

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τζανετή Παναγιώτα¹, Τζιάρας Περικλής²

Περίληψη

Στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε ερευνητικά, μέσω δύο παράλληλων ερευνών που διενεργήθηκαν προς τους προϊσταμένους των Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας και προς τους υπαλλήλους κοινωνικούς λειτουργούς των Τμημάτων αυτών, να εντοπιστούν τα θεσμικά, οργανωτικά και λειτουργικά ζητήματα των Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας των Νοσοκομείων που συνδέονται με την αποστολή και το αντικείμενό τους, να αποτυπωθούν οι πραγματικές συνθήκες διοικητικής, κλινικής λειτουργίας και ανταποκρισιμότητάς τους, και να εντοπιστούν και καταγραφούν οι παράμετροι που ενισχύουν ή υπονομεύουν την ποιότητα.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, εντοπίζονται σοβαρές ελλείψεις στη λειτουργία των Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας των Νοσοκομείων που αφορούν τη στελέχωση, την υλικοτεχνική υποδομή και τις οργανωσιακές λειτουργίες τους, δημιουργώντας ανομοιογένεια στις πρακτικές λειτουργίας και ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών. Ο ρόλος της ηγεσίας και η εφαρμογή συμμετοχικών μοντέλων διοίκησης του τμήματος αναδεικνύονται σε σημαντικά εργαλεία στην προσπάθεια εξασφάλισης ποιοτικής παροχής υπηρεσιών. Καθοριστική φαίνεται να είναι η ανάγκη εισαγωγής κουλτούρας καταγραφής και μετρήσεων στα Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας που είναι θεμελιώδης στην αυτοαξιολόγηση, τον εντοπισμό και την επίλυση προβλημάτων λειτουργίας του Τμήματος, στην εισαγωγή επιστημονικών πρωτοκόλλων και πρακτικών βασισμένων σε τεκμήρια αλλά και στην ενίσχυση της αξίας της κοινωνικής εργασίας στο χώρο της Υγείας.

Λέξεις κλειδιά: τμήμα κοινωνικής εργασίας νοσοκομείου ΕΣΥ, ποιότητα στις κοινωνικές υπηρεσίες, δικαιώματα στην υγεία

-
1. Κοινωνική λειτουργός, MSc Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Μονάδων Κοινωνικής Προστασίας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Γ.Ν.Ε. “Θριάσιο”.
 2. Κοινωνικός λειτουργός, MSc Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Μονάδων Κοινωνικής Προστασίας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Γ.Ν.Ε. “Θριάσιο”.

1. Εισαγωγή

Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας στην Υγεία

Η εξέλιξη στην παροχή υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας στο χώρο της Υγείας φαίνεται πως είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ίδια την εξέλιξη της κοινωνικής εργασίας. Με τη δημιουργία του πρώτου Τμήματος Κοινωνικών Υπηρεσιών το 1905 στο Massachusetts General Hospital, στις ΗΠΑ (Weiss, 2005:1) αναγνωρίζονται για πρώτη φορά οι οικονομικές, κοινωνικές και ψυχολογικές συνθήκες που συνδέονται με την εμφάνιση και την αντιμετώπιση της ασθένειας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονταν σε συνεργασία με τους γιατρούς, επικεντρώνοντας στην ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική υγεία των ασθενών, δίνοντας παράλληλα μια κριτική άποψη στην εφαρμογή της Ιατρικής στο πλαίσιο του Νοσοκομείου (Gehlert, 2011:5).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί κινούνται σε ένα μεγάλο φάσμα δραστηριοτήτων, που περιλαμβάνει από τον αυστηρά κλινικό ρόλο (συναισθηματική υποστήριξη, παρηγορητική συμβουλευτική) έως τον διοικητικό ρόλο της συγκέντρωσης δικαιολογητικών για την εξασφάλιση της μετανοσοκομειακής φροντίδας του ασθενή. Οι αλληλοσυμπληρούμενοι, παράλληλοι, δύσκολα οριοθετούμενοι και ποτέ αντικρουόμενοι ρόλοι των κοινωνικών λειτουργών συνοψίζονται στον αυστηρά κλινικό ρόλο, στο ρόλο του διαχειριστή περιπτώσεων (case manager), στο ρόλο του συνηγόρου και του διοικητικού υπαλλήλου (Carr, 1994:17-19. Weiss, 2005:4-6). Η άσκηση των ρόλων αυτών μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών ή μεταξύ τμημάτων κοινωνικής εργασίας παρουσιάζει ανομοιομορφία, που δεν σχετίζεται μόνο με την προσωπικότητα και την επιστημονική επάρκεια των επαγγελματιών, αλλά και με άλλους παράγοντες που περιλαμβάνουν τη γενικότερη πολιτική που εφαρμόζεται στο χώρο της υγείας, το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, τη Διοίκηση του Νοσοκομείου, τη διεπιστημονική συνεργασία, το σύστημα παραπομπών, την υλικοτεχνική υποδομή, τον τρόπο που διοικείται το τμήμα κοινωνικής εργασίας (Shahar et al., 1995: 109).

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 87/1986 (άρθρο 8, 10 παρ. θ) σε όλα τα Νοσοκομεία συστήνονται Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας, στα οποία υπάγονται οι υπηρετούντες κοινωνικοί λειτουργοί του Νοσοκομείου και τα οποία με το Νόμο 2889/01 (αρ.6 παρ.6) υπάγονται στην Ιατρική Υπηρεσία των Νοσοκομείων.

Η έννοια της ποιότητας και η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Το κοινό σημείο αναφοράς στους ορισμούς που κατά καιρούς έχουν αναφερθεί για την ποιότητα, είναι η έμφαση είτε στα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, τα

οποία ικανοποιούν πλήρως τις ανάγκες του πελάτη, είτε στο σύνολο των προδιαγραφών ενός προϊόντος/υπηρεσίας που συμμορφώνονται στις απαιτήσεις του πελάτη. Η ποιότητα αφορά ένα σύνολο αξιών, αρχών, προτύπων και τρόπων δράσης, με στόχο την πλήρη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, την ικανοποίηση των πελατών αλλά και τη βέλτιστη αποδοτικότητα της επιχείρησης/οργανισμού (Ριζοπούλου, 2010: 113-114).

Η ποιότητα στο χώρο της υγείας διαφέρει από αυτήν στο χώρο της βιομηχανίας και της επιχειρηματικής δραστηριότητας, λόγω της πολυπλοκότητας και της σύνθετης παροχής των υπηρεσιών υγείας. Εμπλέκονται ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας σε συνδυασμό με τις οικονομικές, τεχνικές και διαχειριστικές διαστάσεις.

Ο πρώτος κλασικός ορισμός της ποιότητας στην υγεία από τον Donabedian το 1980, ορίζει *«αυτό το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών, οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας σε όλα τα επιμέρους σημεία»*. (Παπανικολάου, 2007: 83).

Η ποιότητα στην υγεία αφορά τη συνολική λειτουργία ενός οργανισμού, λαμβάνοντας υπόψη θέματα στελέχωσης ανθρώπινου δυναμικού, οργάνωσης και διοίκησης, οικονομικών και άλλων πόρων και φυσικά όλο το φάσμα της κλινικής άσκησης, των υπηρεσιών και της φροντίδας. Περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα, την άριστη πρακτική, καθώς και την ασφάλεια και την πρόσβαση στις υπηρεσίες, με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εξασφάλιση της συνεχούς φροντίδας.

Η δυσκολία αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας σχετίζεται με την ιδιαίτερη φύση τους σε σχέση με άλλες υπηρεσίες φροντίδας υγείας και των περιορισμών που τίθενται εξαιτίας αυτών των διαφοροποιήσεων. Οι διαφοροποιήσεις αυτές επικεντρώνονται κυρίως γύρω από την έννοια της «ποιότητας ζωής» και την ιδιαιτερότητα της συμμετοχής του «πελάτη» και των άλλων εμπλεκόμενων στη δομή, τις διεργασίες και τις εκροές-αποτελέσματα. Ο όρος πελάτης δεν προσδιορίζει μόνο τους χρήστες υπηρεσιών υγείας και το περιβάλλον τους, αλλά και τους επαγγελματίες υγείας, τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο (Σταυρόπουλος, 2009: 57-58).

Είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη ο διαχωρισμός της ποιότητας της ζωής από την ποιότητα των υπηρεσιών, καθώς κάνει αντιληπτό τον περιορισμό ότι, κατάλληλες παρεμβάσεις δεν έχουν ως αποτέλεσμα αντίστοιχη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του εξυπηρετούμενου. Αντίθετα, αρκετές φορές, κακές υπηρεσίες είναι δυνατόν να φέρουν θετικά αποτελέσματα στη ζωή του εξυπηρετούμενου (Blom & Moren, 2012: 6).

Σημαντική ιδιαιτερότητα των κοινωνικών υπηρεσιών είναι ότι η διαδικασία μέσω της οποίας παρέχονται υπηρεσίες περιλαμβάνει τον ίδιο τον εξυπηρετούμενο: το κύριο εργαλείο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο εξυπηρετούμενος είναι η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον ειδικό (ή γενικότερα τον φορέα) και τον εξυπηρετούμενο. Ο ίδιος, δηλαδή, ο εξυπηρετούμενος (οι ιδιαίτερες δυσκολίες του, το μορφωτικό, οικονομικό, κοινωνικό του υπόβαθρο) είναι από μόνος του καθοριστής της ποιότητας της υπηρεσίας που του παρέχεται (Malley & Fernandez, 2010: 7).

Η κατάσταση του εξυπηρετούμενου, όπως και η διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας της ζωής του, εξαρτάται από το ιστορικό του, αλλά και εξωτερικούς παράγοντες: τη σοβαρότητα της κατάστασής του, τη στάση του μικροπεριβάλλοντός του στη διάρκεια της προσπάθειας βελτίωσης, το πόσο υποστηρικτική είναι η οικογένεια και η γειτονιά. Σε μια μακροσκοπική οπτική, οι εξωτερικοί παράγοντες που επηρεάζουν το αποτέλεσμα των υπηρεσιών που παρέχονται, και άρα την ποιότητά τους, περιλαμβάνουν τις συνολικές στάσεις της κοινωνίας απέναντι στους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν προβλήματα (παρόμοια με αυτά που αντιμετωπίζει ο εξυπηρετούμενος των υπηρεσιών), την κοινωνική πολιτική που εφαρμόζεται, την ύπαρξη συστήματος πρόνοιας αλλά και την ποιότητα των άλλων κοινωνικών υπηρεσιών (Megivern et al., 2006: 115).

Η αξιολόγηση της ποιότητας των κοινωνικών υπηρεσιών / υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας είναι πιο περίπλοκη και εξαρτάται από τις διαφορετικές οπτικές των εμπλεκόμενων μερών. Σε έναν οργανισμό που παρέχονται υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας, οι εμπλεκόμενοι (Κοινωνικοί Λειτουργοί, Διοίκηση, Εξυπηρετούμενοι, Υπουργείο) έχουν διαφορετικές προσεγγίσεις για την ποιότητα στη δομή, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα στον εξυπηρετούμενο (Blom & Moren, 2012: 6).

Η προσπάθεια καθορισμού συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας στις κοινωνικές υπηρεσίες ή στα τμήματα που παρέχονται υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας θα ξεκινά πάντα με τον περιορισμό ότι οι παρεμβάσεις της κοινωνικής εργασίας δεν είναι δυνατόν να τυποποιηθούν πλήρως και τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων στις ζωές των ανθρώπων δεν είναι δυνατόν να τεκμηριωθούν απολύτως.

2. Ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της κατάστασης σε σχέση με την ποιότητα λειτουργίας και παροχής υπηρεσιών των Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας (Τ.Κ.Ε.) των Δημόσιων Νοσοκομείων και η συμβολή στη βελτίωση τους, προς όφελος των εξυπηρετούμενων πολιτών από τις νοσοκομειακές μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.).

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώνεται, ότι δεν υφίσταται ένα κοινά αποδεκτό και καθολικό σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας, πολύ δε περισσότερο, στα Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας που λειτουργούν στα πλαίσια δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας.

Κάθε προσπάθεια διαμόρφωσης ενός συστήματος αξιών και κριτηρίων για την αξιολόγηση της ποιότητας λειτουργίας των τμημάτων κοινωνικής εργασίας των δημόσιων νοσοκομείων, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη ότι:

- Το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας είναι μέρος ενός οργανισμού υγείας, οπότε κατ' επέκταση τα κριτήρια θα πρέπει να είναι συμβατά με αυτά με τα οποία αξιολογείται η ποιότητα του φορέα.
- Το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας λειτουργεί στα πλαίσια της ελληνικής δημόσιας διοίκησης, ανταποκρινόμενο σε αιτήματα πολιτών και συνεργαζόμενο με άλλες υπηρεσίες προς όφελος του πολίτη.
- Το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας παρέχει υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας, υπηρεσίες δηλαδή εφαρμοσμένης επιστήμης, η οποία διέπεται από δικές της αξίες, δεοντολογία και νομοθεσία.

Ο καθορισμός των κριτηρίων/αξιών ποιότητας, ειδικών για τα τμήματα κοινωνικής εργασίας των Νοσοκομείων, αξιοποιεί ήδη διατυπωμένα κριτήρια σε υπάρχοντα συστήματα, πρότυπα και κατευθυντήριες οδηγίες ποιότητας υπηρεσιών (υγείας, διοικητικών υπηρεσιών, υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας), τη νομοθεσία που διέπει το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, τη δεοντολογία του επαγγέλματος, τη νομοθεσία που διέπει τη λειτουργία του Ε.Σ.Υ. και των Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας στο Ε.Σ.Υ.

Αφού προσδιορίστηκαν οι έννοιες, το περιεχόμενο και τα ζητήματα ποιότητας λειτουργίας, σύμφωνα με τις επιστημονικές, δεοντολογικές αρχές και σύγχρονες τάσεις, η έρευνα επεδίωξε επιμέρους:

- Να εντοπίσει και να καταγράψει την υφιστάμενη θεσμική και οργανωτική πραγματική κατάσταση των Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας των Δημόσιων Νοσοκομείων της χώρας μας, τις ανισότητες ανάπτυξης και το ευρύτερο περιβάλλον εντός του οποίου δραστηριοποιούνται (νοσοκομείο, υγειονομική περιφέρεια, σύστημα υγείας και σύστημα κοινωνικής φροντίδας, κ.ά.).
- Να εντοπίσει τα θεσμικά, οργανωτικά και λειτουργικά ζητήματα των Τ.Κ.Ε., που συνδέονται με την αποστολή και το αντικείμενό τους και τα οποία επηρεάζουν την ποιότητα λειτουργίας και παροχής υπηρεσιών.

- Να αποτυπώσει τις πραγματικές συνθήκες διοικητικής και κλινικής λειτουργίας και ανταποκρισιμότητας, ανά Τ.Κ.Ε. κάθε Δημόσιου Νοσοκομείου αλλά και συνολικά.
- Να διερευνήσει τις συνθήκες και πρακτικές του έργου των κοινωνικών λειτουργών που στελεχώνουν αυτά τα Τμήματα και τις ιδιαιτερότητές τους.
- Να καταγράψει τις εκτιμήσεις των στελεχών αυτών των Τμημάτων:
 - ο για το βαθμό ποιότητας λειτουργίας και των παρεχόμενων υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας,
 - ο για τις παραμέτρους που ενισχύουν ή υπονομεύουν την ποιότητα και
 - ο για τις αναγκαίες αλλαγές, βελτιώσεις και δράσεις (προτάσεις) προώθησης και βελτίωσης της ποιότητας.

3. Μεθοδολογία

Πραγματοποιήθηκε πρωτογενής ποιοτική και ποσοτική έρευνα. Η έρευνα στόχευσε σε δύο ομάδες ερευνητικών δειγμάτων και για τις ανάγκες τους κατασκευάστηκαν δύο διαφορετικά ερωτηματολόγια. Το πρώτο δείγμα ήταν όλα τα Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας όλων των Δημόσιων Νοσοκομείων της χώρας μας και το δεύτερο οι κοινωνικοί λειτουργοί που στελεχώνουν αυτά τα Τμήματα.

Η πρώτη έρευνα που απευθύνθηκε στα Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας των Δημόσιων Νοσοκομείων της χώρας μας, επιδίωξε να συγκεντρώσει στοιχεία που αφορούν την υφιστάμενη θεσμική και οργανωτική πραγματική κατάστασή τους, τις συνθήκες διοικητικής και κλινικής λειτουργίας τους και το βαθμό ανταποκρισιμότητάς τους και τα οποία συνδέονται με την αποστολή και το αντικείμενό τους και επηρεάζουν την ποιότητα λειτουργίας και παροχής υπηρεσιών.

Η δεύτερη έρευνα που απευθύνθηκε στους κοινωνικούς λειτουργούς που στελεχώνουν τα Τ.Κ.Ε. των Δημόσιων Νοσοκομείων της χώρας μας, επιδίωξε να συγκεντρώσει στοιχεία που αφορούν τις επιστημονικές και εμπειρικές εκτιμήσεις τους για το βαθμό ποιότητας της λειτουργίας και των παρεχόμενων υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας, για τις παραμέτρους που ενισχύουν ή υπονομεύουν την ποιότητα, για τις αναγκαίες αλλαγές, βελτιώσεις και δράσεις (προτάσεις τους) προώθησης και βελτίωσης της ποιότητας.

4. Πληθυσμός - Δείγμα

Ο πληθυσμός της διπλής έρευνας ήταν τα Τ.Κ.Ε. όλων των Μονάδων παροχής δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας του Δημόσιου Συστήματος Υγείας και οι υπάλληλοι κοινωνικοί λειτουργοί, των τμημάτων αυτών.

Στον πληθυσμό της έρευνας δεν εντάσσονται τα Τ.Κ.Ε. ή οι εργαζόμενοι κοινωνικοί λειτουργοί άλλων μονάδων που δεν παρέχουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (Κέντρα Υγείας, ΚΕΦΙΑΠ, Ξενώνες, κ.τ.λ.).

Αξιόπιστα αριθμητικά δεδομένα για τον αριθμό των νοσηλευτικών μονάδων και τον αριθμό των εργαζομένων κοινωνικών λειτουργών δεν υπήρχαν πριν τη διεξαγωγή της έρευνας, καθώς οι ανακατατάξεις στο Σύστημα Υγείας λόγω Μνημονίου και οι διαδικασίες Διαθεσιμότητας και Κινητικότητας προκαλούσαν αλλαγές και στον αριθμό των Νοσηλευτικών Μονάδων και στο στελεχιακό δυναμικό. Σύμφωνα με τον Χάρτη Υγείας³ (2012), την Απογραφή Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας των Δημόσιων Νοσοκομείων του Σ.Κ.Λ.Ε.⁴ (Σεπτέμβριος 2013), αλλά και στοιχείων που συγκέντρωσε η έρευνα:

- Ο αριθμός των Νοσηλευτικών Μονάδων του Ε.Σ.Υ. είναι 125, εκ των οποίων οι 101 διαθέτουν στο προσωπικό τους τουλάχιστον έναν\μία κοινωνικό\ή λειτουργό.
- Ο συνολικός αριθμός των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται σε Μονάδες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι 426. Ο πληθυσμός που αφορά την έρευνα είναι το σύνολο των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται με υπαλληλική σχέση (όχι προϊστάμενοι) σε Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. όλης της χώρας που διαθέτουν τουλάχιστον δύο άτομα στο προσωπικό τους και, άρα, διαθέτουν – ή τουλάχιστον έχουν τη δυνατότητα να διαθέτουν – προϊστάμενο. Οι κοινωνικοί λειτουργοί του πληθυσμού της έρευνας (υπάλληλοι Τ.Κ.Ε., όχι σε θέση προϊστάμενου) υπολογίζονται σε N=325 άτομα: ο αριθμός προκύπτει από τη διαφορά του συνολικού αριθμού των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στα Νοσοκομεία της Χώρας (426) από τον οποίο αφαιρούνται οι προϊστάμενοι των 73 Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας (Τμήματα που διαθέτουν >2 άτομα προσωπικό) και οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε μονομελή Τ.Κ.Ε. (28).

Τα ερωτηματολόγια απευθύνθηκαν σε όλο τον πληθυσμό των Νοσοκομείων και των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται ως υπάλληλοι Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας, όπως αποτυπώνονται παραπάνω. Ο βαθμός απόκρισης των Τ.Κ.Ε. των Νοσοκομείων για την πρώτη έρευνα, στην οποία καλούνταν να συμμετέχουν οι προϊστάμενοι ή οι υπεύθυνοι

3. <http://ygeiama.gov.gr/pois-map/>

4. <http://goo.gl/9eTTf9>

των Τ.Κ.Ε. ανήλθε στο 84,15% καθώς απάντησαν 85 Νοσοκομεία του συνόλου των 101 Νοσοκομειακών μονάδων που διαθέτουν κοινωνικό λειपुरγό. Ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων κοινωνικών λειपुरγών στη δεύτερη έρευνα ήταν 168 άτομα, προερχόμενα από 73 διαφορετικά νοσοκομεία (βαθμός απόκρισης 51,69 % επί του καταμετρημένου πληθυσμού).

5. Κατασκευή Ερωτηματολογίων

Για τις ανάγκες των δύο παράλληλων ερευνών κατασκευάστηκαν δύο ερωτηματολόγια που αποκρίνονταν στους σκοπούς, όπως έχουν ήδη αναφερθεί. Για τη διατύπωση των ερωτημάτων προσαρμόστηκαν και κατασκευάστηκαν δείκτες που ικανοποιούσαν τα κριτήρια ποιότητας, όπως υπαγορεύονται από υπάρχοντα συστήματα, πρότυπα και κατευθυντήριες οδηγίες ποιότητας υπηρεσιών: (Αμερικανικός Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειपुरγών - National Association of Social Workers - NASW, Υπουργείο Υγείας, Κοινωνικών Υπηρεσιών και Κοινωνικής Ασφάλισης της Βρετανίας, Australian Association of Social Workers - AASW, Canadian Association of Social Workers - CASW, World Health Organization (WHO), Ευρωπαϊκή Ένωση-Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας, A Voluntary European Quality Framework for Social Services - SPC2010/10/8, The Social Protection Committee, 2010, Ministry of Labour and Social Affairs Czech Republic, International Federation of Social Workers - IFSW, National Institute for Care and Health Excellence- NICE, European Platform for Rehabilitation (EPR), European Quality in Social Services (eQuass), European Foundation of Quality Management – EFQM, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης - Κ.Π.Α., Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας - Σ.Ε.Υ.Υ.Π., Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ε.Κ.Κ.Α., Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Συνήγορος του Πολίτη, Θεσμός του Κοινωνικού Συμβούλου).

Οι δείκτες διαμορφώθηκαν ώστε να αντιστοιχούν στην πρακτική εφαρμογή της μεθοδολογίας, των τεχνικών και των εργαλείων της κοινωνικής εργασίας στο Νοσοκομειακό πλαίσιο, όπως αυτή παρουσιάζεται βιβλιογραφικά και εμπειρικά. Ο αριθμός των δεικτών και των ερωτήσεων που τους ελέγχουν, ήταν περιορισμένος και επικεντρωμένος στο στόχο διεξαγωγής της έρευνας και δεν καλύπτει το πλήρες εύρος των δεικτών και ερωτήσεων που θα απαιτούσε ένα σύστημα αξιολόγησης ή βελτίωσης της ποιότητας. Συνοπτικά παρουσιάζονται τα κριτήρια και οι αντίστοιχοι δείκτες:

Κριτήρια

Δείκτες

Ηγεσία	<ul style="list-style-type: none"> • Ύπαρξη ή απουσία προϊσταμένου - Ικανότητες • Θέση του τμήματος στο οργανόγραμμα του Νοσοκομείου. • Συμμετοχή των κοινωνικών λειτουργών σε όργανα του Νοσοκομείου (Σωματείο Εργαζομένων, Επιστημονικό Συμβούλιο, Διοικητικό Συμβούλιο, Επιτροπές) • Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τον τρόπο που λειτουργεί το τμήμα – Λειτουργία Συμβουλίου κοινωνικών λειτουργών • Ταύτιση υπαλλήλων με το όραμα του τμήματος
Ανθρώπινο Δυναμικό	<ul style="list-style-type: none"> • Αριθμός υπαλλήλων που υπηρετούν στο τμήμα • Αναλογία σε σχέση με κλίνες / εισαγωγές / αριθμός εξυπηρετούμενων • Επίπεδο μόρφωσης των υπαλλήλων • Υπαγωγή των υπαλλήλων στο τμήμα – ετεροαπασχόληση • Ικανοποίηση υπαλλήλων από τις ανταμοιβές (οικονομικές – ηθικές) • Ημέρες εκπαίδευσης/επιμόρφωσης • Αίσθηση επαγγελματικής κόπωσης • Αξιολόγηση συνθηκών εργασίας • Τρόπος καταμερισμού εργασίας
Επικέντρωση στον πελάτη και Δικαιώματα	<ul style="list-style-type: none"> • Φυσική πρόσβαση στο τμήμα κοινωνικής εργασίας. α. Όροφος και β. Οδηγίες • Δυνατότητα παροχής υπηρεσιών διαμεσολάβησης και συνηγορίας στον εξυπηρετούμενο • Περιλαμβάνονται ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών που να αφορούν τις υπηρεσίες του Τ.Κ.Ε; • Συμμετοχή σε επιτροπή που χειρίζεται παράπονα ασθενών / Γραφείο Εξυπηρέτησης του Πολίτη • Προώθηση της συμμετοχής του ασθενή σε μια συνήθη διαδικασία (π.χ. πόσο συμμετέχει ο εξυπηρετούμενος στην έκδοση βιβλιαρίου ανασφαλιστού). Πόσο ενθαρρύνεται και ενισχύεται σε αυτό;
Δεοντολογία και Αξίες στην Κοινωνική Εργασία	<ul style="list-style-type: none"> • Ύπαρξη συνεντευκτηρίου • Αρχείο Κοινωνικής Υπηρεσίας - Δικαιώματα πρόσβασης • Διακίνηση Εγγράφων και εμπιστευτικότητα • Συσκευή Φαξ • Εμπιστευτικό Πρωτόκολλο στη διακίνηση εκθέσεων • Σταθερός επαγγελματίας στη συνεργασία με κάθε περιστατικό • Σεβασμός στην αυτοδιάθεση του εξυπηρετούμενου • Σεβασμός στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες

<p>Διοίκηση διαδικασιών και αλλαγών</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ύπαρξη κοινού εντύπου για την έκθεση κοινωνικής έρευνας • Σταθερή σύγκληση του συμβουλίου του τμήματος για προβλήματα που αντιμετωπίζει το τμήμα • Κοινά συμφωνημένες ενέργειες για ομοειδή περιστατικά, εφαρμογή επιστημονικών πρωτοκόλλων • Αξιοποίηση δεδομένων του αρχείου για τη βελτίωση διαδικασιών • Αξιολόγηση διαδικασιών • Επιβάρυνση στο Τμήμα ως αποτέλεσμα μη λειτουργικών διαδικασιών • Τρόπος παραπομπής
<p>Πληρότητα (Συνεία-Εξωτερικές Συνεργασίες- Πόροι)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Δυνατότητα πρόσβασης σε οικονομικούς πόρους του Νοσοκομείου για την ικανοποίηση αναγκών των ασθενών • Επάρκεια και ανταποκρισιμότητα υπηρεσιών στην κοινότητα, σε αντιστοιχία με τον προγραμματισμό και τις παρεμβάσεις του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού • Ύπαρξη Η/Υ, λογισμικού και πρόσβασης στο διαδίκτυο • Αξιολόγηση της παρέμβασης του κοινωνικού λειτουργού στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας • Διαπροσωπικές σχέσεις και διεπιστημονική συνεργασία • Δυνατότητα πρόσβασης στον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο • Διαδικασία παραπομπών των πολιτών στο τμήμα • Προέλευση παραπομπής.
<p>Τεκμηρίωση και Έρευνα</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Τήρηση αρχείου • Τήρηση φακέλου • Τήρηση στατιστικών στοιχείων • Ο φορέας/νοσοκομείο ζητάει στοιχεία κίνησης του τμήματος • Συμμετοχή του τμήματος σε έρευνες σε συνεργασία με άλλα τμήματα ή άλλες υπηρεσίες • Κατηγορίες πληροφοριών που καταγράφονται στο αρχείο του τμήματος
<p>Αποτελέσματα στον Οργανισμό και στη Κοινότητα</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Υποβολή και συχνότητα υποβολής έκθεσης πεπραγμένων του τμήματος στη Διοίκηση του Νοσοκομείου • Ευχαριστήρια αλληλογραφία αναγνώρισης της συνδρομής του τμήματος από φορείς της κοινότητας • Παροχή πληροφοριών για την ύπαρξη και δράση του τμήματος στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου • Συμβολή του τμήματος στην εικόνα, στα οικονομικά, στις δημόσιες σχέσεις και στη συνολική ποιότητα των υπηρεσιών του Νοσοκομείου • Αίσθηση αποδοχής από την κοινότητα

6. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο της πρώτης έρευνας (Ερωτηματολόγιο Α΄) συμπληρώθηκε από τον Προϊστάμενο του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της εκάστοτε Νοσηλευτικής Μονάδας και στην περίπτωση που δεν υπήρχε προϊστάμενος, τον αναπληρωτή του ή τον αρχαιότερο κοινωνικό λειτουργό του τμήματος.

Το ερωτηματολόγιο της δεύτερης έρευνας (Ερωτηματολόγιο Β΄) συμπληρώθηκε από τους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται στα Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας της εκάστοτε Νοσηλευτικής Μονάδας ανώνυμα. Για το Ερωτηματολόγιο Β΄ δόθηκε η δυνατότητα ηλεκτρονικής συμπλήρωσης σε ιστότοπο με τη χρήση του λογισμικού ανοικτού κώδικα (open source) limesurvey. Σε όσους ερωτώμενους το επιθυμούσαν, παρέχονταν ειδικοί κωδικοί πρόσβασης (tokens) ώστε να συμπληρώσουν τις ερωτήσεις. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίστηκε η ανωνυμία, αλλά και η αποφυγή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεύτερη φορά από το ίδιο πρόσωπο, ή από τρίτα πρόσωπα που δεν ανήκαν στο δείγμα της έρευνας.

Για την εγκυρότητα της έρευνας και την εξασφάλιση του μέγιστου αριθμού απαντημένων ερωτηματολογίων ακολουθήθηκαν οι προβλεπόμενες διαδικασίες και εγκρίσεις διεξαγωγής της έρευνας από τις Διοικήσεις των Νοσοκομείων.

Η αποστολή των ερωτηματολογίων και της σχετικής αλληλογραφίας πραγματοποιήθηκε στη διάρκεια του Νοεμβρίου 2013 και η συλλογή τους ολοκληρώθηκε τον Μάιο του 2014.

7. Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων (κυρίως περιγραφική) έγινε με το Statistical Package for Social Sciences (έκδοση 22). Για την παρουσίαση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν πίνακες συχνοτήτων και δείκτες κεντρικής τάσης (όπως μέσοι όροι κ.λ.π.). Για τον έλεγχο ενδεχόμενων συναφειών, στις περιπτώσεις όπου οι εξαρτημένες και ανεξάρτητες μεταβλητές που ελέγχονταν ήταν τακτικές/διατεταγμένες (ordinal), χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης gamma (γ) (σε κάθε περίπτωση που στους πίνακες δύο εισόδων (crosstabs) παρατηρήθηκαν κελιά με τιμές <5 ή που η συχνότητα σε ένα ή περισσότερα κελιά ήταν μηδενική, ο έλεγχος συνάφειας πραγματοποιήθηκε με κριτήριο Exact), ενώ για τον έλεγχο ενδεχόμενων συναφειών ανάμεσα σε κατηγορικές/ονομαστικές (nominal) και ordinal μεταβλητές ο δείκτης pearson chi square. Τέλος, για τον έλεγχο των διαφορών μέσω όρων στις μεταβλητές ιεράρχησης χρησιμοποιήθηκε απλή ανάλυση διακύμανσης.

Το κριτήριο για να θεωρηθεί μια συνάφεια στατιστικά σημαντική ορίστηκε στο 95% (δηλαδή $p\text{ value} < 0,05$).

8. Δυσκολίες και περιορισμοί της έρευνας

Οι περιορισμοί της έρευνας συνδέθηκαν άμεσα με τις ανακατατάξεις στο σύστημα υγείας, οι οποίες λάμβαναν χώρα καθ'όλη τη διάρκεια της έρευνας (καταργήσεις νοσηλευτικών μονάδων, συγχωνεύσεις νοσοκομείων, υπαγωγή δομών τριτοβάθμιας φροντίδας και αποκατάστασης σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., μετακίνηση ανθρωπίνου δυναμικού, αποχώρηση εργαζομένων λόγω πρόωρης ή κανονικής συνταξιοδότησης, κ.α.). Οι αλλαγές αυτές επηρέασαν τα δεδομένα που αφορούσαν τον αριθμό των νοσοκομείων και τον αριθμό των υπηρετούντων κοινωνικών λειτουργών στα Τ.Κ.Ε. των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ..

Σημαντική δυσκολία στην παρούσα έρευνα αποτέλεσε η μεγάλη γραφειοκρατική διαδικασία για την έγκρισή της, η οποία είχε σαν αποτέλεσμα τη χρονική επιμήκυνση στην απόκριση των συμμετεχόντων.

Κατά τη διάρκεια επιλογής του πληθυσμού υπήρξε δυσκολία στη διαδικασία αποκλεισμού των κοινωνικών λειτουργών που υπηρετούν σε άλλες δομές, εκτός νοσηλευτικών μονάδων του Ε.Σ.Υ. (π.χ. δομές αποκατάστασης ψυχικής υγείας, μονάδες απεξάρτησης, ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ.) και οι οποίοι δεν συμπεριλήφθηκαν.

Το ίδιο συνέβη και με τους κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι εργάζονται σε δύο δομές και καλύπτουν τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων για υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας (π.χ. Νοσοκομείο και Κέντρα Υγείας).

Η περιορισμένη πρόσβαση σε νέες τεχνολογίες (ηλεκτρονική διεύθυνση, Η/Υ, πρόσβαση στο διαδίκτυο) που παρουσιάστηκε σε κάποιες περιπτώσεις, -κυρίως στην περιφέρεια-, αποτέλεσε επίσης περιορισμό στη διευκόλυνση συμμετοχής στην έρευνα (ηλεκτρονική συμπλήρωση του ερωτηματολογίου) και την άμεση επικοινωνία των ερευνητών με τους ερωτώμενους.

Τέλος, σημαντικός περιορισμός της έρευνας υπήρξαν οι αναστολές των συμμετεχόντων να απαντήσουν σε κάποιες ερωτήσεις. Πιθανά υπήρξαν ηθικοί περιορισμοί και εμπόδια σε μερικούς από τους ερωτώμενους, ή ακόμα και αμφιβολίες για την παρουσίαση της απόδοσης του τμήματός τους, ή και καχυποψία προς τα πρόσωπα των ερευνητών. Η χρονική συγκυρία της διεξαγωγής έρευνας με τη διαδικασία αξιολόγησης των φορέων, τμημάτων και εργαζομένων, που επιβάλλεται από την ανώτερη Διοίκηση του συστήματος (Υπουργείο Υγείας, Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης), αποτελεί εν μέρει δικαιολογία της δυσπιστίας των ερωτώμενων. Για τον λόγο αυτό, κατά τη διανομή των ερωτηματολογίων διασαφηνίστηκε στους συμμετέχοντες, ότι θα τηρηθούν οι αρχές της εμπιστευτικότητας και της ανωνυμίας και τα προσωπικά τους στοιχεία θα παραμείνουν απόρρητα.

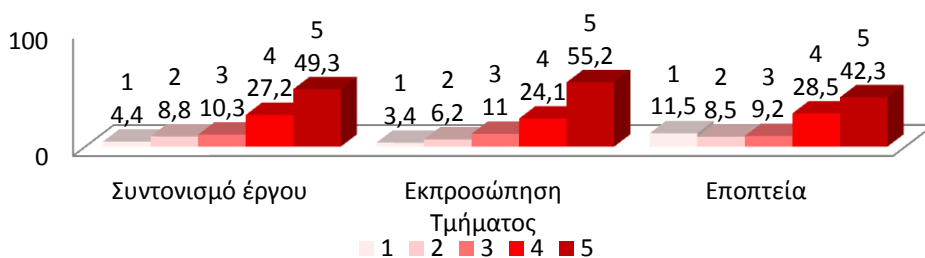
9.Αποτελέσματα

9.1. Ηγεσία

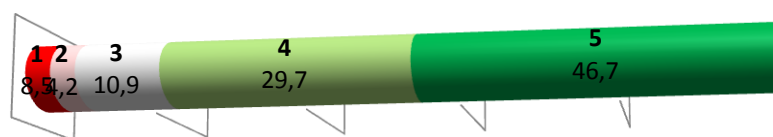
Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι, ένα στα πέντε τμήματα κοινωνικής εργασίας, στα οποία υπηρετούν παραπάνω από ένας κοινωνικός λειτουργός, δεν έχει προϊστάμενο, αντίθετα με όσα ορίζονται στο δημοσιοϋπαλληλικό κώδικα (Ν.3528/2007, ΦΕΚ26/Α/9-2-2007: 604-607). Το γεγονός ότι τα μισά περίπου Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας των νοσοκομείων είναι είτε ακέφαλα, είτε υπηρετούν προϊστάμενοι με ανάθεση των καθηκόντων τους από τη Διοίκηση του φορέα, αναδεικνύει τη δυσκολία που έχουν και τα νοσοκομεία, ως φορείς Δημόσιας Διοίκησης, να εξασφαλίζουν τις νόμιμες και τυπικές διαδικασίες για τη συγκρότηση των τμημάτων τους.

Ο ρόλος του προϊσταμένου αναδεικνύεται πολύ σημαντικός και από τους εργαζόμενους, οι οποίοι αναγνωρίζουν τη συμβολή του στον συντονισμό του έργου, την εκπροσώπηση του τμήματος και την εποπτεία (βλ. Γράφημα 1). Ο/Η Προϊστάμενος/η αξιολογείται από τους υπαλλήλους ως δημοκρατικός (βλ. Γράφημα 2).

Γράφημα 1. Πόσο υποστηρικτικός είναι ο προϊστάμενος: (Μέσος όρος. 1=καθόλου ως 5=πάρα πολύ)



Γράφημα 2. Σε τι βαθμό σας επιτρέπει να συμμετέχετε στη λήψη αποφάσεων που αφορούν το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ο τρόπος που έχει επιλέξει να διοικεί το Τμήμα ο προϊστάμενος; (1=καθόλου και 5=πάρα πολύ)



Πραγματοποιήθηκε συγκριτική θεώρηση των απαντήσεων του βαθμού στον οποίο οι ερωτώμενοι/-ες αξιολογούν ότι τους επιτρέπεται να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που αφορούν το Τ.Κ.Ε., με σειρά άλλων αξιολογήσεων όπως α) το πόσο θεωρούν ότι

λαμβάνεται υπόψη η εκτίμηση του κοινωνικού λειτουργού στη διαχείριση ενός περιστατικού κατά τη διεπιστημονική συνεργασία στο νοσοκομείο, β) το πόσο εκτιμούν ότι αναγνωρίζεται ισότιμα η συμβολή του Τμήματος, σε σχέση με τη συμβολή άλλων τμημάτων, στη συνεργασία του με τη Διοίκηση, το ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό ή άλλο προσωπικό, γ) το πόσο υποστηρικτικό θεωρούν τον/την προϊστάμενο/-η στην άσκηση των καθηκόντων τους (συντονισμός, εκπροσώπηση τμήματος, εποπτεία), και δ) την αίσθηση επαγγελματικής κόπωσης.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι καταρχάς όσο περισσότεροι οι ερωτώμενοι/-ες εκτιμούν ότι συμμετέχουν στην διαδικασία λήψης αποφάσεων, τόσο πιο θετική είναι η εκτίμησή τους αναφορικά με το πόσο λαμβάνεται υπόψη η εκτίμηση του κοινωνικού λειτουργού στη διαχείριση ενός περιστατικού ($\gamma = .391$, $p < .05$).

Κατά παρόμοιο τρόπο όσο υψηλότερη είναι η αξιολόγηση των ερωτώμενων για το βαθμό στον οποίο συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, τόσο θετικότερες είναι οι αξιολογήσεις τους στο πόσο εκτιμούν ότι αναγνωρίζεται ισότιμα η συμβολή του Τμήματος, σε σχέση με τη συμβολή άλλων τμημάτων, στη συνεργασία του με τη Διοίκηση ($\gamma = .398$, $p < .05$), το ιατρικό προσωπικό ($\gamma = .357$, $p < .05$), το νοσηλευτικό προσωπικό ($\gamma = .312$, $p < .05$), το διοικητικό ($\gamma = .399$, $p < .05$) και το υπόλοιπο (π.χ. τεχνικό) προσωπικό ($\gamma = .256$, $p < .05$).

Επιπλέον, ισχυρές θετικές συνάψεις παρατηρούνται μεταξύ του βαθμού στον οποίο οι ερωτώμενοι/-ες αξιολογούν ότι τους επιτρέπεται να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που αφορούν το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας και το πόσο υποστηρικτικό θεωρούν τον/την προϊστάμενο/-η στην άσκηση των καθηκόντων τους. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τον συντονισμό ($\gamma = .646$, $p < .05$), την εκπροσώπηση του τμήματος ($\gamma = .690$, $p < .05$) και την εποπτεία ($\gamma = .597$, $p < .05$).

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι τα Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας ανταποκρίνονται στην ευθύνη που αντιστοιχεί στους κοινωνικούς λειτουργούς, να ηγούνται στη βελτίωση και διατήρηση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται (NASW, 2005: 33), με τη συμμετοχή τους σε συλλογικά όργανα διοίκησης, χάραξης πολιτικής του νοσοκομείου και επαγγελματικής εκπροσώπησης: 1 στα 4 Τ.Κ.Ε. έχει υπάλληλό του, που έχει θέσει υποψηφιότητα ή εκλεγεί στο σωματείο των εργαζομένων και 1 στα 5 στο επιστημονικό συμβούλιο.

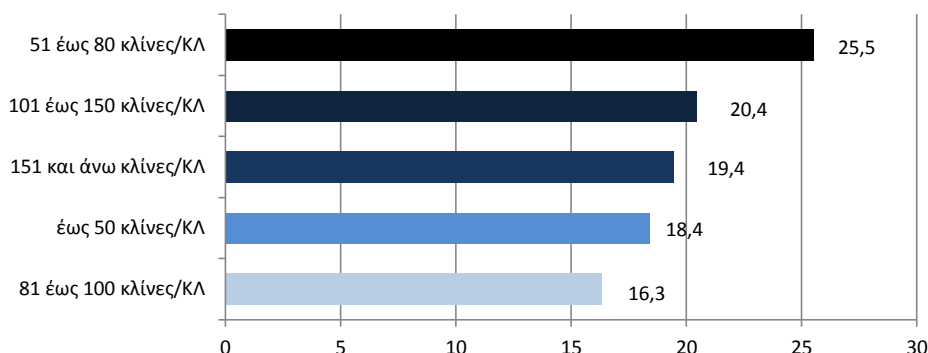
9.2. Ανθρώπινο Δυναμικό

Κατά τη διάρκεια της έρευνας διαπιστώθηκε ότι ένα στα πέντε Νοσοκομεία, τα περισσότερα στην περιφέρεια της χώρας, δεν διαθέτει κανένα κοινωνικό λειτουργό.

Κατά το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας, στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., υπηρετούν 426 κοινωνικοί λειτουργοί σε 622 οργανικές θέσεις. Σε σύγκριση με την απογραφή του Σ.Κ.Λ.Ε. που δημοσιεύτηκε τον Σεπτέμβριο του 2013 ⁵ φαίνεται πως με την ολοκλήρωση της έρευνας (Μάιος 2014) το στελεχιακό δυναμικό των Νοσοκομείων σε κοινωνικούς λειτουργούς μειώθηκε κατά 61 άτομα.

Χαρακτηριστικό της υποστελέχωσης των Νοσοκομείων σε κοινωνικούς λειτουργούς είναι το εύρημα ότι στα 3/4 των Νοσοκομείων της έρευνας (και πάνω από τα 4/5 όλων των Νοσοκομείων), ο αριθμός κλινών που αντιστοιχεί ανά εργαζόμενο κοινωνικό λειτουργό είναι 50 έως 260 κλίνες (βλ. Γράφημα 3), ενώ στα μισά Νοσοκομεία της έρευνας η αναλογία είναι πάνω από 100 κλίνες ανά κοινωνικό λειτουργό. Η αναλογία είναι πολύ μακριά από τις διεκδικήσεις του Σ.Κ.Λ.Ε για σταθερή αναλογία ενός\μίας κοινωνικού\ής λειτουργού ανά 50 κλίνες για τα γενικά νοσοκομεία και ενός\μίας ανά 25 κλίνες για τα ειδικά τμήματα \ Νοσοκομεία.

Γράφημα 3. Κατανομή Νοσοκομείων ανάλογα με την αναλογία κλινών / κοινωνικών λειτουργών



Το πλήθος των οργανικών θέσεων ή των εργαζομένων κοινωνικών λειτουργών που στελεχώνουν τα Τ.Κ.Ε. των Νοσοκομείων δεν φαίνεται να ακολουθούν κάποιο κανόνα, όπως μαρτυρεί και η διακύμανση της αναλογίας κλινών ανά κοινωνικό\ή λειτουργό, που είναι σχεδόν τυχαία.

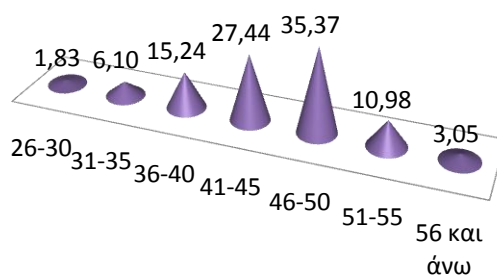
Τη στελεχιακή κατάσταση των Τ.Κ.Ε. επιδεινώνει και το εύρημα ότι ένας σημαντικός αριθμός κοινωνικών λειτουργών που υπηρετεί στα Νοσοκομεία, είναι τοποθετημένος με Πράξη Διοικητή εκτός Τμήματος, είτε εκτελώντας καθήκοντα κοινωνικού λειτουργού αποκλειστικά σε ένα Τμήμα (π.χ. Ψυχιατρική κλινική), είτε εκτελώντας αλλότρια καθήκοντα, συνήθως διοικητικού υπαλλήλου. Αυτές οι πρακτικές που ασκούνται από το ένα τρίτο περίπου των Διοικήσεων των Νοσοκομείων και η ανοχή τους από τους

5. <http://goo.gl/9eTTf9>

υπαλλήλους κοινωνικούς λειτουργούς, υποβαθμίζουν την επιστημονική αυτοτέλεια των Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας και υπονομεύουν το έργο των κοινωνικών λειτουργών στα Νοσοκομεία.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν πως οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται στο Νοσοκομείο είναι συνήθως γυναίκες, κυρίως μεσής ηλικίας (2/3 των κοινωνικών λειτουργών είναι άνω των 41 ετών, Γράφημα 4), επαγγελματίες με μεγάλη εμπειρία στο επάγγελμα (Μ.Ο. 17,6 έτη) και με μία\έναν στους δέκα να έχει πραγματοποιήσει σπουδές παραπάνω από όσο απαιτούνται από τα τυπικά προσόντα της οργανικής θέσης.

Γράφημα 4. Ηλικιακές ομάδες εργαζομένων κοινωνικών λειτουργών (%) στα Νοσοκομεία

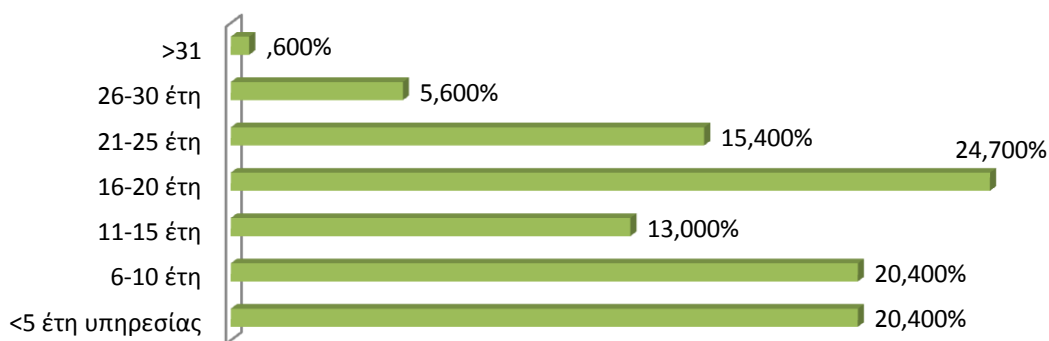


Οι ανάγκες επικαιροποίησης της γνώσης των κοινωνικών λειτουργών φαίνεται ότι δεν καλύπτονται από τις, κατ' εκτίμηση, 4,2 ημέρες εκπαίδευσης ανά υπάλληλο κατά μέσον όρο. Οι εργαζόμενοι εκφράζουν οριακά θετική ικανοποίηση (μέσος όρος 3,08 σε 5βάθμια κλίμακα Likert: 1=καθόλου, 5=πάρα πολύ) από την επιμόρφωση που λαμβάνουν από φορείς εκτός του Νοσοκομείου και αρνητική από την επιμόρφωση που λαμβάνουν εντός του φορέα (μέσος όρος 1,89 σε 5βάθμια κλίμακα Likert: 1=καθόλου, 5=πάρα πολύ).

Παρατηρείται υψηλός μέσος όρος υπηρεσίας στο Νοσοκομειακό πλαίσιο για τους κοινωνικούς λειτουργούς (Μ.Ο. 13,5 έτη. Βλ. Γράφημα 5). Από τα αποτελέσματα της έρευνας, φαίνεται ότι σχεδόν οι μισοί κοινωνικοί λειτουργοί αισθάνονται επαγγελματική κόπωση (42% των κοινωνικών λειτουργών απαντούν με 4 και 5 σε 5βάθμια κλίμακα 1=καθόλου/5=πάρα πολύ έναντι 32,7% που απαντούν 1 και 2).

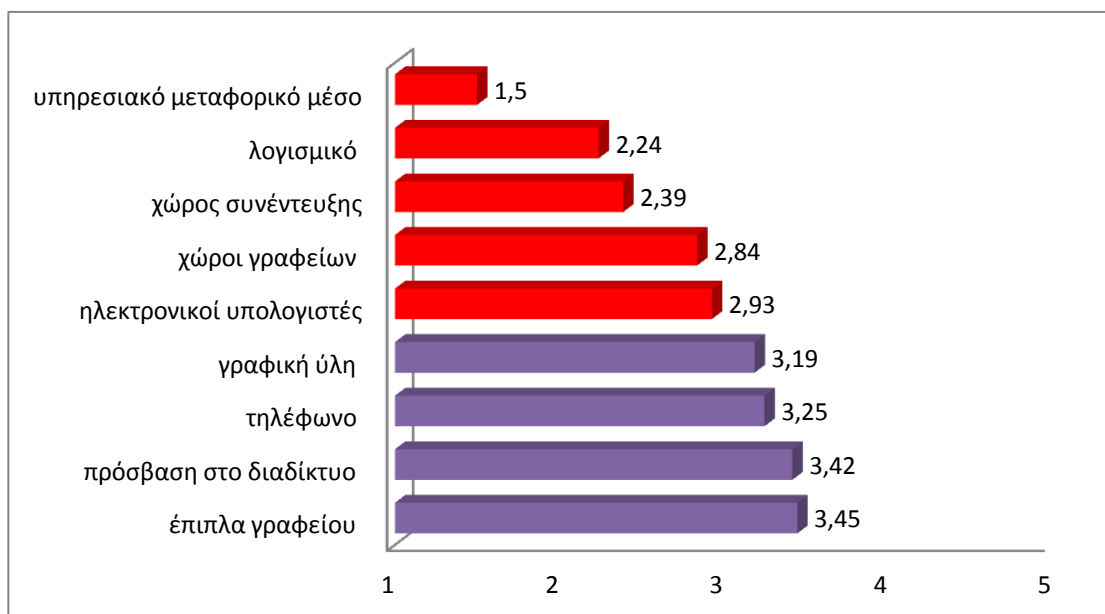
Ο φόρτος και οι συνθήκες εργασίας αποδεικνύεται ότι δημιουργούν σε μεγάλο βαθμό την αίσθηση της επαγγελματικής κόπωσης στους υπαλλήλους κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι αξιολογούν με μέσο όρο 3,10 σε 5βάθμια κλίμακα (1=καθόλου και 5=πάρα πολύ) και με το μεγαλύτερο ποσοστό να κινείται στη κλίμακα με θετικό πρόσημο από 3=αρκετά (ποσοστό 25%) ως 4=πολύ (ποσοστό 29,2%).

Γράφημα 5. Έτη υπηρεσίας στο νοσοκομείο



Η χαμηλή ικανοποίηση από την υλικοτεχνική υποδομή του Τμήματος (βλ. Γράφημα 6), η εκτιμώμενη χαμηλή καταλληλότητα των χώρων του Τ.Κ.Ε. (μέσος όρος 2,63 σε 5βάθμια κλίμακα Likert: 1= καθόλου/ 5=πάρα πολύ) και η χαμηλή ικανοποίηση από τις αμοιβές (μέσος όρος 2,45 σε 5βάθμια κλίμακα Likert: 1=καθόλου/5=πάρα πολύ, με το μεγαλύτερο ποσοστό να κινείται στην κλίμακα με αρνητικό πρόσημο από 2=λίγο με ποσοστό 38,2% ως 3=αρκετά με ποσοστό 33,9%) περιγράφουν την αποτυχία των Οργανισμών (Νοσοκομεία) στην υποχρέωσή τους να συμπεριλάβουν τους εργαζόμενους στο σύστημα «πελάτης» επιδιώκοντας την ικανοποίησή τους.

Γράφημα 6. Πόσο ικανοποιητική είναι η υλικοτεχνική υποδομή. Μέσος όρος αξιολόγησης υλικοτεχνικής υποδομής (1=καθόλου, 5=πάρα πολύ)



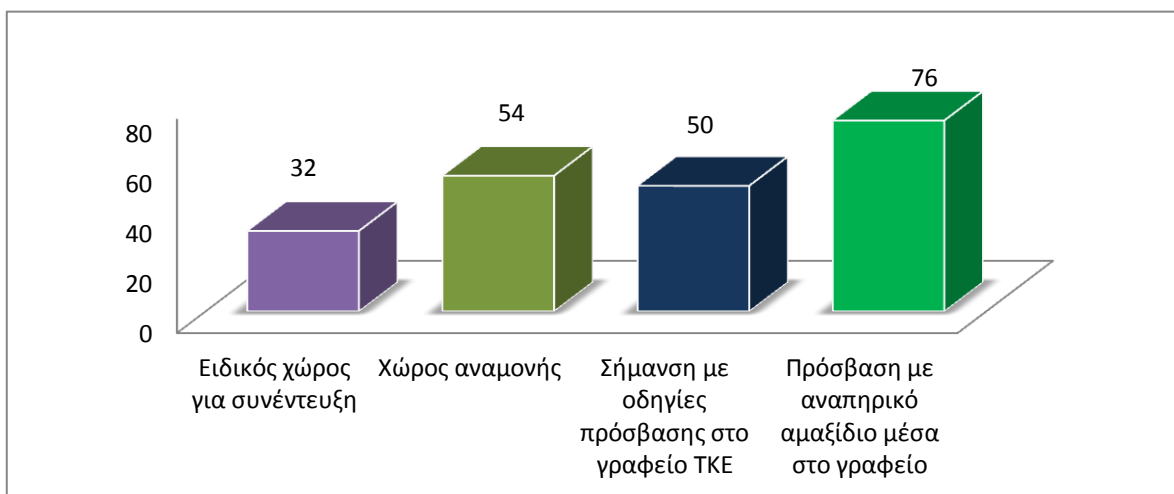
Ο βαθμός ικανοποίησης από τις αμοιβές δεν επηρεάζεται από τη σημαντική μείωση μισθών λόγω των περικοπών δαπανών του Δημοσίου τομέα, καθώς για τους περισσότερους κοινωνικούς λειτουργούς η μείωση των αποδοχών δεν λειπούργησε ως αντικίνητρο για την

παροχή υπηρεσιών (μέσος όρος 1,75 σε 5βαθμια κλίμακα 1=καθόλου/5=πάρα πολύ, με ποσοστό 61,4% να συγκεντρώνεται στο 1=καθόλου).

9.3. Επικέντρωση στον Εξυπηρετούμενο και Προστασία Δικαιωμάτων

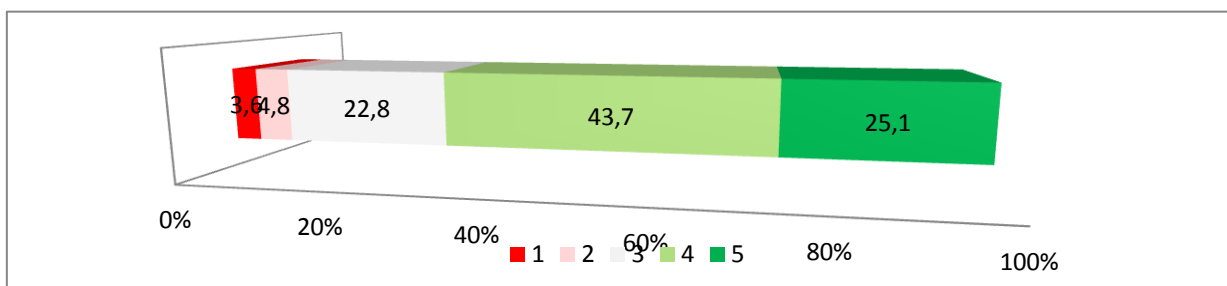
Οι χώροι στέγασης στο μεγαλύτερο μέρος των Τ.Κ.Ε. των νοσοκομείων της χώρας αξιολογούνται από τους κοινωνικούς λειτουργούς, ως ακατάλληλοι για την άσκηση της Κοινωνικής Εργασίας (μέσος όρος 2,63 σε 5βάθμια κλίμακα Likert: 1= καθόλου / 5=πάρα πολύ, με το μεγαλύτερο ποσοστό να κινείται στην κλίμακα με αρνητικό πρόσημο από 3=αρκετά με ποσοστό 25,6%, ως 2=λίγο με ποσοστό 34,5%). Σε λιγότερα από τα μισά Τ.Κ.Ε. φαίνεται να μην υπάρχει η δυνατότητα χώρου αναμονής και σαφών οδηγιών πρόσβασης των εξυπηρετούμενων, ενώ το ένα δέκατο των Τ.Κ.Ε. αναφέρει αδυναμία πρόσβασης ατόμων με κινητικά προβλήματα εντός του χώρου τους (βλ. Γράφημα 7).

Γράφημα 7. Υλικοτεχνική υποδομή /προσβασιμότητα εξυπηρετούμενων που διαθέτουν τα Τ.Κ.Ε.

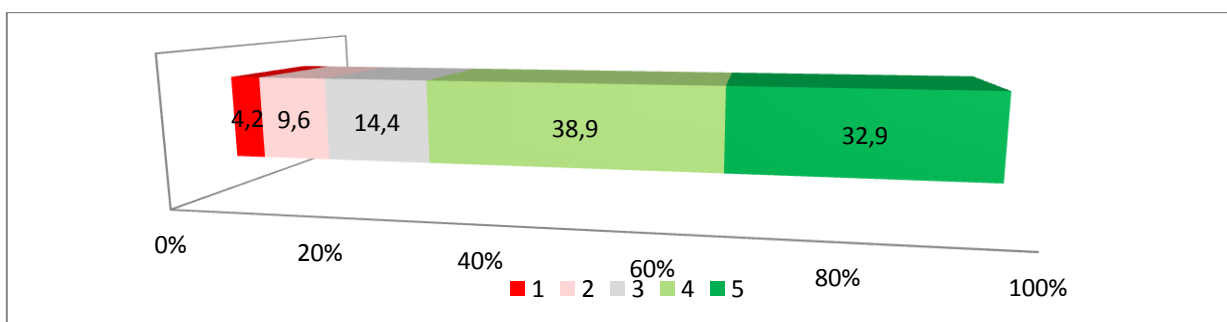


Η έλλειψη χώρου συνέντευξης αναφέρεται σχεδόν από τα 2/3 των Τ.Κ.Ε. (βλ. Γράφημα 7), γεγονός που απειλεί την ανάγκη εξασφάλισης της ιδιωτικότητας κατά τη διάρκεια της συνεργασίας με τους εξυπηρετούμενους στην καθημερινή πρακτική. Παρόλα αυτά, οι κοινωνικοί λειτουργοί δηλώνουν ως κύριο μέλημά τους τη τήρηση της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών που αφορούν τους εξυπηρετούμενους, αλλά και την ασφαλή φύλαξη του αρχείου της υπηρεσίας τους (βλ. Γραφήματα 8 και 9). Επίσης, από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί θεωρούν ότι επιτυγχάνουν σε υψηλό βαθμό την προσέγγιση των εξυπηρετούμενων, υπό το πρίσμα της αυτοδιάθεσης και του σεβασμού των πολυπολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων τους (βλ. Γράφημα 10).

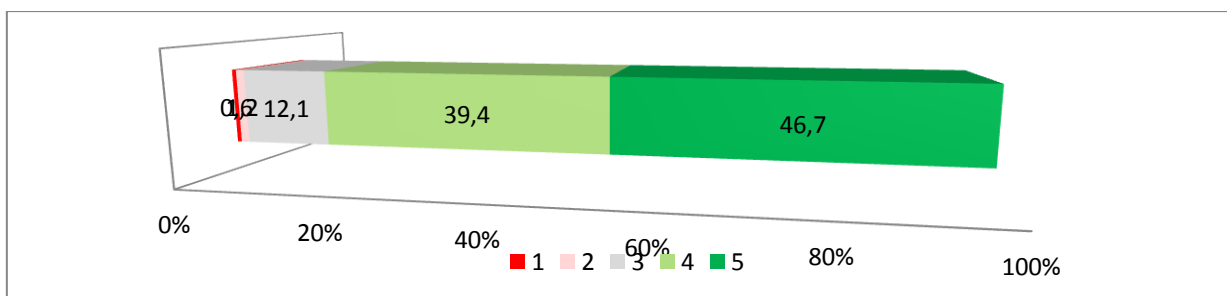
Γράφημα 8. Δεδομένου των αντικειμενικών δυσκολιών στο χώρο του νοσοκομείου, σε ποιο βαθμό επιπυχάνετε τη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας στη διαχείριση των προσωπικών πληροφοριών του εξυπηρετούμενου; (1=καθόλου, 5=πάρα πολύ)



Γράφημα 9. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι είναι ασφαλής η φύλαξη του αρχείου του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας; (1=καθόλου, 5=πάρα πολύ)



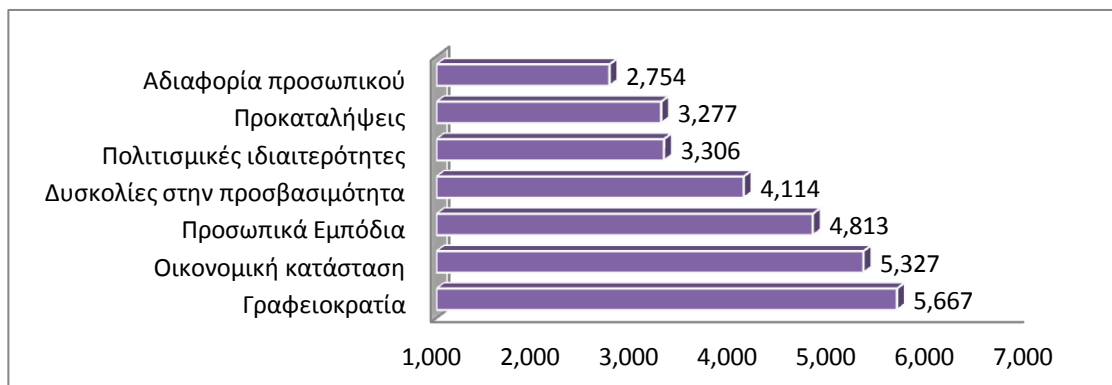
Γράφημα 10. Πόσο σημαντικό ρόλο παίζει η προσωπική βούληση, η αυτοδιάθεση και οι επιθυμίες του εξυπηρετούμενου σας, στον τρόπο που χειρίζεστε τα αιτήματά του; (1=καθόλου, 5=πάρα πολύ)



Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί των Τ.Κ.Ε. εκτιμούν ως σημαντικότερο εμπόδιο για τους πολίτες που εξυπηρετούνται από το σύστημα υγείας, τη γραφειοκρατία του συστήματος (Μ.Ο.=5,67, βλ. Γράφημα 11),

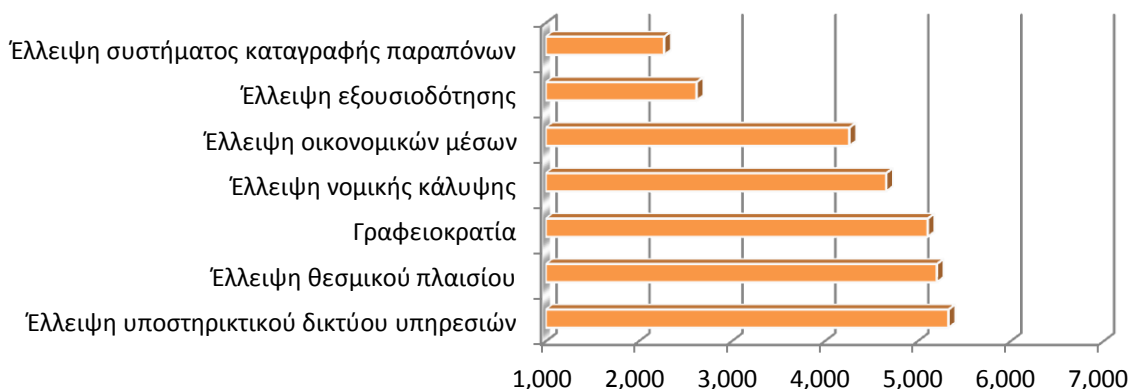
Ως δεύτερο σοβαρό εμπόδιο εκτιμάται η οικονομική κατάσταση του εξυπηρετούμενου (Μ.Ο.=5,33. Γράφημα 11), την οποία τείνουν να αναγνωρίζουν περισσότερο ως εμπόδιο οι κοινωνικοί λειτουργοί των νοσοκομείων των αστικών κέντρων, έναντι των κοινωνικών λειτουργών των νοσοκομείων της περιφέρειας.

Γράφημα 11. Μέσοι όροι της ιεράρχησης των εμποδίων που αξιολογείται ότι αντιμετωπίζει ο πολίτης στην εξυπηρέτηση του από το Σύστημα Υγείας (7 το πιο σημαντικό- 1 το λιγότερο σημαντικό).



Σε αντίθεση, οι κοινωνικοί λειτουργοί, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, αναφέρουν ως πιο σημαντικό εμπόδιο στο δικό τους ρόλο την έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου υπηρεσιών και λιγότερο τη γραφειοκρατία (βλ. Γράφημα 12).

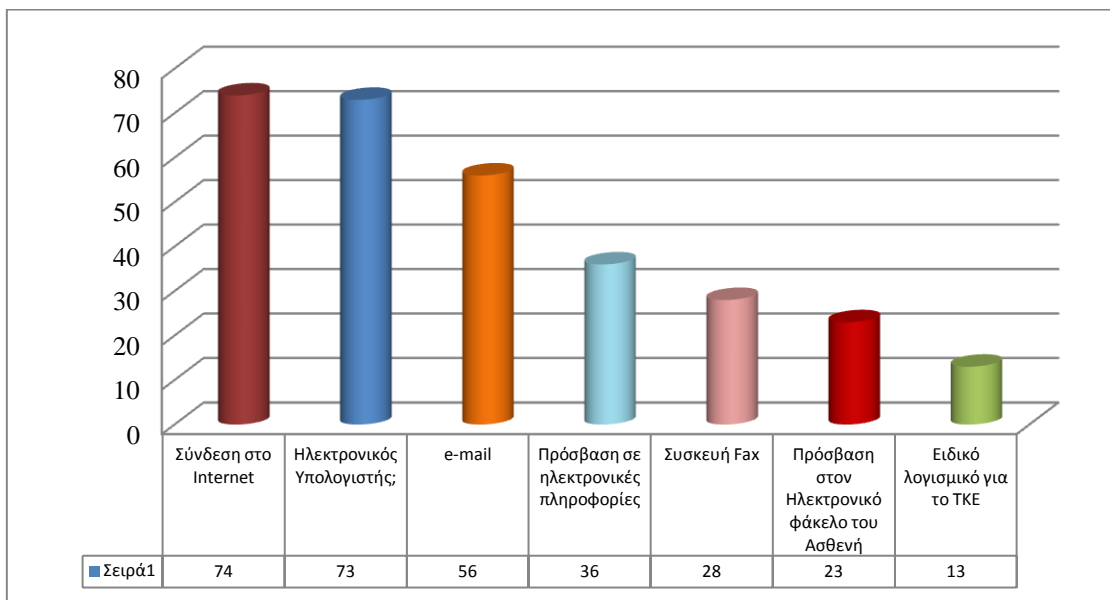
Γράφημα 12. Ποιά τα κύρια εμπόδια που συναντά ο κοινωνικός λειτουργός κατά την άσκηση συνηγορίας υπέρ του εξυπηρετούμενου απέναντι σε άλλες υπηρεσίες (7 για το πιο σημαντικό και 1 για το λιγότερο σημαντικό);



9.4. Δεοντολογία και Αξίες στην Κοινωνική Εργασία

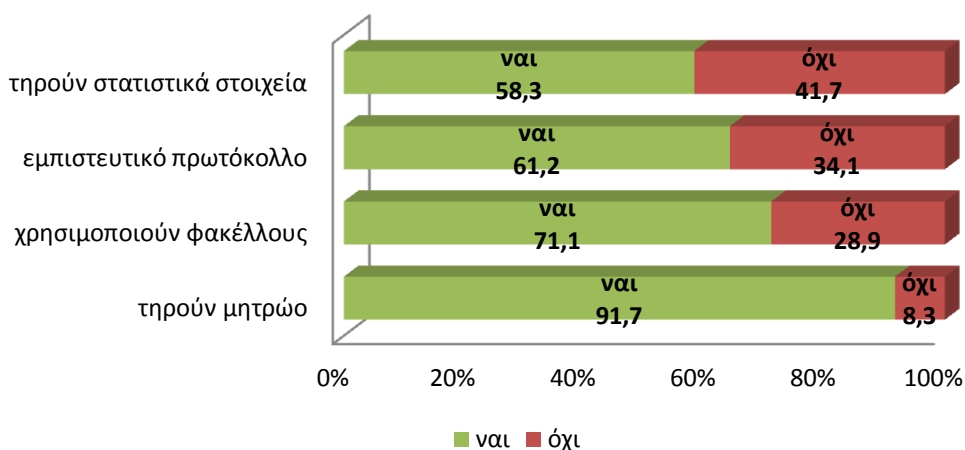
Η συντριπτική πλειοψηφία των Τ.Κ.Ε. αναφέρουν ότι διαθέτουν μητρώο καταγραφής των εξυπηρετούμενων (βλ. Γράφημα 14). Η ιδιωτικότητα και η τήρηση του απορρήτου διακινδυνεύεται από την έλλειψη συσκευής φαξ και χώρου συνέντευξης που φάνηκε να καταγράφεται στα 2/3 των Τ.Κ.Ε. των νοσοκομείων (βλ. Γράφημα 13).

Γράφημα 13. Υλικοτεχνική υποδομή /πρόσβαση σε νέες τεχνολογίες που διαθέτει το Τ.Κ.Ε.



Από τα αποτελέσματα της έρευνας, φαίνεται επίσης ότι στο 1/3 των Τ.Κ.Ε. δεν τηρείται φάκελος για κάθε εξυπηρετούμενο που λαμβάνει τις υπηρεσίες του τμήματος και δεν διακινείται η έκθεση κοινωνικής έρευνας με εμπιστευτικό πρωτόκολλο (βλ. Γράφημα 14), υποδεικνύοντας την ελλιπή τήρηση της δεοντολογίας σε κάποια επίπεδα και προσθέτοντας επιπλέον απειλές για τη δεοντολογική συμπεριφορά των κοινωνικών λειτουργών.

Γράφημα 14. Τήρηση αρχείου στα Τ.Κ.Ε.



Άγνοια υπάρχει στα 3/4 των Τ.Κ.Ε., όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας, σχετικά με τη λήψη από το νοσοκομείο σχετικής άδειας από την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα για την τήρηση των αρχείων του. (Οι επικεφαλές των

Τ.Κ.Ε. σε ποσοστό 76,20 % δεν γνωρίζουν την υποχρέωση της υπηρεσίας να εκδώσει άδεια από την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.)

9.5. Αρχείο, Τεκμηρίωση και Έρευνα

Είναι χαρακτηριστικό ότι ενώ στη συντριπτική τους πλειοψηφία, τα Τ.Κ.Ε. αναφέρουν ότι τηρούν μπρώο καταγραφής των πολιτών που απευθύνονται ή παραπέμπονται στο Τμήμα, δεν ήταν σε θέση να δώσουν μια αξιόπιστη απάντηση για τον αριθμό των πολιτών που εξυπηρετήθηκαν από το Τ.Κ.Ε. στη διάρκεια του 2013. Πάνω από ένα τέταρτο των Τ.Κ.Ε. απαντά ότι το ποσοστό των πολιτών που απευθύνθηκαν σε αυτό, έναντι των εξιτηρίων του Νοσοκομείου, ξεπερνά το 10%, ποσοστό πολύ μεγαλύτερο από το 2,9% που αναφέρει πανελλαδική έρευνα της Ε.Σ.Δ.Υ. του 2011 (Ε.Σ.Δ.Υ., 2011: 71-73):

Ένα στα δέκα Τ.Κ.Ε. απάντησε ότι έχουν απευθυνθεί σε αυτά υπερβολικά μεγάλος αριθμός πολιτών που φτάνει ως και το 110% επί των εξιτηρίων.

Στην εικόνα του ελλείμματος της συστηματικής καταγραφής των πληροφοριών είναι χρήσιμο να επισημανθούν ως πιθανοί παράγοντες, η παντελής έλλειψη ειδικού λογισμικού για την οργάνωση γραφείου ενός Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας (ούτε ένα στα 20 Τ.Κ.Ε. δεν διαθέτει ειδικό λογισμικό, βλ. Γράφημα 13) και η περιορισμένη πρόσβαση των Τ.Κ.Ε. στο σύστημα ηλεκτρονικών φακέλων που διατηρεί το Νοσοκομείο (μόνο ένα Τ.Κ.Ε. στα 4 έχουν πρόσβαση).

Χαμηλή παρουσιάζεται η συμμετοχή των Τ.Κ.Ε. σε ερευνητικές διαδικασίες καθώς μόλις το ένα τρίτο (36,5% των ΤΚΕ) συμμετείχε σε ερευνητική προσπάθεια εντός ή εκτός του νοσοκομείου τη τελευταία πενταετία.

9.6. Πληρότητα (Συνέχεια -Εξωτερικές Συνεργασίες - Πόροι)

Η διαθεσιμότητα των πόρων, υλικών και οικονομικών στα Τ.Κ.Ε. των νοσοκομείων, φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας, να αξιολογείται από τους κοινωνικούς λειτουργούς ως ανεπαρκής, γεγονός που δυσκολεύει την παροχή και κάλυψη των έκτακτων ή και βασικών ακόμα αναγκών των ασθενών.

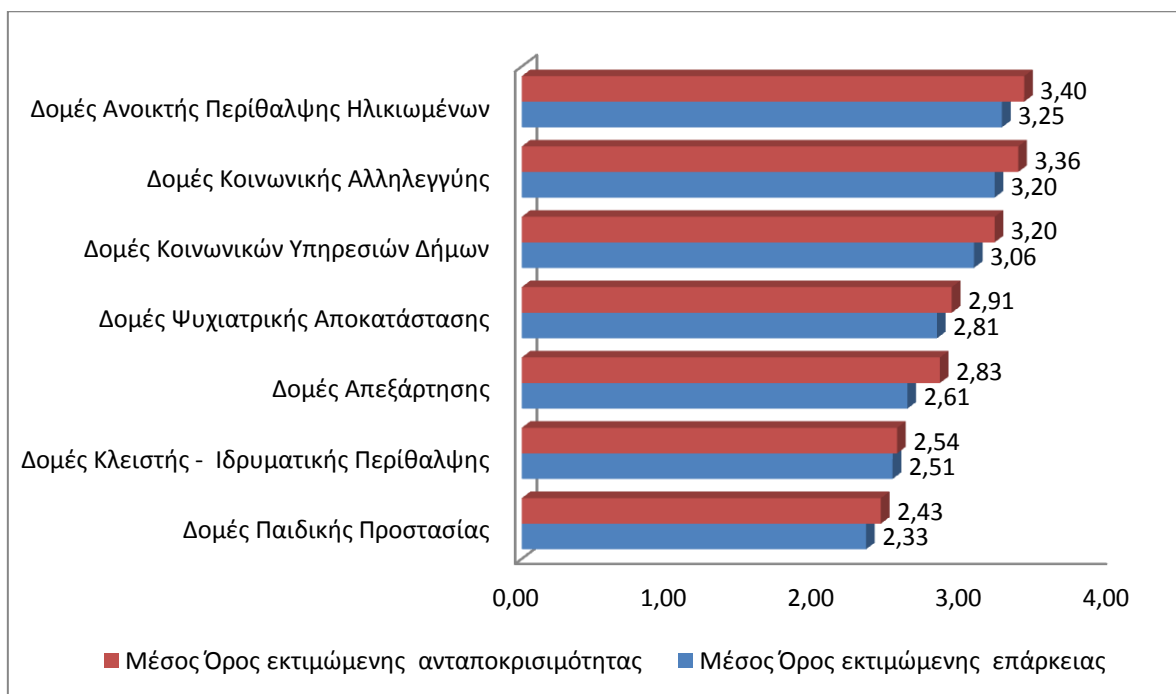
Το έργο και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους κοινωνικούς λειτουργούς των Τ.Κ.Ε. των νοσοκομείων, αποτυπώθηκε πως επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την ύπαρξη και την επάρκεια των προγραμμάτων και των δομών κοινωνικής φροντίδας/προστασίας που υφίστανται και δραστηριοποιούνται στην κοινότητα. Η επάρκεια και η ανταποκρισιμότητα των υφιστάμενων δομών είναι ανάλογες μεταξύ τους και φαίνεται

ότι όσο πιο επαρκείς αξιολογούνται κάποιες δομές, τόσο και πιο πολύ ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών και στις παρεμβάσεις των κοινωνικών λειτουργών (βλ. Γράφημα 15).

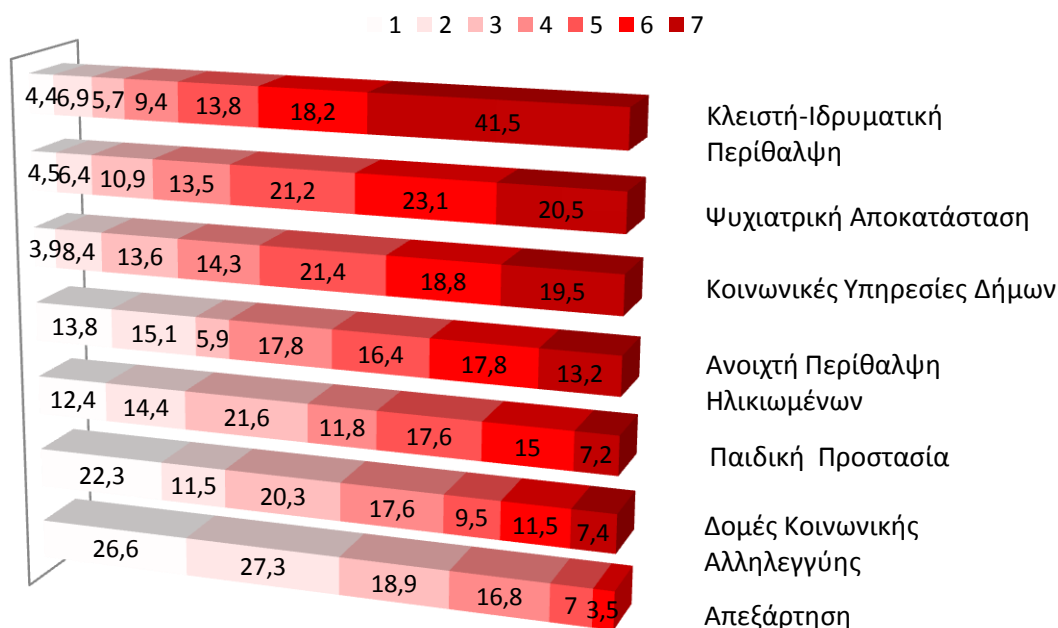
Αξιολογήθηκε η ανάγκη ανάπτυξης δομών και προγραμμάτων που θα διευκολύνουν το έργο των κοινωνικών λειτουργών, κυρίως στους τομείς της κλειστής περίθαλψης, της ψυχιατρικής αποκατάστασης και της ενίσχυσης των κοινοτικών κοινωνικών υπηρεσιών (βλ. Γράφημα 15), προφανώς λόγω της ιδιαίτερης έλλειψης που παρουσιάζουν, όπως φαίνεται και από τη μικρή επάρκεια και ανταποκρισιμότητα (βλ. Γράφημα 15).

Όπως φαίνεται στο Γράφημα 16, οι πρόσφατα ανεπτυγμένες δομές κοινωνικής αλληλεγγύης (δημοτικές, δομές μη κυβερνητικών οργανώσεων, δομές κινηματικών ομάδων αυτοοργάνωσης, κ.α.), αξιολογήθηκαν πολύ υψηλά ως επαρκείς και ανταποκρίσιμες.

Γράφημα 15. Μέσοι Όροι Αξιολογούμενης επάρκειας και ανταποκρισιμότητας δομών κοινωνικής φροντίδας (1=καθόλου, 5= πάρα πολύ)



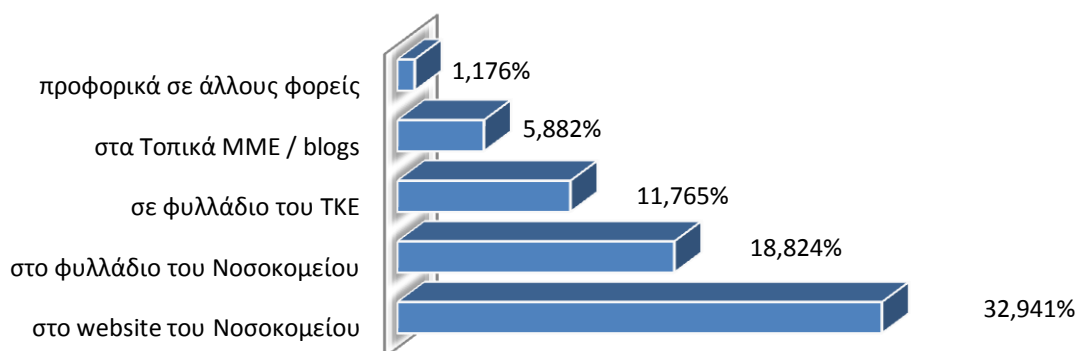
Γράφημα 16. Ιεράρχηση των δομών και των προγραμμάτων που πρέπει αναπτυχθούν στην κοινότητα που θα επηρεάσουν θετικά την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που παρέχονται (7 για το πιο σημαντικό και 1 για το λιγότερο σημαντικό)



9.7. Αποτελέσματα στον Οργανισμό και στην Κοινωνία

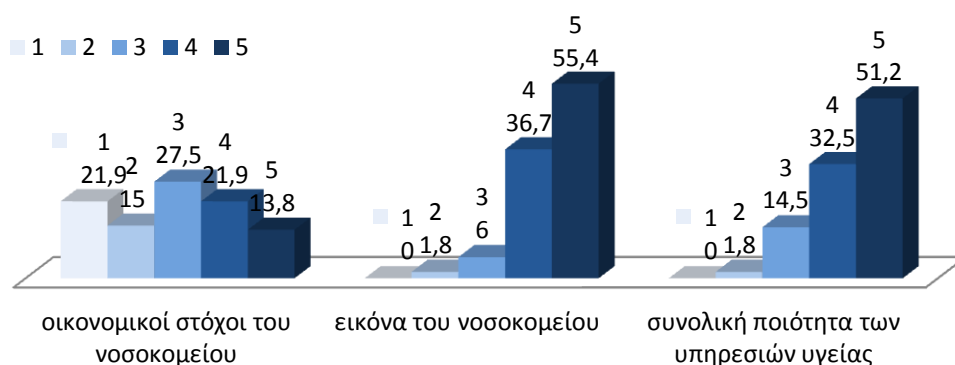
Τα Τ.Κ.Ε. φαίνεται πως δεν συνειδητοποιούν την αξία του έργου τους και την ανάγκη παρουσίασης της συνδρομής τους στο όραμα, τις πολιτικές και στρατηγικές του Οργανισμού Υγείας μέσα στον οποίο λειτουργούν, καθώς δεν επιδιώκουν την παρουσίαση της δράσης τους από τα μέσα επικοινωνίας (βλ. Γράφημα 17) και δεν συντάσσουν επίσης έκθεση των πεπραγμένων τους. Φαίνεται λογικό επόμενο, ότι στα περισσότερα από τα μισά Τ.Κ.Ε. να μην εκφράζεται αντίστοιχη αναγνώριση από φορείς της κοινότητας και τη Διοίκηση.

Γράφημα 17. Πού παρουσιάζεται η δράση του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας



Ο περιορισμός της αναγνώρισης του έργου των κοινωνικών λειτουργών στο Δημόσιο Νοσοκομείο φαίνεται ότι συνδυάζεται με την αυτο-εκτίμηση του έργου τους, όπως εκφράζεται από τους ίδιους τους κοινωνικούς λειτουργούς. Θεωρούν ότι συμβάλλουν καθοριστικά στη συνολική εικόνα του Νοσοκομείου και τη συνολική ποιότητα των παρεχομένων από το Νοσοκομείο υπηρεσιών όχι όμως στους οικονομικούς στόχους του Νοσοκομείου (βλ. Γράφημα 18).

Γράφημα 18. Σε ποίο βαθμό (1=καθόλου, 5=πάρα πολύ) το έργο των κοινωνικών λειτουργών του Τμήματός σας, συνεισφέρει στους οικονομικούς στόχους του νοσοκομείου, την εικόνα του νοσοκομείου, τη συνολική ποιότητα (συχνότητες);



9.8. Διοίκηση διαδικασιών και αλλαγών

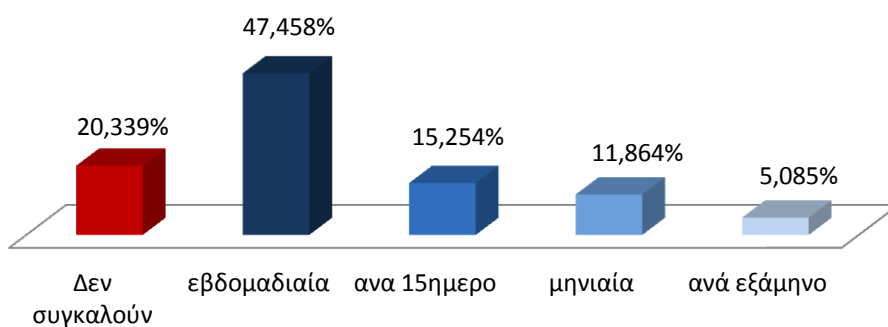
Από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται πως μόνο ένα στα τρία Τ.Κ.Ε. χρησιμοποιεί ενιαία μοντέλα αξιολόγησης και παρέμβασης σε ταξινομημένες κατηγορίες προβλημάτων εξυπηρετούμενων (βλ. Πίνακα 1), επιτρέποντας διαφοροποιήσεις των παρεμβάσεων ανάμεσα στους κοινωνικούς λειτουργούς.

Πίνακας 1. Τηρούνται επιστημονικά πρωτόκολλα;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό Εγκύρων
Έγκυρες τιμές	όχι	58	68,2	69,9
	ναι	25	29,4	30,1
	Σύνολο	83	97,6	100,0
Ελλείπουσες τιμές		2	2,4	
Σύνολο		85	100,0	

Η τακτική σύγκληση του Επιστημονικού Συμβουλίου των Κοινωνικών Λειτουργών του Τμήματος, φαίνεται πως είναι πρακτική που εφαρμόζεται στη μεγάλη πλειοψηφία των Τ.Κ.Ε. (βλ. Γράφημα 19) για την επίλυση των προβλημάτων λειτουργίας του Τμήματος. Η συχνή σύγκληση του Συμβουλίου και η δημοκρατικότητα που φαίνεται να το διαπνέει, αν λάβει κανείς υπόψη του την καταγραφόμενη πολύ θετική αίσθηση συμμετοχής στη λήψη των αποφάσεων από τους εργαζόμενους κοινωνικούς λειτουργούς που συμμετείχαν στην έρευνα (μέσος όρος 4,18 της 5βάθμιας κλίμακας 1=καθόλου/5=πάρα πολύ), αναδεικνύεται ως κυρίαρχο εργαλείο βελτίωσης της ποιότητας.

Γράφημα 19. Τακτική Σύγκληση Συμβουλίου Κοινωνικών Λειτουργών και συχνότητα



10. Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της έρευνας, εξετάζοντας αρκετές πτυχές των υφιστάμενων συνθηκών λειτουργίας των Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας των Δημόσιων Νοσοκομείων, οδηγούν στον εντοπισμό θεσμικών, οργανωτικών και λειτουργικών ζητημάτων που προσδίδουν χαρακτηριστικά ποιότητας στη λειτουργία των Τ.Κ.Ε. ή υπονομεύουν την προσπάθεια για βελτίωσή τους.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που στελεχώνουν τα Τ.Κ.Ε. χαρακτηρίζονται από αφοσίωση στους σκοπούς του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού και η εργασία τους καθορίζεται από τις αξίες και τις δεοντολογικές δεσμεύσεις της κοινωνικής εργασίας. Η αναγνώριση των ανισοτήτων στην υγεία, η αντιμετώπιση των δυσκολιών προσβασιμότητας των ατόμων στο σύστημα υγείας, ο σεβασμός στη διαφορετικότητα, την ιδιωτικότητα και το απόρρητο των πληροφοριών φαίνεται πως διαπνέουν τον τρόπο εργασίας των κοινωνικών λειτουργών στο Νοσοκομειακό πλαίσιο σε όλη την χώρα. Ο συνεχώς μειούμενος αριθμός των κοινωνικών λειτουργών στο σύστημα υγείας και η μείωση των αποδοχών των εργαζομένων, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, φαίνεται ότι δεν αποσπούν τους κοινωνικούς λειτουργούς από την αποστολή τους. Είναι φανερό στην έρευνα η προσπάθεια των κοινωνικών λειτουργών και των Τ.Κ.Ε. να επηρεάσουν τη συνολική λειτουργία του Οργανισμού Υγείας που υπηρετούν,

συμμετέχοντας σε όργανα διοίκησης και ασκώντας συνηγορία υπέρ των ευάλωτων εξυπηρετούμενων τους.

Αν και τα Τ.Κ.Ε. έχουν θεσμοθετηθεί σε κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. εδώ και πάνω από τριάντα χρόνια, φαίνεται πως δεν είναι ακόμα καθολικά δεδομένη η θέση τους και αναγνωρισμένος ο ρόλος τους. Η έρευνα έδειξε πως αρκετές φορές δεν αναγνωρίζεται η επιστημονική και διοικητική αυτοτέλεια του τμήματος: πολλά Τ.Κ.Ε. δεν διαθέτουν προϊστάμενο, κλινικά τμήματα διεκδικούν κοινωνικούς λειτουργούς στο προσωπικό τους, Διοικήσεις Νοσοκομείων τοποθετούν κοινωνικούς λειτουργούς σε αλλότρια καθήκοντα καλύπτοντας ελλείψεις διοικητικού προσωπικού.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας αναδεικνύεται ο καθοριστικός ρόλος που έχει ο προϊστάμενος του τμήματος και κυρίως ο τρόπος που διοικείται το τμήμα. Η συμμετοχική διοίκηση και η δημοκρατική λήψη αποφάσεων μέσω τακτικού συμβουλίου κοινωνικών λειτουργών αναδεικνύεται ως η βασική άμυνα των Τ.Κ.Ε., σε ένα απειλητικό για τις αξίες της κοινωνικής εργασίας περιβάλλον: τα Τ.Κ.Ε. των Νοσοκομείων είναι τμήματα που παρέχουν δευτερογενείς κοινωνικές υπηρεσίες σε μεγάλους οργανισμούς που χαρακτηρίζονται από τη συνύπαρξη πολλών τμημάτων και ειδικοτήτων επαγγελματιών, κυρίαρχων στο χώρο του Νοσοκομείου, με διαφορετική προσέγγιση της έννοιας της φροντίδας υγείας, διαφορετικά συμφέροντα και προτεραιότητες. Η σύμπτωση του προσωπικού γύρω από τον υποστηρικτικό και δημοκρατικό προϊστάμενο φαίνεται να είναι ένα ισχυρό χαρακτηριστικό ποιότητας του Τ.Κ.Ε. του Ελληνικού Νοσοκομείου.

Σε ένα περιβάλλον ανακατατάξεων στην υγεία που χαρακτηρίζεται από επαναξιολογήσεις συστημάτων, υπηρεσιών και προσωπικού με βάση την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα, φαίνεται πως οι κοινωνικοί λειτουργοί των νοσοκομείων υποβαθμίζουν ή και αγνοούν την οικονομική τους συνεισφορά στο σύστημα υγείας, όπως κάνουν και οι Διοικήσεις των Νοσοκομείων. Είναι άξια εκτίμησης η οικονομική συνεισφορά της κοινωνικής εργασίας στην Υγεία, καθώς και η διερεύνηση των αιτιών για τις οποίες οι κοινωνικοί λειτουργοί αρνούνται να αναδείξουν την αξία του έργου τους στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και με οικονομικά στοιχεία.

Τα τακτικά συμβούλια των κοινωνικών λειτουργών των Τ.Κ.Ε. για την αντιμετώπιση προβλημάτων στη λειτουργία του τμήματος, σε ένα πλαίσιο συμμετοχικής / δημοκρατικής λήψης αποφάσεων αναδεικνύονται ως σημαντικό εργαλείο βελτίωσης της ποιότητας. Στον αντίποδα, όμως, τα Τ.Κ.Ε., όπως φάνηκε από την έρευνα, δεν είναι εξοικειωμένα με τις μετρήσεις και τη συστηματική καταγραφή του παραγόμενου έργου, εμφανίζοντας μεγάλο έλλειμμα στην παρουσίαση της συνεισφοράς του τμήματος στο παραγόμενο, από τον

Οργανισμό, έργο και δημιουργώντας προϋποθέσεις για χαμηλή αξιολόγηση σε όρους αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας.

Μεγάλη απειλή για οποιαδήποτε προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών στο χώρο του νοσοκομείου είναι οι ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή. Ελλείψεις σε fax, ειδικό λογισμικό οργάνωσης γραφείου Κοινωνικής Εργασίας, ειδικοί χώροι συνέντευξης, μέσα μεταφοράς, αποκλεισμός από το λογισμικό κίνησης του Νοσοκομείου, αυξάνουν τους χρόνους αποκρισιμότητας σε βάρος του πολίτη, απειλούν βασικά του δικαιώματα και δοκιμάζουν τη δεοντολογία και τις αξίες του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού: ιδιωτικότητα, απόρρητο πληροφοριών, σεβασμός στη διαφορετικότητα.

Μεγάλο εμπόδιο στην αξιολόγηση της ποιότητας (αλλά και στην προσπάθεια για βελτίωσή της) της λειτουργίας ενός Τ.Κ.Ε. είναι η εξάρτηση του αποτελέσματος του παραγόμενου έργου από το οργανωμένο δίκτυο κοινωνικών υπηρεσιών που εξασφαλίζει ή υπονομεύει το συνεχές της υγειονομικής αλλά και κοινωνικής φροντίδας. Μεγάλες ανάγκες για δομές κλειστής, κυρίως, φροντίδας καταγράφονται από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, δείχνοντας την έλλειψη δομών κοινωνικής φροντίδας και δημιουργώντας ερωτήματα για τις συνέπειες των επιλογών των κοινωνικών λειτουργών – case managers στην ποιότητα ζωής του εξυπηρετούμενου.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Carr, J., (1994). Κλινική Κοινωνική Εργασία στον Τομέα της Υγείας, *Κοινωνική Εργασία*, Τεύχος 33: 15-30.

Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ε.Κ.Κ.Α., (2012). *Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης*. [Online].

Διαθέσιμο στη: <http://www.ekka.org.gr/EKKA!show.action?type=pspa> [Ημερομηνία ανάκτησης: 2 Ιουλίου 2014].

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (2007). *Υπηρεσίες γενικού συμφέροντος, περιλαμβανομένων των κοινωνικών υπηρεσιών γενικού συμφέροντος: Μια νέα ευρωπαϊκή δέσμευση COM (2007) 724 τελικό*. 1^η έκδοση [e-book],

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων: 1-16. Διαθέσιμο στη: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0725:FIN:el:PDF>

[Ημερομηνία ανάκτησης: 10 Ιουλίου 2014].

- Ε.Σ.Δ.Υ, (2011). *Πανελλαδική Έρευνα Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας. Μέρος 2^ο: Χρήση Υπηρεσιών Υγείας*. 1st ed. [e-book]: 1-110. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Διαθέσιμο στη:
http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%88%CE%BA%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%B7%20%CE%91%CE%9E%CE%99%CE%9F%CE%9B%CE%9F%CE%93%CE%97%CE%A3%CE%97%CE%A3%20%CE%A5%CE%A0%CE%97%CE%A1%CE%95%CE%A3%CE%99%CE%A9%CE%9D%20%CE%A5%CE%93%CE%95%CE%99%CE%91%CE%A3_2011_%CE%9C%CE%AD%CF%81%CE%BF%CF%82%202_%CE%A7%CE%A1%CE%97%CE%A3%CE%97%20%CE%A5%CE%A0%CE%97%CE%A1%CE%95.pdf [Ημερομηνία ανάκτησης 18 Ιουνίου 2014].
- International Federation of Social Workers (IFSW), (2014). Αναθεώρηση του Παγκόσμιου Ορισμού της Κοινωνικής Εργασίας. 1^η έκδοση. [e-book]: 1-6. Διαθέσιμο στη:
http://cdn.ifsw.org/assets/ifsw_63944-8.pdf [Ημερομηνία ανάκτησης: 9 Ιουλίου 2014].
- Νόμος 2889/2-3-2001 (ΦΕΚ 37, Τεύχος Α', 2-3-2001) «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».
- Νόμος 3528/2007 (ΦΕΚ 26, Τεύχος Α', 9-2-2007) «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.».
- Νόμος 3852/2010, (ΦΕΚ 87, Τεύχος Α', 7-6-2010) «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης».
- Παπανικολάου, Β., (2007). *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Αρχές-Μέθοδοι και Εφαρμογές*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Προεδρικό Διάταγμα 87/1986 (ΦΕΚ 32, Τεύχος Α', 27-03-1986) «Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης των Νοσοκομείων».
- Ριζοπούλου, Β., (2010). *Συστήματα ποιότητας στον αγροοικοτουρισμό: Η περίπτωση της περιφέρειας της Στερεάς Ελλάδας*. Π.Μ.Σ. "Βιώσιμη Ανάπτυξη". Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Οικιακής και Οικονομίας.
- Σταυρόπουλος, Ν., (2009). *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας. Μελέτη ικανοποίησης ασθενών Δημόσιου Νοσοκομείου*. Ευρωπαϊκό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών: Διοίκηση Επιχειρήσεων-Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων.
- Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (Σ.Κ.Λ.Ε.), (2013). Απογραφή Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας των Δημοσίων Νοσοκομείων. [Online] Διαθέσιμο στη:
<http://goo.gl/L9jPm8> [Ημερομηνία ανάκτησης: 17 Ιουλίου 2014].
- Συνήγορος του Πολίτη, (2014). *Κοινωνική Προστασία*. [Online] Διαθέσιμο στη:
<http://www.synigoros.gr/?i=health-and-social-welfare.el> [Ημερομηνία ανάκτησης: 09 Μαΐου 2014].

Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.), (2014). *Οργάνωση και Αρμοδιότητες του Σ.Ε.Υ.Υ.Π.*. [Online] Διαθέσιμο στη:

<https://sites.google.com/site/sevypgr/organose-kai-armodiotetes> [Ημερομηνία ανάκτησης: 12 Μαΐου 2014].

Υ.Δ.Μ.Η.Δ. (Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης), Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας. (2007). *Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (Κ.Π.Α.)*. [e-book]: 1-62.

Διαθέσιμο στη:

http://www.gsae.edu.gr/attachments/article/824/%CE%9A%CE%9F%CE%99%CE%9D%CE%9F%20%CE%A0%CE%9B%CE%91%CE%99%CE%A3%CE%99%CE%9F%20%CE%91%CE%9E%CE%99%CE%9F%CE%9B%CE%9F%CE%93%CE%97%CE%A3%CE%97%CE%A3%20Greek_2006.pdf [Ημερομηνία ανάκτησης: 10 Μαΐου 2014].

Ξενόγλωσση

Australian Association of Social Workers (AASW), (2010). *Code of Ethics*. 1st ed. [e-book]:1-56. Available at: <http://www.aasw.asn.au/document/item/1201> [Accessed 15 May 2014].

Australian Association of Social Workers (AASW), (2013). *Practice Standards 2013*. 1st ed. [e-book]: 1-19. Available at: <http://www.aasw.asn.au/practitioner-resources/practice-standards> [Accessed 18 May 2014].

Blom, B. and Moren, S. (2012). The evaluation of quality in social-work practice. *NJSR*, 3, pp.2-17.

British Association of Social Workers (BASW), (2012). *The Code of Ethics in Social Work*. 1st ed. [e-book]: 4-17. Available at: http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_112315-7.pdf [Accessed 15 April 2014].

Canadian Association of Social Workers (CASW), (2005). *Code of Ethics*. 1st ed. [e-book]:1-18. Available at: http://casw-acts.ca/sites/default/files/attachements/CASW_Code%20of%20Ethics.pdf [Accessed 15 April 2014].

Canadian Association of Social Workers (CASW), (2005). *Guidelines for Ethical Practice*

2005. 1st ed. [e-book]:1-40. Available at: http://casw-acts.ca/sites/default/files/attachements/CASW_Guidelines%20for%20Ethical%20Practice.pdf [Accessed 12 April 014].

Canadian Association of Social Workers (CASW), (2005). *Guidelines for Ethical Practice*

2005. 1st ed. [e-book]:1-40. Available at: http://casw-acts.ca/sites/default/files/attachements/CASW_Guidelines%20for%20Ethical%20Practice.pdf [Accessed 12 April 014].

Canadian Association of Social Workers, (CASW), (2005). *Guidelines for Ethical Practice*.

1st ed. [e-book]: 2-25. Available at: http://www.casw-acts.ca/sites/default/files/attachements/CASW_Guidelines%20for%20Ethical%20Practice.pdf [Accessed 15 July 2014].

ECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduates), (2013). *Medical Social*

Worker – Care and Psychosocial Support Coordinators – Health Care Team – ECHO Resources. [Online] Available at: <http://www.ecfm.org/echo/team-psych-msw.html> [Accessed: 19 March 2014].

EFQM (European Foundation of Quality Management), (2014). *Model Criteria*. [Online]

available at: <http://www.efqm.org/efqm-model/model-criteria> [Accessed: 15 May 2014].

European Platform for Rehabilitation, (2013). *Welcome to the European Platform for*

Rehabilitation. Untitled [Online] Available at: <http://www.epr.eu> [Accessed 21 March 2014].

European Commission, (2013). *Health Inequalities in the EU Final Report of a Consortium -*

Consortium lead: Sir Michael Marmot. Brussels: European Commission.

European Quality in Social Services (eQuass), (2013). *About eQuass*. Available through:

<http://www.equass.be/equass/index.php/about-equass> [Accessed: 22 May 2014].

- European Quality in Social Services (eQuass), (2012). *Criteria for eQuass Assurance* [e-book] : 1-37. Available through:
<http://www.epr.eu/images/EPR/documents/eQuass/EQUASS%202012/EQUASS%20Assurance%20%28SSGI%29%20Principles%20criteria%20and%20indicators%202012.pdf> [Accessed: 22 May 2014].
- European Quality in Social Services (eQuass), (2012). *Criteria for eQuass Excellence*. [e-book]: 1-19. Available through:
http://www.equass.be/equass/images/Documents/EQUASSExcellence/EQ-EXC_CRI-026COR_ENSSGI2012-Excellence%20Principles%20and%20Criteria.pdf [Accessed: 22 May 2014].
- Gehlert, S., (2011). Conceptual underpinnings of Social Work in Health Care. In: *Handbook of Health Social Work*, 2nd ed. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons: 3-18.
- Health, Social Services and Public Safety, (2006). *Quality Standards for Health and Social Care*. 1st ed. [e-book]. Available at:
http://www.dhsspsni.gov.uk/qpi_quality_standards_for_health_social_care.pdf
 [Accessed 15 February 2014].
- International Federation of Social Workers (IFSW), (2012). Effective and ethical working environments for social work: the responsibilities of employers of social workers. [Online]. Available at: <http://ifsw.org/news/effective-and-ethical-working-environments-for-social-work-the-responsibilities-of-employers-of-social-workers/>
 [Accessed 03 March 2014].
- International Federation of Social Workers (IFSW), (2012). *Global Standards*. [Online] Available at: <http://ifsw.org/policies/global-standards/> [Accessed: 06 March 2014].
- International Federation of Social Workers (IFSW), (2012). *Health Policies*. [Online]. Available at: <http://ifsw.org/policies/health/> [Accessed 6 Mar. 2014].
- International Federation of Social Workers (IFSW), (2012). *National Codes of Ethics*. [Online]. Available at: <http://ifsw.org/resources/publications/national-codes-of-ethics/>
 [Accessed: 10 March 2014].

- International Federation of Social Workers (IFSW), (2012). *Statement of Ethical Principle*.
[Online]. Available at: <http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles/>
[Accessed: 03 April 2014].
- Join Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), (2014). Available
at: <http://www.jointcommission.org> [Accessed: 17 February 2014].
- Malley, J. and Fernandez, J., (2010). Measuring quality in social care services: theory and
practice. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 81 (4): 559-582.
- Megivern, D., McMillen, J., Proctor, E., Striley, C., Cabassa, L. and Munson, M. (2007).
Quality of care: Expanding the social work dialogue. *Social Work*, 52 (2): 115--124.
- Ministry Of Labour and Social Affairs Czech Republic, (2002). *Standards for Quality in
Social Services*. 1st ed. [e-book] Czech Republic: 1-24. Available at:
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/2057/standards.pdf> [Accessed 23 January 2014].
- National Association of Social Workers (NASW), (2005). *Standards for Social Work Practice
in Health Care Settings*. 1st ed. [e-book] NASW: 5-33. Available at:
<http://www.socialworkers.org/practice/standards/naswhealthcarestandards.pdf>
[Accessed 17 April 2014].
- National Association of Social Workers (NASW), (2014). *Code of Ethics*. [Online] Available
at: <http://www.socialworkers.org/pubs/code/default.asp> [Accessed 13 April 2014].
- National Association of Social Workers (NASW), Center for Workforce Studies,
(2011). *Social Workers in Hospitals & Medical Centers*. [e-book] Washington:
National Association of Social Workers: 1-8. Available through:
<http://workforce.socialworkers.org/studies/profiles/Hospitals.pdf> [Accessed: 30 March
2014].
- National Association of Social Workers and Association of Social Work Boards,
(2005). *Standards for Technology and Social Work Practice*. 1st ed. [e-book] pp.7-8.
Available at:
<http://www.aswb.org/wp-content/uploads/2013/10/TechnologySWPractice.pdf>
[Accessed 1 May 2014].

National Institute for Care and Health Excellence (NICE), (2014). *Guidance*. [On line]
Available at: <http://www.nice.org.uk/Guidance> [Accessed 21 June 2014].

National Institute for Care and Health Excellence (NICE), (2014). *Standards and Indicators*.
[Online] Available at: <http://www.nice.org.uk/standards-and-indicators> [Accessed 21 June 2014].

Shahar, I., Auslander, G. and Cohen, M. (1995). Utilizing data to improve practice in hospital social work: A case study. *Social Work in Health Care*, 20 (3): 99-111.

Social Care Institute for Excellence, (2013). *Social Care Governance: A Practice Workbook (NI)*. 2nd ed. [e-book].

Available at: <http://www.scie.org.uk/publications/misc/governance.pdf> [Accessed 15 December 2013].

Social Platform Steering Group, (2008). *Quality of Social and Health Services Social NGOs' Recommendations to EU Decision Makers*. [e-book] pp.1-11. Available through: <http://www.socialplatform.org/PolicyStatement.asp?Policy=8261> [Accessed: 10 January 2014].

Society for Social Work Leadership in Health Care, (2014). *Social Work Best Practice Healthcare Case Management Standards*. 1st ed. [e-book] Society for Social Work Leadership in Health Care. Available at: <http://www.sswlhc.org/docs/swbest-practices.pdf> [Accessed 1 July 2014].

The Social Protection Committee, (2010). *A Voluntary European Quality Framework for Social Services SPC/2010/10/8 final*. [e-book]:1-13. Available through: <http://ebookbrowse.com/spc-qf-document-spc-2010-10-8-final-pdf-d299255955> [Accessed: 19 January 2014].

Weiss, P., (2005). *Medical Social Workers - Clinicians or Clerks?* [e-book] New York: 1-14.
Available through: www.philsliteraryworks.com,
http://www.philsliteraryworks.com/pdfs/Essays/medical_social_workers_clinicians_or_clerks-essay.pdf [Accessed: 4 December 2013].

World Health Organization (WHO), (2003). *Mental Health Policy and Service Guidance Package, Quality Improvement for Mental Health*. 1st ed. [e-book]. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545976_V8_gre.pdf [Accessed: 11 February 2014].

World Health Organization (WHO), (2014). *Patients' Rights*. [Online] Available at: <http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/> [Accessed: 10 April 2014].