

εισηγήσεις

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Δ. Ιατρίδης

Το θέμα μου "Κοινωνική Εργασία και Υγεία" αφορά τους νέους επαγγελματικούς ορίζοντες και τον ρόλο της Κοινωνικής Εργασίας (Κ.Ε.) στον Ελληνικό τομέα Υγείας την δεκαετία του 1990. Οργάνωσα τις παρατηρήσεις και συμπεράσματά μου σε τρεις πρακτικές ερωτήσεις - προτάσεις:

I) Αποτελεί η υγεία μια θεμελιώδη επαγγελματική αγορά για την επέκταση της Κοινωνικής Εργασίας;

II) Μπορεί ο κοινωνικός λειτουργός να παίξει ένα κεντρικό ρόλο στην Υγεία;

III) Ποιός πρέπει να είναι ο στρατηγικός στόχος της Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα υγείας;

I) Επαγγελματική αγορά για την επέκταση της Κοινωνικής Εργασίας:

Η φύση και η φιλοσοφία της Κοινωνικής Εργασίας αρμόζει ιδιαίτερα στις σύγχρονες ανάγκες του τομέα Υγείας αλλά και στην επαγγελματική ζήτηση και προσφορά στην αγορά απασχόλησης.

Α. ΖΗΤΗΣΗ: Στις καπιταλιστικές χώρες όπως οι ΗΠΑ και σε σοσιαλιστικές όπως η Κούβα, ο τομέας φυσικής και ψυχικής υγείας απορροφά ένα συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό κοινωνικών λειτουργών. Η Υγεία αποτελεί έτσι τις τελευταίες δεκαετίες μια θεμελιώδη και απαραίτητη αγορά απασχόλησης στην οποία στηρίχθηκε η επέκταση της Κοινωνικής Εργασίας ως επάγγελμα, η βελτίωση του επιπέδου αμοιβής των κοινωνικών λειτουργών, και η δυνατότητα ανεξαρτητοποίησής τους από εργοδότες. Την δεκαετία του 1990 ο τομέας υγείας θα γίνει ακόμη πιο σημαντικός.

Στον τομέα Υγείας των ΗΠΑ και ιδιαίτερα στον ψυχικό τομέα εργάζεται ήδη η πλειοψηφία των μελών του Αμερικάνικου Συλλόγου Κοινωνικών Λειτουργών (LEWIS, 1982). Οι πιο πρόσφατες αναλύσεις της επαγγελματικής αγοράς διαπιστώνουν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί εξυπηρετούν σήμερα τους περισσότερους Αμερικανούς που έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι ψυχολόγοι έρχονται δεύτεροι και οι ψυχίατροι τρίτοι. Συγχρόνως ένας μεγάλος και συνεχώς αυξανόμενος αριθμός κοινωνικών λειτουργών αυτο - απασχολείται εκεί για πρώτη φορά στην ιστορία του επαγγέλματος και εξασκεί ελεύθερο επάγγελμα. Έτσι καταργείται εν μέρει το εργοδοτικό μονοπώλιο διαφόρων οργανώσεων κοινωνικής πρόνοιας που παραδοσιακά είναι οι αποκλειστικοί εργοδότες των κοινωνικών λειτουργών. Μια από τις πολύπλευρες επαγγελματικές επιπτώσεις της αυτοαπασχόλησης είναι και ο καθορισμός της αμοιβής από τους ίδιους βάσει ζήτησης και προσφοράς της οικονομικής αγοράς, και όχι από εργοδότες κοινωνικής μέριμνας που συνήθως έχουν περιορισμένους προϋπολογισμούς, διέπονται από ένα φιλανθρωπικό - εθελοντικό προσανατολισμό, και αντανakλούν μια νοοτροπία και συμφέροντα κυρίως μέσης - ανωτέρας κοινωνικοοικονομικής τάξης, τα μέλη της οποίας στελεχώνουν και πλειοψηφούν στα διοικητικά συμβούλια τέτοιων οργανώσεων. Σε συνέχεια, η ανεξαρτησία, οι καλύτεροι μισθοί και η πιο εξισωτική σχέση που

δημιουργείται μεταξύ Κοινωνικής Εργασίας και των άλλων ανεξάρτητων επεγγελμάτων αυξάνουν το επαγγελματικό κύρος των κοινωνικών λειτουργών. Οι πελάτες, δεν είναι πια άποροι και αποδέκτες φιλανθρωπίας, στιγματισμένοι ως "αποτυχημένοι" και "εξαρτώμενοι", αλλά αντίθετα "επιτυχημένοι" πολίτες που πληρώνουν για τις υπηρεσίες που ζητούν, όπως οι πελάτες δικηγόρων, γιατρών και μηχανικών. Σ' αντίθεση με την απασχόληση στον προνοιακό τομέα όπου οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν πληρώνονται από τους πελάτες τους που είναι φτωχοί, αλλά από οργανώσεις κοινωνικής πρόνοιας ή το κράτος, οι πελάτες, ιδιωτικώς απασχολούμενου κοινωνικού λειτουργού στον τομέα Υγείας, πληρώνουν οι ίδιοι (ή οι ασφαλιστικές εταιρείες). Αυτό βελτιώνει την κοινωνική ιεράρχηση και διαστρωμάτωση της Κ.Ε. ως επάγγελμα. Συνήθως τα επαγγέλματα που επικρατούν στην ελεύθερη οικονομική αγορά και ιεραρχούνται ψηλά στην κοινή γνώμη είναι ακριβώς αυτά που βασίζονται σε πελάτες που πληρώνουν και ικανοποιούν παραδεδεγμένες κοινωνικές δυσλειτουργίες και ανάγκες. Η ζήτηση στον τομέα υγείας προσφέρει στην Κ.Ε. κι αυτό το επαγγελματικό πλεονέκτημα (WENOCUR και REISCH, 1989). Κάτω από τέτοιες συνθήκες η ποιότητα κι ο αριθμός υποψηφίων κοινωνικών λειτουργών που προσελκύει το επάγγελμα στην Ελλάδα θα αυξηθούν σημαντικά, ιδιαίτερα μακροπρόθεσμα.

Στις εξελίξεις αυτές που επεκτείνουν την ζήτηση κοινωνικών λειτουργών στον τομέα Υγείας συνετείναν πολλοί παράγοντες ζήτησης αλλά κυρίως οι εξής: η ζήτηση εξειδικευμένων γνώσεων και τεχνικής εμπειρίας για τα ειδικά προβλήματα του τομέα Υγείας, η ανάγκη διεπιστημονικής διαδικασίας, η ζήτηση σύνθεσης κλινικών λειτουργιών με ψυχοκοινωνική διάγνωση, η συνεχώς αυξανόμενη αναβάθμιση και εθνική προτεραιότητα της Υγείας, ως βασική προϋπόθεση βελτίωσης του επιπέδου ζωής στις μεταβιομηχανικές κοινωνίες (DAVIS, 1983) και η αναγνώρισή της ως βασική μεταβλητή στην αναπτυξιακή πολιτική.

Επίσης συνέτεινε η συνειδητοποίηση της ανάγκης για πρόληψη σε σχέση με πιο αντιμετώπιση της αρρώστιας που μετέθεσε το κέντρο βάρους από την καταπολέμηση της αρρώστιας στην ανάπτυξη Υγείας, και η επιτακτική ανάγκη μείωσης του αστρονομικού κόστους της ιατρικής περίθαλψης.

Το σκέλος ζήτηση, της εξίσωσης αγορά - ζήτηση, δεν διαφέρει ουσιαστικά στις σοσιαλιστικές χώρες που υπάρχουν κοινωνικοί λειτουργοί, όπως η Κούβα, αν και έχουν διαφορετική ιδεολογία, πολιτική οικονομία και στάδιο ανάπτυξης. Το Κουβανέζικο κατά κεφαλήν εισόδημα είναι 800 δολλάρια, των ΗΠΑ 16.000 και της Ελλάδας 4.500 δολλάρια. Αν και τριτοκοσμική χώρα 10 περίπου εκατομμυρίων με περιορισμένους πόρους, η Κούβα, που έχει αναπτύξει έναν τομέα υγείας γνωστό διεθνές και εφάμιλλο των βιομηχανικά ανεπτυγμένων χωρών, απορροφά ετήσια το μεγαλύτερο αριθμό κοινωνικών λειτουργών. Η ζήτηση στον τομέα Υγείας της Κούβας είναι μεγάλη ιδιαίτερα για διεπιστημονικές δραστηριότητες, κοινωνικό σχεδιασμό, πρόληψη σε σχέση με θεραπεία, πρωτοβάθμια υγεία, ανάπτυξη και συμμετοχή της κοινότητας στις υπηρεσίες υγείας, βιοψυχοκοινωνική διάγνωση και εφαρμογή και ανάπτυξη υγείας αντί απλώς αντιμετώπιση ασθενειών. (IATRIDS 1987).

Β. ΠΡΟΣΦΟΡΑ: Ποιές ανάγκες μπορεί να καλύψει άμεσα και έμμεσα η Κοινωνική Εργασία; Οι σημερινές γνώσεις και τεχνική της Κ.Ε. είναι κατ' εξοχήν κατάλληλες και αποτελεσματικές. Όσο κανένα άλλο επάγγελμα Υγείας η Κ.Ε. προσφέρει μια πιο ολοκληρωμένη θεωρία και πράξη που καλύπτει και συνθέτει αποτελεσματικά τα

βασικά απαραίτητα στοιχεία για την ικανοποίηση των απαιτήσεων υγείας των συγχρόνων κοινωνιών. Οι στόχοι της Κ.Ε., η φιλοσοφία της, η παράδοσή της, τα θεωρητικά της μοντέλα γνώσεων, η τεχνική διαδικασία παρέμβασης για αλλαγή, στην μικρο - και - μακροκλίμακα και ο τρόπος σκέψης που αντιμετωπίζει τα προβλήματα υγείας γεφυρώνουν διεπιστημονικά του βασικούς άξονες ανάπτυξης Υγείας:

Φιλοσοφία και Παράδοση. Η Κ.Ε. αποτελεί ένα διεπιστημονικό τρόπο παρέμβασης για κοινωνική αλλαγή, λύση προβλημάτων και βελτίωση κοινωνικών συνθηκών για κοινωνική ανάπτυξη όλου του πληθυσμού. Βασίζεται σε επιστημονικά θεωρητικά μοντέλα, μεθοδολογία, και ένα σύστημα αξιών για κοινωνική δικαιοσύνη που καθορίζουν τον επαγγελματικό της ρόλο και στόχους (IATRIDIS, 1987). Βασικά στοχεύει ιδιαίτερα στην ενδυνάμωση των αποδυναμωμένων ατόμων και κοινωνικών ομάδων, στην πιο δίκαιη εξισωτική κατανομή εισοδήματος, πλούτου, εξουσίας και υπηρεσιών, και στον μηδενισμό, διακρίσεων φυλής, φύλου, ηλικίας και θρησκείας.

Μετά από μια μακρά αποτελεσματική παράδοση και εμπειρία με προβλήματα φτώχειας, φιλανθρωπίας και προνοιακής περίθαλψης, η Κ.Ε. *επιστημονικοποιείται, επαγγελματικοποιείται* και στοχεύει ευρύτερα σε αναπτυξιακές παρεμβάσεις στις ανθρώπινες σχέσεις για πρόληψη ψυχοκοινωνικών δυσλειτουργιών, προσαρμογή της συμπεριφοράς ατόμων και κοινωνικών συστημάτων, και χάραξη κοινωνικής πολιτικής.

Θεωρία και Πράξη. Ως εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη (και διαδικασία παρέμβασης) η Κ.Ε. στηρίζεται σε θεωρητικά μοντέλλα ανθρώπινης και κοινωνικής συμπεριφοράς και σε τεχνική πρακτικών μεθόδων για την επίλυση κλινικών προβλημάτων ατόμων, οικογενειών και μικρών ομάδων και προβλημάτων κοινωνικού σχεδιασμού κοινοτήτων, οργανώσεων, θεσμών (IATRIDIS, 1989). Ως ένα ενιαίο σύστημα Θεωρίας και Πράξης η Κ.Ε. καλύπτει με παρεμβάσεις για αλλαγή ολόκληρο το φάσμα φαινομένων που αφορούν την υγεία.

Διαδικασία. Η τεχνική διεπιστημονική διαδικασία της Κ.Ε. περιλαμβάνει τα στάδια *διάγνωσης* (διαπίστωση προβλήματος ή αναπτυξιακής ευκαιρίας - δυνατότητας), *παρέμβασης* (θεραπείας ή εφαρμογής σχεδίου λύσης), και *αξιολόγησης* (της παρέμβασης, του αποτελέσματος και της συνέχισης ή τερματισμού της παρέμβασης).

Το ενιαίο σύστημα της Κ.Ε. είναι καθοριστικό του τρόπου που αντιμετωπίζει την Υγεία: Η Υγεία:

- αποτελεί ανθρώπινο δικαίωμα και όχι προνόμιο
- δεν θεωρείται αγαθό οικονομικής αγοράς και δεν πρέπει να εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα ατόμων και οικογενειών
- ξεπερνά τα παραδοσιακά στενά όρια αρρώστιας και την θεραπευτική ιατρική
- θεμελιώνει την ανάπτυξη της κοινωνίας
- αποτελεί βασική προϋπόθεση της ουσιαστικής ελευθερίας του ατόμου, αποτρέπει την εκμετάλλευσή του, και προωθεί την συμμετοχή του στις βασικές κοινωνικές λειτουργίες
- απαιτεί *διεπιστημονική αντιμετώπιση* και
- *ενεργό συμμετοχή όλων των πολιτών*

Είναι επίσης καθοριστικό της δυνατότητας της Κ.Ε. να προσφέρει στελέχη με τα οποία:

- Βελτιώνεται σημαντικά η ποιότητα και κάλυψη υπηρεσιών Υγείας, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ψυχοκοινωνικής πρόληψης και διάγνωσης, σχεδιασμό κοινωνικής πολιτι-

κής, και διοίκηση που απαιτούν αλλαγή στις ανθρώπινες σχέσεις και συνθήκες ζωής

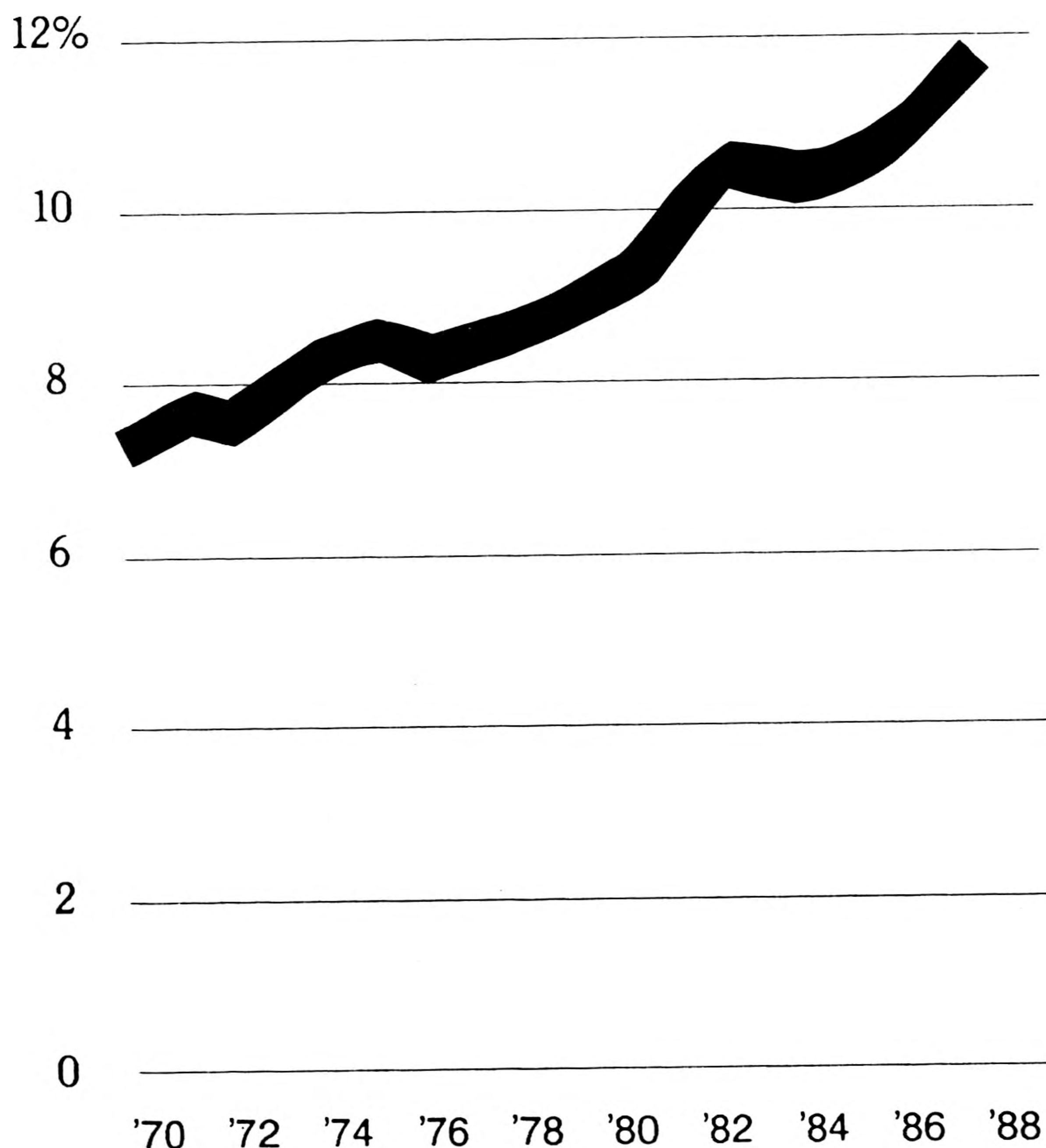
- Αυξάνεται η περίθαλψη στην κοινότητα (ενιαία παροχή δραστηριοτήτων αγωγής υγείας, πρόληψης, περίθαλψης και φυσικής αποκατάστασης, ψυχοκοινωνικής στήριξης και κοινωνικής φροντίδας) και μειώνεται έτσι το νοσοκομειοκεντρικό σύστημα υπηρεσιών που διογκώνει το θεραπευτικό σκέλος στην παροχή δευτεροβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών σε βάρος των πρωτοβάθμιων.

- Μειώνονται οι δαπάνες στον τομέα υγείας με τη στροφή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την περίθαλψη στην κοινότητα, την αναβάθμιση των επαγγελματιών υγείας, και την αφοσίωση των γιατρών στην θεραπευτική ιατρική αντί σε παρεμφερείς λειτουργίες (κοινωνική διάγνωση, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, κοινωνική φροντίδας, κινητοποίηση ανθρώπινου δυναμικού, χρόνιες παθήσεις).

- Η προσφορά της Κ.Ε. στην μείωση δαπανών είναι κεντρική δεδομένου ότι η αστρονομική αύξηση δαπανών στην υγεία προβληματίζει τις περισσότερες χώρες. Όπως δείχνει το Διάγραμμα 1 το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών οφείλονται στο νοσοκομειοκεντρικό σύστημα και στην συνεχή διόγκωση του θεραπευτικού σκέλους στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Η μείωσή τους αποτελεί σήμερα τον πιο σημαντικό παράγοντα στην χάραξη πολιτικής υγείας των βιομηχανικά ανεπτυγμένων χωρών και αποτελεί τον πρωταρχικό και άμεσο στόχο τους. όπως δείχνει το Διάγραμμα 2 η αύξηση των δαπανών στις ΗΠΑ είναι αλματώδης και συνεχίζεται:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2:

ΕΞΟΔΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΗΠΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΕΠ 1970-1988

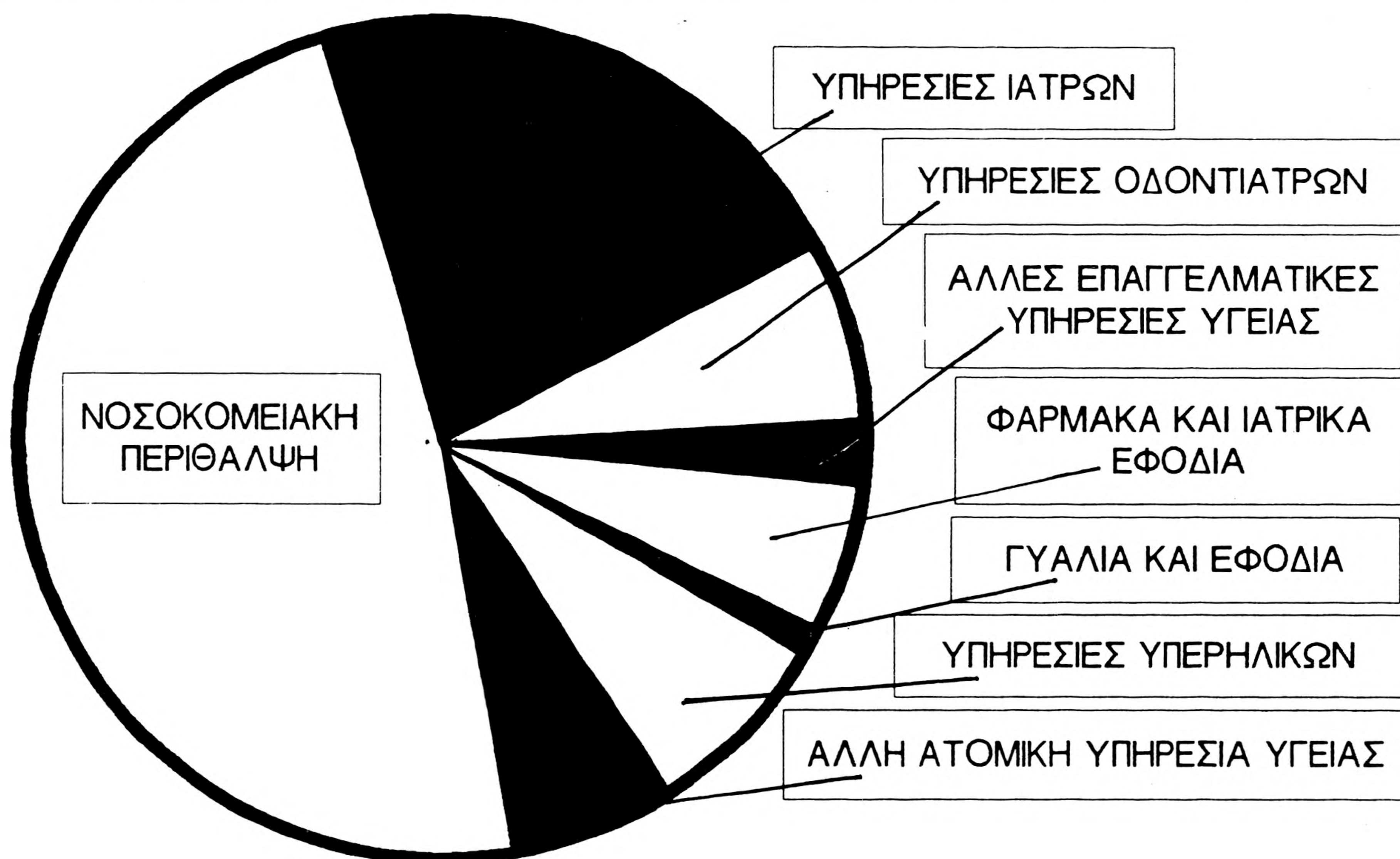


Από 7,4% του ΕΑΠ το 1970 τα έξοδα ανήλθαν σε 10,9% το 1986, 11,1% το 1987 (9,8% αύξηση από το 1986), και 11,7% το 1988. Υπολογίζεσται συγχρόνως να αυξηθούν το 1989 κατά 9,1% σε 590 δισεκατομμύρια δολλάρια ενώ το 1970 ήταν μόνο 70 δισ. δολλάρια. Χαρακτηριστικά τα έξοδα αυξάνουν πάνω από δυο φορές της αύξησης πληθωρισμού (NEW YORK TIMES, 19 Νοεμβρίου 1988, σελίς 1,50). Κανένα άλλο κονδύλι του προϋπολογισμού ΗΠΑ δεν αυξήθηκε με τόσο γρήγορο ρυθμό: Ενώ οι δαπάνες Υγείας αυξήθηκαν κατά 20% μεταξύ 1987 - 1989, το κονδύλι εκπαίδευσης - πρόνοιας αυξήθηκε κατά 5,7%), οι κοινωνικές ασφάλισεις κατά 12,4%, και το εθνικό έλλειμα κατά 12,8%.

Το απαγορευτικό κόστος έχει τεράστιες επιπτώσεις στην υγεία της πλειοψηφίας των Αμερικανών και σε συνέχεια αυξάνει σημαντικά τα έξοδα κοινωνικής περίθαλψης και μειώνει τα δημόσια έσοδα από εισοδήματα και την παραγωγικότητα:

- 40 εκατομμύρια (ένας στους 4 Αμερικανούς) δεν έχουν ασφάλεια υγείας
- Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται και 14 εκατομμύρια έγκυες γυναίκες
- Η κάλυψη αυτών που έχουν ασφάλιση είναι πολύ περιορισμένη και δεν περιλαμβάνει "καταστροφικές" περιπτώσεις (περίθαλψη μεγάλης χρονικής διάρκειας)
- Το 65% των πτωχών δεν καλύπτονται από το πρόγραμμα κοινωνικών ασφαλίσεων υγείας (MEDICAID)
- Ένα περίπου εκατομμύριο Αμερικανών έμεινε χωρίς θεραπευτική ιατρική το 1987 (δεν τους δόθηκε η βοήθεια που ζήτησαν) απλώς και μόνο γιατί δεν είχαν χρήματα ή ασφάλεια. Περίπου 500.000 απ' αυτούς πέθαναν.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΦΟΡΕΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ 1985 ΗΠΑ



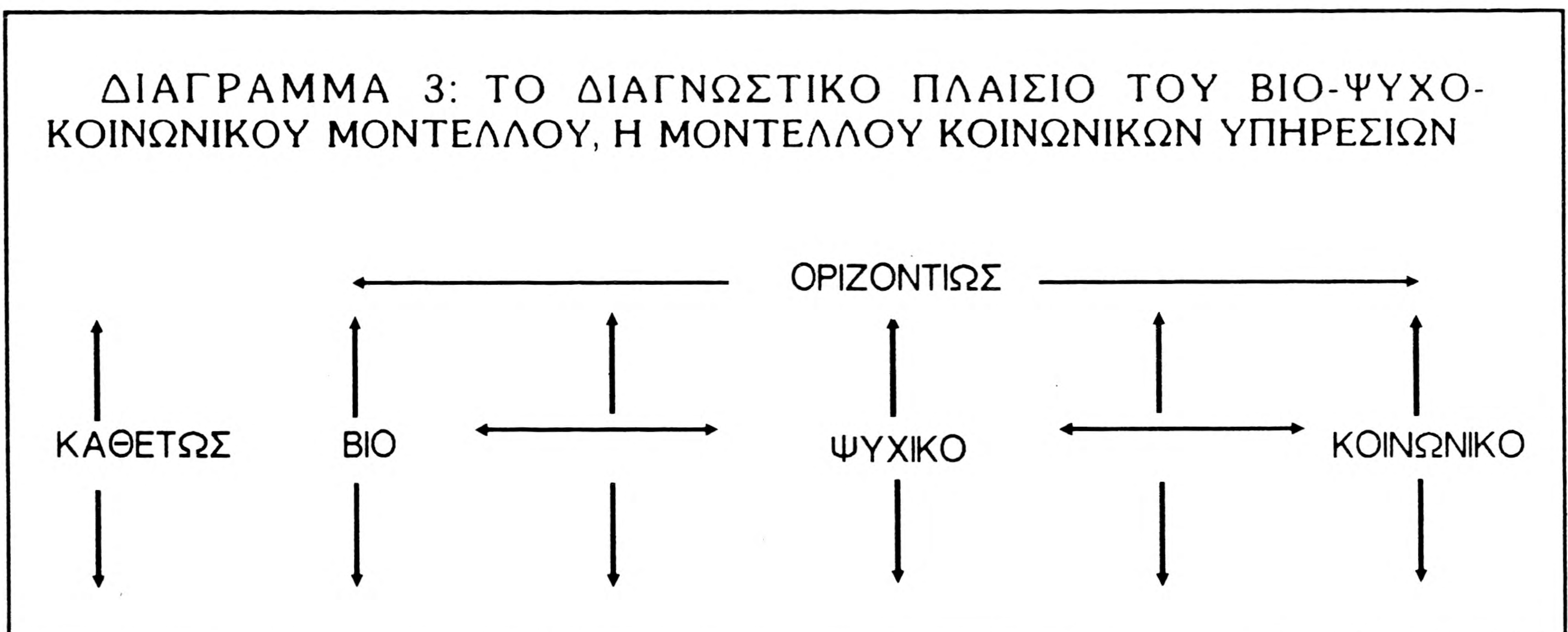
ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΗΠΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

II. ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Τα δεδομένα αυτά δείχνουν πως η Κ.Ε. μπορεί και πρέπει να διεκδικήσει ένα ρόλο κεντρικού και όχι απλώς βοηθητικού επαγγέλματος Υγείας. Τρεις εξελίξεις συντείνουν περαιτέρω στην ανάπτυξη ενός κεντρικού ρόλου: Το Βιο - ψυχο - κοινωνικό μοντέλο, η ειδική παράδοση και εμπειρία της Κ.Ε. στην Υγεία, και η διεπιστημονική ομάδα Υγείας.

Α. Το Βιο - ψυχο - κοινωνικό μοντέλλο: Η επικράτηση του Βιο - Ψυχο - Κοινωνικού μοντέλλου, που προσθέτει ψυχοκοινωνικούς άξονες στον βιολογικό, προωθεί την χρήση και σημασία της Κ.Ε. σε σχέση με το ιατρικό μοντέλο (WALLACE, 1984). Το Βιο - ψυχοκοινωνικό μοντέλλο που στοχεύει στην ανάπτυξη Υγείας είναι ευρύτερο, διεπιστημονικό και αποτελεσματικότερο από το παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο που στοχεύει στην αντιμετώπιση αρρώστειας. Το πρώτο απαιτεί την χρήση και ισότητα των βασικών επαγγελμάτων Υγείας ενώ το δεύτερο συγκεντρώνεται στην ιατρική και χρησιμοποιεί τα άλλα επαγγέλματα Υγείας βοηθητικά και περιθωριακά (KANA, 1982 ENGEL, 1987).

Το Διάγραμμα 3 εκφράζει τους κύριους άξονες του Βιο - Ψυχο - Κοινωνικού μοντέλλου:



Οι αλληλένδετοι, ισότιμοι άξονες κάθετα και οριζόντια καθορίζουν την διάγνωση, θεραπεία, αξιολόγηση και κοινωνική πολιτική. Οι κύριοι άξονες είναι τρεις, όχι ένας όπως στο ιατρικό μοντέλλο, και το σύνολό τους διεπιστημονικό, και εννοιολογικά ενιαίο (SCHMOLLING, ET AL, 1989). Στο Βιο - Ψυχο - Κοινωνικό μοντέλλο, που επίσης αναφέρεται ως "μοντέλλο Κοινωνικών Υπηρεσιών", η οριζόντια διαίτηση σημαίνει για παράδειγμα ότι στην περίπτωση της υπέρτασης (Βιολογικός άξονας) η διάγνωση είναι ελλιπής, αν δεν ληφθεί υπ' όψιν η συναισθηματική κατάσταση του αρρώστου (Ψυχολογικός άξονας), που προέρχεται από ανικανοποίητες ανάγκες. Σε συνέχεια λαμβάνεται υπ' όψιν και η διαπίστωση ότι η αγχώδης απασχόληση (ή ανεργία) ή άλλες

κοινωνικές δυσλειτουργίες προκαλούν προβλήματα κοινωνικής φύσης που οδηγούν στην υπέρταση (κοινωνικός άξονας). Η κάθετη διάσταση σημαίνει *διάγνωση*, βάση ενός εννοιολογικού πλαισίου που αναγνωρίζει ότι κάθε άρρωστος διαφέρει βιο - ψυχο - κοινωνικά, και οι διαφορές αυτές πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν. Ανάλογα με το μοντέλλο θεωρίας που χρησιμοποιούμε οδηγούμεθα σε διαφορετικά συμπεράσματα, διαδικασίες, και πολιτική. Ο Πίνακας 1 δείχνει μερικές βασικές διαφορές των δύο μοντέλλων, και τις αντίθετες προσεγγίσεις τους (WEICK, 1986, GERMAN - GITTERMAN, 1890).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΜΟΝΤΕΛΛΩΝ		
(Α) ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	(Β) ΙΑΤΡΙΚΟ - ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ	(Γ) ΒΙΟ-ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ
Προσανατολισμός προς αρρώστεια	Ασθένεια θεωρείται εκτροχιασμός του σώματος	Ελλειψη υγείας ως έκφραση ανισορροπίας μεταξύ διενέργειας διαφόρων περιβαλλόντων
Εμφαση διαδικασίας	Μελέτη και θεραπεία αρρώστειας	Μελέτη και ανάπτυξη υγείας
Φύση	Υγεία εξισούται με έλλειψη αρρώστειας	Υγεία θεωρείται η μεγιστοποίηση του ευζείν
Αιτία	Εδρεύει στις βιοχημικές και οργανικές λειτουργίες του σώματος (Υπεραπλοποίηση)	Αναγνώριση διαφόρων τύπων επίδρασης μεταξύ πολλαπλών επιπέδων (Περιεκτικό)
Είδος παρέμβασης	Εξωγενής θεραπεία	Παρώτρυνση της εσωτερικής ικανότητας για ίαση
Ρόλος επαγγελματία υγείας	Λειτουργός εξωτερικής θεραπείας	Διευκόλυνσης της διαδικασίας ίασης
Ρόλος αρρώστου	Παθητικός, αποδεχόμενος ιατρική παρέμβαση, συνεργατικός	Ενεργός, διευθύνων την διαδικασία ίασης

Εφ' όσον η Κ.Ε. τονίζει θεωρητικά και πρακτικά τους Ψυχο - Κοινωνικούς άξονες της αρρώστειας και της υγείας και την τεχνική διαδικασία και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, έχει την δυνατότητα να εξελιχθεί σε κεντρικό επάγγελμα υγείας (BLACK, 1984). Η στήλη Γ του Πίνακος 1 αντιστακλά επίσης ιδιαίτερα την διαμετρικά αντίθετη σχέση αρρώστου - νοσηλευτικού στελέχους και την φύση της σε σύγκριση

με την στήλη Β. Τονίζει την ενεργό συμμετοχή του αρρώστου και τον διευκολυντικό δημιουργικό ρόλο του φορέα αλλαγής σε σχέση με το βιολογικό μοντέλλο αρρώστειας. Σαφώς ο κοινωνικός λειτουργός παίζει αποτελεσματικότερο και κεντρικότερο ρόλο στο πλαίσιο του Βιο - Ψυχο - κοινωνικού μοντέλου (Στήλη Γ). Η Κ.Ε. στις ΗΠΑ έχει μακρόχρονη επαγγελματική παράδοση γνώσεων και τεχνικής στο Βιο - Ψυχο - Κοινωνικό μοντέλο, ιδιαίτερα σε νοσοκομειακή περίθαλψη, σε διεπιστημονικές ομάδες Υγείας, και σε πανεπιστημιακή εκπαίδευση στην Υγεία:

Παράδοση και εμπειρία: Από το 1980 οι κοινωνικοί λειτουργοί αναγνώρισαν την επίδραση διαφόρων περιβαλλόντων (φυσικού, βιολογικού, ψυχολογικού, κοινωνικού, οικονομικού, οικολογικού) στην αρρώστεια και την ανάπτυξη της Υγείας. Το 1905 το "Γενικό Νοσοκομείο Μασσαχουσέτης" προσλαμβάνει τον πρώτο κοινωνικό λειτουργό στην ειδικότητα "Ιατρικής Κ.Ε." (MEDICAL SOCIAL WORK). Η ειδικότητα αυτή διατηρήθηκε ως τομέας ειδικότητας Κ.Ε. ακόμη και το 1955 όταν ιδρύθηκε ο Εθνικός Σύλλογος Κοινωνικών Λειτουργών ΗΠΑ (NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS) που ενοποίησε όλες τις τότε χωριστές οργανώσεις ειδικοτήτων Κ.Ε. Υγείας (HEALTH SOCIAL WORK) και αποκτάται όπως πριν σε πανεπιστημιακά προγράμματα σχολών Κ.Ε. από σπουδαστές που παίρνουν συγκεκριμένα μαθήματα στον τομέα Υγείας.

Η συμμετοχή της Κ.Ε. στον τομέα Υγείας αποτέλεσε έτσι ιστορικά μια από τις πρώτες ειδικεύσεις κοινωνικών λειτουργών, ενώ σήμερα απορροφά το μεγαλύτερο μέρος του εργατικού δυναμικού κοινωνικών λειτουργών. Οι ίδιοι λόγοι που συνετέλεσαν τότε στην ενεργό συμμετοχή της Κ.Ε. στην Υγεία εξηγούν και σήμερα τον ρόλο των κοινωνικών λειτουργών στο τομέα Υγείας: Στην αρχή του αιώνα αναγνωρίστηκε ότι η αρρώστεια είναι συχνά συνάρτηση κοινωνικών, οικονομικών, ψυχολογικών, ατομικών και οικογενειακών προβλημάτων. Επίσης καθιερώθηκε ότι τα προβλήματα αυτά εμποδίζουν την πρόοδο του αρρώστου. Οι κοινωνικοί λειτουργοί θεωρήθηκαν τότε, όπως και τώρα, ως οι ειδικοί που μπορούσαν να αντιμετωπίσουν τέτοια ειδικά προβλήματα (CABBOT, 1973). Η συμμετοχή της Κ.Ε. στην νοσηλευτική ιατρική ήταν έτσι μια αναπόφευκτη εξέλιξη της προσπάθειας να βελτιωθεί η ποιότητα της νοσηλευτικής ιατρικής. Η παραδοχή της ανάγκης υπηρεσιών των κοινωνικών λειτουργών συνέπεσε με την αναγνώριση ότι η αρρώστεια δεν μπορούσε να αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά χωρίς να ληφθούν υπ' όψιν οι ψυχοκοινωνικοοικονομικές συνθήκες ζωής, ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας, κατοικίας, γειτονιάς.

Ένας άλλος παράγοντας που συνέτεινε στην εξέλιξη αυτή έχει τις ρίζες του στην ανάγκη για κοινωνική μεταρρύθμιση του 19ου αιώνα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρωτοστάτησαν τότε στις διαμαρτυρίες για αλλαγή συνθηκών στην εργασία, κατοικία, γειτονιά, υγειονομική προστασία και Κοινωνική Εργασία γιατί συνέτειναν στην αρρώστεια και παρεμπόδιζαν την ανάπτυξη υγείας (WALLACE, ET AL, 1984).

Κοινωνική Εργασία στα Νοσοκομεία: Ήδη από το 1919 το Γενικό Νοσοκομείο Μασσαχουσέτης στην Βοστώνη ίδρυσε την πρώτη στις ΗΠΑ "Διεύθυνση Κ.Ε." σε Νοσοκομείο (GROPPER, 1987 και BARTLETT, 1961). Οι ευθύνες και δραστηριότητες που περιελάμβανε είναι χαρακτηριστικές για τις σημερινές ανάγκες και ρόλους των κοινωνικών λειτουργών στο Νοσοκομείο:

- Επίσης μονική ερμηνεία της ψυχοκοινωνικής δομής και υποδομής της αρρώστειας, προσαρμοσμένη στην συγκεκριμένη περίπτωση του αρρώστου

- Σύνδεσμος του αρρώστου με την οικογένειά του, τον εργοδότη και την γειτονιά
- Κατάρτιση ειδικής μελέτης για την είσοδο - έξοδο του αρρώστου από το Νοσοκομείο
- Μελέτη των συνθηκών της κοινότητας και της επίδρασης τους στην επιδημιολογία της γειτονιάς

Έτσι ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών στα Νοσοκομεία ήταν και είναι σήμερα πολύπλευρος με πολλαπλές λειτουργίες κλινικής Κ.Ε., και κοινωνικού σχεδιασμού (SCHLESINGER, 1985, και CANNON, 1930). Ορισμένες λειτουργίες είναι κοινές σ' όλα τα Νοσοκομεία, ενώ άλλες διαφέρουν σε έμφαση ή δραστηριότητα, ανάλογα με τις ειδικές νοσηλευτικές απαιτήσεις (για καρκίνο, καρδιοχειρουργική, AIDS). Σε σχέση με άλλα επαγγέλματα Υγείας στο χώρο του Νοσοκομείου ο κοινωνικός λειτουργός στοχεύει κυρίως σε αλλαγή στην ανθρώπινη συμπεριφορά και στις συνθήκες ζωής, ενώ τα άλλα επαγγέλματα υγείας στοχεύουν κυρίως στη νοσηλευτική - διοικητική διεκπεραίωση του αρρώστου. Η διάκριση αυτή βοήθησε στην αρχική ταξινόμηση και καθορισμό του διαφορετικού ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στο Νοσοκομείο, σύμφωνα με την οποία το επαγγελματικό επίκεντρο της Κ.Ε. είναι η προσαρμοστική αλλαγή ανθρωπίνων σχέσεων στο πλαίσιο υγείας (CLARKE ET AL, 1986).

Η Διεύθυνση Κ.Ε. στα Νοσοκομεία αποτελεί συνήθως μια *αυτόνομη διοικητική μονάδα* της διοικητικής δομής του Νοσοκομείου, η οποία:

- επιλέγει και κατευθύνει τους κοινωνικούς λειτουργούς του Νοσοκομείου
- έχει δικό της προϋπολογισμό
- Καθορίζει τις τεχνικές - επιστημονικές νόρμες της εφαρμογής της Κ.Ε. στο Νοσοκομείο
- συνεργάζεται επαγγελματικά με τις άλλες ειδικότητες και επαγγέλματα στο Νοσοκομείο
- συνδέει το Νοσοκομείο με την κοινότητα, καταρτίζει μελέτες, διεξάγει έρευνα

Μοντέλλα Διεπιστημονικών Ομάδων Υγείας: Ο κεντρικός ρόλος της Κ.Ε. στο Βιο - Ψυχο - Κοινωνικό μοντέλλο ενισχύεται ακόμη περισσότερο με την επικράτηση των διεπιστημονικών ομάδων υγείας. Το βασικό σκεπτικό της διεπιστημονικής ομάδας υγείας είναι ότι κανένα επάγγελμα υγείας δεν μπορεί μόνο του να έχει όλες τις απαραίτητες γνώσεις και να ικανοποιεί τις πολύπλευρες ανάγκες και τα προβλήματα Υγείας. Συνεπώς επιβάλλεται η οργάνωση των ειδικών υγείας σε ομάδες Υγείας για ολοκλήρωση, συντονισμό και συνεργασία. Διαφορετικά μένουν ανικανοποίητες αξονικές ανάγκες Υγείας, ενώ η ευθύνη για τον συντονισμό, σύνθεση και ολοκλήρωση της νοσηλείας ή αποκατάστασης βαρύνει άμεσα τον άρρωστο που δεν μπορεί να αποφύγει τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ ειδικοτήτων, τις αντιφάσεις, και την διπλή επικάλυψη λειτουργιών:

Το μοντέλλο της διεπιστημονικής ομάδας Υγείας που χρησιμοποιείται όχι μόνο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αλλά και γενικότερα στην δευτεροβάθμια σωματική και ψυχική Υγεία, παρουσιάζει για την Κ.Ε. ένα φυσικό σκηνικό εφαρμογής που το χαρακτηρίζει: *ψυχοκοινωνική διάγνωση, ψυχοθεραπευτική νοσηλεία και αποκατάσταση, κοινοτική οργάνωση, διοίκηση και κοινωνικό σχεδιασμό* (REHR, 1974, WALLACE, 1984). Σ' αυτό το επαγγελματικό σκηνικό η Κ.Ε. έχει την δυνατότητα να παίξει ηγετικό ρόλο που γεφυρώνει την πρόληψη με την θεραπεία - αποκατάσταση, το Νοσοκομείο (ή το Κέντρο Υγείας) με την οικογένεια και την κοινότητα, την ψυχική με την φυσική υγεία,

την πρωτοβάθμια με την δευτεροβάθμια υγεία, τις κλινικές δραστηριότητες (μικροκλίμακα) με την χάραξη πολιτικής υγείας και την οργάνωση - διοίκηση (μακροκλίμακα), και την πράξη με την έρευνα (ιδιαίτερα στην επιδημιολογική δομή της κοινότητας και των χώρων εργασίας, κατοικίας, σχολείων, γειτονιάς). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι έρευνες που συνδέουν τις συνθήκες της κοινότητας με την επιδημιολογία (π.χ. της φυματίωσης, αλκοολισμού, χρήσης ξένων ουσιών, παχυσαρκίας, AIDS, υπέρτασης, καπνίσματος, δυστυχημάτων και άγχους).

Η λειτουργία των ομάδων υγείας, όμως, παρουσιάζει ορισμένα προβλήματα επαγγελματικού ανταγωνισμού και αντιμαχίες μεταξύ των επαγγελματιών που συμμετέχουν στην ομάδα, ιδιαίτερα σχετικά με: *τον ρόλο, αρμοδιότητα, ικανότητα, ευθύνες, τα όρια δικαιοδοσίας, και την επιλογή* του αρχηγού της ομάδας (KANE, 1982, DANA, 1983, MAILICK και ASHLEY, 1981). Ορισμένα προβλήματα προέρχονται από τα διαφορετικά επαγγελματικά κίνητρα, συμφέροντα και εκπαίδευση των μελών της ομάδας, αλλά και την ηγετική παράδοση της νοσηλευτικής ιατρικής, τον τρόπο διοίκησης ομάδας, και τον πρόσθετο χρόνο και διοικητικά έξοδα που πατεί η λειτουργία της ομάδας (KANE, 1975 και DINGWALL, 1980). Έτσι ο επαγγελματικός ανταγωνισμός είναι παράλληλος της επαγγελματικής συνεργασίας. Από την αρχή η θέση της Κ.Ε. στον ανταγωνισμό από ψυχολόγους και νοσοκόμους, αλλά κυρίως από το ιατρικό κατεστημένο και ιατρικό μοντέλλο, ήταν ότι πρέπει να υπάρξει συνεργασία βασισμένη σε μια ισότητα μεταξύ των ρόλων, ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί αντιπροσωπεύουν ένα εξ' ίσου διαφορετικό και απαραίτητο άξονα στην φροντίδα του αρρώστου. Αν και από την αρχή οι κοινωνικοί λειτουργοί παραδέχθηκαν τις ειδικές, απαραίτητες ιατρικές γνώσεις στην νοσηλεία μέσα στα πλαίσια του ιατρικού μοντέλλου, προσπάθησαν και προσπαθούν να αποκτήσουν ίση αναγνώριση σε θέματα ψυχοκοινωνικής διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης στο πλαίσιο του Βιο - Ψυχο - Κοινωνικού μοντέλλου ανάπτυξης Υγείας. Με βελτίωση της εκπαίδευσής τους οι κοινωνικοί λειτουργοί προσπαθούν να αναβαθμίσουν, ανυψώσουν και εξισώσουν την Κ.Ε. με τα άλλα επαγγέλματα υγείας.

Η βιβλιογραφία δείχνει την χρησιμοποίηση τριών βασικών μοντέλλων λήψης αποφάσεων που διέπουν την ομάδα Υγείας: *Απολυταρχικό, Συγκραταθτικό και Μήτρας*. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού και των άλλων επαγγελματιών υγείας ποικίλει ανάλογα με το μοντέλλο λήψης αποφάσεων που χρησιμοποιεί η ομάδα. Το *απολυταρχικό μοντέλλο* συνηθίζεται σε περιπτώσεις υψηλού επιπέδου τεχνολογίας και νοσηλευτικής ιατρικής όπου επιβάλλεται το κύρος ενός υπευθύνου (π.χ. χειρουργική). Οι ρόλοι των άλλων επαγγελματιών πρέπει τότε να καθορίζονται σαφώς εκ των προτέρων, ανάλογα με την περίπτωση. Το *συγκραταθτικό μοντέλλο* χρησιμοποιείται συνήθως όταν δεν υπάρχει θέμα ζωής ή θανάτου και δεν είναι απαραίτητες οι γνώσεις ενός και μόνου επαγγέλματος (π.χ. πρόληψη, ανάρρωση, αποκατάσταση, χρόνιες παθήσεις, αναπηρίες). Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού καθίσταται τότε περισσότερο κεντρικός. Το *μοντέλλο Μήτρας* χρησιμοποιείται συνήθως σε περιπτώσεις που οι ρόλοι επικαλύπτονται και οι καθημερινές δραστηριότητες και συνθήκες καθορίζουν συγκεκριμένους ρόλους (π.χ. αναπηρία, χρόνιες παθήσεις, ιδρυματική ψυχιατρική ρουτίνα). Σ' αυτές τις περιπτώσεις ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι επίσης κεντρικός, όταν υπερισχύει η κοινωνική διάγνωση, νοσηλεία, αποκατάσταση και κοινοτική οργάνωση (MAILICK και JORDAN, 1977). Η βιβλιογραφία αναφέρεται συχνά

στην αρχή ότι ο υπεύθυνος της ομάδας υγείας πρέπει να καθορίζεται από την ηγετική του ικανότητα και γνώσεις και όχι από το είδος του επαγγέλματος.

Αναβάθμιση εκπαίδευσης. Ο κεντρικός ρόλος της Κ.Ε. ενισχύθηκε επίσης και από την αναβάθμιση της εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών στο Πανεπιστημιακό επίπεδο με ειδική συγκέντρωση σε θέματα Υγείας. Από το 1912 αρχίζει στη Βοστώνη το πρώτο εκπαιδευτικό πρόγραμμα ειδίκευσης στην "Ιατρική Κ.Ε." που απαιτούσε και πρακτική εφαρμογή στο Γενικό Νοσοκομείο Μασσαχουσέτης. Απαιτούσε επίσης ειδικά μαθήματα που περιλαμβάνουν: Βιολογία, Βασική Ιατρική, Διαιτολογία, Ψυχολογία αρρώστιας, Κοινωνιολογία, Ψυχική Υγεία, και Κοινοτική Οργάνωση και Κοινωνική πολιτική στο χώρο Υγείας. Το 1920 οι σχολές Κ.Ε. του Πανεπιστημίου της Κολομπίας και της Φιλαδέλφειας καθόρισαν το ελάχιστο εκπαιδευτικό επίπεδο και αριθμό μαθημάτων για την απόκτηση ειδίκευσης στην "Ιατρική Κ.Ε.", που μεταξύ άλλων περιελάμβαναν μαθήματα σε: Κοινωνικά στοιχεία ασθένειας, Ασθένειες που συνδέονται με τις δραστηριότητες της Κ.Ε., Υγιεινή και Δημόσια Υγεία. Το 1918 οι ιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί ήταν οι πρώτοι που οργανώθηκαν επαγγελματικά σε χωριστό σύλλογο, τον Αμερικανικό Σύλλογο Νοσοκομειακών Κοινωνικών Λειτουργών (AAHSW). Απαραίτητη προϋπόθεση για συμμετοχή ήταν η αποφοίτηση από μια σχολή Κ.Ε. και από πρόγραμμα που περιελάμβανε ένα τουλάχιστον μάθημα σε ιατρική ή ψυχιατρική Κ.Ε., καθώς και ένα χρόνο πρακτικής εφαρμογής στον χώρο υγείας.

Στα 30 χρόνια από το 1920 με τις αλλαγές στις θεωρίες ανθρώπινης συμπεριφοράς, ατονεί η έμφαση στην κοινωνική διάγνωση και τις συνθήκες του περιβάλλοντος. Στην βιβλιογραφία γίνεται λιγότερη αναφορά στην κοινωνική διάγνωση και πολύ περισσότερη στις ενδοπροσωπικές σχέσεις του ατόμου αντανακλώντας την θεωρία του Φρόυντ. Έτσι προωθείται η συμμετοχή της Κ.Ε. στην ψυχική υγεία και συγκριτικά ατονεί η έμφαση σε άλλους τομείς υγείας. Το 1975 ακόμη και το πρόγραμμα εκπαίδευσης της Σχολής Κ.Ε. του Σίμμονς (πρώην Βοστώνης - Σίμμονς) που είχε αρχικά την πρωτοπορεία το 1912 στην εκπαίδευση ιατρικών κοινωνικών λειτουργών, περιλαμβάνει μόνο ένα μάθημα στον τομέα φυσικής υγείας, κι' αυτό απλώς προαιρετικό: "Ψυχολογικές πλευρές της βιολογικής αρρώστειας". Οι υπόλοιπες γνώσεις και τεχνική ιατρικής Κ.Ε. αποκτώνται μόνο με την πρακτική εξάσκηση των φοιτητών. Στις δεκαετίες 1970 και 1980 όμως, η έμφαση μετατίθεται πάλι προς την ευρύτερη λειτουργική βάση της "Κ.Ε. Υγείας" που περιλαμβάνει κλινικές δραστηριότητες και χάραξη πολιτικής υγείας (φυσικής και ψυχικής), όπως επίσης και την οργάνωση υπηρεσιών υγείας. Η έμφαση αυτή αντανακλάται επίσης και στην ίδρυση το 1975 δύο επαγγελματικών περιοδικών Κ.Ε. "Υγεία και Κ.Ε.", και "Κ.Ε. στις Υπηρεσίες Υγείας". Παράλληλα ανακαλύπτεται εκ νέου ο βασικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην πρωτοβάθμια υγεία και στο Βιο - Ψυχο - Κοινωνικό μοντέλο. Ιδιαίτερα βοηθάει η επέκταση της κοινοτικής Ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας στην κοινότητα που μαζί με την διαφορική διάγνωση άνοιξε νέους ορίζοντες κεντρικού ρόλου Κ.Ε. στην Υγεία. Ο κεντρικός ρόλος της Κ.Ε. στην υγεία ενισχύεται τέλος με την εμφάνιση των ασφαλιστικών οργανώσεων Υγείας που χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες του κοινωνικού λειτουργού την δεκαετία του 1980 και την επαναφορά του Νοσοκομείου στο προσκήνιο, ως κύρια μονάδα νοσηλευτικής ιατρικής.

III. Ο ΚΥΡΙΟΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ Κ.Ε.: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΑ

Το πιο φυσικό και κατάλληλο σκηνικό εφαρμογής για τους κοινωνικούς λειτουργούς υγείας είναι η *πρόληψη* και η *πρωτοβάθμια υγεία* γιατί αρμόζουν άμεσα και περισσότερο στις γνώσεις, εμπειρία και τεχνική της Κ.Ε. και στο Βιο - Ψυχο - Κοινωνικό μοντέλλο. Αποτελούν ένα νέο, σχετικά ελεύθερο ορίζοντα επαγγελματικής δράσης κοινωνικών λειτουργών. Συγχρόνως η Κ.Ε. έχει την δυνατότητα να αναβαθμίσει την ποιότητα της πρωτοβάθμιας υγείας. Η αμοιβαία αυτή σχέση θεμελιώνει την επέκταση της Κ.Ε. στην πρωτοβάθμια υγεία.

Η φιλοσοφία και οργάνωση της πρωτοβάθμιας υγείας απευθύνονται στον υγιή και τον άρρωστο για να υπερνικήσουν τα πρώτα εμπόδια (βιο - ιατρικά, ψυχοκοινωνικά, περιβαλλοντικά, οικονομικά, κοινοτικά) στην ανάπτυξη της υγείας. Οι πρωτοβάθμιες δραστηριότητες είναι πιο ευρύτερες, πολύπλευρες και εκτεταμένες και ξεπερνούν τα στενότερα όρια του νοσηλευτικού βιο - ιατρικού μοντέλλου. Η βιβλιογραφία αναφέρει συνήθως τα εξής χαρακτηριστικά που καθορίζουν την πρωτοβάθμια υγεία (LIOYD, 1977):

- *Οργάνωση υπηρεσιών* που είναι άμεσα προσιτές σ' όλους τους κατοίκους
- *Παροχή ολοκληρωμένων, συντονισμένων και συνεχών υπηρεσιών*
- *Υπευθυνότητα* στους κατοίκους και την τοπική κοινότητα
- *Παροχή υπηρεσιών* για την *διατήρηση και επαναφορά* της υγείας κοντά στο χώρο κατοικίας ή εργασίας
- *Παροχή υπηρεσιών* σ' όλο το φάσμα υπηρεσιών Υγείας

Τα ίδια περίπου χαρακτηριστικά αλλά σε διεθνές πλαίσιο αναφέρονται και από τον ΟΗΕ και UNICEF στο συνέδριο της Αλμα Ατα της Σοβιετικής Ένωσης τον Σεπτέμβρη 1978:

- *Παροχή μόρφωσης και εκπαίδευσης* σχετικά με προβλήματα υγείας και μεθόδους για την πρόληψη και έλεγχο τους
- *Βελτίωση ποσότητας και ποιότητας τροφής και διαιτολογίου*
- *Επάρκεια καθαρού ποσίμου νερού και παραδεκτό επίπεδο βασικής υγιεινής*
- *Εμβολιασμός εναντίον μεταδοτικών ασθενειών*
- *Προληπτικός έλεγχος τοπικών επιδημιών*
- *Θεραπεία κοινών ασθενειών και τραυμάτων*
- Παροχή φαρμάκων (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1979, και GUERRERD, 1983)

Το πολύπλευρο συγκρότημα δραστηριοτήτων πρωτοβάθμιας υγείας εξαρτάται και από το αναπτυξιακό επίπεδο της χώρας, της περιφέρειας και της γειτονιάς. Στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης εφαρμόζονται τα εξής:

- Υπηρεσίες πρόληψης
- Αντιμετώπιση επεισοδιακής αρρώστιας
- Συνεχής περίθαλψη χρόνιων παθήσεων και αναπηρίας
- Παρακολούθηση και ανάλυση συνθηκών υγείας
- Εκπαίδευση στην ανάπτυξη υγείας
- Ενιαίες υπηρεσίες και συνεργασία με ινστιτούτα και οργανώσεις που προσφέρουν υπηρεσίες για οξείες και μακροχρόνιες παθήσεις (Πολιτεία Νέας Υόρκης, 1981)

Τα κοινά χαρακτηριστικά αυτών των τοποθετήσεων δείχνουν ότι βασικά η πρωτο-

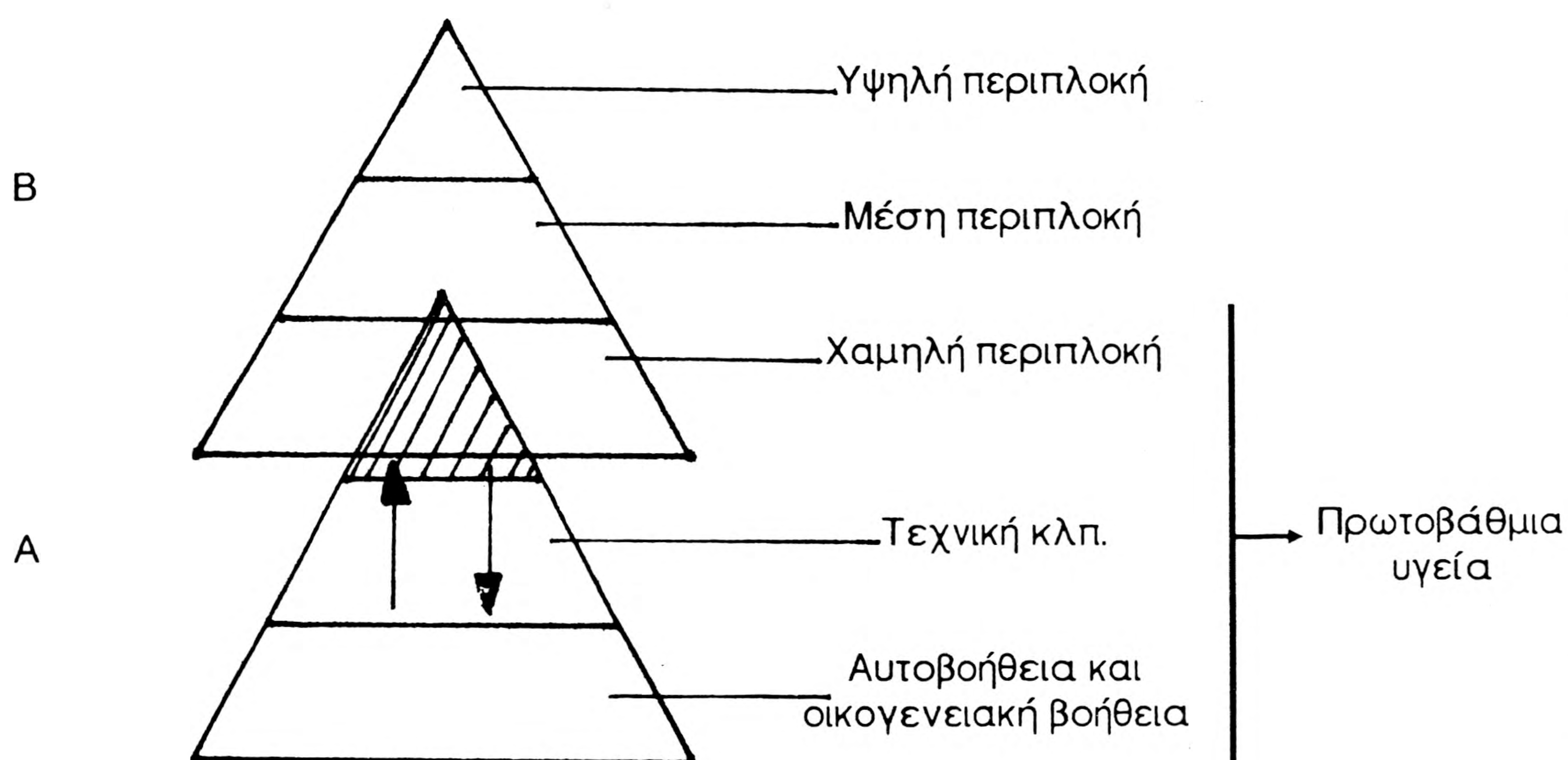
βάθμια υγεία αποτελεί ένα ενιαίο, ολοκληρωμένο σύνολο υπηρεσιών υγείας στο τοπικό επίπεδο κοινότητας το οποίο τονίζει την πρόληψη, εκπαίδευση και συμμετοχή των κατοίκων. Έτσι ξεπερνά τα στενότερα παραδοσιακά πλαίσια της νοσηλευτικής ιατρικής και του Βιο - Ιατρικού μοντέλλου και χρησιμοποιεί διεπιστημονικές ομάδες υγείας. Μάλλον σημαίνει:

- ανάπτυξη συνολικής υγείας των κατοίκων και της κοινότητας
- με έμφαση στην υγεία παρά την αρρώστια
- ψυχοκοινωνική διάγνωση
- συμμετοχή των πολιτών και της τοπικής κοινότητας
- οργάνωση ανθρώπινων δικτύων αμοιβαίας βοήθειας στο επίπεδο γειτονιάς
- συντονισμό πόρων και οργανώσεων στην τοπική αυτοδιοίκηση
- χάραξη αναπτυξιακής πολιτικής υγείας στο τοπικό επίπεδο (NATIONAL ACADEMY OF SCIENCE, 1981)

δηλαδή μεταβλητές που συνδέονται άμεσα με την Κ.Ε.

Στην πρωτοβάθμια Υγεία το κέντρο βάρους μετακινείται από καθοδήγηση στην συνεργασία του πολίτη, από παθητική στάση του πελάτη και της οικογένειάς του στην ενεργό συμμετοχή τους, και από τη νοσηλεία στην διατήρηση και ανάπτυξη της υγείας. Η τοποθέτηση αυτή όχι μόνο προωθεί το Βιο - Ψυχο - Κοινωνικό μοντέλο και τις διεπιστημονικές ομάδες υγείας αλλά κυρίως επιβάλλει μια ευρύτερη αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας με ριζικές δομικές αλλαγές και καθορισμό νέων επαγγελματικών σχέσεων. Η γενική δομή των υπηρεσιών υγείας που συνδέει τα διάφορα επίπεδα οργάνωσης υπηρεσιών παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 3 με τις πυραμίδες Α & Β:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: ΣΥΝΔΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΡΙΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ



Η πλατειά βάση της πυραμίδας υγείας Α που τονίζει αυτοβοήθεια, οικογενειακή αλληλοϋποστήριξη, κοινοτική οργάνωση και δραστηριοποίηση ανθρωπίνων δικτύων αμοιβαίας βοήθειας αποτελεί ιδεώδη στόχο για την στρατηγική πολιτική της Κ.Ε. και την δυνατότητα κεντρικού ρόλου του επαγγέλματος. Σε συνέχεια την ίδια σχεδόν δυνατότητα παρουσιάζουν το ενδιάμεσο τμήμα που περιλαμβάνει τεχνική βοήθεια, και η κορυφή της πυραμίδας που απαιτεί επαγγελματικές υπηρεσίες. Τα τρία αυτά επίπεδα αντιστοιχούν στις λιγότερο περίπλοκες περιπτώσεις υγείας. Η πυραμίδα Β δείχνει τον βαθμό περιπλοκής: Η χαμηλότερη περιπλοκή αντιστοιχεί με την βάση της (πρωτοβάθμια υγεία), το ενδιάμεσο τμήμα αντιστοιχεί με την δευτεροβάθμια υγεία (Γενικό Νοσοκομείο), και η κορυφή της περιλαμβάνει επίπεδο υψηλότερης περιπλοκής (Τριτοβάθμια υγεία) και ειδικής τεχνολογίας (CHAVES, 1982). Σαφώς η Κ.Ε. έχει περισσότερες δυνατότητες στην πρωτοβάθμια υγεία, παρά στις πιο περίπλοκες, ειδικευμένες περιπτώσεις. Συγχρόνως η πρωτοβάθμια υγεία καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας, ενώ όσο προχωρούμε προς την κορυφή της πυραμίδας λιγοστεύει ο αριθμός των εξυπηρετούμενων πολιτών. Η γενική φιλοσοφία της Κ.Ε. και οι επαγγελματικές επιδιώξεις συμπίπτουν με την επιλογή της πρωτοβάθμιας Υγείας ως στρατηγικό κύριο στόχο.

Δύο πρόσθετα σημεία ενισχύουν επίσης αυτή την τοποθέτηση. Πρώτον, πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι στην πρωτοβάθμια υγεία οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν την ψυχοκοινωνική διάσταση αντί την βιο - ιατρική (GROPPER, 1987). Συνεπώς παρουσιάζει ένα σημαντικό πλεονέκτημα για την Κ.Ε. σε σχέση με άλλα επαγγέλματα υγείας που ειδικεύονται στην βιο - ιατρική. Ήδη η βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι γιατροί στην πρωτοβάθμια υγεία επενδύουν πάνω από τον μισό τους χρόνο σε ψυχοκοινωνικές δραστηριότητες που δεν είναι καθαρώς ιατρικές λειτουργίες για τις οποίες εκπαιδεύονται και στις οποίες είναι πολύ πιο αποτελεσματικοί (WALLACE, 1984). Η συμμετοχή των κοινωνικών λειτουργών στην πρωτοβάθμια Υγεία όχι μόνο βελτιώνει την ολοκλήρωση των υπηρεσιών αλλά και επιτρέπει την συγκέντρωση των ιατρών στις δραστηριότητές τους μειώνοντας έτσι συγχρόνως και τις δαπάνες (WALLACEET, 1984).

Δεύτερον η πρωτοβάθμια υγεία αποτελεί ένα νέο άνοιγμα επαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτικής ιατρικής και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών Κ.Ε. και μια επέκταση των διεπιστημονικών ομάδων υγείας για την βελτίωση του συστήματος Υγείας (COLEMAN, 1983). Οι διεπιστημονικές ομάδες υγείας τείνουν να μετακινήσουν την έμφαση από τους παραδοσιακούς τρόπους οργάνωσης υγείας σε οργανωτικά συστήματα πιο ευέλικτα, αποτελεσματικά και ολοκληρωμένα που καλύπτουν όλο το φάσμα διαφορετικών επιπτώσεων με λιγότερο κόστος. Τα συστήματα αυτά αναγνωρίζουν την ύπαρξη και χρησιμότητα όλων των επαγγελματικών γνώσεων και τεχνικής (DINGALL, 1980).

Το σκεπτικό της τοποθέτησης ότι η πρωτοβάθμια Υγεία και πρόληψη είναι κύριος στρατηγικός στόχος της Κ.Ε. (θεωρία και πράξη) που έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Την προσαρμοστική συμπεριφορά ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων σε διενέργεια με το περιβάλλον
- Συνειδησιακές παρεμβάσεις για αλλαγή συμπεριφοράς ατόμων και κοινωνικών συστημάτων για ανάπτυξη και κοινωνική δικαιοσύνη
- Ένα συνεχές φάσμα υπηρεσιών ολοκληρωμένης φύσης που περιλαμβάνει πρόλη-

ψη, θεραπεία, αποκατάσταση και κοινωνική πολιτική

- Δημόσια πολιτική υγείας, κοινωνική διάγνωση και επιδημιολογία

- Επιστημονική διαδικασία και έρευνα στην συμπεριφορά ατόμων και κοινοτήτων

Θεμελιώνεται επίσης και από τα κύρια προβλήματα και θέματα που αντιμετωπίζει ο τομέας υγείας της δεκαετίας του 1980 και του 1990 και που έχουν άμεση σχέση με την λειτουργία του ψυχοκοινωνικού συστήματος:

- Ψυχοκοινωνικές δυσλειτουργίες που καλύπτουν ενδοπροσωπικές σχέσεις και οικογενειακή ισορροπία

- Κοινωνικές δυσλειτουργίες που απορρέουν από την οργάνωση του κοινωνικού του περιβάλλοντος:

- βία και εγκλήματα, χρήση ξένων ουσιών, δυστυχήματα,

- αυτοκτονίες, κακοποίηση ατόμων και παιδιών, πόλεμοι

- καταχρήσεις, υπερβολές και εκμετάλλευση

- ανεργία, στέρηση πόρων για διαβίωση και ανάπτυξη

- άγχος και πτώχεια

- κοινωνικές αρρώστειες: κίρρωση ήπατος, στεφανιαίες διαταραχές, κυκλοφορικά προβλήματα, υπέρταση

- χρόνιες παθήσεις (και επιπτώσεις) σχετικά με: ηλικιωμένους, βρέφη και παιδιά, αναπτυξιακά καθυστερημένα άτομα και ανάπηροι

Βασικό ρόλο σ' αυτό το σκεπτικό παίζει και η "επανάσταση" στον τρόπο σκέψης για την ανάπτυξη υγείας την δεκαετία του 1990. Η αντίληψη δηλαδή ότι η βελτίωση του επιπέδου υγείας και η πρόληψη εμποδίων και ασθενειών δεν θα προέλθει αναγκαστικά και μόνο από την πρόοδο της ιατρικής τεχνολογίας, αλλά κυρίως και άμεσα από τις συνειδητές παρεμβάσεις για αλλαγές στον τρόπο ζωής, στις ανθρώπινες σχέσεις, στις συνθήκες διαβίωσης και στην δομή του κοινωνικού συστήματος. Η επανάσταση αυτή στην ιστορία και φιλοσοφία της Υγείας φέρνει την Κ.Ε. στο προσκήνιο της πρωτοβάθμιας Υγείας.

Συγχρόνως αυξάνει συνεχώς η απαίτηση ότι το άτομο πρέπει να έχει τον έλεγχο της υγείας του, ότι η πρόληψη και η βελτίωση της υγείας είναι βασικές προϋποθέσεις ανάπτυξης και ότι η ενεργός και πλατιά συμμετοχή πολιτών και τοπικών κοινοτήτων στην χάραξη πολιτικής υγείας και την εφαρμογή της είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την δεκαετία του 1990. Η αυτοβοήθεια, η συμμετοχική δημοκρατία και η τοπική αυτοδιοίκηση αποτελούν επίσης βασικά στοιχεία στις σύγχρονες υπηρεσίες υγείας όπως και η ενδυνάμωση των αποδυναμωμένων. Τέλος η ανάγκη για μείωση των δαπανών υγείας τείνει επίσης στην αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας υγείας και στον κεντρικό ρόλο που θα παίζει την δεκαετία του 1990.

IV. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Για κάθε μια από τις τρεις ερωτήσεις - προτάσεις που ανέφερα στην αρχή της ομιλίας μου η απάντηση είναι σαφώς καταφατική. Ο σύγχρονος τομέας Υγείας αποτελεί μια βασική θεμελιώδη επαγγελματική αγορά για την επιβίωση, επέκταση και ανάπτυξη της Κ.Ε. στην Ελλάδα. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί και πρέπει να παίζει ένα κεντρικό ρόλο, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια υγεία και πρόληψη όπως και στην αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων και αναπηρίας.

Ποιές είναι όμως οι προϋποθέσεις για την πραγματοποίηση τέτοιων στόχων; Τί προκλήσεις και προβλήματα παρουσιάζονται για την Κ.Ε. την δεκαετία του 1990 στην

Ελλάδα; Βασικά απαιτείται μια ολοκληρωμένη πολιτική ανάπτυξης της Κ.Ε. που περιλαμβάνει εκπαίδευση, έρευνα και επαγγελματική ολοκλήρωση:

Εκπαίδευση. Απαιτείται άμεση οργάνωση Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης κοινωνικών λειτουργών. Το θέμα αυτό συζητείται ήδη στην Ελλάδα τα τελευταία 30 περίπου χρόνια και γενικά υπάρχει μια βασική συμφωνία μεταξύ στελεχών της Κ.Ε. γι' αυτή την κρίσιμη ανάγκη και τους λόγους που την επιβάλλουν. Η πρόσφατη ειδική ημερίδα του ΣΚΛΕ το 1987 επεξεργάστηκε το θέμα και τους κύριους άξονές του. Απομένει η θέσπιση των προτάσεων του ΣΚΛΕ από το κράτος και τα ενδιαφερόμενα Πανεπιστήμια. Αυτό απαιτεί συστηματική, συνεχή και αποτελεσματική οργανωτική προσπάθεια και κινητοποίηση και συντονισμό όλων των κύριων δυνάμεων του επαγγέλματος για να υλοποιηθεί η ριζική εκπαιδευτική μεταρρύθμιση που απαιτείται.

Παράλληλα με τη δράση στον πολιτικό τομέα απαιτείται και προσεκτική μελέτη του μοντέλλου Πανεπιστημιακής και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης - έρευνας που αρμόζει στις σημερινές συνθήκες και τις επόμενες δεκαετίες. Οι εκπαιδευτικές προκλήσεις και προβλήματα επιλογής και οργάνωσης της θεωρητική ύλης και πρακτικής εξάσκησης των κοινωνικών λειτουργών, όπως και των στελεχών διδασκαλίας είναι θέματα που απαιτούν βαθειά και μακρόχρονη προετοιμασία. Η μεθόδευση τέτοιας μελέτης δεν πρέπει να καθυστερήσει.

Η συνεχής επιμόρφωση των κοινωνικών λειτουργών που ήδη εξασκούν και θα εξασκούν το επάγγελμα είναι επίσης θεμελιώσης προϋπόθεση αναβάθμισης του επαγγέλματος. Η Πανεπιστημιακή εκπαίδευση κοινωνικών λειτουργών είναι μια σωστή απαραίτητη αφετηρία αλλά όχι επαρκής. Απαιτείται συνεχής επιμόρφωση και αναβάθμιση των γνώσεων και τεχνικής μετά των σπουδών, ιδιαίτερα τα πρώτα πέντε χρόνια εξάσκησης του επαγγέλματος με εποπτεία πεπειραμένων στελεχών μετά την απόκτηση πανεπιστημιακού διπλώματος. Η επιμόρφωση αυτή απαιτεί την δημιουργία και οργάνωση κατάλληλου επιμορφωτικού κλίματος και ευκαιριών με επιστημονικές συζητήσεις, συμπόσια, εργαστήρια, σεμινάρια, συσκέψεις καθώς και επιμορφωτικά μαθήματα για την επαγγελματική κλιμάκωση στελεχών. Ο ΣΚΛΕ και τα Πανεπιστήμια πρέπει να αναλάβουν πρωτοβουλία προς αυτή την κατεύθυνση.

Έρευνα και δημοσιεύσεις. Δεν νοείται επιστημονική και επαγγελματική αναβάθμιση χωρίς ένα αποτελεσματικό υπόβαθρο επιστημονικής έρευνας (ποσοτικής και ποιοτικής) και συνεχούς επιμόρφωσης σε ερευνητικές διαδικασίες και πρακτική. Στις υπηρεσίες και οργανώσεις που εργάζονται κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να δημιουργηθεί μια ερευνητική παράδοση που περιλαμβάνει συνεχή ερευνητικά έργα κυρίως για αξιολόγηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων. Έρευνα στις διαδικασίες διεπιστημονικών ομάδων είναι επίσης βασική προϋπόθεση για την επιστημονική αναβάθμιση της Κ.Ε. Η προώθηση έρευνας από συλλόγους και ομάδες κοινωνικών λειτουργών θα βελτιώσει επίσης το ερευνητικό κλίμα.

Επαγγελματική ολοκλήρωση. Η ειδίκευση των κοινωνικών λειτουργών στην Ελλάδα κατά τομείς υπηρεσιών είναι απαραίτητη γενικά, αλλά ιδιαίτερα αποτελεί προϋπόθεση στον τομέα υγείας. Η ειδικότητα "Κ.Ε. Υγείας" προωθεί την δυνατότητα προετοιμασίας κοινωνικών λειτουργών για συμμετοχή στις δραστηριότητες του Συστήματος Υγείας.

Η διαδικασία επαγγελματοποίησης της ειδικότητας απαιτεί πρόσθετα ειδικά μαθήματα και πρακτική εξάσκηση. Οι κατευθύνσεις της πρόσθετης θεωρίας, εφαρμογής και η οργάνωση για την απόκτηση ειδικότητας "Κ.Ε. Υγείας" καθορίζονται γενικά από τις εξής ερωτήσεις:

- Ποιά είναι η σχέση ανάπτυξης Υγείας με τις συνθήκες του φυσικού, ψυχολογικού, κοινωνικού, οικονομικού και πολιτικού περιβάλλοντος; Ποιοί ψυχοκοινωνικοί άξονες της υγείας και αρρώστιας;

- Ποιός είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια Υγεία;

- Πως οργανώνεται και λειτουργεί μια διεπιστημονική ομάδα; Ποιός είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού και των άλλων επαγγελματιών που συμμετέχουν; Πώς βελτιώνεται η λειτουργία τέτοιων ομάδων και ποιά είναι τα κατάλληλα μοντέλα λήψης αποφάσεων;

- Ποιές διαδικασίες και θεωρία θεμελιώνουν την *ψυχοκοινωνική διάγνωση*, την *διαφορική διάγνωση*, την *αποκατάσταση υγείας*;

- Πώς επιτυγχάνεται η ενεργός συμμετοχή του ατόμου στην ανάπτυξη της υγείας; η συμμετοχή της κοινότητας; των συστημάτων και θεσμών;

- Πώς οργανώνονται οι υπηρεσίες Υγείας; Πώς συνδέονται τα διάφορα επίπεδα (πρωτο - δευτερο - τριτοβάθμια);

- Πώς σχεδιάζεται η πολιτική υγείας;

- Πως αξιολογείται το επίπεδο υγείας και επιδημιολογίας της κοινότητας; Πώς βελτιώνεται;

Παράλληλα με την ανάπτυξη ειδίκευσης στην Κ.Ε. Υγείας πρέπει να βελτιωθεί η επιστημονική βάση και εμφάνιση του επαγγέλματος. Η αναβάθμιση εκπαίδευσης, έρευνας και ειδικοτήτων είναι ένα καλό πρώτο βήμα αλλά δεν επαρκούν. Απαιτείται συγχρόνως η αξιολόγηση της θεωρητικής και βάσης και εφαρμογής της Κ.Ε.: των αντιλήψεων του Κράτους, Κοινού, Πελατών και Οργανώσεων για την Κ.Ε.

Ηδη άρχισαν οι πρώτες ενέργειες για την πιο συστηματική επαγγελματοποίηση του επαγγέλματος, και την βελτίωση της αμοιβής των κοινωνικών λειτουργών. Η επαγγελματοποίηση πρέπει να γίνει με βάση την επιλογή συγκεκριμένων στόχων σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα μέσα στο πλαίσιο ενός σχεδίου στρατηγικής επαγγελματικής ανάπτυξης, κατά τομείς υπηρεσιών (Πρόνοια, Υγεία, Κοινωνικό σχεδιασμό κλπ.)

Η Κ.Ε. στην Ελλάδα πρέπει να σχεδιάσει το μέλλον της και να ξεπεράσει τα σημερινά ελάχιστα επαγγελματικά επίπεδα.

Ελπίζω την επόμενη φορά που θα γίνει πάλι παρόμοια συζήτηση να έχουν ήδη δρομολογηθεί οι προϋποθέσεις για την ανάπτυξη της Κ.Ε. στον τομέα υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abramson J.H., and Kark, S. (1983), "Community Oriented Primary Care: Meaning and Scope", in Connor E and Mullan F. (Eds) *Community Oriented Primary Care*, National Academy Press, Washington DC

Bartlett, H. (1961) *Social Work in the Health Field*, National Association of Social Workers, Washington DC

Cannon, I.M. (1930) *Social Work in Hospitals*, Russell Sage Foundation, New York

Black, R.B. (1984) "Looking Ahead: Social Work as a Core Health Profession", *Health and Social Work* 9 (2) pp. 85 - 95

Cabbot, R. (1973) *Social Service and the Art of Healing*, National Association of Social Workers, Washington DC

Chaves M. (1983) *Health. A Strategy for Change* (Saude, Uma Estrategica de Mudanca), Editora Guanabara Dois, S.A., Rio de Janeiro

Clarke et al, (1986) "Expanding social work role in a university - based hospital group practice", *Social Work in Health Care*, II (4)

Coleman, J.V. (1983) "Interdisciplinary implications of primary care". In Miller, R.S. (Ed), *Primary Health Care. More than Medicine*, Prentice Hall, pp. 113 - 120

Dana, B. (1983) "The Collaborative Process in social work", in Miller, R.S. and Rehr H. (Eds) *Social Work Issues in Health Care*, Prentice Hall

Davis, K., (1983) "National Policy in Primary Health Care. Past, present, and future". In Miller, R. (Ed), *Primary Health Care. More than Medicine*, Prentice Hall, pp. 36 - 53

Dingwall, R. (1980) "Problems of team work in primary care". In Lonsdale, S. and Briggs, T. (Eds) *Teamwork in the Personal Social Services, British and American Perspectives*, Syracuse University School of Social Work, London England, Personal Social Service Council, pp. 111 - 137

Engel, G.L., (1977) "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine", *Science* 8, pp. 129 - 36

Germain, C.B. and Gitterman A. (1980) *The Life Model of Social Work Practice*, Columbia University Press, New York

Guerrero, R. (1983) "Community Oriented Primary Care: An International Perspective", in *Community Oriented Primary Care*, Connor E. and Mullan F. (Eds) National Academy Press, pp. 104 - 112

Gropper, M. (1983) "A Study of the Preferences of Family Practitioners and other Primary Care Physicians in Treating Patients Psychosocial Problems", *Social Work in Health Care*, Vol. 13 (2)

Iatridis D. (1987), "Πρωτοβθμια Περθαλψη: Η εμπειρία της Κοβας", *Πρακτικά Διεθνούς Συνεδρίου, Τοπική Αυτοδιοίκηση και Κοινοτική Ψυχική Υγεία*, Οκτώβριος 1986, Αθήνα και Παπαδάτος Γ. (Επιμέλεια) *Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση*, Εκδόσεις Ειρήνη, 1987, σελ. 187 - 203

Iatridis D. (1989) "Health Care in Cuba" *Social Work*, ational Association of Social Workers, September / October

Iatridis D. (1987) "Ιδεολογία και Ασκηση Κοινωνικής Εργασίας: Επιστημονικές και Ουμανιστικές Απόψεις του Επαγγέλματος", *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ* τεύχος 5: σελ. 9 - 20

Iatridis D. (1989) "Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής: Θεωρία και Πράξη Κοινωνικού Σχεδιασμού", υπό έκδοση, Guttenberg.

Kane, R.A., (1982) "Lessons for Social Work from the Medical Model: A Viewpoint for practitioners", *Social Work*, 27, p. 320

Kane, R.A. (1975) *International Teamwork, Manpower Monograph No 8* Syracuse University School of Social Work, Syracuse, New York

Lewis, H. (1982) "The Emergence of Social Work as a Profession in Health Care:

Significant Influences and Persistent Issues", in *Milestones in Social Work and Medicine*, Rehr, H. (Ed), Doris Siegel Memorial Fund of the Mount Sinai Medical Center, New York, pp. 25 - 41

Lloyd, W. (1977) "The Neighborhood Health Center", *Bulletin of the New York Academy of medicine*, Vol. 53, No 1

Mailick, M.D. and Ashley, A., (1981) "Politics of Interprofessional collaboration: Challenge to Advocacy", *Social Casework* 62: 131

Mailick, M. and Jordan, P., (1977) "A MultiModel Approach to Collaborative Practice in Health Settings", *Social Work in Health Care*, 2 (4): 445

National Academy of Sciences, Institute of Medicine (1981), Report of a Meeting of the Community Oriented Primary Care Planning Committee, Washington DC

"Public Policy and Primary Health Care Issues and Recommendations" (1981) Report of the New York State Health Advisory Council Primary Care Task Force

Rehr, H. (1974) *Medicine and Social Work. An Exploration in Interprofessionalism* Prodist, New York

Schlesinger, E.G., (1985), *Health Care social work practice*, Times Mirror / Mosby College Publishing, St. Louis

Schmolling, P. et al (1989), *Human Services in Contemporary America* Brooks / Cole Publishing Co, Pacific Grove, California

Wallace S.R. et al (1984) *Clinical Social Work in Health Care: New Biopsychosocial Approaches*, Praeger, New York

Weick, A. (1986) "The Philosophical Content of a Health of Social Work", *Social Casework*, 67 (9)

Wenocur S. and Reisch M., (1989) *From Charity to Enterprise: The Development of American Social Work in a Market Economy*, University of Illinois Press, Urbana and Chicago

World Health Organisation (1979) *Formulating Strategies for Health for All by the Year 2000*, Document of the Executive Board. Geneva: World Health Organisations

