

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

“Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ
ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ. – Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ.”



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Δρούμπαλης Φώτιος
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Κτενά Ελένη

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2007

Αφιερωμένο στον αδερφό μου Ξενοφώντα!

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά το προσωπικό του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας για την πολύτιμη βοήθειά τους, για την παροχή τόσο έντυπου υλικού, όσο και θεωρητικών γνώσεων και απόψεων πάνω στην Επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας, καθώς και την πρώην υπεύθυνη υπάλληλο Κοινωνικής Πρόνοιας του τέως Κέντρου Φροντίδας Οικογένειας Δήμου Σφακιωτών Λευκάδος, για τη χορήγηση δελτίων αξιολόγησης προνοιακού έργου Κοινωνικών Υπηρεσιών.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον εισηγητή καθηγητή μου Κύριο Δρούμπαλη Φώτιο για την αμέριστη υποστήριξη και βοήθειά του στην περάτωση της παρούσης Πτυχιακής Εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Αρκτικόλεξα.....	9
Ορισμοί Όρων.....	10
Γενική Εισαγωγή.....	20

ΜΕΡΟΣ Α : ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ Η ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ.....

23

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή στην Επιστήμη και στην Εξέλιξη της ΚΕ.....	24
1.1 Εισαγωγή.....	24
1.2 Ορισμός της Κοινωνικής Εργασίας.....	25
1.3 Σκοπός της Κοινωνικής Εργασίας.....	26
1.4 Η επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας.....	27
1.5 Ιστορική εξέλιξη της Κοινωνικής Εργασίας.....	31
1.5.1 Απαρχές της Κοινωνικής Εργασίας.....	31
1.5.2 Εξέλιξη της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της Υγείας.....	32
1.5.3 Εξέλιξη της Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα.....	34
1.5.4 Η Κοινωνική Εργασία στον Ελληνικό χώρο Υγείας.....	36
1.6 Η Εξέλιξη της Ορολογίας της Κοινωνικής Εργασίας.....	38

Κεφάλαιο 2: Θεσμικό Πλαίσιο Λειτουργίας Κοινωνικών Υπηρεσιών

Νοσοκομείων – Οργάνωση.....	40
2.1 Οργανωτικό Πλαίσιο λειτουργίας ΚΕ στον Νοσοκομειακό χώρο.....	40
2.1.1 Εγκύκλιος 14/2/56 «Περί εργασίας των παρά Νοσοκομείους ΚΛ».....	41
2.1.2 «Περί Καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των ΚΛ» (ΠΔ 891/1978).....	44
2.1.3 Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Κοινωνικών Υπηρεσιών στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περιθαλψη.....	45
2.1.4 Αρμοδιότητες Προϊσταμένου ΚΥπ. Νοσοκομείου.....	47
2.1.5 «Πλαίσια Δράσης της Κοινωνικής Εργασίας σε Νοσοκομείο (ΠΔ 87/86).....	48
2.1.6 «Περί βελτίωσης και εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ (Ν2889/2001).....	48

2.1.7	Ρόλοι Κοινωνικού Λειτουργού Νοσοκομείου.....	51
2.2	Παραπομπή περιστατικών.....	51
2.3	Χώροι άσκησης του έργου του ΚΛΝ.....	52
2.4	Τρόποι επιτέλεσης του έργου του ΚΛΝ.....	53
2.5	Υλικοτεχνική υποδομή – Ανάγκες της ΚΥΝ.....	54
2.6	Οργάνωση Γραφείου ΚΥΝ.....	55
2.7	Ανασταλτικοί παράγοντες λειτουργίας της ΚΥΝ.....	56
2.8	Συνοπτική παρουσίαση του Λειτουργικού πλαισίου εργασίας των ΚΥΝ.....	61

Κεφάλαιο 3: Η παρουσία της Κοινωνικής Εργασίας στο Νοσοκομείο..... 64

3.1	Πελάτες.....	64
3.1.1	Πληθυσμιακές ομάδες – στόχοι της ΚΕ σε Νοσοκομείο.....	64
3.1.2	Η επαγγελματική σχέση ΚΛ – πελάτη.....	68
3.2	Εξελίξεις που συνέτειναν στην ανάπτυξη της ΚΕ σε Νοσοκομείο.....	71
3.2.1	Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο (Μοντέλο Κοινωνικών Υπηρεσιών).....	71
3.2.2	Ειδική παράδοση και εμπειρία της ΚΕ.....	74
3.2.3	Διεπιστημονική Ομάδα Υγείας.....	75
3.3	Κοινωνική Εργασία στο Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου.....	78
3.4	Κοινωνική Εργασία με περιπτώσεις θανάτου.....	83
3.4.1	Γενικά.....	83
3.4.2	Ο ρόλος του ΚΛ με την οικογένεια του ατόμου που πεθαίνει.....	84
3.4.3	Ο ρόλος του ΚΛ με το άτομο που πεθαίνει.....	87
3.4.4	Συνοπτική αξιολόγηση της εφαρμογής της ΚΕ σε περιπτώσεις θανάτου.....	88
3.5	Συνοπτική παρουσίαση εξελίξεων που συνέτειναν στην ανάπτυξη της ΚΕΝ.....	89

Κεφάλαιο 4: Μέθοδοι Κοινωνικής Εργασίας στο Νοσοκομειακό πλαίσιο..... 91

4.1	Εισαγωγή.....	91
4.2	Κοινωνική Εργασία με Άτομα (ΚΕΑ – Casework).....	92
4.3	Κοινωνική Εργασία με Ομάδες (ΚΕΟ).....	94

4.3.1	Η ΚΕΟ ως ξεχωριστή μέθοδος.....	94
4.3.2	Κοινωνική Εργασία με Οικογένειες (ΚΕΜΟ – Family Therapy).....	97
4.4	Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα (ΚΕΚ).....	98
4.5	Σύγκριση Βασικών Μεθόδων.....	100
4.6	Επιμέρους Μέθοδοι ΚΕ.....	102
4.6.1	Συμβουλευτική.....	103
4.6.2	Έρευνα.....	105
4.6.3	Συνέντευξη.....	105
4.7	Συνοπτική παρουσίαση μεθόδων.....	106
4.8	Συμπερασματική άποψη και συγκριτική ανάλυση για τις μεθόδους της ΚΕΝ.....	109

ΜΕΡΟΣ Β΄: ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ – Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....

111

Κεφάλαιο 5: Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας	113	
5.1	Ιστορική Αναδρομή.....	113
5.2	Γεωγραφική Θέση και χωροκατανομή.....	117
5.2.1	Θέση.....	117
5.2.2	Χωροκατανομή.....	119
5.3	Διοικητική Δομή – Οργάνωση.....	122
5.3.1	Γενικά.....	122
5.3.2	Νομικό Καθεστώς.....	123
5.3.3	Διοικητική Δομή.....	124
5.3.4	Σκοπός.....	125
5.3.5	Διάρθρωση Υπηρεσιών.....	125
5.4	Δυναμικότητα.....	126
5.5	Ανάλυση προσωπικού.....	127
5.5.1	Ποσοτική ανάλυση.....	128
5.5.2	Ποιοτική ανάλυση.....	129
5.6	Νοσολογική Κίνηση.....	131
5.7	Δείκτες χρησιμοποίησης – λειτουργικότητας.....	135

5.8	Συνοπτική παρουσίαση λειτουργίας του ΓΝΚ.....	137
Κεφάλαιο 6: Η κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ.....		
6.1	Ιστορική αναδρομή.....	142
6.2	Θέση – Χωροκατανομή.....	145
6.3	Λειτουργικότητα χώρου.....	148
6.4	Υλικοτεχνική υποδομή.....	150
6.5	Οργανωτικό πλαίσιο.....	151
	6.5.1 Σκοπός της ΚΥ.....	153
6.6	Στελέχωση – Δομή.....	154
6.7	Χώροι άσκησης του έργου των ΚΛ.....	156
6.8	Παραπομπή περιστατικών στην ΚΥ.....	157
6.9	Μέθοδοι – Προγράμματα.....	158
	6.9.1 Γενικά.....	158
	6.9.2 ΚΕΑ.....	159
	6.9.3 ΚΕΟ.....	161
	6.9.3.1 ΚΕΜΟ.....	163
	6.9.4 ΚΕΚ.....	163
	6.9.4.1 Συνεργασία με άλλους φορείς (κοινότητα).....	165
	6.9.4.2 Προγράμματα.....	166
6.10	Ανάλυση της κίνησης της ΚΥ.....	167
6.11	Προβλήματα δυσλειτουργίας.....	171
6.12	Λειτουργικότητα τμήματος.....	173
6.13	Συνοπτική αξιολόγηση της λειτουργίας του τμήματος ΚΥ του ΓΝΚ.....	174

ΜΕΡΟΣ Γ΄: ΕΡΕΥΝΑ

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ ΓΝΚ – ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

<u>ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....</u>	178
--	------------

Κεφάλαιο 7: ΕΡΕΥΝΑ.....

7.1	Σκοπός.....	179
7.2	Υλικό – μέθοδος.....	179
	Στατιστική ανάλυση.....	180

Διευκρινίσεις.....	183
7.4 Αποτελέσματα Έρευνας.....	184
7.5 Συμπεράσματα Έρευνας.....	286

ΜΕΡΟΣ Δ΄: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗΣ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ ΓΝΚ..... 304

Κεφάλαιο 8: Συμπεράσματα εργασίας.....	305
8.1 Γενικά Συμπεράσματα.....	305
8.2 Συμπεράσματα για την Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ.....	312
8.3 Προτάσεις.....	318

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	322
--------------------------	------------

ΜΕΡΟΣ Ε΄: ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ..... 328

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

1. Εγκύκλιος 14/2/56 «Περί εργασίας των παρά Νοσοκομείους ΚΛ»
2. Συμπληρωματικό Σημείωμα της υπ' αρ. Ο.Α. 901 της 14.2.56 Εγκυκλίου «περί Οργανώσεως Γραφείου Κοινωνικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου».
3. ΒΔ 690/1961, ΦΕΚ 163/1961 «Περί ασκήσεως επαγγέλματος των Κοινωνικών Λειτουργών».
4. Ν.Δ. 4018 ΦΕΚ 12/11/1959, τεύχος πρώτο, Φύλλο 247 « Περί του θεσμού των ΚΛ.
5. «Περί Καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών» (ΠΔ υπ' αρ. 891, ΦΕΚ 7/12/1978, τεύχος πρώτο, Φύλλο 213).
6. Εσωτερικός κανονισμός Λειτουργίας Κοινωνικής Υπηρεσίας στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψη.
7. Έκθεση Επιτροπής καθορισμού αρμοδιοτήτων των ΚΛ που υπηρετούν σε Κοινωνικές Υπηρεσίες Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.

8. Κοινοποίηση 31/5/91 του Υπουργείου Υγείας – Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων «περί Ανάπτυξης και προαγωγής της Κοινωνικής Εργασίας στο Νοσοκομειακό πλαίσιο».
9. Π.Δ. 23/1992 : Άσκηση του επαγγέλματος του ΚΛ.
10. Νομοθετικές Διατάξεις περί Κοινωνικών Λειτουργιών – ΣΚΛΕ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

- i. Αναλυτικοί πίνακες αξιολόγησης κίνησης ΓΝΚ.
- ii. Δείκτες
- iii. Έντυπο καταγραφής Κοινωνικού Ιστορικού πελατών της ΚΥ του ΓΝΚ.
- iv. Α3β / οικ. 141β1 (ΦΕΚ 30/9/1986, τ.β΄, Φύλλο 634), Αναμόρφωση του Οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας

ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΟ

1. ΚΕ: Κοινωνική Εργασία
2. ΚΛ: Κοινωνικός Λειτουργός
3. ΚΥ: Κοινωνική Υπηρεσία
4. ΚΥΝ: Κοινωνική Υπηρεσία Νοσοκομείου
5. ΝΚΥ: Νοσοκομειακή Κοινωνική Υπηρεσία
6. ΚΕΑ (Casework): Κοινωνική Εργασία με Άτομα
7. ΚΕΟ: Κοινωνική Εργασία με Ομάδες
8. ΚΕΜΟ: (Family Therapy): Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια
9. ΚΕΚ: Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα
10. ΣΚΛΕ: Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος
11. ΕΠΠΣΚΕ: Εταιρεία Πτυχιούχων Πανεπιστημιακών Σχολών Κοινωνικής Εργασίας
12. ΙΑΣΣW: Διεθνής Σύνδεσμος Σχολών Κοινωνικής Εργασίας
13. ΝΑΣW: Εθνικός Σύλλογος Κοινωνικών Λειτουργών (National Association of Social Work)
14. ΑΑΣΗW: Αμερικανικός Σύλλογος Νοσοκομειακών ΚΛ
15. ΣΕΚΕ: Συμβούλιο επιμόρφωσης της Κοινωνικής Εργασίας
16. ΧΕΝ: Χριστιανική Ένωση Νεανίδων
17. ΧΑΝ: Χριστιανική Αδελφότητα Νέων
18. ΕΙΑΑ: Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων
19. ΕΕΣ: Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός
20. ΕΟΜ: Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων
21. ΚΕΣΥ: Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
22. ΠΕΣΥ: Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
23. ΨΤΓΝ: Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου
24. ΓΝΚ: Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Κοινωνία:

α) Καθολικό, αυτοτελές και οργανωμένο σύνολο ανθρώπων που έχει τη δική του ταυτότητα και συνέχεια στο χρόνο.¹

β) Σύστημα κοινωνικών θέσεων συνυφασμένων μεταξύ τους και διαρθρωμένων με ορισμένο τρόπο².

Εργασία:

Ενέργεια που συνδέεται άμεσα με την παραγωγή συγκεκριμένου αποτελέσματος για την επέλευση του οποίου αναλαμβάνεται. Ένας από τους τρεις συντελεστές παραγωγής(έδαφος, κεφάλαιο, εργασία).³

Λειτουργήμα:

Το επάγγελμα εκείνο στο οποίο βαραίνει πολύ η έννοια της κοινωνικής χρησιμότητας (γιατρός, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος κλπ).⁴

Κοινωνική Πολιτική:

α) Σύνολο θεσμών και μέτρων δια των οποίων επιτυγχάνεται η βελτίωση των όρων διαβίωσης των κοινωνικών ομάδων και η άμβλυση των μεταξύ αυτών ανισοτήτων, με σκοπό να καταστούν κοινωνικά ελεύθερα πρόσωπα όσο το δυνατόν περισσότερα μέλη της κοινωνίας.⁵

¹ Αθανασοπούλου Β, Σεργίου Δ., Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σαν θεωρητική άποψη και πως βιώνεται από τα άτομα που δέχονται την επιρροή αυτού του ρόλου. Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1991, σελ. 6

² Πόθου Μ., σελ. 105

³ Αθανασοπούλου Β, Σεργίου Δ., Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σαν θεωρητική άποψη και πως βιώνεται από τα άτομα που δέχονται την επιρροή αυτού του ρόλου. Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1991, σελ. 7

⁴ Αθανασοπούλου Β, Σεργίου Δ., Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σαν θεωρητική άποψη και πως βιώνεται από τα άτομα που δέχονται την επιρροή αυτού του ρόλου. Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1991, σελ. 7

⁵ Αθανασοπούλου Β, Σεργίου Δ., Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σαν θεωρητική άποψη και πως βιώνεται από τα άτομα που δέχονται την επιρροή αυτού του ρόλου. Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1991, σελ. 7

β) Επιστήμη η οποία έχει σαν αντικείμενο έρευνας το σύστημα κοινωνικής προστασίας προς τις ασθενέστερες κοινωνικές τάξεις με σκοπό την κοινωνική ανάπτυξη (Ιατρίδης).⁶

Κοινωνική Πρόνοια:

α) Σύνολο κανόνων μέσω των οποίων, το άτομο ασχολείται εξίσου και με τις συνθήκες ζωής των συνανθρώπων του και ιδιαίτερα εκείνων που υποφέρουν ή έχουν άμεση ανάγκη βοήθειας.⁷

β) Σύνολο μέτρων που αποβλέπουν στην ανακούφιση και τη γενικότερη προστασία εκείνων που δεν είχαν τα μέσα να ικανοποιήσουν τις βασικές τους ανάγκες. **Με την ευρύτερη έννοια ο όρος καλύπτει και την ασφάλιση, ενώ με τη στενή του έννοια εντοπίζεται στα διάμεσα μέτρα που αποβλέπουν στην εξυπηρέτηση όσων έχουν ανάγκη κοινωνικοασφαλιστικής προστασίας.**⁸

Κράτος-Πρόνοιας (Welfare state):

Κοινωνικοοικονομική Οργάνωση, η οποία έχει ως αντικειμενικό σκοπό την κοινωνική ευημερία, την εξασφάλιση δηλαδή στο λαό ελάχιστων επιπέδων καλής διαβίωσης από άποψη παιδείας, υγείας, στεγάσεως κλπ.⁹

Κοινωνικό Δικαίωμα:

Συνίσταται στην επιβολή υποχρεώσεων στο κράτος να παρέχει ορισμένες εξυπηρετήσεις στα άτομα για βελτίωση των κοινωνικών όρων της ζωής τους, λαμβάνοντας γι' αυτό θετικά μέτρα.¹⁰

⁶ Αθανασοπούλου Β, Σεργίου Δ., Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σαν θεωρητική άποψη και πως βιώνεται από τα άτομα που δέχονται την επιρροή αυτού του ρόλου. Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1991, σελ.24

⁷ Αθανασοπούλου Β, Σεργίου Δ., Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σαν θεωρητική άποψη και πως βιώνεται από τα άτομα που δέχονται την επιρροή αυτού του ρόλου. Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1991, σελ. 12

⁸ Γαρμπή Κ., Μικρούτσικου Χρ., Πάγγειου Ε., Η Κοινωνική Εργασία στην Πράξη-Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις διευθύνσεις και τμήματα Κοινωνικής Πρόνοιας. Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1990, σελ.5

⁹ Γαρμπή Κ., Μικρούτσικου Χρ., Πάγγειου Ε., Η Κοινωνική Εργασία στην Πράξη-Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις διευθύνσεις και τμήματα Κοινωνικής Πρόνοιας. Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1990, σελ.5

¹⁰ Λεξικό Κοινωνικής Επιστήμης Τόμος Α', σελ.45

Κοινωνική Αλλαγή:

Οι ουσιαστικές ευδιάκριτες μεταβολές που υφίστανται οι Κοινωνικές Δομές (δηλαδή τα πρότυπα κοινωνικής δράσεως και αντιδράσεως), συμπεριλαμβανομένων και των συνεπειών αυτών των μεταβολών, όπως αντανακλώνται στους κανόνες συμπεριφοράς, τις αξίες, καθώς επίσης και στα πολιτιστικά παράγωγα και τα σύμβολα της Κοινότητας(Moore)¹¹, έχει χαρακτήρα μονιμότητας και αποτελεί σταθμό στην Ιστορία της Κοινωνίας(Τσαούσης,1984).¹²

Κοινωνικό Πρόβλημα:

Λανθάνουσα κατάσταση, εκτροπή από τις ομαλές κοινωνικές διαδικασίες ή διακοπή της κανονικής ή γενικά παραδεκτής ροής των πραγμάτων στην κοινωνία, λόγω της **διάστασης μεταξύ κοινωνικών προτύπων (standards, συνθηκών δηλαδή που η κοινωνία θεωρεί πρέπουσες ή επιθυμητές) και κοινωνικής πραγματικότητας**. Η επιθυμητή αυτή διάσταση προτύπων και πραγματικότητας γίνεται κοινωνικό πρόβλημα από τη στιγμή που οι άνθρωποι πιστεύουν ότι μπορεί να κάνουν κάτι για να βελτιώσουν την κατάσταση.¹³

Φιλανθρωπία:

Η εθελοντική παροχή βοήθειας των έχοντων προς τους μη έχοντες, των δυνατών προς τους αδυνάτους. Η φιλανθρωπία καλύπτει αποκλειστικά φυσικές ανάγκες (τροφή, στέγη), δεν είναι συστηματική και συνεπής και δε λαμβάνει υπόψη της ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου που χρειάζεται τη βοήθεια. Είναι απλώς μια παροχή στο συνάνθρωπο χωρίς συγκεκριμένη διαδικασία.¹⁴

Κοινωνική Εργασία:

α) Η **κατεξοχήν αυτοτελής εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη** που ασχολείται με την πρακτική αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων των ατόμων και των

¹¹ Γαρμπή Κ., Μικρούτσικου Χρ., Πάγγειου Ε., Η Κοινωνική Εργασία στην Πράξη-Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις διευθύνσεις και τμήματα Κοινωνικής Πρόνοιας, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1990, σελ.6

¹² Παυλάτου Δήμητρα, Η Κοινωνική Εργασία του χτες και του σήμερα- Η ταυτότητα του επαγγελματία Κοινωνικού λειτουργού της Πάτρας, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1995, σελ.5

¹³ Πόθου Μίνα, Κοινωνική Θεώρηση των Κοινωνικών προβλημάτων, περ. «Εκλογή», Αύγουστος 1982, σελ.104,107

¹⁴ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.94

κοινωνικών ομάδων που δημιουργεί η σύγχρονη βιομηχανική και μεταβιομηχανική κοινωνία.¹⁵

β) **Διακριτή και συστηματική μέθοδος παρέμβασης για την αντιμετώπιση προβληματικών καταστάσεων σε κοινωνικό και ψυχικό επίπεδο.**¹⁶

γ) **Η επιστημονική, μεθοδολογική προσέγγιση στα πλαίσια του Κράτους-Πρόνοιας.**¹⁷

Κοινωνικός Λειτουργός:

Ο επαγγελματίας που ασχολείται με την εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας.

Εξυπηρετούμενος:

Το άτομο το οποίο επωφελείται της άσκησης της Κοινωνικής Εργασίας. Μπορεί να οριστεί ως ένα άτομο, μια οικογένεια, μια ομάδα ή μια κοινότητα που απευθύνεται σε μια κοινωνική υπηρεσία ζητώντας βοήθεια προκειμένου να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που του παρουσιάστηκαν και τις οποίες αδυνατεί ή έχει αποτύχει να αντιμετωπίσει με τα δικά του μέσα. Ο εξυπηρετούμενος ονομάζεται επίσης **αποδέκτης ή και χρήστης των κοινωνικών υπηρεσιών**, σε κάποιες περιπτώσεις **δικαιούχος** (αυτός που συνεργάζεται με ένα τμήμα παροχών μιας Διεύθυνσης Πρόνοιας ή ενός ασφαλιστικού φορέα), καθώς και **ασθενής(το άτομο που συνεργάζεται με τον Κοινωνικό Λειτουργό ενός Νοσοκομείου ή ενός Κέντρου Υγείας)**. Ο εξυπηρετούμενος αποκαλείται εναλλακτικά και **πελάτης [από το ρήμα «πελάζω»: πλησιάζω (μετάφραση του αγγλικού όρου «client»)]**.¹⁸

Πελάτης:

Ο πλέον αποδεκτός όρος για τον χρήστη των κοινωνικών υπηρεσιών. Ο όρος αυτός εμφανίστηκε από την αρχή της καθιέρωσης της Κοινωνικής Εργασίας ως επαγγέλματος και **επικράτησε διεθνώς.** Οι πρώτοι επαγγελματίες Κοινωνικοί

¹⁵ Ασημακοπούλου-Ζάρναρη Όλγα, Το Κράτος- Πρόνοιας και η Κοινωνική Εργασία, περ.Εκλογή, 1982, Υπόμνημα σελ.8

¹⁶ Ζαϊμάκης Γ., Νέοτερη σκέψη και Μετανεοτερικότητα: Από τη Μοντέρνα στη Μεταμοντέρνα Κοινωνική Εργασία, περ. Εκλογή, Τεύχος 53, σελ. 244

¹⁷ Ασημακοπούλου-Ζάρναρη Όλγα, Το Κράτος- Πρόνοιας και η Κοινωνική Εργασία, περ.Εκλογή, 1982, Υπόμνημα σελ.6

¹⁸ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.65-66

Λειτουργοί επέλεξαν το συγκεκριμένο όρο επιδιώκοντας να υπογραμμίσουν την επαγγελματική διάσταση της σχέσης που ανέπτυσαν με τα άτομα τα οποία ζητούσαν τη βοήθειά τους. Ο όρος πελάτης όμως καθιερώθηκε και για έναν πρόσθετο λόγο: για να τονιστεί η διαφορά με τη φιλική σχέση και κυρίως για να διαφοροποιηθεί η κοινωνική εργασία από τις προστατευτικές και εξουσιαστικές μορφές σχέσεων τις οποίες ανέπτυσαν οι εθελοντές βοηθοί με τους βοηθούμενους κατά τη φάση της φιλανθρωπίας και των αγαθοεργιών.¹⁹

Επιπλέον, στην παρούσα εργασία επιλέγεται η χρήση του όρου «πελάτης» στην λογική ότι αυτός που χρησιμοποιεί τις κοινωνικές υπηρεσίες:

α) Κινείται σε ένα χώρο προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών

β) Έχει το δικαίωμα απαίτησης και διεκδίκησης ποιοτικών υπηρεσιών και

γ) Για όλες τις υπηρεσίες έχει ήδη καταβάλλει το αντίτιμο μέσα από την ετήσια φορολογία του και τις ασφαλιστικές του εισφορές.

Επαγγελματική σχέση πελάτη-Κοινωνικού Λειτουργού:

Ορίζεται ως ένας συναισθηματικός και κοινωνικός σύνδεσμος που δημιουργείται μεταξύ Κοινωνικού Λειτουργού και εξυπηρετούμενου, με στόχο ο δεύτερος να γίνει ικανός να διατυπώσει το πρόβλημά του και να προβεί στις απαραίτητες ενέργειες προκειμένου να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του, να αλλάξει την κατάσταση και να σταθεροποιηθεί στη νέα επιθυμητή και απαλλαγμένη από αρνητικά χαρακτηριστικά συνθήκη ζωής. Η σχέση αυτή λειτουργεί μέσα σε συγκεκριμένα όρια: χώρου (Κοινωνική Υπηρεσία), χρόνου (περιορισμένη διάρκεια) και στόχων της υπηρεσίας.²⁰

Χειραφέτηση:

Διαδικασία κατά την οποία το άτομο καθίσταται ικανό να αντιληφθεί την κατάστασή του σαν πρόβλημα (ευαισθητοποίηση) και να προσπαθήσει να λύσει το πρόβλημα

¹⁹ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.65

²⁰ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.67

συλλογικά σε μία διαλεκτική ενέργειας και θεωρητικής εμβάθυνσης (ενεργοποίηση, κινητοποίηση)(Ζωγράφου, 1992).²¹

Μέθοδος:

Υπεύθυνη, συνειδητή, πειθαρχημένη και με συγκεκριμένο σκοπό χρήση των γνώσεων, της τεχνικής, των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων του επαγγελματία στο πλαίσιο της άσκησης του επαγγέλματός του. Είναι ένας συστηματικός τρόπος προσέγγισης όλων των διαθέσιμων μέσων, ο οποίος ρυθμίζει τη δράση για την εκτέλεση μιας λειτουργίας.²²

Μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας:

Συστηματοποίηση των ειδικών γνώσεων του κοινωνικού λειτουργού για την οργάνωση μιας ιδέας/ άποψης σχετικά με τα μέσα που έχει στη διάθεσή του προκειμένου να υλοποιήσει ή να συμβάλει σε αυτό που είναι απαραίτητο (ζητούμενο) να γίνει στο πλαίσιο του επαγγέλματός του. Θεωρείται σαν ο συστηματικός τρόπος με τον οποίο οι κοινωνικοί λειτουργοί παρεμβαίνουν στη σχέση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του.²³

Διαδικασία:

(εδώ) Η τεχνική διεπιστημονική διαδικασία της Κοινωνικής Εργασίας περιλαμβάνει τα στάδια της διάγνωσης (διαπίστωση προβλήματος), παρέμβασης (θεραπείας ή εφαρμογής σχεδίου λύσης) και αξιολόγησης (ως παρέμβασης του αποτελέσματος και της συνέχισης ή τερματισμού της παρέμβασης).²⁴

Βιο-Ψυχο-Κοινωνικό Μοντέλο Υπηρεσιών:

Αναφέρεται επίσης και ως «**Μοντέλο Κοινωνικών Υπηρεσιών**» ή «**Ολιστικό Μοντέλο Ιατρικής**». Μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας που στηρίζεται στη φιλοσοφική άποψη ότι η προσέγγιση του ασθενούς με οποιοδήποτε πρόβλημα

²¹ Νικολακοπούλου Αικατερίνη, Έρευνα- Δράση στην ΚΕΚ. Ένας νέος προσανατολισμός στην εκπαίδευση των Κοινωνικών Λειτουργών, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1996, σελ.7

²² Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.123

²³ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.123

²⁴ Ιατρίδης Δημήτρης, Κοινωνική Εργασία και Υγεία, περ. Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 14, σελ.73

υγείας που έχει πρέπει να είναι ολοκληρωμένη, ολιστική και να καλύπτει τη βιολογική, σωματική δηλαδή, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση του ατόμου.²⁵ Ο **άνθρωπος αντιμετωπίζεται σαν «όλο»**, γι' αυτό και την ευθύνη της υγείας του την έχουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας και πάνω απ' όλα το ίδιο το άτομο και όχι κατ' αποκλειστικότητα ο γιατρός.²⁶

Διεπιστημονική Ομάδα Υγείας:

Διεπαγγελματική, διατομεακή συνεργασία²⁷ μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, με σκοπό την από κοινού προσέγγιση του ασθενούς στα πλαίσια του Βιοψυχοκοινωνικού Μοντέλου Υπηρεσιών και της νέας διάστασης που δίνει η ΠΟΥ για τον ορισμό της υγείας. Αποτελείται συνήθως από γιατρούς, ψυχιάτρους, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές και άλλο ειδικευμένο προσωπικό.²⁸ Θεωρείται ως ο πιο αποτελεσματικός και ολοκληρωμένος τρόπος αντιμετώπισης της ασθένειας, που συμπεριλαμβάνει και το άτομο- ασθενή.²⁹

Υγεία:

Η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας (ορισμός της ΠΟΥ).³⁰

ΚΕΑ(Casework):

Διεργασία λύσης προβλημάτων μεμονωμένα και περιστασιακά για κάθε πελάτη-εξυπηρετούμενο³¹ με θεραπευτικό και όχι προληπτικό ρόλο³². Η πρώτη που αναπτύχθηκε μεταξύ των τριών βασικών μεθόδων κοινωνικής εργασίας και η πιο

²⁵ Μουζακίτης Χρήστος, Πρακτικά Διήμερου Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, 13-14/12/1996

²⁶ Γιδοπούλου Κούλα, Πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα, 1985, σελ. 275

²⁷ Ιατρίδης Δημήτρης, Κοινωνική Εργασία και Υγεία, περ. Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 14, σελ. 73

²⁸ Γιανουλάτος, Πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, σελ. 280

²⁹ Αρβανιτίδου Ελένη, Κοινωνική Εργασία και Υγεία, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1991, σελ. 103

³⁰ Γιδοπούλου Κούλα, Πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα, 1985, σελ. 275

³¹ Perlman Helen Harris, Κοινωνική Εργασία με Άτομα, 1957, σελ. 86

³² Ζωγράφου Ανδρέα, Ο διπλός ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο πλαίσιο των Κοινωνικών Οργανώσεων, σελ. 38

γνωστή, τόσο διεθνώς, όσο και στην Ελλάδα.³³ Η πιο συχνά εφαρμοζόμενη μέθοδος στα Νοσοκομεία.³⁴

ΚΕΟ:

Διεργασία κατεύθυνσης της ομαδικής ζωής από τον κοινωνικό λειτουργό.³⁵ Μία εκ των τριών βασικών μεθόδων εφαρμογής της κοινωνικής εργασίας.³⁶ Ως σύστημα και διαδικασία παροχής βοήθειας σε ομάδες εξυπηρετούμενων³⁷, έχει σκοπό την εξασφάλιση ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος για τα μέλη της ομάδας, έτσι ώστε τα μέλη να καταστούν ικανά να κάνουν χρήση των δυνατοτήτων τους χρησιμοποιώντας το *maximum* των ικανοτήτων τους. Σπάνια εφαρμοζόμενη στα σημερινά Νοσοκομεία.³⁸

Οικογένεια:

Θεσμοποιημένη βιο-κοινωνική ομάδα, που απαρτίζεται από ενήλικους και τέκνα, κατιόντες των εγγάμων ενηλίκων και που οι ελάχιστες λειτουργίες της είναι να παρέχει ικανοποιήσεις και έλεγχο των αναγκών του θυμικού, καθώς και μια κοινωνικοπολιτιστική κατάσταση για τη δημιουργία, ανατροφή και κοινωνικοποίηση των κατιόντων (Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, Unesco, Τόμος 2, σελ.620).³⁹

ΚΕΜΟ (Family Therapy):

Κλινική προσέγγιση, η οποία εστιάζεται σε ειδικά θέματα δυσλειτουργίας μέσα στην οικογένεια και ασχολείται με τα αλληλοεπιδρώντα συστήματα που επηρεάζουν τη συμπεριφορά της⁴⁰. Ως μέθοδος της κοινωνικής εργασίας, η ΚΕΜΟ εντασσόταν παλαιότερα στα πλαίσια της ΚΕΟ. Σήμερα αποτελεί ξεχωριστή μέθοδο κοινωνικής

³³ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.67

³⁴ Δουκάρου-Καπλάνη-Μαϊτανού, Οργάνωση και Διοίκηση των Δημοσίων Ψυχιατρείων. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1986, σελ.95

³⁵ Wilson- Ryland, Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, σελ.77

³⁶ Κατσορίδου- Παπαδοπούλου, Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, σελ.23

³⁷ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.138

³⁸ Δουκάρου- Καπλάνη-Μαϊτανού, Οργάνωση και Διοίκηση των Δημοσίων Ψυχιατρείων. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1986, σελ.95

³⁹ Κατσιφώτη Φωτεινή, Ορφανού Βασιλική, Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια. Θεωρητική προσέγγιση και περιπτώσιολογική μελέτη, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1990, σελ.3

⁴⁰ Κατσιφώτη Φωτεινή, Ορφανού Βασιλική, Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια. Θεωρητική προσέγγιση και περιπτώσιολογική μελέτη, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1990, σελ.21, 22, 79

εργασίας. Σαν μέθοδος κοινωνικής εργασίας, η ΚΕΜΟ προσπαθεί να αλλάξει τα μέρη εκείνα μέσα στο οικογενειακό σύστημα σχέσεων που για κάποιο λόγο δεν είναι λειτουργικά και γι' αυτό δημιουργούν πρόβλημα στις διάφορες εκδηλώσεις της ζωής.⁴¹ Πολύ συχνά εφαρμοζόμενη στα Νοσοκομεία.

ΚΕΚ:

Διαμεθοδική μέθοδος εργασίας (MULLER, 1988), στο πλαίσιο του κοινωνικού σχεδιασμού για την μακροπρόθεσμη εξάλειψη των αιτιών της άνισης μεταχείρισης, της καταπίεσης και της εξάρτησης διαφόρων προβληματικών ομάδων του πληθυσμού.⁴²

Κοινότητα:

Ως κοινότητα χαρακτηρίζεται μια γεωγραφική ενότητα(γειτονιά, συνοικία, πόλη κλπ.), μια κατηγορία πληθυσμού με κοινό χαρακτηριστικό (ηλικιωμένοι, αλλοδαποί, άστεγοι κλπ) ή μια ομάδα ανθρώπων που βρίσκονται σε ένα λειτουργικό συσχετισμό μεταξύ τους (Νοσοκομείο, Σύλλογος).⁴³

Συνέντευξη: Διεργασία ανάλυσης και εστίασης σε συγκεκριμένα σημεία του προβλήματος. Μέθοδος της κοινωνικής εργασίας που χρησιμοποιείται ως υποβοηθητική και ως μέσο δράσης των βασικών μεθόδων άσκησης κοινωνικής εργασίας.

Συμβουλευτική (Counseling):

Διανοητική διαδικασία με στόχο την παρέμβαση για βοήθεια στο άτομο με έντονο προληπτικό χαρακτήρα. Στη συμβουλευτική γίνεται συνειδητή καθοδήγηση προς την επίλυση ενός προβλήματος και όχι παροχή υπηρεσιών⁴⁴. Χρησιμοποιείται ως μέθοδος υποβοηθητική των τριών βασικών μεθόδων κοινωνικής εργασίας.

⁴¹ Κασιφώτη Φωτεινή, Ορφανού Βασιλική, Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια. Θεωρητική προσέγγιση και περιπτώσιολογική μελέτη, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1990, σελ.78

⁴² Ζωγράφου Ανδρέα, ΚΕΚ-Θεωρία-Πράξη-Προβληματισμοί, Πάτρα 1992, σελ.53-54

⁴³ Ζωγράφου Ανδρέα, ΚΕΚ-Θεωρία-Πράξη-Προβληματισμοί, Πάτρα 1992, σελ.49-50

⁴⁴ Δημοπούλου-Λαγωνίκα, Συμβουλευτική στις Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες, περ. Κοινωνική Εργασία, 1992, Τεύχος 27, σελ.168, 171

Counseling:

Εισήχθη το 1991 από την ΠΟΥ στη διεθνή ορολογία της επιστήμης της Κοινωνικής Εργασίας με τον εξής ορισμό: Είναι βοήθεια ενός ανθρώπου με προβλήματα να καθορίσει (οριοθετήσει) το πρόβλημα και τη φύση του προβλήματος με λόγια, να κρίνει (επανεξετάσει) τις πιθανές λύσεις του και να διαλέξει μια λύση. Πολύ συχνά εφαρμοζόμενη στα νοσοκομειακά πλαίσια.⁴⁵

Έρευνα:

Μέθοδος της κοινωνικής εργασίας που σκοπό έχει να δώσει απαντήσεις σε προβλήματα που παρουσιάζονται στην Κοινωνική Εργασία και διευρύνουν τις γνώσεις και τα προγράμματα στον τομέα της Κοινωνικής Εργασίας⁴⁶. Ως μέσα δράσης της έρευνας θεωρούνται οι συνεντεύξεις και η χρήση ερωτηματολογίων-κοινωνιομετρικών tests⁴⁷.

«Απαγωγή εις Άτοπον»:

Μαθηματική Μέθοδος τεκμηρίωσης του επιθυμητού- σωστού αποτελέσματος μέσω απόρριψης των υποθέσεων εργασίας που δεν ισχύουν (άτοπες). (Εδώ χρησιμοποιείται στην επιλογή του δείγματος για την έρευνα.)

⁴⁵ Δουμίδη-Καραμοσχόγλου Δ., Συμβουλευτική σε Ιατρικές Υπηρεσίες, περ. Κοινωνική Εργασία, 1992, Τεύχος 27, σελ.175

⁴⁶ Κανδηλάκη Α., Η Έρευνα στην Κοινωνική Εργασία-Ποιοτική συλλογή και ανάλυση δεδομένων-Σύντομη Προσέγγιση, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, σελ.151-152

⁴⁷ Κατσορίδου – Παπαδοπούλου Χρ., Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, σελ. 84.

ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση και αξιολόγηση του ρόλου της Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα της Υγείας και συγκεκριμένα στο χώρο του Νοσοκομείου, έτσι όπως αυτός παρουσιάζεται μέσα από τη βιβλιογραφία και η πρακτική εφαρμογή της στο τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας. Πιο συγκεκριμένα η μελέτη αυτή αναφέρεται στην ένταξη, στους στόχους και τις προοπτικές της Κοινωνικής Εργασίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο, στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στην προσπάθεια επίτευξης αυτών των στόχων, καθώς και **στην αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών** που αναδεικνύονται από το ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στα Νοσοκομεία.

Η εργασία απαρτίζεται από οκτώ (8) κεφάλαια και χωρίζεται σε τέσσερα (4) κύρια μέρη εργασίας και ένα (1) μέρος όπου παρατίθενται τα παραρτήματα.

Στο Α' Μέρος επιχειρείται μια θεωρητική προσέγγιση στην επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας και στην πρακτική της σε νοσοκομειακό πλαίσιο. Απαρτίζεται δε από τέσσερα (4) κεφάλαια, στα οποία αναφέρονται αναλυτικά η Επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας, η εξέλιξη της από φιλανθρωπία σε εξειδικευμένη εφαρμοσμένη Κοινωνική επιστήμη, τα νομοθετικά πλαίσια δράσης της στους χώρους υγείας, η παρουσία της στους Νοσοκομειακούς χώρους και οι μέθοδοι παρέμβασης για άμβλυνση των όποιων δυσεπίλυτων κοινωνικών προβλημάτων.

Το Β' Μέρος αναλώνεται στην παρουσίαση του ΓΝΚ γενικά, καθώς και στην λειτουργία του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας. Αποτελείται από δύο (2) κεφάλαια, στα οποία παρουσιάζονται αναλυτικά η θέση, η χωροκατανομή, το νομικό καθεστώς λειτουργίας, η ανάλυση προσωπικού και παρεχομένων υπηρεσιών καθώς και δείκτες αποδοτικότητας.

Το Γ' Μέρος περιλαμβάνει την έρευνα που επιχειρείται για την περιγραφή και αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας. Αποτελείται από το Σκοπό της έρευνας, τη Στατιστική ανάλυση και τις Υποθέσεις εργασίας, τα Αποτελέσματα και τα Συμπεράσματα της έρευνας.

Το Δ' Μέρος αποτελείται από τα γενικά συμπεράσματα του συνόλου της παρούσης εργασίας, τόσο σε θεωρητικό, όσο και σε πρακτικό επίπεδο, καθώς και από τις προτάσεις αναβάθμισης του ρόλου της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝ Καλαμάτας.

Τέλος, παρατίθενται δύο (2) παραρτήματα, όπου παρατίθενται νομοθετικά διατάγματα, πίνακες και αναλυτικοί δείκτες αποδοτικότητας.

Αναλυτικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται γενική εισαγωγή στη θεωρία και στην επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας. Παρουσιάζονται αναλυτικά, ο ορισμός της ως ξεχωριστή εφαρμοσμένη Κοινωνική Επιστήμη, ο σκοπός της, το ιστορικό της, το διαχρονικά εξελικτικό και το σύγχρονο πλαίσιο της θεωρίας και των εφαρμογών της. Επίσης σκιαγραφείται εκτεταμένα η ανάδυση της Κοινωνικής Εργασίας μέσα από τις πρώτες άτυπες υλικές παροχές φιλανθρωπίας του 18ου αιώνα και η μετεξέλιξή της σε θεωρητικά τεκμηριωμένο σύστημα παροχής βοήθειας, καθώς και η εξέλιξη της πρακτικής εφαρμογής της στο χώρο της Υγείας, τόσο στο εξωτερικό απ' όπου ξεκίνησε (ΗΠΑ, Λονδίνο), όσο και στην Ελλάδα.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στο θεσμικό πλαίσιο των Κοινωνικών Υπηρεσιών Νοσοκομείου και η Οργάνωσή τους. Αναλύονται η λειτουργία των Κοινωνικών Υπηρεσιών, τα πλαίσια δράσης, οι αρμοδιότητες των Κοινωνικών Λειτουργών, και οι ρόλοι τους, ο τρόπος προσέλευσης των πελατών, οι χώροι και οι τρόποι άσκησης του έργου των Κοινωνικών Λειτουργών, η υλικοτεχνική υποδομή και οργάνωση του γραφείου τους καθώς και οι ανασταλτικοί παράγοντες λειτουργίας των Κοινωνικών Υπηρεσιών Νοσοκομείων.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην παρουσία της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο του Νοσοκομείου. Παρουσιάζονται αναλυτικά οι πληθυσμιακές ομάδες – στόχοι της Κοινωνικής Εργασίας και η σχέση του Κοινωνικού Λειτουργού με τα μειονεκτούντα αυτά άτομα, και αναλύονται οι εξελίξεις που συνέτειναν στην ανάπτυξη της Κοινωνικής Εργασίας και ισχύουν σήμερα στα Νοσοκομεία: το ολιστικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών, η παράδοση και εμπειρία της Κοινωνικής Εργασίας και η Διεπιστημονική Ομάδα Υγείας. Επίσης αναλύονται δύο κύριες περιπτώσεις κοινωνικής παρέμβασης στα Νοσοκομεία: η Κοινωνική Εργασία στον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου και η Κοινωνική Εργασία με περιπτώσεις θανάτου.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται συνοπτικά η μεθοδολογία της Κοινωνικής Εργασίας (βασικές και δευτερεύουσες υποβοηθητικές μέθοδοι εργασίας) και επιχειρείται μια γενική σύγκριση μεταξύ τους, υπογραμμίζοντας έτσι τις βασικές ομοιότητες και διαφορές τους, καταδεικνύοντας την ευελιξία και την προσαρμοστικότητα των μεθόδων ώστε να ανταποκρίνονται στην πολυπλοκότητα

των κοινωνικών προβλημάτων και στην εκάστοτε και διαρκώς μεταβαλλόμενη κοινωνική πραγματικότητα.

Στο πέμπτο κεφάλαιο επιχειρείται συνοπτική παρουσίαση της λειτουργίας του ΓΝ Καλαμάτας. Ειδικότερα αναλύονται: Ιστορική Αναδρομή, Θέση και Χωροκατανομή, Διοικητική Δομή – Οργάνωση, Ανάλυση Προσωπικού και Νοσολογικής Κίνησης και Δείκτες χρησιμοποίησης – κατανάλωσης.

Στο έκτο κεφάλαιο αντίστοιχα, επιχειρείται παρουσίαση του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ. Παρουσιάζονται αναλυτικά η ιστορική αναδρομή, θέση – χωροκατανομή, λειτουργικότητα χώρου, υλικοτεχνική υποδομή, οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας, δομή – στελέχωση, χώροι άσκησης του έργου των Κοινωνικών Λειτουργιών, τρόποι προσέλευσης των πελατών, μέθοδοι παρέμβασης, ανάλυση της κίνησης, καθώς και προβλήματα λειτουργικότητας.

Στο έβδομο (7) κεφάλαιο επιχειρείται ανάλυση και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ και απαρτίζεται από το σκοπό της έρευνας, υλικό και μέθοδο, στατιστική ανάλυση, αποτελέσματα και τα συμπεράσματα.

Το όγδοο κεφάλαιο αποτελείται από τα γενικά συμπεράσματα της εργασίας, καθώς και από προτάσεις βελτίωσης της λειτουργίας του τμήματος και των παρεχόμενων υπηρεσιών του.

Τέλος, παρατίθενται δύο παραρτήματα που συμπεριλαμβάνουν νομοθετικά διατάγματα, αναλυτικούς πίνακες αξιολόγησης και αναλυτικούς δείκτες αποδοτικότητας που χρησιμοποιήθηκαν στην εργασία.

ΜΕΡΟΣ Α΄:

**ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗ
ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ Η
ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται μια θεωρητική προσέγγιση στην επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας. Γίνεται γενική εισαγωγή στη θεωρία και στην επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας και παρουσιάζονται αναλυτικά, ο ορισμός της ως ξεχωριστή εφαρμοσμένη Κοινωνική Επιστήμη, ο σκοπός της, η ιστορική ταναδρομή της, το διαχρονικά εξελικτικό και το σύγχρονο πλαίσιο της θεωρίας και των εφαρμογών της.

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ραγδαίες εξελίξεις σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας και οι σύγχρονες κοινωνικές ανάγκες καθώς και τα οικονομικά μοντέλα που προβάλλει η σημερινή εποχή, έχουν αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων μέσα στα γενικότερα πλαίσια ενός κλίματος παγκοσμιοποίησης, οικονομικής και κοινωνικής ανόδου. Οι τάσεις αυτές προάγουν τον πολιτισμό, την τεχνολογική εξέλιξη και συμβάλλουν αποφασιστικά στην άνοδο του βιοτικού επιπέδου των λαών.

Συγχρόνως όμως, οι κοινωνικοοικονομικές αυτές συνθήκες δημιουργούν νέες ανάγκες και προκαλούν την εμφάνιση νέων κοινωνικών προβλημάτων. Δυσχεραίνουν την ομαλή ένταξη και επιτυχή προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον και τη συμμετοχή του στις οικονομικές και κοινωνικές δραστηριότητες. Επιτείνουν την αδυναμία των οριακών ομάδων του πληθυσμού να αξιοποιούν επαρκώς τα μέσα που έχουν διατεθεί με διάφορα κοινωνικά μέτρα για να καλύψουν τις ανάγκες τους και συντελούν στην επιδείνωση της κοινωνικής παθολογίας⁴⁸.

Η αδυναμία των παραδοσιακών μορφών κοινωνικής προστασίας να συμβάλλουν αποφασιστικά στην πρόληψη ή την αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργούνται από την οικονομική ανάπτυξη, οδήγησε στην αναζήτηση και εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων για τη διεύρυνση των κοινωνικών αναγκών αλλά και στο σχεδιασμό και την εφαρμογή μέτρων για την έγκαιρη και

⁴⁸ Έκθεση Ομάδας Εργασίας . Κοινωνική Πρόνοια, πρόγραμμα 83-87, σελ. 170

αποτελεσματική κάλυψή τους και συνεπώς στην ανάπτυξη της Κοινωνικής Εργασίας⁴⁹.

Η ανάπτυξη της Κοινωνικής Εργασίας αποτελεί ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες το βασικό μέσο υλοποίησης της πολιτικής πρόνοιας και συμβάλλει αποφασιστικά στον τρόπο προσέγγισης των κοινωνικών αναγκών και προβλημάτων⁵⁰.

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η Κοινωνική Εργασία⁵¹ αναγνωρίζεται παγκόσμια σήμερα σαν η **κατεξοχήν αυτοτελής εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη**, που ασχολείται με την πρακτική αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων των ατόμων και των κοινωνικών ομάδων που δημιουργεί η σύγχρονη βιομηχανική και μεταβιομηχανική κοινωνία⁵².

Αποτελεί τη θεσμική έκφραση του ενδιαφέροντος της κοινωνίας για την αντιμετώπιση των κοινών ανθρωπίνων αναγκών⁵³ και ένα **διεπιστημονικό τρόπο παρέμβασης για κοινωνική αλλαγή**, λύση προβλημάτων και βελτίωση κοινωνικών συνθηκών για κοινωνική ανάπτυξη όλου του πληθυσμού⁵⁴. Είναι μια **διακριτή και συστηματική μέθοδος παρέμβασης** για την αντιμετώπιση προβληματικών καταστάσεων σε κοινωνικό και ψυχικό επίπεδο η οποία απομακρύνεται από τον εθελοντισμό και τις φιλανθρωπικές δοξασίες και αξιώνει την αναγνώριση του επιστημονικού της χαρακτήρα⁵⁵. *Επίκεντρο του ενδιαφέροντος της είναι το «απροσάρμοστο άτομο».*(HOLLSTEIN 1973, σελ. 15)⁵⁶.

⁴⁹ Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Κοινωνική Πρόνοια, πρόγραμμα 83-87, σελ. 170

⁵⁰ Έκθ. Ομ. Εργασίας, Κοινωνική Πρόνοια, πρόγραμμα 83-87, σελ. σελ. 44-45

⁵¹ Ο όρος Κοινωνική Εργασία είναι μετάφραση του αγγλοσαξονικού όρου social work και κοινωνικός λειτουργός η απόδοση του όρου social worker.

⁵² Ασημακοπούλου – Ζάρναρη Ο., Το κράτος – Πρόνοιας και η ΚΕ, Εκλογή. 1982, Υπόμνημα, σελ. 8 .

⁵³ Ασημακοπούλου – Ζάρναρη Ο., Το κράτος – Πρόνοιας και η ΚΕ, Εκλογή. 1982, Υπόμνημα, σελ. 8 .

⁵⁴ Ιατρίδης Δ., Κοινωνική Εργασία και Υγεία, περ. «Κοινωνική Εργασία», 1989, τεύχος 14, σελ. 73.

⁵⁵ Ζαϊμάκης Γ., Νεώτερη σκέψη και Μετανεωτερικότητα: Από τη μοντέρνα στη μεταμοντέρνα, Κοινωνική Εργασία, περ. «Κοινωνική Εργασία», τεύχος 53, σελ. 244.

⁵⁶ Ζωγράφου Α. Ο κοινωνικός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας, περ. «Κοινωνική Εργασία», τεύχος 15, 1989, σελ. 173.

Είναι μια ανθρωπιστική – ανθρωποκεντρική Επιστήμη⁵⁷, η οποία σέβεται την προσωπικότητα του ατόμου και τηρεί απολύτως και αυστηρώς το «απόρρητον» των όσων το ίδιο το άτομο εμπιστεύεται στον κοινωνικό λειτουργό⁵⁸.

Θεωρείται ως η επιστημονική, μεθοδολογική προσέγγιση στα πλαίσια του Κράτους – Πρόνοιας⁵⁹ και διέπεται από την αρχή της αυτονομίας και ψυχικής αυτάρκειας του ατόμου⁶⁰, συνδέεται δε με ό,τι αποκαλείται «λειτουργήμα»⁶¹.

1.3 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ως κλάδος των εφαρμοσμένων κοινωνικών επιστημών και μέθοδος παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, η κοινωνική εργασία έχει **σκοπό** την επίτευξη και διατήρηση ισορροπίας μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος στο οποίο βρίσκεται, για να διασφαλίσει την ψυχική και κοινωνική υγεία και την ευημερία και του ατόμου αλλά και της κοινωνίας ως συνόλου⁶². (Σχ. 1.1).

Σύμφωνα με τον A. Pincus, η Κοινωνική Εργασία, **αποβλέπει** να αυξήσει τις προσαρμοστικές ικανότητες του ατόμου για την αντιμετώπιση των δυσμενών συνθηκών της ζωής, να συνδέσει το άτομο με τις διαθέσιμες πηγές του περιβάλλοντος του, να προαγάγει την αποτελεσματική και εξανθρωπιστική λειτουργία των υπηρεσιών, να συμβάλλει στην ανάπτυξη και βελτίωση της κοινωνικής πολιτικής (Καφαντάρη, 1981)⁶³.

⁵⁷ Κατσορίδου – Παπαδοπούλου Χ., Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, σελ. 19

⁵⁸ Έγγραφο 31/5/1991 (Αρ. πρωτ. Γ6α/707) του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Διεύθυνση Κοινωνικής Εργασίας, Τμήμα Α', περί «Ανάπτυξης και προαγωγής της Κοινωνικής Εργασίας στο Νοσοκομειακό πλαίσιο», σελ. 1, παραγ. 3.

⁵⁹ Ασημακοπούλου – Ζάρναρη, Το κράτος – Πρόνοιας και η Κοινωνική Εργασία, περ. «Εκλογή», 1982, «Υπόμνημα, σελ. 6.

⁶⁰ Lacey Ron, Τα ανθρώπινα δικαιώματα στην Κοινωνική Εργασία, περ. «Εκλογή» Οκτώβριος, Νοέμβριος – Δεκέμβριος 1987, σελ. 163-176.

⁶¹ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 15.

⁶² Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Κοινωνική Πρόνοια, Πρόγραμμα 1983 – 1987 σελ. 44-45.

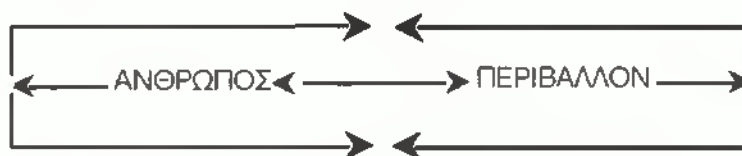
⁶³ Γαρμπή Κατερίνα, Μικρούτσικου Χριστίνα, Πάγγειου Ελένη, Η Κοινωνική Εργασία στην πράξη – Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στις Διευθύνσεις και Τμήματα Κοινωνικής Πρόνοιας, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1990, σελ.5

1.4 Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ως αυτοτελής εφαρμοσμένη Κοινωνική Επιστήμη, η Κοινωνική Εργασία περιλαμβάνει το θεωρητικό, το εμπειρικό και το εφαρμοσμένο σκέλος. Κατευθύνεται σε στόχους και σε αποτελέσματα, υποδεικνύει τρόπους πραγματοποίησης του «δέοντος γενέσθαι», καθώς και εναλλακτικές λύσεις ως προς ένα αποτέλεσμα και μια μέθοδο. Έχει εκτεταμένο πεδίο εφαρμογών σε όλων των ειδών τις κοινωνικές υπηρεσίες, σε όλο το φάσμα των κοινωνικών προβλημάτων και σε όλους τους κοινωνικούς σχηματισμούς. Βοηθά άτομα να βρουν στέγη, εργασία και συναισθηματική υποστήριξη εξασφαλίζει την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ασθενών περιφρουρεί την προστασία των κακοποιημένων και παραμελημένων ατόμων «επιμελείται» τη ζωή των παραβατικών και των κοινωνικά μειονεκτούντων και μέριμνα για τη διαρκή φροντίδα των ευάλωτων ατόμων⁶⁴.

Υιοθετώντας εξαρχής ένα ευρύ φάσμα θεμελιωδών αξιών όπως τα ανθρώπινα δικαιώματα, τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, της ισότητας, της δημοκρατίας, της κοινωνικής αλλαγής και της ανθρώπινης ύπαρξης, οι οποίες συνιστούν το βασικό πυρήνα της ύπαρξής της, επιδιώκει την εύρυθμη λειτουργία του ατόμου, των ομάδων και του κοινωνικού συνόλου⁶⁵.

Για το λόγο αυτό, προσεγγίζει το άτομο μέσα στο φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον μέσω της αλληλεπίδρασης που υπάρχει μεταξύ τους και αναπτύσσει παρεμβάσεις για την πρόληψη και την επίλυση των προβλημάτων που ανακύπτουν στα πλαίσια της αλληλεπίδρασης⁶⁶. (Πίνακας 1.1)



Σχήμα 1.1 Τα αντικείμενα της Κοινωνικής Εργασίας

Πηγή: Καλλινικάκη Θ., Εισαγωγή στη θεωρία και πρακτική της ΚΕ, σελ. 19

⁶⁴ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 17.

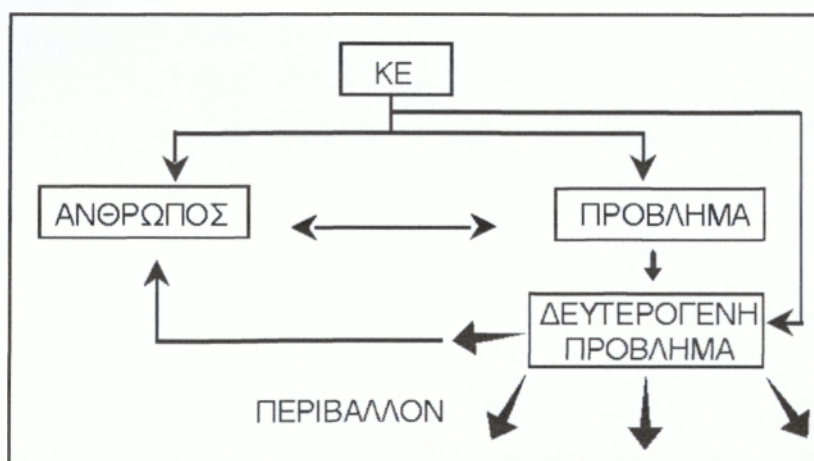
⁶⁵ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 19,43

⁶⁶ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 18

Η σχέση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος θεωρείται αιτία εκδήλωσης ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Ταυτόχρονα όμως συνιστά το πλαίσιο αντιμετώπισης και την πηγή της λύσης των προβλημάτων αυτών. Καθώς η **σχέση ατόμου – περιβάλλοντος** βρίσκεται σε διαρκή και αμφίδρομη αλληλεπίδραση, η Κοινωνική Εργασία καλείται να χειριστεί μια μεταβαλλόμενη κατάσταση⁶⁷.

Αφετηρία της Κοινωνικής Εργασίας είναι η ιδέα ότι κάθε άτομο, οποιασδήποτε ηλικίας, είναι δυνατόν να έρθει αντιμέτωπο με κάποιο πρόβλημα και να χρειαστεί βοήθεια σε μια πτυχή της προσωπικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής του ζωής. Έτσι η Κοινωνική Εργασία μελετά και εισηγείται μέτρα τα οποία προλαμβάνουν την εμφάνιση προβλημάτων που αποτελούν ή έχουν ήδη προσβάλλει τη ζωή ενός ατόμου ή μιας ομάδας ή έχουν αποδυναμώσει την αποδοτικότητα των προσπαθειών του να τα χειριστεί (π.χ. άτομα με συγκεκριμένες μειονεξίες, με προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων ή απειλούμενα από αγχογόνους παράγοντες)⁶⁸.

Η Κοινωνική Εργασία ως μια **επιστήμη δράσης και παρέμβασης**, βοηθάει το άτομο να αντιμετωπίσει με τον πιο αποδοτικό τρόπο το πρόβλημά του. Ταυτόχρονα, επιδρά και στο ίδιο το πρόβλημα, έτσι ώστε να ελαχιστοποιήσει τα δευτερογενή προβλήματα και τις επιπτώσεις τους στο άτομο και στο περιβάλλον του⁶⁹. (Πίνακας 1.2)



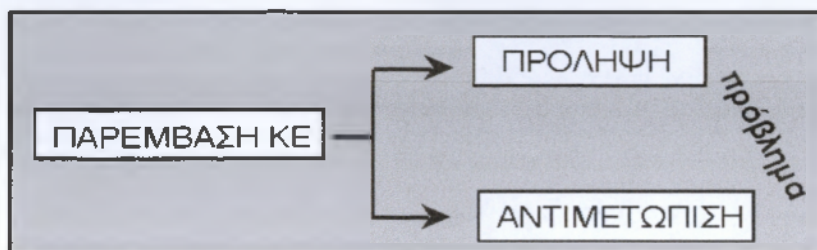
Σχήμα 1.2: Κοινωνική Εργασία ως επιστήμη δράσης – παρέμβασης

⁶⁷ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ»,σελ. 18

⁶⁸ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 19.

⁶⁹ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 19-20.

Βασική μέριμνα της Κοινωνικής Εργασίας είναι αφενός η πρόληψη, δηλαδή η αποτροπή μιας κοινωνικής δυσλειτουργίας, και αφετέρου η **αντιμετώπιση**, δηλαδή η επίλυση των προβλημάτων που παρεμποδίζουν, αναστέλλουν ή και διαστρεβλώνουν την κοινωνική λειτουργικότητα ενός ατόμου, μιας οικογένειας ή μιας κοινότητας⁷⁰.



Σχήμα 1.3: Δράση Κοινωνικής Εργασίας

Στην Κοινωνική Εργασία διακρίνουμε δύο είδη οργανώσεων:

- α) τις πρωτογενείς οργανώσεις, οι οποίες έχουν σαν βασικό τους καθήκον την εκτέλεση κοινωνικής εργασίας (π.χ. ΚΑΠΗ, ίδρυμα ατόμων με ειδικές ανάγκες).
- β) τις δευτερογενείς οργανώσεις, όπου η κοινωνική εργασία αποτελεί μέρος των δραστηριοτήτων μιας οργάνωσης με διαφορετικό προσανατολισμό (π.χ. **Νοσοκομείο**)⁷¹.

Συνοπτικά, ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας έγκειται⁷²:

- α) Στην **εξατομικευμένη αντιμετώπιση ανθρώπινων αναγκών**.
- β) Στην υποβοήθηση ατόμων ή κοινωνικών ομάδων για την ομαλή προσαρμογή τους σε τυχόν αλλαγές των συνθηκών ζωής, **στην προώθηση των κατάλληλων μηχανισμών** για άμβλυση των κοινωνικών προβλημάτων και **στη διαμόρφωση τέτοιων κοινωνικών συνθηκών** που να ανταποκρίνονται στις διαφοροποιούμενες ανθρώπινες ανάγκες.
- γ) Στη **δραστηριοποίηση** των ατόμων και των κοινωνικών ομάδων για να αναπτύξουν τις ικανότητές τους προκειμένου να ανταποκρίνονται

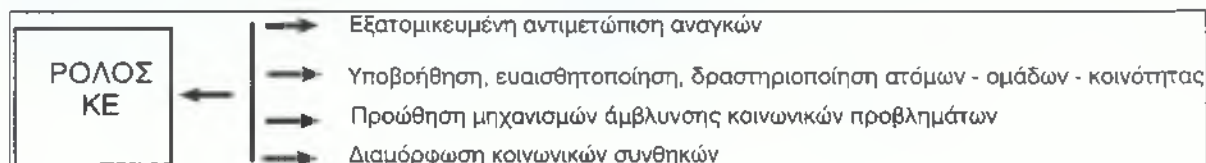
⁷⁰ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 20.

⁷¹ Σταθόπουλος, Κοινωνική Εργασία – Θεωρία και Πράξη, σελ. 30

⁷² Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Κοινωνική Πρόνοια, Πρόγραμμα 1983-1987, σελ. 171.

επαρκώς στους διάφορους ρόλους τους όπως αυτοί διαμορφώνονται από τη συμμετοχή τους στους διάφορους κοινωνικούς θεσμούς (οικογένεια κ.λ.π.)

- δ) Στην **ευαισθητοποίηση** ατόμων και κοινωνικών ομάδων σε θέματα κοινού ενδιαφέροντος, στην ανάπτυξη αισθήματος κοινωνικής ευθύνης και στην ενθάρρυνση της συμμετοχής του ατόμου σε εκδηλώσεις που αφορούν ομάδες ή το σύνολο της κοινωνίας.



Σχήμα 1.4: Ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας

Με δεδομένο το αντικείμενο ενασχόλησης της, η Κοινωνική Εργασία έχει αναπτύξει **μεθόδους**, οι οποίες υποδεικνύουν συγκεκριμένες διαδικασίες αξιολόγησης και αντιμετώπισης των κοινωνικών προβλημάτων, αποσκοπώντας έτσι στην αύξηση των προσαρμοστικών ικανοτήτων του ατόμου για την αντιμετώπιση των δυσμενών συνθηκών της ζωής, στη σύνδεση των ατόμων με τις διαθέσιμες πηγές του περιβάλλοντος τους, στην προαγωγή μιας πιο αποτελεσματικής και εξανθρωπιστικής λειτουργίας των υπηρεσιών και τελικά στην ανάπτυξη και βελτίωση της Κοινωνικής Πολιτικής (Καφαντάρη, 1981)⁷³.

⁷³ Γαρμπή Κατερίνα, Μικρούτσικου Χριστίνα, Πάγγειου Ελένη, Η Κοινωνική Εργασία στην πράξη – Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στις Διευθύνσεις και Τμήματα Κοινωνικής Πρόνοιας, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1990, σελ.5

1.5 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1.5.1 ΑΠΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ιστορικά, η Κοινωνική Εργασία αναπτύχθηκε ανεξάρτητα από το Κράτος – Πρόνοιας, σαν μια προσπάθεια υλικής εξίσωσης των ατόμων⁷⁴. Οι αρχές της βρίσκονται στον 19^ο αιώνα, πολύ πριν την εμφάνιση του Σύγχρονου Κράτους – Πρόνοιας και οι πρώτες εφαρμογές της σημειώνονται στις φτωχογειτονίες των βιομηχανικών πόλεων της Αγγλίας και στο γκέτο των μεταναστών της Αμερικής⁷⁵.

Πρόδρομος της Κοινωνικής Εργασίας υπήρξε η πρόνοια για τους φτωχούς. Πριν το 19^ο αιώνα η φτώχεια, η αρρώστια, η δυστυχία και η κοινωνική αποδιοργάνωση αντιμετωπιζόταν μέσα στο περιορισμένο θεσμικό πλαίσιο της ανθρώπινης κοινωνίας που περιελάμβανε την οικογένεια, τη γειτονιά, την εκκλησία και την τοπική κοινότητα. Οι Κοινωνικές Υπηρεσίες παρέχονταν τότε με τη μορφή της φιλανθρωπίας⁷⁶.

Προπομποί των Κοινωνικών εργατών – των πρώτων που ασχολήθηκαν με την Κοινωνική Εργασία – ήταν οι φιλικοί επισκέπτες (*friendly visitors*). Επρόκειτο για γυναίκες της μεσαίας τάξης της Αγγλίας, οι οποίες στις αρχές του 1800 προσέφεραν εθελοντικά υλική βοήθεια (*social assistance*) στις άπορες οικογένειες. Μεταξύ των ετών 1840-1870, οι γυναίκες αυτές συγκροτούσαν στο Λονδίνο οργανωμένες ενώσεις φιλανθρωπίας για την αντιμετώπιση της φτώχειας, τις λεγόμενες **Charity Organization Societies**⁷⁷.

Στην Αμερική, αντίστοιχα την ίδια εποχή, εμφανίζεται το φαινόμενο της επαγγελματικοποίησης της Κοινωνικής Εργασίας. Η επαγγελματικοποίηση προήλθε από την ανάγκη αποσαφήνισης του ρόλου των φιλικών επισκεπτών και από την ανάγκη συντονισμού των δραστηριοτήτων των διαφόρων φιλανθρωπικών οργανώσεων, οι οποίες έφεραν το μεγαλύτερο βάρος της πρόνοιας. Την εποχή

⁷⁴ Αθανασοπούλου Β., Σεργίου Δ., Ο ρόλος του Κλ σαν θεωρητική άποψη και πως βιώνεται από τα άτομα που δέχονται την επιρροή του ρόλου, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1991, σελ.8.

⁷⁵ Αθανασοπούλου Β., Σεργίου Δ., Ο ρόλος του Κλ σαν θεωρητική άποψη και πως βιώνεται από τα άτομα που δέχονται την επιρροή του ρόλου, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1991, σελ.8.

⁷⁶ Αθανασοπούλου Β. – Σεργίου Δ., Ο ρόλος του Κλ σαν θεωρητική άποψη και πως βιώνεται από τα άτομα που δέχονται την επιρροή του ρόλου, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1991, σελ.8

⁷⁷ Καλλινικάκη Θ., Εισαγωγή στη θεωρία και πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 21

αυτή γεννιέται η **Κοινωνική Εργασία με άτομα (Case Work)**, η πρώτη μέθοδος υλοποίησης των στόχων της Κοινωνικής Εργασίας⁷⁸.

Το **1898** με πρωτεργάτη τη Mary Richmond, ιδρύεται η **πρώτη Σχολή Φιλανθρωπίας** της Ν. Υόρκης και δυο χρόνια αργότερα, **1900**, τους φιλικούς επισκέπτες αντικατάστησε **εκπαιδευμένο προσωπικό**. Την ίδια περίοδο διαμορφώνονται κάποια κινήματα για την αντιμετώπιση της κοινωνικής εξαθλίωσης των εργατών και μεταναστών που προκάλεσε η εκβιομηχάνιση.

Η σημαντικότερη από τις κινήσεις αυτές – το **Κίνημα Κοινωνικής Αποκατάστασης (Social Settlement Movement)** αποτέλεσε τη βάση πάνω στην οποία αναπτύχθηκαν οι μέθοδοι της **Κοινωνικής Εργασίας με Ομάδες (ΚΕΟ)** και της **Κοινωνικής Εργασίας με Κοινότητα (ΚΕΚ)**⁷⁹.

1.5.2 ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η συμμετοχή της Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα Υγείας αποτέλεσε ιστορικά **μια από τις πρώτες ειδικεύσεις των Κοινωνικών Λειτουργών**, ενώ σήμερα απορροφά το μεγαλύτερο μέρος του εργατικού δυναμικού⁸⁰.

Η Κοινωνική Εργασία σε υπηρεσίες υγείας εισήχθη για πρώτη φορά το 1905, στο Γενικό Νοσοκομείο Μασαχουσέτης στη Βοστώνη από τον ιατρό C. Cabot. Ακολούθησε (1912), η οργάνωση του πρώτου ετήσιου προγράμματος σπουδών στην Ιατρική Κοινωνική Εργασία στη σχολή Κοινωνικής Εργασίας της ίδιας πόλης. Την ίδια χρονιά ο τομέας αυτός αναγνωρίστηκε επίσημα και στην Αγγλία με την πρόσληψη Κοινωνικού Λειτουργού στο πλαίσιο των αντιφυματικών ιατρείων⁸¹.

Η ανάγκη της Κοινωνικής Υπηρεσίας ξεπήδησε από τη συνειδητοποίηση των γιατρών ότι οι οδηγίες που έδιναν στους ασθενείς έμεναν ανεκτέλεστες για διάφορους λόγους που σχετίζονται με τις κοινωνικές ανάγκες του ασθενούς και όχι με τις ατομικές ανάγκες. Έτσι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί άρχισαν μια προσπάθεια

⁷⁸ Ασημακοπούλου Μ. – Ζάρναρη Ο., Το Κράτος – Πρόνοιας και η Κοινωνική Εργασία, περ. «Εκλογή», 1984, σελ. 3-6.

⁷⁹ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 22-23.

⁸⁰ Ιατρίδης, «ΚΕ και Υγεία», Εκλογή, 1989, τεύχος 14, σελ. 78.

⁸¹ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 24.

κάλυψης των δυνατοτήτων, που προσέφερε το Νοσοκομείο για την επανάκτηση της υγείας. Άλλωστε μια αρρώστια δεν μπορούσε να αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά χωρίς να ληφθούν υπόψη οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ζωής⁸².

Στον τομέα της ψυχιατρικής, η Κοινωνική Εργασία εισήχθη από τον ψυχίατρο **Adolf Meyer** το **1904**. Τότε εμφανίστηκαν στη Νέα Υόρκη οι **πρώτοι κοινωνικοί βοηθοί** με αποστολή τη συμπαράσταση σε ψυχικά ασθενείς μετά την έξοδο τους από το Νοσοκομείο⁸³.

Το 1918 οι ιατρικοί ΚΛ ήταν οι πρώτοι που οργανώθηκαν επαγγελματικά σε χωριστό σύλλογο, τον Αμερικάνικο Σύλλογο Νοσοκομειακών ΚΛ (AAHSW) και ένα χρόνο μετά (1919) λειτούργησε η «Διεύθυνση ΚΕ», στο ΓΝ Βοστώνης⁸⁴.

Μεταξύ των ετών **1920 – 1951** με τις αλλαγές στις θεωρίες της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ατονεί η έμφαση στην κοινωνική διάγνωση και στις συνθήκες του περιβάλλοντος και **προωθείται η συμμετοχή στην ψυχική υγεία** με επάνδρωση όλων των ψυχιατρικών ιδρυμάτων με έναν τουλάχιστον κοινωνικό λειτουργό⁸⁵.

Το **1955**, ιδρύεται ο **Εθνικός Σύλλογος ΚΛ ΗΠΑ (National Association of Social Work)**, ενώνοντας όλες τις τότε χωριστές οργανώσεις ειδικοτήτων ΚΕ Υγείας και υποβάλλεται **πρόγραμμα κοινωνικών μεταρρυθμίσεων** (θωρη εργασία, ελάχιστη αμοιβή εργασίας κ.λ.π.)⁸⁶.

Από το **1980** οι Κοινωνικοί Λειτουργοί αναγνωρίζουν την επίδραση του περιβάλλοντος (φυσικού, κοινωνικού, οικονομικού) στην αρρώστια και στην ανάπτυξη της υγείας⁸⁷.

Ο κεντρικός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στην Υγεία ενισχύεται, τέλος, με την εμφάνιση των ασφαλιστικών οργανώσεων υγείας, που χρηματοδοτούν τις Κ. Υπηρεσίες στη δεκαετία του '80, την εποχή που επανέρχεται στο προσκήνιο το Νοσοκομείο ως κύρια μονάδα Νοσηλευτικής Ιατρικής⁸⁸.

⁸² Βασικά Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας, σελ.34.

⁸³ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 24.

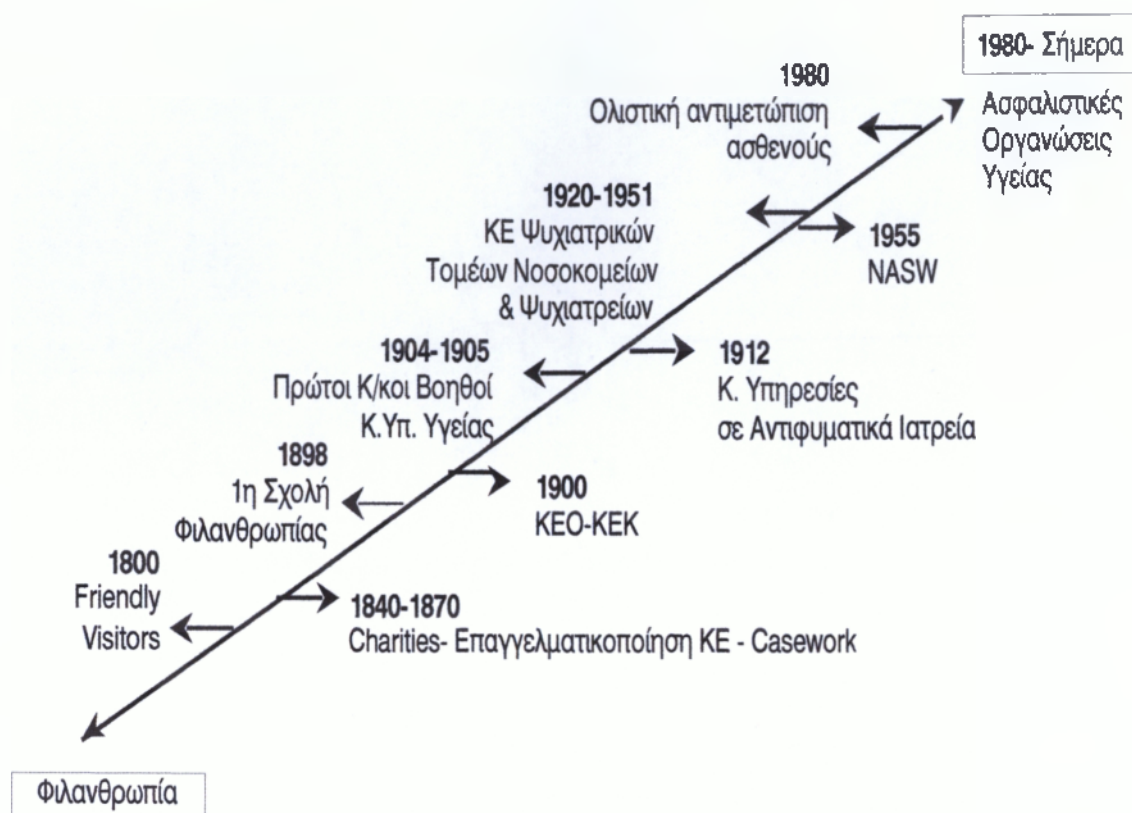
⁸⁴ Ιατρίδης, «ΚΕ και Υγεία», ,Εκλογή, 1989, τεύχος 14, σελ.78.

⁸⁵ Ιατρίδης, «ΚΕ και Υγεία», ,Εκλογή, 1989, τεύχος 14, σελ.81.

⁸⁶ Ιατρίδης, «ΚΕ και Υγεία», ,Εκλογή, 1989, τεύχος 14, σελ.78.

⁸⁷ Ιατρίδης, «ΚΕ και Υγεία», ,Εκλογή, 1989, τεύχος 14, σελ.78.

⁸⁸ Ιατρίδης, «ΚΕ και Υγεία», ,Εκλογή, 1989, τεύχος 14, σελ.81.



Σχήμα 1.5: Ιστορική Εξέλιξη Κοινωνικής Εργασίας

1.5.3 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η εμφάνιση της Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα και η εφαρμογή της ως επιστημονικής μεθόδου και ως ειδικής τεχνικής εφαρμογής της κοινωνικής πρόνοιας συμπίπτει χρονικά με τις οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες και τις ιστορικές συγκυρίες που διαμορφώθηκαν μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και τον εμφύλιο που ακολούθησε (1950)⁸⁹.

Οι σημαντικότεροι σταθμοί στην εξέλιξη της κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα⁹⁰:

⁸⁹ Καλλινικάκη, Εισαγωγή στη θεωρία και πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» σελ. 104-105.

⁹⁰ Καλλινικάκη, Εισαγωγή στη θεωρία και πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 106.

ΔΕΚΑΕΤΙΑ	ΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ
1937-1946	Η ίδρυση πρώτης σχολής (1937-39) και της Σχολής Pierce (1945)
1947-1956	Η ίδρυση Σχολής XEN (1948), η σύσταση της ΣΚΛΕ (1954) και του ΣΕΚΕ (1956). Σύσταση κοινωνικών υπηρεσιών στα νοσοκομεία (1956).
1957-1966	Η θεσμοθέτηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού (Ν. 4018/1959) Πρώτο Πανελλήνιο Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργών (1961) Θεσμοθέτηση της εκπαίδευσης (Β.Δ. 319/1963)
1967-1976	Ανάληψη της εκπαίδευσης στην κοινωνική εργασία από το Υπουργείο Παιδείας
1977-1986	Η ένταξη της εκπαίδευσης στην κοινωνική εργασία στις Σχολές Επαγγελματιών Υγείας Πρόνοιας των ΤΕΙ
1987-1996	Η λειτουργία του Τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης στο Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (ακαδημαϊκό έτος 1996-1997)

Πίνακας 1.1: Οι σταθμοί στην εξέλιξη της κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, η εξέλιξη της κοινωνικής εργασίας καθορίστηκε και καθόρισε ταυτόχρονα τους ρόλους που διαδραμάτισε η κρατική κοινωνική πολιτική⁹¹.

Τα τέσσερα στάδια εξέλιξης της κοινωνικής εργασίας είναι τα ακόλουθα⁹²:

ΡΟΛΟΣ ΚΡΑΤΟΥΣ	ΡΟΛΟΣ ΚΕ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ
Παρατηρητής: αποχή	Φιλανθρωπία, ηθική, διαμόρφωση, έμφαση σε περιβ/ικές συνθήκες	1900-Α' Παγκόσμιος Πόλεμος
Διαιτητής: Μεσολάβηση	Ανάπτυξη ικανότητας και ψυχοκοινωνικής λειτουργίας του ατόμου	Α' - Β' Παγκόσμιος Πόλεμος
Ρυθμιστής: Ενεργός επέμβαση στην οικ. αγορά	Παρέμβαση για κοινωνική αλλαγή, κυρίως με εργασία με άτομα και ομάδες αλλά και με κοινότητα	Β' Παγκόσμιος Πόλεμος - 1980
Συντονιστής: Μετατοπισμός ευθυνών και αρμοδιοτήτων στην Τοπική Αυτοδιοίκηση	Έμφαση στην ΚΕΚ - Χειραφέτηση του ατόμου	1980 - Σήμερα

Πίνακας 1.2: Στάδια εξέλιξης ΚΕ στην Ελλάδα

⁹¹ Καλλινικάκη, Εισαγωγή στη θεωρία και πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 95-96.

⁹² Παυλάτου Δήμητρα, Η Κοινωνική Εργασία του χτες και του σήμερα, Η ταυτότητα του επαγγελματία Κοινωνικού Λειτουργού της Πάτρας, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1995, σελ. 9.

1.5.4 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ ΥΓΕΙΑΣ

Στην Ελλάδα η σύσταση Κοινωνικών υπηρεσιών στα νοσοκομεία άρχισε πραγματικά το 1954, εδραιώθηκε όμως με την Εγκύκλιο του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας της 14/2/56, που καθόριζε τις αρμοδιότητες του Κοινωνικού Λειτουργού⁹³ (βλ. παράρτ.).

Η πρώτη προσπάθεια για οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας έγινε την ίδια χρονιά, με την ίδρυση κοινωνικών υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) στην Αθήνα και των παραρτημάτων του σε Πάτρα και Θεσσαλονίκη⁹⁴.

Το 1961 εκδόθηκε το δεύτερο κατά σειρά σπουδαιότητας **διάταγμα «Περί ασκήσεως του επαγγέλματος των ΚΛ (ΒΔ 690/1961, ΦΕΚ 163/1961)»⁹⁵**. Αυτό καθόριζε τους δεοντολογικούς κανόνες που ρυθμίζουν την άσκηση του επαγγέλματος. Διακρίνονται σε:

1. Γενικά καθήκοντα, κατά την άσκηση του λειτουργήματος.
2. Καθήκοντα προς αυτούς που χρίζουν βοήθειας
3. Καθήκοντα προς τους συναδέλφους
4. Κανόνες απαγορευτικούς και κανόνες για τα ασυμβίβαστα προς το επάγγελμα.

Στο Π.Δ. **«Περί καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των ΚΛ (φύλλο 213, τ.Α', 7/12/1978)»⁹⁶**, αναφέρεται μεταξύ άλλων ως τομέας απασχόλησης του Κοινωνικού Λειτουργού και ο τομέας υγείας. Καθορίζεται το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού, καθώς επίσης και το ότι η δραστηριότητα του αναπτύσσεται σε πλαίσια συγκροτημένης κοινωνικής υπηρεσίας νοσηλευτικού ιδρύματος ή Κέντρου Ψυχικής Υγείας (διαγνωστικού, συμβουλευτικού θεραπευτικού χαρακτήρα).

Έντεκα χρόνια αργότερα, με το ΠΔ **23/26.1.1989 (ΦΕΚ 23, τεύχος Α') «Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των απόφοιτων των Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας των ΤΕΙ»**, διαχωρίστηκε ο τομέας ψυχικής υγείας από τον τομέα υγείας⁹⁷.

⁹³ Αρβανιτίδου Ελένη, ΚΕ και Υγεία, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1991, σελ. 77.

⁹⁴ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 112.

⁹⁵ ΒΔ 690/1961 «Περί ασκήσεως επαγγέλματος των ΚΛ».

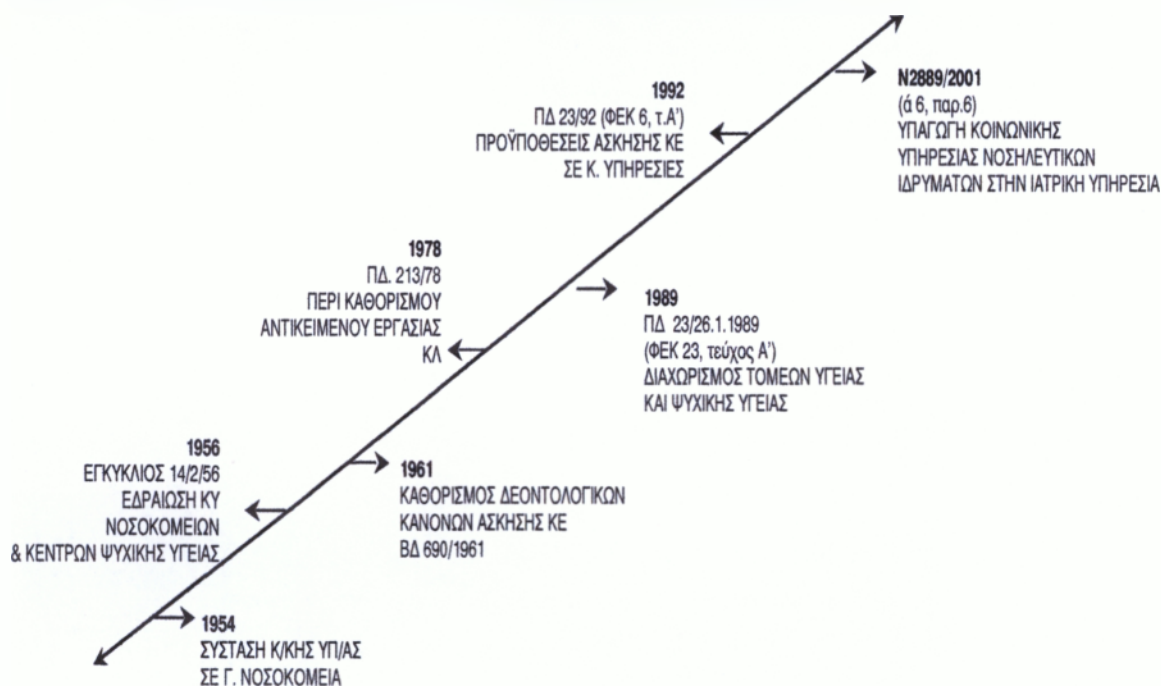
⁹⁶ ΠΔ 213/78 «Περί καθορισμού αντικειμένου εργασίας των ΚΛ».

⁹⁷ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 113.

Τα επόμενα χρόνια η άσκηση του επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού θα οριστεί από το ΠΔ 23/30-1-1992 (ΦΕΚ 6, τ.Α'), με το οποίο ορίζονται οι προϋποθέσεις άσκησης σε Κοινωνικές Υπηρεσίες και η δεοντολογία του επαγγέλματος⁹⁸.

Τέλος, με τον νέο Νόμο 2889/2-3-2001 ('α.6, παρ. 6) τα τμήματα των Κοινωνικών υπηρεσιών των Νοσοκομείων εντάσσονται στην Ιατρική Υπηρεσία αυτών⁹⁹.

Η Κοινωνική Εργασία στον τομέα Υγείας σήμερα απορροφά το μεγαλύτερο μέρος του εργατικού δυναμικού των Κοινωνικών Λειτουργών¹⁰⁰.



Σχήμα 1.6: Η Κοινωνική Εργασία στον ελληνικό χώρο Υγείας.

⁹⁸ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 113.

⁹⁹ Πανταζάκα Π., Μέντη Μ., «Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο Υγείας – Η πράκλση του εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ο ρόλος του ΚΛ, περ. «Κοινωνική Εργασία», Τεύχος 66, 2002, σελ. 98.

¹⁰⁰ Ιατρίδης, «Κοινωνική Εργασία και Υγεία», περ. «Εκλογή», 1989, τεύχος 14, σελ. 78.

1.6 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΟΡΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι σημαντικότερες αλλαγές στις σύγχρονες κοινωνικές συνθήκες και η ανάπτυξη της Κοινωνικής Εργασίας δεν άφησε ανεπηρέαστη την ορολογία που χρησιμοποιείται στη θεωρία αλλά και πρακτική άσκηση του επαγγέλματος. Έτσι παλαιότεροι όροι αντικαταστάθηκαν από καινούριους που εκφράζουν καλύτερα συγκεκριμένες έννοιες¹⁰¹.

1. Η αντικατάσταση του όρου «πελάτης», ο οποίος απέδιδε την ιδιότητα του προσώπου που απευθύνεται στον Κοινωνικό Λειτουργό με ένα αίτημα για βοήθεια, με τον όρο «εξυπηρετούμενος».

Πελάτης → Εξυπηρετούμενος

2. Μετονομασία των γραφείων των Κοινωνικών Λειτουργών από «Πρόνοιες» σε «Κέντρα Κοινωνικής Πολιτικής» και αργότερα σε Κοινωνική Υπηρεσία.

Κοινωνική Πρόνοια → Κοινωνική Υπηρεσία

Η αλλαγή αυτή είναι σημαντική επειδή ο όρος «Κοινωνική Πρόνοια» αναφερόταν μόνο στα μέτρα προστασίας για τα μειονεκτούντα μέλη της κοινωνίας, ενώ ο όρος «Κοινωνικές Υπηρεσίες» αναφέρεται σε: φορείς κοινωνικής πολιτικής οι οποίοι απευθύνονται σε όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες.

3. Η αντικατάσταση των οργανώσεων που είχαν επιλεγεί με βάση τον κύριο χαρακτηρισμό της πληθυσμιακής ομάδας στην οποία απευθυνόταν.

Πτωχοκομείο → Κοινωνικός Ξενώνας

Βρεφοκομείο → Κέντρο Βρεφών

Ορφανοτροφείο → Κέντρο παιδικής μέριμνας

Γηροκομείο → Κέντρο περίθαλψης ηλικιωμένων

Αναμορφωτήριο → Ίδρυμα αγωγής ανηλίκων

Άσυλο ανιάτων → Θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων

Φρενοκομείο → Ψυχιατρείο → Ψυχιατρικό Νοσοκομείο

4. Αντικατάσταση εννοιών που προσδιορίζουν τις καταστάσεις τις οποίες διερευνούν και στις οποίες παρεμβαίνουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί:

Περιθωριοποίηση → Κοινωνικός αποκλεισμός

Ανάπηρος → Άτομο με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ)

¹⁰¹ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 114-115.

Τρέλα → Ψυχική Υγεία

Τρόφιμος → Φιλοξενούμενος

Νόθο / Εξώγαμο παιδί → Παιδί μονογονεϊκής οικογένειας

Σωφρονισμός → Αγωγή

Ίδρυμα → Κέντρο / Στέγη / Μονάδα

Εγκληματική/Αντικοινωνική Συμπεριφορά → Παραβατική Συμπεριφορά

5. Η εισαγωγή νέων όρων όπως:

Αποκατάσταση

Ένταξη – επανένταξη

Φροντίδα στο σπίτι (Home care)

Φροντίδα στην κοινότητα (community care)

6. Η λειτουργία νέων σύγχρονων δομών παροχής υπηρεσιών, όπως:

Νοσοκομεία ημέρας

Τμήματα βραχείας νοσηλείας

Ξενώνες Φιλοξενίας

Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

Η παραπάνω αναφορά στην αντικατάσταση της παλιάς με την υπάρχουσα ορολογία στην Κοινωνική Εργασία κρίνεται σκόπιμη για την πληρέστερη κατανόηση των αποτελεσμάτων της έρευνας στο Γ' μέρος της παρούσας εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται αναλυτικά στο θεσμικό πλαίσιο των Κοινωνικών Υπηρεσιών Νοσοκομείου και στην Οργάνωσή τους. Αναλύονται:

- ✓ η λειτουργία των Κοινωνικών Υπηρεσιών
- ✓ τα πλαίσια δράσης
- ✓ οι αρμοδιότητες των Κοινωνικών Λειτουργών
- ✓ οι ρόλοι τους
- ✓ ο τρόπος προσέλευσης των πελατών
- ✓ οι χώροι και οι τρόποι άσκησης του έργου των Κοινωνικών Λειτουργών
- ✓ η υλικοτεχνική υποδομή
- ✓ η οργάνωση του γραφείου τους και
- ✓ οι ανασταλτικοί παράγοντες λειτουργίας των Κοινωνικών Υπηρεσιών Νοσοκομείων.

2.1 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΧΩΡΟ.

Αποτελεί πλέον διεθνή παραδοχή ότι η αρρώστια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο, αλλά έχει και κοινωνική χροιά. Έτσι τα προβλήματα υγείας δεν λύνονται μόνο με ιατρικές υπηρεσίες περίθαλψης, αλλά και με την αρμονική συμβίωση του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον. Ο κοινωνικός προσδιορισμός της υγείας που δεν αρνείται το βιολογικό μέρος του ανθρώπου, αλλά το συσχετίζει με τις κοινωνικές συνθήκες, είναι η διάσταση που δίνει η Κοινωνική Εργασία. Η κοινωνική αιτιότητα πρέπει να εξετάζεται ως καθοριστικός παράγοντας διαμόρφωσης της υγείας¹⁰².

¹⁰² Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Κοινωνικής Υπηρεσίας στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψη, παρ. 2: Υγεία και κοινωνική Εργασία, σελ. 2.

Στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, η Κοινωνική Εργασία εδραιώθηκε στα Νοσοκομεία με την Εγκύκλιο του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας της 14^{ης} Φεβρουαρίου 1956 «περί εργασίας των παρά Νοσοκομείους Κοινωνικών Λειτουργιών»¹⁰³, και καθορίστηκε από κατοχυρωμένες αποφάσεις¹⁰⁴:

- α) της Διεθνούς Ομοσπονδίας Κοινωνικών Λειτουργιών
- β) του ΠΔ 891, ΦΕΚ 213/7-12-78 «περί καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργιών
- γ) των εκθέσεων της ΠΟΥ
- δ) των προδιαγραφών της ευρωπαϊκής Κοινότητας για την υγεία – ψυχική υγεία και τέλος
- ε) των προτάσεων και αποφάσεων των ομάδων εργασίας για την υγεία και την ψυχική υγεία του Κεντρικού Συμβουλίου για το ΕΣΥ στην Ελλάδα.

2.1.1 ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 14/2/56 «ΠΕΡΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥΣ ΚΛ»

Σύμφωνα με την Εγκύκλιο της 14/2/1956, η Κοινωνική Εργασία στα Νοσοκομεία αποσκοπεί στη μελέτη του ασθενούς και της κοινωνικής του θέσεως, ώστε το ιατροεπιστημονικό προσωπικό του Νοσοκομείου να πληροφορείται τα ατομικά στοιχεία που σχετίζονται με συναισθηματικούς και κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν ή και επηρεάζονται από την πάθηση του ασθενούς. Συντελεί ώστε να εγκλιματιστεί ο ασθενής στην πάθηση του και να επωφεληθεί από την παρεχόμενη σ' αυτόν ιατρική και κοινωνική υπηρεσία.

Το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο, όπως περιγράφεται στην Εγκύκλιο αφορά στα παρακάτω:

- 1) Ασχολείται με τις περιπτώσεις των ασθενών, είτε αυτές πέφτουν αμέσως στην αντίληψη, είτε υποδεικνύονται από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, είτε γνωστοποιούνται στον Κοινωνικό Λειτουργό από τον ίδιο τον ασθενή ή από τους συγγενείς ή από αλλού¹⁰⁵.

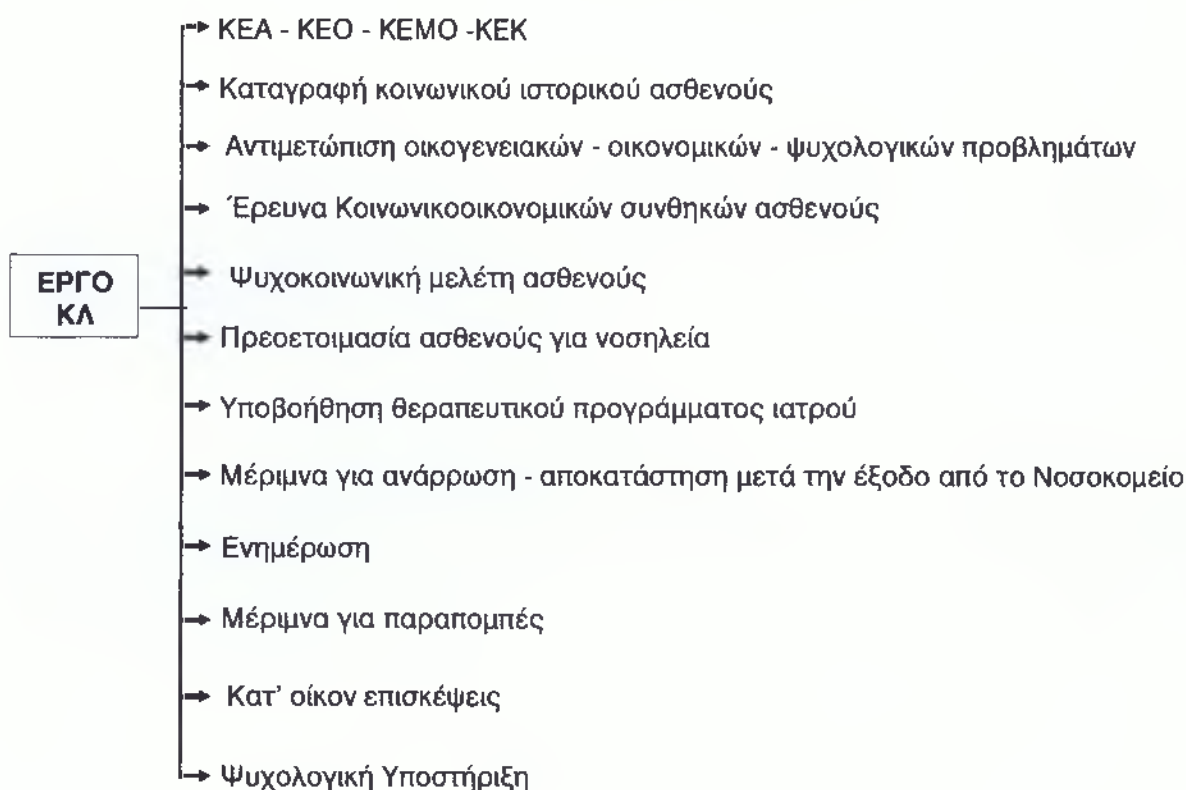
¹⁰³ Βλέπε παράρτημα.

¹⁰⁴ Πρακτικά Συνάντησης ΚΛ Νοσοκομείων 23/7/87.

¹⁰⁵ Βλέπε παράγραφο 2.2

- 2) Καταγράφει «εν πάση λεπτομέρεια» το ιστορικό του ασθενούς, με σκοπό την υποβοήθηση του έργου του γιατρού, όσον αφορά τη διάγνωση της νόσου.
- 3) Ασχολείται με την αντιμετώπιση οικογενειακών προβλημάτων, που απασχολούν τον ασθενή και επηρεάζουν δυσμενώς τα αποτελέσματα της εφαρμοζόμενης θεραπείας.
- 4) Επιλαμβάνεται των οικονομικών προβλημάτων των άμεσων αναγκών της οικογένειας με την παροχή διευκολύνσεων κατά τη μεταφορά του ασθενούς από το ένα θεραπευτήριο στο άλλο ή κατά την οριστική έξοδό του.
- 5) Χειρίζεται τα ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών: φόβος εγχείρησης, ανησυχίες για ενδεχόμενη αναπηρία κ.λ.π.
- 6) Μεριμνά για την εισαγωγή σε ειδικό θεραπευτήριο, εφόσον υπάρχει τέτοια ανάγκη.
- 7) Παρακολουθεί τον ασθενή μετά την τελική έξοδό του από το Νοσοκομείο.
- 8) Μεριμνά για την επαγγελματική αναπροσαρμογή, ανάλογα με την εργασιακή ικανότητα του θεραπευόμενου.
- 9) Είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ του ασθενούς εντός του Νοσοκομείου και του εξωτερικού κόσμου. Γι' αυτό πρέπει να γνωρίζει τους κρατικούς, κοινοτικούς ή ιδιωτικούς παράγοντες, από τους οποίους μπορεί να λάβει βοήθεια για την περίπτωση του ασθενή, όπως άλλα Νοσοκομεία, Ιδρύματα, κ.λ.π.
- 10) Συζητά κάθε πρόβλημα του ασθενούς, που θα πίεζε και θα δυσχέραινε τη θεραπεία. Ακόμα κι αν δε μπορεί να βοηθήσει, να δει πιο αντικειμενικά την κατάσταση του.
- 11) Είναι προσιτός στους συγγενείς του ασθενούς, ώστε να μπορούν να τον συμβουλεύονται για κάθε πρόβλημα που μπορεί να σχετίζεται με τον ασθενή.
- 12) Αν παραστεί ανάγκη, επισκέπτεται το σπίτι του ασθενούς για την αντιμετώπιση δυσχερειών της οικογένειας που μπορεί να επηρεάσουν τη θεραπεία του ασθενή και για να βοηθήσει τα μέλη της να προβούν σε ενέργειες, που θα ωφελήσουν τον ασθενή.
- 13) Βοηθά τον ασθενή στις σχέσεις του με διάφορες υπηρεσίες, ασφαλιστικούς οργανισμούς κ.λ.π. για τη σύσταση επιστολών, υποβολή αιτήσεων και όταν υπάρχει ανάγκη.

- 14) Σύμφωνα με την Εγκύκλιο, ο ΚΛ πρέπει να έχει ζωτικότητα, να είναι επιδέξιος σε παντός είδους συνεννοήσεις, που θα διευκόλυναν τη προσαρμογή του ασθενούς στο Νοσοκομείο ή τη μετέπειτα φροντίδα του.
- 15) Αναλαμβάνει την προετοιμασία τους ασθενούς και της οικογένειάς του για παραδοχή της ανάγκης εισαγωγής του ασθενούς στο ίδρυμα ή της νοσηλείας του στο σπίτι.
- 16) Ερευνά τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες του ασθενούς και ενημερώνει το θεράποντα ιατρό σχετικά με τις επικρατούσες συνθήκες.
- 17) Τέλος, κατατοπίζει τους ασθενείς για τις παρεχόμενες από το Νοσοκομείο Υπηρεσίες και τις πηγές βοήθειας που υπάρχουν στην κοινότητα και την αξιοποίησή τους.



Σχήμα 2.1 : Έργο ΚΛ σύμφωνα με Εγκύκλιο 14/2/1956

Τα καθήκοντα κατά την περίοδο νοσηλείας του ασθενούς είναι:

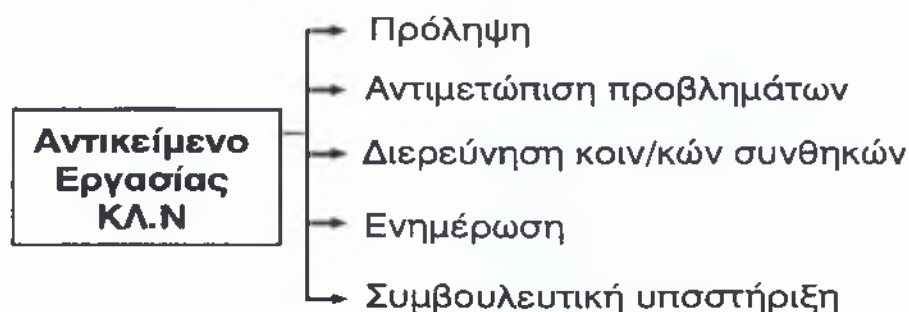
- 1) Βοήθεια του ασθενούς για την καλή προσαρμογή του στο περιβάλλον του Νοσοκομείου.
- 2) Ψυχοκοινωνική μελέτη του ασθενούς και υποβοήθηση του θεραπευτικού προγράμματος του.

- 3) Κοινωνική Εργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του με σκοπό τη θετική του συμμετοχή στη θεραπεία και στην άμβλυση των παραγόντων εκείνων που πιθανόν να την παρεμποδίζουν. (ΚΕΑ – ΚΕΜΟ)
- 4) Ενημέρωση των αρμόδιων Υπηρεσιών για τυχόν ειδικά προβλήματα ασθενών με σκοπό την από κοινού αναζήτηση λύσεων.

2.1.2 ΠΕΡΙ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΚΛ

Το άρθρο 3 του ΠΔ 891 / 1978 (ΦΕΚ 213/7 – 12 - 1978/ τ.α')(βλ. παράρτημα) «περί καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των ΚΛ», ορίζει ότι:

- 1) Ο Κοινωνικός Λειτουργός στον τομέα της υγείας συμβάλλει στην **πρόληψη** ή την **αντιμετώπιση** συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων, που δημιουργούνται από καταστάσεις κλονισμού της σωματικής ή ψυχικής υγείας ατόμων ή που οφείλονται στην ίδια την προσωπικότητά τους ή σε άλλες δυσμενείς συνθήκες του περιβάλλοντος τους και τα οποία καθιστούν δυσχερές το διαγνωστικό έργο ή την εφαρμογή μέτρων θεραπείας.
- 2) Το έργο των Κοινωνικών Λειτουργών συνίσταται αφ' ενός μεν στην διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, τα οποία αποτελούν γενεσιουργούς λόγους προβλημάτων σωματικής ή ψυχικής ασθένειας, αφετέρου δε στην παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα προς τον ασθενή και τους οικείους του με σκοπό τη συμβολή στην επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου και την ομαλή επανένταξη του ιαθέντος στο κοινωνικό σύνολο.
- 3) Η δραστηριότητα του Κοινωνικού Λειτουργού στον τομέα υγείας αναπτύσσεται μέσα στα πλαίσια συγκεκριμένων κοινωνικών υπηρεσιών, νοσηλευτικού ιδρύματος ή κέντρου ψυχικής υγιεινής (διαγνωστικού, συμβουλευτικού, θεραπευτικού χαρακτήρα).



Σχήμα 2.2: ΠΔ 891/78 «Περί καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των ΚΛ»

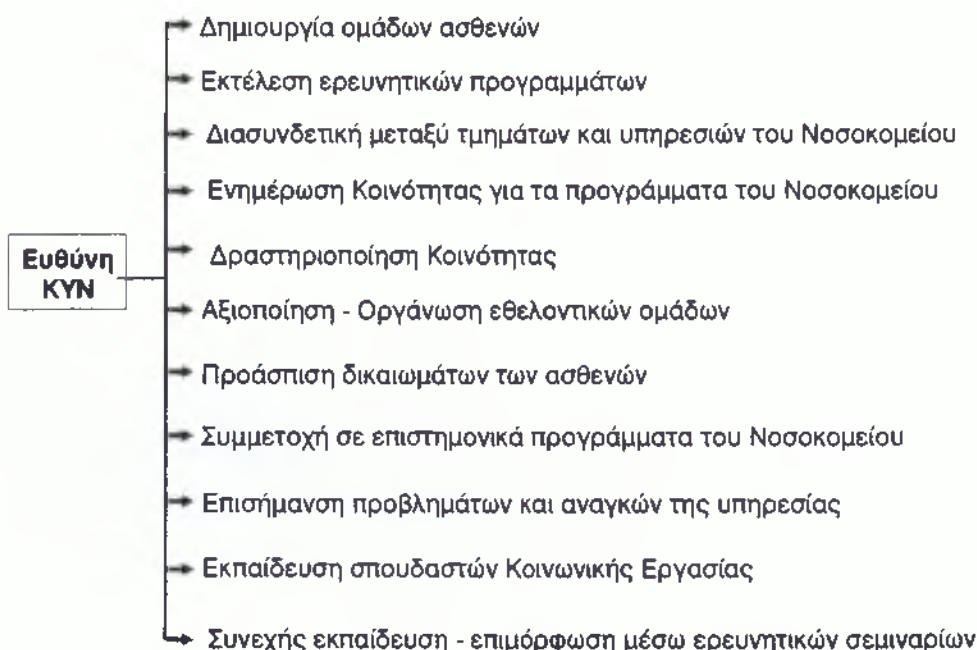
2.1.3 ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Εκτός των προαναφερθέντων, ο Κοινωνικός Λειτουργός σε ένα Νοσηλευτικό Ίδρυμα είναι υπεύθυνος για τα εξής¹⁰⁶:

1. Τη δημιουργία ομάδων ασθενών που έχουν κοινές ανάγκες και προβλήματα και στη βοήθειά τους μέσω της ομάδας για αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους.
2. Στον προγραμματισμό και την εκτέλεση ερευνητικών προγραμμάτων είτε στα πλαίσια της Κοινωνικής Υπηρεσίας, είτε σε συνεργασία με άλλες επιστημονικές ομάδες, μέσα ή έξω από το Νοσοκομείο.
3. Τη διασυνδετική μεταξύ τμημάτων και υπηρεσιών του Νοσοκομείου, καθώς και με άλλες υπηρεσίες της κοινότητας.
4. Την ενημέρωση της κοινότητας και άλλων φορέων για τις υπηρεσίες και τα προγράμματα του Νοσοκομείου και την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού.
5. Την ενημέρωση των στελεχών του Νοσοκομείου και της Κοινότητας για το ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού και τα προγράμματα της Κοινωνικής Υπηρεσίας.
6. Την αξιοποίηση και οργάνωση εθελοντικών ομάδων ή κάθε εθελοντικής προσφοράς για τις ανάγκες των ασθενών του Νοσοκομείου.
7. Την προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών και τη βοήθεια για αποτελεσματική χρήση των υπηρεσιών του Νοσοκομείου και των λοιπών προγραμμάτων Κοινωνικής Πολιτικής της Πολιτείας και άλλων Φορέων.

¹⁰⁶ Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Κοινωνικής Υπηρεσίας στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περιβαλψη, παρ. 6: Αρμοδιότητες Κοινωνικών Λειτουργών», σελ. 5.

8. Τη συμμετοχή στα εκπαιδευτικά και λοιπά επιστημονικά προγράμματα του Νοσοκομείου.
9. Την επισήμανση προβλημάτων και αναγκών που ανάγονται στη λειτουργικότητα του Νοσηλευτικού Ιδρύματος και υποβολή σχετικών εισηγήσεων με πιθανές λύσεις.
10. Την εκπαίδευση σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας ή άλλων ασκούμενων στα πλαίσια της πρακτικής τους άσκησης στο επάγγελμα ή στην ειδικότητά τους.
11. Στη συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση μέσω ερευνητικών σεμιναρίων και άλλων συναφών δραστηριοτήτων.



Σχήμα 2.3: Ευθύνη Κοινωνικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου

Πηγή: Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας ΚΥΝ

2.1.4 ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΚΥΝ

Εκτός από την άμεση παροχή κοινωνικών υπηρεσιών σε άτομα, ομάδες ή κοινότητες (επαγγελματίες βάσης)¹⁰⁷, οι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται και ως επιτελικά ή εξειδικευμένα στελέχη¹⁰⁸.

Οι επαγγελματίες αυτοί ασχολούνται με:

- 1) Το συντονισμό και επιστημονική εποπτεία και αξιολόγηση των Κοινωνικών Λειτουργιών βάσης εκτιμώντας τις ανάγκες του Νοσοκομείου, ώστε να διασφαλιστεί η αποτελεσματική εξυπηρέτηση του πελάτη.
- 2) Το συντονισμό των δραστηριοτήτων της Κοινωνικής Υπηρεσίας.
- 3) Την επισήμανση νέων αναγκών, όπως αυτές προκύπτουν απ' την καθημερινή εμπειρία των Κοινωνικών Λειτουργιών βάσης.
- 4) Την εκτίμηση και έγκριση των αναγκών κίνησης των Κοινωνικών Λειτουργιών βάσης εκτός Νοσοκομείου για υπηρεσιακούς λόγους.
- 5) Τη διεξαγωγή δημοσίων σχέσεων για την καλή λειτουργία του τμήματος εντός και εκτός Νοσοκομείου.
- 6) Την τοποθέτηση των Κοινωνικών Λειτουργιών σε διάφορους τομείς, τμήματα και προγράμματα του Νοσοκομείου.
- 7) Τη σύγκλιση και προεδρία του επιστημονικού Συμβουλίου της Κοινωνικής Υπηρεσίας, τουλάχιστον δύο φορές το μήνα.
- 8) Τη συμμετοχή στη διεπιστημονική ομάδα του Νοσοκομείου, σε συσκέψεις σαν εισηγητής στο ΔΣ του Νοσοκομείου για σχετικά θέματα και σε κάθε άλλη δραστηριότητα.
- 9) Την πραγματοποίηση σαν εκπρόσωπος της Κοινωνικής Υπηρεσίας όλων των απαραίτητων παραστάσεων στα όργανα και στις υπηρεσίες του Νοσοκομείου
- 10) Την τοποθέτηση σπουδαστών για πρακτική άσκηση και εποπτεία τους.
- 11) Την τήρηση του γραφειακού συστήματος της ΚΥ και υπογραφή των εξερχόμενων εγγραφών.
- 12) Τη σύνταξη ετησίας έκθεσης πεπραγμένων και προτάσεις αξιολόγησης.

¹⁰⁷ Παπαθεοφίλου Ε., Ο επόπτης στο διπλό ρόλο του διοικητικού και του επαγγελματία Κοινωνικού Λειτουργού, περ. «Εκλογή», Αύγουστος 1985, σελ. 72.

¹⁰⁸ Εισαγωγή ΕΠΠΣΚΕ, περ. «Εκλογή», 1986.

13) Την άσκηση κλινικών καθηκόντων Κοινωνικών Λειτουργών βάσης¹⁰⁹ του Νοσοκομείου και την υποβολή σχετικών εισηγήσεων με πιθανές λύσεις.

Ορισμένες λειτουργίες είναι κοινές σε όλα τα νοσοκομεία, ενώ άλλες διαφέρουν σε έμφαση και δραστηριότητα, ανάλογα με τις ειδικές νοσηλευτικές απαιτήσεις (για καρκίνο, καρδιοχειρουργική κ.λ.π).

2.1.5 ΠΔ 87/86 (ΦΕΚ 32/27-3-86/τ.α')

Το ΠΔ 87/86 (ΦΕΚ 32/27-3-86/τ.α'), ορίζει ότι μέσα στα πλαίσια δράσης της Κοινωνικής Εργασίας σε ένα Νοσοκομείο, είναι η ευθύνη και φροντίδα για στους νοσηλευόμενους σε κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα, η αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά και γενικά η φροντίδα για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης Κοινωνικής Πολιτικής της Πολιτείας.

2.1.6 Ν 2889/2001

Με βάση τις αλλαγές του Ν 2889/2001 «Περί βελτίωσης και εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας», ο σκοπός της Κοινωνικής Υπηρεσίας των Νοσοκομείων προσαρμόζεται σε νέα δεδομένα. Υπό αυτήν την έννοια ορίζεται ως εξής:

«Σκοπός του Τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι να προσφέρει κοινωνικές υπηρεσίες βάσει της δεοντολογίας και των αρχών της Κοινωνικής Εργασίας στο πλαίσιο της γενικότερης πολιτικής της Πολιτείας στους ακόλουθους άξονες δράσης:

1. **Προληπτικής Παρέμβασης**, όπου συμμετέχει στην οργάνωση και διεξαγωγή προγραμμάτων αγωγής υγείας σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας του ίδιου ή άλλων φορέων, στοχεύοντας στην ενημέρωση – ευαισθητοποίηση των πολιτών, αλλά και εν γένει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής διαμέσου της ανάδειξης των κοινωνικών παραμέτρων των προβλημάτων υγείας.

¹⁰⁹ Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Κοινωνικής Υπηρεσίας στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περιθαλψη, σελ. 6-7.

2. **Επείγουσας Παρέμβασης**, όπου συμβάλει στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων σε κατάσταση κρίσης παρεμβαίνοντας άμεσα και παρέχοντας υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης (συμβουλευτική / πληροφόρηση/ παραπομπή) στην οικογένεια (συνοδοί – συγγενείς) του ασθενή.
3. **Κλινικής Παρέμβασης** (εδώ περιλαμβάνονται ο Παθολογικός, ο Χειρουργικός, ο Εργαστηριακός και ο Ψυχιατρικός τομέας της Ιατρικής Υπηρεσίας), όπου παρέχει υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης στον ίδιο τον ασθενή, ενώ ταυτόχρονα σε συνεργασία με την οικογένειά του αντιμετωπίζει τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούνται ως επακόλουθο της ασθένειάς του. Επιπλέον, συμπάριστανται και φροντίζει για την κοινωνική επανένταξη (αποκατάσταση) μοναχικών ατόμων.
4. **Εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης**, όπου διατηρεί επαφή με τον ασθενή και το περιβάλλον του στα πλαίσια παρακολούθησης στα εξωτερικά ιατρεία ή και κατ' οίκον με συναίνεση του ασθενή και
5. **Στον τομέα της έρευνας και της εκπαίδευσης**, όπου διερευνά τους κοινωνικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην εκδήλωση και πορεία της νόσου, συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας στη διεξαγωγή ερευνητικών προγραμμάτων, εκπονεί προγράμματα κατάρτισης στα πλαίσια της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και μέριμνα για την εκπαίδευση και πρακτική άσκηση σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας». ¹¹⁰

Σύμφωνα με το νόμο αυτόν (2889/2001), το πεδίο δράσης για τις Κοινωνικές Υπηρεσίες των Γενικών Νοσοκομείων προσδιορίζεται στις ακόλουθες προτεραιότητες:

1. Συμπάρσταση, εντός ή εκτός του Νοσοκομείου, και βοήθεια του κάθε ασθενή που έχει ανάγκη, στηρίζοντας ψυχοκοινωνικά τον ίδιο και την οικογένειά του προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις κοινωνικές συνέπειες της νόσου. Πρώτη προτεραιότητα σ' αυτή την προσπάθεια έχουν οι μη προνομιούχοι πολίτες, οι οποίοι εξαιτίας της κοινωνικό-οικονομικής τους θέσης ή της διαφορετικής πολιτισμικής ή άλλης προέλευσης (αθίγγανοι – μετανάστες / πρόσφυγες), αλλά

¹¹⁰ Παναζάκα Π., Μέντη Μ., Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας – Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Εθνικού συστήματος Υγείας, και ο ρόλος του ΚΛ, παρ.3.1, «Σκοποί της Κοινωνικής Εργασίας», περ. «Κοινωνική Εργασία», τεύχος 66, 2002, σελ. 100.

και άλλες ευπαθείς ομάδες, δεν είναι σε θέση να διεκδικήσουν το δικαίωμα της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες Υγείας.

2. Συμβολή στη καλύτερη λειτουργία των Τ.Ε.Π. συμμετέχοντας ενεργά και αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης και προσεγγίζοντας συνολικά τα προβλήματα υγείας τόσο για τον ασθενή όσο και για το περιβάλλον του.
3. Συμμετοχή στη γενικότερη προσπάθεια για καλύτερες και πιο ποιοτικές υπηρεσίες υγείας υιοθετώντας σύγχρονες μορφές διοίκησης με έμφαση στη στοιχοθεσία, την εξειδίκευση, την αποτελεσματικότητα και την αξιολόγηση τόσο σε ατομικό όσο και σε επίπεδο υπηρεσίας.
4. Ενεργό συμβολή στην ανάπτυξη εθελοντικών δικτύων στα πλαίσια της πρόκλησης για την επιτυχή διοργάνωση των Ολυμπιακών αγώνων, αλλά και της αναγκαιότητας για την συμπληρωματική δράση των εθελοντικών οργανώσεων σε σχέση με το επίσημο δίκτυο υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας¹¹¹.
5. Ενεργό συμβολή σε συνεργία με άλλες υπηρεσίες του Νοσοκομείου ή φορείς της Περιφέρειας (Κέντρα Υγείας, Δήμους, Νομαρχιακά Νοσοκομεία, Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση, Εκκλησία, κ.λ.π.) στην ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας στα πλαίσια της πρόληψης, έτσι ώστε να υπάρχει καλύτερη ποιότητα ζωής για τους πολίτες, αλλά και εξοικονόμηση πόρων.
6. Ενεργό συμμετοχή στο σχεδιασμό και την υλοποίηση ερευνητικών προγραμμάτων σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες του Νοσοκομείου ή άλλους φορείς (Πανεπιστήμιο, Τ.Ε.Ι, Κ.Ε.Κ., Ν.Ε.Λ.Ε., Δήμους κ.λ.π.) προκειμένου να συγκεντρωθούν ερευνητικά δεδομένα απαραίτητα για τη διενέργεια προγραμμάτων αγωγής υγείας.¹¹²

¹¹¹ Βλέπε Ν. 2646/20-10-1998 / Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, άρθρο 12)

¹¹² Πανταζάκα Π., Μέντη Μ., Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας – Η πρόκληση του εκαυχρονισμού του Εθνικού συστήματος Υγείας, και ο ρόλος του ΚΛ, παρ.4, Πεδίο Δράσης και προτεραιότητες της ΚΥ του ΠΠΓΝΠ», περ. Κοινωνική Εργασία», τεύχος 66,2002,σελ. 102.

2.1.7 ΡΟΛΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Συνοψίζοντας τα παραπάνω θα λέγαμε ότι:

Σε ένα Νοσηλευτικό Ίδρυμα, το έργο των Κοινωνικών Λειτουργιών είναι κυρίως συμβουλευτικό, διαγνωστικό, θεραπευτικό, ερευνητικό και εκπαιδευτικό. (Πίνακας 2.1)¹¹³

ΕΡΓΟ ΚΕ	ΕΝΝΟΙΑ
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟ	Συμβουλευτική υποστήριξη
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟ	Ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ	Ολιστική αντιμετώπιση του ασθενούς
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ	Συλλογή στοιχείων κοινωνικού ιστορικού
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ	Προγραμματισμός ερευνητικών προγραμμάτων
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ	Εκπαίδευση ασκούμενων

Πίνακας 2.1: Ρόλοι Κοινωνικής Εργασίας σε νοσοκομείο

2.2 ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Οι περιπτώσεις των ασθενών – εξυπηρετούμενων φθάνουν, σύμφωνα με τον **Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου¹¹⁴**, στο αντίστοιχο τμήμα, ύστερα από **παραπομπή τους από:**

1. Το ιατρικό – επιστημονικό προσωπικό των Τομέων
2. Το νοσηλευτικό προσωπικό των τμημάτων
3. Άλλα τμήματα ή προσωπικό του Νοσοκομείου
4. Τους ίδιους τους ασθενείς
5. Το περιβάλλον τους (οικογενειακό – εξωτερικό)
6. Άλλες υπηρεσίες και φορείς εκτός Νοσοκομείου (κοινότητα)
7. Επισήμανση των Κοινωνικών Λειτουργιών του Νοσοκομείου (αυτεπάγγελτα)

¹¹³ Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Κοινωνικής υπηρεσίας στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περιθαλψη, παρ. 6 «Αρμοδιότητες Κοινωνικών Λειτουργιών», σελ.5.

¹¹⁴ Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Κοινωνικής υπηρεσίας στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περιθαλψη, παρ. 8 «Παραπομπή περιστατικών στην Κοινωνική Υπηρεσία», σελ.6

Η παραπομπή των περιστατικών που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες της Κοινωνικής Υπηρεσίας πρέπει να γίνεται άμεσα, ώστε να παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες χωρίς να ταλαιπωρείται ο ασθενής και να παρατείνεται η νοσηλεία του στο Νοσοκομείο ή να προλαμβάνονται διάφορες επιπλοκές και προβλήματα.

Για τη διαδικασία της παραπομπής και τα ειδικά χαρακτηριστικά των περιστατικών, πρέπει σε κάθε νοσοκομείο να κυκλοφορήσει σχετική εγκύκλιος της Κοινωνικής Υπηρεσίας εγκεκριμένη από το ΔΣ του Νοσοκομείου.



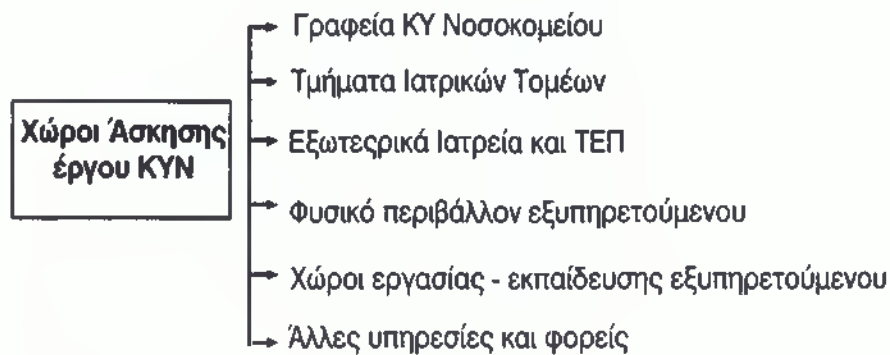
Σχήμα 2.4: Παραπομπές πελατών προς την ΚΥΝ

2.3 ΧΩΡΟΙ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού ενός Νοσοκομείου επιτελείται¹¹⁵:

- ✓ Στα γραφεία της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου
- ✓ Στα τμήματα των Ιατρικών Τομέων
- ✓ Στα εξωτερικά ιατρεία και στα ΤΕΠ
- ✓ Στο φυσικό περιβάλλον του ασθενούς και των οικείων του
- ✓ Στο χώρο εργασίας ή εκπαίδευσης του ασθενούς
- ✓ Σε άλλες υπηρεσίες και φορείς που κρίνει απαραίτητο

¹¹⁵ Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Κοινωνικής υπηρεσίας στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψη, παρ. 7 «Χώροι άσκησης του έργου του Κοινωνικού Λειτουργού», σελ.6.



Σχήμα 2.5: Χώροι άσκησης έργου του ΚΛ

2.4 ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΤΕΛΕΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Όπως ορίζει η Εγκύκλιος του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας της 14^{ης} Φεβρουαρίου 1956, «ο Κοινωνικός Λειτουργός επιτελεί έργο δια¹¹⁶».

1. Συνεντεύξεων μετά των ασθενών εις το θάλαμον ή εις το γραφείον του.
2. Συνεντεύξεων μετά των συγγενών του ασθενούς κατ' οίκον ή εις το γραφείον του.
3. Συμμετοχή εις τας επισκέψεις παρά των καθηγητών ή επιμελητών των ασθενών τουλάχιστον δις της εβδομάδος.
4. Επισκέψεων εις υπηρεσίας ή οργανισμούς και δημιουργία μετά τούτων επωφελοῦς συνεργασίας προς επίλυσιν παρουσιαζομένων εκάστοτε προβλημάτων εις περιπτώσεις ως χειρίζεται.
5. Τηλεφωνικῶν επικοινωνιῶν των παρουσιαζομένων επειγουσῶν αναγκῶν προς επίτευξιν του παρ' αυτής επιδιωκομένου σκοπού.
6. Τηρήσεως φακέλου δι' εκάστην περίπτωσιν ασθενούς.
7. Τηρήσεως πρωτοκόλλου της παρ' αυτής διεξαγόμενης αλληλογραφίας. Επί πάντων ανωτέρω παρά του ΚΛ θα τηρείται το απολύτως και αυστηρῶς ἀπόρρητον. Πληροφορίαι θα επιτρέπεται να δίδονται εις τον παρακολουθούντα

¹¹⁶ Εγκύκλιος Εργασίας ΚΛ Νοσοκομείων 1956 (14/2/56, αρ.πρωτ. ΟΛ.901), Πρόγραμμα Εργασίας των παρά Νοσοκομείους Κοινωνικών Λειτουργῶν, παρ.2 «Μέθοδοι εργασίας Κοινωνικών Λειτουργῶν», σελ.1-2.

ιατρόν και την προϊσταμένην αδελφήν εφ' όσον αυτάί θα θεωρούνται αναγκαίαι διά την θεραπευτικήν μεταχείρισιν του ασθενούς.

8. **Τηρήσεως στατιστικών στοιχείων** – κατά το απόσταλησόμενον υπόδειγμα – υποβαλλομένων μηνιαίων μετά περιληπτικής εκθέσεως εργασίας εις το Υπουργείον και τον Τομεάρχην.
9. **Συμμετοχή εις μελέται ή συζητήσεις του επιστημονικού προσωπικού του Νοσοκομείου** κατά τους οποίους θα παρέχει τας υπηρεσίας της βάσει των παρ' αυτής συγκεντρωθέντων στοιχείων επί των κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων των επηρεαζόντων την κατάστασιν του ασθενούς.»

2.5 ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Για διευκόλυνση του Κοινωνικού Λειτουργού στην εκτέλεση του έργου του απαιτούνται τα παρακάτω:

- ✓ **Ιδιαίτερο γραφείο**, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται το εμπιστευτικό του αντικειμένου του (είναι ευνόητο ότι σε μια αίθουσα γραφείου μπορούν να συνυπάρχουν περισσότεροι του ενός Κοινωνικού Λειτουργού. Ο Προϊστάμενος της Υπηρεσίας είναι απαραίτητο να έχει μόνος του δικό του γραφείο). Τα γραφεία πρέπει να είναι σε εμφανές κεντρικό σημείο του Νοσοκομείου, ώστε να είναι εύκολη η πρόσβαση. Απαραίτητο στοιχείο είναι η ύπαρξη προθαλάμου αναμονής.
- ✓ Απαραίτητη **γραφική ύλη και σύστημα τήρησης φακέλων**.
- ✓ Εξωτερική **γραμμή τηλεφώνου** και εσωτερική σύνδεση τηλεφώνου με όλες τις αίθουσες – γραφεία των ΚΛ.
- ✓ **Ηλεκτρονικός Υπολογιστής** συνδεδεμένος στο διαδίκτυο και Σαρωτής, προκειμένου να καταχωρούνται σε ηλεκτρονική μορφή τα αρχεία των περιστατικών, να γίνεται η στατιστική επεξεργασία τους, αλλά και για να συντάσσονται και να αποστέλλονται επίσημα έγγραφα προς άλλες υπηρεσίες του Νοσοκομείου ή άλλους φορείς.

- ✓ **Συσκευή τηλεομοιοτυπίας (FAX)**, προκειμένου να διαβιβάζονται έγκαιρα απαραίτητα δικαιολογητικά στους ανάλογους φορείς και να προστατεύεται το απαραίτητο των προσωπικών δεδομένων του ασθενή¹¹⁷.
- ✓ **Συσσίτιο** εκ' του οποίου παρέχεται και στους γιατρούς τις ημέρες που η υπηρεσία του επιβάλλει την παραμονή του στο Νοσοκομείο.
- ✓ **Μικρό χρηματικό ποσό** για έκτακτες ανάγκες των ασθενών (μεταφορές, αγορά φαρμάκων, κ.λ.π.), από την απόδοση του λογαριασμού του Νοσοκομείου και εφόσον ο Κοινωνικός Λειτουργός δεν κατάφερε να εξασφαλίσει από αλλού.¹¹⁸
- ✓ Ο απαραίτητος **εξοπλισμός γραφείου** και καρτελοθήκες ασφαλείας για τήρηση των απαραίτητων φακέλων.
- ✓ Τα βιβλία και οι φάκελοι που τηρούνται ρυθμίζονται με απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου των Κοινωνικών Λειτουργών¹¹⁹.

2.6 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΓΡΑΦΕΙΟΥ

Το συμπληρωματικό έγγραφο πάνω στην Εγκύκλιο της 14^{ης} Φεβρουαρίου 1956, 7-6-1957 «περί οργάνωσης Γραφείου Κοινωνικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου»¹²⁰ ορίζει ότι σε κάθε γραφείο της Κοινωνικής Υπηρεσίας πρέπει απαραίτητως να τηρούνται τα κάτωθι στοιχεία:

1. Ατομικές καρτέλες που κατέχουν θέση μητρώου – πρωτοκόλλου
2. Καρτέλες ευρετηρίου
3. Φάκελοι περιπτώσεων
4. Φάκελοι εισερχόμενων και εξερχόμενων εγγράφων γενικής φύσεως μη αφορούντων συγκεκριμένη περίπτωση
5. Τριμηνιαία έκθεση μετά τριμηνιαίου στατιστικού δελτίου.

¹¹⁷ Πανταζάκα - Μεντή, Η Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας – Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ και ο ρόλος του ΚΛ, περιοδ «Κοινωνική Εργασία», τεύχος 66, 2002, σελ. 110.

¹¹⁸ Εγκύκλιος 14-2-1956, «περί εργασίας των παρά Νοσοκομείους ΚΛ», σελ.3

¹¹⁹ Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Κοινωνικής Υπηρεσίας στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περιθαλψη, παραγρ. 10, Οργάνωση Γραφείων Υπηρεσίας – Γραφειακό Σύστημα», σελ. 7.

¹²⁰ Εισήγησης 7-6-1957 «περί οργάνωσης Γραφείου Κοινωνικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου», σελ. 1.

2.7 ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΥΝ

Μέσα από την Κοινωνική δράση των κοινωνικών λειτουργών επισημάνθηκαν ορισμένες δυσκολίες και προβλήματα που είχαν ανέκαθεν ανασταλτικό χαρακτήρα στην απόδοση της Κοινωνικής Εργασίας στα Νοσοκομεία, τα οποία ανάγονται είτε στην εν γένει οργάνωση και λειτουργία των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, είτε στην έλλειψη κατάλληλων ή επαρκών πηγών βοήθειας για την πληρέστερη και αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των περιπτώσεων.

- I. Βασικότερος ανασταλτικός παράγοντας στάθηκε η **αρχική υπαγωγή των Κοινωνικών Λειτουργών στη Διοικητική Υπηρεσία των Νοσοκομείων**. Κάτι τέτοιο έρχεται σε πλήρη αντίθεση με το φιλοσοφικό περιεχόμενο και την ίδια την έννοια της Κοινωνικής Εργασίας, τη σκοπιμότητά της, τους στόχους της και τις αρμοδιότητές της, σε σχέση με τον ασθενή και επηρέασε αρνητικά την όλη πορεία ανάπτυξης του κλάδου στα Νοσοκομεία και στις υπόλοιπες μορφές υπηρεσιών υγείας- ψυχικής υγείας, που αναπτύχθηκαν με το νόμο του ΕΣΥ.

Προτεινόμενη λύση από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς Νοσοκομείου για την άμβλυνση του προβλήματος υπήρξε η «θέσπιση 4ης Υπηρεσίας στα Νοσοκομεία, όπου θα υπάγονταν τα επαγγέλματα με κοινό γνωστικό αντικείμενο (Κοινωνικοί Λειτουργοί, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές κλπ), η λεγόμενη στην πρόταση, Υπηρεσία επαγγελματιών ψυχοκοινωνικής και σωματικής φροντίδας»¹²¹.

Η λύση δόθηκε με την εφαρμογή του Ν 2889/2001 «Περί βελτίωσης και εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ» με τον οποίο πραγματοποιήθηκε η Υπαγωγή της κοινωνικής υπηρεσίας των Νοσοκομείων στην Ιατρική Υπηρεσία¹²².

- II. Όσον αφορά στην **οργάνωση των Κοινωνικών Υπηρεσιών στα Νοσοκομεία** διαπιστώνουμε τα εξής:
 - ✓ Η έλλειψη του απαραίτητου και επαρκούς αριθμού απασχολούμενων Κοινωνικών Λειτουργών στις Νοσοκομειακές Κοινωνικές Υπηρεσίες, εμποδίζει την πλήρη ανάπτυξη και ολοκλήρωση του έργου της Κοινωνικής

¹²¹ Πρακτικά Συνάντησης ΚΛ Νοσοκομείων, 23/7/1987.

¹²² Πανταζάκα Π., Μέντη Μ., Η Κοινωνική Εργασία στο χώρο της υγείας-Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ και ο ρόλος του ΚΛ, παρ. 3: Οργανωτικό Πλαίσιο της ΚΥ, περ. Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 66, 2002, σελ.98

Εργασίας¹²³. Έτσι, ο αριθμός των θέσεων των Κοινωνικών Λειτουργιών δεν είναι πάντοτε ανάλογος με τον αριθμό κλινών (1 ΚΛ/50 κρεβάτια Γ.Ν. και 1/25 κρεβάτια Ειδικού Νοσοκομείου) ακόμη κι αν πρόκειται για ομοειδή Νοσοκομεία.¹²⁴

- ✓ Σε πολλά μεγάλα Νοσοκομεία δεν προβλεπόταν θέσεις Κοινωνικών Λειτουργιών (στο ΓΝ Νίκαιας «ο Άγιος Παντελεήμων», δυνάμει 685 κλινών δεν προβλέπονται θέσεις Κοινωνικών Λειτουργιών, ενώ προβλεπόταν 2 θέσεις στο ΓΝ «Αγία Όλγα», δυνάμει 210 κλινών)¹²⁵. Ακόμα και σήμερα υπάρχουν Νοσοκομεία στα οποία δεν λειτουργεί τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας, έστω κι αν προβλέπονται θέσεις (Γ.Ν. Λευκάδας).¹²⁶
- ✓ Η γραφειοκρατική οργάνωση των Νοσοκομειακών Κοινωνικών Υπηρεσιών με ιεραρχική υποταγή και συγκεντρωτισμό αποτέλεσαν σημαντικό ανασχετικό παράγοντα στην εξέλιξη της Κοινωνικής Εργασίας¹²⁷. Η θέση των Κοινωνικών Λειτουργιών στην ιεραρχία του υπαλληλικού προσωπικού και η υπηρεσιακή εξάρτησή τους δεν προσδιορίζονται επακριβώς ή αντιμετωπίζονται με διαφορετικό τρόπο από Νοσοκομείο σε Νοσοκομείο (πχ. Στο Γενικό Κρατικό Αθηνών οι Κοινωνικοί Λειτουργοί συγκαταλεγόταν μεταξύ του βοηθητικού προσωπικού με εξάρτηση από τη Γραμματεία)¹²⁸.

III. Ως προς τη λειτουργία της Νοσοκομειακής Κοινωνικής Εργασίας διακρίνουμε τρία βασικά προβλήματα:

- i. Επικρατέστερο μέτρο απόδοσης στις υπηρεσίες του Νοσοκομείου θεωρείται ο αριθμός των περιπτώσεων. Έτσι, ο Κοινωνικός Λειτουργός δίνει την εντύπωση ότι είναι αδρανής διότι αναφορικά με την παραγωγή εγγράφων αποφάσεων και τη διεκπεραίωση φακέλων δε μπορεί να ανταγωνιστεί τον διοικητικό υπάλληλο.
- ii. Η τήρηση φακέλων εμποδίζει την Κοινωνική Εργασία με δύο τρόπους: από τη μία η τήρηση ικανών για έλεγχο φακέλων που πρέπει να αποδίδουν κάθε

¹²³ Καλλιδικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ»,σελ.119

¹²⁴ Πρακτικά Συνάντησης ΚΛ Νοσοκομείων, 23/7/1987.

¹²⁵ Πρακτικά Συνάντησης ΚΛ Νοσοκομείων, 23/7/1987.

¹²⁶ Ιδία έρευνα

¹²⁷ Καλλιδικάκη Θ., Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.118

¹²⁸ Πανταζάκα-Μεντή, Η ΚΥ στο χώρο της Υγείας – Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ και ο ρόλος του ΚΛ, περ. «Κοινωνική Εργασία», τεύχος 66, 2002, παρ.3., «Οργανωτικό πλαίσιο ΚΥ», σελ. 98.

περιστατικό, περιορίζει το χώρο δράσης του Κοινωνικού Λειτουργού και από την άλλη η καταγραφή της εσφαλμένης συμπεριφοράς του πελάτη στο φάκελο έχει μια στιγματική επίδραση (Bronke Wenzel 1980)¹²⁹. Οι κρίσεις των φακέλων περιέχουν κατά κανόνα όρους – χαρακτηρισμούς, όπως εγκληματικός, ακοινωνήτος κ.ά., που είναι προβληματικοί για τον πελάτη, που εξυπηρετούν περισσότερο την πληροφόρηση των αρχών παρά τη λήψη βοηθητικών μέτρων του πελάτη.

- iii. Άλλος ανασταλτικός παράγοντας του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού Νοσοκομείου είναι η περιορισμένη και συχνά εσφαλμένη γνώση περί Κοινωνικής Εργασίας και των δυνατοτήτων της μεταξύ όλων των ειδικοτήτων, που την περιορίζει και δεν της επιτρέπει ουσιαστική συμμετοχή στην ολιστική προσέγγιση της υγείας του ασθενούς ή συμμετοχή αντίστοιχα στη διεπιστημονική ομάδα υγείας¹³⁰.
- iv. Σύμφωνα με τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας Νοσηλευτικού Ιδρύματος και την Εγκύκλιο 14/2/1956 «περί εργασίας των παρά Νοσοκομείους Κοινωνικών Λειτουργών», προβλέπεται Ειδικός Λογαριασμός, για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών ασθενών με μόνιμη ή περιστασιακή αδυναμία, ο οποίος θα κινείται με ευθύνη των Κοινωνικών Λειτουργών μέσω του ταμείου του Νοσοκομείου. Παρόλα αυτά, ο Προϋπολογισμός των Νοσοκομείων στο σύνολό τους δεν προβλέπουν κονδύλιο και χρήματα ουδέποτε έχουν χορηγηθεί σε Νοσοκομειακή Κοινωνική Υπηρεσία.

Συμπερασματικά, η διπλή ιδιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού στην καθημερινή του ενασχόληση, ως εκπροσώπου των συμφερόντων του πελάτη απ' τη μια και ως εκπροσώπου των συμφερόντων του φορέα στον οποίο ανήκει από την άλλη, λειτουργεί ανασταλτικά στην αποτελεσματική προαγωγή των αξιών και των αρχών της Κοινωνικής Εργασίας και η αναγκαστική ένταξή του σε ένα θεσμικό – οργανωτικό πλαίσιο δράσης, τον οδηγεί συχνά σε συγκρούσεις ταυτότητας και έντονους προβληματισμούς, σχετικά με τη δυνατότητα αποτελεσματικής διεκπεραίωσης του ρόλου του¹³¹.

¹²⁹ Ζωγράφου Α., Ο Κοινωνικός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας, περ. «Κοινωνική Εργασία».

¹³⁰ Βεζυράκης (Πρόεδρος ΣΚΛΕ), Πρακτικά 2ήμερου Πανελληνίου Συνεδρίου ΚΕ, 13-14/12/1996.

¹³¹ Ζωγράφου Ανδρέα, Ο διπλός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο πλαίσιο των Κοινωνικών Οργανώσεων, σελ. 59.

IV. Συγκριτικά με τη σχέση της Κοινωνικής Εργασίας Νοσοκομειακού πλαισίου και της Κοινότητας, διαπιστώνονται τα εξής:

- ✓ Η έλλειψη των κατάλληλων και επαρκών πηγών βοήθειας αποτελούσε και αποτελεί ανασχετικό παράγοντα για την άσκηση της Κοινωνικής Εργασίας και ως συνέπεια αυτής δημιουργείται συχνά αδιέξοδο και ασκείται ισχυρή πίεση για παράταση της παραμονής στο Νοσοκομείο, περιπτώσεων αποθεραπευθέντων που έχουν όμως ανάγκη από κοινωνική προστασία και αποκατάσταση¹³².
- ✓ Οι δυσκολίες στη συνεργασία και στο συντονισμό των Κοινωνικών Υπηρεσιών του ιδιωτικού με εκείνες του δημόσιου τομέα σε ότι αφορά στο σχεδιασμό των στόχων και στην υλοποίησή τους, με αποτέλεσμα άλλοτε να παρατηρούνται επικαλύψεις και άλλοτε κενά στην παρεχόμενη φροντίδα¹³³.
- ✓ Προκατάληψη και έλλειψη εμπιστοσύνης του κοινού σε υπηρεσίες και ειδικούς λόγω έλλειψης ενημέρωσης και άγνοιας¹³⁴.
- ✓ Περιορισμένη ανάπτυξη της κοινωνικής έρευνας. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στη χώρα μας ελάχιστα έχουν ασχοληθεί με την έρευνα του πεδίου της Κοινωνικής Εργασίας. Στα Γενικά Νοσοκομεία η έλλειψη έρευνας στην Κοινωνική Εργασία είναι απώρεια της έλλειψης επαρκούς χρόνου των Κοινωνικών Λειτουργών για την άσκηση του έργου τους σε όλα τα πλαίσια δράσης¹³⁵.

¹³² Πανταζάκα-Μεντή, Η ΚΥ στο χώρο της Υγείας – Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ και ο ρόλος του ΚΛ, περ. «Κοινωνική Εργασία», τεύχος 66, 2002, παρ.3., «Οργανωτικό πλαίσιο ΚΥ», σελ. 98.

¹³³ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.119

¹³⁴ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.121

¹³⁵ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.120

Προβλήματα ΚΕ	
I) Διοικητική Δομή	<ul style="list-style-type: none"> → Υπαγωγή στη Διοικητική Υπηρεσία έως το 2001
II) Οργάνωση	<ul style="list-style-type: none"> → Αριθμός θέσεων δυσανάλογος ως προς τον αριθμό κλινών. → Μη προβλέψιμες θέσεις ΚΛ σε πολλά Νοσοκομεία → Διαφορετική υπηρεσιακή εξάρτηση ανά Νοσοκομείο. → Γραφειοκρατία → Επαγγελματική σχέση ΚΛ: <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Συγκρουόμενη Επαγγελματική σχέση ΚΛ</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 40%; text-align: center;">ΚΛ-ΠΕΛΑΤΗ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 40%; text-align: center;">ΚΛ-ΦΟΡΕΑ</div> </div> </div>
III) Λειτουργία	<ul style="list-style-type: none"> → Παραγωγή μη μετρήσιμου έργου (επάγγελμα – λειτούργημα). → «Φακέλωμα ασθενών» → Εσφαλμένη γνώμη και άγνοια άλλων ειδικοτήτων περί ΚΕ. → Έλλειψη χρηματοδότησης από Προϋπολογισμό Νοσοκομείων
IV) Σχέση ΚΕΝ-Κοινότητας	<ul style="list-style-type: none"> → Ανεπαρκείς πηγές βοήθειας από Κοινότητα. → Δυσκολία στο συντονισμό και στη συνεργασία με κοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και μεταξύ κοινωνικών υπηρεσιών ιδιωτικού με εκείνες του δημόσιου τομέα → Προκατάληψη και έλλειψη εμπιστοσύνης του κοινού σε υπηρεσίες και ειδικούς. → Περιορισμένη ανάπτυξη της κοινωνικής έρευνας

Πίνακας 2.2: Προβλήματα δυσλειτουργίας ΚΥΝ

Όπως διαπιστώνεται από τον πίνακα 2.2, τα προβλήματα που λειτουργούν ανασχετικά στην εφαρμογή της Νοσοκομειακής Κοινωνικής Εργασίας εστιάζονται στη Διοικητική Δομή, στην Οργάνωση, στη Λειτουργία και στις διαθέσιμες πηγές βοήθειας από την Κοινότητα.

Με την εφαρμογή του Ν 2889/2001 «Περί Εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ» και την υπαγωγή της Νοσοκομειακής Κοινωνικής Εργασίας στην Ιατρική Υπηρεσία των Νοσοκομείων αντίστοιχα, λύνεται το πρόβλημα της διοικητικής διάρθρωσης, ενώ ταυτόχρονα μειώνονται ή εξαλείφονται ορισμένα από τα προβλήματα που εστιάζονται στην οργάνωση και στη λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας ως τμήματος μέσα στη διοικητική οντότητα του Νοσοκομείου (υπηρεσιακή εξάρτηση, γραφειοκρατία, συνεργασία με λοιπές ειδικότητες).

Ο πιο σημαντικός ίσως παράγων δυσλειτουργίας για τις Κοινωνικές Υπηρεσίες Νοσοκομείων εξακολουθεί να παραμένει η χρηματοδότηση, που αν και απαραίτητη, είναι μη υλοποιήσιμη.

Εν συγκρίσει με τα προβλήματα διοίκησης, οργάνωσης και λειτουργίας, τα προβλήματα που εστιάζονται στις σχέσεις Κοινωνικών Υπηρεσιών Νοσοκομείων με την κοινότητα είναι και τα πλέον δυσεπίλυτα, διότι κατά το ήμισυ εξαρτώνται από λοιπούς φορείς και υπηρεσίες, που άλλοτε κρίνονται ανεπαρκείς, άλλοτε απρόθυμοι, άλλοτε μη ενημερωμένοι και άλλοτε μη συντονισμένοι για να προβούν σε συνεργασία με τις Νοσοκομειακές Κοινωνικές Υπηρεσίες για την περάτωση προγραμμάτων και των στόχων που θέτουν οι τελευταίες.

2.8 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΚΥΝ

Συμπερασματικά, για όλο το φάσμα του θεσμικού, οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου εργασίας των Κοινωνικών Υπηρεσιών Νοσοκομείων διαπιστώνεται ότι:

- Ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στα Νοσοκομεία προσδιορίζεται ως:
 - ✓ **συμβουλευτικός** (παρέχοντας συμβουλευτική υποστήριξη)
 - ✓ **υποστηρικτικός** (παρέχοντας ψυχολογική και κοινωνική στήριξη)
 - ✓ **διαγνωστικός** (αντιμετωπίζοντας τον εξυπηρετούμενο «ολιστικά»)
 - ✓ **θεραπευτικός** (συλλέγοντας στοιχεία κοινωνικού ιστορικού)

- ✓ **εκπαιδευτικός** (εκπαιδεύοντας ασκούμενους) και
- ✓ **σπάνια ερευνητικός** (προγραμματίζοντας εκπαιδευτικά προγράμματα)
- ✓ Επιπλέον, σήμερα ο Νοσοκομειακός Κοινωνικός Λειτουργός αναπτύσσει και ρόλο **προληπτικό και αναπτυξιακό**, παρεμβαίνοντας σε κρίσιμους τομείς της κοινωνικής ζωής και όχι μόνο στους περιθωριακούς και συμμετέχει στη χάραξη της Κοινωνικής Πολιτικής και στην ανάπτυξη των σύγχρονων κοινωνικών υπηρεσιών και προγραμμάτων¹³⁶.

Το νομοθετικό πλαίσιο που αφορά στις Νοσοκομειακές Κοινωνικές Υπηρεσίες **εξελίσσεται σταδιακά και επαναπροσδιορίζεται** αποτυπώνοντας, υιοθετώντας και συμπεριλαμβάνοντας ταυτόχρονα όλες τις αλλαγές των κοινωνικών δομών και την εξέλιξη των κοινωνικών προβλημάτων και αναγκών σε νέες, σύγχρονες πολυπαραγοντικές και πολυδιάστατες μορφές ψυχοκοινωνικής παθολογίας.

Μέσα από την κοινωνική δράση των Κοινωνικών Λειτουργών επισημαίνονται δυσκολίες και προβλήματα που επιδρούν ανασταλτικά στην εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας, τα οποία ανάγονται στη διοίκηση, στην εν γένει οργάνωση και λειτουργία των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, καθώς και στην έλλειψη κατάλληλων ή επαρκών πηγών βοήθειας από την Κοινότητα για την πληρέστερη και αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των περιπτώσεων που χρειάζονται βοήθεια.

Μέσα από όλο αυτό το σύμπλεγμα ρόλων, νομοθετικών πλαισίων και ανασχετικών παραγόντων, η ευελιξία και η προσαρμοστικότητα των μεθόδων και των εφαρμογών της Κοινωνικής Εργασίας ανταποκρίνονται επιτυχώς στην πολυπλοκότητα και στην ιδιομορφία των κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί σε ένα Νοσοκομείο, καθώς επίσης και στην εκάστοτε μεταβαλλόμενη κοινωνική πραγματικότητα¹³⁷.

¹³⁶ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 102

¹³⁷ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 11

Εν συντομία, η Νοσοκομειακή Κοινωνική Εργασία προκαλεί, σχεδιάζει, οργανώνει και υλοποιεί την κοινωνική αλλαγή, οι δε στόχοι της θα μπορούσαν αν συνοψιστούν σε τρεις: ανάπτυξη, πρόληψη, θεραπεία¹³⁸.

¹³⁸ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην παρουσία της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο του Νοσοκομείου.

Παρουσιάζονται αναλυτικά:

- ✓ οι πληθυσμιακές ομάδες – στόχοι της Κοινωνικής Εργασίας
- ✓ η σχέση του Κοινωνικού Λειτουργού με τα μειονεκτούντα αυτά άτομα
- ✓ οι εξελίξεις που συνέτειναν στην ανάπτυξη της Κοινωνικής Εργασίας
- ✓ δύο κύριες περιπτώσεις κοινωνικής παρέμβασης στα Νοσοκομεία:
 - i. η Κοινωνική Εργασία στον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου και
 - ii. η Κοινωνική Εργασία με περιπτώσεις θανάτου.

3.1 ΠΕΛΑΤΕΣ

3.1.1 ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ – ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Σύμφωνα με την Εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας της 14^{ης} Φεβρουαρίου 1956, ορίζονται ως πλαίσια εργασίας του Κοινωνικού Λειτουργού Νοσοκομείου τα εξής:

- 1. Απόπειρες αυτοκτονίας**
- 2. Έκθετα (Άγαμες μητέρες)**
- 3. Αλκοολικοί**
- 4. Εισαγωγή σε Ίδρυμα**
- 5. Υιοθεσίες**
- 6. Προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων**
- 7. Προβλήματα οικονομικά**

Ο Berman (1991)¹³⁹, κατατάσσει τα προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπη η Κοινωνική Εργασία ακόμη και σε ένα Νοσοκομείο, λόγω ύπαρξης και εξωτερικών πελατών, στις εξής κατηγορίες:

- 1. Τρίτη ηλικία**
- 2. Απασχόληση**
 - ✓ Προσωρινή ανεργία
 - ✓ Χρόνια ανεργία
- 3. Υγεία**
 - ✓ Οξείες και χρόνιες ασθένειες (εκτός από ψυχικές ασθένειες)
 - ✓ Νοητική υστέρηση
 - ✓ Κινητικές αναπηρίες
- 4. Αποκλίνουσα συμπεριφορά**
 - ✓ Αλκοολισμός
 - ✓ Εγκληματικότητα
 - ✓ Φυλάκιση ή σύλληψη
 - ✓ Ναρκωτικά
 - ✓ Πορνεία
- 5. Ψυχολογικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς**
 - ✓ Ψυχική νόσος
 - ✓ Διαταραχές συμπεριφοράς
- 6. Συμπεριφορά Παιδών – Εφήβων**
 - ✓ Μαθησιακά προβλήματα
 - ✓ Προβλήματα Συμπεριφοράς
 - ✓ Προβλήματα εφήβων
- 7. Διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις**
 - ✓ Προβλήματα λειτουργικότητας ενός ή δύο γονέων
 - ✓ Προβλήματα σχέσης γονέων παιδών
 - ✓ Προβλήματα μεταξύ αδερφών
 - ✓ Προβλήματα στις σχέσεις του ζεύγους
 - ✓ Βία στην οικογένεια
- 8. Μονογονεϊκή Οικογένεια**

¹³⁹ Berman, Η πολιτική των κοινωνικών υπηρεσιών και οι κοινωνικοί δείκτες, Εκλογή, 1991, σελ. 12.

- ✓ Απουσία πατέρα
- ✓ Απουσία μητέρας

Εκτός των ανωτέρων μεγάλη ποικιλία περιπτώσεων έρχεται στην Κοινωνική Υπηρεσία ενός Νοσοκομείου για τα παρακάτω:¹⁴⁰

- ✓ Έκδοση πιστοποιητικών
- ✓ Τακτοποίηση ασφαλιστικών θεμάτων
- ✓ Μεταφορά ασθενών σε άλλα ιδρύματα
- ✓ Εγκαταλείψεις παιδιών, γερόντων και ανιάτων
- ✓ Θάνατοι

Ο Γιαννουλάτος¹⁴¹ αναφέρει δύο επίπεδα - τομείς στο Νοσοκομειακό χώρο: τον ενδονοσοκομειακό, που αφορά τα προβλήματα των εσωτερικών ασθενών και το εξωνοσοκομειακό επίπεδο που αφορά προβλήματα εξωτερικών ασθενών και της κοινότητας.

Συνήθως πρόκειται για άτομα που:

1. Αντιμετωπίζουν μια αιφνίδια και οξεία κατάσταση κρίσης (ξαφνική εκδήλωση σοβαρής ασθένειας, θάνατος).
2. Ζουν κάτω από το επίπεδο της φτώχειας, όπως ορίζεται κάθε εποχή σε κάθε χώρα.
3. Έχουν βιώσει σοβαρές περιβαλλοντικές καταστροφές, όπως σεισμοί κ.λ.π.
4. Κατοικούν σε κοινωνικά και πολιτιστικά υποβαθμισμένες περιοχές ή σε γειτονιές που χαρακτηρίζονται από άθλιες συνθήκες υγιεινής, ασφάλειας και διαβίωσης.
5. Αντιμετωπίζουν ψυχοπιεστικές συνθήκες λόγω παροδικής ή μόνιμης απουσίας ενός μέλους, διαταραγμένης διαπροσωπικής ή ενδοοικογενειακής επικοινωνίας.
6. Ζουν υπό συνθήκες όπου έχουν αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης άγχους.

¹⁴⁰ Βασικά Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας, σελ. 37.

¹⁴¹ Γιαννουλάτος, Πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου ΚΛ, Αθήνα 1985, σελ. 220.

7. Αντιμετωπίζουν μια προβληματική κατάσταση (άστεγοι, χρήστες τοξικών ουσιών)¹⁴².

Η Μιχοπούλου αναφέρει ότι οι περισσότεροι Κοινωνικοί Λειτουργοί ασχολούνται με προνοιακά προβλήματα ασθενών και λιγότερο μέσα στο πλαίσιο της εξειδικευμένης ιατροκοινωνικής εργασίας¹⁴³.

Σαν αιτία δημιουργίας προβληματικών ατόμων, μεταξύ άλλων αναφέρονται συχνά η ανομία, ψυχολογικά και βιολογικά αίτια, συγκρούσεις γονέων, ανάρμοστη συμπεριφορά, προβλήματα επικοινωνίας ή η ανικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει προβληματικές καταστάσεις. (ΚHELLA)¹⁴⁴.

Τα άτομα που χρίζουν κοινωνικής βοήθειας είναι συνήθως μέλη χαμηλού επιπέδου, αμόρφωτοι άνθρωποι, οι οποίοι γνωρίζουν τη σκληρότητα, ακόμη και τη βιαιότητα, κινούνται μεταξύ πείνας και απογοητεύσεως και αισθάνονται διαφορετικοί προς την υπόλοιπη κοινωνία¹⁴⁵.

Από έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε διάφορες χώρες της Ευρώπης, διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των πελατών της Κοινωνικής Εργασίας προέρχεται από αγροτική – εργατική οικογένεια¹⁴⁶.

Στην Ελλάδα, ύστερα από σχετική μελέτη το 1990¹⁴⁷, το ποσοστό αυτό αγγίζει το 75%.

Συμπέρασμα όλων αυτών των ερευνών είναι ότι η αποκλίνουσα συμπεριφορά των περιπτώσεων είναι αποτέλεσμα ελλειμματικών συνθηκών κοινωνικοποίησης, τα αίτια των οποίων οφείλονται στην κοινωνία και όχι στο άτομο¹⁴⁸.

¹⁴² Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 54-55.

¹⁴³ Μιχοπούλου, Πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου ΚΛ, Αθήνα 1985, σελ. 283.

¹⁴⁴ Ζωγράφου Ανδρέα, Ο διπλός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο πλαίσιο των Κοινωνικών Οργανώσεων, σελ. 34.

¹⁴⁵ Ζωγράφου Ανδρέα, Ο διπλός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο πλαίσιο των Κοινωνικών Οργανώσεων, σελ. 32.

¹⁴⁶ Ζωγράφου Ανδρέα, Ο διπλός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο πλαίσιο των Κοινωνικών Οργανώσεων, σελ. 32.

¹⁴⁷ Τζαβέλας Παν., Κοινωνική Εργασία – Προοπτικές Κοινωνικής Αλλαγής (Συνθήκες άσκησης του επαγγέλματος στην πόλη των Ιωαννίνων, Πτυχιακή Εργασία, σελ. 17-18).

¹⁴⁸ Ζωγράφου Ανδρέα, Ο διπλός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο πλαίσιο των Κοινωνικών Οργανώσεων, σελ. 32.

Η Καλούτση¹⁴⁹ ταξινομεί τους πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας σε δύο ομάδες, εκείνη των ατόμων που έχουν ανάγκη υλικής βοήθειας για την εξασφάλιση της επιβίωσης τους και εκείνη του ενεργού πληθυσμού που κάνει χρήση των υπηρεσιών για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

Στην πρώτη ομάδα συνυπάρχουν επίσης πολλά άλλα προβλήματα, όπως η κακή σωματική και ψυχική υγεία, η διάλυση της οικογένειας, η εγκατάλειψη, η κοινωνική απομόνωση και άλλες παθολογικές καταστάσεις και κοινωνικές μειονεξίες που εμποδίζουν την ομαλή ένταξή τους στο κοινωνικό ρόλο.

Σε κάθε περίπτωση, ο πελάτης αποκτά την εντύπωση ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι πάντα στη διάθεσή του έτοιμος να παρέχει βοήθεια για την άμβλυση των προβλημάτων του¹⁵⁰. Η σχέση αυτή Κοινωνικού Λειτουργού – Πελάτη συχνά γίνεται ακόμη πιο ισχυρή και μετατρέπεται σε σχέση απόλυτης εξάρτησης από τον Κοινωνικό Λειτουργό¹⁵¹.

Η Κοινωνική Εργασία προσπαθεί - δίνοντας είτε υλική, είτε ψυχική συμπαράσταση - να προσαρμόσει πάλι τον πελάτη στο κοινωνικά αποδεκτό σύστημα αξιών και να τον επαναφέρει στο πλαίσιο των κοινωνικά προσαρμοσμένων ατόμων.

3.1.2 Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΠΕΛΑΤΗ - ΚΛ

Η ιδιομορφία και η πολυπλοκότητα των σύγχρονων αυτών κοινωνικών προβλημάτων, καθώς και η συνθετότητα των αναγκών που υπάγονται στην Κοινωνική Υπηρεσία ενός Νοσοκομείου κάνει όλο και πιο επιτακτική την ενεργό συμμετοχή των Κοινωνικών Λειτουργών¹⁵².

Ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται με ανθρώπους που βρίσκονται σχεδόν πάντα κάτω από ψυχολογική ένταση. Αντιμετωπίζουν ποικίλα ατομικά και κοινωνικά προβλήματα, που τους προξενούν άλλοτε παροδικές και άλλοτε μόνιμες

¹⁴⁹ Ζωγράφου Ανδρέα, Ο διπλός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο πλαίσιο των Κοινωνικών Οργανώσεων, σελ. 42.

¹⁵⁰ Ζωγράφου Ανδρέα, Ο διπλός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο πλαίσιο των Κοινωνικών Οργανώσεων, σελ. 42.

¹⁵¹ Ζωγράφου Ανδρέα, Ο διπλός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο πλαίσιο των Κοινωνικών Οργανώσεων, σελ. 42.

¹⁵² Δράκου, Πρακτικά Διήμερου Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, Έκδοση: ΣΚΛΕ, Αθήνα 13-14 Δεκεμβρίου 1996, σελ. 90.

ψυχικές διαταραχές. Δημιουργούν ή συμμετέχουν σε καταστάσεις, τέτοιες που η κοινωνία δεν εγκρίνει ή αντιμετωπίζει με μεγάλη εχθρότητα. Πελάτες των Κοινωνικών Λειτουργιών έρχονται σε σύγκρουση με τις ισχύουσες κοινωνικές αξίες. Έτσι, από την ίδια τη φύση του αντικειμένου της και από τους στόχους που έχει σαν επάγγελμα, η Κοινωνική Εργασία προκαλεί στον επαγγελματία συνεχή προβληματισμό σε όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής του σταδιοδρομίας¹⁵³. Ταυτόχρονα, δημιουργεί μια έντονη και ειδική ανθρώπινη σχέση μεταξύ του Κοινωνικού Λειτουργού και του εξυπηρετούμενου¹⁵⁴.

Η επαγγελματική σχέση ΚΛ- πελάτη είναι μια αμφίδρομη διεργασία υποκινούμενη και κατευθυνόμενη από τον ειδικά εκπαιδευμένο επαγγελματία κοινωνικό λειτουργό¹⁵⁵, η οποία:

- ☞ Αποτελεί πρότυπο διαπροσωπικής συναλλαγής και υπόδειγμα για τη βελτίωση ελλειμματικών διαπροσωπικών σχέσεων.
- ☞ Συνιστά το πεδίο της σταδιακής ανάπτυξης της διεργασίας και
- ☞ Αποτελεί το μέσο επίδρασης, επηρεασμού και διαμεσολάβησης στον εξυπηρετούμενο και στο πρόβλημά του¹⁵⁶.

Συνήθως ο πελάτης βρίσκεται σε σχέση απόλυτης εξάρτησης από τον κοινωνικό λειτουργό¹⁵⁷. Η επαγγελματική σχέση Κοινωνικού Λειτουργού- πελάτη είναι ένας συναισθηματικός και κοινωνικός σύνδεσμος που δημιουργείται προκειμένου ο δεύτερος να γίνει ικανός να διατυπώσει το πρόβλημά του και να προβεί στις απαραίτητες πρακτικές και συναισθηματικές ενέργειες ώστε να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του, να αλλάξει την κατάσταση και να σταθεροποιηθεί στη νέα απαλλαγμένη από αρνητικά χαρακτηριστικά συνθήκη ζωής. **Η σχέση αυτή λειτουργεί μέσα σε συγκεκριμένα όρια: χώρου (Κοινωνική Υπηρεσία), χρόνου (περιορισμένη διάρκεια) και στόχων της υπηρεσίας¹⁵⁸.**

¹⁵³ Καλούτση Α., Η αυτογνωσία και ο αυτοέλεγχος: Η αναγκαιότητα και η χρησιμότητά τους για τον Κοινωνικό λειτουργό, περ. «Εκλογή», Απρίλιος 1983, σελ.3.

¹⁵⁴ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.67

¹⁵⁵ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.68.

¹⁵⁶ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.69.

¹⁵⁷ Ζωγράφου Ανδρέα, Ο διπλός ρόλος της ΚΕ στο πλαίσιο των Κοινωνικών Οργανώσεων, σελ. 43.

¹⁵⁸ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.67.

Η επαγγελματική σχέση Κοινωνικού Λειτουργού - πελάτη αποτελεί βασικό εργαλείο της δουλειάς του Κοινωνικού Λειτουργού¹⁵⁹. Συνιστά το πλαίσιο μέσα στο οποίο χαράσσονται οι κατευθυντήριες γραμμές και η πορεία δράσης, και όπου αναπτύσσεται η διεργασία αντιμετώπισης του προβλήματος. Μια σωστή επαγγελματική σχέση μπορεί να λύσει πολλά ανθρώπινα προβλήματα¹⁶⁰. Ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει την ευθύνη για την αποκατάσταση της σχέσης αυτής. Για να είναι αποδοτικός, οφείλει να καταλάβει τη συμβολή του στις σχέσεις που δημιουργεί με τους εξυπηρετούμενους¹⁶¹.

Για τον Κοινωνικό Λειτουργό ο κάθε πελάτης ξεχωριστά δίνει σάρκα και οστά στην αόριστη έννοια ενός κοινωνικού προβλήματος και τον βάζει αντιμετώπιση με την ύπαρξη μιας μορφής παθολογίας, για την οποία πρέπει να αναπτύξει δράση, τέτοια που θα οδηγήσει στη λύση του προβλήματος. Η σχέση αυτή ενεργοποιεί συναισθηματικές λειτουργίες, οι οποίες επηρεάζουν τις διαθέσεις και τις συμπεριφορές που εκφράζονται στο πλαίσιο της σχέσης. Ο Κοινωνικός Λειτουργός καλείται να αναγνωρίσει και να χειριστεί τα συναισθήματα αυτά στη διάρκεια της συνέντευξης με τον εξυπηρετούμενο¹⁶².

Η ομαλή έκβαση της εργασίας του Κοινωνικού Λειτουργού με τον εκάστοτε εξυπηρετούμενο εξαρτάται συχνά από παράγοντες όπως:

- α) η ίδια η προσωπικότητα του Κοινωνικού Λειτουργού
- β) η σχέση του με το ίδιο το επάγγελμα
- γ) η σχέση του με τα κοινωνικά προβλήματα που αποτελούν το αντικείμενο της δουλειάς του κάθε φορά και
- δ) η σχέση του με τον εξυπηρετούμενο¹⁶³.

Τέλος η επαγγελματική σχέση Κοινωνικού Λειτουργού – πελάτη, προϋποθέτει αμοιβαία αναγνώριση δικαιωμάτων και υποχρεώσεων, αμοιβαία

¹⁵⁹ Καλούτση Α., Η αυτογνωσία και ο αυτοέλεγχος: Η αναγκαιότητα και η χρησιμότητά τους για τον ΚΛ, περ. «Εκλογή», Απρίλιος 1983, σελ.3.

¹⁶⁰ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.67

¹⁶¹ Καλούτση Α., Η αυτογνωσία και ο αυτοέλεγχος: Η αναγκαιότητα και η χρησιμότητά τους για τον ΚΛ, περ. «Εκλογή», Απρίλιος 1983, σελ.3.

¹⁶² Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.67.

¹⁶³ Καλούτση Α., Η αυτογνωσία και ο αυτοέλεγχος: Η αναγκαιότητα και η χρησιμότητά τους για τον ΚΛ, περ. «Εκλογή», Απρίλιος 1983, σελ.7.

συμφωνία για τους στόχους που πρέπει να επιτευχθούν και τα μέσα και τη διαδικασία με τα οποία θα πραγματοποιηθούν ακόμη συνεπάγεται αμοιβαία ανάληψη ευθυνών¹⁶⁴.

3.2 ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΥΝΕΤΕΙΝΑΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΚΕΝ

Σύμφωνα με τον Ιατρίδη¹⁶⁵, η Κοινωνική Εργασία μπορεί να διεκδικήσει ρόλο κεντρικού και όχι βοηθητικού επαγγέλματος υγείας.

Τρεις εξελίξεις, σύμφωνα μ' αυτόν, συντείνουν περαιτέρω στην ανάπτυξη ενός κεντρικού ρόλου:

- 1) Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο
- 2) Η ειδική παράδοση και εμπειρία της Κοινωνικής Εργασίας
- 3) Η διεπιστημονική ομάδα Υγείας

3.2.1 ΒΙΟ – ΨΥΧΟ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι Κοινωνικές Υπηρεσίες στο χώρο της υγείας είναι συνυφασμένες με την εν γένει κοινωνική πολιτική που εκπορεύεται από την φιλοσοφική θέση ότι η προσέγγιση του ασθενούς με οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας που έχει πρέπει να είναι **ολοκληρωμένη, ολιστική** και να καλύπτει τη βιολογική, σωματική δηλαδή, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση του ατόμου.

Η ύπαρξη κοινωνικών υπηρεσιών στα Νοσοκομεία είναι μια διαπιστωμένη ανάγκη για τον ολιστικό χειρισμό του προβλήματος υγείας των πολιτών και των μέσων υλοποίησης μέρους της συγκεκριμένης πολιτικής από το φορέα αυτό¹⁶⁶.

Μ' ένα **ολιστικό μοντέλο ιατρικής**, η σύγχρονη ιατρική επιστήμη δε μπορεί να διαχωρίσει προβλήματα σώματος, προβλήματα πνεύματος ή ψυχολογικά προβλήματα. Ο άνθρωπος αντιμετωπίζεται σαν όλο, γι' αυτό πλέον δεν μπορούμε

¹⁶⁴ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ.67.

¹⁶⁵ Ιατρίδης Δημήτριος, Κοινωνική Εργασία και Υγεία, περ. «Κοινωνική Εργασία», Τεύχος 14, σελ. 76.

¹⁶⁶ Μουζακίτης Χ., Πρακτικά Διήμερου Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργιών 13-14/12/1996.

να λέμε ότι την ευθύνη έχει κατ' αποκλειστικότητα ο γιατρός. Την ευθύνη της υγείας την έχουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας και πάνω απ' όλα το ίδιο το άτομο¹⁶⁷.

Η επικράτηση του μοντέλου αυτού¹⁶⁸, που προσθέτει ψυχοκοινωνικούς άξονες στο Βιολογικό, προωθεί τη χρήση και τη σημασία της Κοινωνικής Εργασίας σε σχέση με το ιατρικό μοντέλο, που στοχεύει στην ανάπτυξη Υγείας, είναι ευρύτερο, διεπιστημονικό και αποτελεσματικότερο από το παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο, που στοχεύει μόνο στην αντιμετώπιση της αρρώστιας.

Το πρώτο απαιτεί τη χρήση και την ισότητα των βασικών επαγγελματιών Υγείας, ενώ το δεύτερο συγκεντρώνεται στην ιατρική και χρησιμοποιεί τα άλλα επαγγέλματα υγείας βοηθητικά και περιθωριακά¹⁶⁹.

Οι αλληλένδετοι, ισότιμοι άξονες, κάθετα και οριζόντια καθορίζουν τη διάγνωση, θεραπεία, αξιολόγηση και κοινωνική πολιτική. Οι κύριοι άξονες είναι τρεις, όχι ένας, όπως στο ιατρικό μοντέλο και είναι το σύνολο τους διεπιστημονικό και ενιαίο. Στο **βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο** που επίσης αναφέρεται ως «**μοντέλο Κοινωνικών Υπηρεσιών**» η οριζόντια διαίτηση σημαίνει ότι στην περίπτωση ασθένειας η διάγνωση είναι ελλιπής αν δεν ληφθεί υπόψη η συναισθηματική κατάσταση του αρρώστου (ψυχολογικός άξονας), που προέρχεται από ανικανοποίητες ανάγκες. Στη συνέχεια λαμβάνονται υπόψη οι όποιες κοινωνικές δυσλειτουργίες προκαλούν προβλήματα κοινωνικής φύσης στον ασθενή. Η κάθετη διάσταση σημαίνει διάγνωση βάση ενός εννοιολογικού πλαισίου, που αναγνωρίζει ότι κάθε άρρωστος διαφέρει βιοψυχοκοινωνικά και οι διαφορές αυτές πρέπει να λαμβάνονται υπόψη¹⁷⁰.

Ανάλογα με το μοντέλο που χρησιμοποιούμε οδηγούμαστε σε διαφορετικά συμπεράσματα, διαδικασίες και πολιτική¹⁷¹. Ο Πίνακας II δείχνει βασικές διαφορές των δύο μοντέλων και τις αντίθετες προσεγγίσεις τους (WEIK 1986, GERMAN – GITTERMAN 1890). Η στήλη (Γ) του πίνακα τονίζει την ενεργό συμμετοχή του αρρώστου και το διευκολυντικό, δημιουργικό ρόλο του στο πλαίσιο του

¹⁶⁷ Γιοδοπούλου Κ., Πρακτικά Γ' Πανελληνίου συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα 1985, σελ. 275-276.

¹⁶⁸ Βλέπε Διάγραμμα Ι

¹⁶⁹ Ιατρίδης Δημήτριος, Κοινωνική Εργασία και Υγεία, περ. «Κοινωνική Εργασία», Τεύχος 14, σελ. 76.

¹⁷⁰ Ιατρίδης Δημήτριος, Κοινωνική Εργασία και Υγεία, περ. «Κοινωνική Εργασία», Τεύχος 14, σελ. 77.

¹⁷¹ Βλέπε Διάγραμμα

Βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, καθώς και τη διαμετρικά αντίθετη σχέση αρρώστου – νοσηλευτικού στελέχους σε σχέση με τη στήλη Β¹⁷².

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1: ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΜΟΝΤΕΛΩΝ		
(Α)	(Β)	(Γ)
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΙΑΤΡΙΚΟ - ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ	ΒΙΟ-ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ
Προσανατολισμός προς αρρώστια	Ασθένεια θεωρείται εκτροχιασμός του σώματος	Έλλειψη υγείας ως έκφραση ανισορροπίας μεταξύ διενέργειας διαφόρων περιβαλλόντων
Έμφαση διαδικασίας	Μελέτη και θεραπεία αρρώστιας	Μελέτη και ανάπτυξη υγείας
Φύση	Υγεία ισούται με έλλειψη αρρώστιας	Υγεία θεωρείται η μεγιστοποίηση του ευ ζειν
Αιτία	Εδρεύει στις βιοχημικές και οργανικές λειτουργίες του σώματος (Υπεραπλοποίηση)	Αναγνώριση διαφόρων τύπων επίδρασης μεταξύ πολλαπλών επιπέδων (Περιεκτικό)
Είδος παρέμβασης	Εξωγενής θεραπεία	Παρότρυνση τη διαδικασίας για ίαση
Ρόλος επαγγελματία υγείας	Λειτουργός εξωτερικής θεραπείας	Διευκόλυνση της διαδικασίας ίασης
Ρόλος αρρώστου	Παθητικός, αποδεχόμενος ιατρική παρέμβαση, συνεργατικός	Ενεργός, διευθύνων την διαδικασία ίασης

Πηγή: Ιατρίδης Δ., «Κοινωνική Εργασία και Υγεία», περ. «Κοινωνική Εργασία», 1989, τεύχος 14, σελ. 77

¹⁷² Ιατρίδης Δημήτριος, Κοινωνική Εργασία και Υγεία, περ. «Κοινωνική Εργασία», Τεύχος 14, σελ. 77.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Ι



Διάγραμμα 3.1: Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο Υπηρεσιών Υγείας

Πηγή: Ιατρίδης Δ., «Κοινωνική Εργασία και Υγεία», περ. «Κοινωνική Εργασία», 1989, τεύχος 14, σελ. 77

3.2.2 ΕΙΔΙΚΗ ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΚΕ

Όσον αφορά τις ανάγκες που μπορεί να καλύψει άμεσα και έμμεσα η Κοινωνική Εργασία, ο Ιατρίδης αναφέρει: «Όσο κανένα άλλο επάγγελμα υγείας η Κοινωνική Εργασία προσφέρει μια πιο ολοκληρωμένη θεωρία και πράξη, που καλύπτει και συνθέτει αποτελεσματικά και βασικά απαραίτητα στοιχεία για την ικανοποίηση των απαιτήσεων υγείας των σύγχρονων κοινωνιών. Οι στόχοι της Κοινωνικής Εργασίας, η φιλοδοξία της, η παράδοση της, τα θεωρητικά της μοντέλα γνώσεων, η τεχνική διαδικασία παρέμβασης για αλλαγή και ο τρόπος σκέψης που αντιμετωπίζει τα προβλήματα υγείας γεφυρώνουν διεπιστημονικά τους βασικούς άξονες ανάπτυξης Υγείας: Φιλοσοφία και Παράδοση, Θεωρία και Πράξη, Διαδικασία»¹⁷³.

α) Φιλοσοφία και παράδοση: Η Κοινωνική Εργασία αποτελεί ένα διεπιστημονικό τρόπο παρέμβασης για κοινωνική αλλαγή, λύση προβλημάτων και βελτίωση κοινωνικών συνθηκών για κοινωνική ανάπτυξη όλου του πληθυσμού. Βασίζεται σε επιστημονικά θεωρητικά μοντέλα, μεθοδολογία και ένα σύστημα

¹⁷³ Ιατρίδης Δημήτριος, Κοινωνική Εργασία και Υγεία, περ. «Κοινωνική Εργασία», Τεύχος 14, σελ. 73.

αξιών για κοινωνική δικαιοσύνη που καθορίζουν τον επαγγελματικό ρόλο και τους στόχους της. Μετά από μια μακρά παράδοση και εμπειρία με προβλήματα φτώχειας, φιλανθρωπίας και προνοιακής περίθαλψης, η Κοινωνική Εργασία επαγγελματικοποιείται, επιστημονικοποιείται και στοχεύει σε αναπτυξιακές παρεμβάσεις στις ανθρώπινες σχέσεις για πρόληψη ψυχοκοινωνικών λειτουργιών, προσαρμογή της συμπεριφοράς ατόμων και κοινωνικών συστημάτων και χάραξη κοινωνικής πολιτικής¹⁷⁴.

β) Θεωρία και πράξη: Ως εφαρμοσμένη Κοινωνική Επιστήμη η ΚΕ στηρίζεται σε θεωρητικά μοντέλα ανθρώπινης και κοινωνικής συμπεριφοράς και σε τεχνική πρακτικών μεθόδων για την επίλυση κλινικών, προβλημάτων ατόμων, οικογενειών και μικρών ομάδων και προβλημάτων κοινωνικού σχεδιασμού κοινοτήτων, οργανώσεων, θεσμών¹⁷⁵.

γ) Διαδικασία: Η τεχνική διεπιστημονική διαδικασία της Κοινωνικής Εργασίας περιλαμβάνει τα στάδια διάγνωσης (διαπίστωσης προβλήματος), παρέμβασης (θεραπείας ή εφαρμογής σχεδίου λύσης) και αξιολόγησης (ως παρέμβασης του αποτελέσματος και της συνέχισης ή τερματισμού της παρέμβασης)¹⁷⁶.

Η Κοινωνική Εργασία αντιμετωπίζει την υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα και όχι σαν προνόμιο ή αγαθό οικονομικής αγοράς που εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα ατόμων και οικογενειών.

3.2.3 ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο κεντρικός ρόλος στο **Βιο-ψυχό-κοινωνικό μοντέλο** ενισχύεται ακόμη περισσότερο με την επικράτηση των διεπιστημονικών ομάδων υγείας. Το βασικό σκεπτικό της διεπιστημονικής ομάδας υγείας είναι ότι κανένα επάγγελμα υγείας δεν μπορεί από μόνο του να έχει όλες τις απαραίτητες γνώσεις για να ικανοποιήσει τις πολύπλευρες ανάγκες και τα προβλήματα υγείας. Η οργάνωση της ομάδας, για ολοκλήρωση, συντονισμό και συνεργασία, προσφέρει ασφάλεια στη

¹⁷⁴ Ιατρίδης Δημήτριος, Κοινωνική Εργασία και Υγεία, περ. «Κοινωνική Εργασία», Τεύχος 14, σελ. 73.

¹⁷⁵ Ιατρίδης Δημήτριος, Κοινωνική Εργασία και Υγεία, περ. «Κοινωνική Εργασία», Τεύχος 14, σελ. 73.

¹⁷⁶ Ιατρίδης Δημήτριος, Κοινωνική Εργασία και Υγεία, περ. «Κοινωνική Εργασία», Τεύχος 14, σελ. 73.

λήψη των αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα, διαγνωστικό – θεραπευτικό και όχι μόνο στα μέλη της, αλλά έχει αντίκτυπο και στους ίδιους τους ασθενείς, που βλέπουν τη σοβαρότητά της από κοινού αντιμετώπισης¹⁷⁷.

Η λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας βασίζεται στα όρια της **συνεργασίας**, η οποία αποτελεί τον πιο αποτελεσματικό και πιο ολοκληρωμένο τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας, συμπεριλαμβάνοντας και το άτομο – ασθενή. Η θεραπεία δεν μπορεί να καταμεριστεί. Οι υπηρεσίες του νοσηλευτή και του Κοινωνικού Λειτουργού δεν πρέπει να είναι συμπληρωματικές σ' αυτές του γιατρού, αλλά ενωμένες συντελούν στην αποδοτικότερη φροντίδα του ασθενή. Η κύρια προσφορά του Κοινωνικού Λειτουργού στην ομάδα είναι να τονίσει τους ψυχοκοινωνικούς, ενδοοικογενειακούς παράγοντες στη μελέτη, τη διάγνωση και τη θεραπεία, παραμένοντας προσανατολισμένος στις ανάγκες και τη θεραπεία του συγκεκριμένου ασθενή και της οικογένειάς του¹⁷⁸.

Η Μιχοπούλου¹⁷⁹ έχει τη γνώμη ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στη χώρα μας θεωρούν το ρόλο του γιατρού κυριαρχικό, παράλληλα όμως πιστεύουν ότι γίνεται κυριαρχικός με τη στενή συνεργασία και κάποιων άλλων επαγγελματιών στον τομέα αυτό, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται και οι Κοινωνικοί Λειτουργοί.

Σύμφωνα με τη Μιχοπούλου¹⁸⁰, ολοκληρωμένος λογίζεται ο ρόλος του νοσοκομείου προς τον ασθενή, όταν απαραίτητα λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα:

Γιατρός – Νοσηλευτής – Κοινωνικός Λειτουργός και άλλοι.

Τονίζει τα ακόλουθα σημεία:

- α) Είναι αναγκαίος ο γιατρός, που θα ερευνήσει τους οργανικούς παράγοντες και θα προχωρήσει στη φαρμακευτική θεραπευτική διαδικασία, με την προϋπόθεση ότι συνεργάζεται με άλλους ειδικούς για να λύσει το πρόβλημα του ασθενή.
- β) Στον τρόπο άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος συγκαταλέγονται μεταξύ άλλων η ομαδική εργασία και η γνώση των Κοινωνικών παραγόντων της ασθένειας.
- γ) Ο συνδεδεμένος κρίκος γιατρού – Κοινωνικού Λειτουργού πρέπει να είναι απαραίτητα ο Κοινωνικός Λειτουργός.

¹⁷⁷ Αρβανιτίδου Ελένη, ΚΕ και Υγεία, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1991, σελ. 134.

¹⁷⁸ Αρβανιτίδου Ελένη, ΚΕ και Υγεία, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1991, σελ. 103.

¹⁷⁹ Μιχοπούλου Κ., Πρακτικά Γ' Πανελληνίου συνεδρίου ΚΛ, Αθήνα 1985, σελ. 283.

¹⁸⁰ Μιχοπούλου Κ., Πρακτικά Γ' Πανελληνίου συνεδρίου ΚΛ, Αθήνα 1985, σελ. 283.

Σ' αυτή την διεπαγγελματική συνεργασία, η Κοινωνική Εργασία έχει τη δυνατότητα να παίζει ηγετικό ρόλο, που γεφυρώνει την πρόληψη με τη θεραπεία – αποκατάσταση, το Νοσοκομείο με την οικογένεια και την κοινότητα, τις κλινικές δραστηριότητες με τη χάραξη πολιτικής υγείας¹⁸¹.

Η λειτουργία των ομάδων υγείας, όμως, παρουσιάζει ορισμένα προβλήματα μεταξύ των επαγγελματιών, που μετέχουν στην ομάδα, ιδιαίτερα σχετικά με το ρόλο, αρμοδιότητα, ικανότητα, ευθύνη, όρια δικαιοδοσίας και την επιλογή του αρχηγού της ομάδας.(Lane 1982, Dana 1983, M.K.Ashley 1981). Ορισμένα προβλήματα προέρχονται από την ιατροκεντρική αντίληψη, την αντίληψη ότι η ΚΕ αποτελεί μια δευτερογενή υπηρεσία, την άγνοια των άλλων επαγγελματιών για τα ακριβή όρια της Κοινωνικής Εργασίας, καθώς και από την ένταξη ως πρότεινως της Κοινωνικής Εργασίας στη βαθμίδα του διοικητικού προσωπικού, με αποτέλεσμα ο Κοινωνικός Λειτουργός να μην αντιμετωπίζεται ως επιστήμονας, μέλος του επιστημονικού προσωπικού, αλλά ως υπάλληλος, μέλος του διοικητικού εκτελεστικού προσωπικού. Έτσι ο επαγγελματικός ανταγωνισμός είναι παράλληλος της επαγγελματικής συνεργασίας¹⁸².

Τρία βασικά μοντέλα λήψης αποφάσεων διέπουν την ομάδα υγείας:¹⁸³

- ✓ **Απολυταρχικό**
- ✓ **Συγκαταθετικό και**
- ✓ **Μήτρας.**

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού και των άλλων επαγγελματιών υγείας ποικίλει ανάλογα με το μοντέλο λήψης αποφάσεων, που χρησιμοποιεί η ομάδα.

Το απολυταρχικό μοντέλο συνηθίζεται σε περιπτώσεις υψηλού επιπέδου τεχνολογίας και επαγγελματικής ιατρικής (χειρουργική). Οι ρόλοι των άλλων επαγγελματιών πρέπει τότε να καθορίζονται σαφώς εκ των προτέρων, ανάλογα με την περίπτωση.

Το συγκαταθετικό μοντέλο χρησιμοποιείται συνήθως όταν δεν υπάρχει θέμα ζωής ή θανάτου και δεν είναι απαραίτητες οι γνώσεις ενός και μόνο επαγγέλματος

¹⁸¹ Ιατρίδης Δημήτριος, Κοινωνική Εργασία και Υγεία, περ. «Κοινωνική Εργασία», Τεύχος 14, σελ. 80.

¹⁸² Ιατρίδης Δημήτριος, Κοινωνική Εργασία και Υγεία, περ. «Κοινωνική Εργασία», Τεύχος 14, σελ. 80.

¹⁸³ Ιατρίδης Δημήτριος, Κοινωνική Εργασία και Υγεία, περ. «Κοινωνική Εργασία», Τεύχος 14, σελ. 80-81.

(π.χ. πρόληψη, ανάρρωση, αποκατάσταση, χρόνιες παθήσεις). Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού καθίσταται τότε πιο κεντρικός.

Το μοντέλο μήτρας χρησιμοποιείται συνήθως σε περιπτώσεις, που οι ρόλοι επικαλούνται και οι καθημερινές δραστηριότητες και συνθήκες καθορίζουν συγκεκριμένους ρόλους (αναπηρία, χρόνιες παθήσεις). Σ' αυτές τις περιπτώσεις ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι επίσης κεντρικός, όταν υπερισχύει η κοινωνική διάγνωση, νοσηλεία, αποκατάσταση και κοινωνική οργάνωση.

Στο Γ' Πανελλήνιο Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργών¹⁸⁴, τονίζεται ότι στον τομέα της ενδονοσοκομειακής λειτουργίας απαιτείται η ανάπτυξη μιας ιατροκοινωνικής υπηρεσίας με στελέχωση από Κοινωνικούς Λειτουργούς, γιατρούς, ψυχιάτρους, ψυχολόγους, αδελφές νοσοκόμες και άλλο ειδικευμένο προσωπικό. Στόχος μιας τέτοιας ομάδας είναι η παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς, που έχουν κοινωνικά προβλήματα άμεσα προερχόμενα από την αρρώστια τους και που παρουσιάζουν μια κάποια διάρκεια.

Οι νέες κατευθύνσεις και διαστάσεις τον ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού Νοσοκομείου τον καλούν να παίξει ένα σημαντικό ρόλο σα στέλεχος πλέον της ιατροκοινωνικής ομάδας, διασφαλίζοντας πάντα την επιστημονική του αυτοτέλεια.

3.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Με τον όρο «ψυχιατρική ασθένεια»¹⁸⁵ εννοούμε τις διαταραχές της ψυχικής δραστηριότητας του ανθρώπου, οι οποίες επιρρεάζουν τις σχέσεις του με τον εαυτό του και το περιβάλλον του. Οι διαταραχές οφείλονται σε οργανικά αίτια, σε καθαρά ψυχολογικές αιτίες ή και σε συνδυασμό των δύο.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού που εργάζεται σε ψυχιατρικά πλαίσια Γενικού Νοσοκομείου είναι, όπως και σε κάθε πλαίσιο, να επηρεάσει την ισορροπία μεταξύ της Κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου και των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων που επιδρούν σε αυτή¹⁸⁶.

¹⁸⁴ Γιαννουλάτος, Πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου ΚΛ, σελ. 280.

¹⁸⁵ Γενική Εγκυκλοπαίδεια Σύγχρονων Γνώσεων «Υδρία – Cambridge – Ήλιος», Εκδόσεις Τέσσερα Έψιλον, σελ. 4119.

¹⁸⁶ Κανταράκια Α., Η ΚΕ στον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου, περ. «Εκλογή», 1991, σελ. 247.

Περιπτώσεις που συναντά ο Κοινωνικός Λειτουργός σε ένα Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου είναι αυτές που παρουσιάζουν την **δυσλειτουργική συμπεριφορά** που μπορεί να εκδηλωθεί σαν παραπτωματική συμπεριφορά ή βία, προβλήματα που πηγάζουν από ψυχικές, οικονομικές, οικογενειακές ή κοινωνικές πιέσεις, περιπτώσεις απομόνωσης, κατάθλιψης, απόπειρες αυτοκτονίας, μορφές ψυχώσεων, νευρώσεις, διαταραχές προσωπικότητας, νοητικές καθυστερήσεις με ψυχικές διαταραχές, και άλλες προβληματικές καταστάσεις¹⁸⁷.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιεί ο Κοινωνικός Λειτουργός για να αντιμετωπίσει τη δυσλειτουργική συμπεριφορά αυτών των κοινωνικών προβλημάτων είναι οι γνώστες και παραδεκτές μέθοδοι της Κοινωνική Εργασία που εφαρμόζονται σε όλα τα πλαίσια¹⁸⁸. Ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται απευθείας με το ίδιο το άτομο – ασθενή, την οικογένεια του ή με ομάδες ασθενών. Ακόμη συμμετέχει στις δραστηριότητες της διεπιστημονικής ομάδας, διευκρινίζοντας και προσπαθώντας να αποτρέψει την τυχόν ιδρυματική πολιτική, πάντα προς όφελος του πελάτη του. Επίσης χρησιμοποιεί τις γνώσεις του για τις κοινοτικές πηγές με σκοπό να υποστηρίξει τον πελάτη του στην επανένταξη στην κοινωνική ζωή¹⁸⁹.

Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού σε ένα ΨΤΓΝ περιλαμβάνει **τρεις μορφές πρόληψης**¹⁹⁰:

- 1) Πρωτογενής
- 2) Δευτερογενής
- 3) Τριτογενής

Η πρωτογενής πρόληψη είναι η προσπάθεια που καταβάλλεται ώστε να προληφθεί η εκδήλωση της νόσου, συμβάλλοντας στη βελτίωση της γενικής δημόσιας υγείας.

Στον τομέα αυτό, επιδίωξη του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να περιορίσει μια νοσηρή κατάσταση ή νόσο πριν ακόμα αυτή εμφανιστεί. Αυτό το επιτυγχάνει με ομιλίες πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας, με ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης¹⁹¹.

¹⁸⁷ Κανταράκια Α., Η ΚΕ στον Ψυχ/κό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου, περ. «Εκλογή», 1991, σελ. 247.

¹⁸⁸ Βλέπε Κεφ.4

¹⁸⁹ Κανταράκια Α., Η ΚΕ στον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου, περ. «Εκλογή», 1991, σελ. 251.

¹⁹⁰ Κανταράκια Α., Η ΚΕ στον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου, περ. «Εκλογή», 1991, σελ. 248.

¹⁹¹ Κανταράκια Α., Η ΚΕ στον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου, περ. «Εκλογή», 1991, σελ. 248.

Η προσπάθεια για έγκαιρη ανακάλυψη κάθε περίπτωσης μιας νόσου και η ταχύτερη θεραπευτική της αντιμετώπιση, αποτελεί τη δευτερογενή πρόληψη. Στον τομέα αυτό, ο Κοινωνικός Λειτουργός εμπλέκεται σημαντικά στην εισαγωγή του ασθενούς στο Νοσοκομείο για θεραπεία. Ο Κοινωνικός Λειτουργός αξιολογεί το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή, τα προσωπικά του προβλήματα, και τον προετοιμάζει ψυχολογικά για την εισαγωγή, προσπαθώντας να μειώσει το φόβο και την ένταση που νιώθει ο ασθενής. Επίσης φροντίζει για τη μετέπειτα αποκατάστασή του. Στον τομέα αυτόν, Ο Κοινωνικός Λειτουργός εμπλέκεται και στην επείγουσα ψυχιατρική, σε ασθενείς δηλαδή με διαταραχές της σκέψης, της συμπεριφοράς ή του συναισθήματος, των οποίων η κατάσταση επιβάλλει άμεση διάγνωση και θεραπεία¹⁹².

Η τριτογενής πρόληψη είναι η προσπάθεια που καταβάλλεται για την πρόληψη των επιπλοκών μιας νόσου και η αποκατάσταση κάθε βλάβης που μπορεί να δημιουργήθηκε από τη νόσηση. Στην αποκατάσταση ο ρόλος του ΚΛ είναι πολύ σημαντικός με προϋπόθεση την από κοινού συνεργασία με Κοινωνικές Υπηρεσίες άλλων δομών (Ξενώνες κ.λ.π.)¹⁹³.

Σε ένα ΨΤΓΝ, ο Κοινωνικός Λειτουργός σε συνεργασία με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας διαδραματίζει τους εξής ρόλους:

- ✓ **Διαγνωστικός.** Έχοντας ως μέσο υλοποίησης τη συνέντευξη και τη λήψη κοινωνικού ιστορικού, εξετάζει και αξιολογεί τις περιβαλλοντικές, οικογενειακές και κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος, αλλά και τις ψυχολογικές επιπτώσεις που έχουν αυτές στη λειτουργικότητα του ατόμου.
- ✓ **Θεραπευτικός.** Πολλά προβλήματα των ψυχασθενών έχουν τις ρίζες τους στο περιβάλλον που ζουν και ιδίως στον οικογενειακό χώρο. Στόχος του ΚΛ είναι η καλύτερευση των σχέσεων και η περαιτέρω προσαρμογή των ασθενών στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Γενικότερα, πρόκειται για υποστηρικτική εργασία.

¹⁹² Κανταράκια Α., Η ΚΕ στον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου, περ. «Εκλογή», 1991, σελ.250.

¹⁹³ Κανταράκια Α., Η ΚΕ στον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου, περ. «Εκλογή», 1991, σελ. 248, 250.

- ✓ **Χειρισμός ομάδων.** Κάποιες φορές ο Κοινωνικός Λειτουργός ηγείται μικρών ομάδων ψυχασθενών που σκοπό έχουν την επανασύνδεση του ατόμου με την πραγματικότητα και την καλύτερη προσαρμογή του ασθενή στη θεραπεία¹⁹⁴.

ΚΛ ΣΕ ΨΤΓΝ	
ΡΟΛΟΣ	ΜΕΣΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ
Διαγνωστικός	Συνέντευξη Κ/κό ιστορικό
Θεραπευτικός	Έλεγχος κ/κου περιβάλλοντος
Χειρισμός Ομάδων	Ίδια ομάδα

Πίνακας 3.2: Ο Ρόλος του ΚΛ στον ΨΤΓΝ

Ωστόσο, σ' ό,τι αφορά τις ψυχικές ασθένειες, υπάρχουν και κάποιες ειδικές κατηγορίες περιπτώσεων όπως:

- ✓ **Σχιζοφρενικές διαταραχές.** Εξαιτίας της πολύπλευρης φύσης τους, ο χειρισμός τους χρειάζεται μια πολύπλευρη προσέγγιση από όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Η συμπεριφορά του ασθενή συνήθως είναι αποσπασματική και συχνά δημιουργείται μια διαφορετική εικόνα για τον ίδιο και τις ανάγκες του. Ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται με τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του (ΚΕΑ-ΚΕΜΟ), βοηθώντας την να συμφιλιωθεί με τα αναπόφευκτα αισθήματα ενοχής που τρέφει και να μειώσει τα επικριτικά σχόλιά της προς τον ασθενή.

Η κοινωνική αποκατάσταση του σχιζοφρενικού ασθενή σχεδιάζεται από την αρχή της θεραπείας. Ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να τον συνοδεύσει στις εξόδους του από τον ΨΤ, οργανώνοντας ομάδες, να του προτείνει διαφορετικές δραστηριότητες, όπου συμμετάσχοντας, προετοιμάζεται για μια ομαλή επανένταξη ή να τον παραπέμψει σε πρόγραμμα επαγγελματικής αποκατάστασης που λειτουργούν εκτός νοσοκομείου και να παρακολουθεί την πορεία του, έτσι ώστε να τον βοηθά στα προβλήματα που ενδεχομένως παρουσιαστούν¹⁹⁵.

¹⁹⁴ Κανταράκια Α., Ο ρόλος του ΚΛ στην Ψυχιατρική Κλινική των ΓΝΝ, περ. «Κοινωνική Εργασία», τεύχος 12, 1988, σελ. 19-23.

¹⁹⁵ Κανταράκια Α., Η ΚΕ στον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου, περ. «Εκλογή», 1991, σελ. 253-255.

- ✓ **Συναισθηματικές διαταραχές – κατάθλιψη.** Στην περίπτωση αυτή, ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει γνώσεις για διάφορες κοινωνικές υπηρεσίες και πηγές της κοινότητας για πρακτικής φύσης βοήθεια στο άτομο. Ο Κοινωνικός Λειτουργός παρέχει στον ασθενή εκτός από ψυχολογική υποστήριξη και τη διαβεβαίωση για την προσωρινή φύση της ασθένειάς του. Ο ρόλος του εστιάζεται στη στενή συνεργασία με το οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον του ατόμου (ΚΕΜΟ – ΚΕΟ) και στην ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του. Η έξοδος του ασθενή συνεπάγεται κατ' οίκον επισκέψεις για τη διαπίστωση της ομαλής ή μη επανένταξής του¹⁹⁶.
- ✓ **Απόπειρες αυτοκτονίας.** Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού σε τέτοιες περιπτώσεις απαιτεί σωστή κατανόηση του κάθε προβλήματος και ιδιαίτερη προσοχή στο χειρισμό.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να αναζητήσει την παρουσία ή απουσία διαφόρων «παραγόντων κινδύνου» που τον προειδοποιούν πως το άτομο χρειάζεται βοήθεια και πιθανότατα νοσοκομειακή φροντίδα. Τέτοιοι παράγοντες είναι το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης με αυτοκτονία, ιστορικό προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας, συμπτώματα κατάθλιψης αλκοολισμός ή τοξικομανία, προχωρημένη ηλικία, μοναξιά, πένθος και ψύχωση.

Τα στάδια δράσης είναι τα εξής:

1. Διατήρηση της ψυχραιμίας και αποφασιστική παρέμβαση.
2. Διερεύνηση διάφορων θεμάτων με συζήτηση και συγκέντρωση στοιχείων.
3. Δραστηριοποίηση ανάλογα με την περίπτωση (χορήγηση φαρμάκων ή παραπομπή σε άλλο φορέα)¹⁹⁷.

Ο κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να παρέμβει στην εκτίμηση της εισαγωγής ή μη του αποπειραθέντος στον ψυχιατρικό Τομέα, στην ανεύρεση εναλλακτικής λύσης αν δεν θέλει ή δεν μπορεί να εισαχθεί, στην εκτίμηση της πιθανότητας επανάληψης της απόπειρας, στην υποστήριξη του ατόμου μέσα στον ψυχιατρικό τομέα, αν τελικά εισαχθεί, στην αξιολόγηση της οικογενειακής κατάστασης και των

¹⁹⁶ Κανταράκια Α., Η ΚΕ στον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου, περ. «Εκλογή», 1991, σελ. 255-257.

¹⁹⁷ Κανταράκια Α., Η ΚΕ στον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου, περ. «Εκλογή», 1991, σελ. 257-259.

αιπιών που οδήγησαν στην απόπειρα και στην οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση σε αυτό το περιβάλλον¹⁹⁸.

Συμπερασματικά, οι ρόλοι που ο Κοινωνικός Λειτουργός αναλαμβάνει στον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου στη συλλογική προσπάθεια παροχής αποτελεσματικής βοήθειας σε άτομα που έχουν ανάγκη ψυχοκοινωνικής θεραπείας και στις οικογένειές τους, εντοπίστηκαν ως διαγνωστικοί, προληπτικοί και θεραπευτικοί σαν ρόλοι συντονιστικοί και ενημέρωσης των κοινοτικών φορέων και του κοινού¹⁹⁹.

3.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

3.4.1 ΓΕΝΙΚΑ

Ο Κοινωνικός Λειτουργός που εργάζεται σε Νοσοκομειακό πλαίσιο έρχεται συχνά αντιμέτωπος με περιπτώσεις θανάτου.

Ο Θάνατος είτε έρχεται σαν ένα ξαφνικό και απρόβλεπτο γεγονός, είτε σαν πιθανή έκβαση μιας σοβαρής ασθένειας, δημιουργεί σοβαρά αρνητικά συναισθήματα τόσο γι' αυτόν που πεθαίνει, όσο και γι' αυτούς που χάνουν ένα, αγαπημένο πρόσωπο και πενθούν την απώλειά του²⁰⁰.

Τόσο εκείνος που πεθαίνει όσο κι εκείνος που επιζηεί βιώνουν μια διεργασία θρήνου, σε μια προσπάθεια αποδέσμευσης του προσώπου ή προσώπων που θα χάσουν. Με το θάνατο ενός μέλους δημιουργούνται σοβαρές ανακατατάξεις και ανακατανομές ρόλων μέσα στην οικογένεια, που συχνά μπορεί να οδηγήσουν στην ανισορροπία και δυσλειτουργία της.

Ο ετοιμοθάνατος δεν έχει ανάγκη μόνο από ιατρική – φαρμακευτική παρακολούθηση και θεραπεία. Ο ίδιος και η οικογένειά του χρειάζονται συγχρόνως συναισθηματική υποστήριξη και βοήθεια για να παρακάμψουν προβλήματα, που αφορούν την κοινωνική λειτουργικότητά τους²⁰¹.

¹⁹⁸ Κανταράκια Α., Η ΚΕ στον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου, περ. «Εκλογή», 1991, σελ. 257-258.

¹⁹⁹ Μουζακίτη Χ., Ο ρόλος του ΚΛ στην Ψυχιατρική Κλινική των ΓΝ, περ. «Κοινωνική Εργασία», τεύχος 12, 1988, σελ. 25-26.

²⁰⁰ Λαγού Σ., Παπαδοπούλου Μ., «ΚΕ με περιπτώσεις θανάτου», 1991, σελ. 161.

²⁰¹ Λαγού Σ., Παπαδοπούλου Μ., «ΚΕ με περιπτώσεις θανάτου», 1991, σελ. 161.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός πριν ακόμα δουλέψει με τον ετοιμοθάνατο και την οικογένειά του θα πρέπει να δουλέψει με τον ίδιο του τον εαυτό, τα δικά του συναισθήματα απέναντι στο θάνατο και να τον αποδεχθεί μέσα του. Στη συνέχεια πρέπει να γνωρίζει, να έχει μελετήσει γύρω από το θάνατο και το πένθος, τις ανάγκες κάθε ηλικίας και τα στάδια ανάπτυξης²⁰².

3.4.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

Στην προσπάθεια αντιμετώπισης της οικογένειας τέσσερις συνιστώσες πρέπει να ληφθούν υπόψη: α) το άτομο, που πεθαίνει, μέλος της οικογένειας, β) η οικογένεια που χάνει το μέλος της, γ) η Κοινωνική Εργασία, που λειτουργεί υποβοηθητικά στην ανάγκη του ατόμου και της οικογένειας να πενήσει, δ) ο θάνατος, ως εκλυτικός παράγοντας απώλειας της κοινωνικής λειτουργίας και προσαρμοστικής ικανότητας του ατόμου και της ανισορροπίας και δυσλειτουργίας της οικογένειας²⁰³.

Κατά τη φάση της διάγνωσης, Η Κοινωνική Εργασία δίνει στην οικογένεια κατευθύνσεις, να κατανοήσει, να αποδεχτεί και να αντέξει την απειλή του θανάτου, σαν πραγματικότητα, αλλά κυρίως να θέσει μελλοντικούς στόχους και να μπορέσει να ζήσει όσο το δυνατό πιο ανώδυνα²⁰⁴.

Στη φάση της θεραπείας, που ακολουθεί, οικοδομείται η επαγγελματική σχέση Κοινωνικού Λειτουργού - πελάτη. Σκοπός είναι η επίλυση προβλημάτων πρακτικής και συναισθηματικής φύσεως, που δημιουργούνται από έναν επικείμενο θάνατο μέλους της οικογένειας. Η επαγγελματική σχέση λήγει όταν τα μέλη της οικογένειας έχουν δεχθεί την ιδέα του επικείμενου θανάτου, μπορεί όμως και να συνεχιστεί και μετά το θάνατο αν αναζωπυρωθούν προβλήματα που προϋπήρχαν. Στοιχεία της σχέσης είναι η παραδοχή, η προσδοκία, η υποστήριξη, η κατανόησή κ.ά. Στη φάση αυτή συλλέγονται στοιχεία για την προσωπικότητα, την φυσιοψυχοκοινωνική δομή του ατόμου, την κοινωνική λειτουργία του καθώς επίσης και το είδος της σχέσης και για την προσωπικότητα του ατόμου που θα επηρεάσουν

²⁰² Λαγού Σ., Παπαδοπούλου Μ., «ΚΕ με περιπτώσεις θανάτου», 1991, σελ.162.

²⁰³ Λαγού Σ., Παπαδοπούλου Μ., «ΚΕ με περιπτώσεις θανάτου», 1991, σελ.163.

²⁰⁴ Λαγού Σ., Παπαδοπούλου Μ., «ΚΕ με περιπτώσεις θανάτου», 1991, σελ.163.

την προσαρμοστική ικανότητά του στο πρόβλημα και δίδονται εξηγήσεις για το τι προσφέρει η συγκεκριμένη Υπηρεσία και η κοινότητα έξω από το Νοσοκομείο²⁰⁵.

Η ανακοίνωση, η υποτροπή και ο θάνατος απειλούν την οικογένεια με κρίση, η οποία εξαρτάται από τη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας πριν και το πώς ήταν κατανοημένοι οι ρόλοι. Συνήθως στη συναισθηματική ένταση η οικογένεια, όντως ευάλωτη, είναι περισσότερο δεκτική και επιρρεπής σε εξωτερικές παρεμβάσεις. Η έγκαιρη παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στη μακροπρόθεσμη προσαρμογή της οικογένειας, στις νέες συνθήκες ζωής. Η παρέμβαση θα πρέπει να είναι δυναμική, θεραπευτική και χρονικά περιορισμένη και θα στοχεύει:

α) Στη μείωση του άγχους, του stress, που βιώνουν τα μέλη.

β) Στην κινητοποίηση του οικογενειακού συστήματος, ώστε να οργανώσει τις δυνάμεις και πηγές στήριξης που διαθέτει για ν' ανταποκριθεί στις απαιτήσεις, που διαμορφώνουν κατά την κρίση.

γ) Στη βοήθεια της οικογένειας να βρει μια νέα ισορροπία²⁰⁶.

Όταν η κρίση προκαλείται από το θάνατο παιδιού ή γονιού, η οικογένεια δεν επανέρχεται ποτέ στην ίδια ισορροπία, που προϋπήρχε της κρίσης. Εκείνο που πετυχαίνεται μόνο είναι ο επαναπροσδιορισμός του ρόλου της ταυτότητας των μελών στα πλαίσια μιας νέας πραγματικότητας²⁰⁷.

Η παρέμβαση ακολουθεί τρεις βασικές λειτουργίες²⁰⁸:

α) Αξιολόγηση κρίσης. Αφορά τη συλλογή πληροφοριών που συντέλεσαν στην κρίση και στη διερεύνηση της υποκειμενικής αντίληψης και ερμηνείας που δίνει κάθε μέλος στα γεγονότα και αξιολόγηση των ικανοτήτων σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για την επίλυση της κρίσης.

β) Υποστηρικτική παρέμβαση στο παρόν. Παρέχεται στήριξη και ενθάρρυνση της οικογένειας για μοίρασμα συναισθημάτων, ανησυχιών και προβληματισμών, καθώς επίσης ερμηνεία και διασαφήνιση των συναισθημάτων και γεγονότων και προσδιορίζονται από κοινού με τον πελάτη και τον Κοινωνικό Λειτουργό οι συγκεκριμένοι στόχοι δράσης.

²⁰⁵ Λαγού Σ., Παπαδοπούλου Μ., «ΚΕ με περιπτώσεις θανάτου», 1991, σελ. 163-164.

²⁰⁶ Λαγού Σ., Παπαδοπούλου Μ., «ΚΕ με περιπτώσεις θανάτου», 1991, σελ. 165-166.

²⁰⁷ Λαγού Σ., Παπαδοπούλου Μ., «ΚΕ με περιπτώσεις θανάτου», 1991, σελ. 165-166.

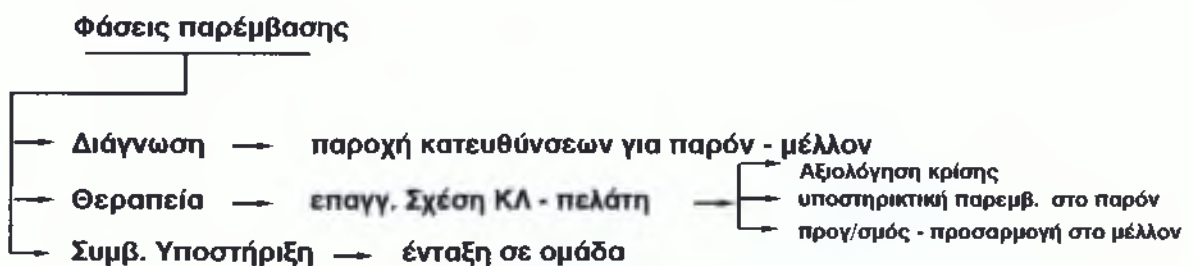
²⁰⁸ Λαγού Σ., Παπαδοπούλου Μ., «ΚΕ με περιπτώσεις θανάτου», 1991, σελ. 166-169.

Παράλληλα, κινητοποιείται το ευρύτερο υποστηρικτικό σύστημα, που περιλαμβάνει μέλη της εκτεταμένης οικογένειας ή και άτομα από την κοινότητα, που παίζουν σημαντικό ρόλο στη συγκεκριμένη περίοδο της ζωής τους.

γ) Προγραμματισμός και προσαρμογή στο μέλλον. Στο στάδιο αυτό βοηθιέται η οικογένεια να αναγνωρίσει τις ικανότητες που διαθέτει για να αντιμετωπίσει την κρίση. Στη φάση αυτή περιλαμβάνονται αλλαγές που αφορούν είτε τα μέλη της οικογένειας (ρόλοι, σχέσεις, αντιλήψεις), είτε την εξωτερική πραγματικότητα, προτείνονται εναλλακτικές λύσεις και γίνεται προσπάθεια διαμόρφωσης νέων συνθηκών ζωής.

Στο τελικό στάδιο ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται συμβουλευτικά-υποστηρικτικά. Η ένταξη της οικογένειας σε συμβουλευτικές ομάδες υποστήριξης, σχηματιζόμενες με κριτήρια τους ρόλους (γονείς, παιδιά), τις ηλικίες ή τη φύση και τη σοβαρότητα της ασθένειας και ταυτόχρονα με την παράλληλη, πολλαπλή συνέντευξη με τα μέλη, βοηθάει στην έκφραση συναισθημάτων και ανησυχιών και στο «μοίρασμα» εμπειριών.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να βοηθήσει τα μέλη να κατανοήσουν ότι δεν υπάρχει σωστός και λανθασμένος τρόπος έκφρασης της θλίψης και ότι ο καθένας θα αποδεχτεί και θα προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες με διαφορετικό τρόπο. Όταν τα μέλη έχουν προσαρμοστεί στο πένθος τους και θέτουν μελλοντικούς στόχους, η θεραπευτική σχέση ΚΛ- οικογένειας ολοκληρώνεται²⁰⁹.



Διάγραμμα 3.2: Φάσεις παρέμβασης του ΚΛ στην οικογένεια του μελλοθάνατου

²⁰⁹ Λαγού Σ., Παπαδοπούλου Μ., «ΚΕ με περιπτώσεις θανάτου», 1991, σελ. 169.

3.4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΜΕ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

Ο Κοινωνικός Λειτουργός που εργάζεται με την οικογένεια, συγχρόνως εργάζεται και με άτομο που πρόκειται να πεθάνει.

Η παρέμβαση στηρίζεται στην παραδοχή της μοναδικότητας του ατόμου και εξαρτάται από την προσωπικότητα, την ηλικία, τα βιώματα και το οικογενειακό περιβάλλον. Ο Κοινωνικός Λειτουργός ενημερώνει το άτομο για τη θεραπεία που θα υποστεί για να κερδισθεί η σύμπραξη και ενεργοποίησή του. Η ενημέρωση είναι ανάλογη με το διανοητικό επίπεδο του ατόμου και μέχρι το σημείο που θέλει να γνωρίζει. Γίνεται σταδιακά δίνοντας στο άτομο τη δυνατότητα να συνειδητοποιήσει με το δικό του τρόπο και ρυθμό την κατάστασή του²¹⁰.

Σε τέτοιες περιπτώσεις δίνεται έμφαση στα εξής:

- ✓ Περιορισμένοι στόχοι με έμφαση στο παρόν
- ✓ Άμεσος σχεδιασμός
- ✓ Εμπλοκή των σημαντικών προσώπων του ασθενή
- ✓ Ευελιξία
- ✓ Ομαδική προσέγγιση του ασθενή από τη διεπιστημονική ομάδα.

Όταν ο άρρωστος προχωρά στην τελική φάση της ζωής του είναι μεγάλη ανακούφιση γι' αυτόν να ξέρει ότι κάποιος είναι μαζί του και του συμπαραστέκεται. Ο Κοινωνικός Λειτουργός δεν του κρύβει τα γεγονότα, αλλά ούτε του επιβάλλει την πληροφόρηση που αφορά την κατάστασή του. Σέβεται τον τρόπο με τον οποίο το άτομο διαλέγει να αντιμετωπίσει το θάνατό του²¹¹.

Στην τελική φάση ο Κοινωνικός Λειτουργός αφήνει το άτομο να τον καθοδηγήσει και είναι έτοιμος να ανταποκριθεί στις ανάγκες του, παρέχοντας ενδιαφέρον, κατανόηση και συναισθηματική στήριξη²¹².

Το άτομο διευκολύνεται στην ολοκλήρωση των στόχων του και στην ανάπτυξη μιας βαθιάς συναισθηματικής επαφής με τα αγαπημένα του πρόσωπα. Η βασικότερη προσφορά βασίζεται στην συμφιλίωση με την ιδέα του θανάτου, τη συμπαράσταση και τη διακριτική παρουσία. Βοηθάει το άτομο να ζήσει όσο το

²¹⁰ Λαγού Σ., Παπαδοπούλου Μ., «ΚΕ με περιπτώσεις θανάτου», 1991, σελ.170.

²¹¹ Λαγού Σ., Παπαδοπούλου Μ., «ΚΕ με περιπτώσεις θανάτου», 1991, σελ.170.

²¹² Λαγού Σ., Παπαδοπούλου Μ., «ΚΕ με περιπτώσεις θανάτου», 1991, σελ.171.

δυνατό πιο ανώδυνα την παραμονή του στο νοσοκομείο μέχρι τη στιγμή που θα έρθει ο θάνατος με αξιοπρέπεια²¹³.

Το πώς ο κοινωνικός λειτουργός θα εργαστεί τόσο με τον ετοιμοθάνατο, όσο και με την οικογένεια του, εξαρτάται από το ρόλο που επιτελούσε τόσο ο ετοιμοθάνατος, όσο και τα μέλη της οικογένειας πριν από το θάνατο, καθώς και από το ρόλο που καλείται το κάθε μέλος να πάρει στο νέο οικογενειακό σχήμα που αναδύεται²¹⁴.

3.4.4 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

Συμπερασματικά, η εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας θα μπορούσε να κριθεί επιτακτική στις περιπτώσεις θανάτου τόσο με το άτομο που πεθαίνει, όσο και με την οικογένειά του. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στις περιπτώσεις αυτές είναι δύσκολος, πολύπλευρος και πολυδιάστατος, αντιμαχόμενος όλα εκείνα τα συμπτώματα της ψυχοκοινωνικής παθολογίας που δημιουργεί το γεγονός του θανάτου, ως εκλυτικός παράγων απώλειας της κοινωνικής λειτουργικότητας και προσαρμοστικής ικανότητας τόσο του ατόμου που πεθαίνει, όσο και του ατόμου-μέλους της οικογένειας που δέχεται την απώλεια.

Η παρουσία του Κοινωνικού Λειτουργού μειώνει τις πιθανότητες δημιουργίας άλλων δυσλειτουργιών, λανθανουσών καταστάσεων ψυχογενούς αιτιολογίας, λόγω του γεγονότος του θανάτου, βοηθάει τα μέλη της οικογένειας στην εξωτερίκευση της θλίψης και αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ του ετοιμοθάνατου και της οικογένειάς του. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η όσο το δυνατόν ομαλότερη και λιγότερο οδυνηρή προσαρμογή στα νέα δεδομένα που τα άτομα καλούνται να βιώσουν, ενώ αντίστοιχα ο Κοινωνικός Λειτουργός γίνεται έτσι αρωγός σε μια προσπάθεια μείωσης του ανθρώπινου πόνου και της ανθρώπινης δυστυχίας!

²¹³ Λαγού Σ., Παπαδοπούλου Μ., «ΚΕ με περιπτώσεις θανάτου», 1991, σελ.171.

²¹⁴ Λαγού Σ., Παπαδοπούλου Μ., «ΚΕ με περιπτώσεις θανάτου», 1991, σελ.171.

3.5 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ ΠΟΥ ΣΥΝΕΤΕΙΝΑΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΚΕΝ

Πλέον, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η Νοσοκομειακή Κοινωνική Εργασία διέπεται από τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν το σύγχρονο πολυδιάστατο, εξελικτικό, ανθρωπιστικό, ανθρωποκεντρικό και επιστημονικό ρόλο της μέσα στα πλαίσια των σύγχρονων πολυμορφικών κοινωνικών δομών:

- 1) Ύπαρξη πολυπαραγοντικών και σύνθετων κοινωνικών προβλημάτων
- 2) Ολιστικό Μοντέλο Ιατρικής
- 3) Διεπιστημονική Ομάδα Υγείας
- 4) Επαγγελματική Σχέση πελάτη-Κοινωνικού Λειτουργού, ως απαραίτητο μέσο δράσης και εφαρμογής της Κοινωνικής Εργασίας.

1) Η αναγνώριση της πολυπαραγοντικής αιτιολογίας των κοινωνικών προβλημάτων είχε ως επακόλουθο την πολυδιάστατη και διεπιστημονική αντιμετώπισή τους²¹⁵. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί πλέον ότι το έργο της Κοινωνικής Εργασίας καθοδηγείται από δύο βασικά ερωτήματα στα οποία προσπαθεί να δώσει απάντηση: α) Πώς ζούνε οι άνθρωποι από βιοποριστική άποψη (εισόδημα, στέγαση, σίτιση, ένδυση, υγεία, απασχόληση) και β) πώς ζουν από ψυχοκοινωνική άποψη (διαπροσωπικές σχέσεις, εκπαίδευση κλπ). Στο πρώτο θέμα η Κοινωνική Εργασία ανταποκρίνεται με παροχές (π.χ. μηνιαία οικονομική ενίσχυση) και διευκολύνσεις (στέγη κλπ), στο δεύτερο με συμβουλές, υποστήριξη ή και παρέμβαση (π.χ. τοποθέτηση τέκνου σε ανάδοχη οικογένεια, υιοθεσίες κλπ)²¹⁶.

2) Η ασθένεια και η μειονεξία δεν αντιμετωπίζονται ικανοποιητικά αν κατά τη θεραπεία δεν συνεκτιμηθούν οι ψυχοκοινωνικές συνθήκες της οικογένειας, της εργασίας ή του ευρύτερου περιβάλλοντος στα πλαίσια των οποίων εκδηλώνεται η ασθένεια και όπου στη συνέχεια αντανακλώνονται οι επιπτώσεις της²¹⁷. Με τον τρόπο

²¹⁵ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, 1998, Έκδοση Γ', Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, σελ.97

²¹⁶ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, 1998, Έκδοση Γ', Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, σελ.55

²¹⁷ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, 1998, Έκδοση Γ', Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, σελ.97

αυτόν μετατοπίζεται η έμφαση από την αντιμετώπιση στην πρόληψη και στην αποκατάσταση των προβλημάτων²¹⁸.

3) Στα Νοσηλευτικά πλαίσια η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού αναπτύσσεται σε στενή διεπιστημονική συνεργασία με το ιατρικό, νοσηλευτικό και ερευνητικό προσωπικό. Στη διεπιστημονική αυτή συνεργασία, ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού επικεντρώνεται στον κοινωνικό χώρο, με στόχο τη διατήρηση ή την επανάκτηση της κοινωνικής προσωπικότητας και των κοινωνικών ρόλων του εξυπηρετούμενου²¹⁹.

4) Η επαγγελματική σχέση πελάτη-Κοινωνικού Λειτουργού αποτελεί μια ειδική ανθρώπινη σχέση και μια αμφίδρομη διεργασία υποκινούμενη και κατευθυνόμενη από τον επαγγελματία Κοινωνικό Λειτουργό, η οποία:

- ✧ Αποτελεί πρότυπο διαπροσωπικής συναλλαγής και υπόδειγμα για τη βελτίωση ελλειμματικών διαπροσωπικών σχέσεων.
- ✧ Συνιστά το πεδίο της σταδιακής ανάπτυξης της διεργασίας και
- ✧ Αποτελεί το μέσο επίδρασης, επηρεασμού και διαμεσολάβησης στον εξυπηρετούμενο και στο πρόβλημά του²²⁰.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί αναπτύσσουν έτσι σύνθετες δράσεις και υποστηρικτικές, συμβουλευτικές, διορθωτικές, θεραπευτικές, επανορθωτικές, μεταρρυθμιστικές, προληπτικές και αναπτυξιακές λειτουργίες, ανάλογα με το είδος, τη σοβαρότητα ή την επικινδυνότητα του κοινωνικού προβλήματος που διαχειρίζονται²²¹.

Η ευελιξία και η προσαρμοστικότητα των εφαρμογών της Κοινωνικής Εργασίας ανταποκρίνονται στην πολυπλοκότητα των σύγχρονων κοινωνικών προβλημάτων και στην εκάστοτε και διαρκής μεταβαλλόμενη κοινωνική πραγματικότητα²²².

²¹⁸ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, 1998, Έκδοση Γ', Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, σελ.98.

²¹⁹ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, 1998, Έκδοση Γ', Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, σελ.198.

²²⁰ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, 1998, Έκδοση Γ', Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, σελ.69.

²²¹ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, 1998, Έκδοση Γ', Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, σελ.11.

²²² Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, 1998, Έκδοση Γ', Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, σελ.11.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται συνοπτικά η μεθοδολογία της Κοινωνικής Εργασίας και επιχειρείται μια γενική σύγκριση μεταξύ τους, τόσο μεταξύ των βασικών μεθόδων Κοινωνικής Εργασίας, όσο και μεταξύ αυτών και των βοηθητικών – υποστηρικτικών τους μεθόδων.

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΙΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Όπως αναφέρει ο Παπαδημητρίου²²³, η ιδεολογία της Κοινωνικής Εργασίας έχει διπλό στόχο, αφενός μεν να βοηθήσει το άτομο στις σχέσεις του με την κοινωνία, αφετέρου δε να βοηθήσει την κοινωνία στην εξασφάλιση της ευημερίας του ατόμου.

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού και για την εφαρμογή στην πράξη χρησιμοποιεί **τρεις κλασσικούς ανθρωπίνους σχηματισμούς: τη δυάδα, την ομάδα και την κοινότητα**²²⁴. Η πείρα και οι γνώσεις που απέκτησε με την άσκηση της μεθοδεύτηκαν και οργανώθηκαν σε ένα σύνολο γνώσεων και δεξιοτήτων, οι οποίες πήραν επίσημη μορφή και καθιερώθηκαν ως οι τρεις βασικές μέθοδοι Κοινωνικής Εργασίας, η Κοινωνική Εργασία με άτομα (**ΚΕΑ ή Casework**), η Κοινωνική Εργασία με Ομάδες (**ΚΕΟ**) και η Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα (**ΚΕΚ**)²²⁵.

Οι αξίες και οι σκοποί της Κοινωνικής Εργασίας είναι κοινές και για τις τρεις μεθόδους, διαφέρουν όμως ως προς τις αρχές, τις τεχνικές και τις δεξιότητες εκείνες που ταιριάζουν στο ιδιαίτερο περιεχόμενο της εργασίας που απαιτείται για κάθε μέθοδο ξεχωριστά. Κάθε μέθοδος εξαρτάται οργανικά από την άλλη. Η ταυτόχρονη αξιοποίηση τους αποτελεί το πιο ολοκληρωμένο τρόπο άσκησης της Κοινωνικής Εργασίας²²⁶.

²²³ Τζαβέλας Π., ΚΕ – Προοπτικές Κοινωνικής Αλλαγής (Συνθήκες άσκησης του επαγγέλματος στην πόλη των Ιωαννίνων), Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 1990, σελ. 11.

²²⁴ Κατσορίδου – Παπαπαδοπούλου, Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, σελ. 22.

²²⁵ Κατσορίδου – Παπαπαδοπούλου, Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, σελ. 22-23.

²²⁶ Κατσορίδου – Παπαπαδοπούλου, Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, σελ. 23.

4.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ (ΚΕΑ – CASEWORK)

Η μέθοδος της ΚΕΑ αναπτύχθηκε πρώτη μεταξύ των τριών βασικών μεθόδων ως συνέχεια και συνέπεια της πρώτης φάσης ανάπτυξης της κοινωνικής εργασίας. Είναι η πιο γνωστή και η πιο διαδεδομένη μεταξύ των τριών μεθόδων της κοινωνικής εργασίας, τόσο διεθνώς όσο και στην Ελλάδα²²⁷.

Η Κοινωνική Εργασία με Άτομα (Casework)²²⁸ ως μια **διεργασία λύσης προβλημάτων**²²⁹, στρέφει την προσοχή της στις ανάγκες του ατόμου, και χρησιμοποιεί ως κύριο μέσο βοήθειας την ίδια την **επαγγελματική σχέση ατόμου – Κοινωνικού Λειτουργού**²³⁰. Αναγνωρίζει τη συμβολή του περιβάλλοντος, τόσο στη δημιουργία ατομικού προβλήματος, όσο και στην πιο αποτελεσματική λύση του²³¹. Πρεσβεύει τη μεμονωμένη επεξεργασία των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, με απώτερο σκοπό να επηρεάσει με τέτοιο τρόπο τον πελάτη – πρόσωπο, ώστε αυτός να αναπτύξει αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση του προβλήματος του και ή να επηρεάσει έτσι το πρόβλημα ή να παρεμποδίσει τα αποτελέσματά του²³².

Ο όρος Κοινωνική Εργασία με άτομα είναι η επικρατέστερη απόδοση του αγγλικού όρου “casework”, δηλαδή της εργασίας του Κοινωνικού Λειτουργού, πρόσωπο με πρόσωπο, με το άτομο το οποίο απευθύνεται στην υπηρεσία όπου εκείνος εργάζεται, ή με το άτομο προς το οποίο απευθύνεται το πρόγραμμα που εκείνος εφαρμόζει. Στο παρελθόν η ΚΕΑ είχε αποδοθεί και με τους όρους «κοινωνική εργασία κατά περίπτωση» και «κοινωνική εργασία με περίπτωση».

Πυρήνας της Casework είναι ο εξής:

Ένα πρόσωπο με ένα πρόβλημα έρχεται σ' ένα τόπο, όπου ένας εκπρόσωπος ενός επαγγέλματος το βοηθά μέσω μιας ορισμένης διεργασίας(Process).²³³

²²⁷ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ»,σελ. 127.

²²⁸ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 126.

²²⁹ Hellen Harris Perlam, Κοινωνική Εργασία με άτομα, 1957, σελ. 86

²³⁰ Κατσορίδου – Παπαπαδοπούλου, Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, σελ. 23.

²³¹ Κατσορίδου – Παπαπαδοπούλου, Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, σελ. 23.

²³² Hellen Harris Perlam Κοινωνική Εργασία με άτομα, 1957, σελ. 21.

²³³ Hellen Harris Perlam Κοινωνική Εργασία με άτομα, 1957, σελ. 20.

Το πρόσωπο που είναι πελάτης έρχεται στον Κοινωνικό λειτουργό σε εποχή κακής προσαρμογής σε έναν από τους ζωτικούς κοινωνικούς ρόλους του και πάντα κάτω από συνθήκες έντασης, αφενός μεν, γιατί αισθάνεται το πρόβλημα του σαν απειλή, αφετέρου δε γιατί η ανικανότητά του να το αντιμετωπίσει αυξάνει την έντασή του.

Συνήθως βρίσκεται σε αδυναμία να επιτελέσει ένα ή περισσότερα καθήκοντα της ζωής του, είτε γιατί τα προσεγγίζει με ακατάλληλους τύπους ενεργειών που καταλήγουν σε διαταραχή ή ανεπάρκεια, είτε γιατί κοινωνικές περιστάσεις εμποδίζουν ή υπονομεύουν την απόδοσή τους²³⁴.

Η διεργασία της ΚΕΑ προσπαθεί να ελκύσει το ίδιο το πρόσωπο στην εργασία και στην αντιμετώπιση ενός ή πολλών προβλημάτων χρησιμοποιώντας κάποια μέσα για την επίτευξη του σκοπού αυτού. Τα **μέσα** αυτά είναι η **παροχή μιας θεραπευτικής σχέσης** που επηρεάζει τη συναισθηματική σχέση του προς το πρόβλημά του, η **παροχή ενός σημαντικού τρόπου**, με τον οποίο ο πελάτης μπορεί να ζητήσει να επεξεργαστεί τη φύση του προβλήματός του, τη σχέση του μ' αυτό και τις πιθανές λύσεις του και η **παροχή ευκαιριών και βοηθημάτων**, που θα ενεργοποιήσουν την προσαρμοστική δράση τον πελάτη στο πρόβλημά του²³⁵.

Ως **βασικό μειονέκτημα** της μεθόδου παρουσιάζεται ο τεμαχισμός πελατών σε "περιπτώσεις", ο οποίος συνεπάγεται την αποκλειστική ενασχόληση του κοινωνικού λειτουργού με τα συμπτώματα και όχι με τα κοινωνικά αίτια των προβλημάτων²³⁶.

Η **Casework** χρησιμοποιείται, περισσότερο από άλλες λόγω της **εκάστοτε ιδιομορφίας των περιστατικών, ιδιαίτερα δε στο νοσοκομειακό πλαίσιο εφαρμογής της**²³⁷.

Σε **νοσοκομειακό πλαίσιο**, η αποτελεσματικότερη εφαρμογή της Casework επιτυγχάνεται σε συνεργασία με την ΚΕΚ (Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα) με τη χρησιμοποίηση γνώσεων και τεχνικών εργασίας της τελευταίας. **Σκοπός** τους θα

²³⁴ Hellen Harris Perlman Κοινωνική Εργασία με άτομα, 1957, σελ. 45.

²³⁵ Hellen Harris Perlman Κοινωνική Εργασία με άτομα, 1957, σελ. 86.

²³⁶ Ζωγράφου Α., Ο διπλός ρόλος της ΚΕ στο πλαίσιο των Κοινωνικών Οργανώσεων, σελ. 38.

²³⁷ Δουκάρου – Καπλάνη – Μαϊτιανού, Οργάνωση και Διοίκηση των Δημόσιων Ψυχιατρείων, Ο ρόλος του ΚΛ, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 1986, σελ. 95.

είναι η βελτίωση ορισμένων από τις συνθήκες ζωής στο νοσοκομείο, όταν αυτές γίνονται πηγή προβλημάτων για τους ασθενείς²³⁸.

4.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΜΑΔΕΣ

4.3.1 Η ΚΕΟ ΩΣ ΞΕΧΩΡΙΣΤΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η Κοινωνική Εργασία με Ομάδες (ΚΕΟ) ως σύστημα και διαδικασία παροχής βοήθειας έχει τις ρίζες της στη δεύτερη φάση ανάπτυξης της κοινωνικής εργασίας²³⁹. Είναι μέθοδος και διεργασία κατεύθυνσης της ομαδικής ζωής από τον Κοινωνικό λειτουργό²⁴⁰.

Στρέφει την προσοχή της στις ανάγκες του ατόμου, ενώ παράλληλα διατηρεί ζωηρό το ενδιαφέρον της για τις ανάγκες και ικανότητες της ομάδας, όπου το άτομο ανήκει.

Σκοπός της ΚΕΟ είναι:

- α) Η εξασφάλιση ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος για τα μέλη της ομάδας, όπου υπάρχει παραδοχή και σχετική ελευθερία να διαλέξουν και να αποφασίσουν και ενθάρρυνση να δημιουργήσουν σχέσεις μεταξύ τους.
- β) Παροχή ενός περιβάλλοντος όπου τα άτομα θα τολμήσουν να δοκιμάσουν τις ικανότητές τους, τις ιδέες τους, τα συναισθήματά τους, σχηματίζοντας, έτσι, μια εικόνα του εαυτού τους και των άλλων γύρω τους.
- γ) Να βοηθήσει ο κάθε άρρωστος να κάνει καλή χρήση των δυνατοτήτων του, χρησιμοποιώντας το maximum των ικανοτήτων του.²⁴¹

Οι ομάδες σχηματίζονται με βάση ατομικές ανάγκες των μελών, είναι κατά βάση ομοιογενείς και ανοιχτές και η διάρκεια τους κυμαίνεται γύρω στα 45 λεπτά²⁴².

²³⁸ Κατσορίδου – Παπαδοπούλου, Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, σελ. 23.

²³⁹ Καλλιδικάκη Θ., Εισαγωγή στη θεωρία και Πρακτική της ΚΕ, έκδοση Γ', σελ. 138.

²⁴⁰ Wilson – Ryland, Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, σελ. 77.

²⁴¹ Δουκάρου- Καπλάνη – Μαϊτιανού, Οργάνωση, Διοίκηση και Λειτουργία Δημόσιων Ψυχιατρικών – Ο ρόλος του ΚΛ, ΤΕΙ Πατρών, Πτυχιακή Εργασία, 1986, σελ. 104-105.

²⁴² Δουκάρου- Καπλάνη – Μαϊτιανού, Οργάνωση, Διοίκηση και Λειτουργία Δημόσιων Ψυχιατρικών – Ο ρόλος του ΚΛ, ΤΕΙ Πατρών, Πτυχιακή Εργασία, 1986, σελ. 106.

Σε ένα νοσοκομείο ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να οργανώνει ομάδες επικοινωνίας κατά θάλαμο ασθενών ή κατά νόσο, ομάδες ενημέρωσης – στήριξης των συγγενών ή ομάδες αυτοβοήθειας των ασθενών μετά τη λήξη της νοσηλείας τους κ.α. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού μπορεί να είναι μεσολαβητικός, υποστηρικτικός, συμβουλευτικός ή περιοριστικός²⁴³.

Κύρια μέσα δράσης του Κοινωνικού Λειτουργού στην ΚΕΟ είναι η επαγγελματική σχέση πελάτη – Κοινωνικού Λειτουργού, καθώς και τα μέσα προγράμματος. Το κατεξοχήν όμως πλαίσιο εργασίας του αποτελεί η ίδια η ομάδα²⁴⁴.

Ο Κοινωνικός λειτουργός πρέπει να είναι το κεντρικό πρόσωπο της ομάδας και να έχει περισσότερο ενεργητικό και καθοδηγητικό ρόλο. Πρέπει να κάνει πολύ μεγαλύτερη προεργασία, να διασαφηνίσει τους όρους και τον τρόπο εργασίας σ' αυτούς που πρόκειται να έρθουν στην ομάδα. Η συναισθηματική υποστήριξη του καθοδηγεί την ομάδα, ιδιαίτερα δε το νεοεισερχόμενο μέλος²⁴⁵.

Στην ΚΕΟ ενθαρρύνεται η ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων και απόψεων και τα πρόσωπα βλέπουν την ομάδα σαν φιλική συγκέντρωση που καταπολεμά την απομόνωσή τους. Τα μέλη αισθάνονται ικανά να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της κοινωνίας σε μικρογραφία στην οποία προσωρινά συμμετέχουν. Με τον τρόπο αυτό παύουν να αισθάνονται απαθείς²⁴⁶.

Η άσκηση της ΚΕΟ ακολουθεί συγκεκριμένα στάδια τα βασικότερα από τα οποία είναι τα παρακάτω:

- Η διαμόρφωση και αποτύπωση στόχων
- Ο σχεδιασμός
- Η διαδικασία σύστασης της ομάδας, η διατύπωση των κριτηρίων επιλογής μελών (π.χ. ηλικία, κοινός στόχος, ιδιαιτερότητες κ.λ.π.), η επιλογή των μέσων (π.χ. η συζήτηση, δραστηριότητα κ.λ.π.).
- Η λειτουργία της ομάδας, ο χειρισμός των φαινομένων, λήψη αποφάσεων.

²⁴³ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 140.

²⁴⁴ Κατσορίδου – Παπαδοπούλου, ΚΕ με Ομάδες, σελ. 23.

²⁴⁵ Δουκάρου- Καπλάνη – Μαϊτιανού, Οργάνωση, Διοίκηση και Λειτουργία Δημόσιων Ψυχιατρείων – Ο ρόλος του ΚΛ, ΤΕΙ Πατρών, Πτυχιακή Εργασία, 1986, σελ. 105.

²⁴⁶ Δουκάρου- Καπλάνη – Μαϊτιανού, Οργάνωση, Διοίκηση και Λειτουργία Δημόσιων Ψυχιατρείων – Ο ρόλος του ΚΛ, ΤΕΙ Πατρών, Πτυχιακή Εργασία, 1986, σελ. 106.

- Το κλείσιμο και η διάλυση της ομάδας.
- Η αξιολόγηση της εργασίας που έγινε σ' αυτήν.
- Τέλος, η καταγραφή των στοιχείων και η δημιουργία του κοινωνιογράμματος της ομάδας (γραφικής παράστασης των στοιχείων και των αλληλεπιδράσεων των ατόμων – μελών, από όπου διακρίνονται οι ιδιαίτερες δυνατότητες του κάθε μέλους)²⁴⁷.

Σε γενικές γραμμές, η ΚΕΟ συμβάλλει:

- στην ενθάρρυνση της συνύπαρξης
- στην ενίσχυση της συνεργασίας
- στην ανάληψη προσωπικής ευθύνης
- στην ανάληψη πρωτοβουλιών
- στην αποδοχή ορίων και όρων
- στην ανάδειξη ικανοτήτων
- στην διαπίστωση του τρόπου με τον οποίο το κάθε μέλος αντιμετωπίζει τους άλλους και του τρόπου με τον οποίο οι άλλοι αντιμετωπίζουν το άτομο
- στη συναισθηματική ωρίμανση
- στην ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης των μελών με την απόκτηση δεξιοτήτων για διαπροσωπική επικοινωνία
- στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του ατόμου
- στην ενθάρρυνση των μελών να προχωρήσουν στην επίλυση των καθημερινών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν²⁴⁸.

Η ΚΕΟ εφαρμόζεται αυτόνομα αλλά και σε συνδυασμό με τις άλλες μεθόδους της κοινωνικής εργασίας – συχνότερα με την κοινωνική εργασία με άτομα (ΚΕΑ) ή με οικογένειες (ΚΕΜΟ). Το κάθε άτομο – μέλος της ομάδας έχει ατομικές συνεντεύξεις με τον Κοινωνικό Λειτουργό, τόσο στη φάση της συγκρότησης όσο και στη διάρκεια της λειτουργίας της²⁴⁹.

Η ΚΕΟ σπάνια εφαρμόζεται στα πλαίσια της Νοσοκομειακής Κοινωνικής Εργασίας.

²⁴⁷ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 144.

²⁴⁸ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 142-143.

²⁴⁹ Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Έκδοση Γ', 1998, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 141.

4.3.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ (ΚΕΜΟ)

Σαν ξεχωριστή βιοψυχοκοινωνική ομάδα, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω των πολύπλοκων δυνάμεων που εκφράζουν οι σχέσεις μεταξύ των μελών της, εξετάζεται από τους κοινωνικούς λειτουργούς και η οικογένεια. Μέσα στα πλαίσια της Κοινωνικής Εργασίας με Ομάδες (ΚΕΟ) εντάσσονταν παλαιότερα και η Κοινωνική Εργασία με Οικογένειες (ΚΕΜΟ). Σήμερα αποτελεί ξεχωριστή μέθοδο.

Η ΚΕΜΟ αποτελεί κλινική προσέγγιση, η οποία εστιάζεται σε ειδικά θέματα δυσλειτουργίας μέσα στην οικογένεια και ασχολείται με τα αλληλοεπιδρόντα συστήματα που επηρεάζουν τη συμπεριφορά της²⁵⁰.

Σαν μέθοδος της Κοινωνικής Εργασίας η ΚΕΜΟ, προσπαθεί να τροποποιήσει ή να αλλάξει τα μέρη εκείνα μέσα στο οικογενειακό σύστημα σχέσεων, τα οποία παρόλο που είναι σταθεροποιημένα, δεν είναι για κάποιο λόγο λειτουργικά και γι' αυτό δημιουργούν πρόβλημα στις διάφορες εκδηλώσεις της ζωής²⁵¹.

Αναγκαιότητα για Κοινωνική Εργασία με Οικογένειες (ΚΕΜΟ) υπάρχει όταν συμβούν αλλαγές στην οικογενειακή δομή από ατυχήματα, θάνατο, διαζύγιο ή σοβαρή ασθένεια ή αν οικονομικές δυσκολίες είναι υπερβολικές και δημιουργούν προβλήματα στο άτομο²⁵².

Η βοήθεια μπορεί να παρέχεται για μικρό χρονικό διάστημα δυσλειτουργίας, σε μια κρίση της οικογένειας, όταν η ικανότητα να αντεπεξέλθει κανείς στα προβλήματα του είναι περιορισμένη και το άγχος μεγάλο ή μακροπρόθεσμα, για την τροποποίηση ή την αλλαγή ρόλων που δυσλειτουργούν στην οικογένεια ή ακόμη και τη δημιουργία ρόλων εκεί που δεν υπάρχουν ή αν υπάρχουν είναι λίγοι²⁵³.

²⁵⁰ Κατσιφώτη Φ, Ορφανού Β, ΚΕΜΟ – Θεωρητική Προσέγγιση και περιπτωσιολογική μελέτη, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 1990, σελ. 21, 22, 79.

²⁵¹ Κατσιφώτη Φ, Ορφανού Β, ΚΕΜΟ – Θεωρητική Προσέγγιση και περιπτωσιολογική μελέτη, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 1990, σελ. 78.

²⁵² Κατσιφώτη Φ, Ορφανού Β, ΚΕΜΟ – Θεωρητική Προσέγγιση και περιπτωσιολογική μελέτη, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 1990, σελ. 22.

²⁵³ Κατσιφώτη Φ, Ορφανού Β, ΚΕΜΟ – Θεωρητική Προσέγγιση και περιπτωσιολογική μελέτη, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 1990, σελ. 78.

Όπως το άτομο έχει τη δική του ζωή που είναι επηρεασμένη από την μοναδική του βιοψυχοκοινωνική αναπτυξιακή δράση, έτσι και η οικογένεια έχει τη δική της ζωή, που εκφράζεται μέσα από τα συστήματα των σχέσεων της²⁵⁴.

Η οικογενειακή θεραπεία βασίζεται στη κατανόηση των σχημάτων επικοινωνίας μέσα στη διαταραγμένη οικογένεια και παρεμβαίνει σε ότι δυσλειτουργεί εκείνη τη στιγμή στο οικογενειακό σύστημα²⁵⁵.

Υπάρχουν τρία στάδια εφαρμογής της ΚΕΜΟ.

Αρχικά οι Κοινωνικοί Λειτουργοί επιλένουν μέσα από τις ποικίλες απόψεις, αυτές τις έννοιες οι οποίες τους βοηθούν να κατανοήσουν τις ανάγκες και τη συμπεριφορά της οικογένειας.

Στο β' στάδιο γίνεται η επιλογή ενός σκελετού που βοηθάει στη μελέτη και στην εκτίμηση της οικογενειακής συμπεριφοράς και λειτουργίας.

Το γ' στάδιο είναι η ανάπτυξη και η προσαρμογή σε τρόπους βοήθειας, οι οποίοι βασίζονται στη μορφή αξιολόγησης, στην οποία έχουν θέσει²⁵⁶.

Οι προσεγγίσεις της Κοινωνικής Εργασίας με Οικογένειες (ΚΕΜΟ) γίνονται μέσω συνεντεύξεων, επισκέψεων στο σπίτι ή ακόμη και συνεντεύξεων θεραπείας στο σπίτι, όταν η οικογένεια αδυνατεί να παρευρεθεί στο χώρο της υπηρεσίας (γραφείο Κοινωνικού λειτουργού)²⁵⁷.

4.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (ΚΕΚ)

Η Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα (ΚΕΚ) είναι μια διαμεθοδική αρχή εργασίας (Muller 1988)²⁵⁸, που μαζί με άλλες προσεγγίσεις και τεχνικές (συμβουλευτική, έρευνα, προγραμματισμό, κοινωνικές ομάδες και άτομα κ.λ.π.), χρησιμοποιείται για να βοηθήσει τις κοινωνικά αδικούμενες ομάδες, να κάνουν χρήση των δικαιωμάτων και δυνατοτήτων που παρέχει η κοινωνία, να

²⁵⁴ Κατσιφώτη Φ, Ορφανού Β, ΚΕΜΟ – Θεωρητική Προσέγγιση και περιπτώσιολογική μελέτη, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 1990, σελ. 16.

²⁵⁵ Κατσιφώτη Φ, Ορφανού Β, ΚΕΜΟ – Θεωρητική Προσέγγιση και περιπτώσιολογική μελέτη, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 1990, σελ. 21.

²⁵⁶ Κατσιφώτη Φ, Ορφανού Β, ΚΕΜΟ – Θεωρητική Προσέγγιση και περιπτώσιολογική μελέτη, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 1990, σελ. 22-23.

²⁵⁷ Κατσιφώτη Φ, Ορφανού Β, ΚΕΜΟ – Θεωρητική Προσέγγιση και περιπτώσιολογική μελέτη, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 1990, σελ. 81.

²⁵⁸ Ζωγράφου Α., ΚΕΚ – Θεωρία – Πράξη – Προβληματισμοί, Πάτρα 1992, σελ. 52-54.

αναλύσουν αντιφατικές κοινωνικο-πολιτικές καταστάσεις, να συνειδητοποιήσουν τις πραγματικές τους ανάγκες και τους κοινωνικοπολιτικούς συσχετισμούς που καθορίζουν τη ζωή τους και να αγωνιστούν για την προβολή και διεκδίκηση των συμφερόντων τους. Μ' άλλα λόγια, στοχεύει στην αλλαγή των συνθηκών εκείνων που επικρατούν στην κοινότητα και εμποδίζουν τη λειτουργική ικανότητα των ατόμων και της ίδιας της Κοινότητας²⁵⁹ και προσπαθεί να καταστήσει ικανή τη μη προνομιούχα μειονότητα να απαιτήσει τα δικαιώματά της²⁶⁰.

Τα κύρια **χαρακτηριστικά** της ΚΕΚ είναι τα εξής:

1. Επικεντρώνει τις δραστηριότητές της σε ολόκληρες γειτονίες, συνοικίες, κοινότητες. Ενεργοποιεί τις πληθυσμιακές ομάδες με στόχο τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής τους.
2. Αντιμετωπίζει τα προβλήματα στο κοινωνικο-οικολογικό τους πλαίσιο και όχι σαν μεμονωμένα προβλήματα ενός μόνο ατόμου ή ομάδας.
3. Ενσωματώνει τις μεθόδους της εμπειρικής κοινωνικής έρευνας και έρευνας – δράσης .
4. Εργάζεται κατά κανόνα με όλους τους κοινωνικούς φορείς και με διάφορες ομάδες στόχου και επιδιώκει την ενεργοποίηση και κινητοποίηση των ενδιαφερομένων.
5. Ξεκινά με βάση τις καθημερινές εμπειρίες των ανθρώπων στο χώρο της διαβίωσής τους²⁶¹.

Τα **μέσα δράσης** που χρησιμοποιεί ο Κοινωνικός λειτουργός στην ΚΕΚ είναι η **Επαγγελματική Σχέση** που αναπτύσσει με άτομα και σύνολα, αλλά και οι ίδιες οι μικρές και μεγάλες **ομάδες επιρροής** που λειτουργούν στη συγκεκριμένη Κοινότητα (Αρχές του τόπου, πρόσωπα ισχύος κλπ)²⁶². Στην προκειμένη περίπτωση, **“Κοινότητα”** μπορεί να είναι μια γεωγραφική ενότητα (γειτονιά, συνοικία, πόλη κτλ), μια ομάδα ανθρώπων που βρίσκονται σε ένα λειτουργικό συσχετισμό μεταξύ τους (Νοσοκομείο, σύλλογο, κλπ ή μια κατηγορία πληθυσμού με ένα κοινό χαρακτηριστικό (ηλικιωμένοι, αλλοδαποί, άστεγοι, κ.λ.π.)²⁶³.

²⁵⁹ Κατσορίδου – Παπαδοπούλου, ΚΕΟ, σελ. 24.

²⁶⁰ Ζωγράφου Α., ΚΕΚ – Θεωρία – Πράξη – Προβληματισμοί., Πάτρα 1992, σελ. 51.

²⁶¹ Ζωγράφου Α., ΚΕΚ – Θεωρία – Πράξη – Προβληματισμοί., Πάτρα 1992, σελ. 53.

²⁶² Κατσορίδου – Παπαδοπούλου, ΚΕΟ, σελ. 24.

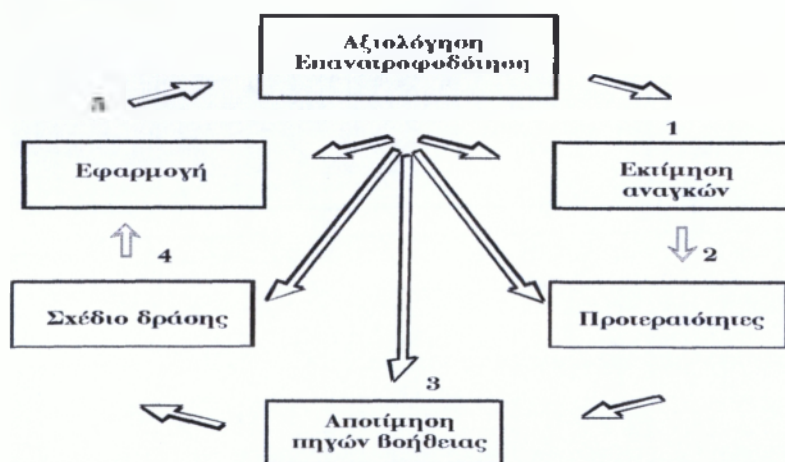
²⁶³ Ζωγράφου Α., ΚΕΚ – Θεωρία – Πράξη – Προβληματισμοί, Πάτρα 1992, σελ. 49-50.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να ορίσουμε την ΚΕΚ ως ένα σύνολο πρωτοβουλιών και μεθοδικών ενεργειών που προκαλούνται στο πλαίσιο του κοινωνικού σχεδιασμού για τη μακροπρόθεσμη εξάλειψη των αιτιών της άνιση μεταχείρισης, της καταπίεσης και της εξάρτησης διαφόρων προβληματικών ομάδων πληθυσμού²⁶⁴.

4.5 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΒΑΣΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Και οι τρεις βασικές μέθοδοι της Κοινωνικής Εργασίας είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένες μεταξύ τους, αφού τα άτομα είναι μέλη μικρών και μεγάλων ομάδων μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Το άτομο ως μέλος της ομάδας και της ευρύτερης κοινότητας, όπου εφαρμόζονται οι αρχές της Κοινωνικής Εργασίας, αναπτύσσει την προσωπικότητά του, ανάμεσα από ικανοποιητικές ομαδικές διεργασίες.

Συγκρίνοντας τις τρεις βασικές μεθόδους μεταξύ τους, διαπιστώνουμε ότι και στις τρεις ο παρά Νοσοκομείους ΚΛ χρησιμοποιεί τα ακόλουθα έξι στάδια λήψης αποφάσεων που τον βοηθούν να διαπιστώσει ανάγκες, να εκτιμήσει τα διαθέσιμα μέσα, να σχεδιάσει και να εφαρμόσει συγκεκριμένες ενέργειες²⁶⁵. Σε όλες τις μεθόδους, όλα τα στάδια συνοδεύονται συνεχώς από τη διαδικασία της αξιολόγησης²⁶⁶.



Σχήμα 4.1: Στάδια λήψης αποφάσεων του ΚΛΝ

²⁶⁴ Ζωγράφου Α., ΚΕΚ – Θεωρία – Πράξη – Προβληματισμοί, Πάτρα 1992, σελ. 53-54.

²⁶⁵ Εκλογή, 1986, σελ. 91.

²⁶⁶ Ζωγράφου Α., ΚΕΚ – Θεωρία – Πράξη – Προβληματισμοί, Πάτρα 1992, σελ. 50.

Και οι τρεις μέθοδοι διέπονται από τη βασική φιλοσοφική αρχή της υποβοήθησης, της ενθάρρυνσης και της απελευθέρωσης των ίδιων των δυνατοτήτων των ατόμων, των ομάδων, των κοινοτήτων ή και ευρύτερων κοινωνικών ομάδων για κοινωνική εξέλιξη και ευημερία²⁶⁷.

Εκτός από μια κοινή πορεία διαδικασιών, οι τρεις μέθοδοι έχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους:

- ✓ Ενώ η παραδοσιακή κοινωνική εργασία (ΚΕΑ) επικεντρώνει τη δραστηριότητά της σε κοινωνικά «αποκλίνοντα» άτομα και προσανατολίζεται στο «τεμαχισμό» των μεμονωμένων περιπτώσεων και στην «εξατομίκευση των προβληματικών καταστάσεων» και όχι στη σφαιρική αντιμετώπιση τους, η κοινωνική εργασία με ομάδες στόχου (ΚΕΟ) είναι οργανωμένη και έχει σαν στόχο διάφορες πληθυσμιακές ομάδες²⁶⁸.
- ✓ Όσον αφορά στην Casework (ΚΕΑ), συγκριτικά με την ΚΕΚ διαπιστώνουμε ότι στην πρώτη το ενδιαφέρον του κοινωνικού λειτουργού επικεντρώνεται **περιστασιακά** στις ανάγκες του πελάτη, ενώ αντίθετα **η ΚΕΚ επικεντρώνεται κυρίως στην αποστολή και στο στόχο**²⁶⁹.
- ✓ Σε σχέση με την ΚΕΟ, και η ΚΕΚ εργάζεται με ομάδες, αλλά βασικός της στόχος είναι η επίλυση προβλημάτων από την κοινότητα με δικά της μέσα. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού εδώ δεν είναι θεραπευτικός, ούτε σκοπεύει να βοηθήσει τα άτομα να προσαρμοστούν μεμονωμένα στην κοινότητα, αλλά να αλλάξει τις συνθήκες μέσα στην ίδια την κοινότητα. Η αλλαγή των ατόμων δεν γίνεται με ατομική βοήθεια, αλλά επιδιώκεται με την αλλαγή της δομής της κοινότητας²⁷⁰.
- ✓ Ενώ οι Κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται με άτομα, είναι σε θέση να αντιληφθούν τις ανάγκες του πελάτη για βοήθεια, στην περίπτωση που εργάζονται με κοινότητα, συνήθως δεν μπορούν να βοηθήσουν με τον ίδιο τρόπο άτομα ή ομάδες, διότι οι γνώσεις και οι εμπειρίες στην ΚΕΑ δεν μπορούν να μεταφερθούν σε ένα άλλο τομέα, όπως η ΚΕΚ (πρότυπο ROSS)²⁷¹.

Συμπερασματικά, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι πολλές από τις δυνατότητες δράσης και διαδικασίες της ΚΕΚ (Δημόσιες Σχέσεις, συνεντεύξεις,

²⁶⁷ Ασημακοπούλου Μ. – Ζάρναρη Ο., Το Κράτος Πρόνοιας και η ΚΕ, περ. «Εκλογή», Απρίλης 1984, σελ. 6.

²⁶⁸ Ζωγράφου Α., Ο διπλός ρόλος της ΚΕ στο πλαίσιο των Κοινωνικών Οργανώσεων, σελ. 88.

²⁶⁹ Ζωγράφου Α., ΚΕΚ – Θεωρία – Πράξη – Προβληματισμοί, Πάτρα 1992, σελ. 56.

²⁷⁰ Ζωγράφου Α., ΚΕΚ – Θεωρία – Πράξη – Προβληματισμοί, Πάτρα 1992, σελ. 56.

²⁷¹ Ζωγράφου Α., ΚΕΚ – Θεωρία – Πράξη – Προβληματισμοί, Πάτρα 1992, σελ. 57.

συλλογή στοιχείων κ.λ.π.) δεν αποτελούν βασικά στοιχεία των άλλων μεθόδων της Κοινωνικής Εργασίας. Η πραγματοποίηση της ΚΕΚ απαιτεί ιδιαίτερες γνώσεις και εμπειρίες για τη συμμετοχή της Κοινωνικής Εργασίας σε διάφορα προγράμματα και την υλοποίησή τους²⁷².

Για το λόγο αυτό, ο κοινωνικός λειτουργός με την ΚΕΚ προσεγγίζει την κοινότητα έχοντας:

- ιδιαίτερη ευαισθησία για τα προβλήματα των κοινωνικά αδικούμενων ομάδων.
- πολύπλευρες θεωρητικές και πρακτικές γνώσεις σχετικά με τη Θεωρία και την πράξη της Κοινωνικής Εργασίας.
- μεγάλη αντοχή σε αποτυχίες και ικανότητα εποικοδομητικής αντιμετώπισης καταστάσεων σύγκρουσης.
- Ικανότητα θεωρητικής εμβάθυνσης πάνω στα διάφορα προβλήματα που παρουσιάζονται και τέλος
- προθυμία και ικανότητα συνεργασίας με τις σχετικές οργανώσεις και υπηρεσίες²⁷³.

Τέλος, ο Ross (1971) διαπιστώνει ότι οι περισσότερες από τις παραπάνω γνώσεις και εμπειρίες είναι χρήσιμες για όλους τους τομείς δράσης της Κοινωνικής Εργασίας, πλην όμως στην ΚΕΚ αποτελούν βασική προϋπόθεση²⁷⁴.

4.6 ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Πέρα από τις τρεις κλασσικές μεθόδους της, η Κοινωνική Εργασία πραγματοποιεί τους στόχους της χρησιμοποιώντας μια σειρά επιμέρους μεθόδων και τεχνικών που διευκολύνουν το έργο της και χρησιμοποιούνται άλλοτε ως ξεχωριστές μέθοδοι και άλλοτε ως υποστηρικτικά βοηθήματα των τριών βασικών μεθόδων Κοινωνικής Εργασίας.

²⁷² Ζωγράφου Α., ΚΕΚ – Θεωρία – Πράξη – Προβληματισμοί, Πάτρα 1992, σελ. 59.

²⁷³ Ζωγράφου Α., ΚΕΚ – Θεωρία – Πράξη – Προβληματισμοί, Πάτρα 1992, σελ. 59.

²⁷⁴ Ζωγράφου Α., ΚΕΚ – Θεωρία – Πράξη – Προβληματισμοί, Πάτρα 1992, σελ. 59.

Τέτοιες είναι η Συνέντευξη, η Συμβουλευτική Εργασία, η Έρευνα, η Έρευνα – Δράση, η Παιχνιδοθεραπεία, η Αξιολόγηση, η Πρόληψη, η Θεραπεία, η Αποκατάσταση κ.λ.π.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των κυριότερων από αυτές.

4.6.1 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ (COUNSELING)

Είναι μέθοδος και μορφή παρέμβασης για βοήθεια, στο άτομο (συμβουλευτική παρέμβαση). Ως **διανοητική διαδικασία**, αποσκοπεί στην εγκεφαλική κατανόηση του προβλήματος από τα άτομα, στη διασαφήνιση των συγκρούσεων σε σχέση με την πραγματικότητα, στην εκτόνωση των συναισθημάτων τους και στη σταδιακή βελτίωση της λειτουργικότητά τους²⁷⁵.

Μπορεί να ποικίλλει από απλή προληπτική ενέργεια μέχρι αντιστάθμιση και θεραπεία, από απλές τεχνικές συνεργασίας ως τις πιο σύγχρονες θεραπευτικές πρακτικές²⁷⁶.

Έχει **στόχο** να παρέμβει έγκαιρα και αποτελεσματικά για την επιτυχέστερη δυνατή προσαρμογή του ατόμου στο κοινωνικό του περιβάλλον και να βοηθήσει να εξελιχθεί σε ένα υγιές, πλήρες, αυτοπραγματούμενο άτομο, που έχει βούληση και την ικανότητα να συνυπάρχει με τα άλλα άτομα της κοινωνίας²⁷⁷.

Αντί του όρου **Συμβουλευτική** το 1991 η ΠΟΥ εισήγαγε τον όρο **Counseling**²⁷⁸ με τον εξής ορισμό:

Είναι βοήθεια ενός ανθρώπου με προβλήματα να καθορίσει (οριοθετήσει) το πρόβλημα και τη φύση του προβλήματος με λόγια, να κρίνει (επανεξετάσει) τις πιθανές λύσεις του και να διαλέξει μια λύση.

Η μέγιστη διαφορά Συμβουλευτικής και Κοινωνικής Εργασίας είναι ότι στη Συμβουλευτική γίνεται συνειδητή καθοδήγηση προς την επίλυση ενός

²⁷⁵ Δημοπούλου – Λαγωνίκα Μ., Συμβουλευτική σε Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες, Κοινωνική Εργασία, '92, τεύχος 27, σελ. 168.

²⁷⁶ Δημητρόπουλος Ε., Η Συμβουλευτική ως λειτουργία συνδετική των θεσμών επικούρησης του ασθενή, ΚΕ '92, τεύχος 27, σελ. 200.

²⁷⁷ Δημητρόπουλος Ε., Η Συμβουλευτική ως λειτουργία συνδετική των θεσμών επικούρησης του ασθενή, ΚΕ '92, τεύχος 27, σελ. 201.

²⁷⁸ Δουμίδη – Καραμοσχόγλου Δ., Συμβουλευτική σε Ιατρικές Υπηρεσίες, ΚΕ '92, τεύχος 27, σελ. 175.

προβλήματος και όχι παροχή υπηρεσιών²⁷⁹. Έχει δε έντονο προληπτικό χαρακτήρα²⁸⁰.

Μερικές κατηγορίες ατόμων και ειδικοί πληθυσμοί στους οποίους απευθύνεται η Συμβουλευτική είναι: Άτομα με ειδικές ανάγκες, χρόνιοι ασθενείς, κακοποιημένα άτομα, περιπτώσεις θανάτου ή ακόμη και άτομα που χρειάζονται μόνο ψυχολογική και συμβουλευτική στήριξη. Εφαρμόζεται επίσης σε περιστατικά κρίσης, όπου το άγχος είναι υψηλό και το άτομο κινητοποιεί δυνάμεις για άμεση λύση του προβλήματος²⁸¹.

Στα Γενικά Νοσοκομεία ο συμβουλευτικός ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού αφορά κυρίως:

- α) Προετοιμασία του ασθενή για χειρουργική επέμβαση.
- β) Συζήτηση για τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενή για μείωση του άγχους του, υποστήριξη και καθοδήγηση για «προσαρμογή» στην αρρώστια και τη σταδιακή ανάρρωση.
- γ) Υποστήριξη και συνολική ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση σε περιπτώσεις σοβαρών ασθενειών ή και ατυχημάτων, που απειλείται η ακεραιότητα ή ακόμη και η ζωή του ατόμου.
- δ) Χειρισμός των συναισθημάτων άγχους, απώλειας (loss) πένθους (mourning) και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που συνυπάρχουν στην οικογένεια του ασθενή σε χρόνιες ασθένειες (π.χ. καρκίνος), όπου το άγχος είναι υψηλό ανάμεικτο με το φόβο ή και την αναμονή θανάτου²⁸².

Στο χώρο του Νοσοκομείου, οι ευκαιρίες που δίνονται στον κοινωνικό λειτουργό για Συμβουλευτική Εργασία είναι απεριόριστες, αρκεί να υπάρχουν πρακτικές και οργανωτικές δομές και δυνατότητες π.χ. επαρκής αναλογία Κοινωνικών λειτουργών και ασθενών και η συντονισμένη προσπάθεια κι επιμονή για εφαρμογή προγραμμάτων ατομικής και ομαδικής συμβουλευτικής. Η αναγκαιότητα παρέμβασης υπάρχει και στα τρία επίπεδα, στους ασθενείς, στην

²⁷⁹ Δημοπούλου Λαγωνίκα Μ., Συμβουλευτική σε Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες, Κοινωνική Εργασία, '92, τεύχος 27, σελ. 168.

²⁸⁰ Δημοπούλου Λαγωνίκα Μ., Συμβουλευτική σε Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες, Κοινωνική Εργασία, '92, τεύχος 27, σελ. 171.

²⁸¹ Δημοπούλου – Λαγωνίκα Μ., Συμβουλευτική σε Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες, περ. Κοινωνική Εργασία, '92, τεύχος 27, σελ. 171.

²⁸² Δημοπούλου – Λαγωνίκα Μ., Συμβουλευτική σε Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες, περ. Κοινωνική Εργασία, '92, τεύχος 27, σελ. 172-173.

οικογένεια και το προσωπικό. Δυστυχώς, όμως στα Γενικά Νοσοκομεία, οι Κοινωνικοί λειτουργοί, εξαιτίας μιας συχνά άκαμπτης οργανωτικής δομής καλούνται αρκετές φορές να περιοριστούν στην παροχή υπηρεσιών μόνο, εξυπηρετώντας περιστατικά άμεσου ανάγκης, κάτι που χαρακτηρίζει μονοδιάστατα το ρόλο τους²⁸³.

4.6.2 ΕΡΕΥΝΑ

Σκοπός της έρευνας είναι να δώσει απαντήσεις σε προβλήματα που παρουσιάζονται στην Κοινωνική Εργασία και διευρύνουν τις γνώσεις και τα προγράμματα στον τομέα της Κοινωνικής Εργασίας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, εφόσον και οι δύο πρακτικές έχουν ως κοινό σημείο αναφοράς τη διαδικασία λύσης προβλημάτων²⁸⁴.

Συχνά η Κοινωνική έρευνα συμπεριλαμβάνει παρατήρηση.

Τα πιο κοινά μέσα εφαρμογής της έρευνας είναι οι συνεντεύξεις και η χρήση ερωτηματολογίων – κοινωνιομετρικών tests²⁸⁵.

4.6.3 ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Πρόκειται για διεργασία ανάλυσης και εστίασης σε συγκεκριμένα σημεία του προβλήματος. Μέθοδος της κοινωνικής εργασίας που χρησιμοποιείται ως υποβοηθητική και ως μέσο δράσης των βασικών μεθόδων άσκησης κοινωνικής εργασίας.

Η Συνέντευξη επιτρέπει στον Κοινωνικό Λειτουργό να συγκεντρώσει όλη του την προσοχή πάνω στο συγκεκριμένο πελάτη, ο οποίος δεν μπορεί ούτε στιγμή να ξεφύγει από το πρόβλημά του, όπως γίνεται στην ομάδα με τη σύγχυση της αλληλεπιδράσεως. Περιορίζει την τάση του Κοινωνικού Λειτουργού για ομιλία και τον κάνει να ακούει προσεκτικά και να βοηθάει το άτομο να αναλύσει το πρόβλημα, να βρει τα σπουδαιότερα σημεία και να το χωρίσει σε διάφορα τμήματα. Αν

²⁸³ Δημοπούλου – Λαγωνίκα Μ., Συμβουλευτική σε Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες, περ. Κοινωνική Εργασία, '92, τεύχος 27, σελ. 172.

²⁸⁴ Κανδηλάκη Α, Η έρευνα στην ΚΕ- Ποιοτική συλλογή και ανάλυση δεδομένων – σύντομη προσέγγιση, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, σελ. 151-152.

²⁸⁵ Κατσορίδου – Παπαδοπούλου Χρ., Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, σελ. 84.

χρειαστεί ο Κοινωνικός Λειτουργός ζητάει μεγαλύτερη βοήθεια από άλλη υπηρεσία της ίδιας ή διαφορετικής οργάνωσης²⁸⁶.

Συνεντεύξεις μπορούν να πραγματοποιηθούν:

- A:
- κατά την αρχική συνάντηση πελάτη – Κοινωνικού Λειτουργού
 - έκτακτα (ύστερα από επιδίωξη του πελάτη ή από προτροπή του ίδιου του Κοινωνικού Λειτουργού)
 - σε καθορισμένο χρόνο (για βοήθεια και επίλυση προβλημάτων)²⁸⁷
- B: Για εσωτερικό ασθενή, σύμφωνα με την Εγκύκλιο της 14/2/56:
- στο θάλαμο νοσηλείας ή
 - στο γραφείο του Κοινωνικού Λειτουργού

Με τον τρόπο αυτό επισημαίνεται το συγκεκριμένο πρόβλημα του ασθενούς, καθώς και τα οικογενειακά, οικονομικά και ψυχολογικά του προβλήματα που επηρεάζουν τη θεραπεία του.

4.7 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΕΘΟΔΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Συχνά οι περισσότερες περιπτώσεις που φτάνουν στις Κοινωνικές Υπηρεσίες των Νοσοκομείων είναι μικτές και παρουσιάζουν προβλήματα περισσότερα του ενός. Η Κοινωνική Εργασία στις περιπτώσεις αυτές επικεντρώνεται στην εφαρμογή περισσότερων της μιας μεθόδων ή και σε συνδυασμό αυτών για κάθε περίπτωση χωριστά. Για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητο να δοθεί μια συγκεντρωτική εικόνα των βασικότερων σημείων όλων των μεθόδων που χρησιμοποιεί η Κοινωνική Εργασία στα πλαίσια ενός Νοσοκομείου.

Ο πίνακας που ακολουθεί αποτελεί τη συνοπτική παρουσίαση των μεθόδων “της παρά Νοσοκομείους Κοινωνικής Εργασίας”.

²⁸⁶ Wilson – Ryland, ΚΕ με Ομάδες, σελ. 91-92.

²⁸⁷ Wilson – Ryland, ΚΕ με Ομάδες, σελ. 94.

Α/Α	ΜΕΘΟΔΟΣ	ΟΡΙΣΜΟΣ-ΣΚΟΠΟΣ	ΡΟΛΟΣ	ΜΕΣΑ ΔΡΑΣΗΣ	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗ-ΜΑΤΑ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗ-ΜΑΤΑ
1	ΚΕΑ	Διεργασία λύσης μεμονωμένων προβλημάτων	Θεραπευτικός	1)Επαγγελματική σχέση πελάτη – ΚΑ 2)Παροχή τρόπου επεξεργασίας του προβλήματος από τον ίδιο τον πελάτη 3)Παροχή ευκαιριών και βοηθημάτων 4)Συνέντευξη	1) Ιδιόσυση προσοχή στον άνθρωπο ως ξεχωριστή οντότητα που διαφέρει από το κοινωνικό σύνολο	1)Ρόλος μόνο θεραπευτικός και όχι προληπτικός 2)Τεμαχισμός πελατών σε περιπτώσεις 3)Συγκέντρωση ενδιαφέροντος σε συμπτώματα και όχι σε αίτια του προβλήματος
2	ΚΕΟ	Διεργασία κατεύθυνσης της ομαδικής ζωής από τον ΚΑ	Θεραπευτικός Υποστηρικτικός	1)Επαγγελματική σχέση πελάτη – ΚΑ 2)Μέσα προγράμματος 3) Ομάδα	1)Εξασφάλιση ευνοϊκού περιβάλλοντος για τα μέλη 2)Ανάπτυξη κοινωνικοποίησης προβληματικών μελών	1)Συχνά μη εφαρμοζόμενη στα σημερινά Νοσοκομεία 2)Μόνο θεραπευτικός και όχι προληπτικός ρόλος 3) Η επιτυχία της εξαρτάται από τη σχέση πελάτη –ΚΑ και από την προσωπικότητα του ΚΑ
3	ΚΕΜΟ	Διεργασία προσέγγισης θεμάτων δυσλειτουργίας της οικογένειας και αλληλοεπιδρώντων συστημάτων που την επηρεάζουν	Θεραπευτικός Υποστηρικτικός	1)Επαγγελματική σχέση πελάτη – ΚΑ 2)Συνεντεύξεις 3)Κατ' οίκον επισκέψεις	1)Θεραπευτικός και Προληπτικός ρόλος 2)Συχνά εφαρμοζόμενη στα σημερινά Νοσοκομεία	
4	ΚΕΚ	Διαμεθοδική μέθοδος εργασίας στο πλαίσιο του Κοινωνικού σχεδιασμού για την εξάλειψη προβλημάτων ομάδων του πληθυσμού	Προληπτικός Συμβικός Υποστηρικτικός	1)Επαγγελματική σχέση πελάτη – ΚΑ 2)Ομάδες επιρροής της κοινότητας	1)Προληπτικός ρόλος 2)Επίκεντρο η αποστολή και ο στόχος	1) Ανεπαρκείς πηγές βοήθειας από κοινότητα
5	Συμβουλευτική (Counseling)	Λιανητική διαδικασία με στόχο την παρέμβαση για βοήθεια στο άτομο	Προληπτικός Συμβουλευτικός Υποστηρικτικός	1)Επαγγελματική σχέση πελάτη – ΚΑ	1)Έντονος προληπτικός χαρακτήρας 2)Πολύ συχνά εφαρμοζόμενη στα Νοσοκομεία	1)Η επιτυχία της εξαρτάται από τη σχέση πελάτη –ΚΑ και από την προσωπικότητα του ΚΑ
6	Έρευνα	Μέθοδος με σκοπό να δώσει απαντήσεις σε προβλήματα της ΚΕ και να διευκύνει τις γνώσεις και τα προγράμματά της	Έρευνητικός	1)Συνέντευξη 2)Έρεσηματολόγια- Κοινωνιομετρικά tests	1)Έντοπος ρόλος προβληματικών καταστάσεων	Σχεδόν ανίπαρκτη λόγω ελάχιστου χρόνου από ΚΑΝ
7	Συνέντευξη	Διεργασία ανάλυσης και εστίασης σε συγκεκριμένα σημεία του προβλήματος	Θεραπευτικός	1) Η ίδια μέθοδος	1) Επικέντρωση στον συγκεκριμένο πελάτη	

Πίνακας 4.1 : Συνοπτικός πίνακας παρουσίασης των μεθόδων της ΚΕ Νοσοκομείου

Συμπερασματικά, και όπως παρατηρείται στον πίνακα, διαπιστώνεται ότι:

- ✓ Η χρήση των μεθόδων Κοινωνικής Εργασίας δεν γίνεται με την ίδια συχνότητα στα νοσοκομειακά πλαίσια. Η πιο συχνά εφαρμοζόμενη μέθοδος εργασίας από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς είναι η «Κατά περίπτωση Κοινωνική Εργασία» ή Casework, μια και ο κάθε ασθενής στο Νοσοκομείο αντιμετωπίζει διαφορετικό πρόβλημα και αποτελεί ξεχωριστή οντότητα με διαφορετικές ψυχοσωματικές και κοινωνικές ανάγκες. Η ΚΕΑ χρησιμοποιείται έτσι για κάθε εξυπηρετούμενο.
- ✓ Από τις υποβοηθητικές μεθόδους εργασίας σε κάθε περίπτωση εφαρμόζεται η Συνέντευξη.
- ✓ Πολύ συχνά εφαρμόζεται η ΚΕΜΟ, η Συμβουλευτική και η ΚΕΚ, σπάνια εφαρμόζεται η ΚΕΟ, ενώ σχεδόν ανύπαρκτη είναι η έρευνα.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ ΚΕ	ΜΕΘΟΔΟΙ
Για κάθε περίπτωση	ΚΕΑ
	ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ
Πολύ συχνά	ΚΕΜΟ
	ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ
	ΚΕΚ
Σπάνια	ΚΕΟ
Ποτέ	ΕΡΕΥΝΑ

Πίνακας 4.2: Συχνότητα εφαρμογής μεθόδων της ΝΚΕ

- ✓ Όσον αφορά στην αποσαφήνιση του ρόλου τους στην άσκηση της Κοινωνικής Εργασίας, οι μέθοδοι ΚΕΑ, ΚΕΟ και Συνέντευξη έχουν μόνο θεραπευτικό ρόλο και όχι προληπτικό, η ΚΕΜΟ έχει τόσο προληπτικό όσο και θεραπευτικό χαρακτήρα, ενώ αντίθετα στην ΚΕΚ και στη Συμβουλευτική ο ρόλος είναι έντονα προληπτικός.
- ✓ Στις περισσότερες μεθόδους Κοινωνικής Εργασίας το βασικό μέσο δράσης του Κοινωνικού Λειτουργού είναι ως επί το πλείστον η ίδια η επαγγελματική σχέση πελάτη-Κοινωνικού Λειτουργού.

- ✓ Οι βασικοί ανασχετικοί παράγοντες στην εφαρμογή των μεθόδων Κοινωνικής Εργασίας είναι για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι ανεπαρκείς πηγές βοήθειας από την κοινότητα (ΚΕΚ) και η έλλειψη χρόνου για την εφαρμογή της έρευνας λόγω υπερφόρτωσης του ρόλου και του έργου των Νοσοκομειακών Κοινωνικών Λειτουργών και της έλλειψης επαρκούς προσωπικού για τη στελέχωση των Κοινωνικών Υπηρεσιών Νοσοκομείων, καθώς και η ίδια η επαγγελματική σχέση πελάτη-Κοινωνικού Λειτουργού, η οποία συχνά γίνεται εύθραυστη.

4.8 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Συμπερασματικά, για όλες τις μεθόδους Κοινωνικής Εργασίας, διαπιστώνουμε ότι:

- 1) *Επίκεντρο του ενδιαφέροντος όλων ανεξαιρέτως των μεθόδων Κοινωνικής εργασίας είναι γενικά ο άνθρωπος και απώτερος σκοπός της εφαρμογής τους είναι:*
 - ✓ Η επίτευξη και διατήρηση ισορροπίας μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος στο οποίο βρίσκεται.
 - ✓ Η εξασφάλιση της ψυχικής και κοινωνικής υγείας και ευημερίας του ατόμου αλλά και της κοινωνίας ως συνόλου.
 - ✓ Η αύξηση της προσαρμοστικής ικανότητας του ατόμου για την αντιμετώπιση των δυσμενών συνθηκών της ζωής.
 - ✓ Η σύνδεση του ατόμου με τις διαθέσιμες πηγές του περιβάλλοντος.
 - ✓ Η άμβλυση των κοινωνικών ανισοτήτων και
 - ✓ η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη μείωση των κοινωνικά μειονεκτούντων.
- 2) Βασικό κοινό σημείο αναφοράς της ΚΕΟ, της ΚΕΜΟ και της ΚΕΚ, καθώς και της Έρευνας, αν θεωρηθεί ως ομάδα το αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων που επιλέγεται για την περάτωση της και για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων- κοινωνιομετρικών tests, είναι ότι και οι τέσσερις μέθοδοι Κοινωνικής Εργασίας εργάζονται με ομάδες στόχου, με διαφορετικό όμως προσανατολισμό η καθεμιά: η ΚΕΜΟ και η ΚΕΟ για να προσεγγίσουν θέματα δυσλειτουργίας και να αντιμετωπίσουν καταστάσεις ψυχοκοινωνικής

παθολογίας, ενώ βασικός στόχος της ΚΕΚ είναι η επίλυση προβλημάτων από την κοινότητα με δικά της μέσα. Ο ρόλος της δε είναι προληπτικός. Αντίθετα, η Έρευνα αποσκοπεί στον εντοπισμό προβληματικών καταστάσεων και στη διεύρυνση των γνώσεων και προγραμμάτων της Κοινωνικής Εργασίας.

- 3) *Ενώ η παραδοσιακή Κοινωνική Εργασία (ΚΕΑ) επικεντρώνει τη δραστηριότητά της σε κοινωνικά «αποκλίνοντα» άτομα και προσανατολίζεται στον «τεμαχισμό των μεμονωμένων περιπτώσεων», έχοντας και ως μέσο δράσης συν τοις άλλοις και τη μέθοδο της Συνέντευξης, οι μέθοδοι ΚΕΟ και ΚΕΚ έχουν σαν στόχο διάφορες πληθυσμιακές ομάδες και η αντιμετώπισή τους είναι σφαιρική.*
- 4) Στην Casework και στις υποβοηθητικές της μεθόδους, Συνέντευξη και Συμβουλευτική, το ενδιαφέρον του Κοινωνικού Λειτουργού επικεντρώνεται περιστασιακά στις ανάγκες του πελάτη, ενώ η ΚΕΚ είναι η μόνη μέθοδος Κοινωνικής Εργασίας που επικεντρώνεται κυρίως στην αποστολή και στο στόχο, προωθώντας έτσι την ευαισθητοποίηση της κοινότητας προληπτικά.
- 5) *Όλες πάντως οι μέθοδοι κοινωνικής Εργασίας (βασικές και υποβοηθητικές) είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένες μεταξύ τους, αφού τα άτομα είναι μέλη μικρών και μεγάλων ομάδων μέσα στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.*

ΜΕΡΟΣ Β΄:

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ – Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ
ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

Το Β' Μέρος αφορά το Νοσοκομείο Καλαμάτας και τη λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας μέσα στο χώρο αυτό.

Αποτελείται από δύο κεφάλαια.

Στο πρώτο επιχειρείται γενική παρουσίαση του Νοσοκομείου Καλαμάτας. Στόχος του είναι να δοθεί η συνολική εικόνα και περιγραφή του ΓΝ από την ίδρυσή του μέχρι σήμερα και ιδιαίτερα η λειτουργία του την εξεταζόμενη περίοδο 1997 έως 2001, πριν δηλαδή και μετά τη μεταφορά του στις νέες κτιριακές εγκαταστάσεις. Έτσι αναλύεται ιστορικά, γεωγραφικά, ποσοτικά (υπηρεσίες) και ποιοτικά. Η ανάλυση του δίδει το καθεστώς λειτουργίας μέσα στο οποίο δραστηριοποιείται η Κοινωνική Υπηρεσία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται γενική παρουσίαση της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ. Στόχος του είναι η παρουσίαση των παρεχόμενων υπηρεσιών που προσφέρει το συγκεκριμένο τμήμα, και η λειτουργία του, τόσο σε συνεργασία με τον πελάτη μέσα και έξω από το Νοσοκομείο, όσο και σε συνεργασία με άλλους φορείς με σκοπό τη θεραπεία αλλά και την πρόληψη σε κοινωνικό επίπεδο.

Για το λόγο αυτό αναλύεται ιστορικά, χωροθετικά, λειτουργικά, σε συνεργασία με φορείς μέσα και έξω από το ΓΝ και αναφέρονται τα προβλήματα δυσλειτουργίας της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρείται η γενική παρουσίαση του ΓΝ Καλαμάτας.

Ειδικότερα περιλαμβάνονται τα παρακάτω υποκεφάλαια:

- Ιστορική αναδρομή
- Θέση και Χωροκατανομή
- Διοικητική Δομή και Οργάνωση
- Ανάλυση της Νοσολογικής Κίνησης
- Δείκτες Αποδοτικότητας

5.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ως πρώτη στέγη του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου χρησιμοποιήθηκαν τα λεγόμενα Αλεξανδράκεια Κληροδοτήματα, τα οποία συστάθηκαν το **1877**, σύμφωνα με τη Διαθήκη του Μεγάλου Ευεργέτη Σπυρίδωνα Αλεξανδράκη²⁸⁸.

Το σημερινό Αλεξανδράκειο Γηροκομείο (στέγη) λειτούργησε αρχικά ως πτωχοκομείο ως το **1934**, όπου και χωρίστηκε σε:

- Πτωχοκομείο και
- Νοσοκομείο

Το **1940**, κατά τη διάρκεια του ελληνοϊταλικού πολέμου γίνεται επίταξη του Νοσοκομείου από τα Ιταλικά Στρατεύματα.

Δεκαεπτά χρόνια αργότερα (**1957**) γίνονται τα πρώτα σχέδια του κτιριακού συγκροτήματος του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου με χωρητικότητα 70 κλινών, το οποίο αρχίζει τη λειτουργία του δύο χρόνια μετά (**1959**), ενώ ταυτόχρονα προστίθεται και νέο τμήμα στο κτίριο που χαρακτηρίζεται ως "Οίκος Αδερφών" και που χαρακτηρίζεται ως Επαγγελματική Νοσηλευτική Σχολή (ΜΤΕΝΣ).

Την ίδια χρονική περίοδο, διευρύνεται ο χώρος του ΓΝΚ και αποκτά χωρητικότητα 130 κλινών. Το τελευταίο στάδιο της κτιριακής εξέλιξης του πραγματοποιείται το έτος **1980** με την προσθήκη της νέας πτέρυγας, με αποτέλεσμα την αύξηση της δύναμης του σε 250 κλίνες.

²⁸⁸ Κούκη Βασιλική, Η νοσηλευτική Υπηρεσία του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Καλαμάτας, Πτυχιακή Εργασία, Καλαμάτα 200, σελ. 2.

Το 1989 αρχίζει η θεμελίωση του **Νέου Νοσοκομείου** και ολοκληρώνεται το έτος **2000** με την μεταφορά και τη λειτουργία του στις νέες πια εγκαταστάσεις.

Σύμφωνα με την πρόταση αναμόρφωσης του Οργανισμού του Νοσοκομείου, η συνολική δύναμή του ορίζεται σε 321 κλίνες. (αρ. **A31/οικ. 3640/22-2-90 κοινή Υπουργική απόφαση ΦΕΚ 177/16-3-90**).

Αφετηρία ίδρυσης του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Καλαμάτας αποτέλεσε το Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης (**ΦΕΚ**) **296 (29 Δεκεμβρίου 1947)** του Βασιλείου της Ελλάδας. Σ' αυτό γίνεται η πρώτη αναφορά «περί κυρώσεως του Οργανισμού του Κρατικού Νοσοκομείου Καλαμών».

Συνιστάται στην πόλη της Καλαμάτας Νοσοκομείο με μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), με σκοπό τη νοσηλεία κοινών νοσημάτων, με δύναμη που ορίζεται στις 50 κλίνες.

Το Νοσοκομείο διοικείται από Διοικητικό Συμβούλιο (ΔΣ).

Οι υπηρεσίες του διακρίνονται σε:

- α) Διοικητική: (Διεύθυνση, Γραμματεία, Οικονομικές Υπηρεσίες, Βοηθητικές Υπηρεσίες)
- β) Ιατρική: (Παθολογική Κλινική, Χειρουργική κλινική, Μαιευτική Κλινική καθώς και τα αντίστοιχα εξωτερικά Ιατρεία, Εργαστηριακό Τομέα)
- γ) Νοσηλευτική

Την **20η Φεβρουαρίου 1956**, με το **ΦΕΚ 69 του Βασιλείου της Ελλάδος**, πραγματοποιείται η πρώτη εναρμόνιση στον Οργανισμό του Νοσοκομείου. Σκοπός του είναι η Ιατρική και Νοσηλευτική περίθαλψη των ασθενών με κοινά νοσήματα, ενώ αποκλείονται οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια και ανίατα νοσήματα. Η δύναμη του ορίζεται σε 60 κλίνες.

Το Νοσοκομείο διοικείται από το Διοικητικό Διευθυντή και οι υπηρεσίες του ορίζονται ως εξής:

- α) Διοικητική
- β) Ιατρική
- γ) Νοσηλευτική
- δ) Βοηθητική

Η υπ' αρ. **A3B/1461/30-9-86** υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 634/30-9-86) αποτελεί τον Οργανισμό του Νοσοκομείου έως το έτος 2001.

Το Νοσοκομείο φέρει την επωνυμία "Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καλαμάτας".

Σκοπός του είναι:

- α)** Η παροχή στο πλαίσιο και στην ένταση της διάρθρωσης της Ιατρικής Υπηρεσίας, Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Περιθαλψης, ισότιμα για κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του εθνικού συστήματος Υγείας (ΕΣΥ).
- β)** Η ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας
- γ)** Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης, συνεχούς εκπαίδευσης γιατρών, καθώς και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης λειτουργών άλλων κλάδων υγείας.

Το ΓΝΚ απαρτίζεται από τις εξής υπηρεσίες:

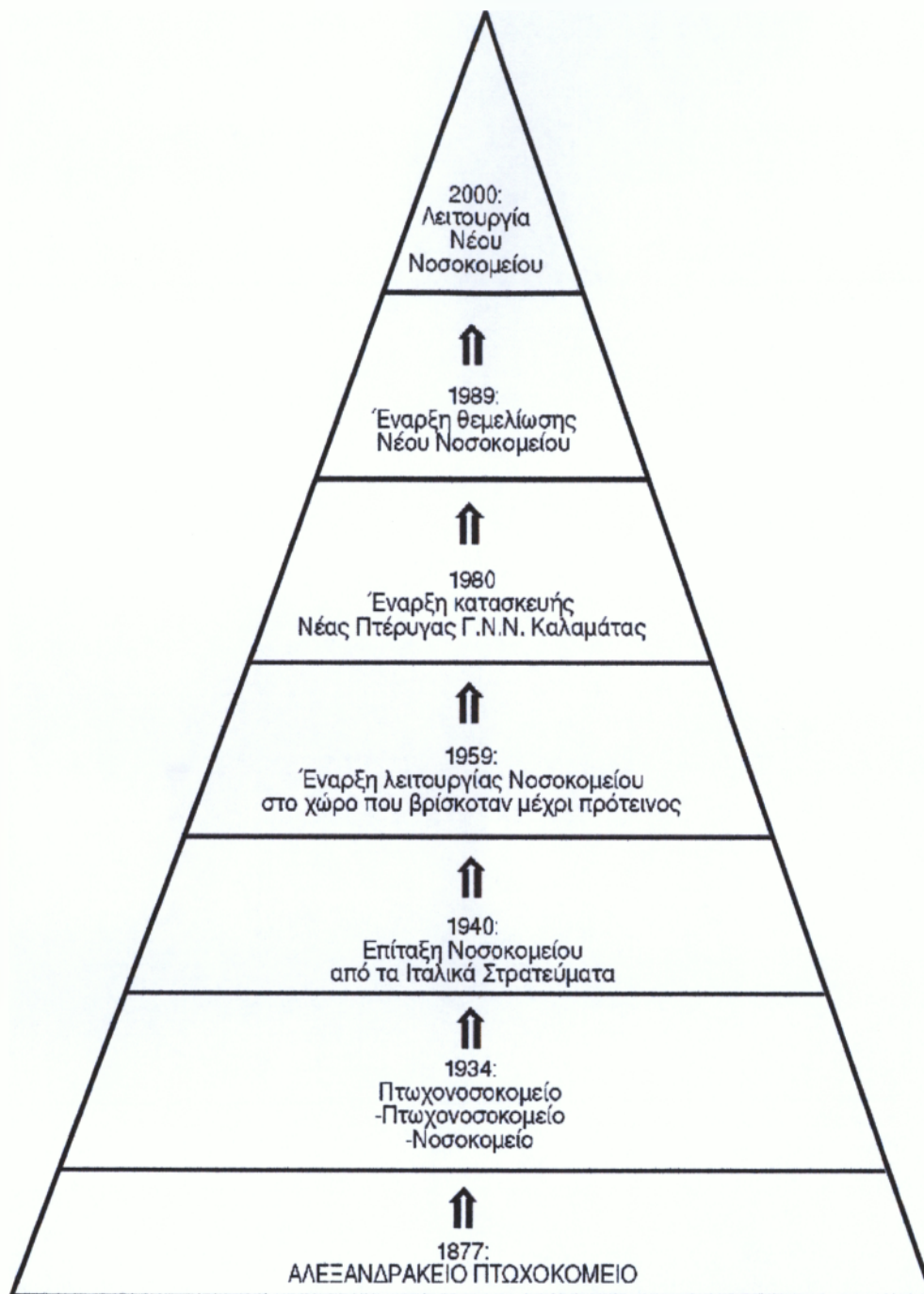
- α)** Ιατρική
- β)** Νοσηλευτική
- γ)** Διοικητική

Κάθε υπηρεσία έχει δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση.

Η δύναμη του ορίζεται σε 250 κλίνες.

Σημειώνεται ότι η αναμόρφωση για το νέο Νοσοκομείο το 2001 έχει εγκριθεί, αν και από το έτος 2000 το Ίδρυμα λειτουργεί με πραγματοποιημένες αλλαγές που συνίστανται στην ανάπτυξη νέων κλινών και στη δημιουργία νέων μονάδων (ΜΜΑ, Εμφραγμάτων και Οτωρρινολογική Κλινική)

Στο σχήμα που ακολουθεί παρουσιάζεται συνοπτικά η ιστορική εξέλιξη του Γ.Ν. Καλαμάτας.



Σχήμα 5.1: Κτιριακή εξέλιξη Γ.Ν.Κ.

Πηγή: Ιδία έρευνα

5.2 ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΧΩΡΟΚΑΤΑΝΟΜΗ

5.2.1 ΘΕΣΗ

Το Γ.Ν.Κ. έχει έδρα στο Δημοτικό Διαμέρισμα Καλαμάτας του Ν. Μεσσηνίας.

Ο Νομός Μεσσηνίας βρίσκεται στο Νοτιοδυτικό τμήμα της Πελοποννήσου και αποτελείται από τέσσερις επαρχίες:

- > Καλαμάτας
- > Μεσσήνης
- > Πυλίας
- > Τριφυλίας,

στις οποίες συγκαταλέγονται 29 δήμοι και 2 κοινότητες.

Έχει έκταση 2.999 km² και πληθυσμό 176.876 κατοίκους (απογρ. 2001) έναντι 166.964 κατοίκων (της απογραφής του 1991^{289*}).

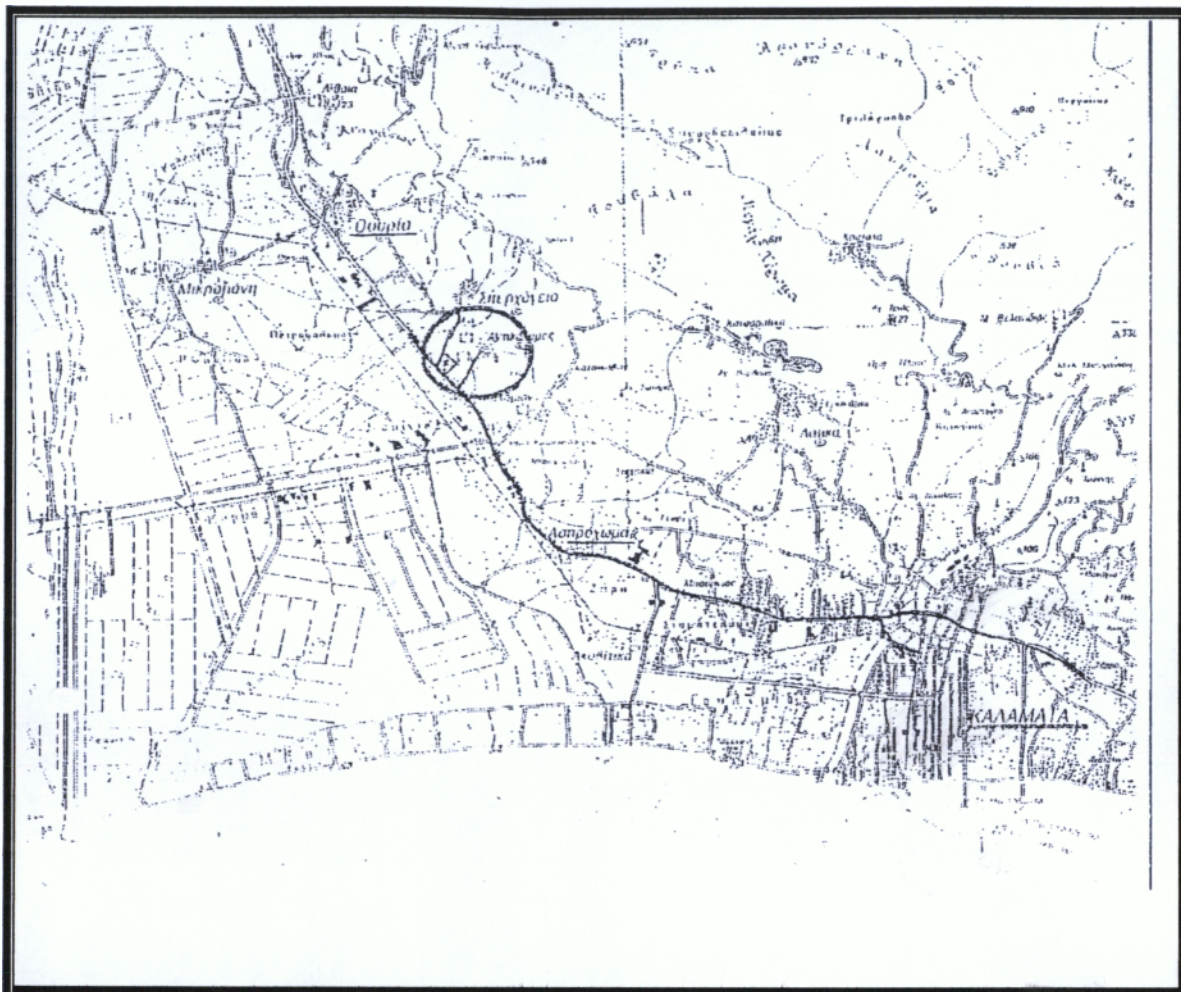
Το νέο κτίριο του ΓΝ Καλαμάτας βρίσκεται εκτός πόλεως, επί του 7^{ου} χιλ. της Εθνικής Οδού Καλαμάτας – Τριπόλεως και συγκεκριμένα στο χωριό Αντικάλαμος. Η Εθνική οδός αποτελεί και την κύρια οδό πρόσβασης προς και από το Νοσοκομείο²⁹⁰.

Το παλαιό δε κτίριο είναι τοποθετημένο στην πόλη της Καλαμάτας και συγκεκριμένα στο βορειοδυτικό τμήμα της επί της οδού Αθηνών 99.

²⁸⁹ Αποτελέσματα απογραφής 2001 και 1991 από Στατιστική Υπηρεσία της Νομαρχίας Ν. Μεσσηνίας

* Για την παρούσα έρευνα χρησιμοποιούνται αποτελέσματα της απογραφής του 1991 γιατί η εξεταζόμενη περίοδος είναι η πενταετία 1997 – 2001.

²⁹⁰ Βλέπε χάρτη 1



Χάρτης 1: Θέση του ΓΝΝΚ.

Πηγή: Τμήμα Αστικής συγκοινωνίας Ν. Μεσσηνίας

5.2.2 ΧΩΡΟΚΑΤΑΝΟΜΗ

Το νέο κτίριο του Νοσοκομείου Καλαμάτας είναι συνολικής έκτασης 24.273 m² (έναντι 7.200 m² του παλαιού) και έχει κτιστεί σε οικόπεδο συνολικής εκτάσεως 43.00 m² (έναντι 21.600 m² του παλαιού αντίστοιχα).

Περιλαμβάνει:

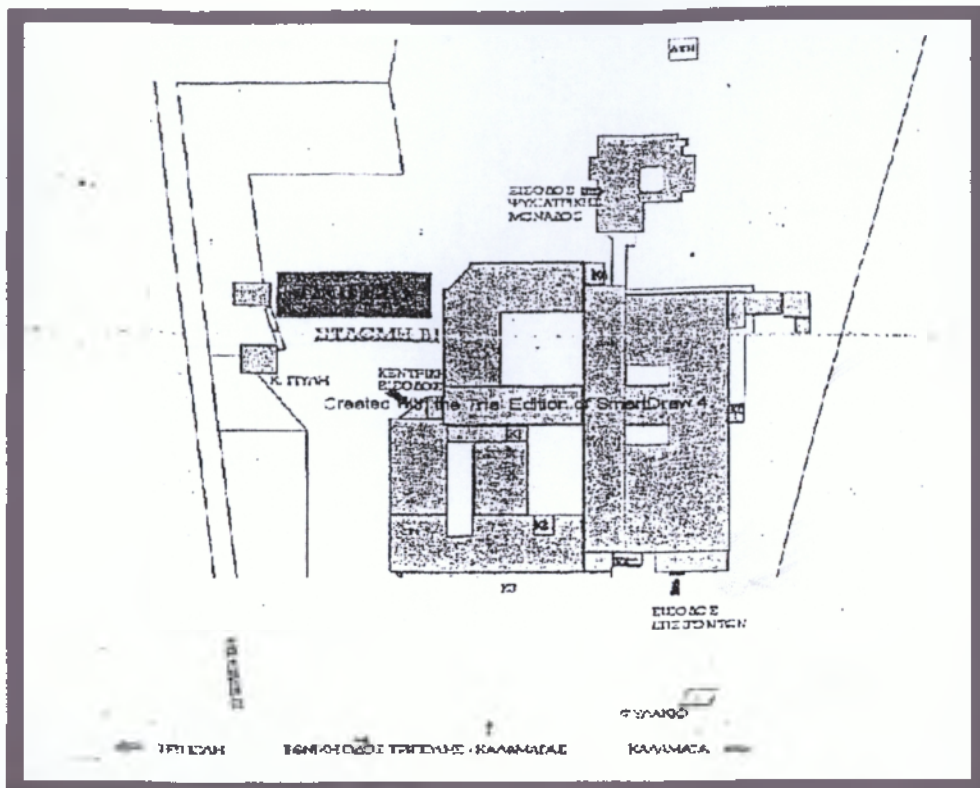
- Το κυρίως κτίριο
- Κτίριο Ψυχιατρικής μονάδας (**συμπεριλαμβανομένου και του τμήματος της Κοινωνικής Υπηρεσίας**)
- Επιμέρους βοηθητικά κτίρια, τα οποία αποτελούνται από:
 - i. Θυρωρείο κύριας εισόδου και αναμονής επισκεπτών
 - ii. Θυρωρείο εισόδου Επειγόντων Περιστατικών
 - iii. Ανθοπωλείο
 - iv. Ενιαία κατασκευή που περιλαμβάνει χώρους για τα ιατρικά αέρια, χώρους μετασχηματιστών υψηλής τάσης ΔΕΗ, δεξαμενές νερού, αντλιοστάσιο, δεξαμενές καυσίμων και συνεργεί αυτοκινήτων.

Το κυρίως κτίριο αποτελείται από 5 επίπεδα συνολικά.

Επιπλέον η Ψυχιατρική μονάδα αποτελεί ξεχωριστό ισόγειο κτίριο.

Ο εξωτερικός χώρος του Νοσοκομείου διαμορφώνεται κηποτεχνικά. Αποτελείται από: χώρο στάθμευσης, Είσοδο Επειγόντων Περιστατικών και αυλή τροφοδοσίας.

Το ακόλουθο σχήμα παρουσιάζει την κάτοψη και τη θέση του νέου κτιρίου του Γ.Ν. Καλαμάτας. Σημειώνεται ότι για τις παλαιές εγκαταστάσεις η τεχνική υπηρεσία του Νοσοκομείου δεν διαθέτει κανένα σκαρίφημα.



Σχήμα 5.2 Κάτοψη και θέση νέου Κτιρίου Γ.Ν.Κ.

Η χωροκατανομή του νοσοκομείου παρουσιάζεται συνοπτικά στον ακόλουθο πίνακα:

ΧΩΡΟΙ	ΝΕΟ ΚΤΙΡΙΟ		ΠΑΛΑΙΟ ΚΤΙΡΙΟ	
	m ²	%	m ²	%
Οικόπεδο	43.000	100	21.600	100
Στεγασμένος	24.273	57	7.200	33,3
Ακάλυπτος	18.727	43	14.000	67,7

Πίνακας 5.1: Σύγκριση χωροκατανομής κτιριακών συγκροτημάτων του Γ.Ν. Καλαμάτας

Πηγή: Ιδία Έρευνα

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα το νέο Νοσοκομείο αποτελείται από διπλάσιο χώρο οικοπέδου και τριπλάσιο εστεγασμένο χώρο σε σύγκριση με το παλαιό.

Σήμερα ο εστεγασμένος χώρος καταλαμβάνει το 57% του συνολικού χώρου εγκατάστασης περίπου το ήμισυ του συνολικού εμβαδού του οικοπέδου, ενώ αντίστοιχα στο παλαιό κτίριο ο στεγασμένος χώρος καταλαμβάνει μόνο το 1/3 του συνολικού εμβαδού του οικοπέδου (33,3%) και η αναλογία του σε σχέση με τον ακάλυπτο χώρο ήταν 1/2.

Οι διαστάσεις των δύο κτιριακών συγκροτημάτων εκφράζονται καλύτερα με την παράθεση του δείκτη μικτού νοσοκομειακού χώρου²⁹¹:

$$\text{Δείκτης Μικτού Νοσοκομειακού Χώρου} = \frac{\text{σύνολο τ.μ. Εστεγασμένου νοσοκομειακού χώρου}}{\text{αριθμός κλινών}}$$

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται ο Δείκτης MNX για το παλαιό και νέο κτιριακό συγκρότημα του Νοσοκομείου Καλαμάτας.

Δείκτης Μ.Ν.Χ.	Παλαιό κτίριο			Νέο Κτίριο		Ελλάδα
	1997	1998	1999	2000	2001	
m^2 εστεγ.χώρου	28,8	28,8	28,8	75,6	75,6	55-65
οργανικές κλίνες						

Πίνακας 5.2: Δείκτης Μικτού Νοσοκομειακού Χώρου

Πηγή: Ιδία Έρευνα

Όπως παρουσιάζεται στο πίνακα, κατά τη διάρκεια λειτουργίας του Νοσοκομείου στο παλαιό συγκρότημα, ο δείκτης μικτού νοσοκομειακού χώρου ήταν πολύ χαμηλός, αντιστοιχούν δηλαδή μόνο 28,8 m^2 εστεγασμένου χώρου σε

²⁹¹ Δρούμπαλης Φώτιος, Σύγχρονες Μονάδες Υγείας, Μάθημα ειδικότητας τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Καλαμάτας, Κεφάλαιο 5, σελ. 5-7

κάθε οργανική κλίνη του Νοσοκομείου, τη στιγμή δηλαδή που ο Δείκτης στην Ελλάδα έφτανε τα 55-65 m² / κλίνη. Αυτό σημαίνει κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας στους πελάτες- ασθενείς του Νοσοκομείου.

Με τη μεταφορά και τη λειτουργία του Νοσοκομείου στο Νέο Κτίριο, εμφανίζεται μεγάλη αύξηση του μικτού νοσοκομειακού χώρου ανά κλίνη. Έτσι σε κάθε οργανική κλίνη αντιστοιχούν 75,6 m² μικτού εστεγασμένου χώρου.

Η αύξηση αυτή του μικτού νοσοκομειακού χώρου οφείλεται στο τριπλάσιο εμβαδόν του εστεγασμένου χώρου του νέου νοσοκομειακού συγκροτήματος και στον καλύτερο σχεδιασμό και στην αρχιτεκτονική των χώρων. Αύξηση του Δείκτη Μικτού Νοσοκομειακού Χώρου σημαίνει δυνατότητα για εγκατάσταση πληρέστερου μηχανολογικού εξοπλισμού και **πληρέστερη παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης**. Η διαφορά των τιμών του Δείκτη στο νέο κτίριο του ΓΝΚ με τις μέσες τιμές του Δείκτη ΜΝΧ που ισχύουν στην Ελλάδα φανερώνει ένα σύγχρονο Νοσοκομείο με ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας και αποδοτικότητα στις λειτουργίες του.

5.3 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΟΜΗ - ΟΡΓΑΝΩΣΗ

5.3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Όλα τα Νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον Οργανισμό τους.

Το Νοσοκομείο Καλαμάτας τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο που εξετάζεται (έτος 2001) διένυε το μεταβατικό στάδιο της αναμόρφωσης του Οργανισμού του, ο οποίος τη δεδομένη στιγμή βρισκόταν υπό έγκριση στο ΠΕΣΥ της Περιφέρειας Πελοποννήσου, στο οποίο υπάγεται. Μέχρι τη έγκρισή του παρέμενε σε ισχύ ο υφιστάμενος Οργανισμός του (**ΦΕΚ 634/30-986/7 Β'**).

Παρόλα αυτά, μέσα στα πλαίσια λειτουργίας του και κυρίως μετά τη μεταφορά του στις νέες εγκαταστάσεις και σύμφωνα με τις διατάξεις του **N. 2889/01** "Περί Βελτίωσης και Εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας", είχαν ήδη πραγματοποιηθεί αλλαγές υφιστάμενες τόσο στη διοικητική διάρθρωση και υπαγωγή του Νοσοκομείου, όσο και σε άλλους τομείς, που περιλάμβαναν τη λειτουργία των κλινικών, τη σφραγίδα, τη δυναμικότητα, τη νομική του μορφή και την επωνυμία του.

Επιπλέον, εξαιτίας του γεγονότος ότι η παρούσα Πτυχιακή Εργασία πραγματοποιεί έρευνα για την πενταετία μεταξύ των ετών 1997-2001, πριν ακόμα δηλαδή τεθεί σε εφαρμογή ο Ν. 2889/01, κρίνεται σκόπιμο να παρουσιαστεί η Δομή και η Οργάνωση πριν και μετά το 2001, σύμφωνα δηλαδή με το ΦΕΚ 634/30-9-86/τ.Β και με τον νέο Ν 2889/2001.

5.3.2 ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΦΕΚ 634/86/Τ.Β.

Σύμφωνα λοιπόν, με την υπ' αρ. **Α3β/οικ. 141β1** υπουργική απόφαση. **Άρθρο 2 αρ. ΦΕΚ 634/30-9-86/τ.β.** που αποτελούσε τον υφιστάμενο Οργανισμό του Νοσοκομείου έως το έτος 2001 το Νοσοκομείο Καλαμάτας υπαγόταν στις διατάξεις του Ν. 2592/1953 "περί οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως" (ΦΕΚ 254/Α/53) και αποτελούσε **Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου**, που διέπονταν από τις διατάξεις του ΝΔ αυτού, όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν μεταγενέστερα και από τις διατάξεις του Ν 1397/1983, Εθνικό Σύστημα Υγείας". Οριζόταν ως Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο και έφερε την επωνυμία "ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ".

Έδρα της Κεντρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου ήταν η πόλη της Καλαμάτας του Νομού Μεσσηνίας.

Το Νοσοκομείο είχε σφραγίδα στρογγυλή στην οποία αναγραφόντουσαν σε επάλληλους κύκλους "ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ-ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ – ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ" και στη μέση το εθνόσημο.

Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου ορίζονταν σε διακόσια πενήντα **(250) κρεβάτια**.

Αναμόρφωση του Οργανισμού του Νοσοκομείου δεν είχε εγκριθεί έως το τέλος της περιόδου που εξετάζεται.

Παρόλα αυτά, στην αρχή του 2001 το Νοσοκομείο λειτουργούσε κάτω από άλλες διοικητικές συνθήκες.

Από το Μάρτιο του 2001, με την εφαρμογή του **Ν. 2889/2001**, το Νοσοκομείο αλλάζει Νομικό Καθεστώς.

Παύει πλέον να αποτελεί ΝΠ.Δ.Δ. και μετατρέπεται σε **“Αποκεντρωμένη και ανεξάρτητη υπηρεσιακή μονάδα”** του ΠΕΣΥ Περιφέρειας Πελοποννήσου (με έδρα την Τρίπολη) με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

Αντί της επωνυμίας **“ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ”**, φέρει πια την επωνυμία **“ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ”**.

Έδρα του είναι το χωριό Αντικάλαμος του Δήμου Καλαμάτας, του Νομού Μεσσηνίας.

Το Νοσοκομείο φέρει σφραγίδα στρογγυλή, στην οποία αναγράφεται σε επάλληλους κύκλους **“ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ- ΠΕΣΥ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ”**, και στη μέση το εθνόσημο

Η συνολική δύναμή του ανέρχεται σε 321 κλίνες.

5.3.3 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΟΜΗ – ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Το Νοσοκομείο Καλαμάτας από τις αρχές του 2001 αποτελεί όπως ήδη αναφέρθηκε προηγουμένως **“Αποκεντρωμένη και ανεξάρτητη υπηρεσιακή μονάδα του ΠΕΣΥ Πελοποννήσου**, υπόκειται δε στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Η εποπτεία και ο συντονισμός ασκείται από το ΠΕΣΥ Πελοποννήσου με έδρα την Τρίπολη.

Όργανα Διοίκησης του Νοσοκομείου είναι:

α) Το 5μελές Συμβούλιο Διοίκησης (ΣΔ), το οποίο αποτελείται:

- από τον Δ/ντή του Νοσοκομείου ως Πρόεδρο
- τον Δ/ντή της Διοικητικής Υπηρεσίας
- τον Δ/ντή της Ιατρικής Υπηρεσίας
- τον Δ/ντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και
- τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου

β) Ο Διοικητής

Τα Όργανα Διοίκησης αντικαθιστούν πλέον τον Πρόεδρο και το (7μελές) ΔΣ που ίσχυε μέχρι πριν.

5.3.4 ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΓΝΚ

Σύμφωνα με την υπ' αρ. Α3β/οικ. 141β1/30-9-86 Υπουργική Απόφαση του ΦΕΚ (634/30-9-86/τ.Β), σκοπός του ΓΝΚ (βλ. 5.1) είναι:

I. Παροχή πρωτοβάθμιας και β' βάθμιας περίθαλψης, ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Ε.Σ.Υ.

II. Η ανάπτυξη και προαγωγή της Ιατρικής Έρευνας.

III. Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης, συνεχούς εκπαίδευσης γιατρών, καθώς και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης λειτουργών άλλων κλάδων υγείας.

5.3.5 ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Το Νοσοκομείο απαρτίζεται από τρεις υπηρεσίες:

Ιατρική

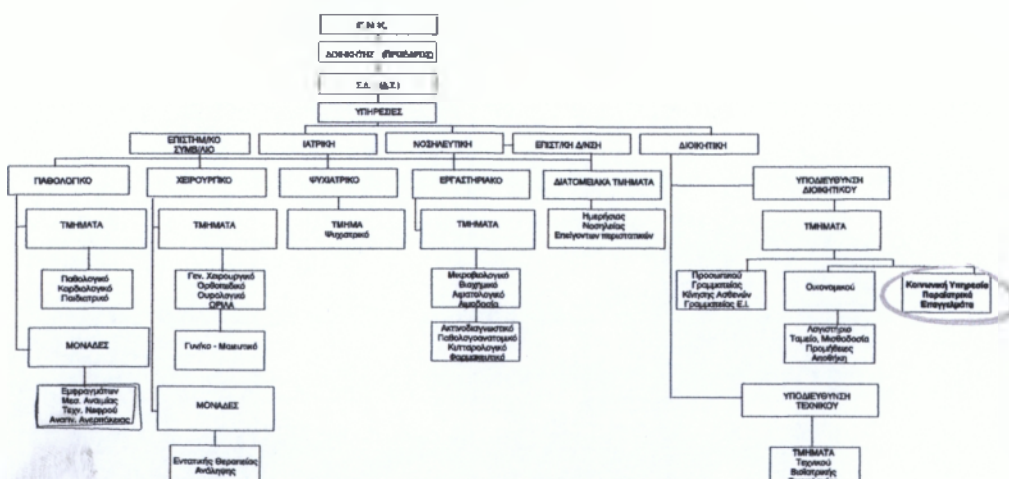
Νοσηλευτική

Διοικητική

Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται το Οργανόγραμμα της διοικητικής δομής και διάρθρωσης του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας.

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ Γ.Ν.Κ.



Οργανόγραμμα 5.1: Οργανόγραμμα Γ.Ν.Κ.

Πηγή: Γρ. Προσωπικού Γ.Ν.Κ.

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμη η παρεμβολή πίνακα κυριότερων διαφορών δομής και οργάνωσης του Νοσοκομείου Καλαμάτας πριν και μετά τη μεταφορά του και την εφαρμογή του Ν2889/2001.

	ΦΕΚ 634/30-9-86/τ.Β	ΣΗΜΕΡΑ Ν2889/2001
ΜΟΡΦΗ	ΝΠΔΔ	ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ – ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ
ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΓΝΝΚ	ΓΝΚ
ΕΔΡΑ	ΠΟΛΗ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	ΧΩΡΙΟ ΑΝΤΙΚΑΛΑΜΟΣ Ν. ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ²⁹²
ΣΦΡΑΓΙΔΑ	ΕΛΛΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ-ΥΠΚΑ- ΓΝΝΚ- ΕΘΝΟΣΗΜΟ	ΕΛΛΗ ΔΗΜ/ΤΙΑ- ΠΕΣΥ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΓΝΚ- ΕΘΝΟΣΗΜΟ
ΔΥΝΑΜΗ	250	321
ΟΡΓΑΝΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ	ΔΣ 7μελές - ΠΡΟΕΔΡΟΣ	5μελές ΣΔ - ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
ΥΠΑΓΩΓΗ – ΕΠΟΠΤΕΙΑ	(άμεσα) ΥΠΚΑ	ΠΕΣΥ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

Πίνακας 5.3: Διαφοροποίηση Δ/κής δομής και Οργάνωσης Γ.Ν.Κ.

Πηγή: ΦΕΚ 634/30-9-86/τ.Β. – Ν 2889/2001.

5.4 ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με τον Οργανισμό του Νοσοκομείου που ίσχυε ως το έτος 2001, το Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας ήταν συνολικής δύναμης διακοσίων πενήντα (250) κλινών. Ο νέος Οργανισμός αυξάνει τώρα τις κλίνες σε τριακόσιες είκοσι μία (321). Παρόλο που τα έτη 2000 και 2001 ο νέος οργανισμός δεν έχει πάρει ακόμη έγκριση, το Νοσοκομείο λειτουργεί με εγκατάσταση νέων κλινών σε τομείς και τμήματα και τη δημιουργία νέων κλινικών.

Η συνοπτική κατανομή των κλινών ανά τομέα κατά έτος έχει ως εξής:

²⁹² Έγινε όχι με το Ν 2889/01, αλλά με τη νέα εγκατάσταση του Νοσοκομείου

ΚΛΙΝΕΣ / ΕΤΟΣ	1997-1999		2000		2001	
	N	%	N	%	N	%
ΕΓΚΑΤΕΣΤΗΜΕΝΕΣ	229	91,6	243	75,7	251	78,8
ΕΓΚΑΤ. ΠΑΘ. ΤΟΜΕΑ.	129	56,3	142	58,4	142	56,6
ΕΓΚΑΤ. ΧΕΙΡ. ΤΟΜΕΑ	100	43,7	101	41,6	105	43,3
ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ	250	100	321	100	321	100

Πίνακας 5.4: Κατανομή Κλινών ανά νοσηλευτικό τομέα

Πηγή: Ιδία έρευνα

Όπως προκύπτει από τον πίνακα, τα έτη 1997 έως 1999 το ποσοστό των εγκατεστημένων κλινών προς τις οργανικές λανέρχεται στο 91,6 %.

Τα επόμενα έτη το ποσοστό αυτό μειώνεται σε 75,7% το έτος 2000 και σε 78,2% το έτος 2001, εξαιτίας της εγκατάστασης νέων κλινών, καθώς και της αύξησης των οργανικών κλινών του Νοσοκομείου από 250 σε 321 με το νέο, υπό έγκριση ως τότε Οργανισμό του.

Σχετικά με τον πίνακα πρέπει να γίνουν οι ακόλουθες διευκρινίσεις:

- ✓ Οι 10 κλίνες που προβλέπονται για το Ψυχιατρικό Τομέα έχουν ενσωματωθεί στον Παθολογικό Τομέα, εφόσον ο Ψυχιατρικός Τομέας λειτουργεί μόνο ως Εξωτερικό Ιατρείο.
- ✓ Στον Παθολογικό Τομέα συμπεριλαμβάνονται και οι κλίνες της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού (13 κλίνες από 1997 έως 1999 και 20 κλίνες από 2000-2001).

5.5 ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Το προσωπικό του ΓΝΚ ανάλογα με την ειδικότητά του κατανέμεται σε τρεις (3) κατηγορίες: Ιατρικό, Νοσηλευτικό, Διοικητικό.

Παρακάτω επιχειρείται σύντομη ανάλυση του προσωπικού του ΓΝΚ τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά, η οποία αναδεικνύει τη σπουδαιότητά του τόσο στην παροχή υπηρεσιών υγείας όσο και στην ποιότητα των παρεχόμενων αυτών υπηρεσιών στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο.

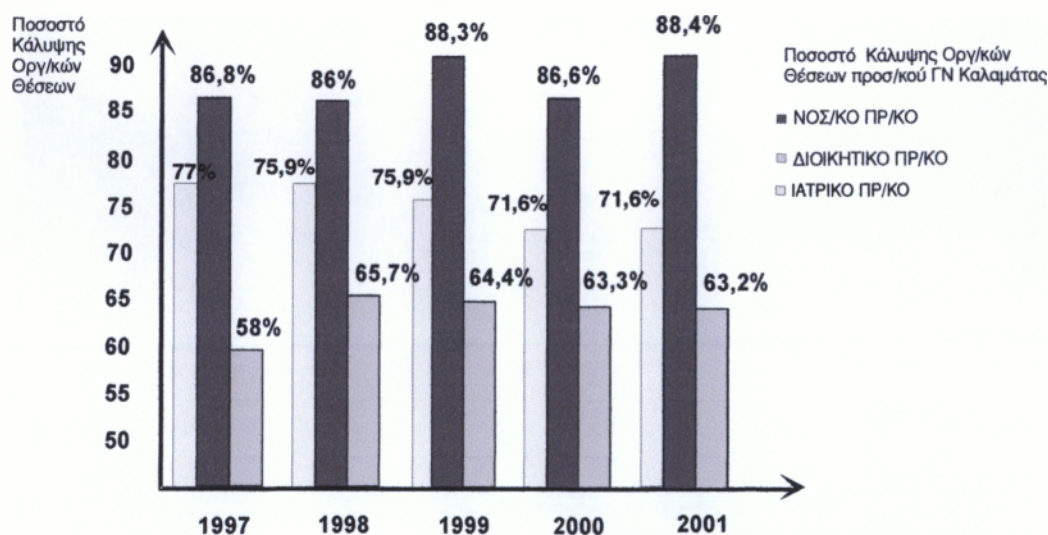
5.5.1 ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται το ποσοστό πληρότητας οργανικών θέσεων²⁹³ του προσωπικού του ΓΝΚ για τα έτη 1997-2001.

ΚΑΤΗΓΟΡ. ΠΡΟΣΩΠ.	1997			1998			1999			2000			2001		
	Ορ.θ.*	Πλ.θ.	Κε.θ.	Ορ.θ.*	Πλ.θ.	Κε.θ.	Ορ.θ.*	Πλ.θ.	Κε.θ.	Ορ.θ.*	Πλ.θ.	Κε.θ.	Ορ.θ.*	Πλ.θ.	Κε.θ.
ΙΑΤΡΙΚΟ	87	67	20	87	67	20	87	66	21	102	73	29	102	73	29
ΝΟΣ/ΚΟ	321	283	43	326	280	46	326	288	38	328	284	44	329	291	38
Δ/ΚΟ	312	181	131	312	205	107	312	198	114	311	197	114	312	197	115

Πίνακας 5.5: Συνοπτικός πίνακας οργανικών – πληρούμενων –κενών θέσεων προσωπικού ΓΝ Καλαμάτας

Πηγή: Τμήμα Προσωπικού ΓΝ Καλαμάτας



Ραβδόγραμμα 5.1: Ποσοστό Κάλυψης Οργανικών Θέσεων πρ/κού ΓΝΚ.

Πηγή: Τμήμα Προσωπικού ΓΝΚ

²⁹³ Στις οργανικές θέσεις, σύμφωνα με τα στοιχεία του τμήματος Προσωπικού, συμπεριλαμβάνονται και οι προσωποπαγείς θέσεις.

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία συμπεραίνουμε τα ακόλουθα:

1. Σε κανένα έτος δεν καλύπτονται πλήρως οι οργανικές θέσεις του προσωπικού.
2. Την εξεταζόμενη περίοδο παρουσιάζονται μικρές αυξομειώσεις κατ' έτος στον αριθμό του υπηρετούντος νοσηλευτικού προσωπικού.
3. Ο αριθμός του υπηρετούντος Διοικητικού προσωπικού επίσης παρουσιάζει αυξομειώσεις κατά έτος, ενώ τα δύο τελευταία έτη της εξεταζόμενης περιόδου παραμένει σταθερός.
4. Ο αριθμός του υπηρετούντος Ιατρικού προσωπικού τα έτη 1997 έως 1999 παραμένει περίπου ο ίδιος, ενώ από το έτος 2000 το Νοσοκομείο λειτουργεί με την πρόσληψη (7) ακόμη γιατρών.
5. Το μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης οργανικών θέσεων παρουσιάζεται στη νοσηλευτική υπηρεσία στο 87,2% περίπου των οργανικών θέσεων του νοσηλευτικού προσωπικού. Το ποσοστό κάλυψης οργανικών θέσεων του ιατρικού προσωπικού παρουσιάζει σταδιακή μείωση λόγω της αύξησης των οργανικών θέσεων των ιατρών.
6. Το μεγαλύτερο ποσοστό πληρότητας νοσηλευτικού προσωπικού παρουσιάζουν τα έτη 1999, με ποσοστό 88,3% και το έτος 2001 με ποσοστό πληρότητας 88,4% αντίστοιχα.
7. Όσον αφορά το Διοικητικό προσωπικό τα ποσοστά πληρότητας παρουσιάζουν ικανοποιητική κάλυψη σε όλη την εξεταζόμενη περίοδο με μέσο όρο κάλυψης το 63% περίπου των αντίστοιχων οργανικών θέσεων.
8. Το έτος '97 σημειώνεται το μικρότερο ποσοστό κάλυψης οργανικών θέσεων του Διοικητικού προσωπικού (58%), ενώ το έτος '98 σημειώνεται το μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης (65,7%), αυξανόμενο κατά οκτώ (8) ποσοστιαίες μονάδες από το προηγούμενο έτος.

5.5.2 ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΝΚ

Η ποιοτική ανάλυση του προσωπικού του ΓΝΚ περιλαμβάνει τη διάκριση κατά κατηγορία και επίπεδο εκπαίδευσης, ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσο είναι αποτελεσματικό και αποδοτικό το προηγούμενο έργο.

Στους παρακάτω πίνακες γίνεται ποιοτική ανάλυση κατά κατηγορία προσωπικού του επιπέδου εκπαίδευσης.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ															
ΕΚΠ/ΣΗ	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ					ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ					ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ²⁹⁴				
	97	98	99	00	01	97	98	99	00	01	97	98	99	00	01
ΠΕ	10	11	11	13	12	-	-	-	-	-	65	64	62	69	69
ΤΕ	19	19	21	26	21	79	87	88	87	92	-	-	-	-	-
ΔΕ	83	101	97	94	96	158	153	156	153	151	2	3	4*	4*	4*
ΥΕ	69	74	69	64	68	46	40	44	41	45	-	-	-	-	-
ΣΥΝ.	181	205	198	197	197	283	280	288	284	291	67	67	66	73	73

Πίνακας 5.6 : Πίνακας εκπαίδευσης κατά κατηγορία προσωπικού του ΓΝ Καλαμάτας

Πηγή: Ιδία έρευνα

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ															
ΕΚΠ/ΣΗ	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ					ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ					ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ				
	97	98	99	00	01	97	98	99	00	01	97	98	99	00	01
ΠΕ	5,5	5,4	5,5	6,6	6	-	-	-	1	1	97	95,5	94	94,5	94,5
ΤΕ	10,5	9,3	10,6	13,2	10,7	28	31	30,5	30,6	31,6	-	-	-	-	-
ΔΕ	46	49,3	49	47,7	48,7	55,8	54,6	54,2	53,8	52	3	4,5	6	5,5	5,5
ΥΕ	38	36	34,8	32,5	34,5	16,2	14,4	15,3	14,4	15,4	-	-	-	-	-

Πίνακας 5.7: Πίνακας ποσοστιαίας ανάλυσης εκπαίδευσης κατά κατηγορία προσωπικού.

Πηγή: Ιδία έρευνα

²⁹⁴ Στο Ιατρικό προσωπικό υπάγονται και οι βοηθοί φαρμακείου οι οποίοι είναι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης

Από τα στοιχεία των παραπάνω πινάκων, συμπεραίνουμε τα ακόλουθα:

- Ιατρικό προσωπικό:
 - ✓ Το Ιατρικό προσωπικό στο σύνολό του ανήκει στην κατηγορία Π.Ε.(95,5% κατά μ.ο.).Από τα ποσοστά του πίνακα, παρατηρείται σταδιακή μείωση του Π.Ε. ιατρικού προσωπικού την εξεταζόμενη περίοδο, παρότι ο αριθμός των γιατρών είναι μεγαλύτερος. Η μείωση αυτή οφείλεται στην πρόσληψη περισσότερων βοηθών φαρμακείου κατηγορίας ΔΕ, οι οποίοι ανήκουν στο ιατρικό προσωπικό.
- Νοσηλευτικό προσωπικό:
 - ✓ Από τα στοιχεία των πινάκων, παρατηρούμε ότι το Νοσηλευτικό προσωπικό της κατηγορίας ΔΕ, ανέρχεται στο ήμισυ (54,1%) περίπου του συνόλου του νοσηλευτικού προσωπικού κατ' έτος, ενώ παρατηρείται σταδιακά μικρή μείωση του ποσοστού αυτού κατά έτος.
 - ✓ Στην κατηγορία ΤΕ ανήκει το 30,3% περίπου του συνόλου του νοσηλευτικού προσωπικού κατά έτος, ενώ μικρές αυξομειώσεις παρατηρούνται στην κατηγορία ΥΕ νοσηλευτικού προσωπικού που καταλαμβάνει το 15,1% περίπου των θέσεων του νοσηλευτικού προσωπικού . Αξιοσημείωτο είναι ότι έως το '99 δεν υπάρχει προσωπικό ΠΕ στην νοσηλευτική υπηρεσία, ενώ τα έτη 2000 και 2001 υπηρετούν μόνο 3 άτομα (1%).
- Διοικητικό προσωπικό:
 - ✓ Το μεγαλύτερο ποσοστό επί του συνολικού Διοικητικού προσωπικού κατά έτος εμφανίζεται στην κατηγορία ΔΕ, ενώ τα επόμενα μεγάλα ποσοστά είναι της κατηγορίας ΥΕ (35,2% κατά μ.ο).
 - ✓ Τα ποσοστά των κατηγοριών ΠΕ και ΤΕ είναι πολύ χαμηλά.

5.6 ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ

Η Ιατρική Υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας, όπως ήδη έχει αναφερθεί, διαρθρώνεται στους εξής τομείς:

- α) Παθολογικό
- β) Χειρουργικό
- γ) Ψυχιατρικό

δ) Εργαστηριακό

Για την καλύτερη αξιολόγηση της λειτουργίας του Ιδρύματος παρατίθενται οι ακόλουθοι πίνακες της νοσολογικής του κίνησης στην πενταετία 1997-2001.

α/α		1997	1998	%	1999	%	2000	%	2001	%
1	ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ	15.869	16.460	3,7↑	17.271	4,9↑	18.511	7,2↑	19.707	6,4↑
α	-ΠΑΘ.ΤΟΜ.	9.698	10.144	4,6↑	10.680	5,3↑	11.761	10,1↑	12.429	5,7↑
β	-ΧΕΙΡ.ΤΟΜ.	6.171	6.316	2,3↑	6.591	4,4↑	6.750	2,4↑	7.278	7,8↑
2	ΑΠΕΒΙΩΣΑΝ	*	343	*	323	5,8↓	431	33,4↑	155	64↓
α	-ΠΑΘ.ΤΟΜ.	*	293	*	282	3,7↓	392	39↑	135	65↓
β	-ΧΕΙΡ.ΤΟΜ.	*	50	*	41	18↓	39	4,9↓	20	48,7↓
3	ΗΜΕΡ.ΝΟΣ.	49.771	51.145	2,8↑	49.937	2,4↓	49.933	0,01↓	49.538	0,8↓
α	-ΠΑΘ.ΤΟΜ.	27.313	27.639	1,2↑	27.586	0,2↓	27.405	0,7↓	31.379	14,5↑
β	-ΧΕΙΡ.ΤΟΜ.	22.452	23.506	4,7↑	22.351	4,9↓	22.528	0,8↑	18.159	19,4↓
4	ΕΞΕΤΑΣΘ. ΣΤΑ ΤΕΙ	*	77.176	*	79.760	3,3↑	94.464	18,4↑	67.920	28,1↓
5	ΕΞΕΤ.ΣΤΑ ΕΚΤΑΚΤΑ	*	30.901	*	33.128	7,2↑	24.794	25,2↓	50.030	102↑
6	ΧΕΙΡ/ΚΕΣ ΠΕΜΒΑΣ.	*	2.822	*	2.789	1,2↓	3.676	31,8↑	1.688	54↓
6α	-ΤΟΚΕΤΟΙ	*	565	*	564	0,2↓	672	19,2↑	302	55↓
7	ΔΙΑΓ.ΕΡΓ. ΠΡΑΞΕΙΣ	*	828.853	*	1.013.295	22,3↑	912.565	10↓	955.700	4,7↑

Πίνακας 5.8: Συνοπτικός πίνακας νοσολογικής κίνησης ΓΝΚ για τα έτη 1997-2001

Πηγή: Ιδία έρευνα

Διευκρινήσεις:

* Η νοσολογική κίνηση του 1997 δεν ήταν διαθέσιμη από το αρμόδιο τμήμα του ΓΝ Καλαμάτας.

** Ο ρυθμός μεταβολής των μεταβλητών υπολογίζεται με βάση τον τύπο:

$$PM = [(Μεταβλητή Β - Μεταβλητή Α) \times 100] / Μεταβλητή Α.$$

Ο Ψυχιατρικός Τομέας λειτουργεί ως Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο, η αναλυτική στατιστική του κίνηση όμως δεν είναι διαθέσιμη. Από τα στοιχεία που μπορέσαμε να αποσπάσουμε, εξάγεται ο παρακάτω πίνακας:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ		
ΕΤΟΣ	1997-2000	2000-2001
ΜΕΣΟΣ ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡ. ΑΣΘΕΝΩΝ	150-200	400-500
ΜΕΣ. ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡ. ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	3500-4000	4500-5.500

Πίνακας 5.9: Ν. Κίνηση Ψ/κου τομέα

Πηγή: Ιδία έρευνα

Αξιολογώντας τη νοσολογική κίνηση του Νοσοκομείου συμπεραίνουμε τα εξής:

- ✓ Σταδιακή αύξηση του αριθμού των νοσηλευθέντων κατά 1000 περίπου ασθενείς το χρόνο.
- ✓ Ο ρυθμός αύξησης των νοσηλευμένων γίνεται πιο έντονος από το έτος 2000 και μετά (μεταφορά Νοσοκομείου – περισσότερες κλίνες).
- ✓ Το έτος 2001 πραγματοποιούνται οι περισσότερες εισαγωγές (19.707). Σε αυτό συνέβαλαν η δημιουργία νέων μονάδων (Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Εφραγμάτων, Οτωρ/κή Κλινική), η ανάπτυξη περισσότερων κλινών (σταδιακά από 229 έως το 1999 σε 243 το έτος 2001) και η καλύτερη οργάνωση των ήδη υπάρχοντων τμημάτων.
- ✓ Ο αριθμός των ημερών νοσηλείας παρουσιάζει σταθερότητα κατ' έτος με πολύ μικρές διακυμάνσεις. Το έτος 1998 παρουσιάζεται ο μεγαλύτερος αριθμός ημερών νοσηλείας (51.145).
- ✓ Ο μέσος ετήσιος αριθμός ημερών νοσηλείας ανέρχεται στις 50.000 ασθενοημέρες.
- ✓ Το έτος 2000, στο οποίο πραγματοποιείται η εγκατάσταση και λειτουργία του Νοσοκομείου στο νέο κτίριο παρουσιάζονται:
 - α) Ο μεγαλύτερος αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων και τοκετών της πενταετίας (αύξηση 31,8% και 19,2% αντίστοιχα από προηγούμενο έτος)
 - β) Η μεγαλύτερη πελατειακή κίνηση στα τακτικά ΕΙ (αύξηση 18,4%)

- γ) Ο μεγαλύτερος αριθμός θανάτων (αύξηση 33,4%)
- ✓ Αντίστοιχα το έτος 2001 παρουσιάζονται τα αντίθετα ακριβώς αποτελέσματα. Συγκριτικά με το έτος 2000 παρουσιάζεται:
- α) μείωση των εξετασθέντων στα ΤΕΙ κατά 28,1%
- β) Ο μικρότερος αριθμός θανάτων (μείωση 64%)
- γ) Ο μικρότερος αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων και τοκετών (μείωση κατά 54% και 55% αντίστοιχα).
- δ) Η μεγαλύτερη κίνηση στα έκτακτα ΕΙ (50.030), με αύξηση 102%.
- ✓ Ο μέσος ετήσιος αριθμός διαγνωστικών πράξεων είναι 927.603 για κάθε έτος. Η μεγαλύτερη ροή διαγνωστικών πράξεων σημειώνεται το έτος 1999 (1.013.295 διαγνωστικές πράξεις).
- ✓ Στον Παθολογικό Τομέα φιλοξενούνται γενικά περισσότερα περιστατικά απ' ό τι στον Χειρουργικό Τομέα (αναλογία 2/3). Επίσης στον Παθολογικό τομέα σημειώνονται ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενοημερών και τα περισσότερα περιστατικά θανάτων για όλη την εξεταζόμενη περίοδο 1997-2001.
- ✓ Η εγκατάσταση 2^{ου} γραφείου στον Ψυχιατρικό Τομέα αυξάνει τη ροή των ασθενών στο διπλάσιο.

5.7 ΔΕΙΚΤΕΣ

Η αποδοτικότητα του ΓΝΚ παρουσιάζεται με τη βοήθεια βασικών δεικτών χρησιμοποίησης – λειτουργικότητας των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα:

α/α	ΕΤΟΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ - ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ		ΓΝ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ				
			1997	1998	1999	2000	2001
1	ΧΡ/ΣΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ	ΧΡΗΣΗ ΝΟΣΟΚ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
2		ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ /100 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	9,5	9,9	10,3	11	11,8 ↑
3	ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣ/ΚΟΥ/ ΚΛΙΝΗ	2,3	2,4	2,4	2,3	2,2
i		ΙΑΤΡ. ΠΡΟΣ/ ΚΛΙΝΗ	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
ii		ΝΟΣ. ΠΡΟΣ/ ΚΛΙΝΗ	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2
iii		Δ/ΚΟΥ ΠΡΟΣ/ ΚΛΙΝΗ	0,8	0,9	0,9	0,8	0,8
4	ΕΚΡΩΩΝ	ΜΔΝ	3,1	3,1	2,9	2,7	2,5
5		ΜΕΣΗ ΕΤΗΣΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΝΟΣ. ΚΛΙΝΩΝ	0,6	0,6	0,6	0,56	0,54
6		ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ/ ΚΛΙΝΗ	69,3	71,9	75,4	76,1	78,5
7		ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ/ ΑΠΑΣΧ. ΑΤΟΜΟ	29,9	29,8	31,3	33,4	35,1

Πίνακας 5.10: Δείκτες χρησιμοποίησης λειτουργικότητας Υπηρεσιών υγείας ΓΝ. Καλαμάτας

Πηγή: Ιδία έρευνα

Από την ανάλυση των δεικτών συμπεραίνουμε τα ακόλουθα:

- ✓ Ο δείκτης χρήσης νοσοκομειακής φροντίδας παραμένει σταθερός σε όλη τη διάρκεια της εξεταζόμενης περιόδου. Έτσι σε κάθε άτομο του Νομού Μεσσηνίας αντιστοιχούν 0,3 ημέρες νοσηλείας.
- ✓ Η αναλογία εισαγωγών ανά 100 κατοίκους την εξεταζόμενη περίοδο παρουσιάζει συνεχή αύξηση, λόγω της αντίστοιχης αύξησης του αριθμού των

εισαγωγών. Έτσι, το έτος 2001 στους 100 κατοίκους αντιστοιχούν 12 περίπου εισαγωγές.

- ✓ Η αναλογία του Ιατρικού προσωπικού ανά κλίνη είναι σταθερή σε όλη την εξεταζόμενη περίοδο, δηλαδή 0,3 υπάλληλοι Ιατρικής Υπηρεσίας αναλογούν σε κάθε κλίνη, γεγονός που εκφράζει τη μειωμένη παροχή Ιατρικής φροντίδας στους νοσηλευόμενους.
- ✓ Η αναλογία του Νοσηλευτικού προσωπικού ανά κλίνη παραμένει σταθερή στο 1,2 με μια μικρή αύξηση κατά 0,1 μονάδα το έτος 1999. Αντιστοιχεί δηλ. περίπου ένας (1) νοσηλευτής ανά κλίνη.
- ✓ Την ίδια εξεταζόμενη περίοδο παρουσιάζονται μικρές αυξομειώσεις στην αναλογία του Διοικητικού προσωπικού ανά κλίνη. Έτσι, αντιστοιχεί ένας διοικητικός υπάλληλος σε κάθε κλίνη περίπου.
- ✓ Όσον αφορά στην αναλογία του συνολικού προσωπικού ανά κλίνη, παρουσιάζονται διακυμάνσεις με τάσεις μείωσης τα έτη 2000 και 2001. Η καλύτερη αναλογία είναι τα έτη 1998 και 1999, όπου αναλογούν 2,4 υπάλληλοι σε κάθε κλίνη.
- ✓ Η ΜΔΝ μειώνεται σταδιακά από 3,1 ημέρες νοσηλείας τα δύο πρώτα έτη σε 2,5 το έτος 2001, δηλαδή σε κάθε νοσηλευόμενο αντιστοιχούν περίπου 3 ημέρες νοσηλείας. Αυτό σημαίνει αύξηση της ικανοποίησης του πελάτη, βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και καλύτερη απόδοση του Νοσοκομείου από τη λειτουργία του στη νέα του θέση.
- ✓ Το ποσοστό της μέσης ετήσιας κάλυψης νοσοκομειακών κλινών στο ΓΝΚ τα έτη 1997 έως 1999 ανέρχεται στο 60%. Αυτό σημαίνει ότι στις εκατό (100) νοσηλευτικές κλίνες καλύπτονται ετησίως κατά μ.ο. οι εξήντα (60). Από το έτος 2000 η μέση ετήσια κάλυψη κλινών παρουσιάζει σταδιακή μείωση σε 56% το έτος 2000 και 54% το 2001 αντίστοιχα, λόγω της αύξησης των εγκατεστημένων κλινών αντίστοιχα.
- ✓ Παρατηρείται σταδιακή αύξηση των εισαγωγών ανά κλίνη καθ' όλη την εξεταζόμενη περίοδο.
- ✓ Ο αριθμός των νοσηλευθέντων που αναλογούν σε κάθε απασχολούμενο αυξάνεται σταδιακά. Το έτος 2001 αναλογούν περίπου 35 εισαγωγές σε κάθε απασχολούμενο.

5.8 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΓΝΚ

Συμπερασματικά, για το ΓΝ Καλαμάτας διαπιστώνονται τα εξής:

- 1) Το ΓΝΚ εξελίσσεται τόσο κτιριακά, όσο και οργανωτικά και λειτουργικά.
- 2) Η νέα του θέση γίνεται περισσότερο προσβάσιμη για τον πληθυσμό ολόκληρου του Νομού Μεσσηνίας και όχι μόνο για τους κατοίκους της πόλης της Καλαμάτας.
- 3) Ο στεγασμένος χώρος του είναι πλέον τριπλάσιος σε εμβαδό από τις προηγούμενες, παλαιότερες εγκαταστάσεις του και το εμβαδό του οικοπέδου στο οποίο στεγάζεται διπλάσιο του παλαιού, ούτως ώστε να υπάρχει δυνατότητα για πληρέστερη υλικοτεχνική υποδομή, εξοπλισμό και **πληρέστερη παροχή υπηρεσιών υγείας**.
- 4) Ανά οργανική κλίνη αντιστοιχούν τώρα 75,6 m² μικτού εστεγασμένου χώρου έναντι 28,8 m² που αντιστοιχούσαν στις προηγούμενες εγκαταστάσεις (**αύξηση Δείκτη MNX**).
- 5) Μέσω της Αναμόρφωσης του Οργανισμού του και της Εγκατάστασης στο νέο κτίριο, το ΓΝΚ **αλλάζει μορφή, επωνυμία, έδρα, σφραγίδα, δύναμη, Όργανα Διοίκησης και εποπτεία**:
 - ✓ Μετατρέπεται από ΝΠΔΔ σε αποκεντρωμένη ανεξάρτητη μονάδα, υπαγόμενη άμεσα στο ΠΕΣΥ Πελοποννήσου και όχι απευθείας στο αντίστοιχο Υπουργείο.
 - ✓ Από Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο, ονομάζεται Γενικό Νοσοκομείο.
 - ✓ Αυξάνονται οι οργανικές κλίνες του από 250 σε 321.
 - ✓ Αλλάζουν τα Όργανα Διοίκησης από 7μελές ΔΣ και τον Πρόεδρο που διοικούσαν παλιά, στο Διοικητή και σε 5μελές ΣΔ.
 - ✓ Αλλάζει έδρα από την πόλη της Καλαμάτας, στο χωριό Αντικάλαμος, επί της εθνικής οδού.
- 6) Όσον αφορά στη **λειτουργία** του, τα σημαντικότερα συμπεράσματα είναι τα εξής:
 - ✓ Σταδιακή μείωση του ποσοστού εγκατεστημένων προς τις οργανικές κλίνες, λόγω αύξησης των οργανικών κλινών (70 κλίνες).
 - ✓ Πολύ μεγάλο ποσοστό κάλυψης οργανικών θέσεων νοσηλευτικού προσωπικού, κάτι που σημαίνει αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα.

- ✓ Σταδιακή μείωση του ποσοστού κάλυψης οργανικών θέσεων ιατρικού προσωπικού, λόγω αύξησης των οργανικών τους θέσεων αντίστοιχα.
 - ✓ Σχεδόν όλο το ιατρικό προσωπικό (95,5%) είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.
 - ✓ Πλέον του ήμισυ του νοσηλευτικού προσωπικού (54,1%) είναι κατηγορίας ΔΕ, μεγάλο μέρος αυτού (30,3%) είναι κατηγορίας ΤΕ, ενώ δεν υπηρετούν νοσηλευτές κατηγορίας ΠΕ.
 - ✓ Το μεγαλύτερο ποσοστό Διοικητικού Προσωπικού ανήκουν στην κατηγορία ΔΕ και τα επόμενα μεγάλα ποσοστά είναι κατηγορίας ΥΕ. Τα ποσοστά των κατηγοριών ΠΕ και ΤΕ είναι χαμηλά.
 - ✓ Τα έτη 1999 και 2001 παρατηρείται η μεγαλύτερη κάλυψη οργανικών θέσεων νοσηλευτικού προσωπικού.
 - ✓ Η μεγαλύτερη κάλυψη οργανικών θέσεων Διοικητικού προσωπικού πραγματοποιείται το έτος 1998 και η μικρότερη το έτος 1997.
 - ✓ Η μεγαλύτερη κάλυψη οργανικών θέσεων ιατρικού προσωπικού πραγματοποιείται το έτος 1997 και η μικρότερη τα έτη 2000 και 2001, λόγω αύξησης των οργανικών τους θέσεων.
- 7) Συγκρίνοντας τη νοσολογική κίνηση στο ΓΝΚ για όλη την εξεταζόμενη περίοδο, τα σημαντικότερα συμπεράσματα είναι τα εξής:
- ✓ Με την εγκατάσταση στο νέο κτίριο (έτος 2000), πραγματοποιούνται:
 - α) Ο μεγαλύτερος ρυθμός αύξησης της κίνησης όλης της εξεταζόμενης περιόδου (αύξηση 7,2 ποσοστιαίες μονάδες).
 - β) Ο μεγαλύτερος αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων και τοκετών (3.676 και 672 αντίστοιχα).
 - γ) Η μεγαλύτερη πελατειακή κίνηση στα ΤΕΙ (94.464).
 - δ) Ο μεγαλύτερος αριθμός θανάτων (431).
 - ✓ Το επόμενο έτος 2001, με την αναμόρφωση του Οργανισμού του, το ΓΝΚ λειτουργεί με τα εξής αποτελέσματα:
 - α) Το μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών (19.707), λόγω αύξησης εγκατεστημένων κλινών και δημιουργίας νέων κλινικών.
 - β) Τη μεγαλύτερη πελατειακή κίνηση στα έκτακτα ΕΙ (50.030- αύξηση 102% από προηγούμενο έτος)

γ) Το μικρότερο αριθμό χειρουργικών επεμβάσεων και τοκετών (1.688 χειρ. Επεμ. και 302 τοκετοί αντίστοιχα-μείωση 54 και 55 αντίστοιχα ποσοστιαίες μονάδες από προηγούμενο έτος).

δ) Το μικρότερο αριθμό θανάτων (155- μείωση 64 ποσοστιαίες μονάδες από έτος 2000).

8) Επίσης ως προς την **κίνηση** του ΓΝΚ παρατηρείται:

- ✓ Διπλάσια αύξηση της προσέλευσης ψυχιατρικών ασθενών με τη δημιουργία και δεύτερου γραφείου στο Ψυχιατρικό ΕΙ.
- ✓ Σταδιακή αύξηση της προσέλευσης του συνόλου των νοσηλευομένων.
- ✓ Ο μεγαλύτερος αριθμός ημερών νοσηλείας παρατηρείται το έτος 1998.
- ✓ Περισσότερη κίνηση στον Παθολογικό Τομέα από τον αντίστοιχο Χειρουργικό Τομέα καθόλη τη διάρκεια της εξεταζομένης περιόδου (αναλογία 2/3).

9) Σχετικά με την **αποδοτικότητα** του ΓΝΚ, τα σημαντικότερα εξαγόμενα συμπεράσματα είναι τα εξής:

- Αντιστοιχεί περίπου:
 - ✓ Ένας (1) Διοικητικός υπάλληλος ανά κλίνη
 - ✓ Ένας (1) Νοσηλευτής ανά κλίνη
 - ✓ Ένας υπάλληλος Ιατρικής υπηρεσίας ανά τρεις (3) κλίνες περίπου.
- Σε κάθε νοσηλευόμενο αντιστοιχούν περίπου τρεις (3) ημέρες νοσηλείας, ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) παρουσιάζει σταδιακή τάση μείωσης. Αυτό σημαίνει αύξηση της ικανοποίησης του πελάτη, βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και καλύτερη απόδοση του Νοσοκομείου από τη λειτουργία του με τα νέα δεδομένα.
- Σταδιακή μείωση της πληρότητας του Νοσοκομείου, λόγω της αύξησης των εγκατεστημένων κλινών.
- Σταδιακή αύξηση των εισαγωγών ανά κλίνη.
- Σταδιακή αύξηση της αναλογίας των εισαγωγών ανά 100 κατοίκους.
- Σταδιακή αύξηση της αναλογίας των εισαγωγών ανά απασχολούμενο στο Νοσοκομείο.

Συμπερασματικά, διαπιστώνεται ότι όλες αυτές οι αλλαγές στην δομή, στην οργάνωση, στη λειτουργία και στον κτιριακό και μηχανολογικό εξοπλισμό του ΓΝΚ, κατόρθωσαν να δημιουργήσουν ένα Νοσοκομείο πληρέστερο από οργανωτικής και

λειτουργικής άποψης, με επαρκείς και πληρέστερες υλικοτεχνικές υποδομές και εξειδικευμένο προσωπικό, καθιστώντας το πιο προσιτό στις ανάγκες του ασθενή, σεβόμενο τον πελάτη- χρήστη των υπηρεσιών και τον ανθρώπινο πόνο, μειώνοντας έτσι τις ημέρες νοσηλείας του και τις πιθανότητες επιπλοκών ή θανάτου, αυξάνοντας με τον τρόπο αυτό τον βαθμό ικανοποίησής του ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Με τον τρόπο αυτόν καταδεικνύεται ο ρόλος του ως μια σύγχρονη και πλήρως εξοπλισμένη Νοσοκομειακή Μονάδα, με ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας και αποδοτικότητα στις λειτουργίες της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ ΓΝΚ

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να δοθεί μια συνολική εικόνα και περιγραφή της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ από την ίδρυσή της και ύστερα. Έτσι γίνεται λόγος για την ιστορική και κτιριακή της εξέλιξη, τη θέση που καταλαμβάνει στο κτιριακό συγκρότημα του νοσοκομείου και τη λειτουργικότητα αυτή, την υλικοτεχνική της υποδομή, τη στελέχωση και το σκοπό της, τους χώρους άσκησης της εργασίας της, τις παραπομπές των περιστατικών και τους φορείς συνεργασίας.

Επίσης γίνεται αναφορά στις μεθόδους που εφαρμόζει στην αναζήτηση αντικειμενικής λύσης για την επίλυση των κοινωνικών προβλημάτων και επιχειρείται μια ποιοτική ανάλυση του προσωπικού της. Τέλος παρουσιάζονται συνοπτικά τα προβλήματα δυσλειτουργίας της.

6.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ίδρυση του τμήματος κοινωνικής Υπηρεσίας στο ΓΝ Καλαμάτας πραγματοποιείται το έτος **1980**, με δημιουργία προσωποπαγούς θέσεως Κοινωνικού Λειτουργού (με μετακίνηση από αντίστοιχη θέση νοσοκομείου των Αθηνών).

(Είναι η ίδια χρονική περίοδος όπου ύστερα από απόφαση του υπουργού κοινωνικών Υπηρεσιών με υπ' αρ.πρωτ. Γ6β/926/20-5-1980 συγκροτείται αντίστοιχα Επιτροπή με σκοπό τον καθορισμό των δραστηριοτήτων Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα.)

Ως το **1986**, η θέση της ιεραρχικά, όπως και κάθε άλλης Κοινωνικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου, δεν υπαγορευόταν από κάποια συγκεκριμένη Νομοθετική Διάταξη, αλλά εξαρτιόταν από τον Οργανισμό του Νοσοκομείου (κάθε Κοινωνική Υπηρεσία αντιμετωπιζόταν διαφορετικά από Νοσοκομείο σε Νοσοκομείο).

Το **1986**, με το ΠΔ 87/86 (ΦΕΚ 32/27-3-86/τ.ά.), τοποθετείται ιεραρχικά στη Διοικητική Υπηρεσία του Νοσοκομείου.

Το Μάιο του **1988**, η Υπηρεσία στελεχώνεται με δύο ακόμα Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι οποίες μετακινούνται με ημερήσια κίνηση από το Κέντρο Υγείας Μεσσήνης (το οποίο συνολικά διαθέτει τέσσερις Κοινωνικούς Λειτουργούς).

Κατά τη διάρκεια λειτουργίας του τμήματος πραγματοποιούνται σταδιακά μετακινήσεις προσωπικού προς και από την Υπηρεσία (αλλαγές Κοινωνικών Λειτουργών), αλλά πάντοτε ο συνολικός αριθμός των απασχολούμενων Κοινωνικών Λειτουργών δεν υπερέβαινε τους τρεις (3) Κοινωνικούς Λειτουργούς (με εξαίρεση ίσως τις μεμονωμένες περιπτώσεις πρακτικής άσκησης εκπαιδευόμενων Κοινωνικών Λειτουργών).

Το έτος **1991** γίνεται καταμερισμός των κλινικών ανά Κοινωνικό Λειτουργό, για την καλύτερη και ταχύτερη αντιμετώπιση των περιστατικών στο Νοσοκομείο.

Από το ίδιο έτος **1991** και ως το **1995**, γίνεται μια επίμονη προσπάθεια να αλλάξει η εξωτερική εικόνα της Κοινωνικής Υπηρεσίας και να αποσυρθούν κάποιες προκαταλήψεις για το ρόλο και το έργο των Κοινωνικών Λειτουργών, συμμετέχοντας σε επισκέψεις για τον εντοπισμό περιστατικών και ενημερώνοντας το κοινό για το ρόλο της Κοινωνικής Εργασίας. Επίσης πραγματοποιείται για

πρώτη φορά παρουσίαση του Κοινωνικού Ιστορικού του ασθενούς στο Ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό.

Το έτος **1992**, η Κοινωνική Υπηρεσία μεταφέρεται, λόγω έλλειψης χώρου και υλικοτεχνικής υποδομής, σε λυόμενο κοντέινερ, στο πίσω μέρος των παλαιών εγκαταστάσεων του Νοσηλευτικού Ιδρύματος, απαρτιζόμενο από δύο (2) δωμάτια.

Το έτος **1998**, ύστερα από μακροχρόνιες επίπονες προσπάθειες, το τμήμα αποκτά Προϊστάμενο Κοινωνικό Λειτουργό, ενώ ταυτόχρονα παύει η άμεση εξάρτησή του από το Διοικητικό Διευθυντή.

Το έτος **2000**, πραγματοποιείται η μεταφορά της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο νέο κτίριο του Νοσοκομείου, σε ξεχωριστό ισόγειο κτίσμα.

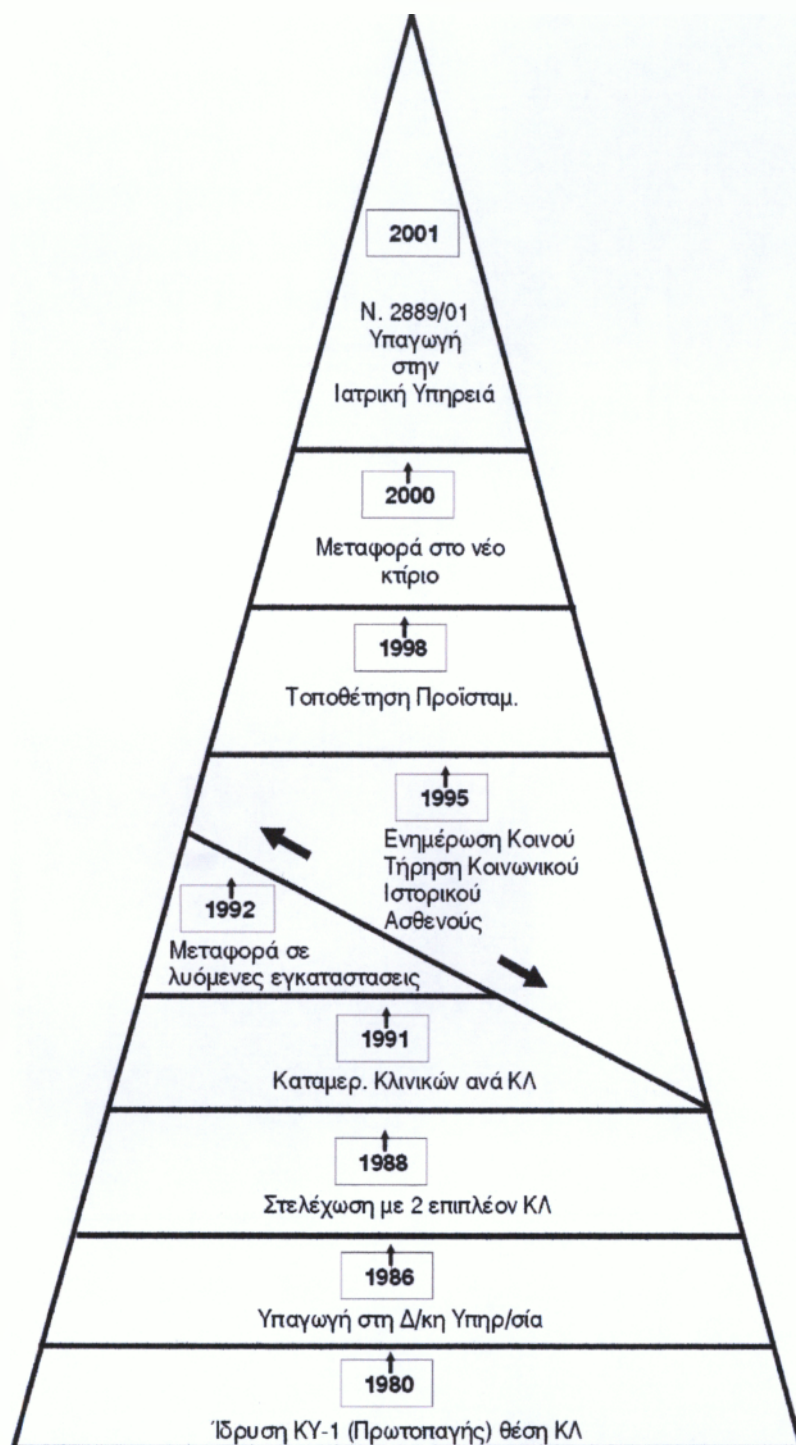
Με τις διατάξεις του Νέου **Ν. 2889/2001 (αρ.6 παρ.6)** επαναπροσδιορίζεται ο σκοπός της, **αλλάζει ιεραρχικά και υπάγεται στην Ιατρική Υπηρεσία** του Νοσοκομείου.

Παρόλα αυτά έως το τέλος του 2001, η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας εξακολουθούσε να παραμένει στο προηγούμενο Διοικητικό καθεστώς.

Τέλος, το έτος **2005** η Κοινωνική Υπηρεσία στελεχώνεται με μία ακόμη Κοινωνική Λειτουργό.

Σήμερα, απασχολεί τέσσερις μόνιμους Κοινωνικούς Λειτουργούς και έναν περιστασιακά ασκούμενο Κοινωνικό Λειτουργό.

Στο σχήμα 1 παρουσιάζεται η χρονολογική εξέλιξη της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝ Καλαμάτας.

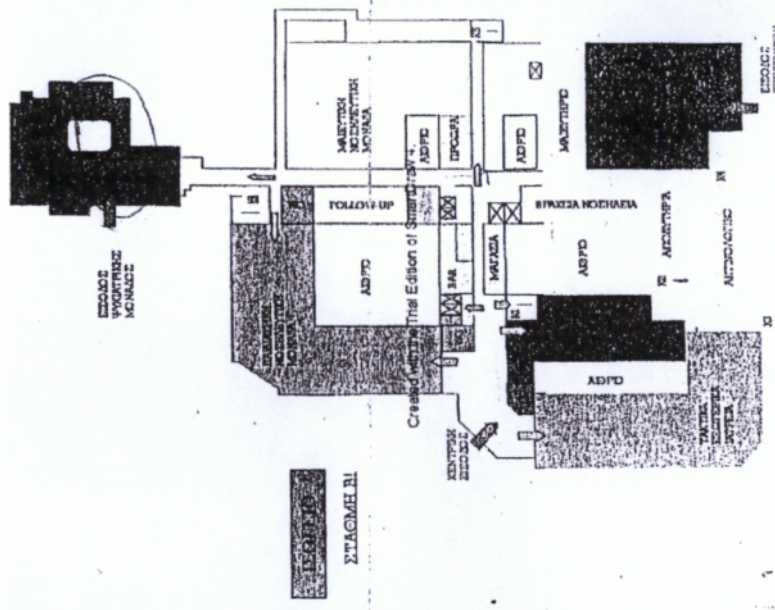


Σχήμα 6.1: Χρονολογική εξέλιξη της ΚΥ του ΓΝ Καλαμάτας

Πηγή: Ίδια Έρευνα

6.2 ΘΕΣΗ - ΧΩΡΟΚΑΤΑΝΟΜΗ

Η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας είναι στεγασμένη στη βόρεια πλευρά του Κτιριακού συγκροτήματος του Νοσοκομείου, σε ξεχωριστό ισόγειο κτίριο, το οποίο συστεγάζει την Ψυχιατρική Μονάδα. Συγκοινωνεί δε με το κυρίως κτίριο με διάδρομο μήκους 40 m, ο οποίος καταλήγει στην Ψυχιατρική Μονάδα.



Σχήμα 6.2: Θέση ΚΥ του ΓΝ Καλαμάτας

Πηγή: Τεχνική Υπηρεσία ΓΝ Καλαμάτας

Η θέση που καταλαμβάνει το τμήμα στο χώρο του νοσοκομείου, του παρέχει το βασικό πλεονέκτημα της **εύκολης και διπλής πρόσβασης** σε αυτό από δύο (2) Εισόδους:

- Την Κεντρική Είσοδο του Νοσοκομείου, που απέχει από την Κοινωνική Υπηρεσία 120m.
- Την Είσοδο της Ψυχιατρικής Μονάδας, που βρίσκεται σε απόσταση μόλις 23 m.
- Η απόσταση της Υπηρεσίας από την Εξωτερική Κύρια Είσοδο του Νοσοκομείου είναι 220 m περίπου.

Είσοδοι	Απόσταση m
Εξωτερική	220 m
Κύρια	120 m
Ψυχ. Μονάδας	23 m

Πίνακας 6.1: Απόσταση ΚΥ από τις Εισόδους του ΓΝΚ

Πηγή: Τεχνική Υπηρεσία ΓΝΚ

Ο Χώρος που καταλαμβάνει είναι συνολικού εμβαδού 67,26 m² και διαχωρίζεται σε: δύο δωμάτια συνεντεύξεων, αποδυτήρια –WC προσωπικού, βιβλιοθήκη – αναγνωστήριο, αποθήκη και διάδρομο που οδηγεί στους βοηθητικούς χώρους²⁹⁵.

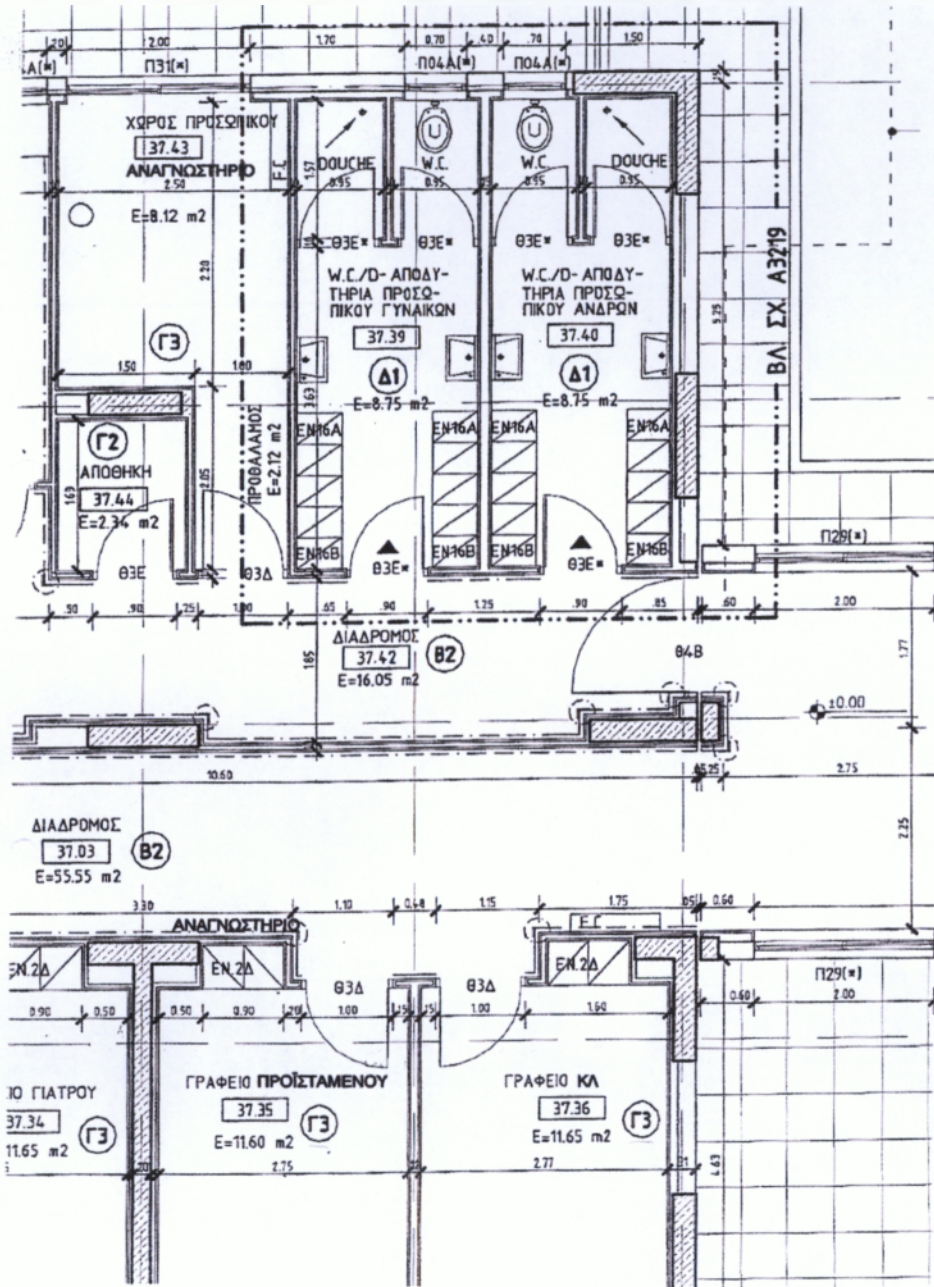
Η αναλυτική κατανομή του χώρου της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι η ακόλουθη:

ΧΩΡΟΙ ΚΥ	ΕΜΒΑΔΟΝ
Γραφ. Προϊστ.	11,60 m ²
Γραφείο ΚΛ	11,65 m ²
Αποδυτήρια – WC- Γυναικών	8,75 m ²
Αποδυτήρια- WC- Ανδρών	8,75 m ²
Βιβλ/θηκη– Αναγνωστήριο	8,12m ²
Αποθήκη	2,34 m ²
Διάδρομος (Βοηθητικός)	16,05 m ²
Σύνολο στεγασμένου χώρου	67,26 m ²

Πίνακας 6.2: Κατανομή χώρων ΚΥ

Πηγή: Τεχνική Υπηρεσία ΓΝΚ

²⁹⁵ Βλέπε σχήμα 3



Σχήμα 6.3: Κατανομή Χώρου ΚΑ

Πηγή: Τεχνική Υπηρεσία ΓΝΚ

6.3 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΧΩΡΟΥ

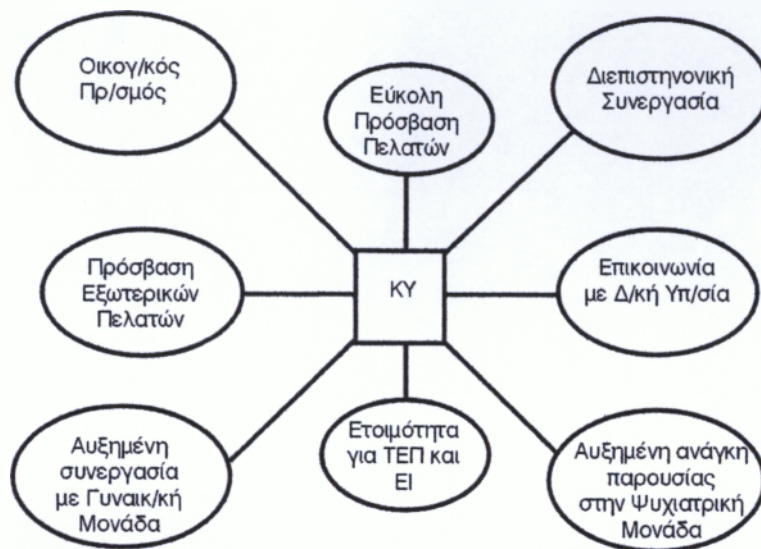
Η θέση που καταλαμβάνει σήμερα:

- α) στο ισόγειο
- β) σε ξεχωριστό κτίσμα
- γ) μεταξύ δύο εισόδων
- δ) πλάι στην Ψυχιατρικής Μονάδας
- ε) πλάι στην Αίθουσα Οικογενειακού Προγραμματισμού
- στ) κοντά στη Μαιευτική – Γυναικολογική Μονάδα και Παιδιατρική Κλινική
- ζ) μακριά από άλλες κλινικές Νοσοκομείου

πρεσβεύει κάποιους συγκεκριμένους σκοπούς, με κυρίαρχο τη διευκόλυνση του πελάτη:

- ✓ Άμεση πρόσβαση των πελατών, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για ηλικιωμένα άτομα ή άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ).
- ✓ Εξυπηρέτηση και εξωνοσοκομειακών πελατών (όχι μόνο εσωτερικών ασθενών) που συχνά έρχονται για λόγους πρόληψης, οικονομικής ενίσχυσης ή ακόμη και για γραφειακές υποχρεώσεις, δίχως να νοσούν.
- ✓ Άμεση και επιτακτική ανάγκη παρέμβασης στα ψυχιατρικά περιστατικά, (κάποτε επικίνδυνα).
- ✓ Άμεση πρόσβαση των Κοινωνικών Λειτουργών στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και στα Εξωτερικά Ιατρεία.
- ✓ Συνεργασία με Οικογενειακό Προγραμματισμό (στα πλαίσια ΚΕΜΟ).
- ✓ Συνεργασία (άμεσα) με Μαιευτική Μονάδα λόγω αυξημένης εγκατάλειψης νεογνών από νεαρές αθίγγανες μητέρες και εκτός γάμου τοκετών.
- ✓ Διευκόλυνση σε ενδεχόμενη Διεπιστημονική Συνεργασία, (Ψυχίατροι, Ψυχολόγοι, λογοθεραπευτές κλπ).
- ✓ Άμεση πρόσβαση στα γραφεία της Διοικητικής Υπηρεσίας, λόγω ένταξης της Κοινωνικής Υπηρεσίας σε αυτή.

Η λειτουργικότητα του χώρου και οι σκοποί τους οποίους εξυπηρετεί η θέση που καταλαμβάνει παρουσιάζονται συνοπτικά στο σχήμα 4.



Σχήμα 6.4: Λειτουργικότητα χώρου ΚΥ (πλεονεκτήματα)

Πηγή :Ιδία έρευνα

Αναλογικά με την παρουσίαση των πλεονεκτημάτων της νέας θέσης της Κοινωνικής Υπηρεσίας, θα πρέπει να γίνει μια σύντομη αναφορά στους παράγοντες λειτουργικότητας ή μη της θέσης που καταλάμβανε στο παλαιό κτίσμα.

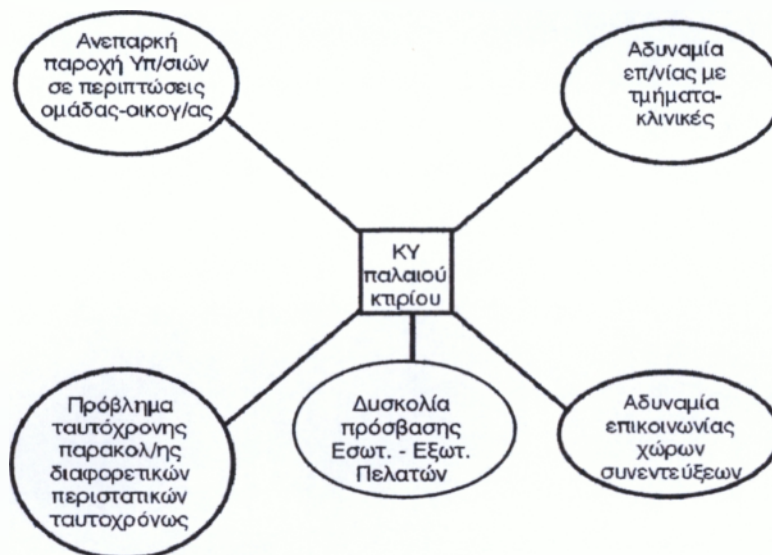
Η αρχική εγκατάσταση του τμήματος με την ίδρυση του (1980), σε μικρό δωμάτιο 20 m² στην Καρδιολογική Κλινική, στο υπόγειο του παλαιού Νοσοκομείου, επέφερε πολλά προβλήματα λειτουργικότητας και πρόσβασής του πελατειακού κοινού.

Η μετέπειτα μεταφορά της Κοινωνικής Υπηρεσίας στις **λυόμενες εγκαταστάσεις** δυο μικρών δωματίων, χωρίς επικοινωνία μεταξύ τους, στο πίσω μέρος του παλαιού Νοσοκομείου, ήταν **ιδιάζουσας σημασίας** για το τμήμα. Η υπερβολική στενότητα χώρου έγινε φορέας:

- ✓ **ανεπαρκούς παροχής υπηρεσιών**, ιδιαίτερα μάλιστα α) σε περιπτώσεις εξυπηρέτησης πολλών ατόμων συγχρόνως (ομάδα, οικογένεια) ή β) κατά τη διάρκεια ταυτόχρονης παρακολούθησης διαφορετικών περιστατικών από όλους τους κοινωνικούς λειτουργούς.
- ✓ **δυσκολίας πρόσβασής** εσωτερικών και εξωτερικών πελατών.

- ✓ αδυναμίας άμεσης και εύκολης επικοινωνίας με τμήματα και κλινικές (εκτός κτιριακού συγκροτήματος, χρήση μιας μόνο γραμμής τηλεφώνου).
- ✓ Αδυναμίας άμεσης επικοινωνίας μεταξύ Κοινωνικών Λειτουργιών (ανεξάρτητοι χώροι συνεντεύξεων).

Τα προβλήματα λειτουργικότητας του χώρου της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο παλαιό κτίσμα του Νοσοκομείου Καλαμάτας παρουσιάζονται συνοπτικά στο σχήμα 5:



Σχήμα 6.5: Προβλήματα λειτουργικότητας ΚΥ παλαιού Νοσοκομείου (μειονεκτήματα)

Πηγή : Ίδια έρευνα

6.4 ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Ο απαραίτητος εξοπλισμός του τμήματος, που βοηθά στην καλύτερη απόδοση και λειτουργία του, περιλαμβάνει:

α) Έπιπλα:

- ✓ Γραφεία για όλους τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, ώστε να εξασφαλίζεται το εμπιστευτικό του αντικείμενου τους. Ο προϊστάμενος διαθέτει δικό του ξεχωριστό γραφείο.
- ✓ Επαρκή αριθμό καθισμάτων που επιτρέπει συγκέντρωση ομάδας.

- ✓ Δυο βιβλιοθήκες (στο δωμάτιο συνεντεύξεων και στον ειδικό χώρο που χρησιμοποιείται ως αναγνωστήριο ή βοηθητικός χώρος).
- ✓ Ντουλάπες για τήρηση αρχείου.
- ✓ 2 τραπεζάκια (αναγνωστήριο – γραφείο Προϊστάμενου).
- ✓ Πίνακας ανακοινώσεων και στους 2 χώρους συνεντεύξεων

β) Λοιπά:

- ✓ Ηλεκτρονικό υπολογιστή συνδεδεμένο στο διαδίκτυο (INTERNET) και σαρωτή (Scanner) για ηλεκτρονική καταχώρηση του αρχείου των πελατών, για στατιστική επεξεργασία και αξιολόγηση κίνησης του τμήματος, καθώς και για σύνταξη και αποστολή επίσημων εγγράφων προς άλλες Υπηρεσίες του Νοσοκομείου ή άλλους φορείς.
- ✓ Ραδιοκασετόφωνο
- ✓ Εξωτερική γραμμή τηλεφώνου
- ✓ Εσωτερική γραμμή τηλεφώνου για σύνδεση με όλα τα τμήματα – κλινικές και τα γραφεία των κοινωνικών λειτουργών
- ✓ Γραφική ύλη και άλλα απαραίτητα υλικά
- ✓ Καρτελοθήκη, όπου κρατείτο το αρχείο ασθενών μέχρι προσφάτως (2001)
- ✓ Βιβλία και περιοδικά Κοινωνικής Εργασίας.

6.5 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Η Κοινωνική Υπηρεσία σύμφωνα με το ΠΔ 87/86 (ΦΕΚ 32/27-3-86/τ.β) ενσωματώθηκε στην **Διοικητική Υπηρεσία** του Νοσοκομείου.

Με τον νέο **Νόμο 2889/2001 (άρθ.6, παρ 6)** εντάσσεται στην **Ιατρική Υπηρεσία** αυτού. Συγκεκριμένα, στο Νόμο αναφέρεται ότι:

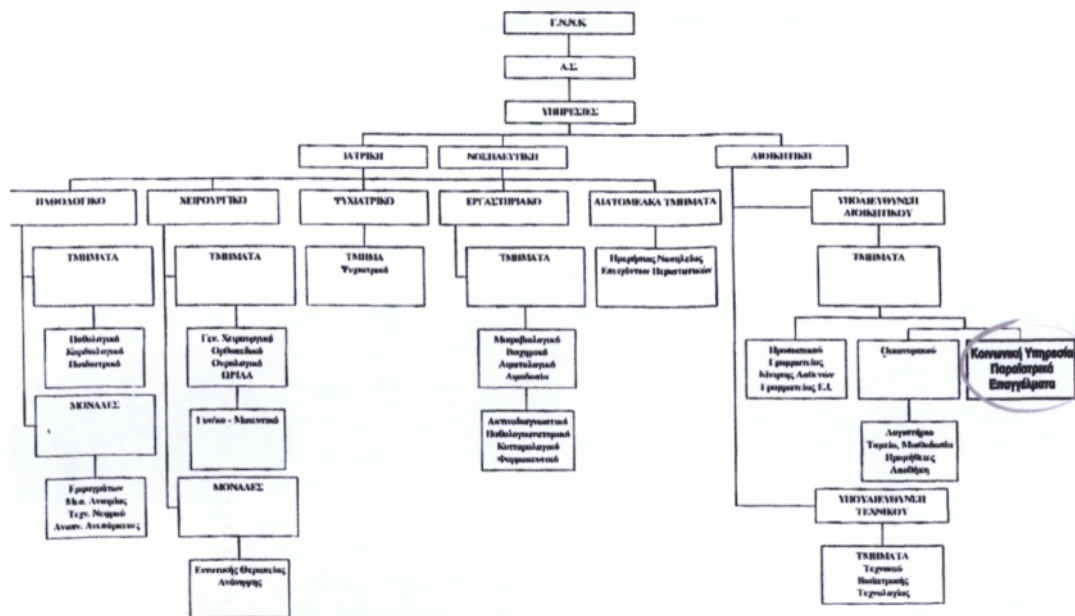
Στην Ιατρική Υπηρεσία υπάγονται ιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, ακτινοφυσικοί, κλπ., ψυχολόγοι, διαιτολόγοι, τεχνολόγοι τροφίμων, τεχνολόγοι ακτινολόγοι και οι λοιποί επιστήμονες των κλάδων υγείας, **καθώς και τα τμήματα παραϊατρικού προσωπικού και Κοινωνικής Εργασίας.**

Εντούτοις έως το τέλος της περιόδου που εξετάζεται στην παρούσα πτυχιακή εργασία η αναθεώρηση του Οργανισμού του Νοσοκομείου δεν έχει ακόμη

εγκριθεί με αποτέλεσμα η Κοινωνική Υπηρεσία να παραμένει ιεραρχικά στο προηγούμενο Διοικητικό Καθεστώς.

Στα οργανογράμματα που ακολουθούν παρουσιάζεται η ιεραρχική διάρθρωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο υπάρχον διοικητικό καθεστώς του ΓΝΚ και στη νέα κατανομή που θα επιφέρει ο ν 2889/ 20001 περί εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ.

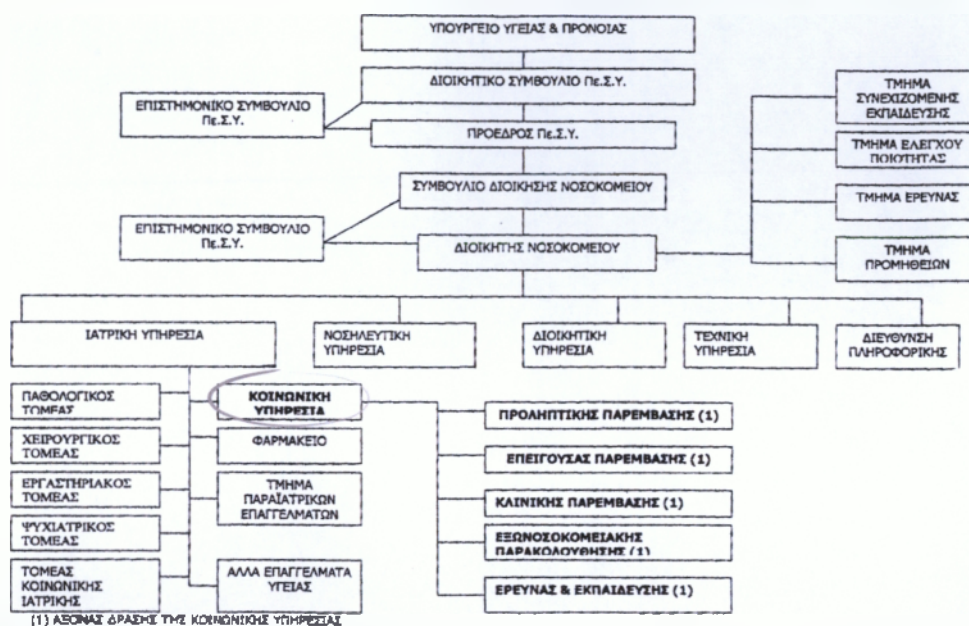
ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ Γ.Ν.Κ.



Σχήμα 6.6 : Προβλεπόμενο Οργανόγραμμα Γ.Ν.Κ

Πηγή: Γρ. Προσωπικού Γ.Ν.Κ.

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ



Σχήμα 6.7: Οργανόγραμμα προβλεπόμενο σύμφωνα με το Ν 2889/2001
Πηγή: Περιοδ. "Κοινωνική Εργασία", Τεύχος 66, 2002

6.5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Οργανισμό του Νοσοκομείου της Καλαμάτας (ΦΕΚ 32/27-3-86/τ.β) σκοπός της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι η ευθύνη και φροντίδα για τη συμπαράσταση στους νοσηλευόμενους στο Νοσοκομείο για κάθε Κοινωνικό τους πρόβλημα, την αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση και γενικά για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης Κοινωνικής Πολιτικής της Πολιτείας.

Ο ρόλος της στα διάφορα επίπεδα είναι :

- α) ερευνητικός
- β) διαγνωστικός
- γ) θεραπευτικός

- δ) προληπτικός
- ε) συμβουλευτικός
- στ) εκπαιδευτικός
- ζ) αποκατάστασης

Με την εφαρμογή του νέου Ν 2889/2001²⁹⁶ και την υπαγωγή της Κοινωνικής Υπηρεσίας στην Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου, ο σκοπός της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ θα μπορεί να ορίζεται ως: Η προσφορά Κοινωνικών υπηρεσιών βάσει της δεοντολογίας και των αρχών της Κοινωνικής Εργασίας στο πλαίσιο της γενικότερης πολιτικής της Πολιτείας στους ακόλουθους άξονες δράσης:

ΑΞΟΝΕΣ ΔΡΑΣΗΣ ΚΥ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ – ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ
Προληπτική Παρέμβαση	Αγωγή υγείας Ενημέρωση – Ευαισθητοποίηση πολιτών
Επείγουσα Παρέμβαση	Αντιμετώπιση Κοινωνικών προβλημάτων Άμεση παρέμβαση σε κατάσταση κρίσης Ψυχολογική Υποστήριξη (ασθενή-οικογένεια) Συμβουλευτική-Πληροφόρηση - Παραπομπή
Κλινική Παρέμβαση	Ψυχολογική υποστήριξη ασθενή Αντιμετώπιση των μετά ασθένειας προβλημάτων Κοινωνική αποκατάσταση μοναχικών ατόμων
Εξων/κη Παρακολούθηση	Επαφή με ασθενή και περιβάλλον του Κατ' οίκον επισκέψεις
Έρευνα – Εκπαίδευση	Ερευνητικά προγ/τα – προγ/τα Κατάρτισης Μέριμνα για πρακτική άσκηση σπουδαστών ΚΕ Έρευνα για κ/κους παράγ. υπεύθυνους για εκδήλωση νόσου σε ασθενή

Πίνακας 6.3: Άξονες δράσης της ΚΥ σύμφωνα με το νέο Ν 2889/2001

Πηγή : Περ. «Κοινωνική Εργασία», Τεύχος 66, 2002

6.6 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ - ΔΟΜΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΓΝΚ

Ο Οργανισμός του Νοσοκομείου (ΦΕΚ 634/30-9-1986/ τ.β') ως το έτος 2001 προέβλεπε τέσσερις (4) θέσεις Κοινωνικών Λειτουργών, ενώ με την Αναμόρφωση του Οργανισμού του Νοσοκομείου (Ν2889, ΦΕΚ 2/3/2001, Φύλλο

²⁹⁶ Παναζάκας Παντελής – Μέντης Μανόλης. Η κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας – Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, περ. «Κοινωνική Εργασία», τεύχος 66, 2002, σελ. 100.

37), οι προβλεπόμενες θέσεις Κοινωνικών Λειτουργών αυξάνονται σε έξι (6), όπως αυτές παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα:

Προσωπικό	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΘΕΣΗ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΘΕΣΗ
ΚΛ-Προιστ.	ΠΕ	1	ΠΕ	1
ΚΛ	ΤΕ	3	ΤΕ	5
Σύνολο προβλ. Θέσεων		4		6

Πίνακας 6.4 : Προβλεπόμενες θέσεις ΚΛ

Πηγή : ΦΕΚ 634/30-9-1986/ τ.β'

Εξάλλου, σύμφωνα με τα Διεθνή Δεδομένα για το Οργανωτικό Πλαίσιο της Κοινωνικής Υπηρεσίας των Νοσοκομείων, αντιστοιχεί:

Κατηγορία Νοσοκομείου	Προσωπικό	Κλίνες
ΓΕΝΙΚΟ	1 ΚΛ	50
Ειδικό	1 ΚΛ	25

Πίνακας 6.5: Διεθνή Δεδομένα Οργανωτικού πλαισίου ΚΥΝ

Πηγή : Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας της ΚΥ Νοσοκομείου

Έως το έτος 2005 το τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ λειτουργούσε με τρεις (3) μόνιμους Κοινωνικούς Λειτουργούς, ενώ μόνο περιστασιακά, στα πλαίσια εξαμηνιαίας πρακτικής άσκησης, απασχολούσε ακόμη έναν ειδικευόμενο Κοινωνικό Λειτουργό. Από το έτος 2005 η Υπηρεσία στελεχώθηκε με έναν ακόμη Κοινωνικό Λειτουργό.

Το υπάρχον προσωπικό της Κοινωνικής Υπηρεσίας καταφαίνεται στον πίνακα:

Προσωπικό	Κατηγορία	Θέση- ΦΕΚ 634/30-9-1986/ τ.β'	Θέση- Ν2889/2001
ΚΛ	ΤΕ	2	3
ΚΛ-Προιστ	ΤΕ	1	1
ΚΛ ειδικευόμενος	ΤΕ	(1*)	(1*)
Σύνολο υπάρχοντος προσωπικού ΚΥ		(4*) 3	(5*) 4

Πίνακας 6.6: Υπάρχον Προσωπικό ΚΥ

Πηγή: Τμήμα Προσωπικού ΓΝΚ

Σύμφωνα με τον Οργανισμό στο τμήμα προϊστάται υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ Κοινωνικών Λειτουργιών.

Την αντίστοιχη θέση στο ΓΝΚ καταλαμβάνει από το έτος 1998 Κοινωνικός Λειτουργός κατηγορίας ΤΕ.

Σημειώνεται ότι για χρόνια η Κοινωνική Υπηρεσία δεν διέθετε Προϊστάμενο. Η άμεση εξάρτηση της ήταν από το Διοικητικό Διευθυντή, ο οποίος δεν ήταν ο πλέον κατάλληλος να κρίνει την ποιοτική και ποσοτική απόδοση της, μη γνωρίζοντας το γνωστικό αντικείμενο λειτουργίας των Κοινωνικών Λειτουργιών.

Τοποθέτηση του Νοσοκομείου στο πρόβλημα ορισμού Προϊσταμένου ήταν η μακροχρόνια πρόταση κάλυψης της θέσης από Ψυχίατρο, ο οποίος φαινομενικά ήταν ο Προϊστάμενος επί σειρά ετών, κάτι που ποτέ δεν έγινε αποδεκτό από το προσωπικό της Υπηρεσίας.

Η σωστή συνεργασία του προσωπικού και οι άριστες σχέσεις μεταξύ των μελών αποτελεί το βασικό παράγοντα αποτελεσματικής αντιμετώπισης των κοινωνικών προβλημάτων που έρχονται στο χώρο της Κοινωνικής Υπηρεσίας και της ποιοτικής της απόδοσης.

6.7 ΧΩΡΟΙ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ

Το έργο των Κοινωνικών Λειτουργιών του ΓΝΚ επιτελείται:

- I) Στα γραφεία της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου.
- II) Στις κλινικές όλων των τομέων της Ιατρικής Υπηρεσίας και στα τμήματα, με την προϋπόθεση να προστατεύεται το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων ασθενών που δεν μπορούν να μετακινηθούν.
- III) Κατ' οίκον στο φυσικό περιβάλλον του ασθενή ή της οικογένειας του.
- IV) Στην κοινότητα στα πλαίσια συνεργασίας με άλλους φορείς²⁹⁷ για την διεξαγωγή προγραμμάτων αγωγής υγείας και αντιμετώπισης κοινών περιστατικών ή άλλων δραστηριοτήτων.

²⁹⁷ Βλέπε παρακάτω



Σχήμα 6.8: Χώροι άσκησης του έργου του ΚΛ Νοσοκομείου

Πηγή: Ιδία έρευνα

6.8 ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥ

Οι περιπτώσεις των πελατών παραπέμπονται στην Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου από:

- 1) Το Ιατρικό προσωπικό των τομέων της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- 2) Το νοσηλευτικό προσωπικό των κλινικών του Νοσοκομείου.
- 3) Τους ίδιους ασθενείς.
- 4) Το συγγενικό περιβάλλον του ασθενή.
- 5) Άλλες Υπηρεσίες και φορείς εκτός Νοσοκομείου (κοινότητα).
- 6) Αυτεπάγγελτα, από άμεση αντίληψη των Κοινωνικών Λειτουργών.

Η παραπομπή των περιστατικών που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες της Κοινωνικής Υπηρεσίας πρέπει να γίνεται άμεσα, ώστε να παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες χωρίς να ταλαιπωρείται ο πελάτης με την παράταση της νοσηλείας του στο Νοσοκομείο και για να προλαμβάνονται διάφορες επιπλοκές και προβλήματα. Η παραπομπή των περιστατικών γίνεται από τον Ιατρό ή την Προϊσταμένη της εκάστοτε κλινικής συνήθως τηλεφωνικά, ιδιαίτερα δε σε εξαιρετικά επείγοντα περιστατικά, για να παρέχεται έτσι άμεση και γρήγορη συνεργασία με τους Κοινωνικούς Λειτουργούς και σπανιότερα με τη συμπλήρωση ειδικού εντύπου (παραπεμπτικού σημειώματος).

Σε εξαιρετικά επείγοντα περιστατικά η παραπομπή γίνεται απευθείας τηλεφωνικά.



Σχήμα 6.9: Παραπομπές πελατών προς της ΚΥ του ΓΝΚ

Πηγή: Ίδια Έρευνα

6.9 ΜΕΘΟΔΟΙ – ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

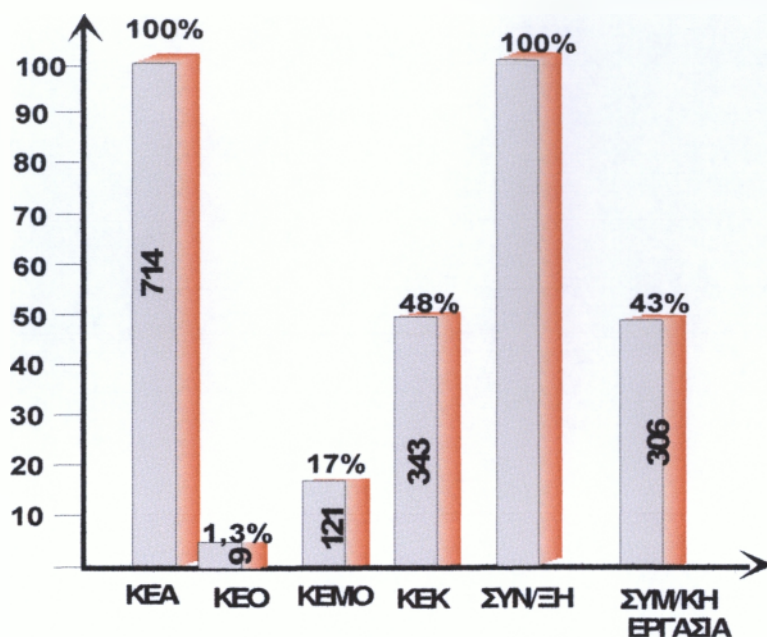
6.9.1 ΓΕΝΙΚΑ

Στη μακροχρόνια πορεία της η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας έχει εφαρμόσει μέσα στα πλαίσια εργασίας της, άλλοτε παράλληλα και άλλοτε περιστασιακά, **όλες σχεδόν τις μεθόδους** της Κοινωνικής Εργασίας άλλες με μεγαλύτερη και άλλες με μικρότερη συχνότητα και ποσοστό επιτυχίας.

Σήμερα, αντιμετωπίζει τα διάφορα περιστατικά και προβλήματα που καλείται να επιλύσει, **κυρίως περιστασιακά και μεμονωμένα** εφαρμόζοντας περισσότερο την **Casework - ΚΕΑ**, ενώ δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις εφαρμογής της **Κοινωνικής Εργασίας με Κοινότητα (ΚΕΚ)**.

Σε κάθε περιστατικό χρησιμοποιεί τη μέθοδο της **συνέντευξης**, ως μέσο εκμαιούσεως για την καταγραφή του κοινωνικού ιστορικού του πελάτη και ως μέσο αναζήτησης των αιτιών του κάθε κοινωνικού προβλήματος, ενώ σε πολλά περιστατικά παρέχει **Συμβουλευτική Εργασία** και Ψυχολογική Υποστήριξη.

Στο ακόλουθο σχεδιάγραμμα παρουσιάζεται η συχνότητα εφαρμογής των μεθόδων κοινωνικής εργασίας που χρησιμοποιούνται από το τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου Καλαμάτας. Σημειώνεται ότι σε κάθε περιστατικό μπορούν να εφαρμοστούν περισσότερες της μιας μεθόδου.



Ραβδόγραμμα 6.1: Συχνότητα εφαρμογής μεθόδων κοινωνικής εργασίας από ΚΥ του ΓΝΚ.

Πηγή: Ιδία έρευνα

6.9.2 ΚΕΑ

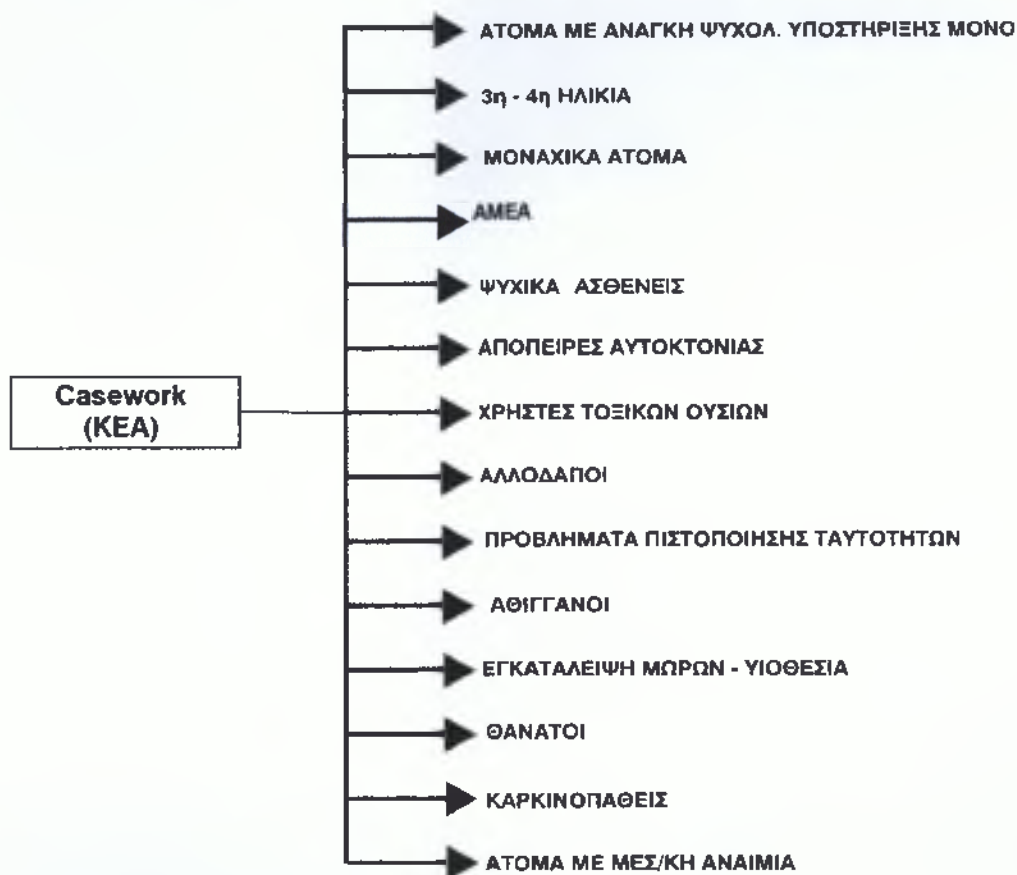
Ως βασική μέθοδος εργασίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝ Καλαμάτας εφαρμόζεται η **Casework – ΚΕΑ**²⁹⁸. Σύμφωνα με αυτή τα περιστατικά αντιμετωπίζονται περιστασιακά και μεμονωμένα. Η μέθοδος εφαρμόζεται στα περισσότερα αν όχι σε όλα τα περιστατικά που φθάνουν στο τμήμα, ανεξαρτήτως των άλλων μεθόδων εφαρμογής.

- ✓ Η κυριότερη προσφορά της μεθόδου είναι η **παροχή ψυχολογικής υποστήριξης** σ' εκείνους που την έχουν ανάγκη, μέσα στο νοσοκομείο αλλά και έξω από αυτό, με συναντήσεις στα γραφεία της Κοινωνικής Υπηρεσίας, αλλά και επισκέψεις στα σπίτια των ασθενών.
- ✓ Σημαντικό μέλημα της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου, λόγω της μεγάλης δημογραφικής γήρανσης του Νομού, είναι η **μέριμνα για την 3^η και 4^η ηλικία**.

²⁹⁸ Βλέπε κεφ. 4

- ✓ Πρόκειται για μοναχικούς υπερήλικες, συνήθως χαμηλού εισοδήματος ή άπορους, με πολλαπλά προβλήματα υγείας, που μετά τη νοσηλεία τους στο Νοσοκομείο, λόγω αδυναμίας αυτοεξυπηρέτησής τους, δεν έχουν κάπου να μείνουν. **Η παρέμβαση στις περιπτώσεις αυτές έγκειται στην εισαγωγή τέτοιων ατόμων σε άλλα Ιδρύματα Κοινωνικής Πρόνοιας (Γηροκομεία, Άσυλα, Κοινωνικούς Ξενώνες κλπ).**
- ✓ **Οι φαρμακευτικές απόπειρες αυτοκτονίας**, ιδίως από άτομα εφηβικής ηλικίας, είναι κοινή περίπτωση παρέμβασης για ψυχολογική στήριξη και συμβουλευτική βοήθεια από την Κοινωνική Υπηρεσία.
- ✓ Στα 22 χρόνια λειτουργίας της ως το 2001 δεν έλειψαν και περιστατικά ιδιόμορφα και ορισμένες φορές επικίνδυνα, από ανθρώπους άλλοτε **ψυχικά ασθενείς και άλλοτε χρήστες τοξικών ουσιών.**
- ✓ Αρκετά επίπονες είναι οι περιπτώσεις, όπου το προσωπικό της Κοινωνικής Υπηρεσίας αντιμετωπίζει περιθωριοποιημένα άτομα από κατώτερα κοινωνικά στρώματα με ελλιπή μόρφωση, όπως αλλοδαπούς, χρήστες τοξικών ουσιών ή αθίγγανους.
- ✓ Ιδιαίτερα δε, στην τελευταία περίπτωση, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί αντιμετωπίζουν καθημερινά προβλήματα πιστοποίησης ταυτοτήτων νεογνών, όταν οι γονείς τους δεν έχουν παντρευτεί νομότυπα, δηλαδή όταν ο γάμος τους δεν έχει καταγραφεί στο Δημαρχείο ή,
- ✓ προβλήματα γέννησης και εγκατάλειψης μωρών από μητέρες αθίγγανες (ή αλλοδαπές), μικρής ηλικίας με άμεση ανάγκη υιοθεσίας ή φιλοξενίας από ανάλογα Ιδρύματα.
- ✓ Ιδιαίτερη βαρύτητα δίδεται από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς στην αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων, όπως σε καρκινοπαθείς ή σε άτομα με Μεσογειακή Αναιμία-Θαλασσαιμία.

Το σχήμα 8 παρουσιάζει συνοπτικά τις περιπτώσεις εφαρμογής της Casework από την Κοινωνική Υπηρεσία.



Σχήμα 6.10: Εφαρμογή ΚΕΑ

Πηγή: Ιδία έρευνα

6.9.3 ΚΕΟ

Χαρακτηριστικό για την Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου Καλαμάτας, είναι η σπάνια εφαρμογή της ΚΕΟ (Κοινωνική Εργασία με Ομάδες). Η μέθοδος αυτή εξάλλου είναι σχεδόν ανύπαρκτη σε όλα τα Νοσοκομεία της Χώρας. Στο ΓΝ Καλαμάτας έγινε προσπάθεια εφαρμογής της:

1. Το 1986, με τη δημιουργία Ομάδας Καρκινοπαθών με σκοπό την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων τους, που προκαλούνται από μια τέτοια ασθένεια και την αντιμετώπιση του φόβου του ενδεχόμενου θανάτου.

2. Το 2001, με τη σύσταση ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης χρόνιων πασχόντων με τη βοήθεια Διεπιστημονικής Ομάδας Υγείας, αποτελούμενης από πέντε διαφορετικές ειδικότητες (παθολόγο, ψυχίατρο, ψυχολόγο, Κοινωνικό Λειτουργό, Νοσηλεύτρια).

Η συνεδρίαση της ομάδας ήταν μια φορά εβδομαδιαίως και λειτουργούσε με περιστατικά από όλες τις κλινικές, τα τμήματα και τα ιατρεία (ΕΙ) του Νοσοκομείου.

Σκοπός της ήταν να προσεγγίσει διεπιστημονικά χρόνιους πάσχοντες, νεφροπαθείς, καρκινοπαθείς, διαβητικούς, κινητικά ανάπηρους και πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία, αντιμετωπίζοντάς τους σαν προσωπικότητες συνολικά και όχι μόνο σαν ασθενείς, δίνοντάς τους μια πολύπλευρη βοήθεια που θα περιλάμβανε συμβουλευτική εργασία, ψυχολογική στήριξη και πληροφορίες για την ασθένεια.

Η ομάδα λειτουργούσε μόνο κατά τη διάρκεια ενός εξαμήνου. Έπειτα η συνεργασία διεκόπη, κυρίως λόγω λειτουργικών προβλημάτων και έλλειψης συντονισμού των ειδικοτήτων που λάμβαναν μέρος σε αυτή²⁹⁹.

Συνοπτικά οι μορφές ΚΕΟ που έλαβαν χώρα στο εν λόγω τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι οι εξής:

ΚΕΟ			
ΕΤΟΣ	ΜΟΡΦΗ	ΜΕΛΗ	ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
1986	Ομ. Καρκινοπαθών	Καρκ/θείς	Ψυχ/κή υποστήριξη Συμβ/κή Εργασία για αντιμετώπιση θανάτου
2001	Διεπ/κή Ομ. Χρόνιως Πασχόντων	Καρκ/θείς Μεσ. Αναιμία ΑΜΕΑ Νεφροπαθείς Διαβητικοί	Ψυχ/κή υποστήριξη Συμβατική Εργασία Πληροφορίες για ασθένεια

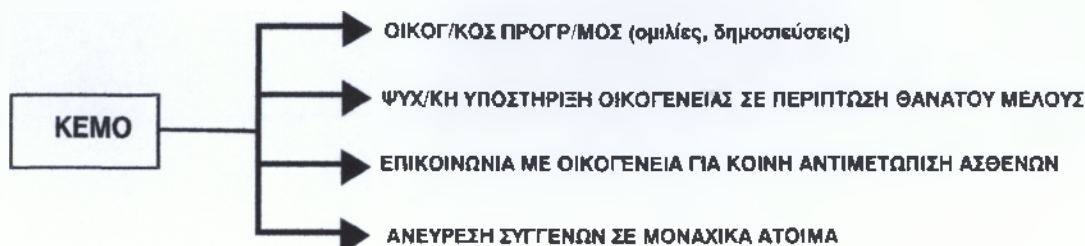
Πίνακας 6.7: Μορφές ΚΕΟ στην ΚΥ του ΓΝ Καλαμάτας

Πηγή: Ιδία έρευνα

²⁹⁹ Βλέπε Κεφ.3, παρ.3.2.3.

6.9.3.1 ΚΕΜΟ

Στα πλαίσια εργασίας της με τη μέθοδο ΚΕΜΟ³⁰⁰ η Κοινωνική Υπηρεσία ασχολείται με:



Σχήμα 6.11: Εφαρμογή ΚΕΜΟ

Πηγή: Ιδία έρευνα

6.9.4 ΚΕΚ

Εκτός από τα μεμονωμένα περιστατικά, και τα περιστατικά συνεργασίας με οικογένεια ή ομάδα, η Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου Καλαμάτας δραστηριοποιείται και σε άλλους τομείς. Ασκώντας τη μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με Κοινότητα³⁰¹.

- ✓ Επιμελείται σε ολόκληρο το Νομό Μεσσηνίας την καταγραφή όλων των εθελοντών δωρητών σώματος και ενημερώνει τον πληθυσμό για τη δωρεά οργάνων.
- ✓ Προωθεί αιμοδοσία και ενημερώνει τους πολίτες για την ανάγκη σε αίμα που έχουν οι ασθενείς με Μεσογειακή Αναιμία ή εκείνοι που υποβάλλονται σε ορθοπεδικές επεμβάσεις.

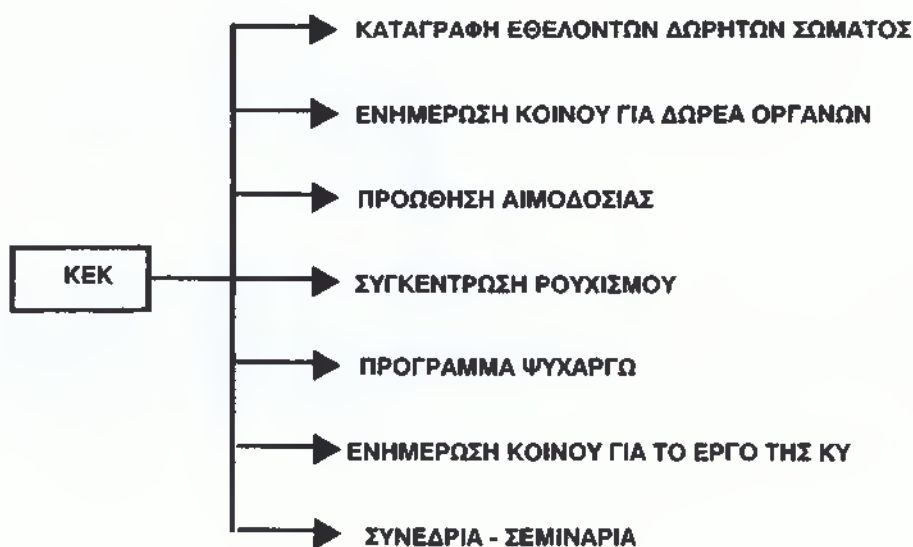
(Χαρακτηριστικό παράδειγμα προώθησης της αιμοδοσίας αποτελεί η εθελοντική αιμοδοσία μιας εκ των τριών Κοινωνικών Λειτουργιών της Υπηρεσίας.)

³⁰⁰ ΒΛΕΠΤΕ ΚΕΦ.4.

³⁰¹ ΒΛΕΠΤΕ ΚΕΦ.4

- ✓ Σε συνεργασία με τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό (ΕΕΣ) πραγματοποιεί συγκέντρωση ρουχισμού για τα άπορα άτομα και εθελοντική προσφορά βοήθειας από αδελφές του ΕΕΣ στους χώρους του Νοσοκομείου.
- ✓ Προετοιμάζει, οργανώνει και στηρίζει τη λειτουργία του προγράμματος Ψυχαργώ (για χρόνιους χρήστες τοξικών ουσιών).
- ✓ Ενημερώνει το Κοινό για το έργο που επιτελεί.
- ✓ Συμμετέχει σε Συνέδρια – Σεμινάρια της Κοινότητας.
- ✓ Συνεργάζεται με φορείς – υπηρεσίες της Κοινότητας, σε τοπικό αλλά και Πανελλαδικό Επίπεδο.
- ✓ Πραγματοποιεί προγράμματα εντός και εκτός Νοσοκομείου προς όφελος των εξυπηρετούμενων – πελατών.

Συνοπτικά η εφαρμογή της μεθόδου ΚΕΚ παρουσιάζεται στο ακόλουθο σχήμα:



Σχήμα 6.12: Εφαρμογή ΚΕΚ

Πηγή: Ιδία έρευνα

6.9.4.1 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ (ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ)

Όπως επιώθηκε παραπάνω, η Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου Καλαμάτας συνεργάζεται με φορείς- υπηρεσίες της Κοινότητας, σε τοπικό αλλά και Πανελλαδικό Επίπεδο, μέσα στα πλαίσια εφαρμογής της ΚΕΚ. Οι κυριότεροι από αυτούς τους φορείς παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα:

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ		
ΟΜΑΔΑ ΦΟΡΕΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΦΟΡΕΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΟΥ ΦΟΡΕΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ
1) Ιδρύματα	Γηροκομεία Άσυλα ΚΑΦΚΑ ΠΙΚΠΑ ΕΙΑΑ Βρεφοκομεία	Προφήτης Ηλίας Άσυλο ανιάτων Καλαμάτας «Άγιος Στυλιανός» «Μητέρα»
2) Αρχές	Αστυνομία Δικαστήρια	Υπ/μα Επιμελητών ανηλίκων Προγ/μα Δικ/κου Συμπαραστάτη
3) ΟΤΑ	Δήμοι Κοινότητες	Δήμος Καλαμάτας
4) Νοσοκομεία	Πανεπιστημικά Γενικά Ειδικά Παιδών Ψυχιατρικά ΕΟΜ ³⁰² Κ.Υγείας	Ευαγγελισμός, Γ. Κρατικό Νίκαιας «Αγία Σοφία» - Αγλ. Κυαριακού Τριπόλεως Αιτήσεις δωρητών οργάνων σώματος ΚΥ Μεσσήνης
5) Άλλοι φορείς	ΟΑΕΔ Θεραπευτικές Κοινότητες Συμβουλευτικοί Σταθμοί ΚΑΠΗ ΕΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ	Βοήθεια στο σπίτι

Πίνακας 6.8: Φορείς – Υπηρεσίες που συνεργάζονται με την ΚΥ

Πηγή : Τμήμα ΚΥ ΓΝΚ

³⁰² Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων

6.9.4.2 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Η Κοινωνική Υπηρεσία σε συνεργασία με άλλους φορείς της Κοινότητας πραγματοποιεί διάφορα προγράμματα για τη βελτίωση των συνθηκών που βιώνουν οι ασθενείς μέσα στο Νοσοκομείο αλλά και έξω από αυτό. Τέτοια προγράμματα είναι:

- ✓ Πρόγραμμα Πρακτικής άσκησης εθελοντών Κοινωνικής Πρόνοιας του ΕΕΣ (Μάιος 2000) με σκοπό την παρουσία εθελοντών στην Παιδιατρική Κλινική του Νοσοκομείου παρέχοντας ηθική στήριξη, αγάπη και οποιαδήποτε άλλη βοήθεια σε νοσηλευόμενα παιδιά και γονείς. Στόχοι του προγράμματος ήταν η δημιουργία στην Παιδιατρική Κλινική μικρής δανειστικής βιβλιοθήκης, που θα λειτουργούσε ως ανεξάρτητος χώρος για τα νοσηλευόμενα παιδιά.
- ✓ Προετοιμασία, οργάνωση και λειτουργία του Προγράμματος Ψυχαργώ, με σκοπό να υποστηρίξει τους χρόνιους χρήστες ουσιών.
- ✓ Πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών και πληροφοριών στο χώρο του Νοσοκομείου, τοποθετώντας εθελόντριες του ΕΕΣ στην είσοδο και σε άλλα κομβικά σημεία του Νοσοκομείου (Εισόδους Κλινικών, Διοίκηση, Εξωτερικά Ιατρεία, διαδρόμους κλπ) σε ώρες αιχμής, έτσι ώστε να διευκολύνουν τους ασθενείς παρέχοντάς τους απαραίτητες πληροφορίες και μετάβαση στο αντίστοιχο τμήμα ή κλινική που ο καθένας επιθυμεί.

Τα πραγματοποιηθέντα προγράμματα παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα:

A/A	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΧΩΡΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ	ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΦΟΡΕΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ
1	ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ Κ. ΠΡΟΝΟΙΑΣ	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	1) ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΔΑΝΕΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ 2) ΨΥΧΟΛΟΓΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΝΟΣΗΛΕΥΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ & ΓΟΝΕΩΝ	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΕΕΣ	ΕΕΣ
2	ΨΥΧΑΡΓΩ	ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	ΣΤΗΡΙΞΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΟΞΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ - ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΠΡΟΓ/ΤΟΣ	ΚΕΛΕΩΟ ΜΕΣΣΙΝΙΑΣ
3	ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠ/ΩΝ & ΠΛΗΡΟΦΟΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: 1) ΕΙΣΟΔΟΣ 2) ΕΙΣΟΓΓΟ 3) ΚΛΙΝΙΚΕΣ	1) ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ 2) ΑΜΕΣΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΤΜΗΜΑΤΑ - ΚΛΙΝΙΚΕΣ- ΔΙΟΙΚΗΣΗ	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΕΕΣ	ΕΕΣ

Πίνακας 6.9: Εφαρμοζόμενα Προγράμματα ΚΥ του ΓΝ Καλαμάτας

Πηγή: Ίδια έρευνα

6.10 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Η ποιότητα του παραγόμενου και προσφερόμενου έργου της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου Καλαμάτας βασίζεται κυρίως στην ανάλυση της κίνησης του τμήματος και στην ανάλυση της επάρκειας του προσωπικού του στο χώρο του Νοσοκομείου.

Η ανάλυση στηρίζεται στη χρήση Δεικτών.

Τα στοιχεία ελήφθησαν από πίνακες που παρατίθενται στο παράρτημα και τα οποία αναφέρονται στην πενταετία μεταξύ 1997-2001.

Η επιλογή των στοιχείων για την εύρεση των Δεικτών στηρίζεται στα εξής:

- ✓ Απογραφή πληθυσμού νομού Μεσσηνίας 1991
- ✓ Αξιολόγηση νοσοκομειακής κίνησης – στοιχεία ετών 1997 – 2001.
- ✓ Αξιολόγηση κίνησης τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας μεταξύ των ετών 1997 – 2001.

Συνοπτικά τα αποτελέσματα των Δεικτών Αποδοτικότητας της ΚΥ παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα:

	a/a	ΔΕΙΚΤΕΣ	ΕΤΟΣ	1997	1998	1999	2000	2001	Μ.Ο.
ΕΙΣΡΟΔΗ	1	ΚΑΤΟΙΚΟΙ/ ΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		55.655	55.655	55.655	55.655	55.655	55.655
	2	ΚΑΝ / 100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ		1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΙΩΝ	3	ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΙ/ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ		7,8	8,9	9,8	6,6	9,7	8,6
ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ	4	ΝΟΣΗΛ. ΚΛΙΝΕΣ / ΚΑΝ		76,3	76,3	76,3	81	83,7	78,7
	5	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣ /ΚΑΝ		22,3	22,3	22	24,3	24,3	23
	6	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣ. / ΚΑΝ		97,3	93,3	96	94,7	97	95,7
	7	ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΚΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		5	5	5	6,4	6,4	
ΕΚΡΟΣΗ	8	ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ / ΚΑΝ		5.290	5.487	5.757	6.170	6.559	5.853
	9	ΚΑΝ / 10.000 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ		2	1,8	1,7	1,6	1,5	1,7
	10	ΠΕΛΑΤΕΣ ΚΥ / ΚΑΝ		43	49	55	37	54	47,6
	11	ΠΕΛΑΤΕΣ ΚΥ / 1000 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ		13,4	14,6	15,4	9,4	13	13,3
	12	ΠΕΛΑΤΕΣ ΚΥ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΥ / 1000 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ							
	α	ΑΝΔΡ. ΑΤΠ / 1000 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΑΤΠ		9,4	2,9	6,2	4,3	4,6	5,5
	β	ΘΥΛ. ΒΠΠ / 1000 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΒΠΠ		7,1	4	4	3,3	4,3	4,5
	γ	ΚΥ / 1000 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΚΥ		1	1	1,4	1	0	0,9
	δ	ΚΥ / 1000 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΚΥ		3,9	5,2	3,9	2,1	6,3	4,3
	ε	ΚΥ / 1000 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΑΥ		1,9	4,3	2,6	2,6	4	3,1
	στ	* ΟΥΡ. / 1000 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΟΥΡ. ΕΒ		1	4	5,4	3,9	3	3,5
	ζ	* ΓΥΝΑΙΚΑ / 1000 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΓΥΝΑΙΚΑ		5	28	23	6,3	4,6	13,4
η	* ΟΡΘΟΚΑ / 1000 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΟΡΘΟΚΑ								
θ	* ΟΡΘΟΚΑ / 1000 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΟΡΘΟ. ΚΑ		7,5	9,9	8	4,3	9,5	7,8	

Πίνακας 6.10: Συγκεντρωτικά αποτελέσματα Δεικτών αποδοτικότητας ΚΥ του Νοσοκομείου Καλαμάτας ανά κατηγορία

Πηγή: Ίδια Έρευνα

Με βάση τα στοιχεία του πίνακα διαπιστώνονται τα εξής:

➤ **Δεικτών Εισροών:**

- ✓ Τόσο η αναλογία του πληθυσμού του νομού Μεσσηνίας ανά Κοινωνικό Λειτουργό Νοσοκομείου, όσο και η αναλογία Κοινωνικών Λειτουργών ανά 100.000 κατοίκους παρουσιάζει στασιμότητα την εξεταζόμενη περίοδο. Έτσι αναλογούν εν δυνάμει 55.655 κάτοικοι ανά Κοινωνικό Λειτουργό Νοσοκομείου, ενώ ανά 100.000 κατοίκους του νομού Μεσσηνίας αναλογούν περίπου δύο Κοινωνικοί Λειτουργοί Νοσοκομείου.

➤ **Δεικτών Χρησιμοποίησης - Λειτουργικότητας:**

- ✓ Ο δείκτης πελατών Κοινωνικής Υπηρεσίας ανά 10.000 κατοίκους παρουσιάζει διακυμάνσεις. Έως το έτος 1999 η αναλογία πελατών αυξάνεται κατά έναν. Το έτος 2000 μειώνεται κατά 3 περίπου πελάτες 6,6, ενώ το 2001 αυξάνεται στους 9,7 πελάτες.
- ✓ Κατά μ.ό. ανά 10.000 κατοίκους παραπέμπονται ετησίως περίπου 9 περιστατικά στην Κοινωνική Υπηρεσία.
- ✓ Η αναλογία νοσηλευτικών κλινών ανά Κοινωνικό Λειτουργό Νοσοκομείου τα τρία πρώτα έτη παραμένει σταθερή, ενώ από το έτος 2000 παρουσιάζει αυξητική τάση.(81 κλίνες ανά ΚΛ το 2000 και 83,7 κλίνες ανά ΚΛ το 2001 αντίστοιχα), λόγω της εγκατάστασης νέων κλινών από το έτος 2000 (μεταφορά Νοσοκομείου – αναμόρφωση Οργανισμού) στο Νοσοκομείο.
- ✓ Η αναλογία ιατρικού προσωπικού ανά Κοινωνικό Λειτουργό παραμένει σχεδόν σταθερή έως το 1999 (αντιστοιχούν 22 γιατροί / ΚΛ), ενώ αυξάνεται κατά δύο (2) γιατρούς από το έτος 2000.
- ✓ Κατά μ.ό. αντιστοιχεί ένας Κοινωνικός Λειτουργός ανά 23 υπαλλήλους της ιατρικής υπηρεσίας.
- ✓ Η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά Κοινωνικό Λειτουργό παρουσιάζει αυξομειώσεις. Τα μεγαλύτερα ποσοστά του δείκτη εμφανίζονται τα έτη 1999 και 2001, όπου αναλογούν 96 και 97 νοσηλευτές αντίστοιχα σε κάθε Κοινωνικό Λειτουργό. Κατά μ.ό. αντιστοιχούν 96 νοσηλευτές περίπου ανά Κοινωνικό Λειτουργό.
- ✓ Σύμφωνα με τα Διεθνή Δεδομένα κατανομής Κοινωνικών Λειτουργών Γενικού Νοσοκομείου (1ΚΛ/50 κλίνες) για τα έτη 1997 έως 1999, αναλογούν πέντε (5) Κοινωνικοί Λειτουργοί στο ΓΝ Καλαμάτας (δυναμικότητας τότε 250

κλινών), ενώ από το έτος 2000, η αναλογία αυξάνεται σε 6,4 Κοινωνικούς Λειτουργούς.

➤ **Δεικτών Εκροών**

- ✓ Η αναλογία εισαγωγών ανά Κοινωνικό Λειτουργό παρουσιάζει αυξητική τάση, εξαιτίας της αντίστοιχης αύξησης των νοσηλευτικών κλινών. Η μεγαλύτερη αναλογία παρουσιάζεται το έτος 2001, όπου ανά Κοινωνικό Λειτουργό αναλογούν 6,569 εισαγωγές.
- ✓ Η αναλογία Κοινωνικών Λειτουργών ανά 10.000 εισαγωγές παρουσιάζει σταδιακή μείωση την εξεταζόμενη περίοδο. Κατά μ.ό. ανά 10.000 εισαγωγές αντιστοιχούν περίπου 2 Κοινωνικοί Λειτουργοί.
- ✓ Μεταξύ των ετών 1997 έως 1999, παρατηρείται αύξηση των περιστατικών που έρχονται στην Κοινωνική Υπηρεσία και αντιστοιχούν σε κάθε Κοινωνικό Λειτουργό. Η μείωση τους είναι κατακόρυφη με τη μεταφορά του τμήματος στο νέο κτίριο του Νοσοκομείου το έτος 2000 (αναλογία 37 πελάτες / ΚΛ), ενώ το έτος 2001 τα περιστατικά ανέρχονται στα 54/ΚΛ λόγω των περιστατικών μεσογειακής αναιμίας.(δείκτης 10)
- ✓ Κατά μ.ό. αναλογούν 48 εξυπηρετούμενοι πελάτες Κοινωνικής Υπηρεσίας ανά Κοινωνικό Λειτουργό ετησίως.
- ✓ Το έτος 1999 υπήρξε αναλογικά με το σύνολο των εισαγωγών στο ΓΝ Καλαμάτας, η μεγαλύτερη προσέλευση πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία (εισαγωγές) (δείκτης 11). Έτσι, ανά 1000 εισαγωγές προσέρχονται 15,4 περιπτώσεις στην Κοινωνική Υπηρεσία. Η μικρότερη αναλογία παρατηρείται το έτος 2000 με 9,4 περιστατικά ανά 1000 εισαγωγές.
- ✓ Από τη Γυναικολογική Κλινική προέρχεται η μεγαλύτερη προσέλευση πελατών Κοινωνικής Υπηρεσίας, τόσο για τα έτη 1998 και 1999 (28 και 23 περιπτώσεις ανά 1000 εισαγωγές στην Γυναικολογική Κλινική αντίστοιχα), όσο και γενικά στο σύνολο της πενταετίας, όπου αναλογούν κατά μ.ό. 13,4 περιστατικά ανά 1000 εισαγωγές στη Γυναικολογική Κλινική αντίστοιχα.
- ✓ Η δεύτερη κατά σειρά Κλινική με το μεγαλύτερο αριθμό περιστατικών που παραπέμπονται στην Κοινωνική Υπηρεσία, μετά τη Γυναικολογική Κλινική, είναι η Ορθοπεδική Κλινική, απ' την οποία κατά μ.ό παραπέμπονται περίπου 8 περιστατικά ανά 1000 εισαγωγές ετησίως. Οι μεγαλύτερες αναλογίες παραπομπών της Ορθοπεδικής Κλινικής παρατηρούνται τα έτη 1998 (99 περιστατικά) και 2001 (9,5 περιστατικά ανά 100 εισαγωγές).

- ✓ Η οφθαλμολογική Κλινική δεν παραπέμπει κανένα περιστατικό στην Κοινωνική Υπηρεσία, ενώ η Καρδιολογική Κλινική αντίστοιχα μόνο μία (1) περίπτωση ετησίως.

6.11 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Στην εικοσάχρονη πορεία της, η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας αντιμετώπισε και κάποιους σοβαρούς ανασταλτικούς παράγοντες στη λειτουργία της, πέραν της χωροθέτησής της.

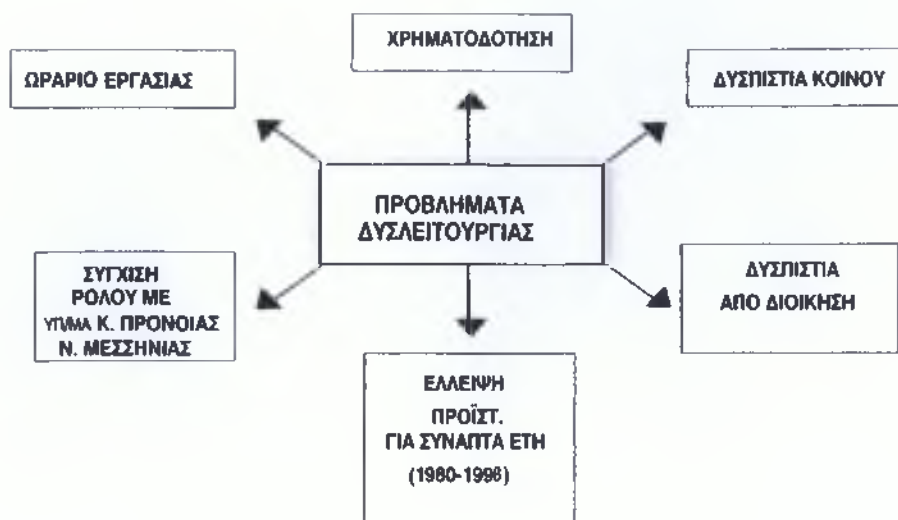
Οι κυριότεροι είναι οι ακόλουθοι:

- α) Προβλήματα δυσπιστίας από την εκάστοτε Διοίκηση του Νοσοκομείου, η οποία δυσκολεύτηκε, ιδιαίτερα δε τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του τμήματος, να κατανοήσει πλήρως τη χρησιμότητα μιας τέτοιας Υπηρεσίας, έχοντας την εντύπωση ότι η αποστολή της είναι περιορισμένη και κατά κανόνα γραφειακή. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την έντονη αντίθεση της Διοίκησης για τις επισκέψεις των Κοινωνικών Λειτουργών σε εξωτερικούς χώρους, η οποία έπαιρνε τη μορφή παρατηρήσεων και απαίτησης να αποκαλυφθεί ο απόρρητος φάκελος του ασθενούς, κάτι εντελώς αντιδεοντολογικό.
- β) Έλλειψη Προϊσταμένου Τμήματος (όπως ήδη έχει αναφερθεί) και άμεση εξάρτηση από το Διοικητικό Διευθυντή για συναπτά έτη.
- γ) Σύμφωνα με τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας Νοσηλευτικού Ιδρύματος, προβλέπεται Ειδικός Λογαριασμός, για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών ασθενών με μόνιμη ή περιστασιακή οικονομική αδυναμία, ο οποίος κινείται με ευθύνη των Κοινωνικών Λειτουργών μέσω του ταμείου του Νοσοκομείου.

Παρόλα αυτά ο Προϋπολογισμός του ΓΝ δεν προβλέπει κονδύλιο, και χρήματα ουδέποτε έχουν χορηγηθεί στην Υπηρεσία, με αποτέλεσμα να μην είναι λίγες οι περιπτώσεις που οι Κοινωνικοί Λειτουργοί συνδράμουν οι ίδιοι με δική τους ευθύνη, ασθενείς που έχουν ανάγκη.

- δ) Παρόλο που οι Κοινωνικοί Λειτουργοί δεν υποχρεούνται να τηρούν κάρτα³⁰³ και αντ' αυτού τηρούν λεπτομερές φύλλο ημερήσιας κίνησης, ελεγχόμενο από τον Προϊστάμενο και διαθέσιμο στη Διοίκηση του Νοσοκομείου όταν αυτό ζητηθεί, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί περιστασιακά κατά καιρούς αντιμετώπισαν πρόβλημα με το ωράριο εργασίας, αφού το οκτάωρο δεν επαρκούσε για να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών.
- Η μη λειτουργία του τμήματος με βάρδιες συχνά προκαλούσε παράταση εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών και μετά το θώρο, ενώ σε έκτακτα περιστατικά που έχριζαν κοινωνικής βοήθειας ήταν στη δικαιοδοσία του κάθε υπαλλήλου χωριστά η παρουσία ή όχι στην υπηρεσία εκτός ωραρίου εργασίας.
- ε) Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις σύγχυσης από τους πελάτες των αρμοδιοτήτων της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου με την Υπηρεσία Κοινωνικής Πρόνοιας του Νομού Μεσσηνίας.
- Μέλημα της Υπηρεσίας αυτής είναι η χορήγηση επιδομάτων βοηθώντας οικονομικά τον πελάτη και το περιβάλλον του, ενώ η Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου συμβάλλει στην ψυχολογική κυρίως υποστήριξή του.
- Το μόνο ίσως κοινό σημείο των δυο Υπηρεσιών είναι η κάποιας μορφής συνεργασία τους για την αντιμετώπισή μεμονωμένων κοινών περιστατικών.
- στ) Σημαντική και χαρακτηριστική κρίνεται κάποιες φορές και η έλλειψη συνεργασίας από την πλευρά των ασθενών, συχνά λόγω ελλιπούς ενημέρωσης για το τι προσφέρει το τμήμα και δυσπιστίας.
- Στο σχεδιάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζονται συνοπτικά τα προβλήματα της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου Καλαμάτας, όπως καταγράφηκαν επί συναπτά έτη.

³⁰³ Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας ΚΛ Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.



Σχήμα 6.13: Προβλήματα δυσλειτουργίας ΚΥ

Πηγή: Ιδία έρευνα

6.12 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Το τόσο αξιόλογο έργο της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου Καλαμάτας, τόσο στο ίδιο το Νοσοκομείο, όσο και σ' εκείνους που την επισκέπτονται, οφείλεται περισσότερο στην ευσυνειδησία και τη συνέπεια που διακρίνει το προσωπικό της Υπηρεσίας, καθώς και στις δημοκρατικές αρχές που καθορίζονται από την δεοντολογία της, όπως ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, το απόρρητο των περιπτώσεων και η διασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως αυτά καταγράφονται άλλωστε και στον Καταστατικό Χάρτη του ΟΗΕ.

Η εργασία του Κοινωνικού Λειτουργού στο εν λόγω Γενικό Νοσοκομείο, μέσα από την εφαρμογή όλων αυτών των μεθόδων, είναι επίπονη και επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία του, λόγω της ταύτισης του τελευταίου με τα εκάστοτε περιστατικά που επιδιώκει να λύσει, καθώς και λόγω των δύσκολων συχνά συνθηκών εργασίας, τόσο εξαιτίας των πολύπλοκων περιπτώσεων που καλείται να αντιμετωπίσει, όσο και για τις συνθήκες δυσπιστίας κάτω από τις οποίες λειτουργεί το επάγγελμα.

Ταυτόχρονα όμως, αποτελεί σημαντικό φορέα προσπάθειας για κοινωνική αποκατάσταση και επίτευξη του μέγιστου αγαθού στη ζωή ενός ανθρώπου, την προάσπιση και προώθηση της υγείας του.

6.13 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ ΓΝΚ

1. Χρονολογικά, η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ **εξελισσεται σταδιακά τόσο κτιριακά, όσο και οργανωτικά και λειτουργικά.**
2. Η **θέση** που καταλαμβάνει στις σημερινές κτιριακές εγκαταστάσεις του ΓΝΚ πρεσβεύουν **καίριους σκοπούς λειτουργικότητας, αποδοτικότητας και διευκόλυνσης** του πελάτη, όπως άμεση πρόσβαση, καλύτερη εξυπηρέτηση, άμεση και επιτακτική ανάγκη παρέμβασης σε ψυχιατρικά και επείγοντα περιστατικά, αυξημένη ανάγκη παρέμβασης στη Μαιευτική Μονάδα, άμεση συνεργασία με τη Διεπιστημονική Ομάδα Υγείας και άμεση πρόσβαση στη Διοικητική Υπηρεσία, λόγω μακροχρόνιας ένταξής της σε αυτή.
3. Η **κάλυψη των οργανικών θέσεων** του προσωπικού της Κοινωνικής Υπηρεσίας ανέρχεται στο **78%** του συνόλου των οργανικών θέσεων των Κοινωνικών Λειτουργιών.
4. Το έργο των Κοινωνικών Λειτουργιών της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ επιτελείται στα γραφεία του τμήματος, σε όλους τους χώρους του Νοσοκομείου, στο φυσικό περιβάλλον του πελάτη ή της οικογένειάς του και στην κοινότητα.
5. Οι περιπτώσεις των πελατών παραπέμπονται στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ είτε από το προσωπικό του Νοσοκομείου, είτε από τους ίδιους τους ασθενείς ή το συγγενικό τους περιβάλλον, είτε από φορείς και υπηρεσίες της Κοινότητας, είτε, τέλος, αυτεπάγγελα από τον Κοινωνικό Λειτουργό.
6. Στη μακροχρόνια πορεία της, η Κοινωνική Εργασία του ΓΝΚ έχει εφαρμόσει μέσα στα πλαίσια δράσης της, άλλοτε παράλληλα και άλλοτε περιστασιακά, όλες σχεδόν τις μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας, άλλες με μεγαλύτερη και άλλες με μικρότερη συχνότητα και ποσοστό επιτυχίας.
7. Η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ **αντιμετωπίζει τα διάφορα προβλήματα** που καλείται να επιλύσει, **κυρίως περιστασιακά και μεμονωμένα**, εφαρμόζοντας σε όλες ανεξαιρέτως τις περιπτώσεις ως βασική μέθοδο εργασίας την ΚΕΑ και υποβοηθητική τη Συνέντευξη (100%), ενώ αρκετά συχνά εφαρμόζει την ΚΕΚ (48%) και τη Συμβουλευτική (Counseling 43%), λιγότερο συχνά την ΚΕΜΟ (17%), ενώ πολύ σπάνια εφαρμόζει την ΚΕΟ (1,3%). Η έρευνα ως μορφή μεθόδου δεν εφαρμόζεται σχεδόν ποτέ.

8. Πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ είναι κυρίως ηλικιωμένα ή μοναχικά άτομα, ΑΜΕΑ, άτομα με προβλήματα ψυχογενούς αιτιολογίας (ψυχικά ασθενείς, αυτόχειρες, χρήστες τοξικών ουσιών), άτομα με ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης και μόνο, αλλοδαποί, ανασφάλιστοι, χρονίως πάσχοντες, αθιγγανοί συνήθως αδήλωτοι στο Ληξιαρχείο, περιπτώσεις εγκατάλειψης νεογνών, θάνατοι καθώς και άτομα με γραφειοκρατικά ζητήματα πιστοποίησης ταυτοτήτων.
9. Ως προς την κίνηση του τμήματος, συμπεραίνουμε ενδεικτικά τα εξής:
- Ανά Κοινωνικό Λειτουργό αντιστοιχούν κατά μ.ό.:
 - ✓ 55.655 κάτοικοι του νομού Μεσσηνίας, εν δυνάμει χρήστες των υπηρεσιών του τμήματος.
 - ✓ 79 νοσηλευτικές κλίνες
 - ✓ 23 υπάλληλοι ιατρικής υπηρεσίας
 - ✓ 96 νοσηλευτές
 - ✓ 5.853 εισαγωγές κα
 - ✓ 48 χρήστες των υπηρεσιών του τμήματος
 - Αντίστοιχα:
 - ✓ Ανά 100.000 κατοίκους αναλογούν δύο (2) Κοινωνικοί Λειτουργοί της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ.
 - ✓ Ανά 10.000 κατοίκους αναλογούν περίπου 9 εξυπηρετούμενοι- πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας.
 - ✓ Ανά 10.000 εισαγωγές στο ΓΝΚ αναλογούν δύο (2) Κοινωνικοί Λειτουργοί.
 - ✓ Ανά 1000 εισαγωγές στο ΓΝΚ αναλογούν 13 πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας.
10. Επιπλέον, σύμφωνα με τα **Διεθνή Δεδομένα Κατανομής των Κοινωνικών Λειτουργών** σε Γενικό Νοσοκομείο, το τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας θα έπρεπε να έχει στελεχωθεί έως το 1999 με έναν ακόμη Κοινωνικό Λειτουργό, ενώ τα επόμενα έτη με δύο (2) Κοινωνικούς Λειτουργούς αντίστοιχα.
11. Από τις Κλινικές, η Γυναικολογική και η Ορθοπαιδική παραπέμπουν τα περισσότερα περιστατικά στην Κοινωνική Υπηρεσία (λόγω νοσηλείας στην πρώτη μεγάλου ποσοστού αθιγγάνων ή αλλοδαπών μητέρων που χρειάζονται άλλοτε ταυτοποίηση στοιχείων ταυτότητας ,άλλοτε ασφαλιστική

κάλυψη και άλλοτε ενεργοποίηση μηχανισμού αναδοχής ή υιοθεσίας, ενώ από τη δεύτερη Κλινική παραπέμπονται κυρίως υπερήλικα και μοναχικά άτομα με αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης). Αντίθετα, από την Καρδιολογική και την Οφθαλμολογική Κλινική δεν παραπέμπονται περιστατικά.

12. Τα **προβλήματα** που αντιμετώπισε κατά καιρούς η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ επικεντρώνονται κυρίως :

- α) **Σε προβλήματα λειτουργικά** όπως είναι η χρηματοδότηση (έλλειψη χρηματοδότησης από τον Προϋπολογισμό του Νοσοκομείου), το ωράριο εργασίας, η έλλειψη προϊσταμένου για συναπτά έτη και η **δυσπιστία από τη Διοίκηση** για το ρόλο που διαδραματίζει η Κοινωνική Υπηρεσία και τον τρόπο λειτουργίας της, καθώς και
- β) **προβλήματα που εστιάζονται στις σχέσεις της Κοινωνικής Υπηρεσίας με την Κοινότητα** (δυσπιστία κοινού-ασθενών, σύγχυση ρόλου με υποκατάστημα Κοινωνικής Πρόνοιας του νομού Μεσσηνίας).

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι μέσα από όλο αυτό το σύνθετο πλαίσιο δράσης , η Κοινωνική Εργασία στο ΓΝΚ επιτελείται επιτυχώς σε όλους τους τομείς δράσης της, τόσο σε **ενδονοσοκομειακό**, όσο και σε **εξωνοσοκομειακό επίπεδο** και ανταποκρίνεται επιτυχώς στην επίλυση των προβλημάτων των συγκεκριμένων κοινωνικών δομών που λαμβάνουν χώρα σε ολόκληρο το νομό Μεσσηνίας (παρουσία ανέργων, ανασφάλιστων, αθιγγάνων της φυλής των Rom, χρηστών τοξικών ουσιών, ανηλίκων άγαμων μητέρων, αυτοχειρών, ΑΜΕΑ, μεγάλου ποσοστού υπερηλίκων μοναχικών ατόμων με αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης και ψυχιατρικών ασθενών).

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί του τμήματος αναπτύσσουν **σύνθετες δράσεις και υποστηρικτικές διορθωτικές, θεραπευτικές, προληπτικές και επανορθωτικές λειτουργίες**, ανάλογα με το είδος, τη σοβαρότητα και την επικινδυνότητα του εκάστοτε κοινωνικού προβλήματος που διαχειρίζονται.

Ταυτόχρονα, ενδιαφέρονται και προωθούν όχι μόνο την άσκηση κλινικής Κοινωνικής Εργασίας, η οποία αρκείται μόνο στη **θεραπεία**, αλλά στρέφουν το ενδιαφέρον τους και στην **πρόληψη** με προγράμματα σε συνεργασία με λοιπούς φορείς της «κοινότητας» και στην ενημέρωση του ίδιου του κοινού- εν δυνάμει πελατών της.

Έτσι, η Κοινωνική Εργασία στο ΓΝΚ , ως μια **επιστήμη δράσης – παρέμβασης** εδραιώνει το ρόλο της επιδρώντας όχι μόνο στον πελάτη ασθενή που βρίσκεται σε μια λανθάνουσα κατάσταση- μειονεξία, βοηθώντας τον να ξεπεράσει το πρόβλημά του, αλλά ταυτόχρονα επιδρά και στο ίδιο το πρόβλημα και στις επιπτώσεις του τόσο στο άτομο, όσο και στο περιβάλλον του. (βλ.κεφ.1.4)

Μέσα από όλο αυτό το σύνθετο πλαίσιο δράσης, το σύμπλεγμα ρόλων, δραστηριοτήτων και ανασχετικών παραγόντων που δυσχεραίνουν το έργο της, η Κοινωνική Εργασία στο ΓΝΚ εξελίσσεται δυναμικά, ενισχύει τους ρόλους και τα προγράμματά της, θέτει νέους στόχους, δραστηριοποιείται, εδραιώνοντας έτσι την παρουσία της, όχι μόνο στο χώρο του Νοσοκομείου, αλλά και έξω από αυτό, στους κόλπους της «κοινότητας» και ενστερνίζεται προοπτικές αναβάθμισης και επέκτασης του ρόλου της, καταδεικνύοντας έτσι μέσα από τις πολύπλευρες εφαρμογές των μεθόδων της, το σύγχρονο, πολυδιάστατο, ανθρωπιστικό, ανθρωποκεντρικό και επιστημονικό της ρόλο.

ΜΕΡΟΣ Γ΄: ΕΡΕΥΝΑ

**Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΥ
ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ ΓΝΚ –
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ ΓΝΚ.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας.

Στόχος μας είναι:

- ⇒ Ο εντοπισμός των κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού που προσφεύγουν και δέχονται τις υπηρεσίες του υποφαινόμενου τμήματος, όντας επιρρεπείς σε κάποιο κοινωνικό πρόβλημα.
- ⇒ Ο εντοπισμός των Κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού του Νομού Μεσσηνίας που έχουν ανάγκη την παρέμβαση για Κοινωνική Εργασία.
- ⇒ Αξιολόγηση του είδους της παρέμβασης στην οποία υπόκεινται οι πελάτες – εξυπηρετούμενοι.
- ⇒ Η κατάληξη των περιστατικών, ύστερα από το είδος της παρέμβασης.
- ⇒ Ο εντοπισμός του βαθμού επιρροής των μεταρρυθμίσεων που υφίστατο το ΓΝΚ ως προς το χώρο και τρόπο λειτουργίας του (μεταφορά κτιριακών εγκαταστάσεων, αναμόρφωση Οργανισμού) πάνω στο πεδίο δράσης της Κοινωνικής Εργασίας στο ίδιο Νοσοκομείο.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας με συνεργασία του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του ίδιου Νοσοκομείου.

Η έρευνα στηρίχτηκε στα δεδομένα του αρχείου του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας, το οποίο περιλάμβανε 714 προσωπικές καρτέλες πελατών που εξυπηρετήθηκαν από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς του τμήματος κατά τη χρονική περίοδο από 1/1/1997 έως 31/12/2001.

Στην πρώτη ενότητα διερευνώνται τα γενικά χαρακτηριστικά των πελατών: φύλο, καταγωγή, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, οικονομική – εργασιακή κατάσταση και ασφαλιστική κάλυψη.

Στη δεύτερη ενότητα περιλαμβάνονται οι παραπομπές των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων προς και από την Κοινωνική Υπηρεσία.

Στην τρίτη ενότητα διερευνώνται τα κοινωνικά προβλήματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας, και τα οποία προκαλούν την αδυναμία προσαρμογής των κοινωνικά μειωνεκτούντων στο ευρύτερα αποδεκτό κοινωνικό σύνολο και συνεπώς επιζητούν λύση μέσω της παρέμβασης των Κοινωνικών Λειτουργιών, οι οποίες αναφέρονται στο ενδονοσοκομειακό – εξωνοσοκομειακό επίπεδο πελατών, σε οικονομικά αδύναμους πελάτες ή σε χρήστες υπηρεσιών αναβάθμισης της ποιότητας ζωής τους, στην πολλαπλότητα των εμφανιζομένων προβλημάτων, στις κατηγορίες εμφανιζομένων κοινωνικών προβλημάτων, καθώς και στις μορφές των εμφανιζομένων ιδιαίτερων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.

Στην τέταρτη ενότητα διερευνώνται τα χαρακτηριστικά της παρέμβασης για Κοινωνική Εργασία, και αφορούν: στις βασικές και επιμέρους μεθόδους Κοινωνικής Εργασίας, στα μέσα δράσης των Κοινωνικών Λειτουργιών, στη λήψη Κοινωνικού Ιστορικού, στην εξέλιξη των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων μετά το τέλος της παρέμβασης, στην κατάληξη των περιπτώσεων μετά τη λήξη της παρέμβασης, καθώς και στην αξιολόγηση της Ομάδας ψυχολογικής στήριξης που εντάσσεται στη μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με Ομάδες (ΚΕΟ).

Η Στατιστική ανάλυση διακρίνεται σε δύο (2) επίπεδα:

- Ι)** Επιλογή αντιπροσωπευτικού δείγματος με τη μέθοδο της «εις άτοπον υπαγωγής», η οποία στηρίζεται σε τρεις (3) υποθέσεις εργασίας:
 - α)** Πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ δεν είναι μόνο εσωτερικοί ασθενείς. Πρόσβαση στην υπηρεσία έχουν και εξωτερικοί πελάτες, κάτοικοι του νομού και γενικότερα οποιοδήποτε άτομο ανεξαρτήτου φυλής, εθνικότητας και χώρου διαμονής. Η χρήση ερωτηματολογίου ίσως να σημαίνει απομόνωση μέρους του δείγματος.
 - β)** Μεγάλο μέρος των πελατών της Κοινωνικής υπηρεσίας είναι μοναχικοί υπερήλικες με αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, ψυχιατρικοί ασθενείς, χρήστες τοξικών ουσιών, αυτόχειρες και λοιπά άτομα που βρίσκονται υπό καθεστώς

σύγχυσης, πράγμα που θα δημιουργούσε πρόβλημα ενδεχομένως στη συλλογή δεδομένων μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίων.

- γ) Μία αρκετά μεγάλη μερίδα πληθυσμού αγνοεί το ρόλο και τους τομείς δράσης του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας, με ενδεχόμενη τυχαία συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου.

Έτσι επιλέχθη η χρήση των δεδομένων των φακέλων του αρχείου του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ επί του συνόλου της κίνησης του τμήματος αυτού επί σειρά ετών, τα οποία αποτέλεσαν το τελικό δείγμα της έρευνας και ακολουθήθηκε **πλήρης απογραφική μέθοδος καταγραφής στοιχείων**.

Τα δεδομένα αυτά περιελάμβαναν γενικά χαρακτηριστικά πελατών (φύλο, καταγωγή, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, οικονομική – εργασιακή κατάσταση και ασφαλιστική κάλυψη), παραπομπές των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων προς και από την Κοινωνική Υπηρεσία, κοινωνικά προβλήματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας (σε ενδονοσοκομειακό – εξωνοσοκομειακό επίπεδο πελατών, πολλαπλότητα εμφανιζομένων προβλημάτων, κατηγορίες εμφανιζομένων κοινωνικών προβλημάτων και μορφές των εμφανιζομένων ιδιαίτερων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων), καθώς και δεδομένα που αφορούν στην παρέμβαση για Κοινωνική Εργασία (βασικές και επιμέρους μέθοδοι Κοινωνικής Εργασίας, μέσα δράσης των Κοινωνικών Λειτουργιών, λήψη Κοινωνικού Ιστορικού, εξέλιξη των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων μετά το τέλος της παρέμβασης, κατάληξη των περιπτώσεων μετά τη λήξη της παρέμβασης, καθώς και αξιολόγηση της Ομάδας ψυχολογικής στήριξης που εντάσσεται στη μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με Ομάδες (ΚΕΟ).

III) Καταγραφή των αποτελεσμάτων των ως άνω δεδομένων του αρχείου του τμήματος, για την οποία δημιουργήθηκε αρχικά Πληροφοριακό Πρόγραμμα αρχειοθέτησης σε Βάση Δεδομένων στο ίδιο το τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας και εν συνεχεία ακολουθήθηκε στατιστική επεξεργασία των στοιχείων χειρόγραφα.

Με τη στατιστική ανάλυση επιχειρήθηκε:

- α) Η καταγραφή των ποσοστών κατανομής του δείγματος στις μεταβλητές – τομείς αξιολόγησης, έτσι ώστε να υπάρχει μια περιγραφική εικόνα της χρησιμότητας και της λειτουργίας του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας.

β) Προσπάθεια εξέτασης της πιθανής συσχέτισης μεταξύ του αριθμού των εξυπηρετούμενων πελατών με το πλαίσιο εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών του τμήματος κατά τη διάρκεια λειτουργίας του στο παλαιό και νέο κτίριο του Νοσοκομείου, καθώς και η συσχέτισή τους με το προηγούμενο και το τωρινό νομικό καθεστώς λειτουργίας (Οργανισμός) του Νοσοκομείου.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

Για την περάτωση της παρούσης έρευνας δίδονται οι εξής διευκρινίσεις:

1. Η χρήση του όρου «πελάτη» ανάγεται στην Διεθνή Βιβλιογραφία, όπου αναφέρεται ως ο πιο αποδεκτός όρος για τον χρήστη των Κοινωνικών Υπηρεσιών, κυρίως για να υπογραμμιστεί η επαγγελματική διάσταση της σχέσης που ανέπτυσαν οι μειονεκτούντες με τα άτομα τα οποία ζητούσαν τη βοήθειά τους (Κοινωνικούς Λειτουργούς)³⁰⁴.
2. Δεν υπάρχουν στοιχεία για τα ποσοστά των αθιγγάνων πελατών, πέραν του ονόματός τους, που λόγω του «απορρήτου» δεν ήταν δυνατόν να δοθούν προς έρευνα. Για το λόγο αυτό και δεν υπάρχουν ποσοστά για την κατηγορία αυτή των πελατών, ενώ αξιολογούνται στην κατηγορία των πελατών Ελληνικής καταγωγής.
3. Η κατηγοριοποίηση των περιπτώσεων κατά ηλικία στις συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες έγινε βάσει:
 - i. Ανάλογων ομαδοποιήσεων σε πίνακες απογραφής πληθυσμού της ΕΣΥΕ.
 - ii. Ανάλογων ομαδοποιήσεων σε δελτία αξιολόγησης προνοιακού έργου Κοινωνικών Υπηρεσιών των έως πρότεινως Κ.Ε.Φ.Ο. (Κέντρων Φροντίδας Οικογένειας).
 - iii. Ανάλογων ομαδοποιήσεων σε σχετικό μάθημα του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
4. Για την αξιολόγηση των περιπτώσεων εφαρμογής της μεθόδου ΚΕΚ (Κοινωνικής Εργασίας με Κοινότητα), λόγω της ιδιομορφίας της μεθόδου, η οποία πραγματοποιείται μέσα στα πλαίσια του Κοινωνικού σχεδιασμού, **θεωρήθηκε ως «Κοινότητα»** ο ορισμός που δίδεται από τον Ανδρέα Ζωγράφου³⁰⁵, ως μια ομάδα ανθρώπων που βρίσκονται σε ένα λειτουργικό συσχετισμό μεταξύ τους (**Νοσοκομείο**, ή μια κατηγορία πληθυσμού με ένα κοινό χαρακτηριστικό – ηλικιωμένοι, μοναχικοί, αλλοδαποί κ.λ.π.).
5. Η μεταβολή – διακύμανση των μεταβλητών στην έρευνα βασίζεται στον τύπο:
 $P.M.=[(\text{Τιμή μεταβλητής } B' - \text{Τιμή μεταβλητής } A') \times 100] / \text{Τιμή μεταβλητής } A'$

³⁰⁴ ΒΛΕΠΤΕ Ορισμούς Όρων

³⁰⁵ ΒΛΕΠΤΕ Ορισμούς Όρων

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΕΝΟΤΗΤΑ Α΄:

ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΛΑΤΩΝ ΚΥ

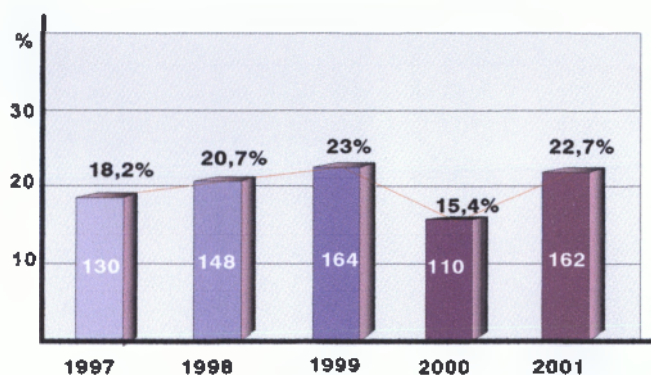
⇒ ΠΕΛΑΤΕΣ ΚΥ

Η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ κατά την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο (1997-2001) αντιμετώπιζει στο σύνολό τους 714 περιστατικά.

ΕΤΟΣ ΠΕΛΑΤΕΣ	1997	1998	1999	2000	2001	ΣΥΝΟΛΟ 5ΕΤΙΑΣ
ΣΥΝΟΛΟ	130	148	164	110	162	714
%	18,2	20,7	23	15,4	22,7	100
ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒ.	-	13,8 ↑	10,8 ↑	32,9 ↓	47,3 ↑	

Πίνακας 1: Πελατειακή κίνηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ

Πηγή: Ίδια έρευνα



Ραβδόγραμμα 1: Εξυπηρετούμενοι ανά έτος

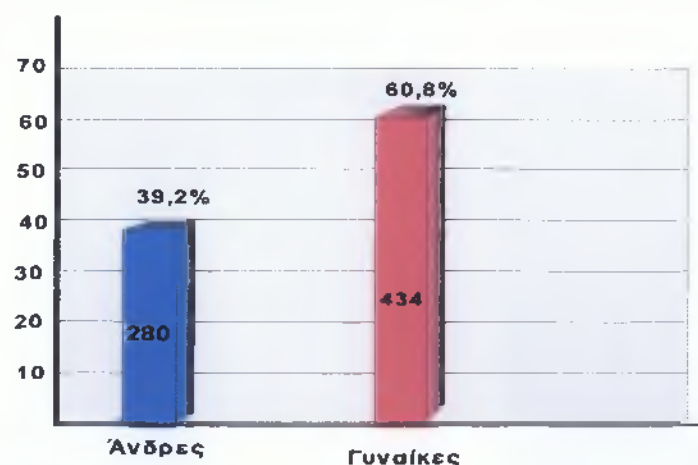
Πηγή: Ίδια έρευνα

Συγκεκριμένα ανά έτος, προσήλθαν το έτος 1997, 130 πελάτες (18,2%), το έτος 1998, 148 πελάτες (20,7%), το έτος 1999, 164 πελάτες (23%), το έτος 2000, 110 πελάτες (15,4%) και το έτος 2001 προσήλθαν 162 πελάτες (22,7%) αντίστοιχα.

Συμπερασματικά, ως προς τη ροή πελατών στο τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ διαπιστώνεται ότι:

- 1) Η μεγαλύτερη ροή πελατών προς την Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ παρουσιάζεται τα έτη 1999 και 2001, με ποσοστά 23% (164/714) και 22,7% (162/714) αντίστοιχα (μεταβατική χρονική περίοδος πριν και μετά την μετεγκατάσταση του ΓΝΚ σε νέο κτίριο), ενώ αντίθετα η μικρότερη ροή πελατών παρουσιάζεται το έτος 2000 (πραγματοποιηθείσα μετεγκατάσταση) με ποσοστό 15,4% (110/714).
- 2) Παρατηρείται σταδιακή ετήσια τάση αύξησης της κίνησης του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας έως το έτος 1999, κατά τη διάρκεια λειτουργίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο παλαιό κτίριο, απότομη μείωση των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων κατά τη διάρκεια της μεταφοράς του Νοσοκομείου (2000) στο νέο κτίριο κατά 32,9 ποσοστιαίες μονάδες συγκριτικά από το προηγούμενο έτος και μεγάλη τάση αύξησης των πελατών το έτος 2001 (αύξηση 47,3 ποσοστιαίες μονάδες από προηγούμενο έτος)(πίν. 1).
- 3) Η μεγαλύτερη τάση αύξησης της ροής πελατών προς την Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ παρατηρείται το έτος 2001 (αύξηση εσωτερικών ασθενών στο ΓΝΚ λόγω της ανάπτυξης περισσότερων κλινών και της δημιουργίας νέων κλινικών)(πίν. 1).

⇒ ΦΥΛΟ ΠΕΛΑΤΩΝ ΑΝΑ ΕΤΟΣ



Ραδβόγραμμα 2: Συνολική πελατειακή κίνηση πενταετίας ανά φύλο.

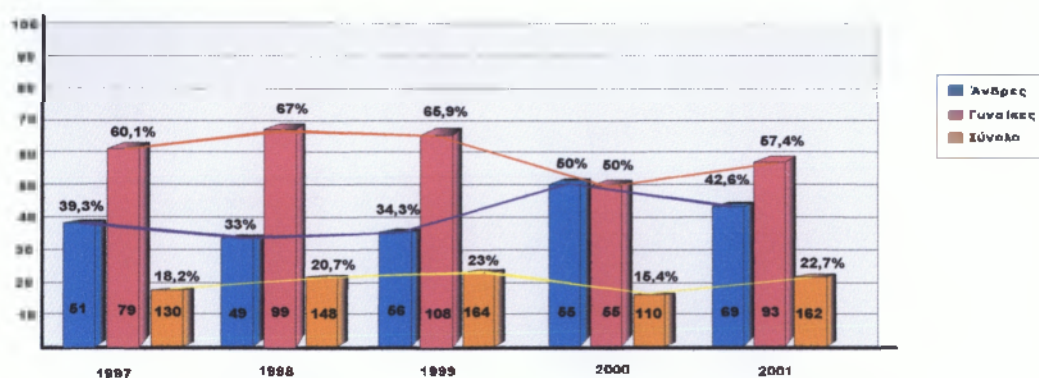
Πηγή: Ίδια έρευνα.

Από τα 714 περιστατικά που προσήλθαν στην Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου Καλαμάτας για οποιαδήποτε μορφή παροχής βοήθειας, οι 280 (39,2%) είναι άντρες και οι 434 (60,8%) γυναίκες. (ραβ.2)

Έτος	1997			1998			1999			2000			2001			Σύνολο 5ετίας		
	N	%	% ανά φύλο	N	%	% ανά φύλο	N	%	% ανά φύλο	N	%	% ανά φύλο	N	%	% ανά φύλο	N	%	
1	Άρρενες	51	39,2	18,2	49	33	17,5	56	34,1	20	55	50	19,7	69	42,6	24,6	280	39,
	Ρυθ. Μετ.	—			3,9 ↓			14,3 ↑			1,8 ↓			25,5 ↑			—	
2	Θήλειες	79	60,8	18,2	99	67	22,8	108	65,9	24,9	55	50	12,7	93	57,4	21,4	434	60,
	Ρυθ. Μετ.	—			25,3 ↑			9,1 ↑			49,1 ↓			69,1 ↑			—	
	ΣΥΝΟΛΟ	130	18,2		148	20,7		164	23		110	15,4		162	22,7		714	100
	Ρυθ. Μετ.	—			13,8 ↑			10,8 ↑			32,9 ↓			47,3 ↑			—	

Πίνακας 2: Εξυπηρετούμενοι ανά φύλο

Πηγή: Ιδία έρευνα.

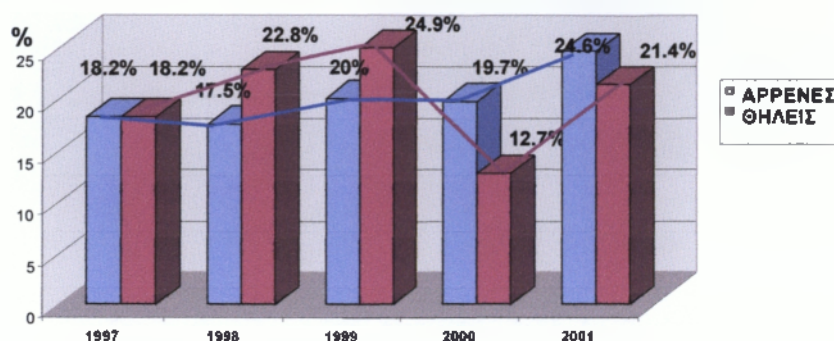


Ραβδόγραμμα 3: Πελατειακή κίνηση ΚΥ ανά φύλο κατ' έτος.

Πηγή: Ιδία Έρευνα.

Αναλυτικά, ως προς το φύλλο των εξυπηρετούμενων ανά έτος, εκτός του έτους 2000, στο οποίο εμφανίζεται ίσος αριθμός ανδρών και γυναικών (55 περιστατικά αντίστοιχα) που κάνουν χρήση των υπηρεσιών που προσφέρει το

τμήμα της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ, στα υπόλοιπα έτη εμφανίζεται μεγάλη πλειοψηφία γυναικών έναντι των ανδρών, με μέγιστη προσέλευση τα έτη 1998 και 1999 με ποσοστά 67% (99/148) και 65,9% (108/164) αντίστοιχα έναντι του ποσοστού 33% και 34,1% των ανδρών αντίστοιχα.



Ραβδόγραμμα 4: Συνολική πελατειακή κίνηση της ΚΥ ανά φύλο και έτος
Πηγή: Ιδία έρευνα

Από τη συνολική πελατειακή κίνηση των ανδρών που προσέρχονται στο τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ καθόλη τη διάρκεια της εξεταζομένης περιόδου, η μεγαλύτερη προσέλευση αυτών παρουσιάζεται το έτος 2001 (24,6%), ενώ αντίστοιχα η μεγαλύτερη προσέλευση γυναικών εξυπηρετηθέντων από τη συνολική ροή των γυναικών προς την Κοινωνική Υπηρεσία παρουσιάζεται το έτος 1999 (24,9%).

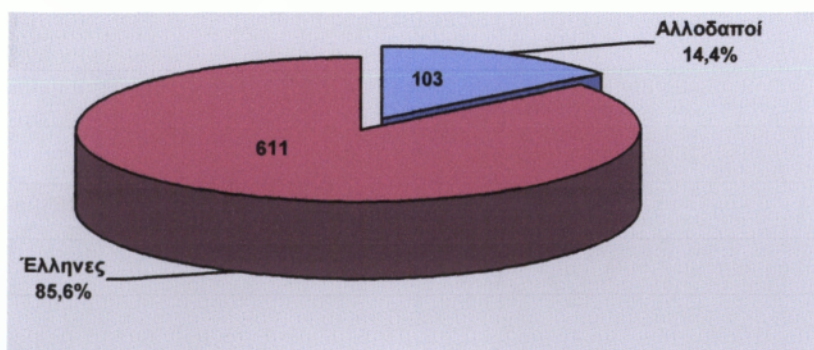
Συμπερασματικά, ως προς το φύλο των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας διαπιστώνεται ότι:

- 1) Οι πελάτες του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ είναι κυρίως γυναίκες με ποσοστό **60,8%**. Η αναλογία ανδρών – γυναικών είναι **2/3**.
- 2) Από το σύνολο των πελατών ανά έτος, η μεγαλύτερη προσέλευση γυναικών παρουσιάζεται τα έτη 1998 και 1999 (**67%** και **65,9%** αντίστοιχα), κυρίως λόγω αυξημένης παρουσίας ασθενών στη Γυναικολογική Κλινική, ενώ η μεγαλύτερη προσέλευση ανδρών παρουσιάζεται τα έτη 2000 και 2001 (**50%** και **42,6%** αντίστοιχα), με τη λειτουργία του Νοσοκομείου στη νέα του θέση.
- 3) Από το σύνολο των ανδρών πελατών που επισκέπτονται το τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας, καθόλη την εξεταζόμενη περίοδο, η μεγαλύτερη προσέλευση αυτών πραγματοποιείται το έτος 2001 (24,1%), ενώ αντίθετα από τη συνολική ροή

γυναικών της πενταετίας, η μεγαλύτερη προσέλευση πραγματοποιείται το έτος 1999 (24,9%), λόγω αύξησης των ανεπιθύμητων κυήσεων και των λοιπών περιστατικών στη Γυναικολογική Κλινική.

- 4) Ο ρυθμός προσέλευσης πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία, τόσο ως προς το σύνολό τους, όσο και ως προς το σύνολο των γυναικών χρηστών των κοινωνικών υπηρεσιών, παρουσιάζει αυξητική τάση έως το έτος 1999. Αντίθετα, η ροή των ανδρών πελατών προς την Κοινωνική Υπηρεσία, παρουσιάζει μείωση το έτος 1998 (3,9 ποσοστιαίες μονάδες από προηγούμενο έτος) και τάση αύξησης το έτος 1999 αντίστοιχα (14,3 ποσοστιαίες μονάδες από προηγούμενο έτος). Τα επόμενα έτη, 2000 και 2001, τόσο ο ρυθμός μεταβολής της κίνησης του συνόλου των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας, όσο και ο ρυθμός μεταβολής ανά φύλο πελατών, παρουσιάζει τάση μείωσης το έτος 2000 και τάση αντίστοιχα αύξησης το έτος 2001.
- 5) Το έτος 2001 παρατηρείται η μεγαλύτερη τάση αύξησης των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο σύνολό τους (47,3 ποσοστιαίες μονάδες από προηγούμενο έτος), καθώς και η μεγαλύτερη τάση αύξησης τόσο των ανδρών, όσο και των γυναικών πελατών (25,5 και 69,1 ποσοστιαίες μονάδες από προηγούμενο έτος αντίστοιχα).
- 6) Ο ρυθμός μεταβολής της ροής πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας ακολουθεί τις μεταβολές της ροής του συνόλου των γυναικών εξυπηρετηθέντων ανά έτος.

⇒ ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΠΕΛΑΤΩΝ



Κυκλικό διάγραμμα 1: Καταγωγή πελατών ΚΥ

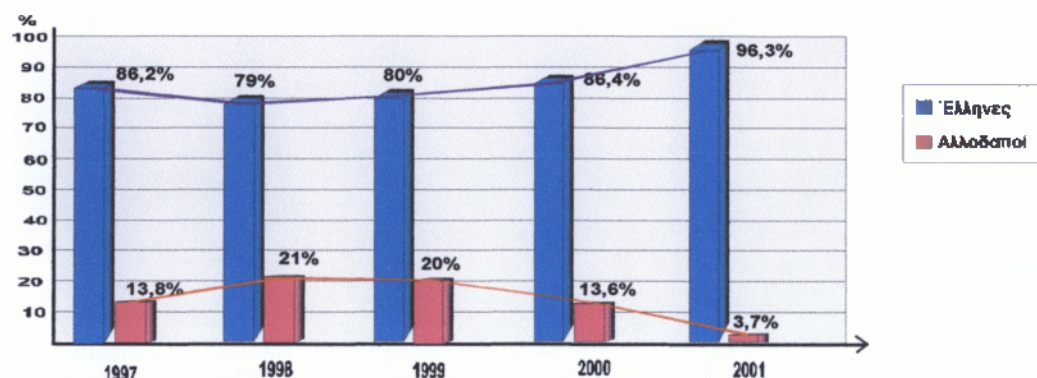
Πηγή: Ιδία έρευνα

Ως προς τον τόπο καταγωγής των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας, βρέθηκε ότι το 85,6% ήταν Έλληνες και το 14,4% αλλοδαποί. Σημειώνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό των Ελλήνων πελατών είναι αθίγγανοι της φυλής των Rom.

ΕΤΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗ	1997		1998		1999		2000		2001		1997- 2001	
	πελάτ.	%	πελατ.	%	πελάτ.	%	πελάτ.	%	πελάτ.	%	πελάτ.	%
Έλληνες	112	86,2	117	79	131	80	95	86,4	156	96,3	611	85,6
Ρυθ.Μετ. Ελλήνων	—		4,5 ↑		12 ↑		27,5 ↓		64,2 ↑		—	
Αλλοδαποί	18	13,8	31	21	33	20	15	13,6	6	3,7	103	14,4
Ρυθ.Μετ. αλλοδ.	—		72,2 ↑		6,5 ↑		54,5 ↓		60 ↓		—	
Σύνολο πελατών	130	18,2	148	20,7	164	23	110	15,4	162	22,7	714	100

Πίνακας 3: Καταγωγή πελατών ΚΥΝ

Πηγή: Ιδία Έρευνα



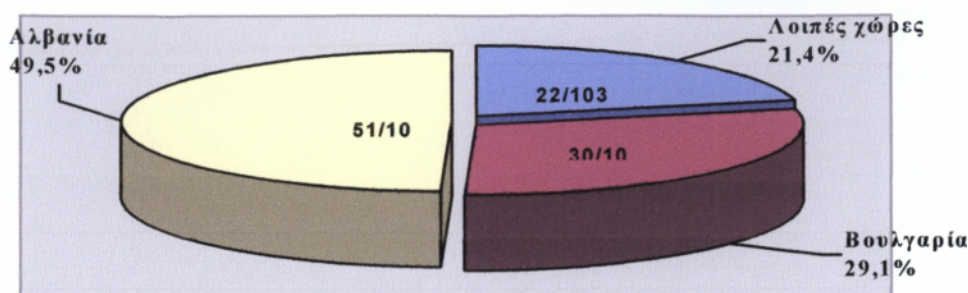
Ραβδόγραμμα 5: Καταγωγή πελατών ανά έτος

Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το σύνολο των πελατών κατ' έτος, το έτος 1997 οι Έλληνες αποτελούν το 86,2% των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας (112/130), το έτος 1998 το 79% (117/148), το έτος 1999, το 80% (131/164), το έτος 2000 το 86,4% (95/110) και το έτος 2001 το 96,3% (156/162) αντίστοιχα. Τα ποσοστά των πελατών ελληνικής καταγωγής αυξάνονται κατά πολύ από το έτος 2000 και μετά, με τη μετεγκατάσταση δηλαδή του Νοσοκομείου στο νέο κτίριο. Το έτος 2001 η απόλυτη

σχεδόν πλειοψηφία των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι άτομα ελληνικής καταγωγής.

Το ποσοστό των αλλοδαπών πελατών κυμαίνεται απ' το 3,7% (6/162) το έτος 2001, έως το 21% (31/148) το έτος 1998, επί του συνολικού αριθμού των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας κατά έτος.



Κυκλικό διάγραμμα 2: Χώρες προέλευσης αλλοδαπών πελατών ΚΥ.

Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το σύνολο των αλλοδαπών πελατών (103) της Κοινωνικής Υπηρεσίας, η πλειοψηφία τους έχει ως χώρα προέλευσης και καταγωγής την Αλβανία με ποσοστό 49,5% (51/103), τη Βουλγαρία με ποσοστό 29,1% (30/103), ενώ το υπόλοιπο 21,4% (22/103) προέρχεται από λοιπές χώρες. (Γερμανία, Ρουμανία και Πολωνία).

Συμπερασματικά, για την καταγωγή των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ την εξεταζόμενη περίοδο, διαπιστώνονται:

- 1) Η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ εξυπηρετεί κυρίως Έλληνες (85,6%).
- 2) Μεγάλο ποσοστό των Ελλήνων πελατών είναι **αθίγγανοι της φυλής των Rom**.
- 3) Η **απόλυτη σχεδόν πλειοψηφία των αλλοδαπών πελατών** της Κοινωνικής Υπηρεσίας προέρχονται από τις **χώρες της Βαλκανικής Χερσονήσου**.
- 4) Το ήμισυ του συνόλου των αλλοδαπών πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας έχει ως χώρα προέλευσης και καταγωγής την **Αλβανία (49,5%)**.
- 5) Αυξάνονται τα ποσοστά των Ελλήνων πελατών ανά έτος για τα περισσότερα έτη.

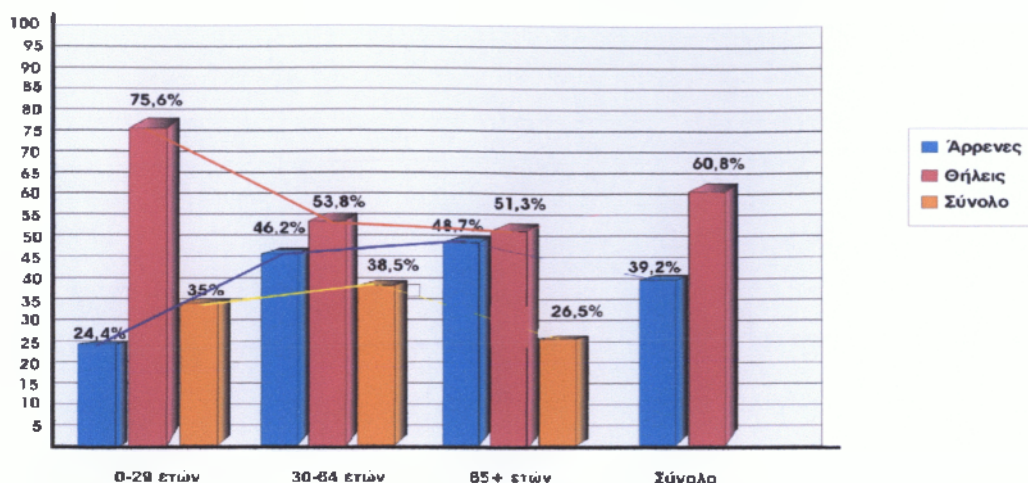
- 6) Το έτος 2001 η απόλυτη σχεδόν πλειοψηφία των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων είναι Έλληνες (96,3%).
- 7) Ως προς το ρυθμό μεταβολής της κίνησης του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας σε σχέση με την καταγωγή των πελατών παρατηρείται ότι έως το έτος 2000, τόσο η ροή των πελατών ελληνικής καταγωγής, όσο και η ροή αλλοδαπών πελατών ακολουθούν τις ίδιες τάσεις μεταβολής.
- 8) Διαπιστώνεται ότι τόσο η ροή πελατών ελληνικής καταγωγής, όσο και η ροή αλλοδαπών πελατών παρουσιάζουν συνεχή αύξηση έως το έτος 1999 και τάση μείωσης το έτος 2000, αντίστοιχα. Αντίθετα, το έτος 2001 η παρουσία πελατών ελληνικής καταγωγής αυξάνεται (αύξηση 64,2 ποσοστιαίων μονάδων), ενώ ταυτόχρονα μειώνεται η παρουσία των αλλοδαπών πελατών αντίστοιχα (μείωση κατά 60 ποσοστιαίες μονάδες από προηγούμενο έτος).
- 9) Η μεγαλύτερη αύξηση πελατών ελληνικής καταγωγής παρουσιάζεται το έτος 2001, με αύξηση 64,2 ποσοστιαίων μονάδων από προηγούμενο έτος, ενώ αντίστοιχα, η μεγαλύτερη αύξηση των αλλοδαπών πελατών πραγματοποιείται το έτος 1998 (αύξηση 72,2 ποσοστιαίες μονάδες). Αντίθετα, το έτος 2001 παρατηρείται η μεγαλύτερη μείωση της προσέλευσης αλλοδαπών πελατών της τάξεως των 60 ποσοστιαίων μονάδων από προηγούμενο έτος.

⇒ ΗΛΙΚΙΑ

ΦΥΛΟ ΗΛΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΠΕΛΑΤΩΝ	ΑΡΡΕΝΕΣ			ΘΗΛΕΙΣ			Σύνολο 5ετίας	
	N	%επί του συνόλου ανά ομάδα	% ανά φύλο	N	% επί του συνόλου ανά ομάδα	% ανά φύλο	N	%επί του συνόλου
0-29	61	24,4	21,8	189	75,6	43,5	250	35
30-64	127	46,2	45,3	148	53,8	34,1	275	38,5
65+	92	48,7	32,9	97	51,3	22,4	189	26,5
Σύνολο	280	39,2	100	434	60,8	100	714	100

Πίνακας 4: Ηλικιακές κατηγορίες πελατών 5ετίας

Πηγή: Ιδία έρευνα

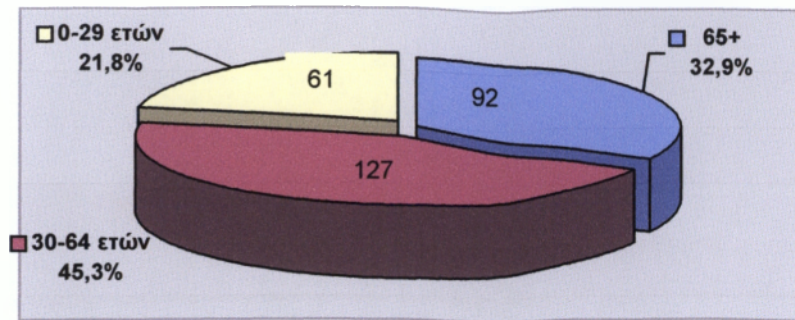


Ραβδόγραμμα 6: Ηλικιακές κατηγορίες πελατών ΚΥ ανά βετία.

Πηγή: Ιδία έρευνα

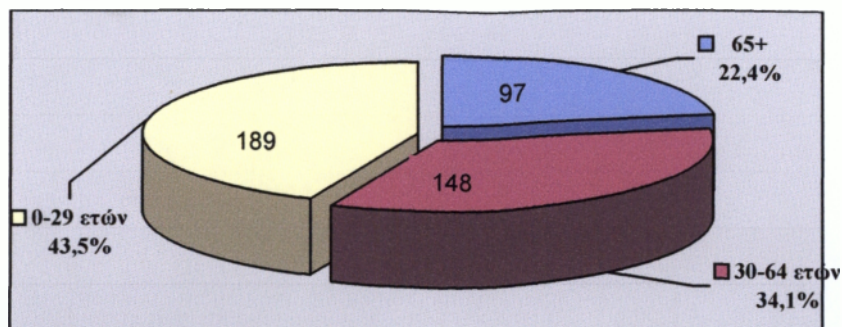
Όσον αφορά στις ηλικιακές ομάδες των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο σύνολό τους, διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των πελατών ανήκει στην παραγωγική – μέση ηλικία μεταξύ των 30-64 ετών με ποσοστό 38,5% (275/714). Το 35% (250/714) ανήκει στην νεαρή ηλικία μεταξύ 0-29 ετών και το 26,5% (198/714) είναι ηλικιωμένα άτομα. (πιν.4, ραβδ.6)

Επίσης, διαπιστώνεται ότι απ' το σύνολο των πελατών ηλικίας 0-29 ετών (250), το 24,4% (61/250) είναι άρρενες και το 75,6% (189/250) είναι θήλειες. Από το συνολικό αριθμό των πελατών ηλικίας 30-64 (μέση ηλικία – 275 περιπτώσεις), το 46,2% (127/275) είναι άρρενες και το 53,8% (148/275) θήλειες. Από το σύνολο των ηλικιωμένων πελατών (189 περιπτώσεις), το 48,7% (92/189) είναι άρρενες και το υπόλοιπο 51,3% (97/189) θήλειες (πιν.4,ραβδ.6).



Κυκλικό διάγραμμα 3: Αναλογία ηλικιακών ομάδων ανδρών πελατών

Πηγή: Ιδία έρευνα



Κυκλικό διάγραμμα 4: Αναλογία ηλικιακών ομάδων γυναικών

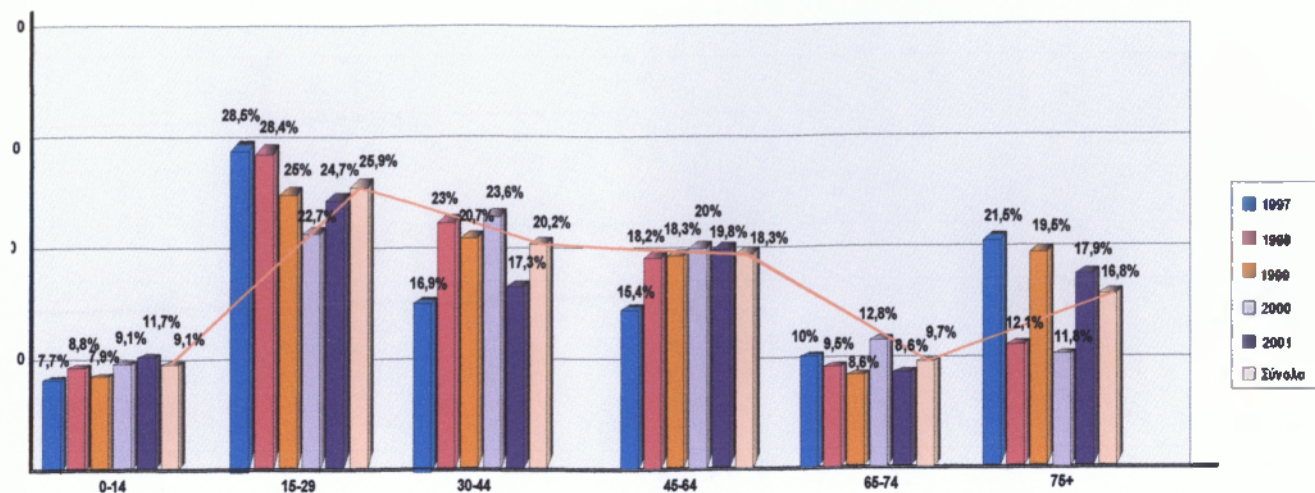
Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το συνολικό αριθμό των ανδρών πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας, το 21,8% (61/280) είναι άτομα μεταξύ 0-29 ετών, το 45,3% (127/280) είναι άτομα μέσης ηλικίας 30-64 ετών και το υπόλοιπο 32,9% (92/280) είναι ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών. (πιν. 4, κυκλ. διαγρ. 3) Από το σύνολο των γυναικών που προσέρχονται στην Κοινωνική Υπηρεσία, το 43,5% (189/434) είναι ηλικίας 0-29 ετών, το 34,1% (148/434) είναι μέσης ηλικίας 30-64 ετών και 22,4% (97/434) είναι ηλικιωμένα άτομα. (πιν.4, κυκλ. διαγρ. 4)

α/α	ΗΛΙΚΙΑ/ ΕΤΩ Σ	1997			1998			1999			2000			2001			Σύνολο 5ετίας		
		A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N
1	0-14	6	4	10	5	8	13	2	11	13	8	2	10	6	13	19	27	38	65
	%επί του N	60	40	7,7	38,5	61,5	8,8	15,4	84,6	7,9	80	20	9,1	31,6	68,4	11,7	41,5	58,5	9,1
	%ανά φύλο ετησίως	11,8	5		10,2	8,1		3,6	10,2		14,5	3,6		8,7	14		9,7	8,8	
2	15-29	4	33	37	8	34	42	6	35	41	5	20	25	11	29	40	34	151	185
	%επί του N	10,8	89,2	28,5	19	81	28,4	14,6	85,4	25	20	80	22,7	27,5	72,5	24,7	18,4	81,6	25,9
	%ανά φύλο ετησίως	7,8	41,8		16,3	34,3		10,7	32,4		9,1	36,4		15,9	31,2		12,1	34,8	
3	30-44	8	14	22	9	25	34	9	25	34	11	15	26	9	1,9	28	46	98	144
	%επί του N	36,4	63,6	16,9	26,5	73,5	23	26,5	73,5	20,7	42,3	57,7	23,6	32,1	67,9	17,3	31,9	68,1	20,2
	%ανά φύλο ετησίως	15,7	17,7		18,4	25,3		16	23,1		20	27,3		13,1	20,4		16,4	22,6	
4	45-64	14	6		13	14	27	16	14	30	17	5	22	21	11	32	81	50	131
	%επί του N	70	30	20	18,1	51,9	18,2	53,3	46,7	18,3	77,3	22,7	20	65,6	34,4	19,8	61,8	38,2	18,3
	%ανά φύλο ετησίως	27,5	7,6	15,4	26,5	14,1		28,6	13		30,9	9,1		30,4	11,8		29	11,5	
5	65-74	7	6	13	6	8	14	9	5	14	8	6	14	9	5	14	39	30	69
	%επί του N	53,8	46,2	10	42,9	57,1	9,5	64,3	35,7	8,6	57,1	42,9	12,8	64,3	35,7	8,6	56,5	43,5	9,7
	%ανά φύλο ετησίως	13,7	7,6		12,3	8,1		16,1	4,6		14,6	10,9		13,1	5,4		13,9	6,9	
6	75+	12	16	28	8	10	18	14	18	32	6	7	13	13	16	29	53	67	120
	%επί του N	12,9	57,1	21,5	14,4	55,6	12,1	43,8	56,2	19,5	46,2	53,8	11,8	44,8	55,2	17,9	44,2	55,8	16,8
	%ανά φύλο ετησίως	23,5	20,3		16,3	10,1		25	16,7		10,9	12,7		18,8	17,2		18,9	15,4	
7	Σύνολο	51	79	130	49	99	148	56	108	164	55	55	110	69	93	162	280	434	714
		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	% επί του N	18,2	18,2	18,2	17,5	22,8	20,7	20	24,9	23	19,7	12,7	15,4	24,6	21,4	22,7	100	100	100

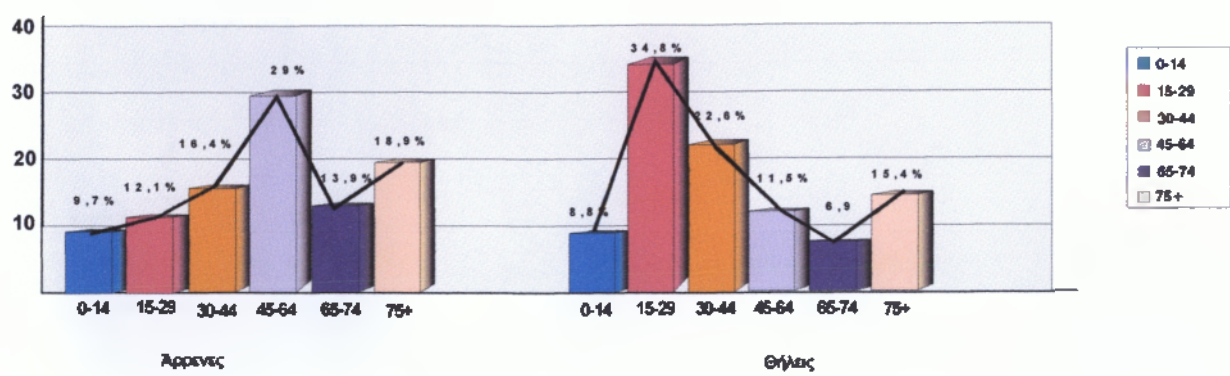
Πίνακας 5: Αναλυτική κατηγοριοποίηση πελατών ΚΥ κατά ηλικιακή ομάδα για κάθε έτος.

Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 7: Κατηγοριοποίηση πελατών κατά ηλικιακή ομάδα για κάθε έτος

Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 8: Κατηγοριοποίηση πελατών κατά ηλικιακή ομάδα ανά φύλο στο σύνολο τους.

Πηγή: Ιδία έρευνα

Αναλυτικότερα ως προς τις ηλικιακές ομάδες εξυπηρετούμενων, διαπιστώθηκε ότι στη βρεφική – παιδική ηλικία (0-14 ετών) ανήκει το 9,1% (65/714) των πελατών, στην εφηβική και νεαρή ηλικία μεταξύ 15-29 ετών ανήκει το 25,9% (185/714) των πελατών, στην ηλικία μεταξύ 30-44 ετών ανήκει το 20,2% (144/714) των πελατών, στην ηλικία μεταξύ 45-64 ετών ανήκει το 18,3% (131/714) των πελατών, στην αρχική φάση της 3^{ης} ηλικίας μεταξύ 65-74 ετών ανήκει το 9,7%

(69/714) των πελατών και στην 4^η ηλικία (75+) ανήκει το υπόλοιπο 16,8% (120/714) των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας αντίστοιχα. (πιν.5, ραβδ. 7).

Η μεγαλύτερη προσέλευση πελατών στο σύνολό τους γίνεται από άτομα ηλικίας 15-29 ετών (25,9%), εκ των οποίων η πλειοψηφία τους είναι θήλεις με ποσοστό 81,6% (151/185), έναντι 18,4% (34/185) των ανδρών αντίστοιχα.(πιν. 5)

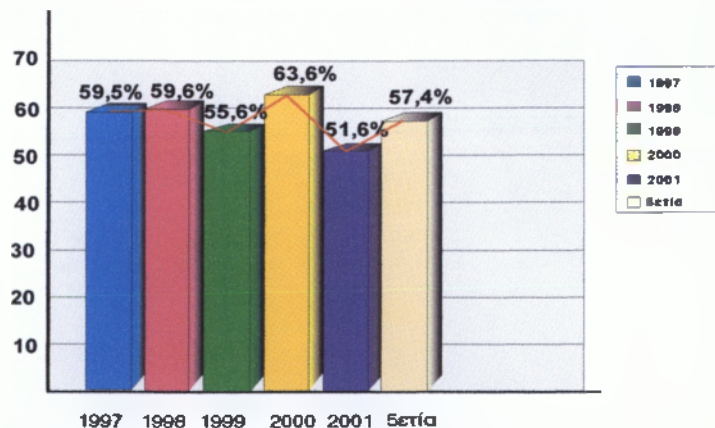
Αναλυτικά για κάθε έτος, οι πελάτες ηλικίας 15-29 ετών ρέουν κατά πλειοψηφία στο τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας για τα έτη 1997, 1998, 1999 και 2001 με ποσοστά 28,5% (37/130), 28,4% (42/148) 25% (41/164) και 24,7% (40/162) αντίστοιχα. Το έτος 2000 κατά πλειοψηφία προσέρχονται άτομα μεταξύ 30-44 ετών με ποσοστό 23,6% (26/110) και αμέσως μετά και με μικρή διαφορά οι πελάτες ηλικίας 15-29 ετών με ποσοστό 22,7% (25/110).(πιν. 5, ραβδ.7)

Από το σύνολο των ανδρών πελατών (280), τα άτομα ηλικίας 45-64 ετών προσέρχονται κατά πλειοψηφία με ποσοστό 29% (81/280), ενώ η πλειοψηφία των γυναικών είναι ηλικίας 15-29 ετών με ποσοστό 34,8% (151/434) του συνόλου των γυναικών εξυπηρετούμενων.(πιν.5, ραβδ.8)

Η πλειοψηφία των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι μεταξύ 15-29 ετών, το μεγαλύτερο μέρος των οποίων είναι γυναίκες. Αυτό ισχύει για κάθε έτος (ραβδ. 7 και 8).

Τέλος, διαπιστώνεται μεγαλύτερη αναλογία πελατών 4^{ης} ηλικίας, 75 ετών και άνω (16,8%), έναντι των πελατών ηλικίας 65-74 ετών (9,7%).

Ηλικία Έτος	15-44 ετών	Σύνολο γυναικών	%	P.M.
1997	47	79	59,5	
1998	59	99	59,6	25,5†
1999	60	108	55,6	1,7 †
2000	35	55	63,6	41,7†
2001	48	93	51,6	37,1†
5ετία	249	434	57,4	



Πίνακας 6: Προσέλευση γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας
Πηγή: Ιδία έρευνα

Ραβδόγραμμα 9: Προσέλευση γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας ανά έτος.
Πηγή: Ιδία έρευνα

Κατά μ.ό. από το σύνολο των γυναικών που προσέρχονται στην Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου Καλαμάτας (434), το 57,4% είναι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.

Αναλυτικότερα κατ' έτος, τα έτη 1997 και 1998 το ποσοστό των γυναικών ηλικίας 15-44 ετών ανέρχεται στο 59,5% - 59,6% αντίστοιχα του συνολικού αριθμού των γυναικών που ζητούν βοήθεια από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, το έτος 1999 το ποσοστό μειώνεται στο 55,6% (60/108), και το 2001 στο 51,6% (48/93). Αντίθετα, το έτος 2000 παρουσιάζεται το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας που φτάνει το 63,6% (35/55).

Η ροή εξυπηρετηθέντων γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας, πλην του έτους 2000, όπου παρατηρείται μεγάλη τάση μείωσης αυτών κατά 41,7 ποσοστιαίες μονάδες, για τα υπόλοιπα έτη παρουσιάζει αυξητικές τάσεις με μεγαλύτερη αύξηση το έτος 2001 (αύξηση 37,1 ποσοστιαίων μονάδων συγκριτικά με προηγούμενο έτος).

Συμπερασματικά, ως προς τις ηλικιακές ομάδες των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝ Καλαμάτας, διαπιστώνουμε:

- 1) Η πλειοψηφία των πελατών ανήκει στην παραγωγική- μέση ηλικία, είναι δηλαδή μεταξύ 30-64 ετών (38,5%).
- 2) Σε κάθε γενική ηλικιακή ομάδα πλειοψηφεί η παρουσία των γυναικών εξυπηρετηθέντων.
- 3) **Υπάρχει έντονη τάση μείωσης της διαφοράς μεταξύ του ποσοστού προσέλευσης ανδρών και γυναικών χρηστών των κοινωνικών υπηρεσιών που προσφέρει το εν λόγω τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας ανά κατηγορία ηλικιών.** Έτσι, στις νεαρές ηλικίες υπάρχει πολύ μεγάλη πλειοψηφία γυναικών εξυπηρετηθέντων (75,6%), κυρίως λόγω της παρουσίας αθιγγάνων, οι οποίες είτε παντρεύονται στην προεφηβική τους ηλικία (12-13 ετών), είτε είναι αδήλωτες στο Ληξιαρχείο (και εκείνες και τα νεογνά τους), είτε είναι άγαμες μητέρες, με συνέπεια τη μεγάλη παρουσία αυτών στην Γυναικολογική Κλινική και εν συνεχεία στην Κοινωνική Υπηρεσία. Αντίθετα, η διαφορά του ποσοστού προσέλευσης ανά φύλο εξυπηρετούμενου φθίνει πολύ τείνοντας να μηδενιστεί με το πέρασμα των πελατών στην Τρίτη ηλικία, γιατί το φύλο δεν

επιηρεάζει τη μοναχικότητα ή την αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης των υπερηλίκων κυρίως ατόμων.

- 4) Από το συνολικό αριθμό των ανδρών εξυπηρετηθέντων, καθόλη την εξεταζόμενη περίοδο, η πλειοψηφία τους (45,3%) - σχεδόν το ήμισυ του συνόλου - είναι άτομα μέσης ηλικίας (30-64 ετών).
- 5) Από το συνολικό αριθμό των γυναικών εξυπηρετηθέντων, καθόλη την εξεταζόμενη περίοδο, η πλειοψηφία αυτών (43,5%) είναι άτομα νεαρής ηλικίας (0-29 ετών).

Ανά ειδική κατηγορία ηλικιακών ομάδων των πελατών διαπιστώνουμε:

- 6) Η μεγαλύτερη προσέλευση πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας γίνεται από άτομα ηλικίας 15-29 ετών (25,9%).
- 7) Από το συνολικό αριθμό των ανδρών πελατών καθόλη τη διάρκεια της εξεταζόμενης περιόδου, το μεγαλύτερο ποσοστό είναι ηλικίας 45-64 ετών.
- 8) Από το συνολικό αριθμό των γυναικών που επισκέπτονται την Κοινωνική Υπηρεσία, καθόλη τη διάρκεια της εξεταζόμενης περιόδου, η πλειοψηφία αυτών είναι ηλικίας 15-29 ετών (34,8%).
- 9) Η πλειοψηφία πελατών εφηβικής και νεαρής ηλικίας (15-29 ετών) επικρατεί για κάθε έτος.
- 10) Κατά τη μεταφορά του Νοσοκομείου στη νέα του θέση (έτος 2000) σημειώνονται:
 - a) Μείωση του ποσοστού των πελατών ηλικίας 15-29 ετών
 - b) Μεγάλη μείωση του ποσοστού των ηλικιωμένων πελατών για να αυξηθούν ξανά το επόμενο έτος (2001).
- 11) Στα ποσοστά των πελατών ηλικίας 15-29 ετών παρατηρείται σταδιακή τάση μείωσης έως το έτος 2000, ενώ από το έτος 2001 το ποσοστό αυξάνεται και πάλι.
- 12) Διαπιστώνεται μεγαλύτερη αναλογία πελατών τέταρτης ηλικίας (75 ετών και άνω, 16,8%), έναντι των πελατών τρίτης ηλικίας (65-74 ετών, 9,7%).
- 13) Πλέον του ήμισυ του ποσοστού των γυναικών που κάνουν χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών του ΓΝ Καλαμάτας είναι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.
- 14) Στις ηλικίες μεταξύ 15-29 ετών και 75 ετών και άνω παρατηρείται αύξηση των γυναικών, καθώς και του συνόλου των πελατών εξυπηρετηθέντων, ενώ

αντίστοιχα παρατηρείται μείωση αυτών στις ηλικίες μεταξύ 30-74 ετών. Αντίθετα, αυξάνονται οι άνδρες εξυπηρετούμενοι ηλικίας μεταξύ 15-64 ετών, καθώς και εκείνοι άνω των 75 ετών.

- 15) Το μέγεθος του συνολικού αριθμού των πελατών που θα επισκεφτεί το τμήμα ΚΥ κατ' έτος εξαρτάται κυρίως από το σύνολο των γυναικών πελατών.
- 16) Στις ηλικίες μεταξύ 15-29 ετών και 75 ετών και άνω υπάρχει ανάλογη τάση διακύμανσης μεταξύ ανδρών, γυναικών και του συνόλου των πελατών κατ' έτος.
- 17) Παρατηρείται ο ίδιος αριθμός εξυπηρετηθέντων στις ηλικίες 65-74 ετών κατ' έτος (με μηδενική μεταβολή στη ροή πελατών κατ' έτος).
- 18) Τα έτη 1998 και 1999 εξυπηρετούνται ο ίδιος αριθμός πελατών σε αρκετές ηλικιακές ομάδες (0-14, 30-44, 65-74 ετών), ο ίδιος αριθμός γυναικών στις ηλικίες μεταξύ 30-44 και 45-64 ετών και ο ίδιος αντίστοιχα αριθμός ανδρών πελατών ηλικίας 30-44 ετών.
- 19) Το 2001 παρατηρείται η μεγαλύτερη αύξηση γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας (15-44 ετών).
- 20) Ρυθμός μεταβολής της ροής πελατών ανά ηλικιακή ομάδα:

ΡΥΘ.ΜΕΤ. ΗΛ.ΟΜΑΔΑ	0-29	30-64	65+
ΑΡΡΕΝΕΣ	-	108,2 ↑	27,6 ↓
ΘΗΛΕΙΣ	-	21,7 ↓	34,5 ↓
ΣΥΝΟΛΟ	-	10 ↑	31,3 ↓

Πίνακας 7: Ρυθμός μεταβολής μεταξύ ηλικιακών ομάδων πελατών ΚΥ

Πηγή: Ιδία έρευνα

- ✓ Ως προς το **ρυθμό μεταβολής** της ροής πελατών εν συγκρίσει με τις ηλικιακές ομάδες πελατών, διαπιστώνεται συνεχής τάση μείωσης των γυναικών εξυπηρετούμενων μεταξύ των ηλικιακών ομάδων. Οι μεγαλύτερες ηλικιακά θήλεις προσέρχονται λιγότερο στην Κοινωνική Υπηρεσία, απ' ότι οι νεαρότερες ηλικίες, κυρίως λόγω αύξησης των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στις νεαρότερες ηλικίες.

- ✓ Αντίθετα, τόσο οι άρρενες, όσο και το σύνολο των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας αυξάνουν την προσέλευσή τους κατά τη μέση ηλικία, ενώ αντίστοιχα μειώνεται η ροή τους μετά την ηλικία των 65 ετών.

ΗΛ.ΟΜΑΔΕΣ / ΕΤΟΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ	1998			1999			2000			2001			ΣΥΝΟΛΟ ΣΕΤΙΑΣ		
	ΑΡ.	ΘΗΛ.	N	ΑΡ.	ΘΗΛ.	N	ΑΡ.	ΘΗΛ.	N	ΑΡ.	ΘΗΛ.	N	ΑΡ.	ΘΗΛ.	N
0-14	16,7 ↓	100 ↑	30 ↑	60 ↓	37,5 ↑	0 ↑	300 ↑	81,8 ↓	23,1 ↓	25 ↓	550 ↑	90 ↑	-	-	-
15-29	100 ↑	3 ↑	13,5 ↑	25 ↓	2,9 ↑	2,4 ↓	16,7 ↓	42,9 ↓	39 ↓	120 ↑	45 ↑	60 ↑	25,9 ↑	297,4 ↑	184,6 ↑
30-44	12,5 ↑	78,6 ↑	54,5 ↑	0 ↓	0 ↓	0 ↓	22,2 ↑	40 ↓	23,5 ↓	18,2 ↓	26,7 ↑	7,7 ↑	35,3 ↑	35,1 ↓	22,2 ↓
45-64	7,2 ↓	133,3 ↑	35 ↑	23,1 ↑	0 ↓	11,1 ↑	6,3 ↑	64,3 ↓	26,7 ↓	23,5 ↑	120 ↑	45,5 ↑	76,1 ↑	49 ↓	9 ↓
65-74	14,3 ↓	33,3 ↑	7,7 ↑	50 ↑	37,5 ↓	0 ↓	11,1 ↓	20 ↑	0 ↓	12,5 ↑	16,7 ↓	0 ↓	51,9 ↓	40 ↓	47,3 ↓
75+	33,3 ↓	37,5 ↓	35,7 ↓	75 ↑	80 ↑	77,8 ↑	57,1 ↓	61,1 ↓	59,4 ↓	116,7 ↑	128,6 ↑	123,1 ↑	35,9 ↑	123,3 ↑	73,9 ↑
ΣΥΝΟΛΟ	3,9 ↓	25,3 ↑	13,8 ↑	14,3 ↑	9,1 ↑	10,8 ↑	1,8 ↓	49,1 ↓	32,9 ↓	25,5 ↑	69,1 ↑	47,3 ↑	-	-	-

Πίνακας 8: Ρυθμός μεταβολής της ροής πελατών προς την ΚΥ του ΓΝΚ ανά ηλικιακή ομάδα

Πηγή: Ιδία έρευνα

Αναλυτικά, ως προς την τάση μεταβολής της προσέλευσης πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία διαπιστώνεται ότι:

➤ Ανά ηλικιακή ομάδα:

1. Υπάρχει τάση αύξησης τόσο της ροής εξυπηρετούμενων γυναικών, όσο και της ροής του συνόλου των εξυπηρετούμενων περιπτώσεων, αντίστοιχα κατά την ηλικία των 15-29 ετών (αύξηση κατά 297,4 και 184,6 ποσοστιαίες μονάδες από ηλικία 0-14 ετών αντίστοιχα) και κατά την ηλικία των 75 ετών και άνω (123,3 και 73,9 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα).
2. Η μεγαλύτερη αύξηση του συνόλου των πελατών και του συνόλου των εξυπηρετούμενων γυναικών αντίστοιχα, παρατηρείται κατά την ηλικία των 15-29 ετών (αύξηση 184,6 ποσοστιαίες μονάδες του συνόλου των πελατών από βρεφική-παιδική ηλικία και 297,4 ποσοστιαίες μονάδες από γυναίκες ηλικίας 0-14 ετών).

3. Ως προς το σύνολο των ανδρών πελατών όλης της εξεταζομένης περιόδου παρατηρείται συνεχής τάση αύξησης των πελατών ηλικίας 15-64 ετών σταδιακά με μέγιστη αύξηση των πελατών ηλικίας 45-64 ετών (αύξηση 76,1 ποσοστιαίες μονάδες από άτομα ηλικίας 30-44 ετών) και αντίστοιχη τάση μείωσης στα άτομα 65-74 ετών (μείωση 51,9 ποσοστιαίες μονάδες). Αντίθετα, παρατηρείται αύξηση των υπερήλικων ατόμων άνω των 75 ετών (αύξηση 35,9 ποσοστιαίες μονάδες).

➤ Ανά έτος:

Ως προς την τάση μεταβολής της προσέλευσης τόσο του συνόλου των πελατών , όσο και του συνόλου των γυναικών εξυπηρετούμενων στην Κοινωνική Υπηρεσία ανά έτος, διαπιστώνεται συνεχής τάση αύξησης έως το έτος 1999 και τάση αύξησης το έτος 2001, αντίστοιχα. Η μεγαλύτερη αύξηση του συνόλου των πελατών και των γυναικών πελατών αντίστοιχα, παρατηρείται το έτος 2001 με αύξηση 47,3 ποσοστιαίες μονάδες για το σύνολο και 69,1 ποσοστιαίες μονάδες για τις γυναίκες αντίστοιχα από προηγούμενο έτος. Το έτος 2000 παρατηρείται μείωση των πελατών και των γυναικών εξυπηρετούμενων κατά 32,9 και 49,1 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα. Ως προς την τάση μεταβολής της προσέλευσης ανδρών πελατών ανά έτος παρατηρούνται αυξομειώσεις με μεγάλη τάση αύξησης το έτος 2001 (αύξηση 25,5 μονάδες από έτος 2000 αντίστοιχα).

➤ Ανά ομάδα:

- i. Η ροή πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία ανά έτος μεταβάλλεται αναλογικά με τις μεταβολές στη ροή των εξυπηρετηθέντων γυναικών ανά έτος στις περισσότερες περιπτώσεις.
- ii. Τόσο στις ηλικίες 15-29 ετών, όσο και στις ηλικίες 75 ετών και άνω παρατηρείται η ίδια τάση μεταβολής της ροής πελατών προς το τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας αναλογικά με τις τάσεις μεταβολής της ροής τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών πελατών.
- iii. Παρατηρείται μηδενική τάση μεταβολής στη ροή πελατών ηλικίας 65-74 ετών από το έτος 1999 έως 2001.
- iv. Το έτος 1999 παρατηρείται μηδενική τάση μεταβολής της ροής του συνόλου των πελατών προς την Κοινωνική Υπηρεσία στις ηλικίες μεταξύ 0-14 ετών, 30-44 ετών και 65-74 ετών, στις γυναίκες εξυπηρετούμενες ηλικίας 30-44

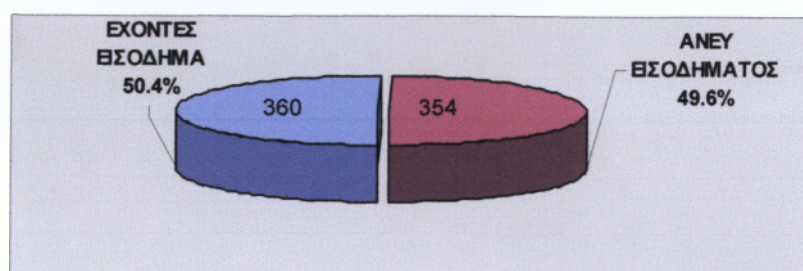
ετών και 45-64 ετών, καθώς και στους άρρενες εξυπηρετηθέντες ηλικίας μεταξύ 30-44 ετών αντίστοιχα από προηγούμενο έτος.

⇒ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ – ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

α/α	Ετη Εισόδημα	1997			1998			1999			2000			2001			Σύνολο 5ετίας		
		A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N
1	Με εισόδημα	31	38	69	31	44	75	43	38	81	28	24	52	46	37	83	179	181	360
	%	44,9	55,1	53,1	41,3	58,7	50,7	53,1	46,9	49,6	53,8	46,2	47,3	55,4	44,6	51,2	49,7	50,3	50,4
2	Άνευ εισοδήματος	20	41	61	18	55	73	13	70	83	27	31	58	23	56	79	101	253	354
	%	32,8	67,2	46,9	24,7	75,3	49,3	15,7	84,3	50,6	46,6	53,4	52,7	29,1	70,9	48,8	28,5	71,5	49,6
	ΣΥΝΟΛΟ	51	79	130	49	99	148	56	108	164	55	55	110	69	93	162	280	434	714
		39,2	60,8	100	33,1	66,9	100	34,1	65,9	100	50	50	100	42,6	57,4	100	39,2	60,8	100

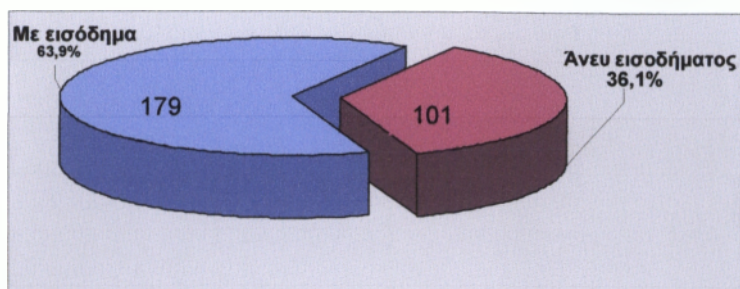
Πίνακας 9: Οικονομική κατάσταση πελατών Κοινωνικής Υπηρεσίας

Πηγή: Ιδία έρευνα



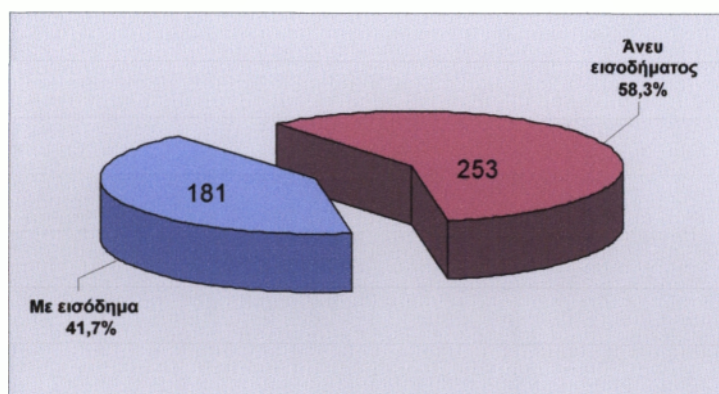
Κυκλικό διάγραμμα 5: Οικονομική κατάσταση του συνόλου των πελατών ΚΥ

Πηγή: Ιδία έρευνα



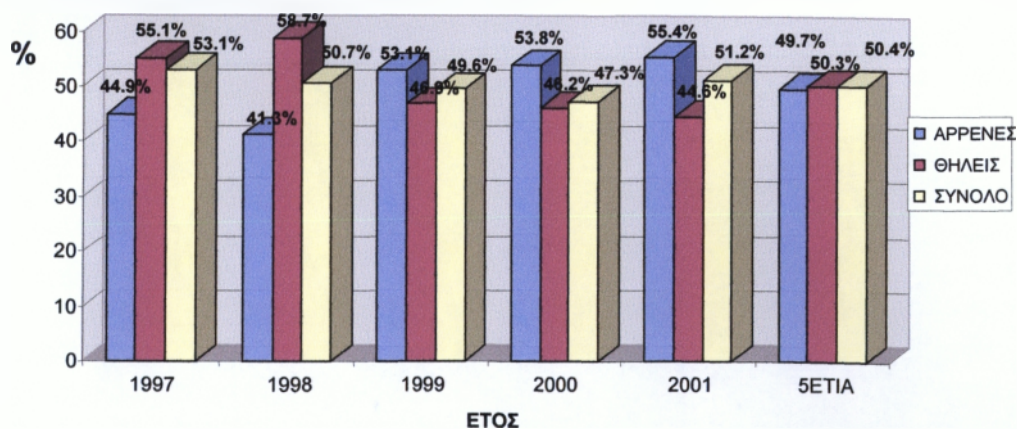
Κυκλικό διάγραμμα 6: Οικονομική Κατάσταση του συνόλου των ανδρών εξυπηρετηθέντων

Πηγή: Ιδία έρευνα



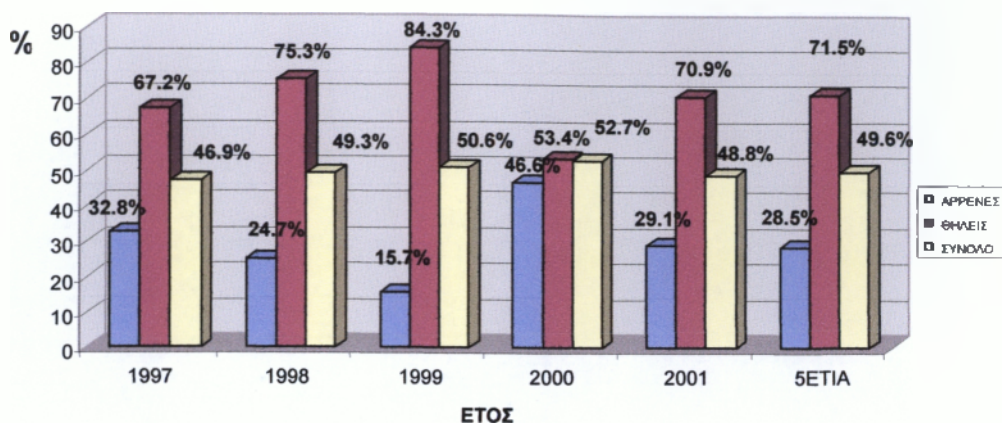
Κυκλικό διάγραμμα 7: Οικονομική Κατάσταση του συνόλου των γυναικών εξυπηρετηθέντων

Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 10: Απεικόνιση οικονομικής κατάστασης πελατών ΚΥ με εισόδημα

Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 11: Απεικόνιση οικονομικής κατάστασης πελατών ΚΥ άνευ εισοδήματος

Πηγή: Ιδία έρευνα

Ως προς την οικονομική – εργασιακή κατάσταση των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας, διαπιστώνουμε ότι τόσο οι οικονομικά ενεργοί, όσο και οι οικονομικά ανενεργοί, προσέρχονται στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας με την ίδια συχνότητα. Έτσι, από το σύνολο των ατόμων που επιζητούν βοήθεια από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, το 50,4% (360/714) έχει κάποια μορφή εισοδήματος, ενώ το 49,6% (354/714) δεν διαθέτει κανένα εισόδημα (πιν. 9, κ.δ. 5).

Κατά τη διάρκεια των ετών και για τα περισσότερα έτη έως και το 2000, παρουσιάζεται οριακά σταδιακή συνεχής μείωση του ποσοστού των ατόμων με εισόδημα, που ξεκινώντας απ' το 53,1% (69/130) το 1997 φτάνει το έτος 2000 το 47,3% (52/110), ενώ αντίστοιχα αυξάνεται συνεχώς το ποσοστό των ατόμων εκείνων που δεν έχουν κανένα πόρο διαβίωσης από 46,9% (61/130) το έτος 1997, σε 52,7% (58/110) το έτος 2000 αντίστοιχα. Το έτος 2001 το ποσοστό των οικονομικά ενεργών αυξάνεται σε 51,2% (83/162), ενώ των οικονομικά ανενεργών πελατών μειώνεται στο 48,8% (79/162) αντίστοιχα (πιν.9, ραβδ.10 και 11).

Από το σύνολο των πελατών με εισόδημα ανά έτος, η μεγαλύτερη προσέλευση ανδρών παρουσιάζεται το έτος 2001 με ποσοστό 55,4% (46/83) του συνόλου των πελατών με εισόδημα για το έτος αυτό, ενώ η μεγαλύτερη προσέλευση γυναικών εμφανίζεται το 1998 με ποσοστό 58,7% (44/75) (πιν.9).

Στη κατηγορία των πελατών που δεν διαθέτουν οικονομικούς πόρους, η μεγαλύτερη προσέλευση ανδρών παρουσιάζεται το έτος 2000 με ποσοστό 46,6% (27/58) του συνόλου των πελατών άνευ εισοδήματος για το έτος αυτό, ενώ πλέον η

μεγαλύτερη προσέλευση γυναικών παρουσιάζεται το έτος 1999 με ποσοστό 84,3% (70/83) (πιν.9, ραβδ. 11).

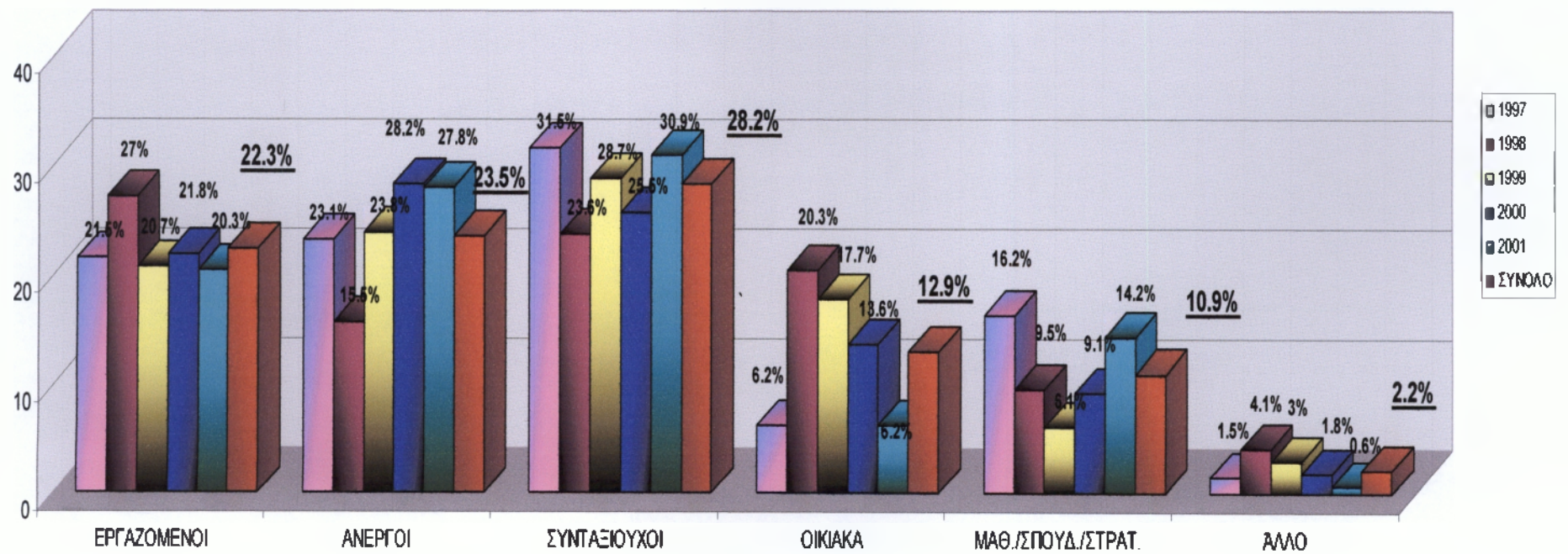
Από το σύνολο των ανδρών εξυπηρετηθέντων καθόλη την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο, το 63,9% (179/280) είναι άτομα με εισόδημα (οποιασδήποτε μορφής), ενώ το 36,1% (101/280) δεν διαθέτουν κανένα οικονομικό πόρο.

Από το σύνολο των γυναικών εξυπηρετηθέντων καθόλη την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο, το 41,7% (181/434) διαθέτουν εισόδημα, ενώ το 58,3%(253/434) δεν διαθέτουν κανένα οικονομικό πόρο ζωής.

α/α	Έτος Εργασιακή Κατάσταση	1997			1998			1999			2000			2001			Σύνολο δετίας		
		A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N
1	Εργαζόμενοι πλήρως, μερικώς ή ευκαιριακά	12	16	28	15	25	40	19	15	34	14	10	24	19	14	33	79	80	159
	% επί του N	42,9	57,1	21,5	37,5	62,5	27	55,9	44,1	20,7	58,3	41,7	21,8	57,6	42,4	20,3	49,7	50,3	22,3
	% ανά φύλο ετησίως	23,5	20,3		30,6	25,3		33,9	13,9		25,5	18,2		27,5	15,1		28,2	18,4	
2	Άνεργοι	12	18	30	10	13	23	11	28	39	19	12	31	14	31	45	66	102	168
	% επί του N	40	60	23,1	43,5	56,5	15,5	28,2	71,8	23,8	61,3	38,7	28,2	31,1	68,9	27,8	39,3	60,7	23,5
	% ανά φύλο ετησίως	23,5	22,8		20,4	13,1		19,6	25,9		34,5	21,8		20,3	33,3		23,6	23,5	
3	Συνταξιούχοι	19	22	41	16	19	35	24	23	47	14	14	28	27	23	50	100	101	201
	% επί του N	46,3	53,7	31,5	45,7	54,3	23,6	51,1	48,9	28,7	50	50	25,5	54	46	30,9	49,8	50,2	28,2
	% ανά φύλο ετησίως	37,3	27,8		32,7	19,2		42,9	21,3		25,5	25,4		39,2	24,7		35,7	23,3	
4	Οικιακά	-	8	8	-	30	30	-	29	29	-	15	15	-	10	10	-	92	92
	% επί του N	-	100	6,2	-	100	20,3	-	100	17,7	-	100	13,6	-	100	6,2	-	100	12,9
	% ανά φύλο ετησίως	-	10,1		-	30,3		-	26,9		-	27,3		-	10,8		-	21,2	
5	Μαθ.-Σπουδ.-Στρατ.	8	13	21	5	9	14	2	8	10	6	4	10	9	14	23	30	48	78
	% επί του N	38,1	61,9	16,2	35,7	64,3	9,5	20	80	6,1	60	40	9,1	39,1	60,9	14,2	38,5	61,5	10,9
	% ανά φύλο ετησίως	15,7	16,5		10,2	9,1		3,6	7,4		10,9	7,3		13	15		10,7	11,1	
6	Άλλο	0	2	2	3	3	6	0	5	5	2	0	2	0	1	1	5	11	16
	% επί του N	0	100	1,5	50	50	4,1	0	100	3	100	0	1,8	0	100	0,6	31,3	68,7	2,2
	% ανά φύλο ετησίως	0	2,5		6,1	3		0	4,6		3,6	0		0	1,1		1,8	2,5	
Σύνολο		51	79	130	49	99	148	56	108	164	55	55	110	69	93	162	280	434	714

Πίνακας 10: Αναλυτική αξιολόγηση πελατών ΚΥ ως προς την εργασιακή τους κατάσταση για κάθε έτος

Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 12: Απεικόνιση εργασιακής κατάστασης πελατών ΚΥ ανά έτος
 Πηγή: Ιδία έρευνα

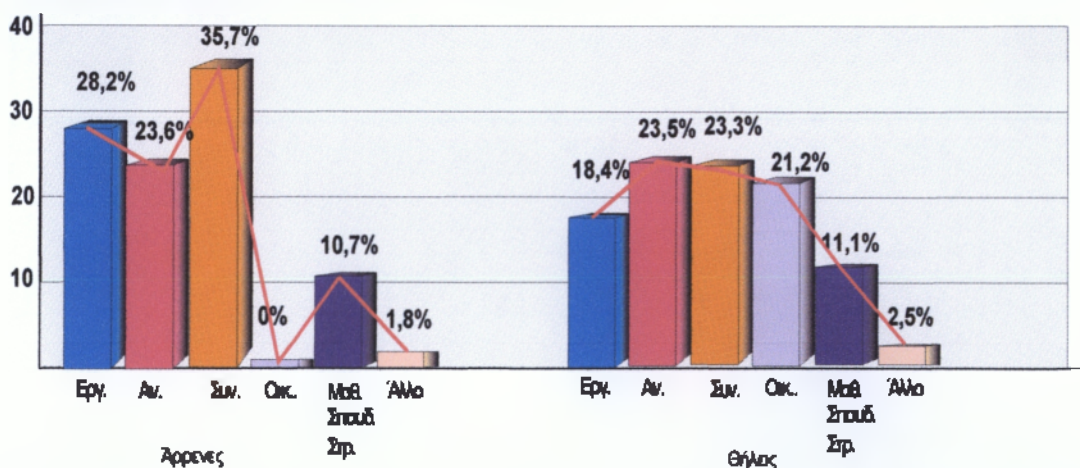
Η πλειοψηφία των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ είναι κυρίως Συνταξιούχοι (ηλικιωμένοι + ΑΜΕΑ) με ποσοστό 28,2% (201/714) και άνεργοι με ποσοστό 23,5% (168/714).

Συγκεκριμένα, από το σύνολο των εξυπηρετούμενων (714), το 22,3% (159/714) είναι άτομα εργαζόμενα πλήρως, μερικώς ή ευκαιριακά, το 23,5% (168/714) είναι άνεργοι, το 28,2% (201/714) είναι συνταξιούχοι, το 12,9% (92/714) είναι γυναίκες που ασχολούνται με οικιακά, το 10,9% (78/714) είναι μαθητές, σπουδαστές ή στρατιώτες και το υπόλοιπο 2,2% (16/714) ασχολείται με κάτι διαφορετικό.(πιν. 10, ραβδ.12)

Αναλυτικά, για τα έτη 1997, 1999 και 2001, η πλειοψηφία των πελατών είναι κυρίως συνταξιούχοι με ποσοστά 31,5% (41/130), 28,7% (47/164) και 30,9% (50/162) αντίστοιχα. Η δεύτερη κατά σειρά προσέλευσης στο τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας κοινωνική ομάδα για τα εν λόγω έτη είναι οι άνεργοι με ποσοστό 23,1% (30/130) για το έτος 1997, 23,8% (39/164) για το έτος 1999 και 27,8% (45/162) για το έτος 2001 αντίστοιχα (πιν. 10, ραβδ.12).

Το έτος 2000, αντίθετα, οι άνεργοι αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των πελατών (28,2% (31/110) του συνολικού αριθμού εξυπηρετούμενων) για το έτος αυτό, ενώ οι συνταξιούχοι το 25,5% (28/110) αντίστοιχα (πιν. 10, ραβδ.12).

Οι εργαζόμενοι προσέρχονται κατά πλειοψηφία το έτος 1998 με ποσοστό 27% (40/148) και οι συνταξιούχοι, ως δεύτερη κοινωνική ομάδα προσέλευσης με ποσοστό 23,6% (35/148.) (πιν. 10, ραβδ.12).



Ραβδόγραμμα 13: Αξιολόγηση εργασιακής κατάστασης του συνόλου των πελατών ανά φύλο

Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το σύνολο των ανδρών εξυπηρετηθέντων καθόλη την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών είναι συνταξιούχοι (35,7%), ενώ από το σύνολο των γυναικών που προσέρχονται στο τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας κατά την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο, η πλειοψηφία τους είναι είτε άνεργες (23,5%), είτε συνταξιούχες (23,3%).

Αναλυτικά ανά φύλο για κάθε έτος, για τα έτη 1997, 1998, 1999 και 2001, η πλειοψηφία των ανδρών που προσέρχονται στην Κοινωνική Υπηρεσία είναι κυρίως συνταξιούχοι με ποσοστά 37,3% (19/51), 32,7% (16/49), 42,9% (24/56) και 39,2% (27/69) αντίστοιχα. Το έτος 2000 το 34,5% (19/55) των ανδρών πελατών είναι άνεργοι, ενώ συνταξιούχοι είναι το 25,5% (14/55) αυτών (πιν.10).

Από το σύνολο των γυναικών που επισκέπτονται ετησίως την Κοινωνική Υπηρεσία, η πλειοψηφία τους για το έτος 1997 είναι συνταξιούχοι με ποσοστό 27,8% (22/79), για τα έτη 1998, 1999 και 2000 είναι κυρίως νοικοκυρές με ποσοστά 30,3% (30/99), 26,9% (29/108) και 27,3% (15/55) αντίστοιχως, ενώ το 2001 το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών είναι άνεργες 33,3% (31/93) (πιν.10).

Ως προς την τάση μεταβολής της προσέλευσης πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ ως προς την οικονομική τους κατάσταση διαπιστώνονται τα εξής:

ΟΙΚΟΝ.ΚΑΤ. /ΕΤΟΣ	1998			1999			2000			2001			ΣΥΝΟΛΟ		
	A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N
Με εισόδημα	0	15,8 ↑	8,7 ↑	38,7 ↑	13,6 ↓	8 ↑	34,9 ↓	36,8 ↓	35,8 ↓	64,3 ↑	54,2 ↑	59,6 ↑	—	—	—
Άνευ εισοδήματος	10 ↓	34,1 ↑	19,7 ↑	27,8 ↓	27,3 ↑	13,7 ↑	107,7 ↑	55,7 ↓	30,1 ↓	14,8 ↓	80,6 ↑	36,2 ↑	43,6 ↓	39,8 ↑	1,7 ↓
ΣΥΝΟΛΟ	3,9 ↓	25,3 ↑	13,8 ↑	14,3 ↑	9,1 ↑	10,8 ↑	1,8 ↓	49,1 ↓	32,9 ↓	25,5 ↑	69,1 ↑	42,3 ↑	—	—	—

Πίνακας 11 : Ρυθμός μεταβολής της προσέλευσης πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία ως προς το εισόδημά τους

Πηγή: Ιδία έρευνα

- Η προσέλευση των οικονομικά ενεργών πελατών, η προσέλευση των οικονομικά μη ενεργών, καθώς και η προσέλευση του συνόλου των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ, ακολουθούν ανάλογη πορεία διακύμανσης.
- Η κίνηση των πελατών προς την Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ πλην του έτους 2000(τάσεις μείωσης), παρουσιάζει αυξητική τάση ανά έτος, τόσο ως προς τους οικονομικά ενεργούς και μη, όσο και ως προς το σύνολο των εξυπηρετούμενων περιπτώσεων. Αναλυτικά κατά έτος, έως το έτος 1999 παρατηρείται συνεχής τάση αύξησης των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας, οικονομικά ενεργών και μη, τάση μείωσης το έτος 2000 και των δύο κατηγοριών πελατών, και τάση αύξησης ξανά το έτος 2001 αντίστοιχα.
- Η μεγαλύτερη αύξηση των οικονομικά ενεργών πελατών, των οικονομικά μη ενεργών πελατών, καθώς και του συνόλου των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας, παρατηρείται το έτος 2001, με αύξηση 59,6 ποσοστιαίες μονάδες για τους οικονομικά ενεργούς, 36,2 ποσοστιαίες μονάδες για τους οικονομικά μη ενεργούς πελάτες και 42,3 ποσοστιαίες μονάδες για το σύνολο των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας, αντίστοιχα.
- Ως προς το σύνολο των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων καθόλη την εξεταζόμενη περίοδο, διαπιστώνεται τάση μείωσης των μη εχόντων οικονομικούς πόρους σε σχέση με την προσέλευση των οικονομικά ενεργών πελατών, τόσο ως προς το σύνολο των πελατών (μείωση 1,7 ποσοστιαίες μονάδες), όσο και ως προς το σύνολο των ανδρών πελατών (μείωση κατά 43,6 ποσοστιαίες μονάδες) και τάση αντίστοιχα αύξησης των εξυπηρετηθέντων γυναικών που δεν διαθέτουν πόρο διαβίωσης εν συγκρίσει με τις οικονομικά ενεργές γυναίκες εξυπηρετούμενες (αύξηση κατά 39,8 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα).

ΠΕΛΑΤΕΣ /ΕΤΟΣ	1998			1999			2000			2001		
	A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N
Εργαζ.	25 ↑	56,3	42,9 ↑	26,7↑	40 ↓	15 ↓	26,3 ↓	33,3 ↓	29,4↓	35,7 ↑	40 ↑	37,5
Άνεργοι	16,7↓	27,8	23,3 ↓	10 ↑	115,4↑	69,6	72,7 ↑	57,1 ↓	20,5↓	26,3 ↓	158,3 ↑	45,2
Συντ.	63,2↓	13,6↓	14,6 ↓	50 ↑	21,1 ↑	34,3↑	41,7 ↓	39,1 ↓	40,4↓	92,9 ↑	64,3↑	78,6
Οικ/ρές	-	275↑	275 ↑	-	3,3 ↓	3,3 ↓	-	48,3 ↓	48,3↑	-	33,3↓	33,3
Μαθ./ Σπουδ.	37,5↓	30,8	33,3 ↓	60 ↓	11,1 ↓	28,6↓	200 ↑	50 ↓	0	50 ↑	250 ↑	130
Άλλο	-	50 ↑	200 ↑	100↓	66,7 ↑	16,7↓	-	100 ↓	100↓	100 ↓	-	50

Πίνακας 12 : Ρυθμός μεταβολής της προσέλευσης πελατών στην ΚΥ ανά κατηγορία επαγγέλματος

Πηγή: Ιδία έρευνα

Αναλυτικά, ως προς την οικονομική-εργασιακή κατάσταση των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας διαπιστώνεται:

- ☞ Η μεταβολή της προσέλευσης του συνόλου των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας κατ' έτος κατά κατηγορία, πλην ελαχίστων περιπτώσεων, διαπιστώνεται ανάλογος της τάσης μεταβολής της προσέλευσης των πελατών ανά φύλο (ανδρών και γυναικών εξυπηρετούμενων).
- ☞ Η ροή των ανέργων και των συνταξιούχων πελατών ακολουθεί:
 - Σταδιακές αυξομειώσεις κατ' έτος
 - Ανάλογη τάση μεταβολής
- ☞ Στην προσέλευση εργαζομένων πελατών παρατηρείται αύξηση τα έτη 1998 και 2001 (αύξηση κατά 42,9 και 37,5 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα) και μείωση τα έτη 1999 και 2000 (μείωση κατά 15 και 29,4 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα).
- ☞ Στην προσέλευση νοικοκυρών παρατηρείται πολύ μεγάλη αύξηση το έτος 1998 (275 ποσοστιαίες μονάδες από προηγούμενο έτος) και συνεχή τάση μείωσης της προσέλευσης για τα επόμενα έτη. Η μεγαλύτερη μείωση διαπιστώνεται το έτος 2000 (48,3 ποσοστιαίες μονάδες αναλογικά με το προηγούμενο έτος).
- ☞ Η μεγαλύτερη αύξηση εργαζομένων πελατών παρατηρείται το έτος 1998 (42,9 ποσοστιαίες μονάδες).

☞ Στην προσέλευση μαθητών-σπουδαστών-στρατιωτών παρατηρείται συνεχής τάση μείωσης για τα έτη 1998 και 1999 (μείωση κατά 33,3 και 28,6 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα), μηδενική τάση μεταβολής το έτος 2000 και μεγάλη τάση αύξησης το έτος 2001 αντίστοιχα (αύξηση κατά 130 ποσοστιαίες μονάδες από προηγούμενο έτος).

☞ Ανά έτος παρατηρούνται τα εξής:

- Το έτος 1998 συγκριτικά με το 1997 διαπιστώνεται αύξηση των εργαζομένων πελατών (42,9 ποσοστιαίες μονάδες) και των νοικοκυρών (275 ποσοστιαίες μονάδες) και μείωση αντίστοιχα των ανέργων (23,3 ποσοστιαίες μονάδες) και των συνταξιούχων πελατών (14,6 ποσοστιαίες μονάδες).
- Το έτος 1999 συγκριτικά με το 1998 διαπιστώνεται μεγάλη αύξηση των ανέργων πελατών (69,6 ποσοστιαίες μονάδες) και των συνταξιούχων (34,3 ποσοστιαίες μονάδες) και μείωση αντίστοιχα των εργαζομένων (μείωση κατά 15 ποσοστιαίες μονάδες), των νοικοκυρών (μείωση κατά 3,3 ποσοστιαίες μονάδες) και των μαθητών-σπουδαστών-στρατιωτών (μείωση κατά 28,6 ποσοστιαίες μονάδες) αντίστοιχα.
- Το έτος 2000 συγκριτικά με το 1999 εκτός της ομάδας των μαθητών-σπουδαστών για τους οποίους παρατηρείται μηδενική διακύμανση, για όλες τις υπόλοιπες κατηγορίες πελατών διαπιστώνονται τάσεις μείωσης.
- Το έτος 2001, τέλος, συγκριτικά με το 2000, πλην των οικοκυρών για τις οποίες παρατηρείται μείωση κατά 33,3 ποσοστιαίες μονάδες, διαπιστώνεται τάση αύξησης για όλες τις ομάδες πελατών για το έτος αυτό.

Συμπερασματικά, ως προς την οικονομική – εργασιακή κατάσταση των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ, διαπιστώνονται τα εξής:

- 1) Οι πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ **στην απόλυτη πλειοψηφία τους ανήκουν σε χαμηλά οικονομικά στρώματα** και προέρχονται κυρίως από αγροτική και εργατική οικογένεια.
- 2) Τόσο οι οικονομικά ενεργοί, όσο και οι οικονομικά ανενεργοί, προσέρχονται στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ με την **ίδια συχνότητα (~ 50%)**.
- 3) Το ήμισυ του συνόλου των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι άτομα άνευ εισοδήματος (49,6% - άνεργοι, ΑΜΕΑ, μαθητές – σπουδαστές –

στρατιώτες, οικοκυρές), η συντριπτική πλειοψηφία των οποίων είναι γυναίκες (71,5%).

- 4) Το υπόλοιπο ήμισυ του συνόλου των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας που διαθέτει κάποια μορφή εισοδήματος (50,4%), αποτελείται κυρίως από συνταξιούχους, οικιακές βοηθούς ή αγρότες. Στην κατηγορία αυτή η αναλογία ανδρών – γυναικών είναι 1:1.
- 5) Κατά τη διάρκεια των ετών έως το έτος 2000, μειώνεται σταδιακά το ποσοστό των πελατών με εισόδημα και αυξάνεται το ποσοστό εκείνων που δεν διαθέτουν κανέναν οικονομικό πόρο. Από το έτος 2001, αντίθετα, υπάρχει μικρή αυξητική τάση των πελατών με εισόδημα και τάσεις μείωσης των οικονομικά ανενεργών.
- 6) Η πλειοψηφία των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας (τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες), είναι κυρίως συνταξιούχοι (28,2%) και άνεργοι (23,5%).
- 7) Από το σύνολο των ανδρών εξυπηρετηθέντων που επιζητούν βοήθεια από την Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ, η πλειοψηφία τους είναι άτομα με εισόδημα (63,9%), κυρίως συνταξιούχοι (35,7%) και εργαζόμενοι (28,2%), ενώ η πλειοψηφία των γυναικών εξυπηρετηθέντων δεν διαθέτουν οικονομικούς πόρους (58,3%) και είναι κυρίως άνεργες (23,5%) και νοικοκυρές (21,2%). Από αυτές που διαθέτουν εισόδημα, οι περισσότερες είναι συνταξιούχες (23,3%).
- 8) Ως προς την τάση μεταβολής της ροής πελατών ως προς το εισόδημα, παρατηρείται ανάλογη διακύμανση μεταξύ οικονομικά ενεργών και οικονομικά μη ενεργών πελατών.
- 9) Η τάση μεταβολής της προσέλευσης πελατών ως προς το σύνολό τους ως προς την εργασιακή τους κατάσταση, είναι αντιστρόφως ανάλογη με την τάση μεταβολής της προσέλευσης γυναικών και ανάλογη αντίστοιχα με την τάση μεταβολής της προσέλευσης ανδρών πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία. Έτσι η ελάχιστη μείωση του συνόλου των πελατών άνευ εισοδήματος, αντισταθμίζεται με μείωση της προσέλευσης ανδρών πελατών (μείωση κατά 43,6 ποσοστιαίες μονάδες) και αύξηση αντίστοιχα της προσέλευσης γυναικών (αύξηση κατά 39,8 ποσοστιαίες μονάδες από την προσέλευση γυναικών με εισόδημα).
- 10) Ως προς την τάση μεταβολής της ροής πελατών ανά έτος αναλυτικά, διαπιστώνεται:

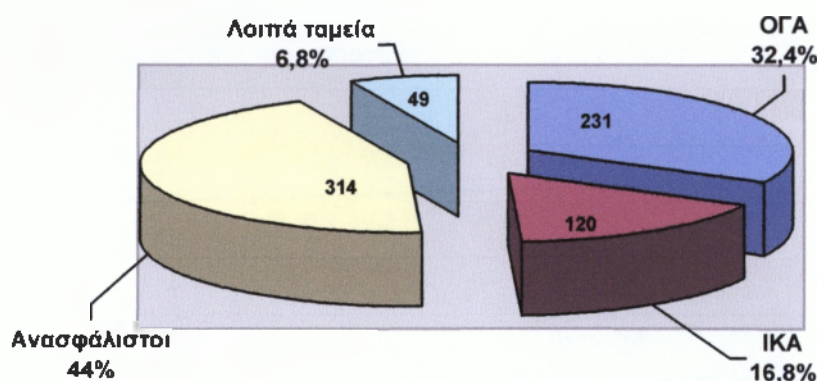
α) Το έτος 1998 παρατηρείται η μεγαλύτερη αύξηση εργαζομένων πελατών της εξεταζομένης περιόδου (αύξηση 42,9 ποσοστιαίες μονάδες) και η μεγαλύτερη αύξηση των νοικοκυρών (αύξηση 275 ποσοστιαίες μονάδες) αντίστοιχα. Αντίθετα, διαπιστώνεται η μεγαλύτερη μείωση των ανέργων πελατών της περιόδου που εξετάζεται (μείωση κατά 23,3 ποσοστιαίες μονάδες), καθώς και των μαθητών (μείωση κατά 33,3 ποσοστιαίες μονάδες).

β) Το έτος 1999 διαπιστώνεται η μεγαλύτερη αύξηση των ανέργων πελατών (69,6 ποσοστιαίες μονάδες) της περιόδου που εξετάζεται.

γ) Το έτος 2000 διαπιστώνεται η μεγαλύτερη μείωση των εργαζομένων πελατών (μείωση κατά 29,4 ποσοστιαίες μονάδες), των συνταξιούχων (μείωση κατά 40,4 ποσοστιαίες μονάδες) και των νοικοκυρών (μείωση κατά 48,3 ποσοστιαίες μονάδες).

δ) Το έτος 2001 διαπιστώνεται η μεγαλύτερη αύξηση των συνταξιούχων πελατών (αύξηση κατά 78,6 ποσοστιαίες μονάδες) και των μαθητών – σπουδαστών – στρατιωτών (αύξηση κατά 130 ποσοστιαίες μονάδες).

⇒ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ



Κυκλικό διάγραμμα 8: Απεικόνιση ασφαλιστικής κάλυψης πελατών ΚΥ

Πηγή: Ίδια έρευνα

Ως προς το ασφαλιστικό τους ταμείο διαπιστώθηκε ότι:

Από το σύνολο των πελατών που καταφεύγουν στην Κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου Καλαμάτας, το 44% (314/714) είναι ανασφάλιστα άτομα (κυκλ.

διαγρ.8), εκ των οποίων το 72,6% (228/314) δεν ανήκουν σε κανένα ασφαλιστικό ταμείο, ενώ το υπόλοιπο 27,4% (86/314) κατέχει χαρτί απορίας, είναι δηλαδή προσωρινά ασφαλισμένοι στο Ταμείο Προνοίας.(πιν.8)

Από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, στον ΟΓΑ ανήκει η πλειοψηφία των ασφαλισμένων πελατών με ποσοστό 32,4% (231/714) και στο ΙΚΑ το 16,8% (120/714).

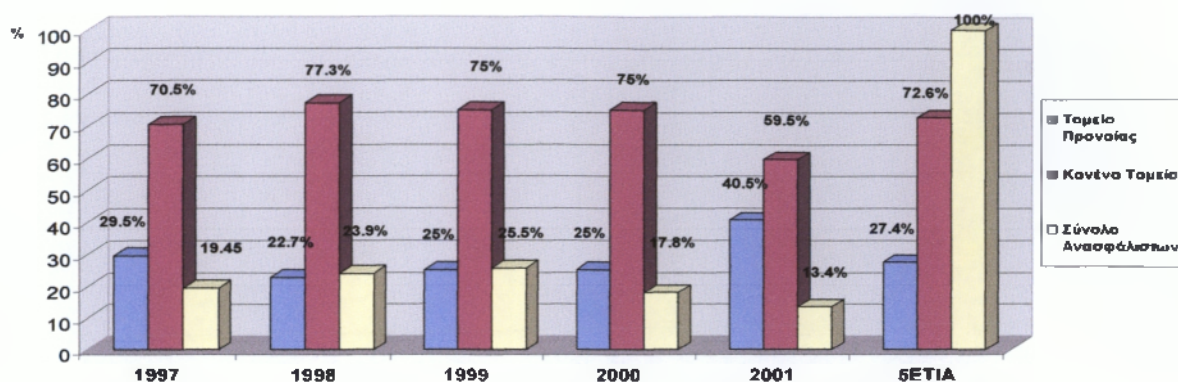
Σε λοιπά ταμεία³⁰⁶ ανήκει το υπόλοιπο 6,8% (49/714) των ασφαλιζομένων εξυπηρετηθέντων.

Έτος	1997		1998		1999		2000		2001		97-2001	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ανασφάλιστοι												
Χαρτί απορίας	18	29,5	17	22,7	20	25	14	25	17	40,5	86	27,4
Ρυθ. μεταβολής	—		5,5 ↓		17,6 ↑		30 ↓		21,4 ↑		—	
Κανένα Ταμείο	43	70,5	58	77,3	60	75	42	75	25	59,5	228	72,6
Ρυθ. μεταβολής	—		34,9 ↑		3,4 ↑		30 ↓		40,5 ↓		—	
Σύνολο Ανασφ. Πελατών	61	19,4	75	23,9	80	25,5	56	17,8	42	13,4	314	100
Ρυθ. μεταβολής	—		23 ↑		5,3 ↑		29,1 ↓		25 ↓		—	

Πίνακας 13: Ανασφάλιστοι εξυπηρετούμενοι ανά έτος

Πηγή: Ιδία έρευνα

³⁰⁶ Στα λοιπά ταμεία περιλαμβάνονται το ΤΕΒΕ, του Δημοσίου, το ΤΑΠΟΤΕ, κ.λ.π.



Ραβδόγραμμα 14: Ανασφάλιστοι εξυπηρετούμενοι ανά έτος

Πηγή: Ιδία έρευνα

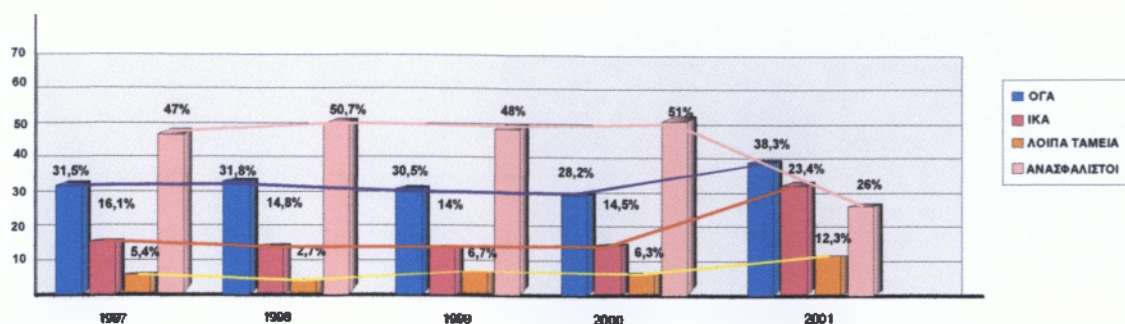
Από το σύνολο των ανασφάλιστων περιστατικών που επιλαμβάνεται η Κοινωνική Υπηρεσία (314), το ποσοστό εκείνων που έρχονται με σκοπό την προσωρινή ασφάλιση τους στο Ταμείο Κοινωνικής Πρόνοιας με παρέμβαση της ΚΥ (για χορήγηση πιστοποιητικού Απορίας) κυμαίνεται από 59,5% (25/42) το έτος 2001 έως 77,3% (58/75) το έτος 1998.

Οι υπόλοιποι ανασφάλιστοι πελάτες, στους οποίους έχει ήδη χορηγηθεί πιστοποιητικό απορίας επανέρχονται στο τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας συνήθως για άλλους λόγους. Το έτος 1998 το ποσοστό αυτών ανέρχεται στο 22,7% (17/75) του συνόλου των ανασφάλιστων πελατών, ενώ το έτος 2001 σε 40,5% (17/42).

α/α	Έτος Ταμεία	1997		1998		1999		2000		2001		Σύνολο 5ετίας	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	ΟΓΑ	41	31,5	47	31,8	50	30,5	31	28,2	62	38,3	231	32,4
	Ρυθ.μεταβ.	—		14,6 ↑		6,4 ↑		38 ↓		100 ↑		—	
2	ΙΚΑ	21	16,1	22	14,8	23	14	16	14,5	38	23,4	120	16,8
	Ρυθ.μεταβ.	—		4,8 ↑		4,5 ↑		30,4 ↓		137,5 ↑		—	
3	Λοιπά Ταμεία	7	5,4	4	2,7	11	6,7	7	6,3	20	12,3	49	6,8
	Ρυθ.μεταβ.	—		42,9 ↓		175 ↑		36,4 ↓		185,7 ↑		—	
4	Ανασφάλιστοι	61	47	75	50,7	79	48,8	56	51	42	26	314	44
	Ρυθ.μεταβ.	—		23 ↑		6,7 ↑		30 ↓		25 ↓		—	
Σύνολο πελ.		130	18,2	148	20,7	164	23	110	15,4	162	22,7	714	100

Πίνακας 14: Ανάλυση της ασφαλιστικής κάλυψης πελατών ΚΥ ανά έτος

Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 15: Ανάλυση της ασφαλιστικής Κάλυψης πελατών ανά έτος

Πηγή: Ίδια έρευνα

Αναλυτικότερα, ως προς την αξιολόγηση των πελατών με βάση το ασφαλιστικό τους ταμείο ανά έτος, διαπιστώνεται ότι οι ανασφάλιστοι από 47% (61/130) και 48% (79/164) που είναι τα έτη 1997 και 1999 αντίστοιχα, αγγίζουν τα έτη 1998 και 2000 τα ποσοστά του 50,7% (75/148) και 51% αντίστοιχα. Το 2001 το ποσοστό των ανασφάλιστων μειώνεται στο 26% (42/162) του συνόλου των πελατών για το έτος αυτό.

Ός προς τους ασφαλιζόμενους πελάτες ανά έτος διαπιστώνεται ότι τα έτη 1997 και 1998 παρουσιάζεται το ίδιο σχεδόν ποσοστό ασφαλιζομένων στον ΟΓΑ – 31,5% (41/130) και 31,8% (47/110) αντίστοιχα, το ποσοστό αυτό μειώνεται τα δύο επόμενα έτη 1999 και 2000 φτάνοντας το 30,5% (41/130) και 28,2% (31/110) αντίστοιχα, – ενώ το έτος 2001 οι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ ανέρχονται στο 38,3% (62/162) του συνόλου των πελατών για το έτος αυτό.

Το ποσοστό των ασφαλιζομένων στο ΙΚΑ το έτος 1997 είναι 16,1% (21/130) του συνόλου των πελατών για το έτος αυτό. Ακολουθεί μια σταδιακή μείωση του ποσοστού κατά μία ποσοστιαία μονάδα τα δύο επόμενα έτη φτάνοντας το 1998 το 14,8% (22/148) και το 1999 το 14% (23/164) αντίστοιχα. Το έτος 2000 αυξάνεται σε 14,5% (16/110) και το 2001 φτάνει το 23,4% (38/162).

Συμπερασματικά, ως προς την ασφαλιστική κάλυψη των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας διαπιστώνονται τα εξής:

- 1) Η πλειοψηφία των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ είναι κυρίως **ανασφάλιστα άτομα με ποσοστό 44%** (314/714), εκ των οποίων οι περισσότεροι επιζητούν προσωρινή ασφάλιση από το Ταμείο Προνοίας, βγάζοντας με παρέμβαση των Κοινωνικών Λειτουργών βιβλιάριο ή χαρτί απορίας (72,6% - 228/314), ενώ το υπόλοιπο 27,4% (86/314) είναι ήδη

προσωρινά ασφαλισμένο από την Πρόνοια. Περίπου ένας στους δύο πελάτες, δηλαδή, της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι ανασφάλιστος (1/2).

- 2) Οι ήδη έχοντες πιστοποιητικό απορίας, επανέρχονται στο τμήμα κατά καιρούς για διαφορετικούς λόγους, χρήζοντας νέα παρέμβαση από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς.
- 3) Από τους ασφαλισμένους πελάτες σε ασφαλιστικά ταμεία, η πλειοψηφία τους έχει ως ασφαλιστικό φορέα τον ΟΓΑ με ποσοστό 32,4% (231/714). Δηλαδή, ένας στους τρεις πελάτες Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι ασφαλισμένος στον ΟΓΑ (1/3).
- 4) Για κάθε έτος έως το έτος 2000, η πλειοψηφία των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι ανασφάλιστα άτομα (47%, 50,7%, 48% και 51% του συνόλου των πελατών για το αντίστοιχο έτος), ενώ αντίθετα το έτος 2001 οι περισσότεροι πελάτες είναι ασφαλισμένοι, κατά πλειοψηφία στον ΟΓΑ (38,3%) και εν συνεχεία στο ΙΚΑ (23,4%).
- 5) Ως προς την τάση μεταβολής της προσέλευσης πελατών αναλογικά με το ασφαλιστικό τους ταμείο διαπιστώνονται τα εξής:

Ανασφάλιστοι:

- ✓ Η προσέλευση ανασφάλιστων πελατών στο σύνολό τους παρουσιάζει συνεχή τάση αύξησης ανά έτος, έως το έτος 1999 (λειτουργία παλαιού Νοσοκομείου) και συνεχή αντίστοιχα τάση μείωσης τα επόμενα έτη (νέες συνθήκες λειτουργίας).
- ✓ Η προσέλευση του συνόλου των ανασφάλιστων πελατών παρουσιάζει ανάλογη πορεία διακύμανσης με την προσέλευση των μη εχόντων βιβλιάρια απορίας, κυρίως λόγω της πλειοψηφίας τους εν συγκρίσει με τους ήδη προσωρινά ασφαλισμένους στο Ταμείο Πρόνοιας.
- ✓ Η προσέλευση των προσωρινά ασφαλισμένων στην Πρόνοια παρουσιάζει συνεχείς αυξομειώσεις με τάσεις αύξησης το έτος 2001 (21,4 ποσοστιαίες μονάδες εν συγκρίσει με το προηγούμενο έτος).
- ✓ Η προσέλευση των εντελώς ανασφάλιστων ατόμων στην Κοινωνική Υπηρεσία παρουσιάζει συνεχή αύξηση έως το έτος 1999 και συνεχείς τάσεις μείωσης από το έτος 2000 και ύστερα, με μεγαλύτερη μείωση το έτος 2001 (μείωση κατά 40,5 ποσοστιαίες μονάδες από το προηγούμενο έτος).

- ✓ Το έτος 2000 παρατηρείται η ίδια τάση μείωσης και στις δύο κατηγορίες ανασφάλιστων πελατών (μείωση κατά 30 ποσοστιαίες μονάδες εν συγκρίσει με το προηγούμενο έτος).
- ✓ Κατά την τελευταία εξεταζόμενη χρονολογική περίοδο (**2001**), παρατηρείται τάση μείωσης της προσέλευσης των εντελώς ανασφάλιστων πελατών (μείωση 40,5 ποσοστιαίες μονάδες) και τάση αντίστοιχα αύξησης των προσωρινά ασφαλισμένων στο Ταμείο Προνοίας (αύξηση 21,4 ποσοστιαίες μονάδες). Γενικώς, για το έτος αυτό, **διαπιστώνεται τάση μείωσης των παντελώς ανασφάλιστων πελατών, οι οποίοι μέσω της Κοινωνικής Υπηρεσίας ασφαλίζονται στο Ταμείο Προνοίας του Νομού Μεσσηνίας.**

Αναλυτικά, ανά ταμείο:

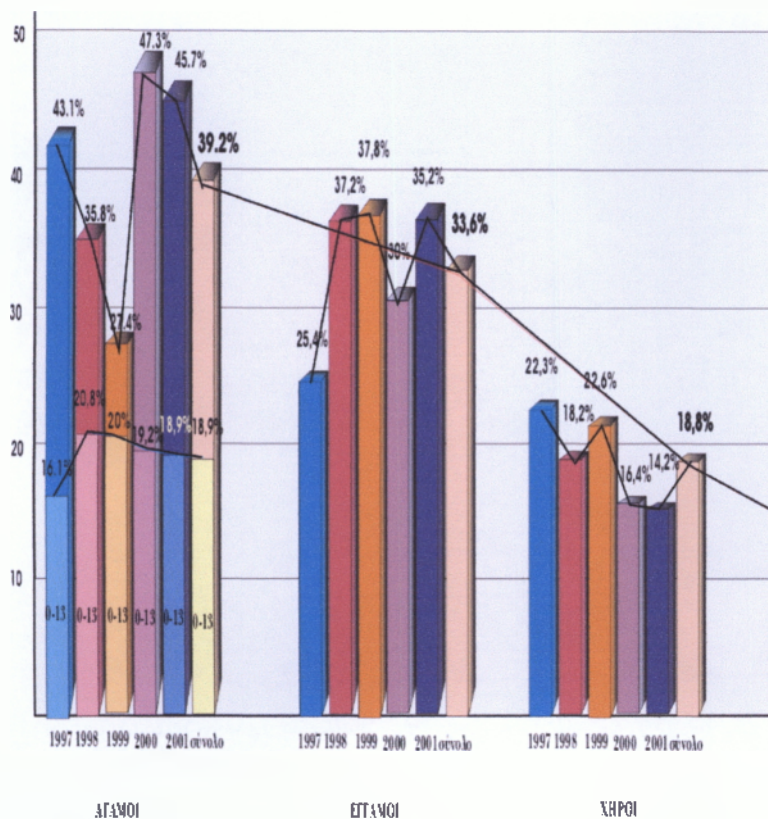
- ✓ Η προσέλευση των ασφαλισμένων πελατών στον ΟΓΑ και στο ΙΚΑ παρουσιάζει ανάλογη πορεία μεταβολής, με τάσεις αύξησης ανά έτος, εκτός του έτους 2000, όπου παρατηρείται μείωση της προσέλευσής τους.
- ✓ Η προσέλευση των πελατών που ανήκουν σε λοιπά ταμεία παρουσιάζει συνεχείς αυξομειώσεις, με πολύ μεγάλη αύξηση το έτος 2001 (αύξηση 185,7 ποσοστιαίες μονάδες συγκριτικά με το προηγούμενο έτος).
- ✓ Το έτος 2001 παρατηρείται, μείωση των ανασφάλιστων (25 ποσοστιαίες μονάδες συγκριτικά με το προηγούμενο έτος) και πολύ μεγάλη αύξηση των ασφαλισμένων πελατών σε όλα τα Ταμεία (αύξηση κατά 100, 137,5 και 185,7 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα για τον ΟΓΑ, το ΙΚΑ και τα λοιπά ταμεία).

⇒ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

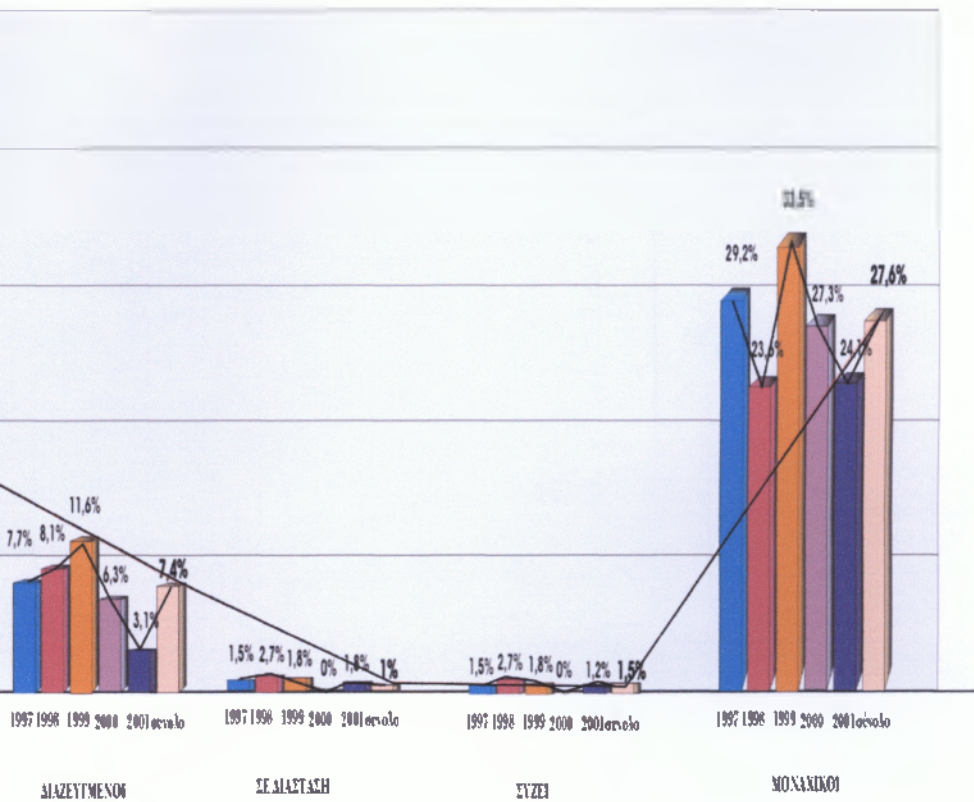
α/α	Ετος Οικογ.κατ.	1997			1998			1999			2000			2001			Σύνολο 5ετίας		
		A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N	A	Θ	N
1	Άγαμοι	21	35	56	20	33	53	15	30	46	32	20	52	30	44	74	118	162	280
	%	37,5	62,5	43,1	37,7	62,3	36,8	33,3	66,7	27,4	61,5	38,5	47,3	40,5	59,5	45,7	42,1	57,9	39,2
	% ανά φύλο	41,2	44,3		40,8	33,3		26,8	27,8		56,2	36,3		43,5	47,3		42,2	37,3	
1 α	Ανήλικοι<13	6	3	9	4	7	11	2	7	8	6	2	10	5	9	14	25	28	53
	%	66,7	33,3	16,1	36,4	63,6	20,8	22,2	77,8	20	60	20	19,2	35,7	64,3	18,9	47,2	52,8	18,9
	% ανά φύλο	28,6	8,6		20	21,2		13,3	23,3		25	10		16,7	20,5		21,2	17,3	
2	Έγγαμοι	13	20	33	10	45	55	18	44	62	12	21	33	26	31	57	79	161	240
	%	39,4	60,6	26,4	18,2	61,8	37,2	29	71	37,8	38,4	63,6	30	45,6	54,4	35,2	32,9	67,1	33,6
	% ανά φύλο	25,5	25,3		20,4	45,5		32,1	40,7		21,8	38,2		37,7	33,3		28,2	37,1	
3	Χήροι	13	16	28	11	16	27	15	22	37	8	10	18	8	15	23	55	79	134
	%	44,8	55,2	22,3	40,7	59,3	18,2	40,5	59,5	22,6	44,4	55,6	16,4	34,8	65,2	14,2	41	59	18,8
	% ανά φύλο	25,5	20,3		22,5	16,2		26,8	20,4		14,5	18,2		11,6	16,1		19,6	18,2	
4	Διαζευγμένοι	4	6	10	8	4	12	8	11	19	3	4	7	3	2	5	26	27	63
	%	40	60	7,7	68,7	33,3	8,1	42,1	57,9	11,6	42,9	57,1	64,3	60	40	3,1	49,1	50,9	7,4
	% ανά φύλο	7,8	7,6		16,3	4		14,3	10,2		5,5	7,3		4,3	2,2		9,3	6,2	
5	Σε διάσταση	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0	2	1	3	2	5	7
	%	0	100	1,5	0	100	0,7	0	100	0,6	0	0	0	66,7	33,3	1,8	26,6	71,4	1
	% ανά φύλο	0	2,5		0	1		0	0,9		0	0		2,9	1,1		0,7	1,2	
1	Σοξεί	0	2	2	0	4	4	1	2	3	0	0	0	0	2	2	1	10	11
	%	0	100	1,5	0	100	2,7	33,3	66,7	1,8	0	0	0	0	100	1,2	9,	90,9	1,5
	% ανά φύλο	0	2,5		0	4		1,8	1,9		0	0		0	2,2		0,4	2,3	
1	Μοναχικοί	17	21	38	22	13	36	23	32	58	19	11	30	22	17	39	103	94	197
	%	44,7	55,3	29,2	62,9	37,1	23,6	41,8	58,2	33,6	63,3	36,7	27,3	56,4	43,6	24,1	52,3	47,7	27,6
	% ανά φύλο	33,3	26,6		44,9	13,1		41	29,6		34,5	20		31,9	18,3		36,8	21,7	
Σύνολο		51	79	130	49	99	148	56	108	164	55	55	110	69	93	162	280	434	714

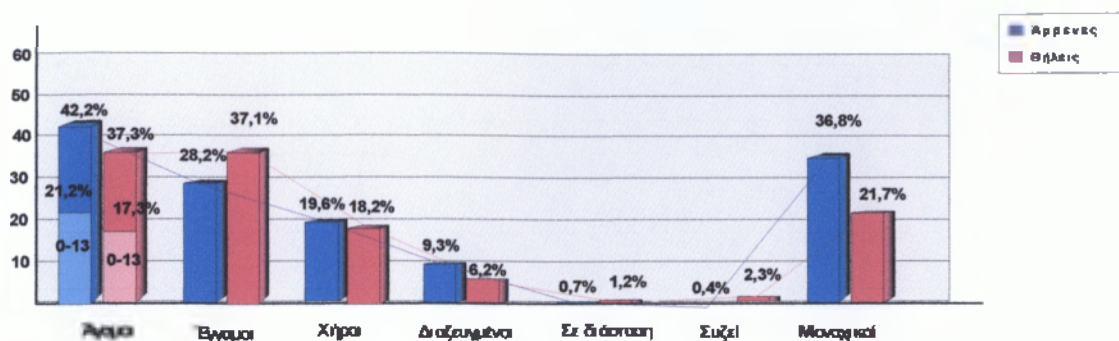
Πίνακας 15: Αξιολόγηση πελατών ΚΥ προς την οικογενειακή τους κατάσταση

Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 16: Αξιολόγηση παλατών ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση
 Πηγή: Ίδια έρευνα





Ραβδόγραμμα 17: Αξιολόγηση του συνόλου των πελατών ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση ανά φύλο.

Πηγή: Ίδια έρευνα

Από το σύνολο των περιπτώσεων που επιμελείται η Κοινωνική Υπηρεσία, το 39,2% (280/714) είναι άγαμοι, το 33,6% (240/714) είναι έγγαμοι, το 18,8% (134/714) είναι χήροι, το 7,4% (53/714) διαζευγμένοι και μόνο 1% (7/714) βρίσκονται σε διάσταση. Επίσης από το σύνολο των πελατών (714), το 27,6% (197/714) είναι μοναχικά άτομα διαφόρων ηλικιών, κυρίως όμως πρόκειται για μοναχικούς υπερήλικες, ενώ από το συνολικό αριθμό των άγαμων πελατών (280), το 18,9% (53/280) είναι ανήλικα παιδιά ηλικίας 0-13 ετών. (πίν. 15, ραβδ.16)

Αναλυτικά κατ' έτος, τα έτη 1997, 2000 και 2001, οι άγαμοι προσέρχονται κατά πλειοψηφία για βοήθεια με ποσοστά 43,1% (56/130), 47,3% (52/110) και 45,7% (74/162) αντίστοιχα. Η δεύτερη κατά σειρά προσέλευσης κοινωνική ομάδα πελατών για τα έτη αυτά είναι έγγαμοι με ποσοστά 25,4% (33/130), 30%(33/110) και 35,2% (57/162), αντίστοιχα (πίν.15, ραβδ.16).

Αντιθέτως τα έτη 1998 και 1999, οι έγγαμοι προσέρχονται κατά πλειοψηφία με ποσοστά 37,2% (55/148) και 37,3% (62/164) αντίστοιχα, ενώ οι άγαμοι αποτελούν το 35,8% (53/148) και 27,4% (45/164) των πελατών αντίστοιχα.

Από το συνολικό αριθμό των ανδρών πελατών που κάνει χρήση τις υπηρεσίες του υποφαινόμενου τμήματος, το 42,2% (118/280) είναι άγαμοι, εκ' των οποίων το 21,2% (25/118) παιδιά ηλικίας 0-13 ετών, και το 36,8% (103/280) είναι μοναχικά άτομα. Από το σύνολο των γυναικών που προσέρχονται στην Κοινωνική Υπηρεσία, υπάρχει η ίδια αναλογία μεταξύ άγαμων και έγγαμων εξυπηρετηθέντων με ποσοστό 37,1% (161/434) αντίστοιχα (ραβδ. 17).

Ως προς το φύλο των πελατών ανά έτος αναλυτικά, διαπιστώνεται ότι για τα έτη 1997, 1998, 2000 και 2001 η πλειοψηφία των ανδρών που κάνει χρήση των υπηρεσιών του υποφαινόμενου τμήματος, είναι κυρίως άγαμοι με ποσοστά 41,2% (21/51), 40,8% (20/49), 58,2% (32/55) και 43,5% (30/69) αντίστοιχα, ενώ το έτος 1999 το 32,1% (18/56) των ανδρών είναι έγγαμοι. (πιν. 15)

Από το σύνολο των γυναικών που προσέρχονται ετησίως στην Κοινωνική Υπηρεσία, τα έτη 1997 και 2001 η πλειοψηφία τους είναι άγαμες με ποσοστά 44,3% (35/79) και 47,3% (44/93) αντίστοιχα. Τα έτη 1998 και 1999, οι περισσότερες γυναίκες είναι έγγαμες με ποσοστά 45,5% (45/99) και 40,7% (44/108) αντίστοιχα, ενώ το έτος 2000 από το σύνολο των γυναικών, το 38,2% (21/55) είναι έγγαμες και το 36,3% (20/55) άγαμες. (πιν. 15)

Από το συνολικό αριθμό των άγαμων πελατών κατ' έτος, τα ανήλικα άτομα παιδικής ηλικίας έως και 13 ετών παρουσιάζονται κατά πλειοψηφία το έτος 1998 με ποσοστό 20,8% (11/53) του συνόλου των άγαμων πελατών για το έτος αυτό. (πιν. 15)

Από το σύνολο των πελατών (714), οι 197 (27,6%) είναι μοναχικά άτομα εκ' των οποίων το 52,3% (103/197) είναι άρρενες και το 47,7% (94/197) θήλεις. (πιν. 10) Από τον συνολικό αριθμό των ανδρών πελατών, καθόλη την εξεταζόμενη περίοδο (280), οι μοναχοί αγγίζουν το 36,8% (103/280), ενώ το ποσοστό των μοναχικών γυναικών φτάνει το 21,7% (94/434) του συνολικού αριθμού των γυναικών που προσέρχονται στην Κοινωνική Υπηρεσία. (ραβδ. 16)

Ανά έτος, η μεγαλύτερη προσέλευση μοναχικών ανδρών πελατών παρατηρείται το έτος 1998 με ποσοστό 44,9% (22/49), ενώ η μεγαλύτερη προσέλευση μοναχικών γυναικών παρατηρείται το έτος 1999 με ποσοστό 29,6% (32/108) αντίστοιχα.

Συμπερασματικά, ως προς την οικογενειακή κατάσταση των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝ Καλαμάτας, διαπιστώνονται τα εξής:

- 1) Οι πελάτες της κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝ Καλαμάτας είναι κατά βάση άγαμοι (39,2%), ενώ σημαντικό ποσοστό αυτών είναι έγγαμοι (33,6%) και μοναχικοί (27,6%).
- 2) Τα έτη 2000 και 2001, με τη λειτουργία του Νοσοκομείου στις νέες κτιριακές εγκαταστάσεις, πραγματοποιείται η μεγαλύτερη προσέλευση άγαμων πελατών της εξεταζομένης περιόδου (47,3% και 45,7% αντίστοιχα), ενώ το έτος 2001

παρατηρείται η μέγιστη τάση αύξησης της ροής άγαμων πελατών κατά 42,3 ποσοστιαίες μονάδες. Πιθανολογείται ότι αυτό το γεγονός είναι απώρεια παραγόντων όπως η λειτουργία της Μονάδας Μεσογειακής Αναιμίας, που κατά βάσιν περιθάλλει νεαρές ηλικίες και της αυξημένης παρουσίας άγαμων μητέρων στη Γυναικολογική Κλινική.

- 3) Από το συνολικό αριθμό των ανδρών που κάνουν χρήση τις υπηρεσίες του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους είναι άγαμοι (42,2%) και μοναχικοί (36,8%), ενώ αντίστοιχα από το συνολικό αριθμό των εξυπηρετηθέντων γυναικών, η προσέλευση άγαμων και έγγαμων γυναικών γίνεται με την ίδια αναλογία (37,3% και 37,1% αντίστοιχα).
- 4) Η ροή μοναχικών υπερηλικών ατόμων δεν επηρεάζεται από το φύλο των πελατών. Έτσι, δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στις αναλογίες μεταξύ ανδρών και γυναικών μοναχικών ατόμων στο σύνολό τους.
- 5) Ως προς το ρυθμό μεταβολής της ροής πελατών διαπιστώνεται ότι:
 - ✓ Το έτος 1998 παρατηρείται η μεγαλύτερη αύξηση των πελατών που συζούν συγκριτικά με προηγούμενο έτος.
 - ✓ Το έτος 1999 παρατηρείται η μεγαλύτερη αύξηση των χήρων πελατών (αύξηση 37 ποσοστιαίες μονάδες), των διαζευγμένων πελατών (αύξηση 58,3 ποσοστιαίες μονάδες) και των μοναχικών πελατών (αύξηση 57,1 ποσοστιαίες μονάδες), αντίστοιχα από προηγούμενο έτος, καθώς και η μεγαλύτερη μείωση των άγαμων πελατών (μείωση 15,1 ποσοστιαίες μονάδες συγκριτικά με το έτος 1998).
 - ✓ Το έτος 2000 παρατηρείται η μεγαλύτερη μείωση στους έγγαμους πελάτες (μείωση 56,8 ποσοστιαίες μονάδες), στους χήρους πελάτες (51,4 ποσοστιαίες μονάδες), στους διαζευγμένους (63,2 ποσοστιαίες μονάδες), στους εν διαστάσει πελάτες (μείωση 100 ποσοστιαίων μονάδων), στα άτομα που συζούν (μείωση 100 ποσοστιαίων μονάδων), καθώς και στους μοναχικούς πελάτες (μείωση 45,5 ποσοστιαίων μονάδων) αντίστοιχα.
 - ✓ Τέλος, το έτος 2001 παρατηρείται η μέγιστη αύξηση των άγαμων πελατών (αύξηση 42,3 ποσοστιαίων μονάδων), των ανηλικών πελατών (αύξηση 40 ποσοστιαίων μονάδων), καθώς και των έγγαμων πελατών (αύξηση 72,7 ποσοστιαίων μονάδων) αντίστοιχα.

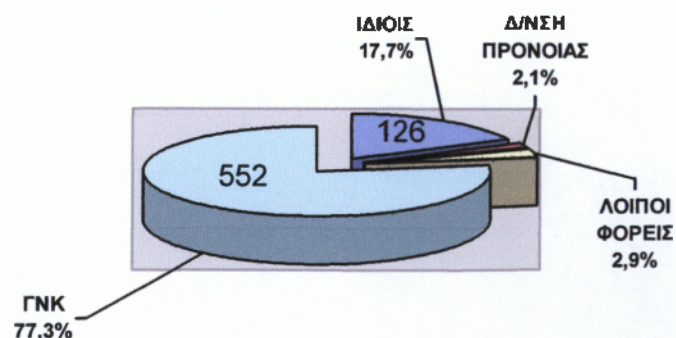
ΕΝΟΤΗΤΑ Β':
ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

⇒ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΚΥ

ΕΤΟΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ	1997		1998		1999		2000		2001		Σύνολο 5ετίας	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ΓΝΚ	101	77,7	112	75,6	118	72	76	69,1	145	89,5	552	77,3
ΙΔΙΟΙΣ	21	16,2	28	18,9	38	23,2	27	24,6	12	7,4	126	17,7
Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	2	1,5	4	2,7	5	3	1	0,9	3	1,9	15	2,1
ΛΟΙΠΑ ΝΟΣ/ΜΕΙΑ Κ. ΥΓΕΙΑΣ	1	0,8	0	0	1	0,6	0	0	1	0,6	3	0,4
ΛΟΙΠΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	2	1,5	2	1,4	2	1,2	3	2,7	0	0	9	1,3
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΝΟΣ/ΟΥ	0	0	2	1,4	0	0	0	0	1	0,6	3	0,4
ΙΔΙΩΤΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΥΣ	3	2,3	0	0	0	0	3	2,7	0	0	6	0,8
ΣΥΝΟΛΟ	130	100	148	100	164	100	110	100	162	100	714	100

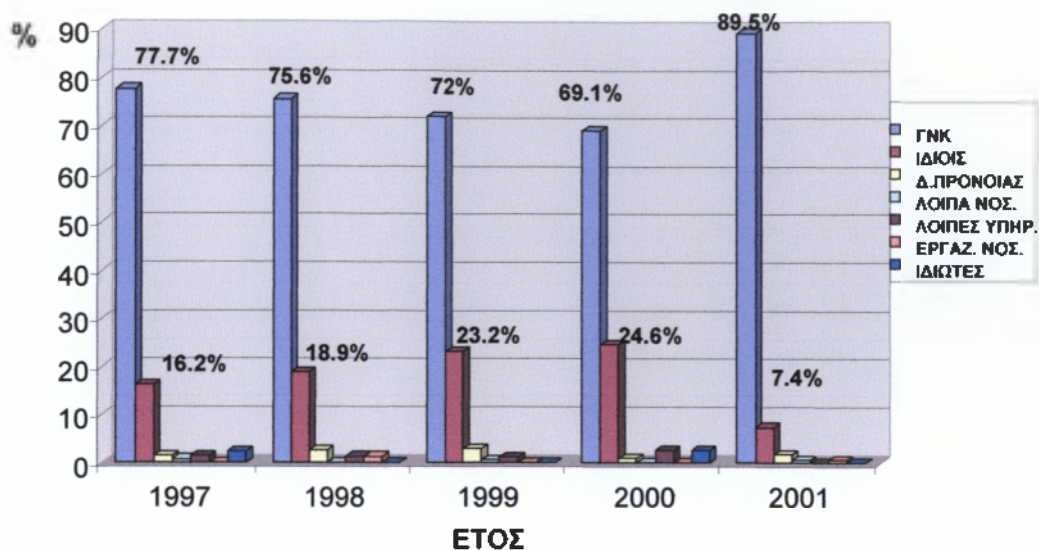
Πίνακας 16: Παραπομπές περιστατικών προς την ΚΥ του ΓΝΚ

Πηγή: Ιδία έρευνα



Κυκλικό διάγραμμα 9: Παραπομπές περιστατικών προς την ΚΥ

Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 18: Παραπομπές περιπτώσεων προς την ΚΥ του ΓΝΚ

Πηγή: Ιδία έρευνα

Ως προς την προσέλευση των πελατών διαπιστώνουμε ότι:

Από το συνολικό αριθμό εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων κατά την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο (714 περιπτώσεις), οι 552 περιπτώσεις (77,3)% παραπέμπονται από λοιπά τμήματα, κλινικές και ΕΙ του ΓΝ Καλαμάτας, οι 126 (17,7%) περιπτώσεις προσέρχονται με δική τους πρωτοβουλία ή με πρωτοβουλία άλλου μέλους της οικογένειάς τους, οι 15 περιπτώσεις (2,1%) παραπέμπονται από την Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του Νομού Μεσσηνίας, 3 περιπτώσεις (0,4%) είναι παραπομπές λοιπών Νοσοκομείων (Κυπαρισσίας, Τριπόλεως, Άργους), 9 περιπτώσεις (1,3%) προσέρχονται κατόπιν υποδείξεως άλλων υπηρεσιών, 3 περιπτώσεις (0,4%) προσέρχονται με υπόδειξη εργαζομένου του Νοσοκομείου και 6 περιπτώσεις (0,8%) παραπέμπονται από άλλους ιδιώτες και ιδιώτες γιατρούς. (κυκλ. διαγρ. 9)

Αναλυτικά, από το συνολικό αριθμό των εξυπηρετηθέντων ανά έτος, και για κάθε έτος, η πλειοψηφία των περιπτώσεων προσέρχονται στην Κοινωνική Υπηρεσία κατόπιν παραπομπής από κλινικές και τμήματα του ιδίου Νοσοκομείου, με ποσοστά 77,7% (101/130), 75,6% (112/148), 72% (118/164), 69,1% (76/110) και 89,5% (145/162) αντίστοιχα για τα έτη 1997 έως 2001. (πιν. 16, ραβδ. 18)

Η μεγαλύτερη προσέλευση πελατών ανά έτος, κατόπιν παραπομπής από το ΓΝΚ παρουσιάζεται το έτος 2001 με ποσοστό 89,5% (145/162).

«Ιδίους» προσέρχονται στο τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας, 21 περιπτώσεις (16,2%) το έτος 1997, 28 περιπτώσεις (18,9%) το έτος 1998, 38 περιπτώσεις (23,2%) το έτος 1999, 27 περιπτώσεις (24,6%) το έτος 2000 και 12 περιπτώσεις (7,4%) το έτος 2001 αντίστοιχα. Το μεγαλύτερο ποσοστό προσέλευσης περιπτώσεων με δική τους πρωτοβουλία διαπιστώνεται το έτος 2000 (24,6% - 27/110).

Από την Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του Νομού Μεσσηνίας, παραπέμπονται ελάχιστα περιστατικά στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ, τα οποία δεν ξεπερνούν συνολικά το 2,1% (5/714) του συνόλου των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων και το 3% (5/164) το έτος 1998 αντίστοιχα.

Από λοιπούς φορείς και υπηρεσίες, καθώς και από ιδιώτες και ιδιώτες γιατρούς παραπέμπονται οι υπόλοιπες 21 περιπτώσεις (2,9%).

Ως προς το ρυθμό μεταβολής της συχνότητας παραπομπών των περιπτώσεων που καλούνται να εξυπηρετήσουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί του ΓΝΚ ανά κατηγορία, παρατηρούνται τα εξής:

	1998	1999	2000	2001
ΓΝΚ	10,9 ↑	5,4 ↑	35,6 ↓	90,8↑
ΙΔΙΟΙΣ	33,3 ↑	35,7↑	29 ↓	55,6↓
Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	100 ↑	25 ↑	80 ↓	200 ↑
ΛΟΙΠΑ ΝΟΣΟΚ.	100 ↓	-	100 ↓	-
ΛΟΙΠΕΣ ΥΠΗΡ.	0	0	50 ↑	100 ↓
ΕΡΓΑΖ. ΝΟΣΟΚ.	-	100↓	-	-
ΙΔΙΩΤΕΣ	100 ↓	-	-	100 ↓

Πίνακας 17: Ρυθμός μεταβολής της συχνότητας των παραπομπών ανά κατηγορία
Πηγή: Ιδία έρευνα

1. Το έτος 2001 διαπιστώνεται:

- ✓ **Ο μεγαλύτερος ρυθμός αύξησης των παραπομπών του ΓΝΚ** προς την Κοινωνική Υπηρεσία. Η αύξηση κυμαίνεται στις 90,8 ποσοστιαίες μονάδες από προηγούμενο έτος.

- ✓ Η μεγαλύτερη αύξηση των παραπομπών από την Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του νομού Μεσσηνίας με αύξηση 200 ποσοστιαίες μονάδες από προηγούμενο έτος.
 - ✓ Η μεγαλύτερη τάση μείωσης των ατόμων που προσέρχονται «ιδίως» στην Κοινωνική Υπηρεσία (μείωση κατά 55,6 ποσοστιαίες μονάδες), και των παραπομπών από λοιπές υπηρεσίες και ιδιώτες (μείωση κατά 100 ποσοστιαίες μονάδες).
2. Έως το έτος 2000 η ροή των περιπτώσεων που παραπέμπονται από το ίδιο το Νοσοκομείο, τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του νομού Μεσσηνίας, καθώς και των «ιδίας πρωτοβουλίας» παραπομπών, ακολουθούν ανάλογη πορεία μεταβολής, με συνεχή τάση αύξησης τα έτη 1998 και 1999 και τάση αντίστοιχα μείωσης το έτος 2000. Το έτος 2001, παρατηρείται πολύ μεγάλη αύξηση στις παραπομπές του ίδιου Νοσοκομείου και της Διεύθυνσης Κοινωνικής Πρόνοιας και τάση αντίστοιχα μείωσης των «ιδίως» παραπομπών (λόγω ανάπτυξης περισσότερων κλινών και δημιουργίας νέων κλινικών και μονάδων στο Νοσοκομείο).

Συμπερασματικά, ως προς τις παραπομπές των περιστατικών στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ διαπιστώνονται τα εξής:

- 1) Η μεγάλη πλειοψηφία των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι κυρίως ασθενείς του ίδιου Νοσοκομείου (77,3%).
- 2) Οι αλλαγές που επέφερε η αναμόρφωση του Οργανισμού του Νοσοκομείου και η μεταφορά του στις νέες εγκαταστάσεις, είχαν επίδραση στην ροή πελατών προς την Κοινωνική Υπηρεσία. Έτσι, λόγω της αύξησης των εσωτερικών ασθενών του Νοσοκομείου, αυξήθηκαν και οι παραπομπές ασθενών από τα τμήματα του Νοσοκομείου προς την Κοινωνική Υπηρεσία (αύξηση 90,8 ποσοστιαίες μονάδες το έτος 2001 συγκριτικά με το προηγούμενο έτος).
- 3) Από τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του νομού Μεσσηνίας παραπέμπονται ελάχιστα περιστατικά στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ.
- 4) Έως το έτος 2000 η ροή των περιπτώσεων που παραπέμπονται από το ίδιο το Νοσοκομείο, τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του νομού Μεσσηνίας, καθώς και των «ιδίας πρωτοβουλίας» παραπομπών, ακολουθούν ανάλογη πορεία μεταβολής, με συνεχή τάση αύξησης τα έτη

1998 και 1999 και τάση αντίστοιχα μείωσης το έτος 2000. Το έτος 2001, παρατηρείται πολύ μεγάλη αύξηση στις παραπομπές του ίδιου Νοσοκομείου και της Διεύθυνσης Κοινωνικής Πρόνοιας και τάση αντίστοιχα μείωσης των «ιδίους» παραπομπών (λόγω ανάπτυξης περισσότερων κλινών και δημιουργίας νέων κλινικών και μονάδων στο Νοσοκομείο).

⇒ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ ΤΟΥ ΓΝΚ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΚΥ

ΕΤΟΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ	1997		1998		1999		2000		2001		Σύνολο 5ετίας	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Α'Π	26	25,7	8	7,1	18	15,2	17	22,3	14	9,6	83	15
Β'Π	20	19,8	12	10,7	11	9,3	9	11,8	12	8,3	64	11,6
Α'Χ	1	1	4	3,6	6	5,1	5	6,6	4	2,8	20	3,6
Β'Χ	2	2	0	0	3	2,5	3	4	4	2,8	12	2,2
ΓΚ	6	5,9	35	31,2	32	27,1	9	11,8	7	4,8	89	16,1
ΚΚ	2	2	3	2,7	4	3,4	3	4	1	0,7	13	2,4
Ορθ.Κ	10	10	15	13,4	14	11,9	8	10,5	18	12,4	65	11,8
Παιδ.Κ	7	6,9	10	8,9	8	6,8	4	5,3	10	6,9	39	7,1
Ουρ.Κ	2	2	4	3,6	2	1,7	1	1,3	2	1,4	11	2
ΜΤΝ	2	2	3	2,7	4	3,4	0	0	6	4,1	15	2,7
Μεσ.Αν.	2	2	0	0	0	0	1	1,3	44	30,3	47	8,5
ΤΕΠ	0	0	1	0,9	0	0	2	2,6	7	4,8	10	1,8
ΕΙ	13	12,8	7	6,3	8	6,8	3	4	4	2,8	35	6,3
Ψυχ. ΕΙ	8	7,9	10	8,9	8	6,8	11	14,5	12	8,3	49	8,9
Σύνολο	101	18,3	112	20,3	118	21,3	76	13,8	145	26,3	552	100

Πίνακας 18: Παραπομπές προς την ΚΥ από το ΓΝΚ

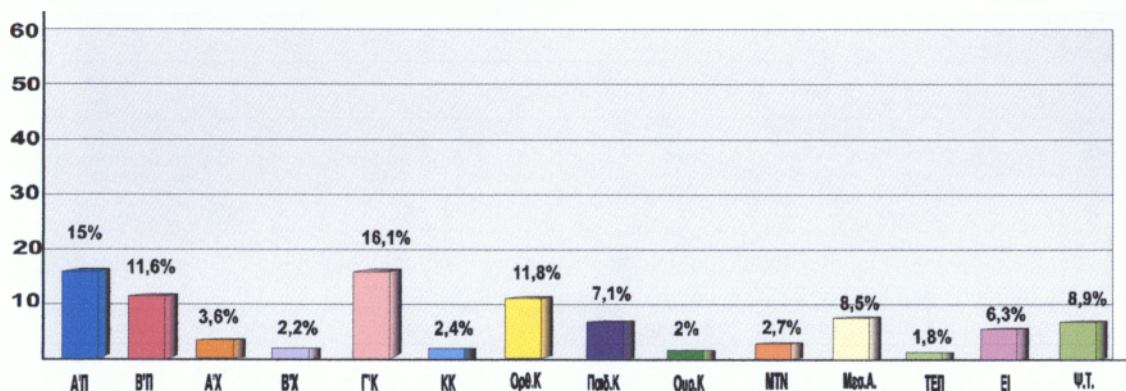
Πηγή: Ίδια έρευνα



Ραβδόγραμμα 19: Παραπομπές του ΓΝΚ προς την ΚΥ ανά έτος

Πηγή: Ιδία έρευνα

Από τον συνολικό αριθμό των περιπτώσεων που παραπέμπονται στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ από το ίδιο το Νοσοκομείο, κατά την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο (552 περιπτώσεις), το 18,3% αυτών (101/552) παραπέμπεται στην Υπηρεσία το έτος 1997, το 20,3% (112/552) το έτος 1998, το 21,3% (118/552) το έτος 1999, το 13,8% (76/552) το έτος 2000 και το 26,3% (145/552) το έτος 2001 αντίστοιχα.



Ραβδόγραμμα 20: Παραπομπές προς την ΚΥ από το ΓΝΚ

Πηγή: Ιδία έρευνα

Αναλυτικά, ανά κλινική διαπιστώνεται ότι από το συνολικό αριθμό των εξυπηρετούμενων περιπτώσεων κατά την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο που παραπέμπονται από λοιπά τμήματα και κλινικές του Νοσοκομείου (552 περιπτώσεις), 83 περιπτώσεις (15%) παραπέμπονται από την Α' Παθολογική Κλινική, 64 περιπτώσεις (11,6%) παραπέμπονται από την Β' Παθολογική Κλινική, 20 περιπτώσεις (3,6%) από την Α' Χειρουργική, 12 (2,2%) περιπτώσεις από την Β'

Χειρουργική, 89 περιπτώσεις (16,1%) από τη Γυναικολογική Κλινική, 13 περιπτώσεις (2,4%) από την Καρδιολογική Κλινική, 65 περιπτώσεις (11,8%) παραπέμπονται από την Ορθοπαιδική Κλινική, 39 περιπτώσεις (7,1%) από την Παιδιατρική Κλινική, 11 περιπτώσεις (2%) από την Ουρολογική Κλινική, 15 περιπτώσεις (2,7%) από τη Μονάδα Τεχνικού Νεφρού, 47 περιπτώσεις (8,5%) από την Μονάδα Μεσογειακής αναιμίας, 10 περιπτώσεις (1,8%) παραπέμπονται από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, 35 περιπτώσεις, (6,3%) από τα Εξωτερικά Ιατρεία και 49 περιπτώσεις (8,9%) από τον Ψυχιατρικό Τομέα, που στην προκειμένη περίπτωση λειτουργεί ως Ψυχιατρικό Εξωτερικό Ιατρείο.(πιν.18,ρ.20)

Η πλειοψηφία των πελατών που παραπέμπονται στην Κοινωνική Υπηρεσία από άλλους τομείς και κλινικές του Νοσοκομείου, είναι κυρίως ασθενείς της Γυναικολογικής Κλινικής με ποσοστό 16,1% (89/552) και ασθενείς της Α΄ Παθολογικής Κλινικής με ποσοστό 15% (83/552). Από την Ουρολογική Κλινική, την Β΄ Χειρουργική την Καρδιολογική, τα ΤΕΠ και τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού παραπέμπονται τα λιγότερα περιστατικά (2%, 2,2%, 2,4%, 1,8% και 2,7% αντίστοιχα.) (ραβδ. 20)

Αναλυτικά κατά το έτος, για το έτος 1997, η πλειοψηφία των παραπεμπόντων ασθενών προέρχεται από την Α΄ Παθολογική Κλινική με ποσοστό 25,7% (26/101) και από την Β΄ Παθολογική με ποσοστό 19,8%. Τα έτη 1998 και 1999 ασθενείς της Γυναικολογικής Κλινικής προσέρχονται κατά πλειοψηφία στο τμήμα με ποσοστά 31,2% (35/112) και 27,1% (32/118) αντίστοιχα. Το έτος 2000 οι περισσότερες παραπομπές προέρχονται από την Α΄ Παθολογική Κλινική με ποσοστό 22,3% (17/76), ενώ σημαντικός αριθμός πελατών προέρχονται από το Ψυχιατρικό ΕΙ (14,5%). Το έτος 2001 το 30,3% (44/145) των παραπεμπόντων πελατών είναι ασθενείς με Μεσογειακή Αναιμία.

Συμπερασματικά, ως προς τις παραπομπές πελατών από το ΓΝΚ προς την Κοινωνική Υπηρεσία του, διαπιστώνονται τα εξής:

- 1) Ο μεγαλύτερος αριθμός παραπομπών από το ίδιο το Νοσοκομείο στην Κοινωνική του Υπηρεσία παρουσιάζεται το έτος 2001 με ποσοστό 26,3% του συνόλου των παραπομπών του ΓΝΚ προς την Κοινωνική Υπηρεσία, καθόλη την εξεταζόμενη περίοδο, κυρίως λόγω της αύξησης των εσωτερικών ασθενών του Νοσοκομείου, αλλά και των εξωτερικών, ύστερα από την εγκατάσταση πρισσοτέρων κλινών, της αυξημένης παρουσίας των Κοινωνικών Λειτουργιών

στα άτομα με Μεσογειακή Αναιμία, καθώς και λόγω της λειτουργίας ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης χρονίως πασχόντων ασθενών. Αντίθετα, η μικρότερη προσέλευση πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία, ύστερα από παραπομπή από το ίδιο το Νοσοκομείο, διαπιστώνεται το έτος 2000, όταν το Νοσοκομείο λειτουργούσε υπό συνθήκες αλλαγών τόσο στον Οργανισμό του, όσο και στην έδρα του.

- 2) Η πλειοψηφία των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων παραπέμπεται από τη Γυναικολογική Κλινική, με κυήσεις εκτός γάμου και αθίγγανες μητέρες (αδήλωτες) ή αλλοδαπές μητέρες με έλλειψη στοιχείων ταυτότητας ή δικαιολογητικών για εγγραφή των βρεφών στο Ληξιαρχείο (16,1%), καθώς επίσης και από τις Κλινικές Α΄ Παθολογικής (15%), Β΄ Παθολογικής (11,6%) και Ορθοπαιδικής (11,8%), με παραπομπές κυρίως μοναχικών υπερηλίκων ατόμων με αδυναμία αυτοεξυπηρέτησεως.

3)

Έτος Κλινικές	1998	1999	2000	2001
Α΄Π	69,2 ↓	125 ↑	5,5 ↓	17,6 ↓
Β΄Π	40 ↓	8,3 ↓	18,2 ↓	33,3 ↑
Α΄Χ	300 ↑	50 ↑	16,7 ↓	20 ↓
Β΄Χ	100 ↓	—	0	33,3 ↑
ΓΚ	483,3 ↑	8,6 ↓	71,9 ↓	22,2 ↓
ΚΚ	50 ↑	33,3 ↑	25 ↓	66,7 ↓
Ορθοπαιδική	50 ↑	6,7 ↓	42,9 ↓	125 ↑
Παιδιατρική	42,9 ↑	20 ↓	50 ↓	150 ↑
Ουρολογική	100 ↑	50 ↓	50 ↓	100 ↑
MTN	50 ↑	33,3 ↑	100 ↓	—
Μεσογ. Αν.	100 ↓	—	—	4300 ↑
ΤΕΠ	—	100 ↓	—	250 ↑
ΕΙ	46,2 ↓	14,3 ↑	62,5 ↓	33,3 ↑
Ψυχιατρ. ΕΙ	25 ↑	20 ↓	37,5 ↑	9,1 ↑
ΣΥΝΟΛΟ	10,9 ↑	5,4 ↑	35,6 ↓	90,8 ↑

Πίνακας 19: Ρυθμός μεταβολής της προέλευσης των παραπομπών ανά Κλινική/Τμήμα ΓΝΚ

Πηγή: Ιδία έρευνα

Ως προς το ρυθμό μεταβολής της προσέλευσης των πελατών οι οποίοι προσέρχονται στην Κοινωνική Υπηρεσία ύστερα από παραπομπή από το ίδιο το Νοσοκομείο Καλαμάτας, διαπιστώνονται τα εξής:

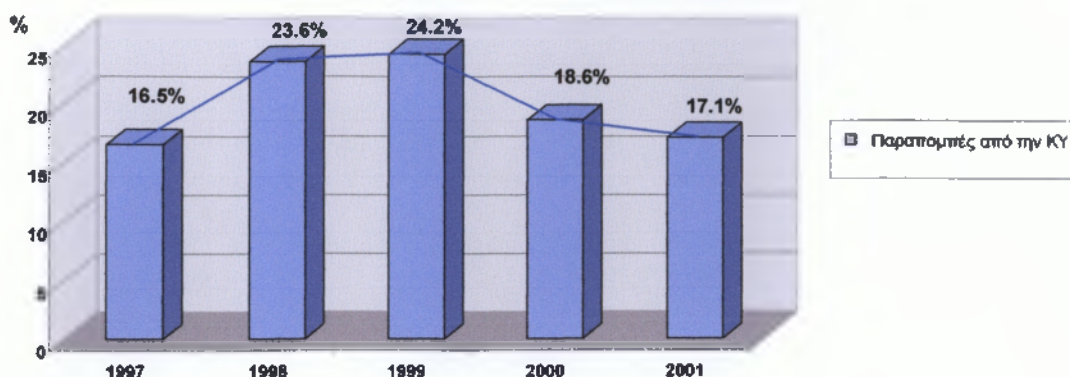
- ✓ Οι συνολικές παραπομπές του ΓΝΚ ως προς την Κοινωνική Υπηρεσία παρουσιάζουν πλην του έτους 2000, αυξητικές τάσεις, οι οποίες εστιάζονται σε μικρές αυξήσεις έως το έτος 1999 και πολύ μεγάλη αύξηση το έτος 2001 (αύξηση 90,8 ποσοστιαίες μονάδες εν συγκρίσει με το προηγούμενο έτος).
- ✓ Το έτος 2000 παρατηρείται μείωση των παραπομπών από όλες τις κλινικές και τα τμήματα του Νοσοκομείου, καθώς και του συνόλου των παραπομπών για το έτος αυτό, εκτός από τις παραπομπές του Ψυχιατρικού ΕΙ, οι οποίες παρουσιάζουν μεγάλη αύξηση λόγω της πρόσληψης και δεύτερου ψυχιάτρου.
- ✓ Το έτος 2001 παρατηρείται τάση αύξησης στις παραπομπές από τις περισσότερες κλινικές και τμήματα του Νοσοκομείου, εκτός από εκείνες που προέρχονται από την Α' Παθολογική Κλινική, την Α' Χειρουργική Κλινική, την Γυναικολογική και την Καρδιολογική Κλινική, όπου παρατηρείται αντίστοιχα τάση μείωσης.
- ✓ Οι μεγαλύτερες αυξητικές τάσεις στις παραπομπές από τμήματα και κλινικές του Νοσοκομείου προς την Κοινωνική Υπηρεσία, παρατηρείται στις παραπομπές της Μονάδας Μεσογειακής Αναιμίας το έτος 2001, με αύξηση **4300** ποσοστιαίες μονάδες εν συγκρίσει με το έτος 2000 και στις παραπομπές από τη Γυναικολογική Κλινική το έτος 1998, με αύξηση 483,3 ποσοστιαίες μονάδες συγκριτικά με το προηγούμενο έτος.

⇒ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΥ

ΕΤΟΣ ΦΟΡΕΙΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ	1997		1998		1999		2000		2001		Σύνολο 5ετίας	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	24	29,3	16	13,7	12	10	11	12	19	22,4	82	16,5
ΓΝΚ	17	20,7	16	13,7	11	9,2	14	15,2	10	11,8	68	13,7
ΛΟΙΠΑ ΝΟΣ. & Κ. ΥΓΕΙΑΣ	4	4,9	20	17,1	18	15	13	14,1	14	16,5	69	13,9
ΑΣΥΛΑ	9	11	6	5,1	14	11,7	9	9,8	9	10,6	47	9,5
ΙΔΡΥΜΑΤΑ	6	7,3	3	2,6	2	1,7	9	9,8	6	7	26	5,3
ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ ΟΙΚΟΙ ΕΥΓΗΡ.	5	6,1	6	5,1	4	3,3	2	2,2	6	7	23	4,6
ΤΟΠΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ	6	7,3	6	5,1	6	5	8	8,7	5	5,9	31	6,3
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ	62	2,4	3	2,6	4	3,3	5	5,4	2	2,3	16	3,2
ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΟΜΟΥ	3	3,7	28	23,9	27	22,5	6	6,5	0	0	64	12,9
ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ- ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	6	7,3	13	11,1	22	18,3	15	16,3	14	16,5	70	14,1
ΣΥΝΟΛΟ	82	16,5	117	23,6	120	24,2	92	18,6	85	17,1	496	100

Πίνακας 20: Παραπομπές από την ΚΥ προς λοιπές υπηρεσίες και φορείς

Πηγή: Ιδία έρευνα

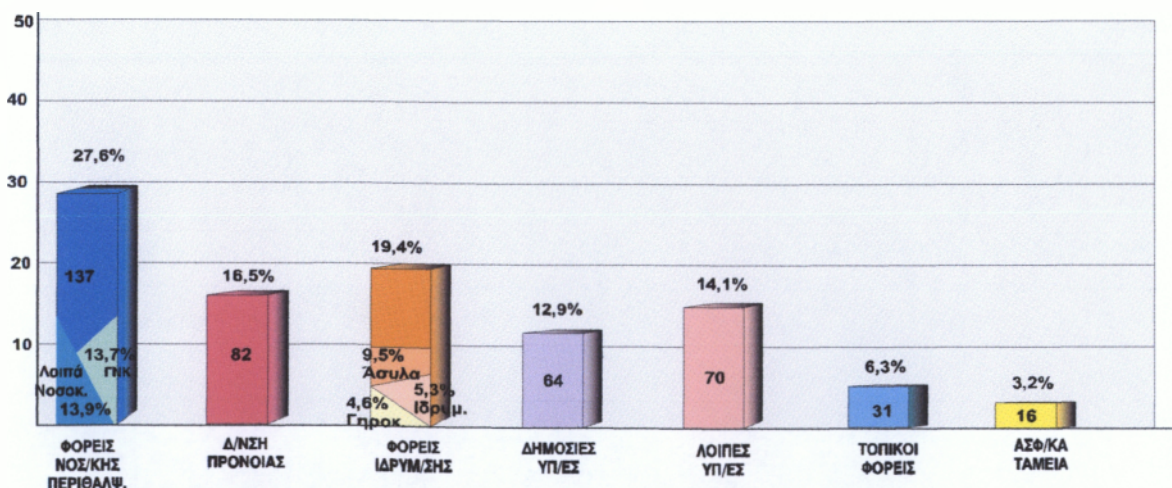


Ραβδόγραμμα 21: Παραπομπές πελατών από την ΚΥ ανά έτος

Πηγή: Ιδία έρευνα

Η Κοινωνική Υπηρεσία για να καλύψει τις ανάγκες των περιστατικών που επιμελείται συνεργάζεται με άλλους φορείς και υπηρεσίες. Το κάθε περιστατικό μπορεί να έχει ανάγκη περισσότερων από μιας υπηρεσιών.

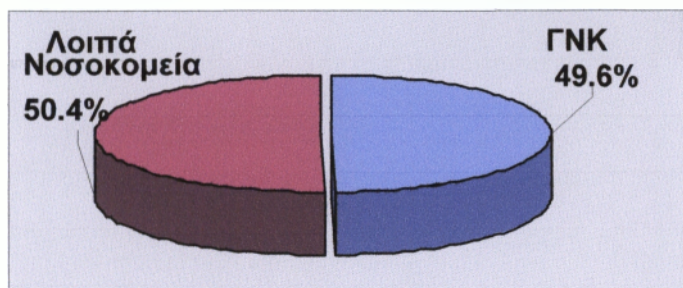
Όπως διαπιστώνεται από τον πίνακα 19, για 714 περιστατικά γίνονται 496 συνεργασίες με άλλους φορείς καθόλη τη διάρκεια της εξεταζόμενης περιόδου, εκ των οποίων το 16,5% των παραπομπών διαπιστώνεται στις περιπτώσεις του 1997, το 23,6% στις εξεταζόμενες περιπτώσεις του 1998, το 24,2% στις περιπτώσεις του 1999, το 18,6% στις περιπτώσεις του 2000 και το υπόλοιπο 17,1% στις περιπτώσεις του έτους 2001.



Ραβδόγραμμα 22: Παραπομπές από την Κοινωνική Υπηρεσία

Πηγή: Ιδία έρευνα

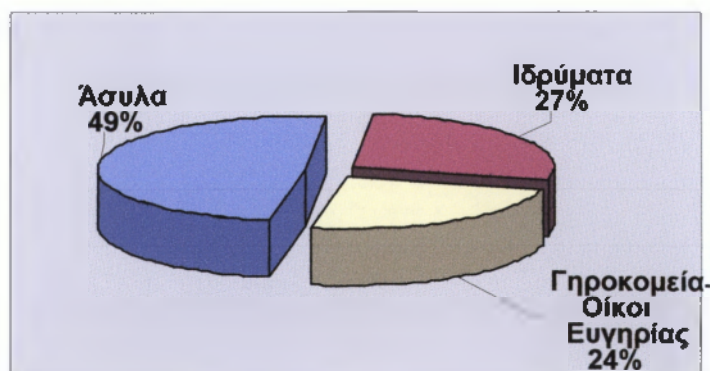
Από το σύνολο των παραπομπών του ΓΝΚ προς λοιπούς φορείς και Υπηρεσίες (496), οι 137 παραπομπές - συνεργασίες (27,6%) αφορούν φορείς νοσοκομειακής περίθαλψης, ψυχικής και σωματικής υγείας (Νοσοκομεία), οι 82 συνεργασίες (16,5%) αφορούν τη Διεύθυνση Πρόνοιας του Νομού Μεσσηνίας, οι 96 (19,3%) παραπομπές είναι σε φορείς ιδρυματοποίησης (άσυλα, γηροκομεία, ιδρύματα), οι 64 (12,9%) σε δημόσιες υπηρεσίες, οι 70 (14,1%) σε λοιπές υπηρεσίες του Νομού, 31 περιπτώσεις παραπέμπονται (6,3%) σε τοπικούς φορείς και 16 (3,2%) περιπτώσεις παραπέμπονται σε ασφαλιστικά ταμεία (ραβδ. 22).



Κυκλικό διάγραμμα 10: Παραπομπές σε τομείς Νοσοκομειακής Περίθαλψης

Πηγή: Ιδία έρευνα

Στους φορείς νοσοκομειακής περίθαλψης, συμπεριλαμβάνονται οι παραπομπές προς τις κλινικές και τα λοιπά τμήματα του ΓΝΚ με ποσοστό 13,7% (68/496) του συνόλου των παραπομπών της εξεταζομένης περιόδου και 49,6% (68/137) παράλληλα του συνόλου των παραπομπών σε φορείς νοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς και οι διακομιδές ασθενών προς λοιπά Νοσοκομεία, κυρίως των Αθηνών και της Τριπόλεως με ποσοστό 13,9 % (69/496) του συνόλου των παραπομπών της εξεταζομένης περιόδου και 50,4% (69/137) αντίστοιχα των παραπομπών σε τομείς νοσοκομειακής περίθαλψης.



Κυκλικό διάγραμμα 11: Παραπομπές σε Φορείς Ιδρυματοποίησης

Πηγή: Ιδία έρευνα

Στους φορείς ιδρυματοποίησης ανήκουν τα άσυλα, τα ιδρύματα και οι οίκοι ευγηρίας – γηροκομεία. Από το σύνολο των συνεργασιών με άλλους φορείς (496), η Κοινωνική Υπηρεσία παραπέμπει 47 περιπτώσεις (9,5%) σε Άσυλα, 26 περιπτώσεις (5,3%) σε Ιδρύματα και 23 περιπτώσεις (4,6%) σε Γηροκομεία – Οίκους Ευγηρίας. (πιν. 20, ραβδ. 22).

Από το σύνολο των παραπομπών της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ σε Φορείς Ιδρυματοποίησης το 49% (47/96) αφορούν άσυλια, το 27% (26/96) αφορούν ιδρυματοποίηση, ενώ το 24% (23/96) αφορά κατάλυμα υπερηλίκων κυρίως ατόμων σε Οίκους Ευγηρίας και Γηροκομεία (Κικλ.διάγ. 11).

Από τον συνολικό αριθμό των συνεργασιών της Κοινωνικής Υπηρεσίας με άλλους φορείς, ανά έτος, διαπιστώνεται ότι για το έτος 1997 οι περισσότερες παραπομπές από την Κοινωνική Υπηρεσία γίνονται προς τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του Νομού Μεσσηνίας, συνήθως για έκδοση βιβλιαρίου Απορίας ή για έκτακτη οικονομική ενίσχυση, με ποσοστό 29,3% (24/82) και προς τις κλινικές και τα τμήματα του ΓΝΚ με ποσοστό 20,7% (17/82). Τα έτη 1998 και 1999 οι περισσότερες παραπομπές γίνονται προς τις Δημόσιες Υπηρεσίες του Νομού με ποσοστά 23,9% (28/117) και 22,5% (27/120) αντίστοιχα. Σε λοιπά Νοσοκομεία παραπέμπεται το 17,1% (20/117) των περιπτώσεων το έτος 1998 και σε λοιπούς φορείς- υπηρεσίες του Νομού παραπέμπεται το 18,3% (22/120) το έτος 1999. Το έτος 2000 σε λοιπούς φορείς – υπηρεσίες παραπέμπονται 15 περιπτώσεις (16,3%) και στο ΓΝΚ 14 περιπτώσεις (15,2%) αντίστοιχα. Το έτος 2001, 19 περιπτώσεις (22,4%) παραπέμπονται στη Διεύθυνση Πρόνοιας, 14 περιπτώσεις (16,5%) σε λοιπούς φορείς – υπηρεσίες και 14 περιπτώσεις (16,5%) σε λοιπά Νοσοκομεία της χώρας.

Συμπερασματικά, ως προς τις παραπομπές των περιπτώσεων από την Κοινωνική Υπηρεσία διαπιστώνονται τα εξής:

- 1) Τα περισσότερα περιστατικά που παραπέμπονται από την Κοινωνική Υπηρεσία παρατηρούνται τα έτη 1998 και 1999 με ποσοστά 23,6% και 24,2% αντίστοιχα του συνόλου των παραπομπών της εξεταζομένης περιόδου.

- 2) Οι περισσότερες παραπομπές αφορούν Φορείς Νοσοκομειακής Περιθαλψής (27,6%), Φορείς Ιδρυματοποίησης (19,4%) και την Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του νομού Μεσσηνίας (16,5%).
- 3) Το ήμισυ του συνόλου των παραπομπών σε φορείς νοσοκομειακής περίθαλψης πραγματοποιούνται προς λοιπά τμήματα και κλινικές του ΓΝΚ (50,4%), ενώ το υπόλοιπο ήμισυ σε λοιπά Νοσοκομεία, κυρίως Αθηνών και Τριπόλεως (49,6%).
- 4) Το ήμισυ του συνόλου των παραπομπών σε Φορείς Ιδρυματοποίησης αφορούν μορφές ασυλοποίησης (49%), κυρίως ανιάτων ασθενειών ή ακόμη και υπερηλίκων ατόμων με αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης.
- 5) Από τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του Νομού Μεσσηνίας, όπως ήδη έχει αναφερθεί στον πίνακα 17, παραπέμπονται ελάχιστα περιστατικά, ενώ αντίθετα εκεί καταλήγει η πλειοψηφία των περιστατικών (16,5%) κατόπιν παρεμβάσεως των Κοινωνικών Λειτουργών (πίνακας 19). **Η Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του Νομού Μεσσηνίας είναι επομένως ο κύριος αποδέκτης των περιπτώσεων που επιμελείται η Κοινωνική Υπηρεσία**, κυρίως για έκδοση ασφαλιστικού βιβλιαρίου Προνοίας (ανασφάλιστα άτομα) και για έκτακτη οικονομική ενίσχυση (άνεργοι, ανήμποροι προς εργασία).
- 6) Ως προς την τάση μεταβολής του αριθμού των παραπεμπόντων περιστατικών από την Κοινωνική Υπηρεσία διαπιστώνονται τα εξής:

α/α	ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ/ ΕΤΟΣ	1998	1999	2000	2001
1	Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	33,3 ↓	25 ↓	8,3 ↓	72,7 ↑
2	ΦΟΡΕΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	71,4 ↑	19,4 ↓	6,9 ↑	11,1 ↓
α	ΓΝΚ	58,8 ↓	31,3 ↓	27,3 ↑	28,6 ↓
β	ΛΟΙΠΑ ΝΟΣΟΚ & ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	400 ↑	10 ↓	27,8 ↓	7,7 ↑
3	ΦΟΡΕΙΣ ΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ	25 ↓	33,3 ↑	0	5 ↑
α	ΑΣΥΛΑ	33,3 ↓	133,3 ↑	35,7 ↓	0
β	ΙΔΡΥΜΑΤΑ	50 ↓	33,3 ↓	350 ↑	33,3 ↓
γ	ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ - ΟΙΚΟΙ ΕΥΓΗΡΙΑΣ	20 ↑	33,3 ↓	50 ↓	200 ↑
4	ΤΟΠΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ	0	0	33,3 ↑	37,5 ↓
5	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ	95,2 ↓	33,3 ↑	25 ↑	60 ↓
6	ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΟΜΟΥ	833 ↑	3,6 ↓	77,8 ↓	100 ↓
7	ΛΟΙΠΟΙ ΦΟΡΕΙΣ-ΥΠ/ΣΙΕΣ	116,7 ↑	69,2 ↓	31,8 ↓	6,7 ↓
	ΣΥΝΟΛΟ	42,7 ↑	2,6 ↑	23,3 ↓	7,6 ↓

Πίνακας 21: Ρυθμός μεταβολής του συνόλου των παραπομπών από την ΚΥ

Πηγή: Ιδία έρευνα

- ✓ Διαπιστώνεται συνεχής τάση αύξησης του συνόλου των περιπτώσεων που παραπέμπονται από την Κοινωνική Υπηρεσία έως το έτος 1999 (συνθήκες λειτουργίας του Νοσοκομείου πριν τις αλλαγές και τη μετεγκατάσταση) και αντίστοιχη τάση μείωσης αυτών τα έτη 2000 και 2001 (λειτουργία σε νέο κτίριο και με νέο Οργανισμό). Αυτό ενδεχομένως σημαίνει αποδοτικότερες συνθήκες εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών μέσα και έξω από το Νοσοκομείο μετά τη μετεγκατάστασή του, αναβάθμιση των Υπηρεσιών που προσφέρει το τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας και αύξηση των μέσων που έχει στη διάθεσή του για την ολοκλήρωση του έργου του στους διάφορους τομείς δράσης, έτσι ώστε να προωθείται η ολοκλήρωση της παρέμβασης από την ίδια την Κοινωνική Υπηρεσία με δικά της μέσα και να παρατηρούνται λιγότερες παραπομπές προς άλλες Υπηρεσίες και Φορείς.
- ✓ Το έτος 2001 παρατηρείται η μεγαλύτερη αύξηση των περιπτώσεων εκείνων που παραπέμπονται στην Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του νομού Μεσσηνίας (αύξηση κατά 72,7 ποσοστιαίες μονάδες εν συγκρίσει με το προηγούμενο έτος). Πρόκειται για άτομα κυρίως ανασφάλιστα, που

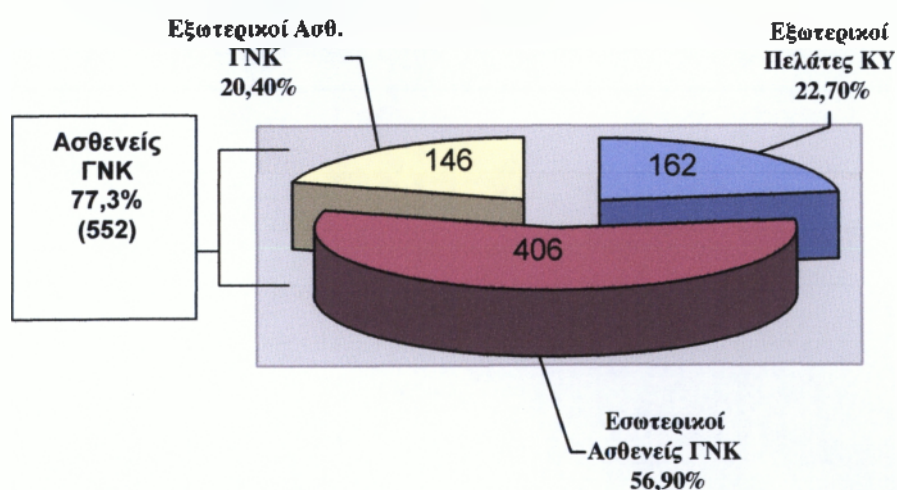
- επιζητούν προσωρινή ασφάλιση από το Ταμείο Προνοίας, άνεργα άτομα ή άτομα με προβλήματα οικονομικής φύσεως που παραπέμπονται με στόχο κάποια μορφή οικονομικής ενίσχυσης.
- ✓ Όσον αφορά στις παραπομπές της Κοινωνικής Υπηρεσίας σε Φορείς Νοσοκομειακής Περίθαλψης, αυτές παρουσιάζουν σταδιακές αυξομειώσεις κατ' έτος, με μεγαλύτερη αύξηση το έτος 1998 (αύξηση κατά 71,4 ποσοστιαίες μονάδες εν συγκρίσει με το προηγούμενο έτος).
 - ✓ Το 1999 παρατηρείται η μεγαλύτερη αύξηση στις παραπομπές της Κοινωνικής Υπηρεσίας προς διάφορους φορείς Ιδρυματοποίησης (αύξηση 33,3 ποσοστιαίες μονάδες), ενώ αντίθετα, το 1998 σημειώνεται η μεγαλύτερη τάση μείωσης αυτών εν συγκρίσει με το προηγούμενο έτος (μείωση 25 ποσοστιαίες μονάδες).
 - ✓ Η παραπάνω αύξηση οφείλεται στην αντίστοιχη πολύ μεγάλη τάση αύξησης των περιπτώσεων που παραπέμπονται για ασυλοποίηση το συγκεκριμένο έτος, 1999 (αύξηση των αναγκών ασυλίας κατά 133,3 ποσοστιαίες μονάδες εν συγκρίσει με το προηγούμενο έτος).
 - ✓ Το έτος 2000 παρατηρείται η μεγαλύτερη τάση αύξησης σε μορφές Ιδρυματοποίησης (αύξηση κατά 350 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα από το προηγούμενο έτος).
 - ✓ Το έτος 2001 παρατηρείται η μεγαλύτερη αύξηση στις παραπομπές προς Οίκους Ευγηρίας και Γηροκομεία (αύξηση 200 ποσοστιαίες μονάδες συγκριτικά με το έτος 2000).
 - ✓ Από το έτος 1999 και μετά, παρατηρείται συνεχής τάση μείωσης των παραπομπών προς τις δημόσιες και λοιπές Υπηρεσίες του νομού Μεσσηνίας, ενώ αντίθετα το έτος 1998 διαπιστώνονται πολύ μεγάλη τάση αύξησης των παραπομπών σε αυτές κατά 833 και 116,7 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα συγκριτικά με τα προηγούμενα έτη.
 - ✓ Το έτος 1998 παρατηρείται η μεγαλύτερη μείωση των παραπομπών της Κοινωνικής Υπηρεσίας προς Ασφαλιστικούς Οργανισμούς και Ταμεία (μείωση 95,2 ποσοστιαίες μονάδες).
 - ✓ Το έτος 2001 παρατηρείται μείωση στις περισσότερες κατηγορίες παραπομπών από την Κοινωνική Υπηρεσία.

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ':**ΛΟΓΟΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΠΕΛΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ****⇒ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ – ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΕΛΑΤΩΝ**

α/α	Έτος Κατηγορία Πελατών	1997		1998		1999		2000		2001		Σύνολο 5ετίας	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Ασθενείς ΓΝΚ	101	77,7	112	75,7	118	72	76	69,1	145	89,5	552	77,3
1α	Εσωτερικοί Ασθενείς ΓΝΚ	76	58,5	92	62,2	98	59,8	61	55,5	79	48,8	406	56,9
1β	Εξωτερικοί Ασθενείς ΓΝΚ (MTN – Μεσ. Αναιμ. – ΕΙ – Ψυχ/κοί)	25	19,2	20	13,5	20	12,2	15	13,6	66	40,7	146	20,4
2	Εξωτερικοί Πελάτες	29	22,3	36	24,3	46	28	34	30,9	17	10,5	162	22,7
Σύνολο		130	18,2	148	20,7	164	23	110	15,4	162	22,7	714	100

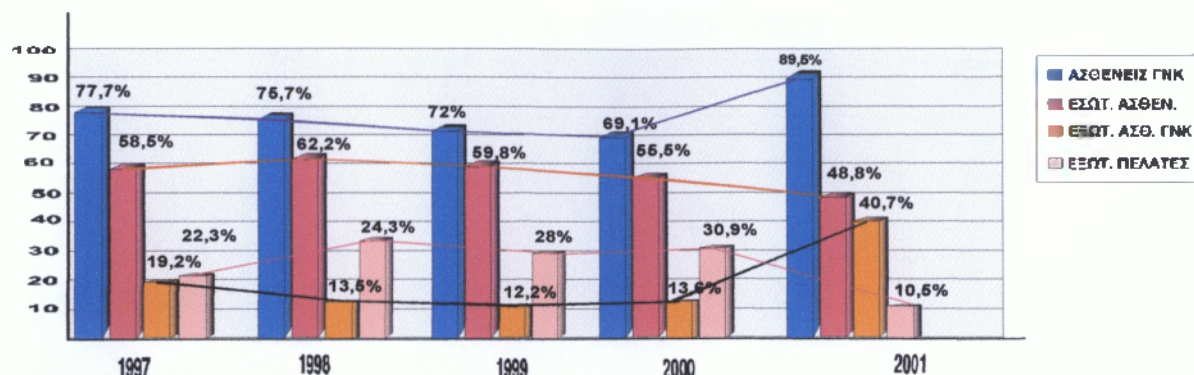
Πίνακας 22: Ενδοноσοκομειακό – Εξωνοσοκομειακό επίπεδο πελατών ΚΥ

Πηγή: Ιδία Έρευνα



Κυκλικό διάγραμμα 12: Ενδοноσοκομειακό – Εξωноσοκομειακό επίπεδο πελατών

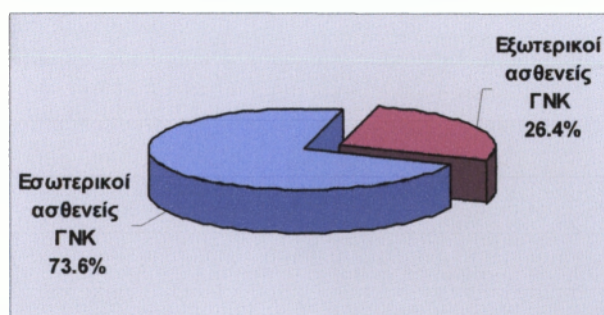
Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 22: Κατηγοριοποίηση πελατών ΚΥ ανά έτος

Πηγή: Ίδια έρευνα

Από το συνολικό αριθμό των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων της Κοινωνικής Υπηρεσίας κατά την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο (714 περιπτώσεις), οι 406 περιπτώσεις (56,9%) ήταν εσωτερικοί ασθενείς του ΓΝΚ, οι 146 περιπτώσεις (20,4%) ήταν εξωτερικοί ασθενείς του Νοσοκομείου, οι οποίοι νοσηλευόταν ή παρακολουθούντο από τις διάφορες κλινικές και τα τμήματα του Νοσοκομείου σε τακτά χρονικά διαστήματα (ασθενείς της ΜΤΝ, της Μεσογειακής Αναιμίας, των ΕΙ και του Ψυχιατρικού Εξωτερικού Ιατρείου) και 162 περιπτώσεις (22,7%) ήταν εξωτερικοί πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας που προσήλθαν συγκεκριμένα για τις υπηρεσίες του συγκεκριμένου τμήματος και όχι για νοσηλεία σε οποιοδήποτε άλλο τμήμα του ΓΝΚ. Το 77,3% (552/714) δηλαδή των περιπτώσεων ήταν ασθενείς στο ΓΝΚ [είτε εσωτερικοί με ποσοστό 73,6% (406/552), είτε εξωτερικοί με ποσοστό 26,4% (146/552) του συνόλου των ασθενών του ΓΝΚ που γίνονται σταδιακά πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας], ενώ μόνο το 22,7% (162/714) ήταν λοιποί κάτοικοι του Νομού που προσέρχονται στο ΓΝΚ μόνο για την Κοινωνική Υπηρεσία χωρίς να νοσούν από κάτι.



Κυκλ διάγραμμα 13: Κατηγοριοποίηση ασθενών του ΓΝΚ που έρχονται στην ΚΥ

Πηγή: Ίδια έρευνα

Οι περισσότεροι ασθενείς του ΓΝΚ που κάνουν χρήση των υπηρεσιών της Κοινωνικής Υπηρεσίας εμφανίζονται το έτος 2001 (89,5%) του συνόλου των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας για το έτος αυτό.

Το μεγαλύτερο ποσοστό εσωτερικών ασθενών του ΓΝΚ εμφανίστηκε το έτος 1998 με ποσοστό 62,2% (92/148) του συνόλου των πελατών Κοινωνικής Υπηρεσίας ανά έτος, το μεγαλύτερο ποσοστό εξωτερικών ασθενών του ΓΝΚ εμφανίστηκε το έτος 2001 με ποσοστό 40,7% (66/162) και το μεγαλύτερο ποσοστό εξωτερικών πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας εμφανίστηκε το έτος 2000 με ποσοστό 30,9% (34/110).

Τα έτη 2000 και 2001, η μείωση της αναλογίας των εσωτερικών ασθενών (55,5% και 48,8% αντίστοιχα) αντισταθμίζεται με αύξηση των εξωτερικών ασθενών που κάνουν χρήση των υπηρεσιών της Κοινωνικής Υπηρεσίας (13,6% και 40,7% αντίστοιχα).

Συμπερασματικά, για το ενδονοσοκομειακό και εξωνοσοκομειακό επίπεδο των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ, διαπιστώνονται τα εξής:

- 1) Η μεγάλη πλειοψηφία των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων ήταν ασθενείς του ΓΝΚ με ποσοστό **77,3%** (εσωτερικοί **56,9%** και εξωτερικοί **20,4%**) και λίγες μόνο περιπτώσεις ήταν λοιποί κάτοικοι του νομού που χρειαζόταν μόνο κάποια μορφή κοινωνικής βοήθειας και όχι φροντίδα υγείας (**22,7%**). **Αναλογούν 3,4 ασθενείς του ΓΝΚ προς έναν πελάτη, κάτοικο του νομού.**
- 2) Η λειτουργία του Νοσοκομείου υπό τις συνθήκες που ίσχυαν πριν το έτος 2000 (παλαιό κτίριο, λιγότερες κλίνες), προκάλεσε τη σταδιακή μείωση της ροής πελατών προς την Κοινωνική Υπηρεσία ανά έτος, ενώ το έτος 2001 η ροή των πελατών αυξάνεται κατά 20 ποσοστιαίες μονάδες.
- 3) Οι περισσότεροι ασθενείς του ΓΝΚ που παραπέμπονται στην Κοινωνική Υπηρεσία είναι εσωτερικοί ασθενείς (**56,9%**), ενώ λιγότεροι είναι οι εξωτερικοί ασθενείς που επισκέπτονται τακτικά τμήματα και κλινικές του Νοσοκομείου, όπως MTN, Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Ψυχιατρικό Ιατρείο, ΕΙ (**20,4%**). **Αναλογούν περίπου 2,8 εσωτερικοί ασθενείς ανά έναν εξωτερικό ασθενή.**
- 4) Η πλειοψηφία εσωτερικών ασθενών εμφανίζεται το έτος 1998 (**62,2%**), η πλειοψηφία εξωτερικών ασθενών εμφανίζεται το έτος 2001 (**40,7%**) με τη δημιουργία ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης και με τη συμπάρσταση των Κοινωνικών Λειτουργών στους χρόνιους πάσχοντες από Μεσογειακή Αναιμία,

ενώ η πλειοψηφία των εξωτερικών πελατών εμφανίζεται το έτος 2000 (**30,9%**) με τη μεταφορά του Νοσοκομείου στη νέα θέση.

- 5) Τα έτη 2000 και 2001 (περίοδος αλλαγών), η μείωση της αναλογίας των εσωτερικών ασθενών (**55,5%** και **48,8%** αντίστοιχα) αντισταθμίζεται με αύξηση των εξωτερικών πελατών (**30,9%** το 2000) και των εξωτερικών ασθενών αντίστοιχα (**40,7%** το 2001).
- 6)

ΕΤΟΣ \ Ρ.Μ.	1998	1999	2000	2001
Ασθενείς ΓΝΚ	10,9 ↑	5,4 ↑	35,6 ↓	90,8 ↑
Εσωτερικοί ασθενείς	21,1 ↑	6,5 ↑	37,8 ↓	29,5 ↑
Εξωτερικοί ασθενείς	20 ↓	0	25 ↓	340 ↑
Εξωτερικοί πελάτες ΚΥ	24,1 ↑	27,8 ↑	26,1 ↓	50 ↓

Πίνακας 23: Ρυθμός μεταβολής της παρουσίας ενδοноσοκομειακού και εξωνοσοκομειακού επιπέδου πελατών στην ΚΥ

Πηγή: Ιδία έρευνα

Ως προς το ρυθμό μεταβολής της ροής πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία ανά κατηγορία πελατών του ΓΝΚ κατ' έτος, διαπιστώνονται τα εξής:

- ✓ Ο ρυθμός μεταβολής της ροής πελατών προς την Κοινωνική Υπηρεσία από το σύνολο των ασθενών του ΓΝΚ είναι ανάλογος με το ρυθμό μεταβολής της ροής εσωτερικών ασθενών του Νοσοκομείου.
- ✓ Έως το έτος 1999 παρατηρείται, εκτός των εξωτερικών ασθενών, αυξητική τάση της ροής πελατών ανά έτος στην Κοινωνική Υπηρεσία. Συγκεκριμένα, παρατηρείται τάση αύξησης της ροής ασθενών του ΓΝΚ, η οποία οφείλεται στην αντίστοιχη αυξητική τάση της ροής των εσωτερικών ασθενών του Νοσοκομείου, καθώς και τάση αύξησης της ροής εξωτερικών πελατών, κατοίκων του νομού Μεσσηνίας, αντίστοιχα.
- ✓ Κατά τη μετεγκατάσταση του ΓΝΚ στο νέο κτίριο (έτος 2000), παρατηρείται τάση μείωσης της ροής όλων των κατηγοριών πελατών της Κοινωνικής

Υπηρεσίας (εσωτερικών - εξωτερικών ασθενών, εξωτερικών πελατών και του συνόλου των ασθενών του ΓΝΚ).

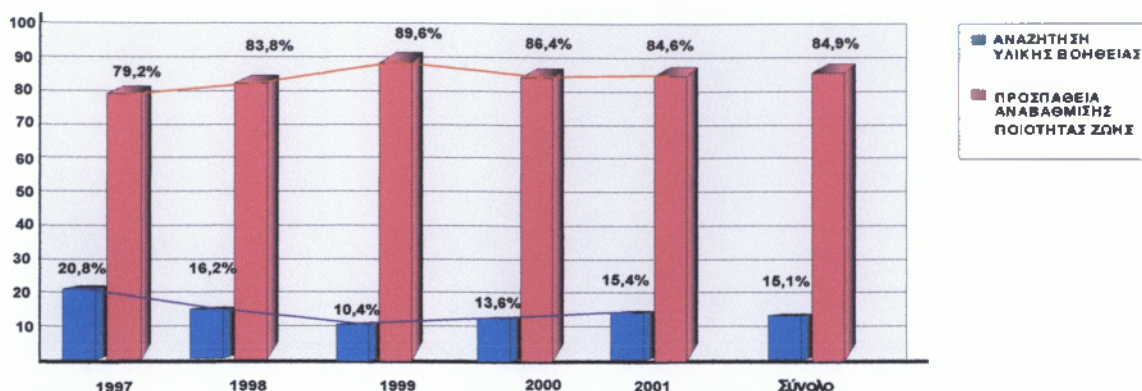
- ✓ Το έτος 2001 διαπιστώνεται τάση αύξησης της ροής εσωτερικών ασθενών και εξωτερικών ασθενών αντίστοιχα, καθώς και του συνόλου των ασθενών του ΓΝΚ που είναι πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας και αντίστοιχα τάση μείωσης της ροής εξωτερικών πελατών, λοιπών κατοίκων του νομού Μεσσηνίας. Ο ρυθμός αύξησης γίνεται πιο έντονος στη ροή των εξωτερικών ασθενών (αύξηση 340 ποσοστιαίες μονάδες).
- ✓ Το έτος 2001 παρατηρείται ο μεγαλύτερος ρυθμός αύξησης των εσωτερικών και των εξωτερικών ασθενών του ΓΝΚ που κάνουν χρήση των υπηρεσιών του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας (κατά συνέπεια και του συνόλου των ασθενών – πελατών, προερχόμενων από το ΓΝΚ).

⇒ΛΟΓΟΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΠΕΛΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥ

Έτος	1997		1998		1999		2000		2001		Σύνολο 5ετίας	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Υλική Βοήθεια	27	20,8	24	16,2	17	10,4	15	13,6	25	15,4	108	15,1
P.M.	—		11,1 ↓		29,2 ↓		11,8 ↓		66,7 ↑		—	
Αναβάθμιση ποιότητας ζωής	103	79,2	124	83,8	147	89,6	95	86,4	137	84,6	606	84,9
P.M.	—		20,4 ↑		18,5 ↑		35,4 ↓		44,2 ↑		—	
Σύνολο	130	18,2	148	20,7	164	23	110	15,4	162	22,7	714	100

Πίνακας 24: Λόγοι παρουσίας των πελατών στην ΚΥ

Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 23: Λόγοι παρουσίας των πελατών στην ΚΥ

Πηγή: Ιδία έρευνα

Ως προς τους λόγους παρουσίας των πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία διαπιστώνουμε ότι η πλειοψηφία των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας με ποσοστό 84,9% (606/714) προσπαθεί με τη βοήθεια των Κοινωνικών Λειτουργιών να αναβαθμίσει την ποιότητα της ζωής του, ενώ το 15,1% (108/714) ζητά υλική βοήθεια.

Οι περισσότεροι πελάτες που ζητούν υλική βοήθεια παρουσιάζονται το έτος 1997 με ποσοστό 20,8% (27/130), ενώ εκείνοι που ζητούν καλύτερη ποιότητα ζωής παρουσιάζονται στην Κοινωνική Υπηρεσία το έτος 1999 με ποσοστό 89,6% (147/164).

Ως προς την τάση μεταβολής της προσέλευσης πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ αναλογικά με τους λόγους παρουσίας τους στο εν λόγω τμήμα διαπιστώνεται ότι:

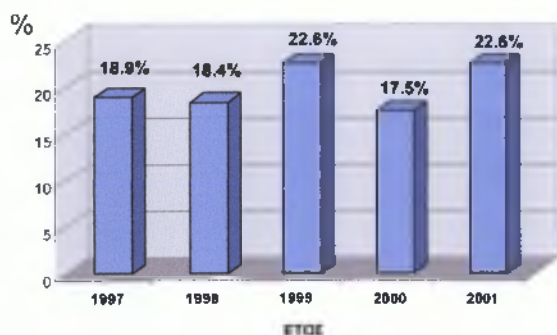
- ✓ Έως το έτος 2000 παρατηρείται σταδιακή μείωση των πελατών που προσέρχονται για υλική βοήθεια και μεγάλη τάση αύξησης αυτών το έτος 2001 (66,7 ποσοστιαίες μονάδες εν συγκρίσει με το προηγούμενο έτος).
- ✓ Το έτος 2001 παρατηρείται μεγάλη τάση αύξησης τόσο των πελατών που επιζητούν ηλική βοήθεια, όσο και των πελατών εκείνων που προσπαθούν να αναβαθμίσουν την ποιότητα ζωής τους. Αυτό οφείλεται τόσο στην αύξηση των νοσηλευομένων στο ΓΝΚ, όσο και στην ταυτόχρονη αύξηση της κίνησης του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας, τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

- ✓ Αντίθετα, το έτος 2000, παρατηρείται ταυτόχρονη μείωση και στις δυο κατηγορίες πελατών Κοινωνικής Υπηρεσίας, λόγω της μείωσης της κίνησης του τμήματος για το έτος αυτό.
- ✓ Η παρουσία των πελατών που αναζητούν αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους παρουσιάζει εκτός του έτους 2000 αυξητική τάση με μεγαλύτερη τάση αύξησης το έτος 2001.

⇒ ΠΟΛΛΑΠΛΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Ετος	1997		1998		1999		2000		2001		Σύνολο 5ετίας		
	N	%ανά έτος	N	%ανά έτος	N	%ανά έτος	N	%ανά έτος	N	%ανά έτος	N	%	
1	Ένα	71	54,6	71	48	67	40,8	53	48,2	81	50	343	48
	Ρυθ.Μεταβ.	-		0		5,6 ↓		20,9 ↓		52,8 ↑		_____	
2	Δύο	33	25,4	48	32,4	58	35,4	31	28,2	52	32	222	31
	Ρυθ.Μεταβ.	-		45,5 ↑		20,8 ↑		46,6 ↓		67,7 ↑		_____	
3	Πολλαπλά	26	20	29	19,6	39	23,8	26	23,6	29	18	149	21
	Ρυθ.Μεταβ.	-		11,5 ↑		34,5 ↑		33,3 ↓		11,5 ↑		_____	
4	Σύνολο περ.	130	18,2	148	20,7	164	23	110	15,4	162	22,7	714	100
5	Σύνολο προβλημάτων	275		267		329		254		329		1454	
	% επί του N 5ετίας	18,9		18,4		22,6		17,5		22,6		100	
	Ρυθμός μεταβ. προβλημάτων	-		2,9 ↓		23,2 ↑		22,8 ↓		29,5 ↑		_____	
6	Αναλογία προβλ/πελάτη	2,1		1,8		2		2,3		2		2	

Πίνακας 25: Πολλαπλότητα εμφανιζόμενων προβλημάτων ανά περίπτωση Κοινωνικής Εργασίας
 Πηγή: Ιδία έρευνα



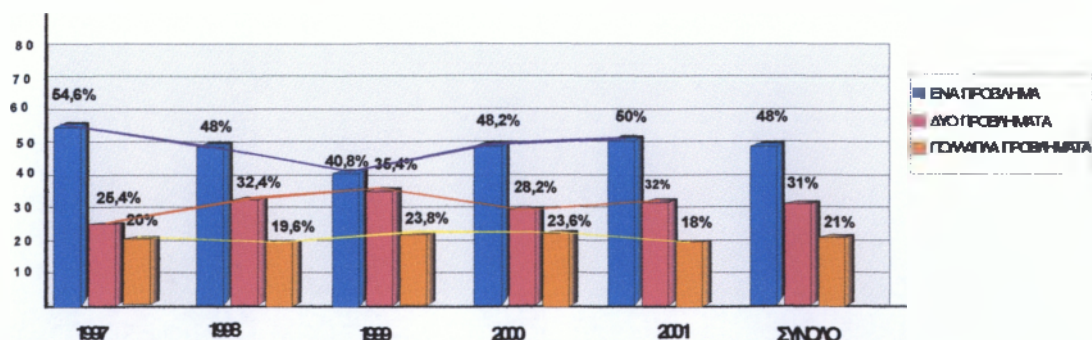
Ραβδόγραμμα 24: Συνολικά εμφανιζόμενα κοινωνικά προβλήματα ανά έτος

Πηγή: Ίδια έρευνα

Από το σύνολο των εμφανιζομένων κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας καθόλη τη διάρκεια της εξεταζομένης περιόδου (1454), το 18,9% (275/1454) των προβλημάτων αυτών εμφανίζονται κατά περίπτωση Κοινωνική Εργασία το έτος 1997, το 18,4% (267/1454) εμφανίζεται το έτος 1998, το 17,5% (254/1454) το έτος 2000 και το 22,6% (329/1454) εμφανίζεται διαδοχικά τα έτη 1999 και 2001 αντίστοιχα.

Τα περισσότερα κοινωνικά προβλήματα ανά έτος διαπιστώνονται τα έτη 1999 και 2001 αντίστοιχα, με ποσοστό 22,6%(329/1454) και αύξηση 23,2 και 29,5 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα από προηγούμενα έτη.

Το έτος 2000 διαπιστώνεται ο μικρότερος αριθμός εμφανιζομένων προβλημάτων με ποσοστό 17,5% (254/1454) και μείωση κατά 22,8 ποσοστιαίες μονάδες από προηγούμενο έτος, κυρίως λόγω της μείωσης της προσέλευσης πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία για το έτος αυτό.



Ραβδόγραμμα 25: Πολλαπλότητα εμφανιζομένων προβλημάτων

Πηγή: Ίδια έρευνα

Απ' το συνολικό αριθμό των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων που επιλαμβάνεται η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ (714 περιπτώσεις) την συγκεκριμένη χρονική περίοδο, 343 περιπτώσεις (48%) εμφανίζουν ένα κοινωνικό πρόβλημα προς επίλυση, 222 περιπτώσεις (31%) προσέρχονται με δύο κοινωνικά προβλήματα και 149 περιπτώσεις (21%) προσέρχονται με πολλαπλά κοινωνικά προβλήματα που χρήζουν βοήθειας από την Κοινωνική Υπηρεσία.

Αναλυτικά ανά έτος, και για κάθε έτος η πλειοψηφία των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας έχει ένα κοινωνικό πρόβλημα με ποσοστά 54,6%, 48%, 40,8%, 48,2% και 50% αντίστοιχα για τα έτη 1997-2001. Το μεγαλύτερο ποσοστό πελατών με ένα κοινωνικό πρόβλημα εμφανίζεται το έτος 1997 [54,6% - (971/130) του συνόλου των πελατών για το έτος αυτό], το μεγαλύτερο ποσοστό πελατών με δύο κοινωνικά προβλήματα εμφανίζεται το έτος 1999 [35,4% (58/164)], ενώ η πλειοψηφία των πελατών με πολλαπλά προβλήματα παρουσιάζεται επίσης το έτος 1999 με ποσοστό 23,8% (39/164).

Κατά μ.ό. αντιστοιχούν 2 κοινωνικά προβλήματα σε κάθε πελάτη της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Η μεγαλύτερη εμφάνιση κοινωνικών προβλημάτων ανά πελάτη παρουσιάζεται το έτος 2000 με αναλογία 2,3.

Ως προς την τάση μεταβολής της προσέλευσης πελατών αναλογικά με την πολλαπλότητα των εμφανιζομένων προβλημάτων διαπιστώνονται τα εξής:

- **Η συχνότητα εμφάνισης περιπτώσεων με δύο (2) κοινωνικά προβλήματα παρουσιάζει ανάλογη διακύμανση με τη συχνότητα εμφάνισης πολλαπλών κοινωνικών προβλημάτων.** Εκτός του έτους 2000, όπου παρατηρείται μείωση εμφάνισης κοινωνικών προβλημάτων, για τα υπόλοιπα έτη παρατηρείται σταδιακή τάση αύξησης τόσο των περιπτώσεων που αντιμετωπίζουν δύο κοινωνικά προβλήματα, όσο και των περιπτώσεων που αντιμετωπίζουν πολλαπλά κοινωνικά προβλήματα.
- Για τις περιπτώσεις που αντιμετωπίζουν ένα (1) κοινωνικό πρόβλημα παρατηρείται σταδιακή τάση μείωσης έως το έτος 2000 και τάση αύξησης το έτος 2001 αντίστοιχα με αύξηση 52,8 ποσοστιαίες μονάδες συγκριτικά με προηγούμενο έτος.
- Το έτος 2001 παρατηρείται η μεγαλύτερη τάση αύξησης των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας με δύο (2) κοινωνικά προβλήματα (αύξηση 67,7 ποσοστιαίες μονάδες συγκριτικά με προηγούμενο έτος).

- Η μεγαλύτερη τάση αύξησης των περιπτώσεων με πολλαπλά κοινωνικά προβλήματα διαπιστώνεται το έτος 1999 (αύξηση 34,5 ποσοστιαίες μονάδες συγκριτικά με προηγούμενο έτος).
- Το έτος 2000 παρατηρείται τάση μείωσης σε όλες τις κατηγορίες πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας, είτε αυτοί έρχονται αντιμέτωποι με ένα κοινωνικό πρόβλημα, είτε με δύο, είτε με πολλαπλά κοινωνικά προβλήματα.
- Αντίθετα, το έτος 2001 παρατηρείται τάση αύξησης σε όλες τις κατηγορίες πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας, έχοντας ένα, δύο ή πολλαπλά κοινωνικά προβλήματα.
- Η μεταβολή των εμφανιζομένων κοινωνικών προβλημάτων κατά περίπτωση Κοινωνικής Εργασίας παρουσιάζει διακυμάνσεις με μεγαλύτερη τάση αύξησης το έτος 2001 (αύξηση 29,5 ποσοστιαίες μονάδες συγκριτικά με προηγούμενο έτος) και μεγάλη μείωση αντίστοιχα το έτος 2000 (μείωση 22,8 ποσοστιαίες μονάδες συγκριτικά με προηγούμενο έτος).

Συμπερασματικά, ως προς την πολλαπλότητα των εμφανιζομένων προβλημάτων διαπιστώνεται ότι:

- 1) **Κατά την μεταβατική περίοδο λειτουργίας του ΓΝΚ**, κατά τα έτη 1999 και 2001, πριν και αμέσως μετά δηλαδή από τη μετεγκατάστασή του, **διαπιστώνονται τα περισσότερα εμφανιζόμενα κοινωνικά προβλήματα** προς επίλυση από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, ως απόρροια της αυξημένης προσέλευσης πελατών για βοήθεια τα αντίστοιχα έτη.
- 2) Το ήμισυ σχεδόν του συνολικού αριθμού των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων από την Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας (48%) αντιμετωπίζει **ένα κοινωνικό πρόβλημα**.
- 3) Για κάθε έτος, η πλειοψηφία των περιπτώσεων έρχεται στην Κοινωνική Υπηρεσία προς επίλυση ενός μόνο κοινωνικού προβλήματος.
- 4) Κατά μέσο όρο αναλογούν δύο κοινωνικά προβλήματα για κάθε πελάτη της Κοινωνικής Υπηρεσίας ανά έτος. Η μεγαλύτερη εμφάνιση κοινωνικών προβλημάτων ανά πελάτη παρουσιάζεται το έτος 2000 με αναλογία 2,3 κ.προβλ./πελάτη.
- 5) Η μεγαλύτερη προσέλευση πελατών με ένα κοινωνικό πρόβλημα εμφανίζεται το έτος 1997 (54,6%), ενώ το έτος 1999 παρατηρείται το μεγαλύτερο ποσοστό

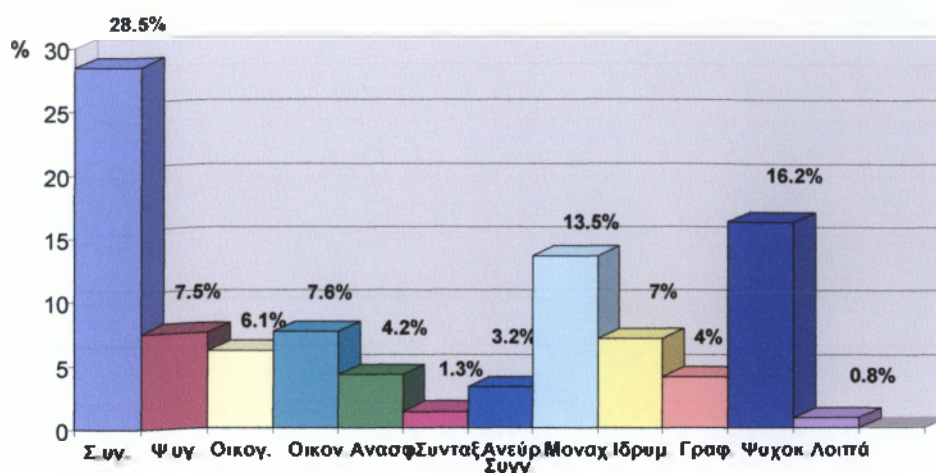
πελατών τόσο με δύο κοινωνικά προβλήματα (35,4%), όσο και με πολλαπλά κοινωνικά προβλήματα (23,8%).

⇒ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

α/α	Έτος /Ομάδα προβλημάτων	1997			1998			1999			2000			2001			Σύνολο 5ετίας	
		N	%	% 5ετ	N	%	% 5ετ	N	%	% 5ετ	N	%	% 5ετ	N	%	% 5ετ.	N	%
1	Προβλήματα σωματικής υγείας	74	26,9	17,8	66	24,7	15,9	81	24,7	19,5	73	28,7	17,6	121	36,8	29,2	415	28,1
2	Προβλήματα ψυχικής υγείας	20	7,3	18,3	22	8,2	20,2	21	6,4	19,3	18	7,1	16,5	28	8,5	25,7	109	7,5
3	Προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων - Ενδοοικογενειακά	19	6,9	21,6	14	5,2	15,9	19	5,8	21,6	16	6,3	18,2	20	6,1	22,7	88	6,1
4	Οικονομικά	19	6,9	17,1	24	9	21,6	23	7	20,7	23	9	20,7	22	6,7	19,8	111	7,6
5	Ασφαλιστικής Κάλυψης	16	5,8	26,2	12	4,5	19,7	12	3,6	19,7	12	4,7	19,7	9	2,7	14,7	61	4,2
6	Συνταξιοδοτικά	3	1,1	15,8	5	1,9	26,3	4	1,2	21,1	2	0,8	10,5	5	1,5	26,3	19	1,3
7	Ανεύρεση συγγενών	11	4	23,4	12	4,5	25,5	10	3	21,3	2	0,8	4,3	12	3,6	25,5	47	3,2
8	Μοναχικοί	38	13,8	19,3	35	13,1	17,8	55	16,7	27,9	30	11,8	15,2	39	11,9	19,8	197	13,8
9	Διακομιδή-Ιδρυματοποίηση - Ασυλία	22	8	21,6	13	4,9	12,7	24	7,3	23,5	21	8,3	20,6	22	6,7	21,6	102	7
10	Γραφειοκρ.προβ.	7	2,5	12,1	23	8,6	39,7	21	6,4	36,2	6	2,4	10,3	1	0,3	1,7	58	4
11	Ιδιαίτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα	46	16,7	19,6	40	15	17	53	16,1	22,5	49	19,3	20,9	47	14,3	20	235	16,6
12	Λοιπά	0	0	0	1	0,4	8,3	6	1,8	50	2	0,8	16,6	3	0,9	25	12	0,8
13	Σύνολο	275	100	18,9	267	100	18,4	329	100	22,6	254	100	17,5	329	100	22,6	1454	99

Πίνακας 26: Κατηγορίες εμφανιζομένων προβλημάτων

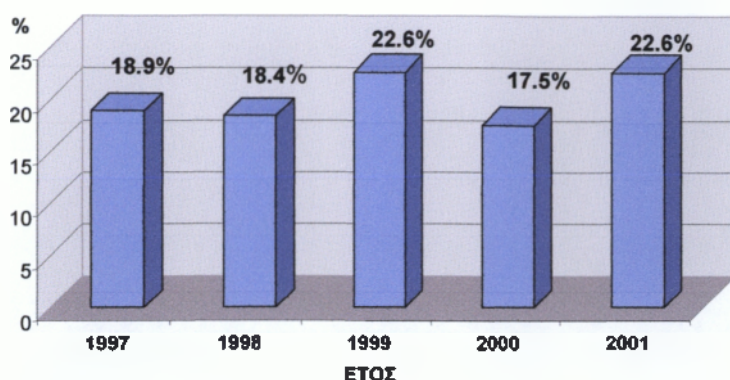
Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 26: Κατηγορίες εμφανιζομένων προβλημάτων

Πηγή: Ίδια έρευνα

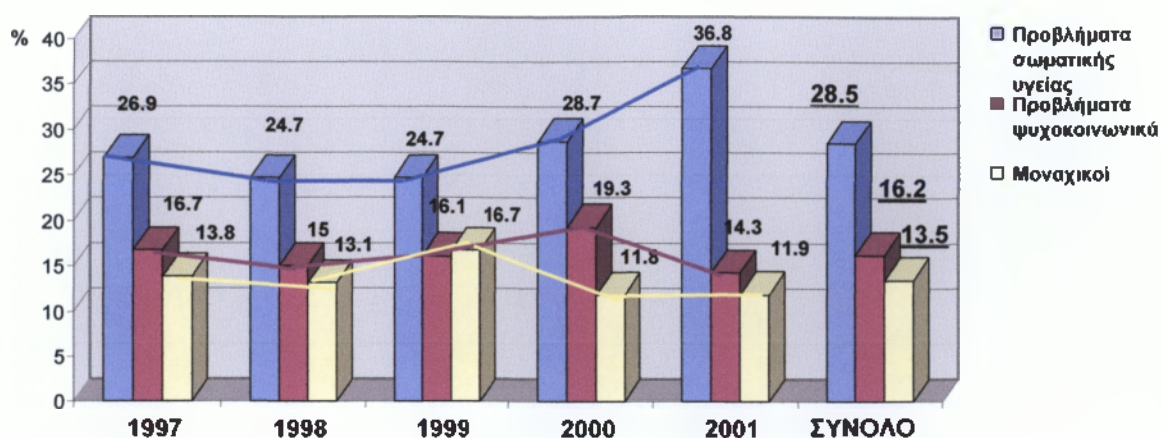
Από το συνολικό αριθμό εμφανιζομένων προβλημάτων (1454) κατά την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο, 415 είναι προβλήματα σωματικής υγείας (28,5%), 235 (16,2%) είναι ιδιαίτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα (ναρκωτικά, φυλάκιση κ.λ.π.), 197 είναι προβλήματα μοναχικών ατόμων (13,5%), 111 είναι προβλήματα οικονομικής φύσεως (7,6%), 109 είναι προβλήματα ψυχικής υγείας (7,5%), 88 είναι προβλήματα διαπροσωπικών – ενδοοικογενειακών σχέσεων (6,1%), 102 είναι προβλήματα ιδρυματοποίησης – ασυλίας (7%), 61 είναι προβλήματα ασφαλιστικής κάλυψης (4,2%), 58 είναι γραφειοκρατικά προβλήματα (4%), συνήθως εξακρίβωσης στοιχείων ταυτότητας για αλλοδαπούς και καταγραφής στοιχείων για δήλωση μωρών στο Ληξιαρχείο από αθίγγανες μητέρες, οι οποίες είναι κι εκείνες συνήθως αδήλωτες στο Ληξιαρχείο, 47 είναι προβλήματα ανεύρεσης συγγενών (3,2%), 19 είναι συνταξιοδοτικά προβλήματα (1,3%) και 12 είναι λοιπά προβλήματα (0,8%), κυρίως πένθους ή ληστείας (πίν.26, ραβδ.26).



Ραβδόγραμμα 27: Εμφανιζόμενα κοινωνικά προβλήματα ανά έτος
 Πηγή: Ίδια έρευνα

Ως προς το συνολικό ποσοστό των κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝ Καλαμάτας ανά έτος, διαπιστώνεται ότι:

- ✓ Τα έτη 1997 και 1998 (περίοδος λειτουργίας του ΓΝ Καλαμάτας στις παλαιές εγκαταστάσεις) παρατηρείται η ίδια σχεδόν αναλογία κοινωνικών προβλημάτων (18,9% και 18,4% αντίστοιχα) και για τα δύο έτη με τάση αύξησης το έτος 1999 σε 22,6%.
- ✓ Τα έτη 1999 και 2001 (πριν και μετά τη μετεγκατάσταση του ΓΝΚ), παρατηρείται η ίδια αναλογία κοινωνικών προβλημάτων (22,6%), η οποία είναι και η μεγαλύτερη της περιόδου που εξετάζεται.
- ✓ Το έτος 2000, οι πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ έρχονται αντιμέτωποι με τα λιγότερα κοινωνικά προβλήματα στο σύνολό τους, με ποσοστό 17,5% του συνολικού αριθμού των κοινωνικών προβλημάτων, τα οποία καλούνται να επιλύσουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί του τμήματος, καθόλη την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο.



Ραβδόγραμμα 28: Τα κυριότερα προβλήματα των πελατών της ΚΥ ανά έτος

Πηγή: Ιδία έρευνα

Αναλυτικά, ανά έτος και για κάθε έτος, τα περισσότερα προβλήματα είναι κυρίως σωματικής υγείας με ποσοστά 26,9% (1997), 24,7% (1998-199), 28,7% (2000) και 36,8% (2001), ιδιαίτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα με ποσοστά 16,7% (1997), 15% (1998), 16,1% (1999), 19,3 % (2000) και 14,3% (2001) και προβλήματα μοναξιάς (αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης), με ποσοστά 13,8% (1997), 13,1% (1998), 16,7% (1999), 11,8% (2000) και 11,9% (2001) αντίστοιχα.

Ως προς την αξιολόγηση των μορφών κοινωνικών προβλημάτων ανά έτος, αναλογικά με το σύνολο των προβλημάτων ανά κατηγορία, καθόλη την εξεταζόμενη περίοδο, διαπιστώνεται ότι:

- ✓ Το έτος 1997 παρουσιάζονται τα περισσότερα προβλήματα ασφαλιστικής κάλυψης της εξεταζόμενης πενταετίας με ποσοστό 26,2% (16/61) του συνόλου των προβλημάτων ασφαλιστικής κάλυψης για την πενταετία και το μικρότερο αντίστοιχα ποσοστό των οικονομικών προβλημάτων των πελατών καθόλη την εξεταζόμενη περίοδο με ποσοστό 17,1% (19/111).
- ✓ Το έτος 1998 προσέρχονται στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ προς επίλυση:
 - α) τα περισσότερα οικονομικά προβλήματα της πενταετίας με ποσοστό 21,6 % (24/111), τα περισσότερα προβλήματα ανεύρεσης συγγενών με ποσοστό 25,5% (12/47) και το μεγαλύτερο ποσοστό γραφειοκρατικών διαδικασιών, κυρίως εξακρίβωσης στοιχείων ταυτότητας ή δηλώσεις στο Ληξιαρχείο με ποσοστό 39,7% (23/58) της πενταετίας και

β) τα λιγότερα προβλήματα σωματικής υγείας με ποσοστό 15,9% (66/415), τα λιγότερα προβλήματα διαπροσωπικών – ενδοοικογενειακών σχέσεων με ποσοστό 15,9% (14/88), τα λιγότερα προβλήματα ιδρυματοποίησης – ασυλίας με ποσοστό 12,7% (13/102) και τα λιγότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της εξεταζομένης περιόδου με ποσοστό 17% (40/235).

- ✓ Το έτος 1999 παρουσιάζονται τα περισσότερα προβλήματα μοναχικότητας της πενταετίας με ποσοστό 27,9 % (55/197), τα περισσότερα προβλήματα ασυλοποίησης με ποσοστό 23,5% (24/102) και τα περισσότερα ιδιαίτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της πενταετίας με ποσοστό 22,5% (53/235).
- ✓ Το έτος 2001 προσέρχονται:
 - α) τα περισσότερα προβλήματα σωματικής υγείας (απόρροια της ανάπτυξης νέων κλινών και της λειτουργίας νέων κλινικών στο ΓΝΚ) με ποσοστό 29,2% (121/415), τα περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας (ένας χρόνος λειτουργίας του Ψυχιατρικού ΕΙ με δεύτερο Ψυχίατρο) με ποσοστό 25,7% (28/109), τα περισσότερα προβλήματα διαπροσωπικών – ενδοοικογενειακών σχέσεων με ποσοστό 22,7% (20/88), τα περισσότερα συνταξιοδοτικά προβλήματα με ποσοστό 26,3% (5/19) και τα περισσότερα προβλήματα ανεύρεσης συγγενών της πενταετίας με ποσοστό 25,5% (12/47-όμοια αναλογία με το έτος 1998 αντίστοιχα).
 - β) τα λιγότερα προβλήματα ασφαλιστικής κάλυψης με ποσοστό 14,7% (9/61) και τα λιγότερα γραφειοκρατικά ζητήματα της εξεταζομένης περιόδου με ποσοστό μόλις 1,7% (1/58).
- ✓ Αντίστοιχα, το έτος 2000, προσέρχονται τα λιγότερα προβλήματα ψυχικής υγείας με ποσοστό 16,5% (18/109), τα λιγότερα συνταξιοδοτικά προβλήματα της πενταετίας με ποσοστό 10,5% (2/19), τα λιγότερα προβλήματα ανεύρεσης συγγενών με ποσοστό 4,3 % (2/47) και τα λιγότερα μοναχικά άτομα της πενταετίας με ποσοστό 15,2% (30/197).

Ως προς το ρυθμό μεταβολής της συχνότητας εμφάνισης προβληματικών καταστάσεων ανά κατηγορία προβλήματος διαπιστώνονται τα εξής:

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ /ΕΤΟΣ	1998	1999	2000	2001
Σωμ. Υγείας	10,8↓	22,7↑	9,9 ↓	65,8 ↑
Ψυχ. Υγείας	10 ↑	4,5 ↓	14,3 ↓	55,6 ↑
Ενδοοικ/κά	26,3↓	35,7↑	15,8 ↓	25 ↑
Οικονομικά	26,3↑	4,2 ↓	0	4,3 ↓
Ασφ. Κάλυψης	25 ↓	0	0	25 ↓
Συνταξιοδοτικά	66,7↑	20 ↓	50 ↓	150 ↑
Ανεύρ. Συγγ.	9,1 ↑	16,7↓	80 ↓	500 ↑
Μοναχικοί	7,8 ↓	57,1↑	45,5 ↓	30 ↑
Ιδρυματοποίηση- Ασυλία-Περεταιίρω παρακολούθηση	40,1↓	84,6	12,5 ↓	4,8 ↑
Γραφειοκρατικά	228,6↑	8,7 ↓	71,4 ↓	83,3 ↓
Ψυχοκοινωνικά	13 ↓	32,5↑	7,5 ↓	4,1 ↓
Λοιπά	-	500 ↑	66,7 ↓	50 ↑
ΣΥΝΟΛΟ	2,9 ↓	23,2↑	22,8 ↓	29,5 ↑

Πίνακας 27 : Ρυθμός διακύμανσης της εμφάνισης των

Κοινωνικών προβλημάτων ανά κατηγορία

Πηγή: Ίδια έρευνα

↳ Τόσο η συχνότητα εμφάνισης του συνόλου των κοινωνικών προβλημάτων ανά έτος, όσο και η συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων σωματικής υγείας, διαπροσωπικών – ενδοοικογενειακών σχέσεων, μοναχικότητας και ιδρυματοποίησης παρουσιάζουν ανάλογη πορεία μεταβολής. Συγκεκριμένα, για τις κατηγορίες αυτές των κοινωνικών προβλημάτων παρατηρούνται σταδιακές αυξομειώσεις κατ' έτος, με μέγιστη αύξηση αυτών το έτος 1999 για τα προβλήματα ενδοοικογενειακών σχέσεων, μοναχικότητας και ιδρυματοποίησης με αύξηση που κυμαίνεται στις 35,7 , 57,1 και 84,6 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα από προηγούμενο έτος και το έτος 2001 αντίστοιχα για τα προβλήματα σωματικής υγείας (65,8 ποσοστιαίες μονάδες) και για το σύνολο

των εμφανιζομένων προβλημάτων της εξεταζομένης πενταετίας, με αύξηση 29,5 ποσοστιαίες μονάδες από προηγούμενο έτος αντίστοιχα.

- ↳ Τα προβλήματα ψυχικής υγείας, συνταξιοδότησης, ανεύρεσης συγγενών και γραφειοκρατικών υποθέσεων παρουσιάζουν επίσης ανάλογη πορεία διακύμανσης μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, για τις κατηγορίες αυτές των εμφανιζομένων κοινωνικών προβλημάτων διαπιστώνεται σταδιακή τάση μείωσης της συχνότητας εμφάνισής τους για τα έτη 1999 και 2000 και τάση αντίστοιχα αύξησης τα έτη 1998 και 2001. Πλην των γραφειοκρατικών προβλημάτων, για τα οποία εμφανίζεται πολύ μεγάλη αύξηση το έτος 1998 (αύξηση 228,6 ποσοστιαίες μονάδες) και μέγιστη μείωση το έτος 2001(μείωση κατά 83,3 ποσοστιαίες μονάδες), για τα υπόλοιπα προβλήματα ψυχικής υγείας, συνταξιοδότησης και ανεύρεσης συγγενών, παρατηρείται η μεγαλύτερη τάση αύξησης το έτος 2001(αύξηση κατά 55,6, 150 και 500 αντίστοιχα ποσοστιαίες μονάδες από προηγούμενο έτος) και η μεγαλύτερη τάση μείωσης το έτος 2000 (μείωση κατά 14,3, 50 και 80 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα).
- ↳ Τα ιδιαίτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα παρουσιάζουν αυξητική τάση το έτος 1999 (αύξηση 32,5 ποσοστιαίες μονάδες) και τάσεις μείωσης για όλα τα υπόλοιπα εξεταζόμενα έτη, με μέγιστη μείωση το έτος 1998 (μείωση κατά 13 ποσοστιαίες μονάδες).
- ↳ Τα προβλήματα ασφάλισης παρουσιάζουν μηδενική τάση μεταβολής της συχνότητας εμφάνισής τους τα έτη 1999 και 2000 και την ίδια τάση μείωσης (μείωση 25 ποσοστιαίες μονάδες) τα έτη 1998 και 2001 αντίστοιχα.
- ↳ Τα οικονομικά προβλήματα παρουσιάζουν αυξητική τάση το έτος 1998 και μικρές μειώσεις τα επόμενα έτη με τάση μηδενισμού το έτος 2000.
- ↳ **Ως προς το σύνολο των εμφανιζομένων κοινωνικών προβλημάτων της πενταετίας που εξετάζεται, παρατηρείται ότι η αύξηση αυτών το έτος 1999 είναι ανάλογη με την αντίστοιχη μείωσή τους το έτος 2000.**

Συμπερασματικά, ως προς τις μορφές των κοινωνικών προβλημάτων με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ, διαπιστώνεται ότι:

- 1) Οι πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας αντιμετωπίζουν κυρίως προβλήματα σωματικής υγείας (28,5%), ιδιαίτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα (16,2%) και προβλήματα μοναχικότητας (13,5%).

- 2) Τα περισσότερα προβλήματα σωματικής υγείας αντιμετωπίζουν οι πελάτες το έτος 2001 με ποσοστό 29,2% του συνόλου των προβλημάτων υγείας της εξεταζομένης περιόδου, λόγω αύξησης της ροής ασθενών στο ΓΝΚ με τη δημιουργία νέων κλινικών και την εγκατάσταση νέων κλινών στο Νοσοκομείο, τα περισσότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα αντιμετωπίζουν οι πελάτες το έτος 1999, κυρίως λόγω αυξημένης παρουσίας χρηστών τοξικών ουσιών και εκτός γάμου ανεπιθύμητων κυήσεων, με ποσοστό 22,5% (53/235), ενώ οι περισσότεροι μοναχικοί ηλικιωμένοι εμφανίζονται επίσης το έτος 1999 με ποσοστό 27,9% (55/197).
- 3) Κατά τη χρονική περίοδο της απόλυτης λειτουργίας του ΓΝ Καλαμάτας στις παλαιές εγκαταστάσεις (1997 και 1998), οι Κοινωνικοί Λειτουργοί αντιμετωπίζουν την ίδια σχεδόν (με μικρή διακύμανση) αναλογία κοινωνικών προβλημάτων ανά έτος (18,9% και 18,4% αντίστοιχα). Κατά την περίοδο εγκατάστασης στα νέα κτίρια (2000), οι Κοινωνικοί Λειτουργοί αντιμετωπίζουν τα λιγότερα κοινωνικά προβλήματα της πενταετίας (17,5%), κυρίως λόγω της μειωμένης ροής πελατών στο τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας το δεδομένο έτος, ενώ αντίθετα α έτη 1999 και 2001 (μεταβατική περίοδος πριν και μετά τη μετεγκατάσταση του ΓΝ Καλαμάτας) παρατηρείται τάση αύξησης της εμφάνισης κοινωνικών προβλημάτων (22,6%), η οποία οφείλεται στην αύξηση αντίστοιχα της ροής πελατών προς την Κοινωνική Υπηρεσία και η αναλογία μεταξύ των δύο ετών είναι η ίδια.
- 4) Από τους πελάτες:
- ✓ το έτος 1997 παρουσιάζονται οι περισσότεροι ανασφάλιστοι, καθώς και οι λιγότεροι με οικονομικά προβλήματα.
 - ✓ Το έτος 1998 προσέρχονται πελάτες με τα περισσότερα οικονομικά προβλήματα, προβλήματα ανεύρεσης συγγενών και γραφειοκρατικών διαδικασιών, κυρίως πιστοποίηση στοιχείων ταυτότητας και Ληξιαρχικές Πράξεις (λόγω αυξημένης προσέλευσης εξυπηρετούμενων γυναικών (κυρίως αθιγγάνων) από τη Γυναικολογική Κλινική με εκτός γάμου κυήσεις ή με ελλιπή στοιχεία ταυτότητας και αντίθετα πελάτες με τα λιγότερα προβλήματα σωματικής υγείας, ιδρυματοποίησης και ψυχοκοινωνικά προβλήματα.
 - ✓ Το έτος 1999 παρουσιάζονται τα περισσότερα προβλήματα μοναχικότητας, ιδρυματοποίησης και ψυχοκοινωνικής διάστασης.

- ✓ Το έτος 2000 προσέρχονται τα λιγότερα ψυχιατρικά προβλήματα, τα λιγότερα συνταξιοδοτικά προβλήματα, τα λιγότερα προβλήματα ανεύρεσης συγγενών και τα λιγότερα αντίστοιχα προβλήματα μοναχικότητας.
 - ✓ Τέλος, το έτος 2001, παρατηρείται η προσέλευση των περισσότερων προβλημάτων σωματικής υγείας, ψυχικής υγείας, διαπροσωπικών σχέσεων, ανεύρεσης συγγενών και συνταξιοδοτικά. Αντίθετα, προσέρχονται οι λιγότεροι ανασφάλιστοι και οι λιγότερες γραφειοκρατικές υποθέσεις αντίστοιχα.
- 5) Το έτος 2001 διαπιστώνεται η μεγαλύτερη τάση αύξησης προβλημάτων σωματικής υγείας (65,8 π.μ.), ψυχικής υγείας (55,6 π.μ.), συνταξιοδότησης (150 π.μ.), ανεύρεσης συγγενών (500 π.μ.), καθώς και του συνόλου των κοινωνικών προβλημάτων της εξεταζομένης περιόδου (29,5 π.μ.), ενώ αντίστοιχα διαπιστώνεται η μεγαλύτερη μείωση γραφειοκρατικών υποθέσεων (μείωση κατά 83,3 π.μ.). Το έτος 1999 παρατηρείται η μεγαλύτερη τάση αύξησης των ενδοοικογενειακών προβλημάτων (35,7 π.μ.), μοναχικότητας (57,1 π.μ.), ιδρυματοποίησης (84,6 π.μ.), ψυχοκοινωνικής διάστασης (32,5 π.μ.) και τα προβλήματα πένθους ή ληστείας (λοιπά, αύξηση 500 π.μ.). Αντίθετα, το έτος 2000 (πραγματοποιηθείσα μετεγκατάσταση), παρατηρείται η μεγαλύτερη τάση μείωσης των προβλημάτων ψυχικής υγείας (14,3 π.μ.), συνταξιοδότησης (50 π.μ.), ανεύρεσης συγγενών (80 π.μ.) και μοναχικότητας (45,5 π.μ. αντίστοιχα).

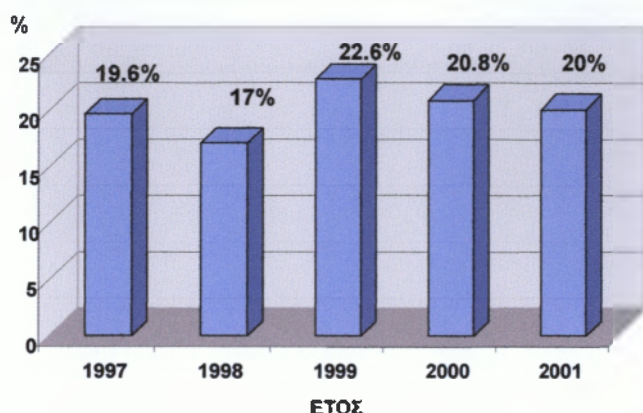
⇒ ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Έτος Μορφή Ψυχικού Προβλήματος		1997		1998		1999		2000		2001		Σύνολο 5ετίας	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Ναρκωτικά	1	2,2	3	7,5	9	17	5	10,2	4	8,5	22	9,4
	Διακύμανση	—		200↑		200↑		44,4↓		20↓		—	
2	Αλκοόλ	1	2,2	4	10	5	9,4	2	4,1	5	10,6	17	7,2
	Διακύμανση	—		300↑		25↑		60↓		150↑		—	
3	Φυλάκιση	1	2,2	0	0	3	5,7	0	0	3	6,4	7	3
	Διακύμανση	—		100↓		—		100↓		—		—	
4	Αυτοκτονία	21	45,6	3	7,5	1	1,9	6	12,2	6	12,8	37	15,7
	Διακύμανση	—		85,7↓		66,7↓		500↑		0		—	
5	Κακοποίηση	2	4,3	4	10	6	11,3	5	10,2	6	12,8	23	9,8
	Διακύμανση	—		100↑		50↑		16,7↓		20↑		—	
6	Ανεπιθύμητη- εκτός γάμου κύηση	5	10,9	12	30	11	20,8	7	14,3	5	10,6	40	17
	Διακύμανση	—		140↑		83,3↓		36,4↓		28,8		—	
7	Εγκατάλειψη	1	2,2	3	7,5	2	3,8	3	6,1	0	0	9	3,8
	Διακύμανση	—		200↑		33,3↓		50↑		100↓		—	
8	Ορφάνια	1	2,2	0	0	0	0	2	4,1	3	6,4	6	2,6
	Διακύμανση	—		100↓		—		—		50↑		—	
9	Υιοθεσία	1	2,2	3	7,5	6	11,3	4	8,2	2	4,3	16	6,8
	Διακύμανση	—		200↑		100↑		33,3↓		50↓		—	
10	ΑΜΕΑ	12	26	8	20	10	18,8	15	30,6	13	27,6	58	24,7
	Διακύμανση	—		33,3↓		25↑		50↑		13,3↓		—	
	Σύνολο	46	19,6	40	17	53	22,6	49	20,8	47	20	235	100
	Διακύμανση	—		13↓		32,5↑		7,5↓		4,1↓		—	

Πίνακας 28: Μορφές ψυχοκοινωνικών προβλημάτων

Πηγή: Ιδία έρευνα

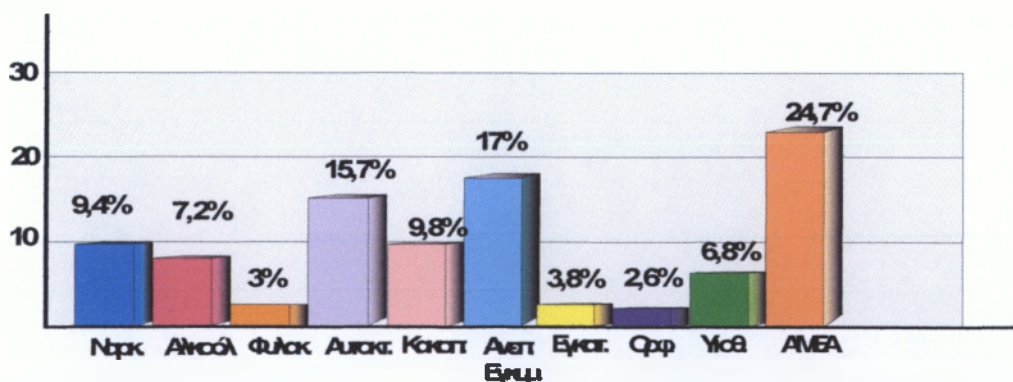
Η κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ κατά την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο αντιμετωπίζει στο σύνολό της 235 ιδιαίτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, στα οποία ανήκουν: η χρήση τοξικών ουσιών, όπως ναρκωτικά και αλκοόλ, φυλάκιση, αυτοκτονία, κακοποίηση, ανεπιθύμητες ή εκτός γάμου κυήσεις, εγκατάλειψη, ορφάνια, υιοθεσία ή διαφόρων ειδών αναπηρίες.



Ραβδόγραμμα 29: Σύνολο Ψυχοκοινωνικών προβλημάτων ανά έτος

Πηγή: Ιδία έρευνα

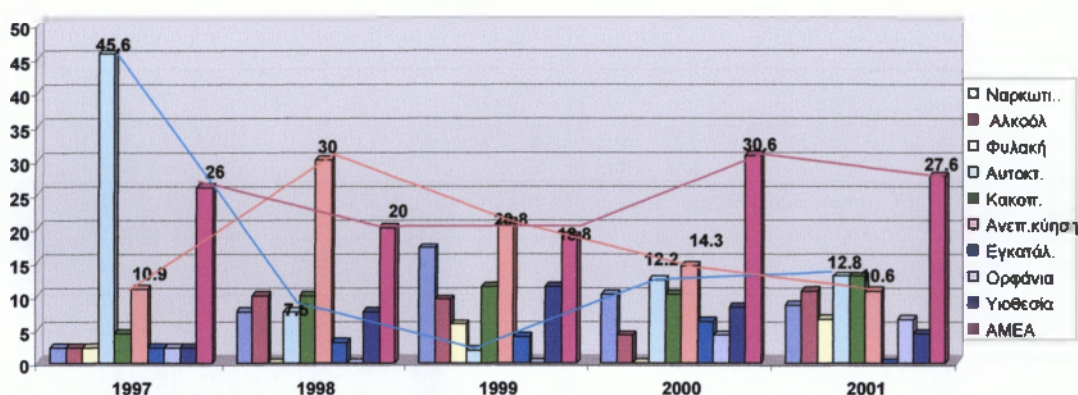
Από το σύνολο των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων της εξεταζομένης περιόδου, το 19,6% (46/235) αυτών αντιμετωπίζουν οι πελάτες της υπηρεσίας, το έτος 1997, το 17% (40/235) παρουσιάζεται στις εξυπηρετηθείσες περιπτώσεις του έτους 1998, το 22,6% (53/235) στις περιπτώσεις του έτους 1999, το 20,8% (49/235) στις περιπτώσεις του έτους 2000 και το υπόλοιπο 20% (47/235) στις περιπτώσεις που αντιμετωπίζονται από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς το έτος 2001.



Ραβδόγραμμα 30: Μορφές ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στο σύνολό τους

Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το σύνολο των εμφανιζομένων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (235) καθόλη τη διάρκεια της υπό αξιολόγησης χρονικής περιόδου, το 24,7% (58/235) είναι διαφόρων ειδών αναπηρίες ατόμων με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ), το 17% (40/235) είναι ανεπιθύμητες ή εκτός γάμου κυήσεις, κυρίως από αθίγγανες ανήλικες ή αλλοδαπές μητέρες, το 15,7% (37/235) είναι φαρμακευτικές απόπειρες αυτοκτονίας, το 9,8% (23/235) είναι περιπτώσεις κακοποίησης – ξυλοδαρμού, το 9,4% (22/235) είναι περιπτώσεις ναρκωτικών, το 7,2% (17/235) περιπτώσεις χρήσης αλκοόλ, το 6,8% (16/235) περιπτώσεις υιοθεσίας, το 3,8% (9/235) περιπτώσεις εγκατάλειψης ή αδυναμίας φροντίδας τέκνου, το 3% (7/235) είναι περιπτώσεις φυλάκισης και το 2,6% (6/235) είναι περιπτώσεις ορφανού τέκνου.



Ραβδόγραμμα 31: Μορφές ψυχοκοινωνικών προβλημάτων ανά έτος

Πηγή: Ιδία έρευνα

Αναλυτικά ανά έτος, το έτος 1997 οι περισσότερες περιπτώσεις ψυχοκοινωνικών προβλημάτων είναι φαρμακευτικές απόπειρες αυτοκτονίας (45,6%) και ΑΜΕΑ (26%). Τα έτη 1998 και 1999 το 30% και το 20,8% των προβλημάτων αντίστοιχα είναι κυήσεις εκτός γάμου και ΑΜΕΑ με ποσοστό αντίστοιχα 20% και 18,8%.

Τα έτη 2000 και 2001 οι περισσότερες περιπτώσεις ψυχοκοινωνικών προβλημάτων είναι ΑΜΕΑ με ποσοστά 30,6% και 27,6% αντίστοιχα, ενώ σαν δεύτερη κατά σειρά κατηγορία προβλημάτων παρουσιάζονται οι άγαμες μητέρες το έτος 2000 (14,3%) και οι φαρμακευτικές απόπειρες αυτοκτονίας, καθώς και οι περιπτώσεις κακοποίησης (12,8% αντίστοιχα) για το έτος 2001.

Ως προς τη μεταβολή της εμφάνισης των διαφόρων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων ανά έτος διαπιστώνονται τα εξής:

- ✓ Ως προς το σύνολο των εμφανιζόμενων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων ανά έτος, διαπιστώνονται εκτός του έτους 1999, σταδιακές και συνεχείς τάσεις μείωσης της εμφάνισης προβλημάτων.
- ✓ Τα έτη 2000 και 2001, μετά δηλαδή τις αλλαγές στην έδρα, την οργάνωση και στη λειτουργία του Νοσοκομείου Καλαμάτας, διαπιστώνεται συνεχής τάση μείωσης του συνόλου των εμφανιζόμενων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, καθώς και στις περιπτώσεις ναρκωτικών, εκτός γάμου κυήσεων και υιοθεσίας.
- ✓ Το έτος 2001, διαπιστώνονται τάσεις μείωσης στο ήμισυ των μορφών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (ναρκωτικά, ανεπιθύμητες κυήσεις, εγκατάλειψη, υιοθεσία και ΑΜΕΑ με μειώσεις που ανέρχονται στις 20, 28,6 , 100, 50 και 13,3 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα για κάθε κατηγορία), καθώς και τάσεις μείωσης στο γενικό σύνολο των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων της εξεταζομένης περιόδου (μείωση κατά 4,1 ποσοστιαίες μονάδες).
- ✓ Τα έτη 1998 και 1999, κατά τη διάρκεια της πλήρους λειτουργίας του ΓΝΚ στις παλαιές εγκαταστάσεις και πριν από την αναμόρφωση του Οργανισμού του, διαπιστώνονται γενικά συνεχείς τάσεις αύξησης στο ήμισυ σχεδόν των κατηγοριών των εμφανιζόμενων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, όπως ναρκωτικά, αλκοόλ, κακοποίηση και περιπτώσεις υιοθεσίας.
- ✓ Το έτος 1998 διαπιστώνονται τάσεις αύξησης στις περισσότερες κατηγορίες εμφανιζόμενων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων εν συγκρίσει με προηγούμενο έτος (ναρκωτικά, αλκοόλ, κακοποίηση, ανεπιθύμητες κυήσεις, εγκατάλειψη και υιοθεσία). Ταυτόχρονα, είναι το έτος με τις περισσότερες αυξητικές τάσεις εμφάνισης ψυχοκοινωνικών προβλημάτων συγκριτικά με τα λοιπά έτη.
- ✓ Το έτος 2000 διαπιστώνονται τάσεις μείωσης στην εμφάνιση των περισσότερων μορφών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων συγκριτικά με το προηγούμενο έτος (ναρκωτικά, αλκοόλ, φυλάκιση, κακοποίηση, ανεπιθύμητες κυήσεις και υιοθεσία), καθώς και στο σύνολο των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, κυρίως λόγω της μείωσης της προσέλευσης πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία.
- ✓ Τόσο η εμφάνιση του προβλήματος των ναρκωτικών, όσο και των νεογνών που προορίζονται για υιοθεσία, παρουσιάζει ανάλογη πορεία διακύμανσης.

- ✓ Ανάλογη πορεία διακύμανσης στην εμφάνιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων διαπιστώνεται επίσης και στις περιπτώσεις χρήσης αλκοόλ και κακοποίησης.

Συμπερασματικά, ως προς τις μορφές των εμφανιζόμενων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ διαπιστώνονται τα εξής:

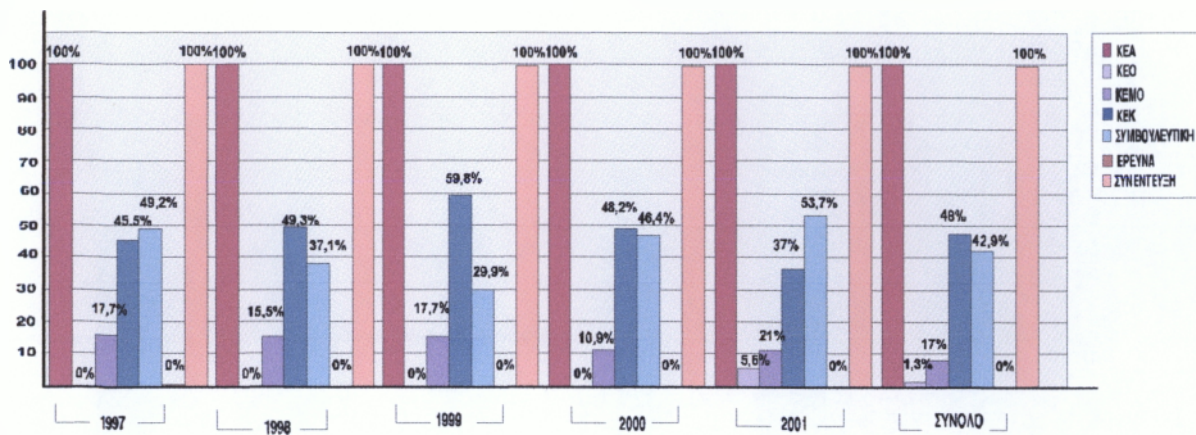
- 1) Τα περισσότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα διαπιστώνονται το έτος 1999 με ποσοστό **22,6%** (53/235) του συνόλου των εμφανιζόμενων προβλημάτων της εξεταζόμενης περιόδου.
- 2) Από το σύνολο των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ καθόλη τη διάρκεια της εξεταζόμενης χρονικής περιόδου, **τα περισσότερα είναι προβλήματα ατόμων με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ 24,7%), προβλήματα κυήσεων εκτός γάμου (17%) και φαρμακευτικές απόπειρες αυτοκτονίας (15,7%)**. Ελάχιστα είναι τα περιστατικά που προσέρχονται λόγω εγκατάλειψης τέκνου (3,8%), φυλάκισης (3%) ή ορφάνιας (2,6%).
- 3) Κατά τη διάρκεια της πλήρους λειτουργίας του ΓΝΚ στις παλαιές κτιριακές εγκαταστάσεις και πριν από την αναμόρφωση του Οργανισμού του, διαπιστώνονται γενικά συνεχείς τάσεις αύξησης στο ήμισυ σχεδόν των κατηγοριών των εμφανιζόμενων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, όπως ναρκωτικά, αλκοόλ, κακοποίηση και περιπτώσεις υιοθεσίας.
- 4) Μετά τις αλλαγές στην έδρα, στην οργάνωση και στη λειτουργία του Νοσοκομείου Καλαμάτας, τα έτη 2000 και 2001 αντίστοιχα, διαπιστώνεται **συνεχή τάση μείωσης του συνόλου των εμφανιζόμενων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων**, καθώς και στις περιπτώσεις ναρκωτικών, εκτός γάμου κυήσεων και υιοθεσίας.
- 5) Ως προς το σύνολο των εμφανιζόμενων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων ανά έτος, διαπιστώνονται εκτός του έτους 1999, σταδιακές και συνεχείς τάσεις μείωσης της εμφάνισης προβλημάτων.

ΕΝΟΤΗΤΑ Δ':**ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**⇒ **ΜΕΘΟΔΟΙ**

Κ Α Τ Η Γ	Έτος		1997		1998		1999		2000		2001		Σύνολο 5ετίας	
	Μέθοδοι		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Β Α Σ Ι Κ Ε Σ	1	ΚΕΑ	130	100	148	100	164	100	110	100	162	100	714
		Διακύμανση	_____		13,8 ↑	10,8 ↑	32,9 ↓	47,3 ↑	_____		_____			
2		ΚΕΟ	-	-	-	-	-	-	-	-	9	5,6	9	1,3
		Διακύμανση	_____		_____		_____		_____		_____		_____	
3		ΚΕΜΟ	23	17,7	23	15,5	29	17,7	12	10,9	34	21	121	17
		Διακύμανση	_____		0	26,1 ↑	58,6 ↓	183,3 ↑	_____		_____			
4		ΚΕΚ	59	45,4	73	49,3	98	59,8	53	48,2	60	37	343	48
		Διακύμανση	_____		23,7 ↑	34,2 ↑	45,9 ↓	13,2 ↑	_____		_____			
Υ Π Ο Β Ο Η Θ	5	Συμβουλευτική	64	49,2	55	37,1	49	29,9	51	46,4	87	53,7	306	42,9
		Διακύμανση	_____		14,1 ↓	10,9 ↓	4,1 ↑	70,6 ↑	_____		_____			
	6	Έρευνα	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Διακύμανση	_____		_____		_____		_____		_____		_____	
	7	Συνέντευξη	130	100	148	100	164	100	110	100	162	100	714	100
		Διακύμανση	_____		13,8 ↑	10,8 ↑	32,9 ↓	47,3 ↑	_____		_____			
Σύνολο Περιπτώσεων			130		148		164		110		162		714	

Πίνακας 29: Μέθοδοι ΚΕ

Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 32: Μέθοδοι ΚΕ

Πηγή: Ιδία έρευνα

Από τις βασικές μεθόδους Κοινωνικής Εργασίας, η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ εφαρμόζει σε κάθε περίπτωση την ΚΕΑ – Casework (100%), ενώ εφαρμόζει την ΚΕΚ με συχνότητα 48% (343/714), την ΚΕΜΟ με συχνότητα 17% (121/714) και την ΚΕΟ με συχνότητα μόλις 1,3% (9/714). Από τις επιμέρους μεθόδους Κοινωνικής Εργασίας εφαρμόζει με ποσοστό 100% την Συνέντευξη, 42,9% (306/714) τη Συμβουλευτική, ενώ δεν ασχολείται καθόλου με έρευνα (0%).

Αναλυτικά, ως προς τις μεθόδους Κοινωνικής Εργασίας ανά έτος, διαπιστώνεται ότι:

- ✓ Η ΚΕΑ ως βασική και η Συνέντευξη ως υποβοηθητική μέθοδος εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ, εφαρμόζονται σε κάθε περίπτωση για κάθε έτος (100%).
- ✓ Από τις λοιπές βασικές μεθόδους, η ΚΕΚ εφαρμόζεται ως δεύτερη βασική μέθοδος εργασίας για κάθε έτος με ποσοστά 45,4% (59/130), 49,3% (73/148), 59,8% (98/164), 48,2% (53/110) και 37% (60/162) αντίστοιχα για τα έτη 1997 έως 2001.
- ✓ Η ΚΕΜΟ χρησιμοποιείται ως Τρίτη βασική μέθοδος Κοινωνικής Εργασίας με ποσοστά 17,7% (23/130), 15,5% (23/148), 17,7% (29/164), 10,9% (12/110) και 21% (34/162) για τα έτη 1997 έως 2001 αντίστοιχα.
- ✓ Αντίθετα, Η ΚΕΟ δεν εφαρμόζεται εκτός του έτους 2001, όπου γίνεται προσπάθεια δημιουργίας ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης χρονίως πασχόντων με μέλη 9 περιστατικά καρκινοπαθών και θαλασσαιμίας (Μεσογειακής Αναιμίας) με ποσοστό 5,6% (9/162).

- ✓ Από τις υποβοηθητικές μεθόδους εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών, πλην της Συνέντευξης, η οποία εφαρμόζεται σε κάθε περίπτωση και της Έρευνας, η οποία δεν εφαρμόζεται καθόλου τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο, αλλά είναι και πολύ σπάνια εφαρμοζόμενη γενικώς σε Νοσοκομειακά πλαίσια, η Συμβουλευτική εφαρμόζεται με ποσοστά 49,2% (64/130), 37,1% (55/148), 29,9% (49/164), 46,4% (51/110) και 53,7% (87/162) αντίστοιχα για τα έτη 1997 έως 2001.

Συμπερασματικά, ως προς τις μεθόδους Κοινωνικής Εργασίας που χρησιμοποιούνται από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ, διαπιστώνεται:

- 1) Οι συνηθέστερες μέθοδοι παρέμβασης για Κοινωνική Εργασία στο τμήμα ΚΥ του ΓΝΚ, είναι η Κοινωνική Εργασία με Άτομα (Casework) ως βασική μέθοδος και η Συνέντευξη, ως μέθοδος υποστηρικτική της βασικής μεθόδου, είτε αυτή διενεργείται στα γραφεία των ΚΛ, είτε σε λοιπές κλινικές και τμήματα του Νοσοκομείου. Αυτές οι μέθοδοι εφαρμόζονται για κάθε περίπτωση, για κάθε έτος.**
- 2) Για το ήμισυ περίπου των περιπτώσεων χρησιμοποιείται η μέθοδος της Κοινωνικής Εργασίας με Κοινότητα (ΚΕΚ – 48%), μέσω επικοινωνιών και συνεργασίας του τμήματος με φορείς και υπηρεσίες της Κοινότητας, ενώ σπάνια και μόνο για το έτος 2001 (δημιουργία ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης με παρουσία διεπιστημονικής ομάδας υγείας), εφαρμόστηκε η μέθοδος της Κοινωνικής Εργασίας με Ομάδα (ΚΕΟ 1,3%). Η έρευνα, σε συνεργασία με φορείς της κοινότητας, είναι ανύπαρκτη ως μέθοδος Κοινωνικής Εργασίας.**
- 3) Η ΚΕΑ και η Συνέντευξη εφαρμόζεται σε κάθε περίπτωση για κάθε έτος (100%), η Συμβουλευτική εφαρμόζεται περισσότερο τα έτη 1997 και 2001 με ποσοστά 49,2% (64/130) και 53,7% (87/162) αντίστοιχα, ενώ η ΚΕΚ εφαρμόζεται περισσότερο τα έτη 1998, 1999 και 2000 με ποσοστά 49,3% (73/148), 59,8% (98/164) και 48,2% (53/110) αντίστοιχα.**
- 4) Ως προς την μεταβολή της συχνότητας εφαρμογής των μεθόδων της Κοινωνικής Εργασίας διαπιστώνονται τα εξής:**
 - ✓ **Οι συχνότητες εφαρμογής της ΚΕΑ, της ΚΕΚ, και της Συνέντευξης ακολουθούν ανάλογη πορεία διακύμανσης μεταξύ τους ανά έτος,**

καθόλη την εξεταζόμενη περίοδο, με τάση μείωσης το έτος 2000 και τάσεις αντίστοιχα αύξησης τα έτη 1998, 1999 και 2001 αντίστοιχα, ενώ η ΚΕΚ συγκριτικά με τη Συμβουλευτική έως το έτος 2000 ακολουθεί αντιστρόφως ανάλογη πορεία διακύμανσης.

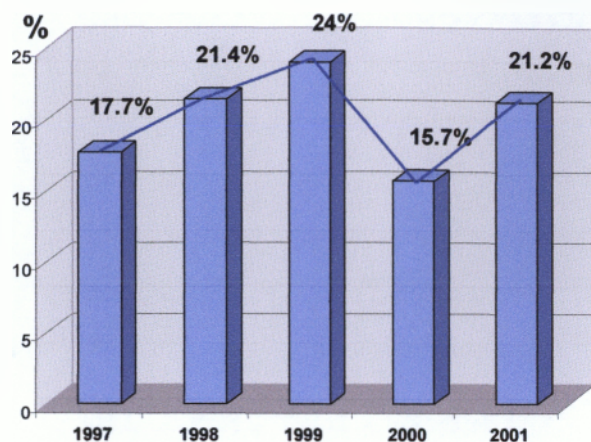
- ✓ **Το έτος 2001 παρατηρούνται: α) τάσεις αύξησης της συχνότητας εφαρμογής όλων των μεθόδων Κοινωνικής Εργασίας και β) η μεγαλύτερη τάση αύξησης της εφαρμογής σχεδόν όλων αυτών των μεθόδων (εκτός της ΚΕΚ, η οποία εφαρμόζεται με μεγαλύτερη συχνότητα το έτος 1999).**
- ✓ **Το έτος 2000 παρατηρείται μείωση στην εφαρμογή όλων των μεθόδων Κοινωνικής Εργασίας (εκτός της Συμβουλευτικής, στην οποία παρατηρείται μικρή τάση αύξησης), εξαιτίας της μείωσης των εξεταζόμενων περιπτώσεων.**

⇒ ΜΕΣΑ ΔΡΑΣΗΣ

α/α	Έτος Συνεργ. Πελάτη - ΚΛ	1997		1998		1999		2000		2001		Σύνολο 5ετίας	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Κατ' οίκον επισκέψεις	3	2,3	0	0	3	1,8	2	1,8	2	1,2	10	1,4
	Ρυθμός μεταβ.			100,↓		-		33,3↓		0			
2	ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ	130	100	148	100	164	100	110	100	162	100	714	100
	Ρυθμός μεταβ.			13,8		10,8↑		32,9↓		47,3↑			
3	Επισκέψεις σε φορείς – Τηλεφωνικές επικοινωνίες	70	53,8	97	65,5	107	65,2	68	61,8	78	48,2	420	58,8
	Ρυθμός μεταβ.			38,6↑		10,3↑		36,5↓		14,7			
Σύνολο μέσων -δράσης		203		245		274		180		242		1144	
% μέσων δράσης		17,7		21,4		24		15,7		21,2		100	
Ρ.Μ. μέσων- δράσης		-		20,7↑		11,8↑		34,3↓		34,4↑			
Μέσα δράσης/πελάτη		1,6		1,7		1,7		1,6		1,5		1,6	
ΣΥΝΟΛΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ		130		148		164		110		162		714	

Πίνακας 30: Μέσα δράσης ΚΛ

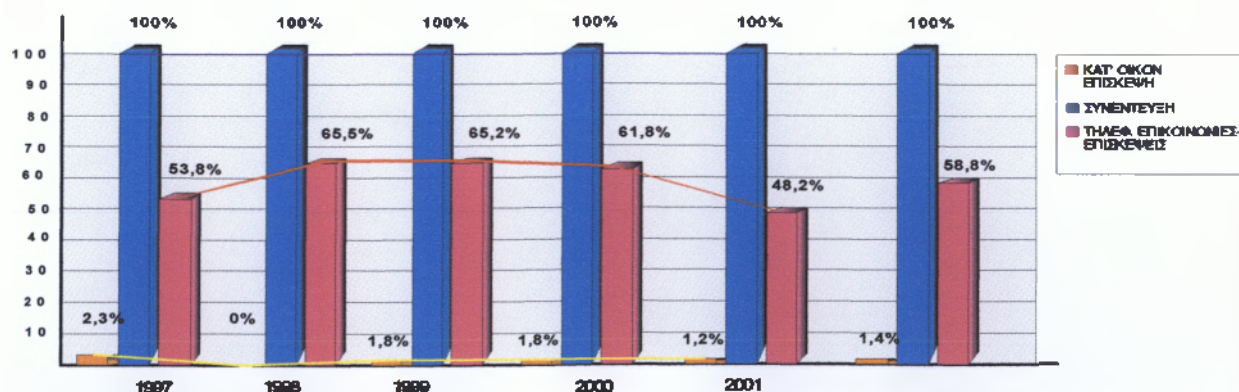
Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 33: Μέσα – Δράσης για Κοινωνική Εργασία στην ΚΥ του ΓΝΚ

Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το γενικό σύνολο των μέσων δράσης που εφαρμόστηκαν στην Κοινωνική Εργασία για την αντιμετώπιση του συνόλου των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων (714), καθόλη την εξεταζόμενη χρονική περίοδο, τα περισσότερα μέσα- δράσης για Κοινωνική Εργασία εφαρμόστηκαν το έτος 1999 (24%), ενώ αντίστοιχα τα λιγότερα τα έτη 2000 και 1997 με ποσοστά 15,7% (180/1144) και 17,7% (203/1144) αντίστοιχα. Τα έτη 1998 και 2001 εφαρμόζονται τα ίδια σχεδόν ποσοστά μέσων- δράσης (21,4% και 21,2% αντίστοιχα) από το σύνολο των μέσων – δράσης που εφαρμόστηκαν καθόλη την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο (βλ. ραβδ 33).



Ραβδόγραμμα 34: Μέσα δράσης ΚΛ

Πηγή: Ιδία έρευνα

Τα μέσα δράσης που χρησιμοποιούνται από το τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ για την επίτευξη των στόχων της Κοινωνικής Εργασίας, είναι οι κατ' οίκον επισκέψεις σε ποσοστό 1,4% (10/714), οι επισκέψεις σε φορείς και κυρίως οι τηλεφωνικές επικοινωνίες με ποσοστό 58,8%, καθώς και η ίδια η μέθοδος της συνέντευξης με συχνότητα 100% (714/714).

Η συχνότητα εφαρμογής των μέσων – δράσης για Κοινωνική Εργασία ανά έτος, ακολουθεί σταδιακή τάση αύξησης έως το έτος 1999, τάση αντίστοιχα μείωσης το έτος 2000 και τάση επίσης αύξησης το έτος 2001, αντίστοιχα. Η μεγαλύτερη αύξηση στη συχνότητα εφαρμογής των μέσων – δράσης για Κοινωνική Εργασία παρατηρείται το έτος 2001 με αύξηση 34,4 ποσοστιαίες μονάδες από το προηγούμενο έτος. Αντίστοιχα, **η μείωση στη συχνότητα εφαρμογής των μέσων – δράσης για το έτος 2000 είναι ανάλογη και ίση με την αντίστοιχη αύξηση αυτής το έτος 2001.**

Η συχνότητα εφαρμογής των τηλεφωνικών επικοινωνιών και των επισκέψεων σε φορείς, ως μέσο δράσης για Κοινωνική Εργασία παρουσιάζει ανάλογη πορεία διακύμανσης με εκείνη του συνόλου των μέσων – δράσης, με μέγιστη αύξηση το έτος 1998 (38,6 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα από το προηγούμενο έτος). Αντίστοιχα, η συχνότητα των κατ' οίκον επισκέψεων στον ασθενή παρουσιάζει τάση μείωσης τα έτη 1998 και 2000 με μέγιστη μείωση επίσης το έτος 1998 (μείωση κατά 100 ποσοστιαίες μονάδες από το προηγούμενο έτος).

Συμπερασματικά, ως προς την χρήση μέσων – δράσης για την εφαρμογή των μεθόδων Κοινωνικής Εργασίας, διαπιστώνεται ότι:

- 1) Η Κοινωνική Υπηρεσία ως **βασικό μέσο υλοποίησης των στόχων της**, χρησιμοποιεί ως επί το πλείστον τις **συνεντεύξεις εφαρμόζοντάς τες σε κάθε περίπτωση (100%) και τις τηλεφωνικές επικοινωνίες με φορείς της Κοινότητας σε ποσοστό 58,8%**.
- 2) Τα περισσότερα μέσα – δράσης που εφαρμόζονται καθόλη την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο, εξυπηρετούν τους πελάτες του έτους 1999 σε ποσοστό 24%, ενώ τα λιγότερα το έτος 2000 αντίστοιχα με ποσοστό 15,7%.
- 3) **Κατά μέσο όρο αναλογούν 1,6 μέσα – δράσης ανά περίπτωση Κοινωνικής Εργασίας**, ενώ αντίστοιχα τα περισσότερα μέσα – δράσης ανά πελάτη Κοινωνικής Υπηρεσίας διαπιστώνονται τα έτη 1998 και 1999 (1,7 μέσα – δράσης ανά πελάτη) αντίστοιχα.

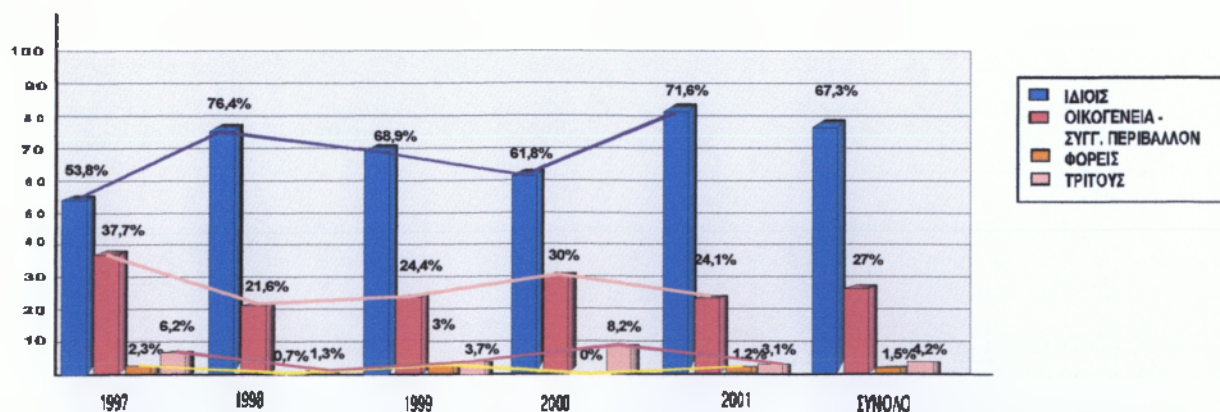
4) Η μέγιστη αύξηση στη συχνότητα εφαρμογής των μέσων – δράσης για Κοινωνική Εργασία διαπιστώνεται το έτος 2001 (αύξηση 34,4 ποσοστιαίες μονάδες εν συγκρίσει με το προηγούμενο έτος).

⇒ ΛΗΨΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

α/α	Έτος	1997		1998		1999		2000		2001		Σύνολο 5ετίας	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Με άμεσα ενδιαφερόμενους	70	53,8	113	76,4	113	68,9	68	61,8	116	71,6	480	67,3
	Ρυθμός Μεταβ.	—		61,4↑		0		39,8↓		70,6↑		—	
2	Με άτομα οικογενειακού – συγγενικού περιβάλλοντος	49	37,7	32	21,6	40	24,4	33	30	39	24,1	193	27
	Ρυθμός Μεταβ.	—		34,7↓		25↑		17,5↓		18,2		—	
3	Με φορείς	3	2,3	1	0,7	5	3	0	0	2	1,2	11	1,5
	Ρυθμός Μεταβ.	—		66,7↓		400↑		100		-		—	
4	Με τρίτους	8	6,2	2	1,3	6	3,7	9	8,2	5	3,1	30	4,2
	Ρυθμός Μεταβ.	—		75↓		200↑		50↑		44,4↓		—	
5	Σύνολο	130	100	148	100	164	100	110	100	162	100	714	100

Πίνακας 31: Συνεργασίες – Πληροφόρηση για τη λήψη Κοινωνικού Ιστορικού.

Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 35: Συνεργασίες – Πληροφόρηση για λήψη Κοινωνικού Ιστορικού

Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το σύνολο των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων κατά την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο (714), για την παρέμβαση σε 480 περιπτώσεις (67,3%) δίνονται πληροφορίες στους Κοινωνικούς Λειτουργούς από τον ίδιο τον πελάτη, σε 193 περιπτώσεις (27%) οι Κοινωνικοί Λειτουργοί συνεργάζονται και παίρνουν πληροφορίες από το οικογενειακό – συγγενικό περιβάλλον του εξυπηρετούμενου, σε 11 περιπτώσεις (1,5%) από τοπικούς ή άλλους Φορείς και Υπηρεσίες του Νομού και σε 30 περιπτώσεις (4,2%) οι Κοινωνικοί Λειτουργοί επικοινωνούν με τρίτους (γείτονες – συγχωριανούς).

Άμεση συνεργασία με τους ίδιους του ενδιαφερόμενους έχει η Κοινωνική Υπηρεσία κατά πλειοψηφία περιπτώσεων τα έτη 1998 και 2001 με ποσοστά 76,4% (113/148) και 71,6% (116/162) του συνόλου των εξυπηρετηθέντων ανά έτος αντίστοιχα.

Οι περισσότερες πληροφορίες ανά έτος από την οικογένεια – συγγενείς του εξυπηρετούμενου δίνονται το έτος 1997 με ποσοστό 37,7% (49/130), ενώ από τρίτους το έτος 2000 με ποσοστό 8,2% (9/110). Η επικοινωνία με φορείς για τη λήψη κοινωνικού ιστορικού σπανίζει και φτάνει έως 3% (5/164) το έτος 1999.

Συμπερασματικά, ως προς τη λήψη κοινωνικού ιστορικού του πελάτη, στα πλαίσια του θεραπευτικού ρόλου της Νοσοκομειακής Κοινωνικής Εργασίας διαπιστώνεται ότι:

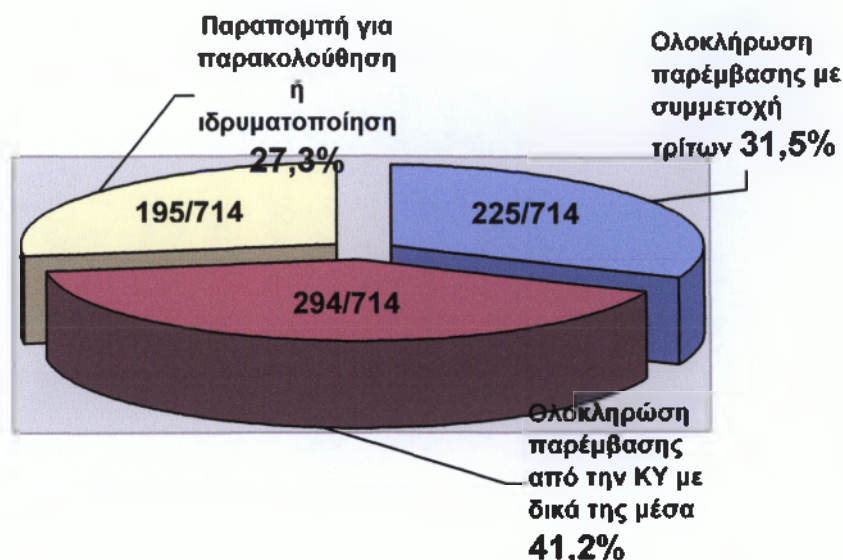
- 1) Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ εργάζονται στην πλειοψηφία των περιπτώσεων που καλούνται να αντιμετωπίσουν **κυρίως με τους άμεσα ενδιαφερόμενους (67,3%)**, λιγότερο με άτομα οικογενειακού ή συγγενικού περιβάλλοντος (27%) και ελάχιστα με φορείς – υπηρεσίες της κοινότητας και τρίτους (1,5% και 4,2% αντίστοιχα).
- 2) Και οι τέσσερις (4) μορφές λήψης Κοινωνικού Ιστορικού παρουσιάζουν **διακυμάνσεις ανά έτος ως προς τη συχνότητα εφαρμογής τους**.
- 3) Το ποσοστό των περιπτώσεων ανά έτος, στις οποίες λαμβάνεται κοινωνικό ιστορικό από τον ίδιο τον πελάτη – ασθενή είναι αντιστρόφως ανάλογο με τα ποσοστά εκείνων των περιπτώσεων στις οποίες το κοινωνικό ιστορικό λαμβάνεται με πληροφορίες από το οικογενειακό – συγγενικό περιβάλλον.

⇒ ΕΞΕΛΙΞΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

α/α	ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ /ΕΤΟΣ	1997			1998			1999			2000			2001			Σύνολο 5ετίας	
		N	%	%N 5ΕΤ.	N	%	%N 5ΕΤ.	N	%	%N 5ΕΤ.	N	%	%N 5ΕΤ.	N	%	%N 5ΕΤ.	N	%
1	Ολοκλήρωση παρέμβασης από την ΚΥ με δικά της μέσα	60	46,2	20,4	51	34,5	17,3	57	34,8	19,4	42	38,2	14,3	84	51,8	28,6	294	41,2
	Ρυθμ. Μεταβολής	—			15 ↓			11,8 ↑			26,3 ↓			100 ↑				
2	Ολοκλήρωση παρέμβασης άμεση με τη συμμετοχή λοιπών φορέων	38	29,2	16,9	57	38,5	25,3	58	35,3	25,8	33	30	14,7	39	24,1	17,3	225	31,6
	Ρυθμ. Μεταβολής	—			50 ↑			1,8 ↑			43,1 ↓			18,1 ↑				
3	Παραπομπή σε άλλο φορέα-υπηρεσία για παρακολούθηση ή ιδρυματοποίηση	32	24,6	16,4	40	27	20,5	49	29,9	25,1	35	31,8	18	39	24,1	20	195	27,3
	Ρυθμ. Μεταβολής	—			25 ↑			22,5 ↑			28,6 ↓			11,4 ↑				
4	Σύνολο	130	100	18,2	148	100	20,7	164	100	23	110	100	15,4	162	100	22,7	714	100

Πίνακας 32: Εξέλιξη περιστατικών

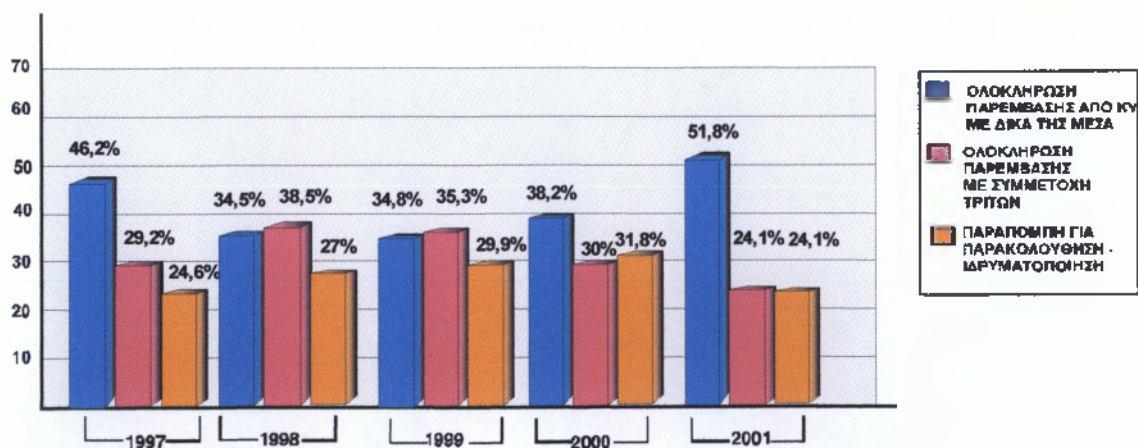
Πηγή: Ιδία έρευνα



Κυκλικό διάγραμμα 14: Εξέλιξη περιπτώσεων μετά την παρέμβαση

Πηγή: Ιδία έρευνα

Ως προς την εξέλιξη των περιπτώσεων που επιλαμβάνεται η Κοινωνική Υπηρεσία, διαπιστώνεται ότι από τον συνολικό αριθμό των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων κατά την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο (714), σε 294 περιπτώσεις (41,2%) η παρέμβαση της Κοινωνικής Υπηρεσίας ολοκληρώθηκε από την ίδια την Υπηρεσία με δικά της μέσα, σε 225 περιπτώσεις (31,5%) η παρέμβαση ολοκληρώθηκε άμεσα με τη συμμετοχή – συνεργασία λοιπών φορέων και 195 περιπτώσεις (27,3%) παραπέμπθησαν για περαιτέρω παρακολούθηση, περίθαλψη ή ιδρυματοποίηση σε άλλους φορείς και νοσοκομεία.

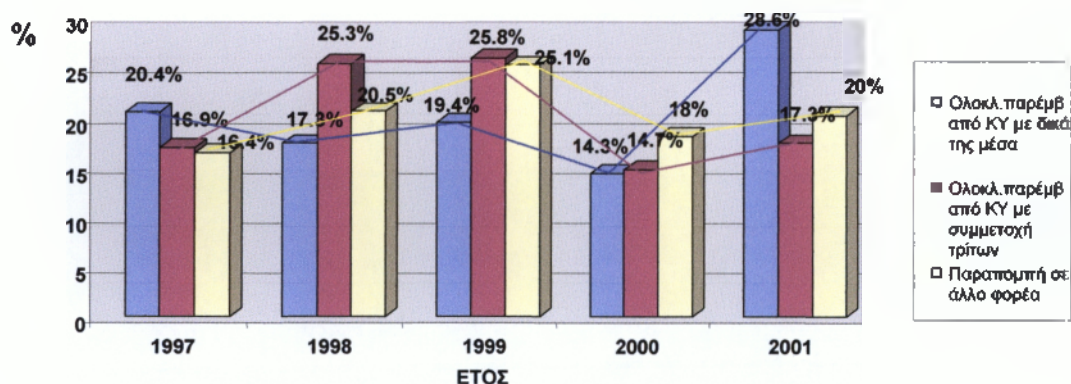


Ραβδόγραμμα 36 : Εξέλιξη περιπτώσεων

Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το συνολικό αριθμό εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων ανά έτος, τα έτη 1997, 2000 και 2001, η Κοινωνική Υπηρεσία ολοκληρώνει την παρέμβασή της με δικά της μέσα για την πλειοψηφία των περιπτώσεων με ποσοστά 46,2%, 38,2% και 51,8% αντίστοιχα, ενώ για τα έτη 1998 και 1999 παρατηρείται κυρίως ολοκλήρωση της παρέμβασης με συμμετοχή τρίτων με ποσοστά 38,5% και 35,3% αντίστοιχα.

Ενώ για τα έτη 1998 και 1999 διαπιστώνεται μικρή (1998) έως ελάχιστη (1999) διαφορά στις αναλογίες εκείνων των περιπτώσεων που ολοκληρώνονται από την Κοινωνική Υπηρεσία με δικά της μέσα (34,5% και 34,8% αντίστοιχα) και εκείνων που ολοκληρώνεται με τη βοήθεια τρίτων (38,5% και 35,3% αντίστοιχα), τα έτη 2000 και 2001 (μετεγκατάσταση), παρατηρείται μηδενική (2001) έως μικρή (2000) διαφορά μεταξύ του ποσοστού των περιπτώσεων στις οποίες ολοκληρώνεται η παρέμβαση από την Κοινωνική Υπηρεσία με τη συνεργασία λοιπών φορέων και του ποσοστού των περιπτώσεων που δεν ολοκληρώνονται, αλλά παραπέμπονται για περίθαλψη (διακομιδή), παρακολούθηση, αλλά και ασυλοποίηση σε άλλους φορείς και Νοσοκομεία.



Ραβδόγραμμα 37: Εξέλιξη παρέμβασης στο σύνολο των πελατών της πενταετίας

Πηγή: Ιδία έρευνα

Ως προς το σύνολο των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ ανά κατηγορία παρέμβασης, καθόλη την εξεταζόμενη χρονική περίοδο, διαπιστώνεται:

- ✓ Τα περισσότερα περιστατικά της εξεταζόμενης περιόδου, για τα οποία η Κοινωνική Υπηρεσία ολοκληρώνει την παρέμβασή της με δικά της μέσα διαπιστώνονται το έτος 2001, με ποσοστό 28,6% (84/294) του συνόλου των

περιστατικών για τα οποία ολοκληρώνεται η παρέμβαση άμεσα από την Κοινωνική Υπηρεσία.

- ✓ Τα περισσότερα περιστατικά της εξεταζόμενης περιόδου, για τα οποία η Κοινωνική Υπηρεσία ολοκληρώνει την παρέμβασή της με τη συνεργασία λοιπών φορέων διαπιστώνονται τα έτη 1998 και 1999, με ποσοστά 25,3% (57/225) και 25,8% (58/225) του συνόλου των περιπτώσεων για την παρέμβαση των οποίων συμμετέχουν λοιποί φορείς.
- ✓ Τα περισσότερα περιστατικά της πενταετίας που παραπέμπονται σε άλλο φορέα ή Νοσοκομείο για περαιτέρω παρακολούθηση, περίθαλψη, ιδρυματοποίηση ή ασυλία διαπιστώνονται το έτος 1999 με ποσοστό 25,1% (49/195) του συνόλου των περιπτώσεων της πενταετίας που παραπέμπονται ανά έτος.

Συμπερασματικά, ως προς την εξέλιξη των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων διαπιστώνονται τα εξής:

- 1) Για τη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων, η παρέμβαση ολοκληρώνεται (72,7%), είτε με αποκλειστική ευθύνη της κοινωνικής Υπηρεσίας, είτε με συμμετοχή λοιπών φορέων της κοινότητας.
- 2) Μόνο το ¼ σχεδόν της συνολικής κίνησης της Κοινωνικής Υπηρεσίας παραπέμπεται (διακομίζεται) για παρακολούθηση, περίθαλψη ή ιδρυματοποίηση (27,3%).
- 3) Για την πλειοψηφία των περιπτώσεων η Κοινωνική Υπηρεσία ολοκληρώνει την παρέμβασή της αποκλειστικά με δικά της μέσα (41,2%), για μεγάλο ποσοστό περιπτώσεων η παρέμβαση ολοκληρώνεται με τη συμμετοχή λοιπών φορέων (31,5%), ενώ για λιγότερες περιπτώσεις χρησιμοποιείται η λύση της περαιτέρω παρακολούθησης, περίθαλψης, ιδρυματοποίησης ή ασυλίας (27,3%).
- 4) Ως προς το ρυθμό μεταβολής της ολοκλήρωσης ή μη της παρέμβασης της Κοινωνικής Υπηρεσίας στις εξυπηρετηθείσες περιπτώσεις διαπιστώνεται ότι:
 - α) Από το έτος 1999 και μετά, οι τρεις μορφές παρέμβασης για βοήθεια στο άτομο από την Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ, παρουσιάζουν ανάλογη πορεία διακύμανσης.

β) Η ολοκλήρωση της παρέμβασης της Κοινωνικής Υπηρεσίας με δικά της μέσα ακολουθεί σταδιακές αυξομειώσεις με μεγάλη τάση αύξησης το έτος 2001 (αύξηση 100 ποσοστιαίων μονάδων από προηγούμενο έτος).

γ) Τόσο η ολοκλήρωση της παρέμβασης της Κοινωνικής Υπηρεσίας με τη συμμετοχή τρίτων, όσο και η παραπομπή των περιπτώσεων σε άλλο φορέα για παρακολούθηση ή ιδρυματοποίηση ακολουθούν ανάλογη τάση μεταβολής καθόλη τη διάρκεια των ετών, με τάση μείωσης το έτος 2000 (μείωση 43,1 και 28,6 ποσοστιαίες μονάδες από προηγούμενο έτος αντίστοιχα).

δ) Το έτος 1998 παρατηρείται η μεγαλύτερη τάση αύξησης των περιπτώσεων στις οποίες η παρέμβαση ολοκληρώνεται από την Κοινωνική Υπηρεσία με τη βοήθεια λοιπών φορέων (αύξηση 50 ποσοστιαίων μονάδων συγκριτικά με προηγούμενο έτος), καθώς επίσης και η μεγαλύτερη αντίστοιχα αύξηση των περιπτώσεων που παραπέμπονται (αύξηση 25 ποσοστιαίες μονάδες συγκριτικά με προηγούμενο έτος).

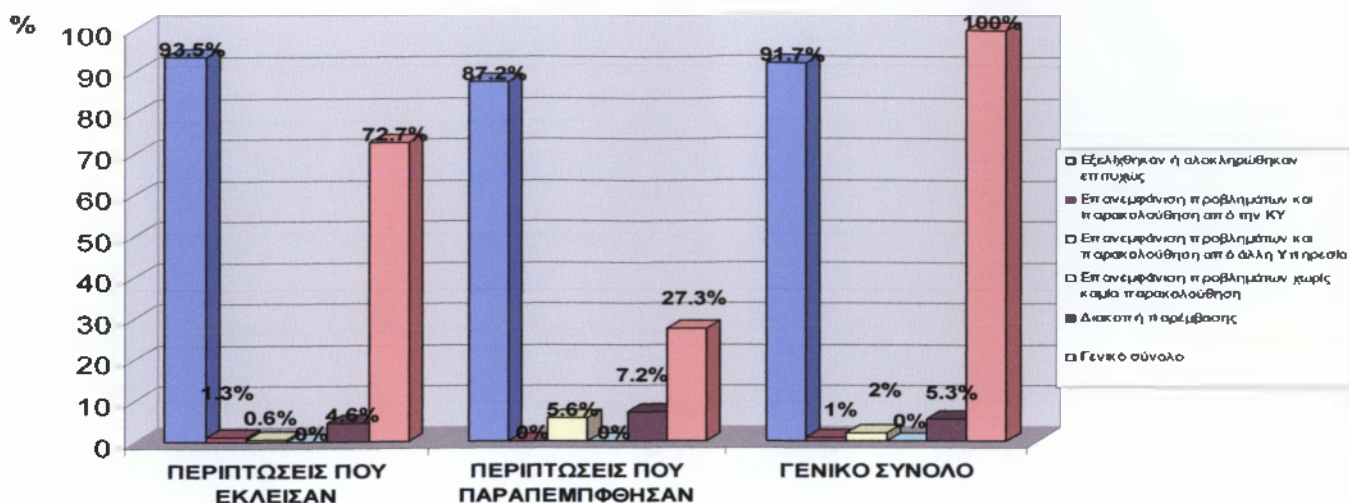
ε) Το έτος 2000 παρατηρείται τάση μείωσης τόσο στις περιπτώσεις στις οποίες η Κοινωνική Υπηρεσία ολοκληρώνει την παρέμβασή της, είτε με δικά της μέσα, είτε με τη συνεργασία τρίτων, όσο και στις περιπτώσεις που παραπέμπονται για περαιτέρω παρακολούθηση, περίθαλψη, ιδρυματοποίηση ή ασυλία.

στ) Τα έτη 1999 και 2001 αντίστοιχα, παρατηρείται αύξηση στις περιπτώσεις που παραπέμπονται, όσο και στις περιπτώσεις στις οποίες η παρέμβαση ολοκληρώνεται, είτε με μέσα της Κοινωνικής Υπηρεσίας, είτε με τη συμμετοχή λοιπών φορέων.

ΕΤΟΣ ΚΑΤΑΛΗΝΗ		ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΚΛΕΙΞΑΝ										ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΠΕΜΠΦΘΗΚΑΝ										ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ 5ΕΤΙΑΣ							
		1997		1998		1999		2000		2001		ΣΥΝΟΛΟ 5ΕΤΙΑΣ		1997		1998		1999		2000				2001		ΣΥΝΟΛΟ 5ΕΤΙΑΣ			
A/A	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
1	Η παρέμβαση εξελίχθηκε ή ολοκληρώθηκε επιτυχώς ή ικανοποιητικώς Ρυθμός μεταβολής	95	96,9	102	94,5	108	93,9	65	86,7	115	93,5	485	93,5	28	87,	36	90	42	85,	34	87,2	34	87,2	170	87,2	65	91,7		
					7,4 ↑		5,9 ↑				39,8 ↓		76,9↑				28,6 ↑		16,7 ↑		28,6↓		13,3↑						
2	Τα προβλήματα επανεμφανίστηκαν και παρακολουθούνται από την ΚΥ Ρυθμός μεταβολής	0	0	1	0,9	0	0	5	6,7	1	0,8	7	1,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1	
							100 ↓				80 ↓																		
3	Τα προβλήματα επανεμφανίστηκαν και παρακολουθούνται από άλλη Υπηρεσία Ρυθμός μεταβολής	0	0	0	0	0	0	2	2,8	1	0,8	3	0,6	1	3,1	1	2,5	3	6,1	5	14,3	1	2,6	11	5,6	14	2		
											50 ↓				0		200 ↑		66,7 ↑		80 ↓								
4	Τα προβλήματα επανεμφανίστηκαν και δεν παρακολουθούνται από καμία Υπηρεσία Ρυθμός μεταβολής	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	Η παρέμβαση διεκόπη λόγω θανάτου ή αυτοβούλως από τον πελάτη ή τους οικείους του ή από αδυναμία των φορέων για εξυπηρέτηση Ρυθμός μεταβολής	3	3,1	5	4,6	7	6,1	3	4	6	4,9	24	4,6	3	9,4	3	7,5	4	8,2	0	0	4	10,2	14	7,2	38	5,3		
					66,7 ↑		40 ↑		57,1 ↓		100 ↑				0		33,3 ↑		100 ↓										
	ΣΥΝΟΛΟ	98	18,9	108	20,8	115	22,1	75	14,	123	23,	519	72,7	32	16,	40	20,5	49	25,	35	18	39	20	195	27,3	71	100		
	Ρυθμός μεταβολής				10,2 ↑		6,5 ↑		34,8 ↓		64 ↑				25 ↑		22,5 ↑		28,6 ↓		11,4 ↑								

Πίνακας 33: Κατάληξη περιπτώσεων μετά τη λήξη της παρέμβασης

Πηγή: Ίδια έρευνα



Ραβδόγραμμα 38: Κατάληξη περιπτώσεων

Πηγή: Ίδια έρευνα

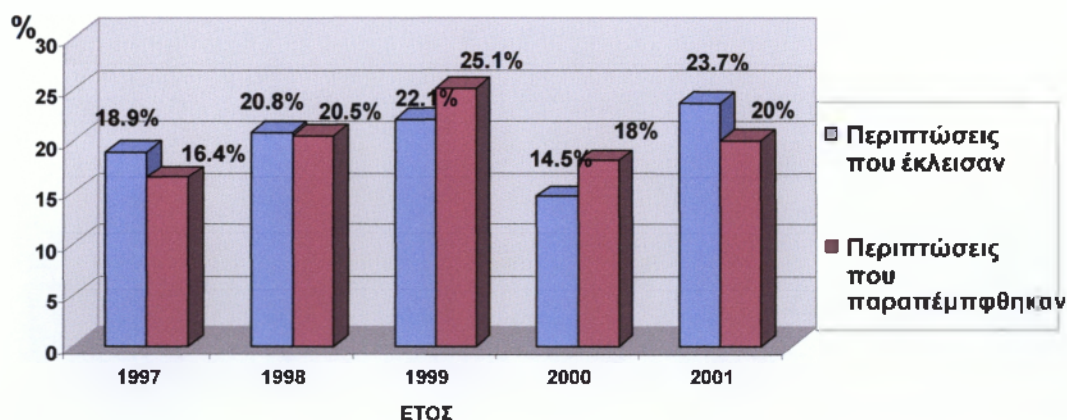
Ως προς την κατάληξη των περιστατικών, διαπιστώνουμε ότι από τον συνολικό αριθμό των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων, που δέχεται η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ, καθόλη τη διάρκεια της εξεταζομένης περιόδου, το 72,3% (519/714) αυτών έκλεισαν με τη συμβολή των Κοινωνικών Λειτουργών, ενώ το 27,3% (195/714) παραπέμπτηκαν σε άλλα φορέα ή Νοσοκομείο για παρακολούθηση, περίθαλψη, ιδρυματοποίηση ή ασυλία.

Ως προς την κατάληξη των περιπτώσεων αναλυτικότερα, διαπιστώνουμε ότι από τον συνολικό αριθμό των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων, κατά την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο (714 περιπτώσεις), 655 περιπτώσεις (91,7%) εξελίχθηκαν ή ολοκληρώθηκαν επιτυχώς ή ικανοποιητικώς, 7 περιπτώσεις (1%) ξαναπαρουσιάστηκαν και εξετάζονται από την Κοινωνική Υπηρεσία, 14 περιπτώσεις (2%) ξαναπαρουσιάστηκαν και παραπέμπτησαν σε άλλη Υπηρεσία και 38 περιπτώσεις (5,3%) δεν ολοκληρώθηκαν λόγω θανάτου, αδυναμίας φορέων ή της Κοινωνικής Υπηρεσίας να προσφέρουν βοήθεια ή άρνησης του πελάτη ή των οικείων του για συνέχιση της παρέμβασης.

Αναλυτικά, από το συνολικό αριθμό των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων που έκλεισαν, είτε μόνο με την παρέμβαση της Κοινωνικής Υπηρεσίας με δικά της μέσα, είτε με τη συνεργασία άλλων φορέων (519 περιπτώσεις), 485 περιπτώσεις (93,5%) εξελίχθηκαν ή ολοκληρώθηκαν επιτυχώς ή ικανοποιητικώς, σε 7 περιπτώσεις (1,3%) τα προβλήματα ξαναεμφανίστηκαν και παρακολουθούντο

τακτικά από την Κοινωνική Υπηρεσία, σε 3 περιπτώσεις (0,6%) τα προβλήματα ξαναεμφανίστηκαν και παρακολουθούντο τακτικά από άλλη Υπηρεσία, ενώ σε 24 περιπτώσεις (4,6%) η παρέμβαση διεκόπη λόγω θανάτου, διακοπής συνεργασίας από τον πελάτη ή τους οικείους του ή από αδυναμία των φορέων ή της ίδιας της Κοινωνικής Υπηρεσίας να προσφέρει βοήθεια.

Από τον συνολικό αριθμό των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων που παραπέμφθησαν για παρακολούθηση ή ιδρυματοποίηση (195 περιπτώσεις), 170 περιπτώσεις (87,2%) ολοκληρώθηκαν επιτυχώς ή ικανοποιητικώς, 11 περιπτώσεις (5,6%) ξαναζήτησαν βοήθεια και παραπέμφθησαν σε άλλη Υπηρεσία και σε 14 περιπτώσεις (7,2%) διεκόπη η παρέμβαση λόγω θανάτου, αδυναμίας φορέων να προσφέρουν βοήθεια ή από άρνηση του πελάτη ή των οικείων του να δεχθεί βοήθεια.



Ραβδόγραμμα 39: Κατάληξη περιπτώσεων ανά έτος

Πηγή: Ιδία έρευνα

Ανά κατηγορία αναλυτικά, διαπιστώνεται ότι το έτος 2001 παρατηρείται το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων που έκλεισαν ύστερα από την παρέμβαση των Κοινωνικών Λειτουργών (23,7% -123/519), κυρίως εξαιτίας της αυξημένης ροής πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία το συγκεκριμένο έτος. Το έτος 2000, αντίθετα, παρατηρείται το μικρότερο ποσοστό από το σύνολο των περιπτώσεων κατά περίπτωση που έκλεισαν (14,5% -75/519), κυρίως λόγω της μειωμένης προσέλευσης πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία για το έτος αυτό. Αντίστοιχα, το έτος 1999 παρατηρείται το μεγαλύτερο ποσοστό περιπτώσεων που έχουν

παραπεμπθεί σε άλλο Φορέα ή Υπηρεσία για περίθαλψη, παρακολούθηση, ιδρυματοποίηση ή ασυλία (25,1% - 49/195).

Ως προς τη μεταβολή της επιτυχούς ή μη κατάληξης των περιπτώσεων που επιμελούνται οι Κοινωνικοί Λειτουργοί του ΓΝΚ διαπιστώνονται τα εξής:

- ✓ Τόσο οι περιπτώσεις που έκλεισαν με την επιτυχή παρέμβαση των Κοινωνικών Λειτουργών, όσο και εκείνες που παραπέμπθηκαν με επίσης επιτυχή αποτελέσματα, ύστερα από την παρέμβαση, ακολουθούν ανάλογη πορεία διακύμανσης με τάσεις αύξησης έως το έτος 1999, τάση αντίστοιχα μείωσης το έτος 2000 και αυξητική τάση ξανά το έτος 2001.
- ✓ Από τις περιπτώσεις που έκλεισαν, τόσο εκείνες που ολοκληρώθηκαν ικανοποιητικώς ή επιτυχώς, όσο και εκείνες στις οποίες η παρέμβαση διεκόπη, είτε λόγω θανάτου, είτε αδυναμίας των φορέων ή της ίδιας της Υπηρεσίας να λύσει το πρόβλημα, είτε λόγω άρνησης βοήθειας του ιδίου του πελάτη ή των οικείων του, ακολουθούν ανάλογη πορεία διακύμανσης, με τάσεις αύξησης έως το έτος 1999, τάση αντίστοιχα μείωσης το έτος 2000 και αυξητική τάση ξανά το έτος 2001.
- ✓ Το έτος 2001 παρατηρείται η μεγαλύτερη αύξηση στις περιπτώσεις που έκλεισαν, τόσο σ' εκείνες στις οποίες η παρέμβαση των Κοινωνικών Λειτουργών ολοκληρώθηκε ή εξελίχθηκε ικανοποιητικώς ή επιτυχώς (αύξηση 76,9 ποσοστιαίες μονάδες εν συγκρίσει με το προηγούμενο έτος), όσο και σ' εκείνες που η παρέμβαση διεκόπη για διαφορετικούς λόγους σε κάθε περίπτωση (αύξηση 100 ποσοστιαίες μονάδες εν συγκρίσει με το προηγούμενο έτος). Αυτό συμβαίνει λόγω αύξησης της προσέλευσης πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία για το έτος αυτό, εξαιτίας της αντίστοιχης αύξησης των ασθενών του Νοσοκομείου (αύξηση κλινών, δημιουργία νέων τμημάτων και κλινικών).
- ✓ Από τις περιπτώσεις που παραπέμπθηκαν, η μεγαλύτερη αύξηση εκείνων στις οποίες η παρέμβαση ολοκληρώθηκε ικανοποιητικώς ή επιτυχώς διαπιστώνεται το έτος 1998 (αύξηση 28,6 ποσοστιαίες μονάδες εν συγκρίσει με το προηγούμενο έτος), η μεγαλύτερη αύξηση εκείνων των περιπτώσεων στις οποίες τα προβλήματα ξαναεμφανίστηκαν και παρακολουθούνται από άλλη Υπηρεσία παρατηρείται το έτος 1999 (αύξηση 200 ποσοστιαίες μονάδες εν συγκρίσει με το προηγούμενο έτος), ενώ για τις περιπτώσεις στις οποίες η παρέμβαση διεκόπη λόγω θανάτου, διακοπής συνεργασίας με πρωτοβουλία

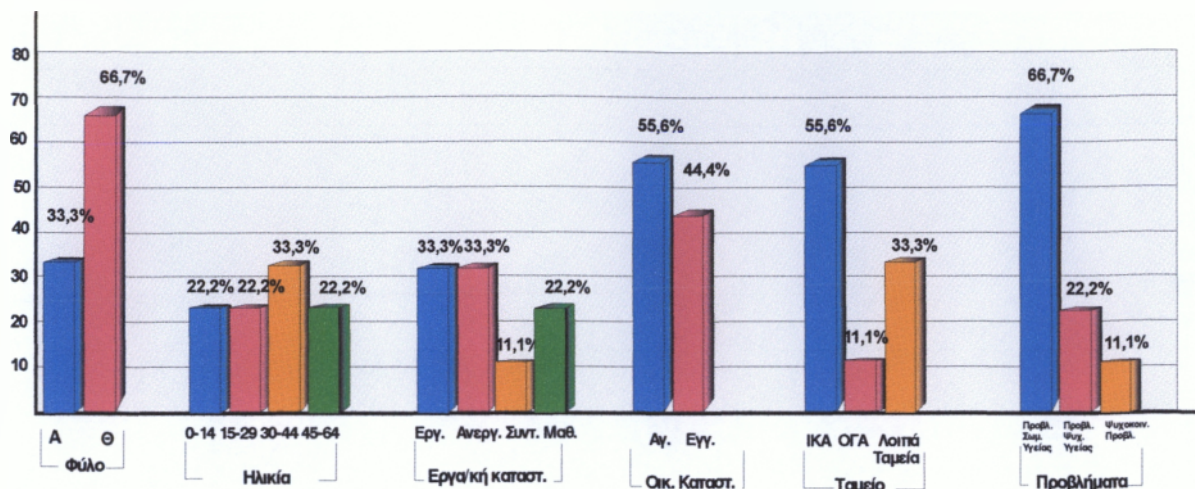
του πελάτη ή αδυναμίας των Υπηρεσιών να προσφέρουν βοήθεια, παρατηρείται αύξηση το έτος 1999 (33,3 ποσοστιαίες μονάδες) και μεγάλη μείωση το έτος 2000 (μείωση 100 ποσοστιαίες μονάδες εν συγκρίσει με το προηγούμενο έτος).

Συμπερασματικά, ως προς την κατάληξη των περιπτώσεων ύστερα από την παρέμβαση της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ, διαπιστώνονται τα εξής:

- 1) Από τον συνολικό αριθμό των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων, που δέχεται η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ, καθόλη τη διάρκεια της εξεταζομένης περιόδου, η μεγάλη **πλειοψηφία αυτών έκλεισαν** με τη συμβολή των Κοινωνικών Λειτουργιών (**72,3%**), ενώ μόνο το **27,3% παραπέμπθηκε** σε άλλο φορέα ή Νοσοκομείο για παρακολούθηση, περίθαλψη, ιδρυματοποίηση ή ασυλία.
- 2) Η απόλυτη σχεδόν πλειοψηφία των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων μετά την παρέμβαση για βοήθεια των Κοινωνικών Λειτουργιών, καθόλη τη διάρκεια της εξεταζομένης περιόδου, **εξελίχθηκε ή ολοκληρώθηκε επιτυχώς ή ικανοποιητικώς (91,7%)**.
- 3) Από το σύνολο των περιπτώσεων που έκλεισαν μετά το πέρας της παρέμβασης, οι περισσότερες περιπτώσεις ολοκληρώθηκαν ή εξελίχθηκαν επιτυχώς ή ικανοποιητικώς (**93,5%**), ενώ από εκείνες που παραπέμπησαν για περαιτέρω περίθαλψη, παρακολούθηση ή ιδρυματοποίηση, οι περισσότερες επίσης ολοκληρώθηκαν επιτυχώς ή ικανοποιητικώς (**87,2%**).
- 4) Η πλειοψηφία των περιπτώσεων που εξελίχθηκαν ή ολοκληρώθηκαν επιτυχώς ή ικανοποιητικώς (**91,7%** - 65/714), είναι κυρίως από εκείνες τις περιπτώσεις που η Κοινωνική Υπηρεσία έκλεισε άμεσα με δικά της μέσα την παρέμβαση ή με συνεργασία λοιπών φορέων (**74%** - 485/655) και όχι μέσω παραπομπής προς ιδρυματοποίηση (**26%** - 170/655).
- 5) Οι περισσότερες περιπτώσεις που έκλεισαν άμεσα μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς παρατηρούνται το έτος 2001 (**23,7%**), κυρίως εξαιτίας της αυξημένης ροής πελατών προς την Κοινωνική Υπηρεσία το συγκεκριμένο έτος, καθώς και από την αύξηση των ασθενών του Νοσοκομείου ύστερα από την αύξηση των εγκατεστημένων κλινών, ενώ οι περισσότερες αντίστοιχα περιπτώσεις παραπομπών για περαιτέρω έλεγχο παρατηρούνται το έτος 1999 (**25,1%**).

- 6) Τόσο οι περιπτώσεις που έκλεισαν, όσο και οι περιπτώσεις που παραπέμφθηκαν στο σύνολό τους αλλά και στο σύνολο των περιπτώσεων που ολοκληρώθηκαν επιτυχώς, ακολουθούν ανάλογη τάση μεταβολής ανά έτος με τάσεις αύξησης για όλα τα έτη, εκτός του έτους 2000 όπου παρατηρείται μείωση και στις δύο κατηγορίες περιπτώσεων.
- 7) Το έτος 2001 παρατηρείται η μεγαλύτερη αύξηση στις περιπτώσεις που έκλεισαν, τόσο σ' εκείνες στις οποίες η παρέμβαση των Κοινωνικών Λειτουργών ολοκληρώθηκε ή εξελίχθηκε ικανοποιητικώς ή επιτυχώς, όσο και σ' εκείνες που η παρέμβαση διεκόπη για διαφορετικούς λόγους σε κάθε περίπτωση. Αυτό συμβαίνει λόγω αύξησης της προσέλευσης πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία για το έτος αυτό, εξαιτίας της αντίστοιχης αύξησης των ασθενών του Νοσοκομείου (αύξηση κλινών, δημιουργία νέων τμημάτων και κλινικών).
- 8) Από τις περιπτώσεις που παραπέμφθηκαν, η μεγαλύτερη αύξηση εκείνων στις οποίες η παρέμβαση ολοκληρώθηκε ικανοποιητικώς ή επιτυχώς διαπιστώνεται το έτος 1998, η μεγαλύτερη αύξηση εκείνων των περιπτώσεων στις οποίες τα προβλήματα ξαναεμφανίστηκαν και παρακολουθούνται από άλλη Υπηρεσία παρατηρείται το έτος 1999, ενώ για τις περιπτώσεις στις οποίες η παρέμβαση διεκόπη λόγω θανάτου, διακοπής συνεργασίας με πρωτοβουλία του πελάτη ή αδυναμίας των Υπηρεσιών να προσφέρουν βοήθεια, παρατηρείται αύξηση επίσης το έτος 1999 και μεγάλη μείωση το έτος 2000.

⇒ ΚΕΟ



Ραβδόγραμμα 40: Ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης

Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το σύνολο των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων (714) σε 9 περιπτώσεις εφαρμόζεται η μέθοδος ΚΕΟ, με παραπομπή αυτών στην ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης. Από τις περιπτώσεις αυτές 3 είναι άντρες (33,3%) και 6 θήλεις (66,7%). Από αυτούς 2 άτομα είναι παιδιά έως 14 ετών (22,2%), 2 ηλικίας 15-29 ετών (22,2%), 3 άτομα είναι ηλικίας 30-44 ετών (33,3%) και 2 άτομα μεταξύ 45-64 ετών (22,2%). Ως προς την εργασιακή τους κατάσταση 3 είναι εργαζόμενοι (33,3%), 3 άνεργοι (33,3%), 1 συνταξιούχος (11,1%) και 2 μαθητές (22,2%). Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση, 5 είναι άγαμοι (55,6%) και 4 έγγαμοι (44,4%). Ως προς το ασφαλιστικό τους ταμείο, 5 είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ (55,6%), 1 στον ΟΓΑ (11,1%) και 3 σε λοιπά ταμεία (33,3%).

Η ένταξη τους στην Ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης έγινε προκειμένου να αντιμετωπιστούν προβλήματα σωματικής υγείας (6 περιπτώσεις 66,7%), προβλήματα ψυχικής υγείας (2 περιπτώσεις 22,2%) και ιδιαίτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα (χρήση τοξικών ουσιών) (1 περίπτωση 11,1%)

Συμπερασματικά, ως προς τα άτομα που αποτέλεσαν την Ομάδα Ψυχολογικής Υποστήριξης, διαπιστώνεται ότι:

- ✓ Αποτελείται κυρίως από θήλεις.
- ✓ Η ηλικία, η εργασιακή κατάσταση, καθώς και η οικογενειακή κατάσταση δεν παίζουν ενεργό ρόλο στην ένταξη των μελών στην ομάδα.

- ✓ Τα περισσότερα μέλη της ομάδας είναι κυρίως ασφαλισμένοι του ΙΚΑ.
- ✓ Η ένταξή τους στην ομάδα έγινε κυρίως με κριτήριο τα προβλήματα υγείας του μέλους, τα περισσότερα εκ των οποίων είναι προβλήματα σωματικής υγείας (66,7%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Από τα συγκεντρωθέντα στοιχεία της παρούσας μελέτης πηγάζουν τα εξής συμπεράσματα – παρατηρήσεις:

ΠΕΛΑΤΕΣ

⇒ Η μεγαλύτερη προσέλευση πελατών παρουσιάζεται τα έτη 1999 (**23%**) και 2001 (**22,7%**). Οι αλλαγές που επέφερε η αναμόρφωση του Οργανισμού του Νοσοκομείου, με τη δημιουργία νέων κλινικών και την εγκατάσταση νέων κλινών, καθώς και η στέγαση του Νοσοκομείου σε νέο μεγαλύτερο σε έκταση κτίριο, είχαν επίδραση στον αριθμό των ατόμων που επισκεφθήκαν το τμήμα ζητώντας υπηρεσίες βοήθειας. Αντίθετα το έτος 2000, που πραγματοποιήθηκε η μετεγκατάσταση του ΓΝ στο νέο κτίριο, είναι η χρονική περίοδος με τη λιγότερη προσέλευση πελατών (**15,4%**).

ΦΥΛΟ

⇒ Οι πελάτες του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ είναι κυρίως γυναίκες με ποσοστό **60,8%**. Η αναλογία ανδρών – γυναικών είναι **2/3**.

⇒ Από το σύνολο των πελατών ανά έτος, η μεγαλύτερη προσέλευση γυναικών παρουσιάζεται τα έτη 1998 και 1999 (**67%** και **65,9%** αντίστοιχα), κυρίως λόγω αυξημένης παρουσίας ασθενών στη Γυναικολογική Κλινική, ενώ η μεγαλύτερη προσέλευση ανδρών παρουσιάζεται τα έτη 2000 και 2001, με τη λειτουργία του Νοσοκομείου στη νέα του θέση.

⇒ Από το σύνολο των ανδρών πελατών που επισκέπτονται το τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας καθόλη την εξεταζόμενη περίοδο, η μεγαλύτερη προσέλευση αυτών πραγματοποιείται το έτος 2001 (**24,6%**), ενώ αντίθετα από τη συνολική ροή γυναικών της πενταετίας, η μεγαλύτερη προσέλευση

πραγματοποιείται το έτος 1999 (**24,9%**), λόγω αύξησης των ανεπιθύμητων κυήσεων και των λοιπών περιστατικών στη Γυναικολογική Κλινική.

⇒ Ο ρυθμός μεταβολής της ροής πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας ακολουθεί τις μεταβολές της ροής του συνόλου των γυναικών εξυπηρετηθέντων ανά έτος.

ΚΑΤΑΓΩΓΗ

⇒ Η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ εξυπηρετεί κυρίως Έλληνες (**85,6%**).

⇒ Μεγάλο ποσοστό των Ελλήνων πελατών είναι **αθίγγανοι της φυλής των Rom**.

⇒ Η απόλυτη σχεδόν πλειοψηφία των αλλοδαπών πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας προέρχονται από τις χώρες της **Βαλκανικής Χερσονήσου**.

⇒ Το ήμισυ του συνόλου των αλλοδαπών πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας έχει ως χώρα προέλευσης και καταγωγής την **Αλβανία (49,5%)**.

⇒ Αυξάνονται τα ποσοστά των Ελλήνων πελατών ανά έτος για τα περισσότερα έτη.

⇒ Το έτος **2001** η απόλυτη σχεδόν πλειοψηφία των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων είναι **Έλληνες (96,3%)**.

ΗΛΙΚΙΑ

⇒ Η πλειοψηφία των πελατών ανήκει στην παραγωγική- μέση ηλικία, είναι δηλαδή μεταξύ 30-64 ετών (**38,5%**).

⇒ Σε κάθε γενική ηλικιακή ομάδα πλειοψηφεί η παρουσία των γυναικών εξυπηρετηθέντων.

⇒ **Υπάρχει έντονη τάση μείωσης της διαφοράς μεταξύ του ποσοστού προσέλευσης ανδρών και γυναικών χρηστών των κοινωνικών υπηρεσιών που προσφέρει το εν λόγω τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας ανά κατηγορία ηλικιών**. Έτσι, στις νεαρές ηλικίες υπάρχει πολύ μεγάλη πλειοψηφία γυναικών

εξυπηρετηθέντων (75,6%), κυρίως λόγω της παρουσίας αθιγγάνων, οι οποίες είτε παντρεύονται στην προεφηβική τους ηλικία (12-13 ετών), είτε είναι αδήλωτες στο Ληξιαρχείο (και εκείνες και τα νεογνά τους), είτε είναι άγαμες μητέρες, με συνέπεια τη μεγάλη παρουσία αυτών στην Γυναικολογική Κλινική και εν συνεχεία στην Κοινωνική Υπηρεσία. Αντίθετα, η διαφορά του ποσοστού προσέλευσης ανά φύλο εξυπηρετούμενου φθίνει πολύ τείνοντας να μηδενιστεί με το πέρασμα των πελατών στην Τρίτη ηλικία, γιατί το φύλο δεν επηρεάζει τη μοναχικότητα ή την αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης των υπερηλικών κυρίως ατόμων.

⇒ Από το συνολικό αριθμό των ανδρών εξυπηρετηθέντων, καθόλη την εξεταζόμενη περίοδο, η πλειοψηφία τους (45,3%) - σχεδόν το ήμισυ του συνόλου - είναι άτομα μέσης ηλικίας (30-64 ετών).

⇒ Από το συνολικό αριθμό των γυναικών εξυπηρετηθέντων, καθόλη την εξεταζόμενη περίοδο, η πλειοψηφία αυτών (43,5%) είναι άτομα νεαρής ηλικίας (0-29 ετών).

Ανά ειδική κατηγορία ηλικιακών ομάδων των πελατών διαπιστώνουμε:

⇒ Η μεγαλύτερη προσέλευση πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας γίνεται από άτομα ηλικίας 15-29 ετών (25,9%).

⇒ Από το συνολικό αριθμό των ανδρών πελατών καθόλη τη διάρκεια της εξεταζομένης περιόδου, το μεγαλύτερο ποσοστό είναι ηλικίας 45-64 ετών.

⇒ Από το συνολικό αριθμό των γυναικών που επισκέπτονται την Κοινωνική Υπηρεσία, καθόλη τη διάρκεια της εξεταζομένης περιόδου, η πλειοψηφία αυτών είναι ηλικίας 15-29 ετών (34,8%).

⇒ Η πλειοψηφία πελατών εφηβικής και νεαρής ηλικίας (15-29 ετών) επικρατεί για κάθε έτος.

⇒ Κατά τη μεταφορά του Νοσοκομείου στη νέα του θέση (έτος 2000) σημειώνονται:

a) Μείωση του ποσοστού των πελατών ηλικίας 15-29 ετών

b) Μεγάλη μείωση του ποσοστού των ηλικιωμένων πελατών για να αυξηθούν ξανά το επόμενο έτος (2001).

- ⇒ Στα ποσοστά των πελατών ηλικίας 15-29 ετών παρατηρείται σταδιακή τάση μείωσης έως το έτος 2000, ενώ από το έτος 2001 το ποσοστό αυξάνεται και πάλι.
- ⇒ Διαπιστώνεται μεγαλύτερη αναλογία πελατών τέταρτης ηλικίας (75 ετών και άνω, 16,8%), έναντι των πελατών τρίτης ηλικίας (65-74 ετών, 9,7%).
- ⇒ Πλέον του ήμισυ του ποσοστού των γυναικών που κάνουν χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών του ΓΝ Καλαμάτας είναι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.
- ⇒ Στις ηλικίες μεταξύ 15-29 ετών και 75 ετών και άνω παρατηρείται αύξηση των γυναικών, καθώς και του συνόλου των πελατών εξυπηρετηθέντων, ενώ αντίστοιχα παρατηρείται μείωση αυτών στις ηλικίες μεταξύ 30-74 ετών. Αντίθετα, αυξάνονται οι άνδρες εξυπηρετούμενοι ηλικίας μεταξύ 15-64 ετών, καθώς και εκείνοι άνω των 75 ετών.
- ⇒ Το μέγεθος του συνολικού αριθμού των πελατών που θα επισκεφτεί το τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας κατ' έτος εξαρτάται κυρίως από το σύνολο των γυναικών πελατών.
- ⇒ Στις ηλικίες μεταξύ 15-29 ετών και 75 ετών και άνω υπάρχει ανάλογη τάση διακύμανσης μεταξύ ανδρών, γυναικών και του συνόλου των πελατών κατ' έτος.
- ⇒ Παρατηρείται ο ίδιος αριθμός εξυπηρετηθέντων στις ηλικίες 65-74 ετών κατ' έτος (με μηδενική μεταβολή στη ροή πελατών κατ' έτος).
- ⇒ Τα έτη 1998 και 1999 εξυπηρετούνται ο ίδιος αριθμός πελατών σε αρκετές ηλικιακές ομάδες (0-14, 30-44, 65-74 ετών), ο ίδιος αριθμός γυναικών στις ηλικίες μεταξύ 30-44 και 45-64 ετών και ο ίδιος αντίστοιχα αριθμός ανδρών πελατών ηλικίας 30-44 ετών.
- ⇒ Το 2001 παρατηρείται η μεγαλύτερη αύξηση γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας (15-44 ετών).

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

⇒ Οι πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ στην απόλυτη πλειοψηφία τους ανήκουν σε χαμηλά οικονομικά στρώματα και προέρχονται κυρίως από αγροτική και εργατική οικογένεια.

⇒ Τόσο οι οικονομικά ενεργοί, όσο και οι οικονομικά ανενεργοί, προσέρχονται στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ με την ίδια συχνότητα (~ 50%).

⇒ Το ήμισυ του συνόλου των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι άτομα άνευ εισοδήματος (49,6% - άνεργοι, ΑΜΕΑ, μαθητές - σπουδαστές - στρατιώτες, οικοκυρές), η συντριπτική πλειοψηφία των οποίων είναι γυναίκες (71,5%).

⇒ Το υπόλοιπο ήμισυ του συνόλου των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας που διαθέτει κάποια μορφή εισοδήματος (50,4%), αποτελείται κυρίως από συνταξιούχους, οικιακές βοηθούς ή αγρότες. Στην κατηγορία αυτή η αναλογία ανδρών - γυναικών είναι 1:1.

⇒ Κατά τη διάρκεια των ετών έως το έτος 2000, μειώνεται σταδιακά το ποσοστό των πελατών με εισόδημα και αυξάνεται το ποσοστό εκείνων που δεν διαθέτουν κανέναν οικονομικό πόρο. Από το έτος 2001, αντίθετα, υπάρχει μικρή αυξητική τάση των πελατών με εισόδημα και τάσεις μείωσης των οικονομικά ανενεργών.

⇒ Η πλειοψηφία των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας (τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες), είναι κυρίως συνταξιούχοι (28,2%) και άνεργοι (23,5%).

⇒ Από το σύνολο των ανδρών εξυπηρετηθέντων που επιζητούν βοήθεια από την Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ, η πλειοψηφία τους είναι άτομα με εισόδημα (63,9%), κυρίως συνταξιούχοι (35,7%) και εργαζόμενοι (28,2%), ενώ η πλειοψηφία των γυναικών εξυπηρετηθέντων δεν διαθέτουν οικονομικούς πόρους (58,3%) και είναι κυρίως άνεργες (23,5%) και νοικοκυρές (21,2%). Από αυτές που διαθέτουν εισόδημα, οι περισσότερες είναι συνταξιούχες (23,3%).

⇒ Ως προς την τάση μεταβολής της ροής πελατών ως προς το εισόδημα, παρατηρείται ανάλογη διακύμανση μεταξύ οικονομικά ενεργών και οικονομικά μη ενεργών πελατών.

⇒ Η τάση μεταβολής της προσέλευσης πελατών ως προς το σύνολό τους ως προς την εργασιακή τους κατάσταση, είναι αντιστρόφως

ανάλογη με την τάση μεταβολής της προσέλευσης γυναικών και ανάλογη αντίστοιχα με την τάση μεταβολής της προσέλευσης ανδρών πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία. Έτσι η ελάχιστη μείωση του συνόλου των πελατών άνευ εισοδήματος, αντισταθμίζεται με μείωση της προσέλευσης ανδρών πελατών (μείωση κατά 43,6 ποσοστιαίες μονάδες) και αύξηση αντίστοιχα της προσέλευσης γυναικών (αύξηση κατά 39,8 ποσοστιαίες μονάδες από την προσέλευση γυναικών με εισόδημα).

TAMEIO

⇒ Η πλειοψηφία των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ είναι κυρίως **ανασφάλιστα άτομα με ποσοστό 44% (314/714)**, εκ των οποίων οι περισσότεροι επιζητούν προσωρινή ασφάλιση από το Ταμείο Πρόνοιας, βγάζοντας με παρέμβαση των Κοινωνικών Λειτουργών βιβλιάριο ή χαρτί απορίας (72,6% - 228/314), ενώ το υπόλοιπο 27,4% (86/314) είναι ήδη προσωρινά ασφαλισμένο από την Πρόνοια. **Περίπου ένας στους δύο πελάτες, δηλαδή, της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι ανασφάλιστος (1/2).**

⇒ Οι ήδη έχοντες πιστοποιητικό απορίας, επανέρχονται στο τμήμα κατά καιρούς για διαφορετικούς λόγους, χρήζοντας νέα παρέμβαση από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς.

⇒ Από τους ασφαλισμένους πελάτες σε ασφαλιστικά ταμεία, η πλειοψηφία τους έχει ως ασφαλιστικό φορέα τον **ΟΓΑ με ποσοστό 32,4% (231/714)**. Δηλαδή, **ένας στους τρεις πελάτες Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι ασφαλισμένος στον ΟΓΑ (1/3).**

⇒ Για κάθε έτος έως το έτος 2000, η πλειοψηφία των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι ανασφάλιστα άτομα (47%, 50,7%, 48% και 51% του συνόλου των πελατών για το αντίστοιχο έτος), ενώ αντίθετα το έτος 2001 οι περισσότεροι πελάτες είναι ασφαλισμένοι, κατά πλειοψηφία στον ΟΓΑ (38,3%) και εν συνεχεία στο ΙΚΑ (23,4%).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- ⇒ Οι πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι κατά βάση άγαμοι (**39,2%**). Η πλειοψηφία των αγάμων πελατών είναι κυρίως θήλεις νεαρής ηλικίας, οι οποίες τεκνοποίησαν εκτός γάμου, άτομα επίσης νεαρής ηλικίας που κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας, χρήστες τοξικών ουσιών, ΑΜΕΑ και ασθενείς με Μεσογειακή Αναιμία.
- ⇒ Σημαντικό ποσοστό των πελατών είναι έγγαμοι (**33,6%**). Πρόκειται κυρίως για αθίγγανες μητέρες που είναι αδήλωτες στο Ληξιαρχείο και έχουν παντελή έλλειψη στοιχείων ταυτότητας, ανασφάλιστα άτομα και οικονομικά αδύναμοι.
- ⇒ Αρκετά είναι τα μοναχικά άτομα (**27,6%**), συνήθως μοναχικοί υπερήλικες, κυρίως χήροι με αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης που ζητούν βοήθεια από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, συνήθως προερχόμενοι από την Ορθοπαιδική Κλινική του Νοσοκομείου, για ιδρυματοποίηση, ασυλιακή φροντίδα ή μετακίνηση σε Οίκους Ευγηρίας ή Γηροκομεία.
- ⇒ Η πλειοψηφία των ανδρών εξυπηρετηθέντων είναι κυρίως άγαμοι (**42,2%**) και μοναχικοί (**36,8%**). Αντίθετα υπάρχει η ίδια αναλογία προσέλευσης άγαμων και έγγαμων γυναικών (**37,3%** και **37,1%** αντίστοιχα – αναλογία 1:1).
- ⇒ Διαπιστώνεται ότι η ροή μοναχικών υπερήλικων ατόμων δεν επηρεάζεται από το φύλο των πελατών. Έτσι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στις αναλογίες ανδρών (**47,7%**) και γυναικών (**52,3%**) μοναχικών ατόμων στο σύνολό τους.

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- ⇒ Η μεγάλη πλειοψηφία των πελατών της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι κυρίως ασθενείς του ίδιου Νοσοκομείου (**77,3%**).
- ⇒ Οι αλλαγές που επέφερε η αναμόρφωση του Οργανισμού του Νοσοκομείου και η μεταφορά του στις νέες εγκαταστάσεις, είχαν επίδραση στην ροή πελατών προς την Κοινωνική Υπηρεσία. Έτσι, λόγω της αύξησης των εσωτερικών ασθενών του Νοσοκομείου, αυξήθηκαν και οι παραπομπές ασθενών από τα τμήματα του Νοσοκομείου προς την Κοινωνική Υπηρεσία (αύξηση 90,8 ποσοστιαίες μονάδες το έτος 2001 συγκριτικά με το προηγούμενο έτος).

⇒ Από τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του νομού Μεσσηνίας παραπέμπονται ελάχιστα περιστατικά στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ.

⇒ Έως το έτος 2000 η ροή των περιπτώσεων που παραπέμπονται από το ίδιο το Νοσοκομείο, τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του νομού Μεσσηνίας, καθώς και των «ιδίας πρωτοβουλίας» παραπομπών, ακολουθούν ανάλογη πορεία μεταβολής, με συνεχή τάση αύξησης τα έτη 1998 και 1999 και τάση αντίστοιχα μείωσης το έτος 2000. Το έτος 2001, παρατηρείται πολύ μεγάλη αύξηση στις παραπομπές του ίδιου Νοσοκομείου και της Διεύθυνσης Κοινωνικής Πρόνοιας και τάση αντίστοιχα μείωσης των «ιδίους» παραπομπών (λόγω ανάπτυξης περισσότερων κλινών και δημιουργίας νέων κλινικών και μονάδων στο Νοσοκομείο).

⇒ Το έτος 2001 διαπιστώνεται:

⇒ Ο μεγαλύτερος ρυθμός αύξησης των παραπομπών του ΓΝΚ προς την Κοινωνική Υπηρεσία.

⇒ Η μεγαλύτερη αύξηση των παραπομπών από την Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του νομού Μεσσηνίας.

⇒ Η μεγαλύτερη μείωση των ατόμων που προσέρχονται «ιδίους» στην Κοινωνική Υπηρεσία και των παραπομπών από λοιπές υπηρεσίες και ιδιώτες.

⇒ Ο μεγαλύτερος αριθμός παραπομπών από το ίδιο το Νοσοκομείο στην Κοινωνική του Υπηρεσία παρουσιάζεται το έτος 2001 με ποσοστό 26,3% του συνόλου των παραπομπών του ΓΝΚ προς την Κοινωνική Υπηρεσία, καθόλη την εξεταζόμενη περίοδο, κυρίως λόγω της αύξησης των εσωτερικών ασθενών του Νοσοκομείου, αλλά και των εξωτερικών, ύστερα από την εγκατάσταση περισσότερων κλινών, της αυξημένης παρουσίας των Κοινωνικών Λειτουργών στα άτομα με Μεσογειακή Αναιμία, καθώς και λόγω της λειτουργίας ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης χρονίως πασχόντων ασθενών. Αντίθετα, η μικρότερη προσέλευση πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία, ύστερα από παραπομπή από το ίδιο το Νοσοκομείο, διαπιστώνεται το έτος 2000, όταν το Νοσοκομείο λειτουργούσε υπό συνθήκες αλλαγών τόσο στον Οργανισμό του, όσο και στην έδρα του.

⇒ Η πλειοψηφία των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων παραπέμπεται από τη Γυναικολογική Κλινική, με κυήσεις εκτός γάμου και αθίγγανες μητέρες (αδήλωτες) ή αλλοδαπές μητέρες με έλλειψη στοιχείων ταυτότητας ή

δικαιολογητικών για εγγραφή των βρεφών στο Ληξιαρχείο (16,1%), καθώς επίσης και από τις Κλινικές Α΄ Παθολογικής (15%), Β΄ Παθολογικής (11,6%) και Ορθοπεδικής (11,8%), με παραπομπές κυρίως μοναχικών υπερηλίκων ατόμων με αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης.

⇒ Τα περισσότερα περιστατικά που παραπέμπονται από την Κοινωνική Υπηρεσία παρατηρούνται τα έτη 1998 και 1999 με ποσοστά 23,6% και 24,2% αντίστοιχα του συνόλου των παραπομπών της εξεταζομένης περιόδου.

⇒ Οι περισσότερες παραπομπές αφορούν Φορείς Νοσοκομειακής Περίθαλψης (27,6%), Φορείς Ιδρυματοποίησης (19,4%) και την Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του νομού Μεσσηνίας (16,5%).

⇒ Το ήμισυ του συνόλου των παραπομπών σε φορείς νοσοκομειακής περίθαλψης πραγματοποιούνται προς λοιπά τμήματα και κλινικές του ΓΝΚ (50,4%), ενώ το υπόλοιπο ήμισυ σε λοιπά Νοσοκομεία, κυρίως Αθηνών και Τριπόλεως (49,6%).

⇒ Το ήμισυ του συνόλου των παραπομπών σε Φορείς Ιδρυματοποίησης αφορούν μορφές ασυλοποίησης (49%), κυρίως ανιάτων ασθενειών ή ακόμη και υπερηλίκων ατόμων με αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης.

⇒ Από τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του Νομού Μεσσηνίας, όπως ήδη έχει αναφερθεί στον πίνακα 17, παραπέμπονται ελάχιστα περιστατικά, ενώ αντίθετα εκεί καταλήγει η πλειοψηφία των περιστατικών (16,5%) κατόπιν παρεμβάσεως των Κοινωνικών Λειτουργιών (πίνακας 19). **Η Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του Νομού Μεσσηνίας είναι επομένως ο κύριος αποδέκτης των περιπτώσεων που επιμελείται η Κοινωνική Υπηρεσία, κυρίως για έκδοση ασφαλιστικού βιβλιαρίου Πρόνοιας (ανασφάλιστα άτομα) και για έκτακτη οικονομική ενίσχυση (άνεργοι, ανήμποροι προς εργασία).**

ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ – ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

⇒ Η μεγάλη πλειοψηφία των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων ήταν ασθενείς του ΓΝΚ με ποσοστό 77,3% (εσωτερικοί 56,9% και εξωτερικοί 20,4%) και λίγες μόνο περιπτώσεις ήταν λοιποί κάτοικοι του νομού που χρειαζόταν μόνο κάποια

μορφή κοινωνικής βοήθειας και όχι φροντίδα υγείας **(22,7%)**. Αναλογούν 3,4 ασθενείς του ΓΝΚ προς έναν πελάτη, κάτοικο του νομού.

⇒ Η λειτουργία του Νοσοκομείου υπό τις συνθήκες που ίσχυαν πριν το έτος 2000 (παλαιό κτίριο, λιγότερες κλίνες), προκάλεσε τη σταδιακή μείωση της ροής πλατών προς την Κοινωνική Υπηρεσία, ενώ το 2001 η ροή των πελατών αυξάνεται κατά 20 ποσοστιαίες μονάδες.

⇒ Οι περισσότεροι ασθενείς του ΓΝΚ που παραπέμπονται στην Κοινωνική Υπηρεσία είναι εσωτερικοί ασθενείς **(56,9%)**, ενώ λιγότεροι είναι οι εξωτερικοί ασθενείς που επισκέπτονται τακτικά τμήματα και κλινικές του Νοσοκομείου, όπως ΜΤΝ, Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Ψυχιατρικό Ιατρείο, ΕΙ **(20,4%)**. Αναλογούν περίπου 2,8 εσωτερικοί ασθενείς ανά έναν εξωτερικό ασθενή.

⇒ Η πλειοψηφία εσωτερικών ασθενών εμφανίζεται το έτος 1998 **(62,2%)**, η πλειοψηφία εξωτερικών ασθενών εμφανίζεται το έτος 2001 **(40,7%)** με τη δημιουργία ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης και με τη συμπαράσταση των Κοινωνικών Λειτουργών στους χρόνιους πάσχοντες από Μεσογειακή Αναιμία, ενώ η πλειοψηφία των εξωτερικών πελατών εμφανίζεται το έτος 2000 **(30,9%)** με τη μεταφορά του Νοσοκομείου στη νέα θέση.

⇒ Τα έτη 2000 και 2001 (περίοδος αλλαγών), η μείωση της αναλογίας των εσωτερικών ασθενών **(55,5%** και **48,8%** αντίστοιχα) αντισταθμίζεται με αύξηση των εξωτερικών πελατών **(30,9%** το 2000) και των εξωτερικών ασθενών αντίστοιχα **(40,7%** το 2001).

ΛΟΓΟΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΤΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥ

⇒ Οι περισσότεροι πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας ζητούν την βοήθεια των Κοινωνικών Λειτουργών με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής τους **(84,9%)**, και μόνο λίγοι εξ' αυτών ζητούν υλική βοήθεια **(15,1%)**.

ΠΟΛΛΑΠΛΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

- ⇒ Κατά την μεταβατική περίοδο λειτουργίας του ΓΝΚ, κατά τα έτη 1999 και 2001, πριν και αμέσως μετά δηλαδή από τη μετεγκατάστασή του, διαπιστώνονται τα περισσότερα εμφανιζόμενα κοινωνικά προβλήματα προς επίλυση από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, ως απόρροια της αυξημένης προσέλευσης πελατών για βοήθεια τα αντίστοιχα έτη.
- ⇒ Το ήμισυ σχεδόν του συνολικού αριθμού των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων από την Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας (48%) αντιμετωπίζει ένα κοινωνικό πρόβλημα.
- ⇒ **Για κάθε έτος, η πλειοψηφία των περιπτώσεων έρχεται στην Κοινωνική Υπηρεσία προς επίλυση ενός μόνο κοινωνικού προβλήματος.**
- ⇒ **Κατά μέσο όρο αναλογούν δύο κοινωνικά προβλήματα για κάθε πελάτη της Κοινωνικής Υπηρεσίας ανά έτος.** Η μεγαλύτερη εμφάνιση κοινωνικών προβλημάτων ανά πελάτη παρουσιάζεται το έτος 2000 με αναλογία 2,3 κ.προβλ./πελάτη.
- ⇒ Η μεγαλύτερη προσέλευση πελατών με ένα κοινωνικό πρόβλημα εμφανίζεται το έτος 1997 (54,6%), ενώ το έτος 1999 παρατηρείται το μεγαλύτερο ποσοστό πελατών τόσο με δύο κοινωνικά προβλήματα (35,4%), όσο και με πολλαπλά κοινωνικά προβλήματα (23,8%).

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

- ⇒ Οι πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας αντιμετωπίζουν κυρίως προβλήματα σωματικής υγείας (28,5%), ιδιαίτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα (16,2%) και προβλήματα μοναχικότητας (13,5%).
- ⇒ Τα περισσότερα προβλήματα σωματικής υγείας αντιμετωπίζουν οι πελάτες το έτος 2001 με ποσοστό 29,2% του συνόλου των προβλημάτων υγείας της εξεταζομένης περιόδου, λόγω αύξησης της ροής ασθενών στο ΓΝΚ με τη δημιουργία νέων κλινικών και την εγκατάσταση νέων κλινών στο Νοσοκομείο, τα περισσότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα αντιμετωπίζουν οι πελάτες το έτος 1999, κυρίως λόγω αυξημένης παρουσίας χρηστών τοξικών ουσιών και εκτός γάμου ανεπιθύμητων κυήσεων, με ποσοστό 22,5% (53/235), ενώ οι

περισσότεροι μοναχικοί ηλικιωμένοι εμφανίζονται επίσης το έτος 1999 με ποσοστό 27,9% (55/197).

⇒ Κατά τη χρονική περίοδο της απόλυτης λειτουργίας του ΓΝ Καλαμάτας στις παλαιές εγκαταστάσεις (1997 και 1998), οι Κοινωνικοί Λειτουργοί αντιμετωπίζουν την ίδια σχεδόν (με μικρή διακύμανση) αναλογία κοινωνικών προβλημάτων ανά έτος (18,9% και 18,4% αντίστοιχα). Κατά την περίοδο εγκατάστασης στα νέα κτίρια (2000), οι Κοινωνικοί Λειτουργοί αντιμετωπίζουν τα λιγότερα κοινωνικά προβλήματα της πενταετίας (17,5%), κυρίως λόγω της μειωμένης ροής πελατών στο τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας το δεδομένο έτος, ενώ αντίθετα α έτη 1999 και 2001 (μεταβατική περίοδος πριν και μετά τη μετεγκατάσταση του ΓΝ Καλαμάτας) παρατηρείται τάση αύξησης της εμφάνισης κοινωνικών προβλημάτων (22,6%), η οποία οφείλεται στην αύξηση αντίστοιχα της ροής πελατών προς την Κοινωνική Υπηρεσία και η αναλογία μεταξύ των δύο ετών είναι η ίδια.

⇒ Από τους πελάτες:

- ✓ το έτος 1997 παρουσιάζονται οι περισσότεροι ανασφάλιστοι, καθώς και οι λιγότεροι με οικονομικά προβλήματα.
- ✓ Το έτος 1998 προσέρχονται πελάτες με τα περισσότερα οικονομικά προβλήματα, προβλήματα ανεύρεσης συγγενών και γραφειοκρατικών διαδικασιών, κυρίως πιστοποίηση στοιχείων ταυτότητας και Ληξιαρχικές Πράξεις (λόγω αυξημένης προσέλευσης εξυπηρετούμενων γυναικών (κυρίως αθιγγάνων) από τη Γυναικολογική Κλινική με εκτός γάμου κυήσεις ή με ελλιπή στοιχεία ταυτότητας και αντίθετα πελάτες με τα λιγότερα προβλήματα σωματικής υγείας, ιδρυματοποίησης και ψυχοκοινωνικά προβλήματα.
- ✓ Το έτος 1999 παρουσιάζονται τα περισσότερα προβλήματα μοναχικότητας, ιδρυματοποίησης και ψυχοκοινωνικής διάστασης.
- ✓ Το έτος 2000 προσέρχονται τα λιγότερα ψυχιατρικά προβλήματα, τα λιγότερα συνταξιοδοτικά προβλήματα, τα λιγότερα προβλήματα ανεύρεσης συγγενών και τα λιγότερα αντίστοιχα προβλήματα μοναχικότητας.
- ✓ Τέλος, το έτος 2001, παρατηρείται η προσέλευση των περισσότερων προβλημάτων σωματικής υγείας, ψυχικής υγείας, διαπροσωπικών σχέσεων, ανεύρεσης συγγενών και συνταξιοδοτικά. Αντίθετα, προσέρχονται οι

λιγότεροι ανασφάλιστοι και οι λιγότερες γραφειοκρατικές υποθέσεις αντίστοιχα.

⇒ Το έτος 2001 διαπιστώνεται η μεγαλύτερη τάση αύξησης προβλημάτων σωματικής υγείας (65,8 π.μ.), ψυχικής υγείας (55,6 π.μ.), συνταξιοδότησης (150 π.μ.), ανεύρεσης συγγενών (500 π.μ.), καθώς και του συνόλου των κοινωνικών προβλημάτων της εξεταζομένης περιόδου (29,5 π.μ.), ενώ αντίστοιχα διαπιστώνεται η μεγαλύτερη μείωση γραφειοκρατικών υποθέσεων (μείωση κατά 83,3 π.μ.). Το έτος 1999 παρατηρείται η μεγαλύτερη τάση αύξησης των ενδοοικογενειακών προβλημάτων (35,7 π.μ.), μοναχικότητας (57,1 π.μ.), ιδρυματοποίησης (84,6 π.μ.), ψυχοκοινωνικής διάστασης (32,5 π.μ.) και τα προβλήματα πένθους ή ληστείας (λοιπά, αύξηση 500 π.μ.). Αντίθετα, το έτος 2000 (πραγματοποιηθείσα μετεγκατάσταση), παρατηρείται η μεγαλύτερη τάση μείωσης των προβλημάτων ψυχικής υγείας (14,3 π.μ.), συνταξιοδότησης (50 π.μ.), ανεύρεσης συγγενών (80 π.μ.) και μοναχικότητας (45,5 π.μ. αντίστοιχα).

ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

⇒ Τα περισσότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα διαπιστώνονται το έτος 1999 με ποσοστό **22,6%** (53/235) του συνόλου των εμφανιζόμενων προβλημάτων της εξεταζόμενης περιόδου.

⇒ Από το σύνολο των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ καθόλη τη διάρκεια της εξεταζόμενης χρονικής περιόδου, **τα περισσότερα είναι προβλήματα ατόμων με ειδικές ανάγκες (AMEA 24,7%), προβλήματα κυήσεων εκτός γάμου (17%) και φαρμακευτικές απόπειρες αυτοκτονίας (15,7%).** Ελάχιστα είναι τα περιστατικά που προσέρχονται λόγω εγκατάλειψης τέκνου (3,8%), φυλάκισης (3%) ή ορφάνιας (2,6%).

⇒ Κατά τη διάρκεια της πλήρους λειτουργίας του ΓΝΚ στις παλαιές κτιριακές εγκαταστάσεις και πριν από την αναμόρφωση του Οργανισμού του, διαπιστώνονται γενικά συνεχείς τάσεις αύξησης στο ήμισυ σχεδόν των κατηγοριών των εμφανιζόμενων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, όπως ναρκωτικά, αλκοόλ, κακοποίηση και περιπτώσεις υιοθεσίας.

⇒ Μετά τις αλλαγές στην έδρα, στην οργάνωση και στη λειτουργία του Νοσοκομείου Καλαμάτας, τα έτη 2000 και 2001 αντίστοιχα, διαπιστώνεται **συνεχή τάση μείωσης του συνόλου των εμφανιζομένων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων**, καθώς και στις περιπτώσεις ναρκωτικών, εκτός γάμου κυήσεων και υιοθεσίας.

⇒ Ως προς το σύνολο των εμφανιζόμενων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων ανά έτος, διαπιστώνονται εκτός του έτους 1999, σταδιακές και συνεχείς τάσεις μείωσης της εμφάνισης προβλημάτων.

ΜΕΘΟΔΟΙ

⇒ Οι συνηθέστερες μέθοδοι παρέμβασης για Κοινωνική Εργασία στο τμήμα ΚΥ του ΓΝΚ, είναι η **Κοινωνική Εργασία με Άτομα (Casework)** ως **βασική μέθοδος** και η **Συνέντευξη**, ως μέθοδος υποστηρικτική της βασικής μεθόδου, είτε αυτή διενεργείται στα γραφεία των ΚΛ, είτε σε λοιπές κλινικές και τμήματα του Νοσοκομείου. Αυτές οι μέθοδοι **εφαρμόζονται για κάθε περίπτωση, για κάθε έτος**.

⇒ Για το ήμισυ περίπου των περιπτώσεων χρησιμοποιείται η μέθοδος της Κοινωνικής Εργασίας με Κοινότητα (**ΚΕΚ – 48%**), μέσω επικοινωνιών και συνεργασίας του τμήματος με φορείς και υπηρεσίες της Κοινότητας, ενώ σπάνια και μόνο για το έτος 2001 (δημιουργία ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης με παρουσία διεπιστημονικής ομάδας υγείας), εφαρμόστηκε η μέθοδος της Κοινωνικής Εργασίας με Ομάδα (**ΚΕΟ 1,3%**). Η έρευνα, σε συνεργασία με φορείς της κοινότητας, είναι ανύπαρκτη ως μέθοδος Κοινωνικής Εργασίας.

⇒ Η ΚΕΑ και η Συνέντευξη εφαρμόζεται σε κάθε περίπτωση για κάθε έτος (**100%**), η Συμβουλευτική εφαρμόζεται περισσότερο τα έτη 1997 και 2001 με ποσοστά 49,2% (64/130) και 53,7% (87/162) αντίστοιχα, ενώ η ΚΕΚ εφαρμόζεται περισσότερο τα έτη 1998, 1999 και 2000 με ποσοστά 49,3% (73/148), 59,8% (98/164) και 48,2% (53/110) αντίστοιχα.

⇒ Ως προς την **μεταβολή της συχνότητας εφαρμογής των μεθόδων** της Κοινωνικής Εργασίας διαπιστώνονται τα εξής:

- ✓ Οι συχνότητες εφαρμογής της ΚΕΑ, της ΚΕΚ, και της Συνέντευξης ακολουθούν ανάλογη πορεία διακύμανσης μεταξύ τους ανά έτος, καθόλη την εξεταζόμενη περίοδο, με τάση μείωσης το έτος 2000 και τάσεις αντίστοιχα αύξησης τα έτη 1998, 1999 και 2001 αντίστοιχα, ενώ η ΚΕΚ συγκριτικά με τη Συμβουλευτική έως το έτος 2000 ακολουθεί αντιστρόφως ανάλογη πορεία διακύμανσης.
- ✓ Το έτος 2001 παρατηρούνται: α) τάσεις αύξησης της συχνότητας εφαρμογής όλων των μεθόδων Κοινωνικής Εργασίας και β) η μεγαλύτερη τάση αύξησης της εφαρμογής σχεδόν όλων αυτών των μεθόδων (εκτός της ΚΕΚ, η οποία εφαρμόζεται με μεγαλύτερη συχνότητα το έτος 1999).
- ✓ Το έτος 2000 παρατηρείται μείωση στην εφαρμογή όλων των μεθόδων Κοινωνικής Εργασίας (εκτός της Συμβουλευτικής, στην οποία παρατηρείται μικρή τάση αύξησης), εξαιτίας της μείωσης των εξεταζόμενων περιπτώσεων.

ΜΕΣΑ ΔΡΑΣΗΣ

- ⇒ Η Κοινωνική Υπηρεσία ως βασικό μέσο υλοποίησης των στόχων της, χρησιμοποιεί ως επί το πλείστον τις συνεντεύξεις εφαρμόζοντάς τες σε κάθε περίπτωση (100%) και τις τηλεφωνικές επικοινωνίες με φορείς της Κοινότητας σε ποσοστό 58,8%.
- ⇒ Τα περισσότερα μέσα – δράσης που εφαρμόζονται καθόλη την υπό αξιολόγηση χρονική περίοδο, εξυπηρετούν τους πελάτες του έτους 1999 σε ποσοστό 24%, ενώ τα λιγότερα το έτος 2000 αντίστοιχα με ποσοστό 15,7%.
- ⇒ Κατά μέσο όρο αναλογούν 1,6 μέσα – δράσης ανά περίπτωση Κοινωνικής Εργασίας, ενώ αντίστοιχα τα περισσότερα μέσα – δράσης ανά πελάτη Κοινωνικής Υπηρεσίας διαπιστώνονται τα έτη 1998 και 1999 (1,7 μέσα – δράσης ανά πελάτη) αντίστοιχα.
- ⇒ Η μέγιστη αύξηση στη συχνότητα εφαρμογής των μέσων – δράσης για Κοινωνική Εργασία διαπιστώνεται το έτος 2001 (αύξηση 34,4 ποσοστιαίες μονάδες εν συγκρίσει με το προηγούμενο έτος).

ΛΗΨΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

⇒ Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ εργάζονται στην πλειοψηφία των περιπτώσεων που καλούνται να αντιμετωπίσουν **κυρίως με τους άμεσα ενδιαφερόμενους (67,3%)**, λιγότερο με άτομα οικογενειακού ή συγγενικού περιβάλλοντος (27%) και ελάχιστα με φορείς – υπηρεσίες της κοινότητας και τρίτους (1,5% και 4,2% αντίστοιχα).

⇒ Και οι τέσσερις (4) μορφές λήψης Κοινωνικού Ιστορικού παρουσιάζουν **διακυμάνσεις ανά έτος ως προς τη συχνότητα εφαρμογής τους.**

⇒ Το ποσοστό των περιπτώσεων ανά έτος, στις οποίες λαμβάνεται κοινωνικό ιστορικό από τον ίδιο τον πελάτη – ασθενή είναι αντιστρόφως ανάλογο με τα ποσοστά εκείνων των περιπτώσεων στις οποίες το κοινωνικό ιστορικό λαμβάνεται με πληροφορίες από το οικογενειακό – συγγενικό περιβάλλον.

ΕΞΕΛΙΞΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

⇒ Για τη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων, η **παρέμβαση ολοκληρώνεται (72,7%)**, είτε με αποκλειστική ευθύνη της κοινωνικής Υπηρεσίας, είτε με συμμετοχή λοιπών φορέων της κοινότητας.

⇒ Μόνο το **¼ σχεδόν της συνολικής κίνησης της Κοινωνικής Υπηρεσίας παραπέμπεται (διακομίζεται) για παρακολούθηση, περίθαλψη ή ιδρυματοποίηση (27,3%).**

⇒ Για την πλειοψηφία των περιπτώσεων η Κοινωνική Υπηρεσία **ολοκληρώνει την παρέμβασή της αποκλειστικά με δικά της μέσα (41,2%)**, για μεγάλο ποσοστό περιπτώσεων η παρέμβαση ολοκληρώνεται με τη συμμετοχή λοιπών φορέων (31,5%), ενώ για λιγότερες περιπτώσεις χρησιμοποιείται η λύση της περαιτέρω παρακολούθησης, περίθαλψης, ιδρυματοποίησης ή ασυλίας (27,3%).

ΚΑΤΑΛΗΞΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

⇒ Από τον συνολικό αριθμό των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων, που δέχεται η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ, καθόλη τη διάρκεια της εξεταζομένης περιόδου, η μεγάλη **πλειοψηφία αυτών έκλεισαν** με τη συμβολή των Κοινωνικών Λειτουργιών (**72,3%**), ενώ μόνο το **27,3% παραπέμπθηκε** σε άλλο φορέα ή Νοσοκομείο για παρακολούθηση, περίθαλψη, ιδρυματοποίηση ή ασυλία.

⇒ Η απόλυτη σχεδόν πλειοψηφία των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων μετά την παρέμβαση για βοήθεια των Κοινωνικών Λειτουργιών, καθόλη τη διάρκεια της εξεταζομένης περιόδου, **εξελίχθηκε ή ολοκληρώθηκε επιτυχώς ή ικανοποιητικώς (91,7%)**.

⇒ Από το σύνολο των περιπτώσεων που έκλεισαν μετά το πέρας της παρέμβασης, οι περισσότερες περιπτώσεις ολοκληρώθηκαν ή εξελίχθηκαν επιτυχώς ή ικανοποιητικώς (**93,5%**), ενώ από εκείνες που παραπέμπτησαν για περαιτέρω περίθαλψη, παρακολούθηση ή ιδρυματοποίηση, οι περισσότερες επίσης ολοκληρώθηκαν επιτυχώς ή ικανοποιητικώς (**87,2%**).

⇒ Η πλειοψηφία των περιπτώσεων που εξελίχθηκαν ή ολοκληρώθηκαν επιτυχώς ή ικανοποιητικώς (**91,7% - 65/714**), είναι κυρίως από εκείνες τις περιπτώσεις που η Κοινωνική Υπηρεσία έκλεισε άμεσα με δικά της μέσα την παρέμβαση ή με συνεργασία λοιπών φορέων (**74% - 485/655**) και όχι μέσω παραπομπής προς ιδρυματοποίηση (**26% - 170/655**).

⇒ Οι περισσότερες περιπτώσεις που έκλεισαν άμεσα μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς παρατηρούνται το έτος 2001 (**23,7%**), κυρίως εξαιτίας της αυξημένης ροής πελατών προς την Κοινωνική Υπηρεσία το συγκεκριμένο έτος, καθώς και από την αύξηση των ασθενών του Νοσοκομείου ύστερα από την αύξηση των εγκατεστημένων κλινών, ενώ οι περισσότερες αντίστοιχα περιπτώσεις παραπομπών για περαιτέρω έλεγχο παρατηρούνται το έτος 1999 (**25,1%**).

⇒ Τόσο οι περιπτώσεις που έκλεισαν, όσο και οι περιπτώσεις που παραπέμπτηκαν στο σύνολό τους αλλά και στο σύνολο των περιπτώσεων που ολοκληρώθηκαν επιτυχώς, ακολουθούν ανάλογη τάση μεταβολής ανά έτος με τάσεις αύξησης για όλα τα έτη, εκτός του έτους 2000 όπου παρατηρείται μείωση και στις δύο κατηγορίες περιπτώσεων.

⇒ Το έτος 2001 παρατηρείται η μεγαλύτερη αύξηση στις περιπτώσεις που έκλεισαν, τόσο σ' εκείνες στις οποίες η παρέμβαση των Κοινωνικών Λειτουργών ολοκληρώθηκε ή εξελίχθηκε ικανοποιητικώς ή επιτυχώς, όσο και σ' εκείνες που η παρέμβαση διεκόπη για διαφορετικούς λόγους σε κάθε περίπτωση. Αυτό συμβαίνει λόγω αύξησης της προσέλευσης πελατών στην Κοινωνική Υπηρεσία για το έτος αυτό, εξαιτίας της αντίστοιχης αύξησης των ασθενών του Νοσοκομείου (αύξηση κλινών, δημιουργία νέων τμημάτων και κλινικών).

⇒ Από τις περιπτώσεις που παραπέμπθηκαν, η μεγαλύτερη αύξηση εκείνων στις οποίες η παρέμβαση ολοκληρώθηκε ικανοποιητικώς ή επιτυχώς διαπιστώνεται το έτος 1998, η μεγαλύτερη αύξηση εκείνων των περιπτώσεων στις οποίες τα προβλήματα ξαναεμφανίστηκαν και παρακολουθούνται από άλλη Υπηρεσία παρατηρείται το έτος 1999, ενώ για τις περιπτώσεις στις οποίες η παρέμβαση διεκόπη λόγω θανάτου, διακοπής συνεργασίας με πρωτοβουλία του πελάτη ή αδυναμίας των Υπηρεσιών να προσφέρουν βοήθεια, παρατηρείται αύξηση επίσης το έτος 1999 και μεγάλη μείωση το έτος 2000.

ΚΕΟ

⇒ Αποτελείται κυρίως από θήλεις.

⇒ Η ηλικία, η εργασιακή κατάσταση, καθώς και η οικογενειακή κατάσταση δεν παίζουν ενεργό ρόλο στην ένταξη των μελών στην ομάδα.

⇒ Τα περισσότερα μέλη της ομάδας είναι κυρίως ασφαλισμένοι του ΙΚΑ.

⇒ **Η ένταξή τους στην ομάδα έγινε κυρίως με κριτήριο τα προβλήματα υγείας του μέλους, τα περισσότερα εκ των οποίων είναι προβλήματα σωματικής υγείας (66,7%).**

ΜΕΡΟΣ Δ΄:

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ -
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗΣ ΤΟΥ
ΡΟΛΟΥ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ ΓΝΚ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

8.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

☞ Η Κοινωνική Εργασία, όπως ήδη έχει αναφερθεί, ως μια **Επιστήμη δράσης – παρέμβασης**, ανταποκρίνεται στις ειδικές κοινωνικές συνθήκες και ανάγκες, ενώ έχει σκοπό την επίτευξη της ισορροπίας μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο βρίσκεται, για να διασφαλίσει την ψυχική και κοινωνική υγεία και την ευημερία τόσο του ατόμου, όσο και της κοινωνίας ως συνόλου.

☞ Διατηρώντας την εσωτερική της ενότητα και ένα πυρήνα μεθοδολογικής Οργάνωσης, η Κοινωνική Εργασία:

- ✓ **Ως θεωρητικό σώμα γνώσεων και**
- ✓ **Ως πρακτική εφαρμογή,**

ανασχηματίζεται και διαφοροποιείται αναλόγως με τον χρόνο και τον χώρο όπου εφαρμόζεται, καταδεικνύοντας έτσι τον δυναμικό αλλά συγχρόνως ευάλωτο από τις συνεχείς αλλαγές χαρακτήρα του επαγγέλματός της, τροφοδοτούμενο από τις νέες κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές και πολιτιστικές διαστάσεις της Κοινωνίας.

☞ Η διαχρονική πορεία της καθώς και η πολύπλευρη δράση της χαρακτηρίζεται από:

- ✓ **Ευελιξία**
- ✓ **Προσαρμοστικότητα**
- ✓ **Ανταποκριτικότητα**

στις ανάγκες των ενδιαφερομένων.

Οι Κοινωνικές Υπηρεσίες στο χώρο της υγείας, είναι συνυφασμένες με την εν γένει Κοινωνική Πολιτική που εκπορεύεται από την πολιτική θέση ότι η προσέγγιση του ασθενούς πρέπει να είναι **ολοκληρωμένη, ολιστική και να καλύπτει τη βιολογική, σωματική δηλαδή, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση του ατόμου.**

Η ύπαρξη Κοινωνικών Υπηρεσιών στα Νοσοκομεία είναι μια διαπιστωμένη ανάγκη για τον ολιστικό χειρισμό του προβλήματος υγείας των πολιτών και των μέσων υλοποίησης μέρους της συγκεκριμένης πολιτικής από το φορέα αυτό.

✚ Ένας Νοσοκομειακός Κοινωνικός Λειτουργός έχει πληθώρα επαγγελματικών υποχρεώσεων, καθώς αντιμετωπίζει καθημερινά προβλήματα ασθενών τόσο σε **ενδονοσοκομειακό επίπεδο** που αφορά προβλήματα εσωτερικών ασθενών, όσο και σε **εξωνοσοκομειακό επίπεδο** που αφορά προβλήματα εξωτερικών ασθενών και της κοινότητας.

✚ Σε γενικές γραμμές **οι πελάτες** των Νοσοκομειακών Κοινωνικών Λειτουργιών παρουσιάζουν κάποια **όμοια βασικά χαρακτηριστικά**:

A) Εξωνοσοκομειακό επίπεδο:

- ✓ Προέρχονται συνήθως από **εργατική – αγροτική οικογένεια**.
- ✓ Είναι συνήθως άτομα **χαμηλού επιπέδου, αμόρφωτοι, οι οποίοι κινούνται συνήθως μεταξύ πείνας και απογοητεύσεως και αισθάνονται διαφορετικοί προς την υπόλοιπη κοινωνία (περιθωριοποιημένα άτομα)**.
- ✓ Παρουσιάζουν συνήθως αποκλεινουσες συμπεριφορές και αντιμετωπίζουν μια επείγουσα **προβληματική κατάσταση** (άστεγοι, χρήστες τοξικών ουσιών, ανασφάλιστοι, προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων κλπ).
- ✓ Ζουν υπό συνθήκες όπου **έχουν αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης άγχους**.

B) Ενδονοσοκομειακό επίπεδο:

- ✓ Βρίσκονται συνήθως **υπό συνθήκες αυξημένου άγχους** λόγω αντιμετώπισης είτε της δικής τους ασθένειας, είτε ατόμου του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, είτε ακόμη και συνθήκες θανάτου.
- ✓ **Χρειάζονται επιτακτικά ψυχολογική υποστήριξη** για την αντιμετώπιση της αρρώστιας από τον ειδικό επαγγελματία Κοινωνικό Λειτουργό - ιδιαίτερα οι περιπτώσεις εκείνες των ασθενών που δεν επιδέχονται θεραπεία και οι χρονίως πάσχοντες, στις οποίες περιπτώσεις ο Κοινωνικός Λειτουργός μέσω των εξειδικευμένων γνώσεων, εμπειριών και πρακτικών του, θα αναπτύξει ειδικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης του προβλήματος και θα κάνει την αρρώστια πιο προσιπή στον ασθενή, δίνοντάς του έτσι τη δυνατότητα ορθολογικής λήψης της κατάλληλης απόφασης.
- ✓ Συνήθως τα προβλήματά των ενδονοσοκομειακών ασθενών έχουν άμεση ανάγκη προσωπικής ενασχόλησης του Κοινωνικού Λειτουργού και **μεμονωμένης αντιμετώπισης της κάθε περίπτωσης**. Για το λόγο αυτό

επιλέγεται συνήθως ως μέθοδος Κοινωνικής Εργασίας η «Κατά περίπτωση Κοινωνική Εργασία – ΚΕΑ (Casework).

- ✓ Συνήθως οι νοσοκομειακοί ασθενείς χρειάζονται υποστήριξη και **αποκατάσταση** και μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο.

☞ Η συνθετότητα των κοινωνικών αυτών αναγκών που υπάγονται στις αρμοδιότητες των Κοινωνικών Υπηρεσιών των Νοσοκομείων κάνει όλο και πιο επιτακτική την ενεργό συμμετοχή των Κοινωνικών Λειτουργών, **ο ρόλος** των οποίων έχει πια αναβαθμιστεί και προσδιορίζεται σε:

- ✓ **συμβουλευτικός** (παρέχοντας συμβουλευτική υποστήριξη)
- ✓ **υποστηρικτικός** (παρέχοντας ψυχολογική και κοινωνική στήριξη)
- ✓ **διαγνωστικός** (αντιμετωπίζοντας τον εξυπηρετούμενο «ολιστικά»)
- ✓ **θεραπευτικός** (συλλέγοντας στοιχεία κοινωνικού ιστορικού)
- ✓ **εκπαιδευτικός** (εκπαιδεύοντας ασκούμενους)
- ✓ **προληπτικός** (παρεμβαίνοντας σε καίριους τομείς της κοινωνικής ζωής)
- ✓ **αναπτυξιακός** (συμμετέχοντας στη χάραξη της Κοινωνικής Πολιτικής και στην ανάπτυξη των σύγχρονων κοινωνικών υπηρεσιών και προγραμμάτων και
- ✓ **σπάνια ερευνητικός** (προγραμματίζοντας εκπαιδευτικά προγράμματα).

☞ Μέσα από όλο αυτό το σύμπλεγμα ρόλων των Νοσοκομειακών Κοινωνικών Λειτουργών επαναπροσδιορίζεται και εξελίσσεται σταδιακά το νομοθετικό πλαίσιο που αφορά στις Κοινωνικές Υπηρεσίες των Νοσοκομείων υιοθετώντας και συμπεριλαμβάνοντας ταυτόχρονα όλες εκείνες τις αλλαγές των Κοινωνικών δομών και την εξέλιξη των κοινωνικών προβλημάτων σε νέες, σύγχρονες, πολυπαραγοντικές και πολυδιάστατες μορφές ψυχοκοινωνικής παθολογίας.

Η ευελιξία αυτή και η προσαρμοστικότητα της Νοσοκομειακής Κοινωνικής Εργασίας ανταποκρίνεται επιτυχώς στην πολυπλοκότητα και στην ιδιομορφία των ιδιαίτερων κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι Νοσοκομειακοί Κοινωνικοί Λειτουργοί, καθώς και στην εκάστοτε μεταβαλλόμενη κοινωνική πραγματικότητα.

- ✚ Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η **Νοσοκομειακή Κοινωνική Εργασία:**
 - Προκαλεί
 - Σχεδιάζει
 - Οργανώνει και
 - Υλοποιεί την κοινωνική αλλαγή.
 - Οι δε στόχοι της συνοψίζονται σε τρεις:
 - ✓ Ανάπτυξη
 - ✓ Πρόληψη
 - ✓ Θεραπεία.

- ✚ Μέσα από την κοινωνική δράση των Κοινωνικών Λειτουργών επισημαίνονται δυσκολίες και προβλήματα που επιδρούν ανασταλτικά στην εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας, τα οποία ανάγονται συνοπτικά:
 - A) στη Διοίκηση
 - B) στην εν γένει Οργάνωση
 - Γ) στη Λειτουργία των Νοσοκομείων, καθώς και
 - Δ) στην έλλειψη κατάλληλων ή επαρκών πηγών βοήθειας από τη Κοινότητα για την πληρέστερη και αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των περιπτώσεων που χρειάζονται βοήθεια.

Τα βασικότερα από αυτά τα προβλήματα επισημαίνονται σε:

- ✓ Υπαγωγή στη Διοικητική Υπηρεσία των Νοσοκομείων έως το έτος 2001.
- ✓ Αριθμός θέσεων Κοινωνικών Λειτουργών δυσανάλογος ως προς τον αριθμό των κλινών.
- ✓ Μη προβλέψιμες θέσεις Κοινωνικών Λειτουργών σε πολλά Νοσοκομεία.
- ✓ Διαφορετική Υπηρεσιακή εξάρτηση ανά Νοσοκομείο.
- ✓ Έντονη Γραφειοκρατία στην επιτέλεση του έργου τους.
- ✓ Συγκρουόμενη επαγγελματική σχέση πελάτη – Κοινωνικού Λειτουργού και του φορέα στον οποίο ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται.
- ✓ Παραγωγή μη μετρήσιμου έργου, όπως εκείνο των Διοικητικών Υπαλλήλων, καθώς πρόκειται για επάγγελμα – λειτούργημα.
- ✓ Το «φακέλωμα» των ασθενών με την τήρηση του Κοινωνικού Ιστορικού σε φακέλους με την συνοπτική αναγραφή λέξεων που χαρακτηρίζουν την

ψυχοκοινωνική διάσταση και απόκλιση της λανθάνουσας κατάστασης, στην οποία βρίσκεται ο εξυπηρετούμενος.

- ✓ Εσφαλμένη γνώμη και άγνοια άλλων ειδικοτήτων περί Κοινωνικής Εργασίας, που την περιορίζει και δεν της δίνει ουσιαστική και ενεργό συμμετοχή στην ολιστική προσέγγιση της υγείας του ασθενούς ή στην Διεπιστημονική Ομάδα Υγείας.
- ✓ Έλλειψη χρηματοδότησης από τον Προϋπολογισμό του εκάστοτε Νοσοκομείου, όπως ορίζεται με την Εγκύκλιο 14/2/1956 «Περί εργασίας των παρά Νοσοκομείους Κοινωνικών Λειτουργιών» και του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας των Νοσοκομειακών Κοινωνικών Υπηρεσιών, σύμφωνα με την οποία προβλέπεται ειδικός Λογαριασμός μέσω του Ταμείου του Νοσοκομείου για την εξυγίανση των βασικών αναγκών που προκύπτουν από την επιτέλεση του έργου των Κοινωνικών Λειτουργιών, που αν και απαραίτητη είναι μη υλοποιήσιμη.
- ✓ Έλλειψη κατάλληλων και επαρκών πηγών βοήθειας από την Κοινότητα για την αποκατάσταση των εξυπηρετούμενων.
- ✓ Δυσκολίες στο συντονισμό και στη συνεργασία μεταξύ των Κοινωνικών Υπηρεσιών του Δημοσίου και του Ιδιωτικού Τομέα σε ότι αφορά στη σχεδίαση και υλοποίηση των επιθυμητών στόχων.
- ✓ Προκατάληψη και έλλειψη εμπιστοσύνης του κοινού σε υπηρεσίες και ειδικούς, κυρίως λόγω έλλειψης ενημέρωσης και άγνοιας για το ρόλο των Κοινωνικών Υπηρεσιών, καθώς επίσης και για λόγους εσωστρέφειας, επιφυλακτικότητας, δυσπιστίας και ενόχλησης για την αντιμετώπιση του ως «κοινωνικές περιπτώσεις».
- ✓ Περιορισμένη έως ανύπαρκτη ανάπτυξη της Κοινωνικής Έρευνας από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς των Νοσοκομείων, κυρίως ως απώρεια της έλλειψης επαρκούς χρόνου των Κοινωνικών Λειτουργιών για την άσκηση του έργου τους σε όλα τα πλαίσια δράσης.

↳ Εν συγκρίσει με τα προβλήματα διοίκησης, οργάνωσης και λειτουργίας, τα προβλήματα που εστιάζονται στις σχέσεις των Νοσοκομειακών Κοινωνικών Υπηρεσιών με την Κοινότητα είναι και τα πλέον δυσεπίλυτα, διότι κατά το ήμισυ εξαρτώνται από λοιπούς φορείς και υπηρεσίες, που άλλοτε κρίνονται ανεπαρκείς, άλλοτε απρόθυμοι, άλλοτε μη ενημερωμένοι και

άλλοτε μη συντονισμένοι για να προβούν σε συνεργασία με τις Νοσοκομειακές Κοινωνικές Υπηρεσίες για την περάτωση προγραμμάτων και των στόχων που θέτουν οι τελευταίες.

☞ Πλέον, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η Νοσοκομειακή Κοινωνική Εργασία διέπεται από τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν το σύγχρονο πολυδιάστατο, εξελικτικό, ανθρωπιστικό, ανθρωποκεντρικό και επιστημονικό ρόλο της μέσα στα πλαίσια των σύγχρονων πολυμορφικών κοινωνικών δομών:

- ✓ **Ύπαρξη πολυπαραγοντικών και σύνθετων κοινωνικών προβλημάτων**, τα οποία διαχωρίζονται σε προβλήματα βιοπορισμού, στα οποία η Κοινωνική Εργασία ανταποκρίνεται με διευκολύνσεις και παροχές και προβλήματα ψυχοκοινωνικά, στα οποία προσφέρει ψυχολογική, συμβουλευτική και παρεμβατική υποστήριξη.
- ✓ **Ολιστικό μοντέλο Ιατρικής πρακτικής**, κατά την άσκηση του οποίου δίνεται έμφαση όχι μόνο στην αντιμετώπιση της ασθένειας, αλλά στην πρόληψη και στην αποκατάσταση των προβλημάτων.
- ✓ **Διεπιστημονική Ομάδα Υγείας**, η οποία αποτελείται από εκπροσώπους όλων των ειδικοτήτων υγείας και προωθεί την ολιστική αντιμετώπιση της υγείας του ασθενούς.
- ✓ **Επαγγελματική σχέση πελάτη - Κοινωνικού Λειτουργού**, ως απαραίτητο μέσο δράσης και εφαρμογής της Κοινωνικής Εργασίας.

☞ Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί αναπτύσσουν έτσι σύνθετες δράσεις και υποστηρικτικές, συμβουλευτικές, διορθωτικές, θεραπευτικές, επανορθωτικές, μεταρρυθμιστικές, προληπτικές και αναπτυξιακές λειτουργίες, ανάλογα με το είδος, τη σοβαρότητα ή την επικινδυνότητα του κοινωνικού προβλήματος που διαχειρίζονται.

☞ Με δεδομένο το αντικείμενο ενασχόλησής της η Κοινωνική Εργασία έχει αναπτύξει **μεθόδους**, οι οποίες υποδεικνύουν συγκεκριμένες διαδικασίες αξιολόγησης και αντιμετώπισης των κοινωνικών προβλημάτων, αποσκοπώντας έτσι στην αύξηση των προσαρμοστικών ικανοτήτων του ατόμου για την αντιμετώπιση των δυσμενών συνθηκών της ζωής, στη σύνδεση του ατόμου με

τις διαθέσιμες πηγές του περιβάλλοντος, στην προαγωγή μιας πιο αποτελεσματικής λειτουργίας των υπηρεσιών και τελικά στην ανάπτυξη και βελτίωση της Κοινωνικής Πολιτικής.

↳ Η χρήση των διαφόρων μεθόδων Κοινωνικής Εργασίας στα Νοσοκομεία δεν γίνεται με την ίδια συχνότητα, λόγω της ιδιαιτερότητας και των συγκεκριμένων αναγκών των περιπτώσεων.

↳ **Συμπερασματικά, ως προς τη χρήση των μεθόδων** στην Νοσοκομειακή Κοινωνική Εργασία διαπιστώνονται τα εξής:

- Η πιο συχνά εφαρμοζόμενη βασική μέθοδος εργασίας των παρά Νοσοκομείους Κοινωνικών Λειτουργιών είναι η κλινική κοινωνική εργασία (ΚΕΑ), μια και ο κάθε ασθενής στο Νοσοκομείο αντιμετωπίζει διαφορετικό πρόβλημα και αποτελεί ξεχωριστή οντότητα με διαφορετικές ψυχοσωματικές και κοινωνικές ανάγκες, καθώς και η Συμβουλευτική σαν μέθοδος υποβοηθητική των βασικών μεθόδων.
- Όσον αφορά στην αποσαφήνιση του ρόλου τους στην άσκηση της Κοινωνικής Εργασίας, οι μέθοδοι ΚΕΑ, ΚΕΟ και Συνέντευξη έχουν μόνο θεραπευτικό ρόλο, η ΚΕΜΟ έχει τόσο θεραπευτικό, όσο και προληπτικό χαρακτήρα, ενώ αντίθετα στην ΚΕΚ και στη Συμβουλευτική ο ρόλος είναι έντονα προληπτικός.
- Στις περισσότερες μεθόδους το βασικό μέσο δράσης του Κοινωνικού Λειτουργού είναι ως επί το πλείστον η ίδια η επαγγελματική σχέση πελάτη-Κοινωνικού Λειτουργού.
- Οι βασικοί **ανασχετικοί παράγοντες** στην εφαρμογή των μεθόδων Κοινωνικής Εργασίας εστιάζονται σε:
 - A) **ανεπαρκείς πηγές βοήθειας από την Κοινότητα**
 - B) **έλλειψη χρόνου των Κοινωνικών Λειτουργιών για την εφαρμογή της έρευνας**, λόγω υπερφόρτωσης του ρόλους τους και της **έλλειψης επαρκούς προσωπικού** για τη στελέχωση των Νοσοκομειακών Κοινωνικών Υπηρεσιών.
- **Επίκεντρο του ενδιαφέροντος όλων ανεξαιρέτως των μεθόδων της Κοινωνικής Εργασίας είναι γενικά ο άνθρωπος.**

- Βασικό σημείο αναφοράς της ΚΕΟ, της ΚΕΜΟ, της ΚΕΚ και της έρευνας είναι ότι και οι τέσσερις μέθοδοι Κοινωνικής Εργασίας εργάζονται με ομάδες στόχου, με διαφορετικό όμως προσανατολισμό η καθεμιά: η ΚΕΜΟ και η ΚΕΟ προσεγγίζουν θέματα δυσλειτουργίας και αντιμετωπίζουν θέματα κοινωνικής παθολογίας, η ΚΕΚ προσπαθεί να λύσει προβλήματα με μέσα της ίδιας της κοινότητας, ενώ η έρευνα αποσκοπεί στον εντοπισμό προβληματικών καταστάσεων και στη διεύρυνση των προγραμμάτων της Κοινωνικής Εργασίας.
- Ενώ η ΚΕΑ και προσανατολίζεται στον «τεμαχισμό των μεμονωμένων περιπτώσεων», οι μέθοδοι ΚΕΟ και ΚΕΚ έχουν σαν στόχο διάφορες πληθυσμιακές ομάδες και η αντιμετώπισή τους είναι σφαιρική.
- Η ΚΕΚ είναι η μόνη μέθοδος εργασίας που επικεντρώνεται κυρίως στην αποστολή και στο στόχο, έχοντας κυρίως προληπτικό χαρακτήρα.
- Η έρευνα είναι η μόνη μέθοδος που είναι σπάνια ή και ανύπαρκτη στα Νοσοκομεία.
- Όλες οι μέθοδοι Κοινωνικής Εργασίας είναι αναπόσπαστα δεμένες μεταξύ τους, αφού για την εφαρμογή της μιας απαιτούνται γνώσεις και πρακτικές των υπολοίπων και τα άτομα είναι μέλη μικρών και μεγάλων ομάδων μέσα στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

8.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΓΝΚ

- ↳ Χρονολογικά η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ εξελίσσεται τόσο κτιριακά, όσο και οργανωτικά και λειτουργικά.
- ↳ Η θέση που καταλαμβάνει στις σημερινές κτιριακές εγκαταστάσεις του ΓΝΚ πρεσβεύουν καίριους σκοπούς λειτουργικότητας, αποδοτικότητας και διευκόλυνσης του πελάτη, όπως:
 - ✓ άμεση πρόσβαση
 - ✓ καλύτερη εξυπηρέτηση
 - ✓ άμεση και επιτακτική ανάγκη παρέμβασης σε ψυχιατρικά περιστατικά
 - ✓ αυξημένη ανάγκη παρέμβασης στη Μαιευτική Μονάδα
 - ✓ άμεση συνεργασία με τη Διεπιστημονική Ομάδα Υγείας και

- ✓ άμεση πρόσβαση στη Διοικητική Υπηρεσία, λόγω μακροχρόνιας ένταξης της σε αυτή.

↳ Στη μακροχρόνια πορεία της η Κοινωνική Εργασία έχει εφαρμόσει άλλοτε παράλληλα και άλλοτε περιστασιακά, όλες σχεδόν τις **μεθόδους** Κοινωνικής Εργασίας, ενώ αντιμετωπίζει τα διάφορα περιστατικά κυρίως περιστασιακά και μεμονωμένα, εφαρμόζοντας κυρίως τις μεθόδους της **ΚΕΑ** και της **Συνέντευξης**.

↳ **Πελάτες** της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ είναι κυρίως:

- ✓ Ηλικιωμένα και προπαντός υπερήλικα άτομα
- ✓ Μοναχικοί
- ✓ ΑΜΕΑ
- ✓ Άτομα με προβλήματα ψυχογενούς αιτιολογίας
- ✓ Άτομα με άμεση ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης
- ✓ Αλλοδαποί
- ✓ Αθίγγανοι
- ✓ Ανασφάλιστοι
- ✓ Άνεργοι
- ✓ Χρόνιοι πάσχοντες
- ✓ Περιπτώσεις εγκατάλειψης νεογνών
- ✓ Περιπτώσεις θανάτων και
- ✓ Άτομα για επίλυση γραφειοκρατικών ζητημάτων.

↳ Τα **προβλήματα** που αντιμετώπισε κατά καιρούς η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ εστιάζονται σε:

α) προβλήματα λειτουργικά:

- ✓ η χρηματοδότηση
- ✓ το ωράριο εργασίας
- ✓ η έλλειψη προϊσταμένου για συναπτά έτη και
- ✓ η δυσπιστία από τη διοίκηση για το ρόλο που διαδραματίζει και τον τρόπο λειτουργίας της.

β) προβλήματα που εστιάζονται στις σχέσεις της Κοινωνικής Υπηρεσίας με την Κοινότητα:

- ✓ δυσπιστία κοινού
- ✓ σύγχυση ρόλου από το κοινό με εκείνον του Υποκαταστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας του νομού Μεσσηνίας.

☞ Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε για το σκοπό της παρούσας μελέτης, αξιολογώντας τα πλήρη απογραφικά στοιχεία του αρχείου της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ, διαπιστώθηκαν συνοπτικά τα εξής:

- ✓ Η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ εξυπηρετεί κυρίως Έλληνες πελάτες, ως επί το πλείστον γυναίκες.
- ✓ Μεγάλο ποσοστό Ελλήνων πελατών είναι αθίγγανοι της φυλής των Rom.
- ✓ Η απόλυτη σχεδόν πλειοψηφία των αλλοδαπών πελατών προέρχονται από τις χώρες της Βαλκανικής χερσονήσου, εκ των οποίων το ήμισυ είναι Αλβανικής Υπηκοότητας.
- ✓ Το έτος 2001 η απόλυτη σχεδόν πλειοψηφία των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων είναι Έλληνες.
- ✓ Η πλειοψηφία των πελατών ανήκει στην παραγωγική- μέση ηλικία μεταξύ 30-64 ετών.
- ✓ Στις νεαρές ηλικίες υπάρχει πολύ μεγάλη πλειοψηφία γυναικών εξυπηρετηθέντων, κυρίως ηλικίας 15-29 ετών, κυρίως αθιγγάνων από τη Γυναικολογική Κλινική, οι οποίες είτε παντρεύονται στην προεφηβική τους ηλικία, είτε είναι αδήλωτες στο Ληξιαρχείο, ενώ η διαφορά του ποσοστού προσέλευσης ανά φύλο εξυπηρετούμενου φθίνει τείνοντας να μηδενιστεί στην Τρίτη ηλικία, γιατί το φύλο δεν επηρεάζει τη μοναχικότητα ή την αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης των υπερηλικών ατόμων.
- ✓ Οι πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ στην πλειοψηφία τους ανήκουν σε χαμηλά οικονομικά στρώματα και προέρχονται κυρίως από αγροτική και εργατική οικογένεια.
- ✓ Τόσο οι οικονομικά ενεργοί, όσο και οι οικονομικά ανενεργοί προέρχονται στην Κοινωνική Υπηρεσία με την ίδια συχνότητα, ενώ τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες είναι κυρίως συνταξιούχοι και άνεργοι.

- ✓ Ένας στους δύο πελάτες είναι ανασφάλιστος, ενώ από τους ασφαλισμένους ένας στους τρεις είναι ασφαλισμένος στον ΟΓΑ.
- ✓ Οι πελάτες που είναι κατά βάσιν άγαμοι είναι περιπτώσεις αποπειρών αυτοκτονίας, χρήστες ουσιών, ΑΜΕΑ, και ασθενείς με Μεσογειακή Αναιμία, ενώ στους έγγαμους συγκαταλέγονται κυρίως ανήλικες αδήλωτες αθίγγανες.
- ✓ Μεγάλη είναι η προσέλευση μοναχικών υπερηλίκων ατόμων με αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης.
- ✓ Η μεγάλη πλειοψηφία των πελατών είναι ασθενείς του ιδίου Νοσοκομείου, παραπεμπθέντες κυρίως από την Γυναικολογική και τις Κλινικές Α΄Π, Β΄Π και Ορθοπεδική.
- ✓ Οι περισσότερες γυναίκες εξυπηρετηθέντες της Κοινωνικής Υπηρεσίας προέρχονται από τη Γυναικολογική Κλινική του ΓΝΚ.
- ✓ Από τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας του νομού Μεσσηνίας παραπέμπονται ελάχιστα περιστατικά στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ, ενώ είναι ο μεγάλος αποδέκτης των περιπτώσεων που η Νοσοκομειακή Κοινωνική Υπηρεσία παραπέμπει.
- ✓ Το ήμισυ του αριθμού των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων έρχεται στην Κοινωνική Υπηρεσία αντιμετωπίζοντας ένα κοινωνικό πρόβλημα, ενώ κατά μέσο όρο αναλογούν περίπου δύο κοινωνικά προβλήματα ανά πελάτη Κοινωνικής Υπηρεσίας.
- ✓ Οι πελάτες της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ αντιμετωπίζουν κυρίως προβλήματα σωματικής υγείας, ιδιαίτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα (κυρίως ΑΜΕΑ, εκτός γάμου κυήσεων και απόπειρες αυτοκτονίας) και προβλήματα μοναχικότητας.
- ✓ Οι συνηθέστερες μέθοδοι παρέμβασης για κοινωνική εργασία από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς του τμήματος είναι η ΚΕΑ, ως βασική και η Συνέντευξη, ως υποβοηθητική μέθοδος.
- ✓ Το βασικό μέσο υλοποίησης των στόχων της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι οι Συνεντεύξεις, ενώ συχνά χρησιμοποιούνται και οι τηλεφωνικές επικοινωνίες με φορείς της Κοινότητας.
- ✓ Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί εργάζονται στην πλειοψηφία των περιπτώσεων λαμβάνοντας το κοινωνικό ιστορικό από τον ίδιο τον ασθενή και λιγότερο με άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος.

- ✓ Για τις περισσότερες περιπτώσεις η παρέμβαση ολοκληρώνεται, είτε με αποκλειστική ευθύνη της Κοινωνικής Υπηρεσίας, είτε με συμμετοχή λοιπών φορέων της Κοινότητας, ενώ για την πλειοψηφία των περιπτώσεων η Κοινωνική Υπηρεσία ολοκληρώνει την παρέμβασή της με δικά της μέσα.
- ✓ Από το συνολικό αριθμό των εξυπηρετηθέντων περιπτώσεων η μεγάλη πλειοψηφία αυτών έκλεισαν με τη συμβολή των Κοινωνικών Λειτουργιών, ενώ μόνο το 27,3% παραπέμπθηκε σε άλλο φορέα για παρακολούθηση, περίθαλψη ή ιδρυματοποίηση.
- ✓ Η απόλυτη σχεδόν πλειοψηφία των περιπτώσεων μετά την παρέμβαση των Κοινωνικών Λειτουργιών του ΓΝΚ, εξελίχθηκε ή ολοκληρώθηκε επιτυχώς ή ικανοποιητικώς.

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η Κοινωνική Εργασία στο ΓΝΚ επιτελείται επιτυχώς σε όλους τους τομείς δράσης της, τόσο στο ενδονοσοκομειακό, όσο και στο εξωνοσοκομειακό επίπεδο και ανταποκρίνεται επιτυχώς στην επίλυση των προβλημάτων των συγκεκριμένων κοινωνικών δομών που λαμβάνουν χώρα σε ολόκληρο το νομό Μεσσηνίας.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί αναπτύσσουν δράσεις, υποστηρικτικές διορθωτικές, θεραπευτικές, προληπτικές και επανορθωτικές λειτουργίες, ανάλογα με το είδος, τη σοβαρότητα και την επικινδυνότητα του εκάστοτε κοινωνικού προβλήματος που διαχειρίζονται.

Ταυτόχρονα, ενδιαφέρονται και προωθούν όχι μόνο την άσκηση κλινικής Κοινωνικής Εργασίας, η οποία αρκείται μόνο στη θεραπεία, αλλά στρέφουν το ενδιαφέρον τους και στην πρόληψη με προγράμματα σε συνεργασία με λοιπούς φορείς της Κοινότητας και στην ενημέρωση του ίδιου του κοινού- εν δυνάμει πελατών της. Έτσι, η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ εδραιώνει το ρόλο της, ως μια επιστήμη δράσης- παρέμβασης, επιδρώντας όχι μόνο στον πελάτη ασθενή που βρίσκεται σε μια λανθάνουσα κατάσταση - μειονεξία, βοηθώντας τον να ξεπεράσει το πρόβλημά του, αλλά ταυτόχρονα επιδρά και στο ίδιο το πρόβλημα και στις επιπτώσεις του τόσο στο άτομο, όσο και στο περιβάλλον του.

Σήμερα, θα μπορούσε να υιοθετηθεί η άποψη ότι η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝΚ εξελίσσεται δυναμικά, ενισχύει τους ρόλους της και τα

προγράμματά της, θέτει νέους στόχους, δραστηριοποιείται, εδραιώνοντας έτσι την παρουσία της, όχι μόνο στο χώρο του Νοσοκομείου, αλλά και έξω από αυτό, στους κόλπους της κοινότητας και ενστερνίζεται προοπτικές αναβάθμισης και επέκτασης του ρόλου της, καταδεικνύοντας έτσι μέσα από τις πολύπλευρες εφαρμογές των μεθόδων της, το σύγχρονο, πολυδιάστατο, ανθρωπιστικό, ανθρωποκεντρικό και επιστημονικό της ρόλο.

8.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η πολυμορφία και η πολυπλοκότητα των σύγχρονων κοινωνικών προβλημάτων, όπως ήδη είναι γνωστό, κάνει όλο και πιο επιτακτική την ανάγκη παρουσίας της Κοινωνικής Εργασίας στις σύγχρονες κοινωνίες. Η Κοινωνική Εργασία σαν μια μορφή οργανωμένης αντιμετώπισης των προβλημάτων ατόμων ή κοινωνικών ομάδων κρίνεται ακόμη πιο αναγκαία στους χώρους ενός Νοσηλευτικού Ιδρύματος, όπου έρχεται καθημερινά αντιμέτωπη με σωρεία κοινωνικών προβλημάτων τόσο των εσωτερικών ασθενών που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας του Νοσοκομείου, όσο και στο εξωνοσοκομειακό επίπεδο αμβλύνοντας τις ανάγκες του πληθυσμού που χρήζει βοήθειας γενικότερα.

Η Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας πετυχαίνει αυτούς τους στόχους της μέσα από την πολυμορφική και πολυδιάστατη ενασχόληση της με τα προβλήματα και τις ανάγκες τόσο των ασθενών όσο και του πληθυσμού του Νομού στο σύνολό του, όντας ευαισθητοποιημένη από τις ιδιαίτερες κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν στο νομό Μεσσηνίας (αυξημένα ποσοστά μοναχικών υπερήλικων ατόμων, αλλοδαποί, αθίγγανοι, αγροτικός πληθυσμός, ανεργία, ΑΜΕΑ, άτομα με Μεσογειακή Αναιμία, κυήσεις εκτός γάμου και φαρμακευτικές απόπειρες αυτοκτονίας).

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί εργάζονται με ζήλο και θέληση, παρακάμπτοντας τις δυσκολίες που συχνά τους επιβάλλει η άκαμπτη και σκληρή γραφειοκρατική δομή του σύγχρονου κράτους – πρόνοιας, οραματιζόμενοι την άμβλυση ή ακόμη και την εξάλειψη των κοινωνικών προβλημάτων και την επανένταξη των Κοινωνικά μειωνεκτούντων στο κοινωνικό σύστημα αξιών που προβάλλει η σύγχρονη κοινωνία.

Για την πληρέστερη και πιο οργανωμένη επίτευξη των σκοπών και στόχων της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι αναγκαίες κάποιες καινοτομίες, οι οποίες θα ενισχύσουν την αποδοτικότητα του τμήματος και θα επισφραγίσουν τόσο τις προσπάθειες των Κοινωνικών Λειτουργών, όσο και τη βούληση της κοινότητας για προσφορά εθελοντικής βοήθειας στο πλευρό τους.

Οι σημαντικότερες προτάσεις αναβάθμισης της Κοινωνικής Υπηρεσίας του ΓΝΚ είναι οι ακόλουθες:

- 1) Χορήγηση μηνιαίου χρηματικού ποσού από τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου** για κάλυψη εκτάκτων αναγκών των ασθενών με μόνιμη ή περιστασιακή οικονομική αδυναμία (μεταφορά, αγορά φαρμάκων κ.λ.π.) το οποίο θα κινείται με ευθύνη των Κοινωνικών Λειτουργών μέσω του ταμείου του Νοσοκομείου), όπως άλλωστε προβλέπεται στις παροχές που οφείλει να εξασφαλίζει το κάθε Νοσοκομείο στο τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας «δια την επιτέλεση του έργου του», στην Εγκύκλιο 14/2/1956 «περί Εργασίας των παρά Νοσοκομείους Κοινωνικών Λειτουργών», καθώς και στον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Περίθαλψη. Μέχρι σήμερα ο Προϋπολογισμός του ΓΝΚ δεν προέβλεψε ποτέ κονδύλιο, και χρήματα ουδέποτε έχουν χορηγηθεί στην Κοινωνική Υπηρεσία, με αποτέλεσμα να μην είναι λίγες οι φορές που οι Κοινωνικοί Λειτουργοί συνδράμουν οι ίδιοι με δική τους ευθύνη ασθενείς που έχουν ανάγκη.
- 2) Στελέχωση του τμήματος με έναν τουλάχιστο Κοινωνικό Λειτουργό ακόμη.** Σύμφωνα με τα Διεθνή Δεδομένα για το Οργανωτικό Πλαίσιο της Κοινωνικής Υπηρεσίας των Νοσοκομείων, αντιστοιχεί 1 Κοινωνικός Λειτουργός ανά 50 κλίνες Γενικού Νοσοκομείου. Με την αύξηση των εγκατεστημένων κλινών του Νοσοκομείου σταδιακά από το έτος 2000, αυξήθηκε σε θεωρητικό επίπεδο η ανάγκη για παρουσία των Κοινωνικών Λειτουργών στους τομείς και στα τμήματα, κάτι που σημαίνει μείωση της δυνατότητας ενασχόλησης των Κοινωνικών Λειτουργών με λοιπές δραστηριότητες (ΚΕΟ, ΚΕΚ, έρευνα, πληροφόρηση κοινότητας κ.λ.π.), λόγω έλλειψης επαρκούς χρόνου και προσωπικού και προωθείται η ενασχόληση τους σταδιακά μόνο με την κατά περίπτωση Κοινωνική Εργασία (ΚΕΑ). Από το έτος 2005 η Υπηρεσία λειτουργεί με τέσσερους Κοινωνικούς Λειτουργούς, κάτι που αμβλύνει το πρόβλημα. Η πλήρης λειτουργία και αποδοτικότητα του εν λόγω τμήματος θα επιτευχθεί με τη στελέχωσή του συνολικά από πέντε Κοινωνικούς Λειτουργούς (251 εγκατ. Κλίνες /50=5 ΚΛ).
- 3) Ευελιξία ωραρίου** των Κοινωνικών Λειτουργών, με παρουσία Κοινωνικού Λειτουργού στην Κοινωνική Υπηρεσία και τις απογευματινές ώρες, για κάλυψη εκτάκτων περιστατικών ώστε να ευνοούνται οι κατ' οίκον επισκέψεις για

καλύτερη εξακρίβωση των συνθηκών διαβίωσης των κοινωνικά μειονεκτούντων και να προωθούνται οι επισκέψεις σε φορείς ιδρυματοποίησης με σκοπό την επίβλεψη των περιπτώσεων μετά τη λήξη της παρέμβασης (*follow – up*).

- 4) **Διαχρονική παρακολούθηση των περιπτώσεων μετά τη λήξη της συνεργασίας (*follow –up* μετά την παρέλευση ενός χρονικού διαστήματος από την ολοκλήρωση της παρέμβασης).** Με τον τρόπο αυτό η Κοινωνική Υπηρεσία θα ενημερώνεται για την επιτυχή ή ικανοποιητική ολοκλήρωση ή αποτυχία της συνεργασίας με τον πελάτη, θα επαναλαμβάνει τη συνεργασία όπου αυτή καθίσταται αναγκαία λόγω επανεμφάνισης των προβλημάτων, αδυναμίας του ατόμου να επανενταχθεί ομαλά στο κοινωνικό του περιβάλλον, αποτυχίας των μέσων υλοποίησης της προοπτικής αυτής ή αδυναμίας ακόμη και έλλειψης ενδιαφέροντος των ιδρυμάτων – ασύλων να προσφέρουν ικανοποιητική βοήθεια στον εξυπηρετούμενο. Έτσι θα εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο υπηρεσιών και διασφάλιση των συμφερόντων του πελάτη σε κάθε περίπτωση.
- 5) **Διεύρυνση του ρόλου των Κοινωνικών Λειτουργών με προώθηση εκείνων των μεθόδων εφαρμογής Κοινωνικής Εργασίας, οι οποίες είναι σχεδόν ανύπαρκτες** όχι μόνο για το ΓΝΚ, αλλά και για το σύνολο των Νοσοκομειακών Κοινωνικών Υπηρεσιών (ΚΕΟ, έρευνα, έρευνα – δράση, πρόληψη) και ενεργοποίηση των δυνάμεων της κοινότητας για ενεργό συμμετοχή στη διαδικασία κοινωνικής επανένταξης των μειονεκτούντων ατόμων και ευαισθητοποίηση για λύση προβλημάτων άμεσα με δικά της μέσα.
- 6) **Επαναλειτουργία της Διεπιστημονικής Ομάδας Υγείας, οριοθετώντας** εξ αρχής τα πλαίσια συνεργασίας των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας για την αποφυγή συγκρούσεων μεταξύ των μελών, με σκοπό την ολιστική αντιμετώπιση του κάθε ασθενούς, σύμφωνα με τον ορισμό της ΠΟΥ για την αντιμετώπιση της ασθένειας στις σύγχρονες κοινωνίες (Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο Υπηρεσιών). Η επιτυχία της Διεπιστημονικής Ομάδας Επαγγελματιών Υγείας στηρίζεται αποκλειστικά στη διασαφήνιση του ρόλου και στην πλήρη γνώση της ειδικής προσφοράς του κάθε μέλους, ώστε ο κάθε επαγγελματίας να σέβεται και να μην αναμειγνύεται σε άλλες εκτός από τη δική του περιοχή δράσης και να αποφεύγονται έτσι συγκρούσεις, παρανοήσεις και όχι ευνοϊκές για συνεργασία και αποτελεσματικότητα συνθήκες, με αποτέλεσμα των διαχωρισμό και την απομόνωση του κάθε μέλους της ομάδας, κατάσταση που

συχνά επιφέρει τον καταταμαχισμό του αρρώστου και της οικογένειας του κατά ειδικότητα.

- 7) Άμεση δημιουργία και λειτουργία κοινωνικών προγραμμάτων σε συνεργασία με τον Κράτος – Πρόνοιας και την κοινότητα,** για να αντιμετωπιστούν ανάγκες που δημιουργούνται από κοινωνικά προβλήματα στους νοσηλευτικούς χώρους όπως π.χ. αποκατάσταση μοναχικών υπερήλικων ατόμων κ.α. Ανασχητικός παράγων αυτού κρίνεται η έλλειψη επαρκούς υλικοτεχνικής υποδομής, (κοινωνικοί ξενώνες, θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, άσυλα κ.λ.π.) στην κοινότητα είτε κρατικής είτε ιδιωτικής πρωτοβουλίας.
- 8) Οργάνωση σεμιναρίων – ημερίδων Κοινωνικής Εργασίας,** σε συνεργασία με φορείς της Κοινότητας και το Νοσοκομείο, με σκοπό την ενημέρωση του πληθυσμού για το ρόλο της Κοινωνικής Υπηρεσίας, τα πλαίσια δράσης της και τη χρησιμότητά της και την ευαισθητοποίηση του στην εθελοντική προσφορά βοήθειας «δια έκαστον πολίτην όταν αυτό κρίνεται αναγκαίον».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ

- 1) Hellen Harris Perlman, Κοινωνική Εργασία με Άτομα, σελ. 19-24, 45-51, 82-92, 100-101, 117.
- 2) Wilson – Ryland, Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, σελ. 77, 91-94
- 3) Γενική Εγκυκλοπαίδεια σύγχρονων γνώσεων «Υδρία – Cambridge – Ηλιος», Εκδόσεις «Τέσσερα Έψιλον», σελ. 4119.
- 4) Δρούμπαλη Φωτίου, Σύγχρονες Μονάδες Υγείας, σελ. 5.7-5.9 και 3.21-3.23.
- 5) Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Κοινωνική Πρόνοια, Πρόγραμμα 83-87, σελ. 17-23, 44-45, 147-151, 170-177.
- 6) Ζωγράφου Αντρέα, Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα – Θεωρία – Πράξη – Προβληματισμοί, Πάτρα 1992, σελ. 41-43, 49-66.
- 7) Ζωγράφου Αντρέα, Ο διπλός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο πλαίσιο των Κοινωνικών Οργανώσεων, σελ. 32-35, 37-45, 86-90.
- 8) Καλλινικάκη Θεανώ, Εισαγωγή στη θεωρία και πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, έκδοση Γ', 1998, ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΕΛΛΗΝ», σελ. 15-25, 43-48, 54-55, 65-69, 95-96, 101-115, 118-157, 198-199.
- 9) Κατσορίδου – Παπαδοπούλου, Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, σελ. 19-25, 33-35, 84, 168.
- 10) Λεξικό Κοινωνικής Επιστήμης, Τόμος Α', σελ. 45.
- 11) Σταθόπουλος, Κοινοτική Εργασία – Θεωρία και Πράξη, σελ. 23-29.
- 12) Χατζηβαρνάβα Εύη, Χανδάκου Γεωργίου, Οικονόμου Αλέξανδρου, Αξιολόγηση Προνοιακού έργου – Σχέδιο Πρωτοβάθμιας Αξιολόγησης Προγραμμάτων και Δραστηριοτήτων των Συνοικιακών Κοινωνικών Κέντρων του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας, Σειρά: Σύγχρονα Προνοιακά Θέματα 1, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», σελ. 35, 48-102.

ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

- 13) Αθανασοπούλου Β., Στεργίου Δ., Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού – Θεωρητική άποψη και πως βιώνεται από τα άτομα που δέχονται την επιρροή αυτού του ρόλου, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών 1991, σελ. 8-10.

- 14) Αρβανιτίδου Ελένη, Κοινωνική Εργασία και Υγεία, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα, 1991, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών 1991,σελ. 59-60, 74-92, 99-100, 103, 121- 140, 160-170, 172-175, 178, 180-182, 195-200, 211.
- 15) Γαρμπή Κατερίνα, Μικρούτσικου Χριστίνα, Πάγγειου Ελένη, Η Κοινωνική Εργασία στην πράξη – Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στις Διευθύνσεις και Τμήματα Κοινωνικής Πρόνοιας, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1990, σελ.5-6.
- 16) Δουκάρου Ουρανία- Καπλάνη Κυριακή – Μαΐπιανού Μαρία, Οργάνωση και Διοίκηση των Δημόσιων Ψυχιατρείων. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα, 1986, σελ. 72-73, 94-112.
- 17) Κανδυλάκη Α, Η Έρευνα στην Κοινωνική Εργασία – Ποιοτική συλλογή και ανάλυση δεδομένων – Σύντομη Προσέγγιση, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, σελ. 151 – 152.
- 18) Κατσιφώτη Φ., Ορφανού Β., Κοινωνική Εργασία με Ομάδες – Θεωρητική Προσέγγιση και περιπτώσιολογική μελέτη, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 1990, σελ. 1-3, 16, 21-23, 78-81, 90.
- 19) Κούκη Β., Η Νοσηλευτική Υπηρεσία του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Καλαμάτας, Πτυχιακή Εργασία, Καλαμάτα, 2000, σελ. 1.2-1.21, 3.21-3.37.
- 20) Κουναλάκη Δ., Κωστοπούλου Ν., Δομή, Οργάνωση και Λειτουργία του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Παίδων Πατρών «Καραμανδάνειο» - Γραφείο Κίνησης, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Καλαμάτας, σελ. 21-105.
- 21) Νικολακοπούλου Αικατερίνη, Έρευνα – Δράση στην ΚΕΚ. Ένας νέος προσανατολισμός στην Εκπαίδευση των Κοινωνικών Λειτουργών, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, 1996, σελ. 7.
- 22) Παπαδόπουλος Δημήτρης, Δομή, Οργάνωση και Λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου Λευκάδος, Πτυχιακή Εργασία, Καλαμάτα 2000, σελ. 98-124.
- 23) Παυλάτου Δήμητρα, Η Κοινωνική Εργασία του χτες και του σήμερα. Η ταυτότητα του επαγγελματία Κοινωνικού Λειτουργού της Πάτρας, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα, 1995, σελ. 6-13.
- 24) Τζαβέλας Παναγιώτης, Κοινωνική Εργασία – Προοπτικές Κοινωνικής Αλλαγής (Συνθήκες άσκησης του επαγγέλματος στην πόλη των Ιωαννίνων), Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 1990, σελ. 11, 17-18.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- 25) Bergan, η πολιτική των κοινωνικών υπηρεσιών και οι κοινωνικοί δείκτες, περ. «Εκλογή», 1991, σελ. 3-4,8.
- 26) Lacey Ron, Τα ανθρώπινα δικαιώματα στην Κοινωνική Εργασία, περ. «Εκλογή» Οκτώβρης – Νοέμβρης – Δεκέμβρης 1987, τεύχος 75, σελ. 163-176.
- 27) Ασημακοπούλου – Ζάρναρη Όλγα, Το Κράτος – Πρόνοιας και η Κοινωνική Εργασία, περ. «Εκλογή», 1984, σελ.3-6.
- 28) Βάγια Χ., Ζάρναρη Όλγα, Κουσιδου, Δημοπούλου – Λαγωνίκα, Αντικείμενο της Κοινωνικής Εργασίας, Υπόμνημα, περ. «Εκλογή», 1982, σελ. 8.
- 29) Δημητρόπουλος Ευστάθιος., Η Συμβουλευτική ως λειτουργία συνδετική των θεσμών επικούρησης του ασθενή, περ. «Κοινωνική Εργασία», 1992, τεύχος 27, σελ. 201.
- 30) Δημοπούλου – Λαγωνίκα Μ., Συμβουλευτική σε Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες, περ. «Κοινωνική Εργασία», 1992, τεύχος 27, σελ. 167-173.
- 31) Δουμίδη – Καραμόσχογλου Δ., Συμβουλευτική σε Ιατροκοινωνικές υπηρεσίες, περ. «Κοινωνική Εργασία», 1992, τεύχος 27, σελ. 175-177.
- 32) Ζαϊμάκης Γ., Νεότερη σκέψη και Μετανεωτερικότητα: Από τη μοντέρνα στη μεταμοντέρνα Κοινωνική Εργασία, περ. «Κοινωνική Εργασία», τεύχος 53, 1999, σελ. 241-256.
- 33) Ζωγράφου Ανδρέα, Ο κοινωνικός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας, περ. «Κοινωνική Εργασία», τεύχος 16, 1989, σελ. 173, 202-204.
- 34) Ιατρίδης Δημήτρης, Κοινωνική Εργασία και Υγεία, περ. «Εκλογή», 1989, τεύχος 14,σελ. 71-87.
- 35) Καλούτση Ασπασία, Σύγχρονα προγράμματα κοινωνικών Υπηρεσιών: Αρχές – έννοιες, αναφορά στον ελληνικό χώρο, περ. «Εκλογή», Αύγουστος 1982, σελ. 75-77.
- 36) Καλούτση Ασπασία, Η αυτογνωσία κα ο αυτοέλεγχος: Η αναγκαιότητα και η χρησιμότητά του για τον Κοινωνικό Λειτουργό, περ. «Εκλογή», Απρίλιος 1983,σελ. 3-7.
- 37) Καλούτση Ασπασία, Η Κοινωνική Εργασία στο χώρο της Παιδοψυχιατρικής, περ. «Κοινωνική Εργασία», τεύχος 15, 1989, σελ. 20-25.

- 38) Κανδηλάκη Αγάπη, Η έρευνα στην Κοινωνική Εργασία – Ποιοτική συλλογή και ανάλυση δεδομένων – Σύντομη Προσέγγιση, περ. «Κοινωνική Εργασία», τεύχος 47, σελ. 151-156.
- 39) Κανταράκια Α., Η Κοινωνική Εργασία στον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου, περ. «Εκλογή», 1991, σελ. 246-262.
- 40) Κανταράκια Α, Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου, περ. «Κοινωνική Εργασία», τεύχος 12, 1988, σελ. 19-23.
- 41) Λαγού Σ., Παπαδοπούλου Μ., Κοινωνική Εργασία με περιπτώσεις θανάτου, περ. «Εκλογή», 1991, σελ. 161-171.
- 42) Πανταζάκας Παντελής – Μέντης Μανόλης, Η κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας – Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, περ. «Κοινωνική Εργασία», τεύχος 66, 2002, σελ. 97-112.
- 43) Παπαθεοφίλου Έλλης, Ο επόπτης στο διπλό ρόλο του διοικητικού και του επαγγελματία Κοινωνικού Λειτουργού, περ. «Εκλογή», Αύγουστος 1985, σελ. 72-83.
- 44) Πόθου Μήνινα, Κοινωνική Θεώρηση των κοινωνικών προβλημάτων, περ. «Εκλογή», Αύγουστος 1982, σελ. 104 – 107.
- 45) Στάδια Λήψης αποφάσεων του ΚΛ Νοσοκομείου, περ. «Εκλογή», 1986, σελ. 91.

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ

- 46) Βεζυράκης, Πρακτικά διήμερου Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικής Εργασία, 13-14/12/1996.
- 47) Γιαννουλάτος Πέτρος, Πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα 1985, σελ. 220,280-281.
- 48) Γιδοπούλου Κούλα, Πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα, 1985, σελ.275-276.
- 49) Δράκου, Πρακτικά Διήμερου Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, Έκδοση: ΣΚΛΕ, Αθήνα 13-14 Δεκεμβρίου 1996, σελ. 90.
- 50) Εξακουσιτίδου Φεβρωνία, Πρακτικά Διήμερου Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, 13-14/12/1996, σελ. 63-67.

- 51) Μιχοπούλου, Πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα 1985, σελ. 282 – 284.
- 52) Μουζακίτης Χρήστος, Πρακτικά Διήμερου Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, 13-14/12/1996, σελ. 22-28.
- 53) Πρακτικά Συνάντησης Κοινωνικών Λειτουργών Νοσοκομείων 23/7/1987.

ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ – ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ

- 54) Εγκύκλιος Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας 14/2/1956 «Περί εργασίας των παρά Νοσοκομείους Κοινωνικών Λειτουργών».
- 55) Εισηγήσις 7-6-1957 «Περί Οργανώσεως Γραφείου Κοινωνικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου».
- 56) Ν 2592/1953 «Περί Οργανώσεως της Ιατρικής αντιλήψεως (ΦΕΚ 254/Α/53).
- 57) Εισηγήση ΕΠΣΚΕ για τα επαγγελματικά δικαιώματα των Κοινωνικών Λειτουργών, περ. «Εκλογή», Οκτώβριος – Νοέμβριος – Δεκέμβριος, 1986ΣΕΛ. 120-121.
- 58) Κοινοποίηση 31/5/1991 περί «Ανάπτυξης και προαγωγής της Κοινωνικής Εργασίας στο Νοσοκομειακό πλαίσιο», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Διεύθυνση Κοινωνικής Εργασίας και επαγγελματών Κοινωνικής Πρόνοιας.
- 59) Ν.Δ. 4018, ΦΕΚ 12/11/59, τεύχος α', Φύλλο 247, «Περί του θεσμού των Κοινωνικών Λειτουργών».
- 60) ΒΔ 690/1961, ΦΕΚ 163/1961 «Περί ασκήσεως επαγγέλματος των Κοινωνικών Λειτουργών».
- 61) Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Κοινωνικών Υπηρεσιών στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψη.
- 62) Π.Δ. υπ' αρ. 891, ΦΕΚ7/12/78, τεύχος α', Φύλλο 213, «Περί καθορισμού αντικειμένου εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών».
- 63) Έκθεση Επιτροπής Καθορισμού δραστηριοτήτων των Κοινωνικών Λειτουργών που υπηρετούν σε Κοινωνικές Υπηρεσίες Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, Αθήνα 10/11/1980.
- 64) Ν 1397/1983 «Εθνικό σύστημα Υγείας».
- 65) Α3β/οικ. 141β1/30-9-86 (ΦΕΚ 634/30-9-86/τ.β.) «Σκοπός Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας».

- 66) Π.Δ. 87/86 (ΦΕΚ 32/27-3-86/τ.ά) «Περί καθορισμού των πλαισίων δράσης της Κοινωνικής Εργασίας ενός Νοσοκομείου».
- 67) Οργανόγραμμα Γ. Νοσοκομείου Καλαμάτας.
- 68) Π.Δ. 23/26.1.1989 (ΦΕΚ 23, τεύχος Α), «Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των αποφοίτων των τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας των Τ.Ε.Ι.»
- 69) Π.Δ. 23/1992 « περί ασκήσεως του επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού».
- 70) Νομοθετικές Διατάξεις «Περί Κοινωνικής Εργασίας» - ΣΚΛΕ.
- 71) Ν 2889 (ΦΕΚ. 2/3/2001, Φύλλο 37), «Περί βελτίωσης και Εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας».

ΕΡΕΥΝΑ

- 72) Δράκου Ι., Δεδούση Α., Γεωργούση Ε., Κουριόπουλου Γ., Αλτάνη Π., Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στην Ελλάδα – Χαρακτηριστικά, Παρεχόμενες Υπηρεσίες, Ικανοποίηση από το επάγγελμα και προτάσεις αναβάθμισης του, Έρευνα Τομέα Οικονομικών και Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, περ. «Επιθεώρηση Υγείας», Νοέμβριος – Δεκέμβριος 1997, σελ. 29-36.
- 73) Δρίτσα Σ., Χατζηγεωργίου Γ.Μ., Φωτιάδου Α., Γούλα Σ., Χαλχιαδάκη Δ., Δήμα Ε., Ακάσογλου Α., Κεχαγιόγλου Κ., απόψεις Νοσηλευομένων και Αξιολόγηση των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας στο Γενικό Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο – Μπενάκειο» του Ε.Ε.Σ., Γ' Παθολογικό Τμήμα και Κοινωνική Υπηρεσία Νοσοκομείου «Κοργιαλένιο – Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., σελ. 123-127.

ΛΟΙΠΑ

- 74) Στατιστικά Στοιχεία Απογραφής 1991 και 2001 από Στατιστική Υπηρεσία της Νομαρχίας του Νομού Μεσσηνίας.
- 75) Χάρτης Γεωγραφικός, Τμήμα Αστικής Συγκοινωνίας Ν. Μεσσηνίας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄:

**ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ «ΠΕΡΙ
ΤΗΣ ΠΑΡΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΙΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ».**

Π.Θ. Πρωτ. Ο.Α. 901

αριθμ. 106/11/11/56

Κ. Ν. Νο 6/11/56

Π Ρ Ο Γ Ρ Α Μ Μ Α

Ἔργασιας τῶν παρὰ Νοσοκομείοις Κοινωνικῶν
Λειτουργῶν

Ἡ Κοινωνικὴ Ἔργασια παρὰ Νοσοκομείοις ἀποσκοπεῖ εἰς τὴν
λέτην τοῦ ἀσθενοῦς καὶ τῆς κοινωνικῆς αὐτοῦ θέσεως ὥστε τὸ
ιοτημονικὸν προσωπικὸν τοῦ Νοσοκομείου νὰ ἀρθεῖται ἐκ ταύτης
ντὰ τὰ ἀτομικὰ στοιχεῖα τὰ ἀναγόμενα εἰς τοὺς Κοινωνικοὺς
συναίσθηματικούς παράγοντας οἱ ὁποῖοι ἐπηρεάζουν ἢ καὶ
πρεάζονται ἀπὸ τὴν πάθεισιν τοῦ ἀσθενοῦς καὶ συντελεῖ ὥστε
ἐγκληματισθῇ οὗτος πρὸς τὴν πάθεισιν του καὶ νὰ ἐπωφεληθῇ ἀπὸ
ν παρεχομένην αὐτῷ ἰατρικὴν καὶ κοινωνικὴν ὑπηρεσίαν.

Διὰ τῆς Κοινωνικῆς Ἔργασιας ἐπὶ περιπτώσεων ἀσθενῶν ἢ μελῶν
οἰκογενείας του παρέχεται εἰς τὸν ἀσθενῆ ἢ εὐχέρεια νὰ
τανοήσῃ τὰς ἀνάγκας του καὶ νὰ χρησιμοκοιῇ τὰς ἰκανότητάς του
ὄς τακτοποίησιν τῶν ἀπασχολούντων αὐτὸν προβλημάτων.

Ἡ Κοινωνικὴ Ἔργασια παρὰ Νοσοκομείοις συντελεῖται παρὰ τῶν
κοινωνικῶν Λειτουργῶν.

Ἔργον τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν τούτων εἶναι νὰ ἐπιλαμβάνονται
τῶν περιπτώσεων τῶν ἀσθενῶν εἴτε αὐταὶ ὑποπίπτουσιν ἀμέσως
εἰς τὴν ἀντέληψίν των, εἴτε ὑποδεικνύονται παρὰ τῆς ὑπηρεσίας
τοῦ Νοσοκομείου, εἴτε τίθενται ὑπ' ὄψιν αὐτῶν παρὰ αὐτοῦ
τούτου τοῦ ἀσθενοῦς ἢ τῶν συγγενῶν αὐτοῦ ἢ καὶ ἄλλοθεν.
τοῦ ἐν πάσῃ λεπτομερεῖα ἱστορικοῦ τοῦ ἀσθενοῦς πρὸς ὑπο-
βοήθεισιν τοῦ ἔργου τοῦ ἰατροῦ ὅσον ἀφορᾷ τὴν διάγνωσιν
τῆς Νόσου.

τῶν οἰκογενειακῶν προβλημάτων τῶν ἀπασχολούντων τὸν ἀσθενῆ
καὶ ἐπηρεαζόντων δυσμενῶς τὰ ἀποτελέσματα, τῆς ἐπ' αὐτοῦ
ἐφαρμοζομένης θεραπείας.

τῶν οἰκονομικῶν προβλημάτων τῶν ὁμῶν ἀναγκῶν τῆς οἰκογενείας
τῆς παροχῆς διευκολύνσεων διὰ τὴν μεταφορὰν τοῦ ἀσθενοῦς
ἀπὸ θεραπευτηρίου εἰς ἕτερον ἢ κατὰ τὴν ὀριστικὴν ἐξορῶν του.
τῶν ψυχολογικῶν προβλημάτων-φόβος ἐγχειρίσεως-ἀνησυχία

- δι'άναπηράν - άνησυχία δι'έργασίαν μετά τήν ίασιν κ.λ.π.
- στ) τής μερίμνης δι'είσοαγωγήν εις ειδικόν θεραπευτήριον του άσθενους μετά τήν κλινικήν θεραπείαν του έφ'δσον συντρέχει τοιαύτη άνάγκη.
 - ζ) τής παρακολουθήσεως του άσθενους μετά τήν τελικήν έξοδόν του εκ του νοσηλευτικού ίδρύματος.
 - η) τής μερίμνης διά τήν επαγγελματικήν άναπροσαρμογήν άναλόγως προς τās ύφιοταρένας προς έργασίαν ίκανότητος του ύποστάντος τήν θεραπείαν.

Μέθοδος Έργασίας Κοινωνικῶν Λειτουργῶν.

Ἡ Κοινωνική Λειτουργός έπιτελεῖ τό έργον της διά:

- α) συνεντεύξεων μετά τῶν άσθενῶν εις τόν θάλαμον ή εις τό γραφεῖον της.
- β) συνεντεύξεων μετά τῶν συγγενῶν του άσθενους κατ'οἶκον ή εις τό γραφεῖον της.
- γ) συμμετοχῆς εις τās έπισκέψεις παρά τῶν καθηγητῶν ή έπιμελητῶν τῶν άσθενῶν τουλάχιστον δὲς τής έβδομῆδος.
- δ) έπισκέψεων εις ύπηρεσίας ή οργανισμούς καί δημιουργία μετά τούτων έπωφελοῦς συνεργασίας προς επίλυσιν παρουσιαζομένων έκάστοτε προβλημάτων εις περιπτώσεις ἄς χειρίζεται.
- ε) τηλεφωνικῶν έπικοινωνιῶν άναλόγως τῶν παρουσιαζομένων έπειγουσῶν άναγκῶν προς επίτευξιν του παρ'αύτης έπιδιωκόμενου σκοποῦ.
- στ) τηρήσεως φακέλλου δι'έκάστην περιπτωσιν άσθενους.
- ζ) τηρήσεως ίδιαιτέρου πρωτοκόλλου τής παρ'αύτης διεξαγομένης άλληλογραφίας.

Ἐπί πάντων τῶν άνωτέρω παρά τής Κοινωνικῆς Λειτουργοῦ θά τηρεῖται τό άπολύτως καί άυστηρῶς άπόρρητον. Πληροφορία θά έπιτρέπεται νά δίδονται εις τόν παρακολουθοῦντα Ιατρόν καί τήν προϊσταμένην άδελφήν έφ'δσον αὐται θά θεωρῶνται άναγκαῖαι διά τήν θεραπευτικήν μεταχείρισιν του άσθενους.

- η) τηρήσεως στατιστικῶν στοιχείων-κατά τό άποσταλησόμενον ύπόδειγμα-ύποβαλλομένων μηνιαίων μετά περιληπτικῆς έκθέσεως έργασίας εις τό Ἰπουργεῖον καί τήν Τομεάρχην.

προσωπικού του Νοσοκομείου κατά τας όποιες θα παρέχη ως υπηρεσίας της βάσει των παρ'αύτης συγκεντρωθέντων στοιχείων επί των κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων των έπηρεαζόντων την κατάσταση του άσθενους.

Ανάγκαι Κοινωνικής Λειτουργού.

Πρός διευκόλυνσιν της Κοινωνικής Λειτουργού διά την εκτέλεσιν της υπηρεσίας της παρ'ω είναι τοποθετημένη Νοσοκομείον θά παρέχη αυτή:

- α) Ίδιαίτερον Γραφεΐον λόγω της ειδικής και έμπιστευτικής άποστολής
- β) την άπαραίτητον γραφικήν ύλην και σύστημα τηρήσεως φακέλλων κατά τας έκάστοτε ύποδείξεις της παρά τω Ύπουργείω Κοινωνικής Προνοίας Έπιτροπής Παιδικής Προστασίας και Κοινωνικής Έργασίας.
- γ) τηλεφωνικήν συσκευήν εις τό Γραφεΐον της
- δ) συσσίτιον έκ του και εις τούς Ιατρούς παρεχομένου καθ'ας ημέρας ή υπηρεσία της επιβάλλει την εις τό Νοσοκομείον παραμονήν της.
- ε) χρηματικόν ποσόν μέχρι δραχμών τριακοσίων(300)έπί άποδόσει λογ/σμού δι' έκτάκτους ανάγκας των άσθενών(μεταφοράς, άγοράς φαρμάκων κ.λ.π.)και έφ'όσον ή Κοινωνική Λειτουργός δέν επέτυχε την άλλοθεν εξασφάλισίν των.

Η Κοινωνική Λειτουργός δέν ύποχρεούται να ύπογράψη εις τό βιβλίον παρουσίας τηρεΐ όμως λεπτομερές φύλλον ήμερησίας κινήσεως έλεγχόμενον παρά της Τομαρχου και τιθέμενον ύπ'όψιν του Διευθυντου του Νοσοκομείου όσάκις ήθελε ζητήση τουτο.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Π. ΛΕΒΑΝΤΗΣ

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Γ. ΚΑΤΣΑΦΑΔΟΣ

ΚΟΙΝ/ΣΙΣ

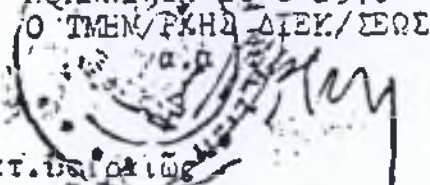
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟΝ
Ο ΤΜΗΜΑΤΑΡΧΗΣ ΔΙΕΚ/ΣΕΩΣ

α.α

Μ. ΖΣΡΒΟΥΔΑΚΗ

- 1) Γεν. Δ/νοισιν Ύγεινής
- 2) Δ/νοισιν Ε.Ο.Π.Σ.
- 3) Γραφ. Δ. Αλεξανδράκη
- 4) Νοσοκομεία
- 5) Μαιευτήριον "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ"
- 6) "Νέας Ίωνίας"
- 7) Κρατικόν Πειραιώς
- 8) Σανατόριον "ΕΣΤΗΡΙΑ"
- 9) Βαρυμποκιάτου/Τομαρχης
Μαιευτήριον ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ
- 10) Μαρ. Θεοδωρουπεδίκου-Κοιν. Λειτουργός
Νοσ. Ν. Ίωνίας
- 11) Ναυσ. Πρωτόπακα-Κοιν. Λειτουργός-Νοσ. Κρατ. Πειραιώς
- 12) Μαρ. Μαλιχούτη Κοιν. Λειτουργός-Κρατ. Πειραιώς
- 13) Κλεοπ. Ραπτοπούλου Κοιν. Λειτουργός "ΕΣΤΗΡΙΑ"

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΝ ΚΟΙΝ. ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. ΖΙ/42765
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟΝ
ΠΡΟΣ ΧΡΗΣΙΝ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΑΘΗΝΑΙ, ΤΗ 26-8-1970
Ο ΤΜΗΜ/ΡΧΗΣ ΔΙΕΚ/ΣΕΩΣ



Αρ. Πρωτ. Ο 6486

Πύρος

Τά Νοσηλευτικά Ἰδρύματα

" Ὀργάνωσις Γραφείου Κοιν. Ὑπηρεσίας Νοσοκομείου . - "

Ἐν συνεχείᾳ τῆς ὑπ' ἀριθμ. Ο. Α. 901 τῆς 14.2.1956 ἐγκυκλίου ἡμῶν, ὀρίζομεν καί τὰ κάτωθι ὡς πρὸς τὴν Ὀργάνωσιν τοῦ Γραφείου Κοινωνικῆς Ὑπηρεσίας Νοσοκομείων. -

Παρ' ἑκάστῳ γραφείῳ Κοινωνικῆς Ὑπηρεσίας, δέον ἀπαραιτήτως νὰ τηρῶνται τὰ κάτωθι στοιχεῖα :

- α) Ἀτομικαὶ καρτέλλαι ἐπέχουσαι θέσιν μητρώου - πρωτοκόλλου. ✓
- β) Καρτέλλαι εὐρετηρίου ✓
- γ) Φάκελλοι περιπτώσεων ✓
- δ) Φάκελλοι εἰσερχομένων καὶ ἐξερχομένων ἐγγράφων γενικῆς φύσεως, μὴ ἀφορώντων συγκεκριμένην περίπτωσιν. -
- ε) Τριμηνιαία ἐκθέσεις μετὰ τριμηνιαίου στατιστικοῦ δελτίου. -

Τὰ στοιχεῖα ταῦτα δέον νὰ τηρῶνται ὡς ἑξῆς :

Α. - Ἀτομικαὶ καρτέλλαι μητρώου - πρωτοκόλλου

Δι' ἑκάστην περίπτωσιν ἣτις θ' ἀπασχολῆσθαι τὸ γραφεῖον Κοινωνικῆς Ὑπηρεσίας, δέον νὰ συμπληροῦνται μίᾳ καρτέλλᾳ διηρημένα εἰς δύο μέρη.

Τὸ ἄνω μέρος τῆ ἑποῖον θὰ περιλαμβάνῃ :

- 1) Τὸ ὀνοματεπώνυμόν τοῦ ἀσθενοῦς
- 2) Τὸ ὄνομα τοῦ πατρὸς τοῦτου
- 3) Τὸν ἀξίοντα ἀριθμόν μητρώου τιθέμενον κατὰ σειρὰν ἐμφανιζομένης περιπτώσεως.
- 4) Ἡμερομηνίαν καὶ τόπον γεννήσεως τοῦ ἀσθενοῦς
- 5) Τὴν ἰδιότητα τοῦτου (ἐγγαμος, ἄγαμος, κ. λ. π.) σημειουμένην δι' ὑπογραμμίσεως τῆς εἰκείας ἐνδείξεως.
- 6) Διευθύνσις κατοικίας ἀσθενοῦς
- 7) Κατηγορίᾳ (ἀπρῶτος ἢ μή)
- 8) Ἀσφάλισις παρ' εἰδικοῦ Ταμείου καὶ ποίου
- 9) Ὀνοματεπώνυμόν πλησιεστέρου συγγενοῦς μετὰ τῆς πλήρους διευθύνσεώς του καὶ τοῦ τυχόν ἀριθμοῦ τηλεφώνου του ἢ τοῦ ἀριθμοῦ τηλεφώνου, δι' οὗ δύναται νὰ ἐπικοινωνήσῃ μετ' αὐτοῦ ἡ Κοινωνικὴ Λειτουργίς.
- 10) Τὸ ἐπάγγελμα τῆς ἀσθενοῦς
- 11) Τὸ ὄνομα τοῦ ἐργοδότη
- 12) Τὴν νόσον ἀπὸ τὴν ὁποίαν πάσχει ἢ τὴν αἰτίαν δι' ἣν εἰσῆχθη
- 13) Τὴν κλινικὴν καὶ τὸν θάλαμον εἰς ὃν νοσηλεύεται
- 14) Τὴν ὑπηρεσίαν ἢ τὸ ὄνομα τοῦ παραπέμψαντος τὸν ἀσθενῆ εἰς τὸ γραφεῖον τῆς Κοιν. Ὑπηρεσίας καὶ
- 15) Τὴν χρονολογίαν εἰσαγωγῆς καὶ ἐξόδου τοῦ ἀσθενοῦς ἐκ τοῦ Νοσοκομείου

Τὸ δεύτερον μέρος (πρωτοκόλλου) διαιρεῖται εἰς τὰς κάτωθι ἐπτά στήλας :

- 1) ἀξ. ἀριθμ., ὃν θὰ λαμβάνῃ ἑκάστον εἰσερχόμενον ἐγγράφον σχετικόν πρὸς τὴν περίπτωσιν.
- 2) ἀριθμὸς πρωτοκόλλου τοῦ εἰσερχομένου ἐγγράφου.
- 3) ἡμερομηνία λήψεως τοῦ ἐγγράφου
- 4) πρὸς ἐλευσίαν τοῦ ἐγγράφου (τόπος, ἀρχή, ὀργάνωσις, ἄτομον κ. λ. κ.)
- 5) περίληψις τοῦ εἰσερχομένου ἐγγράφου

- 6) Περιλήψεις της δαπάνης και ημερομηνία αυτής, εις τὸ σχέδιον τοῦ ἐξερχομένου ἔγγραφου παρὰ τὸν αὐξοῦν ἀριθμὸν πρωτοκόλλου θὰ ἀναγράφεται καὶ ὁ ἀριθμὸς μητρώου.
- 7) θὰ ἐπαναλαμβάνεται πρὸς εὐχερεστέραν ἀνέυρεσιν τὸ ὄνομα τῆς Κοιν. Λειτουργοῦ τῆς συντάξεως τὴν ἐκθεσὶν ἢ τὸ δελτίον παρακολουθήσεως.
- Β. Καρτέλλαι εὐρετηρίου

Αἱ καρτέλλαι αὗται δεόν νά εἶνε τακτοποιημένοι λεξιγραφικῶς διδ-
τι ἐπέχουσι θέσιν εὐρετηρίου, εἰς ἐκάστην δὲ καρτέλλαν θὰ ἀναγ-
τὸ ὀνοματεπώνυμον τοῦ ἀσθενοῦς, τὸ ὄνομα τοῦ πατρὸς καὶ ὁ ἀριθμὸς μη-
τρώου.

Γ. Φάκελλοι περιπτώσεων.

Δι' ἐκάστην περίπτωσιν καταρτίζεται καὶ εἰς φάκελλοι, ὅστις δεόν
νά περιέχη ἀπαραιτήτως τὰ ἑξῆς στοιχεῖα :

- 1) Ἐκθεσὶν κοινωνικῆς ἐρεῦνης —
- 2) δελτία παρακολουθήσεως μετὰ τὴν ημερομηνίαν ἐκάστης ἐνεργείας σχετι-
κῶς πρὸς τὸν ἀσθενῆ. —
- 3) Τὰ ἀφορῶντα τὸ ἄτομον εἰσερχόμενα ἔγγραφα, ὡς καὶ ἀντίγραφο τῶν 'π'
αὐτῶν γενομένων ἀπαντήσεων καὶ γενικῶς ἀπάντων τῶν σχετικῶν ἔγγράφων
τῶν ἀφορῶντων τὴν περίπτωσιν.
- 4) Στατιστικὸν δελτίον τῶν διὰ τὸν ἀσθενῆ γενομένων ἐνεργειῶν.

Δ. Φάκελλοι εἰσερχομένων καὶ ἐξερχομένων ἔγγραφων γενικῆς ἀλληλογραφίας

Εἰς τοὺς φακέλλους τούτους δεόν νά τακτοποιεῖνται ὅλα τὰ γενικῆς
φύσεως ἔγγραφα τὰ μὴ ἀφορῶντα εἰς συγκεκριμένην περίπτωσιν. Διὰ τὴν κα-
ταχώρησιν τούτων θὰ χρησιμοποιεῖται τὸ δεῦτερον πρωτόκολλον τῶν ἐν-
χρήσει καρτελλῶν. Εἰς ταύτας ἀντὶ τοῦ ἀριθμοῦ μητρώου (ἄνω μέρος) θὰ ἀ-
ναγράφεται παρὰ τῆς Κοιν. Λειτουργοῦ ἢ φράσις "Γενικὴ ἀλληλογραφία" —

Ε. Τριμηνιαία ἔκθεσις. Στατιστικὸν δελτίον.

Ἀνά τριμῆνον δεόν νά συντάσσεται σχετικὴ ἔκθεσις μετὰ τοῦ οἰ-
κείου στατιστικοῦ δελτίου καταρτιζομένου βάσει στοιχείων λαμβανομένων
ἐκ τοῦ ἀτομικοῦ δελτίου ἐκάστου ἀσθενοῦς. Τὸ τριμηνιαῖον τούτο δελτίον
μετὰ τῆς οικείας ἐκθέσεως θὰ ὑποβάλλονται διὰ τοῦ Δ/ντοῦ τοῦ Ἰορ-
μάτος. α) εἰς τὸ Ὑπουργεῖον Κοιν. Προνοίας Δ/οῖς Ε.Ο. Ι.Σ.Ι., β) εἰς τὸ Ὑ-
πουργεῖον Κοιν. Προνοίας Δ/οῖν Κροθ. Ἰδρυμάτων καὶ γ) εἰς τὸ Εὐρωπαϊκὸν
Συμβούλιον τοῦ Ἰορμάτος. —

Ἐπισημαίνεται τὴν παρουσίαν ὑπὸ δείγμα 1) ἀτομικῆς καρτέλλας (πρῶτου
πρωτοκόλλου 2) καρτέλλας εὐρετηρίου γ) ἀτομικοῦ στατιστικοῦ δελτίου καὶ
δ) τριμηνιαίου στατιστικοῦ δελτίου.

Ἐπισημαίνεται τὴν προσοχὴν ὑμῶν ἐπὶ τῆς ἀκριβοῦς τηρήσεως τῆς παρού-
σης. Ἐπίσης παραγγέλλομεν ὅπως αἱ Κοιν. Λειτουργοὶ κατὰ τὴν ἑξῆς τῆς ὑ-
πηρεσίας τῶν ἐντὸς τοῦ Νοσοκομείου φέρωσιν λεσκήν πλοῦσαν.

Ὁ παρ' ἡμῖν Διευθυντὴς Νοσηλευτικῶν Ἰδρυμάτων μετὰ τῆς Ἐπισημο-
νικῆς Συμβούλου δίδος Χ. Αλεξανδράκη θὰ παρακολουθῶσι τὴν ἐν γένει λει-
τουργίαν τῶν Κοιν. Υπηρεσιῶν τῶν Νοσηλευτικῶν Ἰδρυμάτων.

Τὰ Νοσηλευτικὰ Ἰδρύματα θὰ μεριμνήσωσιν ὅπως τὰ παρ' αὐταῖς Πραφ-
φεῖα Κοινωνικῆς Ὑπηρεσίας ἐφοδιασθῶσιν τὸ ταχύτερον διὰ τῶν ἀνωτέρω ἐν-
τύπων καὶ τῆς ἀπαραιτήτου ἐκδοτοῦ γραφικῆς ἑλπίδος. —

Η ΥΠΟΥΡΓΟΣ
Δ. Π. ΤΣΑΛΔΑΡΗ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΙΣ

- 1) κ. Ἡλ. Παυρουλίδην
Δ/ντὴν Κροθ. Ἰδρυμάτων
- 2) Δίδο Χ. Αλεξανδράκη
Ἐπιστημ. Σύμβουλον
- 3) Βασιλικὴν Πρόνοιαν.

ΕΚΔΟΣΗ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟΝ
Ο Π.Ε.Α. ΑΡΧΙΤΕΣ ΟΙ. 15. 72

(Handwritten signature)

εικῶν : α) Δήμου Κοινότητος, περί τῆς ἐγγραφῆς του εἰς τὰ οἰκία δημοτολογία, β) Ποινικῆ Μητρώου, γ) Πιστοποιητικὸν ἀρμοδίας Εἰσαγγελτικῆς Ἀρχῆς διὰ δὲν ἐκκρεμῆ εἰς ἑαυτὸν τοῦ υποψηφίου κοινικὴ δίκη, δ) Πιστοποιητικὸν στρατολογικῆς καταστάσεως διὰ τοὺς ἄρνας, ε) τῆς οἰκίας Ἀστυνομικῆς Ἀρχῆς περί τῶν κοινωνικῶν φρονιμάτων τοῦ αἰτούντος.

6. Παρὰ τῇ ἀρμοδίᾳ Διευθύνει τοῦ Υπουργείου Κοινωνικῆς Πρόνοιας τηρεῖται τὸ Μητρώον καὶ οἱ ἀτομικοὶ φέκελλοι τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν εἰς εὖ ἐχορηγήθη ἢ ἐν περιγραφῇ 1 ἀξία. Τὸ Μητρώον περιλαμβάνει πλὴν τῶν ἄλλων καὶ στοιχεῖα περί τοῦ τόπου καὶ τῶν υπηρεσιῶν παρ' αἷς ὑπηρετοῦν οἱ Κοινωνικοὶ Λειτουργοὶ ἐνημερωμένοι δι' ἐκάστην μεταβολήν, ἐπὶ τῇ υποβολῇ δηλώσεως ἐκ μέρους αὐτῶν ἐν περιπτώσει ἀλλαγῆς υπηρεσίας. Ἡ εἰς εὐλογὸν χρόνον υποβολὴ τῆς δηλώσεως ταύτης καθίσταται ὑποχρεωτικῆ.

Ἄρθρον 2.

Ἀνάκλησις ἀξίας

Ἡ χορηγηθεῖσα ἀξία ἀνακαλεῖται προωρινῶς ἢ καὶ ὀριστικῶς δι' ἠτιολογημένην πρόξενον τοῦ ἐπὶ τῆς Κοινωνικῆς Πρόνοιας Υπουργοῦ, δημοσιευμένης διὰ τῆς Ἑσπερίδος τῆς Κυβερνήσεως, μετὰ σύμφωνον γνώμην τοῦ παρὰ τῷ Υπουργεῖῳ Κοινωνικῆς Πρόνοιας Συμβουλίου Κοινωνικῆς Ἐργασίας ἐν περιπτώσει : α) καταδίκης ἐπὶ κευρηγμάτων ἢ ἐπὶ πλημμελημάτων εἰς οἰανδήποτε ποινὴν διὰ κλοπῆν, ὑπεξίτησιν (κοινὴν ἢ ἐν υπηρεσίᾳ), ἀπάτην, ἐξέλιαν, πλαστογραφίαν, ἀπεισίαν, παράδοσιν καθήκοντος, β) ἐγκλήματι κατὰ τῶν ἡθῶν καὶ συγκοινωνικῶν διαθημάτων, β) στερήσεως τῶν πολιτικῶν δικαιωμάτων, λόγω καταδίκης, γ) παράδοσιν τῶν ἐν ἄρθροις 3—6 τοῦ παρόντος διατάξεων καὶ δ) δέσεως τοῦ Κοινωνικοῦ Λειτουργοῦ ὑπὸ ἀναγκῶν ἢ δικαστικῆν ἀντίληψιν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Β'

Καθήκοντα. Ὑποχρεώσεις. Ἀπεριόριστος. Ἀπεριόριστος.

Ἄρθρον 3.

Γενικὰ Καθήκοντα.

Οἱ Κοινωνικοὶ Λειτουργοὶ δεύουσι : 1) Κατὰ τὴν ἀσκήσιν τοῦ λειτουργήματος αὐτῶν καὶ τὴν ἰδιωτικὴν τῶν ζώην, νὰ διαφύου βίαν ἀνεπίληπτον, τηροῦντες τοὺς νόμους τοῦ Κράτους, τὰ ἠθικὰς ἀρχὰς καὶ τὰς βιοτολογικὰς παραγγελίας τοῦ παρόντος, ἐφαλοῦντες, κατὰ πάντα τρόπον, τὸν σεβασμὸν ἐπὶ τὴν ἀτομικὴν αὐτῶν τιμὴν καὶ ἀξιοπρέπειαν καὶ τὴν ταυτότην ἐπὶ τοῦ συνόλου τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν. Οἷτοι ὑποχρεοῦνται ὅπως μισοῦν διὰ τὴν συμπλήρωσιν τῆς μαρτυρίας τῶν καὶ συμβάλλον εἰς τὴν ἐν γένει ἀνάστασιν εἰς περιπτώσιν τοῦ λειτουργήματος τῆς Κοινωνικῆς Ἐργασίας, διαφυλάσσοντες τὴν ἐπιστημονικὴν αὐτῶν ἀνεξαρτησίαν κατὰ τὴν ἀσκήσιν τοῦ ἐπαγγέλματός των. 2) Νὰ ἀπέχου ἐκδηλώσεων ἢ ἰδεολογιῶν σκοπεῶν τὴν διὰ παντὸς τρόπον ἢ μέσου ἀνατροπῆν τοῦ ὄριστιμένου πολιτικῆς ἢ κοινωνικοῦ καθεστώτος, ὡς καὶ πάσης ἐνεργείας προδούσης ἰσχυρὴν πολιτικῆς προπαγάνδης ἢ ἀποβλεπούσης εἰς ἐκνοπήσιν ἰδιωτικῶν συμφερότων ἢ ἀντιδικῶν σκοπῶν. 3) Ὅπως μὴ χρησιμοποιοῦν τίτλους μὴ νομίμως κληθέντας καὶ ἀποφύγου ἐπιμελῶς τὴν ἀσκήσιν ἀρμοδιοτήτων, πέραν τῆς εἰδικότητός των.

Ἄρθρον 4.

Καθήκοντα πρὸς τοὺς θεμένους μερίμνας.

1) Οἱ Κοινωνικοὶ Λειτουργοὶ ἐν ἐπιτησίᾳ τῆς ἀρτιότητος αὐτῶν εὐθύνης πρὸς τὸ κοινωνικὸν σύνολον δεῖν νὰ καταβάλλου πάναν προσπάθειαν διὰ τὴν ἐξασφάλισιν ἐπιθυμητῶν προϋποθέσεων πρὸς κάλυψιν τῶν ἀνγκῶν τοῦ συνόλου. 2) Πρωταρχικῆ φροντίδος τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν, ανεξαρτήτως εἰδικότητος ἢ ἀρμοδιότητος, εἶναι ἢ διὰ τῆς ἐκ μέρους αὐτῶν εὐνομιότητος ἐκτέλεσιν τῆς ἐπιστημονικῆς καὶ τεχνικῆς μερίμνας διὰ τὴν βελτίωσιν τῆς θέσεως τῶν θεομένων προστασίας, ἐν τῇ ἐπιδιώξει ὡς οὗτοι, κατανο-

3. Οἱ Κοινωνικοὶ Λειτουργοὶ δεύουσι πρὸς τὰς φιλοσοφικὰς, πολιτικὰς καὶ δημοκρατικὰς πεποιθήσεις καὶ τὰ δικαιώματα καὶ εὐθύνας τοῦ ἀτόμου, τηροῦντες ἐν τῇ ἀσκήσει τοῦ λειτουργήματος αὐτῶν, τὰς μετ' αὐτοῦ σχέσεις τῶν εἰς ἐπίπεδον εὐλαχρινείας, τιμιότητος καὶ σεβασμοῦ πρὸς τὸ ἄτομον. Δεῖν νὰ ἀναζητοῦν τὴν λύσιν τῶν δυσχερῶν καταστάσεων ἐν ἀμειωμένῳ εὐγενείᾳ, καλωσύνῃ, ἐνδιαφέροντι, ὑπομονῇ, κατανοήσει, ἀμοιβαίᾳ ἐμπιστοσύνῃ καὶ συνεργασίᾳ. Ἄνευ ἐπικρίσεων, ἐν τῇ ἐκπόρῃ τῶν ἀξιών καὶ δυνατοτήτων τοῦ ατόμου.

4. Διαφυλάσσόμενοι τῶν εἰδικῶν διατάξεων τοῦ Νόμου ἢ τῶν εἰδικῶν υπηρεσιακῶν υποχρεώσεων ἢ τῶν τοιούτων αἰτιῶν ἀπορροῦν ἐπὶ ἐπιτησίᾳ ἀνωτέρων ἡθῶν ἢ κοινωνικῶν καθήκοντων, οἱ Κοινωνικοὶ Λειτουργοὶ δεύουσι τῇ τηροσίᾳ αὐτηρῆς ἐχευθείας ἐπὶ ἰδιωτικῶν ἀπορρήτων ἐμπιστευθέντων αὐτοῖς ἢ παραλειθέντων εἰς γνώσιν αὐτῶν κατὰ τὴν ἀσκήσιν τοῦ ἐπαγγέλματος τῶν ἢ ὡς ἐκ τῆς ἰδιότητός των. Πραγμαζόμενοι δὲ νὰ ἐξασφαλίσου ὡς μάρτυρες ἐνώπιον Δικαστικῆς ἢ ἑτέρας Ἀρχῆς, ἐπὶ τοιούτων εἰςγενετικῶν ἀπορρήτων, δεύουσι νὰ προβαίνου εἰς σαφῆ δηλώσιν περὶ τῆς ἰδιότητος τῶν καὶ τῆς ἐκ μέρους αὐτῶν ὑποχρεώσεως τηρήσεως τοῦ ἀπορρήτου. Ὅφειλου ἐπισης ἐν τῇ τηροσίᾳ τοῦ ὑπηρεσιακοῦ ἀπορρήτου, νὰ ἐπαρτυροῦν ἐπὶ τῆς μισοκλήσεως τῶν φηκέλλων καὶ τῆς ἀλλήλογραφίας τῶν εἰς αὐτὸν ὑπηρετοῦν κοινωνικῶν υπηρεσιῶν.

5. Οἱ Κοινωνικοὶ Λειτουργοὶ δεύουσι πρὸς ἐν τῇ ἀρμοδίᾳ αὐτῶν διαμένους τῆς μερίμνας τῶν, ἀμερόληπτου κῆριν καὶ ἀνάλογον πρὸς τὴν βαρύτητα τῆς ἀνάγκης ἐκάστο φρονιδα.

6. Ἐν οὐδαμῇ περιπτώσει ἐπιτρέπεται ἢ ἐκ μέρους τῶ Κοινωνικῶν Λειτουργῶν λήψις ἀμοιβῆς ἢ φιλοδοξήματι παρὰ προσώπων ἐμπιστοῦτων εἰς τὸν κύκλον τῆς ἀρμοδιότητός των.

Ἄρθρον 5.

Καθήκοντα πρὸς συναδέλφους.

Οἱ Κοινωνικοὶ Λειτουργοὶ δεύουσι νὰ σέβωνται ἀμοιβαίως τοὺς συναδέλφους τῶν καὶ νὰ συμπεριφέρονται πρὸς ἀλλήλους μετὰ τῆς προσηγοῦτος ἀρετήτος, ἐν πνεύματι συνεργασίης καὶ εὐλαχρινῶν αἰσθημάτων συναδελφικῆς ἀλληλεγγύης. δεύουσι νὰ ἐξομολογοῦν εἰρηνικῶς καὶ εὐπρεπῶς πᾶς τὴν μεταξὺ αὐτῶν ἀναφερόμενην διαφορὰν.

Ἄρθρον 6.

Ἀπεριόριστος.

1. Ἡ ἀπεργία δὲν συμβιβάζεται πρὸς τὴν φύσιν τῆς Κοινωνικῆς Ἐργασίας ὡς λειτουργήματος, ὁτιῶς ἐκ τῶν εἰδικῶν ἐκότερα συνθηκῶν, περίσεται, κατὰ τὴν διάρκειαν ἀπεργίας, ἀμετῶς ἀνάγκη παροχῆς ὑπὸ τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν τῶν υπηρεσιῶν αὐτῶν.

2. Ἀπαγορεύεται ἢ ὑπὸ τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν ἐπιτήρησις ἀσκήσεως ἐμπορίας ἢ ἑτέρας ἐργασίας ἢ καὶ μενοικῆς πράξεως μη συμβιβαστέως πρὸς τὴν φύσιν ἀξιοπρέπειαν τοῦ λειτουργήματος, ἢ παρεμπὶ ἄλλου τὴν νομικὴν ἀσκήσιν τοῦ ἐπαγγέλματος τοῦ Κοινωνικοῦ Λειτουργοῦ, ὡς κυρίας αὐτοῦ ἐπαγγελματικῆς ἀσκήσεως.

3. Δὲν θεωροῦνται κατ' ἀρχὴν ὡς ἀμοιβεῖσται, κατὰ ἐνοσίαν τῆς προηγουμένης παραγράφου, ἀλλ' ἐπὶ πεισματικῆς φύσεως, ἔτιω καὶ ἐν εἰς αὐτῶν περιλαμβάνεται ἰσχυρικῶς ὡς Οἱ Βουλευταί, οἱ Δήμαρχοι, Προέδροι Κοινοτήτων, Δῆμοι καὶ Κοινοτικοὶ Συμβούλοι, ὡς καὶ οἱ ὑπαθῆσαν τοῖς τελούσιν ἐν ἀναστολῇ ἀσκήσεως τοῦ Ἐπαγγελματοῦ τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν.

4. Οἱ Κοινωνικοὶ Λειτουργοὶ ἐν τῇ ἀσκήσει τοῦ ἐπαγγέλματος τῶν δὲν δύνανται εἴτε ἀτομικῶς εἴτε μετέχοντες τοιούτοι συλλογικοῦ υπηρεσιακοῦ ὄργανου νὰ ἐπιληφθοῦν μέτων, δι' ἄτινα ἔχουσι πρόδηλον συμφέρον αὐτοῖ ἢ οἱ πτωίς των, κατ' εὐθείαν μὲν γραμμὴν ἀπεριόριστως, ἐκ γίου δὲ μέχρι τρίτου βαθμοῦ.

ΚΑΠΗ (είδη ατομικής προστασίας)

Έπειτα από συντονισμένες ενέργειες του ΣΚΛΕ και του Τ.Τ. Θεσσαλονίκης, τα κορηγούμενα είδη ατομικής προστασίας, σύμφωνα με το νόμο περί υγιεινής και Ασφάλειας, που αποφασίστηκαν να δοθούν στους υπαλλήλους του ΚΑΠΗ με την 2078920/9085/0022/4-10-89 κοινή υπουργική απόφαση, μπορούν να τα παίρνουν και οι Κ.Λ., μετά από την με αρ. 69089/15-4-91 ερμηνευτική εγκύκλιο του Υπουργείου Εσωτερικών.

Στην Εγκύκλιο αναφέρεται ότι, ... η απαριθμηση των ειδικοτήτων στην υπουργική απόφαση είναι ενδεικτική και όχι περιοριστική.

Έτσι λοιπόν το Δ.Σ. του ΚΑΠΗ αποφασίζει σχετικά για όλες τις ειδικότητες που υπηρετούν στο ΚΑΠΗ.

5γ. Αναρρωτικές άδειες στον Δημόσιο Τομέα, με αποδοχές.

Με το νέο νόμο 1943/91 άρθρο 59 ΦΕΚ 50 τ.Α/11-4-91 όσοι Κ.Λ. υπηρετούν στο Δημόσιο στους ΟΤΑ και τα Ν.Π.Δ.Δ. μπορούν να απουσιάσουν απ' την υπηρεσία τους κάνοντας χρήση αναρρωτικής άδειας κατά περίπτωση σύμφωνα με τα παρακάτω:

Με απλή υπεύθυνη δήλωση:

Μέχρι 2 ημέρες, κατά περίπτωση και όχι πέραν των 6 ημερών συνολικά κατ' έτος.

Με γνωμάτευση θεράποντος γιατρού και μετά από έγκριση του υπηρεσιακού γιατρού, εφόσον υπάρχει:

Μέχρι 5 ημέρες, κατά περίπτωση και όχι πέραν των 15 ημερών συνολικά κατ' έτος.

Με γνωμάτευση του υπηρεσιακού γιατρού εάν υπάρχει:

Μέχρι οκτώ ημέρες, κατά περίπτωση και όχι πέραν από 30 ημέρες συνολικά κατ' έτος.

Με γνωμάτευση του διευθυντή της οικείας κλινικής κρατικού νοσοκομείου ή ιδιωτική κλινική στην οποία νοσηλεύτηκε ο υπάλληλος:

Μέχρι 10 ημέρες, κατά περίπτωση, και όχι πέραν από 30 ημέρες συνολικά κάθε χρόνο.

Με γνωμάτευση του διευθυντή κλινικής στην οποία νοσηλεύτηκε ο υπάλληλος πέραν των 8 ημερών ή υποβλήθηκε σε εγχείρηση:

Μέχρι 30 ημέρες, κατά περίπτωση και όχι πέραν από 90 ημέρες, συνολικά το χρόνο.,

Με γνωμάτευση οικείας πρωτοβάθμιας επιτροπής ή ειδικής υγειονομικής επιτροπής:

Για χορήγηση αναρρωτικής άδειας πέραν από το κατά περίπτωση, όριο των ανωτέρω περιπτώσεων και εφόσον δεν μπορεί να εφαρμοσθεί η επόμενη κάθε φορά περίπτωση.

5ε. Πρακτική Άσκηση Σπουδαστών Εργαστηρίων Ελευθέρων Σπουδών και γενικά ιδιωτικών σχολών.

Ενημερώνουμε τους συναδέλφους ότι η τοποθέτηση για πρακτική Άσκηση, σπουδαστών ιδιωτικών σχολών, σε Κοινωνική Υπηρεσία οποιουδήποτε πλαισίου, είναι αδύνατος και παράνομη.

Αυτό συνάγεται από το Β.Δ. 690 της 4-8/14-9-61 περί "άδειας άσκησης των Κοινωνικών Λειτουργών" και του ΦΕΚ 247/τ.Α/12-11-59 Ν.Δ. 4018 Περί του "θεσμού των Κοινωνικών Λειτουργών".

Άλλωστε η Δ/ση Κοιν. Εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων με το υπ' αριθ. Γ6α/661/20-5-91 έγγραφο επισμαίνει ότι είναι παράνομη η τοποθέτηση σπουδαστών από ιδιωτικές σχολές σε Κοιν. Υπηρεσίες.

Κατόπιν αυτών οι προϊστάμενοι των Κοιν. Υπηρεσιών των διαφόρων πλαισίων να μην δέχονται για "πρακτική Άσκηση" τους παραπάνω σπουδαστές, και σε περίπτωση πίεσης να ενημερώνουν τη Δ/ση Κοινωνικής Εργασίας του Υπουργείου.



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ
ΤΗ 12 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1959

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟΝ

ΦΙΛΙΠΠΟΣ ΚΥΒΑΥΤΗΣ
247

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΑ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

- Ν. Δ. 4018. Περὶ τοῦ θεσμῶν τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργιῶν. 1
- Ν. Δ. 4021. Περὶ συμμετοχῆς τῶν Δημοσίων Ὑπαλλήλων καὶ εἰς Σχολεῖα καὶ Ἐπιτροπῆς καὶ περὶ τοῦ ἀνωτάτου ὅριος τῶν προσώπων αὐτῶν προτίθων ἢ ἀπολαύων. 2
- Ν. Δ. 4022. Περὶ τροποποιήσεως τῶν περὶ Διοικήσεως τῆς Τραπεζῆς τῆς Ἑλλάδος διατάξεων. 3
- Ν. Δ. 4024. Περὶ κατώτερος τῆς τοῦ 19 Ὀκτωβρίου 1959 ἀρθροῦ μαζικοῦ τοῦ Ἑλληνικοῦ Δημοσίου τῆς Τραπεζῆς τῆς Ἑλλάδος καὶ τῆς Ἐθνικῆς Κινητικῆς Τραπεζῆς τῆς Ἑλλάδος περὶ ἐπιφανειακῆς ἐπιχειρήσεως πληρώσεως ὑπὸ ὀφθαλμῶν πρὸς ἀποκατάστασιν αὐτῶν χρηματοδοτησῶν ὡς κατοικίων ἢ ὡς ἐπιχειρηματικῆς κἀ-
της. 4

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΑ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΝ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ὡς ἄρθρ. 4018

Περὶ τοῦ θεσμῶν τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργιῶν.

ΠΑΥΛΟΣ

ΒΑΣΙΛΕΥΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ

Ἐχόντες ὡς ἔφη τὰς διατάξεις τοῦ ἄρθρου 35 τοῦ Συντάγματος καὶ τῆς ἐπὶ 16 Ὀκτωβρίου 1959 συμφωνοῦν γνώμη τῆς κατὰ τὴν παράγραφον 2 τοῦ αὐτοῦ ἄρθρου 35 Εἰδικῆς Ἐπιτροπῆς ἐκ Βουλευτῶν, προτίθων τοῖς ἡμετέροις Ἱεραρχικοῦ Συμβουλίου ἀπορροισίμων καὶ διατάξεσιν :

Ἄρθρον 1.

Ἡ ἐν τῇ ἐπιχειρήσει ἀσφαλείας τοῦ ἐπαγγέλματος τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργιῶν, ἔστι προσηκόν ἐπιδικῶς ἀποκαταστήσαν ἰσὺ καὶ τὸν θεσμὸν τῆς Κοινωνικῆς Πρωτοίας, ἐν τῇ ἐφαρμογῇ τῶν προσηκόντων Κοινωνικῆς Πρωτοίας καὶ Ὑγιεινῆς, εἰσάγει ὑπὸ τῶν διατάξεων τῶν καρτέρας Ν. Διατάγματος.

Ἄρθρον 2.

Ὁδῆς εἶναι: νὰ εἶρη τὸν τίτλον ἢ νὰ καταλαμβάνη θεσμὸν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν εἰς Ἱεραρχίας καὶ Ἱδρύματα Νομικῶν Πρωτοίας Δημοσίου ἢ Ἰδιωτικῆς Διακείας, τῶν δὲν πληροῖ τὰς προϋποθέσεις τὰς καθοριζομένας ἐπὶ τοῦ καρτέρας Ν. Δ. καὶ τῶν εἰς ἐκτέλεσιν αὐτοῦ ἐκδοθῶντων Βασιλικῶν Διαταγμάτων.

Ἄρθρον 3.

Διὰ Βασιλικῶν Διαταγμάτων, ἐκδοθῶντων προτίθων: τοῖ ἐπὶ τῆς Κοινωνικῆς Πρωτοίας Ὑπονογῶ καὶ τοῦ κατὰ περίπτωσιν ἀρροισίου Ἱεραρχοῦ, δελοῦν καθορισθῆναι τῆς ἀπαλλαγῆς, τῆς ἀναγνώσεως τῶν Σχολῶν Κοινωνικῆς Πρωτοίας, τῆς ἀδείας ἀσφαλείας τοῦ ἐπαγγέλματος καὶ τῆς ἐπιχειρηματικῆς ἀσφαλείας τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν, ἐπὶ κατενοήσεως ἐπὶ τοῦ αὐτοῦ χρηρηματοποιήσεως τῶν Κοινωνικῶν

Λειτουργῶν, ὑπὸ τῶν Κοινωνικῶν Ὑπονογῶν, ὡς καὶ πρὸς ἕτερα κατενοήσεως ἀρροισίου τῶν ὁρίων ἀσφαλείας τοῦ θεσμῶν καὶ τῆς ἀσφαλείας τοῦ ἐπαγγέλματος τοῦ Κοινωνικοῦ Λειτουργῶν.

Ἄρθρον 6.

1. Παρὰ τῇ Ὑπονογῆ Κοινωνικῆς Πρωτοίας συνιστάται Συμβούλιον Κοινωνικῆς Ἐργασίας, συγκείμενον ἐκ τῶν:

- α) Γενικοῦ Γραμματέως τοῦ Ὑπουργείου Κοινωνικῆς Πρωτοίας, ὡς Προέδρου.
- β) Γενικοῦ Διευθυντοῦ Πρωτοίας τοῦ Ὑπουργείου Κοινωνικῆς Πρωτοίας, ὡς Ἀντιπροέδρου.
- γ) Γενικοῦ Διευθυντοῦ Ὑγιεινῆς.
- δ) Δύο Διευθυντῶν τοῦ Ὑπουργείου Κοινωνικῆς Πρωτοίας, εἴ ἂν εἰς ὃ Διευθυντῆς Παιδείας ἢ Προστασίας.
- ε) Δύο ἀντιπροσώπων τῶν συνεργαζομένων μετὰ τοῦ Ὑπουργείου Κοινωνικῆς Πρωτοίας Ὀργανισμῶν, τῶν ἀποδοτέων Σχολῆς διὰ τῆς χρηρηματοποιήσεως Κοινωνικῶν Λειτουργῶν ἀποδοτέων ὑπὸ τῶν ἀρροισίων τῶν αὐτῶν.
- ς) Δύο ἀντιπροσώπων ἐκ τῶν ἐπιφανειῶν ἐπὶ τῇ ἀσφαλείᾳ τοῦ ἐπαγγέλματος τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν.

Πρὸς Εἰσηγητῆ καὶ Γραμματέως ἱεραρχικῆς Τραπέζης: τῆς ἀρροισίας Διοικήσεως.
Τὸ Συμβούλιον συγκροτεῖται ἐπὶ ἀπορροισίμων τῶ Ὑπουργῶν Κοιν. Πρωτοίας, ὅσους ὀρίων ἐπὶ τῆς ἐπιφανειακῆς καὶ μὴ αὐτῆς. Ὅσοις τῶ μὴ ἀποδοτέων μὲν τοῦ Συμβουλίου ὀρίζεται τριετής.

2. Ἀρροισίους τοῦ Συμβουλίου τούτου εἶναι ἡ γνωμοδότησις:

- α) Ἐπὶ κατέως θέματος ἀποκαταστήσεως εἰς τὴν ἀσφαλείᾳ μετὰ τὴν γνῶσιν τοῦ ἀρροισίου Κοινωνικῶν Λειτουργῶν.
- β) Ἐπὶ τῷ καθορισμῶν συντάξεως ἀσφαλείας καὶ ἀσφαλείας τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν.
- γ) Ἐπὶ τῆς ἀναγνώσεως τῶν Σχολῶν Κοινωνικῆς Πρωτοίας τῶν ἀρροισίων τὰς ἀποδοτέων τῶν κατὰ τὸ ἄρθρον 3 ἐκδοθῶντων Διαταγμάτων.

3. Εἰς τὰ μέλη τοῦ Συμβουλίου καὶ τῶν Γραμματέων καταβάλλεται ἐπὶ ἀπορροισίμων: τῶν Ὑπουργῶν Κοινωνικῆς Πρωτοίας καὶ Οἰκονομικῆς καὶ ἀσφαλείας μνηστῆ ἀποδοτέων.

Ἄρθρον 5.

Διὰ ἀπορροισίμων τοῦ ἐπὶ τῆς Κοινωνικῆς Πρωτοίας Ὑπονογῶ μετὰ τὴν γνῶσιν τοῦ ἀρροισίου ἐπὶ ἀρροισίμων Συμβουλίου, εἶναι νὰ συνιστάται Ἐπιτροπὴ μελῶν ἐπὶ θεμάτων ἀσφαλείας Κοινωνικῶν Λειτουργῶν, ἐπὶ ἀντιπροσώπων Σχολῶν Κοινωνικῆς Πρωτοίας καὶ τῶν ἀποδοτέων Κοινωνικῶν Λειτουργῶν, ὡς καὶ ἕτεραν ἀρροισίμων ἀρροισίμων με τῆ ἐκτέλεσιν τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν.

Ἄρθρον 6.

Διὰ τῶν χρηρηματοποιήσεων Κοινωνικῶν Λειτουργῶν εἰς τὰ Κέντρα Κοινωνικῆς Πρωτοίας, τὰ Νοσηλευτικὰ Ἱδρύματα καὶ τὰ τοιαῦτα Παιδικῆς Προστασίας, ὡς καὶ τὰ λοιπὰ ἐπιφανειακῆς τῆς χώρας, εἶναι τὸ Ὑπουργεῖον Κοινωνικῆς Πρωτοίας, νὰ συνεργαζομένη μετὰ ἄλλων Ὀργανισμῶν κατέχει ἀσφαλείας ἀσφαλείας ἀσφαλείας μετὰ γνῶσιν τοῦ Συμβουλίου τοῦ ἄρθρου 6 τοῦ καρτέρας.

Ἐν Ἀθήναις τῇ 11 Νομβρίου 1959

ΠΑΥΛΟΣ
ΤΟ ὙΠΟΥΡΓΕΙΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΠΡΩΤΟΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΡΑΒΑΝΑΚΗΣ



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ
7 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 1978

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
213

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

- 1. ρι καθορισμού του αντικείμενου εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών. ... 1
- 2. ρι παρατάσεως θητείας έθνικής επιτροπής αντίστοιχως Μητρώου των εργαζομένων εις Δίπλομον. ... 2
- 3. ρι του εγγράφου Έθνικότερος των Έλληνικών περιικών Πλοίων. ... 3
- 4. ρι ειδικού νηολογίου, ειδικού υποθηκολογίου, ειδικού βιβλίου καταστάσεων, τύπου εγγράφου έθνικότερης άπονομής διακριτικών σημείων και φυλάξεως αρχών δεμάτων σχετικών προς τας προβλεπόμενες του άρθρου 36 του Ν. 468/76 εγκαταστάσεις και κατά κατασκευάς. ... 4

ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ

- 5. αλήφτως υποχρέωσης υπό της Έλληνικής Δημοκρατίας διά του Υπουργού της επί των Οικονομικών στην σύμβαση δανείου μεταξύ 1) ΟΛΥΜΠΙΑΪΣ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ Α.Ε. και 2) της B. T. CIA LIMITED, υπό ημερομηνία 8ης Μαΐου 1978. ... 5

ΔΙΟΡΘΩΣΕΙΣ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ

- 6. ρι διορθώσεων εις την υπ' αριθ. 207/12-28.6.78 συνεδρίσειν της Νομοματικής Έπιτροπής. ... 6

ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

(1)

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟΝ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 891

αθορισμού του αντικείμενου εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπ' όψη :

την διάταξιν του άρθρου 4 του Ν. Δ/τος 195/74 τροποποιήσεως και συμπληρώσεως διατάξεων τινων Δ. 4018/59 «περί του θεσμού των Κοινωνικών Λειτουργών» και του εις εκτέλεσιν τούτου εκδοθέντος Β.Δ.

την υπ' αριθ. 764/1978 γνωμοδότησιν του Συμβουλίου επικρατείας, προτάσει των Υπουργών Προεδρίας Έξωθεν, Δικαιοσύνης, Έσωτερικών, Έθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων :

Καθορίζομεν το αντικείμενον εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών, γενικώς, και ειδικώτερον κατά Τομέα παροχής Κοινωνικών Υπηρεσιών ως ακολούθως :

Άρθρον 1.

Αντικείμενον εργασίας Κοινωνικών Λειτουργών, γενικώς :

Ο κοινωνικός λειτουργός, εν τῇ άσκήσει του έργου του, επιδιώκει, διά χρησιμοποίησεως μεθόδων κοινωνικής εργασίας και τῆ συνεργασίας άλλων ε'δικών, ως Ιατρών, Ψυχολόγων, συμβόλων επαγγελματικού προσανατολισμού κοινωνιολόγων, εκπαιδευτικών, επισκεπτριών αδελφών και άλλων να συμβάλη, εις την πρόληψιν ή την αντιμετώπισιν κοινωνικοοικονομικών και συναισθηματικών προβλημάτων ατόμων ή κοινωνικών ομάδων, εις την διατήρησιν ή αποκατάστασιν τῆς Ισορροπίας μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος αυτού ως και εις την εν γένει κοινωνικήν ανάπτυξιν και ευχμερίαν.

Άρθρον 2.

Τομέας Κοινωνικής Προνοίας.

1. Ο κοινωνικός λειτουργός εις τον τομέα τῆς κοινωνικής προνοίας συμβάλλει εις τῆν πρόληψιν και εις την αντιμετώπισιν ψυχοκοινωνικοοικονομικών προβλημάτων κατηγοριών πληθυσμοῦ, αλίνας υπό την πλείσιν κοινωνικοοικονομικών μεταβολών, έκτάκτων συμβάντων ή προβλημάτων προκλήσμένων εκ διαφόρων αιτίων, περιήθον ή κινδυνεύον να περιέλθουν εις κατάστασιν αδυναμίας προσαρμογῆς των εις τό κοινωνικόν περιβάλλον.

2. Προς τούτο ο κοινωνικός λειτουργός άφ' ενός μὲν διερευνά τας συνθήκας ή καταστάσεις, εκ των οποίων περιήθον ή δυνατόν να περιέλθουν άτομα ή κοινωνικά ομάδες εις κατάστασιν ανάγκης, άφ' άλλου δὲ παρέχει προς αυτοὺς ειδικὰς κοινωνικάς υπηρεσίας, ιδίαι ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επ'βοηθητικού χαρακτήρος, επί σκοπῷ αξιοποιήσεως των διατιθέμενων ὑπὲρ αυτών μέσων ως και των ίδιων αὐτῶν ικανότητων.

3. Αί δραστηριότητες του κοινωνικού λειτουργού εις τον τομέα τῆς κοινωνικής προνοίας άφορῶν εις τῆν πρόληψιν ή την αντιμετώπισιν των περι ήν ή περιήθον ή τοῦ περιήθοντος άρθρου προβλημάτων, επί των ἑξῆς κυρίως περιπτώσεων :

- α) Πληγέντων ἐξ άπροβλεπτων και έκτάκτων συμβάντων (π.χ. θεομηγία, πυρκαϊαί κ.λπ.).
- β) Στερομένων έπαρκῶν ή κατάλληλων μέσων καταγωγής ή στεγαστικῶς ἀποκαταστάμενων.
- γ) Προσφύγων, παλινοστούντων ή μεταναστών.
- δ) Υπερηλικῶν.
- ε) Πίσσης φύσεως ανήλικων.
- στ) Οικονομικῶς αδύνατων.

Περιπτώσεων κατά τὰς ὁποίας καθίσταται δυσχερὴς ἡ ἀλλή διεξαγωγή τῶν λειτουργιῶν τῆς οἰκογενείας καὶ ἡ ἤρωσις τῆς ἀποστολῆς τῆς ὡς κοινωνικῆς ομάδος καὶ οὗ γενικώτερον.

Ἄρθρον 3.

Τομεὺς Ὑγείας.

Ὁ κοινωνικὸς λειτουργὸς εἰς τὸν τομέα τῆς υγείας βάλει εἰς τὴν πρόληψιν ἢ τὴν ἀντιμετώπισιν συναισθητικῶν ἢ κοινωνικοοικονομικῶν προβλημάτων, δημιουργῶν συνεπεὶα καταστάσεων κλονισμοῦ σωματικῆς ἢ κτῆς υγείας ἀτόμων ἢ ὀφειλομένων εἰς τὴν προσωπικὴ αὐτῶν ἢ εἰς ἑτέρας δυσμενεῖς καταστάσεις τοῦ περιοντός των, ἅτινα καθίστουν δυσχερὴς τὸ διαγνωστικὸν ἢ τὴν ἐφαρμογὴν μέτρων θεραπείας.

Τὸ ἔργον τοῦ κοινωνικοῦ λειτουργοῦ εἰς τὸν τομέα τῆς υγείας συνίσταται, ἀρ' ἐνὸς μὲν εἰς τὴν διεύρυνσιν τῶν κοινωνικοοικονομικῶν συνθηκῶν, αἵτινες ἀποτελοῦν τοὺς γενεσιουργοὺς λόγους τῶν ἐν τῇ προηγουμένῃ παραγράφῳ προβλημάτων, ἀρ' ἑτέρου δὲ εἰς τὴν παροχὴν ἐδικῶν κοινωνικῶν ὑπηρεσιῶν ἐνημερωτικοῦ, συμβουλευτικοῦ καὶ σθητικῶν χαρακτήρος, πρὸς τὸν ἀσθενῆ καὶ τοὺς ἰοὺς του, ἐπὶ σκοπῷ συμβολῆς, εἰς τὴν ἐπιτυχίαν τοῦ νοσητικῶν καὶ θεραπευτικῶν ἔργου καὶ τὴν ὁμαλὴν ἐνταξίαν τοῦ ἰαθέντος εἰς τὸ κοινωνικὸν περιβάλλον.

Ἡ δραστηριότης τοῦ κοινωνικοῦ λειτουργοῦ εἰς τὸν τομέα τῆς υγείας ἀναπτύσσεται ἐντὸς πλαισίου συγκεκριμένης κοινωνικῆς ὑπηρεσίας, ἰδίᾳ νοσηλευτικῶν ἰδρυμάτων ἢ κέντρου ψυχικῆς υγείας (διαγνωστικῶν, συμβουλευτικῶν, θεραπευτικῶν χαρακτήρος).

Ἄρθρον 4.

Τομεὺς Κοινωνικῆς Ἀσφαλίσεως.

Ὁ κοινωνικὸς λειτουργὸς εἰς τὸν τομέα τῆς κοινωνικῆς ἀσφαλίσεως συμβάλλει εἰς τὴν πρόληψιν ἢ τὴν ἀντιμέτωπισιν συναισθητικῶν ἢ κοινωνικοοικονομικῶν προβλημάτων ἠσφαλισμένων ἢ προστατευομένων ὑπ' αὐτῶν ἀτόμων, ἅτινα ὑπὸ τὴν πίεσιν ἢ τὰς συνεπεῖας ἀσφαλιστικοῦ κινδύνου, ὡς ἐπαγγελματικῶν ἀπυξήματος, ἀσθενείας, γήρατος, γάματος καὶ θανάτου ἢ ἑτέρων λόγων, ἀδυνατοῦν ἐξισοτιῆσαι ἐπαρκῶς καὶ καταλλήλως τὰς διατιθεμένας τοῦ ἀσφαλιστικοῦ φορέως ὑπηρεσίας ἢ ὑλικὰς παροχάς.

Τὸ ἔργον τοῦ κοινωνικοῦ λειτουργοῦ εἰς τὸν τομέα τῆς κοινωνικῆς ἀσφαλίσεως συνίσταται ἀρ' ἐνὸς μὲν εἰς τὴν εὐνησίαν τῶν συνθηκῶν, αἵτινες ἀποτελοῦν τοὺς γενεσιουργοὺς λόγους τῶν ἐν τῇ προηγουμένῃ παραγράφῳ προβλημάτων, ἀρ' ἑτέρου δὲ εἰς τὴν παροχὴν ἐδικῶν κοινωνικῶν ὑπηρεσιῶν ἐνημερωτικοῦ, συμβουλευτικοῦ καὶ ἐπιβοηθητικοῦ χαρακτήρος πρὸς τὰ ἐν λόγῳ άτομα ἢ τὸ περιβάλλον, δι' ἀποτελεσματικώτερον ἀξιοποίησιν τῶν ὑπὸ ἀσφαλιστικοῦ φορέως διατιθεμένων μέσων ἢ ὑπηρεσιῶν.

Ἄρθρον 5.

εὺς Ἐπαγγελματικοῦ Προσανατολισμοῦ-Ἐργασίας.

Ὁ κοινωνικὸς λειτουργὸς εἰς τὸν τομέα τῆς ἐργασίας βάλει εἰς τὴν πρόληψιν ἢ ἀντιμετώπισιν ψυχοκοινωνικοοικονομικῶν προβλημάτων ἀτόμων, εἴτε προετοιμαζομένων νὰ ἐνταχθῶν εἰς τὸν ἐπαγγελματικὸν χῶρον, εἴτε ἐπαγγελματικῶς ἀπασχολουμένων, ἅτινα ὑπὸ τὴν πίεσιν ἰσθμικῶν συνθηκῶν ἢ καταστάσεων δυσχεραίνονται νὰ ἀναποδοκίμασθαι ἐπαγγελματικῶς ἢ νὰ προσαρμοσθῶν καὶ ἀποδώσων εἰς τὴν ἐργασίαν των.

Τὸ ἔργον τοῦ κοινωνικοῦ λειτουργοῦ εἰς τὸν τομέα τοῦ ἐπαγγελματικοῦ προσανατολισμοῦ καὶ τῆς ἐργασίας συνίσταται εἰς τὴν διερεύνησιν τῶν συνθηκῶν πρὸς ἀνακάλυψιν αἰτίων, ἅτινα ἀποτελοῦν τοὺς γενεσιουργοὺς λόγους τῶν

αὐτῶν ἐνημερωτικοῦ, συμβουλευτικοῦ καὶ ἐπιβοηθητικοῦ χαρακτήρος, ἐπὶ σκοπῷ πληρεστερᾶς ἀξιοποιήσεως τῶν ὑπὲρ αὐτῶν διατιθεμένων μέσων, τόσον κατὰ τὴν φάσιν τοῦ ἐπαγγελματικοῦ προσανατολισμοῦ καὶ τῆς ἐπαγγελματικῆς καταρτίσεως, ὅσον καὶ κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἐπαγγελματικῆς των προσαρμογῆς καὶ ἐργασίας.

3. Ἡ δραστηριότης τοῦ κοινωνικοῦ λειτουργοῦ εἰς τὸν τομέα τοῦ ἐπαγγελματικοῦ προσανατολισμοῦ καὶ τῆς ἐργασίας ἀναπτύσσεται ἐντὸς πλαισίου ὀργανωμένης κοινωνικῆς ὑπηρεσίας τῶν πάσης φύσεως φορέων ἐπαγγελματικοῦ προσανατολισμοῦ καὶ ἐπαγγελματικῆς ἐκπαίδευσσεως (Κέντρα Ἐπαγγελματικοῦ Προσανατολισμοῦ, Μαθητείας κ.λ.λ.), κοινωνικῆς προστασίας (οἰκοτροφεία, Κέντρα Ἐργαζομένης Νεότητος κ.λ.λ.) καὶ ἐργασίας (ὑπηρεσία ἀπασχολήσεως, Βιομηχανικαὶ καὶ λοιπαὶ ἐπιχειρησιακαὶ μονάδες).

Ἄρθρον 6.

Τομεὺς Ἐκπαίδευσσεως.

1. Ὁ κοινωνικὸς λειτουργὸς εἰς τὸν τομέα τῆς ἐκπαίδευσσεως συμβάλλει εἰς τὴν πρόληψιν ἢ ἀντιμετώπισιν συναισθητικῶν ἢ κοινωνικοοικονομικῶν προβλημάτων μαθητῶν καὶ σπουδαστῶν, οἵτινες ὑπὸ τὴν πίεσιν δυσμενῶν ἀτομικῶν ἢ οἰκογενειακῶν συνθηκῶν ἢ καταστάσεων ἢ ἑτέρων κοινωνικῶν αἰτίων, ἀδυνατοῦν νὰ προσαρμοσθῶν εἰς τὸν ἐκπαιδευτικὸν χῶρον καὶ νὰ ἀξιοποιήσων ἐπαρκῶς τὰ διὰ τοῦ ἐκπαιδευτικοῦ ἢ ἑτέρων προγραμμάτων διατιθέμενα ὑπὲρ αὐτῶν μέσα.

2. Τὸ ἔργον τοῦ κοινωνικοῦ λειτουργοῦ εἰς τὸν τομέα τῆς ἐκπαίδευσσεως συνίσταται εἰς τὴν διερεύνησιν τῶν συνθηκῶν, αἵτινες ἀποτελοῦν τοὺς γενεσιουργοὺς λόγους τῶν ἐν τῇ προηγουμένῃ παραγράφῳ προβλημάτων εἰς τὴν ἐκτίμησιν τῶν ἀναγκῶν τῶν ἀνωτέρω ἀτόμων καὶ τὴν παροχὴν πρὸς αὐτὰ καὶ τὸ περιβάλλον των, ἐν συνεργασίᾳ μετὰ τοῦ ἐκπαιδευτικοῦ προσωπικοῦ καὶ τοῦ συμβούλου ἐπαγγελματικοῦ προσανατολισμοῦ, ἐδικῶν ὑπηρεσιῶν ἐνημερωτικοῦ, συμβουλευτικοῦ καὶ ἐπιβοηθητικοῦ χαρακτήρος, προκειμένου ταῦτα, ἀφορμένων ἢ ἀμβλυνομένων τῶν ἐν λόγῳ δυσχερειῶν νὰ ἐνταχθῶν ἐπιτυχῶς εἰς τὸν ἐκπαιδευτικὸν χῶρον, νὰ ἀναπτύξων ἐπικοινωνητικὰς σχέσεις μετὰ τοῦ περιβάλλοντός των καὶ νὰ ἐπωφεληθῶν τῶν ὑπὲρ αὐτῶν παρεχομένων ὑπηρεσιῶν.

3. Ἡ δραστηριότης τοῦ κοινωνικοῦ λειτουργοῦ εἰς τὸν τομέα τῆς ἐκπαίδευσσεως ἀναπτύσσεται ἐντὸς πλαισίου ὀργανωμένης κοινωνικῆς ὑπηρεσίας ἐκπαιδευτικοῦ ἰδρυματος, οἰασδήποτε ἐκπαιδευτικῆς βαθμίδος.

Ἄρθρον 7.

Τομεὺς Ἐργλημματικότητος.

1. Ὁ κοινωνικὸς λειτουργὸς εἰς τὸν τομέα τῆς ἐργλημματικότητος συμβάλλει τῇ συνεργασίᾳ ἑτέρων ἐδικῶν, εἰς τὴν πρόληψιν ἢ ἀντιμετώπισιν συναισθητικῶν ἢ κοινωνικοοικονομικῶν προβλημάτων ἀτόμων, ἅτινα περιέρχονται εἰς κατάστασιν κοινωνικοῦ κινδύνου, ἢ ὑποπίπτουν εἰς ἀντικοινωνικὴν ἢ ἐργλημματικὴν συμπεριφορὰν καὶ μερικῶν διὰ τὴν κοινωνικὴν ἐπιδέταξιν αὐτῶν.

2. Τὸ ἔργον τοῦ κοινωνικοῦ λειτουργοῦ εἰς τὸν τομέα τῆς ἐργλημματικότητος συνίσταται ἀρ' ἐνὸς μὲν εἰς τὴν διερεύνησιν τῶν συνθηκῶν ἢ καταστάσεων, αἵτινες ἀποτελοῦν τοὺς γενεσιουργοὺς λόγους τοῦ κοινωνικοῦ κινδύνου ἢ τῆς ἀντικοινωνικῆς ἢ ἐργλημματικῆς συμπεριφορᾶς τῶν ἐν τῇ προηγουμένῃ παραγράφῳ ἀτόμων, ἀρ' ἑτέρου δὲ εἰς τὴν παροχὴν πρὸς αὐτὰ καὶ τὸ περιβάλλον των ἐδικῶν ὑπηρεσιῶν ἐνημερωτικοῦ, συμβουλευτικοῦ καὶ ἐπιβοηθητικοῦ χαρακτήρος, προκειμένου ταῦτα, διὰ τῆς ἀξιοποιήσεως τῶν διατιθεμένων ὑπὲρ αὐτῶν μέσων νὰ ἐπιτύχων ὁμαλῆς ψυχο-

ο. η οραση-ηριότητα του κοινωνικού λειτουργού εις τον τομέα της προληψείας και καταστολής της εγκληματικότητας, ανάπτυξεσται εντός πλαισίων συγκεκρωμένης Κοινωνικής υπηρεσίας υπέρ των εν παραγράφω 1 του παρόντος άρθρων, είτε διαβιούντων εν ελευθερία (Υπηρεσία 'Επιμελητών 'Αγγλικών, 'Εταιρεία Προστασίας 'Αγγλικών, 'Εταιρεία Προστασίας 'Αποφυλακισομένων κ.λ.), είτε τελούντων υπό περιορισμόν ('Ιδρύματα 'Αγωγής 'Αγγλικών, Σωφρονιστικά Καταστήματα 'Αγγλικών, Φυλακιά κ.λ.).

*Άρθρον 8.

Τομείς Κοινωνικής 'Οργανώσεως και 'Αναπτύξεως.

κ 1. 'Ο κοινωνικός λειτουργός εις τον τομέα της κοινοτικής οργανώσεως και ανάπτυξεως συμβάλλει εις την επιποινωνίαν και σναισθηματικήν προστασίαν των κατοίκων περιοχής τινος ως και εις την ανάπτυξιν μεταξύ αυτών πνεύματος συνεργασίας, κοινωνικής ευθύνης και άλληλεγύτης.

2. Διά των εν λόγω υπηρεσιών του κοινωνικού λειτουργού σκοπεύεται ιδίαι :

α) 'Η ευαισθητοποίησις των παραγόντων και κατοίκων της περιοχής εις θέματα κοινού ενδιαφέροντος ή υφιστάμενα κοινωνικά προβλήματα.

β) 'Η δημιουργία προϋποθέσεων και ή αξιοποίησις ευκαιριών, πρὸς ανάπτυξιν πνεύματος συλλογικής ευθύνης και δράσεως είτε κατά την διερεύνησιν και προώθησιν θεμάτων κοινού ενδιαφέροντος, είτε κατά την πρόληξιν ή αντιμετώπισιν προβλημάτων της κοινότητος.

γ) 'Η ενθάρρυνσις και ή ενεργοποίησις της συλλογικής κοινοτικής δράσεως, κατά την προώθησιν ή αντιμετώπισιν των εν τῷ προηγούμενῳ ἔδαφίῳ θεμάτων ή προβλημάτων.

Εις τον επί των Κοινωνικῶν Υπηρεσιῶν Υπουργόν, ἀνατίθεμεν την δημοσίευσιν και ἐκτέλεσιν του παρόντος Π. Διατάγματος.

'Εν 'Αθήναις τῆ 29 Νοεμβρίου 1978

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Δ. ΤΣΑΤΣΟΣ
ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΣΔΡΙΑΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ
ΚΩΝΣΤ. ΣΥΣΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ
ΕΙΣΘΕΡΙΚΟΝ
ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΟΣ ΣΥΡΑΤΟΣ
ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΚΩΝ. ΛΑΣΚΑΡΗΣ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΑΜΑΤΗΣ
ΕΘΝ. ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΩΛΑΝ. ΒΑΡΒΙΤΣΙΩΤΗΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΔΟΞΙΑΔΗΣ

Περί παρατάσεως θηρείας έρηνικης επιτροπης ανεγέρσεως Μνημείου των σεργιασθέντων εις Δίσταμον.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

'Εχοντες υπ' όψει :

1. Τας διατάξεις :

α) Των άρθρων 122--126 του 'Αστικού Κώδικος.

β) Του Νόμου 5101/31 «περί διενεργείας έρηνου λαχειοφόρων ή φιλανθρωπικών αγορών».

γ) Του υπ' αριθ. 336/21.4.65 Β. Δ/τος «περί συγροτήσεως έρηνικης επιτροπης ανεγέρσεως Μνημείου των σεργιασθέντων εις Δίσταμον».

δ) Του υπ' αριθ. 453/9.7.75 Π. Δ/τος «περί ανασυγκροτήσεως και παρατάσεως θηρείας της ως ερήται έρηνικης επιτροπης».

2. Το υπ' αριθ. 3208/14.11.1978 έγγραφον της Νομαρχίας Βοιωτίας «περί παρατάσεως της θηρείας της ως άνω έρηνικης επιτροπης».

3. Την υπ' αριθ. Δ3/2087/6.12.77 απόφασιν «περί ανάδεσεως αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργους Κοινωνικῶν Υπηρεσιῶν» ΦΕΚ 1278/77 τ. Β', προτάσει της Υφυπουργού Κοινωνικῶν Υπηρεσιῶν, άποφασίζομεν :

*Άρθρον μόνον.

Παρατίθεμεν την θηρεία της διά του υπ' αριθ. 336/21.4.1965 Β. Δ/τος συσταθείσης έρηνικης επιτροπης ανεγέρσεως Μνημείου των σεργιασθέντων εις Δίσταμον άφ' ης έληξεν. ήτοι από 31.12.1976 μέχρι της 31.12.1979.

Εις την Υφυπουργόν Κοινωνικῶν Υπηρεσιῶν, ανατίθεμεν την δημοσίευσιν και εκτέλεσιν του παρόντος Διατάγματος.

'Εν 'Αθήναις τῆ 30 Νοεμβρίου 1978

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Δ. ΤΣΑΤΣΟΣ

Η ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΑΝΝΑ ΣΥΜΟΔΙΝΟΥ

(3)

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟΝ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 893

Περί του εγγράφου 'Εθνικότητος των 'Ελληνικῶν 'Εμπορικῶν Πλοίων.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

'Εχοντες υπ' όψει, τας διατάξεις :

1. Των άρθρων 7, 9 και 20 παρ. δ' του υπ' αριθ. 187/1973 Ν.Δ. «περί Κώδικος Δημοσίου Ναυτικού Δικαίου».

2. Την αριθ. 904/1978 γνωμοδότησιν του Συμβουλίου της 'Επικρατείας, προτάσει του επί της 'Εμπορικῆς Ναυτιλίας Υπουργού, άπεφασίσασμεν :

*Άρθρον 1.

Στοιχεία αναγραφόμενα εν τῷ εγγράφῳ 'Εθνικότητος.

Τά εν τῷ εγγράφῳ 'Εθνικότητος των 'Ελληνικῶν 'Εμπορικῶν Πλοίων αναγραφόμενα στοιχεία ορίζονται ως κάτωθι :

α) Όνομα πλοίου.

β) Λιμήν νηολογήσεως.

γ) Αριθμός νηολογίου.

δ) Διεθνές Διακριτικόν Σήμα (ΔΔΣ).

ε) Τύπος πλοίου.

ΕΣΤΕΡΙΚΟΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΒΑΛΨΗ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Κοινωνική Εργασία είναι ανεγνωρισμένη διεθνώς σαν εφαρμοσμένη Κοινωνική Επιστήμη. Σχηματοποιεί την υπόστασή της κυρίως από την ανάγκη παρέμβασης στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής, για την αντιμετώπιση των ποικίλων κοινωνικών προβλημάτων, που δημιουργεί η βιομηχανική ανάπτυξη και η αστικοποιημένη κοινωνία.

Σήμερα η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών αποτελεί υποχρέωση της πολιτείας και δικαίωμα του πολίτη.

Αντικείμενο της Κοινωνικής Εργασίας είναι ο άνθρωπος σε συνάρτηση με το κοινωνικό του περιβάλλον. Επιστημαίνει και μελετά τις ανθρώπινες ανάγκες και τα προβλήματα που προκύπτουν από τις διαπροσωπικές και κοινωνικοοικονομικές σχέσεις. Αποβλέπει στην πρόληψη δυσμενών κοινωνικών καταστάσεων, στη βελτίωση ή αποκατάσταση αρμοδιαίας επωφελούς αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμων και φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων, των ομάδων, των κοινοτήτων και του κοινωνικού συνόλου γενικά. Επιδιώκει ακόμη και την εξομάλυνση των προβλημάτων που δημιουργούνται από την σχέση με την οργανωτική δομή της σημερινής κοινωνίας.

Η Κοινωνική Εργασία διέπεται από δημοκρατικές αρχές που καθορίζονται από την δεοντολογία της, όπως ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας τα απόρρητα και η διασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως αυτά καταγράφονται στον Καταστατικό Χάρτη του ΟΗΕ.

Η Κοινωνική Εργασία ασκείται διεθνώς από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες, τους Κοινωνικούς Λειτουργούς (απόφαση Γεν. Συνέλευσης του ΟΗΕ 1952).

Ενώ άλλες ειδικότητες των ανθρωπιστικών εφαρμοσμένων επιστημών, συγκεκριμενοποιούν το πεδίο παρέμβασής τους, η Κοινωνική Εργασία έχει ένα ευρύτετο πεδίο παρέμβασης που τις περισσότερες φορές υλοποιείται μέσα στο φυσικό χώρο, τον οικογενειακό, εργασιακό, κοινωνικό, κ.α λαμβάνοντας υπόψη την έκταση του πλέγματος των πιθανών αναγκών και των αιτιολογικών παραγόντων των προβλημάτων του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί σε όλους τους Τομείς δραστηριότητάς τους αποβλέπουν :

α. Στην πρόληψη και θεραπεία κοινωνικών προβλημάτων. Όπου αυτά δεν είναι δυνατό, μεινούν για την ανακούφιση των επιπτώσεων.

β. Στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και της κοινωνικής λειτουργικότητας.

Για να πετύχουν τα παραπάνω χρησιμοποιούν γνώσεις και τεχνικές :

α. Διαγνωστικής και θεραπευτικής συνέντευξης.

β. Ομαδικής συγκέντρωσης (θεραπευτικής, παιδαγωγικής, ψυχαγωγικής).

γ. Συνεδριάσεων επιτροπών και συμβουλίων.

δ. Κοινωνική έρευνα.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί κατά την άσκηση των υποχρεώσεων και των αρμοδιοτήτων τους πρέπει να :

α. Διενεργούν ψυχοκοινωνική μελέτη του περιστατικού ή της ομάδας

2ο σελίδα

6*

που χρειάζεται την παρέμβασή τους.

β. διαμορφώνουν την ψυχοκοινωνική διάγνωση, αυτόνομα ή σε συνεργασία και με άλλους ειδικούς για τα προβλήματα του ατόμου, της οικογένειας και της ομάδας (κοινότητας).

γ. εκπονούν και εκτελούν σχέδια δράσης και ενεργειών, σε συνεργασία με τον εξυπηρετούμενο - άτομο, ομάδα ή κοινότητα - για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης κατάστασης.

Στα πλαίσια των πρόσθετων επαγγελματικών ευθυνών για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς προβλέπεται η άσκηση αρμοδιοτήτων όπως :

1.Επιδημιολογικής και διοικητικής εποπτείας προγραμμάτων και υπηρεσιών υγειονομικο-κοινωνικο-προνοιακού και ασφαλιστικού χαρακτήρα.

2.Διοίκηση ή συμμετοχή σε υπηρεσίες κοινωνικού σχεδιασμού.

3.Σε εκπαιδευτικούς τομείς όλων των βαθμίδων.

4.Σε ερευνητικούς και λοιπούς εξειδικευμένους τομείς.

Το γνωστικό αντικείμενο της Κοινωνικής Εργασίας περιέχει γνώσεις από τις παρακάτω θεωρητικές ενότητες:

1.Θεωρία και μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας (άτομο, ομάδα και κοινότητα).

2.Φιλοσοφία και Ιστορία πολιτικών θεωριών.

3.Κοινωνιολογία, Ψυχολογία, Οικονομία, Δίκαιο και Στατιστική.

4.Πληθυσμιακή υγιεινή, Δημογραφία.

5.Ψυχιατρική, Ψυχοπαθολογία, Κοινωνική ψυχική υγεία, Ειδική αγωγή.

6.Οργάνωση και διοίκηση κοινωνικών υπηρεσιών, Κοινωνική πολιτική, Κοινωνική έρευνα και Προγραμματισμός Η/Υ.

2.ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αποτελεί πλέον διεθνή παραδοχή ότι η αρρώστια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο αλλά έχει κοινωνική βάση. Επίσης πως το πρόβλημα της υγείας δεν λύνεται μόνο με ιατρικές υπηρεσίες περίθαλψης αλλά με την αμοιβαία συμβίωση του ατόμου με το οικολογικό και κοινωνικό του περιβάλλον. Η ύπαρξη συστήματος υπηρεσιών υγείας αποτελεί βασικό συστατικό για την κοινωνική ευημερία και την ποιότητα ζωής.

Η έννοια της υγείας έχει απασχολήσει επί αιώνες την ανθρώπινη σκέψη. Το πρόβλημα αυτό δεν είναι φιλοσοφικό και όχι μόνο εννοιολογικό, είναι κατ'εξοχήν πολιτικό και αφορά την στάση στο πρόβλημα.

Την πρώτη διαλεκτική προσέγγιση έκανε ο Ιπποκράτης "η αρμονία με το σύμπαν". Στη συνέχεια αναπτύχθηκε η ιδεαλιστική - υποκειμενική άποψη που καταλήγει σε αγνωστικισμό που δικαιολογεί την αδιαφορία για το κοινωνικό γίγνεσθαι.

Ο νεοθετικισμός μιλάει για σύνολο φυσιολογικών λειτουργιών. Όμως ο άνθρωπος είναι κάτι περισσότερο από ένα άθροισμα βιολογικών λειτουργιών. Η υλιστική θεωρία θεωρεί ότι η υγεία είναι κατάσταση που προκύπτει από τις υλικές συνθήκες και τις κοινωνικές σχέσεις των ανθρώπων.

Ο κοινωνικός προσδιορισμός της υγείας - που δεν αρνείται το βιολογικό μέρος του ανθρώπου, αλλά το συσχετίζει με τις κοινωνικές συνθήκες είναι η διάσταση που δίνει η Κοινωνική Εργασία. Η κοινωνική αιτιότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην καθοριστική παράγοντας διαμόρφωσης υγείας.

Η Διακήρυξη της ΠΟΥ, στην ALMA-ATA το 1978, δικάωσε τις απόψεις των διεθνών οργάνων των Κοινωνικών Λειτουργιών IFSW όπως :

1. Οι υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης είναι τμήμα (υποσύστημα) των υπηρεσιών υγείας (σύστημα).
2. Η αρρώστια δεν είναι μόνο βιολογικό φαινόμενο αλλά έχει κοινωνική βάση.
3. Η έννοια της προστασίας και προαγωγής της υγείας είναι πολυδιάστατη και ολιστική και σε σαφή αντίθεση με την περίθαλψη.
4. Είναι απαραίτητος ο αναπροσανατολισμός των στόχων της περίθαλψης από την κεντρική νοσοκομειακή περίθαλψη στην νέα διάσταση την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που δίνει βαρύτητα στην πρόληψη, την κοινωνική φροντίδα και την αποκατάσταση.
5. Υπάρχει απόλυτη ανάγκη για συμμετοχή όλων των υγειονομικών στελεχών (γιατροί, μαιές, νοσηλεύτες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολογοί, κ.α.) στην υλοποίηση των προγραμμάτων για την υγεία, όχι αποσπασματικά και μεμονωμένα, αλλά στην βάση της μαζίτης συνεργασίας στη μάχη της νέας αντίληψης για την "ομάδα υγείας" (TEAM WORK).
6. Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας σε εθνικό επίπεδο . Κοινωνικός σχεδιασμός και συνεχής προγραμματισμός.
7. Καθαρριστικός παράγοντας όχι μόνο από άποψη αρχών αλλά και αποτελεσματικότητας, είναι η λαϊκή συμμετοχή στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή και στην αξιολόγηση των προγραμμάτων για την υγεία.

3. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ OK

Το Π.Δ. 87/86 (ΦΕΚ 32/27-3-86/τ.α) που καθόρισε το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων, τοποθετεί την κοινωνική υπηρεσία στην άσκηση της υπηρεσίας του Νοσοκομείου και προβλέπει και "κάποια" "εργασία κοινωνικής εργασία" στον Τομέα της Κοινωνικής Ιατρικής.

Είναι φανερό ότι, πέρα από κάθε καλή πρόθεση, η οργανωτική τοποθέτηση της Κοινωνικής υπηρεσίας και του αντικειμένου της Κοινωνικής Εργασίας έχουν γίνει εν αγνοία της πραγματικότητας και του περιεχομένου της.

Στο σχέδιο του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας της Ιατρικής Υπηρεσίας των Νοσοκομείων που έχει συνταχθεί από Επιτροπή του ΚΕΣΥ και έχει σταλεί στους Προέδρους των Νοσοκομείων, μεταξύ άλλων προβλέπει ότι κάποιος αριθμός Κοινωνικών Λειτουργιών θα εργάζεται στον Ψυχιατρικό Τομέα και θα ανήκει στην επιστημονική και διοικητική ευθύνη του Δ/ντού Γιατρού του Τομέα. Όλα τα παραπάνω δημιουργούν την αναγκαιότητα διατύπωσης εκ νέου της αρχικής πρότασης που είχαν όλοι οι φορείς των Κοινωνικών Λειτουργιών. Συγκεκριμένα την δημιουργία τέταρτης Δ/σης στο Νοσοκομείο με τον τίτλο Κοινωνική Υπηρεσία ή την προβλεψη αυτόνομου τμήματος κοινωνικής υπηρεσίας με οργανωτική εξάρτηση απ' ευθείας από το Δ.Σ του Νοσοκομείου.

Την ιδιαιτερότητα της επιστημονικής ανεξαρτησίας μια και είμαστε ειδικότητα των κοινωνικών επιστημών νομίζω ότι θα ήταν περιττό να αναπτυχθεί. Από εκεί και πέρα η λειτουργική ανάπτυξη είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων και της ιδιαιτερότητας κάθε Νοσοκομείου.

Στο οργανωτικό πλαίσιο των Νοσοκομείων θα έπρεπε να προβλέπεται η παρουσία αναλογία στελέχωσης με Κοινωνικούς Λειτουργούς. Η πρόταση που υπάρχει σύμφωνα και με τα αειθήνα δεδομένα είναι :

1. Ένας (1) κοινωνικός λειτουργός για κάθε 50 κρεβάτια Γενικού Νοσοκομείου ή για 25 κρεβάτια Ειδικού Νοσοκομείου.

2. Επίσης ένας (1) κοινωνικός λειτουργός για κάθε ειδική Μονάδα του Νοσοκομείου ή εξειδικευμένη δραστηριότητα, κύριο εξωτερικών ασθενών και

3. Για τα κέντρα υγείας έχει προταθεί σαν συντελεστής στελέχωσης ένας Κοινωνικός Λειτουργός για 2.500 - 3.000 κατοίκους.

Η Δ/νση ή το Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας οργανώνεται σε αντίστοιχία με τις δραστηριότητες του Νοσοκομείου.

Επί οι κοινωνικοί λειτουργοί παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε όλους τους ιατρικούς τομείς και τα τμήματά τους, όπως και σε κάθε υπηρεσία του νοσοκομείου είτε αυτή εξυπηρετεί εσωτερικούς ασθενείς ή εξωτερικούς.

Η οργανωτική αντιστοιχία και η κατανομή του αντικειμένου είναι αρμοδιότητα του Επιστημονικού Συμβουλίου της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Στα πλαίσια αυτά μπορούν να αναπτυχθούν σε οργανική διασύνδεση με την Κεντρική Κοινωνική Υπηρεσία γραμμές Κοινωνικών Λειτουργών.

4. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το αντικείμενο εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών και στο Τομέα της υγείας περιγράφεται στο Π.Δ.891/78 (ΦΕΚ.213/7-12-78/τ.α). Συγκεκριμένα :

1. Ο κοινωνικός λειτουργός στο τομέα της υγείας συμβάλλει στη πρόληψη ή την αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων δημιουργουμένων συνεπεία καταστάσεων κλονισμού σωματικής ή ψυχικής υγείας ατόμων ή σφειλομένων στην προσωπικότητα αυτών ή σε άλλες δυσμενείς συνθήκες του περιβάλλοντός τους, όπως καθιστούν δυσχερές το διαγνωστικό έργο ή την εφαρμογή μέτρων θεραπείας.

2. Το έργο του κοινωνικού λειτουργού στο τομέα της υγείας συνίσταται, αφ'ενός μεν στη διεύρυνση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, άλλτινες αποτελούν τούς γενεσιουργούς λόγους των προβλημάτων της προηγούμενης παραγράφου, αφ'ετέρου δε στη παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα, προς τον ασθενή και τους οικείους του, με σκοπό συμβολής, στην επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου και την ομαλή επανένταξη του ασθενούς στο κοινωνικό περιβάλλον.

3. Η δραστηριότητα του κοινωνικού λειτουργού στο τομέα της υγείας αναπτύσσεται μέσα στα πλαίσια συγκεκριμένης κοινωνικής υπηρεσίας, ιδίως νοσηλευτικού ιδρύματος ή κέντρου ψυχικής υγιεινής (διαγνωστικού, συμβουλευτικού, θεραπευτικού χαρακτήρα).

5. ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Οι αρμοδιότητες της κοινωνικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου περιγράφονται στο Π.Σ.87/86 (ΦΕΚ 32/27-3-86/τ.α). Συγκεκριμένα :

1. Η ευθύνη και φροντίδα για την συμπαράσταση στους νοσηλευόμενους στο Νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα, την αναζήτηση

και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση και γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής πολιτικής της Πολιτείας".

6. ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ

ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ✓

Το έργο των κοινωνικών λειτουργών στα Νοσοκομεία είναι συμβουλευτικό, θεραπευτικό, ερευνητικό και εκπαιδευτικό.
Συνίσταται:

α. Στην εντόπιση, διερεύνηση και αξιολόγηση ειδικών προβλημάτων ατόμων που απευθύνονται στην κοινωνική υπηρεσία ή παραπέμπονται από αλλού.

β. Στην προετοιμασία του ασθενούς και των οικείων του για την παραδοχή της ασθένειας και της αναγκαιότητας των μέτρων θεραπείας.

γ. Στην βοήθεια του ασθενούς για την καλή προσαρμογή στο περιβάλλον του Νοσοκομείου.

δ. Στην δημιουργία ομάδων ασθενών, που έχουν κοινές ανάγκες και προβλήματα και στη βοήθειά τους μέσω της ομάδας για αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους. ✓

ε. Στην προετοιμασία του ασθενούς και του περιβάλλοντός του, για την επάνοδό του και την προσαρμογή του, στο φυσικό του περιβάλλον, όπου η επανένταξη δεν είναι δυνατή, στην αποκατάστασή του σε νέο περιβάλλον ή σε κατάλληλο τεχνικό.

στ. Στην κατά την κρίση του συνέχιση της συνεργασίας με τον ασθενή εκτός Νοσοκομείου ή την παραπομπή του σε άλλη υπηρεσία.

ζ. Στον προγραμματισμό και την εκτέλεση ερευνητικών προγραμμάτων, είτε στα πλαίσια της κοινωνικής υπηρεσίας, είτε σε συνεργασία με άλλες επιστημονικές ομάδες, μέσα ή έξω από το Νοσοκομείο. ✓

η. Στην διασυνδετική μεταξύ τμημάτων και υπηρεσιών του Νοσοκομείου, καθώς και με άλλες υπηρεσίες της κοινότητας.

θ. Στην ενημέρωση της κοινότητας και άλλων φορέων για τις υπηρεσίες και τα προγράμματα του Νοσοκομείου και την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού.

ι. Ενημέρωση των στελεχών του Νοσοκομείου και της κοινότητας για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού και τα προγράμματα της κοινωνικής υπηρεσίας.

ια. Εκπαίδευση σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας ή άλλων ασκουμένων στα πλαίσια της πρακτικής τους άσκησης στο επάγγελμα ή στην ειδικότητά τους.

ιβ. Στην αξιοποίηση και οργάνωση εθελοντικών ομάδων ή κάθε εθελοντικής προσφοράς για τις ανάγκες των ασθενών του Νοσοκομείου.

ιγ. Στην ενημέρωση και προάσπιση των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων του ασθενή και την βοήθεια για αποτελεσματικότερη χρήση των υπηρεσιών του Νοσοκομείου, και των λοιπών προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής της Πολιτείας και άλλων φορέων.

ιδ. Στη συμμετοχή στα εκπαιδευτικά και λοιπά επιστημονικά προγράμματα του Νοσοκομείου.

ιε. Στη συμμετοχή σε συμβούλια και επιστημονικές επιτροπές του Νοσοκομείου.

ιστ. Στην επισήμανση προβλημάτων και αναγκών που ανάγονται στην

λειτουργικότητα του Νοσοκομείου και την υποβολή σχετικών εισηγήσεων με πιθανές λύσεις.

ις. Στην συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση μέσω επιστημονικών σεμιναρίων και άλλων συναφών δραστηριοτήτων.

7. ΧΡΟΙ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ +

Το έργο του κοινωνικού λειτουργού επιτελείται :

- α. Στα γραφεία της κοινωνικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου.
- β. Στα τμήματα των Ιατρικών Τομέων (και των τεσσάρων).
- γ. Στα εξωτερικά ιατρεία και την εφημερία.
- δ. Στο φυσικό περιβάλλον του ασθενούς και των οικείων του.
- ε. Στο χώρο εργασίας ή εκπαίδευσης του ασθενούς.
- στ. Σε άλλες υπηρεσίες και φορείς που κρίνει απαραίτητα.

Μαρίλια
εφ/

8. ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

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

- α. Το ιατρικό προσωπικό των Τομέων.
- β. Το νοσηλευτικό προσωπικό των τμημάτων.
- γ. Άλλα τμήματα ή προσωπικό του Νοσοκομείου.
- δ. Τους ίδιους τους ασθενείς.
- ε. Το περιβάλλον τους.
- στ. Άλλες υπηρεσίες και φορείς εκτός Νοσοκομείου (κοινότητα).
- ζ. Επισήμανση των κοινωνικών λειτουργών του Νοσοκομείου.

Η παραπομπή των περιστατικών που εμπύπτουν στις αρμοδιότητες της κοινωνικής υπηρεσίας πρέπει να γίνεται άμεσα, ώστε να παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες χωρίς να ταλαιπωρείται ο ασθενής και να παρατείνεται η νοσηλεία του στο Νοσοκομείο ή να προλαμβάνονται διάφορες επιπλοκές και προβλήματα.

Για την διαδικασία παραπομπής και τα ειδικά χαρακτηριστικά των περιστατικών, πρέπει σε κάθε Νοσοκομείο να κυκλοφορήσει σχετική εγκύκλιος της κοινωνικής υπηρεσίας εγκεκριμένη από το Δ.Σ του Νοσοκομείου.

Μαρίλια
εφ/

9. ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Της κοινωνικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου προΐσταται Κοινωνικός Λειτουργός που έχει κριθεί και τοποθετηθεί σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά.

Οι αρμοδιότητες και τα καθήκοντά του συνοψίζονται στα παρακάτω:

1. Είναι υπεύθυνος για την καλή λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας.

2. Συντονίζει, εποπτεύει και καθοδηγεί το επιστημονικό και διοικητικό έργο του προσωπικού της Κοινωνικής Υπηρεσίας, εκτιμώντας τις ανάγκες του Νοσοκομείου σε σχέση με τις δυνατότητες της υπηρεσίας του.

3. Εκτιμά και εγκρίνει την ανάγκη κίνησης των Κοινωνικών Λειτουργών εκτός Νοσοκομείου για υπηρεσιακούς λόγους.

4. Διεξάγει τις δημόσιες σχέσεις για την καλή λειτουργία της υπηρεσίας εντός και εκτός του Νοσοκομείου.

5. Τοποθετεί τους Κοινωνικούς Λειτουργούς σε διάφορους Τομείς, τμήματα και προγράμματα του Νοσοκομείου.

111
111
111
111

Μαρίλια

6. Συγκαλεί και προεδρεύει του Επιστημονικού Συμβουλίου της Κοινωνικής Υπηρεσίας, τουλάχιστον δυο φορές το μήνα όποτε άλλοτε κρίνεται αναγκαίο.

7. Μετέχει σαν εκπρόσωπος της Κοινωνικής Υπηρεσίας, σε συσκέψεις υπηρεσιακές του Νοσοκομείου, σαν εισηγητής στο Δ.Σ του Νοσοκομείου για σχετικά θέματα, στην διεπιστημονική επιτροπή του Νοσοκομείου και σε κάθε άλλη δραστηριότητα.

8. Πραγματοποιεί σαν εκπρόσωπος της Κοινωνικής Υπηρεσίας όλες τις απαραίτητες παραστάσεις στα όργανα και τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου.

9. Διενεργεί την τοποθέτηση των σπουδαστών για την πρακτική άσκηση ή την άσκηση στο επάγγελμα (κοινωνικής εργασίας) και εποπτεύει την εκπαίδευσή τους.

10. Είναι υπεύθυνος για την τήρηση του γραφειακού συστήματος της κοινωνικής υπηρεσίας και υπογράφει όλα τα έγγραφα που εξέρχονται.

11. Αξιολογεί την υπηρεσιακή λειτουργία των Κοινωνικών Λειτουργών της υπηρεσίας του.

12. Συντάσσει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων και κάνει σχετική αξιολόγηση με προτάσεις.

13. Πέρα από τις παραπάνω αρμοδιότητές του, ασκεί κλινικά καθήκοντα Κοινωνικού Λειτουργού, στον βαθμό που του επιτρέπουν τα άλλα καθήκοντά του.

10. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΓΡΑΦΕΙΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ - ΓΡΑΦΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Για την λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας απαιτούνται τα παραπάνω :

X Γραφεία για όλους τους Κοινωνικούς Λειτουργούς Νοσοκομείου, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται το εμπιστευτικό του αντικειμένου τους. Τα γραφεία πρέπει να είναι σε εμφανές κεντρικό σημείο του Νοσοκομείου έτσι ώστε να είναι εύκολη η πρόσβαση. Απαραίτητο στοιχείο είναι η ύπαρξη προθαλάμου αναμονής.

X Χώρος για ειδικές εμπιστευτικές συνεντεύξεις.

X Αίθουσα για τις συγκεντρώσεις των ομάδων.

X Εξωτερική γραμμή τηλεφώνου ανά 4 Κοινωνικούς Λειτουργούς.

X Εσωτερική σύνδεση τηλεφώνου για όλους τους Κοινωνικούς Λειτουργούς.

X Ο απαραίτητος εξοπλισμός γραφείου και καρτελοθήκες ασφαλείας για τήρηση των απόρρητων φακέλλων.

X Η απαραίτητη γραφική ύλη και τα άλλα υλικά που θα ζητούνται.

X Τα βιβλία που τηρούνται και οι φάκελλοι ρυθμίζονται με απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου των Κοινωνικών Λειτουργών.

11. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών ασθενών με μόνιμη ή περιστασιακή οικονομική αδυναμία, προβλέπεται ειδικός λογαριασμός που κινείται με ευθύνη των κοινωνικών λειτουργών μέσω του ταμείου του Νοσοκομείου.

12. ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί δεν υποχρεωνονται να υπογράφουν ή να τηρούν κάρτα, όμως τηρούν λεπτομερές φύλλα ημερησίας κίνησης, ελεγχόμενα από τον Προϊστάμενό τους και το οποίο είναι στη διάθεση του Προέδρου του Νοσοκομείου όποτε ήθελε να το ζητήσει.

13. ΟΔΟΙΠΟΡΙΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ

Χορηγείται εφ' όποιε ποσό για τις εντός έδρας μετακινήσεις.

14. ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η συνεχής επιμόρφωση, ενημέρωση και εκπαίδευση των Κοινωνικών Λειτουργών θεωρείται απόλυτα απαραίτητη και υποχρεωτική. Γι' αυτό το λόγο χορηγείται άδεια με αποδοχές προκειμένου να παρακολουθήσουν τέτοια πράγματα και καλύπτονται τα σχετικά έξοδα από το νοσοκομείο. Επίσης συμμετέχουν στην οργάνωση σχετικών προγραμμάτων ενδοϋπηρεσιακής επιμόρφωσης.

Αθήνα 10 Νοεμβρίου 1980

Έκθεση Έπιτροπής
καθορισμού δραστηριοτήτων
των Κοινωνικών Λειτουργιών και Υπηρεσιών
σε Κοινωνικές Υπηρεσίες Νοσηλ. Ίδρυμάτων

I. Έκθεση σύνθεση και λειτουργία της Έπιτροπής.

Με την απόφαση του κ. Υπουργού Κοιν. Υπηρεσιών άρ.πρ. Γ38/978/10-5-1980 συγκροτήθηκε Έπιτροπή με σκοπό τον καθορισμό των δραστηριοτήτων των Κοιν. Λειτουργιών που εργάζονται στις Κοιν. Υπηρεσίες των Νοσηλ. Ίδρυμάτων. Διευκρινίζεται ότι ο άνωτέρω καθορισμός δραστηριοτήτων γίνεται επί πλάσις του Π.Δ. 831/20 Νοεμβρ. 1978 (ΦΕΚ 213/7-12-1978) με το οποίο καθορίστηκε το αντικείμενο της εργασίας του Κοιν. Λειτουργού, γενικά και κατά τομείς άσκησης του, ενόψει της συντήρησης των κανονισμών εσωτερικής λειτουργίας για τα νοσηλευτικά Ίδρύματα Π.Δ. 2592/1952.

Η Έπιτροπή αποτελείσθηκε από τους εξής:

- α. Έυσερέα Ήλιόδη, Δ/τή της Δ/σεως Κοιν. Έργασίας, με άνωκληρωκή την Ε. Γαλακτοπούλου, προϊσταμένη του Ε' Τμήματος της άνωτέρω Δ/σεως.
 - β. Κων/νο Λιακόπουλο, Δ/ντή Νοσηλ. Ίδρύματος Π.Δ. 2592/52.
 - γ. Χαρίλαο Βαρουχάκη, Δ/ντή Κλινικής του Κ.Ο.Υ. Π.Δ.
 - δ. Άγγελική Κορδένη, Κοιν. Λειτουργός και ύπηρετεί στην Δ/ση Έκτιθεώρησης του ΥΠΕΥ.
 - ε. Χαρίκλειο Χατπούλου, Κοιν. Λειτουργός Γεν. Νοσοκομείου "ΒΑΣΙΛΕΥΣ ΠΑΥΛΟΣ".
 - στ. Έλένη Βιδάλη, Κοιν. Λειτουργός στην Δ/ση Κοιν. Έργασίας.
- Με την ίδια απόφαση και συμπληρώθηκε με την απόφαση άρ. Γ38/1280/25-6-1980 όρίστηκε ότι, από μπου. ύσε για την άκονοποίηση του έργου της Έπιτροπής να προσκαλούνται στις συνεδριάσεις, και οι εξής:
- α. Γορία Κολικούτη, Κοιν. Λειτουργός στην Κοιν. Υπηρεσία του Ε.Ε.Ε.
 - β. Χασιανή Πανουτσπούλου, Κοιν. Λειτουργός στην Κοιν. Υπηρεσία του Οργανισμού "ΒΑΣΙΛΕΥΣ ΠΑΥΛΟΣ".

Προβλήματα

α. Ο αριθμός των θέσεων Κοιν. Λειτουργιών δεν είναι πάντοτε σύ-
λογος με τον αριθμό κλινών άκμης και ήν πρόκειται για άμοιδη
Προσοκομεία. Επίσης σε πολλά μεγάλα Προσοκομεία δεν προβλέπον-
ται θέσεις Κοιν. Λειτουργιών (πχ. τό Γεν. Προσοκομείο Ηεκάτος
Ο ΑΡΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΑΞΙΩΝΙ δυνάμεως 300 κλινών, δεν προβλέπονται θέ-
σεις Κοιν. Λειτουργιών, ενώ προβλέπονται δύο θέσεις στο Γεν. Προ-
σοκομείο ΑΓΙΑ ΣΑΤΑ Η. Ίωνίος δυνάμεως 210 κλινών, κ.λ.π.).

β. Η θέση των Κοιν. Λειτουργιών στην ιεραρχία του ύπελληλικού προσω-
πικού και ή ύπηρεσιακή εξέλιξη τους ή δεν προσδιορίζονται έπα-
κριβώς ή αντιμετώπιζονται με διαφορετικό τρόπο από Προσοκομεία
σε Προσοκομεία (π.χ. Προσοκομείο Η. Ίωνίος και Γεν. Πρακτικό Άσθ-
νών όπου οι Κοιν. Λειτουργοί συγκαταλέγονται μεταξύ του βοηθη-
τικού προσωπικού και εξορτώνται από την Γραμματεία, ενώ στο Γεν.
Προσοκομείο "ΕΛΓΙΑΔΥΣ ΕΛΥΑΣΣ" χαρακτηρίζουν τις θέσεις αυτών
"ως ειδικές" κ.λ.π.).

Όσο για την έλλειψη των κατάλληλων και έκαρκών πηγών βοήθειας
ή ποία άποτελεί άνασχετικό καθόγοντα για την άσκηση της Κοι-
νωνικής έργασίας, ύπογραμμίζεται ιδιαίτερα ότι σφαιρικά αυτής άη-
μιουργείται συννή άδίσφοδα και άσκειται ίσχυρή πίεση για καθ-
ύηση της πόρρονης στο Προσοκομείο, περιπτώσεων άποθερακευθέντων
που έχουν άμφι άνάγκη από κοινωνική προστασία και άποκοτόσταση.

γ. Καθορισμός δραστηριοτήτων Κοιν. Λειτουργιών και ύπηρετούν στο Προση-
λευτικό Ίδρύματα.

Κατά την άποψη της Έπιτροπής και όλων των παράγοντων και συμμε-
τείχων στις συνεδριάσεις της, έπιβάλλεται ή σύσταση σε όλα τό Προση-
λευτικό Ίδρύματα Κοινωνικής Ύπηρεσίας, με προϊστάμενο Κοιν. Λει-
τουργό, στην ποία θα άνήκουν οι Κοιν. Λειτουργοί, που θα κρέκει να
έξορτάται άνευθείς από τό Α/ντή του Προσοκομείου.

Αυτό θα διευκολύνει στην καλύτερη άργάνωση και μεσάδευση των δρα-
στηριοτήτων των Κοιν. Λειτουργιών, στην προαγωγή της συνεργασίας τους
με τις διάφορες ύπηρεσίες του Προσοκομείου, και με τό κοινό και γε-
νικότερο στην βελτίωση της άποδόσεως τους.

Άρμοδιότητες και καθήκοντα Κοιν. Λειτουργού προϊστάμενου της Κοιν. Υπηρεσίας.

1. Είναι υπεύθυνος για την καλή λειτουργία της Κοιν. Υπηρεσίας.
2. Συντονίζει και εποπτεύει το έργο του προσωπικού της Κοιν. Υπηρεσίας, εκτιμώντας τις ανάγκες του Ιδρύματος σε σχέση με τις δυνατότητες της Υπηρεσίας του.
3. Συνεργάζεται και καθοδηγεί τους Κοιν. Λειτουργούς με σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
4. Εκτιμά την ανάγκη κινήσεως των Κοιν. Λειτουργών έναντι Ιδρύματος για εκτέλεση υπηρεσίας.
5. Μετέχει στις συσκέψεις των υπευθύνων των Τμημάτων του Ιδρύματος.
6. Παρίστανται στις συνεδριάσεις του Εκπαιδευτικού Συμβουλίου του Ιδρύματος, προκειμένου να άνωπύξει θέματα της άρμοδιότητάς του.
7. Κατανέμει τους άσκουμένους σπουδαστές των Σχολών Εκπαίδευσως Κοιν. Λειτουργών και εποπτεύει το όλο εκπαιδευτικό έργο που πραγματοποιείται στη πλαίσια της υπηρεσίας του, σε συνεργασία με τις σχολές.
8. Είναι υπεύθυνος για την τήρηση του γραφειακού συστήματος της υπηρεσίας του.
9. Συντάσσει το φύλλα υπηρεσιακής ικανότητας των Κοιν. Λειτουργών, ως έκριτης.
10. Συντάσσει τις εκθέσεις πεπραγμένων της υπηρεσίας του.

Πέρα από τις παραπάνω άρμοδιότητες, ο προϊστάμενος της Κοιν. Υπηρεσίας άσκει και καθήκοντα όμοια με εκείνα των προϊσταμένων των Κοιν. Λειτουργών, στο βαθμό που επιτρέκει τουτό ή άκρδσκοπη άσση των καθήκόντων του, ως προϊστάμενου.-

Ε Β Η Ι Τ Ρ Ο Π Ε

- | | | |
|-----------|-------------|---------------|
| Α.ΕΛΛΑΔΗ | Κ.ΒΑΡΟΥΧΑΛΗ | Κ.ΑΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ |
| Β.ΒΙΛΛΑΛΗ | Κ.ΚΑΤΣΟΥΛΟΥ | Α.ΚΟΤΑΛΗ |
| Δ.ΣΑΧΟΣ | | |

Αθήνα 31 Μαΐου 1991

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Ι. ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
Ι. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝ. ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΓΡΑΜΜΑ Α'

Αριθ. πρωτ. Γ6α/707

ΠΡΟΣ: - Πίνακας Διανομής

Ταχ. Δ/ση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας: 101 87

Πληροφορίες: Αικ. Νταγκίνη
Τηλέφωνο: 5231567

ΘΕΜΑ: "Ανάπτυξη και προαγωγή της Κοινωνικής Εργασίας στο Νοσοκομειακό πλαίσιο"

Η Δ/ση Κοινωνικής Εργασίας και Επαγγελματιών Κοινωνικής Πρόνοιας, μέσα στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων της, που είναι η ανάπτυξη και προαγωγή της Κοινωνικής Εργασίας, σε όλες τις Κοινωνικές Υπηρεσίες της Χώρας, θα ήθελε να σας παρακαλέσει να συμβάλλετε στην όσο το δυνατόν καλλίτερη και αποδοτικότερη λειτουργία των Κοιν. Υπηρεσιών στο πλαίσιο του νοσοκομείου.

Η Κοινωνική Υπηρεσία στο νοσοκομείο, έχει σαν στόχο, με την άσκηση Κοιν. Εργασίας που ασκούν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, χρησιμοποιώντας επιστημονικές τεχνικές και μεθόδους, να βοηθάει τον πολίτη, που σε μία κρίσιμη καμπή της ζωής του, αντιμετωπίζει το πρόβλημα της σωματικής ή ψυχικής υγείας να δεχθεί την πραγματικότητα, να βοηθήσει με τις δικές του δυνάμεις στην βελτίωση ή στην θεραπεία και να χρησιμοποιήσει τις προσφερόμενες εξυπηρετήσεις από την πολιτεία, για την κοινωνική και επαγγελματική του αποκατάσταση, όσο είναι δυνατόν καλλίτερα.

Η Κοινωνική Εργασία σαν ανθρωπιστική Επιστήμη που είναι, κατά την άσκηση της, σέβεται την προσωπικότητα του ατόμου, τήρει την χεμύθεια των όσων ο ίδιος εμπιστεύεται στον Κοιν. Λειτουργό και του δίδει την δυνατότητα μέσα σ' ένα σύγχρονο και πολιτισμένο περιβάλλον να εμπιστευθεί τον Κοιν. Λειτουργό και να δεχθεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

Από τα προαναφερόμενα σαφώς διαφαίνεται, ότι για την άσκηση της Κοινωνικής Εργασίας, εκτός από το ανθρώπινο δυναμικό του είναι οι Κοιν. Λειτουργοί, είναι απαραίτητο να υπάρχει και η υλικοτεχνική υποδομή όλων των πλαϊσίων και ειδικότερα των Νοσοκομείων, αφού αναφερόμαστε σ' αυτό το πλαίσιο. Δηλαδή είναι απαραίτητο να υπάρχουν χώροι ευπρεπείς και πολιτισμένοι, με κατάλληλο γραφειακό εξοπλισμό. Η ύπαρξη χώρου συνεντεύξεως βοηθάει στη δημιουργία κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού της προσωπικότητας και της αξιοπρέπειας του πολίτη.

Η Δ/ση Κοινωνικής Εργασίας και Επαγγελματιών Κοιν. Πρόνοιας σε έγγραφο του ΚΕΣΥ με αριθ. πρωτ. 498/21.3.84 με το οποίο ζητούντο απόψεις αναφορικά με τη συγκρότηση, οργάνωση και λειτουργία Κοινωνικών Υπηρεσιών στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας, έχει εκφράσει τις απόψεις της, οι οποίες περιληπτικά ανταποκρίνονται στα προαναφερόμενα. Επισημαίνεται ακόμη η μη ανάθεσης στους Κοινωνικούς Λειτουργούς καθηκόντων ξένων προς το κυρίως έργο τους, που είναι η άσκηση Κοινωνικής Εργασίας. Επίσης να γίνουν προσπάθειες για την κάλυψη των κενών οργανικών θέσεων και την ένταξη των Κοινωνικών Λειτουργών στην διεπιστημονική ομάδα του πλαισίου, για την σφαιρική αντιμετώπιση των προβλημάτων των εξυπηρετούμενων.

Πιστεύουμε ότι θα θελήσετε να συμβάλλετε στην προαγωγή και ανάπτυξη της Κοινωνικής Εργασίας μέσα στο νοσοκομειακό πλαίσιο, εκτιμώντας την αναγκαιότητα για την προσφορά ποιοτικά αναβαθμισμένων Κοινωνικών Υπηρεσιών.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

1. ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΠΡΟΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑ

- α. Διοικητικά Συμβούλια των Νοσοκομείων της χώρας
- β. Δ/σεις Διοικητικού των Νοσοκομείων της χώρας (με την παράκληση όπως λάβουν γνώση οι Κοιν. Λειτουργοί των Κοιν. Υπηρεσιών σας και των Κέντρων Υγείας)

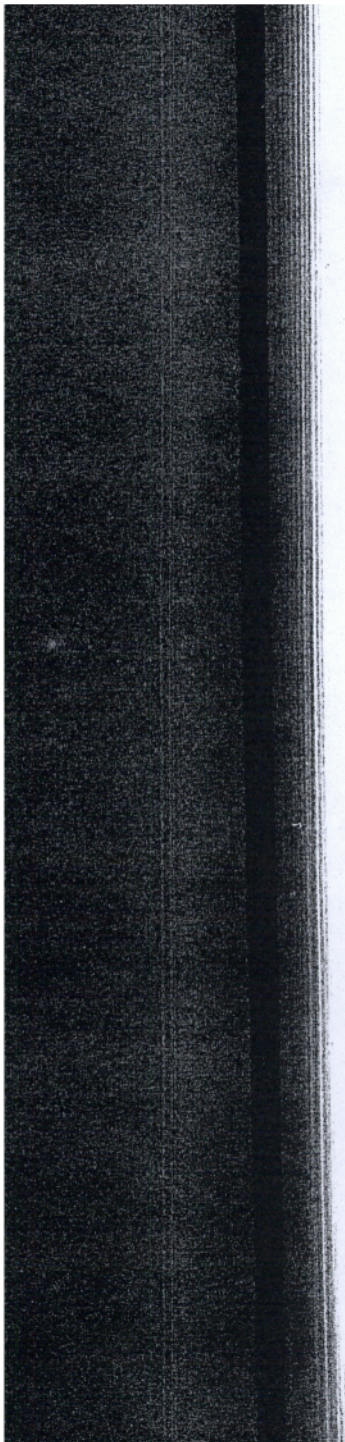
Ε.Υ.

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ

ΧΡ. ΣΟΚΟΛΗ

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
Ο ΤΜΗΜΑΤΑΡΧΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ





ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ 23/1992

Άσκηση του επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

α. Του άρθρου 3 του Ν. Δ/τος 4018/1959 (ΦΕΚ 247 τ. Α) περί του θεσμού των Κοινωνικών Λειτουργών.

β. Του άρθρου 25 παράγρ. 2γ του Νόμου 1404/83 (ΦΕΚ 173 τ. Α) Δομή και λειτουργία των Τεχνολογικών Ιδρυμάτων.

2. Την αριθ. 11/4.3.1991 γνωμοδότηση του Συμβουλίου Τεχνολογικής Εκπαίδευσης με πρόταση του Γενικού Γραμματέα Πρόνοιας.

3. Τις αριθμ. 567/1989 και αριθ. 502/1991 γνωμοδοτήσεις του Συμβουλίου της Επικρατείας, με πρόταση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αποφασίζουμε:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

Άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού

Άρθρο 1

Χορήγηση άδειας

1. Για την άσκηση του επαγγέλματος και τη χορήγηση του τίτλου του Κοινωνικού Λειτουργού απαιτείται:

α) Πτυχίο μιας αναγνωρισμένης από το Κράτος Σχολής Κοινωνικής Εργασίας της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης ή ισότιμο αντίστοιχης Σχολής του εξωτερικού.

β. Άδεια που χορηγείται σύμφωνα με τις διατάξεις του Διατάγματος αυτού.

2. Για την ισοτιμία των Σχολών εκπαίδευσης Κοινωνικών Λειτουργιών αποφαίνονται:

α) Για τους κατόχους τίτλων σπουδών του εξωτερικού πανεπιστημιακής εκπαίδευσης από το ΔΙΚΑΤΣΑ χωρίς αντιστοιχία.

β) Για το αντικείμενο ειδικότητας των πιο πάνω πτυχίων αποφαίνεται το Ινστιτούτο Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΙΤΕ).

3. Οι υποψήφιοι για τη λήψη της άδειας άσκησης του επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού που αναφέρεται στην παράγραφο 1 του παρόντος απαιτείται να:

α) Έχουν την ελληνική ιθαγένεια με επιφύλαξη της παραγράφου 5 του παρόντος άρθρου.

β) Να μην έχουν καταδικαστεί σε ποινές κακουργήματος ή πλημμελήματος από εκείνα που αναφέρονται στο άρθρο 2 του παρόντος ή να μην έχουν στερηθεί των πολιτικών τους δικαιωμάτων λόγω καταδίκης.

Η άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή του εξουσιοδοτούμενου με σχετική απόφαση του κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 29 παράγρ. 1 του Ν.1558/85, αρμοδίου οργάνου που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Η άδεια εκδίδεται μετά από αίτηση του ενδιαφερομένου που συνοδεύεται με τα δικαιολογητικά:

α) Επικυρωμένο αντίγραφο ή φωτοαντίγραφο πτυχίου Σχολής Κοινωνικής Εργασίας ή βεβαίωση της Σχολής από την οποία να προκύπτει ότι ο υποψήφιος έχει καταστεί πτυχιούχος.

β) Πιστοποιητικό ισοτιμίας τίτλου σπουδών για τους πτυχιούχους σχολών του εξωτερικού.

γ) Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας.

δ) Αντίγραφο ποινικού μητρώου τύπου Α.

ε) Πιστοποιητικό αρμόδιας Εισαγγελικής Αρχής ή υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Νόμου 1599/86, ότι ο υποψήφιος δεν διώκεται ως φυγόποινος ή φυγόδικος.

στ) Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του Εκλογικού Βιβλιαρίου

από το οποίο να προκύπτει ότι ο υποψήφιος έχει ασκήσει το εκλογικό του δικαίωμα ή βεβαίωση από την οποία να προκύπτει ότι άσκησε το δικαίωμα αυτό ή ότι δεν το άσκησε δικαιολογημένα. Σε περίπτωση έλλειψης εκλογικού βιβλιαρίου βεβαίωση της αρμόδιας αρχής ότι ο υποψήφιος έχει υποβάλει τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για την έκδοσή του.

Η άδεια ασκήσεως επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού χορηγείται με τη διαδικασία της προηγούμενης παραγράφου και σε αλλοδαπούς, υπηκόους των Κρατών-Μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε εφαρμογή των διατάξεων του Π.Δ. 37/8 (ΦΕΚ 15/29.1.88, τ. Α), εφόσον πληρούν τις προϋποθέσεις του παρόντος Π. Δ/τος καθώς επίσης και σε περιπτώσεις αλλοδαπών της παραγράφου 5 του άρθρου 3 του Ν. 991/79, εφόσον πληρούν και τις αναφερόμενες στη διάταξη αυτή προϋποθέσεις.

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

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

Άρθρο 2

Ανάκληση άδειας

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

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

- β) Στέρησης των πολιτικών δικαιωμάτων λόγω καταδίκης.

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

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

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

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

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

β) Για θέματα δεοντολογικά που αναφέρονται στα προαναφερόμενα άρθρα, το υπηρεσιακό πειθαρχικό συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

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

Άρθρο 3

Πλαίσια άσκησης του επαγγέλματος

1. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που έτυχαν άδειας άσκησης επαγγέλματος σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 του παρόντος παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα πλαίσια οργανωμένων κοινωνικών υπηρεσιών του Δημοσίου και του Ιδιωτικού τομέα.

2. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί μπορούν με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να παρέχουν τις υπηρεσίες τους και ως ελεύθεροι επαγγελματίες εφόσον έχουν ασκήσει, αποδεδειγμένα, το επάγγελμά τους για μια τουλάχιστον πενταετία στα πλαίσια υπηρεσιών της προηγούμενης παραγράφου.

1. Το αντικείμενο υπηρεσιών του Κοινωνικού Λειτουργού, ως ελεύθερου επαγγελματία, πρέπει να είναι ανάλογο της απαιτούμενης κατά την προηγούμενη παράγραφο επαγγελματικής εμπειρίας.

2. Η παροχή υπηρεσιών από τον Κοινωνικό Λειτουργό ως ελεύθερου επαγγελματία είναι επιτρεπτή εφόσον:

α) Διατηρεί για το σκοπό αυτό επαρκείς και κατάλληλους χώρους στους οποίους απαραίτητα περιλαμβάνονται γραφείο για συνεντεύξεις και αίθουσα αναμονής των εξυπηρετούμενων.

β) Τηρεί μητρώο εξυπηρετούμενων και λοιπά στοιχεία από τα οποία προκύπτει η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών με την άσκηση κοινωνικής εργασίας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά τη γνώμη του οικείου επαγγελματικού συλλόγου, καθορίζεται, κατά είδος και μορφή υπηρεσιών, το ύψος των αμοιβών του Κοινωνικού Λειτουργού, που με τις προϋποθέσεις των διατάξεων του άρθρου αυτού παρέχει τις υπηρεσίες του ως ελεύθερος επαγγελματίας.

1. Η εποπτεία του έργου του Κοινωνικού Λειτουργού ως ελεύθερου επαγγελματία αποτελεί έργο των αρμόδιων κατά τόπους περιφερειακών υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας κατά την άσκηση της οποίας διασφαλίζονται οι διατάξεις του Διατάγματος αυτού για τη διαφύλαξη του ιδιωτικού απορρήτου.

1. Για την έκδοση της απόφασης της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού ο ενδιαφερόμενος υποβάλλει στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μέσω της κατά τόπο αρμόδιας περιφερειακής του υπηρεσίας, αίτηση με τα ακόλουθα στοιχεία:

α) Βεβαίωση προϋπηρεσίας από την οποία να προκύπτει με σαφήνεια τόσο ο χρόνος της επαγγελματικής εμπειρίας του ενδιαφερομένου, όσο και το αντικείμενο των υπηρεσιών που πρόσφερε κατά το χρόνο της προϋπηρεσίας του.

β) Υπεύθυνη δήλωση του Νόμου 1599/86 στην οποία να αναφέρεται με σαφήνεια η έδρα και η περιγραφή των χώρων όπου ο ενδιαφερόμενος πρόκειται να ασκήσει το έργο του, το

είδος των υπηρεσιών που θα προσφέρει και την κατηγορία ή τις κατηγορίες των εξυπηρετούμενων στους οποίους θα απευθύνονται οι υπηρεσίες του.

γ) Προκειμένου για αλλοδαπό που έτυχε άδειας άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 του παρόντος, βεβαίωση ότι έχει επαρκή γνώση της ελληνικής γλώσσας η οποία χορηγείται από:

α) Λέσχη Πανεπιστημίου Αθηνών.

Διδασκαλείο Ξένων γλωσσών (Ν. 5147/1931, άρθρο 12, ΦΕΚ 211/τ. Α/14, 16.7.1931).

β) Σχολείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (Π.Δ. 1051/1977, ΦΕΚ 350/τ. Α/14.11.77).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

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

Άρθρο 4

Αρχές

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

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

α) Αναγνωρίζει έμπρακτα το δικαίωμα κάθε ανθρώπου:

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

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

β) Ενεργεί κατά τρόπο που συμβάλλει στη δημιουργία ή προχή ίσων ευκαιριών, σε άτομα, ομάδες και κοινότητες, χωρίζοντας κατά γέννηση, φύλου, ηλικίας κοινωνικής θέσης, θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων, τόσο για την κάλυψη των βιολογικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και πολιτιστικών αναγκών τους, όσο και για την ανάπτυξη και αξιοποίηση των ικανοτήτων τους.

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

Άρθρο 5

Υποχρεώσεις προς το επάγγελμα

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

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

β) Συμβάλλει ενεργά στην τήρηση των αρχών της κοινωνικής εργασίας και στην αξιοποίηση των μεθόδων της κοινωνικής εργασίας και στην προσαρμογή των χρησιμοποιούμενων τεχνικών στις διαμορφούμενες νέες κοινωνικές ανάγκες και προβλήματα.

γ) Συμβάλλει στην ορθή και σαφή ενημέρωση της κοινής γνώμης αναφορικά με τις επιδιώξεις και τους στόχους της κοινωνικής εργασίας και στην εδραίωση και αύξηση της αναγνώρισης και εμπιστοσύνης της κοινωνίας και των εξυπηρετούμενων για τη χρησιμότητα των υπηρεσιών που προσφέρει.

δ) Προσφέρει γνώσεις, επαγγελματική πείρα τόσο για την επισήμανση και τεκμηρίωση της φύσης και της έκτασης κοινωνικών αναγκών και προβλημάτων, όσο και για τον καθορισμό των επιλογών και των τρόπων αντιμετώπισης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο.

συμβάλλοντας έτσι, με τη συμμετοχή του σε αρμόδια όργανα, στη διαμόρφωση της Κοινωνικής Πολιτικής, καθώς επίσης στο σχεδιασμό και τη διαμόρφωση των απαραίτητων κοινωνικών υπηρεσιών και προγραμμάτων.

Άρθρο 6

Καθήκοντα προς τους εξυπηρετούμενους

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

α) Να σέβεται την προσωπικότητα και να συμβάλλει έμπρακτα στη διαφύλαξη της αξιοπρέπειάς του και στην ικανοποίηση και διασφάλιση των δικαιωμάτων του.

β) Να αναγνωρίζει την ιδιαιτερότητά του και το δικαίωμά του να αποφασίζει για τις υποθέσεις που τον αφορούν, ενθαρρύνοντας και υποβοηθώντας τον ταυτόχρονα να αναλαμβάνει τις ευθύνες των πράξεων, να αξιοποιεί στο έπαρκο τις δυνατότητές του και να βρίσκει αυτενεργώντας λύσεις για την κάλυψη των αναγκών του, ή την αντιμετώπιση των προβλημάτων του με τρόπους κοινωνικά παραδεκτούς.

γ) Να τον ενημερώνει με σαφήνεια και πληρότητα για τις προϋποθέσεις, το περιεχόμενο και τα χρονικά πλαίσια της συνεργασίας μαζί του και να παρέχει τις υπηρεσίες του με αντικειμενικά κριτήρια και μετά από αμερόληπτη κρίση, έτσι ώστε η επαγγελματική σχέση μαζί του να στηρίζεται σε αμοιβαία εμπιστοσύνη και να αξιοποιείται απ' αυτόν στον επιθυμητό βαθμό και κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

δ) Να συλλέγει και να χρησιμοποιεί πληροφορίες ή δεδομένα που αφορούν τον εξυπηρετούμενο μόνο εφόσον σχετίζονται με τις ανάγκες ή τα προβλήματα για τα οποία απευθύνθηκε στην υπηρεσία και εφόσον κρίνονται απαραίτητα, τόσο για το διαγνωστικό έργο, όσο και για τη λήψη των αναγκαίων γι' αυτόν μέτρων.

ε) Να τηρεί αυστηρά εχεμύθεια σε ιδιωτικά απόρρητα που του έχει εμπιστευθεί ο εξυπηρετούμενος ή που έχουν περιέλθει

σε γνώση του κατά την άσκηση του επαγγέλματός του ή λόγω της ιδιότητάς του.

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

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

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

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

Άρθρο 7

Υποχρεώσεις προς το φορέα

στον οποίο παρέχει τις υπηρεσίες του

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

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

β) Να συμβάλλει με τις επαγγελματικές του γνώσεις και ενέργειες στην αποδοτικότερη εφαρμογή των κοινωνικών προγραμμάτων του φορέα και με τις τεκμηριωμένες εισηγήσεις του, στη λήψη μέτρων για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσω συμπλήρωσης ή τροποποίησης

των εφαρμοζομένων προγραμμάτων ή της κατάρτισης και εφαρμογής νέων.

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

Άρθρο 8

Καθήκοντα προς τους συναδέλφους

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

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

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

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

Άρθρο 9

Ασυμβίβαστα

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

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

Άρθρο 10

Διευκολύνσεις κατά την άσκηση του έργου

1. Σε όσους έχει χορηγηθεί άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού και απασχολούνται με την ιδιότητά, παρέχεται από τους πάσης φύσεως φορείς κάθε δυνατή ευκόλυνση κατά την άσκηση του έργου τους.

2. Για την πιστοποίηση της ταυτότητας και ιδιότητας Κοινωνικών Λειτουργών της προηγούμενης παραγράφου που τους απασχολεί ή ο επαγγελματικός σύλλογος ο οποίος ανήκουν μπορεί να τους εφοδιάσει με το απαραίτητο γραφο (ταυτότητα).

Άρθρο 11

Καταργούμενες διατάξεις

1. Από τη δημοσίευση του παρόντος Π. Δ/τος στην Εφδ της Κυβέρνησης παύουν να ισχύουν οι διατάξεις Δ/τος 960/61 περί της ασκήσεως του επαγγέλματος Κοινωνικών Λειτουργών.

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

Αθήνα 20 Ιανουαρίου 1992

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Γ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ	ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΓΙΩΡΓΟΣ ΣΟΥΡΛΑΣ	ΓΙΩΡΓΟΣ ΣΟΥΦΛΙΑ



ΣΚΛΕ

Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

(με κλικ στους συνδέσμους μπορείτε να δείτε το αντίστοιχο απόσπασμα σε εκτυπώσιμη μορφή MSWord document)

● Ο Σύνδεσμος

● Εκδόσεις

● Κοινωνική Εργασία

● Δραστηριότητες
ΣΚΛΕ

● Internet

αρχική σελίδα

● **ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 23 (2)**

ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Περιλαμβάνονται άρθρα σχετικά με:

1. την άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού
2. την ανάκληση άδειας
3. τα πλαίσια άσκησης του επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού
4. την άσκηση του επαγγέλματος ως ελεύθερου
5. αρχές, καθήκοντα, υποχρεώσεις, ασυμβίβαστα κατά την άσκηση του επαγγέλματος
6. διευκολύνσεις κατά την άσκηση του έργου

● **ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 50**

Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων.

Περιλαμβάνονται άρθρα σχετικά με:

1. Επαγγελματικά δικαιώματα πτυχιούχων Κοινωνικών Λειτουργών
2. Πλαίσια άσκησης του επαγγέλματος

● **ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΝ ΔΙΑΤΑΓΜΑ υπ' αριθ. 4018 .**

Περί του θεσμού των Κοινωνικών Λειτουργών

Περιλαμβάνονται άρθρα σχετικά με τη συγκρότηση και λειτουργία του Συμβουλίου Κοινωνική Εργασίας

Όροι Χρήσης | Site
copyright 2001 © Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών ΕΛ
site hosted by pron



ΣΚΛΕ

Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος

ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Σύμφωνα με το ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 23 (2), Άρθρο 1 :

● Ο Σύνδεσμος

● Εκδόσεις

● Κοινωνική Εργασία

● Δραστηριότητες ΣΚΛΕ

● Internet

αρχική σελίδα

"1. Για την άσκηση του επαγγέλματος και τη χρησιμοποίηση του τίτλου του Κοινωνικού Λειτουργού απαιτείται:

α) Πτυχίο μιας αναγνωρισμένης από το Κράτος Σχολής Κοινωνικής Εργασίας της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης ή ισότιμο αντίστοιχης Σχολής του εξωτερικού.

β). Άδεια, που χορηγείται σύμφωνα με τις διατάξεις του Διατάγματος αυτού.

2. Για την ισοτιμία των πτυχίων των Σχολών εκπαίδευσης Κοινωνικών Λειτουργών του εξωτερικού αποφαινόνται:

α. Για τους κατόχους τίτλων σπουδών του εξωτερικού Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης από το ΔΙΚΑΤΣ χωρίς αντιστοιχία.

β. Για το αντικείμενο ειδικότητας των πιο πάνω πτυχίων αποφαινείται το Ινστιτούτο Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΙΤΕ).

3. Οι υποψήφιοι για τη λήψη της άδειας άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού, που αναφέρ στην παράγραφο 1 του παρόντος απαιτείται να:

α. Έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια, με επιφύλαξη της παρ. 5 του παρόντος άρθρου.

β. Να μην έχουν καταδικασθεί σε ποινές κακουργήματος ή πλημμελήματος από εκείνα που αναφέρον στο άρθρο 2 του παρόντος ή να μην έχουν στερηθεί των πολιτικών τους δικαιωμάτων λόγω καταδίκης.

4. Η άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού χορηγείται με απόφαση Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή του εξουσιοδοτούμενου, με σχετική απόφασή του, κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 29 παραγρ. 1 του Ν. 1558/85, αρμοδίου οργάνου και δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Η άδεια εκδίδεται μετά από αίτηση του ενδιαφερομένου που συνοδεύεται με τα ακόλουθα δικαιολογητά:

α. Επικυρωμένα αντίγραφο ή φωτοαντίγραφο πτυχίου Σχολής Κοινωνικής Εργασίας, ή βεβαίωση της Σχολής από την οποία να προκύπτει ότι ο υποψήφιος έχει καταστεί πτυχιούχος.

β. Πιστοποιητικό ισοτιμίας τίτλου σπουδών, για τους πτυχιούχους σχολών του εξωτερικού.

γ. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο βελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας.

δ. Αντίγραφο ποινικού μητρώου τύπου Α'.

ε. Πιστοποιητικό αρμόδιας Εισαγγελικής Αρχής ή υπεύθυνη με δήλωση του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 ο υποψήφιος δε διώκεται ως φυγόποινος ή φυγόδικος.

στ. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκλογικού βιβλιαρίου από το οποίο να προκύπτει ότι ο υποψήφιος έχει ασκήσει το εκλογικό του δικαίωμα ή βεβαίωση από την οποία να προκύπτει ότι άσκησε το δικαίωμα αυτό ή ότι δεν το άσκησε δικαιολογημένα. Σε περίπτωση έλλειψης εκλογικού βιβλιαρίου, βεβαίωση της Αρμόδιας Αρχής ότι ο υποψήφιος έχει υποβάλει τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για την έκδοσή του.

5. Η άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργικού χορηγείται με τη διαδικασία της προηγούμενης παραγράφου και σε αλλοδαπούς, υπηκόους των Κρατών - Μελών των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, σε εφαρμογή των διατάξεων του Π.Δ. 37/88 (ΦΕΚ 15/29.1.88 Τ.Α.), εφ' όσον πληρούν τις προϋποθέσεις του παρόντος Π.Δ/τος καθώς επίσης και σε περιπτώσεις αλλοδαπών της παραγράφου του άρθρου 3 του Ν. 991/79, εφ' όσον πληρούν και τις αναφερόμενες στη διάταξη αυτή προϋποθέσεις.

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

α) Στοιχεία ταυτότητας του ενδιαφερομένου

β) Γνώση ξένων γλωσσών

γ) πρόσθετες σπουδές. "

(σημείωση συντάκτη: η διαδικασία έκδοσης άδειας ασκήσεως επαγγέλματος έχει περιέλθει στις Διευθύνσεις Υγιεινής - Πρόνοιας των Νομαρχιών)

Όλο το απόσπασμα του Προεδρικού Διατάγματος που περιλαμβάνει τα παραπάνω εκτυπωσιμη μορφή MS word εδώ

Όροι Χρήσης | Site
copyright 2001 © Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος
site hosted by pron



ΣΚΛΕ

Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος

ΤΟΜΕΙΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

● Ο Σύνδεσμος

Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα αριθ. 50, άρθρο 1 τα πλαίσια άσκησης του επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού καθορίζονται ως εξής:

● Εκδόσεις

"...

● Κοινωνική Εργασία

1. Οι πτυχιούχοι του τμήματος κοινωνικής εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας Τεχνολογικών Εκπ/κών Ιδρυμάτων, Κοινωνικοί Λειτουργοί, με βάση τις εξειδικευμένες επιστημονικές γνώσεις - Θεωρητικές και εφαρμοσμένες - ασχολούνται, είτε αυτοδύναμα, είτε σε συνεργασία με άλλες επιστήμονες, σε όλους τους τομείς δραστηριότητας που αποβλέπουν στην πραγματοποίηση ενός ή κ συνδυασμού από τους παρακάτω στόχους:

α) Πρόληψη και θεραπεία κοινωνικών προβλημάτων.

β) Βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και της κοινωνικής λειτουργικότητας, ατόμων και ομάδων με την πραγμάτωση Θεσμικών αλλαγών μέσα στην κοινότητα.

2. Οι παραπάνω πτυχιούχοι έχουν δικαίωμα απασχόλησης, ως στελέχη στον ιδιωτικό και ευρύτερο δημόσιο τομέα, όπως αυτός προσδιορίζεται από τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά, με τα παρακάτω αντικείμενα:

α) Διενέργεια κοινωνικής μελέτης ή ψυχοκοινωνικής μελέτης όπου κρίνεται απαραίτητη, του περιστατή της ομάδας και της κοινότητας που χρειάζεται την παρέμβασή τους.

β) Διαμόρφωση διάγνωσης, αυτόνομα ή και σε συνεργασία με άλλους ειδικούς για τα προβλήματα που εντοπίστηκαν.

γ) Εκπόνηση και εκτέλεση σχεδίου δράσης και ενεργειών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης κατάστασης.

3. Οι πτυχιούχοι του τμήματος ασκούν τις παρακάτω δραστηριότητες κατά τομέα απασχόλησης, ως ε

α) Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας: Προγράμματα παιδικής προστασίας, υπερηλίκων, αναπήρων και γενικά ατόμων και οικογενειών με κοινωνικές ανάγκες.

β) Τομέας Υγείας: Παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών προς τον ασθενή και τους οικείους του, σε νοσηλευτικά ιδρύματα, αναρρωτήρια, Θεραπευτικούς ξενώνες, Ιατροκοινωνικά κέντρα, μονάδες οικογενειακού προγραμματισμού κ.λπ.

γ) Τομέας Ψυχικής Υγείας: Παροχή υπηρεσιών διαγνωστικού συμβουλευτικού και Θεραπευτικού χαρακτήρα σε άτομα, ομάδες και οικογένειες τα οποία θεραπεύονται σε κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγ Θεραπευτήρια Ψυχικών Παθήσεων, Συμβουλευτικούς Σταθμούς κ.λπ.

δ) Τομέας Κοινωνικής Ασφάλισης: Παροχή κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού επιβοηθητικού χαρακτήρα σε ασφαλισμένα άτομα ή και στις οικογένειές τους, μέσα από τους αρμόδιους φορείς π.χ. Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., κ.λπ.

ε) Τομέας επαγγελματικού προσανατολισμού εργασίας: Παροχή κοινωνικών υπηρεσιών στα πλαίσια των φορέων επαγγελματικού προσανατολισμού, επαγγελματικής εκπαίδευσης και απασχόλησης, όπως Κέντρα Επαγγελματικού Προσανατολισμού, Σχολές Μαθητείας, Κέντρα Εργαζομένης Νεότητας, βιομηχανικές μονάδες, επιχειρήσεις κ.λπ.

στ) Τομέας εκπαίδευσης: Παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης.

ζ) Τομέας πρόληψης και καταστολής της ροπής προς παραβάσεις ανηλίκων και εγκληματικότητας: Παροχή ειδικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα, μέσα από κρατικούς ή άλλους φορείς όπως Δικαστήρια Ανηλίκων, Υπηρεσίες Επιμελητών Ανηλίκων, Εταιρείες Προστασίας Ανηλίκων, Ιδρύματα Αγωγής Ανηλίκων, Σωφρονιστικά Καταστήματα, Φυλακές, Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων, Εταιρεία Προστασίας Αποφυλακισμένων, ιδρύματα και υπηρεσίες για άτομα παρεκκλίνουσα κοινωνική συμπεριφορά.

η) Τομέας Κοινωνικής Οργάνωσης και Ανάπτυξης: Παροχή κοινωνικών υπηρεσιών με στόχο την υποβοήθηση αναπτυξιακών δραστηριοτήτων σε όλες τις βαθμίδες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Λαϊκή Επιμόρφωση, Κέντρων Νεότητας, Πολιτιστικών Κέντρων κ.λπ.

θ) Τομέας Κοινωνικών Υπηρεσιών για τις ένοπλες Δυνάμεις και τις υπηρεσίες του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης.

4. Οι πτυχιούχοι του τμήματος ασκούν κάθε άλλη δραστηριότητα σε επαγγελματικά αντικείμενα που ε αναφέρονται παραπάνω και προκύπτουν από την εξέλιξη της επιστήμης, στην ειδικότητα της κοινωνικής εργασίας, και καλύπτουν όλο το φάσμα της Διοικητικής Ιεραρχίας των Υπηρεσιών που υπηρετούν.

5. Οι πτυχιούχοι του αναφερόμενου τμήματος, απασχολούνται, σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης κατάρτισης σε θέματα κοινωνικής εργασίας, σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία. Επίσης μπορούν να απασχοληθούν με την έρευνα Θεμάτων της ειδικότητάς τους.

6. Οι πτυχιούχοι του τμήματος ασκούν το επάγγελμα στα πλαίσια των αναφερομένων επαγγελματικών τους δικαιωμάτων, μετά την απόκτηση άδειας άσκησης επαγγέλματος, που χορηγείται από τις αρμόδιες Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων."

(όλο το σχετικό Προεδρικό Διάταγμα σε εκτυπώσιμη μορφή MS word εδώ)

Επιπλέον, για την άσκηση του επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού ως ελεύθερου επαγγέλματος προβλέπονται από το Προεδρικό Διάταγμα αριθ.23, άρθρο 3 τα εξής:

"1. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που έτυχαν άδειας άσκησης επαγγέλματος σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 του παρόντος, παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα πλαίσια οργανωμένων Κοινωνικών

αρχική σελίδα

Υπηρεσιών του Δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα.

2. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί μπορούν με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να παρέχουν τις υπηρεσίες τους και ως ελεύθεροι επαγγελματίες, εφόσον έχουν ασκήσει, αποδεδειγμένα, το επάγγελμά τους για μία τουλάχιστον πενταετία στις πλαίσια των Υπηρεσιών της προηγούμενης παραγράφου.

3. Το αντικείμενο των υπηρεσιών του Κοινωνικού Λειτουργού, ως ελεύθερου επαγγελματία, πρέπει να είναι αντίστοιχο της απαιτούμενης, κατά την προηγούμενη παράγραφο, επαγγελματικής εμπειρίας.

4. Η παροχή υπηρεσιών από τον Κοινωνικό Λειτουργό, ως ελεύθερου επαγγελματία είναι επιτρεπτή εφόσον:

α. Διατηρεί για το σκοπό αυτό επαρκείς και κατάλληλους χώρους στους οποίους απαραίτητα περιλαμβάνονται γραφείο για συνεντεύξεις και αίθουσα αναμονής των εξυπηρετούμενων.

β. Τηρεί μητρώο εξυπηρετούμενων και λοιπά στοιχεία από τα οποία προκύπτει η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών με την άσκηση κοινωνικής εργασίας.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά γνώμη του οικείας επαγγελματικού Συλλόγου, καθορίζεται, κατά είδος και μορφή παρεχόμενων υπηρεσιών το ύψος των αμοιβών του Κοινωνικού Λειτουργού που, με τις προϋποθέσεις των διατάξεων του άρθρου αυτού, παρέχει τις υπηρεσίες του ως ελεύθερος επαγγελματίας.

6. Η εποπτεία του έργου του Κοινωνικού Λειτουργού ως ελεύθερου επαγγελματία αποτελεί έργο των αρμοδίων κατά τόπους περιφερειακών Υπηρεσιακών του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων κατά την άσκηση της οποίας διασφαλίζονται οι διατάξεις του Διατάγματος αυτού για τη διαφύλαξη του ιδιωτικού απόρρητου."

(Όλο το απόσπασμα του Προεδρικού Διατάγματος που περιλαμβάνει τα παραπάνω σε εκτυπώσιμη μορφή MS word εδώ)



ΣΚΛΕ

Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος

ΑΡΧΕΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ
σε εκτυπώσιμη μορφή (MS word)

Ο Σύνδεσμος

Εκδόσεις

Κοινωνική Εργασία

Δραστηριότητες
ΣΚΛΕ

Internet

- Συμπεριφορά των Κοινωνικών Λειτουργών σχετικά με την Εργασία τους
- Δεοντολογική Ευθύνη των Κοινωνικών Λειτουργών έναντι των εξυπηρετούμενων τους
- Δεοντολογική Συμπεριφορά του Κοινωνικού Λειτουργού προς τους Συναδέλφους του
- Η Δεοντολογική Συμπεριφορά του Κοινωνικού Λειτουργού προς τους Εργοδότες και τις Οργανώσεις
- Η Δεοντολογική Ευθύνη του Κοινωνικού Λειτουργού έναντι του Επαγγέλματος της Κοινωνικής Εργασίας
- Η Δεοντολογική Συμπεριφορά του Κοινωνικού Λειτουργού προς την Κοινω

αρχική σελίδα

1. Συμπεριφορά των Κοινωνικών Λειτουργών σχετικά με την Εργασία τους

A. ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να συμπεριφέρεται με τρόπο που αρμόζει στην ιδιότητα και τη εργασία του:
2. Δικαιούται προστασίας της ιδιωτικής ζωής του, όπως ακριβώς ισχύει και για τα υπόλοιπα επαγγέλματα εκτός αν η συμπεριφορά του αντιβαίνει στην εκπλήρωση των επαγγελματικών του υποχρεώσεων.
3. Οφείλει να διακρίνει σαφώς τις ενέργειες που υπάγονται στην σφαίρα της ιδιωτικής ζωής του από αυτές που υπάγονται στη σφαίρα εργασίας του ως κοινωνικού λειτουργού, ή ως εκπαιδευτικού οργανισμού ή ομάδας.
4. Ο κοινωνικός λειτουργός δεν ενεργεί ανειλικρινώς, μετερχόμενος απάτη, πλάνη ή παραπληροφόρηση.

B. ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να καταβάλει κάθε προσπάθεια για την άριστη επιστημονική εξειδίκευσή του στις επαγγελματικές του δραστηριότητες και στην εκπλήρωση των επαγγελματικών του υποχρεώσεων.
2. Υποχρεούται να αποδέχεται την ευθύνη χειρισμού περιπτώσεων που υπάγονται στη δικαιοδοσία της απασχόλησής του μόνο βάσει της επιστημονικής του εξειδίκευσης ή της πρόθεσής του να την αποκτήσει.
3. Υποχρεούται να μην παραπληροφορεί για τα επαγγελματικά προσόντα του, την εκπαίδευση, την εμπειρία του ή τις επαγγελματικές του σχέσεις.

Γ. ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να αντιμετωπίζει ως πρωταρχική την υποχρέωση παροχής υπηρεσιών στα πλαίσια άσκησης του επαγγέλματός του.
2. Είναι αποκλειστικά υπεύθυνος για την ποιότητα και το εύρος των υπηρεσιών που αναλαμβάνει, αρκεί και εκπληρώνει.
3. Ενεργεί με τρόπο που προλαμβάνει την απάνθρωπη ή πρακτική διακρίσεων πρακτική σε βάρος οιαδήποτε ατόμου ή ομάδας.

Δ. ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να ενεργεί σύμφωνα με τα υψηλότερα κριτήρια επαγγελματικής ακεραιότητας και αμεροληψίας.
2. Υποχρεούται να δραστηριοποιείται και να αντιστέκεται σε επιρροές και πιέσεις που παρεμβάλλονται στην άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας και αμεροληπτικής κρίσης, ώστε να εκπληρώνει επαγγελματικές του υποχρεώσεις με συνέπεια, εντιμότητα και αντικειμενικότητα.
3. Υποχρεούται να μην εκμεταλλεύεται τις επαγγελματικές του σχέσεις για προσωπικό όφελος.

Ε. ΣΠΟΥΔΕΣ, ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός που απασχολείται σε σπουδές και έρευνα με υποτροφία υποχρεούται να εφαρμόζει τους όρους της υποτροφίας.
2. Όταν απασχολείται στην έρευνα υποχρεούται να εξετάζει προσεκτικά τις πιθανές συνέπειες της για

ανθρώπινη φύση.

3. Οφείλει να επιβεβαιώνει τον εθελοντικό συμμετοχό των συμμετεχόντων στην έρευνα και να διασφα την ενημέρωσή τους για την έρευνα που πραγματοποιεί, χωρίς να επιβάλλει στερήσεις ή κυρώσεις στ αρνούμενους να συμμετάσχουν σ' αυτήν, αποδίδοντας την πρέπουσα προσοχή στον σεβασμό της ιδιωτικής ζωής και αξιοπρέπειας των συμμετεχόντων.

4. Ο κοινωνικός λειτουργός που ασπασχολείται στην έρευνα οφείλει να προστάξει τους συμμετέχοντ από τις απρόβλεπτες σωματικές ή ψυχικές διαταραχές, την αγωνία, την κακοποίηση, τον κίνδυνο ή τ δύεψη.

5. Οι πληροφορίες που παρέχουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι εμπιστευτικές και δεν μπορούν χρησιμοποιηθούν για άλλους σκοπούς πλν των σκοπών της έρευνας.

6. Ο κοινωνικός λειτουργός που ασπασχολείται στην αξιολόγηση των υπηρεσιών ή των περιπτώσεων υποχρεούται να συζητά γι' αυτές αποκλειστικά για επαγγελματικούς λόγους και μόνο με πρόσωπα π έχουν άμεσο επαγγελματικό ενδιαφέρον γι' αυτές.

7. Ο κοινωνικός λειτουργός αξιολογείται μόνον για το έργο που πραγματικά εκπλήρωσε στις σπουδές και τις ερευνητικές προσπάθειες και από την αξιολόγηση των άλλων για το ερευνητικό και επιστημονι του έργο.

II. Δεοντολογική Ευθύνη των Κοινωνικών Λειτουργιών έναντι των εξυπηρετούμενων τους

πά

ΣΤ. ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΑ ΤΩΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός ευθύνεται πρωταρχικά έναντι των εξυπηρετούμενων του

2. Οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του στους εξυπηρετούμενους του με αφοσίωση, πίστη, σπασιστικότητα, αξιοποιώντας στο έπακρο τις επαγγελματικές του ικανότητες και πρσόνια.

3. Υποχρεούται να μην εκμεταλλεύεται τις επαγγελματικές του σχέσεις με τους εξυπηρετούμενους πρ ίδιον όφελος ή να ιδιοποιείται εξυπηρετούμενους κάποιας οργάνωσης για ιδιωτική άσκηση του επαγγέλματός του.

4. Οφείλει να μην ασκεί, επιτρέπει, διευκολύνει ή συνεργάζεται με κριτήριο την οιασδήποτε μορφής διάκριση λόγω φυλής, χρώματος, φύλου, σεξουαλικού προσανατολισμού, ηλικίας, θρησκείας, εθνικής καταγωγής, οικογενειακής κατάστασης, πολιτικών πεποιθήσεων, πνευματικής ή σωματικής αναπηρίας οιασδήποτε άλλης προτίμησης ή ατομικού χαρακτηριστικού, ιδιότητας ή καθεστώτος.

5. Υποχρεούται να αποφεύγει σχέσεις ή δεσμεύσεις που δεν συμβιβάζονται με τα συμφέροντα των εξυπηρετούμενων του.

6. Υποχρεούται να μην εμπλέκεται σε σεξουαλικές σχέσεις με τους εξυπηρετούμενους του.

7. Οφείλει να ενημερώνει τους εξυπηρετούμενους του έγκυρα και πλήρως για την έκταση και τη φύση παρεχόμενων σ' αυτούς υπηρεσιών.

8. Υποχρεούται να ενημερώνει και να προειδοποιεί τους εξυπηρετούμενούς του για τους κινδύνους, τ δικαιώματα, τις ευκαιρίες και τις υποχρεώσεις που αφορούν τις κοινωνικές υπηρεσίες που τους παρέ

9. Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να αναζητεί την συμβουλή και την άποψη των συναδέλφων του κ των προϊσταμένων του για την προστασία των συμφερόντων των εξυπηρετούμενων του και να ενεργι στα πλαίσια συλλογικών αποφάσεων, διεπαγγελματικής συμβουλευτικής και συνεργασίας ή εποπτείας εάν και όπως αυτά εφαρμόζονται στον φορέα εργασίας του.

10. Διακόπτει τις παρεχόμενες στους εξυπηρετούμενους του υπηρεσίες και την επαγγελματική σχέση μαζί τους όταν πλέον δεν είναι αναγκαίες οι υπηρεσίες και η επαγγελματική σχέση του μαζί τους ή ότι άσκηση του λειτουργήματός του δεν εξυπηρετεί τις ανάγκες ή τα συμφέροντα των εξυπηρετούμενων

11. Ο κοινωνικός λειτουργός που παύει ή διακόπτει να παρέχει τις υπηρεσίες του οφείλει να ενημερώ τους εξυπηρετούμενους του έγκαιρα και να εξασφαλίζει την παραπομπή τους ή την συνέχεια των παρεχόμενων σε αυτούς κοινωνικών υπηρεσιών σεβόμενος τις ανάγκες και τις προτιμήσεις τους.

12. Δικαιούται να διακόψει απροειδοποίητα τις παρεχόμενες από αυτόν υπηρεσίες μόνον υπό μη φυσιολογικές συνθήκες, αποδίδοντας ιδιαίτερη προσοχή σε όλα τα στοιχεία της υπόθεσης και φροντίζοντας να ελαχιστοποιεί τα ενδεχόμενα αρνητικά αποτελέσματα.

Η. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ & ΠΡΟΝΟΜΙΑ ΤΩΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να εγγυάται και να διασφαλίζει τα συμφέροντα και τα δικαιώ του εξυπηρετούμενού του που έχει κριθεί ανίκανος για δικαιοπραξία, όταν ενεργεί για λογαριασμό τ

2. Όταν τρίτος έχει νόμιμα εξουσιοδοτηθεί να ενεργεί για λογαριασμό τελάτ του, ο κοινωνικός λειτου υποχρεούται να συνεργάζεται με τον τρίτο έχοντας πάντα υπόψη το συμφέρον του εξυπηρετούμενού

3. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να μην εμπλέκεται σε δραστηριότητες που παραβιάζουν ή μειώνουν τα κοινωνικά ή νομικά δικαιώματα των εξυπηρετούμενων.

Θ. ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να σεβεται την ιδιωτική ζωή των εξυπηρετούμενων του και τ εμπιστευτικό χαρακτήρα όλων των πληροφοριών που περιέχονται σε γνώση του στα πλαίσια άσκηση του επαγγέλματός του.

2. Ο κοινωνικός λειτουργός συζητά με άλλους εμπιστευτικά ζητήματα που του αποκαλύπτουν οι εξυπηρετούμενοι του, χωρίς την συγκατάθεσή τους, μόνον όταν αυτά επιβάλλεται από επιτακτικούς επαγγελματικούς λόγους.

3. Οφείλει να ενημερώνει εμπειριστατωμένα τους εξυπηρετούμενους του για τα όρια της επαγγελματ του εχεμύθειας σε δεδομένη κατάσταση, τους σκοπούς γνώσης των συγκεκριμένων πληροφοριών κα τρόπο αξιοποίησής τους.

I. ΑΜΟΙΒΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

1. Κατά τον καθορισμό της αμοιβής του ο κοινωνικός λειτουργός που ασκεί επάγγελμα ιδιωτικά, οφεί σύμφωνα με το νόμο να διασφαλίζει ότι η αμοιβή είναι δίκαιη, εύλογη και αξιοπρεπής ανάλογη των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και της οικονομικής δυνατότητας του εξυπηρετούμενού του.

2. Οφείλει να μην μοιράζεται την αμοιβή του, να μην δέχεται ούτε να δίνει αντικείμενα αξίας προκειμέν να αναλάβει ή να παραπέμψει εξυπηρετούμενου του.

III. Δεοντολογική Συμπεριφορά του Κοινωνικού Λειτουργού προς τους Συναδέλφους του

πά

Κ. ΣΕΒΑΣΜΟΣ, ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ & ΕΥΓΕΝΕΙΑ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να συμπεριφέρεται στους συναδέλφους του με σεβασμό, ευγένεια, δικαιοσύνη και καλή πίστη.
2. Υποχρεούται να συνεργάζεται με τους συναδέλφους του για την προαγωγή των επαγγελματικών ενδιαφερόντων και ανησυχιών του.
3. Υποχρεούται να σεβεται τον εμπιστευτικό χαρακτήρα των πληροφοριών που ανταλλάσσει με τους συναδέλφους του στα πλαίσια των επαγγελματικών τους σχέσεων.
4. Οφείλει να δημιουργεί και να λειτουργεί σε συνθήκες εργασίας που διευκολύνουν την δεοντολογική επαγγελματική συμπεριφορά των συναδέλφων του.
5. Υποχρεούται να αντιμετωπίζει με σεβασμό και να παρουσιάζει με τρόπο εμπειριστατισμένο και δίκαια προσόντα, τις απόψεις και τα συμπεράσματα των συναδέλφων του και να χρησιμοποιεί της κατάλληλες μεθόδους έκφρασης της κρίσης του γι' αυτά τα θέματα.
6. Ο κοινωνικός λειτουργός που αντικαθιστά ή αντικαθίσταται από συνάδελφο του κατά την άσκηση των επαγγελματικών του υποχρεούται να ενεργεί σεβόμενος το επαγγελματικό κύρος, το χαρακτήρα και τη τιμή του συναδέλφου του, καθώς και την πολιτική της Υπηρεσίας για το χρονικό διάστημα της αντικατάστασης.
7. Υποχρεούται να μην εκμεταλλεύεται τη διαφωνία συναδέλφου του με τον εργοδότη για να καταλάβει θέση του ή για να προάγει με οιοδήποτε τρόπο το συμφέρον του σε βάρος συναδέλφου του.
8. Ο κοινωνικός λειτουργός αναζητά την αρμόδια διαιτησία ή τη διαμεσολάβηση για επιτακτικούς επαγγελματικούς λόγους.
9. Υποχρεούται να σεβεται τους συνεργάτες των άλλων ειδικοτήτων και να συνεργάζεται μαζί τους, δίκαια και με τους συναδέλφους του.
10. Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται ως εργοδότης, προϊστάμενος ή εκπαιδευτής συναδέλφων υποχρεούται σε ρητές ρυθμίσεις για τις συνθήκες της διαρκούς επαγγελματικής τους σχέσης.
11. Ο κοινωνικός λειτουργός που είναι υπεύθυνος για την απασχόληση και την αξιολόγηση της απόδοσης άλλων μελών του προσωπικού υποχρεούται να εκπληρώνει το έργο του με δίκαιο, αξιοπρεπή και αμερόληπτο τρόπο, εφαρμόζοντας σαφή κριτήρια αξιολόγησης.
12. Ο κοινωνικός λειτουργός που είναι υπεύθυνος για την αξιολόγηση του έργου των εργαζομένων, προϊσταμένων ή των φοιτητών υποχρεούται να ανταλλάσσει μαζί τους απόψεις για τις κρίσεις που διατυπώνει γι' αυτούς στην αξιολόγησή του.

Δ. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ ΤΩΝ ΣΥΝΑΔΕΛΦΩΝ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός ευθύνεται για τις σχέσεις του με εξυπηρετούμενους συναδέλφων του κατά τους όρους του επαγγελματισμού.
2. Υποχρεούται να μην ιδιοποιείται τους εξυπηρετούμενους των συναδέλφων του.
3. Υποχρεούται να μην αναλαμβάνει επαγγελματική ευθύνη για εξυπηρετούμενους άλλης οργάνωσης ή συνάδελφου χωρίς προηγούμενη επικοινωνία με την οργάνωση ή τον συνάδελφο.
4. Ο κοινωνικός λειτουργός που εξυπηρετεί τους εξυπηρετούμενους συναδέλφων του, σε περίοδο προσωρινής απουσίας τους ή σε επείγουσα περίπτωση, υποχρεούται να τους εξυπηρετεί όπως αντιμετωπίζει κάθε εξυπηρετούμενο.

IV. Η Δεοντολογική Συμπεριφορά του Κοινωνικού Λειτουργού προς τους Εργοδότες και τις Οργανώσεις

πά

Μ. ΔΕΣΜΕΥΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να τηρεί τις δεσμεύσεις που έχει συμφωνήσει με την οργάνωση όπου απασχολείται.
2. Εργάζεται για τη βελτίωση της πολιτικής και των μεθόδων της οργάνωσης που απασχολείται και για την αποτελεσματικότητά και την ουσιαστική παροχή κοινωνικών υπηρεσιών.
3. Υποχρεούται να μην αποδέχεται να εργάσεται ή να μην ρυθμίζει την ταχισμένη σπουδαστών σε οργάνωση που έχει υποστεί κυρώσεις από αρμόδια όργανα λόγω παραβίασης των κριτηρίων που αφορούν το προσωπικό ή λόγω περιορισμού ή κυρώσεων των επαγγελματικών δραστηριοτήτων που αφορούν τους εξυπηρετούμενους ή λόγω παραβίασης των αρχών δεοντολογίας.
4. Υποχρεούται να προλαμβάνει και να εξαλείφει κάθε διάκριση που διαπιστώνει στην πολιτική προσλήψεων της οργάνωσης όπου απασχολείται και στην πολιτική και πρακτική απασχόλησης που ακολουθεί.
5. Οφείλει να αξιοποιεί με ευσυνειδησία μόνο για το σκοπό που προορίζονται τους πόρους της οργάνωσης, όπου εργάζεται.

V. Η Δεοντολογική Ευθύνη του Κοινωνικού Λειτουργού έναντι του Επαγγέλματος της Κοινωνικής Εργασίας

πά

Ν. ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται σε διατήρηση και προαγωγή των αξιών, της ηθικής, της δεοντολογίας, της νηψίας και της αποστολής του επαγγέλματος του.
2. Οφείλει να προστατεύει και να ενισχύει την αξιοπρεπή άσκηση και την αξιοπιστία του επαγγέλματος υποχρεούται να συμπεριφέρεται με υπευθυνότητα και αυστηρότητα στις σχετικές συζητήσεις και στην κριτική του επαγγέλματος.

3. Οφείλει να δραστηριοποιείται στα πλαίσια των καθορισμένων διαδικασιών για την αντιμετώπιση της αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς άλλων συναδέλφων του.
4. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να αποτρέπει τη μη εξουσιοδοτημένη και ανειδίκευτη πρακτική της κοινωνικής εργασίας.
5. Οφείλει να μην παρασπληροφορεί κατά την διαφήμιση των προσόντων, των δεξιοτήτων, των υπηρεσιών ή των στόχων που μπορεί να επηρεασθούν.

Ε. ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να συμβάλλει θετικά στην άσκηση του επαγγέλματος του παρέχοντας ευρέως στο κοινό τις κοινωνικές υπηρεσίες του.
2. Οφείλει να συνεισφέρει σε χρόνο και επαγγελματική εξειδίκευση σε δραστηριότητες που προάγουν σεβασμό της χρησιμότητας, της αξιοπιστίας και της εξειδίκευσης του επαγγέλματος της Κοινωνικής Εργασίας.
3. Οφείλει να στηρίζει την υιοθέτηση, ανάπτυξη, ενεργοποίηση και εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής που αφορά το επάγγελμά του.

Θ. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός έχει την ευθύνη εντοπισμού, ανάπτυξης και πλήρους αξιοποίησης της γνώσης του κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας.
2. Υποχρεούται να βασίζεται σε αναγνωρισμένη γνώση για την σχετική κοινωνική εργασία.
3. Οφείλει να εξετάζει με κριτικό πνεύμα και να ενημερώνεται για την εξέλιξη της επιστήμης στην Κοινωνική Εργασία.
4. Συνεισφέρει στην βασική γνώση της Κοινωνικής Εργασίας και ανταλλάσσει με τους συναδέλφους τις ερμηνευτικές του γνώσεις και την εμπειρία που αποκτά με την εργασία του.

VI. Η Δεοντολογική Συμπεριφορά του Κοινωνικού Λειτουργού προς την Κοινωνία

πά

Π. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΥΗΜΕΡΙΑΣ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να προάγει την ευημερία της κοινωνίας γενικότερα.
2. ~~Ενεργεί με ακριβή τον εντοπισμό και την εξάλειψη της διάκρισης σε βάρος κάθε ανθρώπου ή ομάδας λόγω φυλής, χρωματός, φύλου, σεξουαλικού προσανατολισμού, ηλικίας, θρησκείας, εθνικής καταγωγής, οικογενειακής κατάστασης, πολιτικών πεποιθήσεων, πνευματικής ή σωματικής αναπηρίας άλλης προτίμησης ή προσωπικού χαρακτηριστικού, ιδιότητας ή καθεστώτος.~~
3. ~~Οφείλει να δραστηριοποιείται για τη διασφάλιση της πρόσβασης όλων των ανθρώπων στους πόρους υπηρεσιών, δραστηριοτήτων και ευκαιριών που αποζητούν.~~
4. ~~Ο κοινωνικός λειτουργός δραστηριοποιείται στη διερεύνηση του πεδίου επιλογής και ευκαιριών όλων των ανθρώπων αποδίδοντας ιδιαίτερη σημασία στους μειονεκτούντες, κοινωνικά αποκλεισμένους ή καταπιεσμένους ανθρώπους και ομάδες.~~
5. Προάγει τις συνθήκες που ενθαρρύνουν το σεβασμό της πολυπολιτισμικής κοινωνίας.
6. Παρέχει τις κατάλληλες επαγγελματικές υπηρεσίες σε περιπτώσεις δημόσιας ανάγκης.
7. Συμμετέχει με γνώμοδοτήσεις στις αλλαγές της πολιτικής και την τροποποίηση της νομοθεσίας για βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών και την προαγωγή της κοινωνικής δικαιοσύνης.
8. Συμβάλλει στην ενημέρωση του κοινού για θέματα κοινωνικής πολιτικής και θεσμών.

πά

σε εκτυπώσιμη μορφή (MS Word)

Όροι Χρήσης | Site

copyright 2001 © Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας

site hosted by prof

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄:

**ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ-
ΔΕΙΚΤΕΣ -ΜΗΤΡΩΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΥ-
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΓΝΚ**

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΜΗΤΡΩΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΑΜ ΑΣΘ	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΦΥΛΟ
ΗΛΙΚΙΑ	ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	
ΤΑΜΕΙΟ	ΟΙΚΟΓ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	ΗΜ/Α ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΚΛΙΝΙΚΗ	
ΛΟΓΟΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ		ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	
ΙΣΤΟΡΙΚΟ		ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	
ΚΑΤΑΛΗΞΗ		ΟΜΑΔΑ	
ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:			

Συνοπτικά οι δείκτες που θα χρησιμοποιηθούν είναι οι ακόλουθοι:

1. ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΙΣΡΟΩΝ.

1.1. ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΝΟΜΟΥ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΑΝΑ ΚΛ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

$$\frac{\text{Πληθυσμός έτους (A)}}{\text{ΚΛΝ}}$$

1.2. ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΛ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΝΑ 100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

$$\frac{\text{ΚΛΝ έτους (A) X 100.000}}{\text{πληθυσμός έτους (A)}}$$

2. ΔΕΙΚΤΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ – ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΥ

2.1. ΔΕΙΚΤΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ

2.1.1 ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΙ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

$$\frac{\text{Πελάτες ΚΥΝ έτους (A) X 10.00}}{\text{πληθυσμός έτους (A)}}$$

2.2 ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

2.2.1 ΔΕΙΚΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ ΑΝΑ ΚΛ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

$$\frac{\text{Αριθμός νοσηλευτικών κλινών έτους (A)}}{\text{Υπηρετούντες ΚΛ Νοσοκομείου έτους (A)}}$$

2.2.2 ΔΕΙΚΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

$$\frac{\text{Αριθμός Ιατρικού Προσωπικού (A)}}{\text{Υπηρετούντες ΚΛ Νοσοκομείου έτους (A)}}$$

2.2.3 ΔΕΙΚΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΝΑ ΚΛ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Αριθμός Νοσηλευτικού Προσωπικού έτους (A)

Υπηρετούντες ΚΛ Νοσοκομείου έτους (A)

2.2.4. ΔΙΕΘΝΗΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΚΛ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Αριθμός νοσηλευτικών κλινών έτους (A)

50 Κλίνες Γενικού Νοσοκομείου

2.3 ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΚΡΟΩΝ

2.3.1 ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΑΝΑ ΚΛ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Αριθμός εισαγωγών έτους (A) _

Υπηρετούντες ΚΛ Νοσοκομείου έτους (A)

2.3.2 ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΛ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΝΑ 10.000 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ

Υπηρετούντες ΚΛ Νοσοκομείου έτους (A)

----- X 10.000 εισαγωγές

Αριθμός εισαγωγών έτους (A)

2.3.3 ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ ΚΥ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΠΡΟΣ/ΚΟ ΚΥ

Αριθμός πελατών έτους (A)

Υπηρετούντες ΚΛΝ έτους (A)

2.3.4. ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΩΝ ΚΥ ΑΝΑ 1000 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ

Αριθμός πελατών ΚΥ έτους (A)

----- X 1000 εισαγωγές

Αριθμός εισαγωγών έτους (A)

2.3.5 ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ ΚΥ ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ

Αριθμός πελατών ΚΥ κλινικής (X) έτους (A)

----- X 1000 εισαγωγές

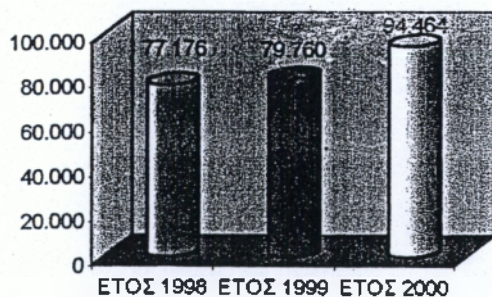
Αριθμός εισαγωγών κλινική (X) έτους (A)

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ ΚΙΝΗΣΗ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΚΑΙ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ 1998 - 1999 - 2000**

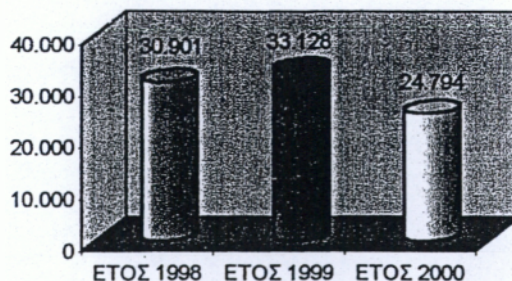
Α/Α ΙΑΤΡΕΙΑ	ΕΤΟΣ 1998	ΕΤΟΣ 1999	ΕΤΟΣ 2000	
1	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	9.300	10.646	9.256
2	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	5.398	4.750	7.146
3	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	3.027	2.897	3.020
4	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	6.781	6.348	6.500
5	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	6.148	5.983	9.323
6	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	1.800	1.749	1.654
7	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	15.714	14.633	13.392
8	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	6.156	6.470	7.263
9	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	6.776	5.773	9.584
10	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	2.969	3.965	6.346
11	ΠΝΕΥΜΟΛΟΓΙΚΟ	3.510	2.855	3.967
12	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	4.073	3.356	4.889
13	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	1.355	1.142	1.323
14	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	1.548	1.757	2.384
15	ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ	2.621	2.654	2.406
16	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ		2.070	2.429
17	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ		2.712	3.582
18	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	27.579	25.859	31.260
19	ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΟΣ	2.991	4.126	4.824
20	ΑΞΟΝΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ	1.185	2.013	2.685
21	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΧΕΙΡ/ΚΟΥ ΤΜΗΜ	15.970	17.338	9.863
22	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΑΘ/ΚΟΥ ΤΜΗΜ	14.931	15.790	14.931
23	ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ-ΟΥΡΩΝ	13.517	13.712	14.124
	Σ Υ Ν Ο Λ Ο	153.349	158.598	172.151

← (Handwritten mark)

**ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ
ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**



**ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ ΣΤΑ ΕΚΤΑΚΤΑ
ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**



12
Πίνακας 2.1.2 (1)

Συγκεντρωτικά Στοιχεία και Δείκτες Παθολογικού - Χειρουργικού - Ψυχιατρικού Τομέα και Διατομεακών Τμημάτων.

ΔΕΙΚΤΕΣ	1996	1997	% Μεταβ.	1998	% Μεταβ.	1999	% Μεταβ.	2000	% Μεταβ.	2001	% Μεταβ.
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ											
Αριθμός Κλινών	129	129		129		129		122		122	
Εισαγωγές	9.147	9.698		10.144		10.680		11.761		12.429	
Νοσηλευθέντες											
Ημέρες Νοσηλείας	23.853	27.313		27.639		27.586		27.405		31.379	
Μ.Δ.Ν.	2,6	2,81		2,72		2,58		2,33		2,52	
% Κάλυψης	50,65	58		58,7		58,58		61,54		71,45	
Ρυθμός Εισροής	65,79	75,33		78,77		82,87		96,4		102,05	
Διάστημα Εναλλαγής	5,54	4,84		4,63		4,4		3,78		3,57	
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ											
Αριθμός Κλινών	99	99		99		99		110		110	
Εισαγωγές	6.551	6.171		6.316		6.591		6.750		7.278	
Νοσηλευθέντες											
Ημέρες Νοσηλείας	22.579	22.458		23.506		22.351		22.528		18.159	
Μ.Δ.Ν.	3,44	3,63		3,72		3,39		3,33		3,31	
% Κάλυψης	62,48	62,15		65,05		61,85		56,1		46	
Ρυθμός Εισροής	66,29	62,49		63,82		66,59		61,49		66,35	
Διάστημα Εναλλαγής	5,5	5,84		5,71		5,48		5,93		5,5	
Επεμβάσεις	1.867	2.624		2.257		2.225		3.676		3.384	
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ											
Αριθμός Κλινών											
Εισαγωγές											
Νοσηλευθέντες											
Ημέρες Νοσηλείας											
Μ.Δ.Ν.											
% Κάλυψης											
Ρυθμός Εισροής											
Διάστημα Εναλλαγής											
Επεμβάσεις											

ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΑ	1996	1997	% Μεταβ.	1998	% Μεταβ.	1999	% Μεταβ.	2000	% Μεταβ.	2001	% Μεταβ.
ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ											
Αριθμός Ασθενών - Περιστατικών											
ΤΜΗΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ											
Αριθμός Εξετασθέντων											
Μέγιστος Θεωρητικός Αριθμός Εξετασθέντων											
Μέσος Χρόνος Αναμονής (σε ημέρες)											

Πίνακας 12 : Δείκτες Παθολογικού-Χειρουργικού Τομέα
 Τμήμα Προφυλακτικής ΝΝΥΕ.

	Αριθμός Κλινών					Εισιρημίες					Νοσηλεύουσες					Ημέρες Νοσηλείας					Μ.Δ.Ν.					
	MMA	A Παθολογική	B Παθολογική	ΚΑΡ/ΚΗ	ΠΑΙΔ/ΚΗ	ΠΡΟΩΡΑ	MMA	A Παθολογική	B Παθολογική	ΚΑΡ/ΚΗ	ΠΑΙΔ/ΚΗ	ΠΡΟΩΡΑ	MMA	A Παθολογική	B Παθολογική	ΚΑΡ/ΚΗ	ΠΑΙΔ/ΚΗ	ΠΡΟΩΡΑ	MMA	A Παθολογική	B Παθολογική	ΚΑΡ/ΚΗ	ΠΑΙΔ/ΚΗ	ΠΡΟΩΡΑ		
1996	10	39	30	30	20	10	2.487	2.303	2.490	1.686	181															
1997							2.653	2.661	2.434	1.794	156															
1998							2.687	2.688	2.728	1.904	137															
1999							2.864	2.710	2.919	2.043	144															
2000							830	3.244	2.759	2.924	1.860	144														
2001							1821	3.028	2.798	3.036	1.593	153														

Ετήσια Ποσοστά Μεταβολής ανά κατηγορία Δεικτών

	Αριθμός Κλινών					Εισιρημίες					Νοσηλεύουσες					Ημέρες Νοσηλείας					Μ.Δ.Ν.					
	κλινική Α	κλινική Β	κλινική Γ	κλινική Δ	κλινική Ε	κλινική Α	κλινική Β	κλινική Γ	κλινική Δ	κλινική Ε	κλινική Α	κλινική Β	κλινική Γ	κλινική Δ	κλινική Ε	κλινική Α	κλινική Β	κλινική Γ	κλινική Δ	κλινική Ε	κλινική Α	κλινική Β	κλινική Γ	κλινική Δ	κλινική Ε	
98-97																										
97-98																										
98-99																										
99-00																										
00-01																										

Πίνακας 13 : Δείκτης Παθολογικού Ιοίμα
 Πηγή: Τμήμα Επιδημιολογίας ΝΝΔΚ.

Πίνακας 3.2 (3) 14
 Αναλυτικά Στοιχεία και Δείκτες Χειρουργικού

Εξέλιξη Τιμών Δεικτών και Στοιχείων

	Αριθμός Κλινών					Εισαγωγές					Νοσηλευθέντες					Ημέρες Νοσηλείας					Μ.Δ.Ν.							
	ΟΥΡΟΛΟΓΗ	A X	BX	ΜΙΚ-ΓΥΝ	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΗ	ΟΥΡΟΛΟΓΗ	A X	BX	ΜΙΚ-ΓΥΝ	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΗ	ΟΥΡΟΛΟΓΗ	A X	BX	ΜΙΚ-ΓΥΝ	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΗ	ΟΥΡΟΛΟΓΗ	A X	BX	ΜΙΚ-ΓΥΝ	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΗ	ΟΥΡΟΛΟΓΗ	A X	BX	ΜΙΚ-ΓΥΝ	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΗ	ΟΥΡΟΛΟΓΗ		
1996	11	20	19	21	9	19	1061	1084	1086	1332	534	1454					1893	5364	3951	3594	1924	5853	1,8	4,9	3,6	2,7	3,6	4
1997							1077	992	1040	1208	524	1330					2427	4612	3759	3501	9238	5921	2,2	4,6	3,6	2,9	4,3	4,4
1998							940	987	1116	1244	518	1511					2142	4595	4025	3622	2278	6844	2	5	4	3	4	5
1999		1098		13			783	1098	1396	1347	319	1738					1690	4678	4481	3554	1429	6519	2,4	4,3	3,4	2,6	4,5	3,7
2000							382	1286	1469	1426	344	1843					1866	4618	4519	3523	1213	7789	2	4	3	2	4	4
2001							489	1325	1598	1513	383	1785					1624	4545	4866	3787	1225	7490	2,3	3,4	3	2,5	3,2	4,2

Ετήσια Ποσοστά Μεταβολής ανά κατηγορία Δεικτών

	Αριθμός Κλινών					Εισαγωγές					Νοσηλευθέντες					Ημέρες Νοσηλείας					Μ.Δ.Ν.									
	κλινική Α	κλινική Β	κλινική Γ	κλινική Δ	κλινική Ε	κλινική Α	κλινική Β	κλινική Γ	κλινική Δ	κλινική Ε	κλινική Α	κλινική Β	κλινική Γ	κλινική Δ	κλινική Ε	κλινική Α	κλινική Β	κλινική Γ	κλινική Δ	κλινική Ε	κλινική Α	κλινική Β	κλινική Γ	κλινική Δ	κλινική Ε					
96-97																														
97-98																														
98-99																														
99-00																														
00-01																														

Διερεύνηση της Εξέλιξης του αριθμού των Χειρουργικών Επεμβάσεων ανά μέγεθος

	Σύν. Επεμβάσεων						Ταξινόμηση με βάση το μέγεθος της Επέμβασης.																								
	ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ	A X	B X	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΗ	ΟΥΡΟΛΟΓΗ	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΗ	Μικρές					Μεσαίες					Μεγάλες														
							κλινική Α	κλινική Β	κλινική Γ	κλινική Δ	κλινική Ε	κλινική Α	κλινική Β	κλινική Γ	κλινική Δ	κλινική Ε	κλινική Α	κλινική Β	κλινική Γ	κλινική Δ	κλινική Ε										
1996																															
1997																															
1998	589	317	373	601	18	359																									
1999	467	325	656	541	9	227																									
2000	638	595	748	762	32	229																									
2001	588	443	631	779	32	355																									

Πίνακας 14: Δείκτες Χειρουργικού Τομέα



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
9 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 1988

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΑΧΟΥ
634

ΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

9. Α38/οίκ. 14161

πρόσφαση του Οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου
Καλαμάτας.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΥΓΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

Τις διατάξεις των παραγρ. 1, 2, 3 και 4 του άρθρου
του Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ
Α/1983).

Τις διατάξεις του 87/1986 Π.Δ. (ΦΕΚ 32/Α/86)
από πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων.

Την απόφαση 17/12.9.85 του Δ.Σ. του Γενικού Νοσοκομείου
Καλαμάτας, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1.

Ο Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας, όπως
όχι ισχύει με το 128/1979 Π. Δ/γμα «περί τροποποιή-
σης και συμπληρώσεως του Οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου
Καλαμάτας» (ΦΕΚ 31/Α/1979), αναμορφώνεται:
σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής.

Άρθρο 2.

Νομική μορφή — Επωνυμία — Έδρα — Σφραγίδα.

1. Το Νοσοκομείο αυτό, που υπάγεται στις διατάξεις του
Δ. 2592/1953 «περί οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλή-
ψης» (ΦΕΚ 254/Α/1953) και αποτελεί νομικό πρόσωπο
με ατομικό δικαίωμα, που διέπεται από τις διατάξεις του Ν.Δ.
αυτού, όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν μεταγενέ-
τερα και από τις διατάξεις του Ν. 1397/1983 «Εθνικό
Σύστημα Υγείας», ορίζεται ως Γενικό Νοσηλευτικό Νοσοκομείο
και φέρει την επωνυμία «ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ».

2. Έδρα της Κεντρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου είναι
η πόλη της Καλαμάτας του Νομού Μεσσηνίας.

3. Το Νοσοκομείο έχει σφραγίδα στραγγαλή στην οποία
επιγράφονται σε επάλληλους κύκλους «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗ-
ΜΟΚΡΑΤΙΑ — ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ — ΓΕΝΙΚΟ ΝΟ-
ΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ» και στη
μέση το εθνόσημο.

Άρθρο 3.
Σκοπός.

Σκοπός του Νοσοκομείου είναι: α) η παροχή στο πλαίσιο
και στην έκταση της διάρθρωσης της Ιατρικής Υπηρεσίας.

πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, ισότιμα για
κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και
επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του
Εθνικού Συστήματος Υγείας, β) η ανάπτυξη και προαγωγή
της ιατρικής έρευνας και γ) η εφαρμογή προγραμμάτων ει-
δίκευσης, συνεχούς εκπαίδευσης γιατρών, καθώς και εκπαί-
δευσης και επιμόρφωσης λειτουργών άλλων κλάδων Υγείας.

Άρθρο 4.
Έσοδα.

Τα έσοδα του Νοσοκομείου είναι:

- Οι επιχορηγήσεις από τον κρατικό τακτικό προϋπολο-
γισμό και από τον προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων.
- Οι εισπράξεις από νοσήλια, εξετάστρα και λοιπές α-
νάγκες για παροχή υπηρεσιών.
- Οι πρόσδοχοι από την ιδία αυτού περιουσία.
- Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, αποδόσεις κ.λπ.

Άρθρο 6.

Δύναμη κρεβατιών.

Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου ορίζεται σε διακόσια
πενήντα (250) κρεβάτια.

Άρθρο 6.

Διάκριση Υπηρεσιών.

- Το Νοσοκομείο περικλείεται από τις υπηρεσίες:
 - Ιατρική.
 - Νασηλευτική.
 - Διοικητική.
- Κάθε υπηρεσία έχει δική της ξεχωριστή συγκρότηση
και αρχική διάρθρωση.

Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγο-
νται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

3. Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε άλλη
υπηρεσία από αυτή που υπάγεται κατά κατηγορία και κλάδο
σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής, υπάγεται
ιεραρχικά στην υπηρεσία που υπηρετεί.

Άρθρο 7.

Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας.

- Η Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου διαρθρώνεται:
 - Στους τομείς:
 - Παθολογικό με δύναμη εκατόν είκοσι πέντε (125)
κρεβάτια.
 - Χειρουργικό με δύναμη εκατόν δευκόσια (150) κρε-
βάτια.
 - Ψυχιατρικό με δύναμη είκοσι (20) κρεβάτια.
 - Εργαστηριακό.
 - Στα διατομεακά τμήματα:
 - Ημερήσιες νοσηλείας.
 - Επειγόντων περιστατικών.

...από τους διαρθρώνεται σε τμήματα και ομάδες ως εξής:

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

- Παθολογικό
- Ένα (1) Καρδιολογικό
- Ένα (1) Γενεθιατρικό

μεταμόρφων
σηλέας Μεσογειακής Ανατολής
εχνητό νεφρό
νακνευσιτικής Ανεκρόμιας

ΡΟΤΗΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

- Παθολογικό
- Ένα (1) Ορθοπαιδικό
- Ένα (1) Ουρολογικό
- Ένα (1) Οφθαλμολογικό
- Ένα (1) Στοιχειολογικό
- Ένα (1) Πνευμονολογικό-Μαιευτικό
- Ένα (1) Οδοντιατρικό

ιτατικής Θεραπείας
κίνησης

ΠΑΤΡΙΣΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

- Παθολογικό
- Ένα Ψυχιατρικό

ΛΕΙΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

- Παθολογικό
- Ένα (1) Μικροβιολογικό
- Ένα (1) Βιοχημικό
- Ένα (1) Λεμματολογικό
- Ένα (1) Λεπιδόσας
- Ένα (1) Ικτινοβιολογικό
- Ένα (1) Παθολογικό
- Ένα (1) Εντατολογικό
- Ένα (1) Φαρμακευτικό

Ενας τομέας λειτουργούν παντική εξωτερικά Ιατρεία αντίστοιχων τμήτων με τις ειδικότητες των τμητών που υπηρετούν στο Νοσοκομείο.

Άρθρο 8

Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί Δ/ση και διαρθρώνεται σε δύο ομάδες, 1ο και 2ο, που ο καθένας διαρθρώνεται σε τμήματα ως εξής:

1ος τομέας σε έξη (6) τμήματα, που καλύπτουν τον Παθολογικό, τα διατομικά τμήματα ημερήσιας νοσηλείας και εκεί γίνονται πατιών και τον ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας, ως τομέας σε έξη (6) τμήματα, που καλύπτουν τον χειρουργικό, τον εργοθεραπευτικό τομέα και τα εξωτερικά Ιατρεία της Ιατρικής Υπηρεσίας.

Στο Νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή, η οποία αποτελείται από:

- α) Τη Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ως Πρόεδρο,
- β) Ένα (1) Προϊστάμενο τμήματος από κάθε τομέα και
- γ) Ένα (1) Ακλιματωμένο τμήματος από κάθε τομέα.

Οι μέλη (β) και (γ) εκλέγονται για δύο (2) χρόνια με μυστική διαδικασία από τον νοσηλευτικό προσωπικό του αντίστοιχου τομέα που συνέρχεται από εργοθεραπευτή του προϋπολογισμού αυτού.

Οι μέλη της Νοσηλευτικής Επιτροπής εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία πλειοψηφία μεταξύ των υπό στοιχείο (β) μελών και των Γραμματέα ή των υπό στοιχείο (γ) μελών.

Η Νοσηλευτική Επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά την λειτουργία της Νοσηλευτικής υπηρεσίας και εισηγείται με τον Πρόεδρό της στα αρμόδια όργανα του Νοσοκομείου.

Άρθρο 9

Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας

- Η Διοικητική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε:
 - 1) Γραφεία Διοικητικής Υπηρεσίας
 - 2) Γραφείο Τεχνικό
 - 3) Γραφείο Διασύνδεσης
 - 4) Γραφείο Διασύνδεσης
 - 5) Γραφείο Διασύνδεσης
 - 6) Γραφείο Διασύνδεσης
 - 7) Γραφείο Διασύνδεσης
 - 8) Γραφείο Διασύνδεσης
 - 9) Γραφείο Διασύνδεσης
 - 10) Γραφείο Διασύνδεσης

- δ) Κέντρος Αρρώστων
- ε) Διατροφή
- στ) Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρικών
- ζ) Κοινωνικής Υπηρεσίας
- η) Πληροφορικής-Οργάνωσης

β) Παραϊατρικών Επαγγελματιών (Τεχνολόγων) και στα αυτοτελή Γραφεία

- α) Επιστάσας
- β) Γραμματέας

3. Η Γραφεία Τεχνικό στα Τμήματα

- α) Τεχνικό
- β) Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

Άρθρο 10

Αρμοδιότητες Υπηρεσιών

Οι αρμοδιότητες κάθε υπηρεσίας του Νοσοκομείου ορίζονται ως ακολούθως:

1. Αρμοδιότητες Ιατρικής Υπηρεσίας είναι:

Η προώθηση και προαγωγή της υγείας, της έρευνας και της εκπαίδευσης, η παροχή υπηρεσιών Υγείας και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

2. Αρμοδιότητες Φαρμακευτικού τμήματος

Έχει την ευθύνη για τον προγραμματισμό προμηθειών, την αγορά, την ταξινόμηση, την παρασκευή ιδιοσκευασμάτων, τον έλεγχο, την χορήγηση, την διανομή, την διακίνηση και διαχείριση του Φαρμακευτικού και λοιπού υλικού αρμοδιότητας του Ε.Ο.Φ.

Ακόμη έχει την ευθύνη του ελεγχτικού ελέγχου του συνταγολογίου, της εκτέλεσης οικιασθήσας συνταγής που θα ζητήσει το ιατρικό τμήμα καθώς και του ελέγχου των προς επίλυση συνταγών.

3. Αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι:

Η παροχή νοσηλείας στους αρρώστους, σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής και στο πλαίσιο των κατευθύνσεων των υφιστάμενων σε κάθε περίπτωση γιατρών, η προώθηση και προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης στον τομέα αυτό και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

4. Αρμοδιότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας είναι:

α) Τμήμα Προσωπικού: Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του Νοσοκομείου, καθώς και για την εκπαιδευτική κατάρτιση του προσωπικού όλων των υπηρεσιών του Νοσοκομείου.

β) Τμήμα Γραμματείας: Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την οργάνωση της γραμματειακής στήριξης σύμφωνα με τις αποφάσεις της Διοίκησης και των άλλων υπηρεσιών του Νοσοκομείου, την τήρηση του γενικού πρωτοκόλλου, την διακίνηση της αλληλογραφίας και την αντιμετώπιση κάθε ερωτήματος για την διεκπεραίωση του έργου του Νοσοκομείου.

γ) Τμήμα Οικονομικό: Η φροντίδα για την μελέτη των οικονομικών αναγκών του ιδρύματος και την εισήγηση για την έγκριση εξειδίκευσης των προτάσεων για την κατάρτιση του προϋπολογισμού του ιδρύματος, την εφαρμογή των δαπανών, την εκκαθάριση των αποδοχών προσωπικού και λοιπών αποζημιώσεων, την προμήθεια, διαχείριση και φύλαξη των εσόδων και υλικών που χρειάζονται για την λειτουργία του Νοσοκομείου, την κατάρτιση του υλολογισμού και απαλογισμού, την τήρηση των λογιστικών βιβλίων καθώς και την είσπραξη των εσόδων του Νοσοκομείου, την ευθύνη για την διασφάλιση της λειτουργίας του ιδρύματος και την τήρηση των Οικονομικών στατιστικών στοιχείων.

δ) Τμήμα Κίνησης Αρρώστων: Η φροντίδα για την έκδοση εισιτηρίων για την εισαγωγή των αρρώστων, την έκδοση των εξιτηρίων και την τήρηση κατάλογο αναμονής εισαγωγής. Έχει βιβλίο κενών κάθε φορά κρεβατιών και ενημερώνει τους αρρώστους για την εισαγωγή τους σύμφωνα με την σειρά στον κατάλογο αναμονής. Φροντίζει για την λογιστική παρακολούθηση της μερίδας των νοσηλευόμενων, την πρόωση διασύνδεσης νοσηλείας και την έκδοση των δελτίων εισαγωγής υφιστάμενων. Έχει βιβλίο ασθενών και εισέρχει κάθε πληροφορία για αυτά. Έχει βιβλίο έκδοσης πιστοποιητικών στοιχείο της νοσηλευτικής κίνησης. Έχει βιβλίο έκδοσης πιστοποιητικών στοιχείο όταν τα ζητούν, μετά από υποβολή σχετικής αίτησης.

ε) Τμήμα Διατροφής: Ανήκουν οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την διασύνδεση διατροφικών σχημάτων ασθενών και προσωπικό και με την πληροφόρηση και εκπαίδευση των νοσηλευόμενων ασθενών και των ασθενών των εξωτερικών Ιατρείων, που έχουν ανάγκη από ειδική διατροφική αγωγή.

Στο τμήμα διατροφής εντάσσονται επίσης οι εισιτηριακές, παρανομιές, εκπαιδευτικές και διοικητικές δραστηριότητες όλων των ακαδημαϊκών με τα πρόβλημα από την προμήθεια μέχρι την κατανάλωσή τους.

στ) Τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρικών: Η ευθύνη και φροντίδα για την γραμματειακή στήριξη των παντιών εξωτερικών Ιατρείων, την υποδοχή και εξυπηρέτηση των προσερχόμενων σ' αυτά αρρώστων. Έχει τα αρχεία και τα βιβλία κίνησης των εξωτερικών Ιατρείων.

μίζει την σειρά προελεύσεως των κωδών και προγραμματίζει την εξέτασή τους με προσυνεννόηση. Άλλες αντιστοιχίες κλάδων αρμόδιους όταν τα ζητούν, γενικά και κοινά σχετικής αίτησης. Περιφέρει το κοινό για τις ώρες λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών κέντρων και για τον τρόπο λειτουργίας τους.

Γ) Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας: Η ευθύνη και φροντίδα για την παραπομπή στους νοσηλευόμενους στο Νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό πρόβλημα, την αναζήτηση και διερεύνηση αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση και γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικής Κοινωνικής Πολιτικής, της Πολιτικής.

γ) Τμήμα Πληροφορικής-Οργάνωσης: Η ευθύνη για την οργάνωση και λειτουργία της μηχανογράφησης, της επεξεργασίας και τήρησης μηχανογραφικών στατιστικών στοιχείων, της παροχής και διακίνησης πληροφοριών στις υπηρεσίες του Νοσοκομείου, στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και στους άλλους αρμόδιους φορείς και ιδε όσον αφορά εργασία.

δ) Τμήμα Παιδιατρικών Εργασιών (Τεχνολογία): Συντάσσονται ετήσιες εισηγήσεις των τεχνολογικών υπηρεσιών, τα τεχνολογικά χειριστών-μαρτυριών και φυσιοθεραπευτών της υγείας εξετάζονται στον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του Νοσοκομείου.

ε) Γραφείο Εκπαιδεύσεως: Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την καθαρότητα των χάρτων του Νοσοκομείου και την εκπαίδευση των εργαζομένων και μεταφορών.

εα) Γραφείο Ιματισμού: Η φύλαξη, η διανομή, η επιδιόρθωση και η καθαρότητα του ιματισμού του προσωπικού του Νοσοκομείου καθώς και του ιματισμού για εξυπηρέτηση των νοσηλευόμενων.

β) Τμήμα Τεχνικός: Η ευθύνη για τον προγραμματισμό και την επίβλεψη της εκτέλεσης των απαραίτητων έργων ανάπτυξης, συντήρησης, νέωσης και διαρκούς βελτισμού των ηλεκτρικών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του Ιδρυματός και για την προμήθεια και απορρύθμιση του εξοπλισμού. Καταρτίζει μελέτες για την εκτέλεση έργων, επιβλέπει ηγ εκτέλεσή τους και έχει την φροντίδα για την κοινοτική και κοινωνική παραλαβή τους. Η ευθύνη για τη ομαλή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παροχής αερίων, των εγκαταστάσεων παροχής κέρωσης στα χειρουργεία και γενικά για την ομαλή λειτουργία των τεχνολογικών εγκαταστάσεων, φροντίζει για την συντήρηση και κανονική λειτουργία του εξοπλισμού και τεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και των σχημάτων του Ιδρυματός.

γ) Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας: Η ευθύνη και φροντίδα της βιοϊατρικής υπηρεσίας του Ιατρικού επιστημονικού εφοσμού, καθώς και η οργανωμένη τεχνική υποστήριξη του.

Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών, όπως καθορίζονται με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, ασκούνται σύμφωνα με όσα λεπτομερώς ορίζονται με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του Νοσοκομείου και εφόσον δεν έχει εκδοθεί εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας σύμφωνα με τις αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου και τις γενικότερες τευθόνσεις και υποδείξεις του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 11
Στελέχωση Ιατρικής Υπηρεσίας

1. Η Ιατρική Υπηρεσία στελεχώνεται: α) από γιατρούς που κατέχουν θέσεις κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. που συνιστώνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 25 του Ν. 1397/83, στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κατανέμονται στο Νοσοκομείο αυτό. β) από ειδικευμένους γιατρούς, που τοποθετούνται σε θέσεις ειδικευομένων γιατρών, που έχουν ανατεθεί με διορισμό ή απόφαση μέχρι τη δημοσίευση της απόφασης αυτής ή που συνιστώνται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά. γ) από επιστήμονες που προσφέρουν σύνταξες υπηρεσίες με το έργο της Ιατρικής Υπηρεσίας των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων σε καθεμία από τους οποίους συνιστώνται αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

- ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ**
ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ
Τρεις (3) θέσεις
ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΧΗΜΙΚΩΝ - ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ
Τρεις (3) θέσεις
ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ
Μία (1) θέση

και δ) από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθεμία από τους οποίους συνιστώνται αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

- ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ**
ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΩΝ
Τέσσερις (4) θέσεις

Άρθρο 12
Στελέχωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων σε καθεμία από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

- Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ**
ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΤΡΙΑΩΝ
Δέκα τέσσερις (14) θέσεις
Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΤΡΙΑΩΝ
Εκατόν κενήματα τέσσερις (154) θέσεις
Οι δέκα τέσσερις (14) θέσεις του κλάδου αυτού πληροούνται κατά τον αριθμό που δεν πληροούνται, λόγω έλλειψης υποψηφίων, οι δέκα τέσσερις (14) θέσεις του κλάδου ΠΕ Νοσηλευτών-τριαών.
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΣ-ΤΡΙΑΩΝ
Έξι (6) θέσεις
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΜΑΙΩΝ
Δέκα (12) θέσεις

Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ
ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΒΑΡΒΑΡΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ
Διακόσιες τριάντα τέσσερις (234) θέσεις
Οι εκατόν κενήματα τέσσερις (154) θέσεις του κλάδου αυτού πληροούνται κατά τον αριθμό που δεν πληροούνται, λόγω έλλειψης υποψηφίων, οι εκατόν κενήματα τέσσερις (154) θέσεις του κλάδου ΤΕ Νοσηλευτών-τριαών.

- ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΒΡΕΦΟΚΟΜΩΝ**
Τρεις (3) θέσεις
Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΥΠΕΙΘΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
Στήματα (60) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Νοσοκόμων, Βοηθών Θαλάμου, Μεταφορών ασθενών, Λαβαντών-Μεκροτόμων. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες: Νοσοκόμων (40) θέσεις, Βοηθών Θαλάμου (9) θέσεις, Μεταφορών ασθενών (8) θέσεις, Λαβαντών-Μεκροτόμων (1) θέση.

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

Άρθρο 13
Στελέχωση Διοικητικής Υπηρεσίας

1. Η Διοικητική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθεμία από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

- Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ**
ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ-ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ
Δέκα (10) θέσεις
ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΠΑΝΘΡΟΦΟΡΙΑΣ
Μία (1) θέση
ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ
Δύο (2) θέσεις
ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ
Μία (1) θέση
ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ
Τέσσερις (4) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Πολιτικών-Μηχανικών, Μηχανολογών-Μηχανικών, Ηλεκτρολόγων-Μηχανικών, Ηλεκτρονικών-Μηχανικών. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες: Πολιτικών-Μηχανικών (1) θέση, Ηλεκτρολόγων-Μηχανικών (1) θέση.

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

- Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ**
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ
Πέντε (5) θέσεις
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ
Πέντε (5) θέσεις
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ
Δύο (2) θέσεις
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ
Τρεις (3) θέσεις
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ (ΤΕΧΝΟΛΟΓΩΝ)
Δέκα (10) θέσεις
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΡΑΔΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ (ΕΜΦΑΝΙΣΤΩΝ-ΧΥΡΙΣΤΩΝ)
Έξι (7) θέσεις

- ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΠΙΟΡΘΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**
Μία (1) θέση
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΟΝΟΜΙΑΣ
Μία (1) θέση

ρου, ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του Ν. 136/Α/84 (Βαθμολογική διάρθρωση των θέσεων του Δημοσίου, Ν.Α.Δ.Δ. Α.Α. (ΦΣΚ 37/Α/1986).

Άρθρο 16

ο προσωρινό που εφημερεύει έξω από το κανονικό κλάδο του, παύεται δωρεάν τροφή κατά το διάστημα της εργα-

σκασίας του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μπορεί να παύεται τροφή ολόκληρο το προσωρινό του Νοσοκομείου με καταβολή που ισούται με το ποσό που καθορίζεται κάθε φορά για το κλάδο τροφής των νοσηλευομένων.

Άρθρο 17

Πεπερατικές διατάξεις

Επί την πρώτη εφαρμογή του παρόντος οργανισμού στους κλάδους θέσεις κατανέμονται σε περισσότερες από μία ειδικότητες κατα- με ή εντάσσονται οι υπηρετούντες, κατά την δημοσίευση της από- φασής, υπάλληλοι με τα αντίστοιχα προσόντα, ανεξάρτητα από την δικότατο κατανομή τους.

Εφόσον η κατανομή μεταξύ των ειδικοτήτων, εφαρμόζεται στοδιακό- να που κινούνται οι θέσεις μετά την με οποιοδήποτε τρόπο απο- των υπολλήλων και τις κατέχουν.

ο μόνιμο προσωπικό, εκτός του ιατρικού, που υπηρετεί σε ομο- λείες κατά τη δημοσίευση της απόφασης αυτής, κατετάσσεται κατά- να και κλάδο αντίστοιχης ειδικότητας στις θέσεις που συνιστά- την απόφαση αυτή, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1585/86

3. Το μη μόνιμο προσωπικό που υπηρετεί στο Νοσοκομείο κατά τη δημοσίευση της απόφασης αυτής με οποιοδήποτε στέλι εργασίας εντά- σεται σε θέσεις που παρέκκλιση κενές μετά την εφαρμογή της παραγρά- φου 2 του παρόντος άρθρου ή σε προσωρινές θέσεις που συνιστώνται κατά κλάδο με την κριση διορισμού και καταργούνται όταν κενωθούν με οποιοδήποτε τρόπο, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1476/84 (ΦΣΚ 136/Α/84) όπως συμπληρώθηκαν με το άρθρο 14 του Ν. 1540/85 (ΦΣΚ 67/Α/85) και την ερμηνευτική διάταξη της παραγράφου 6 του άρθρου 27 του Ν. 1579/85 (ΦΒΥ 217/Α/85).

4. Όσοι από το μη μόνιμο προσωπικό δεν συμφωνούν με το νόμιμο προσόντα ή δεν υπερβάλουν αίτηση για ένταξη, εξαιρουμένου να υπηρε- τούν σε προσωρινές θέσεις που συνιστώνται με απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 1476/84.

5. Οι κενές οργανικές θέσεις σε κάθε κλάδο στον οποίο έχουν συσταθεί προσωρινές θέσεις, σύμφωνα με την παράγραφο 4 του παρόντος άρθρου, πληροούνται στον εισαγωγικό βαθμό μετά τον κριση που κενούνται και καταργούνται οι προσωρινές θέσεις, εφόσον ο συνολικός αριθμός των προσωρινών θέσεων δεν υπερβαίνει το σύνολο των οργανικών θέσεων.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 8 Αυγούστου 1986

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΓΙΩΡΓΟΣ ΓΕΜΝΗΜΑΤΑΣ