

Κεφάλαιο 9

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Μ. Παπαδακάκη

Στόχοι κεφαλαίου

Μετά τη μελέτη του παρόντος κεφαλαίου, ο αναγνώστης θα γνωρίζει βασικές πληροφορίες που αφορούν την άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού στην ΠΦΥ και συγκεκριμένα την αποστολή και το πεδίο δράσης της κοινωνικής εργασίας, τη νομοθεσία που διέπει το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, την εκπαίδευση και τις δεξιότητες του κοινωνικού λειτουργού και το όραμα και τους στρατηγικούς στόχους του επαγγέλματος.

Περίληψη κεφαλαίου

Η κοινωνική εργασία στην ΠΦΥ έρχεται να παρέμβει στους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία και να συμβάλλει στη θεραπεία και την ανακούφιση από τη νόσο. Χρησιμοποιώντας ως κυρίαρχη προσέγγιση αυτή του «ατόμου στο περιβάλλον», μέσα από την οποία ο κοινωνικός παράγοντας αναγνωρίζεται ως προσδιοριστής της υγείας του ατόμου και του συνόλου, η κοινωνική εργασία αναπτύσσει δράση σε μακρο-, μέσο- και μικροεπίπεδο, παρεμβαίνοντας στις αιτίες των ανισοτήτων στην υγεία και προάγοντας τη συμμετοχή και την ενδυνάμωση. Η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών δημιούργησε νέες προκλήσεις για το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού και ο επαναπροσδιορισμός του χαρακτήρα και της αποστολής της κοινωνικής εργασίας στην ΠΦΥ ήταν αναπόφευκτος. Η κοινωνική εργασία δεν μπορούσε να μη λάβει υπόψη, τόσο στην εκπαίδευση όσο και στην εφαρμογή της, τη φτώχεια, την ανισότητα, τη διαφθορά και τη βία, που αυξήθηκαν ραγδαία τα τελευταία χρόνια. Το κεφάλαιο αυτό παρουσιάζει το παρόν και το μέλλον της κοινωνικής εργασίας στη βάση των μεταρρυθμίσεων που επιβλήθηκαν στη χώρα και των νέων αναγκών που δημιούργησε η κρίση στην κοινωνία των πολιτών, λαμβάνοντας υπόψη το διεθνές περιβάλλον, τις αξιώσεις και τους στρατηγικούς στόχους διεθνών οργανώσεων του επαγγέλματος.

Λέξεις-κλειδιά κεφαλαίου

Ανισότητες στην υγεία, «άτομο στο περιβάλλον», κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας, εκτίμηση αναγκών, κοινωνική έρευνα, διαμεσολάβηση, ενδυνάμωση.

9.1 Εισαγωγή

Η υγεία είναι ζήτημα ανθρωπίνων δικαιωμάτων και κοινωνικής δικαιοσύνης καθώς όλοι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν συνθήκες καλής υγείας και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ο αριθμός των ατόμων που δεν απολαμβάνει αυτό το δικαίωμα στην Ευρώπη αυξάνεται διαρκώς, γεγονός που αντικατοπτρίζει την άνιση κατανομή των πόρων που χρειάζονται οι άνθρωποι για μια βιώσιμη και συνεχή ανάπτυξη. Η κοινωνική εργασία στην ΠΦΥ έρχεται να παρέμβει στις αιτίες των ανισοτήτων στην υγεία, προάγοντας τη συμμετοχή και την ενδυνάμωση. Έρχεται, αφενός, να βοηθήσει τους ανθρώπους να προλάβουν τη νόσο παρεμβαίνοντας στους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία και, αφετέρου, επιδιώκει να συμβάλλει στη θεραπεία και ανακούφιση από τη νόσο συντελώντας στη διασφάλιση και διεύρυνση των πηγών υποστήριξης. Ιδιαίτερα στην ΠΦΥ, ο χαρακτήρας της κοινωνικής εργασίας την καθιστά ένα επάγγελμα που αποτελεί τον «ομφάλιο λώρο» μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των χρηστών.

Στην Ελλάδα, η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών έφερε ραγδαίες κοινωνικοοικονομικές εξελίξεις σε πολλούς τομείς και είχε αρνητικό αντίκτυπο στο επίπεδο υγείας των πολιτών και αρνητικές προεκτάσεις για το σύστημα υγείας της χώρας. Από τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης δεν έμεινε αλώβητη η κοινωνική εργασία. Η εκπαίδευση, η αποστολή και ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών στη φροντίδα υγείας διαφοροποιήθηκαν σημαντικά ως αποτέλεσμα μεταρρυθμίσεων που επιβλήθηκαν στη χώρα, καθώς επίσης και εξαιτίας των νέων αναγκών που δημιούργησε η κρίση στην κοινωνία των πολιτών. Η κοινωνική

εργασία, με λιγότερες δυνάμεις λόγω της υποστελέχωσης, των μειωμένων προϋπολογισμών των κοινωνικών υπηρεσιών και των μειώσεων στις αποδοχές των κοινωνικών λειτουργών, καλείται πλέον να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες μιας κοινωνίας που μετρά το ένα τρίτο σχεδόν του πληθυσμού της στα όρια της ακραίας φτώχειας.

9.2 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

Ο παγκόσμιος ορισμός για το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, που υιοθετήθηκε από τη Διεθνή Ομοσπονδία των Κοινωνικών Λειτουργών (International Federation of Social Workers – IFSW) και από τη Διεθνή Ένωση των Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (International Association of Schools of Social Work – IASSW) τον Ιούλιο του 2014 στο πλαίσιο της Γενικής Συνέλευσης της IFSW που πραγματοποιήθηκε στη Μελβούρνη, είναι ο εξής: «Η Κοινωνική Εργασία είναι εφαρμοσμένο επάγγελμα αλλά και ακαδημαϊκό πεδίο που προωθεί την κοινωνική αλλαγή και ανάπτυξη, την κοινωνική συνοχή, την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων. Οι αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της συλλογικής ευθύνης και του σεβασμού της διαφορετικότητας είναι κεντρικές στην κοινωνική εργασία, η οποία θεμελιώνεται από τις θεωρίες της κοινωνικής εργασίας, των κοινωνικών επιστημών, των ανθρωπιστικών επιστημών και τη γηγενή γνώση, και συνδέει ανθρώπους και δομές για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ζωής αλλά και να ενισχύσει την ευημερία τους. Ο παραπάνω ορισμός μπορεί να διευρυνθεί σε εθνικό ή/και σε περιφερειακό επίπεδο» (IFSW, 2014).

Η Κοινωνική Εργασία είναι, αφενός, εφαρμοσμένο επάγγελμα και, αφετέρου, ακαδημαϊκό πεδίο εκπαίδευσης, το οποίο αναγνωρίζει ότι η αλληλοσυσχέτιση ιστορικών, κοινωνικοοικονομικών, πολιτισμικών, τοπικών και ατομικών παραγόντων λειτουργούν προασπιστικά ή/και παρεμποδιστικά για την ανθρώπινη ευημερία και εξέλιξη (IFSW, 2014).

Το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού προωθεί την αλλαγή, την επίλυση προβλημάτων στις ανθρώπινες σχέσεις και την ενδυνάμωση και χειραφέτηση των ατόμων με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Χρησιμοποιώντας ως βάση τις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της κοινωνικής δικαιοσύνης και αξιοποιώντας θεωρίες που αφορούν την ανθρώπινη συμπεριφορά και τα κοινωνικά συστήματα, η κοινωνική εργασία παρεμβαίνει στα σημεία εκείνα που οι άνθρωποι αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους (IFSW, 2001· Payne, 2006).

Οι υπηρεσίες του κοινωνικού λειτουργού απευθύνονται κυρίως σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, σε άτομα ή ομάδες που βιώνουν σημαντικές αναπτυξιακές αλλαγές και στρεσογόνα γεγονότα ζωής, καθώς και σε άτομα των οποίων η υγεία και η κοινωνική τους ευεξία έχει επηρεαστεί από κοινωνικούς παράγοντες. Σύμφωνα με την IFSW (2012), οι υπηρεσίες αφορούν τις παρακάτω περιπτώσεις: α) νέες ή μονογονεϊκές οικογένειες, β) άτομα άστεγα ή σε κίνδυνο να μείνουν άστεγα, γ) άπορους, δ) αποφυλακισμένους, ε) άνεργους, στ) μετανάστες, πρόσφυγες, εθνικές μειονότητες, Ρομά, ζ) άτομα εξαρτημένα από ουσίες, η) άτομα με σωματική και διανοητική αναπηρία, θ) άτομα με χρόνιες νόσους ή νόσους που περιορίζουν σοβαρά τη λειτουργικότητα, ι) άτομα μοναχικά, με έκπτωση του επιπέδου ψυχοσωματικής λειτουργικότητας, ια) άτομα που δεν μπορούν να διαχειριστούν την απώλεια, ιβ) άτομα που έχουν δεχτεί ενδοοικογενειακή βία, ιγ) φροντιστές ατόμων που χρειάζονται υποστήριξη και καθοδήγηση.

Ως κύριοι άξονες δράσης και παρέμβασης της κοινωνικής εργασίας καθορίζονται η προαγωγή της κοινωνικής αλλαγής, η κοινωνική εξέλιξη, η κοινωνική συνοχή και, τέλος, η ενδυνάμωση και απελευθέρωση ατόμων και ομάδων. Ο πρώτος άξονας αφορά σε πρακτικές χειραφέτησης με στόχο την ενδυνάμωση και απελευθέρωση του ανθρώπου από δομικές πηγές καταπίεσης ή/και προνομίων, βάσει κριτηρίων ή χαρακτηριστικών όπως η φυλή, η κοινωνική τάξη, η γλώσσα, η θρησκεία, το φύλο, οι ειδικές ανάγκες, ο πολιτισμικός και σεξουαλικός προσανατολισμός. Ο δεύτερος άξονας αφορά την προαγωγή της κοινωνικής ένταξης και συνοχής μέσα από την καταπολέμηση της φτώχειας και την ενδυνάμωση των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Ο τρίτος άξονας αφορά την κοινωνική αλλαγή και συμβαίνει στο επίπεδο του ατόμου, της οικογένειας, της κοινότητας ή της ευρύτερης κοινωνίας, όταν εκδηλώνεται η ανάγκη για αλλαγή εκείνων των δομικών συνθηκών που συμβάλλουν στην περιθωριοποίηση, τον κοινωνικό αποκλεισμό και την καταπίεση. Ο τέταρτος άξονας αφορά την κοινωνική ανάπτυξη, που εννοιολογικά ταυτίζεται με ένα πλαίσιο πολιτικών μέτρων το οποίο βασίζεται σε ολιστικές, βιοψυχοκοινωνικές και πνευματικές εκτιμήσεις σε πολυσυστημικό, διακλαδικό και διεπιστημονικό επίπεδο, με στόχο τη βιώσιμη εξέλιξη. Σημαντικό είναι ότι ο άξονας αυτός θέτει σε προτεραιότητα την κοινωνική, δομική και οικονομική ανάπτυξη, ενώ δεν συμμερίζεται

τη συμβατική άποψη ότι η οικονομική ανάπτυξη είναι προαπαιτούμενος παράγοντας για την κοινωνική ανάπτυξη (IFSW, 2014).

9.2.1 Σκοπός και πεδίο δράσης της κοινωνικής εργασίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Βασικός σκοπός της κοινωνικής εργασίας στην ΠΦΥ είναι η προαγωγή της υγείας, η θεραπεία και αποκατάσταση μέσα από προγράμματα και υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις βασικές αρχές υγείας του πληθυσμού και δίνουν ειδική προσοχή στα υψηλού κινδύνου, ευπαθή και μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (IASW, 2008).

Η κοινωνική εργασία στην ΠΦΥ επιδιώκει την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία και την προώθηση του αυτοπροσδιορισμού μέσα από την καθοδήγηση, την ενδυνάμωση και την ενίσχυση της αυτοφροντίδας στην τοπική κοινότητα. Εστιάζει στην αλληλεπίδραση ανάμεσα στα άτομα και το περιβάλλον τους, αναγνωρίζοντας την επίδραση των κοινωνικών, πολιτισμικών, οικονομικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών, πολιτικών, νομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία και στη γενικότερη ποιότητα ζωής (AASW, 2010, σ. 9· CASW, 2007).

Χρησιμοποιεί ως κυρίαρχη προσέγγιση αυτή του «ατόμου στο περιβάλλον», μέσα από την οποία αναγνωρίζει τον κοινωνικό παράγοντα ως προσδιοριστή της υγείας του ατόμου και του συνόλου (CASW, 2007). Από την προσέγγιση αυτή προκύπτει ένα ευρύ αντικείμενο, και συγκεκριμένοι τομείς δράσης του αφορούν: α) την πρόληψη, β) την προαγωγή της υγείας, γ) τον σχεδιασμό υπηρεσιών, δ) τη φροντίδα ασθενών με οξεία και χρόνια νοσήματα, ε) τη θεραπεία, στ) την αποκατάσταση και ζ) τη μακροχρόνια φροντίδα (Keigher, 1997).

9.2.2 Ρόλοι του κοινωνικού λειτουργού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Οι κοινωνικοί λειτουργοί δραστηριοποιούνται σε μακρο-, μέσο- και μικροεπίπεδο. Σε μακροεπίπεδο μπορούν να συνηγορήσουν για πρόνοια ευάλωτων κοινωνικών ομάδων ή να συμμετέχουν στη χάραξη νέων πολιτικών που αφορούν την υγεία και την κοινωνική πρόνοια. Στο μικροεπίπεδο και μεσοεπίπεδο δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην αυτοδιαχείριση της νόσου, ιδιαίτερα όταν οι ασθενείς έχουν γνωστικές, σωματικές ή κοινωνικές αναπηρίες που περιορίζουν τη συμμετοχή τους στο σχέδιο συνολικής διαχείρισης της φροντίδας. Σε μικροεπίπεδο, οι κοινωνικοί λειτουργοί διευκολύνουν την προσαρμογή του ασθενούς στη χρόνια νόσο και υποστηρίζουν την απόκτηση υψηλότερων επιπέδων ποιότητας ζωής (Gehlert & Browne, 2006). Στο μεσοεπίπεδο, δράση μπορεί να αναπτυχθεί με οικογένειες και γειτονιές ως μέσο για την υποστήριξη των αναγκών φροντίδας του ασθενούς.

Όσον αφορά τους ρόλους που μπορεί να αναπτύξει ο κοινωνικός λειτουργός, υπάρχει μία γενική ομοφωνία σε έξι κύριους ρόλους ή τύπους υπηρεσιών που ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να παρέχει στην ΠΦΥ σε άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες, που είναι οι εξής: α) εκτίμηση βιοψυχοκοινωνικών παραγόντων της υγείας και της ποιότητας ζωής, β) παροχή απτών υπηρεσιών, γ) παροχή συμβουλευτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, δ) διαβούλευση με άλλους επαγγελματίες υγείας σχετικά με βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες και τις επιπτώσεις τους στην υγεία και την ποιότητα ζωής, ε) εκπαίδευση σε βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες της ασθένειας και σε στρατηγικές παρέμβασης και στ) κοινοτική ανάπτυξη και ανάπτυξη ικανοτήτων (Geron, Andrews & Kuhn, 2005· Lesser, 2000· Salvatore, 1988· Scharlach, Simon & Dal Santo, 2002· Wharf, 1992).

Σε σχέση με το άτομο και την οικογένεια, ο κοινωνικός λειτουργός προσφέρει υπηρεσίες που έχουν σκοπό την πρόληψη και την αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και την κάλυψη ανθρωπίνων αναγκών. Διερευνά το ανθρώπινο πρόβλημα κυρίως μέσα από την κοινωνική έρευνα και την τεχνική της συνέντευξης, εντοπίζει λύσεις αντιμετώπισης, διαμεσολαβεί προς τους αρμόδιους φορείς και παρέχει ηθική και συμβουλευτική υποστήριξη και καθοδήγηση στο άτομο και την οικογένεια καθ' όλη τη διάρκεια επίλυσης του προβλήματός τους (IASW, 2008).

Έμφαση έχει δοθεί στον ρόλο των κοινωνικών λειτουργών στην αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς (Bikson, McGuire, Blue-Howells & Seldin- Sommer, 2009· Gross, Rabinowitz, Feldman, & Boerman, 1996). Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως τα οικονομικά προβλήματα, το άγχος, τα νομικά θέματα, έχουν βρεθεί σε πρόσφατη μελέτη να είναι πολύ διαδεδομένα στην ΠΦΥ, με μέσο όρο πέντε προβλημάτων ανά ασθενή, και με το 32% των ασθενών να επιζητεί συνάντηση με

κοινωνικό λειτουργό (Bikson et al., 2009). Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί θεωρούνται οι πλέον αρμόδιοι και επαρκώς εξοπλισμένοι για να αντιμετωπίσουν αυτού του τύπου τα προβλήματα χρησιμοποιώντας ποικιλία παρεμβάσεων (Gross et al., 1996; Keefe, Geron & Enguidanos, 2009). Έχει χαρακτηριστικά αναφερθεί ότι διευκολύνουν σημαντικά την πρόσβαση των ασθενών σε κοινοτικές πηγές και συμβάλλουν στην επανένταξή τους στην κοινότητα. Μια επίσης σημαντική διαπίστωση αναφορικά με τον ρόλο των κοινωνικών λειτουργών είναι ότι μπορούν να είναι εξαιρετικά ευέλικτοι και να εργαστούν σε πολλαπλά επίπεδα ταυτόχρονα προκειμένου να διευκολύνουν τη μετακίνηση του ασθενούς μέσα στο σύστημα υγείας, στοχεύοντας στην ταχύτερη ανάρρωση και στα υψηλότερα δυνατά επίπεδα λειτουργικότητας.

Σε σχέση με την κοινότητα, το αντικείμενο του κοινωνικού λειτουργού επηρεάζεται από τις ανάγκες της υγειονομικής περιφέρειας στην οποία υπηρετεί. Σε γενικές γραμμές, ο κοινωνικός λειτουργός δραστηριοποιείται στα εξής αντικείμενα:

- Εκτίμηση και παρακολούθηση κοινωνικών και ψυχοσυναισθηματικών αναγκών του πληθυσμού μέσα από τη διενέργεια κοινωνικών ή ψυχοκοινωνικών μελετών.
- Διερεύνηση, καταγραφή και παρέμβαση σε κοινωνικούς, συμπεριφορικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία του πληθυσμού.
- Μελέτη του τοπικού κοινωνικού κεφαλαίου, της κοινωνικής δυναμικής, των δυνατοτήτων και των αδυναμιών του τοπικού χώρου.
- Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας (π.χ. επιθετική συμπεριφορά, προκαταλήψεις, ρατσισμός κ.λπ.).
- Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων παιδικής προστασίας, προστασίας υπερηλίκων, αναπήρων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.

Η δραστηριοποίηση του κοινωνικού λειτουργού στην κοινότητα απαιτεί συνεργασία ανάμεσα στην επιστήμη της Δημόσιας Υγείας, που εστιάζει στην αλλαγή σε πληθυσμιακό επίπεδο, και της Κοινωνικής Εργασίας, που εστιάζει πρωτίστως στο άτομο και τις κοινωνίες (Whiteside, 2004, σσ. 381-382). Η Κοινωνική Εργασία και η Δημόσια Υγεία έχουν κοινή αποστολή στο πλαίσιο της κοινωνικής δικαιοσύνης να βελτιώσουν, να προασπίσουν και να ενισχύσουν την ποιότητα ζωής και να εργαστούν μαζί για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων υγείας (Ruth et al., 2008, σ. 72). Οι κοινωνικοί λειτουργοί, πλέον, εργάζονται σε πεδία που αφορούν την πληθυσμιακή υγεία και την προαγωγή της υγείας και, γενικότερα, σε χώρους που δεν θεωρούνται παραδοσιακοί για το επάγγελμα, γεγονός που νοείται ως μια στροφή προς πληθυσμιακής φύσεως προσεγγίσεις που είναι πιο κοντά στις κοινωνίες που εξυπηρετούνται (Vourlekis, Ell & Padgett, 2001).

Ένα βασικό συστατικό της κοινωνικής εργασίας στην κοινότητα είναι αυτό της κοινοτικής ανάπτυξης και της προώθησης της κοινωνικής συμμετοχής, ιδιαίτερα σε συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού. Βασική επιδίωξη του κοινωνικού λειτουργού είναι να ευαισθητοποιήσει και να κινητοποιήσει την τοπική κοινωνία, καθώς και τοπικούς φορείς και ομάδες στην αναγνώριση των δικών τους αναγκών υγείας, στον σχεδιασμό υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και φροντίδας υγείας και στην ανάληψη τοπικών πρωτοβουλιών και δράσεων για την ικανοποίηση αυτών (DoHC, 2001, σσ. 9-39). Οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν μπορούν να επιτύχουν αλλαγές στα διαφορετικά συστήματα (π.χ. οικονομικό, εκπαιδευτικό, πολιτικό, σύστημα υγείας) αν δεν χρησιμοποιήσουν προσεγγίσεις μακροεπιπέδου, προσανατολισμένες στην ενδυνάμωση του πληθυσμού, όπως αυτή της κοινοτικής οργάνωσης (Dunlop & Holosko, 1992). Ο πληθυσμός πρέπει να εμπλακεί στην απαίτηση της μείωσης της φτώχειας, στην ανάπτυξη της εθνικής ασφάλισης και ενός εθνικού συστήματος υγείας που θα εξασφαλίζει πρόσβαση σε πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα, στην πρόληψη ανίχνευση και παρέμβαση σε οικογενειακές και κοινωνικές καταστάσεις που απειλούν την ψυχική και σωματική υγεία και ποιότητα ζωής των μελών. Στο πλαίσιο αυτής της επιδίωξης, ο κοινωνικός λειτουργός προωθεί την ανάπτυξη τοπικών δικτύων από φορείς που δραστηριοποιούνται σε θέματα υγείας, καθώς και την ανάπτυξη καινοτόμων υπηρεσιών για την προαγωγή της υγείας όπως, για παράδειγμα, οργάνωση βιβλιοθήκης για θέματα υγείας, τράπεζα αίματος κ.λπ. Στο πλαίσιο της ενίσχυσης της κοινωνικής συμμετοχής σε θέματα υγείας, ο κοινωνικός λειτουργός δραστηριοποιείται επίσης στη σύσταση ομάδων υγείας στην περιοχή ευθύνης του, μέσα από τις οποίες ενθαρρύνεται η συμμετοχή των πολιτών στην ανάδειξη προτεραιοτήτων και στον σχεδιασμό υπηρεσιών υγείας (Pillinger, 2010).

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός λειτουργεί ως πηγή υποστήριξης για άλλους επαγγελματίες και για την ομάδα υγείας της ΠΦΥ αναλαμβάνοντας τη φροντίδα ασθενών και των οικογενειών τους σε ζητήματα που οι άλλοι επαγγελματίες δεν μπορούν να παρέμβουν, χρησιμοποιώντας εδραιωμένα δίκτυα τοπικών φορέων, κυβερνητικών και μη, προκειμένου να διευκολύνουν την πρόσβαση των ασθενών σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, κατάλληλες για την επίλυση του προβλήματός τους (π.χ. παιδιά που βρίσκονται σε κίνδυνο, άτομα που κακοποιούνται, αυτοκτονικοί ασθενείς). Πιο συγκεκριμένα, ο Salvatore (1988) περιέγραψε δύο μοντέλα κοινωνικής εργασίας στην ΠΦΥ. Το πρώτο μοντέλο, με την επωνυμία «μοντέλο παραπομπής ή διαβούλευσης», επιτρέπει στους ιατρούς να παραπέμπουν στον κοινωνικό λειτουργό ασθενείς με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως παραπέμπουν σε μία άλλη ιατρική ειδικότητα. Στο δεύτερο, το αποκαλούμενο «συνεργατικό μοντέλο», ο ιατρός αναγνωρίζει ένα ψυχοκοινωνικό πρόβλημα που χρήζει υπηρεσίες κοινωνικού λειτουργού για μεγάλο χρονικό διάστημα, και ο κοινωνικός λειτουργός καθίσταται υπεύθυνος για τη θεραπεία του ψυχοκοινωνικού προβλήματος του ασθενούς και παραμένει σε συνεργασία με τον ιατρό, ο οποίος συνεχίζει να καλύπτει τις ανάγκες του ασθενούς σε ιατρική φροντίδα.

9.2.3 Δεξιότητες του κοινωνικού λειτουργού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Δεδομένης της διεπιστημονικής προσέγγισης της φροντίδας υγείας στις μονάδες ΠΦΥ, η πρακτική εφαρμογή της κοινωνικής εργασίας απαιτεί γνώση πολλών επιστημονικών πεδίων και περιοχών. Για τον λόγο αυτό, ο κοινωνικός λειτουργός που υπηρετεί στην ΠΦΥ πρέπει να διαθέτει μια ευρεία ομάδα γενικών και ειδικών δεξιοτήτων (Feldman, 2001· Heinonen et al., 2001· Levin & Herbert, 2001· Siefert & Henk, 2001), μεταξύ των οποίων η ικανότητα να εκτελεί τα παρακάτω: α) να διεξάγει εκτίμηση κινδύνου/αναγκών για άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες, β) να σχεδιάζει και να εφαρμόζει πολιτισμικά επαρκείς και κατάλληλες ως προς το φύλο παρεμβάσεις που στοχεύουν στο άτομο, την οικογένεια, την ομάδα και την κοινότητα για τις ανάγκες της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης της ασθένειας, καθώς και για τη θεραπεία, την αποκατάσταση και τη συνεχιζόμενη φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης της αυτοφροντίδας, της ενίσχυσης του φροντιστή και της ανάπτυξης βραχέων παρεμβάσεων, γ) να συμμετέχει ενεργά και αποτελεσματικά σε μία διεπιστημονική ομάδα προάγοντας τη συνεργασία, δ) να αναπτύσσει συνεργασία με κοινοτικούς φορείς για τις ανάγκες της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης της ασθένειας, καθώς και να συμμετέχει ενεργά στην καθοδήγηση, κοινοτική οργάνωση, κοινοτική δράση και στη χάραξη πολιτικών νομοθετικού και ρυθμιστικού χαρακτήρα με σκοπό την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας, την καταπολέμηση της φτώχειας, των διακρίσεων και άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την ισότητα, την πρόσβαση και την ποιότητα της φροντίδας, ε) να ενσωματώνει τις αξίες και τις ηθικές αρχές στον σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την υλοποίηση παρεμβάσεων μέσα στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης φροντίδας.

Άλλες δεξιότητες που έχουν αναφερθεί ότι απαιτούνται από τους κοινωνικούς λειτουργούς στην ΠΦΥ είναι η αυτογνωσία και η πολιτισμική επάρκεια, η δέσμευση, η διάγνωση και η εκτίμηση προβλημάτων, η διευκόλυνση του αυτοπροσδιορισμού και η ικανότητα ενδυνάμωσης, η προφορική και γραπτή επικοινωνία, η αναγνώριση και στάθμιση των ηθικών συνεπειών των στρατηγικών που αναπτύσσονται, η ανάληψη δράσης και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που επιφέρει η δράση (Hardina & Obel-Jorgensen, 2009).

Κατά τους Ell και Morrison (1981), οι κοινωνικοί λειτουργοί της ΠΦΥ είναι επίσης σημαντικό να διαθέτουν δεξιότητες στα εξής: α) στη λήψη απόφασης, στη διαφορική διάγνωση, στη συμβουλευτική του ασθενούς που αντιστέκεται, στη διαβούλευση και την εκπαίδευση, β) στη διενέργεια ελέγχου «κατά περίπτωση», στη διάκριση μεταξύ ποικίλων ψυχοκοινωνικών πηγών ανησυχίας στον ασθενή, στην ικανότητα υποστήριξης ορισμένων ασθενών να αναγνωρίσουν την πηγή των συμπτωμάτων τους ως κοινωνική ή συναισθηματική παρά ως οργανική, στην εκμάθηση και εφαρμογή δεξιοτήτων ψυχοκοινωνικής εκτίμησης και θεραπείας από άλλες επιστήμες επιπρόσθετα με την κοινωνική εργασία, γ) στην έρευνα και την αξιολόγηση, καθώς επίσης στον σχεδιασμό και την ανάπτυξη εργαλείων εκτίμησης των αναγκών των χρηστών. Οι δεξιότητες στην έρευνα είναι απαραίτητες για την αξιολόγηση των υπηρεσιών με στόχο τη βελτίωσή τους μέσα από την ανάπτυξη γνώσης σχετικά με το τι είναι και τι δεν είναι αποτελεσματικό μεταξύ των παρεμβάσεων της κοινωνικής εργασίας στην ΠΦΥ.

Η προαγωγή της υγείας ως ένα ξεχωριστό αντικείμενο με το οποίο ασχολείται ο κοινωνικός λειτουργός στην ΠΦΥ προϋποθέτει μια σειρά από επιπλέον δεξιότητες, με κυριότερες τις εξής: α) επικοινωνιακές δεξιότητες, β) ικανότητα αναγνώρισης του κοινωνικού πλαισίου μέσα στο οποίο ζουν οι ασθενείς, γ) ολιστική θεώρηση πολιτισμικών και συμπεριφορικών παραγόντων που επηρεάζουν την

ανταπόκριση του ασθενούς στη νόσο ή τη συμμόρφωση στις συστάσεις που του δίδονται ως προς τη νόσο και δ) αναγνώριση του ρόλου της οικογένειας (Goel & McLsaac, 2000, σ. 6).

Παρά τις υψηλές απαιτήσεις του χώρου από τους κοινωνικούς λειτουργούς, έχει αναφερθεί ότι «οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί είναι επαρκώς εξοπλισμένοι να εργαστούν στον χώρο της υγείας εξαιτίας της ευρείας προοπτικής που έχουν για τους ποικίλους σωματικούς, συναισθηματικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων και των κοινοτήτων» (NASW, 2005).

9.3 Νομοθεσία

Στην Ελλάδα το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού και ο εφαρμοσμένος επιστημονικός κλάδος της Κοινωνικής Εργασίας είναι θεσμικά κατοχυρωμένα και ρυθμίζονται με τις παρακάτω διατάξεις:

- Νομοθετικό Διάταγμα «Περί του Θεσμού των Κοινωνικών Λειτουργών» (Ν.Δ., αριθ. 4018/11-11-1959).
- Προεδρικό Διάταγμα «Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων» (Π.Δ. 50, ΦΕΚ 23/τ. Α' 26-1-1989, σσ. 345-347).
- Προεδρικό Διάταγμα «Άσκηση του Επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού» [Π.Δ., αριθ. 23 (2)/20-1-1992].

Απαραίτητη προϋπόθεση για την άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού είναι η απόκτηση πτυχίου Κοινωνικής Εργασίας και η λήψη άδειας ασκήσεως επαγγέλματος.

Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα που ορίζει τα επαγγελματικά δικαιώματα των κοινωνικών λειτουργών, οι πτυχιούχοι κοινωνικοί λειτουργοί του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων, με βάση τις εξειδικευμένες επιστημονικές γνώσεις —θεωρητικές και εφαρμοσμένες—, ασχολούνται είτε αυτοδύναμα είτε σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες σε όλους τους τομείς δραστηριότητας που αποβλέπουν στην πραγματοποίηση ενός ή και των δύο από τους παρακάτω στόχους: α) πρόληψη και θεραπεία κοινωνικών προβλημάτων ή/και β) βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και της κοινωνικής λειτουργικότητας ατόμων και ομάδων με την πραγμάτωση θεσμικών αλλαγών μέσα στην κοινότητα.

Τα αντικείμενα των πτυχιούχων, όπως ορίζονται από το Προεδρικό Διάταγμα, είναι τα εξής: α) διενέργεια κοινωνικής μελέτης ή ψυχοκοινωνικής μελέτης, όπου κρίνεται απαραίτητη, του περιστατικού, της ομάδας και της κοινότητας που χρειάζεται την παρέμβασή τους, β) διαμόρφωση διάγνωσης, αυτόνομα ή και σε συνεργασία με άλλους ειδικούς, για τα προβλήματα που εντοπίστηκαν και γ) εκπόνηση και εκτέλεση σχεδίου δράσης και ενεργειών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης κατάστασης.

Οι πτυχιούχοι του Τμήματος μπορούν να στελεχώσουν ένα ευρύτατο φάσμα κοινωνικών υπηρεσιών, οργανώσεων ή προγραμμάτων του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα, καθώς και να παρέχουν υπηρεσίες ως ελεύθεροι επαγγελματίες. Ενδεικτικά, εργάζονται σε κοινωνικές υπηρεσίες δήμων, σε ΚΑΠΗ, στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», σε νομαρχιακές διευθύνσεις κοινωνικής πρόνοιας, σε φορείς παιδικής προστασίας, σε νοσοκομεία, σε κέντρα υγείας, σε κέντρα ψυχικής υγείας, σε κέντρα αποκατάστασης αναπήρων, σε μονάδες απεξάρτησης, σε μονάδες ειδικής αγωγής, σε υπηρεσίες του ΟΑΕΔ, σε κοινωνικές υπηρεσίες επιμελητών ανηλίκων, σε κοινωνικές υπηρεσίες φυλακών, σε υπηρεσίες για μετανάστες, πρόσφυγες κ.ά.

9.4 Εκπαίδευση

Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας, η εκπαίδευση στην κοινωνική εργασία στις χώρες της Ευρώπης χαρακτηρίστηκε από προοδευτικό «ακαδημαϊσμό» και επηρεάστηκε άμεσα από τις αλλαγές στις πανεπιστημιακές δομές που ενεργοποιήθηκαν από τις διαδικασίες της Μπολόνια (Bologna Process, 1999). Η εν λόγω διαδικασία αποσκοπούσε στην εισαγωγή ενός συστήματος ακαδημαϊκών τίτλων που είναι εύκολα αναγνωρίσιμοι και συγκρίσιμοι, στην προώθηση της κινητικότητας των σπουδαστών, των διδασκόντων και των ερευνητών, στην εξασφάλιση υψηλής ποιότητας διδασκαλίας και στην ενσωμάτωση της ευρωπαϊκής διάστασης στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Η διακήρυξη της Μπολόνια έδωσε το εναρκτήριο λάκτισμα της

διαδικασίας και βασίστηκε σε έξι δράσεις: α) ένα σύστημα ακαδημαϊκών τίτλων οι οποίοι εύκολα αναγνωρίζονται και συγκρίνονται, β) ένα σύστημα που θεμελιώνεται βασικά σε δύο κύκλους: τον πρώτο κύκλο σπουδών, που εστιάζει στην αγορά εργασίας, με διάρκεια τουλάχιστον τριών ετών, και τον δεύτερο κύκλο σπουδών (Master) στον οποίο αποκτούν πρόσβαση μόνον οι απόφοιτοι του πρώτου κύκλου, γ) ένα σύστημα σώρευσης και μεταφοράς μονάδων τύπου ΕΣΜΜ, το οποίο χρησιμοποιείται στο πλαίσιο των ανταλλαγών «Erasmus», δ) την κινητικότητα των σπουδαστών, των διδασκόντων και των ερευνητών, ε) τη συνεργασία σε θέματα εξασφάλισης της ποιότητας, στ) την ευρωπαϊκή διάσταση στην τριτοβάθμια εκπαίδευση: την αύξηση του αριθμού των διδακτικών ενοτήτων, των μαθημάτων και των κλάδων των οποίων το περιεχόμενο, ο προσανατολισμός ή η οργάνωση χαρακτηρίζονται από μία ευρωπαϊκή διάσταση (Bologna Declaration, 1999).

Στις αρχές του ακαδημαϊκού έτους 2004-2005, οι δύο κύκλοι σπουδών (προπτυχιακές και μεταπτυχιακές) καθιερώθηκαν στην εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών σε όλες τις χώρες που υπέγραψαν τη Διακήρυξη της Μπολόνια, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Σήμερα, σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες υπάρχουν σπουδές στην κοινωνική εργασία στην τριτοβάθμια εκπαίδευση είτε ως αυτόνομα τμήματα είτε ως τμήματα σχολών εφαρμοσμένων κοινωνικών επιστημών.

Την ίδια περίοδο, η Διεθνής Ένωση των Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (IASSW) και η Διεθνής Ομοσπονδία των Κοινωνικών Λειτουργών (IFSW), στη γενική συνέλευση στην Αδελαΐδα της Αυστραλίας το 2004, υιοθέτησαν διεθνείς κανόνες και πρότυπα για την εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών (IASSW & IFSW, 2004). Οι κανόνες αφορούσαν τον κύριο σκοπό ή την αποστολή σχολών ή τμημάτων κοινωνικής εργασίας, τους στόχους του εκπαιδευτικού τους προγράμματος, το πρόγραμμα σπουδών, συμπεριλαμβανομένης της πρακτικής άσκησης, το εκπαιδευτικό προσωπικό, τους φοιτητές, τη δομή, τη διοίκηση και τους πόρους, τις πολιτισμικές διαφορές και τις διαφορές στην εθνότητα και την ισότιμη αντιπροσώπευση των δύο φύλων, τις αξίες της κοινωνικής εργασίας και τους ηθικούς κώδικες επικοινωνίας. Από τους κανόνες που αφορούσαν τους στόχους του εκπαιδευτικού προγράμματος γίνεται μεταξύ άλλων σαφές ότι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχολών ή τμημάτων κοινωνικής εργασίας πρέπει να λαμβάνει υπόψη σε διεθνές επίπεδο τις επιπτώσεις των αλληλεπιδρώντων πολιτισμικών, οικονομικών, επικοινωνιακών, κοινωνικών και πολιτικών χαρακτηριστικών. Όσον αφορά τους κανόνες για το βασικό πρόγραμμα σπουδών, υπάρχουν συγκεκριμένα βασικά μαθήματα τα οποία θεωρούνται παγκοσμίως εφαρμόσιμα και πρέπει να βεβαιώνεται ότι οι φοιτητές, με τη λήψη του πτυχίου τους, τα έχουν παρακολουθήσει. Τα βασικά αυτά μαθήματα χωρίζονται στους εξής τέσσερις εννοιολογικούς σχηματισμούς: α) τομέας της κοινωνικής εργασίας, β) τομέας του κοινωνικού λειτουργού, γ) μέθοδοι πρακτικής, δ) μαθητεία (paradigm) του επαγγέλματος.

Η μαθητεία του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού θα πρέπει, σύμφωνα με τους διεθνείς κανόνες, να περιλαμβάνει τα ακόλουθα θεωρητικά/επιστημολογικά πεδία, τα οποία θα απαρτίζουν το βασικό πρόγραμμα σπουδών: α) αναγνώριση της αξιοπρέπειας, της αξίας και της μοναδικότητας του ατόμου, β) γνώση και κατανόηση της διασύνδεσης που υφίσταται ανάμεσα σε μέρη των συστημάτων και στα συστήματα σε μικρο-, μέσο- και μακροεπίπεδο (θεωρία των οικολογικών συστημάτων), γ) ανάπτυξη γνώσης και δεξιοτήτων για εργασία σε διαφορετικά πλαίσια, με διαφορετικούς πληθυσμούς εξυπηρετούμενων, σε όλα τα επίπεδα των συστημάτων (ολιστική, γενική ή ολοκληρωμένη προσέγγιση), δ) έμφαση στη σημασία της συνηγορίας και στις αλλαγές στις δομές των κοινωνικών οργανώσεων οι οποίες αποδυναμώνουν, περιθωριοποιούν και αποκλείουν τα άτομα (κοινωνική δικαιοσύνη/ανθρώπινα δικαιώματα), ε) ανάπτυξη των ικανοτήτων και ενδυνάμωση των ατόμων, των οικογενειών, των ομάδων, των οργανώσεων και των κοινοτήτων μέσω μιας ανθρωποκεντρικής αναπτυξιακής προσέγγισης (προσέγγιση της κοινοτικής ανάπτυξης), στ) επίλυση προβλημάτων και κοινωνικοποίηση μέσω της κατανόησης της φυσιολογικής ανάπτυξης του κύκλου ζωής του ανθρώπου, τα αναμενόμενα καθήκοντά του (tasks) και τις επιπτώσεις των αναπτυξιακά εμφανιζόμενων κρίσεων (αναπτυξιακή προσέγγιση στον κύκλο ζωής του ανθρώπου), ζ) αναγνώριση του δυναμικού και των δυνατοτήτων όλων των ανθρώπων (προσέγγιση των δυνατοτήτων), η) εκτίμηση και σεβασμός στη διαφορετικότητα που απορρέει από τη φυλή, τον πολιτισμό, τη θρησκεία, την εθνικότητα, τη γλώσσα, το φύλο, τον σεξουαλικό προσανατολισμό και τις διαφορετικές ικανότητες των ατόμων (σεβασμός στη διαφορετικότητα).

Σε συμφωνία με τις παραπάνω ευρωπαϊκές και διεθνείς εξελίξεις στον χώρο της εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών, στην Ελλάδα σήμερα λειτουργούν δύο προπτυχιακά προγράμματα σπουδών κοινωνικής εργασίας σε επίπεδο ΑΕΙ, στο ΤΕΙ Αθήνας και στο ΤΕΙ Κρήτης. Τα προγράμματα σπουδών είναι συνολικής διάρκειας τεσσάρων ετών και περιλαμβάνουν τη διδασκαλία θεωρητικών μαθημάτων και

εργαστηρίων κατανεμημένων σε επτά εξάμηνα, ενώ κατά το τελευταίο εξάμηνο (όγδοο) πραγματοποιείται η πρακτική άσκηση στο επάγγελμα. Η εκπαίδευση ολοκληρώνεται με την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας.

Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος σπουδών, ο πτυχιούχος έχει αποκτήσει τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες ώστε:

- Να ασχοληθεί με ένα ευρύτατο φάσμα κοινωνικών προβλημάτων, όπως η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η ανεργία, η ψυχική ασθένεια, η τοξικοεξάρτηση, η ενδοοικογενειακή βία, η παραβατικότητα, οι διακρίσεις και ο ρατσισμός.
- Να εφαρμόσει τη γνώση του σε διαφορετικά πεδία δράσης, όπως σε φορείς παιδικής προστασίας και προστασίας της οικογένειας, σε υπηρεσίες υγείας, σχολεία, χώρους εργασίας, φορείς της κοινότητας κ.λπ.
- Να παρέχει υπηρεσίες σε διάφορες ομάδες εξυπηρετούμενων, όπως παιδιά, γονείς, ηλικιωμένους, αναπήρους, εξαρτημένους από ουσίες, φυλακισμένους, μετανάστες κ.ά.

Κατά τη διάρκεια των σπουδών, οι φοιτητές διδάσκονται μαθήματα κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών από τα οποία αντλεί γνώσεις η κοινωνική εργασία (Κοινωνιολογία, Ψυχολογία, Δίκαιο, Κοινωνική Πολιτική), Πληροφορική και εισαγωγικά μαθήματα της Κοινωνικής Εργασίας. Επίσης, διδάσκονται μαθήματα Θεωρίας και Μεθοδολογίας της Κοινωνικής Εργασίας, Οργάνωσης και Διοίκησης Κοινωνικών Υπηρεσιών, Κοινωνικής Πολιτικής, Κοινωνικού Σχεδιασμού, Κοινωνικής Έρευνας, καθώς και μαθήματα που βοηθούν στην κατανόηση των μαθημάτων ειδικότητας. Επίσης, πραγματοποιείται πρακτική άσκηση – εποπτεία, η οποία παρέχει στους φοιτητές τη δυνατότητα να συνδέσουν τη θεωρητική γνώση με την πράξη και να ασκήσουν την κοινωνική εργασία στο πλαίσιο μιας οργάνωσης.

Παράλληλα με τα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών, κατά το ακαδημαϊκό έτος 2014-2015 οργανώθηκε και λειτουργεί πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών (ΠΜΣ) με τίτλο «Κοινωνική Εργασία» με δύο κατευθύνσεις: «Κλινική Κοινωνική Εργασία με Παιδιά, Εφήβους και Οικογένεια» και «Κοινωνική Κοινωνική Εργασία», από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Αθήνας. Το πρόγραμμα οδηγεί στην απονομή μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης στην Κοινωνική Εργασία.

9.4.1 Εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η κοινωνική εργασία στην ΠΦΥ έρχεται να παρέμβει στις αιτίες των ανισοτήτων στην υγεία προάγοντας τη συμμετοχή και την ενδυνάμωση. Στη βάση της αποστολής του επαγγέλματος στην ΠΦΥ, έχει αναφερθεί ως σημαντική η υιοθέτηση μιας διαφορετικής προσέγγισης της υγείας στην εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών, που να επιτρέπει την έκθεση σε πληροφορία σχετική με τις ανισότητες στην υγεία και τον αντίκτυπο των περιβαλλοντικών παραγόντων. Σε αυτήν την κατεύθυνση, οι Cameron και McDermott (2007) χρησιμοποίησαν μεταφορικά τη λειτουργία της φωτογραφικής μηχανής για να περιγράψουν την ανάγκη των κοινωνικών λειτουργών να ενσωματώσουν μια «ευρεία» οπτική της υγείας (η οποία να περιλαμβάνει περιβαλλοντικές, οικονομικές και γεωγραφικές προκλήσεις) μαζί με μια «μέσης απόστασης» και μια «κοντινής απόστασης» οπτική της υγείας και της ποιότητας ζωής. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει μια στροφή μακριά από την παραδοσιακή κατανόηση της υγείας και την ενεργοποίηση της κοινωνιολογικής αντίληψης της υγείας με τη διάσταση του κοινωνικού αντίκτυπου και της ταυτότητας (Beddoe, 2013· Giles, 2009). Ο συνδυασμός μιας στενής οπτικής και μιας ευρείας οπτικής προσέγγισης στο πλαίσιο της εκπαίδευσης στην κοινωνική εργασία έχει αναφερθεί ως απαραίτητος για την εξασφάλιση της ομοιόμορφης έκθεσης των κοινωνικών λειτουργών σε πληροφορία σχετική με τις ανισότητες στην υγεία και τον αντίκτυπο των περιβαλλοντικών παραγόντων (Cameron & McDermott, 2007). Μια στροφή στην υιοθέτηση μιας ευρείας οπτικής προσέγγισης της υγείας αποτυπώνεται και προωθείται δυναμικά στην επίσημη τοποθέτηση της IFSW για τις πολιτικές της υγείας (Policy Statement on Health, IFSW, 2008), στην οποία αναγνωρίζεται και η σημασία της οπτικής αυτής για την κοινωνική εργασία.

Δεδομένης της διεπιστημονικής προσέγγισης της φροντίδας υγείας στις μονάδες ΠΦΥ, ένα άλλο στοιχείο στο οποίο έχει δοθεί έμφαση είναι η διεπιστημονική εκπαίδευση, η οποία θεωρείται απαραίτητη για την ενίσχυση της ετοιμότητας των κοινωνικών λειτουργών να συμμετέχουν στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ. Η σημασία της είναι μεγάλη όχι μόνο για να μπορούν οι κοινωνικοί λειτουργοί να ανταποκριθούν στον ρόλο τους ως σύμβουλοι του ασθενούς και της οικογένειάς του, αλλά και ως σύμβουλοι άλλων μελών της

ιατρονοσηλευτικής ομάδας. Ενώ όμως έχει γίνει σημαντική προσπάθεια προσδιορισμού των ρόλων του κοινωνικού λειτουργού στο πλαίσιο της προπτυχιακής εκπαίδευσης της κοινωνικής εργασίας (Compton & Galaway, 1989· Germain & Gitterman, 1996), δεν έχει γίνει προσπάθεια να προσδιοριστεί πώς συνδέονται οι ρόλοι αυτοί με τους ρόλους άλλων επιστημών που υπηρετούν τον ίδιο χώρο (Specht, 1985). Ο σαφής προσδιορισμός του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού ως μέλος της ομάδας υγείας της ΠΦΥ είναι απαραίτητος για τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητάς του σε διεπιστημονικές ομάδες υγείας (Abramson, 1993). Οι Bywaters και συν. (2009) αναγνώρισαν την ανάπτυξη διεπιστημονικής διδασκαλίας σε μικτές ομάδες φοιτητών ως απαραίτητη για την καλύτερη κατανόηση από τους κοινωνικούς λειτουργούς του αντικειμένου και της προοπτικής άλλων επαγγελμάτων της ΠΦΥ.

Ιδιαίτερη βαρύτητα έχει επίσης δοθεί και στην ανάγκη πρόσθετης μεταπτυχιακής εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και ολοκληρωμένης συμπεριφορικής υγείας, δεδομένης της συννοσηρότητας και της αυξημένης συχνότητας εμφάνισης νοσημάτων ψυχικής φύσεως στους χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ. Εκτός από την εκπαίδευση στα οικογενειακά συστήματα και την πολιτισμική επάρκεια, απαραίτητες θεωρούνται, μεταξύ άλλων, η εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών στις θεωρίες των συστημάτων, του «ανθρώπου στο περιβάλλον» και τις ψυχοκοινωνικές θεωρίες, προκειμένου να καθίστανται κατάλληλα εκπαιδευμένοι για να ανταποκριθούν στις ανάγκες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και ολοκληρωμένης συμπεριφορικής υγείας.

Ενώ μια ποικιλία προγραμμάτων ψυχολογίας στις ΗΠΑ παρέχουν εξειδίκευση στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και στην ολοκληρωμένη συμπεριφορική υγεία (Blount & Miller, 2009· Healey, Milbourne, Aaronson, & Errichetti, 2004), κανένα από τα μεταπτυχιακά προγράμματα κοινωνικής εργασίας που παρέχουν εξειδίκευση στην παροχή υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας δεν έχει λάβει επαρκώς υπόψη τη γνωστική περιοχή της ΠΦΥ. Στις ΗΠΑ είναι ελάχιστα τα εκπαιδευτικά προγράμματα εξειδίκευσης στην ΠΦΥ που απευθύνονται σε κοινωνικούς λειτουργούς (Bilodeau et al., 2010· Damron-Rodriguez, 2008· Healey et al., 2004· Rock & Cooper, 2000). Η Εθνική Ένωση Κοσμητόρων και Διευθυντών Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (National Association of Deans and Directors of Schools of Social Work – NADD) και το Συμβούλιο Εκπαίδευσης στην Κοινωνική Εργασία (Council on Social Work Education – CSWE) πρόσφατα ανέπτυξαν ένα πρόγραμμα σπουδών που αφορά δεξιότητες και ρόλους των κοινωνικών λειτουργών σε μονάδες που παρέχουν ολοκληρωμένη συμπεριφορική υγεία και ΠΦΥ (<http://www.cswe.org/CentersInitiatives/DataStatistics/58020.aspx>). Από την έναρξη του προγράμματος αυτού το 2012, περισσότερες από τριάντα σχολές κοινωνικής εργασίας στις ΗΠΑ έχουν συμφωνήσει να παρέχουν ένα μάθημα στην ολοκληρωμένη φροντίδα. Από το φθινόπωρο του 2013, φοιτητές κοινωνικής εργασίας σε όλη τη χώρα τοποθετήθηκαν σε μονάδες παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας που ανέπτυξαν και εδραίωσαν συνεργασία με τις σχολές κοινωνικής εργασίας όλης της χώρας. Έχει, ωστόσο, σημειωθεί ότι, παρά τη ραγδαία ανάπτυξη της περιοχής αυτής, ελάχιστη γνώση υπάρχει σχετικά με τις περιοχές βασικών δεξιοτήτων που χρησιμοποιούν οι κοινωνικοί λειτουργοί σε μονάδες παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας ή σχετικά με την ετοιμότητα των κοινωνικών λειτουργών να παρέχουν υπηρεσίες σε τέτοιες μονάδες.

Εκτός από την ανάγκη μετεκπαίδευσης και εξειδίκευσης των κοινωνικών λειτουργών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, έχει υπογραμμιστεί η ανάγκη ανάπτυξης επιπλέον δεξιοτήτων που κρίνονται αναγκαίες για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των κοινωνικών λειτουργών στην ΠΦΥ. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν πολλές περιοχές δεξιοτήτων που θα μπορούσαν εύκολα να ενσωματωθούν σε μαθήματα κοινωνικής εργασίας, όπως γεροντολογία, παρακινησιακή συνέντευξη (motivational interviewing), εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης, χρήση εργαλείων διαλογής και αξιολόγησης, ψυχοεκπαίδευση, ψυχοτρόπες ουσίες κ.ά. Οι κοινωνικοί λειτουργοί θεωρείται εξίσου σημαντικό να λαμβάνουν εκπαίδευση και γνώσεις σε αναδυόμενες παρεμβάσεις που στηρίζονται σε τεκμηριωμένη γνώση και που έχουν δοκιμαστεί στην ΠΦΥ όπως, για παράδειγμα, γνώσεις στη χρήση θεραπευτικών αλγορίθμων βαθμιαίας φροντίδας (models of stepped-care treatment), θεραπεία επίλυσης προβλήματος (problem-solving treatment) και βραχείες παρεμβάσεις για την εκτίμηση και την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ και άλλες ναρκωτικές ουσίες (Brief AOD interventions). Ωστόσο, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι κάποιες σχολές κοινωνικής εργασίας διδάσκουν ορισμένες από αυτές τις δεξιότητες, αναφέρεται ως εξαιρετικά σημαντικό να διδάσκονται αυτές οι περιοχές στο πλαίσιο της αναμόρφωσης του συστήματος υγείας της κάθε χώρας.

Στην Ελλάδα, στο πλαίσιο της βασικής εκπαίδευσης της κοινωνικής εργασίας, οι φοιτητές διδάσκονται μαθήματα κλινικής και κοινοτικής κατεύθυνσης σε θέματα προαγωγής της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας, μέσα από την οπτική των επιστημών της Κοινωνικής Εργασίας, της Ψυχολογίας και της Κοινωνιολογίας, με σκοπό να αποκτήσουν βασικές γνώσεις και δεξιότητες για τη φροντίδα και την προαγωγή της υγείας στην κοινότητα. Ωστόσο, σημαντικό είναι ότι μέχρι σήμερα δεν έχουν

οργανωθεί από τμήματα κοινωνικής εργασίας προγράμματα εξειδίκευσης στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ που να απευθύνονται σε κοινωνικούς λειτουργούς, παρά το γεγονός ότι σημαντικός αριθμός επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών υπηρετεί σε μονάδες φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας που βρίσκονται στην κοινότητα, και αυτό είναι ένα σημαντικό κενό στην εκπαίδευση.

9.5 Όραμα και στρατηγικοί στόχοι

Το 2010 υπήρξε η αρχή μιας χωρίς προηγούμενο οικονομικής κρίσης, η οποία δεν άργησε να εξελιχθεί σε μία ανθρωπιστική κρίση, επηρεάζοντας κυρίως τις χώρες της Νότιας Ευρώπης, μεταξύ των οποίων και την Ελλάδα. Η ανεργία αυξήθηκε σημαντικά, με το τελευταίο τρίμηνο του 2012 να αγγίζει το 26%, και στις ηλικίες 18-24 ετών το 58% (ΕΛΣΤΑΤ, 2013). Σε συνδυασμό με την ανεργία, οι περικοπές στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, οι μειώσεις στους μισθούς και η αύξηση της φορολογίας οδήγησαν τον πληθυσμό στα όρια της φτώχειας, με αποτέλεσμα το 31% του συνολικού πληθυσμού να βρίσκεται στα όρια ή να βιώνει ήδη την ακραία φτώχεια (Eurostat, 2013). Παράλληλα με τα παραπάνω, τα άτυπα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας και η οικογένεια, που παραδοσιακά υφίστανται στην Ελλάδα και την ευρύτερη περιοχή της Μεσογείου, δεν μπορούν πλέον να παρέχουν ασφάλεια στα μέλη τους (Papadopoulos & Roumpakis, 2012). Η αποσύνθεση που υπέστη η ελληνική κοινωνία οδήγησε αναπόφευκτα σε φαινόμενα χωρίς προηγούμενο όπως, για παράδειγμα, την οργάνωση επιχειρήσεων υλικής υποστήριξης από διεθνείς φιλανθρωπικούς οργανισμούς για τους άπορους και τους ανασφάλιστους πολίτες (Doctors of the World, 2013).

Ο καταστροφικός αντίκτυπος της κρίσης δημιούργησε νέες προκλήσεις για το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, με κυριότερη τη δημιουργία μιας νέας ομάδας εξυπηρετούμενων, τους λεγόμενους «νεόπτωχους», οι οποίοι αποτελούνταν από τη μεσαία τάξη που οδηγήθηκε στη φτώχεια και τον αποκλεισμό. Η κρίση συνέβαλε επίσης στη διαφοροποίηση του παραδοσιακού επαγγελματικού ρόλου και αντικειμένου του κοινωνικού λειτουργού με την ενασχόλησή του σε λιγότερο παραδοσιακές για το επάγγελμα δομές και μεθοδολογίες, οι οποίες αναπτύσσονται σε απάντηση στη ραγδαία αύξηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού (π.χ. κοινωνικά παντοπωλεία, κοινωνικά φαρμακεία, συσσίτια). Αυτή η κρίση επηρέασε επίσης την εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών, καθώς το 2013 το σχέδιο «Αθηνά», το οποίο εφαρμόστηκε από το Υπουργείο Παιδείας στο πλαίσιο των γενικότερων μεταρρυθμίσεων, επέβαλε την αναστολή λειτουργίας δύο εκ των τεσσάρων συνολικά τμημάτων κοινωνικής εργασίας, ενός τμήματος πανεπιστημιακής και ενός τεχνολογικής εκπαίδευσης.

Η περίοδος αυτή των ατομικών και κοινωνικών προκλήσεων συνέβαλε στην ανάπτυξη ενός κύματος πολιτικοποίησης και σκεπτικισμού ως προς τις θεωρητικές, ηθικές και επαγγελματικές πεποιθήσεις της κοινωνικής εργασίας και ενός έκδηλου ιδεολογικού και επαγγελματικού μετασχηματισμού στο επάγγελμα (Ioakimidis & Cruz, 2014). Ο επαναπροσδιορισμός του χαρακτήρα και της αποστολής της κοινωνικής εργασίας ήταν αναπόφευκτος και δεν μπορούσε να μη συμπεριλάβει τη φτώχεια, την ανισότητα, τη διαφθορά και τη βία, που αυξήθηκαν ραγδαία τα τελευταία χρόνια. Η ανάγκη να επαναπροσδιοριστεί το πολιτικό μέλλον της κοινωνικής εργασίας διαπιστώθηκε από τα πρώτα κιόλας χρόνια εκδήλωσης της οικονομικής κρίσης στην Ευρωζώνη και οδήγησε στη δέσμευση τριών σημαντικών διεθνών οργανισμών της κοινωνικής εργασίας (IFSW, IASSW, ICSW) να διερευνήσουν τρόπους πολιτικής δράσης. Η κοινωνική εργασία αναγνώρισε ότι οι πολιτικές, οικονομικές, πολιτισμικές και κοινωνικές προσταγές έχουν επιφέρει άμεσα αποτελέσματα για τις παγκόσμιες εθνικές και τοπικές κοινωνίες και τους λαούς και προέβλεπε την επιδίωξη της αλλαγής σε όλα τα επίπεδα της κοινωνικής δικαιοσύνης και της καθολικής εφαρμογής των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η δέσμευση αυτή αποτυπώθηκε στην Παγκόσμια Ατζέντα της Κοινωνικής Εργασίας, η οποία διαμορφώθηκε στο Παγκόσμιο Συνέδριο το 2010, και αναφέρει πως το επάγγελμα οφείλει μέσα στα επόμενα χρόνια και εν μέσω οξείας οικονομικής κρίσης: α) να διεκδικήσει/επαναδιεκδικήσει την προτεραιότητα της «πολιτικής δράσης» και να αναπτύξει μια συλλογική φωνή για την κοινωνική ανάπτυξη, β) να ξεκινήσει μια συλλογική διαδικασία για τη συγκρότηση κοινής παγκόσμιας ατζέντας, ικανής να ενώσει όσους εμπλέκονται στην κοινωνική εργασία και την κοινωνική ανάπτυξη, γ) να οργανωθεί στρατηγικά γύρω από μηχανισμούς που στοχεύουν στην υλοποίηση κοινών δράσεων και την ανάπτυξη ευέλικτων εφαρμογών για την παρακολούθηση των κοινών προσπαθειών (IFSW, IASSW & ICSW, 2012).

Στην επίσημη τοποθέτησή της για τις πολιτικές της υγείας (Policy Statement on Health, IFSW, 2008), η IFSW αναφέρει χαρακτηριστικά ότι «η υγεία είναι ένα ζήτημα θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων και κοινωνικής δικαιοσύνης» και δεσμεύει τους κοινωνικούς λειτουργούς να εφαρμόσουν τις αρχές του

επαγγέλματος σε επίπεδο πολιτικών, εκπαίδευσης, έρευνας και επαγγελματικής πράξης. Υποστηρίζει δε την ανανέωση των προσπαθειών για πιο ενεργό συμμετοχή της κοινωνικής εργασίας σε επίπεδο χάραξης πολιτικής είτε επηρεάζοντας ζητήματα που αφορούν την υγεία μέσω διεθνών οργανισμών είτε συμβάλλοντας στην ανάπτυξη της υγείας μέσω μη κυβερνητικών οργανισμών. Υποστηρίζει επίσης την ανάπτυξη συνεργιών με κοινωνικά κινήματα που επιζητούν την αναμόρφωση στον χώρο της υγείας με στόχο τη βελτίωση της υγείας των ατόμων και των πληθυσμών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abramson, J.S. (1993). Orienting Social Work Employees in Interdisciplinary settings: Shaping Professional and Organizational Perspectives. *Social Work*, 38(2), pp. 152-157.
- Australian Association of Social Workers (AASW) (2010). *Code of ethics*. Canberra: Australian Association of Social Workers. Διαθέσιμο στο: <http://www.aasw.asn.au/document/item/1201>.
- Beddoe, L. & Duke, J. (2013). Continuing professional development of registered social workers in New Zealand Aotearoa. *New Zealand Social Work*, 25(3), pp. 35-49.
- Bikson, K., McGuire, J., Blue-Howells, J. & Seldin-Sommer, L. (2009). Psychosocial problems in primary care: Patient and provider perceptions. *Social Work in Health Care*, 48(8), pp. 736-749. doi:10.1080/00981380902929057
- Blount, A.F. & Miller, B.F. (2009). Addressing the workforce crisis in integrated primary care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(1), pp. 113-119. doi: 10.1007/s10880-008-9142-7.
- Bilodeau, C., Savard, R. & Lecomte, C. (2010). Examining supervisor and supervisee agreement on alliance: Is shame a factor? *Canadian Journal of Counseling*, 44(3), pp. 272-282.
- Bologna Process (1999). *The Bologna process and the European higher education area*. Διαθέσιμο στο: http://ec.europa.eu/education/policy/higher-education/bologna-process_en.htm (Ανακτήθηκε 30-06-2015).
- Bologna Declaration (1999). *Bologna Declaration of 19 June 1999*. Διαθέσιμο στο: http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/MDC/BOLOGNA_DECLARATI ON1.pdf (Ανακτήθηκε 30-06-2015)
- Bywaters, P., McLeod, E. & Napier, L. (2009). *Social work and global health inequalities: practice and policy developments*. Bristol: Policy Press.
- Cameron, N. & McDermott, F. (2007). *Social work and the body*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Canadian Association of Social Workers (CASW) (2007). *Social Work & Primary Health Care*. Διαθέσιμο στο: http://www.nlasw.ca/pdf/primary_health_care_pamphlet.pdf
- Compton, B. R. & Galaway, B. (1994). *Social work processes*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Damron-Rodriguez, J.A. (2008). Developing competence for nurses and social workers: evidence-based approaches to education. *Journal of Social Work Education*, 44(3), pp. 27-37.
- Department of Health and Children (DoHC)(2001). *Primary Care: A New Direction: Quality and Fairness - A Health System for you*. Health Strategy. DoHC. Διαθέσιμο στο: <http://www.iasw.ie/attachments/316ea78e-c0b3-4342-8901-d56733b22788.PDF>
- Doctors of the World (2013). *Annual Report*. Διαθέσιμο στο: http://b.3cdn.net/drofttheworld/404e07aa4aeced1791_mlblq0uir.pdf
- Dunlop, J.M. & Holosko, M.J. (1992). Community social work practice: Health promotion in action. In M.J. Holosko & P.A. Taylor (Eds.), *Social work practice in health care settings* (2d ed., pp. 623-636). Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Ell, K. & Morrison, D.R.(1981). Primary Care. *Health and Social Work*, 6 (Suppl), pp. 353-435.
- Eurostat (2013). *At Risk of Poverty or Social Exclusion in the EU27*, News Release No 28. Luxembourg: Eurostat.
- Feldman, R. (2001). Health Care and Social Work Education in a Changing World. *Social Work in Health Care*, 34(½), pp. 31-34.
- Gehlert, S. & Browne, T. A. (2006). *Handbook of health social work*. New York, NY: John Wiley & Sons.

- Germaine, C. B. & Gitterman, A. (1996). *The life model of social work practice: Advances in theory and practice* (2nd ed.). New York, NY: Columbia University Press.
- Geron, S.M., Andrews, C. & Kuhn, K. (2005). Infusing aging skills into the Social Work practice community: A new look at strategies for continuing professional education. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86(3), pp. 431-440.
- Giles, R. (2009). Developing a health equality imagination: Hospital practice challenges for social work practice. *International Social Work*, 52, pp. 525-537.
- Goel, V. & McIsaac, W. (2000). Health promotion in clinical practice. In B. Poland, L. Green, and I. Rootman (eds), *Settings for health promotion: linking theory and practice*. CA: Sage Publications.
- Gross, R., Rabinowitz, J., Feldman, D. & Boerma, W. (1996). Primary health care physicians' treatment of psychosocial problems: implications for social work. *Health & Social Work*, 21(2), pp. 89-95.
- Hardina, D. & Obel-Jorgensen, R. (2009). Increasing social action competency: A framework for supervision. *Journal of Policy Practice*, 8, pp. 89-109.
- Healey, K., Milbourne, G., Aaronson, W.E. & Errichetti, A.M. (2004). Innovative training for integrated primary health care teams: Creating simulated/standardized patient training in an international context. *Families, Systems and Health: The Journal of Collaborative Family Health Care*, 22(3), pp. 368-375.
- Heinonen, T., MacKay, I., Metteri, A. & Pajula, M.L. (2001). Social Work and Health Restructuring in Canada and Finland. *Social Work in Health Care*, 34(1/2), pp. 71-87.
- IASSW & IFSW (2004). *Global Standards for education and training of the Social Work profession*. International Association of Schools of Social Work and International Federation of Social Workers, March 2012. Διαθέσιμο στο: <http://ifsw.org/policies/global-standards/> (Ανακτήθηκε 30-07-2015).
- International Federation of Social Workers (IFSW) (2001). *Definition of Social Work*. Διαθέσιμο στο: <http://www.ifsw.org/f38000138.html>
- International Federation of Social Workers (IFSW) (2004). *Global definition of the Social Work profession*. International Federation of Social Workers. Διαθέσιμο στο: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/> (Ανακτήθηκε 30-06-2015).
- International Federation of Social Workers (IFSW) (2012). *Effective and ethical working environments for social work: the responsibilities of employers of social workers*. IFSW POLICY STATEMENT. Διαθέσιμο στο: <http://ifsw.org/policies/effective-and-ethical-working-environments-for-social-work-the-responsibilities-of-employers-of-social-workers-3/>
- International Federation of Social Workers (IFSW Europe) (2014). *Economic crisis in Europe: challenge and response of social work profession*. Διαθέσιμο στο: <http://www.ifsw.org/europe/projects>
- IFSW, IASSW & ICSW (2012). *The Global Agenda for Social Work and Social Development Commitment to Action*. International Federation of Social Workers, International Association of Schools of Social Work, International Association of Schools of Social Work and International Council on Social Welfare, March 2012. Διαθέσιμο στο: <http://www.ifsw.org/p38002163.html> (Ανακτήθηκε 30-06-2015).
- Ioakimidis, V. & Cruz, S.C. (2014). Reconceptualizing social work in times of crisis: an examination of the cases of Greece, Spain and Portugal. *International Social Work*, 57(4), pp. 285-300.
- Irish Association of Social Workers (IASW) (2008). *Social Work in Primary Care*. Submission prepared by the Irish Association of Social Workers to the Primary Medical Care subcommittee of the Oireachtas Joint Committee on Health and Children. Διαθέσιμο στο: <http://www.oireachtas.ie/documents/committees30thdail/j-healthchildren/submissions/primaryhealthcare/IASW1.doc>
- Keefe, B., Geron S. & Enguidanos, S. (2009). Integrating social workers into primary care: physicians and nurse perceptions or roles, benefits and challenges. *Social Work in Health Care*, 48(6), pp. 579-596.

- Keigher, S.M. (1997). What role for social work in the new health care practice paradigm? *Health and Social Work*, 22(2), pp. 149-155.
- Lesser, J. (2000). Clinical Social Work and Family Medicine: A Partnership in Community Service. *Health and Social Work*, 25(2), pp. 119-126.
- Levin, R. & Herbert, M. (2001). Delivering Health Care Services in the Community: A Multidisciplinary Perspective. *Social Work in Health Care*, 34(1/2), pp. 89-99.
- NASW Center for Workforce Studies (2005). *Assuring the sufficiency of a frontline workforce: A national study of licensed social workers*. National Association of Social Workers.
- Papadopoulos, T. & Roumpakis, A. (2012). The Greek Welfare State in the Age of Austerity, *Social Policy Review*, 24, pp. 205-230.
- Payne, M. (2006). *What is Professional Social Work?* (2nd edition). Bristol: Policy Press.
- Pillinger, J. (2010). *Formative Evaluation of the Joint Community Participation in Primary Care Initiative*. Executive Summary. Διαθέσιμο στο: <http://www.lenus.ie/hse/handle/10147/106635>
- Rock, B.D. & Cooper, M. (2000). Social Work in Primary Care: A Demonstration Student Unit Utilizing Practice Research. *Social Work in Health Care*, 31(1), pp. 1-17.
- Ruth, B.J., Sisco, S., Wyatt, J., Bethke, C., Bachman, S.S. & Piper, T.M. (2008). Public health and social work: Training dual professions for the contemporary workplace. *Public Health Reports*, 2(123), pp. 71-77.
- Salvatore, E.P. (1988). Issues in collaboration and team work: A sociological perspective on the role definition of social work in primary health care. *Research in the Sociology of Health Care*, 7, pp.199-239.
- Scharlach, A., Simon, J. & Dal Santo, T. (2002). Who is providing social services to today's older adults? Implications of a survey of aging services personnel. *Journal of Gerontological Social Work*, 38, pp. 5-17.
- Siefert, K. & Henk, M. (2001). Social Work in Primary Health Care. Monograph Series. *Society for Social Work Leadership in Health Care*.
- Specht, H. (1985). Managing professional interpersonal interactions. *Social Work*, 30, pp. 225-230.
- Vourlekis, B.S., Ell, K. & Padgett, D. (2001). Educating social workers for health care's brave new world. *Journal of Social Work Education*, 37(1), pp. 177-191.
- Wharf, B. (1992). *Communities and Social Policy in Canada*. Toronto: McClelland & Stewart. pp. 151-181.
- Whiteside, M. (2004). The challenge of interdisciplinary collaboration in addressing the social determinants. *Australian Journal of Social Work*, 57(4), pp. 381-393.