

Κλινική Κοινωνική Εργασία και Διεπιστημονική Συνεργασία*

Καλλιόπη Παπαϊωάννου (M.S.W.)

Καθηγήτρια Κοινωνικής Εργασίας, Τ.Ε.Ι. Αθήνας

Ο Αριστοτέλης τον τέταρτο προ Χριστού αιώνα έλεγε πως “αυτός που δεν μπορεί να ζήσει στην κοινωνία, αυτός που δεν έχει ανάγκες αλλά είναι αυτάρκης, πρέπει να είναι ή ένα ζώο ή ένας θεός”.

Το άγχος του αρρώστου για την αρρώστεια του, ο τρόπος που χρησιμοποιείται για να καλύψει τις ανάγκες του, ο ρόλος του “εγώ” να αντιδρά και/ή να συνεργάζεται με την αρρώστεια ή να την χρησιμοποιήσει για να κυριαρχήσει στην οικογένεια και στις σχέσεις με τα μέλη της και ο υποστηρικτικός ή αρνητικός ρόλος των συγγενών παίζουν σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή του ασθενή και της οικογενείας του. Είναι γνωστό ότι η Κοινωνική Εργασία έχει επηρεαστεί πολύ από τη δυναμική-ψυχαναλυτική ψυχιατρική και ότι ο κοινωνικός λειτουργός διαθέτει γνώσεις και τεχνικές παρέμβασης στο κοινωνικό περιβάλλον και τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών. Συγκεκριμένες γνώσεις που δεν απορρέουν μόνο από την άσκηση της ιατρικής κοινωνικής εργασίας αλλά που στηρίζονται επάνω σε εξειδικευμένες θεωρητικές γνώσεις μεταπτυχιακού επιπέδου, μπορούν να προσαρμοστούν στο ιατρικό πρόβλημα και να βοηθήσουν π.χ. τον άρρωστο να αποδεχθεί την αρρώστεια, την αναπηρία-χάσιμο, με τη μικρότερη δυνατή ματαίωση ή να τον “διδάξει” με τη Συμβουλευτική Κοιν. Εργασία να αναλάβει την ευθύνη για την αποδοτική χρησιμοποίηση της ιατρικής θεραπείας.

Τα τελευταία χρόνια έχουμε ευαισθητοποιηθεί σημαντικά σε θέματα όπως ειδικές ανάγκες, τρίτη ηλικία, δομή οικογένειας κ.λπ., και έχουμε φθάσει ομόφωνα σχεδόν στο συμπέρασμα ότι η ανάγκη για συνεργασία όλων των υπηρεσιών που εξυπηρετούν αυτές και άλλες ανάγκες ή καταστάσεις, είναι επιτακτική. Όμως σχεδόν πάντοτε οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι λιγότερες από ότι θα επέτρεπαν στα άτομα αυτά να ζήσουν ικανοποιητικά. Και αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι η συνεργασία των διαφορετικών αλλά σημαντικότατων ειδικοτήτων, η Διεπιστημονική Συνεργασία, η επιστημονικά σχεδιασμένη συνεργατική προσπάθεια, δεν λειτουργεί. Εύλογο το ερώτημα που γεννιέται. Ποια είναι τα βασικά στοιχεία, οι προϋποθέσεις της Δ.Σ.:

1. Η Προετοιμασία. Τα μέλη της Ομάδας πρέπει να είναι προετοιμασμένα συνειδητά. Εξάλλου α) ρυθμοί εργασίας, β) ευαισθητοποίηση της ομάδας, γ) περιεχόμενο, δ) δημόσιο αίσθημα είναι παράγοντες που πρέπει απαραίτητα να ληφθούν υπόψη αν θέλουμε να αναφερόμαστε σε ουσιαστική προετοιμασία.

* Εισήγηση στο Επιμορφωτικό Σεμινάριο “Κλινική Κοινωνική Εργασία στον τομέα της Υγείας: Τεχνικές και Δεξιότητες”, που οργάνωσε το Συμβούλιο Επιμόρφωσης στην Κοινωνική Εργασία, (ΣΕΚΕ)) 23-26 Νοεμβρίου 1989, στην Αθήνα.

2. Η Δομή και η Οργάνωση. Οι “φυσικοί” παράγοντες παίζουν σοβαρότατο ρόλο, π.χ. μέγεθος ομάδας, τόπος, χρόνος, διάρκεια κ.λ.π. Η Συνεργασία δεν προχωρεί μόνη της!

3. “Η κατάλληλη στιγμή” (ambience). Μπορεί να ληφθούν υπόψη όλα τα παραπάνω μέτρα και η Δ.Σ. να μην είναι αποδοτική. Σε περιόδους μεγάλης κρίσης λ.χ. υπάρχει η κινητήρια δύναμη για αλληλοκατανόηση και συνεργατικότητα περισσότερο από “ομαλές” εποχές.

4. Η έμπνευση και η καθοδηγητικότητα. Ίσως φαίνεται ειρωνικό αλλά χρειάζεται και η προσωπική συμβολή και η πίστη του κάθε μέλους, στοιχεία που μπορεί να οδηγήσουν σε έμπνευση και επινοτικότητα που αναζωογονεί τη συνεργασία και εγγυάται την αποτελεσματικότητά της.

Υπέρ και κατά της Διεπιστημονικής Συνεργασίας

Η ανάγκη να συζευχθούν ξεχωριστές αλλά αλληλοσυνδεόμενες επαγγελματικές κατευθύνσεις παρουσιάστηκε με αυξανόμενη γεωμετρική πρόοδο τα τελευταία 20 χρόνια και ήταν η απάντηση στη ραγδαία ανάπτυξη της πολυσυνθετότητας των αναγκών, των γνώσεων και της επακόλουθης ανάγκης για εξειδίκευση. Μεταφράζω την Αναφορά των Κοινωνικών Υπηρεσιών του 1959, στη Μ. Βρετανία: “...σχετικά με τη διαρκή αύξηση, την πολυπλοκότητα, την έκταση της σημερινής γνώσης, κανένα μεμονωμένο επάγγελμα όπου αναφέρεται στο ευρύ φάσμα των ανθρωπίνων αναγκών, μπορεί να είναι αποκλειστικά πρωταγωνιστικό και υπεύθυνο σε σύγκριση με άλλα. Κάθε ένα έχει την αποκλειστικά δική του λειτουργία και την απαραίτητη επικάλυψη. Αυτή η επικάλυψη απαιτείται για έξυπνη και παραγωγική συνεργασία (cooperation-teamwork). Ακόμη εξασφαλίζει την κατά το δυνατόν ευρύτερη ολιστική αντιμετώπιση του ατόμου...”.

Η εμπειρία της συνεργασίας έχει προκαλέσει αντιδράσεις και αποτελέσματα συχνά αρνητικά. Αλλά το ερώτημα δεν είναι διεπιστημονική συνεργασία ή όχι, γιατί αυτή επιβάλλεται να υπάρχει τουλάχιστον σε ορισμένες υπηρεσίες υγείας-πρόνοιας για επιτυχία του έργου τους. Η αλληλεξάρτηση των διαφόρων ειδικών στην αντιμετώπιση πολύπλοκων καταστάσεων όπως όχι τυχαία ατυχήματα σε παιδιά, τους καθιστά αναγκαστικά ομάδα εξ ορισμού άλλο αν ονομάζονται έτσι. Διαομαδική συνεργασία υπάρχει όταν ο σκοπός που αναλαμβάνεται απαιτεί τις αλληλοεξαρτώμενες γνώσεις και εμπειρία δύο τουλάχιστον εκπροσώπων δύο διαφορετικών επιστημονικών κατεθύνσεων. Δηλαδή οι επαγγελματίες αυτοί είναι απαραίτητο να συνεργαστούν και να συντονίσουν τις ενέργειες τους εφόσον η αντιμετώπιση της κατάστασης δεν είναι εφικτή από τον ειδικό μιας και μόνο επιστήμης. Βεβαίως αυτό δεν σημαίνει ότι τα μέλη της ομάδας είναι συνεχώς μαζί ή ότι “χάνουν” την ταυτότητά τους. Σημαίνει ότι, κατά διαστήματα η υφή του σκοπού απαιτεί συντονισμό για τη μελέτη και τον προγραμματισμό του σχεδίου δράσης, τον καταμερισμό εργασίας, τις προτεραιότητες για τη συγκεκριμένη περίπτωση, την κοινή χρησιμοποίηση του πληροφοριακού υλικού ως βάση για τη διεργασία-λύση του προβλήματος. (Ας σημειωθεί στο σημείο αυτό η αλυσιδωτή ιδιότητα των προβλημάτων που τόσο σοφά αναφέρεται στη βιβλιογραφία, βλ. Perlman, Hamilton, Ackerman).

Η συνεργασία μπορεί να περιέχει σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας όταν η συμμετοχή των “ειδικοτήτων” αλληλοκαλύπτεται ή/και είναι ασαφής, διφορούμενη ή ακόμη όταν ο βαθμός της αλληλεξάρτησης είναι περιορισμένος. Έτσι προβλήματα ανταγωνιστικότητας αναφορικά με το κύρος, την ιεραρχία, την αντιμισθία,

τις αντικρουόμενες αντιλήψεις για το ρόλο και τις ευθύνες, την αυτονομία και την ανεξαρτησία, περιορίζουν αν όχι εμποδίζουν τις τόσο σημαντικές προοπτικές επιτυχίας. (Rushing W.A., 1964 και Luszki M., 1958).

Άλλα εμπόδια στη διεπιστημονική λειτουργικότητα

Η διεπιστημονική συνεργασία για να επιτύχει προϋποθέτει κοινούς σκοπούς και ανάπτυξη ενός και μόνο σχεδίου δράσης όπου το κάθε μέλος της ομάδας είναι διαφορετικό, αλλά γνωρίζοντας το περιεχόμενο του “δικού” του τομέα και όντας ικανοποιημένος και ασφαλής με την επιστημονική του ταυτότητα, δέχεται τη συνεργασία γιατί γνωρίζει ότι συμβάλλει ενεργά στην επιτυχία του κοινού σκοπού που έχει τεθεί. (Σ’ ένα puzzle το κάθε κομμάτι, όσο μικρό και αν είναι, αφήνει αναναπλήρωτο κενό).

Η θέση αυτή δεν υποβιβάζει κατά κανένα τρόπο τις δυσκολίες που ενδημούν και τα προβλήματα που ανακύπτουν και που τα πιο συνηθισμένα είναι:

1. η έλλειψη εκπαιδευτικής προετοιμασίας των μελών
2. η ασάφεια των ρόλων και η ανακολουθία των προσδοκιών
3. οι διαφορές status
4. οι δομές ισχύος
5. οι ηγετικές τάσεις

Από τη Θεωρία στην Άσκηση στις Υπηρεσίες Υγείας

Η σημερινή κατάσταση δείχνει ότι τα μέλη των διεπιστημονικών ομάδων πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, όπως ήδη προαναφέρθηκε, ανήκουν σε διαφορετικά επαγγέλματα. Ο καθένας έχει ακολουθήσει τη “δική” του εκπαίδευση, ανεξάρτητα μεταξύ τους μαθήματα, άσκηση σε κάποιο φορέα υγείας χωρίς να παίρνουν υπόψη τους, τυχόν συγκρούσεις, τυχόν επικαλύψεις, τυχόν τέλος θετική για τον άρρωστο και την επιστήμη που ο καθένας εκπροσωπεί. Με άλλα λόγια κάθε επιστημονική κατεύθυνση δρα και σχεδιάζει ερήμην των άλλων τις πιο πολλές φορές στην καθημερινή κλινική πραγματικότητα.

Τρεις είναι οι απόψεις αντιμετώπισης του σοβαρού αυτού θέματος κατά τη γνώμη μου: η εκπαίδευση, η έρευνα και η άσκηση-εφαρμογή. **Η εκπαίδευση.** Πολλά μαθήματα κοινά για τις διάφορες συνεργαζόμενες ειδικότητες παράλληλα βέβαια με την ειδική μεθοδολογική εκπαίδευση της κάθε επιστημονικής κατεύθυνσης. Αυτό έχει δύο σημαντικά πλεονεκτήματα: 1. ο ίδιος καθηγητής διδάσκει περισσότερες από μια συγκεκριμένη επιστήμη και 2. τα μέλη των κοινών αυτών τάξεων γνωρίζουν και αποδέχονται την ύπαρξη και συνεργασία τους με άλλες “ειδικότητες” χωρίς να αισθάνονται μειονεκτικά. Εδώ πρέπει να προστεθεί ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι συνήθως περισσότερο έτοιμοι για γόνιμοι συνεργασία με γιατρούς, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγους, διοικητικούς κ.λ.π. Επαγγελματικές ιδιότητες δεν μπορούν να αποκτηθούν με βραχύχρονα μαθήματα (γνώσεις, δεξιότητες, επαγγελματικές τοποθετήσεις, αίσθηση ασφάλειας και συγκεκριμένη ταυτότητας). **Έρευνα και εφαρμογή.** Όπως περιγράφει ο Bill Fraser, (ψυχίατρος στο νοσοκομείο Gogarburn του Εδιμβούργου, οργανώθηκαν στο πανεπιστήμιο δύο τετραήμερα σεμινάρια με τριάντα μέλη από δεκαέξι διαφορετικές επιστημονικές κατευθύνσεις μεταξύ των οποίων τρεις κοιν. λειπουρ-

γοί, δύο νέοι κοιν. λειτουργοί, καθηγητές ιατρικής, νοσηλευτικής και κοινωνικής εργασίας, νέοι γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, νοσηλευτές φυσικοθεραπευτές κ.ά. Έγιναν δεκατρία σεμινάρια και φροντιστήρια καθώς και μικρές ομάδες εργασίας. Ο σκοπός ήταν η ενημέρωση όλων αυτών που από τη δική του πλευρά ο καθένας εργάζονται για την αποκατάσταση του αρρώστου και γνωρίζουν τη συμβολή και τη βαρύτητα της κλινικής φροντίδας. Τι είχε επιτευχθεί; Για να αποφύγουμε τη λεπτομερειακή αναφορά θα αρκεστούμε μόνο σε τούτο: τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη δοκιμασία που υποβλήθηκαν πριν, αμέσως μετά και ύστερα από έξι μήνες, ούτε υπήρξε διαφορά στις τοποθετήσεις των ομάδων. Δεν παρουσιάστηκαν ίχνη απόκτησης νέων γνώσεων, πληροφοριών ή προοπτικών. Οι ανεπίσημες μικρές ομάδες συζήτησης είχαν τη μεγαλύτερη αξία για τους συμμετέχοντες, που όταν ρωτήθηκαν τί θα ήθελαν να προγραμματιστεί για επόμενα σεμινάρια απάντησαν:

1. Συστηματικές διεπιστημονικές εκπαιδευτικές συναντήσεις με επισκέπτες, (ασφαλές μέτρο που πολύ λίγο εμπλέκει τον συμμετέχοντα ακροατή).
2. Μαθήματα όπως έγιναν αλλά με περισσότερο χρόνο προγραμματισμένο για συζητήσεις ομάδων ώστε να υπάρξει χρόνος στις ομάδες να προσαρμοστούν και να αποδώσουν συντονισμένο έργο.
3. Μακροχρόνιο (ένας χρόνος) πολύ υψηλού επιπέδου πακέτο “κοινωνικών” μαθημάτων ή εβδομαδιαία νυκτερινά μαθήματα.

Συμπληρώνοντας το θέμα έρευνα και εφαρμογή ήθελα να προσθέσω και τα παρακάτω: Τρία συστήματα επενεργούν σε κάθε πολυεπαγγελματική οργάνωση α) το σύστημα εξουσία, (authority), β) το σύστημα επάγγελμα-καριέρα και γ) τα πολιτικά πράγματα. Η Δ.Σ. βασίζεται συνήθως περισσότερο σε μέλη που είναι γνωστά για τις τοποθετήσεις τους και τον “ανίσχυρο” χαρακτήρα τους και λιγότερο στην εκπροσώπηση του επαγγέλματός τους. Εξάλλου η νομική βάση, η ιεραρχία και η δομή των επαγγελμάτων που συνεργάζονται επηρεάζουν την όλη πορεία, από τη διάταξη των καθισμάτων ως τη σειρά ομιλητών π.χ. που πρέπει να ακολουθηθεί. Ίσως να εκφράζονται μερικές ιδέες-λύσεις, αλλά ο χρόνος που έχει διανυθεί είναι μεγάλος και αντιστοιχιστικός. Στο κλινικό τέλος επίπεδο, συγκρούσεις του τύπου ανάγκη προβολής και επίδειξης σε βάρος της ουσίας, ιεραρχία, πολιτικές σκοπιμότητες, παρεμβαίνουν στη θεωρητικά ευπρόσδεκτη συνεργασία. Σοβαρό ακόμη εμπόδιο είναι και η απόδοση των ευθυνών. Υπευθυνότητα είναι η προσπάθεια εξασφάλισης και αύξησης του επιπέδου του επαγγέλματος. Ποια οργάνωση όμως είναι υπεύθυνη για το επαγγελματικό και εκπαιδευτικό καθορισμό του επιπέδου συνεργασίας;

Στις υπηρεσίες υγείας η σχετική επιτυχία και η “πολυτέλεια” της Δ.Σ. δεν οφείλεται στις πολύ καλές επαγγελματικές προσπάθειες αλλά συχνά στο αντίθετο, στις μεμονωμένες προσπάθειες κάποιου. Και οι υπηρεσίες υγείας είναι μηχανιστικές στη δομή τους. Είναι κατάλληλες για ήρεμες συνθήκες με καθαρή ιεραρχία ελέγχου, ενώ όπως υπογραμμίζουν οι Stalker και Burus “Education”, η δομή της διοίκησης είναι συνήθως “οργανιστική”. Οι νέοι όροι προσαρμόζονται σε νέες και ασταθείς συνθήκες, αντιμετωπίζουν νέα και άγνωστα προβλήματα, προβαίνουν σε συνεχή αναπροσαρμογή και αναθεώρηση των ατομικών ευθυνών ενώ τονίζουν τη συμμετοχική και όχι την περιοριστική φύση του ειδικού.

Διεπιστημονική Συνεργασία (Teamwork). Ένα νέο δεύτερο πρόγραμμα μαθημάτων οργανώθηκε

στο Edsall της Αγγλίας τελείως διαφορετικά, με ομαδικές παρουσιάσεις και εργαστήρια, με συγκεκριμένους σκοπούς και ευθύνες. Πολύ μικρή έμφαση δόθηκε στην απόκτηση γνώσεων ενώ πολύ περισσότερη στις διαθέσεις των συμμετεχόντων προς τις άλλες ειδικότητες κάτι που είχε αποδείξει η προηγούμενη εμπειρία. Ένα διαφοροποιημένο τεστ που δόθηκε, έδειξε μεγαλύτερη ανεκτικότητα και εκτίμηση για τις άλλες ειδικότητες. Ιδιαίτερα για τους κοινωνικούς λειτουργούς και τους επισκέπτες υγείας οι διαθέσεις έγιναν ιδιαίτερα θετικές. Δεν υπάρχει αμφιβολία πως η επικοινωνία-συνεργασία κάτω από τη “συμβίωση” μερικών ημερών βελτιώνουν τις διαθέσεις για συνεργασία, την εκτίμηση των δυνατοτήτων του άλλου ειδικού και στην καλύτερη κατανόηση των διαφορετικών τους ρόλων. Ο Costin αναφέρει ότι δεν υπάρχει στη βιβλιογραφία ένδειξη ότι οι διαλέξεις επηρεάζουν τις διαθέσεις παρότι υπάρχουν επιστημονικές αναφορές όπως αυτή του Jay Report που υπογραμμίζει τη δύναμη της επιμόρφωσης και της παροχής νέων τύπων πληροφοριών. Ας σημειωθεί ότι πρέπει να καταβάλλεται ιδιαίτερη προσοχή στο σημείο αυτό γιατί είναι γνωστό ότι οι έμπειροι, υψηλής εξειδίκευσης επαγγελματίες προσλαμβάνουν πολύ περιορισμένο αριθμό πληροφοριών για το πλαίσιο εργασίας ενός επαγγελματία άλλης ειδικότητας.

Προοπτικές

Η ανάγκη σύζευξης διαφορετικών αλλά αλληλοσυνδεόμενων επαγγελματικών δεξιοτήτων αναπτύχθηκε τα τελευταία 20 χρόνια και ήταν αποτέλεσμα της αύξησης, της πολυσυνθετότητας οργανώσεων και αναγκών, (με πρώτες στη σειρά ελπίζω τις πιο πολλές φορές τις ανάγκες!), τη διεύρυνση των γνώσεων και την αναγκαιότητα της εξειδίκευσης.

Στη Μ. Βρετανία και πάλι, **Η Αναφορά στις Υπηρεσίες Κοινωνικής Εργασίας, Report on Social Work Services**, υπογραμμίζει ότι “εξαιτίας της ταχύτατης αύξησης, της σύνθεσης και της έκτασης των σημερινών γνώσεων, κανένα μεμονωμένο επάγγελμα που αναφέρεται στις ανθρώπινες ανάγκες δεν μπορεί να απαιτήσει την αποκλειστικότητα με άλλα επαγγέλματα. Καθένα έχει τις βασικές ιδιαίτερες λειτουργικές του δομές αλλά και τις σχετικές επικαλύψεις με άλλα. Αυτή η επικάλυψη, συνεχίζει η αναφορά είναι απαραίτητη για την αποδοτική διεπιστημονική συνεργασία ενώ εξασφαλίζει την ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών του κάθε ανθρώπου”.

Η εμπειρία, ως τώρα βέβαια, έχει δώσει ανάμεικτα αποτελέσματα και αντιδράσεις. Τις περισσότερες φορές δυστυχώς πολύ πιο κάτω από τις δυνατότητες της, όπως ήδη τονίστηκε. Αυτό βέβαια δε σημαίνει Διεπιστημονική Συνεργασία ή όχι, γιατί για την επιτυχία πολλών υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας και υγείας η διεπιστημονική συνεργασία αποτελεί προϋπόθεση. Εδώ το πεδίο δράσης πολλών αλληλοεξαρτώμενων και αλληλοεπηρεαζόμενων ειδικοτήτων στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων όπως κακοποίηση παιδιών, συζύγων, γερόντων ή ατόμων με ειδικές ανάγκες, προϋποθέτει “ομαδική” αντιμετώπιση έστω και αν δεν ονομάζεται διεπιστημονική συνεργασία. Συνεργασία σημαίνει ότι όλοι οι περιλαμβανόμενοι εκπρόσωποι πρέπει να δεχθούν να δουλέψουν μαζί και να συντονίσουν τις ενέργειές τους γιατί “δουλειά” δεν μπορεί να γίνει και να είναι αποτελεσματική, από τον εκπρόσωπο μιας επιστήμης. Αυτό βέβαια σημαίνει ότι συντονισμό για το πρόγραμμα, θα καθορίσει προτεραιότητες και θα υπογραμμίσει την αναγκαιότητα μοιράσματος (sharing) όλων των στοιχείων, ως βάση για το σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων.

Προβλήματα που αναφέρονται δε φαίνεται να είναι εγγενή στις μεθόδους αυτές συνεργασίας, αλλά μάλλον να συνδέονται με το βαθμό και την έκταση που οι ρόλοι και οι λειτουργίες των μελών της ομάδας καθορίζονται με σαφήνεια και αλληλοσυμπληρώνονται. Μια ορχήστρα ή μια ποδοσφαιρική ομάδα μπορούν να εργαστούν με επιτυχία με αυτό το μοντέλλο και το κάνουν. Δηλαδή οι ρόλοι του κάθε μέλους είναι καθορισμένοι με σαφήνεια αφενός και κοινή αποδοχή αφετέρου. Η επιτυχία του καθενός αλλά και του συνόλου εξαρτάται από τον κάθε άλλον και την σωστή διεκπεραίωση του ρόλου του. Ακόμη και άτομα με ίσως προσωπικούς ανταγωνισμούς δεν επηρεάζουν αυτή την άρτια οργανωμένη συνεργασία. Αντίθετα η Διεπιστημονική Συνεργασία γίνεται σχεδόν αδύνατη στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας όταν το περιεχόμενο του ρόλου του κάθε μέλους είναι ασαφές, όταν υπάρχει μεγάλη αλληλοκάλυψη ή όταν ο βαθμός της αμοιβαίας εξάρτησης είναι άδικος ή/και μονομερής. Θέματα γοήτρου (prestige), αντιμισθίας, αντικρουόμενες αντιλήψεις ρόλων, καθηκόντων και ευθυνών και προνομίων, είναι δυνατόν να δημιουργήσουν σοβαρές συγκρούσεις και να προσθέσουν αζεπέραστα πολλές φορές προβλήματα στη λειτουργία της οργάνωσης (Rushing, W.A. 1964).

Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Η παραδοσιακή ιατρική αντίληψη που είναι σωστή και ανθρωπιστική, είναι να προστατεύει τον άρρωστο από το σωματικό πόνο. Αυτό ακριβώς όπως τονίζει η Zelda Foster σε άρθρο της στο βιβλίο των A. Pincus & A. Minahan **Social Work Practice: Model & Method** ενισχύει το ρόλο μοντέλο για το γιατρό δηλ. αυτός είναι υπεύθυνος να γνωρίζει τι είναι το καλύτερο για τον ασθενή με αποτέλεσμα ο ρόλος των άλλων μελών του προσωπικού να ακολουθεί τη συνταγή αυτή.

Αυτή η αντίληψη οδήγησε 1) τους ασθενείς να ξέρουν τις προσδοκίες τους. Όσοι δεν ακολουθούσαν αυτό το μοντέλλο, δεν ρωτούν, δεν επιμένουν να ξέρουν τι ακριβώς έχουν και βέβαια δύσκολα συμμερίζονται τα συναισθήματα τους με το προσωπικό. 2) την οικογένεια να έχει την ευθύνη να συμμερίζεται τη διάγνωση με το γιατρό και να προστατεύει τον άρρωστο από το να τη μάθει. Έτσι α) η οικογένεια αφήνεται στην αμφιθυμία της που τις περισσότερες φορές είναι να προστατεύσει τον άρρωστο από ότι θα του προξενούσε πόνο και λύπη β) το προσωπικό του νοσοκομείου με ανακούφιση αφήνει αυτό το ρόλο που είναι δικός του, και γ) ο ασθενής αφήνεται έξω από κάθε λήψη απόφασης. Είναι συνεπώς ανήμπορος, εξαρτημένος και ανίκανος για προσωπική συμβολή. Οικονομικά θέματα, μελλοντικά σχέδια, έννοιες του σπιτιού και των παιδιών δεν φθάνουν στον άρρωστο.

Ο κοινωνικός λειτουργός έχει ως σκοπό να βοηθήσει ασθενείς και οικογένειες με τα ιατρικά και τα κοινωνικά τους προβλήματα. Η ουσία όμως της Κοιν. Εργασίας είναι να διερευνήσει πώς κοινωνικοί-εξωτερικοί παράγοντες συνδέονται με συναισθήματα και πώς αλληλεπηρεάζονται. Επανεξετάζει λοιπόν το ρόλο του με προβληματισμούς όπως α) βαθμός πίεσης στους ασθενείς που έβρισκαν μόνο μικρή ανακούφιση που είχαν δυσκολία να δεχθούν τον προγραμματισμένο τους ρόλο, β) ποιο το κόστος για τον ασθενή που αποκλείεται από το να έχει γνώμη για τις ανάγκες του, τα διλήμματά του, τις επιθυμίες του και να τα συμμερίζεται με την οικογένειά του. Όπως αναφέρθηκε, το κύριο μέλημα του κοιν. λειτουργού είναι τα συναισθήματα, οι σκέψεις, οι διαθέσεις του αρρώστου και της οικογένειάς του, που εκφράζονται στις μεταξύ

τους σχέσεις. Τότε παρουσιάζουν στοιχεία που ήταν “κρυμμένα” και ίσως taboo. Γίνονται ορατές οι πιέσεις που βιώνουν συναισθήματα μοναξιάς, απόρριψης ή εγκατάλειψης. Αισθάνονται αποκομμένοι από τους άλλους, βρίσκουν ότι οι ερωτήσεις τους δεν παίρνουν απάντηση, ή οι απαντήσεις είναι μονολεκτικές ή μισές. Αυτό ενισχύει τις ενοχλητικές φαντασιώσεις και τα συναισθήματα απογοήτευσης και καχυποψίας. Εξάλλου η αποξένωση από την οικογένεια και τη λειτουργία της, τους κάνει αμφιθυμικούς πάνω στο τι θέλουν να μάθουν. Την αλήθεια ή “το παραμύθι”; Χρειάζονται να βοηθούν να απελευθερωθούν από το δίλημμα αυτό αλλά, επιπλέον, έχουν ανάγκη από τις παρεμβάσεις του κοιν. λειτουργού στην κουλτούρα του νοσοκομείου, στο σύστημα μεταξύ τους και με τον άρρωστο για τον οποίον η ενημέρωσή τους για τα συναισθήματά του (αρρώστου) είναι απαραίτητη στην πορεία της αρρώστειας. Αντιδράσεις όπως “δεν υπάρχουν ανησυχίες στον άρρωστό μας” ή ότι η επίδραση της Κοινωνικής Εργασίας με Άτομα είναι υπεύθυνη γι’ αυτές, είναι φυσικό να υπάρχουν, αλλά οι άρρωστοι δεν τις δέχονται. Η ικανότητα και η ανακούφιση της οικογένειας όταν δεν χρειάζεται να κρύβεται και να “παίζει θέατρο”, είναι εμφανής. Δεν είναι καλός ο ασθενής που δέχεται σιωπηλά, αδιαμαρτύρητα τη μοίρα του, αλλά αυτός που παρά την αρρώστειά του συνεχίζει από το κρεβάτι του, όσο γίνεται, το ρόλο του πατέρα, της μάνας, του/της συζύγου. Η έννοια του γιατρού μάγου και θαυματοποιού γίνεται ανθρώπινη και αποτελεσματική, απή και προσιτή με τη συμμετοχή του στην επιστημονική ομάδα, ενισχύει και κοινωνικοποιεί τις έννοιες αρρώστεια, νοσοκομείο κλπ. που είναι απρόσωπες ενώ συνδέει, φέρνει πιο κοντά, τον άρρωστο με την οικογένειά του, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την αρρώστεια χωρίς να διαμερισματοποιεί κάθε μία από τις φάσεις αυτές που είναι αλληλένδετες.

Το μέλλον της Διεπιστημονικής Συνεργασίας περιλαμβάνει τη θετική θεώρηση ότι οι δυσκολίες που υπάρχουν, (ασάφεια ρόλων, ακατανόητες απαιτήσεις, έλλειψη προετοιμασίας των μελών κατά την εκπαίδευσή τους, διαφορά status, όπως εξουσία, δομές ισχύος, αρχηγικές ανάγκες κλπ.), υπογραμμίζουν ότι έχει γίνει συνείδηση η αναγκαιότητα ουσιαστικής συνεργασίας. Η προετοιμασία των εκπροσώπων πολλών και διαφορετικών ειδικοτήτων στις υπηρεσίες υγείας, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας, πρέπει να αποτελεί απαραίτητο τμήμα της προπτυχιακής εκπαίδευσης, της έρευνας και του προγραμματισμού με προϋπόθεση καλή πίστη, κατανόηση, γνώση, εμπιστοσύνη (Maura Hunt, Brunel studies). Το παράδειγμα της ομάδας σπουδαστών του East Kent με ασθενείς στο τελευταίο στάδιο και ασθενείς με οργανικές παθήσεις, δείχνει σαφώς τη σημασία της συνεργασίας και εκπαίδευσης σπουδαστών διαφόρων συνεργαζομένων ειδικοτήτων, κάτω από την αρμονική συνεργασία και κατεύθυνση των δασκάλων τους που είναι γνώστες, έμπειροι και υπέρμαχοι της αξίας και της δύναμης της διεπιστημονικότητας για την καλύτερη, πιο ολοκληρωμένη, διαρκέστερη προσφορά στην πολυπλοκότητα, “την αξία και την αξιοπρέπεια” του ατόμου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bracht, N.F., “Social Work in Health Care, A Guide To Professional Practice”, N.Y. Columbia Un. Press, 1978.
- Clare, A., & Corney, R. (eds), “Social Work & Primary Health Care”, Academic Press, 1983.
- Croom, Helm., “Differential Diagnoses and Treatment in Social Work”, Turner, F. J. (ed.), Free Press, N.Y. 1983.

Hardiker, P. & Tod., V. "Social Work and Chronio Illness", B.J.S.W. (12, 6, 639-667) 1982.

Lansdale S., Webb A., & Briggs T.L. "Teamwork in the Personal Social Services and Health Care" 1980.

Stevens, D., "Problems between Professions", Journal of the Royal College of Medical Practitiones, vol. 28.

Βας Α., "Η Αποτελεσματικότητα της Παρέμβασης της Κοινωνικής Εργασίας", Εκλογή, 79.

Μουζακίτης Χ., "Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Ψυχιατρική Κλινική του Γεν. Νοσοκομείου", Κοινωνική Εργασία, 12.

Μωραΐτης Ευαγ., "Εναλλακτικές μορφές Περίθαλψης και Νοσηλείας στο Σπίτι. Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας", Κοινωνική Εργασία, 1.

Παπαϊωάννου Κ., "Ίατροκοινωνική Εργασία" Κοινωνική Εργασία, 9-10.

Παπαϊωάννου Κ., "Γιατρός και Κοινωνικός Λειτουργός. Σύγκρουση ή Συνεργασία" Εκλογή, 65.