

# **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Ή ΧΑΜΕΝΗ ΑΤΛΑΝΤΙΔΑ; ΟΔΟΙΠΟΡΙΚΟ ΠΑΙΔΙΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

**Ιγνατία Φαρμακοπούλου<sup>1</sup>, Μαγδαληνή Λιακοπούλου<sup>2</sup>,  
Βασιλική Χαντζαρά<sup>3</sup>, Γεράσιμος Κολαΐτης<sup>4</sup>**

## **Περίληψη**

Μέσα από το οδοιπορικό 145 παιδιών που φιλοξενήθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Παίδων “Η Αγία Σοφία” και παραπέμφθηκαν στην Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική την τελευταία διετία – κατόπιν Εισαγγελικής Εντολής – εξετάζονται άρθρα της Διακρατικής Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Παιδιών με σκοπό τη διερεύνηση του βαθμού εφαρμογής τους στα σημερινά πλαίσια παιδικής προστασίας της χώρας μας. Η αναδρομική αυτή εργασία αναφέρεται στη μελέτη των δημογραφικών, κοινωνικών και οικογενειακών στοιχείων παιδιών ηλικίας 20 ημερών έως και 16 ετών που εισήχθησαν στο Νοσοκομείο μέσω 87 εισαγγελικών εντολών. Μεταξύ των παραγόντων που εξετάζονται είναι η αιτία απομάκρυνσής τους από την οικογένεια και η εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο, ο χρόνος παραμονής στις κλινικές και η έκβαση αυτών των περιστατικών (π.χ. τοποθέτηση σε πλαίσιο παιδικής προστασίας ή επιστροφή στην οικογένειά τους). Παράλληλα, παρουσιάζονται οι σύγχρονες αντιλήψεις για τις δομές παιδικής προστασίας και οι πολιτικές απο-ιδρυματοποίησης. Στο τέλος διατυπώνονται προβληματισμοί και προτάσεις για τη βελτίωση της παρούσας κατάστασης.

1. Κοινωνική Λειτουργός, ΜΑ, Ph.D., Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική στο Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία».
2. Ψυχίατρος-Παιδοψυχίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ, τ. Επίκουρη Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική στο Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία».
3. Παιδοψυχίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική στο Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία».
4. Παιδοψυχίατρος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής του Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία».



## Εισαγωγή

Τόσο η Διακρατική Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού (2101/92) όσο και το Συμβούλιο της Ευρώπης με τη σχετική Σύσταση για τα δικαιώματα των παιδιών (16/3/2005), πέρα από το γενικό πλαίσιο αναφοράς στη διασφάλιση των δικαιωμάτων των παιδιών ανεξαρτήτως θρησκειότητας, φυλής, εθνικότητας, κοινωνικοοικονομικής κατάστασης αναφέρονται μέσα από συγκεκριμένα άρθρα τους (άρθρα: 3, 20, 19, 23, 24, 25, 27, 31, 39), στις μορφές και τα είδη των δικαιωμάτων παιδιών που διαβιούν είτε σε Ιδρύματα Παιδικής Προστασίας (κρατικά, ιδιωτικά ή άλλου τύπου) είτε πρόκειται να εισαχθούν σε αυτά.

Συγκεκριμένα, η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού (άρθρο 20) κάνει ιδιαίτερη μνεία στην ανάγκη προστασίας του παιδιού από το Κράτος, όταν το ίδιο στερείται οικογενειακού περιβάλλοντος ή επιβάλλεται για το δικό του συμφέρον η απομάκρυνσή του από αυτό.

Σύμφωνα με το προαναφερόμενο άρθρο της Σύμβασης των δικαιωμάτων των παιδιών – αλλά και με την πιο πρόσφατη Σύσταση για τα δικαιώματα των παιδιών του Συμβουλίου της Ευρώπης (16/3/2005) – η ιδρυματική φροντίδα θα πρέπει να επιλέγεται **μόνο** σε περιπτώσεις όπου υπάρχει ουσιαστική ανάγκη, δηλαδή στις περιπτώσεις εκείνες που η αναδοχή ή/και η υιοθεσία δεν μπορούν να λειτουργήσουν ως εφικτές εναλλακτικές μορφές παιδικής προστασίας.

Δυστυχώς όμως στην Ελλάδα, όπως θα αναδειχτεί και στην παρούσα μελέτη, η ιδρυματική φροντίδα επιλέγεται ως η κύρια οδός έκβασης στην πλειονότητα των περιπτώσεων παιδιών που φιλοξενούνται σε Γενικά Νοσοκομεία Παίδων κατόπιν Εισαγγελικής Παραγγελίας, καθώς το Κράτος μεταθέτει το «πρόβλημα» εύρεσης εναλλακτικών μορφών παιδικής προστασίας (δηλαδή την αναδοχή και την υιοθεσία) στα Ιδρύματα Παιδικής Προστασίας. Τούτο ασφαλώς γίνεται διότι δεν υπάρχει ένα ευρύ πλέγμα κοινωνικών υπηρεσιών που θα αναλαμβάνει την προαναφερόμενη αναδοχή ή υιοθεσία.

Σε μια νεότερη Κατευθυντήρια Οδηγία του ΟΗΕ (2009) συνιστά την ολοκληρωτική κατάργηση των ιδρυμάτων παιδικής προστασίας για παιδιά κάτω των 3 ετών σε όλες τις χώρες του κόσμου. Παρόλα αυτά, στις μεσογειακές κυρίως χώρες της Ε.Ε., η αναλογία παιδιών σε ιδρύματα σε σύγκριση με αυτά σε ανάδοχη φροντίδα είναι για τα παιδιά μικρής ηλικίας 4:1, σε αντίθεση με χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης που είναι αντίστροφα. Στην Ελλάδα, παρά την ανάλογη πτωτική τάση των κρατικών ιδρυμάτων, μέσα στο 2003, 2173 παιδιά 6-18 ετών φιλοξενούνταν σε κρατικά και εκκλησιαστικά ιδρύματα, ενώ μόνο 600 παιδιά σε ανάδοχες οικογένειες (Νικολαΐδης, 2010). Επιπρόσθετα, η φθίνουσα πορεία των κρατικών ιδρυμάτων δεν συνεπάγεται τη βελτίωση των άλλων δομών παιδικής προστασίας ή τη βελτίωση του όλου συστήματος της κοινωνικής πολιτικής της χώρας μας. Τουναντίον, η μείωση των κρατικών ιδρυμάτων, όπως θα αναλυθεί και στη μετέπειτα έρευνα μικροκλίμακας, δυσχεραίνει την όλη κατάσταση, καθώς αποτελεί τροχοπέδη στη μετάβαση των παιδιών



από τα Γενικά Νοσοκομεία Παιδών στα ιδρύματα, λόγω μη εύρεσης θέσεων σε τέτοια πλαίσια, ιδίως στην περίπτωση αγοριών (σχεδόν όλα τα εκκλησιαστικά ιδρύματα φιλοξενούν μόνο κορίτσια). Αξίζει να σημειωθεί ότι η Ελλάδα συμπεριλαμβάνεται στα κράτη της Νότιας Ευρώπης (π.χ. Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) όπου το προνοιακό μοντέλο κοινωνικών υπηρεσιών μπορεί να χαρακτηριστεί ως υπολειμματικό, καθώς οι ιδιωτικές Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) και οι εθελοντικοί φορείς, συμπεριλαμβανομένων των εκκλησιαστικών ιδρυμάτων, διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο στην παροχή ιδρυματικής προστασίας (Γεωργοπούλου, 2009, Παπούλη, 2006).

Αν και πολλές ερευνητικές μελέτες έχουν τεκμηριώσει με τα ευρήματά τους την πεποίθηση ότι η επιλογή της ιδρυματικής φροντίδας παιδιών που χρήζουν προστασίας είναι αναμφισβήτητη όχι μόνο η πιο δαπανηρή αλλά και η πιο επιζήμια παρέμβαση μακροπρόθεσμα για την ψυχοκοινωνική τους εξέλιξη, δυστυχώς παραμένει η πιο συνήθης παρέμβαση παιδικής προστασίας στη χώρα μας (Αμπατζόγλου, 2001, Ασημόπουλος και συν., 2009, Βορριά, 1988, Γεωργοπούλου, και συν. 1984, Γεωργοπούλου, 1993, Γεωργοπούλου, 2002, Γεωργοπούλου, Τσιμπούκα, και Σκουμπουρδή, 2008, Σταυριανάκη, 2008, Τσιάντης, 2001).

Επιπρόσθετα, αναφέρεται ρητά τόσο στη Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Παιδιού όσο και στο πρόσφατο Συμβούλιο της Ευρώπης ότι, όπου δεν μπορεί να αποφευχθεί η παραμονή ενός παιδιού σε ίδρυμα, τουλάχιστον η τοποθέτηση του εκεί να είναι προσωρινή και μικρής χρονικής διάρκειας. Δυστυχώς όμως και πάλι, όπως φαίνεται και από τη σχετικά πρόσφατη διακρατική ερευνητική μελέτη των Γεωργοπούλου, Τσιμπούκα και Σκουμπουρδή, που διεξήχθη στα πλαίσια του Προγράμματος Δάφνη της Ε.Ε. 2002-3, με τίτλο «Χαρτογράφηση του αριθμού και των χαρακτηριστικών παιδιών μικρότερων των 3 ετών που ζουν σε ιδρύματα σε όλη την Ευρώπη» από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, ούτε αυτή η παράμετρος φαίνεται να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από τα Ιδρύματα Παιδικής Προστασίας και κατ' επέκταση από την κρατική κοινωνική πολιτική της χώρας μας (Γεωργοπούλου, Τσιμπούκα, και Σκουμπουρδή, 2008).

*Τα κύρια ευρήματα αυτής της σημαντικής μελέτης που αναφέρονται στο έτος 2002-2003 είναι τα ακόλουθα:*

- 23.099 παιδιά μικρότερα των 3 ετών ζουν σε Ιδρύματα (1,1:1000) στην Ε.Ε. για χρόνο περισσότερο από 3 μήνες, χωρίς αποκλειστική φροντίδα.
- Μεγάλη διαφορά μεταξύ των χωρών ως προς τη συχνότητα εισαγωγής σε ίδρυμα από 6/1000 παιδιά στην Τσεχία, 5,6/1000 στο Βέλγιο ως 3,3/1000 στην Ελλάδα και 0 στη Σλοβενία και Ισλανδία.

*Ειδικότερα για την Ελλάδα:*

- 4 στα 5 παιδιά εισήχθησαν στο ίδρυμα από μαιευτήριο ή νοσοκομείο. (Η έρευνα ανέδειξε μεγαλύτερη συχνότητα του φαινομένου σε σχέση με άλλες χώρες). Οι λόγοι εισαγωγής στο ίδρυμα είναι συνδεδεμένοι με δυσκολίες γονικής ικανότητας και έλλειψη υποστηρικτικών υπηρεσιών που θα μπορούσαν να κρατήσουν έναν ικανό αριθμό παιδιών στο σπίτι.



- Μέσος χρόνος παραμονής στο Ίδρυμα 26 μήνες (Η έρευνα ανέδειξε μεγαλύτερο χρόνο παραμονής στο ίδρυμα σε σχέση με άλλες χώρες).
- Υιοθεσία παιδιών που είναι τοποθετημένα σε Ίδρυμα μέσα στην Ελλάδα, μέσω κρατικού φορέα: 33 (66%).
- Επιστροφή σε έναν ή δύο γονείς: 9 (18%).
- Τοποθέτηση σε ανάδοχη οικογένεια: 2 (4%).
- Συγγενική αναδοχή: 1 (2%).

Είναι κοινά πλέον αποδεκτό πως οι παραδοσιακές μορφές Παιδικής Προστασίας (βρεφοκομεία, ορφανοτροφεία, παιδοκομεία κ.ά.) χαρακτηρίζονται από το μεγάλο μέγεθος όσον αφορά στη δυναμικότητα τους, οι σχέσεις του προσωπικού με τα παιδιά είναι ρηχή καθώς δεν υπάρχει σταθερό πρόσωπο φροντίδας και είναι ελάχιστα τα μικτά ιδρύματα από πλευράς φύλου των παιδιών (αρρένων και θηλέων). Παρουσιάζουν δε αρκετές φορές χαμηλό επίπεδο στελέχωσης, υποδομών και συνεχιζόμενης υποστήριξης, επιμόρφωσης και εποπτείας του προσωπικού τους, καθώς και πολλαπλά προβλήματα που δεν συνάδουν με τις σημερινές αντιλήψεις για την ομαλή ανάπτυξη των παιδιών και εφήβων. Αντίθετα, μάλιστα, το μεγάλο μέγεθος των ιδρυμάτων, με τον απρόσωπο χαρακτήρα των λειτουργιών που εφαρμόζονται, φαίνεται να δρα αποτρεπικά στη δημιουργία δεσμού του παιδιού με τα πρόσωπα που απαρτίζουν το ίδρυμα με αποτέλεσμα να αποτρέπεται η ψυχική σύνδεση του παιδιού με ένα υποκατάστατο του γονέα. Οι αναδρομικές μελέτες σε παιδιά που φιλοξενήθηκαν σε τέτοιου είδους δομές Ιδρυματικής Προστασίας τείνουν να καταδείξουν ότι, όσο μεγαλώνουν τα παιδιά αυτά, διατρέχουν υψηλότερο του γενικού πληθυσμού κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχιατρικές διαταραχές (Νικολαΐδης και Σταυριανάκη, 2010, Voria et al, 2006).

Η συνήθης πρακτική σε Ιδρύματα που φιλοξενούν παιδιά ηλικίας 0-3 ετών είναι η εκτεταμένη παραμέλησή τους σε συνδυασμό με την απουσία εξατομικευμένου αποκλειστικού δεσμού κάθε παιδιού με ένα συγκεκριμένο πρόσωπο αναφοράς. Η τοποθέτηση αυτών των παιδιών σε ένα «διορθωτικό» οικογενειακό περιβάλλον συμβάλλει ουσιαστικά στη μείωση των στερεοτυπικών ή αλλιώς «ψευδο-αυτιστικών» συμπεριφορών όπως και των προβλημάτων διατροφής (Γεωργοπούλου, 2009, Νικολαΐδης και Σταυριανάκη, 2010).

Οι επιταγές της Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Παιδιών έχουν επιφέρει ριζικές ανακατατάξεις της Παιδικής Προστασίας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Μεγάλες και απρόσωπες δομές αντικαθίστανται τα τελευταία χρόνια σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες από μικρότερες και για βραχύ χρονικό διάστημα. Επίσης, ο θεσμός της ανάδοχης φροντίδας επεκτείνεται και βελτιώνεται, συμπεριλαμβανομένης και της θεραπευτικής αναδοχής, και παράλληλα αναπτύσσονται πρότυπα προγράμματα ενδυνάμωσης της οικογένειας έτσι ώστε να προλαμβάνεται η εισαγωγή ενός παιδιού στο Ίδρυμα ή/και να επιστρέφουν τα παιδιά των Ιδρυμάτων στη φυσική τους οικογένεια. Αν και στη χώρα μας υπάρχει γενική παραδοχή και ασκείται – όσο αυτό είναι εφικτό – και κάποια πίεση από την επιστημονική κοινότητα για την αναγκαιότητα θέσπισης



ανάλογων μέτρων, η ανταπόκριση του Κράτους είναι πολύ αργή και δεν θα ήταν υπερβολή να παραλληλισθεί με το βάδισμα της χελώνας.

Επιπρόσθετα, η παντελής έλλειψη εξειδικευμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης για το προσωπικό των ιδρυμάτων, η παροχή από το Κράτος περιορισμένων δυνατοτήτων στο προσωπικό αυτό για να ανταποκριθεί στις επιβαλλόμενες ανάγκες των προστατευόμενων παιδιών, δυσχεραίνουν περαιτέρω την κατάσταση. Η επαγγελματική εξουθένωση που χαρακτηρίζει τις «κλειστού τύπου» δομές φροντίδας αντιμετωπίζεται σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με επάρκεια προσωπικού, διεπιστημονική σύνθεση, επιστημονική εποπτεία και συνεχή επιμόρφωση. Όταν η στήριξη αυτή δεν επιτυγχάνεται, οι επαγγελματίες παραιτούνται και φεύγουν, αναζητώντας διαφορετικό είδος εργασίας. Στην Ελλάδα όμως οι στηρικτικές αυτές προσεγγίσεις δεν ισχύουν. Οι επαγγελματίες «παραιτούνται» και παραμένουν στην εργασία τους (Γεωργοπούλου, 1999, Νικολαΐδης, 2010, Παπούλη, 2006).

Όπως σωστά αναλύει η Γεωργοπούλου (2009), το ίδρυμα ως δομή και το προσωπικό του μπορούν να συγκριθούν με τους 'κακοποιητικούς' γονείς: χαμηλή εκπαίδευση, χαμηλό εισόδημα και επαγγελματικό κύρος, ενίοτε δε με προσωπική εμπειρία ζωής στο ίδρυμα. Η πλειονότητα των παιδιών που ζουν σε πλαίσια παιδικής προστασίας έχουν ζήσει ήδη σε οικογένειες με σύνθετα προβλήματα και έχουν βιώσει εμπειρίες συναισθηματικής αποστέρησης και διαταραχής δεσμού. Το ίδρυμα, σε πολύ λίγα από αυτά τα παιδιά προσφέρει διορθωτικές εμπειρίες. Τα παιδιά αυτά θα μπορούσαν να ονομαστούν και «παιδιά με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά». Επιπλέον, θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα περισσότερα ιδρύματα λειτουργούν στο πλαίσιο μιας κρίσης. Η κρίση αυτή είναι δυνατόν να εμπεριέχει όλα τα είδη της κακοποίησης και της παραμέλησης αναφορικά α) με το πρόγραμμα, δηλαδή οι κανόνες που ρυθμίζουν τη λειτουργία του είναι κάτω από τα αποδεκτά όρια ποιότητας ή βασίζονται σε απάνθρωπες τεχνικές ελέγχου της συμπεριφοράς, β) με το σύστημα, δηλαδή το όλο σύστημα έχει ξεπεράσει τα όρια αντοχής του και είναι ανίκανο να φροντίσει ικανοποιητικά τα παιδιά και γ) με την κακοποίηση που προσομοιάζει την οικογενειακή, δηλαδή εκείνη που ασκείται από εργαζόμενο στο ίδρυμα.

## Σκοπός και Μεθοδολογία

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η παρουσίαση δημογραφικών, κοινωνικών και οικογενειακών στοιχείων παιδιών και εφήβων που φιλοξενήθηκαν κατόπιν εισαγγελικών εντολών – κυρίως από την Εισαγγελία Ανηλίκων Αθηνών αλλά και όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια και από άλλα μέρη της χώρας – στις παιδιατρικές κλινικές του Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία» κατά τα έτη 2008-2010.

Ο αριθμός των εισαχθέντων παιδιών ανερχόταν στα 145. Ο αντίστοιχος αριθμός των εισαγγελικών παραγγελιών έφθανε μόλις στις 87, καθώς πολύ συχνά οι εισαγγελικές εντολές περιλάμβαναν παιδιά πολύτεκνων οικογενειών (είχαμε μέχρι και εισαγωγή 7 αδελφών στο παρελθόν). Το δείγμα περιλάμβανε 58 αδέλφια.



Οι 145 περιπτώσεις παιδιών μελετήθηκαν ως προς το φύλο, την ηλικία, τους λόγους απομάκρυνσής τους από την οικογένεια, τον τόπο διαμονής, τον χρόνο παραμονής στο Νοσοκομείο και την τελική έκβαση των περιστατικών. Σε αυτή τη μελέτη συμπεριλήφθηκε και η καταγραφή περιστατικών ανά έτος από το 2005.

Αν και στην έρευνα εστιάζουμε την προσοχή μας στις περιπτώσεις εισαγγελικών παραγγελιών που έγιναν αυτοβούλως από τις Εισαγγελίες Ανηλίκων – κυρίως, είτε από την Εισαγγελία Αθηνών είτε από την Εισαγγελία Πειραιά – σύντομη αναφορά γίνεται παρακάτω και στις περιπτώσεις εκείνες, που οι παιδιατρικές κλινικές, σε συνεργασία με τις δύο Διασυνδεδετικές Δι-επιστημονικές Ομάδες, ενημερώνουν εγγράφως τις εισαγγελικές αρχές για να προβούν εν συνεχεία σε σύνταξη σχετικών εισαγγελικών παραγγελιών. Σε περιπτώσεις εγκατάλειψης βρέφους/παιδιού από τους γονείς του κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ή σε περίπτωση διαπίστωσης σοβαρής κακοποίησης οποιασδήποτε μορφής (σωματικής ή/και σεξουαλικής ή ακόμη σπανιότερα και σε περιπτώσεις συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου) νοσηλευομένων παιδιών, οι παιδιατρικές κλινικές ενημερώνουν άμεσα στην πρώτη περίπτωση την Κοινωνική Υπηρεσία και σε όλες τις υπόλοιπες τις υπεύθυνες Διασυνδεδετικές Δι-επιστημονικές Ομάδες της Πανεπιστημιακής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής. Στη συνέχεια αναθέτονται τα περιστατικά σε κάποιους από τους ειδικούς της Διασυνδεδετικής Δι-επιστημονικής Ομάδας.

Η συνήθης πρακτική που εφαρμόζεται αποβλέπει στην ανάληψη των κοινώς ονομαζόμενων «κοινωνικών» περιστατικών από ένα κοινωνικό λειτουργό για κάθε ομάδα καθώς και ένα παιδοψυχίατρο. Ας σημειωθεί ότι κάθε Διασυνδεδετική Δι-επιστημονική Ομάδα περιλαμβάνει τις ακόλουθες ειδικότητες: παιδοψυχίατρους, κοινωνικό λειτουργό, λογοπεδικό, εργοθεραπευτή, ψυχολόγο/ους, καθώς και ειδικευόμενους παιδοψυχίατρους και ενίοτε κάποιους εθελοντές ή/και εκπαιδευόμενους στις ανωτέρω προαναφερόμενες ειδικότητες. Σε αυτές τις περιπτώσεις η πρώτη ενέργεια του κοινωνικού λειτουργού είναι η ενημέρωση των εισαγγελικών αρχών, έτσι ώστε να προβούν σε σχετικές εισαγγελικές εντολές. Οι διαδικασίες που έπονται δε διαφέρουν από εκείνες που γίνονται αυτοβούλως και έτσι δεν θα προβούμε σε ξεχωριστή αναφορά αυτών.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει ιδιαίτερα να τονισθεί ότι, σε περίπτωση ανάγκης απομάκρυνσης ενός παιδιού/ων από το οικογενειακό του/τους περιβάλλον, όπου δεν είναι δυνατή, μέσω εισαγγελικής παρέμβασης, η φιλοξενία του/τους σε συγγενείς α' βαθμού, η μόνη εναλλακτική λύση Παιδικής Προστασίας που έχουν στη διάθεση τους οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί είναι η εύρεση και εν συνεχεία η μετάβαση του/τους σε κάποιο Ίδρυμα Παιδικής Προστασίας, καθώς η Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου δεν είναι εξουσιοδοτημένη από το κράτος για εφαρμογή του θεσμού της αναδοχής ή/και της υιοθεσίας.

Ο ακόλουθος πίνακας παρουσιάζει το έργο που έχουν καθήκον να «εκτελέσουν» οι υπεύθυνοι κοινωνικοί λειτουργοί στις Διασυνδεδετικές Δι-επιστημονικές Ομάδες σε περιπτώσεις εισαγγελικών παραγγελιών.



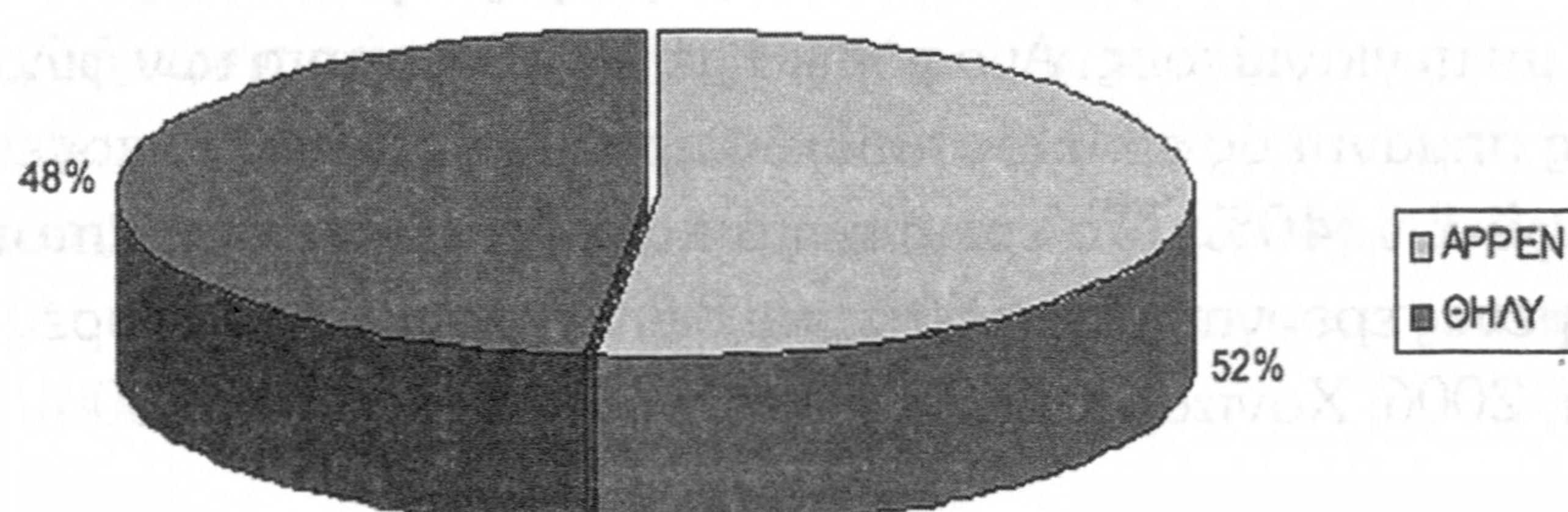
### Ενέργειες Κοινωνικών Λειτουργών στις Εισαγγελικές Παραγγελίες

1. Ενημέρωση από τις αρμόδιες εισαγγελικές αρχές για πληροφορίες περί του περιστατικού.
2. Συναντήσεις με γονείς.
3. Συναντήσεις, σε κάποιες περιπτώσεις, με συγγενείς α' βαθμού.
4. Συνεργασία με εμπλεκόμενες υπηρεσίες (ψυχικής υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες).
5. Συνεργασία, σε κάποιες περιπτώσεις, και με το Σχολείο που φοιτά/ούν τα παιδιά.
6. Τηλεφωνική και γραπτή επικοινωνία με Ιδρύματα Παιδικής Προστασίας (δημόσια ή ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά συμπεριλαμβανομένων των εκκλησιαστικών ιδρυμάτων).
7. Επικοινωνία με την αρμόδια εισαγγελική αρχή για κοινοποίηση εισαγγελικής εντολής στο ίδρυμα που έχει κάνει δεχτό το παιδί/α.
8. Συνεργασία με εθελοντικούς φορείς για εύρεση εθελοντών για δημιουργική απασχόληση των παιδιών κατά τη διάρκεια φιλοξενίας τους στο νοσοκομείο σε περίπτωση που δεν παραμένουν μαζί με κάποιο συγγενικό πρόσωπο.
9. Συνεργασία με τους ιατρούς των παιδιατρικών κλινικών για ολοκλήρωση των απαραίτητων ιατρικών εξετάσεων των παιδιών (κυρίως έλεγχος μεταδοτικών νοσημάτων), ανακοίνωση των αποτελεσμάτων στα ιδρύματα που έχει σταλεί αίτημα για εύρεση θέσης, καθώς και ενημέρωση από μέρους μας για την εξέλιξη της περίπτωσης.
10. Συνεργασία με τους υπεύθυνο/ους για την περίπτωση παιδοψυχιάτρους έτσι ώστε να ολοκληρωθεί και σταλεί εγκαίρως η απαιτούμενη παιδοψυχιατρική εκτίμηση, η οποία συνήθως συμπεριλαμβάνει και νοτική εκτίμηση των παιδιών που διενεργείται από ψυχολόγο. Η παιδοψυχιατρική εκτίμηση καταλήγει σε κάποιες προτάσεις για την τελική έκβαση του περιστατικού.
11. Συνεργασία με την προϊσταμένη των παιδιατρικών κλινικών για την εξέλιξη της περίπτωσης καθώς και την έγκαιρη ενημέρωση ασθενοφόρου για τη μεταφορά του παιδιού/ων στο ανάλογο Ίδρυμα Παιδικής Προστασίας.

### Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έχουν ως εξής:

- Κατανομή κατά φύλο των εισαχθέντων παιδιών



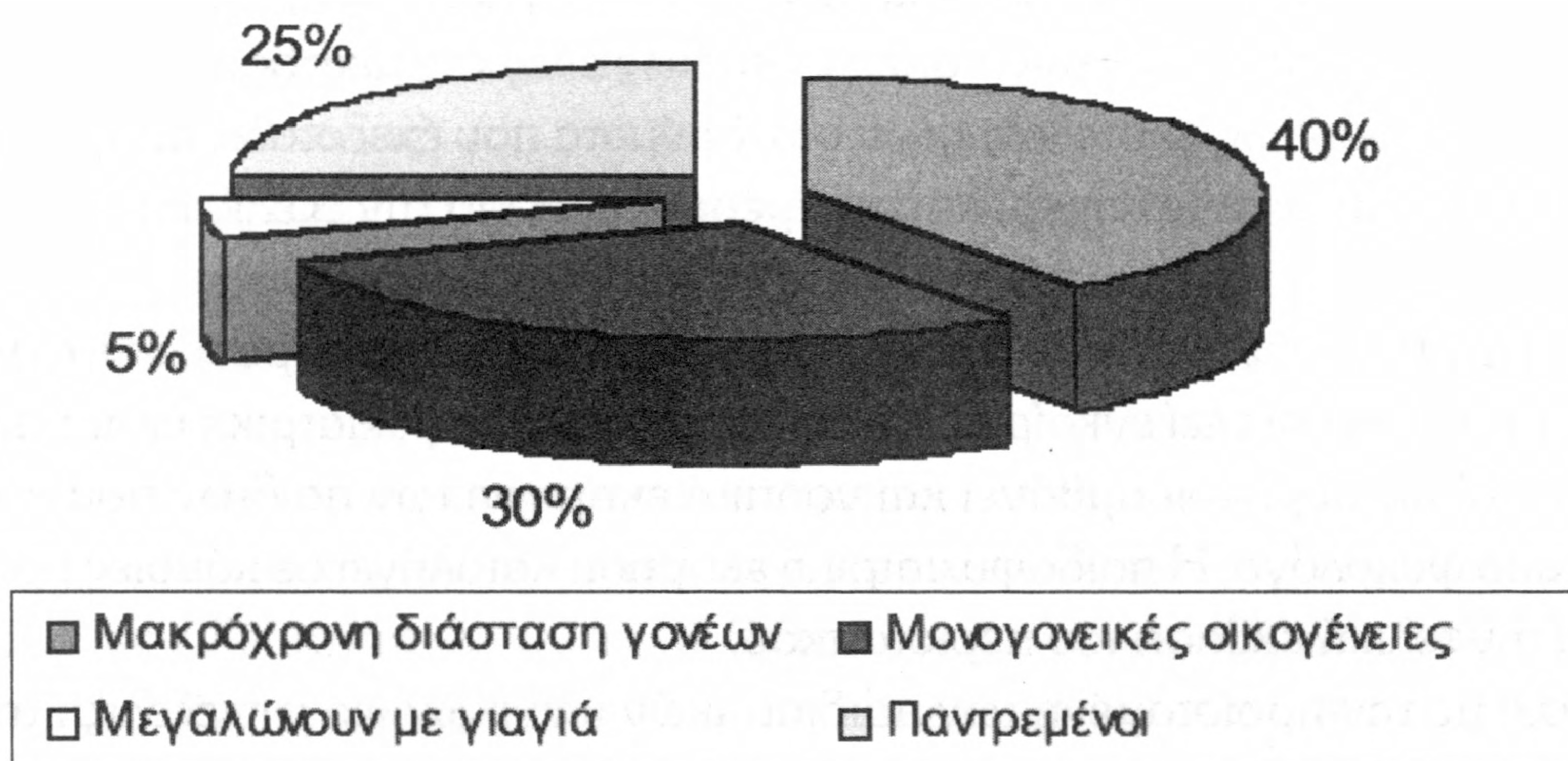


**Μικρή διαφορά κατανομής κατά φύλο (52% ήταν αγόρια και 48% ήταν κορίτσια)** αναδείχτηκε στην παρούσα έρευνα μικροκλίμακας, η οποία επιβεβαιώνει τη μικρή υπεροχή των αγοριών έναντι των κοριτσιών σε ανάλογα ερευνητικά ευρήματα προηγούμενων μελετών (Γεωργοπούλου και συν. 2008, Σταυριανάκη, 2008).

- *Ηλικιακό φάσμα των εισαχθέντων παιδιών*

Όσον αφορά στην ηλικία των φιλοξενούμενων παιδιών καταγράφηκε μια μεγάλη διαβάθμιση, όπου το μικρότερο παιδί ήταν ένα βρέφος 20 ημερών και το μεγαλύτερο 16 ετών. Συνήθης πρακτική όμως είναι η εισαγωγή σε μικρό ποσοστό βρεφών (από 3 μηνών και πάνω), πιο συχνή είναι η εισαγωγή παιδιών προσχολικής ηλικίας (3-5 ετών) και παιδιών σχολικής ηλικίας (6-11 ετών). Σπάνιες είναι οι περιπτώσεις εισαγωγής εφήβων (12-18 ετών). **Η μέση ηλικία στην παρούσα ερευνητική μελέτη ήταν η ηλικία των 7 ετών.**

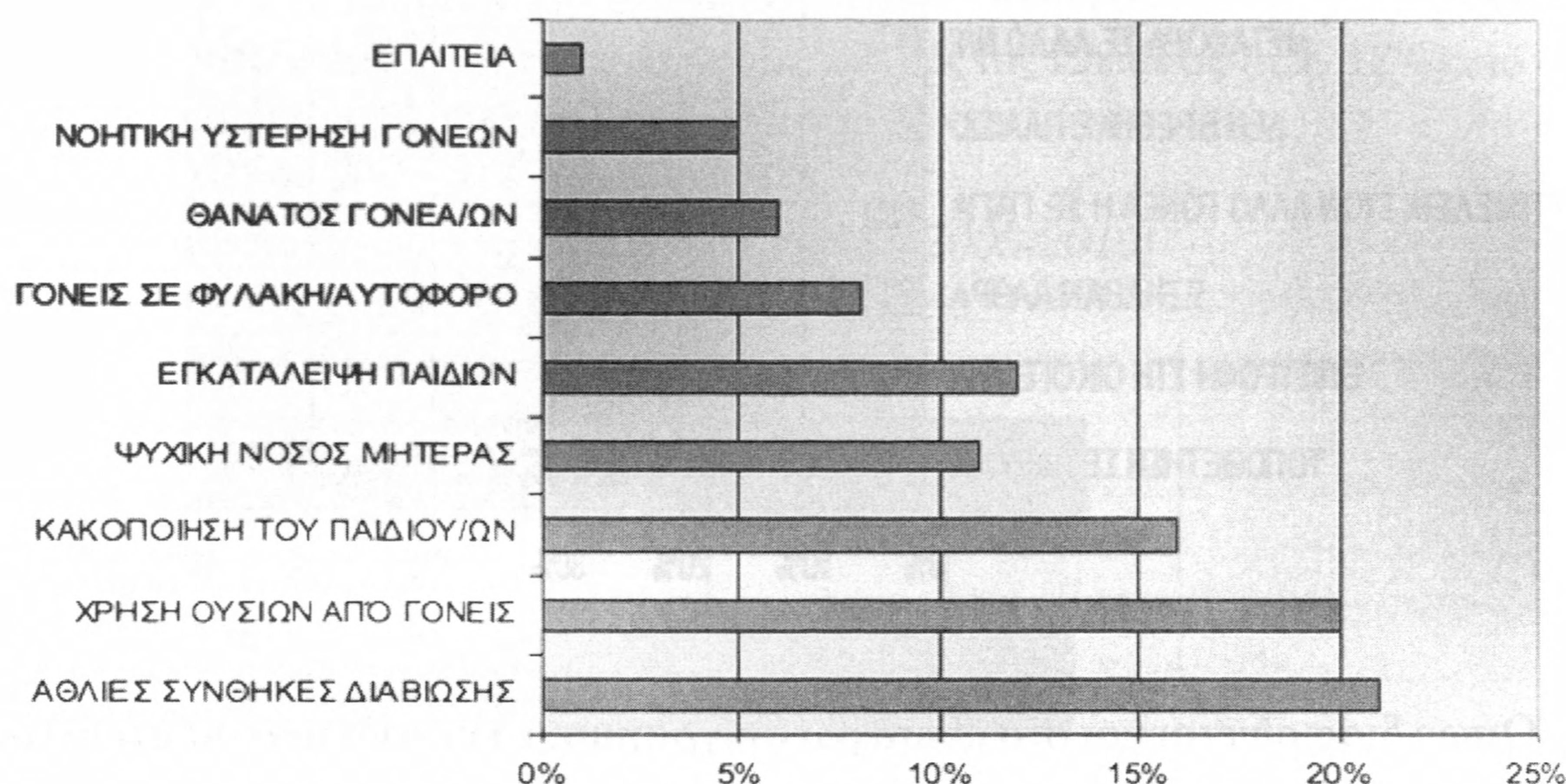
- *Σύνθεση των οικογενειών του δείγματος*



Ως προς τη σύνθεση των οικογενειών το πιο συχνό φαινόμενο ήταν η μακρόχρονη διάσπαση των γονέων (40%) καθώς και η περίπτωση μονογονεϊκών οικογενειών (30%). Σε ποσοστό 25% επρόκειτο για οικογένειες που οι γονείς ήταν παντρεμένοι και ζούσαν μαζί. Επιπλέον, σε λίγες περιπτώσεις (5%) το/τα παιδί/α μεγάλωναν με τη γιαγιά τους. Αναφορικά με την εθνικότητα των φιλοξενούμενων παιδιών ένας σημαντικός αριθμός παιδιών προέρχονταν από οικογένειες μεταναστών και προσφύγων (40%). Τα ερευνητικά αυτά δεδομένα συμπίπτουν με εκείνα από προηγούμενες ερευνητικές μελέτες και βιβλιογραφικές αναφορές (Τσιάντης, 2001, Παπούλη, 2006, Χαντζαρά, 2003, Γεωργοπούλου και συν. 2008).



- *Λόγοι απομάκρυνσης των παιδιών από το οικογενειακό περιβάλλον*



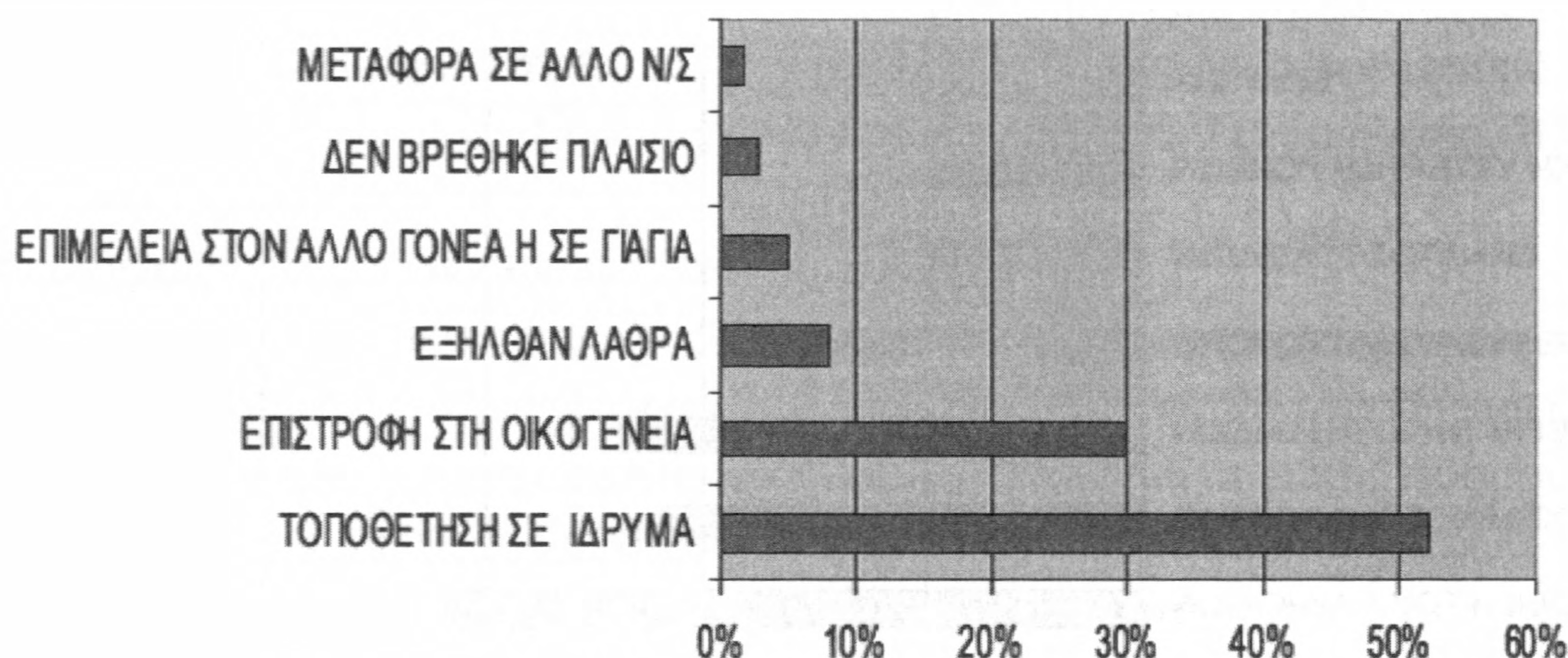
Αναφορικά με τους λόγους απομάκρυνσης από το οικογενειακό περιβάλλον, οι πιο συνηθισμένες δηλωθείσες περιπτώσεις ήταν αυτές α) των άθλιων συνθηκών διαβίωσης (21%), β) της χρήσης ουσιών από τους γονείς (20%) και γ) της σωματικής κακοποίησης του/ων παιδιού/ων (16%). Ποσοστό 11% αφορά περιπτώσεις απομάκρυνσης από το οικογενειακό περιβάλλον, λόγω της ψυχικής νόσου της μητέρας και αντίστοιχα αδυναμίας του πατέρα για επιμέλεια του/ων παιδιού/ων. Σε 12% των περιπτώσεων υπήρξε εγκατάλειψη παιδιών (κυρίως παιδιών με ειδικές ανάγκες), ενώ 8% οφειλόταν στο ότι οι γονείς βρίσκονταν είτε σε αυτόφωρο διαδικασία είτε στη φυλακή. Σε 6% των περιπτώσεων υπήρχε θάνατος γονέα/ων, σε 5% νοητική υστέρηση γονέα/ων και σε 1 % επατεία. Τέλος καταγράφηκε και μια 1 περίπτωση συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου έπειτα από επανειλημμένες αναίτιες εισαγωγές ενός βρέφους στα περισσότερα Νοσοκομεία Παίδων.

- *Χρόνος παραμονής των παιδιών στο Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία»*

Ο χρόνος παραμονής των φιλοξενουμένων παιδιών κυμαινόταν από τις σπάνιες περιπτώσεις ολιγοήμερης παραμονής τους από τη μια πλευρά έως και τις εξίσου σπάνιες περιπτώσεις παιδιών που παρέμειναν στο Νοσοκομείο έως και 3 έτη. Η πιο συνήθης όμως περίπτωση είναι η παραμονή παιδιών από 2-4 μήνες στο νοσοκομείο για τους λόγους που θα αναφερθούν στην παρακάτω ανάλυση των δεδομένων.

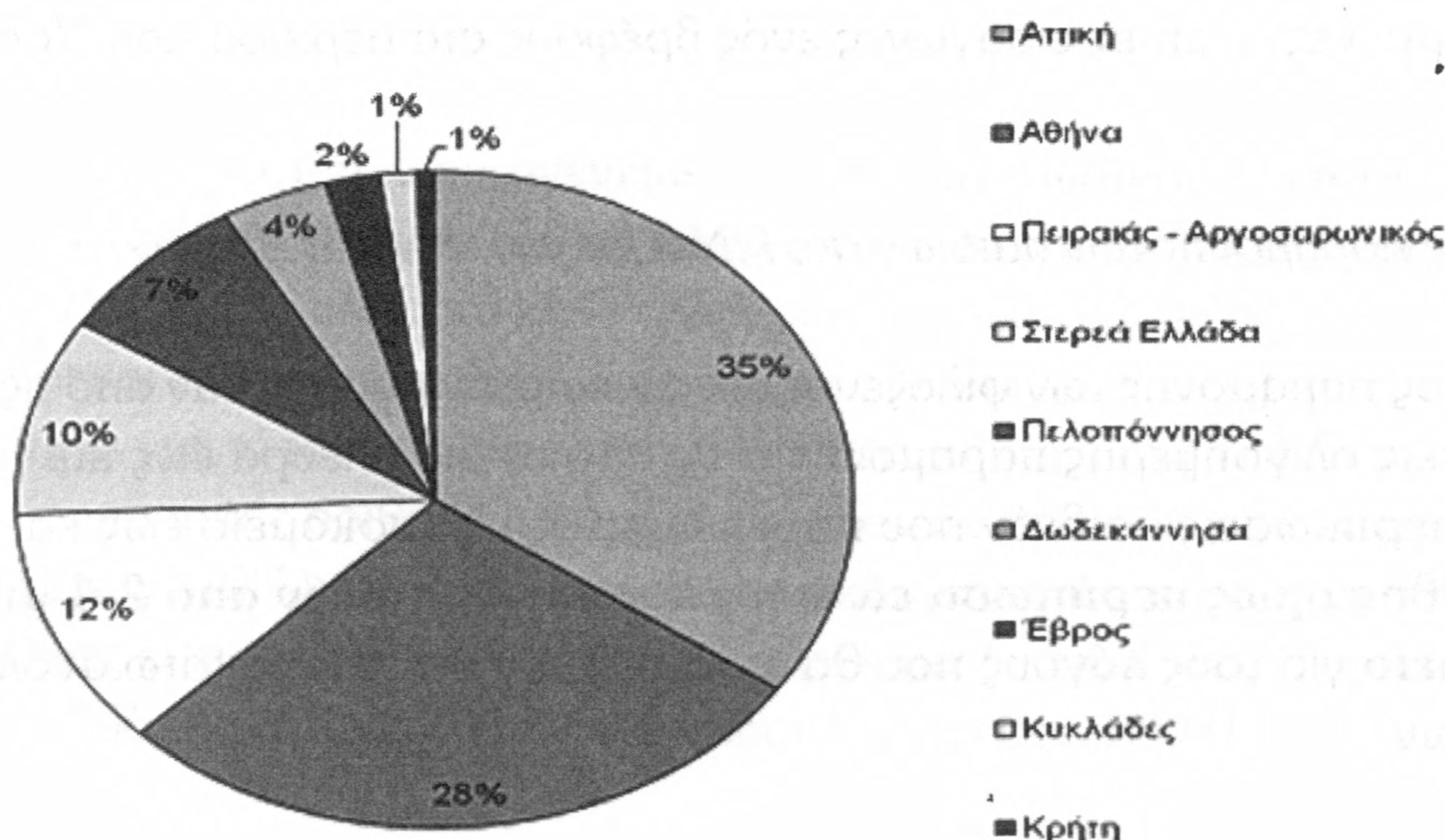


- Έκβαση των περιστατικών



Όπως διαφαίνεται και στο ανωτέρω διάγραμμα, το μεγαλύτερο ποσοστό των φιλοξενουμένων παιδιών κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας μεταφέρθηκε σε κάποιο Ίδρυμα Παιδικής Προστασίας (52%) ενώ το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών (30%) επέστρεψαν στις οικογένειές τους έπειτα από διασύνδεση των οικογενειών με κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ένα μικρό ποσοστό εξήλθε λάθρα (8%). Σε ένα μικρότερο ποσοστό περιπτώσεων (5%) ανατέθηκε η επιμέλεια του/ων παιδιού/ών στον άλλο γονέα ή σε κάποιο συγγενικό πρόσωπο (κυρίως μητρική ή πατρική γιαγιά). Το υπόλοιπο 5% αναφερόταν σε περιπτώσεις όπου είτε το/α παιδί/α παρέμειναν στο Νοσοκομείο, λόγω αδυναμίας εύρεσης κατάλληλου Ιδρύματος Παιδικής Προστασίας (κυρίως για παιδιά με ειδικές ανάγκες) είτε σε σπάνιες περιπτώσεις, όπου κάποιο παιδί μεταφέρθηκε σε άλλο Νοσοκομείο Παίδων.

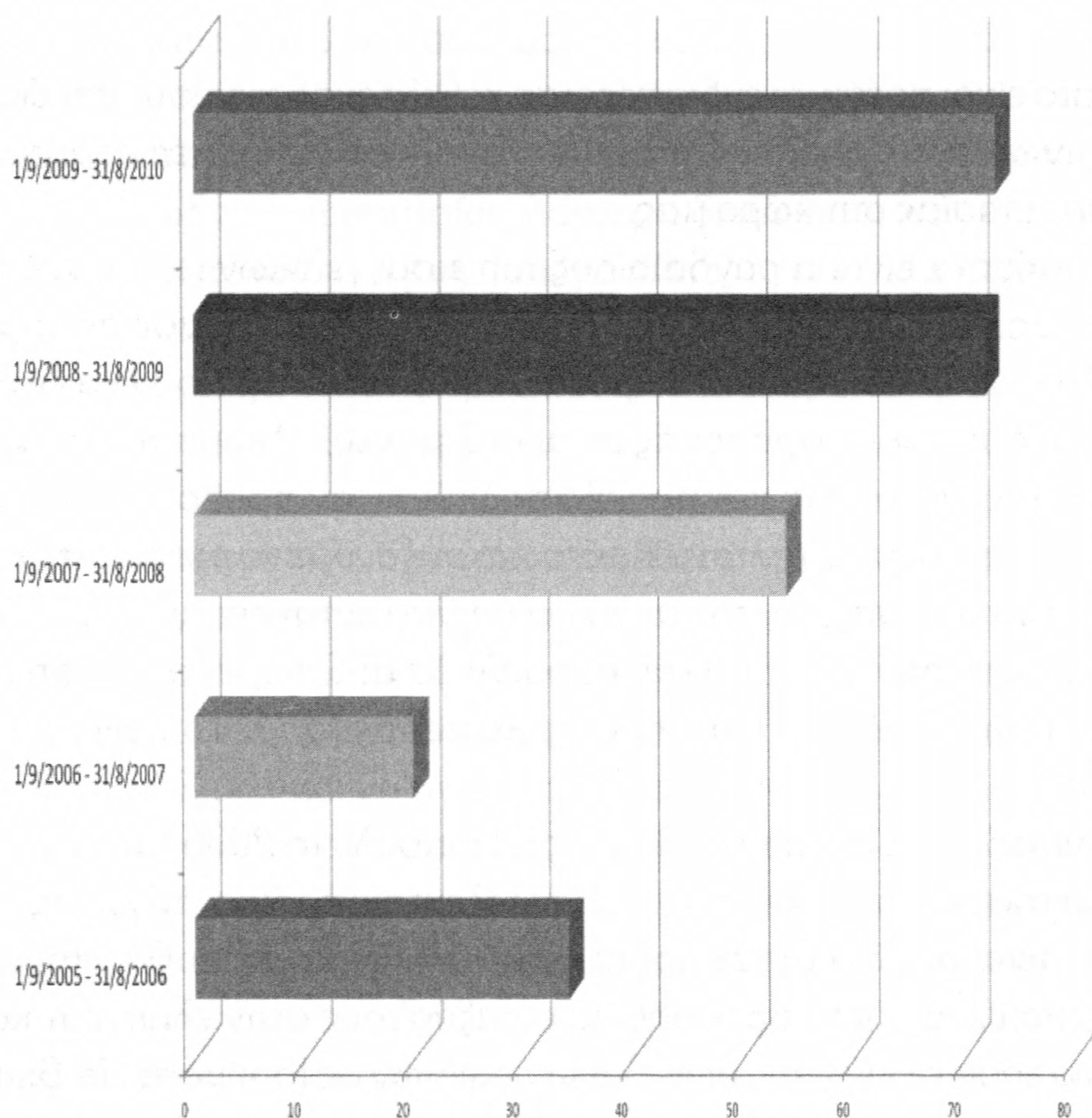
- Τόπος διαμονής των οικογενειών των φιλοξενουμένων παιδιών





Το 72% των οικογενειών των εισαχθέντων παιδιών διέμεναν στην Αττική (25% Αθήνα, 12% στον Πειραιά και 35% στην υπόλοιπη Αττική) ενώ ένας σημαντικός αριθμός οικογενειών προερχόταν από άλλους νομούς της Ελλάδας (π.χ. 12% από την Πελοπόννησο και 10% από τη Στερεά Ελλάδα).

• *Αριθμός εισαχθέντων περιστατικών ανά έτος (2005-2010)*



Από τη μελέτη παρατηρήθηκε μια σταδιακή αύξηση των περιστατικών από το 2005. Συγκεκριμένα, έγιναν πάνω από διπλάσιες εισαγγελικές παραγγελίες τη διετία 2009-2010 (από 32% το 2005-6 έφτασαν τα 71% το 2009-10).

### Συζήτηση

Όπως έχει ήδη επισημανθεί στην παρουσίαση των ερευνητικών ευρημάτων, σε αρκετές περιπτώσεις τα στοιχεία που αναδεικνύει η έρευνα δεν είναι πρωτοφανή αλλά επιβεβαιώνουν παλαιότερες μελέτες. Συγκεκριμένα παρατηρούμε:

α) Μικρή υπεροχή εισαχθέντων αγοριών έναντι κοριτσιών, β) συχνή περίπτωση να προέρχονται τα φιλοξενούμενα παιδιά από δυσλειτουργικά οικογενειακά πλαίσια, γ) άθλιες συνθήκες διαβίωσης που φυσικά έχουν διαπιστωθεί από κάποιο κοινωνικό



λειτουργό που διεξήγαγε κοινωνική έρευνα (οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί εκτελούν καθήκοντα μόνο μέσα στο χώρο εργασίας τους), δ) χρήση ουσιών από τους γονείς και κακοποίηση του παιδιού/ων, ε) το μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών κατόπιν εισαγγελικών εντολών φιλοξενείται σε κάποιο Ίδρυμα Παιδικής Προστασίας και στ) το Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία», όπως και τα άλλα νοσοκομεία παιδών της Αττικής δέχονται αρκετά περιστατικά – κοινωνικά και μη – εκτός του λεκανοπεδίου της Αττικής, λόγω σοβαρών ελλείψεων υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε κάποιους νομούς της χώρας μας.

Κάποια άλλα ευρήματα είναι πράγματι ενδιαφέροντα καθώς αναδεικνύουν την έκταση των σύγχρονων κοινωνικών προβλημάτων και τις αναποτελεσματικές πρακτικές στις δομές παιδικής προστασίας στη χώρα μας.

Τα πιο σημαντικά ευρήματα είναι η ραγδαία αύξηση εισαγγελικών παραγγελιών της τελευταίας πενταετίας (πάνω από διπλάσια) και η αύξηση του χρόνου παραμονής των παιδιών στο Νοσοκομείο (πριν λίγα χρόνια παρέμεναν περίπου ένα δεκαπενθήμερο ενώ τώρα μέσος όρος παραμονής είναι οι 2 μήνες). Ακόμη πιο ανησυχητική γίνεται η εικόνα της παρούσας κοινωνικής πολιτικής, αν προβούμε στη συσχέτιση των ανωτέρω ευρημάτων με (α) τον ολοένα και αυξανόμενο ρυθμό μεταναστών και προσφύγων στη χώρα μας, (β) τον ανοδικό αριθμό καταγεγραμμένων νοικοκυριών κάτω από το όριο φτώχειας, (γ) την παράλληλα αυξανόμενη ζήτηση εύρεσης θέσεων σε Ιδρύματα Παιδικής Προστασίας και τέλος (δ) με τη μείωση του αριθμού τέτοιων πλαισίων.

Όπως πολύ ορθά αναφέρει σε σχετικό άρθρο της η Παπούλη το 2006 (που τότε το πρόβλημα δεν ήταν και τόσο έντονο όσο σήμερα), τα τελευταία χρόνια, λόγω της αύξησης του αριθμού των μεταναστών και των προσφύγων στη χώρα μας καθώς και των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στην προσπάθεια ένταξής τους στην ελληνική κοινωνία, παρατηρείται μια τάση εισαγωγής αλλοδαπών παιδιών σε Ιδρύματα Παιδικής Προστασίας. Πρόκειται λοιπόν για μια ιδιαίτερα αξιοσημείωτη κατηγορία παιδιών η οποία περιλαμβάνει ανήλικα άτομα προερχόμενα από οικογένειες προσφύγων ή μεταναστών, ασυνόδευτα παιδιά και νέους, παιδιά παλιννοστούντων Ελλήνων από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης και ομογενείς από την Αλβανία. Η Διακρατική Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού αποδίδει στα άρθρα 10, 14, 22 και 30 μεγάλη σημασία στις ψυχο-κοινωνικο-πολιτισμικές ανάγκες αυτών των ομάδων του ανήλικου πληθυσμού και στην κάλυψη τους με τρόπο που να μην βλάπτει το συμφέρον του παιδιών.

Αν και οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των παιδιών που παραμένουν για κοινωνικούς λόγους για μακρό χρονικό διάστημα σε Γενικά Νοσοκομεία Παίδων, είναι πιθανόν πιο μεγάλες και από αυτές που ανακύπτουν από την παραμονή τους σε Ιδρύματα Παιδικής Προστασίας, καμία έρευνα δεν έχει διεξαχθεί, από όσο γνωρίζουμε, στο συγκεκριμένο ζήτημα. Ο πιθανός λόγος έλλειψης ερευνών αναφορικά με τα 'λιμνάζοντα κοινωνικά περιστατικά' βασίζεται στο γεγονός ότι το φαινόμενο αυτό (δη-



λαδή η παραμονή για μακρύ χρονικό διάστημα υγιών βρεφών και παιδιών μέσα σε μαιευτήρια ή/και γενικά νοσοκομεία παιδών) δεν είναι σύνηθες σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Έπειτα από έκκληση ενδιαφέροντος από μέρους της Παιδοψυχιατρικής Πανεπιστημιακής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων «η Αγία Σοφία» για το συγκεκριμένο ερευνητικό θέμα, μόνο η Ρουμανία, μέχρι στιγμής, έχει αναφέρει παρόμοια κατάσταση στη χώρα τους.

Σημαντικό είναι επίσης να επισημανθεί ότι, έως πρόσφατα, η εύρεση πλαισίου παιδικής προστασίας δεν ήταν τόσο δύσκολη καθώς υπήρχε στενή, άμεση και αποδοτική συνεργασία με τον Σύλλογο «Χαμόγελο του Παιδιού» ο οποίος απορροφούσε την πλειονότητα των περιστατικών. Δυστυχώς όμως τους τελευταίους 24 μήνες αυτό το πλαίσιο παιδικής προστασίας, λόγω μη διαθεσιμότητας κλινών, δεν είναι σε θέση να κάνει δεκτά τα αιτήματά μας. Επιπρόσθετα, *ολοένα και περισσότερα δημόσια και ιδιωτικά πλαίσια παιδικής προστασίας, συμπεριλαμβανομένων και των εκκλησιαστικών ιδρυμάτων, δηλώνουν εξίσου αδυναμία διαθεσιμότητας κλινών λόγω πρόσφατης περικοπής της κρατικής επιχορήγησης.* Κάποια πλαίσια παιδικής προστασίας αντιμετωπίζουν αυτή την περίοδο ζωτικό ζήτημα συνέχισης λειτουργίας. Σημαντικό μέρος του προσωπικού των ιδρυμάτων κατέθεσε πρόσφατα παραίτηση, λόγω πρώιμης συνταξιοδότησης και δεν πρόκειται να αντικατασταθεί στο άμεσο μέλλον. Πολλά ιδρύματα δεν διαθέτουν πλέον οικονομικούς πόρους ούτε καν για την κάλυψη βασικών τους αναγκών. Η επικρατούσα αυτή κατάσταση επιβάλλεται να εξετασθεί ενδελεχώς από την πολιτεία και να αντιμετωπισθεί επείγοντως.

Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι ένα σημαντικό μέρος της καθημερινής ρουτίνας των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών καταναλώνεται στις αυξημένες διερευνητικές επικοινωνίες με διάφορα πλαίσια παιδικής προστασίας – εντός και εκτός του λεκανοπεδίου της Αττικής – σε βάρος φυσικά του χρόνου που θα κατανάλωναν στην άσκηση της ουσιαστικής τους εργασίας, δηλαδή του συμβουλευτικού έργου τους.

Επιπρόσθετα, οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί έχουν αναγκαστικά επιφορτισθεί με τον άχαρο και συνάμα ψυχοφθόρο ρόλο του κατακερματισμού μελών οικογενειών. Συγκεκριμένα, πρόσφατα αναγκαστήκαμε να χωρίσουμε τα αδέλφια μιας πολυμελούς οικογένειας και να φροντίσουμε – όσο αυτό είναι εφικτό με τις παρούσες δυσμενείς συνθήκες – για το μέλλον τους τοποθετώντας τους σε 3 διαφορετικά πλαίσια, καθώς από τη μια πλευρά δεν υπήρχαν διαθέσιμες κλίνες στα μεικτά ιδρύματα (μόνο δύο Ιδρύματα Παιδικής Προστασίας δεν κάνουν διαχωρισμό των παιδιών ανά φύλο) και από την άλλη πλευρά υπήρχε μεγάλη ηλικιακή διαφορά μεταξύ τους και άρα έπρεπε να πάνε σε διαφορετικής κατηγορίας πλαίσια (στα ιδρύματα επικρατούν οι ηλικιακές κατηγοριοποιήσεις: 0-2 ετών, 3-6, 7-11 και 12-18). Μια ακόμη κακή πρακτική που υιοθετούν τα Ιδρύματα Παιδικής Προστασίας είναι ότι όταν παραλαμβάνουν τα παιδιά από το νοσοκομείο μας για να τα φιλοξενήσουν στο δικό τους πλαίσιο, δεν θεωρούν σημαντικό να πάρουν μαζί τους και τα μεταβατικά τους



αντικείμενα (π.χ. το αρκουδάκι τους ή το σεντόνι που κοιμούνται με αυτό) ή ό,τι άλλα προσωπικά αντικείμενα έχει το κάθε παιδί. Έτσι τα παιδιά αιφνιδίως αποκόπτονται από ένα οικείο περιβάλλον όπου μπορεί να έχουν παραμείνει μέχρι και 3 έτη και μεταβαίνουν σε ένα ακόμη άγνωστο περιβάλλον χωρίς να παίρνουν μαζί τους κάτι που θα τους θύμιζε το προηγούμενο και κατ' αυτόν τον τρόπο θα συντελούσε στην όσο πιο ομαλή προσαρμογή τους σε αυτό μειώνοντας το άγχος τους. Αλλά και στους ίδιους τους φορείς – όπως προκύπτει από αναφορές εργαζομένων εκεί – δεν υπάρχουν συχνά προσωπικά αντικείμενα των παιδιών και σε ορισμένα ιδρύματα ούτε καν ατομικός ρουχισμός.

Το πιο δυσάρεστο γεγονός όμως είναι ότι, παρόλο που η Διακρατική Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού μεριμνά – σε θεωρητικό φυσικά επίπεδο – και ως προς την ρύθμιση συχνής επικοινωνίας μεταξύ αδελφών και φυσικά μεταξύ παιδιών και των γονιών τους, δυστυχώς η ελληνική πραγματικότητα δεν διασφαλίζει ούτε αυτά τα βασικά δικαιώματα των παιδιών και των οικογενειών τους. Για παράδειγμα, στη συγκεκριμένη προαναφερόμενη πολυμελή οικογένεια, έπειτα από το πέρας ενός χρόνου, οι υπεύθυνοι των ιδρυμάτων δεν είχαν ακόμη καταφέρει να πραγματοποιήσουν έστω και μια επίσκεψη μεταξύ αδελφών που φιλοξενούνταν σε άλλα ιδρύματα αλλά ούτε φυσικά και με τους γονείς τους.

Στα καίρια αυτά ζητήματα καλούνται να ανταποκριθούν οι ειδικοί επιστήμονες που απασχολούνται στις δομές Παιδικής Προστασίας και σε αυτό αποσκοπεί και το τελευταίο τμήμα αυτού του άρθρου που καταλήγει με προτάσεις κοινωνικής πολιτικής.

### **Προτάσεις κοινωνικής πολιτικής για τη βελτίωση των δομών παιδικής προστασίας**

Τα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι η χώρα μας δεν έχει συμπεριλάβει την παιδική προστασία στις προτεραιότητές της, ιδιαίτερα όσον αφορά στον εκσυγχρονισμό των δομών της. Είναι επιτακτική λοιπόν η ανάγκη να γίνουν ριζοσπαστικές αλλαγές στην κοινωνική πολιτική της Ελλάδας, για να μπορεί επάξια να συνεχίζει να αυτοαποκαλείται «Κράτος Πρόνοιας». Η σύγχρονη παιδική προστασία πρέπει λοιπόν να ανταποκριθεί στις νέες ανάγκες της οικογένειας που κατακλύζεται από ανεργία και ένα μεγάλο ποσοστό της διαβιώνει κάτω από το όριο φτώχειας, καθώς και να αντιμετωπίσει το φαινόμενο κοινωνικού αποκλεισμού διαφόρων ομάδων της κοινωνίας μας. Τα μεγάλα και απρόσωπα Ιδρύματα Παιδικής Προστασίας πρέπει να αντικατασταθούν από μικρότερα τα οποία θα λειτουργούν ως πλαίσια βραχύχρονης, θεραπευτικού προσανατολισμού φροντίδας, με βασικό στόχο τους την επιστροφή των παιδιών στη φυσική τους οικογένεια, και όπου αυτό δεν είναι εφικτό, τότε και μόνο σε αυτές τις περιπτώσεις να προγραμματίζεται η αναδοχή ή/και η υιοθεσία με κατάλληλη προετοιμασία του παιδιού και των γονέων του. Για να πραγματοποιηθούν όμως αυτοί οι στόχοι είναι απαραίτητο να ληφθούν μια σειρά από μέτρα κοινωνικής πολιτικής για τη βελτίωση των δομών παιδικής προστασίας:



1. *Εκπαιδευτική κατάρτιση του προσωπικού (train the trainers) όλων των Ιδρυμάτων (δημόσιων, ιδιωτικών Μ.Κ.Ο. συμπεριλαμβανομένων και των εκκλησιαστικών) σύμφωνα με τις αρχές της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού και εν συνεχεία ενημέρωση και εξοικείωση των φιλοξενούμενων παιδιών με τα δικαιώματά τους.*
2. *Κατάρτιση προσωπικού τόσο στις εισαγγελικές αρχές όσο και στις αστυνομικές αρχές για τη Διακρατική Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού και των οικογενειών τους.*
3. *Δημιουργία εξατομικευμένου προγράμματος κάθε φιλοξενούμενου παιδιού, συμπεριλαμβανομένου και ατομικού ρουχισμού και ντουλαπιού για ενίσχυση συλλογής προσωπικών αντικειμένων, συμπεριλαμβανομένων των μεταβατικών αντικειμένων.*
4. *Προτεραιότητα ενδυνάμωσης της φυσικής οικογένειας (οικονομική και ψυχολογική) για επιστροφή των παιδιών τους σε αυτή και μόνο όταν αυτό δεν είναι εφικτό εφαρμογή των εναλλακτικών μορφών Παιδικής Προστασίας (αναδοχή, κατά προτίμηση συγγενική αναδοχή ή/και υιοθεσία).*
5. *Μείωση του χρόνου παραμονής στα Ιδρύματα Παιδικής Προστασίας και κατά συνέπεια ενίσχυση του θεσμού της αναδοχής, ιδιαίτερα δε της συγγενικής αναδοχής ή/και υιοθεσίας (αυτός ο στόχος θα επιτευχθεί με το ακόλουθο μέτρο 7).*
6. *Μείωση του κατακερματισμού μελών μιας οικογένειας μέσω της εξάλειψης διαχωρισμού των φύλων (ανασύσταση μεικτών Ιδρυμάτων Παιδικής Προστασίας) και διασφάλιση επικοινωνίας μεταξύ των παιδιών (αδέλφια που χωρίζονται λόγω ηλικιακής διαφοράς) αλλά φυσικά και μεταξύ των παιδιών και των γονέων ή κηδεμόνων τους.*
7. *Ενδυνάμωση των οικογενειών 'υψηλού κινδύνου' (οικονομική και ψυχολογική), έτσι ώστε να αποφεύγεται η δημιουργία κρίσης στην οικογένεια και η επακόλουθη απομάκρυνση των παιδιών από αυτές.*
8. *Αύξηση προσωπικού στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας κάθε κοινότητας και ιδιαίτερα στις κοινωνικές υπηρεσίες των Ο.Τ.Α. (είναι επιτακτική αυτή η ανάγκη στις μέρες μας, λαμβανομένου υπόψη ότι η παροχή προνοιακών επιδομάτων πρόσφατα προστέθηκε στο καθηκοντολόγιο των κοινωνικών λειτουργών που απασχολούνται στις ΚΥ των Ο.Τ.Α.).*
9. *Δημιουργία ενδιάμεσων δομών για τα παιδιά που πρόκειται να μεταβούν σε κάποιο ιδρυματικό πλαίσιο Παιδικής Προστασίας, έτσι ώστε να σταματήσει η απaráδεκτη επικρατούσα κατάσταση που αναμφισβήτητα επιφέρει επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική υγεία αυτών των παιδιών, δηλαδή η χωρίς λόγο παραμονή τους σε τόσο ακατάλληλα πλαίσια, όπως τα Μαιευτήρια και Νοσοκομεία Παίδων.*
10. *Αναβάθμιση και ενίσχυση του ρόλου των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στις Διευθύνσεις Κοινωνικής Πρόνοιας των Νομαρχιών, έτσι ώστε να συμβάλλουν στην ενδυνάμωση του θεσμού της υιοθεσίας και αναδοχής (ιδιαίτερα*



της συγγενικής αναδοχής) σε όλες τις δομές Παιδικής Προστασίας (έως σήμερα οι κοινωνικοί λειτουργοί των Ο.Τ.Α. μεσολαβούν μόνο στις ιδιωτικές υιοθεσίες).

11. *Επέκταση των θεσμών της υιοθεσίας και της αναδοχής σε όλα τα Ιδρύματα Παιδικής Προστασίας* (έως σήμερα μόνο 3 δημόσια ιδρύματα είναι εξουσιοδοτημένα να εφαρμόζουν προγράμματα αναδοχής και υιοθεσίας).
12. *Θέσπιση νέου ανεξάρτητου ελεγκτικού οργάνου όλων των Ιδρυμάτων Παιδικής Προστασίας* (δημόσιων, ιδιωτικών Μ.Κ.Ο. συμπεριλαμβανομένων και των εκκλησιαστικών), το οποίο θα μεριμνά με τη συστηματική και αδιάλειπτη παρακολούθησή τους για την εφαρμογή των προαναφερόμενων μέτρων.
13. *Χρηματοδότηση ερευνητικών προγραμμάτων στους ακόλουθους τομείς:*
  - α) Καταγραφή του συνολικού αριθμού των ιδρυμάτων παιδικής προστασίας στη χώρα μας (δημόσιων, ιδιωτικών Μ.Κ.Ο. συμπεριλαμβανομένων και των εκκλησιαστικών), καθώς και του συνολικού αριθμού παιδιών που φιλοξενούνται στους χώρους αυτούς.
  - β) Διερεύνηση του βαθμού εφαρμογής της Διακρατικής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού, αναφορικά τόσο με τα σχετικά άρθρα που αφορούν στα Ιδρύματα Παιδικής Προστασίας όσο και γενικότερα σε όλα τα άρθρα που αναφέρονται στην παιδική προστασία.
  - γ) Διερεύνηση εσωτερικών κανονισμών λειτουργίας (καταστατικών) των Ιδρυμάτων Παιδικής Προστασίας σε όλους τους προαναφερόμενους φορείς, με τελικό στόχο το σχεδιασμό και την εν συνεχεία εφαρμογή ενιαίων κριτηρίων εισαγωγής και λειτουργίας αυτών των δομών.

Στους χαλεπούς δημοσιονομικά καιρούς που διανύουμε, η υιοθέτηση όλων – ή έστω κάποιων από τις προαναφερόμενες προτάσεις – θα συντελέσει ουσιαστικά στη βελτίωση του σημερινού σκηνικού της χώρας μας. Αναμφισβήτητα οι πολιτικές αποιδρυματοποίησης είναι συμφέρουσες πολιτικές, καθώς επιφέρουν εξοικονόμηση οικονομικών πόρων. Παράλληλα, αναβαθμίζουν την ποιότητα ζωής των πλέον ευάλωτων μελών της κοινωνίας μας, δηλαδή των παιδιών αλλά και κατ' αυτόν τον τρόπο διασφαλίζεται ο εκσυγχρονισμός των δομών Παιδικής Προστασίας. Επιπρόσθετα, επιτυγχάνεται και η πολυπόθητη εναρμόνιση μας σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές Συμβάσεις και τα πρότυπα για τα δικαιώματα των παιδιών. Υπάρχουν λοιπόν τρόποι επίλυσης των προαναφερόμενων ζητημάτων και άρα σανίδα σωτηρίας, για να μην καταλήξει, από τους συνεχείς κλυδωνισμούς που ταλανίζουν το υφιστάμενο Κράτος Πρόνοιας ή κοινωνικής φροντίδας σε Χαμένη Ατλαντίδα.

### Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τους ακόλουθους συναδέλφους μας στην Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική στο Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία» οι οποίοι συμμετείχαν στην εκπόνηση της προαναφερθείσας έρευνας μικροκλίμακας: Μπορούς Γ., ειδικευόμενος παιδοψυχίατρος, Καλτσά Α., παιδοψυχίατρος, Τσιαφάκη Β.,



ειδικευόμενη παιδοψυχίατρος, Καραβία Σ., ειδικευόμενη παιδοψυχίατρος, Ευθυμιάδη Μ., ψυχολόγος, Σωτηροπούλου Α., κοινωνική λειτουργός, Ζαχαράκι Ε., ψυχολόγος και Γούλα Γ., κοινωνική λειτουργός.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνόγλωσση

- Αμίτσης, Γ. (2001). *Αρχές Οργάνωσης και Λειτουργίας του Συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας: Το ελληνικό μοντέλο των κοινωνικών υπηρεσιών και η ευρωπαϊκή εμπειρία*, Αθήνα: Παπαζήσης.
- Αμπατζόγλου, Γ. (2001). 'Ανάδοχη φροντίδα σε περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού', στο Συλλογικό έργο, (2000), *Ανάδοχη Φροντίδα*, Επιμέλεια Καλλινικάκη Θ., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αμπατζόγλου, Γ. (2002). *Αλλάζοντας Χέρια*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press
- Ασημόπουλος, Χ. και συν. (2009). 'Παιδιά με αναπηρίες σε ιδρύματα στην Ελλάδα: Το φαινόμενο της ιδρυματικής παραμέλησης και κακοποίησης', *Κοινωνική Εργασία*, 94, σελ. 105-121.
- Βαθρακοκοίλης, Β. (2000). *Το Νέο Οικογενειακό Δίκαιο*, Αθήνα: Βήτα.
- Βενιέρης, Δ. και Παπαθεοδώρου, Χ. (επιμ.) (2003). *Η Κοινωνική Πολιτική στην Ελλάδα. Προκλήσεις και προοπτικές*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Βορριά, Γ. (1988). 'Οι συνέπειες στην κοινωνική συμπεριφορά των παιδιών, από την μακρόχρονη παραμονή τους σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης', στο Συλλογικό έργο, (1988), *Μεγαλώνοντας σε Ίδρυμα*, Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής.
- Γεωργοπούλου, Α. (1993). *Οικογένεια-Παιδική Προστασία-Κοινωνική Πολιτική*, Αθήνα: Ινστιτούτο υγείας του παιδιού.
- Γεωργοπούλου, Α. (2002). *Τα Δικαιώματα του Παιδιού στην Υγεία: Η εφαρμογή της Σύμβασης του ΟΗΕ για τα δικαιώματα του παιδιού στο σύστημα υγείας – Οδηγός για επαγγελματίες υγείας*, Αθήνα: Ινστιτούτο υγείας του παιδιού.
- Γεωργοπούλου, Α., Τσιμπούκα, Σ. και Σκουμπουρδή, Α. (2008). *Το Παιδί στο Ίδρυμα: Προστασία ή αποκλεισμός; Πρόγραμμα «Δάφνη» της ΕΕ 2002-3, «Χαρτογράφηση του αριθμού και των χαρακτηριστικών παιδιών <3 ετών που ζουν σε ιδρύματα»*, σε όλη την Ευρώπη, Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- Γεωργοπούλου, Α. (2009). Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών στην προσχολική Ηλικία, στο Τσιάντης, Ι., Αλεξανδρίδης, Α., *Προσχολική Παιδοψυχιατρική, Κλινικές Θεραπευτικές Παρεμβάσεις*, Τόμος Β, Αθήνα: Καστανιώτη.
- Γεωργοπούλου, Α. και άλλοι (2009). *Βία στην Οικογένεια: Τεκμηριωμένη πρακτική και τεκμήρια από την πρακτική*, Επιμέλεια: Νικολαΐδης, Γ. και Σταυριανάκη, Μ., Αθήνα: Κ.Ψ.Μ.



- Γιωτάκος, Ο. και Τσιτσικά Α. (2009). *Κακοποίηση Παιδιού και Εφήβου: Οδηγός ανίχνευσης, αντιμετώπισης και πρόληψης*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις.
- Γιωτάκος, Ο. και συν. (2008). *Ο Κύκλος της Κακοποίησης: Ενδοοικογενειακή βία, σεξουαλική κακοποίηση, trafficking, bullying*, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης, (2006), *Πρόληψη Παιδικής Κακοποίησης: Οδηγός δράσης και τεκμηρίωσης*, WHO, Επιμέλεια μετάφρασης: Γιωτάκος.
- Ζαϊμάκης, Γ., Κανδυλάκη, Α. (επιμ.) (2005). *Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας. Μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες και σε πολυπολιτισμικές κοινότητες*, Αθήνα: Κριτική.
- Ιατρίδης, Δ. (2005). *Οργανισμοί Κοινωνικής Φροντίδας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλλινικάκη, Θ. (2001). Δεοντολογικά διλήμματα στην ανάδοχη φροντίδα, στο Συλλογικό έργο (2000), *Ανάδοχη Φροντίδα*, Επιμέλεια: Καλλινικάκη Θ., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κογκίδου, Δ. (2004). Μεταβολές της οικογενειακής οργάνωσης - Μονογονεϊκές οικογένειες: Μια πρόκληση για την κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα, στο Μουσούρου, Λ. και άλλοι, (2004), *Ζητήματα Οικογενειακής Πολιτικής*, Αθήνα: Gutenberg.
- Κολαΐτης, Γ., Λιακοπούλου, Μ. και Τσιάντης, Ι. (2003). *Οδηγίες για την Ψυχιατροδικαστική Εκτίμηση Παιδιών και Εφήβων με πιθανή σωματική, η/και σεξουαλική κακοποίηση*, Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική, Γ.Ν.Π. «Η Αγία Σοφία».
- Μπεχλιβάνη, Ν. (2004). Η συμβολή του δικαίου και της δικαιοσύνης στην προστασία των παιδιών-θυμάτων ενδο-οικογενειακής κακοποίησης. Εναλλακτικά σχήματα θεραπευτικής παρέμβασης, *Κοινωνική Εργασία* 74, σελ. 71-86.
- Παπούλη, Ε. (2006). Η Ιδρυματική Παιδική Προστασία στο πλαίσιο της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού: Η Ελληνική εμπειρία, *Κοινωνική Εργασία* 82, σελ. 116-126.
- Παχή, Α. και Πενταράκη, Μ. (2008). Επαγγελματίες Υγείας και Κακοποίηση του Παιδιού: Ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την αντιμετώπιση του φαινομένου στο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής Περίθαλψης, *Κοινωνική Εργασία* 91, σελ. 103-119.
- Πρεκατέ, Β., Γιωτάκος, Ο. (2005). *Οδηγός Εκπαιδευτικών και Γονέων για την Ανίχνευση της Παιδικής Κακοποίησης*, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Πρεκατέ, Β. (2008). *Κακοποίηση του Παιδιού στο Σχολείο και στην Οικογένεια*, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Πρόταση Προγράμματος για την Αναδιοργάνωση και Επαναπροσδιορισμό Λειτουργίας του Κέντρου Παιδικής Μέριμνας Αρρένων*, (2001). Αθήνα: Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Αρρένων.



- Σκλάβου, Κ. (2008). Κοινωνική ένταξη και ενδοοικογενειακή βία: Μια διαπολιτισμική προσέγγιση, *Κοινωνική Εργασία* 91, σελ 91-102.
- Σταυριανάκη, Μ. (2000). *Η Εξάλειψη της Σωματικής Τιμωρίας στα Παιδιά: Εγχειρίδιο για επαγγελματίες που εκπαιδεύουν ή συνεργάζονται με γονείς*, Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και Ίδρυμα για το Παιδί και την Οικογένεια.
- Σταυριανάκη, Μ. και Τσαγκάρη, Μ. (2001). *Ας μιλήσουμε για την αναδοχή: Χρήσιμες πληροφορίες για επαγγελματίες που ασχολούνται με το παιδί και την οικογένεια*, Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- Σταυριανάκη, Μ. (2003). Κακοποίηση-Παραμέληση παιδιού: Η σημασία της κοινωνικής προσέγγισης σε μια πολιτική πρόληψης στο πλαίσιο των Δικαιωμάτων του Παιδιού, *Κοινωνική Εργασία*, 69, σελ. 19-28.
- Σταυριανάκη, Μ. (2005). Ανάδοχη φροντίδα και δικαιώματα παιδιών: Αντιστοιχίες και αντιφάσεις, *Κοινωνική Εργασία*, 80, σελ. 195-205.
- Σταυριανάκη, Μ. (2008). Κλειστή ιδρυματική προστασία και δευτερογενής θυματοποίηση του παιδιού: Συσχέτιση-τάσεις-κατευθύνσεις, *Ανεξάρτητη Αρχή: Εξαμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό του Συνηγόρου του Πολίτη*, 4.
- Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού*, Νόμος 2101-Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως 192, Εθνικό Τυπογραφείο της Ελλάδας 2.12.1992.
- Τερζόπουλος, Κ. (2002). Η φωνή του ανάδοχου παιδιού: Ποια τα μηνύματα που μεταφέρει η κοινωνική έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο;, *Κοινωνική Εργασία* 66, σελ. 113-120.
- Τσιάντης, Ι. (2001). Σωματική κακοποίηση-παραμέληση και ψυχική υγεία, στο Τσιάντης Ι. και συν., *Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική*, Αθήνα: Καστανιώτη.
- Χαντζαρά, Β. (2008). *Διαχρονική μελέτη καταγραφής περιστατικών με αναφερόμενη κακοποίηση παιδιών στην Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική του Γ.Ν.Π. «Η Αγία Σοφία»: Διερεύνηση και χαρακτηριστικά των παιδιών και της οικογένειας*, Παρουσίαση στις συναντήσεις προσωπικού της Πανεπιστημιακής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής του Γ.Ν.Π. «Η Αγία Σοφία».
- Χατζηφωτίου, Σ. και συν. (2003). Παιδική κακοποίηση και Κοινωνική Εργασία: Δυσκολίες και προτεινόμενα μοντέλα δράσης για τους επαγγελματίες, *Κοινωνική Εργασία* 72, σελ. 211-224.
- Χατζηφωτίου, Σ. (2005). *Ενδο-οικογενειακή Βία κατά των Γυναικών και Παιδιών. Διαπιστώσεις για την Κοινωνική Εργασία*, Αθήνα: Τζιόλας.
- Χρυσόγονος, Κ. (2000). *Η Αναδοχή Ανηλίκου στα πλαίσια του Συντάγματος και της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού*, Αρμενόπουλος.

## Ξενόγλωσση

- Allagia, R., Turton, J.V. (2005). Against the odds: The impact of woman abuse on maternal response to disclosure of child sexual abuse;, *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(4), 95:113.



- Bolen, R. (2005). Attachment and family violence: Complexities in knowing: Invited commentary, *Child Abuse and Neglect*, 29:8, pp. 845-852.
- Bross, D. et al (2000). *World Perspectives on Child Abuse: The Fourth International Resource Book*, Denver: Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine.
- Chakrabarti, M. and Hill, M. (2000). *Residential Childcare: International Perspectives on Links with Families and Peers*, London: JKP.
- Fieguth, A. et al (2002). Lethal child neglect, *Forensic Science International*, 130, pp. 8-12.
- Goodman-Brown, T.B. et al (2003). Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse;, *Child Abuse & Neglect* 27, pp. 525-540.
- Hill, M. (2000). The residential childcare context, In Chakrabarti M. and Hill M., *Residential Childcare: International Perspectives on Links with Families and Peers*, London: JKP.
- Keys, M. (2005). Child protection training for primary health care teams: Making a difference?, *Child Abuse & Neglect* 14, pp. 331-346.
- Lazenbatt, A. and Freeman, R. (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals, *Journal of Advanced Nursing* 56:3, pp. 227-236.
- Savell, S. (2005). Child sexual abuse: Are health care providers looking the other way? *Journal of Forensic Nursing* 1:2, pp. 78-85.
- Sternberg, K. et al (2005). Adolescents' perceptions of attachments to their mothers and fathers in families with histories of domestic violence: A longitudinal perspective, *Child Abuse & Neglect* 29:8, pp. 853-869.
- Trogan, I. et al (2001). How common is abuse in Greece ? Studying cases of Femoral fractures, *Archives of Disease in Childhood* 85, pp. 289-292.
- Voria, et al (2006). The development of adopted children after institutional care: a follow-up study, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:12, pp. 1246-53.