

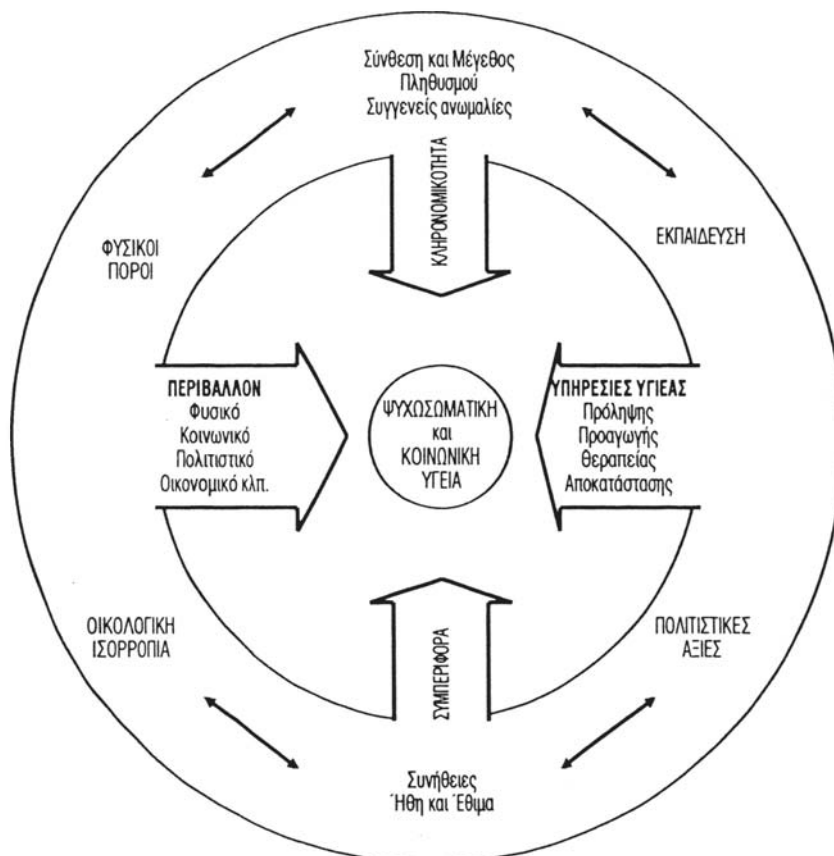
## «Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ - ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ AIDS -»\*

### Παναγιώτης Αλιάνης

#### Κοινωνικός Λειτουργός

Η υγεία δεν είναι η έλλειψη ασθένειας ή περιορισμένο υγειονομικό φαινόμενο, αλλά πολυδιάστατη έννοια που επηρεάζεται από πλήθος παραγόντων, αντίστοιχα ασθένεια είναι αποτέλεσμα της διαταραχής της ισορροπίας της αρμονίας αυτών των παραγόντων.

Στο σχήμα 1, βλέπουμε μια παραστατική εικόνα του «περιβάλλοντος» της υγείας, με τους παράγοντες που καθορίζουν το επίπεδο της.



Σχήμα 1: Το «περιβάλλον» της υγείας. Παράγοντες που καθορίζουν το επίπεδο της υγείας ενός πληθυσμού.

Είναι πια διεθνή παραδοχή ότι η υγεία συνδέεται με οικονομικούς, κοινωνικούς, βιολογικούς και άλλους παράγοντες, με αποτέλεσμα να απαιτείται διεπιστημονική διερεύνηση.

Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS), είναι κατ' εξοχήν ασθένεια με κοινωνική βάση, μια και έχει κύριο μέσον μετάδοσης και υποδοχής την ανθρώπινη σχέση και την γενετήσια επικοινωνία και καταλήγει σε τελική νοσηλεία. Η βιοψυχο-συναισθηματική

\* Η ομιλία έγινε στα πλαίσια του σεμιναρίου "Κοινωνική Εργασία και AIDS", που έγινε στις 17-5-91, από την Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS και το Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, στο Πολιτιστικό Κέντρο του Δήμου Αθηναίων.

αυτή λειτουργία που αποτελεί και διαδικασία διαιώνισης του ανθρώπινου γένους διαταράσσεται σαν αρμονική λειτουργία του όλου οικολογικού σύμπαντος, αλλά ταυτόχρονα διαταράσσει την αρμονία των σχέσεων, της επικοινωνίας και της εμπιστοσύνης. Δεν είναι άμεσα ελεγχόμενο ως προς την εμφάνιση των συμπτωμάτων και η άγνοια με την έλλειψη εμπιστοσύνης διαταράσσουν την ασφάλεια της επικοινωνίας, των σχέσεων και των συναισθημάτων.

Είναι γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια ο παραδοσιακός χώρος της ιατρικής περίθαλψης άρχισε να δέχεται επιρροές από άλλους επιστημονικούς χώρους με διαφορετικό γνωστικό αντικείμενο. Έτσι, οι έννοιες της συστημικής προσέγγισης, του ζητήματος της υγείας, η κατανομή των υγειονομικών υπηρεσιών σε βαθμίδες, οι εξελίξεις στην ψυχιατρική, ψυχανάλυση, ψυχολογία και τις κοινωνικές επιστήμες δημιούργησαν νέες προοπτικές διεπιστημονικής συνεργασίας.

Οι έννοιες: πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αποκατάσταση, ειδικές ανάγκες, τρίτη ηλικία, λειτουργίες οικογένειας, λειτουργικότητα ατόμου-κοινωνίας, προσδοκίες, ποιότητα ζωής, κράτος πρόνοιας, κ.ά φέρνουν μεταρρυθμίσεις στην παραδοσιακή αντίληψη και πρακτική της ιατρικής περίθαλψης.

Οι επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων, εγκαταλείπουν την επιστημονική απομόνωση και αναζητούν την συνεργασία άλλων επιστημόνων και ειδικοτήτων, διαπιστώνοντας την ανεπάρκεια και την αναγκαιότητα των άλλων, σε σχέση με την πολλαπλότητα και την έκταση των επιστημονικών αντικειμένων, ιδιαίτερα κάτω από την ολιστική θεώρηση της ανθρώπινης υπόστασης και των αναγκών την ίδια στιγμή που η υπερεξειδίκευση και ο επιμερισμός στην επιστημονική, ερευνητική εξέλιξη είναι γεγονός.

Στο χώρο της υγείας, η Ψυχιατρική έχει την πρωτοπορία, τη σύγχρονη εποχή, στην ανάπτυξη και καθιέρωση της θεραπευτικής επιστημονικής ομάδας.

Επιστημονικές διαπιστώσεις, όπως οι παρακάτω, επηρέασαν και δημιούργησαν αυτή την εξέλιξη αλλά και συνεχίζουν να τροφοδοτούν ανάλογες εξελίξεις.

Η διαπίστωση των πολυδιάστατων παραγόντων που επηρεάζουν την διατήρηση και το επίπεδο υγείας. Η ασθένεια μέλους της οικογένειας έχει αναφορές και επιπτώσεις στην λειτουργία της αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Οι ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για την υγεία του ατόμου. Η θεραπεία της ασθένειας είναι διαφορετική έννοια από την θεραπεία του ασθενή.

Θα μπορούσαμε να αναλύσουμε αυτές τις παραμέτρους μέσα σε συγκεκριμένα πολιτιστικά και κοινωνικοοικονομικά δεδομένα ή σε κοινωνικούς ρόλους. Έτσι θα διαπιστώσουμε την ιδιαίτερη σημασία τους για την υγεία.

Η παραδοσιακή ιατρική περίθαλψη, παρ' όλες τις αντίθετες καταβολές από τους αρχαίους Ιπποκρατικούς προγόνους, περιόρισε το πεδίο ανάλυσης αλλά κύρια το πεδίο πρακτικής της ιατρικής επιστήμης. Συγκεκριμένα η ασύλληπτη ταχύτητα των επιστημονικών εξελίξεων ιδιαίτερα στην ιατρική, την υψηλή τεχνολογία, την βιοιατρική, τους Η/Υ, σε συνδυασμό με την τεράστια αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, ανάγκασαν την ιατρική κοινότητα να δώσει τις μεγαλύτερες δυνάμεις της στη φανερή ζήτηση υπηρεσιών της υγείας, την ιατρική περίθαλψη που ταυίζεται με το ευαίσθητο ζήτημα ζωής ή θανάτου. Έτσι η πρόληψη και η αποκατάσταση, υποβαθμίστηκαν σε εκπαιδευτικό και πρακτικό

επίπεδο. Οι γνώσεις σε προπτυχιακό επίπεδο της ιατρικής σε σχέση με αυτούς τους τομείς υστερεί. Όμως οι τομείς αυτοί υστερούν αριθμητικά σε ανάπτυξη & λειτουργία υπηρεσιών.

Επόμενο είναι η Διεπιστημονική Συνεργασία να μην έχει επιτευχθεί σε ικανοποιητικό επίπεδο στη χώρα μας, παρ' όλη τη θετική διεθνή εμπειρία.

Αλλά πριν αναφερθούμε στην σημερινή κατάσταση, τα αίτια και τις προοπτικές για την προώθηση της Διεπιστημονικής Συνεργασίας της ομάδας υγείας που πρέπει να αντιμετωπίσει και περιπτώσεις AIDS με τις ιδιαίτερες παραμέτρους που σχετίζονται με την φυσιογνωμία του προβλήματος, θα πρέπει να συμφωνήσουμε στις προϋποθέσεις που πρέπει να υφίστανται ή ακόμη για τις δυσκολίες που προκύπτουν.

Πρέπει να συμφωνήσουμε ότι σε ένα puzzle το κάθε κομμάτι, όσο μικρό κι αν είναι, αφήνει αναπλήρωτο κενό όπως χαρακτηριστικά ανέφερε η Καθηγήτρια Κοινωνικής Εργασίας κ.Κ. Παπαϊωάννου (23-26/11/89), Διεπιστημονική Συνεργασία στη Θεραπευτική ομάδα είναι η επιστημονικά σχεδιασμένη συνεργατική και διασυνδυαστική προσπάθεια για την επίτευξη ενός σκοπού που απαιτεί αλληλοεξαρτώμενες γνώσεις, εμπειρία και υπηρεσίες διαφορετικών επιστημονικών γνωστικών αντικειμένων.

Οι επαγγελματίες που συμμετέχουν συντονίζουν τις ενέργειες και προγραμματίζουν την δράση σύμφωνα με το σχεδιασμό που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του σκοπού. Αυτό δεν σημαίνει ότι τα μέλη της ομάδας είναι συνεχώς μαζί ή ότι "χάνουν" την επαγγελματική τους ταυτότητα. Όμως, η αλυσιδωτή ιδιότητα των προβλημάτων και η ιδιαιτερότητα του σκοπού προσδιορίζουν το διάστημα συνεργασίας της ομάδας.

Η ομάδα συντονίζει την μελέτη του προβλήματος, τον προγραμματισμό του σχεδίου δράσης, αναθέτει υπευθυνότητες, καταμερίζει την εργασία, καθορίζει τις προτεραιότητες, χρησιμοποιεί τις πληροφορίες των μελών για το σχεδιασμό, αξιολογεί τα αποτελέσματα της δράσης και αξιοποιεί τις γνώσεις των μελών για εκπαιδευτικούς σκοπούς. Η δράση κάθε επαγγελματία αποτελεί εκπροσώπηση της ομάδας, δηλ. αποτέλεσμα της διεπιστημονικής συνεργασίας.

Αυτή η λειτουργία της ομάδας προστατεύει τα μέλη του από πράξεις επιστημονικού αυταρχισμού ή επιστημονικής επιθετικότητας και παρέχει την αίσθηση της ισότιμης συνεργασίας.

Σ' αυτό το καθοριστικό σημείο διαφέρει η διεπιστημονική συνεργασία της ομάδας από την ευκαιριακή ιεραρχημένη ή άτυπη συνεργασία διάφορων ειδικοτήτων, όπου η αίσθηση της χρησιμοποίησης ή εκμετάλλευσης αναπτύσσεται αναπόφευκτα σαν αποτέλεσμα έλλειψης εκπαίδευσης, αντικειμενικών παραγόντων (δομή-οργάνωση υπηρεσιών-χρόνος- ρυθμοί κ.ά) ή στιγμιαίας αφορμής.

Αρνητικοί παράγοντες για την αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας διεπιστημονικής συνεργασίας είναι:

1. Έλλειψη ικανοποιητικής ή ασφαλούς επιστημονικής ταυτότητας.
2. Ασφάλεια ρόλων και επικάλυψη αντικειμένου.
3. Αντικρουόμενες αντιλήψεις για το πρόβλημα και τους στόχους.
4. Συγκρουόμενα επαγγελματικά συμφέροντα.
5. Αυταρχικές δομές ιεραρχίας.



6.Έλλειψη εκπαιδευτικής προετοιμασίας.

7.Έλλειψη επαγγελματικής δεοντολογίας, αλλοτρίωση, διάβρωση ηθικής και συνειδήσεων.

Ίσως είναι η κατάλληλη στιγμή να διευκρινίσουμε ότι στη θεραπευτική ομάδα συμμετέχουν όλα τα υγειονομικά στελέχη που παρέχουν υπηρεσίες υγείας ή εμπλέκονται στην θεραπευτική διαδικασία. Η θεραπευτική ομάδα έχει καθήκον σε θέματα πολιτικής και δεοντολογίας να εκπαιδεύει και να ενημερώνει όλα τα στελέχη που εργάζονται στο νοσηλευτικό ίδρυμα ή στην οποιαδήποτε υπηρεσία υγείας, εφ' όσον υπάρχει περίπτωση να έρθουν σε επικοινωνία με τον ασθενή ή το περιβάλλον του.

Η σημερινή κατάσταση στις υπηρεσίες υγείας της χώρας μας όμως ποιά είναι:

### **α) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.)**

Ο τομέας αυτός αναπτύχθηκε προγραμματισμένα στη χώρα μας πρόσφατα και δεν διαθέτει ιδιαίτερη εμπειρία αλλά ούτε σημαντικά στοιχεία αξιολόγησης από την εφαρμογή, μια και δεν ολοκληρώθηκε η ανάπτυξη του. Είναι από τους κατεξοχήν τομείς εφαρμογής της διεπιστημονικής συνεργασίας γιατί οι λειτουργίες του τομέα αυτού είναι πολυδιάστατες και απευθύνονται σε πολλά επίπεδα παρέμβασης. Η παρέμβαση γίνεται στο φυσικό περιβάλλον του ατόμου και κύριο στόχο έχει τον τρόπο συμπεριφοράς - ζωής του. Η ομάδα παρέμβασης απαιτείται να είναι πολυδύναμη γνωστικά και παρεμβατικά.

Είσι το αντικείμενο επιβάλλει την λειτουργία της ομάδας, εφ' όσον παρέχονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και όχι όπως γίνεται συνήθως υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης.

Ενας από τους αρνητικούς παράγοντες ανάπτυξης είναι η έλλειψη των Γενικών Γιατρών, νέα ειδικότητα, χωρίς μεγάλη εκπαιδευτική και πρακτική εμπειρία. Η καθιέρωση αυτής της ειδικότητας και η βελτίωση της εκπαίδευσης της καλύπτοντας την οικογενειακή ιατρική φροντίδα θα βοηθήσει την ανάπτυξη και λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας. Στους αρνητικούς παράγοντες πρέπει να καταχωρήσουμε την ασαφή οργανωτική και λειτουργική δομή των Κέντρων Υγείας, την επικάλυψη ρόλων, την ελλιπή στελέχωση και την έλλειψη ενιαίου σχεδιασμού και πολιτικής των ασφαλιστικών φορέων.

Στην Π.Φ.Υ., η ομάδα υγείας, για την αντιμετώπιση του προβλήματος του AIDS πρέπει να μεταφέρει αξιόπιστες πληροφορίες και γνώσεις, μέσω μεθόδων αγωγής υγείας και άλλων προσεγγίσεων ευαισθητοποίησης, προκειμένου να ενημερωθούν οι πολίτες ώστε να οργανώσουν την σεξουαλική τους και κοινωνική τους συμπεριφορά και έκφραση με ακίνδυνο τρόπο. Ταυτόχρονα στόχος της ομάδας πρέπει να είναι με την ενημέρωση να αποφευχθεί η κοινωνική απομόνωση των φορέων του AIDS και να αναπτυχθεί η κοινωνική υπευθυνότητα και αλληλεγγύη.

Η Π.Φ.Υ., έχει την ευθύνη της κατάλληλης υποδοχής, φροντίδας, παραπομπής ή παρακολούθησης των περιπτώσεων με AIDS.

Πρέπει να επισημάνουμε την διαφοροποίηση με τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγιεινής, όπου η θεραπευτική ομάδα είναι ουσιαστικό στοιχείο οργάνωσης και λειτουργίας με θετική εμπειρία και αξιολόγηση.

## β) Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Στη νοσοκομειακή φροντίδα ή σε ειδικά προγράμματα του AIDS, το άτομο είναι έξω από το φυσικό του περιβάλλον, ακριβώς γιατί έχει την ανάγκη παρέμβασης του τεχνητού περιβάλλοντος για να αποκατασταθεί η διαταραχή της ισορροπίας.

Αυτή η διαταραχή, όπως είπαμε γίνεται σε διάφορα επίπεδα και παράγοντες. Η διεπιστημονική συνεργασία και παρέμβαση είναι αντίστοιχα απαραίτητες βάσει των παραπάνω πολυσύνθετων αναγκών της χώρας μας.

Η δομή και η οργάνωση των νοσοκομείων καθώς και το λειτουργικό τους μοντέλο είναι ιατροκεντρικό και η ασθένεια υπερισχύει του status του ασθενή ή τον κατηγοροποιεί μέσα στο λειτουργικό μοντέλο του. Εδώ πρέπει να διευκρινίσουμε ότι τα Ψυχιατρικά νοσοκομεία ή Ψυχιατρικοί τομείς έχουν σαφώς περισσότερο προσδιορισμένη την ύπαρξη και λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας.

Στα γενικά ή ειδικά νοσοκομεία η διεπιστημονική συνεργασία είναι περιστασιακή και άτυπη και απέχει συνήθως από την λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας. Ο βαθμός και το επίπεδο ανάπτυξης της ομάδας υγείας στο χώρο των νοσοκομείων καθορίζεται από διάφορους παράγοντες. Π.χ. οι χειρουργικές ειδικότητες έχουν σαφή προσανατολισμό: την ανάταξη της ασθένειας και δεν έρχονται σε επαφή με τον ασθενή σαν σύνολο και το περιβάλλον του, αφού αυτό δεν το επιτρέπει ο χρόνος που διαθέτουν, η δομή και η οργάνωση του νοσοκομείου, οι κωροταξικές δυνατότητες, το προσδοκόμενο από τους χρήστες.

Ιατρικές ειδικότητες που ανιχνεύουν οικογενειακούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ασθένεια, έρχονται σε μεγαλύτερη επικοινωνία και έχουν την ευκαιρία να διαπιστώσουν την σπουδαιότητα και το εύρος των παραγόντων του περιβάλλοντος υγείας. Όμως επικρατεί ο ιεραρχημένος στόχος, δηλαδή η ίαση της ασθένειας και η ταχύτερη απομάκρυνση του ασθενούς.

Ιατρικές ειδικότητες όμως που έχουν σχέση με τον τομέα αποκατάστασης, με θεραπευτικά προγράμματα μεγάλης χρονικής διάρκειας, (χρόνιες παθήσεις), με ασθένειες μη ιάσιμες ή με τελική νοσηλεία, αποζητούν την διεπιστημονική συνεργασία.

Γιατί όμως αναφερόμαστε στους γιατρούς πρωταρχικά; έχουν την πρωτεύουσα ευθύνη; Γιατί εξαρτάται απ'αυτούς η λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας.

Η ιατρική επιστήμη σαν αντικείμενο καλύπτει πρωτογενώς τον χώρο της περίθαλψης. Η ιατρική παρέμβαση καθορίζει την ανθρώπινη επιβίωση που είναι συνδεδεμένη με τόσες ιδεολογικές και θρησκευτικές αντιλήψεις.

Ο χρήστης υπηρεσιών υγείας, έχει προσανατολισμένη την προσδοκία του στον γιατρό-μάγο-θεό. Την σχέση αυτή την επιθυμεί όσο γίνεται προσωπική και αποκλειστική, ενώ ταυτόχρονα την αμφισβητεί και τη φοβάται. Τα συστήματα υγείας και τα λειτουργικά μοντέλα των υπηρεσιών υγείας είναι οργανωμένα με κέντρο τον γιατρό ή "λειτουργό υγείας" και τους λοιπούς "υπηρέτες" της υγείας (παραϊατρικούς). Δεν είναι τυχαίο, ότι οι διάφορες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, δημιουργήθηκαν στα κενά που η ιατρική επιστήμη εκχώρησε ή αρνήθηκε να καλύπτει πλέον γιατί απαιτούν τεχνική κατάρτιση και όχι επιστημονική.

Ετσι όλες οι προσδοκίες είναι στραμμένες στον γιατρό, που έχει όλες τις ευθύνες για ζωή-θανάτο,



επιτυχία-αποτυχία. Είναι φυσικό αυτή η κατάσταση να του δημιουργεί πεπερασμένο χρονικών και βιολογικών δυνατοτήτων. Έχει το προνόμιο να παίρνει αποφάσεις, περιορίζει την παρέμβαση του στα θέματα ανάταξης της ασθένειας, πράξη που σε μεγαλύτερο ποσοστό είναι δική του ευθύνη, την καλύπτει με δικές του μόνο πράξεις, έχει το μεγαλύτερο επιστημονικό κύρος, εξαρτάται λιγώτερο από την συνεργασία άλλων ειδικοτήτων όπως και από χρονοβόρες και επίπονες λειτουργίες.

Επομένως το δικαίωμα να αποφασίζει και η πρωτογενής αρμοδιότητα του, καθιστούν το ρόλο του στην δημιουργία και λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας πρωταρχική.

Έχει την επιστημονική ευθύνη του συντονισμού και της αποτελεσματικής λειτουργίας της θεραπευτικής ομάδας. Το επόμενο ερώτημα είναι γιατί δεν υλοποιείται μια σαφώς διαγνωσμένη αναγκαιότητα σαν αυτή. Υπάρχουν οι προϋποθέσεις συγκρότησης και λειτουργίας της θεραπευτικής ομάδας;

Δυστυχώς οι χρήστες υπηρεσιών υγείας, δεν προσδοκούν από τον γιατρό ή την υπηρεσία υγείας την θεραπεία τους αλλά την θεραπεία της ασθένειας. Η κυρίαρχη νοοτροπία στον τρόπο λειτουργίας των γιατρών, στην οργάνωση και λειτουργία υπηρεσιών υγείας έχει γίνει παθητικά αποδεκτό από τους χρήστες που έχουν αρνητική εμπλοκή με το πρόβλημα υγείας και αισθάνονται άγχος, παθητική εξάρτηση από το αφιλόξενο μηχανισμό υγείας. Αισθάνονται ανακουφισμένοι να απομακρυνθούν με τις λιγώτερες απώλειες. Επομένως αδυνατούν να πιέσουν και να διεκδικήσουν άλλου είδους υπηρεσίες, που μπορεί να αγνοούν ακόμη την ύπαρξη τους ή την αναγκαιότητά τους.

Η οικογένεια, το άτομο, ο ασφαλιστικός φορέας, το πλαίσιο απασχόλησης, τα προγράμματα αποκατάστασης, οι υπηρεσίες πρόνοιας, οι συμβουλευτικές υπηρεσίες, τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης, είναι οι αποδέκτες της πίεσης των μη φανερών αναγκών που δεν αντιμετωπίστηκαν συνολικά στην φάση της περίθαλψης και εξελίχθηκαν σε αρνητικά λειτουργικά αποτελέσματα.

Η αντίσταση που αναπτύσσουν οι γιατροί καθώς και η έλλειψη πίεσης ή ζήτησης υπηρεσιών υγείας από την θεραπευτική ομάδα δεν είναι οι μόνοι παράγοντες που δεν συντελούν θετικά. Ο φόρτος εργασίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, η έλλειψη οργάνωσης και προγραμματισμού, η έλλειψη χώρων για τις ανάγκες της ομάδας υγείας, οι ασάφειες στους ρόλους των επαγγελματιών και η επικάλυψη του αντικειμένου τους, οι ελλείψεις στην στελέχωση των υπηρεσιών υγείας και η έλλειψη εκπαίδευσης των στελεχών στις λειτουργίες της θεραπευτικής ομάδας, είναι ορισμένοι ενδεικτικοί παράγοντες που δεν ευνοούν την λειτουργία της στη χώρα μας. Στους παράγοντες αυτούς πρέπει να προσθέσουμε ότι η απομόνωση των υπολοίπων λειτουργών υγείας οφείλεται στις πελατειακές σχέσεις που αναπτύσσονται σε ορισμένες περιπτώσεις. Η ασαφής και ελλιπής επίσημη ρύθμιση των δικαιωμάτων του χρήστη υπηρεσιών υγείας, δημιουργεί δεοντολογικά ζητήματα.

Η έλλειψη ιατρικού πρωτόκολλου ιατρικών πράξεων σε κάθε περίπτωση και η μη ικανοποιητική ρύθμιση της αποζημίωσης των επαγγελματιών υγείας, αφήνει περιθώρια έκπτωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και τη δημιουργία παραοικονομικών πελατειακών σχέσεων. Αυτή η κατάσταση υποβαθμίζει το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας και την εμπιστοσύνη των σχέσεων επαγγελματιών και χρηστών των υπηρεσιών αυτών.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί καθιερώθηκαν επίσημα τα τελευταία χρόνια (1983) σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας μας. Όμως υπάρχουν ακόμα τεράστιες ανάγκες, γιατί στον προγραμματισμό δεν τηρήθηκαν αναλογίες που να ανταποκρίνονται στην λειτουργική πραγματικότητα και δεν έχουν καλυφθεί ούτε οι υπάρχουσες κενές οργανικές θέσεις.

Η αριθμητική αναλογία Κοινωνικών Λειτουργών με την λειτουργική δύναμη κάθε Νοσοκομείου (κρεβάτια) και τις ιδιαίτερες δραστηριότητες του είναι δυσανάλογες. Οι προτάσεις στελέχωσης των επιστημονικών και συνδικαλιστικών οργάνων δεν έχουν γίνει δεκτές και έχει αγνοηθεί η διεθνής εμπειρία (π.χ. ΗΠΑ Memorial Hospital 450 κρεβάτια - 55 Κοινωνικοί Λειτουργοί).

Παρ' όλα αυτά ορισμένες Διοικήσεις νοσηλευτικών ιδρυμάτων παραβιάζοντας κάθε επιστημονική δεοντολογία, αγνοούν την λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας και με μέτρα διοικητικού χαρακτήρα προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν τους Κοινωνικούς Λειτουργούς σαν διεκπαιραιωτικό, υπηρεσιακό παράγοντα κάλυψης των αναγκών τους και των προβλημάτων τους που προέρχονται από την έλλειψη σύγχρονης οργάνωσης ή από την έλλειψη άλλων ειδικοτήτων, αγνοώντας τις ανάγκες των ασθενών. Αυτό λειτουργεί αποδυναμωτικά για την οργάνωση των προγραμμάτων της κοινωνικής υπηρεσίας και την συμμετοχή των στελεχών της στη θεραπευτική ομάδα. Ίσως να μην είναι τυχαίο ότι και το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει εντάξει τους Κοιν. Λειτουργούς στην διοικητική υπηρεσία δηλ. στο προσωπικό που παρέχει υπηρεσίες διεκπεραίωσης πίσω από θυρίδα ή γραφείο και δεν παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Ερευνητέο είναι κατά πόσο η άγνοια όλων αυτών των "υπεύθυνων" για την Κοινωνική Εργασία είναι τυχαία ή σκόπιμη καθώς και η ανάλυση των επιπτώσεων για τους πολίτες της χώρας μας.

Το πλεονέκτημα για τη θεραπευτική ομάδα είναι ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος να διερευνήσει τους κοινωνικούς παράγοντες που είναι αιτίες ή επιβαρύνουν την ασθένεια, συνδέει το νοσοκομείο με το φυσικό του περιβάλλον, επισκέπτεται επί τόπου το οικογενειακό, κοινοτικό και εργασιακό περιβάλλον, διαθέτει μεθοδολογία διαχείρισης συναισθημάτων και κρίσεων και, γνωρίζει μεθόδους υποστηρικτικές θεραπευτικές και αποκατάστασης.

Οι συνάδελφοι στις επιστημονικές τους συναντήσεις καταθέτουν την επαγγελματική καταγγελία ότι δέχονται από πολλές κατευθύνσεις πιέσεις για να τους χρησιμοποιούν για τα προβλήματα τους διάφορες υπηρεσίες ή ειδικότητες, ενώ τους αποκρύπτονται τα προβλήματα των ασθενών.

Η λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας πρέπει να καθιερωθεί επίσημα εκπαιδευτικά, λειτουργικά και οργανωτικά. Ταυτόχρονα πρέπει να αρχίσει η διαδικασία συγκρότησης της ομάδας και εκπαίδευσης των μελών στις λειτουργίες της.

Σε επίπεδο εκπαίδευσης πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο προπτυχιακής εκπαίδευσης. Σε επίπεδο ειδίκευσης ή πρακτικής άσκησης, η εκπαίδευση πρέπει να γίνεται και σε τμήματα άλλων επαγγελματιών ή ειδικοτήτων στελεχών υγείας, για διεπιστημονική ενημέρωση.

Δεν διαφοροποιείται η θεραπευτική ομάδα για ασθενείς με AIDS από τις άλλες θεραπευτικές ομάδες. Οι αρχές και λειτουργίες είναι δε κοινές και αναφέρθηκαν. Αυτό όμως που πρέπει να τονίσουμε είναι κάποια χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την φυσιογνωμία της ασθένειας-προβλήματος και αποτελούν προτεραιότητες ή απαιτούν να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στη διερεύνηση.

Το AIDS σχετίζεται με την σεξουαλική συμπεριφορά, θέμα ταμπού ή τουλάχιστον δύσκολο για τα πολιτιστικά και κοινωνικά δεδομένα της χώρας μας. Επόμενα, απαιτείται διακριτικότητα και γνώση της στάσης του ατόμου, της οικογένειας και του ευρύτερου περιβάλλοντος.

Οι ελλείψεις γνώσεις για το AIDS και η έλλειψη εμπιστοσύνης στις υγειονομικές πληροφορίες, δημιουργούν ευνοϊκό κλίμα για να αναπτυχθούν αυθαίρετες προκαταλήψεις.

Η σταθερή, ενιαία και σαφής στάση των μελών της θεραπευτικής ομάδας δεν αφήνει περιθώρια ανάπτυξης αμφιβολιών για τις υγειονομικές πληροφορίες. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στους τρόπους μετάδοσης του ιού, αλλά πολύ περισσότερο στις κοινωνικές και ατομικές εκδηλώσεις που αυτός δεν μεταδίδεται.

Αυτό προλαβαίνει τον κοινωνικό ρατσισμό απέναντι στους ασθενείς με AIDS και την αντιμετώπιση της κοινωνικής σύγχισης και απομόνωσης. Τα μηνύματα αυτά δεν μπορεί να είναι μόνο παραδοσιακά, λεκτικά, εκφοβιστικά, πατερναλιστικά αλλά μηνύματα πράξης μέσα από την πρακτική μας κατά την διάρκεια της νοσηλείας ή της φροντίδας εκτός νοσοκομείου. Η θεραπευτική ομάδα έχει υποχρέωση να προετοιμάσει τα μέλη της για τους ρόλους και τις λειτουργίες αυτές.

Στόχος η αύξηση της κοινωνικής ανεκτικότητας στη διαφορά και η ανάπτυξη προσωπικής υπευθυνότητας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

Η φροντίδα ασθενών με AIDS περνάει διάφορες φάσεις ανάλογα με την εξέλιξη των επιπτώσεων, η κεντρική φροντίδα όμως στηρίζεται στην προοπτική ζωής και κοινωνικής λειτουργίας του ατόμου και αυτό, με την οργάνωση της ζωής του σε συνδυασμό με την οικογένεια του ή με το ευρύτερο περιβάλλον του. Αναμενόμενο από την ομάδα είναι ο ασθενής να παρουσιάσει ψυχοσυναισθηματικές διακυμάνσεις, όπου ενισχύεται ανάλογα και κινητοποιούνται οι υποσθηρικές δυνάμεις του ατόμου και του περιβάλλοντος που μπορεί να έχουν αποσυρθεί ή να είναι σε κρίση.

Αναπόφευκτο είναι σε μεγάλο ποσοστό και ζήτημα χρόνου ασθενείς με AIDS θα βρεθούν σε στάδιο τελικής φροντίδας.

Στο στάδιο αυτό δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην συνεργασία, στη στήριξη της οικογένειας και την προετοιμασία της αποδοχής της απώλειας. Τα στελέχη υγείας που εργάζονται σε φάσεις τελικής νοσηλείας, αλλά και γενικότερα με περιπτώσεις σε συνεχή κρίση (χρόνια) παρουσιάζουν ανάγκες επαγγελματικής εκτόνωσης με δημιουργική διεργασία επεξεργασίας συναισθημάτων στα πλαίσια λειτουργίας της θεραπευτικής ομάδας.

Η έκφραση αναγκών, εκπαίδευσης, "θεραπευτικής" εκτόνωσης, επιστημονικής και επαγγελματικής επάρκειας και ωριμότητας και συνιστά υπεύθυνη στάση απέναντι στο επιστημονικό αντικείμενο και σεβασμό στην ανθρώπινη υπόσταση.

Η θεραπευτική ομάδα είναι ο φυσικός χώρος για την επιστημονική στήριξη των μελών και την εξελικτική επιστημονική διεργασία των επαγγελματιών υγείας. Η άρνηση αυτής της γενικής παραδοχής πρέπει να διερευνηθεί ανάμεσα στις αντιστάσεις που δημιουργούν οι αρνητικοί παράγοντες που έχουν αναφερθεί. Είναι επιστημονικά και επαγγελματικά τραγικό να βιώνεις μέσα σε ένα περιβάλλον που οι υπηρεσίες σου είναι απόλυτα απαραίτητες αλλά δεν βρίσκεται η διαδικασία να γίνουν πράξη γιατί όλοι "τρέχουν", "δικαιολογούνται", "διαμαρτύρονται", "ταλαιπωρούνται", αλλά δεν ακούνε, δεν συζητάνε και σε χρησιμοποιούν τις περισσότερες φορές όχι από συνειδητή πρόθεση, αλλά από αδυναμία ανεύρεσης άλλης επιλογής.

Ο αγώνας αυτός είναι σημαντικός γιατί τα πράγματα αλλάζουν, όχι βέβαια όσο γρήγορα επιθυμούμε, όμως αλλάζουν και μάλιστα σε όφελος των ανθρώπων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας. Ο επαγγελματικός αγώνας των Κοινωνικών Λειτουργών στα Νοσοκομεία ξέφυγε από την φάση της προσπάθειας να καθιερωθεί η Κοινωνική Υπηρεσία στην τομέα της υγείας. Τώρα προσπαθούν να



αυξηθούν αριθμητικά για να καλύψουν τις ανάγκες, να ενημερώσουν για το ρόλο τους τα άλλα στελέχη και να συμμετάσχουν σε μιά επώδυνη ομαδική επιστημονική λειτουργία που συνήθως μένει ανεκλήρωτη.

Σε αυτή την πορεία το ρόλο τους προσθέτουν και άλλοι παράμετροι που σχετίζονται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε, την έλλειψη κατάλληλων χώρων εργασίας για ποιοτική άσκηση του έργου τους-τήρηση αξιοπρέπειας και εχεμύθειας, την έλλειψη των αναγκαίων προγραμμάτων και μέσων για την κάλυψη των άμεσων και στοιχειωδών αναγκών των εξυπηρετούμενων. Η περισσότερο συνηθισμένη κατάσταση στα νοσοκομεία είναι, ο ασαφής καθορισμός των ρόλων, η ένταση από την έλλειψη στελεχών και οι διοικητικές παρεμβάσεις για την χρησιμοποίηση των Κοινωνικών Λειτουργών σε αλλότρια ή διακοσμητικά καθήκοντα.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, είναι ειδικά εκπαιδευμένοι, να εργάζονται ομαδικά, να διερευνούν τις ανθρώπινες ανάγκες και να χρησιμοποιούν ειδικές επιστημονικές μεθόδους για να αναπτύξουν τις δυνατότητες του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που τους απασχολούν.

Η ύπαρξη Κοινωνικών Λειτουργών στο τομέα της υγείας είναι μιά διαρκής πρόκληση για συνεργασία, η λειτουργία όμως της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας είναι μια σύγχρονη επιστημονική πρόκληση για όλους μας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τάσος Φιλαλήθης, "Κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις της διάδοσης του AIDS", ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ, τεύχος 15, Αθήνα 1989.
2. "AIDS", Ken Mayez, Hank Pijet, εκδόσεις Φλώρος, Αθήνα 1985.
3. Καλλιόπη Παπαϊωάννου, "Ιατροκοινωνική Εργασία", ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ, τεύχος 9 & 10, Αθήνα 1988.
4. Γ.Χλιαουτάκης & Μ.Στοικίδου, "Κρίσεις και στάσεις των κατοίκων Δ.Αττικής απέναντι στο AIDS", ΕΚΛΟΓΗ, τεύχος 81, Αθήνα 1989.
5. Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS, "AIDS", Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., Αθήνα 1990.
6. Ιωάννης Παπαναστασόπουλος, "Το AIDS, σαν Κοινωνική πρόκληση", ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ, τεύχος 19, Αθήνα 1990.
7. Διοχάντη Λουμίδη, "Δικαιώματα ασθενών και Κοινωνική Εργασία", ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ, τεύχος 17, Αθήνα 1990.
8. Andrea Breach, "Έχουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί κάποιο ειδικό ρόλο στη βοήθεια ασθενών με AIDS;", ΕΚΛΟΓΗ, τεύχος 76, Αθήνα 1988.
9. Βίκυ Παπανικολάου, "Ο κύκλος μαθημάτων για την κλινική αντιμετώπιση του AIDS - Συμπεράσματα και Προτάσεις", ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, σελ.89, τεύχος 2, τόμος 1, Αθήνα 1990.
10. Γ.Μ.Τρίκκας, "Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του AIDS", ΙΑΤΡΙΚΗ, σελ.251, τεύχος 3, τόμος 50, Αθήνα 1986.

11. Θ.Στεφάνου, "Κρατική μέριμνα για το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας", ΙΑΤΡΙΚΗ, σελ.263, τεύχος 3, τόμος 50, Αθήνα 1986.
12. Δ.Αγραφιώτης, "Σ.Ε.Α.Α. (Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας) Πρώτη καταγραφή ερωτημάτων κοινωνικο-πολιτιστικής υφής", ΙΑΤΡΙΚΗ, σελ.267, τεύχος 3, τόμος 50, Αθήνα 1986.
13. Γ.Παπαευαγγέλου, "Απαραίτητη η υπεύθυνη ενημέρωση στο AIDS", ΙΑΤΡΙΚΗ, σελ.117, τεύχος 2, τόμος 50, Αθήνα 1986.
14. Γ.Καλλίνικος - Γ.Παπαευαγγέλου, "Επιδημιολογία του Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) και μέτρα πρόληψης", σελ.119, τεύχος 2, τόμος 50, Αθήνα 1986.
15. Anne-Linda Furstenberg, Miriam Meltrez Olson, "Social Work and AIDS", SOCIAL WORK IN HEALTH CARE, p.689, part II, The Haworth Press, New York-London 1990.
16. Frances Nason, "Diagnosing the Hospital Team", SOCIAL WORK IN HEALTH CARE, p.309, part I, The Haworth Press, New York-London 1990.
17. Rosalie A.Kane, "The Interprofessional Team as a Small Group", SOCIAL WORK IN HEALTH CARE, p.277, part I, The Haworth Press, New York-London 1990.
18. Hans S.Falck, "Social Work in Health Settings", SOCIAL WORK IN HEALTH CARE, p.63, part I, The Haworth Press, N.Y.-London 1990.
19. Δ.Αγραφιώτης, "Υγεία και Αρρώστεια", εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1988.
20. Δημήτρης Σ.Ιατρίδης, "Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής", εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1990.