

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ: ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΡΙΣΗΣ

Παντελής Πανταζάκας¹
Μανόλης Μέντης²

Εισαγωγή

Το άρθρο αυτό έχει σκοπό να περιγράψει το ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) του Νοσοκομείου, στα πλαίσια της αναδιοργάνωσής του, που προβλέπεται στο νέο νόμο 2889/2001 για τη «Βελτίωση και τον Εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις». Η αναδιοργάνωση του Τ.Ε.Π. στοχεύει σαφώς στην καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη, όμως για την εφαρμογή της απαιτείται και η ενεργή εμπλοκή των λειτουργών υγείας προκειμένου με συγκεκριμένες προτάσεις και αξιοποιώντας δημιουργικά την εμπειρία τους να συμμετάσχουν στη διαμόρφωση αποτελεσματικών λύσεων στα οργανωτικά και άλλα προβλήματα. Με αυτή την έννοια οι σκέψεις και οι ιδέες που κατατίθενται εδώ, αποτελούν πρόταση παρέμβασης από τη σκοπιά της Κοινωνικής Εργασίας, ενώ ταυτόχρονα θέτουν τις βάσεις για την έναρξη εποικοδομητικού διαλόγου τόσο ανάμεσα στους κοινωνικούς λειτουργούς όσο και στους υπόλοιπους λειτουργούς υγείας.

Η ολιστική προσέγγιση στο χώρο της Υγείας

Τα τελευταία χρόνια η ανάπτυξη της ψυχοσωματικής ιατρικής συνέβαλε στην άρση της καρτεσιανής λογικής, που θεωρεί το σώμα εντελώς ανεξάρτητο από την ψυχή. Σήμερα, ολοένα και περισσότερο στις επιστήμες της Υγείας, κερδίζει έδαφος η ολιστική προσέγγιση που δεν κάνει διαχωρισμούς ανάμεσα στο σώμα και στην ψυχή, αλλά δέχεται την αλληλεπίδρασή τους, όπως επίσης και την επίδραση που ασκεί στον άνθρωπο το κοινωνικό περιβάλλον. Η ολιστική προσέγγιση στοχεύει επιπλέον στο να βοηθήσει τον κάθε επαγγελματία υγείας να «ξεπεράσει» τον εξειδικευμένο τρόπο σκέψης του, ανάλογα με την ειδικότητά του, έτσι ώστε να αντιμετωπίσει τον ασθενή σαν ένα σωματοψυχικό σύνολο και όχι σαν απομονωμένο όργανο ή οργανικό σύστημα που πάσχει ανεξάρτητα από την υπόλοιπη σωματοψυχική του δομή. Αποτελεί, λοιπόν, αναγκαιότητα για μια ολο-

-
1. Ο Π. Πανταζάκας είναι κοινωνικός λειτουργός, προϊστάμενος της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών (Π.Π.Γ.Ν.Π.).
 2. Ο Μ. Μέντης είναι κοινωνικός λειτουργός στην Κοινωνική Υπηρεσία του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών (Π.Π.Γ.Ν.Π.).

κληρωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενή, η ενασχόληση πέρα από τη συγκεκριμένη πάθηση με όλους αυτούς τους σωματοψυχικούς παράγοντες που οδήγησαν σ' αυτή, καθώς και η φροντίδα και επεξεργασία των ψυχικών επακόλουθων που έχει η σωματική πάθηση σ' αυτόν. Δυστυχώς, όλοι γνωρίζουμε ότι κάτι τέτοιο σπάνια γίνεται. Ένα πλήθος λόγων, αντικειμενικών – που έχουν σχέση με την άσκηση της ιατρικής – αλλά και υποκειμενικών – που έχουν να κάνουν με την προσωπικότητα και την εκπαίδευση των άλλων επαγγελματιών υγείας – έχουν «μεταμορφώσει» τους ασθενείς σε επιμέρους πάσχοντα όργανα («καρδιές», «στομάχια», «συκώτια» κ.λπ.) χωρίς συναισθηματική ή ψυχολογική επένδυση. Ως εκ τούτου η ολιστική προσέγγιση απευθύνεται σε ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, αλλά και στους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα με τη θεραπευτική διαδικασία, όπως νοσηλεύτες, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές κ.λπ. Ωστόσο, πρέπει να επισημάνουμε ότι μια πλήρης αναφορά σ' όλες τις ασθένειες και τις πιθανές ψυχολογικές ή ψυχοσωματικές αντιδράσεις των ασθενών είναι αδύνατη. Άλλωστε, κάθε ασθενής διατηρεί το «δικαίωμα» να αντιδρά ξεχωριστά στην πάθησή του, ανάλογα με την προσωπικότητά του, το περιβάλλον του, τις επικρατούσες κοινωνικές συνθήκες, το είδος της ασθένειας, τις κοινωνικές και άλλες επιπτώσεις της. Βασική αρχή της σκέψης μας πρέπει να αποτελεί το γεγονός πως η αντιμετώπιση της ασθένειας είναι συνάρτηση σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών παραγόντων. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορέσουμε να βοηθήσουμε καλύτερα τον ασθενή, αλλά και να κάνουμε την εργασία μας με αυτόν πιο εποικοδομητική, άρα και πιο ικανοποιητική.

Οργάνωση της Επείγουσας Φροντίδας

Οι στόχοι της Επείγουσας Φροντίδας ουσιαστικά είναι ταυτόσημοι με τους στόχους της Επείγουσας Ιατρικής, όπως αυτοί διατυπώθηκαν στο Μανιφέστο για την Επείγουσα Ιατρική στην Ευρώπη, και είναι οι εξής:

- Η παροχή ενός ολοκληρωμένου συστήματος προνοσοκομειακής, ενδοноσοκομειακής και διανοσοκομειακής επείγουσας φροντίδας.
- Η προτυποποίηση και η βελτίωση της ποιότητας της επείγουσας ιατρικής φροντίδας.
- Η μείωση της θνησιμότητας, νοσηρότητας, αναπηρίας και δυστυχίας που σχετίζονται με τον τραυματισμό και την αιφνίδια νόσο.
- Η συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων που συνδέονται με την πρόληψη των ατυχημάτων και την προαγωγή της υγείας (Θεοδώρου, 2001:5-6).

Ο Ν. 2889/2001 τοποθετεί σε μια νέα βάση το θέμα οργάνωσης και παροχής της Επείγουσας Φροντίδας. Ωστόσο, η ανάπτυξη οργανωμένου συστήματος Επείγουσας Φροντίδας προϋποθέτει την προηγούμενη ανάπτυξη και λειτουργία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η οποία στη χώρα μας βρίσκεται σε στοιχειώδη κατάσταση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αλλοιώνεται ο ρόλος του Τ.Ε.Π., καθώς σ' αυτό συνωστίζονται χρόνια ή μη επείγοντα περιστατικά. Εκτός όμως απ' αυτό το δομικό πρόβλημα υπάρχουν και άλλα προβλήματα, που καθιστούν εξαιρετικά δυσχερή τη λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος επείγουσας φροντίδας. Τα κυριότερα από αυτά συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- ✓ Δεν υπάρχουν οργανωμένα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών.

- ✓ Η μη πλήρης ανάπτυξη του Ε.Κ.Α.Β. έχει ως συνέπεια την απρόβλεπτη και άναρχη προσέλευση.
- ✓ Επικρατεί η φιλοσοφία μεταφοράς του ασθενούς στο κοντινότερο και όχι στο σωστό Νοσοκομείο.
- ✓ Δεν υπάρχει διάυλος επικοινωνίας Ε.Κ.Α.Β. - Τ.Ε.Π. με αποτέλεσμα την έλλειψη συνέχειας στην αντιμετώπιση.
- ✓ Η υποδοχή των ασθενών γίνεται σε χώρους που δεν έχουν τις απαραίτητες προδιαγραφές.
- ✓ Η έλλειψη οργανωμένης διαδικασίας διαλογής (screening, triage) οδηγεί σε κακή ιεράρχηση προτεραιότητας.
- ✓ Η αντιμετώπιση σοβαρών περιστατικών από ειδικευόμενους κάνει τις προσφερόμενες υπηρεσίες αναξιόπιστες.
- ✓ Η απουσία υπεύθυνου συντονιστή στο Τ.Ε.Π. συχνά οδηγεί σε «διελκυστίνδες» σε βάρος του ασθενούς.
- ✓ Υπάρχουν επικίνδυνες καθυστερήσεις λόγω έλλειψης εκπαίδευσης και ετοιμότητας.
- ✓ Δεν υπάρχει οργανωμένη ομάδα τραύματος.
- ✓ Δεν υπάρχουν κατανεμημένα Κέντρα Τραύματος.
- ✓ Τριποβάθμια νοσοκομεία δεν έχουν τον απαραίτητο (εν λειτουργία) εξοπλισμό (π.χ. αξονικός ή μαγνητικός τομογράφος, αγγειογράφος, κ.λπ.).
- ✓ Υπάρχει έλλειψη απαραίτητων ειδικοτήτων.
- ✓ Τέλος, παρατηρείται έλλειψη σύνδεσης των «κρίκων» στην αλυσίδα επιβίωσης (Θεοδώρου, 2001:6-7).

Ψυχοκοινωνική προσέγγιση των προβλημάτων στο χώρο του Τ.Ε.Π.

Από διάφορες σφυγμομετρήσεις της κοινής γνώμης διαπιστώνεται ότι οι πολίτες είναι δυσαρεστημένοι από την προσφορά υπηρεσιών υγείας, καθώς επισημαίνουν μια σειρά προβλημάτων που τους ταλαιπωρούν. Τα προβλήματα αυτά αφ' ενός εστιάζονται στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων και αφ' ετέρου στη συμπεριφορά / αντιμετώπιση των πολιτών από τους εργαζόμενους, γεγονός που έχει σχέση κυρίως με την υφιστάμενη νοοτροπία και λιγότερο με την επιστημονική κατάρτιση του προσωπικού. Επομένως, όποια παρέμβαση για αλλαγή αυτής της αρνητικής κατάστασης θα πρέπει να συμπεριλάβει – πέρα από τις όποιες οργανωτικές παρεμβάσεις – και αλλαγές στον τρόπο επικοινωνίας των λειτουργών υγείας. Είναι αναμφίβολο ότι οι αρνητικές συμπεριφορές των εργαζομένων στο χώρο της Υγείας δεν αφορούν κακή πρόθεση, αλλά πηγάζουν από επαγγελματικό στρες, σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων, άγνοια της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή κ.λπ. Τα προβλήματα αυτά είναι εντονότερα στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, διότι ο ασθενής και οι συνοδοί του βιώνουν τη μέγιστη ψυχική ένταση εξαιτίας του ξαφνικού προβλήματος υγείας και διότι σ' αυτή τη φάση είναι άγνωστη η σοβαρότητά του (φόβος για απώλεια και αυτής της ίδιας της ζωής).

Συνεπώς, ο ασθενής και οι συνοδοί του αντιμετωπίζουν μια σοβαρή κατάσταση κρίσης, που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική φόρτιση και δυσκολία επικοινωνίας και συνεργασίας λόγω συναισθημάτων, όπως:

- ✓ Άγχους
- ✓ Αβεβαιότητας

- ✓ Ανασφάλειας
- ✓ Ανησυχίας
- ✓ Απελπισίας
- ✓ Απογοήτευσης
- ✓ Αποθάρρυνσης
- ✓ Ενοχής
- ✓ Θυμού
- ✓ Πίεσης
- ✓ Φόβου και πολλών άλλων.

Σ' αυτή την κρίσιμη στιγμή απαιτείται η ολοκληρωμένη και συντονισμένη παρέμβαση των λειτουργών υγείας, ώστε να αισθανθεί ο ασθενής και το περιβάλλον του σιγουριά, ασφάλεια και την αίσθηση ότι οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται σε εξατομικευμένη βάση. Επικοινωνιακά λάθη (π.χ. απουσία συγκεκριμένης και σαφούς πληροφόρησης για την κατάσταση της υγείας του ασθενή, για την πορεία των εξετάσεών του, καθυστέρηση στην εξυπηρέτηση και απουσία ενημέρωσης για τον τρόπο λειτουργίας, κ.λπ.) εκλαμβάνονται από τον ασθενή και το περιβάλλον του ως έλλειψη ενδιαφέροντος, με τελικό αποτέλεσμα να σχηματίζεται αρνητική άποψη για όλο το σύστημα φροντίδας παραμερίζοντας ακόμη και τις θετικές του πλευρές.

Γίνεται σαφές από τα παραπάνω ότι η πρώτη επαφή του ασθενή και των συνοδών του με το Νοσοκομείο, που γίνεται στο Τ.Ε.Π., καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας από το Σύστημα στο σύνολό του.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.)

Το Τ.Ε.Π. από τη φύση του έχει τον χαρακτήρα του «επείγοντος», του αιφνίδιου προβλήματος υγείας που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Η μέχρι τώρα παρέμβαση εστίαζε την προσοχή της στον ασθενή δίνοντας έμφαση, σχεδόν αποκλειστικά, στην καθαρά ιατρική διάσταση του προβλήματος. Σήμερα ωστόσο, η υγεία δεν είναι πλέον υπόθεση ενός ή δύο επαγγελματιών, μιας ειδικότητας ή ενός θεραπευτικού κέντρου. Η υγεία αποτελεί μια συντονισμένη συλλογική προσπάθεια ατόμων που προέρχονται από διαφορετικά επαγγέλματα, αλλά έχουν κοινό σκοπό. Με αυτήν την έννοια, η αντιμετώπιση της «κρίσης» απαιτεί την ισότιμη συμμετοχή όλων των ειδικοτήτων (ιατρού, νοσηλεύτη, κοινωνικού λειτουργού, ψυχολόγου). Ταυτόχρονα, στην πράξη, το αιφνίδιο πρόβλημα υγείας δεν είναι μόνο του ασθενή, αλλά του ευρύτερου συστήματος στο οποίο ανήκει, δηλαδή της οικογένειάς του. Η αναστάτωση που επιφέρει το πρόβλημα υγείας αποδιοργανώνει όλο το οικογενειακό σύστημα και επομένως, αν προσεγγίσει κανείς το πρόβλημα υγείας από αυτήν τη σκοπιά, θα διαπιστώσει ότι κατ' ουσία μαζί με τον ασθενή βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης όλη η οικογένεια. Συνεπώς, στα πλαίσια αυτά, απαιτείται μια υπηρεσία που θα «ανακουφίζει» την οικογένεια του ασθενή από τα συναισθήματα που περιγράψαμε παραπάνω, παρέχοντας την απαιτούμενη ψυχοκοινωνική στήριξη. Αυτός είναι και ο πρωταρχικός λόγος που υπαγορεύει την παρέμβαση των κοινωνικών λειτουργών στο Τ.Ε.Π.

Στο διάστημα που μεσολαβεί από τον χρόνο εισόδου του ασθενή στο Τ.Ε.Π. μέχρι να καλέσει ο

ιατρός το συνοδό για ενημέρωση, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να έχει μια πρώτη επαφή μαζί του προκειμένου να διαγνώσει τις γενικότερες ψυχοκοινωνικές ανάγκες στη βάση της ολιστικής προσέγγισης. Στόχος αυτής της επικοινωνίας είναι η συναισθηματική αποφόρτιση του συνοδού, στο μέτρο του δυνατού, έτσι ώστε να μπορέσει να αντιληφθεί και να αξιολογήσει τα νέα δεδομένα που διαμορφώνονται εξαιτίας του ξαφνικού προβλήματος υγείας, για να συμπαρασταθεί ουσιαστικά στον δικό του άνθρωπο. Με αυτήν την έννοια ομάδα στόχος για τον κοινωνικό λειτουργό του Τ.Ε.Π. είναι στον ίδιο βαθμό τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένειά του.

Πιο συγκεκριμένα δηλαδή, οι αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού συνοψίζονται στα ακόλουθα κεντρικά σημεία:

- Συγκεντρώνει και οργανώνει πληροφορίες για τον ασθενή και το περιβάλλον του που σχετίζονται με την ύπαρξη κοινωνικών προβλημάτων (οικονομικών, οικογενειακών, ασφαλιστικών, προβλημάτων στέγασης κ.λπ.) τηρώντας το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων στα πλαίσια της δεοντολογίας των κοινωνικών λειτουργών.
- Στηρίζει ψυχοκοινωνικά το περιβάλλον του ασθενή κατά τη φάση της κρίσης.
- Συνεργάζεται με άλλους λειτουργούς υγείας, όπως ιατρούς, νοσηλευτές και το υπόλοιπο προσωπικό των Τ.Ε.Π., προκειμένου να παράσχει ενημέρωση ή άλλες υπηρεσίες στην οικογένεια του ασθενή, έτσι ώστε και εκείνη με τη σειρά της να συμπαρασταθεί κατά τον καλύτερο τρόπο.
- Κρατά αρχείο και στατιστικά στοιχεία για την κίνηση ασθενών και συνοδών στο γραφείο της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Τ.Ε.Π. Παράλληλα, διερευνά τόσο τα αίτια του εκάστοτε προβλήματος υγείας όσο και τα κοινωνικά προβλήματα που απορρέουν από αυτό. Τα στοιχεία αυτά υποβάλλονται στα πλαίσια εξαμηνιαίων αναφορών στη Διοίκηση του Νοσοκομείου προκειμένου να τύχουν περαιτέρω επεξεργασίας στα πλαίσια διεξαγωγής προγραμμάτων υγείας.
- Συμβάλλει στη βελτίωση των προσφερομένων υπηρεσιών στο Τ.Ε.Π., δίνοντας τη δυνατότητα αξιολόγησης των υπηρεσιών τόσο από την πλευρά του ασθενή όσο και από την πλευρά των συνοδών.

Ειδικές ομάδες στόχου για τους κοινωνικούς λειτουργούς του Τ.Ε.Π.

Ο κοινωνικός λειτουργός του Τ.Ε.Π., εκτός των άλλων, καλείται να αντιμετωπίσει προβλήματα ατόμων τα οποία ανήκουν σε ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού. Βασικό χαρακτηριστικό των ομάδων αυτών είναι ότι εξαιτίας των συνθηκών κοινωνικού αποκλεισμού (φτώχεια, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, προβλήματα στέγασης, ανεργία κ.λπ.) βρίσκονται σε μια μόνιμη κατάσταση κρίσης. Η προσέλευσή τους στο Τ.Ε.Π. γίνεται εκούσια, στα πλαίσια όξυνσης ενός προβλήματος υγείας ή ακούσια, με πρωτοβουλία πολιτών ή αρχών (Δήμος, Αστυνομία). Τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν συνήθως χρόνια κοινωνικά προβλήματα, ενώ τα προβλήματα υγείας τους, κατά κανόνα, απορρέουν από τις γενικότερες συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης. Πέντε είναι οι ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού που κατά κανόνα προσέρχονται στο Τ.Ε.Π. Αυτές είναι:

- Ηλικιωμένοι - Μοναχικά άτομα
- Μετανάστες - Πρόσφυγες
- Χρόστες ουσιών

- Άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας
- Αθίγγανοι

Οι κοινωνικοί λειτουργοί καλούνται να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα των παραπάνω ομάδων, όπως και ολόκληρου του πληθυσμού, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες που απορρέουν από τα χαρακτηριστικά κάθε ομάδας και σε συνάρτηση με το υπάρχον δίκτυο κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο.

♦ **Μοναχικά άτομα και ηλικιωμένοι που ζουν σε συνθήκες εγκατάλειψης.** Στην κατηγορία αυτή ανήκουν κατά κανόνα άτομα της Τρίτης ηλικίας, τα οποία στερούνται οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Συχνά, προσέρχονται στο Τ.Ε.Π. ακούσια, με πρωτοβουλία πολιτών (καταγγελίες στα Μ.Μ.Ε.) ή από υπηρεσίες του Δήμου ή την Αστυνομία. Τα άτομα αυτά ζουν κάτω από άθλιες συνθήκες, συχνά δεν έχουν στέγη, αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα καθώς ζουν από την επαπεία και τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα υγείας, τα οποία απορρέουν από τις συνθήκες διαβίωσής τους. Επιπλέον, η απομόνωση και οι συνθήκες υλικής και συναισθηματικής αποστέρσης διαμορφώνουν ένα υπόστρωμα ψυχιατρικών προβλημάτων (οργανικά ψυχοσύνδρομα, κατάθλιψη, κ.λπ.), που δυσχεραίνουν την επικοινωνία και τη συνεργασία. Στα πλαίσια αντιμετώπισης αυτών των περιστατικών, σε περιπτώσεις που διαπιστωθεί ότι το μοναχικό άτομο δεν μπορεί να επιστρέψει στο προηγούμενο περιβάλλον του, είναι απαραίτητο να γίνει εισαγωγή του προκειμένου να βρεθεί μια μόνιμη λύση αποκατάστασης. Συχνά, βέβαια, το αίτημα για εισαγωγή αυτών των ατόμων δημιουργεί συγκρούσεις με τους ιατρούς, καθώς οι τελευταίοι δεν αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα εισαγωγής, μια και η γενικότερη κλινική εικόνα δεν δικαιολογεί κάτι τέτοιο. Στο στάδιο αυτό είναι ευθύνη του κοινωνικού λειτουργού να επισημάνει στον ιατρό τους λόγους που καθιστούν την εισαγωγή αναγκαία, προκειμένου να αποφευχθεί η ανακύκλωση αυτών των περιστατικών εξαιτίας της έλλειψης οργανωμένου δικτύου κοινωνικής φροντίδας. Η εισαγωγή του μοναχικού ατόμου («κοινωνικά πάσχοντα») μας δίνει τον χρόνο να σχεδιάσουμε το «ατομικό πλάνο αποκατάστασης» με βάση την εκτίμηση κοινωνικών αναγκών. Το ατομικό πλάνο αποκατάστασης περιλαμβάνει τις εξής ενέργειες:

- ✓ Διερεύνηση οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος και σε περίπτωση που υπάρχει, προσπάθεια ευαισθητοποίησής του για συμμετοχή στην αντιμετώπιση των προβλημάτων.
- ✓ Συζήτηση με το μοναχικό άτομο προκειμένου να αποφασίσει για τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων του, με βάση τις υπάρχουσες εναλλακτικές λύσεις.
- ✓ Επιλογή του κατάλληλου ιδρύματος ή μιας ανοικτής δομής αποκατάστασης (π.χ. Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι) και των δυνατοτήτων που έχει το Ίδρυμα³ ή η ανοικτή δομή για ένταξη του μοναχικού ατόμου.

3. Οι προϋποθέσεις εισαγωγής ενός ατόμου σε ίδρυμα είναι οι ακόλουθες:

(α) Ύπαρξη κενών θέσεων

(β) Συναίνεση του ίδιου του ενδιαφερομένου ή του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος

(γ) Πιστοποιητικό πρωτοβάθμιας υγειονομικής επιτροπής ή γνώματευση ιατρού του Ε.Σ.Υ. ότι δεν πάσχει από χρόνιο μεταδιδόμενο νόσημα ή χρόνιο νόσημα.

(δ) Διάφορα άλλα έγγραφα (πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή πιστοποιητικό γεννήσεως, ασφαλιστικό φορέα, απόκομμα σύνταξης).

(ε) Έκθεση κοινωνικής έρευνας από κοινωνικό λειτουργό (βλ. ΥΠ.ΕΣ.Δ.Δ.Α., 2000:431-433).

- ♦ **Μετανάστες - Πρόσφυγες.** Το Διοικητικό - Οικονομικό σκέλος της νοσηλείας των μεταναστών καθορίζεται πλέον από το Υπουργείο Υγείας (βλέπε σχετική εγκύκλιο Υ4α/οικ. 8992/13-7-2000 «Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή περίθαλψη αλλοδαπών, εκτός υπηκόων χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ευρωπαϊκού οικονομικού χώρου»). Στην περίπτωση των μεταναστών που προσέρχονται στο Τ.Ε.Π., είναι αναγκαίο να τηρούνται από τον κοινωνικό λειτουργό στατιστικά στοιχεία για το κοινωνικό προφίλ τους, καθώς και τους λόγους για τους οποίους προσέρχονται στο Νοσοκομείο. Ωστόσο, στην περίπτωση εισαγωγής τους είναι συχνά χρήσιμο, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ανασφάλιστων ή οικονομικά αδύναμων που είναι και το πιο σύνθετες, να παραπέμπονται μετά την έξοδό τους σε εξειδικευμένες υπηρεσίες για μετανάστες με βάση την εκτίμηση των συνολικών αναγκών τους (π.χ. ιατρική παρακολούθηση, ζητήματα φιλοξενίας, οικονομική στήριξη, κ.λπ.).
- ♦ **Χρήστες ουσιών.** Είναι συχνό φαινόμενο κατά τις ημέρες εφημερίες του Τ.Ε.Π. να προσέρχονται χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών εξαιτίας επεισοδίου «over dose». Στις περιπτώσεις αυτές, αφού προσφερθούν οι πρώτες βοήθειες, αναλαμβάνει την εξέτασή τους ο εφημερεύων ψυχίατρος. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού εστιάζεται στην παροχή οδηγιών προς τον ίδιο το χρήστη, εφ' όσον η κατάσταση της υγείας του το επιτρέπει, ή στην οικογένειά του για το υπάρχον δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης σε Νομαρχιακό, Περιφερειακό και Εθνικό επίπεδο. Διευκρινίζεται ότι η ένταξη σε θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης προϋποθέτει τη συναίνεση του χρήστη. Από εκεί και πέρα υπάρχει περιορισμένος αριθμός υπηρεσιών αποκατάστασης (ξενώνες) για περιστατικά έκτακτης ανάγκης που αφορούν χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, οπότε και οι δυνατότητες συμπαράστασης στα άτομα αυτά, τουλάχιστον στο επίπεδο της στεγαστικής συνδρομής, είναι ελάχιστες.
- ♦ **Άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.** Η απουσία ενός ολοκληρωμένου δικτύου αποκατάστασης για άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα οδηγεί και αυτή την ευπαθή ομάδα στον προθάλαμο του Τ.Ε.Π. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που τα άτομα αυτά βγαίνουν από τα ψυχιατρεία ή τις ψυχιατρικές κλινικές, χωρίς να εξασφαλίζονται οι στοιχειώδεις προϋποθέσεις επανένταξής τους, καθώς η μεταθεραπευτική παρακολούθησή τους είναι ελάχιστη ή ανύπαρκτη, με αποτέλεσμα να μην λαμβάνουν τα φάρμακά τους και να υποτροπιάζουν. Επιπλέον, τα υποστηρικτικά συστήματα των ατόμων αυτών (οικογένεια, κοινωνικός περίγυρος) απουσιάζουν παντελώς ή έχουν εξουθενωθεί από τις κοινωνικές επιπτώσεις της νόσου. Τέλος, αντιμετωπίζουν έντονα οικονομικά προβλήματα, καθώς στερούνται εργασίας, αλλά και ψυχολογικά προβλήματα λόγω της απομόνωσης και της μοναξιάς εξαιτίας του κοινωνικού στίγματος της ψυχικής νόσου. Το πρόβλημα σ' αυτές τις περιπτώσεις ατόμων με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας εμφανίζεται όταν για διάφορους λόγους (π.χ. πληρότητα κλινικής κ.λπ.) δεν γίνεται εισαγωγή στην ψυχιατρική κλινική και το περιστατικό αυτό έρχεται στον κοινωνικό λειτουργό του Τ.Ε.Π. προκειμένου να βρει λύση αποκατάστασης. Είναι εύλογο ότι σ' αυτές τις περιπτώσεις αποτελεί μονόδρομο η εισαγωγή του ασθενή σε ψυχιατρείο με τη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας κατόπιν πρωτοβουλίας των συγγενών του ασθενή ή στην περίπτωση που δεν υπάρχουν συγγενείς από τα αρμόδια διοικητικά όργανα του Νοσοκομείου κατόπιν αναφοράς του κοινωνικού λειτουργού προς το Συμβούλιο Διοίκησης. Η λύση του ψυχιατρείου δίνει τη δυνατότητα στα άτομα αυτά να ενταχθούν σε προγράμματα αποκατάστασης για χρόνιους ασθενείς με προβλήματα ψυχικής υγείας (όπως λ.χ. το πρόγραμμα «Ψυχαργός») ή να εκπαιδευτούν στις ενδιάμεσες δομές των ψυχιατρείων για αυτόνομη διαβίωση στην κοινότητα.

- ♦ **Αθίγγανοι.** Οι αθίγγανοι αποτελούν μια πολιτισμική ομάδα με ιδιαιτερότητες σε σχέση με την κυρίαρχη κουλτούρα. Είναι σαφές ότι αυτές οι ιδιαιτερότητες έχουν δημιουργήσει εμπόδια στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Βασικό χαρακτηριστικό των αθίγγανων ως χρηστών υπηρεσιών υγείας στο Τ.Ε.Π. είναι η μαζική τους προσέλευση έστω κι αν το πρόβλημα υγείας αφορά ένα μέλος της εκτεταμένης οικογένειας (φαμίλιας). Η μαζική αυτή προσέλευση δημιουργεί προβλήματα, όχι μόνο στο επίπεδο του συνωστισμού σε περιορισμένο χώρο, αλλά και συνεννόησης και θυρύβου. Ο κοινωνικός λειτουργός του Τ.Ε.Π. ελάχιστα μπορεί να προσφέρει στο επίπεδο της συνεννόησης ως ενδιάμεσου ανάμεσα στους αθίγγανους και τους ιατρούς ή τους νοσηλευτές, μολονότι από τους τελευταίους διατυπώνεται συχνά το αίτημα αυτό. Η ουσιαστική βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού είναι να συμβάλει στην εκπαίδευση και γνωριμία με τους αθίγγανους διαμεσολαβητές⁴, οι οποίοι θα πρέπει να εξοικειωθούν με το Σύστημα Υγείας και τους τρόπους πρόσβασης σ' αυτό, ώστε αυτοί να επιτελέσουν κατ' ουσία το ρόλο του διαμεσολαβητή, καθώς είναι σε θέση να προσεγγίσουν καλύτερα την πολιτισμική ομάδα από την οποία προέρχονται.

Οργάνωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο χώρο του Τ.Ε.Π.

Ένα θεμελιώδες ζήτημα για την κοινωνική παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού στο Τ.Ε.Π. σχετίζεται με την οργάνωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας για όλους τους λόγους που αναφέρθηκαν στην αρχή, αλλά και για τον επιπρόσθετο λόγο ότι στο Τ.Ε.Π. θα πρέπει να υπάρχει παρουσία του κοινωνικού λειτουργού στα πλαίσια εφημεριών. Με αυτή την έννοια για το Τ.Ε.Π. προκύπτει η ανάγκη οργάνωσης του έργου του κοινωνικού λειτουργού σε συστηματική βάση.

Για να καταστεί δυνατή αυτή η παρέμβαση όρος *sine qua non* είναι να συντρέχουν οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

(α) Σε επίπεδο υλικοτεχνικής υποδομής:

- ♦ να έχει οργανωθεί στο Τ.Ε.Π. κατάλληλος χώρος παραμονής ασθενών και συνοδών
- ♦ αίθουσα γραφείου όπου θα μπορεί άνετα ο κοινωνικός λειτουργός να συνομιλεί με τον πολίτη (ασθενή) και το περιβάλλον του διασφαλίζοντας το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων
- ♦ ηλεκτρονικός υπολογιστής⁵ για καταχώρηση των πληροφοριών σε ηλεκτρονική μορφή.

4. Είναι γνωστό ότι στα πλαίσια ειδικού προγράμματος για την κοινωνική ένταξη των Ελλήνων αθίγγανων θα εκπαιδεύονται τσιγγάνοι ως διαμεσολαβητές.

5. Αναφορικά με τον Η/Υ είναι απαραίτητο να γίνουν ορισμένες βασικές επισημάνσεις που σχετίζονται με την καταγραφή, οργάνωση και επεξεργασία των πληροφοριών (δεδομένων). Αναφερόμαστε, δηλαδή, στην ανάγκη συνολικής καταγραφής των χαρακτηριστικών των χρηστών υπηρεσιών υγείας, που θέλουν τη βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού, όπως επίσης και των αιτημάτων τους, αλλά και το βαθμό ανταπόκρισης του κοινωνικού λειτουργού στα αιτήματα αυτά. Έτσι, καθίσταται δυνατή η συνολική παρουσίαση του έργου του κοινωνικού λειτουργού, η αξιολόγηση ποσοτικά και ποιοτικά των παρεμβάσεών του, αλλά και η αξιοποίηση των δεδομένων που προκύπτουν στα πλαίσια προγραμμάτων αγωγής υγείας όσον αφορά πάντα τους κοινωνικούς παράγοντες και το πώς αυτοί επιδρούν στην εμφάνιση και εξέλιξη των νόσων. Στα πλαίσια αυτά στην Κοινωνική Υπηρεσία του Π.Γ.Ν.Π. επεξεργαστήκαμε ένα έντυπο κοινωνικής παρέμβασης (βλέπε σχετικό έντυπο, σελ. 15), που προσπαθεί να ανταποκριθεί στις παραπάνω προϋποθέσεις.

Επίλογος - Συμπεράσματα

Η υλοποίηση της μεταρρύθμισης στην Υγεία δίνει την ευκαιρία σε επιμέρους υπηρεσίες των Νοσοκομείων (κλινικές - τμήματα) να αναδιοργανώνουν τον τρόπο προσφοράς υπηρεσιών τους με γνώμονα την καλύτερη εξυπηρέτηση του Πολίτη. Ειδικά, για τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, ο νέος νόμος για την Υγεία κάνει ξεχωριστή μνεία για όλους τους λόγους που προαναφέραμε. Έτσι, το γενικό πλαίσιο αναδιοργάνωσης δίνει τη δυνατότητα και στους κοινωνικούς λειτουργούς να καταθέσουν τις προτάσεις τους και τη δική τους συνεισφορά τόσο στα τμήματα αιχμής των νοσοκομείων (π.χ. Τ.Ε.Π.), όσο και γενικότερα στη λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Με αυτή την έννοια αποτελεί πρόκληση στις μέρες μας η καθιέρωση ενιαίου τρόπου εργασίας των κοινωνικών λειτουργών που απασχολούνται στο χώρο της Υγείας. Αυτό προϋποθέτει ενιαίο τρόπο καταγραφής των στοιχείων που σχετίζονται με τις παρεχόμενες κοινωνικές υπηρεσίες σ' όλα τα επίπεδα (άτομο, ευπαθείς ομάδες, κοινότητα). Έτσι, θα μπορέσουμε να έχουμε μια συνολική, συγκρίσιμη εικόνα των κοινωνικών προβλημάτων βασισμένη σε επιστημονικά κριτήρια (κοινωνικό προφίλ των χρηστών υπηρεσιών υγείας) ανά υγειονομική περιφέρεια και να αντλήσουμε ιδέες ο ένας από τον άλλον στην προσπάθεια αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης των σύγχρονων κοινωνικών προβλημάτων. Πιστεύουμε ότι είναι πλέον στο χέρι μας με την ανάληψη πρωτοβουλιών να ανακαλύψουμε νέους δρόμους επικοινωνίας και συνεργασίας συμβάλλοντας έτσι στην πρόοδο της επιστήμης μας.

Βιβλιογραφία

- Θεοδώρου Β., (2001): «Εγκαθίδρυση και λειτουργία σύγχρονου ολοκληρωμένου συστήματος Επείγουσας Ιατρικής», *Πρακτικά Πανελληνίου Σεμιναρίου Επείγουσας Νοσηλευτικής Φροντίδας*, Θεσσαλονίκη, σελ. 5-7.
- Πανταζάκης Παντελής, Μέντης Μανόλης, (2002): «Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας – Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού», *Κοινωνική Εργασία*, τ. 66, Αθήνα, σελ. 97-112.
- Κουτσογιαννίδου Σ., (2001): «Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση στον τομέα Επειγόντων», *Πρακτικά Πανελληνίου Σεμιναρίου Επείγουσας Νοσηλευτικής Φροντίδας*, Θεσσαλονίκη, σελ. 5-7.
- Μόσχοβος Θεόδωρος, Σαμαρπάκης Γεώργιος, Σαρρή Σοφία, (2001): «Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών στο Ελληνικό Νοσοκομείο», *Πρακτικά Πανελληνίου Σεμιναρίου Επείγουσας Νοσηλευτικής Φροντίδας*, Θεσσαλονίκη, σελ. 5-7.
- Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης: «Οδηγός του Πολίτη 2000», Αθήνα 2000.