

## ΑΔΙΕΞΟΔΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΝΗ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ <sup>1</sup>

Παχή, Αικατερίνη <sup>2</sup>, Προκοπίου, Αναστασία<sup>3</sup>,

### Περίληψη

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί την αποτίμηση των επιπτώσεων της ανθρωπιστικής-οικονομικής κρίσης στην πρακτική της νοσοκομειακής κοινωνικής εργασίας, μέσα από την οπτική των κοινωνικών λειτουργών του χώρου της υγείας. Πρόκειται για ποιοτική μελέτη που διεξήχθη με τη χρήση ημιδομημένων συνεντεύξεων με 14 νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς. Από την ανάλυση του υλικού προκύπτει ότι η συρρίκνωση των συστημάτων υγείας και κοινωνικής φροντίδας έχει επιφέρει αδιέξοδα στην άσκηση της νοσοκομειακής κοινωνικής εργασίας. Ως μείζον ζήτημα στην πρακτική της νοσοκομειακής κοινωνικής εργασίας αναφέρεται το θέμα των ανισοτήτων στον χώρο της υγείας, η αντιμετώπιση του οποίου απαιτεί συλλογικές δράσεις από πλευράς κοινωνικής εργασίας, σύμφωνα με τα υποκείμενα της μελέτης.

### Κοινωνική Εργασία σε Νοσοκομειακά Πλαίσια

Η Κοινωνική Εργασία στο χώρο της υγείας ήταν ένα από τα πρώτα πεδία εφαρμογής, ανάπτυξης και εγκαθίδρυσης της κοινωνικής εργασίας και παραμένει ένας από τους κύριους τομείς άσκησης του επαγγέλματος μέχρι και σήμερα, στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες (Dowrkin, 1997· Horpps and Collins, 1995) και στην Ελλάδα (Καραγκούνης, 2015). Εκτός από τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις αξίες της επιστήμης, η άσκηση της κοινωνικής εργασίας στον χώρο της υγείας επηρεάζεται από τις αξίες, τους

- 
1. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων διεξήχθη στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας της Προκοπίου Αναστασίας στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Αθénas, με υπεύθυνη καθηγήτρια την Αικ. Παχή.
  2. Ph.D, κοινωνική λειτουργός, επιστημονική συνεργάτης του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι Αθénas, προϊσταμένη του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο».
  3. Κοινωνική λειτουργός, απόφοιτη τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, Τ.Ε.Ι Αθénas

σκοπούς και την οργανωτική δομή του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης κάθε χώρας (Auslander, 2000· Rehr, 1985). Επιπλέον, ως μέρος ενός ευρύτερου συστήματος κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας, η κοινωνική εργασία στην υγεία επηρεάζεται από τις αλλαγές στην εθνική οικονομία και την οικονομία της περιφέρειας, από τις εξελίξεις στην πολιτική και την φιλοσοφία καθώς και από την τεχνολογική ανάπτυξη και πρόοδο (Glaser and Suter, 2016· Globerman, 1999· Rachman, 1995).

Υπό αυτό το πρίσμα, κατανοούμε ότι οι διαρθρωτικές αλλαγές στον τομέα της υγείας, ως συνέπεια της ανθρωπιστικής-οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, σηματοδοτούν αλλαγές στην άσκηση της κοινωνικής εργασίας στον χώρο της υγείας. Οι περικοπές χρηματοδότησης της υγείας έχουν επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό την εύρυθμη λειτουργία των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Kentikelenis et al, 2012) και ως εκ τούτου έχουν σημαντικές συνέπειες στην άσκηση της κοινωνικής εργασίας (Καραγκούνης, 2015).

Σημαντικά ζητήματα που απασχολούν τη διεθνή κοινότητα των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών σχετίζονται με τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία και την υιοθέτηση μοντέλων μείωσης κόστους (Monterio et al 2016· Pecukonis, Cornelious and Parrish, 2003· Miley, O'Melia, and Dubois, 1998), ζητήματα που συνάδουν και με τη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα. Τα μέτρα αυτά, που σχετίζονται με τη μείωση του χρόνου νοσηλείας, τις αλλαγές στις διαδικασίες διαχείρισης των ασθενών καθώς και τον παροπλισμό πολλών κοινωνικών υπηρεσιών, σε πολλές χώρες, με παράλληλη μείωση των θέσεων εργασίας, συνεπάγονται την αυξανόμενη πολυπλοκότητα του έργου των κοινωνικών λειτουργών στην υγεία και αποτελούν προκλήσεις για την κοινωνική εργασία. Υπό το πρίσμα αυτών των διαρθρωτικών αλλαγών, οι επαγγελματίες πολλές φορές αισθάνονται ανίσχυροι, χωρίς εργασιακά δικαιώματα, και χωρίς μια αίσθηση ελέγχου στο χώρο εργασίας τους (Pecukonis, Cornelious and Parrish, 2003· Miley, O'Melia and Dubois, 1998).

Οι νέες οικονομικές προτεραιότητες και οι προαναφερθείσες αλλαγές στην υγεία δεν έφεραν μόνο αρνητικά αποτελέσματα στην πρακτική της νοσοκομειακής κοινωνικής εργασίας, αλλά οι ίδιες αλλαγές αποτέλεσαν νέες και δημιουργικές ευκαιρίες για τους κοινωνικούς λειτουργούς στον τομέα της υγείας (Globerman, 1999). Στην παρούσα ελληνική συγκυρία, μια συγκυρία πολλαπλών κρίσεων και ανακατατάξεων, ο Καραγκούνης (2015), μέσα από μια πιο θετική οπτική, υποστηρίζει ότι το σύγχρονο περιβάλλον της ελληνικής κρίσης παρά τις συνέπειές του στην υγεία των πολιτών και στο σύστημα υγείας μπορεί να αποτελέσει έναυσμα κριτικού αναστοχασμού για τους νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς και να προκαλέσει “την αναζήτηση

προσφορότερων τρόπων δράσης, οι οποίοι να ανταποκρίνονται στις προκλήσεις της εποχής και να είναι συμβατοί με τα δημοκρατικά ιδεώδη και τις αξίες της κοινωνικής δικαιοσύνης, της αλληλεγγύης και της ισότητας” (Καραγκούνης, 2015, σ. 73).

## Μεθοδολογία

### *Αντικείμενο και σκοπός της έρευνας*

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει και να αναδείξει τις συνθήκες άσκησης της νοσοκομειακής κοινωνικής εργασίας με φόντο την κλιμακούμενη οικονομική, κοινωνική και πολιτική κρίση και τις συνέπειές της στους πολίτες - ασθενείς και στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Μέσα από την εστίαση στις προκλήσεις που βιώνουν οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί στον χώρο της εργασίας τους, στοχεύει να αναδείξει την οπτική των επαγγελματιών για την αποτελεσματικότητα και την επάρκεια των κοινωνικών υπηρεσιών στα νοσοκομεία της Ελλάδας του σήμερα.

Συγκεκριμένα, η μελέτη επιδιώκει:

1. να αναδείξει τα προβλήματα των απευθυνόμενων στις νοσοκομειακές κοινωνικές υπηρεσίες εν μέσω της κλιμακούμενης οικονομικής - ανθρωπιστικής κρίσης,
2. να εντοπίσει τα αδιέξοδα στη νοσοκομειακή κοινωνική εργασία ως συνέπεια της συρρίκνωσης του συστήματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας,
3. να διερευνήσει τα ενδεχόμενα δεοντολογικά ζητήματα που προκύπτουν από πολιτικές μείωσης των δαπανών στην υγεία,
4. να εκμαιεύσει τις απόψεις των επαγγελματιών για την αποτελεσματική άσκηση της νοσοκομειακής κοινωνικής εργασίας σε συνθήκες ανθρωπιστικής-οικονομικής κρίσης.

### *Μεθοδολογία έρευνας*

Επιλέχτηκε η ποιοτική μεθοδολογία για την έρευνα, καθώς στόχος είναι η περιγραφή, η ανάλυση και η ερμηνεία που αποδίδουν οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί στις επιπτώσεις της ανθρωπιστικής-οικονομικής κρίσης στην άσκηση της κοινωνικής εργασίας στο χώρο της υγείας.

Στην έρευνα αυτή, όπως και σε άλλες ποιοτικές μελέτες, η/ο ερευνήτρια/τής «φέρει τον μετέχοντα στο επίκεντρο της έρευνας» και δίνεται η δυνατότητα στην/στον ερευνήτρια/ή να διεισδύσει στην προσωπική ζωή των μετεχόντων και να προσέξει κάθε λεπτομέρεια

στα λεγόμενά τους. Έτσι, τα ερευνητικά δεδομένα δεν συγκεντρώνονται από διαθέσιμα στοιχεία αλλά είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ερευνήτριας/ή και μετεχόντων (Καλλινικάκη 2010, σ. 164). Στην παρούσα έρευνα, μέσα από ημιδομημένες συνεντεύξεις, επιχειρείται η αποτίμηση των επιπτώσεων της κρίσης τόσο στους νοσοκομειακούς ασθενείς όσο και στην πρακτική της νοσοκομειακής κοινωνικής εργασίας, μέσα από την οπτική και την εμπειρία των επαγγελματιών.

### ***Συλλογή δεδομένων***

Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των ημιδομημένων συνεντεύξεων που διεξήχθησαν στο πλαίσιο ατομικών συναντήσεων με τις/τους μετέχουσες/οντες στην έρευνα. Η ημιδομημένη συνέντευξη επιλέχθηκε γιατί παρουσιάζει ευελιξία αφού, αν και έχει προκαθορισμένες ερωτήσεις, η σειρά των ερωτήσεων μπορεί να αλλάξει ανάλογα με την αντίληψη της/του συνεντεκτριας/κτή και τις ανάγκες της συνέντευξης. Ακόμα η διατύπωση ερωτήσεων μπορεί να αλλάξει, ούτως ώστε να δοθούν περαιτέρω εξηγήσεις και κάποιες ερωτήσεις μπορούν να παραλειφθούν ή να προστεθούν άλλες, ανάλογα με τον εκάστοτε ερωτώμενο (Robson, 2007).

Οι ερωτήσεις ταξινομούνται σ' αυτές που αναφέρονται σε δημογραφικά στοιχεία, σε ερωτήσεις σχετικές με τα αιτήματα των εξυπηρετούμενων, σε ερωτήσεις που εστιάζουν σε ενδεχόμενα δεοντολογικά ζητήματα, καθώς και ερωτήσεις που σχετίζονται με τα βιώματα και τις εμπειρίες των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών κατά την πρακτική εφαρμογή της κοινωνικής εργασίας εν μέσω της ανθρωπιστικής – οικονομικής κρίσης.

### ***Δειγματοληψία***

Χρησιμοποιήθηκε «η δειγματοληψία που δεν είναι πιθανοτήτων» (Robson, 2007, σ. 309), η οποία χρησιμοποιείται σε μικρής κλίμακας έρευνες που αποβλέπουν στην ανάπτυξη γνώσης για μελλοντικό έλεγχο υποθέσεων (Robson, 2007). Εφαρμόστηκε συγκεκριμένα η μέθοδος της σκόπιμης δειγματοληψίας. Το σκόπιμο αυτό δείγμα επιλέγεται από τον ερευνητή βάσει κριτηρίων που ο ίδιος θέτει για την έρευνά του. Επιλέγει τις περιπτώσεις εκείνες που εμπίπτουν απολύτως στο θέμα και τους στόχους της έρευνάς του (Ιωσηφίδης 2008· Robson, 2007). Στην παρούσα έρευνα τέθηκαν κριτήρια σύμφωνα με τα οποία οι συμμετέχοντες: α) ήταν πτυχιούχοι κοινωνικής εργασίας της ημεδαπής ή αλλοδαπής β) είχαν τρέχουσα εργασιακή εμπειρία σε Γενικό Νοσοκομείο του λεκανοπεδίου Αττικής, και γ) εργάζονταν στο Γενικό Νοσοκομείο τουλάχιστον τα 2 τελευταία χρόνια, ώστε να

έχουν την εμπειρία των σταδιακών θεσμικών και οργανωτικών αλλαγών ως αποτέλεσμα της θέσπισης μέτρων για την αντιμετώπιση της κρίσης στην υγεία.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τα μέσα Οκτωβρίου του 2013 έως τις αρχές Φεβρουαρίου του 2014 σε επτά (7) διαφορετικά Γενικά Νοσοκομεία της Αττικής. Στην έρευνα πήραν μέρος 14 κοινωνικοί λειτουργοί και συγκεκριμένα το δείγμα αποτελούνταν από 12 γυναίκες και 2 άντρες. Όσον αφορά στα έτη προϋπηρεσίας, από τις/τους 14 συμμετέχουσες/οντες, η κοινωνική λειτουργός με τη λιγότερη εργασιακή εμπειρία σε νοσοκομειακό πλαίσιο είχε εμπειρία δύο ετών, ένας κοινωνικός λειτουργός είχε 7ετή εμπειρία ενώ οι υπόλοιπες/οι 10 εργάζονται σε νοσοκομειακά πλαίσια πάνω από 12 έτη έως και 27.

Επιπρόσθετα, από τις/τους ερωτηθείσες/έντες, εκτός του βασικού τίτλου σπουδών Κοινωνικής Εργασίας, ένα άτομο ήταν κάτοχος μεταπτυχιακού και διδακτορικού πτυχίου, ένα κάτοχος πτυχίου Ψυχολογίας, δύο κοινωνικοί λειτουργοί είχαν πτυχίο Νοσηλευτικής, ενώ η μία εξ' αυτών είχε επιπλέον πτυχίο Επισκεπτριών Υγείας.

Πριν τη διεξαγωγή της συνέντευξης, πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με τις/τους υποψήφιες/ους μετέχουσες/οντες στην έρευνα, με σκοπό την ενημέρωσή τους για τους στόχους της μελέτης και συνεπώς την ευαισθητοποίησή τους και την εξασφάλιση της συναίνεσής τους. Οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα στον επαγγελματικό χώρο των υποκειμένων της έρευνας, αφού είχε οριστεί ημερομηνία συνάντησης. Όλες οι συνεντεύξεις, εκτός από μία, μαγνητοφωνήθηκαν, μετά την ενημέρωση των συμμετεχουσών/όντων για τη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας καθώς και ότι οι απαντήσεις τους θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας. Παρόλα αυτά, ένα εκ των υποκειμένων της μελέτης προτίμησε να μην μαγνητοφωνηθεί η συνέντευξη και να κρατηθούν χειρόγραφες σημειώσεις κατά τη διάρκειά της.

### ***Ανάλυση του υλικού της έρευνας***

Η ανάλυση του υλικού της έρευνας πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου. Οι απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις κωδικοποιήθηκαν σε κατηγορίες όπως: Αιτήματα σχετιζόμενα με την ανθρωπιστική-οικονομική κρίση / Επείγουσες ανάγκες ασθενών εν μέσω ανθρωπιστικής-οικονομικής κρίσης / Νέες κατηγορίες ασθενών απευθυνόμενων στις κοινωνικές υπηρεσίες / Αξιολόγηση προβλημάτων και

δυσχερειών κατά την παρέμβαση / Δεοντολογικά ζητήματα κ.α. Μέσα από ένα συνεχή διάλογο με το πρωτογενές υλικό της έρευνας δομήθηκαν οι κατηγορίες των δεδομένων, εξετάστηκαν οι σχέσεις μεταξύ των κατηγοριών και οι σχετικές διαπιστώσεις ερμηνεύτηκαν με γνώμονα τη σύγχρονη βιβλιογραφία για τις επιπτώσεις της οικονομικής ανθρωπιστικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας και στην υγεία του πληθυσμού (π.χ ανισότητες στον χώρο της υγείας). Επιπλέον, η σύνδεση των δεδομένων με την ευρύτερη βιβλιογραφία κατά το στάδιο της ερμηνευτικής διεργασίας έλαβε υπόψη τις υφιστάμενες θεωρήσεις της κοινωνικής εργασίας σε σχέση με τις προκλήσεις της επιστήμης εν μέσω της κλιμακούμενης κρίσης.

## Αποτελέσματα

### *Ι. Προβλήματα των απευθυνόμενων στις νοσοκομειακές κοινωνικές υπηρεσίες εν μέσω της κλιμακούμενης οικονομικής - ανθρωπιστικής κρίσης*

Παρατηρείται μια αλλαγή στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι απευθυνόμενοι/ες στις κοινωνικές υπηρεσίες των Νοσοκομείων. Παραδοσιακά προβλήματα, όπως για παράδειγμα, η επίδραση της ασθένειας στην οικογένεια ή στο ζευγάρι, έχουν αντικατασταθεί με ζητήματα πρώτης ανάγκης, όπως, έλλειψη εργασίας ή κακοπληρωμένη εργασία, οικονομικά προβλήματα, δάνεια κατοικίας, προβλήματα στέγασης και άλλα καίρια ζητήματα επιβίωσης όπως, ασφαλιστική κάλυψη, ένδυση και τροφή. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που συμμετείχαν στην έρευνα χαρακτηριστικά αναφέρουν την ανάγκη κάλυψης πρωταρχικών αναγκών των ασθενών και παράλληλα επισημαίνουν τη σχεδόν πλήρη διαφοροποίηση των αιτημάτων προ και μετά κρίσης. Χαρακτηριστικά αναφέρουν:

*“...τα αιτήματα έχουν διαφοροποιηθεί, είναι σαν να είμαστε σε μια εμπόλεμη κατάσταση... ζητούν τα απλά, φαγητό, ρούχα, ασφάλεια...”.*

Η επόμενη αναφορά, επίσης, είναι χαρακτηριστική της διαφοροποίησης των αιτημάτων:

*“...Έχουν διαφοροποιηθεί πάρα πολύ (τα αιτήματα). Νομίζω ότι όταν πρωτοήρθα στο νοσοκομείο, τα περιστατικά με τα οποία ασχολούμασταν ήταν αυτά τα οποία έχουν το κλασικό προφίλ. Τώρα έχουν αλλάξει πάρα πολύ...”*

Παρατηρείται συσσώρευση προβλημάτων και οι κλασικές ανάγκες των απευθυνόμενων στις κοινωνικές υπηρεσίες των νοσοκομείων έχουν αντικατασταθεί από επείγουσες ανάγκες, όπως παρακάτω:

*“...έχουν πολλαπλασιαστεί και το κυρίως αίτημα είναι δεν έχω λεφτά να καλύψω τα έξοδα νοσηλείας και την όποια χειρουργική επέμβαση γίνει στο νοσοκομείο..”*

Οι επείγουσες ανάγκες των ασθενών έχουν ισχυρή απήχηση στους επαγγελματίες που βιώνουν την αγωνία και το αδιέξοδο των εξυπηρετούμενων και αισθάνονται και οι ίδιοι εγκλωβισμένοι. Η αγωνία και το αδιέξοδο των κοινωνικών λειτουργών φαίνεται να απορρέουν από τις συνθήκες κοινωνικής ευαλωτότητας των ασθενών, στα πλαίσια ενός αποδομημένου κράτους, που ενισχύει την αβεβαιότητα και την ανασφάλεια των πολιτών και υιοθετεί πλημμελή μέτρα κοινωνικής προστασίας. Τα παρακάτω παραδείγματα είναι χαρακτηριστικά της οξύτητας των προβλημάτων των ασθενών καθώς και της ευθύνης που αισθάνονται οι κοινωνικοί λειτουργοί:

*“...πρόκειται πια για πιο υγιείς πληθυσμούς που ξαφνικά βρέθηκαν μέσα στην κρίση και πρέπει να καλύψουμε “εμείς” (οι κοινωνικοί λειτουργοί) αυτό το πράγμα...”*

*“....(Είναι) άνθρωποι που είχαν μια επιχείρηση, κάποιο μαγαζί, που δεν κατάφεραν να τα κρατήσουν λόγω της οικονομικής κρίσης και βρέθηκαν χωρίς ασφάλεια ,... με χρέη και άνεργοι. Αυτοί είναι μια ομάδα “καινούργιων” εξυπηρετούμενων που πρέπει “εμείς” να βοηθήσουμε και που δυστυχώς είναι άνθρωποι νέοι σχετικά...”*

Επισημαίνεται, λοιπόν, μια “νέα κατηγορία” ασθενών που απευθύνεται στις κοινωνικές υπηρεσίες των νοσοκομείων, μια κατηγορία που προέρχεται κυρίως από τη μεσαία τάξη. Χαρακτηριστικά αναφέρουν:

*“Μιλάμε για άτομα τα οποία εργάζονται αλλά είναι πολύ χαμηλός ο μισθός τους, ... άτομα τα οποία είχαν μια οργανωμένη ζωή για πολλά χρόνια και ξαφνικά βρέθηκαν χωρίς δουλειά...”.*

Οι “νέου τύπου” εξυπηρετούμενοι είναι ασθενείς που εργάζονται και το εισόδημά τους δεν καλύπτει τις βασικές τους ανάγκες (χαμηλά αμειβόμενοι, φτωχοί εργαζόμενοι), ή είναι κάτοχοι μικρομεσαίων επιχειρήσεων που πτώχευσαν και έχουν δυσβάστακτα χρέη. Πρόκειται λοιπόν για “νεόπτωχους ασθενείς” που συνιστούν πολίτες, οι οποίοι είχαν μια οργανωμένη ζωή και καθημερινότητα που κατέρρευσε λόγω της οικονομικής-ανθρωπιστικής κρίσης.

*“...Μια νέα ομάδα ασθενών .... που δεν υπήρχε πριν από την οικονομική κρίση είναι οι άνθρωποι οι οποίοι είχαν μια καλή οικονομική κατάσταση, η ζωή τους*

*ήταν μια χαρά στρωμένη, είχαν την επιχείρησή τους και με την έλευση της οικονομικής κρίσης βρέθηκαν χωρίς δουλειά, χωρίς καμιά βοήθεια από το κράτος και παράλληλα με δάνεια και προβλήματα υγείας. ”*

Σύμφωνα με τα υποκείμενα της έρευνας, οι επιπτώσεις της κλιμακούμενης κρίσης στην υγεία των ασθενών είναι καταλυτικές. Το άγχος, η ανεργία, η ευπρόσβλητη εργασία και η ανασφάλεια έχουν αρνητικές συνέπειες στην υγεία τους. Χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι η “νέα ομάδα” επωφελούμενων των κοινωνικών υπηρεσιών των νοσοκομείων,

*“...είναι (άτομα) 35 με 45 (ετών) περίπου και έρχονται με προβλήματα όπως καρδιολογικά, αυτο-άνοσα..., προβλήματα που έχουν ενδεχομένως οξυνθεί λόγω του στρες, του άγχους, και των καθημερινών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν...”*

Οι αρνητικές συνέπειες των προαναφερόμενων παραγόντων στη σωματική και ψυχική υγεία των πολιτών έχουν αποτυπωθεί σε πολλές μελέτες (Μπανούση, 2014· Kentikelenis et al, 2011, 2012· Μαλλιάρου και Σαράφης, 2012· Oikonomoy and Tountas, 2011). Ο Κυριόπουλος τονίζει σχετικά ότι τα μέλη των νοικοκυριών σε κίνδυνο φτώχειας δηλώνουν ότι έχουν χειρότερη υγεία αφού ο πτωχός πληθυσμός έχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα κατά 35% πιο συχνά από το μη πτωχό πληθυσμό (Κυριόπουλος, 2014). Επίσης, μελέτες επισημαίνουν την αύξηση της νοσηρότητας εξαιτίας των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων του άγχους και τονίζουν ότι η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος επηρεάζουν αρνητικά την υγεία (Jutz, 2015· Ευθυμίου και συνεργάτες, 2013· Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010· Stuckler et al, 2009).

## *II. Αδιέξοδα στη νοσοκομειακή κοινωνική εργασία ως συνέπεια της συρρίκνωσης του συστήματος υγείας και της κοινωνικής φροντίδας*

Οι περικοπές στην χρηματοδότηση υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας, όπως κλινικές αποθεραπείες και χρόνιως πασχόντων του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ), υπηρεσίες κατ'οίκον φροντίδας και γενικότερα η χαμηλή ποιότητα φροντίδας μετά το νοσοκομείο καθιστούν τη νοσοκομειακή κοινωνική εργασία αποσπασματική και εν μέρει αναποτελεσματική.

Η πολύ περιορισμένη ή ανύπαρκτη επιδοματική πολιτική, καθώς και η συρρίκνωση των προνοιακών παροχών με την παράλληλη όξυνση των κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων των ασθενών υποβάλλουν σε σκληρή δοκιμασία εξυπηρετούμενους και επαγγελματίες.

*“...Δεν μπορούμε να ανταποκριθούμε άμεσα σε χρόνια περιστατικά που χρειάζεται να μπουν σε κάποιο ίδρυμα... Υπάρχει μεγάλη λίστα αναμονής σε αυτά τα ιδρύματα, σε όσα έχουν απομείνει δηλαδή, και αυτό δυσκολεύει πάρα πολύ την κατάσταση ... ”*

*“...δεν υπάρχουν δομές, δεν υπάρχει κάπ για να τους βοηθήσει μετά από εδώ, κάπου που να υπάρξει μετανοσοκομειακή φροντίδα...”*

Σε συνθήκες σαν τις σημερινές, σε ένα αποδυναμωμένο σύστημα υγείας και κοινωνικής φροντίδας, οι κοινωνικοί λειτουργοί έρχονται αντιμέτωποι με ηθικά διλήμματα που απορρέουν από την αδυναμία τους να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών αφενός, και την υποχρέωσή τους να διασφαλίσουν την πρόσβαση τους σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας αφετέρου. Ο Πουλόπουλος χαρακτηριστικά αναφέρει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί *“αισθάνονται κάποιες φορές απογοήτευση από τις αποτυχίες, τις αγκυλώσεις ... αλλά και εξαιτίας πολιτικών που απαξιώνουν το κράτος πρόνοιας με σκοπό την εξοικονόμηση δαπανών”* (Πουλόπουλος, 2012, σ. 161).

Επιπλέον, η μείωση προσωπικού στις ήδη υποστελεχωμένες κοινωνικές υπηρεσίες με κατάργηση θέσεων κοινωνικών λειτουργών στους Οργανισμούς των Νοσοκομείων και τη μη αντικατάσταση των επαγγελματιών που συνταξιοδοτούνται, επιφέρει τεράστια πίεση στους επαγγελματίες που έχουν να ανταποκριθούν σε μεγάλο αριθμό εξυπηρετούμενων.

*“...Οι κοινωνικοί λειτουργοί αυτή τη στιγμή είναι πάρα πολύ λίγοι για να αντιμετωπίσουν όλα αυτά τα προβλήματα που προκύπτουν κάθε μέρα και που διαρκώς αυξάνονται...”*

*“...έρχεται ένα περιστατικό και, όπως είχαμε μάθει και όταν σπουδάσαμε, θα πρέπει να επεκταθούμε και να πάμε και πιο πέρα και να το παρακολουθήσουμε και μετά σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες,... αλλά δεν υπάρχει ο χρόνος πια και κλείνουν πάρα πολλές πόρτες έξω ...”*

Οι υποστελεχωμένες κοινωνικές υπηρεσίες και η συρρίκνωση του κράτους πρόνοιας έχουν συζητηθεί ευρέως. Η Καλλινικάκη αναφέρει ότι συνέπεια της ανθρωπιστικής-οικονομικής κρίσης είναι η ανυπαρξία δομών, προγραμμάτων και πόρων και ως εκ τούτου η αδυναμία των κοινωνικών λειτουργών να αντεπεξέλθουν στις πολύπλοκες και διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες των ατόμων (Καλλινικάκη, 2012).

Δεν είναι λοιπόν μόνο ο περιορισμένος αριθμός των επαγγελματιών, αλλά είναι πολύπλοκα και δύσκολα τα προβλήματα των εξυπηρετούμενων, συνοδευόμενα από

έντονα συναισθήματα απόγνωσης και άγχους που, σε συνδυασμό με την απουσία του κράτους πρόνοιας, δυσχεραίνουν τον σχεδιασμό παρέμβασης από πλευράς κοινωνικής εργασίας.

*“...έχουν γίνει πιο έντονα (τα προβλήματα) και τα αιτήματα έρχονται συνοδευόμενα από μεγάλο άγχος, ένταση και θλίψη...”*

*“...με άλλο συναίσθημα ερχόντουσαν πριν (οι ασθενείς) στην Κοινωνική Υπηρεσία και με άλλο τώρα. Τώρα έρχονται σε απόγνωση..”*

Στη δίνη της ανθρωπιστικής-οικονομικής κρίσης, μέρος των περικοπών των δαπανών για την υγεία γίνεται με τη μείωση των δικαιούχων περίθαλψης από τα ασφαλιστικά ταμεία καθώς και τη μείωση των δικαιούχων βιβλιαρίων «ανασφαλίστου της πρόνοιας» μέσω της αύξησης των θεσμικών εμποδίων. Αποσπάσματα από το ερευνητικό υλικό με ακρίβεια παρουσιάζουν τα θεσμικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι πολίτες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τον αποκλεισμό που βιώνουν στην προσέγγιση των υπηρεσιών υγείας.

*“...Έχουν δυσκολέψει οι εισαγωγές των ασθενών... πολλές φορές οι άνθρωποι που πρέπει να χειρουργηθούν τους φέρνουν εμπόδια γιατί δεν έχουν ασφάλιση.... Και αφού έχει αλλάξει το σύστημα και από ανθρωποκεντρικό έχει γίνει οικονομοκεντρικό, αυτομάτως παίζουν ρόλο οι αριθμοί και όχι οι άνθρωποι...”*

Ο Εconoμου αναφέρει ότι ενδεχομένως ο περιορισμός της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από ασθενείς που δεν καλύπτονται από κάποιο ασφαλιστικό φορέα να έχει οικονομικό όφελος για το σύστημα υγείας, καθώς συγκρατούνται οι δαπάνες, αλλά τονίζει ότι οι δυσκολίες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας από τους πολίτες εγείρουν ζητήματα δικαιοσύνης και ισοτιμίας στην προστασία της υγείας, ιδιαίτερα για εκείνους που έχουν χαμηλό εισόδημα (Econoμου, 2015). Σοβαρά θεσμικά εμπόδια πλέον τίθενται και στην έκδοση βιβλιαρίων ανασφαλίστων, όπως επισημαίνουν οι κοινωνικοί λειτουργοί της έρευνας:

*“....έχει γίνει πάρα πολύ δύσκολη πλέον η έκδοση του βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας. Παλιά ίσχυε ότι ο Έλληνας που ήταν ανασφάλιστος και είχε περιορισμένα έσοδα δικαιούταν βιβλιάριο οικονομικής αδυναμίας τώρα όμως οι προϋποθέσεις έχουν δυσκολέψει πολύ και επίσης αργεί πάρα πολύ η έκδοση του βιβλιαρίου...”*

Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο, με βάση τις εκτιμήσεις του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ο αριθμός των ανασφαλιστών πολιτών προσεγγίζει τα 3,06 εκατομμύρια (Κυριόπουλος, 2014). Το υψηλό ποσοστό των ανασφαλιστών πολιτών επιβεβαιώνεται και σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας «Θριάσιο» σε συνεργασία με τον Ψυχιατρικό Τομέα του Νοσοκομείου, σχετικά με την πρόσβαση ψυχιατρικών ασθενών σε δωρεάν υπηρεσίες ψυχικής υγείας υπό ασφαλιστική κάλυψη. Από την έρευνα προέκυψε ότι μεταξύ 2010 και 2013 καταγράφηκε αύξηση κατά 9,7% του ποσοστού των ψυχικά ασθενών που απευθύνθηκαν στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας αντιμετωπίζοντας προβλήματα πρόσβασης σε δωρεάν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, γεγονός που καταδεικνύει την κλιμακούμενη αύξηση των ψυχικά ασθενών που δεν προσεγγίζουν τις υπηρεσίες υγείας μέσω ενός ασφαλιστικού φορέα (Νερούτσος και συν, 2014).

### III. Δεοντολογικά ζητήματα ως απόρροια των πολιτικών μείωσης των δαπανών και της αύξησης των ανισοτήτων στην υγεία

Το σύνολο των υποκειμένων της μελέτης διατείνεται ότι η χώρα έχει περιέλθει σε ανθρωπιστική κρίση, στη δίνη της οποίας η ανασυγκρότηση των υπηρεσιών υγείας βασίζεται στη μείωση του κόστους και οξύνει τις ανισότητες στον τομέα της υγείας. Τονίζουν δε, τη βαρβαρότητα των μεταρρυθμίσεων που έχουν ως βάση τη μείωση του κόστους και όχι την άρση των εμποδίων για την προαγωγή της κοινωνικής ισότητας στην υγεία.

Σύμφωνα με το άρθρο 4 του Π.Δ 23/1992 *“η άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού προϋποθέτει προσήλωση στα ιδεώδη της ελευθερίας και της δικαιοσύνης και πίστη στην αξία της ανθρωπίνης ύπαρξης και των δυνατοτήτων της”*. Ως εκ τούτου, οι κοινωνικοί λειτουργοί των νοσοκομείων έρχονται σε σύγκρουση με τις επαγγελματικές αρχές και αξίες της Κοινωνικής Εργασίας που διακηρύσσουν την κοινωνική δικαιοσύνη, την ίση πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και το δικαίωμα στην παρεχόμενη κοινωνική φροντίδα σε όλους όταν την χρειάζονται. Τα παρακάτω αποσπάσματα είναι ενδεικτικά των διλημάτων και των δεοντολογικών ζητημάτων των επαγγελματιών:

*“...Φυσικά έρχονται σε σύγκρουση (οι αρχές της Κοινωνικής Εργασίας) με την πραγματικότητα. Η πραγματικότητα σου λέει ότι δεν μπορείς να έχεις ίσες δυνατότητες πρόσβασης στην υγεία για όλους. Αν δεν έχεις πλέον χρήματα ή αν δεν είσαι ασφαλισμένος, υπολείπεσαι από τους άλλους και προπάντων αν δεν είσαι ασφαλισμένος, γιατί θα πρέπει να μπεις για λίγο στο νοσοκομείο και μετά άρον – άρον να φύγεις...”*

Τα υποκείμενα της μελέτης τονίζουν ότι η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης καθορίζεται από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, γεγονός που αυξάνει τις ανισότητες ως προς την πρόσβαση στην περίθαλψη. Σύμφωνα με το Διεθνές Δίκτυο Κοινωνικής Εργασίας για την Αντιμετώπιση των Ανισοτήτων στην Υγεία (2014), είναι οι κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές και περιβαλλοντικές συνθήκες που οδηγούν σε αυτές τις μεγάλες ανισότητες. Επιπλέον, όπως διαφαίνεται από την παρούσα μελέτη αλλά και από άλλες σχετικές έρευνες, όπως για παράδειγμα τις έρευνες για την παιδική θνησιμότητα, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι σε μεγάλο βαθμό κοινωνικά καθορισμένη. Σε διεθνές επίπεδο, έρευνες υποδεικνύουν ότι οι χαμηλοί ρυθμοί οικονομικής ανάπτυξης επηρεάζουν την παιδική θνησιμότητα και πρόδρομες μελέτες προβλέπουν ότι κατά μέσο όρο 200,000 με 400,000 επιπλέον παιδιά ανά έτος, δηλαδή συνολικά 1.4 με 2.8 εκατομμύρια, μπορεί να πεθάνουν αν η κρίση συνεχιστεί (Strier, 2013).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί της μελέτης αντιλαμβάνονται ότι οι πολιτικές υγείας που εφαρμόζονται τα χρόνια της κρίσης οδηγούν σε πολλαπλές στερήσεις και συνιστούν παραβιάσεις των ανθρωπίνων και κοινωνικών δικαιωμάτων, και καταθέτουν τα καθημερινά δεοντολογικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν:

*“...Πώς θα προάγεις την υγεία όταν ο ασθενής δεν έχει τα φάρμακά του; ...και τι να του πεις; Πρέπει να βρεθεί ένας τρόπος να τον βοηθήσεις να πάρει την αγωγή του, που είναι το βασικότερο και μετά όλα τα άλλα. Όταν αυτός ο άνθρωπος φεύγοντας από εδώ δεν έχει πού να πάει,... πώς θα ζήσει; Θα γυρίσει πού; Στον δρόμο πάλι;...”*

Η επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας μέσα από ιστορικά, ερευνητικά και εμπειρικά στοιχεία, υποστηρίζει ότι η κατάκτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για όλους τους ανθρώπους είναι θεμελιώδης προϋπόθεση για ένα κόσμο που παρέχει φροντίδα και για την επιβίωση του ανθρώπινου γένους (IFSW, European Region, 2010). Οι κοινωνικοί λειτουργοί της μελέτης, έχοντας ως γνώμονα την προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ασθενών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και παράλληλα τον ανθρωπιστικό και ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα του επαγγέλματος, αισθάνονται ότι οι δεοντολογικές τους αρχές και αξίες βάλλονται από την εφαρμογή των «μνημονιακών» πολιτικών υγείας.

*“...εντάξει, από την στιγμή που έχει αλλάξει ο στόχος, και η φιλοσοφία (του συστήματος υγείας) είναι οι αριθμοί, ενώ ο στόχος και η φιλοσοφία μας είναι ο άνθρωπος, τότε αυτόματα ερχόμαστε σε σύγκρουση...”*

Τα υποκείμενα της μελέτης τονίζουν ότι η οικονομική κρίση έχει εξελιχθεί σε ανθρωπιστική, καθώς δεν έχουν όλοι ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, γεγονός που έχει αναδειχθεί από πολλούς επιστήμονες που έχουν μελετήσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας (π.χ. Economou, 2015· Kentikelenis et al, 2014). Ταυτόχρονα, τονίζουν τη διαφορετική φιλοσοφία που διέπει το επάγγελμα, φιλοσοφία που έχει ως χαρακτηριστικό τη διεκδίκηση κάλυψης των ανθρωπίνων αναγκών και την υπεράσπιση των εξυπηρετούμενων. Αυτή η σύγκρουση, που περιγράφουν οι κοινωνικοί λειτουργοί του δείγματος, διαχωρίζει τη θέση τους από τις εφαρμοζόμενες πολιτικές υγείας που αφενός μειώνουν το κόστος και αφετέρου επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της περίθαλψης.

Όπως αναφέρει ο Ιωακειμίδης (2012), στο Συνέδριο της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Κοινωνικών Λειτουργών το καλοκαίρι του 2010 (Χονγκ Κόνγκ), ως αποτέλεσμα συμώσεων των ριζοσπαστικών και κριτικών κινημάτων της Κοινωνικής Εργασίας, οι κοινωνικοί λειτουργοί από όλες τις χώρες απαίτησαν τη σύνδεση της κοινωνικής εργασίας με την πολιτική δράση και την καταπολέμηση των κοινωνικών ανισοτήτων. Δεν είναι λοιπόν τυχαία η εναντίωση των κοινωνικών λειτουργών της μελέτης στις πολιτικές μείωσης κόστους και η διαφοροποίησή τους από πολιτικές που θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί του δείγματος προσπαθούν με διάφορους τρόπους να διεκδικήσουν τα δικαιώματα των εξυπηρετούμενων και να υπερασπιστούν τις αξίες του επαγγέλματος, αλλά και - όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν - να μπορέσουν να φύγουν από τον χώρο εργασίας τους ικανοποιημένοι από τις προσπάθειες που κατέβαλαν, έχοντας καταφέρει να επιτευχθούν οι στόχοι που έθεσαν για την παροχή βοήθειας και την υποστήριξη των ασθενών.

*“Τουλάχιστον προσπαθώ, ό,τι περνάει από το χέρι μου, για να είμαι ήσυχη με την συνείδησή μου, ότι ανάλογα με τις δυνατότητές μου και αυτό που μου δίνεται από τα εργαλεία που έχω, ... να έχω κάνει το υπέρτατο για να φεύγω ήσυχη εγώ...”*

*“...Όχι, δεν έχω αφήσει τίποτα. Κάνω την προσπάθειά μου για κάθε ασθενή και εντέλει είναι εκπαιδευτικό. Κατά κάποιο τρόπο του αποδεικνύεις του άλλου (εξυπηρετούμενου) ότι αν προσπαθήσουμε μαζί μπορούμε κάτι να καταφέρουμε, είναι θεραπευτικό κατά τη γνώμη μου, τον ενισχύεις, τον υποστηρίζεις. Αυτό είναι που κρατά την αισιοδοξία μου...”*

Ένας αριθμός κοινωνικών λειτουργών χρησιμοποιεί τη θεραπευτική συμμαχία για να επιτύχει στόχους και να επιφέρει την επιθυμητή αλλαγή. Όπως αναφέρει η Καλλινικάκη, *“η θεραπευτική συμμαχία ευνοεί τη διαχείριση του πόνου και του πένθους..”* και διευκολύνει.... *“τη μετατροπή του σκοτεινού θυμού σε διαυγείς πρωτοβουλίες για ανάπτυξη και αλλαγή”* (Καλλινικάκη 2012, σσ. 141-142).

#### IV. Προτάσεις για την αποτελεσματική άσκηση της νοσοκομειακής κοινωνικής εργασίας σε συνθήκες ανθρωπιστικής-οικονομικής κρίσης

Η πλειοψηφία των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών της μελέτης συμφώνησε ότι η δημοσιοποίηση των προβλημάτων σε ανώτερα στελέχη της δημόσιας διοίκησης και του Υπουργείου είναι ένας τρόπος πίεσης και προώθησης της επίλυσης των ζητημάτων των επωφελούμενων.

*“...Μπορεί (ο κοινωνικός λειτουργός) να επισημάνει τα προβλήματα που υπάρχουν στα υψηλότερα επίπεδα αφού είμαστε οι πρώτοι που αγωνιζόμαστε για αυτά...”*

*“...Θα πρέπει να βγάλει τα προβλήματα και να τα γνωστοποιήσει και στους ανώτερους, και στο υπουργείο και στις διοικήσεις. Να φαίνονται τα προβλήματα...”*

Τονίζεται λοιπόν η ανάγκη εντοπισμού και καταγραφής των νέων αναγκών και των νέων κοινωνικών προβλημάτων, ενδεχομένως μέσα από τεκμηριωμένη έρευνα, με σκοπό την ανάδειξη των προβλημάτων των ασθενών και την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στις παροχές υγειονομικής περίθαλψης.

Επιπλέον, δίνεται έμφαση στην αναγκαία συμμετοχή των κοινωνικών λειτουργών σε κεντρικά όργανα σχεδιασμού της πολιτικής υγείας, εφόσον, όπως ανέφεραν, είναι οι επιστήμονες που γνωρίζουν τις κοινωνικές ανάγκες των ασθενών και μπορούν να συνεισφέρουν στον σχεδιασμό προγραμμάτων και τη λήψη αποτελεσματικών μέτρων κοινωνικής πολιτικής στο χώρο της υγείας.

*“...Ο κοινωνικός λειτουργός είναι αυτός που βλέπει τα αιτήματα και έρχεται σε επαφή από πρώτο χέρι... αφουγκράζεται τα προβλήματα και μπορεί να τα μεταφέρει προς τα πάνω... μπορεί να συμμετέχει σε κεντρικά όργανα λήψης αποφάσεων και σχεδιασμού κοινωνικής πολιτικής...”*

Ένας αριθμός υπογράμμισε την ανάγκη για συλλογική δράση των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών, ώστε να αναδειχθούν τα προβλήματα και οι ανάγκες, να βρεθούν λύσεις και να δημιουργηθούν προγράμματα.

*“...Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι μια δυναμική ομάδα. Ένας μόνος του δεν νομίζω να μπορεί να κάνει τίποτα, αλλά συλλογικά νομίζω ότι υπάρχει δύναμη, ευαισθησία και γνώση για να έρθουν αλλαγές προς τον τομέα που εμείς θέλουμε...”*

Από τις απαντήσεις αναδεικνύεται η ανάγκη ενδυνάμωσης των ίδιων των κοινωνικών λειτουργών μέσα από συλλογικές δράσεις και πρωτοβουλίες, καθώς και μέσα από τον Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, ώστε να μπορούν να επηρεάσουν δυναμικά τα κέντρα λήψης αποφάσεων.

*“...Συλλογικά θα πρέπει να υπάρχει κινητοποίηση από όλους μας και ευαισθητοποίηση από όλους τους συναδέλφους... να πιέζουμε καταστάσεις, να αναδεικνύουμε τα προβλήματα που υπάρχουν.....αναζητώντας λύση συλλογικά...”*

*“... εγώ θα ήθελα ο κλάδος και μέσω του Συλλόγου να έχει πιο κεντρικές θέσεις σε κοινωνικά και προνοιακά θέματα...”*

Την ανάγκη συλλογικής δράσης επισημαίνει και η Παγκόσμια Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών (IFSW, 2010), η οποία διατείνεται ότι στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης, οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να δραστηριοποιηθούν και να αναπτύξουν συλλογική φωνή και ατζέντα με κοινές δράσεις για την κοινωνική ανάπτυξη (αναφέρεται στον Ασημόπουλο, 2012).

Μια άλλη μορφή συλλογικής δράσης, πιο συγκεκριμένη, που θα ενδυναμώσει τους κοινωνικούς λειτουργούς αυξάνοντας τις μεταξύ τους διόδους επικοινωνίας και συνεργασίας, είναι η δημιουργία ενός «δικτύου» των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών. Ένας εκ των ερωτώμενων συγκεκριμένα αναφέρει ότι είναι αναγκαίο,

*“...να ενωθούν οι κοινωνικοί λειτουργοί, να ανταλλάξουν απόψεις, να δημιουργηθεί δηλαδή ένα δίκτυο μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών που είναι στα νοσοκομεία, να ανταλλάσσουν προβληματισμούς, να βλέπουν πού μπορούν να διορθώσουν τα πράγματα ώστε να πιέσουν ομαδικά ...για να αλλάξουν κάποια πράγματα...”*

Είναι έκδηλη η ανάγκη των κοινωνικών λειτουργών να “διορθώσουν” την κατάσταση και να βρουν λύσεις στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς υπερασπιζόμενοι το δικαίωμα των τελευταίων στην υγεία. Μια παρόμοια ανάγκη κινητοποίησε την κοινότητα των κοινωνικών λειτουργών στο διεθνή χώρο, και το 2004 δημιούργησε το Δίκτυο Κοινωνικής Εργασίας για τις Ανισότητες στην Υγεία (Social Work and Health Inequalities Network- SWHIN) με αντικείμενο την ανάδειξη και αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία. Σύμφωνα με τον Bywaters, ιδρυτικό μέλος του, η αγωνία και οι προβληματισμοί του Δικτύου αντικατοπτρίζονται στην παρουσίαση εργασιών των μελών του σε μια σειρά Διεθνών Συνεδρίων. Ενδεικτικά αναφέρονται οι εργασίες που παρουσιάστηκαν στο 5ο Συνέδριο Κοινωνικής Εργασίας στην Υγεία και την Ψυχική Υγεία στο Χονγκ Κόγκ το 2006 και πιο πρόσφατα, στο 7ο Διεθνές Συνέδριο Κοινωνικής Εργασίας στην Υγεία και την Ψυχική Υγεία στο Λος Άντζελες το 2013, καθώς και στο 8ο Διεθνές Συνέδριο στην Υγεία και Ψυχική Υγεία το 2016 στη Σιγκαπούρη (Bywaters, <http://blogs.coventry.ac.uk/swihin/>, ανακτήθηκε στις 12/03/2016). Πρέπει να σημειωθεί όμως, ότι γενικά ο προσανατολισμός της νοσοκομειακής κοινωνικής εργασίας παραμένει κλινικός καθώς, και στα διεθνή συνέδρια, οι εργασίες επικεντρώνονται στις κλινικές δεξιότητες και την επίλυση προβλημάτων που πηγάζουν από ψυχολογικά μοντέλα, όπως τα μοντέλα που επικεντρώνονται στις αναπτυξιακές θεωρίες, στις θεωρίες διαχείρισης πένθους κ.α.

Συνεπώς, η αντιμετώπιση των προκλήσεων της παρούσας κατάστασης προϋποθέτει και την εκπαίδευση των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών σε μοντέλα παρέμβασης συμβατά με τα νέα δεδομένα στην υγεία και την πρόνοια, μοντέλα που αφογκράζονται τις νέες προκλήσεις και απαντούν δυναμικά στις αναδυόμενες και συνεχώς μεταβαλλόμενες ανάγκες των χρηστών των κοινωνικών υπηρεσιών. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που συμμετείχαν στη μελέτη μας τονίζουν τη σημασία της επιμόρφωσης των επαγγελματιών με εκπαιδευτικά προγράμματα συμβατά με τα νέα κοινωνικά δεδομένα. Παράλληλα όμως επισημαίνουν την αδυναμία τους να καλύψουν το κόστος της επιμόρφωσης ενόσω και οι ίδιοι βιώνουν τις οικονομικές συνέπειες της κρίσης στα εισοδήματά τους.

*“...Καταρχήν πρέπει να βοηθηθεί με την εκπαίδευση (ο επαγγελματίας). Να έχει δηλαδή ανάλογα με την εποχή και τα καινούρια δεδομένα και την κατάλληλη εκπαίδευση. Τώρα οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν έχουμε τη δυνατότητα να παρακολουθήσουμε ούτε ημερίδες. Τυχαίνουν σεμινάρια ή ημερίδες που έχουν 100€ συμμετοχή. Θα πρέπει να δοθεί μια δυνατότητα τέτοια, ώστε να υπάρχει πρόσβαση.”*

Το θέμα της αναπροσαρμογής της Κοινωνικής Εργασίας στις νέες κοινωνικές συγκυρίες, καθώς και των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα εκπαιδευτικά ιδρύματα για προσαρμογή των προγραμμάτων σπουδών ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της νέας κοινωνικής πραγματικότητας, απασχολεί τους ακαδημαϊκούς τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς. Οι απόψεις τους συγκλίνουν για την ανάγκη επανατοποθέτησης της Κοινωνικής Εργασίας στις τρέχουσες κοινωνικοπολιτικές εξελίξεις (Lievens, 2015· Morley, 2015) και την ανάγκη διαμόρφωσης μοντέλων παρέμβασης συμβατών με τις τρέχουσες συνθήκες της ανθρωπιστικής και οικονομικής κρίσης, καθώς και της ευαλωτότητας των πληθυσμών οι οποίοι απευθύνονται πλέον στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας (Strier, 2013· Καλλινικάκη 2012). Υπό αυτές τις συνθήκες, το ερώτημα που τίθεται είναι τι είδους μεθοδολογίες και ποιές προτεραιότητες θέτει το επάγγελμα για την επίτευξη μιας πιο βιώσιμης και δίκαιης κοινωνίας;

### ***Συζήτηση-Συμπεράσματα-Προτάσεις***

Από την εν λόγω μελέτη διαπιστώθηκε ότι τα κυριότερα ζητήματα που φέρουν οι νοσηλευόμενοι στους κοινωνικούς λειτουργούς είναι το άγχος, η ανεργία, η έλλειψη στέγης, η οικονομική ανέχεια και τα θεσμικά εμπόδια στην πρόσβαση σε δωρεάν υπηρεσίες υγείας. Όλα αυτά συνιστούν παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο της υγείας των ασθενών και συνδέονται άμεσα με τους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας, όπως έχουν περιγραφεί από την Επιτροπή για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστικούς Παράγοντες της Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2005). Οι δυσμενείς κοινωνικοοικονομικές συνθήκες κάτω από τις οποίες διαβιών οι ασθενείς, όπως παρουσιάστηκαν από το δείγμα της μελέτης, περιλαμβάνονται στους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παραγόντες των ανισοτήτων στην υγεία. Σε ένα γενικότερο πλαίσιο, μέσα από την έρευνα, αναδεικνύεται ότι, οι κοινωνικές συνθήκες της κλιμακούμενης ανθρωπιστικής και οικονομικής κρίσης δημιουργούν κοινωνικές ανισότητες που έχουν αρνητική επίδραση τόσο στην υγεία των απόμων που απευθύνονται στις νοσοκομειακές κοινωνικές υπηρεσίες όσο και στην πρόσβασή τους σε δωρεάν υπηρεσίες υγείας.

Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία έχει αναδειχθεί σε ζήτημα για την κοινωνική εργασία, δεδομένου ότι οι κύριοι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας είναι κοινωνικοί. Ως εκ τούτου, η Διεθνής Ατζέντα Κοινωνικής Εργασίας και Κοινωνικής Ανάπτυξης (2012) έχει καταγράψει σημαντικές δράσεις για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία με γνώμονα τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Παράλληλα, οι κοινωνικοί λειτουργοί που συμμετείχαν στην έρευνά μας προέβαλλαν την

ανάγκη συντονισμένων και πολυεπίπεδων δράσεων για τη διεκδίκηση και διαφύλαξη των δικαιωμάτων των ασθενών και για κοινωνική αλλαγή, που διακονεί η Κοινωνική Εργασία. Με έναυσμα τα αποτελέσματα και τους προβληματισμούς που τέθηκαν από την παρούσα μελέτη, προτείνεται η ανάδειξη των κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων των ανισοτήτων στην υγεία μέσα από μελλοντικές ερευνητικές μελέτες που θα λειτουργήσουν ως μέσο πίεσης και αντιμετώπισης του προβλήματος, καθώς και η παράλληλη δημιουργία ενός Δικτύου Κοινωνικών Λειτουργών που θα στοχεύει στην ανάδειξη και απομείωση των υγειονομικών ανισοτήτων στη χώρα μας.

Το υλικό που συλλέχτηκε από την έρευνα οδήγησε στη διαπίστωση ότι, τα τρέχοντα προβλήματα των ασθενών είναι κυρίως προβλήματα «περιβάλλοντος», αφού συνίστανται κυρίως σε έλλειψη εργασίας ή κακοπληρωμένη εργασία, οικονομικά προβλήματα, δάνεια κατοικίας, προβλήματα στέγασης και άλλα καίρια ζητήματα επιβίωσης, όπως ασφαλιστική κάλυψη, ένδυση και τροφή. Ως εκ τούτου, οι κοινωνικοί λειτουργοί καλούνται, μεταξύ άλλων, να υποστηρίξουν νέες ομάδες ασθενών, όπως οι «νεόπτωχοι» ή οι «φτωχοί εργαζόμενοι», ομάδες που έχουν άμεση σύνδεση με τη σύγχρονη ανθρωπιστική-οικονομική κρίση. Όπως διατείνονται οι συμμετέχουσες/οντες στην έρευνα, η αντιμετώπιση των προκλήσεων της συνεχιζόμενης κρίσης απαιτεί την υιοθέτηση μεθόδων και προσεγγίσεων και την εφαρμογή μοντέλων παρέμβασης συμβατών με τα νέα δεδομένα στις υπηρεσίες υγείας. Οι ερωτώμενες/οι συνέδεσαν τα προβλήματα περιβάλλοντος των ασθενών με το σύγχρονο διαμορφούμενο κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον και προέβαλλαν την ανάγκη εκπαίδευσής τους σε μοντέλα παρέμβασης που να ανταποκρίνονται στην νέα πραγματικότητα.

Σήμερα, φαίνεται περισσότερο επίκαιρη παρά ποτέ η «οικοσυστημική» οπτική της κοινωνικής εργασίας, που βασίζεται στη θεώρηση του «ατόμου – στο – περιβάλλον» και αναδεικνύει την κοινωνική διάσταση των προβλημάτων των εξυπηρετούμενων. Αυτή η οπτική της κοινωνικής εργασίας είναι η πιο διαδεδομένη προσέγγιση για την κατανόηση της σχέσης μεταξύ ατόμου και κοινωνικού περιβάλλοντος. Αντιλαμβάνεται τα άτομα και τα ευρύτερα κοινωνικά συστήματα ως ξεχωριστά αλλά συνεχόμενα στοιχεία που συναλλάσσονται μεταξύ τους σε σχέσεις αμοιβαίας επιρροής.

Τα σύγχρονα προβλήματα των ασθενών που σχετίζονται με την αύξηση των περιορισμών στην πρόσβαση των κατώτερων, κυρίως, κοινωνικοοικονομικών ομάδων σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγειονομικής και κοινωνικής περίθαλψης υπαγορεύουν προσεγγίσεις που στοχεύουν στην προώθηση και διεκδίκηση των κοινωνικών δικαιωμάτων των κοινωνικά ευπαθών ομάδων. Η εφαρμογή μεθοδολογικών

προσεγγίσεων ενάντια στην καταπίεση και τις διακρίσεις όπως η ριζοσπαστική και η κριτική Κοινωνική Εργασία, προτείνονται ως οι πλέον κατάλληλες. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εφαρμόζουν πρακτικές κατά της καταπίεσης και των διακρίσεων, από τη μια πλευρά παρέχουν εξατομικευμένη βοήθεια σε άτομα που ανήκουν σε αποδυναμωμένες και καταπιεσμένες ομάδες (π.χ. άτομα στα όρια της φτώχειας) και από την άλλη, μέσα από κοινωνικά κινήματα, διεκδικούν τα δικαιώματα των ομάδων αυτών: τα “προσωπικά” προβλήματα επαναπροσδιορίζονται σε “δημόσια” ζητήματα.

### ***Αντί επιλόγου***

Η πρόσφατη θέσπιση πολιτικών για την επέκταση της κάλυψης των ανασφάλιστων πολιτών για υγειονομικές υπηρεσίες, φαίνεται ότι είναι μια τρέχουσα θετική πολιτική εξέλιξη εναντίον των αποκλεισμών και των ανισοτήτων που αναδείχτηκαν ως μείζονα προβλήματα στην παρούσα μελέτη. Ωστόσο, τα μέτρα για τη δυνατότητα πρόσβασης των ανασφάλιστων πολιτών σε δημόσιες δομές υγείας καθυστέρησαν, με αποτέλεσμα την οικονομική επιβάρυνση με ιατρικές δαπάνες πολιτών που ανήκουν στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Επιπροσθέτως, ο νέος Νόμος 4368/2016 (άρθρο 33) θέτει προς συζήτηση θέματα οικονομικής συμμετοχής στη φαρμακευτική δαπάνη καθώς και ζητήματα που προκύπτουν από την απαιτούμενη διοικητική διαδικασία εφαρμογής του. Επιβάλλεται, επομένως, να μελετηθεί η εφαρμογή του νέου νόμου, και να αξιολογηθεί η επάρκεια και αποτελεσματικότητά του. Οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί είναι μεταξύ των επιστημόνων που μπορούν μέσα από τεκμηριωμένη έρευνα να συμβάλλουν σε ζητήματα εφαρμογής του.

Τέλος, η διεξαγωγή μελετών σχετικών με την ανάδειξη και την αντιμετώπιση των κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων των ανισοτήτων στην υγεία, στα πλαίσια της εφαρμογής των αρχών της κοινωνικής δικαιοσύνης, της αλληλεγγύης και της ισότητας, θα πρέπει να αποτελέσει πυλώνα της νοσοκομειακής Κοινωνικής Εργασίας.

### **Βιβλιογραφία**

#### **Ξενόγλωσσση**

- Auslander, G.K. (2000). Outcomes of Social Work intervention in health care settings. *Social Work in Health Care*, 31 (2), pp.31-46.
- Bywaters P. <http://blogs.coventry.ac.uk/swhin/>, ανακτήθηκε στις 12/03/2016.
- Dworkin, J. (1997). Social workers and national health care: Are there lessons from Great Britain? *Health and Social Work*, 22, pp.117-123.

- Economou, C. (2015). Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece. [Ηλεκτρονική έκδοση]. *World Health Organization, Regional Office for Europe*.
- Glaser, B & Suter, E. (2016). Interprofessional collaboration and integration as experienced by social worker in health care. *Social Work in Health Care*, 55 (5), pp. 395-408.
- Globerman, J. (1999). Hospital restructuring: Positioning social workers to manage change. *Social Work in Health Care*, 28 (4), pp.13-30.
- International Federation of Social Workers European Region e.V. (2010). *Standards in Social Work Practice meeting Human Rights*.  
 Ημερομηνία ανάκτησης 05/03/2015 από [http://cdn.ifsw.org/assets/ifsw\\_92406-](http://cdn.ifsw.org/assets/ifsw_92406-)
- Hopps, J. & Collins P.M. (1995). Social Work profession overview, In R.L. Edward (Ed) *Encyclopedia of Social Work* (19<sup>th</sup> ed.), pp. 2266-2282, Washington, DC: National Association of Social Workers Press.
- Jutz, R. (2015). The role of income inequality and social policies on income-related health inequalities in Europe. [Ηλεκτρονική έκδοση]. *International Journal for Equity in Health*, 14, pp.117.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, [Ηλεκτρονική έκδοση]. *The Lancet*, 378 (9801), pp.1457-8.
- Kentikelenis, A., Karanokolos, M., Reeves, A., McKee, M., Stuckler, D. (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. [Ηλεκτρονική έκδοση]. *The Lancet*, 383, pp.748-753.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D. (2012). Health and the financial crisis in Greece- Authors' reply, [Ηλεκτρονική έκδοση]. *The Lancet*, 379,(9820), pp.1002.
- Lievens, P. (2015). Social work education in times of crisis. Πρακτικά του Συνεδρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης Σχολών Κοινωνικής Εργασίας με θέμα, *Social Work Education in Europe: towards 2025*, Μιλάνο, 29 Ιουνίου – 2 Ιουλίου 2015.  
 Ημερομηνία ανάκτησης 18/12/2015 από:  
<http://www.eassw.org/userfiles/file/ppt-milan.pdf>
- Miley, K. K., O'Melia, M., & DuBois, B. (1998). *Generalist Social Work Practice: An empowering approach* (2<sup>nd</sup> ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Monterio, C., Arnold, J., Locke, S., Steinhorn, L., & Shanske, S. (2016). Social workers as care coordinators: Leaders in ensuring effective, compassionate care. *Social Work in Health Care*, 55 (3), pp. 195-213.

- Morley, C. (2015). Challenges and opportunities for critical social work education in times of crisis. Πρακτικά του Συνεδρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης Σχολών Κοινωνικής Εργασίας με θέμα, *Social Work Education in Europe: towards 2025*, Μιλάνο, 29 Ιουνίου – 2 Ιουλίου 2015. Ημερομηνία ανάκτησης 18/12/2015 από: <http://www.eassw.org/userfiles/file/ppt-milan.pdf>
- Oikonomou, N. & Tountas, Y. (2011). The Greek economic crisis: a primary health-care perspective. [Ηλεκτρονική έκδοση]. *The Lancet*, 377(9759), pp.28-29.
- Pecukonis, E.V., Cornelious, L. & Parrish, M. (2003). The future of health social work. *Social Work in Health Care*, 37(3), pp.1-15.
- Rehr, H. (1985). Medical care organization and the social service connection, *Health Social Work*, 10, pp. 245-257.
- Rachman, R. (1995). Community care: changing the role of hospital social work. *Health and Social Care in the Community*, 3(3), pp.163-172.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. [Ηλεκτρονική έκδοση]. *The Lancet*, 374(9686), pp.315-323.
- Social Work and Health Inequalities Network (SWHIN) - Δίκτυο Κοινωνικής Εργασίας για την Αντιμετώπιση των Ανισοτήτων στην Υγεία (2014). Promoting social and economic equity. Ημερομηνία ανάκτησης 13/12/2015 από: <http://blogs.coventry.ac.uk/swhin/>
- Strier, R. (2013). Responding to the global economic crisis: Inclusive social work practice. [Ηλεκτρονική έκδοση]. *Social Work*, 58(4), pp.344-353.
- The Global Agenda for Social Work and Social Development Commitment to Action- Διεθνής Ατζέντα Δράσης Κοινωνικής Εργασίας και Κοινωνικής Ανάπτυξης (2012). Ημερομηνία ανάκτησης 18/12/2015 από: <http://cdn.ifsw.org/assets/globalagenda2012.pdf>
- World Health Organization (2005). Commission on Social Determinants of Health, CSDH), Ημερομηνία ανάκτησης 05/03/2015 από: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/)

## Ελληνόγλωσσον

- Ευθυμίου, Κ., Αργαλιά, Ε., Κασκαμπά, Ε., Μακρή, Α. (2013). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα; [Ηλεκτρονική έκδοση]. *Εγκέφαλος*, 50, σελ.22-30.

- Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (1992). Προεδρικό Διάταγμα 23/1992, Άρθρο 4. *Αρχές, καθήκοντα, υποχρεώσεις, ασυμβίβαστα κατά την άσκηση του επαγγέλματος*. Εθνικό Τυπογραφείο.
- Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (2016). Νόμος 4368 21/02/2016, Άρθρο 33, *Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων* (Α'21).
- Ιωσηφίδης, Θ. (2008). *Ποιοτικές Μέθοδοι Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική.
- Ιωακειμίδης, Β. (2012). *Κοινωνική Εργασία για την Κοινωνική Δικαιοσύνη: Ριζοσπαστική και κριτική θεωρία, πρακτική, παραδείγματα*. Αθήνα. Εκδόσεις Ίων.
- Καλλινικάκη, Θ. (2010). Παραγωγή ποιοτικών δεδομένων. Στο Θ. Καλλινικάκη (Επιμ). *Ποιοτικές Μέθοδοι στην Έρευνα της Κοινωνικής Εργασίας*, σελ.149-187. Αθήνα: Τόπος.
- Καλλινικάκη, Θ. (2012). Όψεις της Κοινωνικής Εργασίας την εποχή της οικονομικής και κοινωνικής κρίσης. *Κοινωνική Εργασία*, 107(26), σελ.135-151.
- Καραγκούνης, Β. (2015). Η κοινωνική εργασία στο χώρο της υγείας. Στο Κ.Λ.Κουντή-Χρονοπούλου, Μ. Τζεδάκη και Μ. Πασσά (Επιμ). *Η Συμβολή της Κοινωνικής Εργασίας στην Ψυχιατρική Θεραπευτική*, σελ. 66-74, Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
- Κυριόπουλος, Γ. (2014). Πολιτική Υγείας: αλήθειες, ψεύδη, αυταπάτες.[Ηλεκτρονική έκδοση]. *Χρόνος*, Τεύχος 12.
- Κυριόπουλος, Γ. & Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. [Ηλεκτρονική έκδοση]. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5), σελ.834-840.
- Μπανούση, Α. (2014). Υγεία: Η πορεία ενός κεκτημένου κοινωνικού αγαθού σε περίοδο οικονομικής κρίσης και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 3(3), σελ.134-141.
- Μαλλιάρου, Μ. & Σαράφης, Π. (2012). Οικονομική κρίση: Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας, [Ηλεκτρονική έκδοση]. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11(1), σελ.203-212.
- Νερούτσος, Ε., Παχή, Α., Μπισμίκη, Ε., Κοντομηνά, Ε., Λύτρα, Ν., Φιστέ, Μ. (2014). Οικονομική κρίση και προβλήματα πρόσβασης σε δωρεάν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. *22<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής*, 10-13 Απριλίου 2014, Ιωάννινα.
- Παγκόσμια Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών (IFSW, 2010). Στο Χ. Ασημόπουλος (2012). Οικονομική Κρίση, Ψυχική Υγεία και Κοινωνική Εργασία. *Κοινωνική Εργασία*, 107(26), σελ.167-180.

- Πουλόπουλος, Χ. (2012). Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας. *Κοινωνική Εργασία*, 107(26), σελ.153-166.
- Robson, C. (2007). *Η Έρευνα του Πραγματικού Κόσμου: ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές*. (Μτφρ. Β. Νταλάκου και Κ. Βασιλικού). Αθήνα: Gutenberg. (Αρχική δημοσίευση, 1993).