

# ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

---

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

## **Πτυχιακή Εργασία:**

Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Βόρεια Ελλάδα. Μια ποιοτική προσέγγιση από την πλευρά των επαγγελματιών Κοινωνικών λειτουργών.



## **Επιμέλεια:**

Βασιλειάδου Γεσθημανή

Ορφανίδου Δήμητρα

Πέγιου Παρασκευή

Σίμωση Ιωάννα Μαρία

## **Υπεύθυνη καθηγήτρια:**

Πελεκίδου Λίνα

Ηράκλειο

Δεκέμβριος, 2016

**Copyright@ 2016 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Σ.Ε.Υ.Π., Τ.Ε.Ι.**

**Κρήτης. <http://www.teicrete.gr/koinerg/koinwnikis.html>**

*Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Πτυχιακής Εργασίας αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία των συγγραφέων, της επιβλέπουσας καθηγήτριας και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).*

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

*Αρχικά, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαιτέρως την επιβλέπουσα καθηγήτριά κα. Πελεκίδου Λίνα καθώς, με επιμονή και υπομονή, μας υποστήριξε σε κάθε δυσκολία που αντιμετωπίσαμε κατά την διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας.*

*Επιπλέον, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας των Δήμων Δράμας, Πέλλας και Κύμης – Αλιβερίου για την συμμετοχή τους στο ερευνητικός μας μέρος.*

*Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειές μας, που ήταν δίπλα μας όλα αυτά τα χρόνια καθ'όλη τη διάρκεια ολοκλήρωσης των σπουδών μας.*

*Γεύση, Δήμητρα, Βούλα, Μαριάννα*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	6
Abstract .....	7
Εισαγωγή.....	8
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	10
Κεφάλαιο 1ο: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	13
1.1.1.    Ιστορική αναδρομή Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας .....	13
1.1.2.    Στόχοι Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας .....	14
1.1.3.    Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.....	15
1.1.4.    Δημόσιος Τομέας.....	15
1.1.5.    Η ΠΦΥ μέσω του ΕΟΠΥΥ .....	16
1.1.6.    Η ΠΦΥ μέσω της Τοπικής αυτοδιοίκησης.....	17
1.2.    Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στις Υπηρεσίες Υγείας .....	18
Κεφάλαιο 2ο : Η ποιότητα στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.....	20
2.1. Προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας.....	20
2.1.1. Ποιότητα και χαρακτηριστικά υπηρεσιών .....	21
2.1.2. Εξέλιξη και μέλλον ποιότητας.....	24
2.2. Μέτρηση ποιότητας υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και ικανοποίησης των επαγγελματιών στην κοινωνική φροντίδα.....	26
2.2.1. Προσδιορισμός δεικτών ποιότητας .....	28
2.3. Μέτρηση αποτελεσμάτων κοινωνικής φροντίδας .....	30
2.4. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην αξιολόγηση των κοινωνικών υπηρεσιών υγείας.....	31
Κεφάλαιο 3ο : Μεθοδολογία έρευνας .....	34
3.1. Σκοπός της μελέτης.....	34

3.2. Επιμέρους στόχοι της μελέτης.....	34
3.3. Ερευνητικά Ερωτήματα.....	34
3.4. Μέθοδος συλλογής στοιχείων .....	35
3.5. Μέσο συλλογής στοιχείων – Άξονες συνέντευξης.....	35
3.6. Πεδίο και δείγμα μελέτης .....	36
3.7. Δειγματοληψία ποιοτικής έρευνας .....	36
3.8. Ανάλυση δεδομένων.....	36
3.9. Εκτίμηση δυσκολιών και τρόποι αντιμετώπισης.....	36
3.10. Ηθικά ζητήματα ανακύπτουν, Άρση- Αντιμετώπιση .....	37
3.11. Περιορισμοί της έρευνας.....	39
Κεφάλαιο 4ο: Αποτελέσματα Έρευνας.....	40
4.1. Παρουσίαση προφίλ υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας του δείγματος .....	40
4.2.Ανάλυση Αποτελεσμάτων .....	45
4.3. Απάντηση ερευνητικών ερωτημάτων.....	61
4.4. Συζήτηση Αποτελεσμάτων.....	65
4.5. Συμπεράσματα έρευνας – προτάσεις.....	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	77
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	82

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι αξιολόγηση των κοινωνικών υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δήμων Δράμας, Πέλλας και Κύμης- Αλιβερίου από τους επαγγελματίες της κοινωνικής φροντίδας.

**Μέθοδος και Υλικό:** Η αξιολόγηση έγινε στις κοινωνικές υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δήμων Δράμας, Πέλλας και Κύμης- Αλιβερίου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη διεξαγωγή των ημι- δομημένων συνεντεύξεων στους επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στους προαναφερθέντες Δήμους με τη μέθοδο της μη τυχαίας σκόπιμης δειγματοληψίας. Ακολούθησε ποιοτική ανάλυση των δεδομένων ώστε να μπορέσουμε να οδηγηθούμε σε ορισμένα αποτελέσματα.

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης μας φαίνεται ότι οι επαγγελματίες Κοινωνικοί Λειτουργοί των κοινωνικών υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας συσχετίζουν την ικανοποίησή τους με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών η οποία όπως αναφέρουν είναι πολυδιάστατη. Καθοριστικοί παράγοντες για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σύμφωνα με τους επαγγελματίες Κ.Λ. είναι η εποπτεία-έλεγχος, η κατάλληλη στελέχωση των υπηρεσιών με τις ειδικότητες που εκλείπουν, η συνεργασία μεταξύ υπηρεσιών και η ύπαρξη καθηκοντολογίου και καταστατικών.

**Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της μελέτης φαίνεται ότι οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων ενώ πολλές αδυναμίες δυσκολεύουν το έργο τους. Οι επαγγελματίες Κοινωνικοί Λειτουργοί στις υπηρεσίες αυτές αποτελούν σημαντικό κομμάτι καθώς υιοθετούν πολύπλευρους ρόλους με στόχο την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

**ΛΕΞΕΙΣ- ΚΛΕΙΔΙΑ:** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ποιότητα, Κοινωνική Εργασία, Αξιολόγηση

## Abstract

**Introduction:** The aim of this research is the evaluation of social care services, of the Primary Health Care system in the municipalities of Drama, Pella and Kymi-Aliveri.

**Methods and Material:** The evaluation took place at the Social Services in Primary Health Care in the municipalities of Drama, Pella and Kymi-Aliveri. The research was conducted by using semi-structured interviews by Social workers of the health care services in the municipalities mentioned above, by method of non circumstantial specimens, at the Health Center's social service and through the "Help at Home" program.

**Results:** According to the findings of the study, Social Care Services succeed in contributing the solution to social care problems, although there are many difficulties that complicate their work. Determinants of the quality of services according to social worker is monitoring and control, and the lacking suitability of staff and moreover the cooperation between services and the existing statutes

**Conclusions:** According to the conclusions of the study, it seems that professional Social Workers of social care services in Primary Health Care system associate their satisfaction with the quality of offering services which is as they refer, multidimensional. According to professional Social Workers, the deciding factors for the quality of offering services are: supervision/ control, the proper staffing of services by hiring all the required specialists, the cooperation among services and finally the existence of a punch list and statutes.

**KEYWORDS:** Primary Health Care, Quality, Social Work, Evaluation

## Εισαγωγή

Η ποιότητα ως και το τέλος της δεκαετίας του 1970 αποτελούσε ένα ζήτημα που απασχολούσε κυρίως την βιομηχανία ενώ η ποιότητα στον τομέα της υγείας και ιδιαίτερα η διασφάλιση της, αποτελούσε ένα θεωρητικό και ακαδημαϊκό ζήτημα. Αντίθετα, στον τομέα της βιομηχανίας, ήδη από το 1930, η ποιότητα αποτελούσε ζήτημα κυρίαρχης σημασίας ενώ αξιολογούνταν με στατιστικές μεθόδους. Στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, η ποιότητα αποτέλεσε ζήτημα προς μελέτη μέσα από το τρίπτυχο που ανέλυσε ο Donabedian, ο οποίος συσχέτιζε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με την δομή, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, η ποιότητα περιλαμβάνει τα στοιχεία της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της τεχνικής αρτιότητας, αλλά και στοιχεία όπως είναι η ασφάλεια, η προσβασιμότητα, η παροχή υπηρεσιών με επίκεντρο τις ανάγκες του ασθενούς, αλλά και η συνεχιζόμενη φροντίδα (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Η ποιότητα είναι μία περίπλοκη έννοια η οποία ανάλογα με τον τομέα στον οποίο αναφέρεται περιλαμβάνει και τα αντίστοιχα στοιχεία. Για παράδειγμα, στην βιομηχανία, η ποιότητα ταυτίζεται με την τήρηση συγκεκριμένων προδιαγραφών στα προϊόντα και επιζητείται η μείωση των αποκλίσεων από τις διαδικασίες ώστε τα αποτελέσματα να είναι παρόμοια κάθε φορά. Στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας κάτι τέτοιο είναι σχεδόν αδύνατο εφόσον ο κάθε ασθενής έχει ιδιαίτερες ανάγκες και χρειάζεται διαφορετικές εξατομικευμένες, πολλές φορές, μεθόδους αντιμετώπισης του προβλήματός του. Για τον λόγο αυτό, η ποιότητα στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας σχετίζεται με την εξάλειψη των κακών πρακτικών και με υιοθέτηση σωστών που να εξυπηρετούν τις ανάγκες του συνόλου της κοινωνίας (Τούντας, 2003). Έτσι, είναι ευρέως αποδεκτό πως η ποιότητα των κοινωνικών υπηρεσιών αφορά συχνά περισσότερο τις υποκειμενικές παρά τις αντικειμενικές αντιλήψεις, εφόσον σχετίζεται με προσωπικές εμπειρίες και απόψεις (Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2015).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1993), η ποιότητα των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας σχετίζεται με την παροχή υπηρεσιών υγείας όπως είναι οι διαγνωστικές και οι θεραπευτικές πράξεις, οι οποίες εξασφαλίζουν όσο το



δυνατόν καλύτερα αποτελέσματα προς όφελος των ασθενών. Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας ,η οποία εξαρτάται από διάφορους παράγοντες (πχ δομή, διαδικασίες και αποτελέσματα), εμπεριέχει υποκειμενικά στοιχεία όταν αυτή διεξάγεται από τους επαγγελματίες υγείας (Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2015).

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Π.Φ.Υ.: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ε.Σ.Υ.: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Ι.Κ.Α.: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Ο.Α.Ε.Ε.: Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών

Ο.Π.Α.Δ.: Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου

Ο.Γ.Α.: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

Κ.Α.Π.Η.: Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

Κ.Η.Φ.Η.: Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

Α.Κ.Α.ΓΕ.: Ασφαλιστικό Κέντρο Αλληλεγγύης Γενεών

Κ.Λ.: Κοινωνικός Λειτουργός

Δ.Ε.Κ.ΠΟ.Τ.Α.: Δημοτική Επιχείρηση Κοινωνικής Πολιτιστικής και Τουριστικής Ανάπτυξης Δράμας

ΑμεΑ: Άτομα με αναπηρία

Κ.Υ.: Κέντρο Υγείας

Γ.Ν.: Γενικό Νοσοκομείο

ΙΝ.ΕΠ.: Ινστιτούτο επιμόρφωσης

Ε.Κ.Δ.Δ.Α.: Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης

Κ.Ε.Κ.Υ.Α.ΜΕ.Α: Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες

Σ.Κ.Λ.Ε.: Σύλλογος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας

Ε.Σ.Π.Α.: Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς

Κ.Ε.Δ.Κ.Ε: Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος

Ε.Ε.Τ.Α.Α.: Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης & Αυτοδιοίκησης

ΔΗ.Κ.Ε.Π.Α.Π.: Δημοτική Κοινωφελής Επιχείρηση Πολιτισμού και Αλληλεγγύης  
Πέλλας

Π.Ε.Δ.Υ.: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

***Α' ΜΕΡΟΣ***  
***ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ***

## Κεφάλαιο 1ο: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

### 1.1.1. Ιστορική αναδρομή Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Ερευνώντας ιστορικά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) παρατηρούμε ότι από την αρχαιότητα το σπίτι, κατά κύριο λόγο, ήταν ο χώρος στον οποίο οι ασθενείς δέχονταν τη νοσηλεία και την φροντίδα. Κατά τη διάρκεια της Βυζαντινής εποχής και συγκριμένα την εποχή που ιδρύθηκαν τα μοναστήρια, το γεγονός αυτό άλλαξε και ξεκίνησε η ίδρυση των νοσοκομείων. Στη συνέχεια, με την εμφάνιση του τάγματος των Διακονισσών, το οποίο ιδρύθηκε από τη Χριστιανική εκκλησία, ξεκίνησαν οι πρώτες νοσηλευτικές επισκέψεις στις οικίες των ασθενών. Το τάγμα αυτό είχε συγκεκριμένες ευθύνες οι οποίες σχετίζονταν με τη φροντίδα του φτωχού πληθυσμού. Αργότερα, κατά την περίοδο του μεσαίωνα, τα θρησκευτικά αλλά και τα λαϊκά στρώματα έχοντας ως πηγή έμπνευσης την αγάπη προς το συνάνθρωπο, παρείχαν νοσηλεία στο σπίτι χωρίς κανένα οικονομικό κέρδος. Το 1877, η Florence Nightingale έθεσε τις βάσεις για την παροχή ολοκληρωμένης, επιστημονικής νοσηλευτικής φροντίδας σε κοινοτικό επίπεδο. (Πιερράκος, 2008).

Λίγο αργότερα πραγματοποιήθηκε η εμφάνιση των φαρμακείων. Χρονολογικά τοποθετείται κατά τη διάρκεια του 19<sup>ου</sup> αιώνα και στις αρχές του 20<sup>ου</sup> στη Σμύρνη. Αυτού του είδους τα φαρμακεία συνδύαζαν την ιατρική με την φαρμακευτική φροντίδα αφού σε κάθε φαρμακείο υπήρχε πάντα, σε ξεχωριστό χώρο, ένα ιατρικό τραπέζι. Οι ιατρικές εξετάσεις δεν περιελάμβαναν εξειδικευμένα εργαλεία και ο γιατρός εργαζόταν είτε αφιλοκερδώς είτε με ιδιαίτερα μικρή αμοιβή η οποία σχετιζόταν πάντα με την οικονομική ευχέρεια των ασθενών (Πιερράκος, 2008).

Ενιαίο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρουσιάστηκε πρώτη φορά στην Ελλάδα μετά την δεκαετία του 1970. Μέχρι εκείνη την περίοδο, αυτού του είδους η φροντίδα υγείας παρεχόταν μέσα από τον ιδιωτικό τομέα και τα πολυιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών καθώς επίσης και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Το 1983 ξεκίνησε η ανάπτυξη της Π.Φ.Υ με την ψήφιση του νόμου για το ΕΣΥ (Ν.1397/83). Ο νόμος αυτός σηματοδότησε τη λειτουργία των κέντρων υγείας, των περιφερειακών ιατρείων και του οικογενειακού ιατρού. Αργότερα, το 1992, οι λειτουργίες που περιελάμβανε η Π.Φ.Υ. αυξάνονταν λόγω της λειτουργίας των κινητών μονάδων, των υγειονομικών σταθμών αλλά και της κατ' οίκον νοσηλείας

(Ν.207/92). Τέλος ,το 1897, παρατηρούνται αλλαγές στην Π.Φ.Υ. που σχετίζονται με τη λειτουργία Κέντρων Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικών Ασφαλίσεων , την εισαγωγή του θεσμού του προσωπικού αλλά και του οικογενειακού ιατρού και τέλος την εισαγωγή του ιατρικού φακέλου του ασθενή (Διοικητική ενημέρωση, 2009).

### 1.1.2. Στόχοι Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

*Σύμφωνα με την εφημερίδα της Κυβερνήσεως (Ν.3235) «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας νοείται το σύστημα παροχής υπηρεσιών σε ατομικό αλλά και σε οικογενειακό επίπεδο, και αφορά βασικές αλλά και ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.»*

Η υγεία θεωρείται ένα από τα σημαντικότερα ατομικά δικαιώματα. Το σύστημα της Π.Φ.Υ. είναι η είσοδος στο σύστημα υγείας ( Σωτηριάδου, Μαλλιαρού, Σαφάρης, 2011). Ο στόχος της είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας εξωνοσοκομειακά, ατομικά, κοινοτικά αλλά και κοινωνικά. Οι υπηρεσίες που παρέχονται περιλαμβάνουν την διάγνωση αλλά και την αντιμετώπιση οξέων και χρόνιων νοσημάτων, εστιάζοντας αρχικά στον ασθενή . Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει την πρόληψη, την κατ' οίκον νοσηλεία, την αποκατάσταση ασθενών μετά από ύφεση της οξείας φάσης, την προστασία και προαγωγή της υγείας, τη δημόσια υγεία αλλά και την συμβολή στην προστασία του περιβάλλοντος (Πιερράκος, 2008).

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από πέντε στοιχεία Αναφέρεται στη διακήρυξη πως οι υπηρεσίες, θα πρέπει να είναι προσιτές στους πολίτες και ότι η κοινότητα θα πρέπει να συμβάλει στο σχεδιασμό αλλά και στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Σημαντικό είναι να εστιαστεί η προσοχή στο κομμάτι της πρόληψης και προαγωγής της υγείας παρά στο θεραπευτικό κομμάτι (Πιερράκος, 2008). Επιπροσθέτως, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μέθοδοι, νοσηλείες, τεχνικές, μέσα και σύγχρονη τεχνολογία τα οποία να έχουν επιστημονική βάση και να προσαρμόζονται στις τοπικές ανάγκες των ατόμων της κάθε κοινότητας .Τέλος, οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να συνεργάζονται με άλλες υπηρεσίες , όπως οι δημοτικές υπηρεσίες, ώστε να βελτιωθεί το επίπεδο της υγείας του κοινού (Ταβλάντα, Τζιαρού, κ.α., 2006).

### 1.1.3. Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Όπως προαναφέρθηκε, «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Π.Φ.Υ., ορίζεται το γενικό σύστημα παροχής υπηρεσιών νοσοκομειακής φροντίδας υγείας, το οποίο εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο».(Ζαπάντη, Φράγκου, 2010). Ο σκοπός του συστήματος αυτού εστιάζει στην πρόληψη, τη διατήρηση, την προαγωγή, την αποκατάσταση αλλά και την ενδυνάμωση της υγείας των πολιτών οι οποίοι έρχονται σε επαφή μαζί του. Η πραγματοποίηση των στόχων επιτελείται μέσω των ιατρικών υπηρεσιών, μέσα από τις εξετάσεις, τα φάρμακα αλλά και από την πρόληψη της υγείας. Η Π.Φ.Υ. ασκείται από Δημόσιους φορείς, ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς φορείς, ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς φορείς και από εθελοντικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. (Ζαπάντη, Φράγκου, 2010)

### 1.1.4. Δημόσιος Τομέας

#### 1) Κέντρα Υγείας

Σύμφωνα με το Ν.1397/83, σκοπός των κέντρων υγείας είναι η ίση αλλά και η δωρεάν πρωτοβάθμια περίθαλψη καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, σε όλους τους πολίτες οι οποίοι διαμένουν μόνιμα ή προσωρινά στην περιοχή . Τα Κέντρα υγείας ασχολούνται με τη νοσηλεία, την παρακολούθηση των ασθενών, την πορεία ανάρρωσης, την παροχή πρώτων βοηθειών, την πρόληψη, την παροχή υπηρεσιών, την υγιεινή στο σχολικό περιβάλλον, την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των πολιτών (Μπέρδου, 2013).

Στην Ελλάδα σήμερα , ιδιαίτερα εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων, υπάρχει ένα δίκτυο διακοσίων(200) Κέντρων Υγείας στα οποία εργάζονται γενικοί ιατροί και γιατροί ειδικοτήτων (παθολόγοι , παιδίατροι, οδοντίατροι, μικροβιολόγοι, ακτινολόγοι), νοσηλευτές, μαιευτικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, επισκέπτες υγείας και τραυματιοφορείς. Ο αριθμός και η σύνθεση του προσωπικού ποικίλλει ανάλογα με τον πληθυσμό της εκάστοτε περιοχής (Ζηλίδης, 1995).

2) Περιφερειακά πολυιατρεία/ πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία

Εδώ συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες στην ύπαιθρο. Τα περιφερειακά πολυιατρεία και τα περιφερειακά ιατρεία θεωρούνται αποκεντρωμένες υπηρεσίες των κέντρων υγείας της περιφέρειας.

3) Μονάδες Π.Φ.Υ. και υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας

Ενεργούν για τις ετήσιες ιατρικές πράξεις πρόληψης και εντάσσονται στο γενικό σύστημα Π.Φ.Υ.

4) Πρωτοβάθμιες μονάδες ψυχικής υγείας

Αυτοτελείς αποκεντρωμένες υπηρεσίες

5) Κινητές μονάδες πρόληψης, ψυχικής υγείας και πρωτοβάθμιας υγείας

6) Κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού

7) Αντικαπνιστικά κέντρα

8) Ανοικτή γραμμή επικοινωνίας του Υπουργείου υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης

9) Μονάδες του Ε.Σ.Υ (Ζαπάντη, Φράγκου, 2010).

### 1.1.5. Η ΠΦΥ μέσω του ΕΟΠΥΥ

Ο σημαντικότερος ασφαλιστικός οργανισμός στην Ελλάδα είναι σήμερα ο ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας). Δημιουργήθηκε το 2012, από την ένωση των μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ και ΟΓΑ). Ο ΕΟΠΥΥ παρέχει υπηρεσίες στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού που σε ποσοστό αγγίζει το 90%. Σκοπός του είναι η πρόληψη, η διατήρηση, η προαγωγή, η



βελτίωση, η αποκατάσταση και προστασία της υγείας των ατόμων που δικαιούνται της υπηρεσίας. Η εξυπηρέτηση των ωφελούμενων πραγματοποιείται από συμβεβλημένους αλλά και πιστοποιημένους ιατρούς (Σταθόπουλος, 2005).

### 1.1.6. Η ΠΦΥ μέσω της Τοπικής αυτοδιοίκησης

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από την Τοπική Αυτοδιοίκηση του κάθε Δήμου. Αυτό μπορεί να γίνει μέσω των δημοτικών ιατρείων και από μη κυβερνητικούς φορείς. Τέτοιου είδους φορείς μπορεί να είναι η εκκλησία, εθελοντικά αλλά και φιλανθρωπικά σωματεία. Οι οργανώσεις αυτές μπορεί να είναι μικρές ή και πολύ μεγάλες. (Σταθόπουλος, 2005).

- Κέντρα Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

Υπάρχουν και άλλοι φορείς που παρέχουν Π.Φ.Υ. στους πολίτες. Τέτοιου είδους φορείς είναι τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) τα οποία απευθύνονται σε άτομα τρίτης ηλικίας. Οι δομές αυτές στόχο έχουν την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου (Μπέρδου, 2013). Πολλές φορές τα Κ.Α.Π.Η. έρχονται σε συνεργασία με το κοινωνικό σύνολο και με άλλους φορείς ώστε να πραγματοποιήσουν προγράμματα Πρωτογενούς (εμβολιασμοί, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων) και Δευτερογενούς πρόληψης (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση) (Μπέρδου, 2013).

- «Βοήθεια στο Σπίτι»

Ένα σημαντικό πρόγραμμα που η λειτουργία του παρέχεται σε άτομα ηλικιωμένα και σε άτομα με αναπηρίες είναι το «Βοήθεια στο Σπίτι.» Το ίδιο πρόγραμμα πραγματοποιείται σε πολλούς Δήμους της χώρας μέσω της Τοπικής αυτοδιοίκησης του κάθε Δήμου. Το πρόγραμμα αυτό παρέχει κοινωνική προστασία και έχει ως στόχο την συστηματική φροντίδα των ηλικιωμένων σε ένα καλά οργανωμένο επίπεδο. Το «Βοήθεια στο Σπίτι» στηρίζει ηλικιωμένα άτομα τα οποία δεν

αυτοεξυπηρετούνται, χρειάζονται ιδιαίτερη στήριξη και αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες. Ένας όμως από τους σημαντικότερους στόχους του προγράμματος είναι η συνέχιση διαβίωσης των ατόμων στο κοινωνικό τους περιβάλλον, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους (Μπέρδου, 2013).

- Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η)

Μια ακόμη σημαντική δομή που αφορά τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι τα Κ.Η.Φ.Η. πρόκειται για δομές ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων οι οποίοι δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν μόνοι τους πλήρως και τα άτομα που φροντίζουν γι' αυτά (οικογενειακό περιβάλλον), εργάζονται, ασθενούν ή δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν λόγω των σοβαρών οικονομικών δυσμενείων. Οι καταστάσεις αυτές αδυνατούν την προσπάθεια των ατόμων να ανταπεξέλθουν στο έργο που έχουν αναλάβει αναγκάζοντάς τα να καταφύγουν στη βοήθεια των Κ.Η.Φ.Η.. Το πρόγραμμα αυτό έχει ως σκοπό την στήριξη των ηλικιωμένων και τη διατήρηση της οικογενειακής τους συνοχής. (Μπέρδου, 2013).

## 1.2. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στις Υπηρεσίες Υγείας

*«Η Κοινωνική Εργασία, εφαρμόζεται σε όλα τα είδη, τις υπηρεσίες και τα προγράμματα που αφορούν την υγεία του ατόμου» (Καλλινικάκη, 2009).*

Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να λειτουργεί με βάση τις θεμελιώδεις αρχές: της προσήλωσης στα ιδεώδη, τα ιδεώδη της ελευθερίας, της δικαιοσύνης και της πίστης στην αξία της ανθρώπινης ύπαρξης (Καλλινικάκη, 2009).

Με βάση τις θεμελιώδεις αυτές αρχές, ο κοινωνικός λειτουργός:

1. Αναγνωρίζει έμπρακτα το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να: (Καλλινικάκη, 2009).

- Αποφασίζει στο να αποδεχθεί ή όχι το είδος των παρεχομένων σ' αυτόν υπηρεσιών και στον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων του, εφόσον με τον τρόπο αυτό δεν εκτίθεται σε κίνδυνο η ασφάλεια και η ευημερία των συνανθρώπων και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα.

- Συμμετέχει εποικοδομητικά, στο μέτρο του δυνατού, στη διαδικασία του σχεδιασμού των κοινωνικών μέτρων που τον αφορούν και συμπράττει στην προσπάθεια κάλυψης των αναγκών του ,στο μέτρο που οι δυνατότητές του το επιτρέπουν .
2. Ενεργεί κατά τρόπο που συμβάλλει στη δημιουργία ή την παροχή ίσων ευκαιριών σε άτομα, ομάδες και κοινότητες, χωρίς διάκριση καταγωγής, φύλου, ηλικίας, κοινωνικής θέσης, θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων, τόσο για την κάλυψη των βιολογικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και πολιτιστικών αναγκών τους, όσο και για την ανάπτυξη και αξιοποίηση των δικών τους δυνατοτήτων.

Επίσης, συμβάλλει στην καλλιέργεια του πνεύματος, κοινωνικής ευθύνης και αλληλεγγύης μεταξύ των πολιτών και στην ευαισθητοποίηση και προετοιμασία τους για κοινωνική δράση (Δημοπούλου- Λαγωνίκα, 2009).

Ο όρος υγεία και ασθένεια ενός ατόμου, εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, που σχετίζονται με τα αποτελέσματα των κλινικών εξετάσεων, τη σωματική λειτουργικότητα ενός ατόμου, τις αντικειμενικές του ικανότητες, τις αντιλήψεις του για τον εαυτό του και το βαθμό στον οποίο αντιμετωπίζονται οι συνήθεις δραστηριότητές του (Μπέρδου, 2013).

Σύμφωνα με τις Κονιδάρη, Σκρέτη(2011), *«ο κοινωνικός λειτουργός στον τομέα της υγείας συμβάλλει στην πρόληψη, αλλά και στην αντιμετώπιση συναισθηματικών η κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων που δημιουργούνται ως συνέπεια καταστάσεων κλονισμού της σωματικής ή ψυχικής υγείας ή που οφείλονται στην προσωπικότητα των ασθενών ή άλλες δυσμενείς συνθήκες που δυσχεραίνουν το διαγνωστικό έργο, την εφαρμογή θεραπευτικών μέτρων και την έκβαση της πορείας της νόσου».*

Στο τομέα της υγείας, ο κοινωνικός λειτουργός εμπλέκεται:

- Στον εντοπισμό των κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων που θεωρούνται η ρίζα των προβλημάτων.
- Στην παροχή υπηρεσιών που έχουν κοινωνικό-ενημερωτικό χαρακτήρα προς το οικείο αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων

Στόχος των παραπάνω είναι *«η συμβολή στην επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου, η αντιμετώπιση και αποδοχή μιας νέας κατάστασης και η ομαλή*

επανένταξη στο οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον» (Κονιδάρη, Σκρέτη, 2011).

## **Κεφάλαιο 2ο : Η ποιότητα στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας**

### **2.1. Προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας**

Οι άνθρωποι ως καταναλωτές αναζητούν συνεχώς την ποιότητα, έχοντας στο μυαλό τους κάποια συγκεκριμένα κριτήρια τα οποία και ανταποκρίνονται σε αυτήν. Όσο περισσότερο η αγορά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας ανταποκρίνεται σε αυτά τα κριτήρια, τόσο πιο ποιοτική είναι (Παπανικολάου,2007). Ακόμα, ο πελάτης- χρήστης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας μπορεί μέσω της ποιότητας να κατανοήσει καλύτερα την αξία των παρεχόμενων προς αυτόν υπηρεσιών και να κρίνει το κατά πόσο ικανοποιεί τις ανάγκες του αλλά και οι προσδοκίες του. Η ποιότητα αλλάζει ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε εποχής, ώστε να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πελατών- χρηστών όσο το δυνατόν καλύτερα. (Κωσταγιόλας και συν., 2008, αναφέρεται στον Μυλωνά, 2011).

Κάθε προϊόν ή υπηρεσία ,αντίστοιχα, έχει σχεδιαστεί για να καλύπτει κάποιες συγκεκριμένες ανάγκες. Η ποιότητα, λοιπόν, μας βοηθάει ώστε να κατανοούμε καλύτερα το κατά πόσο επιτυγχάνεται αυτή η κάλυψη των αναγκών, αν δηλαδή το προϊόν- υπηρεσία εκπληρώνει ουσιαστικά το σκοπό για τον οποίο σχεδιάστηκε. Υπάρχουν δύο διαστάσεις όσον αφορά την ποιότητα : «α) η εσωτερική διάσταση, σύμφωνα με την οποία η ποιότητα συνίσταται στην ανταπόκριση του προϊόντος ή της υπηρεσίας στις προκαθορισμένες προδιαγραφές και πρότυπα. β) Η εξωτερική διάσταση της ποιότητας, η οποία εκφράζει τον βαθμό στον οποίο το προϊόν ή η υπηρεσία ανταποκρίνεται στις προσδοκίες και την «επιθυμητή αξία» των πελατών.» (Μπουραντάς, 2002, αναφέρεται στον Μυλωνά, 2011, σ. 27-28).

Καθοριστικό ρόλο παίζει κυρίως η δεύτερη διάσταση αφού δεν στέκεται μόνο στο προϊόν σαν προϊόν ή στην υπηρεσία αντίστοιχα ,αλλά και στον τρόπο τον οποίο έφτασε αυτό στο χρήστη, στις συνδιαλλαγές δηλαδή του χρήστη κατά την εξυπηρέτηση. (Μπουραντάς, 2002, αναφέρεται στον Μυλωνά, 2011, σ. 27-28).

Με το πέρασμα των χρόνων, έχουν γραφτεί πολλοί ορισμοί για την ποιότητα. Ωστόσο, η έννοιά της είναι ακόμη δύσκολο να ορισθεί επαρκώς. Παρόλα αυτά γίνεται μια μαζική προσπάθεια ώστε ο ορισμός της ποιότητας να στηριχθεί σε γερά θεμέλια με σκοπό να λειτουργεί όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά. « Η ποιότητα λοιπόν μπορεί να οριστεί ως μια δυναμική κατάσταση η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους τις διαδικασίες και το περιβάλλον και η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη» (Παπανικολάου, 2007). Το πρώτο σκέλος του ορισμού ,δηλαδή η δυναμική κατάσταση, αφορά το ότι αυτό που ορίζεται ως ποιότητα μπορεί να μεταβάλλεται ανάλογα με τις ανάγκες που επικρατούν. Το δεύτερο σκέλος, που αφορά τα προϊόντα- υπηρεσίες, υπογραμμίζει ότι η ποιότητα δεν αφορά μόνο αυτά ,αλλά και αυτούς που τα λαμβάνουν, τον τρόπο που τα λαμβάνουν, τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται κατά την λήψη και τέλος τις συνθήκες που επικρατούν κατά την παροχή τους. (Παπανικολάου, 2007, σ. 28-29).

### 2.1.1. Ποιότητα και χαρακτηριστικά υπηρεσιών

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται όλο και περισσότερο να επιζητείται η σημασία της ποιότητας. Η κακή ποιότητα διαφέρει όσον αφορά τα προϊόντα και τις υπηρεσίες. Όταν πρόκειται για κακή ποιότητα υπηρεσιών, το κόστος που επιφέρει φαίνεται ότι είναι πολύ μεγαλύτερο σε σχέση με την κακή ποιότητα των προϊόντων, οπότε και κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς λόγω μεγάλου κόστους της κακής ποιότητας δεν υπάρχουν πολλά περιθώρια λάθος χειρισμών (Παπανικολάου, 2007). Η επικοινωνία του χρήστη με τις παρεχόμενες προς αυτόν υπηρεσίες βοηθάει ολοένα και περισσότερο στη βελτίωση των τελευταίων ,ώστε να παρέχονται όσο το δυνατό περισσότερο ποιοτικότερες υπηρεσίες (Κωστούλας, 2011).

Όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο υποκεφάλαιο, η ποιότητα αλλάζει συνεχώς ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε εποχής ώστε να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πελατών- χρηστών όσο το δυνατόν καλύτερα. Η επικοινωνία αυτή βοηθάει στο να είναι όσο το δυνατόν καλύτερη η συνδιαλλαγή του χρήστη με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και δίνεται η «ευκαιρία της διαπραγμάτευσης των προσδοκιών πριν γίνουν μεγαλύτερες από αυτές που μπορεί να παρέχει η υπηρεσία » (Edvardsson et all, 1994, αναφέρεται στον Κωστούλα, 2011, σ.42). Η διαδικασία αυτή, το να μπορεί δηλαδή ο

χρήστης των υπηρεσιών να μοιράζεται τα προβλήματά του με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, είναι πολύ σημαντική καθώς βοηθάει στην βελτίωση τους (Deakin & Wright, 1990, αναφέρεται στον Κωστούλα, 2011).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, έρευνες που έχουν γίνει από τους Parasuraman, Zeithaml and Berry (1988), καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι όταν οι χρήστες των υπηρεσιών πρόκειται να αξιολογήσουν μια υπηρεσία, είναι συγκεκριμένα τα κριτήρια που θα χρησιμοποιηθούν και καλούνται «καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών» :

- **Αξιοπιστία:** Διερεύνηση για το αν οι υπηρεσίες παρέχουν σταθερή φροντίδα, την διάρκειά της τελευταίας και το κατά πόσο είναι συνεπείς κατά την διάρκεια της παρεχόμενης αυτής φροντίδας.
- **Ανταπόκριση:** Αφορά τους εργαζόμενους στις υπηρεσίες παροχής και στο κατά πόσο είναι πρόθυμοι και εξυπηρετικοί προς τους χρήστες.
- **Ικανότητα:** Σχετίζεται με το αν οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες έχουν τα κατάλληλα προσόντα για να εργάζονται σε αυτές.
- **Πρόσβαση:** Αφορά στο κατά πόσο είναι εύκολο για το χρήστη να έρθει σε επαφή με την παρεχόμενη υπηρεσία.
- **Ευγένεια:** Σχετίζεται με τη σωστή συμπεριφορά του εργαζόμενου προς τον χρήστη των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- **Επικοινωνία:** Σχετίζεται με τη σωστή και κατανοητή πληροφόρηση του χρήστη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και με το ενδιαφέρον για τις ανησυχίες του.
- **Επαγγελματική πίστη:** Αφορά στο κατά πόσο οι εργαζόμενοι σε μια υπηρεσία είναι καλοί σε αυτό που κάνουν, κατά πόσο μπορεί ο χρήστης να τους εμπιστευθεί, στην ειλικρίνειά τους και στην φήμη που υπάρχει γύρω από αυτούς.
- **Ασφάλεια:** Προέχει η σωματική ασφάλεια των χρηστών, η εχεμύθεια όσον αφορά προσωπικά δεδομένα των χρηστών.

- **Κατανόηση:** Αφορά στο ότι οι εργαζόμενοι θα πρέπει να προσπαθούν ώστε να καλύπτονται όσο γίνεται περισσότερες ανάγκες των χρηστών, να τους δείχνουν κατανόηση και να τους καθυστερούν.
- **Φυσικά χαρακτηριστικά:** Σχετίζεται με το κατάλληλο περιβάλλον το οποίο πρέπει να υπάρχει και να είναι ευχάριστο προς τους χρήστες των υπηρεσιών, καθώς και στην καλή επικοινωνία των χρηστών με τους εργαζομένους. (Παπανικολάου, 2007, σ. 32).

Κάθε υπηρεσία που παρέχεται και δεν καλύπτει τα παραπάνω πρότυπα- κριτήρια αποτελεί ένδειξη κακής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Παπανικολάου, 2007). Για να είναι λοιπόν μια υπηρεσία ποιοτική, θα πρέπει να λαμβάνει συνεχώς υπόψη τις ανάγκες και τις απαιτήσεις αυτών που λαμβάνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες, δηλαδή των χρηστών (Edvardsson & Gustavsson, 1988,1990, Denton, 1989, αναφέρεται στον Κωστούλα, 2011).

Οι υπηρεσίες έχουν κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τα οποία τις διαχωρίζουν από τα προϊόντα. Αρχικά, αυτός που παρέχει τις υπηρεσίες δεν μπορεί εύκολα να αναφερθεί σε αυτές προσπαθώντας να τις επεξηγήσει αλλά και ο χρήστης που τις λαμβάνει δεν μπορεί να τις κρίνει. Ακόμα, ο ίδιος ο χρήστης συμμετέχει ενεργά σε όλη τη διαδικασία παροχής μιας υπηρεσίας, χωρίς βέβαια να μπορεί να την ελέγξει πριν την χρησιμοποιήσει. Επιπλέον, μέσω της συνολικής εικόνας που θα αναπτύξει ο χρήστης για την υπηρεσία, κρίνεται και η ποιότητά της. Τέλος, οι υπηρεσίες δεν αποτελούν προϊόντα ώστε ο χρήστης να μπορεί να τις αγοράσει, να γίνουν κτήμα του, και συνήθως η παροχή τους γίνεται παράλληλα με την παραγωγή τους. (Παπανικολάου, 2007).

Η ποιότητα των υπηρεσιών σε μεγάλο βαθμό εξαρτάται από την πρώτη επαφή του χρήστη με την παρεχόμενη προς αυτόν υπηρεσία. Η πρώτη αυτή επαφή σύμφωνα με τον Normann (1984) λέγεται «η στιγμή της αλήθειας», δηλαδή η στιγμή που ο χρήστης έρχεται σε επαφή με την παρεχόμενη υπηρεσία και μόνο τότε μπορούν, από τη μία, να οριστούν οι προσδοκίες του χρήστη και από την άλλη, η ίδια η υπηρεσία να δείξει ότι παρέχει την καλύτερη ποιότητα. Αν τα πράγματα δεν εξελιχθούν όπως πρέπει κατά την πρώτη αυτή επαφή, θα είναι αρκετά δύσκολο έως ανέφικτο να εξυπηρετηθεί όπως θέλει ο χρήστης και να καλύψει τις ανάγκες του (Παπανικολάου, 2007, σ.36).

### 2.1.2. Εξέλιξη και μέλλον ποιότητας

Η έννοια της ποιότητας άρχισε να απασχολεί ιδιαίτερα στις αρχές του 20ού αιώνα, με τη βιομηχανική επανάσταση και τη μαζική παραγωγή. Η επιθεώρηση αποτελεί το πρώτο στάδιο των «εποχών ποιότητας» (Παπανικολάου, 2007, σ.37), και κάνει αυτό ακριβώς που λέει, επιθεωρεί την ποιότητα. Ουσιαστικά συγκρίνει το προϊόν-υπηρεσία με κάποια συγκεκριμένα πρότυπα (Σπανός, 1993, αναφέρεται στη Βαγενά, 2008, σ.33).

Ο ποιοτικός έλεγχος αποτελεί το δεύτερο στάδιο στην εξέλιξη της ποιότητας. Αποτελεί τη διαδικασία κατά την οποία το προϊόν- υπηρεσία ελέγχεται διαρκώς ώστε να εντοπίζεται και παράλληλα να επιλύονται τυχόν επιπλοκές που προκύπτουν όσον αφορά την ποιότητα. Η παρούσα φάση δεν αφήνει περιθώρια δημιουργίας νέων επιπλοκών αλλά δεν εγγυάται κάτι τέτοιο για το μέλλον. Ο ποιοτικός έλεγχος ωστόσο παρουσιάζει κάποια αδυναμία. Ο εντοπισμός των επιπλοκών γίνεται στο τέλος, όταν δηλαδή το προϊόν- υπηρεσία έχει ολοκληρωθεί. Έτσι ,σε αυτό το στάδιο οι διορθώσεις είναι αρκετά δαπανηρές και δύσκολες (Θεοδόρου, 1992, αναφέρεται στη Τσουτσάνη, 2014).

Η διασφάλιση της ποιότητας, το τρίτο στάδιο, επικεντρώνει την προσοχή της από το σημείο του σχεδιασμού ενός προϊόντος- υπηρεσίας μέχρι και την ολοκλήρωσή του. Είναι οι συνεχείς και προκαθορισμένες διαδικασίες που ακολουθούνται ώστε να εξασφαλιστεί ότι το προϊόν- υπηρεσία ολοκληρώθηκε βάσει κάποιων συγκεκριμένων προτύπων (Μέριανου- Μιχαήλ και συν., 1993, Τσιόρτας, 1995, αναφέρεται στη Βαγενά, 2008).

Εξαιτίας της ανάγκης για όλο πιο ποιοτικές υπηρεσίες και προϊόντα, δημιουργήθηκαν νέες προσεγγίσεις για την ποιότητα, οι οποίες έγιναν γνωστές με την έννοια διοίκηση ολικής ποιότητας (Μυλωνάς, 2011). Το τελευταίο στάδιο, λοιπόν, αποτελεί η διοίκηση ολικής ποιότητας. Όπως και με τον ορισμό της ποιότητας ,έτσι με την διοίκηση ολικής ποιότητας ,δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος ορισμός ο οποίος να είναι κοινά αποδεκτός (Bounds Yorks, Adams and Ranney, 1994, αναφέρεται στη Βουλγαρίδου, 2003). Ωστόσο ,η διοίκηση ολικής ποιότητας θα πρέπει να χρησιμοποιείται από τον σχεδιασμό μέχρι και την ολοκλήρωση ενός προϊόντος- υπηρεσίας, δηλαδή σε όλα τα στάδια παραγωγής τους. Η συνεχής



καλύτερευση και οι νέες και πρωτοποριακές ιδέες όσον αφορά προϊόντα και υπηρεσίες αποτελούν τους σκοπούς της διοίκησης ολικής ποιότητας (Evans J.R., Lindsayw, 2010, αναφέρεται στη Τριβυζά, 2016).

Με την διοίκηση ολικής ποιότητας βρέθηκαν καινούργιοι τρόποι ώστε να επιλύονται τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν σε επιχειρήσεις και οργανισμούς στα θέματα της ποιότητας, καθώς και τρόποι ώστε οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί να γίνονται περισσότερο ανταγωνιστικοί γεγονός που αυξάνει όλο και περισσότερο την ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας (Μπουραντάς και Παπαλεξανδρή, 2003 , αναφέρεται στον Μυλωνά, 2011). Τέλος, η διοίκηση ολικής ποιότητας επισημαίνει ότι για τη διασφάλιση της ποιότητας και της συνεχούς βελτίωσης, είναι απαραίτητος ο ρόλος των εργαζομένων στις επιχειρήσεις ή στις υπηρεσίες καθώς και ο ρόλος των πελατών ή των χρηστών. Η συμμετοχή τους αφορά όλα τα επίπεδα λειτουργίας της επιχείρησης – υπηρεσίας (Παπανικολάου, 2007).

Το μέλλον της ποιότητας και οι τρόποι διαχείρισής της φαίνεται ότι επηρεάζονται από τις ολοένα περισσότερες και μεγαλύτερες απαιτήσεις των πελατών-χρηστών σε παγκόσμιο επίπεδο, από το γεγονός ότι οι χρήστες – πελάτες μπορεί να περιμένουν κάτι τελείως διαφορετικό από αυτό που μπορεί να προσφέρει η επιχείρηση ή η υπηρεσία, από τις εκάστοτε οικονομικές συνθήκες και πιέσεις που υπάρχουν σε κάθε περιοχή και από τους νέους τρόπους διοίκησης που προκύπτουν (Feigenbaum, 1988, αναφέρεται στην Παπανικολάου, 2007).

Οι ολοένα και μεγαλύτερες απαιτήσεις των πελατών – χρηστών σε παγκόσμιο επίπεδο απαιτεί και την ολοένα και μεγαλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών - προϊόντων που τους παρέχονται. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε πως πελάτες – χρήστες περιμένουν ανάλογη ποιότητα με την αξία του προϊόντος. Οι απαιτήσεις των πελατών-χρηστών δεν έχουν να κάνουν μόνο με την ποιότητα της υπηρεσίας - προϊόντος αλλά και με την ποιότητα του οργανισμού-επιχείρησης από τα οποία αυτά παρέχονται. Ο πελάτης- χρήστης θέλει η ποιότητα να είναι ανάλογη με την αξία του προϊόντος -υπηρεσίας αλλά και να υπάρχει υποστήριξη αν χρειαστεί και μετά την αγορά αυτών (Παπανικολάου, 2007).

Οι οργανισμοί ωθούνται από την παγκόσμια αγορά στη μείωση των τιμών τους χωρίς όμως να μεταβληθεί η ποιότητα των προϊόντων- υπηρεσιών τους. Αυτό μπορεί να γίνει μέσω της μείωσης των εξόδων που αφορούν πελάτες – χρήστες οι οποίοι δεν

είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες- προϊόντα που δέχτηκαν. Μειώνοντας τους δυσαρεστημένους χρήστες – πελάτες ,μπορεί να αυξηθεί η ποιότητα χωρίς αύξηση του κόστους της. Τέλος, οι οργανισμοί-επιχειρήσεις θα πρέπει να λειτουργούν ανθρώπινα προς τους εργαζομένους τους και να αλλάζουν τον τρόπο λειτουργίας τους προς όφελος και των ίδιων αλλά και των εργαζομένων τους (Παπανικολάου, 2007).

## 2.2. Μέτρηση ποιότητας υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και ικανοποίησης των επαγγελματιών στην κοινωνική φροντίδα

Οι πολίτες σχηματίζουν και διαμορφώνουν άποψη για το κράτος στο οποίο ζουν μέσα από τις συνδιαλλαγές τους με τις κοινωνικές υπηρεσίες και τον τρόπο που αυτές τους παρέχονται (Serra, 1995, αναφέρεται στον Κωστούλα, 2011). Όπως αναφέρθηκε και στα προηγούμενα κεφάλαια, μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών ο χρήστης έρχεται πρόσωπο με πρόσωπο με το κράτος και αυτό αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής τους το οποίο θα καθορίσει και στη συνέχεια τη μεταξύ τους σχέση . Η σχέση αυτή θεωρείται αρκετά σημαντική καθώς μέσα από την πρώτη αυτή επαφή θα διαμορφωθεί και η συνολική εικόνα του χρήστη απέναντι στο κράτος (Μιχαλόπουλος, 2007, αναφέρεται στον Κωστούλα, 2011).

Στις μέρες μας όμως τα πράγματα όσον αφορά την διοίκηση και την λειτουργία των κοινωνικών υπηρεσιών έχουν αλλάξει ριζικά, καθώς έχουμε περάσει σε μια άλλη εποχή όπου κύριο μέλημα των υπηρεσιών αυτών είναι πλέον η κάλυψη των αναγκών των χρηστών (Μιχαλόπουλος, 2003, αναφέρεται στον Κωστούλα, 2011).

Μέσα από την βιβλιογραφία είναι φανερό ότι *«η μέτρηση της ποιότητας της κοινωνικής φροντίδας παρουσιάζει χαρακτηριστικές, εννοιολογικές και αναλυτικές προκλήσεις κυρίως εξαιτίας των σύνθετων, πολυδιάστατων και διαφορετικών εννοιών που έχουν αποδοθεί στην ποιότητα από τους διάφορες θεματοφύλακες της κοινωνικής πρόνοιας»*(Malley, Fernandez, 2010, σ. 3). Η μέτρηση, λοιπόν, πρέπει να χρησιμοποιείται ως εργαλείο για να μπορεί να αξιολογείται και να ελέγχεται το έργο μιας κοινωνικής υπηρεσίας και όχι να αποτελεί τον σκοπό της, καθώς σκοπός μιας κοινωνικής υπηρεσίας είναι η κάλυψη των αναγκών των χρηστών (Κωστούλας, 2011).

Συνεπώς, οι χρήστες των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας κρίνουν και άρα μετρούν την ποιότητα παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας βάση δύο μεταβλητών: η πρώτη έχει να κάνει με την «ποιότητα φροντίδας» και η δεύτερη αφορά την «ποιότητα ζωής» (Reed, 2007, Osborne, 1992, αναφέρεται στους Malley, Fernandez, 2010, σ. 3).

Η πρώτη αναφέρεται στο κατά πόσο μπορεί ο χρήστης των υπηρεσιών να απευθυνθεί με ευκολία σε αυτές, στο αν οι επαγγελματίες των υπηρεσιών είναι εξυπηρετικοί και γενικά στον τρόπο συμπεριφοράς τους, στο αν μπορούν οι χρήστες να εκφράσουν τυχόν παράπονα για τον τρόπο λειτουργίας της υπηρεσίας και στο κατά πόσο αυτά θα ληφθούν υπόψη. Ακόμα περιλαμβάνει την σωστή επαγγελματική κατάρτιση των επαγγελματιών, την ύπαρξη εχεμύθειας και την ικανότητα των υπηρεσιών να προσαρμόζονται στις αλλαγές που προκύπτουν (Qureshi and Henwood, 2000, Edebalk et al., 1995, Harding and Beresford, 1996, Qureshi et al., 1998, Henwood et al., 1998, Sinclair et al., 2000, Francis and Netten, 2004, Malley et al., 2006, Raynes et al., 2001, αναφέρεται στους Malley, Fernandez, 2010). Η «ποιότητα ζωής» αναφέρεται στα αποτελέσματα των υπηρεσιών προς τους χρήστες τους, αν δηλαδή έχει υπάρξει κάποια καλύτερευση όσον αφορά την κατάστασή τους και στο αν υπάρχει το αίσθημα ότι είναι αβοήθητοι. Επίσης, περιλαμβάνει τη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας και κοινωνικής τους ζωής καθώς οι χρήστες γίνονται περισσότερο αυτόνομοι και αναπτύσσουν δεξιότητες (Bamford et al., 1999, Qureshi et al., 1998, Miller et al., 2008, αναφέρεται στους Malley, Fernandez, 2010, σ. 3).

Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας βοηθούν τον χρήστη σε πολλές πτυχές της καθημερινή του ζωής. Πρέπει λοιπόν να υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών και των χρηστών καθώς από αυτήν κρίνεται και η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, η ύπαρξη δηλαδή μιας καλής ή μη συνεργασίας (Donabedian, 1988, αναφέρεται στους Malley, Fernandez, 2010). Εστιάζοντας σε αυτή την σχέση συνεργασίας μεταξύ χρήστη υπηρεσιών και επαγγελματία, επιτυγχάνεται ο μη διαχωρισμός της κοινωνικής φροντίδας από την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών (National Institute for Social Work, 1988, αναφέρεται στους Malley, Fernandez, 2010).

Όσον αφορά την ικανοποίηση των επαγγελματιών στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, ο τομέας της υγείας είναι σίγουρα ένας από αυτούς που προκαλούν

μεγάλο άγχος και λιγότερη ικανοποίηση στους επαγγελματίες υγείας. Φαίνεται ότι η ικανοποίηση των επαγγελματιών είναι συνδεδεμένη με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και με την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες αυτές. Η μη ικανοποίηση των επαγγελματιών σχετίζεται συνήθως με την έλλειψη εξοπλισμού, την μειωμένη αμοιβή και την έλλειψη χώρων. Ακόμα, σημαντικό ρόλο παίζουν οι μη επαρκείς γνώσεις και η ελλιπής εκπαίδευση των επαγγελματιών που τους εμποδίζουν να ασκούν σωστά την δουλειά τους (Κουράκος, κ.α., 2012).

Τέλος, με βάση την υφιστάμενη κατάσταση που επικρατεί στην χώρα είναι πολύ σημαντικό να υπάρξουν ,όσο αυτό είναι δυνατό, ποιοτικότερες κοινωνικές υπηρεσίες. Έτσι ,μέσω αυτών, οι συνέπειες της κρίσης δεν θα επηρεάζουν στο μέγιστο βαθμό τους πολίτες της χώρας καθώς θα απορροφούνται από τις κοινωνικές υπηρεσίες. Μέσω των ποιοτικότερων κοινωνικών υπηρεσιών επικρατούν καλύτερες συνθήκες ζωής, χωρίς καταπατήσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων και με ισότητα μεταξύ των πολιτών. Ακόμα, όπως φαίνεται και από τα παραπάνω, η ικανοποίηση χρηστών αλλά και επαγγελματιών θα ήταν αρκετά αυξημένη αν υπήρχαν ποιοτικότερες κοινωνικές υπηρεσίες (Κωστούλας, 2011).

### 2.2.1. Προσδιορισμός δεικτών ποιότητας

Για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας είναι σημαντικό να προσδιοριστούν οι δείκτες βάσει των οποίων πραγματοποιείται και η αξιολόγησή τους (Malley, Fernandez, 2010). Οι δείκτες είναι «*εργαλεία μέτρησης αποτελεσμάτων*» (Council of Europe,1997) οι οποίοι στην συγκεκριμένη περίπτωση βοηθούν στην αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, δίνοντας «*μια εκτίμηση του φαινομένου*» (ΥΠΕΣΔΔΑ.2005 αναφέρεται στον Κωστούλα, 2011, σ. 76).

Πριν γίνει η ανάλυση των δεικτών, έχει σημασία να αναφερθεί ότι τον μεγαλύτερο ρόλο στην αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας παίζει το έργο της εκάστοτε υπηρεσίας και το πώς αυτό αντικατοπτρίζεται και απορροφάται στην καθημερινότητα των χρηστών, καθώς και η μεταξύ τους σχέση (Κωστούλας, 2011).

Οι δείκτες ποιότητας χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: τους «δομικούς δείκτες», οι οποίοι έχουν να κάνουν με τον τρόπο λειτουργίας της υπηρεσίας (πόροι, εργαλεία, ιδιαίτερα χαρακτηριστικά) (Donabedian, 1980, αναφέρεται στους Malley, Fernandez, 2010, σ.4 ), οι «δείκτες διαδικασίας» οι οποίοι έχουν να κάνουν με την επικοινωνία χρηστών και επαγγελματιών και με το τι συμβαίνει στην μεταξύ τους αυτή σχέση και τους «δείκτες αποτελέσματος» οι οποίοι αξιολογούν το τι πήγε καλά και τι όχι σχετικά με την παρεχόμενη προς τους χρήστες φροντίδα (Malley, Fernandez, 2010, σ.4).

Οι έρευνες που έχουν γίνει έως τώρα σύμφωνα με τους Malley και Fernandez αφορούν κυρίως δείκτες δομής της ποιότητας. Σχετικά παραδείγματα δεικτών δομής είναι: *«αν οι δομές που φιλοξενούν άτομα παρέχουν ατομικά διαμερίσματα, το μέγεθος αυτών και η ποικιλία των εγκαταστάσεων που είναι διαθέσιμες σε αυτές τις δομές»* (Malley, Fernandez, 2010, σ.5).

Από την άλλη, δεν υπάρχουν δείκτες που να μπορούν να αξιολογήσουν την φροντίδα που παρέχεται στο σπίτι από αντίστοιχα προγράμματα και αφορούν καθημερινές ανάγκες των χρηστών όπως το ντύσιμο κ.α. (Malley, Fernandez, 2010, σ.5).

Οι δείκτες δομής παρουσιάζουν κάποια μειονεκτήματα. Αρχικά, είναι δύσκολο να προσαρμοστούν στις μεταβαλλόμενες συνθήκες και επιπλέον η προσοχή τους δεν είναι στραμμένη σε αυτό που αναφέρθηκε και παραπάνω, στο ότι δηλαδή μεγαλύτερο ρόλο στην αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει το πώς το έργο της εκάστοτε υπηρεσίας αντικατοπτρίζεται και απορροφάται στην καθημερινότητα των χρηστών καθώς και η σχέση μεταξύ χρηστών και υπηρεσίας. Βρίσκεται λοιπόν υπό αμφισβήτηση το αν τελικά οι δείκτες δομής αποτελούν δείκτες ποιότητας (Malley, Fernandez, 2010).

Οι δείκτες εμπειρίας είναι αυτοί οι οποίοι αποτελούν και το έναυσμα για τη δημιουργία των «δεικτών διαδικασίας και αποτελέσματος» καθώς βάση αυτών γίνεται η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Malley, Fernandez, 2010).. Οι δείκτες αυτοί, λοιπόν, αναφέρονται σε κομμάτια της ποιότητας παροχής υπηρεσιών όπως το πώς αισθάνονται οι χρήστες σχετικά με την συνδιαλλαγή του με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, το αν μπορούν να ζουν ομαλά την καθημερινότητά του και την γενικότερη βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης (Malley, Fernandez, 2010).

Τέλος, αναφορικά με τους «δείκτες αποτελέσματος και πρακτικής», παρόλο που και οι δύο αποτελούν αξιολογητές του έργου των παρεχόμενων υπηρεσιών και το πώς αυτό επιτελείται, υπάρχει μια διαφωνία σχετικά με το ποιος από τους δύο δείκτες πρέπει να χρησιμοποιείται. Οι «δείκτες αποτελέσματος» αφορούν τα αποτελέσματα των παρεχόμενων υπηρεσιών ,ενώ οι «δείκτες πρακτικής» το τρόπο με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες. Η επιλογή ,λοιπόν ,των δεικτών γίνεται ανάλογα με τον σκοπό της αξιολόγησης (Steel et al.,2004, αναφέρεται στους Malley, Fernandez, 2010, σ.7)

### 2.3. Μέτρηση αποτελεσμάτων κοινωνικής φροντίδας

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της κοινωνικής φροντίδας είναι μια δύσκολη διαδικασία λόγω του ότι από τη μία η φροντίδα που παρέχεται, καταναλώνεται και παράγεται από κοινού με χρήστες και φροντιστές και από την άλλη λόγω της σημαντικότητας που παρουσιάζει η άτυπη φροντίδα (Malley, Fernandez, 2010).

Εξαιτίας των παραπάνω, τα αποτελέσματα των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας είναι δύσκολο να αξιολογηθούν επειδή τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα από την εφαρμογή της κοινωνικής φροντίδας μπορεί να εμφανιστούν είτε στους χρήστες των υπηρεσιών είτε στους επαγγελματίες φροντιστές. Επιπλέον, η άτυπη φροντίδα μπορεί να επηρεάσει είτε θετικά είτε αρνητικά την φροντίδα που παρέχεται από τους επαγγελματίες (Malley, Fernandez, 2010).

Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, όσον αφορά την κοινότητα, παρέχονται από την άτυπη φροντίδα που περιλαμβάνει το ευρύτερο οικογενειακό -και μη- περιβάλλον και από τους επαγγελματίες φροντιστές. Η παρεχόμενη από τους επαγγελματίες φροντίδα επηρεάζει τη ζωή των χρηστών προς το καλύτερο. Αν όμως η φροντίδα που παρέχεται από τους επαγγελματίες δεν είναι καλή, τότε οι συνέπειες για τη ζωή των χρηστών θα είναι βλαβερές (Malley, Fernandez, 2010).

Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας έχει τελείως διαφορετικό σκοπό από αυτόν της ιατρικής φροντίδας, που είναι η βελτίωση ή θεραπεία μιας βλάβης την οποία έχει το άτομο. Σκοπός της κοινωνικής φροντίδας είναι η βελτίωση της καθημερινότητας και ζωής των ατόμων που δεν μπορούν να φροντίσουν μόνοι τους τον εαυτό τους και η παροχή βοήθειας ώστε το άτομο να μπορέσει να διαχειριστεί

καλύτερα τα αποτελέσματα μιας πιθανής βλάβης όσον αφορά το ψυχικό αλλά και τον λειτουργικό του τομέα (Malley, Fernandez, 2010).

Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας δεν παρέχονται για πάντα αλλά για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (Malley, Fernandez, 2010, σ.9). Έτσι, τα αποτελέσματά μπορούν να κριθούν από τον τρόπο ζωής του χρήστη πριν και μετά από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Όσο περνάει ο καιρός, η χρήση των υπηρεσιών μπορεί να αυξηθεί ή να μειωθεί ανάλογα με την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο χρήστης. Επομένως, η επαφή του χρήστη με τις παρεχόμενες υπηρεσίες λόγω της παρόδου των χρόνων και της «φυσιολογικής χειροτέρευσης» της κατάστασης του, μπορεί να μεταβάλλεται και να είναι πολύ μικρότερης συχνότητας καθώς το γνωστικό επίπεδο στο οποίο θα βρίσκεται ο χρήστης δεν θα επιτρέπει πλέον την «ύπαρξη ποιότητας ζωής σε σχέση με την αυτοδιάθεσή του» (Malley, Fernandez, 2010, σ.9).

#### 2.4. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην αξιολόγηση των κοινωνικών υπηρεσιών υγείας

Βασικό μέλημα της κοινωνικής εργασίας, όσον αφορά τις κοινωνικές υπηρεσίες, είναι να γίνει ορατή η θετική επίδραση των υπηρεσιών που παρέχονται στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο μέσω της συνεχούς βελτίωσης και της ποιότητας των υπηρεσιών. Γίνεται φανερό επίσης ότι οι ρόλοι του κοινωνικού λειτουργού στις κοινωνικές υπηρεσίες ποικίλλουν (Vourlekis, et.al, 2005).

Αρχικά, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού περιλαμβάνει την πραγματοποίηση αξιολογήσεων και ερευνών μέσω της συγκέντρωσης πληροφοριών ώστε να διερευνώνται οι ανάγκες των χρηστών και οι δυσκολίες που προκύπτουν κατά την παροχή των κοινωνικών υπηρεσιών. Μέσω των ερευνών επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να συγκρίνει αποτελέσματα από τις κοινωνικές υπηρεσίες μεταξύ περισσότερων ή λιγότερων αναπτυγμένων περιοχών και να λάβει χρήσιμες πληροφορίες μέσα από αυτές (Vourlekis, et.al, 2005).

Επιπλέον, ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει στο σχεδιασμό φροντίδας και στη παροχή μακροχρόνιας φροντίδας σε συνεργασία με τους υπόλοιπους εργαζόμενους στις κοινωνικές υπηρεσίες (Vourlekis, et.al, 2005). Η διεπιστημονική συνεργασία κρίνεται πολύ σημαντική για μια επιτυχημένη δράση σε όλους τους τομείς (Centers

for Medicare and Medicaid Services, 1989, αναφέρεται στους Vourlekis, et. al., 2005, σ.8).

Τέλος ,στοχεύει σε παρεμβάσεις που αφορούν τη βελτίωση ικανότητας των χρηστών αλλά και των οικογενειών τους, στην αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων που προκύπτουν (Vourlekis, et.al, 2005, σ.3) , στη θέσπιση αντικειμενικών για το κάθε χρήστη στόχων και στην αποδοχή, τον σεβασμό και την αναγνώριση των δικαιωμάτων του κάθε χρήστη για τις αποφάσεις και τις επιλογές τους σε νομικά πλαίσια (Roberta R.Greene, 2005. αναφέρεται στους Vourlekis, et.al, 2005, σ.13).



***Β' ΜΕΡΟΣ***  
***ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ***

## Κεφάλαιο 3ο : Μεθοδολογία έρευνας

### 3.1. Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση των Κοινωνικών Υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δήμων Δράμας, Πέλλας και Κύμης Αλιβερίου από τους επαγγελματίες κοινωνικής φροντίδας.

### 3.2. Επιμέρους στόχοι της μελέτης

Στόχος της έρευνας αποτελεί η διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών Κ.Λ. στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας για την αξιολόγηση των υπηρεσιών που εργάζονται μέσω:

- της σκιαγράφησης του προφίλ των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και της περιγραφής των υπηρεσιών αυτών
- της συλλογής και περιγραφής στοιχείων για τη δόμηση της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας
- της διερεύνησης δυνατών και αδύναμων στοιχείων των δεικτών της ποιότητας
- της ικανοποίησης των επαγγελματιών στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας
- των τρόπων βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας
- μιας γενικής εκτίμησης του επαγγελματία Κ.Λ. στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

### 3.3. Ερευνητικά Ερωτήματα

1. Ποιοι δείκτες είναι αυτοί που λαμβάνονται υπόψη για την αξιολόγηση της ποιότητας των κοινωνικών υπηρεσιών;
2. Πως εκφράζουν την ικανοποίηση τους οι επαγγελματίες των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας;
3. Ποια είναι τα δυνατά και αδύνατα σημεία που παρουσιάζουν οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας από την πλευρά των επαγγελματιών;

### 3.4. Μέθοδος συλλογής στοιχείων

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της ποιοτικής μεθόδου, λόγω του ότι η τελευταία επιτρέπει τη μελέτη των εμπειριών των ερωτηθέντων, τις γνώμες, τις προσδοκίες και τα συναισθήματά τους όπως οι ίδιοι τα αντιλαμβάνονται. Χρησιμοποιώντας τη συγκεκριμένη μέθοδο καταφέραμε και εισχωρήσαμε σε βάθος στο θέμα μας και όχι επιφανειακά (Ιωσιφίδης, 2003).

### 3.5. Μέσο συλλογής στοιχείων – Άξονες συνέντευξης

Ο τύπος συνέντευξης που χρησιμοποιήθηκε είναι αυτός της ημι- δομημένης συνέντευξης. Οι συνεντεύξεις έγιναν βάσει ενός συνόλου προκαθορισμένων ερωτήσεων, οι οποίες κατεύθυναν τη συζήτηση (Καλλινικάκη, 2010).

Η ημι -δομημένη συνέντευξη είναι ένα ευέλικτο και δυναμικό εργαλείο, το οποίο είναι μη διευθυντικό, μη αυστηρά δομημένο και τυποποιημένο, με ερωτήσεις που επιδέχονται ανοιχτού τύπου απαντήσεις. Ένας τέτοιος τύπος συνέντευξης δίνει την δυνατότητα στους συνεντευξιαζόμενους να απαντούν σε μη τυποποιημένες ερωτήσεις και να δημιουργείται μία συνέντευξη που δίνει την δυνατότητα να εστιάσουν οι ίδιοι σε όλα όσα θεωρούν άξια αναφοράς και συζήτησης. Τέλος, έχει σαν στόχο ο ερευνητής να κατανοήσει την προοπτική και στάση του ερωτώμενου για τη διερεύνηση θεμάτων και να ακούσει τις εμπειρίες του μέσα από τα δικά του λόγια (Καλλινικάκη, 2010).

#### **Άξονες συνέντευξης :**

1<sup>ος</sup> άξονας: Χαρακτηριστικά κοινωνικών υπηρεσιών (δείγματος)

2<sup>ος</sup> άξονας: Διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών σε σχέση με τους στόχους της υπηρεσίας

3<sup>ος</sup> άξονας: Ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας

4<sup>ος</sup> άξονας: Γενική εκτίμηση και τρόποι βελτίωσης ποιότητας των υπηρεσιών

### 3.6. Πεδίο και δείγμα μελέτης

Το πεδίο μελέτης της έρευνας αφορά τις κοινωνικές υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δήμων Δράμας, Έδεσσας και Κύμης Αλιβερίου. Το δείγμα μας αποτελείται από τους επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς των κοινωνικών υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των παραπάνω Δήμων.

### 3.7. Δειγματοληψία ποιοτικής έρευνας

Κατά την έρευνά μας χρησιμοποιήσαμε τη σκόπιμη δειγματοληψία, η οποία αποτελεί μέθοδο μη τυχαίας δειγματοληψίας. Χρησιμοποιήσαμε δηλαδή χαρακτηριστικές περιπτώσεις του υπό μελέτη πληθυσμού. Στην περίπτωση μας, το δείγμα μας αποτέλεσαν οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δήμων Δράμας, Πέλλας και Κύμης- Αλιβερίου.

### 3.8. Ανάλυση δεδομένων

Τα δεδομένα τα οποία συλλέχθηκαν στην ποιοτική μελέτη αναλύθηκαν ώστε να μπορέσουμε να καταλήξουμε στα συμπεράσματά μας. Το υλικό το οποίο συγκεντρώσαμε ήταν σε μαγνητοφωνημένη μορφή. Αρχικά, ακολουθήσαμε την διαδικασία της κατηγοριοποίησης (ΠΑΡΑΤΗΜΑ 1) και θεωρητικοποίησης των δεδομένων κατόπιν απομαγνητοφώνησης των συνεντεύξεων ώστε να μπορέσουμε να απαντήσουμε στα ερευνητικά μας ερωτήματα και στη συνέχεια προχωρήσαμε στην ερμηνεία και κατανόηση των δεδομένων αυτών. Η μέθοδος ανάλυσης η οποία χρησιμοποιήθηκε είναι η θεματική ανάλυση η οποία δίνει ιδιαίτερη σημασία στα λόγια (στην ουσία των λεγόμενων, τι) του συνεντευξιαζόμενου παρά στον τρόπο (πως) με τον οποίο αυτά ειπώθηκαν (Καλλινικάκη, 2010).

### 3.9. Εκτίμηση δυσκολιών και τρόποι αντιμετώπισης

Μία από τις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε κατά τη διάρκεια της μελέτης ήταν η αδυναμία εύρεσης περισσότερων επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στους Δήμους τους οποίους διαμένουμε και οι οποίοι αποτελούν το πληθυσμό του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα στο Δήμο Κύμης Αλιβερίου, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στην Π.Φ.Υ. είναι μόνο οι εργαζόμενοι στο

πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και στο Κέντρο Υγείας της περιοχής. Απευθυνθήκαμε και σε κοντινό Δήμο ώστε να έρθουμε σε επαφή με Κ.Λ. της Π.Φ.Υ.. Στη συνέχεια ,λοιπόν, ήρθαμε σε επαφή με την Πρόνοια αλλά οι Κοινωνικοί Λειτουργοί δεν μπορούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα καθώς βρίσκονταν υπό μετακόμιση.

Μια ακόμα δυσκολία που αντιμετωπίσαμε έχει να κάνει με την άρνηση μιας από τους συμμετέχοντες της έρευνας όσον αφορά τη μαγνητοφώνηση της συνέντευξης. Έτσι προχωρήσαμε στη συνέντευξη με σημειώσεις τις οποίες κρατούσαμε, κάτι στο οποίο συμφώνησε και η συνεντευξιαζόμενη. Βέβαια ,υπήρξε δυσκολία καθώς έπρεπε να ακούμε τη συνεντευξιαζόμενη, να κρατάμε σημειώσεις και συγχρόνως να γίνεται και η προετοιμασία για την επόμενη ερώτηση.

Τέλος μία ακόμα δυσκολία που αντιμετωπίσαμε συνδέεται με την απειρία μας ως συνεντευκτές η οποία στάθηκε εμπόδιο στην ανάλυση ακόμα περισσότερο των δεδομένων.

### 3.10. Ηθικά ζητήματα ανακύπτουν, Άρση- Αντιμετώπιση

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που ανακύπτουν στα πλαίσια του σχεδιασμού της εφαρμογής και της αξιολόγησης της έρευνας στον χώρο της Π.Φ.Υ. ,είναι η ηθική (της υγείας) (Παπανικολάου, 2007). Η ηθική καταλαμβάνει κεντρική θέση και αποτελεί οργανικό μέρος της ερευνητικής διαδικασίας. Σημαντικό είναι να λάβουμε υπόψη πως για την επίτευξη των σκοπών της έρευνας δε χρησιμοποιούμε κάθε δυνατό μέσο, παρά μέσα που είναι κοινωνικά και επιστημονικά ενδεδειγμένα. Δηλαδή ,προχωράμε με γνώμονα την ηθική και δεοντολογία του επαγγέλματος. Οφείλουμε να λειτουργούμε φανερά και να απορρίπτουμε όλα εκείνα τα «ανήθικα» μέσα που θέτουν σε κίνδυνο την διεξαγωγή και την εγκυρότητα και το status της έρευνας.

Συγκεκριμένα τα ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν στην έρευνα μας είναι:

1. Η προστασία των προσωπικών στοιχείων των συνεντευξιαζόμενων: οι ερωτώμενοι θα κληθούν να παρουσιάσουν στοιχεία από την επαγγελματική τους ζωή. Στις συνεντεύξεις που θα πραγματοποιηθούν σημαντικό θα ήταν να δοθεί

ιδιαίτερη προσοχή στην διατήρηση της ανωνυμίας των συνεντευξιζόμενων με στόχο την ανάπτυξη σχέσεων που θα είναι βασισμένες στην εμπιστοσύνη.

2. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα κατά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων: κατά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της έρευνας, ιδιαίτερη σημαντικότητα παρουσιάζει η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Για την ορθότητα αυτών θα χρησιμοποιηθούν ως εργαλεία οι δείκτες μέτρησης και αξιολόγησης της ποιότητας, οι οποίοι είναι χρήσιμοι για την σύγκριση τμημάτων (με τα καθορισμένα πρότυπα λειτουργίας) και στοχεύουν στην ανάδειξη των πλεονεκτημάτων και των αδυναμιών των κοινωνικών υπηρεσιών που θα εξετάσουμε.
3. Η συναίνεση των ερωτηθέντων και η εθελοντική συμμετοχή τους: σαν ερευνητές οφείλουμε να εξασφαλίσουμε την γραπτή συναίνεση των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στις υπηρεσίες που θα μελετηθούν και έπειτα να προχωρήσουμε στην διεξαγωγή της έρευνας. Η συναίνεση των ερωτηθέντων αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση, καθώς χωρίς αυτήν δεν μπορούμε να προβούμε σε έρευνα. Επιπλέον, με την συναίνεση διαφυλάττουμε την ηθική ακεραιότητα των ερωτηθέντων. (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2,3)

Κάποια βασικά ηθικά ερωτήματα που ανταποκρίνονται στην ηθική διάσταση της έρευνας και θα επιδιωχθούν να απαντηθούν ώστε η έρευνα να έχει ηθική υπόσταση, είναι τα εξής:

- 1) Χορήγηση άδειας διεξαγωγής
- 2) Εξασφάλιση πληροφορημένης συναίνεσης χωρίς την οποία δεν υφίσταται έρευνα, λόγο καταπάτησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.
- 3) Ολοκλήρωση απαραίτητων κινήσεων για την ομαλή είσοδο στο πεδίο.
- 4) Αυστηρά ελεγχόμενοι τρόποι γνωστοποίησης και διάδοσης των αποτελεσμάτων (Καλλινικάκη, 2010)

Η έρευνα αυτή διεξήχθη στα πλαίσια της εκπόνησης πτυχιακής μας εργασίας και η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε με συγκεκριμένους δείκτες. Έτσι προέκυψε νέα γνώση από την προσπάθεια συλλογής στοιχείων, από τους επαγγελματίες για την ποιότητα των υπηρεσιών στην Π.Φ.Υ. .Στην έρευνα εξετάστηκε η άποψη μόνο των επαγγελματιών υγείας και όχι των χρηστών που εξυπηρετούνται από αυτές. (Παπανικολάου, 2007)

### 3.11. Περιορισμοί της έρευνας

Ένας από τους περιορισμούς της έρευνας αφορά το γεγονός ότι δεν εμβαθύνουμε περισσότερο σε σχέση με τις πληροφορίες τις οποίες συλλέξαμε από την έρευνά μας λόγω της απειρίας μας ως συνεντευκτές. Ακόμα η κατηγοριοποίηση των δεδομένων μας είναι περιορισμένη. Τα παραπάνω ίσως έχουν επηρεάσει την ποιότητα των αποτελεσμάτων μας και κατ' επέκταση την ανάλυση του περιεχομένου μας.

Ακόμα επειδή υπήρξε δυσκολία στην ανεύρεση μεγαλύτερου δείγματος, λόγω του ότι οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας στους τόπους όπου διαμένουμε είναι περιορισμένες, ίσως το δείγμα μας να μην είναι αντιπροσωπευτικό στο σύνολο των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

## Κεφάλαιο 4ο: Αποτελέσματα Έρευνας

### 4.1. Παρουσίαση προφίλ υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας του δείγματος

- Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» των Δήμων Δράμας, Πέλλας και Κύμης-Αλιβερίου

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι αποτελεί ένα καινοτόμο πρόγραμμα για την φροντίδα των ατόμων τρίτης ηλικίας. Δημιουργήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών και την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. Το πρόγραμμα αυτό αποκλείει σχεδόν την πιθανότητα ιδρυματοποίησης του ηλικιωμένου καθώς του παρέχεται η αναγκαία φροντίδα που χρειάζεται στο φυσικό του περιβάλλον, βελτιώνοντας έτσι τις συνθήκες διαβίωσής του και της ζωής του γενικότερα.

Στο πρόγραμμα μπορούν να απευθυνθούν μοναχικά ηλικιωμένα άτομα, μη αυτοεξυπηρετούμενοι ηλικιωμένοι, ηλικιωμένα άτομα με χαμηλά εισοδήματα καθώς και άτομα με αναπηρίες.

Παρέχει συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη, νοσηλευτική και οικιακή φροντίδα, φροντίδα ατομικής υγιεινής, διευκόλυνση στις μετακινήσεις, μικροαγορές κ.α..

Το προσωπικό του προγράμματος αποτελείται από κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο ή κοινωνιολόγο, από νοσηλευτές, από επισκέπτες υγείας και από βοηθητικό προσωπικό. Προϊστάμενος του προγράμματος είναι ο κοινωνικός λειτουργός ή ο ψυχολόγος ή ο κοινωνιολόγος που υπάρχει στο πρόγραμμα.

Τέλος, η χρηματοδότηση του προγράμματος προερχόταν από το 3<sup>ο</sup> Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης, στην συνέχεια από το πρόγραμμα ΕΣΠΑ και τώρα από Εθνικούς Πόρους και από το Α.Κ.Α.Γ.Ε. (Ενημερωτικό έντυπο από το πρόγραμμα.).

#### Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι Δήμου Δράμας

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» ιδρύθηκε το 1997. Παρέχει πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα στους εξυπηρετούμενους, νοσηλευτική κάλυψη καθώς και



συμβουλευτική. Χρηματοδοτείται από το ελληνικό κράτος (ΕΕΤΑΑ). Συγκεκριμένα στην πόλη υλοποιείται το πρόγραμμα από την ΔΕΚΠΟΤΑ του Δήμου.

Στον Δήμο το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» αποτελείται από τέσσερις δομές, εκ των οποίων λειτουργεί μόνο η τέταρτη δομή, όπου και εργάζεται η Κοινωνική λειτουργός, δύο νοσηλευτές και δύο οικογενειακοί βοηθοί.

#### Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι Δήμου Πέλλας:

Από το 1998 οι δημοτικές επιχειρήσεις όλων των δημοτικών ενοτήτων του Δήμου Πέλλας ήταν φορείς υλοποίησης του προγράμματος κοινωνικής προσφοράς «Βοήθεια στο Σπίτι» και από το 1999 του προγράμματος «Κοινωνική Μέριμνα». Η ΔΗ.Κ.Ε.Π.Α.Π. ως η ενιαία δημοτική επιχείρηση του Καλλικρατικού δήμου συνεχίζει την υλοποίηση τους με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στο σπίτι με νοσηλευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Συνολικά απασχολούνται 41 εργαζόμενοι (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, νοσηλευτές, οικογενειακοί βοηθοί) και κατά το τρέχον έτος εξυπηρετούνται 730 ωφελούμενοι (Ενημερωτικά Έντυπα από Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι Δήμου Πέλλας).

#### Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι Δήμου Κύμης- Αλιβερίου

Το πρόγραμμα ξεκίνησε τη λειτουργία του στις 20/10/2003. Το προσωπικό από το οποίο απαρτίζεται είναι 1 κοινωνική λειτουργός, 1 νοσηλεύτρια, και 2 οικογενειακοί βοηθοί. Η κοινωνική λειτουργός είναι και η προϊσταμένη του προγράμματος. Ο αριθμός των ατόμων που εξυπηρετούνται είναι 50. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες και στόχος του είναι η συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική στήριξη. Το πρόγραμμα αρχικά χρηματοδοτούταν από το 3<sup>ο</sup> Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης, μετά συμπεριλαμβανόταν στο πρόγραμμα ΕΣΠΑ και τώρα επιδοτείται από εθνικούς πόρους και από το Α.ΚΑ.ΓΕ.

- Τα ΚΑΠΗ των Δήμων Δράμας και Πέλλας

Τα Κ.Α.Π.Η. είναι Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Ο σκοπός τους είναι παρόμοιος με εκείνον του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι.» Δηλαδή αφορά στην

αποφυγή της ιδρυματοποίησης των ηλικιωμένων, στην παραμονή τους στο φυσικό τους περιβάλλον καθώς και στην ενεργοποίησή τους.

Στα Κ.Α.Π.Η. μπορούν να απευθυνθούν άνδρες ή γυναίκες άνω των 60 ετών που κατοικούν στους Δήμους όπου λειτουργούν Κ.Α.Π.Η. χωρίς κάποια άλλα ειδικά κριτήρια και προϋποθέσεις. Οι υπηρεσίες που παρέχονται αφορούν τη συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη, την οργανωμένη ψυχαγωγία, το εντευκτήριο, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, εργοθεραπεία, φυσικοθεραπεία (Ενημερωτικά έντυπα από Κ.Α.Π.Η.).

Το προσωπικό των Κ.Α.Π.Η. αποτελείται από κοινωνικό λειτουργό, οικογενειακό βοηθό και προσωπικό καθαριότητας. Μπορεί ακόμα να περιλαμβάνει γιατρό, ψυχολόγο, νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας, φυσικοθεραπευτή και εργοθεραπευτή (Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης, 2011).

Η χρηματοδότηση των Κ.Α.Π.Η. παρέχεται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ενημερωτικά Έντυπα από Κ.Α.Π.Η.).

#### Κ.Α.Π.Η. Δήμου Δράμας

Το ΚΑΠΗ του Δήμου Δράμας ιδρύθηκε το 1983. Παρέχει πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα στους εξυπηρετούμενους, νοσηλευτική κάλυψη καθώς και συμβουλευτική. Χρηματοδοτείται από το Δήμο Δράμα και ένα ποσοστό εσόδων προέρχεται από τα μέλη του Κ.Α.Π.Η. με την θεώρηση ή την απόκτηση για πρώτη φορά της κάρτα μέλους που τους παρέχεται. Είναι το κεντρικό Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Δράμας αλλά υπάρχουν αλλά δύο σε δύο κεφαλοχώρια του νομού.

#### Κ.Α.Π.Η. Δήμου Πέλλας

Στόχος του Κ.Α.Π.Η. είναι η ενεργοποίησή των ηλικιωμένων και η παραμονή τους στο φυσικό τους περιβάλλον. Στο Κ.Α.Π.Η. μπορούν να απευθυνθούν άτομα άνω των 60 ετών του Δήμου Έδεσσας. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες αφορούν την φυσικοθεραπεία, την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, καθώς και τη ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη. Το προσωπικό αποτελείται από 1 κοινωνική λειτουργό, 1 νοσηλεύτρια, 1 καθαρίστρια και τον υπάλληλο του εντευκτηρίου. Η χρηματοδότηση του Κ.Α.Π.Η. προέρχεται από τον Δήμο.

- Το τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής και Πολιτικής Ισότητας των Φύλων του Δήμου Δράμας

Η Υπηρεσία έχει συσταθεί το 1996. Παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα στους εξυπηρετούμενους που θέλουν να πληροφορηθούν , να ενημερωθούν και να ζητήσουν βοήθεια για οποιοδήποτε πρόβλημά τους. Το τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής και Πολιτικής Ισότητας των Φύλων του Δήμου Δράμας υπάγεται στη Διεύθυνση Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας και Πολιτισμού η οποία είναι υπεύθυνη για θέματα που αφορούν την ισότητα των φύλων, την υγεία, την εκπαίδευση, τον πολιτισμό, την δια βίου μάθηση, κ.α.

Συγκεκριμένα το τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής και Πολιτικής Ισότητας των Φύλων του Δήμου Δράμας ασχολείται με την επανένταξη των περιθωριοποιημένων ατόμων, με την πρόληψη της παραβατικότητας, με την προαγωγή του εθελοντισμού, με τη διασύνδεση των τοπικών φορέων, κ.α.

- Η κοινωνική υπηρεσία του Κέντρου Υγείας του Δήμου Κύμης- Αλιβερίου

Οι οικονομικοί πόροι είναι του Κέντρου υγείας είναι κρατικοί και συγκεκριμένα χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας. Στην Κοινωνική Υπηρεσία του Κέντρου Υγείας μπορούν να απευθυνθούν μαθητές ή οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα, άτομα που χρειάζονται κάποια ενημέρωση σχετικά με τα προνομιακά επιδόματα, θύματα ενδοοικογενειακής βίας, άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, που πενθούν, που είναι μοναχικά, άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ και ουσίες και άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Κέντρο Υγείας Αλιβερίου: Υπάγεται στην Πέμπτη Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας. Μέχρι πριν από 1,5 χρόνο υπαγόταν στο νοσοκομείο απευθείας, στο νοσοκομείο Χαλκίδας ,που και εκείνο υπάγεται στη συνέχεια στη 5<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια. Κάποια στιγμή έγιναν αλλαγές και υπάγεται απευθείας στην 5<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας .Είναι Δημόσια Υπηρεσία και τώρα πλέον λέγεται Π.Ε.Δ.Υ Κέντρο Υγείας Αλιβερίου Πρωτοβάθμιο Σύστημα Υγείας. Οι πόροι είναι κρατικοί και

χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας, όπως και όλα τα Δημόσια Νοσοκομεία και οι Δημόσιες Υπηρεσίες. Μέχρι πέρσι είχε κάποια έσοδα τα οποία πήγαιναν στο Υπουργείο και επέστρεφαν με την μορφή επιχορήγησης, από τα 5 ευρώ που τα οποία δίνονταν ως συμμετοχή.

Στην Κοινωνική Υπηρεσία του Κέντρου Υγείας μπορούν να απευθυνθούν μαθητές ή οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα, άτομα που χρειάζονται κάποια ενημέρωση σχετικά με τα προνοιακά επιδόματα, θύματα ενδοοικογενειακής βίας, άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, που πενθούν, που είναι μοναχικά, άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ και ουσίες και άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.

➤ **Η κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου του Δήμου Δράμας:**

Η Κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου είναι νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, και υπάγεται στο Υπουργείο υγείας και πρόνοιας. Χρηματοδοτείται από το υπουργείο (δημόσιο) και είναι τμήμα του νοσοκομείου. Σε αυτήν εργάζεται ένας υπάλληλος ο Κοινωνικός Λειτουργός του Νοσοκομείου, ο οποίος εκτελεί και χρέη προϊστάμενου στην υπηρεσία.

Πρόκειται για μια υπηρεσία όπου αναλαμβάνει επείγοντα περιστατικά που εισέρχονται στο νοσοκομείο(συμβουλευτική σε ασθενείς) αν και εφόσον αυτό απαιτείται. Επίσης στα πλαίσια των συνεργασιών του με διάφορους φορείς κοινωνικής φροντίδας πραγματοποιεί παραπομπές αλλά και διαμεσολαβήσεις μεταξύ αυτών (Ενημερωτικά έντυπα κοινωνικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου).

## 4.2.Ανάλυση Αποτελεσμάτων

### Στόχοι κοινωνικών υπηρεσιών

Αναφορικά με τους στόχους των υπηρεσιών, οι απαντήσεις που δόθηκαν παρουσιάζουν μεγάλη ομοιομορφία και αφορούν την επίλυση προβλημάτων των εξυπηρετούμενων σε όλα τα επίπεδα και την παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας. Σύμφωνα με τα παραπάνω μπορούμε να ερμηνεύσουμε ότι οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εφαρμόζουν μια κεντρική πολιτική και εναρμονίζονται πλήρως στο σχεδιασμό των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όπως αυτός είχε αρχικά σχεδιαστεί.

*«Οι στόχοι της υπηρεσίας είναι να λύσουμε όσο το δυνατόν και όσο καλύτερα μπορούμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς» Συν. 1, «Στόχος μας είναι η παροχή οργανωμένης και συστηματικής κοινωνικής φροντίδας» Συν.3.*

### Ομάδα στόχου

Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων, οι ομάδες στόχου για τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι ηλικιωμένοι, για τα ΚΑΠΗ τα άτομα άνω των 60 ετών και για τις κοινωνικές υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας, Νοσοκομείων και Δήμων κάθε πληθυσμιακή ομάδα η οποία αντιμετωπίζει δυσκολίες- προβλήματα σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Καθ' αυτόν τον τρόπο ερμηνεύουμε ότι το εύρος των ατόμων τα οποία μπορούν να απευθυνθούν στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας είναι τεράστιο και αφορά σχεδόν όλες τις πληθυσμιακές ομάδες που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, προσωπικά, οικογενειακά, κοινωνικά, οικονομικά και ψυχολογικά. Αυτό μας οδηγεί στην υπόθεση ότι οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας θα πρέπει να οργανώνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να καλύπτουν και να ικανοποιούν τις ανάγκες του τεράστιου εύρους των χρηστών που απευθύνονται σε αυτές.

*«Σε εμάς μπορούν να έρθουν τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι ηλικιωμένοι» Συν.6, «θύματα οικογενειακής βίας, πρόβλημα που, άτομα που προβλ...- που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, που πενθούν, που είναι μοναχικά άτομα, εξαρτημένα από ουσίες, αλκοόλ, οινόπνευμα, εεε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας» Συν.7,*

## Παρεχόμενες υπηρεσίες

Σχετικά με την παροχή υπηρεσιών στην Π.Φ.Υ., οι υπηρεσίες λειτουργούν σε ένα πολυδιάστατο επίπεδο και δρουν ανάλογα με τις ανάγκες των πολιτών. Οι εργαζόμενοι, έρχονται αντιμέτωποι με τη ρύθμιση πολλών ζητημάτων σχετικά με τις παροχές των υπηρεσιών. Τα ζητήματα αυτά σχετίζονται με τη συμβουλευτική, την ενημέρωση των πολιτών και την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους σε διάφορα κοινωνικό-ψυχολογικά ζητήματα. Επιπλέον, οι υπηρεσίες δρουν διαμεσολαβητικά αλλά και παραπεμπτικά για την εξασφάλιση της αποθεραπείας και καλής υγείας των ωφελούμενων. Οι υπηρεσίες πολλές φορές λαμβάνουν δράση ώστε να στηρίζουν τους πολίτες μέσω κοινωνικών προγραμμάτων ώστε να ωφεληθούν οικονομικά. Επιπροσθέτως, πολλές φορές ανακαλύπτουν πόρους, με σκοπό την κάλυψη βιοποριστικών αναγκών των ατόμων (ανάγκες σίτισης και οικονομικής στήριξης). Τέλος, αρκετές είναι οι περιπτώσεις υπηρεσιών που παρέχουν ιατρική, νοσηλευτική κάλυψη στις κατοικίες των ατόμων αλλά και οικιακή βοήθεια. Σύμφωνα με τις πληροφορίες αυτές, οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καλύπτουν τις ανάγκες των πολιτών προωθώντας την κοινωνική ευημερία. Παρ' όλα αυτά όμως, αυτό που διακρίνεται είναι πως στις υπηρεσίες αυτές δεν υπάρχει ξεκάθαρη παροχή υπηρεσιών, αφού η κάθε δομή εφαρμόζει μεγάλη πληθώρα αυτών, με σκοπό να καλύψει όσο το δυνατόν περισσότερες ανάγκες των πολιτών.

*«Αφορά κυρίως παροχή σεεεε είδος ή σε εεε χρήματα, εεεμ λειτουργεί το κοινωνικό παντοπωλείο, (παύση) εε δίνονται διατακτικές» Συν.1, «Γίνεται μέτρηση σακχάρου, συμβουλευτική, ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη και επιστρέφουμε εμείς πίσω και μετά πηγαίνουν οι οικογενειακοί βοηθοί.» Συν.6, «Να κάνουμε όλη αυτή την διαδικασία για να διεκδικήσετε κάποιο επίδομα ή οτιδήποτε ας πούμε μπορεί να σας παρέχει το κράτος.» Συν.7.*

## Μέθοδοι/διαδικασίες παρέμβασης

Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων, οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας στοχεύουν σε μεθόδους παρέμβασης σε ατομικό και οικογενειακό και κοινοτικό επίπεδο και περιλαμβάνουν τις κατ' οίκον επισκέψεις, τη σύνταξη κοινωνικών εκθέσεων, την ενημέρωση των πολιτών της κοινότητας και την επαφή με άλλες υπηρεσίες. Μπορούμε λοιπόν να υποθέσουμε ότι οι μέθοδοι παρέμβασης των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας δρουν σε επίπεδα μικρο και μακρο-κλίμακας.

Βοηθούν στον εντοπισμό και στην εξάλειψη των κοινωνικών προβλημάτων που επηρεάζουν τη λειτουργία των ατόμων, μελετούν τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων, συμβάλλουν στην πρόληψη των προβλημάτων και στην εύρυθμη λειτουργία των ατόμων και των κοινοτήτων. Τα παραπάνω μας οδηγούν στην υπόθεση ότι οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας παρεμβαίνουν σύμφωνα με το σχεδιασμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τις μεθόδους παρέμβασής της, δρώντας σύμφωνα με τις ανάγκες που επικρατούν.

*«Κάνω κατ'οίκον επισκέψεις» Συν.7, «Τηρούμε καθημερινά ημερολόγιο. Υπάρχει και ο ατομικός φάκελος του ωφελούμενου» Συν.6.*

### Συνεργασίες

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν, οι υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα τα οποία δεν μπορούν να επιλύσουν ή οι παροχές της υπηρεσίας δεν είναι επαρκείς, συνεργάζονται με άλλους φορείς. Συνεργάζονται λοιπόν με άλλες υπηρεσίες που μπορούν να εξυπηρετήσουν την κάλυψη των αναγκών τους. Επιπλέον, η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται άμεσα με την συνεργασία με άλλους δημόσιους φορείς που διευκολύνουν να επιτευχθεί το έργο τους.

*«Μπορεί να υπάρξουν και εισαγωγές μικρών παιδιών σε ιδρύματα. Που είναι από οικογένειες που θεωρούνται ακατάλληλες για μικρά παιδάκια έχει τύχει και τέτοιο περιστατικό που το έχουμε συνοδέψει, βέβαια αυτά γίνονται σε συνεργασία και με την αστυνομία» Συν. 4, «Έχουμε συνεργασία με το ΚΕ.ΚΥ.ΑΜΕ.Α, με την Νομαρχία, με το Δημαρχείο, και την αστυνομία και την εισαγγελία γιατί πολλές φορές μας έχουν τύχει περιστατικά που έχουμε συνεργαστεί και με τον εισαγγελέα » Συν. 5, «Έχω ανοίξει μια συνεργασία, είναι πρόθυμοι οι άνθρωποι δηλαδή σκέφτομαι ότι μπορώ να απευθύνομαι εκεί. Πολλές φορές στρέφομαι ειδικά για τέτοια ζητήματα όταν δεν έχω άλλο τρόπο στην Εκκλησία λέω κάντε και μια προσπάθεια στην Εκκλησία δίνουν κάποιες» Συν. 7*

### Ρόλος Κ.Λ.

Σύμφωνα με την ανάλυση, οι ρόλοι που αναπτύσσει ο επαγγελματίας Κ.Λ. στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας είναι οι εξής: συμβουλευτικός, υποστηρικτικός, συντονιστικός μεσολαβητής μεταξύ των υπηρεσιών και αξιολογητής των αναγκών. Αυτό μας οδηγεί στη υπόθεση ότι στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας

αναπτύσσονται μια πληθώρα ρόλων από μεριάς των επαγγελματιών οι οποίοι είναι ποικίλοι και σχεδιασμένοι με τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων που απευθύνονται στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Ακόμη, μέσω των ρόλων που αναπτύσσονται, μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι Κ.Λ. στοχεύουν στη συνεχή βελτίωση και ποιότητα των υπηρεσιών.

*«Γενικά ο συντονισμός. Συμβουλευτική κυρίως αυτό» Συν. 6, «είναι η παραπομπή, η διασύνδεση με κάποια άλλη υπηρεσία» Συν.7*

### Διοίκηση

Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων, οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας του δείγματος ανήκουν στο Δημόσιο Τομέα ο οποίος περιλαμβάνει τις υπηρεσίες του κράτους. Πιο συγκεκριμένα τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (κοινωνικές υπηρεσίες Κέντρων Υγείας, Νοσοκομείων, Δήμων), της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Βοήθεια στο σπίτι, ΚΑΠΗ). Σύμφωνα με τα παραπάνω μπορούμε να ερμηνεύσουμε ότι ο ρόλος του κράτους στην παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας είναι σημαντικός. Αυτό μας οδηγεί στην υπόθεση ότι μέσω του δημοσίου τομέα καλύπτονται όλες οι ανάγκες των εξυπηρετούμενων σε ότι αφορά την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας.

*«Υπάγεται στην Πρώτη Υγειονομική, είναι Δημόσια Υπηρεσία έτσι; Υπάγεται στην Πέμπτη Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας. Δημόσια , Δημόσια Υπηρεσία είναι τώρα, τώρα πλέον λέγεται Π.Ε.Δ.Υ Κέντρο Υγείας Πρωτοβάθμιο Σύστημα Υγείας.» Συν, 6*

### Διεπιστημονική συνεργασία

Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων, η διεπιστημονική συνεργασία κρίνεται άκρως σημαντική για τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς. Αναφέρθηκε ότι είναι απαραίτητη προϋπόθεση και θεωρείται άκρως εκπαιδευτική και θεραπευτική. Οι επαγγελματίες στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας συνεργάζονται κυρίως με τους υπόλοιπους συναδέλφους από τις υπηρεσίες τους. Κατ' αυτόν τον τρόπο μπορούμε να υποθέσουμε ότι η διεπιστημονική συνεργασία έχει αρκετά οφέλη για τον επαγγελματία. Από την μία, τον βοηθά ώστε να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων έχοντας μια πιο σφαιρική και πολύπλευρη εικόνα και από την άλλη, συμβάλλει στην αποφόρτιση του κοινωνικού λειτουργού και στην



επιμόρφωσή του. Τα παραπάνω μας οδηγούν στην υπόθεση ότι μέσω της διεπιστημονικής συνεργασίας οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας γίνονται περισσότερο αποτελεσματικές καθώς μέσα από τη συνεργασία των ειδικοτήτων τα οφέλη για τον εξυπηρετούμενο αλλά και για τον επαγγελματία μεγιστοποιούνται.

*«Μόνο ότι λέμε μεταξύ μας οι συνάδελφοι, η μία με την άλλη. Και ότι προλάβουμε να πούμε στη συγκέντρωση που κάνουμε που γίνεται μια φορά το χρόνο. Τώρα θα γίνει εδώ και συμμετέχουν οι εργαζόμενοι της βοήθειας στο σπίτι από όλο το νομό» Συν. 6, «Αυτό το μοίρασμα, το ότι μαζευόμασταν κοινωνικοί λειτουργοί, όλοι οι κοινωνικοί λειτουργοί της Αθήνας και είκοσι κοινωνικοί λειτουργοί από όλη την Ελλάδα και μοιραζόμασταν τις δυσκολίες μας έτσι; Ήταν πέρα από εκπαιδευτικό έτσι; Άκρως εκπαιδευτικό και θεραπευτικό και δημιουργούσε» Συν.7,*

### Προσδοκίες

Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων, οι προσδοκίες των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας αφορούν, από την μία, προσδοκίες που έχουν να κάνουν γενικά με την κοινωνική εργασία και από την άλλη, προσδοκίες συγκεκριμένα για την υπηρεσία στην οποία ανήκουν. Ακόμα , προσδοκίες που αφορούν την εξέλιξη τους ως εργαζόμενους στις συγκεκριμένες υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα οι επαγγελματίες ζητούν την είσοδο της κοινωνικής εργασίας στους χώρους που της αξίζει και τη βελτίωση της σημερινής πραγματικότητας. Ακόμα, σε ότι αφορά τις υπηρεσίες στις οποίες εργάζονται, προσδοκούν τη στελέχωση τους με νέες ειδικότητες οι οποίες κρίνονται απαραίτητες, τη μονιμοποίηση τους, τη μηνιαία πληρωμή τους και τη βελτίωση των χώρων που εργάζονται καθώς υπάρχει έλλειψη. Τέλος, προσδοκίες που αφορούν τον εαυτό τους ως επαγγελματίες και έχουν να κάνουν με την ανάπτυξη συναισθημάτων ευαισθησίας, με το να στέκονται αντάξιοι των συνθηκών εργασίας και με τη σωστή λειτουργία των υπηρεσιών τους. Σύμφωνα με τα παραπάνω μπορούμε να ερμηνεύσουμε ότι οι προσδοκίες του επαγγελματία τον παρακινούν με τρόπο τέτοιο ώστε να τον οδηγήσουν σε ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα το οποίο θα του επιφέρει ανταμοιβές. Η υπόθεση μας έχει να κάνει με το γεγονός ότι όταν οι προσδοκίες ενός επαγγελματία εκπληρώνονται, τότε όχι μόνο αυξάνεται η ικανοποίησή του αλλά αυξάνεται και η ποιότητα των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας που παρέχονται.

*«Επιτέλους η κοινωνική εργασία να μπει στους χώρους που της αξίζει να υπάρχει στα σχολεία και αλλού, παροχή οργανωμένης κοινωνικής υπηρεσίας. Το προσωπικό της βοήθειας στο σπίτι να γίνει μόνιμο, να πληρωνόμαστε στην ώρα μας, να μπουν και νέες ειδικότητες φυσικοθεραπευτές, γιατροί» Συν.6, «Θέλω εδώ απλά να χτίσω μια υπηρεσία σιγά σιγά η οποία να, να ξέρουν οι άνθρωποι θα πάω εκεί και υπάρχει ένας άνθρωπος να με ακούσει και να προσπαθήσει να με βοηθήσει.» Συν.7*

### Εργαλεία- Μέσα

Σύμφωνα με ανάλυση των δεδομένων, τα εργαλεία-μέσα που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας είναι τα ακόλουθα: καθημερινό ημερολόγιο, ατομικός φάκελος εξυπηρετούμενου, σταθερό πρόγραμμα, κινητοποίηση-ευαισθητοποίηση κοινότητας, σύνταξη και χορηγία ενημερωτικών εντύπων. Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι μέσω των εργαλείων-μέσων που χρησιμοποιεί ο επαγγελματίας, μπορεί να έρθει πιο κοντά στον εξυπηρετούμενο και στο πρόβλημά του. Η υπόθεση μας λοιπόν σχετίζεται με το γεγονός ότι τα εργαλεία-μέσα που χρησιμοποιούνται θα πρέπει να εναρμονίζονται με τις ανάγκες της κοινότητας και να στηρίζονται σε γνωστικά εφόδια και στη δεοντολογία του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού.

*«Υπάρχει και ο ατομικός φάκελος του ωφελούμενου» Συν.6, «Ξεκίνησα έτσι λοιπόν με κάποιες αφίσες» Συν.7*

### Επιμόρφωση/κατάρτιση

Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων, η επιμόρφωση των επαγγελματιών κρίνεται απαραίτητη καθώς υπάρχουν υπηρεσιακές επιμορφωτικές ανάγκες. Μπορεί να επιτευχθεί μέσω σεμιναρίων, ημερίδων, διαδικτύου, ΣΚΛΕ, καθώς και από προσωπική ενημέρωση. Παράλληλα, έγινε συσχέτιση της διεπιστημονικής συνεργασίας με την επιμόρφωση καθώς η πρώτη συμβάλλει σημαντικά στην απόκτηση επιπλέον γνώσεων και δεξιοτήτων για τον επαγγελματία. Μπορούμε λοιπόν να πούμε ότι η επιμόρφωση του επαγγελματία μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς τρόπους αλλά στην πραγματικότητα δεν υφίσταται καθόλου σύμφωνα με τα δεδομένα. Αυτό μας οδηγεί στην υπόθεση ότι λόγω της υφιστάμενης κατάστασης απόρροια της οικονομικής κρίσης, η επιμόρφωση των επαγγελματιών είναι μειωμένη στο ελάχιστο. Αυτό συνεπάγεται και τη μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων

υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας καθώς οι επαγγελματίες πάσχουν από έλλειψη επιπλέον γνώσεων.

*«Δεν έχω τις κατάλληλες γνώσεις για να το κάνω αυτό. Διάβαζα περιοδικά από το ΣΚΛΕ, θα γραφτείς και εσύ όταν πάρεις το πτυχίο σου, είναι ο σύλλογος που έχουμε, (παύση) ενημερωθήκαμε δηλαδή από μόνοι μας. Χρειάστηκε να διαβάσω πάρα πολύ, άνοιξα τα βιβλία της σχολής γιατί είχαν περάσει που τελείωσα» Συν.6, «υπάρχει η δυνατότητα μέσω του διαδικτύου να αναζητήσει κανείς πολλές πληροφορίες έτσι; Το πιο χρήσιμο σεμινάριο είναι η συνεργασία με τους συναδέλφους έτσι;» Συν.7.*

### Χρηματοδότηση υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Οι υπηρεσίες που αφορούν την Π.Φ.Υ. χρηματοδοτούνται κατά κύριο λόγο από το κράτος. Οι αμοιβές των εργαζόμενων αλλά και η στήριξη των δομών φροντίδας υγείας προέρχονται από εθνικούς πόρους του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, από το ΕΣΠΑ αλλά και από το Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών. Εκτός όμως από τις κρατικές χρηματοδοτήσεις, πολλές από τις δομές αυτές ζητούν χορηγίες από την εκκλησία και από τα ίδια τα μέλη με την μορφή συνδρομής. Οι πόροι είναι ελάχιστοι και οι δυνατότητες του προσωπικού εξ αιτίας αυτών των συνθηκών μειωμένες. Η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει στη μειωμένη εργασιακή απόδοση των υπαλλήλων, αλλά και στην απομάκρυνση των πολιτών από το Εθνικό σύστημα υγείας σε άλλους πόρους (ιδιωτικός τομέας).

*«Το Νοσοκομείο είναι νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, και υπάγεται στο υπουργείο.. Υγείας Πρόνοιας». «Δεν υπάρχουν χρήματα, με χορηγίες με συνεργάτες που έχουμε και συνεργαζόμαστε, με την πόλη με την εκκλησία με το Δήμο» Συν.3 «επιδοτείται από εθνικούς πόρους και από το ΑΚΑΓΕ» Συν.6.*

### Σημασία έννοιας ποιότητας

Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας έδωσαν μια πολυδιάστατη σημασία της έννοιας της ποιότητας, που σχετίζεται κυρίως με την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων. Η ποιότητα αφορά την σωστή εκπαίδευση του επαγγελματία, ώστε να μπορεί να είναι αποδοτικός στο έργο που έχει κληθεί να κάνει, προσφέροντας ένα υψηλό επίπεδο υπηρεσιών στους πολίτες. Αφορά τη εργασιακή διευκόλυνση του εργαζόμενου ώστε να είναι σε θέση με τις κατάλληλες οδηγίες που θα του δοθούν, να στηρίξει επάξια τους ωφελούμενους όταν υπάρχει

ανάγκη. Επιπλέον, σημειώνεται πως η σημασία της έννοιας της ποιότητας αφορά την οικονομική ευχέρεια των εργαζόμενων δίνοντας τους τη δυνατότητα να έχουν μια αξιοπρεπή ζωή. Από τις πληροφορίες αυτές παρατηρείται πως η έννοια της ποιότητας, αφορά τον εξυπηρετούμενο αναφορικά με τις αποδοχές που λαμβάνει από τις υπηρεσίες. Τέλος, η έννοια αυτή σχετίζεται με τον επαγγελματία όχι μόνο ως προς την παροχή υπηρεσιών του αλλά και προς τις αποδοχές που δέχεται μέσω της δική του εργασίας. Από τις πληροφορίες διαπιστώνεται, πως δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος ορισμός που να χαρακτηρίζει την ακριβή σημασία της ποιότητας.

*«Η ποιότητα θεωρώ.. Να είναι σωστά εκπαιδευμένος, και .. με συνεχή με δια βίου γνώση ο υπάλληλος». Συν.1 «Να μπορεί αυτός που έρχεται σε εσένα, να βρίσκει σεβασμό, να βρίσκει κατανόηση, να νιώθει αξιοπρεπείς», «να μπορείς να κάνεις αυτά που θέλεις απρόσκοπτα, να έχεις ελευθερία κινήσεων και να μη μπλέκεις σε γραφειοκρατίες» Συν.3.*

#### Σχέσεις με διοίκηση

Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι στις περισσότερες δομές κοινωνικής φροντίδας εκλείπουν οι επαγγελματικές σχέσεις με τη διοίκηση των υπηρεσιών . Οι εργαζόμενοι που ερωτήθηκαν, παρουσιάζουν τις σχέσεις ως ανύπαρκτες. Αναφέρεται πως δεν υπάρχει υποστήριξη και συνεργασία με τα διοικητικά στελέχη, τα οποία όχι μόνο δεν έχουν ενεργό ρόλο αλλά πολλές φορές αρνούνται να συνεργαστούν με το προσωπικό. Ελάχιστες είναι οι δομές που παρουσιάζουν σχέσεις θετικές, επιβοηθητικές στις οποίες το διοικητικό προσωπικό κατανοεί τις ανάγκες της υπηρεσίας και εργάζεται γι αυτές. Οι κακές σχέσεις με την διοίκηση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας δυσκολεύουν ακόμα περισσότερο το έργο τους.

*«Ο διευθυντής μου, εντάξει με γνωρίζει αλλά δε ξέρει τι κάνω και τι δε κάνω και ούτε ήρθε ποτέ να με ρωτήσει τι κάνεις ή τι δε κάνεις» Συν.3 «Δεν υπάρχει καμία υποστήριξη» Συν.6.*

#### Σχέσεις υπηρεσιών με κοινότητα

Παρά το γεγονός ότι η Π.Φ.Υ. είναι η πύλη του συστήματος υγείας, οι κοινωνικές δομές της αντιμετωπίζουν δυσκολίες όσο αφορά την επαφή τους με τον πληθυσμό. Οι κάτοικοι των δήμων δεν είναι πλήρως ενημερωμένοι για τις υπηρεσίες, τα προγράμματα που προσφέρονται, αλλά και για τον ρόλο των Κοινωνικών

Λειτουργιών σε αυτές. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι πως σε μερικούς Δήμους, παρατηρείται προκατάληψη, και απαξίωση των δομών από τους πολίτες, οι οποίοι δεν είναι πάντα συνεργάσιμοι με τις υπηρεσίες. Η έλλειψη ενημέρωσης των πολιτών οδηγεί στην υπόθεση πως το ίδιο το κράτος παραγκωνίζει αυτού του είδους τις υπηρεσίες.

*«Σε ότι αφορά όμως στην πρόσβαση στις υπηρεσίες στην ουσία του δηλαδή, νομίζω ότι δεν έχει πρόσβαση» Συν.1 «θεωρείται απαξιωμένη» Συν.3 «Έχει αυτήν την προκατάληψη» Συν 7.*

### Δυσκολίες

Οι κοινωνικοί λειτουργοί αντιμετωπίζουν καθημερινά πολλές δυσκολίες στο πολυδιάστατο έργο τους. Οι κυριότερες δυσκολίες που αναφέρθηκαν αφορούν τις μεγάλες ελλείψεις υλικών. Το σημαντικότερο υλικό αγαθό που εκλείπει και χρειάζονται είναι το αυτοκίνητο (δεν αφορά σε όλες τις υπηρεσίες). Η έλλειψη αυτού οδηγεί σε μεγάλη καθυστέρηση την εξυπηρέτηση των ωφελούμενων, που δεν μπορούν μόνοι τους λόγω της κατάστασης της υγείας τους να μετακινηθούν από το δικό τους σπίτι. Οι μετακινήσεις του προσωπικού αφορούν την κατ' οίκον νοσηλεία και βοήθεια σχετικά με την καθαριότητα των ατόμων. Επιπλέον, οι δυσκολίες που σημειώθηκαν αφορούν την έλλειψη φαρμάκων στις υπηρεσίες. Τέλος, έγινε αναφορά και για την έλλειψη γνώσεων και την έλλειψη προσωπικού Η οικονομική δυσμένεια που αντιμετωπίζει σήμερα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δυσκολεύει ακόμη περισσότερο το έργο του μειωμένου προσωπικού, που αγωνίζεται να ανταπεξέλθει στις τεράστιες απαιτήσεις. Μπορούμε να ερμηνεύσουμε ότι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

*«Θα πρέπει να έχει περισσότερους Κοινωνικούς Λειτουργούς» Συν.1 «δεν έχουμε τα μέσα ή δεν έχουμε τις γνώσεις». Συν.3 «Έχουν φτάσει να μας χρωστάνε 1 χρόνο μισθούς(20).» Συν.6 «Δεν, δεν είναι και αρκετά οργανωμένες οι έτσι το Σύστημα Κοινωνικής Πρόνοιας στην Ελλάδα» Συν.7 .*

### Σχέσεις με ωφελούμενους

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε, εντοπίστηκαν πολλά στοιχεία τα οποία αφορούν τις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, αλλά

και στους ωφελούμενους των υπηρεσιών που συνεργάζονται. Οι περισσότερες πληροφορίες που συλλέχθηκαν παρουσιάζουν θετικά στοιχεία των σχέσεων. Αυτές αφορούν τον αμοιβαίο σεβασμό, την εμπιστοσύνη και την εκτίμηση. Σημαντικό συστατικό των σχέσεων για πολλούς επαγγελματίες είναι τοποθέτηση ορίων και η επαγρύπνηση των πολιτών για τον επαγγελματισμό που πρέπει να διέπει τις σχέσεις αυτές. Με μικρές εξαιρέσεις στην καχυποψία ορισμένων πολιτών, οι επαγγελματίες έχουν καταφέρει να δημιουργήσουν σχέσεις εποικοδομητικές γεμάτες από θετικά συναισθήματα που στοχεύουν στο όφελος και στη σωστή εξυπηρέτηση του πολίτη. Για την καλύτερη συνεργασία των επαγγελματιών με του ωφελούμενους, οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να τηρούν κάποιους κανόνες που σχετίζονται με τη συμπεριφορά τους απέναντι στους πολίτες. Οι καλές σχέσεις με τους εξυπηρετούμενους συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στην παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών.

*«Είναι οριοθετημένες» Συν.1 «παίρνεις αγάπη από τους ωφελούμενους» Συν.6 .*

### Σχέσεις με συναδέλφους

Σύμφωνα με την κωδικοποίηση και την ανάλυση των δεδομένων, οι σχέσεις των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών αφορούν τον επαγγελματισμό, την επικοινωνία, τη συνεργασία, την αλληλοβοήθεια, την ομαδικότητα, αλλά και την οριοθέτηση των ρολών του καθενός ξεχωριστά. Η πλειονότητα του δείγματος μας παρουσίασε τις σχέσεις με τους συναδέλφους ως πολύ καλές έως και άριστες. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι αρμονικές σχέσεις και η ορθή επικοινωνία που έχουν αναπτυχθεί μεταξύ των μελών μιας επαγγελματικής ομάδας και ειδικά μιας ομάδας που έχει ως ομάδα στόχου τον άνθρωπο, με τα όποια προβλήματα του, έχουν μεγάλη αξία και είναι αναντικατάστατο κομμάτι, ώστε να οδηγήσει στην επιτυχία. Επίσης, μια ακόμη υπόθεση που θα μπορούσε να βγει είναι ότι υπάρχουν στρατηγικές προσέγγισης που έχουν υιοθετηθεί από τους επαγγελματίες υγείας με στόχο να αποφύγουν τους κινδύνους μιας δυσλειτουργίας λόγω διαπροσωπικών προβλημάτων, αλλά και προς όφελός των πολιτών που εξυπηρετούνται από υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

*«Άριστες μπορεί κάποια στιγμή να υπάρξουν διαφωνίες αλλά υπάρχει αποδοχή...Συν.3» “Ναι, θα έλεγα ότι είναι άριστη δεν αντιμετωπίζουμε κάποιο πρόβλημα δε προτάσσουν όλοι οι συνάδελφοι με το συμφέρον των μελών Συν.8”*

*“Υπάρχουν και προβλήματα με κάποιους ανθρώπους, αλλά στην πλειοψηφία μας οι σχέσεις μας και σαν υπηρεσία και σαν προσωπικές είναι πάρα πολύ καλές» Συν. 4.*

### Ικανοποίηση κοινωνικού λειτουργού

Όσον αφορά την κωδικοποίηση και την ανάλυση των δεδομένων της σημασίας της ικανοποίησης των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας, όλοι οι ερωτώμενοι συσχέτισαν την σημασία της ικανοποίησης τους με την επίτευξη των στόχων που θέτει κάθε υπηρεσία πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας, αλλά και με την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων τους. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν την ικανοποίηση πολύ σημαντικό κομμάτι, το οποίο προσφέρει ολοκλήρωση, πληρότητα και είναι πηγή θετικών συναισθημάτων. Ο κάθε επαγγελματίας αναλογικά με τους εργασιακούς στόχους που έχει θέσει, όταν αυτοί πραγματοποιούνται, θεωρεί πως έχει καταφέρει ένα επαγγελματικό επίτευγμα. Αυτό μας οδηγεί στη διαπίστωση ότι οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί παίρνουν ικανοποίηση από ενδογενείς παράγοντες.

*«Να έχει κατάρτιση ώστε να μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του, να υποστηρίζεται από τους συναδέλφους του και να αμείβεται (παύση) και να συμμετέχει » Συν. 6. «Σημαίνει πολλά να μπορεί να προσφέρει, να υπάρχει ανταπόκριση και να εκπληρώνει τον ρόλο.. Φυσικά έρχεται και από την επιβεβαίωση του κόσμου και αυτό έρχεται από την επιβεβαίωση του πλαισίου δουλειάς» Συν.,8 «εεε βάζεις κάποιους στόχους έτσι; Και τους πετυχαίνεις.. όσο περισσότερο πλησιάζεις τους στόχους σου, τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση έτσι;» Συν.7..*

### Αποφόρτιση κοινωνικού λειτουργού

Όσον αφορά το κομμάτι της αποφόρτισης των κοινωνικών λειτουργών στον χώρο εργασίας τους και με βάση την ανάλυση και την κωδικοποίηση των δεδομένων, η αποφόρτιση είναι μία προσωπική υπόθεση του καθενός και δεν πραγματοποιείται στον χώρο εργασίας τους. Αντίθετα, οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους αποφορτίζονται εκτός εργασίας αναζητώντας ο καθένας τους διαφορετικές πρακτικές. Όλοι την θεωρούν απαραίτητη προϋπόθεση. Αυτό μας οδηγεί στην υπόθεση ότι η έλλειψη αποφόρτισης από τον χώρο εργασίας είναι αποτέλεσμα της έλλειψης προσωπικού παραϊατρικών ειδικοτήτων, ώστε να γίνει στελέχωση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας από ειδικότητες που να προσφέρουν παράλληλη στήριξη σε επαγγελματίες υγείας. Η αποφόρτιση στον χώρο εργασίας είναι ανύπαρκτη.



*«Εγώ αποφορτίζομαι μέσα από τη συνεργασία με τους συναδέλφους μου. Μέσα από το μοίρασμα τωνν δυσκολιών που εεε αντιμετωπίζουμε με τους συναδέλφους» Συν. 7, «μία εποπτεία από έναν ειδικό.. θα τον βοηθούσε να αποσυμφοριστεί ούτως ώστε να μπορέσει να συνεχίσει με διαφορετική εε εντάζει ψυχολογική διάθεση» Συν.2.*

### Διασφάλιση της ποιότητας

Σύμφωνα με την ανάλυση και κωδικοποίηση των δεδομένων γύρω από την διασφάλιση της ποιότητας οι απόψεις ποικίλουν από τους επαγγελματίες υγείας. Δηλαδή για την διασφάλιση της ποιότητας, βάσει τις απαντήσεις των επαγγελματιών, θα πρέπει να γίνει στελέχωση προσωπικού των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, ύπαρξη καταστατικού, όπου υστερεί σε πολλές υπηρεσίες, εποπτεία, οργάνωση, συνεργασία-επικοινωνία μεταξύ των υπηρεσιών, έλεγχος, αποφυγή λαθών, καθηκοντολόγιο, εισαγωγή νέων ειδικοτήτων σε χώρους κοινωνικής φροντίδας και κατάλληλο εργασιακό περιβάλλον.

Τα παραπάνω μας οδηγούν στην υπόθεση ότι η έλλειψη πόρων, μέσων, υλικών, ειδικοτήτων, από το κράτος και τους τοπικούς άρχοντες στους φορείς που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δυσκολεύουν το έργο των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών προς όφελος των εξυπηρετούμενων τους, αλλά και προς την διασφάλιση της ποιότητας.

*“Σαφώς και μπορεί. Τα πάντα μπορούν να γίνουν. Αρκεί να υπάρχει πρώτων διάθεση και καθοδήγηση και γραμμή τέτοια από την κεντρική εξουσία, έτσι;» Συν. 3, “Θα πρέπει να υπάρχουν κάποια στάνταρς τα οποία να υπάρχει μια αξιολόγηση της δουλειάς και της υπηρεσίας έτσι;» Συν.7.*

### Επαγγελματική εξέλιξη

Σύμφωνα με τις πληροφορίες που συλλέξαμε, το κομμάτι της επαγγελματικής εξέλιξης είναι επίσης πολύ σημαντικό για τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς. Η επαγγελματική εξέλιξη δεν μπορεί να επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό κυρίως λόγω της έλλειψη επιμορφωτικών σεμιναρίων, συνέδριών, κα.. Στην πλειονότητά τους οι ερωτώμενοι ενδιαφέρονται για συνέδρια και σεμινάρια για παραπάνω επιμόρφωση.

Σε αυτό το σημείο μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το κράτος υστερεί σε κίνητρα και ευκαιρίες για παρακολούθηση σεμιναρίων από τους επαγγελματίες υγείας και άρα και

επαγγελματικής εξέλιξης. Επίσης, εν μέσω των οικονομικών συγκυριών το κράτος αδυνατεί να καλύψει τα έξοδα των επαγγελματιών για σεμινάρια επιμορφωτικά και εκτός νομού, πράγμα που οδηγεί σε αδυναμία επαγγελματικής εξέλιξης του κοινωνικού λειτουργού.

*«υπάρχει η δυνατότητα μέσω του διαδικτύου να αναζητήσει κανείς πολλές πληροφορίες έτσι; Για εμένα αυτό είναι ένα πάρα πολύ χρήσιμο εργαλείο» Συν.7, «Μπα όχι! Όχι εεε και αυτό ααα να σου πω την αλήθεια εμείς κατά καιρούς ψάχνουμε κάποια ξέρω 'γω σεμινάρια που μπορεί να γίνονται.. Αλλά εντάξει θα το ξαναπώ κάποια γίνονται και μακριά κάποια χρειάζονται και χρήματα δεν μπορούμε να δίνουμε» Συν. 2.*

### Εργαλεία αξιολόγησης

Με βάση την ανάλυση και κωδικοποίηση των δεδομένων, τα εργαλεία αξιολόγησης αφορούν τους δείκτες ποιότητας αλλά και κάποια στατιστικά στοιχεία. Με βάση τους δείκτες ποιότητας αξιολογούν τον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών τους, τη σχέση με τους ωφελούμενους και τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών τους. Μπορούμε να ερμηνεύσουμε ότι βάσει των εργαλείων αξιολόγησης οι επαγγελματίες προσπαθούν για ποιοτικότερες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

*«Την αποτελεσματικότητα κάθε χρόνο μία φορά τον χρόνο σε επίσημη εκδήλωση εε κάνουμε απολογισμό εε των πεπραγμένων» Συν. 8, «Όχι, ούτε εποπτεία έχουμε τώρα τι να λέμε» Συν. 2, «η αξιολόγηση μια κοινωνικής υπηρεσίας, θα τα χετε κάνει κιόλας έχει άλλους δείκτες και άλλα εργαλεία τα οποία δεν υπάρχουν αλλά γενικά στο δημόσιο δεν υπάρχει αξιολόγηση» Συν.3.*

### Οφέλη αξιολόγησης

Αναφορικά με το κομμάτι αυτό που αφορά τα οφέλη της αξιολόγησης, η ερώτηση αυτή στην έρευνα μας δεν πραγματοποιήθηκε σε όλους τους ερωτώμενους. Παρά ταύτα σε αυτούς που ερωτήθηκε αφορούσε την καλύτερη απόδοση αλλά και κινητοποίηση με διαφάνεια και αντικειμενικότητα. Κατά αυτόν τον τρόπο θα μπορούσαμε να ερμηνεύσουμε ότι τα οφέλη της αξιολόγησης βοηθούν σε σημαντικό βαθμό στην κινητοποίηση και καλύτερη απόδοση του επαγγελματία.

*«Σε κινητοποιεί έτσι να βλέπεις λοιπόν με ένα, με ένα τρόπο διαφανή, αντικειμενικό, αν είσαι πολύ κάτω η πολύ πάνω» Συν.7.*

## Προσβασιμότητα

Όσον αφορά την προσβασιμότητα των πολιτών σε υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και με βάση την ανάλυση και την κωδικοποίηση των δεδομένων, η πλειονότητα των ερωτώμενων δήλωσαν ότι είναι εύκολη, εκτός μίας υπηρεσίας στην οποία η πρόσβαση είναι δύσκολη. Επίσης, το θετικό των υπηρεσιών του κάθε δήμου είναι ότι βρίσκονται στο κέντρο της πόλης. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες δεν θέτουν ιδιαίτερα κριτήρια για την πρόσβαση των πολιτών σε ευάλωτη θέση. Επίσης μία ακόμα υπόθεση που μπορούμε να κάνουμε είναι γύρω από την γεωγραφική θέση που βρίσκονται οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, οι οποίες ευνοούν κατά πολύ τα άτομα που έχουν θέμα μετακίνησης και θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι τέτοια, ώστε να ευνοεί τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

*«Θεωρώ πως.. σε ότι αφορά το σημείο που βρίσκεται η υπηρεσία, υπάρχει πρόσβαση σε ότι αφορά όμως στην πρόσβαση στις υπηρεσίες στην ουσία του δηλαδή, νομίζω ότι δεν έχει πρόσβαση» Συν. 1, «Ναι πολύ! Νομίζω ναι, είναι και προσπαθούμε και το κάνουμε όσο το δυνατόν πιο εύκολο, δηλαδή εε με ένα απλό τηλεφώνημα» Συν.2.*

## Συνθήκες εργασίας

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν υπάρχουν πολλές και ποικίλες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι των υπηρεσιών. Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι οι συνθήκες εργασίας στις υπηρεσίες δεν είναι καλές, καθώς κάθε εργαζόμενος έχει να αντιμετωπίσει πολλά προβλήματα εν ώρα εργασίας και αναλαμβάνει πολλές υποχρεώσεις. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν δυσκολίες στην συνεργασία, δυσλειτουργία της υπηρεσίας και οι ευθύνες των εργαζομένων είναι αρκετές.

*«Είμαστε μια κλειστή κοινωνία έτσι; Υπάρχει το απόρρητο, δεν μπορείς να μοιραστείς αυτό που κάνεις με τους άλλους γιατί εντάζει υπάρχουν στοιχεία , που δεν, δεν μπορείς τα προσωπικά προβλήματα του άλλου να τα συζητάς έτσι; Ιδιαίτερα σε μια κλειστή κοινωνία. Στην Αθήνα εντάζει δουλεύαμε με ανθρώπους τους οποίους δεν τους θα ξαναβλέπαμε, δεν θα μας ξαναέβλεπαν» Συν. 7), «Οι συνθήκες είναι ελάχιστο προσωπικό, πάρα πολλές αρμοδιότητες, εε (παύση) πολύ μεγάλη δυσλειτουργία κρατική» Συν. 1.*

## Βελτίωση ποιότητας

Αναφορικά με τις απαντήσεις που δόθηκαν, η βελτίωση της ποιότητας θεωρείται αναγκαία για κάθε υπηρεσία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Συμπερασματικά, κρίνεται απαραίτητη η εποπτεία, η σωστή καθοδηγητική γραμμή, καθώς και η γρήγορη και ποιοτική ανταπόκριση στα αιτήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες. Τα παραπάνω λοιπόν μπορούμε να ερμηνεύσουμε ότι είναι αναγκαία για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

*«Κατά πόσο θα πετύχεις τους στόχους σου που θα έχεις θέσει, θα ανταποκριθείς στα αιτήματα που σου θέτουν εδώ οι εξυπηρετούμενοι έτσι; Κατά πόσο λοιπόν θα μπορέσεις να ανταποκριθείς σε αυτά τα αιτήματα και σε χρόνο και σε πόσο έγκαιρα και πόσο γρήγορα και πόσο ποιοτικά έτσι; Και πόσο ποσοτικά ίσως» Συν. 7, «Βελτίωση της ποιότητας, αναγκαία για την εποπτεία των Κοινωνικών Λειτουργιών» Συν.1.*

### 4.3. Απάντηση ερευνητικών ερωτημάτων

Τα ερευνητικά ερωτήματα που καλείται να απαντήσει η παρούσα έρευνα είναι τα εξής:

1. Ποιοι δείκτες είναι αυτοί που λαμβάνονται υπόψη για την αξιολόγηση της ποιότητας των κοινωνικών υπηρεσιών;
2. Πως εκφράζουν την ικανοποίηση τους οι επαγγελματίες των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας;
3. Ποια είναι τα δυνατά και αδύνατα σημεία που παρουσιάζουν οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας από την πλευρά των επαγγελματιών;

Οι απαντήσεις που δίνει η παρούσα έρευνα για τα παραπάνω είναι οι εξής:

1) Ποιοι δείκτες είναι αυτοί που λαμβάνονται υπόψη για την αξιολόγηση της ποιότητας των κοινωνικών υπηρεσιών;

Από την έρευνα που διεξήχθη φαίνεται πως η ποιότητα απασχολεί ιδιαίτερα τους επαγγελματίες των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, εφόσον θεωρούν πως η μέτρηση της αποτελεί αναγκαιότητα για την παροχή ολοένα και καλύτερων υπηρεσιών. Σημαντικό όμως το σημείο αυτό, θα ήταν να αναφέρουμε πως μέσα από τις συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν οι επαγγελματίες υγείας αξιολογούν την ποιότητα των υπηρεσιών μέσα από όλους τους δείκτες που αναφέρονται βιβλιογραφικά. Πιο συγκεκριμένα αξιολογούν την ποιότητα μέσα από τον τρόπο που λειτουργεί η εκάστοτε υπηρεσία δηλαδή τους πόρους αλλά και τα εργαλεία που διαθέτει (δομικοί δείκτες), δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην σχέση τους με τους ωφελούμενους αλλά και στο επικοινωνιακό κομμάτι που αναπτύσσετε μεταξύ τους (δείκτες διαδικασίας και αποτελέσματος). Επιπλέον, είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους ίδιους να εστιάζουν στα θετικά αλλά και μη θετικά στοιχεία που έχουν προκύψει από την συνδιαλλαγή με υπηρεσίες που παρέχουν (δείκτες διαδικασίας και αποτελέσματος). Εν συνεχεία, προσέχουν τη συναισθηματική κατάσταση των χρηστών και επιθυμούν να βελτιώσουν τη ζωή αυτών (δείκτες διαδικασίας και αποτελέσματος). Τέλος, δίνουν σημασία στον τρόπο με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες και ελέγχουν τα αποτελέσματα τους σε συνολική μορφή κυρίως σε

ετήσιους ελέγχους (δείκτες αποτελέσματος και πρακτικής) (Malley, Fernandez, 2010).

2) Πως εκφράζουν την ικανοποίηση τους οι επαγγελματίες των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας;

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία που μελετήθηκε, η έκφραση της ικανοποίησης των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας είναι σπάνια, αφού στους ίδιους παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα άγχους από τη φύση της δουλειάς τους. Η ικανοποίηση αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την πληρότητα σε εξοπλισμό και την επάρκεια σε εκπαίδευση και γνώσεις.

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε, παρατηρήθηκε πως οι απαντήσεις των φροντιστών υγείας συνάδουν με τη θεωρία. Όσον αφορά την ικανοποίηση των επαγγελματιών κοινωνικής φροντίδας και συγκεκριμένα των κοινωνικών λειτουργών, οι ίδιοι φαίνεται πως θεωρούν ότι η ικανοποίηση σχετίζεται με την επιτυχία των στόχων που θέτουν οι ίδιοι αλλά και οι υπηρεσίες στις οποίες απασχολούνται. Όσο περισσότερο ικανοποιημένοι νιώθουν, τόσο καλύτερη ανατροφοδότηση παρέχεται στην υπηρεσία τους αλλά, και τόσο υψηλότερο είναι το προσωπικό αίσθημα που νιώθουν ως προς την ολοκλήρωση και την πληρότητα που απολαμβάνουν από την δουλειά τους. Η ικανοποίηση σχετίζεται με τα θετικά συναισθήματα και με την ολοένα και μεγαλύτερη συμβολή των επαγγελματιών στην υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας (Κουράκος, κ.α., 2012).

3) Ποια είναι τα δυνατά και αδύνατα σημεία που παρουσιάζουν οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας από την πλευρά των επαγγελματιών;

Τα δυνατά σημεία που παρουσιάζουν οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας είναι η συνολική συμβολή τους στην κοινωνία, εφόσον οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί της παρούσας έρευνας, θεωρούν πως είναι ιδιαίτερος θετική η εργασία τους για την κοινωνία, βοηθώντας τους συνανθρώπους τους που το έχουν ανάγκη. Επίσης, ως δυνατό σημείο μπορεί να αναφερθεί η προσβασιμότητα των δομών η οποία θεωρείται εύκολη στις περισσότερες περιπτώσεις. Στα θετικά στοιχεία οι κοινωνικές υπηρεσίες εντάσσουν το ότι εργάζονται γύρω από τους στόχους που ορίζει η κάθε υπηρεσία και είναι αποτελεσματικές ως προς το έργο που έχουν κληθεί να υλοποιήσουν. Ακόμη, προσπαθούν να καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών μέσα

από τις πολλές συνεργασίες που έχουν αναπτύξει με δομές που ανήκουν όχι μόνο στο Δήμο που εργάζονται αλλά και σε άλλες πόλεις. Επιπλέον, αναφέρεται πως κινούνται σύμφωνα με τον κώδικα δεοντολογίας των κοινωνικών λειτουργών και τηρούν τις αρχές και τις αξίες του επαγγέλματος. Επίσης, υπάρχει δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης η οποία υποστηρίζεται από την διοίκηση των υπηρεσιών και τέλος, οι επαγγελματικές σχέσεις επιδιώκετε να μένουν θετικές και υποστηρικτικές.

Από την άλλη πλευρά, αδύνατα σημεία υπάρχουν αρκετά και εκφράζονται και από τους κοινωνικούς λειτουργούς που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί θεωρούν πως ένα σημαντικό αδύνατο σημείο των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας είναι πως υπάρχει έλλειψη στο προσωπικό, τα κέντρα λειτουργούν συνήθως με ένα κοινωνικό λειτουργό ενώ κάποια από αυτά υπολειτουργούν εφόσον δεν υπάρχει μόνιμο προσωπικό. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα την υπερφόρτωση ρόλων των εργαζόμενων με πολλές αρμοδιότητες, την παροχή πολλών υπηρεσιών από τους φροντιστές υγείας, σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες, με ελάχιστο προσωπικό, γεγονός που προκαλεί τη μειωμένη αποδοτικότητα.

Επιπλέον, ως αρνητικό σημείο μπορεί να θεωρηθεί η έλλειψη προϊσταμένου σε ορισμένες υπηρεσίες εφόσον οι δομές διοικούνται από τον δήμο, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει εξειδικευμένη διεύθυνση που να συμβάλει στην καλύτερη και ποιοτικότερη λειτουργία των κοινωνικών δομών.

Ακόμη, πολλοί ερωτούμενοι θεωρούν πως υπάρχει έλλειψη υποστήριξης για κατάρτισης ή ακόμα και στις περιπτώσεις που υπάρχει κατάρτιση τα προγράμματα είναι απαρχαιωμένα και η τεχνολογία ξεπερασμένη, έλλειψη πόρων για την λειτουργία των δομών. Οι υπάλληλοι φροντίδας υγείας έρχονται αντιμέτωποι με την έλλειψη εργαλείων, υλικών αγαθών και τις χωροταξικές δυσκολίες. Ως αρνητικό μπορεί να αναφερθεί το ζήτημα της αντιμετώπισης των κοινωνικών υπηρεσιών από το σύνολο της κοινωνίας, η οποία θεωρεί τις κοινωνικές δομές ανεπαρκείς, ξεπερασμένες και αναποτελεσματικές και πολλές υπηρεσίες δεν έχουν δημιουργήσει θετικές σχέσεις με εξυπηρετούμενους λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης των πολιτών στους κοινωνικούς λειτουργούς. Τέλος, ένα από τα βασικότερα αδύνατα σημεία που παρατηρήθηκαν στις περισσότερες συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν, ήταν η έλλειψη αλλά και η ανάγκη των κοινωνικών λειτουργών για εποπτεία του έργου τους.

Τα δυνατά σημεία των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας όπως καταγράφηκαν μέσα από την έρευνά μας είναι και αυτά, που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία μας κρίνουν την ύπαρξη ή μη της ποιότητας (Παπανικολάου, 2007). Ακόμα μέσα από την βιβλιογραφία αναφερθήκαμε στις μεταβλητές που χρησιμοποιούν οι χρήστες για τη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών οι οποίες είναι η ποιότητα ζωής και η ποιότητα φροντίδας. Τα δυνατά σημεία λοιπόν των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας φαίνεται ότι συνδέονται με την μεταβλητή η οποία αφορά την ποιότητα φροντίδας και περιλαμβάνει την εύκολη πρόσβαση, τη σωστή επαγγελματική κατάρτιση, την αποτελεσματικότητα των στόχων κ.α. (Qureshi and Henwood, 2000, Edebalk et al., 1995, Harding and Beresford, 1996, Qureshi et al., 1998, Henwood et al., 1998, Sinclair et al., 2000, Francis and Netten, 2004 , Malley et al., 2006, Raynes et al., 2001, αναφέρεται στους Malley, Fernandez, 2010).

Όσον αφορά τα αδύναμα σημεία των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας όπως αυτά προέκυψαν από την έρευνά μας φαίνεται ότι συνδέονται άμεσα με τη μη ικανοποίηση του επαγγελματία. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η μη ικανοποίηση των επαγγελματιών κοινωνικής φροντίδας σχετίζεται με την έλλειψη εξοπλισμού, τη μη επάρκεια γνώσεων και εκπαίδευσης, την αμοιβή κ.α. (Κουράκος, κ.α., 2012).



#### 4.4. Συζήτηση Αποτελεσμάτων

##### Στόχοι κοινωνικών υπηρεσιών

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία που μελετήθηκε, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας νοείται ως το σύστημα παροχής υπηρεσιών σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο και αφορά βασικές αλλά και ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Εφημερίδα Κυβερνήσεως Ν.3235). Ο στόχος τους αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας εξωνοσοκομειακά, ατομικά, κοινοτικά αλλά και κοινωνικά. (Ταβλάντα, κ.α., 2006). Τα παραπάνω, λοιπόν, επιβεβαιώνουν την ερμηνεία μας ότι οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας ακολουθούν μια κεντρική πολιτική και εναρμονίζονται πλήρως στο σχεδιασμό των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

##### Ομάδα στόχου

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ομάδα στόχου για τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας μπορεί να αποτελείται από παιδιά, εφήβους, ενήλικες ή ηλικιωμένους, άνδρες ή γυναίκες που μπορεί να προέρχονται από οποιαδήποτε πληθυσμιακή ομάδα και τάξη. Τα άτομα αυτά καταφεύγουν στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας όταν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα και δεν μπορούν να το επιλύσουν μόνοι τους (Καλλινικάκη, 2010). Η υπόθεσή μας λοιπόν σχετικά με το ότι οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας θα πρέπει να οργανώνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να ικανοποιούν και να καλύπτουν τις ανάγκες όλων των ατόμων που μπορεί να απευθυνθούν σε αυτές, επιβεβαιώνεται.

##### Παρεχόμενες υπηρεσίες

Οι πληροφορίες που συλλέχτηκαν γύρω από τις υπηρεσίες σχετίζονται με το σχέδιο νόμου που αφορά την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματός Π.Φ.Υ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνει τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες που σκοπό έχουν την πρόληψη και αποκατάσταση βλαβών της υγείας που δεν απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Ακόμη τη διεξαγωγή ιατρικών πράξεων αλλά και εξετάσεων και τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, τη φροντίδα και παρακολούθηση των ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, τις υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας και φροντίδας στο σπίτι και τις υπηρεσίες που αφορούν την

κοινωνική φροντίδα των ατόμων την παροχή υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής. Τέλος, σύμφωνα Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, οι υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής εστιάζουν ιδίως στα κρίσιμα προβλήματα των επιδημιών και των παραγόντων που μπορούν να προκαλέσουν κίνδυνο στην υγείας (Σχέδιο νόμου για την οργάνωση και τη λειτουργία του γενικού συστήματός Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Άρθρο 1). Σήμερα στην Ελλάδα το σύστημα Π.Φ.Υ., είναι πολυσύνθετο. Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι πολύ-διασπασμένες, γεγονός που προσφέρει ανεπαρκή οργάνωση, και αδυναμία κάλυψης αναγκών των πολιτών. Οι πληροφορίες αυτές μας οδηγούν στο ότι, υπάρχει ένας άναρχος χαρακτήρας, των δομών, αφού υπάρχει πληθώρα υπηρεσιών σε κάθε μία από αυτές (Πιερράκος, 2008).

### Μέθοδοι/ διαδικασίες παρέμβασης

Στηριζόμενοι στη βιβλιογραφία βλέπουμε ότι οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τα τελευταία χρόνια περιλαμβάνουν την πρόληψη, την κατ' οίκον νοσηλεία, την αποκατάσταση των εξυπηρετούμενων, την προστασία και την προαγωγή της υγείας (Σωτηριάδου, κ.α., 2011). Επίσης, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σύγχρονες μέθοδοι, στηριγμένες σε επιστημονική βάση, οι οποίες θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ατόμων της κάθε κοινότητα. (Ταβλάντα, κ.α., 2011). Τα παραπάνω λοιπόν επιβεβαιώνουν την υπόθεσή μας ότι οι μέθοδοι παρέμβασης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δρουν σε ατομικό και κοινοτικό επίπεδο, στηριγμένες στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων και ακολουθώντας μεθόδους στηριγμένες στο σχεδιασμό της.

### Συνεργασίες

Οι υπηρεσίες υγείας για να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες υγείας συνεργάζονται με άλλους τομείς όπως η εκπαίδευση, η δημόσια διοίκηση, οι δημοτικές υπηρεσίες που είναι επίσης απαραίτητη για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των εξυπηρετούμενων (Ταβλάντα, κ.α., 2006). Συνεργασία μεταξύ των υπαλλήλων των υπηρεσιών υγείας αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την ανάπτυξη και το συντονισμό των υπηρεσιών (Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Κοινωνικές Δημόσιες Υπηρεσίες : Ποιότητα Υπηρεσιών και Ποιότητα ζωής στην Εργασία). Συνεπώς, τα αποτελέσματα της ανάλυσης των συνεντεύξεων μας ταυτίζονται με την βιβλιογραφία που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνά μας.

## Ρόλος Κ.Λ.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι ρόλοι που μπορεί να αναπτύξει ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας ποικίλλουν (Vourlekis, et. al.,2005). Αρχικά, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού περιλαμβάνει το ρόλο του αξιολογητή και ερευνητή μέσω της συγκέντρωσης πληροφοριών ώστε να διερευνώνται οι ανάγκες των εξυπηρετούμενων και οι δυσκολίες που προκύπτουν κατά την παροχή των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Ακόμα, το ρόλο του συμβούλου προς τον ασθενή και τους οικείους του (Κονιδάρη, Σκρέτη, 2011), το ρόλο του συντονιστή, υποστηρικτή και ελεγκτή στη θέσπιση αντικειμενικών για τον κάθε χρήστη στόχων και στην αποδοχή, τον σεβασμό και την αναγνώριση των δικαιωμάτων τους (Robertar. Greene, 2005, αναφέρεται στους Vourlekis, et. al.,2005). Τέλος, το ρόλο του μεσολαβητή και σχεδιαστή φροντίδας στην παροχή μακροχρόνιας φροντίδας σε συνεργασία με υπόλοιπους εργαζόμενους σε κοινωνικές υπηρεσίες (Vourlekis, et. al.,2005). Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω, η υπόθεση μας επιβεβαιώνεται καθώς ο κοινωνικός λειτουργός στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας αναπτύσσει διάφορους ρόλους ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων του.

## Διοίκηση

Όπως φαίνεται στη βιβλιογραφία, το κράτος είναι υποχρεωμένο να παρέχει έστω ένα μικρό ποσοστό παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας προς την κοινότητα. Η ελλιπής παροχή υπηρεσιών από το κράτος, απόρροια της υφιστάμενης κατάστασης, και η μη επαρκής κάλυψη των αναγκών των εξυπηρετούμενων έχουν οδηγήσει στη δημιουργία άλλων φορέων για την κάλυψη αυτών των αναγκών (Διαλυνάκη. Ε., 2004). Η υπόθεσή μας λοιπόν ,ότι μόνο μέσω του Δημόσιου Τομέα καλύπτονται οι ανάγκες των εξυπηρετούμενων, απορρίπτεται ,καθώς σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το κράτος αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες όλων των εξυπηρετούμενων και έτσι έχουμε την ανάπτυξη άλλων φορέων που κάνουν τη δουλειά του κράτους.

## Διεπιστημονική συνεργασία

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η διεπιστημονική συνεργασία κρίνεται πολύ σημαντική για επιτυχημένη δράση σε όλους τους τομείς (Centers for Medicare and Medicaid

Services, 1989 αναφέρεται στους Vourlekis, et. al., 2005). Η υπόθεσή μας λοιπόν όσον αφορά τη συμβολή της διεπιστημονικής συνεργασίας για αποτελεσματικότερες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, επιβεβαιώνεται.

### Προσδοκίες

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, προσδοκίες δεν έχουν μόνο οι εξυπηρετούμενοι αλλά και οι επαγγελματίες. Όταν λοιπόν οι προσδοκίες των επαγγελματιών εναρμονίζονται με αυτές που ισχύουν κατά την άσκηση του ρόλου τους, τότε επιτυγχάνεται η ικανοποίησή τους. Σημαντικό ,έπίσης, ρόλο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας παίζει η αλληλεπίδραση μεταξύ προσδοκιών επαγγελματία και ασθενή (Δημητριάδη-Παντέκα, Α., κ.α., 2009, αναφέρεται στους Κουτελέκος, Ι., Χαλιάσος, Ν., 2014). Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω, η υπόθεσή μας επιβεβαιώνεται εν μέρει καθώς έχουμε ικανοποίηση του επαγγελματία όταν εκπληρώνονται οι προσδοκίες του, αλλά η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν αυξάνεται κατ' αυτόν τον τρόπο αλλά αλληλεπιδρά με τις προσδοκίες των εξυπηρετούμενων.

### Εργαλεία-Μέσα

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, όσον αφορά τα εργαλεία- μέσα στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας θα πρέπει να χρησιμοποιείται σύγχρονη τεχνολογία και μέσα τα οποία θα πρέπει να έχουν μια επιστημονική βάση και να προσαρμόζονται στις τοπικές ανάγκες των μελών της κάθε κοινότητας (Ταβλάντα, κ.α., 2006). Τα παραπάνω λοιπόν, επιβεβαιώνουν την υπόθεσή μας ότι τα εργαλεία – μέσα που χρησιμοποιούνται θα πρέπει να προσαρμόζονται στις ανάγκες των μελών της κοινότητας και ότι θα πρέπει να είναι στηριγμένα σε μια επιστημονική βάση.

### Επιμόρφωση/ Κατάρτιση

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, όσον αφορά την επιμόρφωση των επαγγελματιών στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας υπάρχει ελλιπής εκπαίδευση και μη επάρκεια γνώσεων που τους εμποδίζει να εξασκούν σωστά τη δουλειά τους (Κουράκος, κ.α., 2012). Τα παραπάνω λοιπόν επιβεβαιώνουν την υπόθεσή μας, ότι δηλαδή η επιμόρφωση των επαγγελματιών είναι μειωμένη στο ελάχιστο, πράγμα που τους

εμποδίζει από το να ασκούν σωστά την δουλειά του και μειώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

#### Χρηματοδότηση υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Επί του παρόντος, δύο είναι τα εθνικά συστήματα χρηματοδότησης και αποζημίωσης της ιατρικής περίθαλψης. Το πρώτο, αφορά το Εθνικό Σύστημα Ιατρικής Ασφάλισης, που επιβάλλει εισφορές σε εργαζόμενους αλλά και εργοδότες. Το δεύτερο, είναι το Εθνικό Σύστημα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Πιερράκος, 2008). Τα συστήματα αυτά έχουν ως σκοπό την πρόληψη, την διατήρηση, την προαγωγή, την αποκατάσταση αλλά και ενδυνάμωση της υγείας όλων των πολιτών, με την παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων και φαρμάκων και την υιοθέτηση και εφαρμογή κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης για τη δημόσια υγεία. Η Π.Φ.Υ. ασκείται μέσα από Δημόσιους φορείς, από εθελοντικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, από ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς φορείς και από ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς φορείς (Ζαπάντη Φράγκου 2010). Σήμερα, ο ιδιωτικός τομέας εκμεταλλευόμενος την έλλειψη σωστής οργάνωσης και οικονομικής υποδομής, εισέρχεται στην αγορά υγείας, (Πιερράκος, 2008), αυξάνοντας σημαντικά χρήση των ιατρών του ιδιωτικού τομέα, γεγονός που ωθεί στο συμπέρασμα πως ο Έλληνας καταναλωτής, είναι δύσπιστος απέναντι στο ΕΣΥ (Μπέρδου, 2013).

#### Σημασία έννοιας ποιότητας

Όπως αποδεικνύεται και βιβλιογραφικά, δεν υπάρχει ένας ορισμός που να σηματοδοτεί την έννοια της ποιότητας. Οι ορισμοί και οι προσεγγίσεις από διάφορους ανθρώπους και οργανισμούς όπου έχουν αναπτυχθεί είναι αρκετοί, προκαλώντας πολλές φορές σύγχυση γύρω από τον ορισμό αυτό. Η βιβλιογραφία πιστοποιεί πως η ποιότητα μεταβάλλεται και μετασχηματίζεται σύμφωνα με τις αλλαγές που συμβαίνουν στην λειτουργία των υπηρεσιών, συμπεριλαμβάνοντας την οργάνωση αλλά και την διοίκησή τους. Επιπλέον, η ποιότητα μπορεί να οριστεί ως μια δυναμική κατάσταση η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους τις διαδικασίες και το περιβάλλον η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη (Παπανικολάου, 2007). Για να είναι λοιπόν μια υπηρεσία ποιοτική, θα πρέπει να λαμβάνει συνεχώς υπόψη τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ατόμων που λαμβάνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες, δηλαδή των χρηστών

(Edvardsson&Gustavsson, 1988,1990, Denton, 1989, αναφέρεται στον Κωστούλα, 2011, σ. 40).

### Σχέσεις με διοίκηση

Μελετώντας το προεδρικό διάταγμα 23/1992 στο άρθρο 7, αναφέρονται οι υποχρεώσεις του Κοινωνικού Λειτουργού προς το φορέα στο οποίο παρέχει τις υπηρεσίες του (Καλλινικάκη, 2009). Σε κανένα όμως από τα άρθρα, δεν αναφέρονται οι υποχρεώσεις του φορέα προς τον επαγγελματία που εργάζεται σε κάποια μονάδα υγείας.

### Σχέσεις υπηρεσιών με κοινότητα

Όπως αναφέρθηκε και στο θεωρητικό μέρος, σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata, οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θα πρέπει να είναι προσιτές σε όλους, και όλα τα άτομα της κοινότητας να έχουν πρόσβαση σε αυτές. Ακόμη, είναι απαραίτητο να υπάρχει μεγάλη και δυνατή συμμετοχή των μελών της κοινότητας στο σχεδιασμό αλλά και στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας ( Ταβλάντα, Τζιαρού, κ.α., 2006).

### Δυσκολίες

Οι μονάδες Π.Φ.Υ. αντιμετωπίζουν μεγάλες δυσκολίες από τις ελλείψεις σε υλικά γνώσεις και προσωπικό που εμποδίζουν το έργο τους. Οι μονάδες που ανήκουν στην Π.Φ.Υ. δεν μπορούν να προμηθευτούν το στοιχειώδες υγειονομικό και φαρμακευτικό υλικό. (Αλειφεροπούλου, 2016).Θα πρέπει να αναπτυχτεί κατάλληλα εκπαιδευόμενο ανθρώπινο δυναμικό. Το δυναμικό αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνει γιατρούς,, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, φυσιοθεραπευτές και άλλες ειδικότητες, απαραίτητες για τη λειτουργία μιας άρτιας διεπιστημονικής ομάδας. Για την επίλυση των δυσκολιών που υπάρχουν είναι σημαντικό να γίνει ένα μεγάλο βήμα για την ανάπτυξη ενός ευρύθμου συστήματος Π.Φ.Υ. (Σωτηριάδου Κ., Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., 2011). Επιβεβαιώνεται η ερμηνεία μας ότι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

### Σχέσεις με ωφελούμενους

Οι πληροφορίες που συλλέχτηκαν σχετίζονται με το προεδρικό διάταγμα 23/1992 το οποίο αναφέρει πως ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να σέβεται την προσωπικότητα του χρήστη, να συμβάλει στη διατήρηση της αξιοπρέπειας του και να διασφαλίζει τα δικαιώματά του. Θα πρέπει να αναγνωρίζει το δικαίωμά του χρήστη να αποφασίζει για τα θέματα που τον αφορούν. Επιπλέον, οφείλει να τον ενημερώνει, να τον στηρίζει ώστε η επαγγελματική σχέση να διέπεται από αμοιβαίο σεβασμό και εμπιστοσύνη. Ο επαγγελματίας μπορεί να συλλέγει πληροφορίες που σχετίζονται μόνο με τις ανάγκες του προβλήματος που τον οδήγησαν στην υπηρεσία. Ακόμη, οφείλει να τηρεί αυστηρή εχεμύθεια σε ιδιωτικά απόρρητα που του εκμυστηρεύτηκε ο εξυπηρετούμενος. Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός δε θα πρέπει να επιδιώκει το προσωπικό του όφελος σε βάρος των πολιτών (Καλλινικάκη, 2009). Η ερμηνεία μας επιβεβαιώνεται καθώς μέσα από μια καλή σχέση μεταξύ χρήστη και επαγγελματία κρίνεται και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Donabedian, 1988, αναφέρεται στους Malley, Fernandez, 2010).

### Σχέσεις με συναδέλφους

Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας βοηθούν τον χρήστη σε πολλές από τις πτυχές της καθημερινής τους ζωής. Πρέπει λοιπόν να υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών και των χρηστών καθώς από αυτήν κρίνεται και η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών (Donabedian, 1988, αναφέρεται στους Malley, Fernandez, 2010). Οι υποθέσεις λοιπόν γύρω από τις σχέσεις των συναδέλφων στον χώρο εργασίας, που αφορούσε τις αρμονικές σχέσεις, την ορθή επικοινωνία μεταξύ τους καθώς και την ανάπτυξη στρατηγικών προσέγγισης που έχουν υιοθετηθεί από τους ίδιους, επιβεβαιώνεται μέσα από τα δεδομένα που αναφέρονται στην βιβλιογραφία μας.

### Ικανοποίηση Κοινωνικού Λειτουργού

Όσον αφορά την ικανοποίηση των επαγγελματιών στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, όπως φαίνεται και μέσα στη βιβλιογραφία είναι συνδεδεμένη με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και με την ικανοποίηση των χρηστών από τις

υπηρεσίες αυτές. Αντίθετα, η μη ικανοποίηση των επαγγελματιών σχετίζεται συνήθως με την έλλειψη εξοπλισμού, την μειωμένη αμοιβή και την έλλειψη χώρων. Με βάση τα παραπάνω, η ικανοποίηση χρηστών αλλά και επαγγελματιών θα ήταν αρκετά αυξημένη αν υπήρχαν ποιοτικότερες κοινωνικές υπηρεσίες (Κουράκος, κ.α.). Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και μέσα από τα δεδομένα του δείγματος μας καθώς οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί συνδέουν την ικανοποίησή τους με ενδογενείς παράγοντες, όπως είναι η επίτευξη των στόχων. Η πραγματοποίηση των στόχων που θέτει ο κάθε εργαζόμενος στις υπηρεσίες εξαρτάται άμεσα από την καλή ποιότητα των υπηρεσιών (Κωστούλας, 2011). Συνεπώς, τα αποτελέσματα της ανάλυσης των συνεντεύξεων μας ταυτίζονται με την βιβλιογραφία που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνά μας.

#### Αποφόρτιση Κοινωνικού Λειτουργού

Όπως αναφέρεται στην βιβλιογραφία, το προσωπικό εξυπηρετεί με ευσυνειδησία τους χρήστες των υπηρεσιών, τα μέτρα βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών συχνά υπερισχύουν την ποιότητα ζωής στην εργασία, το άγχος, τα βαριά καθήκοντα και η εύθραυστη υγεία παρουσιάζονται όλο και πιο συχνά μεταξύ των εργαζομένων στις κοινωνικές δημόσιες υπηρεσίες. Κάποιες από αυτές τις μελέτες περιπτώσεων δείχνουν την σημασία που έχουν οι καλές πρακτικές σχετικά με την διαχείριση των αλλαγών και την εισαγωγή μέτρων υποστήριξης που έχουν σχεδιαστεί για να ελαχιστοποιήσουν αυτές τις νέες πιέσεις στην εργασία και να βοηθήσουν το προσωπικό να συνδυάσει την επαγγελματική ζωή με την οικογενειακή (Ερευνητική Ομάδα Κοινωνικών Δημοσίων Υπηρεσιών). Ωστόσο στην έρευνα μας παρατηρούμε ότι τα παραπάνω λαμβάνουν χώρα στο δείγμα μας. Η υπόθεση μας, που είχε να κάνει με την υιοθέτηση πρακτικών αποφόρτισης από τους επαγγελματίες υγείας, και όχι από κάποιον ειδικό, επιβεβαιώνεται.

#### Διασφάλιση της ποιότητας

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η διασφάλιση της ποιότητας επισημαίνει ότι η εξασφάλιση της ποιότητας θα πρέπει να γίνεται στα αρχικά στάδια της δημιουργίας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας και ότι αυτό θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια και πρότυπα καθώς και με τον διάλογο και τη συνεχή επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων και των χρηστών (Παπανικολάου, 2007). Σε



σύγκριση με τα παραπάνω, διαπιστώνουμε ότι στην έρευνα μας αυτό δεν συνάδει με τη θεωρία καθώς οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας υπόκεινται σε αρκετές ελλείψεις ως προς τα υλικά, μέσα, πόρους, υπηρεσίες και προσωπικό, γεγονός που δυσκολεύει το έργο ως προς την διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών.

### Επαγγελματική εξέλιξη

Σημαντικό ρόλο παίζουν οι μη επαρκείς γνώσεις και ελλιπής εκπαίδευση των επαγγελματιών που τους εμποδίζουν από το να εξασκούν σωστά την δουλειά τους (Κουράκος, κ.α., 2012,σ.61-62). Κατά τρόπο ανάλογο επιβεβαιώνεται η υπόθεση μας , καθώς οι ερωτώμενοι συνδέουν την επαγγελματική εξέλιξη με τις γνώσεις, την παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων, την εκπαίδευση, αλλά και το ενδιαφέρον από το κράτος.

### Εργαλεία αξιολόγησης

Στη βιβλιογραφία οι δείκτες ποιότητας αποτελούν μονάδα μέτρησης - αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο (Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Κοινωνικές Δημόσιες Υπηρεσίες : Ποιότητα Υπηρεσιών και Ποιότητα ζωής στην Εργασία). Βάσει αυτών λοιπόν αξιολογείται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Υπάρχουν οι δείκτες δομής, διαδικασίας και αποτελέσματος και οι δείκτες πρακτικής και αποτελέσματος . Οι οποίοι αξιολογούν αντίστοιχα τον τρόπο λειτουργίας της κάθε υπηρεσίας, την σχέση μεταξύ χρηστών και επαγγελματιών και τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών (Donabedian, 1980,αναφέρεται στους Malley, Fernandez, 2010). Τα παραπάνω χρησιμοποιούνται και από τους επαγγελματίες Κ.Α. του δείγματος και έτσι επιβεβαιώνεται η ερμηνεία μας ότι οι επαγγελματίες προσπαθούν για ολοένα και περισσότερο ποιοτικές και αποδοτικές υπηρεσίες.

### Οφέλη αξιολόγησης

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα οφέλη της αξιολόγησης μπορούν να βοηθήσουν σε σημαντικό βαθμό τον επαγγελματία να λάβει σημαντικές αποφάσεις σχετικά με το έργο του. Μπορεί δηλαδή να διακρίνει σε ποιος τομείς πιθανόν να χρειάζεται βελτίωση, τη χρήση νέων τεχνικών, την εισαγωγή νέων προγραμμάτων κ.α.

(Καλλινικάκη, 2007). Τα παραπάνω επιβεβαιώνουν την ερμηνεία μας ότι τα οφέλη της αξιολόγησης βοηθούν τους επαγγελματίες ώστε να κινητοποιούνται και να αποδίδουν καλύτερα.

### Προσβασιμότητα

Αφορά στο κατά πόσο είναι εύκολο για το χρήστη να έρθει σε επαφή με την παρεχόμενη υπηρεσία (Παπανικολάου, 2007). Μέσα από την βιβλιογραφία επιβεβαιώνουμε το γεγονός ότι και στην περίπτωση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας της έρευνας μας, η προσβασιμότητα είναι εύκολη για τον χρήστη, εκτός μίας περιπτώσεως όπου η πρόσβασή για το χρήστη είναι δύσκολη λόγω γεωγραφικής θέσεως.

### Συνθήκες εργασίας

Οι συνθήκες εργασίας στις υπηρεσίες δεν είναι καλές καθώς η αμοιβή που παρέχεται είναι χαμηλή σε σχέση με τις απαιτήσεις της εργασίας και ο εξοπλισμός είναι ανεπαρκής. Είναι αποδεδειγμένο ότι οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας έχουν να αντιμετωπίσουν αρκετό άγχος εξαιτίας του μεγάλου φόρτου εργασίας και των καθημερινών προβλημάτων (Κουράκος, 2012). Συνεπώς, τα αποτελέσματα της ανάλυσης των συνεντεύξεων μας ταυτίζονται με την βιβλιογραφία που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνά μας.

### Βελτίωση ποιότητας

Η διαδικασία κατά την οποία ο εργαζόμενος αφουγκράζεται τα προβλήματα του χρήστη των υπηρεσιών αποτελεί καταλυτικό παράγοντα στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών (Κωστούλας, 2011). Η εύρυθμη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών και των εξυπηρετούμενων είναι επίσης απαραίτητη καθώς από την συνεργασία αυτή κρίνεται η ποιότητα των υπηρεσιών (Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Κοινωνικές Δημόσιες Υπηρεσίες : Ποιότητα Υπηρεσιών και Ποιότητα ζωής στην Εργασία). Συνεπώς επιβεβαιώνεται η ερμηνεία μας ότι για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας θα πρέπει επαγγελματίας να ανταποκρίνεται επάξια στις ανάγκες των χρηστών.

#### 4.5. Συμπεράσματα έρευνας – προτάσεις

Ολοκληρώνοντας την παρούσα έρευνα, μπορούμε να συμπεράνουμε πως η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί σημαντικό κομμάτι της κοινωνικής φροντίδας για την σύγχρονη κοινωνία. Οι στόχοι των κοινωνικών δομών θα πρέπει να αφορούν τα σύγχρονα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι πολίτες, ενώ οι ευπαθείς ομάδες θα πρέπει να αποτελούν μέλημα της πολιτείας. Οι ομάδες αυτές που χρειάζονται κοινωνική φροντίδα μπορεί να είναι παιδιά, έφηβοι, άνεργοι ενήλικες, ηλικιωμένοι, άτομα κοινωνικά αποκλεισμένα, ή ακόμα που αντιμετωπίζουν προβλήματα που δεν μπορούν να λύσουν μόνοι τους.

Στην σύγχρονη κοινωνία, τα προβλήματα που καλούνται να επιλύσουν οι πολίτες είναι πολλά και συνήθως σχετίζονται με την κοινωνική και οικονομική τους θέση, εφόσον ανάλογα με αυτή έχουν και τα αντίστοιχα εφόδια στο να τα επιλύσουν. Οι σύγχρονες δομές θα πρέπει να είναι οργανωμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να ικανοποιούν και να καλύπτουν τις σύγχρονες αυτές ανάγκες. Σήμερα στην χώρα μας, οι κοινωνικές υπηρεσίες είναι συνυφασμένες με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και περιλαμβάνουν την πρόληψη, την κατ' οίκον νοσηλεία, την αποκατάσταση, την προστασία και την προαγωγή της υγείας. Στην ουσία υπάρχει συνεργασία μεταξύ διαφόρων επαγγελματιών και κοινωνικών δομών με στόχο τον συντονισμό και την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν σημαντικό κομμάτι των επαγγελματιών κοινωνικής φροντίδας εφόσον υιοθετούν πολύπλευρους ρόλους όπως είναι ο ρόλος του αξιολογητή, του συμβούλου, του υποστηρικτή, του συντονιστή και του μεσολαβητή στην παροχή μακροχρόνιας φροντίδας υγείας. Ο επαγγελματίας Κ.Λ., καλείται να συνεργαστεί με τους υπόλοιπους επαγγελματίες κοινωνικής φροντίδας αλλά και με άλλους επιστήμονες, με στόχο την παροχή αποτελεσματικότερων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

Μέσα από την ανάλυση της θεωρίας αλλά και της έρευνας, συμπεραίνει κανείς πως οι κοινωνικοί λειτουργοί δίνουν έμφαση στην ποιότητα και προσπαθούν ώστε να παρέχουν όσο το δυνατόν περισσότερο ποιοτικές υπηρεσίες, παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Φαίνεται ακόμα ότι χρησιμοποιούν εργαλεία αξιολόγησης της

ποιότητας των υπηρεσιών (δείκτες ποιότητας) αλλά εν αγνοία τους, καθώς σε θεωρητικό επίπεδο δεν τα γνωρίζουν. Σε σχετική ερώτηση απάντησαν ότι αξιολογούν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω κάποιων στατιστικών στοιχείων, ενώ μέσα από την ανάλυση των δεδομένων φάνηκε ότι χρησιμοποιούν τους δείκτες ποιότητας για να αξιολογήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί ακόμα μέσα από την εργασία τους νιώθουν πως προσφέρουν στην κοινωνία, ενώ όσο περισσότερο ικανοποιημένοι νιώθουν, τόσο καλύτερα είναι και τα αποτελέσματα της εργασίας τους, εφόσον σχετίζουν την ικανοποίηση με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί πως οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας συμβάλουν στην αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων της σύγχρονης κοινωνίας όμως υπάρχουν αρκετά αδύνατα σημεία, τα οποία πρέπει να επιλυθούν με στόχο την βελτίωση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται ώστε να εμπλουτιστεί η υπάρχουσα επιστημονική γνώση.

Για επόμενες μελέτες θα ήταν σημαντικό να δοθεί βάση στην αξιολόγηση των κοινωνικών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από την πλευρά των χρηστών αυτή την φορά, ώστε να έχουμε μια πιο σφαιρική εικόνα για τις υπηρεσίες αυτές. Ακόμα χρήσιμο θα ήταν να δούμε και την εικόνα που έχουν για τις κοινωνικές υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας που δεν συμμετέχουν ως χρήστες στις υπηρεσίες αυτές καθώς οι επαγγελματίες κοινωνικής φροντίδας υποστήριξαν ότι τους αντιμετωπίζουν με κακεντρέχεια.. Επιπλέον, θα ήταν χρήσιμο σε μια επόμενη μελέτη να μελετηθεί το κατά πόσο έχει επηρεάσει η οικονομική κρίση τις παρεχόμενες υπηρεσίες των κοινωνικών υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. και τον τρόπο λειτουργίας τους γενικότερα. Σημαντικό θα ήταν επίσης να υπάρξει και η αξιολόγηση των κοινωνικών υπηρεσιών από την πλευρά του διοικητικού προσωπικού. Τέλος, ωφέλιμη θα ήταν και μια έρευνα για τις δυσκολίες τις οποίες αντιμετωπίζουν οι κοινωνικές υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. αλλά και τρόποι αντιμετώπισής τους.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ελληνική βιβλιογραφία**

- Ζηλιάδης, Δ., (1995) *«Τα κέντρα υγείας στην Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας»* Θεσσαλονίκη :Εκδόσεις university studio press
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρή, Μ., Σούλης, Σ., (2001), *«Συστήματα υγείας»*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
- Ιωσηφίδης, Θ., (2003) *«Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες»*. Αθήνα : Εκδόσεις Κριτική
- Καλλινικάκη, Θ., (2009) *«Κοινωνική εργασία. Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής εργασίας»*. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα
- Καλλινικάκη, Θ., (2010) *«Ποιοτικές μέθοδοι στην έρευνα της κοινωνικής εργασίας»*. Αθήνα : Εκδόσεις Τόπος
- Μουμτζόγλου, Α., (2008) *«Ποιότητα και ασφάλεια στη φροντίδα υγείας»*. Αθήνα: Mediforce
- Παπανικολάου, Β., (2007) *«Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας»*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
- Παπαϊωάννου, Α., Θεοδωράκης, Ι., Γούδας, Μ., *«Για μια καλύτερη φυσική αγωγή»*. Θεσσαλονίκη : Εκδόσεις Χριστοδουλίδη
- Πιερράκος, Γ., (2008) *«Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας»*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
- Σαρρής, Μ., (2001) *«Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής»*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
- Σταθόπουλος, Π. (2005) *«Κοινωνική Πρόνοια Ιστορική εξέλιξη – Νέες Κατευθύνσεις»*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπατζή
- Χλέτσος, Μ., (2011) *«Οικονομικά της υγείας»*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη
- Ευμορφίδου, Π (2009) *«Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα»*, Διοικητική ενημέρωση, τεύχος 50, σ. 76-88.
- Μπαλάσκα Δ. & Μπιστώρη Ζ. (2015), *«Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών»*, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική 2015, 4 (3):106 – 120

- Παπακωστίδης Α. & Τσουκαλάς Ν. (2012), «*Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγηση της*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012, 29(4): 480 – 488
- Τούντας Γ. (2003), «*Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και υπηρεσίες υγείας*» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2003, 20(5): 532 – 546
- Ζαπάντη Φράγκου , Κ. (2010). «*Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*» Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Πατρών τμήμα φαρμακευτικής.
- Κουράκος, Μ., κ.α., (2012). *Μελέτη ικανοποίησης από την εργασία των φροντιστών υγείας- νοσηλευτών παθολογικών κλινικών του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Ερευνητική Εργασία. Αρχεία ελληνικής Ιατρικής 2012, 29 (1): 61- 69
- Κωστούλας, Δ. (2011). *Σύζευξη Κοινωνικής Ποιότητας και Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης - Πρόταση Εφαρμογής του ΚΠΑ στο Δήμο Χαϊδαρίου*. Τελική εργασία. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης Αθήνας.
- Μουστάκα ,Α. (2008), *Η αξιολόγηση της ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: μια συστηματική ανασκόπηση*. Μεταπτυχιακή εργασία . Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Μπέρδου , Κ. «*Η αξιολόγηση υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τη μέθοδο της Ρεαλιστικής Αξιολόγησης: Οι περιπτώσεις του Κέντρου Υγείας και του Νοσοκομείου Αίγινας*» Διπλωματική εργασία. Πάντειο Πανεπιστήμιο κοινωνιών και πολιτικών επιστημών.
- Μυλωνάς, Ν., Δ. (2011). *Στρατηγική και διοίκηση ολίσθησης ποιότητας στο δημόσιο τομέα*. Διπλωματική εργασία. Ευρωπαϊκό μεταπτυχιακό πρόγραμμα στη διοίκηση επιχειρήσεων – ολική ποιότητα.
- Νικόλαος Α. (2006),*Ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Μελέτη ικανοποίησης ασθενών Δημόσιου Νοσοκομείου*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Πειραιά
- Παπανικολάου, Β. (2007). *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας Αρχές – Μέθοδοι & Εφαρμογές*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
- Πολυζωίδης, Π. (2004). *Κοινωνική φροντίδα στην Ελλάδα: ο ρόλος των μη κυβερνητικών οργανώσεων*, Διδακτορική διατριβή. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
- Βαγενά, Δ., (2008), *Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*. Διπλωματική Εργασία. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση της Υγείας. ΤΕΙ Πειραιώς, Πανεπιστήμιο Πειραιά.

- Τσουτσάνη, Δ., (2014), Ποιότητα στην υγεία: Ο στρατηγικός ρόλος της για την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος. Πανεπιστήμιο Πειραιά.
- Βουλγαρίδου, Δ.,(2003), Διοίκηση ανθρώπινων πόρων και διοίκηση ολικής ποιότητας ο σύγχρονος προβληματισμός. Διπλωματική Εργασία. Τμήμα Οργάνωση και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Πειραιά.
- Τριβυζά, Μ.Α.,(2014), Διοίκηση ολικής ποιότητας στη Δημόσια Διοίκηση. Η περίπτωση του Ι.Κ.Α.. Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Οδηγός Σύνταξης των Οργανισμών Εσωτερικής Υπηρεσίας (Ο.Ε.Υ.) των Δημοτικών Ν.Π.Δ.Δ.,(2011), Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης. Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης.

## Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Bryman, A., (2012). *Social Research Methods*. 4th edition. New York: Oxford University Press
- Malley, J., Fernandez, J.L., (2010). *Measuring quality in social care services: theory and practice*. *Annals of public and cooperative economics*.
- May, T., (1993) "*Social research*". Open University Press: Buckingham
- Yin, R.K., (2009) *Case Study Research: Design and Methods*. London: Sage.

## Ηλεκτρονικές πηγές

- Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας (εθνικό αρχείο διδακτορικών διατριβών) (2002) <http://phdtheses.ekt.gr/eadd/handle/10442/13526> (πρόσβαση Μάιος 2015)
- Ήργυς, Α., (2003), Ολική ποιότητα- Ελληνική Νοηματική Γλώσσα και Ποιότητα Υγείας στην Ελλάδα. <http://www.qualityinhealth.gr/index.php/arthra/katigories-arthrwn/item/105-oliki-poiotita-elliniki-noimatiki-glossa-kai-poiotita-ygeias-stin-ellada-argyris-irgis> (πρόσβαση Μάιος 2015)
- Δείκτες αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Παναγιώτα Λαζάρου, Χριστίνα Οικονομοπούλου)(Qualityinhealth)(2014) <http://www.qualityinhealth.gr/index.php/arthra/katigories-arthrwn/item/79-deiktes-apotimisis-poiotitas-ypiresion-psyhikis-ygeias-panagiota-lazarou-xristina-oikonomopoulou>(πρόσβαση Μάιος 2015)
- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές (Διεπιστημονική Φροντίδα υγείας)(2011) <http://www.inhealthcare.gr/article/el/protovathmia-frontida-ugeias-stin-ellada-katastasi-kai-prooptikes4f025f> (πρόσβαση Μάιος 2015)
- Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Βοστανείο) (2013) <http://pfyvostanio.gr/?p=260> (πρόσβαση Μάιος 2015)
- Worldhealthorganization: Θέματα υγείας, Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/en/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/) (access Μάιο 2015)
- Ταβλάντα Μ., Τζιαρού Κ., Χασιώτη Α., Λιάτας Δ, Ταβλάντα Θ., Ζαντόπουλος Γ.Ζ., Πογιατζής Κ., Ταβλάντας Π. (2006) «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στις επαρχίες Άργους – Ναυπλίας του νομού Αργολίδας Παρόν και προσδοκίες.» *Ιατρικό βήμα*, σελ.68. (



[http://www.iatrikionline.gr/IB\\_105/15%20EIDIKO%20AR8RO-TABLANTAS.pdf](http://www.iatrikionline.gr/IB_105/15%20EIDIKO%20AR8RO-TABLANTAS.pdf) )

(πρόσβαση 23 Ιουλίου 2015)

- Κουράκος, Μ., κ.α. (2012). Μελέτη ικανοποίησης από την εργασία των φροντιστών υγείας – νοσηλευτών παθολογικών κλινικών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.<http://www.mednet.gr/archives/2012-1/pdf/61.pdf>

(πρόσβαση 10 Νοεμβρίου 2015 )

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### 1. ΜΕΡΟΣ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

Κατηγορίες ερωτήσεων	Συνέντευξη							
	1 <sup>η</sup>	2 <sup>η</sup>	3 <sup>η</sup>	4 <sup>η</sup>	5 <sup>η</sup>	6 <sup>η</sup>	7 <sup>η</sup>	8 <sup>η</sup>
<b>Στόχοι κοινωνικών υπηρεσιών</b>	Προστασία πολίτη	Παροχή Π.Φ.Υ.	Ψυχοκοινωνική στήριξη	Επίλυση έκτακτων ζητημάτων	Συστηματική & οργανωμένη φροντίδα	Παροχή Π.Φ.Υ.	Επίλυση κοινωνικών προβλημάτων	Επίλυση προβλημάτων
<b>Σχέση προσωπικού με υπηρεσίες</b>	Μόνιμο & κοινωφελούς εργασίας	Μόνιμο	Μόνιμο	Άτυπη λειτουργία με 1 Κ.Λ.	-	Όχι μόνιμο προσωπικό	Χωρίς προσωπικό με 1 Κ.Λ.	Λειτουργία ΚΑΠΗ
<b>Ομάδα στόχου</b>	Το σύνολο του πληθυσμού	>65 και ΑμΕΑ	Ασθενείς νομού	Ευπαθείς κοινωνικές ομάδες	Μη αυτό – εξυπηρετούμενοι ηλικιωμένοι	Ηλικιωμένοι και ΑμΕΑ	Το σύνολο του πληθυσμού	>60 ετών
<b>Παρεχόμενες υπηρεσίες</b>	Παντοπωλείο κ.α.	Νοσηλεία και συσσίτιο	Συμβουλευτική ή, οικονομική ενίσχυση, σίτιση, κατ' οίκον νοσηλεία	Υπηρεσίες έκτακτων περιστατικών	Νοσηλευτική φροντίδα	Νοσηλευτική & οποιαδήποτε βοήθητική φροντίδα,	Ψυχο – συναισθηματική υποστήριξη, προνοιακά επιδόματα κλπ	Ιατρική & κοινωνική βοήθεια
<b>Μέθοδοι παρέμβασης</b>	Κοινωνική έρευνα	Κοινωνική έρευνα κ.α	Εκθέσεις κοινωνικού συμβούλου & κοινωνική έρευνα	Κατ' οίκον επισκέψεις & κοινωνικές εκθέσεις	Ατομικός φάκελος, ημερολόγιο προγράμματος	Επισκέψεις σε σπίτια	Επαφή με άλλες υπηρεσίες, επισκέψεις σε σπίτια και σχολεία	Κοινωνική έρευνα, επαφή με άλλες υπηρεσίες
<b>Συνεργασίες</b>	Σύλλογοι ΑμΕΑ και εισαγγελία ανηλίκων	Γιατροί, Ιδρύματα, ΟΓΑ, εκκλησία κ.α.	Θεραπευτήρια, κοινωνικές υπηρεσίες, κέντρα πρόληψης, απεξάρτησης κ.α.	Εθελοντικοί οργανισμοί, ΚΑΠΗ, εισαγγελία	Γιατροί, φορείς πόλης	Γιατροί, ΙΚΑ και φαρμακεία	Εισαγγελία, εκκλησία, ομάδες αλληλεγγύης, Ερυθρός σταυρός κ.α.	Γ.Ν., ΙΚΑ, κλινικές, κέντρα δια βίου μάθησης, ιατρικός σύλλογος κ.α
<b>Ρόλος Κ.Λ.</b>	Αξιολόγηση, ενημέρωση, έλεγχος	Συντονισμό, καθοδήγηση, συμβουλές	Πληροφόρηση, συμβουλές, διαχείριση κρίσεων	Ανάλογα με τη φύση του προβλήματος	Συμβουλές και υποστήριξη	Συντονισμός, συμβουλές και αξιολόγηση	Υποστήριξη, συντονισμός, βοήθεια, διαμεσολάβηση	Ενημέρωση, συμβουλές, συντονισμός
<b>Διοίκηση</b>	Προϊστάμενος	Πρόεδρος ΔΕΚΠΟΤ Α	Διευθυντής – προϊστάμενος	Δήμος	Δήμος	Δήμος	Διευθυντής Κ.Υ.	Δήμαρχος
<b>Ρόλος διοίκησης</b>	Λήψη αποφάσεων	Λήψη αποφάσεων	-	-	-	-	Λήψη αποφάσεων	Λήψη αποφάσεων
<b>Διεπιστημονική συνεργασία</b>	Κ.Λ., κοινωνιολόγοι, τεχνικός Η/Υ	Ιατροί, συνάδελφοι	Ιατροί, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας	Συνάδελφοι από βοήθεια σε σπίτι	Συνάδελφοι	Συνάδελφοι από Βοήθεια σε σπίτι	Προσωπικό Κ.Υ.	Ιατρικό σύλλογο, γιατροί
<b>Αποτελεσματικότητα στόχων</b>	Κρίση επαγγελματία	Στο μέγιστο βαθμό	Κρίση επαγγελματία	-	Ποιοτικό έργο	Απουσία παραπόνων	-	Στο μέγιστο βαθμό
<b>Προσδοκίες</b>	Κάλυψη επιθυμιών, εποπτεία	Εποπτεία, έλεγχος, νέες ειδικότητες	Επιμόρφωση, αξιολόγηση, εποπτεία	Δημιουργία κοινωνικής υπηρεσίας	-	Δημιουργία σοβαρής Κοινωνικής υπηρεσίας	Δημιουργία σωστής κοινωνικής υπηρεσίας	Ευαίσθητος και αντάξιος Κ.Λ.
<b>Εργαλεία</b>	-	Ενημέρωση	-	-	-	Πρόγραμμα	Ενημέρωση,	Σταθερό

<b>Επιμόρφωση κατάρτιση</b>	-	INEΠ ΕΚΔΔΑ	-	ση Ελλιπής επιμόρφω ση	Πεπαλαιωμέν η, ιντερνέτ	-	Σεμινάρια	α Προσωπικ ή ενημέρωσ η	κινητοποίηση Διαδίκτυο, σεμινάρια, ημερίδες, διεπιστημονική συνεργασία	πρόγραμμα Δεν υπάρχει στον σωστό βαθμό
<b>Χρηματοδότηση υπηρεσιών Π.Φ.Υ.</b>	-		-	Κράτος – υπουργεία	Δημόσιο, χορηγίες, εκκλησία	-	Δημοτική επιχείρηση	Εθνικοί πόροι, ΑΚΑΓΕ	Υπουργείο Υγείας	Συνδρομές μελών και δήμος
<b>Σημασία ποιότητας</b>		Σωστή εκπαίδευση, αποτελεσματι κότητα		Αξιοπρεπ ής ζωή	Ικανοποίηση	Υψηλό επίπεδο υπηρεσιών	Παροχή ποιοτικού έργου	Κλειδί για ύπαρξη ωφελομένων	Προσφορά καλύτερης βοήθειας	Εξυπηρέτηση, ηθική υποστήριξη
<b>Σχέσεις ανωτέρους</b>	με	Κατανόηση		Καλές	Ανύπαρκτες	Απουσία στήριξης και συνεργασίας	Άψογες	Έλλειψη υποστήριξ ης, συνεργασί ας, σεβασμού	-	Θετικές
<b>Εθελοντισμός</b>		Εκπαίδευση		-	-	Δεν υπάρχει	Εθελοντές κοινότητας	Απουσία	Επιθυμία προσφοράς από κοινότητα	-
<b>Αντιμετώπιση προγράμματος από την κοινωνία</b>		Κακή ενημέρωση		Απαξιωμέ νο	Μη αποδοτικό	-	-	-	Ύπαρξη προκατάληψης	-
<b>Τρόποι αντιμετώπισης προβλημάτων</b>		-		Επαναλαμ βανόμενη ενημέρωσ η, υπομονή	Εμπειρία	-	Συνεργασία	Σωστή δουλειά, επαφή με τοπικούς παράγοντε ς	-	Συνεργασία με διοίκηση
<b>Υλικά</b>		Αυτοκίνητο		Έλλειψη πόρων	-	-	Αυτοκίνητο	Έλλειψη αναλωσίμ ων, αυτοκίνητ ο	Κρατικοί έλλειψη εργαλείων	πόροι, Έλλειψη αυτοκινήτου
<b>Σχέσεις ωφελομένων</b>	με	Εμπιστοσύνη και σεβασμός		Σχέση συγγένεια ς, όρια	-	Επαγγελματ ικές	Αρκετά καλές	Θετικές	Καλή επαγγελματική σχέση	Καχυποψία
<b>Σχέσεις συναδέλφους</b>	με	Επαγγελματικ ές		Ομαδικό κλίμα	Άψογες	Ύπαρξη συνεργασίας	Άψογες	Άριστες	Επαγγελματικές	Άριστες
<b>Σημασία ικανοποίησης Κ.Λ.</b>		Θετικά εργασιακά αποτελέσματα		Σχέση επιτυχίας με πληρότητ α	Αμοιβή ευκαιρίες	-	-	Ολοκλήρω ση	Πληρότητα, επάρκεια	Επιβεβαίωση
<b>Αποφόρτιση Κ.Λ.</b>		Εκτός υπηρεσίας		Απαραίτη τη εκτός	Αλλαγή περιβάλλοντο ς	Απαραίτητη	Απαραίτητη	Αποφόρτισ η με εμπειρία	Αποφόρτιση	-
<b>Διασφάλιση ποιότητας</b>		Εκπαίδευση, εχεμύθεια		Καθηκοντ ολόγιο	-	-	-	Οργάνωση και εκπαίδευσ η	Αξιολόγηση	Μεταστέγαση
<b>Επαγγελματική εξέλιξη</b>		-		Απαισιοδ οξία	-	-	Αναγκαία	-	-	Σεμινάρια, επιμόρφωση
<b>Εργαλεία αξιολόγησης</b>		Ποσοτικά, στατιστικά στοιχεία		Στατιστικ ά στοιχεία	Δείκτες ποιότητας	-	-	Δείκτες ποιότητας	Στατιστικά στοιχεία,δείκτες ποιότητας	Απολογισμός κάθετους δείκτες ποιότητα;
<b>Οφέλη αξιολόγησης</b>		Κινητοποίηση -καλύτερη απόδοση		-	-	-	-	-	Κινητοποίηση με Διαφάνεια και αντικειμενικότητα	
<b>Προσβασιμότητα</b>		Κέντρο πόλης		Εύκολη	Δύσκολη	-	-	-	Κλείσιμο ραντεβού, εύκολη πρόσβαση	Εύκολη

## **2. ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΡΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

Προς Δ/ση Υπηρεσίας,

Στο πλαίσιο των προπτυχιακών μας σπουδών, εκπονείται πτυχιακή εργασία με θέμα «Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στη Βόρεια και Στερεά Ελλάδα. Μια ποιοτική προσέγγιση από την πλευρά των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών» των σπουδαστών Βασιλειάδου Γεσθημανή, Ορφανίδου Δήμητρα, Πέγιου Παρασκευή και Σίμωση Ιωάννα Μαρία με υπεύθυνη επιβλέποντα την κα. Πελεκίδου Λίνα, Κοινωνικό Λειτουργό, Εργαστηριακό συνεργάτη του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η αξιολόγηση των Κοινωνικών Υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Δήμου Δράμας, Πέλλας και Κύμης-Αλιβερίου από τους επαγγελματίες κοινωνικής φροντίδας.

Με το παρόν έγγραφο ζητάμε τη συνεργασία σας προκειμένου να συλλεχθούν στοιχεία της έρευνάς μας. Η συμμετοχή σας θα μας βοηθήσει στην εύκολη έκβαση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Σας ενημερώνουμε ότι πριν από την έναρξη της συνέντευξης από τον/την Κοινωνική Λειτουργό θα τηρηθούν τα παρακάτω:

- 1) Η πραγματοποίηση της συνέντευξης είναι προαιρετική.
- 2) Οι πληροφορίες που θα δοθούν είναι εμπιστευτικές και διαθέσιμες αποκλειστικά στα πρόσωπα που υλοποιούν την έρευνα.
- 3) Οι πληροφορίες που θα δοθούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για το σκοπό της έρευνας.

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας.

Με εκτίμηση,

Σπουδάστριες του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας  
συνεργάτης

Βασιλειάδου Γεσθημανή,

Ορφανίδου Δήμητρα ,Πέγιου Παρασκευή

Σίμωση Ιωάννα Μαρία

Επιβλέπων Εργαστηριακός

Πελεκίδου Λίνα

### **3. ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ**

Αγαπητέ συμμετέχοντα,

Η παρούσα συνέντευξη πρόκειται να πραγματοποιηθεί για την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας από τις σπουδάστριες Βασιλειάδου Γεσθημανή, Ορφανίδου Δήμητρα, Πέγιου Παρασκευή και Σίμωση Ιωάννα Μαρία , με υπεύθυνη επιβλέποντα την κα. Πελεκίδου Λίνα, Κοινωνικό Λειτουργό, Εργαστηριακό συνεργάτη του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η αξιολόγηση των Κοινωνικών Υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τους επαγγελματίες κοινωνικής φροντίδας.

Για την παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθούν συνεντεύξεις από Κοινωνικούς Λειτουργούς, του Δήμου Δράμας, Πέλλας και Κύμης-Αλιβερίου. Η συμμετοχή σας είναι σημαντική για συλλογή στοιχείων και για την εύκολη έκβαση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Πριν από την έναρξη της συνέντευξης, θα πρέπει να γνωρίζετε τα παρακάτω:

- 1) Η πραγματοποίηση της συνέντευξης είναι προαιρετική.
- 2) Οι πληροφορίες που θα δοθούν είναι εμπιστευτικές και διαθέσιμες αποκλειστικά στα πρόσωπα που υλοποιούν την έρευνα.
- 3) Οι πληροφορίες που θα δοθούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για το σκοπό της έρευνας.

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας.

Με εκτίμηση,

Σπουδάστριες του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας  
συνεργάτης

Επιβλέπων Εργαστηριακός

Βασιλειάδου Γεσθημανή

Πελεκίδου Λίνα

Ορφανίδου Δήμητρα

Πέγιου Παρασκευή

Σίμωση Ιωάννα Μαρία

#### 4. ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Άξονες συνέντευξης :

1<sup>ος</sup>: Χαρακτηριστικά κοινωνικών υπηρεσιών (δείγματος)

Ερωτήσεις σχετικά με

- Στόχοι φορέων
- Υπηρεσίες- Προγράμματα παρεχόμενα
- Ο ρόλος του ΚΛ
- Η διοίκηση των υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας
- Προσωπικό και ειδικότητες
- Συνεργασίες

2<sup>ος</sup>: Διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών σε σχέση με τους στόχους της υπηρεσίας

Ερωτήσεις σχετικά με:

- Αποτελεσματικότητα σε σχέση με τους στόχους
- Διαδικασίες/εργαλεία/πόροι
- Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες από τους επωφελούμενους
- Διαπροσωπικές σχέσεις( συνεργασία προσωπικού/συνεργασία με εξυπηρετούμενους ,συνεργασία με διοίκηση)

3<sup>ος</sup>: Ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας

Ερωτήσεις σχετικά με:

- Δυνατότητα επιμόρφωσης
- Δυνατότητα εισαγωγής καινοτόμων στοιχείων
- Συνθήκες εργασίας (ωράριο, μέσα, σχέσεις, αποφόρτιση κ.λπ.)
- Δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης

4<sup>ος</sup>: Γενική εκτίμηση και τρόποι βελτίωσης ποιότητας των υπηρεσιών

Ερωτήσεις σχετικά με

- Άποψη και αντίληψη των επαγγελματιών σχετικά με τους σημαντικότερους δείκτες που ορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών τους
- Προτάσεις και προσδοκίες για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας