

# Η ΑΡΙΣΤΗ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ\*

**Αλτάνης Παναγιώτης<sup>1</sup>, Γκρέγκορ Σουζάνα<sup>2</sup>,  
Κυριόπουλος Γιάννης<sup>3</sup>**

## Περίληψη

*Η τεκμηρίωση της άριστης αναλογίας των κοινωνικών λειτουργών σε σχέση με τον πληθυσμό της χώρας μας σε συνδυασμό με τις ανάγκες παροχής κοινωνικής φροντίδας στις υφιστάμενες και μελλοντικές συνθήκες αποτελεί επιτακτική αναγκαιότητα για την τροφοδότηση ενός ορθολογικού κοινωνικού σχεδιασμού στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας. Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη μεθοδολογία Delphi και αποτελεί μία πρώτη ποιοτική προσέγγιση της διερεύνησης των αναγκών σε κοινωνικούς λειτουργούς με προβολή των ποσοτικών μεγεθών και με εστίαση στην πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα. Τα ευρήματα είναι αξιοποιήσιμα σε πρώτη φάση για το σχεδιασμό ανάπτυξης των κοινωνικών υπηρεσιών και ταυτόχρονα θα πρέπει να συνεχιστεί η έρευνα σε βάθος σε εξειδικευμένους τομείς αναγκών και κυρίως στην αναγκαιότητα συστηματοποίησης της καταγραφής, αξιολόγησης και τεκμηρίωσης των αναγκών και των παρεχομένων κοινωνικών υπηρεσιών. Η έρευνα ανατέθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και εκπονήθηκε από ερευνητική ομάδα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.*

**Λέξεις κλειδιά:** Άριστη αναλογία, κοινωνικός λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία, κοινωνική φροντίδα, Πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα

## Εισαγωγή

Οι αρχές της ισότητας έχουν γίνει ένα πολύ δημοφιλές θέμα συζήτησης τα τελευταία χρόνια. Για να επιτευχθεί όμως μια κοινωνία όπου όλα τα κοινωνικά στρώματα απολαμβάνουν τις ίδιες υπηρεσίες, η ενίσχυση και η ενδυνάμωση των ασθενέστερων κοινωνικά αποτελεί επιτακτική προτεραιότητα. Επίσης έχει γίνει πλέον αποδεκτό ότι η απλή προσφορά βοήθειας μπορεί να έχει μόνο βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, ενώ ο αποτελεσματικότερος τρόπος ενίσχυσης των ασθενέστερων είναι η ενδυνάμωση των ίδιων μέσω διαδικασιών συνεργασίας.

---

\* Ευχαριστίες: Ευχαριστούμε θερμά τα μέλη της επιτροπής εμπειρογνομόνων οι οποίοι προσέφεραν εθελοντικά μέρος του πολύτιμου χρόνου τους για την επιτυχή ολοκλήρωση της μελέτης.

1. Κοινωνικός λειτουργός, επιστημονικός συνεργάτης του Τομέα Αρχών Διοίκησης και Οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.
2. Ψυχίατρος, υπεύθυνη της Συμβουλευτικής Υπηρεσίας για Ξενόγλωσσους του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, και επιστημονικός συνεργάτης του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.
3. Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε αυτές τις διαδικασίες είναι ένας ρόλος κλειδί, αλλά μπορεί να γίνει πραγματικότητα όχι με μεμονωμένες προσπάθειες, αλλά με συντονισμένη συστηματική προσπάθεια σε εθνικό επίπεδο. Ένας παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη για το σωστό σχεδιασμό των υπηρεσιών είναι η στελέχωση με άτομα επαρκή σε εκπαίδευση (εξειδίκευση και μετεκπαίδευση) και σε αριθμό.

Στην Ελλάδα, τα στοιχεία για το δυναμικό των κοινωνικών λειτουργών είναι ελλιπή, καθώς ούτε ο Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (ΣΚΛΕ), αλλά ούτε το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) διαθέτουν επαρκή δεδομένα για το σύνολο των ενεργεία κοινωνικών λειτουργών, όπως και πόσοι από αυτούς εργάζονται και σε ποιους τομείς δραστηριοποιούνται. Υπήρχαν 3.300 κοινωνικοί λειτουργοί εγγεγραμμένοι το 2002 στο ΣΚΛΕ.

Τα στοιχεία τα οποία είναι διαθέσιμα από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αφορούν συγκεντρωτικά στοιχεία από το ίδιο το Υπουργείο μέχρι το 1994, και έκτοτε από τις Νομαρχίες. Αυτές οι πληροφορίες αφορούν το συνολικό αριθμό αδειών ασκήσεως επαγγέλματος οι οποίες έχουν εκδοθεί το διάστημα 1959 - 2003, δηλαδή 5.343. Εκτιμάται ότι και οι δύο αυτοί αριθμοί (3.300 & 5.343) συμπεριλαμβάνουν τους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται ή είναι άνεργοι, όπως επίσης ένα ποσοστό κοινωνικών λειτουργών οι οποίοι έχουν συνταξιοδοτηθεί ή που ετεραπασχολούνται ή δεν επιθυμούν να εργασθούν.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι το 3.300 πιθανώς υποεκτιμά το συνολικό αριθμό ασκούντων το επάγγελμα και το 5.343 περιλαμβάνει μη ενεργούς επαγγελματίες, κάνουμε μία αδρή εκτίμηση των σημερινών ενεργεία κοινωνικών λειτουργών στην Ελλάδα με την υπόθεση εργασίας ότι ο αριθμός των διαθέσιμων ενεργών κοινωνικών λειτουργών που διαθέτουν άδεια άσκησης επαγγέλματος είναι περίπου 4.000. Αυτός ο αριθμός αντιστοιχεί σε ένα κοινωνικό λειτουργό ανά 2.656 άτομα, ή 3,8 κοινωνικούς λειτουργούς ανά 10.000 πληθυσμού, από τους οποίους είναι άγνωστο πόσοι εργάζονται ή πόσοι δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας.

Το 1983, η τότε Διεύθυνση Κοινωνικής Εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, συγκρότησε μία ομάδα εργασίας, η οποία, με λεπτομερείς υπολογισμούς, εκτίμησε τις ανάγκες της Ελλάδας σε κοινωνικούς λειτουργούς ως τουλάχιστον 4.202 άτομα (πίνακας 1). Τονίζεται ότι αυτός ο αριθμός βασίστηκε στην ελάχιστη μόνο κάλυψη αναγκών σε κοινωνικούς λειτουργούς, και σαφώς αφορούσε τις ανάγκες και τις δομές της τότε κοινωνίας μας. Είναι προφανές ότι στα 21 χρόνια που μεσολάβησαν πολλά από αυτά τα κοινωνικά δεδομένα έχουν μετατραπεί και οι ανάγκες παροχής κοινωνικών υπηρεσιών διαφοροποιηθεί δομικά, ποιοτικά και ποσοτικά. Οι αλλαγές που κυρίως επιδρούν, μεταξύ πολλών άλλων, στη διαμόρφωση της ποιοτικής και ποσοτικής ζήτησης των κοινωνικών υπηρεσιών σχετίζονται με την ηλικιακή και πολιτισμική σύνθεση του πληθυσμού, τη δομή της οικογένειας, την αστικοποίηση και την οργάνωση του τρόπου ζωής.

Πίνακας 1:	
Συμπεράσματα της ομάδας εργασίας της Διεύθυνσης Κοινωνικής Εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, 1983	
Τομέας απασχόλησης	Εκτίμηση του ελάχιστου συνολικού αριθμού θέσεων
Νομαρχίες	1.324
Ιδρύματα	530
Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας	166
Τομέας Υγείας	507
Τομέας Κοινωνικής Ασφάλισης	201
Τομέας Απασχόλησης	170
Τομέας Πρόληψης και Καταστολής Εγκληματικότητας	340
Τομέας Εκπαίδευσης	795
Δήμοι (μελλοντική ανάπτυξη υπηρεσιών)	169
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>4.202</b>

Η εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών στη χώρα μας έχει εξελιχθεί. Πτυχιούχους κοινωνικούς λειτουργούς εκπαιδεύουν σε τριτοβάθμιο επίπεδο τα Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας των ΤΕΙ (Αθήνας, Πάτρας και Ηράκλειου Κρήτης) και το Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης κατεύθυνση Κοινωνικής Εργασίας του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης το οποίο προωθεί και μεταπτυχιακά προγράμματα στην κοινωνική εργασία. Παρ' όλα αυτά όμως, δεν γνωρίζουμε πόσοι ακριβώς ασκούν το επάγγελμα, ούτε πόσοι χρειάζονται να καλύψουν τις σημαντικές ή μελλοντικές ανάγκες της Ελλάδας, ώστε ο ορθός σχεδιασμός της προσφοράς θέσεων εκπαίδευσης να συμβαδίζει με τις πραγματικές κοινωνικές ανάγκες.

Διαθέσιμα στοιχεία υφίστανται για την αναλογία των κοινωνικών λειτουργών από άλλες χώρες που ενδεικτικά προσφέρονται για συγκριτικούς σκοπούς, αν και αναγνωρίζεται ότι οι ανάγκες μπορεί να είναι διαφορετικές για κάθε χώρα. Διαπιστώθηκαν δυσκολίες στην εύρεση σχετικών στοιχείων και είναι αξιοσημείωτο ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν συμπεριλαμβάνονται στο σύστημα συλλογής δεδομένων «Eurostat». Τα ενδεικτικά στοιχεία παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Πίνακας 2: Κοινωνικοί Λειτουργγοί στις χώρες με διαθέσιμα στοιχεία

Χώρα	Αριθμός Κοινωνικών Λειτουργγών	Πληθυσμός (2001)	1 Κ.Λ. αντιστοιχεί σε αριθμό κατοίκων	Κ.Λ. ανά 10.000 πληθυσμού
Βραζιλία*	57.000	171.800.000	3.014,0	3,3
ΗΠΑ*	155.000	278.058.881	1.793,9	5,6
Ισπανία*	18.634 (Κ.Λ. και Βοηθοί Κ.Λ.)	39.000.000	2.092,9	4,8
Ισραήλ*	11.500 (90% του συνόλου, άρα το σύνολο ≈ 12.778)	6.400.000	500,9	20,0
Καναδάς*	15.000	31.000.000	2.066,6	4,8
Σιγκαπούρη*	<500	4.100.000	>8.200	<1,2
Φινλανδία*	14.000	5.200.000	371,4	26,9
Χονγκ Κόνγκ*	1.500	6.780.000	4.520,0	2,2
Σκωτία**	5.159	5.119.200	992,3	10,0

\*www.ifsw.org, \*\*www.scotland.gov.uk (τα στοιχεία ελέγχθηκαν και ήταν έγκυρα τον Απρίλιο 2002, την ημερομηνία έναρξης της μελέτης)

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω δυσκολίες εύρεσης στοιχείων, η παρούσα μελέτη αποσκοπεί σε μία πρώτη προσέγγιση του θέματος με τη μέθοδο Delphi panel, μια μέθοδο ποιοτικής έρευνας η οποία χρησιμοποιείται όταν υπάρχει παντελής έλλειψη δεδομένων. Αποτελούσε μέρος μιας μεγαλύτερης έρευνας ή οποία χρηματοδοτήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2002) με σκοπό μια πρώτη εκτίμηση των αναγκών της χώρας για ιατρικό (Γκρέγκορ, Λιάτσου & Κυριόπουλος, 2002) και νοσηλευτικό δυναμικό (Κάβουρα, Ζάβρας & Κυριόπουλος, 2003) και για κοινωνικούς λειτουργούς.

## Μέθοδος

Η μεθοδολογία Delphi προέρχεται από το χώρο της ποιοτικής έρευνας και αποσκοπεί στην επίτευξη ενεργούς σύγκλισης μεταξύ εμπειρογνομώνων. Η επιτροπή εμπειρογνομώνων συγκροτείται για τη συγκεκριμένη μελέτη αλλά δεν συσκέπτεται. Τα μέλη της επιτροπής επιλέγονται από την ερευνητική ομάδα με βάση την εμπειρία και τις γνώσεις που κατέχουν στο υπό έρευνα θέμα. Η επικοινωνία με τους εμπειρογνοώμονες γίνεται σε παραπάνω από μία φάσεις (συνήθως τρεις ή και περισσότερες).

Στην πρώτη φάση οι συμμετέχοντες ενημερώνονται για την κατάσταση που επικρατεί και τους παρουσιάζεται η πρώτη ερώτηση. Οι απαντήσεις όλων των συμμετεχόντων επεξεργάζονται και τα δεδομένα που προκύπτουν στέλλονται στους εμπειρογνοώμονες μαζί με την ερώτηση, ώστε στη συνέχεια να εξετάσουν την πρώτη τους απάντηση και ενδεχομένως να επιβεβαιώσουν ή να αναθεωρήσουν την άποψή τους λαμβάνοντας υπόψη τα επεξεργασμένα δεδομένα που αφορούν στη θέση όλων των μελών της επιτροπής. Η ίδια διαδικασία επαναλαμβάνεται και στην τρίτη φάση. Τα αποτελέσματα της τρίτης φάσης επεξεργάζονται και εξετάζεται ο

βαθμός σύγκλισης απόψεων που έχει επιτευχθεί. Αν κρίνεται ικανοποιητικός, η έρευνα σταματάει μετά από την τρίτη φάση.

Η μέθοδος Delphi αποσκοπεί στη σύγκλιση απόψεων και όχι την απλή συμφωνία. Εξετάζει το βαθμό συμφωνίας του κάθε συμμετέχοντα με το ζήτημα το οποίο τίθεται και το βαθμό συμφωνίας μεταξύ των συμμετεχόντων. Τα κύρια χαρακτηριστικά της μεθόδου (Jones & Hunter, 1995) είναι η ανωνυμία για την αποφυγή επηρεασμού, η επανάληψη για να επιτρέπει στους ερωτηθέντες την τροποποίηση των θέσεών τους, η αποστολή επεξεργασμένων αποτελεσμάτων για την ανάδειξη της κατανομής των απαντήσεων της επιτροπής, και η στατιστική ανάλυση των απαντήσεων για την ταξινόμηση και κατηγοριοποίηση των απαντήσεων καθώς επίσης και συνοπτικών αιτιολογιών, με σκοπό την αναλυτική παρουσίαση των θέσεων της επιτροπής, και όχι την απλή καταγραφή σύγκλισης.

Η διακοπή της έρευνας γίνεται συνήθως μετά από την τρίτη φάση, εφόσον έχει παρατηρηθεί σαφής και σταδιακή σύγκλιση απόψεων, ή εκδηλώνεται χαμηλή και φθίνουσα μετακίνηση των εμπειρογνώμωνων μεταξύ των διαδοχικών φάσεων, ή στη χειρότερη περίπτωση χαμηλή και φθίνουσα αποστολή συμπληρωμένων ερωτηματολογίων που παρέχεται αβίαστα στα προκαθορισμένα χρονικά πλαίσια της έρευνας.

Για την έρευνα επιλέχθηκαν 46 εμπειρογνώμονες από την ερευνητική ομάδα, λαμβάνοντας υπόψη ότι μια ετερογενής ομάδα τείνει να εκπληρώσει με μεγαλύτερη επιτυχία την εργασία η οποία της έχει ανατεθεί (Murphy et al, 1998). Ζητήθηκε απ' όλους η συμμετοχή, και συμφώνησαν με τη συμμετοχή τους οι 29 από τους 46. Ήταν επίσης σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι το υπό εξέταση θέμα είναι ζήτημα αξιών και κρίσης, και όχι τεχνικό θέμα (δηλαδή δεν έχει μία και μόνο «σωστή» απάντηση η οποία περιμένει να ανακαλυφθεί). Οι εμπειρογνώμονες έπρεπε να αντιπροσωπεύουν όσο το δυνατόν ένα ευρύ φάσμα απόψεων, έχοντας δουλέψει στο χώρο σχεδιασμού ή διαχείρισης κοινωνικών υπηρεσιών, ή στον ακαδημαϊκό χώρο, να προέρχονται από διάφορες περιοχές της Ελλάδας, και να αντιπροσωπεύουν την απασχόληση στα διάφορα πεδία της κοινωνικής δράσης.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι αν τα μέλη της ομάδας αριθμούν μεταξύ 16-28, η τελική απάντηση θα έχει αξιοπιστία η οποία υπερβαίνει το 0,95 (Murphy et al, 1998). Επίσης, αν η ομάδα είναι ικανού μεγέθους, είναι πιθανό να υπάρχει αρκετή ετερογένεια ώστε να εξασφαλίσει ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα, το οποίο δεν εξαρτάται από τη επιλογή των συγκεκριμένων ατόμων, ενώ αναφέρεται ότι η αποδοχή της συμμετοχής δεν εξαρτάται από την ειδικότητα, το φύλο, τη χώρα ή τη χρονιά απόκτησης πτυχίου, ή την κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων (Murphy et al, 1998).

Τα χαρακτηριστικά των 29 μελών της επιτροπής παρουσιάζονται στον πίνακα 3, ενώ οι ερωτήσεις οι οποίες τέθηκαν στους συμμετέχοντες στην πρώτη φάση της μελέτης παρουσιάζονται στον πίνακα 4.

### Πίνακας 3: Η Σύσταση της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων

#### Με άξονα την επαγγελματική ιδιότητα

- 16 Κοινωνικοί λειτουργοί (δύο εκ των οποίων είχαν και πτυχίο ψυχολογίας, 4 με PhD και 6 με MA)
- 3 Νομικοί – Δικηγόροι (3 με PhD)
- 3 Ιατροί (Φυσιάτρος, Κοινωνικός Ιατρός, Γενικός Γιατρός, 2 με PhD)
- 3 Διοικητικοί -Οικονομικοί επιστήμονες (1 με PhD )
- 2 Κοινωνιολόγοι (2 με PhD)
- 1 Πολιτικός Επιστήμονας (1 με PhD)
- 1 Επισκέπτρια/Νοσηλεύτρια (1 με PhD )

#### Με άξονα το κύριο πεδίο απασχόλησης

- 10 Διδασκαλία, εκπαίδευση (5 σε Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας)
- 3 Παιδί, οικογένεια
- 3 Υγεία
- 2 Προνοιακοί φορείς ΜΚΟ (ευπαθείς κοινωνικές ομάδες)
- 2 Ψυχική υγεία
- 2 Εξάρτηση - ναρκωτικά
- 1 Έρευνα (ΕΚΚΕ)
- 1 ΑΜΕΑ - Συνδικαλιστής (ΕΣΑΕΑ)
- 1 Επαγγελματικός προσανατολισμός
- 1 Ιδιωτικός φορέας παροχής υπηρεσιών προσχολικής ηλικίας
- 1 Δήμαρχος/Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων ΚΕΔΚΕ
- 1 Πολιτικός / Γ.Γραμματέας Πρόνοιας - Βουλευτής
- 1 Συνδικαλισμός Κοινωνικών Λειτουργών (ΣΚΛΕ)

#### Με άξονα την περιοχή δραστηριοποίησης

- 20 Αθήνα
- 2 Θεσσαλονίκη
- 7 Υπόλοιπη χώρα

#### Με άξονα τους μεταπτυχιακούς τίτλους

Το 69% των εμπειρογνομόνων διέθετε μεταπτυχιακό τίτλο (14 PhD και 6 MA)

### Πίνακας 4: Τα βασικά ερωτήματα προς τους εμπειρογνώμονες

Λαμβάνοντας υπόψη τη δική σας επαγγελματική και ακαδημαϊκή εμπειρία, κατά τη δική σας κρίση:

- A. Ποια θα ήταν η άριστη αναλογία κοινωνικών λειτουργών ανά 10.000 κατοίκους στη χώρα μας; Παρακαλούμε να παραθέσετε τους λόγους για τους οποίους κάνετε τη συγκεκριμένη εκτίμηση.  
(Μπορείτε να απαντήσετε με συγκεκριμένο άριστο μέγεθος, ή με ένα εύρος μέσα στο οποίο θα βρίσκεται η άριστη αναλογία).
- B. Από το σύνολο των κοινωνικών λειτουργών, τι ποσοστό πιστεύετε θα έπρεπε να εργάζεται στο χώρο της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας;

Οι ερωτήσεις στάλθηκαν στους συμμετέχοντες με τη μέθοδο την οποία είχαν υποδείξει οι ίδιοι στην αρχική τους δήλωση συμμετοχής (ταχυδρομείο, ηλεκτρονικό ταχυδρομείο ή τηλεμοιότυπο μήνυμα). Σε κάθε φάση οι ερωτήσεις συνοδεύονταν από τελική ημερομηνία αποστολής απαντήσεων. Σε περίπτωση καθυστέρησης ακολούθησε τηλεφωνική επικοινωνία από μέλος της ερευνητικής ομάδας. Επειδή κάθε μέλος είχε συμφωνήσει αρχικά στη συμμετοχή του, κρίθηκε θεμιτή η επανειλημμένη επαφή για την εξασφάλιση απάντησης. Γι' αυτό το λόγο, η συμμετοχή ήταν 100% και στις τρεις φάσεις. Η πρώτη ερώτηση συνοδευόταν από πληροφορίες με αριθμητικά στοιχεία σχετικά με την ανάπτυξη της επιστήμης της Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα, καθώς και αριθμητικά στοιχεία σχετικά με το θεσμό σε άλλες χώρες, ενώ η δεύτερη και τρίτη ερώτηση συνοδεύονταν από τα επεξεργασμένα αποτελέσματα των προηγούμενων φάσεων, καθώς και τις απαντήσεις που είχε δώσει ο συγκεκριμένος εμπειρογνώμονας στις προηγούμενες φάσεις.

## **Αποτελέσματα**

### **1. Τα ποσοτικά αποτελέσματα**

#### **A. Σύνολο κοινωνικών λειτουργών**

Οι απαντήσεις των εμπειρογνώμωνων στις τρεις φάσεις παρουσιάζονται αναλυτικά στο Διάγραμμα 1 και στον πίνακα 5. Η κεντρική τάση απεικονίζεται με τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση, αλλά ταυτόχρονα με τη διάμεσο και το διατεταρτημοριακό διάστημα. Η διάμεσος θεωρείται πιο ισχυρή μέτρηση της κεντρικής τάσης καθώς δεν επηρεάζεται τόσο όσο η μέση τιμή από τις ακραίες τιμές.

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, η εκτίμηση για τη σημερινή αναλογία κοινωνικών λειτουργών προσδιορίστηκε στους 3,8 ανά 10.000 κατοίκους, ενώ η τιμή της διαμέσου των απαντήσεων των μελών της επιτροπής ήταν 8,0 στην πρώτη φάση, 8,75 στη δεύτερη φάση και 8,5 στην τρίτη φάση. Όπως φαίνεται από τις άλλες μετρήσεις (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, εύρος και διατεταρτημοριακό διάστημα) μετά από μικρή αλλαγή από την πρώτη προς τη δεύτερη φάση, οι απαντήσεις δεν μεταβάλλονται σημαντικά.

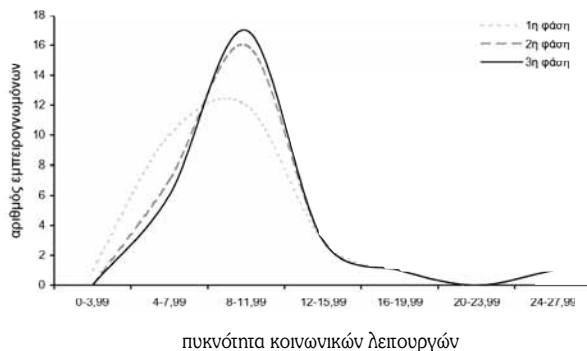
Στη δεύτερη φάση, 13 εμπειρογνώμονες είχαν μεταβάλλει τις απαντήσεις τους, έχοντας λάβει υπόψη τους τις απαντήσεις και τις αιτιολογίες των συναδέλφων τους, όμως, στην τρίτη φάση, έγιναν μόνο 5 αλλαγές τοποθέτησης, γεγονός που υποδηλώνει τη φθίνουσα μετακίνηση εμπειρογνώμωνων η οποία αποτελεί αιτία για τη διακοπή της διαδικασίας της έρευνας μετά την υποδοχή των απαντήσεων της τρίτης φάσης δεδομένου ότι δεν υφίστανται προϋποθέσεις για περαιτέρω αναμενόμενες αξιολογες μεταβολές.

Επίσης, επειδή ένα μέλος της επιτροπής έδινε ακραίες απαντήσεις (μέση τιμή + 3 τυπικές αποκλίσεις), τα αποτελέσματα παρουσιάζονται και χωρίς τις απαντήσεις του συγκεκριμένου μέλους (σε παρένθεση), ώστε να αποφανθεί ο ρόλος της ακραίας τιμής.

Από το σύνολο των 29 εμπειρογνώμωνων, οι 12 έμειναν σταθεροί στις αρχικές εκτιμήσεις τους και στις τρεις φάσεις της έρευνας, ένας εκ των οποίων δεν απάντησε σε αυτή την ερώτηση. Στη δεύτερη φάση, έγιναν 13 αναθεωρήσεις, από τις οποίες, οι 11 μετακινήθηκαν πιο κοντά στη μέση τιμή. Από τις 15 απαντήσεις που δεν άλλαξαν, οι 11 βρίσκονταν ήδη μέσα στο διάστημα το οποίο ορίζεται από τη μέση τιμή  $\pm 1$  τυπική απόκλιση. Στην τρίτη φάση, έγιναν 7 αναθεωρήσεις, από τις οποίες οι 5 μετακινήθηκαν πιο κοντά στη μέση τιμή. Από τις 21 απαντήσεις που δεν άλλαξαν, οι 15 βρίσκονταν ήδη στο διάστημα το οποίο ορίζεται από τη μέση τιμή  $\pm 1$  τυπική απόκλιση.

## Διάγραμμα 1:

Κατανομή απαντήσεων στις τρεις φάσεις της έρευνας:  
Σύνολο κοινωνικών λειτουργών ανά 10.000 κατοίκους



## Πίνακας 5: Αποτελέσματα των τριών φάσεων της έρευνας

## Η άριστη αναλογία Κοινωνικών Λειτουργών ανά 10.000 κατοίκους

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Εύρος	Διάμεσος	25ο και 75ο εκατοστημόριο
1 <sup>η</sup> φάση*	9,03 (8,40)**	4,71 (3,60)	3,5-25(5-18)	8,00 (8,00)	5,90 – 10 (5,80-10)
2 <sup>η</sup> φάση	9,70 (9,10)	4,27 (3,10)	5 – 25 (5-18)	8,75 (9,00)	7,75 – 10 (7,50-10)
3 <sup>η</sup> φάση	9,61 (8,70)	4,31 (2,63)	5 – 25 (5-18)	8,50 (8,00)	7,75 – 10 (7,25-10)

\* ένας εμπειρογνώμονας δεν απαντάει σε αυτήν την ερώτηση και στις τρεις φάσεις

\*\* Επειδή και στις δύο πρώτες φάσεις, παρουσιάζεται μία ακραία (υψηλή) απάντηση, η οποία υπερβαίνει τη μέση τιμή σε ποσό μεγαλύτερο των 3 ΤΑ, παρουσιάζουμε τα επεξεργασμένα αποτελέσματα με δύο τρόπους, ο πρώτος συμπεριλαμβάνοντας την ακραία απάντηση και ο δεύτερος χωρίς να συμπεριληφθεί η ακραία απάντηση (σε παρένθεση). Όπως αναμένεται, οι διαφορές που προκύπτουν είναι ιδιαίτερα αντιληπτές στη μέση τιμή και στην τυπική απόκλιση. Σημειώνεται ότι οι υπόλοιπες απαντήσεις βρίσκονται μέσα στο εύρος της μέσης τιμής  $\pm 2$  ΤΑ

**Β. Κοινωνικοί λειτουργοί στην πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα**

Οι απαντήσεις των εμπειρογνομόνων στις τρεις φάσεις παρουσιάζονται αναλυτικά στο Διάγραμμα 2 και στον πίνακα 6. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για το ποσοστό των κοινωνικών λειτουργών το οποίο απασχολείται στην πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα σήμερα στην Ελλάδα. Ούτε είναι γνωστό τι ποσοστό των διαθέσιμων θέσεων βρίσκονται στο χώρο της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας. Η τιμή της διαμέσου των απαντήσεων των μελών της επιτροπής ήταν 60% και στις τρεις φάσεις της έρευνας. Όπως φαίνεται από τις άλλες μετρήσεις (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, εύρος και διατεταρτημορικό διάστημα) μετά από μικρή αλλαγή από την πρώτη προς τη δεύτερη φάση, οι απαντήσεις δεν μεταβάλλονται σημαντικά. Στη δεύτερη φάση, 7 εμπειρογνώμονες είχαν μεταβάλλει τις απαντήσεις τους, έχοντας λάβει υπόψη τους τις απαντήσεις και τις αιτιολογίες των συναδέλφων τους, όμως, στην τρίτη φάση,

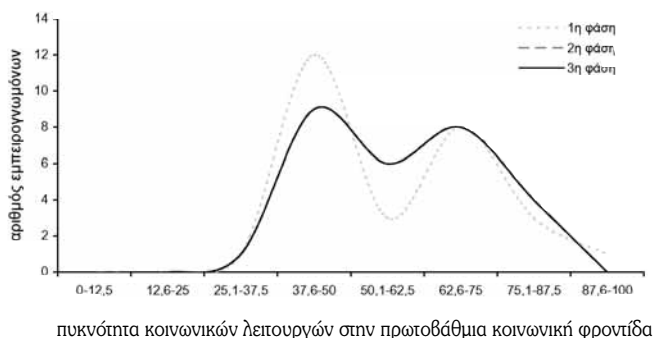


έγιναν μόνο 4 αλλαγές τοποθέτησης, γεγονός που υποδηλώνει ότι θα ήταν μάλλον απίθανο να επιτευχθεί περαιτέρω σύγκλιση. Και στις τρεις φάσεις, όλες οι απαντήσεις βρίσκονται εντός του εύρους το οποίο ορίζεται από τη μέση τιμή  $\pm 3$  ΤΑ. Στην πρώτη φάση υπάρχει μία απάντηση η οποία υπερβαίνει τη μέση τιμή  $+ 2$  ΤΑ, και μία η οποία είναι χαμηλότερη της μέσης τιμής  $- 2$  ΤΑ. Στη δεύτερη και στην τρίτη φάση, υπάρχει μία απάντηση η οποία είναι χαμηλότερη της μέσης τιμής  $- 2$  ΤΑ.

Από το σύνολο των 29 εμπειρογνομόνων, οι 16 έμειναν σταθεροί στις αρχικές τους εκτιμήσεις (από τους οποίους, οι 6 δεν μετακινήθηκαν ούτε στην πρώτη ερώτηση). Ένας εμπειρογνώμονας δεν απάντησε αυτή την ερώτηση. Στη δεύτερη φάση, έγιναν 8 αναθεωρήσεις, από τις οποίες, οι 6 μετακινήθηκαν πιο κοντά στη μέση τιμή. Από τις 21 απαντήσεις που δεν άλλαξαν, οι 16 βρίσκονταν ήδη μέσα στο διάστημα το οποίο ορίζεται από τη μέση τιμή  $\pm 1$  τυπική απόκλιση. Στην τρίτη φάση, έγιναν 6 αναθεωρήσεις, από τις οποίες οι 2 μετακινήθηκαν πιο κοντά στη μέση τιμή. Από τις 23 απαντήσεις που δεν άλλαξαν, οι 14 βρίσκονταν ήδη στο διάστημα το οποίο ορίζεται από τη μέση τιμή  $\pm 1$  τυπική απόκλιση.

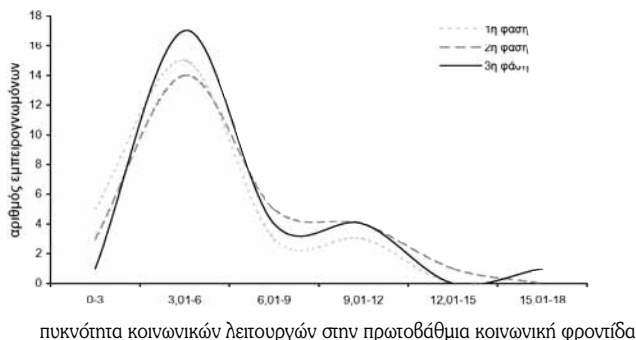
### Διάγραμμα 2:

**Κατανομή απαντήσεων στις τρεις φάσεις της έρευνας:**  
**Ποσοστό κοινωνικών λειτουργών στην πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα**



### Διάγραμμα 3:

**Κατανομή επεξεργασμένων απαντήσεων στις τρεις φάσεις της έρευνας:**  
**Αριθμός κοινωνικών λειτουργών στην πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα**  
**ανά 10.000 κατοίκους**



Πίνακας 6: Αποτελέσματα των τριών φάσεων της έρευνας					
Το άριστο ποσοστό κοινωνικών λειτουργών στην πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα					
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Εύρος	Διάμεσος	25ο και 75ο εκατοστημόριο
1 <sup>η</sup> φάση*	60,96**	14,39	30 – 95	60	50 – 71,25
2 <sup>η</sup> φάση	60,89	12,70	30 – 80	60	30 – 80
3 <sup>η</sup> φάση	60,61	12,54	30 – 80	60	30 80

\* ένας εμπειρογνώμονας δεν απαντάει σε αυτήν την ερώτηση και στις τρεις φάσεις

\*\* Και στις τρεις φάσεις, όλες οι απαντήσεις βρίσκονται εντός του εύρους το οποίο ορίζεται από τη μέση τιμή  $\pm$  3 ΤΑ. Στην πρώτη φάση υπάρχει μία απάντηση η οποία υπερβαίνει τη μέση τιμή + 2 ΤΑ, και μία η οποία είναι χαμηλότερη της μέσης τιμής - 2 ΤΑ. Στη δεύτερη και στην τρίτη φάση, υπάρχει μία απάντηση η οποία είναι χαμηλότερη της μέσης τιμής - 2 ΤΑ.

## 2. Τα ποιοτικά αποτελέσματα

Διεθνείς μελέτες αναφέρουν ότι ο κύριος όγκος της τεκμηρίωσης των τοποθετήσεων στη μέθοδο Delphi προκύπτει συνήθως στη δεύτερη φάση της διαδικασίας (Murray Turoff, 1970). Από την παρούσα μελέτη, φαίνεται ότι η επιτροπή εμπειρογνομένων είχε εξαρχής σαφή και περίπου ομόφωνη άποψη για τα χαρακτηριστικά και τις άμεσες ανάγκες βελτίωσης της κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα. Οι παρατηρήσεις των εμπειρογνομένων στην πρώτη φάση αφορούσαν κυρίως στις ιδιαιτερότητες της Ελλάδας, τόσο τις γεωγραφικές όσο και την πληθυσμιακή κατανομή, και στις αλλαγές της κοινωνίας μας, όπως η αστικοποίηση και η αύξηση των ευπαθών ομάδων. Αναφέρθηκαν ειδικά, η πολυπολιτισμική εξέλιξη με τη ραγδαία αύξηση των οικονομικών μεταναστών και των πολιτικών προσφύγων, η αλλαγή της ηλικιακής κατανομής του πληθυσμού, η αύξηση της μακροχρόνιας ανεργίας, και οι αλλαγές στο μέγεθος, στη μορφή και στη λειτουργία της οικογένειας. Οι εμπειρογνώμονες επισήμαναν ότι αυτές οι κοινωνικές αλλαγές είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού κάτω από τα όρια της φτώχειας ή σε κατάσταση κοινωνικού αποκλεισμού, αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και χρήσης ναρκωτικών ουσιών, αύξηση της παιδικής παραμελησης, κακοποίησης και εκμετάλλευσης, αύξηση της παράνομης διακίνησης και πορνείας ενηλίκων, καθώς και αύξηση της παραβατικής συμπεριφοράς. Ταυτόχρονα, οι κλειστές ιδρυματικές δομές μετεξελίσσονται σε υπηρεσίες ανοικτού τύπου κυρίως σε τοπικό επίπεδο, ταυτόχρονα σημειώνεται αύξηση της ζήτησης των προσωπικών υπηρεσιών συμβουλευτικής υποστηρικτικής εργασίας και συστηματικής ολοκληρωμένης κοινωνικής φροντίδας.

Αναφέρθηκε επίσης ότι οι εκτιμήσεις της μελέτης της ομάδας εργασίας του 1983 υπολείπονται των σημερινών αναγκών σε κοινωνικούς λειτουργούς, λόγω των κοινωνικών αναγκών που έχουν προκύψει συνεπεία των κοινωνικών αλλαγών. Επίσης καταγράφηκε μεταξύ των παρατηρήσεων των εμπειρογνομένων ότι στη μελέτη του 1983 δεν είχαν συμπεριληφθεί οι ανάγκες ορισμένων ευπαθών κοινωνικών ομάδων και η αναγκαιότητα ανάπτυξης αντίστοιχων τομέων κοινωνικής φροντίδας, όπως αυτοί της βιομηχανίας, της ναυτιλίας, των ενόπλων δυνάμεων, των δικαστηρίων, των προσφύγων, της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας και της προσχολικής αγωγής.

Παρατηρήθηκε ότι το σημερινό σύστημα πρόνοιας είναι υπολειμματικό, παράδοξα ιδιότυπο Southern Model (Ferrera, 1996), παρεμβατικό και άνισα κατανομημένο. Η ανάπτυξη των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας παρουσιάζει ελλείψεις στην περιφέρεια και επικαλύπτει στις αστικές περιοχές.

Σχολιάστηκε ότι οι όποιες αλλαγές, σε μια εποχή όπου δίδεται προτεραιότητα στην αποκέντρωση των υπηρεσιών και στην ενεργοποίηση της τοπικής αυτοδιοίκησης (ΣΚΛΕ, 1993), με ταυτόχρονη αναβάθμιση της υγείας και της πρόνοιας, πρέπει να βασίζονται στον κοινωνικό σχεδιασμό, στην τεκμηρίωση των κοινωνικών αναγκών, στην ποιότητα της εκπαίδευσης, και στη διατομεακή συνεργασία (πρόνοιας, υγείας, κοινωνικής ασφάλισης, εκπαίδευσης και απασχόλησης).

Στη δεύτερη φάση οι παρατηρήσεις εμπλουτίστηκαν. Επισημάνθηκε ότι η χωρίς σχεδιασμό αύξηση του αριθμού των κοινωνικών λειτουργών ενέχει το κίνδυνο να οδηγήσει σε ανεργία τους κοινωνικούς λειτουργούς, ή την ενασχόληση με αλλότρια καθήκοντα. Αντίστοιχα χωρίς την απαραίτητη αύξηση σε κοινωνικούς λειτουργούς θα έχει ως επίπτωση την ελλιπή στελέχωση των κοινωνικών υπηρεσιών που ήδη λειτουργούν ή προγραμματίζονται να αναπτυχθούν. Επίσης τονίστηκε η αναγκαιότητα για ισόρροπη ανάπτυξη μεταξύ του χώρου της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας κοινωνικής φροντίδας ώστε να ανταποκρίνονται στον εξορθολογισμό της ζήτησης υπηρεσιών, να εξασφαλίζεται η άμεση και απρόσκοπτη πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο που να διαθέτουν επαρκές ωράριο εξυπηρέτησης, και να εμπεριέχουν τη συμμετοχική σχέση του πολίτη.

Στην τρίτη φάση οι παρατηρήσεις ήταν παρόμοιες. Τονίστηκε η ξεκάθαρη ανάγκη για ανάπτυξη υπηρεσιών προαγωγής και πρόληψης των κοινωνικών προβλημάτων που συμπεριλαμβάνουν την ενεργό συμμετοχή του πολίτη και της ευρύτερης κοινωνίας, και για ελαχιστοποίηση της ζήτησης υπηρεσιών με κατασταλτικό ή ιδρυματικό χαρακτήρα. Αναφέρθηκε η ανάγκη να υποστηρικθεί ο θεσμός της οικογένειας, ειδικά στον παραδοσιακό της ρόλο που έχει στην Ελλάδα σχετικά με τους ισχυρούς συναισθηματικούς δεσμούς, τη φροντίδα και την αλληλεγγύη που αναπτύσσεται μεταξύ των μελών της, και ταυτόχρονα καταγράφηκε η παρατήρηση να αποφευχθούν οι επιπτώσεις στο θεσμό από την υπερβολική ανάπτυξη υπηρεσιών. Τονίστηκε ότι η υπερβολική αύξηση υπηρεσιών θα μπορούσε πιθανά να οδηγήσει σε πλασματική ζήτηση.

Όσον αφορά στη σχέση μεταξύ των βαθμίδων κοινωνικής φροντίδας, αναφέρθηκε ότι η σωστή λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας μειώνει την ανάγκη για τις άλλες βαθμίδες φροντίδας και επιδρά στον αναγκαίο αριθμό κοινωνικών λειτουργών.

## Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδηλώνουν την ανάγκη για σχεδιασμένη αύξηση του αριθμού των κοινωνικών λειτουργών στη χώρα μας, ώστε να υπάρχουν τουλάχιστον 8 κοινωνικοί λειτουργοί ανά 10.000 κατοίκους. Η επιτροπή εμπειρογνομόνων έκρινε ότι το 60% περίπου των κοινωνικών λειτουργών θα έπρεπε να απασχολείται στο χώρο της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, χωρίς όμως να αποδυναμώνονται οι άλλες βαθμίδες.

Είναι επίσης σαφές ότι το παρεμβατικό μοντέλο κοινωνικής εργασίας δεν εξυπηρετεί πλέον τις ανάγκες της σύγχρονης κοινωνίας, αντίθετα απαιτείται ο σχεδιασμός ολοκληρωμένων προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας στο πλαίσιο των γενικών πολιτικών

(mainstreaming) με τη μεθοδολογία του κοινωνικού σχεδιασμού (social planning), τα οποία θα υλοποιούνται από ευέλικτες αποκεντρωμένες κοινωνικές υπηρεσίες με τη συνδρομή διεπιστημονικής ομάδας, οι οποίες θα δρουν στο πλαίσιο δικτύου υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης.

Από τα σχόλια και τις παρατηρήσεις των εμπειρογνομόνων, φάνηκε η ανάγκη να κινηθεί η Κοινωνική Εργασία, και στη χώρα μας, προς την κατεύθυνση της προαγωγής της κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης, σε συνδυασμό με την πρόληψη κοινωνικών προβλημάτων καθώς και την έγκαιρη παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης, φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, καταστάσεις όπου κυρίως εκδηλώνονται τα κοινωνικά προβλήματα. Αυτό το μοντέλο απαιτεί αποκεντρωμένες υπηρεσίες στο φυσικό χώρο δραστηριοποίησης του ατόμου, κοντά στον πολίτη, τη γειτονιά του, την εργασία του, το σχολείο του ή όπου αλλού πραγματώνονται οι κύριοι κοινωνικοί θεσμοί και ρόλοι ή καλύπτονται βασικές ανάγκες επιβίωσης και εξέλιξης. Με αυτόν τον τρόπο οι κοινωνικοί λειτουργοί θα έχουν τη δυνατότητα να γνωρίζουν πλήρως και σε βάθος το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον μέσα στο οποίο δρα και επηρεάζεται ο πολίτης, τις δυναμικές που αναπτύσσονται σε κοινοτικό επίπεδο, τις παραμέτρους που διαμορφώνουν ή συνδέονται με τις συνθήκες που σχετίζονται με τα τυχόν προβλήματα τα οποία έχουν εντοπισθεί ή τις ανάγκες. Έτσι, οι κοινωνικοί λειτουργοί θα είναι σε θέση να παρέμβαίνουν έγκαιρα και να λειτουργήσουν προς την κατεύθυνση της προαγωγής και πρόληψης και ο πολίτης να έχει άμεση και εύκολη προσπέλαση σε ενιαίο κέντρο αναφοράς σε τοπικό επίπεδο.

Η αμεσότητα των αποκεντρωμένων κοινωνικών υπηρεσιών διευκολύνει την αξιοποίηση των πρώτων συμπτωμάτων για την πρόληψη και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων στην αρχική τους εκδήλωση. Άλλως δημιουργούνται χρόνιες πολύπλοκες πολυπροβληματικές καταστάσεις με χαρακτηριστικά ατομικής ή κοινωνικής παθολογίας, με αντίστοιχη αύξηση του κόστους λόγω χρήσης δαπανηρών υπηρεσιών θεραπείας και αποκατάστασης, επιμήκυνση του χρόνου φροντίδας, μείωση των ποσοστών επανένταξης και συσσώρευση αρνητικών επιπτώσεων στην ποιότητα ζωής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας.

Ο κοινωνικός λειτουργός τοπικής υπηρεσίας που έχει την αρμοδιότητα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας σε συγκεκριμένη χωροταξικά και πληθυσμιακά ομάδα πολιτών, λειτουργεί ως ατομικός (προσωπικός) λειτουργός για τους πολίτες της ευθύνης του, αναλαμβάνοντας τη συνολική ευθύνη για την κοινωνική φροντίδα του εξυπηρετούμενου πολίτη ώστε να προληφθούν ή να αντιμετωπιστούν έγκαιρα ή να θεραπευτούν και αποκατασταθούν τα κοινωνικά του προβλήματα, αξιοποιώντας τη μεθοδολογία της κοινωνικής εργασίας και τα προγράμματα κοινωνικής προστασίας και φροντίδας της πολιτείας.

Οι κοινωνικές υπηρεσίες που παρέχουν οι κοινωνικοί λειτουργοί των τοπικών υπηρεσιών, εκτός της συμβουλευτικής (Αλτάνης, 1991) και κοινωνικής στήριξης, περιλαμβάνει τη διασύνδεση ή την παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες του δικτύου κοινωνικής φροντίδας ή άλλων συστημάτων όταν αυτό κριθεί απαραίτητο. Επίσης έχουν την αποκλειστική ευθύνη να συνεχίζουν να διατηρούν τη συνεργασία με τον εξυπηρετούμενο, έχοντας τη συνολική παρακολούθηση της πορείας του προβλήματός του και την εξασφάλιση της φροντίδας του μέχρι την αποκατάστασή του ή της κάλυψης των βασικών αναγκών ή της επανένταξης ή ενσωμάτωσής ανάλογα με τη φύση του κοινωνικού προβλήματος. Με την ανάπτυξη τοπικών κοινωνι-

κών υπηρεσιών διευκολύνεται η εύκολη και άμεση προσπέλαση σε ενιαίο κέντρο αναφοράς από το οποίο μπορούν να γνωρίσουν και να διεκδικήσουν οι πολίτες τα προνοιακά τους δικαιώματα, αλλά ταυτόχρονα να αναπτύξουν μια σχέση συνεργασίας και ενδυνάμωσης με τον ατομικό (προσωπικό) τους λειουργό.

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη λειτουργία ενός τέτοιου μοντέλου είναι η παροχή εξατομικευμένων ευελικτων υπηρεσιών, οι οποίες θα είναι αναπτυγμένες με μορφή δικτύου μεταξύ τους, στο πλαίσιο ενός ολοκληρωμένου ενιαίου συστήματος κοινωνικής φροντίδας. Επίσης απαιτείται η καθιέρωση ενός συστήματος καταγραφής, τεκμηρίωσης, παρακολούθησης και αξιολόγησης πληροφοριών και στοιχείων σχετικά με τις κοινωνικές ανάγκες (είδος και μέγεθος) και τις παρεχόμενες κοινωνικές υπηρεσίες (ποιότητα και αποτελεσματικότητα). Δυστυχώς καταγράφεται απροθυμία των εργαζομένων να καταγράφουν στατιστικά στοιχεία σχετικά με την εργασία τους, καθώς το βιώνουν περισσότερο ως έλεγχο της διοίκησης παρά ως εργαλείο μελέτης και επιστημονικής αξιολόγησης για τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών και την αποδοτική ποιοτική διοίκηση. Επίσης καταγράφεται έλλειψη προώθησης επιστημονικά τεκμηριωμένου συστήματος καταγραφής και αξιοποίησης από τους φορείς και την κεντρική διοίκηση. Όμως, χωρίς πρωτογενή δεδομένα, μελέτη, τεκμηρίωση και επιστημονική αξιολόγησή τους δεν είναι δυνατός ο ορθολογικός σχεδιασμός και η ανάπτυξη αποτελεσματικών και ποιοτικών ολοκληρωμένων δικτύων κοινωνικών υπηρεσιών, όπως και η εξασφάλιση του απαραίτητου ανθρώπινου δυναμικού για τη στελέχωση των υπηρεσιών αυτών (Ιατρίδης, 1990).

### **Συμπεράσματα**

Η παρούσα μελέτη είναι μία πρώτη προσπάθεια να χτίσουμε την απαραίτητη τεκμηρίωση για την ελεγχόμενη αύξηση των εν ενεργεία κοινωνικών λειτουργών στη χώρα μας, καθώς και για τον επανασχεδιασμό ενός ολοκληρωμένου συστήματος κοινωνικής πρόνοιας. Πιστεύουμε ότι χρειάζεται συστηματική προσπάθεια να βρεθεί η κατάλληλη μεθοδολογία ώστε να είμαστε σε θέση να καταγράψουμε, με τη βοήθεια των πολιτών, καταρχάς την εκφρασμένη ζήτηση, με απώτερο σκοπό να εντοπίσουμε την πραγματική ζήτηση σε κοινωνικές υπηρεσίες (είδος, ποιότητα, ποσότητα). Επίσης, εκτός των ζητημάτων που αναδείχθηκαν για περαιτέρω διερεύνηση, εκτιμούμε εξαιρετικά απαραίτητη μια μελέτη σκοπιμότητας για τη λειτουργία κέντρου αναφοράς, όπου θα ήταν διαθέσιμα τα συγκεντρωτικά στοιχεία από όλες τις υφιστάμενες κοινωνικές υπηρεσίες και δράσεις κοινωνικής αλληλεγγύης που λαμβάνουν χώρα στην Ελλάδα. Με αυτές τις πληροφορίες θα υπήρχε η δυνατότητα να προχωρήσει η πολιτεία σε τεκμηριωμένο σχεδιασμό και λειτουργία ολοκληρωμένων αποτελεσματικών και ποιοτικών υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

### **Βιβλιογραφία**

- Αλιάνης Παναγιώτης, (1991). Η συμμετοχή του Κοινωνικού Λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα - διεπιστημονική συνεργασία, *Κοινωνική Εργασία*, (22): 109-118.
- Γκρέγκορ Σ., Λιάτσου Μ., Κυριόπουλος Ι., (2002). Ο άριστος αριθμός ειδικών ιατρών και γενικών ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό στην Ελλάδα: έρευνα με Delphi panel. *Ιατρική* 82(1): 65-71

- Ιατρίδης Δημήτρης, (1990). *Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής: Θεωρία και πράξη του κοινωνικού σχεδιασμού*, Αθήνα: εκδόσεις Gutenberg.
- Κάβουρα Μ., Ζάβρας Δ., Κυριόπουλος Γ., (2003). Ποσοτικός και ποιοτικός προσδιορισμός του αναγκαίου νοσηλευτικού δυναμικού της Ελλάδας. *Νοσηλευτική* 42(4): 457-468
- Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος και Τοπική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Νομού Αττικής, (1993). *Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Τοπική Αυτοδιοίκηση*, πρακτικά εισηγήσεων Συνδιάσκεψης και πανελληνίου Σεμιναρίου.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, (1983). *Εκτίμηση των αναγκών σε Κοινωνικούς Λειτουργούς στους διάφορους τομείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών*, πόρισμα μελέτης Ομάδας Εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Υπ. απόφαση Γ68/οικ.1397/3-9-81).
- Ferrera M., (1996). The "Southern Model" of Welfare in Social Europe, *J European Social Policy*, 6:17-37
- Jones J., Hunter D., (1995). Qualitative Research: Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 311: 376-380
- Murphy M.K., Black N.A., Lamping D.L., McKee C.M., Sanderson C.F., Askham J., (1998). Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assessment* 2(3)
- [<http://www.nchta.org/fullmono/mon203.pdf> – τελευταία πρόσβαση 28 Φεβρουαρίου 2005]
- Murray Turoff, (1970). The design of a policy Delphi, *Technological Forecasting and Social Change* 2(2)