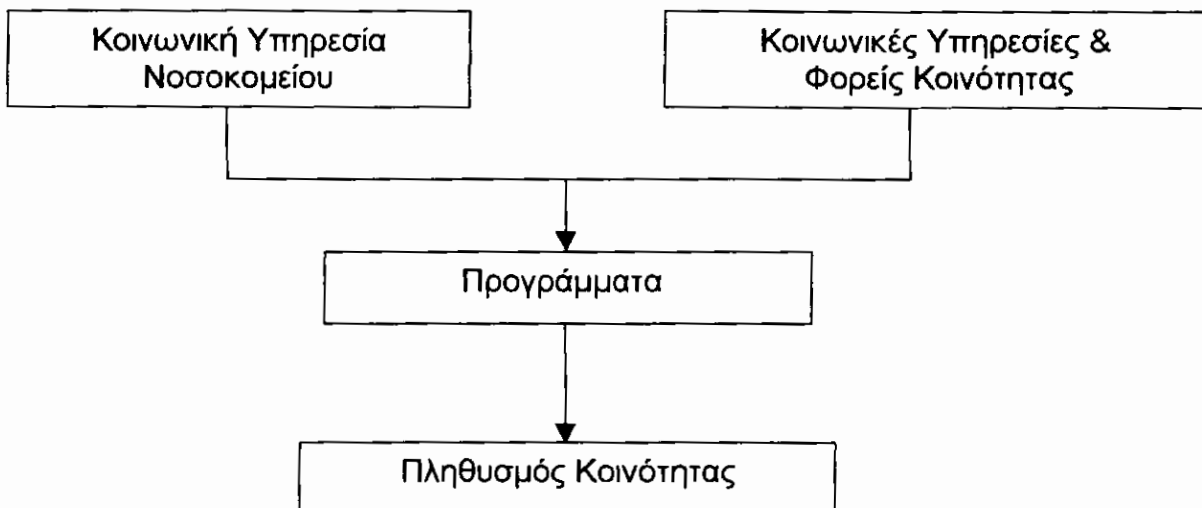
δραστηριότητες κοινωνικού ενδιαφέροντος, γ) προώθηση των θέσεων και του έργου της Κοινωνικής Υπηρεσίας και ε) ανταλλαγή επιστημονικών απόψεων για θέματα κοινωνικού και επαγγελματικού ενδιαφέροντος. (Σταθόπουλος Π., 2000, σελ. 259)

- Δημιουργία, εκπαίδευση και οργάνωση εθελοντικών ομάδων και ομάδων αυτοβοήθειας για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 199)

Βασικό μέσο για να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι η διυπηρεσιακή συνεργασία και η ενεργός συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών. (Σταθόπουλος Π., 2000, σελ. 38-39)

Η συνεργασία ανάμεσα στην Κοινωνική Υπηρεσία και στις άλλες υπηρεσίες και οργανώσεις που εδρεύουν στην κοινότητα, δεν πρέπει να περιορίζεται σε μεμονωμένες περιπτώσεις αλλά να επεκτείνεται στο επίπεδο της κοινότητας με κύριο σκοπό την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Ο σχεδιασμός, η πραγματοποίηση και αξιολόγηση των προγραμμάτων απαιτεί το συντονισμό και τη συνεργασία υπηρεσιών υγείας, κοινωνικής πρόνοιας, παιδείας, απασχόλησης, τοπικής αυτοδιοίκησης, είτε είναι εθελοντικές είτε δημόσιες. Ακόμη, σημαντικό είναι να συμμετέχουν στη διαδικασία οργανώσεις πολιτών, οι αρχές της κοινότητας, οι εκπρόσωποι των φορέων, η εκκλησία κ.λ.π. (ο.π.) (Σχεδιάγραμμα 2.8)

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.8



Η εφαρμογή της διυπηρεσιακής συνεργασίας όμως στην πράξη αποδεικνύεται πως είναι μια δύσκολη υπόθεση. Η κάθε οργάνωση ή υπηρεσία έχει εξειδικεύσει το έργο της, έχει θέσει τα όρια της δραστηριότητάς της, έχει δικούς της σκοπούς και μηχανισμούς χρηματοδότησης. Αυτό δημιουργεί ένα πρόβλημα συντονισμού όσον αφορά τη συνέχεια της φροντίδας και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας και πρόνοιας. Πολλά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα είναι πολυδιάστατα και χρειάζονται την παρέμβαση διαφορετικών φορέων, ανεξάρτητων διοικητικά μεταξύ τους. Οι φορείς αυτοί μπορεί είναι σε μεγάλη γεωγραφική απόσταση μεταξύ τους, να θέτουν διαφορετικά ή παρόμοια κριτήρια για να ενταχθεί ένα άτομο ή μια οικογένεια στα προγράμματά τους. Έτσι, είναι συχνό το φαινόμενο να παρουσιάζονται προβλήματα όπως: α) κενά στη συνέχεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, β) διαμελισμός του εξυπηρετούμενου σε διαφορετικές υπηρεσίες, ή και γ) επικάλυψη των υπηρεσιών. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ. 240,244-246)

Για την επίλυση των προβλημάτων αυτών και την αποφυγή της τάλαιπωρίας των πολιτών και της κατασπάλησης των πόρων της απαιτείται ο μέγιστος δυνατός συντονισμός των οργανώσεων και των υπηρεσιών είτε σε τοπικό είτε σε περιφερειακό επίπεδο. Φαίνεται πως σε αρκετές περιπτώσεις οι οργανώσεις και υπηρεσίες αντιστέκονται στο συντονισμό των δραστηριοτήτων τους, θεωρώντας ότι μπορεί να σταθεί εμπόδιο στο έργο τους ή στην ανεξαρτησία τους. Είναι σημαντικό λοιπόν να γίνει συνείδηση σε όλους τους εμπλεκόμενους ότι μεγαλύτερος βαθμός συντονισμού ισοδυναμεί με μεγαλύτερο βαθμό αποτελεσματικότητας. (Σταθόπουλος Π., 2000, σελ. 81)

Σημαντικό βήμα για να επιτευχθεί η συνεργασία και ο συντονισμός των δραστηριοτήτων θα ήταν η δημιουργία ενός κεντρικού οργάνου σε τοπικό ή περιφερειακό επίπεδο. Ο Σταθόπουλος (2000) αναφέρει ότι τέτοια κεντρικά όργανα λειτουργούν στον Καναδά, τις Η.Π.Α και σε κάποιες χώρες της Ευρώπης και τα ονομάζει Κοινοτικά Συμβούλια Υγείας και Κοινωνικής Ευημερίας. Σύμφωνα με το συγγραφέα, τα Συμβούλια σκοπό έχουν «το

συντονισμό των προγραμμάτων Υγείας και Πρόνοιας, το σχεδιασμό νέων υπηρεσιών με βάση νέες κοινωνικές ανάγκες και την ενίσχυση των οργανισμών Υγείας και Πρόνοιας». Σε αυτά εκπροσωπούνται όλοι σχεδόν οι φορείς του δημοσίου, ιδιωτικού και εθελοντικού τομέα. Έργο τους ακόμη είναι η ενημέρωση του πληθυσμού και των φορέων για τα θέματα της υγείας και της πρόνοιας, καθώς και η διεξαγωγή ερευνών και η συγκέντρωση των στατιστικών στοιχείων για ζητήματα αγωγής υγείας, πρόληψης και αποτελεσματικότητας των κοινωνικών υπηρεσιών. (ο.π., σελ. 83-84)

Δ.1 Δράσεις – Προγράμματα

Παραπάνω, έγινε λόγος για τα προγράμματα και τις δράσεις που μπορεί να υλοποιήσει η Κοινωνική Υπηρεσία σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες και οργανώσεις της κοινότητας. Στη συνέχεια θα αναφερθούμε ενδεικτικά σε μερικά από αυτά.

1. Προγράμματα Αγωγής Υγείας. Σύμφωνα με τους Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλο (1999), η Αγωγή Υγείας είναι μια προσέγγιση που αποφεύγει στο να επικεντρωθεί στις αρνητικές συνέπειες της κάθε συμπεριφοράς. Αντίθετα, στοχεύει στο να ενισχύσει την ικανότητα του ατόμου να επιλέγει ένα τρόπο ζωής που χαρακτηρίζεται από υπευθυνότητα και βασίζεται στη γνώση και στην ενημέρωση. (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1999, σελ. 65) Ο Σταθόπουλος (2000) αναφέρει ότι, στόχος της Αγωγής Υγείας δεν είναι η απλή πληροφόρηση του κοινού αλλά η αλλαγή ή η διαμόρφωση θετικών στάσεων και η τροποποίηση της συμπεριφορά του ατόμου. Στα προγράμματα Αγωγής Υγείας ο πολίτης δεν διατηρεί μια παθητική στάση αλλά ενεργητική. Είναι αυτός που αποφασίζει για το ποιες συμπεριφορές του αρμόζουν και ποιες όχι. (Σταθόπουλος Π., 2000, σελ. 81)

Οι σύγχρονες στρατηγικές πρόληψης συνδυάζουν την πληροφόρηση του ατόμου με τη διαπαιδαγώγησή του. Η προληπτική προσπάθεια στοχεύει στην ανάπτυξη των απαραίτητων γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων που θα

διευκολύνουν το άτομο να αντισταθεί στις πιέσεις που τον προτρέπουν να υιοθετήσει ανθυγιεινές συνήθειες. Ταυτόχρονα, επιχειρείται η δημιουργία ενός κατάλληλου κλίματος μέσα στο περιβάλλον του ατόμου που θα του παρέχει θετική στήριξη. (Παπαδάτου Δ. Αναγνωστόπουλος Φ., 1999, σελ. 65). Τα προγράμματα αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν δράσεις όπως: α) Ενημερωτικές εκδηλώσεις για την πρόληψη διαφόρων ασθενειών, όπως για παράδειγμα πρόληψη των διαφόρων μορφών καρκίνου, πρόληψη της νόσου του AIDS, κ.α. β) Ενημερωτικές εκδηλώσεις με σκοπό την υιοθέτηση συμπεριφορών που ευνοούν τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, π.χ. την υγιεινή διατροφή, μεθόδους αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους, τη διακοπή ή πρόληψη του καπνίσματος κ.α. (Παπαδάτου Δ. Αναγνωστόπουλος Φ., 1999, σελ.65,69)

2. Προγράμματα προσέλκυσης εθελοντών αιμοδοτών που πέρα από την άμεση κάλυψη των αναγκών της Μονάδας Μεσογειακής Αναιμίας σε αίμα στοχεύουν στη δημιουργία εθελοντών αιμοδοτών που θα διακατέχονται από συναισθήματα αλληλεγγύης και θα διατηρήσουν τη συνείδηση της εθελοντικής αιμοδοσίας. (Αυγερίδης Κ., Καρνάρος Λ., Πανταζάκας Π., 1992, σελ.267) Πολλοί άνθρωποι έχουν την αίσθηση ότι ένα πρόγραμμα για την προσέλκυση εθελοντών αιμοδοτών, αφορά αποκλειστικά την εξυπηρέτηση ασθενών που χρειάζονται συχνές μεταγγίσεις. Σαφώς κύριος σκοπός είναι η κάλυψη των γενικότερων αναγκών για αίμα. Έμμεσος στόχος όμως του προγράμματος είναι η κινητοποίηση του πληθυσμού, η βαθιά, συνειδητή και διαρκής ευαισθητοποίησή του, η ενημέρωσή του για ένα σοβαρό πλέον κοινωνικό πρόβλημα και εμπλοκή για την επίλυσή του. (Πιπταδάκη Τζ., 1992, σελ. 241)

3. Ενημερωτικές εκδηλώσεις ή και οργάνωση εθελοντικών ομάδων που στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση των κατοίκων μιας κοινότητας απέναντι στο ρατσισμού τον οποίο υφίστανται ειδικές ομάδες ασθενών όπως οι ψυχικά ασθενείς, οι φορείς και οι ασθενείς του AIDS κ.α. (Μαδιανός Μ., 2000, σελ. 160)

4. Ειδικά μαθήματα για συγγενείς ατόμων που πάσχουν από ειδικές ασθένειες και χρειάζονται ειδική μεταχείριση από τα περιβάλλον τους, όπως σχιζοφρενείς, πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer, άτομα με νοητική καθυστέρηση. (ο.π., σελ. 264)

5. Δημιουργία εθελοντικών ομάδων και ομάδων αλληλοβοήθειας για τους ασθενείς που εξυπηρετούνται από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Οι νέες συνθήκες ζωής άλλαξαν ριζικά και τον τρόπο ζωής των αστικών πληθυσμών, μειώνοντας τις συνθήκες αλληλοβοήθειας. Μεγάλος αριθμός των υπηρεσιών που προσέφερε κάποτε η οικογένεια ή η γειτονιά ανατέθηκαν πλέον στις κοινωνικές υπηρεσίες για να τις προσφέρουν επαγγελματικά. Στόχος της οργάνωσης εθελοντικών ομάδων και ομάδων αλληλοβοήθειας είναι παράλληλα με την εργασία του επαγγελματία να συμμετέχει στην υποστήριξη και αποκατάσταση του ατόμου το φυσικό περιβάλλον είτε αυτό είναι η οικογένειά του είτε τα μέλη της κοινότητας στην οποία ανήκει. (Mathieu M., 1985, σελ. 21-22)

Ε. Ερευνητική Δραστηριότητα – Στατιστική Ανάλυση.

Η ερευνητική δραστηριότητα αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών. Η έρευνα που διενεργείται στα πλαίσια της Κοινωνικής Εργασίας αφορά όλα τα στάδια κατανόησης και επίλυσης των κοινωνικών προβλημάτων, καθώς και τις ιδιαιτερότητες και τα αποτελέσματα της πρακτικής της. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 152)

Δεν μπορεί να νοηθεί επιστημονική και επαγγελματική αναβάθμιση χωρίς ένα αποτελεσματικό υπόβαθρο επιστημονικής έρευνας και συνεχούς επιμόρφωσης σε ερευνητικές διαδικασίες και πρακτική. Στις υπηρεσίες και οργανώσεις που εργάζονται κοινωνικοί λειτουργοί, πρέπει να δημιουργείται μία ερευνητική παράδοση που περιλαμβάνει συνεχή ερευνητικά έργα, κυρίως για αξιολόγηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων. Η έρευνα στις διαδικασίες διεπιστημονικών ομάδων είναι επίσης βασική προϋπόθεση για

την επιστημονική αναβάθμιση της Κοινωνικής Εργασίας. (Ιατρίδης Δ., 1989, σελ. 86)

Η Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο του Νοσοκομείου δύναται να αναπτύσσει ερευνητική δραστηριότητα αυτόνομα ή σε συνεργασία με άλλα Τμήματα ή Υπηρεσίες του Νοσοκομείου, αλλά και με φορείς εκτός Νοσοκομείου, εφόσον εγκριθεί από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου και το Διοικητή. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2002, σελ.112)

Μέσα στα πλαίσια της ερευνητικής διαδικασίας, η Κοινωνική Υπηρεσία συντονίζει τις ερευνητικές εργασίες που συντελούνται στα πλαίσια :

α) Της Επείγουσας Παρέμβασης, όπου οι κοινωνικοί λειτουργοί κρατούν αρχείο και στατιστικά στοιχεία για την κίνηση των ασθενών και συνοδών στο γραφείο της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.). Παράλληλα, διερευνά τα αίτια των εκάστοτε προβλημάτων υγείας, αλλά και τα κοινωνικά προβλήματα που απορρέουν από αυτά. Τα στοιχεία αυτά υποβάλλονται, στα πλαίσια εξαμηνιαίων αναφορών, στη Διοίκηση του Νοσοκομείου, με σκοπό την περαιτέρω επεξεργασία τους στα πλαίσια διεξαγωγής προγραμμάτων υγείας. (ο.π., σελ. 103)

β) Της Κλινικής Παρέμβασης, όπου οι κοινωνικοί λειτουργοί ερευνούν και επισημαίνουν προβλήματα και ανάγκες που ανάγονται στη λειτουργικότητα του Νοσοκομείου. Η μελέτη και παρουσίαση των παραπάνω στοιχείων αποσκοπεί στην εξεύρεση πιθανών λύσεων και στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. (ο.π., σελ 104)

γ) Της Εξωνοσοκομειακής Παρακολούθησης, όπου οι κοινωνικοί λειτουργοί διεξάγουν έρευνες για τα κοινωνικά χαρακτηριστικά και την πορεία των ασθενών με τους οποίους συνεργάζεται στα πλαίσια της μεταθεραπευτικής παρακολούθησης. (ο.π., σελ 104)

Η Κοινωνική Εργασία συνήθως χρησιμοποιεί λιγότερο ποσοτικές μεθόδους έρευνας, ευνοώντας κυρίως τις ποιοτικές μεθόδους, όπως είναι οι αξιολογήσεις και οι συσχετίσεις γεγονότων ζωής και υποκειμενικών βιωμάτων δραστηριοτήτων, οι εκτιμήσεις συμπεριφορών, οι ερμηνείες γεγονότων και συναισθημάτων, η ανάλυση προσωπικών απόψεων και

εμπειριών με τον τρόπο που διατυπώνονται από τα ίδια τα υποκείμενα της έρευνας. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 153)

Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται ποικίλα ερευνητικά μέσα, όπως οι συνεντεύξεις σε βάθος, οι οικογενειακές και ομαδικές συνεντεύξεις κ.α. Πολύ διαδεδομένη, ειδικά στον τομέα της Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας, είναι η ερευνητική μελέτη ατομικών περιπτώσεων, γνωστή ως «ανάλυση περιπτώσεων». (ο.π., σελ. 154)

Στ. Εκπαίδευση

Στ.1 Επιμόρφωση – Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση

Με τον όρο μετεκπαίδευση εννοούμε την συμπληρωματική εκπαίδευση, που γίνεται μετά το τέλος κάποιας γενικής επαγγελματικής εκπαίδευσης. (Ζευγαρίδης Σ., Σταματιάδης Γ., 1997, σελ. 319)

Με σκοπό να αναδείξουμε την αναγκαιότητα για επιμόρφωση θα αναφερθούμε για ακόμη μία φορά στα αποτελέσματα της έρευνας «Η Κοινωνική Εργασία στην Ελλάδα – Στάσεις και Αντιλήψεις των Κοινωνικών Λειτουργών» που έγινε το 1996 από τον Σ.Κ.Λ.Ε., την Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας στους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς. Στη ερώτηση «ποιες αλλαγές προτείνετε για την αναβάθμιση του επαγγέλματος» θα έπρεπε να δηλώσουν τρεις προτιμήσεις. Τα αποτελέσματα είχαν ως εξής: Στην πρώτη προτίμηση το μεγαλύτερο ποσοστό (44,0%) συγκέντρωσε η ανάγκη για αναβάθμιση της εκπαίδευσης, στη δεύτερη προτίμηση το μεγαλύτερο ποσοστό (18,0%) των κοινωνικών λειτουργών επέλεξαν την τακτική επιμόρφωση και στην τρίτη προτίμηση το μεγαλύτερο ποσοστό (18,9%) επέλεξαν τις οικονομικές αποδοχές. (Μουζακίτης Χ., Δράκου Ι., Δεδούση Α., 1996, σελ.101, 222)

Τα παραπάνω αποτελέσματα αποδεικνύουν αρχικά την έλλειψη ουσιαστικής προπτυχιακής εκπαίδευσης που να ικανοποιεί τις απαιτήσεις

των κοινωνικών λειτουργών και δεύτερον την έλλειψη τακτικής επιμόρφωσης που θα καλύπτει τα κενά των θεωρητικών γνώσεων των κοινωνικών λειτουργών, αλλά και θα τους βοηθά να ακολουθούν την εξέλιξη της επιστήμης τους.

Η συνεχής αύξηση των προβλημάτων που καλούνται οι επαγγελματίες της Κοινωνικής Εργασίας να αντιμετωπίσουν, η ραγδαία ανάπτυξη του ρυθμού ζωής, οι αλλαγές στα συστήματα ανάπτυξης και οργάνωσης των υπηρεσιών, οι νέες μέθοδοι και τεχνικές και γενικότερα η εξέλιξη της Κοινωνικής Εργασίας, καθιστούν απαραίτητη τη συνεχή επιμόρφωση και επαγγελματική κατάρτιση των κοινωνικών λειτουργών.

Ο Δ. Ιατρίδης στο άρθρο του «Κοινωνική Εργασία και Υγεία», αναφέρει χαρακτηριστικά «Η συνεχής επιμόρφωση των κοινωνικών λειτουργών που ήδη εξασκούν και θα εξασκούν το επάγγελμα είναι θεμελιώδης προϋπόθεση αναβάθμισης του επαγγέλματος. Η Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση κοινωνικών λειτουργών είναι μία σωστή απαραίτητη αφετηρία αλλά όχι επαρκής. Απαιτείται συνεχής επιμόρφωση και αναβάθμιση των γνώσεων και τεχνικών μετά τις σπουδές, ιδιαίτερα τα πρώτα πέντε χρόνια εξάσκησης του επαγγέλματος με εποπτεία πεπειραμένων στελεχών». (Ιατρίδης Δ., 1989, σελ.86)

Με ποιες μεθόδους όμως μπορεί να πραγματοποιηθεί η συνεχής επιμόρφωση; Εφόσον η εργασία του κοινωνικού λειτουργού πραγματοποιείται στο νοσοκομείο, δηλαδή σ' ένα χώρο όπου συνυπάρχουν και πολλές άλλες ειδικότητες, χρειάζεται να μετεκπαιδεύεται όχι μόνο πάνω στην ειδικότητά του, αλλά και πάνω στις εξελίξεις που αφορούν το χώρο της εργασίας του. Για το λόγο αυτό (και μόνο για τη συγκεκριμένη εργασία) διαχωρίζουμε τις ευκαιρίες που μπορούν να του δοθούν για μάθηση σε : ενδονοσοκομειακή επιμόρφωση και εξωνοσοκομειακή επιμόρφωση.

Σχετικά με την εξωνοσοκομειακή επιμόρφωση, θεωρούμε ότι αφορά τις δυνατότητες που δίνονται στον κοινωνικό λειτουργό για κατάρτιση, σε ημερίδες ή άλλες εκδηλώσεις εκπαιδευτικού ενδιαφέροντος που πραγματοποιούνται έξω από τον χώρο του νοσοκομείου και που κατά κύριο

λόγο (άλλα όχι απαραίτητα) αφορούν την εξέλιξη του πάνω στην Κοινωνική Εργασία.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί στα πλαίσια της επιμόρφωσης, σύμφωνα με το Ν.2889/01 (ΦΕΚ 37/2-3-2001, τ.Α), άρθρο 11, παράγραφος 18, δικαιούνται εκπαιδευτικής άδειας προκειμένου να συμμετάσχουν σε επιστημονικά συνέδρια του ενδιαφέροντός τους. Με τη προϋπόθεση ότι τα συνέδρια πραγματοποιούνται υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας είναι σκόπιμο τουλάχιστον τα έξοδα συμμετοχής να καλύπτονται από το νοσοκομείο. Ο προϊστάμενος της Κοινωνικής Υπηρεσίας μπορεί να εγκρίνει ή να απορρίψει αίτηση εκπαιδευτικής άδειας, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες της υπηρεσίας. Στις περιπτώσεις όπου οι κοινωνικοί λειτουργοί συμμετέχουν σε συνέδριο ή ημερίδα με εισήγηση, το νοσοκομείο οφείλει να καλύψει τα έξοδα συμμετοχής μέσω του ειδικού λογαριασμού. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2002, σελ. 111)

Η επιμόρφωση απαιτεί την υιοθέτηση και ανάπτυξη ενός επιμορφωτικού κλίματος που θα παρέχει, σε όσους το αναζητούν, την ευκαιρία για εξέλιξη πάνω στην επιστήμη τους. Ο Σ.Κ.Λ.Ε. σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο Κοινωνικής Διοίκησης και τα Α.Τ.Ε.Ι. Κοινωνικής Εργασίας, θα πρέπει να προσανατολιστούν στην αύξηση των σεμιναρίων, συμποσίων, εργαστηρίων, συζητήσεων και επιμορφωτικών μαθημάτων. (Ιατρίδης Δ., 1989, σελ.86)

Σε ότι αφορά την ενδονοσοκομειακή επιμόρφωση θεωρούμε την επιμόρφωση που γίνεται μέσα στα πλαίσια του νοσοκομείου και που το περιεχόμενο της μπορεί να αφορά τόσο την Κοινωνική Εργασία όσο και τις εξελίξεις σε νοσοκομειακό και υπηρεσιακό επίπεδο.

Μία μέθοδος είναι οι συνεδριάσεις του προσωπικού όπου συζητούνται επιστημονικά και διοικητικά θέματα και γενικά θέματα λειτουργίας της οργάνωσης, αλλά και περιστατικά ασθενών εάν δεν υπάρχουν άλλα αρμόδια συλλογικά όργανα. Επίσης έχουμε συζητήσεις για χειρισμό περιπτώσεων, ομάδων κ.α. (Κουσίδου Τ., 1985, σελ 93-94)

Μία άλλη μέθοδος είναι η ενδοϋπηρεσιακή επιμόρφωση, που έχει στόχο την επαύξηση των θεωρητικών γνώσεων και τη βελτίωση της τεχνικής του

κοινωνικού λειτουργού και μπορεί να έχει τη μορφή διαλέξεων, σεμιναρίων, ομάδων εργασίας, βιβλιογραφικής ενημέρωσης, κυκλοφορίας φυλλαδίων κ.α. Τα προγράμματα ενδοϋπηρεσιακής επιμόρφωσης θα πρέπει να οργανώνονται συστηματικά, να καλύπτουν τις μαθησιακές ανάγκες του προσωπικού και ενθαρρύνουν την επιθυμία για μάθηση και εργασιακή εξέλιξη. (ο.π., σελ.94)

Στην ενδονοσοκομειακή επιμόρφωση συμπεριλαμβάνουμε και την διοργάνωση ημερίδων από την Κοινωνική Υπηρεσία (με μέριμνα του προϊσταμένου της) σε θέματα που άπτονται των δραστηριοτήτων της. Επίσης οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι σκόπιμο να συμμετέχουν στην εκπόνηση Προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Κατάρτισης στα πλαίσια του Κέντρου Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.) του νοσοκομείου. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2002, σελ. 111)

Η επαγγελματική εξέλιξη αποτελεί ευθύνη ενός κοινωνικού λειτουργού που σέβεται το επάγγελμα που ασκεί, την υπηρεσία που εκπροσωπεί αλλά και τον ασθενή που καλείται να βοηθήσει. Κατά συνέπεια τόσο η αύξηση των επιμορφωτικών εκδηλώσεων, όσο και η συμμετοχή των κοινωνικών λειτουργών σ' αυτά, αποτελεί ευθύνη των κοινωνικών λειτουργών σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.

Στ.2 Εκπαίδευση σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας.

Στο τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας μπορούν να πραγματοποιήσουν την πρακτική τους άσκηση σπουδαστές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας (Α.Τ.Ε.Ι.) ή σπουδαστές του τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης με κατεύθυνση την Κοινωνική Εργασία. (Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., 2002, σελ. 111)

Η πρακτική άσκηση αποτελεί την πρώτη ουσιαστική ευκαιρία για τον σπουδαστή να εφαρμόσει στην πράξη τις θεωρητικές γνώσεις που αποκόμισε από τη σχολή, να αξιολογηθεί για τις ικανότητές του, να διαπιστώσει τη διαφορά μεταξύ θεωρίας και πράξης και να έρθει σε επαφή

με την ουσία της Κοινωνικής Εργασίας όπως αυτή διαμορφώνεται στην εκάστοτε οργάνωση.

Η πρακτική άσκηση στο χώρο του νοσοκομείου, θεωρείται ως ένας από τους δυσκολότερους τομείς, καθώς η πολυπλοκότητα του έργου της Κοινωνικής Υπηρεσίας και οι έντονοι ρυθμοί λειτουργίας της απαιτούν σωστή εκπαίδευση, ευστροφία και ψυχική αντοχή. Κατά συνέπεια ο ρόλος του επόπτη σ' αυτό το πλαίσιο εργασίας είναι ιδιαίτερα σημαντικός.

Η πρακτική άσκηση αποβλέπει στην εξοικείωση του φοιτητή με την πρακτική εφαρμογή των θεωρητικών γνώσεων και στην απόκτηση των δεξιοτήτων και της βασικής εμπειρίας που θεωρούνται απαραίτητες για την άσκηση του επαγγέλματος της Κοινωνικής Εργασίας. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 209)

Στόχοι της πρακτικής άσκησης που ισχύουν γενικότερα για όλα τα πλαίσια απασχόλησης είναι:

- α) Η μεταφορά της θεωρίας στην πράξη και η επαφή με τις πραγματικές συνθήκες εργασίας του κοινωνικού λειτουργού.
- β) Η πλήρης κατανόηση των αρχών, των εννοιών και των γνώσεων της Κοινωνικής Εργασίας.
- γ) Η παροχή γνώσεων για το εύρος και τη συχνότητα των κοινωνικών προβλημάτων, για τον τρόπο που φτάνουν στη Κοινωνική Υπηρεσία και τα κενά που παρουσιάζονται στην αντιμετώπισή τους.
- δ) Η καλλιέργεια των απαραίτητων δεξιοτήτων για επαφή, επικοινωνία και συνεργασία με τον εξυπηρετούμενο.
- ε) Η ανάπτυξη της πρωτοβουλίας, της αυτογνωσίας και της επαγγελματικής ευθύνης του ασκούμενου.
- στ) Η εφαρμογή των κανόνων δεοντολογίας στα πλαίσια συνεργασίας με τον εξυπηρετούμενο και με τις άλλες ειδικότητες.

(Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 209)

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων, η πρακτική άσκηση θα πρέπει να παρέχει στους σπουδαστές ουσιαστικές γνώσεις σε ότι αφορά:

- Τη σχέση ανάπτυξης υγείας με τις συνθήκες του φυσικού, ψυχολογικού, κοινωνικού, οικονομικού και πολιτικού περιβάλλοντος. Ποιοι είναι οι ψυχοκοινωνικοί άξονες της υγείας και της ασθένειας; (Ιατρίδης Δ., 1989, σελ. 87)
- Τη σχέση μεταξύ υγείας και ασθένειας και πως η τελευταία επιδρά στη λειτουργικότητα του ατόμου. (Kerson, Toba Schwaber, 2002, σελ. 2)
- Τις έννοιες υγεία και ασθένεια σε διαφορετικές ομάδες εθνοκοινοτήτων, όπως αυτές σχετίζονται με τη χρήση υπηρεσιών υγείας (π.χ. τσιγγάνοι, πρόσφυγες, κ.α.). (ο.π.)
- Ποιες διαδικασίες και θεωρία θεμελιώνουν την ψυχοκοινωνική διάγνωση, την διαφορική διάγνωση, την αποκατάσταση της υγείας. (Ιατρίδης Δ., 1989, σελ. 87)
- Τις αρχές και αξίες της Κοινωνικής Εργασίας καθώς και τους δεοντολογικούς κανόνες της. Πόσο εύκολη είναι η εφαρμογή αυτών κατά την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας. Πως λειτουργούμε στα δεοντολογικά διλήμματα. (Kerson, Toba Schwaber, 2002, σελ. 2)
- Τις τεχνικές και μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της υγείας. Σύνδεση της θεωρίας με την πράξη. Ανάπτυξη δεξιοτήτων κατά την εφαρμογή τους. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 208-209)
- Την ποικιλία των ρόλων και των λειτουργιών που διεκπεραιώνουν οι κοινωνικοί λειτουργοί στο χώρο της υγείας. (Kerson, Toba Schwaber, 2002, σελ. 2)
- Τους ρόλους των άλλων επαγγελματιών υγείας και τη συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με αυτούς. Κοινές εκπαιδευτικές εμπειρίες με σπουδαστές άλλων ανθρωπιστικών επιστημών, θα μπορούσε να βελτιώσει τη διάθεση για συνεργασία και την εκτίμηση των γνώσεων και δυνατοτήτων των άλλων «ειδικών» αλλά και την ισχυροποίηση των θέσεων των κοινωνικών λειτουργών. (Παπαϊωάννου Κ., 1998, σελ. 172)

- Το δίκτυο υπηρεσιών που αναπτύσσεται και τους τρόπους μεσολάβησης του κοινωνικού λειτουργού για την ουσιαστική αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών και των οικογενειών τους.
- Την ανάλυση της δομικής σχέσης σύγκρουσης της Κοινωνικής Εργασίας ανάμεσα στις απαιτήσεις του πελάτη και της Κοινωνικής Υπηρεσίας. (Ζωγράφου Α., 1997, σελ.112)
- Τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας και την θέση της μέσα στη γενικότερη δομή του νοσοκομείου. (οργανόγραμμα) (Kerson, Toba Schwaber, 2002, σελ. 2)
- Την σχέση ανάμεσα στην κοινωνική πολιτική και την λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας. (ο.π)

Τέλος σημαντική θέση στην εκπαίδευση των σπουδαστών κατέχει η εποπτεία. Ο όρος «εποπτεία πρακτικής άσκησης» αφορά την επίβλεψη, την καθοδήγηση και την υποστήριξη του ασκούμενου φοιτητή στην κατευθυνόμενη, από τον επαγγελματία κοινωνικό λειτουργό, προσπάθειά του να προσεγγίσει την εφαρμογή των αρχών και της μεθοδολογίας της Κοινωνικής Εργασίας στην πράξη και να γνωρίσει τα αποτελέσματα της εφαρμογής όσων μαθαίνει στη θεωρία. (Καλλινικάκη Θ., 1998, σελ. 210)

Η εποπτεία δίνει στον εποπτευόμενο το ερέθισμα να αναζητήσει πρόσθετες ειδικές γνώσεις, συζητώντας και αναλύοντας τα πολυποίκιλα αποτελέσματα από την εφαρμογή στην πράξη των μεθόδων και τεχνικών της Κοινωνικής Εργασίας. Επιπρόσθετα, του δίνει την ευκαιρία να διευρύνει τις δυνατότητές του, να κατανοεί και να ερμηνεύει τις πολύσημες αντιδράσεις και εκφράσεις των εξυπηρετούμενων αναπτύσσοντας την κριτική του ικανότητα, αποδεδεσμευμένος από προκαταλήψεις και συναισθηματισμούς. (ο.π., σελ. 211)

Σημαντικό έργο της εποπτείας είναι να βοηθήσει τον σπουδαστή στη διαχείριση του συναισθήματος και κυρίως του άγχους και της έντασης που

τον διακατέχουν λόγω της απειρίας αλλά και της αντιμετώπισης δύσκολων περιστατικών.

Η σωστή κατεύθυνση, η αξιολόγηση, η επιβράβευση και η επισήμανση αδυναμιών, είναι κεντρικά σημεία της εποπτείας. Ο διακριτικός χειρισμός των αδυναμιών του σπουδαστή από τον επόπτη, μπορεί να σημάνουν την αρχή ενός σπουδαίου επαγγελματία ή σε αντίθετη περίπτωση τη διατήρηση απαθούς στάσης εκ μέρους του σπουδαστή ή ακόμα και την εγκατάλειψη της επιστήμης.

Από τα προλεγόμενα γίνεται φανερό ότι, την θέση του επόπτη θα πρέπει να καταλαμβάνει ένας κοινωνικός λειτουργός με μακρόχρονη εμπειρία στην Κοινωνική Εργασία, με ειδίκευση πάνω στην εποπτική, εκπαιδευτική διαδικασία και με αρκετό διαθέσιμο χρόνο για την εποπτεία των σπουδαστών.

Εάν τα παραπάνω ακούγονται σε κάποιους ως πολυτέλεια, η σωστή εκπαίδευση των μελλοντικών κοινωνικών λειτουργών ως συνεχιστές της επιστήμης αποτελεί αναγκαιότητα. Εκτός από τις έρευνες και τις επιστημονικές μελέτες, η εποπτεία είναι ένας ακόμη τρόπος για να φωτίσουν οι σημερινοί επαγγελματίες τον δρόμο της μελλοντικής Κοινωνικής Εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μεθοδολογία της συγκεκριμένης μελέτης βασίζεται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η συγκέντρωση των στοιχείων στηρίζεται σε μελέτες και συγγράμματα που πραγματεύονται την Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο του νοσοκομείου, τις αρχές και αξίες της Κοινωνικής Εργασίας, τα στοιχεία που αφορούν τη λειτουργία των Κοινωνικών Υπηρεσιών γενικότερα, τις τεχνικές και μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας που εφαρμόζονται στο χώρο του Νοσοκομείου αλλά και το νομοθετικό πλαίσιο που διέπει την Υγεία και την Πρόνοια στη χώρα μας.

Για τη συλλογή στοιχείων της Πτυχιακής Εργασίας πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις στις εξής βιβλιοθήκες :

- Δημοτική Βιβλιοθήκη Πατρών.
- Δημοτική Βιβλιοθήκη Ξάνθης.
- Κεντρική Βιβλιοθήκη ΑΤΕΙ Πάτρας.
- Κεντρική Βιβλιοθήκη ΑΤΕΙ Αθηνών.
- Κεντρική Βιβλιοθήκη Πανεπιστημίου Πατρών.
- Βιβλιοθήκη Τμήματος Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Πραγματοποιήθηκε επαφή με μέλος του Σ.Κ.Λ.Ε., με σκοπό τη λήψη των πρακτικών από το Πανελλήνιο Συνέδριο με θέμα : «Κοινωνικές Υπηρεσίες και Κοινωνική Εργασία στην Υγεία και την Πρόνοια, Αναγκαιότητα και όχι πολυτέλεια» που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα το Δεκέμβριο του 1996, με συνδιοργανωτές τον Σ.Κ.Λ.Ε. και την Π.Ο.Ε.Δ.Η.Ν.

Επιπρόσθετα, στοιχεία συγκεντρώθηκαν από εκτεταμένη έρευνα στο διαδίκτυο (Internet).

Για τη συλλογή στοιχείων που αφορούν το νομοθετικό πλαίσιο που σχετίζεται με την Υγεία και την Πρόνοια ήρθαμε σε επαφή με επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Π.Γ.Ν.Π.

Γενικότερα όμως, οφείλουμε να αναφέρουμε τις ιδιαίτερες δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε σε ότι αφορά την περιορισμένη βιβλιογραφία για την οργάνωση και λειτουργία των Κοινωνικών Υπηρεσιών των νοσοκομείων, αλλά και για την ανάλυση του έργου των κοινωνικών λειτουργών μέσα στο νοσοκομειακό πλαίσιο στην Ελλάδα.

Για τη συλλογή στοιχείων που αφορούν το νομοθετικό πλαίσιο που σχετίζεται με την Υγεία και την Πρόνοια ήρθαμε σε επαφή με επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Π.Γ.Ν.Π.

Γενικότερα όμως, οφείλουμε να αναφέρουμε τις ιδιαίτερες δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε σε ότι αφορά την περιορισμένη βιβλιογραφία για την οργάνωση και λειτουργία των Κοινωνικών Υπηρεσιών των νοσοκομείων, αλλά και για την ανάλυση του έργου των κοινωνικών λειτουργών μέσα στο νοσοκομειακό πλαίσιο στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μία συγκέντρωση των συμπερασμάτων που απορρέουν από αυτή τη μελέτη και θα διατυπωθούν προτάσεις που πιθανό να συμβάλλουν στη βελτίωση της οργάνωσης και λειτουργίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας Γενικού Νοσοκομείου και στην αύξηση της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- ✓ Η σύσταση Κοινωνικών Υπηρεσιών στα νοσοκομεία της χώρας πραγματοποιήθηκε το 1956. Ωστόσο, η οργάνωση και ο τρόπος λειτουργίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας, παρά τις μεμονωμένες προσπάθειες που έχουν γίνει, παραμένει διατυπωμένη σε γενικά πλαίσια. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση φαίνεται πως οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται στο συγκεκριμένο πλαίσιο δεν έχουν κατορθώσει να σχεδιάσουν και να προτείνουν μια ολοκληρωμένη δομή της Κοινωνικής Υπηρεσίας.
- ✓ Η αναγκαιότητα της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο νοσοκομείο διαφαίνεται από την ικανότητά της να συμβάλλει στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών σε θέματα ψυχοκοινωνικής πρόληψης και διάγνωσης και σχεδιασμού κοινωνικής πολιτικής. Ακόμη, η Κοινωνική Υπηρεσία συνεισφέρει στην αύξηση της περίθαλψης στην κοινότητα δίνοντας έμφαση στην παροχή υπηρεσιών πρόληψης και διάγνωσης, φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης, ψυχοκοινωνικής στήριξης, κοινωνικής φροντίδας. Έχει τη δυνατότητα να συμβάλλει στη μείωση των δαπανών για την υγεία που οφείλονται στη διόγκωση της παροχής δευτεροβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών.
- ✓ Στο παρελθόν είχαν διατυπωθεί προτάσεις από τους κοινωνικούς λειτουργούς για τη δημιουργία ανεξάρτητου τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας στη διοικητική δομή του νοσοκομείου. Η ένταξη της Κοινωνικής Υπηρεσίας αρχικά στη Διοικητική και έπειτα στη Ιατρική Υπηρεσία συνέβαλλε στην

υπονόμευση του ρόλου της και στον έλεγχό της από Υπηρεσίες που δεν έχουν σχέση με το αντικείμενο της Κοινωνικής Εργασίας.

Γι' αυτό κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία ανεξάρτητου Τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας. Σε μια τέτοια μορφή διοίκησης της Κοινωνικής Υπηρεσίας η ευθύνη για τον έλεγχο θα ανήκει στον προϊστάμενο, ο οποίος θα υπάγεται κατευθείαν στο διοικητή του νοσοκομείου. Μια τέτοια ενέργεια θα επέτρεπε την καλύτερη οργάνωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας, θα αύξανε την αποδοτικότητά της και θα οδηγούσε στην καλύτερη και ισότιμη συνεργασία με τις άλλες Υπηρεσίες του νοσοκομείου.

✓ Η μη εκπλήρωση των στόχων της Κοινωνικής Υπηρεσίας Γενικού Νοσοκομείου μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες όπως κενά της Κοινωνικής Πολιτικής, παραλήψεις της διοίκησης του νοσοκομείου, ελλιπή οργάνωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας καθώς και στην ανεπαρκή εξειδίκευση των κοινωνικών λειτουργών.

✓ Η διοίκηση αποτελεί βασική λειτουργία μίας Κοινωνικής Υπηρεσίας για την εφαρμογή των μεθόδων της Κοινωνικής Εργασίας, καθώς και για την υλοποίηση του σκοπού για τον οποίο έχει δημιουργηθεί.

Η εποπτεία και ο έλεγχος-αξιολόγηση είναι δύο ισχυρά εργαλεία της διοίκησης, η χρήση των οποίων μπορεί να οδηγήσει στην αποφυγή λαθών και στην παροχή περισσότερο ποιοτικών υπηρεσιών.

✓ Έχουν διατυπωθεί διάφορες απόψεις για τον αριθμό των κοινωνικών λειτουργών που θα πρέπει να στελεχώνουν την Κοινωνική Υπηρεσία Γενικού Νοσοκομείου. Οι απόψεις αυτές βασίζονται κυρίως στον αριθμό των ασθενών που κατά μέσο όρο νοσηλεύονται στο νοσοκομείο. Όμως οι προτάσεις που έχουν διατυπωθεί έως τώρα δεν λαμβάνουν πάντα υπ' όψιν τους τις διαφορετικές ανάγκες του εκάστοτε νοσοκομείου.

Η στελέχωση των Κοινωνικών Υπηρεσιών για να είναι επαρκής θα πρέπει να καθορίζεται από τις ειδικές ανάγκες του εκάστοτε νοσοκομείου αλλά και από τον πληθυσμό της κοινότητας που βρίσκεται το νοσοκομείο.

✓ Συχνά το έργο των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών επιφορτίζεται με αρμοδιότητες που δεν έχουν άμεση σχέση με το αντικείμενο της Κοινωνικής Εργασίας.

Για την καλύτερη οργάνωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας και για την αποφόρτιση των επαγγελματιών προτείνεται η πρόσληψη βοηθητικού προσωπικού, που θα προωθεί το απαιτούμενο διοικητικό έργο.

✓ Η έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής δεν επιτρέπει στους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς να ασκούν με συνέπεια και ευθύνη το έργο τους, απέναντι σ' αυτούς που εξυπηρετούν.

Για την εξασφάλιση λοιπόν της ποιότητας του χώρου εργασίας και των υπηρεσιών που παρέχονται, απαιτείται η επάρκεια και καταλληλότητα των χώρων άσκησης της Κοινωνικής Εργασίας, η προσβασιμότητα στους χώρους της Κοινωνικής Υπηρεσίας και ο εξοπλισμός της με τα κατάλληλα υλικά και τεχνολογικά μέσα.

✓ Η σημαντικότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας στους χώρους της υγείας έχει διεθνώς αναγνωρισθεί. Παρόλα αυτά φαίνεται ότι η δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων δεν είναι διαδεδομένη στα ελληνικά Γενικά Νοσοκομεία. Η συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με τις άλλες ειδικότητες επικεντρώνεται κυρίως στη σχέση με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και περιορίζεται στην παραπομπή των περιστατικών.

Η αλλαγή που πρέπει να πραγματοποιηθεί για να επιτευχθεί αυτή η μορφή συνεργατικής σχέσης είναι η επίσημη θεσμοθέτηση της και υποστήριξης της τόσο από αυτούς που διαμορφώνουν την κοινωνική πολιτική όσο και από τη διοίκηση των νοσοκομείων και των εμπλεκόμενων επαγγελματιών ομάδων.

✓ Από τη βιβλιογραφική έρευνα που πραγματοποιήθηκε για σύνταξη της παρούσης μελέτης, παρατηρήθηκε ότι έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εξατομικευμένη παρέμβαση ενώ έχει περιορισθεί η ανάπτυξη των μεθόδων της Κοινωνικής Εργασίας με Ομάδες και Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα.

✓ Ο σχεδιασμός και η πραγματοποίηση ομάδων στήριξης από νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς τόσο για τους ασθενείς και τις

οικογένειές τους, όσο και για τους επαγγελματίες υγείας, είναι μέθοδος ιδιαίτερα ανεπτυγμένη και αποτελεσματική σε νοσοκομεία ξένων χωρών.

Τα μοντέλα που έχουν δημιουργηθεί αλλά και οι έρευνες από ομάδες που έχουν πραγματοποιηθεί, μπορούν να αποτελέσουν το έναυσμα για την εφαρμογή ανάλογων ομάδων στον ελληνικό χώρο. Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να διεκδικήσουν από τη διοίκηση να στηρίξει τη μέθοδο αυτή και να εξασφαλίσει την ύπαρξη και διάθεση κοινωνικών λειτουργών με εμπειρία πάνω σε ομάδες συμβουλευτικής.

✓ Οι κοινωνικοί λειτουργοί που απασχολούνται στην Κοινωνική Υπηρεσία ενός Γενικού Νοσοκομείου, έρχονται σε καθημερινή επαφή με τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, με τα προβλήματα και τις ανάγκες τους. Έτσι έχουν τη δυνατότητα να συγκεντρώνουν, να ερμηνεύουν και να κατανοούν τα στοιχεία που αφορούν τα κοινωνικά αίτια που προκαλούν τα προβλήματα υγείας. Παράλληλα έχουν άμεση αντίληψη της αποτελεσματικότητας, των επιπτώσεων και των ελλείψεων των προγραμμάτων υγείας και πρόνοιας που εφαρμόζονται στην κοινότητα. Όμως, οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται από την αντιμετώπιση μεμονωμένων περιστατικών, δεν παρουσιάζουν γενικότερο ενδιαφέρον ούτε μπορούν να αξιοποιηθούν αν παραμείνουν απλά σαν προβλήματα του ατόμου.

Καθήκον των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται σε νοσοκομειακό πλαίσιο είναι να μεταδώσουν αυτές τις πληροφορίες που συγκεντρώνουν κατά την άσκηση του επαγγέλματος στον πληθυσμό της κοινότητας, καθώς και στους αρμόδιους φορείς και υπηρεσίες.

✓ Ένας παράγοντας που δυσχεραίνει το έργο των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών είναι η έλλειψη κατάλληλων ή επαρκών πηγών για την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ατόμων. Η έλλειψη των πηγών συντελεί στη μη αποτελεσματική αποκατάσταση των ατόμων που χρήζουν προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας στην κοινότητα.

Η δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης και αποκατάστασης στην κοινότητα θα πρέπει να απασχολήσει την κοινωνική πολιτική του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης με σκοπό

την αποτελεσματική εξυπηρέτηση των πολιτών και τη μείωση των δαπανών για τη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

✓ Σε μια κοινότητα υπάρχουν πολλές υπηρεσίες και οργανώσεις όπου η καθεμία έχει εξειδικεύσει το έργο της. Αυτό δημιουργεί πρόβλημα συντονισμού όσον αφορά τη συνέχεια της φροντίδας και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας και πρόνοιας.

Λύση στο πρόβλημα θα αποτελούσε ο μέγιστος δυνατός συντονισμός των οργανώσεων και υπηρεσιών, σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο, με τη δημιουργία ενός κεντρικού οργάνου. Το κεντρικό αυτό όργανο θα αναλάμβανε το συντονισμό των προγραμμάτων Υγείας και Πρόνοιας, το σχεδιασμό νέων δομών βάση των διαμορφούμενων κοινωνικών αναγκών, την ενημέρωση του πληθυσμού και των φορέων για θέματα υγείας και πρόνοιας, καθώς και τη διεξαγωγή ερευνών και τη συγκέντρωση των στατιστικών στοιχείων.

✓ Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται σε νοσοκομειακό πλαίσιο θα πρέπει να έχει εξειδικευμένες γνώσεις σε ότι αφορά τον τομέα της υγείας, τον τρόπο παρέμβασης σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, καθώς και τις εξελίξεις της επιστήμης της Κοινωνικής Εργασίας.

Προτείνεται η συνεχής επιμόρφωση των κοινωνικών λειτουργών που εξασκούν το επάγγελμα. Η επιμόρφωση μπορεί να περιλαμβάνει τη συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης κατάρτισης, ημερίδες, συνέδρια, σεμινάρια και άλλες εκδηλώσεις επιστημονικού ενδιαφέροντος. Η διαρκής επιμόρφωση των κοινωνικών λειτουργών θα πρέπει να αποτελεί στόχο της Κοινωνικής Υπηρεσίας.

✓ Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια συλλογής και καταγραφής στοιχείων που αφορούν τον τρόπο λειτουργίας μιας Κοινωνικής Υπηρεσίας Γενικού Νοσοκομείου καθώς και των αρμοδιοτήτων του κοινωνικού λειτουργού σε αυτή. Συνεπώς η μελέτη αυτή θα μπορούσε να αποτελέσει προστάδιο για την πραγματοποίηση κάποιας μελλοντικής έρευνας.

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αυγερίδης Κ., Καρνάρος Λ., Πανταζάκας Π., "Εθελοντική Αιμοδοσία : Η εμπειρία και η συμβολή των κοινωνικών λειτουργών στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών Π.Π.Γ.Ν.Π.", Περιοδικό: "Κοινωνική Εργασία", Τεύχος: 28°, Αθήνα 1992, σελ. 265 – 279.
2. Βεζυράκης Δ., " Θέσεις του ΣΚΛΕ για το νόμο 2889/2001 σχετικά με την υγεία", Περιοδικό "Κοινωνικός Λειτουργός", τεύχος 3°, Αθήνα 2001, σελ.11-12.
3. Δημακοπούλου Β., "Οργανωτικό πλαίσιο ανάπτυξης της Κοινωνικής Υπηρεσίας", Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου "Κοινωνικές Υπηρεσίες και Κοινωνική Εργασία στην Υγεία και την Πρόνοια, Αναγκαιότητα και όχι πολυτέλεια ", Σύλλογος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Αθήνα 1996, σελ. 56-62.
4. Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών, (Μετάφραση – Επιμέλεια Λύρα Μ.), "Η Δεοντολογία της Κοινωνικής Εργασίας – Αρχές και Κανόνες", Περιοδικό "Κοινωνική Εργασία", τεύχος 35° , Αθήνα 1994, σελ. 195-201.
5. Δρούμπαλης Φ., "Οι Μονάδες Νοσηλείας στη Νεότερη Ελλάδα", CD-ROM, Έκδοση-Παραγωγή Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, 2000.
6. Ενημερωτικό Δελτίο, "Προσχέδιο Νόμου για την υγεία. Προτάσεις και θέσεις", Περιοδικό "Κοινωνικός Λειτουργός", Τεύχος 2, ΣΚΛΕ, Αθήνα 1991, σελ. 22-25.

7. Ζευγαρίδης Σ., Σταματιάδης Γ., "Διοίκηση και Εποπτεία Προσωπικού", Εκδόσεις "Interbooks", Αθήνα 1997.
8. Ζωγράφου Α., "Ο Διπλός Ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο Πλαίσιο των Κοινωνικών Οργανώσεων", Πάτρα, 1997.
9. Θεοδωράτος Ε., "Ανθρώπινες Σχέσεις στην Εργασία", Επιμέλεια Εκδόσεως Κασάπης Ερμής, Πάτρα, 1993.
10. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., " Συστήματα Υγείας", Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2001.
11. Ιατρίδης Δ., "Ιδεολογία και Κοινωνική Εργασία – Επιστημονικές και ουμανιστικές απόψεις του επαγγέλματος", Περιοδικό "Κοινωνική Εργασία", Τεύχος 5^ο, Αθήνα 1987, σελ. 9-18.
12. Ιατρίδης Δ., " Κοινωνική Εργασία και Υγεία", Περιοδικό "Κοινωνική Εργασία", Τεύχος 14^ο, Αθήνα 1989, σελ. 71-89.
13. Καλλινικάκη Θ., "Κοινωνική Εργασία, εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας", Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998.
14. Κατσορίδου-Παπαδοπούλου Χ., "Κοινωνική Εργασία με Ομάδες", Εκδόσεις "Έλλην", Αθήνα 1999.
15. Κούντη Κ., " Κοινωνική Εργασία σε Ογκολογικό Νοσοκομείο", "Κοινωνικές Υπηρεσίες και Κοινωνική Εργασία στην Υγεία και την Πρόνοια, Αναγκαιότητα και όχι πολυτέλεια ", Σύλλογος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Αθήνα 1996, σελ. 75-82.

16. Κουσιδου Τ., " Η επαγγελματική ανάπτυξη του προσωπικού στις κοινωνικές υπηρεσίες και οργανώσεις", Περιοδικό "Κοινωνική Εργασία", Τεύχος 67, Αθήνα 1985. σελ. 86-97.
17. Λανάρα Β., " Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο", Χωρίς Έκδοση, Αθήνα 2000.
18. "Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών υπό την αιγίδα της UNESCO", Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Ελληνική Παιδεία Α.Ε., Αθήνα 1972, σελ 95.
19. Λιανός Θ., Χρήστου Γ., "Πολιτική Οικονομία", Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα 1995.
20. Λουμίδη Δ., " Δικαιώματα Ασθενών και Κοινωνική Εργασία", Περιοδικό "Κοινωνική Εργασία", Τεύχος 17, 1990, σελ. 55-59.
21. Μαδιανός Μ., "Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή", Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000.
22. Μαλικιώση – Λοϊζου Μ., "Συμβουλευτική Ψυχολογία", Εκδόσεις "Ελληνικά Γράμματα", Αθήνα 1999.
23. Μάνος Νίκος., "Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής", Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997.
24. Μαρντικιάν – Γαζεριάν Μπ., "Κοινωνικός Σχεδιασμός και Κοινωνική Έρευνα", Πρακτικά 3^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ – Medical Arts, Αθήνα 1987.
25. Μουζακίτης Χ., "Οι Κοινωνικές Υπηρεσίες μύθος ή πραγματικότητα;", Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου " Κοινωνικές

Υπηρεσίες και Κοινωνική Εργασία στην Υγεία και την Πρόνοια, Αναγκαιότητα και όχι πολυτέλεια ", Σύλλογος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Αθήνα 1996, σελ. 22-28.

26. Μουζακίτης Χ., Δράκου Ι., Δεδούση Α., " Η Κοινωνική Εργασία στην Ελλάδα. Στάσεις και Αντιλήψεις των Κοινωνικών Λειτουργών", " Κοινωνικές Υπηρεσίες και Κοινωνική Εργασία στην Υγεία και την Πρόνοια, Αναγκαιότητα και όχι πολυτέλεια ", Σύλλογος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Αθήνα 1996, σελ.89-114.
27. Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., " Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της υγείας- Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού", Περιοδικό "Κοινωνική Εργασία", Τεύχος 66^ο , Αθήνα 2002, σελ. 97-112.
28. Πανταζάκας Π., Μέντης Μ., " Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου: Παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης", Περιοδικό "Κοινωνική Εργασία", Τεύχος 70^ο , Αθήνα 2003. σελ. 71-80
29. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., "Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας", Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.
30. Παπαθεοφίλου Ε., " Ο επόπτης στο διπλό ρόλο του διοικητικού και του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού", Περιοδικό " Εκλογή", Τεύχος 67, Αθήνα 1985, σελ. 72-85.
31. Παπαϊωάννου Κ., "Ιατροκοινωνική Εργασία", Περιοδικό "Κοινωνική Εργασία", Τεύχος 9^ο, Αθήνα 1988, σελ.7-11.

32. Παπαϊωάννου Κ., "Κλινική Κοινωνική Εργασία και Διεπιστημονική Συνεργασία", Περιοδικό "Κοινωνική Εργασία", Τεύχος 33°, Αθήνα 1994, σελ. 7-14.
33. Παπαϊωάννου Κ., "Κλινική Κοινωνική Εργασία-Κοινωνική Εργασία με Άτομα", Εκδόσεις "Έλλην", Αθήνα 1998.
34. Παπαφλέσσα Θ., "Οργάνωση και Διοίκηση Κοινωνικών Υπηρεσιών", Περιοδικό "Εκλογή", Τεύχος 67, Αθήνα 1985, σελ.57-70.
35. "Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα", Τόμος 45^{ος}, Εκδόσεις Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος, Αθήνα 1991, σελ. 342.
36. Πιπταδάκη Τζ., "Προς ένα σχήμα αποτελεσματικής προσέγγισης εθελοντών αιμοδοτών: Ο ρόλος του προσελκυστή.", Περιοδικό: "Κοινωνική Εργασία", Τεύχος 28°, Αθήνα 1992, σελ 239 – 244.
37. Σαπουντζή-Κρέπια Δ., " Νοσηλεύτριες – Κοινωνικοί Λειτουργοί, διεπαγγελματική συνεργασία και διαφορές στην αντίληψη αναγκών φροντίδας", Περιοδικό "Κοινωνική Εργασία", Τεύχος 39, Αθήνα 1995, σελ. 143-152.
38. Σταθόπουλος Π. Α., "Κοινωνική Πρόνοια μια γενική θεώρηση", Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1996.
39. Σταθόπουλος Π. Α., "Κοινοτική Εργασία – Διαδικασία, μέθοδοι και τεχνικές παρέμβασης", Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2000.
40. Τσαλίκης Γ., "Η αμφιδέξια πολιτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας", "Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα" ,

Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα 1996, σελ. 45-63.

41. Dalley T., Case C., Schaverien J., Weir F., Halliday D., Nowell Hall P., Waller D., (Μετάφραση Σκαρβέλη Γ.), "Θεραπεία Μέσω Τέχνης", Εκδόσεις "Ελληνικά Γράμματα", Αθήνα 1998.
42. Brearly J., (Μετάφραση: Δημοπούλου-Λαγωνίκα Μ.) "Το άγχος και η αντιμετώπισή του σε οργανώσεις υγείας: Δυνατότητες για την κοινωνική εργασία.", Τεύχος 88, Περιοδικό "Εκλογή", Αθήνα 1991 σελ. 14-25.
43. Carr J., " Κλινική Κοινωνική Εργασία στον Τομέα Υγείας.", Περιοδικό "Κοινωνική Εργασία", Τεύχος 33^ο, Αθήνα 1994, σελ. 15-30.
44. Keirse G., "Ψυχοκοινωνική Προσέγγιση στο τμήμα εφημερίας του νοσοκομείου και / η στις πρώτες βοήθειες." Περιοδικό "Εκλογή", Τεύχος 61, Αθήνα 1983, σελ 93 – 98
45. Kelley M., (Μετάφραση: Αναστασιάδου Α., Παπαφλέσσα Θ.) "Σκοπός, ιστορία και φιλοσοφία της εποπτείας στην Κοινωνική Εργασία", "Τεχνική Εποπτείας στην Κοινωνική Εργασία", Εκδόσεις Συμβουλίου Επιμορφώσεως εις την Κοινωνικήν Εργασίαν, Αθήνα 1965, σελ.1-12
46. Kelley M., (Μετάφραση: Αναστασιάδου Α., Παπαφλέσσα Θ.) "Εισαγωγή", "Τεχνική Εποπτείας στην Κοινωνική Εργασία", Εκδόσεις Συμβουλίου Επιμορφώσεως εις την Κοινωνικήν Εργασίαν, Αθήνα 1965, σελ. η-θ.

47. Mathieu M., (Μετάφραση: Παπαφλέσσα Θ.), " Η επιβίωση του επαγγέλματος. Με ποιες προϋποθέσεις;", Περιοδικό: "Εκλογή", Τεύχος Αθήνα 1985. σελ. 18-25.
48. Lacey R., (Μετάφραση: Ζάρναρη Ο.), "Τα ανθρώπινα δικαιώματα στην Κοινωνική Εργασία", Περιοδικό "Εκλογή", Τεύχος 75, 1987, σελ. 163-176.

Ξένη Βιβλιογραφία

49. Abramson J., Mizrahi T., "When Social Workers and Physicians Collaborate: Positive and Negative Interdisciplinary Experiences", Περιοδικό: "**National Association of Social Workers Press**", Τεύχος 41, 1996, σελ. 270-280.
50. Bergman A., Wells L., Bogo M., Abbey S., Chandler V., Embleton L., Guirgis S., Huot A., McNeill T., Prentice L., Stapleton D., Shekter-Wolfson L., Urman S., " High-Risk Indicators for Family Involvement in Social Work in Health Care: A Review of the Literature", "**National Association of Social Workers Press**", Τεύχος 38, 1993, σελ 281-287.
51. Bywaters P., " Social Work and Nursing: Sisters or Rivals?", "**Social Work and Health Care**", Εκδόσεις Research Highlights in Social Work, 1989, σελ. 33-46.
52. Butrym Z., "Health Care and Social Work – What Kind of Relationship?", "**Social Work and Health Care**", Εκδόσεις Research Highlights in Social Work, 1989, σελ. 21-32.

53. Dalley G, " Professional Ideology or Organisational Tribalism? The Health Service-Social Work Divide.", " **Social Work and Health Care**", Εκδόσεις Research Highlights in Social Work, 1989.
54. Hill M., "**Social Policy, a comparative analysis**", Εκδόσεις: Prentice Hall, Harvester Wheatsheal, 1996.
55. Holland C. J., "**Psycho-Oncology**", Εκδόσεις: Oxford University Press, New York , 1998.
56. McLeod E., "The Strategic Importance of Hospital Social Work", Περιοδικό "**Social Work and Social Sciences Review**", Τεύχος 6(1), Εκδόσεις: Whithing & Birch Ltd, 1995, σελ.19-31.
57. Proctor E., Morrow-Howell N., Leanne Lott C., "Classification and Correlates of Ethical Dilemmas in Hospital Social Work", Περιοδικό "**Social Work**", τεύχος 38(2), Εκδόσεις: National Association of Social Work, Inc., 1993, σελ. 166-176.
58. Robertson S., "Groupwork in General Hospitals", " **Social Work and Health Care**", Εκδόσεις Research Highlights in Social Work, 1989.
59. Tibbitt J., Connor A., " Change and Diversity in Hospital Social Work", " **Social Work and Health Care**", Εκδόσεις Research Highlights in Social Work, 1989.
60. Watson Diane, "**Identities Groups and Social Issues**", Εκδόσεις: Open University, London 1996.

Ιστοσελίδες

61. Massachusetts General Hospital Social Service,
<http://www.mghsocialwork.org/history.html> .

62. Kerson, Toba Schwaber, " SW 702 Social Work in Health Care",
2002,
<http://www.ssw.upenn.edu/home/resources/classes/syllabi/SW702.pdf>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

χ', ειδικότητας αντίστοιχης με τα εξεταζόμενα ειδικά μαθήματα.

Γραμματέες και δύο (2) βοηθοί γραμματείς, ορίζονται εκπαιδευτικοί λειτουργοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

3. Με απόφαση της επιτροπής κάθε βαθμολογικού κέντρου, ορίζονται προϊστάμενοι, μέλη - βαθμολογητές και γραμματείς - ταξινομητές των ομάδων βαθμολόγησης, από τους οποίους χρησιμοποιούνται οι απαραίτητοι για τη συγκρότηση και λειτουργία των παραπάνω ομάδων, κατά την κρίση και τις ανάγκες της οικείας επιτροπής βαθμολογικού κέντρου.

4. Με απόφαση της οικείας επιτροπής του βαθμολογικού κέντρου, ορίζονται μέλη του διδακτικού προσωπικού Α.Ε.Ι. ή μέλη του ειδικού εκπαιδευτικού προσωπικού Α.Ε.Ι. ή εκπαιδευτικοί λειτουργοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με βαθμό α', ως αναβαθμολογητές ειδικότητας αντίστοιχης με τα μαθήματα που είναι για αναβαθμολόγηση. Ως αναβαθμολογητές των μουσικών μαθημάτων, μπορεί να ορίζονται και καθηγητές θεωρητικών μαθημάτων, του Κρατικού Ωδείου Θεσσαλονίκης.

5. Όσοι μετέχουν στις επιτροπές ή ομάδες βαθμολόγησης ή ως αναβαθμολογητές, υποβάλλουν υπεύθυνα δήλωση, ότι δεν έχουν κώλυμα συγγένειας με αξίωμα ή εξουσιοδότηση μέχρι και του τρίτου βαθμού με υποψήφιο ειδικού μαθήματος.

6. Οι επιτροπές βαθμολογικών κέντρων, είναι αρμόδιες για την οργάνωση, το συντονισμό και την εποπτεία των εργασιών των βαθμολογικών κέντρων.

7. Με απόφαση των προέδρων των επιτροπών αυτών ορίζονται υπάλληλοι από το βοηθητικό ή υπηρετικό προσωπικό, μέχρι πέντε (5) για κάθε βαθμολογικό κέντρο, για επικουρία του έργου των επιτροπών.

Άρθρο 8.

Ομάδες βαθμολόγησης.

1. Κάθε ομάδα βαθμολόγησης κατά μάθημα αποτελούν :

α) Ένα μέλος του διδακτικού προσωπικού Α.Ε.Ι. ή μέλος του ειδικού εκπαιδευτικού προσωπικού Α.Ε.Ι. ή σχολικός σύμβουλος ή εκπαιδευτικός λειτουργός δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με βαθμό α', αντίστοιχης ειδικότητας με το βαθμολογούμενο μάθημα, ως πρόεδρος.

β) Έξι (6) ή περισσότεροι εκπαιδευτικοί λειτουργοί της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, με βαθμό α' ή β' ή ανώτατης εκπαίδευσης, σχετικής με το μάθημα ειδικότητας, ως μέλη ομάδων βαθμολόγησης - βαθμολογητές.

Ως βαθμολογητές των μουσικών μαθημάτων, μπορεί να ορίζονται και καθηγητές θεωρητικών μαθημάτων του Κρατικού Ωδείου Θεσσαλονίκης.

Γραμματέας ορίζεται εκπαιδευτικός λειτουργός δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και μέχρι τρεις (3) εκπαιδευτικοί λειτουργοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή υπάλληλοι του ΥΠ.Ε.Π.Θ., ως βοηθοί γραμματείς ταξινομητές.

2. Είναι δυνατό να συγκροτούνται περισσότερες από μία ομάδες βαθμολόγησης για κάθε εξεταζόμενο μάθημα, ανάλογα με τις ανάγκες της βαθμολόγησης.

3. Στις περιπτώσεις που ο αριθμός των γραπτών δοκιμίων σε ένα μάθημα είναι μικρός, η ομάδα συγκροτείται από λιγότερους από έξι (6) μέλη βαθμολογητές.

4. Κάθε ομάδα βαθμολόγησης είναι αρμόδια για τη βαθμολόγηση των γραπτών δοκιμίων σύμφωνα με τις οδηγίες της οικείας επιτροπής του βαθμολογικού κέντρου.

5. Ο αριθμός των βαθμολογητών των ομάδων, καθορίζεται ανάλογα με τον αριθμό των γραπτών δοκιμίων, που πρέπει να βαθμολογηθούν, ώστε κανένας να μη βαθμολογήσει περισσότερα από εξακόσια (600) γραπτά δοκίμια,

από τα οποία τριακόσια (300) σε πρώτη διάρθωση και τριακόσια (300) σε δεύτερη. Ο αναβαθμολογητής δεν μπορεί να βαθμολογήσει περισσότερα από εξακόσια (600) γραπτά δοκίμια.

Άρθρο 9.

Από τη δημοσίευση του Διατάγματος αυτού, καταργείται το Π.Δ. 148/1985 (ΦΕΚ 54 Α').

Πρ. Δ. 87 τής 14/27-3-86 (Α32). Ένιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων.

Άρθρο 1.

Με τις διατάξεις του παρόντος, ορίζεται ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων που υπάγονται στις διατάξεις του νόμου 1397/83 και θεσπίζονται συντελεστές καθορισμού του αριθμού των θέσεων προσωπικού νοσοκομείων και κατά τη σειρά σε αναλογία με τη δύναμη των κρεβατιών τους.

Στο πλαίσιο αυτό και σύμφωνα με όσα ορίζονται με τις διατάξεις των άρθρων 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 21 και 25 του νόμου 1397/83 εξετάσσεται ο οργανισμός κάθε Νοσοκομείου.

Άρθρο 2.

Διάρθρωση Υπηρεσιών.

1. Κάθε Νοσοκομείο απαρτίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 2 του άρθρου 10 του νόμου 1397/83 από τρεις υπηρεσίες α) την Ιατρική, β) την Νοσηλευτική και γ) την Διοικητική.

2. Κάθε υπηρεσία έχει την δική της ξεχωριστή συγκροτήση και ιεραρχική διάρθρωση.

Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ιεραρχικά ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Διοικητικού Συλλόγου του Νοσοκομείου.

3. Το προσωπικό που εκπορεύεται και υπηρετεί σε άλλες υπηρεσίες απ' αυτή που υπάγεται κατά κλάδο και κατηγορία σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος, υπάγεται ιεραρχικά στην υπηρεσία που υπηρετεί.

Άρθρο 3.

Διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας.

1. Η ιατρική υπηρεσία κάθε Νοσοκομείου διαρθρώνεται τομείς. Οι τομείς σύμφωνα με το άρθρο 11 του νόμου 1397/1983 είναι:

α) Παθολογικός, β) Χειρουργικός, γ) Εργαστηριακός δ) Ψυχιατρικός και ε) Κοινωνικής Ιατρικής.

2. Η δύναμη κρεβατιών κάθε κλινικού τομέα ορίζεται σχέση με την συνολική δύναμη κρεβατιών του Νοσοκομείου ως εξής:

α) Στα Γενικά Νοσοκομεία:

α. α. Παθολογικός τομείς μέχρι 60% της συνολικής δυναμής.

α. β. Χειρουργικός τομείς: μέχρι το 60% της συνολικής δυναμής.

α. γ. Ψυχιατρικός τομείς: μέχρι το 10% της συνολικής δυναμής.

β) Στα Ειδικά Νοσοκομεία:

β. α. Ο τομείς της κύριας ειδικότητας του Νοσοκομείου το 60—90% της συνολικής δυναμής, εφόσον υπάρχει και άλλος τομείς.

β. β. Εάν υπάρχουν περισσότεροι από ένα τομείς, η υπόλοιπη

δύναμη κρεβατιών κατανέμεται μεταξύ τους κατά την αναλογία των ταμείων των Γενικών Νοσοκομείων.

γ) Εάν υπάρχουν περισσότερα από ένα Νοσοκομεία στην πόλη ή και στην υγειονομική περιφέρεια της ίδιας ειδικότητας, η κατανομή κατά ειδικότητα σε κάθε νοσοκομείο μπορεί να διποροποιείται υπό τα παραπάνω κριτήρια. Στο πλαίσιο της κατανομής κατά ειδικότητα της συνολικής δύναμης κρεβατιών των Νοσοκομείων αυτών.

3. Εάν υπάρχουν περισσότεροι από ένα τομείς της ίδιας ειδικότητας ο αριθμός των κρεβατιών που αντιστοιχεί σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο των τομέων της ειδικότητας αυτής κατανέμεται μεταξύ των τομέων αυτών.

4. Σε κάθε τομέα λειτουργούν τμήματα κατά ειδικότητα καθώς και ειδικές μονάδες που υπάγονται οργανικά σε τμήματα, όπως ενδεικτικά ορίζονται παρακάτω:

Α' Παθολογικός Τομέας

- α) Τμήματα
- α. 1. Παθολογικό
 - α. 2. Καρδιολογικό
 - α. 3. Παιδιατρικό
 - α. 4. Νεφρολογικό
 - α. 5. Νευρολογικό
 - α. 6. Αιματολογικό
 - α. 7. Γαστρεντερολογικό
 - α. 8. Δερματολογικό
 - α. 9. Πνευμονολογικό
 - α. 10. Ενδοκρινολογικό
 - α. 11. Νευρολογικό
 - α. 12. Ρευματολογικό
 - α. 13. Φυσικής Ιατρικής -- Φυσιολογίας
 - α. 14. Ανοσολογίας
 - α. 15. Ογκολογίας -- Χημειοθεραπείας
 - α. 16. Λοιμωδών Νόσων
 - α. 17. Απολαμπίωσης
 - α. 18. Αλλεργιολογικό
 - α. 19. Ακτινοθεραπευτικό
- β) Μονάδες
- β. 1. Εμφραγμάτων
 - β. 2. Αιμοδυναμική
 - β. 3. Τεχνητού Νεφρού
 - β. 4. Χρόνιας Ψυχικής Περιουσιακής Βελτίωσης
 - β. 5. Αναπνευστικής Ανεπάρκειας
 - β. 6. Νευροφυσιολογικό
 - β. 7. Εξωτερικής Θεραπείας Νεογνών
 - β. 8. Νιογόνων
 - β. 9. Χημειοθεραπείας
 - β. 10. Αντιφυματική
 - β. 11. Μεταγενετικής Αναμίας
 - β. 12. Εντατικής Θεραπείας νεογνών
 - β. 13. Εντατικής Θεραπείας Παιδών

Β' Χειρουργικός τομέας

- α) Τμήματα
- α. 1. Γενικής Χειρουργικής
 - α. 2. Ορθοπεδικό
 - α. 3. Ουρολογικό
 - α. 4. Ορθότομολογικό
 - α. 5. Ωτορινολαρυγγολογικό
 - α. 6. Γυναικολογικό -- Μαιευτικό
 - α. 7. Νευροχειρουργικό
 - α. 8. Θωρακοχειρουργικό
 - α. 9. Πλαστικής Χειρουργικής
 - α. 10. Ακτινοβιολογικό
 - α. 11. Οφθαλμολογικό
 - α. 12. Γναθοχειρουργικό
 - α. 13. Αθλητικών Κακώσεων
 - α. 14. Καρδιοχειρουργικής
 - α. 15. Αγγειοχειρουργικής

- α. 16. Ορθοδοντικό
 - β) Μονάδες
 - β. 1. Εντατικής Θεραπείας
 - β. 2. Ανάνηψης
 - β. 3. Εγκαυμάτων
- Γ' Ψυχιατρικός τομέας.
- α) Τμήματα:
- α. 1. Ψυχιατρικό
 - α. 2. Παιδοψυχιατρικό
 - α. 3. Ψυχογεριατρικό
 - α. 4. Ατόμων εξαρτημένων από φαρμακευτικές ουσίες και αλκοόλ
 - α. 5. Αποκατάστασης και κοινωνικής Ψυχιατρικής.

Δ' Εργατηριακός Τομέας.

- α) Τμήματα:
- α. 1. Μικροβιολογικό
 - α. 2. Βιοχημικό
 - α. 3. Αιματολογικό
 - α. 4. Αιμοδοσίας
 - α. 5. Πυρηνικής Ιατρικής
 - α. 6. Ακτινοδιαγνωστικό
 - α. 7. Παθολογοανατομικό
 - α. 8. Κυτταρολογικό
 - α. 9. Ανοσολογικό
 - α. 10. Ιστοσυμβατότητας
 - α. 11. Ιατρικής Φυσικής
 - α. 12. Γενετικής.

ε) Μονάδες:

- β. 1. Τοξικολογική
- β. 2. Μεταγενετικής Αναμίας.

Ε' Τομείς Κοινωνικής Ιατρικής.

- α) Τμήματα:
- α. 1. Επιδημιολογίας - Βιοστατιστικής
 - α. 2. Ιατρικής της Εργασίας
 - α. 3. Κοινωνικής Εργασίας
 - α. 4. Κοινωνικής και εργασιακής επανένταξης
 - α. 5. Ιατρικής της Κοινότητας και της Οικογένειας
 - α. 6. Προστασίας Περιβάλλοντος
 - α. 7. Κοινωνικής Προστασίας.
5. Σε κάθε Νοσοκομείο λειτουργούν και τμήματα δικτυωτικού επιπέδου όπως:

- α) Ημερήσιας νοσηλείας
- β) Επευγόντων περιστατικών.

6. Σε κάθε Νοσοκομείο μπορούν να λειτουργούν Μονάδες Εντατικής Θεραπείας που εντάσσονται σε οποιοδήποτε τομέα και μπορούν να εξυπηρετήσουν πρώτους όλων των τομέων.

7. Εκτός από τα παραπάνω κατά ειδικότητα τμήματα, στα μικρές δύναμης Νοσοκομεία (κάτω των 150 κρεβατιών), μπορούν να λειτουργούν μικτά τμήματα όπως:

Μικτό Μ: καρδιολογικό - Βιοχημικό τμήμα κλπ.

8. Τα τμήματα και οι μονάδες των Παιδιατρικών Νοσοκομείων μπορεί να έχουν και πρόσθετη ονομασία που να προσδιορίζει την εξειδίκευσή τους.

Άρθρο 4.

Κατώτατο επίπεδο διάρθρωσης Ιατρικής Υπηρεσίας.

1. Από τα οριζόμενα στο προηγούμενο άρθρο τμήματα και μονάδες σε κάθε Νοσοκομείο, ανάλογα με την κατηγορία του σύμφωνα με την διάκριση των διατάξεων των παρ. 1 και 2 του άρθρου 8 του νόμου 1397/83 λειτουργούν τουλάχιστον τα εξής:

- α) Στα Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία:
- α. 1. Στον Παθολογικό τομέα τα τμήματα: παθολογικό, καρδιολογικό και παιδιατρικό.
 - α. 2. Στον Χειρουργικό τομέα, τα τμήματα: Χειρουργικό - Μαιευτικό - Γυναικολογικό και Ανασθησιολογικό.

α. 3. Στο εργαστηριακό τομέα, τα τμήματα: Μικροβιολογικό, Ακτινοδιαγνωστικής και Αιματολογικό.
 β) Στα Γενικά Περιφερειακά Νοσοκομεία: Τμήματα ή μονάδες που καλύπτουν όλες τις ειδικότητες της Ιατρικής.

γ) Στα Ειδικά Νοσοκομεία:
 Εκτός από τα τμήματα της κύριας ειδικότητας, λειτουργούν και τμήματα Παθολογικό, Καρδιολογικό, Μικροβιολογικό και Ακτινοδιαγνωστικό, τα οποία εξυπηρετούν τις ανάγκες των αρρώστων που νοσηλεύονται στα τμήματα της κύριας ειδικότητας, υπαγόμενα στους αντίστοιχους τομείς.

Η λειτουργία των επικουρικών αυτών τμημάτων δεν είναι υποχρεωτική, αν οι αντίστοιχες ανάγκες των νοσηλευόμενων στα τμήματα της κύριας ειδικότητας καλύπτονται από το πλησιέστερο Γενικό Νοσοκομείο στα πλαίσια της κατά την παράγραφο 5 του άρθρου 8 του νόμου 1397/83 διαπόντασης των Νοσοκομείων κάθε Γεωνομικής Περιφέρειας.

2. Για τα Γενικά Νομαρχιακά ή Περιφερειακά Νοσοκομεία που στην πόλη ή έδρα τους λειτουργεί Ειδικό Νοσοκομείο, αίρεται η κατά την προηγούμενη παράγραφο υποχρέωση λειτουργίας τμημάτων ή μονάδων ειδικότητας αντίστοιχης του Ειδικού Νοσοκομείου.

Άρθρο 5.

Εξωτερικά Ιατρεία.

1. Σε κάθε Νοσοκομείο λειτουργούν τακτικά εξωτερικά ιατρεία και εξωτερικά ιατρεία εφημερίας.

2. Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία είναι σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 11 του νόμου 1397/1983 συγκροτούμενες μονάδες και λειτουργούν ξεχωριστά από τα εξωτερικά ιατρεία εφημερίας.

3. Τα εξωτερικά ιατρεία, τακτικά και εφημερίας λειτουργούν στα πλαίσια των αντίστοιχων τομέων με γιατρούς των αντίστοιχων ειδικοτήτων των τομέων.

4. Σε κάθε Νοσοκομείο μπορεί να συνιστώνται και αυτοτελή τμήματα εφημερίας που λειτουργούν με γιατρούς των τομέων που προφέρειν σ' αυτά υπηρεσίας, κατά περιοδικά διαστήματα ή που υπηρετούν σε θέσεις που συνιστώνται για τον σκοπό αυτό.

Τα αυτοτελή τμήματα εφημερίας έχουν ξεχωριστούς χώρους νοσηλείας με δική τους δύναμη κρεβατιών.

Άρθρο 6.

Φαρμακευτικό Τμήμα.

Στην κεντρική υπηρεσία κάθε Νοσοκομείου λειτουργεί φαρμακευτικό τμήμα.

Το Φαρμακευτικό τμήμα έχει την ευθύνη για τον προγραμματισμό προμηθειών τη ρύθμιση, την ταξινόμηση, την παρακολούθηση διαπιστευματίων, τον έλεγχο, τη χορήγηση, τη διανομή, τη διακίνηση και διαχείριση του φαρμακευτικού και λοιπού υλικού αρμοδιότητας του Ε.Ο.Φ. Ακόμη έχει την ευθύνη του επιστημονικού ελέγχου του συνταγολογίου, της επίτευξης οποιουδήποτε συνταγής που θα ζητήσει το ιατρικό τμήμα, καθώς και του ελέγχου των προς εκτέλεση συνταγών.

Άρθρο 7.

Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

1. Η νοσηλευτική υπηρεσία αποτελεί Δ/ση που διαρθρώνεται σε Τομείς και σε Τμήματα, σύμφωνα με τα παρακάτω:

2. Κάθε τμήμα έχει την ευθύνη του και καλύπτεται από 20 μέχρι 45 νοσηλευτικά κρεβάτια. Κάθε ειδική μονάδα μπορεί να καλύπτεται από Νοσηλευτικό τμήμα όχι λιγότερη κρεβατιών και εάν έχει.

3. Κάθε 4 με 8 νοσηλευτικά τμήματα συγκροτούν ένα τομέα. Σε Νοσοκομεία με λιγότερα από 4 τμήματα δεν συγκροτούνται τομείς. Όπου υπάρχουν 4 έως 6 τμήματα μπορεί να συγκροτηθεί ένας τομέας για την κάλυψη των μονάδων επεμβατικής νοσηλείας και ένας για την κάλυψη των μονάδων

πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

4. Σε κάθε Νοσοκομείο τυπικότητα Νοσηλευτική Είση που αποτελείται από:

α) Το Διευθυντή-στρατηγ της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Πρόεδρο.

β) Έναν (1) Προϊστάμενο Τμήματος από κάθε τομέα

γ) Έναν (1) διπλωματούχο τεχνικό από κάθε τομέα
 Τα μέλη (β) και (γ) εκλέγονται με μυστική φήγη από το νοσηλευτικό προσωπικό του αντίστοιχου τομέα σύμφωνα με πρόκληση του Προϊσταμένου αυτού.

Στα Νοσοκομεία που δεν υπάρχουν τομείς, η εκλογή γίνεται από το Νοσηλευτικό προσωπικό της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας που συντίθεται με πρόκληση του Διευθυντή της.

Τα μέλη της Νοσηλευτικής Επιτροπής εκλέγονται με στή ψηφοφορία των Αντιπρόεδρων μεταξύ των υπό στοιχ (β) μελών και των Γραμματέων μεταξύ των ποικίλων μελών. Η Νοσηλευτική Επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θ που αφορά την οργάνωση και λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας και συνεργάζεται στενά με τον Πρόεδρο της επιτροπής όργανα του Νοσοκομείου.

5. Στα μικρά Νοσοκομεία η Νοσηλευτική Επιτροπή αποτελείται από το Δ/ντή-στρατηγ ως Πρόεδρο και μέλη π Προϊσταμένους των Τμημάτων.

Άρθρο 8.

Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας.

1. Η Διοικητική Υπηρεσία αποτελεί Δ/ση που διαρθρώνεται:

α) σε Υποδιευθύνσεις και
 β) Σε Τμήματα και Αυτοτελή Γραφεία.

2. Στα Νοσοκομεία με δύναμη μέχρι 100 κρεβάτια Διοικητική Υπηρεσία διαρθρώνεται στα εξής τμήματα και αυτοτελή Γραφεία:

- Α' Τμήματα:
 - α) Προσωπικού
 - β) Γραμματείας
 - γ) Οικονομικού
 - δ) Τεχνικού
 - ε) Πληροφοριακής — Οργάνωσης
- στ) Βιοϊατρικής Τεχνολογίας
- Β' Αυτοτελή Γραφεία:
 - α) Κίνησης Αρρώστων
 - β) Διατροφής
 - γ) Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
 - δ) Κοινωνικής Υπηρεσίας
 - ε) Εκστρατείας και
 - στ) Ιμωτισμού

3. Στα Νοσοκομεία με δύναμη από εκατόν ένα (101) μέχρι και τετρακόσια (400) κρεβάτια η διοικητική υπηρεσία διαρθρώνεται σε δύο Υποδιευθύνσεις με τα αντίστοιχα τμήματα και αυτοτελή γραφεία:

- Α' Υποδιεύθυνση Διοικητικού.
 - α) Τμήματα:
 - α. 1. Προσωπικού
 - α. 2. Γραμματείας
 - α. 3. Οικονομικού
 - α. 4. Κίνησης αρρώστων
 - α. 5. Διατροφής
 - α. 6. Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
 - α. 7. Κοινωνικής Υπηρεσίας
 - α. 8. Πληροφοριακής Οργάνωσης
 - α. 9. Παραϊατρικών Επαγγελματιών (Τεχνολόγων)
 - β) Αυτοτελή Γραφεία
 - β. 1. Εκστρατείας
 - β. 2. Ιμωτισμού
- Β' Υποδιεύθυνση Τεχνικού

- α) Τμήματα
 α. 1. Τεχνικό
 α. 2. Βιοϊατρικής Τεχνολογίας
 4. Στις Νοσοκομεία με δύναμη τετρακοσίων ένα (401) κι πάνω κρεβατιών η Διοικητική Υπηρεσία διαρθρώνεται: τρεις υποδιευθύνσεις με τα αντίστοιχα η κάθε μία τμήματα και αυτοτελή γραφεία.

Α' Υποδιεύθυνση Διοικητικού

- α) Τμήματα
 α. 1. Προσωπικού
 α. 2. Γραμματείας
 α. 3. Κίνησης αρρώστων
 α. 4. Γραμματείας Εξειδικευμένων Ιατρείων
 α. 5. Κοινωνικής Υπηρεσίας
 α. 6. Περιεχρητικών Επαγγελματιών (Τεχνολόγων)

Β' Υποδιεύθυνση Οικονομικού

- α) Τμήματα
 α. 1. Οικονομικό
 α. 2. Πληροφορικής Οργάνωσης
 α. 3. Διατροφής
 β) Αυτοτελή Γραφεία
 β. 1. Επιτελείας
 β. 2. Ιματισμού

Γ' Υποδιεύθυνση Τεχνικό

- α) Τμήματα
 α. 1. Τεχνικό
 α. 2. Βιοϊατρικής Τεχνολογίας
 5. Κάθε τμήμα μπορεί να διαρθρώνεται εσωτερικά και απέναντι στις αρμοδιότητές του σε Γραφεία κατά αντικείμενο αμοιβαία αντικείμενα.

Άρθρο 9.

Συντελεστές καθορισμού δύναμης προσωπικού.

- Ο αριθμός των θέσεων προσωπικού κάθε Νοσοκομείου ορίζεται κατά κατηγορία σε ποσοστό:
 α) 6—15% για την ιατρική υπηρεσία,
 β) 35—45% για την νοσηλευτική υπηρεσία,
 γ) 35—40% για την διοικητική υπηρεσία,
 δ) της συνολικής δύναμης κρεβατιών του Νοσοκομείου πολλαπλασιαζόμενη με το συντελεστή:
 α) για τα Γενικά Νοσοκομεία από 2 — 3,
 β) για τα Ειδικά Νοσοκομεία, πλην Ψυχιατρικών 1,8 — 8 και
 γ) για τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία από 0,5—2.

Άρθρο 10.

Αρμοδιότητες Υπηρεσιών.

1. Αρμοδιότητες της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι: Η πρόληψη και προαγωγή της υγείας, της έρευνας και της εκπαίδευσης, η παροχή υπηρεσιών υγείας και ο προγραμματισμός η ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.
 2. Αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι: Η παροχή νοσηλείας στους αρρώστους, σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής και στο πλαίσιο των καθηκόντων των κλινικών σε κάθε περίπτωση γιατρών, η πρόληψη και προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης στον τομέα αυτό, και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.
 3. Αρμοδιότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας κατά τμήτα και αυτοτελή Γραφεία:
 α) Τμήμα Προσωπικού: Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του νοσοκομείου, καθώς και για την αποκοπή και έλεγχο του προσωπικού όλων των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου.

β) Τμήμα Γραμματείας: Στην αρμοδιότητα αυτού είναι η οργάνωση της γραμματειακής στήριξης σύμφωνα με τις αποφάσεις της Διοίκησης και των άλλων Υπηρεσιών του Νοσοκομείου, η τήρηση του Γενικού πρωτοκόλλου, η διακίνηση της αλληλεπικοινωνίας και η φροντίδα για την αντιμετώπιση κάθε προβλήματος για την διεκπεραίωση του έργου του Νοσοκομείου.

γ) Τμήμα Οικονομικό: Στις αρμοδιότητες αυτού είναι η φροντίδα για την μελέτη των οικονομικών αναγκών του Ιδρύματος και η εισήγηση για την έγκριση εξειργασίας των προτάσεων για την κατάρτιση του προϋπολογισμού του Ιδρύματος.

Η πραγματοποίηση των δαπανών, η εκκαθάριση των εκδοχών προσωπικού και λοιπών υποχρεώσεων. Η προληπτική διαχείριση και διαφύλαξη των εσόδων και ολικών που χρειάζονται για την λειτουργία του Νοσοκομείου.

Η κατάρτιση του λογιστικού και απολογισμού, η τήρηση των λογιστικών βιβλίων καθώς και η εισπραξη των εσόδων του νοσοκομείου.

Η ευθύνη για την διαφύλαξη της περιουσίας του ιδρύματος και η τήρηση των οικονομικών στατιστικών στοιχείων.

δ) Τμήμα ή Γραφείο Κίνησης Ασθενών: Έχει την φροντίδα για την έκδοση εισιτηρίων, για την εισαγωγή των αρρώστων, την έκδοση των εξιτηρίων και για την τήρηση καταλόγου αναμονής εισαγωγής.

Τρέφει βιβλίο κινών κάθε φορά κρεβατιών και ενημερώνει τους αρρώστους για την εισαγωγή τους, σύμφωνα με την σειρά στον κατάλογο αναμονής.

Φροντίζει για την λογιστική παρακολούθηση της μείρας των νοσηλευσμένων, την χρέωση δαπανών νοσηλείας και την έκδοση των δελτίων παροχής υπηρεσιών.

Τρέφει βιβλίο και παρέχει κάθε πληροφορία για αυτούς. Επίσης τρέφει λεπτομερή στατιστικά στοιχεία της νοσηλευτικής κίνησης.

ε) Τμήμα Τεχνικό: Έχει την ευθύνη για τον προγραμματισμό και την εισήγηση εκτέλεσης των απαραίτητων έργων ανάπτυξης, συντήρησης, ανανέωσης και διαρκούς βελτίωσης των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του Ιδρύματος και για την προμήθεια του απαραίτητου εξοπλισμού.

Καταρτίζει μελέτες για την εκτέλεση έργων, επιβλέπει την εκτέλεσή τους και έχει την φροντίδα για την ποιότητα και ποσοτική παρακολούθησή τους.

Έχει την ευθύνη για την ομαλή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παροχής αερίων, των εγκαταστάσεων παροχής νάρκωσης στα χειρουργεία και γενικά για την ομαλή λειτουργία των τεχνολογικών εγκαταστάσεων.

Φροντίζει για την συντήρηση και κανονική λειτουργία του επιστημονικού και τεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και των σχημάτων του Ιδρύματος.

στ) Τμήμα Πληροφορικής — Οργάνωσης:
 Η ευθύνη για την οργάνωση και λειτουργία της μηχανογράφησης, της εξειργασίας και τήρησης μηχανογραφικών στατιστικών στοιχείων, παροχής και διακίνησης πληροφοριών στις υπηρεσίες του Νοσοκομείου, στο Υπουργείο Υγείας — Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και τους άλλους αρμόδιους φορείς και κάθε άλλης συναφούς εργασίας.

ζ) Τμήμα ή Γραφείο Διατροφής:
 Στο τμήμα Διατροφής ανήκουν οι δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διαμόρφωση διατροφικών σχημάτων ασθενών και προσωπικού και με την πληροφόρηση και εκπαίδευση των νοσηλευσμένων ασθενών και των κλινικών των εξωτερικών υπηρεσιών, που έχουν ανάγκη από ειδική διατροφική αγωγή.
 Στο τμήμα Διατροφής αντάσσονται επίσης οι επιστημονικοί

κίς οργανικές, εκπαιδευτικές και διοικητικές δραστηριότητες, όλων όσων απασχολούνται με τα πράγματα από την προμήθεια μέχρι την κατανάλωσή τους.

η) Τμήμα ή Γραφείο Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων: Έχει την ευθύνη και φροντίδα για την γραμματειακή στήριξη των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, την υποδοχή και εξυπηρέτηση των προερχομένων ε' αυτά αρρώστων.

Τηρεί τα αρχεία και τα βιβλία κίνησης των Εξωτερικών Ιατρείων. Ρωθείται τη σειρά προέλευσης των αρρώστων και προγραμματίζει την απασχόησή τους με προσυννόητη.

Χωρησι' αποσκοπικά στους άρρωστους όταν το ζητούν, μετά από υποβολή σχετικής αίτησης.

Ενημερώνει το κοινό για τις ώρες λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και για τον τρόπο λειτουργίας τους.

3) Τμήμα ή Γραφείο Κοινωνικής Υπηρεσίας:

Έχει την ευθύνη και φροντίδα για την συμπεριφορά στους νοσηλευόμενους στο Νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα την αναζήτηση και διαμόρφωση των αιτίων που προκαλούν τα προβλήματα κατά κατά περίπτωση και γενικά οργανίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης Κοινωνικής Πολιτικής της Πολιτείας.

4) Τμήμα Βιοιατρικής Τεχνολογίας:

Έχει την ευθύνη και φροντίδα της ορθολογικής χρήσης του ιατρικού επιστημονικού εξοπλισμού καθώς και την οργανωμένη τεχνική υποστήριξή του.

α) Τμήμα Πάραιατρικών Επαγγελματιών (Τεχνολόγων): Στο τμήμα αυτό εντάσσονται οι δραστηριότητες των Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων, των Χειριστών Ιατρικών Συσκευών, των κλιβανιστών — απολυμαντών, των εργατοθεραπευτών και φυσιοθεραπευτών, όπως αυτές εξειδικεύονται στον επιστημονικό κτηνοεργό λειτουργίας του νοσοκομείου.

β) Γραφείο Επιστημολογίας:

Στο Γραφείο Επιστημολογίας αναλύονται οι δραστηριότητες της καθιέρωσης της σύλληξης και τάξης των γενικών εργασιών και των μεταφράσεων.

γ) Γραφείο Διαπιστώσεως:

Στον αρμοδιότητα του γραφείου αυτού είναι η φύλαξη, η διανομή, η επιθεώρηση και η καθαριότητα του ματιομίου του προσωπικού του Νοσοκομείου, καθώς και του ματιομίου για εξυπηρέτηση των νοσηλευομένων.

5. Οι αρμοδιότητες των Υπηρεσιών όπως καθορίζονται με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, ασκούνται σύμφωνα με όσα λεπτομερώς ορίζονται με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του Νοσοκομείου και εφόσον δεν έχει εκδοθεί εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας, σύμφωνα με τις αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου και τις γενικότερες κατευθύνσεις και υποδείξεις του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 11.

Σταλέωση Νοσοκομείου.

1. Η Ιατρική Υπηρεσία σταλέωνται:

α) Από ματρώδες που κατέχουν δίπλωμα του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ.

β) Από ειδικευμένους γιατρώδες.

γ) Από άλλους επιστήμονες που προσφέρουν υπηρεσίες τακτικές με το όνομα της Ιατρικής Υπηρεσίας, όπως των παρακάτω ενδεικτικά αναφερομένων κλάδων:

- α) Κλάδος ΑΤ Φαρμακοποιών
- β) Κλάδος ΑΤ Χημικών
- γ) Κλάδος ΑΤ Φυσικών
- δ) Κλάδος ΑΤ Βιολόγων

ψ) Κλάδος ΑΤ Ψυχολόγων

φ) Από προσωπικό του Κλάδου ΜΕ Βοηθών Φα 2. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία σταλέωνται από π των παρακάτω ενδεικτικά αναφερομένων κλάδων:

- α) Κλάδος ΑΤ Νοσηλευτικού Προσωπικού
- β) Κλάδος ΑΡ Νοσηλευτικού Προσωπικού
- γ) Κλάδος ΑΡ Μικρών
- δ) Κλάδος ΑΡ Επισκευαστών Αδελφών Νοσηκών
- ε) Κλάδος ΜΕ Νοσηλευτικού Προσωπικού
- στ) Κλάδος ΜΕ Προσωπικού Θαλάσσιων
- ζ) Κλάδος ΜΕ Βαρύβατων
- η) Κλάδος ΜΕ Πρακτικών Νοσοκόμων (προσωπ
- θ) Κλάδος ΣΕ Πρακτικών Νοσοκόμων (προσωπ

Οι κλάδοι η και θ καταργούνται μετά την ολοκλήρωση των διατάξεων της παραγράφου θ του άρθρου Ν. 1579/1985.

ι) Κλάδος ΣΕ βοηθητικού μηχανομητικού προσωπικού εργασιών μεταφοράς ασθενών, φροντίδας ασθενών εις λίκους και άλλες παρόμοιες εργασίες).

3. Η Διοικητική Υπηρεσία σταλέωνται από π των παρακάτω ενδεικτικά αναφερομένων κλάδων:

- α) Κλάδος ΑΤ
 - α 1. Κλάδος ΑΤ Διοικητικός — Λογιστικός
 - α 2. Κλάδος ΑΤ Μηχανικών, (όπως Μηχανολόγ Μηχανικών, Ηλεκτρολόγων — Μηχανικών, τικών Μηχανικών).
 - α 3. Κλάδος ΑΤ Πληροφορικής (παιδαγωγών Σ των).
 - α 4. Κλάδος ΑΤ Στατιστικής (όπως Στατιστικά Στατιστικών).
 - α 5. Κλάδος ΑΤ Επιχειρησιακών Ερευννητών
- α 6. Κλάδος ΑΤ Κοινωνικών Λειτουργιών
- α 7. Κλάδος ΑΤ Κοινωνιολόγων
- α 8. Κλάδος ΑΤ Παιδαγωγών
- α 9. Κλάδος ΑΤ Εκπαιδευτικού
- α 10. Κλάδος ΑΤ Νηπιαγωγών
- α 11. Κλάδος ΑΤ Κριτολόγων
- α 12. Κλάδος ΑΤ Γλωσσικών
- α 13. Κλάδος ΑΤ Γλωσσικών
- α 14. Κλάδος ΑΤ Διοικητικών
- α 15. Κλάδος ΑΤ Βιβλιοφυλάκων.

6. Κλάδοι ΑΡ

- 6 1. Κλάδος ΑΡ Διοίκησης Νοσοκομείων
- 6 2. Κλάδος ΑΡ Λογιστικής
- 6 3. Κλάδος ΑΡ Φυσικοθεραπευτών
- 6 4. Κλάδος ΑΡ Εργοθεραπευτών
- 6 5. Κλάδος ΑΡ Λογοθεραπευτών
- 6 6. Κλάδος ΑΡ Παιγοθεραπευτών
- 6 7. Κλάδος ΑΡ Διοικητικών
- 6 8. Κλάδος ΑΡ Ιατρικών Εργαστηρίων (Τεχνολ
- 6 9. Κλάδος ΑΡ Ραδιολογίας — Ακτινολογίας ριστών — Εμφανιστών).
- 6 10. Κλάδος ΑΡ Κοινωνικών Λειτουργιών
- 6 11. Κλάδος ΑΡ Τεχνολογικών Εφαρμογών (όπως ηλεκτρονικών — περιικών, Υπαμηχ Συμβολικών)
- 6 12. Κλάδος ΑΡ Επιστών Δημόσιας Υγείας
- 6 13. Κλάδος ΑΡ Βιβλιοθηρονομίας
- 6 14. Κλάδος ΑΡ Οδοντοτεχνιτών
- 6 15. Κλάδος ΑΡ Νηπιαγωγών
- 6 16. Κλάδος ΑΡ Τεχνολογίας Η/Υ (όπως Προγραμματιστών, Αναλυτών Η/Υ, κερσικών Υπολογιστικών Συστημάτων).

γ) Κλάδοι ΜΙΕ

- γ 1. Κλάδος ΜΕ Διοικητικός (όπως Διοικητικών, Αποθηκείων, Επιχειρηματικών)
- γ 2. Κλάδος ΜΕ Παρασκευαστών
- γ 3. Κλάδος ΜΕ Χειριστών — Εμφανιστών
- γ 4. Κλάδος ΜΕ Τεχνικός (όπως Ηλεκτρονικών Τεχνικών, Μηχανοτεχνικών, Ηλεκτροτεχνικών, Εργοδηγών, Υδραυλικών, Γεωυλικών — Οξυγονοκαλλυπών, Σιδηρουργών, Θεμελιωτών, Ψυκτικών, Κεριστών, Ελαστοχρωματιστών — Υδροχρωματιστών, Ευλωοργών, Σχεδιαστών, Πρεσσοδάρων — Σιδερωτών).
- γ 5. Κλάδος ΜΙΕ Μαγείρων
- γ 6. Κλάδος ΜΕ Τηλεφωνητών
- γ 7. Κλάδος ΜΕ Κηπουρών
- γ 8. Κλάδος ΜΕ Δακτυλογράφων
- γ 9. Κλάδος Ξενογλωσσων Γραμματιών
- γ 10. Κλάδος ΜΕ Τραπεζιστών — Σερβιτόρων
- γ 11. Κλάδος ΜΕ Κοκτριών — Ραπτριών — Γαϊσιτών
- γ 12. Κλάδος ΜΕ Προσωπικού Η/Γ
- γ 13. Κλάδος ΜΙΕ Οδοντοτεχνικών

δ) Κλάδοι ΣΕ

- δ 1. Κλάδος ΣΕ Βοηθητικού προσωπικού (για εργασίες καθαρού, συνδοού αναλωτήρος, μεταφοράς εγγράφων, μεταφοράς επίπλων και τακτών, επισκευές υπεδριών, χειρισμού μηχανημάτων αναπνευστικής συστήματος, ταξινόμησης εγγράφων, φύλαξης χώρων και άλλες συναφείς εργασίες).
- δ 2. Κλάδος ΣΕ Τεχνιτών — Οδηγών (όπως οικοδόμοι, χρωματιστές, Ξυλουργοί, υδραυλικοί, οδηγοί, κορμείς, θερμομαστές, χειριστές μηχανημάτων, σιδηρουργοί, ράπτες, φωτογράφοι, αμμοκονιστές, αλοκλιματιστικομαστές).
- δ 3. Κλάδος ΣΕ Προσωπικού Κωδικοποιητού — Βοηθητικών εργασιών (για εργασίες καθαρισμού εσωτερικών και εξωτερικών χώρων, οικιακές κήπων και άλλες συναφείς εργασίες).
- δ 4. Κλάδος ΣΕ Προσωπικού Εστίασεως (όπως μάγειροι, ζαχαροπλάστες, αρτοποιοί, βοηθοί μαγείρων, τραπεζοκάμοι, κόνιτες μαγείρου).
- δ 5. Κλάδος ΣΕ Εργατών (για εργασίες χειρωνακτικής κάθε είδους, ύφανσης, σιδηρώματος, διαχείρισης μεταλλικού, κλιματισμού, απολιπαντή, κλάσης, φορτοφορτώσης και άλλες συναφείς εργασίες).
- δ 6. Κλάδος ΣΕ Φυλάκων — Νοκτοφυλάκων

4. Στους κλάδους που περιλαμβάνονται περισσότερες από μία ειδικότητες, ο αριθμός των θέσεων κατανέμεται σε κάθε ειδικότητα κατά το 1/2 από τον οργανισμό του κάθε νοσημαίου και κατά το υπόλοιπο από την προκήρυξη πλήρωσης κενών θέσεων.

5. Σε υπαλλήλους κλάδων με περισσότερες από μία ειδικότητες, μπορεί να ανατίθενται και καθήκοντα άλλων ειδικοτήτων του ίδιου κλάδου, από εκείνη, για την οποία έχουν προσληφθεί. Η ανάθεση γίνεται με την προϋπόθεση ότι, κατά την κρίση της υπηρεσίας, ο υπάλληλος μπορεί να ανταποκριθεί στα αναθέμενα έργα.

6. Αν κατά τη δημοσίευση του παρόντος υπηρετεί σε Νοσοκομεία προσωπικό με οποιαδήποτε σχέση εργασίας, που δεν καλύπτεται από τους οριζόμενους από τις διατάξεις του παρόντος άρθρου κλάδους, κατατάσσεται σε θέσεις αντίστοιχων προσώπων κλάδων, που καταργούνται όταν οι θέσεις αυτές κενωθούν με οποιοδήποτε τρόπο.

Άρθρο 12.

Προσόντα διορισμού

1. Τα απαιτούμενα τυπικά προσόντα διορισμού στον εισαγωγικό βαθμό κατά κλάδο είναι:

α) Κλάδοι ΑΤ

α1. Για τον κλάδο ΑΤ Διοικητικός—Λογιστικός, πτυχίο οσοδήποτε τμήματος Νομικής Σχολής Πανεπιστημίου της ημεδαπής ή πτυχίο ΑΣΟΕΕ ή ΠΑΣΠΕ ή πτυχίο των Βιομηχανικών Σχολών της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος σπουδών αντίστοιχης ειδικότητας Σχολών της αλλοδαπής.

α2. Για τους κλάδους ΑΤ που αναφέρεται τους είναι ίσια με την αναφορά τμήματος Α.Ε.Ι. (όπως φαρμακευτικής, νοσηλευτικής, ψυχολογίας, κοινωνιολογίας, παιδαγωγικής κλπ.) πτυχίο ή δίπλωμα αντίστοιχου τμήματος Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισότιμο πτυχίο αντίστοιχης ειδικότητας Σχολών της αλλοδαπής.

α3. Για τον κλάδο ΑΤ Μηχανικών, που συγκροτείται από περισσότερες ειδικότητες της ίδιας σχολής πτυχίο ή δίπλωμα αντίστοιχου τμήματος Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισότιμο πτυχίο αντίστοιχης ειδικότητας Σχολών της αλλοδαπής.

α4. Για τον κλάδο ΑΤ Πληροφορικής:

α) Πτυχίο ή δίπλωμα επιστήμης των υπολογιστών (SOFTWARE) Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος σπουδών αντίστοιχης ειδικότητας Σχολών της αλλοδαπής ή

β) Πτυχίο ή δίπλωμα Μηχανικών Η/Γ (HARDWARE) Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος σπουδών αντίστοιχης ειδικότητας Σχολών της αλλοδαπής.

γ) Για τις παραπάνω ειδικότητες (α, β) επιτρέπεται ο διορισμός με πτυχίο ή δίπλωμα Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισότιμο τίτλο σπουδών της αλλοδαπής και γνώσεις σε θέματα αντίστοιχη κατά περίπτωση ειδικότητας (SOFTWARE ή HARDWARE).

α5. Για τον κλάδο ΑΤ Στατιστικής:

α) Πτυχίο Στατιστικής Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος σπουδών αντίστοιχης ειδικότητας Σχολών της αλλοδαπής ή

β) Πτυχίο Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος σπουδών αντίστοιχης ειδικότητας Σχολών της αλλοδαπής και γνώσεις στατιστικής.

α6. Για τον κλάδο ΑΤ Βιβλιοφυλάκων.

α) Πτυχίο αρχαιογνωσίας και βιβλιοοικονομίας Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος σπουδών αντίστοιχης ειδικότητας Σχολών της αλλοδαπής ή

β) Πτυχίο Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος σπουδών της αλλοδαπής, γνώσεις βιβλιοθηκονομίας και έμπειρη γνώση μιας ή δύο ξένων γλωσσών που ορίζονται με την προκήρυξη.

β. Κλάδοι ΑΠ.

β1. Για τους κλάδους ΑΠ Διοίκησης Νοσοκομείων και ΑΠ Λογιστικής, πτυχίο Διοίκησης Νοσοκομείων ή λογιστικής Τ.Ε.Ι. ή τίτλος σπουδών αντίστοιχης ειδικότητας ισότιμων σχολών της ημεδαπής ή αλλοδαπής, ή πτυχίο στελεχών διοίκησης ή λογιστηρίου ή γραμματιών ή λογιστών ΚΑΤΕΓΕ ή τίτλος σπουδών αντίστοιχης ειδικότητας ισότιμων σχολών της ημεδαπής ή αλλοδαπής.

β2. Για τους κλάδους ΑΠ που η αναφορά τους είναι ίσια με την αναφορά τμήματος Τ.Ε.Ι. (όπως νοσηλευτικής, μαθηματικής, φυσικοθεραπείας, γυμναστικής, παιδαγωγίας και Ακτινολογίας, Ιατρικών εργασιών, οδοντοτεχνικής, Δημόσιας Υγείας κλπ.) πτυχίο ή δίπλωμα αντίστοιχου τμήματος Τ.Ε.Ι. ή ισότιμων σχολών της ημεδαπής ή της αλλοδαπής ή πτυχίο Κ.Α.Τ.Ε.Ε. ή ισότιμων Σχολών της ημεδαπής ή της αλλοδαπής.

63. Για τον κλάδο AP Τεχνολογικών εφαρμογών, πτυχίο αντίστοιχου τμήματος Τ.Ε.Ι. ή τίτλος σπουδών αντίστοιχης ειδικότητας ισότιμων Σχολών της κλαδικής ή αλλοδαπής ή ΚΑΤΕΕ ή ισότιμων Σχολών της κλαδικής ή αλλοδαπής.

64. Για τον κλάδο AP Τεχνολογικός Η/Υ:

α) Πτυχίο ή δίπλωμα προγραμματισμού και ανάλυσης Η/Υ (SOFTWARE - μικρά), Τ.Ε.Ι. ή τίτλος σπουδών αντίστοιχης ειδικότητας ισότιμων σχολών της κλαδικής ή αλλοδαπής ή

β) Πτυχίο ή δίπλωμα ηλεκτρονικών υπολογιστικών συστημάτων (HARDWARE - μικρά), Τ.Ε.Ι. ή τίτλος σπουδών αντίστοιχης ειδικότητας ισότιμων σχολών της κλαδικής ή αλλοδαπής.

γ) Για τις παραπάνω ειδικότητες (α, β) επιτρέπεται ο διορισμός με πτυχίο ή δίπλωμα Τ.Ε.Ι. ή ισότιμων Σχολών της κλαδικής ή αλλοδαπής με πτυχίο ή δίπλωμα Τ.Ε.Ι. ή ισότιμων Σχολών της κλαδικής ή αλλοδαπής ή Κ.Α.Τ.Ε.Ε. ή ισότιμων Σχολών της κλαδικής ή αλλοδαπής και γνώσεις σε θέματα αντίστοιχης, κατά περίπτωση ειδικότητας (SOFTWARE ή HARDWARE - μικρά).

γ. Κλάδοι ΜΕ

γ1) Κλάδος ΜΕ Διοικητικός

Για μία πενταετία από την έναρξη ισχύος του Δ/τος αυτού προσόν διορισμού στον επαγγελματικό βαθμό ορίζεται απολυτήριο λυκείου ή εξετασίου γυμνασίου ή ισότιμου σχολείου ανεξάρτητα από ειδικότητα. Για την επόμενη πενταετία οι θέσεις του κλάδου καλύπτονται κατά το ήμισυ από κατόχους, απολυτηρίου λυκείου ή εξετασίου γυμνασίου ή ισότιμου σχολείου ανεξάρτητα από ειδικότητα και κατά το ήμισυ από κατόχους πτυχίου τμήματος υπαλλήλων διοίκησης ή τμήματος υπαλλήλων λογιστηρίου επαγγελματικού λυκείου. Μετά τη συμπλήρωση της δεύτερης πενταετίας, οι θέσεις του κλάδου καλύπτονται αποκλειστικά από κατόχους πτυχίου τμήματος υπαλλήλων διοίκησης ή τμήματος υπαλλήλων λογιστηρίου επαγγελματικού λυκείου.

γ2) Κλάδος ΜΕ Δακτυλογράφων:

Για μία πενταετία από την έναρξη ισχύος του Δ/τος αυτού προσόν διορισμού στον επαγγελματικό βαθμό ορίζεται απολυτήριο λυκείου ή ισότιμου σχολείου ανεξάρτητα από ειδικότητα. Για την επόμενη πενταετία οι θέσεις του κλάδου καλύπτονται κατά το ήμισυ από κατόχους απολυτηρίου λυκείου ή ισότιμου σχολείου ανεξάρτητα από ειδικότητα και κατά το ήμισυ από κατόχους πτυχίου τμήματος υπαλλήλων διοίκησης επαγγελματικού λυκείου. Μετά τη συμπλήρωση της δεύτερης πενταετίας, οι θέσεις του κλάδου καλύπτονται αποκλειστικά από κατόχους πτυχίου τμήματος υπαλλήλων διοίκησης επαγγελματικού λυκείου.

Για όλες τις παραπάνω περιπτώσεις ορίζεται ως πρόσθετο προσόν διορισμού η άριστη γνώση ελληνικής δακτυλογραφίας, πέραν από τα παραπάνω, ως επιπρόσθετο προσόν η άριστη γνώση ξενόγλωσσας δακτυλογραφίας ή και στενογραφίας.

γ3) Κλάδος ΜΕ Τεχνικός:

Προσόν διορισμού στον επαγγελματικό βαθμό ορίζεται πτυχίο αντίστοιχου τμήματος τεχνικού λυκείου ή αντίστοιχης κατεύθυνσης τεχνικής και επαγγελματικής σχολής ή πτυχίο αντίστοιχης ειδικότητας σχολών κατάρτισης του Ο.Α.Ε.Δ. του Ν. 1346/1983 (ΦΕΚ 16/Α) ή άλλης ισότιμης Σχολής. Κάθε φορά που δεν καθίσταται δυνατή η πλήρωση κενών θέσεων με υποψήφιους με τα ανωτέρω προσόντα, επιτρέπεται με μία ποσότητα από την έναρξη ισχύος του Δ/τος αυτού, ο διορισμός με προσόν το πτυχίο αντίστοιχης ειδικότητας αναγνωρισμένης κατώτερης Σχολής ή αντίστοιχη εμπειρία.

γ4) Για τον κλάδο ΜΕ Προσωπικός Η/Υ:

α) Πτυχίο τμήματος προγραμματισμών ηλεκτρονικών υπολογιστών τεχνικού λυκείου ή άλλου ισότιμου σχολείου ή

β) Πτυχίο κατεύθυνσης προγραμματισμού - ηλεκτρονικών

υπολογιστών τεχνικής και επαγγελματικής σχολής ή άλλης ισότιμης σχολής ή

γ) Πτυχίο κατεύθυνσης υπαλλήλων χειριστών ηλεκτρονικού υπολογιστή και διατηρητικών μηχανών τεχνικής και επαγγελματικής σχολής ή άλλης ισότιμης σχολής.

β) Για τις παραπάνω ειδικότητες (α, β, γ) επιτρέπεται ο διορισμός με απολυτήριο λυκείου ή εξετασίου γυμνασίου ή άλλου ισότιμου σχολείου ή τεχνικής και επαγγελματικής σχολής δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή άλλης ισότιμης σχολής και γνώσεις σε θέματα αντίστοιχης, κατά περίπτωση, ειδικότητας.

γ5) Για τον Κλάδο ΜΕ Τηλεφωνητών.

Πτυχίο αναγνωρισμένης Σχολής Τυφλών Τηλεφωνητών. Κάθε φορά που δεν είναι δυνατή η πλήρωση κενών θέσεων με υποψήφιους με τα ανωτέρω προσόντα, επιτρέπεται ο διορισμός με πτυχίο τμήματος υπαλλήλων διοίκησης επαγγελματικού λυκείου.

γ6) Για τους κλάδους ΜΕ που η ονομασία τους είναι ίδια με την ονομασία τμήματος τεχνικού ή επαγγελματικού λυκείου ή κατεύθυνσης τεχνικών και επαγγελματικών Σχολών (όπως παρασκευαστών, χειριστών - μηχανιστών, μηχανικών, απευρών, τραπεζοκόμων, σερβιτόρων κ.λπ.) προσόν διορισμού ορίζεται απολυτήριο τίτλος αντίστοιχου τμήματος ή κατεύθυνσης.

3) Κλάδος ΣΕ

δ1) Για τους κλάδους ΣΕ.

α) Απολυτήριο υποχρεωτικής εκπαίδευσης, δηλαδή απολυτήριο τριταξίου γυμνασίου ή για υποψήφιους που έχουν αποφοιτήσει μέχρι και το 1977, απολυτήριο δημοτικού σχολείου και:

β) Αντίστοιχη εμπειρία για όλες ειδικότητες απαιτείται.

γ) Για μια τριετία από την έναρξη ισχύος του Δ/τος αυτού και εφόσον δεν είναι δυνατή η πλήρωση θέσεων κλάδου ΣΕ από υποψήφιους με απολυτήριο υποχρεωτικής εκπαίδευσης, προσόν διορισμού ορίζεται αντίστοιχη ειδικότητα ή εμπειρία.

2. Με τον οργανισμό κάθε Νοσοκομείου, μπορεί, πέρα από τα οριζόμενα τυπικά προσόντα της αντίστοιχης εκπαιδευτικής βαθμίδας, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 1 του κενότος άρθρου να ορίζονται και εξειδικευμένα προσόντα.

3. Οι διατάξεις, που για ορισμένες ειδικότητες προβλέπουν για την άσκησή τους άδειες, δεν θίγονται.

Άρθρο 13.

Προϊστάμενοι Γκπερασίων.

1. Στην Ιατρική Γκπερασία προΐσταται η Επιστημονική Επιτροπή του άρθρου 12 του νόμου 1397/1983, η οποία έχει μόνο επιστημονικές αρμοδιότητες στους τομείς και στα τμήματα αυτής οι Προϊστάμενοι ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 3 και 4 του άρθρου 11 του Νόμου 1397/1983.

2. Στην Νοσηλευτική υπηρεσία προΐσταται:

α) Στη Δ/ση υπάλληλος του κλάδου ΑΤ ή ΑΡ Νοσηλευτικού Προσωπικού, ή του κλάδου ΑΡ Μικρών, όταν πρόκειται για ειδικό Μαιευτήριο με βαθμό 3ο - 2ο.

β) Σε κάθε τομέα, υπάλληλος του κλάδου ΑΤ ή ΑΡ Νοσηλευτικού Προσωπικού ή του κλάδου ΑΡ Μικρών, ανάλογα με την εξειδίκευση με βαθμό 4ο - 3ο.

γ) Σε κάθε τμήμα, υπάλληλος του κλάδου ΑΤ ή ΑΡ Νοσηλευτικού Προσωπικού ή του κλάδου ΑΡ Μικρών για τα Μαιευτικά Τμήματα ή του κλάδου ΑΡ Επισκεπτών Αδελφών Νοσοκόμων για τμήματα Κοινωνικής Ιατρικής με βαθμό 5ο - 4ο και εφόσον δεν υπάρχει, υπάλληλος του κλάδου ΜΕ

ηλεκτρικού Προσωπικού με βαθμό 5ο — 4ο.

3. Στη Διοικητική Υπηρεσία προΐστανται:

α) Στη Δ/ση, υπάλληλος του κλάδου ΑΤ Διοικητικού—Λογιστικού με βαθμό 2ο.

β) Στην υποδιεύθυνση Διοικητικού, υπάλληλος του κλάδου Διοικητικού—Λογιστικού ή του κλάδου ΑΡ Διοικητικής Νοσοκομείων, με βαθμό 3ο—2ο.

γ) Στην υποδιεύθυνση Οικονομικού, υπάλληλος του κλάδου ΑΤ Διοικητικού—Λογιστικού ή του κλάδου ΑΡ Λογιστικής, με βαθμό 3ο—2ο.

δ) Στην υποδιεύθυνση Τεχνικού, υπάλληλος του κλάδου Μηχανικών, με βαθμό 3ο—2ο.

Για τις περιπτώσεις α, β, γ και δ, αν δεν υπηρετούν υπάλληλοι ΑΤ στον οριζόμενο βαθμό (2ο ή 3ο—2ο), προΐστανται υπάλληλοι του αμείωτος κατώτερου βαθμού και αν δεν έχουν ΑΤ, υπάλληλοι των αντίστοιχων κλάδων ΑΡ.

ε) Σε καθένα από τα τμήματα ή γραφεία Προσωπικού, Ημμεσίως, Κίνησης αρρώστων και Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρικών, υπάλληλος του κλάδου ΑΤ Διοικητικού—Λογιστικού ή ΑΡ Διοικητικής Νοσοκομείων ή ΜΕ Διοικητικής με βαθμό 5ο—4ο, όπως ορίζονται με τον οργανισμό του νοσοκομείου.

στ) Στο Τμήμα Οικονομικών, υπάλληλος του κλάδου ΑΤ Τεχνικού—Λογιστικού ή του κλάδου ΑΡ Λογιστικού, με βαθμό 5ο—4ο.

ζ) Στο Τμήμα Τεχνικού, υπάλληλος του κλάδου ΑΤ Μηχανικών με βαθμό 6ο—4ο.

η) Στο τμήμα Πληροφορικής Οργάνωσης, υπάλληλος του κλάδου ΑΤ Πληροφορικής ή του κλάδου ΑΡ Τεχνολογίας Υ, με βαθμό 5ο—4ο.

θ) Στο τμήμα ή Γραφείο Διατροφής, υπάλληλος του κλάδου ΑΤ Διατροφικών, με βαθμό 5ο—4ο.

ι) Στο τμήμα ή Γραφείο Κοινωνικής Υπηρεσίας υπάλληλος του κλάδου ΑΤ Κοινωνικών Λειτουργιών με βαθμό 5ο—

α) Στο Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, υπάλληλος του κλάδου ΑΤ Μηχανικών, με βαθμό 6ο—4ο.

β) Στο τμήμα Παθολογικών Εργαστηρίων (τεχνολογία), υπάλληλος του κλάδου ΑΡ Ιατρικών Εργαστηρίων ή Ραδιολογίας—Ακτινολογίας ή ΑΡ Φυσιοθεραπευτών ή Εργοθεραπευτών με βαθμό 6ο—4ο.

γ) Στα αποστολή Γραφεία Επιστάσις και Ημετερισμού υπάλληλος του κλάδου ΑΡ Διοικητικής Νοσοκομείων ή του κλάδου ΜΕ Διοικητικού, με βαθμό 6ο και πάνω.

1. Οι υπάλληλοι που προΐστανται στη Νοσηλευτική Υπηρεσία, τη Διοικητική Υπηρεσία και τις οργανικές υποδιευρήσεις αυτών, σύμφωνα με τις παραγράφους 2 και 3 του παρόντος άρθρου, ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν με παράρτημα για τις υπηρεσίες του Δημοσίου και Ν.Π.Δ.Δ.

Άρθρο 14.

Προσωπικό Κέντρων Υγείας.

1. Στο σύνολο των θέσεων κάθε υπηρεσίας που καθορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του παρόντος, συμπεριλαμβάνονται οι θέσεις των γιατρών των Κέντρων Υγείας, που υπηρετούν μόνιμα σ' αυτά και τα Περιφερειακά Κέντρα, καθώς και οι θέσεις των άλλων κλάδων προσωπικού που υπηρετεί σ' αυτά.

2. Ο συνολικός αριθμός των θέσεων που κατά υπηρεσία απαιτούνται, που καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του παρόντος, κατανέμεται αντίστοιχα μεταξύ των θέσεων κάθε υπηρεσίας με τον οργανισμό του Νοσοκομείου.

Άρθρο 15.

Με τον οργανισμό κάθε Νοσοκομείου ορίζονται:

α. Η νομική μορφή του.

β. Η επωνυμία του.

γ. Ο συνολικός αριθμός κλιβερών του και η κατανομή τους στους τομείς.

δ. Οι τομείς και τα τμήματα της Ιατρικής Υπηρεσίας.

ε. Η διάρθρωση της νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας και οι ειδικότερες αρμοδιότητές τους.

στ. Οι κλάδοι προσωπικού.

ζ. Οι κατά κλάδο κατηγορίες θέσεων και η διαβάθμισή τους.

η. Ο σκοπός του.

θ. Η έδρα του.

ι. Η περιφέρεια του.

ια. Οι πηγές των εσθών του (πύργο).

Πρ. Δ. 89 τής 5/28-3-86 (Α33). Ένωση των Κοινοτήτων Γουμνίσσης και Πενταλόφου του Νομού Κιλκίς σέ Δ/μο.

Άρθρο μόνο.

Οι Κοινότητες Γουμνίσσης και Πενταλόφου της Επαρχίας Παιονίας του Νομού Κιλκίς ενώνονται και αποτελούν δήμο με το όνομα «Δήμος Γουμνίσσης» με έδρα το συνοικισμό Γουμνίσσης της τέως Κοινότητας Γουμνίσσης.

Πρ. Δ. 90 τής 12/28-3-86 (Α33). Τροποποίηση τής παρ. του άρθρου 6 του Π.Δ. 227/1984 «Προϋποθέσεις χορήγησης σύνταξης άναπηρίας σέ ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α.

Άρθρο 1.

Η παρ. 2 του άρθρου 6 του Π.Δ. 227/1984 (ΦΕ 84/Α') «Προϋποθέσεις χορήγησης σύνταξης άναπηρίας ασφαλισμένους του ΟΓΑ» όπως τροποποιήθηκε με το Π. 409/1985 (ΦΕΚ 144/Α'), αντικαθίσταται ως εξής:

«2. Το μηνιαίο ποσό της σύνταξης άναπηρίας, εφόσον συνταξιούχος έχει ποσοστό άναπηρίας 100% διαρκώς και ειρου ζωής και έρίσκεται σε κατάσταση που απαιτεί συνέχιση επίβλεψη, περιποίηση και συμπάρταση άλλου προσώπου (κολυπη άναπηρία), προσυξάνεται κατά ποσό ίσο με το ποσό του εξωδραματικού επιδόματος, που καταβάλλεται κάθε μήνα στους τετραπληγικούς - παραπληγικούς ασφαλισμένους συνταξιούχους του ΟΓΑ, σύμφωνα με την παρ. 1 του άρθρου 42 του Ν. 1140/1981 (ΦΕΚ 68 τ. Α').

Η ισχύς αυτού του Π.Δ. αρχίζει από την πρώτη του μηνιαίου μήνα από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Εξουτείας.

Πρ. Δ. 92 τής 12/28-3-86 (Α33). Ρύθμιση θεμάτων πού φορούν στην άπόκτηση μεταλλευτικών έν γένει δικαιώματων όπό φυσικά ή νομικά πρόσωπα των Κρατών μελών των Εύρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Άρθρο 1.

Το διάταγμα αυτό έχει σκοπό τη συμμόρφωση της Ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις των άρθρων 7 και 12 της Συνθήκης περί ίδρύσεως της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (ΕΟΚ), σε συνδυασμό με το άρθρο 2 της Πρωτοβουλίας περί των όρων προχωρήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας και των προαρμογών των Συνθηκών.



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ 26 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1989	ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 23
-----------------------------	--------------	----------------------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

Εξουσιοποίηση του προεδρικού διατάγματος 68/1987 «Σύσταση Γενικής Γραμματείας Πρόνοιας στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΦΕΚ 39). 1

Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων. 2

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Πρωτοκόλλου της 6ης Συνόδου της Ελληνο-Γαλλικής Μικτής Επιτροπής για την οικονομική, βιομηχανική και τεχνική συνεργασία. (Αθήνα, 1.6.1988). 3

Πρόταση για την καταγγελία από τη Χώρα μας της Διεθνούς Συμβάσεως των Βρυξελλών της 15.12.1950 περί ονοματολογίας για την κατάταξη των εμπορευμάτων στα τελωνειακά Δασμολόγια». 4

Πρόταση για την έναρξη ισχύος της Συμφωνίας Ελλάδας - Γαλλίας για τη συνεργασία σε θέματα δημόσιας υγείας (Βουδαπέστη, 22.4.1986). 5

ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 49 (1)

Εξουσιοποίηση του προεδρικού διατάγματος 68/1987 «Σύσταση Γενικής Γραμματείας Πρόνοιας στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΦΕΚ 39).

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Πρόστας υπόψη:

διατάξεις των άρθρων 25, 26 και 27 παρ. 3 του Ν. 985 «Κυβέρνηση και Κυβερνητικά Όργανα» (ΦΕΚ

119/1988 με πρόταση του Πρωθυπουργού και του

Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Η παράγραφος 2β του άρθρου 1 του Π.Δ. 68/1987 «Σύσταση Γενικής Γραμματείας Πρόνοιας στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΦΕΚ 39) αντικαθίσταται ως εξής:

β. Οι αρμοδιότητες των κατωτέρω Διευθύνσεων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, όπως αυτές καθορίζονται στα άρθρα 23 μέχρι και 29 του Π.Δ. 544/1977 «Περί Οργανισμού του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών» (ΦΕΚ 178).

- 1) Δημόσιας Αντίληψης
- 2) Παιδικής Προστασίας
- 3) Προστασίας Υπερηλίκων
- 4) Αναπήρων
- 5) Στέγασης και
- 6) Κοινων. Εργασίας

Άρθρο 2

Η ισχύς του παρόντος αρχίζει με τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Στον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αναθέτουμε τη δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος διατάγματος.

Αθήνα, 19 Ιανουαρίου 1989

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΧΡΗΣΤΟΣ ΑΝΤ. ΣΑΡΤΖΕΤΑΚΗΣ

Ο ΠΡΩΘΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΑΝΔΡΕΑΣ Γ. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 50 (2)

Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του εδ. γ) της παρ. 2 του άρθρου 25 του Ν. 1404/83 (ΦΕΚ 173).

2. Την από 8/2.9.87 γνωμοδότηση του Συμβουλίου Τεχνολογικής Εκπαίδευσης.

3. Την αρ. 668/1988 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εργασίας, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Δικαιοσύνης, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Βιομηχανίας, Ενέργειας και Τεχνολογίας, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Επαγγελματικά Δικαιώματα

1. Οι πτυχιούχοι του τμήματος κοινωνικής εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπ/κών Ιδρυμάτων, Κοινωνικοί Λειτουργοί, με βάση τις εξειδικευμένες επιστημονικές γνώσεις - θεωρητικές και εφαρμοσμένες - ασχολούνται, είτε αυτοδύναμα, είτε σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες, σε όλους τους τομείς δραστηριότητας που αποβλέπουν στην πραγματοποίηση ενός ή και συνδυασμού από τους παρακάτω στόχους:

α) Πρόληψη και θεραπεία κοινωνικών προβλημάτων.
β) Βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και της κοινωνικής λειτουργικότητας, ατόμων και ομάδων με την πραγμάτωση θεσμικών αλλαγών μέσα στην κοινότητα.

2. Οι παραπάνω πτυχιούχοι έχουν δικαίωμα απασχόλησης, ως στελέχη στον ιδιωτικό και ευρύτερο δημόσιο τομέα, όπως αυτός προσδιορίζεται από τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά, με τα παρακάτω αντικείμενα:

α) Διενέργεια κοινωνικής μελέτης ή ψυχοκοινωνικής μελέτης, όπου κρίνεται απαραίτητη, του περιστατικού, της ομάδας και της κοινότητας που χρειάζεται την παρέμβασή τους.

β) Διαμόρφωση διάγνωσης, αυτόνομα ή και σε συνεργασία με άλλους ειδικούς για τα προβλήματα που εντοπίστηκαν.

γ) Εκπόνηση και εκτέλεση σχεδίου δράσης και ενεργειών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης κατάστασης.

3. Οι πτυχιούχοι του τμήματος ασκούν τις παρακάτω δραστηριότητες κατά τομέα απασχόλησης, ως εξής:

α) Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας: Προγράμματα παιδικής προστασίας, υπερηλίκων, αναπήρων και γενικά ατόμων και οικογενειών με κοινωνικές ανάγκες.

β) Τομέας Υγείας. Παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών προς τον ασθενή και τους οικείους του, σε νοσηλευτικά ιδρύματα, παρρωτήρια, θεραπευτικούς ξενώνες, ιατροκοινωνικά κέντρα, ιονάδες οικογενειακού προγραμματισμού κ.λπ.

γ) Τομέας Ψυχικής Υγείας: Παροχή υπηρεσιών διαγνωστικού συμβουλευτικού και θεραπευτικού χαρακτήρα σε άτομα, ομάδες και οικογένειες τα οποία θεραπεύονται σε κοινωτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Θεραπευτήρια Ψυχικών Παθήσεων, Συμβουλευτικούς Σταθμούς κ.λπ.

δ) Τομέας Κοινωνικής Ασφάλισης. Παροχή κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα σε ασφαλισμένα άτομα ή και στις οικογένειές τους, μέσα από τους αρμόδιους ασφαλιστικούς φορείς π.χ. Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., κ.λπ.

ε) Τομέας επαγγελματικού προσανατολισμού - εργασίας. Παροχή κοινωνικών υπηρεσιών στα πλαίσια των φορέων επαγγελματικού προσανατολισμού, επαγγελματικής εκπαίδευσης και απασχόλησης, όπως Κέντρα Επαγγελματικού Προσανατολισμού, Σχολές Μαθητείας, Κέντρα Εργαζομένης Νεότητας, βιομηχανικές μονάδες, επιχειρήσεις κ.λπ.

στ) Τομέας εκπαίδευσης. Παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης.

ζ) Τομέας πρόληψης και καταστολής της ροπής προς παραβάσεις ανηλικών και εγκληματικότητας. Παροχή ειδικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα, μέσα από κρατικούς ή άλλους φορείς όπως Δικαστήρια Ανηλικών, Υπηρεσίες Επιμελητών Ανηλικών, Εταιρείες Προστασίας Ανηλικών, Ιδρύματα Αγωγής Ανηλικών, Σωφρονιστικά Καταστήματα, Φυλακές, Εταιρεία Προστασίας Ανηλικών, Εταιρείες Προστασίας Αποφυλακισμένων, ιδρύματα και υπηρεσίες για άτομα με παρεκκλίνουσα κοινωνική συμπεριφορά.

η) Τομέας Κοινωνικής Οργάνωσης και Ανάπτυξης. Παροχή κοινωνικών υπηρεσιών με στόχο την υποβοήθηση αναπτυξιακών δραστηριοτήτων σε όλες τις βαθμίδες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Λαϊκής Επιμόρφωσης, Κέντρων Νεότητας, Πολιτιστικών Κέντρων κ.λπ.

θ) Τομέας Κοινωνικών Υπηρεσιών για τις ένοπλες Δυνάμεις και τις υπηρεσίες του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης.

4. Οι πτυχιούχοι του τμήματος ασκούν κάθε άλλη δραστηριότητα σε επαγγελματικά αντικείμενα που δεν αναφέρονται παραπάνω και προκύπτουν από την εξέλιξη της επιστήμης, στην ειδικότητα της κοινωνικής εργασίας, και καλύπτουν όλο το φάσμα της Διοικητικής ιεραρχίας των Υπηρεσιών που υπηρετούν.

5. Οι πτυχιούχοι του αναφερόμενου τμήματος, απασχολούνται, σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης και κατάρτισης σε θέματα κοινωνικής εργασίας, σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία.

Επίσης μπορούν να απασχοληθούν με την έρευνα θεμάτων της ειδικότητάς τους.

6. Οι πτυχιούχοι του τμήματος ασκούν το επάγγελμα στα πλαίσια των αναφερομένων επαγγελματικών τους δικαιωμάτων, μετά την απόκτηση άδειας άσκησης επαγγέλματος, που χορηγείται από τις αρμόδιες Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 2

1. Η ισχύς αυτού του Προεδρικού Διατάγματος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ 30 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1992	ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 6
-----------------------------	--------------	---------------------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΑ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

22. Σύσταση θέσεων μόνιμου προσωπικού πληροφορικής στον Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.)- 1
23. Άσκηση του επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού 2
24. Τροποποίηση του εδαφίου γ της παρ. 3 του άρθρου 44 του Καταστατικού του Ταμείου Συντάξεων Προσωπικού Εφημερίδων Αθηνών και Θεσσαλονίκης και χορήγηση εκ νέου της προθεσμίας της παρ. 1 του άρθρου 2 του Π.Δ. 433/1988 3
25. Ίδρυση κλινικής και εργαστηρίου στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και καθορισμός του εσωτερικού τους κανονισμού 4

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

- Ανακοίνωση για τη θέση σε ισχύ της Συμφωνίας Ελλάδος - Ουγγαρίας για συνεργασία στον τομέα του τουρισμού Αθήνα, 26.11.1987 5

ΔΙΟΡΘΩΣΕΙΣ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ

- Διόρθωση σφάλματος στο Νόμο 1999/91 6
- Διόρθωση σφάλματος στο Νόμο 2000/91 7

ΠΡΟΕΔΡΙΚΑ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 22 (1)

Σύσταση θέσεων μόνιμου προσωπικού πληροφορικής στον Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.).

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 17 παρ. 1 του ν. 1320/1983 «Πρόσληψη στο Δημόσιο Τομέα και άλλες διατάξεις» (6/Α/11.1.83).
2. Τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 24 ν. 1558/1985 «Κυβέρνηση και Κυβερνητικά Όργανα» (Φεκ 137/Α).
3. Την αριθμ. 550/1991 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας, μετά από πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Εργασίας και του Υπουργού Οικονομικών, αποφασίζουμε:

Άρθρο μόνο.

Συνιστώνται στον οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.) οι εξής θέσεις μόνιμου προσωπικού, οι οποίες προστίθενται στις ήδη υπάρχουσες θέσεις των οικείων κλάδων:

1. Κλάδος ΠΕ Πληροφορικής
 - α) Ειδικότητα Μηχανικών Η/Υ, θέσεις 12
2. Κλάδος ΤΕ Πληροφορικής
 - α) Ειδικότητα Πληροφορικής, θέσεις 7
3. Κλάδος ΔΕ προσωπικού Η/Υ
 - α) Ειδικότητα προγραμματιστών Η/Υ, θέσεις 15
 - β) Ειδικότητα Χειριστών Η/Υ, θέσεις 4
 - γ) Ειδικότητα Χειριστών διατρητικών μηχανών, θέσεις 4.

Προσόντα δι.ερισμού στις θέσεις των παραπάνω κλάδων ορίζονται τα κατά περίπτωση ειδικότητας, προβλεπόμενα από τις διατάξεις του π.δ. 194/1988 (ΦΕΚ 84Α).

Στον Υπουργό Εργασίας αναθέτουμε τη δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος διατάγματος.

Αθήνα, 20 Ιανουαρίου 1992

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Γ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΣΩΤ. ΚΟΥΒΕΛΑΣ Ι. ΠΑΛΑΙΟΚΡΑΣΣΑΣ
ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΑΡΙΣΤ. ΚΑΛΑΝΤΖΑΚΟΣ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 23 (2)

Άσκηση του επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:
 - α. Του άρθρου 3 του Ν. 4018/1959 (ΦΕΚ 247 τ.Α') «περί του θεσμού των Κοινωνικών Λειτουργών».
 - β. Του άρθρου 25 παράγρ. 2γ του Ν. 1404/83 (ΦΕΚ 173 τ.Α) «Δομή και λειτουργία των Τεχνολογικών Ιδρυμάτων».
2. Την αριθμ. 11/4.3.1991 γνωμοδότηση του Συμβουλίου Τεχνολογικής Εκπαίδευσης με πρόταση του Γενικού Γραμματέα Πρόνοιας.
3. Τις αριθ. 567/1989 και αριθ. 502/1991 γνωμοδοτήσεις του Συμβουλίου της Επικρατείας, με πρόταση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Εθνικής Παιδείας και θρησκευμάτων, αποφασίζουμε:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

Άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού.

Άρθρο 1
Χορήγηση άδειας.

1. Για την άσκηση του επαγγέλματος και τη χρησιμοποίηση



ΛΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Ν Α ΔΥ 1992	ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 123
----------------	--------------	-----------------------

ΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2071

Άρθρο 3

Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας

ής και Οργάνωση Συστήματος Υγείας.

ΟΤΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ακόλουθο νόμο που φήησε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Άρθρο 1

ου ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α') αντικαθίσταται

Μέρηνα του κράτους
ριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση
ν κατάλληλων φορέων προς εξασφάλιση
των πολιτών.
ξασφαλίζει το δικαίωμα και τη δυνατότητα
επιλύσει προληπτικά ή θεραπευτικά το
υγείας του, μέσα από διαδικασίες που θα
ν στο ακέραιο την ελεύθερη επιλογή και
ανθρώπινης αξιοπρέπειας."

Άρθρο 2

ου ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:
Υγειονομικές περιφέρειες
αίρεται σε υγειονομικές περιφέρειες.
ικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση
Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εσωτερικών
νοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζεται
ει των υγειονομικών αναγκών και των κοι-
ων της Χώρας, ο αριθμός των υγειονομικών
περιλαμβάνουν ορισμένους νομούς, η έδρα
λλη σχετική λεπτομερεια που αφορά στην
για των υπηρεσιων τους

1. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας ιδρύεται Περιφερειακή Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας.

2. Η διεύθυνση αυτή ασκεί εποπτεία επί των φορέων περίθαλψης και συντονίζει το έργο τους, ενώ εισηγείται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ρυθμίσεις κατάλληλες για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της περιφέρειας.

3. Ο διευθυντής της διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας προεδρεύει του αντίστοιχου Περιφερειακού Συμβουλίου Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) και συμμετέχει στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), μόνο στα θέματα που αφορούν την περιφέρειά του.

4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εσωτερικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζεται η οργάνωση, οι αρμοδιότητες των διευθύνσεων της παρ. 1, καθώς και ο τρόπος άσκησης ελέγχου και εποπτείας στους φορείς υγείας της περιφέρειας.

Άρθρο 4

Σύσταση ειδικών γραμματειών

1. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνιστώνται τρεις (3) ειδικές γραμματείες. Το έργο κάθε ειδικής γραμματείας συντονίζεται από το συντονιστή.

2. Οι ειδικές γραμματείες είναι:
- α) Γραμματεία διοικητικών, οργανωτικών και οικονομικών θεμάτων, που αποτελείται από δυο (2) υπαλλήλους ΠΕ κατηγορίας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα υγείας και τρεις (3) ειδικούς επιστημονες με εμπειρία σε διοικητικά, οργανωτικά και οικονομικά θέματα του τομέα υγείας.
 - β) Γραμματεία επιστημονικών και υγειονομικών θεμάτων.

φροντίδων, που προσφέρουν επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα

Άρθρο 46
Πόροι του Ε.Κ.Α.Β.

Τα έσοδα του Ε.Κ.Α.Β. είναι: α) Οι επιχορηγήσεις από τον τακτικό προϋπολογισμό και από τον προϋπολογισμό ημόσιων επενδύσεων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. β) Οι εισπράξεις και λοιπές μοιβές για παροχή υπηρεσιών. γ) Οι πρόσδοδοι από την δια αυτού περιουσία. δ) Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοήματα, εκποιήσεις και κάθε άλλη πηγή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Άρθρο 47
Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.
2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας από αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραιατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.
3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νομό ενεργεί για λογαριασμό του.
4. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ο.τι αφορά στην κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληροτητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.
5. Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3., έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκατεκρινμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανα πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεση του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμα του και μπορεί να ανακληθεί ανα πάσα στιγμή.
6. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα, στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απορρητός χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον

αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και εγγραμμάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.

7. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και αναγνωρίσεως σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.

8. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επί αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

Άρθρο 48
Νοσηλευτικά ιδρύματα

1. Εφεξής τα ιδρούμενα από το κράτος νοσηλευτικά ιδρύματα μπορεί να έχουν οποιαδήποτε νομική μορφή. Η ίδρυση αυτών γίνεται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με το οποίο καθορίζεται και η νομική τους μορφή.

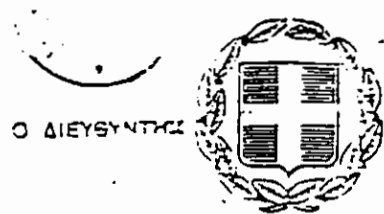
2. Η κατάργηση και συγχώνευση νοσοκομείων, η μετατροπή τους καθώς και η μεταφορά της έδρας τους, γίνεται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του κατά περίπτωση τυχόν αρμόδιου υπουργού. Η διαταγή αυτή αφορά στο νοσηλευτικά ιδρύματα που υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953.

3. Το προσωπικό πάσης φύσεως, που υπηρετεί σε νοσοκομεία που καταργούνται, εντάσσεται ύστερα από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου και αίτηση των ενδιαφερομένων, σε άλλες νοσοκομειακές μονάδες της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας σε κενές θέσεις ή αν δεν υπάρχουν κενές σε αντίστοιχες προσωρινές θέσεις που συνιστώνται για το λόγο αυτόν. Εάν τα νοσοκομεία συγχωνεύονται ή μετατρέπονται, το προσωπικό εντάσσεται στα νέα νοσοκομειακή μονάδα σε θέσεις, που συνιστώνται με τροποποίηση του υπάρχοντος ή έκδοση νέου οργανισμού ύστερα από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου και εφόσον συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα, ή μετατάσσεται σε δημόσιες υπηρεσίες, ν.π.δ.δ. ή ο.τ.α., μετά από κρίση των αρμόδιων υπηρεσιακών συμβουλίων. Η ένταξη γίνεται ύστερα από αίτηση των ενδιαφερομένων. Το προσωπικό, που δεν συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα ή δεν υποβάλλει αίτηση ένταξης, εξακολουθεί να υπηρετεί με τις ίδιες προϋποθέσεις που υπηρετούσε και στη μονάδα που μετατράπηκε σε προσωρινές θέσεις, οι οποίες καταργούνται όταν κενωθούν με οποιονδήποτε τρόπο. Μέχρι να εκδοθεί ο νέος οργανισμός και να γίνει η ένταξη στις θέσεις που προβλέπονται από αυτόν, το προσωπικό εξακολουθεί να διέπεται από τις διατάξεις που ίσχυαν κατά το χρόνο δημοσίευσής του προεδρικού διαταγματος.

Άρθρο 49
Προϋπολογισμοί-Απολογισμοί και οικονομική διαχείριση νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ν.δ. 2592/1953

1. Οι προϋπολογισμοί των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ν.δ. 2592/1953 συντάσσονται και υποβάλλονται κατά ισχύουσες διατάξεις περι προϋπολογισμών ν.π.δ.δ.

2. Ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με απόφαση του καθορίζει ενίοτε πλαίσιο οικονομικών κριτηρίων για την εκτίμηση των οικονομικών μεγεθών του προϋπολογισμού ώστε αυτό να στοιχειοθετηθεί με μηδενικής βάσεως



Ο ΔΙΕΥΣΥΝΤΗΣ

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 37

2 Μαρτίου 2001

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2828

Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδουμε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

Άρθρο 1

Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.) - ίδρυση

1. Η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές.

2. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία "Περιφερειακό Σύστημα Υγείας", που συμπληρώνεται από το σύνολο της οικείας Περιφέρειας. Έδρα έχει την πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια και αποπετυεύεται και ελεγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Κατ' εξαίρεση, στην Περιφέρεια Αττικής συνιστώνται τρία (3) Πε.Σ.Υ. και στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου συνιστώνται από δύο (2) Πε.Σ.Υ.

Ειδικότερα:

Α. Το Α' Πε.Σ.Υ. Αττικής περιλαμβάνει:

α) Το Δήμο Αθηναίων, εκτός από την περιοχή που περιλαμβάνεται μεταξύ των λεωφόρων Μεσογείων και Κατεχάκη και συναρτάται με τους Δήμους Παπάγου και Χολαργού.

β) Τους Δήμους Γαλατσίου, Ζωγράφου, Καισαρινής, Καλλιθέας, Νέας Φιλαδέλφειας, Νέας Χαλκηδόνας, Νέου Ψυχικού, Ταύρου, Φιλοθέης και Ψυχικού της Νομαρχίας Αθηνών.

Έδρα του Α' Πε.Σ.Υ. Αττικής ορίζεται ο Δήμος Αθηναίων.

Β. Το Β' Πε.Σ.Υ. Αττικής περιλαμβάνει:

α) Τους Δήμους Αγίας Παρασκευής, Αγίου Δημητρίου, Αλίμου, Αμαρουσίου, Αργυρούπολης, Βούλasuίων, Βύρωνος, Γλυφάδας, Δαφνής, Έκλης, Ελληνικού, Ηλιούπολης, Ηρακλείου, Κηφισιάς, Λυκόβρυσης, Μελισσίων, Μεταμόρφωσης, Νέας Ερυθραίας, Νέας Ιωνίας, Νέας Πετρώλης, Νέας Σμύνης, Παλαιού Φαλήρου, Παπάγου, Πετρώλης, Πεύκης, Υμηττού, Χαλανδρίου και Χολαργού της Νομαρχίας Αθηνών, καθώς και την περιοχή του Δήμου

Αθήνας που περιλαμβάνεται μεταξύ των λεωφόρων Μεσογείων και Κατεχάκη και έχει έδρα με τους Δήμους Παπάγου και Χολαργού.

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Ανατολικής Αττικής.

Έδρα του Β' Πε.Σ.Υ. Αττικής ορίζεται ο Δήμος Αγίας Παρασκευής.

Γ. Το Γ' Πε.Σ.Υ. Αττικής περιλαμβάνει:

α) Τους Δήμους Αγίας Βεαβάρας, Αγίων Αναγνώρων, Αιγάλεω, Ιλίου, Καμστερού, Μοσχάτου, Περιστερίου, Πετρούπολης και Χαϊδαρίου της Νομαρχίας Αθηνών.

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Δυτικής Αττικής και

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Παιδείας. Έδρα του Γ' Πε.Σ.Υ. Αττικής ορίζεται ο Δήμος Παιδείας.

Δ. Το Α' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας περιλαμβάνει:

α) Το 4ο και 5ο Διαμερίσματα του Δήμου Θεσσαλονίκης και την περιοχή του 1ου Διαμερισματος, του περιλαμβάνεται μεταξύ των λεωφόρων Στράτου, Αγγελάκη, Εθνικής Αμύνης, Αγίου Δημητρίου και Κουταντζόγλου.

β) Τους Δήμους Αγίου Γεωργίου, Απολλωνίας, Αρσίου, Βασιλικών, Επανομής, Θεσσαλικού, Θεσμής, Καλαμαριάς, Καλλινδίων, Κορωνοίας, Μαδύτου, Μηχανιώνας, Μίκρας, Πανοράματος, Πυλαίας, Ρεντίνας, Σοχού, Τριανφείας του Νέου Θεσσαλονίκης.

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Κιλίκιας.

δ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Σερρών και

ε) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Χαλκιδικής.

Έδρα του Α' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας ορίζεται ο Δήμος Θεσσαλονίκης.

Ε. Το Β' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας περιλαμβάνει:

α) Το 1ο, 2ο και 3ο Διαμερίσματα του Δήμου Θεσσαλονίκης, εκτός της περιοχής του 1ου Διαμερισματος που περιγράφεται στην περίπτωση α' του εδαφίου Δ'.

β) Τους Δήμους Αγίου Αθανασίου, Αγίου Πέτρου, Αμπαλοκήπων, Αζιού, Ασσήρου, Βερτοσκού, Εννατίας, Ελευθερίου - Κορδαλιού, Ευόσμου, Εχιδώρου, Καλλιθέας, Κουφελίων, Λαγκαδά, Λαχανά, Μενειένης, Μυγδονίας, Νεοπόλεως, Πολίχνης, Στρατουπόλεως, Συκεών, Χαλκισσάς, Χαλκηδόνας, Χορτιάτη, Ωρεοκαστρου και τις Κοινότητες Ευκαρπίας και Πεύκων του Νέου Θεσσαλονίκης.

η) Έχει τις αρμοδιότητες Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας.

Άρθρο 6

Οργάνωση νοσοκομείων

1. Όλα τα νοσοκομεία των Πε.Σ.Υ. οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους.

Η έκδοση ή τροποποίηση των οργανισμών γίνεται με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. στην περιφέρεια του οποίου υπάγεται το νοσοκομείο.

Οι παραπάνω κοινές υπουργικές αποφάσεις ακολουθούν υποχρεωτικά τα πλαίσια οργάνωσης που ορίζονται στο νόμο αυτόν, όπως συμπληρώνονται με το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων του άρθρου 4 του ν. 1397/1983, όπως κάθε φορά ισχύει.

Οι εριστικοί οργανισμοί των νοσοκομείων των Πε.Σ.Υ. θα εκδοθούν μετά την έγκριση, από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, του Υγειονομικού Χάρτη κάθε Περιφέρειας. Μέχρι τότε οι υφιστάμενοι οργανισμοί παραμένουν σε ισχύ και μπορεί να τροποποιούνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

2. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται, ιδίως, η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κλινών και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της Ιατρικής Υπηρεσίας, τα εργαστήρια, η διάρθρωση της Νοσηλευτικής, Διοικητικής - Οικονομικής και Τεχνικής - Ξενοδοχειακής Υπηρεσίας, καθώς και οι αρμοδιότητες τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμισή τους, με την επιφύλαξη των ειδικών διατάξεων που ισχύουν για τις θέσεις του ιατρικού προσωπικού, ο αριθμός και οι ειδικότητες του με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου προσωπικού, η οργάνωση νοσοκομειακού φαρμακείου.

Στον οργανισμό μπορεί να προβλέπονται, από Ξενοδοχειακής άποψης και μόνο, θέσεις Β' και Α' κατηγορίας, με ειδικό υψηλότερο νοσηλίο. Οι θέσεις αυτές δεν μπορούν να υπερβαίνουν το 20% της δυναμικότητας σε κλίνες του νοσοκομείου. Η διάθεση των κλινών των θέσεων Β' και Α' γίνεται μόνο με την προϋπόθεση ότι δεν είναι απαραίτητες για τη νοσηλεία ιδιαίτερος βαρέων περιστατικών, από το Διοικητή του νοσοκομείου, με κριτήριο τη βαρύτητα των περιστατικών και τη σειρά προτεραιότητας. Ο Διοικητής μπορεί να εκχωρήσει αυτή την αρμοδιότητα στο Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.

3. Σε κάθε νοσοκομείο, που διαθέτει πάνω από 400 κλίνες, συνιστώνται δύο (2) οργανικές θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού, Συμβούλων Οργάνωσης, με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου, η οποία μπορεί να καταγγελλεται ελεύθερα σε περίπτωση αποχώρησης του Διοικητή, για οποιονδήποτε λόγο. Σε κάθε νοσοκομείο που διαθέτει μέχρι 400 κλίνες συνιστάται μια (1) οργανική θέση του προηγούμενου άρθρου.

Προσόντα διορισμού για τις θέσεις του παραπάνω ειδικού επιστημονικού προσωπικού ορίζονται τα προβλεπόμενα στις διατάξεις του άρθρου 25 του π. δ. 194/1983 (ΦΕΚ 34 Α'), σε συνδυασμό με τις διατάξεις του άρθρου 25 παρ. 2 του ν. 1943/1991.

4. Σε κάθε νοσοκομείο συνιστάται υποχρεωτικά Ειδικό Γραφείο με τίτλο "Γραφείο Υποδοχής Ασθενών", το οποίο

σταλεχώνεται με κατάλληλο προσωπικό, για την υποδοχή και την καθοδήγηση των προσερχόμενων ασθενών και των συνοδών τους και την πληρωφόρησή τους για τους κανόνες λειτουργίας του νοσοκομείου.

5. Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου με δυναμικότητα πάνω από 200 κλίνες συνιστάται υποχρεωτικά αυτοτελές Τμήμα Επαιγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επαιγόντων περιστατικών.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ρυθμίζονται η οργάνωση και ο τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των Τ.Ε.Π. με εξειδικευμένο και έμπειρο προσωπικό, ο διορισμός, ως Προϊστάμενου αυτού, Κατρου Διευθυντή ή Αναπληρωτή Διευθυντή του Ε.Σ.Υ., ο τρόπος συνεργασίας αυτού με το Ε.Κ.Α.Β. και κάθε άλλη λεπτομέρεια που είναι αναγκαία για την εφαρμογή των πιο πάνω διατάξεων.

6. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες: α) Ιατρική, β) Νοσηλευτική, γ) Διοικητική - Οικονομική και δ) Τεχνική - Ξενοδοχειακή, εφόσον το επιτρέπει η οργανική του δύναμη.

Στην Ιατρική Υπηρεσία του νοσοκομείου υπάγονται οι Ιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φυσικοί νοσοκομείων - ακτινοφυσικοί, χημικοί, κλινικοί χημικοί, βιοχημικοί, βιολόγοι, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι, τεχνολόγοι τροφίμων, τεχνολόγοι ακτινολόγοι και οι λοιποί επιστήμονες των κλάδων υγείας, καθώς και τα τμήματα παλαιότερου προσωπικού και κοινωνικής εργασίας.

Στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου προβλέπεται αυτοτελές τμήμα Οργάνωσης και Πληρωσορκίας, που υπάγεται απευθείας στο Διοικητή του νοσοκομείου. Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών μπορεί να συνιστάται Διεύθυνση Πληρωσορκίας και να προβλεπώνται αυτοτελή τμήματα Έλεγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, που υπάγονται απευθείας στο Διοικητή του νοσοκομείου, καθώς και το τμήμα Προμηθειών.

7. Ο Διευθυντής της Διοικητικής και της Τεχνικής Υπηρεσίας, καθώς και ο Διευθυντής της Διεύθυνσης Πληρωσορκίας των νοσοκομείων προερχεται από τους υπάλληλους όλων των μονάδων του οικείου Πε.Σ.Υ., που ανήκουν στους κλάδους των οποίων οι υπάλληλοι μπορούν να προιστανται, κατά τον οργανισμό του νοσοκομείου, στη Διοικητική ή την Τεχνική Υπηρεσία ή τη Διεύθυνση Πληρωσορκίας και έχουν τα νομικά προσόντα για παραγωγή στο βαθμό του Διευθυντή.

Για την εφαρμογή των οριζόμενων στο άρθρο 22 του ν. 2623/1999, το Υπηρεσιακό Συμβούλιο της περιφέρειας 15 του άρθρου 3 αυτού του νόμου, με βάση τις καταστάσεις όλων των μονάδων του Πε.Σ.Υ., που συνιστούνται κατά τις διατάξεις του άρθρου 36 του ν. 2623/1999, καταρτίζει ενιαίο πίνακα προσκλήσεων στο βαθμό του Διευθυντή. Οι υπάλληλοι που περιλαμβάνονται στον ενιαίο πίνακα προσκλήσεων στο βαθμό του Διευθυντή προσκλήονται, κατά τη σειρά της εγγράφου τους, στο βαθμό του Διευθυντή και τοποθετούνται σε κενή ή κενούμενη θέση Διευθυντή της Διοικητικής ή της Τεχνικής Υπηρεσίας ή της Διεύθυνσης Πληρωσορκίας σε οποιοδήποτε νοσοκομείο του οικείου Πε.Σ.Υ.

Σε περίπτωση κατά την οποία δεν είναι δυνατή, σύμφωνα με τους ενιαίους πίνακες προσκλήσεων, η πλήρωση κενών θέσεων Διευθυντών της Διοικητικής ή Τεχνικής υπηρεσίας των νοσοκομείων του Πε.Σ.Υ., λόγω έλλειψης

τάζει τις απηρρήσεις που έχουν υποβληθεί και τις απόψεις των εισηγητών και τις καταχωρεί στο πρακτικό κρίσης. Το Συμβούλιο συντάσσει αξιολογικό πίνακα των υποψηφίων πλήρως αιτιολογημένο, τον οποίο αποστέλλει στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Το Συμβούλιο υποχρεούται να ολοκληρώσει την κρίση εντός ενός (1) μήνα από την υποβολή των απαντήσεων των εισηγητών επί των αντιρρήσεων των υποψηφίων. Ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας εξετάζει μόνο τη νομιμότητα της διαδικασίας και εφόσον διαπιστώσει παράβαση των σχετικών διατάξεων, μπορεί να αναπέμψει την απόφαση στο Συμβούλιο, μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την παραλαβή του αξιολογικού πίνακα.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί ο Πρόεδρος του Π.Σ.Υ. να παρατείνει τις προθεσμίες για την υποβολή των εισηγήσεων μέχρι δεκαπέντε (15) εργάσιμες ημέρες. Αν οι εισηγητές δεν τηρήσουν τις προθεσμίες, εκπίπτουν αυτοδικαίως από μέλη του Συμβουλίου, αντικαθίστανται με τη διαδικασία διορισμού τους και απαγορεύεται η συμμετοχή τους σε οποιοδήποτε άλλο Συμβούλιο Επιλογής ή Συμβούλιο Αξιολόγησης. Η παράλειψη αυτή θεωρείται παράβαση του υπηρεσιακού καθήκοντος του ιατρού και λαμβάνεται υπόψη σε κάθε κρίση ή αξιολόγησή του.

13. Οι υπηρετούντες, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, μόνιμοι Διευθυντές αξιολογούνται ανά πενταετία από τα Συμβούλια Αξιολόγησης Διευθυντών Ε.Σ.Υ. Η αξιολόγηση αρχίζει από τους αρχαιότερους υπηρετούντες Διευθυντές. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται η διαδικασία, τα κριτήρια και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της διατάξης αυτής.

Με απόφαση του Δ.Σ. του Π.Σ.Υ., ύστερα από εισήγηση του Διοικητή του οικείου νοσοκομείου, μπορεί να παραπέμπεται για αξιολόγηση, χωρίς την τήρηση του κριτηρίου της αρχαιότητας, ιατρός Διευθυντής που έχει αξιολογηθεί αρνητικά επί τρία (3) συνεχόμενα έτη, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 36 του ν. 2519/1997, ή ιατρός Διευθυντής, ο οποίος με την εν γένει συμπεριφορά του παραβιάζει τους κανόνες της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας.

Το Συμβούλιο Αξιολόγησης βαθμολογεί τους κρινόμενους με Α, Β ή Γ. Με Α βαθμολογείται εκείνος που κρίνεται επαρκής και ικανός για την εκτέλεση των αρμοδιοτήτων και καθηκόντων της συγκεκριμένης θέσης.

Με Β βαθμολογείται εκείνος που κατ' αρχήν κρίνεται επαρκής, αλλά χρειάζεται να βελτιωθεί σε συγκεκριμένα σημεία. Τα σημεία αυτά, καθώς και η διαδικασία βελτίωσης του κρινόμενου, μέσα από διαδικασίες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, του υποδεικνύονται από το Συμβούλιο. Σε αυτήν την περίπτωση η αξιολόγηση επαναλαμβάνεται μετά τριετία. Αν μετά την τριετία κριθεί ότι δεν έχει βελτιωθεί, τοποθετείται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, σε προσωρινή προσωποπαγή ομοίβαθη θέση, που συνίσταται με την ίδια απόφαση σε οποιοδήποτε νοσοκομείο ή αποκεντρωμένη μονάδα του οικείου Π.Σ.Υ., ανάλογα με την ειδικότητά του και τις συνολικές ανάγκες παροχής υπηρεσιών υγείας του Π.Σ.Υ. και η θέση του επαναποκηρύσσεται.

Με Γ βαθμολογείται εκείνος που κρίνεται ανεπαρκής και ακατάλληλος για τη θέση που κατέχει. Στην περίπτωση αυτή η θέση επαναποκηρύσσεται και ο ιατρός τοποθετείται σε προσωρινή προσωποπαγή θέση, σύμφωνα με το προηγούμενο εδάφιο ή μετατάσσεται, κατόπιν αιτήσεώς του, σε Ν.Π.Δ.Δ. ή Ο.Τ.Α. ή δημόσια υπηρεσία.

14. Οι υπηρετούντες, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, μόνιμοι Επιμελητές Α', εφόσον συμπληρώνουν πενταετή υπηρεσία στον ίδιο βαθμό, χωρίς να έχουν εν τω μεταξύ κριθεί για κατάληψη ομοίβαθμης θέσης αξιολογούνται, εφαρμοζομένων αναλόγως των διατάξεων της παραγράφου 13 του άρθρου αυτού, από Συμβούλια Αξιολόγησης που συγκροτούνται ανά Π.Σ.Υ. από:

α) Το Διοικητή του νοσοκομείου ως Πρόεδρο ή τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Π.Σ.Υ., όταν πρόκειται για ιατρούς των Κέντρων Υγείας

β) Το Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου, που είναι και εισηγητής ή τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Π.Σ.Υ., όταν πρόκειται για ιατρούς των Κέντρων Υγείας.

γ) Τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου.

δ) Έναν Διευθυντή και έναν Αναπληρωτή Διευθυντή της ίδιας ειδικότητας από νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας της περιφέρειας του Π.Σ.Υ., που προτείνονται μαζί με τους αναπληρωτές τους από το Κ.Ε.Σ.Υ.

Η συγκρότηση του Συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Προέδρου του Π.Σ.Υ.

Με την ίδια διαδικασία και τις ίδιες προϋποθέσεις αξιολογούνται και όσοι Επιμελητές ιατροί μονιμοποιηθούν μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου.

15. Σε ιατρούς του Ε.Σ.Υ., με βαθμό Διευθυντή, μπορεί να απενέμεται ο τίτλος του Κλινικού Καθηγητή του Ε.Σ.Υ.

Τα προσόντα για την απονομή του τίτλου του Κλινικού Καθηγητή του Ε.Σ.Υ. είναι ανέλυτο εκείνων που απαιτούνται για την εκλογή σε θέση Καθηγητή Πνευματισμού.

Ο τίτλος του Κλινικού Καθηγητή του Ε.Σ.Υ. αραιείται, εάν κατά την ανά πενταετία αξιολόγηση, ο Διευθυντής κριθεί αρνητικά για τη διατήρηση της θέσης Διευθυντή του τμήματός του.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται το εκλεκτορικό σώμα, το οποίο συγκροτείται από Καθηγητές των ιατρικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. ο τύπος του τίτλου, ο φορέας που τον απενέμει, τα ειδικότερα κριτήρια, και ρυθμίζεται η διαδικασία και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της διατάξης αυτής.

16. Με απόφαση του Προέδρου κάθε Π.Σ.Υ., ύστερα από γνώμη του Επιστημονικού Συμβουλίου, καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης όλων των ιατρών, οδοντάτων και λοιπών επιστημόνων της Ιατρικής Υπηρεσίας, που υπηρετούν στις μονάδες του Π.Σ.Υ., καθώς και ο χρόνος πρακτικής άσκησης αυτών σε πιστοποιημένους φορείς και κλινικές του Ε.Σ.Υ., που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η επιτυχής πρακτική άσκηση συνεκτιμώνται σε κάθε κρίση ή αξιολόγηση του παραπάνω προσωπικού.

17. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου κάθε Π.Σ.Υ., μετά από εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου, μπορεί να οργανώνονται κοινά εκπαιδευτικά προγράμματα για τους ιατρούς και το λοιπό επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό, που υπηρετεί στα νοσοκομεία, στα κέντρα υγείας και στα περιφερειακά ιατρεία του Π.Σ.Υ.

18. Η εκπαιδευτική άδεια για συμμετοχή σε συνέδρια στο εσωτερικό ή το εξωτερικό χορηγείται στο επιστημονικό προσωπικό της Ιατρικής Υπηρεσίας, με την προϋπόθεση ότι ο ενδιαφερόμενος θα έχει ανακοίνωση ή ενεργό

συμμετοχή σε επιστημονικές εκδηλώσεις, συζητήσεις ή διαλέξεις.

Σε κάθε άλλη περίπτωση χορηγείται εκπαιδευτική άδεια για την παρακολούθηση παγκόσμιων ή πανευρωπαϊκών συνεδρίων ή συνεδρίων ιδιαίτερου επιστημονικού ενδιαφέροντος, μετά από εισήγηση του Διευθυντή του οικείου τομέα και απόφαση του Διοικητή του νοσοκομείου, που εκδίδεται με την προϋπόθεση ότι ο λειτουργός ή υπάλληλος γνωρίζει άριστα τη γλώσσα που χρησιμοποιείται στο συνέδριο και ότι ο συνολικός αριθμός του προσωπικού που απουσιάζει σε εκπαιδευτική ή άλλη άδεια δεν υπερβαίνει το 50% των υπηρετούντων στο τμήμα του αιτούντος και δεν διαταράσσεται κατά τα λοιπά η εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας.

Απαγορεύεται σε ιατρούς, στο λοιπό επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Ε.Σ.Υ., καθώς και σε πανεπιστημιακούς ιατρούς, που εργάζονται σε κλινικές εγκαταστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., να συμμετέχουν σε συνέδρια ή σεμινάρια στο εσωτερικό ή εξωτερικό, που οργανώνονται από φαρμακευτικές εταιρείες ή εταιρείες ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού για την προβολή των προϊόντων τους.

19. Οι βραχυχρόνιες αναρρωτικές άδειες που προβλέπονται στο άρθρο 56 παρ. 2 του ν. 2683/1999 χορηγούνται στο προσωπικό των νοσοκομείων από το Διευθυντή του τμήματος ή το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.

20. Η παράγραφος 5 του άρθρου 39 του ν. 2519/1997 αντικαθίσταται ως εξής:

"5. Το προβλεπόμενο από τις διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 34 του ν. 1397/1983 Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο αποτελείται από:

α) έναν (1) Αντιπρόεδρο του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους, ως Πρόεδρο, με αναπληρωτή του έναν Νομικό Σύμβουλο του Κράτους, που ορίζονται από τον Πρόεδρο του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους.

β) έναν (1) Πρόεδρο Πε.Σ.Υ., με αναπληρωτή Πρόεδρο Άλλου Πε.Σ.Υ., που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

γ) τον Πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ. με αναπληρωτή του τον αντιπρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ.,

δ) τον Πρόεδρο του Ανώτατου Πειθαρχικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, με αναπληρωτή του τον Αντιπρόεδρο του ίδιου Συμβουλίου ή τον Πρόεδρο, με αναπληρωτή τον Αντιπρόεδρο, του Πειθαρχικού Συμβουλίου της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, προκειμένου για πειθαρχική δίωξη οδοντιάτρων.

ε) έναν (1) Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με αναπληρωτή του άλλο Γενικό Διευθυντή του ίδιου Υπουργείου, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

21. Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας προβλέπονται ειδικά κίνητρα, οικονομικά και επιστημονικά:

α) για ειδικότητες εν ανεπαρκεία, όπως αυτές της γενικής ιατρικής, της ιατρικής της εργασίας, της αναισθησιολογίας, της ψυχιατρικής, καθώς και για εξειδίκευση στην επείγουσα και εντατική ιατρική, β) για φαρμακοποιούς, βιολόγους, βιοχημικούς, χημικούς, κλινικούς χημικούς, νοσηλευτές και άλλους επιστήμονες του τομέα υγείας που υπηρετούν στο Ε.Σ.Υ., για μετακπαίδευση πάνω σε θέματα σχετικά με το αντικείμενό τους, γ) για στελεχη του τομέα υγείας για μεταπτυχιακές σπουδές στην Ελλάδα και στο εξωτερικό σε θέματα δημόσιας υγείας, διοίκησης

και οργάνωσης υπηρεσιών υγείας, δ) για την προσέλκυση ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού για την κάλυψη ειδικών αναγκών σε ακριτικές, δυσπρόσιτες, απομονωμένες και νησιωτικές περιοχές της χώρας.

22. Στο τέλος της πρώτης παραγράφου του άρθρου 23 του ν. 2519/1997 προστίθενται τα εξής εδάφια:

"Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζεται κατάλογος επικουρικών ιατρών ανά ειδικότητα για την κάλυψη έκτακτων αναγκών και των επειγουσών αναγκών σε δυσπρόσιτες, απομονωμένες και νησιωτικές περιοχές της χώρας, ανεξάρτητα από την ύπαρξη κενών οργανικών θέσεων. Στον κατάλογο αυτόν εγγράφονται με αίτησή τους ειδικευμένοι ιατροί, που είναι εγγεγραμμένοι στον Οργανισμό Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.) και ιατροί που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα. Προηγούνται οι άνεργοι ιατροί και η προτεραιότητα μεταξύ αυτών καθορίζεται από τη σειρά εγγραφής τους στον Ο.Α.Ε.Δ. Οι ιατροί, που εγγράφονται στον κατάλογο αυτόν, δεν πρέπει να κατέχουν τον τίτλο ειδικότητας περισσότερο από πέντε (5) έτη και δεν μπορούν να παραμείνουν στον κατάλογο περισσότερο από πέντε (5) έτη.

Οι επικουρικοί ιατροί, με την εγγραφή τους στον κατάλογο, δηλώνουν και το χρονικό διάστημά για το οποίο δεσμεύονται να απασχοληθούν, με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, που δεν μπορεί να είναι μικρότερο των τριών (3) μηνών και μεγαλύτερο του ενός (1) έτους, καθώς και τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο του έτους. Η αμοδία υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζει πρόγραμμα ετοιμότητας των επικουρικών ιατρών, ώστε να υπάρχει κάλυψη καθ' όλο το έτος.

Οι επικουρικοί ιατροί, κατά το χρόνο απασχόλησής τους στην κάλυψη των έκτακτων αναγκών, είναι πλήρως και αποκλειστικής απασχόλησης και ο χρόνος αυτός υπολογίζεται ως χρόνος προϋπηρεσίας στο Ε.Σ.Υ., όταν κρίνονται για την κατάληψη θέσης ιατρού Ε.Σ.Υ.

Οι επικουρικοί ιατροί λαμβάνουν τις αποδοχές πρωτοδιοριζόμενου Επιμελητή Β' του Ε.Σ.Υ. και η δαπάνη για την αμοιβή των επικουρικών ιατρών βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του νοσοκομείου, αν αυτοί καλύπτουν ανάγκες νοσοκομείου ή τον προϋπολογισμό του Πε.Σ.Υ., εάν καλύπτουν ανάγκες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η σύμβαση συνάπτεται, αντιστοίχως, με το οικείο νοσοκομείο ή Πε.Σ.Υ.

Οι προσλήψεις της παραγράφου αυτής εξαιρούνται από την αναστολή των διορισμών και προσλήψεων και τη διαδικασία έγκρισης της ΠΥΣ 55/11.11.1998 (ΦΕΚ 252 Α) όπως κάθε φορά ισχύει.

23. Όλες οι ρυθμίσεις του άρθρου αυτού για τους ιατρούς ισχύουν και για τους οδοντιάτρους.

Άρθρο 12

Πειθαρχικές διατάξεις

1. α. Ο Διοικητής νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ., ως Πειθαρχικός Προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλλει σε βάρος του ιατρικού προσωπικού τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών.

Ο Διευθυντής Κέντρου Υγείας μπορεί να επιβάλλει στο ιατρικό προσωπικό τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου έως το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών.

β. Το Συμβούλιο Διοίκησης του νοσοκομείου, ως πειθαρχικό συλλογικό όργανο, μπορεί να επιβάλλει σε βά-

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

16-3-70

Αριθ. Πρωτ. ΟΛ. 901

Αθήναι, 14 - 2 - 1956

Π Ρ Ο Γ Ρ Α Μ Μ Α

Έργασις τῶν παρὰ Νοσοκομείοις Κοινωνικῶν Λειτουργῶν

Ἡ Κοινωνική Ἔργασις παρὰ Νοσοκομείοις ἀποσκοπεῖ εἰς τὴν μελέτην τοῦ ἀσθενοῦς καὶ τῆς κοινωνικῆς αὐτοῦ θέσεως ὥστε τὸ ἐπιστημονικόν προσωπικόν τοῦ Νοσοκομείου νὰ ἀρβεται ἐκ ταύτης πάντα τὰ ἀτομικὰ στοιχεῖα τὰ ἀνασώμενα εἰς τοὺς Κοινωνικοὺς καὶ συναισθηματικοὺς παράγοντας, οἱ ὅποιοι ἐπηρεάζουν ἢ καὶ ἐπηρεάζονται ἀπὸ τὴν πᾶθσιν τοῦ ἀσθενοῦς καὶ συντελεῖ ὥστε νὰ ἐγκληματισθῇ οὗτος πρὸς τὴν πᾶθσιν του καὶ νὰ ἐπωφεληθῇ ἀπὸ τὴν παραχορσίαν αὐτῶ ἰατρικὴν καὶ κοινωνικὴν ὑπηρεσίαν.

Διὰ τῆς κοινωνικῆς ἔργασις ἐπὶ περιπτώσεων ἀσθενῶν ἢ μελῶν τῆς οἰκογενείας του παρέχεται εἰς τὸν ἀσθενῆ ἢ εὐχέρεια νὰ κατανοήσῃ τὰς ἀνάγκας του καὶ νὰ χρησιμοποιεῖ τὰς ἰκανότητάς του πρὸς τακτοποίησιν τῶν ἀπασχολουμένων αὐτὸν προβλημάτων.

Ἡ Κοινωνική Ἔργασις παρὰ Νοσοκομείοις συντελεῖται παρὰ τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν.

Ἔργων τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν τούτων εἶναι νὰ ἐπιλαμβάνωνται:

- α) τῶν περιπτώσεων τῶν ἀσθενῶν εἴτε αὐταὶ ὑποπίπτουν ἀμέσως εἰς τὴν ἀντιλήψιν των, εἴτε ὑποδεικνύονται παρὰ τῆς ὑπηρεσίας τοῦ Νοσοκομείου, εἴτε τίθενται ὑπ' ὄψιν αὐτῶν παρ' αὐτοῦ τούτου τοῦ ἀσθενοῦς ἢ τῶν συγγενῶν αὐτοῦ καὶ ἄλλοθεν.
- β) Τοῦ ἐν πᾶσιν λεπτομέρεια ἱστορικοῦ τοῦ ἀσθενοῦς πρὸς ὑποβοήθησιν τοῦ ἔργου τοῦ ἱατροῦ, ὅσον ἀφορᾷ τὴν διάγνωσιν τῆς νόσου.
- γ) τῶν οἰκογενειακῶν προβλημάτων τῶν ἀπασχολούντων τὸν ἀσθενῆ καὶ ἐκηρεαζόντων δυσμενῶς τὰ ἀποτελέσματα τῆς ἐπ' αὐτοῦ ἐφαρμοζομένης θεραπείας.
- δ) τῶν οἰκονομικῶν προβλημάτων τῶν ἀμέσων ἀναγκῶν τῆς οἰκογενείας τῆς παροχῆς διευκολύνσεων διὰ τὴν μεταφορὰν τοῦ ἀσθενοῦς ἀπὸ θεραπευτηρίου εἰς ἕτερον ἢ κατὰ τὴν δριστηκὴν ἔξοδόν του.
- ε) τῶν ψυχολογικῶν προβλημάτων - φόβος ἐγχειρήσεως ἀνησυχίαι δι' ἀναπηρίαν, ἀνησυχίαι δι' ἔργασίαν μετὰ τὴν ἴασιν κ.τ.λ.

524 9139

Ανάγκαι Κοινωνικής Λειτουργού

Πρός διευκόλυνσιν τῆς Κοινωνικῆς Λειτουργίᾳ διὰ τὴν ἐκτέλεσιν εσῆς τῆς τῷ πρῶτῳ τοποθετημένη Νοσοκομεῖον θά παρέχη αὐτῇ:

Ἰδιαιτέρον Γραφεῖον λόγω τῆς εἰδικῆς καὶ ἐμπιστευτικῆς ἀποστολῆς.

Τὴν ἀπρηίτητων γραφικῶν ὕλην καὶ σύστημα τηρήσεως φακέλων κατὰ τὴν ἐκεί-
σοτε ὑποδείξεις πῆς πρὸ τῆς Ὑπουργείῳ Κοινωνικῆς Προνοίας, Ἐπιτροπῆς
Παιδικῆς Προστασίας καὶ Κοινωνικῆς Ἐργασίας.

Τηλεφωνικὴν συσκευὴν εἰς τὸ Γραφεῖον τῆς.

Συναδίτιον ἐκ τοῦ καὶ εἰς τοὺς Ἴατροὺς παρεχόμενον, καθ' ὅσας ἡμέρας ἡ ὑπηρε-
σίᾳ τῆς ἐπιβάλλει τὴν εἰς τὸ Νοσοκομεῖον παρεμονὴν τῆς.

Χρηματικόν ποσόν μέχρι δραχμῶν πενηκῶν (300) μηνιαίως ἐπὶ ἀποδίδει λο-
γρητισμοῦ δι' ἐκτάκτους ἀνάγκας τῶν ἀσθενῶν (μεταφορᾶς, ἀγορᾶς φαρμάκων κ.τ.λ.)

Ἡ Κοινωνικὴ Λειτουργός δὲν ὑποχρεοῦται νὰ ὑπογράψῃ εἰς τὸ Βιβλίον
προνοίας, πηρεῖ ὅμως λεπτομερές φύλλον ἡμερησίως κινήσεως ἐλεγχόμενον πρὸς
τῆς Τομεάρχου καὶ τιθίμενον ἐπ' ὄψιν τοῦ Διευθυντοῦ Νοσοκομεῖου ὅσκις ἤθελε
ζητήσῃ ποῦτο.

ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

ΛΕΒΑΝΤΗΣ

Γ. ΚΑΤΣΑΦΛΟΣ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟΝ

Ὁ Πημ/ρχης Διεκ/σεως
α. α.

N. ΖΕΡΒΟΥΔΑΚΗ

ΤΗΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΗΝ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟΝ ..
Πρὸς χρῆσιν τῆς Ὑπηρεσίας
Ἀθῆναι τῇ 17/5/60
Ὁ Πημ/ρχης Διεκ/σεως

Πρόγραμμα δι' Ιατροκοινωνικήν Λειτουργόν

Τό έργον τής Ιατροκοινωνικής λειτουργού είναι κυρίως νά φροντίζη
εάν ασθενής νά έπωφεληται όσον τό δυνατόν..περισσότερον τών εύεργετημάτων έκ
πληρονομής. του είς τό Νοσοκομείον, βοηθοῦσα ήθικῶς καί είς τήν πράξιν.

Ἡ Ιατροκοινωνική λειτουργός πρέπει νά είναι ο συνδετικός κρίκος
μεξύ τοῦ ἀσθενοῦς ἐντός τοῦ Νοσοκομείου καί τοῦ έξωτερικοῦ κόσμου. Διό τάν
ποσόν πάντων πρέπει νά γνωρίζη τούς χριστικούς καινοτικούς καί. ιδιωτικούς πρῶ-
της ἰπό τούς όποιους ὑπάρχει πιθανότης νά λάβη βοήθει διό τόν ἀσθενή.

Ἡ Κοινωνική Λειτουργός ἀντιπροσωπεύει είς τό Νοσοκομείον τήν γνώ-
ν τής κοινωνικής καταστάσεως τοῦ ἀσθενοῦς. Ἀπ' αὐτήν ο Ἴατρος καί ἡ Ἀδελφή
σοκόμος. μπορεί νά είναι βέβαιοι ὅτι θά λημβάνουν πληροφορίες βσιζόμενες είς
ν πραγματικότητα.

Ο Ἴατρος καί ἡ ἀδελφή θά δύνανται νά ἀνηθέτουν είς τήν Κοινωνικήν
λειτουργόν κάθε περίπτωση ἡ ὁποία κατή τήν γνώμην τους ἔχει ἀνάγκην κοινωνι-
κοοικονομικής καί ψυχολογικής βοηθείας. Ἐν συνεργασίᾳ μετά τοῦ Ἴατροῦ ἡ Κοι-
νωνική Λειτουργός πρέπει νά φροντίζη διό τόν ἀσθενή μετά τήν ἔξοδον έκ τοῦ ..
Νοσοκομείου ἐπί θεμάτων, ὡς τής ἀνάγκης πω. δι' ἀνάρρωσιν, διό περιπτώσεις περι-
τέρω θεραπείας δι' ἐπιγυμναστικήν ἀποκατάστασιν καί ἐκπαίδευσιν ὡς καί διό τήν
ποποθέτησιν τοῦ ἀσθενοῦς είς τήν προτερητέαν θέσιν του ἢ είς ἄλλην κατάλληλοτέ-
ραν ἐργασίαν.

Ἡ Κοινωνική Λειτουργός θά είναι πάντα πρόθυμη νά συζητή μέ πόν
ἀσθενή κάθε που πρόβλημα τό ὁποῖον θά τῶν ἐπέξε καί θά δυσχέρησε τήν ἀποθε-
ραπείαν του. Ἀκόμη καί είς περιπτώσεις κατή τις ὁποίας δέν ὑπάρχει δυνατότης
παραγωγῆς πρακτικῆς βοηθείας δέν πρέπει νά υποβιβάζωνται τήν ἀξίαν τοῦ ἔχει
μέ συζητήσας ἐπί τοῦ προβλήματος μέ ἕνα ἐξέχων πρόσωπον. Αὐτή τῆ ἡ συζήτη-
σις μέ τόν ἀσθενή είς πολλές περιπτώσεις, δύνανται νά τόν βοηθήσῃ νά δῇ τήν
κατῆσθέν του ἰπό μέ πῶ ἀντικειμενική ἄποψιν.

Ἡ Κοινωνική Λειτουργός θά είναι προσιτή καί δῆ σπύς συγγενεῖς.
τοῦ ἀσθενοῦς. Ἡ δύνανται νά τήν συμβουλευόνται διό τῆ οικονομικῆς, συναισθημα-
τικῆ καί ὄλι. ἐν γένει πρ. προβλημάτων. ἐν σχέσει μέ τόν ἀσθενή. Ἡ Κοινωνική
Λειτουργός θά ἐπισκέπεται, ἄν ὑπάρχη ἀνάγκη. τό σπίτι τοῦ ἀσθενοῦς διό νά συ-
ζητήσῃ ἐπί τῶν διαχερευῶν τής οἰκογενείας καί νά τούς βοηθήσῃ νά προβοῦν. είς
διαφόρους ἐνεργείας διό τόν ἀσθενή. Ἡ Κοινωνική Λειτουργός θά βοηθῇ τόν ἀσθε-
νή είς τας σχέσεις του μέ διαφόρους ὑπηρετίας μέ ἄσφιλιστικῆς ἀντιπροσωπεύσε
κ.τ.λ. καί θά πόν βοηθῇ είς τήν ὑποβολήν αἰτήσεων, σύνταξιν ἐπιστολῶν κ.τ.λ.
ὅταν ὑπάρχη ἀνάγκη.

Γ: Μετά την έξοδο του άσθενούς εκ του Νοσοκομείου.

Συμβολή εις την πραγματοποίησιν του όλου προγράμματος αποκατάστασης του άσθενούς δια συνεργασίας μετά του θεράποντος Ιατρού, άσκησης Κοινωνικής Έργασίας μετά του άσθενούς και του άμέσου περιβάλλοντος τούτου, προς εξασφάλισιν της έπιτυχοϋς εφαρμογής του ως άνω Προγράμματος.

Πλην των ως άνω άρμοδιοτήτων, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί εν τή άσκηση των καθήκόντων των άφ' ενός μόν ένημερώνουν τους άρμοδλους του Ίδρυματος επί της κοινωνικοπρονοιακής διαρθρώσεως τής Κοινότητος και των ύπρχουσών Πηγών, άφ' έτέρου δέ δια: τοϋντες την ύπαρξιν προβλημάτων έπισημαίνουν ταϋτα, προς έπίλυσιν των άρμοδίων.

Συνημμένω τή άπ' άριθ. ΔΙΕ 510 Έγκυκλίω 78.

Αθήνα 10 Νοεμβρίου 1980

Έπιθεση Έπιτροπής
καθορισμού δραστηριοτήτων
των Κοινωνικών Λειτουργιών και ύπηρετιών
σε Κοινωνικές Υπηρεσίες Ποσηλ. Ίδρυμάτων

I. Έκδοξ, σύνθεση και λειτουργία τής Έπιτροπής.

Με την απόφαση του κ. Υπουργού Κοιν. Υπηρεσιών άρ. πρ. ΓΣΒ/900/10-5-1980 συγκροτήθηκε Έπιτροπή με σκοπό τον καθορισμό των δραστηριοτήτων των Κοιν. Λειτουργιών και έρχζονται στις Κοιν. Υπηρεσίες των Ποσηλ. Ίδρυμάτων. Λιευκρινίζεται ότι ο άνωτέρω καθορισμός δραστηριοτήτων γίνεται στη πλαίσια του Π.Δ. 891/29 Νοεμβρ. 1978 (ΦΕΚ 212/1-12-1978) με το άποιο καθορίσθηκε το άντικείμενο τής έργασίας του Κοιν. Λειτουργού, γενικά και κατά τομείς άκασχολήσεώς του, ένόψη τής συντήσεως των άκονιστιών έσωτερικής λειτουργίας για το νοσηλευτικό Ίδρυμα το Π.Δ. 2592/1950.

Η Έπιτροπή άποτελέσθηκε από τους έξής:

- α. Έδυσσεύς Έλιόδη, Δ/τή τής Δ/σεως Κοιν. Έργασίας, με άνακληρωτή τήν Ε. Ίκασευσιόθίου, προϊσταμένη του Ε' Τμήματος τής άνωτέρω Δ/σεως.
- β. Έων/νο Λιανόπουλο, Δ/τή Ποσηλ. Ίδρυματος Π.Δ. 2592/50.
- γ. Καρίλλο Βαρουχάκη, Δ/τή Κλινικής του Κ.Θ.Ν.Π.Α.
- δ. Άγγελική Κορδέκη, Κοιν. Λειτουργός και ύπηρετεί στην Δ/ση Έκτιθεώρησεως του ΥΠΚΥ.
- ε. Καρίλλιο Κασούλου, Κοιν. Λειτουργός Γεν. Ποσοκομείου "ΒΑΣΙΛΕΥΣ ΠΑΥΛΟΣ".
- στ. Έλένη Βιδάλκη, Κοιν. Λειτουργός στην Δ/ση Κοιν. Έργασίας.

Με την ίδια απόφαση και συμπληρώθηκε με την απόφαση άρ. ΓΣΒ/1000/25-6-1980 όρίστηκε ότι, όδ μπούσε για τήν άκοβόρηση του έργου τής Έπιτροπής να προσκαλούνται στις συνεδριάσεις, και οι έξής:

- ✓ α. Γαρία Γηλιοθή, Κοιν. Λειτουργός στην Κοιν. Υπηρεσία του Ε.Ε.Δ.
- ✓ β. Κασιάνη Πανουτσικούλου, Κοιν. Λειτουργός στην Κοιν. Υπηρεσία του Σεραπειτηρίου "ΒΥΑΓΓΕΛΙΣΤΟΣ".

α. Ο όριοςμός των θέσεων Κοιν.Λειτουργών δέν είναι πάντοτε άνδ-
λογος μέ τόν όριοςμό κλινών άκδη καί άν πρόκειται γιά όμοειδή
Ποσοκομεία. Επίσης σέ πολλά μεγάλα Ποσοκομεία δέν προβλέπον-
ται θέσεις Κοιν.Λειτουργών-(πχ. τό Γεν.Ποσοκομείο Ηικασίος
C AΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΙΜΩΝΙ δυνάμεως 605 κλινών, δέν προβλέπονται θέ-
σεις Κοιν.Λειτουργών, ένώ προβλέπονται δύο θέσεις στό Γεν.Πο-
σοκομείο ΑΓΙΩΝ ΣΑΤΑ Η. Ίωνίος δυνάμεως 210 κλινών, κ.λ.π.).

β. Έ θέση των Κοιν.Λειτουργών στην ιεραρχία του ύπερληθικού προσω-
πικού καί ή ύπηρεσιακή έξθρηση τους ή δέν προσδιορίζονται έπα-
κριβώς ή άντιμετωπίζονται μέ διαφορετικό τρόπο άπό Ποσοκομείο
σέ Ποσοκομείο (π.χ. Ποσοκομείο Η. Ίωνίος καί Γεν.Κρατικό Άσθη-
τών όπου οί Κοιν.Λειτουργοί συγκοιτώζονται μεταξύ του βοηθη-
τικού προσωπικού καί έξορτώνται άπό τήν Γραμματεία, ένώ στό Γεν.
Ποσοκομείο "ΒΑΣΙΛΕΥΣ ΕΛΥΑΟΣ" χαρακτηρίζουν τίς θέσεις αυτών
"ώς είδικές" κ.λ.π.)!

Όσο γιά τήν έλλειψη των κατάλληλων καί έκαρκών πηγών βοήθειας
ή ύποία άποτελεί άνασχετικό κορμόντα γιά τήν άσκηση της Κοι-
νωνικής έργασίας, ύπογραμμίζεται ίδιαίτερα ότι σνεκεία αυτης δη-
μιουργείται συχνά άδιέξοδος καί άσκεΐται ίσχυρή κίεση γιά κορ-
τάση της πάρομνης στό Ποσοκομείο, περιπτώσεων άποθερκευθέντων
κού έχουν όμως άνόγκη άπό κοινωνική προστασία καί άποκατάσταση.

2. Καθορισμός δραστηριοτήτων Κοιν.Λειτουργών καύ ύπηρετιών στό Ποση-
λευτικό Ίδρύματα.

Κατά τήν άποψη της Έκτροκής καί όλων των παρσόντων καύ συμμε-
τεΐχαν στις συνεδρίσεις της, έπιβάλλεται ή σόσταση σέ όλα τά Ποση-
λευτικά Ίδρύματα Κοινωνικής Ύπηρεσίας, μέ προϊστέμενο Κοιν.Λει-
τουργό, στην όποία θα άνήκουν οί Κοιν.Λειτουργοί, καύ θα κρέκει να
έξορτάται άκευθείς άκό τό Α/ντή του Ποσοκομείου.

Αυτό θα διευκολύνει στην καλύτερη όργάνωση καί μεσόδευση των δρα-
στηριοτήτων των Κοιν.Λειτουργών, στην προαγωγή της συνεργασίας τους
μέ τίς διάφορες ύπηρεσίες του Ποσοκομείου, καί μέ τό κοινό καί γε-
νικότερο, στην βελτίωση της άποδόσεως τους.

Ἐπίσης κρίθηκε ἀναγκαῖο νὰ διατυπωθεῖ ῥητὸ, γιὰ τὴν ἄρση τυχόν ἀμφι-
σβητήσεων ὅτι ὁ Κοιν. Λειτουργὸς συμμετέχει στὴν ἐπιστημονικὴ ἠμέρα
τοῦ Ἰοσηλευτικοῦ Ἰδρύματος.

Τέλος κρίθηκε ἀπερσιτήτο νὰ διατυπωθεῖ χωριστὰ εἰς πλαίσια τοῦ κα-
θορισμοῦ τῶν ἠρμοδιότητων τῶν Κοιν. Λειτουργῶν οἱ ἠρμοδιότητες καὶ
τὰ καθήκοντα τοῦ προϊσταμένου τῆς Κοιν. Ὑπηρεσίας, ἐπειδὴ αὐτὸ εἶ-
διευκολύνει στὴν καλλίτερη λειτουργίᾳ τῆς.

Ἐπειτὴ ἀπὸ τὰ παραπάνω τὰ μέλη τῆς Ἐπιτροπῆς καὶ οἱ προαναφερθέν-
τες συνεργάτες τῆς συμφώνησαν στὴν διατύκωσιν τοῦ κειμένου καὶ ἀνα-
φέρεται εἰς τὸ θέμα, ὡς ἑξῆς:

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Ἔργο τῆς Κοινωνικῆς Ὑπηρεσίας εἶναι ἡ συμβολὴ στὴν πρόληψιν καὶ
ἀντιμετώπισιν, συναισθηματικῶν, κοινωνικῶν καὶ εἰκονομικῶν προβλημάτων
καὶ δημιουργοῦνται εἰς ἄτομα ἢ ὁμάδες ἄτόμων, ἐξαιτίας διαταραχῆς τῆς
σωματικῆς ἢ ψυχικῆς τους ὑγείας ἢ ὀφείλονται εἰς συνθήκες τοῦ περι-
βάλλοντος τους καὶ δυσχεραίνουν τὴν διάγνωσιν, τὴν θεραπεία τῆς δια-
ταραχῆς καὶ τὴν ἀποκατάστασιν τους.

Τὸ ἔργο αὐτὸ ἐπιτελεῖται ἀπὸ Κοιν. Λειτουργοὺς μὲ τὴν χρησιμοποίησιν
μεθόδων Κοιν. Ἐργασίας.

Ἄρμοδιότητες Κοιν. Λειτουργῶν

Τὸ ἔργο τῶν Κοιν. Λειτουργῶν εἰς Ἰοσηλευτικὸ Ἰδρυμα εἶναι συμβου-
λευτικὸ καὶ θεραπευτικὸ καὶ συνίσταται στὴν:

1. Ἐντόπισιν, διερεύνησιν καὶ ἐξιολόγησιν εἰδικῶν προβλημάτων ἄτόμων
καὶ ἀπευθύνονται εἰς τὴν Κοιν. Ὑπηρεσίαν ἢ παραπέμπονται εἰς ἄλλου.
2. Ἐτὴν προετοιμασίαν τοῦ ἀσθενοῦς καὶ τῶν οἰκείων του γιὰ τὴν κα-
ραδοχὴν τῆς ἀσθενείας καὶ τῆς ἀναγκαϊότητος τῶν μέτρων θεραπείας
καὶ εἰς πρὸς νὰ ληφθεῖν.
3. Ἐτὴν βοήθειαν τοῦ ἀσθενοῦς γιὰ τὴν καλὴν προσαρμογὴν του εἰς Ἰο-
σηλευτικὸ περιβάλλον.
4. Ἐτὴν δημιουργίαν ὁμάδων ἀσθενῶν, καὶ ἔχουν κοινὰς ἀνάγκας καὶ

Άρμοδιότητες και καθήκοντα Κοιν.Λειτουργού προϊστάμενου της Κοιν. Υπηρεσίας:

1. Είναι υπεύθυνος για την καλή λειτουργία της Κοιν. Υπηρεσίας.
2. Συντονίζει και εποπτεύει το έργο του προσωπικού της Κοιν. Υπηρεσίας, εκτιμώντας τις ανάγκες του Ίδρυματος σε σχέση με τις δυνατότητες της Υπηρεσίας του.
3. Συνεργάζεται και καθοδηγεί τους Κοιν.Λειτουργούς με σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
4. Έκτιμᾷ την ανάγκη κινήσεως των Κοιν.Λειτουργών εκτός Ίδρυματος για εκπέλευση υπηρεσίας.
5. Κατέχει στις ευκέρχεις των υπευθύνων των Τμημάτων του Ίδρυματος.
6. Παρίσταται στις συνεδριάσεις του Εκπαισημονικού Συμβουλίου του Ίδρυματος, προκειμένου να αναπτύξει θέματα της αρμοδιότητάς του.
7. Κατανέμει τους άσκουμένους σπουδαστές των σχολών Εκπαίδευσης Κοιν.Λειτουργών και εποπτεύει το όλο εκπαιδευτικό έργο και πραγματοποιείται στη κλίση της υπηρεσίας του, σε συνεργασία με τις σχολές.
8. Είναι υπεύθυνος για την τήρηση του γραφειακού συστήματος της υπηρεσίας του.
9. Συντάσσει το φύλλο υπηρεσιακής ικανότητας των Κοιν.Λειτουργών, ως Α΄ κριτής.
10. Συντάσσει τις εκθέσεις πεπραγμένων της υπηρεσίας του.

Πέρα από τις παρακάτω αρμοδιότητες, ο προϊστάμενος της Κοιν. Υπηρεσίας άσκει και καθήκοντα όμοια με εκείνα των υφισταμένων των Κοιν.Λειτουργών, στο βαθμό που επιτρέπει τοῦτο ἡ ἀκρόβουπη δσκη τῶν καθηκόντων του, ως προϊστάμενου. -

Π Ε Ρ Ι Τ Ε Σ Η Ν

Δ.ΕΛΛΙΑΚΗΣ Κ.ΒΑΡΟΥΧΑΚΗΣ Κ.ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ
Ε.ΒΙΛΙΑΜΗΣ Κ.ΚΑΤΣΟΥΛΟΥ Α.ΚΩΣΤΑΚΗΣ
Δ.ΣΑΧΟΣ

(γ) Για την αντιμετώπιση των αναγκών "εποπτείας" των κοινωνικών Προγραμμάτων και "σχεδιασμού" των σχετικών μέτρων κρίθηκε αναγκαία η πλαισίωση των επιτελικών υπηρεσιών του Ε.Ο.Π. με 5 Κοινων.λειτουργούς, με τα απαιτούμενα αυξημένα προσόντα.

(δ) Κοινωνικές υπηρεσίες Π.Ι.Κ.Π.Α.

Για το καθένα από τα 168 Συμβουλευτικά Κέντρα Οικογενείας που ο φορέας αυτός προτίθεται να λειτουργήσει πρέπει να προβλεφθεί μία (1), τουλάχιστο, θέση Κοινωνικού Λειτουργού.

Για την αντιμετώπιση των αυξανόμενων συνεχώς αναγκών των λοιπών Κοινων.Υπηρεσιών του Φορέα (Ψιχοθεσιών κλπ.) προτείνεται η αύξηση των οργανικών θέσεων κοινωνικών λειτουργών από 15 σε 40.

Β. Τομέας Υγείας

1. Με βάση τα δεδομένα των εκτιμήσεων και εισηγήσεων του εισηγητού η "ΟΜΙΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ" έκανε τις ακόλουθες διαπιστώσεις:

α. Ο τομέας Υγείας, με τη σημερινή του μορφή, απορροφά το 16% των επαγγελματικά απασχολούμενων Κοινωνικών Λειτουργών, σε δραστηριότητες κυρίως του Δημοσίου Τομέα. Αν και το ποσοστό αυτό μπορεί να θεωρηθεί αξιόλογο, οι απόλυτοι αριθμοί (228) των Κοινωνικών λειτουργών που καλύπτουν ανάγκες κοινωνικών υπηρεσιών του τομέα κρίνονται σημαντικά χαμηλοί, σε σχέση με τις υφιστάμενες ανάγκες.

β. Οι υπηρεσίες του Κοινωνικού λειτουργού χρησιμοποιούνται σε περιορισμένη έκταση στην δευτεροβάθμια φροντίδα (Γενικά και ειδικά Νοσοκομεία) και σε ορισμένες δραστηριότητες υπηρεσιών ψυχικής Υγείας που αναπτύσσονται στα πλαίσια της "Κοινότητας".

γ. Η μη συγκεκριμενοποίηση, προς το παρόν, των μέτρων για την μορφή, την έκταση και το αντικείμενο των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας φροντίδας, τόσο για τη σωματική, όσο και για την ψυχική υγεία δεν καθιστούν δυνατές τις εκτιμήσεις για τις ανάγκες των υπηρεσιών αυτών σε Κοινωνικούς λειτουργούς.

2. Έτσι οι εκτιμήσεις για τον τομέα Υγείας περιορίστηκαν στην δευτεροβάθμια φροντίδα (Νοσοκομειακή περίθαλψη) που αποτελεί δραστηριότητα του δημόσιου τομέα (Ν.Π.Δ.Δ.), της Τοπικής αυτοδιοίκησης, των Πανεπιστημιακών φορέων, του Ι.Κ.Α. και των Ν.Π.Ι.Δ., που επιχορηγούνται από Κρατικούς πόρους.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η "ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ" έκανε κάποια προσέγγιση των αναγκών σε Κοινωνικούς λειτουργούς για την πρωτοβάθμια φροντίδα των αστικών κυρίως περιοχών με βάση τη σημερινή μορφή δραστηριότητας των υγειονομικών υπηρεσιών του Ι.Κ.Α.

3. Κατά τις σχετικές εκτιμήσεις λήφθηκαν υπόψη:

α. Το είδος των υπηρεσιών που προσφέρουν τα νοσηλευτικά Ιδρύματα σε σχέση με τις ειδικές ανάγκες των εξυπηρετούμενων και η σχετική διάκριση τους σε "Γενικά " και " Ειδικά".

β. Η δυναμικότητα τους σε "κλίνες".

γ. Η διάρκεια νοσηλείας των εξυπηρετούμενων.

δ. Η ανάγκη δημιουργίας αυτοδύναμων νοσηλευτικών μονάδων στην περιφέρεια (Νομός) που θα συμβάλλει αναμφισβήτητα στη διαφοροποίηση της σημερινής εικόνας, αναφορικά με την χωροταξική κατανομή των " κλινών".

4. Με βάση τα πιο πάνω κριτήρια (μεταβλητές - "παραδοχές) προσδιορίστηκαν οι ακόλουθοι "συντελεστές", με βάση τη δυναμικότητα σε κλίνες των πιο πάνω νοσηλευτικών μονάδων, ανεξάρτητα από τη νομική τους μορφή (Η.Π.Δ.Δ. ή Ι.Δ.) και τον φορέα του οποίου αποτελεί δραστηριότητα:

α. Για τα "Γενικά Νοσοκομεία" μία (1) θέση κοινωνικού λειτουργού, για Ιδρύματα δυναμικότητας μέχρι 100 κλινών.

β. Για τα "Ειδικά Νοσοκομεία" και ειδικότερα,

(1) Για τα "Ψυχιατρικά " νοσοκομεία μια (1) θέση Κοινων. Λειτουργού για ιδρύματα δυναμικότητας μέχρι 50 κλινών.

(2) Για τα Νοσοκομεία Νοσημάτων Θώρακος, Ορθοπεδικά, Λοιμωδών Νοσών και Αντικαρκινικά μία (1) θέση Κοινωνικού Λειτουργού για ιδρύματα δυναμικότητας μέχρι 60 κλινών.

(3) Για τα Παιδιατρικά Νοσοκομεία και τα αμιγή Παιευτήρια μία (1) θέση Κοινωνικού Λειτουργού για ιδρύματα δυναμικότητας μέχρι 80 κλινών.

5. Με βάση τους πιο πάνω συντελεστές η "ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ" προχώρησε στην εκτίμηση των αναγκών των πιο πάνω κατηγοριών ιδρυμάτων αφού προηγουμένως κατέληξε να δεχθεί ότι στις περιπτώσεις ιδρυμάτων που, μετά την εκτίμηση των σχετικών αναγκών θα προκύπτει "υπόλοιπο" κλινών, που θα υπερβαίνει το 30% του οικείου "συντελεστή" τότε θα υπολογίζεται νέα θέση Κ.Α. (π.χ. "συντελεστής" 80, δυναμικότητα: 200 κλίνες. θέσεις Κ.Α. 2x80 = 160 υπόλοιπο 40 = ποσοστό μεγαλύτερο του 30%, επομένως νέα θέση Κ.Α.).

6. Από τις εκτιμήσεις που επακολούθησαν, με βάση τις πιο πάνω "μεταβλητές" και "συντελεστές" το σύνολο των αναγκών σε κοινωνικούς λειτουργούς των πιο πάνω κατηγοριών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων έχει συνοπτικά ως εξής και αναλυτικότερα όπως προκύπτει από τους σχετικούς πίνακες του επισυναπτομένου "παραρτήματος".

α. Για τα 106 Γενικά Νοσοκομεία (Ν.Δ.2592/53, Ι.Κ.Α., Πανεπιστημιακά, Δημοτικά, Εκκλησιαστικά Ν.Π.Ι.Δ.) Κοιν.λειτουργοί 219

β. Για τα ειδικά Νοσοκομεία και ειδικότερα:

(1) Για τα 10 ψυχιατρικά (Κρατικά και Ν.Π.Ι.Δ.) Κ.Α. 169

(2) Για τα 16 Νοσοκομεία Νοσημάτων θώρακος, Ορθοπεδικά, Λοιμωδών Πόσων και αντικαρκινικά " 100

(3) Για τα 5 Παιδιατρικά και τα αμιγή Μαιευτήρια " 19

Σύνολο " 507

Γ. Τέλος η "ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ" επισήμανε το γεγονός του σημαντικού αριθμού κλινών που έχουν αναπτυχθεί σ'ολόκληρη τη χώρα με τη μορφή "κλινικών", κερδοσκοπικού χαρακτήρα, και την ανάγκη παροχής κοινωνικών υπηρεσιών στον μεγάλο αριθμό των εξυπηρετούμενων από τις νοσηλευτικές αυτές μονάδες, δεν έκρινε όμως σκόπιμο να προχωρήσει σε σχετικές εκτιμήσεις αναγκών σε κοινωνικούς λειτουργούς, αφού δεν έχουν τελικά διαμορφωθεί τα κυβερνητικά μέτρα για την Υγεία.

Γ. Τομέας Κοινωνικής Ασφάλισης

1. Με βάση τα δεδομένα των εκτιμήσεων και εισηγήσεων του εισηγητή η "ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ" έκανε τις ακόλουθες διαπιστώσεις:

α. Ο τομέας Κοινωνικής ασφάλισης, από τους "κινδύνους" που καλύπτει και το είδος των υπηρεσιών και των παροχών που προσφέρει αντιμετωπίζει ανάγκες οικονομικές, υγείας και πρόνοιας (σε πολύ περιορισμένη έκταση) των άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένων του.

by
g
[Handwritten signatures and notes at the bottom of the page]

Αθήνα 30 Απριλίου 1934

αθ. Πρωτ. Γ62/592

Π ρ ο ς

Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

ΜΑ: Απόψεις αναφορικά με την επιμέλεια, οργάνωση και λειτουργία
Κοινωνικών Υπηρεσιών στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας
ΕΠ: Έγγραφο σας αριθ. Πρωτ. 493/21-3-34.

I. ΓΕΝΙΚΑ

1. Η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών σαν "μέσο" για τη διασφάλιση
και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, αποτελεί, όπως είναι γνωστό
συνιστώσα λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και προβλέπεται ως
απόστολη στα πλαίσια των δραστηριοτήτων των Υπηρεσιακών Μονάδων,
όσο της πρωτοβάθμιας (εξωνοσοκομειακής), όσο και της δευτεροβάθμιας
(νοσοκομειακής) περιθαλψής.

2. Το γεγονός ότι τα Κέντρα Υγείας, στα οποία ανατίθεται το έργο
της πρωτοβάθμιας περιθαλψής, θα λειτουργήσουν σαν οργανικές απο-
κεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων, με τα οποία θα βρίσκονται σε
συνεχόμενη επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεση,
προβάλλει την συνεξέταση του θέματος με τους στόχους, την οργάνωση
και λειτουργία, τόσο του νοσοκομείου, όσο και των Κέντρων Υγείας.
Ειδικότερα τον καθορισμό:

α. Του σκοπού της Κοινωνικής Επηρεασίας του Νοσοκομείου, ως ενιαίας
υπηρεσιακής μονάδας.

β. Της "θέσης" της υπηρεσιακής αυτής μονάδας στη "διοικητική δομή"
του νοσοκομείου.

γ. Της σύνθεσης και διάρθρωσης της υπηρεσιακής αυτής μονάδας, τόσο
στα πλαίσια του Νοσοκομείου όσο και των αποκεντρωμένων μονάδων της
πρωτοβάθμιας περιθαλψής (Κέντρα Υγείας).

2. Θέση της Κοινωνικής Υπηρεσίας στη διοικητική δομή του Νοσοκομείου.

Από τον πιο πάνω σκοπό και τους στόχους της Κοινωνικής Υπηρεσίας ο Ε.Σ.Υ. , προκύπτει η ιδιαίτερότητα του έργου της από εκείνο της Ιατρικής , Νοσηλευτικής και Διοικητικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου. Ως απόκλιση σκοπός της Κοινωνικής Υπηρεσίας , όπως άλλωστε και των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου , είναι, αναμφισβήτητα, η συμβολή στην πραγμάτωση των επιδιώξεων του Νοσοκομείου και του Ε.Σ.Υ. νικώτερα , έχουμε τη γνώμη ότι η δημιουργία των προϋποθέσεων για τη διασφάλιση και διατήρηση της ιδιαίτερότητας της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Ε.Σ.Υ. , θα συντελέσει για μια πληρέστερη υλοποίηση των στόχων της υπηρεσιακής αυτής μονάδας.

Όπως με βάση τη "δομή" του Νοσοκομείου , όπως έχει διαμορφωθεί στην παράγραφο 2 του άρθρου 10 του Ν.1397/83, η πιο ενδεδειγμένη λύση για τη "θέση" της Κοινωνικής Υπηρεσίας στη "διοικητική δομή" του Νοσοκομείου, φαίνεται να είναι η "υπαγωγή" της στη "Διοικητική Υπηρεσία" , αλλά ταυτόχρονα και η δημιουργία των προϋποθέσεων για τη διασφάλιση και διατήρηση της ιδιαίτερότητας της, ανάμεσα στις άλλες :

- Η "αυτοτέλεια" της, ως υπηρεσιακής μονάδας.
- Η ανάθεση του έργου "ειδικότητας" της σε κοινωνικό λειτουργό με πείρα στον τομέα και κατά προτίμηση σε "Διοίκηση Κοινωνικών Υπηρεσιών".
- Η παροχή δυνατοτήτων για απρόσκοπτη επικοινωνία και αμοιβαία συνεργασία με τις λοιπές "Υπηρεσίες" (Ιατρική, Νοσηλευτική) του Νοσοκομείου.

3. Σύνοψη και διάρθρωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας

Για τη σύνοψη και διάρθρωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας θα πρέπει , σύμφωνα με την άποψή μας, να ληφθούν υπόψη :

- Οι επιδιώξεις και οι στόχοι των Υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης , σε συσχέτισμό με το ρόλο της Κοινωνικής Υπηρεσίας για την πραγμάτωσή τους.
- Το γεγονός της οργανικής "εξάρτησης" των πρώτων (Πύλη Υγείας) από τις δεύτερες (Νοσοκομεία) και η, από το γεγονός αυτό, ανάγκη συντονισμού και αποτίμησης της δραστηριότητας της Κοινωνικής Υπηρεσίας.

δυναμικότητας μέχρι 150 κρεββατιών και με έσο (2) τουλάχιστον Κ.Α.
η δυναμικότητα του νοσοκομείου ξεπερνά τα 150 κρεβάτια.

β. Τη διάθρωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας

Τα διαλαμβανόμενα στον Ν.1397/85 για την οργάνωση των Νοσοκομείων και τη θέση των Κέντρων Υγείας στη "δομή" των Ιδρυμάτων αυτών οργανικές αποκεντρωμένες μονάδες, με τις οποίες θα βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεση), προσδιορίζουν σε αξιόλογο βαθμό και τα περιθώρια για τη διάθρωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας.

Κατά την άποψη μας το ακόλουθο υχίμα διάθρωσης (βλέπε επισυναπτόμενο "οργανόγραμμα") μπορεί να ανταποκριθεί πληρέστερα στις σχετικές ανάγκες.

1) Προϊστάμενος Κοινωνικής Υπηρεσίας. Κοινωνικός λειτουργός με πείρα στον τομέα και ανάλογες γνώσεις "Διοίκησης" Κοινωνικών Υπηρεσιών επαγγελματικής εποπτείας και διεπαγγελματικής συνεργασίας. Θα έχει την ευθύνη της εύρυθμης λειτουργίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας και θα ασκεί "επαγγελματική εποπτεία" των Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται στο Νοσοκομείο ("Τμήματα" και "Εξωτερικά Ιατρεία").

2) Συντονιστής - επόπτης. Κοινωνικός λειτουργός με εμπειρία στον τομέα και γνώσεις επαγγελματικής εποπτείας. Θα έχει την ευθύνη της επαγγελματικής εποπτείας των κοινωνικών λειτουργών των Κέντρων Υγείας του Κομού και του συντονισμού του συντελούμενου κοινωνικού έργου στις μονάδες αυτές εξωνοσοκομειακής περιθαλψής.

3) Κοινωνικοί Λειτουργοί

(α) Νοσοκομείου

(β) Κέντρου Υγείας και εξωτερικών ιατρείων Νοσοκομείου

σημείωση :

βλέπε σκιαγράφιση έργου των Κοινωνικών Λειτουργών οικείο μέρος (II 5) αυτού του κειμένου. Επισημαίνεται εδώ η αλληλεξάρτηση και αλληλεπίδραση της επαγγελματικής δραστηριότητας των Κοινωνικών Λειτουργών στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη και η ανάγκη στενής,

ιαθορίζεται στα άρθρα 1 και 3 του Π.Δ.891/78.

Το περιεχόμενο του σκοπού των Κέντρων Υγείας όπως προσδιορίζεται στην παρ. 1 του άρθρου 15 του Ν.1397/83.

Οι ειδικότεροι στόχοι των Υπηρεσιών, τόσο της Πρωτοβάθμιας Περιθαλψής (πρόληψη αρρώστειας και αποκατάσταση της υγείας), όσο και της "Δευτεροβάθμιας Περιθαλψής" (διάγνωση της αρρώστειας και θεραπεία του αρρώστου).

Η μέχρι σήμερα διεθνής και ελληνική εμπειρία άσκησης Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα της Υγείας.

Με βάση τα πιο πάνω το έργο του κοινωνικού λειτουργού, μπορεί να την άποψή μας, να προσδιορισθεί ως εξής.

Στα Κέντρα Υγείας

α. Επισημάνση κοινωνικών και συναισθηματικών αναγκών ή προβλημάτων, η μη ικανοποίηση ή αντιμετώπιση των οποίων μπορεί να επηρεάσει σημαντικά, άμεσα ή έμμεσα, στην κατάσταση υγείας των κατοίκων της περιοχής.

β. Συμμετοχή στη διερεύνηση των πιο πάνω αναγκών ή προβλημάτων και τον προσδιορισμό της έκτασης και των αιτιών που τα προκαλούν.

γ. Ευαισθητοποίηση των "παραγόντων" της κοινότητας και των άμεσα διαφερομένων, με κάθε κατάλληλο και προσιτό μέσο ενημέρωσης, και τις συνέπειες από τη μη ικανοποίηση των πιο πάνω αναγκών ή τη έγκαιρη αντιμετώπιση των σχετικών προβλημάτων, με στόχο τη απηγορευτική και συμμετοχή τους στο σχεδιασμό και την εφαρμογή των διασφαλιστικών και προαγωγικών της υγείας.

δ. Εντόπιση, διερεύνηση και αξιολόγηση κοινωνικών και συναισθηματικών αναγκών ή προβλημάτων ατόμων που δημιουργούνται από γεγονότα καταστάσεις αποκλεισμού της υγείας τους ή οφείλονται στην προσωπικά ή στο περιβάλλον τους και που δημιουργούν δυσχέρειες στην εφαρμογή μέτρων θεραπείας ή στη συνέχισή τους.

ε. Συμβολή στην κάλυψη πιο πάνω αναγκών ή στην αντιμετώπιση άμβλωση σχετικών προβλημάτων, με στόχο την προετοιμασία του αρρώστου και των οικείων του για την αποδοχή και αυτοξέλιξη της αρρώστιας της αναγκαιότητας των υποδεικνυόμενων μέτρων θεραπείας (εξειδικευμένης ή νοσοκομειακής).

στ. Συμβολή στην αποκατάσταση της υγείας του θεραπευθέντα και κοινωνικής του, γενικότερα, επανεξέτασης, με ενίσχυση και ενθάρρυνση του ίδιου και των οικείων του, για μια πληρέστερη αξιοποίηση των

οχή των δεύτερων στην προσπάθεια για επαρκή αξιοποίηση των
εμένων μέσω θεραπείας και προετοιμασίας για την
η επανεξέταση του θεραπευθέντα στο κοινωνικό του περιβάλλον.

Προέκταση, οργάνωση και αξιοποίηση της εθελοντικής προσφοράς
νικών υπηρεσιών στο χώρο του νοσοκομείου.

• Συμβολή στην πρακτική άσκηση σπουδαστών Σχολών Κοινωνικής
σίας.

• Συμβολή στην επισήμανση της ανάγκης ερευνητικών προγραμμάτων
έματα Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της υγείας ή διεπαγγελματικού
αφέροντος και συμμετοχή στην προετοιμασία και την εφαρμογή

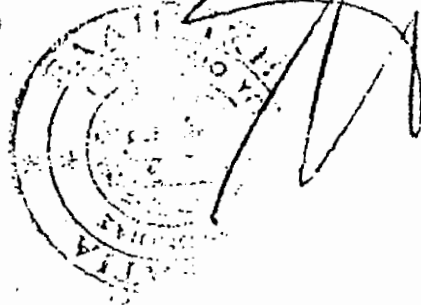
Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΧΑΡ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

ΘΡΗΣΙΑΚΗ ΔΙΑΚΟΙΝΗ

- Γραφείο Κυρίου Υπουργού
- Γραφείο Υφυπουργού Κας Μ. Κυπριωτάκη
- Γραφείο Υφυπουργού Κου Γ. Φλώρου
- Γραφείο Γενικής Γραμματέα
- Δ/ση Ιατρικής Αντιλήψεως
- Δ/ση Κοινωνικής Εργασίας (2)

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
Ο ΤΗΜΑΤΕΣΚΙ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ



ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣΣΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΟΧΑΔΕΙΑ

ΑΔΑΜΝΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ . ΜΕΛΟΣ της Επιτροπής, σύνταξης εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας των νοσοκομείων και κέντρων υγείας, του ΚΕΣΥ.

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.

Η Κοινωνική Εργασία είναι ανεγνωρισμένη διεθνώς σαν εφαρμοσμένη Κοινωνική Επιστήμη. Σχηματοποίησε την υπόστασή της κυρίως από την ανάγκη παρέμβασης στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής, για την αντιμετώπιση των ποικίλων κοινωνικών προβλημάτων, που δημιουργήσε η βιομηχανική ανάπτυξη και η αστικοποιημένη κοινωνία.

Σήμερα η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών αποτελεί υποχρέωση της πολιτείας και δικαίωμα του πολίτη.

Αντικείμενο της Κοινωνικής Εργασίας είναι ο άνθρωπος σε συνάρτηση με το κοινωνικό του περιβάλλον. Επιστημονικά και μελετά τις ανθρώπινες ανάγκες και τα προβλήματα που προκύπτουν από τις διαπροσωπικές και κοινωνικοοικονομικές σχέσεις. Αποβλέπει στην πρόληψη δυσμενών κοινωνικών καταστάσεων, στη βελτίωση ή αποκτάστικη αμοιβαίας επωφελοφύσας αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμων και φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων, των ομάδων, των κοφνοτήτων και του κοινωνικού συνόλου γενικά. Επιδιώκει ακόμη και την εξομάλυνση των προβλημάτων που δημιουργούνται από την σχέση με την οργανωτική δομή της σημερινής κοινωνίας.

Η Κοινωνική Εργασία διέπεται από δημοκρατικές αρχές που καθορίζονται από την δεοντολογία της, όπως είναι ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας το απόρρητο και η διασφάλιση των ανθρώπινων δικαιωμάτων, όπως αυτά καθορίζονται

γ. εκπονούν και εκτελούν σχέδιο δράσης και ενεργειών, σε συνεργασία με τον εξυπηρετούμενο - άτομο, ομάδα ή κοινότητα - για την ανειμετώπιση συγκεκριμένης κατάστασης.

Στα πλαίσια των πρόσθετων επαγγελματικών ευθυνών για τους κοινωνικά λειτουργούς προβλέπεται η άσκηση αρμοδιοτήτων όπως :

1. Επιστημονικής και διοικητικής εποπτείας προγραμμάτων και υπηρεσιών υγειονομικο-κοινωνικο-προνοιακού και ασφαλιστικού χαρακτήρα.
2. Διοίκηση ή συμμετοχή σε υπηρεσίες κοινωνικού σχεδιασμού.
3. Σε εκπαιδευτικούς τομείς όλων των βαθμίδων.
4. Σε ερευνητικούς και λοιπούς εξειδικευμένους τομείς.

Το γνωστικό αντικείμενο της Κοινωνικής Εργασίας περιέχει γνώσεις από τις παρακάτω θεωρητικές ενότητες :

1. Θεωρία και μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας. (άτομο, ομάδα και κοινότητα)
2. Φιλοσοφία και Ιστορία πολιτικών θεωριών.
3. Κοινωνιολογία, Ψυχολογία, Οικονομία, Λόγος και Στατιστική.
4. Πληθυσμιακή υγιεινή, Δημογραφία,
5. Ψυχιατρική, Ψυχοπαθολογία, Κοινωνική ψυχική υγεία, Ειδική αγωγή.
6. Οργάνωση και διοίκηση κοινωνικών υπηρεσιών, Κοινωνική πολιτική, Κοινωνική έρευνα και Προγραμματισμός Π/Υ.

4. Είναι απαραίτητος ο αναπροσανατολισμός των στόχων της περίθαλψης από την κεντρική νοσοκομειακή περίθαλψη στην νέα διάσταση την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που δίνει βαρύτητα στην πρόληψη, την κοινωνική φροντίδα και την αποκατάσταση.
5. Υπάρχει απόλυτη ανάγκη για συμμετοχή όλων των υγειονομικών στελεχών (γιατροί, μάίες , νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, κ.ά) στην υλοποίηση των προγραμμάτων για την υγεία, όχι αποσκοπιατικά και μεμονωμένα, αλλά στην βάση της ισότιμης συνεργασίας στα πλαίσια της νέας αντίληψης για την " ομάδα υγείας " (TEAM WORK).
6. Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας σε εθνικό επίπεδο. Κοινωνικός σχεδιασμός και συνεχής προγραμματισμός.
7. Καθοριστικός παράγοντας όχι μόνο από άποψη αρχών αλλά και αποτελεσματικότητας, είναι η λαϊκή συμμετοχή στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή και στην αξιολόγηση των προγραμμάτων για την υγεία.

Κοινωνικός Λειτουργός για 2.500 - 3.000 κατοίκους.

Η Δ/νση ή το Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας οργανώνεται σε αντιστοιχία με τις δραστηριότητες του Νοσοκομείου.

Έτσι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε όλους τους Ιατρικούς Τομείς και τα τμήματά τους, όπως και σε κάθε υπηρεσία του Νοσοκομείου είτε αυτή εξυπηρετεί εσωτερικούς ασθενείς ή εξωτερικούς.

Η οργανωτική αντιστοίχιση και η κατανομή του αντικείμενου είναι αρμοδιότητα του Επιστημονικού Συμβουλίου της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Στη πράξη αυτά μπορούν να αναπτυχθούν σε οργανική διασύνδεση με την Κεντρική Κοινωνική Υπηρεσία, γραφεία Κοινωνικών Λειτουργών.

5. ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Οι αρμοδιότητες της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου περιγράφονται στο Π.Δ.87/86 (ΦΕΚ 32/27-3-86/τ.α). Συγκεκριμένα :

" Η ευθύνη και φροντίδα για την συμπρόσβαση στους νοσηλευομένους 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 της Πολιτείας."

6. ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ

Το έργο των κοινωνικών λειτουργών στα Νοσοκομεία είναι συμβουλευτικό, θεραπευτικό, ερευνητικό και εκπαιδευτικό. Συνίσταται :

α. Στην εντόπιση, διερεύνηση και αξιολόγηση ειδικών προβλημάτων ατόμων που απευθύνονται στην κοινωνική υπηρεσία ή παραπέμπονται από άλλου.

β. Στην προετοιμασία του ασθενούς και των οικείων του για την παραδοχή της ασθένειας και της αναγκαιότητας των μέτρων θεραπείας .

γ. Στην βοήθεια του ασθενούς για την καλή προσαρμογή στο περιβάλλον το Νοσοκομείου.

δ. Στη δημιουργία ομάδων ασθενών, που έχουν κοινές ανάγκες και προβλήματα και στη βοήθειά τους μέσω της ομάδας για αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους.

ε. Στην προετοιμασία του ασθενούς και του περιβάλλοντός του, για την επάνοδό του και προσαρμογή του, στο φυσικό του περιβάλλον, όπου ή επανένταξη δεν είναι δυνατή , στην αποκατάστασή του σε νέο περιβάλλον ή σε κατάλληλο τεχνικό.

στ. Στην κατά την κρίση του συνέχιση της συνεργασίας με τον ασθενή εκτός Νοσοκομείου ή την παραπομπή του σε άλλη υπηρεσία.

7. ΧΩΡΟΙ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Το έργο του κοινωνικού λειτουργού επιτελείται :

- α. Στα γραφεία της κοινωνικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου.
- β. Στα τμήματα των Ιατρικών Τομέων (και των τσάρων).
- γ. Στα εξωτερικά ιατρεία και την εφημερία
- δ. Στο φυσικό περιβάλλον του ασθενούς και των οικείων του.
- ε. Στο χώρο εργασίας ή εκπαίδευσης του ασθενούς.
- στ. Σε άλλες υπηρεσίες και φορείς που κρίνει απαραίτητο.

8. ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Οι περιπτώσεις (περιστατικά) των αρρώστων παραπέμπονται στην Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου από :

- α. Το ιατρικό προσωπικό των Τομέων.
- β. Το νοσηλευτικό προσωπικό των τμημάτων.
- γ. Άλλα τμήματα ή προσωπικό του Νοσοκομείου.
- δ. Τους ίδιους τους ασθενείς.
- ε. Το περιβάλλον τους.
- στ. Άλλες υπηρεσίες και φορείς εκτός Νοσοκομείου (κοινωνία).
- ζ. Επισήμανση των κοινωνικών λειτουργών του Νοσοκομείου.

Η παραπομπή των περιστατικών που εμπέδουν στις αρμοδιότητες της κοινωνικής υπηρεσίας πρέπει να γίνεται άμεσα, ώστε να παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες χωρίς να ταλαιπωρείται ο ασθενής και να παρατείνεται η νοσηλεία του στο Νοσοκομείο ή να προλαβάνονται διάφορες επιπλοκές και προβλήματα.

Για την διαδικασία παραπομπής και τα ειδικά χαρακτηριστικά των περιστατικών, πρέπει σε κάθε Νοσοκομείο να κυκλοφορήσει σχετική εγκύκλιος της κοινωνικής υπηρεσίας εγκεκριμένη από το Δ.Σ του Νοσοκομείου.

10. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΓΡΑΦΕΙΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ - ΓΡΑΦΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Για την λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας απαιτούνται τα παρακάτω :

1. Γραφεία για όλους τους Κοινωνικούς Λειτουργούς Νοσοκομείου, έτσι ώστε να ελασφαλίζεται το εμπιστευτικό του αντικειμένου τους. Τα γραφεία πρέπει να είναι σε εμφανές κεντρικό σημείο του Νοσοκομείου έτσι ώστε να είναι εύκολη η πρόσβαση. Απαραρτίηχο στοιχείο είναι η ύπαρξη προθαλάμου αναμονής.
2. Χώρος για ειδικές εμπιστευτικές συνεντεύξεις
3. Αίθουσα για τις συγκεντρώσεις των ομάδων.
4. Εξωτερική γραμμή τηλεφώνου ανά 4 Κοινωνικούς Λειτουργούς.
5. Εσωτερική σύνδεση τηλεφώνου για όλους τους Κοινωνικούς Λειτουργούς
6. Ο απαραίτητος εξοπλισμός γραφείου και καρτελοθήκες ασφαλείας για τήρηση των απόρρητων φακέλων.
7. Η απαραίτητη γραφική ύλη και τα άλλα υλικά που θα ζητούνται.
8. Τα βιβλία που τηρούνται και οι φάκελλοι ρυθμίζονται με απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου των Κοινωνικών Λειτουργών.

11. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών ασθενών με μόνιμη ή περιστασιακή οικονομική αδυναμία, προβλέπεται ειδικός λογαριασμός που κινείται με ευθύνη των κοινωνικών λειτουργών μέσω του ταμείου του Νοσοκομείου.

12. Ωράριο εργασίας Κοινωνικών Λειτουργών.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί δεν υποχρεώνονται να υπογράφουν ή να τηρούν κάρτα, μίως τηρούν λεπτομερές φύλλο ημερήσιας κίνησης, ελεγχόμενο από τον Ημπαϊστάμενό τους και το οποίο είναι στη διάθεση του Προέδρου του Νοσοκομείου όποτε ήθελε να το ζητήσει.

13. ΟΔΟΙΠΟΡΙΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ.

Χορηγείται εφ'άπαξ ποσό για τις εντός έδρας μετακινήσεις.

14. ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η συνεχής επιμόρφωση, ενημέρωση και εκπαίδευση των Κοινωνικών Λειτουργών θεωρείται απόλυτα απαραίτητη και υποχρεωτική. Γι' αυτό το λόγο χορηγείται άδεια με αποδοχές προκειμένου να παρακολουθήσουν τέτοια προγράμματα και καλύπτονται τα σχετικά έξοδα από το Νοσοκομείο. Επίσης συμμετέχουν στην οργάνωση σχετικών προγραμμάτων ενδοϋπηρεσιακής επιμόρφωσης

Ελληνική Δημοκρατία
Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας
& Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Διεύθυνση Κοινωνικής
Εργασίας και
Επαγγελματιών
Κοιν.Πρόνοιας. Τμήμα Α.

Αθήνα 31 Μαΐου 1991
Αρ. Πρωτ.:Γ6Α/707

Θέμα: Ανάπτυξη και προαγωγή της Κοινωνικής Εργασίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο.

Η διεύθυνση της Κοινωνικής Εργασίας και Επαγγελματιών Κοινωνικής Πρόνοιας, μέσα στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων της που είναι η ανάπτυξη και προαγωγή της Κοινωνικής Εργασίας, σε όλες τις κοινωνικές υπηρεσίες της χώρας, θα ήθελε να σας παρακαλέσει να συμβάλλετε στην όσο το δυνατό καλύτερη και αποδοτικότερη λειτουργία των κοινωνικών υπηρεσιών στο πλαίσιο του νοσοκομείου.

Η Κοινωνική Υπηρεσία στο νοσοκομείο, έχει σαν στόχο, με την άσκηση Κοινωνικής Εργασίας, που ασκούν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, χρησιμοποιώντας επιστημονικές τεχνικές και μεθόδους, να βοηθάει το πολίτη, που σε μία κρίσιμη καμπή της ζωής του, αντιμετωπίζει το πρόβλημα της σωματικής ή ψυχικής υγείας να δεχθεί τη πραγματικότητα, να βοηθήσει με τις δικές του δυνάμεις στην βελτίωση ή στην θεραπεία και να χρησιμοποιήσει τις προσφερόμενες εξυπηρετήσεις από την πολιτεία, για την κοινωνική και επαγγελματική του αποκατάσταση, όσο είναι το δυνατόν καλύτερα.

Η Κοινωνική Εργασία σαν ανθρωπιστική επιστήμη που είναι, κατά την άσκησή της σέβεται την προσωπικότητα του ατόμου, τηρεί την εχεμύθεια των όσων ο ίδιος εμπιστεύεται στον Κοινωνικό Λειτουργό και του δίδει την δυνατότητα μέσα σε ένα σύγχρονο και πολιτισμένο περιβάλλον να εμπιστευθεί τον Κοινωνικό Λειτουργό και να δεχθεί να τον βοηθήσει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

Από τα προαναφερόμενα σαφώς διαφαίνεται, ότι για την άσκηση της Κοινωνικής Εργασίας, εκτός από ανθρώπινο δυναμικό που είναι Κοινωνικοί Λειτουργοί, είναι απαραίτητο να υπάρχει και η υλικοτεχνική υποδομή όλων των πλαισίων και ειδικότερα των νοσοκομείων, αφού αναφερόμαστε σε αυτό το πλαίσιο. Δηλαδή είναι απαραίτητο να υπάρχουν χώροι ευπρεπής και πολιτισμένοι

με κατάλληλο γραφειακό εξοπλισμό. Η ύπαρξη χώρου συνεντεύξεως βοηθάει στη δημιουργία κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού της προσωπικότητας και της αξιοπρέπειας του πολίτη.

Η Διεύθυνση Κοινωνικής Εργασίας και Επαγγελματιών Κοινωνικής Πρόνοιας σε έγγραφο του Κ.Ε.Σ.Υ. με αριθμό πρωτ. 489/21.3.84 με το οποίο ζητούντο απόψεις αναφορικά με την συγκρότηση, οργάνωση και λειτουργία κοινωνικών υπηρεσιών στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας έχει εκφράσει τις απόψεις της οι οποίες περιληπτικά ανταποκρίνονται στα προαναφερόμενα. Επισημαίνεται ακόμη η μη ανάθεση στους Κοινωνικούς Λειτουργούς καθηκόντων ξένων προς το κυρίως έργο τους, που είναι η άσκηση Κοινωνικής Εργασίας. Επίσης να γίνουν προσπάθειες για την κάλυψη κενών οργανικών θέσεων και την ένταξη των Κοινωνικών Λειτουργών στη διεπιστημονική ομάδα του πλαισίου, για τη σφαιρική αντιμετώπιση των προβλημάτων των εξυπηρετούμενων.

Πιστεύουμε ότι θα θελήσετε να συμβάλλετε στην προαγωγή και ανάπτυξη την Κοινωνικής Εργασίας μέσα στο νοσοκομειακό πλαίσιο εκτιμώντας την αναγκαιότητα για την προσφορά ποιοτικά αναβαθμισμένων κοινωνικών υπηρεσιών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Πίνακας 21
Προτεινόμενες αλλαγές για την αναβάθμιση του επαγγέλματος

Προτάσεις	Προτίμηση 1	Προτίμηση 2	Προτίμηση 3
	%	%	%
Βελτίωση εκπαίδευσης	6.7	2.3	1.5
Αναβάθμιση εκπαίδευσης	44.0	11.3	2.3
Εξειδίκευση	10.4	15.8	6.1
Μεταπτυχιακή εξειδίκευση	13.4	12.0	6.1
Τακτική επιμόρφωση	8.2	18.0	14.4
Ερευνα εργασίας	-	2.3	0.8
Οικονομικές αποδοχές	2.2	11.3	18.9
Συνθήκες εργασίας	1.5	5.3	7.6
Κοινωνικά προγράμματα	0.7	5.3	6.8
Νομική κατοχύρωση	5.2	7.5	18.2
Νέα πλαίσια εργασίας	4.5	6.0	8.3
Διεπαγγελματική συνεργασία	1.5	2.3	9.1
Άλλο	1.5	0.8	-

Η πορεία του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα.

1^η Περίοδος 1833-1922	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Δημιουργία των πρώτων ασφαλιστικών ταμείων. ▪ Ίδρυση των πρώτων νοσοκομείων και της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. ▪ Βασικοί νόμοι οργάνωσης του υγειονομικού τομέα. 	
2^η Περίοδος 1922-1945	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Οικονομική βοήθεια για βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και δημιουργία 358 νέων προσωρινών νοσοκομείων λόγω εισροής 1,5 εκατ. Προσφύγων από τη Μ. Ασία. ▪ Ίδρυση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Αντίληψης (Ν.2882/1922) ▪ Ιδρύεται Ι.Κ.Α. (Ν.6298/1934) ▪ Θεσπίζονται οι προϋποθέσεις για την ενιαία οργάνωση και λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων (Α.Ν. 965/37) 	
3^η Περίοδος 1945-1974	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Υιοθετείται η αποκεντρωτική πολιτική και ο κοινωνικός έλεγχος των υπηρεσιών υγείας (Ν.Δ. 2592/1953) ▪ Δημιουργία του Ο.Γ.Α. (Ν.4169/61) ▪ Καθιέρωση της υπηρεσίας υπαίθρου (αγροτικό) (Ν.Δ. 67/68) 	
4^η Περίοδος 1974- σήμερα	Πριν το ΕΣΥ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρόταση ΚΕΠΕ για τη δημιουργία ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, ενοποίηση των ασφαλιστικών φορέων και κοινωνικό σχεδιασμό για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών. ▪ Σχέδιο Νόμου Δοξιάδη: Η σημαντικότερη προσπάθεια για τη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος υγείας δεν υλοποιήθηκε λόγω πίεσης του ιατρικού, κομματικού και πολιτικού κατεστημένου (1980).
	ΕΣΥ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ιδρύεται το ΚΕΣΥ (Ν.1287/82). ▪ Ιδρύεται ο ΕΟΦ (Ν.1316/83) ▪ Θεσπίστηκε το ΕΣΥ (Ν.1397/83) με κύρια χαρακτηριστικά : αποκέντρωση, κοινωνικός έλεγχος, ενιαίος προγραμματισμός, έμφαση στην ΠΦΥ και δημιουργία κέντρων υγείας, καθιέρωση του γιατρού πλήρους αποκλειστικής απασχόλησης. ▪ Το σύστημα υγείας αναπτύσσεται έντονα με 5,5% δημόσιες δαπάνες και 8% περίπου συνολικές δαπάνες υγείας στο ΑΕΠ.
	Μετά το ΕΣΥ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Με το νόμο (2071/92) πραγματοποιούνται σημαντικές αλλαγές στη φιλοσοφία του ΕΣΥ <ul style="list-style-type: none"> - Τα ΚΥ χρηματοδοτούνται από τις Νομαρχίες και όχι από τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων και παύει η οργανική και διοικητική σύνδεσή τους. - Οι γιατροί μπορούν να επιλέγουν μεταξύ πλήρους ή μερικής απασχόλησης. - Παύει το Κράτος να εξασφαλίζει την πρόσβαση στους πολίτες σε όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες και απλώς εγγυάται την ύπαρξη ιδιωτικών φορέων. ▪ Ο Νόμος (2194/94) καταργεί σχεδόν όλες τις προηγούμενες αλλαγές του 2171.

Πηγή: Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1995)

