

ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΑΣ Πρώτος χρόνος λειτουργίας

Μαρία Σπανάκη

*Κοινωνική Λειτουργός – Κοινωνιολόγος
του Ψυχιατρικού Τομέα του ΓΝΑ*

Είναι δύσκολο να μιλήσει κανείς για εμπειρία δουλειάς χωρίς να κινδυνεύει να παρυσυρθεί από μια προσωπική και συχνά συναισθηματική δεώρηση. Πολύ περισσότερο όταν ασκεί επαγγέλματα των εφαρμοσμένων Κοινωνικών Επιστημών, όπως είναι η Κοινωνική Εργασία, και έχει μια άποψη για τα κοινωνικά προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει.

Ωστόσο, μια πρώτη καταγραφή της εμπειρίας, έστω και με τον παραπάνω κίνδυνο, είναι νομίζω απαραίτητη γιατί δίνει την δυνατότητα για ενημέρωση, για συζήτηση, για ανταλλαγή πείρας, έτσι ώστε, συλλογικά να γίνει η επεξεργασία σε ζητήματα που εν τέλει δεν αφορούν μερικούς επαγγελματίες ούτε καν τον κλάδο ολόκληρο μόνο, αλλά δίγουν γενικότερα κοινωνικά ζητήματα στα οποία χρειάζεται πράγματι, κάθε φορά να εμβαδύνουμε και θεωρητικά για την ύπαρξή τους μα και να στοχεύουμε στη λύση τους.

Το σημείωμα, βέβαια, αυτό δεν φιλοδοξεί να δώσει ολοκληρωμένες απόψεις στα ζητήματα που θα διζει. Ούτε είναι δυνατόν να διγούν όλα.

Είναι γνωστό, ότι το άρθρο 21 του Ν 1397/83 που αναφέρεται στην Ψυχιατρική περίδαλη, ορίζει την δημιουργία του Ψυχιατρικού Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου. Με σκοπό την περίδαλη ασθενών που δεν αντιμετωπίζονται από άλλες μορφές νοσηλείας και στόχο την θεραπεία σε βραχύ χρονικό διάστημα (όχι πάνω από 6 εβδομάδες). Συγχρόνως δε την προετοιμασία της εξόδου του ασθενούς προς την Κοινότητα. Η στελέχωση του Ψ.Τ. γίνεται από Ψυχιάτρους, Ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Νοσηλευτές και άλλους επιστήμονες.

Στα πλαίσια αυτής της απόφασης λειτουργεί από το φθινόπωρο του 1986 ο Ψ.Τ. του Γενικού Νοσοκομείου της Αθήνας. Με δραστηριότητες: α) το τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο, β) την Διασυνδεκτική, γ) το Εφημερείο.

Η λειτουργία των νοσηλευτικών κλινών δεν έχει αρχίσει ακόμη.

Πρώτοι εργαζόμενοι υπήρξαν ο Διευθυντής και οι Ψυχιάτροι. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί προσλήφθηκαν και ανάλαβαν καθήκοντα τον Δεκέμβρη του ίδιου χρόνου.

Από την πρώτη ήδη επαφή με το τμήμα διαγράφηκαν καθαρά τα ζητήματα που θα απασχολούσαν στην πορεία την Κοινωνική Υπηρεσία, και αυτά ήταν:

1. Η σύσταση της Κοινωνικής Υπηρεσίας
2. Ο προσδιορισμός της ιδιαιτερότητας του ρόλου της στο πλαίσιο αυτό
3. Η συνύπαρξη και η συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες για τον κοινό σκοπό δημιουργίας του Ψυχιατρικού Τομέα

Η συγκρότηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας ήταν ένα πράγματι σύνθετο εγχείρημα. Και αυτό όχι γιατί είναι δύσκολο να διορίσει κανείς 5 Κοινωνικούς Λειτουργούς (από τους 5 οι 3 απασχολούνται στον Ψ.Τ. και οι 2 στην Μονάδα Ψυχικής Υγείας Εφήβων) σαν μέλη της ίδιας Υπηρεσίας. Αλλά, διότι η Υπηρεσία χρειάζεται να γίνει και ομάδα για να συγκροτηθεί και να λειτουργήσει σωστά. Χρειάζεται, δηλαδή, κάτι περισσότερο, ποιοτικά ανώτερο από το απλό άθροισμα των μελών της.

Ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που υπήρξαν, ήταν η έλλειψη εξιδίκευσης των επαγγελματιών Κ.Λ. με εξαίρεση την ιδιωτική εκπαίδευση που ορισμένοι συνάδελφοι έχουν.

Η έλλειψη προηγούμενης εμπειρίας σε ψυχιατρικό πλαίσιο, πέρα από αυτήν που παρέχεται στην διάρκεια της βασικής εκπαίδευσης. Αυτό στερούσε τους Κ.Λ. από την ειδική γνώση για το άτομο με ψυχική νόσο, τις ιδιαιτερότητές του εξαιτίας της, καθώς επίσης, και του περιβάλλοντός του, γνώση που θα καθόριζε και τα όρια της δικής μας παρέμβασης. Το «άκου-βλέπε-σώπαινε» ήταν για πολύ καιρό, και όχι ίσως αδικαιολόγητα, μια συχνή στάση απέναντι στον γενικό προγραμματισμό που υπαγορευόταν από την έλλειψη τριβής με το αντικείμενο.

Χρειάστηκε, ωστόσο, μέσα από όλα αυτά να τεθούν οι μακροπρόθεσμοι στόχοι της Κοινωνικής Υπηρεσίας μέσα στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του Ψυχιατρικού Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου.

- Να εφοδιαστεί η Κοινωνική Υπηρεσία με το έντυπο υλικό για την καταγραφή της καθημερινής δραστηριότητας και των περιστατικών της, αλλά και για την χρησιμοποίησή τους σε μελλοντικά ερευνητικά προγράμματα.
- Να οργανώσει την καθημερινή της δραστηριότητα. Να καταμερίσει τις αρμοδιότητες κάθε Κ.Λ. με βάση όχι μόνο τη φιλοσοφία του επαγγέλματος αλλά και την μέχρι τώρα εμπειρία του, τις δυνατότητες και τους στόχους της Κοινωνικής Υπηρεσίας.
- Να συμβάλλει στην διαδικασία της δημιουργικής συνύπαρξης των διαφορετικών ειδικοτήτων, έτσι ώστε η παροχή υπηρεσιών του Ψ.Τ. να είναι όσο το δυνατόν η πληρέστερη, η συνεργασία ισότιμη και οι σχέσεις αρμονικές. Δύσκολοι στόχοι, αν πάρει κανείς υπόψη του *την διαφορετική εκπαίδευση, την διαφορά στην νοοτροπία των επαγγελματιών και των επαγγελματιών, το ενδεχόμενο επικάλυψης αρμοδιοτήτων* ανάμεσα σε επαγγέλματα που ασχολούνται με τον άνθρωπο και βέβαια την *ιατροκεντρική αντίληψη* στην θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς, η οποία οριοδεύεται και παγιώνεται και νομικά. Ο γιατρός έχει την τελική ευθύνη για την πορεία της θεραπείας του ασθενούς.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί από την αρχή της λειτουργίας του Ψ. Τομέα ήλθαν να προσφέρουν με σημαντικά κατά την γνώμη μου εφόδια:

- Μια βασική προϋπόθεση ήταν και η επαγγελματική κατάρτιση, όσον αφορά τον τομέα της κοινωνικής εργασίας και τις επιπλέον σπουδές στις Κοινωνικές Επιστήμες και τις Επιστήμες του ανθρώπου.
- Η ευαισθησία στα ζητήματα της Ψυχιατρικής Υγείας. Κανείς δεν βρέθηκε τυχαία σ' αυτόν τον χώρο, αλλά μετά από συνειδητή επιλογή ή αποδοχή.

- Η διάθεση για επιμόρφωση και άμεση κάλυψη των βασικών θεωρητικών ελλείψεων, έτσι ώστε να αποκτηθεί μια κοινή γλώσσα με τους άλλους συναδέλφους.
- Το γενικότερο ενδιαφέρον για τα προβλήματα που αφορούν τον ψυχικά ασθενή αλλά και με ευρύτερο κοινωνικό ενδιαφέρον.

Έτσι, η λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας όπως ξεκίνησε και αφού διάνυσε το πρώτο στάδιο, και ήδη το δεύτερο, έχει να λύσει ουσιαστικά ζητήματα.

Αναλυτικά, στο πρώτο στάδιο λειτουργίας του Ψ.Τ. που η διάρκειά του ήταν από την έναρξη ως και τον Σεπτέμβριο του 1987 η Κ.Υ. συμμετείχε ως εξής:

- α. Στην λειτουργία του Ε.Ι. (Εξωτερικών Ιατρείων). Παίρνοντας τα στοιχεία Κοινωνικού Ιστορικού στο πρώτο ραντεβού του ασθενούς. Στο πρώτο αυτό διάστημα παραβρίσκεται σε όλες σχεδόν τις συνεντεύξεις του Ε.Ι. για εκπαιδευτικούς λόγους. Σε συνεργασία με τον ψυχίατρο ξεχωρίζαν τα περιστατικά με το διαφαινόμενο κοινωνικό πρόβλημα και ο Κ.Λ. αναλάμβανε το περιστατικό, σε συνεργασία με τον ψυχίατρο πάντα για τα ψυχιατρικά περιστατικά ή μόνος του στα καθαρά κοινωνικά, καθορίζοντας ιδιαίτερα ραντεβού. Εδώ, η οικογένεια τις περισσότερες φορές ήταν το άμεσο αντικείμενο δουλειάς του Κ.Λ. Υποστηρικτική θεραπεία, διερεύνηση οικογενειακών σχέσεων, γενεόγραμμα, έτσι ώστε να φωτιστεί το ιστορικό του ασθενούς και να δουλευτεί το περιβάλλον, αλλά και ασφαλιστικά, εργασιακά και πρακτικά ζητήματα απασχόλησαν την Κ.Υ. τόσο στο Ε.Ι. όσο και στην Διασυνδετική.
- β. Η Διασυνδετική, η κάλυψη δηλαδή ψυχιατρικών περιστατικών που νοσηλεύονται σε κλινικές του Γενικού Νοσοκομείου, εξαιτίας της ύπαρξης κάποιου άλλου προβλήματος, απασχόλησε τους Κ.Λ. κυρίως σε περιστατικά απόπειρας αυτοκτονίας. Αλλά και τα γηριατρικά περιστατικά, άτομα ηλικιωμένα, πολλές φορές εγκαταλειμμένα από ένα απορρόσφορο οικογενειακό περιβάλλον και που χρειάζεται να διερευνηθούν οι δυνατότητες κοινωνικής αποκατάστασης απασχόλησαν και απασχολούν την Κ.Υ.
- γ. Στο εφημερείο, και εδώ αναφέρω ότι συμμετέχουμε στις γενικές εφημερίες του Νοσοκομείου ως τις 11 μμ, γίνεται συνεργασία και υποστηρικτική δουλειά με τους συνοδούς των ασθενών, διερεύνηση των δυνατοτήτων επαφής με το περιβάλλον ασυνόδευτων ασθενών, και άμεσης λύσης στο ζήτημα της αποκατάστασης.

Στην 2η φάση λειτουργίας, μετά από ομαδική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του Ψ. Τομέα, επαναπροσδιορίστηκε μετά από συζήτηση εναλλακτικών προτάσεων ο καταμερισμός και κάποιες αρμοδιότητες των Κ.Λ. Έτσι, γίνεται τώρα μια πιο προσεκτική επιλογή των περιστατικών προς την Κοινωνική Υπηρεσία, με κύρια ευθύνη, όμως, τυπικά του ψυχιάτρου. Τα περιστατικά περιορίζονται, βέβαια, έτσι σε αριθμό. Δόθηκε έμφαση στις επισκέψεις των Κ.Λ. στα σπίτια ασθενών μετά από επιλογή της περίπτωσης και της φάσης της θεραπείας στην οποία βρίσκεται για την πληρέστερη διερεύνηση του οικογενειακού περιβάλλοντος και την θεραπεία οικογένειας. Εδώ χρειάζεται, ίσως, να τονίσω το πόσο απαραίτητη για την κατανόηση του ψυχικού ασθενούς είναι η γνώση των ιδιαίτερων συνθηκών ζωής και των σχέσεών του. Οι επισκέψεις αυτές είχαν αρχικό προορισμό να καλύψουν περιστατικά της γεωγραφικής περιοχής ευθύνης του Ψ. Τομέα του Νοσοκομείου, αλλά αυτό δεν τηρείται ακόμη με ακρίβεια.

Η παρουσίαση αυτή αδυνατεί να δώσει ολοκληρωμένα στατιστικά στοιχεία για τις δραστηριότητες σε σχέση με τους στόχους της. Ίσως, δοθεί μελλοντικά η δυνατότητα να τα ανακοινώσουμε.

Νομίζω όμως, ότι αξίζει να τονιστούν μερικά ζητήματα που η Κ.Υ. καλείται να αντιμετωπίσει σε ένα πλαίσιο, αλλά και ειδικά στο ψυχιατρικό πέρα από την όποιας μορφής οργάνωση Κ.Υ. Τέτοια όπως είναι: η μη συμμετοχή των Κ.Λ. στον Κεντρικό Κοινωνικό Σχεδιασμό με προτάσεις συγκεκριμένες που απορρέουν από την άμεση επαφή τους με το κοινωνικό πρόβλημα. Και το συνδέω με την έλλειψη επαρκούς κοινωνικής υποδομής έως την ανυπαρξία της σε αρκετούς τομείς για την κάλυψη των βασικών κοινωνικών αναγκών των ατόμων και των κοινωνικών ομάδων .

Η εμπειρία από τον Ψυχιατρικό Τομέα καταδεικνύει την αδυναμία μας να δώσουμε ουσιαστικές λύσεις σε κορυφαία κοινωνικά προβλήματα των ασθενών μας. Και δεν προέρχεται, βέβαια, από δική μας αμέλεια και ακαταλληλότητα. Γιατί δεν είναι εγγενής αδυναμία μιας Κ.Υ. το να μην μπορεί να αποκαταστήσει πλήρως κοινωνικά, επαγγελματικά τον ψυχικά ασθενή, ή το να του παρέχει στέγη, οικονομικούς πόρους κ.λπ.

Εδώ πρόκειται για την απόλυτη και άμεση ανάγκη για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση υποστηρικτικών μονάδων που θα βοηθήσουν την κοινωνική επανένταξη, έτσι όπως και ο νόμος στο γράμμα του ορίζει, ενώ στην ουσία μένει εκτεθειμένος απέναντι και στην πρόθεσή του και κυρίως στο κοινωνικό πρόβλημα.

Έτσι όπως ο σημερινός επιστήμονας δεν ειδικεύεται πια στις επιστήμες, αλλά στα προβλήματα, και τα προβλήματα είναι σε διαλεκτική σχέση, σε συνάρτηση δηλαδή με τον κοινωνικό χώρο στον οποίο δημιουργούνται και υπάρχουν, ανάγκη είναι να στρέψουμε όλο και πιο ολοκληρωμένα την προσοχή μας.

Μ' αυτό το σκεπτικό δεν μπορούμε να αρνηθούμε τις αιτίες που τα δημιουργούν και τις κοινωνικές αιτίες δημιουργίας της ψυχικής ασθένειας, τις δομές (κοινωνικές, οικογενειακές) που την συντηρούν. Όπως δεν μπορούμε να αγνοήσουμε τον ρόλο της κοινωνίας και την ευθύνη της Πολιτείας στην θεραπεία της. Οι αποσπασματικές προσπάθειες ατόμων ή Υπηρεσιών, όσο πετυχημένες και αν αποδεικνύονται μπορούν μόνο να υπογραμμίζουν την ανάγκη της συνολικής αντιμετώπισης των προβλημάτων, που αφορούν την ποιότητα ζωής των ατόμων, της ποιότητας ζωής, που οι Κοινωνικοί Λειτουργοί έχουν ορίσει να προάγουν αποτρέποντας ή βελτιώνοντας τα ατομικά, ομαδικά και κοινοτικά προβλήματα που προκύπτουν από την δυσλειτουργία των προσωπικών αναγκών και των κοινωνικών δεσμών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Διεθνής Κώδικας Δεοντολογίας για τον Κοινωνικό Λειτουργό. 1η Γενική Συνέλευση '76 Πόρτο Ρίκο.
2. Νόμος 1397/83
3. Κοινωνικές Επιστήμες τ. 2, 1987