



Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι απόψεις των κοινωνικών λειτουργών για τη διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ Κοινωνικών Λειτουργών και Νοσηλευτών/Νοσηλευτριών στο χώρο του νοσοκομείου.

Υπεύθυνη καθηγήτρια: Δρ. Παπαδάκη Βασιλεία  
Σπουδάστριες: Σαγιά Άννα  
Σέμπρου Μαρία

Η εργασία αυτή αφιερώνεται στους γονείς μας για την υπομονή και τη στήριξή τους.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτριά μας κ. Παπαδάκη, για την καθοδήγησή και τη συμβολή της στην εργασία, καθώς και για την υπομονή της στις δυσκολίες που προέκυψαν. Τέλος, ευχαριστούμε τους κ. Αλτάνη, την κ. Βασιλάκου, την κ. Χαλβατζά, την κ. Μπουλούκου και τον κ. Παπασταυρόπουλο που μας βοήθησαν στην εκπόνηση της εργασίας.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ-ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	
1.1 Τα επίπεδα περίθαλψης.....	6
1.2 Δευτεροβάθμια – Τριτοβάθμια φροντίδα – Ιστορική αναδρομή.....	7
1.3 Τύποι νοσοκομειακής περίθαλψης.....	9
1.4 Η διασύνδεση των επιπέδων περίθαλψης.....	10
1.5 Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας στην ελληνική πραγματικότητα.....	12
1.6 Ιστορική αναδρομή.....	13
1.7 Δομή και οργάνωση νοσοκομείων.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ	
2.1 Από το ιατροκεντρικό μοντέλο στην ομάδα υγείας.....	18
2.2 Η διεπαγγελματική συνεργασία στον τομέα υγείας.....	21
2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τη διεπαγγελματική συνεργασία.....	22
2.4 Η διεπαγγελματική συνεργασία στα ελληνικά νοσοκομεία.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ. ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ	
3.1 Κοινωνικές υπηρεσίες στο νοσοκομείο.....	26
3.1.1 Παραπομπή περιστατικών στην Κοινωνική Υπηρεσία.....	28
3.2 Ρόλοι και αρμοδιότητες του Κοινωνικού Λειτουργού.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ. ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ	
4.1 Νοσηλευτικές Υπηρεσίες στο νοσοκομείο.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	
5.1 Σκοπός της έρευνας.....	39
5.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	40

5.3 Δείγμα.....	41
5.4 Ερευνητικό εργαλείο.....	43
5.5 Τρόπος συλλογής στοιχείων.....	44
5.6 Δυσκολίες στη συλλογή ερωτηματολογίων.....	44
5.7 Στατιστική ανάλυση.....	45

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

6.1 Ανάλυση συχνοτήτων.....	46
6.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων .....	46
6.1.2 Εργασιακά χαρακτηριστικά ερωτώμενων.....	47
6.1.3 Εμπειρία ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών για τη διεπαγγελματική συνεργασία τους με νοσηλευτές/νοσηλεύτριες.....	48
6.1.4 Απόψεις ερωτώμενων για τη διεπαγγελματική συνεργασία κοινωνικών λειτουργών- νοσηλευτών/τριών.....	50
6.1.5 Απόψεις ερωτώμενων για τα κοινά πεδία δράσης κοινωνικών λειτουργών-νοσηλευτών/νοσηλευτριών.....	55
6.1.6 Απόψεις ερωτώμενων για τις αρμοδιότητες νοσηλευτών.....	57
6.1.7 Απόψεις ερωτώμενων για τις αρμοδιότητες κοινωνικών λειτουργών-νοσηλευτών/τριών όσον αφορά στη «φροντίδα της οικογένειας του ασθενούς».....	59
6.1.8 Απόψεις ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών για «σημεία τριβής» νοσηλευτών/τριών-κοινωνικών λειτουργών και που οφείλονται.....	61
6.2 Τεστ Σημαντικότητας ( $X^2$ ).....	63

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζοντας πως η ασθένεια απαιτεί ολιστική προσέγγιση για την καλύτερη αντιμετώπιση της, αναζητούν καταφύγιο στην συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας (Πανταζάκας και Μέντης, 2002).

Το νοσοκομείο είναι ένας χώρος που συνυπάρχουν πολλές επιστημονικές ειδικότητες και η συνεργασία τους συμβάλλει στην παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς.

Σύμφωνα με τα ελληνικά δεδομένα η διεπαγγελματική συνεργασία είναι ανεπίσημη και η απουσία γραπτής περιγραφής επαγγελματικών καθηκόντων και αρμοδιοτήτων για το προσωπικό αποτελεί κοινή πρακτική στα νοσοκομεία (Σαπουντζή - Κρέπια κ.α., 2001).

Η εργασία αυτή επιχειρεί να διερευνήσει τις απόψεις των κοινωνικών λειτουργών όσον αφορά την διεπαγγελματική τους συνεργασία με τους νοσηλευτές/νοσηλεύτριες στο χώρο του νοσοκομείου. Πιο αναλυτικά η εργασία περιλαμβάνει:

- ✓ Αναφορά στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας
- ✓ Περιγραφή της διεπιστημονικής συνεργασίας στον τομέα υγείας
- ✓ Πληροφορίες για την Κοινωνική Υπηρεσία στον χώρο του νοσοκομείου, τον ρόλο και τις αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο αυτό
- ✓ Πληροφορίες για την Νοσηλευτική Υπηρεσία στον χώρο του νοσοκομείου, τον ρόλο και τις αρμοδιότητες του/της νοσηλευτή/νοσηλεύτριας στο νοσοκομείο
- ✓ Παράθεση του σκοπού της έρευνας, της μεθοδολογίας καθώς και των αποτελεσμάτων αυτής με τα συμπεράσματα και τις προτάσεις.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ-ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

### 1.1 ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Σύμφωνα με τον Θεοδώρου και τους συνεργάτες του (2001), οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται ανά τον κόσμο είναι μέρος των διάφορων συστημάτων υγείας που υπάρχουν και τα οποία παρουσιάζουν μεταξύ τους ομοιότητες και διαφορές. Αυτά ποικίλουν ως προς τη μορφή και τον τρόπο χρηματοδότησης (ιδιωτικά, δημόσια ή μικτά), ενώ σε όλα τα συστήματα υγείας διακρίνουμε δύο μορφές περίθαλψης (εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή και νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη) και τρία επίπεδα οργάνωσης (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο επίπεδο). Η ανοικτή περίθαλψη παρέχεται από υπηρεσίες πρωτοβάθμιου επιπέδου, που στοχεύουν στην πρόληψη της ασθένειας. Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης είναι το πρώτο επίπεδο φροντίδας όπου ο ασθενής δέχεται υπηρεσίες υγείας από επαγγελματίες υγείας: γιατρό, νοσηλεύτη/νοσηλεύτρια, επισκέπτη/επισκέπτρια υγείας, κοινωνικό/κοινωνική λειτουργό κλπ. Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο εντάσσονται οι υπηρεσίες που αποτελούν την νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη, που στοχεύει στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ασθένειας και παρέχεται στα νοσοκομεία (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Κάθε επίπεδο περίθαλψης ανταποκρίνεται σε ορισμένο πληθυσμό. Το πρωτοβάθμιο καλύπτει πληθυσμό από 500-50.000 άτομα. Το δευτεροβάθμιο επίπεδο καλύπτει πληθυσμό ως 500.000 και αναφέρεται στην περίθαλψη που παρέχεται από γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων, των γενικών νοσοκομείων της κάθε περιοχής (τοπικό ή νομαρχιακό). Το τριτοβάθμιο επίπεδο αναφέρεται στις παροχές υπηρεσιών από γιατρούς περιφερειακού (πανεπιστημιακού) νοσοκομείου και στην αντιμετώπιση σύνθετων και εξειδικευμένων προβλημάτων και καλύπτει από 500.000-1,5 εκατομμύριο άτομα. Επίσης τα γενικά και περιφερειακά νοσοκομεία πρέπει να είναι στελεχωμένα με εξειδικευμένο προσωπικό και εξοπλισμένα με μηχανήματα σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας (Θεοδώρου κ.α., 2001· Σαρρής, 2001).

Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας σε τρία επίπεδα περίθαλψης είναι χαρακτηριστικό όλων των συστημάτων υγείας σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες και «εκφράζει τη σύγχρονη δομή και τη λειτουργία των συστημάτων υγείας» (Θεοδώρου κ.α., 2001: 97). Διαφέρει το επίκεντρο γύρω από το οποίο λειτουργεί το κάθε σύστημα. Δύο είναι τα πρότυπα οργάνωσης που αποτέλεσαν τη βάση, στην οποία

στηρίχθηκαν και άλλοι ερευνητές. Τα δύο αυτά πρότυπα δίνουν έμφαση σε διαφορετικά επίπεδα περίθαλψης. Σύμφωνα με το πρότυπο του Reutstein (στο Θεοδώρου κ.α. 2001· στο Σαρρής, 2001) το επίκεντρο του συστήματος είναι το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, που παρέχεται από νοσοκομεία πανεπιστημιακού τύπου με εξειδικευμένο προσωπικό και τα μηχανήματα υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας και έχει πρωταρχικό ρόλο στην λειτουργία του συστήματος. Αντίθετα το πρότυπο που προτείνεται από τον Ittig (Θεοδώρου κ.α., 2001 · Σαρρής, 2001), δίνει έμφαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και στην οργάνωση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης σε δύο επίπεδα.

Πέρα όμως από τα πρότυπα αυτά και τις προτάσεις που αναπτύχθηκαν η πραγματικότητα είναι ότι η ιατρική επιστήμη εξ' αρχής είχε στόχο την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενειών και όχι την ανάπτυξη υπηρεσιών πρόληψης των ασθενειών. Όλοι οι κίνδυνοι και οι φόβοι ενός ασθενούς για την αρρώστια, τον πόνο, την αναπηρία, τον θάνατο ήταν αυτοί που περιόρισαν το ενδιαφέρον της ιατρικής στο ασθενές άτομο. Ο γιατρός είχε τον κυρίαρχο ρόλο όχι μόνο στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την περίθαλψη, αλλά και σε θέματα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα «το ιατρικό σώμα να επιβάλλει το νοσοκομειοκεντρικό τύπο ανάπτυξης του συστήματος υγείας, δηλαδή την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας» ( Θεοδώρου κ.α., 2001: 112).

## **1.2 ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ - ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ – ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Σύμφωνα με τον Θεοδώρου κ.α. (2001) οι υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που σήμερα παρέχονται από τα νοσοκομεία γενικά και ειδικά, προηγήθηκαν και αναπτύχθηκαν ιστορικά πρώτες σε αντίθεση με τις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας και δημόσιας υγείας που καθιερώθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες.

Από τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα τα νοσοκομεία εγκαταλείπουν τον φιλανθρωπικό τους χαρακτήρα και μετατρέπονται σε φορείς που παρέχουν αποκλειστικά ιατρικές υπηρεσίες σε συνδυασμό με τη μεγάλη εξέλιξη της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης. Η ιατρική σχετίζεται με τις θετικές επιστήμες και η ιατρική διδάσκεται στα νοσοκομεία της εποχής. Η ανάγκη για αλλαγή στην οργάνωση και λειτουργία της νοσοκομειακής φροντίδας εισάγει προτάσεις σχεδιασμού των νοσοκομειακών χώρων. Η πρόταση της Nightgale στην Βρετανία το 1859 εισήγαγε τη μορφή ενός νοσοκομείου με πολλούς θαλάμους και κλίνες που εξυπηρετούσαν την καλύτερη

παρακολούθηση των ασθενών και μείωναν το κόστος της νοσηλευτικής διαδικασίας (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Οι μεγάλες ανακαλύψεις συνέβαλαν ώστε το νοσοκομείο να αναδειχθεί ως κύριος θεσμός για την παροχή ιατρικής φροντίδας. Με την εισαγωγή της νάρκωσης και των μεθόδων ασηψίας άρχισε να αναπτύσσεται η χειρουργική, ενώ η εφεύρεση των ακτινών X, η εφαρμογή του καθορισμού της ομάδας αίματος και η ανακάλυψη του ηλεκτροκαρδιογραφήματος κατέστησαν το νοσοκομείο ως το μοναδικό χώρο που μπορούν να προσφερθούν υπηρεσίες διάγνωσης και θεραπείας, καθώς μόνο σε αυτό απασχολείται ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Οι ιατρικές ειδικότητες και η εισαγωγή της εξειδικευμένης ιατρικής τεχνολογίας διαμορφώνει ριζικά την οργάνωση του νοσοκομείου. Οι μεγάλοι θάλαμοι αντικαθίστανται από το νοσοκομειακά περίπτερα και οι ασθενείς διαχωρίζονται ανάλογα με την ασθένειά τους. Μετά τη δεκαετία του '30 οι προηγμένες χώρες επενδύουν στον τομέα της υγείας για την ανάπτυξη της νοσοκομειακής περίθαλψης. Το νοσοκομείο γίνεται το επίκεντρο όλου του συστήματος υγείας, με τις υπόλοιπες μονάδες υγείας να έχουν υποδεέστερη σημασία. Μηχανήματα νέας τεχνολογίας και κάθε ιατρική ειδικότητα βρίσκονται στο νοσοκομείο. Ταυτόχρονα όμως η τεχνολογία και ο εξοπλισμός της επιβαρύνει κατά πολύ το κόστος περίθαλψης. Η γήρανση του πληθυσμού και η προσφυγή στο νοσοκομείο για κάθε πρόβλημα υγείας, που δεν συνέβαινε τα προηγούμενα χρόνια, επιδρούν αρνητικά στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων. Όλο αυτό το κόστος προσπαθεί να καλύψει το κοινωνικό σύνολο, μέσω της κρατικής φορολογίας και των ασφαλιστικών φορέων (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Μετά τη δεκαετία του '50 πολλοί διεθνείς οργανισμοί προβληματίζονται σχετικά με τον θεσμό του νοσοκομείου και τον ρόλο που διαδραματίζει. Σύμφωνα με την άποψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1956) «τα νοσοκομεία εκτός της νοσηλείας, της έρευνας και της εκπαίδευσης, πρέπει να παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, αποκατάστασης και προαγωγής υγείας». Ένα χρόνο αργότερα συμπλήρωσε ότι «τα νοσοκομεία πρέπει να προσφέρουν και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα», ενώ το 1978 υιοθετήθηκε η άποψη ότι «η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να αποτελέσει τη βάση ανάπτυξης των σύγχρονων συστημάτων υγείας». Ο θεσμός του νοσοκομείου αναδιαμορφώνεται συνεχώς, επηρεαζόμενος από τις εξελίξεις της ιατρικής και τεχνολογίας, όμως για να μπορεί να ικανοποιεί τις ανάγκες των χρηστών του, απαιτείται η λειτουργία ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας (Θεοδώρου κ.α. 2001: 115).



### 1.3 ΤΥΠΟΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα νοσοκομεία, νομαρχιακά και περιφερειακά. Η διάκριση όμως αυτή σε νομαρχιακά και περιφερειακά καταργείται σύμφωνα με τον νόμο 2889/2001.

Σύμφωνα με τον Νόμο 2889/2001 τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: τα γενικά και τα ειδικά. Τα γενικά διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μία ειδικότητες, ενώ τα ειδικά διαθέτουν τμήματα κυρίας νοσηλείας σε μία ειδικότητα (ψυχιατρικό, νοσοκομείο, μαιευτήριο κ.α.). Τα ειδικά νοσοκομεία διαθέτουν και τμήματα άλλων ειδικοτήτων για την στήριξη της κύριας ειδικότητας. Σύμφωνα με το Νόμο 2889/2001 άρθρο 5 τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που έχουν Πανεπιστημιακά τμήματα ή ιατρικά τμήματα με ερευνητικές, εκπαιδευτικές και μετεκπαιδευτικές δραστηριότητες με απόφαση του Υπουργού Υγείας ονομάζονται «Ακαδημαϊκά Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.» (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Η κατάργηση της διάκρισης σε νομαρχιακά και περιφερειακά υποδηλώνει πως όλα τα νοσοκομεία μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας και ότι παύουν οι περιορισμοί της υγειονομικής περιφέρειας. Τα γενικά νοσοκομεία δεν κινούνται μόνο σε επίπεδο τοπικό ή νομαρχιακό, δεν καλύπτουν ανάγκες μόνο του νομού, αλλά μπορούν και να ανταποκρίνονται σε ανάγκες τριτοβάθμιας περίθαλψης (Βασιλάκου, 2008).

Σύμφωνα με τον Νόμο 2889/2001, τα νοσοκομεία κάθε Πε.Σ.Υ. (Περιφερειακό Σύστημα Υγείας) συνδέονται μεταξύ τους λειτουργικά, νοσηλευτικά, επιστημονικά, και εκπαιδευτικά. Σύμφωνα με τον Θεοδώρου κ.α. (2001) σε κάθε νοσοκομείο η ιατρική περίθαλψη διακρίνεται σε 3 επίπεδα: πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης. Σε κάθε ένα από τα επίπεδα αυτά οι ιατρικές υπηρεσίες διαφοροποιούνται. Στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας παρέχεται διαγνωστική και θεραπευτική ιατρική στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου και επείγουσα ιατρική φροντίδα στα εξωτερικά ιατρεία εκτάκτων και επειγόντων αναγκών υγείας. Η προληπτική ιατρική και κοινωνική ιατρική αποτελούν περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Σε δευτεροβάθμιο επίπεδο παρέχεται νοσηλεία, διεξάγεται εργαστηριακός έλεγχος και διενεργούνται γενικές επεμβάσεις. Σε νοσοκομεία που διαθέτουν πανεπιστημιακά τμήματα οι ιατρικές δραστηριότητες αφορούν παροχή που απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και εξοπλισμό και την

συμμετοχή άλλων ιατρικών ειδικοτήτων. Οι νοσηλευτικές υπηρεσίες μπορεί να επεκτείνονται από τους βασικούς τομείς νοσηλείας (παθολογικός, χειρουργικός, εργαστηριακός) και την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στα εξωτερικά ιατρεία μέχρι και σε εξειδικευμένους τομείς (μονάδα εντατικής θεραπείας, τεχνητού νεφρού, μεταμοσχεύσεων, στεφανιαία μονάδα, τμήμα αγγειοχειρουργικής κ.α.).

Σε κάθε νοσοκομείο αναπτύσσονται εκπαιδευτικές και ερευνητικές δραστηριότητες ιατρικές και νοσηλευτικές που αφορούν προπτυχιακή εκπαίδευση, μερική ιατρική εξειδίκευση, ενώ σε νοσοκομεία με πανεπιστημιακά τμήματα αφορούν την πλήρη εξειδίκευση, μετεκπαίδευση αλλά και την εκπαίδευση άλλων επαγγελματιών υγείας. Στον τομέα της έρευνας μπορούν να αναπτυχθούν από περιορισμένες μελέτες και εφαρμογές μέχρι μεγάλη ερευνητική δραστηριότητα. Επίσης σε κάθε νοσοκομείο αναπτύσσονται διοικητικές - οικονομικές δραστηριότητες που αφορούν την διαχείριση και τον προγραμματισμό για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού που εξυπηρετεί κάθε νοσοκομείο, τη διοίκηση - διαχείριση και ανάπτυξη μεθόδων σύγχρονου management (Θεοδώρου κ.α., 2001 Σαρρής, 2001) .

#### **1.4 Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Για να είναι αποδοτικό ένα σύστημα υγείας θα πρέπει να είναι οργανωμένο «ώστε να διασφαλίζει αποδοτική χρήση των πόρων και ικανοποίηση στον ασθενή. Η σωστή οργάνωση προϋποθέτει σωστή λειτουργική διασύνδεση των επιπέδων περίθαλψης» (Θεοδώρου κ.α., 2001:120). Η νοσοκομειακή περίθαλψη σε ένα σύστημα υγείας που έχει ως επίκεντρο την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μεταφράζεται ως παροχή τριτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας για εξειδικευμένες περιπτώσεις, που δεν αντιμετωπίζονται με την πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας μέσα από την πρωτοβάθμια φροντίδα. Οι βαθμίδες της φροντίδας αποσκοπούν στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και στην συνέχεια αυτής και καλύπτουν όλο το φάσμα από την προαγωγή και την πρόληψη μέχρι τη θεραπεία και αποκατάσταση. Οι βαθμίδες της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας ασκούν πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση περίπλοκων ασθενειών, όχι όμως τον κυρίαρχο (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Επειδή η νοσοκομειακή περίθαλψη έχει υψηλό κόστος, πρέπει να ελέγχεται ο τρόπος και η διαδικασία εισαγωγής στο νοσοκομείο. Αυτό επιτυγχάνεται με την σύνδεση της εξωνοσοκομειακής με την νοσοκομειακή περίθαλψη, ώστε η εισαγωγή

στο νοσοκομείο να είναι ομαλή και για τα άτομα που έχουν πραγματική ανάγκη. Όλα τα νοσοκομεία κάθε Πε. Σ.Υ (σύμφωνα με τον νόμο 2889/2001 άρθρο 5) και όλες οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας που λειτουργούν σε κάθε υγειονομική περιφέρεια από το κέντρο υγείας μέχρι τα νοσοκομεία, συνδέονται μεταξύ τους λειτουργικά, νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά κάτω από τον συντονισμό της Κεντρικής Υπηρεσίας του Πε.Σ.Υ.. «Αυτή η λειτουργική διασύνδεση αποσκοπεί στην πλήρη και ολική, ποσοτικά και ποιοτικά, αντιμετώπιση και ικανοποίηση των αναγκών υγείας του συνόλου του πληθυσμού της υγειονομικής περιφέρειας» (Θεοδώρου κ.α., 2001:120). Σύμφωνα με τον Νόμο 2889/2001 με αποφάσεις του Δ.Σ. του οικείου Πε.Σ.Υ. μπορεί να μετακινούνται ιατροί, οδοντίατροι και λοιπό προσωπικό των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας για κάλυψη εφημεριών και έκτακτων αναγκών και μπορεί να καθορίζονται οι διαδικασίες για την διενέργεια κοινών διαγωνισμών για την προμήθεια πάσης φύσεως εξοπλισμού και υλικού. Με αυτό τον τρόπο γίνεται η νοσηλευτική – λειτουργική σύνδεση που προϋποθέτει την ομαλή ροή των ασθενών από το πρωτοβάθμιο στο δευτεροβάθμιο επίπεδο (Θεοδώρου κ.α.,2001· Σαρρής, 2001).

Η επιστημονική - εκπαιδευτική σύνδεση αντιστοιχεί στο άρθρο 5 του Νόμου 2889/2001 για την κατάρτιση κοινών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και προγραμμάτων κοινής λειτουργίας τμημάτων, εργαστηρίων και μονάδων δύο ή περισσότερων νοσοκομείων ή Κέντρων Υγείας. Η σύνδεση αυτή παρέχει την δυνατότητα σε νοσοκομεία να συνάπτουν ιδιαίτερες συμφωνίες με άλλα νοσοκομεία που διαθέτουν εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό για την προσωρινή υποδοχή εκπαιδευτών ιατρών. Επιπλέον επιτρέπει στο ιατρικό προσωπικό των κέντρων υγείας να συμμετέχει στα εκπαιδευτικά προγράμματα που διοργανώνονται από τον αντίστοιχο ιατρικό τομέα του νοσοκομείου. Δίδεται έμφαση στην ανάπτυξη κοινών εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το προσωπικό του νοσοκομείου σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα και αντίστοιχα για το προσωπικό του κέντρου υγείας για την δευτεροβάθμια φροντίδα (Θεοδώρου κ.α., 2001· Σαρρής, 2001).

Η λειτουργική διασύνδεση των επιπέδων περίθαλψης εξαρτάται από τον τρόπο που οργανώνεται η πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη. Σε πολύ οργανωμένα «σφικτά» συστήματα υγείας, η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι δυνατή μόνο με την παρέμβαση του γιατρού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που είναι ο οικογενειακός γιατρός. Ο γιατρός σε αυτά τα συστήματα λειτουργεί σαν «φίλτρο» του συστήματος και επιτρέπει την εισαγωγή στο νοσοκομείο σε όσους το χρειάζονται

πραγματικά και παρεμβαίνει όχι μόνο στον αριθμό των ασθενών που θα δεχτούν, το άλλο επίπεδο φροντίδας, αλλά και σε ποιο νοσοκομείο και ειδικότητα θα απευθυνθούν. Σε πιο χαλαρά συστήματα υγείας όπως της Ελλάδας, η εισαγωγή στο νοσοκομείο γίνεται χωρίς παραπεμπτικό, με αποτέλεσμα να υπερφορτώνονται τα νοσοκομεία με ασθενείς που έχουν απλά προβλήματα υγείας και θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο (Θεοδώρου κ.α., 2001· Σαρρής, 2001).

### **1.5 Η ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Σύμφωνα με τον Θεοδώρου κ.α. (2001) η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη στην χώρα μας παρέχεται από 400 δημόσια και ιδιωτικά, γενικά και ειδικά νοσοκομεία με 53. 3888 κλίνες. Πιο αναλυτικά από:

- 128 νοσοκομεία του ΕΣΥ (119 γενικά και 9 ψυχιατρικά), εκ των οποίων τα 95 παρέχουν δευτεροβάθμια και τα 23 τριτοβάθμια περίθαλψη
- 23 δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, ΙΚΑ, λοιπά μη κερδοσκοπικά) εκ των οποίων τα 21 είναι γενικά και τα 2 ψυχιατρικά
- 249 ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές (209 γενικά και 40 ψυχιατρικά).

Την ευθύνη για την διοίκηση, οργάνωση και λειτουργία για τα δημόσια νοσοκομεία την έχει το κράτος ενώ η χρηματοδότηση γίνεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία πληρώνουν τις υπηρεσίες που τα νοσοκομεία προσφέρουν στους ασφαλισμένους τους. Τα ταμεία υγείας αποζημιώνουν τα νοσοκομεία με βάση ένα ημερήσιο νοσήλιο, το οποίο είναι πολύ χαμηλότερο από το πραγματικό ημερήσιο κόστος (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Ο Νικόγλου (2006) σε άρθρο του αναφέρει ότι στην Ελλάδα το έτος 2004 το 10% του ΑΕΠ απορροφήθηκε για τις συνολικές δαπάνες υγείας (σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης ) και ότι το 53% αφορά στο μερίδιο της δημόσιας χρηματοδότησης, το μικρότερο της Ευρώπης. Σύμφωνα με με στοιχεία του ΟΟΣΑ και την έκθεση «η υγεία με μια ματιά-2007» οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα είναι στο 57 %, με μέσο όρο ΟΟΣΑ 25 %. Μόνο το 43 % αναλογεί στη δημόσια χρηματοδότηση (Αναστασιάδης, 2007) .

Σύμφωνα με την Πετροπούλου (2008) αν και στην Ελλάδα υπάρχει Εθνικό Σύστημα Υγείας, η κατανομή της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης μοιράζεται

ισόποσα, φαινόμενο που παρουσιάζεται περισσότερο στην Αμερική, όπου δεν υπάρχει δημόσιο σύστημα υγείας. Αντίθετα, σε χώρες, όπως η Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία αλλά ακόμα και Ιταλία με εθνικά συστήματα υγείας, η δημόσια σε σχέση με την ιδιωτική δαπάνη είναι σε ποσοστό 70%-30% ή 80%-20%. Στην Ελλάδα (Κουκλάκη, 2007) ο πολίτης πληρώνει την δημόσια και δωρεάν υγεία τρεις φορές: την πρώτη ως φορολογούμενος πολίτης, τη δεύτερη ως ασφαλισμένος μέσω των ταμείων και τρίτον ως πολίτης μέσω του οικογενειακού του προϋπολογισμού.

Σύμφωνα με την Χατζηανδρέου (2008) η Ελλάδα διαθέτει τους περισσότερους γιατρούς, ανά 1000 κατοίκους, απ' όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, με άνιση κατανομή. Το μεγαλύτερο μέρος του δημοσίου χρήματος για την Υγεία δαπανάται για τους μισθούς των γιατρών και των λοιπών εργαζομένων του ΕΣΥ και το υπόλοιπο στον εξοπλισμό και τις υποδομές τους. Τα νοσοκομεία απορροφούν το μισό από τις δαπάνες υγείας, πάνω από 5 δις ευρώ κάθε χρόνο (Κουκλάκη, 2007). Στη νοσοκομειακή περίθαλψη απασχολείται περισσότερο από το 50% του ιατρικού δυναμικού της χώρας, το 90% του νοσηλευτικού και το 80% του παραϊατρικού δυναμικού. Το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών υγείας στη χώρα μας απορροφάται από την νοσοκομειακή περίθαλψη (55%) ενώ το μεγαλύτερο μέρος αυτών δαπανάται για την μισθοδοσία του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού (55%) Θεοδώρου (2001). Επιπρόσθετα, οι δαπάνες για το φαρμακευτικό υλικό αποτελούν την κύρια αιτία αύξησης των δαπανών υγείας. Το 2004 το 17,4 % των συνολικών δαπανών υγείας απορροφούσαν οι φαρμακευτικές δαπάνες (Νίκογλου, 2006), ενώ το 2006 η φαρμακευτική δαπάνη των νοσοκομείων ήταν 1 δις ευρώ (Χατζηνικολάου, 2009).

## 1.6 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

***Όσον αφορά στην εξέλιξη της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα από το 1983 - σήμερα:***

Στην περίοδο αυτή ψηφίζεται ο Ν. 1397/1983 για την εγκαθίδρυση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Όλα τα νοσοκομεία - ΝΠΙΔ εντάσσονται στις διατάξεις του νέου νόμου. Ο Ν. 1397/83 καθιέρωσε για πρώτη φορά το θεσμό της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών γιατρών και απαγόρευσε την

ανέγερση και λειτουργία νέων ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Ο νόμος αυτός, αν και εισήγαγε μια νέα και σημαντική μορφή οργάνωσης του συστήματος υγείας με ενιαίο χαρακτήρα, δεν κατάφερε να αλλάξει τα δεδομένα στον τομέα της χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Δημιουργήθηκαν τεράστια ελλείμματα στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων. Αυτό οφειλόταν στην ελλιπή χρηματοδότηση αλλά και στην απουσία σύγχρονων μορφών οργάνωσης και διαχείρισης των οικονομικών, υποχρεώνοντας το κράτος το κράτος να καλύπτει συνεχώς τα ελλείμματα αυτά. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80 η τιμή του ημερησίου κλειστού νοσηλίου αντιστοιχούσε στο 1/10 του πραγματικού κόστους. Ο ανεπαρκής προγραμματισμός και η αρχαία πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είχαν ως αποτέλεσμα το νοσοκομείο να γίνει το επίκεντρο όλου του συστήματος, γεγονός που ήταν μακριά από τους στόχους που αρχικά είχε ο νόμος για το ΕΣΥ. (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Με τον Ν. 2071/1992 επιτρέπεται ξανά η δημιουργία ιδιωτικών νοσοκομείων. «Η αύξηση πάνω από 600% του νοσηλίου, αν και δεν καλύπτει πλήρως το πραγματικό κόστος νοσηλείας, δημιούργησε επακόλουθες συνέπειες στην χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης, μεταθέτοντας μερικώς το πρόβλημα από τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων στους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών φορέων, οι οποίοι για πρώτη φορά άρχισαν να παρουσιάζουν ελλείμματα» (Θεοδώρου κ.α., 2001: 298).

### ***Όσον αφορά στα προβλήματα της νοσοκομειακής περίθαλψης:***

Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας ως βαθμίδες παροχής υπηρεσιών αποτελούν σημαντικότερο και αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας. Οι υπηρεσίες που προσφέρουν δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα όταν η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν έχει αναπτυχθεί σε σημείο ώστε να συμβάλει στη αποσυμφόρηση τους. Η απουσία ενός συστήματος παραπομπών που θα εξασφαλίζει την ομαλή πρόσβαση σε όσους ασθενείς το έχουν πραγματικά ανάγκη στα νοσοκομεία, τα υπερφορτώνει με αποτέλεσμα να γίνονται διακρίσεις και να παρατηρούνται ανισότητες (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Το σύνολο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που σήμερα παρέχουν δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα είναι γεωγραφικά άνισα κατανομημένο. Ανάμεσα σε διαφορετικές περιοχές της χώρας παρατηρούνται μεγάλες διακυμάνσεις τόσο στην ποιότητα όσο και στην ποσότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής

φροντίδας. Οι διακυμάνσεις αφορούν κυρίως στην κατανομή των νοσοκομειακών κλινών, της βιοϊατρικής τεχνολογίας, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Αποτέλεσμα αυτών είναι οι μεγάλες διαπεριφερειακές ροές των ασθενών. Γίνεται κατανοητό πως η αναβάθμιση των υπηρεσιών των νοσοκομείων σε συνδυασμό με τη λειτουργία ενός συστήματος παραπομπών που θα κατευθύνει τους ασθενείς στα νοσοκομεία του νομού ή της περιφέρειας μπορούν να περιορίσουν τις αυξημένες διαπεριφερειακές ροές των ασθενών (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Στα προβλήματα όμως της νοσοκομειακής περίθαλψης συγκαταλέγονται τα κτιριακά, οι ελλείψεις σε τεχνολογικό εξοπλισμό, σε ανθρώπινο δυναμικό αλλά και το μεγάλο πρόβλημα της χρηματοδότησης που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία. Αν ξεπεραστούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, η θεραπευτική αντιμετώπιση θα αποκτήσει διαφορετική έννοια και περιεχόμενο (Θεοδώρου κ.α., 2001).

#### **1.7 ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**

Σύμφωνα με τον νόμο 2889/2001 όλα τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και διοικούνται από το Συμβούλιο Διοίκησης και τον Διοικητή. *Το Συμβούλιο Διοίκησης συγκροτείται από:* το διοικητή του νοσοκομείου ως Πρόεδρο, το Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας, το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, το Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου. Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα άνω των 400 κλινών, μέλος του Συμβουλίου Διοίκησης είναι και ο Αναπληρωτής Διοικητής. *Ο Διοικητής* διορίζεται με απόφαση του αρμόδιου Υπουργού, με πενταετή θητεία, που μπορεί να ανανεώνεται. Έχει τη γενική και ειδική ευθύνη διοίκησης και λειτουργίας του νοσοκομείου και προεδρεύει στο Συμβούλιο Διοίκησης. Προΐσταται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου, συντονίζει, ελέγχει, εποπτεύει και εκπροσωπεί το νοσοκομείο.

Σύμφωνα με τον Νόμο 2889/2001, η λειτουργία και η οργάνωση του νοσοκομείου βασίζεται στον οργανισμό του, με τον οποίο ορίζονται ιδίως η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός των κλινών του και η κατανομή των κλινών στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της Ιατρικής, Νοσηλευτικής, Διοικητικής - Οικονομικής και Τεχνικής – Ξενοδοχειακής Υπηρεσίας, καθώς και οι αρμοδιότητές τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι θέσεις κατά κλάδο και κατηγορία και η διαβάθμιση τους (με την επιφύλαξη των ειδικών διατάξεων που ισχύουν για τις θέσεις του ιατρικού

προσωπικού), ο αριθμός και οι ειδικότητες του με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου προσωπικού, η οργάνωση νοσοκομειακού φαρμακείου. Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου με δυναμικότητα πάνω από 200 κλίνες συνίσταται υποχρεωτικά αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.

**Κάθε νοσοκομείο αποτελείται από τις παρακάτω υπηρεσίες:** την Ιατρική, την Νοσηλευτική, την Διοικητική - Οικονομική και Τεχνική - Ξενοδοχειακή, εφόσον το επιτρέπει η οργανική του δύναμη.

**Στην ιατρική υπηρεσία** ανήκουν οι γιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φυσικοί νοσοκομείων - ακτινοφυσικοί, χημικοί, κλινικοί χημικοί, βιοχημικοί, βιολόγοι, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι, τεχνολόγοι τροφίμων, τεχνολόγοι ακτινολόγοι και οι λοιποί επιστήμονες των κλάδων υγείας καθώς και τα τμήματα του παραϊατρικού προσωπικού και το τμήμα κοινωνικής εργασίας. Σύμφωνα με την Μπουλούκου (2008) το τμήμα της Κοινωνικής Υπηρεσίας υπάγεται ακόμα στη Διοικητική Υπηρεσία, καθώς οι οργανισμοί των νοσοκομείων δεν έχουν τροποποιηθεί. Η τροποποίηση αυτή για να πραγματοποιηθεί θα πρέπει να εισηγηθεί το Σ.Δ. του νοσοκομείου προς το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. στην περιφέρεια του οποίου ανήκει το νοσοκομείο, το οποίο εισηγείται με τη σειρά του στο Αρμόδιο Υπουργείο. *Στην Ιατρική Υπηρεσία προΐσταται* ιατρός Διευθυντής, προϊστάμενος τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας με τριετή θητεία. Σε νοσοκομεία όπου είναι εγκατεστημένες και πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, ο διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας μπορεί να είναι Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής που έχει την διεύθυνση κλινικής, εργαστηρίου, ή μονάδας.

Σύμφωνα με τον Νόμο 2889/2001 *η ιατρική υπηρεσία διαρθρώνεται από τους παρακάτω βασικούς τομείς:* α) παθολογικός, β) χειρουργικός, γ) εργαστηριακός και δ) ψυχικής υγείας. Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα άνω των 400 κλινών είναι δυνατόν να συνιστώνται περισσότεροι από ένας Παθολογικοί, Χειρουργικοί, ή Εργαστηριακοί τομείς καθώς και Παιδιατρικός τομέας, τομείς Απεικόνισης, Επείγουσας Ιατρικής, Εντατικής Ιατρικής ή άλλοι ειδικοί τομείς. Σε κάθε τομέα προΐσταται ο Διευθυντής του τομέα. Ως Διευθυντής τομέα ορίζεται γιατρός Διευθυντής που προΐσταται τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας. Σε νοσοκομεία που είναι εγκατεστημένες και πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες Διευθυντής τομέα μπορεί να είναι Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής, που έχει την διεύθυνση κλινικής, εργαστηρίου, ή μονάδας. Κάθε τομέας έχει έναν ορισμένο αριθμό κλινών που



εξυπηρετούν αδιακρίτως όλα τα τμήματα του. Η δύναμη κάθε τομέα δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 200 κλίνες.

Σε κάθε τομέα λειτουργούν τμήματα κατά ειδικότητα. Σε κάθε τμήμα προΐσταται ιατρός Διευθυντής ή άλλος επιστήμονας της Ιατρικής Υπηρεσίας με βαθμό διευθυντή. Κάθε τμήμα έχει επιστημονική αυτοτέλεια. Επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι ο Διευθυντής. Ο διευθυντής του τομέα εκλέγεται μεταξύ των διευθυντών των τμημάτων, με τριετή θητεία και ο ρόλος του είναι συντονιστικός (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Σύμφωνα με την Βασιλάκου (2008) *στην νοσηλευτική υπηρεσία* ανήκουν οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες, οι επισκέπτες υγείας, οι μαίες, οι βοηθοί θαλάμων και οι μεταφορείς ασθενών. Η νοσηλευτική υπηρεσία αποτελείται από τομείς (π.χ. παθολογικό, χειρουργικό, εργαστηριακό, κ.α.) που ακολουθούν τη διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας. Κάθε νοσηλευτικός τομέας αποτελείται από διάφορα νοσηλευτικά τμήματα (π.χ. παθολογικό, παιδιατρικό, ωτορινολαρυγγολογικό κ.α.). Της νοσηλευτικής υπηρεσίας προΐσταται ο Διευθυντής (Διευθύνουσα) Νοσηλευτικής Υπηρεσίας που ορίζεται από το Δ.Σ του Πε.Σ.Υ., μετά από επιλογή του από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο που λειτουργεί και ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο. Ο Διευθυντής έχει την γενική ευθύνη του επιτελούμενου νοσηλευτικού έργου. Ο Υποδιευθυντής είναι ο άμεσος συνεργάτης του Διευθυντή, ο οποίος τον αντικαθιστά κατά την απουσία του (Θεοδώρου κ.α., 2001). Σύμφωνα με τον Νόμο 2889/2001, επικεφαλής των τομέων είναι οι Τομεάρχες, που ορίζονται από το Διοικητή του Νοσοκομείου μετά από επιλογή τους από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ., ενώ οι προϊστάμενοι/προϊστάμενες των τμημάτων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, επιλέγονται από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο στο οποίο υπάγονται οι υποψήφιοι.

Σύμφωνα με τον Νόμο 2889/2001 στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου προβλέπεται αυτοτελές τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής, που υπάγεται απευθείας στον Διοικητή του νοσοκομείου. Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών μπορεί να συνιστάται και Διεύθυνση Πληροφορικής και να προβλέπονται αυτοτελή τμήματα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης που υπάγονται απευθείας στον Διοικητή του νοσοκομείου, καθώς και τμήμα Προμηθειών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1 ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΟΚΕΝΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

«Όχι πριν από πολλά χρόνια μια από τις αγαπημένες εικόνες της ιατρικής ήταν η συχνά αναπαραγόμενη ζωγραφιά μιας απομονωμένης οικογενειακής γιατρού, που άγρυπνα και στοχαστικά ήταν καθισμένη δίπλα σ' ένα άρρωστο παιδί. Αυτή η εικόνα υπήρχε στους στοίχους πολλών αιθουσών αναμονής, μεταφέροντας στο κοινό την εξιδανικευμένη εικόνα της ιατρικής φροντίδας ως μόνη προσπάθεια ενός γιατρού ενάντια στην ασθένεια» (Wagner, 2004:1037).

Είναι γενικά παραδεκτό ότι στον τομέα υγείας επικρατούσε το ιατροκεντρικό μοντέλο, με τις αποφάσεις να παίρνονταν αποκλειστικά από τον γιατρό. Ακόμα και σε θέματα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, ο γιατρός είχε τον πρώτο λόγο. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το ιατρικό σώμα ήταν αυτό που επέβαλε το νοσοκομειοκεντρικό τύπο ανάπτυξης. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενειών, που ήταν το επίκεντρο της ιατρικής επιστήμης, ήταν μονοπώλιο των γιατρών και δεν άφηνε πολλά περιθώρια σε άλλους επαγγελματίες να συμμετέχουν για την παροχή μιας πιο ολοκληρωμένης φροντίδας (Θεοδώρου κ.α., 2001 · Σαρρής, 2001 · Λιαρόπουλος, 1989).

Η εικόνα αυτή, που αναφέρθηκε παραπάνω έχει αντικατασταθεί στις μέρες μας με την ομάδα υγείας. Η ανάγκη ομαδικής εργασίας των επαγγελματιών υγείας αποτελεί σχετικά πρόσφατη εξέλιξη. Το 1978 με τη Διακήρυξη της Άλμα - Άτα και τις προτροπές του Π.Ο.Υ. σημειώθηκε μεταξύ άλλων η ανάγκη για αποτελεσματικότερη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών, αλλά και η συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, με σκοπό την πληρέστερη παροχή φροντίδας και αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών ([www.nurs.uoa.gr](http://www.nurs.uoa.gr)). Οι επαγγελματίες υγείας αποκτούν έντονο ενδιαφέρον για την διεπαγγελματική συνεργασία και την ομάδα υγείας, ενώ το όλο θέμα έχει απασχολήσει τους επιστήμονες και έχει ευρέως συζητηθεί ως εφαρμόσιμο σε όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας (Σαπουντζή - Κρέπια κ.α., 2001).

Ωστόσο το γεγονός αυτό από μόνο του δεν θα ήταν αρκετό για να πετύχει την αλλαγή στον τομέα υγείας. Ένα σύνολο γεγονότων ήταν που ώθησαν τους επαγγελματίες υγείας αλλά και τις κυβερνήσεις διάφορων κρατών στην αντικατάσταση του ιατροκεντρικού μοντέλου:

*-Η σύγχρονη αντίληψη για το σύστημα υγείας μετατόπισε το επίκεντρο, από την θεραπευτική αντιμετώπιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Μαζί με την θεραπευτική αντιμετώπιση, μετατοπίστηκε και το ιατροκεντρικό μοντέλο στην ομάδα υγείας. Σε ένα σύστημα όπου η πρόληψη και η προαγωγή υγείας αποτελούν επίκεντρο, η ομάδα υγείας έχει την ευθύνη αυτών. Η λειτουργική διασύνδεση όλων των βαθμίδων από το περιφερειακό ιατρείο με το κέντρο υγείας και το νοσοκομείο, επιτυγχάνεται με την συστηματική συνεργασία της ομάδας υγείας της κάθε υπηρεσίας (Θεοδώρου κ.α., 2001).*

*-Οι ραγδαίες εξελίξεις στον τομέα της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η ανάπτυξη της τηλεϊατρικής, αλλά και οι πολυσύνθετες ανάγκες φροντίδας που εμφανίζουν τα άτομα, καθιστούν αναγκαία την πλαισίωση του γιατρού με επαγγελματίες υγείας (Θεοδώρου κ.α., 2001).*

*-Η ανάγκη για ευρύτερη και ουσιαστικότερη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι απόρροια της πολυπλοκότητας των συστημάτων υγείας, που σε συνδυασμό με την τεχνολογική ανάπτυξη, έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία ηθικών διλημάτων στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι απευθύνονται στην ομάδα υγείας και αποζητούν τη στήριξή της (King και Mailick στο Σαπουντζή-Κρέπια, 2001).*

*-Η ανάπτυξη εξειδικεύσεων στο χώρο της υγείας ανέδειξε επίσης την ανάγκη για συνεργασία επαγγελματιών. Γιατί η εξειδίκευση σημαίνει και «εξειδικευμένο» τρόπο σκέψης στην παροχή φροντίδας ανάλογα με την ειδικότητα του κάθε επαγγελματία που μόνο με τη συνεργασία μπορεί να προσπελαστεί, ώστε να σχηματιστεί πλήρης εικόνα και να παρασχεθεί ολοκληρωμένη φροντίδα προς τον ασθενή/άνθρωπο ως όλο (McNauht στο Σαπουντζή - Κρέπια, 2001).*

*-Η εξοικονόμηση πόρων καθώς, όπως υποστηρίζουν πολλοί μελετητές, με τη λειτουργία της ομάδας υγείας αποφεύγονται οι αλληλοεπικαλύψεις δραστηριοτήτων και έτσι επιτυγχάνεται βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών (Σαπουντζή-Κρέπια, 2001). Οι σύγχρονες εξελίξεις που σχετίζονται με την βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, δίνουν επιπλέον βαρύτητα στην ομάδα υγείας*

με σκοπό αφενός τη μείωση των δαπανών (π.χ. σε φάρμακα εργαστηριακές εξετάσεις, κ.λπ.) και αφετέρου την ολιστική προσέγγιση της φροντίδας που μπορεί να προσφερθεί μόνο όταν καλυφθούν όλες οι διαστάσεις της ανθρώπινης ανάγκης για φροντίδα υγείας. Ειδικότερα, η ανάγκη για τον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας, μπορεί να ερμηνευθεί στην πράξη ως ο περιορισμός της επανάληψης θεραπευτικών, νοσηλευτικών και άλλων δραστηριοτήτων μέσα από την καλύτερη πληροφόρηση, επικοινωνία και συνεργασία που αναπτύσσεται μεταξύ των διάφορων επαγγελματιών της ομάδας υγείας ([www.nurs.uoa.gr](http://www.nurs.uoa.gr)).

*-Οι αλλαγές στα δικαιώματα των επαγγελματιών και στην εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας είχε ως αποτέλεσμα την αμφισβήτηση του ιατροκεντρικού μοντέλου από νοσηλευτές/νοσηλεύτριες, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, τα ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα που προκύπτουν σε συνδυασμό με την αυξανόμενη αυτονομία των υπόλοιπων επαγγελματιών, δημιουργούν την τάση για συνυπευθυνότητα και επομένως συνεργασία για την λήψη κοινά αποδεκτών αποφάσεων που αναφέρονται στην φροντίδα υγείας των πολιτών αλλά και στη διοίκηση των οργανισμών υγείας ([www.nurs.uoa.gr](http://www.nurs.uoa.gr)).*

*-Οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις του χώρου υγείας καθιστούν αναγκαίες τις συνεργασίες μεταξύ επαγγελματιών και επιστημόνων και που διευρύνουν τα παραδοσιακά πρότυπα σκέψης και πρακτικής. Ο αυξανόμενος αριθμός ευάλωτων ηλικιωμένων και ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, οι μεγάλες απαιτήσεις των ψυχικά πασχόντων, η εξέλιξη της γενετικής επιστήμης και οι επιπτώσεις της μόλυνσης του περιβάλλοντος στην υγεία είναι ζητήματα που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν μονομερώς από μία επιστήμη ή ένα επάγγελμα ([www.nurs.uoa.gr](http://www.nurs.uoa.gr)).*

Η δημιουργία ομάδας υγείας αποτέλεσε ανάγκη για τους λόγους που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Ωστόσο δεν λαμβάνει πάντα την ίδια διάσταση και έννοια. Ο βαθμός που χαρακτηρίζει κατά πόσο είναι αποτελεσματικές οι παρεχόμενες υπηρεσίες της ομάδας υγείας, εξαρτάται από την ικανότητα των επαγγελματιών να συνεργάζονται μεταξύ τους. Η διεπαγγελματική συνεργασία μέσα στην ομάδα υγείας είναι η άλλη μία έννοια, καθώς από μόνης της η ομάδα υγείας χωρίς την ουσιαστική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας δεν θα είχε αποτέλεσμα (Σαπουντζή - Κρέπια, 2001).

## 2.2 Η ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ένα παράδειγμα αρχικά θα ήταν πολύτιμο για την κατανόηση της σημασίας της διεπιστημονικής συνεργασίας. Δύο μονάδες υγείας μπορεί να έχουν τον ίδιο αριθμό κλινών, την ίδια οργάνωση, την ίδια στελέχωση, να μην διαφέρουν ούτε σε υλικό εξοπλισμό ούτε σε ανθρώπινο δυναμικό κι όμως να παρέχουν διαφορετικού επιπέδου ποιότητα θεραπείας και φροντίδας υγείας. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί οι επαγγελματίες της μιας μονάδας έχουν συνεργαστεί μεταξύ τους με τέτοιο τρόπο ώστε να αξιοποιήσουν τις ιδιαίτερες γνώσεις τους, ικανότητες και τα μέσα που διαθέτουν για τη καλύτερη παροχή φροντίδας (Σαρρής, 2001).

Η λέξη συνεργασία φέρνει συνειρμικά στο νου τις έννοιες: μοιράζομαι, υποστηρίζω, προσπάθεια για επίτευξη κοινών στόχων. Από τον ορισμό της συνεργασίας που δόθηκε από τους Aradine & Pridham (1973, στο Σαπουντζή - Κρέπια 1995:149) συνάγεται ότι «η συνεργασία απαιτεί κοινές προσπάθειες και ενέργειες για την καθιέρωση κοινών στόχων. Κάθε άτομο πρέπει να συμβάλλει για την καθιέρωση στόχων που ικανοποιούν τα μέλη που συνεργάζονται μεταξύ τους, αλλά επιπλέον πρέπει να αναγνωρίζεται η ιδιαίτερη μερικές φορές συμβολή κάποιου μέλους της ομάδας σαν ειδικού για την επίλυση ενός προβλήματος».

Σύμφωνα με τους Mailick & Ashley (1981, στο Σαπουντζή - Κρέπια 1995: 144) «ο όρος της συνεργασίας φέρνει συνήθως στο νου την εικόνα της συνεδρίασης μιας ομάδας. Η συνειρμική αυτή σύνδεση είναι ατυχής επειδή συνεργασία είναι μια ευρύτερη διαδικασία και η συνεδρίαση της ομάδας είναι μόνο ένα στοιχείο από τις τεχνικές και τους μηχανισμούς, με τους οποίους επιτυγχάνεται η διαδικασία της συνεργασίας. Η διεπαγγελματική συνεργασία περιλαμβάνει επικοινωνία, καθοδήγηση με την έννοια της συμβουλευτικής, τήρηση κοινών στοιχείων, επανεκτίμηση των στοιχείων, ανταλλαγή πληροφοριών και ιδεών και επίσημα θεσμοθετημένες συναντήσεις και συνεδριάσεις».

Στον τομέα της υγείας, η ψυχιατρική έχει την πρωτοπορία στην ανάπτυξη και την καθιέρωση της διεπιστημονικής συνεργασίας (Αλτάνης, 1991). Η διεπαγγελματική συνεργασία αποτελεί επίκεντρο καθώς έτσι επιτυγχάνεται η πληρέστερη αντιμετώπιση των ασθενών και η παροχή επαρκούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας. Η ανάπτυξη της ψυχοσωματικής ιατρικής συνέβαλε στην άρση της καρτεσιανής λογικής, που θεωρεί το σώμα ανεξάρτητο από την ψυχή (Πανταζάκας και Μέντης, 2003). Είναι γενική παραδοχή ότι η υγεία είναι συνάρτηση οικονομικών, βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων και ότι η ολιστική προσέγγιση

της είναι απαραίτητη (Αλτάνης, 1991). Η θεραπεία δεν μπορεί να καταμεριστεί, αλλά απαιτεί την προσφορά όλων των επαγγελματιών υγείας, για την αντιμετώπιση του ασθενή ως σωματοψυχικό σύνολο (Πανταζάκας και Μέντης, 2003).

Οι επαγγελματίες υγείας, υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης, εγκαταλείπουν τις μοναχικές τους «δράσεις» και καταφεύγουν στη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες, υπερπηδώντας με αυτό τον τρόπο το εμπόδιο της εξειδίκευσης και αντιμετωπίζοντας τον άρρωστο ολιστικά (Πανταζάκας και Μέντης, 2002). Η διεπιστημονική συνεργασία είναι η επιστημονικά σχεδιασμένη και διασυνδεδετική προσπάθεια για την επίτευξη ενός σκοπού που απαιτεί αλληλοεξαρτώμενες γνώσεις, εμπειρία και υπηρεσίες διαφορετικών επιστημονικών αντικειμένων. Πέρα όμως από την δυνατότητα που δίνεται στους επαγγελματίες να αξιοποιήσουν τις γνώσεις και τις ικανότητές τους μέσω της συνεργασίας τους για την παροχή καλύτερης φροντίδας, η διεπιστημονική συνεργασία έχει και ένα υποστηρικτικό ρόλο για τους εργαζομένους - μέλη της ομάδας απέναντι στις δύσκολες επαγγελματικές εμπειρίες τους (Αλτάνης, 1991).

### **2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ**

Η διεπαγγελματική συνεργασία για είναι επιτυχημένη, χρειάζεται κοινούς σκοπούς και ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης, όπου το κάθε μέλος συνεργάζεται σύμφωνα με το ρόλο που αρμόζει στις ιδιαίτερες προσωπικές και επαγγελματικές του ικανότητες, γνώσεις, την επικοινωνιακή του δεξιότητα, την προσαρμογή και την ευελιξία (Κουντή, 1996). Είναι σημαντικό κάθε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας να γνωρίζει ότι η συμβολή του στην επίτευξη του κοινού σκοπού είναι εξέχουσας σημασίας και ότι οι διαφορετικές προσφορές είναι αυτές που καθιστούν μια συνεργασία πετυχημένη (Παπαϊωάννου, 1988· Παπαϊωάννου, 1994).

#### ***Παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την διεπιστημονική συνεργασία***

Η αποδοτική προσφορά κάθε μέλους της θεραπευτικής ομάδας είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων όπως της προσωπικότητας, της εκπαίδευσης, του τρόπου που κάθε μέλος διαχειρίζεται τις συγκρούσεις και μπορεί να συζητά (Κουντή, 1994). Υπάρχουν όμως και προβλήματα στην εφαρμογή της διεπιστημονικής συνεργασίας τα οποία οφείλονται σε διάφορους παράγοντες:

-*Η αντίληψη* είναι ένας σημαντικός παράγοντας που διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο και μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά στην συνεργασία καθώς αντικρουόμενες αντιλήψεις για το πρόβλημα και τους στόχους δεν ευνοούν τη

συνεργασία. Παράγοντες που γενικά μπορούν να επηρεάσουν την αντίληψη είναι οι στάσεις, οι αξίες, τα στερεότυπα, οι μηχανισμοί άμυνας και ψυχογενείς ανάγκες, η γενική κουλτούρα του ατόμου και η υποκουλτούρα της ομάδας που ανήκει, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του ατόμου και η εκπαίδευση του (Σαπουντζή - Κρέπια, 2001).

*-Η επικοινωνία είναι ένας παράγοντας που μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα. Ο τρόπος επικοινωνίας επηρεάζεται από τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης μεταξύ των επαγγελματιών, τα έτη και την ποικιλία της επαγγελματικής εμπειρίας. Έτσι οι διαφορές στην χρήση της γλώσσας και του τρόπου επικοινωνίας πρέπει να τύχουν ιδιαίτερης προσοχής, ώστε να μειωθούν τριβές και συγκρούσεις στα πλαίσια της συνεργασίας (Σαπουντζή - Κρέπια, 2001).*

*-Η συνεργασία μπορεί να περιέχει σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας όταν η συμμετοχή των ειδικοτήτων που εμπλέκονται, αλληλοκαλύπτεται ή/και είναι ασαφής, διαφορούμενη ή ακόμη όταν ο βαθμός αλληλεξάρτησης είναι περιορισμένος.*

*-Ψυχολογικοί, κοινωνικοί, πολιτικές συγκυρίες, συγκρουόμενα επαγγελματικά συμφέροντα, ανεπαρκής περιγραφή επαγγελματικών καθηκόντων, οι διαφορές status μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη συνεργασία (Σαπουντζή - Κρέπια, 2001).*

*-Ο φόβος της απώλειας της επαγγελματικής ταυτότητας των μελών που συνεργάζονται, όταν αυτή δεν είναι ικανοποιητική ή ασφαλής αποτελεί έναν ακόμη αρνητικό παράγοντα (Αλτάνης, 1991).*

*-Η έλλειψη εκπαιδευτικής προετοιμασίας των μελών για την διεπιστημονική συνεργασία ως αρνητικός παράγοντας, οι δομές ισχύος και οι ηγετικές τάσεις (Σαπουντζή - Κρέπια, 2001· Παπαϊωάννου, 1994· Αλτάνης, 1991).*

*-Φυσικοί παράγοντες παίζουν σοβαρότατο ρόλο π.χ. μέγεθος ομάδας, τόπος, χρόνος, διάρκεια καθώς η συνεργασία δεν μπορεί να προχωρήσει από μόνη της. Σε άλλη περίπτωση μπορεί όλα να είναι ευνοϊκά και η συνεργασία να μην είναι αποδοτική γιατί δεν ήταν η «κατάλληλη στιγμή». Η έμπνευση και η επινοητικότητα είναι στοιχεία που μπορούν να ευνοήσουν τη συνεργασία και το αποτέλεσμά της (Παπαϊωάννου, 1994).*

#### 2.4 Η ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Οι επιρροές του Π.Ο.Υ. τη δεκαετία του '80, ήταν φανερές και στην χώρα μας όπου εκδηλώθηκε έντονο ενδιαφέρον για τις στρατηγικές βελτίωσης της διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας. Η δεκαετία όμως του '80 ήταν για την Ελλάδα μια περίοδος πολιτικών και κοινωνικών μεταρρυθμίσεων και το 1983 το σύστημα υγείας αλλάζει με την εγκαθίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το τοπίο στο χώρο των υπηρεσιών δεν έχει σταθεροποιηθεί, λόγω των συχνών νομοθετικών αλλαγών και της έλλειψης μιας σταθερής πολιτικής όσον αφορά τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αλλά και την λειτουργία της ομάδας υγείας (Σαπουντζή - Κρέπια κ.α., 2001).

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Σαρρής (2001) «η ιατρική και νοσηλευτική κουλτούρα δεν έχουν ακόμα αναπροσαρμοστεί στις ρέουσες εξελίξεις του εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντος των υπηρεσιών υγείας και συνεχίζουν να αναπτύσσουν μια παρανόηση και μια εσωστρέφεια ως προς την τήρηση των παραδοσιακών ρόλων μεταξύ τους. Η ιατρική κουλτούρα και τάξη δεν έχει εξοικειωθεί με την ιδέα της επένδυσης στη συμπληρωματικότητα των ρόλων μεταξύ των λειτουργών της υγείας. Σημείο τριβής για τις δύο αυτές ειδικότητες αναφέρεται να είναι η χρήση του όρου «διάγνωση» που ενώ συναντάται σε όλους τους τομείς, όταν χρησιμοποιηθεί από τους νοσηλευτές προκαλεί τις αντιδράσεις των ιατρών», (Σαρρής, 2001: 224).

Το νοσοκομείο είναι ένας πολυεπαγγελματικός χώρος εργασίας. Η καλή συνεργασία είναι ένας ακρογωνιαίος λίθος για την αποτελεσματική, αποδοτική και ποιοτική έκβαση της πορείας του ασθενούς. Σύμφωνα με τον Αλτάνη (1991) στα γενικά ή ειδικά νοσοκομεία, η διεπιστημονική συνεργασία είναι περιστασιακή ή άτυπη και απέχει από την λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας. Η διεπαγγελματική συνεργασία είναι ανεπίσημη και η έλλειψη γραπτής περιγραφής των επαγγελματικών καθηκόντων και αρμοδιοτήτων για το προσωπικό αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό για τα ελληνικά νοσοκομεία (Σαπουντζή - Κρέπια κ.α., 2001).

Σύμφωνα με τον Αλτάνη (1991) υπάρχουν διάφοροι παράγοντες στο χώρο του νοσοκομείου που μπορούν να επηρεάσουν το βαθμό και το επίπεδο ανάπτυξης της ομάδας υγείας. Όταν ο στόχος είναι η ίαση της ασθένειας και μόνο, από ιατρικές ειδικότητες που δεν διερευνούν οικογενειακούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (χειρουργικές διαδικασίες), καθώς δεν το επιτρέπει ο χρόνος, ο χώρος που διαθέτουν, η δομή και οργάνωση του νοσοκομείου αλλά και οι προσδοκίες των χρηστών δεν



αναζητούν τη διεπιστημονική συνεργασία. Ενώ αντίθετα, ιατρικές ειδικότητες που διερευνούν οικογενειακούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ασθένεια, αναζητούν τη διεπιστημονική συνεργασία.

Σε έρευνα που διερεύνησε την διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών/νοσηλευτριών και κοινωνικών λειτουργών και τις διαφορές στην αντίληψη τους, οι κοινωνικοί λειτουργοί σε αντίθεση με τους νοσηλευτές δήλωσαν ότι υπάρχει διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ αυτών και των νοσηλευτών. Ωστόσο όλοι συμφώνησαν ότι η διεπαγγελματική τους συνεργασία είναι ανεπίσημη - άτυπη. Ως σημείο τριβής μεταξύ νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών αναφέρεται το πεδίο της φροντίδας οικογένειας ασθενών, καθώς από την αρχή της ανεπίσημης συνεργασίας τους διατηρούσαν διαφορετικές απόψεις για την φροντίδα της οικογένειας του ασθενούς (Σαπουντζή – Κρέπια κ.α., 2001). Επισημάνθηκε η αναγκαιότητα άσκησης στην ομαδική εργασία, ως μέτρο για την βελτίωση της διεπαγγελματικής συνεργασίας. Όπως αναφέρει η Σαπουντζή – Κρέπια (2001), η διεπαγγελματική συνεργασία στον τομέα της εκπαίδευσης και επαγγελματικής άσκησης στην χώρα μας, δεν έχει τύχει ανάλογης προσοχής με τα διεθνή δεδομένα. Ακόμη η καθιέρωση από τις αρχές του νοσοκομείου της επίσημης διεπαγγελματικής συνεργασίας, ο επίσημος προσδιορισμός καθηκόντων των δύο επαγγελμάτων και η απασχόληση περισσότερων νοσηλευτών/νοσηλευτριών είναι τα μέτρα που αναδείχθηκαν αναγκαία για τη βελτίωση της διεπαγγελματικής συνεργασίας νοσηλευτών/νοσηλευτριών - κοινωνικών λειτουργών (Σαπουντζή - Κρέπια κ.α., 2001).

«Η πολυπλοκότητα των σημερινών συστημάτων υγείας σε συνδυασμό με το αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών, αναδεικνύει τη χρησιμότητα της διεπαγγελματικής συνεργασίας ως ένα σχήμα που μπορεί να προσφέρει την απαιτούμενη για τα συστήματα υγείας ευελιξία και προσαρμοστικότητα. Επίσης υπάρχει η ανάγκη των επαγγελματιών για προσαρμογή σε νέα σχήματα, η ανάπτυξη της βούλησης για κοινές μαθησιακές εμπειρίες, με δημιουργία ευρύτερων επαγγελματικών συμμαχιών» (Σαπουντζή - Κρέπια κ.α., 2001: 80).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ. ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

#### **3.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Η Κοινωνική Εργασία στην Υγεία θεσμοθετήθηκε στην Αγγλία το 1905, όταν προσελήφθησαν κοινωνικοί λειτουργοί για πρώτη φορά σε αντιφυματικά νοσοκομεία. Το ίδιο έτος στις Η.Π.Α. στο Νοσοκομείο της Βοστώνης, ιδρύεται Κοινωνική Υπηρεσία. Το έργο των κοινωνικών λειτουργών αρχικά ήταν να βοηθούν τους ασθενείς σχετικά με την φαρμακευτική τους αγωγή. Αργότερα, όταν οι ψυχολογικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί παράγοντες αναγνωρίστηκαν ως σημαντικοί στην εξέλιξη μιας ασθένειας οι κοινωνικοί λειτουργοί επικεντρώθηκαν σε άλλα προβλήματα. Η διακήρυξη της Αλμα - Άτα το 1978 συνέβαλε σε αυτό, αλλά και στο να καθιερωθεί η Κοινωνική Εργασία στον τομέα της Υγείας και να αναγνωρίζεται ισότιμα με άλλα επαγγέλματα (Πανταζάκας και Μέντης, 2002).

Στην Ελλάδα σύμφωνα με την Δημακοπούλου (1996) οι πρώτοι κοινωνικοί λειτουργοί εμφανίζονται να εργάζονται σε φορείς Υγείας και Νοσοκομεία την δεκαετία του '50. Στο Νομοθετικό Διάταγμα 2592/53, γίνεται αναφορά στο οργανωτικό πλαίσιο της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Σύμφωνα με αυτό οι κοινωνικοί λειτουργοί υπάγονται στον Διοικητικό Διευθυντή του Νοσοκομείου, ο οποίος μπορεί να εισηγείται στο Διοικητικό Συμβούλιο για την ανάθεση καθηκόντων Προϊσταμένου/Προϊσταμένης Κοινωνικής Υπηρεσίας.

Η σύσταση των Κοινωνικών Υπηρεσιών στα ελληνικά Νοσοκομεία έγινε το 1956 με σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Αργότερα με το Προεδρικό Διάταγμα 891/1978 άρθρο 3, καθορίζονται οι αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της Υγείας. Σύμφωνα με την παράγραφο 1 του άρθρου, «ο κοινωνικός λειτουργός στον τομέα της υγείας συμβάλει στην πρόληψη ή στην αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων που έχουν δημιουργηθεί ως συνέπεια καταστάσεων κλονισμού σωματικής ή ψυχικής υγείας ατόμων ή οφείλονται στην προσωπικότητα των ατόμων αυτών ή σε δυσμενείς καταστάσεις του περιβάλλοντος τους, καθιστώντας το διαγνωστικό έργο ή την θεραπεία δυσχερή». Στη δεύτερη παράγραφο αναφέρεται ότι «το έργο του κοινωνικού λειτουργού είναι και η παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα προς τον ασθενή και

τους οικείους του, συμβάλλοντας κατά αυτό τον τρόπο στην επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου και στην ομαλή επανένταξη του ασθενή στο κοινωνικό περιβάλλον». Τέλος, στην παράγραφο 3 αναφέρεται ότι «η δραστηριότητα του/της κοινωνικού/κοινωνικής λειτουργού στον τομέα Υγείας αναπτύσσεται εντός πλαισίων συγκροτημένης κοινωνικής υπηρεσίας, νοσηλευτικού ιδρύματος ή κέντρου ψυχικής υγείας (διαγνωστικού, συμβουλευτικού, θεραπευτικού χαρακτήρα)» (Πανταζάκας και Μέντης, 2002).

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί καθιερώθηκαν επίσημα τα τελευταία χρόνια (1983) σε όλα τα νοσοκομεία του κράτους (Αλτάνης, 1991). Σύμφωνα με το Π.Δ. 87/86 τα Τμήματα Κοινωνικής Υπηρεσίας στα Νοσοκομεία έχουν «την ευθύνη και φροντίδα για τη συμπαράσταση στους νοσηλευόμενους στο Νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα και την αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση. Η Κοινωνική Υπηρεσία γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης πολιτικής της πολιτείας». Σύμφωνα με το Π.Δ 87/86(ΦΕΚ32/27-3-86/τ.α) η Κοινωνική Υπηρεσία ανήκει στην Διοικητική Υπηρεσία. Με τον Νόμο 2889/01 (αρ.6 παρ.6) τα τμήματα των Κοινωνικών Υπηρεσιών των Νοσοκομείων εντάσσονται στην Ιατρική Υπηρεσία, αλλά μέχρι να ανανεωθούν οι οργανισμοί των νοσοκομείων εξακολουθούν να ανήκουν στο προηγούμενο διοικητικό καθεστώς (Πανταζάκας και Μέντης, 2002).

Μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών την ευθύνη της Κοινωνικής Υπηρεσίας έχει ο/η Προϊστάμενος/Προϊσταμένη του τμήματος. Σύμφωνα με τους Πανταζάκα και Μέντη (2002) οι αρμοδιότητες του/της Προϊσταμένου/Προϊσταμένης της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι:

- Η σωστή λειτουργία της Κ.Υ., εντός και εκτός του Νοσοκομείου
- Ο συντονισμός, καθοδήγηση, εποπτεία για το επιστημονικό και διοικητικό έργο του προσωπικού της Κ.Υ.
- Η ανάθεση καθηκόντων στους κοινωνικούς λειτουργούς σε διάφορους τομείς, τμήματα και προγράμματα του νοσοκομείου, καθώς και η ευθύνη για την υπηρεσιακή δραστηριότητα τους, εκτός του χώρου του νοσοκομείου

Επίσης ο Προϊστάμενος/Προϊσταμένη της Κοινωνικής Υπηρεσίας:

- Συγκαλεί και προεδρεύει του Συμβουλίου των Υπευθύνων τομέων της Κ.Υ. και της ολομέλειας των κοινωνικών λειτουργών τουλάχιστον δύο και μία φορές, φορά το μήνα αντίστοιχα.
- Εκπροσωπεί την Κοινωνική Υπηρεσία σε συσκέψεις του Νοσοκομείου ή του Πε.Σ.Υ. και εισηγείται στο Δ.Σ για θέματα που αφορούν τον τομέα του
- Είναι υπεύθυνος για την τοποθέτηση των σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας για την πρακτική τους άσκηση και την εποπτεία της εκπαίδευσής τους.
- Αξιολογεί το έργο και την δραστηριότητα των κοινωνικών λειτουργών.
- Συντάσσει την ετήσια έκθεση των δραστηριοτήτων της υπηρεσίας και προγραμματίζει τις επόμενες λαμβάνοντας υπ' όψη τις προτάσεις των υφισταμένων του.
- Ασκεί τα κλινικά του καθήκοντα στο βαθμό που του το επιτρέπουν τα παραπάνω.

### **3.1.1 ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ**

Σύμφωνα με τους Πανταζάκα και Μέντη (2002) οι περιπτώσεις (περιστατικά) των άρρωστων παραπέμπονται στην Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου από: το Ιατρικό προσωπικό των τομέων της Ιατρικής Υπηρεσίας, το Νοσηλευτικό προσωπικό των κλινικών του Νοσοκομείου, τους ίδιους τους ασθενείς, το συγγενικό περιβάλλον των ασθενών, άλλες υπηρεσίες και φορείς εκτός νοσοκομείου (κοινότητα), αυτεπάγγελτα από τους ίδιους τους κοινωνικούς λειτουργούς. Η παραπομπή των περιστατικών που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες της Κοινωνικής Υπηρεσίας πρέπει να γίνεται άμεσα, ώστε να παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες χωρίς να ταλαιπωρείται ο ασθενής με την παράταση της νοσηλείας του στο νοσοκομείο και να προλαμβάνονται διάφορες επιπλοκές και προβλήματα. Η παραπομπή των περιστατικών γίνεται από τον/την γιατρό ή τον/την Προϊστάμενο/Προϊσταμένη της κλινικής με τη συμπλήρωση του ειδικού εντύπου. Σε εξαιρετικά επείγοντα περιστατικά η παραπομπή μπορεί να γίνεται και τηλεφωνικά.

Η Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου συνεργάζεται με όλες τις κλινικές και υπηρεσίες του νοσοκομείου, αλλά και με υπηρεσίες και φορείς της Κοινότητας. Το έργο της κοινωνικής υπηρεσίας συνίσταται στην πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς αλλά και το περιβάλλον τους (ιστοσελίδα του Γ.Ν. Σπάρτης, [www.hospa.gr](http://www.hospa.gr))

*Σύμφωνα με τους Πανταζάκα και Μέντη (2002), οι κοινωνικές υπηρεσίες στο χώρο του νοσοκομείου επεκτείνονται στους εξής άξονες:*

Προληπτικής Παρέμβασης: Παρέχονται υπηρεσίες ενημερωτικού και συμβουλευτικού χαρακτήρα σε όσους απευθύνονται στο νοσοκομείο αλλά και στην ευρύτερη κοινότητα μέσω προγραμμάτων αγωγής υγείας που η κοινωνική υπηρεσία οργανώνει, διεξάγει και στόχο έχουν την πρόληψη. Για το στόχο αυτό συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου ή άλλους φορείς της κοινότητας.

Επείγουσας Παρέμβασης: Πραγματοποιείται παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης (στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) παρέχοντας ψυχοκοινωνική υποστηρίξη συμβουλευτικού, ενημερωτικού, παραπεμπτικού χαρακτήρα στον ασθενή και την οικογένεια του.

Κλινικής Παρέμβασης: Στους τομείς της Ιατρικής Υπηρεσίας (Παθολογικός, Χειρουργικός, Εργαστηριακός και Ψυχιατρικός) παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης στον ασθενή, για να αντιμετωπίσει τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούνται ως απόρροια της ασθένειάς τους, με την συνεργασία της οικογένειας του ασθενή.

Εξωνοσοκομειακής Παρακολούθησης: Είναι ο συνδετικός κρίκος της νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής φροντίδας του ασθενή με την παρακολούθηση του ασθενούς στα εξωτερικά ιατρεία ή και στο σπίτι με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς.

Τομέας Έρευνας και Εκπαίδευσης: Η Κοινωνική Υπηρεσία ενός νοσοκομείου επεκτείνεται και εκτός των ορίων νοσοκομείου για να διεξάγει κοινωνική έρευνα για να εντοπίσει τους άπορους ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία και οι οποίοι για διάφορους λόγους δεν έχουν πρόσβαση στο νοσοκομείο. Επίσης διεξάγει έρευνα για τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες του ασθενή, που επηρεάζουν την κατάσταση του (ιστοσελίδα του νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν, [www.dunant.gr](http://www.dunant.gr)). Η κοινωνική υπηρεσία αναπτύσσει και υποστηρίζει ερευνητικά προγράμματα σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας. Η Κοινωνική Υπηρεσία αναλαμβάνει επίσης την εκπαίδευση σπουδαστών του τμήματος της Κοινωνικής Εργασίας και την διεξαγωγή

προγραμμάτων κατάρτισης στα πλαίσια της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης. Τέλος, στην Κοινωνική Υπηρεσία μπορεί να απευθύνεται και στο ίδιο το προσωπικό του νοσοκομείου όταν χρειάζεται (ιστοσελίδα του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», [www.evangelismos-hosp.gr](http://www.evangelismos-hosp.gr)).

### **3.2 ΡΟΛΟΙ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

Ο ρόλος του/της κοινωνικού/κοινωνικής λειτουργού στο νοσοκομείο είναι πολύπλευρος με πολλαπλές λειτουργίες της κλινικής Κοινωνικής Εργασίας και του Κοινωνικού Σχεδιασμού (ιστοσελίδα του νοσοκομείου Πα.Γ.Ν.Η, [www.pepagnh.gr](http://www.pepagnh.gr)). Συμβάλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση των συναισθηματικών και κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων του ασθενή και οι δράσεις του επεκτείνονται στην οικογένεια, την κοινότητα και την διασύνδεση - αξιοποίηση φορέων με σκοπό την ενδυνάμωση, την ενεργοποίηση, την αποκατάσταση και την επανένταξή τους στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (ιστοσελίδα του Γ.Ν. Σπάρτης, [www.hospa.gr](http://www.hospa.gr)).

Ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός δραστηριοποιείται σε υποστηρικτικό, συμβουλευτικό, θεραπευτικό, οργανωτικό, ερευνητικό επίπεδο και οι ρόλοι και οι αρμοδιότητές του ποικίλλουν και διαφοροποιούνται ανάλογα τον άξονα δράσης του. Σύμφωνα με τους Πανταζάκα και Μέντη (2002) στους άξονες δράσης που αναπτύχθηκαν παραπάνω ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

Προληπτικής Παρέμβασης: Συλλέγει στοιχεία που αφορούν νόσους, κοινωνικά αίτια αυτών και συνέπειες στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Συνεργάζεται με άλλους φορείς της κοινότητας για τον σχεδιασμό, συντονισμό και υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, που στόχο έχουν την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα υγείας.

Επείγουσας Παρέμβασης: Συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ασθενή, το περιβάλλον του και τα προβλήματα που τυχόν αντιμετωπίζουν (οικονομικά, οικογενειακά κλπ) και τους στηρίζει ψυχοκοινωνικά κατά τη φάση της κρίσης. Συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας ή άλλες υπηρεσίες προκειμένου να ενημερώσει τον ασθενή και την οικογένεια ή και να διενεργήσει τις κατάλληλες παραπομπές προς όφελος αυτών. Συνεργάζεται με άλλες υπηρεσίες και ειδικότητες για την δημιουργία έντυπου ενημερωτικού υλικού, που είναι χρήσιμο στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Ακόμη διατηρεί αρχεία και στατιστικά δεδομένα για τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, που εξυπηρετήθηκαν στο Τμήμα Επειγόντων

περιστατικών και διερευνά τα αίτια ενός προβλήματος υγείας, αλλά και τα προβλήματα που σχετίζονται με αυτό. Τα στοιχεία αυτά, με εξαμηνιαίες εκθέσεις υποβάλλονται στη Διοίκηση του Νοσοκομείου, ώστε να μελετηθούν στα πλαίσια διεξαγωγής προγραμμάτων υγείας.

Κλινικής Παρέμβασης: Μεγάλο μέρος των ρόλων και των αρμοδιοτήτων ενός κοινωνικού λειτουργού αναπτύσσεται στον άξονα αυτόν. Ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός αρχικά ανταποκρίνεται στο διαγνωστικό του ρόλο. Λαμβάνει το κοινωνικό ιστορικό με την διαδικασία της συνέντευξης είτε από τον ασθενή είτε από την οικογένεια του. Ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, για την ολιστική αντιμετώπιση του αρρώστου ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός πρέπει να συλλέξει τις απαραίτητες εκείνες πληροφορίες για την κοινωνική και ψυχική κατάσταση του ασθενή που θα πρέπει να γνωρίζουν τα άλλα μέλη της ομάδας (Πανταζάκας και Μέντης, 2002· Μουζακίτης, 1988). Με τον ρόλο αυτό ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός δεν επικεντρώνεται μόνο στα προβλήματα που οι ασθενείς αντιμετωπίζουν αλλά και στα προβλήματα των οικογενειών τους που ανέκυψαν λόγω της ασθένειας (π.χ. ποιος θα αναλάβει την φροντίδα) (Μουζακίτης, 1988).

Ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός απευθύνεται όχι μόνο στα άτομα/ασθενείς αλλά και στις οικογένειές τους. Ως προς αυτούς αναπτύσσει συμβουλευτικό, υποστηρικτικό και θεραπευτικό ρόλο. Πιο αναλυτικά ως προς τον ασθενή ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός στοχεύει στη προσαρμογή του ασθενή στο νοσοκομείο και στην συναισθηματική εκφόρτιση του. Προετοιμάζει και υποστηρίζει τον ασθενή ώστε να δεχτεί και να κατανοήσει την κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει αλλά και τον βοηθάει στην αποδοχή της φαρμακευτικής αγωγής. Τον ενημερώνει για τα δικαιώματα αλλά και τις υποχρεώσεις του. Ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός βοηθά τον ασθενή με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης να ανακτήσει τις δυνάμεις του και να ενισχύσει τις ικανότητες του. Ακόμη προετοιμάζει τον άρρωστο για την επάνοδό του και την ομαλή επανένταξή του στο οικογενειακό, εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον. Ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός αποτελεί τον συνδετικό κρίκο της νοσοκομειακής και μετανοσοκομειακής φροντίδας του αρρώστου και φροντίζει να συνεχιστεί η σχέση του ασθενή με το νοσοκομείο για όσο χρειάζεται (Πανταζάκας και Μέντης, 2002 · ιστοσελίδα του νοσοκομείου Πα.Γ.Ν.Η [www.pepagnh.gr](http://www.pepagnh.gr)).

Ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός αναλαμβάνει να υποστηρίξει την οικογένεια, καθώς δεν νοείται κοινωνική εργασία στον ασθενή, χωρίς την προσέγγιση και την υποστήριξη της οικογένειας του. Υποστηρίζει και ενισχύει ψυχολογικά την οικογένεια να αποδεχθεί την νέα κατάσταση, αλλά και να αναπτύξει νέους τρόπους επικοινωνίας με τον ασθενή, που θα διευκολύνουν και τα δύο μέρη. Η συναισθηματική ανακούφιση της οικογένειας είναι πρωταρχικός στόχος ώστε να αποβάλλουν τα αρνητικά συναισθήματα που δημιουργήθηκαν λόγω της νέας κατάστασης (σοκ - άγχος - φόβος - πανικός - θυμός - ενοχές - απογοήτευση). Βοηθά την οικογένεια να ανασυντάξει τις δυνάμεις της γύρω από την νέα πραγματικότητα. Στηρίζει την οικογένεια και την παροτρύνει να σταθεί δίπλα στον ασθενή και να αναπτύξουν νέους ρόλους, που θα διευκολύνουν την φροντίδα του στο νοσοκομείο και μετά την έξοδο του. Ενημερώνει την οικογένεια για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις κατά την διαμονή τους στο νοσοκομείο. Ακόμα η επάνοδος του αρρώστου και η επιστροφή του στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση στην οικογένεια. Ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός θα πρέπει να προετοιμάσει και να συμβουλευτεί την οικογένεια σχετικά με την επανένταξη του ασθενή (ιστοσελίδα του νοσοκομείου Πα.Γ.Ν.Η. [www.pepagnh.gr](http://www.pepagnh.gr)).

Επιπλέον ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός με τον οργανωτικό του ρόλο, αναλαμβάνει να εντοπίσει τις πηγές που θα στηρίζουν τον ασθενή κατά την νοσηλεία του και μετά. Οι πηγές αυτές αφορούν υπηρεσίες, οργανισμούς, φορείς, δημόσιους και ιδιωτικούς, που θα διευκολύνουν τον ασθενή όσο νοσηλεύεται αλλά και θα εξασφαλίσουν τη συνέχεια στην θεραπεία μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός φροντίζει για την διασύνδεση του νοσοκομείου με άλλους φορείς ή ιδρύματα (νοσοκομειακά, εξωνοσοκομειακά κλπ), προς όφελος του αρρώστου και κατ' επέκταση της οικογένειας του, ενώ τους πληροφορεί ή τους παραπέμπει στις διάφορες πηγές της κοινότητας (Πανταζάκας και Μέντης, 2002· Λεμονίδου-Πατηράκη, 2002).

Ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός δημιουργεί και συμμετέχει σε ομάδες αρρώστων που αντιμετωπίζουν την ίδια ασθένεια. Στις ομάδες αυτές, που οι ασθενείς έχουν κοινές ανάγκες και προβλήματα βοηθά τα άτομα μέσω της ομάδας, να αξιοποιήσουν τις ικανότητές τους. Η ομάδα λειτουργεί υποστηρικτικά, συμβουλευτικά και ψυχαγωγικά και αποτρέπει τους ασθενείς να αισθανθούν μόνοι. (Πανταζάκας και Μέντης, 2002· Μουζακίτης, 1988).



Τέλος, ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός με την διασύνδεση των τμημάτων και των υπηρεσιών του νοσοκομείου προσπαθεί να αποτρέψει την άσκοπη τάλαιπωρία του ασθενή και να τον ενημερώσει για τις υπηρεσίες του νοσοκομείου και άλλων φορέων, ώστε να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά. Συμμετέχει στα προγράμματα του νοσοκομείου και ερευνά τα προβλήματα και τις ανάγκες που σχετίζονται με την λειτουργικότητα του νοσοκομείου, υποβάλλοντας σχετικές εισηγήσεις.

Εξωνοσοκομειακής Παρακολούθησης: Ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός συνεχίζει να παρακολουθεί τον ασθενή ή και την οικογένεια του μετά το πέρας της νοσηλείας του. Φροντίζει να συνεχιστεί η σχέση του με το νοσοκομείο είτε στο χώρο του νοσοκομείου είτε στο σπίτι. Αναζητά και καταγράφει τις πηγές σε τοπικό και εθνικό επίπεδο που θα βοηθήσουν τον ασθενή και συνεργάζεται με άλλους φορείς της κοινότητας ώστε να βρεθούν οι καλύτερες λύσεις προς όφελος του. Αξιοποιεί και οργανώνει εθελοντικές ομάδες ή κάθε εθελοντική συμβολή. Διατηρεί αρχείο για τα περιστατικά που παρακολουθεί εκτός του νοσοκομείου και ερευνά τα χαρακτηριστικά και την πορεία των ασθενών που παρακολουθεί μεταθεραπευτικά.

Έρευνας και Εκπαίδευσης: Συντονίζει τις ερευνητικές διαδικασίες που αναπτύσσονται στους προηγούμενους άξονες. Εκπαιδεύει τους σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας και «οργανώνει καινοτόμα προγράμματα που αφορούν συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες ή εισάγουν νέους τρόπους αντιμετώπισης των κοινωνικών προβλημάτων» (Ν.2646/20-10-1998/ Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, αρθ.15, παρ.1).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ. ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ**

#### **4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Κύριος στόχος της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι η νοσηλευτική διεκπεραίωση του αρρώστου. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αναπτύσσει πολλές δραστηριότητες, οι οποίες πέρα από νοσηλευτικές αφορούν στην εκπαίδευση που παρέχεται στο χώρο του νοσοκομείου αλλά και στην οργάνωση της ίδιας της υπηρεσίας. Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες αφορούν στην παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας στα άτομα που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο ή στα εξωτερικά ιατρεία.

Οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες (Βασιλάκου, 2008· Θεοδώρου κ.α., 2001· Λαναρά, 1993) περιλαμβάνουν:

- ❖ την υποστήριξη εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων προς σπουδαστές,
- ❖ την εκπαίδευση του προσωπικού σε προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων και εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης,
- ❖ την ανάπτυξη και υποστήριξη ερευνητικών νοσηλευτικών προγραμμάτων και η εφαρμογή των ευρημάτων τους,
- ❖ τη συμμετοχή των νοσηλευτών στα διάφορα ερευνητικά προγράμματα του νοσοκομείου.

Το περιεχόμενο της διοίκησης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του αναφέρεται (Βασιλάκου, 2008· Λαναρά, 1993· Ρομανίδου – Χατζελιά, 1978):

- ❖ στην οργάνωση εργασίας του Γραφείου της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας,
- ❖ στην εξασφάλιση ετοιμότητας σε όλους του νοσηλευτικούς τομείς του νοσοκομείου για κάλυψη και αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών,
- ❖ στην επαρκή στελέχωση των νοσηλευτικών τομέων με ανάλογο σε αριθμό και παραδεκτή σύνθεση επιπέδων νοσηλευτικού προσωπικού για κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών αρρώστων σε 24ωρη βάση,
- ❖ στη άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης νοσηλευτικών τομέων, καθώς ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών,

- ❖ στην από κοινού συνεργασία της Ν.Υ. με τις άλλες υπηρεσίες για την αποτελεσματικότερη οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με την Λαναρά, 1993 «η νοσηλευτική υπηρεσία είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία θεραπευτικού και ασφαλούς περιβάλλοντος, στο οποίο οι φυσικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες κάθε αρρώστου επισημαίνονται και επιδιώκεται η θεραπεία και αποκατάσταση του αρρώστου με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις». Σύμφωνα με την Βασιλάκου (2008) η Νοσηλευτική Υπηρεσία του Νοσοκομείου και η Διευθύνουσα είναι αρμόδια για:

- Την ευθύνη και τον έλεγχο του προσωπικού για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υψηλού επιπέδου
- Τον προγραμματισμό του προσωπικού ώστε να καλύπτει τις ανάγκες των τμημάτων
- Την σχεδίαση και την οργάνωση όλων των νοσηλευτικών μονάδων
- Τον σχεδιασμό, την υλοποίηση των δραστηριοτήτων της Ν.Υ.
- Την καταγραφή αξιολογητικής έκθεσης και τη μέριμνα για κάθε πρόβλημα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Οι νοσηλευτές παρείχαν πάντα φροντίδα υγείας. Οι δραστηριότητες τους όμως σε σχέση με τη φροντίδα του ασθενή έχουν διαφοροποιηθεί σημαντικά τη σημερινή εποχή. Από το 1900 μέχρι το 1960 νοσηλευτική φροντίδα παρείχαν σχεδόν μόνο οι γυναίκες, οι οποίες αναλάμβαναν την προσωπική διεύθυνση του αρρώστου και ακολουθούσαν τις ιατρικές οδηγίες. Ο περιορισμένος τους αυτός ρόλος έχει αντικατασταθεί σήμερα σε πολύπλευρο ρόλο «ως αποτέλεσμα της βελτίωσης του επιπέδου εκπαίδευσης των νοσηλευτών, της ανάπτυξης της νοσηλευτικής έρευνας και της αναγνώρισης τους ως αυτόνομων κι άρτια ενημερωμένων επαγγελματιών». Ο ρόλος τους σήμερα, είναι πολύπλευρος, ανεξάρτητος και συνεργατικός ταυτόχρονα. Οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα αυτοβούλως να εκτιμούν, να σχεδιάζουν και να εφαρμόζουν τη φροντίδα του ασθενούς βασιζόμενοι στα προσόντα και τις γνώσεις τους» (Lemone & Burke 2004:5).

Κανένας κλάδος υγείας όμως από μόνος του δεν είναι ικανός και επαρκής να καλύψει τις ανάγκες ενός αρρώστου. Ο/η νοσηλευτής/νοσηλεύτρια συνεργάζεται με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας για να πληροφορηθεί για όλες τις πτυχές του/της ασθενούς που θα τον/την βοηθήσουν στην παροχή ολιστικής νοσηλευτικής

φροντίδας, αλλά και επίσης παρέχει πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του ασθενή στην ομάδα (Λαναρά, 1993).

«Η φροντίδας υγείας σήμερα είναι ένα μεγάλο και ιδιαίτερα περίπλοκο σύστημα, στο οποίο αντανακλώνται οι κοινωνικές μεταβολές, οι αλλαγές στις ομάδες του πληθυσμού που χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα και αλλαγές στη φιλοσοφία του συστήματος υγείας. Ως αποτέλεσμα των αλλαγών αυτών, έχουν διερευνηθεί και οι ρόλοι του νοσηλευτή, ο οποίος δεν παρέχει πια μόνο νοσηλευτική φροντίδα» (Lemone & Burke 2004:5). Οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες που απασχολούνται στο νοσοκομείο έχουν πολλούς ρόλους, είναι εκπαιδευτές, συνήγοροι του ασθενή, καθοδηγητές, διαχειριστές, ερευνητές, ειδικοί κλινικοί νοσηλευτές ακόμα και συντονιστές των υπολοίπων μελών της ομάδας υγείας που παρέχουν φροντίδα στον ασθενή (Taylor et al., 2002· Lemone & Burke, 2004). Ο/η νοσηλευτής/νοσηλεύτρια αναλαμβάνει τους ρόλους αυτούς με σκοπό την προαγωγή και τη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη και αντιμετώπιση ασθενειών. Δραστηριοποιείται ως εξής:

- ❖ Παρέχει άμεση φροντίδα στον ασθενή, είναι ευαίσθητοποιημένος και ανταποκρίνεται στις ανάγκες του
- ❖ Παρέχει εξειδικευμένη φροντίδα
- ❖ Εφαρμόζει και εκτελεί νόμιμες ιατρικές οδηγίες, οι οποίες αφορούν σε θεραπεία και φάρμακα, με την προϋπόθεση κατανόησης αιτίου και αποτελέσματος αυτών
- ❖ Παρατηρεί, παρακολουθεί την κατάσταση της υγείας του ασθενή κάνει ακριβή καταγραφή και αναφορά των στοιχείων και αξιολογεί την όλη φροντίδα του ασθενή
- ❖ Μπορεί να επιβλέπει την φροντίδα του ασθενή που παρέχεται από άλλους, πλην των γιατρών
- ❖ Είναι υπεύθυνος/υπεύθυνη για την αγωγή του, για την εκπαίδευση των ασθενών σε αυτήν αλλά και των οικογενειών τους. Αναλαμβάνει να ενημερώνει και να συμβουλεύει τον ασθενή και την οικογένεια του σε θέματα φροντίδας των ασθενών κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο και μετά την έξοδό του, ώστε να διασφαλιστεί η συνέχεια της φροντίδας
- ❖ Συντονίζει τον προγραμματισμό εξόδου και διενεργεί παραπομπές.

- ❖ Συνεργάζεται με τους συναδέλφους του/της και τους άλλους επαγγελματίες υγείας προς όφελος των ασθενών
- ❖ Εκπαιδεύει, καθοδηγεί, ελέγχει τον/την βοηθό νοσηλευτή/νοσηλεύτρια

Όπως υποστηρίζει η Βασιλάκου (2008) η Διοίκηση Νοσηλευτικού Τμήματος είναι από τα σημαντικότερα έργα και ο/η Προϊστάμενος/Προϊσταμένη Νοσηλευτής/Νοσηλεύτρια είναι το κεντρικό πρόσωπο στην οργάνωση της νοσηλευτικής φροντίδας, είναι βοηθός και συνεργάτης του γιατρού, έχει λόγο και άποψη που ο γιατρός λαμβάνει υπ' όψη και υπάγεται κατευθείαν στον διοικητή.

Πιο συγκεκριμένα ο/η Προϊστάμενος/Προϊσταμένη έχει την ευθύνη για:

- Την καλή λειτουργία του τμήματος και φροντίζει έγκαιρα για τον εφοδιασμό του τμήματος με κάθε είδους υλικό (πάγιο και αναλώσιμο, φαρμακευτική προμήθεια) και παρακολουθεί τη χρήση και τη συντήρησή τους
- Την ορθή κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού και τον συντονισμό των εργασιών του καθώς και την εποπτεία του
- Την οργάνωση, προγραμματισμό και ανάθεση των νοσηλευτικών εργασιών στο τμήμα
- Τον σχεδιασμό, προγραμματισμό, υλοποίηση, αξιολόγηση των δραστηριοτήτων του τμήματος
- Την παρακολούθηση της πορείας του ασθενή και συμμετέχει στην ιατρική επίσκεψη
- Την ενημέρωση του άρρωστου και της οικογένειάς του για την ακολουθούμενη θεραπεία καθώς και για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του εντός του νοσοκομείου
- Την αποστείρωση των υλικών και την τήρηση υγιεινής και ασφάλειας του προσωπικού και των ασθενών
- Τη συνεργασία με όλες τις υπηρεσίες του νοσοκομείου
- Την οργάνωση και λειτουργία ερευνητικών προγραμμάτων
- Την εκπαίδευση του προσωπικού αλλά και των σπουδαστών όλων των βαθμίδων νοσηλευτικών σχολών.

Ο/η νοσηλευτής/νοσηλεύτρια αποτελεί συνδετικό κρίκο μεταξύ ασθενούς, περιβάλλοντος και της ομάδας υγείας και η παροχή φροντίδας είναι το μέσο με το οποίο ο νοσηλευτής συνδέεται με τον ασθενή και ενδιαφέρεται για αυτόν, δείχνοντας του συναισθηματική κατανόηση (Taylor et al., 2002· Λαναρά, 1993).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

*Η έρευνα αυτή έχει ως σκοπό τη διερεύνηση των απόψεων και της εμπειρίας που έχουν οι κοινωνικοί λειτουργοί οι οποίοι εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, γενικά<sup>1</sup> ή ειδικά<sup>2</sup>, της Αττικής και της Κρήτης, εκτός των ψυχιατρικών, όσον αφορά στη διεπαγγελματική συνεργασία με τους νοσηλευτές/νοσηλεύτριες.*

Θεωρήσαμε σημαντικό να διερευνήσουμε το παραπάνω θέμα, καθώς είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας, υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης να εγκαταλείπουν τις «δράσεις» τους ως μονάδα και να καταφεύγουν στην συνεργασία με άλλους επαγγελματίες, ξεπερνώντας έτσι το εμπόδιο της εξειδίκευσης και αντιμετωπίζοντας τον άρρωστο ολιστικά (Πανταζάκας και Μέντης, 2002). Οι επαγγελματίες υγείας μέσω της συνεργασίας τους αξιοποιούν τις γνώσεις και τις ικανότητές τους, με απώτερο στόχο την παροχή καλύτερης φροντίδας. Η συζήτηση του θέματος της διεπαγγελματικής συνεργασίας είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στη χώρα μας, όπου δυστυχώς η λειτουργία της ομάδας υγείας δεν έχει επίσημα θεσμοθετηθεί.

*Αναλυτικότερα* στη συγκεκριμένη έρευνα προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε τις απόψεις των κοινωνικών λειτουργών και την εμπειρία τους, όσον αφορά στη διεπαγγελματική συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και τα μέτρα που θεωρούν απαραίτητα να εφαρμοστούν, ώστε να διευκολυνθεί η διεπαγγελματική συνεργασία ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα. Επίσης διερευνήθηκαν οι απόψεις τους για τα κοινά πεδία δράσης νοσηλευτών/νοσηλευτριών - κοινωνικών λειτουργών, για τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών/νοσηλευτριών και για τις αρμοδιότητες νοσηλευτών/νοσηλευτριών και κοινωνικών λειτουργών στο πεδίο «της φροντίδας της οικογένειας του ασθενούς». Τέλος, διερευνήθηκαν οι απόψεις τους για την ύπαρξη σημείων τριβής ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς-νοσηλευτές/νοσηλεύτριες και των αιτίων τους.

---

<sup>1</sup> Τα γενικά νοσοκομεία διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μία ειδικότητες.

<sup>2</sup> Τα ειδικά νοσοκομεία διαθέτουν τμήματα κυρίας νοσηλείας σε μία ειδικότητα (ψυχιατρικό, νοσοκομείο, μαιευτήριο κ.α.) και τμήματα άλλων ειδικοτήτων για την στήριξη της κύριας ειδικότητας.

## 5.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Πιο συγκεκριμένα προσπαθήσαμε να απαντήσουμε στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποια είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση). Κατά πόσο τα χαρακτηριστικά αυτά επηρεάζουν τις απόψεις τους για τη διεπαγγελματική συνεργασία με τους νοσηλευτές/νοσηλεύτριες;
- Ποια είναι τα εργασιακά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων - χρόνια εργασίας στο χώρο του νοσοκομείου, χρόνια εργασίας ως κοινωνικοί λειτουργοί, ποια είναι η θέση τους στην Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου - στέλεχος εφαρμογής ή προϊστάμενος/προϊσταμένη - και κατά πόσο αυτά τα χαρακτηριστικά επηρεάζουν τις απόψεις τους για τη διεπαγγελματική συνεργασία;
- Ποια είναι η εμπειρία τους από τη συνεργασία τους με το νοσηλευτικό προσωπικό, πως την αξιολογούν;
- Ποιες είναι οι απόψεις τους για την ανάγκη διεπαγγελματικής συνεργασίας κοινωνικών λειτουργών - νοσηλευτών/νοσηλευτριών και ποια μέτρα θεωρούν ότι θα τη διευκόλυναν;
- Ποιες είναι οι απόψεις τους για τα κοινά πεδία δράσης κοινωνικών λειτουργών - νοσηλευτών/νοσηλευτριών, για τις αρμοδιότητες νοσηλευτή/νοσηλεύτριας - κοινωνικού/κοινωνικής λειτουργού και για το πεδίο φροντίδα οικογένειας ασθενών;
- Θεωρούν ότι υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα και αν υπάρχουν ποια είναι τα αίτια τους;



### 5.3 ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα της έρευνας περιελάμβανε 113 κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται σε γενικά και ειδικά δημόσια νοσοκομεία της Αττικής και της Κρήτης. Παρατίθενται οι πίνακες Α και Β, με τα νοσοκομεία της Κρήτης και της Αττικής αντίστοιχα, τα οποία συμμετείχαν στην έρευνα.

**Πίνακας Α:** Νοσοκομεία της Κρήτης στα οποία διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο της έρευνας

Νοσοκομείο	Περιοχή	Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται στο νοσοκομείο	Κοινωνικοί Λειτουργοί που συμμετείχαν στην έρευνα	Τύπος νοσοκομείου
Πα.Γ.Ν.Η.	Κρήτη	9	8	Γενικό
Βενιζέλειο	Κρήτη	5	5	Γενικό
Ρεθύμνου	Κρήτη	3	3	Γενικό
Χανίων	Κρήτη	4	3	Γενικό
Αγ. Νικολάου	Κρήτη	1	1	Γενικό
<b>ΣΥΝΟΛΟ Κ.Α</b>		<b>22</b>	<b>20</b>	

Ο συνολικός αριθμός των νοσοκομείων που υπάρχουν στην Κρήτη είναι 9. Τα πέντε συμμετείχαν στην έρευνα. Αξίζει να σημειωθεί ότι από τα υπόλοιπα, μόνο το ένα απασχολεί κοινωνική λειτουργό, η οποία την περίοδο που διεξαγόταν η έρευνα βρισκόταν σε άδεια. Το ποσοστό των κοινωνικών λειτουργών που ανταποκρίθηκε στην έρευνα, από τα νοσοκομεία της Κρήτης που επισκεφθήκαμε, είναι 91 %.

**Πίνακας Β:** Νοσοκομεία της Αττικής στα οποία διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο της έρευνας

Νοσοκομείο	Περιοχή	Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται στο νοσοκομείο	Κοινωνικοί Λειτουργοί που συμμετείχαν στην έρευνα	Τύπος νοσοκομείου
NIMΤΣ	Αττική	1	1	Γενικό (Στρατιωτικό)
«Η Ελπίς»	Αττική	1	1	Γενικό
«Άγιος Σάββας»	Αττική	1	1	Ειδικό
«Ερρίκος Ντυνάν»	Αττική	2	2	Γενικό
«Ελενας Βενιζέλου»	Αττική	2	2	Ειδικό
Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού»	Αττική	3	3	Γενικό
Σισμανόγλειο	Αττική	3	3	Γενικό
Ιπποκράτειο	Αττική	3	3	Γενικό
Κοργιαλένιο – Μπενάκειο (Ερυθρός Σταυρός)	Αττική	4	4	Γενικό
Λαϊκό	Αττική	5	5	Γενικό
«Η Σωτηρία»	Αττική	5	5	Γενικό
«Γ. Γεννηματάς»	Αττική	7	7	Γενικό
«Ανδρέας Συγγρός»	Αττική	1	1	Ειδικό
Αιγινήτειο	Αττική	15	7	Ειδικό
«Αλεξάνδρα»	Αττική	6	6	Γενικό
«Ευαγγελισμός»	Αττική	15	7	Γενικό
«ΑμαλίαΦλέμινγκ»	Αττική	3	3	Γενικό
Παίδων «Αγία Σοφία»	Αττική	7	6	Γενικό
Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών	Αττική	1	1	Γενικό (Στρατιωτικό)
401	Αττική	1	1	Γενικό (Στρατιωτικό)
Ασκληπειό Βούλας	Αττική	5	5	Γενικό
Τζάνειο	Αττική	3	1	Γενικό
«Άγιοι Ανάργυροι»	Αττική	2	2	Γενικό
Κωνσταντοπούλειο – «Αγία Όλγα»	Αττική	5	5	Γενικό
Θριάσιο	Αττική	12	11	Γενικό
<b>ΣΥΝΟΛΟ Κ.Α</b>		<b>113</b>	<b>93</b>	

Ο συνολικός αριθμός των νοσοκομείων που υπάρχουν στην Αττική, συμπεριλαμβανομένου και το νοσοκομείο των Κυθήρων που ανήκει στο Νομό Αττικής, είναι 44. Από αυτά τα 3 είναι ψυχιατρικά, τα οποία όπως προαναφέρθηκε

δεν τα συμπεριλάβαμε στο δείγμα. Το δείγμα μας αποτέλεσαν τα 24 νοσοκομεία. Από τα υπόλοιπα 17, που δε συμμετείχαν στην έρευνα, στα 5 δεν υπάρχει Κοινωνική Υπηρεσία, τα 3 δεν μπορέσαμε να τα επισκεφθούμε λόγω της απόστασης που έπρεπε να διαθέτουμε ιδιωτικό μεταφορικό μέσο, στα 4 δεν καταφέραμε να έρθουμε σε επικοινωνία λόγω του ότι η περίοδος κατά την οποία διεξαγόταν η έρευνα ήταν περίοδος γιορτών – αυτά τα νοσοκομεία διέθεταν έναν μόνο κοινωνικό/κοινωνική λειτουργό - και τα υπόλοιπα 5 δε διέθεσαν τον απαιτούμενο χρόνο για τη συνεργασία (π.χ. δεν ήταν συνεπής στις προγραμματισμένες συναντήσεις). Το ποσοστό των κοινωνικών λειτουργών που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα, από τα νοσοκομεία της Αττικής που επισκεφτήκαμε, είναι 82,3 %.

Συνολικά, το δείγμα μας προήλθε από 29 νοσοκομεία. Το συνολικό ποσοστό των κοινωνικών λειτουργών που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα, από τα νοσοκομεία της Αττικής και της Κρήτης, που επισκεφθήκαμε είναι 83,7 %.

#### **5.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ**

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας, βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο που δομήθηκε και χρησιμοποιήθηκε σε έρευνα με θέμα «τη διερεύνηση της διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ των δύο επαγγελματιών υγείας Κοινωνικών Λειτουργών και Νοσηλευτών/τριών στο νοσοκομειακό χώρο» στα πλαίσια του μαθήματος Σεμινάριο Τελειοφοίτων με υπεύθυνη καθηγήτρια την κ. Ελένη Παπαδάκη. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και οι ερωτήσεις που περιλάμβανε ήταν κυρίως κλειστού τύπου, καθώς και λίγες ανοιχτού. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε:

- Τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων (φύλο, ηλικία, πόλη, επίπεδο εκπαίδευσης) και πληροφορίες σχετικά με τα εργασιακά τους χαρακτηριστικά (χρόνια εργασίας στο χώρο του νοσοκομείου, χρόνια εργασίας ως κοινωνικοί λειτουργοί, ποια είναι η θέση τους στην Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου - στέλεχος εφαρμογής ή προϊστάμενος/προϊσταμένη).
- Ερωτήσεις για την άποψη τους και την εμπειρία τους όσον αφορά στη διεπαγγελματική συνεργασία με τους νοσηλευτές/νοσηλεύτριες και πως την αξιολογούν (από ποιον γίνεται η παραπομπή των περιστατικών, την άποψή τους αν γενικά υπάρχει διεπαγγελματική συνεργασία ανάμεσα στις δύο ειδικότητες, αξιολόγηση της συνεργασίας αυτής, αν συγκεκριμένα στις κλινικές όπου εργάζονται

υπάρχει διεπαγγελματική συνεργασία, ποιος αναλαμβάνει πρωτοβουλία για αυτή τη συνεργασία και την αξιολόγησή της).

- Ερωτήσεις για τα μέτρα που κατά την άποψή τους θα διευκολύνουν τη διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών/νοσηλευτριών (πως θα πρέπει να υλοποιείται η διεπαγγελματική συνεργασία, από πού θα πρέπει να επιδιώκεται, τα μέτρα που θεωρούν ότι θα διευκόλυναν τη διεπαγγελματική συνεργασία).
- Ερωτήσεις για τα κοινά πεδία δράσης και τις αρμοδιότητες των δύο επαγγελματιών και το πεδίο φροντίδας οικογένειας (αναφορά στα κοινά πεδία δράσης, στις αρμοδιότητες των νοσηλευτών/νοσηλευτριών, στο πεδίο φροντίδα οικογένειας ασθενών).
- Ερωτήσεις για τα σημεία τριβής ανάμεσα στις δύο ειδικότητες και τα αίτια τους.

#### **5.5 ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ**

Πραγματοποιήσαμε επισκέψεις στα παραπάνω νοσοκομεία και ζητήθηκε από τους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται στις Κοινωνικές Υπηρεσίες, να συμπληρώσουν εθελοντικά ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο, αφού πρώτα εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνας και τι ακριβώς πρέπει να κάνουν. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους κοινωνικούς λειτουργούς των νοσοκομείων και συλλέχθηκαν την περίοδο Δεκέμβριος 2007 – Ιανουάριος 2008 και Απρίλιος 2008, μέσα στο χώρο των Νοσοκομείων που επισκεφθήκαμε (αφού πρώτα είχαμε πάρει την έγκριση για να ξεκινήσουμε τη διαδικασία, από τον/την προϊστάμενο/προϊσταμένη της Κοινωνικής Υπηρεσίας).

Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι γενικεύσιμα στους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται στα γενικά και ειδικά νοσοκομεία της Αττικής και Κρήτης, εξαιρουμένων των ψυχιατρικών νοσοκομείων.

#### **5.6 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ**

Η βασική δυσκολία που αντιμετωπίσαμε κατά τη διάρκεια συλλογής των ερωτηματολογίων, ήταν η απροθυμία ορισμένων κοινωνικών λειτουργών για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, έπειτα από τη σχετική ενημέρωσή τους για το σκοπό της έρευνας. Ακόμη, ενώ η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτούσε

πολύ λίγο χρόνο, οι περισσότεροι που συμμετείχαν στην έρευνα συμπλήρωσαν και παρέδωσαν το ερωτηματολόγιο μετά από αρκετές μέρες.

Ο αριθμός των κοινωνικών λειτουργών που απασχολούνται σε κάθε νοσοκομείο, ήταν στις περισσότερες των περιπτώσεων μικρός (πολλά νοσοκομεία απασχολούσαν κανέναν έως ένα κοινωνικό/κοινωνική λειτουργό), γεγονός που μας δυσκόλευε και μας καθυστερούσε στη συμπλήρωση του απαιτούμενου αριθμού ερωτηματολογίων για το δείγμα.

Τέλος, αντικειμενική δυσκολία αποτέλεσε η απόσταση που έπρεπε να διανύσουμε για το κάθε νοσοκομείο που επισκεφθήκαμε, λόγω έλλειψης ιδιωτικού μεταφορικού μέσου.

## 5.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Τα δεδομένα που συλλέξαμε αναλύθηκαν μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή, με τη χρήση του στατιστικού πακέτου S.P.S.S. 16. Στο πρώτο μέρος των αποτελεσμάτων, παρουσιάζονται βασικά τα ευρήματα περιγραφικής στατιστικής, δηλαδή οι συχνότητες. Στο δεύτερο μέρος των αποτελεσμάτων εξετάζεται η πιθανή σχέση μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών. Χρησιμοποιήθηκε το τεστ σημαντικότητας  $\chi^2$ , που θεωρείται κατάλληλο για τη σύγκριση ποιοτικών μεταβλητών (Howitt και Cramer, 2006).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

#### 6.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ

##### 6.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 113 κοινωνικοί λειτουργοί (108 γυναίκες και 5 άνδρες), που εργάζονται σε δημόσια Γενικά και Ειδικά Νοσοκομεία της Αττικής και της Κρήτης. Από αυτούς, οι 93 εργάζονται σε 24 νοσοκομεία της Αττικής και οι 20 σε 5 νοσοκομεία της Κρήτης.

Η ηλικία των ερωτώμενων κυμαίνεται από 24 έως 60 ετών και όπως φαίνεται στον πίνακα 1, η πλειοψηφία (53,1 %) είναι μεταξύ 41 και 50 ετών.

##### **Πίνακας 1-Ηλικία**

ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Έως 25	4	3,5%
26-30	6	5,3%
31-35	10	8,8%
36-40	17	15%
41-45	34	30,1%
46-50	26	23%
51-55	11	9,7%
56-60	5	4,4 %
ΣΥΝΟΛΟ	113	100 %

##### **Πίνακας 2-Επίπεδο εκπαίδευσης**

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Απόφοιτος ΤΕΙ	96	85 %
Απόφοιτος ΑΕΙ	7	6,2%
Κάτοχος Μεταπτυχιακού	10	8,8%
Κάτοχος Διδακτορικού	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	113	100%

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (85 %), είναι απόφοιτοι ΤΕΙ. Ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά (6,2 %) και (8,8 %) οι ερωτώμενοι που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ και κάτοχοι Μεταπτυχιακού τίτλου αντίστοιχα. Το ποσοστό των κατόχων Διδακτορικού είναι μηδενικό. (πίνακας 2)

### 6.1.2 Εργασιακά χαρακτηριστικά ερωτώμενων

**Πίνακας 3-Χρόνια εργασίας ως κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός**

ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΩΣ ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
3 μήνες-5 χρόνια	17	15 %
6-10 χρόνια	13	11,5 %
11-15 χρόνια	24	21,2 %
16-20 χρόνια	16	14,2 %
21-25 χρόνια	29	25,7 %
26-30 χρόνια	9	8 %
31-35 χρόνια	4	3,5 %
36-40 χρόνια	1	0,9 %
ΣΥΝΟΛΟ	113	100 %

Σημαντικό ποσοστό των ερωτώμενων (25,7 %), εργάζονται 21 με 25 χρόνια. Ακολουθούν οι ερωτώμενοι (ποσοστό 21,2 %) που εργάζονται 11 έως 15 χρόνια και οι ερωτώμενοι (ποσοστό 15 %) που εργάζονται 3 μήνες έως 5 χρόνια. Σημαντικά ποσοστά επίσης έχουμε στην κατηγορία 16 με 20 χρόνια (ποσοστό 14,2 %), και στην κατηγορία 6-10 χρόνια (ποσοστό 11,5 %).

**Πίνακας 4-Χρόνια εργασίας στο νοσοκομείο**

ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
3 μήνες-5 χρόνια	25	22,1 %
6-10 χρόνια	12	10,6%
11-15 χρόνια	22	19,5 %
16-20 χρόνια	27	23,9 %
21-25 χρόνια	22	19,5 %
26-30 χρόνια	3	2,7 %
31-35 χρόνια	2	1,8 %
ΣΥΝΟΛΟ	113	100%

Όσον αφορά στα χρόνια εργασίας των ερωτώμενων στο νοσοκομείο ποσοστό 23,9 % εργάζεται 16-20 χρόνια, ενώ το αμέσως μικρότερο ποσοστό, (22,1 %), εργάζεται 3 μήνες - 5 χρόνια. Με ίδιο ποσοστό (19,5 %), εμφανίζονται οι κατηγορίες 11 -15 χρόνια και 21-25 χρόνια (πίνακας 4).

**Πίνακας 5-Θέση που κατέχουν στην κοινωνική υπηρεσία**

ΘΕΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Στέλεχος εφαρμογής	87	77 %
Προϊστάμενος/η κοινωνικής υπηρεσίας	26	23 %
ΣΥΝΟΛΟ	113	100 %

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (77 %), είναι στελέχη εφαρμογής ενώ το 23 % των ερωτώμενων έχουν αναλάβει καθήκοντα προϊσταμένου/προϊσταμένης κοινωνικής υπηρεσίας. (πίνακας 5)

**6.1.3 Εμπειρία ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών για τη διεπαγγελματική συνεργασία τους με νοσηλευτές/νοσηλεύτριες**

**Πίνακας 6-Πως γίνεται η παραπομπή των περιστατικών στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου**

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Από τον προϊστάμενο της κλινικής	87	34 %
Από το γιατρό που έχει την ευθύνη για το περιστατικό	96	37,5 %
Άλλο	73	28,5 %
ΣΥΝΟΛΟ	256	100 %

Στον πίνακα 6, που έχει διαμορφωθεί επί του συνόλου των απαντήσεων, βλέπουμε πως πραγματοποιείται η παραπομπή των περιστατικών στη κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 6, το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων (37,5 %), ήταν «η παραπομπή γίνεται από τον γιατρό που έχει την ευθύνη για το περιστατικό». Το επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό, (34 %), ήταν «η παραπομπή των περιστατικών γίνεται από τον/την προϊστάμενο/προϊσταμένη της κλινικής».

Όσον αφορά την παραπομπή στην κοινωνική υπηρεσία με άλλο τρόπο (ποσοστό 28,5 %) οι απαντήσεις αφορούσαν κατά το μεγαλύτερο μέρος του συγγενείς και τους ίδιους τους ασθενείς (που απευθύνονται με δική τους πρωτοβουλία στην κοινωνική υπηρεσία). Η κοινότητα και άλλοι φορείς/υπηρεσίες της κοινότητας, ήταν η δεύτερη πιο συχνή απάντηση. Συχνή ήταν και η διερεύνηση της ίδιας της Κοινωνικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου ως άλλος τρόπος να εντοπίζονται τα περιστατικά του νοσοκομείου. Τέλος, αξίζει να αναφερθούν και οι μεμονωμένες απαντήσεις που



δόθηκαν για τον διοικητή του νοσοκομείου και την εισαγγελία ανηλίκων ως τρόπο παραπομπής περιστατικών.

**Πίνακας 7- Στην κλινική ή τις κλινικές που εργάζεστε υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα;**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι, υπάρχει συστηματική συνεργασία	42	37,2%
Ναι, υπάρχει περιστασιακή συνεργασία	31	27,4%
Υπάρχει συνεργασία με κάποιες κλινικές και με άλλες δεν υπάρχει	39	34,5%
Όχι, δεν υπάρχει συνεργασία	1	0,9%
ΣΥΝΟΛΟ	113	100 %

Το μεγαλύτερο ποσοστό (37,2 %) απάντησε ότι υπάρχει συστηματική συνεργασία ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα, ενώ σημαντικό ποσοστό (34,5 %) απάντησε ότι με κάποιες κλινικές υπάρχει συνεργασία και με άλλες όχι. Ποσοστό 27,4 % των ερωτώμενων απάντησε ότι υπάρχει περιστασιακή συνεργασία, ενώ μόνο το 0,9 % απάντησε ότι δεν υπάρχει συνεργασία (πίνακας 7).

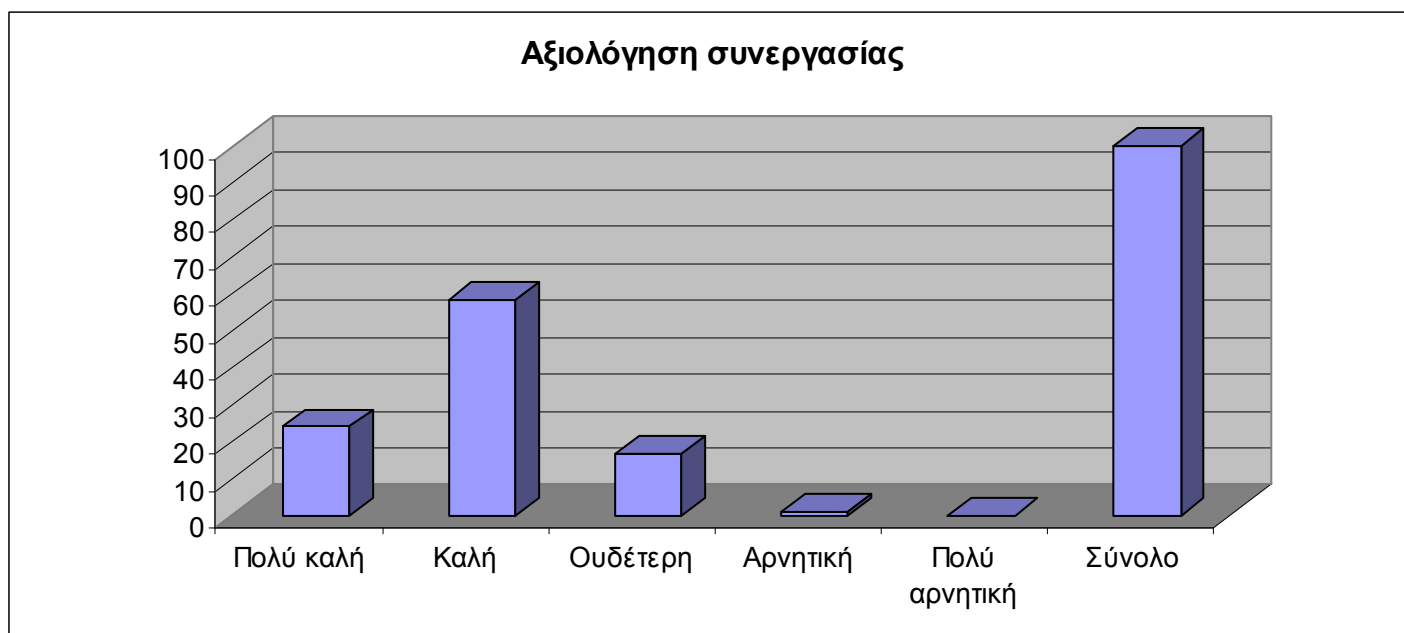
**Πίνακας 8 -Έχετε συνεργαστεί με νοσηλεύτη/νοσηλεύτρια;**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι, με δική μου πρωτοβουλία	44	38,9 %
Ναι, με πρωτοβουλία του/της νοσηλευτή/τριας	6	5,3 %
Όχι, ποτέ	1	0,9 %
Ναι με πρωτοβουλία και από τις δύο ειδικότητες	62	54,9 %
ΣΥΝΟΛΟ	113	100%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 8, η πλειοψηφία των ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών (54,9 %) έχουν συνεργαστεί με νοσηλευτή/νοσηλεύτρια με πρωτοβουλία από τα δύο μέρη (δική τους και του/της νοσηλευτή/νοσηλεύτριας). Σημαντικό ποσοστό των ερωτώμενων (38,9 %), έχουν συνεργαστεί με νοσηλευτή/νοσηλεύτρια με δική τους πρωτοβουλία, ενώ μικρό ποσοστό των κοινωνικών λειτουργών (5,3 %),

απάντησαν ότι έχουν συνεργαστεί με πρωτοβουλία του/της νοσηλευτή/νοσηλεύτριας και μόνο το 0,9 % δεν έχει συνεργαστεί ποτέ.

**Γράφημα 1 - Με βάση την εμπειρία που έχετε, πως θα αξιολογούσατε την συνεργασία σας με τον νοσηλευτικό προσωπικό;**



Όπως μπορούμε να δούμε στο γράφημα 1, η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών αξιολογούν ως καλή (58,4 %) την συνεργασία τους με το νοσηλευτικό προσωπικό, το 23,9 % ως πολύ καλή, το 16,8 %, την αξιολογεί ως ουδέτερη και μόλις το 0,9 % την αξιολογεί ως αρνητική.

#### **6.1.4 Απόψεις ερωτώμενων για τη διεπαγγελματική συνεργασία κοινωνικών λειτουργών- νοσηλευτών/νοσηλευτριών**

- ο Πιστεύετε γενικά ότι υπάρχει διεπαγγελματική συνεργασία ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές/νοσηλεύτριες στο χώρο του νοσοκομείου;

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων (89,4 %) που συμμετείχαν στην έρευνα απάντησαν στην ερώτηση αυτή θετικά, ενώ το 10,6 % απάντησε όχι, ότι δηλαδή δεν υπάρχει γενικά διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ των δύο αυτών επαγγελμάτων.

**Πίνακας 9- Αν πιστεύετε ότι υπάρχει διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα στις δύο ειδικότητες, πως θα τη χαρακτηρίζατε;**

ΠΩΣ ΤΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΕΤΕ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Θετική/την χαρακτηρίζει πνεύμα αλληλεγγύης	22	21,7 %
Μάλλον θετική/δεν υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα	63	62,3 %
Αδιάφορη	6	6 %
Τη χαρακτηρίζει η απόσταση και η έλλειψη ρεαλιστικής αντίληψης του ενός επαγγέλματος για το άλλο	10	10 %
ΣΥΝΟΛΟ	101	100 %

Στον πίνακα 9 βλέπουμε μόνο το σύνολο των κοινωνικών λειτουργών που θεωρούν ότι υπάρχει διεπιστημονική συνεργασία (101 άτομα). Από το σύνολο αυτό, η πλειοψηφία (62,3 %) των κοινωνικών λειτουργών, την χαρακτηρίζει μάλλον θετική/δεν υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα και ποσοστό (21,7 %), τη χαρακτηρίζει θετική. Σημαντικό επίσης ποσοστό (16 %), χαρακτηρίζει τη συνεργασία αποστασιοποιημένη ή αδιάφορη.

**Πίνακας. 10- Θεωρείτε ότι η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ κοινωνικών λειτουργών-νοσηλευτών/νοσηλευτριών θα πρέπει:**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Να υλοποιείται περιστασιακά όταν προκύπτει ανάγκη	5	4,4%
Να υπάρχει συστηματική /άτυπη επικοινωνία	20	17,7 %
Να υπάρχει συστηματική/επίσημη συνεργασία	31	27,4 %
Να υπάρχει θεσμοθετημένη στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας	57	50,4 %
ΣΥΝΟΛΟ	113	100 %

Από τον πίνακα 10 γίνεται φανερό, πως οι μισοί από τους ερωτώμενους, (50,4 %), θεωρούν πως η συνεργασία μεταξύ των δύο επαγγελμάτων θα πρέπει να υπάρχει θεσμοθετημένη στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας. Ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό (27,4%), θεωρεί ότι θα πρέπει να υπάρχει συστηματική/επίσημη

συνεργασία. Ποσοστό (17,7%), θεωρεί ότι θα πρέπει να υπάρχει συστηματική/άτυπη επικοινωνία.

Στους πίνακες 11 έως 12 που ακολουθούν, παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των κοινωνικών λειτουργών, για τον τρόπο που σύμφωνα με την άποψή τους θα πρέπει να επιδιώκεται η ανάπτυξη της διεπαγγελματικής συνεργασίας (στην ερώτηση υπήρχε δυνατότητα ιεραρχημένων απαντήσεων).

**Πίνακας 11-Αν θεωρείται ότι η διεπαγγελματική συνεργασία είναι απαραίτητη, η ανάπτυξη της θα πρέπει να επιδιώκεται από (πρώτη επιλογή):**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου	10	8,8 %
Τους/τις προϊσταμένους /προϊστάμενες των κλινικών	0	0 %
Την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου και τους/τις προϊσταμένους/προϊστάμενες των κλινικών	56	49,6 %
Τις αρχές του νοσοκομείου με την καθιέρωση επίσημης διεπαγγελματικής συνεργασίας	47	41,6
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>113</b>	<b>100 %</b>

Στον Πίνακα 11 βλέπουμε ότι ως πρώτη επιλογή σημαντικό ποσοστό των ερωτώμενων (49,6 %), θεωρούν ότι η διεπαγγελματική συνεργασία ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα θα πρέπει να επιδιώκεται από την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου και τους/τις προϊσταμένους/προϊστάμενες των κλινικών, ενώ σημαντικό ποσοστό των ερωτώμενων (41,6 %), θεωρούν ότι θα πρέπει να καθιερωθεί επίσημη διεπαγγελματική συνεργασία από τις αρχές του νοσοκομείου.

**Πίνακας 12-Αν θεωρείται ότι η διεπαγγελματική συνεργασία είναι απαραίτητη, η ανάπτυξη της, ως δεύτερο σημαντικότερο, θα πρέπει να επιδιώκεται από (δεύτερη επιλογή):**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου	1	0,9 %
Τους/τις προϊσταμένους /νες των κλινικών	6	5,3 %
Την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου και τους προϊσταμένους των κλινικών	30	26,5 %
Τις αρχές του νοσοκομείου με την καθιέρωση επίσημης διεπαγγελματικής συνεργασίας	20	17,7 %
Δεν απάντησαν	56	49,6 %
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>113</b>	<b>100 %</b>

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 12, ως δεύτερη επιλογή οι ερωτώμενοι απάντησαν με ποσοστό 26,5 % και πάλι ότι η διεπαγγελματική συνεργασία ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα θα πρέπει να επιδιώκεται από την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου και τους/τις προϊσταμένους/προϊστάμενες των κλινικών. Επίσης ποσοστό (17,7 %) των ερωτώμενων θεωρούν ότι θα πρέπει να καθιερωθεί επίσημη διεπαγγελματική συνεργασία από τις αρχές του νοσοκομείου.

**Πίνακας.13-Αν θεωρείται ότι η διεπαγγελματική συνεργασία είναι απαραίτητη, η ανάπτυξη της θα πρέπει να επιδιώκεται από (επί συνόλου απαντήσεων):**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου	24	12 %
Τους/τις προϊσταμένους /νες των κλινικών	16	8 %
Την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου και τους προϊσταμένους των κλινικών	87	43,8 %
Τις αρχές του νοσοκομείου με την καθιέρωση επίσημης διεπαγγελματικής συνεργασίας	72	36,2%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>199</b>	<b>100 %</b>

Στον πίνακα 13, βλέπουμε τα αποτελέσματα επί συνόλου των απαντήσεων των κοινωνικών λειτουργών, ανεξάρτητα από το αν είναι πρώτη, δεύτερη, τρίτη ή τέταρτη επιλογή. Το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων των ερωτηθέντων (43,8 %), θεωρεί πως η διεπαγγελματική συνεργασία θα πρέπει να επιδιώκεται από την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου και τους προϊσταμένους/προϊστάμενες των

κλινικών. Το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό (36,2 %) υποστηρίζει πως θα πρέπει να επιδιώκεται από τις αρχές του νοσοκομείου με την καθιέρωση επίσημης διεπαγγελματικής συνεργασίας. 12% θεωρούν ότι θα πρέπει να επιδιώκεται από την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου και 8% από τους προϊσταμένους/προϊστάμενες των κλινικών.

**Πίνακας 14- Ποια μέτρα πιστεύετε ότι θα διευκόλυναν τη δυνατότητα διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών – νοσηλευτών/νοσηλευτριών.**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Άσκηση στην ομαδική διεπαγγελματική συνεργασία κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης.	59	29,4 %
Θεσμοθέτηση διεπιστημονικής συνεργασίας μέσω λειτουργίας διεπιστημονικής ομάδας στο χώρο του νοσοκομείου	76	37,8 %
Επίσημος προσδιορισμός καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των επαγγελματιών από το Υπουργείο Υγείας ή τη Διοίκηση του νοσοκομείου	60	29,8 %
Άλλο	6	3 %
Σύνολο	201	100 %

Στον πίνακα 14 τα ποσοστά είναι διαμορφωμένα επί συνόλου απαντήσεων. Το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων που δόθηκε (37,8 %), αφορά τη θεσμοθέτηση της διεπιστημονικής συνεργασίας μέσω λειτουργίας της διεπιστημονικής ομάδας στο χώρο του νοσοκομείου. Η άσκηση στην ομαδική διεπαγγελματική συνεργασία κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης και ο επίσημος προσδιορισμός καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των επαγγελματιών από το Υπουργείο Υγείας ή τη Διοίκηση του νοσοκομείου εμφάνισαν σχεδόν τα ίδια ποσοστά, 29,4 % και 29,8 % αντίστοιχα.

Σχετικά με την κατηγορία «άλλο» οι ερωτώμενοι αναφέρθηκαν στα παρακάτω μέτρα που κατά την άποψή τους διευκολύνουν τη διεπαγγελματική συνεργασία: η συνειδητοποίηση του επαγγελματικού ρόλου και της προσφοράς τους από τους επαγγελματίες, η αγάπη και το ενδιαφέρον για τη δουλειά τους, η συμμετοχή σε ομάδες ανατροφοδότησης και αποφόρτισης θεσμοθετημένες από τη Διοίκηση και η απόκτηση παιδείας από την οικογένεια και το σχολείο.

**Πίνακας 15-Αρμόδια επαγγέλματα στον τομέα της υγείας είναι:**

ΑΡΜΟΔΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Κυρίως τα επαγγέλματα του γιατρού και νοσηλεύτη/νοσηλεύτριας και συμπληρωματικά τα άλλα επαγγέλματα που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας.	4	3,5 %
Κυρίως τα επαγγέλματα γιατρού, νοσηλεύτη/νοσηλεύτριας, κοινωνικού λειτουργού και συμπληρωματικά τα άλλα επαγγέλματα που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας	4	3,5 %
Η υγεία ως αποτέλεσμα συντονισμένης και συλλογικής προσπάθειας διαφορετικών επαγγελμάτων που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας	105	92,9 %
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>113</b>	<b>100 %</b>

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 15, η συντριπτική πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών (92,9 %) απάντησε ότι η υγεία δεν είναι ευθύνη ενός ή δύο επαγγελμάτων αλλά αποτέλεσμα συντονισμένης και συλλογικής προσπάθειας διαφορετικών επαγγελμάτων, που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας.

**6.1.5 Απόψεις ερωτώμενων για τα κοινά πεδία δράσης κοινωνικών λειτουργών-νοσηλευτών**

**Πίνακας 16 - Πιστεύετε ότι υπάρχουν κοινά πεδία δράσης μεταξύ κοινωνικών λειτουργών-νοσηλευτών/νοσηλευτριών;**

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΟΙΝΑ ΠΕΔΙΑ ΔΡΑΣΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	83	73,5 %
Όχι	30	26,5 %
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>113</b>	<b>100 %</b>

Στο πίνακα 16 μπορούμε να δούμε πως η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών, (73,5 %), απάντησε θετικά στην ερώτηση αν υπάρχουν κοινά πεδία δράσης μεταξύ των δύο επαγγελμάτων, ενώ ποσοστό 26,5% δεν πιστεύει ότι υπάρχουν κοινά πεδία δράσης ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα.

**Πίνακας 17-Ποια είναι τα κοινά πεδία δράσης; (ανοικτή ερώτηση)**

ΚΟΙΝΑ ΠΕΔΙΑ ΔΡΑΣΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Υποστήριξη και ενημέρωση ασθενούς και οικογένειας	40	45,5 %
Καλύτερη ποιότητα νοσηλείας ασθενούς	12	13,6 %
Φροντίδα ασθενούς και κάλυψη των αναγκών του	11	12,5 %
Διεκπεραίωση περιστατικών	2	2,3 %
Ενημέρωση περιβάλλοντος ασθενούς για την μετανοσοκομειακή φροντίδα	2	2,3 %
Πληροφόρηση για την ασθένεια	3	3,4 %
Ευπαθείς ομάδες	1	1,1 %
Συναισθηματική στήριξη συνοδού, ψυχοκοινωνική στήριξη ασθενών	1	1,1 %
Ευαισθητοποίηση για σωστή φαρμακευτική αγωγή	1	1,1 %
Ενημέρωση Κ.Λ. από νοσηλεύτη/τρια	2	2,3 %
Συλλογή στοιχείων οικογένειας	1	1,1 %
Δεν απάντησαν	12	13,6 %
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>88</b>	<b>100 %</b>

Στον πίνακα 17 μπορούμε να δούμε τις απαντήσεις των ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών (που θεωρούν ότι υπάρχουν κοινά πεδία δράσης κοινωνικών λειτουργών-νοσηλευτών/νοσηλευτριών) στην ερώτηση ποια είναι τα κοινά πεδία δράσης ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα. Τα αποτελέσματα είναι διαμορφωμένα επί συνόλου των απαντήσεων και όχι των ερωτηθέντων.

Σημαντικό ποσοστό όσων απάντησαν (45,5 %), θεωρούν ως κοινό πεδίο δράσης μεταξύ των δύο επαγγελμάτων την υποστήριξη και ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας του. Ποσοστό (13,6 %) θεωρεί ως κοινό πεδίο δράσης των δύο επαγγελμάτων, τη φροντίδα για καλύτερη ποιότητα νοσηλείας του ασθενούς και ποσοστό (12,5 %), τη φροντίδα του ασθενούς και την κάλυψη των αναγκών του.



Κοινά πεδία επίσης θεωρούν τη διεκπεραίωση περιστατικών, την ενημέρωση περιβάλλοντος ασθενούς για την μετανοσοκομειακή φροντίδα και την ενημέρωση του/της κοινωνικού/κοινωνικής λειτουργού από το νοσηλευτικό προσωπικό με το ίδιο ποσοστό (2,3 %). Η πληροφόρηση για την ασθένεια απαντήθηκε με ποσοστό 3,4 %.

Με μεμονωμένες απαντήσεις και ποσοστό 1,1 %, δόθηκαν τα εξής κοινά πεδία: ευπαθείς ομάδες, ευαισθητοποίηση για σωστή φαρμακευτική αγωγή, συλλογή των στοιχείων της οικογένειας, συναισθηματική στήριξη συνοδού και ψυχοκοινωνική στήριξη ασθενούς.

#### **6.1.6 Απόψεις ερωτώμενων για τις αρμοδιότητες νοσηλευτών**

Στους πίνακες 18 ως 23 που ακολουθούν δίνονται αναλυτικά οι απαντήσεις των κοινωνικών λειτουργών σε κάθε μία από τις κατηγορίες της ερώτησης : Ποια από τα παρακάτω πεδία θεωρείτε ότι ανήκουν στις αρμοδιότητες των νοσηλευτών/τριών.

**Πίνακας 18-Ο νοσηλευτής/νοσηλεύτρια σε συνεργασία με το γιατρό αναλαμβάνει την κλινική εξέταση του ασθενή μέσα στα πλαίσια της διαγνωστικής διαδικασίας για την ασθένεια**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	23	20,4 %
Όχι	90	79,6 %
Σύνολο	113	100 %

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 18, η πλειοψηφία (79,6%), θεωρεί ότι η κλινική εξέταση του ασθενή μέσα στα πλαίσια της διαγνωστικής διαδικασίας για την ασθένεια σε συνεργασία με το γιατρό, δεν ανήκει στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή, ενώ ποσοστό 20,4% απάντησε θετικά.

**Πίνακας 19-Ο/η νοσηλευτής/νοσηλεύτρια αναλαμβάνει τη μετανοσοκομειακή παρακολούθηση και την κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών.**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	2	1,8 %
Όχι	111	98,2 %
Σύνολο	113	100 %

Στον Πίνακα 19 μπορούμε να δούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών (98,2%), θεωρεί ότι η μετανοσοκομειακή παρακολούθηση και κοινωνική

αποκατάσταση των ασθενών δεν ανήκει στις αρμοδιότητες των νοσηλευτών/νοσηλευτριών.

**Πίνακας 20-Ο/η νοσηλευτής/νοσηλεύτρια παρέχει νοσηλευτική φροντίδα και μεριμνά για τις συνθήκες νοσηλείας του ασθενούς.**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	104	92 %
Όχι	9	8 %
Σύνολο	113	100 %

Από τον πίνακα 20 γίνεται φανερό ότι η συντριπτική πλειοψηφία (92%), θεωρεί ότι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και μέριμνας για τις συνθήκες νοσηλείας του ασθενούς ανήκει στις αρμοδιότητες των νοσηλευτών/νοσηλευτριών.

**Πίνακας 21- Ο/η νοσηλευτής/νοσηλεύτρια ασχολείται με την υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του.**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	21	18,6 %
Όχι	92	81,4 %
Σύνολο	113	100 %

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων, (81,4 %), δεν θεωρεί ότι η υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του ανήκει στις αρμοδιότητες των νοσηλευτών/νοσηλευτριών. Ποσοστό 18,6 % πιστεύει το αντίθετο.

**Πίνακας 22- Ο/η νοσηλευτής/νοσηλεύτρια δίνει πληροφορίες για την πορεία και την πρόγνωση της ασθένειας σε συνεργασία με το γιατρό.**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	21	18,6 %
Όχι	92	81,4 %
Σύνολο	113	100 %

Στον πίνακα 22 η πλειοψηφία των ερωτώμενων (81,4%) δεν συμφωνεί ότι είναι αρμοδιότητα του νοσηλευτή/νοσηλεύτριας να δίνει πληροφορίες για την πορεία και την πρόγνωση της ασθένειας σε συνεργασία με το γιατρό.

**Πίνακας 23- Ο/η νοσηλευτής/νοσηλεύτρια παρέχει φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή.**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	50	44,2 %
Όχι	63	55,8 %
Σύνολο	113	100 %

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 23, αν και η πλειοψηφία (55,8 %) διαφωνεί, ένα μεγάλο ποσοστό κοινωνικών λειτουργών (44,2 %) συμφωνεί ότι η φροντίδα και η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή ανήκουν στις αρμοδιότητες των νοσηλευτών/νοσηλευτριών.

**6.1.7 Απόψεις ερωτώμενων για τις αρμοδιότητες κοινωνικών λειτουργών-νοσηλευτών/τριών όσον αφορά στη «φροντίδα της οικογένειας του ασθενούς».**

**Πίνακας 24 – Θεωρείτε ότι η φροντίδα οικογένειας ασθενών είναι:**

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Πεδίο δράσης και για τις δύο ειδικότητες	73	64,6 %
Πεδίο δράσης μόνο των νοσηλευτών/νοσηλευτριών	1	0,9 %
Πεδίο δράσης μόνο των κοινωνικών λειτουργών	39	34,5 %
ΣΥΝΟΛΟ	113	100 %

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι η πλειοψηφία (64,6%) των κοινωνικών λειτουργών θεωρεί ότι η φροντίδα της οικογένειας των ασθενών είναι πεδίο δράσης και για τις δύο ειδικότητες, ενώ ποσοστό 34,5 % θεωρεί ότι είναι πεδίο δράσης μόνο των κοινωνικών λειτουργών και ποσοστό 0,9% θεωρεί ότι είναι μόνο πεδίο των νοσηλευτών.

Στους πίνακες 25 έως 28 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των κοινωνικών λειτουργών που θεωρούν ότι η φροντίδα οικογένειας ασθενών είναι πεδίο δράσης και για τις δύο ειδικότητες (73 άτομα), για κάθε μία από τις κατηγορίες της ερώτησης: Αν θεωρείτε ότι στη φροντίδα οικογένειας των ασθενών εμπλέκονται και οι δύο ειδικότητες, σημειώστε όποιο/όποια από τα παρακάτω θεωρείτε σωστά.

**Πίνακας 25-Οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες ασχολούνται με τη φροντίδα της οικογένειας, κυρίως όσον αφορά στην πληροφόρηση για την ασθένεια και την αγωγή της υγείας.**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Σωστό	36	49,3 %
Λάθος	37	50,7 %
Σύνολο	73	100 %

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 25, το ποσοστό 49,3% που θεωρεί σωστό ότι οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες ασχολούνται με τη φροντίδα της οικογένειας, κυρίως όσον αφορά στην πληροφόρηση για την ασθένεια και την αγωγή της υγείας, διαφέρει ελάχιστα από το ποσοστό των ερωτώμενων που θεωρούν το αντίθετο (50,7%).

**Πίνακας 26- Οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες ασχολούνται με την πληροφόρηση για την ασθένεια, την αγωγή υγείας και γενικά με την υποστήριξη των μελών της οικογένειας του ασθενούς.**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Σωστό	30	41,1 %
Λάθος	43	58,9 %
Σύνολο	73	100 %

Η πλειοψηφία (58,9%) θεωρεί ότι οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες δεν ασχολούνται με την πληροφόρηση για την ασθένεια, την αγωγή υγείας και γενικά με την υποστήριξη των μελών της οικογένειας του ασθενούς.

**Πίνακας 27- Οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται κυρίως με την επίλυση πρακτικών προβλημάτων που δημιουργεί η ασθένεια στην οικογένεια.**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Σωστό	16	21,9 %
Λάθος	57	78,1 %
Σύνολο	73	100 %

Η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών (78,1%), δεν θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται κυρίως με την επίλυση πρακτικών προβλημάτων, που δημιουργεί η ασθένεια στην οικογένεια.

**Πίνακας 28- Οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται με την ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη της οικογένειας του ασθενούς, με σκοπό την αντιμετώπιση των κοινωνικών και άλλων προβλημάτων, που δημιουργεί η ασθένεια.**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Σωστό	71	97,3 %
Λάθος	2	2,7 %
Σύνολο	73	100 %

Στον πίνακα 28 βλέπουμε ότι η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών (97,3 %), θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται με την ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη της οικογένειας του ασθενούς, με σκοπό την αντιμετώπιση των κοινωνικών και άλλων προβλημάτων, που δημιουργεί η ασθένεια.

**6.1.8 Απόψεις ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών για «σημεία τριβής» νοσηλευτών/νοσηλευτριών - κοινωνικών λειτουργών και που οφείλονται**

**Πίνακας 29-Θεωρείτε ότι υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές/νοσηλεύτριες;**

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΗΜΕΙΑ ΤΡΙΒΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	21	18,6 %
Όχι	13	11,5 %
Καμιά φορά	79	69,9 %
ΣΥΝΟΛΟ	113	100 %

Η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών θεωρούν ότι καμιά φορά υπάρχουν σημεία τριβής (69,9 %) ανάμεσα σε νοσηλευτές- κοινωνικούς λειτουργούς, ενώ ποσοστό 18,6 % απάντησε ότι υπάρχουν σημεία τριβής. Ποσοστό 11,5 % θεωρούν ότι δεν υπάρχουν σημεία τριβής (πίνακας 29).

Ποσοστό 62% των κοινωνικών λειτουργών απάντησαν στην ερώτηση που οφείλονται κατά την γνώμη σας τα σημεία τριβής. Πιο αναλυτικά, ποσοστό (53 %), από το σύνολο των κοινωνικών λειτουργών που θεωρούν ότι *καμιά φορά* υπάρχουν σημεία τριβής απάντησαν που οφείλονται, ενώ ποσοστό 95,2% από το σύνολο των ερωτώμενων που θεωρούν ότι υπάρχουν σημεία τριβής απάντησαν που οφείλονται.

**Πίνακας 30. Που οφείλονται τα σημεία τριβής ανάμεσα σε νοσηλευτές/νοσηλεύτριες και κοινωνικούς λειτουργούς (ανοικτή ερώτηση) :**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Φόρτος εργασίας και των δύο επαγγελμάτων	18	18,4 %
Περιορισμένη επαγγελματική αναγνώριση του κοινωνικού λειτουργού	15	15,3 %
Αίσθημα κατωτερότητας των νοσηλευτών/νοσηλευτριών	4	4,1 %
Έλλειψη συνεργασίας και από τις δύο ειδικότητες	2	2 %
Έλλειψη θεσμοθετημένου πλαισίου συνεργασίας.	14	14,3 %
Μη αναγνώριση των ρόλων και αρμοδιοτήτων του ενός επαγγέλματος από το άλλο	9	9,2 %
Άγνοια των επαγγελματιών για τα καθήκοντά τους	8	8,2 %
Διαφορετικές αντιλήψεις	8	8,2 %
Έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού	7	7,1 %
Έλλειψη εκπαίδευσης και από τα δύο επαγγέλματα.	5	5,1 %
Μη εκπλήρωση των καθηκόντων από τους νοσηλευτές	4	4,1 %
Παρέμβαση των νοσηλευτών στην δουλειά των κοινωνικών λειτουργών	2	2 %
Έλλειψη εποπτείας	1	1 %
Στην τριβή λόγω της καθημερινής επαφής	1	1 %
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>98</b>	<b>100 %</b>

Όσον αφορά στην ερώτηση που οφείλονται τα σημεία τριβής, τα ποσοστά έχουν διαμορφωθεί επί συνόλου των απαντήσεων. Το μεγαλύτερο ποσοστό (18,4 %), αναφέρθηκε στο φόρτο εργασίας και των δύο επαγγελμάτων με αποτέλεσμα να δημιουργούνται συγκρούσεις.

Ένα σημαντικό ποσοστό, (15,3 %), θεωρεί ότι δεν αναγνωρίζεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, ενώ ποσοστό 14,3 % ότι υπάρχει έλλειψη θεσμοθετημένου πλαισίου συνεργασίας. Αναφέρθηκαν επίσης στην μη αναγνώριση των ρόλων και αρμοδιοτήτων του ενός επαγγέλματος από το άλλο (9,2 %), στην άγνοια των επαγγελματιών για τα καθήκοντά τους (8,2 %) και στις διαφορετικές αντιλήψεις (8,2 %). Ποσοστό 7,1 %, θεωρεί ότι τα σημεία τριβής οφείλονται στην έλλειψη

νοσηλευτικού προσωπικού και ποσοστό 5,1 %, στην έλλειψη εκπαίδευσης και από τα δύο επαγγέλματα.

Ακόμη αναφέρθηκε η μη εκπλήρωση των καθηκόντων από τους νοσηλευτές (4,1 %), στην παρέμβαση των νοσηλευτών στην δουλειά των κοινωνικών λειτουργών (2 %), στην έλλειψη εποπτείας (1 %) και στην τριβή λόγω της καθημερινής επαφής, (1 %).

## 6.2 ΤΕΣΤ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ( $\chi^2$ )

**Πίνακας 31.** «Στην κλινική ή στις κλινικές που εργάζεστε υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στις δύο επαγγέλματα» και «Με βάση την εμπειρία που έχετε, πως θα αξιολογούσατε την συνεργασία σας με το νοσηλευτικό προσωπικό;»

Με βάση την εμπειρία που έχετε, πως θα αξιολογούσατε την συνεργασία σας με το νοσηλευτικό προσωπικό

Στην κλινική ή στις κλινικές που εργάζεστε υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στις δύο επαγγέλματα	Πολύ καλή	Καλή	Ουδέτερη	Αρνητική ή πολύ αρνητική	Σύνολο
Ναι, υπάρχει συστηματική	21	20	1	0	42
Ναι, υπάρχει περιστασιακή	5	18	8	0	31
Υπάρχει συνεργασία με κάποιες κλινικές και με κάποιες δεν υπάρχει	1	28	10	0	39
Όχι, δεν υπάρχει συνεργασία	0	0	0	1	1
Σύνολο	27	66	19	1	113

$\chi^2 = 1,439$  df,(9)  $p = 0,000$

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα «στο είδος συνεργασίας που υπάρχει ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές» και «στον τρόπο που αξιολογούν οι κοινωνικοί λειτουργοί την συνεργασία τους με το νοσηλευτικό προσωπικό». Όπως φαίνεται από τον πίνακα 31 η πλειοψηφία των ερωτώμενων που αξιολογούν ως πολύ καλή την συνεργασία τους με το νοσηλευτικό προσωπικό και σημαντικό ποσοστό των ερωτώμενων που αξιολόγησαν την συνεργασία τους ως καλή απάντησαν ότι έχουν συστηματική συνεργασία με τους νοσηλευτές/νοσηλεύτριες.

**Πίνακας 32.** «Με βάση την εμπειρία που έχετε, πως θα αξιολογούσατε την συνεργασία σας με το νοσηλευτικό προσωπικό» και «Πιστεύετε ότι υπάρχουν κοινά πεδία δράσης μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών/νοσηλευτριών;»

Πιστεύετε πως υπάρχουν κοινά πεδία δράσης  
μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών/νοσηλευτριών

Με βάση την εμπειρία που έχετε, πως θα αξιολογούσατε την συνεργασία σας με το νοσηλευτικό προσωπικό	Ναι	Όχι	Σύνολο
Πολύ καλή	22	5	27
Καλή	52	14	66
Ουδέτερη	9	10	19
Αρνητική ή Πολύ Αρνητική	0	1	1
Σύνολο	83	30	113

$\chi^2=11,252$  df(3), p=0,010

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ «της αξιολόγησης της συνεργασίας που έχουν οι ερωτώμενοι με τους νοσηλευτές» και «της άποψης τους εάν υπάρχουν κοινά πεδία δράσης μεταξύ των δύο επαγγελμάτων». Όπως φαίνεται στον πίνακα 32 η πλειοψηφία όσων πιστεύουν ότι υπάρχουν κοινά πεδία δράσης μεταξύ των δύο επαγγελμάτων, θεωρούν καλή ή πολύ καλή την συνεργασία τους με το νοσηλευτικό προσωπικό,

**Πίνακας 33.** «Στην κλινική ή στις κλινικές που εργάζεστε υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στις δύο επαγγέλματα» και «Θεωρείτε ότι υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα σε νοσηλευτές /νοσηλεύτριες και κοινωνικούς λειτουργούς;»

Θεωρείτε ότι υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα σε  
νοσηλευτές /νοσηλεύτριες και κοινωνικούς λειτουργούς;

Στην κλινική ή στις κλινικές που εργάζεστε υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα	Ναι	Όχι	Καμιά φορά	Σύνολο
Ναι, υπάρχει συστηματική	2	9	31	42
Ναι, υπάρχει περιστασιακή	9	3	19	31
Υπάρχει συνεργασία με κάποιες κλινικές και με κάποιες δεν υπάρχει	10	1	28	39
Όχι, δεν υπάρχει συνεργασία	0	0	1	1
Σύνολο	21	13	79	113

$\chi^2= 14,450$  df,(6) p=0,025

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα «στο είδος συνεργασίας που υπάρχει ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές» και στην άποψή τους



«αν θεωρούν ότι υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτικό προσωπικό».

Σύμφωνα με τον πίνακα 33 η πλειοψηφία των ερωτώμενων που θεωρούν ότι υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα έχουν περιστασιακή συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό ή συνεργάζονται με κάποιες κλινικές. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων που θεωρούν ότι δεν υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα έχουν συστηματική συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό ή συνεργάζονται με κάποιες κλινικές.

**Πίνακας 34.** «Έχετε συνεργαστεί με νοσηλευτή/νοσηλεύτρια» και «Πιστεύετε ότι υπάρχουν κοινά πεδία δράσης μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών/νοσηλευτριών;»

Πιστεύετε ότι υπάρχουν κοινά πεδία δράσης μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών;

Έχετε συνεργαστεί με νοσηλευτή/ νοσηλεύτρια	Ναι	Όχι	Σύνολο
Ναι με δική μου πρωτοβουλία	25	19	44
Ναι, με πρωτοβουλία του/της νοσηλευτή/τριας	4	2	6
Όχι, ποτέ	0	1	1
Ναι, με πρωτοβουλία και από τους δύο	54	8	62
Σύνολο	83	30	113

$\chi^2 = 15,071$  df,(3) p=0,002

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα «στον τρόπο που επιτυγχάνεται η συνεργασία ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές» και στο ερώτημα «εάν υπάρχουν κοινά πεδία δράσης ανάμεσα στις δύο ειδικότητες». Όπως φαίνεται και στον πίνακα 34 η πλειοψηφία όσων θεωρούν ότι υπάρχουν κοινά πεδία δράσης ανάμεσα σε νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς, συνεργάζονται με δική τους πρωτοβουλία αλλά και με πρωτοβουλία των νοσηλευτών/νοσηλευτριών.

**Πίνακας 35.** «Έχετε συνεργαστεί με νοσηλευτή/νοσηλεύτρια» και «Θεωρείτε ότι η φροντίδα οικογένειας ασθενών είναι:»

Θεωρείτε ότι η φροντίδα οικογένειας ασθενών είναι :

Έχετε συνεργαστεί με νοσηλευτή/νοσηλεύτρια	Πεδίο δράσης και για τις δύο ειδικότητες	Πεδίο δράσης μόνο των νοσηλευτών/νοσηλευτριών	Πεδίο δράσης μόνο των κοινωνικών λειτουργών	Σύνολο
Ναι με δική μου πρωτοβουλία	20	0	24	44
Ναι, με πρωτοβουλία του/της νοσηλευτή/τριας	2	0	4	6
Όχι, ποτέ	0	0	1	1
Ναι, με πρωτοβουλία και από τους δύο	51	1	10	62
Σύνολο	73	1	39	113

$\chi^2=22,093$  df(6), p=0,001

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ «του τρόπου που επιτυγχάνεται η συνεργασία ανάμεσα σε νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς» και της άποψής τους σχετικά με «ποιος έχει αρμοδιότητα στο πεδίο της φροντίδας οικογένειας ασθενούς». Όπως φαίνεται από τον πίνακα 35 η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών που θεωρούν ότι το πεδίο φροντίδας της οικογένειας ασθενών είναι πεδίο δράσης και για τις δύο ειδικότητες, έχουν συνεργαστεί με τους νοσηλευτές με πρωτοβουλία των ίδιων αλλά και των νοσηλευτών/νοσηλευτριών.

**Πίνακας 36.** «Έχετε συνεργαστεί με νοσηλεύτη/νοσηλεύτρια» και «Θεωρείτε ότι υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα σε νοσηλευτές/νοσηλεύτριες και κοινωνικούς λειτουργούς;»

Θεωρείτε ότι υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα σε νοσηλευτές/νοσηλεύτριες και κοινωνικούς λειτουργούς

Έχετε συνεργαστεί με νοσηλεύτη/νοσηλεύτρια	Ναι	Όχι	Καμιά φορά	Σύνολο
Ναι με δική μου πρωτοβουλία	6	7	31	44
Ναι, με πρωτοβουλία του/της νοσηλεύτη/νοσηλεύτριας	0	0	6	6
Όχι, ποτέ	0	1	0	1
Ναι, με πρωτοβουλία και από τους δύο	15	5	42	62
Σύνολο	21	13	79	113

$$\chi^2 = 13,327 \text{ df}(6), p=0,038$$

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ «του τρόπου που επιτυγχάνεται η συνεργασία ανάμεσα σε νοσηλευτές/νοσηλεύτριες και κοινωνικούς λειτουργούς» και της άποψης τους στο ερώτημα «εάν υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα στις δύο ειδικότητες». Σύμφωνα με τον πίνακα 36 η πλειοψηφία όσων θεωρούν ότι υπάρχουν σημεία τριβής καμιά φορά, έχουν συνεργαστεί με τους νοσηλευτές/νοσηλεύτριες και με δική τους πρωτοβουλία αλλά και με πρωτοβουλία των δύο ειδικοτήτων.

**Πίνακας 37.** «Πιστεύετε ότι υπάρχουν κοινά πεδία δράσης μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών/νοσηλευτριών» και «Θεωρείτε ότι η φροντίδα οικογένειας ασθενών είναι:»

Θεωρείτε ότι η φροντίδα οικογένειας ασθενών είναι:

Πιστεύετε πως υπάρχουν κοινά πεδία δράσης μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών	Πεδίο δράσης και για τις δύο ειδικότητες	Πεδίο δράσης μόνο των νοσηλευτών/νοσηλευτριών	Πεδίο δράσης μόνο των κοινωνικών λειτουργών	Σύνολο
Ναι	63	1	19	83
Όχι	10	0	20	30
Σύνολο	73	1	39	113

$$\chi^2 = 18,777 \text{ df}(2), p=0,000$$

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην άποψη των κοινωνικών λειτουργών «εάν υπάρχουν κοινά πεδία δράσης ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές» και στην άποψη τους σχετικά με «ποιος έχει αρμοδιότητα στο πεδίο της φροντίδας οικογένειας ασθενούς». Όπως φαίνεται στον πίνακα 37 η πλειοψηφία των ερωτώμενων που πιστεύουν ότι υπάρχουν κοινά πεδία δράσης, θεωρούν ότι η φροντίδα οικογένειας ασθενών είναι πεδίο δράσης και για τις δύο ειδικότητες.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Στη συγκεκριμένη έρευνα προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε τις απόψεις των κοινωνικών λειτουργών και την εμπειρία τους όσον αφορά στη διεπαγγελματική συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και τα μέτρα που θεωρούν απαραίτητα να εφαρμοστούν, ώστε να διευκολυνθεί η διεπαγγελματική συνεργασία ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα. Επίσης διερευνήθηκαν οι απόψεις τους για τα κοινά πεδία δράσης νοσηλευτών/νοσηλευτριών - κοινωνικών λειτουργών, για τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών/νοσηλευτριών και για τις αρμοδιότητες νοσηλευτών/νοσηλευτριών και κοινωνικών λειτουργών στο πεδίο «της φροντίδας της οικογένειας του ασθενούς». Τέλος διερευνήθηκαν οι απόψεις τους για την ύπαρξη σημείων τριβής ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς - νοσηλευτές/νοσηλεύτριες και των αιτίων τους.

Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι γενικεύσιμα για τους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται σε ειδικά και γενικά νοσοκομεία της Αττικής και της Κρήτης.

*Αναλυτικότερα τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:*

### ***Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών***

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών ήταν γυναίκες (95,5%). Η ηλικία τους κυμαίνεται από 24 - 60 ετών, ενώ η πλειοψηφία (53,1 %) ήταν μεταξύ 41- 50 ετών. Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων, η συντριπτική πλειοψηφία (85%) είναι απόφοιτοι ΤΕΙ, ενώ ποσοστό 8,8 % διαθέτει μεταπτυχιακό τίτλο.

### ***Εργασιακά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών***

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων (25,7 %) εργάζεται 21 έως 25 χρόνια, ενώ ποσοστό 21,2 % εργάζεται 11 έως 15 χρόνια. Όσον αφορά στα χρόνια εργασίας τους στο νοσοκομείο το μεγαλύτερο ποσοστό (23,9 %) εργάζεται 16 με 20 χρόνια, ενώ το αμέσως επόμενο ποσοστό των ερωτηθέντων (22,1 %) εργάζεται σε νοσοκομείο τρεις μήνες έως 5 χρόνια. Όσον αφορά στη θέση που κατέχουν στην κοινωνική υπηρεσία το μεγαλύτερο ποσοστό (77 %) είναι στελέχη εφαρμογής και ποσοστό 23 % είναι προϊστάμενοι/προϊστάμενες της κοινωνικής υπηρεσίας.

### ***Απόψεις ερωτώμενων για τη διεπαγγελματική συνεργασία κοινωνικών λειτουργών-νοσηλευτών/νοσηλευτριών***

Η πλειοψηφία (89,4 %) απάντησε ότι υπάρχει διεπαγγελματική συνεργασία ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές/νοσηλεύτριες. Από το σύνολο των κοινωνικών λειτουργών που θεωρούν ότι υπάρχει (101 άτομα) η πλειοψηφία τη χαρακτηρίζει ως μάλλον θετική ή θετική (62,3 % τη χαρακτήρισαν «μάλλον θετική - δεν υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα» και 21,7 % «θετική»).

Οι μισοί από τους ερωτηθέντες κοινωνικούς λειτουργούς (50,4%) θεωρούν ότι η διεπαγγελματική συνεργασία κοινωνικών λειτουργών - νοσηλευτών/νοσηλευτριών θα πρέπει να είναι θεσμοθετημένη στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας. Επίσης σημαντικό ποσοστό (27,4 %) θεωρεί ότι θα πρέπει να υπάρχει συστηματική επίσημη διεπαγγελματική συνεργασία ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα και ποσοστό 17,7 % θεωρεί ότι πρέπει να υπάρχει συστηματική αλλά άτυπη συνεργασία. Δηλαδή αν και είναι θετικό ότι οι μισοί από τους ερωτηθέντες είναι υπέρ της θεσμοθετημένης λειτουργίας της διεπιστημονικής ομάδας, οι υπόλοιποι έχουν δισταγμό για τη θεσμοθέτηση της λειτουργίας διεπιστημονικής ομάδας. Προηγούμενη έρευνα έχει δείξει ότι η έλλειψη λειτουργίας της διεπιστημονικής ομάδας ήταν μία από τις βασικές πηγές δυσαρέσκειας των κοινωνικών λειτουργών, που εργαζόταν στις κοινωνικές υπηρεσίες του δημόσιου τομέα στην Κρήτη (Papadaki, 2005).

Όπως είναι αναμενόμενο, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων (92,9 %) θεωρεί ότι η υγεία δεν είναι ευθύνη ενός ή δύο επαγγελμάτων, αλλά αποτέλεσμα συντονισμένης και συλλογικής προσπάθειας διαφορετικών επαγγελμάτων, που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας.

### ***Όσον αφορά στις απόψεις των ερωτώμενων για τα μέτρα προώθησης της διεπαγγελματικής συνεργασίας ανάμεσα στις δύο ειδικότητες:***

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων (49,6%) ως πρώτη επιλογή, θεωρεί ότι η ανάπτυξη της διεπαγγελματικής συνεργασίας ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να επιδιώκεται από την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου και από τους προϊσταμένους των κλινικών. Επίσης μεγάλο ποσοστό (41,6 %), θεωρεί ότι είναι αναγκαίο οι αρχές του νοσοκομείου να καθιερώσουν επίσημη διεπαγγελματική συνεργασία.

Οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι τα παρακάτω μέτρα θα προωθήσουν τη διεπαγγελματική συνεργασία ανάμεσα στις δύο ειδικότητες: θεσμοθέτηση διεπιστημονικής

συνεργασίας μέσω λειτουργίας διεπιστημονικής ομάδας στο χώρο του νοσοκομείου (37,8 %), άσκηση σε ομαδική διεπαγγελματική συνεργασία κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης (29,4 %) και επίσημος προσδιορισμός καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των επαγγελματιών υγείας από το Υπουργείο Υγείας και τη διοίκηση του νοσοκομείου (29,8 %).

### ***Εμπειρία ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών για τη διεπαγγελματική συνεργασία τους με νοσηλευτές/νοσηλεύτριες***

Όσον αφορά στη παραπομπή των περιστατικών στην κοινωνική υπηρεσία, όπου τα ποσοστά διαμορφώθηκαν επί του συνόλου των απαντήσεων, είναι τα εξής: 37 % η παραπομπή γίνεται από το γιατρό που έχει την ευθύνη του περιστατικού, με ποσοστό 34 % από τον/την προϊστάμενο/προϊσταμένη της κλινικής, ενώ η κατηγορία Άλλο απαντήθηκε με ποσοστό 28,5 % και αφορούσε κυρίως παραπομπές από τον ίδιο τον ασθενή και τους συγγενείς του.

Όσον αφορά στην εμπειρία διεπαγγελματικής συνεργασίας ανάμεσα στους ερωτώμενους κοινωνικούς λειτουργούς και το νοσηλευτικό προσωπικό μόνο ποσοστό 37,2 % των ερωτώμενων απάντησε ότι υπάρχει συστηματική συνεργασία. Σημαντικό ποσοστό (34,5 %) απάντησε ότι σε κάποιες κλινικές υπάρχει συνεργασία, ενώ σε άλλες δεν υπάρχει και ποσοστό 27,4 % χαρακτήρισε τη συνεργασία ως περιστασιακή. Επομένως υπάρχει ανάγκη για ανάπτυξη συστηματικής συνεργασίας ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα, ενώ το ποσοστό των ερωτώμενων που απαντούν ότι υπάρχει περιστασιακή συνεργασία και ότι δεν υπάρχει συνεργασία με κάποιες κλινικές δείχνει ότι μεγάλο ποσοστό ερωτώμενων εντοπίζει δυσκολίες στη συνεργασία του με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών (58,4 %) αξιολογούν ως καλή και 23,9 % πολύ καλή τη συνεργασία τους με το νοσηλευτικό προσωπικό, ποσοστό 16,8% ουδέτερη και ποσοστό 0,9 % αρνητική. Όμως μπορούμε να υποθέσουμε ότι το ποσοστό θετικής αξιολόγησης δεν είναι τόσο υψηλό καθώς στην ερώτηση που ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να αξιολογήσουν γενικά τη συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με το νοσηλευτικό προσωπικό, ποσοστό 21,7 % χαρακτήρισε τη συνεργασία θετική, 62,3 % μάλλον θετική - δεν υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα, και 16 % τη χαρακτηρίζει αποστασιοποιημένη ή αδιάφορη. Καθώς το υψηλό ποσοστό των ερωτώμενων που αξιολόγησε τη συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό ως καλή ή πολύ καλή δε συνάδει με την απάντηση ότι μόνο ποσοστό 37,2% των

ερωτώμενων έχει συστηματική συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό, μπορούμε να υποθέσουμε ότι ίσως κάποιοι ερωτώμενοι δεν απάντησαν με ειλικρίνεια ή ότι οι προσδοκίες τους για συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι υψηλές.

Η πλειοψηφία (54,9 %) απάντησε ότι η συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό έγινε με πρωτοβουλία και των δύο ειδικοτήτων, ενώ σημαντικό ποσοστό (38,9 %) απάντησε ότι η συνεργασία πραγματοποιήθηκε με πρωτοβουλία των κοινωνικών λειτουργών.

#### ***Απόψεις ερωτώμενων για τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών/νοσηλευτριών***

*Όσον αφορά στις απόψεις των ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών για τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών/νοσηλευτριών:*

-Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (79,6 %) διαφωνεί «ότι οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες αναλαμβάνουν σε συνεργασία με το γιατρό την κλινική εξέταση του ασθενή, μέσα στα πλαίσια της διαγνωστικής διαδικασίας για την ασθένεια».

-Η συντριπτική πλειοψηφία (98,2 %) διαφωνεί με την άποψη ότι «ο νοσηλευτής/νοσηλεύτρια αναλαμβάνει τη μετανοσοκομειακή παρακολούθηση και την κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών».

-Η πλειοψηφία (81,4%) διαφωνεί με την άποψη ότι «ο νοσηλευτής/νοσηλεύτρια δίνει πληροφορίες για την πορεία της ασθένειας και την πρόγνωση της, σε συνεργασία με το γιατρό».

-Η συντριπτική πλειοψηφία (92%) των ερωτώμενων συμφωνεί ότι «ο νοσηλευτής/νοσηλεύτρια παρέχει νοσηλευτική φροντίδα και μεριμνά για τις συνθήκες νοσηλείας του ασθενούς».

-Αν και η πλειοψηφία των ερωτώμενων (55,8 %) ορθά διαφωνεί με την άποψη ότι «ο/η νοσηλευτής/νοσηλεύτρια παρέχει φροντίδα και ψυχολογική στήριξη στον ασθενή» πολύ μεγάλο ποσοστό (44,2 %) συμφωνεί με την συγκεκριμένη άποψη, θεωρεί δηλαδή ότι η ψυχολογική στήριξη του ασθενούς είναι αρμοδιότητα των νοσηλευτών.



***Απόψεις ερωτώμενων για τα κοινά πεδία δράσης με τους νοσηλευτές/νοσηλεύτριες και για τις αρμοδιότητες κοινωνικών λειτουργών - νοσηλευτών/νοσηλευτριών, όσον αφορά στη «φροντίδα της οικογένειας του ασθενούς»***

Στην ερώτηση αν υπάρχουν κοινά πεδία δράσης μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών/νοσηλευτριών, η πλειοψηφία απάντησε θετικά (ποσοστό 73,5 %). Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (64,6 %) θεωρεί ότι «η φροντίδα οικογένειας του ασθενούς» είναι πεδίο δράσης και για τις δύο ειδικότητες, ενώ ποσοστό 34,5 % θεωρεί ότι «η φροντίδα της οικογένειας του ασθενούς» είναι πεδίο δράσης μόνο για τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Όσον αφορά στο ποια είναι τα κοινά πεδία δράσης κοινωνικών λειτουργών-νοσηλευτών/νοσηλευτριών, το μεγαλύτερο ποσοστό (45,5%) συγκέντρωσε η απάντηση «η υποστήριξη και η ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειάς του είναι κοινό πεδίο δράσης των δύο ειδικοτήτων». Η οικογένεια του ασθενούς είναι πεδίο δράσης και για νοσηλευτές/νοσηλεύτριες και για κοινωνικούς λειτουργούς με διαφορετικές όμως αρμοδιότητες. Παρατηρείται σύγχυση σε σημαντικό αριθμό απαντήσεων των κοινωνικών λειτουργών που θεωρούν ότι «η υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειας του είναι κοινό πεδίο δράσης κοινωνικού λειτουργού και νοσηλευτή/νοσηλεύτριας», ενώ το συγκεκριμένο πεδίο αφορά στους κοινωνικούς λειτουργούς.

***Όσον αφορά στις απόψεις των ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών για τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών/νοσηλευτριών στο πεδίο «φροντίδα οικογένειας ασθενούς»:***

-Οι μισοί σχεδόν από τους ερωτώμενους (49,3 %), που θεωρούν ότι η οικογένεια είναι πεδίο δράσης και για τις δύο ειδικότητες (73 άτομα) συμφωνούν ότι «οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες ασχολούνται με τη φροντίδα οικογένειας, όσον αφορά στην πληροφόρηση για την ασθένεια και την αγωγή υγείας», ενώ οι μισοί (50,7 %) διαφωνούν με την παραπάνω άποψη.

-Η πλειοψηφία (58,9 %) διαφωνεί με την άποψη ότι «οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες ασχολούνται με την πληροφόρηση για την ασθένεια, την αγωγή υγείας και γενικά με την υποστήριξη των μελών της οικογένειας του ασθενούς» ενώ μεγάλο ποσοστό (41,1 %) συμφωνεί.

-Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (81,4 %), διαφωνεί με την άποψη ότι «ο νοσηλευτής/νοσηλεύτρια ασχολείται με την υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του», ενώ ποσοστό 18,6 % συμφωνεί.

Από τις παραπάνω τοποθετήσεις διαπιστώνεται ότι σημαντικός αριθμός των ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών δεν διαθέτει σαφή επίγνωση για τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών/νοσηλευτριών στο πεδίο «φροντίδα οικογένειας ασθενούς». *Αναλυτικότερα:*

Οι μισοί ερωτώμενοι (50,7 %) *διαφωνούν* με την άποψη ότι «οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες ασχολούνται με τη φροντίδα οικογένειας, όσον αφορά στην πληροφόρηση για την ασθένεια και την αγωγή υγείας»

-Μεγάλο ποσοστό (41,1 %) *συμφωνεί* με την άποψη ότι «οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες ασχολούνται με την πληροφόρηση για την ασθένεια, την αγωγή υγείας και γενικά με την υποστήριξη των μελών της οικογένειας του ασθενούς»

-Ποσοστό 18,6 % *συμφωνεί* με την άποψη ότι «ο/η νοσηλευτής/νοσηλεύτρια ασχολείται με την υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του». Επίσης ποσοστό (45,5 %), απαντώντας σε προηγούμενη ανοικτή ερώτηση, θεώρησαν «ότι η *υποστήριξη* και η ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειάς του είναι κοινό πεδίο δράσης των δύο ειδικοτήτων».

***Όσον αφορά στις απόψεις των ερωτώμενων για τις αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών στο πεδίο «φροντίδα οικογένειας ασθενούς»:***

-Η πλειοψηφία (78,1%) διαφωνεί με τη άποψη ότι «οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται κυρίως με την επίλυση πρακτικών προβλημάτων που δημιουργεί η ασθένεια στην οικογένεια», ενώ 21,9 % συμφωνεί.

-Η συντριπτική πλειοψηφία (97,3 %) συμφωνεί με την άποψη ότι «οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται με την ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη της οικογένειας του ασθενούς, με σκοπό την αντιμετώπιση των κοινωνικών και άλλων προβλημάτων, που δημιουργεί η ασθένεια».

Από τις παραπάνω τοποθετήσεις των κοινωνικών λειτουργών φαίνεται ότι οι ερωτώμενοι έχουν επίγνωση για τις δικές τους αρμοδιότητες στο πεδίο «φροντίδα οικογένειας ασθενούς», αν και σημαντικό ποσοστό (21,9 %) πιστεύει ότι «οι

κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται κυρίως με την επίλυση πρακτικών προβλημάτων που δημιουργεί η ασθένεια στην οικογένεια», υποβαθμίζοντας τον ρόλο τους.

***Απόψεις ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών για «σημεία τριβής» νοσηλευτών/νοσηλευτριών - κοινωνικών λειτουργών και που οφείλονται***

Η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών (69,9 %) θεωρεί ότι *καμιά φορά* υπάρχουν σημεία τριβής, ενώ το 18,6 %, αποδέχεται ότι υπάρχουν σημεία τριβής. Ως αίτια της τριβής ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές/νοσηλεύτριες αναφέρθηκαν από τους ερωτώμενους: ο φόρτος εργασίας των δύο επαγγελμάτων - η ελλιπής στελέχωση των νοσοκομείων που έχουν ως συνέπεια τη δημιουργία συγκρούσεων, η περιορισμένη επαγγελματική αναγνώριση του κοινωνικού λειτουργού, η έλλειψη θεσμοθετημένου πλαισίου διεπαγγελματικής συνεργασίας. Με μικρότερη συχνότητα αναφέρθηκαν ως αιτίες τριβής: η περιορισμένη αναγνώριση του ρόλου και των αρμοδιοτήτων του ενός επαγγέλματος για το άλλο, η άγνοια των επαγγελματικών καθηκόντων και οι διαφορετικές αντιλήψεις που έχουν οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες. Είναι θετικό ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί θεωρούν ότι τα σημεία τριβής τους με το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι απόρροια προσωπικών σχέσεων, αλλά κατά κύριο λόγο οφείλονται σε συνθήκες εργασίας και στην απουσία ενός επίσημου καθεστώτος για την διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών/νοσηλευτριών. Αυτό δείχνει ότι εάν παρθούν μέτρα προώθησης της διεπαγγελματικής συνεργασίας και βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας, τα σημεία τριβής θα μειωθούν με συνέπεια τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας προς τον ασθενή και την οικογένειά του.

***Τεστ σημαντικότητας ( $X^2$ )***

-Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα «στην αξιολόγηση της συνεργασίας των ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών με τους νοσηλευτές/νοσηλεύτριες» και: α) «στο είδος συνεργασίας που υπάρχει ανάμεσα τους» και β) «στην άποψή τους εάν υπάρχουν κοινά πεδία δράσης μεταξύ των δύο επαγγελμάτων». Όσοι ερωτώμενοι αξιολογούν την συνεργασία τους με το

νοσηλευτικό προσωπικό ως καλή, πολύ καλή *τείνουν* να έχουν συστηματική επικοινωνία και να πιστεύουν ότι υπάρχουν κοινά πεδία δράσης μεταξύ των δύο επαγγεμάτων

-Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο «είδος συνεργασίας που υπάρχει ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές/νοσηλεύτριες» και στην άποψη των ερωτώμενων «αν θεωρούν ότι υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα στους κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές/νοσηλεύτριες». Η πλειοψηφία των ερωτώμενων που θεωρούν *ότι* υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα, έχουν περιστασιακή συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό.

-Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ «του τρόπου που επιτυγχάνεται η συνεργασία ανάμεσα σε νοσηλευτές/νοσηλεύτριες και κοινωνικούς λειτουργούς» και της άποψής των ερωτώμενων σχετικά με: α) «ποιος έχει αρμοδιότητα στο πεδίο της φροντίδας οικογένειας ασθενούς» και β) «εάν υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα στις δύο ειδικότητες». *Αναλυτικότερα* όσοι συνεργάζονται με δική τους πρωτοβουλία αλλά και με πρωτοβουλία των νοσηλευτών, *τείνουν* να θεωρούν ότι: α) ότι το πεδίο φροντίδας της οικογένειας ασθενών είναι κοινό πεδίο δράσης για νοσηλευτές/νοσηλεύτριες και κοινωνικούς λειτουργούς και β) δεν υπάρχουν σημεία τριβής μεταξύ ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα. *Τέλος*, όσοι πιστεύουν ότι υπάρχουν κοινά πεδία δράσης ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα, *τείνουν* να θεωρούν παράλληλα ότι η φροντίδα οικογένειας ασθενών είναι πεδίο δράσης και για τις δύο ειδικότητες.

Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις απόψεις των ερωτώμενων για τη διεπαγγελματική συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό και: α) τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και β) τα εργασιακά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων.

### **Επίλογος-Προτάσεις**

Η ποσοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας, είχε ως γενικό σκοπό να διερευνήσει τις απόψεις των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται σε νοσοκομεία, όσον αφορά στη διεπαγγελματική συνεργασία με τους νοσηλευτές/νοσηλεύτριες. Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι θα ήταν πολύ ενδιαφέρον σε κάποια μελλοντική έρευνα να διερευνηθούν και οι απόψεις των νοσηλευτών/νοσηλευτριών, που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία όσον αφορά στη διεπαγγελματική συνεργασία τους με τους

κοινωνικούς λειτουργούς, ώστε να έχουμε και την άποψη του νοσηλευτικού προσωπικού για την διεπαγγελματική συνεργασία των δύο επαγγελμάτων.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι υπάρχουν κάποιες δυσκολίες στη ανάπτυξη συστηματικής διεπαγγελματικής συνεργασίας κοινωνικών λειτουργών – νοσηλευτών/νοσηλευτριών, αλλά παράλληλα υπάρχουν και περιθώρια βελτίωσης της συνεργασίας. Αν και οι μισοί ερωτώμενοι έχουν δισταγμό για τη θεσμοθέτηση διεπαγγελματικής συνεργασίας στα πλαίσια της λειτουργίας διεπιστημονικής ομάδας, προκύπτει η ανάγκη - σύμφωνα με τους ερωτώμενους κοινωνικούς λειτουργούς - για θεσμοθετημένο πλαίσιο συνεργασίας μεταξύ των δύο επαγγελμάτων, ανάγκη που διαπιστώθηκε και από την Σαπουντζή-Κρέπια και τους συνεργάτες της (2001). Τα μέτρα που είχαν θεωρηθεί ως απαραίτητα για την διευκόλυνση της διεπαγγελματικής συνεργασίας, στην έρευνα που προαναφέρθηκε όπως: θεσμοθέτηση διεπιστημονικής συνεργασίας μέσω λειτουργίας διεπιστημονικής ομάδας, επίσημος προσδιορισμός καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των επαγγελμάτων από το Υπουργείο Υγείας και τη Διοίκηση του νοσοκομείου και άσκηση στην ομαδική διεπαγγελματική συνεργασία κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης διαπιστώνονται αναγκαία και στην παρούσα έρευνα.

Είναι σημαντικό αυτά τα μέτρα να ληφθούν υπ' όψη, ώστε να υπάρχει σαφής επίγνωση των αρμοδιοτήτων των δύο επαγγελμάτων, αλλά παράλληλα στα πλαίσια θεσμοθετημένης συνεργασίας τους να αναπτυχθεί συστηματική επικοινωνία, να αντιμετωπισθούν με προσπάθεια τα σημεία τριβής, αλλά και να αναπτυχθεί η αντίληψη της κοινής ισότιμης προσπάθειας για τη φροντίδα του ασθενή (αντί της ιατροκεντρικής αντίληψης και της στείρας προσπάθειας διασφάλισης των επαγγελματικών συμφερόντων). Τέλος, η βελτίωση συνθηκών εργασίας στα νοσοκομεία με μέτρα όπως η μείωση του φόρτου εργασίας (μέσω αντιμετώπισης του προβλήματος της ελλιπούς στελέχωσης) και η διασφάλιση συνθηκών επαγγελματικής αναγνώρισης θα συμβάλουν στη βελτίωση της διεπαγγελματικής συνεργασίας και της παρεχόμενης φροντίδας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλτάνης, Π. (1991) «Η συμμετοχή του Κοινωνικού Λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα-Διεπιστημονική Συνεργασία». και *AIDS Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 22, σ. 109-118
2. Αναστασιάδης, Τ. ( 2007) «Θλιβερά ελληνικά ρεκόρ στην υγεία» Το Βήμα. [www.tovima.dolnet.gr](http://www.tovima.dolnet.gr) [12 Ιανουαρίου 2009]
3. Βασιλάκου, Λ. *Νοσηλευτική Υπηρεσία Νοσοκομείου*. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε από: Σαγιά, Α. και Σέμπρου, Μ. Νομαρχία Αθηνών. (11 Ιουλίου 2008)
4. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Μ. Σούλης, Σ. (2001) *Συστήματα υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση
5. Κουκλάκη, Δ.(2007) «Δωρεάν υγεία με1800 ευρώ ανά οικογένεια» *Ελεύθερος Τύπος* [www.E-tipos.com](http://www.E-tipos.com) [14 Ιανουαρίου 2009].
6. Κουντή, Κ. (1996) «Κοινωνική Εργασία σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο», *Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου - Κοινωνικές Υπηρεσίες & Κοινωνική Εργασία στην Υγεία & την Πρόνοια*, Αθήνα: Σ.Κ.Λ.Ε-Π.Ο.Ε.Δ.Η.Ν., σ.68-75
7. Λαναρά, Β. (1993) *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*. Αθήνα: χ.ε
8. Λιαρόπουλος, Λ.Λ. (1989) «Η ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας - Μια κρυφή επανάσταση». *Ιατρική*, τεύχος 56 σ. 419-425
9. Μουζακίτης, Χ. (1988) «Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχιατρική κλινική του γενιού νοσοκομείου». *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 12 σ. 17-27
10. Μπουλούκου, Ε. *Εθνικό Σύστημα Υγείας* Η συνέντευξη έγινε από: Σαγιά, Α. και Σέμπρου, Μ. Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης. (10 Οκτωβρίου 2008)
11. Νικόγλου, Δ. (2006) «Σε υψηλά επίπεδα οι δαπάνες υγείας στη χώρα μας» *Καθημερινή*. [www.kathimerini.gr](http://www.kathimerini.gr) [13 Οκτωβρίου 2008]
12. Πανταζάκας, Π και Μέντης, Μ. (2003) «Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου: Παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης». *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 70, σ.71-80

13. Πανταζάκας , Π και Μέντης, Μ (2002) «Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας - Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού». *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 66, σ.97-112
14. Παπαϊωάννου, Κ. (1994) «Κλινική Κοινωνική Εργασία και Διεπιστημονική Συνεργασία». *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 33, σ. 7-14
15. Παπαϊωάννου, Κ. (1988) «Ιατροκοινωνική Εργασία». *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 9&10, σ. 7-11
16. Πετροπούλου, Ε. (31 Μαρτίου 2008) «Με ρυθμό 8,9 % «τρέχουν» οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα» *Ημερησία* [www.imerisia.gr](http://www.imerisia.gr) [14 Ιανουαρίου 2009]
17. Πολύζος, Ν. (1994) *Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια Περίθαλψη Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
18. Ρωμανίδου-Χατζελιά, Μ. (1978) *Διοίκηση νοσηλευτικής μονάδας-Αρχές διοικήσεως και διαπροσωπικές σχέσεις*. Θεσσαλονίκη: University Studio
19. Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. (2001) «Ομάδα Υγείας: Διεπαγγελματική Συνεργασία, συγκρούσεις και διαχείριση συγκρούσεων». *Νοσηλευτική*, τεύχος1,σ. 75-81
20. Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. Κάντζος, Κ. Παπαδημητρίου, Π. Γεώργιος, Γ. (2001) «Διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ νοσηλευτριών-κοινωνικών λειτουργών και διαφορές αντιλήψεων». *Νοσηλευτική*, τεύχος 2, σ.79-86
21. Σαπουντζή - Κρέπια, Δ. (1995) «Νοσηλεύτριες – Κοινωνικοί Λειτουργοί. Διεπαγγελματική συνεργασία και διαφορές στην αντίληψη αναγκών φροντίδας». *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 39, σ.149-153
22. Σαπουντζή, Δ. Χαλβατζιά, Ε. Αχάμνου, Ν. (1994) «Ποιότητα φροντίδας υγείας: Διεπαγγελματική Συνεργασία νοσηλευτών & κοινωνικών λειτουργών για την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στα μέλη οικογενειών ηλικιωμένων ασθενών σ' ένα νοσοκομείο της Αθήνας» *Πρακτικά 21<sup>ου</sup> Ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου*, Αθήνα, σ. 49-59
23. Σαρρής, Μ. (2001) *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήσης
24. Χατζηανδρέου, Ε. (2008) «Δαπάνες Υγείας. Το φάρμακο είναι η κορυφή του παγόβουνου» *Καθημερινή*. [www.kathimerini.gr](http://www.kathimerini.gr) [20 Οκτωβρίου 2008].
25. Χατζηνικολάου, Π. (2009) «Στο μικροσκόπιο οι δαπάνες δήμων και νοσοκομείων» *Καθημερινή*. [www.kathimerini.gr](http://www.kathimerini.gr) [14 Ιανουαρίου 2009].

26. Εφημερίδα της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατία. Τεύχος Πρώτο-Αρ. Φύλλου37. 2 Μαρτίου 2001

#### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Papadaki, E. (2005) High job demands, Low job control, low support: Social work practice realities in public social services in Crete, PhD, Umea University
2. Wagner, E. H. (2004). “Effective teamwork and quality of care”, *Medical Care*, (42), p.p. 1037-1039

#### ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Howitt, D. & Cramer, D.(2006) *Στατιστική με το SPSS 13*, μεταφρ. Μικέδης, Μ. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
2. Lemone, P. & Burke, K. (2004). «Ο Νοσηλευτής του Παθολογικού και Χειρουργικού Τομέα» στο: Μπροκαλάκη, Η. (επιμ.) *Νοσηλευτική κριτική σκέψη και φροντίδα ασθενούς*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός, σ. 4-22.
3. Taylor, C. Lillis, C. Lemone, P. (2002). «Φροντίδα Υγείας στην Κοινότητα» στο: Λεμονίδου, Χρ και Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε. (επιμ.) *Θεμελιώδεις Αρχές Νοσηλευτικής*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, σ. 198-215.

#### ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

<http://www.nurs.uoa.gr>

<http://www.evangelismos-hosp.gr>

<http://www.papagnh.gr>

<http://www.hospa.gr>

<http://www.dunant.gr>



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο προς τους Κοινωνικούς Λειτουργούς που εργάζονται σε νοσοκομεία της Αττικής και της Κρήτης.

1. ΦΥΛΟ: α) Άνδρας β) Γυναίκα

2. ΗΛΙΚΙΑ: .....

3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.

Απόφοιτος Α.Ε.Ι.

Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου

Κάτοχος Διδακτορικού

4. Πόσα χρόνια εργάζεστε ως κοινωνικός λειτουργός; .....

5. Πόσα χρόνια εργάζεστε στο χώρο του νοσοκομείου; .....

6. Ποια θέση κατέχετε στο χώρο της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου;

Στέλεχος εφαρμογής

Προϊστάμενος/η κοινωνικής υπηρεσίας

7. Πως γίνεται η παραπομπή των περιστατικών στη κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου;

- Από τον/την προϊστάμενο/η της κλινικής
- Από τον γιατρό που έχει στην ευθύνη του το περιστατικό
- Άλλο.....

8. Πιστεύετε ότι γενικά υπάρχει διεπαγγελματική συνεργασία ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές/νοσηλεύτριες στο χώρο του νοσοκομείου;

Ναι  Όχι

9. Αν πιστεύετε ότι υπάρχει διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα στις δύο ειδικότητες, πως θα την χαρακτηρίζατε;

- Θετική/ την χαρακτηρίζει πνεύμα αλληλεγγύης
- Μάλλον θετική/ δεν υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα
- Αδιάφορη
- Την χαρακτηρίζει η απόσταση και η έλλειψη ρεαλιστικής αντίληψης του ενός επαγγέλματος για το άλλο
- Χαρακτηρίζεται από δυσπιστία και σύγκρουση

10. Στην κλινική ή στις κλινικές που εργάζεστε υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα;

- Ναι, υπάρχει συστηματική συνεργασία
- Ναι, υπάρχει περιστασιακή συνεργασία
- Υπάρχει συνεργασία με κάποιες κλινικές και με κάποιες άλλες δεν υπάρχει
- Όχι, δεν υπάρχει συνεργασία

11. Έχετε συνεργαστεί με νοσηλεύτη/νοσηλεύτρια;

- Ναι, με δική μου πρωτοβουλία
- Ναι, με πρωτοβουλία του/της νοσηλεύτη/νοσηλεύτριας
- Όχι, ποτέ

12. με βάση την εμπειρία που έχετε, πως θα αξιολογούσατε την συνεργασία σας με το νοσηλευτικό προσωπικό;

Πολύ καλή  Καλή  Ουδέτερη  Αρνητική  Πολύ Αρνητική

13. Θεωρείτε ότι η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ κοινωνικών λειτουργών – νοσηλευτών/νοσηλευτριών θα πρέπει:

- Να υλοποιείται περιστασιακά όταν προκύπτει ανάγκη
- Να υπάρχει συστηματική/άτυπη επικοινωνία
- Να υπάρχει συστηματική/επίσημη επικοινωνία
- Να υπάρχει θεσμοθετημένη συνεργασία στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας

Η διεπαγγελματική συνεργασία δεν είναι απαραίτητη

14. Αν θεωρείτε ότι η διεπαγγελματική συνεργασία είναι απαραίτητη, η ανάπτυξή της θα πρέπει να επιδιώκεται από: (μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις αν το θεωρείτε απαραίτητο, ιεραρχώντας τις κατά σειρά προτεραιότητας)

την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου

τους/τις προϊσταμένους/προϊστάμενες των κλινικών

Την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου και τους/τις προϊσταμένους/ες των κλινικών

Τις αρχές του νοσοκομείου με την καθιέρωση επίσημης διεπαγγελματικής συνεργασίας

15. Αρμόδια επαγγέλματα στον τομέα της υγείας είναι:

Κυρίως τα επαγγέλματα γιατρού και νοσηλευτή/νοσηλεύτριας και συμπληρωματικά τα άλλα επαγγέλματα που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας

Κυρίως τα επαγγέλματα γιατρού, νοσηλευτή/νοσηλεύτριας, κοινωνικού/κοινωνικής λειτουργού και συμπληρωματικά τα άλλα επαγγέλματα που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας

Η υγεία δεν είναι ευθύνη ενός ή δύο επαγγελματιών, αλλά αποτέλεσμα συντονισμένης και συλλογικής προσπάθειας διαφορετικών επαγγελματιών που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας

16. Πιστεύετε πως υπάρχουν κοινά πεδία δράσης μεταξύ κοινωνικών λειτουργών – νοσηλευτών/ νοσηλευτριών;

Ναι  Όχι

17. Αν ναι, ποια είναι αυτά;

.....

.....

.....

.....

18. Ποια από τα παρακάτω πεδία δράσης, θεωρείτε ότι ανήκουν στις αρμοδιότητες των νοσηλευτών/νοσηλευτριών:

- Ο/η νοσηλευτής/νοσηλεύτρια, σε συνεργασία με το γιατρό αναλαμβάνει την κλινική εξέταση του ασθενή μέσα στα πλαίσια της διαγνωστικής διαδικασίας για την ασθένεια
- Ο/η νοσηλευτής/νοσηλεύτρια αναλαμβάνει την μετανοσοκομειακή παρακολούθηση και την κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών
- Ο/η νοσηλευτής/νοσηλεύτρια παρέχει νοσηλευτική φροντίδα και μεριμνά για τις συνθήκες νοσηλείας του ασθενούς
- Ο/η νοσηλευτής/νοσηλεύτρια ασχολείται με την υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειας του
- Ο/η νοσηλευτής/νοσηλεύτρια δίνει πληροφορίες για την πορεία και την πρόγνωση της ασθένειας σε συνεργασία με το γιατρό
- Ο/η νοσηλευτής/νοσηλεύτρια παρέχει νοσηλευτική φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή

19. Θεωρείτε ότι η φροντίδα της οικογένειας ασθενών είναι:

- Πεδίο δράσης και για τις δύο ειδικότητες
- Πεδίο δράσης μόνο των νοσηλευτών/νοσηλευτριών
- Πεδίο δράσης μόνο των κοινωνικών λειτουργών

20. Αν θεωρείτε πως στη φροντίδα οικογένειας των ασθενών εμπλέκονται και οι δύο ειδικότητες, σημειώστε όποιο/όποια από τα παρακάτω θεωρείτε σωστά:

- Οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες ασχολούνται με τη φροντίδα της οικογένειας, κυρίως όσον αφορά στην πληροφόρηση για την ασθένεια και την αγωγή υγείας
- Οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες ασχολούνται με την πληροφόρηση για την ασθένεια, την αγωγή υγείας και γενικά με την υποστήριξη των μελών της οικογένειας του ασθενούς
- Οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται κυρίως με την επίλυση πρακτικών προβλημάτων που δημιουργεί η ασθένεια στην οικογένεια
- Οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται με την ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη της οικογένειας του ασθενούς, με σκοπό την αντιμετώπιση των κοινωνικών και άλλων προβλημάτων, που δημιουργεί η ασθένεια

21. Ποια μέτρα πιστεύετε πως θα διευκόλυναν τη δυνατότητα διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών - νοσηλευτών/ νοσηλευτριών;

- Άσκηση στην ομαδική διεπαγγελματική συνεργασία κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης
- Θεσμοθέτηση διεπιστημονικής συνεργασίας μέσω λειτουργίας διεπιστημονικής ομάδας στο χώρο του νοσοκομείου
- Επίσημος προσδιορισμός καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των επαγγελματιών από το Υπουργείο Υγείας ή τη διοίκηση του νοσοκομείου
- Άλλο

.....

.....

.....

.....

22. Θεωρείτε ότι υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα σε νοσηλευτές/νοσηλεύτριες και κοινωνικούς λειτουργούς;

Ναι  Όχι  Καμιά φορά

23. Αν ναι, που οφείλονται κατά τη γνώμη σας;

.....

.....

.....

.....

.....

