



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Προγραμματισμός εξιτηρίου νοσοκομειακού ασθενούς
και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σωτηρία Δάφνη

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Μ. Σπυριδάκης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Επιβλέπων
Μ. Φεφές, Επίκουρος Καθηγητής
Η. Κουτσούκου, Διδάκτωρ

Κόρινθος, Μάιος 2016

Copyright © Σωτηρία Δάφνη, 2016

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική αφιερώνεται στον σύζυγό μου για την συμπαράσταση που μου παρείχε και για την υπομονή που επέδειξε καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου, στα δύο παιδιά μου, για το χρόνο που τους στέρησα, αλλά και στους γονείς μου που στάθηκαν στο πλάι μου για άλλη μια φορά και με έμαθαν στη ζωή μου να βάζω στόχους και να τους επιτυγχάνω ακόμη κι αν οι συνθήκες είναι δύσκολες.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κ. Ηλέκτρα Κουτσούκου, για την πολύτιμη βοήθεια που μου παρείχε για την περαίωση της διπλωματικής μου εργασίας καθώς και τον κ. Μάνο Σπυριδάκη για την βοήθεια και την υποστήριξη.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συναδέλφους στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Γ.Ν. Ασκληπιείου Βούλας που συμμετείχαν στην έρευνα, συμβάλλοντας με τον καλύτερο τρόπο στην επιτυχή ολοκλήρωσή της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	iii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	iv
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	vi
ABSTRACT	viii
I. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - Κοινωνική Εργασία και Υγεία.....	2
1.1 Εισαγωγή.....	2
1.2 Εννοιολογική προσέγγιση.....	3
1.3 Κοινωνικές υπηρεσίες στο νοσοκομείο.....	5
1.3.1 Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας στο Ελληνικό Νοσοκομείο.....	7
1.3.2 Παραπομπή περιστατικών στην Κοινωνική Υπηρεσία.....	8
1.3.3 Άξονες δράσης.....	9
1.3.4 Προϋποθέσεις για την επαρκή λειτουργία των ΤΚΕ στα νοσοκομεία.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - Νοσοκομειακός Κοινωνικός Λειτουργός.....	12
2.1 Εισαγωγή.....	12
2.2 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα υγείας.....	13
2.3 Ρόλοι και αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο.....	14
2.4 Δεξιότητες και τεχνικές του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο του νοσοκομείου.....	18
2.4.1 Διαχείριση κρίσεων.....	20
2.5 Όραμα και στρατηγικοί στόχοι.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - Προγραμματισμός Εξιτηρίου.....	29
3.1 Εισαγωγή.....	29
3.2 Εννοιολογική προσέγγιση.....	30
3.3 Η σημασία του σχεδίου εξιτηρίου.....	30
3.4 Στοιχεία του σχεδίου εξιτηρίου.....	33
3.5 Στάδια του σχεδίου εξιτηρίου.....	35
3.5.1 Ενημέρωση και εκπαίδευση.....	36
3.5.2 Τελικές οδηγίες-παραπομπές-παρακολούθηση.....	36
3.6 Κριτήρια για σχέδιο εξιτηρίου.....	37
3.7 Η ηθική του σχεδίου εξιτηρίου.....	38
II. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - Υλικό και Μέθοδος της Μελέτης.....	41
4.1 Παρουσίαση του Γ.Ν. Ασκληπιείου Βούλας.....	41
4.1.1 Ιστορικό.....	41
4.1.2 Νομικό πλαίσιο, διοίκηση και υπηρεσίες.....	42
4.1.3 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.....	43
4.2 Σκοπός και στόχοι της μελέτης.....	44
4.3 Ερευνητικά ερωτήματα.....	44
4.4 Σχεδιασμός της έρευνας.....	45
4.5 Καθορισμός του δείγματος.....	46
4.6 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	47
4.6.1 Συνεντεύξεις.....	48
4.6.2 Ερωτηματολόγιο.....	50
4.7 Ανάλυση δεδομένων.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - Αποτελέσματα της μελέτης.....	53
5.1 Δημογραφικά στοιχεία.....	53
5.2 Κοινωνικός Λειτουργός.....	54
5.3 Προγραμματισμός εξιτηρίου νοσοκομειακού ασθενούς.....	56
5.4 Αξιολόγηση.....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - Συζήτηση - Συμπεράσματα.....	65
6.1 Συζήτηση.....	65
6.1.1 Δημογραφικά στοιχεία.....	66
6.1.2 Κοινωνικός λειτουργός.....	66
6.1.3 Προγραμματισμός εξιτηρίου νοσοκομειακού ασθενούς.....	68
6.1.4 Αξιολόγηση.....	70
6.2 Περιορισμοί – Αδύνατα σημεία.....	72
6.3 Συμπεράσματα.....	73
6.4 Προτάσεις.....	75
ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	76
Ελληνική βιβλιογραφία.....	76
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία.....	79
Ηλεκτρονικές Πηγές.....	84
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	85

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επιστήμη της κοινωνικής εργασίας στον τομέα της υγείας αντιμετωπίζει την υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα, ανεξάρτητα από την οικονομική δυνατότητα των ατόμων ή οικογενειών και ενστερνίζεται την ολιστική προσέγγιση του ασθενή, δίνοντας έμφαση στην επίδραση που ασκεί το κοινωνικό περιβάλλον.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στον προγραμματισμό εξιτηρίου νοσοκομειακού ασθενούς.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η παρούσα ερευνητική μελέτη είναι ποιοτική. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν πέντε (5) κοινωνικοί λειτουργοί που απασχολούνται στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Γ.Ν. Ασκληπιείου Βούλας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο των ημιδομημένων συνεντεύξεων και τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από είκοσι (20) ερωτήσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το έργο του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο, χαρακτηρίζεται ως υποστηρικτικό, συμβουλευτικό, θεραπευτικό, οργανωτικό και ερευνητικό. Το πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρο για το πλαίσιο του νοσοκομείου, με αποτέλεσμα πολλές φορές να εμπλέκονται με δραστηριότητες που δεν άπτονται των υπηρεσιακών τους καθηκόντων. Η διαδικασία για τον προγραμματισμό εξιτηρίου στο νοσοκομείο δεν είναι προτυποποιημένη και δρομολογείται διαδικαστικά και γραφειοκρατικά, λόγω της έλλειψης σαφούς καθηκοντολογίου. Ο πρωταρχικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να διευκολύνει το εξιτήριο και να αντιμετωπίσει τον ασθενή και την οικογένεια στο έργο, διατηρώντας πολλές ευκαιρίες αλληλεπίδρασης και επηρεασμού της κατάστασης του ασθενούς και της οικογένειας, εκπληρώνοντας το έργο που επιτελούν. Ωστόσο, παρατηρούνται δυσκολίες στην ανάπτυξη συστηματικής διεπαγγελματικής συνεργασίας των κοινωνικών λειτουργών με τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί βιώνουν συναισθήματα αποτελεσματικότητας του έργου τους στο νοσοκομείο, καθώς είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν και να βρουν τις λύσεις για το ασφαλές εξιτήριο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κοινωνική εργασία στο νοσοκομείο αντιμετωπίζει την υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα. Η ολιστική προσέγγιση της ασθένειας, καθιστά αναγκαία την ύπαρξη της διεπιστημονικής ομάδας, η οποία μέσα από συντονισμένη συλλογική προσπάθεια, καλείται να συνεργαστεί συστηματικά και ομόκεντρα, προκειμένου να παρέχει την αναγκαία βοήθεια στον ασθενή. Μέλος αυτής της ομάδας είναι και ο κοινωνικός λειτουργός, ο οποίος έχει καθοριστικό ρόλο στην επίτευξη του παραπάνω στόχου. Ο προγραμματισμός εξιτηρίου θεωρείται ως η κύρια μέθοδος που διασφαλίζει ότι οι μετανοσοκομειακές ανάγκες του ασθενή θα πρέπει να πληρούνται προκειμένου να μπορεί να λειτουργήσει σε βέλτιστα επίπεδα όταν μεταβεί από ένα επίπεδο παροχής φροντίδας (νοσοκομείο) σε ένα άλλο (π.χ. κατοικία). Αυτό σημαίνει, ότι η μετανοσοκομειακή φροντίδα συνδέεται άρρηκτα με το εξιτήριο. Για τον κοινωνικό λειτουργό, ο κεντρικός στόχος του προγραμματισμού εξιτηρίου είναι η πλήρη αντιμετώπιση των ιδιαίτερα εξατομικευμένων αναγκών του κάθε ασθενή και η παροχή εγγυήσεων για τη φροντίδα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: *Κοινωνική Εργασία, Κοινωνικός Λειτουργός, Προγραμματισμός Εξιτηρίου, Νοσοκομείο.*

ABSTRACT

INTRODUCTION: The science of social work in health treats health as a human right, regardless of the economic capacity of individuals or families, and embraces a holistic approach to the patient, emphasizing the influence of the social environment.

AIM: The purpose of this study is to investigate the role of social worker in hospital patient discharge planning.

EVIDENCE-METHOD: his research study is qualitative. The study sample consisted of five (5) social workers employed at the Department of Social Work of Hospital Asklepios Voula. The data collection was done by the method of semistructured interviews and completing a questionnaire. The questionnaire consists of twenty (20) questions.

RESULTS: The work of a social worker at the hospital, described as supportive, advisory, therapeutic, organizational and research. The framework of competencies is not entirely clear for the hospital environment, so many times to engage in activities not related to their official duties. The process for planning hospital discharge is not prototype-based and routed procedural and bureaucratic because of the lack of clear duties. The primary role of the social worker is to facilitate discharge and face the patient and family in the project, keeping many opportunities for interaction and influence of the patient and family, fulfilling the work they do. However, there are difficulties in developing systematic interprofessional cooperation of social workers to hospital services. Most social workers experiencing feelings effectiveness of their work in the hospital, as they are able to address and find solutions for the safe discharge.

CONCLUSIONS: Social work in hospital treats health as a human right. The holistic approach of the disease, necessitating the existence of the multidisciplinary team, which through concerted collective effort, is called to work systematically and concentric to provide the necessary assistance to the patient. Member of this group is the social worker, who has a key role in achieving this objective. Programming discharge is considered as the main method of ensuring that the post- hospital patient needs must be met to be able to operate at optimum levels when you go from one level of care (hospital) to another (eg housing). This means, that the post- hospital care exhaustively connected to discharge. For the social worker, the central goal of discharge planning is

to fully address the highly individual needs of each patient and to provide guarantees for care after leaving the hospital.

KEY WORDS: *Social Work, Social Worker, Discharge Planning, Hospital*

I. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Κοινωνική Εργασία και Υγεία

1.1 Εισαγωγή

Η υγεία αποτελεί ζήτημα ανθρωπίνων δικαιωμάτων και κοινωνικής δικαιοσύνης καθώς όλοι οι άνθρωποι διατηρούν το δικαίωμα απολαβής συνθηκών καλής υγείας και πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Ο αριθμός των ατόμων που δεν απολαμβάνει το δικαίωμα αυτό στην Ευρώπη αυξάνεται διαρκώς, γεγονός που αντικατοπτρίζει την άνιση κατανομή των πόρων που οι άνθρωποι χρειάζονται για μια βιώσιμη και συνεχή ανάπτυξη. Στις αιτίες των ανισοτήτων έρχεται να παρέμβει η κοινωνική εργασία στην υγεία, προάγοντας τη συμμετοχή και την ενδυνάμωση. Η κοινωνική εργασία έρχεται, αφενός για να βοηθήσει τους ανθρώπους να προλάβουν τη νόσο παρεμβαίνοντας στους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία και αφετέρου για να συμβάλλει στη θεραπεία και ανακούφιση από τη νόσο, συντελώντας στη διασφάλιση και διεύρυνση των πηγών υποστήριξης. Ο χαρακτήρας της κοινωνικής εργασίας στην υγεία, την καθιστά ένα επάγγελμα το οποίο αποτελεί τον «ομφάλιο λώρο» μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των χρηστών.

Η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών στην Ελλάδα, επέφερε ραγδαίες κοινωνικοοικονομικές εξελίξεις σε πολλούς τομείς και είχε αρνητικό αντίκτυπο στο επίπεδο υγείας των πολιτών, καθώς και αρνητικές προεκτάσεις για το σύστημα υγείας της χώρας. Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης δεν άφησαν αλώβητη την κοινωνική εργασία. Ως απόρροια των μεταρρυθμίσεων που επιβλήθηκαν στη χώρα και των νέων αναγκών που δημιούργησε η κρίση στην κοινωνία των πολιτών, η αποστολή, ο ρόλος και η εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών στη φροντίδα υγείας διαφοροποιήθηκαν σημαντικά. Η κοινωνική εργασία, των λιγότερων δυνάμεων εξαιτίας της υποστελέχωσης, με μειωμένους προϋπολογισμούς των κοινωνικών υπηρεσιών, αλλά και με μειωμένες αποδοχές των κοινωνικών λειτουργών, καλείται πλέον να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες μιας κοινωνίας που μετρά σχεδόν το ένα τρίτο του πληθυσμού της στα όρια της ακραίας φτώχειας.

1.2 Εννοιολογική προσέγγιση

Ο παγκόσμιος ορισμός για το επάγγελμα του Κοινωνικού Λειτουργού (ΚΛ), ο οποίος υιοθετήθηκε από τη Διεθνή Ένωση των Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (International Association of Schools of Social Work – IASSW) και από τη Διεθνή Ομοσπονδία των Κοινωνικών Λειτουργών (International Federation of Social Workers – IFSW), τον Ιούλιο του 2014 στο πλαίσιο της Γενικής Συνέλευσης της IFSW που έλαβε χώρα στη Μελβούρνη, είναι ο εξής: *«Η Κοινωνική Εργασία είναι εφαρμοσμένο επάγγελμα αλλά και ακαδημαϊκό πεδίο που προωθεί την κοινωνική αλλαγή και ανάπτυξη, την κοινωνική συνοχή, την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων. Οι αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της συλλογικής ευθύνης και του σεβασμού της διαφορετικότητας είναι κεντρικές στην κοινωνική εργασία, η οποία θεμελιώνεται από τις θεωρίες της κοινωνικής εργασίας, των κοινωνικών επιστημών, των ανθρωπιστικών επιστημών και τη γηγενή γνώση, και συνδέει ανθρώπους και δομές για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ζωής αλλά και να ενισχύσει την ευημερία τους. Ο παραπάνω ορισμός μπορεί να διευρυνθεί σε εθνικό ή/και σε περιφερειακό επίπεδο»* (IFSW, 2014).

Η Κοινωνική Εργασία (ΚΕ) αποτελεί ένα εφαρμοσμένο επάγγελμα αλλά και ακαδημαϊκό πεδίο εκπαίδευσης, το οποίο αναγνωρίζει ότι η αλληλοσυσχέτιση ατομικών, τοπικών, κοινωνικοοικονομικών, πολιτισμικών και ιστορικών παραγόντων λειτουργούν προασπιστικά ή/και παρεμποδιστικά για την ανθρώπινη ευημερία και εξέλιξη (IFSW, 2014).

Το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού προωθεί την αλλαγή, την επίλυση προβλημάτων στις ανθρώπινες σχέσεις και την ενδυνάμωση και χειραφέτηση των ατόμων με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Η κοινωνική εργασία, χρησιμοποιώντας ως βάση τις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της κοινωνικής δικαιοσύνης και αξιοποιώντας θεωρίες που αφορούν την ανθρώπινη συμπεριφορά και τα κοινωνικά συστήματα, παρεμβαίνει στα σημεία εκείνα όπου οι άνθρωποι αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους (IFSW, 2001; Payne, 2006). Οι υπηρεσίες του κοινωνικού λειτουργού απευθύνονται κυρίως σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, σε άτομα ή ομάδες που βιώνουν σημαντικές αναπτυξιακές αλλαγές και στρεσογόνα γεγονότα ζωής, καθώς και σε άτομα των οποίων η υγεία και η κοινωνική τους ευεξία έχει επηρεαστεί από κοινωνικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με την IFSW (2012), οι υπηρεσίες αφορούν τις παρακάτω περιπτώσεις:

- νέες ή μονογονεϊκές οικογένειες
- άτομα άστεγα ή σε κίνδυνο να μείνουν άστεγα
- άπορους
- άνεργους
- αποφυλακισμένους
- μετανάστες, πρόσφυγες, εθνικές μειονότητες, ρομά
- άτομα εξαρτημένα από ουσίες
- άτομα με σωματική και διανοητική αναπηρία
- άτομα με χρόνιες νόσους ή νόσους που περιορίζουν σοβαρά τη λειτουργικότητα
- άτομα μοναχικά, με έκπτωση του επιπέδου ψυχοσωματικής λειτουργικότητας
- άτομα που δεν μπορούν να διαχειριστούν την απώλεια
- άτομα που έχουν δεχτεί ενδοοικογενειακή βία
- φροντιστές ατόμων που χρειάζονται υποστήριξη και καθοδήγηση

Ως κύριοι άξονες δράσης και παρέμβασης της κοινωνικής εργασίας καθορίζονται η προαγωγή της κοινωνικής αλλαγής, η κοινωνική συνοχή, η κοινωνική εξέλιξη, καθώς και η ενδυνάμωση και απελευθέρωση ατόμων και ομάδων. Ο πρώτος άξονας αφορά σε πρακτικές χειραφέτησης που στοχεύουν στην ενδυνάμωση και στην απελευθέρωση του ανθρώπου από δομικές πηγές καταπίεσης ή/και προνομίων, βάσει κριτηρίων ή χαρακτηριστικών όπως η φυλή, το φύλο, η γλώσσα, η θρησκεία, η κοινωνική τάξη, οι ειδικές ανάγκες, ο πολιτισμικός και σεξουαλικός προσανατολισμός. Ο δεύτερος άξονας αφορά την προαγωγή της κοινωνικής ένταξης και συνοχής μέσω της καταπολέμησης της φτώχειας και της ενδυνάμωσης των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Ο τρίτος άξονας αφορά την κοινωνική αλλαγή και συμβαίνει στο επίπεδο του ατόμου, της οικογενείας, της κοινότητας ή της ευρύτερης κοινωνίας, στην περίπτωση εκδήλωσης της ανάγκης για αλλαγή των δομικών συνθηκών οι οποίων συμβάλλουν στην καταπίεση, την περιθωριοποίηση και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Ο τέταρτος άξονας αφορά την κοινωνική ανάπτυξη, η έννοια της οποίας ταυτίζεται με ένα πλαίσιο πολιτικών μέτρων βασισμένο σε ολιστικές, βιοψυχοκοινωνικές και πνευματικές εκτιμήσεις διακλαδικού, πολυσυστημικού και

διεπιστημονικού επιπέδου, με στόχο τη βιώσιμη εξέλιξη. Σημαντικό στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι ο άξονας αυτός θέτει σε προτεραιότητα την δομική, κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη, ενώ δεν συμμερίζεται την συμβατική άποψη σύμφωνα με την οποία η οικονομική ανάπτυξη είναι προαπαιτούμενος παράγοντας κοινωνικής ανάπτυξης (IFSW, 2014).

1.3 Κοινωνικές υπηρεσίες στο νοσοκομείο

Το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού γεννήθηκε στα νοσοκομεία τη δεκαετία του 1890 στην Αγγλία, όταν ζητήθηκε από μία «ελεοδότη» (Almoner) να αξιολογήσει ποιοι από τους απευθυνόμενους στο νοσοκομείο θα λάμβαναν δωρεάν φροντίδα. Η κοινωνική εργασία στην υγεία θεσμοθετήθηκε το 1905 στην Αγγλία, με την πρόσληψη κοινωνικών λειτουργών για πρώτη φορά σε αντιφυματικά νοσοκομεία. Το ίδιο έτος, το Massachusetts General Hospital είναι το πρώτο νοσοκομείο που δημιουργεί Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών.

Αρχικά, το έργο των κοινωνικών λειτουργών ήταν προσφέρουν βοήθεια στους ασθενείς για να κατανοήσουν και να εκτελέσουν τις οδηγίες των ιατρών αναφορικά με την φαρμακευτική τους αγωγή. Αργότερα, όταν αναγνωρίστηκαν και άλλοι παράγοντες καθοριστικοί στην πορεία και εξέλιξη μιας ασθένειας (κοινωνικοί, ψυχολογικοί, οικονομικοί) το έργο τους άλλαξε προσανατολισμό.

Το 1978 με τη διακήρυξη της ALMA-ATA καθιερώθηκε πλέον η κοινωνική εργασία στον τομέα της υγείας και αναγνωρίστηκε ισότιμα με άλλα επαγγέλματα υγείας (Πανταζάκας & Μέντης, 2002). Η διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) στην ALMA-ATA το 1978 επιβεβαίωσε την αναγνώριση αυτή, καθώς στη διακήρυξη αυτή αναγνωρίζεται ότι:

- Η αρρώστια δεν είναι μόνο βιολογικό φαινόμενο, αλλά έχει κοινωνική βάση
- Η έννοια της προστασίας και προαγωγής της υγείας είναι πολυδιάστατη και σφαιρική, μέρος της οποίας είναι η νοσοκομειακή περίθαλψη
- Είναι απαραίτητος ο αναπροσανατολισμός των στόχων της περίθαλψης από την κεντρική νοσοκομειακή περίθαλψη στη νέα διάσταση, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που δίνει βαρύτητα στη πρόληψη, την κοινωνική φροντίδα και την αποκατάσταση

Στην Ελλάδα οι πρώτοι κοινωνικοί λειτουργοί εμφανίζονται σε φορείς υγείας και νοσοκομεία την δεκαετία του 1950. Το Νομοθετικό Διάταγμα 2592 του 1953, κάνει αναφορά στο οργανωτικό πλαίσιο της Κοινωνικής Υπηρεσίας, σύμφωνα με το οποίο οι κοινωνικοί λειτουργοί υπάγονται στον Διοικητικό Διευθυντή του Νοσοκομείου, ο οποίος μπορεί να εισηγείται στο Διοικητικό Συμβούλιο για την ανάθεση καθηκόντων Προϊσταμένου/Προϊσταμένης Κοινωνικής Υπηρεσίας (Δημακοπούλου, 2008).

Η σύσταση των κοινωνικών υπηρεσιών στα ελληνικά νοσοκομεία πραγματοποιείται το 1956 με σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Σύμφωνα με το Νομοθετικό Διάταγμα 4018 του 1959, τα Νοσοκομεία αναφέρονται για πρώτη φορά ως πεδίο άσκησης του επαγγέλματος τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα. Αργότερα με το Προεδρικό Διάταγμα 891/1978 στο άρθρο 3, καθορίζονται οι αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της Υγείας, περιγράφεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, ενώ προβλέπεται η ύπαρξη οργανωμένων τμημάτων «κοινωνικής υπηρεσίας» μέσα στους οργανισμούς υγείας, ως προϋπόθεση «ανάπτυξης των δραστηριοτήτων των κοινωνικών λειτουργιών».

Σύμφωνα με την παράγραφο 1 του άρθρου: *«Ο κοινωνικός λειτουργός στον τομέα της υγείας συμβάλει στην πρόληψη ή την αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων που έχουν δημιουργηθεί ως συνέπεια καταστάσεων κλονισμού σωματικής ή ψυχικής υγείας ατόμων ή οφείλονται στην προσωπικότητα των ατόμων αυτών ή σε δυσμενείς καταστάσεις του περιβάλλοντός τους, καθιστώντας το διαγνωστικό έργο ή την θεραπεία δυσχερή».* Στη δεύτερη παράγραφο αναφέρεται ότι *«το έργο του κοινωνικού λειτουργού είναι και η παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα προς τον ασθενή και τους οικείους του, συμβάλλοντας κατά αυτό τον τρόπο στην επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου και στην ομαλή επανένταξη του ασθενή στο κοινωνικό περιβάλλον».* Τέλος, στην παράγραφο 3 αναφέρεται ότι *«η δραστηριότητα του/της κοινωνικού/κοινωνικής λειτουργού στον τομέα Υγείας αναπτύσσεται εντός πλαισίων συγκροτημένης κοινωνικής υπηρεσίας, νοσηλευτικού ιδρύματος ή κέντρου ψυχικής υγείας (διαγνωστικού, συμβουλευτικού, θεραπευτικού χαρακτήρα)»* (Πανταζάκας & Μέντης, 2002).

1.3.1 Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας στο Ελληνικό Νοσοκομείο

Τα Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας (ΤΚΕ) στα δημόσια νοσοκομεία καθιερώνονται επίσημα στην Ελλάδα το 1983, ταυτόχρονα με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Στο νόμο Ν.1397/1983 και τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ αναφέρεται για πρώτη φορά ο όρος «παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας» μέσα στο σύστημα υγείας (Αλτάνης, 1991). Το Π.Δ. 87/86 «Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης Νοσοκομείων» προβλέπει τη δημιουργία τμημάτων «Κοινωνικής Υπηρεσίας» στα Νοσοκομεία τα οποία *«έχουν την ευθύνη και φροντίδα για τη συμπαράσταση στους νοσηλευόμενους στο Νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα και την αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση. Η Κοινωνική Υπηρεσία γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης πολιτικής της πολιτείας».*

Μέχρι το 2001, η Κοινωνική Υπηρεσία υπάγονταν στην Διοικητική Υπηρεσία του Νοσοκομείου (Π.Δ. 87/86, ΦΕΚ 32/27-3-86/τ.α). Με τον Ν.2889/01 (άρθρο 6, παρ.6) τα τμήματα των Κοινωνικών Υπηρεσιών των Νοσοκομείων εντάσσονται στην Ιατρική Υπηρεσία. Την ευθύνη της Κοινωνικής Υπηρεσίας μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών έχει ο/η Προϊστάμενος/η του τμήματος με τις εξής αρμοδιότητες (Πανταζάκας & Μέντης, 2002):

- Τη σωστή λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας, εντός και εκτός του Νοσοκομείου
- Τον συντονισμό, την καθοδήγηση και την εποπτεία για το επιστημονικό και διοικητικό έργο του προσωπικού της Κοινωνικής Υπηρεσίας
- Την ανάθεση καθηκόντων στους κοινωνικούς λειτουργούς σε διάφορους τομείς, τμήματα και προγράμματα του νοσοκομείου, καθώς και την ευθύνη για την υπηρεσιακή δραστηριότητά τους, εκτός του χώρου του νοσοκομείου

Επίσης ο/η Προϊστάμενος/η της Κοινωνικής Υπηρεσίας:

- Συγκαλεί και προεδρεύει του Συμβουλίου των Υπευθύνων Τομέων της Κοινωνικής Υπηρεσίας, τουλάχιστον δύο φορές τον μήνα και της ολομέλειας των κοινωνικών λειτουργών τουλάχιστον μία φορά το μήνα

- Εκπροσωπεί την Κοινωνική Υπηρεσία σε συσκέψεις του Νοσοκομείου ή του Περσ. και εισηγείται στο Διοικητικό συμβούλιο. για θέματα που αφορούν τον τομέα του
- Είναι υπεύθυνος για την τοποθέτηση σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας για την πρακτική τους άσκηση και την εποπτεία της εκπαίδευσής τους.
- Αξιολογεί το έργο και τη δραστηριότητα των κοινωνικών λειτουργών
- Συντάσσει την ετήσια έκθεση των δραστηριοτήτων της υπηρεσίας και προγραμματίζει τις επόμενες λαμβάνοντας υπόψη τις προτάσεις των υφισταμένων του
- Ασκεί τα κλινικά του καθήκοντα στο βαθμό που του το επιτρέπουν τα παραπάνω

1.3.2 Παραπομπή περιστατικών στην Κοινωνική Υπηρεσία

Οι περιπτώσεις (περιστατικά) των ασθενών παραπέμπονται στην Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου από:

- το Ιατρικό προσωπικό των τομέων της Ιατρικής Υπηρεσίας
- το Νοσηλευτικό προσωπικό των κλινικών του Νοσοκομείου
- τους ίδιους τους ασθενείς
- το συγγενικό περιβάλλον των ασθενών
- άλλες υπηρεσίες και φορείς εκτός νοσοκομείου (κοινότητα)
- αυτεπάγγελτα από τους ίδιους τους κοινωνικούς λειτουργούς

Η παραπομπή των περιστατικών που εμπíπτουν στις αρμοδιότητες της Κοινωνικής Υπηρεσίας πρέπει να γίνεται άμεσα, προκειμένου να παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες χωρίς να ταλαιπωρείται ο ασθενής παρατείνοντας τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο, αλλά και για να προλαμβάνονται διάφορες επιπλοκές και προβλήματα. Η παραπομπή των περιστατικών γίνεται από τον/την ιατρό ή τον/την Προϊστάμενο/η της κλινικής με τη συμπλήρωση του ειδικού εντύπου, ενώ μπορεί να γίνει και τηλεφωνικά σε εξαιρετικά επείγοντα περιστατικά.

Η Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου συνεργάζεται με όλες τις κλινικές και υπηρεσίες του νοσοκομείου, καθώς και με υπηρεσίες και φορείς της Κοινότητας. Το έργο της συνίσταται στην πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς αλλά και το περιβάλλον τους (www.hosspa.gr).

1.3.3 Άξονες δράσης

Με βάση τις αλλαγές του Ν. 2889/2001, οι κοινωνικές υπηρεσίες στο χώρο του νοσοκομείου επεκτείνονται στους εξής άξονες (Πανταζάκας & Μέντης, 2002):

- *Προληπτικής παρέμβασης:* παρέχουν υπηρεσίες ενημερωτικού και συμβουλευτικού χαρακτήρα σε όσους απευθύνονται στο νοσοκομείο αλλά και στην ευρύτερη κοινότητα μέσα από προγράμματα αγωγής υγείας. Τα προγράμματα οργανώνονται και διεξάγονται από την κοινωνική υπηρεσία και έχουν ως στόχο την πρόληψη και τη βελτίωση ποιότητας ζωής των πολιτών σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου ή άλλους φορείς της κοινότητας.
- *Επείγουσας παρέμβασης:* πραγματοποιούν παρεμβάσεις σε καταστάσεις κρίσης (στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) παρέχοντας ψυχοκοινωνική υποστήριξη συμβουλευτικού, ενημερωτικού, παραπεμπτικού χαρακτήρα στον ασθενή και την οικογένειά του.
- *Κλινικής παρέμβασης:* παρέχουν υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης στους ασθενείς και τις οικογένειές τους, σε όλους τους τομείς της Ιατρικής Υπηρεσίας (Παθολογικός, Χειρουργικός, Εργαστηριακός, Ψυχιατρικός) για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων που δημιουργούνται ως απόρροια της ασθένειάς του.
- *Εξω-μετα-νοσοκομειακής παρακολούθησης-παραπομπές:* αποτελεί τον συνδετικό κρίκο της νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής φροντίδας του ασθενή με την παρακολούθηση του ασθενούς στα εξωτερικά ιατρεία ή και στο σπίτι εάν αυτό κριθεί απαραίτητο με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς. Επίσης διενεργούν παραπομπές των πασχόντων από χρόνιες ασθένειες σε δομές κοινωνικής φροντίδας και αποκατάστασης.

- *Τομέας έρευνας και εκπαίδευσης:* η Κοινωνική Υπηρεσία ενός νοσοκομείου επεκτείνεται και εκτός των ορίων του έτσι ώστε να διεξάγει κοινωνική έρευνα για να εντοπίσει τους άπορους ασθενείς οι οποίοι χρειάζονται νοσηλεία και για διάφορους λόγους δεν έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στο νοσοκομείο. Διεξάγει έρευνα για τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες του ασθενή που επηρεάζουν την κατάσταση του (www.dunant.gr). Αναπτύσσει και υποστηρίζει ερευνητικά προγράμματα σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, αναλαμβάνει την εκπαίδευση σπουδαστών του τμήματος της Κοινωνικής Εργασίας στα πλαίσια της πρακτικής τους άσκησης, καθώς και την διεξαγωγή προγραμμάτων κατάρτισης στα πλαίσια της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης. Στην Κοινωνική Υπηρεσία μπορεί να απευθύνεται και το ίδιο το προσωπικό του νοσοκομείου όταν χρειάζεται (www.evangelismos-hosp.gr).
- *Παρέμβασης για την προσβασιμότητα:* πραγματοποιούν παρεμβάσεις όπως αποσαφήνιση-ενέργειες για δικαιώματα κοινωνικής ασφάλισης, αναζήτησης-ενημέρωση συγγενών για έκτακτες διακομιδές σοβαρών περιστατικών, επανασύνδεση μετά από μακροχρόνια νοσηλεία, σε άτομα μελών ευπαθών ομάδων (άποροι, πρόσφυγες, κ.ά.) στο σύστημα υγείας και κοινωνικής φροντίδας.
- *Συνηγορία:* υπέρ των ατόμων μετά την έξοδο από το νοσοκομείο ή στο μεσοδιάστημα νοσηλείων για διατήρηση της σύνδεσής τους με το περιβάλλον απασχόλησής τους (π.χ. μια μονάδα εκπαίδευσης ή ένας τόπος εργασίας) ή και της γειτονιάς τους.
- *Δραστηριοποίηση των πολιτών:* ανάπτυξη και αξιοποίηση εθελοντικής προσφοράς στο πεδία της υγείας (π.χ. εθελοντών αιμοδοτών, δωρητών οργάνων, εθελοντών φροντιστών ασθενών).

1.3.4 Προϋποθέσεις για την επαρκή λειτουργία των ΤΚΕ στα νοσοκομεία

Σύμφωνα με τις θέσεις του Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (ΣΚΛΕ), οι προϋποθέσεις λειτουργίας των Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας στα Νοσοκομεία είναι οι εξής (Τζιάρας, 2015):

- Σεβασμός στις αξίες της κοινωνικής εργασίας, το απόρρητο, την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, την συνηγορία υπέρ των δικαιωμάτων του ασθενή και την ταύτιση περισσότερο με τα συμφέροντα του ασθενή
- Επαρκής υλικοτεχνική υποδομή για την άσκηση του επαγγέλματος (γραφεία, χώρος συνεντεύξεων, αρχείο, ηλεκτρονικός υπολογιστής και λογισμικό)
- Σεβασμός στα επαγγελματικά δικαιώματα όπως προβλέπονται από την Νομοθεσία. Σύμφωνα με τα Π.Δ. 23/92 και Π.Δ. 50/89 *«Οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν είναι ανειδίκευτοι εργάτες αλλά καταρτισμένοι επιστήμονες»*
- Επάρκεια Προσωπικού σύμφωνα με διεθνείς καλές πρακτικές (1 κοινωνικός λειτουργός ανά 50 κλίνες, 1 κοινωνικός λειτουργός ανά 25 κλίνες σε ειδικά νοσοκομεία)
- Οργανωτική Επάρκεια (οργάνωση σε Τμήμα με Προϊστάμενο Κοινωνικό Λειτουργό, υπαγωγή του Τμήματος στην Ιατρική Υπηρεσία και διοίκηση του Τμήματος από το Επιστημονικό Συμβούλιο, κατανομή της εργασίας και τοποθέτηση των υπαλλήλων από το Τμήμα και τον Προϊστάμενο)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Νοσοκομειακός Κοινωνικός Λειτουργός

2.1 Εισαγωγή

Η επιστήμη της κοινωνικής εργασίας στον τομέα της υγείας αντιμετωπίζει την υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα, ανεξάρτητα από την οικονομική δυνατότητα των ατόμων ή οικογενειών και ενστερνίζεται την ολιστική προσέγγιση του ασθενή, δίνοντας έμφαση στην επίδραση που ασκεί το κοινωνικό περιβάλλον (Πανταζάκας & Μέντης, 2002).

Σύμφωνα με την Καλλινικάκη (1998) *«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»*. Στόχος είναι η ανάληψη του κοινωνικού ρόλου των ανθρώπων καθώς και η εξασφάλιση μιας αρκετά καλής ποιότητας ζωής για άτομα, ομάδες και το ευρύτερο περιβάλλον τους (Παπαϊωάννου, 1998)

Η κοινωνική εργασία χρησιμοποιεί ως κυρίαρχη προσέγγιση αυτή του «ατόμου στο περιβάλλον», μέσα από την οποία αναγνωρίζει τον κοινωνικό παράγοντα ως προσδιοριστή της υγείας του ατόμου και του συνόλου (CASW, 2007). Από την προσέγγιση αυτή προκύπτει ένα ευρύ αντικείμενο καθώς και συγκεκριμένοι τομείς δράσης του αφορούν: (α) την πρόληψη, (β) την προαγωγή της υγείας, (γ) τον σχεδιασμό υπηρεσιών, (δ) τη φροντίδα ασθενών με οξεία και χρόνια νοσήματα, (ε) τη θεραπεία, (στ) την αποκατάσταση και ζ) τη μακροχρόνια φροντίδα (Keigher, 1997).

Η κοινωνική εργασία διέπεται από δημοκρατικές αρχές που καθορίζονται από τη δεοντολογία της και κατοχυρωμένες αποφάσεις. Σύμφωνα με το Π.Δ. 23/1992 (ΦΕΚ 6Α/30-1-1992) η άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού προϋποθέτει προσήλωση στα ιδεώδη της ελευθερίας και της δικαιοσύνης και πίστη στην αξία της ανθρώπινης ύπαρξης και των δυνατοτήτων της.

2.2 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα υγείας

Ο χαρακτηρισμός ενός ατόμου ως «υγιούς» ή ως «ασθενούς» εξαρτάται από το συνυπολογισμό μιας πληθώρας παραγόντων στην οποία συμπεριλαμβάνονται: «τα αποτελέσματα των κλινικών εξετάσεων, η σωματική λειτουργικότητα, οι αντικειμενικές ικανότητες, οι αντιλήψεις του ατόμου για τον εαυτό του και ο βαθμός στον οποίο παρεμποδίζονται οι συνήθειες δραστηριότητες» (Di Matteo & Martin, 2006). Η ασθένεια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο αλλά έχει και κοινωνική βάση. Σύμφωνα με τη Ζηλεμένου (2006) *«ο κοινωνικός προσδιορισμός της υγείας που δεν αρνείται το βιολογικό μέρος του ανθρώπου αλλά το συσχετίζει με τις κοινωνικές συνθήκες, είναι η διάσταση που προσφέρει η κοινωνική εργασία»*.

Ο κοινωνικός λειτουργός στον τομέα της υγείας συμβάλλει στην πρόληψη, στην αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων που δημιουργούνται ως συνέπεια καταστάσεων κλονισμού της σωματικής ή ψυχικής υγείας ή που οφείλονται στην προσωπικότητα των ασθενών ή άλλες δυσμενείς συνθήκες που δυσχεραίνουν το διαγνωστικό έργο, την εφαρμογή θεραπευτικών μέτρων και την έκβαση της πορείας της νόσου.

Το έργο του κοινωνικού λειτουργού στο τομέα υγείας συνίσταται (Ζηλεμένου, 2006):

- Στη διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που αποτελούν τους γενεσιουργούς των προβλημάτων
- Στην παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού και συμβουλευτικού χαρακτήρα προς τον ασθενή και τους οικείους του.

Στόχος των παραπάνω είναι η συμβολή στην επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου, η αντιμετώπιση και αποδοχή μιας νέας κατάστασης και η ομαλή επανένταξη στο οικογενειακό επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον.

2.3 Ρόλοι και αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο είναι πολύπλευρος με πολλαπλές λειτουργίες της κλινικής Κοινωνικής Εργασίας και του Κοινωνικού Σχεδιασμού (www.pagni.gr). Συμβάλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση των συναισθηματικών και κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων του ασθενή και οι δράσεις του επεκτείνονται στην οικογένεια, την κοινότητα και την διασύνδεση - αξιοποίηση φορέων με σκοπό την ενδυνάμωση, την ενεργοποίηση, την αποκατάσταση και την επανένταξή τους στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Το έργο του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο είναι υποστηρικτικό, συμβουλευτικό, θεραπευτικό, οργανωτικό, ερευνητικό, ενώ οι ρόλοι και οι αρμοδιότητές του ποικίλλουν και διαφοροποιούνται ανάλογα με τον άξονα δράσης του. Συνεπώς, ο κοινωνικός λειτουργός έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες (Μουζακίτης, 1988; Πανταζάκας & Μέντης, 2002; Fort Cowles, 2003; ΠΑΓΝΗ 2010):

Προληπτικής Παρέμβασης

- Συγκεντρώνει στοιχεία που αφορούν είτε κοινωνικά αίτια που σχετίζονται με την εκδήλωση συγκεκριμένων νόσων, είτε συνέπειες στην γενικότερη ποιότητα ζωής του ατόμου
- Συνεργάζεται με άλλους φορείς της κοινότητας για τον σχεδιασμό, τον συντονισμό και την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, τα οποία στοχεύουν στην ενημέρωση και στην ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα υγείας

Επείγουσας Παρέμβασης

- Συγκεντρώνει και οργανώνει πληροφορίες για τον ασθενή και το περιβάλλον του που σχετίζονται με την ύπαρξη κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει (οικονομικά, οικογενειακά, κ.ά.)
- Στηρίζει ψυχοκοινωνικά το περιβάλλον του ασθενή κατά τη φάση της κρίσης

- Συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας ή άλλες υπηρεσίες προκειμένου να παράσχει ενημέρωση ή άλλες υπηρεσίες στην οικογένεια του ασθενή ώστε και εκείνη με τη σειρά της να συμπαρασταθεί κατά τον καλύτερο τρόπο
- Συνεργάζεται με άλλες υπηρεσίες και ειδικότητες για την δημιουργία έντυπου ενημερωτικού υλικού, χρήσιμο για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους
- Διατηρεί αρχεία και στατιστικά δεδομένα για τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, που εξυπηρετήθηκαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και διερευνά τα αίτια ενός προβλήματος υγείας, αλλά και τα προβλήματα που σχετίζονται με αυτό. Τα στοιχεία αυτά, με εξαμηνιαίες εκθέσεις υποβάλλονται στη Διοίκηση του Νοσοκομείου, προκειμένου να μελετηθούν στα πλαίσια διεξαγωγής προγραμμάτων υγείας.

Κλινικής Παρέμβασης

- Λαμβάνει το κοινωνικό ιστορικό που βοηθά στον εντοπισμό, διερεύνηση και αξιολόγηση ειδικών προβλημάτων των ατόμων που διαπιστώνεται ότι χρήζουν βοήθειας
- Συλλέγει τις απαραίτητες πληροφορίες (ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας) για την κοινωνική και ψυχική κατάσταση του ασθενή που θα πρέπει να γνωρίζουν τα άλλα μέλη της ομάδας, προκειμένου να δημιουργηθεί μια πληρέστερη εικόνα του προβλήματος υγείας (ολιστική αντιμετώπιση ασθενή)
- Προετοιμάζει τον ασθενή και τους οικείους του για την παραδοχή της ασθένειας και της αναγκαιότητας των θεραπευτικών μέτρων και την ενεργό συμμετοχή του στην αντιμετώπιση της κατάστασης του ασθενή
- Βοηθά τον ασθενή όσο και την οικογένεια στο να αποδεχθούν τη νέα κατάσταση που προκύπτει γι' αυτούς (η οποία μπορεί να είναι ακόμη και μη αναστρέψιμος κλονισμός της υγείας του ασθενή) και περαιτέρω προσαρμογή στο περιβάλλον του στο νοσοκομείο
- Δημιουργεί ομάδες ασθενών ή συγγενών που έχουν κοινές ανάγκες και προβλήματα, με στόχο τόσο την αρμονική συμβίωση μέσα στο νοσοκομείο όσο και στη βοήθεια τους μέσω της ομάδας να εκφραστούν, να συνειδητοποιήσουν τα προβλήματά τους και να αξιοποιήσουν τις δυνατότητές τους

- Προετοιμάζει τον ασθενή και το περιβάλλον του για την επάνοδό του και την ομαλή επανένταξή του (αποκατάσταση) στο οικογενειακό, εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον
- Αναλαμβάνει την εξεύρεση λύσεων κοινωνικής επανένταξης για περιστατικά που στερούνται περιβάλλοντος και αντιμετωπίζουν αναπηρία ή χρόνια νοσήματα
- Αναλαμβάνει να εντοπίσεις τις πηγές που θα στηρίξουν τον ασθενή κατά την νοσηλεία του και μετά (υπηρεσίες, οργανισμούς, φορείς, δημόσιους και ιδιωτικούς, οι οποίοι θα διευκολύνουν τον ασθενή όσο νοσηλεύεται αλλά και θα εξασφαλίσουν τη συνέχεια στην θεραπεία μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο). Φροντίζει για την διασύνδεση του νοσοκομείου με άλλους φορείς ή ιδρύματα (νοσοκομειακά, εξωνοσοκομειακά κ.ά.), προς όφελος του αρρώστου και κατ' επέκταση της οικογένειάς του, ενώ τους πληροφορεί ή τους παραπέμπει στις διάφορες πηγές της κοινότητας
- Προσπαθεί να αποτρέψει την άσκοπη ταλαιπωρία του ασθενή με την διασύνδεση των τμημάτων και των υπηρεσιών του νοσοκομείου
- Ενημερώνει και προασπίζει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του ασθενή και βοηθά για αποτελεσματικότερη χρήση των υπηρεσιών του νοσοκομείου και των λοιπών προγραμμάτων της πολιτείας ή άλλων φορέων
- Συμμετέχει στα εκπαιδευτικά και λοιπά προγράμματα του νοσοκομείου
- Ερευνά και επισημαίνει τα προβλήματα και τις ανάγκες που σχετίζονται με την λειτουργικότητα του νοσοκομείου, υποβάλλοντας σχετικές εισηγήσεις με πιθανές λύσεις

Εξωνοσοκομειακής Παρακολούθησης

- Συνεχίζει να παρακολουθεί τον ασθενή ή το περιβάλλον του μετά το πέρας της νοσηλείας του, είτε εντός του νοσοκομείου είτε στο σπίτι κατόπιν συναίνεσης του ασθενή ή του περιβάλλοντός του
- Συνεργάζεται με άλλους φορείς της κοινότητας ώστε να βρεθούν οι καλύτερες λύσεις προς όφελος πάντα του ασθενή

- Αναζητά και καταγράφει πηγές βοήθειας του ασθενή σε τοπικό και εθνικό επίπεδο
- Αξιοποιεί και οργανώνει εθελοντικές ομάδες ή κάθε εθελοντική συμβολή
- Διατηρεί αρχείο για τα περιστατικά που παρακολουθεί εκτός του νοσοκομείου
- Ερευνά τα κοινωνικά χαρακτηριστικά και την πορεία των ασθενών που παρακολουθεί στα πλαίσια μεταθεραπευτικής παρακολούθησης

Έρευνας και Εκπαίδευσης

- Συντονίζει τις ερευνητικές διαδικασίες που συντελούνται στους προηγούμενους άξονες
- Εκπαιδεύει τους σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας στα πλαίσια της πρακτικής τους άσκησης
- Οργανώνει καινοτόμα προγράμματα «που αφορούν συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες ή εισάγουν νέους τρόπους αντιμετώπισης των κοινωνικών προβλημάτων» (Ν.2646/20-10-1998/Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, άρθρο 15, παρ.1).

Ο κοινωνικός λειτουργός μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική εκφόρτιση του ασθενή και στην κατανόηση και επεξεργασία αυτών των συναισθημάτων. Η παραδοχή ότι υπάρχει η ασθένεια, η ερμηνεία και η επεξήγησή της, είναι απαραίτητη με στόχο την ρεαλιστική αντιμετώπισή της αλλά και των επιπτώσεων της στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Σύμφωνα με τον Fort Cowles (2003), ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται σε νοσοκομείο είναι σημαντικό «να κατανοήσει την άποψη που έχει ο ασθενής για τα προβλήματα υγείας του , τις αιτίες αλλά και την προτεινόμενη θεραπεία. Ο ασθενής μπορεί να συμφωνεί ή να διαφωνεί με την προτεινόμενη θεραπεία εξαιτίας ενός συνδυασμού παραγόντων που περιλαμβάνουν τις αξίες του, τα πιστεύω του, τις συνήθειες του την εμπειρία του αλλά και τον βαθμό κατανόησης».

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενή μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Παραδοσιακά ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται σε επικοινωνία με τον εισερχόμενο άρρωστο και με τους συγγενείς του (εάν υπάρχουν). Ο κοινωνικός λειτουργός, προσεγγίζει και βοηθά τον ασθενή και το περιβάλλον του με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης. Συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον ασθενή και την οικογένεια του, που θα χρησιμοποιηθούν στο ιατρικό έργο για τη θεραπεία του ασθενούς. Βασικός του στόχος είναι να *«ενδυναμώσει τον ασθενή, δίνοντας έμφαση στη μεγαλύτερη συμμετοχή του στη θεραπευτική διαδικασία»* (Tower, 1994).

2.4 Δεξιότητες και τεχνικές του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο του νοσοκομείου

Με δεδομένη την διεπιστημονική προσέγγισης της φροντίδας υγείας στις μονάδες υγείας, η πρακτική εφαρμογή της κοινωνικής εργασίας απαιτεί γνώση πολλών επιστημονικών πεδίων και περιοχών. Για τον λόγο αυτό, ο κοινωνικός λειτουργός που υπηρετεί στο νοσοκομείο, θα πρέπει να διαθέτει μια ευρεία ομάδα γενικών αλλά και ειδικών δεξιοτήτων μεταξύ των οποίων η ικανότητα να εκτελεί τα εξής (Heinonen et al., 2001; Feldman, 2001; Siefert & Henk, 2001; Levin & Herbert, 2001):

- να διεξάγει εκτίμηση κινδύνου/αναγκών για άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες
- να σχεδιάζει και να εφαρμόζει πολιτισμικά επαρκείς και κατάλληλες ως προς το φύλο παρεμβάσεις που στοχεύουν στο άτομο, την οικογένεια, την ομάδα και την κοινότητα για τις ανάγκες της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης της ασθένειας, καθώς και για τη θεραπεία, την αποκατάσταση και τη συνεχιζόμενη φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης της αυτοφροντίδας και της ανάπτυξης βραχέων παρεμβάσεων
- να συμμετέχει ενεργά και αποτελεσματικά σε μία διεπιστημονική ομάδα προάγοντας τη συνεργασία

- να αναπτύσσει συνεργασία με κοινοτικούς φορείς για τις ανάγκες της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης της ασθένειας, καθώς και να συμμετέχει ενεργά στην καθοδήγηση, κοινοτική οργάνωση, κοινοτική δράση και στη χάραξη πολιτικών νομοθετικού και ρυθμιστικού χαρακτήρα με σκοπό την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας, την καταπολέμηση της φτώχειας, των διακρίσεων και άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την ισότητα, την πρόσβαση και την ποιότητα της φροντίδας
- να ενσωματώνει τις αξίες και τις ηθικές αρχές στον σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την υλοποίηση παρεμβάσεων μέσα στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης φροντίδας.

Άλλες δεξιότητες που έχουν αναφερθεί ότι απαιτούνται από τους κοινωνικούς λειτουργούς είναι η αυτογνωσία και η πολιτισμική επάρκεια, η διάγνωση και η εκτίμηση προβλημάτων, η δέσμευση, η διευκόλυνση του αυτοπροσδιορισμού και η ικανότητα ενδυνάμωσης, η προφορική και γραπτή επικοινωνία, η αναγνώριση και στάθμιση των ηθικών συνεπειών των στρατηγικών που αναπτύσσονται, η ανάληψη δράσης και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που επιφέρει η δράση (Hardina & Obel-Jorgensen, 2009).

Σύμφωνα με τους Ell και Morrison (1981), οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι επίσης σημαντικό να διαθέτουν δεξιότητες στα εξής:

- στη διαφορική διάγνωση, στη συμβουλευτική του ασθενούς που αντιστέκεται, στη λήψη απόφασης, στη διαβούλευση και την εκπαίδευση
- στη διενέργεια ελέγχου «κατά περίπτωση», στη διάκριση μεταξύ ποικίλων ψυχοκοινωνικών πηγών ανησυχίας στον ασθενή, στην ικανότητα υποστήριξης ορισμένων ασθενών να αναγνωρίσουν την πηγή των συμπτωμάτων τους ως κοινωνική ή συναισθηματική παρά ως οργανική, στην εκμάθηση και εφαρμογή δεξιοτήτων ψυχοκοινωνικής εκτίμησης και θεραπείας από άλλες επιστήμες επιπρόσθετα με την κοινωνική εργασία
- στην έρευνα και την αξιολόγηση, στον σχεδιασμό και την ανάπτυξη εργαλείων εκτίμησης των αναγκών των χρηστών

Η προαγωγή της υγείας ως ένα ξεχωριστό αντικείμενο απασχόλησης του κοινωνικού λειτουργού προϋποθέτει μια σειρά από επιπλέον δεξιότητες, με κυριότερες τις εξής (Goel & McLsaac, 2000):

- επικοινωνιακές δεξιότητες
- ικανότητα αναγνώρισης του κοινωνικού πλαισίου μέσα στο οποίο ζουν οι ασθενείς
- ολιστική θεώρηση πολιτισμικών και συμπεριφορικών παραγόντων που επηρεάζουν την ανταπόκριση του ασθενούς στη νόσο ή τη συμμόρφωση στις συστάσεις που του δίδονται ως προς τη νόσο
- αναγνώριση του ρόλου της οικογένειας

Παρά τις υψηλές απαιτήσεις του χώρου από τους κοινωνικούς λειτουργούς, έχει αναφερθεί ότι *«οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί είναι επαρκώς εξοπλισμένοι να εργαστούν στον χώρο της υγείας εξαιτίας της ευρείας προοπτικής που έχουν για τους ποικίλους σωματικούς, συναισθηματικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων και των κοινοτήτων»* (NASW, 2005).

2.4.1 Διαχείριση κρίσεων

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο και κατά συνέπεια τα μη αναμενόμενα γεγονότα που αιφνιδιάζουν το άτομο-ασθενή και την οικογένειά του (π.χ. μία αναπηρία μετά από ένα τροχαίο ατύχημα ή ένα εγκεφαλικό επεισόδιο) πυροδοτούν περιστασιακές ή τυχαίες κρίσεις. Τα γεγονότα αυτά συνήθως προκαλούν σοβαρή συναισθηματική δυσκολία καθώς επιβάλλουν αναγκαστικές αλλαγές τις οποίες το άτομο δεν είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει.

Ο κοινωνικός λειτουργός, πρέπει να λαμβάνει υπόψη του ότι το άτομο έχει την δυσκολία αυτή και για τον λόγο αυτό είναι αναγκαίο να χρησιμοποιήσει κάποιες βασικές τεχνικές παρέμβασης που χρησιμοποιούνται σε καταστάσεις κρίσης (Βεργέτη, 2009). Στην αρχική φάση πρωτεύουσα σημασία έχει η ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ κοινωνικού λειτουργού και του ασθενή καθώς και η παροχή συναισθηματικής υποστήριξης, προκειμένου να μειωθεί το άγχος και να αρχίσει η διερεύνηση και η εκ μέρους του κατανόηση της κατάστασης στη οποία βρίσκεται.

Στη φάση αυτή μπορεί να αξιοποιηθούν κάποιες τεχνικές, οι οποίες είναι βασικές για την ανάπτυξη και την διατήρηση της σχέσης επαγγελματία και ατόμου σε κρίση. Αυτές είναι οι εξής:

- Η προσεχτική παρακολούθηση του ατόμου: συνιστά βασική τεχνική ενεργητικής ακρόασης αλλά και επαγγελματική στάση. Σπουδαία εργαλεία του κοινωνικού λειτουργού για την άσκηση της συγκεκριμένης δεξιότητας είναι η κατάλληλη λεκτική και μη λεκτική συμπεριφορά του επαγγελματία προς το άτομο καθώς και η κατάλληλη βλεμματική επαφή, εκφράσεις του προσώπου, ο τόνος και το ύφος της φωνής, η ενσυναίσθηση, η λεκτική ακολουθία και η φυσική εγγύτητα.
- Η διερεύνηση των στοιχείων: απαιτεί διατύπωση ερωτήσεων από τον κοινωνικό λειτουργό και φυσικά θα πρέπει να ενθαρρύνει το άτομο να απαντήσει. Οι ερωτήσεις συνήθως είναι ανοικτές ώστε να δοθεί η ευκαιρία στο άτομο να δώσει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες προς τον επαγγελματία.
- Η αντανάκλαση συναισθημάτων: αφορά στη λεκτική ή μη λεκτική δήλωση του κοινωνικού λειτουργού, η οποία αντανακλά το συγκινησιακό μέρος ή τον τόνο του μηνύματος που εκπέμπει το άτομο-αποδέκτης. Το εξυπηρετούμενο άτομο εισπράττει την κατανόηση των συναισθημάτων του από την πλευρά του ειδικού μέσω της ενσυναίσθησης, που στην συγκεκριμένη τεχνική, είναι απαραίτητη προϋπόθεση και αναπόσπαστη με τη δημιουργία και τη διατήρηση της διαπροσωπικής σχέσης.
- Η παράφραση: είναι η τεχνική μέσω της οποίας οικοδομείται η επαφή και η ενσυναίσθηση. Ο κοινωνικός λειτουργός μοιράζεται με τον εξυπηρετούμενο τις πληροφορίες που λαμβάνει και εστιάζει στο πραγματικό περιεχόμενο των μηνυμάτων όπως και ενθαρρύνει την επεξεργασία τους. Ο ασθενής καταλαβαίνει, με την τεχνική της παράφρασης, ότι ο επαγγελματίας ακούει με ακρίβεια το πρόβλημά του.
- Η καθυσύχαση: αναφέρεται σε μια συμπεριφορά από πλευράς του ειδικού η οποία παρέχει, στο άτομο που βιώνει συναισθηματική αναστάτωση, ήρεμη και σαφή υποστήριξη. Ο ασθενής, που έχει υπερβολικό άγχος, όταν ακούσει από τον ειδικό ότι η συμπεριφορά του αυτή είναι φυσιολογική, ηρεμεί.

- Η αποσαφήνιση: χρησιμοποιείται από την αρχή έτσι ώστε να γίνεται αντιληπτό από τον εξυπηρετούμενο ο σκοπός της παρέμβασης του ειδικού και για να αντιληφθεί ο ίδιος τις συνέπειες των επιλογών του.
- Η ενθάρρυνση: αναφέρεται στη μη λεκτική επικοινωνία του κοινωνικού λειτουργού ή σε υποστηρικτικά σχόλια που χρησιμοποιούνται στο αρχικό στάδιο με σκοπό να μειωθεί η αίσθηση αδυναμίας του ατόμου ή απελπισίας. Επίσης χρησιμοποιείται στη μεσαία φάση για να ενισχύσουν την υιοθέτηση νέων τρόπων συμπεριφοράς απέναντι στο πρόβλημα.
- Η σύνοψη: χρησιμοποιείται στην πρώτη φάση με σκοπό την επιλογή βασικών πληροφοριών που σχετίζονται με το πρόβλημα και τη σύνδεση τους με τις αντιδράσεις του ατόμου. Με αυτό το τρόπο επιτυγχάνεται η αποσαφήνιση του υλικού που συγκεντρώθηκε και τον ασθενή να συνδέσει τη σκέψη του. Επιπλέον ο ειδικός με τη τεχνική αυτή ελέγχει τυχόν παραμορφώσεις στα λεγόμενα του εξυπηρετούμενου.
- Η δέσμευση: είναι η ρητή δήλωση του επαγγελματία ότι θα βοηθήσει στην επίλυση των προβλημάτων της κρίσης. Περιλαμβάνει πληροφορίες όπως το χρονικό προσδιορισμό της παρέμβασης και στην έμμεση παρέμβαση για ενεργοποίηση των πόρων (περιβαλλοντικών, κοινοτικών).

Η συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με το περιβάλλον του ασθενή (συγγενείς, φίλους, γνωστούς, άλλους επαγγελματίες και υπηρεσίες) είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό του εξιτηρίου, καθώς και την αντιμετώπιση των προβλημάτων και των αναγκών του ασθενή.

Η Golan αναφέρει ότι *«κατά τη διάρκεια των πρώιμων φάσεων, που τα άτομα σε κρίση είναι ακινητοποιημένα από τη κατάθλιψη ή κατακλυσμένα από το άγχος, ο επαγγελματίας συχνά χρειάζεται να πάρει πρωτοβουλίες και να ενεργοποιήσει ταχύτατα το δίκτυο πόρων που έχει στη διάθεσή του»* (Golan, 1978). Η συνεργασία με τους φροντιστές του ασθενή ή άλλων κοινωνικών υπηρεσιών, περιλαμβάνει σε αυτή τη φάση τηλεφωνική και διαπροσωπική επικοινωνία, με στόχο τη διερεύνηση των προβλημάτων, την ανίχνευση πόρων επίλυσης, τη συμφωνία κοινής δράσης για το χειρισμό των σύνθετων καταστάσεων κ.ά.

Στη μεσαία φάση παρέμβασης η συνεργασία με τον ασθενή γίνεται πιο συχνή. Το άτομο νιώθει πιο άνετα με τον επαγγελματία, μειώνεται το άγχος του και η επικοινωνία με τον κοινωνικό λειτουργό εστιάζεται σε τρία (3) επίπεδα: το γνωστικό επίπεδο, το συναισθηματικό και το συμπεριφορικό.

Γνωστικό επίπεδο

Στο γνωστικό επίπεδο κρίνεται αρχικά αναγκαίο να διερευνηθεί η πληροφόρηση του ατόμου για την αντικειμενική κατάσταση της κατάστασής του. Είναι σημαντικό ο ασθενής να είναι καλά πληροφορημένος για τη κατάσταση καθώς και να αντιλαμβάνεται την όλη κατάσταση και όχι μέρος αυτής, επιλεκτικά. Επίσης η αντίληψή του για τη κατάσταση θα πρέπει να είναι απαλλαγμένη από τα αισθήματά του ή τυχόν προκαταλήψεις.

Ο κοινωνικός λειτουργός με τις κατάλληλες ερωτήσεις και τη σωστή πληροφόρηση έχει σκοπό να ενδυναμώσει το άτομο και να του παρέχει μια αίσθηση ελέγχου συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό στην ανατροπή της δυσλειτουργικής πορείας του. Η ικανότητα του ατόμου να αφομοιώνει τις πληροφορίες αποτελεί έναν παράγοντα ο οποίος δρα καθοριστικά στον τρόπο που επιλέγει για την πληροφόρηση του (Παπαδάτου, 1990). Σε αυτή τη φάση το άτομο ενημερώνεται από τον ειδικό για τα δικαιώματά του καθώς επίσης και για τη δυνατότητα διαμεσολάβησης του επαγγελματία σε υπηρεσίες του φορέα ή της κοινότητας.

Συναισθηματικό επίπεδο

Στο συναισθηματικό επίπεδο, ο σκοπός του κοινωνικού λειτουργού είναι η παροχή βοήθειας προς το άτομο ώστε να κατανοήσει τη σημαντικότητα των συναισθημάτων του και το κατά πόσο αυτές οι αντιδράσεις τον επηρεάζουν στην αντιμετώπιση της κατάστασής του. Σε αυτή τη φάση μπορούν να αξιοποιηθούν οι τεχνικές της «αναπλαισίωσης» και της «ερμηνείας». Η τεχνική της αναπλαισίωσης χρησιμοποιείται με σκοπό την αλλαγή σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο του ασθενή. Αντίστοιχα η ερμηνεία είναι απαραίτητη όταν το άτομο δεν κατανοεί τους λόγους της υπερβολικής αντίδρασής του και πρέπει να είναι ανιχνευτική, μη απειλητική και να εκφράζεται με τρόπο κατανοητό μειώνοντας στο ελάχιστο το άγχος του ασθενή στο τέλος της συνάντησης με τον επαγγελματία υγείας. Επιπλέον σε

περιπτώσεις που χρειάζεται να γίνει αποσύνδεση των παλαιότερων από τις παρούσες συναισθηματικές καταστάσεις και να σημειωθούν οι διαφορές (π.χ. κάτι που συμβαίνει σε κάποιον άλλον σχετικά με την έκβαση της κατάστασης της υγείας σας, δεν σημαίνει ότι θα συμβεί και σε εσάς). Η τεχνική αυτή μειώνει τα αρνητικά συναισθήματα και κάνει τις αντιδράσεις του ατόμου πιο φυσικές.

Συμπεριφορικό επίπεδο

Στο συμπεριφορικό επίπεδο, που έχει σκοπό την αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου, τα σημεία συζήτησης του κοινωνικού λειτουργού και του ατόμου είναι οι επιλογές που έχει το άτομο και η πληροφόρησή του για τις συνέπειες των αποφάσεων που θα παρθούν για τον ίδιο αλλά και τους ανθρώπους του άμεσου περιβάλλοντός του (π.χ. φροντιστές). Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου είναι η «θετική» και η «αρνητική ενίσχυση» καθώς και η «υπόδειξη» κυρίως όταν το άτομο βιώνει πολύ υψηλή συναισθηματική ένταση και δεν ξέρει τι είναι καλύτερο να πράξει προς όφελός του.

Επίσης, η «συνηγορία» και η «προειδοποίηση» είναι μερικές τεχνικές που είναι πολύ χρήσιμες όταν το άτομο βρίσκεται σε σύγχυση, αμηχανία ή κατάθλιψη καθώς μεταφέρει στον επαγγελματία την έντονη ανησυχία του σχετικά με τη δική του ασφάλεια ή άλλων προσώπων στο άμεσο περιβάλλον του.

Ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί πρότυπο για τον ασθενή με την ενεργή συμμετοχή του στην επίλυση της κρίσης.

Στη φάση της επίλυσης των προβλημάτων ο κοινωνικός λειτουργός στη συνεργασία του με το άτομο ή την οικογένειά του αξιοποιεί τις δεξιότητες της συνηγορίας και του συντονισμού αλλά και τεχνικές που χρησιμοποιεί στην κατά άτομο κοινωνική εργασία, όπως η καθυσύχαση, η πληροφόρηση, η αναγνώριση, η προειδοποίηση των εμπλεκομένων για πιθανές αρνητικές συνέπειες της συμπεριφοράς του κ.ά.

Εκτός από τις άμεσες μορφές δράσεις, η Golan (1978) αναφέρει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί αναλαμβάνουν και έμμεσες δράσεις για την στήριξη ανθρώπων που βιώνουν καταστάσεις κρίσης. Αυτές είναι η ενεργοποίηση και η δημιουργία πόρων.

Η ενεργοποίηση πόρων αφορά την ενίσχυση των ατόμων και της οικογένειάς του με βάση τις ανάγκες τους, από τους κοινοτικούς πόρους. Η κοινοτική εργασία του επαγγελματία πριν ακόμη εμφανιστεί περιστατικό σε κρίση παίζει σημαντικό ρόλο στην αξιοποίηση των σωστών πόρων.

Αυτό προϋποθέτει φυσικά ένα οργανωμένο και αποτελεσματικό δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών. Ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να είναι σε διαρκή επικοινωνία με όλες τις υπηρεσίες της κοινότητας για την σωστή και έγκαιρη ενημέρωσή του, θέτοντας θεμέλια καλής συνεργασίας για την αντιμετώπιση περιστατικών κρίσης. Ένα σύστημα πληροφόρησης σωστά ενημερωμένο αποτελεί χρήσιμο επαγγελματικό εργαλείο για τον κοινωνικό λειτουργό ώστε να ανταπεξέλθει αποτελεσματικά σε πιεστικές ανάγκες π.χ. άμεσο εξιτήριο ασθενούς, έλλειψη στέγης κ.ο.κ.

Στις περιπτώσεις που δεν υπάρχουν διαθέσιμοι πόροι, ο κοινωνικός λειτουργός παρεμβαίνει και μεριμνά για την δημιουργία πόρων σε συνεργασία με άλλες επαγγελματικές ομάδες και κοινοτικές οργανώσεις. Επίσης συντελεί στη θέσπιση προληπτικών μέτρων κοινωνικής πολιτικής, αξιοποιώντας κάποιες φορές το υψηλό επίπεδο δημόσιας αντίδρασης και ευαισθησίας σε θέματα που αφορούν γεγονότα κρίσης.

Η διεπαγγελματική συνεργασία των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών με άλλους επαγγελματίες υγείας ή φορείς (αστυνομία, εισαγγελία, εθελοντικές οργανώσεις, ιδρύματα χρονίων παθήσεων, μη κυβερνητικές οργανώσεις, πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι κ.ά.), καθώς και με τα άτυπα δίκτυα φροντίδας (οικογένεια, γείτονες, φίλοι) είναι απαραίτητη στην αντιμετώπιση της κρίσης.

Οι επαγγελματίες είναι σε διαρκή επικοινωνία (συμβούλια, άτυπες συναντήσεις, ατομικές συζητήσεις, συχνά τηλεφωνήματα, γραπτές αναφορές) με τους συνεργάτες τους μέσα στο νοσοκομείο αλλά και τα πρόσωπα των οργανώσεων και το περιβάλλον του ασθενή κατά τη διάρκεια της παρέμβασης.

Στην περίπτωση που έχουν εμπλακεί περισσότερες από μια υπηρεσίες για την εξυπηρέτηση του ατόμου είναι σκόπιμο να κρατηθεί ανοικτή επικοινωνία, ενιαία αντιμετώπιση και αποφυγή επικάλυψης. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι σημαντικό να έχει ένας επαγγελματίας συγκεκριμένης οργάνωσης την κύρια ευθύνη για την περίπτωση.

Στη τελική φάση, ενόψει της διακοπής της σχέσης με τον κοινωνικό λειτουργό, αξιοποιούνται δεξιότητες και τεχνικές, με σκοπό την αντιμετώπιση του άγχους/αντίστασης του ατόμου. Αυτές μπορεί να είναι, η αναγνώριση των συναισθημάτων, η καθυσύχαση και η εμπιστοσύνη στις ικανότητες των ατόμων ή των φροντιστών για αυτόνομη δράση.

Τέλος στη φάση της περάτωσης γίνεται αποτίμηση του έργου συνεργασίας που έχει αναπτυχθεί τόσο με τα άτομα όσο και με τα τυπικά δίκτυα για την αντιμετώπιση της κρίσης του ατόμου και της οικογένειας. Η ανατροφοδότηση είναι σημαντικό κομμάτι στη φάση αυτή και βοηθά στην επισήμανση εκκρεμοτήτων, στη συζήτηση προοπτικών αντιμετώπισης πιθανών μελλοντικών προβλημάτων, αλλά και για τη βελτίωση του ρόλου των εμπλεκόμενων προσώπων και υπηρεσιών (Βεργέτη, 2009).

2.5 Όραμα και στρατηγικοί στόχοι

Το 2010 αποτέλεσε την απαρχή μιας χωρίς προηγούμενο οικονομικής κρίσης, η οποία δεν άργησε να εξελιχθεί σε μία ανθρωπιστική κρίση, επηρεάζοντας κυρίως τις χώρες της Νότιας Ευρώπης, μεταξύ των οποίων και την Ελλάδα. Η αύξηση της ανεργίας, οι μειώσεις στους μισθούς, η αύξηση της φορολογίας και οι περικοπές στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, οδήγησαν τον πληθυσμό στα όρια της φτώχειας, με αποτέλεσμα το 31% του συνολικού πληθυσμού να βρίσκεται στα όρια ή να βιώνει ήδη την ακραία φτώχεια (Eurostat, 2013). Ταυτόχρονα, τα άτομα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας και η οικογένεια, τα οποία παραδοσιακά υφίστανται στην Ελλάδα και την ευρύτερη περιοχή της Μεσογείου, δεν μπορούν πλέον να παρέχουν ασφάλεια στα μέλη τους (Papadopoulos & Roumpakis, 2012). Αυτή η αποσύνθεση της ελληνικής κοινωνίας οδήγησε αναπόφευκτα σε φαινόμενα χωρίς προηγούμενο όπως για παράδειγμα, την οργάνωση επιχειρήσεων υλικής υποστήριξης από διεθνείς φιλανθρωπικούς οργανισμούς για τους άπορους και τους ανασφάλιστους πολίτες (Doctors of the World, 2013).

Ο καταστροφικός αντίκτυπος της κρίσης δημιούργησε νέες προκλήσεις για το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, με κυριότερη τη δημιουργία μιας νέας ομάδας εξυπηρετούμενων, τους λεγόμενους «νεόπτωχους», οι οποίοι αποτελούνταν από τη μεσαία τάξη που οδηγήθηκε στη φτώχεια και τον αποκλεισμό. Η κρίση συνέβαλε επίσης στη διαφοροποίηση του παραδοσιακού επαγγελματικού ρόλου και

αντικειμένου του κοινωνικού λειτουργού με την ενασχόλησή του σε λιγότερο παραδοσιακές για το επάγγελμα δομές και μεθοδολογίες, οι οποίες αναπτύσσονται σε απάντηση στη ραγδαία αύξηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού (π.χ. κοινωνικά παντοπωλεία, κοινωνικά φαρμακεία, συσσίτια). Αυτή η κρίση επηρέασε επίσης την εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών, καθώς το 2013 το σχέδιο «Αθηνά» το οποίο εφαρμόστηκε από το Υπουργείο Παιδείας στο πλαίσιο των γενικότερων μεταρρυθμίσεων, επέβαλε την αναστολή λειτουργίας δύο εκ των τεσσάρων συνολικά τμημάτων κοινωνικής εργασίας, ενός τμήματος πανεπιστημιακής και ενός τεχνολογικής εκπαίδευσης.

Αυτή η περίοδος των ατομικών και κοινωνικών προκλήσεων συνέβαλε στην ανάπτυξη ενός κύματος πολιτικοποίησης και σκεπτικισμού ως προς τις θεωρητικές, ηθικές και επαγγελματικές πεποιθήσεις της κοινωνικής εργασίας και ενός έκδηλου ιδεολογικού και επαγγελματικού μετασχηματισμού στο επάγγελμα (Ioakimidis & Cruz, 2014). Ο επαναπροσδιορισμός του χαρακτήρα και της αποστολής της κοινωνικής εργασίας ήταν αναπόφευκτος και δεν μπορούσε να μη συμπεριλάβει τη φτώχεια, την ανισότητα, τη διαφθορά και τη βία, φαινόμενα τα οποία αυξήθηκαν ραγδαία τα τελευταία χρόνια. Η ανάγκη επαναπροσδιορισμού του πολιτικού μέλλοντος της κοινωνικής εργασίας διαπιστώθηκε από τα πρώτα κιόλας χρόνια εκδήλωσης της οικονομικής κρίσης στην Ευρωζώνη και οδήγησε στη δέσμευση τριών σημαντικών διεθνών οργανισμών της κοινωνικής εργασίας (IFSW, IASSW, ICSW) να διερευνήσουν τρόπους πολιτικής δράσης.

Η κοινωνική εργασία αναγνώρισε ότι οι πολιτικές, οικονομικές, πολιτισμικές και κοινωνικές προσταγές έχουν επιφέρει άνισα αποτελέσματα για τις παγκόσμιες εθνικές και τοπικές κοινωνίες και τους λαούς και προέβαλε την επιδίωξη της αλλαγής σε όλα τα επίπεδα της κοινωνικής δικαιοσύνης και της καθολικής εφαρμογής των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η δέσμευση αυτή αποτυπώθηκε στην Παγκόσμια Ατζέντα της Κοινωνικής Εργασίας, η οποία διαμορφώθηκε στο Παγκόσμιο Συνέδριο το 2010, και αναφέρει πως το επάγγελμα οφείλει μέσα στα επόμενα χρόνια και εν μέσω οξείας οικονομικής κρίσης: (α) να διεκδικήσει/επαναδιεκδικήσει την προτεραιότητα της «πολιτικής δράσης» και να αναπτύξει μια συλλογική φωνή για την κοινωνική ανάπτυξη, (β) να ξεκινήσει μια συλλογική διαδικασία για τη συγκρότηση κοινής παγκόσμιας ατζέντας, ικανής να ενώσει τους εμπλεκόμενους στην κοινωνική εργασία και την κοινωνική ανάπτυξη, (γ) να οργανωθεί στρατηγικά γύρω από μηχανισμούς

που στοχεύουν στην υλοποίηση κοινών δράσεων και την ανάπτυξη ευέλικτων εφαρμογών για την παρακολούθηση των κοινών προσπαθειών (IFSW, IASSW & ICSW, 2012).

Στην επίσημη τοποθέτησή της για τις πολιτικές της υγείας (Policy Statement on Health, IFSW, 2008), η IFSW αναφέρει χαρακτηριστικά ότι *«η υγεία είναι ένα ζήτημα θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων και κοινωνικής δικαιοσύνης»* και δεσμεύει τους κοινωνικούς λειτουργούς να εφαρμόσουν τις αρχές του επαγγέλματος σε επίπεδο πολιτικών, εκπαίδευσης, έρευνας και επαγγελματικής πράξης. Υποστηρίζει την ανανέωση των προσπαθειών για πιο ενεργό συμμετοχή της κοινωνικής εργασίας σε επίπεδο χάραξης πολιτικής, είτε επηρεάζοντας ζητήματα που αφορούν την υγεία μέσω διεθνών οργανισμών, είτε συμβάλλοντας στην ανάπτυξη της υγείας μέσω μη κυβερνητικών οργανισμών. Υποστηρίζει επίσης την ανάπτυξη συνεργιών με κοινωνικά κινήματα που επιζητούν την αναμόρφωση στον χώρο της υγείας με στόχο τη βελτίωση της υγείας των ατόμων και των πληθυσμών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Προγραμματισμός Εξιτηρίου

3.1 Εισαγωγή

Στον τομέα της υγείας, είναι γενικά παραδεκτό ότι μέχρι πρόσφατα, επικρατούσε το ιατροκεντρικό μοντέλο, με τις αποφάσεις να λαμβάνονται αποκλειστικά από τον θεράποντα ιατρό. Στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενειών που αποτελούσε το επίκεντρο της ιατρικής επιστήμης, υπήρξε μονοπώλιο των ιατρών, χωρίς να αφήνει περιθώρια σε άλλους επαγγελματίες υγείας να συμμετέχουν για την παροχή μιας πιο ολιστικής αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας τους (Σαρρής, 2001; Λιαρόπουλος, 2007).

Η ανάγκη για συνεργασία όλων των επιστημόνων με σκοπό την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών, αλλά και η συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας για την επίτευξη του ίδιου σκοπού σημειώθηκε μεταξύ άλλων το 1978 με τη Διακήρυξη της ALMA-ATA και τις προτροπές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Το εξιτήριο ενός ασθενή από το νοσοκομείο και η περαιτέρω αντιμετώπισή του καθορίζονται από τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του καθώς και την ενδεχόμενη ανάγκη του για συνεχιζόμενη παροχή φροντίδας. Η απόφαση για το χρόνο του εξιτηρίου είναι αρμοδιότητα του θεράποντος ιατρού, ο οποίος οφείλει να συνυπολογίσει την επιθυμία του ασθενούς ή του υπεύθυνου για τον ασθενή άτομου. Σε πιστοποιημένους, για την ασφάλεια και την ποιότητα παροχής υπηρεσιών, οργανισμούς, η διαδικασία για τον προγραμματισμό εξιτηρίου είναι προτυποποιημένη.

3.2 Εννοιολογική προσέγγιση

Ο προγραμματισμός εξιτηρίου μπορεί να οριστεί ως μια ευρεία διεπιστημονική διαδικασία στην οποία καθορίζονται οι ανάγκες του ασθενούς προκειμένου να βοηθήσει αυτούς και τους οικείους τους, να μεταβούν με ομαλό και ασφαλή τρόπο από ένα επίπεδο παροχής φροντίδας (νοσοκομείο) σε ένα άλλο (κατοικία, μονάδα αποκατάστασης, οίκος ευγηρίας κ.ά.) (Σαπουντζή και συν. 1994).

Το πλάνο εξιτηρίου συνήθως εκπονείται από διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας (ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές κ.ά.) σε συνεργασία με τον ασθενή και τους φροντιστές του που προέρχονται συνήθως από το οικογενειακό του περιβάλλον, έτσι ώστε μέσω συντονισμένων, οργανωμένων και συστηματικών αποφάσεων και δράσεων να διασφαλιστεί η συνέχεια της παροχής φροντίδας και μετά το νοσοκομείο.

Το σχέδιο εξιτηρίου κινητοποιεί τους μηχανισμούς πρόνοιας της Πολιτείας και δημιουργεί τις προϋποθέσεις στον ασθενή και στην οικογένειά του να αντιμετωπίσουν και να χειριστούν μια νέα, συχνά άγνωστη, πραγματικότητα. Με το σχέδιο εξιτηρίου επιτυγχάνονται η ολοκλήρωση της αποθεραπείας του ασθενούς και η επιτυχής επιστροφή στην κοινωνική του δραστηριότητα ή ανευρίσκεται η καλύτερη δυνατή λύση για την εξυπηρέτηση των βασικών αναγκών και για τη διασφάλιση της ποιότητας ζωής του, στο πλαίσιο του εφικτού και της ανθρώπινης φύσης (www.hygeia.gr).

3.3 Η σημασία του σχεδίου εξιτηρίου

Η ανάγκη για την ύπαρξη ενός σχεδίου εξιτηρίου γεννήθηκε στις ΗΠΑ τη δεκαετία του 1980. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής οδήγησε στην αύξηση των νοσηλειών ηλικιωμένων ασθενών και συνεπώς του κόστους των ασφαλιστικών εταιριών. Ο ασφαλιστικός φορέας Medicare των ΗΠΑ έχει εισαγάγει από το 1984 το «προοπτικό σύστημα πληρωμών» (prospective payment system), σύμφωνα με το οποίο η καταβολή του κόστους για τη νοσηλεία των ασθενών ήταν συγκεκριμένη και προαποφασισμένη ανάλογα με τη διάγνωση, το επίπεδο φροντίδας και την επίτευξη ή μη των στόχων. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να μειωθεί ο χρόνος που είχαν στη διάθεσή τους οι ιατροί προκειμένου να θέσουν τη διάγνωση, να σταθεροποιήσουν και

να θεραπεύσουν τον ασθενή. Μετά την αντιμετώπιση της οξείας φάσης της νόσου, ο ασθενής εξέρχεται του νοσοκομείου και συνεχίζει την αποθεραπεία του κατ'οίκον ή σε άλλη βαθμίδα φροντίδας, ανάλογα τις ανάγκες του (www.hygeia.gr).

Την ίδια περίοδο, διάφορες διεθνείς επιτροπές πιστοποίησης νοσηλευτικών ιδρυμάτων (JCAHCO, JCAH) καθώς και ο Αμερικανικός Σύλλογος Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (American Hospital Association) θεσπίζουν κατευθυντήριες οδηγίες για την καθιέρωση και τη διεκπεραίωση σχεδίου εξιτηρίου στους ασθενείς που έχουν ανάγκη για συνέχιση της παροχής φροντίδας, θέτοντας σε προτεραιότητα την ασφάλεια των ασθενών. Από τότε, τα συστήματα υγείας των περισσότερων δυτικών κοινωνιών υιοθετούν την «λογική» και την πρακτική του σχεδίου εξιτηρίου, το οποίο πλέον θεωρείται κατάκτηση και δικαίωμα των ασθενών (Ξένος και συν. 2014).

Η σημασία του ποιοτικού σχεδίου εξιτηρίου για την εξοικονόμηση κόστους, υποδεικνύεται από ευρήματα μελετών, σύμφωνα με τα οποία όσο πιο γρήγορη είναι η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού στον ασθενή, τόσο μικρότερο είναι το ημερήσιο κόστος του ασθενή. Οι Blumenfeld et al. (1998) υποστηρίζουν ότι η εφαρμογή δραστηριοτήτων σχεδίου εξιτηρίου και ο συντονισμός τους, είναι κεντρικές λειτουργίες του νοσοκομείου με βάση τον κοινωνικό λειτουργό, και οι σημερινοί κοινωνικοί λειτουργοί παρακολουθούν περιεκτικές υπηρεσίες προγραμματισμού εξιτηρίου εντός ενός πλαίσιο διαχείρισης υποθέσεων (Blumenfeld et al., 1998). Ο Beder (2006) υποστηρίζει ότι το εξιτήριο πρέπει να προγραμματιστεί προκειμένου να ικανοποιήσει τον σκοπό και την επιβίωση του νοσοκομείου ως ένα οικονομικά σταθερό ίδρυμα.

Το σχέδιο εξιτηρίου επιτρέπει στον ασθενή να έχει μια ομαλή μετάβαση από το νοσοκομείο στο σπίτι και να διασφαλιστεί ότι ο ασθενής θα λειτουργεί στο βέλτιστο επίπεδο. Σε αυτό, ο Κοινωνικός Λειτουργός του νοσοκομείου βοηθά τον ασθενή κατά τη διαδικασία αποκατάστασης: από τη στιγμή που ο ασθενής προετοιμάζεται να φύγει από το νοσοκομείο. Ο εργαζόμενος ενημερώνει τον ασθενή και τους οικείους του, σχετικά με τις επιπτώσεις της κατάστασης του ασθενούς σε σχέση με την κοινότητα. Για παράδειγμα, το αποτέλεσμα ενός ασθενή παράλυτου, αποτελεί για τα μέλη της οικογένειας μία ανάγκη για συνεχή προσοχή στον ασθενή. Τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να καταλάβουν την κατάσταση των μελών τους και πώς θα μπορούσαν να εργάζονται επιτυχώς και να αναφέρονται στο άτομό του.

Ο προγραμματισμός εξιτηρίου από τους κοινωνικούς λειτουργούς στο νοσοκομείο βοηθά τους ασθενείς να γνωρίζουν πότε θα πάνε σπίτι τους και τι θα πρέπει να περάσουν την ημέρα του εξιτηρίου. Αυτό κάνει τους ασθενείς βέβαιους ότι αισθάνονται ασφαλείς και προετοιμάζονται κατάλληλα για να πάνε στο σπίτι. Ακόμα και μετά το σχέδιο εξιτηρίου, μερικοί ασθενείς χρειάζονται μεταφροντίδα. Οι Kadushin και Kulys (1993) αναφέρουν ότι η παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών μετά το εξιτήριο αποτέλεσε την σημαντικότερη βασική συνιστώσα και πρωταρχικό στόχο του προγραμματισμού εξιτηρίου. Ως τέτοιες υπηρεσίες αναφέρονται η κατ'οίκον φροντίδα υγείας, ο ιατρικός εξοπλισμός, η μεταφορά ή παράδοση των ιατρικών προμηθειών και η φαρμακευτική αγωγή.

Ο κεντρικός στόχος του προγραμματισμού εξιτηρίου για τον κοινωνικό λειτουργό, είναι η πλήρη αντιμετώπιση των ιδιαίτερα εξατομικευμένων αναγκών του κάθε ασθενή και η παροχή εγγυήσεων για τη φροντίδα του στο σπίτι. Σε γενικές γραμμές, αυτό απαιτεί ο κοινωνικός λειτουργός να έχει ψυχολογική γνώση εφαρμόζοντας μία βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση στην φροντίδα η οποία αντιμετωπίζει ένα ευρύ φάσμα των αναγκών του ασθενή και της οικογένειας, ενσωματώνοντας τις δεξιότητες και τον προσανατολισμό επαγγελματιών υγείας. Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει επίσης να διαθέτει ένα δίκτυο και γνώση των υπηρεσιών με βάση την κοινότητα, καθώς και την κατανόηση του πώς μπορεί να προσεγγίσει καλύτερα αυτές τις υπηρεσίες έτσι ώστε να εξυπηρετήσει των ασθενή κατά το εξιτήριο (Blumenfield et al., 1998).

Η συχνότητα και η βαρύτητα των ανεπιθύμητων συμβάντων, έχει διαπιστωθεί ότι είναι μεγαλύτερες στην αμέσως μετά το εξιτήριο περίοδο, καθώς πολλά από αυτά τα συμβάντα θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί. Στους μη χειρουργικούς ασθενείς τα περισσότερα σχετίζονται με τη φαρμακευτική αγωγή. Ένας εκπαιδευμένος ασθενής ή φροντιστής του, διασφαλίζει την σωστή λήψη των φαρμάκων και κατοχυρώνει το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Επίσης, τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες δείχνουν ότι ασθενείς που εντάσσονται σε ένα καλά οργανωμένο σχέδιο εξιτηρίου παρουσιάζουν μείωση της πιθανότητας επείγουσας επανεισαγωγής, που έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του κόστους και της ψυχική φόρτισης του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Ωστόσο, τα οφέλη του προγραμματισμού εξιτηρίου δεν περιορίζονται μόνο στους ασθενείς. Το νοσοκομείο που διεκπεραιώνει ένα συντονισμένο σχέδιο εξιτηρίου επιτυγχάνει γρήγορη διακίνηση των ασθενών, με αποτέλεσμα την αποσυμφόρηση των τμημάτων και την άμεση διαθεσιμότητα των κλινών. Επίσης, διαπιστώνεται η ικανοποίηση των ασθενών και των οικείων τους, καθώς εκφράζουν λιγότερα παράπονα ή νομικές αιτιάσεις.

3.4 Στοιχεία του σχεδίου εξιτηρίου

Σύμφωνα με τον American Hospital Association (1984), ο προγραμματισμός εξιτηρίου από το νοσοκομείο έχει πολλαπλά βήματα και απαιτείται πλήρης και προσεκτική εκτίμηση, προκειμένου να προσδιοριστούν επακριβώς οι παρούσες ανάγκες του ασθενή, να εκτιμηθούν οι μελλοντικές του ανάγκες, να ληφθούν οι κατάλληλες αποφάσεις και να συντονιστούν με τον καλύτερο τρόπο οι υπηρεσίες που θα εμπλακούν με σκοπό την συνεχιζόμενη φροντίδα του (follow up).

Στα περισσότερα νοσοκομεία οι δραστηριότητες αυτές αποτελούν αρμοδιότητα του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, αν και τα Νοσηλευτικά Τμήματα συμμετέχουν επίσης σε αυτό το έργο. Από τη σκοπιά της κοινωνικής εργασίας, ο προγραμματισμός εξιτηρίου είναι μια πτυχή της επαγγελματικής δραστηριότητας που βοηθά τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους και τα αποτελέσματά της, κινούνται μέσω του νοσοκομειακού συστήματος, και τελικά επιστρέφουν στο σπίτι τους με όλα τα απαραίτητα βοηθήματα για να διατηρήσουν την υγεία τους (Beder, 2006). Η υπηρεσία αυτή περιλαμβάνει την αξιολόγηση των ατομικών αναγκών, τη διαμόρφωση ενός επαρκούς και ασφαλούς σχεδίου εξιτηρίου, καθώς και την εφαρμογή του σχεδίου που εξασφαλίζει την ασφάλεια και την ευημερία του ασθενούς σε εύθετο χρόνο (Davidson, 1990).

Ο προγραμματισμός εξιτηρίου θεωρείται ως η κύρια μέθοδος που διασφαλίζει ότι οι μετανοσοκομειακές ανάγκες των ασθενών θα πρέπει να πληρούνται προκειμένου να μπορούν να λειτουργούν σε βέλτιστα επίπεδα όταν επιστρέφουν στο σπίτι (American Hospital Association, 1984). Αυτό σημαίνει, ότι η μετανοσοκομειακή φροντίδα συνδέεται άρρηκτα συνδέεται με τον εξιτήριο.

Το περιεχόμενο και η ποιότητα των πληροφοριών για κάθε ασθενή αποτελούν πολύ σημαντικά στοιχεία και καθορίζουν την ορθότητα της λήψης των αποφάσεων. Κατά την αρχική εκτίμηση του ασθενή, οι επαγγελματίες υγείας δεν εστιάζουν μόνο στη διάγνωση και στη θεραπεία της παρούσας νόσου, αλλά αξιολογούν συνεχώς τη λειτουργική και τη διανοητική του κατάσταση, την συνύπαρξη χρονίων προβλημάτων υγείας, τη συμμόρφωσή του στις οδηγίες, καθώς και το γνωστικό και κοινωνικό του υπόβαθρο (Κυριόπουλος και συν., 2003). Αυτά τα χαρακτηριστικά για κάθε ασθενή αφενός καθορίζουν την ανάγκη του για προγραμματισμό ενός εξατομικευμένου σχεδίου εξιτηρίου, αφετέρου σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με την έκβαση της κατάστασής του μετά το εξιτήριο.

Με τον όρο συμμόρφωση εννοείται ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά του ασθενή συμπίπτει με τις ιατρικές οδηγίες. Η συμμόρφωση περιλαμβάνει την λήψη της συνταγογραφημένης αγωγής, την τήρηση των αλλαγών στον τρόπο ζωής που απαιτούνται μετά την διάγνωση της νόσου, την ολοκλήρωση περαιτέρω διαγνωστικών εξετάσεων και την τήρηση επόμενων συναντήσεων με τον επαγγελματία υγείας. Η μη συμμόρφωση στην συνταγογραφημένη φαρμακευτική αγωγή αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας με καταστροφικές συνέπειες κυρίως γιατί έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να μη λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή θεραπεία. Αυτό έχει σαν συνέπεια την αύξηση της νοσηρότητας, την μείωση της πιθανότητας αποθεραπείας, καθώς και την απώλεια μεγάλων ποσοτήτων φαρμάκων από το σύστημα υγείας (Cleak & Turczynski, 2014).

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί ότι η μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να είναι σκόπιμη ή και μη σκόπιμη. Η μη σκόπιμη συμμόρφωση μπορεί να περιλαμβάνει την αδυναμία του ασθενούς να ακολουθήσει τις ιατρικές οδηγίες. Κύριοι λόγοι μη σκόπιμης συμμόρφωσης είναι η έλλειψη κατανόησης λόγω γλώσσας, είτε λόγω σωματικής ανικανότητας, είτε λόγω αμέλειας (δηλαδή ξέχασαν να πάρουν την αγωγή τους). Επίσης, μπορεί να οφείλεται σε μειωμένη ικανότητα του ασθενή να θυμηθεί τις ιατρικές οδηγίες κατά την εξέτασή του. Έρευνες έχουν δείξει, ότι ένα ποσοστό 5-10% των ασθενών δεν μπορούν να θυμηθούν με ακρίβεια τις συμβουλές που έδωσε ο επαγγελματίας υγείας.

3.5 Στάδια του σχεδίου εξιτηρίου

Οι Oktay et al. (1992) στο άρθρο τους «Impact of Hospital Discharge Planning on Meeting Patient Needs after Returning Home» αναφορικά με τον αντίκτυπο των σχεδίων εξιτηρίου σχετικά με την κάλυψη των αναγκών των ασθενών μετά την επιστροφή στο σπίτι, διαπίστωσαν τέσσερις φάσεις στον προγραμματισμό εξιτηρίου: (α) την αξιολόγηση των ασθενών, (β) την ανάπτυξη ενός σχεδίου εξιτηρίου, (γ) την παροχή υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων της εκπαίδευσης των ασθενών/οικογένειας και τις παραπομπές των υπηρεσιών και (δ) την παρακολούθηση/αξιολόγηση. Παρά το γεγονός ότι τα νοσοκομεία χρησιμοποιούν διαφορετικούς τύπους σχεδίων εξιτηρίου, σε κάθε μία από αυτές τις φάσεις, είναι γενικά αποδεκτό ότι δύο παράγοντες ιδιαίτερα είναι σημαντικοί για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών.

Αρχικά, το σχέδιο εξιτηρίου αναμένεται να είναι πιο αποτελεσματικό, αν υπάρχει διεπιστημονική συμβολή στο σχεδιασμό φροντίδας στο σπίτι του ασθενούς (Hartigan & Brown, 1985). Το πλεονέκτημα της συμμετοχής πολλών ειδικοτήτων σε μια ομαδική προσπάθεια και η επαγγελματική αλληλεπίδραση που συνεπάγεται, έχουν ως αποτέλεσμα αφενός οι ανάγκες του ασθενούς να μπορούν να εντοπιστούν πιο εύκολα, αφετέρου επαρκείς και κατάλληλες παραπομπές αλλά και οι υπηρεσίες να είναι σε θέση στη συνέχεια να συντονίζονται και εκτελούνται εγκαίρως. Επιπλέον, τονίζεται η χρησιμότητα του καθορισμένου επαγγελματικού πλαισίου, όπως για παράδειγμα ένας διευθυντής τμήματος, ο οποίος αναλαμβάνει την κύρια ευθύνη για το συντονισμό του σχεδίου εξιτηρίου με άλλους (Hartigan & Brown, 1985). Προβάλλεται ότι μια τέτοια περίπτωση διαχειριστή με την καθιερωμένη κοινότητα διασύνδεσης σε διάφορες υπηρεσίες και τις ειδικές γνώσεις των απαιτήσεων περίπλοκης επιστροφής, μπορεί να δράσει πιο αποτελεσματικά για την εφαρμογή της μετέπειτα φροντίδας των υπηρεσιών (Oktay et al., 1992).

3.5.1 Ενημέρωση και εκπαίδευση

Η ενημέρωση του ασθενή για την κατάσταση της υγείας του αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα του, το οποίο είναι νομικά κατοχυρωμένο από την ελληνική και διεθνή νομοθεσία. Η συμμετοχή του ικανού στη λήψη αποφάσεων ασθενή, αλλά και του συγγενικού περιβάλλοντος, στον προγραμματισμό του εξιτηρίου είναι απαραίτητη. Στο σχέδιο εξιτηρίου παρουσιάζονται οι στόχοι της μετανοσοκομειακής φροντίδας και αναλύονται με σαφήνεια οι επιλογές για τον τρόπο επίτευξής τους.

Η εκπαίδευση του ασθενή και του υπεύθυνου για την φροντίδα του ατόμου αποτελεί ίσως το σημαντικότερο στοιχείο του σχεδίου εξιτηρίου. Η εκπαίδευση είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν προσαρμόζεται στο γνωστικό επίπεδο του ασθενή και της οικογένειάς του, καθώς και όταν ο εκπαιδευτής λαμβάνει υπόψη του τα πολιτισμικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους. Σε ξενόγλωσσους ασθενείς, η συγκεκριμένη διαδικασία γίνεται στη γλώσσα τους ή με χρήση διερμηνέα ή διαπολιτισμικού μεσολαβητή. Η ομάδα του προγραμματισμού εξιτηρίου (έκαστος στον τομέα του) αναλαμβάνει την εκπαίδευση του ασθενή και του φροντιστή του σχετικά με τη χρήση εξειδικευμένης φαρμακευτικής αγωγής, στο χειρισμό ειδικού εξοπλισμού, καθώς και στην ορθή χρήση υποστηρικτικών μέσων. Ο εκπαιδευτής οφείλει να πιστοποιεί την ορθότητα της εκπαίδευσης, που σημαίνει να επιβεβαιώνει τη σωστή και με ασφάλεια χρήση των φαρμάκων και του εξοπλισμού από τον ασθενή, την οποία καταγράφει στον ιατρονοσηλευτικό φάκελο.

3.5.2 Τελικές οδηγίες-παραπομπές-παρακολούθηση

Ένα αποτελεσματικό σχέδιο εξιτηρίου περιλαμβάνει αναλυτικά τις οδηγίες που δίνονται στον ασθενή, με τρόπο σαφή και κατανοητό. Οι οδηγίες δεν περιλαμβάνουν μόνο τη συνταγογράφηση και τη σχετική με τη φαρμακευτική αγωγή ενημέρωση, αλλά αποτελούν τον συνδετικό κρίκο προκειμένου να συνεχιστεί το θεραπευτικό σε πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας. Κάθε ασθενής που εξέρχεται από το νοσοκομείο φέρει μαζί του πλήρες ενημερωτικό σημείωμα στο οποίο περιλαμβάνονται, εκτός των άλλων, οδηγίες για την παρακολούθηση και τα προγραμματισμένα ραντεβού για την επανεκτίμηση. Η ακρίβεια των οδηγιών μετά το εξιτήριο και η κατανόησή τους από τους υπευθύνους για τη φροντίδα του ασθενή είναι βασικό και κρίσιμο στοιχείο για την επιτυχία αυτής της σύνθετης διαδικασίας (Παχή και συν. 2009).

3.6 Κριτήρια για σχέδιο εξιτηρίου

Ο προγραμματισμός εξιτηρίου αποτελεί εξατομικευμένη διαδικασία, η οποία προσαρμόζεται σε κάθε ασθενή ανάλογα με τις ανάγκες του. Το σχέδιο εξιτηρίου εκπονείται το συντομότερο δυνατόν μετά την εισαγωγή του ασθενή, διατηρώντας δυναμικό χαρακτήρα, με δυνατότητα αναπροσαρμογής, στην περίπτωση κατά την οποία μια μεταβολή της κατάστασης της υγείας του ασθενή επιβάλλει κάτι τέτοιο. Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση, το σχέδιο εξιτηρίου κρίνεται συνήθως απαραίτητο για «ευπαθείς» ομάδες ασθενών, με βασικά κριτήρια την ηλικία τους, τη λειτουργικότητα τους, την ανάγκη τους για ιατρική, νοσηλευτική παρακολούθηση και κοινωνική υποστήριξη κ.λπ. (Oktay et al., 1992). Επίσης συνεκτιμώνται κοινωνικοί παράγοντες, όπως η ύπαρξη οικογένειας και ο ρόλος της στη φροντίδα του ασθενή, το γνωστικό επίπεδο και τυχόν εξαρτήσεις από αλκοόλ και ουσίες.

Η βασική ομάδα ασθενών για την οποία ο προγραμματισμός εξιτηρίου είναι απαραίτητος είναι οι ηλικιωμένοι, κύριο χαρακτηριστικό των οποίων είναι η μειωμένη ικανότητα διατήρησης ή ανάκτησης της ομοιοστασίας του οργανισμού τους έπειτα από κάποιο αποσταθεροποιητικό συμβάν, όπως για παράδειγμα λοίμωξη. Το σύνδρομο ευθραυστότητας που χαρακτηρίζει την συγκεκριμένη ομάδα ασθενών, σχετίζεται με συνήθεις γηριατρικές συνδρομές (πτώσεις, κατάθλιψη, ακράτεια ούρων, εξάρτηση από τρίτους) αποτελώντας έναν ισχυρό και ανεξάρτητο παράγοντα αναπηρίας, ανάγκης για εισαγωγή στο νοσοκομείο, φιλοξενίας σε ιδρύματα παροχής φροντίδας ηλικιωμένων, καθώς και θανάτου.

Σε σχέδιο εξιτηρίου πρέπει να εντάσσονται ασθενείς που δεν είναι σε θέση να επιτελέσουν τις βασικές καθημερινές τους ανάγκες (λήψη τροφής, προσωπική υγιεινή, βάδιση κ.ά.) αλλά και τις σύνθετες καθημερινές τους ανάγκες (οικοκυρικά, χρήση τηλεφώνου κ.ά.). Επίσης, ανάγκη ενός προσαρμοσμένου σχεδίου εξιτηρίου έχουν όσοι χρειάζονται ειδικές θεραπείες (π.χ. φυσικοθεραπεία), καθώς και ασθενείς έπειτα από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή μετά από μία ορθοπεδική χειρουργική επέμβαση, όσοι φέρουν «στομίες» ή όσοι λαμβάνουν εξειδικευμένη φαρμακευτική αγωγή (υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις). Επιπλέον, οι ασθενείς που μεταφέρονται σε εξειδικευμένο κέντρο ή σε άλλη χώρα συνοδεύονται από σαφείς και πλήρεις οδηγίες για την περαιτέρω συνέχιση της θεραπείας τους, στο πλαίσιο ενός συντονισμένου σχεδίου εξιτηρίου, μέσω του οποίου καθορίζονται επακριβώς οι συνθήκες μεταφοράς και οργανώνεται με λεπτομέρεια η ασφαλής μετακίνησή τους.

3.7 Η ηθική του σχεδίου εξιτηρίου

Το σχέδιο εξιτηρίου περιγράφεται ως η συνισταμένη των προτάσεων των επαγγελματιών υγείας που κρίνεται ότι είναι προς το συμφέρον του ασθενή, των επιθυμιών του, αλλά και αυτών των οποίων θα επιτρέψουν η οικογένεια, η κοινότητα και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί. Διάφορες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι ένα ποσοστό έως και 40% ηλικιωμένων δεν διαδραματίζει κανένα ρόλο στο σχεδιασμό του εξιτηρίου του. Κάτι τέτοιο συμβαίνει συνήθως σε περίπτωση διαφωνίας του ασθενή με την οικογένειά του ή σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει σημάδια νοητικής διαταραχής. Επίσης, πολλοί προγραμματιστές εξιτηρίων (συνήθως κοινωνικοί λειτουργοί στο εξωτερικό) παραδέχονται ότι αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στην οικογένεια παρά στον ασθενή, ενώ ομολογούν την επιρροή τους στη διαδικασία του σχεδιασμού εξιτηρίου, η οποία είναι συχνά μεγαλύτερη από αυτή των ασθενών (Cowles, 1999). Είναι φανερό ότι πολλοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τον έλεγχο της απόφασης για τον προγραμματισμό του εξιτηρίου τους, ενώ στην πραγματικότητα είναι αυτοί που τον χρειάζονται περισσότερο. Κάτι τέτοιο δεν περιορίζεται στους ασθενείς που έχουν απολέσει τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων λόγω άνοιας, με αποτέλεσμα την ψυχική επιβάρυνσή τους μετά το εξιτήριο.

Η αρχή της αυτονομίας του ασθενή αποτελεί θεμέλιο λίθο της ηθικής των ιατρικών αποφάσεων και δεν πρέπει να παραβιάζεται όταν ένας ασθενής είναι ικανός να λάβει αποφάσεις κατόπιν ενημέρωσης. Ωστόσο, στη διαδικασία του προγραμματισμού του εξιτηρίου, όταν ρυθμίζονται θέματα που αφορούν στη μακροχρόνια φροντίδα του ασθενή, τα μέλη της οικογένειας έχουν εύλογο συμφέρον στη λήψη των αποφάσεων, καθώς αυτές σε μεγάλο βαθμό θα επηρεάσουν τη δική τους ποιότητα ζωής. Για το λόγο αυτό, ένας προγραμματισμός εξιτηρίου ο οποίος γίνεται χωρίς την επαρκή συμμετοχή μελών της οικογένειας, μπορεί να θεωρηθεί ότι παραβιάζει τα δικά τους δικαιώματα αυτονομίας.

Με δεδομένη την υψηλή θέση της οικογένειας στο αξιακό σύστημα των Ελλήνων καθώς και τις εγγενείς αδυναμίες του προνοιακού συστήματος, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην εκπαίδευση των συγγενών ενός ασθενή που χρειάζεται σχέδιο εξιτηρίου. Ο σεβασμός στις επιθυμίες των ασθενών και της οικογένειας, καθώς και η επίδειξη επαγγελματισμού από τους ενεχομένους στην κατάρτιση του σχεδίου εξιτηρίου, αποτελούν σημαντικές προϋποθέσεις για την επιτυχή έκβασή του, με γνώμονα την ασφάλεια και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στον προγραμματισμό εξιτηρίου νοσοκομειακού ασθενούς είναι σημαντικός προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς είναι ικανοί να προσαρμοστούν ικανοποιητικά στο προηγούμενο περιβάλλον τους. Η υπόθεση αυτή είναι μείζονος ανησυχίας για τους επαγγελματίες που εργάζονται με ασθενείς που αναρρώνουν ή διαχειρίζονται οξείες καταστάσεις υγείας, όπως καρκίνο ή αναπηρία.

Συμπερασματικά, ο Beder (2006) επισημαίνει ότι ο πρωταρχικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να διευκολύνει το εξιτήριο και να αντιμετωπίσει τον ασθενή και την οικογένεια στο έργο. Ωστόσο, πέρα από την εντολή αυτή, οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν πολλές ευκαιρίες να αλληλεπιδράσουν και να επηρεάσουν την κατάσταση του ασθενούς και της οικογένειας και να εκπληρώσουν το έργο που επιτελούν.

II. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Υλικό και Μέθοδος της Μελέτης

4.1 Παρουσίαση του Γ.Ν. Ασκληπιείου Βούλας

Η παρούσα μελέτη πρόκειται να εξετάσει τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στον προγραμματισμό εξιτηρίου νοσηλευόμενου ασθενή και κατά επέκταση την αποτελεσματικότητα που υφίστανται στο Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας. Για το λόγο αυτό αρχικά θα ήταν σκόπιμη μια σύντομη παρουσίαση του νοσοκομείου.

4.1.1 Ιστορικό

Το Νοσοκομείο «Ασκληπιείο» ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1921 υπό τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό (Ε.Ε.Σ.), ως Σανατόριο για την θεραπεία της φυματιώσεως των οστών, των αρθρώσεων και του ραχιτισμού που προσέβαλε τότε κυρίως τα παιδιά. Λειτουργεί από την ίδρυσή του στη Βούλα σε ένα πευκόφυτο κτήμα 104 στρεμμάτων. Τα περισσότερα Νοσηλευτικά περίπτερα ανεγέρθηκαν από δωρεές ευεργετών και φιλανθρώπων προς τον Ε.Ε.Σ.

Από το 1948 εξελίχθηκε σε ένα Γενικό Ορθοπαιδικό Νοσοκομείο που κάλυπτε ορθοπαιδική χειρουργική και τραυματολογία, ενώ σταδιακά αναπτύχθηκαν και άλλες ειδικότητες όπως Γενικής Χειρουργικής, Νευροχειρουργική, Παθολογική, Καρδιολογική, Φυσικής Ιατρικής και αποκατάστασης όπως και κλινικές για να καλύπτουν τις ανάγκες νοσηλείας.

Το 1985 με το Π.Δ. 594/85 το Νοσοκομείο του Ε.Ε.Σ. «Ασκληπιείο Βούλας» μετατρέπεται σε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και εντάσσεται στο Ε.Σ.Υ. Με το Ν.1821/6-12-88 κυρώνεται η υπογραφείσα σύμβαση της 28/5/85 με το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και το Ε.Ε.Σ., και περιέρχεται στο Νοσοκομείο η χρήση όλων των κτιριακών και λοιπών εγκαταστάσεων καθώς και ο πάσης φύσεως εξοπλισμός για όσο χρόνο θα υφίσταται το Νοσοκομείο σαν Ν.Π.Δ.Δ. ενταγμένο στο ΕΣΥ, ενώ η κυριότητα παραμένει στον Ε.Ε.Σ. (www.asklepieio.gr).

Το νοσοκομείο απασχολεί 1.100 εργαζόμενους, ενώ οι ανεπτυγμένες κλίνες του έχουν περιοριστεί σε 358 από τις 402 κλίνες που προβλέπει ο Οργανισμός λειτουργίας του, εξαιτίας της στατικής ακαταλληλότητας αρκετών κτιρίων, απόρροια της παλαιότητας των κτιρίων αλλά και των τελευταίων σεισμών του 1999.

Με την εφαρμογή του Ν. 3329/05 «Περιφερειακή συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», το Νοσοκομείο σταδιακά μεταβάλλεται από ειδικό Ορθοπαιδικό σε Γενικό Νοσοκομείο, ικανό να καλύπτει τις αυξημένες και πραγματικές ανάγκες της ευρύτερης περιοχής της Νοτιοανατολικής Αττικής και των Μεσογείων, εξυπηρετώντας περίπου 1,5 εκατομμύριο κατοίκους . (www.asklepieio.gr).

Προς την κατεύθυνση αυτή το νοσοκομείο έχει μετατρέψει σημαντικό αριθμό ορθοπαιδικών κλινών σε κλίνες του Παθολογικού Τομέα, έχει προχωρήσει στην ανάπτυξη νέων τμημάτων, όπως το Γναθοχειρουργικό, το Ενδοκρινολογικό και το Διαιτολογικό, ενώ παράλληλα σχεδιάζεται και η άμεση έναρξη λειτουργίας της Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας, του Γαστρεντερολογικού Τμήματος.

4.1.2 Νομικό πλαίσιο, διοίκηση και υπηρεσίες¹

Το Νοσοκομείο υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 «Περί οργάνωσης της Ιατρικής Αντίληψης» (ΦΕΚ 254/Α), σύμφωνα με το άρθρο 7 του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α') «Περιφερειακή συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει, αποτελεί Ν.Π.Δ.Δ. το οποίο υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου και διέπεται από τις διατάξεις του εν λόγω νόμου, φέροντας την επωνυμία «Γ.Ν. «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ» Βούλας». Έδρα του Νοσοκομείου είναι η Βούλας Αττικής.

¹ Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ» Βούλας, αριθμ. Υ4α/οικ. 43123/30-4-2012.

Αποστολή του Νοσοκομείου είναι:

- Η παροχή Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης
- Η ειδίκευση, η συνεχής εκπαίδευση και η επιμόρφωση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, με την ανάπτυξη και εφαρμογή ανάλογων εκπαιδευτικών προγραμμάτων
- Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας

Τα όργανα διοίκησης του νοσοκομείου είναι το Διοικητικό Συμβούλιο, ο Διοικητής του Νοσοκομείου και ο Αναπληρωτής Διοικητής. Το Νοσοκομείο απαρτίζεται από τρεις Υπηρεσίες (Ιατρική, Νοσηλευτική και Διοικητική-Οικονομική Υπηρεσία), το Αυτοτελές Τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής, και το Ειδικό Γραφείο Υποστήριξης Πολίτη. Κάθε Υπηρεσία, Αυτοτελές Τμήμα και Ειδικό Γραφείο έχει τη δική του ιεραρχική διάρθρωση και συγκρότηση. Το Αυτοτελές Τμήμα υπάγεται απευθείας στον Διοικητή του Νοσοκομείου, ενώ το Ειδικό Γραφείο υπάγεται στον Αναπληρωτή Διοικητή.

4.1.3 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας (ΤΚΕ) εντάσσεται στην Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου. Σύμφωνα με τον Οργανισμό του Νοσοκομείου (αρ.πρ.Υ4α/οικ. 43123/30-4-2012) αρμοδιότητες του είναι: *«Η ευθύνη και η συμπαράσταση των νοσηλευομένων του νοσοκομείου σε κάθε κοινωνικό πρόβλημα. Η αναζήτηση και διερεύνηση των αιτίων που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση και γενικά η φροντίδα και η ψυχολογική υποστήριξη για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων των ασθενών στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής πολιτικής της πολιτείας».*

Το ΤΚΕ του νοσοκομείου είναι στελεχωμένο με έξι (6) Κοινωνικούς Λειτουργούς. Ένας εξ αυτών απασχολείται στο ιατροπαιδαγωγικό κέντρο Νέας Σμύρνης και ένας στην παιδοψυχιατρική κλινική του Νοσοκομείου. Το ΤΚΕ του νοσοκομείου εξυπηρετεί στο σύνολο περίπου 600 περιστατικά τον χρόνο.

4.2 Σκοπός και στόχοι της μελέτης

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στον προγραμματισμό εξιτηρίου νοσοκομειακού ασθενούς.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι οι εξής:

- Η καταγραφή των στάσεων των κοινωνικών λειτουργών για τον ρόλο και τις αρμοδιότητες τους στο νοσοκομείο
- Η καταγραφή των στάσεων των κοινωνικών λειτουργών σχετικά με τον προγραμματισμό εξιτηρίου στα ελληνικά νοσοκομεία
- Η διερεύνηση του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού, ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, στον προγραμματισμού του εξιτηρίου
- Η αξιολόγηση του έργου του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο
- Η αποτύπωση παραγόντων οι οποίοι κατά την άποψη των κοινωνικών λειτουργών δυσχεραίνουν στην αποτελεσματική άσκηση του έργου τους στον προγραμματισμό του εξιτηρίου

4.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώθηκαν με βάση τους παραπάνω στόχους και είναι τα εξής:

- Πώς αντιλαμβάνονται οι κοινωνικοί λειτουργοί τον ιδανικό ρόλο τους στο χώρο της υγείας;
- Πώς διαμορφώνονται οι αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο;
- Πώς αντιλαμβάνονται οι κοινωνικοί λειτουργοί τον προγραμματισμό εξιτηρίου στο νοσοκομείο;
- Ποιος είναι ο επαγγελματικός ρόλος των κοινωνικών λειτουργών στο σχέδιο εξιτηρίου;
- Πώς αντιλαμβάνονται οι κοινωνικοί λειτουργοί το ρόλο τους στην διεπιστημονική ομάδα, στον προγραμματισμό εξιτηρίου;

- Ποιες είναι οι δυσκολίες που παρεμβαίνουν στην αποτελεσματική άσκηση του έργου των κοινωνικών λειτουργών στην υλοποίηση του εξιτηρίου;
- Πώς αξιολογούν οι κοινωνικοί λειτουργοί το έργο τους στο νοσοκομείο;
- Ποιοι είναι οι φορείς με τους οποίους συνεργάζονται για την υλοποίηση του εξιτηρίου ενός ασθενούς και πόσο αποτελεσματική είναι η συνεργασία τους;
- Πώς προσδιορίζονται οι σχέσεις συνεργασίας με τους άλλους επαγγελματίες υγείας κατά τον προγραμματισμό του εξιτηρίου του νοσηλευόμενου ασθενή;

4.4 Σχεδιασμός της έρευνας

Η έρευνα είναι μία διαδικασία στην οποία ο ερευνητής θα πρέπει συνεχώς να ασχολείται με τους στόχους, τα υποκείμενα, τις θεωρίες, τις μεθόδους και τα δεδομένα. Η διαρκής αλληλεπίδραση μεταξύ ανάγνωσης, σκέψης, μελέτης του υλικού, των δεδομένων και της ανάλυσης αποτελούν την ουσία της ερευνητικής δραστηριότητας. Ο τρόπος με τον οποίο διατυπώνεται το ερώτημα της έρευνας δεν είναι σημαντικός για την όλη διαδικασία, αλλά καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το πλαίσιο των μεθόδων που θα χρησιμοποιηθούν.

Το είδος της έρευνας που επιλέχθηκε για τη συγκεκριμένη μελέτη είναι η ποιοτική μέθοδος συλλογής στοιχείων, διότι θεωρήθηκε καταλληλότερη αναφορικά με την καταγραφή των απόψεων, των θέσεων και των στάσεων για το συγκεκριμένο θέμα. Η ποιοτική έρευνα εστιάζει στο νόημα, δηλαδή στο πώς οι άνθρωποι κατανοούν τον κόσμο, την εμπειρία και τον εαυτό τους. Οι ερευνητές τείνουν να εστιάζουν στην ποιότητα και την ιδιαίτερη «υφή» της εμπειρίας, παρά να αναζητούν απρόσωπους νόμους αιτίου-αποτελέσματος, ή μεταβλητές που στοχεύουν σε σίγουρες προβλέψεις.

Η ποιοτική έρευνα παρουσιάζει σημαντικές διαφορές σε σχέση με την ποσοτική ως προς τον ερευνητικό σχεδιασμό, τη δειγματοληψία, τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, τη σχέση ανάμεσα στον ερευνητή και τα υποκείμενα, καθώς και ως προς τον τρόπο αξιολόγησής της. Η διαφορά της ποσοτικής από την ποιοτική έρευνα δεν οφείλεται στις διαφορετικές τεχνικές και μεθόδους που ακολουθούν, αλλά στη διαφορετική θεωρητική «λογική» με την οποία προσεγγίζεται η έρευνα. Η ποιοτική έρευνα έχει χαρακτηριστεί ως «συστηματική διερεύνηση», που ενδιαφέρεται να κατανοήσει τις ανθρώπινες υπάρξεις και τη φύση των συναλλαγών μεταξύ τους.

Περιγράφεται ως ολιστική (ενδιαφέρεται για τους ανθρώπους και το περιβάλλον τους), και ως φυσική (αποτελεί έρευνα χωρίς περιορισμούς και ελέγχους που επιβάλλονται από τον ερευνητή) (Σαχίνη-Καρδάση, 2004).

Με την ποιοτική έρευνα ο ερευνητής έχει την ευκαιρία να περιγράψει τα γεγονότα αλλά και ο συνεντευξιαζόμενος να αναφέρει την εμπειρία του. Η ποιοτική μέθοδος επιτρέπει στον ερευνητή να διεισδύσει στην προσωπικότητα των ερωτώμενων και να κατανοήσει τις κοινωνικές επιρροές (Παπαγεωργίου, 1998). Ωστόσο, παρά τις προσπάθειες για αντικειμενική έρευνα υπάρχει πάντα η υποκειμενικότητα του ερευνητή. Ο ερευνητής συλλέγει τα δεδομένα, τα οποία ερμηνεύει και μετατρέπει μέσα από την ανάλυση σε πληροφορίες. Διαμορφώνει διαρκώς τον τρόπο χρήσης των μεθόδων, ενώ η διαδικασία αλλά και το αποτέλεσμα εξαρτώνται από τη στάση που κρατά και το πώς χειρίζεται την έρευνα.

4.5 Καθορισμός του δείγματος

Η ποιοτική δειγματοληψία βασίζεται σε δύο βασικούς κανόνες: της καταλληλότητας και της επάρκειας (Morse & Field, 1996). Αυτό σημαίνει ότι για την ποιοτική έρευνα το δείγμα θα πρέπει να είναι το κατάλληλο για την ερμηνεία του φαινομένου και θα πρέπει να είναι επαρκές όχι σε ποσότητα, αλλά σε παροχή ποιοτικών πληροφοριών που θα επιτρέψουν να επιτευχθεί η έννοια του κορεσμού, αναφορικά με τις πληροφορίες για το υπό έρευνα φαινόμενο (Patton, 1990; Polit & Hungler, 1999).

Στην ποιοτική έρευνα το δείγμα δεν χρειάζεται να είναι ποσοτικά μεγάλο για τη διεξαγωγή έγκυρης έρευνας. Συνήθως αφορά σε διψήφιο ή ακόμη και σε μονοψήφιο αριθμό. Ένα μεγάλο δείγμα δεν εξυπηρετεί ούτε τους στόχους αλλά ούτε τους σκοπούς της ποιοτικής έρευνας. Αντιθέτως, ένα μεγάλο δείγμα συνήθως λειτουργεί αρνητικά για την εγκυρότητα της ποιοτικής έρευνας, καθώς μέσα στο μεγάλο αριθμό των συμμετεχόντων χάνονται τα υποκειμενικά και εξατομικευμένα χαρακτηριστικά, τα οποία θέλει η ποιοτική έρευνα να κατανοήσει (Thompson, 1999; Parahoo, 2006).

Επιπλέον, το δείγμα πρέπει να είναι κατάλληλο, δηλαδή να έχει τα στοιχεία εκείνα που ο ποιοτικός ερευνητής θέλει να ερευνήσει, καθώς και τη γνώση και τη θέληση να συμμετάσχει στην έρευνα (Parahoo, 2006). Αυτό το δείγμα χαρακτηρίζεται ως δείγμα σκοπιμότητας (purposive sampling), καθώς επιλέγεται σκοπίμως επειδή έχει τη γνώση, τα χαρακτηριστικά και τη θέληση να του δώσει πιο ολοκληρωμένες και σε

βάθος απαντήσεις στην ερευνητική του ερώτηση. Συνεπώς, το δείγμα επιλέγεται όχι με αντικειμενικές και τυχαίες τεχνικές, αλλά με βάση την υποκειμενική γνώση του ερευνητή για τα χαρακτηριστικά του δείγματος (Morse, 2003).

Στη συγκεκριμένη ποιοτική έρευνα το «δείγμα σκοπιμότητας» περιλάμβανε τους έξι (6) κοινωνικούς λειτουργούς του νοσοκομείου. Ωστόσο, ο ένας εξ αυτών, δεν κατέστη δυνατό να συμμετέχει λόγω μεγάλου φόρτου εργασίας και έλλειψης χρόνου και αποκλείστηκε από την μελέτη. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν πέντε (5) κοινωνικοί λειτουργοί που απασχολούνται στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Γ.Ν. Ασκληπιείου Βούλας.

4.6 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η μέθοδος συλλογής δεδομένων θα πρέπει να επιτρέπει την κατανόηση σε βάθος των υποκειμενικών εμπειριών, αντιλήψεων και πεποιθήσεων των συμμετεχόντων. Με άλλα λόγια, η μέθοδος συλλογής δεδομένων στην ποιοτική έρευνα οφείλει να επιτρέπει την καταγραφή των πράξεων και των λόγων των συμμετεχόντων, όπως αυτά θα συνέβαιναν ή θα εκφράζονταν αν δεν υπήρχε ο ερευνητής, δηλαδή χωρίς να επηρεάζονται και κυρίως χωρίς να επιβάλλονται ή να καθοδηγούνται από αυτόν. Με αυτόν τον τρόπο ο ερευνητής θα είναι σε θέση να κατανοήσει τις μοναδικές και υποκειμενικές εμπειρίες, πεποιθήσεις και αντιλήψεις τους (May, 1994; Holloway & Wheeler, 1996).

Στην ποιοτική έρευνα, οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων πρέπει να στερούνται αυστηρής δόμησης και να είναι είτε μη δομημένοι, είτε ημιδομημένοι (Bowling, 2000; Morse, 2004). Η κατάρτιση ενός καλά δομημένου ερωτηματολογίου, που περιλαμβάνει μια σειρά ερωτήσεων και μια προκαθορισμένη σειρά απαντήσεων, περιορίζει τους συμμετέχοντες στις απαντήσεις που έχει ήδη σχηματίσει ο ερευνητής, με αποτέλεσμα να μην δύναται η καταγραφή των προσωπικών πεποιθήσεων, αντιλήψεων και εμπειριών των συμμετεχόντων, αλλά το πώς αυτές οι πεποιθήσεις, αντιλήψεις και εμπειρίες χωρούν μέσα στις προκαθορισμένες απαντήσεις του ερευνητή (καταμέτρηση). Ωστόσο, αυτό είναι ασυμβίβαστο με τους στόχους και τους σκοπούς της ποιοτικής έρευνας, καθώς αυτό που καταγράφεται είναι η ποσότητα και όχι η ποιότητα.

4.6.1 Συνεντεύξεις

Οι συνεντεύξεις αποτελούν την πιο διαδεδομένη μέθοδο συλλογής δεδομένων στις ποιοτικές έρευνες και θεωρούνται από τα βασικότερα εργαλεία της ποιοτικής έρευνας, εξαιτίας της ευελιξίας που προσφέρουν κατά τη διεξαγωγή τους, της αμεσότητας και της εξοικείωσης που αισθάνεται το ερωτώμενο κοινό σχετικά με αυτές, καθώς και του χαμηλού κόστους που διαθέτουν.

Οι συνεντεύξεις αποτελούν μια μορφή άμεσης επικοινωνίας ανάμεσα στον ερευνητή και τον ερωτώμενο, όπου ο ερωτώμενος καθοδηγείται από τον ερευνητή με στόχο την απόσπαση πληροφοριών σχετικά με το θέμα της έρευνας (Cohen & Manion, 1992). Με τη μέθοδο της συνέντευξης δημιουργείται ένα «νοηματικό περιεχόμενο» όπως αναφέρει ο Mialaret, (1997) το οποίο προσπαθεί να ανακαλύψει της πτυχές της ανθρώπινης προσωπικότητας και να γνωρίσει τις συμπεριφορές. Τρία είναι τα βασικά στοιχεία που κάνουν τη διαφορά ανάμεσα στην απλή συζήτηση και στη συνέντευξη: (α) ο έμμεσος τρόπος συλλογής στοιχείων σχετικά με τις αντιλήψεις, τις αξίες και τα πιστεύω των ανθρώπων που παίρνουν μέρος στη συνέντευξη, (β) ο ερωτώμενος και ο ερευνητής είναι κατ' ουσία ξένοι μεταξύ τους, και (γ) οι συνεντεύξεις κατευθύνονται από τον ερευνητή σε ένα μεγάλο ποσοστό.

Όπως αναφέρει ο Φίλιας (1993), *«η συνέντευξη είναι το αποτέλεσμα κάποιου είδους μεθοδολογικής στρατηγικής και η πληροφορία πραγματοποιείται μέσω δύο συνειδητοποιήσεων»*, ενώ οι συνειδητοποιήσεις ανήκουν στον ερευνητή και στον ερωτώμενο. Ο Ζαφειρόπουλος (2005) αναφέρει πως η συνέντευξη είναι η καταγραφή της βιωματικής εμπειρίας του ερωτώμενου, καθώς και των απόψεων και στάσεων. Αποτελεί σε βάθος εξερεύνηση των αιτιών και των λόγων κάποιων συμπεριφορών και στάσεων, αφού περιέχει τη δυναμική της συζήτησης.

Από τα τρία είδη συνεντεύξεων που υπάρχουν (δομημένη, ημιδομημένη, μη δομημένη²), στη συγκεκριμένη έρευνα επιλέχθηκε η ημιδομημένη συνέντευξη. Το συγκεκριμένο είδος συνέντευξης χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων, αλλά παρουσιάζει πολύ περισσότερη ευελιξία αναφορικά με τη σειρά των ερωτήσεων, τη δυνατότητα τροποποίησης του περιεχομένου των ερωτήσεων ανάλογα με τον ερωτώμενο, καθώς και της προσθαφαίρεσης ερωτήσεων και θεμάτων για συζήτηση (Ιωσηφίδης, 2003).

² Οι Cohen και Manion (1994) αναφέρουν τέσσερις τύπους συνεντεύξεων: δομημένη, μη δομημένη, μη κατευθυντική και εστιασμένη συνέντευξη.

Η ημιδομημένη συνέντευξη χρησιμοποιείται κυρίως για την απόκτηση μιας λεπτομερούς εικόνας για τις πεποιθήσεις, τις στάσεις και τις απόψεις ενός ατόμου για ένα θέμα, διότι επιτρέπει στον ερευνητή περισσότερη ευελιξία (Smith, 1990). Σύμφωνα με τους Αβραμίδη και Καλυβά (2006), ο συνεντευξιαστής προσπαθεί να εμπλουτίσει τη συζήτηση, ενώ το διάγραμμα της ημιδομημένης συνέντευξης θα πρέπει να καθοδηγεί και όχι να υπαγορεύει την πορεία της.

Η ποιοτική ημιδομημένη συνέντευξη αποτελεί ένα ευέλικτο και δυναμικό εργαλείο, το οποίο είναι μη κατευθυντικό, μη αυστηρά δομημένο και τυποποιημένο, με ερωτήσεις που επιδέχονται ανοιχτού τύπου (open ended) απαντήσεις. Η συζήτηση πρόσωπο με πρόσωπο (face to face) στοχεύει στην κατανόηση από τον ερευνητή της προοπτικής και στάσης του ερωτώμενου για το προς διερεύνηση θέμα, καθώς και να ακούσει τις εμπειρίες του μέσα από τα δικά του λόγια.

Προκειμένου μια συνέντευξη, ως μέσο συλλογής υλικού, να είναι επιτυχής με αντικειμενικά αποτελέσματα, θα πρέπει να διέπεται από ορισμένες προϋποθέσεις και κανόνες που καλείται να εφαρμόσει ο ερευνητής όπως:

- να διευκρινιστεί με σαφήνεια ο σκοπός και οι στόχοι της έρευνας
- να επιλεγεί πολύ προσεκτικά το δείγμα των ερωτήσεων
- να εξασφαλιστεί η συλλογή όλων των απαραίτητων πληροφοριών και η προθυμία συμμετοχής στην έρευνα
- να βεβαιωθεί πως όλες οι πληροφορίες και οι αναφορές που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τη συγκεκριμένη έρευνα και θα παραμείνουν ανώνυμες
- να προσδιοριστεί ο κατάλληλος χρόνος και τόπος που θα πραγματοποιηθεί η κάθε συνέντευξη με βάση τις ανάγκες των συνεντευξιαζόμενων
- να εξασφαλιστεί ένα άνετο, φιλικό και ήρεμο κλίμα καθ' όλη τη διάρκεια της συνέντευξης ώστε να μην έχει τη μορφή και το χαρακτήρα ανάκρισης.

Στην παρούσα έρευνα, η ερευνήτρια ανήκε στην ίδια επαγγελματική ομάδα (κοινωνική λειτουργός) αποπνέοντας φιλικότητα, φυσικότητα και εμπιστοσύνη, διατηρώντας την ουδετερότητα και την αμεροληψία της στην καταγραφή των απόψεων των συμμετεχόντων. Η παρουσία της δεν είχε σκοπό παρέμβασης, παρά μόνο κατεύθυνσης της συζήτησης, εξασφαλίζοντας την αντικειμενικότητά της.

Οι ερωτήσεις δεν περιείχαν παραμέτρους που να άπτονται ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και η καταγραφή των απαντήσεων διεξήχθη με την προσήκουσα διαβεβαίωση της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών. Η ερευνήτρια τόνιζε εκ των προτέρων την τήρηση της πλήρους ανωνυμίας των ερωτώμενων, καθώς και την εθελοντική φύση της μελέτης.

Ο χρόνος που απαιτήθηκε για κάθε συνέντευξη ήταν περίπου σαράντα πέντε (45) λεπτά. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο χώρο του νοσοκομείου σε εύλογη χρονική στιγμή (πριν την έναρξη ή μετά το πέρας της εργασίας) κατόπιν προσυμφωνημένου και προκαθορισμένου ραντεβού με την Προϊσταμένη του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του νοσοκομείου. Η συλλογή των δεδομένων διήρκησε περίπου είκοσι (20) ημέρες, από τις 11 Ιανουαρίου του 2016 έως τα τέλη του ίδιου μήνα.

4.6.2 Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την συλλογή πρωτογενών στοιχείων. Η επιλογή ενός κατάλληλου ερωτηματολογίου ως οργάνου μέτρησης στηρίζεται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, σε παρόμοιες μελέτες που έχουν διεξαχθεί, σε έγκυρες διατριβές, καθώς και σε προφορικές ανακοινώσεις μεταξύ ερευνητών.

Στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφονται ελάχιστες μελέτες για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στον προγραμματισμό εξιτηρίου νοσοκομειακού ασθενούς. Για τις ανάγκες της έρευνας δημιουργήθηκε ένα νέο ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις ανοιχτού τύπου (open ended questions) και κλειστού τύπου (closed ended questions).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από είκοσι (20) ερωτήσεις, καταναμημένες σε τέσσερις (4) ενότητες:

A. Δημογραφικά Στοιχεία: περιλαμβάνει επτά (7) ερωτήσεις (4 ανοιχτού-3 κλειστού τύπου) σχετικά με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των κοινωνικών λειτουργών (όνομα, φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, έτη εργασίας ως κοινωνικός λειτουργός, έτη εργασίας στο νοσοκομείο).

- B. Κοινωνικός Λειτουργός: περιλαμβάνει τρεις (3) ερωτήσεις ανοιχτού τύπου σχετικά με το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού (ρόλος, αρμοδιότητες, πεδία δράσης).
- Γ. Προγραμματισμός εξιτηρίου νοσοκομειακού ασθενούς: περιλαμβάνει επτά (7) ερωτήσεις ανοιχτού τύπου που αφορούν τον προγραμματισμό εξιτηρίου του ασθενή στο νοσοκομείο (σημασία, οφέλη, ρόλος κοινωνικού λειτουργού στον προγραμματισμό εξιτηρίου και στην διεπιστημονική ομάδα, δυσκολίες/ προβλήματα, τρόποι αντιμετώπισης δυσκολιών).
- Δ. Αξιολόγηση: περιλαμβάνει τρεις (3) ερωτήσεις ανοιχτού τύπου που σχετίζονται με την αξιολόγηση της κοινωνικής εργασίας (έργο κοινωνικού λειτουργού, συνεργαζόμενοι φορείς, συνεργασία/διεπιστημονικότητα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας προγραμματισμού εξιτηρίου στον ασθενή με επαγγελματίες υγείας).

4.7 Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων αποτελεί το βασικότερο και κρίσιμότερο στάδιο της έρευνας διότι σε αυτό το σημείο γίνεται η θεωρητικοποίηση, ο έλεγχος τυχόν υποθέσεων, δημιουργούνται τα γενικά και ειδικά συμπεράσματα του ερευνητικού εγχειρήματος. Για την ανάλυση του ποιοτικού υλικού, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η αποτελεσματική διαχείριση των δεδομένων, η οποία περιλαμβάνει τη συστηματική διαδικασία της συλλογής, οργάνωσης, αποθήκευσης και ανάκτησης του ποιοτικού υλικού.

Ο ερευνητής προχωρά σε ερμηνείες (interpretations) των απόψεων και των στάσεων του ερωτώμενου κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της ποιοτικής έρευνας αυξάνεται, στο βαθμό που η παραγόμενη θεωρία είναι πραγματικά θεμελιωμένη στα δεδομένα, ενδυναμώνεται σημαντικά η ερευνητική και αναλυτική διαφάνεια καθώς μπορούν να ελεγχθούν οι διαδικασίες παραγωγής θεωρητικών και ερμηνευτικών συμπερασμάτων και ο βαθμός αντιστοιχισής τους στα πρωτογενή εμπειρικά δεδομένα.

Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας εφαρμόστηκαν πρακτικές και στρατηγικές ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων τα οποία πήραν τη μορφή κειμένου. Οι στρατηγικές αυτές ήταν η συνεχής σύγκριση (constant comparison) που στοχεύει στη δημιουργία θεωρίας και υποθέσεων, καθώς και οι διαδικασίες κωδικοποίησης των δεδομένων (coding procedures), μέσω της οποίας αναπτύσσονται και διατυπώνονται οι θεωρητικές προτάσεις και οι υποθέσεις που βασίζονται στα ποιοτικά δεδομένα (Ιωσηφίδης & Σπυριδάκης, 2006).

Σύμφωνα λοιπόν με τη μέθοδο ανάλυσης, ορίστηκαν εξ αρχής κάποιες κατηγορίες βάση των οποίων ταξινομήθηκαν τα δεδομένα των πρώτων συνεντεύξεων. Κατά τη διάρκεια της ταξινόμησης του υλικού των συνεντεύξεων, αναθεωρήθηκαν και αναδιαμορφώθηκαν τόσο οι κατηγορίες όσο και τα ερευνητικά ερωτήματα μέσα από την αλληλεπίδραση των δεδομένων της έρευνας. Βασική επιδίωξη αποτέλεσε η δημιουργία του πλήθους και του είδους των κατηγοριών, ώστε να ενταχθούν όλα τα δεδομένα της έρευνας σε αυτές. Ακολούθησε η σύγκριση και η αφαίρεση του υλικού, το οποίο ουσιαστικά δεν αλλοίωνε ουσιαστικά το περιεχόμενο του ερευνητικού υλικού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Αποτελέσματα της μελέτης

5.1 Δημογραφικά στοιχεία

Όλοι οι συμμετέχοντες κοινωνικοί λειτουργοί είναι γυναίκες, έγγαμες και κάτοχοι πτυχίου Τ.Ε.Ι. Έχουν 49 ετών μέσο όρο ηλικία, 19.6 έτη εμπειρίας στο επάγγελμα και 16.8 έτη εμπειρίας στο χώρο του νοσοκομείου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Χαρακτηριστικά του δείγματος (N=5)

Φύλο	Γυναίκες
Ηλικία (έτη)	49 έτη (εύρος=45-51 έτη, τ.α=2,35)
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμες
Μορφωτικό επίπεδο	Πτυχίο Τ.Ε.Ι
Έτη εργασίας (ως κοινωνικός λειτουργός)	19,6 έτη (εύρος=14-28 έτη, τ.α=6,11)
Έτη εργασίας (στο νοσοκομείο)	16,8 έτη (εύρος=5-28 έτη, τ.α=8,41)

5.2 Κοινωνικός Λειτουργός

«Ποιος θεωρείτε ότι θα έπρεπε ιδεωδώς να είναι ο ρόλος του ΚΛ στο χώρο της υγείας;»

Όλοι οι συμμετέχοντες ΚΛ κάνουν αναφορά στο υποστηρικτικό, συμβουλευτικό, θεραπευτικό, οργανωτικό, ερευνητικό έργο του ΚΛ στο νοσοκομείο. Μιλούν για εξυπηρέτηση και άμεση βοήθεια του ασθενή, υποστήριξη και μεσολάβηση ανάμεσα σε αυτόν και το περιβάλλον του, την μετανοσοκομειακή του αποκατάσταση, αλλά κυρίως για τη συμμετοχή στην διεπιστημονική ομάδα υγείας, την οποία θεωρούν αναγκαία για την ολιστική αντιμετώπιση του ασθενή.

«Πολλές φορές έρχεται σε αντίθεση λόγω του ιατροκεντρικού μοντέλου που επικρατεί στα νοσοκομεία της χώρας μας. Είναι απαραίτητη η ύπαρξη της διεπιστημονικής ομάδας».

«...θα έπρεπε να βρίσκεται σε αμοιβαία συνεργασία με την ιατρική-νοσηλευτική και διοικητική υπηρεσία με στόχο την εξυπηρέτηση και άμεση βοήθεια του ασθενή».

«...υποστηρίζει, μεσολαβεί ανάμεσα στον ασθενή και το ιατρικό προσωπικό, το οικογενειακό-κοινωνικό του περιβάλλον, εργάζεται προς το όποιο συμφέρον του ασθενούς, φροντίζει για την μετανοσοκομειακή του αποκατάσταση».

«Συμμετοχή στην ομάδα υγείας με σκοπό την ολιστική αντιμετώπιση του ασθενή».

«Πιστεύετε πως είναι απόλυτα ξεκάθαρες οι αρμοδιότητές σας στο νοσοκομείο όπου εργάζεστε;»

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφωνούν πως οι αρμοδιότητές τους στο νοσοκομείο δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρες και παραβιάζονται από άλλες ειδικότητες.

«Πολλές φορές γίνεται παραβίαση από άλλες ειδικότητες, ειδικά για μοναχικούς ασθενείς, όπου ο ΚΛ καλείται να μεριμνήσει για όλες τις ανάγκες που προκύπτουν»

«Παραβιάζονται από άλλες ειδικότητες στη διασύνδεση των υπηρεσιών προς τους εξυπηρετούμενους».

«Οι αρμοδιότητές μας δεν είναι ξεκάθαρες και προσπαθούμε να ενημερώνουμε όλους τους συνεργάτες και να έχουμε κοινή γραμμή σε όλα τα αιτήματα»

Μάλιστα μία συνεντευξιαζόμενη αναφέρει χαρακτηριστικά:

«Πολλές φορές καλούμαστε να κάνουμε πράγματα άσχετα με την ειδικότητά μας μόνο και μόνο για να αποφορτίσουμε τους γιατρούς και τις νοσηλεύτριες. Οι πιο πολλοί στο νοσοκομείο νομίζουν ότι δεν κάνουμε πολλά πράγματα και σκόπιμα μας φορτώνουν ότι μπορούν αιτήματα π.χ. απομάκρυνση σωρών από το νοσοκομείο, διερεύνηση νεκρών αγνώστων στοιχείων».

Διαφορετική άποψη έχει μόνο μία ΚΛ:

«Τα τελευταία χρόνια θεωρώ πως είναι αρκετά ξεκάθαρες οι αρμοδιότητες του ΚΛ, ακολουθείται ο δεοντολογικός κώδικας και προασπίζονται τα επαγγελματικά δικαιώματα. Πιστεύω πως ο επαγγελματίας ΚΛ ορίζει το πλαίσιο εργασίας του γνωρίζοντας ακριβώς το αντικείμενό του στην εκάστοτε δομή».

«Ποια θεωρείτε ότι αποτελούν πεδία δράσης τα οποία ανήκουν στις αρμοδιότητες του ΚΛ;»

Οι συμμετέχοντες κάνουν αναφορά κυρίως σε δράσεις κλινικής, προληπτικής και μετανοσοκομειακής παρέμβασης, παρέχοντας υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης και συμβουλευτικής στους ασθενείς και στο περιβάλλον τους, αλλά και εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης στα πλαίσια της μετανοσοκομειακής τους αποκατάστασης. Εστιάζουν στη διεπιστημονική προσέγγιση της φροντίδας υγείας, στη συνεργασία, στην προάσπιση της υγείας των ευάλωτων ομάδων.

«Συνεργασία με τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις υπηρεσίες του Δήμου που κατοικεί ο ασθενής και της κοινότητας εν γένει που θα μεταβεί μετά τη νοσηλεία του. Συνεργασία με το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, τη γειτονιά τα πάντα όλα εξατομικευμένα κάθε φορά ανάλογα με την περίπτωση».

«Ψυχοκοινωνική στήριξη ασθενούς, συμβουλευτική και υποστηρικτική κοινωνική εργασία. με ασθενή και περιβάλλον του. Δικτύωση με δομές υποστήριξης, φορείς κ.τλ., διαμεσολάβηση στο ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό εξυπηρετώντας το όφελος ασθενών, συνεργασία με τις διοικητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου. Ανασφάλιστοι, άποροι, αλλοδαποί ασθενείς εξυπηρετούνται. Μετανοσοκομειακή αποκατάστασης»

«...μπορούμε να ασχοληθούμε με όλους τους ασθενείς αλλά περισσότερο με τις ευάλωτες ομάδες και όταν κρίνουμε εξατομικευμένα».

«Κοινωνική εργασία με τον ασθενή, με το νοσοκομείο, με την κοινότητα. Συμμετοχή στην διεπιστημονική ομάδα με σκοπό την εξατομικευμένη αντιμετώπιση του ασθενούς και την ενίσχυση της οικογένειας».

5.3 Προγραμματισμός εξιτηρίου νοσοκομειακού ασθενούς

«Ποια είναι η άποψή σας για τον προγραμματισμό εξιτηρίου στα Ελληνικά Νοσοκομεία;»

Η διαδικασία για τον προγραμματισμό εξιτηρίου στο νοσοκομείο δεν είναι προτυποποιημένη και δρομολογείται διαδικαστικά και γραφειοκρατικά. Στην συγκεκριμένη ερώτηση, οι απαντήσεις των ΚΛ χωρίζονται σε δύο ομάδες: η πρώτη ομάδα εστιάζει στη σημασία της διαδικασίας του προγραμματισμού εξιτηρίου την οποία χαρακτηρίζει γραφειοκρατική και ελλιπής, ενώ η δεύτερη ομάδα εστιάζει στα άτομα τα οποία εκπονούν το πλάνο εξιτηρίου.

«Υπάρχει ασάφεια. Είναι γραφειοκρατική διαδικασία που λόγω της έλλειψης σαφούς καθηκοντολογίου οι άλλες ειδικότητες προσπαθούν να το πετάξουν στον ΚΛ».

«Είναι απαραίτητος για τη μείωση της γραφειοκρατικής διαδικασίας».

«Πρέπει να ενημερώνεται έγκαιρα ο ίδιος και το περιβάλλον του. Να κατευθύνεται προς άλλες δομές αποθεραπείας και αποκατάστασης εφόσον απαιτείται και να παραπέμπεται σωστά. Όμως δυστυχώς σήμερα δεν υπάρχει η κατάλληλη προετοιμασία με αποτέλεσμα να αιφνιδιάζονται και να είναι απροετοίμαστοι».

«Εάν συνυπάρχει θέμα κοινωνικού ενδιαφέροντος τότε οι θεράποντες ιατροί σε συνεργασία με το διοικητικό προσωπικό συνεργάζονται με το τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας κυρίως σε θέματα ασφαλιστικά και μετανοσοκομειακής αποκατάστασης πριν εκδοθεί το εξιτήριο του ασθενούς ή και μετά συνεχίζοντας ο ΚΛ τις προσπάθειες».

«Από τη στιγμή που δεν υπάρχει πρωτόκολλο για τον προγραμματισμό εξιτηρίου, ο καθένας ενεργεί ανάλογα την προσωπικότητά του. Υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών που παραπέμπονται στην κοινωνική υπηρεσία λίγο πριν το εξιτήριο γιατί ο γιατρός ή η προϊσταμένη της κλινικής δεν κατάλαβε και έκρινε ότι ήταν αναγκαίο. Όταν όμως στην αναγγελία του εξιτηρίου παρουσιάζονται προβλήματα μας καλούν. Τότε είναι αργά όμως να κάνουμε σωστά τη δουλειά μας».

«Θεωρείτε αναγκαία την ύπαρξη ενός σχεδίου εξιτηρίου; Για ποιους λόγους και ποια τα οφέλη του προγραμματισμένου εξιτηρίου;»

Οι συμμετέχοντες θεωρούν αναγκαία την ύπαρξη ενός σχεδίου εξιτηρίου, αναφέροντας ως βασικούς λόγους την καλύτερη εξυπηρέτηση του ασθενή και την κατάλληλη προετοιμασία για τη μετάβαση με ομαλό και ασφαλή τρόπο από το νοσοκομείο στο «άλλο» επίπεδο. Αναφορικά με τα οφέλη του προγραμματισμένου εξιτηρίου, αυτά προσδιορίζονται στη μείωση της πιθανότητας επανεισαγωγής που σημαίνει καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών και μείωση του κόστους.

«Σαφώς χρειάζεται σχέδιο εξιτηρίου. Για την καλύτερη εξυπηρέτηση και διευκόλυνση του ήδη ταλαιπωρημένου εξυπηρετούμενου ασθενή που τις περισσότερες φορές δυσκολεύεται από τη γραφειοκρατική διαδικασία, είτε γιατί δεν υπάρχει η κατάλληλη προετοιμασία είτε γιατί δεν είναι έτοιμοι για το επόμενο βήμα της μεταφοράς του σε πλαίσιο ή το σπίτι με ασφάλεια».

«...για την καλύτερη εξυπηρέτηση του εξυπηρετούμενου ασθενή και του περιβάλλοντός του. Έγκαιρη και σωστότερη προετοιμασία του ασθενούς για την μετανοσοκομειακή του αποκατάσταση. Μείωση των νοσηλειών, βελτίωση προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας».

«Σαφέστατα. Θα πρέπει κατά την εισαγωγή να γίνεται σωστή διάγνωση των περιστατικών και των κοινωνικών αναγκών για τη σωστή νοσηλεία και αποκατάσταση μετά το εξιτήριο. Με αυτό τον τρόπο θα παρέχουμε καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς, καλύτερη εξέλιξη της νόσου, αποδοχή της νέας κατάστασης από τους ασθενείς και τους συνοδούς, μεγαλύτερο ποσοστό συμμόρφωσης στη θεραπεία, την οργανωμένη και σωστή παραπομπή μετά την αποχώρηση από το νοσοκομείο. Λιγότερες επανεισαγωγές. Λιγότερο άγχος για εμάς».

«...προκαλούμε δικτύωση με προγράμματα π.χ. Βοήθεια στο σπίτι ή Κέντρα Ημέρας»/

«Ποιος θεωρείτε ότι είναι ο επαγγελματικός σας ρόλος στον προγραμματισμό εξιτηρίου νοσηλευόμενου ασθενή στο νοσοκομείο;»

Οι συμμετέχοντες συνθέτουν, ο καθένας από ένα κομμάτι, τον επαγγελματικό ρόλο του ΚΛ στον προγραμματισμό εξιτηρίου. Αναφέρουν ρόλους που πηγάζουν από αρμοδιότητες του ΚΛ στο νοσοκομείο, όπως επείγουσας παρέμβασης (συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας ή υπηρεσίες), κλινικής παρέμβασης (λήψη κοινωνικού ιστορικού, προετοιμασία ασθενούς για επάνοδο και αποκατάσταση), εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης (συνεργασία με άλλους φορείς της κοινότητας).

«Να συνεργαστεί με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, να φροντίσει για την ασφαλή έξοδό του και να υπάρξει συνεχή συνεργασία με τις αντίστοιχες υπηρεσίες στην κοινότητα σε σχέση πάντα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του».

«..κατευθύνει (μετά από συνεργασία με την διεπιστημονική ομάδα) τη δυνατότητα μετανοσοκομειακής αποκατάστασης του ασθενή και της διασύνδεσής του με τις υπηρεσίες της κοινότητας».

«Παρεμβαίνει έγκαιρα –κατόπιν αιτήματος- για την ομαλή διεξαγωγή του εξιτηρίου του ασθενούς και της αποκατάστασής του. Όπερ και γίνεται».

«Λήψη πλήρους κοινωνικού ιστορικού έγκαιρα. Ενεργή συμμετοχή στην θεραπευτική ομάδα (διεπιστημονική). Επιδίωξη θετικής συμμετοχής του ασθενή στην προτεινόμενη θεραπεία και άμβλυνση των παραγόντων οι οποίοι ενδεχομένως παρεμποδίζουν τη συμμετοχή αυτή. Προετοιμασία του ασθενή και του φροντιστή (οικογένεια) για την έξοδό του από το νοσοκομείο. Κινητοποίηση πηγών της κοινότητας».

«Πώς αντιλαμβάνεστε το ρόλο σας στην διεπιστημονική ομάδα:»

Ο ρόλος του ΚΛ στην διεπιστημονική ομάδα αναγνωρίζεται ως συντονιστικός, ενεργά συμμετοχικός προάγοντας τη συνεργασία, με στόχο την ανάληψη του κοινωνικού ρόλου των ανθρώπων και την ευαισθητοποίηση για την προαγωγή της υγείας, ιδιαίτερα σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες.

«Ο ρόλος του ΚΛ είναι συντονιστικός στην διεπιστημονική ομάδα, ευαισθητοποίησης στα κοινωνικά θέματα που απασχολούν τον ασθενή και εξατομίκευσης»

«Ο ΚΛ έχει τον ξεκάθαρο ρόλο της ανάληψης των κοινωνικών προβλημάτων του ασθενή και του περιβάλλοντος που τον φροντίζει (συγγενικό ή φιλικό). Αυτό θα ήταν ο ιδεατός ρόλος αλλά στην πραγματικότητα δεν αναγνωρίζεται ο ρόλος μας και δημιουργούνται εντάσεις στο δια ταύτα όταν θα πρέπει να βγει ο ασθενής εδώ και τώρα»

«Ως αλληλοσυμπληρούμενο μέλος με κοινούς στόχους και επιδιώξεις της διεπιστημονικής ομάδας».

«Συνδεδειγμένο κρίκο –και ρόλο ευαισθητοποίησης της διεπιστημονικής ομάδας για την κατάλληλη εξατομικευμένη κοινωνική υποστήριξη σε άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες».

«...Εμείς κινητοποιούμε και ευαισθητοποιούμε το προσωπικό ώστε να κατανοήσει τις δυσκολίες του κάθε περιστατικού και ζητάμε την αρωγή της κάθε ειδικότητας να λυθεί πρώτα το ιατρικό κομμάτι»

«Ποιες θα λέγατε ότι είναι οι δυσκολίες/προβλήματα που παρεμβαίνουν στην άσκηση του ρόλου σας κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης διαδικασίας μέχρι το εξιτήριο:»

Οι δυσκολίες/προβλήματα που παρεμβαίνουν στην άσκηση του ρόλου του ΚΛ αφορούν κυρίως στην έλλειψη δομών αποκατάστασης, στην ασάφεια στους ρόλους, στην αδυναμία αντιμετώπισης από άλλα τμήματα/υπηρεσίες, στην έλλειψη συνεργατικότητας, στα νοσήλια, αλλά και στο αδύναμο/ανύπαρκτο περιβάλλον.

«Η έλλειψη σωστής συνεργασίας με τα άλλα τμήματα της ιατρικής-νοσηλευτικής-διοικητικής υπηρεσίας. Η ασάφεια στους ρόλους και στην αντιμετώπιση των θεμάτων που προκύπτουν. Η δυσκολία από την ιατρική υπηρεσία παράτασης νοσηλείας όπου απαιτείται για να δοθεί το πιο δυνατό εφικτό αποτέλεσμα στον εξυπηρετούμενο».

«...και το ανύπαρκτο ή αδύναμο οικογενειακό περιβάλλον».

«Η απρόσωπη-αδιάφορη συμπεριφορά κάποιων ειδικοτήτων (δεν τους ενδιαφέρει τι μέλλει γενέσθαι μετά το εξιτήριο) ...».

«...Δυσκολία παράτασης νοσηλείας λόγω ΚΕΝ. Ελλείψεις σε δομές της κοινότητας (κρατικά γηροκομεία, κέντρα αποκατάστασης, οργανωμένα βοήθεια στο σπίτι, κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων, κρατικές ψυχιατρικές κλινικές, κ.λπ.)».

«Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι αυτές οι δυσκολίες εμποδίζουν το έργο σας:»

Χαρακτηριστικό των απαντήσεων των ΚΛ είναι το γεγονός ότι οι μισοί ξεκινούν με τη φράση «Σε πολύ μεγάλο βαθμό». Είναι αναμφίβολο ότι οι προαναφερθείσες δυσκολίες αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα στο έργο των ΚΛ, απόρροια της καθυστερημένης ενημέρωσης και της έλλειψης φορέων και δομών, που αναγκάζει την υπηρεσία να λειτουργεί υπό συνθήκες μεγάλης πίεσης. Ενθαρρυντικό στοιχείο αποτελεί η ισορροπία που δείχνει να υπάρχει μέσα στο τμήμα.

«Όταν δεν ενημερώνεται έγκαιρα η υπηρεσία μας και αναγκαζόμαστε τελευταία στιγμή να πρέπει να επιληφθούμε του εξιτηρίου, αδυνατούμε να δώσουμε το απόλυτο στη συνεργασία μας».

«Σε πολύ μεγάλο βαθμό λόγω έλλειψης φορέων και δομών».

«Σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα πρέπει να βρεθεί άμεση λύση και γι' αυτό ασκείται τρομερή πίεση στην Κοινωνική Υπηρεσία».

«Σε πολύ μεγάλο βαθμό αφού σε λίγο χρόνο κάτω από πίεση δεν είναι δυνατόν να προσφέρουμε ολιστική κατάλληλη φροντίδα».

«Σε πολύ μεγάλο βαθμό. Κάνουμε μεγάλο αγώνα, σκαρφιζόμαστε λύσεις, εισπράττουμε μεγάλος βάρος και ευθύνη που πολλές φορές δεν αναγνωρίζεται από κανέναν. Ευτυχώς έχουμε η μία την άλλη να αποφορτίζουμε το βάρος των δύσκολων περιστατικών (γιατί ούτε εποπτεία έχουμε)».

«Με ποιους τρόπους προσπαθήσατε να αντιμετωπίσετε τις δυσκολίες αυτές:»

Παρά το γεγονός ότι οι ΚΛ διαφοροποιούνται στις απαντήσεις τους, οι απόψεις τους έχουν έναν κοινό παρανομαστή: την αναγκαιότητα της συνεργασίας μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων, είτε αυτές είναι οι υπηρεσίες του νοσοκομείου, είτε οι αρμόδιοι φορείς, έγκαιρα στο σωστό «timing», όπως χαρακτηριστικά αναφέρει μία ΚΛ. Οι ΚΛ προάγουν και ενισχύουν τη συνεργασία στην διεπιστημονική ομάδα με τη φυσική τους παρουσία στις κλινικές ανεξαρτήτως περιστατικού και αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες εντοπίζοντας τις σοβαρές ελλείψεις, σε άμεση επικοινωνία με τη Διοίκηση του νοσοκομείου.

«Συνεργασία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και συχνή παρουσία των ΚΛ στις κλινικές και όταν ακόμη δεν υπάρχει περιστατικό, προκειμένου να υπάρχουν ουσιαστικές σχέσεις και η παραπομπή να γίνεται έγκαιρα».

«Έγκαιρη και αναλυτική συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό προκειμένου να δοθούν οι σωστές οδηγίες στον ασθενή για την έξοδό του από το νοσοκομείο. Συνεργασία με τους φορείς της κοινότητας στο σωστό timing και όχι την τελευταία στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστή προσωπικότητα κάθε φορά και με τον απαραίτητο σεβασμό».

«Καταγράφοντας και υποδεικνύοντας τις σοβαρές ελλείψεις εγγράφως προς τους αρμόδιους φορείς. Κινητοποιώντας τους άμεσα ενδιαφερόμενους όπως οικογενειακό περιβάλλον, ιατρικό, διοικητικό προσωπικό. Συνεργασία με άλλους νοσοκομειακούς συναδέλφους μέσα από το σωματείο ΚΛΕ».

«Συζητώντας με τις διεπιστημονικές ομάδες, ευαισθητοποιώντας διάφορες ειδικότητες αλλά και συνεργαζόμενη με τον Διοικητή του νοσοκομείου προσπαθούμε να βελτιώσουμε τις διαδικασίες, να έχουμε κοινή γραμμή και ικανοποιημένους ασθενείς και ικανοποιημένους εργαζομένους».

«Προσπαθούμε να ευαισθητοποιήσουμε τους γιατρούς και τις νοσηλεύτριες ώστε να αναγνωρίζουν τα περιστατικά και να τα παραπέμπουν γρήγορα και έγκαιρα στην υπηρεσία μας. Ενημερωνόμαστε και συζητάμε με τις κοινωνικές υπηρεσίες άλλων νοσοκομείων για πιθανές λύσεις. Ευαισθητοποιούμε την κοινότητα και τους εθελοντές της εκκλησίας. Συμμετέχουμε σε συνέδρια νοσοκομειακών ΚΛ. Επαφή και υποστήριξη από τον ΣΚΛΕ. Υποστηρίζουμε η μια την άλλη στην Κοινωνική Υπηρεσία. Ζητάμε υποστήριξη της Διοίκησης του Νοσοκομείου».

5.4 Αξιολόγηση

«Πώς αξιολογείτε την αποτελεσματικότητα του έργου σας στο νοσοκομείο;»

Η αποτελεσματικότητα του έργου των ΚΛ στο νοσοκομείο, αξιολογείται από τις περισσότερες συμμετέχοντες ως ικανοποιητική, δεδομένων των προβλημάτων και των συνθηκών που επικρατούν. Με περίσσεια υπερηφάνεια υποστηρίζουν ότι βρίσκουν τον τρόπο, έστω και με «μαγειρέματα», να εξασφαλίσουν στον ασθενή ένα ασφαλές εξιτήριο.

«Μέσα από τις αντιξοότητες και τα προβλήματα που υπάρχουν η Κοινωνική Υπηρεσία είναι αποτελεσματική επιστρατεύοντας όλες τις διαθέσιμες πηγές, προκειμένου ο ασθενής να έχει την καλύτερη αντιμετώπιση».

«Θεωρώ πως παρ' όλες τις αντιξοότητες, κάνοντας αλχημείες είμαστε τελικά αποτελεσματικοί σε μεγάλο βαθμό στην αντιμετώπιση των πολλαπλών προβλημάτων των ασθενών μας».

«Παρά τις πολλές δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε, πάντα βρίσκουμε λύσεις για το ασφαλές εξιτήριο. Σίγουρα δεν υπάρχει χρόνος να προετοιμάσουμε σωστά τον ασθενή και τους συνοδούς και να εφαρμόσουμε την κοινωνική εργασία έτσι όπως θα θέλαμε. Αλλά αυτό δεν εξαρτάται από εμάς. Υπό πίεση βρίσκουμε πάντα τον τρόπο!!! Να είμαστε αποτελεσματικές».

Ωστόσο, δύο από τις συμμετέχοντες ΚΛ δε συμφωνούν αναφέροντας χαρακτηριστικά:

«Στην περίοδο οικονομικής κρίσης που διανύουμε η αποτελεσματικότητα κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα αναλόγως με την προσπάθεια που γίνεται από τους ΚΛ».

«Παρά την ξεκάθαρα καλή πρόθεση δεν είναι πάντα η καλύτερη. Γιατί εξαρτάται από μια σειρά άλλων επαγγελματιών που δεν συνεργάζονται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο για να προκύψει το βέλτιστο αποτέλεσμα».

«Ποιοι είναι οι φορείς με τους οποίους συνεργάζεστε για την υλοποίηση του εξιτηρίου του ασθενούς και πόσο αποτελεσματική θεωρείτε ότι είναι αυτή η συνεργασία:»

«Στα χρόνια της κρίσης δεν είναι δυνατό να εξακολουθούμε να μιλάμε για την πιο καλή συνεργασία. Δομές που υπολειτουργούν-δυσκολία στη διασύνδεση λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας. Στα κοντινά πλαίσια υπάρχει καλή συνεργασία αλλά γενικότερα και οι υπάλληλοι (οι ελάχιστοι) στις ελάχιστες δομές αγανακτούν από την υπερφόρτωση θεμάτων και αρμοδιοτήτων».

«Κοινωνικές Υπηρεσίες των Δήμων και ειδικά το Πρόγραμμα 'Βοήθεια στο Σπίτι', Κέντρα Αποκατάστασης, Κοινωνικούς Ξενώνες, Μ.Κ.Ο.».

«Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Υγείας, 'Βοήθεια στο Σπίτι', Ασφαλιστικά Ταμεία, Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (Μ.Α.Φ.), Κέντρα Αποκατάστασης, Οίκοι Ευγηρίας κ.ά.»

«Κοινωνικές Υπηρεσίες Δήμων, Προγράμματα 'Βοήθεια στο Σπίτι', Κέντρα Ημέρας, Μ.Κ.Ο. PRAKSIS, ΚΛΙΜΑΚΑ κ.λπ. Λόγω μειωμένου προσωπικού και έλλειψης κλινών σε Ιδρύματα, αδυνατούμε να είμαστε αποτελεσματικοί και να ικανοποιούμε τους ασθενείς».

«Βρισκόμαστε σε περίοδο μεγάλης οικονομικής κρίσης και οι δομές υπολειτουργούν. Υπάρχει μεγάλη λίστα αναμονής για τα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων (σχεδόν 6 μήνες). Τα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι με μια επίσκεψη την εβδομάδα δεν καταφέρνουν παρά πολλά πράγματα σε μοναχικούς ηλικιωμένους. Κλινικές συμβεβλημένες με ΕΟΠΠΥ, Εκκλησία, ΜΚΟ, συσσίτια, γειτονιά, οικογένεια ενισχύονται με παρέμβασή μας».

«Πώς θα χαρακτηρίζατε τη συνεργασία σας με τους επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων κατά τον προγραμματισμό του εξιτηρίου του νοσηλευόμενου ασθενή:»

Οι περισσότεροι ΚΛ ξεσπούν, χαρακτηρίζοντας ούτε λίγο ούτε πολύ την συνεργασία με τους επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων, επεικώς απαράδεκτη. Σε μια κατάθεση ψυχής, οι ΚΛ περιγράφουν την κατάσταση που επικρατεί στο νοσοκομείο, την αδιαφορία κάποιων, την επιλογή βάση πελατοκεντρικών κριτηρίων, και χαρακτηρίζουν εαυτό ως «θύματα» του ανύπαρκτου κράτους Πρόνοιας.

«Ο ΚΑ φροντίζει για την ασφαλή έξοδο του ασθενούς και πολλές φορές έρχεται σε σύγκρουση με τις διοικητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου που ενδιαφέρονται για την συντομότερη παραμονή του στις κλινικές».

«Δεν υπάρχει ευαισθητοποίηση από τις άλλες ειδικότητες για την πορεία του ασθενή και τα άλλα προβλήματά του. Το σύστημα είναι ιατροκεντρικό-γραφειοκρατικό προσπαθούμε να ευαισθητοποιήσουμε εμείς φυσικοθεραπευτή-γιατρό-νοσηλεύτη-ψυχίατρο-διοικητικό για να γίνει σωστά και ολιστικά η αντιμετώπιση του εξυπηρετούμενου. Πολλές φορές μας λένε 'κάνε ότι νομίζεις, βγάλτον από το νοσοκομείο, πήγαινε τον όπου θες, δεν με ενδιαφέρει έχω εφημερία, έχω πολλά στο κεφάλι μου, φύγε, δε χωράει πια, δεν έχω τίποτα να του κάνω, κ.λπ...».

«Ανύπαρκτη, απαράδεκτη, καθώς δεν βλέπουν τον ασθενή ως ολότητα, δεν τους ενδιαφέρει η μετανοσοκομειακή αποκατάσταση εκτός από εξαιρέσεις».

«Η συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες εξαρτάται από την προσωπικότητα του συνεργάτη. Άλλοι είναι πιο συνεργάσιμοι, κατανοούν τις δυσκολίες, συμβάλλουν στη σωστή αντιμετώπιση. Άλλοι ζητούν απλώς να αδειάσει το κρεβάτι. Δεν αναγνωρίζουν τον αγώνα μας και τον κόπο μας, τους ενδιαφέρει μόνο να φύγει από την κλινική το περιστατικό. Μεγάλο ρόλο παίζει η ηλικία του ασθενή, το πρόβλημα υγείας και η έλλειψη συνοδού. Σε νεώτερα άτομα υπάρχει μεγαλύτερη ευαισθησία. Νομίζω ότι στο πρόσωπό μας βλέπουν το ανύπαρκτο κράτος Πρόνοιας και αυτό τους θυμώνει».

Αξίζει να αναφερθεί η άποψη μίας ΚΑ η οποία πολύ απλά χαρακτηρίζει αυτή τη συνεργασία ως:

«Ικανοποιητική»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Συζήτηση - Συμπεράσματα

6.1 Συζήτηση

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων πλήθους μελετών πιστοποιεί το γεγονός πως η βοήθεια που παρέχεται στους ασθενείς μέσω της έγκαιρης ρύθμισης της μετανοσοκομειακής φροντίδας αποτελεί το κεντρικό σημείο δράσης των κοινωνικών λειτουργών στα περισσότερα νοσοκομεία (Cowles, 1999). Στο εξωτερικό, η εκτίμηση του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στον προγραμματισμό εξιτηρίου έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτενούς μελέτης (Davidson, 1990; Kadushin & Kulys, 1993; Beder, 2006). Αντίθετα στην Ελλάδα η συσχέτιση του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού με το σχέδιο εξιτηρίου δεν φαίνεται να έχει μελετηθεί, καθώς δεν έχει καταγραφεί καμία αντίστοιχη μελέτη.

Στο πλαίσιο αυτό, η μελέτη έχει ως σκοπό την αποτύπωση-διερεύνηση των στάσεων των κοινωνικών λειτουργών ενός νοσοκομείου σχετικά με τον ρόλο τους στον προγραμματισμό εξιτηρίου νοσοκομειακού ασθενούς. Στην παρούσα μελέτη, διερευνώνται επίσης ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της υγείας, οι αρμοδιότητές του στο νοσοκομείο, ο προγραμματισμός εξιτηρίου στο νοσοκομείο, το έργο του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο, καθώς και το περιβάλλον συνεργασίας των κοινωνικών λειτουργών με τους φορείς και τους άλλους επαγγελματίες υγείας στο πλαίσιο του προγραμματισμού εξιτηρίου ασθενή.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας και πρωτογενής πηγές των στοιχείων αποτέλεσαν τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τις συνεντεύξεις των κοινωνικών λειτουργών του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του νοσοκομείου. Στην έρευνα πήραν μέρος πέντε (5) άτομα, στο σύνολο των έξι (6) κοινωνικών λειτουργών που στελεχώνουν την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Τα ευρήματα της μελέτης στηρίζονται στην ερμηνεία και στην αξιολόγηση των απόψεων των κοινωνικών λειτουργών και ακολουθεί η ερμηνεία τους σε συνάφεια ή αντιδιαστολή με ευρήματα ανάλογων ερευνών.

6.1.1 Δημογραφικά στοιχεία

Όλοι οι συμμετέχοντες κοινωνικοί λειτουργοί είναι γυναίκες, έγγαμες και κάτοχοι πτυχίου Τ.Ε.Ι. Έχουν 49 ετών μέσο όρο ηλικία, 19.6 έτη εμπειρίας στο επάγγελμα και 16.8 έτη εμπειρίας στο χώρο του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με έρευνα των Τζιάρα και Τζανετή (2014), ο μέσος όρος ηλικίας των κοινωνικών λειτουργών που δουλεύουν στα νοσοκομεία της χώρας είναι 44.7 ετών, ενώ τα αντίστοιχα έτη εμπειρίας στο επάγγελμα είναι 17 έτη, με 13.5 έτη στο χώρο του νοσοκομείου.

6.1.2 Κοινωνικός λειτουργός

Ο κοινωνικός λειτουργός δραστηριοποιείται σε τρία επίπεδα: μακροεπίπεδο, μεσοεπίπεδο και μικροεπίπεδο. Σε μακροεπίπεδο μπορεί να συνηγορήσει για πρόνοια ευάλωτων κοινωνικών ομάδων ή να συμμετέχει στη χάραξη νέων πολιτικών που σχετίζονται με την υγεία και την κοινωνική πρόνοια. Στο μεσοεπίπεδο και μικροεπίπεδο προσδίδεται μεγαλύτερη έμφαση στην αυτοδιαχείριση της νόσου, ιδιαίτερα όταν οι ασθενείς παρουσιάζουν σωματικές, γνωστικές ή κοινωνικές αναπηρίες οι οποίες περιορίζουν τη συμμετοχή τους στο σχέδιο συνολικής διαχείρισης της φροντίδας. Σε μικροεπίπεδο, ο κοινωνικός λειτουργός διευκολύνει την προσαρμογή του ασθενούς στη χρόνια νόσο και υποστηρίζει την απόκτηση υψηλότερου επιπέδου ποιότητας ζωής (Gehlert & Browne, 2006). Στο μεσοεπίπεδο, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αναπτύξει δράση με οικογένειες και γειτονιές ως μέσο για την υποστήριξη των αναγκών φροντίδας του ασθενούς.

Ο ρόλος που μπορεί να αναπτύξει ο κοινωνικός λειτουργός προσδιορίζεται από μία ομάδα τύπων υπηρεσιών τις οποίες μπορεί να παρέχει σε άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες στο νοσοκομείο και αφορούν: (α) στην εκτίμηση βιοψυχοκοινωνικών παραγόντων της υγείας και της ποιότητας ζωής, (β) στην παροχή απτών υπηρεσιών, (γ) στην παροχή συμβουλευτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, (δ) στη διαβούλευση με άλλους επαγγελματίες υγείας σχετικά με βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες και τις επιπτώσεις τους στην υγεία και την ποιότητα ζωής, (ε) στην εκπαίδευση σε βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες της ασθένειας και σε στρατηγικές παρέμβασης, (στ) στην κοινοτική ανάπτυξη και ανάπτυξη ικανοτήτων (Salvatore, 1988; Wharf, 1992; Lesser, 2000; Scharlach et al., 2002; Geron et al., 2005).

Σε σχέση με το άτομο και την οικογένεια, οι κοινωνικοί λειτουργοί προσφέρουν υπηρεσίες που έχουν σκοπό την πρόληψη και την αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και την κάλυψη ανθρώπινων αναγκών. Οι κοινωνικοί λειτουργοί διερευνούν το ανθρώπινο πρόβλημα κυρίως μέσα από την κοινωνική έρευνα και την τεχνική της συνέντευξης, εντοπίζουν λύσεις αντιμετώπισης, διαμεσολαβούν προς τους αρμόδιους φορείς και παρέχουν ηθική και συμβουλευτική υποστήριξη και καθοδήγηση στο άτομο και την οικογένεια καθ' όλη τη διάρκεια επίλυσης του προβλήματός τους (IASW, 2008).

Τα ευρήματα της μελέτης επιβεβαιώνουν το έργο του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο, το οποίο χαρακτηρίζουν ως υποστηρικτικό, συμβουλευτικό, θεραπευτικό, οργανωτικό και ερευνητικό. Οι συμμετέχοντες κοινωνικοί λειτουργοί αναφέρουν την εξυπηρέτηση και την άμεση βοήθεια του ασθενή, την υποστήριξη και την μεσολάβηση ανάμεσα σε αυτόν και το περιβάλλον του, την μετανοσοκομειακή του αποκατάσταση, αλλά κυρίως τη συμμετοχή στην διεπιστημονική ομάδα υγείας, την οποία θεωρούν αναγκαία για την ολιστική αντιμετώπιση του ασθενή.

Το πλαίσιο των αρμοδιοτήτων των κοινωνικών λειτουργών δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρο για το πλαίσιο του νοσοκομείου, με αποτέλεσμα πολλές φορές να εμπλέκονται με δραστηριότητες που δεν άπτονται των υπηρεσιακών τους καθηκόντων. Η καθημερινότητα στο νοσοκομείο, φέρνει πολλές φορές τους κοινωνικούς λειτουργούς αντιμετώπους με κενά στις εργασίες άλλων ειδικοτήτων. Το δίλημμα που προκύπτει είναι το αν θα κάνουν εργασίες που δεν ανήκουν στον τομέα τους, ή αν θα μείνει ο ασθενής χωρίς τις συγκεκριμένες παροχές. Όπως προκύπτει από την έρευνα, οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί ασκούν και άλλες δραστηριότητες εκτός των καθηκόντων τους, το οποίο όπως είναι φυσικό δεν γίνεται πάντα με προθυμία και τις περισσότερες φορές σε βάρος των τυπικών αρμοδιοτήτων τους.

Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί θεωρούνται οι πλέον αρμόδιοι και επαρκώς εξοπλισμένοι για την αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, χρησιμοποιώντας ποικιλία παρεμβάσεων (Gross et al., 1996· Keefe et al., 2009). Χαρακτηριστικά έχει αναφερθεί ότι ο κοινωνικός λειτουργός διευκολύνει σημαντικά την πρόσβαση των ασθενών σε κοινοτικές πηγές και συμβάλλει στην επανένταξή τους στην κοινότητα. Επίσης, σημαντική διαπίστωση αναφορικά με τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στο

νοσοκομείο, αποτελεί το γεγονός ότι μπορεί να είναι εξαιρετικά ευέλικτος και να εργαστεί σε πολλαπλά επίπεδα ταυτόχρονα προκειμένου να διευκολύνει τη μετακίνηση του ασθενούς μέσα στο σύστημα υγείας, με στόχο την ταχύτερη ανάρρωση και τα υψηλότερα δυνατά επίπεδα λειτουργικότητας.

Οι συμμετέχοντες κάνουν αναφορά κυρίως σε δράσεις κλινικής, προληπτικής και μετανοσοκομειακής παρέμβασης, παρέχοντας υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης και συμβουλευτικής στους ασθενείς και στο περιβάλλον τους, αλλά και εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης στα πλαίσια της μετανοσοκομειακής τους αποκατάστασης. Εστιάζουν στη διεπιστημονική προσέγγιση της φροντίδας υγείας, στη συνεργασία, στην προάσπιση της υγείας των ευάλωτων ομάδων.

6.1.3 Προγραμματισμός εξιτηρίου νοσοκομειακού ασθενούς

Η διαδικασία για τον προγραμματισμό εξιτηρίου στο νοσοκομείο δεν είναι προτυποποιημένη και δρομολογείται διαδικαστικά και γραφειοκρατικά, λόγω της έλλειψης σαφούς καθηκοντολογίου. Δεδομένης της έλλειψης πρωτοκόλλου, διαμορφώνεται με λάθος χρόνους, που δημιουργεί προβλήματα στην άσκηση των δραστηριοτήτων της κοινωνικής υπηρεσίας.

Ο κεντρικός στόχος του προγραμματισμού εξιτηρίου για τον κοινωνικό λειτουργό, είναι η πλήρη αντιμετώπιση των ιδιαίτερα εξατομικευμένων αναγκών του κάθε ασθενή και η παροχή εγγυήσεων για τη φροντίδα του στο σπίτι. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών (κατ'οίκον φροντίδα υγείας, ιατρικός εξοπλισμός, μεταφορά/παράδοση ιατρικών προμηθειών, φαρμακευτική αγωγή) μετά το εξιτήριο αποτελεί την σημαντικότερη βασική συνιστώσα και πρωταρχικό στόχο του προγραμματισμού εξιτηρίου (Kadushin & Kulys, 1993).

Οι συμμετέχοντες θεωρούν αναγκαία την ύπαρξη ενός σχεδίου εξιτηρίου, αναφέροντας ως βασικούς λόγους την καλύτερη εξυπηρέτηση του ασθενή και την κατάλληλη προετοιμασία για τη μετάβαση με ομαλό και ασφαλή τρόπο από το νοσοκομείο στο «άλλο» επίπεδο. Αναφορικά με τα οφέλη του προγραμματισμένου εξιτηρίου, αυτά προσδιορίζονται στη μείωση της πιθανότητας επανεισαγωγής που σημαίνει καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών και μείωση του κόστους. Με το εύρημα της μελέτης συμφωνούν αρκετές τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες σύμφωνα με τις οποίες, ασθενείς που εντάσσονται σε ένα καλά οργανωμένο σχέδιο εξιτηρίου

παρουσιάζουν μείωση της πιθανότητας επείγουσας επανεισαγωγής, που έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του κόστους και της ψυχική φόρτισης του ασθενούς και της οικογένειάς του. Επιπλέον, ο προγραμματισμός εξιτηρίου θεωρείται ως η κύρια μέθοδος που διασφαλίζει ότι οι μετανοσοκομειακές ανάγκες των ασθενών θα πρέπει να πληρούνται προκειμένου να μπορούν να λειτουργούν σε βέλτιστα επίπεδα όταν επιστρέφουν στο χώρο της οικίας τους (American Hospital Association, 1984), γεγονός που αναδεικνύει τη σχέση της μετανοσοκομειακής φροντίδας με το εξιτήριο.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στον προγραμματισμό εξιτηρίου νοσοκομειακού ασθενούς είναι σημαντικός προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς είναι ικανοί να προσαρμοστούν ικανοποιητικά στο προηγούμενο περιβάλλον τους. Ο πρωταρχικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να διευκολύνει το εξιτήριο και να αντιμετωπίσει τον ασθενή και την οικογένεια στο έργο (Beder, 2006), διατηρώντας πολλές ευκαιρίες αλληλεπίδρασης και επηρεασμού της κατάστασης του ασθενούς και της οικογένειας, εκπληρώνοντας το έργο που επιτελούν.

Όσον αφορά τους επαγγελματικούς ρόλους που μπορεί να αναπτύξει ο κοινωνικός λειτουργός στα πλαίσια του προγραμματισμού εξιτηρίου, παρατηρείται στην έρευνα μία σύνθεση η οποία προκύπτει μέσα από τρεις κύριους ρόλους τους οποίους ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αναπτύξει στο νοσοκομείο: (α) επείγουσας παρέμβασης (συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας ή υπηρεσίες), (β) κλινικής παρέμβασης (λήψη κοινωνικού ιστορικού, προετοιμασία ασθενούς για επάνοδο και αποκατάσταση) και (γ) εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης (συνεργασία με άλλους φορείς της κοινότητας).

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην διεπιστημονική ομάδα αναγνωρίζεται ως συντονιστικός, ενεργά συμμετοχικός προάγοντας τη συνεργασία, με στόχο την ανάληψη του κοινωνικού ρόλου των ανθρώπων και την ευαισθητοποίηση για την προαγωγή της υγείας, ιδιαίτερα σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες.

Οι δυσκολίες/προβλήματα που παρεμβαίνουν στην άσκηση του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού αφορούν κυρίως στην έλλειψη δομών αποκατάστασης, στην ασάφεια στους ρόλους, στην αδυναμία αντιμετώπισης από άλλα τμήματα/υπηρεσίες, στην έλλειψη συνεργατικότητας, στα νοσήλια, αλλά και στο αδύναμο/ανύπαρκτο περιβάλλον. Παρατηρείται λοιπόν ότι υπάρχουν δυσκολίες στην ανάπτυξη

συστηματικής διεπαγγελματικής συνεργασίας των κοινωνικών λειτουργών με τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Οι ανωτέρω δυσκολίες αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα στο έργο των κοινωνικών λειτουργών, απόρροια της καθυστερημένης ενημέρωσης και της έλλειψης φορέων και δομών, που αναγκάζει την υπηρεσία να λειτουργεί υπό συνθήκες μεγάλης πίεσης, εμφανίζοντας όμως ισχυρή δυναμική μεταξύ των μελών της.

Η έρευνα αναδεικνύει την αναγκαιότητα της αγωγής συνεργασίας μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων, είτε αυτοί είναι οι υπηρεσίες του νοσοκομείου, είτε οι αρμόδιοι φορείς, έγκαιρα, στο σωστό χρόνο. Οι κοινωνικοί λειτουργοί προάγουν και ενισχύουν τη συνεργασία στην διεπιστημονική ομάδα, ακόμη και με τη φυσική τους παρουσία στις κλινικές χωρίς να συντρέχει κάποιο περιστατικό, ενώ αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες εντοπίζοντας τις σοβαρές ελλείψεις, σε άμεση επικοινωνία με τη Διοίκηση του νοσοκομείου.

6.1.4 Αξιολόγηση

Η κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου αξιολογεί την αποτελεσματικότητα του έργου της, σε συνδυασμό με τις αντιξοότητες και τα προβλήματα που υπάρχουν, αλλά και τις σχέσεις με τις άλλες ειδικότητες του νοσοκομείου. Οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί βιώνουν συναισθήματα αποτελεσματικότητας του έργου τους στο νοσοκομείο, καθώς είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν και να βρουν τις λύσεις για το ασφαλές εξιτήριο.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί αναπτύσσουν συνεργασίες με πολλούς φορείς τόσο του δημοσίου τομέα, όσο και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις. Συγκεκριμένα, αναφέρθηκαν συνεργασίες με Κοινωνικές Υπηρεσίες των Δήμων, προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι», Κέντρα Αποκατάστασης, Κοινωνικούς Ξενώνες, Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Υγείας, Ασφαλιστικά Ταμεία, Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (Μ.Α.Φ.), Πράξεις, εκκλησίες, γηροκομεία, κλινικές, συσσίτια, γειτονιά, οικογένεια, εθελοντικές οργανώσεις, κ.ά.

Οι συνεργασίες αυτές ως επί το πλείστον είναι θετικές, καθώς υπάρχει θετική προδιάθεση και από τους κοινωνικούς λειτουργούς παρά τις δυσκολίες διασύνδεσης. Όλοι τονίζουν την ανάγκη περαιτέρω καλλιέργειας και ανάπτυξης αυτών των συνεργασιών και αντιμετώπισης των όποιων δυσκολιών προκύψουν. Η συνεργασία με

τους ανωτέρω φορείς, τα θετικά της χαρακτηριστικά, αλλά και οι δυσκολίες της, ανοίγουν ουσιαστικά, ζητήματα ενεργοποίησης δικτύων υποστήριξης.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται στο νοσοκομείο, δεν είναι καθόλου ευχαριστημένοι από τη συνεργασία τους με τους επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων, θεωρώντας ότι «χάνουν» περιστατικά που θα μπορούσαν να είχαν βοηθηθεί από τις παρεμβάσεις τους. Ο χρόνος που διαθέτει ο κοινωνικός λειτουργός προκειμένου να δημιουργήσει την απαραίτητη σχέση με τους ασθενείς και να μπορέσει να αντιμετωπίσει τα αιτήματά τους, επίσης είναι συχνά περιορισμένος, καθώς οι παραπομπές γίνονται συχνά την τελευταία στιγμή με κύριο μέλημα του νοσοκομείου την άμεση προετοιμασία της εξόδου του ασθενή.

Οι δυνατότητες ανάπτυξης σχέσης με τις άλλες ειδικότητες του νοσοκομείου είναι πολύ δύσκολες, και απαιτεί πολύ προσπάθεια από τη μεριά των κοινωνικών λειτουργών. Ωστόσο, αυτό που φαίνεται να κυριαρχεί στο νοσοκομείο είναι μια αποξένωση ακόμη και συναφών ειδικοτήτων, μια έλλειψη ομαδικότητας, καθώς ο καθένας θέλει να κάνει τη δουλειά του. Στο σημείο αυτό επανέρχεται το θέμα της διεπιστημονικής ομάδας, το οποίο έχει προκύψει ως ανάγκη από τους ίδιους τους κοινωνικούς λειτουργούς. Σε όλες τις περιπτώσεις, οι κοινωνικοί λειτουργοί επιζητούν την ύπαρξη και τη σωστή λειτουργία μιας τέτοιας ομάδας, που θα βοηθούσε και το σύνολο, αλλά και τους ίδιους, καθώς θα αποτελεί ένα βήμα παραπάνω στο διάλογο για την πορεία των περιστατικών, ελέγχου και υποστήριξης της εργασίας τους, αλλά και ένα μέτρο αποφυγής της επαγγελματικής εξουθένωσης.

6.2 Περιορισμοί – Αδύνατα σημεία

Παρόλο που κατεβλήθη κάθε δυνατή προσπάθεια σε κάθε στάδιο της μελέτης για την επιτυχή και ολοκληρωμένη διεξαγωγή της, παρατηρούνται αδύνατα σημεία ως προς το εργαλείο και τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε.

Το ερευνητικό εργαλείο (ερωτηματολόγιο) που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη δεν αποτέλεσε ήδη υπάρχουσα σταθμισμένη κλίμακα. Δημιουργήθηκε, στηριζόμενο σε εργαλεία άλλων μελετητών και προσαρμόστηκε στο σκοπό της παρούσας μελέτης σύμφωνα με την κλινική εμπειρία του μελετητή.

Αναφορικά με τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εστιάζει αποκλειστικά σε ορισμένους μόνο τομείς του υπό διερεύνηση θέματος, με αποτέλεσμα τον περιορισμό έκφρασης των ερωτώμενων. Η μεθοδολογία που θα συνδύαζε ποσοτική και ταυτόχρονα ποιοτική (σε βάθος συνέντευξη) έρευνα, ενδεχομένως να αναδείκνυε επιπλέον τομείς σχετικούς με τη θεματολογία της παρούσας μελέτης.

Λόγω του σχετικά μικρού δείγματος, τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι δυνατό να γενικευθούν μόνο στο συγκεκριμένο νοσοκομείο που αποτέλεσε και το πεδίο της μελέτης. Σε καμιά περίπτωση τα αποτελέσματα δεν αποτελούν γενίκευση των στάσεων των κοινωνικών λειτουργών στο σύνολο των νοσοκομείων της χώρας.

6.3 Συμπεράσματα

Η κοινωνική εργασία στο νοσοκομείο αντιμετωπίζει την υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα. Η ολιστική προσέγγιση της ασθένειας, καθιστά αναγκαία την ύπαρξη της διεπιστημονικής ομάδας, η οποία μέσα από συντονισμένη συλλογική προσπάθεια, καλείται να συνεργαστεί συστηματικά και ομόκεντρα, προκειμένου να παρέχει την αναγκαία βοήθεια στον ασθενή. Μέλος αυτής της ομάδας είναι και ο κοινωνικός λειτουργός, ο οποίος έχει καθοριστικό ρόλο στην επίτευξη του παραπάνω στόχου.

Η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού έγκειται στην πρόληψη, στην αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων, τα οποία δημιουργούνται ως απόρροια καταστάσεων διαταραχής της σωματική ή της ψυχικής υγείας του. Με τις γνώσεις που διαθέτει, είναι σε θέση να παρέχει ειδικές κοινωνικές υπηρεσίες ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα, στον ασθενή αλλά και στο περιβάλλον του, συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό στην επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου και συνεπώς, στην ομαλή επανένταξη του ατόμου στο κοινωνικό περιβάλλον.

Η κοινωνική εργασία στα νοσοκομεία έρχεται να παρέμβει στους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία, συμβάλλοντας στη θεραπεία και την ανακούφιση από τη νόσο. Με κυρίαρχη προσέγγιση το «άτομο στο περιβάλλον», μέσα από την οποία ο κοινωνικός παράγοντας αναγνωρίζεται ως προσδιοριστής της υγείας του ατόμου και του συνόλου, ο κοινωνικός λειτουργός αναπτύσσει δράσεις, παρεμβαίνοντας στα αίτια των ανισοτήτων στην υγεία και στην προαγωγή της συμμετοχής και της ενδυνάμωσης.

Ο προγραμματισμός εξιτηρίου θεωρείται ως η κύρια μέθοδος που διασφαλίζει ότι οι μετανοσοκομειακές ανάγκες του ασθενή θα πρέπει να πληρούνται προκειμένου να μπορεί να λειτουργήσει σε βέλτιστα επίπεδα όταν μεταβεί από ένα επίπεδο παροχής φροντίδας (νοσοκομείο) σε ένα άλλο (π.χ. κατοικία). Αυτό σημαίνει, ότι η μετανοσοκομειακή φροντίδα συνδέεται άρρηκτα με το εξιτήριο. Για τον κοινωνικό λειτουργό, ο κεντρικός στόχος του προγραμματισμού εξιτηρίου είναι η πλήρη αντιμετώπιση των ιδιαίτερα εξατομικευμένων αναγκών του κάθε ασθενή και η παροχή εγγυήσεων για τη φροντίδα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Η συμβολή της μελέτης έγκειται στο ότι παρέιχε τη δυνατότητα σε εκείνους που αποτελούν τον πυλώνα των κοινωνικών υπηρεσιών, να εκφράσουν τις απόψεις τους. Επιπλέον, προσέγγισε μια από τις κατ' εξοχήν σημαντικές παραμέτρους, τον προγραμματισμό εξιτηρίου νοσοκομειακού ασθενούς, σε μια προσπάθεια ανάδειξης του συσχετισμού του σχεδίου εξιτηρίου με τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στην επιτυχή διεκπεραίωσή του.

Η δραστηριοποίηση του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο απαιτεί συνεργασία ανάμεσα στην επιστήμη της Δημόσιας Υγείας, που εστιάζει στην αλλαγή σε πληθυσμιακό επίπεδο, και της Κοινωνικής Εργασίας, που εστιάζει πρωτίστως στο άτομο και τις κοινωνίες. Στο πλαίσιο της κοινωνικής δικαιοσύνης, η Κοινωνική Εργασία και η Δημόσια Υγεία έχουν ως κοινή αποστολή τη βελτίωση, την προάσπιση και την ενίσχυση της ποιότητας ζωής, καθώς και την παράλληλη εργασία προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα κοινωνικά προβλήματα υγείας.

6.4 Προτάσεις

- Κατασκευή και εφαρμογή επιστημονικών πρωτοκόλλων
- Συνεργασία και συντονισμός στα δίκτυα κοινωνικών υπηρεσιών
- Εξασφάλιση ενός δικτύου υπηρεσιών που μπορεί να ανταποκρίνεται άμεσα στις ανάγκες του ασθενή
- Μεγαλύτερη ανεξαρτησία της κοινωνικής υπηρεσίας
- Δημιουργία ευκαιριών και κινήτρων εκπαίδευσης/επιμόρφωσης/εποπτείας
- Δημιουργία προϋποθέσεων συνεργασίας με άλλους επαγγελματίες
- Καλύτερη οριοθέτηση του επαγγέλματος και αναπροσδιορισμός της περιγραφής της θέσης εργασίας στους οργανισμούς των νοσοκομείων
- Προσλήψεις βοηθών κοινωνικών λειτουργών
- Οργάνωση εθελοντών με συστηματική εκπαίδευση, εποπτεία και επιβράβευση

ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

Αβραμίδης, Η., Καλυβά, Ε. (2006). *Μέθοδοι Έρευνας στην Ειδική Αγωγή: Θεωρία και Εφαρμογές*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Αλτάνης, Π. (1991). *Η συμμετοχή του Κοινωνικού Λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα-Διεπιστημονική Συνεργασία*, Κοινωνική Εργασία, τεύχος 22, σ. 109-118

Βεργέτη, Α. (2009). *Κοινωνική Εργασία με οικογένειες σε κρίση*, Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα

Δημακοπούλου, Χ.Γ. (2008). *Η πορεία προς σύνταξιν Ελληνικού Αστικού Κώδικος. Η περίοδος των αναζητήσεων: 1822-1891*. Συμβολή εις την Ιστορίαν του Νεοελληνικού Δικαίου, Αθήνα

Cohen, L., Manion, L. (1994). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*, Μεταίχμιο, Αθήνα

Dimatteo, R. & Martin, L. (2006). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*, Αναγνωστόπουλος Φ. και Παταμιανός Φ. (επιμ.), Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Ιωσηφίδης, Θ. (2003). *Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων στις κοινωνικές επιστήμες*, Κριτική, Αθήνα

Ιωσηφίδης, Θ., Σπυριδάκης, Μ. (2006). *Ποιοτική κοινωνική έρευνα, Μεθοδολογικές προσεγγίσεις και ανάλυση δεδομένων*, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα

Ζαφειρόπουλος, Κ. (2005). *Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία; Επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών*, Κριτική, Αθήνα

Ζηλεμένου, Ε. (2006). *Το έργο της Κοινωνικής Υπηρεσίας στα νοσοκομεία*, Επιθεώρηση Υγείας, 17 (100), σελ 22-24

Καλλινικάκη, Θ. (1998). *Κοινωνική Εργασία. Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ., Τσάκος, Γ. (2003). *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Θεμέλιο, Αθήνα

Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας και Συστημάτων Υγείας*, Α' Έκδοση, Α' Τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

- Mialaret, G. (1997). *Εισαγωγή στις επιστήμες της αγωγής*, Μετάφραση: Ζακοπούλου, Γ., Τυπωθήτω. Σαρδανός, Γ, Αθήνα
- Μουζακίτης, Χ. (1988). *Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχιατρική κλινική του γενιού νοσοκομείου*, Κοινωνική Εργασία, τεύχος 12 σ. 17-27
- Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ν. (2014). *Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 31(2), 172-185
- ΠΑ.Γ.Ν.Η (2010). *Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού*, Διαθέσιμο στη: http://www.pepagnh.gr/dioikhtikh/koinonikh_yphresia/rolos.asp
- Πανταζάκας, Π., Μέντης, Μ. (2002). *Κοινωνική Υπηρεσία στον χώρο της Υγείας: Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ. και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού*, Κοινωνική Εργασία, τεύχος 66, σ. 97-112
- Πανταζάκας, Π., Μέντης, Μ. (2003). *Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου: Παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης*, Κοινωνική Εργασία, τεύχος 70, σ.71-80
- Παπαγεωργίου, Γ. (1998). *Μέθοδοι στην κοινωνιολογική έρευνα*, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα
- Παπαδάτου, Γ. (1990). *Η επανεκπαίδευση και η ένταξη των ανηλίκων στο κοινωνικό σύνολο*, Στο συμπόσιο: Μπεζέ Λ. (Επιμελήτρια έκδοσης). Πρόληψη και αντιμετώπιση της εγκληματικότητας των ανηλίκων, (Επανεκπαίδευση-Ένταξη), Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή
- Παπαϊωάννου, Κ. (1994). *Κλινική Κοινωνική Εργασία και Διεπιστημονική Συνεργασία*, Κοινωνική Εργασία, τεύχος 33, σ. 7-14
- Παπαϊωάννου, Κ. (1988). *Ιατροκοινωνική Εργασία*, Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 9&10, σ. 7-11
- Παπαϊωάννου, Κ. (1998). *Κλινική Κοινωνική Εργασία. Κοινωνική Εργασία με Άτομα*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα
- Παχή, Α., Τζανέτη, Π., Τζιάρης, Π. (2009). *Υπηρεσίες Μετανοσοκομειακής Φροντίδας και Νοσοκομειακή Κοινωνική Εργασία: Μια διερευνητική μελέτη*, Κοινωνική Εργασία, 95, 151-169

Σαπουντζή, Δ, Χαλβατζά, Ε., Αχάμνου, Ν. (1994). *Ποιότητα φροντίδας υγείας: Διεπαγγελματική συνεργασία νοσηλευτών & κοινωνικών λειτουργών για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στα μέλη οικογενειών ηλικιωμένων ασθενών σ' ένα νοσοκομείο της Αθήνας*, Πρακτικά 21ου Ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Αθήνα 49-59

Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Σαχίνη-Καρδάση, Α. (2004). *Μεθοδολογία έρευνας εφαρμογές στο χώρο της υγείας*, 3^η έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Τζιάρας, Π. (2015). *Ζητήματα λειτουργίας των Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας στο Δημόσιο Νοσοκομείο. Η σημερινή κατάσταση*, Ημερίδα Το δικαίωμα στην Υγεία: Συστημικές και Κοινωνικές Αποτυπώσεις

Φίλιας, Β. (1993). *Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τεχνικές των κοινωνικών ερευνών*, Gutenberg, Αθήνα

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- American Hospital Association. (1984). *Discharge planning guidelines*, Chicago: Author
- Beder, J. (2006). *Hospital Social Work: The Interface of Medicine and Caring*, New York: Routledge, Taylor and Francis
- Blumenfield, S., Bennett, C., Rehr, H. (1998). *Discharge planning: A key function*. In H. Rehr, G. Rosenberg, & S. Blumenfield (Eds.), *Creative social work in health care* (pp. 83–91), New York: Springer
- Bowling, A. (2000). *Research methods in health: Investigating health and health services*, Open University Press, Philadelphia
- Cannan, C., Berry, L., Lyonw, K. (1992). *Social Work and Europe*, BASW, Macmillan Hill, M. (1991): *Social Work in the European Community*, Jessica Kingsley, London
- Cleak, H., Turczynski, M. (2014). *Hospital Social Work in Australia: Emerging Trends or More of the Same?* *Social Work in Health Care*, 53(3), 199-213
- Cohen, L., Manion, L. (1992). *Research methods in education*, 3rd edition, Routledge, London
- Cowles, L.A. (1999). *Social Work in the Health Field: A Care Perspective*, New York: Haworth Press, Inc
- Davidson, K. (1990). *Evolving Social Work roles in Health Care: The case of Discharge Planning*, *Social Work in Health Care*, 181-194
- Doctors of the World (2013). *Annual Report*. Διαθέσιμο στο: http://b3cdn.net/drofttheworld/404e07aa4aeced1791_mlblq0uir.pdf
- Ell, K., Morrison, D.R. (1981). *Primary Care*, *Health and Social Work*, 6 (Suppl), pp. 353-435
- Eurostat (2013). *At Risk of Poverty or Social Exclusion in the EU27*, News Release No 28. Luxembourg: Eurostat
- Feldman, R. (2001). *Health Care and Social Work Education in a Changing World*, *Social Work in Health Care*, 34(½), pp. 31-34
- Feldman, R. (2001). *Health Care and Social Work Education in a Changing World*, *Social Work in Health Care*, 34(½), pp. 31-34

- Fort Cowels A.L. (2003). *Social work in the health field*, New York, The Haworth Press
- Gehlert, S., Browne, T.A. (2006). *Handbook of health social work*. New York, NY: John Wiley & Sons
- Geron, S.M., Andrews, C., Kuhn, K. (2005). *Infusing aging skills into the Social Work practice community: A new look at strategies for continuing professional education*, *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86(3), pp. 431-440
- Goel, V., McIsaac, W. (2000). *Health promotion in clinical practice*, In B. Poland, L. Green, and I. Rootman (eds), *Settings for health promotion: linking theory and practice*. CA: Sage Publications
- Golan, N. (1978). *Treatment in crisis situations*, New York: Free Press
- Gross, R., Rabinowitz, J., Feldman, D., Boerma, W. (1996). *Primary health care physicians' treatment of psychosocial problems: implications for social work*, *Health & Social Work*, 21(2), pp. 89-95
- Hardina, D., Obel-Jorgensen, R. (2009). *Increasing social action competency: A framework for supervision*. *Journal of Policy Practice*, 8, pp. 89-109
- Hartigan, E. G. (1985). *Discharge Planning for Continuity of Care*, New York: National League for Nursing
- Heinonen, T., MacKay, I., Metteri, A., Pajula, M.L. (2001). *Social Work and Health Restructuring in Canada and Finland*, *Social Work in Health Care*, 34(1/2), pp. 71-87
- Holloway, I., Wheeler, S. (1996). *Qualitative research for nurses*, Blackwell Sciences, Oxford
- IFSW, IASSW, ICSW (2012). *The Global Agenda for Social Work and Social Development Commitment to Action*. International Federation of Social Workers, International Association of Schools of Social Work, International Association of Schools of Social Work and International Council on Social Welfare, March 2012, Διαθέσιμο στο: <http://www.ifsw.org/p38002163.html>
- Iglehart, A. (1990). *Discharge Planning: Professional Perspectives Versus Organisational Effects*, *Health and Social Work*, 15(4), 301-309

International Federation of Social Workers (IFSW Europe) (2014). *Economic crisis in Europe: challenge and response of social work profession*. Διαθέσιμο στο: <http://www.ifsw.org/europe/projects>

International Federation of Social Workers (IFSW) (2001). *Definition of Social Work*. Διαθέσιμο στο: <http://www.ifsw.org/f38000138.html>

International Federation of Social Workers (IFSW) (2012). *Effective and ethical working environments for social work: the responsibilities of employers of social workers*. IFSW POLICY STATEMENT. Διαθέσιμο στο: <http://ifsw.org/policies/effective-and-ethical-working-environments-for-social-work-the-responsibilities-of-employers-of-social-workers-3/>

Ioakimidis, V., Cruz, S.C. (2014). *Reconceptualizing social work in times of crisis: an examination of the cases of Greece, Spain and Portugal*, *International Social Work*, 57(4), pp. 285-300

Kadushin, G., Kulys, R. (1993). *Discharge Planning Revisited: What do Social Workers Actually do?* *Social Work*, 38(6), 713-726

Keefe, B., Geron, S., Enguidanos, S. (2009). *Integrating social workers into primary care: physicians and nurse perceptions or roles, benefits and challenges*, *Social Work in Health Care*, 48(6), pp. 579-596

Keigher, S.M. (1997). *What role for social work in the new health care practice paradigm?* *Health and Social Work*, 22(2), pp. 149-155

Lesser, J. (2000). *Clinical Social Work and Family Medicine: A Partnership in Community Service*, *Health and Social Work*, 25(2), pp. 119-126

Levin, R., Herbert, M. (2001). *Delivering Health Care Services in the Community: A Multidisciplinary Perspective*, *Social Work in Health Care*, 34(1/2), pp. 89-99

May, A.K. (1994). *Interview techniques in qualitative research: concerns and challenges*, In: Morse MJ (ed) *Critical issues in qualitative research methods*, Newbury Park, Sage Publ, 1994:188–201

Morse, M.J. (2003). *Biasphobia*, *Qual Health Res*, 13:891–892

Morse, M.J., Field. AP. (1996). *Nursing research: The application of qualitative approach*, Chapman & Hall, London

- Morse, M.J. (2004). *Using the right tool for the job*, Qual Health Res, 14:1029–1031
- NASW Center for Workforce Studies (2005). *Assuring the sufficiency of a frontline workforce: A national study of licensed social workers*, National Association of Social Workers
- Oktay et. al, (1992). *Impact of Hospital Discharge Planning on Meeting Patient Needs after Returning Home*, Health Services Research, 156-170
- Oppenheim, A.N. (1992). *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*, Pinter, London
- Papadopoulos, T., Roumpakis, A. (2012). *The Greek Welfare State in the Age of Austerity*, Social Policy Review, 24, pp. 205-230
- Parahoo, K. (2006). *Nursing research: Principles, process and issues*, 2nd edition, Palgrave Macmillan, Basingstoke
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*, 2nd edition, Newbury Park, Sage, California
- Payne, M. (2006). *What is Professional Social Work?* (2nd edition), Bristol: Policy Press
- Polit, F.D., Hungler, P.B. (1999). *Nursing research: Principles and methods*, Lippincott, Philadelphia
- Salvatore, E.P. (1988). *Issues in collaboration and team work: A sociological perspective on the role definition of social work in primary health care*, Research in the Sociology of Health Care, 7, pp.199-239
- Scharlach, A., Simon, J., Dal Santo, T. (2002). *Who is providing social services to today's older adults? Implications of a survey of aging services personnel*, Journal of Gerontological Social Work, 38, pp. 5-17
- Sharpe, L. (1991). *Discharge Planning: Before the fact*, Discharge Planning Update. 11(4), 3-5
- Siefert, K., Henk, M. (2001). *Social Work in Primary Health Care*, Monograph Series. Society for Social Work Leadership in Health Care
- Smith, J.K. (1990). *The nature of social and educational inquiry: empiricism versus interpretation*, Norwood, NJ: Ablex

Thompson, C. (1999). *Qualitative research into nursing decision making: Factors for consideration in theoretical sampling*, Qual Health Res, 9:815–828

Tower, K. (1994). *Consumer -Centered Social Work practice Restoring client self-determination*, Social Work, 39 (2), σελ 191-196

Ηλεκτρονικές Πηγές

www.asklepieio.gr

Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας

www.hosspa.gr

Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης

www.dunant.gr

Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center

www.evangelismos-hosp.gr

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

www.pagni.gr

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

www.hygeia.gr

Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Υγεία

www.skle.gr

Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΞΙΤΗΡΙΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ
ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

ΑΘΗΝΑ 2016

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____

2. ΦΥΛΟ

Ανδρας

Γυναίκα

3. ΗΛΙΚΙΑ (σε έτη) _____

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

5. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Πτυχίο Τ.Ε.Ι.

Μεταπτυχιακό

Πτυχίο Α.Ε.Ι.

Διδακτορικό

6. ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ως κοινωνικός λειτουργός) _____

7. ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (στο νοσοκομείο) _____

B. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

8. Ποιος θεωρείτε ότι θα έπρεπε ιδεωδώς να είναι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο χώρο της υγείας;

9. Πιστεύετε πως είναι απόλυτα ξεκάθαρες οι αρμοδιότητές σας στο νοσοκομείο όπου εργάζεστε;

10. Ποια θεωρείτε ότι αποτελούν πεδία δράσης τα οποία ανήκουν στις αρμοδιότητες του Κοινωνικού Λειτουργού;

Γ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΞΙΤΗΡΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

11. Ποια είναι η άποψή σας για τον προγραμματισμό εξιτηρίου στα Ελληνικά Νοσοκομεία;

12. Θεωρείτε αναγκαία την ύπαρξη ενός σχεδίου εξιτηρίου; Για ποιους λόγους και ποια τα οφέλη του προγραμματισμένου εξιτηρίου;

13. Ποιος θεωρείτε ότι είναι ο επαγγελματικός σας ρόλος στον προγραμματισμό εξιτηρίου νοσηλευόμενου ασθενή στο νοσοκομείο;

14. Πώς αντιλαμβάνεστε το ρόλο σας στην διεπιστημονική ομάδα;

15. Ποιες θα λέγατε ότι είναι οι δυσκολίες/προβλήματα που παρεμβαίνουν στην άσκηση του ρόλου σας κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης διαδικασίας μέχρι το εξιτήριο;

16. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι αυτές οι δυσκολίες εμποδίζουν το έργο σας;

17. Με ποιους τρόπους προσπαθήσατε να αντιμετωπίσετε τις δυσκολίες αυτές;

Δ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

18. Πώς αξιολογείτε την αποτελεσματικότητα του έργου σας στο νοσοκομείο;

19. Ποιοι είναι οι φορείς με τους οποίους συνεργάζεστε για την υλοποίηση του εξιτηρίου του ασθενούς και πόσο αποτελεσματική θεωρείτε ότι είναι αυτή η συνεργασία;

20. Πώς θα χαρακτηρίζατε τη συνεργασία σας με τους επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων κατά τον προγραμματισμό του εξιτηρίου του νοσηλευόμενου ασθενή;

Υπογραφή