



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Η Κοινωνική Εργασία στο χώρο της Υγείας.
Πεπραγμένα, Δεδομένα και Προοπτικές.

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

ΚΟΥΡΜΠΕΤΗ ΜΑΡΙΑ

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ

ΖΛΑΤΑΝΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ, 2010

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και τους καθηγητές του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, ιδιαίτερα τον κ. Ζλατάνο Δημήτριο για τη βοήθεια του και τις επισημάνσεις του, τους συμφοιτητές μου στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, τους συναδέλφους μου κοινωνικούς λειτουργούς στα Νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας της Θεσσαλονίκης που χωρίς τη συμμετοχή τους και το χρόνο που μου αφιέρωσαν δε θα είχε πραγματοποιηθεί αυτή η έρευνα, το φίλο μου κοινωνιολόγο κ. Λεούδη Δημήτρη από τον οποίο είχα μάθει για το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, αλλά και που βοήθησε στην υλοποίηση της έρευνας, τον κοινωνικό λειτουργό κ. Πιλήση Θεοδόση, το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό της Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής και Ψυχιατρικής κλινικής του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ για τη συμπαράσταση τους και ειδικότερα την κ. Πατούλα Παρασκευή, την κ. Καραγιάννη Νατάσσα, τον κ. Σαββόπουλο Χρήστο και την κ. Κυζιρίδου Ρίτα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	σελ. 6
Abstract.....	7
Εισαγωγή.....	8
Γενικό μέρος	
1. Το θέμα της έρευνας – η αναγκαιότητα εκπόνησης της έρευνας.....	9
2. Στόχοι της έρευνας _ ερευνητικά ερωτήματα.....	10
3. Ιστορική ανασκόπηση.....	11
3.1 Μορφές πρόνοιας στην Αρχαιότητα.....	11
3.2 Μορφές πρόνοιας κατά τη Βυζαντινή περίοδο.....	12
3.3 Μορφές πρόνοιας κατά την Αναγέννηση.....	13
3.4 Πρόδρομοι της Κοινωνικής Εργασίας κατά τον 17 ^ο – 18 ^ο αιώνα (Νόμοι της Φτώχειας).....	14
3.5 Η Κοινωνική Εργασία κατά τον 19 ^ο – 20 ^ο αιώνα.....	15
4. Ιστορική Ανασκόπηση της Κοινωνικής Εργασίας στην Υγεία.....	17
4.1 Η Κοινωνική Εργασία και το επάγγελμα του Κοινωνικού Λειτουργού σήμερα...20	
4.2 Αποσαφήνιση εννοιών που σχετίζονται με την Κοινωνική Εργασία.....	22
4.3 Συμβουλευτική-ψυχοθεραπεία.....	22
4.4 Εποπτεία.....	24
5. Κοινωνικές Υπηρεσίες.....	25
6. Σημαντικοί σταθμοί στην Εξέλιξη της Κοινωνικής Εργασίας στην Ευρώπη και Διεθνώς.....	28
6.1 Η Εξέλιξη στην Εκπαίδευση και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα.....	33
6.2 Θεσμοθέτηση της επαγγελματικής Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα.....	37
6.3 Επαγγελματικές δυνατότητες των Κοινωνικών Λειτουργών.....	41
7.Υγεία και μοντέλα υγείας.....	43
7.1 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην υγεία – Οργανωτικό Πλαίσιο.....	45
Ειδικό μέρος	
8. Μεθοδολογία και υλικό μελέτης της έρευνας.....	49
8.1 Η συνέντευξη ως εργαλείο συλλογής των δεδομένων.....	50

8.2 Ο πληθυσμός της έρευνας.....	53
8.3 Το δείγμα της έρευνας	55
8.4 Η ανάλυση δεδομένων - θεωρητική τεκμηρίωση.....	57
8.5 Η ερευνητική διαδικασία	58
8.6 Η πιλοτική έρευνα - Το δείγμα της πιλοτικής έρευνας.....	59
8.7 Η ερευνητική διαδικασία της πιλοτικής έρευνας.....	59
8.8 Τα αποτελέσματα της πιλοτικής έρευνας.	59
8.9 Δυσκολίες - περιορισμοί	60
8.10 Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της έρευνας.	61
9. Η ανάλυση δεδομένων - Αποτελέσματα	62
9.1 Αντικείμενα και αρμοδιότητες.....	63
9.2 Κατηγορίες περιστατικών	64
9.3 Αιτήματα προς την Κοινωνική Υπηρεσία	65
9.4 Ικανοποίηση από την εργασία	66
9.4.1 Ευκαιρίες από το εργασιακό περιβάλλον	66
9.4.2 Απειλές από το εργασιακό περιβάλλον	67
9.5 Οι εξυπηρετούμενοι	68
9.5.1 Επίπεδο συνεργασίας.....	68
9.5.2 Προσδοκίες εξυπηρετούμενων	69
9.6 Συνεργασία με τη διοικητική διάρθρωση του Νοσοκομείου.....	70
9.6.1 Σχέση με την ιεραρχία	70
9.6.2 Σχέσεις με τις άλλες ειδικότητες του Νοσοκομείου	70
9.6.3 Βελτίωση της σχέσης με τις άλλες ειδικότητες του Νοσοκομείου.....	71
9.7 Μέθοδοι και εργαλεία των Κοινωνικών Λειτουργιών.....	72
9.7.1 Μεθοδολογία της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της Υγείας.....	73
9.7.2 Το κοινωνικό ιστορικό.....	73
9.7.3 Εργαλεία παρέμβασης.....	74
9.7.4 Καταγραφή της εξέλιξης των εξυπηρετούμενων.....	74
9.8 Συνεργασία με άλλους φορείς.....	75
9.9 Επιμόρφωση - Εποπτεία	76
9.10 Η καθημερινή πρακτική και η αποτελεσματικότητα	77
9.10.1 Αποτελεσματικότητα	78
9.11 Επαγγελματική εξουθένωση	79
9.12 Το μέλλον της Κοινωνικής Εργασίας	79

9.13 Προτάσεις	80
10. Συζήτηση-Συμπεράσματα	81
11. Προτάσεις	85
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	88
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	90
Παράρτημα Α	
Το εργαλείο της συνέντευξης.	95
Παράρτημα Β	
Το εργαλείο της συνέντευξης πριν την πιλοτική του εφαρμογή.	99
Παράρτημα Γ	
Έντυπο παραπεμπτικού.....	102
Παράρτημα Δ	
Ενημερωτική επιστολή προς τις υπηρεσίες υγείας.	103
Παράρτημα Ε	
Στατιστικά δεδομένα.....	104
Παράρτημα ΣΤ	
Προεδρικά Διατάγματα.....	109
Παράρτημα Ζ	
Ομαδοποίηση – συγκέντρωση των δεδομένων της έρευνας	118

Περίληψη

Σύμφωνα με την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού γενικά και ειδικότερα στον τομέα της Υγείας, παρουσιάζει μια διαρκή εξελικτική πορεία. Παρόλο που η εστίαση της κοινωνικής εργασίας είναι ο άνθρωπος στις διάφορες καταστάσεις της ζωής του και ιδιαίτερα σε καταστάσεις αδυναμίας, οι προτεραιότητες κατά την άσκηση της διαφέρουν από χώρα σε χώρα και από εποχή σε εποχή. Αναπόφευκτα, διαφοροποιείται και ο ρόλος που προσλαμβάνει – τόσο διαχρονικά όσο και καθημερινά – ο κοινωνικός λειτουργός στο εργασιακό του περιβάλλον.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της Υγείας σήμερα, με αναφορές από τη διεθνή πραγματικότητα, και επικέντρωση στο θεσμικό και λειτουργικό πλαίσιο και την εκπαίδευση της κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα. Παράλληλα, επιχειρείται η ανάδειξη των ποιοτικών χαρακτηριστικών της κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η ποιοτική μεθοδολογία έρευνας. Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν βιβλία, άρθρα και ηλεκτρονικές διευθύνσεις σχετικά με τις μορφές κοινωνικής πρόνοιας και της κοινωνικής εργασίας και ειδικότερα της κλινικής κοινωνικής εργασίας στον τομέα της Υγείας. Επίσης, πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις με 15 κοινωνικούς λειτουργούς Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας της Θεσσαλονίκης με κριτήρια επιλογής το φύλο, την ηλικία και τα χρόνια προϋπηρεσίας, ώστε να εξασφαλιστεί η αναγκαία αντιπροσωπευτικότητα.

Η ερευνητική προσπάθεια ανέδειξε την ανάγκη αναγνώρισης και εκσυγχρονισμού του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού, της κατάλληλης υποστήριξης του με τις απαραίτητες υλικοτεχνικές και εκπαιδευτικές υποδομές, τη θέσπιση σαφούς θεσμικού πλαισίου, την πληρέστερη στελέχωση και μεγαλύτερη ανεξαρτησία του από την ιατροκεντρική δομή των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, η ανάπτυξη υποστηρικτικών κοινωνικών δομών και η αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας με ισορροπημένη την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας θα δημιουργούσε το κατάλληλο περιβάλλον για να αξιοποιηθεί η προσφορά της επιστήμης της Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα της Υγείας.

Λέξεις κλειδιά: κοινωνική εργασία και φροντίδα υγείας, κλινική κοινωνική εργασία, ρόλος κοινωνικού λειτουργού, κοινωνική πρόνοια, κοινωνικές υπηρεσίες υγείας.

Abstract

According to Greek and international literature, the role of social workers in general and the role of clinical social workers in particular, is subject to constant change. Although the focus of social work is man in different situations in life, particularly in weakness, the priorities set during its practice differ from country to country and from era to era. Inevitably, the role the social worker takes on - over time or in everyday life - alters within the working environment.

The purpose of this study is to study the literature regarding the role of social workers in the field of Health today, with reports from the international reality and to focus on the institutional and operational framework and training of social workers in Greece. Furthermore, it attempts to highlight the qualitative features of social work in Greece. For this purpose, we have used a qualitative research methodology. The material consisted of books, articles, and internet sources examining the forms of social welfare and social work, particularly in clinical social work in the field of Health. We also conducted interviews with 15 social workers in Hospitals and Healthcare Centres in Thessaloniki. The inclusion criteria were sex, age and years of service to ensure the necessary representative sample.

The research effort highlighted the need for the recognition and modernizing of the role of social workers, its appropriate support with the necessary logistical and educational infrastructure, the establishment of a clear institutional framework, better staffing and increased independence from the doctor-centred structure of health services. In parallel, the development of supportive social structures and the restructuring of the health system with a balanced structure of primary, secondary, and tertiary health care would create the appropriate environment to develop the contribution of the science of Social Work in Healthcare.

Keywords: social work and health care, clinical social work, role of social worker, social welfare, social health services.

Εισαγωγή

Η κατάσταση της οικονομίας σήμερα επιβάλλει περικοπές, κοινωνικών και οικονομικών αγαθών, σε ευρωπαϊκό, συχνά και σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι αλλαγές που φέρνει μαζί της η παγκοσμιοποίηση λειτουργούν σε πολλές κατευθύνσεις και μεταβάλλουν το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού, αλλά και τα συστήματα υγείας με θετικό και με αρνητικό τρόπο, όπως η αύξηση σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού του προσδόκιμου επιβίωσης, η αύξηση της ανισότητας και του αριθμού των περιθωριοποιημένων και απόρων, η ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας (Χαραλάμπους, 2010).

Δεν είναι γνωστός ο συνολικός αριθμός των ανασφάλιστων-οικονομικά αδύναμων που προσέρχονται σε υπηρεσίες υγείας (Μάρδας & Αρμπουνιώτου, 1995), αποτελούν όμως, μια σημαντική κατηγορία ασθενών ανάμεσα στην ποικιλία των περιστατικών με τα οποία καλούνται να εργαστούν οι κοινωνικοί λειτουργοί. Προσδοκείται μάλιστα, από τους κοινωνικούς λειτουργούς να δώσουν λύσεις στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, αλλά και κατά την επάνοδο τους στην κοινότητα (Ζηλεμένου, 2006, 2008). Το έργο του κοινωνικού λειτουργού και ειδικά το έργο του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας δεν είναι ιδιαίτερα γνωστό στην Ελλάδα, ούτε υπάρχει αντίστοιχη ερευνητική μελέτη που να το καθορίζει.

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να περιγράψει το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας και να αναδείξει τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα, με τη διενέργεια ποιοτικής έρευνας και βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Η ποιοτική έρευνα πραγματοποιήθηκε στην πόλη της Θεσσαλονίκης με την ποιοτική μεθοδολογία έρευνας με υλικό μελέτης 15 κοινωνικούς λειτουργούς του Νομού Θεσσαλονίκης που εργάζονται σε υπηρεσίες υγείας.

Στο θεωρητικό μέρος γίνεται ανασκόπηση της εμφάνισης και εξέλιξης της κοινωνικής εργασίας από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα. Περιγράφεται η επιστήμη της κοινωνικής εργασίας και το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, αποσαφηνίζονται οι έννοιες της συμβουλευτικής-ψυχοθεραπείας και της εποπτείας που σχετίζονται με την κοινωνική εργασία. Στη συνέχεια, αναφέρονται οι κοινωνικές υπηρεσίες, γίνεται αναφορά στους σημαντικούς σταθμούς στην εξέλιξη της κοινωνικής εργασίας στην Ευρώπη και διεθνώς, καθώς και στη θεσμοθέτηση της επαγγελματικής κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα και στις επαγγελματικές δυνατότητες των κοινωνικών

λειτουργιών. Τέλος, γίνεται αναφορά σε ορισμούς και μοντέλα της υγείας και στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στην υγεία.

Θεωρητικό μέρος

1. Το θέμα της έρευνας - Η αναγκαιότητα επιπόνησης της έρευνας

Η σύγχρονη οικονομική κρίση επηρεάζει με πολλούς τρόπους τον τομέα της υγείας. Ενώ τα κονδύλια για την υγεία μειώνονται, ταυτόχρονα οι ανάγκες του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας αυξάνονται. Τα περιστατικά, για παράδειγμα, που προσέρχονται στις εφημερίες κεντρικού νοσοκομείου της Αθήνας, έχουν αυξηθεί από 1500 που ήταν το 2009 σε 2000 το 2010. Έρευνες αναφέρουν ότι έχει μειωθεί σημαντικά ο αριθμός των ανθρώπων που απευθύνονται σε ιδιωτικούς φορείς υγείας, ακόμη και για επεμβάσεις που πρέπει να γίνουν άμεσα (Νέα Υγείας, 2010).

Παλαιότερες έρευνες έχουν δείξει ότι η ανεργία με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των πληθυσμών συνδέονται στενά. Αρκετά προβλήματα υγείας, επίσης, σχετίζονται με την οικονομική κρίση, όπως οι αγχώδεις διαταραχές, οι καταθλιπτικές διαταραχές, οι απόπειρες αυτοκτονίας, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και τα ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως δερματίτιδα, έλκος, κολίτιδα. Σημαντικός αριθμός εργαζομένων σήμερα νιώθει ανασφάλεια, ενώ το μεγαλύτερο πλήγμα στην υγεία δέχονται οι ασθενέστεροι οικονομικά, ή όσοι κινδυνεύουν περισσότερο να μείνουν άνεργοι, σύμφωνα με τον καθηγητή κοινωνικής ιατρικής Τούντα: «η φτώχεια είναι η μεγαλύτερη απειλή για την υγεία». Οι παρούσες οικονομικές δυσχέρειες καθιστούν ακόμη πιο επιτακτική την αναγκαιότητα μείωσης των ανισοτήτων στην υγεία (Τούντας, 2004· Κυριόπουλος, 2009).

Σύμφωνη με την αναγκαιότητα μείωσης των ανισοτήτων είναι και η θέσπιση του 2010 ως Ευρωπαϊκού έτους για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, με τις καταπατήσεις ωστόσο, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων να συνεχίζονται, όπως αναφέρει και το ελληνικό τμήμα της Διεθνούς Αμνηστίας (Διεθνής Αμνηστία, www.amnesty.org.gr).

Οι αρχές των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και η Κοινωνική Δικαιοσύνη αποτελούν τα θεμέλια της κοινωνικής επιστήμης της κοινωνικής εργασίας, που στοχεύει στην εξάλειψη των κοινωνικών διακρίσεων και στην κοινωνική ανάπτυξη και ευημερία όλου του πληθυσμού. Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι οι επαγγελματίες που εστιάζουν

τη δράση τους στην υποστήριξη των φτωχών και ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων, ενώ αποτελούν και μέρος του συστήματος της κοινωνικής πρόνοιας. Στον τομέα της υγείας οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι υπάλληλοι των υπηρεσιών υγείας, ενώ εργάζονται, όπως έχουν εκπαιδευτεί, για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των χρηστών των υπηρεσιών, δηλαδή, των ασθενών (Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Κύπρου, 2009· Ζωγράφου, 2002).

Οι εξυπηρετούμενοι των υπηρεσιών υγείας είναι συχνά, άτομα κοινωνικά αποκλεισμένα με σοβαρά και πολλαπλά προβλήματα (υγείας, οικονομικά, κοινωνικά, ψυχολογικά) και οι κοινωνικοί λειτουργοί, όπως αναφέρουν οι ίδιοι που εργάζονται στο χώρο της υγείας, αμέσως μετά τους γιατρούς και τους νοσηλευτές που έχουν ως αντικείμενο την κατάσταση της υγείας των προσερχόμενων, καλούνται να δώσουν λύσεις. Η διάσταση που έχει να προσφέρει η κοινωνική εργασία στις υπηρεσίες υγείας είναι ο ψυχοκοινωνικός προσδιορισμός της υγείας, χωρίς να παραβλέπει τη βιολογική διάσταση του ανθρώπου, αλλά ούτε και να αρκείται σε αυτή, συσχετίζοντας τη με τις ψυχοκοινωνικές συνθήκες του ατόμου (Ζηλεμένου, 2006).

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να περιγράψει την άσκηση της κοινωνικής εργασίας στον τομέα της υγείας και τον τρόπο που υλοποιείται από την οπτική των εργαζόμενων κοινωνικών λειτουργών.

2. Στόχοι της έρευνας - ερευνητικά ερωτήματα

Μια πληρέστερη εικόνα των στόχων της έρευνας μπορούν να μας δώσουν τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν. Συγκεκριμένα:

- a. Πως βιώνουν οι κοινωνικοί λειτουργοί την καθημερινή τους εργασία στις υπηρεσίες υγείας;
- b. Ποιες είναι οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εκτελούν το έργο τους;
- c. Τι είδους προβλήματα αντιμετωπίζουν;
- d. Τι είδους στήριξη και ποιες δυνατότητες υλοποίησης του έργου τους προσφέρονται από τους φορείς στους οποίους υπάγονται;
- e. Ποιοι είναι οι φορείς με τους οποίους συνεργάζονται και πόσο αποτελεσματική είναι η συνεργασία τους;
- f. Πως προσδιορίζονται οι σχέσεις συνεργασίας με τους άλλους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας;

3. Ιστορική ανασκόπηση

Οι απαρχές της Κοινωνικής Εργασίας έχουν σχέση με την ιουδαϊκή και χριστιανική θρησκεία και την αγαθοεργία. Η κοινωνική εργασία γεννήθηκε από την ανάγκη αντιμετώπισης ζητημάτων επιβίωσης ατόμων ή ομάδων, εξαιτίας περιστασιακών ή μη γεγονότων που κυριαρχούσαν στις ζωές τους και τις διατάραζαν, όπως πόλεμοι και μεγάλες καταστροφές. Η ιστορία της δεν αποτελεί παρά κομμάτι της ιστορίας της κοινωνικής πρόνοιας, η οποία εντάσσεται και εκείνη στην οικονομική, κοινωνική και πολιτική εθνική και παγκόσμια ιστορία (Καλλινικάκη, 1998).

Από την ιστορική αναδρομή στις βιβλιογραφικές αναφορές που αφορούν την αφετηρία της κοινωνικής εργασίας, απουσιάζουν τελείως οι αναφορές για προνοιακές μορφές πριν από τους νόμους της φτώχειας που ορίστηκαν τα έτη 1529, 1601, 1834. Έχει επικρατήσει αυτοί οι νόμοι να θεωρούνται ορόσημο, επειδή θεσμοθέτησαν την υποχρέωση του κοινωνικού συνόλου να καταβάλλει φόρους για να βοηθήσει τους φτωχούς. Παρόλο που δεν υπάρχουν νωρίτερα άμεσες αναφορές για την κοινωνική εργασία, ωστόσο, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η οργανωμένη φιλανθρωπία, που είναι και ο πρόδρομος του επαγγέλματος, λαμβάνει χώρα πολύ πριν τον 16^ο αιώνα με σημαντικές υποδομές και παροχές, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση του Βυζαντίου.

3.1 Μορφές κοινωνικής πρόνοιας στην Αρχαιότητα

Δομές κοινωνικής φροντίδας, αναφέρει η Στασινοπούλου (1992) υπήρχαν στις προκαπιταλιστικές κοινωνίες με πρωτοβουλίες της εκκλησίας, των τοπικών κοινοτήτων, επαγγελματικών ομάδων (συντεχνίες) και της εκάστοτε άρχουσας τάξης. Οι νομοθεσίες αρχαίων λαών περιλαμβάνουν ήδη μέτρα πρόνοιας για όσους δεν καλύπτονται από την οικογένεια όπως «στους Σουμέριους, στους Βαβυλώνιους, στους Αιγυπτίους, στους Φοίνικες, στους Ιουδαϊκούς νόμους, στη βουδιστική θρησκεία και στα διδάγματα του Κομφούκιου στην Κίνα».

Σύμφωνα με τον Pantazi (2007), η κοινωνική εργασία στην Ελλάδα είχε ως αφετηρία της την αρχαιότητα. Στην αρχαία Ελλάδα οι νόμοι του Σόλωνα (593 π.Χ.) προστάτευαν τους φτωχούς με μέτρα για την πώληση-εξαγωγή βασικών ειδών διατροφής. Διανομές αγαθών, συντάξεις για ανάπηρους πολέμου και ορφανά με τους νόμους του Πεισίστρατου, οικονομικές ενισχύσεις για τους φτωχούς, χρήματα για παρακολούθηση θεατρικών παραστάσεων ήταν μόνο κάποια από αυτά τα μέτρα. Δωρεάν περίθαλψη και περιοδεύοντες γιατροί για παιδιά και άπορους αναφέρονται από τον Ιπποκράτη (Στασινοπούλου, 1992· Κατσίμαρδος, 2008). Ιατρική φροντίδα,

αλλά και περιστασιακά ένα είδος αποζημίωσης από τον αυτοκράτορα έπαιρναν οι ρωμαίοι στρατιώτες που οι τραυματισμοί τους οδηγούσαν σε αναπηρίες και παρέμεναν για όσο διάστημα χρειάζονταν μακριά από τα σπίτια τους σε κοιτώνες, στα λεγόμενα στρατιωτικά *valetudinaria* ή στα Ασκληπιεία. Η αλληλεγγύη που ανέπτυσαν μεταξύ τους, η ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων και το θεϊκό στοιχείο που προσέφερε την ιαματική φύση της σχέσης με το θεραπευτήριο, συνέβαλαν πέρα από την αποκατάσταση της υγείας στη νοσηματοδότηση της ασθένειας και στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης των ασθενών (Risse, 2009).

Το οικονομικό και πολιτικό άσυλο που προσέφεραν οι ναοί και τα άσυλα μπορούσαν να θεωρηθούν ως επέκταση του ρόλου της «πρόνοιας», που κατά κύριο λόγο είχε στη ρωμαϊκή κοινωνία ο *pater familias*, στοιχείο που συναντά κανείς και στην ελληνική κουλτούρα, η φιλανθρωπία δηλαδή, να αποτελεί οικογενειακή υπόθεση. Παρόλη την αδυναμία της ρωμαϊκής κοινωνίας να αναπτύξει συνείδηση προς τους φτωχούς πολίτες, οργανωμένη κυρίως ως κοινωνία σκλάβων, λαμβάνονταν έκτακτα μέτρα για την αποφυγή της εξαθλίωσης των μαζών σε εποχές κρίσεων ή με την αφορμή θρησκευτικών εορτών. Στην αρχαία Αίγυπτο, αντίθετα, η πρόνοια υπήρχε και ως σταθερή πολιτική των κυβερνόντων απέναντι, όμως, σε ένα λαό χωρίς δικαιώματα και εξουσίες και ενισχύονταν από τις θρησκευτικές αξίες μεταθανάτιας αξιολόγησης των πιστών. Η ίδια αντίληψη και τακτική επικρατούσε και στο αρχαίο Ισραήλ, όπου οι φτωχοί αποτελούσαν τον εκλεκτό λαό του θεού, κεντρική πεποίθηση της ιουδαιοχριστιανικής πρόνοιας. Οι χριστιανικές κοινότητες άρχισαν να αναπτύσσουν φιλανθρωπικές δράσεις για τους φτωχούς, καθώς εξαπλώνονταν στο ρωμαϊκό κράτος (Risse, 2009).

Το κράτος πρόνοιας στην Ευρώπη, σύμφωνα με τους Νικολόπουλο και συν. (2009) είχε τα θεμέλια του στην κλασική Αθήνα, στις παροχές ιατρικής φροντίδας των λεγεωνάριων της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας, στα Βυζαντινά χριστιανικά ιδεώδη για προσφορά και αλληλοβοήθεια. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της ελληνιστικής περιόδου, κατά την οποία μπορούσε να συναντήσει κανείς την ιδιότητα του γιατρού ως επάγγελμα που προσέλκυε το θαυμασμό και συνδέονταν με δημόσιες υποθέσεις, ενώ στη Δύση το 80% των γιατρών δεν είχαν πλήρη πολιτικά δικαιώματα και τους αποδίδονταν διακρίσεις, κυρίως ανάμεσα στις οργανώσεις των απελευθερωμένων σκλάβων (Risse, 2009).

3.2 Μορφές κοινωνικής πρόνοιας κατά τη Βυζαντινή περίοδο

Το Βυζαντινό Κράτος, αντίθετα με το τι συνέβαινε αντίστοιχα στις Ευρωπαϊκές χώρες κατά το μεσαίωνα, προώθησε τον συντονισμό και την εξειδίκευση,

εκπαιδεύοντας εθελοντές για να παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, θέσπισε τη δωρεάν περίθαλψη και έθεσε σε λειτουργία ιδρύματα όπως νοσοκομεία, ορφανοτροφεία, δημόσια πανδοχεία, σχολεία, γηροκομεία κλπ. τα οποία επιτρέπουν να διακρίνει κανείς μια μορφή κράτους πρόνοιας στη Βυζαντινή αυτοκρατορία. Διαπιστώθηκαν, επίσης, πρώιμες, μορφές ισονομίας, και ισχυρή θέση της γυναίκας στη Βυζαντινή κοινωνία (Καραμπελιάς, 2010).

Ακόμα και οργανωμένες δράσεις ψυχοκοινωνικής στήριξης συναντούσε κανείς στα βυζαντινά χρόνια, σε συνδυασμό με την άνθιση της ιατρικής επιστήμης και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Ιδιαίτερα μέτρα κοινωνικής προστασίας λαμβάνονταν για ευάλωτες ομάδες πληθυσμού (εγκύους, ηλικιωμένους, ορφανά, τυφλούς, άλαλους), όπως ο θεσμός του επιτρόπου-κηδεμόνα. Η υποχρέωση των γονέων στην παροχή περίθαλψης στα παιδιά και αντίστροφα και η διαδεδομένη εφαρμογή ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων από πατέρες της εκκλησίας, ήταν κάποιες από αυτές (Θεοχαράκης-α, 2003· Θεοχαράκης-β, 2003).

Κατά τη διάρκεια της Οθωμανικής κυριαρχίας στην Ελλάδα (1453-1831), δεν υπήρχε επίσημη κοινωνική πρόνοια για τους Έλληνες. Ωστόσο, όπως και στα χρόνια του Βυζαντίου, σημαντική ήταν η ενεργοποίηση της εκκλησίας, των ελληνικών κοινοτήτων, των συντεχνιών και συνεταιρισμών που ανέπτυσαν δραστηριότητες σχετικές με την προστασία των φτωχών και των ατόμων με αναπηρία (Pantazis, 2007).

3.3 Μορφές κοινωνικής πρόνοιας κατά την Αναγέννηση

Στην Αναγέννηση άρχισε να αλλάζει η αντίληψη για την κοινωνική πρόνοια. Διαμορφώθηκε σταδιακά η έννοια των ατομικών δικαιωμάτων και αναδείχθηκε η αξία της πρόληψης και της εξατομίκευσης της βοήθειας, ενώ η έννοια της φιλανθρωπίας σχετιζόταν πλέον με θέματα οργάνωσης της εργασίας. Ενδεικτικά, μπορεί να αναφερθεί το έργο του ιδρυτή του Τάγματος των Αδερφών του Ελέους, ιερωμένου και αγίου της καθολικής εκκλησίας, προστάτη των φτωχών Saint Vincent de Paul (1581-1660) και του ισπανού λόγιου και ανθρωπιστή Juan Luis Vives (1493-1540), γνωστού για τα βιβλία του σχετικά με την εκπαίδευση των γυναικών και παιδιών και την ανακούφιση των φτωχών. Μπορεί μάλιστα να πει κανείς ότι ο προαναφερόμενος «ανέπτυξε αρχές κοινωνικής εργασίας με έμφαση στην εξατομίκευση της βοήθειας, ύστερα από διερεύνηση και κατανόηση των ατομικών και κοινωνικών αιτιών του προβλήματος» (Στασινοπούλου, 1992). Ο ιστορικός της

ψυχιατρικής Zilboorg (1941) στο έργο του «Ιστορία της Ιατρικής Ψυχολογίας» ανέφερε τον ισπανό λόγιο Juan Luis Vives ως πατέρα της ψυχανάλυσης.

3.4 Πρόδρομοι κοινωνικής εργασίας κατά τον 17^ο – 18^ο αιώνα (Νόμοι της Φτώχειας)

Προσεγγίζοντας τον 18^ο αιώνα, σημαντικό ρόλο στην Ευρώπη διαδραμάτισαν οι κοινωνικές αρχές της Γαλλικής Επανάστασης για ισότητα, αδελφοσύνη, αλληλεγγύη και οι συνεχείς μεταρρυθμίσεις για το κλείσιμο των ασύλων και την πάταξη της φτώχειας και των φαινομένων επαιτείας (Νικολόπουλος και συν, 2009).

Οι Νόμοι της Φτώχειας (Poor Laws), εκτός από τη Γερμανία το 1529, απαντιόνταν στα πρωσικά κράτη από το 1794 και στην Αγγλία με την βασίλισσα Ελισάβετ από το 1601 ως το 1834. Τον 16^ο αιώνα η Αγγλία είχε μετατρέψει μεγάλες εκτάσεις γης σε εκτροφεία προβάτων, δημιουργώντας μια υποβαθμισμένη τάξη περιπλανώμενων φτωχών. Η κατάσταση των φτωχών επιδεινώθηκε από τη ραγδαία αύξηση του πληθυσμού που συνοδεύτηκε από θανατηφόρους λιμούς το έτος 1591. Οι νέοι νόμοι συστηματοποίησαν υφιστάμενες νομοθεσίες για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση και θέσπισαν για πρώτη φορά κριτήρια διαχωρισμού του πληθυσμού των φτωχών ανάλογα με την ικανότητα εργασίας, ενώ, παρόλη την παρουσία των πτωχοκομείων, η παροχή βοήθειας η οποία προέρχονταν από φόρους, δίνονταν κυρίως μέσα στην κοινότητα. Όσων φτωχών όμως, η κατάσταση της υγείας τους, η ηλικία τους ή η οκνηρία τους δεν τους επέτρεπε να εργαστούν, φιλοξενούνταν σε νοσοκομεία, ορφανοτροφεία ή σπίτια εργασίας, αντίστοιχα. Όσοι φτωχοί διέμεναν σε σπίτια εργασίας εξαναγκάζονταν συχνά σε εργασία. Οι Νόμοι της Φτώχειας, μέσω των μεταναστών από την Αγγλία, άσκησαν σημαντική επιρροή στις αντιλήψεις που επικρατούσαν στις ΗΠΑ, όπου λειτουργούσαν ιδρύματα για τους φτωχούς με τη μορφή πτωχοκομείων από το 1657 (Bloy, 2005).

Παρόμοια, ιδρύματα με τα πτωχοκομεία, λειτουργούσαν το 18^ο αιώνα στο Αμβούργο της Γερμανίας, στην Ολλανδία στις αποικίες των φτωχών υπό τη σκέπη του πρίγκιπα Φρειδερίκου, στην Ιταλία ως δημόσια εργαστήρια. Ταυτόχρονα, αναπτύχθηκαν παιδικοί σταθμοί, νοσοκομεία και μονάδες προστασίας ατόμων με αναπηρία στην Ελβετία, ενώ στην υπό τουρκική κυριαρχία Ελλάδα, αξιόλογη δράση προνοιακού χαρακτήρα αναλάμβανε η εκκλησία μέσω των μοναστηριών, εύποροι Έλληνες του εξωτερικού και συντεχνίες, όπως τα φημισμένα Αμπελάκια (1788-1811) με

συμμετοχή γυναικών και παιδιών και από κοινού διαχείριση των οικονομικών (Στασινοπούλου, 1992).

Η μετανάστευση, συνοδευόμενη από τη ραγδαία αστικοποίηση και εκβιομηχάνιση και η καμπή της οικονομίας του 1870 στις ΗΠΑ μεγέθυναν τα αστικά κοινωνικά προβλήματα: ανεργία, ταραχές και απεργίες. Ανώτεροι υπάλληλοι σοκαρισμένοι και φοβισμένοι από τη φτώχεια, τη γενική ανησυχία, επέκτειναν τις τοπικές προσπάθειες ανακούφισης, ελπίζοντας να αποκαταστήσουν την κοινωνική τάξη. Μια νέα κίνηση φιλανθρωπικών οργανισμών άρχισε να κάνει την εμφάνισή της και να ξεχωρίζει από τις ανεπαρκείς και φτωχά οργανωμένες ως τότε προσπάθειες. Οι φιλανθρωπικοί οργανισμοί στην Αγγλία και την Αμερική δημιουργήθηκαν για να αναδιοργανώσουν τις δημόσιες και ιδιωτικές πηγές, που είχαν πολλαπλασιαστεί τη δεκαετία του 1870. Οι επικεφαλής τους πίστευαν ότι η φτώχεια μπορούσε να ξεριζωθεί περισσότερο διαμέσου σχεδιασμένης παρέμβασης ή θεραπείας, παρά με την παροχή αποκλειστικά και μόνο άμεσης ανακούφισης και αυτό το έργο ανέλαβαν οι φιλικοί επισκέπτες (Ehrenreich, 1985).

3.5 Η Κοινωνική εργασία κατά τον 19^ο – 20^ο αιώνα

Οι φιλικοί επισκέπτες δρούσαν τις περιόδους 1850-1900 και μέχρι το 1925 στις ΗΠΑ. Οι προαναφερόμενοι φιλικοί επισκέπτες ήταν γυναίκες εθελόντριες ή ιεραπόστολοι, μέλη ή ιδρυτικά στελέχη των φιλανθρωπικών οργανώσεων και προέρχονταν κυρίως από την ανώτερη κοινωνική τάξη της Αγγλίας και των ΗΠΑ. Οι φιλικοί επισκέπτες πρώτα μελετούσαν και ερευνούσαν τις αιτήσεις για ανακούφιση, ξεχώριζαν τους παραλήπτες, σε αυτούς που άξιζαν και σε αυτούς που δεν άξιζαν βοήθεια και μετά τους εξυπηρετούσαν, παραπέμποντας τους ανάλογα. Όσοι κρίνονταν ότι δεν ήταν άξιοι (σύμφωνα με τις αξίες των νόμων της φτώχειας), δηλαδή οι ιεπαίτες, αναγκάζονταν να εγκατασταθούν σε σπίτια εργασίας προκειμένου να βελτιώσουν τη συμπεριφορά τους. Όσοι ήταν ικανοί για εργασία, προτρέπονταν να την αναλάβουν, καθώς και όλες τις ευθύνες που τους αναλογούσαν για τους ίδιους και τις οικογένειες τους (Καλλινικάκη, 1998· Ehrenreich, 1985).

Οι φιλικοί επισκέπτες δέχθηκαν κριτική για υιοθέτηση του κοινωνικού δαρβινισμού ως άλλοθι για την απόφαση της μη παροχής βοήθειας σε κάποιες ομάδες πληθυσμού (Ambrosino et al, 2008). Τα σπίτια εργασίας στις αρχές του 20^{ου} αιώνα στην Αγγλία φιλοξενούσαν μεγάλο αριθμό τροφίμων, αποτελούμενο από ανομοιογενή πληθυσμό

και με όχι και τόσο καλές συνθήκες διαβίωσης, ειδικά για τα παιδιά, θυμίζοντας την ατμόσφαιρα του γνωστού μυθιστορήματος του Charles Dickens, «Oliver Twist» (Copeman, 1948).

Η δράση όμως, που παρουσίαζαν οι φιλικόι επισκέπτες έφερε σε επαφή πολλά μέλη της ανώτερης κοινωνικής τάξης με τις υπόλοιπες και έτσι μερικοί επισκέπτες άρχισαν να αντιλαμβάνονται ότι παράγοντες όπως εργασιακές συνθήκες εκμετάλλευσης και εργατικά ατυχήματα είχαν μεγαλύτερο ποσοστό ευθύνης για τη φτώχεια, απ' ότι τα στοιχεία του χαρακτήρα ή η έλλειψη ηθικής από τη μεριά των φτωχών. Οι στάσεις και οι πολιτικές των φιλανθρωπικών οργανισμών άρχισαν να αλλάζουν, οι επαγγελματίες στη προσέγγισή τους έγιναν πιο συστηματικοί και επεκτάθηκε η κοινή εντύπωση ότι οι επισκέπτες χρειάζονταν εκπαίδευση. Σε άρθρο της το 1897 η κοινωνική λειτουργός Mary Richmond αναφέρθηκε στο δικαίωμα όσων ασκούν κοινωνική εργασία να διεκδικήσουν επιπλέον εκπαίδευση και επαγγελματική εξέλιξη, αλλά και αξιοπρεπείς μισθολογικές αμοιβές (Ehrenreich, 1985· Rutgers University for International Social Work, 2008). Το 1900 άρχισαν να αντικαθίστανται από αμειβόμενο προσωπικό και από αποφοίτους των πρώτων σχολών κοινωνικής εργασίας (1898) (Καλλινικάκη, 1998).

Η κοινωνική λειτουργός Jane Adamms, μία από τις πρώτες γυναίκες που βραβεύτηκε με το Βραβείο Νόμπελ Ειρήνης, η οποία αποτέλεσε πρότυπο για την Cannon, που θα αναφερθεί στη συνέχεια, συνέβαλε στη δημιουργία της κίνησης κοινωνικής αποκατάστασης για την υποστήριξη των μεταναστών, γνωστή ως settlement house movement, όπου επικρατούσε μια πιο ολιστική αντιμετώπιση των φτωχών, χωρίς τιμωρητικό χαρακτήρα και διαχωρισμό σε αυτούς που αξίζουν ή όχι βοήθεια. Το πρώτο κοινοτικό κέντρο που λειτούργησε ήταν το Toynbee Hall (1884) στο Λονδίνο και ακολούθησαν και άλλα στις ΗΠΑ, όπως το Hull House στο Σικάγο (1889) με πρωτοστάτρια την Jane Adamms. Η κίνηση κοινωνικής αποκατάστασης αντί να προσπαθήσει να αλλάξει τις «μεμπτές» συμπεριφορές των φτωχών, προσπαθούσε να αλλάξει τις γειτονιές, επεκτείνοντας τις εκπαιδευτικές και άλλες ευκαιρίες του πληθυσμού για ανάπτυξη, θέτοντας παράλληλα ζητήματα κοινωνικής δικαιοσύνης: σύνθημα τους η «βοήθεια των ανθρώπων να βοηθήσουν τον εαυτό τους (Ambrosino et al, 2008· Παπαδοπούλου, 1993).

Οι φιλικόι επισκέπτες και η κίνηση κοινωνικής αποκατάστασης, βρισκόμενες και σε ιδεολογική αντιπαράθεση, παράγααν τη γέννηση του επαγγέλματος της κοινωνικής

εργασίας και τον μετέπειτα διαχωρισμό της στις μεθόδους κοινωνικής εργασίας με άτομα, κοινωνικής εργασίας με ομάδες και με την κοινότητα. Κοινωνική εργασία με ομάδες και κοινωνική εργασία με την κοινότητα εφάρμοζε, ήδη, η κίνηση κοινωνικής αποκατάστασης από το 1909 στα πρώτα κοινοτικά κέντρα (Καλλινικάκη, 1998· Ambrosino et al, 2008· Παπαδοπούλου, 1993)

3. Ιστορική ανασκόπηση της Κοινωνικής Εργασίας στην Υγεία

Η Κοινωνική Εργασία στην Υγεία πρωτοεμφανίστηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, την ίδια εποχή που οι γιατροί άρχισαν να αντιλαμβάνονται ότι οι συνθήκες ζωής και τα προσωπικά προβλήματα των ασθενών, αποτελούσαν παράγοντες για την ασθένεια και τη θεραπεία τους. Οι ασθενείς συχνά υπέφεραν από σύφιλη και φυματίωση με σοβαρές συναισθηματικές και οικονομικές επιπτώσεις στους ίδιους και στις οικογένειες τους και έχρηζαν μακράς διάρκειας νοσηλεία, ενώ κοινωνικά προβλήματα όπως εγκυμονούσες άγαμες μητέρες άπτονταν κοινωνικής μέριμνας (Social Service of Massachusetts Hospital, 2005· Beder, 2006).

Ο Dr. Richard C. Cabot, προϊστάμενος της ιατρικής υπηρεσίας στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, πρώτος συνέλαβε την ιδέα της εισαγωγής μη ιατρικής παρουσίας στο Νοσοκομείο. Με την ειδικότητα του παθολόγου, συνειδητοποίησε ότι ο ίδιος και οι συνάδελφοι του γιατροί δεν ήταν σε θέση να γνωρίζουν στοιχεία για τη ζωή των ασθενών τους στον προσωπικό τους χώρο, τις οικογενειακές τους σχέσεις και τις συνθήκες εργασίας τους, αγνοώντας έτσι σημαντικούς παράγοντες της ασθένειάς τους. Αποφάσισε, λοιπόν, το 1905 να εισαγάγει κοινωνικούς λειτουργούς στο νοσοκομείο για να συνεργαστούν με τους παθολόγους, για την επίλυση των κοινωνικών προβλημάτων των ασθενών, τα οποία σχετίζονταν με την ασθένεια τους και τη θεραπευτική αγωγή. Μέριμνα των κοινωνικών λειτουργών θα ήταν, σε συνεργασία με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, να βοηθήσουν τους ασθενείς να προσαρμοστούν στο Νοσοκομείο παρέχοντας τους πληροφορίες και καθησυχάζοντας τους, ενώ συγχρόνως τους εξηγούσαν τον αντίκτυπο της ασθένειας και εξέθεταν λεπτομερώς τι συνεπάγεται η παραμονή τους στο Νοσοκομείο. Παράλληλα, στόχος τους ήταν να εργαστούν για την τροποποίηση κάθε κοινωνικού, περιβαλλοντικού ή συναισθηματικού

προβλήματος που θα μπορούσε να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην κατάσταση της υγείας τους (Beder, 2006).

Την πρώτη θέση νοσοκομειακού κοινωνικού λειτουργού ανέλαβε μια νοσηλεύτρια, η Garnet Pelton η οποία είχε ως καθήκοντα να υποβάλλει εκθέσεις στους γιατρούς σχετικά με τις οικιακές και κοινωνικές συνθήκες των ασθενών, να βοηθά τους ασθενείς να τηρούν τις οδηγίες των γιατρών και να αποτελεί ένα σύνδεσμο ανάμεσα στο Νοσοκομείο και τις υπηρεσίες και οργανισμούς της κοινότητας. Το 1914, το Νοσοκομείο επίσημα αναγνώρισε την δραστηριότητα των κοινωνικών λειτουργών στους θαλάμους και στην Cannon δόθηκε ο τίτλος της προϊσταμένης των «Κοινωνικών Υπηρεσιών». Το 1919 το συμβούλιο επιτρόπων του Γενικού Νοσοκομείου της Μασαχουσέτης ψήφισε να γίνει το Τμήμα της Κοινωνικής Υπηρεσίας ένα αναπόσπαστο μέρος του Νοσοκομείου και άλλα Νοσοκομεία άρχισαν να εξερευνούν τις δυνατότητες να καθιερώσουν τέτοια θέση (Beder, 2006).

Το 1906 η Ida Cannon διαδέχθηκε την Pelton. Η Ida Cannon είχε πολυετή εμπειρία ως νοσηλεύτρια και είχε σπουδάσει ψυχολογία και κοινωνιολογία κατά την πανεπιστημιακή της εκπαίδευση. Η πολύχρονη εμπειρία της με επισκέψεις στα σπίτια φτωχών οικογενειών της Μινεσότα, την είχε βοηθήσει να κατανοεί τη σύνδεση που υπάρχει ανάμεσα στα κοινωνικά προβλήματα και στην ασθένεια. Από την ίδρυση της η κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου αποτέλεσε ένα διεπιστημονικό τμήμα, περιλαμβάνοντας παθολόγους, νοσηλευτές, εκπαιδευτικούς και εθελοντές στις δράσεις της (Social Service of Massachusetts Hospital, 2005).

Ορισμένες από τις δραστηριότητες που ανέπτυξε το τμήμα της Κοινωνικής Υπηρεσίας ήταν: Επιτροπή του τμήματος της κοινωνικής υπηρεσίας ερευνούσε τα κοινωνικά συστατικά της φυματίωσης και πιθανούς τρόπους πρόληψης και στη συνέχεια διατύπωνε προτάσεις που αποτέλεσαν αναπόσπαστα τμήματα της ιατρικής περίθαλψης. Οργάνωσαν μαθήματα πηλού για ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς, εκπαίδευση υγιεινής για έφηβες και νέες μητέρες, συνεργάστηκαν με ξενώνες, ερεύνησαν τα αποτελέσματα της δηλητηρίασης από μόλυβδο και άσκησαν ισχυρή συνηγορία για αδύναμους οικονομικά ασθενείς. Εγκαθίδρυσαν διαδικασίες συνεχόμενης εποπτείας και εκπαίδευσης, συνεργάστηκαν με κοινωνικούς ερευνητές και γενικά συνδύασαν στο τμήμα την κλινική πρακτική με την πολιτική δράση και την εργασία στην κοινότητα (Social Service of Massachusetts Hospital, 2005). Σταθμό για την εξέλιξη της κοινωνικής εργασίας στην υγεία αποτέλεσε επίσης το

βιβλίο που έγραψε η Mary Richmond (1917) με τίτλο «Κοινωνική Διάγνωση» (Rutgers University for International Social Work, 2008).

Αξίζει, επίσης, να αναφερθεί ότι η πρώτη ανθρώπινη προσέγγιση των ψυχικά ασθενών πραγματοποιήθηκε στη Γαλλία από τον Fillipe Pinel, διευθυντή δύο νοσοκομείων για ψυχικά ασθενείς, ο οποίος εισήγαγε το 1793 μια πιο ανθρώπινη αντιμετώπιση των ασθενών, προσφέροντας ελπίδα, καθοδήγηση, υποστήριξη και φροντίδα με σεβασμό, σε μικρά οικογενειακής μορφής ιδρύματα. Η κίνηση για ανθρώπινη φροντίδα των ψυχικά ασθενών μεταφέρθηκε στη συνέχεια στις ΗΠΑ, αλλά δεν πραγματοποιήθηκε κάποια αλλαγή στις πρακτικές, πριν τις επανειλημμένες ενέργειες μιας εκπαιδευτικού, της Dorothea Dix το 1840, η οποία έγραψε σχετικά άρθρα, πραγματοποίησε ομιλίες και συναντήσεις με κυβερνητικούς εκπροσώπους (Ambrosino et al, 2008).

Άλλες χώρες ακολούθησαν στην ίδρυση Κοινωνικών Υπηρεσιών σε υπηρεσίες υγείας πχ στην Ιρλανδία με πρωτοβουλία του γιατρού Ella Webb, ο οποίος ίδρυσε ιατρείο το 1918 για άρρωστα παιδιά στο Νοσοκομείο Adelaide στο Δουβλίνο και συνεργάστηκε με τον κοινωνικό λειτουργό Winifred Alcock (Kearney, 2005).

Εντωμεταξύ, τα τμήματα της Κοινωνικής Εργασίας στις ΗΠΑ επεκτάθηκαν σε 100 νοσοκομεία το 1913 και 400 νοσοκομεία το 1923. Το 2002 πάνω από το ένα τέταρτο από τους 447.000 κοινωνικούς λειτουργούς στις ΗΠΑ, δούλευαν σε νοσοκομεία (Beder, 2006). Η αύξηση του πληθυσμού τον 20^ο αιώνα, η επέκταση του οδικού δικτύου, ο αριθμός των αυτοκινήτων, η ανάπτυξη της τουριστικής βιομηχανίας και οι αυξημένες μετακινήσεις οδήγησαν σε περισσότερα αυτοκινητιστικά δυστυχήματα που με τη σειρά τους προκάλεσαν σοβαρούς μακροχρόνιους τραυματισμούς που απαιτούσαν υψηλές δαπάνες. Οι κοινωνικοί λειτουργοί από ρόλο ελεγκτή / διαμεσολαβητή / παιδαγωγού / διαιτητή απέκτησαν ενεργό ρόλο στην αποκατάσταση (Risse, 2009).

Αν και έχουν συμβεί αρκετές αλλαγές με την πάροδο των ετών, ο βασικός προσανατολισμός, όπως τον είχε προβλέψει ο Cabot, και πήρε μορφή από την Cannon και άλλους, έχει παραμείνει ο ίδιος. Αυτό που απομένει από την πρωτοπόρα δουλειά τους είναι η ανάγκη να δει κανείς τους ασθενείς, ως μέρη των συνδεδεμένων συστημάτων που περιλαμβάνουν την στενή οικογένεια και επεκτείνονται για να συμπεριλάβουν την κοινότητα που τους περιβάλλει και την ευρύτερη πολιτική κοινότητα, η οποία οφείλει να παρέχει φροντίδα, αξιοπρεπείς μισθούς και συνθήκες

διαβίωσης. Αυτό που έχει αλλάξει είναι ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί δε θεωρούνται πλέον ως υπηρέτες των γιατρών, δίνουν έμφαση στην επαγγελματική τους ανεξαρτησία και συμμετέχουν σε συνεργατικές και ομαδικές δράσεις (Social Service of Massachusetts Hospital, 2005· Beder, 2006).

4.1 Η Κοινωνική Εργασία και το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού σήμερα

Η κοινωνική εργασία ως αυτοτελή εφαρμοσμένη επιστήμη περιλαμβάνει το θεωρητικό, το εμπειρικό και το εφαρμοσμένο σκέλος. Ταυτόχρονα, η κοινωνική εργασία αποτελεί και οφείλει να αποτελεί ένα φαινόμενο κοινωνικό, που ανταποκρίνεται στις εκάστοτε κοινωνικές συνθήκες και ανάγκες. Η διατύπωση ενός κοινά αποδεκτού, πλήρους ορισμού της κοινωνικής εργασίας χωρίς παραλείψεις και επαναλήψεις, συχνά καθίσταται δύσκολη, λόγω του εύρους του αντικειμένου που αφορά σε όλο το φάσμα των κοινωνικών προβλημάτων και σε όλους τους κοινωνικούς σχηματισμούς, αλλά και λόγω της διαφοροποίησης που παρουσιάζει η προσέγγιση της κοινωνικής εργασίας από τόπο σε τόπο και από εποχή σε εποχή (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2006). Η Perlman (1957) αναφέρει «πως μια απόπειρα να ορίσει κανείς την κοινωνική εργασία απαιτεί κουράγιο, παρόρμηση ή ίσως και τα δύο μαζί», αλλά και μεταγενέστεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι «η κοινωνική εργασία δεν μπορεί εύκολα να οριστεί, μιας και δεν έχει σαφή θεωρητική βάση» (Turner, 1986).

Η επιστήμη της κοινωνικής εργασίας, σύμφωνα με τον Goldstein (1969), «αναπτύχθηκε μέσα από την πίστη στη φιλοσοφική θεώρηση του ανθρώπου». Βασικές αρχές της κοινωνικής εργασίας, οι οποίες καθορίζουν στη συνέχεια και τους στόχους της, αποτελούν η πίστη στον άνθρωπο και η ικανότητα του για ανάπτυξη και ανάληψη κοινωνικών ρόλων. Όπως αναφέρει η Φωτοπούλου-Γεωργίου (1993), σύμφωνα με τους Hute and Karas ο κοινωνικός λειτουργός, έχει το ρόλο του καταλύτη για την αυτοβοήθεια των ανθρώπων, οι οποίοι αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα στο πλαίσιο της ομάδας και ενεργοποιεί διαδικασίες συνειδητοποίησης των εξυπηρετούμενων, προκειμένου να αλλάξουν τις συνθήκες διαβίωσης τους, σύμφωνα με τις ανάγκες και επιθυμίες τους. Η κοινωνική εργασία βρίσκεται σε αρμονία με τους φυσιολογικούς μηχανισμούς λύσης προβλημάτων που χρησιμοποιεί ο άνθρωπος, καθώς οι παρεμβάσεις της στοχεύουν στην ενδυνάμωση του δυναμικού

που διαθέτει το κάθε άτομο και στην κάλυψη της ανάγκης του για κοινωνική συμμετοχή (Παπαϊωάννου, 1998).

Γνωστός και γενικά αποδεκτός ο ορισμός που δίνει ο Boehm το 1958: «η κοινωνική εργασία επιδιώκει να ενισχύσει την κοινωνική λειτουργικότητα των ανθρώπων ατομικά και ομαδικά, με δραστηριότητες που επικεντρώνονται στις κοινωνικές τους σχέσεις και συνιστούν αλληλεπιδράσεις μεταξύ αυτών και του περιβάλλοντός τους. Αυτές οι δραστηριότητες κατευθύνονται στους εξής στόχους: αποκατάσταση της δυσλειτουργικότητας, παροχή ατομικών πόρων και πρόληψη της δυσλειτουργικότητας (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2006).

Η Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών (I.F.S.W.) έχει ορίσει το 1985 την κοινωνική εργασία ως «την εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη, η οποία προήλθε από την κοινωνική πρόνοια ως ένας μηχανισμός που συστάθηκε για να διασφαλίσει την κάλυψη των βασικών βιοτικών αναγκών των αδυνάτων, που δημιουργήθηκαν από τη βιομηχανική ανάπτυξη, και που καλείται να χειριστεί τις διαρκώς μεταβαλλόμενες κοινωνικές συνθήκες και να αποτρέψει ή να βελτιώσει τα ατομικά, ομαδικά και κοινοτικά προβλήματα που προκύπτουν από τη δυσλειτουργία των ατομικών αναγκών και των κοινωνικών θεσμών» (Καλλινικάκη, 1998).

Πιο περιεκτικός είναι ο πρόσφατος ορισμός του 2004, στο Διεθνές Συνέδριο Σχολών Κοινωνικής Εργασίας στην Αυστραλία από την I.F.S.W. και τη Διεθνή Οργάνωση Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (I.A.S.W.): «το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας προάγει την κοινωνική αλλαγή, την επίλυση προβλημάτων στις ανθρώπινες σχέσεις και την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων για τη διασφάλιση της ευημερίας τους. Χρησιμοποιώντας θεωρίες της ανθρώπινης συμπεριφοράς και των κοινωνικών συστημάτων, η κοινωνική εργασία παρεμβαίνει στο επίπεδο αλληλεπίδρασης των ανθρώπων με το περιβάλλον τους. Οι αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της κοινωνικής δικαιοσύνης είναι θεμελιώδεις στην κοινωνική εργασία» (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2006).

Ο όρος κοινωνική εργασία είναι μετάφραση του αγγλοσαξονικού όρου «social work» και αντίστοιχα κοινωνικός λειτουργός είναι η απόδοση του όρου «social worker». Το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, όπως και η κοινωνική εργασία, βρίσκονται σε συνεχή εξέλιξη και αλλαγή στη χώρα μας, όμως, είτε δεν είναι και τόσο γνωστή, είτε είναι αποτυπωμένη στη γνώμη του κόσμου με λανθασμένο ή ελλιπή τρόπο. Μάλλον απουσιάζει η διάσταση της επιστημονικά τεκμηριωμένης εργασίας και ταυτίζεται περισσότερο με την έννοια του λειτουργήματος ως βοήθεια προς τους αδύναμους και

τα παιδιά (Καλλινικάκη, 1998). Επικρατεί, επίσης, η αντίληψη για το επάγγελμα, ότι είναι σχετικό με διεκπεραιωτικής φύσης εργασία δημοσίου υπαλλήλου. Ηλεκτρονικός οδηγός στον κόσμο των επαγγελμάτων, μάλιστα, αναφέρει ως το πλησιέστερο επάγγελμα με το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, αυτό του δικαστικού κλητήρα (www.esoft.gr). Σύμφωνα με την προσωπική εμπειρία της γράφουσας, ο κόσμος συχνά δε γνωρίζει τι κάνει ο κοινωνικός λειτουργός και ακόμη και οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας θεωρούν ότι το αντικείμενο της δουλειάς τους είναι γραφειοκρατική εργασία. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο κοινωνικός λειτουργός Smith (1993), «στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ανέκδοτα για τους κοινωνικούς λειτουργούς, γιατί ακόμα ο κόσμος δεν ξέρει τι ακριβώς κάνουν».

4.2 Αποσαφήνιση εννοιών που σχετίζονται με την Κοινωνική Εργασία

4.3 Συμβουλευτική – ψυχοθεραπεία

Θα ήταν δόκιμο να αποσαφηνιστούν κάποιες έννοιες που σχετίζονται άμεσα με την εφαρμογή στην πράξη της κοινωνικής εργασίας, όπως είναι η συμβουλευτική - ψυχοθεραπεία και η εποπτεία. Είναι περισσότερο γνωστό και συχνά θεωρείται από μεγάλη μερίδα του κόσμου ότι ο ψυχίατρος θεραπεύει, ο ψυχολόγος κάνει συμβουλευτική και ο κοινωνικός λειτουργός προσφέρει υλικές παροχές. Σύμφωνα με τη Δημοπούλου-Λαγωνίκα (1992), η επαγγελματική σφαίρα των τριών είναι πιο εμπλουτισμένη, τα όρια δεν είναι ξεκάθαρα, ούτε η αντιστοιχία ανάμεσα στις μεθόδους και στην επαγγελματική ιδιότητα των ειδικών είναι απόλυτη, καθώς υπάρχουν επικαλύψεις και ο καθένας μπορεί να μπει και στον τομέα του άλλου. Εξάλλου, τα περιστατικά που απευθύνονται στις υπηρεσίες υγείας, απέχουν πολύ από τα «καθαρά» περιστατικά που χρήζουν συμβουλευτικής παρέμβασης και μόνο. Αντίθετα, κατά το μεγαλύτερο μέρος τους πρόκειται για μεικτά περιστατικά που εμφανίζουν πολλαπλά και άμεσα προβλήματα, συνδεδεμένα με την ίδια τους την επιβίωση, ώστε, όπως αναφέρει η Κανδυλάκη (2001), το αίτημα για ψυχολογική υποστήριξη και αυτογνωσία ηχεί αρχικά εκτός πραγματικότητας. Η παρέμβαση, όμως, που οδηγεί στη δρομολόγηση επίλυσης των άμεσων προβλημάτων, επιτρέπει στη συνέχεια την παροχή συμβουλευτικής στήριξης, ενώ, δεν είναι λίγες οι φορές που το αρχικό αίτημα του εξυπηρετούμενου αλλάζει και εμπλουτίζεται στην πορεία της διεργασίας (Λουμίδη-Καραμόσχογλου, 1992). Έτσι, οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορεί να εφαρμόζουν συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία (όταν υπάρχει η κατάλληλη

εκπαίδευση και εξειδίκευση), στην εξέλιξη της σχέσης με το περιστατικό και να χρησιμοποιούν δεξιότητες της συμβουλευτικής, ακόμη και κατά τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών. Οι ψυχολόγοι, αντίστοιχα, εφαρμόζουν και ψυχοθεραπεία και οι ψυχίατροι κάνουν και συμβουλευτική (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 1992).

Η ετυμολογική ανάλυση του όρου «συμβουλευτική» παραπέμπει στο ρήμα «συμβουλεύομαι» που σημαίνει «συν-εξετάζω με κάποιον ένα θέμα». Η σημασία του ρήματος «συμβουλεύω» ως «δίνω συμβουλές» δεν έχει σχέση με την έννοια της συμβουλευτικής (Δημητρόπουλος & Αλτάνης, 1992).

Η συμβουλευτική παρέμβαση μπορεί να έχει ως αφετηρία την παροχή πληροφοριών και κοινωνιοθεραπεία (οποιαδήποτε παρέμβαση δίνει έμφαση στην τροποποίηση του περιβάλλοντος και την βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων περισσότερο παρά των ενδοψυχικών παραγόντων (medical-dictionary, 2007), μέχρι και την υποβολή προτάσεων και προγραμμάτων για την καλύτερη λειτουργία των συστημάτων υγείας, με βάση τις αρχές της ψυχοκοινωνικής στήριξης, της πρόληψης και της προνοιακής κοινωνικής πολιτικής (Ρήγα, 2000). Ο ρόλος της συμβουλευτικής μπορεί να είναι αποτρεπτικός-εξισορροπητικός, αντισταθμιστικός-θεραπευτικός, αλλά κυρίως, οφείλει να είναι προληπτικός (Δημητρόπουλος & Αλτάνης, 1992). Ο σύμβουλος δουλεύει, κατά κύριο λόγο, με το συνειδητό κομμάτι του ατόμου και στοχεύει στη βελτίωση της λειτουργικότητας του σε ένα συγκεκριμένο τομέα και όχι στην αλλαγή της προσωπικότητας του ή στο σύνολο των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του, κάτι που ανήκει περισσότερο στη σφαίρα της θεραπείας. Επίσης, δεν επεκτείνεται, όπως η κοινωνική εργασία σε παροχές υπηρεσιών μέσα από κοινωνικές υπηρεσίες (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 1992).

Σύμφωνα με τον Μουζακίτη (1992), η εκπαίδευση που προσφέρουν οι σχολές κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα (όταν γράφτηκε το άρθρο υπήρχαν μόνο οι σχολές Κοινωνικής Εργασίας των Τ.Ε.Ι.), εμπεριέχουν τα βασικά στοιχεία της θεωρητικής προσέγγισης της συμβουλευτικής και οι επαγγελματίες που εργάζονται στις κοινωνικές υπηρεσίες χρησιμοποιούν, ή θα έπρεπε, εκτός από το να χειρίζονται πρακτικά ζητήματα, να χρησιμοποιούν και τη συμβουλευτική παρέμβαση, ώστε να βοηθήσουν τους εξυπηρετούμενους τους, να επιλύσουν τα προβλήματα τους. Οι λόγοι για τους οποίους δε συμβαίνει αυτό, τουλάχιστον όχι συστηματικά, θα πρέπει να αναζητηθούν στην έλλειψη του απαιτούμενου αριθμού κοινωνικών λειτουργών, στην έλλειψη εποπτείας ως μέθοδο μάθησης και άσκησης ποιοτικού ελέγχου των

προσφερόμενων υπηρεσιών και στις ελλείψεις υλικοτεχνικής υποδομής που θα επέτρεπαν την τήρηση βασικών αρχών της επιστημονικής προσέγγισης, όπως την εξατομίκευση και το σεβασμό στα προσωπικά δεδομένα του εξυπηρετούμενου.

4.4 Εποπτεία

Η εποπτεία διακρίνεται σε διευθυντική, εκπαιδευτική και υποστηρικτική (Coleman, 2003· Kadushin, 1990). Η κύρια ευθύνη της διευθυντικής εποπτείας είναι η εξασφάλιση της εκτέλεσης της εργασίας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Η εκπαιδευτική ονομάζεται και κλινική εποπτεία και ενισχύει την αυτογνωσία και τις δεξιότητες του εποπτευόμενου μέσα από τη συμμαχία εκμάθησης που καθιερώνει. Η υποστηρικτική εποπτεία αυξάνει το κίνητρο του εποπτευόμενου και μειώνει το στρες. Οι προϋποθέσεις που ορίζει η Εθνική Ένωση Κοινωνικών Λειτουργών (N.A.S.W.) στις ΗΠΑ, για την άσκηση της κλινικής κοινωνικής εργασίας (1991), είναι τουλάχιστον μία ώρα εποπτείας για κάθε δεκαπέντε ώρες πρόσωπο με πρόσωπο εργασίας με εξυπηρετούμενους, για τους νέους κοινωνικούς λειτουργούς μέχρι να συμπληρώσουν τα δύο πρώτα χρόνια εργασίας τους και μετά μπορεί να είναι μία ώρα για κάθε τριάντα ώρες αντίστοιχα, ενώ μετά τα πέντε χρόνια μπορεί να γίνεται όποτε υπάρχει ανάγκη (Coleman, 2003).

Η εποπτεία έχει ως στόχο την εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής ποιότητας υπηρεσιών προς τους εξυπηρετούμενους και τη στήριξη του επαγγελματία, είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που προϋποθέτει την ανάπτυξη καλής σχέσης ανάμεσα σε επόπτη και εποπτευόμενο και μπορεί να αποτελέσει ευκαιρία για συνεχόμενη μάθηση και για τα δύο μέλη (Κανδυλάκη, 2001).

Στις Κάτω Χώρες, σύμφωνα με την Κοσκινιάδου (2008), ο τίτλος του επόπτη είναι προστατευμένος τίτλος και απαιτεί ειδικές σπουδές, ενώ οι κοινωνικές οργανώσεις αντιμετωπίζουν την προσωπικότητα του κοινωνικού λειτουργού ως εργαλείο δουλειάς. Η εποπτεία θεωρείται κυρίως εκπαιδευτική διαδικασία και παρέχεται από ανεξάρτητους Οργανισμούς σε επαγγελματίες από το χώρο όχι μόνο της κοινωνικής εργασίας, αλλά και της διοίκησης επιχειρήσεων και της εκπαίδευσης. Ο Σύνδεσμος Εθνικών Οργανισμών Εποπτείας στην Ευρώπη, αναφέρει ότι, «κύριος στόχος της εποπτείας είναι, να μάθει κανείς μια συμπεριφορά αυτοανάλυσης, που σχετίζεται με τον προσωπικό του τρόπο χειρισμού συγκεκριμένων επαγγελματικών εργασιών, ώστε

να γίνει μέσο συνεχούς βελτίωσης, του δικού του τρόπου εκπλήρωσης των επαγγελματικών υποχρεώσεων και απόκτησης ώριμων επαγγελματικών δεξιοτήτων».

Σύμφωνα με την Κανδυλάκη (2001), το γεγονός ότι ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί τον εαυτό του ως μεθοδολογικό εργαλείο παρέμβασης, καθορίζει την αναγκαιότητα της συνεχούς διαδικασίας αυτογνωσίας-αυτοελέγχου μέσω της εποπτείας, η οποία συμβάλλει σημαντικά σε αυτή την κατεύθυνση. Αξιοποιώντας την εποπτεία, ο εποπτευόμενος έχει τη δυνατότητα να αποφύγει λάθη, που οφείλονται σε προσωπικές του στερεότυπες αντιλήψεις ή προκαταλήψεις, καθώς και να αποφύγει την ταύτιση των δικών του εμπειριών και συναισθημάτων που τις συνοδεύουν, με αυτές των εξυπηρετούμενων.

Η Salzberger-Wittenberg (1995) επισημαίνει τους κινδύνους, που ενέχει η υιοθέτηση από τον κοινωνικό λειτουργό του προτύπου του «γονέα» στην προσπάθεια του να βοηθήσει τον εξυπηρετούμενο και να είναι ανεκτικός μαζί του. Η εποπτεία μπορεί να βοηθήσει τον κοινωνικό λειτουργό να διακρίνει κατά πόσο η άρνηση του, να αναγνωρίσει πιθανά συναισθήματα επιθετικότητας ή απόγνωσης ή κατάθλιψης του εξυπηρετούμενου ή να μην αντέχει να αποδεχτεί την απόφαση του εξυπηρετούμενου να διακόψει τη σχέση μαζί του, κρύβει δικούς του ασυνείδητους φόβους.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμβολή της εποπτείας, τονίζουν οι Hawkins and Shohet (1992), στην αποφόρτιση από το στρες και στην προστασία από την αίσθηση της ματαιότητας και τον κίνδυνο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι εξυπηρετούμενοι των κοινωνικών λειτουργών, συνήθως βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση και βιώνουν έντονο πόνο, σωματικό και ψυχικό. Η εποπτεία μπορεί να βοηθήσει τον κοινωνικό λειτουργό να αποστασιοποιηθεί από αυτόν τον πόνο, χωρίς να χάσει την ικανότητα του για συναισθηματική εγγύτητα με τον εξυπηρετούμενο, αλλά και χωρίς να καταβάλλεται, ιδιαίτερα όταν δεν μπορεί να επιφέρει τις αλλαγές που επιθυμεί.

Τέλος, σημαντικό είναι να τονιστεί και το μερίδιο της ευθύνης που φέρει ο επόπτης, σε σχέση με το επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχεται στα περιστατικά τα οποία βλέπει ο εποπτευόμενος, την οποία και μοιράζεται μαζί του (Coleman, 2003).

5. Κοινωνικές Υπηρεσίες

Οι κοινωνικές υπηρεσίες αναφέρονται στο σύνολο των δραστηριοτήτων δημόσιων ή ιδιωτικών και εθελοντικών φορέων, οι οποίοι έχουν στόχο να βελτιώσουν, να

διατηρήσουν ή να αποκαταστήσουν τις ικανότητες ατόμων ή ομάδων να ανταπεξέρχονται σε θέματα διαβίωσης και κοινωνικής συμμετοχής. Οι κοινωνικές υπηρεσίες στοχεύουν στην ευημερία και στην ανάπτυξη ατόμων ή ομάδων στο πλαίσιο της κοινότητας και στην προσαρμογή τους στο περιβάλλον μέσω της αξιοποίησης των μεθόδων της κοινωνικής εργασίας (Αμίτσης, 2001). Σύμφωνα με την Munday (1990), οι κοινωνικές υπηρεσίες στελεχώνονται από κοινωνικούς λειτουργούς, αλλά και από άλλους επαγγελματίες και εθελοντές (Cannan et al, 1992). Οι κοινωνικές υπηρεσίες εξειδικεύονται από κοινωνικοπολιτική άποψη, σε υπηρεσίες με την ευρεία και με τη στενή έννοια. Όλες οι παροχές που στοχεύουν σε αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης για τους εξυπηρετούμενους ανήκουν στην πρώτη κατηγορία, ενώ όσες υπηρεσίες σχετίζονται με εξατομικευμένη φροντίδα, μέσα από την ανάπτυξη στενής σχέσης ανάμεσα σε εξυπηρετούμενους και φορείς και αποσκοπούν στην κάλυψη ατόμων ή ομάδων με σοβαρά προβλήματα και σύνθετες ανάγκες, ανήκουν στη δεύτερη κατηγορία και ονομάζονται προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες (Cannan et al, 1992).

Όταν λαμβάνεται υπόψη η δομή των φορέων που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες, διακρίνονται σε πρωτογενείς και δευτερογενείς. Οι πρωτογενείς παρέχονται από φορείς που ανήκουν στο προνοιακό σύστημα ή που έχουν εξειδικευτεί πάνω στην παροχή υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας, ενώ οι δευτερογενείς παρέχονται από φορείς εκτός του συστήματος πρόνοιας (Αμίτσης, 2001). Σημαντική επισημαίνεται η έλλειψη μιας κεντρικής κοινωνικής υπηρεσίας, ενός κεντρικού φορέα συντονισμού και διασύνδεσης των κοινωνικών υπηρεσιών προνοιακών φορέων και φορέων υγείας σε επίπεδο δήμου και τοπικής αυτοδιοίκησης (Βελεσιώτη, 1993· Κορτζίδη, 1993).

Το άρθρο 21 του συντάγματος ξεχωρίζει ορισμένες ομάδες του πληθυσμού και τονίζει ότι δικαιούνται προστασία και ειδική φροντίδα από το κράτος. Συγκεκριμένα, αναφέρεται στην οικογένεια, τα παιδιά, τις μητέρες (21&1), στις πολύτεκνες οικογένειες, ανάπηρους και θύματα πολέμου, όσους πάσχουν από ανίατη σωματική ή πνευματική νόσο (21&2), παιδιά, νέους, ηλικιωμένους και απόρους (21&3). Το άρθρο 5&1 μιλώντας για δικαίωμα στη συμμετοχή της κοινωνικής, οικονομικής και πολιτικής ζωής της χώρας, διευκρινίζει ότι το περιεχόμενο των κοινωνικών υπηρεσιών επεκτείνεται πέρα από τις ανάγκες επιβίωσης και πολύ περισσότερο από απλή φιλανθρωπία (Αμίτσης, 2001). Η πρώην Γενική Διευθύντρια Γενικής Διεύθυνσης Πρόνοιας του Υπουργείου Υγείας κ. Κανελλοπούλου (1993), σχολιάζει

για τα κοινωνικά δικαιώματα του άρθρου 21 ότι «δεν έχουν καταστεί ακόμη σε αγώγιμα δικαιώματα».

Στην Ελλάδα ισχύει η αρχή του προνοιακού πλουραλισμού και η παράλληλη με τους φορείς του δημοσίου δράση των άτυπων δικτύων φροντίδας. Με τον όρο άτυπα δίκτυα φροντίδας εννοούμε, τους άμεσους ή έμμεσους δεσμούς μεταξύ διαφόρων ατόμων, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν τη ροή πληροφοριών και άλλων πόρων μεταξύ τους, όπως, χρήματα, τεχνογνωσία, δεξιότητες. Άτυπες μορφές φροντίδας θεωρούνται η αυτοφροντίδα, η φροντίδα που προσφέρει το ίδιο το άτομο στον εαυτό του και η φροντίδα από την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο. Τα κοινωνικά δίκτυα με τη σειρά τους, διακρίνονται σε τυπικά, άτυπα ή και ενδιάμεσων μορφών και συμπεριλαμβάνουν την εκκλησία, ομίλους εθελοντών και ομάδες αυτοβοήθειας πολιτών (Στασινοπούλου, 1992).

Τα όρια ανάμεσα στην επίσημη και την ανεπίσημη φροντίδα είναι συχνά ρευστά και ασαφή. Το ίδιο και οι σχέσεις ανάμεσα στον επίσημο και τον ανεπίσημο φορέα παροχής κοινωνικής φροντίδας. Δεν είναι εύκολο να ερευνηθούν εμπειρικά, καθώς υπάρχουν εννοιολογικές ασάφειες και μεθοδολογικές δυσκολίες. Ο εθελοντικός χώρος στην Ελλάδα είναι ένας τομέας δραστηριότητας που βρίσκεται στη φάση ανάπτυξης και διαμόρφωσης του, χωρίς να είναι τόσο αναπτυγμένος όσο σε άλλες χώρες της Ευρώπης. Βασικό του χαρακτηριστικό είναι ότι δεν είναι συγκροτημένος οργανωτικά σε επίπεδο ενώσεων, ούτε προβλέπονται διαδικασίες αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η λειτουργία του χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη φιλανθρωπικών παρεμβάσεων και σχετικά αυτόνομων στρατηγικών που συμπληρώνουν τις δημόσιες πολιτικές πρόνοιας (Σταθόπουλος, 1999).

Ο αριθμός των φορέων που παρέχουν πρωτογενείς κοινωνικές υπηρεσίες δεν είναι γνωστός. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, και συγκεκριμένα, το Τμήμα Ανάπτυξης Εθελοντισμού προέβλεψε την τήρηση Ειδικού Μητρώου Εθελοντικών Φορέων Προνοιακού Τύπου μόλις το 1998, ενώ δε λειτουργεί ακόμη ο θεσμός του Συμβουλίου των Εθελοντικών Οργανώσεων, όπως γίνεται σε άλλα Ευρωπαϊκά Συστήματα, για παράδειγμα στο Αγγλοσαξονικό μοντέλο (National Council for Voluntary Organizations) (Αμίτσης, 2001). Το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας στη σχολή London School of Economics and Political Science έχει ήδη (από το 1993 που γράφτηκε το κείμενο) συστήσει ειδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης Κοινωνικών Λειτουργών, που επιθυμούν να εργαστούν στον εθελοντικό φιλανθρωπικό τομέα της πρόνοιας ή τρίτο τομέα, όπως τον ονομάζουν (Σταθόπουλος, 1993).

Η άσκηση της κοινωνικής εργασίας στο πλαίσιο του Νοσοκομείου εξυπηρετεί την πραγμάτωση των σκοπών του νοσοκομείου και οι κοινωνικές υπηρεσίες στα νοσοκομεία ανήκουν στις δευτερογενείς κοινωνικές υπηρεσίες (Μαργούτα & Παπαδοπούλου, 1995).

6. Σημαντικοί σταθμοί στην Εξέλιξη της Κοινωνικής Εργασίας στην Ευρώπη και Διεθνώς

Σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. η κοινωνική εργασία επιχορηγείται από το κράτος και αναλαμβάνει ορισμένες δραστηριότητες εκ μέρους της κοινωνίας, διαφοροποιείται όμως ο ρόλος της, η εξουσία και οι προσδοκίες που της απευθύνονται (Cannan et al, 1992).

Ενδεικτικά θα γίνει αναφορά σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης, των Βαλκανίων, της Μεσογείου και της Κεντρικής Ασίας σχετικά με τις κοινωνικές υπηρεσίες τους.

Αγγλία

Το 1895 διορίστηκε ο πρώτος κοινωνικός λειτουργός σε νοσοκομείο στην Αγγλία, ενώ από το 1974 μέχρι σήμερα όλοι οι κοινωνικοί λειτουργοί, συμπεριλαμβανομένων αυτών που εργάζονται στις υγειονομικές υπηρεσίες, έχουν εργοδότη την τοπική αυτοδιοίκηση (Carr, 1994). Διαθέσιμα στοιχεία για τον συνολικό αριθμό των εργαζομένων κοινωνικών λειτουργών δεν υπάρχουν (Αλτάνης και συν, 2005).

Στην Αγγλία το έτος 2009 η κυβέρνηση της χώρας συγκάλωσε την Ομάδα Εργασίας στην Κοινωνική Εργασία (Social Work Task Force) για να διερευνήσει την κοινωνική εργασία σε πρακτικό και θεωρητικό επίπεδο, ώστε να γίνουν οι απαραίτητες αλλαγές. Η Ομάδα αυτή αποτελείται από κρατικούς υπαλλήλους, εθελοντές, ερευνητές, εκπροσώπους των μέσων μαζικής ενημέρωσης και αντιπροσώπους των χρηστών των υπηρεσιών.

Παρά τις μεταρρυθμίσεις και τη σημαντική επένδυση που έχει ήδη γίνει στην κοινωνική εργασία τις τελευταίες δεκαετίες, σύμφωνα με την αναφορά της Ομάδας Εργασίας, προέκυψαν έξι βασικές αιτίες που αποτελούν εμπόδια, προκειμένου να έχει η ειδικότητα της κοινωνικής εργασίας υψηλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών:

- Περιορισμένος χρόνος στη διάθεση των κοινωνικών λειτουργών για την άμεση επαφή με τα περιστατικά, εξαιτίας των ελλείψεων προσωπικού και των αυξημένων απαιτήσεων για γραφειοκρατική εργασία.

- Οι κοινωνικοί λειτουργοί αισθάνονται μπερδεμένοι και απογοητευμένοι όσον αφορά στα εργαλεία και στην παροχή υποστήριξης (π.χ. εποπτεία), που τους προσφέρονται για την εργασία τους.
- Οι νέοι κοινωνικοί λειτουργοί, συχνά δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι για τις απαιτήσεις της εργασίας τους και το υπάρχον εκπαιδευτικό σύστημα δεν τους υποστηρίζει επαρκώς σε θέματα εξειδίκευσης και περαιτέρω ανάπτυξης.
- Οι κοινωνικοί λειτουργοί αισθάνονται ότι το επάγγελμά τους, δεν διαθέτει μια αρκετά ισχυρή «φωνή» σε εθνικό επίπεδο.
- Τα συστήματα διαχείρισης της απόδοσης των κοινωνικών λειτουργών, δεν εστιάζουν κυρίως στην εξασφάλιση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών και
- οι κοινωνικοί λειτουργοί νιώθουν ότι το επάγγελμά τους είναι υποτιμημένο, ανεπαρκώς κατανοητό και βαλλόμενο συνεχώς από επιθέσεις των μέσων μαζικής ενημέρωσης (Social Work Task Force, 2009).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί στον τομέα της υγείας αντιμετωπίζουν προβλήματα στις σχέσεις τους με τις εξωτερικές υπηρεσίες και με το ιατρικό προσωπικό, αν και διαπιστώνεται ότι εμφανίζεται βελτίωση σε σχέση με το παρελθόν (Care Quality Commission, 2009). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το θέμα της προετοιμασίας της εξόδου από το νοσοκομείο. Η βεβαιωμένη έξοδος δε διευκολύνει την εξεύρεση λύσεων αποκατάστασης από τους κοινωνικούς λειτουργούς, ούτε επιτρέπει στους ασθενείς να έχουν τον απαραίτητο χρόνο για να διαχειριστούν τη νέα κατάσταση, τα συναισθήματα τους και να χρησιμοποιήσουν τη σχέση τους με τους κοινωνικούς λειτουργούς με μεγαλύτερη επιτυχία (Taylor, 2007).

Ιρλανδία

Η Ιρλανδία, που και εδώ έπαιξαν ρόλο αρχικά οι «Νόμοι της Φτώχειας», είναι μια αγροτική χώρα με το 1/3 του πληθυσμού να λαμβάνει επιδόματα της πρόνοιας, και την καθολική εκκλησία, τα δίκτυα εθελοντών και μορφές άτυπης φροντίδας, να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Οι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται σε κάποιο ποσοστό από τις 156 εθελοντικές οργανώσεις. Η κοινοτική φροντίδα περιλαμβάνει παροχές δημόσιας υγείας, προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας, πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη και κοινωνικοπρονοιακές παροχές. Οι κοινωνικοί λειτουργοί

εκπροσωπούν τους εξυπηρετούμενους σε σχέση με τις προνοιακές υπηρεσίες που διαχειρίζονται την επιδοματική πολιτική (Cannan, et al, 1992).

Λιγότεροι από 1000 κοινωνικοί λειτουργοί υπηρετούσαν το 1992 στην Ιρλανδία, τα 3/5 των οποίων εργάζονταν σε δημόσιους οργανισμούς, 309 σε περιφερειακές επιτροπές υγείας, διεπιστημονικές ομάδες που είχαν την έδρα τους συνήθως σε Κέντρα Υγείας, Νοσοκομεία, αλλά και αυτόνομες Υπηρεσίες Πρόνοιας. Τα τελευταία χρόνια, όμως, σημαντικές περικοπές έχουν πραγματοποιηθεί π.χ. στον τομέα της παιδικής προστασίας. Ο Ιρλανδικός Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών ιδρύθηκε το 1971 και οι σχολές ακολούθησαν την πορεία που είχαν στη Μεγάλη Βρετανία (Cousins & Edwin, 2005).

Γερμανία

Το σύγχρονο κράτος πρόνοιας και η νέα κοινωνική εργασία μετά από την περίοδο παρακμής των δεκαετιών του 1930 και 1940 χρονολογείται από το 1949 με τη θεσμοθέτηση της αρχής της επικουρικότητας από το σύνταγμα και τον ορισμό από το βασικό νόμο του κοινωνικού ρόλου του κράτους. Η αρχή της επικουρικότητας σημαίνει, ότι η τοπική αυτοδιοίκηση μπορεί να αναλάβει π.χ. την ίδρυση ενός γηροκομείου, στην περίπτωση που κανείς εθελοντικός φορέας δεν προτίθεται να το αναλάβει. Αύξηση των εθελοντικών οργανώσεων και των ιδιωτικών κλινικών παρουσιάστηκε τη δεκαετία του 1980 και μεγάλος αριθμός κοινωνικών λειτουργών απασχολούνται σε αυτές, καθώς και στην εκκλησία. Υψηλό ήταν το ποσοστό του πληθυσμού που ζούσε κάτω από τα όρια της φτώχειας, παρότι ένας στους είκοσι γερμανούς βασιζόταν για την επιβίωση του στα επιδόματα, ποσοστό που προκαλούσε το 1987 ανησυχία για τη μη αξιοποίηση της επιδοματικής πολιτικής (Cannan et al, 1992).

Δεν είναι γνωστός ο αριθμός των κοινωνικών λειτουργών που εργάζεται στη Γερμανία. Είναι γνωστό ότι το 1986 υπήρχε σχετικά μεγάλος αριθμός ανέργων κοινωνικών λειτουργών (20.000), αριθμός που μειώθηκε στη συνέχεια με την ενοποίηση των δύο Γερμανιών και τις νέες θέσεις εργασίας που δημιουργήθηκαν. Οι κοινωνικές υπηρεσίες της τοπικής αυτοδιοίκησης υλοποιούν προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας, προωθούν προγράμματα παιδικής προστασίας και νεότητας και εκτιμούν τις ανάγκες για υλική βοήθεια. Ήδη από το 1969 λειτουργούν τετραετή τμήματα κοινωνικής εργασίας στα πανεπιστήμια της χώρας (Cannan et al, 1992).

Δανία

Ιδιαίτερα αναπτυγμένος ο κρατικός τομέας πρόνοιας στη χώρα ήδη από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Περισσότεροι από 6.000 κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται στον κρατικό φορέα με πολλές από τις κοινωνικές υπηρεσίες να υπάγονται στην αρμοδιότητα των δήμων μετά το 1979. Οι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας και αναλαμβάνουν και οικονομικές παροχές, ενώ βαρύτητα έχει αποκτήσει ο τομέας της πρόληψης και προγράμματα εκπροσώπησης των εξυπηρετούμενων με μεγάλη συμμετοχή του ηλικιωμένου πληθυσμού σε προγράμματα βοήθεια στο σπίτι (17%) και κατ'οίκον νοσηλείας (12%). Οι δήμοι παρέχουν σε εικοσιτετράωρη βάση τις υπηρεσίες τους. Η πολιτεία στηρίζει οικονομικά τις εθελοντικές οργανώσεις, που όπως και η εκκλησία έχουν περιορισμένη συμμετοχή στις υπηρεσίες πρόνοιας. Η πρώτη σχολή κοινωνικής εργασίας ιδρύθηκε το 1937 (Cannan et al, 1992).

Ισπανία

Μετά από μία μακρόχρονη περίοδο στρατιωτικού καθεστώτος, το 1978 ψηφίστηκε το νέο σύνταγμα της χώρας και οι κοινωνικές υπηρεσίες πέρασαν στην αρμοδιότητα των δεκαεπτά αυτόνομων περιφερειών, με προτεραιότητα τους την πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα, την υγεία, την εκπαίδευση και την κουλτούρα. Το 1987 ο αριθμός των κοινωνικών λειτουργών στην Καταλονία ήταν 1.722 και διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στην κοινοτική ανάπτυξη της χώρας. Ένας τύπος προνοιακού πλουραλισμού έχει αναπτυχθεί στη χώρα, προτού ολοκληρωθούν οι κρατικές κοινωνικές υπηρεσίες, όπου σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν ο Ερυθρός Σταυρός και οργανώσεις όπως η CARITAS (διεθνή οργάνωση που εργάζεται για τη στήριξη ευάλωτων ομάδων πληθυσμού, μεταναστών, απόρων, χρησιμοποιεί εθελοντές και δραστηριοποιείται μέσω της καθολικής επισκοπής), αλλά και προγράμματα αυτοβοήθειας και η εκκλησία. Το 1970, 29 από τις 64 σχολές κοινωνικής εργασίας υποστηρίζονταν από την καθολική εκκλησία. Η πρώτη σχολή κοινωνικής εργασίας ιδρύθηκε το 1932 (Cannan et al, 1992).

Ολλανδία (Κάτω Χώρες)

Οι κοινωνικές υπηρεσίες στην Ολλανδία ανήκουν στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα και εργάζονται σε αυτές περίπου 1.500 κοινωνικοί λειτουργοί. Η εκκλησία έχει βάλει

τις βάσεις στη χώρα για τις κοινωνικές υπηρεσίες. Ο εθνικός οργανισμός κοινωνικών λειτουργιών έχει πάρει τη σημερινή του μορφή το 1988 (Cannan et al, 1992).

Ισραήλ

Η κοινωνική εργασία στην υγεία ήταν το πρώτο πεδίο άσκησης που ενέκρινε το ισραηλινό συμβούλιο για την κοινωνική εργασία ως ειδικευση. Η επίσημη εισαγωγή της στον τομέα της υγείας πραγματοποιήθηκε το 1950 και οι κοινωνικοί λειτουργοί πήραν τη θέση των εθελοντών, που ασχολούνταν μέχρι τότε με τα κοινωνικά προβλήματα. Ενώ όμως, στα ψυχιατρικά νοσοκομεία οι κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούσαν μέλη των διεπιστημονικών ομάδων και συμμετείχαν σε κάθε φάση της φροντίδας, μέσα από παρεμβάσεις με τον ασθενή και την οικογένεια του και με δουλειά με ομάδες, στα γενικά νοσοκομεία προσλήφθηκαν αρχικά λίγοι για να ασχοληθούν σε ειδικές μονάδες ή με ιδιαίτερες περιπτώσεις. Το 1961 δημιουργήθηκε το πρώτο τμήμα κοινωνικής εργασίας σε νοσοκομείο και την επόμενη δεκαετία ακολούθησε η δημιουργία τμημάτων κοινωνικής εργασίας και σε άλλα νοσοκομεία (Auslander, 1998).

Το 1998 υπήρχαν 900 κοινωνικοί λειτουργοί στον τομέα της υγείας, το 17% των κοινωνικών λειτουργών της χώρας. Σύμφωνα με νόμο του 1994 (National Health Insurance Law), η κοινωνική εργασία θεωρείται μέρος των βασικών υπηρεσιών που όλοι οι πολίτες δικαιούνται και καλύπτονται 8 και 12 συνεδρίες ψυχοκοινωνικής στήριξης σε ασθενείς, που αντιμετωπίζουν περιστασιακά και χρόνια προβλήματα υγείας αντίστοιχα, και 30 συνεδρίες το χρόνο από ειδικευμένους στην ψυχοθεραπεία κοινωνικούς λειτουργούς (Auslander, 1998).

Βαλκανικές χώρες

Στις πρώην σοσιαλιστικές χώρες όπως η Βουλγαρία και η Σοβιετική Ένωση, η εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών ξεκίνησε το 1991, ενώ μέχρι τότε υπήρχαν κάποια μαθήματα για τη φροντίδα ειδικών ομάδων του πληθυσμού στις ιατρικές σχολές. Στην Κροατία και τη Σερβία, αντίθετα, υπήρχε μακρόχρονη παράδοση στην κοινωνική εργασία και πανεπιστημιακές σχολές πρωτολειτούργησαν το 1972 και 1974 αντίστοιχα (Katkic Stanic, 2008). Οι χώρες της Πρώην Γιουγκοσλαβικής Δημοκρατίας θεώρησαν την επιστήμη της κοινωνικής εργασίας σημαντική για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων από τη δεκαετία του 1950. Η Κροατία

εισήγαγε το πρώτο διετές εκπαιδευτικό πανεπιστημιακό πρόγραμμα στην κοινωνική εργασία το 1952 και η Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας το 1957. Η Σερβία και το Μαυροβούνιο και η Βοσνία-Ερζεγοβίνη ίδρυσαν διετή προγράμματα σπουδών στην κοινωνική εργασία το 1958 και ακολούθησαν πανεπιστημιακά και προγράμματα μεταπτυχιακών σπουδών. Το Κόσσοβο, μία από τις φτωχότερες χώρες στην περιοχή των Βαλκανίων, πρόσφερε πανεπιστημιακού επιπέδου εκπαίδευση στην κοινωνική εργασία το 2004. Η Ρουμανία, Βουλγαρία και Αλβανία το 1990-1992 (Rutgers University for International Social Work, 2008).

Δημοκρατίες της Πρώην Ε.Σ.Σ.Δ., χώρες της Κεντρικής Ασίας

Το Αζερμπαϊτζάν από το 2005 και 2008 έχει πανεπιστημιακά προγράμματα και προγράμματα μεταπτυχιακών σπουδών στην κοινωνική εργασία. Στη Μολδαβία ιδρύθηκαν σχολές που προσφέρουν σπουδές στην επιστήμη της κοινωνικής εργασίας το 1997 και στην Αρμενία από το 1996, ενώ η άσκηση της κοινωνικής εργασίας καθιερώθηκε σε συνάρτηση με τις προσπάθειες της χώρας να αντιμετωπίσει τις καταστροφικές συνέπειες του σεισμού το 1988. Στη Ρωσία σήμερα σπουδές στην κοινωνική εργασία προσφέρονται σε 120 πανεπιστήμια, ενώ ο επαγγελματικός τίτλος του κοινωνικού λειτουργού θεσπίστηκε το 1995 και στην Ουκρανία σε 50 πανεπιστήμια, από το 1992 και μετά. Οι χώρες της Κεντρικής Ασίας μόλις βρίσκονται σε αρχικά στάδια ανάπτυξης της κοινωνικής εργασίας. Το Κυργιστάν ίδρυσε σχολή κοινωνικής εργασίας το 1994, ενώ από το 2006 και 2008 έχει πανεπιστημιακά προγράμματα και προγράμματα μεταπτυχιακών σπουδών. Το Καζακστάν, Τατζικιστάν, Τουρκμενιστάν και Ουζμπεκιστάν μέχρι το 2008 δεν είχαν ιδρύσει σχολές (Rutgers University for International Social Work, 2008).

Διαπιστώνεται στις περισσότερες χώρες η τάση για αύξηση των διαφόρων παροχών αλλά και η ταυτόχρονη μείωση των κρατικών δαπανών. Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι χαμηλόμισθοι και εργάζονται κάτω από δύσκολες συνθήκες με μεγάλους αριθμούς περιστατικών, πολύ γραφειοκρατική εργασία και περιορισμένες δομές υποστήριξης για τα περιστατικά τους. Οι όροι κοινωνικός λειτουργός, κοινωνικές υπηρεσίες κλπ όπως ορίζονται από τη νομοθεσία και την άσκηση του επαγγέλματος, δεν είναι ξεκάθαροι και διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα.

6.1 Η Εξέλιξη στην Εκπαίδευση και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα

Η κοινωνική εργασία, ως αυτόνομη επιστήμη, έχει αναπτυχθεί σε τρία ξεχωριστά πεδία, τα οποία, όμως, συμπληρώνουν και επηρεάζουν το ένα το άλλο: η εξέλιξη της εκπαίδευσης, η πορεία του επαγγέλματος και η θεσμοθέτησή του (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2006).

Η πρώτη σχολή που λειτούργησε στην Ελλάδα ήταν η Ελεύθερη Σχολή Κοινωνικής Πρόνοιας τη διετία 1937-39 με την πρωτοβουλία κοινωφελών οργανώσεων και υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως (Πανουτσοπούλου, 1985).

Το Αμερικάνικο Κολέγιο Θηλέων Pierce ιδρύθηκε το 1875 στη Σμύρνη από εκκλησιαστικούς ιεραπόστολους της Μασαχουσέτης των ΗΠΑ και σε μια εποχή που η πρόσβαση των γυναικών στην εκπαίδευση ήταν περιορισμένη (μεταφέρθηκε αναγκαστικά στην Αθήνα το 1923 και μετονομάστηκε πολύ αργότερα το 1973 σε Deree προς τιμή του ομώνυμου δωρητή). Το Αμερικάνικο Κολέγιο Deree οργάνωσε στη χώρα μας μεταπολεμικά το πρώτο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας το 1945 (Deree, www.acg.edu/history).

Το τμήμα λειτούργησε συνέχεια ως το 1975, (με δύο χρόνια σπουδών συν ένα ή δύο χρόνια φοίτησης πριν στο κολλέγιο, για τις απόφοιτες γυμνασίου) και οδηγούσε από την αρχή σε τρία χρόνια σπουδών και την απόκτηση του τίτλου «bachelor». Κάποιοι απόφοιτές του συνέχισαν με μεταπτυχιακές σπουδές και έγιναν ηγετικά στελέχη σε δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες και εκπαιδευτικό προσωπικό σε σχολές κοινωνικής εργασίας (Καλλινικάκη, 1998 Πανουτσοπούλου, 1985· Deree, www.acg.edu/history).

Το 1948 ιδρύθηκε και λειτούργησε στη Χριστιανική Ένωση Νέων (Χ.Ε.Ν.) η δεύτερη Σχολή Κοινωνικής Εργασίας, μονοετής αρχικά, τριετής στη συνέχεια. Αμερικανίδες κοινωνικοί λειτουργοί δίδασκαν αρκετά μαθήματα, αλλά και έλληνες ακαδημαϊκοί, όπως ο Ευάγγελος Παπανούτσος. Οι διδάσκοντες ενίσχυαν το διάλογο και την ανταλλαγή απόψεων ανάμεσα σε καθηγητές και σπουδαστές, υιοθετώντας προοδευτικές μεθόδους διδασκαλίας για την εποχή (Πανουτσοπούλου, 1985).

Το 1953 οργανώθηκε ένας κύκλος μαθημάτων κοινωνικής εργασίας στο Πάντειο Πανεπιστήμιο με την επωνυμία «Ανώτατο Φροντιστήριο Κοινωνικής

Πρόνοιας» από αποφοίτους πανεπιστημιακών σχολών των ΗΠΑ, που όμως λειτούργησε μόνο δύο ακαδημαϊκές περιόδους (Καλλινικάκη, 1998). Οι ίδιοι εκπαιδευτικοί μέσω του Βασιλικού Εθνικού Ιδρύματος, ίδρυσαν τη μετά-Πανεπιστημιακή «Σχολή Κοινωνικής Πρόνοιας Εθνικού Ιδρύματος» (1954) για να καλύψει τις ανάγκες του ιδρύματος, αλλά και άλλων κοινωνικών προγραμμάτων. Η λειτουργία της συνεχίστηκε μέχρι το 1963, με δύο χρόνια σπουδών από το 1957 και μετά. Μεγάλο μέρος των εσόδων των Σχολών αποτελούνταν από δωρεές και για αυτό το λόγο αρκετές σχολές διέκοψαν μετά από λίγα χρόνια τη λειτουργία τους (Πανουτσοπούλου, 1985· Καλλινικάκη, 1998).

Το Συμβούλιο Επιμόρφωσης στην Κοινωνική Εργασία (ΣΕΚΕ) συστήθηκε το 1964 ως συνέχεια της «Μονίμου Επιτροπής Επιμορφώσεως εις την Κοινωνικήν Εργασίαν» που ιδρύθηκε το 1956 και διετέλεσε σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση, μεταφράζοντας εγχειρίδια, οργανώνοντας σεμινάρια και προγράμματα σπουδών, δράση που συνεχίζει -- μαζί με το Σύλλογο Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας (ΣΚΛΕ) -- μέχρι και σήμερα (www.sitemaker.gr/sekegr/).

Το 1957 ακολούθησε η εμφάνιση της Ανωτέρας Σχολής Κοινωνικής Εργασίας-Διακονισσών της Χ.Ε.Ν. με πράξη της Ιεράς Συνόδου. Αρχικός στόχος της σχολής ήταν η εκπαίδευση εκκλησιαστικών κοινωνικών λειτουργών σε ρόλο βοηθών των εφημεριών στην άσκηση του έργου τους και γίνονταν δεκτές αποκλειστικά γυναίκες απόφοιτοι ανωτάτων σχολών. Μετά το 1963 ο σκοπός διαφοροποιήθηκε και διευρύνθηκε. Οι απόφοιτες της σχολής που λειτούργησε ως το 1981, εργάστηκαν σε όλες σχεδόν τις κοινωνικές υπηρεσίες της χώρας και το έργο της σχολής έχει τιμηθεί με πολλές διακρίσεις (Πανουτσοπούλου, 1985).

Το Νομικό Διάταγμα 4018 του 1959 που κατοχύρωσε το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, συνέβαλε στην περαιτέρω ανάπτυξη της εκπαίδευσης στην κοινωνική εργασία. Ακόμη πιο καθοριστικό ρόλο έπαιξε σε αυτό, η θεσμοθέτηση της εκπαίδευσης το 1962, η παροχή της αποκλειστικά από κρατικούς φορείς και η ανάληψη της από το Υπουργείο Παιδείας στο θεσμό των τεχνολογικών ιδρυμάτων των ΚΑΤΕΕ (1975-85) και ΤΕΙ από το 1985 και μετά. Το 1960 και μέχρι το 1967 λειτούργησε το Τμήμα Κοινωνικής Διακονίας στο πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης για αποφοίτους της Θεολογίας, που επιθυμούσαν να εργαστούν σε προνοιακούς τομείς (Πανουτσοπούλου, 1985· Καλλινικάκη, 1998).

Το 1960 η Σχολή Κοινωνικής Εργασίας της Εταιρείας Προστασίας Ανηλίκων (Ε.Π.Α) του υπουργείου Δικαιοσύνης, που ήταν τότε η μόνη δημόσια σχολή κοινωνικής εργασίας, αλλά και η μόνη που πρωτοδέχθηκε σπουδαστές. Αρχικός της στόχος ήταν η στελέχωση, κυρίως, των κέντρων προστασίας ανηλίκων και σχετικών προγραμμάτων δημοσίων ή ιδιωτικών. Η ΕΠΑ που ίδρυσε τη σχολή προήλθε από το Σύλλογο Προστασίας Κρατουμένων Γυναικών και Ανηλίκων (1924), ο οποίος προσπάθησε να αντιμετωπίσει τα προβλήματα, που ακολούθησαν τη μικρασιατική καταστροφή και συνέβαλε στην ίδρυση του Δικαστηρίου Ανηλίκων και στην καθιέρωση του θεσμού των Επιμελητών Ανηλίκων (Καλλινικάκη, 1998 Πανουτσοπούλου, 1985).

Το 1962 θεσμοθετήθηκαν σημαντικά θέματα της εκπαίδευσης στην κοινωνική εργασία από το Βασιλικό Διάταγμα 319/1962, «Περί της εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών» το οποίο όριζε ότι η εκπαίδευση στην κοινωνική εργασία, μπορεί να παρέχεται μόνο από κρατικούς φορείς.

Το 1963 είχε αρχίσει να εκδίδεται το περιοδικό «Εκλογή» από τους πτυχιούχους πανεπιστημιακών σχολών κοινωνικής εργασίας. Το 1984 άρχισε η διδασκαλία βασικών μαθημάτων κοινωνικής εργασίας και κοινωνικής πολιτικής στους τομείς κοινωνικών υπηρεσιών των Τεχνικών Επαγγελματικών Λυκείων (Τ.Ε.Λ.) και στον κλάδο πρόνοιας των Επαγγελματικών Πολυκλαδικών Λυκείων (Ε.Π.Λ.) της χώρας. Πολύ σημαντική χρονιά για την κοινωνική εργασία ήταν το 1973. Η εκπαίδευση στην κοινωνική εργασία πέρασε τότε στην ευθύνη του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και υπάχθηκε στο θεσμό της τεχνολογικής εκπαίδευσης των ΚΑΤΕΕ. Δύο τμήματα κοινωνικής εργασίας λειτούργησαν στις δύο σχολές των ΚΑΤΕΕ Πατρών και Ηρακλείου Κρήτης με τη μορφή Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (Καλλινικάκη, 1998).

Το 1996 ξεκίνησε τη λειτουργία του το Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης στο Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης με τις κατευθύνσεις της Κοινωνικής Εργασίας και της Κοινωνικής Πολιτικής και αποτελεί την πρώτη πραγματική αναβάθμιση των σπουδών κοινωνικής εργασίας στη χώρα μας. Το 2009-2010 λειτούργησε στο Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης το πρώτο μεταπτυχιακό πρόγραμμα στην κοινωνική εργασία στην Ελλάδα. Σύμφωνα με νόμο 2327/1995 οι απόφοιτοι των ΤΕΙ μπορούν να συμμετέχουν σε μεταπτυχιακά προγράμματα των ΑΕΙ, κάτι που ακόμα δεν έχει τεθεί

ουσιαστικά σε εφαρμογή (Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, www.socadm.duth.gr).

6.2 Θεσμοθέτηση της επαγγελματικής Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, όπως έγινε και στην Ευρώπη, η εξέλιξη της κοινωνικής εργασίας βάδιζε σχεδόν παράλληλα με αυτή της κοινωνικής πρόνοιας. Το κράτος πρόνοιας (Χλέτσος, 1999) αποτελεί ένα «συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης του κοινωνικού σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο και αποτελεί έννοια ευρύτερη από αυτήν του κοινωνικού κράτους». Σύμφωνα με τον Μπουρίκο (2008), το κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα ακολούθησε τη λογική του «εθνικού κράτους πρόνοιας», προσπάθησε δηλαδή περισσότερο να διαφυλάξει την εθνική και κοινωνική συνοχή, από τις συνέπειες των εθνικών περιπετειών και καταστροφών και λιγότερο να αμβλύνει το κοινωνικό ζήτημα με μέτρα για την αντιμετώπιση της φτώχειας. Βασικά χαρακτηριστικά του αποτελούν η απουσία στρατηγικού σχεδιασμού και η ύπαρξη πελατειακών δικτύων.

Το 1922 ψηφίστηκε ο νόμος 2882/1922 για τη μεταρρύθμιση και συμπλήρωση του μέχρι τότε «Υπουργείου Περιθάλψεως» το οποίο μετονομάστηκε σε Υπουργείο Υγιεινής και Πρόνοιας. Το Υπουργείο διαρθρώθηκε από τις Διευθύνσεις Πρόνοιας (περίθαλψη προσφύγων, λαϊκής κατοικίας κ.α.), Διεύθυνση Υγιεινής (Κοινωνικής Υγιεινής), Διεύθυνση Κοινωνικής Αντιλήψεως (Προστασίας Θυμάτων Πολέμου, Αγαθοεργών Ιδρυμάτων, Προστασίας Απόρων), αλλά εξαιτίας της Μικρασιατικής καταστροφής και των γεγονότων που ακολούθησαν, δεν τέθηκε σε εφαρμογή. Το 1925 επί δικτατορίας του Πάγκαλου καταργήθηκε το Υπουργείο και ιδρύθηκε η Ανώτατη Διεύθυνση Προσφύγων και τα τμήματά του μεταφέρθηκαν σε άλλα υπουργεία. Ακολούθησαν μια σειρά διαφοροποιήσεων της ονομασίας του και προσθέσεις και αφαιρέσεις τμημάτων και αρμοδιοτήτων (Δαρδαβέσης, 2008).

Η Ελλάδα παρουσίαζε εικόνα διάλυσης μετά τη Μικρασιατική καταστροφή και την περιπέτεια του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου το 1945. Με το τέλος του Β' παγκοσμίου πολέμου και του εμφυλίου πολέμου που ακολούθησε πρωτοεμφανίστηκε στην Ελλάδα η κοινωνική εργασία. Οι πρώτες παρεμβάσεις έγιναν από ξένες ή ελληνικές φιλανθρωπικές οργανώσεις με στόχο να καλύψουν, κατά το δυνατό, τις τεράστιες ανάγκες, υλικές και κοινωνικές, μεγάλων τμημάτων του πληθυσμού. Οι

κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονταν σε εθελοντική κυρίως βάση και ήταν, είτε ξένοι, είτε εκπαιδευμένοι στο εξωτερικό και συνεργάζονταν με έλληνες διοικητικούς υπαλλήλους και άλλους εθελοντές. Τις προσπάθειες αυτές τις χαρακτήριζε η αγάπη για τη χώρα και το όραμα ανασυγκρότησής της (Καλλινικάκη, 1998 Πανουτσοπούλου, 1985).

Οι πρώτοι απόφοιτοι των σχολών κοινωνικής εργασίας της Ελλάδας, για παράδειγμα της Χριστιανικής Ένωσης Νεανίδων (XEN), υπηρέτησαν κυρίως σε ιδρύματα για παιδιά, τα επονομαζόμενα «Σπίτια του Παιδιού» και σε οικοτροφεία στα χωριά και τις κωμοπόλεις της Μακεδονίας και Θράκης. Τα σπίτια ήταν ιδρύματα του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας (Ε.Ο.Π.) και διέθεταν σχολεία και εκπαιδευτήρια σε διάφορες τέχνες και εργασίες για παιδιά και για νέους (Πανουτσοπούλου, 1985). Η XEN αποτελεί μέλος της βρετανικής οργάνωσης Young Women Christian Association (YWCA), που ιδρύθηκε το 1855 (YWCA, 2010). Στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1923 ως κοινωφελές μη κερδοσκοπικό σωματείο και προσέφερε, εκτός από εκπαιδευτικά και υποστηρικτικά προγράμματα για γυναίκες και υπηρεσίες κοινωνικών λειτουργών, όπως και συνεχίζει μέχρι σήμερα, με εξαίρεση το διάστημα 1939-1947. (XEN Ελλάδος, 2008 Pantazis, 2007). Παρόμοια δράση ανέπτυξε η Χριστιανική Αδελφότητα Νέων XAN από το 1921 και μετά, μέλος της Youth Men's Christian Association, YMCA), που ιδρύθηκε στο Λονδίνο το 1844 (YMCA, 1997· Pantazis, 2007).

Ορφανοτροφεία και βρεφοκομεία ήταν η πρώτη φροντίδα της πρόνοιας για τον πληθυσμό της Ελλάδας, ήδη από το 1917 με τη σύσταση της «Ανωτάτης Διευθύνσεως Περιθάλψεως» στη Θεσσαλονίκη και τη συγκέντρωση των διάσπαρτων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας σε αυτόνομο Υπουργείο «Υπουργείο Περιθάλψεως» (Μακρίδης, 1933). Το Πατριωτικό Ίδρυμα Κοινωνικής Προστασίας & Αντίληψης (ΠΙΚΠΑ) αποτέλεσε τον πρώτο επίσημο δημόσιο φορέα κοινωνικής φροντίδας, με προγράμματα προστασίας της μητέρας, του παιδιού και της οικογένειας. Ιδρύθηκε το 1914 ως σωματείο φιλανθρωπικών σκοπών, μετατράπηκε σε Ν.Π.Δ.Δ. το 1930 και πέρασε στην αρμοδιότητα του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας (Ε.Ο.Κ.Φ.) μέχρι την κατάργησή του το 2003 (Pantazis, 2007· Μπουρίκος, 2008).

Βαρύνουσα σημασία ήταν το έργο που διετέλεσαν στην Ελλάδα τα προσφυγικά σωματεία όπως το «Πολιτικόν Μικρασιατικόν Κέντρον» στην Αθήνα και οι διεθνείς Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις όπως ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, η

αμερικανική οργάνωση “Near East Relief” με την ίδρυση ορφανοτροφείων, η βρετανική οργάνωση “Save the Children Fund” με παροχή συσσιτίων και οργάνωση προσφυγικών κατασκηνώσεων και η “American Women’s Hospital” με την οργάνωση νοσοκομείων. Σε αυτές τις οργανώσεις συμμετείχαν κοινωνικοί λειτουργοί από το εξωτερικό, ιδιαίτερα στον Ερυθρό Σταυρό, που μετατράπηκε με το νόμο 552/1945 σε Ν.Π.Δ.Δ. (Μπουρίκος, 2008).

Το Πατριωτικό Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας και Αντίληψης (ΠΙΚΠΑ) και τον Ε.Ο.Π. στελέχωσαν, επίσης, σε μεγάλο ποσοστό κοινωνικοί λειτουργοί από το 1950 και μετά. Η σημασία του έργου που διετέλεσαν οι απόφοιτοι της σχολής στην ελληνική ύπαιθρο, ειδικά το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, που η χώρα προσπαθούσε να ανασυγκροτηθεί, δεν μπορεί εύκολα να υπολογισθεί (Πανουτσοπούλου, 1985).

Η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ (Ζ΄ Σύνοδος) το 1952 αποφάσισε ότι η κοινωνική εργασία πρέπει να ασκείται επαγγελματικά, από εκπροσώπους και των δύο φύλων (στα πλαίσια των μέτρων που έλαβε για την ισότητα των δύο φύλων) και σύμφωνα με τον αμερικανικό κώδικα δεοντολογίας, μετά από εκπαίδευση στη θεωρία και την πράξη της κοινωνικής εργασίας σε ειδικές σχολές (Πανουτσοπούλου, 1985· Ζηλεμένου, 2006).

Η Κοινωνική Εργασία δεν αναγνωρίστηκε νομοθετικά ως ξεχωριστή επιστημονική μέθοδος παρά το 1959 με το Νομικό Διάταγμα 4018 «Περί του θεσμού των κοινωνικών λειτουργών», ενώ είχε αρχίσει να εφαρμόζεται συστηματικά ως τέτοια από το 1950. Ορόσημο αποτέλεσε αυτή η χρονιά (1950) για την ανάπτυξη του θεσμού των κοινωνικών λειτουργών στην Ελλάδα, καθώς, τότε προσλήφθηκε μεγάλος αριθμός επαγγελματιών από το Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας για τις ανάγκες του προγράμματος «Παιδική Προστασία παρ’ οικογένειας». Οι συνθήκες του πολέμου επέβαλλαν την προστασία του παιδιού και της οικογένειας (Πανουτσοπούλου, 1985· Καλλινικάκη, 1998).

Λίγα χρόνια μετά, το 1953 στα Ιόνια Νησιά και από το 1954 έως το 1957 στη Θεσσαλία, οι ανάγκες που προέκυψαν στους σεισμόπληκτους κατοίκους, συντέλεσαν στην επιπλέον στελέχωση των αντίστοιχων δημόσιων υπηρεσιών με κοινωνικούς λειτουργούς. Καινούριες κοινωνικές υπηρεσίες συστάθηκαν στις φυλακές, στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), στο ΠΙΚΠΑ, στην Ύπατη Αρμοστεία των

Ηνωμένων Εθνών για τους πρόσφυγες και σε άλλους φορείς. Οι κοινωνικοί λειτουργοί έγιναν σταδιακά οι στυλοβάτες του προνοιακού συστήματος, σε πόλεις, κωμοπόλεις και χωριά (Καλλινικάκη, 1998).

Το 1956 πρωτοσυστάθηκαν κοινωνικές υπηρεσίες στα νοσοκομεία της χώρας με σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Πανταζάκας & Μέντης, 2002). Την περίοδο 1955-1966 ένας αυξανόμενος αριθμός επαγγελματιών δραστηριοποιήθηκε στην Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, κυρίως με παιδιά που διέμεναν σε ιδρύματα (Σπίτια του Παιδιού) ή κατασκηνώσεις, αλλά και σε Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής. Τα Κέντρα αυτά διετέλεσαν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών στον τομέα της ψυχικής υγείας και στην επέκταση του θεσμού των κοινωνικών λειτουργών (Παπαδοπούλου, 1993· Καλλινικάκη, 1998).

Την ίδια περίπου εποχή (1960), Κοινωνική Εργασία με Ομάδες εφαρμόζονταν στις σχολές και στα οικοτροφεία της Διακυβερνητικής Επιτροπής Μετανάστευσης με μέλλουσες ελληνίδες μετανάστριες. Οι κοινωνικοί λειτουργοί είχαν σαν στόχο την καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος, την ενίσχυση αρχών αλληλοβοήθειας, την προώθηση ικανοτήτων αυτοδιοίκησης και κυρίως την ψυχολογική στήριξη και τη μείωση του αισθήματος της μοναξιάς (Πανουτσοπούλου, 1985).

Ο Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας (Σ.Κ.Λ.Ε.), ιδρύθηκε το 1955 και αποτέλεσε επίσημα αναγνωρισμένο επαγγελματικό – επιστημονικό σωματείο, μέλος της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Κοινωνικών Λειτουργών με 96 μέλη αρχικά. Το 1956 έγινε μέλος της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Κοινωνικών Λειτουργών (I.S.W.F.). Το 1961 εκδόθηκε το δεύτερο σε σειρά σπουδαιότητας διάταγμα σχετικά με την άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού, το οποίο καθόριζε θέματα όπως η διαδικασία και οι προϋποθέσεις χορήγησης άδειας άσκησης επαγγέλματος, τα καθήκοντα προς τους εξυπηρετούμενους (www.skle.gr).

Το 1965 οι κοινωνικοί λειτουργοί κατατάσσονται στην πρώτη κατηγορία υπαλλήλων του δημοσίου και από το 1974 απασχολούνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Το 1978 το προεδρικό διάταγμα 891/7.12.1978 «περί καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των κοινωνικών λειτουργών» όρισε τους εξής τομείς δράσης: Κοινωνική Πρόνοια, Υγεία, Κοινωνική Ασφάλιση, Επαγγελματικός Προσανατολισμός και Εργασία, Εκπαίδευση, Εγκληματικότητα και Κοινοτική

Ανάπτυξη. Το 1979 ιδρύθηκαν τα πρώτα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) με βασική υπηρεσία τους, μεταξύ των άλλων, την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας (Δαρδαβέσης, 2007). Το 1989 προστέθηκαν νέοι τομείς άσκησης της κοινωνικής εργασίας στις ένοπλες δυνάμεις και στις υπηρεσίες του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης (Καλλινικάκη, 1998).

Το ισχύον σήμερα προεδρικό διάταγμα είναι το υπ' αριθμό 50 που ορίζει τα επαγγελματικά δικαιώματα των κοινωνικών λειτουργών (Παράρτημα ΣΤ) και το 23/1992 το οποίο ορίζει καθήκοντα, υποχρεώσεις, δεοντολογία και πλαίσια άσκησης του επαγγέλματος.

6.3 Επαγγελματικές Δυνατότητες των Κοινωνικών Λειτουργών

Στην Ελλάδα, οι τομείς άσκησης της κοινωνικής εργασίας που έχουν θεσμοθετηθεί διακρίνονται με βάση το νομικό καθεστώς και με βάση το είδος των κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει η κοινωνική εργασία. Με βάση το νομικό καθεστώς διακρίνονται α) σε οργανώσεις του δημόσιου τομέα όπως είναι τα νοσοκομεία, β) σε ιδιωτικές κερδοσκοπικές οργανώσεις όπως είναι οι κλινικές, οι οίκοι ευγηρίας, οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς, γ) σε εθελοντικές μη κερδοσκοπικές οργανώσεις όπως τον ερυθρό σταυρό, την εκκλησία, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και δ) σε οργανώσεις κοινοτικής φροντίδας όπως είναι τα προγράμματα «βοήθεια στο σπίτι» και οι ξενώνες. Οι φορείς των μη κερδοσκοπικών οργανώσεων και της κοινοτικής ανάπτυξης είναι ιδιαίτερα περιορισμένοι στη χώρα μας (Προεδρικό Διάταγμα 50).

Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα αριθ. 50, άρθρο 1 οι κοινωνικές/οί λειτουργοί 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.

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, αναρρωτήρια, θεραπευτικούς ξενώνες, ιατροκοινωνικά κέντρα, μονάδες οικογενειακού προγραμματισμού κ.λπ.

γ) **Τομέας Ψυχικής Υγείας:** Παροχή υπηρεσιών διαγνωστικού συμβουλευτικού και θεραπευτικού χαρακτήρα σε άτομα, ομάδες και οικογένειες τα οποία θεραπεύονται σε Κοινοτικά 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 οικογένειες 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 ανηλίκων και **εγκληματικότητας.** Παροχή ειδικών υπηρεσιών ενημερωτικού ,συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα, μέσα από κρατικούς ή άλλους φορείς όπως Δικαστήρια Ανηλίκων, Υπηρεσίας Επιμελητών Ανηλίκων, Εταιρείες Προστασίας Ανηλίκων, Ιδρύματα Αγωγής Ανηλίκων, Σωφρονιστικά Καταστήματα, Φυλακές, Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων, Εταιρεία Προστασίας Αποφυλακίζομένων, 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.

Επίσης, οι κοινωνικές/οί λειτουργοί μπορούν να εργαστούν:

- Στα κέντρα και τα προγράμματα μειονοτήτων και σε εκείνα της υποδοχής και υποστήριξης προσφύγων, παλιννοστούντων και μεταναστών.
- Ως ερευνητές/τριες στον τομέα της κοινωνικής εργασίας και των κοινωνικών δικαιωμάτων σε δημόσια και ιδιωτικά ερευνητικά κέντρα (καθώς και σε μελετητικά γραφεία) που διεξάγουν έρευνες σε τοπικό, εθνικό, ευρωπαϊκό ή διεθνές επίπεδο.
- Ως στελέχη άσκησης κοινωνικής πολιτικής (ΑΤΕΙ Κοινωνικής Εργασίας Ηρακλείου, 2007).

Σε πολλές περιπτώσεις το άτομο που προσφεύγει στις κοινωνικές υπηρεσίες αντιμετωπίζει πολλαπλά προβλήματα και χρειάζεται βοήθεια από πολλούς φορείς μαζί. Έτσι το τελικό αποτέλεσμα της δουλειάς ενός φορέα συνδέεται άρρηκτα με αυτό πολλών άλλων. Επίσης, συχνά απαιτείται συντονισμός και συνεργασία ανάμεσά τους για την επίλυση του ίδιου αιτήματος του εξυπηρετούμενου (Καλλινικάκη, 1998).

6. Υγεία και Μοντέλα Υγείας

Ο προσδιορισμός του περιεχομένου και της έννοιας του όρου «υγεία» κρίνεται απαραίτητος, γιατί προκειμένου οι κοινωνικοί λειτουργοί, και οι άλλοι επαγγελματίες, να προσφέρουν υπηρεσίες αποκατάστασης προς τους ασθενείς, χρειάζεται να έχουν ένα κοινά αποδεκτό ορισμό του όρου υγεία, σαν κοινό σημείο αναφοράς. Ωστόσο, αποτελεί ένα από τα πιο πολύπλοκα και γεμάτα αντιφάσεις ζητήματα στην ιστορία της υγείας (Τούντας, 2004), ίσως επειδή εξαρτάται και από τον τρόπο θεώρησης του ανθρώπου και της σχέσης που αναπτύσσει με το περιβάλλον του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2008). Απ' όλους τους ορισμούς για τον θετικό προσδιορισμό της υγείας, επικρατέστερος και πιο γνωστός, είναι ο ορισμός της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.), που διαμορφώθηκε το 1948: «υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας» (WHO, 2010).

Ο ορισμός της Π.Ο.Υ. αντικαθιστά την ασαφή έννοια της υγείας με την εμπλουτισμένη με την ψυχική και κοινωνική διάσταση, αλλά εξίσου ασαφή έννοια της ευεξίας. Οι επικριτές του θεωρούν ότι είναι αρκετά γενικός και ιδεαλιστικός για

να μπορέσει να θέσει συγκεκριμένους υλοποιήσιμους στόχους, ενώ ανοίγει τον δρόμο στην τάση της ιατρικής να περικλείει όλο και περισσότερες ανθρώπινες δραστηριότητες στη δικαιοδοσία των υπηρεσιών υγείας (Τούντας, 2004). Η Σαπουντζή-Κρέπια (1998) αναφέρει ότι στην προσπάθεια τους να ορίσουν την υγεία οι Twaddle και Hessler έθεσαν κριτήρια προσδιορισμού της μη υγείας στις τρεις διαστάσεις της υγείας, τη βιολογική (παρουσία συμπτωμάτων μιας νόσου), την ψυχολογική (εμφάνιση ψυχικής νόσου) και την κοινωνική (μειωμένη ικανότητα εκπλήρωσης κοινωνικών ρόλων). Επίσης, η ίδια συγγραφέας αναφέρει ότι οι Dimont και Jones θεωρούν ως προϋπόθεση για τη σπάνια επίτευξη της υγείας την αρμονία μεταξύ της κουλτούρας, της κοινωνίας και των περιβαλλοντικών παραμέτρων ή όταν οι ατομικές και κοινωνικές απόψεις για την υγεία βρίσκονται σε συμφωνία. Ο Downie (1999) διαφοροποιείται από το νόμο της Π.Ο.Υ. αποδίδοντας τη σωματική, ψυχική και κοινωνική διάσταση και στην έννοια της αρρώστιας, και όχι μόνο στην έννοια της ευεξίας. Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο Τούντας (2004), «υγεία είναι η δυναμική ισορροπία του εσωτερικού με το εξωτερικό περιβάλλον, που παρέχει στο άτομο τη δυνατότητα να ζει δημιουργικά, σύμφωνα με τις πεποιθήσεις του και τις επιδιώξεις του». Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση του βιοψυχοκοινωνικού-ολιστικού μοντέλου, η αρρώστια προειδοποιεί κατά κάποιο τρόπο ότι κάτι δεν πάει καλά στη ζωή του ανθρώπου και δεν θεωρείται απαραίτητα κάτι κακό (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Παρόλη την επίσημη εκδοχή της Π.Ο.Υ. για την υγεία, ο ιατρικός κόσμος στην πλειοψηφία του και κατά τη διάρκεια της καθημερινής άσκησης της ιατρικής, ταυτίζει την υγεία μόνο με την απουσία της αρρώστιας. Το βιοϊατρικό μοντέλο κυριαρχεί στα σύγχρονα συστήματα υγείας και επικεντρώνεται στη σωματική διάσταση της υγείας, αγνοώντας την ψυχολογική και κοινωνική της διάσταση. Εμπνευσμένο το βιοϊατρικό μοντέλο από τη μηχανιστική λογική του Descartes του 17^{ου} αιώνα, αποτέλεσε τη βάση για την ανάπτυξη της σύγχρονης ιατρικής το 18^ο και 19^ο αιώνα. Σύμφωνα με αυτό, οι άνθρωποι είναι υγιείς, όταν δεν εμφανίζουν συμπτώματα και γενικά δεν απομακρύνονται από τον κανόνα του φυσιολογικού (Τούντας, 2004· Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2008).

Αυτή η αντίληψη βασίζεται στη θεώρηση της υγείας και της νόσου ως αντικειμενικά, μετρήσιμα και παρατηρήσιμα φαινόμενα. Σύμφωνα με την παραπάνω αντίληψη, ο γιατρός είναι ο μόνος ειδικός που μπορεί να αντιμετωπίσει τη νόσο και για να το πετύχει αυτό, επικεντρώνεται στο άτομο, απομονώνοντας το από το περιβάλλον του.

Η θεραπεία από το γιατρό και μέσα στο νοσοκομείο είναι αυτή που μπορεί να δώσει τη λύση, η πρόληψη και το περιβάλλον δεν αποτελούν βασικό προσανατολισμό της βιοϊατρικής προσέγγισης (Οικονόμου, 2005). Η γέννηση της κοινωνικής ιατρικής, η έννοια της δημόσιας υγείας κ.λ.π. καθόλου δεν οδήγησαν σε αμφισβήτηση της καρτεσιανής λογικής (Τούντας, 2004). Αντίθετα, έχει αυξηθεί η ευθύνη του ειδικού απέναντι στον άρρωστο, αλλά για έναν όλο και πιο εξειδικευμένο και περιορισμένο τομέα, ενώ παράλληλα έχει μειωθεί η υποχρέωση του προς το συνολικό πρόβλημα για την κατάστασή του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2008). Η γράφουσα έχει ακούσει επανειλημμένως κατά την εργασία της στο νοσοκομείο μέλη του ιατρικού προσωπικού να λένε: «το σύμπτωμα υποχώρησε, πρέπει να φύγει, η δουλειά μου με τον ασθενή ολοκληρώθηκε». Την ίδια αντιμετώπιση είχαν ακόμα και ασθενείς που δεν ήταν γνωστό, για ποιον ιατρικό λόγο έπαψαν πριν λίγες εβδομάδες να είναι περιπατητικοί και επιπλέον το περιβάλλον τους και η ασφαλιστική τους κατάσταση δεν ήταν σε θέση να εξασφαλίσει την απαραίτητη φροντίδα, που θα χρειάζονταν μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του κοινωνικού λειτουργού έρχεται σε αντίθεση με τη βιοϊατρική προσέγγιση του γιατρού. Αυτή η διαφοροποίηση σε συνδυασμό με τον ιατροκεντρικό χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας, καθιστά το ρόλο του ενδιάμεσου που αναλαμβάνει ο κοινωνικός λειτουργός ανάμεσα στον ασθενή και το ιατρικό προσωπικό, ιδιαίτερα δύσκολο (Beder, 2006).

7.1 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Υγεία – Θεσμικό και Οργανωτικό πλαίσιο

Η επιστήμη της κοινωνικής εργασίας στον τομέα της υγείας αντιμετωπίζει την υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα, ανεξαρτήτως της οικονομικής δυνατότητας των ατόμων ή οικογενειών και ενστερνίζεται την ολιστική προσέγγιση του ασθενή, δίνοντας έμφαση στην επίδραση που ασκεί το κοινωνικό περιβάλλον (Πανταζάκας & Μέντης, 2002). «Αφετηρία της κοινωνικής εργασίας είναι η ιδέα ότι κάθε άτομο, ανεξαρτήτου ηλικίας, κατάστασης υγείας ή οικονομικής κατάστασης, είναι δυνατόν κάποια στιγμή να έρθει αντιμέτωπο με τέτοιες δυσκολίες, ώστε να χρειαστεί βοήθεια σε έναν ή περισσότερους τομείς της προσωπικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής του ζωής» (Καλλινικάκη, 1998). Στόχος της η ανάληψη του κοινωνικού ρόλου των ανθρώπων

και η εξασφάλιση μιας αρκετά καλής ποιότητας ζωής για άτομα, ομάδες και το ευρύτερο περιβάλλον τους (Παπαϊωάννου, 1998).

Σημαντική είναι η διαδικασία της ενδυνάμωσης των ατόμων, προκειμένου να συμμετέχουν ενεργά στην αντιμετώπιση της κατάστασης τους, αξιοποιώντας τις ικανότητες τους και αντιμετωπίζοντας ένα μεγάλο αριθμό συναισθηματικών καταστάσεων και κρίσεων, που δεν αποτελούν απαραίτητα ψυχικές παθήσεις, αλλά ψυχοκοινωνικά προβλήματα (Καραγκούνης, 2005· Βεργέτη, 2009).

Το προεδρικό διάταγμα του 891/1978, άρθρο 3 καθόρισε τις αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας ως εξής: «Ο κοινωνικός λειτουργός στον τομέα της υγείας συμβάλλει εις την πρόληψη, την αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοπρονοιακών προβλημάτων, δημιουργουμένων συνεπεία καταστάσεων κλονισμού σωματικής ή ψυχικής υγείας ατόμων, ή οφειλομένων εις την προσωπικότητα αυτών ή εις ετέρας δυσμενείς καταστάσεις του περιβάλλοντος των, άτινα καθιστούν δυσχερές το διαγνωστικόν έργον ή την εφαρμογή μέτρων θεραπείας».

Το νέο Π.Δ. 87/86 πρόσθεσε τα εξής: «η ευθύνη και η φροντίδα για τη συμπαράσταση στους νοσηλεύομενους στο Νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα, η αναζήτηση και διεύρυνση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση στο πλαίσιο της γενικότερης πολιτικής της Πολιτείας». Με βάση αυτό το προεδρικό διάταγμα καθορίζεται και η περιγραφή της θέσης των κοινωνικών λειτουργών στους οργανισμούς των υπηρεσιών υγείας.

Οι κοινωνικές υπηρεσίες των νοσοκομείων, σύμφωνα με το Π.Δ. 87/86 υπάγονταν στη Διοικητική Υπηρεσία. Με το νόμο 2889/2-3-2001 προβλέφθηκε να ενταχθούν στην Ιατρική Υπηρεσία, αλλά μετά την αναθεώρηση των οργανισμών των νοσοκομείων. Έκτοτε, επικρατεί μια σύγχυση, γιατί οι κοινωνικές υπηρεσίες δεν ανήκουν ουσιαστικά ούτε στη Διοικητική, ούτε στην Ιατρική Υπηρεσία (Πανταζάκας & Μέντης, 2002).

Αρμοδιότητες Κοινωνικής Υπηρεσίας

Οι αρμοδιότητες του τμήματος της κοινωνικής υπηρεσίας στις υπηρεσίες υγείας πηγάζουν από το σκοπό όπως περιγράφεται στο νόμο 2889/2001, το Π.Δ. 891, στις εκθέσεις της Π.Ο.Υ. και της IFSW και συνοψίζονται στα ακόλουθα:

Προληπτική παρέμβαση: Η προληπτική παρέμβαση εφαρμόζεται από τις κοινωνικές υπηρεσίες των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας.

- Συμμετοχή στην οργάνωση και διεξαγωγή προγραμμάτων αγωγής υγείας, με στόχο την ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα υγείας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, μέσω της ανάδειξης των κοινωνικών παραμέτρων των προβλημάτων υγείας.
- Συνεργασία με φορείς της κοινότητας (Τοπική Αυτοδιοίκηση, Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης),
- Συμμετοχή στη δημιουργία έντυπου υλικού για τους παραπάνω στόχους και σε επιστημονικά συνέδρια.

Επείγουσα Παρέμβαση: η επείγουσα παρέμβαση αφορά το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).

- Συγκέντρωση πληροφοριών για τον ασθενή και το περιβάλλον του σχετικά με κοινωνικά προβλήματα (ασφαλιστικά, οικονομικά, οικογενειακά, ψυχολογικά, στέγασης κλπ).
- Οργάνωση των πληροφοριών και τήρηση αρχείου.
- Συμβολή στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων παρέχοντας άμεσα ψυχοκοινωνική στήριξη του ασθενή και του περιβάλλοντος του κατά τη φάση της κρίσης. Η ψυχοκοινωνική στήριξη περιλαμβάνει συμβουλευτική παρέμβαση, πληροφόρηση, παραπομπές ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών και των συνοδών τους.
- Συνεργασία με άλλους λειτουργούς υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές), ώστε να τους ευαισθητοποιήσει για συνεργατική δράση και να εξασφαλιστεί η βοήθεια που χρειάζεται ο ασθενής βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα και να ενημερωθεί το περιβάλλον του.

Κλινική Παρέμβαση: η κλινική παρέμβαση περιλαμβάνει τον Παθολογικό, Χειρουργικό, Εργαστηριακό και Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.

- Συμβολή στο διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο των γιατρών μέσω της λήψης στοιχείων για την κατάσταση του ασθενή (συναισθηματική, οικονομική), τις σχέσεις του και τις συνθήκες διαβίωσης του.
- Προετοιμασία του ασθενή και τους περιβάλλοντος του για την παραδοχή της ασθένειας, την προσαρμογή στη νέα κατάσταση και την ενεργό συμμετοχή του στην αντιμετώπιση της.

- Βοήθεια του ασθενή και των συνοδών του για καλή προσαρμογή στο περιβάλλον του νοσοκομείου.
- Κατευθύνσεις για αντιμετώπιση οικονομικών και ασφαλιστικών προβλημάτων μέσω επιδομάτων, συντάξεων κλπ και υποβοήθηση ή ακόμα και εκπροσώπηση στους αρμόδιους φορείς στα πλαίσια των προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής.
- Πληροφόρηση για θέματα εκπαιδευτικά, ευρέσεως εργασίας και για θέματα αδειών παραμονής και έκδοσης πολιτικού ασύλου.
- Συνεργασία με Προξενία, Πρεσβείες και μεταφραστικές υπηρεσίες.
- Δημιουργία ή συμμετοχή σε υποστηρικτές ομάδες ασθενών και συγγενών τους με κοινά προβλήματα και ανάγκες.
- Διασύνδεση με υπηρεσίες εντός και εκτός νοσοκομείου και παραπομπές σε πηγές της κοινότητας.
- Προετοιμασία του ασθενή και του περιβάλλοντος του για την επάνοδο του στο φυσικό του περιβάλλον ή την αποκατάσταση σε προστατευμένο περιβάλλον. Εκπροσώπηση του ασθενή και εύρεση λύσεων αποκατάστασης, όταν δεν υπάρχει περιβάλλον.

Εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση:

- Συνέχιση της συνεργασίας με τον ασθενή ή το περιβάλλον του.
- Συνεργασία με άλλους φορείς στην κοινότητα ή άλλα νοσοκομεία ώστε να υπάρχει συντονισμένη δράση για την καλύτερη εξυπηρέτηση του ασθενή.
- Αξιοποίηση και οργάνωση εθελοντικών ομάδων ή προσφορών για τις ανάγκες των ασθενών.
- Παραπομπές ή διαχείριση ξενόντων για τη φιλοξενία των συγγενών των ασθενών.
- Αναζήτηση και συνεργασία με πηγές βοήθειας της κοινότητας.

Έρευνας και εκπαίδευσης:

- Εκπαίδευση και εποπτεία (από τους προϊσταμένους των κοινωνικών υπηρεσιών) των σπουδαστών κοινωνικής εργασίας στα πλαίσια της πρακτικής τους άσκησης.
- Ενημέρωση της κοινότητας και των στελεχών του νοσοκομείου για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού.

- Συμμετοχή σε συμβούλια, επιστημονικές επιτροπές και στα εκπαιδευτικά προγράμματα του νοσοκομείου (Πανταζάκας & Μέντης, 2002 Ζηλεμένου, 2006· Κοτσώνη, 2008).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

7. Υλικό Μελέτης και Μεθοδολογία της έρευνας

Παρότι η κοινωνική εργασία έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα, και σε φιλανθρωπικές δράσεις, φαίνεται ότι από τότε που εμφανίστηκε μέχρι σήμερα παρουσιάζει μια εξελικτική πορεία. Κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα κατοχυρώθηκε ως εφαρμοσμένη επιστήμη και συνέδεσε την πορεία της στον τομέα της υγείας με τις υπηρεσίες υγείας. Το ενδιαφέρον της παρούσας μελέτης επικεντρώνεται στο τι γίνεται σήμερα σχετικά με την εφαρμογή της κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα στον τομέα της υγείας. Για το σκοπό αυτό ακολουθεί η παρακάτω έρευνα.

Τα δεδομένα της έρευνας συγκεντρώθηκαν σύμφωνα με την ποιοτική μεθοδολογία έρευνας. Συγκεκριμένα, διεξήχθησαν δεκαπέντε συνεντεύξεις με κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται στα Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας της Θεσσαλονίκης.

Στη συγκεκριμένη έρευνα ενδιαφέρει να μελετηθούν οι απόψεις των ίδιων των συμμετεχόντων. Έγινε προσπάθεια αξιολόγησης μέσα από τα δικά τους μάτια και τη δική τους οπτική. Μια οπτική, η οποία είναι δοσμένη μέσα από τις εργασιακές τους πρακτικές. Αυτό μπορεί να μελετηθεί μόνο με την ποιοτική μεθοδολογία έρευνας, καθώς επιδίωξη της είναι να ανακαλύψει τις σημασίες που προσδίδουν οι μετέχοντες στη συμπεριφορά τους, στο τρόπο με τον οποίο ερμηνεύουν τις καταστάσεις και τις απόψεις τους σε συγκεκριμένα ζητήματα. Επιδιώκει, δηλαδή, να αναδείξει την άποψη την οποία έχουν ορισμένες ομάδες ή ακόμη να επικεντρωθεί στην περιγραφή του τι ακριβώς διαδραματίζεται στο πλαίσιο συγκεκριμένων καταστάσεων (Faulkner et al, 1999). Επιπλέον, την ποιοτική μεθοδολογία ενδιαφέρει η ίδια η ζωή, τα περιστατικά έτσι όπως ακριβώς συμβαίνουν στην πραγματικότητα, οι καταστάσεις και τα γεγονότα που παράγονται μέρα με τη μέρα.

Η επιλογή της ποιοτικής έρευνας έγινε διότι μας ενδιαφέρει να μελετήσουμε τα υποκείμενα της μελέτης μας, στο εργασιακό τους περιβάλλον και δεν αποτελεί απαραίτητα μια προβληματική κατάσταση που πρέπει να μελετηθεί. (Bird et al,

1999). Μας δίδεται η δυνατότητα έτσι να διεισδύσουμε σε βάθος στη γνώση που κατέχει η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα (Bird et al, 1999).

Υλικό της βιβλιογραφικής ανασκόπησης της μελέτης αποτέλεσαν βιβλία και άρθρα της κοινωνικής εργασίας και ειδικότερα της κοινωνικής εργασίας στον τομέα της υγείας. Χρησιμοποιήθηκαν ηλεκτρονικές πηγές, βιβλιοθήκες της Θεσσαλονίκης, της Αθήνας και της Κομοτηνής, πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις σε φορείς όπως το Ίδρυμα Ανάπτυξης Κοινωνικής Εργασίας στην Αθήνα, συμμετοχή σε σεμινάρια όπως «η σπουδαιότητα και οι τεχνικές της πρώτης συνάντησης με άτομα σε καταστάσεις κρίσης» από την κλινική κοινωνική λειτουργό και κλινική ψυχολόγο Λαρούνη Μαρίτσα (4/2010), “current trends in social education and social work in educational settings” (10-11/5) στο Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης. Επίσης, πραγματοποιήθηκαν επαφές με το εκπαιδευτικό προσωπικό του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης του Τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης με κατεύθυνση Κοινωνικής Εργασίας, όπως και με ξένους καθηγητές κοινωνικής εργασίας και ζητήθηκαν πληροφορίες για το θέμα της έρευνας.

Στη συνέχεια θα τεκμηριωθεί η χρήση του εργαλείου της συνέντευξης για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας και οι τεχνικές ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκαν.

8.1 Η συνέντευξη ως εργαλείο συλλογής των δεδομένων

Η ανάγκη χρήσης της συνέντευξης ήταν ένας από τους σημαντικότερους λόγους επιλογής της ποιοτικής μεθόδου. Η συνέντευξη σε βάθος χρησιμοποιείται ευρέως στην ποιοτική και κοινωνική έρευνα. Σ' αυτόν το τύπο συνέντευξης η ερευνήτρια κατευθύνει τον ερωτώμενο σε βασικά θέματα, αλλά ο ερωτώμενος αναπτύσσει τις σκέψεις και τις απόψεις του ελεύθερα και σε βάθος. Σύμφωνα με τον Ιωσηφίδη (2003) ο σκοπός της συνέντευξης σε βάθος είναι η συλλογή όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών για τις εμπειρίες, τις απόψεις, τις στάσεις και τις αναπαραστάσεις των συμμετεχόντων.

Σύμφωνα με τους Kvale (1996) και Robson (2002), η μέθοδος της συνέντευξης είναι δυνατό να χρησιμοποιείται, όταν η έρευνα εστιάζεται: στο υποκειμενικό νόημα μιας κοινωνικής κατάστασης ή φαινομένου, στη διερεύνηση προσωπικών ή κοινωνικών εμπειριών, στάσεων, αντιλήψεων, ιδεών και συμπεριφορών και στη διερεύνηση προσωπικών αντιλήψεων σε σχέση με κοινωνικές διαδικασίες. Οι

άνθρωποι είναι περισσότερο πρόθυμοι να μιλούν παρά να γράφουν (Παρασκευόπουλος, 1993) και ειδικότερα η συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα των κοινωνικών λειτουργών, όπως αναφέρουν οι ίδιοι, χρησιμοποιεί ως εργαλείο δουλειάς την προσωπική επαφή και την προφορική επικοινωνία.

Η συνέντευξη, επιτρέπει στην ερευνήτρια να έρθει σε επαφή με τον πληροφοριόδοτη επιτρέποντας τη διερεύνηση σε μεγαλύτερο βάθος, από ότι θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω ενός ερωτηματολογίου (Κυριαζή, 1998).

Η συνέντευξη είναι, ίσως, το πιο κατάλληλο εργαλείο για να βοηθήσει τους συμμετέχοντες να εκφράσουν αυτά που πιστεύουν. Είναι συνηθέστερο στην καθημερινή πρακτική να χρησιμοποιείται ο προφορικός λόγος για λόγους αμεσότητας. Αν η ερευνήτρια κατορθώσει να δημιουργήσει μια σχέση οικειότητας με τον εξεταζόμενο, είναι πολύ πιθανόν να εκμαιεύσει ευκολότερα εμπιστευτικές και προσωπικές πληροφορίες, τις οποίες το άτομο θα ήταν απρόθυμο να καταγράψει.

Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε ο τύπος της ημιδομημένης συνέντευξης ο οποίος χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων, αλλά παρουσιάζει πολύ περισσότερη ευελιξία ως προς τη σειρά των ερωτήσεων, ως προς την τροποποίηση του περιεχομένου τους, ανάλογα με τον ερωτώμενο και ως προς την προσθαφαίρεση ερωτήσεων και θεμάτων για συζήτηση (Dunn, 2000).

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιελάμβανε αρχικά ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με δημογραφικά χαρακτηριστικά και στη συνέχεια δομήθηκε σε τρεις ενότητες με 43 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου.

Τα δημογραφικά στοιχεία αναφέρονται στη συνέχεια:

Φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, σπουδές, κατηγορία, βαθμός, συνολικός χρόνος προϋπηρεσίας, θέση στον φορέα και χρόνος προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη θέση. Ακολούθησε ανοικτή ερώτηση σχετικά με αρμοδιότητες στο φορέα.

Η πρώτη ενότητα (ερωτήσεις από 1-14) αφορούσε στην περιγραφή του έργου των εργαζομένων, στα προβλήματα και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, με τι περιστατικά ασχολούνται, ποια είναι τα αιτήματά τους και ποια η επικοινωνία μαζί τους, η υποστήριξη που έχουν από το φορέα τους και οι δυνατότητες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης που ο φορέας τους παρέχει.

Η δεύτερη ενότητα (ερωτήσεις από 14-27) αφορούσε στην αποτελεσματικότητα των εργαζομένων, στις επιστημονικές μεθόδους και στα εργαλεία που χρησιμοποιούν.

Η τρίτη ενότητα (ερωτήσεις από 27-43) αφορούσε στη συνεργασία με τη διοίκηση του φορέα, τους άλλους εργαζόμενους, τους φορείς εκτός νοσοκομείου, στο πως βλέπουν το επάγγελμά τους και τις δυνατότητες εξέλιξης που έχει.

Οι πρώτες δύο συνεντεύξεις αποτέλεσαν την πιλοτική έρευνα και διαμορφώθηκε στη συνέχεια το τελικό ερωτηματολόγιο.

Σε αντίστοιχες έρευνες, λόγω της ιδιαίτερης φύσης τους, τα ερευνητικά δεδομένα είναι σκόπιμο να συλλέγονται «ενώπιος ενωπίω». Στην προσωπική συνέντευξη έχουμε την ευκαιρία να παρατηρήσουμε τη συμπεριφορά των εξεταζομένων, τις αντιδράσεις τους, το τόνο της φωνής τους και τις χειρονομίες τους. Επίσης, σημαντική είναι η δυνατότητα που δίνει η συνέντευξη στην ερευνήτρια να εξηγήσει με σαφήνεια το σκοπό της έρευνας, ώστε να το κατανοήσει ο εξεταζόμενος και να διεγερθεί έτσι σε μεγαλύτερο βαθμό η διάθεση του για συνεργασία. Επιπλέον, η ερευνήτρια έχει τη δυνατότητα και κατά τη διάρκεια της συνέντευξης να βεβαιώνεται ότι ο εξεταζόμενος καταλαβαίνει πλήρως κάθε ερώτηση που καλείται να απαντήσει και ότι δίνει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες (Παρασκευόπουλος, 1993).

Η άμεση και προσωπική επικοινωνία ερευνητή – εξεταζόμενου μας επιτρέπει μεγαλύτερη ευελιξία στο τρόπο δόμησης και παρουσίασης των ερωτήσεων. Στη συνέντευξη, επειδή πρόκειται για μια ζωντανή επικοινωνία, μπορούμε να έχουμε μεγαλύτερη ευελιξία στη διατύπωση των ερωτήσεων και μεγαλύτερη ελευθερία χειρισμών. Για το λόγο αυτό, στη δημιουργία του εργαλείου της συνέντευξης επιλέχθηκαν ανοιχτές ερωτήσεις, οι οποίες αφήνουν τον ερωτώμενο ελεύθερο να αναπτύξει την απάντηση του δίχως προκαθορισμούς (Breakwell, 1995) και κάποιες ερωτήσεις γνώμης οι οποίες στοχεύουν στη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των ερωτώμενων για διάφορα κοινωνικά φαινόμενα και διαδικασίες (Mishler, 1996).

Αυτό είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο, με μεγάλη πρακτική εφαρμογή στην περίπτωση μας, καθώς οι ερωτήσεις της συνέντευξης, δεν είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν όπως είναι διατυπωμένες. Στη διάρκεια της συζήτησης που πραγματοποιήθηκε ο ερευνητής ανάπλαθε τις ερωτήσεις για να γίνεται κατανοητός.

Κατά τη διαδικασία συλλογής δεδομένων, οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν με μαγνητοφώνηση. Η ερευνήτρια κρατούσε σημειώσεις την ώρα που ο εξεταζόμενος

μιλούσε. Η επιλογή αυτής της μεθόδου έγινε, διότι η χρήση κασετοφώνου διευκόλυνε τη διαδικασία, καταγράφοντας όλες τις λεπτομέρειες, κάποια παραδείγματα που αναφέρθηκαν στη συζήτηση, εκτός των συγκεκριμένων ερωτήσεων και έδωσε την ευκαιρία για επαναλαμβανόμενη μελέτη των συνεντεύξεων.

8.2 Ο πληθυσμός της έρευνας

Καλό θα ήταν να γίνει αναφορά για τις υπηρεσίες υγείας από τις οποίες προέρχεται το υλικό της παρούσας μελέτης. Σύμφωνα με στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσία της Ελλάδας (2008), ο αριθμός των Νοσοκομείων (πλην των στρατιωτικών) είναι 316. Από αυτά τα 186 είναι Γενικά, 13 Μεικτά και τα υπόλοιπα 117 Ειδικά.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α) και συγκεκριμένα η Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας του Τμήματος Οργάνωσης Νοσοκομείων (2010) έχει καταγεγραμμένες 570 οργανικές θέσεις Κοινωνικών Λειτουργών Τ.Ε. και 60 Π.Ε. χωρίς να υπάρχουν περαιτέρω στοιχεία για τους υπηρετούντες υπαλλήλους στις αντίστοιχες θέσεις.

Η Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δεν έχει μηχανογραφημένα στοιχεία για τον αριθμό των οργανικών θέσεων των Κοινωνικών Λειτουργών στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και για αυτό δεν είναι εύκολο να δοθεί συγκεντρωτικός αριθμός.

Το σύνολο των κοινωνικών λειτουργών της χώρας και το σύνολο των εργαζομένων από αυτούς, όπως επίσης και τους τομείς που δραστηριοποιούνται δεν είναι διαθέσιμο ούτε από το Υ.Υ.Κ.Α ούτε και από τον ΣΚΛΕ. Σύμφωνα με τον αριθμό αδειών ασκήσεως επαγγέλματος που έχουν εκδοθεί το διάστημα 1959-2003 και είναι 5.343 και τους 3.300 κοινωνικούς λειτουργούς που ήταν εγγεγραμμένοι στον ΣΚΛΕ το 2002 και 4.000 το 2009, υπολογίζεται ότι ο αριθμός των διαθέσιμων ενεργών κοινωνικών λειτουργών ήταν περίπου 4.000 το 2005 και περίπου 5.000 το 2010 (Αλτάνης και συν., 2005).

Οι υπηρεσίες υγείας (Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας) όπου διενεργήθηκε η μελέτη παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες. Επίσης, αναφέρονται οι οργανικές και οι καλυμμένες θέσεις κοινωνικών λειτουργών αντίστοιχα.

Τα Νοσοκομεία της πόλης της Θεσσαλονίκης είναι δώδεκα:

α/α	Νοσοκομεία	Οργανικές	Καλυμμένες
------------	-------------------	------------------	-------------------

		Θέσεις Κ.Λ.	Θέσεις Κ.Λ.
1	Δημόσιο Νοσοκομείο Ειδικών Παθήσεων	1	-
2	Θεαγένειο- Αντικαρκινικό Νοσοκομείο	8	2
3	Ιπποκράτειο - Γενικό Νοσοκομείο	15	6
4	Νοσοκομείο Αφροδίσιων και Δερματικών Νόσων	1	-
5	Νοσοκομείο ΙΚΑ «Παναγιά»	-	-
6	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο	30	28
7	«Γεώργιος Παπανικολάου» - Κεντρικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος ΒΕ	6	3
8	424 Στρατιωτικό Νοσοκομείο	-	-
9	«Άγιος Δημήτριος» - Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο	2	1
10	«Άγιος Παύλος» - Νομαρχιακό Νοσοκομείο	3	1
11	«ΑΧΕΠΑ» - Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο	10	6
12	Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου	6	3
		82	55

Από τα δώδεκα Νοσοκομεία, τα τέσσερα δε διαθέτουν κοινωνική υπηρεσία. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που απασχολούνται είναι στο σύνολο πενήντα πέντε. Από αυτούς οι πενήντα μία είναι γυναίκες και οι τέσσερις άντρες. Ο αριθμός των κλινών στα μεγάλα νοσοκομεία είναι 700 στο ΑΧΕΠΑ και 708 στο Γ. Παπανικολάου και 800 στα Νοσοκομεία Θεαγένειο και Παπαγεωργίου. Η αναλογία αριθμού κλινών και κοινωνικών λειτουργών έπρεπε να είναι ένας κοινωνικός λειτουργός ανά πενήντα κλίνες στα Γενικά Νοσοκομεία, ένας ανά είκοσι πέντε κλίνες στα Ειδικά Νοσοκομεία και ένας για κάθε Ειδική Μονάδα Νοσοκομείου (Ν. 2889/2001, άρθρο 6) (Πανταζάκας & Μέντης, 2002).

Τα Κέντρα Υγείας της Θεσσαλονίκης είναι δέκα. Επίσης, αναφέρονται οι οργανικές και οι καλυμμένες θέσεις κοινωνικών λειτουργών αντίστοιχα:

α/α	Κέντρο Υγείας	Οργανικές Θέσεις Κ.Λ.	Καλυμμένες Θέσεις Κ.Λ.
1	Ζαγκλιβερίου	1	-
2	Θέρμης	2	1
3	Ευόσμου	5	1
4	Πύργου (Χαλάστρας)	2	1
5	Διαβατών (Ν.Ιωνίας)	4	2
6	Ν. Μηχανιώνας	2	-
7	Ν. Μαδύτου	2	-
8	Σοχού	1	-
9	Λαγκαδά	4	2
10	Κουφαλίων	2	1
		25	8

Από τα δέκα Κέντρα Υγείας, τα τέσσερα δεν έχουν κοινωνικό λειτουργό. Εργάζονται σε αυτά οκτώ κοινωνικοί λειτουργοί, δύο άντρες και έξι γυναίκες.

8.3 Το δείγμα της έρευνας

Τα Νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης είναι συνολικά δώδεκα και σε δέκα από αυτά εργάζονται σήμερα κοινωνικοί λειτουργοί. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε οκτώ κοινωνικές υπηρεσίες Νοσοκομείων, δύο από αυτές δεν μπορούσαν να συμμετέχουν τη συγκεκριμένη περίοδο που ζητήθηκε, λόγω φόρτου εργασίας. Τα Κέντρα Υγείας της Θεσσαλονίκης είναι δέκα, συμμετείχαν στην έρευνα οι κοινωνικές υπηρεσίες τριών από αυτά. Συμπεριλήφθηκε η κοινωνική υπηρεσία Κέντρου Υγείας Αστικού Τύπου για λόγους αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος.

Ο συνολικός αριθμός των κοινωνικών λειτουργών είναι εξήντα τρεις, έξι άντρες και πενήντα επτά γυναίκες. Στην επιλογή του δείγματος λήφθηκαν υπόψη

παράγοντες όπως φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο και εργασιακή εμπειρία. Έτσι, στο δείγμα της μελέτης συμμετέχουν τρεις (3) άντρες και δώδεκα (12) γυναίκες.

Συγκεκριμένα, το δείγμα μας διαμορφώθηκε ως εξής:

α/α	Όνομα	Φύλο	Ηλικία	Μορφωτικό Επίπεδο	Συνολική Προϋπηρεσία / Στο φορέα	Οικογεν. Κατάσταση	Μέλος ΣΚΛΕ
1	Μ.Κ.	Γυναίκα	48	Π.Ε.	28 / 25	Έγγαμη κανένα τέκνο	ναι
2	Β.Τ.	Γυναίκα	48	Τ.Ε.	23 / 23	Έγγαμη 2 τέκνα	ναι
3	Ε.Κ.	Γυναίκα	55	Τ.Ε.	26 / 26	Έγγαμη 2 τέκνα	όχι
4	Κ.Ι.	Γυναίκα	46	Π.Ε.	10 / 10	Άγαμη	όχι
5	Χ.Κ.	Άνδρας	48	Π.Ε.	2 / 2	Έγγαμος 2 τέκνα	ναι
6	Β.Κ.	Γυναίκα	42	Τ.Ε.	18 / 18	Έγγαμη 3 τέκνα	όχι
7	Ε.Κ.	Γυναίκα	42	Τ.Ε.	11 / 6 μήνες	Έγγαμη 2 τέκνα	όχι
8	Α.Μ.	Άνδρας	30	Π.Ε., ΜΑ	2 / 2	Άγαμος	όχι
9	Κ.Κ.	Γυναίκα	37	Τ.Ε.	2 / 2	Έγγαμη 2 τέκνα	ναι
10	Σ.Μ.	Γυναίκα	31	Τ.Ε.	2 / 2	Έγγαμη 1 τέκνο	ναι
11	Ν.Ε.	Γυναίκα	32	Τ.Ε.	8 / 2	Έγγαμη 2 τέκνα	όχι
12	Α.Ε.	Γυναίκα	46	Π.Ε.	20 / 10	Έγγαμη 1 τέκνο	όχι
13	Τ.Λ.	Άνδρας	37	Τ.Ε.	11 / 1	Διαζευγμένος κανένα τέκνο	ναι

14	Α.Α.	Γυναίκα	51	Τ.Ε.	18 / 21	Άγαμη κανένα τέκνο	ναι
15	Δ.Δ.	Γυναίκα	51	Τ.Ε.	24 / 26	Έγγαμη 2 τέκνα	όχι

Μέσος όρος ηλικίας του δείγματος μελέτης είναι τα $42,9 \pm 7,9$ χρόνια. Το ηλικιακό εύρος κυμαίνεται από τα 30 έως τα 51 έτη. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων, τρεις είναι άγαμοι, ένας διαζευγμένος και έντεκα έγγαμοι. Πέντε δεν έχουν κανένα τέκνο, δύο έχουν από ένα τέκνο, επτά έχουν από δύο τέκνα και ένας έχει τρία τέκνα. Σχετικά με την εκπαίδευση τους, τέσσερις είναι κατηγορίας Π.Ε., δέκα είναι κατηγορίας Τ.Ε. και ένας έχει Μεταπτυχιακό Δίπλωμα. Το διάστημα συνολικής προϋπηρεσίας των ερωτώμενων κυμαίνεται από 2 χρόνια έως 28 χρόνια και το διάστημα προϋπηρεσίας στον φορέα κυμαίνεται από τους έξι μήνες έως και 24 χρόνια.

8.4 Η ανάλυση των δεδομένων – θεωρητική τεκμηρίωση

Σύμφωνα με τον Ιωσηφίδη (2003) η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων περιλαμβάνει τρεις, αλληλεξαρτώμενες μεταξύ τους, διαδικασίες. Οι αναλυτικές αυτές διαδικασίες, στις οποίες στηρίχτηκε και η ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν από τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων, λαμβάνουν χώρα πριν, κατά τη διάρκεια αλλά και μετά τη συλλογή του ποιοτικού υλικού και σύμφωνα με τους Huberman και Miles (1994) εξειδικεύονται στα εξής:

Περιορισμός των δεδομένων (data reduction). Σύμφωνα με τη διαδικασία αυτή, η ερευνήτρια από τον τεράστιο όγκο δεδομένων που συγκέντρωσε κατά τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων, περιορίστηκε στη χρήση και επεξεργασία αυτών που κατά την κρίση της είναι καταλληλότερα να απαντήσουν τα ερευνητικά ερωτήματα.

Παρουσίαση των δεδομένων (data display). Στη συνέχεια η ερευνήτρια δομώντας το υλικό σε κατηγορίες και θεματικά πεδία, προέβη στην οργάνωση της πληροφορίας που συγκέντρωσε από το πεδίο με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι δυνατή η περαιτέρω επεξεργασία και ανάλυση της.

Έλεγχος και απόδοση νοήματος στα δεδομένα (conclusion drawing and verification). Στο στάδιο αυτό η ερευνήτρια προσπάθησε να αποδώσει νόημα στα

ποιοτικά δεδομένα, προχωρώντας στη δόμηση ερμηνευτικού και θεωρητικού πλαισίου με στόχο την απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα και στην κατανόηση των υπό έρευνα διαδικασιών και συμπεριφορών.

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας μας στηρίχτηκε καταρχήν στην τυπολογική ανάλυση (typology), η οποία αφορά στη δόμηση του ποιοτικού υλικού σε κατηγορίες ή θεματικά πεδία. Έγινε προσπάθεια οι κατηγορίες αυτές να έχουν εξαντλήσει το θέμα το οποίο περιλαμβάνουν και να μην υπάρχουν επικαλύψεις (Ratcliff, 2002). Παράλληλα και εξαιτίας της φύσης της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν και στοιχεία της ερμηνευτικής ανάλυσης (hermeneutical analysis), βασικός στόχος της οποίας είναι η ανάδειξη του νοήματος που οι ίδιοι οι συμμετέχοντες προσδίδουν στην υπό μελέτη κατάσταση (Flick, 1998). Η ερευνήτρια προσπάθησε να κατανοήσει περισσότερο τις διαδικασίες παραγωγής και αναπαραγωγής υποκειμενικών νοημάτων από τους συμμετέχοντες και λιγότερο να αναδείξει τις δικές της ερμηνείες.

8.5 Η Ερευνητική Διαδικασία

Η ερευνητική διαδικασία ξεκίνησε με την ενημέρωση των υπευθύνων των κοινωνικών υπηρεσιών και το αίτημα για την παραχώρηση της σχετικής άδειας διεξαγωγής της έρευνας. Οι υπεύθυνοι ενημερώθηκαν, καταρχήν τηλεφωνικά και τους ζητήθηκε η συνεργασία τους. Στη συνέχεια τους εστάλη γραπτή επιστολή, η οποία επισυνάπτεται στο Παράρτημα Δ', στην οποία εξηγούνται οι σκοποί και το πλαίσιο της έρευνας. Τέλος, σε ένα επόμενο στάδιο ενημερώθηκαν για τις ημερομηνίες διεξαγωγής των συνεντεύξεων και ορίστηκαν οι χώροι διεξαγωγής τους.

Πριν τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων η ερευνήτρια ενημέρωσε τους συμμετέχοντες για το ποια είναι, για την έρευνα που υλοποιεί και ζήτησε τη συμμετοχή και την βοήθεια τους. Περιγράφηκε ο φορέας πραγματοποίησης της έρευνας, ο σκοπός της, διαβεβαιώθηκε η τήρηση της ανωνυμίας και δόθηκαν στοιχεία του ερευνητή και του επιβλέποντος καθηγητή – συμβούλου.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν, όπου ήταν δυνατόν, σε χώρους παράπλευρους των χώρων εργασίας, ώστε να υπάρχει ησυχία, αλλά και η σχετική άνεση και ηρεμία από τους συμμετέχοντες, μιας και οι υπόλοιποι συνάδελφοι βρίσκονταν δίπλα για να απαντούν στα τηλέφωνα και να βλέπουν τα περιστατικά.

Το χρονικό διάστημα υλοποίησης των συνεντεύξεων ήταν μεταξύ 12 Μαΐου με 31 Μαΐου 2010. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν ατομικά και χωρίς την παρουσία άλλων.

8.6 Η Πιλοτική Έρευνα

8.6.1 Το δείγμα της πιλοτικής έρευνας

Η πιλοτική εφαρμογή του εργαλείου της συνέντευξης, έτσι όπως αυτό δομήθηκε στην αρχική του μορφή, πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα από 3 Μαΐου έως 7 Μαΐου 2010 σε δύο ερωτώμενους.

8.6.2 Η ερευνητική διαδικασία της πιλοτικής έρευνας

Σημαντικό στοιχείο, το οποίο βοήθησε στην επιτυχία της πιλοτικής έρευνας, είναι το γεγονός πως η ερευνήτρια είναι συνάδελφος των ερωτώμενων, σε ξεχωριστό όμως φορέα, ώστε να μπορεί και να έχει την απαραίτητη αποστασιοποίηση. Το γεγονός αυτό της επέτρεψε να έχει μια σχέση εμπιστοσύνης με τα άτομα που περιλαμβάνονται στο δείγμα και μια σχετική οικειότητα, η οποία εξασφάλισε μεγαλύτερη αφιέρωση χρόνου, από τους ερωτώμενους και ένα πιο έντονο ενδιαφέρον κατά τη διαδικασία της συνέντευξης, βοηθώντας έτσι την καλύτερη εκτίμηση και αξιολόγηση του εργαλείου συλλογής των δεδομένων, από τη μεριά του ερευνήτριας.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε διπλανό χώρο από το γραφείο εργασίας, κατόπιν τηλεφωνικής συνεννόησης μαζί τους. Αυτό ήταν ένα επιπλέον στοιχείο που βοήθησε την επιτυχή έκβαση της πιλοτικής έρευνας, καθώς ένιωθαν πιο άνετα και μπορούσαν να εκφραστούν καλύτερα. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν από την ίδια την ερευνήτρια η οποία κρατούσε σημειώσεις και κατά τη διαδικασία της συνέντευξης και τις μαγνητοφώνησε.

8.6.3 Τα αποτελέσματα της πιλοτικής έρευνας

Η εφαρμογή της πιλοτικής έρευνας ανέδειξε κάποια σημαντικά στοιχεία και βοήθησε στη δημιουργία ενός πιο ολοκληρωμένου εργαλείου, συλλογής των δεδομένων, το οποίο βρίσκεται πιο κοντά στις ιδιαιτερότητες της ομάδας στόχου και είναι αποτελεσματικότερο στη διαχείριση των ερευνητικών μας ερωτημάτων.

Συγκεκριμένα, αφαιρέθηκαν ερωτήσεις, των οποίων οι απαντήσεις κρίθηκε πως δεν πρόσφεραν τίποτα ουσιαστικό στα αποτελέσματα της έρευνας. Το σημαντικότερο, ωστόσο, στοιχείο που πρόσθεσε η πιλοτική έρευνα ήταν κάποιες

ερωτήσεις, οι οποίες στον αρχικό σχεδιασμό δεν συμπεριλήφθηκαν, διότι αναμενόταν τα αποτελέσματα τους να προκύψουν από την έκβαση και τη συζήτηση των ήδη υπάρχοντων κατηγοριών. Στην πράξη, όμως, φάνηκε πως αυτό δεν επιτεύχθηκε και για το λόγο αυτό προστέθηκαν οι ερωτήσεις που αφορούν το λόγο επιλογής του επαγγέλματος, την επαγγελματική εξουθένωση και την κοινωνική καταξίωση του επαγγέλματος.

Τέλος, από την πιλοτική προέκυψε η επαρκής συλλογή των απαιτούμενων ερευνητικών δεδομένων, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει λόγος πρόσθεσης περαιτέρω ερωτήσεων, οι οποίες θα κούραζαν των ερωτώμενο και θα οδηγούσαν την έρευνα σε περιττές αναφορές και γενικότητες.

8.7 Δυσκολίες – Περιορισμοί

Η διαδικασία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, αποτέλεσε εξ αρχής μια σημαντική δυσκολία της συγκεκριμένης έρευνας. Είναι γεγονός πως παρά την εμπειριστατωμένη μελέτη που έγινε, δεν βρέθηκε καμία δημοσιευμένη μελέτη που να αναφέρεται στα χαρακτηριστικά και στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Οι καθηγήτριες του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης του Τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης καθηγήτρια Καλλιδικάκη Θεανώ και η επίκουρη καθηγήτρια Κανδυλάκη Αγάπη που ρωτήθηκαν σχετικά, επιβεβαιώνουν την ανυπαρξία παρόμοιων μελετών.

Εντονότερη είναι η ανυπαρξία διαθέσιμων στοιχείων που να προέρχονται από στατιστικές μελέτες αξιολόγησης της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας και καταγραφής των επαγγελματιών στην Ελλάδα γενικότερα και ειδικότερα της συγκεκριμένης επαγγελματικής ομάδας. Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΣΥΕ, 2001) και τους Αλτάνη και συν. (2005) οι κοινωνικοί λειτουργοί δε συμπεριλαμβάνονται στο σύστημα συλλογής δεδομένων «Eurostat» (Παράρτημα Ε).

Μια πρακτική δυσκολία που προέκυψε κατά τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων, ήταν να προσπεράσουν οι συμμετέχοντες τους φόβους τους για τι σημαίνει αυτή η έρευνα, τις υποψίες τους για προσωπική έκθεση και πιθανά προβλήματα από τους προϊσταμένους τους στους χώρους εργασίας. Το γεγονός ότι η ερευνήτρια προέρχεται από τον ίδιο επαγγελματικό κλάδο και ίσως προκάλεσε σε κάποια άτομα του

δείγματος της μελέτης κάποια επιφύλαξη. Η διεξαγωγή της έρευνας, επίσης, στο χώρο εργασίας ορισμένες φορές δυσκόλεψε τη διαδικασία και χρειάστηκε περισσότερος χρόνος, καθώς κάποιοι συμμετέχοντες αναγκάστηκαν να διακόψουν για λίγο για να απαντήσουν σε τηλεφωνήματα ή αιτήματα των περιστατικών. Αυτό αποφεύχθηκε όπου βρέθηκε ξεχωριστός χώρος για τη συνέντευξη, αλλά δεν στάθηκε δυνατό σε όλες τις περιπτώσεις.

8.8 Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της έρευνας

Ολοκληρώνοντας το στάδιο της ερευνητικής διαδικασίας αξίζει να σταθεί κανείς στο θέμα της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας, όλων όσων σχεδιάστηκαν. Μπορεί να εντοπίσει κανείς μια σειρά από διαφορετικούς τύπους ερευνητικής εγκυρότητας οι οποίοι διαπλέκονται μεταξύ τους. Οι βασικότεροι από αυτούς, σύμφωνα με τον Winter (2000), θα αναλυθούν στη συνέχεια.

Ξεκινώντας με το τύπο της περιγραφικής εγκυρότητας (descriptive validity), ο οποίος σχετίζεται περισσότερο με τα αρχικά στάδια της ερευνητικής διαδικασίας και κυρίως με το στάδιο της συλλογής δεδομένων, θα αναλυθούν τα βασικά στοιχεία που διασφαλίζουν την εγκυρότητα μιας ποιοτικής έρευνας (Bird et al., 1999).

Καταρχήν, η ερευνήτρια αποτελώντας η ίδια μέλος της ομάδα στόχου, μπορούσε να τους προσεγγίσει εύκολα, να γίνει αποδεκτή και να αναπτύξει έναν εποικοδομητικό διάλογο, απαραίτητο για τις ανάγκες της έρευνας. Η ίδια εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης και έχει συνεργαστεί με κάποιους από τους συμμετέχοντες, γεγονός που της επιτρέπει να γνωρίζει «εκ των έσω» τον τρόπο λειτουργίας των υπό διερεύνηση υπηρεσιών.

Αυτή η εμπειρία μείωσε σε μεγάλο βαθμό τους κινδύνους και τους περιορισμούς που προαναφέρθηκαν.

Στον τύπο της θεωρητικής εγκυρότητας (theoretical validity), ο οποίος αναφέρεται στη διαδικασία σχηματισμού και διατύπωσης θεωρητικών θέσεων που έχουν ευρύτερη απήχηση, πέρα από τα στενά πλαίσια του συγκεκριμένου ερευνητικού εγχειρήματος (Winter, 2000), μπορούν να αναφερθούν ανάμεσα στους στόχους της συγκεκριμένης έρευνας, η αναγωγή των αποτελεσμάτων και των προτάσεων της στα κοινωνικά προγράμματα που εφαρμόζονται σε ολόκληρη τη χώρα.

Τέλος, αναφορικά με τον τύπο της αξιολογικής εγκυρότητας (evaluative validity), η οποία αφορά τους τρόπους και τις τεχνικές αξιολόγησης της ύπαρξης εγκυρότητας ή όχι στην ερευνητική διαδικασία, μπορούν να αναφερθούν τα ακόλουθα (Silverman, 2000):

Ο ρόλος της ερευνήτριας, η σχέση της με τους συμμετέχοντες, μπορεί να διασφαλίσει την ανταπόκριση των υποκειμένων στην έρευνα και την επικύρωση της από αυτά (Bird et al., 1999). Σύμφωνα με την πρακτική της περιεκτικής επεξεργασίας (comprehensive data treatment) στην ανάλυση των δεδομένων έχει συμπεριληφθεί το σύνολο των ποιοτικών δεδομένων και όχι μόνο αυτών που οδηγούν σε επιθυμητές ερμηνείες και συμπεράσματα (Huberman and Miles, 1994).

Το δείγμα της έρευνας, με τον τρόπο που επιλέχθηκε, είναι ένας παράγοντας που διασφαλίζει την εγκυρότητα της. Το δείγμα εξασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό τον απαιτούμενο για την αξιοπιστία της έρευνας τριγωνισμό. Καθώς συμμετέχουν ερωτώμενοι με διαφορετικές εμπειρίες απασχόλησης, αλλά και διαφορετικά εκπαιδευτικά επίπεδα. Τέλος, προέρχονται και από τα δυο φύλα, αλλά και από ένα μεγάλο ηλικιακό εύρος (Silverman, 1997).

Τέλος, η αξιοπιστία της έρευνας επιτυγχάνεται καθώς οι απόψεις, οι θέσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων παρουσιάζονται από την ερευνήτρια με τον τρόπο ακριβώς που δόθηκαν. Οι ερευνητικές ερωτήσεις είναι ξεκάθαρες, ενώ προηγουμένως έγινε αναφορά λεπτομερειακά στον ερευνητικό σχεδιασμό. Ο ρόλος και οι σχέσεις της ερευνήτριας στο πεδίο περιγράφονται πλήρως και διεξοδικά και τέλος, η συλλογή των ποιοτικών δεδομένων έλαβε χώρα σε όλο το εύρος των διαθέσιμων πηγών (Ιωσηφίδης, 2003)

9. Η Ανάλυση δεδομένων - Αποτελέσματα

Η παραδοχή από την οποία θα έπρεπε να ξεκινήσει η ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν δεν θα μπορούσε να ήταν άλλη από το γεγονός της χαμηλής στελέχωσης των κοινωνικών υπηρεσιών των νοσοκομείων. Ενώ προβλέπεται ένας σημαντικός αριθμός οργανικών θέσεων, στην πράξη απασχολούνται πολύ λιγότεροι, με εξαίρεση ίσως το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, το οποίο λόγω αντικειμένου απασχολεί ένα μεγάλο αριθμό κοινωνικών λειτουργών. Ενδεικτικά μπορούν να αναφερθούν τα λόγια μιας κοινωνικής λειτουργού: *«3, αλλά πάντα ήμουν μόνη μου, εκτός από τις σπουδάστριες που κάνουν την εξαμηνιαία πρακτική*

τους άσκηση», αλλά και «15 και είμαστε 6 τώρα, ενώ έχουμε υπάρξει για πολλά χρόνια 3, συν τις σπουδάστριες που κάνουν την εξαμηνιαία πρακτική τους άσκηση», ενώ μια άλλη ερωτώμενη απαντά: «8 θέσεις και είμαστε δύο, τα δυο προηγούμενα χρόνια ήμουν μόνη μου συν τις σπουδάστριες που κάνουν την εξαμηνιαία πρακτική τους άσκηση».

Η αδυναμία αυτή στελέχωσης των κοινωνικών υπηρεσιών των νοσοκομείων συμπληρώνεται και από ένα μεγάλο εύρος περιστατικών που καλούνται να αντιμετωπίσουν και μια πληθώρα αρμοδιοτήτων που πολλές φορές ξεφεύγει από τα άμεσα καθήκοντα τους. Στη συνέχεια περιγράφονται αυτά αναλυτικά.

9.1 Αντικείμενα και αρμοδιότητες

Είναι γεγονός πως τα πεδία εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών είναι ποικίλα και ειδικά για τους ειδικούς του χώρου της υγείας έχουν και μεγάλη διαφοροποίηση. Εκτός του βασικού νοσοκομειακού πεδίου με τις ιδιαιτερότητες που αυτό παρουσιάζει, από τις άμεσες αρμοδιότητες των Κοινωνικών Λειτουργών: «Παίρνω συνεντεύξεις και κοινωνικό ιστορικό από τους ασθενείς και συνεντεύξεις από τους συνοδούς, καθώς και πληροφορίες για την κατάσταση του ασθενή», στην: «Ενημέρωση και για θάνατο τους συγγενείς από το τηλέφωνο», το οποίο μπορεί να φτάσει ακόμη και σε ακρότητες όπως: «Παλιά αναλάμβανα τις διαδικασίες ταφής για τους ασυνόδευτους ή για αυτούς που δεν τους αναλαμβάνουν οι συγγενείς τους». Εκτός, λοιπόν, αυτού του πλαισίου ενδεικτικά αναφέρονται οι κατ' οίκον επισκέψεις για κοινωνική έρευνα, αλλά και για παρακολούθηση περιστατικών που δεν μπορούν να έχουν εύκολη και συχνή πρόσβαση στο νοσοκομείο, στα σχολεία με στόχο κυρίως την πρόληψη φαινομένων κοινωνικής παθογένειας και ανάπτυξης προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και σε συνεργασία συχνά με τους Συλλόγους Γονέων και Κηδεμόνων, σε Κ.Α.Π.Η. για άτομα τρίτης ηλικίας, όπου οργανώνονται διάφορες ομιλίες και συζητήσεις για θέματα σωματικής και ψυχικής υγείας, αλλά και διαφόρων κοινωνικών ζητημάτων που ταλανίζουν αυτή την ηλικία, ενώ από τα σημαντικότερα πεδία είναι αυτό της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της τοπικής κοινωνίας, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει κάποιος: «αρθρογραφώ στην τοπική εφημερίδα με κοινωνικά θέματα και νέα του κέντρου υγείας».

Τα αντικείμενα με τα οποία ασχολείται ένας Κοινωνικός Λειτουργός παρουσιάζουν, επίσης, ενδιαφέρον καθώς είναι πολλά και όχι σπάνια ασύνδετα μεταξύ τους. Έτσι,

αναλαμβάνουν καταρχήν τη λήψη του Κοινωνικού Ιστορικού, τις συνεντεύξεις από τους συνοδούς και την ενημέρωσή τους για έκτακτες εισαγωγές συγγενικών τους προσώπων, επισκέψεις στους θαλάμους για ψυχολογική στήριξη των ασθενών, αναζήτηση συγγενών σε περιπτώσεις που απαιτείται, έρευνα και αναζήτηση στοιχείων των ασθενών αγνώστου ταυτότητας, ενημέρωση ασθενών για την ύπαρξη κοινωνικών δομών πρόνοιας, ψυχοκοινωνική υποστήριξη ευπαθών κοινωνικά ομάδων όπως άστεγοι, άποροι, χρήστες ουσιών και υποστήριξη ακόμη μέσω οικονομικής ενίσχυσης ή εύρεσης εργασίας, τέλος, υποστηρίζουν τους ασθενείς και σε γραφειοκρατικές υποθέσεις που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν μόνοι τους: *«Κάνω τις εξουσιοδοτήσεις των ασθενών, θεωρώ, όμως, ότι είναι δική μου δουλειά, γιατί διασφαλίζω τα δικαιώματα του ασθενή, τον ενημερώνω, τον προστατεύω από το να τον εκμεταλλευτούν».*

9.2 Κατηγορίες περιστατικών

Την κοινωνική υπηρεσία ενός νοσοκομείου φαίνεται να την απασχολούν το σύνολο των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, όπως αναφέρει ένας ερωτώμενος: *«Απ' όλα, ότι θυμάται κανείς χαίρεται».* Καταρχήν, εξυπηρετούνται περιστατικά με άμεσα παθολογικές ή ψυχικές παθήσεις. Συγκεκριμένα: ασθενείς από τροχαία που πρέπει να παραπεμφθούν στη συνέχεια σε κέντρα αποκατάστασης, ψυχιατρικά περιστατικά, ασθενείς με καρκίνο, ακρωτηριασμένοι, ασθενείς με μεσογειακή αναιμία, οροθετικοί, ασθενείς με μυοπάθειες, ασθενείς στη μονάδα ειδικών λοιμώξεων, ασθενείς στη μονάδα άσηπτης νοσηλείας, ψυχικά ασθενείς πάσχοντες από καταθλιπτικές διαταραχές, διπολική διαταραχή, διαταραχές συναισθήματος, διαταραχές συμπεριφοράς, αυτοκτονικό ιδεασμό. Αντίστοιχα, μπορούν να αναφερθούν και οι εξής ευπαθείς κοινωνικές ομάδες: κακοποιημένες γυναίκες, μοναχικοί άνθρωποι με προβλήματα υγείας, ανασφάλιστοι, άτομα με αναπηρία, υπερήλικες, αλλοδαποί. Χαρακτηριστικά, λέγεται: *«συχνά έρχονται σε μας ανασφάλιστοι και αλλοδαποί που βρίσκονται στη διαδικασία αίτησης πολιτικού ασύλου για να τους βοηθήσουμε να κινηθούν μέσα στο σύστημα του νοσοκομείου»*, χρήστες ουσιών, άστεγοι, αθίγγανοι, θύματα εμπορίας ανθρώπων (trafficking), περιστατικά που συνδυάζουν πολλών ειδών προβλήματα μαζί, οικονομικά, κακοποίησης, υγείας κλπ. χρήστες με μανία, αλκοολικοί που έχουν αναπτύξει ψυχικές παθήσεις.

Ο τρόπος με τον οποίο αυτοί φτάνουν στην κοινωνική υπηρεσία ποικίλει, για παράδειγμα κάποιοι έρχονται μόνοι τους, άλλοι ντρέπονται, γιατί το γραφείο είναι σε εμφανές σημείο, με τυχαίο τρόπο μέσω τηλεφωνημάτων από αγνώστους οι οποίοι ζητούν ενημέρωση. Ο πιο συχνός όμως, τρόπος προσέγγισης είναι μέσω παραπομπών από την ίδια ή από άλλες υπηρεσίες. Ενδιαφέρον έχει ότι παραπομπές κάνουν τα μέλη του προσωπικού του νοσοκομείου που δεν έχουν τέτοια επαγγελματική υποχρέωση, ενώ οι παραπομπές ειδικά από το ιατρικό προσωπικό δεν είναι συχνά οι αναμενόμενες: «παραπομπές από γιατρούς, νοσηλευτές/τριες, κυρίως προϊστάμενες των κλινικών, καθαρίστριες, υποδοχή, θυρωρός», αλλά συνήθως έρχονται από φορείς εκτός νοσοκομείου, από την τοπική αυτοδιοίκηση: «Οι δήμαρχοι μου στέλνουν περιστατικά», αστυνομικές αρχές: *«Η αστυνομία με ενημερώνει για κακοποιημένες γυναίκες και για μοναχικούς ανθρώπους με προβλήματα υγείας, τέτοια που δεν μπορούν να φροντίσουν τον εαυτό τους μόνοι τους»*, από τον εισαγγελέα, από συνοδούς άλλων ασθενών, από το Βοήθεια στο Σπίτι, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και φυσικά άλλα νοσοκομεία.

9.3 Αιτήματα προς την Κοινωνική Υπηρεσία

Γεγονός είναι πως μια μεγάλη μερίδα των εξυπηρετούμενων της κοινωνικής υπηρεσίας έχει ανάγκη επικοινωνίας και κυρίως εύρεσης ενός ειδικού που θα τους ακούσει. Θα τους ακούσει με ευαισθησία και θα σκύψει στο πρόβλημα τους, κάτι που δεν μπορούν να το βρουν εύκολα αλλού: *«οι πιο πολλοί άνθρωποι νιώθουν την ανάγκη να τους ακούσει κάποιος»*. Φαίνεται, επίσης, πως οι κοινωνικοί λειτουργοί ανταποκρίνονται με προθυμία στο συγκεκριμένο αίτημα, γεγονός που το αναγνωρίζουν και οι ίδιοι οι εξυπηρετούμενοι, αναφέρει χαρακτηριστικά κάποιος από τους ερωτώμενους: *«δουλεύουμε αυτό που ζητάνε»*, ενώ κάποιος άλλος: *«αν όμως θελήσουν να μιλήσουν και για προσωπικά τους είμαι στη διάθεση τους»*.

Η δυσκολία που συναντάται, ωστόσο, συχνά είναι να μην μπορούν να διατυπώσουν οι εξυπηρετούμενοι το βασικό τους αίτημα, εξαιτίας της μη συνειδητοποίησης της αιτίας των προβλημάτων τους, χαρακτηριστικά είναι τα λόγια μιας κοινωνικής λειτουργού: *«τις πιο πολλές φορές υπάρχουν αιτήματα που δεν τα συνειδητοποιούν και δεν τα εκφράζουν στην πρώτη συνάντηση, οπότε χρειάζεται να δουλέψεις ακριβώς πάνω στη συνειδητοποίηση και έκφραση του βαθύτερου συναισθήματος»*.

Άλλες φορές δεν είναι ξεκάθαρο το αίτημα τους, «κάποιες φορές το αρχικό αίτημα δεν είναι ξεκάθαρο», ή πίσω από το αίτημα που εκφράζουν κρύβονται άλλα αιτήματα πολύ πιο βαθιά και πιο ουσιαστικά. Στις περιπτώσεις αυτές ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να αφιερώσει περισσότερο χρόνο, ώστε να βοηθήσει τον εξυπηρετούμενο να εντοπίσει το βαθύτερο πρόβλημα του και να εκφράσει ένα νέο αίτημα: *«το αρχικό αίτημα ισχύει και εμπλουτίζεται στην πορεία, η προσπάθειά μας εδώ είναι για «εναισθησία», δηλαδή, να συνειδητοποιήσει ο ασθενής τι έχει και τι σημαίνει αυτό για τη ζωή του στο εξής καθώς και τον τρόπο να το αντιμετωπίζει».*

9.4 Ικανοποίηση από την εργασία

9.4.1 Ευκαιρίες από το εργασιακό περιβάλλον

Η σημαντικότερη, ίσως, ικανοποίηση που παίρνουν από τη δουλειά τους οι κοινωνικοί λειτουργοί, συνδυάζεται άμεσα με την ανθρωπιστική φύση του επαγγέλματος τους: «να βρίσκω τρόπους να βοηθάω τους ανθρώπους που το χρειάζονται», «ανακούφιση στον ανθρώπινο πόνο» αλλά και «η κοινωνική αλληλεγγύη».

Ένα δεύτερο στοιχείο είναι η εξέλιξη που μπορεί να έχουν τα περιστατικά τους. Αν αυτό το συνδέσουμε με τις δυσκολίες της φύσης των αιτημάτων που εκφράζουν, όπως είδαμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, και τα ελάχιστα μέσα που έχουν στη διάθεση τους, οδηγούμαστε στην παραδοχή πως είναι όντως ένας σημαντικός δείκτης ικανοποίησης. Όπως αναφέρει κάποιος ερωτώμενος: *«Όταν τα περιστατικά έχουν καλή εξέλιξη χαίρομαι»*, αλλά και *«όταν βελτιώνεται και η κατάσταση της υγείας τους και οι σχέσεις τους και η ζωή τους γενικότερα»*, ενώ κάποιος άλλος αναφέρει χαρακτηριστικά: *«έχω δει συγγενείς οροθετικών ασθενών να σφίγγουν πάλι τις σχέσεις τους με τη δική μου παρέμβαση»*, *«οι άνθρωποι έρχονται πελαγωμένοι, με την ενημέρωση και μόνο ησυχάζουν, αμέσως ηρεμούν και αυτό φαίνεται».*

Παράλληλα, σημαντικός παράγοντας ικανοποίησης των κοινωνικών λειτουργών είναι η ανατροφοδότηση που λαμβάνουν από τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους: «ακούς και ένα ευχαριστώ», αλλά και *«το ότι προσφέρω λύσεις σε κάποιους και μου το αναγνωρίζουν οι ίδιοι»*, ενώ κάποιος άλλος αναφέρει: *«το εισπράττω πολύ συχνά, με ευχαριστούν «να είστε καλά, δεν ξέραμε τίποτα».*

Επιπλέον, μέσα από τις συνεντεύξεις φάνηκε η ανάγκη των κοινωνικών λειτουργών για κατοχύρωση της επαγγελματικής τους θέσης και της αναγνώρισης του ρόλου

τους. Η ύπαρξη των παραδοχών αυτών συντελεί σημαντικά στην εργασιακή τους ικανοποίηση: *«όταν αναγνωρίζουν το ρόλο μου», ή «όταν αναγνωρίζει το προσωπικό τη δουλειά σου».* Οι εργασιακές σχέσεις, σαφώς, διαδραματίζουν και αυτές το δικό τους καθοριστικό ρόλο: *«το περιβάλλον, οι σχέσεις με συναδέλφους κοινωνικούς λειτουργούς, η ατμόσφαιρα».*

Τέλος, όπως προκύπτει οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν ανάγκη να αντιληφθούν την εργασία τους ως κάτι δημιουργικό: *«η δημιουργική εργασία», ή ακόμη «η ελευθερία σχεδιασμού στη δουλειά μου, εγώ σχεδιάζω και υλοποιώ»* το οποίο έχει ανθρωπιστικό ενδιαφέρον: *«Η εναλλαγή περιπτώσεων», αλλά και «η ποικιλία των περιστατικών και το ότι δουλεύω με διαφορετικές ηλικίες».* Τέλος, είναι σημαντική ικανοποίηση όταν παίρνουν και μαθαίνουν και οι ίδιοι πράγματα μέσα από τη δουλειά τους: *«μαθαίνω πολλά μέσα από τη δουλειά μου» και «έμαθα να αντιμετωπίζω τον άνθρωπο συνολικά».*

9.4. Απειλές από το εργασιακό περιβάλλον

Αυτά που αναλύθηκαν στο αμέσως προηγούμενο κεφάλαιο, ως παράγοντες ικανοποίησης των κοινωνικών λειτουργών, τα ίδια πολλές φορές βιώνονται και ως απειλή. Η αδυναμία εξεύρεσης λύσης σε δύσκολα κοινωνικά προβλήματα αποτελεί παράγοντα απογοήτευσης για τους κοινωνικούς λειτουργούς: *«Παρά πολύ απογοήτευση, γιατί βιώνεις προβλήματα χωρίς τη λύση τους»* ή ακόμη πιο έντονα: *«Αίσθηση ανικανότητας και αναποτελεσματικότητας»* γεγονός που δείχνει πως αυτή την αποτυχία τη χρεώνονται προσωπικά οι ίδιοι και κατηγορούν ακόμη και τον ίδιο τους τον εαυτό.

Η έλλειψη, επίσης, δομών κοινωνικής στήριξης και φιλοξενίας είναι μια αδυναμία που μεταβιβάζεται άμεσα στους κοινωνικούς λειτουργούς καθώς τους *«δένει τα χέρια»* ως προς τη δυνατότητα που έχουν να παρέμβουν σε ένα πρόβλημα και να το αντιμετωπίσουν. Αυτό φαίνεται να το χρεώνονται τόσο οι ίδιοι ως αποτυχία: *«Προσωπική χρέωση της αποτυχίας μιας παρέμβασης λόγω έλλειψης δομών»*, αλλά και να τους το χρεώνουν και το προσωπικό του νοσοκομείου, κυρίως οι γιατροί και οι ίδιοι οι εξυπηρετούμενοι, καθώς βρίσκουν ένα χώρο και ένα πρόσωπο να εκφράσουν τα παράπονα τους για τη λειτουργία της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα: *«Είσαι αναποτελεσματικός εσύ, που δε φταις εσύ, αν δεν υπάρχουνε δομές».* Η αδυναμία αυτή συμπληρώνεται και από την έλλειψη εργαλείων και μεθόδων υποστήριξης, αλλά και

της μεγάλης ποικιλομορφίας των περιστατικών που δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την αποτελεσματικότητα της εργασίας τους: *«Χωρίς υποδομές παλεύω και χωρίς εργαλεία όταν θέλει κανείς επίδομα, σύνταξη, ζενώνα».*

Οι περισσότερες, ωστόσο, απειλές για τους κοινωνικούς λειτουργούς της υγείας φαίνεται να πηγάζουν από το ίδιο το πλαίσιο της εργασίας τους, χαρακτηριστική είναι η απογοήτευση μιας ερωτώμενης: *«Έτσι όπως είναι τώρα τα πράγματα, δε με ικανοποιεί τίποτα».* Καταρχήν, το πλαίσιο φαίνεται να μη γνωρίζει και να υποτιμά το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού: *«μη κατανόηση του αντικειμένου και της σοβαρότητας της κοινωνικής εργασίας»* και *«υποτίμηση του ρόλου».* Η κοινωνική εργασία απαξιώνεται, όταν χρησιμοποιείται συχνά χειριστικά: *«μας χρησιμοποιούν σα «σκούπα» αλλά και «όταν θέλουν να διώξουν ένα περιστατικό το στέλνουν σε μας».* Τα νοσοκομεία λειτουργούν στη βάση μιας καθαρά ιατροκεντρικής οργάνωσης των υπηρεσιών, η οποία φαίνεται να μην αφήνει περιθώρια λειτουργίας στην κοινωνική υπηρεσία. Το γεγονός αυτό συνδυαζόμενο με την έλλειψη διεπιστημονικής ομάδας προσέγγισης και αντιμετώπισης των περιστατικών, κάνει ακόμη πιο δύσκολο και πιο *«μοναχικό»* το δρόμο που διανύει ένας κοινωνικός λειτουργός σε ένα νοσοκομείο.

Η απαξίωση αυτή του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού οδηγεί στη μετατροπή τους σε διοικητικούς υπαλλήλους οι οποίοι ασκούν καθήκοντα πέρα των τυπικών τους αρμοδιοτήτων, ενώ αντίστοιχα δε δίνονται κίνητρα, δυνατότητες επιμόρφωσης και εξειδίκευσης σε μορφές ψυχοθεραπείας ή άλλες εκπαιδεύσεις.

9.5 Οι εξυπηρετούμενοι

Είναι γεγονός πως οι κοινωνικοί λειτουργοί καλούνται να ανταπεξέλθουν σε ένα μεγάλο αριθμό περιστατικών σε καθημερινή βάση: *«Μπορεί δύο, μπορεί 20-25 την ημέρα».* Η έλλειψη προσωπικού, ο μεγάλος αριθμός των περιστατικών και η διαφοροποίηση τους ως προς τα χαρακτηριστικά και το αίτημα, οδηγούν τους κοινωνικούς λειτουργούς πολλές φορές σε εργασιακό κορεσμό.

9.5.1 Επίπεδο συνεργασίας

Γενικά, υπάρχει μια καλή σχέση ανάμεσα στον κοινωνικό λειτουργό και στους εξυπηρετούμενους, όπως είδαμε και παραπάνω στην ανάλυση μας. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως αναπτύσσονται αισθήματα φόβου, όταν ειδικά η θέση του κοινωνικού λειτουργού αποτελεί για κάποιους απειλή, για παράδειγμα στέρηση

επιμέλειας παιδιού. Ο φόβος αυτός εκδηλώνεται πολλές φορές με επιθετικότητα και απειλές από τη μεριά των εξυπηρετούμενων: *«Πήγα με συνοδεία της αστυνομίας και μετά δεχόμουν από αυτόν απειλές «ξέρω που δουλεύεις, ξέρω πως σε λένε, θα σε κανονίσω καμιά μέρα».* Η κατάσταση αυτή οδηγεί και τους ίδιους τους κοινωνικούς λειτουργούς να αισθάνονται φόβο και απροστάτευτοι στο πλαίσιο της ίδιας τους της δουλειάς.

Επίσης, σε κάποιες περιπτώσεις υπάρχει μια καχυποψία και μια προκατάληψη απέναντι στον κοινωνικό λειτουργό: *«ούτε φτωχός, ούτε άπορος είμαι, ούτε καθυστερημένος για να μιλήσω»* και αυτό φαίνεται πως παρά την ύπαρξη μιας καλής σχέσης δεν επισκέπτονται εύκολα το γραφείο του κοινωνικού λειτουργού, ενώ υπάρχει ένα πιο θετικό κλίμα όταν αυτός τους επισκέπτεται στους θαλάμους τους.

Τέλος, αυτό που πρέπει να αντιμετωπίσει ένας κοινωνικός λειτουργός είναι μια προσπάθεια απόκρυψης πραγμάτων, όταν οι εξυπηρετούμενοι θέλουν να αποφύγουν καταστάσεις, η υπερεκτίμηση των δικαιωμάτων τους, αλλά και η ασυνέπεια τους στη τήρηση των συμφωνημένων κινήσεων στο πλαίσιο του σχεδίου δράσης ανάμεσα στον κοινωνικό λειτουργό και τον εξυπηρετούμενο: *«Ορισμένοι είναι ασυνεπείς, από ότι τους λες κάνουν τα αντίθετα».*

9.5.2 Προσδοκίες εξυπηρετούμενων

Οι προσδοκίες των εξυπηρετούμενων για τους κοινωνικούς λειτουργούς ξεκινούν, καταρχήν, από την πεποίθηση ότι είναι *«καλοί άνθρωποι»*, όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν κάποιοι ερωτώμενοι και στο πρόσωπο του κοινωνικού λειτουργού βρίσκουν έναν άνθρωπο με ενσυναίσθηση: *«Θέλουν να νιώσουν ότι κάποιος συμπάσχει μαζί τους».*

Οι προσδοκίες τους πολλές φορές είναι ακόμη και ουτοπικές, καθώς ζητάνε τα πάντα από έναν κοινωνικό λειτουργό, ζητάνε ότι δεν μπορούν να ζητήσουν αλλού ή ότι δεν ξέρουν που να το ζητήσουν. Χαρακτηριστικά τα λόγια μια ερωτώμενης: *«Περιμένουν ακόμη και αυτά που δεν μπορεί να προσφέρει ένας κοινωνικός λειτουργός», αλλά και «περιμένουν ακόμη και αυτά που δεν προβλέπει ως παροχές ο νόμος».*

Στα μάτια των εξυπηρετούμενων η κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου είναι η κοινωνική πρόνοια στην οποία μπορούν να απευθύνουν ότι αίτημα έχουν και προσδοκούν από τον κοινωνικό λειτουργό να ικανοποιήσει κάθε αίτημα τους: *«Τα*

πάντα, να βρω λύσεις για όλα», ενώ ένας άλλος κοινωνικός λειτουργός αναφέρει: «Νομίζουν ότι θα τους λύσω όλα τα άλυτα προβλήματα».

9.6 Συνεργασία με τη διοικητική διάρθρωση του Νοσοκομείου

9.6.1 Σχέση με την ιεραρχία

Αναφορικά στη σχέση των κοινωνικών λειτουργών με τη διοίκηση του νοσοκομείου παρατηρείται μια καλή ως προς το τυπικό σχέση και μια βαθύτερη δυσκολία ως προς την επικοινωνία και τη συνεργασία, χαρακτηριστική η αναφορά ενός ερωτώμενου: *«Μου βάζει πάντα 9 στην έκθεση αξιολόγησης, παρόλο που δεν έχουμε καλή σχέση».* Η διοίκηση, επίσης, άλλοτε διατηρεί ένα σεβασμό και μια διακριτικότητα στο απόρρητο του αρχείου των κοινωνικών λειτουργών, άλλοτε (πιο σπάνια) όχι και επιδιώκει έναν έλεγχο των κινήσεων τους.

Τέλος, οι κοινωνικοί λειτουργοί, προσπαθούν με διάφορους τρόπους να χτίσουν μια σχέση με τις διοικήσεις των νοσοκομείων. Στη προσπάθεια τους αυτή άλλοτε πετυχαίνουν: *«όταν με ζητά η κοινωνική λειτουργός θα την αφήνεις αμέσως να περάσει»* και άλλοτε όχι: *«Μας ακούει αν και δε δίνει λύσεις».* Ενώ πολύ δύσκολα αντιλαμβάνεται η διοίκηση την ανάγκη ύπαρξης διεπιστημονικών ομάδων.

9.6.2 Σχέσεις με τις άλλες ειδικότητες του Νοσοκομείου

Μπορεί η σχέση με τη διοίκηση ενός νοσοκομείου να είναι δύσκολη, ωστόσο, οι συνεργασίες δεν εξαντλούνται εκεί, καθώς οι κοινωνικοί λειτουργοί αναπτύσσουν συνεργασίες με όλο σχεδόν το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό ενός νοσοκομείου. Με ειδικότητες όπως γιατρούς, ψυχίατρους, νοσηλευτές, ψυχολόγους, καθαρίστριες, διοικητικούς, κλητήρες, ακόμη και νεκροθάφτες.

Οι δυνατότητες ανάπτυξης σχέσης με όλες αυτές τις ειδικότητες δεν είναι πάντα εύκολη, αντιθέτως απαιτεί προσπάθεια από τη μεριά των κοινωνικών λειτουργών. Η *«έλλειψη πτυχίου ιατρικής ή πανεπιστημίου»* αποτελεί αιτία ακόμη και υποτίμησης του ρόλου τους, ο οποίος πολλές φορές είναι και δύσκολα αντιληπτός από τις άλλες ειδικότητες. Το απόρρητο που τηρεί ο κοινωνικός λειτουργός είναι, επίσης, ένας παράγοντας ενόχλησης των υπολοίπων. Αυτό όμως που φαίνεται να κυριαρχεί σε ένα νοσοκομείο είναι μια αποξένωση ακόμη και συναφών ειδικοτήτων, μια έλλειψη

ομαδικότητας, καθώς «ο καθένας θέλει να κάνει τη δουλειά του», όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ένας ερωτώμενος, ενώ κάποιος άλλος λέει: «δεν με ενοχλούν στο έργο μου» ή ακόμη «δεν έχω νιώσει την ανάγκη για συνεργασία μαζί τους».

Στο σημείο αυτό μπορεί να σχολιαστεί η ανάγκη και η χρήση της διεπιστημονικής ομάδας. Σε πολλές περιπτώσεις, όπως έγινε φανερό και στην προηγούμενη παράγραφο, δεν προκύπτει ως ανάγκη από τους ίδιους τους κοινωνικούς λειτουργούς. Τις περισσότερες όμως, φορές φαίνεται οι κοινωνικοί λειτουργοί να επιζητούν την ύπαρξη και τη λειτουργία μιας τέτοιας ομάδας που θα βοηθούσε και θα στήριζε και τους ίδιους, χωρίς όμως αυτή η ανάγκη να συμμερίζεται και από τις υπόλοιπες ειδικότητες ή όπου τυγχάνει να υπάρχει διεπιστημονική ομάδα τα θέματα που συζητούνται είναι κυρίως ιατρικά και υποβαθμίζεται η συμμετοχή και ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών.

Όλοι όμως οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν αναγνωρίσει την αναγκαιότητα ύπαρξης μιας τέτοιας ομάδας η οποία θα αποτελεί ένα βήμα διαλόγου για την πορεία των περιστατικών, ελέγχου και υποστήριξης της εργασίας τους, ενώ δεν αναφέρει κανένας την προσωπική του ανάγκη για υποστήριξη, καθοδήγηση και αποφυγή της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out).

9.6.3 Βελτίωση της σχέσης με τις άλλες ειδικότητες του νοσοκομείου

Στη βάση όλων των παραπάνω οι κοινωνικοί λειτουργοί προσπαθούν με συνεχείς ενημερώσεις να τονίζουν το ρόλο τους, να ξεπερνιούνται προκαταλήψεις και ατυχείς συνδέσεις της κοινωνικής υπηρεσίας με την πρόνοια, αλλά και της κοινωνικής εργασίας με τη φιλανθρωπία. Είναι γεγονός πάντως πως όπως αναφέρουν οι περισσότεροι ερωτώμενοι οι νεότεροι γιατροί και ειδικευόμενοι έχουν καλύτερη εικόνα και συνεργάζονται αρτιότερα, ενώ αναγνωρίζουν πως σε μεγάλο βαθμό το πως σε βλέπουν οι άλλοι έχει να κάνει με το πόσο σέβεσαι ο ίδιος και αγαπάς την εργασία σου.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί αντιλαμβάνονται την ανάγκη βελτίωσης της σχέσης με άλλες ειδικότητες, ακόμη και μέσα από την αναθεώρηση πολλών πραγμάτων που αφορούν στο δικό τους ρόλο και είναι διατεθειμένοι να αλλάξουν και οι ίδιοι ή να προσπαθήσουν περισσότερο για τη δημιουργία αυτής της σχέσης, δικαιολογώντας ακόμη και ανάρμοστες συμπεριφορές συναδέλφων τους. Το γεγονός αυτό σαφώς δείχνει την αναγνώριση της αναγκαιότητας ύπαρξης συναδελφικής σχέσης, αλλά ίσως

να δείχνει και μια εργασιακή ανασφάλεια η οποία χαρακτηρίζει την ειδικότητα ή τις σχέσεις εξάρτησης που κυριαρχούν στο νοσοκομείο.

9.7 Μέθοδοι και εργαλεία των Κοινωνικών Λειτουργιών

Καταρχήν, να αναφερθεί πως οι κοινωνικοί λειτουργοί αντιμετωπίζουν διάφορες δυσκολίες εξαιτίας του γραφείου που τους έχει δοθεί, των δυνατοτήτων αυτών των γραφείων, του εξοπλισμού του, αλλά κυρίως της έλλειψης βοηθητικών χώρων για λήψη, παραδείγματος χάριν, κοινωνικών ιστορικών ή προσωπικών συνεντεύξεων χωρίς την παρουσία τρίτων. Τα γραφεία αυτά, επιπλέον, δεν εξασφαλίζουν πάντα το απόρρητο των αρχείων της κοινωνικής υπηρεσίας. Πολύ χαρακτηριστικά αναφέρει μια κοινωνική λειτουργός: *«Ο χώρος είναι σε ακατάλληλο μέρος, ακριβώς πίσω από τις πληροφορίες στην υποδοχή του κέντρου, έχει φασαρία, βλέπει όλος ο κόσμος ποιος μπαίνει στο γραφείο, είναι μέσα και ο ηλεκτρολογικός πίνακας και δεν μπορώ να τον κλειδώσω, τον παρακολουθούν και τον χρησιμοποιούν οι φύλακες».*

Η χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή είναι ακόμη μια δυσκολία στην εργασία του κοινωνικού λειτουργού, καθώς πάρα πολλές κοινωνικές υπηρεσίες νοσοκομείων δε διαθέτουν, κάποιοι μεγαλύτεροι σε ηλικία κοινωνικοί λειτουργοί δε γνωρίζουν τη χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή και δεν έχουν επιμορφωθεί στο αντικείμενο αυτό: *«έχω υπολογιστή και internet, πρόγραμμα δεν το ζήτησα καν, γιατί ξέρω ότι είναι ακριβό και θα μου πουν όχι, από την άλλη δεν έχω ευχέρεια στους υπολογιστές δε θα δοκιμάσω τώρα παραπάνω, έχω μια φοβία για ότι δεν ξέρω, δεν το πλησιάζω, σε λίγο καιρό θα βγω και στη σύνταξη»*, αλλά ακόμη και εκεί που υπάρχουν ηλεκτρονικοί υπολογιστές δεν υπήρξε η εξασφάλιση ενός λογισμικού που θα βοηθούσε στην καταγραφή και τήρηση του αρχείου των περιστατικών, καθώς και της εξέλιξης τους. Αποτέλεσμα αυτού είναι πολλοί κοινωνικοί λειτουργοί να αξιοποιούν δικό τους εξοπλισμό, αλλά να καλύπτουν οι ίδιοι και το κόστος χρήσης του internet.

Τέλος, η χορήγηση της αναγκαίας γραφικής ύλης είναι περιορισμένη και υπάρχει αδυναμία κάλυψης των εξόδων μετακίνησης των κοινωνικών λειτουργών για λόγους υπηρεσιακούς και για εργασία στο χώρο των εξυπηρετούμενων. Αυτές οι δυσκολίες έχουν δημιουργήσει μια προκατάληψη στην κοινωνική υπηρεσία σύμφωνα με την οποία είναι δεδομένο πως η διοίκηση του νοσοκομείου δεν θα τους παρέχει αυτά που

ζητάνε, με αποτέλεσμα πολλές φορές να μην το ζητάνε καν: *«Δεν έχω εξωτερική γραμμή τηλεφώνου για μη αστικά και χρήματα για μετακινήσεις δε ζήτησα ποτέ, ούτε ξέρω τι γίνεται με αυτό»*. Λύση στα προβλήματα αυτά φαίνεται να δίνουν οι ίδιοι οι κοινωνικοί λειτουργοί, αναλαμβάνοντας το κόστος της γραφικής ύλης, αλλά και των μετακινήσεων με δικά τους έξοδα: *«Έπαψα εδώ και χρό να να κάνω αίτηση για οδοιπορικά, κατέληξα να μειώσω τις μετακινήσεις μου και έτσι έλυσα το θέμα»*.

9.7.1 Μεθοδολογία της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της Υγείας

Οι κοινωνικοί λειτουργοί φαίνεται να καταφέρνουν, στον τομέα της υγείας, να εφαρμόζουν όλες της μεθοδολογικές προσεγγίσεις της κοινωνικής εργασίας. Αυτές είναι η κοινωνική εργασία με άτομα, η κοινωνική εργασία με ομάδα, κοινωνική εργασία με οικογένειες και κοινωνική εργασία με την κοινότητα: *«ομιλία σε ΚΑΠΗ για τη μοναξιά που ήταν πολύ εποικοδομητική, έκαναν ερωτήσεις, ενδιαφέρον έδειξαν μεγάλο, έμειναν ως το τέλος μας άκουγαν με προσοχή, τους μιλήσαμε για τρόπους βελτίωσης σχέσεων με άλλους, με οικογένεια»*.

Παράλληλα, γίνονται διάφορες ομιλίες στο νοσοκομείο και εκτός αυτού. Ορισμένοι κοινωνικοί λειτουργοί είναι μέλη θεραπευτικών και διεπιστημονικών ομάδων στις οποίες συμμετέχουν ψυχολόγοι και ψυχίατροι. Λίγοι ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν μεθόδους ψυχοθεραπείας, κυρίως όσοι εργάζονται σε ψυχιατρικές κλινικές.

9.7.2 Το κοινωνικό ιστορικό

Το κοινωνικό ιστορικό, ως το βασικό εργαλείο μιας κοινωνικής υπηρεσίας και βασική μεθοδολογία κοινωνικής εργασίας και παρακολούθησης της πορείας των περιστατικών, φαίνεται να χρησιμοποιείται με διάφορους τρόπους και σε διάφορες μορφές από τους κοινωνικούς λειτουργούς της υγείας.

Καταρχήν, δεν χρησιμοποιείται από όλους *«δε χρειάζεται πάντα, γιατί να μαζεύω χαρτούρα»*, κάποιοι άλλοι το χρησιμοποιούν επιλεκτικά *«Κάποιες φορές δεν καταγράφεται ούτε καν το όνομα»*, άλλοι χρησιμοποιούν εναλλακτικά άλλους τρόπους καταγραφής, μεθοδολογικά μη τεκμηριωμένους: *«Χρήση αντί αυτού υπηρεσιακού σημειώματος»*.

Μια σημαντική, ωστόσο, μερίδα κοινωνικών λειτουργών κατανοώντας την ανάγκη ύπαρξης κοινωνικού ιστορικού χρησιμοποιούν κάποια που δεν είναι όμως λειτουργικά, κάποιοι προσπαθούν μόνοι τους να κάνουν κάποιο έντυπο ή

χρησιμοποιούν αυτό που βρήκαν από προηγούμενους κοινωνικούς λειτουργούς: *«το βρήκα από την προϊσταμένη κοινωνική λειτουργό, το αλλάξαμε λίγο πρόσφατα»* και ένας μικρότερος αριθμός το χρησιμοποιεί απαρέγκλιτα.

9.7.3 Εργαλεία παρέμβασης

Τα μεθοδολογικά εργαλεία της κοινωνικής υπηρεσίας ενός νοσοκομείου, όντως φαντάζουν περιορισμένα και με σημαντική αδυναμία την έλλειψη επιστημονικής τεκμηρίωσης. Χαρακτηριστικά είναι τα λόγια κάποιου: *«Κάνουμε επισκέψεις στους θαλάμους, συναισθηματική στήριξη, ενημέρωση για επιδόματα και παροχές»*.

Συγκεκριμένα χρησιμοποιούνται διάφορα ερωτηματολόγια, ενημερωτικό υλικό άλλων υπηρεσιών, έντυπα με καταγραφή δικαιολογητικών για τις παροχές της πρόνοιας, φυλλάδια και ενημερωτικά από άλλους φορείς και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, αλλά και κάποια έντυπα για πρόληψη και διακοπή του καπνίσματος και άλλα σχετικά με την προστασία της υγείας. Χρήση τεχνικών από το θέατρο ανέφερε ένας μικρός αριθμός κοινωνικών λειτουργών, χαρακτηριστικά ένας κοινωνικός λειτουργός που δοκίμασε κάτι αντίστοιχο σχολιάζει: *«Έχω κάνει ομάδα θεάτρου στο ΚΑΠΗ. Εδώ θα θελα να είχα σκηνή θέατρο υ να μάζενα το υ ψυχωσικο υς, να το ευχαριστιόμουν και εγώ και αυτοί. Αλλά εδώ είναι όλοι σκόρπιοι και δεν υπάρχει χώρος, πρέπει και να δανειστώ χώρο από το δήμο και να έρχομαι να δουλεύω απόγευμα και εγώ μένω μακριά, δε με συμφέρει»*, αλλά και άλλες μεθόδους υποστήριξης όπως η συμβουλευτική, η ψυχοκοινωνική υποστήριξη και ο επαγγελματικός προσανατολισμός, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει κάποιος από τους ερωτώμενους: *«κοινωνική εργασία με άτομα συμβουλευτική ψυχοκοινωνική στήριξη ασθενών και συγγενών»*.

9.7.4 Καταγραφή της εξέλιξης των εξυπηρετούμενων

Σε συνέχεια του προηγούμενου κεφαλαίου, αλλά και των δυσκολιών που αναφέραμε που συναντούν οι κοινωνικοί λειτουργοί κατά την εφαρμογή μεθόδων κοινωνικής εργασίας, γίνεται αντιληπτό πως δεν υπάρχει κάποιο έντυπο που θα μπορούσε να υποστηρίξει το κοινωνικό ιστορικό ή κάποιο πρόγραμμα στον ηλεκτρονικό υπολογιστή για την καταγραφή της εξέλιξης των περιστατικών.

Πάντως, προκύπτει η έλλειψη αυτής της μεθόδου και μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις φαίνεται μια αμηχανία από τη μεριά τους μη ξέροντας τι να απαντήσουν.

Παράλληλα, προκύπτει πως δεν υπάρχει ένα οργανωμένο σύστημα μεταπαρακολούθησης της πορείας των περιστατικών και η όποια επαφή μαζί τους γίνεται είτε από πρωτοβουλία των ίδιων των εξυπηρετούμενων: *«Έρχονται κατ' επανάληψη για να δούνε τους γιατρούς και βλέπουν και μας»* είτε από τυχαία γεγονότα: *«με παίρνουν εκείνοι τηλέφωνο ή τα χρόνια νοσήματα έρχονται για επανέλεγχο και τους βλέπω, είτε τους έχω πει: «ελάτε, όποτε θέλετε».*

Αντίστοιχα, με τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό και μια δυσκολία στην ολοκλήρωση της υποστηρικτικής διαδικασίας ενός εξυπηρετούμενου. Το πότε, δηλαδή, ολοκληρώνεται η παρακολούθηση του περιστατικού διαφοροποιείται στις απαντήσεις των κοινωνικών λειτουργών: *«όταν φεύγει από το νοσοκομείο»* ή *«όταν λύνεται το πρόβλημα του»* ή ακόμη *«όταν δεν μπορεί να γίνει κάτι παραπάνω»*, ενώ σε μια πιο ακραία περίπτωση: *«όταν πεθάνει».*

9.8 Συνεργασία με άλλους φορείς

Η κοινωνική υπηρεσία ενός νοσοκομείου αναπτύσσει συνεργασίες με πολλούς φορείς τόσο του δημοσίου τομέα, όσο και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις. Συγκεκριμένα αναφέρθηκαν συνεργασίες με συλλόγους γονέων και κηδεμόνων, σχολεία, εκκλησίες, Διευθύνσεις Κοινωνικής Πρόνοιας, προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι», γηροκομεία, κλινικές, Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ), Δημοτολόγια, Εφορίες (Δ.Ο.Υ.), Πρεσβείες και Προξενεία, άλλα Νοσοκομεία, Εθελοντικές Οργανώσεις, Ερυθρό Σταυρό, Πράξις, Γιατρούς χωρίς Σύνορα, Χαμόγελο του Παιδιού, Δήμους, βρεφοκομεία, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΕΚΚΑ – πρώην ΕΚΑΚΒ), ξενώνες, κέντρο μεταναστών, Αστυνομικές Διευθύνσεις, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΛΠΝΟ), Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), συλλόγους Ατόμων με Αναπηρία (ΑμεΑ), Εισαγγελικές Αρχές, ΑΡΣΙΣ, Οργανισμό Καταπολέμησης των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ).

Οι συνεργασίες αυτές ως επί το πλείστον είναι θετικές, καθώς υπάρχει θετική προδιάθεση και από τους κοινωνικούς λειτουργούς, αλλά και από τους φορείς. *«Με τις ΜΚΟ δεν μπορώ να πω ότι είμαι ευχαριστημένη. Νομίζω ότι δεν ενημερώνουν για μένα στον οικισμό των τσιγγάνων. Κάνουν κινήσεις αποσπασματικές και λειτουργούν ανεξάρτητα, αυτόνομα».* Όλοι, επίσης, τονίζουν την ανάγκη περαιτέρω καλλιέργειας και ανάπτυξης αυτών των συνεργασιών και αντιμετώπισης των όποιων δυσκολιών

προκύπτουν: *«με την ΑΡΣΙΣ πχ που βοηθά να βρουν νέοι άνθρωποι εργασία και με το ίδρυμα του Αγίου Παντελεήμονα και την εκκλησία που προσφέρει συσσίτια».*

Η συνεργασία με τους προαναφερόμενους φορείς, τα θετικά της χαρακτηριστικά, αλλά και οι δυσκολίες της ανοίγουν, ουσιαστικά, ζητήματα για την ενεργοποίηση δικτύων υποστήριξης. *«Έχουν γίνει απόπειρες, χωρίς μεγάλη επιτυχία, καθώς ο κάθε φορέας εμπλέκεται και απορροφάται από την καθημερινότητα του».* Είναι γεγονός πως υπάρχουν φορείς που μπορεί να κάνουν ακριβώς τα ίδια πράγματα και να αγνοεί ο ένας τον άλλο, με αποτέλεσμα αυτό να οδηγεί σε αποσπασματικότητα και σπατάλη πόρων. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που *«ένα περιστατικό μπορεί να απευθύνεται σε διάφορες υπηρεσίες παράλληλα για το ίδιο αίτημα».* Η ανάγκη δημιουργίας τέτοιων δικτύων φαντάζει επιτακτική: *«αν υπήρχαν κοινωνικές υπηρεσίες στους δήμους και έκαναν παρεμβάσεις σε τοπικό επίπεδο και στα σχολεία, θα ήταν πολύ καλύτερα τα πράγματα».*

9.9 Επιμόρφωση – Εποπτεία

Η επιμόρφωση ως την προοπτική απόκτησης νέων γνώσεων, επικαιροποίησης των υπάρχοντων γνώσεων και προσαρμογής στα νέα τεχνολογικά και επιστημονικά δεδομένα έχει αναγνωριστεί πλέον ως αναγκαία ακόμη και από τη δημόσια διοίκηση. Οι κοινωνικοί λειτουργοί διατηρούν μια αμφιθυμική στάση απέναντι στην επιμόρφωση, καθώς ένας σημαντικός αριθμός αυτών, μάλλον μεγαλύτερης ηλικίας δε συνειδητοποιεί την επιμόρφωση ως ανάγκη *«Αυτό δεν το ξέρω καθόλου, δεν έχω αιτηθεί».* Ένας άλλος μεγάλος αριθμός είναι κινητοποιημένος και αναζητά τη συμμετοχή του ακόμη και σε συνέδρια και ημερίδες. Τέλος, το ίδιο το σύστημα πολλές φορές αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα καθώς δεν επιτρέπει, με τη μη χορήγηση εκπαιδευτικών αδειών ή τη μη κάλυψη του κόστους, τη συμμετοχή των κοινωνικών λειτουργών σε προγράμματα επιμόρφωσης.

Η δυσκολία στη συμμετοχή σε προγράμματα επιμόρφωσης αφορά, καταρχήν, στους προσωπικούς λόγους που δεν επιθυμούν οι ίδιοι οι κοινωνικοί λειτουργοί τη συμμετοχή τους σε προγράμματα επιμόρφωσης, εξαιτίας και των οικογενειακών τους υποχρεώσεων, της ματαίωσης από τη δουλειά τους: *«τα κοινωνικά προβλήματα, εξάλλου, ανακυκλώνονται, δεν επιλύονται»*, την *«έλλειψη ενδιαφερόντων θεμάτων»*, αλλά και την *«αδυναμία των προγραμμάτων να συνδέσουν τη θεωρία με την καθημερινή πρακτική των κοινωνικών λειτουργών».*

Η αδυναμία αυτή σε πολλές περιπτώσεις, για τη συμμετοχή σε προγράμματα επιμόρφωσης, αλλά και η αδυναμία σε μεθοδολογικά εργαλεία ενισχύεται και από την λειτουργία του Συλλόγου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας, για τον οποίο οι περισσότεροι έχουν μια συγκεχυμένη αντίληψη και ειδικά για το παράρτημα της Θεσσαλονίκης που δε γνωρίζουν αν λειτουργεί ή αν έχει αναστείλει τις υπηρεσίες του.

Η έλλειψη, σε πολλές περιπτώσεις της επιμόρφωσης, συνοδεύεται και από μια καθολική απουσία εποπτείας. Καταρχήν, φαίνεται οι περισσότεροι να αγνοούν την έννοια της επιστημονικής εποπτείας ή να την προσπερνούν γρήγορα, γεγονός απόλυτα λογικό, όταν δεν τους έχει δοθεί ποτέ η δυνατότητα να γνωρίσουν την αναγκαιότητα και τη λειτουργία μιας τέτοιας υποστηρικτικής διαδικασίας. Οι περισσότεροι συνδέουν την εποπτεία με τον έλεγχο και την καθοδήγηση της ιεραρχίας, γιατί αυτό συμβαίνει στην εργασιακή καθημερινότητα τους. Η ανάγκη υποστήριξης σε δύσκολα περιστατικά καλύπτεται (όχι τόσο ικανοποιητικά πάντα) μέσα από τις συμβουλές των προϊσταμένων και των διευθυντών και μέσα από την υποστήριξη άλλων κοινωνικών λειτουργών. Η απουσία της εποπτείας, εκδηλώνεται ως ανάγκη και ενισχύει φαινόμενα ανασφάλειας: *«Η έλλειψη της συντελούσε στο να νιώθω ανασφαλής, καθώς ήμουν μόνη μου. Θα με βοηθούσε να έχω καλύτερη επίγνωση και να νιώθω πιο ήρεμη».*

9.10 Η καθημερινή πρακτική και η αποτελεσματικότητα

Ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών, είναι γεγονός, πως δεν είναι ξεκάθαρος για το πλαίσιο του νοσοκομείου, αλλά πολλές φορές και για τους ίδιους, ενώ έντονη είναι σε πολλές περιπτώσεις η μη κατοχύρωση του επαγγέλματος στο χώρο της υγείας. Συχνή είναι η σύγχυση με τις αρμοδιότητες του ψυχολόγου και του ψυχιάτρου. Το πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους δεν είναι, επίσης, ξεκάθαρο με αποτέλεσμα πολλές φορές να εμπλέκονται με αρμοδιότητες που δεν άπτονται των υπηρεσιακών τους καθηκόντων: *«θεσμικό πλαίσιο εδώ δεν υπάρχει ακόμη, είναι αρκετά ξεκάθαρος για μένα, αλλά δεν είναι για τους άλλους, διοίκηση, γιατρούς».*

Οι αρμοδιότητες που καλούνται να εκτελούν οι κοινωνικοί λειτουργοί, όντας εκτός θεσμικού πλαισίου των αρμοδιοτήτων τους είναι οικονομικές ευθύνες, το τηλέφωνο της υποδοχής, ανακοινώσεις θανάτων, *«κλείσιμο ραντεβού για άσχετα πράγματα»*, *«αστυνόμηση μεταναστών»*, έλεγχος της νομιμότητας των εγγράφων των

μεταναστών, επικοινωνία με τις κλινικές του ΙΚΑ, *«αποστολή φαρμάκων στους οροθετικούς εκτός Θεσσαλονίκης»*, διοικητικές αρμοδιότητες, έρευνες σχετικά με την ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, γραμματειακή υποστήριξη, *«τεχνικές και άλλες μικροεργασίες»*.

Από όλα τα παραπάνω προκύπτει μια δυσκολία τοποθέτησης ορίων στο πλαίσιο του νοσοκομείου πολλές φορές και μιας καλής συνεργασίας με κάποιες άλλες ειδικότητες. Τέλος, προκύπτει πως οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί ασκούν και άλλες αρμοδιότητες εκτός των καθηκόντων τους, το οποίο βέβαια δεν γίνεται πάντα με προθυμία και τις περισσότερες φορές εις βάρος των τυπικών τους αρμοδιοτήτων. Ωστόσο, συχνά υποκύπτουν σε αυτό στη βάση μιας καλής συνεργασίας με τις άλλες ειδικότητες ή το χρησιμοποιούν δημιουργικά για να εμπλακούν περισσότερο στην προώθηση ζητημάτων προς όφελος των περιστατικών. Χαρακτηριστικά: *«Μου έχουν ζητήσει οι γιατροί να ανακοινώνω θανάτους, δε συμφώνησα, δήλωσα όπως και κάνω, ότι θα είμαι από κοντά για το θέμα της υποστήριξης, όμως»* και *«μου είχαν ζητήσει να κλείνω ραντεβού για αξονικές»* και *«παλιά δεχόμασταν να κλείνουμε την κίνηση του ασθενοφόρου για να διώξουμε και εκτός πόλης αυτούς που δεν είχαν τρόπο να μετακινηθούν»*.

9.10.1 Αποτελεσματικότητα

Οι ίδιοι οι κοινωνικοί λειτουργοί αναγνωρίζουν την αποτελεσματικότητα τους σε τομείς που άπτονται άμεσα των εργασιακών τους καθηκόντων και όχι μόνο. Συγκεκριμένα: *«αποτελεσματικότητα στις δημόσιες σχέσεις»*, *«πειθώ»*, ταχύτητα στις διεκπεραιώσεις, ευελιξία στα ραντεβού, *«διαθεσιμότητα στις ανάγκες των περιστατικών»*, *«επικοινωνιακές δεξιότητες»*, *«προθυμία στην ανάληψη περιστατικών-δε λέω εύκολα όχι»*, *σωστές παραπομπές*, *«μείωση του άγχους των περιστατικών»*.

Η αποτελεσματικότητα, ωστόσο, επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό, όπως έγινε φανερό και παραπάνω από την έλλειψη μέσων και μεθόδων κοινωνικής υποστήριξης, από την έλλειψη κοινωνικών δομών και από τη συνεργασία με τους άλλους φορείς και τα άτυπα δίκτυα υποστήριξης.

Εύκολα γίνεται αντιληπτό, λοιπόν, πως η αποτελεσματικότητα των κοινωνικών λειτουργών εξαρτάται και από άλλους παράγοντες και όχι μόνο από τους ίδιους, γεγονός που κάνει την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας πιο πολύπλοκη.

Οι ίδιοι, ωστόσο, ως δείκτες μέτρησης της αποτελεσματικότητας αναφέρουν την προσωπική τους ικανοποίηση από την εργασία, αλλά και την ικανοποίηση του αιτήματος του εξυπηρετούμενου, τοποθετούν υψηλά στάνταρ, αναγνωρίζουν την έλλειψη αξιολόγησης και μέτρησης της αποτελεσματικότητας του έργου τους. Παραδέχονται πως σε πρακτικά ζητήματα υπάρχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα από αυτά που χρήζουν θεραπευτικής διαδικασίας, όπου εκεί παρατηρείται μια μεγαλύτερη αδυναμία χειρισμού.

9.11 Επαγγελματική εξουθένωση

Αυτό που δυσκολεύει, παράλληλα, την αποτελεσματικότητα των κοινωνικών λειτουργών είναι το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ιδιαίτερα διαδεδομένη στο χώρο των κοινωνικών επιστημών και των επαγγεμάτων υγείας. Η επαγγελματική εξουθένωση καθορίζεται από τη πολυετή εργασία στο ίδιο πλαίσιο: *«τα τελευταία χρόνια εύχομαι να μπορούσα να φύγω πλέον»*, το οποίο προκαλεί και προσωπική φθορά, την αδυναμία αλλαγής πλαισίου-εργασίας: *«είναι πολλά τα χρόνια που είμαι στο ίδιο πλαίσιο, για αυτό και προσπάθησα να φύγω. Έχω κουραστεί»*, την κούραση που πολλές φορές έχει αντίκτυπο και στη δουλειά με κάποιες δύσκολες ομάδες του πληθυσμού, την παραδοχή της ανάγκης συχνών αλλαγών πλαισίων εργασίας, την αδυναμία εξεύρεσης λύσεων σε δύσκολα περιστατικά: *«Στις άλυτες περιπτώσεις που κάθομαι πολλές ώρες και πάλι δεν πετυχαίνω αυτό που θέλω και μπλέκονται και πολλοί άλλοι φορείς»*, τη ρουτίνα των περιστατικών, το συναισθηματικό βάρος που μεταδίδουν οι εξυπηρετούμενοι, λόγω της φύσης των προβλημάτων τους. Φυσικά όλα αυτά δαπανούν μεγάλα ποσά ενέργειας από τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς. Χαρακτηριστικά τα λόγια μιας ερωτώμενης: *«κάθε μέρα λέω ότι θα φύγω, αλλά καταφέρνω να βρω ισορροπίες. Γενικά βρίσκω το δημόσιο ψυχοφθόρο και θα προτιμούσα να εργάζομαι ιδιωτικά. Ιδιαίτερα ψυχοφθόρα είναι πολλά από τα περιστατικά που φτάνουν σε εμάς, είναι πλέον σε παραίτηση, αυτό για να το αντέξεις πρέπει να ξοδέψεις πολύ ενέργεια»*.

9.12 Το μέλλον της κοινωνικής εργασίας

Οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους διάλεξαν το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού εξαιτίας της ανθρωπιστικής του διάστασης και της προσφοράς στο συνάνθρωπο: *«Ενδιαφέρον για τα κοινωνικά προβλήματα και η προσπάθεια επίλυσης*

τους». Ένας μεγάλος αριθμός φαίνεται να το επέλεξε κατά τύχη, αλλά από αυτούς το μεγαλύτερο ποσοστό αναφέρει πως θα το επέλεγε ξανά, αν του δινόταν η ευκαιρία.

Οι φόβοι τώρα για το μέλλον του επαγγέλματος είναι υπαρκτοί και ρεαλιστικοί. Συγκεκριμένα, στο πλαίσιο της γενικευμένης οικονομικής κρίσης να θεωρηθεί ως ένα επάγγελμα μη απαραίτητο και παράλληλα, για τους ίδιους λόγους να καταργηθούν οι κοινωνικές υπηρεσίες με τις οργανικές θέσεις κοινωνικών λειτουργών που περιλαμβάνουν και να σταματήσουν οι προσλήψεις. Ο φόβος αυτός ενισχύεται για όσους δεν είναι μόνιμοι και έχουν το *«άγχος του που θα βρεθούμε αύριο»*. Τέλος, σημαντικός είναι ο φόβος να αποκτήσει ο κοινωνικός λειτουργός αποκλειστικά το *«ρόλο της σκούπας»* σε μια κοινωνική υπηρεσία, που θα ξεφορτώνεται αυτούς που το σύστημα υγείας θέλει να *«πετάξει έξω»* χωρίς να του επιτρέπεται να πραγματοποιεί καμιά άλλη παρέμβαση. Το ζήτημα της επαγγελματικής εξουθένωσης, που αναφέρθηκε παραπάνω, φαίνεται να αποτελεί σημαντική απειλή και για την προσωπικότητα τους, αλλά και για την εργασία τους: *«από τα πολλά περιστατικά που βλέπει μπορεί να φτάσει σε ένα σημείο να γίνει αδιάφορος για οτιδήποτε ακούει»*. Και ο σημαντικότερος ίσως και βásiμος λόγος με βάση όσα έχουν συζητηθεί εδώ, είναι η μετατροπή των κοινωνικών λειτουργών σε καθαρά διοικητικούς υπαλλήλους.

9.13 Προτάσεις

Τέλος, αξίζει να σταθεί κανείς στις προτάσεις των ίδιων των ερωτώμενων αναφορικά στη λειτουργικότητα και αποτελεσματικότητα του επαγγέλματος τους και των κοινωνικών υπηρεσιών στο χώρο της υγείας. Συγκεκριμένα: σεβασμός από τη διοίκηση του απορρήτου, λιγότερος έλεγχος, δημιουργία κοινωνικών δομών, δημιουργία και εξασφάλιση *«εργαλείων»* κοινωνικής εργασίας, δημιουργία κατάλληλων χώρων της κοινωνικής υπηρεσίας, παροχή εξοπλισμού, εποπτεία, υποστήριξη στη διαχείριση του burn out από ομάδα ειδικών, σαφές καθηκοντολόγιο, περισσότερο προσωπικό με στόχο την κάλυψη των κενών οργανικών θέσεων που παρατηρείται, καλύτερη και συνεχιζόμενη εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών ειδικά στο συμβουλευτικό τομέα, προβολή του έργου του κοινωνικού λειτουργού, λειτουργία διεπιστημονικής ομάδας, οριοθέτηση ρόλων, περιορισμός του ιατροκεντρικού συστήματος στα νοσοκομεία, ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας, αντιμετώπιση και παρέμβαση στην κοινότητα, σε συλλόγους, στα σχολεία, στην τριτοβάθμια φροντίδα (με κοινωνικούς λειτουργούς να διευθύνουν ή να

συνδιευθύνουν οικοτροφεία, ξενώνες, εργαστήρια και να παίρνουν μέρος στην αξιολόγηση και στο σχεδιασμό των υπηρεσιών), καλύτερη προσαρμογή των κοινωνικών λειτουργιών στις καινούριες εξελίξεις, «*τρόπος σκέψης και οπτική που να επιτρέπει να βλέπουμε ευρύτερα και όχι στενά*», «*να μπορούμε να ελπισάμαστε μέσα στο σύστημα*», «*να μην μένουμε στην άκρη, ούτε να ερχόμαστε σε στείρα αντιπαράθεση*», «*να έχουμε καλύτερη υποστήριξη και συνεργασία μεταξύ μας*» και καλύτερο συντονισμό, τόσο εντός του νοσοκομείου, όσο και εκτός με τους συνεργαζόμενους φορείς.

10. Συζήτηση - Συμπεράσματα

Παρόλη τη διερεύνηση συναφών με την παρούσα μελετών, δεν βρέθηκαν άλλες δημοσιευμένες μελέτες με το ίδιο θέμα, που να αφορούν την ελληνική επικράτεια, ώστε να μπορέσουμε να κάνουμε συσχετίσεις. Ωστόσο, μπορούν να γίνουν συσχετίσεις με δημοσιεύσεις κοινωνικών λειτουργιών για το έργο τους στον τομέα της υγείας καθώς και με δύο έρευνες των Αλτάνη και συν. (2005) και της Γιάννου (2010) που αφορούν στην άριστη αναλογία κοινωνικών λειτουργιών στην Ελλάδα και στην ηθική ταυτότητα της κοινωνικής εργασίας στα δημόσια νοσοκομεία αντίστοιχα.

Η ελλιπής στελέχωση των κοινωνικών υπηρεσιών που διαπιστώθηκε στην παρούσα μελέτη συσχετίζεται με τα αποτελέσματα της έρευνας των Αλτάνη και συν.(2005). Αναφέρεται, επίσης, ότι το 1983 η ομάδα εργασίας της Διεύθυνσης Κοινωνικής Εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας είχε εκτιμήσει τις τότε ανάγκες της κοινωνίας της Ελλάδας σε κοινωνικούς λειτουργούς σε τουλάχιστον 4.202 άτομα και σε 507 άτομα στον τομέα της Υγείας. Σημαντική είναι η έλλειψη των απαραίτητων κοινωνικών λειτουργιών στις υπηρεσίες της τοπικής αυτοδιοίκησης και της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας οι οποίοι θα μπορούσαν να αναλάβουν τη συνολική ευθύνη για την κοινωνική φροντίδα των εξυπηρετούμενων και τη διασύνδεση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ώστε να προλαμβάνεται η δημιουργία χρόνιων πολύπλοκων προβληματικών καταστάσεων. Ο Αλτάνης (1991) αναφέρει το σχόλιο του Δοξιάδη στο Εθνικό Συμπόσιο Υγείας «Υγεία για Όλους το 2.000»: «Η Κοινωνική Εργασία σαν εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη αποτελεί καθοριστικό παράγοντα ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Τα 2/3 των θανάτων σε ηλικία από 20-45 χρόνων και πάνω από τ¹/₄ των

θανάτων μετά τα 45, οφείλονται σε αιτίες που έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με τον τρόπο ζωής μας, με τη συμπεριφορά μας».

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε υπηρεσίες υγείας στην πλειοψηφία τους δεν είναι ευχαριστημένοι από τις παραπομπές των περιστατικών από τους γιατρούς και νοσηλευτές και θεωρούν ότι «χάνουν» περιστατικά που θα μπορούσαν να είχαν βοηθηθεί από τις παρεμβάσεις τους. Ιδιαίτερα όταν τα γραφεία των κοινωνικών υπηρεσιών είναι εκτός των κλινικών του νοσοκομείου, οι κοινωνικοί λειτουργοί αισθάνονται απομονωμένοι από το υπόλοιπο προσωπικό και από τους ασθενείς. Ένα νοσοκομείο χρησιμοποιεί ένα έντυπο παραπομπών (Παράρτημα Γ) σε μια προσπάθεια να δηλώνεται γραπτά το κοινωνικό πρόβλημα, που αποτελεί την αιτία παραπομπής. Πολλοί κοινωνικοί λειτουργοί θεωρούν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει τη δυνατότητα, τις γνώσεις και το χρόνο να εστιάσει στην εντόπιση των κοινωνικών προβλημάτων των ασθενών.

Ο χρόνος που διαθέτουν οι κοινωνικοί λειτουργοί για να δημιουργήσουν την απαραίτητη σχέση με τους ασθενείς και να αντιμετωπίσουν τα αιτήματά τους, επίσης, είναι συχνά περιορισμένος. Οι παραπομπές γίνονται συχνά τελευταία στιγμή με κύριο μέλημα του νοσοκομείου την άμεση προετοιμασία της εξόδου του ασθενή.

Σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση που αισθάνονται οι κοινωνικοί λειτουργοί από την εργασία τους έχει η ολοκλήρωση του αιτήματος του ασθενή, η καλή εξέλιξη του και η θετική ανατροφοδότηση. Μεγάλη σημασία, επίσης, έχει η αναγνώριση του ρόλου τους από το υπόλοιπο προσωπικό και η δυνατότητα να οργανώνουν την εργασία τους. Όλα αυτά τα στοιχεία όμως, κατακτώνται με μεγάλη δυσκολία στους σημερινούς χώρους των υπηρεσιών υγείας και εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, που δεν βρίσκονται στον έλεγχο των κοινωνικών λειτουργών.

Οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί που ρωτήθηκαν στην παρούσα μελέτη, όπως και στην έρευνα της Γιάννου (2010), βιώνουν έντονα συναισθήματα αναποτελεσματικότητας, απόγνωσης και απογοήτευσης λόγω έλλειψης επαρκών δομών κοινωνικής στήριξης, υποτίμηση του ρόλου τους από το πλαίσιο εργασίας και ως αποτέλεσμα της αντιμετώπισης δεοντολογικών διλημάτων. Η προσδοκία της διοίκησης και των άλλων επαγγελματιών υγείας του νοσοκομείου από τους κοινωνικούς λειτουργούς είναι να αναλάβουν τα περιστατικά για τα οποία δεν υπάρχουν λύσεις

Όλα τα αδιέξοδα, αναφέρει και η Καλαούζη (1991), μετατρέπονται ως δια μαγείας σε κοινωνικά προβλήματα και οι κοινωνικοί λειτουργοί λόγω ανυπαρξίας

προγραμμάτων, «πιέζουν εαυτούς», αντί να κάνουν κάτι για να προβάλουν την ανάγκη δημιουργίας των προγραμμάτων. Οι κοινωνικοί λειτουργοί υιοθετούν κάποιες φορές το ρόλο του κυματοθραύστη (Ζωγράφου, 2002) όταν οι ανεπάρκειες του κράτους πρόνοιας και του ΕΣΥ, οδηγούν τους ασθενείς σε εκρηκτικές αντιδράσεις, είτε λειτουργώντας ελεγκτικά είτε καταφεύγοντας σε παράτυπες μορφές παρέμβασης. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε υπηρεσίες υγείας δεν μπορούν να ρυθμίσουν οι ίδιοι τον αριθμό των περιστατικών που βλέπουν σε ημερήσια βάση, όχι μόνο λόγω της ιδιαιτερότητας του πλαισίου, αλλά και λόγω της εξάρτησης από τις παραπομπές του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα πολλές φορές τον εργασιακό κορεσμό.

Η συνεργασία με τα περιστατικά περιγράφεται γενικά καλή, συνεχίζουν όμως να υφίστανται προκαταλήψεις είτε θετικές είτε αρνητικές για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού. Άλλοτε θεωρείται ότι ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να βρει λύσεις για τα πάντα και άλλοτε αντιμετωπίζεται ως κριτής-τιμωρός ή ως αρωγός αποκλειστικά των πνευματικά και οικονομικά αδύναμων. Οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί στην Ελλάδα οφείλουν να συνειδητοποιήσουν ότι ένα επάγγελμα τόσο καινούριο, όπως αυτό του κοινωνικού λειτουργού, με αόριστο τίτλο και ευρύ απροσδιόριστο αντικείμενο για τον περισσότερο κόσμο, φορτισμένο με αρνητικά στερεότυπα στην κοινωνία μας, συνδεδεμένο με τη φτώχεια, τη μιζέρια, το έγκλημα και τους απανταχού απροστάτευτους, δεν μπορεί να περιμένει εύκολη αναγνώριση. Αυτό σημαίνει συντονισμένη προσπάθεια για προβολή του έργου που επιτελούν.

Ο κοινωνικός λειτουργός παίζει, μεταξύ των άλλων, το ρόλο του εκπαιδευτή σε όλη του την καριέρα. Μέσω της επικοινωνίας και της σχέσης του με τους εξυπηρετούμενους προσπαθεί να λειτουργήσει καταλυτικά και να προκαλέσει αλλαγές αντιλήψεων, στάσεων και συμπεριφορών. Η καλύτερη κατανόηση του για τη διαδικασία της μάθησης και τις ιδιαιτερότητες που αυτή παρουσιάζει για τους ενήλικες, μπορεί να είναι ιδιαίτερα βοηθητική και να βρει εφαρμογές βελτιώνοντας την ομαδική συμβουλευτική ασθενών, τις ομάδες συμβουλευτικής γονέων ή συγγενών ασθενών, τις δραστηριότητες στην κοινότητα, τα εκπαιδευτικά προγράμματα μελών προσωπικού, τις συγκεκριμένες ομάδες με στόχο την αγωγή και την προαγωγή υγείας.

Η συνεργασία με τη διοίκηση και τους άλλους επαγγελματίες χαρακτηρίζεται καλύτερη σε σχέση με παλιότερα, αλλά φαίνεται ότι δεν βρίσκεται εύκολα ένας

κοινός «τόπος» συνεργασίας που να σέβεται και να υπηρετεί εξίσου τις ανάγκες και τις προτεραιότητες όλων. Η συνεργασία με άλλους φορείς, επίσης, χαρακτηρίζεται καλή, αλλά επιδέχεται βελτίωση, καλύτερο συντονισμό και ανάπτυξη δικτύου.

Η καθιέρωση στα νοσοκομεία θέσεων ερευνητών κοινωνικών λειτουργών επιφορτισμένων με το έργο της αξιολόγησης της εφαρμογής της κοινωνικής εργασίας και οργάνωσης προγραμμάτων ενημέρωσης των άλλων επαγγελματιών και των χρηστών υπηρεσιών υγείας για το έργο των κοινωνικών λειτουργών, θα μπορούσε να συμβάλλει στην ενημέρωση του κόσμου και στη βελτίωση της συνεργασίας εντός και εκτός του νοσοκομείου.

Σοβαρά προβλήματα αντιμετωπίζουν οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί στην υλικοτεχνική υποδομή που τους παρέχεται από το εργασιακό πλαίσιο, με συνηθέστερο αποτέλεσμα να χρησιμοποιούν δικά τους μέσα και να παραιτούνται με τον καιρό από το να διεκδικούν. Φαίνεται, επίσης, ότι δεν έχει γίνει κατανοητό από πολλούς κοινωνικούς λειτουργούς πόσο σημαντική είναι η καταγραφή στατιστικών στο χείριον σχετικά με την εργασία τους, όπως αναφέρω και οι Αλτάνης και συν. (2005) ως εργαλείο μελέτης και επιστημονικής αξιολόγησης. Σε μια εποχή που οι πόροι μειώνονται και οι ανάγκες αυξάνονται, οι αναλύσεις αξιολόγησης και κόστους-αποτελεσματικότητας αποτελούν αναγκαιότητα για μια εφαρμοσμένη επιστήμη. Στην περίπτωση της εφαρμοσμένης κοινωνικής εργασίας θα αναδεικνυαν και τη σπουδαιότητα της, καθιστώντας χειροπιαστά όσα «δε φαίνονται». Όμως, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή και τεχνογνωσία.

Η καθημερινότητα στο νοσοκομείο φέρνει πολλές φορές τον κοινωνικό λειτουργό αντιμέτωπο με κενά στις εργασίες άλλων ειδικοτήτων. Εκεί προκύπτει το δίλημμα του επαγγελματία να κάνει εργασίες που δεν ανήκουν στη δική του σφαίρα ή να μείνει ο ασθενής χωρίς τις συγκεκριμένες παροχές. Πέρα από τη διαμαρτυρία και την κινητοποίηση για την μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος, χρειάζεται να βρεθεί και ο άνθρωπος που θα δραστηριοποιηθεί άμεσα και θα πάει παραδείγματος χάρη να αγοράσει είδη ρουχισμού ή να κάνει κάποια άλλα «θελήματα». Οι βοηθοί κοινωνικών λειτουργών και οι εθελοντές θα μπορούσαν να ανταποκριθούν σε αυτούς τους ρόλους.

11. Προτάσεις

- ✓ Μεγαλύτερη ανεξαρτησία της κοινωνικής υπηρεσίας, καλύτερη στελέχωση της και διοίκηση της από προϊστάμενο κοινωνικό λειτουργό. Τήρηση του απορρήτου και εξασφάλιση κατάλληλων γραφείων εργασίας.
- ✓ Εξασφάλιση μεθοδολογικών εργαλείων και σύγχρονου τεχνολογικού εξοπλισμού των κοινωνικών υπηρεσιών.
- ✓ Τα πιο πολύτιμα όμως, «εργαλεία» των κοινωνικών λειτουργών είναι οι δομές υποστήριξης ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού και η συνέχιση της φροντίδας τους μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.
- ✓ Η καθιέρωση στα νοσοκομεία της θέσης του ερευνητή κοινωνικού λειτουργού επιφορτισμένου με τον έλεγχο της συλλογής πληροφοριών αποτελεσμάτων και αξιολόγησης της κοινωνικής εργασίας στο νοσοκομείο.
- ✓ Καλύτερη οριοθέτηση του επαγγέλματος και αναπροσδιορισμός της περιγραφής της θέσης εργασίας στους οργανισμούς των νοσοκομείων. Το «φροντίδα για κάθε κοινωνικό πρόβλημα» δεν είναι ιδιαίτερα βοηθητικό σε αυτή την κατεύθυνση.
- ✓ Έμφαση στη συλλογή στοιχείων όπως αξιολογήσεις και αναλύσεις κόστους-αποτελεσματικότητας κοινωνικών υπηρεσιών.
- ✓ Διευκρίνιση του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στον κόσμο και στους άλλους επαγγελματίες υγείας και συνεργάτες.
- ✓ Συστηματική ενημέρωση και εκπαίδευση των συναδέλφων στο χώρο εργασίας κάθε ειδικότητας και της κοινότητας για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού. Ενεργητική ανάληψη δράσης από τις κοινωνικές υπηρεσίες προβολής του έργου τους με έντυπο υλικό, ημερίδες, ανοιχτά σεμινάρια, επισκέψεις στις μονάδες τοπικής αυτοδιοίκησης, στα σχολεία και σε συλλόγους. Να δημιουργηθεί ή να ενισχυθεί μέσω αυτών η συνείδηση στο δικαίωμα των υπηρεσιών και όχι της φιλανθρωπίας ή της εξάρτησης
- ✓ Ανάγκη εξειδίκευσης επαγγελματιών, γνώσεις ανάλογες του χώρου εργασίας αλλά και της προσωπικής κλίσης του καθένα (π.χ. διοίκηση κοινωνικών υπηρεσιών και μονάδων υγείας, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία και συμβουλευτική, βραχύχρονες θεραπείες και αντιμετώπιση κρίσεων, εκπαίδευση ενηλίκων, θεραπείες μέσω τέχνης για ενήλικες και για παιδιά).

- ✓ Καλύτερη πρόσβαση στην πληροφορία για εκπαιδευτικές δράσεις και οργάνωση σεμιναρίων ανάλογα με τις ανάγκες των επαγγελματιών και σε συνάρτηση με δεξιότητες πρακτικής άσκησης, εκτός από θεωρία.
- ✓ Εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων εκπαίδευσης όπως παιχνίδια ρόλων, καταγισμός ιδεών, πρακτικές ασκήσεις και ομάδες εργασίας, αλλά και βελτίωση των κλασικών μεθόδων πχ προδιαγραφές καλής πρακτικής μιας εισήγησης και εύστοχη χρήση της μελέτης περίπτωσης.
- ✓ Καθιέρωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων ανταλλαγής όχι μόνο σπουδαστών αλλά και επαγγελματιών στο χώρο της Κοινωνικής Εργασίας
- ✓ Συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού όχι μόνο στην εφαρμογή, αλλά και στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση προγραμμάτων πρωτοβάθμιας δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσα από διεπιστημονικές ομάδες εργασίας.
- ✓ Συνεργασία και συντονισμός στα δίκτυα κοινωνικών υπηρεσιών – επέκταση συνεργασίας με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς
- ✓ Δημιουργία προϋποθέσεων συνεργασίας με άλλους επαγγελματίες. Ένας βαθμός εξοικείωσης και συμμετοχής σε κοινές δραστηριότητες είναι απαραίτητος προκειμένου να αναπτυχθεί η βασική εμπιστοσύνη ανάμεσα σε διαφορετικές ειδικότητες που εργάζονται και σε διαφορετικούς χώρους.
- ✓ Θέσπιση συνέχειας σε προγράμματα που έχουν στόχο την ενημέρωση για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού. Οι αποσπασματικές ενέργειες δε φέρνουν μόνιμα αποτελέσματα και δεν τροποποιούν στάσεις και συμπεριφορές.
- ✓ Ανάληψη θέσεων διοίκησης και συντονισμού από κοινωνικούς λειτουργούς και απεξάρτηση τους από την ιατρική υπηρεσία
- ✓ Προσλήψεις βοηθών κοινωνικών λειτουργών.
- ✓ Οργάνωση εθελοντών με συστηματική εκπαίδευση, εποπτεία και επιβράβευση.

Όλες οι παραπάνω ενέργειες με επαρκή και αποτελεσματική διοίκηση και εποπτεία από την Πολιτεία θα μπορούσαν - σε διαφορετικό ίσως βαθμό η καθεμιά τους - πραγματικά να αναβαθμίσουν το ρόλο της κοινωνικής εργασίας και του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της Υγείας. Προκειμένου όμως, να γίνει κάτι τέτοιο

και να διασφαλιστεί τόσο το μέλλον όσο και η προσαρμοστικότητα της κοινωνικής εργασίας στο χρόνο είναι αναγκαίο να υπάρχει Εθνική Πολιτική Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας με τη συναίνεση όλων των πολιτικών κομμάτων και όλων των εργαζομένων.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Ambrosino, R. Suttlesworth, G. Heffernan, J. (2008), *Social Work and Social Welfare*. Thomson Brooks/Cole, Belmont, USA
- Auslander, G.K. (1998), Social Work Practice in Health Care In F.W. Loewenberg (ed.). *Meeting the Challenges of a Changing Society: Fifty Years of Social Work in Israel*, Magnes, Jerusalem, pp. 99-134
- Beder, J. (2006), *Hospital Social Work*. Routledge, New York
- Bloy, M. (2005), *The 1601 Elizabethan Poor Law*, διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.victorianweb.org/history/poorlaw/elizpl.html> (27/5/2009)
- Cannan, C., Bepy, L., Lyons, K. (1992), *Social Work and Europe*, British Association of Social Worker, London
- Care Quality Commision (2009), Joining up health care and social care in England, διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: http://www.cqc.org.uk/db/documents/CQC_Two_2009_18-3.pdf (30/6/2010)
- caritas, διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.caritas.org/worldmap/europe/spain.html> (25/5/2010)
- Coleman, M. (2003), “Supervision and the clinical social worker”. *Clinical Social Work*, vol. 3, number 2
- Copeman, F.(1948), Reason in Revolt, διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.spartacus.schoolnet.co.uk/Lpoor1834.htm> (10/4/2010)
- Cousins, M. Edwin, M. P. (2005), *Explaining the Irish welfare state; an historical, comparative, and political analysis*. Irish studies
- Deree, the American College of Greece History (2005), διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.acg.edu/history> (02/4/2010)
- Downie, RS., Tannahill, C., Tannahill, A., (1999), *Health Promotion, Models and Values*, Oxford University Press, Oxford
- Division for the advancement of women, διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.un.org/.../econvention.htm> (28/4/2010)
- Dunn, K. (2000) *Interviewing*, στο Hay I., (Επιμ.) *Qualitative Research Methods in Human Geography*, Oxford University Press, South Melbourne
- Ehrenreich, J.H. (1985), *The altruistic imagination*. Cornell University Press, New York
- Flick, U. (1998), *An introduction to Qualitative Research*, Sage Publications, London
- Goldstein, A.P. (1969), “Maximizing the Initial Psychotherapeutic Relationship”. *American Journal of Psychotherapy*, pp.430-451
- Hawkins, P. & Shohet, R. (1992), *Supervision in the Helping Professions*. Open University Press, London

- Huberman, A.M και Miles, M.B. (1994) *Qualitative data analysis, an expanded sourcebook*, Second Edition, Sage Publications, Thousand Oaks
- Kadushin, A. (1990), *The Social Work Interview: A Guide for Human Service Professionals*, Columbia University Press, New York
- Katkic Stanic, T. (2008), *Standards in Social Work practice meeting human, social and economical rights*, 18-19 October 2008, Sofia, διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.ifsw.org/cm> (27/5/2010)
- Kearney, N. & Skehill, C. (2005), *Social work in Ireland: historical perspectives*. Institute of Public Administration
- Kvale, S. (1996), *Interviews, An introduction to Qualitative Research Interviewing*, Sage Publications, Thousand Oaks
- Pantazis, S. (2007), *Social Work in Greece-history and present*, διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.socmag.net> (28/4/2010)
- Perlman, H. (1957), *Social casework: a problem solving process*. University of Chicago Press, Chicago
- Ratcliff, D. (2002) *Notes for five part seminar on Qualitative Research*, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://don.ratcliff.net/qual>, (26.05.2010)
- Robson, C. (2002), *Real World Research*, Second Edition. Blackwell, Oxford
- Rutgers University for International Social Work (2008), *Social Work education and the practice environment in Europe and Eurasia*, διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: http://www.said.gov/best.practice_-in-social-work-final-121008.path- (27/4/2010)
- Social service of Massachusetts General Hospital (2005), *Pioneering a profession: A history of social work innovation at the MGH, 1905-2005* διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: www.mghsocialwork.org/history.html (10/4/2010)
- Social Work Task Force (2009), *Facing up to the Task, The interim report of the Social Work Task Force, Department of Health and Department of Children, Schools and Families*, διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: www.publications.dcsf.gov.uk (11/4/2010)
- Silverman, D. (2000), *Doing qualitative research. Theory, Method and Practice*, Sage Publication, London
- Silverman, D. (1997), *Qualitative research. Theory, Method and Practice*, Sage Publication, London.
- *The history of Social Work*, διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.library.uncc.edu/files/4/sowk/word/history.doc> (20/5/2009)
- Taylor, A. (2007), *Hospital Social Work and how less bed blocking means more emergencies*, διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.communitycare.co.uk/Articles/2007/12/12/106785/hospital-social-work> (28/4/2010)
- Turner, F. (1986), *Social work treatment*. Free Press, New York

- WHO, Definitions (2010), διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.who.int/hac/about/definitions/en> (28/4/2010)
- Winter, G (2000) *A comparative discussion of the notion of “validity” in qualitative and quantitative research*, στο *The Qualitative Report*, 4 (3.4), διαθέσιμο στο <http://www.nova.edu/ssss/OR/OR4-3/winter.html>, (10/04/2010)
- Young Women Christian Association (YWCA), History (2010), διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.worldywca.org/> (02/4/2010)
- YMCA International - World Alliance of YMCAs: YMCA of Greece (1997), διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.ymca.int/452.0.html> (08/4/2010)
- Zilboorg, Gr., Henry, G.W. (1941), *A History of medical psychology*. Nueva York, Norton

Βιβλιογραφία

- Αλτάνης, Π., Κυριόπουλος, Γ., Gregory S. (2005), Η άριστη αναλογία κοινωνικών λειτουργών στην Ελλάδα, *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 77, pp. 71-84
- Αλτάνης, Π. (1991), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – Πρόληψη καρκίνου. In: *Ψυχοκοινωνική Διάσταση του καρκίνου*, Αθήνα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, ΣΚΛΕ, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου» pp.31-52
- Αμίτσης, Γ. (2001), *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Ανακοίνωση Επιτροπής Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων προς το Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (22/3/2002): Η υγεία και η μείωση της φτώχειας στις αναπτυσσόμενες χώρες /COM/2002/0129/ διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52002DC0129:EL:HT>
- ΑΤΕΙ Κοινωνικής Εργασίας Ηρακλείου Κρήτης (2007), διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.teicrete.gr/koinerg/selida/>
- Βελεσιώτη, Β. (1993), Η διεύρυνση δικτύου κοινωνικών υπηρεσιών στο τοπικά αυτοδιοικούμενο επίπεδο. In: *Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, Ηλιακό Χωριό Δήμου Πεύκης, 26-28 Μαρτίου Αθήνα, 1993*, ed. by Παναγιώτης Αλτάνης. Εκδόσεις Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, 1993, pp. 77-80
- Βεργέτη, Α. (2009), *Κοινωνική εργασία με οικογένειες σε κρίση*. Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα
- Bird M., Hammersley M., et al. (1999) *Εκπαιδευτική Έρευνα στην Πράξη, Εγχειρίδιο Μελέτης*, μτφ. Φράγκου Ε., Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
- Breakwell, G. (1995) *Η Συνέντευξη*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Carr, J. (1994), Κλινική κοινωνική εργασία στον τομέα υγείας. *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 33^ο, pp.15-30

- Γιάννου, Δ.(2010), Αναζητώντας την ηθική ταυτότητα της κοινωνικής εργασίας: κριτική ανάλυση της διεργασίας λήψης δεοντολογικών αποφάσεων των κοινωνικών λειτουργών στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας. *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 97, pp. 7-29
- Δαρδαβέσης, Θ. (2008), Η ιστορική πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833-1981), *Ιατρικό Βήμα*, Οκτώβριος-Νοέμβριος 2008, pp. 50-61 διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: www.iatrikionline.gr/IB_115/7.pdf (5/4/2010)
- Δαρδαβέσης, Θ. (2007), Η ιδρυματική περίθαλψη και η προστασία των υπερηλίκων, *Ιατρικά Θέματα*, τεύχος 47, pp. 9-12
- Δελτίο Τύπου Της Διεθνούς Αμνηστίας (2010), Ευρωπαϊκό Έτος κατά της Φτώχειας: Να σταματήσει αμέσως ο αποκλεισμός των Ρομά, διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο www.amnesty.org.gr (21/5/2010)
- Δημοπούλου-Λαγωνίκα, Μ. (2006), *Μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας Μοντέλα Παρέμβασης*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Δημοπούλου-Λαγωνίκα, Μ. (1992), «Συμβουλευτική σε ιατροκοινωνικές υπηρεσίες». *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 27, pp. 167-173
- Δημητρόπουλος, Ε.Γ. & Αλτάνης, Π. (1992), «Η συμβουλευτική ως λειτουργία συνδετική των θεσμών και υπηρεσιών επικούρησης του ανθρώπου». *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 27, pp. 198-207
- Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: www.socadm.duth.gr (9/4/2010).
- Ιωσηφίδης, Θ. (2003) *Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων στις κοινωνικές επιστήμες*, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Ζηλεμένου, Ε. (2006), Το Έργο της Κοινωνικής Υπηρεσίας στα Νοσοκομεία. *Επιθεώρηση Υγείας*, vol.19, N. 2, Μάιος- Ιούνιος 2006, pp. 22-24
- Ζωγράφου, Α.(2002), *Ο διπλός ρόλος της κοινωνικής εργασίας στο πλαίσιο των κοινωνικών οργανώσεων*. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Θεοχαράκης, Ν. (2003), Νομικές ρυθμίσεις για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών στο Βυζάντιο in Μαυρέας, Β. Δαμίγος, Δ. Ευτυχιάδης, Α. Γερούλανος, Σ. (eds.), *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5) pp. 551-555
- Θεοχαράκης, Ν. (2003), Η ψυχοθεραπεία στο Βυζάντιο in Μαυρέας, Β. Δαμίγος, Δ. Ευτυχιάδης, Α. Γερούλανος, Σ. (Εκδοση), *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5) pp. 547-550
- Ιατρικό λεξικό (2010) κοινωνιοθεραπεία, διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/sociotherapy>" (3/5/2010)
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1999), *Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Καλαούζη, Μ. (1991), Οι δυσκολίες του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού σε ογκολογικό νοσοκομείο. In: *Ψυχοκοινωνική Διάσταση του καρκίνου*, Αθήνα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, ΣΚΛΕ, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου» pp.61-64

- Καραγκούνης, Β.(2005), Ψυχοκοινωνικές παράμετροι της ποιότητας ζωής των νεφροπαθών η προσέγγιση της κοινωνικής εργασίας. *Κοινωνική Εργασία*, 20(77), pp.42-53
- Καλλινικάκη, Θ. (1998), *Κοινωνική Εργασία Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Κανδυλάκη, Α. (2001), *Η Συμβουλευτική στην κοινωνική εργασία*. Εκδόσεις Μετασπουδή, Αθήνα
- Κανελλοπούλου, Μ. (1993), Πρωτοβάθμιες Κοινωνικές Υπηρεσίες αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στο: *Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, Ηλιακό Χωριό Δήμου Πεύκης, 26-28 Μαρτίου Αθήνα, 1993*, ed. από Παναγιώτης Αλτάνης. Εκδόσεις Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, 1993, pp. 203-206
- Καραμπελιάς, Γ. (2010), *1204 - Η διαμόρφωση του Νεότερου Ελληνισμού*. Εναλλακτικές Εκδόσεις, Αθήνα
- Κατσίμαρδος, Τ. (2008), Το κράτος πρόνοιας στην αρχαία Ελλάδα. *Έθνος*, 14/10/2008
- Κυριόπουλος, Γ. Οικονομική κρίση και Υγεία. *Απογευματινή*, 28/10/2009
- Κοσκιιάδου, Τ. (2008), «Ένα μεικτό μοντέλο ομαδικής εποπτείας και εσωτερικής παρακολούθησης στην εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών στη σχολή Μάαστριχτ». *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 89, pp. 29-40
- Κορτζίδη, Φ. (1993), Η κοινωνική αντίληψη στα πλαίσια του δήμου. In: *Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, Ηλιακό Χωριό Δήμου Πεύκης, 26-28 Μαρτίου Αθήνα, 1993*, ed. by Παναγιώτης Αλτάνης. Εκδόσεις Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, 1993, pp. 81-84
- Κοτσώνη, Α.(2008), Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της υγείας In *Πρακτική άσκηση στις εφαρμογές και την έρευνα της κοινωνικής εργασίας*, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Κατεύθυνση Κοινωνικής Εργασίας, Εκδόσεις Μοτίβο, Αθήνα, pp.233-246
- Κυριαζή, Ν. (1998) *Η κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Ελληνικές Επιστημονικές Εκδόσεις, Αθήνα
- Λουμίδη-Καραμόσχογλου, Δ. (1992), «Συμβουλευτική στις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες». *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 27, pp. 175-177
- Μακρίδης, Ν. (1933), *Αι Υπηρεσίες Υγιεινής εν Ελλάδι*. Τυπογραφικά Καταστήματα Αδελφών Γεράρδων
- Μαργούτα, Α., Παπαδοπούλου, Π. (1995), *Οργάνωση και Λειτουργία Κοινωνικής Υπηρεσίας Γενικού Νοσοκομείου*. Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Τμήμα Νοσηλευτικής
- Μάρδας, Γ.Δ., Αρμπουνιώτου, Γ. (1995), Τα προβλήματα των φτωχών και των οικονομικά αδυνάτων απέναντι στην υγεία. *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 38, pp. 91-99
- Mishler, E.G. (1996) *Συνέντευξη Έρευνας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Μουζακίτης, Χ. (1992), «Η συμβουλευτική στην κοινωνική πρόνοια». *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 27, pp. 179-185

- Μπουρίκος, Δ. (2008), Η προνοιακή πολιτική του Ελληνικού κράτους στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. In: *Νέα Αρχιαιολογία: Δημιουργία και Ανάπτυξη μιας Προσφυγικής Κοινότητας*, 11-2-2008
- Νικολόπουλος, Κ. Μπαλούρδος, Δ., Υφαντόπουλος Γ. (2009), *Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις του κράτους πρόνοιας*. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα
- Νέα Υγείας (2010) Υγεία και κρίση, διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο www.medinfo.gr (27/5/2010)
- Οικονόμου, Χ. (2005), *Κοινωνιολογία της Υγείας, τόμος Α' βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα
- Πανουτσοπούλου, Κ. (1985), *Τριαντατρία χρόνια κοινωνική λειτουργός*. Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα
- Πανταζάκας, Π., Μέντης, Μ. (2002), «Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας – η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού». *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 66, pp. 97-112
- Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2008), *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Παπαδοπούλου, Χ. (1993), *Κοινωνική Εργασία με Ομάδες*. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα
- Παπαϊωάννου, Κ. (1998), *Κλινική Κοινωνική Εργασία Κοινωνική Εργασία με Άτομα*. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1993), *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*, τόμος Β', Αθήνα.
- Ρήγα, Α.-Β. (2001), *Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε οργανισμούς, ομάδες και άτομα*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Ρήγα, Α.Β. (2000), Η κοινωνική ψυχολογία και οι εφαρμογές της: η ψυχοκοινωνική παρέμβαση in Παπαστάμιου, Σ. (ed) *Η κοινωνική ψυχολογία στο κατώφλι του 20^{ου} αιώνα*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Risse, G. B. (2009), *Η ιστορία των νοσοκομείων*. Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, Αθήνα
- Salzberger-Wittenberg, I.(1995), *Η αυτογνωσία από ψυχαναλυτική θεώρηση και οι ανθρώπινες σχέσεις*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα
- Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. (1998), *Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα: μια ολιστική προσέγγιση*. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα
- ΣΕΚΕ διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: www.sitemaker.gr/sekegr/ (1/5/2010)
- Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Κύπρου (2009): Συχνές ερωτήσεις: γιατί να σπουδάσω κοινωνική εργασία; διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο www.casw.org.cy/About/faq-gr.html (1/5/2010)
- ΣΚΛΕ, διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: www.skle.gr (9/4/2010)
- Smith, T. (1993), Διεθνής Εμπειρία για την Οργάνωση των Κοινωνικών Υπηρεσιών στην Τοπική Αυτοδιοίκηση. In: *Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, Ηλιακό Χωριό Δήμου Πεύκης, 26-28 Μαρτίου Αθήνα, 1993*, ed. by Παναγιώτης Αλτάνης. Εκδόσεις Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, 1993, pp. 45-48
- Στασινοπούλου, Ο. (2001), «Άτυπα δίκτυα φροντίδας και σύγχρονος προνοιακός πλουραλισμός». *Εκλογή*, τεύχος 93, pp. 112-120

- Σταθόπουλος, Π., (1999), *Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση*. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα
- Στασινοπούλου, Ο. (1992), *Κράτος Πρόνοιας*. Εκδόσεις Κοινωνική Πολιτική – Gutenberg, Αθήνα
- Σταθόπουλος, Π. (1993), Κοινωνική Πολιτική και Τοπική Αυτοδιοίκηση: σύγχρονοι προβληματισμοί. In: *Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, Ηλιακό Χωριό Δήμου Πεύκης, 26-28 Μαρτίου Αθήνα, 1993*, ed. by Παναγιώτης Αλτάνης. Εκδόσεις Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, 1993, pp. 37-44
- Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: www.socadm.duth.gr/ (15/4/2010)
- Τούντας, Γ.(2004), *Κοινωνία και υγεία*. Εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα
- Faulkner D., Swann J., et al. (1999) *Εξέλιξη του Παιδιού στο Κοινωνικό Περιβάλλον, Εγχειρίδιο Μεθοδολογίας*, μτφ. Ραυτοπούλου Α., Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- Φωτοπούλου-Γεωργίου, Ν. (1993), Πρόγραμμα Κοινοτικής Ανάπτυξης Βραχναϊκών Αχαΐας. In: *Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, Ηλιακό Χωριό Δήμου Πεύκης, 26-28 Μαρτίου Αθήνα, 1993*, ed. by Παναγιώτης Αλτάνης. Εκδόσεις Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, 1993, pp. 151-157
- ΧΑΝΘ, Ιστορία (2008), διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: www.ymca.gr/?su_menu_l2_id=1 (8/4/2010)
- Χαραλάμπους, Α. & Τσιτσή, Θ. (2010), Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010*, ν 27, n1, pp. 106-112
- ΧΕΝ Ελλάδος (2008), διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: www.xen.gr/ (6/4/2010)
- Χλέτσος, Μ. (1999), Κοινωνική Πολιτική περίθαλψη in Δικαίος, Κ. (eds.), *Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Πάτρας, Πάτρα
- www.esoft.gr (3/3/2010)

Παράρτημα Α

Α. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Όνοματεπώνυμο (αρχικά):.....

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Ηλικία: 20-30 31-40 41-50 51-60 61 και άνω

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος/η Έγγαμος/η Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

Αριθμός παιδιών: 1 2 3 4 και άνω κανένα

Σπουδές (ανώτερος τίτλος σπουδών): ΤΕΙ ΑΕΙ Μεταπτυχιακό

Διδακτορικό

Κατηγορία: ΠΕ ΤΕ Βαθμός: Α Β Γ

Συνολικός χρόνος προϋπηρεσίας: <5 5-10 10-15 15-20 20 και

άνω

Θέση που κατέχετε: Προϊστάμενος/η Δ/νσης Προϊστάμενος/η Τμήματος Υπάλληλος

Χρόνος προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη θέση: <5 5-10 10-15 15-20 20 και

άνω

Αρμοδιότητες που ασκείτε:

1^{ος} Άξονας: Περιγραφή έργου, δυσκολίες και προβλήματα

- 1) Πόσοι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζεστε σε αυτό το νοσοκομείο/κέντρο υγείας και πόσοι προβλέπετε να είστε;
- 2) Τι είδους περιστατικά απευθύνονται σε σας και με ποιούς τρόπους ;
- 3) Σε ποιο βαθμό ταυτίζονται τα προβλήματα που εμφανίζουν τα περιστατικά καθώς δουλεύονται, σε σχέση με τα αρχικά τους αιτήματα και την αιτία παραπομπής στην κοινωνική υπηρεσία;
- 4) Τι σας ικανοποιεί περισσότερο στην εργασία σας;

- 5) Τι σας ικανοποιεί λιγότερο στην εργασία σας;
- 6) Πως κρίνετε τη συνεργασία σας με τους εξυπηρετούμενους;
- 7) Τι προσδοκίες έχουν οι εξυπηρετούμενοι από σας τους κοινωνικούς λειτουργούς;
- 8) Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι εξυπηρετούμενοι σας εμπιστεύονται και που οφείλεται αυτό;
- 9) Τι εργαλεία για τη δουλειά σας προσφέρει το πλαίσιο όσο αφορά στις υποδομές, δηλαδή, κατάλληλο χώρο που να διασφαλίζει το απόρρητο, χρόνο, υπολογιστή, προγράμματα για ηλεκτρονική αρχειοθέτηση, internet, χρήματα για αγορά υλικού και για μετακινήσεις σε άλλες υπηρεσίες;
- 10) Κατά πόσο παρέχετε υποστήριξη από το πλαίσιο με τη μορφή καλής συνεργασίας, υποστήριξης και δυνατότητα πρόσβασης στον προϊστάμενο σας, το διοικητή της υπηρεσίας σας και τους διευθυντές;
- 11) Κατά πόσο σας παρέχονται δυνατότητες εκπαιδευτικής εξέλιξης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στα πλαίσια της εργασίας σας;
- 12) Έχετε αιτηθεί εκπαιδευτικών αδειών και πόσο συχνά;
- 13) Αν όχι, ποιοι είναι οι λόγοι;
- 14) Τι είδους υποστήριξη σας προσφέρει ο σύλλογος κοινωνικών λειτουργών;

2^{ος} Άξονας: αποτελεσματικότητα, καλές πρακτικές

- 15) Πόσα περίπου περιστατικά βλέπετε το χρόνο/ μήνα;
- 16) Πόσο ξεκάθαρος είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού για σας και πόσο συνάδει με το θεσμικό πλαίσιο;
- 17) Που θεωρείτε ότι είστε περισσότερο και που λιγότερο αποτελεσματικοί;
- 18) Ποιες μεθόδους κοινωνικής εργασίας εφαρμόζετε;
- 19) Γίνετε λήψη κοινωνικού ιστορικού για κάθε εξυπηρετούμενο;
- 20) Το κοινωνικό ιστορικό που χρησιμοποιείτε σας το παρείχε η υπηρεσία σας ή το φτιάξατε εσείς;
- 21) Τι άλλα εργαλεία χρησιμοποιείτε εκτός από το κοινωνικό ιστορικό πχ φυλλάδια, ερωτηματολόγια, βιοματικές ασκήσεις και ποιος σας τα παρείχε;

- 22) Υπάρχει μεταπαρακολούθηση στα περιστατικά που βλέπετε; Συνεχίζετε, δηλαδή, να τα παρακολουθείτε και να μαθαίνετε την εξέλιξή τους;
- 23) Υπάρχει δυνατότητα να καταγράφεται η εξέλιξη των περιστατικών και να είναι διαθέσιμη από άλλο συνάδερφο να τη χρησιμοποιήσει;
- 24) Με ποιο τρόπο και πότε ολοκληρώνεται η παρακολούθηση ενός περιστατικού;
- 25) Τι μορφή εποπτείας έχετε, αν έχετε;
- 26) Πόσο ποιοτική είναι αυτή η εποπτεία και πόσο σας βοηθάει ή τι σημασία έχει για σας η έλλειψη της;
- 27) Πόσο αποτελεσματικοί πιστεύετε ότι είστε, ποια είναι η άποψη σας για τις υπηρεσίες που προσφέρετε;

3^{ος} Άξονας: Συνεργασία – Διεπιστημονικότητα

- 28) Πώς κρίνετε τη συνεργασία σας με τη διοίκηση του νοσοκομείου;
- 29) Με ποιες άλλες ειδικότητες συνεργάζεστε και τι μορφή έχει αυτή η συνεργασία;
- 30) Πόσο ποιοτική είναι η συνεργασία σας με άλλες ειδικότητες;
- 31) Εργάζεστε στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας; Αν, ναι, πώς κρίνετε τη λειτουργία της
- 32) Πώς τη φαντάζεστε, αν δεν υπάρχει;
- 33) Θεωρείτε ότι υπάρχουν δραστηριότητες τις οποίες αναλαμβάνετε που δεν εμπίπτουν στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού και τι πιστεύετε για αυτή την κατάσταση;
- 34) Πόσο γνωρίζουν οι υπόλοιποι υγειονομικοί το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο και κατά πόσο αυτό εκφράζεται στον τρόπο επικοινωνίας και συνεργασίας μαζί σας;
- 35) Πόσο πιστεύετε ότι σας εμπιστεύονται;
- 36) Βλέπετε περιθώρια βελτίωσης στη συνεργασία με τους υπόλοιπους υγειονομικούς, ποια είναι αυτά και με ποιο τρόπο θα συνεισφέρατε σε αυτό;
- 37) Έχετε συνεργασία με εξωτερικούς φορείς (εκτός νοσοκομείου) όπως μη κυβερνητικές οργανώσεις, εκκλησία, φιλανθρωπικές οργανώσεις, κοινωνική πρόνοια;

- 38) Με ποιους έχετε συνεργασία και πως είναι αυτή η συνεργασία;
- 39) Πόσο ποιοτική τη θεωρείτε;
- 40) Τι δυνατότητες ανάπτυξης δικτύου με άλλες υπηρεσίες υπάρχουν;
- 41) Τι προτάσεις θα κάνατε για την εξέλιξη του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο;
- 42) Ποιοι είναι οι μεγαλύτεροι σας φόβοι σχετικά με την εξέλιξη του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο;
- 43) Τι σας οδήγησε στο επάγγελμα; Θα το επιλέγατε ξανά;
- 44) Πόσο ικανοποιημένος είστε από την κοινωνική αναγνώριση της προσφοράς του κοινωνικού λειτουργού;
- 45) Σε ποιες περιπτώσεις αισθανθήκατε επαγγελματικά εξουθενωμένοι ;

Παράρτημα Β

Α. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Όνοματεπώνυμο (αρχικά):

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Ηλικία: 20-30 31-40 41-50 51-60 61 και άνω

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος/η Έγγαμος/η Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

Αριθμός παιδιών: 1 2 3 4 και άνω κανένα

Σπουδές (ανώτερος τίτλος σπουδών): ΤΕΙ ΑΕΙ Μεταπτυχιακό

Διδακτορικό

Κατηγορία: ΠΕ ΤΕ Βαθμός: Α Β Γ

Συνολικός χρόνος προϋπηρεσίας: <5 5-10 10-15 15-20 20 και

άνω

Θέση που κατέχετε: Προϊστάμενος/η Δ/σης Προϊστάμενος/η Τμήματος Υπάλληλος

Χρόνος προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη θέση: <5 5-10 10-15 10-20 20 και

άνω

Αρμοδιότητες που ασκείτε:

Β. Δυσκολίες και προβλήματα

- 1) Πόσοι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζεστε σε αυτό το νοσοκομείο-κέντρο υγείας και πόσοι προβλέπετε να είστε;
- 2) Τι είδους περιστατικά απευθύνονται σε σας και με ποιους τρόπους;
- 3) Σε ποιο βαθμό ταυτίζονται τα προβλήματα που εμφανίζουν τα περιστατικά καθώς δουλεύονται, σε σχέση με τα αρχικά τους αιτήματα και την αιτία παραπομπής στην κοινωνική υπηρεσία;
- 4) Τι σας ικανοποιεί περισσότερο στην εργασία σας;
- 5) Τι σας ικανοποιεί λιγότερο στην εργασία σας;
- 6) Πώς κρίνετε τη συνεργασία σας με τους εξυπηρετούμενους;

- 7) Τι προσδοκίες έχουν οι εξυπηρετούμενοι από σας τους κοινωνικούς λειτουργούς;
- 8) Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι εξυπηρετούμενοι σας εμπιστεύονται και που οφείλεται αυτό;
- 9) Τι εργαλεία για τη δουλειά σας προσφέρει το πλαίσιο όσο αφορά στις υποδομές, δηλαδή, κατάλληλο χώρο που να διασφαλίζει το απόρρητο, χρόνο, υπολογιστή, προγράμματα για ηλεκτρονική αρχειοθέτηση, internet, χρήματα για αγορά υλικού και για μετακινήσεις σε άλλες υπηρεσίες;
- 10) Κατά πόσο παρέχετε υποστήριξη από το πλαίσιο με τη μορφή καλής συνεργασίας, υποστήριξης και δυνατότητα πρόσβασης στον προϊστάμενο σας, το διοικητή της υπηρεσίας σας και τους διευθυντές;
- 11) Κατά πόσο σας παρέχονται δυνατότητες εκπαιδευτικής εξέλιξης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στα πλαίσια της εργασίας σας;
- 12) Έχετε αιτηθεί εκπαιδευτικών αδειών και πόσο συχνά;
- 13) Αν όχι, ποιοι είναι οι λόγοι;
- 14) Τι είδους υποστήριξη σας προσφέρει ο σύλλογος κοινωνικών λειτουργών;

B Αποτελεσματικότητα, καλές πρακτικές

- 1) Πόσα περίπου περιστατικά βλέπετε το χρόνο/ μήνα;
- 2) Πόσο ξεκάθαρος είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού για σας και πόσο συνάδει με το θεσμικό πλαίσιο;
- 3) Που θεωρείτε ότι είστε περισσότερο και που λιγότερο αποτελεσματικοί;
- 4) Ποιες μεθόδους κοινωνικής εργασίας εφαρμόζετε;
- 5) Γίνετε λήψη κοινωνικού ιστορικού για κάθε εξυπηρετούμενο;
- 6) Το κοινωνικό ιστορικό που χρησιμοποιείτε σας το παρείχε η υπηρεσία σας ή το φτιάξατε εσείς;
- 7) Τι άλλα εργαλεία χρησιμοποιείτε εκτός από το κοινωνικό ιστορικό πχ φυλλάδια, ερωτηματολόγια, βιωματικές ασκήσεις και ποιος σας τα παρείχε;
- 8) Υπάρχει μεταπαρακολούθηση στα περιστατικά που βλέπετε; Συνεχίζετε, δηλαδή, να τα παρακολουθείτε και να μαθαίνετε την εξέλιξή τους;
- 9) Υπάρχει δυνατότητα να καταγράφεται η εξέλιξη των περιστατικών και να είναι διαθέσιμη από άλλο συνάδερφο να τη χρησιμοποιήσει;
- 10) Με ποιο τρόπο και πότε ολοκληρώνεται η παρακολούθηση ενός περιστατικού;

- 11) Τι μορφή εποπτείας έχετε, αν έχετε;
- 12) Πόσο ποιοτική είναι αυτή η εποπτεία και πόσο σας βοηθάει ή τι σημασία έχει για σας η έλλειψη της;
- 13) Πόσο αποτελεσματικοί πιστεύετε ότι είστε, ποια είναι η άποψη σας για τις υπηρεσίες που προσφέρετε;

Γ. Συνεργασία – Διεπιστημονικότητα

- 1) Πώς κρίνετε τη συνεργασία σας με τη διοίκηση του νοσοκομείου;
- 2) Με ποιες άλλες ειδικότητες συνεργάζεστε και τι μορφή έχει αυτή η συνεργασία;
- 3) Πόσο ποιοτική είναι η συνεργασία σας με άλλες ειδικότητες;
- 4) Πόσο ικανοποιητική τη θεωρείτε;
- 5) Εργάζεστε στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας;
- 6) Πώς κρίνετε τη λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας;
- 7) Πώς τη φαντάζεστε, αν δεν υπάρχει;
- 8) Θεωρείτε ότι υπάρχουν δραστηριότητες τις οποίες αναλαμβάνετε που δεν εμπίπτουν στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού και τι πιστεύετε για αυτή την κατάσταση;
- 9) Πόσο γνωρίζουν οι υπόλοιποι υγειονομικοί το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο και κατά πόσο αυτό εκφράζεται στον τρόπο επικοινωνίας και συνεργασίας μαζί σας;
- 10) Πόσο πιστεύετε ότι σας εμπιστεύονται;
- 11) Έχετε συνεργασία με εξωτερικούς φορείς (εκτός νοσοκομείου), με ποιους και πως είναι αυτή η συνεργασία;
- 12) Πόσο ποιοτική τη θεωρείτε;
- 13) Τι δυνατότητες ανάπτυξης δικτύου με άλλες υπηρεσίες υπάρχουν;
- 14) Βλέπετε περιθώρια βελτίωσης στη συνεργασία με τους υπόλοιπους υγειονομικούς, ποια είναι αυτά και με ποιο τρόπο θα συνεισφέρατε σε αυτό;
- 15) Τι προτάσεις θα κάνατε για την εξέλιξη του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο;
- 16) Ποιοι είναι οι μεγαλύτεροι σας φόβοι σχετικά με την εξέλιξη του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο;

Παράρτημα Γ

ΚΛΙΝΙΚΗ:

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:

ΤΗΛ:

ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

**Σας ενημερώνουμε ότι από.....νοσηλεύεται στο θάλαμο.....
της Κλινικής ο ασθενής....., ο οποίος
Αντιμετωπίζει τα ακόλουθα κοινωνικά προβλήματα:**

1.

2.

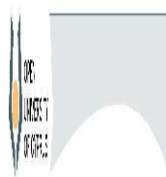
3.

**Παρακαλούμε, στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων σας, να βοηθήσετε
τον παραπάνω ασθενή στην αντιμετώπιση των κοινωνικών
προβλημάτων του.**

Ημερομηνία:

Ο Ιατρός / Η Προϊσταμένη

Παράρτημα Δ



ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ ΤΟΜΕΑΣ ΣΠΟΥΔΩΝ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ». ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2008-2009

Αξιότιμε/η κ. συνάδελφε,

Επιθυμώ να ζητήσω τη συμβολή σας στη διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης που αφορά στην διερεύνηση των προβλημάτων και των καλών πρακτικών των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται σε πλαίσια υγείας, νοσοκομεία και κέντρα υγείας.

Η έρευνα αυτή διεξάγεται στο πλαίσιο εκπόνησης της διατριβής μου, η οποία έχει εγκριθεί από τον τομέα σπουδών του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Παρακαλώ να με δεχτείτε στον οργανισμό σας για να συμπληρώσουμε σχετικό ερωτηματολόγιο με προσωπική συνέντευξη. Για τη διατήρηση της ανωνυμίας των προσωπικών δεδομένων, δε θα συμπληρωθεί το ονοματεπώνυμό σας, αλλά μόνο δύο τυχαία γράμματα του αλφαβήτου.

Σας ευχαριστώ θερμά για την συνεργασία σας και είμαι στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση ή πληροφορία. Με την περάτωση της έρευνας θα ενημερωθείτε για τα σχετικά αποτελέσματα, τα οποία είναι δυνατό να αξιοποιηθούν από όσους έχουν επιστημονικές ή διοικητικές ευθύνες στο χώρο της υγείας, με στόχο την επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας παροχής των κοινωνικών υπηρεσιών στα πλαίσια υγείας.

Στοιχεία επικοινωνίας: Τηλ: 6982472801, e-mail: mariakurb@yahoo.gr

Ο Επιβλέπων,

ΖΛΑΤΑΝΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Σύμβουλος Καθηγητής
Πανεπιστημίου Κύπρου

Με εκτίμηση,

Μαρία Κουρμπέτη
Κοινωνική Λειτουργός
Γ.Π.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια
Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου

Παράρτημα Ε

Απασχολούμενοι Κοινωνικοί Λειτουργοί (Π.Ε. και Τ.Ε.) σε διάφορες Υπηρεσίες
Υγείας
Σύνολο Π.Ε. και Τ.Ε.: 478

2004

Νομική Μορφή	Π.Ε.	Τ.Ε.	Δ.Ε.	Υ.Ε.
Σύνολο Χώρας	54	424	53	0
Ν.Π.Δ.Δ.	41	400	29	0
Κ.Υ.Σ.				
Ν.Π.Ι.Δ.	2	4	22	0
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	11	20	2	0

Απασχολούμενοι Κοινωνικοί Λειτουργοί (Π.Ε. και Τ.Ε.) σε διάφορες Υπηρεσίες
Υγείας
Σύνολο Π.Ε. και Τ.Ε.: 480

2005

Νομική Μορφή	Π.Ε.	Τ.Ε.	Δ.Ε.	Υ.Ε.
Σύνολο Χώρας	59	421	41	51
Ν.Π.Δ.Δ.	46	401	39	7
Κ.Υ.Σ.				
Ν.Π.Ι.Δ.	2	2	0	0
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	11	18	2	44

Απασχολούμενοι Κοινωνικοί Λειτουργοί (Π.Ε. και Τ.Ε.) σε διάφορες Υπηρεσίες
Υγείας
Σύνολο Π.Ε. και Τ.Ε.: 547

2006

Νομική Μορφή	Π.Ε.	Τ.Ε.	Δ.Ε.	Υ.Ε.
Σύνολο Χώρας	69	478	47	0
Ν.Π.Δ.Δ.	51	455	39	0
Κ.Υ.Σ.				
Ν.Π.Ι.Δ.	3	3	0	0
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	15	20	8	0

Απασχολούμενοι Κοινωνικοί Λειτουργοί (Π.Ε. και Τ.Ε.) σε διάφορες Υπηρεσίες
Υγείας
Σύνολο Π.Ε. και Τ.Ε.: 563

2007

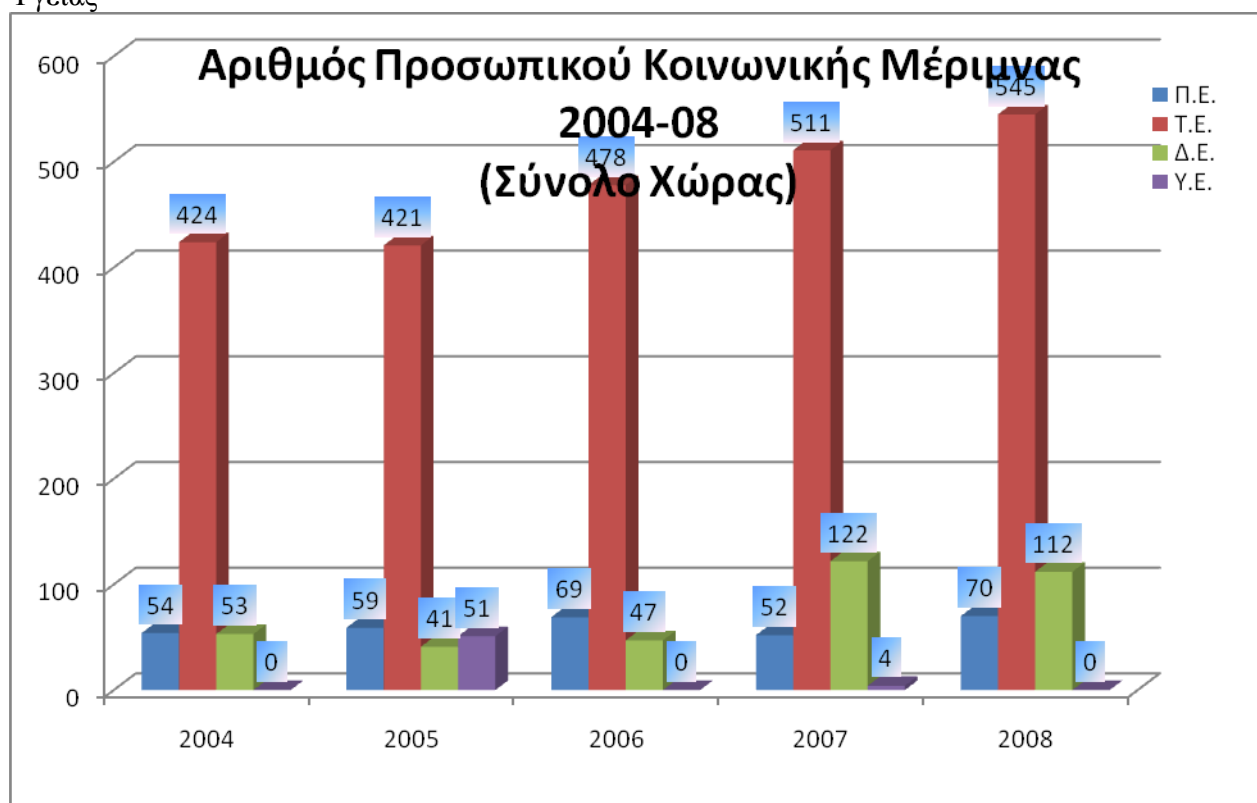
Νομική Μορφή	Π.Ε.	Τ.Ε.	Δ.Ε.	Υ.Ε.
Σύνολο Χώρας	52	511	122	4
Ν.Π.Δ.Δ.	37	489	108	0
Κ.Υ.Σ.				
Ν.Π.Ι.Δ.	3	2	0	0
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	12	20	14	4

Απασχολούμενοι Κοινωνικοί Λειτουργοί (Π.Ε. και Τ.Ε.) σε διάφορες Υπηρεσίες
Υγείας
Σύνολο Π.Ε. και Τ.Ε.: 615

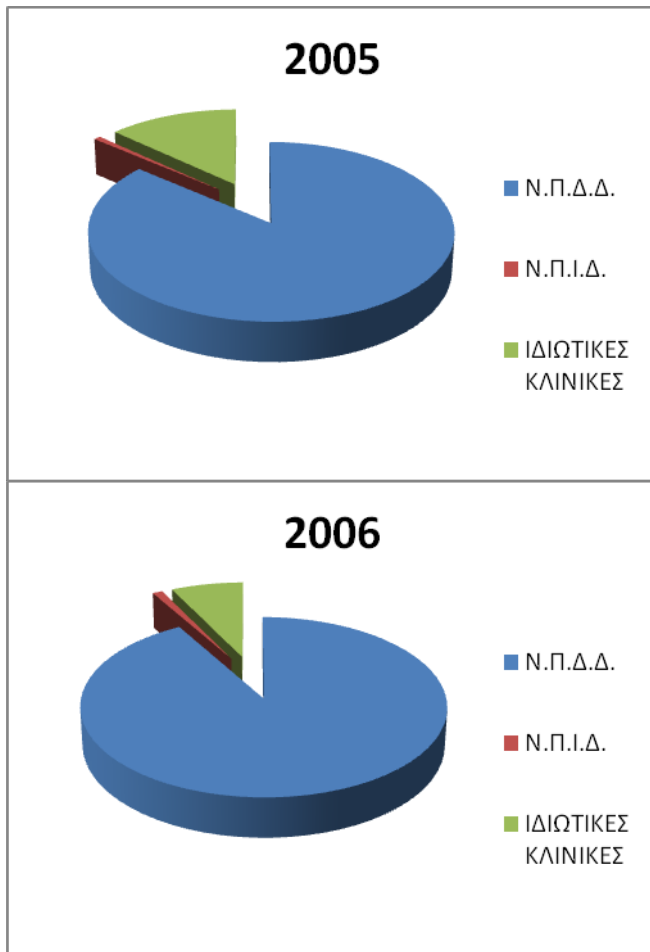
2008

Νομική Μορφή	Π.Ε.	Τ.Ε.	Δ.Ε.	Υ.Ε.
Σύνολο Χώρας	70	545	112	0
Ν.Π.Δ.Δ.	54	517	109	0
Κ.Υ.Σ.				
Ν.Π.Ι.Δ.	2	4	0	0
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	14	24	3	0

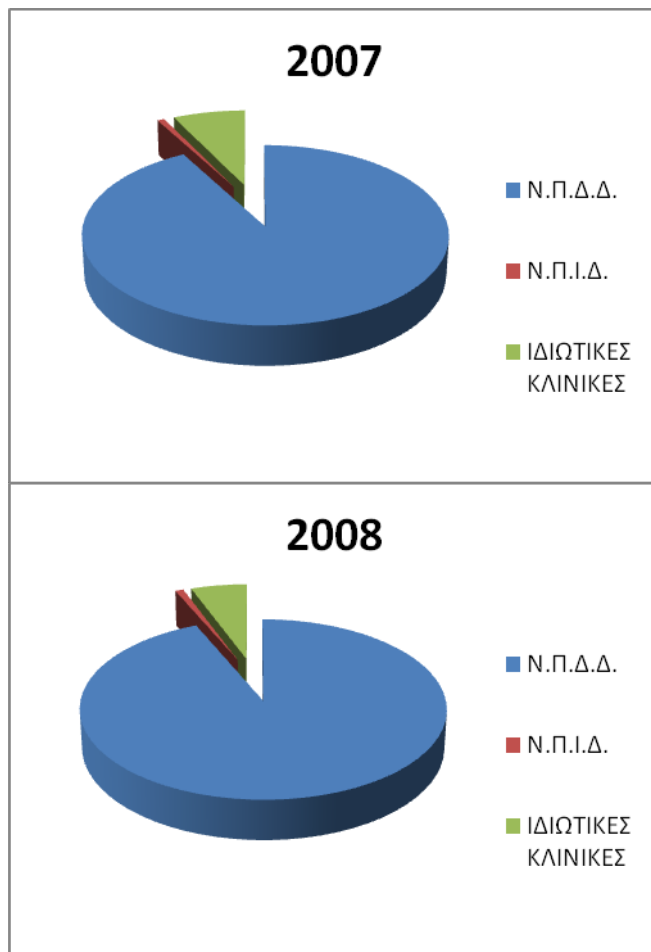
Απασχολούμενοι Κοινωνικοί Λειτουργοί (Π.Ε. και Τ.Ε.) σε διάφορες Υπηρεσίες Υγείας



Απασχολούμενοι Κοινωνικοί Λειτουργοί (Π.Ε. και Τ.Ε.) σε διάφορες Υπηρεσίες Υγείας



Απασχολούμενοι Κοινωνικοί Λειτουργοί (Π.Ε. και Τ.Ε.) σε διάφορες Υπηρεσίες Υγείας



Πηγή : ΕΛ. ΣΤΑΤ. 9/4/2010

Σύμφωνα με τη Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας, δεν υπάρχουν στοιχεία για την Κοινωνική Εργασία και τους Κοινωνικούς Λειτουργούς για τις χώρες της Ε.Ε.

Η Eurostat δεν αναφέρει στα επαγγέλματα, ούτε στον τομέα υγείας, ούτε στην Έρευνα Εργατικού Δυναμικού, τόσο αναλυτικά στοιχεία.

Τα παραπάνω είναι ότι διαθέσιμα στοιχεία υπάρχουν σχετικά από το 2004 έως το 2008, αφορούν την Ελλάδα και συγκεντρώθηκαν από τη Στατιστική Υπηρεσία, μετά από αποστολή του δελτίου απογραφής σε όλα τα Θεραπευτήρια. Παρατηρείται μικρή αύξηση του αριθμού των απασχολουμένων Κοινωνικών Λειτουργών σε υπηρεσίες υγείας από το 2004 ως το 2008.

Τα Θεραπευτήρια περιλαμβάνουν Νοσοκομεία, Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων, Ιδιωτικές Κλινικές (ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ).

Το Προσωπικό Κοινωνικής Μέριμνας απαρτίζουν κυρίως Κοινωνικοί Λειτουργοί, Π.Ε. και Τ.Ε. Συμπεριλαμβάνονται και Βοηθοί Κοινωνικών Λειτουργών: ΔΕ Κοινωνικοί Φροντιστές ή Επιμελητές Πρόνοιας και (Υ.Ε.) άλλο μη εξειδικευμένο βοηθητικό προσωπικό.

Τα Κ.Υ.Σ. είναι Κέντρα Υγειονομικών Σταθμών, τα οποία δε λειτούργησαν και για αυτό δεν έχουν στοιχεία.

Παράρτημα ΣΤ

Επαγγελματικά Δικαιώματα των πτυχιούχων Κοινωνικής Εργασίας

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ (αριθμός:50, ΦΕΚ 23, τ. Α, 26-1-1989, σελ. 345-347)

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, αναρρωτήρια, θεραπευτικούς ξενώνες, ιατροκοινωνικά κέντρα, μονάδες οικογενειακού προγραμματισμού κ.λπ.

γ) Τομέας Ψυχικής Υγείας: Παροχή υπηρεσιών **διαγνωστικού συμβουλευτικού και θεραπευτικού χαρακτήρα σε άτομα, ομάδες και οικογένειες** τα οποία θεραπεύονται σε κοινοτικά 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 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 ανηλίκων και εγκληματικότητας. Παροχή ειδικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα, μέσα από κρατικούς ή άλλους φορείς όπως Δικαστήρια Ανηλίκων, Υπηρεσίας Επιμελητών Ανηλίκων, Εταιρείες Προστασίας Ανηλίκων, Ιδρύματα Αγωγής Ανηλίκων, Σωφρονιστικά Καταστήματα, Φυλακές, Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων, Εταιρεία Προστασίας Αποφυλακισζομένων, 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.

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 23 (2) ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ. Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

α. Του άρθρου 3 του Ν.Δ/τος 4018/1959 9ΦΕΚ 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 του τίτλου του Κοινωνικού Λειτουργού απαιτείται:
 - α) Πτυχίο μιας αναγνωρισμένης από το Κράτος Σχολής Κοινωνικής Εργασίας της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης ή ισότιμο αντίστοιχης Σχολής του εξωτερικού.
 - β). Άδεια, που χορηγείται σύμφωνα με τις διατάξεις του Διατάγματος αυτού.
2. Για την ισοτιμία των πτυχίων των Σχολών εκπαίδευσης Κοινωνικών Λειτουργών του εξωτερικού αποφαινόνται:
 - α. Για τους κατόχους τίτλων σπουδών του εξωτερικού Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης από το ΔΙΚΑΤΣΑ χωρίς αντιστοιχία.
 - β. Για το αντικείμενο ειδικότητας των πιο πάνω πτυχίων αποφαινεται το Ινστιτούτο Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΙΤΕ).
3. Οι υποψήφιοι για τη λήψη της άδειας άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού, που αναφέρεται στην παράγραφο 1 του παρόντος απαιτείται να:
 - α. Έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια, με επιφύλαξη της παρ. 5 του παρόντος άρθρου.
 - β. Να μην έχουν καταδικασθεί σε ποινές κακούργηματος ή πλημμελήματος από εκείνα που αναφέρονται στο άρθρο 2 του παρόντος ή να μην έχουν στερηθεί των πολιτικών τους δικαιωμάτων λόγω καταδίκης.
4. Η άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού χορηγείται με απόφαση Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή του εξουσιοδοτούμενου, με σχετική απόφασή του .κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 29 παραγρ. 1 τον Ν. 1558/85, αρμοδίου οργάνου και δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.
Η άδεια εκδίδεται μετά από αίτηση του ενδιαφερομένου που συνοδεύεται με τα ακόλουθα δικαιολογητικά:
 - α. Επικυρωμένα αντίγραφο ή φωτοαντίγραφο πτυχίου Σχολής Κοινωνικής Εργασίας, ή βεβαίωση της Σχολής από την οποία να προκύπτει ότι ο υποψήφιος έχει καταστεί πτυχιούχος.
 - β. Πιστοποιητικό ισοτιμίας τίτλου σπουδών, για τους πτυχιούχος σχολών του εξωτερικού.
 - γ. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας.
 - δ. Αντίγραφο ποινικού μητρώου τύπου Α'.
 - ε. Πιστοποιητικό αρμόδιας Εισαγγελικής Αρχής ή υπεύθυνη με δήλωση του άρθρου 8 του Ν. 1599/86, ότι ο υποψήφιος δε διώκεται ως φυγόποινος ή φυγόδικος.
 - στ. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκλογικού βιβλιαρίου από το οποίο να προκύπτει ότι ο υποψήφιος έχει ασκήσει το εκλογικό του δικαίωμα ή βεβαίωση από την οποία να προκύπτει ότι άσκησε το δικαίωμα αυτό ή ότι δεν το άσκησε δικαιολογημένα. Σε περίπτωση έλλειψης εκλογικού βιβλιαρίου, βεβαίωση της Αρμόδιας Αρχής ότι ο υποψήφιος έχει υποβάλει τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για την έκδοσή του.
5. Η άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργικού χορηγείται με τη διαδικασία της προηγούμενης παραγράφου και σε αλλοδαπούς, υπηκόους των Κρατών - Μελών των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, σε εφαρμογή των διατάξεων τον Π.Δ. 37/88 (ΦΕΚ 15/29.1.88 Τ.Α.), εφ' όσον πληρούν τις προϋποθέσεις του παρόντος

Π.Δ/τος καθώς επίσης και σε περιπτώσεις αλλοδαπών της παραγράφου 5 τον άρθρου 3 του Ν. 991/79, εφ' όσον πληρούν και τις αναφερόμενες στη διάταξη αυτή προϋποθέσεις.

6. Στην αρμόδια Δ/νση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων τηρείται Μητρώο που περιλαμβάνει:

- α) Στοιχεία ταυτότητας του ενδιαφερομένου
- β) Γνώση ξένων γλωσσών
- γ) πρόσθετες σπουδές.

Άρθρο 2

Ανάκληση άδειας

1. Η άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού ανακαλείται προσωρινά ή οριστικά με αιτιολογημένη απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης σε περιπτώσεις:

α. Καταδίκης για κακούργημα ή πλημμέλημα, σε οποιαδήποτε ποινή, για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή ή στην Υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, δωροδοκία, ή δωροληψία, παράβαση καθήκοντος, για έγκλημα κατά των ηθών, συκοφαντική δυσφήμιση και λιποταξία.

β. Στέρησης των πολιτικών δικαιωμάτων λόγω καταδίκης.

γ. Θέσης του Κοινωνικού Λειτουργού σε δικαστική απαγόρευση ή δικαστική αντίληψη.

δ. Παράβασης των διατάξεων των άρθρων 4 - 9 του παρόντος Διατάγματος.

2. Η οριστική ανάκληση της άδειας άσκησης επαγγέλματος επιτρέπεται ύστερα μόνο από αμετάκλητη δικαστική απόφαση για αδίκημα που αναφέρεται στην παραγρ. 1α του παρόντος άρθρου.

3. Σε περίπτωση παράβασης των διατάξεων των άρθρων 4-9 του παρόντος η απόφαση ανάκλησης της άσκησης επαγγέλματος εκδίδεται, κατ' ανάλογη εφαρμογή των διατάξεων του Υπαλληλικού κώδικα που φορούν την επιβολή πειθαρχικών ποινών:

α. Για θέματα σχέσεων με το συνδικαλιστικό τους όργανο και μετά την σύμφωνη γνώμη του πειθαρχικού τους οργάνου.

β. Για θέματα δεοντολογικά που αναφέρονται στα προαναφερόμενα άρθρα, το Υπηρεσιακό Πειθαρχικό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Για θέματα δεοντολογικά η προσωρινή ανάκληση δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το χρονικό διάστημα του ενός (1) έτους, ενώ για ποινική καταδίκη για ορισμένα κακούργηματα ή πλημμελήματα, ή αμετάκλητη καταδικαστική απόφαση, στέρηση πολιτικών δικαιωμάτων κ.λ.π. η ανάκληση θα είναι οριστική.

Άρθρο 3

Πλαίσια άσκησης τον επαγγέλματος

1. Οι Κοινωνικοί λειτουργοί που έτυχαν άδειας άσκησης επαγγέλματος σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 του παρόντος, παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα πλαίσια οργανωμένων Κοινωνικών Υπηρεσιών του Δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα.
2. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί μπορούν με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να παρέχουν τις υπηρεσίες τους και ως ελεύθεροι επαγγελματίες, εφόσον έχουν ασκήσει, αποδεδειγμένα, το επάγγελμά τους για μία τουλάχιστον πενταετία στα πλαίσια των Υπηρεσιών της προηγούμενης παραγράφου.
3. Το αντικείμενο των υπηρεσιών του Κοινωνικού Λειτουργού, ως ελεύθερου επαγγελματία, πρέπει να είναι αντίστοιχο της απαιτούμενης, κατά την προηγούμενη παράγραφο, επαγγελματικής εμπειρίας.
4. Η παροχή υπηρεσιών από τον Κοινωνικό Λειτουργό, ως ελεύθερου επαγγελματία είναι επιτρεπτή εφόσον:
 - α. Διατηρεί για το σκοπό αυτό επαρκείς και κατάλληλους χώρους στους οποίους απαραίτητα περιλαμβάνονται γραφείο για συνεντεύξεις και αίθουσα αναμονής των εξυπηρετούμενων.
 - β. Τηρεί μητρώο εξυπηρετούμενων και λοιπά στοιχεία από τα οποία προκύπτει η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών με την άσκηση κοινωνικής εργασίας.
5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά γνώμη του οικείου επαγγελματικού Συλλόγου, καθορίζεται, κατά είδος και μορφή παρεχόμενων υπηρεσιών το ύψος των αμοιβών του Κοινωνικού Λειτουργού που, με τις προϋποθέσεις των διατάξεων του άρθρου αυτού, παρέχει τις υπηρεσίες του ως ελεύθερος επαγγελματίας.
6. Η εποπτεία του έργου του Κοινωνικού λειτουργού ως ελεύθερου επαγγελματία αποτελεί έργο των αρμοδίων κατά τόπους περιφερειακών Υπηρεσιακών του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων κατά την άσκηση της οποίας διασφαλίζονται οι διατάξεις του Διατάγματος αυτού για τη διαφύλαξη του ιδιωτικού απόρρητου.
7. Για την έκδοση της απόφασης της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού ο ενδιαφερόμενος υποβάλλει στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μέσω της κατά τόπο αρμόδιας περιφερειακής του Υπηρεσίας, αίτηση με τα ακόλουθα στοιχεία:
 - α. βεβαίωση προϋπηρεσίας από την οποία να προκύπτει με σαφήνεια, τόσο ο χρόνος της επαγγελματικής εμπειρίας του ενδιαφερόμενου, όσο και το αντικείμενο των υπηρεσιών που πρόσφερε κατά το χρόνο της προϋπηρεσίας του.
 - β. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 στην οποία να αναφέρεται με σαφήνεια η έδρα και η περιγραφή των χώρων που ο ενδιαφερόμενος πρόκειται να ασκήσει το έργο του, το είδος των υπηρεσιών που θα προσφέρει και την κατηγορία ή τις κατηγορίες των εξυπηρετούμενων στους οποίους θα απευθύνονται οι υπηρεσίες του.
 - γ. Προκειμένου για αλλοδαπό που έτυχε άδειας άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού λειτουργού σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 του παρόντος, βεβαίωση ότι έχει επαρκή γνώση της Ελληνικής γλώσσας, η οποία χορηγείται από:
 - α. Λέσχη Πανεπιστημίου Αθηνών
Διδασκαλείο ξένων γλωσσών (Ν. 5147/1931, άρθρο 12, ΦΕΚ 211/τ. Α'/14, 16.7.1931).
 - β. Σχολείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (Π.Δ. 1051/1977, ΦΕ, 350/τ. Α'/14.11.77).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

Αρχές, καθήκοντα, υποχρεώσεις, ασυμβίβαστα κατά την άσκηση του επαγγέλματος

Άρθρο 4.

Αρχές

1. Η άσκηση του επαγγέλματος τον Κοινωνικού λειτουργού προϋποθέτει προσήλωση στα ιδεώδη της ελευθερίας και της δικαιοσύνης και πίστη στην αξία της ανθρώπινης ύπαρξης και των δυνατοτήτων της.

2. Με βάση τις Θεμελιώδεις αρχές της προηγούμενης παραγράφου ο Κοινωνικός Λειτουργός.

α. Αναγνωρίζει έμπρακτα το δικαίωμα κάθε ανθρώπου.

(1) Να αποφασίζει στο να αποδεχθεί ή όχι το είδος των παρεχομένων σ' αυτόν υπηρεσιών και τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων του, εφόσον με τον τρόπο αυτό δεν εκτίθεται σε κίνδυνο η ασφάλεια και η ευημερία των συνανθρώπων του και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα.

(2) να συμμετέχει εποικοδομητικά και στο μέτρο του δυνατού στη διαδικασία του σχεδιασμού των κοινωνικών μέτρων που τον αφορούν και να συμπράττει στην προσπάθεια κάλυψης των αναγκών του στο μέτρο που οι δυνατότητές του το επιτρέπουν.

β. Ενεργεί κατά τρόπο που συμβάλλει στη δημιουργία ή παροχή ίσων ευκαιριών, σε άτομα, ομάδες και κοινότητες, χωρίς διάκριση καταγωγής, φύλου, ηλικίας, κοινωνικής θέσης, θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων, τόσο για την κάλυψη των βιολογικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και πολιτιστικών αναγκών τους, όσο και για την ανάπτυξη και αξιοποίηση των δικών τους δυνατοτήτων.

Συμβάλλει στην καλλιέργεια, μεταξύ των πολιτών, πνεύματος κοινωνικής ευθύνης και αλληλεγγύης και στην ευαισθητοποίηση και προετοιμασία τους για κοινωνική δράση.

Άρθρο 5.

Υποχρεώσεις προς το επάγγελμα

1. Για την ανάπτυξη και προαγωγή της Κοινωνικής Εργασίας ο Κοινωνικός Λειτουργός:

α. Επιδιώκει τη βελτίωση της επαγγελματικής του στάθμης με τη συνεχή επιμόρφωση και μετεκπαίδευσή του, με την αξιοποίηση της επαγγελματικής εποπτείας κατά την άσκηση του έργου του και την παρακολούθηση των διεθνών εξελίξεων στο χώρο της Κοινωνικής Εργασίας.

β. Συμβάλλει ενεργά στην τήρηση των "αρχών" στην αξιοποίηση των "μεθόδων" της Κοινωνικής Εργασίας και στην προσαρμογή των χρησιμοποιούμενων "τεχνικών" στις διαμορφούμενες νέες κοινωνικές ανάγκες και προβλήματα.

γ. Συμβάλλει στην ορθή και σαφή ενημέρωση της κοινής γνώμης αναφορικά με τις επιδιώξεις και τους στόχους της Κοινωνικής Εργασίας και στην εδραίωση και αύξηση

της αναγνώρισης και εμπιστοσύνης της κοινωνίας και των εξυπηρετούμενων για τη χρησιμότητα των υπηρεσιών που προσφέρει.

δ. Προσφέρει γνώσεις, επαγγελματική πείρα, τόσο για την επισήμανση και τεκμηρίωση της φύσης και της έκτασης κοινωνικών αναγκών και προβλημάτων, όσο και για τον καθορισμό των επιλογών και τρόπων αντιμετώπισής τους και βελτίωσης της ποιότητας ζωής σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, συμβάλλοντας έτσι, με τη συμμετοχή του σε αρμόδια όργανα, στη διαμόρφωση της Κοινωνικής Πολιτικής καθώς επίσης στο σχεδιασμό και τη διαμόρφωση των απαραίτητων Κοινωνικών Υπηρεσιών και προγραμμάτων

Άρθρο 6

Καθήκοντα προς του εξυπηρετούμενους

1. Ο Κοινωνικός Λειτουργός κατά τη διαδικασία παροχής των υπηρεσιών του στον εξυπηρετούμενο (άτομο, ομάδα, κοινότητα) οφείλει:

- α. Να σέβεται την προσωπικότητά του και να συμβάλλει έμπρακτα στη διαφύλαξη της αξιοπρέπειάς του και στην ικανοποίηση και διασφάλιση των δικαιωμάτων του.
- β. Να αναγνωρίζει την ιδιαιτερότητά του και το δικαίωμά του να αποφασίζει για τις υποθέσεις που τον αφορούν, ενθαρρύνοντας και υποβοηθώντας τον ταυτόχρονα να αναλαμβάνει τις ευθύνες των πράξεών του, να αξιοποιεί στο έπακρο τις δυνατότητές του και να βρίσκει, αυτενεργώντας, λύσεις για την κάλυψη των αναγκών του ή την αντιμετώπιση των προβλημάτων του, με τρόπους κοινωνικά παραδεκτούς.
- γ. Να τον ενημερώνει με σαφήνεια και πληρότητα για τις προϋποθέσεις, το περιεχόμενο και τα χρονικά πλαίσια της συνεργασίας μαζί του και να παρέχει τις υπηρεσίες του με αντικειμενικά κριτήρια και μετά από αμερόληπτη κρίση, έτσι ώστε η επαγγελματική σχέση μαζί του να στηρίζεται σε αμοιβαία εμπιστοσύνη και να αξιοποιείται απ' αυτόν στον επιθυμητό βαθμό και κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο.
- δ. Να συλλέγει και να χρησιμοποιεί πληροφορίες ή δεδομένα που αφορούν τον εξυπηρετούμενο μόνο εφόσον σχετίζονται με τις ανάγκες ή τα προβλήματα για τα οποία απευθύνθηκε στην Κοινωνική Υπηρεσία και εφόσον κρίνονται απαραίτητα, τόσο για το διαγνωστικό έργο, όσο και για τη λήψη των αναγκαίων γι' αυτόν μέτρων.
- ε. Να τηρεί αυστηρά, εχεμύθεια σε ιδιωτικά απόρρητα που του έχει εμπιστευθεί ο εξυπηρετούμενος ή που έχουν περιέλθει σε γνώση του κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, ή λόγω της ιδιότητάς του.

Στα πλαίσια της τήρησης του υπηρεσιακού απόρρητου οφείλει επίσης να επαγρυπνεί για τη μυστικότητα των εγγράφων στοιχείων που τηρούνται στην υπηρεσία που υπηρετεί.

Σε περίπτωση που ο Κοινωνικός Λειτουργός κληθεί να εξετασθεί ως μάρτυρας από δικαστική ή άλλη Αρχή, για θέματα για τα οποία υποχρεούνται να τηρήσει εχεμύθεια, οφείλει να προβαίνει σε σαφή δήλωση τόσο για την ιδιότητά του, όσο και για την υποχρέωσή του αυτή.

Δεν αποτελεί παραβίαση της επαγγελματικής εχεμύθειας η γνωστοποίηση από τον Κοινωνικό Λειτουργό πληροφοριών ή γεγονότων, όταν η ενέργειά του αποσκοπεί στη διαφύλαξη της ανθρώπινης ζωής ή την προστασία της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας ανηλίκων καθώς και ενηλίκων που στερούνται των δυνατοτήτων αυτοπροστασίας.

στ. Να μην επιδιώκει προσωπικά οφέλη σε βάρος των συμφερόντων του εξυπηρετούμενου και του περιβάλλοντός του και σε καμιά περίπτωση να δέχεται φιλοδομήματα.

Άρθρο 7.

Υποχρεώσεις προς τον φορέα στον οποίο παρέχει τις υπηρεσίες του.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός κατά τη διάρκεια της εργασιακής σχέσης του με τον φορέα στον οποίο προσφέρει τις υπηρεσίες του οφείλει:

α. Να είναι επαρκώς ενημερωμένος, αναφορικά με τις αρχές, τους σκοπούς και τους στόχους του φορέα καθώς επίσης για τα κοινωνικά προγράμματα και τους μηχανισμούς, με τους οποίους υλοποιούνται οι πιο πάνω σκοποί και στόχοι.

β. Να συμβάλλει με τις επαγγελματικές του γνώσεις και ενέργειες στην αποδοτικότερη εφαρμογή των κοινωνικών προγραμμάτων του φορέα και με τις τεκμηριωμένες εισηγήσεις του, στη λήψη μέτρων για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσω συμπλήρωσης ή τροποποίησης των εφαρμοζόμενων προγραμμάτων ή της κατάρτισης και εφαρμογής νέων, που επιβάλλονται από τις διαμορφούμενες συνθήκες και ανάγκες.

γ. Να τηρεί τους κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας του Φορέα και να συμβάλλει εποικοδομητικά για τη λήψη μέτρων που θα στοχεύουν στην αποδοτικότερη οργάνωση και λειτουργία του και στη βελτίωση των όρων και συνθηκών εργασίας.

Άρθρο 8

Καθήκοντα προς τους συναδέλφους

Ο Κοινωνικός Λειτουργός στις υπηρεσιακές του σχέσεις με τους συναδέλφους του οφείλει:

α. Να συμβάλλει, με την εν γένει συμπεριφορά του, στη δημιουργία και διατήρηση κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης, εποικοδομητικής συνεργασίας και συναδελφικής αλληλεγγύης.

β. Να σέβεται την προσωπικότητα, την ιεραρχική θέση, τις ικανότητες και την επαγγελματική τους πείρα, να μην παρεμβαίνει άμεσα στις αρμοδιότητές τους και να δέχεται και να ασκεί καλόπιστη και εποικοδομητική κριτική.

γ. Να συμβάλλει με πνεύμα ειλικρίνειας και κατανόησης και με ειρηνικό και ευπρεπή τρόπο στην εξομάλυνση διαφορών, που ενδεχόμενα μπορεί να ανακύψουν κατά το στάδιο της επαγγελματικής του σχέσης και συνεργασίας.

Άρθρο 9.

Ασυμβίβαστα

1. Απαγορεύεται στον Κοινωνικό Λειτουργό να ασκεί εργασία, που δεν συμβιβάζεται με το κύρος του ως Κοινωνικού Λειτουργού.

2. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους, δεν μπορούν είτε ατομικά, είτε μετέχοντες, με την ιδιότητά τους, σε συλλογικά υπηρεσιακά όργανα να επιλαμβάνονται θεμάτων από τα οποία προκύπτει φανερό συμφέρον των ιδίων ή συγγενών τους σε ευθεία γραμμή απεριόριστα και σε πλάγια γραμμή μέχρι τρίτου βαθμού

Άρθρο 10

Διευκολύνσεις κατά την άσκηση του έργου

1. Σε όσους έχει χορηγηθεί άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού και απασχολούνται με την ιδιότητα αυτή, παρέχεται από τους πάσης φύσεως φορείς κάθε δυνατή διευκόλυνση, κατά την άσκηση του έργου τους.
2. Για την πιστοποίηση της ταυτότητας και ιδιότητας των Κοινωνικών Λειτουργών της προηγούμενης παραγράφου ο φορέας που τους απασχολεί ή ο επαγγελματικός Σύλλογος στον οποίο ανήκουν μπορεί να τους εφοδιάζει με το απαραίτητο έγγραφο, (ταυτότητα).

Άρθρο 11.

Καταργούμενες διατάξεις

Κατά τη δημοσίευση του παρόντος Π.Δ/τος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως παύουν να ισχύουν οι διατάξεις του Β.Δ/τος 690/61 "περί της ασκήσεως του επαγγέλματος Κοινωνικών Λειτουργών".

Στον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων αναθέτουμε τη δημοσίευση και την εκτέλεση του παρόντος.

Αθήνα, 20 Ιανουαρίου 1992

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Γ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΟΥΡΛΑΣ,

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ
ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΟΥΦΛΙΑΣ.