



Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
Διεθνής Ιατρική και Διαχείριση Κρίσεων Υγείας

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Ιατρική Σχολή



**Δικαιώματα και ανάγκες ασθενών ευάλωτων κοινωνικά ομάδων:
γνώσεις και οπτική των ιατρών που εργάζονται στα
Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών οκτώ Νοσοκομείων της Αττικής**

Πετράκη Σοφία, Πολιτικός Επιστήμων, MSc

A.M. 20150084

Αθήνα, Ιανουάριος 2018



Master of Science
International Medicine-Health Crisis Management

National and Kapodistrian University of Athens
School of Medicine



**Rights and needs of vulnerable patients:
knowledge and perceptions of physicians working in
Emergency Departments of eight hospitals in Attica-Greece**

Petraki Sofia, Political Scientist, MSc

R.N. 20150084

Athens, January 2018

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας

Σοφίας Πετράκη

Εξεταστική Επιτροπή

-, Επιβλέπων
-, Μέλος
-, Μέλος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίστηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Συνεδρίαση τηςης 20..... για την αξιολόγηση και εξέταση της υποψήφιας κ. Σοφίας Πετράκη, συνεδρίασε σήμερα/...../.....

Η Επιτροπή **διαπίστωσε** ότι η Διπλωματική Εργασία της κ. Σοφίας Πετράκη με τίτλο: «Δικαιώματα και ανάγκες ασθενών ευάλωτων κοινωνικά ομάδων: γνώσεις και οπτική των ιατρών που εργάζονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών οκτώ Νοσοκομείων της Αττικής», είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειρισταωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους, προτείνει την απονομή στην παραπάνω Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για τη βαθμολογία η υποψήφια έλαβε για το βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για το βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για το βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «(Άριστα/Λίαν Καλώς/Καλώς) & (Βαθμός).....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

-, Επιβλέπων (Υπογραφή) _____
-, Μέλος (Υπογραφή) _____
-, Μέλος (Υπογραφή) _____

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Υπάρχουν όλο και περισσότερες ενδείξεις ότι η έκβαση της υγειονομικής περίθαλψης των ευπαθών ομάδων εξαρτάται όχι μόνο από τη φροντίδα των βιοϊατρικών τους αναγκών αλλά και από τη μέριμνα κοινωνικοοικονομικών επιδράσεων που αποτελούν την πηγή ευπάθειας τους. Κυρίαρχο ρόλο δύναται να παίξει ο ιατρός αναγνωρίζοντας τέτοιου είδους άτομα, ως αρωγός, και παραπέμποντας τα καταλλήλως. **Στόχος:** Να εκτιμηθεί η γνώση των ιατρών σχετικά με τα δικαιώματα και τις ανάγκες ευπαθών κοινωνικά ομάδων και να αξιολογηθεί η διασύνδεση με την κοινωνική υπηρεσία. **Μέθοδος:** Διεξήγαμε συγχρονική μελέτη το έτος 2017 στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών οκτώ δημόσιων Νοσοκομείων της Αττικής με διανομή ερωτηματολογίων σε αντιπροσωπευτικό δείγμα ιατρών (Παθολόγων-Χειρουργών-Γυναικολόγων-Παιδιάτρων/Παιδοχειρουργών) ενώ παράλληλα καταγράψαμε μέσω συνεντεύξεων την οπτική των κοινωνικών λειτουργών των αντίστοιχων Νοσοκομείων. Οι αναλύσεις υπολογίστηκαν με τη χρήση του στατιστικού λογισμικού SPSS version 21. **Αποτελέσματα:** 77,5% των ιατρών δεν γνωρίζουν ή δεν έχουν λάβει ενημέρωση σχετικά με τα νόμιμα δικαιώματα των ευάλωτων πληθυσμών. Ειδικευόμενοι ≥ 3 έτη έχουν σχεδόν 60% λιγότερες πιθανότητες να έχουν ενημερωθεί για τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ευάλωτων ομάδων σε σύγκριση με ειδικευόμενους < 3 έτη, και αντίστοιχα ιατροί με βαθμό Επιμελητή/Διευθυντή έχουν σχεδόν 25% λιγότερες πιθανότητες σε σύγκριση με ειδικευόμενους < 3 έτη. Οι ιατροί κρίνουν χρήσιμη την ύπαρξη κοινωνικού λειτουργού καθ' όλη τη διάρκεια του 24ωρου (48,9%) ή σε εφημερία τηλεφωνικής ετοιμότητας (43%), κάτι στο οποίο συγκλίνουν τέσσερις από τις οκτώ (50%) κοινωνικές υπηρεσίες. 79,4% των ιατρών αντιλαμβάνεται τη χρησιμότητα συστηματικής ενημέρωσης σχετικά με τα δικαιώματα και τις ανάγκες των ευάλωτων ατόμων, κάτι που αναγνωρίζουν και όλες οι κοινωνικές υπηρεσίες. Οι ιατροί που έκριναν θετικά ότι είναι στα πλαίσια των καθηκόντων τους να γνωρίζουν σχετικά με τα εν λόγω δικαιώματα ανέρχονται στο 51,6% ενώ το 47% απάντησε αρνητικά. **Συμπεράσματα:** Η πλειοψηφία των ιατρών αναφέρει άγνοια σχετικά με τα δικαιώματα των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων και αναζητά βελτίωση συνεργασίας με τις κοινωνικές υπηρεσίες. Οι παρεμβάσεις πρέπει να επικεντρωθούν στην εκπαίδευση σε προπτυχιακό επίπεδο των ιατρών αλλά και δια βίου καθώς και στη διεπιστημονική συνεργασία στα Νοσοκομεία με σκοπό την άρση της κοινωνικής απομόνωσης κάθε ατόμου που την υπόκειται.

Λέξεις-Κλειδιά: Ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, γνώση ιατρών, κοινωνική υπηρεσία, δικαιώματα ευάλωτων ομάδων.

ABSTRACT

Introduction: There is a raising number of evidence based cases that healthcare of vulnerable groups depends not only in treating their biomedical needs but also on their socio-economic impact, which is the source of their vulnerability. Physician who can recognize such individuals can play a dominant role in it and he can assist by referring them appropriately. **Objective:** Evaluate the depth of physicians' knowledge about the rights and needs of vulnerable social groups and assess their cooperation with the social services. **Methods:** We conducted a cross-sectional study, questionnaire-based, in the Emergency Departments of eight public hospitals in Attica to a representative sample of physicians (Internal medicine doctors-Surgeons-Gynecologists-Pediatric/Pediatric Surgeons) and we interviewed the social workers of the hospitals respectively within 2017. Analysis was calculated using statistical software SPSS version 21. **Results:** 77.5% of physicians are unaware of vulnerable groups' legal rights. Medical trainee registrar ≥ 3 years are almost 60% less likely to have been informed in the legal social rights of vulnerable groups compared to the medical trainee registrar < 3 years and Consultant/Head of Department are almost 25% less likely to be informed compared to medical trainee registrar < 3 years. Physicians consider it useful collaborating with a social worker 24 hours per day (48.9%) or on call (43%), common view in four out of eight (50%) of social services. 79.4% of physicians perceive the usefulness of systematic training in the rights and needs of vulnerable groups, which is recognized by all social services as well. Physicians who positively considered that it's their duty to know these rights are 51.6% while 47% responded negatively. **Discussion:** The majority of physicians reported ignorance of vulnerable groups' rights and seek to improve their cooperation with the social services. The interventions should be focused on undergraduate education level of physicians and continuous education as well as on interdisciplinary collaboration in hospitals in order to avoid social isolation of people within vulnerable groups.

Keywords: Vulnerable groups, physicians' knowledge, social services, rights of vulnerable groups.

*“Si c’ est ici le meilleur des mondes possibles,
que sont donc les autres?”*

Issue de Candide

Voltaire, 1759

*“Αν αυτή είναι η καλύτερη δυνατή κοινωνία,
πως είναι άραγε οι υπόλοιπες;”*

Στο Candide

Βολταίρος, 1759

Cover Photo

“As Albert Camus wrote, the doctor’s role is as a witness – to witness authentically the reality of humanity, and to speak out against the horrors of political inaction...The only crime equaling inhumanity is the crime of indifference, silence, and forgetting.”

In: *An Imperfect Offering: Humanitarian Action for the Twenty-first Century* (2008).

Dr. James Jude Orbinski, M.D., B.Sc, M.A.I.R., OC, OOnt, MSC: former President of the MSF International Council, accepted the Nobel Prize on behalf of the MSF in 1999.

Available at: <http://www.whitepinepictures.com/triage-james-orbinski/?v=f214a7d42e0d> [Accessed 11 Jan. 2018].

Ευχαριστίες

Ένα μεγάλο ευχαριστώ σε κάθε ιατρό που συμμετείχε στη μελέτη καθώς και σε κάθε κοινωνικό λειτουργό που αφιέρωσε το χρόνο του βοηθώντας σε αυτή την έρευνα.

Επίσης, σε κάθε μέλος του προσωπικού των Νοσοκομείων που διευκόλυνε στις διαδικασίες συγκέντρωσης των στοιχείων και την ενθάρρυνση τους για την έρευνα μας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Νικολέττα Δημητρίου, Χειρουργό, Συνεργάτη του Μεταπτυχιακού και επιβλέπουσα μου για την καθοδήγηση και τις πολύτιμες συμβουλές της.

Ιδιαίτερη εκτίμηση και ευχαριστίες στον Κωνσταντίνο Κουτεντάκη για την αμέριστη βοήθεια, υπομονή και συνεισφορά του.

Στην Ευαγγελία Αντωνοπούλου για την επιμονή και συμβολή της, θα ήταν όλα διαφορετικά χωρίς εκείνη.

Τέλος, ευχαριστώ χρωστάω στον Μιχάλη Κρικέλη για τη συν-σύλληψη της ιδέας, τη στήριξη του και τις ατελείωτες ώρες σκέψεων και αναλύσεων.

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	σελ.2
Abstract	σελ.3
Συνομειύσεις.....	σελ.9
Πρόλογος	σελ.10
Εισαγωγή.....	σελ.11
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	
Ερευνητικό ερώτημα μελέτης	σελ.13
Πληθυσμός-στόχος.....	σελ.13
Κριτήρια εισαγωγής-αποκλεισμού	σελ.13
Σχεδιασμός μελέτης.....	σελ.15
Εργαλεία.....	σελ.17
Σχέδιο στατιστικής ανάλυσης	σελ.19
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού	
1.1. Εισαγωγή.....	σελ.20
1.2. Ιστορική προσέγγιση	σελ.21
1.3. Το δικαίωμα υγείας.....	σελ.22
1.4. Ελληνικό Νομοθετικό πλαίσιο	σελ.23
1.5. Η κοινωνική εργασία	σελ.24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ευπαθείς κοινωνικά ομάδες	
2.1. Εισαγωγή.....	σελ.25
2.2. Ορισμός ευπαθών κοινωνικά ομάδων.....	σελ.25
2.3. Νομικό πλαίσιο πρόσβασης ευπαθών ομάδων στην υγεία	σελ.26
2.4. Επιδημιολογικό προφίλ ευπαθών ομάδων	σελ.27
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Αποτελέσματα	
3.1. Ποσοτική έρευνα ιατρών.....	σελ.31
3.2. Στατιστική συσχέτιση αποτελεσμάτων ιατρών	σελ.41
3.3. Ποιοτική έρευνα κοινωνικών λειτουργών.....	σελ.46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συμπεράσματα και προτάσεις	
4.1. Συζήτηση.....	σελ.55
4.2. Συμπεράσματα.....	σελ.60

4.3. Περιορισμοί μελέτης	σελ.61
Σύγκρουση συμφερόντων	σελ.61

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση	σελ.62
Ελληνική.....	σελ.65
Διαδίκτυο.....	σελ.67
ΦΕΚ-Νόμοι/Προεδρικά Διατάγματα/Υπουργικές Αποφάσεις/Εγκύκλιοι.....	σελ.68

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα I

Εγκεκριμένο ερευνητικό πρωτόκολλο	σελ.71
Ερωτηματολόγιο ιατρών	σελ.77
Ερωτηματολόγιο κοινωνικών λειτουργών	σελ.81
Εγκρίσεις Επιστημονικών Συμβουλίων Νοσοκομείων	σελ.84

Παράρτημα II

Ευρετήριο Πινάκων	σελ.96
Ευρετήριο Γραφημάτων.....	σελ.98
Γενικό Μέρος	
Πίνακες.....	σελ.99
Ειδικό Μέρος	
Διαγράμματα, πίνακες, γραφήματα ποσοτικής έρευνας ιατρών	σελ.102
Διαγράμματα, πίνακες, γραφήματα ποιοτικής έρευνας κοινωνικών λειτουργών	σελ.106
Πίνακας αξιολόγησης προσέλευσης ευπαθών ομάδων πλειοψηφίας ιατρών έναντι κοινωνικών λειτουργών	σελ.112

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

Αρκτικόλεξο

ΑμεΑ

Ε.Ε.

ΕΚΟ

ΜΚΟ

ΟΟΣΑ

ΠΟΥ

ΤΕΠ

Υ.ΠΕ.

ΧΕΝ

LGBTQI+

Ανάπτυγμα

Άτομα με Αναπηρία

Ευρωπαϊκή Ένωση

Ευάλωτες/Ευπαθείς Κοινωνικά Ομάδες

Μη Κυβερνητική Οργάνωση

Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Υγειονομική Περιφέρεια

Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών

Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Questioning, Intersex, +

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

«Ουκ ένι ιατρικήν εϊδέναι, όστις μη οϊδεν ό τι εστίν άνθρωπος»: «Εϊναι αδύνατο να ξέρει την ιατρική, αυτός που δεν ξέρει ακριβώς τι είναι ο άνθρωπος» υποστήριζε ο Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.). Έτσι, αναγνωρίζεται πολύ πρώιμα ο κοινωνικός προσδιορισμός της υγείας από τον ίδιο τον πατέρα της Ιατρικής.

Εν έτει 1948, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) όρισε την υγεία ως την «κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία νόσου ή αναπηρίας», αποδίδοντας επίσης στοιχεία κοινωνικού χαρακτήρα στην υγεία.

Ο τίτλος της παρούσας εργασίας: «Δικαιώματα και ανάγκες ασθενών ευάλωτων κοινωνικά ομάδων: γνώσεις και οπτική των ιατρών που εργάζονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) οκτώ Νοσοκομείων της Αττικής» προσπαθεί να αποτυπώσει κατά πόσο συμμερίζονται την κοινωνική σκοπιά της υγείας οι σημερινοί ιατροί που αντιμετωπίζουν καθημερινά μεγάλο όγκο ασθενών απ' όλες τις ομάδες του πληθυσμού. Οι έννοιες του κοινωνικού αποκλεισμού, της υγείας, των κοινωνικών προσδιοριστών αυτής, της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, των δικαιωμάτων εν γένει καθώς και επιδημιολογικά προφίλ ομάδων πληθυσμού θα επιχειρηθούν να μπουν υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης της υγείας.

Ο τομέας της υγείας μπορεί να αποτελέσει πεδίο που θα αναδείξει ελλείψεις ή μη ενός κράτους και θα του αποδώσει τον χαρακτηρισμό ως κοινωνικού. Κι αυτό διότι όσο οι υγειονομικές ανισότητες εντείνονται από τον παράγοντα φτώχεια, τόσο κοινωνικές μεταβλητές επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την υγεία, όπως είναι το είδος απασχόλησης ή η ανεργία, τυχόν κοινωνικές αλλαγές, η μετανάστευση, η θρησκεία, η πολιτισμική κουλτούρα, η κοινωνική τάξη και αξίες, οι συνθήκες διαβίωσης και υγιεινής, ακόμη και το φύλο ή η ηλικία ενός ατόμου.

Αναλογιζόμενοι τη σχέση ιατρού-ασθενή, στόχος είναι να σταθούμε και από τις δύο πλευρές, αυτή του ιατρού και εκείνη του ασθενή. Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης γίνεται προσπάθεια να διερευνηθούν τόσο η προσβασιμότητα στην υγεία θεσμικά όσο και η υγεία αυτή καθ' αυτή κατά πόσο και πως επηρεάζεται από την κοινωνική περιθωριοποίηση.

Δεν θα μπορούσε σε αυτή τη φάση να μην εμπλακεί ο ρόλος του ιατρού και η σχέση που αναπτύσσει με τον ασθενή του. Έχει θεσπιστεί άλλωστε στα πλαίσια της ιατρικής δεοντολογίας και συγκεκριμένα στο άρθρο 2 του Νόμου 3418/2005, η άσκηση της ιατρικής επιστήμης ως λειτουργήμα που «αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου καθώς και στην ανακούφιση του από τον πόνο, (...) απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας».

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Υπάρχουν όλο και περισσότερες ενδείξεις ότι η έκβαση της υγειονομικής περίθαλψης των ευπαθών ομάδων εξαρτάται όχι μόνο από τη φροντίδα βιοϊατρικών τους αναγκών, αλλά και από τη μέριμνα ψυχοκοινωνικών αναγκών που οφείλονται στις κοινωνικές, οικονομικές και ψυχολογικές επιδράσεις αποτελώντας την πηγή της όποιας ευπάθειας τους. Ακόμα και όταν η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας καθίσταται εφικτή, υπάρχει έντονη ανάγκη για ενσυναισθητική προσέγγιση από τον ιατρό καθ' όλη τη διάρκεια θεραπείας. Μια τέτοια διαδικασία εμπεριέχει πολυπλοκότητα στην επικοινωνία αλλά συγχρόνως αποτελεί πρόκληση στοχεύοντας στην ανθρωπιστική πλευρά της ιατρικής.

Όλο και συχνότερα, λόγω της ανθρωπιστικής κρίσης, τα άτομα που εισρέουν στις δομές υγείας αντιμετωπίζουν κάποιας μορφής ασθένεια, σωματική ή ψυχική, απόρροια πιθανότατα της φτώχειας, των συνθηκών ζωής, των προσφυγικών ροών και άρα του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι ιατροί βρίσκονται συχνά στην πρώτη γραμμή αντιμετωπίζοντας ασθενείς με ανάλογο προφίλ. Στην Ιατρική Σχολή διδάσκονται η ταξινόμηση με ακρίβεια πολλαπλών συνδρόμων ή τα διαγνωστικά κριτήρια ασθενειών και παρενέργειες φαρμάκων αλλά συζητήσεις σχετικά με θέματα πολιτικής και ανθρωπίνων δικαιωμάτων συχνά απουσιάζουν. Πιθανόν γιατί κυριαρχεί η αντίληψη ότι αποτελούν μέρος πολιτικής ατζέντας και δεν μπορούν να εμπλακούν στο να αλλάξουν ολόκληρο τον κοινωνικό ιστό.

Στα πλαίσια ωστόσο της υγειονομικής περίθαλψης η δέσμευση στην κοινωνική δικαιοσύνη ισούται με την πεποίθηση ότι όλοι πρέπει να έχουν ίδιο δικαίωμα στην πρόσβαση και παροχή υπηρεσιών υγείας και αυτό να παρέχεται από την ιατρική κοινότητα με ουδετερότητα, αμεροληψία, ανεξαρτησία και σεβασμό.

Η βιβλιογραφία συνάδει στο ότι πολλοί από τους ασθενείς καταφθάνουν στα ΤΕΠ διότι έχουν ανάγκη παροχής περιπλοκότερης κλινικής φροντίδας ή από έλλειψη ασφαλιστικής ικανότητας (Hale & Tippett, 2009; Bodenmann et al. 2015). Βάσει αυτών των ευρημάτων εύκολα μπορεί κανείς να κατανοήσει ότι μεγάλο ποσοστό ατόμων που απευθύνονται στα ΤΕΠ έχουν παραμελήσει τα προβλήματα τους, είναι σε επιδεινούμενη κατάσταση όταν πια αναζητούν φροντίδα ενώ είναι πιθανότερο να έχουν κοινωνικά σε συνδυασμό με ιατρικά προβλήματα (Bieler et al., 2012). Συνυπολογίζοντας το μεγάλο ρίσκο κάποιος ασθενής να «χαθεί» από τα ΤΕΠ και να μην αντιμετωπιστεί η ευαλωτότητα του ουσιαστικά λόγω μη έγκυρης ή έγκαιρης αναγνώρισης, αποφασίστηκε η έρευνα να εστιάσει στο τμήμα αυτό.

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω βασικός στόχος της παρούσας μελέτης και κύριο ερευνητικό ερώτημα είναι η συμβολή στην εκτίμηση αναγνώρισης από τους ιατρούς των ευπαθών ομάδων που

απευθύνονται στα ΤΕΠ, της γνώσης των ιατρών σχετικά με τα κοινωνικά δικαιώματα τους ενώ διερευνάται και η οπτική των ιατρών σχετικά με τη συνεισφορά στην ενδυνάμωση και προσέγγιση ασθενών ως προς τα δικαιώματα τους. Συγχρόνως εξετάζονται το σύστημα παραπομπών και τυχόν παρεμβάσεις που αφορούν το συντονισμό της φροντίδας ασθενών με την κοινωνική υπηρεσία.

Στο σημείο αυτό δεν θα μπορούσε να μην εκτιμηθεί σε δεύτερη φάση ο τρόπος λειτουργίας της κοινωνικής υπηρεσίας του εκάστοτε Νοσοκομείου καθόσον αποτελεί την πλέον αρμόδια να διαχειριστεί κοινωνικά ζητήματα και ευπάθειες ευάλωτων ατόμων.

Οι όλο και αναδυόμενες μελέτες γύρω από το θέμα γνώσης των επαγγελματιών υγείας των δικαιωμάτων ασθενών αποτέλεσε το έναυσμα περαιτέρω έρευνας στη χώρα μας. Με γνώμονα το θεωρητικό πλαίσιο κρίνεται ως απαραίτητο αυτό όχι μόνο να διδάσκεται αλλά και να εφαρμόζεται, κάτι που η εν λόγω έρευνα αποπειράται να τεκμηριώσει.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ερευνητικό ερώτημα μελέτης

Βασικό ερευνητικό ερώτημα στο οποίο καλείται να απαντήσει η παρούσα μελέτη είναι αν υπάρχει κενό στη γνώση των επαγγελματιών υγείας και δη των ιατρών σχετικά με κοινωνικά δικαιώματα και ανάγκες ασθενών που ανήκουν στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες (ΕΚΟ) που προσέρχονται στα ΤΕΠ δημόσιων Νοσοκομείων της Αττικής.

Στους επιμέρους στόχους συμπεριλαμβάνονται η συνεργασία των ιατρών με την κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου, η διαπίστωση της έκτασης του προβλήματος αλλά και του ρόλου των ιατρών ως πιθανών συντελεστών τόσο του προβλήματος όσο και της λύσης αυτού. Απώτερος σκοπός είναι να βελτιωθεί ο τρόπος προσέγγισης και παραπομπής των ΕΚΟ στα Νοσοκομεία της χώρας και η διασύνδεση με την κοινωνική υπηρεσία.

Προκειμένου να αποκτηθεί μια ρεαλιστική αντίληψη της κατάστασης στα Νοσοκομεία της χώρας πραγματοποιήθηκε ποιοτικό κομμάτι μελέτης, συμπληρωματικό προς την κυρίως έρευνα. Διενεργήθηκαν συζητήσεις με Κοινωνικούς Λειτουργούς που εργάζονται στα Νοσοκομεία που διεξήχθη η έρευνα ώστε να εκτιμηθεί πολύπλευρα η υπόθεση της μελέτης. Στόχος αποτέλεσε η αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με το τι εφαρμόζεται στην καθ' ημέρα πράξη, καθώς και η διερεύνηση προοπτικών πιθανής αλλαγής της παρούσας κατάστασης, όπου αυτή κρίνεται αναγκαία.

Πληθυσμός-στόχος

Πραγματοποιήθηκε εθελοντική έρευνα σε ιατρούς που εργάζονται στα ΤΕΠ οκτώ Νοσοκομείων της Αττικής κατά το διάστημα που διεξήχθη η μελέτη. Ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν προς συμπλήρωση από τους/τις ιατρούς που ανήκουν στον πληθυσμό-στόχο, ενώ η συμπλήρωση πιστοποιούσε αυτόματα συναίνεση συμμετοχής στην έρευνα.

Για την Κοινωνική Υπηρεσία, ορίστηκε ένας εκπρόσωπος-συνεντευξιαζόμενος σε κάθε Νοσοκομείο, είτε ήταν ο/η Προϊστάμενος είτε εκείνος που τον/την αντικαθιστούσε. Κρίθηκε σκόπιμο να μην προσδιοριστεί στα αποτελέσματα της μελέτης ποιός μετείχε στη συζήτηση, ώστε να αποφευχθεί αποκάλυψη φωτογραφικά των ατόμων.

Κριτήρια εισαγωγής-αποκλεισμού

Όσον αφορά την ποσοτική έρευνα επιλέξιμοι ιατροί ήταν Ειδικευόμενοι, Ειδικευμένοι Επιμελητές και Διευθυντές Κλινικών των Νοσοκομείων και συγκεκριμένα οι ειδικότητες: Παθολόγοι, Χειρουργοί, Γυναικολόγοι όσον αφορά τα Γυναικολογικά Νοσοκομεία και Παιδίατροι/Παιδοχειρουργοί στο αντίστοιχο Παιδιατρικό Νοσοκομείο που επισκέπτονται και έχουν

εικόνα λειτουργίας των ΤΕΠ το διάστημα που διεξήχθη η μελέτη. Έγινε επιλογή αυτών των ειδικοτήτων προσπαθώντας να εστιάσουμε στο μεγαλύτερο όγκο ασθενών που προσέρχονται στα ΤΕΠ, εφόσον η μελέτη αφορά Γενικά Νοσοκομεία της Αττικής. Παράλληλα, η έρευνα εστίασε στις πιο γενικές ειδικότητες καθότι διενεργούν τη διαλογή του μεγαλύτερου όγκου ασθενών παραπέμποντας τους στις πιο ειδικές.

Ωστόσο, σε ό,τι αφορά τα ειδικά Νοσοκομεία, όπως τα Γυναικολογικά και το Παιδιατρικό η επιλογή των ιατρών αφορούσε αυτούς με τις αντίστοιχες ειδικότητες που εκπροσωπούν και μεγαλύτερο πληθυσμό των εν λόγω Νοσοκομείων. Στο Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» έγινε επιλογή ιατρών Παθολόγων και Γυναικολόγων ως κατάλληλων για ένταξη τους στο δείγμα, εφόσον αυτοί επισκέπτονταν τα ΤΕΠ. Ωστόσο, σε ένα Νοσοκομείο και συγκεκριμένα στο Μαιευτήριο «Ελ.Βενιζέλου» έγινε ενημέρωση ότι το Παθολογικό Τμήμα εξετάζει στα πλαίσια Εξωτερικών Ιατρείων και δεν αποτελούν ανθρώπινο δυναμικό στα ΤΕΠ, ως εκ τούτου αποκλείστηκαν από τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

Καθότι η μελέτη έλαβε χώρα κυρίως σε Τριτοβάθμια-Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, οι φοιτητές στις αντίστοιχες Κλινικές δεν κρίθηκαν κατάλληλοι για ένταξη τους στην έρευνα. Ο διαχωρισμός αυτός έγινε για να εξετασθεί ο πληθυσμός-στόχος αποκομμένος από το εκπαιδευτικό μέρος καθώς και λόγω του ότι φοιτητές που βρίσκονται ακόμα στη μαθησιακή διαδικασία δεν λαμβάνουν αποφάσεις αυτόνομα για την πορεία των ασθενών και δεν παραπέμπουν στην κοινωνική υπηρεσία, άρα δεν μπορούν να αξιολογήσουν την όποια συνεργασία. Επίσης δεν δύναται να απαντήσουν σε συγκριτικές ερωτήσεις σχετικά με τη συχνότητα προσέλευσης των ΕΚΟ στο Νοσοκομείο καθώς το εκπαιδευτικό κομμάτι χαρακτηρίζεται από συνεχή εναλλαγή τμημάτων στα οποία ειδικεύονται (rotation) ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Πληθυσμός-στόχος του ποιοτικού μέρους της μελέτης ήταν ο/η Προϊστάμενος της κοινωνικής υπηρεσίας ή ένας εκπρόσωπος οριζόμενος από τον/την Προϊστάμενο σε περίπτωση απουσίας του/της. Υπήρξαν περιπτώσεις που κατά τη διάρκεια της συνέντευξης –κυρίως λόγω έλλειψης χώρου- παρευρίσκονταν και άλλοι Κοινωνικοί Λειτουργοί, κάτι το οποίο δε θεωρήθηκε ότι εμποδίζει τα αποτελέσματα της έρευνας καθόσον είχε περισσότερο ενισχυτικό χαρακτήρα των όσων καταγράφονταν. Αποκλεισμοί ή περιορισμοί αφορούσαν μόνο σε ό,τι είχαν να κάνουν με την προϋπηρεσία του Κοινωνικού Λειτουργού που εκπροσωπούσε το Νοσοκομείο, καθώς για να απαντηθούν ερωτήματα της μελέτης χρειαζόταν σχετική εμπειρία. Κάτι τέτοιο δεν παρατηρήθηκε και δεν χρειάστηκε να αποκλειστεί κάποιος.

Σχεδιασμός μελέτης

Η παρούσα έρευνα βασίζεται στο συνδυασμό μεθόδων ποσοτικής και ποιοτικής προσέγγισης:

- Αρχικά διερευνήθηκε ο κοινωνικός αποκλεισμός ως έννοια, το νομοθετικό πλαίσιο της Ελλάδας, το επάγγελμα των κοινωνικών λειτουργών και κοινωνικές πολιτικές.

- Στη συνέχεια, μελετήθηκε με τη μέθοδο βιβλιογραφικής ανασκόπησης το φαινόμενο των ΕΚΟ και το επιδημιολογικό τους προφίλ. Η μελέτη ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας κρίθηκε απαραίτητη όσον αφορά αντίστοιχες έρευνες που εξετάζουν τη στάση και εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και τις καλές πρακτικές άλλων χωρών, αντιπαραβάλλοντας τα δεδομένα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

- Η ποσοτική έρευνα είναι μια συγχρονική μελέτη από Φεβρουάριο-Οκτώβριο 2017 σε οκτώ (8) δημόσια Νοσοκομεία της Αττικής:

- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός»
- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»
- Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία»
- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»
- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα»
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου»
- Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»
- Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας».

Από το σύνολο των 24 Νοσοκομείων που διενεργούν γενικές εφημερίες στην Αττική, σύμφωνα το σύστημα εφημεριών Νοσοκομείων Περιφέρειας Αττικής των ειδικοτήτων που εξετάζονται, στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν οκτώ (33,3%) με τη μέθοδο της βολικής δειγματοληψίας. Στα εν λόγω Νοσοκομεία παρατηρείται μεγάλος όγκος προσέλευσης των ΕΚΟ και επιλέχθηκαν με γνώμονα ότι ο πληθυσμός-στόχος δέχεται πολλές προσλαμβάνουσες ώστε να αξιολογήσει και να αξιολογηθεί. Από αυτά, τα έξι αφορούν Γενικά Νοσοκομεία ενώ το Παιδιατρικό Νοσοκομείο επιλέχθηκε από τα τρία αποκλειστικά Παιδιατρικά Νοσοκομεία Αττικής που εφημερεύουν βάσει του ότι είναι το μεγαλύτερο και με τη μεγαλύτερη κάλυψη κλινών. Από τα Νοσοκομεία με γυναικολογικές Κλινικές, επιλέχθηκαν το Μαιευτήριο «Ελ.Βενιζέλου» αφού είναι το μοναδικό αποκλειστικά δημόσιο μαιευτήριο ενώ το «Αλεξάνδρα» δέχεται μεγάλο όγκο γυναικολογικών περιστατικών.

Εξαιρέθηκαν από τη λίστα επιλογής Νοσοκομεία που δεν διενεργούν γενικές εφημερίες στην Αττική, ώστε να μπορούν να εκτιμηθούν όλες οι παράμετροι του ερωτηματολογίου. Επίσης,

εξαιρέθηκαν ειδικά Νοσοκομεία (όπως π.χ. Ψυχιατρικά, Δερματολογικά, κ.α.), Στρατιωτικά και Ιδιωτικά Νοσοκομεία.

Σε κάθε Επιστημονικό Συμβούλιο των Νοσοκομείων κατατέθηκαν: αίτηση διεξαγωγής της έρευνας, εγκεκριμένο από τη Συντονιστική Επιτροπή του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών ερευνητικό πρωτόκολλο, δείγματα ερωτηματολογίων και βεβαίωση φοίτησης. Η πολιτική κάποιων εκ των Νοσοκομείων προϋπέθετε έγκριση και Διοικητικού Συμβουλίου, ενώ σε μια περίπτωση και από την Υγειονομική Περιφέρεια (Υ.ΠΕ.) στην οποία υπάγεται το Νοσοκομείο, οπότε και έγιναν οι απαραίτητες διοικητικές διαδικασίες. Σε κάθε περίπτωση υπήρξε είτε γραπτή -όπου αυτή ζητήθηκε- είτε προφορική υπεύθυνη δήλωση ότι δεν επιβαρύνεται οικονομικά το Νοσοκομείο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας. Οι εγκρίσεις των Νοσοκομείων επισυνάπτονται στο Παράρτημα Ι.

Από το σύνολο των οκτώ Νοσοκομείων που επιλέχθηκαν διαπιστώθηκε ότι εργάζονται 548 ιατροί και από τις τέσσερις ειδικότητες. Για να επιτευχθεί αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος στο σύνολο του πληθυσμού των ιατρών-στόχου, το ανάλογο στατιστικό δείγμα υπολογίστηκε στους 227 συμμετέχοντες, σύμφωνα με στατιστικά κριτήρια που τέθηκαν στο πρόγραμμα υπολογισμού μεγέθους δείγματος OpenEpi.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε από τους ίδιους τους ερωτώμενους. Κρίθηκε σκόπιμο προς ελαχιστοποίηση επηρεασμού τους ο ερευνητής να μην είναι παρών κατά τη συμπλήρωση, κάτι το οποίο δύναται να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα διασφάλισης εγκυρότητας των απαντήσεων αλλά και για λόγους προφύλαξης ανωνυμίας των συμμετεχόντων. Κατά την προσωπική διανομή οι ιατροί ενημερώνονταν πλήρως για την ταυτότητα και εκπαίδευση του ερευνητή, για το σκοπό της μελέτης, το περίγραμμα του ερωτηματολογίου ενώ υπήρξε παρότρυνση επικοινωνίας για τυχόν διευκρινήσεις. Σε πολλές περιπτώσεις έγινε συμπλήρωση αυθημερόν των ερωτηματολογίων και πιθανή βοήθεια δινόταν δια ζώσης. Ώρες παράδοσης των ερωτηματολογίων ήταν οι πρωινές ώστε να καλυφθεί η πλειοψηφία των ιατρών προς ενημέρωση, ενώ παραλαβή των συμπληρωμένων έγινε πρωινά αλλά και κατά τη διάρκεια απογευματινών εφημεριών, ώστε να διασφαλιστεί όσο το δυνατόν μικρότερος φόρτος εργασίας.

- Η ποιοτική μελέτη των Κοινωνικών Λειτουργιών διεξήχθη τους μήνες Ιούλιο-Οκτώβριο 2017. Στις συναντήσεις με τους εκπροσώπους πραγματοποιήθηκε σύντομη παρουσίαση της μελέτης και των στόχων της. Αφού λάβαμε τη συναίνεσή τους, οι εκπρόσωποι συμμετείχαν σε ημιδομημένες συνεντεύξεις. Οι συζητήσεις ζητήθηκε να καταγραφούν ηλεκτρονικά, κάτι που όμως αρνήθηκε η πλειοψηφία των Κοινωνικών Λειτουργών (75%) για λόγους διαφύλαξης της ανωνυμίας και έτσι αποφασίστηκε να ακολουθηθεί η ίδια διαδικασία προς όλους, που περιελάμβανε καταγραφή της

συνέντευξης ενώπιον του ερωτώμενου. Τυχόν διορθώσεις έγιναν κατά τη διάρκεια αποσαφήνισης λεπτομερειών στα πλαίσια της συζήτησης. Η διεξαγωγή των συνεντεύξεων ήταν πρωινές ώρες που λειτουργούσαν όλες οι κοινωνικές υπηρεσίες, έπειτα από προκαθορισμένη συνάντηση. Παράλληλα, οι συνεντεύξεις έγιναν προτού υποστούν οποιαδήποτε ανάλυση τα ποσοτικά δεδομένα της μελέτης, ώστε να διασφαλιστεί η αντικειμενικότητα του ερευνητή.

Εργαλεία

Προκαταρκτική έρευνα μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης έγινε όσον αφορά και τις δύο μελέτες, ποσοτική και ποιοτική, ώστε να σχεδιαστούν κατάλληλα δομημένα ερωτηματολόγια. Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο της ποσοτικής μελέτης, μετά την πρώτη διαδικασία διαμόρφωσης του, διενεργήθηκε δοκιμαστικό στάδιο πιλοτικής εφαρμογής σε δέκα (10) άτομα που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής δείγματος, ώστε να μετρηθεί ο βαθμός κατανόησης, αποδοχής, καθώς και ερμηνείας του.

Μέσω του πιλοτικού ερωτηματολογίου έγινε προσπάθεια εξακρίβωσης:

- Αν γίνονται εύκολα αντιληπτοί και σαφείς όροι και οδηγίες.
- Αν είναι σε συνοχή οι ερωτήσεις και δεν διαστρεβλώνεται η ερμηνεία τους.
- Αν ο τρόπος διατύπωσης προϋδεάζει τον ερωτώμενο.
- Αν είναι εκτενές, η εμφάνιση του προκαλεί κόπωση ή δυσφορία στον ερωτώμενο.

Μέσω της πιλοτικής εφαρμογής έγινε προσπάθεια ελέγχου εγκυρότητας και αξιοπιστίας του εργαλείου της έρευνας με στόχο τη μείωση του τυχαίου σφάλματος, διόρθωση όσο το δυνατόν λαθών και παραλείψεων. Μετά από ανάλογη αποτίμηση διαπιστώθηκε ότι μέσος χρόνος συμπλήρωσης τού ερωτηματολογίου ήταν περίπου 4'-5'. Διορθώσεις προέκυψαν από την πιλοτική εφαρμογή, σε συνεργασία με την επιβλέπουσα Καθηγήτρια και Βιοστατιστικό ερευνητή, ενώ ολοκληρώθηκε η σύνταξη του οριστικού ερωτηματολογίου προς διανομή στον πληθυσμό-στόχο. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε σύντομο εισαγωγικό σημείωμα που εξηγούσε τους σκοπούς και στόχους της έρευνας, περιείχε στοιχεία επικοινωνίας με τον ερευνητή ενώ τόνιζε την εξασφάλιση ανωνυμίας των συμμετεχόντων.

Οι ερωτήσεις ήταν σύνολο 12, κλειστού τύπου, ομαδοποιημένες ανάλογα με τη θεματική ώστε να έχουν συνοχή για τον ερωτώμενο. Από αυτές κάποιες περιείχαν υποερωτήσεις με απαντήσεις πολλαπλής επιλογής ή βαθμονόμησης βάσει κλίμακας Likert. Θεωρήθηκε σκόπιμο ερωτήσεις που αφορούσαν την έρευνα να μπου ιεραρχικά πρώτες, κλείνοντας το ερωτηματολόγιο με τα δημογραφικά στοιχεία και μια ανοιχτού τύπου επερώτηση, καταγράφοντας απόψεις των ερωτώμενων. Μια ερώτηση με κωδικοποιημένα προσωπικά στοιχεία αποσκοπούσε στην αποφυγή διπλοεγγραφών μέσω καταχώρησης σε υπολογιστικό φύλλο αλλά και στην πιστοποίηση ύπαρξης

αληθινού προσώπου σε περίπτωση διερεύνησης. Αυτό το στοιχείο δεν επιδέχεται ανάλυσης ή ποσοτικοποίησης και παραμένει εμπιστευτικό αφού δεν επηρεάζει τα αποτελέσματα της έρευνας.

Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο των ιατρών δομήθηκε ως εξής:

- Αξιολόγηση ιατρών της συχνότητας προσέλευσης κάθε ΕΚΟ στα ΤΕΠ του Νοσοκομείου (ερώτηση 1).
- Καταγραφή γνώσης ή λήψης ενημέρωσης σχετικά με τα νόμιμα δικαιώματα των ΕΚΟ καθώς και πιθανή πηγή της. Η αυτοαξιολόγηση που ακολουθούσε αφορούσε όσους είχαν λάβει ενημέρωση ενώ στη συνέχεια το σύνολο των ιατρών καλούνταν να απαντήσει κατά πόσο αισθάνεται έτοιμο να διαχειριστεί νομιμοποιητικά έγγραφα ασθενούς, λεκτική επικοινωνία και ενημέρωση των ΕΚΟ σχετικά με κοινωνικά τους δικαιώματα (ερωτήσεις 2-2.3, 3.1-3.3).
- Εκτίμηση γνώσης ύπαρξης κοινωνικής υπηρεσίας στο Νοσοκομείο, συχνότητας παραπομπών, συνεργασία και διευκόλυνση ή μη στη διαχείριση ασθενών και τέλος χρησιμότητα και σε ποιά ώρα εφημερίας κοινωνικού λειτουργού (ερωτήσεις 4-9).
- Κατανόηση επιθυμίας και πρόθεσης του ιατρού για συστηματική ενημέρωση σχετικά με τα δικαιώματα των ΕΚΟ και κατά πόσον αυτό πιστεύει ότι είναι στα πλαίσια των καθηκόντων του (ερωτήσεις 10-11).
- Δημογραφικά στοιχεία και ερώτηση σχετικά με τη συχνότητα προσέλευσης των ΕΚΟ, σε μια προσπάθεια να καταγραφεί η γενική τάση στα Νοσοκομεία της χώρας.
- Η τελευταία ερώτηση αφορούσε τη γνώμη των ιατρών για τη δωρεάν πρόσβαση των ΕΚΟ στο σύστημα υγείας και μια επιγραμματική δικαιολόγηση της απάντησης τους. Ζητώντας από τους ιατρούς την άποψη τους προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε τη γενικότερη κουλτούρα τους ως προς το δικαίωμα στην υγεία.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στους Κοινωνικούς Λειτουργούς σχεδιάστηκε με γνώμονα 17 ημιδομημένες ερωτήσεις, πολλαπλής επιλογής και ανάπτυξης, ενώ επικεντρωθήκαμε στη λειτουργία της υπηρεσίας και την αξιολόγηση συνεργασίας με τους ιατρούς. Όπου κρίθηκε σκόπιμο καταγράφηκαν τυχόν παρατηρήσεις σε ελεύθερο κείμενο, συμπληρωματικές προς την κυρίως δομή του. Μέρος των ερωτήσεων ήταν κοινό με αυτό του ερωτηματολογίου των ιατρών ώστε να γίνει αντιστοίχιση και συγκριτική ανάλυση ποσοστιαίων στοιχείων, όπου αυτό καθίσταται δυνατό. Παράλληλα, κρίθηκε απαραίτητη η έρευνα πεδίου για εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με υποδομές των Νοσοκομείων με τη μορφή παρατήρησης.

Συγκεκριμένα, σε κάθε Νοσοκομείο αναζητήθηκαν:

- Η ύπαρξη ή μη κοινωνικής υπηρεσίας, ευκολία εύρεσης και πρόσβασης σε αυτή.
- Διευκόλυνση πληροφοριών στο διαδικτυακό τόπο του εκάστοτε Νοσοκομείου.
- Στελέχωση και λειτουργία: αναλογία κλινών και Κοινωνικών Λειτουργών, ύπαρξη καθηκοντολογίου, αξιολόγηση πιθανής χρησιμότητας εφημεριών, συνεργασία με μεταφραστές, καταγραφή υλικοτεχνικής υποδομής (ερωτήσεις 1-7).
- Συχνότητα παραπομπών των ιατρών από νοσηλευόμενους/ΤΕΠ, πρόθεση διενέργειας σεμιναρίων στους ιατρούς και χρησιμότητα τους (ερωτήσεις 8-12).
- Συχνότητα προσέλευσης κάθε ΕΚΟ στα ΤΕΠ ώστε να συγκριθούν με τις σχετικές απαντήσεις των ιατρών και γενικότερη τάση στο Νοσοκομείο τα τελευταία έτη (ερωτήσεις 13-14).
- Αξιολόγηση συνεργασίας με τη Νομική υπηρεσία, δωρεάν ή μη πρόσβαση των ΕΚΟ στις υπηρεσίες υγείας, ενώ τέλος υπήρχε μια ανοιχτή ερώτηση για προτάσεις, βελτιώσεις και γενικές παρατηρήσεις (ερωτήσεις 15-17).

Η διάρκεια των συζητήσεων με τους Κοινωνικούς Λειτουργούς κυμάνθηκε από 20'-50'.

Αναλυτικά και τα δύο ερωτηματολόγια, τόσο αυτό που διανεμήθηκε στους ιατρούς όσο και αυτό στο οποίο βασίστηκαν οι προσωπικές συνεντεύξεις της κοινωνικής υπηρεσίας, επισυνάπτονται στο Παράρτημα Ι.

Σχέδιο στατιστικής ανάλυσης

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως συχνότητες και ποσοστά ενώ οι συνεχείς μεταβλητές ως μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις. Εφαρμόστηκε έλεγχος χ^2 για να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών. Εφαρμόστηκε ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμησης ως διαδικασία που εφαρμόζεται στις κοινωνικές επιστήμες και επιστήμες υγείας για ανάλυση των σχέσεων μιας εξαρτημένης μεταβλητής και μιας ή περισσότερων ανεξάρτητων μεταβλητών. Μεταβλητές με $p\text{-value} < 0,20$ αποτέλεσαν το στατιστικό κριτήριο για το πολυμεταβλητό μοντέλο. Για το λόγο αυτό δημιουργήσαμε μοντέλα πολλαπλής λογαριθμικής παλινδρόμησης εξετάζοντας τη συσχέτιση μεταξύ γνώσης των ιατρών σχετικά με τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ευπαθών ομάδων και των υπό μελέτη μεταβλητών. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως odds ratios (OR), με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (Δ.Ε.). Η στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε στο επίπεδο $\alpha=5\%$. Οι αναλύσεις υπολογίστηκαν με τη χρήση του στατιστικού λογισμικού SPSS version 21 (Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Για τις ποιοτικές (ανοιχτές ερωτήσεις) ακολουθήθηκε καταγραφή των δεδομένων και μερική τους ποσοτικοποίηση στις απαντήσεις που τύγχανε να ήταν κοινές ή να είχαν ίδιο ερμηνευτικό χαρακτήρα.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η έννοια του Κοινωνικού Αποκλεισμού

1.1. Εισαγωγή

Η έκθεση του ΠΟΥ το 2010, συμπεραίνει: «Εκείνοι που είναι ευάλωτοι γίνονται ακόμα πιο ευάλωτοι, όχι μόνο όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αλλά επίσης σε σχέση με άλλους καθοριστικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων του βαθμού κοινωνικού αποκλεισμού, εκπαίδευσης, στέγασης και γενικών συνθηκών διαβίωσης, ποιότητας διατροφής και ευαισθησίας στη βία» (WHO, 2010).

Ο όρος του κοινωνικού αποκλεισμού περιγράφει μια κατάσταση αλλά και μια διαδικασία. Δεν μπορεί να μετρηθεί –σε αντίθεση με τη φτώχεια- γιατί έχει πολυδιάστατη μορφή. Στα πλαίσια αυτά, μια στοχευμένη κοινωνική πολιτική πρέπει να σκοπεύει στην κατάρτιση και εφαρμογή μέτρων που προωθούν την κοινωνική ενσωμάτωση «αποκλεισμένων» με πολυμερή τρόπο κι όχι αποκλειστικά με αναδιανομή του εισοδήματος (De la Porte, Pochet, Room, 2004).

Ο αποκλεισμός εμπεριέχει την έννοια του περιορισμού στην πρόσβαση, την αποστέρηση δικαιωμάτων, αναγκών, αγαθών και υπηρεσιών. Ο «κοινωνικός αποκλεισμός» συνεπάγεται ποικίλες μορφές στέρησης, περιλαμβάνοντας το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, άσχημες συνθήκες υγείας, έλλειψη στέγης, απουσία οικογενειακής στήριξης, αδυναμία συμμετοχής στον κοινωνικό και πολιτιστικό ιστό, στο πολιτικό γίνεσθαι καθώς και έλλειψη απασχόλησης (Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, 2014). Η μείωση αριθμού των ατόμων που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) είναι ένας από τους βασικούς στόχους της στρατηγικής «Ευρώπη 2020» (Ε.Ε., 2010).

Για πολλά χρόνια η ακραία φτώχεια οριζόταν ως εξασφάλιση των προς το ζην με εισόδημα χαμηλότερο από \$1,25/ημέρα. Ωστόσο, η Παγκόσμια Τράπεζα αναπροσάρμοσε αυτό το δεδομένο στα \$1,90/ημέρα. Έτσι, περισσότεροι από 900εκατ. άνθρωποι ή 12,8% ανά τον κόσμο ζούσαν το 2012 σε συνθήκες ακραίας φτώχειας, δείκτης που μειώθηκε το 2015 σε 702εκατ. δηλαδή στο 9,6% του παγκόσμιου πληθυσμού (World Bank, 2015).

Από τα παραπάνω ευρήματα αντιλαμβάνεται κάποιος ότι η κοινωνική περιθωριοποίηση έχει αιτιώδη σχέση με τον όρο φτώχεια, χωρίς να αποτελούν ίδιες έννοιες. Όπως επισημαίνει και ο Βενιέρης: «Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός δεν ταυτίζονται· αθροίζονται» (Βενιέρης, 2006).

Οι οικονομικές αλλαγές έχουν αντίκτυπο σε ποικίλους τομείς της καθημερινής ζωής, με σημαντικότερο τον τομέα ευζωίας και υγείας του πληθυσμού. Βάσει δεδομένων του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) οι κρατικές δαπάνες για υγεία μειώθηκαν στην

Ελλάδα από 6,8% του Α.Ε.Π. το 2007 στο 5,3% το 2015. Απόρροια αυτού είναι η μετατόπιση βάρους της δαπάνης στα νοικοκυριά. Σύμφωνα με την ίδια πηγή, το μερίδιο δαπανών για υγεία που καταβάλλονται απ' απευθείας από τα νοικοκυριά έχει αυξηθεί κατά 4 εκατοστιαίες μονάδες από το 2009 λόγω μείωσης των δημόσιων δαπανών (OECD, 2017a).

1.2. Ιστορική προσέγγιση

Ο Durkheim αποδίδει την έννοια της κοινωνικής αλληλεγγύης στο ερώτημα αν το άτομο μπορεί να οριστεί ως εκ φύσεως προορισμένο για κοινωνική συνύπαρξη και συνεκτικούς δεσμούς που είναι ικανά να αναπαράγουν και να συνεχίζουν μια κοινωνία (Durkheim, 1894).

Ιστορικά, ο όρος του κοινωνικού αποκλεισμού παρατηρήθηκε πρώτη φορά στη Γαλλία τη δεκαετία του 1960, στο επιστημονικό έργο του Pierre Massé, Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Σχεδιασμού της Γαλλίας (Massé, 1964) το οποίο επικεντρωνόταν στους πολίτες που δεν απολάμβαναν την οικονομική ανάπτυξη της εποχής και το κέρδος που απορρέει από αυτή. Ο εν λόγω ορισμός ενοχοποιούσε το ίδιο το άτομο για αδυναμία προσαρμογής του στην κοινωνία. Λίγο αργότερα, το 1965, η ίδια έννοια αναλύθηκε στο έργο του Γάλλου Klanfer J. (Klanfer, 1965).

Ο σημερινός όρος του «κοινωνικού αποκλεισμού» αποδίδεται στον Lenoir, ο οποίος απέδωσε πολυδιάστατη εξήγηση και αναλύει την προσαρμοστικότητα βάσει της κοινωνικής δυσλειτουργίας (Lenoir, 1974). Ο όρος μετατρέπεται σταδιακά σε αντικείμενο κοινωνικής πολιτικής, πέρα από την απλή λογική οικονομίας της φτώχειας, δίνοντας προβάδισμα στα κοινωνικά δικαιώματα: υγεία, στέγαση, εργασία, εκπαίδευση (Rouet, n.d.), αναφέροντας κατηγορίες πληθυσμού που δεν καλύπτονταν από κοινωνική ασφάλιση όπως Άτομα με Αναπηρία (ΑμεΑ), ηλικιωμένοι, μονογονεϊκές οικογένειες κ.λπ. Έτσι αντικαθίσταται σταδιακά η έννοια «φτώχεια» από αυτή του «κοινωνικού αποκλεισμού», αναγνωρίζοντας πολλαπλή ερμηνεία.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ο όρος χρησιμοποιείται πρώτη φορά το 1989 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Ο κοινωνικός αποκλεισμός συνδέεται με ανεπαρκή εφαρμογή των κοινωνικών δικαιωμάτων. Το 1990 δημιουργήθηκε το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Εθνικών Πολιτικών κατά του κοινωνικού αποκλεισμού (Rouet, n.d.). Η εξέλιξη της χρήσης του συμπίπτει με συνεχιζόμενη επιδείνωση των οικονομικών συνθηκών αλλά και με αυξανόμενες πιέσεις στο κράτος πρόνοιας και με νέες πολιτικές μετανάστευσης. Έτσι εμφανίζεται ο όρος «κοινωνική ένταξη».

1.3. Το δικαίωμα υγείας

Το πρώτο γνωστό κείμενο που δημιουργεί ένα υποτυπώδες πλαίσιο δικαιωμάτων του ασθενούς διαμέσου των υποχρεώσεων του ιατρού απέναντι στον ασθενή είναι ο περίφημος όρκος του Ιπποκράτη, περιγράφοντας την υποχρέωση του ιατρού για εχεμύθεια, για μη παροχή φαρμάκων που προκαλούν θάνατο, για άσκηση της ιατρικής μόνο στο πεδίο γνώσης του, για σεβασμό της προσωπικότητας του ασθενούς, αποφυγή ασέλγειας εις βάρος του και, γενικότερα, κάθε βλαπτικής ενέργειας προς αυτόν (Jones, 1868). Οι υποχρεώσεις αυτές αμφίδρομα συνιστούν δικαιώματα του ασθενή απέναντι στον ιατρό του.

Το 1946, το Καταστατικό του ΠΟΥ (WHO, 1946) αποτέλεσε το πρώτο διεθνές κείμενο που διακήρυξε ότι «η απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπινου όντος». Το 1948, η Οικουμενική Διακήρυξη Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (UN, 1948) ορίζει στο άρθρο 25(1): «καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και την οικογένεια του υγεία και ευημερία». Τα Ηνωμένα Έθνη, το 1966, για πρώτη φορά κατοχυρώνουν με το άρθρο 12(1), στο Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Μορφωτικά Δικαιώματα τα κράτη να αναγνωρίζουν το δικαίωμα του καθένα «να απολαμβάνει την καλύτερη δυνατή σωματική και ψυχική υγεία» (HE, 1966).

Το πρώτο καταγεγραμμένο δικαίωμα ασθενή, το 1973 στη Γαλλία, όριζε: «κάθε ασθενής δικαιούται να έχει δικό του κρεβάτι και τα κρεβάτια πρέπει να απέχουν μεταξύ τους τουλάχιστον τρία πόδια» (ΕΣΔΥ, n.d.). Παράλληλα, από την Αμερικανική Νοσοκομειακή Ένωση, το 1973 ψηφίστηκε ο «Κώδικας Δικαιωμάτων του Ασθενούς» (Patient Bill of Rights). Ένα χρόνο αργότερα ψηφίζεται στη Γαλλία ο «Χάρτης Δικαιωμάτων των Ασθενών» ενώ ακολούθησαν αρκετά ψηφίσματα και διακηρύξεις, όπως η προστασία του δικαιώματος στην υγεία των ευπαθών ομάδων που εγκρίθηκαν στα πλαίσια της Διεθνούς Σύμβασης για την Εξάλειψη Όλων των Μορφών Φυλετικών Διακρίσεων (H.E., 1969), η Σύμβαση για την Εξάλειψη όλων των Μορφών Διακρίσεων κατά των Γυναικών (OHE, 1979) και η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού (UN, 1989). Ακολούθησε η διακήρυξη για «Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών στην Ευρώπη», που το 1994 ψηφίστηκε στο Άμστερνταμ στην Ευρωπαϊκή Διάσκεψη για τα Δικαιώματα των Ασθενών (WHO/EURO, 1994) και αποτέλεσε κείμενο δεσμευτικού χαρακτήρα για όλα τα κράτη-μέλη της Ε.Ε.

Ο αναθεωρημένος Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης (COE, 1996), αναγνωρίζει το δικαίωμα στην υγεία και προστασία της (Άρθρο 11) και το δικαίωμα κοινωνικής και ιατρικής βοήθειας (Άρθρο 13).

Η Συνθήκη της Νίκαιας το 2001, με την υιοθέτηση του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, περιέλαβε την προστασία της υγείας ως μια από τις βασικές συνιστώσες αλληλεγγύης, δηλαδή ως ένα από τα έξι θεμελιώδη δικαιώματα. Ειδικότερα, αναφέρει ότι όλοι δικαιούνται πρόσβαση στην πρόληψη και ιατρική περίθαλψη, σύμφωνα με προϋποθέσεις των εθνικών νομοθεσιών και πρακτικών (E.U., 2001). Τέλος, το άρθρο 3 της Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (UN, 2005), αναφέρει παροχή «ισότιμης πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη κατάλληλης ποιότητας» σε όλα τα κράτη-μέλη.

Όλα τα παραπάνω νομικά κείμενα, ίσως στη σημερινή πραγματικότητα περισσότερο από ποτέ οφείλουν να έχουν μια εξέχουσα θέση διασφαλίζοντας στο άτομο την κοινωνική του επανένταξη και ευημερία σε όλα τα επίπεδα.

1.4. Ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο

Το Ελληνικό Σύνταγμα προστατεύει το δικαίωμα στην υγεία ως ένα από τα θεμελιώδη ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα. Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία θεμελιώνεται στο άρ.21 παρ.3 του Συντάγματος: «το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, γήρατος, αναπηρίας και περίθαλψη των απόρων» (Βουλή των Ελλήνων, 2010). Το δικαίωμα συνίσταται στην αξίωση των πολιτών προς το κράτος να λάβει τα κατάλληλα μέτρα προκειμένου να οργανωθούν οι υπηρεσίες υγείας, δηλαδή να προνοήσει για κοινωνική πρόνοια και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Το ατομικό δικαίωμα στην υγεία θεμελιώνεται στο αρ.7 παρ.2 του Συντάγματος: «βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη υγείας, ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται» αλλά και στο άρ.5 παρ.5 που ορίζει ότι «καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και γενετικής του ταυτότητας (...) προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων» (Βουλή των Ελλήνων, 2010).

Το νομοθετικό πλαίσιο για την προστασία και απόλαυση του δικαιώματος στην υγεία συμπληρώνεται και παρουσιάζεται αναλυτικά στο Παράρτημα II (Πίνακας Π1).

Στη χώρα μας η νομοθετική κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών συνιστά αναβάθμιση του συστήματος υγείας και συμβάλλει στη χάραξη πολιτικών υγείας με γνώμονα τον ασθενή και το σεβασμό στα δικαιώματά του. Το νομοθετικό οικοδόμημα της Ελλάδος στις περισσότερες ρυθμίσεις του σε σχέση με την υγεία, είναι επαρκές, αλλά στην εφαρμογή του έγκειται περισσότερο στις πιέσεις που ασκούν οι ίδιοι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας.

1.5. Η κοινωνική εργασία

Ο ορισμός του επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού και κώδικας δεοντολογίας τους υιοθετήθηκε από τη Διεθνή Ομοσπονδία IFSW (International Association of Schools Workers) και τη Διεθνή Ένωση Σχολών Κοινωνικής Εργασίας IASSW (International Association of Schools of Social Work), τον Ιούλιο 2014 στα πλαίσια Γενικής Συνέλευσης της IFSW στη Μελβούρνη: «Η Κοινωνική Εργασία είναι εφαρμοσμένο επάγγελμα αλλά και ακαδημαϊκό πεδίο που προωθεί την κοινωνική αλλαγή και ανάπτυξη, κοινωνική συνοχή, ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων. Αρχές όπως: κοινωνική δικαιοσύνη, ανθρώπινα δικαιώματα, συλλογική ευθύνη και σεβασμός της διαφορετικότητας είναι κεντρικές στην κοινωνική εργασία, η οποία θεμελιώνεται από θεωρίες των κοινωνικών-ανθρωπιστικών επιστημών, συνδέει ανθρώπους και δομές για να αντιμετωπίσουν προκλήσεις της ζωής και ενισχύει την ευημερία τους».

Το επάγγελμα του Κοινωνικού Λειτουργού εμφανίστηκε για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1890 στο Ηνωμένο Βασίλειο όταν μια «ελεοδότης» (Almoner) καλέστηκε να αξιολογήσει ποιοί από εκείνους που προσέρχονται στο Νοσοκομείο θα λαμβάνουν δωρεάν φροντίδα ενώ το Massachusetts Hospital ήταν ο πρώτος φορέας που προσέλαβε κοινωνική λειτουργό και το πρώτο Νοσοκομείο που θέσπισε Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας το 1905 (Τζιάρας, 2015).

Η κοινωνική εργασία πρωτοεμφανίστηκε λόγω ανάγκης αντιμετώπισης των προβλημάτων επιβίωσης που αντιμετώπιζαν άτομα και ομάδες εξαιτίας πολέμων, οικολογικών καταστροφών, αστικοποίησης και εκβιομηχάνισης. Στην Ελλαδική ιστορία η κοινωνική εργασία έχει ρίζες στην αρχαία Ελλάδα τόσο από πλευράς φιλοσοφίας όσο και φιλανθρωπικές πράξεις με τα πρώτα ανεπίσημα προνοιακά συστήματα. Αναλυτικά το νομοθετικό πλαίσιο βάσει του οποίου λειτουργεί η κοινωνική υπηρεσία παρουσιάζεται στον Πίνακα Π2, Παράρτημα II.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ευπαθείς Κοινωνικά Ομάδες

2.1. Εισαγωγή

Η κοινωνική συνοχή αποτελεί απότερο στόχο μιας κοινωνικής πολιτικής και η ομαλή ένταξη ή επανένταξη ατόμων στην κοινωνία είναι μια από τις προϋποθέσεις γι' αυτή. Όταν δεν καθίσταται δυνατή η εφαρμογή της παρατηρείται περιθωριοποίηση. Η απομόνωση επηρεάζει άμεσα το επίπεδο υγείας και έμμεσα την άσκηση στοιχειωδών δικαιωμάτων του ατόμου. Επηρεάζει το ίδιο το άτομο αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον αυτού.

Με τον όρο «ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, ευπαθείς ή ομάδες υψηλού κινδύνου» ονομάζονται οι ομάδες εκείνες του πληθυσμού που έχουν περιορισμένη ή καθόλου πρόσβαση σε κοινωνικά και δημόσια αγαθά και δυσκολεύονται ή αδυνατούν σε πολλά επίπεδα και διάφορους τομείς να διασφαλίσουν την ποιότητα ζωής, όπως στέγη, εκπαίδευση, εργασία, ικανοποιητικό εισόδημα, ιατρική περίθαλψη, κοινωνική ασφάλιση κ.ά. (ΕΚΚΕ, 2014).

2.2. Ορισμός ευπαθών κοινωνικά ομάδων

Ο Νόμος 4019 του 2011 περί Κοινωνικής Οικονομίας και Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας ορίζει στο άρ.1 παρ.4 τις ευπαθείς ομάδες:

α) «Ευπαθείς Ομάδες Πληθυσμού» νοούνται οι κοινωνικές ομάδες, των οποίων η συμμετοχή στην κοινωνική και οικονομική ζωή δυσχεραίνεται, είτε εξαιτίας κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων, σωματικών ή ψυχικών διαταραχών, είτε εξαιτίας απρόβλεπτων γεγονότων, τα οποία επηρεάζουν την εύρυθμη λειτουργία της τοπικής ή ευρύτερα περιφερειακής οικονομίας.

β) Διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

- «Ευάλωτες Ομάδες» νοούνται εκείνες που η ένταξή τους στην κοινωνική και οικονομική ζωή εμποδίζεται από σωματικά και ψυχικά αίτια. Σε αυτές ανήκουν άτομα ιδίως με αναπηρίες, προβλήματα ψυχικής υγείας ή νοητικής υστέρησης και άτομα εξαρτημένα ή απεξαρτημένα από ουσίες.
- «Ειδικές Ομάδες» είναι εκείνες που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση ως προς την ομαλή ένταξή τους. Σε αυτές ανήκουν κυρίως άνεργοι νέοι, άνεργοι >50ετών, μονογονεϊκές οικογένειες, αναλφάβητοι, μακροχρόνια άνεργοι, κάτοικοι απομακρυσμένων ορεινών και νησιωτικών περιοχών, πρώην ή νυν τρόφιμοι φυλακών, ανήλικοι παραβάτες, άτομα με θρησκευτικές, γλωσσικές ή πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, ρομά/τσιγγάνοι, μετανάστες, κακοποιημένα άτομα, άστεγοι, θύματα εμπορίας (trafficking), πρόσφυγες, παλινοστούντες και πληγέντες από φυσικές καταστροφές (πυρόπληκτοι, σεισμοπαθείς, πλημμυροπαθείς).

2.3. Νομικό πλαίσιο πρόσβασης ευπαθών ομάδων στην υγεία

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και το δικαίωμα στην υγεία δεν πρέπει να συγχέονται, καθότι η πρώτη αποτελεί μόνο μια παράμετρο του δεύτερου. Το δικαίωμα στην υγεία συμπεριλαμβάνει προσδιοριστές που ορίζουν την υγεία ενός ατόμου, όπως υγιεινή, πρόσβαση σε ασφαλή τροφή και νερό, κατάλληλη στέγαση, επαγγελματικές και περιβαλλοντικές συνθήκες καθώς και πρόσβαση στην πληροφόρηση για την υγεία. Στα πλαίσια της πρόσβασης στην περίθαλψη, η αρχή της ισότητας σημαίνει ότι η προσπελασιμότητα σε δομές, υπηρεσίες και αγαθά υγείας είναι ίδια σε όλους, αποτελώντας μέρος μια ευρύτερης έννοιας, αυτής της κοινωνικής δικαιοσύνης (Λιονής, Ασπράκη, Πιτέλου, 2015).

Σύμφωνα με διαθέσιμα στοιχεία της Eurostat, το ποσοστό του πληθυσμού στη χώρα μας που, παρότι είχαν ανάγκη περίθαλψης, δεν έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας για οικονομικούς λόγους ήταν 10,9% το 2015, έναντι 4% το 2009, με συνεχή αυξητική τάση τα τελευταία χρόνια, ενώ ήταν πάντοτε μεγαλύτερη από το μέσο όρο της Ε.Ε. (Eurostat, 2016).

Πρόσβαση σε υπηρεσίες του δημόσιου συστήματος υγείας έχουν όλοι οι ανασφάλιστοι ή ενδιαφερόμενοι που έχουν απολέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα με χρήση Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) μέσω του οποίου γίνεται έλεγχος ασφαλιστικής ικανότητας του ενδιαφερόμενου. Η νομοθεσία παρατίθεται λεπτομερώς στο Παράρτημα II, Πίνακας Π3.

Σε κάθε περίπτωση, αρμόδιοι για συνταγογράφηση φαρμάκων στους δικαιούχους των ως άνω είναι αποκλειστικά ιατροί Νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας και των δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Υ.ΠΕ., όπως ορίζεται στο άρ.12 του Ν.3816/2010.

2.4. Επιδημιολογικό προφίλ ευπαθών ομάδων

Παρόλο που η ποσοτικοποίηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία και των κυβερνητικών πολιτικών στην Ελλάδα είναι δύσκολες λόγω έλλειψης έγκαιρων και σχετικών στοιχείων, ορισμένες προκαταρκτικές αποδείξεις στοχοθετημένων μελετών σχετικά με την υγεία, την ψυχική υγεία και τις μολυσματικές ασθένειες, υποδεικνύουν αρνητικές τάσεις.

Η ανάλυση μεταβλητών επηρεάζει το επίπεδο υγείας βάσει επιπτώσεων κοινωνικών προσδιοριστών και λιγότερο βάσει βιολογικών χαρακτηριστικών ή γενετικών παραγόντων. Σύμφωνα με τους Κακλαμάνη και Κοστυφάκη (2009) «Κανένας παράγοντας εν γένει δεν μπορεί να ερμηνεύσει την τόσο αρνητική συσχέτιση που παρατηρείται στις αναπτυσσόμενες χώρες μεταξύ βρεφικής θνησιμότητας και κατά κεφαλήν εθνικού εισοδήματος».

Σε σχέση με την αυτοαναφερόμενη υγεία στην Ελλάδα, οι μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η πιθανότητα κακής αυτοαξιολόγησης της υγείας είναι υψηλότερη σε περιόδους οικονομικής κρίσης, ειδικά για τις ΕΚΟ, συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων, ανέργων, συνταξιούχων, νοικοκυριών και ατόμων που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια ή αναπηρία (Zavras et al., 2012; Vandoros et al., 2013).

Ποικίλες από τις σωματικές διαταραχές συνδέονται αιτιολογικά με κοινωνικό στρες που απορρέει από την οικονομική κρίση, ιδιαίτερα όταν αυτή είναι μακροχρόνια, με πιο σημαντικά νοσήματα που προκαλούνται μακροπρόθεσμα όπως αυτά των καρδιαγγειακών και της αρτηριακής υπέρτασης (ΙΚΠΠ, 2016). Ο επιπολασμός ωστόσο των χρόνιων νοσημάτων έχει παρατηρηθεί ότι συσχετίζεται με το επίπεδο εκπαίδευσης και άρα έμμεσα του κοινωνικού αποκλεισμού από αυτή, με πιθανότητα κάποιος με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο να αναπτύξει διαβήτη κατά τέσσερις φορές παραπάνω, ενώ υπέρταση και χρόνια κατάθλιψη έχει τριπλάσια πιθανότητα (OECD, 2017b).

Παράλληλα, η μακροχρόνια ανεργία έχει ως αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα, κυρίως σε άτομα που ανήκουν σε μειονότητες, όπως μετανάστες και χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Bambra, 2011). Βάσει στοιχείων της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης Νοικοκυριών 2016, ο πληθυσμός που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού ανέρχεται στο 35,6% ενώ ο κίνδυνος είναι υψηλότερος (39,7%) στην περίπτωση ατόμων ηλικίας 18-64 ετών (ΕΛΣΤΑΤ, 2017). Ενδεικτικά, για τους ανέργους, ο κίνδυνος φτώχειας ανέρχεται σε 47,1%, παρουσιάζοντας σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών (51,9% και 42,4% αντίστοιχα).

Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες, η ανεργία επιδρά αρνητικά στην ψυχική υγεία μέσω χρόνιου στρες, μειωμένης κοινωνικότητας και αυτοεκτίμησης, ενώ στα άτομα αυτά παρατηρείται αύξηση του καπνίσματος, κατανάλωση αλκοολούχων ποτών και καθιστική ζωή –με ό,τι επιπτώσεις αυτά

συνεπάγονται στη συνολική υγεία ενός ατόμου (Roelfs, Shor, Davidson, 2011; Stuckler & Basu, 2009).

Παράλληλα, η ψυχική υγεία έχει επιδεινωθεί εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Από το 2008 έως το 2011, ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης αυξήθηκε από 3,3% σε 8,2% (Economou et al., 2012). Μεταξύ 2009 (5,2%) και 2011 (6,7%) σημειώθηκε επίσης σημαντική αύξηση του επιπολασμού αυτοκτονικού ιδεασμού και αναφέρθηκαν αυξητικές τάσεις όσον αφορά απόπειρες αυτοκτονίας στην Ελλάδα ($p=0,04$) (Economou et al., 2013). Από την έναρξη της οικονομικής κρίσης καταγράφηκε αξιοσημείωτη αύξηση στους θανάτους λόγω αυτοκτονιών –από 362 ετήσιο μέσο όρο τα έτη 2000-2008 σε 475 από το 2009-2014 (OECD, 2017b).

Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ (2017) ο πληθυσμός ηλικίας 18-64 ετών που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό εκτιμάται για τους Έλληνες σε 38%, για τους αλλοδαπούς που διαμένουν στην Ελλάδα σε 59,7%, ενώ γι' αυτούς που γεννήθηκαν σε άλλη χώρα διαμένοντας στην Ελλάδα ανέρχεται στο 58,1%. Βάσει της ετήσιας έκθεσης του διεθνούς δικτύου Γιατρών του Κόσμου και η οποία βασίζεται σε ιατρικά και κοινωνικά ιστορικά, το 2015 σε 31 πόλεις σε 12 χώρες στην Ευρώπη, 67,5% των ερωτηθέντων προσφύγων και μεταναστών δε διέθεταν ιατροφαρμακευτική κάλυψη. Συγχρόνως, στον ίδιο πληθυσμό, περίπου 19% είχαν βιώσει εμπειρίες βίας (MdM, 2016). Διακρίνεται εδώ η ευαλωτότητα των προσφύγων ή μεταναστών και η κατηγοριοποίηση τους στις ευπαθείς ομάδες είναι καθ' όλα εύλογη. Το μη υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον δύναται να παίζει ρόλο σε αυτή τη μορφή αποκλεισμού καθώς και η δυσκολία για ανεύρεση εργασίας και οικονομικής αποκατάστασης, με ό,τι αυτό συνεπάγεται.

Ανάμεσα στους χιλιάδες πρόσφυγες που βρίσκονται στη χώρα μας είναι και πολλά ασυνόδευτα παιδιά. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ο εκτιμώμενος αριθμός ασυνόδευτων ανηλίκων στην Ελλάδα ανέρχεται σε 2.950 (ΕΚΚΑ, 2017). Ωστόσο, ανησυχητικά είναι τα ευρήματα της Europol το 2016 ότι περισσότερα από 10.000 παιδιά χωρίς συνοδεία έχουν εξαφανιστεί στην Ευρώπη μετά την καταγραφή τους, με φόβο αρκετά από αυτά να έχουν πέσει θύματα εμπορίας ανθρώπων, κακοποίησης ή εγκληματικών ενεργειών (Missing Children Europe, 2016).

Ανισότητες παρατηρούνται μεταξύ ημεδαπών και ομάδων μεταναστών, τόσο όσον αφορά το επίπεδο υγείας όσο και την πρόσβαση στις δομές υγείας. Οι μετανάστες δείχνουν να είναι πιο ευπαθείς σε μεταδοτικές νόσους όπως η φυματίωση, ο ιός HIV/AIDS ή η ηπατίτιδα (E.E., 2011). Επίσης, η ίδια πηγή καταδεικνύει ότι αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο να προσβληθούν από μη μεταδοτικές νόσους, όπως είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις ή να εμφανίσουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Τα παραπάνω οφείλονται στον συγκερασμό κοινωνικοοικονομικών και περιβαλλοντικών

συνθηκών στις χώρες καταγωγής τους, στη μετακίνηση σε άλλες χώρες αλλά και στη διαδικασία προσαρμογής στο νέο περιβάλλον της χώρας υποδοχής τους.

Παράλληλα, η συχνότητα χρήσης των «δαπανηρών» ΤΕΠ από άτομα που είναι υπό καθεστώς αστεγίας έχει καταγραφεί στη βιβλιογραφία ως συχνή λόγω σοβαρών και παραμελημένων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν λόγω ευαλωτότητας τους, ενώ σε μελέτη που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής από τον Ku et al. (2014), το 64% των άστεγων ατόμων που απευθύνθηκαν στα ΤΕΠ Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου είχαν ως αποτέλεσμα αυτοί να επιστρέψουν στις συνθήκες αστεγίας τους και μόνο το 4% των επισκέψεων είχαν παρεμβατικό σχέδιο αλλαγής του καθεστώτος έλλειψης στέγης.

Σε ό,τι αφορά τους Ρομά, αρκετοί έχουν ενσωματωθεί όμως ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού αυτού δεν είναι κοινωνικά ενταγμένο, με σοβαρά προβλήματα στέγης, εργασίας, εκπαίδευσης και πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, ιδίως σε θέματα εμβολιασμών της παιδικής ηλικίας (Παναγιωτόπουλος και συν., 2013).

Τα εκδιδόμενα άτομα επίσης παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά νοσηρότητας μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπως HIV, καθώς γίνονται πολύ συχνά θύματα κακοποίησης (Shannon et al., 2015; Argento et al., 2014). Επίσης, άτομα που έχουν αποφυλακιστεί, πέρα από το στίγμα που κουβαλάνε και δυσχεραίνει την επανένταξη τους στο κοινωνικό γίγνεσθαι, ενδέχεται να διατρέχουν υψηλό κίνδυνο μολυσματικών ασθενειών και αυξανόμενο ποσοστό θνησιμότητας το διάστημα κυρίως μετά την απελευθέρωση τους (Binswanger et al., 2016).

Στην ίδια ευπάθεια υπάγονται οι XEN καθώς αποτελούν πληθυσμό με συννοσηρότητα, αντιμετωπίζουν συνθήκες αστεγίας και έλλειψη οικογενειακών και κοινωνικών δεσμών. Τραύματα, θρομβοεμβολικά επεισόδια, ψυχιατρικά ζητήματα, υψηλά ποσοστά μόλυνσης από ηπατίτιδα C και HIV αποτελούν μερικά μόνο από τα ευρήματα μελετών (O'Connor et al., 2013; Sanjuan et al., 2014) που αιτιολογούν τη συχνή επίσκεψη τους στα ΤΕΠ, ενώ συσχετίζονται με σημαντική χρήση άλλων ουσιών (π.χ. αλκοόλ) και οριακές συμπεριφορές.

Άτομα που έχουν υποπέσει θύματα εμπορίας ανθρώπων (trafficking) ή βίας/βασανιστηρίων έχει εντοπιστεί ότι αντιμετωπίζουν πολλούς κινδύνους, όπως ψυχολογικά τραύματα, μετατραυματικό στρες, τραυματισμούς από βία και κακή χρήση ουσιών, ενώ καταγράφονται υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας (Kiss et al., 2015; Haenel, 2015). Τέτοιας φύσης ζητήματα σαφώς αναγνωρίζονται ως παγκόσμια ζητήματα δημόσιας υγείας αλλά και ως παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Τέλος, αν και οι επιπτώσεις στην υγεία ανά φύλο, ηλικία, κοινωνική τάξη, εκπαίδευση, οικονομικό επίπεδο κ.α. είναι ιστορικά καλά τεκμηριωμένες, αυτό δε συμβαίνει και για άλλα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως ο σεξουαλικός προσανατολισμός. Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκε το προφίλ των LGBTQI+ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Questioning, Intersex,+) ατόμων καθώς βάσει μελετών έχουν διαπιστωθεί σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατάσταση υγείας, την αξιοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης και την πρόσβαση σε αυτή (CDC, 2014). Ενδεικτικά, σύμφωνα με την ίδια πηγή, μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που ήταν αμφιφυλόφιλοι (10,8%) αντιμετώπισαν σοβαρή ψυχολογική δυσχέρεια σε σύγκριση με ετεροφυλόφιλους (4,5%).

Τα άνωθι δεν μπορούν παρά να αποτελέσουν απτά δείγματα της επίρειας κοινωνικών και οικονομικών επιδράσεων στη νοσηρότητα και θνησιμότητα, η οποία όμως δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη αλλά ούτε αναπόφευκτη. Η κατανόηση της πολυδιάστατης ευπάθειας στην υγεία είναι ο μόνος τρόπος για επίτευξη αναπροσαρμογής του συστήματος υγείας έτσι ώστε ο καθένας να έχει πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη ανάλογα με τις ανάγκες του.

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Αποτελέσματα

3.1. Ποσοτική έρευνα ιατρών

Συνολικά 223 ιατροί παρέδωσαν συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο από 227 που είχε τεθεί στον αρχικό σχεδιασμό της μελέτης, σύμφωνα με τον υπολογισμό δείγματος OpenEpi. Ποσοστό ανταπόκρισης στη μελέτη: 98%. Η διάρκεια της έρευνας είχε οριστεί από Φεβρουάριο μέχρι Οκτώβριο 2017. Κρίθηκε σκόπιμη η παράταση έως 15 Νοεμβρίου 2017 ώστε να συμπεριληφθούν όλα τα άτομα που είχαν υπολογιστεί. Ωστόσο παρά την επέκταση χρόνου, τέσσερα (4) άτομα δεν παρέδωσαν συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο.

Η τελική κατανομή δείγματος των ατόμων που συμμετείχαν ανά Νοσοκομείο, ειδικότητα και βαθμίδα παρουσιάζεται στον Πίνακα 1:

Πίνακας 1. Συμμετοχή Ιατρών στην έρευνα ανά Νοσοκομείο

Νοσοκομείο	Συμμετοχή Παθολόγων/ ιατρών ειδικότητας n/n (%)	Συμμετοχή Χειρουργών-Γυναικολόγων/ σύνολο ιατρών ειδικότητας n/n (%)	Σύνολο συμμετεχόντων/ σύνολο ιατρών n/n (%)	Συνολική συμμετοχή στη μελέτη n/n (%)
Ευαγγελισμός	33/84 (39,3)	22/46 (47,8)	55/130 (42,3)	55/223 (24,6)
Λαϊκό	15/55 (27,3)	22/52 (42,3)	37/107 (34,6)	37/223 (16,6)
Αγ.Σοφία	13/32 (40,6)	6/15 (40)	19/47 (40,4)	19/223 (8,5)
Αττικόν	20/37 (54)	12/26 (46,2)	32/63 (50,8)	32/223 (14,3)
Αλεξάνδρα	20/26 (77)	14/32 (44)	34/58 (58,6)	34/223 (15,2)
Ελ.Βενιζέλου	-	12/66 (18,2)	12/66 (18,2)	12/223 (5,4)
Θριάσιο	9/22 (41)	4/17 (23,5)	13/39 (33,3)	13/223 (5,8)
Ασκληπιείο Βούλας	8/20 (40)	13/18 (72,2)	21/38 (55,3)	21/223 (9,4)

Συμμετοχή ανά βαθμίδα στο σύνολο των ιατρών στα οκτώ Νοσοκομεία

Βαθμίδα ιατρού	Σύνολο συμμετοχής ιατρών/σύνολο ιατρών ανά βαθμίδα n/n (%)
Διευθυντές/ Ειδικευμένοι	49/214 (23)
Ειδικευόμενοι	170/334 (50,9)
Σύνολο	548 (100,0)

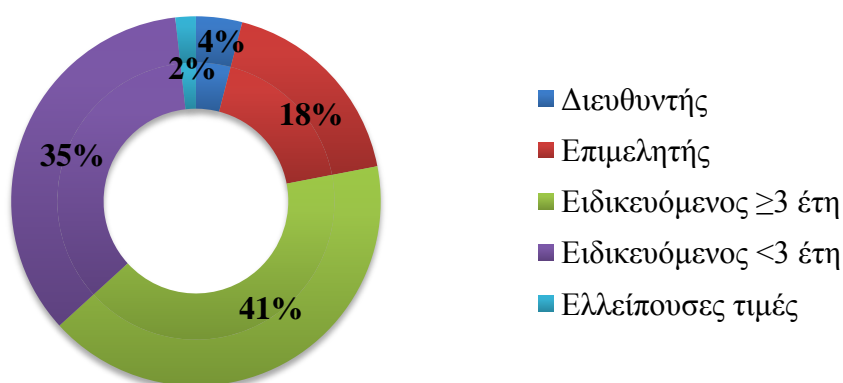
Το φύλο των συμμετεχόντων ήταν σχεδόν ισομερώς κατανομημένο (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Φύλο συμμετεχόντων ιατρών		
Φύλο	Συχνότητα n (%)	
Άρρεν	118 (52,9)	
Θήλυ	101 (45,3)	
Άλλο	1 (0,4)	
Ελλείπουσες τιμές	3 (1,3)	
Σύνολο	223 (100,0)	
Ηλικία συμμετεχόντων ιατρών		
Ηλικιακή ομάδα	Συχνότητα n (%)	95% Δ.Ε.
≤29	45 (20,2)	15,12-26,05
30-39	105 (47,1)	40,39-53,86
40-49	24 (10,7)	7,02-15,59
50-59	10 (4,5)	2,17-8,09
≥60	3 (1,3)	0,28-3,88
Ελλείπουσες τιμές	36 (16,1)	11,57-21,64
Σύνολο	223 (100,0)	

Η μέση ηλικία στο δείγμα ήταν 35 έτη ± 8 τυπικές αποκλίσεις. Η πιο μικρή ηλικία που καταγράφηκε ήταν 23 έτη ενώ η μεγαλύτερη 65 έτη. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν μεταξύ 30-39 ετών (47,1%), αμέσως μετά η κατηγορία <29 ετών (20,2%) και στη συνέχεια καταγράφηκαν >40 ετών ιατροί (16,5%). (Πίνακας 2).

Ο βαθμός των ιατρών που συμμετείχαν παρουσιάζεται στο Γράφημα 1. Η πλειονότητα των ιατρών ήταν ειδικευόμενοι ≥ 3 έτη ($n=92$), ανεξαρτήτου ειδικότητας. Αμέσως μετά ειδικευόμενοι <3 έτη ($n=78$), ακολουθούν οι Ειδικευμένοι-Επιμελητές ($n=40$) και τέλος οι Διευθυντές ($n=9$).

Γράφημα 1: Βαθμός συμμετεχόντων ιατρών



Ερώτημα 1

Η συχνότητα που οι ιατροί αναγνωρίζουν και έρχονται σε επαφή με ΕΚΟ στα ΤΕΠ των οκτώ Νοσοκομείων που διεξήχθη η έρευνα αποτυπώνεται στο σύνολο των ιατρών (Πίνακας Π4, Παράρτημα II):

- Σε ό,τι αφορά τους πρόσφυγες, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ιατρών, η προσέλευση τους χαρακτηρίζεται συχνή κατά 30,4%, μέτρια (28,2%) και σε αρκετές περιπτώσεις πολύ συχνή (24,5%).
- Στους μετανάστες καταγράφηκε συχνή παρουσία στα ΤΕΠ (36,3%), πολύ συχνή κατά 31,6% και σε μέτριο επίπεδο (25,6%).
- Άτομα που έχουν υποστεί κακοποίηση ή είναι θύματα βασανιστηρίων κατά κύριο λόγο σύμφωνα με τους ιατρούς προσέρχονται σπάνια (38,1%) έως καθόλου (34%).
- Ασυνόδευτα ανήλικα κατά πλειοψηφία δεν έχουν καθόλου προσέλευση στα ΤΕΠ (44,9%) ενώ σε πολλές περιπτώσεις είναι δύσκολο να αναγνωριστούν από τους ιατρούς (33,7%).
- Στα ΑμεΑ καταγράφηκε σχετικά μικρή διαφορά συχνότητας προσέλευσης με κυρίαρχες τη σπάνια (36,7%) και μέτρια (28,5%).
- Οι μακροχρόνια άνεργοι έχουν συχνή παρουσία στα ΤΕΠ (37,5%) έως πολύ συχνή (28,5%).
- Οι ΧΕΝ επισκέπτονται μέτρια (34,8%) τις δομές των ΤΕΠ και συχνά σε ποσοστό 27,2%.

- Εξαρτημένα άτομα σε μέτριο κυρίως επίπεδο (27,6%) απευθύνονται στα ΤΕΠ, χωρίς ωστόσο μεγάλες διαφορές από την αξιολόγηση της συχνής (23%) και σπάνιας προσέλευσης (22,6%).
- Όσον αφορά τα άτομα που ζουν με HIV/AIDS οι απαντήσεις διακυμαίνονται. Καταγράφηκε σπάνια προσέλευση κατά 39,7%, ποσοστό σχεδόν διπλάσιο από αυτούς που απάντησαν μέτρια επισκεψιμότητα (21%) ενώ οι απαντήσεις συχνά (14,2%) και καθόλου (15%) είναι πολύ κοντά, αν και διαφορετικές.
- Εκδιδόμενα άτομα σύμφωνα με τους ιατρούς δεν επισκέπτονται τα ΤΕΠ κατά 37,1% ενώ σπάνια απάντησε το 30,3%. 20,3% των ιατρών δεν αναγνωρίζει τα άτομα αυτά.
- Ψυχικά ασθενείς είναι συχνοί χρήστες των υπηρεσιών των ΤΕΠ σε ποσοστό 32,7% και σε μέτριο βαθμό κατά δεύτερο λόγο (28,1%).
- Σχεδόν μισοί από τους ιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνα (49,3%) δεν ήταν σε θέση να αναγνωρίσουν θύματα εμπορίας ανθρώπων (trafficking) ενώ 30,8% αξιολόγησαν ως μηδαμινή την προσέλευση τους στον χώρο των ΤΕΠ.
- Η κατηγορία των αποφυλακισμένων ατόμων δεν παρατηρείται από τους ιατρούς (30,3%), ενώ πολύ κοντά είναι και το ποσοστό των ιατρών που απάντησαν είτε ότι προσέρχονται σπάνια (27,1%) είτε ότι δε γνωρίζει (25,8%).
- Οι άστεγοι έχουν σύμφωνα με τους ιατρούς κλιμακούμενη παρουσία στα ΤΕΠ. Μέτρια απάντησαν 30,2% των ιατρών, σπάνια το 23,4% και συχνά το 23%.
- Η LGBTQI+ κοινότητα αναγνωρίζεται σπάνια κατά 29,6%, αρκετοί ιατροί δε γνωρίζουν (23%) ή αξιολογούν ως καθόλου την παρουσία τους (19,2%).
- Ρομά/Αθίγγανοι προσέρχονται πολύ συχνά κατά 33,5% έως και συχνά (24,2%). Παρόμοιο ποσοστό συγκέντρωσαν οι ιατροί που αξιολόγησαν ως σπάνια (19,5%) και μέτρια (19%) παρουσία Ρομά στα ΤΕΠ των Νοσοκομείων που εξετάζονται.
- Στην κατηγορία «Άλλο» δεν καταγράφηκε καμία προσθήκη ευάλωτης κατηγορίας εκ μέρους των ιατρών.

Ερωτήματα 2-2.3

50 στους 223 ιατρούς απάντησαν θετικά στο αν γνωρίζουν ή έχουν λάβει οποιαδήποτε μορφή ενημέρωσης που αφορά τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ΕΚΟ (Πίνακας 3). Η πλειοψηφία των ιατρών (77,1%) δεν γνωρίζει ή δεν έχει λάβει σχετική ενημέρωση.

Πίνακας 3

Γνώση/Ενημέρωση ιατρών σχετικά με τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ευπαθών ομάδων	Συχνότητα n (%)	95% Δ.Ε.
Ναι	50 (22,4)	17,12-28,47
Όχι	172 (77,1)	71,05-82,47
Ελλείπουσες τιμές	1 (0,4)	0,01-2,47
Σύνολο	223 (100,0)	

Όπου «ναι», αναφορά πηγής ενημέρωσης σχετικά με τα κοινωνικά δικαιώματα των ευπαθών ομάδων	Συχνότητα n (%)	95% Δ.Ε.
Κοινωνικός Λειτουργός	22 (44)	29,99-58,75
Νομοθεσία	14 (28)	16,23-42,49
Διαδίκτυο	24 (48)	33,66-62,58
Προϊστάμενος	9 (18)	8,58-31,44
Συνέδριο	6 (12)	4,53-24,31
Ιατρική Σχολή	6 (12)	4,53-24,31
Άλλο	5 (10)	0,05-10,65

48% των ιατρών που απάντησαν **Ναι** στην άνωθι ερώτηση έχουν ενημερωθεί διαδικτυακά ενώ ως δεύτερη πηγή ενημέρωσης αναφέρεται η κοινωνική υπηρεσία (44%). Αμέσως μετά η Νομοθεσία, ο Προϊστάμενος, κάποιο συνέδριο ή μέσω ιατρικής σχολής. Στη συγκεκριμένη ερώτηση, οι ιατροί είχαν το δικαίωμα να επιλέξουν πάνω από μια πηγή πληροφόρησης από τις προϋπάρχουσες ή και να συμπληρώσουν κατά βούληση «Άλλο».

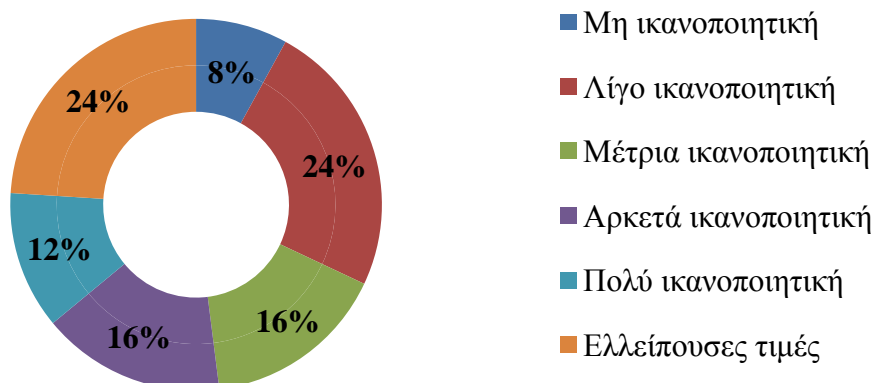
Ως άλλη πηγή ενημέρωσης αναφέρθηκαν:

- Hot Spot
- Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ)
- Μεταπτυχιακό
- Μη Κυβερνητική Οργάνωση (ΜΚΟ)
- Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διεθνής Ιατρική και Διαχείριση Κρίσεων Υγείας»,

ισόποσα από μια απάντηση, δηλαδή σε ποσοστό 2% η καθεμία επιλογή.

Η πλειοψηφία εκείνων που απάντησαν ότι έχουν λάβει ενημέρωση σχετικά με τα νόμιμα δικαιώματα των ΕΚΟ, αυτοαξιολογεί την κατάρτιση τους λίγο ικανοποιητική σε ποσοστό 24% και 16% ως αρκετά και μέτρια ικανοποιητική (Γράφημα 2).

Γράφημα 2: Αυτοαξιολόγηση ιατρών κατάρτισης της γνώσης τους σχετικά με τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ευπαθών ομάδων πληθυσμού



Η πλειοψηφία (60%) όσων είχαν λάβει γνώση την είχε επικαιροποιήσει το τελευταίο έτος, ενώ το υπόλοιπο 26% τα τελευταία 2 έτη ή και παραπάνω (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Πότε έλαβαν ενημέρωση οι ιατροί σχετικά με τα δικαιώματα και ανάγκες των ευπαθών ομάδων πληθυσμού	
	Συχνότητα n (%)
Το τελευταίο έτος	30 (60)
≤2 έτη	6 (12)
>2 έτη	7 (14)
Ελλείπουσες τιμές	7 (14)
Σύνολο	50 (100,0)

Ερωτήματα 3-3.3

Τα νομιμοποιητικά έγγραφα ασθενούς, όπως διαβατήριο ή ροζ κάρτα, που μπορεί να αφορούν ιατρικές υπηρεσίες, εργαστηριακές/απεικονιστικές εξετάσεις ή νοσηλεία που δικαιούται κάποιος, κρίνουν ότι μπορούν μέτρια να τα διαχειριστούν η πλειοψηφία του δείγματος (44,8%). Τριπλάσιο ποσοστό ιατρών έκρινε ότι «δεν ανήκει στα καθήκοντα τους» η γνώση του τι δικαιούται βάσει νομιμοποιητικών του εγγράφων ένας ασθενής (23,7%) ή να ενημερώνουν για τα κοινωνικά του δικαιώματα (25,1%), σε σχέση με τη διαχείριση λεκτικής επικοινωνίας αυτή καθ' αυτή (8,5%). Συγκεκριμένα, σε μέτριο επίπεδο δύναται η πλειονότητα των ιατρών να διαχειριστεί μετάφραση, γλωσσική και πολιτισμική διαμεσολάβηση ασθενών που ανήκουν στις ΕΚΟ (51,5%). Τέλος, σε ό,τι αφορά την ενημέρωση ασθενών για κοινωνικά δικαιώματα και υποχρεώσεις τους (όπως επίδομα, νομική συνδρομή, κ.α.) οι περισσότεροι ιατροί απάντησαν ότι δεν δύνανται καθόλου να τα διαχειριστούν (38,5%).

Πίνακας 5. Πόσο έτοιμος αισθάνεται ο ιατρός να διαχειριστεί διαδικασίες που αφορούν τις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού

	Νομιμοποιητικά έγγραφα ασθενούς n (%)	Λεκτική επικοινωνία n (%)	Ενημέρωση για τα κοινωνικά δικαιώματα και υποχρεώσεις τους n (%)
Καθόλου	48 (21,5)	46 (20,6)	86 (38,5)
Μέτρια	100 (44,8)	115 (51,5)	66 (29,6)
Πολύ	20 (8,9)	40 (17,9)	13 (5,8)
Δεν ανήκει στα καθήκοντα μου	53 (23,7)	19 (8,5)	56 (25,1)
Ελλείπουσες τιμές	2 (0,9)	3 (1,3)	2 (0,9)
Σύνολο	223 (100,0)	223 (100,0)	223 (100,0)

Ερώτημα 4

Το 94% των ιατρών γνωρίζει την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας στο Νοσοκομείο που εργάζονται. 4% των ιατρών δεν γνώριζε αν υπήρχε κοινωνική υπηρεσία και 1% υποστήριξε ότι δεν υπάρχει στο Νοσοκομείο τους (Γράφημα Π2, Παράρτημα ΙΙ).

Από εκείνους που απάντησαν ότι αγνοούν την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας ήταν: ένας ειδικευόμενος ≥ 3 έτη και οι υπόλοιποι επτά < 3 έτη. Δύο από το Νοσοκομείο Λαϊκό, τρεις από το Αττικόν, δύο από το Αλεξάνδρα και ένας από το Θριάσιο. Από τους ιατρούς που υποστήριξαν ότι δεν υπάρχει κοινωνική υπηρεσία στο Νοσοκομείο ήταν: ένας ειδικευόμενος ≥ 3 έτη και δύο ειδικευόμενοι < 3 έτη και από τα Νοσοκομεία: Αττικόν, Αλεξάνδρα, και Θριάσιο Νοσοκομείο αντίστοιχα.

Ερώτημα 5

Οι ιατροί που γνωρίζουν ότι μπορούν να παραπέμψουν κάποιον ασθενή στην κοινωνική υπηρεσία αποτελούν πλειοψηφία κατά 90,6%, με ένα μικρό ποσοστό να μη γνωρίζει αυτή τη δυνατότητα (6,7%) (Πίνακας Π5, Παράρτημα II).

Από εκείνους που απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν να παραπέμψουν στην κοινωνική υπηρεσία ήταν: δύο Επιμελητές (13,3%), έξι Ειδικευόμενοι ≥ 3 έτη (40%), επτά Ειδικευόμενοι < 3 έτη (46,7%). Εξ' αυτών: τρεις στο Νοσοκομείο Ευαγγελισμός (20%), τέσσερις στο Λαϊκό (26,7%), ένας στο Αγ.Σοφία (6,7%), δύο στο Αττικόν (13,3%), τέσσερις στο Αλεξάνδρα (26,7%) και ένας στο Θριάσιο (6,7%).

Ερώτημα 6

Η κατανομή του δείγματος όσον αφορά τη συχνότητα παραπομπής ασθενών από τα ΤΕΠ στην κοινωνική υπηρεσία είναι σπάνια (54,7%), αμέσως μετά κατά 30,9% «συχνά», 6,3% απάντησε καθόλου και 5,8% καθημερινά/σχεδόν καθημερινά (Γράφημα Π3, Παράρτημα II).

Ερώτημα 7

Η πλειοψηφία των ιατρών κρίνει ότι η κοινωνική υπηρεσία διευκολύνει το έργο τους (65%) ενώ 23,3% απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 6. Διευκόλυνση του ιατρικού έργου από την κοινωνική υπηρεσία μετά από παραπομπή ασθενούς	
	Συχνότητα n (%)
Ναι	145 (65)
Όχι	52 (23,3)
Δε γνωρίζω	21 (9,4)
Ελλείπουσες τιμές	5 (2,2)
Σύνολο	223 (100,0)

Από έλεγχο που έγινε ομαδοποιώντας τις απαντήσεις ανά Νοσοκομεία, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά ή κλίση μεταξύ τους.

Ερωτήματα 8-9

Η παραπομπή ενός ασθενούς στην κοινωνική υπηρεσία φαίνεται να δυσχεραίνεται περισσότερο κατά τη νυχτερινή βάρδια και Σαββατοκύριακα/Αργίες, κατά 70% και 61% αντίστοιχα. Αμέσως μετά έρχεται η απογευματινή βάρδια, σε ποσοστό 23,7% και ακολουθούν οι υπόλοιπες.

48,9% των ιατρών αναγνωρίζουν την ανάγκη πλήρους ωραρίου των Κοινωνικών Λειτουργών, καθ' όλη τη διάρκεια του 24ωρου. 43% έκριναν ότι αρκεί η εφημερία τηλεφωνικής ετοιμότητας τους.

Πίνακας 7	
Δυσκολία παραπομπής ασθενούς στην κοινωνική υπηρεσία	Συχνότητα n (%)
Πρωινή βάρδια	6 (2,7)
Απογευματινή βάρδια	53 (23,7)
Νυχτερινή βάρδια	156 (69,9)
Σαββατοκύριακα/Αργίες	136 (60,9)
Σε όλες τις βάρδιες	20 (8,9)
Καμία	3 (1,3)
Χρησιμότητα εφημερίας κοινωνικού λειτουργού	
Συχνότητα n (%)	
Ναι, σε 24ωρη βάρδια	109 (48,9)
Ναι, σε on-call εφημερία	96 (43)
Όχι	14 (6,3)
Ελλείπουσες τιμές	4 (1,8)
Σύνολο	223 (100,0)

Ερωτήματα 10-11

Η πλειοψηφία των ιατρών (79,4%) εκδηλώνει ενδιαφέρον για ενημέρωση σχετικά με τα δικαιώματα και τις ανάγκες των ΕΚΟ. Επίσης, 51,6% των ιατρών απάντησαν ότι διευκολύνει να γνωρίζουν και να ενημερώνουν για τα δικαιώματα τους ασθενείς ευπαθών ομάδων με απώτερο στόχο την ολιστική τους προσέγγιση, ενώ το υπόλοιπο 47% κρίνει ότι δεν ανήκει στα πλαίσια των καθηκόντων του ιατρού.

Πίνακας 8	
Χρησιμότητα ενημέρωσης ιατρών για δικαιώματα και ανάγκες των ευπαθών ομάδων πληθυσμού	Συχνότητα n (%)
Ναι, θα με ενδιέφερε	177 (79,4)
Όχι, δεν θα με ενδιέφερε	42 (18,8)
Ελλείπουσες τιμές	4 (1,8)
Σύνολο	223 (100,0)
Αν είναι στα πλαίσια καθηκόντων του ιατρού να γνωρίζει/ ενημερώνει για τα δικαιώματα κάθε κοινωνικής ομάδας	
Συχνότητα n (%)	
Ναι, διευκολύνει την ολιστική προσέγγιση του ασθενούς	115 (51,6)
Όχι, θεωρώ ότι αφορά την κοινωνική υπηρεσία	105 (47)
Ελλείπουσες τιμές	3 (1,4)
Σύνολο	223 (100,0)

Ερώτημα συχνότητας προσέλευσης των ΕΚΟ στα ΤΕΠ

Στην αναζήτηση της συχνότητας προσέλευσης των ΕΚΟ στα ΤΕΠ των Νοσοκομείων και ως εκ τούτου της αποτύπωσης ανάγκης για γνώση γύρω από αυτές τις ομάδες, τέθηκε ως κριτήριο οι ιατροί που θα απαντήσουν να εργάζονται ≥ 3 έτη στο ίδιο Νοσοκομείο ώστε να έχουν συγκριτική εικόνα.

- 70,9% υποστήριξε ότι η προσέλευση των ΕΚΟ παρουσιάζει μεγάλη αύξηση.
- 21,2% τείνει προς μικρότερη μεν, αύξηση δε.

Πίνακας 9. Προσέλευση ευπαθών ομάδων στα ΤΕΠ τα τελευταία έτη		
	Συχνότητα n (%)	95% Δ.Ε.
Μεγάλη αύξηση	90 (70,9)	62,1-78,6
Μικρή αύξηση	27 (21,2)	14,5-29,4
Στα ίδια επίπεδα	8 (6,3)	2,7-12,0
Μείωση	2 (1,6)	0,2-5,5
Σύνολο	127 (100,0)	

Αφού έγινε έλεγχος για κάθε Νοσοκομείο ξεχωριστά, παρατηρήθηκε ότι η τάση αυτή κυριαρχούσε σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Ερώτημα παροχής δωρεάν πρόσβασης

Σχετικά με τη γνώμη των ιατρών για παροχή δωρεάν πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας στις ΕΚΟ, 87% των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα συμφωνούν να παρέχεται δωρεάν περίθαλψη στις ευάλωτες ομάδες και το 9,9% δεν συμφωνεί. Στη δικαιολόγηση της όποιας απάντησης τους πολλές απαντήσεις ήταν κοινές ή με κοινό εννοιολογικό υπόβαθρο. Ομαδοποιώντας τες η κατανομή τους παρουσιάζεται στον Πίνακα Π6, Παράρτημα ΙΙ.

Το 50,6% των ιατρών τεκμηρίωσαν γραπτώς την απάντησή τους (n=113). Η πλειοψηφία (13,5%) όσων απάντησαν ναι στη δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας των ΕΚΟ, ανέφεραν λόγους σχετικούς με τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη φύση της ιατρικής ως ανθρωπιστικό λειτούργημα. Την κατανομή ακολούθησε η απάντηση «ναι, αλλά με προϋποθέσεις» (8,5%) όπως νόμιμα έγγραφα μεταναστών, εισφορά και ότι δεν είναι ευάλωτες κάποιες ομάδες που αναφέρθηκαν. Ανάλογο ποσοστό (8%) συγκέντρωσε και η απάντηση «Υγεία για όλους».

Η πλειοψηφία των απαντήσεων με αρνητική στάση ως προς την παροχή δωρεάν πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας των ΕΚΟ (2,7%) έθεσε οικονομικούς λόγους και ζήτημα συνεισφοράς όλων στο σύστημα υγείας.

3.2. Στατιστική συσχέτιση αποτελεσμάτων ιατρών

Μετά τη συλλογή των αποτελεσμάτων εφαρμόστηκε στατιστική συσχέτιση τους (Pearson χ^2 test) ώστε να ερμηνευθούν πιθανά ευρήματα. Αναλογιζόμενοι την ερευνητική μας υπόθεση ότι υπάρχει κενό στη γνώση των ιατρών σχετικά με δικαιώματα και ανάγκες των ΕΚΟ, εξετάσαμε το ερώτημα 2: «Γνωρίζετε ή έχετε λάβει ενημέρωση σχετικά με τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ομάδων αυτών;» με δημογραφικά στοιχεία των ιατρών καθώς και με χαρακτηριστικά που εξετάστηκαν (Πίνακας 10).

Από αυτούς που έχουν λάβει γνώση σχετικά με τα δικαιώματα των ΕΚΟ το 46% ήταν άνδρες και το 54% γυναίκες (p -value=0,189). 56,3% των ιατρών που έχουν λάβει γνώση είναι <34 ετών και 35,4% είναι μεταξύ ηλικίας 35-45. Από αυτούς που δεν έχουν λάβει γνώση το μεγαλύτερο ποσοστό (65,6%) παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα ≤ 34 ετών (p -value=0,166). Όσον αφορά την ειδικότητα όσων έχουν λάβει γνώση το 46% είναι Παθολόγοι, 28% Χειρουργοί, 6% Παιδίατροι-Παιδοχειρουργοί και 20% Γυναικολόγοι (p -value=0,173).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της γνώσης που έχει λάβει ο ιατρός και του βαθμού που υπηρετεί. Μεταξύ αυτών που έχουν λάβει γνώση 18% είχαν το βαθμό Διευθυντή/Επιμελητή, 58% ήταν ειδικευόμενοι ≥ 3 έτη και 24% ειδικευόμενοι <3 ετών (p -value=0,027). Οι ιατροί που γνωρίζουν για τα δικαιώματα των ΕΚΟ και παραπέμπουν καθημερινά/συχνά στην κοινωνική υπηρεσία είναι 48% ενώ εκείνοι που δεν έχουν λάβει σχετική γνώση 34,7%. Το εύρημα αυτό αγγίζει οριακά το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (p -value=0,090).

Το 90% των ιατρών που έχουν γνώση/ενημέρωση επί των δικαιωμάτων των ΕΚΟ πιστεύουν ότι είναι χρήσιμο να ενημερώνονται συστηματικά για τις ανάγκες αυτών των ομάδων πληθυσμού. Αντίστοιχα, από αυτούς που δεν είχαν λάβει γνώση, 78% θεώρησε εξίσου χρήσιμη μια τέτοιου είδους ενημέρωση. Όσον αφορά το αν θεωρούν οι ιατροί ότι είναι στα πλαίσια των καθηκόντων τους να γνωρίζουν και να ενημερώνουν για τα δικαιώματα των ΕΚΟ, αυτοί που είχαν λάβει γνώση συμφωνούσαν σε ποσοστό 64% και αυτοί που δεν είχαν λάβει κατά 48,5%. Και οι δύο αυτές συσχετίσεις βρέθηκαν οριακά στατιστικά σημαντικές με p -value=0,058 και p -value=0,054 αντίστοιχα.

Πίνακας 10. Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων-χαρακτηριστικών με τη γνώση ή λήψη ενημέρωσης σχετικά με τα δικαιώματα ΕΚΟ στο σύνολο του δείγματος (N=223)

Μεταβλητή	Γνωρίζω/έχω ενημερωθεί n (%)	Δε γνωρίζω/δεν έχω ενημερωθεί n (%)	Σύνολο n (%)	p-value
Φύλο				
Ανδρας	23 (46)	95 (56,5)	118 (54,1)	
Γυναίκα	27 (54)	73 (43,5)	100 (45,9)	
Σύνολο	50 (100,0)	168 (100,0)	218 (100,0)	0,189
Ηλικιακές ομάδες				
<34	27 (56,3)	101 (65,6)	128 (63,4)	
35-45	17 (35,4)	34 (22,1)	51 (25,2)	
≥46	4 (8,3)	19 (12,3)	23 (11,4)	
Σύνολο	48 (100,0)	154 (100,0)	202 (100,0)	0,166
Ειδικότητα				
Παθολόγος	23 (46)	79 (47,6)	102 (47,2)	
Χειρουργός	14 (28)	56 (33,7)	70 (32,4)	
Παιδίατρος/ Παιδοχειρουργός	3 (6)	16 (9,6)	19 (8,8)	
Γυναικολόγος	10 (20)	15 (9)	25 (11,6)	
Σύνολο	50 (100,0)	166 (100,0)	216 (100,0)	0,173
Βαθμός				
Διευθυντές-Ειδικευμένοι	9 (18)	40 (23,8)	49 (22,5)	
Ειδικευόμενοι ≥3 έτη	29 (58)	62 (36,9)	91 (41,7)	
Ειδικευόμενοι <3 έτη	12 (24)	66 (39,3)	78 (35,8)	
Σύνολο	50 (100,0)	168 (100,0)	218 (100,0)	0,027
Συχνότητα παραπομπής				
Καθημερινά-συχνά	24 (48)	58 (34,7)	82 (37,8)	
Σπάνια-Καθόλου	26 (52)	109 (65,3)	65,3 (135)	
Σύνολο	50 (100,0)	167 (100,0)	217 (100,0)	0,090
Χρησιμότητα ενημέρωσης				
Ναι	45(90)	131 (78)	176 (80,7)	
Όχι	5 (10)	37 (22)	42 (19,3)	
Σύνολο	50 (100,0)	168 (100,0)	218 (100,0)	0,058
Πλαίσιο καθηκόντων ιατρού για ενημέρωση				
Ναι	32 (64)	82 (48,5)	114 (52,1)	
Όχι	18 (36)	87 (51,5)	105 (47,9)	
Σύνολο	50 (100,0)	169 (100,0)	219 (100,0)	0,054
Δωρεάν πρόσβαση ΕΚΟ				
Ναι	43 (87,8)	150 (90,4)	193 (89,8)	
Όχι	6 (12,2)	16 (9,6)	22 (10,2)	
Σύνολο	50 (100,0)	166 (100,0)	215 (100,0)	0,597

Μετά από έλεγχο δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ απαντήσεων για παροχή ή μη δωρεάν πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας με το βαθμό (p -value=0,145), την ειδικότητα (p -value=0,68), το φύλο (p -value=0,73) ή την ηλικία (p -value=0,70).

Στη συνέχεια, εφαρμόστηκαν μοντέλα πολλαπλής λογαριθμικής παλινδρόμησης (όπου p -value<0,20) για να εξετάσουμε την ενημέρωση που έχουν λάβει οι ιατροί σχετικά με τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ΕΚΟ (εξαρτημένη μεταβλητή) εξετάζοντας μια σειρά από χαρακτηριστικά του δείγματος. Οι ερωτήσεις που εξετάστηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές στο μοντέλο πολλαπλής λογαριθμικής παλινδρόμησης ήταν: φύλο, ηλικία σε ομάδες, ειδικότητα και βαθμίδα ιατρού, εάν γνωρίζει τη δυνατότητα παραπομπής ασθενούς στην κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου, συχνότητα παραπομπής στην κοινωνική υπηρεσία, εάν θεωρεί χρήσιμο να ενημερώνεται συστηματικά για τα δικαιώματα και ανάγκες των ΕΚΟ, εάν θεωρεί ότι είναι στα πλαίσια των καθηκόντων του να γνωρίζει και να ενημερώνει για τα δικαιώματα της κάθε κοινωνικής ομάδας και τέλος εάν συμφωνεί να παρέχεται δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στις ΕΚΟ.

Στον Πίνακα 11, βλέπουμε ότι το εάν οι ιατροί έχουν ενημέρωση σχετικά με τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ΕΚΟ δεν φαίνεται να επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικιακή ομάδα και ειδικότητα που έχει ο ιατρός. Συγκεκριμένα οι άνδρες ιατροί έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν λάβει γνώση σχετικά με τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ΕΚΟ σε σχέση με τις γυναίκες ιατρούς, αλλά αυτή η συσχέτιση δεν είναι στατιστικά σημαντική. Το να είναι Παθολόγος, Χειρουργός ή Παιδίατρος/Παιδοχειρουργός έχει περισσότερες πιθανότητες να έχει λάβει γνώση σχετικά με τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ΕΚΟ σε σχέση με το να είναι Γυναικολόγος, (OR=2,37, 95%Δ.Ε.=0,74-7,58; OR=2,01, 95%Δ.Ε.=0,59-6,84; OR=4,10, 95%Δ.Ε.=0,72-23,24, αντίστοιχα), συσχέτιση που δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Το να έχουν λάβει οι ιατροί ενημέρωση σχετικά με τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ΕΚΟ φαίνεται να σχετίζεται με τη βαθμίδα που έχει ο ιατρός. Αν είναι ειδικευόμενος ≥ 3 έτη σε σχέση με το να είναι ειδικευόμενος < 3 έτη, έχει λιγότερες πιθανότητες να έχει λάβει ενημέρωση σχετικά με τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ΕΚΟ, συσχέτιση που είναι αρκετά στατιστικά σημαντική (OR=0,37, 95%Δ.Ε.=0,15-0,89; p -value=0,027). Το να έχει βαθμό Επιμελητή ή Διευθυντή επίσης αποδίδει λιγότερες πιθανότητες γνώσης/ενημέρωσης σχετικά με τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ΕΚΟ σε σχέση με το να είναι ιατρός ειδικευόμενος < 3 έτη, συσχέτιση που όμως δεν αποδείχτηκε στατιστικά σημαντική στην ανάλυσή μας (OR=0,74, 95%Δ.Ε.=0,18-3,05; p -value=0,672).

Το να γνωρίζουν οι ιατροί ότι πρέπει να παραπέμπουν τον ασθενή στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου δεν φάνηκε να σχετίζεται με την ενημέρωση που έχουν σχετικά με τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ΕΚΟ (OR=1,09; 95%Δ.Ε.= 0,25-4,73; p-value=0,907). Η συχνότητα παραπομπής των ιατρών στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου δεν φάνηκε να σχετίζεται με το εάν έχουν ενημέρωση σχετικά με τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ΕΚΟ (OR=0,66; 95%Δ.Ε.= 0,31-1,45; p-value=0,314).

Το εάν οι ιατροί έχουν ενημερωθεί σχετικά με τα δικαιώματα των ΕΚΟ δεν σχετίστηκε με αυτούς που θεωρούν ότι είναι χρήσιμο να ενημερώνονται συστηματικά για τα δικαιώματα και τις ανάγκες των ευπαθών πληθυσμών (OR=0,39; 95%Δ.Ε.=0,11-1,40; p-value=0,148). Η ανάλυσή μας δεν έδειξε συσχέτιση μεταξύ της ενημέρωσης που έχουν οι ιατροί σχετικά με τα δικαιώματα των ΕΚΟ και με αυτούς που θεωρούν ότι είναι στα πλαίσια των καθηκόντων τους να γνωρίζουν και να ενημερώνονται για τα δικαιώματα της κάθε κοινωνικής ομάδας (OR=0,61; 95%Δ.Ε.=0,27-1,36; p-value=0,224).

Το εάν οι ιατροί συμφωνούν στο να παρέχεται δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες δεν σχετίστηκε επίσης με το εάν έχουν λάβει γνώση σχετικά με τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ΕΚΟ (OR=1,93; 95%Δ.Ε.=0,57-6,55; p-value=0,294).

Πίνακας 11. Αποτελέσματα πολλαπλής λογαριθμικής παλινδρόμησης μεταξύ γνώσης ιατρών για δικαιώματα ΕΚΟ και χαρακτηριστικών-μεταβλητών του δείγματος (N=223)

Μεταβλητή	OR	95% Δ.Ε.	p-value
Φύλο			
Άνδρας	1,78	0,82-8,84	0,143
Γυναίκα	Κατηγορία αναφοράς		
Ηλικιακή ομάδα			
≤34	0,69	0,12-4,02	0,676
35-45	0,49	0,10-2,39	0,374
≥46	Κατηγορία αναφοράς		
Ειδικότητα ιατρού			
Παθολόγος	2,37	0,74-7,58	0,147
Χειρουργός	2,01	0,59-6,84	0,262
Παιδίατρος/Παιδοχειρουργός	4,10	0,72-23,24	0,111
Γυναικολόγος	Κατηγορία αναφοράς		
Βαθμίδα ιατρού			
Διευθυντής/Επιμελητής	0,74	0,18-3,05	0,672
Ειδικευόμενος ≥3 έτη	0,37	0,15-0,89	0,027
Ειδικευόμενος <3 έτη	Κατηγορία αναφοράς		
Γνώση παραπομπής στην κοινωνική υπηρεσία			
Ναι	1,09	0,25-4,73	0,907
Όχι	Κατηγορία αναφοράς		
Συχνότητα παραπομπής στην κοινωνική υπηρεσία			
Καθημερινά/Συχνά	0,66	0,31-1,45	0,314
Σπάνια/Καθόλου	Κατηγορία αναφοράς		
Χρησιμότητα ενημέρωσης δικαιωμάτων ΕΚΟ			
Ναι	0,39	0,11-1,40	0,148
Όχι	Κατηγορία αναφοράς		
Είναι στα πλαίσια των καθηκόντων του ιατρού να γνωρίζει και να ενημερώνει για δικαιώματα των ΕΚΟ			
Ναι	0,61	0,27-1,36	0,224
Όχι	Κατηγορία αναφοράς		
Δωρεάν πρόσβαση ΕΚΟ			
Ναι	1,93	0,57-6,55	0,294
Όχι	Κατηγορία αναφοράς		

3.3. Ποιοτική έρευνα κοινωνικών λειτουργών

Από τα οκτώ Νοσοκομεία που εξετάζουμε όλες οι κοινωνικές υπηρεσίες ανταποκρίθηκαν στον καθορισμό συναντήσεων με προσωπική επικοινωνία (ποσοστό ανταπόκρισης 100%).

Ερωτήματα 1-2

Καταγράφηκαν οι οργανικές θέσεις των Κοινωνικών Λειτουργών, όσων ήταν εν ενεργεία την περίοδο που διεξήχθη η μελέτη καθώς και σύνολο κλινών του εκάστοτε Νοσοκομείου (Πίνακας 12). Η επάρκεια του ανθρώπινου δυναμικού βάσει διεθνών καλών πρακτικών αναλογεί σε έναν (1) Κοινωνικό Λειτουργό (ΚΛ)/50 κλίνες και έναν (1) Κοινωνικό Λειτουργό/25 κλίνες σε ειδικά Νοσοκομεία (ΣΚΛΕ, 2013).

Πίνακας 12. Αναλογία Κοινωνικών Λειτουργών-Κλινών βάσει καλών πρακτικών					
Νοσοκομείο/Κλίνες	Οργανικές θέσεις ΚΛ n	ΚΛ που υπηρετούν n	Κάλυψη ΚΛ % βάσει οργανικών θέσεων	ΚΛ που χρειάζονται n/κλίνες με υπάρχοντες ΚΛ n	Κάλυψη ΚΛ % που υπηρετούν βάσει ΚΛ διεθνών πρακτικών
Ευαγγελισμός/949	13	10+1*+1**	92,3	19/575	63,1
Λαϊκό/421	11	3	27,3	9/150	33,3
Αγ.Σοφία/750	12	7+2*	75	15/450	60
Αττικόν/730	4	3+1*	100	14/175	28,5
Αλεξάνδρα/550	6	3	50	11/150	27,2
Ελ.Βενιζέλου/500	2	2	100	10/100	20
Θριάσιο/434	10	10	100	9/500	111
Ασκληπιείο Βούλας/402	11	5+1*+2**	72,7	8/375	100

*Κοινωνικός Λειτουργός που στελεχώνει αποκλειστικά κλίνες ψυχιατρικής πτέρυγας.

**Κοινωνικοί Λειτουργοί σε μονάδες εκτός δομών του Νοσοκομείου υπαγόμενοι όμως στην κοινωνική υπηρεσία του.

Ερώτημα 3

Το Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» έχει ορίσει ειδικό καθηκοντολόγιο κοινωνικής υπηρεσίας, με ειδικό γραφείο Κοινωνικού Λειτουργού αποκλειστικά για τα ΤΕΠ, ενώ οι υπόλοιπες κοινωνικές υπηρεσίες λειτουργούν βάσει του Κώδικα Δεοντολογίας-ΦΕΚ (Γράφημα Π4, Παράρτημα ΙΙ). Η πλειοψηφία των Κοινωνικών Λειτουργών ανέφεραν ότι τα καθήκοντα τους αναφέρονται σε πολύ γενικό πλαίσιο, γεγονός που δυσχεραίνει την πρακτική εφαρμογή τους. Η ύπαρξη καθηκοντολογίου υποστήριξαν ότι θα όριζε και θα έθετε πιο ολοκληρωμένα τα πλαίσια των αρμοδιοτήτων τους ενώ θα διευκόλυνε τη συνεργασία με τους ιατρούς εφόσον κοινοποιούταν σε όλο το προσωπικό.

Ερώτημα 4

Διερευνήθηκαν οι ώρες λειτουργίας των κοινωνικών υπηρεσιών, ώστε να κατανοηθεί πλήρως η λειτουργία της. Σύμφωνα με τον Πίνακα 13, η πλειοψηφία των Κοινωνικών Λειτουργών εργάζεται πρωινές ώρες, ενώ κάποιοι και σε απογευματινό ωράριο όταν το Νοσοκομείο έχει 24ωρη γενική εφημερία και συγκεκριμένα 15:00-23:00 μ.μ. Το Νοσοκομείο παιδών «Αγ.Σοφία» έχει εφαρμόσει απογευματινό ωράριο 2φορές/εβδομάδα, τις ημέρες που λειτουργούν τα απογευματινά εξωτερικά ιατρεία, κατά τις ώρες 16:00-20:00 μ.μ. Επίσης, στο Νοσοκομείο «Έλ.Βενιζέλου» αναφέρθηκε ότι για έκτακτα περιστατικά τούς καλούν τηλεφωνικά.

Πίνακας 13. Βάρδιες λειτουργίας Κοινωνικών Υπηρεσιών ανά Νοσοκομείο

Νοσοκομείο	Πρωινή	Απογευματινή	Νυχτερινή	Απογευματινή σε 24ωρες εφημερίες	Τηλεφωνική ετοιμότητα για έκτακτα
Ευαγγελισμός	√			√	
Λαϊκό	√			√	
Αγ.Σοφία	√	√-2/εβδομάδα			
Αττικόν	√			√	
Αλεξάνδρα	√				
Έλ.Βενιζέλου	√				√
Θριάσιο	√				
Ασκληπιείο Βούλας	√				

Ερώτημα 5

Όσον αφορά το κατά πόσο κρίνουν σκόπιμο βάσει εμπειρίας να εφημερεύει Κοινωνικός Λειτουργός στο Νοσοκομείο οι απαντήσεις διαμορφώθηκαν ως εξής (Γράφημα Π5, Παράρτημα II):

- 37,5% των Κοινωνικών Λειτουργών και συγκεκριμένα στα Νοσοκομεία: «Λαϊκό», «Ελ.Βενιζέλου» και «Ασκληπιείο Βούλας» δεν θεωρούν σκόπιμο οι Κοινωνικοί Λειτουργοί να εφημερεύουν σε κάποια βάρδια. Στο Μαιευτήριο «Ελ.Βενιζέλου» διευκρινίστηκε ότι η απάντηση είναι «εμπειρικά, λόγω φύσης του Νοσοκομείου».
- Στο «Αλεξάνδρα» και «Αττικόν» αναγνωρίζεται η ανάγκη εφημερίας τηλεφωνικής ετοιμότητας σε επείγουσες περιπτώσεις.
- Στο Νοσοκομείο «Αγ.Σοφία» κρίνεται αναγκαία η ύπαρξη σταθερά απογευματινής βάρδιας, ενώ τέλος στα Νοσοκομεία «Ευαγγελισμός» και «Θριάσιο» σκόπιμη θεωρείται 24ωρη παραμονή του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο. Στο «Θριάσιο» Νοσοκομείο προσδιορίστηκε ότι είναι χρήσιμη μια τέτοιου είδους βάρδια εφόσον όμως λειτουργούν και εφημερεύουν αντίστοιχες δομές της κοινότητας ώστε να υπάρχει ομαλή ροή και συνεργασία.

Ερώτημα 6

Όλες οι κοινωνικές υπηρεσίες κρίνουν απαραίτητη την ύπαρξη πολιτισμικού διαμεσολαβητή ή μεταφραστή, είτε σε μόνιμη βάση (75%) είτε με μερική απασχόληση (25%) (Πίνακας Π7, Παράρτημα II). Ειδικότερα, η πλειοψηφία φαίνεται να έχει κάποια συνεργασία με ΜΚΟ ως προς τη διευκόλυνση επικοινωνίας, όμως σε περιορισμένες γλώσσες. Σε πολλές περιπτώσεις, όπως στο «Ασκληπιείο Βούλας» επικοινωνούν και τηλεφωνικά με την ΜΚΟ Praxis ή τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης (ΔΟΜ). Επίσης, σχετική παρατήρηση έγινε από την κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου παιδών «Αγ.Σοφία» που έκρινε ότι οι μεταφραστές πρέπει να έχουν εξειδικευμένη γνώση ιατρικής ορολογίας.

Ερώτημα 7

Σύμφωνα με την πλειοψηφία των Κοινωνικών Λειτουργών σημειώνονται αρκετές ελλείψεις που δυσχεραίνουν το καθημερινό τους έργο (Πίνακας Π8, Παράρτημα II).

- Τα γραφεία είναι σχετικά επαρκή, όμως τα περισσότερα βρίσκονται σε κοινό χώρο, κάτι που με τη σειρά του περιορίζει το χώρο συνεντεύξεων ατόμων που έχουν ανάγκη. Όλοι οι κοινωνικοί λειτουργοί ανέφεραν ότι απομονώνουν τα άτομα όταν χρειάζεται, όμως σε

πολλές περιπτώσεις παρευρίσκονται και άλλοι κοινωνικοί λειτουργοί. Σε μια περίπτωση, αυτή του Νοσοκομείου «Αλεξάνδρα», η συνέντευξη όπως αναφέρθηκε πολλάκις διεξάγεται σε χώρο της τραπεζαρίας, δίπλα στα γραφεία της κοινωνικής υπηρεσίας, σε εξωτερικό χώρο όπως παγκάκια ή ακόμη και στο διάδρομο.

- Σε κάθε περίπτωση τονίστηκε η απόλυτη διαφύλαξη του απορρήτου από τους κοινωνικούς λειτουργούς, σεβόμενοι όμως την ιδιωτικότητα που μπορεί να χρειάζεται κάποιος θεωρείται απαραίτητη η απομόνωση σε πολλές περιπτώσεις.
- Μεγάλη έλλειψη καταγράφηκε ως προς την ύπαρξη ή λειτουργικότητα των Ηλεκτρονικών Υπολογιστών (Η/Υ) και στην ύπαρξη η μη ηλεκτρονικού λογισμικού καταγραφής (62,5%).
- Η φύλαξη του αρχείου είναι επαρκής σε όλα τα Νοσοκομεία όπως και ο χώρος αναμονής. Λόγω του ότι η πλειοψηφία των ατόμων που απευθύνονται στην κοινωνική υπηρεσία είναι νοσηλευόμενοι, δεν παρατηρείται ιδιαίτερη αναμονή.
- Σχετικά με ελλείψεις-προτάσεις που καταγράφηκαν, τέθηκαν ποικίλες απαντήσεις. Η χωροταξική δομή στον «Ευαγγελισμό» είναι ένα ζήτημα, στο «Λαϊκό» οι προμήθειες σε αναλώσιμα υλικά γίνονται πολλές φορές από τους ίδιους τους κοινωνικούς λειτουργούς, στο «Αγ.Σοφία» κρίνεται απαραίτητη και συχνή η μεταφορά παιδιών είτε στην Εισαγγελία είτε σε ιδρύματα και η μεταφορά τους με ασφαλές, αξιοπρεπές και αποκλειστικό μέσο καθίσταται αναγκαία. Στο «Αλεξάνδρα» υπάρχει ανάγκη χώρου για φύλαξη βρεφικών ειδών από δωρεές, κυρίως ρούχα και βρεφικές πάνες. Στο «Ελ.Βενιζέλου» παρατηρείται έντονη έλλειψη σε αναλώσιμα υλικά, όπως μελάνια. Στο «Θριάσιο» Νοσοκομείο είναι απαραίτητη η δημιουργία ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς που συνδέεται με τον ιατρικό για άμεση επικοινωνία και ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας, ενώ στο «Ασκληπιείο Βούλας» υπάρχει έλλειψη σε ηλεκτρονικό υπολογιστή καθώς ένας μόνο είναι λειτουργικός, πράγμα που δυσχεραίνει την ταυτόχρονη εργασία των Κοινωνικών Λειτουργών.

Ερώτημα 8

Η συχνότητα παραπομπής των ιατρών από τα ΤΕΠ στην κοινωνική υπηρεσία εκτιμάται από όλους τους Κοινωνικούς Λειτουργούς καθημερινή/σχεδόν καθημερινή. Μοναδική εξαίρεση αποτέλεσε το Μαιευτήριο «Ελ.Βενιζέλου» στο οποίο οι παραπομπές των ιατρών κρίθηκαν ως σπάνιες. (Πίνακας Π9, Παράρτημα II).

Συγκεκριμένα, στο «Λαϊκό» οι ιατροί παραπέμπουν στην κοινωνική υπηρεσία κυρίως ηλικιωμένους ασθενείς που πιθανά λόγω απουσίας οικογενειακού περιβάλλοντος είναι εγκαταλελειμμένοι στο Νοσοκομείο και σε πολλές περιπτώσεις χρήζουν μακροχρόνιας νοσηλείας.

Στο «Αλεξάνδρα» οι παραπομπές γίνονται τόσο από το ιατρικό προσωπικό όσο και από το νοσηλευτικό, στο «Ελ.Βενιζέλου» συνηθίζεται η στήριξη ατόμου σε τυχόν διακοπή κήσης σε συνεργασία με Ψυχολόγο, ενώ στο «Θριάσιο» οι παραπομπές παρατηρούνται κυρίως από εφημερίες και υπολογίζονται σε περίπου 10-15 άτομα/εφημερία.

Ερώτημα 9

Κατά κοινή ομολογία η πλειοψηφία των ατόμων που διαχειρίζεται η κοινωνική υπηρεσία είναι από τους νοσηλευόμενους ασθενείς.

Πίνακας 14. Συχνότητα παραπομπών ιατρών από νοσηλευόμενους και ΤΕΠ		
	Ποσοστά (%)	
Νοσοκομείο	Νοσηλευόμενοι	ΤΕΠ
Ευαγγελισμός	70	30
Λαϊκό	80	20
Αγ.Σοφία	80	20
Αττικόν	80	20
Αλεξάνδρα	90	10
Ελ.Βενιζέλου	70	30
Θριάσιο	75	25
Ασκληπιείο Βούλας	70	30

Ερώτημα 10

Σχετικά με το αν άτομα προσέρχονται αυτοβούλως για βοήθεια στην κοινωνική υπηρεσία καταγράφηκε συχνή προσέλευση (15φορές/μήνα) και αναζήτηση βοήθειας από τέσσερις Κοινωνικούς Λειτουργούς, δύο απάντησαν σχεδόν καθημερινά και δύο σπάνια (Πίνακας Π10, Παράρτημα ΙΙ).

Ερωτήματα 11-12

Παρατηρείται πλήρης ομοφωνία, τόσο ως προς τη σημαντικότητα ενημέρωσης των ιατρών σχετικά με τα νόμιμα δικαιώματα και ανάγκες των ΕΚΟ, όσο και ως προς την πρόθεση οργάνωσης από την κοινωνική υπηρεσία ανάλογων σεμιναρίων προς το ιατρικό προσωπικό και όχι μόνο (Πίνακας Π11, Παράρτημα ΙΙ).

Ποικίλες προτάσεις έγιναν ως προς τον τρόπο προσέγγισης του προσωπικού, όπως βιωματικά σεμινάρια αλλά και χρησιμοποίηση μεθόδων αποφόρτισης όλου του προσωπικού ώστε να αποδίδει πιο αποτελεσματικά και αποδοτικά. Τέλος, έγινε λόγος για την ανταπόκριση που μπορεί να έχουν τέτοιου είδους σεμινάρια και κατά γενική ομολογία δεν υπάρχει αισιοδοξία ως προς αυτό το σκέλος καθώς οι ιατροί θεωρούν ότι επικεντρώνονται στο κλινικό κομμάτι.

Ερώτημα 13

Οι ευπαθείς ομάδες και η συχνότητα με την οποία αυτές καταγράφονται στα ΤΕΠ των Νοσοκομείων που εξετάζουμε σύμφωνα με την κοινωνική του υπηρεσία παρατίθενται (Πίνακας Π12, Παράρτημα ΙΙ) ως εξής:

- Πρόσφυγες: πολύ συχνή παρουσία στα ΤΕΠ (62,5%).
- Οι μετανάστες κατά πλειοψηφία εμφανίζουν πολύ συχνή προσέλευση (62,5%).
- Θύματα βίας/βασανιστηρίων έχουν μέτρια κατά κοινή ομολογία προσέλευση (50%) και σπάνια (37,5%) στον «Ευαγγελισμό» και στο «Θριάσιο».
- Ασυνόδευτα ανήλικα δεν προσέρχονται καθόλου βάσει των απαντήσεων των Κοινωνικών Λειτουργών (50%) και σπάνια κατά 37,5%. Στο μοναδικό Νοσοκομείο παιδών που εξετάζουμε η παρουσία τους κρίνεται ως μέτρια.
- ΑμεΑ έχουν σπάνια-μέτρια προσέλευση (37,5% και τα δύο ποσοστά).
- Μακροχρόνια άνεργοι κατά κύριο λόγο έχουν συχνή παρουσία (62,5%).
- Στους ΧΕΝ παρατηρήθηκε μέτρια προσέλευση (50%), συχνή (25%) και πολύ συχνή (25%).
- Στα εξαρτημένα άτομα καταγράφηκε μέτρια σύμφωνα με το 50% των Κοινωνικών Λειτουργών παρουσία.
- Η προσέλευση ατόμων που ζουν με HIV/AIDS είναι διαβαθμισμένη σε σπάνια, μέτρια, συχνά έως πολύ συχνά, από 25% η κάθε βαθμίδα.
- Εκδιδόμενα άτομα κυρίως έχουν σπάνια (50%) έως καθόλου (37,5%) επισκεψιμότητα.
- Στους ψυχικά ασθενείς παρατηρήθηκε ανομοιογένεια απαντήσεων. Μέτρια κατά 37,5%, πολύ συχνά 25%, ενώ από 12,5% κατέχουν οι διαβαθμίσεις σπάνια, συχνά και δε γνωρίζω στο Νοσοκομείο «Αττικόν» λόγω κάλυψης της Ψυχιατρικής Κλινικής από ανεξάρτητο Κοινωνικό Λειτουργό.
- Θύματα εμπορίας ανθρώπων (trafficking) καταγράφονται σε σπάνιες περιπτώσεις (87,5%).
- 75% των Κοινωνικών Λειτουργών έκρινε την προσέλευση αποφυλακισμένων σπάνια και 25% συχνή.
- Άστεγοι επισκέπτονται συχνά τα ΤΕΠ (37,5%) έως πολύ συχνά (25%) ή και σπάνια σε δύο Νοσοκομεία (25%) αυτά του «Αγ.Σοφία» και «Ελ.Βενιζέλου».
- Σπάνια προσέλευση έκρινε το 50% των Κοινωνικών Λειτουργών όσον αφορά τα άτομα που ανήκουν στην LGBTQI+ κοινότητα, καθόλου το 25%, 12,5% συχνή («Λαϊκό») και 12,5% δεν γνώριζε γιατί δε δηλώνονται («Αλεξάνδρα»).

- Όσον αφορά τους Ρομά/Αθίγγανους συχνή έκρινε την προσέλευση τους το 50% των κοινωνικών λειτουργών, πολύ συχνή το 37,5% και μέτρια το 12,5% («Ευαγγελισμός»).
- Στην κατηγορία «άλλο» τρεις Κοινωνικοί Λειτουργοί, αυτοί του «Ευαγγελισμού», «Αλεξάνδρα» και «Ασκληπιείου Βούλας» ανέφεραν τα μοναχικά άτομα από μέτρια έως πολύ συχνή προσέλευση. Σημειώθηκε ότι μεγάλη επίπτωση σε αυτό έχει η απουσία νομικού πλαισίου για τα άτομα αυτά, η απουσία σχετικών δημόσιων δομών και ως εκ τούτου η αδυναμία παραπομπής τους. Στη συνέχεια, η κοινωνική υπηρεσία του «Λαϊκού» ανέφερε πολύ συχνή παρουσία νεφροπαθών ατόμων, λόγω μονάδας του εν λόγω Νοσοκομείου. Τέλος, στο «Αγ.Σοφία» τέθηκε συχνή παρουσία ατόμων που γεννούν παιδιά με αναπηρία, λόγω έλλειψης προγεννητικού ελέγχου που αποδίδεται στην οικονομική κρίση, με αποτέλεσμα είτε αύξηση συνδρόμων που μπορούσαν να προβλεφθούν είτε εγκατάλειψη και παραμονή τους στο Νοσοκομείο.

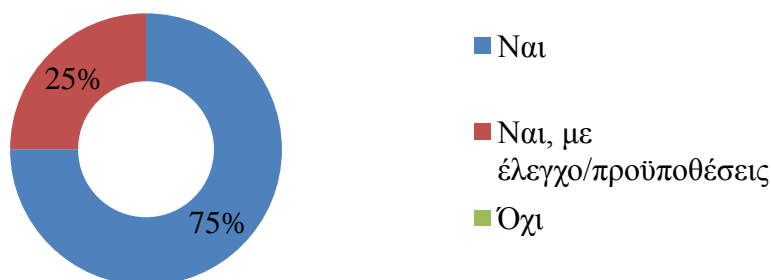
Ερώτημα 14

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί έξι Νοσοκομείων (75%) έχουν παρατηρήσει μεγάλη αύξηση προσέλευσης των ΕΚΟ στα ΤΕΠ τα τελευταία έτη ενώ αυτοί του «Αττικών» και του «Θριασίου» μεσαίου βαθμού αύξηση. (Πίνακας Π13, Παράρτημα ΙΙ).

Ερώτημα 15

Έξι Κοινωνικοί Λειτουργοί από τους οκτώ (75%) αναγνωρίζουν ανάγκη πλήρους πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας δωρεάν, ενώ στα Νοσοκομεία «Αττικών» και «Ελ.Βενιζέλου», εξέφρασαν την άποψη ότι αυτό πρέπει να γίνεται με προϋποθέσεις και με έλεγχο αντίστοιχα. Στο «Αγ.Σοφία» εκτιμάται ότι δωρεάν πρόσβαση πρέπει να υπάρχει σε όλα τα παιδιά, ανεξαρτήτως ασφαλιστικής ικανότητας των κηδεμόνων.

Γράφημα 3. Συμφωνείτε να παρέχεται δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες πληθυσμού;



Ερώτημα 16

Νομική Υπηρεσία υπάρχει σε όλα τα Νοσοκομεία, χωρίς ξεχωριστό παράρτημα ή εξειδικευμένο τμήμα για την κοινωνική υπηρεσία (Πίνακας Π14, Παράρτημα ΙΙ). Κατά περιπτώσεις στο 75% των Νοσοκομείων, όπου αναζητηθεί συνεργασία η Νομική Υπηρεσία βοηθάει, συμβουλεύει και επεμβαίνει. Στο «Αγ.Σοφία» κρίθηκε ότι χρήζει βελτίωση η συνεργασία μαζί της, ενώ στο «Θριάσιο» επισημάνθηκαν λανθασμένες παρελθοντικές κινήσεις της Νομικής Υπηρεσίας. Στα πλαίσια αυτά το «Θριάσιο» θέτει ζήτημα ανάγκης νομικής ασυλίας των επαγγελματιών υγείας που δεν θα έγκειται στην προσωπική ευαισθησία του εκάστοτε νομικού. Τέλος, η κοινωνική υπηρεσία του «Ασκληπιείου Βούλας» έθεσε την πρόταση συνεργασίας με τη Νομική Υπηρεσία με τη μορφή πάγιας διαχείρισης υποθέσεων.

Ερώτημα 17

Το τελευταίο ερώτημα ήταν ανοιχτό πεδίο προτάσεων, γενικών παρατηρήσεων ή παραλήψεων με σκοπό τη βελτίωση λειτουργίας της κοινωνικής υπηρεσίας. Καταγράφηκαν τα κάτωθι ζητήματα:

- Έλλειψη δημόσιων ιδρυμάτων και δυσχέρεια παραπομπών ατόμων που χρήζουν ανάγκης.
- Άμεση ανάγκη ανθρώπινου δυναμικού Κοινωνικών Λειτουργών αλλά και διοικητικών υπηρεσιών υποστηρικτικών προς την κοινωνική υπηρεσία, τόσο για κάλυψη βαρδιών, εφημεριών όσο και για εξειδικευμένες κλινικές (π.χ. Ογκολογική, Ψυχιατρική, ΑμεΑ, κ.α.).
- Διαχείριση ειδικών θεμάτων, όπως άτομα χωρίς συγγενείς και ιδιαίτερα σε περιπτώσεις μακροχρόνια νοσηλευόμενων ή αποθανόντων.
- Ανάπτυξη κοινωνικού έργου κατ' οίκον, σε συνεργασία με κρατικούς φορείς.
- Διεπιστημονική συνεργασία με όλες τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου, Ψυχίατρο και Ψυχολόγο.
- Γενικότερη ανάγκη αλλαγής αντίληψης απέναντι στον Κοινωνικό Λειτουργό.
- Ορισμός καθηκοντολογίου-πρωτοκόλλου εργασίας της κοινωνικής υπηρεσίας.
- Συνεχιζόμενα προγράμματα εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών αλλά και των χρηστών και αξιολόγηση τους.
- Ανάπτυξη μονάδας αναμονής παιδιών με σκοπό την άμεση αναδοχή τους-συμβολή από εθελοντές και επαγγελματίες για ψυχοκοινωνική υποστήριξη τους.
- Προπτυχιακή εκπαίδευση ιατρών σχετικά με τις ανάγκες των ΕΚΟ.
- Οργάνωση ομάδων διαχείρισης του άγχους-στρες για όλο το προσωπικό.

Σε ό,τι αφορά την έρευνα πεδίου διαπιστώθηκε ότι όλες οι κοινωνικές υπηρεσίες είχαν πρόσβαση με ράμπα ή ανελκυστήρα για διευκόλυνση ατόμων που το χρειάζονται. Επίσης η εύρεση της κρίνεται σχετικά εύκολη στα περισσότερα Νοσοκομεία. Σε κάποιες περιπτώσεις και συγκεκριμένα στον «Ευαγγελισμό», στο «Αλεξάνδρα» και στο «Θριάσιο» ήταν πιο δύσκολη η ανεύρεση των κοινωνικών υπηρεσιών ενώ δεν υπήρχε ευκρινής σχετική σήμανση. Η διαδικτυακή πληροφόρηση σχετικά με την κοινωνική υπηρεσία σε όλα τα Νοσοκομεία που εξετάζουμε διαπιστώθηκε ότι συμπεριλαμβάνει ενημερωτικά στοιχεία για τις υπηρεσίες που προσφέρει καθώς και στοιχεία επικοινωνίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Συμπεράσματα και προτάσεις

4.1. Συζήτηση

Η μελέτη μας αποδεικνύει ότι 77,5% των ιατρών των ειδικοτήτων και των Νοσοκομείων που εξετάζουμε δε γνωρίζουν ή δεν έχουν λάβει γνώση σχετικά με τα νόμιμα δικαιώματα των ΕΚΟ. Δηλαδή 1 στους 5 ιατρούς γνωρίζουν ή έχουν λάβει σχετική ενημέρωση. Επιπλέον, το 48% όσων έχουν λάβει γνώση/ενημέρωση επ' αυτών, αναφέρουν ως πηγή ενημέρωσης το διαδίκτυο, κάτι που μας κάνει να συμπεράνουμε ότι πιθανότατα έγκειται στην ευαισθητοποίηση του κάθε ιατρού ενώ το 44% έχει ενημερωθεί από κάποιον Κοινωνικό Λειτουργό.

Ωστόσο, η αυτοαξιολόγηση της κατάρτισης τους κρίνεται λίγο ικανοποιητική κατά 24%, αρκετά και μέτρια ικανοποιητική από 16% η καθεμία απάντηση και 12% κρίνει πολύ ικανοποιητική την κατάρτιση του. Παρόμοια ευρήματα κυριαρχούν και στη βιβλιογραφία, όπου οι κλινικοί ιατροί έχουν ανεπαρκείς γνώσεις ως προς τα βιώματα και ανησυχίες των ευάλωτων πληθυσμών, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων LGBTQI+, των μεταναστών, κ.α. (Waisel, 2013). Η πλειοψηφία των ιατρών (23,7%) δεν κρίνει ως μέρος των καθηκόντων του να γνωρίζει τη διαχείριση ασθενούς με τα κατάλληλα νομιμοποιητικά έγγραφα ή να τον ενημερώσει για κοινωνικά του δικαιώματα (25,1%), όπως την παροχή επιδόματος ή νομικής συνδρομής που δικαιούται.

Βάσει των στατιστικών αναλύσεων της μελέτης μας συμπεραίνουμε ότι οι ειδικευόμενοι ≥ 3 έτη έχουν σχεδόν 60% λιγότερες πιθανότητες να έχουν ενημερωθεί για τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ΕΚΟ σε σύγκριση με τους ειδικευόμενους < 3 έτη, και αντίστοιχα οι ιατροί με βαθμό Διευθυντή/Επιμελητή έχουν σχεδόν 25% λιγότερες πιθανότητες να έχουν λάβει ενημέρωση για τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ΕΚΟ σε σύγκριση με τους ειδικευόμενους < 3 έτη.

Η πλειοψηφία των ιατρών γνώριζε την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας στο Νοσοκομείο (94%) και τη δυνατότητα παραπομπής σε αυτή (90,6%), αξιοσημείωτο ωστόσο είναι το γεγονός ότι περισσότεροι ήταν οι ιατροί που δεν γνώριζαν (4%) αν υπήρχε κοινωνική υπηρεσία, σε σχέση με αυτούς που απάντησαν ότι γνωρίζουν μεν αλλά ότι δεν υπάρχει δε (1%). Δεν παρατηρήθηκε στο σημείο αυτό κάποια τάση άγνοιας από συγκεκριμένο Νοσοκομείο και ως εκ τούτου μάλλον είναι τυχαίο εύρημα που αποδίδεται στην έλλειψη εμπειρίας λόγω του ότι είναι στην πλειοψηφία τους ειδικευόμενοι.

Επιπλέον, η συχνότητα παραπομπών των ιατρών από τα ΤΕΠ στην κοινωνική υπηρεσία κρίνεται σπάνια (54,7%) ή συχνή (30,9%) σε αντίθεση με την πλειοψηφία της κοινωνικής υπηρεσίας (87,5%) που από την πλευρά της την έκρινε σχεδόν καθημερινή. Σε συνάρτηση με αυτό, φαίνεται ότι οι ιατροί αναγνωρίζουν την ανάγκη ύπαρξης Κοινωνικού Λειτουργού καθ' όλη τη διάρκεια του 24ωρου (48,9%) ή σε εφημερία τηλεφωνικής ετοιμότητας (43%), αφού έκριναν ως

δυσκολότερες ώρες παραπομπών τη νυχτερινή βάρδια (70%) και τα Σαββατοκύριακα/Αργίες (61%). Παρατηρούμε εδώ ότι κατά τις ώρες που δεν υπάρχει κάποιος Κοινωνικός Λειτουργός λόγω ωραρίου δημιουργούνται σημαντικά προβλήματα ως προς την ομαλή διαχείριση ευάλωτων ομάδων πληθυσμού. Εύκολα μπορεί κάποιος να κατανοήσει ότι πιθανές περιπτώσεις ατόμων που ανήκουν στις ΕΚΟ μπορεί να χαθούν, ειδικά από τον χώρο των ΤΕΠ και να μη γίνουν κοινωνικοί των δικαιωμάτων τους. Αυτοί που είναι ευάλωτοι και δεν λαμβάνουν βοήθεια εξακολουθούν να ζουν σε έναν φαύλο κύκλο, αδυνατώντας να καταπολεμήσουν την πηγή της ευαλωτότητας τους.

Σε αντίθεση με το παραπάνω εύρημα έρχονται οι απόψεις των Κοινωνικών Λειτουργών που κρίνουν ότι η εφημερία της υπηρεσίας τους δεν είναι απαραίτητη (37,5%) με το 25% να δίσταται θεωρώντας σκόπιμη την εφημερία τηλεφωνικής ετοιμότητας και 24ωρης βάρδιας (25%), ενώ μια κοινωνική υπηρεσία (12,5%) βρίσκει την πρωινή και απογευματινή βάρδια αρκετή.

Ένα υψηλό ποσοστό (79,4%) των ιατρών αντιλαμβάνεται τη χρησιμότητα για συστηματική ενημέρωση σχετικά με τα δικαιώματα και τις ανάγκες των ΕΚΟ. Αντίθετα, το ποσοστό των ιατρών που έκριναν ότι είναι στα πλαίσια των καθηκόντων τους να γνωρίζουν σχετικά με τα εν λόγω δικαιώματα, είναι μοιρασμένο, με το 51,6% να απαντά θετικά και το υπόλοιπο 47% αρνητικά. Ενώ δηλαδή η πλειοψηφία των ιατρών βρίσκει χρήσιμη τη γνώση αυτή δεν τη θεωρεί απαραίτητη στα πλαίσια άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει τάση περισσότερο προς την κλινική πρακτική αυτή καθ' αυτή και υπογραμμίζει την ανάγκη για περαιτέρω εκπαίδευση και κατανόηση της ευαλωτότητας μέρος του πληθυσμού και καταλληλότερη υποστήριξη της από την ιατρική κοινότητα.

Όσον αφορά την πραγματοποίηση προγραμμάτων ενημέρωσης των ιατρών έρχεται σε συνάρτηση με τις απαντήσεις των Κοινωνικών Λειτουργών όπου όλοι συμφωνούν ως προς τη χρησιμότητα τους αλλά και ως προς την πρόθεση διοργάνωσης τους. Η ενημέρωση με συμμετοχή των κατάλληλων φορέων, όπως το Γραφείο του Πολίτη, Ψυχολόγων, Νομικών μπορούν να αναπτυχθούν στα πλαίσια βιωματικών ομάδων διεπιστημονικής συνεργασίας, διευρύνοντας τη σε τελική ανάλυση στα πλαίσια της κοινότητας. Σύμφωνα με μελέτες (Garth et al., 2017) η ανάπτυξη διεπαγγελματικών ομάδων ενισχύει την αμοιβαία υποστήριξη και βελτιώνει την αντιμετώπιση του ασθενούς.

Οι παραπομπές από τα ΤΕΠ στην κοινωνική υπηρεσία όπως καταγράφηκαν στη μελέτη μας φαίνεται να είναι λιγότερες σε σχέση με αυτές από τους νοσηλευόμενους ασθενείς. Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία (Castaneda-Guarderas et al., 2016; Stergiopoulos et al., 2016) τα ΤΕΠ αποτελούν ένα ιδιαίτερο τμήμα στα πλαίσια ενός υγειονομικού συστήματος που χρησιμεύει ως τη

συχνότερη και βασική ασφαλή επιλογή για ευάλωτα άτομα και άρα το προσωπικό που εργάζεται σε αυτά πρέπει να λαμβάνει υπόψη τους τις διαφορετικές συνθήκες, ανάγκες και προοπτικές των ευάλωτων ατόμων που τα χρησιμοποιούν. Οι βέλτιστες πρακτικές κοινής λήψης αποφάσεων μεταξύ ιατρών και ασθενών, η ενίσχυση δυνατοτήτων συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών και η ανεύρεση οικονομικών και ανθρωπίνων πόρων για στήριξη των ατόμων που χρήζουν ανάγκης κατά τη μετάβαση τους στην κοινότητα, δημιουργούν πρόσθετες επιλογές ολιστικής προσέγγισης της περίθαλψης και ελαχιστοποιούν τη μεροληψία με σκοπό την ευθυγράμμιση με τις ανάγκες και προτιμήσεις των ευάλωτων ομάδων.

Κρίσιμη αναγνωρίζεται η ανάγκη απ' όλους τους Κοινωνικούς Λειτουργούς που συζητήσαμε για αποτελεσματική συνεργασία με διερμηνείς-διαπολιτισμικούς μεταφραστές, όπου υπάρχει διαφορετικότητα στη γλώσσα ή την κουλτούρα του παρόχου περίθαλψης και του ασθενούς. Το τελευταίο ισχυροποιείται από ευρήματα στη βιβλιογραφία (Berthold & Fischman, 2014; Brämberg & Sandman, 2013). Ο διερμηνέας οφείλει να είναι το πρόσωπο που λειτουργεί ως ουδέτερος αγωγός, έχει λάβει την ανάλογη κατάρτιση και υποστηρίζει το έργο τόσο των ιατρών όσο και των Κοινωνικών Λειτουργών.

Βασιζόμενοι στα ανωτέρω συμπεράσματα και στο έλλειμμα πληροφόρησης των ευπαθών ομάδων προτείνονται ζωτικές μεταρρυθμίσεις με στόχο την ανθρωποκεντρική προσέγγιση των επαγγελματιών υγείας, την κοινωνική ευημερία και δικαιοσύνη, ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ατόμων που ανήκουν στις ΕΚΟ. Για να καταθέσουμε τις προτάσεις μας εξετάστηκε προσεκτικά η υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με τον παράγοντα εκπαίδευση των ιατρών για τα δικαιώματα, τη λειτουργία της νομικής υπηρεσίας βάσει διεθνών πρακτικών και την προσέγγιση των Κοινωνικών Λειτουργών.

Ιατρική εκπαίδευση για τα δικαιώματα και τις ανάγκες των ΕΚΟ

Είναι απαραίτητο να αναπτυχθεί μια σύγχρονη ιατρική εκπαίδευση με στόχο την ενσωμάτωση της στο προπτυχιακό επίπεδο σπουδών τόσο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, των ειδικών αναγκών των ΕΚΟ βάσει επιδημιολογικού τους προφίλ όσο και της ευαισθητοποίησης και διερεύνησης σε περίπτωση υποψίας κάποιου ευάλωτου ατόμου, ξεφεύγοντας από το ασθενοκεντρικό μοντέλο της ιατρικής επιστήμης. Επίσης, η δια βίου εκπαίδευση σε μια όλο και εξελισσόμενη πολυπολιτισμική κοινωνία, καθίσταται αναγκαία με μορφή διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ των υγειονομικών φορέων. Η επικαιροποίηση των γνώσεων και τυχόν κοινωνικών αλλαγών που αποτυπώνονται με υγειονομικούς δείκτες σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού θα διευκολύνει τόσο τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, τους αποδέκτες ασθενείς αλλά και στο σύνολο του ολόκληρο το σύστημα υγείας, την αποδοτικότητα του, κοινωνική και οικονομική.

Εφημερία Κοινωνικού Λειτουργού στα ΤΕΠ

Τα ΤΕΠ κατέχουν μια ιδιαίτερη θέση για άτομα των ΕΚΟ και η διαρκής παρουσία Κοινωνικού Λειτουργού σε αυτά θα μπορούσε να βοηθήσει στην παρατήρηση πιθανών σημαδιών που συνδέονται με κοινωνικές ελλείψεις/ανάγκες. Ο κρίσιμος ρόλος για αναγνώριση, αξιολόγηση, αντιμετώπιση και παρέμβαση άμεσα θα βοηθούσε στη ριζική επίλυση των προβλημάτων αυτών των ατόμων, κατευθύνοντας τα, κάτι που επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία (Ballan & Freyer, 2017).

Ανάπτυξη τμήματος Νομικής Υπηρεσίας για τις ΕΚΟ

Πάγια και εξειδικευμένη προσέγγιση της Νομικής Υπηρεσίας σχετικά με τις ΕΚΟ, μέσω ανάπτυξης ειδικού τμήματος στα πλαίσια του Νοσοκομείου. Παρεμβάσεις νομικής φύσης δείχνουν βελτιωμένα αποτελέσματα στην υγεία των ασθενών τόσο στη συμμόρφωση όσο και στη δέσμευση τους (Regenstein et al., 2016). Η ανταλλαγή ορθών πρακτικών από το εξωτερικό μπορεί να αποτελέσει ενδεικτικό πλαίσιο με το οποίο δύναται να ενεργήσει η νομική υπηρεσία για κοινωνικά θέματα ατόμων που το χρειάζονται, με απώτερο σκοπό την ουσιαστική αποδέσμευση τους από την πηγή της ευαλωτότητας τους.

Δημιουργία δεικτών και πιο ανθρωποκεντρική προσέγγιση

Η δημιουργία επιδημιολογικών δεικτών και πρωτοκόλλων βάσει των αποκλεισμών που υπόκειται κάθε κοινωνική ομάδα δύναται να αποτελέσει βάση δεδομένων για τις ανάγκες του πληθυσμού και την καλύτερη προσέγγιση τους. Συγχρόνως, στρατηγικές που αναπτύχθηκαν από μελέτες (Loignon et al., 2015) στις οποίες ο ιατρός αφιερώνει χρόνο στον ασθενή διερευνώντας τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που ζει και αναπτύσσοντας εμπιστοσύνη μεταξύ τους, αποδεικνύουν ευεργετική επίδραση στη σχέση ιατρού-ασθενούς και στη μακροχρόνια θεραπεία.

Εκπαίδευση πολιτών-Συμμετοχή ομάδων ασθενών στις αποφάσεις κοινωνικής πολιτικής

Βελτιστοποίηση της εκπαίδευσης των πολιτών σχετικά με τα κοινωνικά δικαιώματα, την κατανόηση και λειτουργία του υγειονομικού συστήματος και ορθολογικής χρήσης του. Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο σημείο αυτό αποτελεί βασικό ρόλο εκπαιδύοντας και κατευθύνοντας μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Παράλληλα, η εκπαίδευση του πληθυσμού δύναται να επιτευχθεί μέσω της ευρείας ανάπτυξης του θεσμού του Συνηγόρου του Πολίτη αλλά και σε ψηφιοποιημένη μορφή παρέχοντας τις νέες τεχνολογίες στο ευρύ κοινό αποτρέποντας τον ψηφιακό αποκλεισμό. Επίσης, μια τέτοια παρέμβαση θα βοηθούσε την ομαλή προσαρμογή όλων των ομάδων πληθυσμού και την αποφυγή φαινομένων περιθωριοποίησης ή στιγματισμού τους.

Είναι προφανές ότι αρνητικοί παράγοντες οδηγούν στην κοινωνική απομόνωση μέρος του πληθυσμού, όμως από τις πιο σημαντικές συνέπειες αυτών είναι η μη ισότιμη συμμετοχή τους στο πολιτικό γίνεσθαι. Κι αυτό διότι η περιθωριοποίηση του πληθυσμού από βασικά κοινωνικά και δημόσια αγαθά, δεν τους επιτρέπει να συμμετέχουν στις πολιτικές αποφάσεις που θα ενισχύσουν την καταπολέμηση αυτή των δυσμενών παραγόντων για την κοινωνική επανένταξη τους.

Αναγκαίες είναι πρακτικές επανένταξης περιθωριοποιημένων ατόμων π.χ. λόγω ανεργίας, εξαρτήσεων, αποφυλάκισης τους ή ΑμεΑ με στόχο την επαναπροώθηση τους στον κοινωνικό ιστό. Η κοινωνικοποίηση των ατόμων αυτών, οι κατάλληλες υποδομές, η εκπαίδευση τους και η ανάπτυξη θέσεων εργασίας είναι οι λύσεις για προβλήματα υγείας που πηγάζουν από την κοινωνική φύση της ευπάθειας τους.

Διεπιστημονική συνεργασία και ανάπτυξη ομάδων αποφόρτισης επαγγελματικής εξουθένωσης επαγγελματιών υγείας

Αντιπαραβάλλοντας σε όλα τα παραπάνω την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας (burn out), τη μείωση ανθρώπινου δυναμικού και ως εκ τούτου το χρόνο που δύναται να αφιερώνει ο ιατρός στον ασθενή, δικαιολογείται εν μέρει η πρακτική μερίδας αυτών που εστιάζουν στο κλινικό κομμάτι. Αναπτύσσοντας τεχνικές αποφόρτισης όλου του προσωπικού και ψυχολογικής ενδυνάμωσης τους θα βοηθηθούν τόσο οι ίδιοι, οι αποδέκτες-ασθενείς όσο και η συνεργασία όλων των επιστημόνων υγείας. Όταν κατανοήσει ο ιατρός τον τρόπο που ο ασθενής και ο ίδιος επωφελούνται, μετατρέποντας τους ασθενείς σε συμμάχους, εντάσσοντας τους στην ευαίσθητη διαδικασία της εμπιστευτικότητας του προβλήματος τους –όχι μόνο του ιατρικού αυτού καθ' αυτού- μπορούν με απλό τρόπο να βρουν λύση σε κλινικά προβλήματα που πηγάζουν πιθανά από κοινωνικούς παράγοντες. Αυτό απαιτεί αποτελεσματική επικοινωνία σε όλες τις πτυχές και βαθμίδες περίθαλψης καθώς και συνεργασία μεταξύ διεπιστημονικών ομάδων των Νοσοκομείων και ιδιαίτερα με την κοινωνική υπηρεσία.

Πολιτισμικοί διαμεσολαβητές

Δεν είναι δύσκολο να αντιληφθεί κάποιος ότι λόγω της πολυπολιτισμικότητας που χαρακτηρίζει την εποχή μας κρίνονται απαραίτητοι οι διαπολιτισμικοί μεταφραστές σε μόνιμη βάση και συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας. Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται πέρα από τη βοήθεια στον επαγγελματία υγείας, ο σεβασμός του ατόμου στην προσωπικότητα και κουλτούρα του, η ασφάλεια του για πληροφορίες που αφορούν την υγεία του, η αξιοπρέπεια του και τέλος η πρόσβαση του στο σύστημα υγείας εν γένει.

Τα ευρήματα της μελέτης μας αποτελούν ισχυρό κίνητρο για να αναπαραχθούν αντίστοιχο περιεχομένου μελέτες στη χώρας μας, καθώς παρατηρήσαμε σχετική έλλειψη ανάλογης κοινωνικής προσέγγισης στη βιβλιογραφία. Η έρευνα σε μεγαλύτερη κλίμακα, με περισσότερες πιθανά ειδικότητες θα ήταν ενδιαφέρουσα, όπως και ανάλογη μελέτη σε φοιτητές ιατρικής στο προπτυχιακό επίπεδο ώστε να γίνει συγκριτική αξιολόγηση τους σχετικά με τη χρονική επίδραση της εκπαίδευσης. Παράλληλα, έρευνα στα άτομα που κάνουν χρήση των ΤΕΠ θα μας έδινε και τη δική τους οπτική, μέτρηση της ικανοποίησης τους και καταγραφή προτάσεων βελτίωσης βάσει αξιολόγησης των αναγκών τους, ενισχύοντας τα ευρήματα μας ή αντιπαραβάλλοντάς τα.

Σκοπός όλων των παραπάνω είναι η ολική πρόσβαση και ο καλύτερος προσανατολισμός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης με απώτερο στόχο τη βελτίωση ποιότητας ζωής κάθε ατόμου, σε μια κοινωνική και οικονομικά αποδοτική περίθαλψη έκτακτης ανάγκης.

Το Άρθρο 1 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου αναφέρει: «Όλοι οι άνθρωποι γεννιούνται ελεύθεροι και ίσοι στην αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα.» (UN, 1948). Τέτοιας εμβέλειας άρθρα δεν θα πρέπει να περιορίζονται σε θεωρητικές συζητήσεις αλλά να αποτελούν στόχο για την πολιτική μιας ουμανιστικής κοινωνίας, με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια στο επίκεντρο της και την επιδίωξη όλο και λιγότεροι άνθρωποι να κατευθύνονται στο περιθώριο.

4.2. Συμπεράσματα

Εν κατακλείδι, αποφασίσαμε να διεξάγουμε τη μελέτη μας με κίνητρο την έμφαση στην πλήρη πρόσβαση όλων των ομάδων πληθυσμού -και δη των περιθωριοποιημένων- επηρεασμένοι από την ανθρωπιστική κρίση που έχει επέλθει σε παγκόσμιο επίπεδο με τελικό αποτέλεσμα την παραβίαση βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως αυτό στην υγεία. Κύριος στόχος μας ήταν να αποτυπώσουμε την τρέχουσα γνώση σχετικά με τα δικαιώματα στην υγεία ευάλωτων ομάδων των ιατρών που υπηρετούν στα ΤΕΠ του δημόσιου υγειονομικού συστήματος της Αττικής. Μέσω ποσοτικής έρευνας, αποδείξαμε ότι η πλειοψηφία των ιατρών αναφέρει άγνοια των δικαιωμάτων των ευάλωτων ομάδων και αναζητά πληρέστερη συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία για κάλυψη αναγκών των ασθενών ευάλωτων ομάδων που προσέρχονται στα ΤΕΠ. Ίδιες ελλείψεις αναγνωρίζουν και οι Κοινωνικοί Λειτουργοί σύμφωνα με τις ημιδομημένες συνεντεύξεις τους, ενώ συγκλίνουν στην ανάγκη βελτίωσης συνεργασίας με το ιατρικό προσωπικό. Βάσει της βιβλιογραφίας αναπτύξαμε προτάσεις βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών που επιδέχονται παρεμβάσεις και οι οποίες επικεντρώνονται στην εκπαίδευση σε προπτυχιακό επίπεδο των ιατρών αλλά και συνολικά των πολιτών-χρηστών, τη διεπιστημονική συνεργασία και κοινωνική πολιτική με σκοπό την άρση της κοινωνικής απομόνωσης κάθε ατόμου που την υπόκειται.

4.3. Περιορισμοί μελέτης

Επιλέγοντας τα Νοσοκομεία με τη μέθοδο της βολικής δειγματοληψίας λόγω προσέλευσης σε αυτά μεγάλου όγκου πληθυσμού των ΕΚΟ, καθίσταται δύσκολο να γενικεύσουμε τα συμπεράσματα μας στο γενικό πληθυσμό ιατρών που ανήκουν στο ανθρώπινο δυναμικό στα Νοσοκομεία της Ελλάδος. Αυτό συμβαίνει διότι:

- Η Αθήνα, ούσα πρωτεύουσα της χώρας, έχει μεγαλύτερο πληθυσμό εν γένει και μεγαλύτερο ποσοστό ευάλωτων ατόμων. Οι προσλαμβάνουσες που δέχονται οι ιατροί από τέτοιες ομάδες είναι πιθανά μεγαλύτερες και ενδέχεται οι ιατροί να είναι πιο ενημερωμένοι.
- Ενδεχομένως, λόγω οικονομικής και προσφυγικής κρίσης που κυριαρχούν τα τελευταία χρόνια στη χώρας μας, οι ιατροί να έχουν τάση να ενημερώνονται περισσότερο για τις ομάδες αυτές, ευαισθητοποιημένοι από την υπάρχουσα κατάσταση.

Δεν είναι επίσης ορθό τα ευρήματα μας στις κοινωνικές υπηρεσίες να τα γενικεύσουμε σε οποιαδήποτε άλλη κοινωνική υπηρεσία Νοσοκομείου της Ελλάδας. Ενδεχομένως άλλες κοινωνικές υπηρεσίες να αντιμετωπίζουν διαφορετικές προκλήσεις και ζητήματα στην καθ' ημέρα πράξη.

Επιπλέον, λόγω του ότι η μελέτη ήταν συγχρονική, οι επόμενοι ιατροί ή Κοινωνικοί Λειτουργοί μπορεί να μην εκφράσουν ίδιες απόψεις, ανάγκες και προτεραιότητες. Ασφαλής γενίκευση των αποτελεσμάτων απαιτεί την τυχαίοποιημένη μελέτη και σε άλλα Νοσοκομεία ή δομές υγείας για την εκτίμηση της γνώσης σχετικά με τα δικαιώματα των ΕΚΟ του ιατρικού δυναμικού της χώρας. Δεδομένου ότι το δείγμα μας βάσει στατιστικών αναλύσεων ήταν αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού που εξετάσαμε, ασφαλής γενίκευση είναι δυνατή μόνο για τις ειδικότητες, τα Νοσοκομεία και την περίοδο που διεξήχθη η έρευνα.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, ενδιαφέρον θα ήταν να μελετηθούν οι ίδιοι ιατροί σε κάποια έτη καταγράφοντας εκ νέου τις γνώσεις και το ενδιαφέρον τους σχετικά τα δικαιώματα των ΕΚΟ, ώστε να δούμε αν τα ευρήματα που ήθελαν τους ειδικευόμενους <3 έτη να γνωρίζουν περισσότερο παραμένουν ή αν αφιερώνονται περισσότερο στους παράγοντες που έχουν να κάνουν με την κλινική πράξη καθώς απομακρύνονται από την εκπαίδευση. Επίσης αντίστοιχη διερεύνηση σε Νοσοκομεία της χώρας και σε περισσότερες ειδικότητες θα βοηθούσε στην ενίσχυση πιθανά των συμπερασμάτων μας, ώστε να μπορούν να βρουν πρακτική εφαρμογή και οι προτάσεις μας.

Σύγκρουση συμφερόντων

Η συγγραφέας δεν έχει καμία σύγκρουση συμφερόντων να αναφέρει.

Σοφία Πετράκη, Πολιτικός Επιστήμων, MSc «Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»- Φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διεθνής Ιατρική και Διαχείριση Κρίσεων Υγείας», Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενογλώσση

- Argento E., Muldoon A.K., Duff P., Simo A., Deering N.K. & Shannon K. (2014). High prevalence and partner correlates of physical and sexual violence by intimate partners among street and off-street sex workers. *Plos One*, 9(7): e102129.
- Ballan MS. & Freyer MB. (2017). Supporting female survivors of intimate partner violence with disabilities: Recommendations for social workers in the emergency department. *Social Work Health Care*, 56(10), p.p. 950-963.
- Bambra C. (2011). Work, worklessness and the political economy of health. Oxford: *Oxford University Press*. 65(9), p.p. 746-750.
- Berthold SM. & Fischman Y. (2014). Social work with trauma survivors: collaboration with interpreters. *Social Work*, 59(2), p.p.103-110.
- Bieler G., Paroz S., Faouzi M., Trueb L., Vaucher P., Althaus F., Daeppen J.-B., & Bodenmann P. (2012). Social and Medical Vulnerability Factors of Emergency Department Frequent Users in a Universal Health Insurance System. *Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 19(1), p.p 63-68.
- Binswanger A.I., Blatchford J.P., Forsyth J.S., Stern F.M. & Kinner A.S. (2016). Epidemiology of Infectious Disease–Related Death After Release from Prison, Washington State, United States, and Queensland, Australia. *Public Health Reports*, 131(4), p.p. 574-582.
- Bodenmann P., Baggio S., Iglesias K., Althaus F., Velonaki V.-S., Stucki S., Ansermet C., Paroz S., Trueb L., Hugli O., Griffin J.L. & Daeppen J.-B. (2015). Characterizing the vulnerability of frequent emergency department users by applying a conceptual framework: a controlled, cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 14:146.
- Brämberg EB. & Sandman L. (2013). Communication through in-person interpreters: a qualitative study of home care providers' and social workers' views. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), p.p.159-167.
- Castaneda-Guarderas A., Glassberg J., Grudzen CR., Ngai KM., Samuels-Kalow ME., Shelton E., Wall SP. & Richardson LD. (2016). Shared Decision Making with vulnerable populations in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 23(12), p.p.1410-1416.
- Centers of Disease Control and Prevention (CDC) (2014). *National Health Statistics Reports: Sexual Orientation and Health Among U.S. Adults: National Health Interview Survey, 2013*. (77), p.p. 1-10.
- Council of Europe (1996). *European Social Charter (revised)*. ETS No 163, Strasbourg.

- Durkheim E. (1894) *Revue Philosophique de la France et de l'Étranger*, Janvier a Juin, *Presses Universitaires de France Stable*. 37, Paris: ed. Félix Alcan, p.p. 465-498.
- Economou M., Madianos M., Peppou L.E., Patelakis A. & Stefanis C.N., (2012). Major depression in the era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), p.p. 308-314.
- Economou M., Madianos M., Peppou L.E., Theleritis C., Patelakis A. & Stefanis C.N., (2013). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*, 12(1), p.p. 53-59.
- European Union (2001). *Treaty of Nice*. Nice: Article 35.
- Garth M., Millet A., Shearer E., Stafford S., Bereknyei Merrell S., Bruce J., Schillinger E., Aaronson A. & Svec D. (2017). Interprofessional Collaboration: A Qualitative Study of Non-Physician Perspectives on Resident Competency. *Journal of General Internal Medicine*, p.p.1-6.
- Haenel F. (2015). Special Problems in the assessment of psychological sequelae of torture and incarceration. In: Schouler-Ocak M. (eds) *Trauma and Migration*. Springer, Cham.
- Hale N. & Tippett J. (2009). Safeguarding vulnerable adults in the emergency department. *International Emergency Nursing* 17(3), p.p. 141-142.
- Jones W.H.S., (1868). *Hippocrates Collected Works*. Harvard University Press, (1), p.p. 130-131.
- Kiss L., Pocock S.N., Naisanguansri V., Suos S., Dickson B., Thuy D., Koehler J., Sirisup K., Pongrungsee N., Nguyen V.A., Borland R., Dhavan P. & Zimmerman C. (2015). Health of men, women and children in post-trafficking services in Cambodia, Thailand and Vietnam: an observational cross-sectional study. *Lancet Global Health*, (3), p.p. 154-161.
- Klanfer J., (1965). *L'exclusion sociale, Etude sur la marginalité dans les sociétés occidentals*. Paris: Bureau de recherches sociaux.
- Ku S. B., Fields J.M., Santana A., Wasserman D., Borman L., & Scott C.K. (2014). The Urban Homeless: Super-users of the Emergency Department. *Population Health Management*, (17), p.p. 366–371.
- Lenoir R. (1974). *Les Exclus: un francais sur dix*. Paris. ed. *Le Seuil*, 30(1), p.p. 180-181.
- Loignona C., Fortina M., Bedosb C., Barbeauc D., Boudreault-Fournierd A., Gottina T., Gouleta É., Laprisea E. & Haggerty J. (2015). Providing care to vulnerable populations: a qualitative study among GPs working in deprived areas in Montreal, Canada. *Family Practice*, 32(2), p.p. 232–236.
- Massé P. (1964). *Les Dividendes du Progrès*. Paris. ed. *Le Seuil*, 24(4), p.p.804.

- Medicines du Monde (MdM)-Doctors of the World (2016). International Network 2016 Observatory Report: Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 12 countries. *Doctors of the World International Network*.
- O'Connor G., McGinty T., Yeung S.J., O'Shea D., Macken A., Brazil E. & Mallon P. (2013). Cross-sectional study of the characteristics, healthcare usage, morbidity and mortality of injecting drug users attending an inner city emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 31(8), p.p. 625-629.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2017a). Government at a Glance. *Country Fact Sheet: Greece*, pp. 1-2.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2017b). *State of Health in the EU, Ελλάδα, Προφίλ Υγείας 2017*, p.p. 3-18.
- Regenstein M., Trott J. & Williamson A., (2016). *The state of the medical –legal partnership field, Findings from the 2016 National Center for Medical-Legal Partnership surveys*. National Center for Medical-legal Partnership at the George Washington University, p.p. 29-31.
- Roelfs D.J., Shor E. & Davidson K.W. (2011). Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment, and all cause morality. *Social Science Medicine*, 72, pp. 840-854.
- Rouet G. (n.d.) Poverty and Social exclusion in Europe: Perceptions and evolution of concepts. p.p. 3-5.
- Sanjuan M.P., Rice L.S., Witkiewitz K., Mandler N.R., Crandall C. & Bogenschutz P.M. (2014). Alcohol, tobacco and drug use among emergency department patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, p.p. 32-38.
- Shannon K., Strathdee A.S., Goldenberg M.S., Duff P., Mwangi P., Rusakova M., Reza-Paul S., Lau J., Deering K., Pickles R.M. & Boily M.C. (2015). Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet*, 385(9962), p.p. 55-71.
- Stergiopoulos V., Gozdzik A., Tan de Bibiana J., Guimond T., Hwang SW., Wasylenki DA. & Leszcz M. (2016). Brief case management versus usual care for frequent users of emergency departments: the coordinated access to care from hospital emergency departments (CATCH-ED) randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 16(1), p.p. 432.
- Stuckler D. & Basu S. (2009). The International Monetary Fund's effects in Global Health: Before and after the 2008 financial crisis. *International Journal of Health Services*, 39(4), pp. 771-781.
- United Nations (1948). *Universal Declaration of Human Rights*, UN Doc. A/810.

- United Nations (1989). *Treaty Collection: Status of treaties: Convention on the Rights of the Child*. Article 24.
- United Nations (2005). *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*. Paris, ETS No 164.
- Vandoros S., Hessel P., Leone T. & Avendano M., (2013). Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *The European Journal of Public Health*, 23(5), pp. 727-731.
- Waisel, B.D. (2013). Vulnerable populations in healthcare. *Current Opinion in Anesthesiology*, 26(2), p.p.186-192.
- World Health Organization (1946). *Constitution of the World Health Organization*. International Health Conference, New York.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (1994). *A declaration on the promotion of patient's rights in Europe, European Consultation on the rights of patients*. Amsterdam.
- World Health Organization (2010). *World Health Report 2010: Health Systems Financing: The path to universal coverage*. Geneva: *WHO Press*, pp. 7-12.
- Zavras D., Tsiantou V., Pavi E., Mylona K. & Kyriopoulos J., (2012). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *The European Journal of Public Health*, 22(2), pp. 206-210.

Ελληνική

- Βενιέρης Δ. (2006). Ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική και κοινωνική ενσωμάτωση: ο ρόλος του Συμβουλίου της Ευρώπης στο: Οικονόμου Χ. & Φερόνας Α. (επιμ.), *Οι εκτός των τειχών. Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις Σύγχρονες Κοινωνίες*, Αθήνα: Διόνικος.
- Βουλή των Ελλήνων (2010). *Σύνταγμα της Ελλάδας. Διεύθυνση Εκδόσεων και εκτυπώσεων της Βουλής*, σελ. 22-24.
- De la Porte C., Pochet P. & Room G. (2004). Συγκριτική αξιολόγηση του κοινωνικού χώρου, άσκηση πολιτικής και νέα διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση στο: Πετμεζίδου Μ. και Παπαθεοδώρου Χ. επιμ., *Φτώχεια και Κοινωνικός αποκλεισμός*. Αθήνα: Εξάντας.
- Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΕΚΚΑ) (2017). *Επικαιροποιημένη κατάσταση: Ασυνόδετα ανήλικα (Α.Α.) στην Ελλάδα, Βασικά στοιχεία μέχρι 15 Οκτωβρίου 2017*.
- Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ) (2014). *Ενάλωτες Κοινωνικά Ομάδες και διακρίσεις στην αγορά εργασίας*, Μπαλούρδος Δ., Σαρρής Ν., Τραμουντάνης Α., Χρυσάκης Μ. (επιμ.), Αθήνα: Παπαζήσης.

- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) (2017). *Κίνδυνος Φτώχειας: Έρευνα Εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών 2016 (Περίοδος αναφοράς εισοδήματος 2015)*. Πειραιάς, σελ. 1-9.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2010). *Ανακοίνωση της Επιτροπής: Ευρώπη 2020, Στρατηγική για έξυπνη, διατηρήσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη*. Βρυξέλλες, σελ. 22-25.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011). *Η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ισότητας Ευκαιριών, Λουξεμβούργο*. Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σελ. 9-21.
- Ηνωμένα Έθνη (1966). *Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Μορφωτικά Δικαιώματα*. Νέα Υόρκη.
- Ηνωμένα Έθνη (1969). *Διεθνής Σύμβαση για την Εξάλειψη Όλων των Μορφών Φυλετικών Διακρίσεων*. Άρθρο 5 (ε) (iv).
- Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2016). *Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση: Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας*. Διανέοσις: Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης.
- Κακλαμάνης Στ. & Κοστυφάκης Γ. (2009). *Η θνησιμότητα στην Ελλάδα (1960-2001), στο Κοτζαμάνης Β. (επιμ.), Η δημογραφική πρόκληση, γεγονότα και διακυβεύματα*. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, σελ. 173-208.
- Λιονής Χ., Ασπράκη Γ. & Πιτέλου Ε. (2015). *Ιατρός-Ασθενής: Η κοινωνιολογική προσέγγιση στο: Λιονής Χ., Πιτέλου Ε. (επιμ.), Σχέση Ιατρού-Ασθενή: Θεωρητική και Πρακτική Προσέγγιση*. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (ΣΕΑΒ), κεφ. 3.
- Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (1979). *Σύμβαση για την Εξάλειψη όλων των Μορφών Διακρίσεων κατά των Γυναικών*. Άρθρο 11 (1) (στ), Άρθρο 12.
- Παναγιωτόπουλος Τ., Παπαμιχαήλ Δ., Σταύρου Δ., Λάγγας Δ., Γαβανά Μ., Σαλονικιώτη Α., Γκόγκογλου Β., Θεοχαρόπουλος Γ., Κουτεντάκης Κ., Μπένος Α., Γιαννακόπουλος Σ., Γεωργακοπούλου Θ., Γκολφινόπουλου Κ., Δέτσης Μ., Κεραμάρου Μ., Λειβαδίτη Β., Μέλλου Κ., Ντάνης Κ., Παντελή Ι., Περβανίδου Δ., Σιδερόγλου Θ. & Τσάνα Μ. (2013). *Έκθεση: Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα, 2012*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, σελ. 21-22.
- Παπαδοπούλου, Δ. (2002). *Κοινωνικός Αποκλεισμός: Εισαγωγή στην Έννοια και τη Διαδικασία, στο Δ. Παπαδοπούλου (επιμ.), Κοινωνικός Αποκλεισμός: Για τους Ανθρώπους που Παραμερίζουμε*. Αρμός, σελ. 44-72.

- Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (ΣΚΛΕ) (2013). *Απογραφή Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας των Δημόσιων Νοσοκομείων*. Σελ. 2-6.
- Τζιάρας Π. (2015). *Ζητήματα λειτουργίας των τμημάτων κοινωνικής εργασίας στο Δημόσιο Νοσοκομείο. Η σημερινή κατάσταση*. Στα πλαίσια Ημερίδας: Το δικαίωμα στην υγεία: Συστημικές και κοινωνικές αποτυπώσεις, Αθήνα.
- Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας (2014). *Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο για την Κοινωνική Ένταξη*. Αθήνα, σελ. 9.

Διαδίκτυο

- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (n.d). [online] Available at: http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/13/4/373.pdf [Accessed 07 Nov. 2017].
- Eurostat, (2014) - *Eurostat Database 2014*. [online] Available at: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> [Accessed 04 Nov. 2017].
- Eurostat (2016). *Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, detailed reason and income quintile*. [online] Available at: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> [Accessed 06 Nov. 2017].
- International Federation of Social Workers (IFSW Europe), 2014. [online] Available at: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>). [Accessed 11 Nov. 2017].
- International Federation of Social Workers (IFSW) & International Association of Schools of Social Work (IASSW) (2004). *Διεθνής Κώδικας Δεοντολογίας Κοινωνικών Λειτουργών*. [online] Available at: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/> [Accessed 19 Nov. 2017].
- Missing Children Europe (2016) [online] Available at: <http://missingchildreneurope.eu/news/Post/1023/Europol-confirms-the-disappearance-of-10-000-migrant-children-in-Europe> [Accessed 16 Dec. 2017].
- World Bank, (2015). *World Bank Forecasts Global Poverty to Fall Below 10% for First Time; Major Hurdles Remain in Goal to End Poverty by 2030*. [online] Available at: <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2015/10/04/world-bank-forecasts-global-poverty-to-fall-below-10-for-first-time-major-hurdles-remain-in-goal-to-end-poverty-by-2030> [Accessed 06 Nov. 2017].

ΦΕΚ-Νόμοι/Προεδρικά Διατάγματα/Υπουργικές Αποφάσεις/Εγκύκλιοι

Νόμος 4018/1959, *Περί του θεσμού των Κοινωνικών Λειτουργών*. (ΦΕΚ 247 τ. Α΄, άρθρο 3).

Νόμος 1397/1983, *Εθνικό Σύστημα υγείας*. (ΦΕΚ τ. Α΄ 143/07-10-1983).

Νόμος 2071/1992, *Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας*. (ΦΕΚ τ. Α΄ 123/15-07-1992).

Νόμος 2519/1997, *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις*. (ΦΕΚ τ. Α΄ 165/21-08-1997).

Νόμος 2619/1998, *Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη Βιοϊατρική*. (ΦΕΚ τ. Α΄ 132/19-06-1998).

Νόμος 2716/1999, *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις*. (ΦΕΚ τ. Α΄ 96/17-05-1999).

Νόμος 2889/2001, *Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*. (ΦΕΚ 37/τ. Α΄/02-03-2001, άρ. 6, παρ. 6).

Νόμος 3293/2004, *Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού, Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις*. (ΦΕΚ τ. Α΄ 231/26-11-2004).

Νόμος 3418/2005, *Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας*. (ΦΕΚ τ. Α΄ 287/28-11-2005).

Νόμος 3816/2010, *Ρύθμιση επιχειρηματικών και επαγγελματικών οφειλών προς τα πιστωτικά ιδρύματα, διατάξεις για την επεξεργασία δεδομένων οικονομικής συμπεριφοράς και άλλες διατάξεις*. (ΦΕΚ τ. Α΄ 6/26-01-2010).

Νόμος 4019/2011, *Κοινωνική Οικονομία και Κοινωνική Επιχειρηματικότητα και λοιπές διατάξεις*. (ΦΕΚ τ. Α΄ 216/30-0-2011).

Νόμος 4251/2014, *Κώδικας Μετανάστευσης και Κοινωνικής Ένταξης και λοιπές διατάξεις*. (ΦΕΚ τ. Α΄ 80/01-04-2014).

Νόμος 4270/2014, *Αρχές δημοσιονομικής διαχείρισης και εποπτείας (ενσωμάτωση της Οδηγίας 2011/85/ΕΕ)-δημόσιο λογιστικό και άλλες διατάξεις*. (ΦΕΚ τ. Α΄ 143/28-06-2014).

Νόμος 4368/2016, *Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις*. (ΦΕΚ τ. Α΄ 21/21-02-2016).

Νόμος 4370/2016, *Συστήματα Εγγύησης Καταθέσεων (ενσωμάτωση Οδηγίας 2014/49/ΕΕ), Ταμείο Εγγύησης Καταθέσεων και Επενδύσεων και άλλες διατάξεις*. (ΦΕΚ 37 τ. Α΄ 37/07-03-2016).

- Νόμος 4411/2016, *Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για το έγκλημα στον Κυβερνοχώρο και του Προσθέτου Πρωτοκόλλου της, σχετικά με την ποινικοποίηση πράξεων ρατσιστικής και ξενοφοβικής φύσης, που διαπράττονται μέσω Συστημάτων Υπολογιστών-Μεταφορά στο ελληνικό δίκαιο της Οδηγίας 2013/40/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τις επιθέσεις κατά συστημάτων πληροφοριών και την αντικατάσταση της απόφασης – πλαισίου 2005/222/ΔΕΥ του Συμβουλίου, ρυθμίσεις σωφρονιστικής και αντεγκληματικής πολιτικής και άλλες διατάξεις.* (ΦΕΚ τ. Β' 142/03-08-2016).
- Προεδρικό Διάταγμα. 891/1978, *Περί καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των κοινωνικών λειτουργών.* (ΦΕΚ τ. Α' 213/7.12.1978).
- Προεδρικό Διάταγμα 87/1986, *Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης Νοσοκομείων.* (ΦΕΚ 32/Α').
- Προεδρικό Διάταγμα υπ' αριθμ. 23, *Άδεια άσκησης του επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού.* (ΦΕΚ τ. Α' 6/30-01-1992, άρθρο 1).
- Κοινή Υπουργική Απόφαση αριθμ. Γ.Π./οικ. 56432/28-06-2014, *Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα φαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών.* (ΦΕΚ τ. Β' 1753/28-06-2014).
- Κοινή Υπουργική Απόφαση αριθμ. Α3(γ)/ΓΠ/οικ. 25132/4-04-2016, *Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας.* (ΦΕΚ τ. Β' 908/04-04-2016).
- Κοινή Υπουργική Απόφαση αριθμ. οικ. 40124/8516/2016, *Αντισταθμιστικά μέτρα κατάργησης Ε.Κ.Α.Σ.* (ΦΕΚ τ. Β' 2909/13-09-2016).
- Εγκύκλιος Αρ. Πρ. Δ23/οικ.17437/1366/13-04-2016, *Εγκύκλιος εφαρμογής της υπ' αρ. Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132 ΚΥΑ (ΦΕΚ τ. Β' 908/2016): Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας.*
- Εγκύκλιος Αρ. Πρωτ. Α3γ/Γ.Π.οικ.39364/31-05-2016: *Διευκρινίσεις σχετικά με την διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων και των κοινωνικά ευάλωτων ομάδων στο δημόσιο σύστημα υγείας.*
- Εγκύκλιος Αρ. Πρωτ. Δ23/οικ.34484/2655/26-07-2016: *Εγκύκλιος εφαρμογής της υπ' αρ. Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132 Κ.Υ.Α. (ΦΕΚ 908 τ. Β'): Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας.*
- Εγκύκλιος Αρ. Πρωτ. ΔΒ4Α/οικ. 34016/05-09-2016, *Σχετικά με την απαλλαγή από την καταβολή συμμετοχής στην φαρμακευτική δαπάνη ως αντισταθμιστικό μέτρο για την κατάργηση του ΕΚΑΣ.*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Εγκριμένο ερευνητικό πρωτόκολλο



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ | ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:
ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**Ερευνητικό Πρωτόκολλο Διπλωματικής Εργασίας
Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών
«Διεθνής Ιατρική και Διαχείριση Κρίσεων Υγείας»**

**Θέμα-Τίτλος: Δικαιώματα και ανάγκες ασθενών ευάλωτων κοινωνικά ομάδων:
γνώσεις και οπτική των ιατρών που εργάζονται στα
Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών οκτώ Νοσοκομείων της Αττικής**

Πετράκη Σοφία
Α.Μ. 20150084

Εισαγωγή

«Είναι αδύνατο να ξέρει την ιατρική, αυτός που δεν ξέρει ακριβώς τι είναι ο άνθρωπος»- Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.). Αναλογιζόμενοι τη σχέση ιατρού-ασθενή που αποτελεί πάντα ένα ιδιαίτερο πεδίο μελέτης, στόχος είναι να σταθούμε και από τις δύο πλευρές, αυτή του ιατρού και εκείνη του ασθενή.

Στο πλαίσιο λειτουργίας των νοσοκομείων της χώρας η άσκηση της ιατρικής πολλές φορές λαμβάνει διεκπεραιωτικό χαρακτήρα και συχνά παραβλέπει το ανθρώπινο προφίλ του ασθενούς. Όλο και συχνότερα, λόγω της ανθρωπιστικής κρίσης, τα άτομα που εισρέουν στις δομές υγείας αντιμετωπίζουν κάποιας μορφής ασθένεια, σωματική ή ψυχική, που είναι απόρροια πιθανότατα της φτώχειας, των συνθηκών ζωής τους, των προσφυγικών ροών και άρα του κοινωνικού αποκλεισμού. Ο «κοινωνικός αποκλεισμός» συνεπάγεται ποικίλες μορφές στέρησης, οι οποίες περιλαμβάνουν το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, τις άσχημες συνθήκες υγείας, την έλλειψη στέγης, την απουσία οικογενειακής στήριξης, την αδυναμία συμμετοχής στον κοινωνικό και πολιτιστικό ιστό και την έλλειψη απασχόλησης (ΥΥΚΑ, 2014).

Πίσω από το «τραύμα» που καλείται να επουλώσει ο ιατρός ίσως κρύβονται ανάγκες και καταπατημένα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου. Ο ιατρός είναι σημαντικό να αφιερώνει τον χρόνο εκείνο που έχει ανάγκη ο ασθενής για να βρει ριζική λύση στο πρόβλημα του και να τον ενδυναμώσει σχετικά με τα κοινωνικά του δικαιώματα ως πολίτης.

Όπως έχει καταγραφεί σε μελέτες (Κοντιάδης και συν., 2006) στη χώρα μας, η χάραξη, η εφαρμογή και ο συντονισμός των πολιτικών κοινωνικής προστασίας, εμφανίζουν ουσιώδεις αδυναμίες και αλλοιώσεις, οι οποίες κατά βάσει αφορούν:

- στην απουσία στοχευμένων στρατηγικών προστασίας των πληθυσμών σε ανάγκη και των κοινωνικά αποκλεισμένων,
- στην έλλειψη ολοκληρωμένων δράσεων εργασιακής και κοινωνικής επανένταξης των ευπαθών ομάδων.

Οι ευάλωτες ομάδες πληθυσμού αρκούνται έτσι στην ευκαιριακή χορήγηση επιδοματικής δημόσιας υποστήριξης, χωρίς προοπτικές ανεξαρτητοποίησης τους, είτε αντιμετωπίζονται στα πλαίσια παρωχημένων μορφών ιδρυματικής φροντίδας με κίνδυνο υψηλού στιγματισμού. Διαιωνίζεται συνεπώς το μοντέλο άμεσης συνάρτησης της κοινωνικής ανισότητας και υγείας. Η απουσία ολοκληρωμένου πλαισίου προστασίας των ατόμων αυτών επιτείνει το έλλειμμα πληροφόρησης ενώ καθιστά τα προβλήματα εντονότερα, αφού οι πολίτες που αγνοούν τα δικαιώματά τους, δεν είναι σε θέση να τα διεκδικήσουν ή να τα ασκήσουν.

Στα πλαίσια αυτά ο ιατρός δύναται να υπάρξει αρωγός και ο συνδεδετικός κρίκος ανάμεσα στον πολίτη και την κοινωνία, με σκοπό να εξασφαλίσει -στο βαθμό που μπορεί- την υπεράσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και την ισότητα στην πρόσβαση στα κοινωνικά αγαθά, μέσω της ολιστικής προσέγγισης της ιατρικής επιστήμης.

Καινοτόμες δομές υπηρεσιών υγείας, στόχευση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και διατομεακή συνεργασία ιατρικής με την κοινωνική και νομική υπηρεσία είναι μερικές μόνο από τις κατακτήσεις χωρών όπως οι Η.Π.Α. (Regenstein et al. 2016), ο Καναδάς (Loignon et al., 2015), η Ολλανδία (Vink, 2013), Σουηδία (Burström et al., 2015) κ.α. Οι τάσεις των συστημάτων υγείας και οι καλές πρακτικές που αναπτύσσονται διεθνώς σε ό,τι αφορά την οργάνωση των πολιτικών υγείας είναι η επιτήρηση της δημόσιας υγείας αλλά και παραγόντων που την καθορίζουν, η πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων, η μείωση παραγόντων κινδύνου για χρόνια νοσήματα, η αντιμετώπιση έκτακτων απειλών και η μείωση των ανισοτήτων (Georgakopoulos, 2016).

Έχοντας υπ' όψιν όλα τα παραπάνω θα διενεργηθεί μελέτη με στόχο την διαπίστωση της έκτασης του προβλήματος αλλά και του ρόλου των ιατρών ως πιθανών συντελεστών τόσο του προβλήματος όσο και της λύσης αυτού.

Βάσει των συμπερασμάτων, παρεμβάσεις μπορούν να εφαρμοστούν τόσο σε προπτυχιακό επίπεδο σπουδών των επαγγελματιών υγείας όσο και ανάπτυξη διατομεακής συνεργασίας με κοινωνικές υπηρεσίες, αναβάθμιση του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού, εκπαίδευση των ιατρών και θεσμική εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών. Γιατί, εν τέλει, η μακροπρόθεσμη πολιτική μιας χώρας είναι η ίδια η βελτίωση των συνθηκών ζωής και του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού της, επενδύοντας σε ένα κράτος δικαίου διασφαλίζοντας την δημόσια υγεία και πρόληψη.

Απώτερος στόχος

Να βελτιωθεί ο τρόπος προσέγγισης και παραπομπής των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων στα Νοσοκομεία της χώρας.

Στόχος της μελέτης

Η εκτίμηση της κατάστασης σε θέματα συνεργασίας των ιατρών με τις κοινωνικές υπηρεσίες σε Νοσοκομεία της Αττικής.

Μετρήσιμοι στόχοι

Να εξετασθεί η οπτική των ιατρών ως προς τους ευάλωτους πληθυσμούς.

Να αποτυπωθεί η υπάρχουσα κατάσταση στα Νοσοκομεία της Αττικής όσον αφορά τη συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες.

Διερεύνηση και καταγραφή καλών πρακτικών που εφαρμόζονται σε άλλες χώρες.

Υπόθεση μελέτης

Υπάρχει κενό στη γνώση των επαγγελματιών υγείας και στις υποδομές των μεγάλων Νοσοκομείων της Αττικής όσον αφορά τα κοινωνικά δικαιώματα και τις ανάγκες ασθενών ευάλωτων πληθυσμών.

Μεθοδολογία

Η παρούσα έρευνα θα είναι μια συγχρονική μελέτη κατά το έτος 2017 με διανομή ερωτηματολογίων σε οκτώ (8) μεγάλα Νοσοκομεία της Αττικής:

- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός»
- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»
- Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία»
- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικόν
- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα»
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου»
- Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας Θριάσιο
- Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας

Πληθυσμός-Στόχος

Οι ιατροί που εργάζονται στα ΤΕΠ των παραπάνω Νοσοκομείων στο διάστημα που διεξάγεται η μελέτη και συγκεκριμένα οι ειδικότητες: Παθολόγοι, Χειρουργοί, Γυναικολόγοι (γυναικολογικά Νοσοκομεία) και Παιδίατροι/Παιδοχειρουργοί (παιδιατρικό Νοσοκομείο).

Ερωτηματολόγιο

Επισυνάπτονται τα ερωτηματολόγια στο τέλος του παρόντος εγγράφου.

Ερωτηματολόγια θα διανεμηθούν για συμπλήρωση από τους/τις ιατρούς που ανήκουν στον πληθυσμό-στόχο. Το μέγεθος δείγματος θα υπολογιστεί βάσει του συνολικού πληθυσμού τους στα Νοσοκομεία και στις ειδικότητες που εξετάζονται. Στόχος είναι ένας στατιστικά αντιπροσωπευτικός πληθυσμός του δείγματος, αναλογιζόμενοι και πιθανές αρνήσεις συμμετοχής στην έρευνα.

Στατιστική ανάλυση

Όλα τα δεδομένα θα καταγραφούν, θα επεξεργαστούν και θα αναλυθούν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS. Θα ακολουθήσει ερμηνεία των μεταβλητών, κατηγοριοποίηση και συσχέτιση τους.

Συμπληρωματική έρευνα

Προκειμένου να αποκτηθεί μια ρεαλιστική αντίληψη της κατάστασης στα Νοσοκομεία της έρευνας θα πραγματοποιηθεί ποιοτικό κομμάτι της μελέτης, συμπληρωματικό προς την κυρίως έρευνα. Το κομμάτι αυτό δεν εντάσσεται στους σκοπούς της μελέτης, απλώς εξυπηρετεί την κατανόηση και λεπτομερή ανάλυση των πιθανών ευρημάτων.

Το ποιοτικό κομμάτι της έρευνας αποτελείται από:

1. Έρευνα πεδίου και συμπεράσματα σχετικά με τις υποδομές των Νοσοκομείων.

Συγκεκριμένα, σε κάθε Νοσοκομείο θα αναζητηθεί:

- η ύπαρξη ή μη κοινωνικής υπηρεσίας
- η στελέχωση και η λειτουργία αυτής
- η ευκολία εύρεσης και πρόσβασης σε αυτή.

2. Συζήτηση με τους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται στα παραπάνω Νοσοκομεία.

Στόχος της συζήτησης είναι η αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με το τι γίνεται στην καθ' ημέρα πράξη, καθώς και η διερεύνηση προοπτικών πιθανής αλλαγής της παρούσας κατάστασης.

3. Βιβλιογραφική αναζήτηση καλών πρακτικών από άλλες χώρες.

Χρονοδιάγραμμα

Αφού εγκριθούν το ερευνητικό πρωτόκολλο και το ερωτηματολόγιο από την Επιστημονική Επιτροπή του Π.Μ.Σ., θα κατατεθούν και στα Επιστημονικά Συμβούλια των αντίστοιχων Νοσοκομείων της Αττικής για έγκριση διεξαγωγής της μελέτης.

Νοέμβριος 2016-Φεβρουάριος 2017

Βιβλιογραφική ανασκόπηση αντίστοιχων μελετών, ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης, και αναζήτηση καλών πρακτικών.

Φεβρουάριος-Οκτώβριος 2017

Διανομή πρωτοκόλλου και γραπτή έγκριση από Επιστημονικά Συμβούλια. Διανομή και συλλογή κωδικοποιημένων ερωτηματολογίων και καταγραφή πιθανών αρνήσεων συμμετοχής από πλευράς ερωτώμενων.

Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2017

Συλλογή, επεξεργασία και ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Ιανουάριος 2018

Τελικό κείμενο με σκοπό την κατάθεση και παρουσίαση της διπλωματικής εργασίας.

Βιβλιογραφία Ερευνητικού Πρωτοκόλλου

Ξενόγλωσση

- Burström, B. (2015). Neoliberalism in Health Care in Sweden, Sweden –Recent Changes in welfare state arrangements. *International Journal of Health Services*, 45(1): 87–104.
- Loignon C., Fortin M., Bedos C., Barbeau D., Boudreault-Fournier A., Gottin T., Goulet E., Laprise E. & Haggerty JL. (2015). Providing care to vulnerable populations: a qualitative study among GPs working in deprived areas in Montreal, Canada. *Family Practice*, 32(2):232-236.
- Regenstein M., Trott J. & Williamson A., (2016). *The state of the medical –legal partnership field, Findings from the 2016 National Center for Medical-Legal Partnership surveys*. National Center for Medical-legal Partnership at the George Washington University, p.p. 29-31.
- Vink, K. & Takeuchi, K. (2013). International comparison of measures taken for vulnerable people in disaster risk management laws. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 4:63-70.

Ελληνική

- Κοντιάδης Ξ., Απίστουλας Δ., (2006). *Μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους και τοπική αυτοδιοίκηση*. Εκδ. Παπαζήση.
- Μπαλούρδος Δ., Σαρρής Ν., Τραμουντάνης Α. & Χρυσάκης Μ., (2014). *Ευάλωτες Κοινωνικά Ομάδες και διακρίσεις στην αγορά εργασίας*. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, εκδ. Παπαζήση.
- Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, (2014). *Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο για την Κοινωνική Ένταξη*. Αθήνα, σελ. 9.

Διαδίκτυο

- Georgakopoulos T. (2016), *Poverty affects health in Greece*. [online] Available at: <https://www.dianeosis.org/en/2016/06/extreme-poverty-greece-survey/> [Accessed 3 Jan. 2017].

Ερωτηματολόγιο Ιατρών

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Σκοπός αυτού του ερωτηματολογίου είναι να διερευνηθούν οι γνώσεις και η οπτική των ιατρών που εργάζονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) Νοσοκομείων της Αττικής όσον αφορά τα δικαιώματα και τις ανάγκες ασθενών ευάλωτων κοινωνικά ομάδων.

Επίσης, γίνεται προσπάθεια να αναγνωριστούν θέματα που αφορούν τη διασύνδεση αυτών των ομάδων με την κοινωνική υπηρεσία του εκάστοτε Νοσοκομείου.

Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια έρευνας για διπλωματική εργασία μεταπτυχιακού επιπέδου.

Τα δεδομένα των ερωτηματολογίων θα επεξεργαστούν με στατιστική ανάλυση. Σε περίπτωση δημοσίευσης δε θα γίνει αναφορά σε προσωπικά δεδομένα και θα τηρηθεί πλήρης ανωνυμία των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε **όλες** τις ερωτήσεις.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων.

Σοφία Πετράκη

Πολιτικός Επιστήμων

MSc Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Με ποιά συχνότητα συναντάτε τις ακόλουθες κοινωνικές ομάδες στο Νοσοκομείο σας; Διαβαθμίστε με «0-δεν γνωρίζω, 1-καθόλου, 2-σπάνια, 3-μέτρια, 4-συχνά, 5-πολύ συχνά».

	0	1	2	3	4	5
Πρόσφυγες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μετανάστες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Θύματα κακοποίησης-βίας/βασανιστηρίων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ασυνόδευτα ανήλικα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μακροχρόνια Άνεργοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Χρήστες ενδοφλεβίων ουσιών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Εξαρτημένα άτομα (π.χ. αλκοόλ, internet, τζόγος κ.α.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Άτομα που ζουν με HIV/AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Εκδιδόμενα άτομα (sex workers)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ψυχικά ασθενείς	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Θύματα εμπορίας ανθρώπων (trafficking)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αποφυλακισμένοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Άστεγοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LGBTQI+ κοινότητα (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Questioning, Intersex, +)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ρομά/Αθίγγανοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Άλλο (προσδιορίστε)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Γνωρίζετε ή έχετε λάβει ενημέρωση σχετικά με τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ομάδων αυτών;

- Ναι Όχι

2.1. Εάν απαντήσατε ναι, παρακαλώ αναφέρετε τις πηγές ενημέρωσης:

- Κοινωνική υπηρεσία/λειτουργός Νομοθεσία
 Internet Προϊστάμενος
 Συνέδριο Ιατρική σχολή
 Άλλο

Εάν απαντήσατε όχι, παρακαλώ συνεχίστε στην Ερώτηση 3.

2.2. Παρακαλώ διαβαθμίστε την κατάρτιση σας:

- Μη Ικανοποιητική Λίγο ικανοποιητική Μέτρια ικανοποιητική
 Αρκετά ικανοποιητική Πολύ ικανοποιητική

2.3. Η πιο πρόσφατη ενημέρωση που λάβατε σχετικά με τις ομάδες αυτές ήταν:

- Το τελευταίο έτος ≤2 έτη >2 έτη

3. Πόσο έτοιμος αισθάνεστε να διαχειριστείτε τα ακόλουθα:

3.1. Νομιμοποιητικά έγγραφα ασθενούς

(π.χ. ποιές ιατρικές υπηρεσίες, εργαστηριακές/απεικονιστικές εξετάσεις ή νοσηλεία δικαιούται βάσει των εγγράφων που προσκομίζει, π.χ. διαβατήριο, ροζ κάρτα κ.α.)

- Καθόλου Μέτρια Πολύ Δεν ανήκει στα καθήκοντα μου

3.2. Λεκτική επικοινωνία

(γλωσσική και πολιτισμική διαμεσολάβηση, π.χ. μετάφραση)

- Καθόλου Μέτρια Πολύ Δεν ανήκει στα καθήκοντα μου

3.3. Ενημέρωση για τα κοινωνικά δικαιώματα και υποχρεώσεις τους

(π.χ. επίδομα, νομική συνδρομή, κ.α.)

- Καθόλου Μέτρια Πολύ Δεν ανήκει στα καθήκοντα μου

4. Υπάρχει κοινωνική υπηρεσία στο Νοσοκομείο σας;

- Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

5. Εάν υπάρχει, γνωρίζετε ότι μπορείτε να παραπέμψετε κάποιον ασθενή στην κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου σας;

- Ναι Όχι

6. Πόσο συχνά παραπέμπετε περιστατικά στην κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου σας (εάν υπάρχει);

- Σχεδόν καθημερινά
 Συχνά (5-15 φορές/μήνα)
 Σπάνια (1-4 φορές-έξ/μήνα)
 Καθόλου

7. Εάν παραπέμπετε ασθενείς στην κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου σας, αυτή διευκολύνει κατά την άποψη σας το δικό σας ιατρικό έργο;

- Ναι Όχι Δε γνωρίζω

8. Σε ποια βάρδια θεωρείτε ότι είναι πιο δύσκολη η παραπομπή ενός ασθενούς στην κοινωνική υπηρεσία (μπορείτε να επιλέξετε πάνω από μια απάντηση αν το κρίνετε απαραίτητο);

- Πρωινή Απογευματινή Νυχτερινή
 Σαββατοκύριακα/Αργίες Σε όλες τις βάρδιες Καμία

9. Θεωρείτε σκόπιμο να εφημερεύει κοινωνικός λειτουργός στο Νοσοκομείο;

- Ναι, σε 24ωρη βάρδια Ναι, σε on-call εφημερία Όχι

10. Πιστεύετε ότι θα σας ήταν χρήσιμο να ενημερώνεστε συστηματικά για τα δικαιώματα και τις ανάγκες των ευπαθών πληθυσμών;

- Ναι, θα με ενδιέφερε Όχι, δεν θα με ενδιέφερε

11. Κατά τη γνώμη σας, είναι στα πλαίσια των καθηκόντων του ιατρού να γνωρίζει και να ενημερώνει για τα δικαιώματα της κάθε κοινωνικής ομάδας;

- Ναι, διευκολύνει την ολιστική προσέγγιση του ασθενούς
 Όχι, θεωρώ ότι αφορά την κοινωνική υπηρεσία

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

Δώστε μας λίγες πληροφορίες για εσάς.

Οι πληροφορίες αυτές θα χρησιμοποιηθούν ΜΟΝΟ για τους σκοπούς της έρευνας και σε καμία περίπτωση δεν θα δημοσιοποιηθούν προσωπικά δεδομένα.

Κωδικός: 1) Το 2^ο γράμμα του επωνύμου σας, 2) Τα δύο τελευταία ψηφία του κινητού σας τηλεφώνου, 3) Μήνας γέννησης (01-12)

Νοσοκομείο:

Φύλο

- Άρρεν Θήλυ Άλλο

Ηλικία:

Βαθμός

- Διευθυντής Ειδικευμένος/Επιμελητής
 Ειδικευόμενος ≥ 3 έτη Ειδικευόμενος < 3 έτη

Εάν εργάζεστε στο ίδιο Νοσοκομείο για ≥ 3 έτη έχετε παρατηρήσει αλλαγή στην προσέλευση ευπαθών ομάδων στον χώρο των Τ.Ε.Π. τα τελευταία έτη;

- Ναι, μεγάλη αύξηση Ναι, μικρή αύξηση
 Στα ίδια επίπεδα Όχι, μειώνεται

Ειδικότητα

- Παθολόγος Χειρουργός
 Παιδίατρος/Παιδοχειρουργός Γυναικολόγος

Συμφωνείτε να παρέχεται δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες πληθυσμού;

- Ναι Όχι

Παρακαλώ δικαιολογείστε επιγραμματικά την απάντησή σας:

.....
.....
.....

Ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο σας

Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στο: petraki_s@yahoo.gr

Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών Λειτουργιών

Νοσοκομείο: **Ημερομηνία:**

1) Πόσες είναι οι Οργανικές θέσεις κοινωνικών λειτουργών στο Νοσοκομείο σας-Πόσοι Κοινωνικοί λειτουργοί υπηρετούν πραγματικά;

2) Πόσες κλίνες έχει το Νοσοκομείο σας και πόσες αντιστοιχούν ανά κοινωνικό λειτουργό;

3) Υπάρχει job description-καθηκοντολόγιο για τους κοινωνικούς λειτουργούς στο Νοσοκομείο σας;

Ναι Όχι Άλλο

4) Ποιές είναι οι ώρες λειτουργίας της κοινωνικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου σας;

5) Θεωρείτε σκόπιμο να εφημερεύει κοινωνικός λειτουργός στο Νοσοκομείο;

Ναι, σε 24ωρη βάρδια Ναι, σε on-call εφημερία Όχι

6) Θα ήταν κατά την άποψη σας χρήσιμο να υπάρχει λόγω της πολυπολιτισμικότητας μεταφραστής ή πολιτισμικός διαμεσολαβητής σε μόνιμη βάση στην κοινωνική υπηρεσία;

Ναι Όχι Ίσως, σε ειδικές περιπτώσεις

7) Καταγραφή της υλικοτεχνικής υποδομής της κοινωνικής υπηρεσίας:

Γραφείο:

H/Y:

Λογισμικό-καταγραφή:

Αρχείο -φύλαξη:

Χώρος συνεντεύξεων:

Τήρηση απορρήτου:

Χώρος αναμονής:

Άλλο:

8) Πόσο συχνά σάς παραπέμπουν οι ιατροί άτομα που χρήζουν ανάγκης στην κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου σας;

- Σχεδόν καθημερινά Συχνά (5-15 φορές/μήνα)
 Σπάνια (1-4 φορά-ές/μήνα) Καθόλου

9) Οι παραπομπές των ιατρών είναι περισσότερο από τα ΤΕΠ ή από νοσηλευόμενους ασθενείς (αναφέρετε ποσοστό);

10) Προσέρχονται άτομα που χρειάζονται την κοινωνική υπηρεσία αυτοβούλως;

- Σχεδόν καθημερινά Συχνά (5-15 φορές/μήνα)
 Σπάνια (1-4 φορά-ές/μήνα) Καθόλου

11) Πιστεύετε ότι η συστηματική ενημέρωση των ιατρών (π.χ. με την μορφή σεμιναρίων σε αυτούς) σχετικά με τα δικαιώματα και τις ανάγκες των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων, θα διευκόλυνε την ολιστική προσέγγιση του ασθενούς;

12) Θα θέλατε να διοργανώνετε ως κοινωνική υπηρεσία τέτοιου είδους σεμινάρια στο Νοσοκομείο σας;

13) Με ποιά συχνότητα συναντάτε τις ακόλουθες κοινωνικές ομάδες στο Νοσοκομείο σας; (Διαβαθμίστε με «0-δεν γνωρίζω, 1-καθόλου, 2-σπάνια, 3-μέτρια, 4-συχνά, 5-πολύ συχνά»).

	0	1	2	3	4	5
Πρόσφυγες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μετανάστες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Θύματα κακοποίησης-βίας/βασανιστηρίων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ασυνόδευτα ανήλικα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μακροχρόνια Άνεργοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Χρήστες ενδοφλεβίων ουσιών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Εξαρτημένα άτομα (π.χ. αλκοόλ, internet, τζόγος κ.α.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Άτομα που ζουν με HIV/AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Εκδιδόμενα άτομα (sex workers)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ψυχικά ασθενείς	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Θύματα εμπορίας ανθρώπων (trafficking)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αποφυλακισμένοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Άστεγοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LGBTQI+ κοινότητα (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Questioning, Intersex, +)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ρομά/Αθίγγανοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Άλλο (προσδιορίστε)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....						

14) Έχετε παρατηρήσει αλλαγή στην προσέλευση ευπαθών ομάδων στον χώρο των Τ.Ε.Π. τα τελευταία έτη;

- Ναι, μεγάλη αύξηση Ναι, μικρή αύξηση
 Στα ίδια επίπεδα Όχι, μειώνεται

15) Συμφωνείτε να παρέχεται δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες πληθυσμού;

- Ναι Όχι

16) Ποιά η διασύνδεση με τη Νομική Υπηρεσία του Νοσοκομείου σας;

17) Θα κάνατε κάποιες προτάσεις ή γενικές παρατηρήσεις για βελτίωση της λειτουργίας και των υπηρεσιών της κοινωνικής υπηρεσίας;



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
«Γ.Ν.Α.Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» Ν.Π.Δ.Δ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ-
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ: 3-03-2017
ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤ. 39

Προς:
Το ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΘΕΜΑ: Διπλωματική εργασία της κ. Πετράκη Σοφίας

Το ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ – ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ στην 2^η Τακτική Συνεδρίαση της 2-03-2017 συζήτησε και εγκρίνει, ομόφωνα, τη διεξαγωγή της διπλωματικής εργασίας με θέμα: «Διεθνής Ιατρική και Διαχείριση Κρίσεων Υγείας» της κ. Πετράκη Σοφίας. Σημειώνεται ότι η μελέτη θα πραγματοποιηθεί χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου, σύμφωνα με δήλωση της κ. Πετράκη Σοφίας.

Ο Πρόεδρος του Ε.Σ

Καθ.Α.Σκουτέλης



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

1^η Υ. Π. Ε. ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
«ΛΑΪΚΟ»

ΤΜΗΜΑ: ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ
Επιτροπή Ασφαλείας των Πληροφοριακών Συστημάτων

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Αναστασιάδου Αλεξάνδρα
ΤΗΛΕΦΩΝΑ: 2132061830

Γ.Ν.Α. "ΛΑΪΚΟ"
ΑΡ.ΠΡ. 1863
17/03/2017 ΕΞ

✓ ΠΡΟΣ: κ. ΠΕΤΡΑΚΗ ΣΟΦΙΑ
Σκοπετέα 1
Λυκαβηττός-Αθήνα
Τ.Κ.11521
τηλ 6972718172

ΘΕΜΑ : «Απάντηση στο με αρ. πρωτ. 1863 / 13.02.2017 ΕΙΣ αίτημά σας, σχετικό με διανομή ερωτηματολογίων εντός του χώρου του Νοσοκομείου»

Αγαπητή Κυρία

Στα πλαίσια της διασφάλισης των Ευαίσθητων και Προσωπικών Δεδομένων, το Νοσοκομείο μας έχει λάβει άδεια από την ΑΠΔΠΧ, σύμφωνα με την οποία είναι αρμόδιο για τις σχετικές αποφάσεις διακίνησης ή μη αυτών των στοιχείων – δεδομένων. Παράλληλα, το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας έλαβε γνώση του αιτήματός σας και έχει εισηγηθεί θετικά σύμφωνα με το αρ. πρωτ. Ε.Σ. 3444 / 14.03.17 έγγραφό του.

Δεδομένου επιπλέον ότι, η συμπλήρωση ερωτηματολογίου είναι απόλυτο προσωπικό δικαίωμα του ερωτώμενου το οποίο αποδεικνύεται με την υπογραφή του εντύπου συναίνεσης, σας ενημερώνουμε ότι έχετε την συγκατάθεση του φορέα μας, με τον όρο ότι οι όποιες διεργασίες θα διασφαλίζουν την ανωνυμία τόσο των φυσικών προσώπων όσο και των Νοσηλευτικών Οργανισμών, οι οποίοι θα λάβουν μέρος στην έρευνά σας.

Στη διάθεσή σας για κάθε διευκρίνιση.

Κοινοποίηση:

Δ/ντης Ιατρικής Υπηρεσίας
Υποδιεύθυνση Διοικητικής Υπηρεσίας
Επιστημονικό Συμβούλιο

Η Δ/ ντρια Διοικητικού
α/α Καβαδιά Σπυριδούλα

Ακριβές Αντίγραφο
Η Προϊσταμένη της Γραμματείας
Κονιαβίτη Φωτεινή

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
Α΄ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ « Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ »

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΠΡΟΣ: κ. ΣΟΦΙΑ ΠΕΤΡΑΚΗ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΩΣ 24-05-17

ΠΑΡΟΝΤΕΣ :

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΡΟΥΣΟΣ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ, Καθηγητής-Διευθυντής Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών
ΣΟΥΛΤΑΝΑ ΣΙΑΧΑΝΙΔΟΥ, ΜΕΛΟΣ, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Νεογνολογίας Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών
ΕΥΘΥΜΙΑ ΤΣΙΝΑ, ΜΕΛΟΣ, Επιμελήτρια Α΄ Οφθαλμολογίας
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΠΗΛΙΧΟΥ, ΜΕΛΟΣ, Επιμελήτρια Β΄ Ορθοπαιδικής
ΑΣΗΜΙΝΑ ΠΑΛΑΙΟΛΟΓΟΥ, ΜΕΛΟΣ, Ειδικευόμενη Παιδοψυχιατρικής
ΑΝΝΑ-ΜΑΡΙΑ ΤΣΙΛΙΑ, ΜΕΛΟΣ, ΠΕ Ψυχολόγων
ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΣΥΡΓΙΑΜΙΩΤΗΣ, ΜΕΛΟΣ, ΤΕ Ραδιολογίας-Ακτινολογίας
ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ ΒΛΑΧΙΩΤΗ, ΜΕΛΟΣ, ΠΕ Νοσηλευτικής

ΘΕΜΑ : Έγκριση διεξαγωγής ερευνητικού πρωτοκόλλου, μέσω διανομής ερωτηματολογίων, με τίτλο «Τα δικαιώματα και οι ανάγκες ασθενών ευάλωτων κοινωνικά ομάδων- γνώσεις και οπτική των ιατρών που εργάζονται στα Τ.Ε.Π. οκτώ νοσοκομείων της Αττικής»

ΣΧΕΤ. : Αρ.πρωτ. 3479/13-02-17

Το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την συνεδρίασή του στις 24 Μαΐου 2017 έλαβε υπόψη του την ανωτέρω αίτηση της μεταπτυχιακής φοιτήτριας στο Μ.Π.Σ. της Ιατρικής Σχολής Αθηνών «Διεθνής Ιατρική και Διαχείριση Κρίσεων Υγείας» κ. Σοφίας Πετράκη, που αφορά στην έγκριση διεξαγωγής ερευνητικού πρωτοκόλλου, μέσω διανομής ερωτηματολογίων, με τίτλο «Τα δικαιώματα και οι ανάγκες ασθενών ευάλωτων κοινωνικά ομάδων- γνώσεις και οπτική των ιατρών που εργάζονται στα Τ.Ε.Π. οκτώ νοσοκομείων της Αττικής».

Ύστερα από μελέτη και αναλυτική συζήτηση, διαπιστώθηκε ότι η ανωτέρω μελέτη, η οποία εκπονείται στα πλαίσια της διπλωματικής της εργασίας, πληροί όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή της και δεν προκύπτει κόστος για το νοσοκομείο.

Κατόπιν τούτων, ομόφωνα το Επιστημονικό Συμβούλιο εισηγείται την έγκριση διανομής ερωτηματολογίων σε ιατρούς των Τ.Ε.Π. του νοσοκομείου μας για τη διεξαγωγή της ανωτέρω μελέτης, καθώς και την έγκριση των συνοδευτικών εγγράφων.

Συγκεκριμένα:

1. Πρωτόκολλο έρευνας
2. Ερωτηματολόγιο έρευνας

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ**



**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΡΟΥΣΟΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ-ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Α΄ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ
ΑΙΓΑΙΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
«ΑΤΤΙΚΟΝ»
ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
9ης Συνεδρίασης
στις 31-5-2017

ΑΠΟΦΑΣΗ

Θέμα 48^ο : Έγκριση εκπόνησης διπλωματικής εργασίας της Σ.Πετράκη με τίτλο: «Τα δικαιώματα και οι ανάγκες ασθενών ευάλωτων κοινωνικά ομάδων-γνώσεις και οπτική των ιατρών που εργάζονται στο ΤΕΠ οκτώ νοσοκομείων της Αττικής» στα πλαίσια του Μ.Π.Σ. «Διεθνής Ιατρική και Διαχείριση Κρίσεων Υγείας» (10405/27-3-17).

Το Επιστημονικό Συμβούλιο (**παρόντες**: Καθηγητής Π. Καρακίτσος, Διευθυντής ΕΣΥ Ν. Οικονομόπουλος, Αν Καθηγητής Ν. Αρκαδόπουλος, Επιμ. Α' ΕΣΥ Ε. Μετάνια, Επιμ. Β' ΕΣΥ Α. Βρεπού, Επίκ. Καθηγητής Χ. Κρούπης, ΤΕ Ραδιολ-Ακτινολ. Κ. Γεωργιάδης,) αφού έλαβε υπόψη του το υπ' αριθμ. 10405/27-3-17 έγγραφο.

Ομόφωνα

Εγκρίνει την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας της Σ.Πετράκη με τίτλο: «Τα δικαιώματα και οι ανάγκες ασθενών ευάλωτων κοινωνικά ομάδων-γνώσεις και οπτική των ιατρών που εργάζονται στο ΤΕΠ οκτώ νοσοκομείων της Αττικής» στα πλαίσια του Μ.Π.Σ. «Διεθνής Ιατρική και Διαχείριση Κρίσεων Υγείας» (10405/27-3-17).

Υποβάλλει το θέμα στις αρμόδιες υπηρεσίες.

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου

Καθηγητής Π. Καρακίτσος

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η Υ.Π.Ε. Αττικής
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ-ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ της 3^{ης}/21-03-2017 Συνεδρίασης

ΘΕΜΑ 5^ο : Εκχώρηση άδειας για εκπόνηση επιστημονικής διπλωματικής εργασίας μεταπτυχιακού επιπέδου

- ΣΧΕΤΙΚΑ:** 1.- Το υπ' αριθ. 140/14-02-2017 έγγραφο της Σ. Πετράκη Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας
2.- Τη σύμφωνη γνώμη του καθ/τη . Δ.Λουτράδη, Δ/ντή της Α' Μ/Γυναικολογικής Κλινικής
3.- Ερευνητικό Πρωτόκολλο
4.- Ερωτηματολόγιο
5.- Βεβαίωσης Φοίτησης

Κατά την 3η/ 21.03.2017 συνεδρίαση, του Επιστημονικού Συμβουλίου **παρόντες ήσαν:**

- 1.- Δημόπουλος Μελέτιος - Αθανάσιος - Καθηγητής-Δ/ντή Θεραπευτικής Κλινικής
- 2.- Γαβρίλη Σταυρούλα – Διευθύντρια Παιδιατρικής
- 3.- Σταματάκης Εμμανουήλ – Επιμελητής Α' Αναισθησιολογίας
- 4.- Μαρινόπουλος Σπυρίδων - Επιμελητής Β' Μ-Γ
- 5.- Ρούσση Αλεξάνδρα-Ακτινοφυσικός
- 6.- Ζιώγας Νικόλαος, Μαιευτής
- 7.- Χριστοπούλου Ευθυμία -Τεχνολόγος

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα,

ΟΜΟΦΩΝΑ

Εγκρίνει την διανομή ερωτηματολογίων στους ιατρούς των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου.

Τα ερωτηματολόγια αφορούν έρευνα με τίτλο «Τα δικαιώματα και οι ανάγκες ασθενών ευάλωτων κοινωνικά ομάδων – γνώσεις και οπτική των ιατρών που εργάζονται στα Τ.Ε.Π. οκτώ Νοσοκομείων της Αττικής, που διενεργείται στο πλαίσιο του Μ.Π. της Ιατρικής Σχολής Αθηνών «Διεθνής Ιατρική και Διαχείριση Κρίσεων Υγείας» υπό την επίβλεψη της Ν. Δημητρίου, Χειρουργού – Επιστημονικού Συνεργάτη ΕΚΠΑ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
Καθηγητής Μ.Α. Δημόπουλος
Δ/ντής Θεραπευτικής Κλινικής
του Πανεπιστημίου Αθηνών
στο Νοσοκομείο « ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ »

Α Π Ο Σ Π Α Σ Μ Α

Της 18^{ης} Τακτικής Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΓΝ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ-ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» Γ.Ν Έλενα Βενιζέλου της 9/3/2017, ημέρα Πέμπτη και ώρα 12:00

ΘΕΜΑ 8ΗΔ: « Έγκριση διανομής ερωτηματολογίου στους Ιατρούς του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου μας, στα πλαίσια εκπόνησης επιστημονικής διπλωματικής εργασίας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών»

Υποβάλλεται προς τα μέλη του ΕΣ το υπ' αριθμ. πρωτ.2587/13-2-17 αίτημα της Σ. Πετράκη φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής

**Το Επιστημονικό Συμβούλιο
λαμβάνοντας υπ' όψιν το ανωτέρω αίτημα
όπως αυτό αναφέρεται στα σχετικά συνημμένα έγγραφα
μετά από διαλογική συζήτηση
ομόφωνα αποφασίζει**

Την έγκριση εκπόνησης επιστημονικής διπλωματικής εργασίας με θέμα «**Διανομή ερωτηματολογίου στους Ιατρούς του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου μας** της φοιτήτριας Σ. Πετράκη υπό την επίβλεψη της Ν. Δημητρίου Ιατρού Χειρουργού ΕΚΠΑ, με την προϋπόθεση να μην εκτελεστεί καμία Ιατρική πράξη και δεν θα επιβαρύνει οικονομικά το Νοσοκομείο μας

Θα τηρηθεί αυστηρά το απόρρητο του Ιατρικού Προσωπικού και το Ε.Σ θα ενημερωθεί για τα αποτελέσματα της εργασίας.

Επιστημονικά υπεύθυνη για την εκπόνηση της έρευνας στο Νοσοκομείο μας ορίζεται η υπάλληλος ΤΕ Μαιών κ. Σάββογλου Κατίνα .

**Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ**


ΜΕΛΙΩ ΚΑΝΤΑΡΗ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ
"ΘΡΙΑΣΙΟ"

Ελεούσα 21/7/2017
Αρ. Πρωτ.: 6023/7-3-2017

Προς:
κα ΠΕΤΡΑΚΗ ΣΟΦΙΑ
Σκοπετέα 1,
Αθήνα Τ.Κ.11521

Θ Ε Μ Α : Απάντηση σε αίτηση

Σχετικά: 1. Τις υπ' αριθμ. πρωτ.6023/Φ702/7-03-2017 αίτησή σας.
2. Το υπ' αριθμ. ΔΑΑΔ 32112/18-07-2017, έγγραφό της 2^{ης} ΥΠΕ.

Απαντώντας στην ανωτέρω σχετική αίτησή σας, σας ενημερώνουμε ότι **εγκρίθηκε το αίτημα** σας για διεξαγωγή έρευνας στο Νοσοκομείο μας στα πλαίσια εκπόνησης της μεταπτυχιακής σας εργασίας με θέμα :

Τα δικαιώματα και οι ανάγκες ασθενών ευάλωτων κοινωνικά ομάδων –γνώσεις και οπτική ιατρών που εργάζονται στα Τ.Ε.Π. οκτώ Νοσοκομείων της Αττικής» η οποία διενεργείται στα πλαίσια Μεταπτυχιακού Προγράμματος της Ιατρικής Σχολής Αθηνών «Διεθνής Ιατρική και Διαχείριση Κρίσεων Υγείας».

Η προαναφερόμενη άδεια τελεί υπό τις προϋποθέσεις:

- 1.Της διαφύλαξης των προσωπικών δεδομένων
- 2.Της τήρησης του κώδικα επιστημονικής δεοντολογίας
- 3.Να μην υπάρξει οικονομική ή άλλου είδους επιβάρυνση για το νοσοκομείο
- 4.Να μην παρακωλύεται η λειτουργία της Υπηρεσίας
- 5.Τα αποτελέσματα της ανωτέρω έρευνας να κοινοποιηθούν στο νοσοκομείο.

Εσωτερική διανομή:

- 1.Τμ. Προσωπικού

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ

Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΜ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

Ο Δ/ΚΟΣ Δ/ΝΤΗΣ

Δ. ΚΟΡΦΙΑΤΗΣ



Μ.ΧΑΡΑΚΙΑΝΑΚΗ

Τμ. Προσωπικού-Λεωφ. Γεννηματά, 19018 Μαγούλα, Τηλ. 2132028539
e-mail: grprosopikou@thriassio-hosp.gr, www. Thriassio-hosp.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΗ, ΔΙΟΙΚ. Δ/ΜΗ, ΤΥ. ΔΙΟΙΚ., ΤΥ. ΟΙΚ., ΕΠΙΣΤ. ΣΥΜ
ΤΜΗΜΑ ΥΠΟΛΕΙΤΙΚΟΥ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
2^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
«ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Αρ. πρωτ. : ...198.....

2^η ΥΠΕΡΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»
Αριθ. Πρωτ. 4140
Βούλα 4/4/17
Συνημ.

Βούλα 03-04-17

Π Ρ Ο Σ
Τον Διοικητή του Νοσοκομείου

Σας διαβιβάζουμε τα πρακτικά της 3^{ης} Συνεδρίασης του Ε.Σ την 06-03-2017 ημέρα Δευτέρα και παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ Ε.Σ

Δρ. ΑΓΓΕΛΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ
ΣΥΝΤ. Δ/ΝΤΗΣ Α' ΧΕΙΡ/ΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Κοινοποίηση

1. Δ/ση Διοικ/κής Υπηρεσίας
2. Υπ/ση Διοικ/κής Υπηρεσίας
3. Δ/ση Οικονομικού
4. Επ. Συμβούλιο
5. Γρ. προσωπικού



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
2^η ΎΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
«ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

3^η ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
Δευτέρα 06-03-2017 και ώρα 13.00μ.μ

Παρόντες οι κ.κ.	Διγαλάκης Μιχαήλ	Πρόεδρος
	Λούφα Θεοδώρα	αν. Μέλος
	Ρούμπης Κων/νος	»
	Χαμόδρακα Ευτυχία	Μέλος
	Γκίνη Σταυρούλα	»
	Πεντάζος Παναγιώτης	»
	Ασημακοπούλου Ευσταθία	»
	Πανά Αναστασία	»
	Σπηλιωτακοπούλου Παναγιώτα	»
	Παυλάκη Ευτυχία	αν. μέλος
	Κώτσης Κων/νος	»
	Σχορτσιανίτη Ευαγγελία	»

ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΙΑΤΑΞΗ

Θέμα 1^ο . Γαστρεντερολογικό ιατρείο.

Έγινε ενημέρωση από τον Πρόεδρο σχετικά με την υπ' αριθμ' 17045/16-12-2016 επιστολή του προς τον Διευθυντή του Γαστρεντερολογικού Ιατρείου κ. Σκορδίλη. Με την επιστολή του αυτή ο πρόεδρος πρότεινε την συνεργασία με τον κ. Σκορδίλη σε ότι αφορά τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν για την αναβάθμιση του Ιατρείου. Ο κ. Σκορδίλης απάντησε με την υπ' αριθμ' 686/17-01-2017 επιστολή του, σύμφωνα με την οποία δηλώνει ότι το τμήμα του λειτουργεί αρμονικά και τα όποια προβλήματα που αυτό αντιμετωπίζει επιλύονται μέσα στον τομέα. Ο κ. πρόεδρος παρατήρησε ότι αυτό είναι σωστό που λέει ο κ. Σκορδίλης, πλην όμως, όπως ο ίδιος βίωσε πρόσφατα, πολλάκις χρειάζεται η διακομιδή ασθενών σε άλλα Νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των αιμορραγιών από το πεπτικό ή γενικώς επεμβατικών πράξεων. Πιστεύει δε ότι για την αυτάρκεια του δικού μας Νοσοκομείου απαιτείται όπως το πολύ σπουδαίο αυτό τμήμα (Γαστρεντερολογικό) μετεξελιχθεί γρήγορα σε κλινική όπου υπό την Διεύθυνση του κ. Σκορδίλη θα προσφέρει αναβαθμισμένες υπηρεσίες προς όφελος των ασθενών και του Νοσοκομείου.

ακριβώς ορίζει η νομοθεσία. Η Κ. Σπηλιωτακοπούλου ανέφερε ότι για Ογκολογική επιτροπή να γίνει ότι ορίζει η νομοθεσία. Η πρόταση γίνεται αποδεκτή κατά πλειοψηφία.

Θέμα 4^ο Εφημερίες Ακτινοφυσικού.

Επί του θέματος το λόγο πήρε ο κ. Ρούμπης λέγοντας πως και στο παρελθόν έκανε εφημερίες η ακτινοφυσικός και η παρουσία της είναι απαραίτητη προκειμένου να έχει 24ωρη κάλυψη το Νοσοκομείο στις Γενικές εφημερίες. Το Ε Σ ομόφωνα εισηγείται θετικά επί του θέματος.

Θέμα 5^ο. Εφημερίες Παιδοψυχιάτρων.

Το λόγο επί του θέματος πήρε ο κ. Γεωργιάδης Διευθυντής Παιδοψυχιατρικού τμήματος που είχε κληθεί να παρευρίσκεται, ο οποίος είπε πως είναι απαραίτητη η συμμετοχή των παιδοψυχιάτρων του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου Ν. Σμύρνης κ.κ. Πολάκη Ολυμπίας και Δετοράκη Καλλιόπης στο πρόγραμμα εφημεριών του Νοσοκομείου. Το Ε Σ μετά από συζήτηση εισηγείται θετικά με την προϋπόθεση να μην κοπούν εφημερίες από τους υπόλοιπους συναδέλφους.

Θέμα 6^ο. Αίτημα της κ. Πετράκη Σοφίας Πολιτικός Επιστήμων MSc Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας με θέμα : Εκχώρηση άδειας για εκπόνηση επιστημονικής διπλωματικής εργασίας μεταπτυχιακού επιπέδου με τίτλο « Τα δικαιώματα και οι ανάγκες ασθενών ευάλωτων κοινωνικά ομάδων- γνώσεις και οπτική των ιατρών που εργάζονται στα Τ.Ε.Π

Το Ε Σ μετά από συζήτηση ομόφωνα εισηγείται θετικά επί του αιτήματος της κ. Πετράκη Σοφίας Πολιτικός Επιστήμων MSc Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας με θέμα : Εκχώρηση άδειας για εκπόνηση επιστημονικής διπλωματικής εργασίας μεταπτυχιακού επιπέδου με τίτλο « Τα δικαιώματα και οι ανάγκες ασθενών ευάλωτων κοινωνικά ομάδων- γνώσεις και οπτική των ιατρών που εργάζονται στα Τ.Ε.Π

Θέμα 7^ο. Αίτημα του Οφθαλμολογικού τμήματος για έγκριση υλικών:1) Ιξεωδοελαστικό διάλυμα υαλουρονικού νατρίου και υδροχλωρικής λοδοκαΐνης σε ποσότητα 15 mg/ml υαλουρονικού νατρίου και 10 mg/ml υδροχλωρικής λιδοκαΐνης και σε ποσότητα 0.85 cm³ για intracameral αναισθησία. Στη συσκευασία να περιέχονται αποστειρωμένες αμπούλες υδροχλωρική λιδοκαΐνη 2% σε συνδυασμό με υαλουρονικό νάτριο 0.3% για τοπική αναισθησία. 2) Διατακός δακτύλιος ίριδος μιας χρήσης από PMMA με 4 σημεία στήριξης 6,25 χιλιοστά, ενσωματωμένος σε ανθέτη. 3) Διαστολείς ίριδος από PMMA 4 έως 5 τεμαχίων 4) Δακτύλιος διάτασης περιφακτίου από PMMA με 2 οπές και διάμετρο 12 χιλιοστών (συμπιεζόμενος σε 10 χιλιοστά) (CTR)

καρδιακή ανεπάρκεια και σημαντική στεφανιαία νόσο έπειτα από επεισόδιο μη αντιρροούμενης καρδιακής ανεπάρκειας».

Το Ε Σ μετά από συζήτηση επί του θέματος εισηγείται θετικά του αιτήματος του κ. Μανώλη Αθανάσιου Διευθυντή Καρδιολογικού τμήματος με θέμα « Κλινική Μελέτη RIVAROXHFA3001 (COMMANDER) της εταιρείας Jansen-Cilag international NV: 1) Τροποποίηση Πρωτοκόλλου INT-3, 2) Ελληνικό Φύλλο Πληροφοριών και έντυπο Συγκατάθεσης V6.0 GRC2.0 με ημερομηνία 23 Δεκεμβρίου 2016, 3) Προσθήκη εντύπου συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης έκδοση 1.0 με ημερομηνία 22 Δεκεμβρίου 2016 , 4) Εγχειρίδιο του Ερευνητή για το Rivaroxaban έκδοση 24, με ημερομηνία έκδοσης 21 Νοεμβρίου 2016, 5) Πρότυπο επιστολής (κύριος ερευνητής προς ασθενή μελέτης COMMANDER) για συγκατάθεση κατά την τηλεφωνική επικοινωνία» και με τίτλο: « Μια τυχαίοποιημένη, διπλά τυφλη, καθοδηγούμενη από συμβάντα, πολυκεντρική μελέτη για τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της ριβαροξαμπάνης σε σχέση με εικονικό φάρμακο , για τη μείωση του κινδύνου θανάτου , εμφράγματος του μυοκαρδίου ή εγκεφαλικού επεισοδίου σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και σημαντική στεφανιαία νόσο έπειτα από επεισόδιο μη αντιρροπούμενης καρδιακής ανεπάρκειας».

Διγαλάκης Μιχαήλ

Λούφα Θεοδώρα

Ρούμπης Κωνσταντίνος

Χαμόδρακα Ευτυχία

Γκίνη Σταυρούλα

Πεντάζος Παναγιώτης

Ασημακοπούλου Ευσταθία

Πανά Αναστασία

Σπηλιωτακοπούλου Παναγιώτα

Πρόεδρος

Μέλος

»

»

»

»

»

»

»

Δεξ σύμφωνα με τα
πρωτόκολλα στο 1^ο, 3^ο 054

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Ε Σ

ΤΣΙΑΚΙΡΑ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Ευρετήριο πινάκων

Γενικό μέρος

Πίνακας Π1. Νομοθετικό πλαίσιο Ελλάδος δικαιωμάτων στην υγεία	σελ.99
Πίνακας Π2. Νομοθετικό πλαίσιο Ελλάδος για την κοινωνική εργασία	σελ.99
Πίνακας Π3. Νομικό πλαίσιο Ελλάδος πρόσβασης στην υγεία	σελ.100

Ειδικό μέρος

Ποσοτική έρευνα ιατρών

Κυρίως Κείμενο

Πίνακας 1. Συμμετοχή ιατρών στην έρευνα ανά Νοσοκομείο-συμμετοχή ανά βαθμίδα στο σύνολο των ιατρών στα οκτώ Νοσοκομεία	σελ.31
Πίνακας 2. Φύλο-Ηλικία συμμετεχόντων ιατρών	σελ.32
Πίνακας 3. Γνώση-Ενημέρωση ιατρών σχετικά με τα νόμιμα κοινωνικά δικαιώματα των ευπαθών ομάδων-πηγή ενημέρωσης	σελ.35
Πίνακας 4. Διάστημα ενημέρωσης ιατρών σχετικά με τα δικαιώματα των ΕΚΟ	σελ.36
Πίνακας 5. Διαχείριση διαδικασιών που αφορούν τις ΕΚΟ από τους ιατρούς	σελ.37
Πίνακας 6. Διευκόλυνση ιατρικού έργου από την κοινωνική υπηρεσία μετά από παραπομπή	σελ.38
Πίνακας 7. Δυσκολία παραπομπής ασθενούς στην κοινωνική υπηρεσία -χρησιμότητα εφημερίας κοινωνικού λειτουργού	σελ.39
Πίνακας 8. Χρησιμότητα ενημέρωσης ιατρών για δικαιώματα και ανάγκες ΕΚΟ- Αν είναι στα πλαίσια του ιατρού να γνωρίζει/ενημερώνει για τα δικαιώματα κάθε κοινωνικής ομάδας	σελ.39
Πίνακας 9. Προσέλευση ευπαθών ομάδων στα ΤΕΠ τα τελευταία έτη	σελ.40

Στατιστική συσχέτιση αποτελεσμάτων ιατρών

Πίνακας 10. Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων-χαρακτηριστικών με τη γνώση ή λήψη ενημέρωσης σχετικά με τα δικαιώματα ΕΚΟ στο σύνολο του δείγματος	σελ.42
Πίνακας 11. Αποτελέσματα πολλαπλής λογαριθμικής παλινδρόμησης μεταξύ γνώσης ιατρών για δικαιώματα ΕΚΟ και χαρακτηριστικών-μεταβλητών του δείγματος	σελ.45

Παράρτημα II

Πίνακας Π4. Συνολική συχνότητα προσέλευσης ΕΚΟ στα Νοσοκομεία βάσει απαντήσεων ιατρών	σελ.103
Πίνακας Π5. Γνώση δυνατότητας παραπομπής ασθενούς στην κοινωνική υπηρεσία	σελ.104

Πίνακας Π6. Δωρεάν πρόσβαση ΕΚΟ στις υπηρεσίες υγείας-δικαιολόγησησελ.105

Ποιοτική έρευνα Κοινωνικών Λειτουργών

Κυρίως κείμενο

Πίνακας 12. Αναλογία Κοινωνικών Λειτουργών-Κλινώνσελ.46

Πίνακας 13. Βάρδιες λειτουργίας Κοινωνικών Υπηρεσιών ανά Νοσοκομείο.σελ.47

Πίνακας 14. Συχνότητα παραπομπών ιατρών από νοσηλεύόμενους-ΤΕΠσελ.50

Παράρτημα II

Πίνακας Π7. Χρησιμότητα ύπαρξης μεταφραστή/πολιτισμικού διαμεσολαβητήσελ.107

Πίνακας Π8. Καταγραφή υλικοτεχνικής υποδομής κοινωνικών υπηρεσιώνσελ.108

Πίνακας Π9. Συχνότητα παραπομπής ιατρών στην κοινωνική υπηρεσίασελ.109

Πίνακας Π10. Συχνότητα αυτόβουλης προσέλευσης ατόμων στην κοινωνική υπηρεσία ...σελ.109

Πίνακας Π11. Εκτίμηση χρησιμότητας ενημέρωσης των ιατρών σχετικά με τα δικαιώματα και ανάγκες των ΕΚΟ και πιθανή οργάνωση αυτήςσελ.109

Πίνακας Π12. Συνολική συχνότητα προσέλευσης ΕΚΟ στα Νοσοκομεία βάσει απαντήσεων κοινωνικών λειτουργώνσελ.110

Πίνακας Π13.Προσέλευση ΕΚΟ στα ΤΕΠ του Νοσοκομείου τα τελευταία έτη βάσει κοινωνικών λειτουργώνσελ.111

Πίνακας Π14. Συνεργασία Νομικής και Κοινωνικής υπηρεσίαςσελ.111

Πίνακας Π15. Αξιολόγηση προσέλευσης ΕΚΟ ανά Νοσοκομείο πλειοψηφίας ιατρών vs. κοινωνικής υπηρεσίαςσελ.112

Ευρετήριο γραφημάτων

Ειδικό μέρος

Ποσοτική έρευνα ιατρών

Κυρίως Κείμενο

Γράφημα 1. Βαθμός συμμετεχόντων ιατρών.....σελ.33

Γράφημα 2. Αυτοαξιολόγηση ιατρών κατάρτισης της γνώσης τους σχετικά με τα δικαιώματα των ΕΚΟ.....σελ.36

Παράρτημα II

Γράφημα Π1. Ποσοστό συμμετοχής στο σύνολο των ιατρών ανά Νοσοκομείο.σελ.102

Γράφημα Π2. Γνώση ύπαρξης κοινωνικής υπηρεσίας στο Νοσοκομείοσελ.104

Γράφημα Π3. Συχνότητα παραπομπής ασθενών ΕΚΟ από ΤΕΠ στην κοινωνική υπηρεσία.....σελ.104

Ποιοτική έρευνα Κοινωνικών Λειτουργών

Κυρίως κείμενο

Γράφημα 3. Δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας των ΕΚΟ.....σελ.52

Παράρτημα II

Γράφημα Π4. Ύπαρξη καθηκοντολογίου για τους κοινωνικούς λειτουργούς στο Νοσοκομείοσελ.106

Γράφημα Π5. Χρησιμότητα εφημερίας κοινωνικού λειτουργού στο Νοσοκομείο.....σελ.106

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Πίνακας Π1. Νομοθετικό πλαίσιο Ελλάδος δικαιωμάτων στην υγεία	
Νόμος (Ν.)	Περιεχόμενο Νόμου
Ν. 1397/1983, Άρθρο 1 Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)	Αρχές ισότητας-καθολικότητας στην πρόσβαση των πολιτών στην υγειονομική περίθαλψη.
Ν. 2071/1992, Άρθρο 47	Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς.
Ο παραπάνω Ν.2071/1992 ενεργοποιήθηκε Απρίλιο 2006	Μετά από προσπάθεια Προστασίας του Πολίτη κατοχυρώνονται τα δικαιώματα των νοσοκομειακών ασθενών σε συνδυασμό με καλύτερη παροχή υγείας.
Ν.2519/1997	Σε κάθε Νοσοκομείο λειτουργούν: <ul style="list-style-type: none"> • Γραφείο επικοινωνίας με τον Πολίτη, • Επιτροπή Προστασίας Δικαιωμάτων των Πολιτών.
Ν.2619/1998	Κυρώνεται στο Ελληνικό Κοινοβούλιο η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την Βιοϊατρική.
Ν.2716/1999	Σύσταση ειδικής επιτροπής Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.
Ν.3293/2004	Ενσωματώθηκε στην ανεξάρτητη αρχή Συνηγόρου του Πολίτη η Θέσπιση Συνηγόρου της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης λαμβάνοντας μέτρα για αποκατάσταση και προστασία των δικαιωμάτων του πολίτη.
Ν.3418/2005	Ορισμός Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, αντικαθιστώντας το αντίστοιχο Βασιλικό Διάταγμα του 1955.

Πίνακας Π2. Νομοθετικό πλαίσιο Ελλάδος για την κοινωνική εργασία	
Νόμος (Ν.)	Περιεχόμενο Νόμου
Ν.4018/1959	«Περί του Θεσμού των Κοινωνικών Λειτουργιών» Αναφέρεται για πρώτη φορά ως πεδίο άσκησης του επαγγέλματος στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα.
Προεδρικό Διάταγμα (Π.Δ.) 891/1978 (ΦΕΚ 213)	Καθορισμός αντικειμένου εργασίας των κοινωνικών λειτουργών στον Τομέα της Υγείας.
Ν.1397/1983	Καθιερώθηκαν τα τμήματα κοινωνικής εργασίας στα δημόσια Νοσοκομεία της χώρας, ταυτόχρονα με το Εθνικό Σύστημα Υγείας.
Π.Δ. 87/1986 (ΦΕΚ 32/τ.α/27-3-86) (αρ.10, παρ.3)	Δημιουργία τμημάτων Κοινωνικής Υπηρεσίας που υπάγονται στη Διοικητική Υπηρεσία του Νοσοκομείου. Καθορισμός αρμοδιοτήτων Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Νοσοκομείο.
Π.Δ.50/1989	Ορίζονται τα επαγγελματικά δικαιώματα των Κοινωνικών Λειτουργών και το πλαίσιο λειτουργίας τους αυτοδύναμα και σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες.
Π.Δ.23/1992	Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού.
Ν.2889/2001 (αρ.6, παρ.6), αλλάζοντας το άνωθι Π.Δ.	Ένταξη των Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας των Νοσοκομείων στην Ιατρική Υπηρεσία.

Πίνακας Π3. Νομικό πλαίσιο Ελλάδος πρόσβασης στην υγεία	
Νόμος (N.)	Περιεχόμενο Νόμου
N.4251/2014, άρ.26, παρ.2, περ. α'	<p>Εισαγωγή έκτακτης νοσηλείας ή τοκετού σε Νοσοκομεία, Θεραπευτήρια, Κλινικές έχουν:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Πολίτες τρίτης χώρας στερούμενοι άδειας διαμονής, • Οι ανήλικοι έχουν πρόσβαση στις παραπάνω υπηρεσίες, χωρίς την προϋπόθεση της έκτακτης εισαγωγής. <p>Πρόσβαση στις δομές κοινωνικής μέριμνας που λειτουργούν στο πλαίσιο των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) (νοσοκομεία, θεραπευτήρια, κλινικές και δομές κοινωνικής μέριμνας):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οι παράτυπα διαμένοντες στη χώρα αλλοδαποί.
N.4270/2014, αρ.182, εδ. ε', ΚΥΑ οικ. 56432/28-6-2014	<p>Δικαιούνται δωρεάν φαρμακευτική φροντίδα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες, • Νομίμως διαμένοντες στην ελληνική επικράτεια ομογενείς, • Υπήκοοι κρατών-μελών της Ε.Ε., υπήκοοι τρίτων χωρών, νόμιμα και μόνιμα διαμένοντες στην Ελλάδα, στερούμενοι προϋποθέσεων έκδοσης βιβλιαρίου ανασφαλιστού και δεν είναι ασφαλισμένοι σε κανένα δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα, • Ασφαλισμένοι που έχουν απολέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα λόγω οφειλών στα οικεία Ασφαλιστικά Ταμεία και εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς τους.
Εγκύκλιος Δ23/οικ.17437/1366/13.4.2016	<p>Οι υπηρεσίες των Δήμων ενημερώνουν τους κατόχους βιβλιαρίων ανασφαλιστών και πιστοποιητικών κοινωνικής προστασίας για τη διατήρηση τους σε ισχύ έως τη λήξη τους, καθώς και για τη νέα διαδικασία πρόσβασης σε δωρεάν περίθαλψη.</p>
Άρθρα 1 και 6 παρ.1 της Κ.Υ.Α. Α3γ/ΓΠ/οικ.25132/04/04/2016	<p>Όσοι κατέθεσαν αίτηση και δεν εκδόθηκε η απόφαση ενημερώνονται ότι για το μεσοδιάστημα δικαιούνται απευθείας πρόσβαση στο ΕΣΥ με χρήση ΑΜΚΑ σύμφωνα με τα οριζόμενα.</p>
N.4370/2016, άρ.68, παρ.1	<p>Ανασφάλιστοι και ΕΚΟ, έχουν δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης στις Δημόσιες Δομές Υγείας και δικαιούνται νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Μετά από αίτημα τοπικών κοινωνιών και ΟΤΑ, άποροι και ανασφάλιστοι που βιώνουν συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού ή βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές, μπορούν να ωφεληθούν των παρεμβάσεων της Δράσης «Υγεία για Όλους».</p>
N.4411/2016, άρ.31	<p>Μέτρα σε αντιστάθμιση της κατάργησης του Επιδόματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (ΕΚΑΣ):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Στερούμενοι παροχής ΕΚΑΣ απαλλάσσονται πλήρως από συμμετοχή στη φαρμακευτική δαπάνη, • Μηνιαία οικονομική ενίσχυση, • Απαλλαγή καταβολής εισφοράς υγειονομικής

	<p>περίθαλψης όσοι απώλεσαν ΕΚΑΣ >30€/μήνα,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μηνιαία προπληρωμένη κάρτα που πιστώνεται με το ποσό που αντιστοιχεί στο 30% της απώλειας σε όσους απώλεσαν παροχή ποσού από $\geq 115\text{€}$/μήνα.
Ν.4368/2016, άρ.33, παρ.2	Από 1-8-2016 τέθηκε σε εφαρμογή νέο σύστημα φαρμακευτικής κάλυψης των ανασφαλιστών και των ΕΚΟ (εγγεγραμμένοι στα μητρώα ασφαλιστικών ταμείων της χώρας και τα μέλη των οικογενειών αυτών).
ΚΥΑ Α3γ/Γ.Π./οικ.15132/04-04-2016, Άρθρο 6, παρ. 2 και 8-10 της εν λόγω ΚΥΑ	Ορισμός κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης των διαφόρων κατηγοριών των δικαιούχων στο δημόσιο σύστημα ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης, προσδιορισμός του ποιοί εξαιρούνται από συμμετοχή στις δαπάνες για φαρμακευτική αγωγή.
Εγκύκλιος Υπουργείου Υγείας (αρ. πρωτ. Α3γ/Γ.Π.οικ.39364/31-05-2016	Ειδικότερες διευκρινίσεις ως προς την πρόσβαση στο σύστημα ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης.
Εγκύκλιος Υπουργείου Υγείας Αρ.Πρωτ.Δ23/οικ.34484/2655/26-07-2016	Έκδοση αποφάσεων παροχής δωρεάν φαρμακευτικής περίθαλψης που εκδίδουν οι αρμόδιες Διευθύνσεις των Δήμων αποκλειστικά για τις ΕΚΟ, μετά από σχετική αίτηση του ενδιαφερομένου.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ποσοτική έρευνα ιατρών

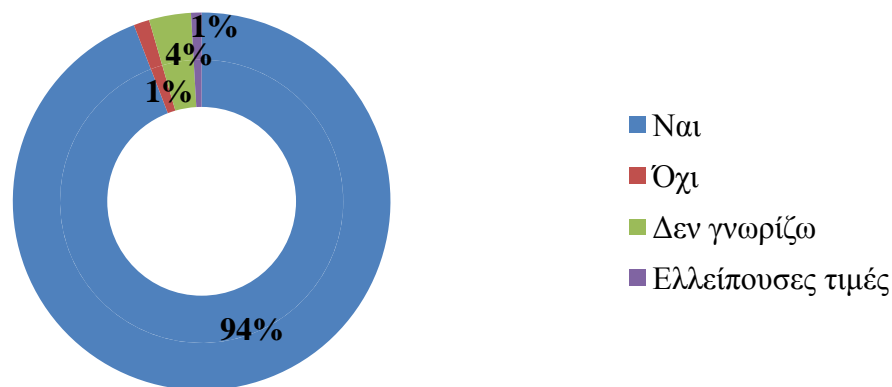
Γράφημα Π1. Ποσοστό συμμετοχής στο σύνολο των ιατρών ανά Νοσοκομείο

Γ.Ν.Α. Ευαγγελισμός: 130 ιατροί	<ul style="list-style-type: none"> • Συμμετέχοντες: 55 (42,3%) • Αρνήσεις: 3 • Μη συμπληρωμένα: 72
Γ.Ν.Α. Λαϊκό: 107 ιατροί	<ul style="list-style-type: none"> • Συμμετέχοντες: 37 (34,6%) • Αρνήσεις: 0 • Μη συμπληρωμένα: 70
Γ.Ν.Α. Αγ. Σοφία: 47 ιατροί	<ul style="list-style-type: none"> • Συμμετέχοντες: 19 (40,4%) • Αρνήσεις: 1 • Μη συμπληρωμένα: 27
Γ.Ν.Α. Αττικών: 63 ιατροί	<ul style="list-style-type: none"> • Συμμετέχοντες: 32 (50,8%) • Αρνήσεις: 0 • Μη συμπληρωμένα: 31
Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα: 58 ιατροί	<ul style="list-style-type: none"> • Συμμετέχοντες: 34 (58,6%) • Αρνήσεις: 3 • Μη συμπληρωμένα: 21
Γ.Ν.Α.-Μαιευτήριο Ελ. Βενιζέλου: 66 ιατροί	<ul style="list-style-type: none"> • Συμμετέχοντες: 12 (18,2%) • Αρνήσεις: 1 • Μη συμπληρωμένα: 53
Γ.Ν.Α. Θριάσιο: 39 ιατροί	<ul style="list-style-type: none"> • Συμμετέχοντες: 13 (33,3%) • Αρνήσεις: 2 • Μη συμπληρωμένα: 24
Γ.Ν.Α. Ασκληπιείο Βούλας: 38 ιατροί	<ul style="list-style-type: none"> • Συμμετέχοντες: 21 (55,3%) • Αρνήσεις: 3 • Μη συμπληρωμένα: 14

Διαβάθμιση: «0-δεν γνωρίζω, 1-καθόλου, 2-σπάνια, 3-μέτρια, 4-συχνά, 5-πολύ συχνά»

Πίνακας Π4. Συνολική συχνότητα προσέλευσης Ευπαθών Ομάδων στα Νοσοκομεία						
Ευπαθής Ομάδα	Απαντήσεις επί του συνόλου των ιατρών-απόλυτος αριθμός n (%)					
	0	1	2	3	4	5
Πρόσφυγες	1 (0,4)	2 (0,9)	34 (15,4)	62 (28,2)	67 (30,4)	54 (24,5)
Μετανάστες	-	-	14 (6,4)	55 (25,6)	78 (36,3)	68 (31,6)
Θύματα κακοποίησης- βίας/βασανιστηρίων	25 (11,5)	74 (34)	83 (38,1)	30 (13,8)	4 (1,8)	2 (0,9)
Ασυνόδευτα ανήλικα	72 (33,7)	96 (44,9)	29 (13,5)	10 (4,7)	5 (2,3)	2 (0,9)
Άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ)	1 (0,4)	36 (16,3)	81 (36,7)	63 (28,5)	27 (12,2)	13 (5,9)
Μακροχρόνια Άνεργοι	12 (5,4)	5 (2,3)	20 (9)	38 (17,2)	83 (37,5)	63 (28,5)
Χρήστες ενδοφλεβίων ουσιών	6 (2,7)	16 (7,2)	39 (17,6)	77 (34,8)	60 (27,2)	23 (10,4)
Εξαρτημένα άτομα (π.χ. αλκοόλ, internet, τζόγος κ.α.)	21 (9,5)	19 (8,6)	50 (22,6)	61 (27,6)	51 (23)	19 (8,6)
Άτομα που ζουν με HIV/AIDS	10 (4,6)	33 (15)	87 (39,7)	46 (21)	31 (14,2)	12 (5,5)
Εκδιδόμενα άτομα (sex workers)	45 (20,3)	82 (37,1)	67 (30,3)	21 (9,5)	4 (1,8)	2 (0,9)
Ψυχικά ασθενείς	2 (0,9)	10 (4,6)	39 (18)	61 (28,1)	71 (32,7)	34 (15,7)
Θύματα εμπορίας ανθρώπων (trafficking)	109 (49,3)	68 (30,8)	34 (15,4)	7 (3,1)	1 (0,4)	2 (0,9)
Αποφυλακισμένοι	57 (25,8)	67 (30,3)	60 (27,1)	24 (10,8)	9 (4)	4 (1,8)
Άστεγοι	12 (5,4)	24 (10,8)	52 (23,4)	67 (30,2)	51 (23)	16 (7,2)
LGBTQI+ κοινότητα (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Questioning, Intersex, +)	49 (23)	41 (19,2)	63 (29,6)	26 (12,2)	23 (10,8)	11 (5,1)
Ρομά/Αθίγγανοι	2 (0,9)	6 (2,8)	42 (19,5)	41 (19)	52 (24,2)	72 (33,5)
Άλλο (προσδιορίστε)	-	-	-	-	-	-

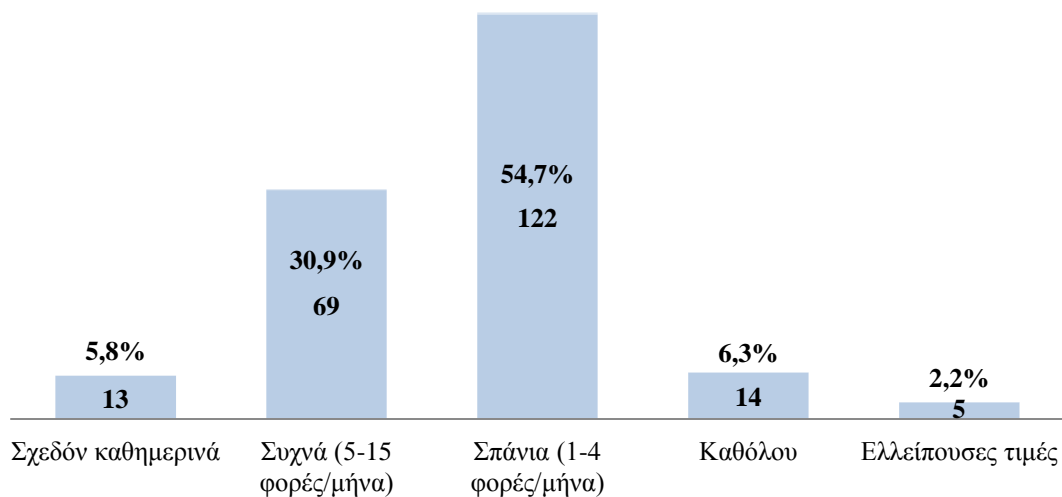
Γράφημα Π2. Γνώση ύπαρξης κοινωνικής υπηρεσίας στο Νοσοκομείο



Πίνακας Π5. Γνώση δυνατότητας παραπομπής ασθενούς στην κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου

	Συχνότητα n (%)
Ναι	202 (90,6)
Όχι	15 (6,7)
Ελλείπουσες τιμές	6 (2,7)
Σύνολο	223 (100,0)

Γράφημα Π3. Συχνότητα παραπομπής ασθενών ΕΚΟ από ΤΕΠ στην κοινωνική υπηρεσία

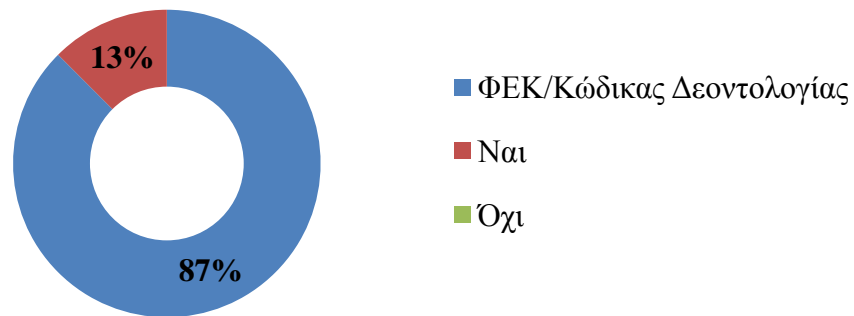


Πίνακας Π6		
<i>Δωρεάν πρόσβαση ΕΚΟ στις υπηρεσίες υγείας</i>	Συχνότητα n (%)	95% Δ.Ε.
Ναι	194 (87)	81,8-91,1
Όχι	22 (9,9)	6,3-14,5
Ελλείπουσες τιμές	7 (3,1)	1,2-6,3
Σύνολο	223 (100,0)	

<i>Δικαιολόγηση απάντησης για δωρεάν πρόσβαση</i>	Συχνότητα n (%)
Απάντηση: Ναι στη δωρεάν πρόσβαση	
Υγεία για όλους	18 (8)
Ναι, υπό προϋποθέσεις	19 (8,5)
Λόγω οικονομικής κρίσης	5 (2,2)
Κράτος πρόνοιας	10 (4,5)
Λόγω ανισοτήτων	3 (1,4)
Λόγοι δημόσιας υγείας	3 (1,4)
Ανθρωπιστικοί λόγοι-Ανθρώπινο δικαίωμα	30 (13,5)
Μεγάλο φορτίο νόσου των ΕΚΟ	11 (4,9)
Απάντηση: Όχι στη δωρεάν πρόσβαση	
Λόγω οικονομικής κρίσης	6 (2,7)
Παροχή σε όλους, όχι μόνο ΕΚΟ	2 (0,9)
Προσωπικές-πολιτικές τοποθετήσεις	6 (2,7)
Ελλείπουσες τιμές	110 (49,3)
Σύνολο	223 (100,0)

Ποιοτική έρευνα κοινωνικών λειτουργών

Γράφημα Π4. Ύπαρξη καθηκοντολογίου για τους κοινωνικούς λειτουργούς στο Νοσοκομείο



Γράφημα Π5. Χρησιμότητα εφημερίας κοινωνικού λειτουργού στο Νοσοκομείο



Πίνακας Π7. Χρησιμότητα ύπαρξης μεταφραστή ή πολιτισμικού διαμεσολαβητή			
Κοινωνική Υπηρεσία	Ναι	Όχι	Ίσως, σε ειδικές περιπτώσεις
Ευαγγελισμού		-	Σε συνεργασία με ΜΚΟ
Λαϊκού	Υπάρχει συνεργασία με ΜΚΟ ενώ χρειάζεται κυρίως στα εξωτερικά ιατρεία που δεν υπάρχει κάλυψη	-	-
Αγ.Σοφία	Απαραίτητα, σε γλώσσες: Αγγλικά, Φαρσί, Αραβικά και Γαλλικά για τις Αφρικανικές χώρες	-	-
Αττικόν	Υπάρχει ένας μεταφραστής σε Πακιστανικά, Ινδικά	-	-
Αλεξάνδρα	Υπάρχει ήδη σε συνεργασία με ΚΕΕΛΠΝΟ, αλλά μόνο Φαρσί	-	-
Ελ.Βενιζέλου	Υπάρχει συνεργασία με ΜΚΟ και Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ)	-	-
Θριασίου	-	-	Χρειάζεται, τουλάχιστον δύο φορές/εβδομάδα
Ασκληπιείου Βούλας	Τουλάχιστον με ωράριο μερικής απασχόλησης, υπάρχει συνεργασία με ΜΚΟ	-	-

Καταγραφή υλικοτεχνικής υποδομής των κοινωνικών υπηρεσιών								
Πίνακας Π8	Γραφεία	Ηλεκτρονικός Υπολογιστής	Λογισμικό-Καταγραφή	Αρχείο-Φύλαξη	Χώρος συνεντεύξεων	Τήρηση απορρήτου	Χώρος αναμονής	Άλλο/Ελλείψεις
Ευαγγελισμός	4 χώροι, δύσκολη πρόσβαση στο 1	Επαρκές	Ηλεκτρονικό - Χειρόγραφο	Επαρκές	Όχι ατομικός	Τηρείται πλήρως από τους ΚΛ, χωρίς ιδιωτικότητα χώρου	Επαρκές	Δύσκολη εύρεση των γραφείων
Λαϊκό	1 κοινός χώρος με 3 γραφεία	1, ελλείψεις σε εκτυπωτή και fax	Χειρόγραφο	Επαρκές	Όχι ατομικός	Τηρείται πλήρως από τους ΚΛ, χωρίς ιδιωτικότητα χώρου	Επαρκές	Προμηθεύονται αυτοβούλως και με δικό τους κόστος εκτυπωτή και υλικά
Αγ.Σοφία	2, έλλειψη σε τουλάχιστον 2 ακόμη	2, έλλειψη σε 2 επιπλέον	Ηλεκτρονικό - Χειρόγραφο, με ελλείψεις	Επαρκές	Όχι ατομικός	Τηρείται πλήρως από τους ΚΛ, χωρίς ιδιωτικότητα χώρου	Επαρκές	Μεταφορά παιδιών σε ιδρύματα ή στην Εισαγγελία με αξιοπρεπές μέσο μεταφοράς (προμήθεια αυτοκινήτου)
Αττικόν	3, κοινός χώρος	3, επαρκές	Ηλεκτρονικό-Χειρόγραφο	Επαρκές	Όχι ατομικός	Τηρείται πλήρως από τους ΚΛ, χωρίς ιδιωτικότητα χώρου	Επαρκές	-
Αλεξάνδρα	4, κοινός χώρος	2, έλλειψη	Ηλεκτρονικό-Χειρόγραφο	Επαρκές	Δεν υπάρχει, σε εξωτερικό χώρο, τραπεζαρία, διάδρομο	Τηρείται πλήρως από τους ΚΛ, χωρίς ιδιωτικότητα χώρου	Επαρκές	Αποθηκευτικό χώρο δωρεών (π.χ. βρεφικά είδη)
Ελ.Βενιζέλου	3, κοινός χώρος	2, επαρκές	Χειρόγραφο	Επαρκές	Επαρκές	Επαρκές	Επαρκές	Αναλώσιμα είδη
Θριάσιο	11 γραφεία, 2 χώροι	2, έλλειψη	Χειρόγραφο	Επαρκές	Όχι ατομικός	Επαρκές	Επαρκές	Δημιουργία ηλεκτρονικού φακέλου-σύνδεση με τον ιατρικό
Ασκληπιείο Βούλας	6, 3 κοινοί χώροι	3, 1 λειτουργικός, έλλειψη	Ηλεκτρονικό - Χειρόγραφο	Επαρκές	Επαρκές	Επαρκές	Επαρκές	Η/Υ

Πίνακας Π9. Συχνότητα παραπομπής ιατρών στην κοινωνική υπηρεσία

Κοινωνική Υπηρεσία	Σχεδόν καθημερινά	Συχνά (5-15/μήνα)	Σπάνια (1-4 φορές/μήνα)	Καθόλου
Ευαγγελισμού	√			
Λαϊκού	√			
Αγ.Σοφία	√			
Αττικόν	√			
Αλεξάνδρα	√			
Ελ.Βενιζέλου			√	
Θριασίου	√			
Ασκληπιείου Βούλας	√			

Πίνακας Π10. Συχνότητα αυτόβουλης προσέλευσης ατόμων στην κοινωνική υπηρεσία

Νοσοκομείο	Σχεδόν καθημερινά	Συχνά	Σπάνια	Καθόλου
Ευαγγελισμός		15/μήνα		
Λαϊκό		15/μήνα		
Αγ.Σοφία			1/μήνα	
Αττικόν	√			
Αλεξάνδρα	√			
Ελ.Βενιζέλου			5-6/μήνα	
Θριάσιο		15/μήνα		
Ασκληπιείο Βούλας		15/μήνα		

Πίνακας Π11. Εκτίμηση χρησιμότητας ενημέρωσης των ιατρών σχετικά με δικαιώματα και ανάγκες των ΕΚΟ και πιθανή οργάνωση αυτής

Κοινωνική Υπηρεσία	Σημασία ενημέρωσης ιατρών	Πρόθεση οργάνωσης ενημέρωσης
Ευαγγελισμού	Ναι, σε συνάρτηση με ενημέρωση για τον ρόλο των ΚΛ	Ναι, σε συνεργασία
Λαϊκού	Ναι, πολύ	Ναι, έγινε πριν 3 χρόνια όπου παρευρέθηκαν κυρίως νοσηλευτές
Αγ.Σοφία	Ναι, προσέγγιση από ειδικότητες όπως Παιδοψυχίατροι, Νομικοί για να αλλάξει η συνεργασία με τους ΚΛ	Ναι
Αττικόν	Ναι, με διεπιστημονική συνεργασία	Ναι
Αλεξάνδρα	Ναι, πολύ –να γίνονται βιωματικές ομάδες λόγω φόρτου εργασίας των ιατρών –υπάρχει ανάγκη αποφόρτισης	Ναι, έχει γίνει ένα βιωματικό τμήμα (νεογνολογία)
Ελ.Βενιζέλου	Ναι, κυρίως οι ειδικευόμενοι που ασχολούνται σε σχέση με τους επιμελητές	Ναι, αλλά δεν υπάρχει ελπίδα ανταπόκρισης
Θριασίου	Ναι, χωρίς υπάρχει ελπίδα ανταπόκρισης. Αναγκαία τόσο η ενημέρωση εντός Νοσοκομείου όσο και εκτός, στην κοινότητα	Ναι, διεξήχθη πρόσφατα για Ρομά και θύματα κακοποίησης. Δεν υπήρξε ανταπόκριση, περισσότερο προσωπικό ενδιαφέρον από άλλες ειδικότητες
Ασκληπιείου Βούλας	Ναι, σε συνάρτηση με ένα σύστημα εκφόρτισης όλου του προσωπικού	Ναι, σε συνεργασία με το Γραφείο του Πολίτη-παράρτημα εντός Νοσοκομείου

Διαβάθμιση: «0-δεν γνωρίζω, 1-καθόλου, 2-σπάνια, 3-μέτρια, 4-συχνά, 5-πολύ συχνά»

Πίνακας Π12. Συνολική συχνότητα προσέλευσης ΕΚΟ στα Νοσοκομεία						
Ευπαθής Ομάδα	Απαντήσεις επί του συνόλου των κοινωνικών λειτουργών n (%)					
	0	1	2	3	4	5
Πρόσφυγες	-	-	-	1 (12,5)	2 (25)	5 (62,5)
Μετανάστες	-	-	-	2 (25)	1 (12,5)	5 (62,5)
Θύματα κακοποίησης-βίας/βασανιστηρίων	-	1 (12,5)	3 (37,5)	4 (50)	-	-
Ασυνόδευτα ανήλικα	-	4 (50)	3 (37,5)	1 (12,5)	-	-
Άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ)	-	-	3 (37,5)	3 (37,5)	1 (12,5)	1 (12,5)
Μακροχρόνια Άνεργοι	-	-	-	1 (12,5)	5 (62,5)	2 (25)
Χρήστες ενδοφλεβίων ουσιών	-	-	-	4 (50)	2 (25)	2 (25)
Εξαρτημένα άτομα (π.χ. αλκοόλ, internet, τζόγος, κ.α.)	-	1 (12,5)	1 (12,5)	4 (50)	1 (12,5)	1 (12,5)
Άτομα που ζουν με HIV/AIDS	-	-	2 (25)	2 (25)	2 (25)	2 (25)
Εκδιδόμενα άτομα (sex workers)	-	3 (37,5)	4 (50)	1 (12,5)	-	-
Ψυχικά ασθενείς	1 (12,5)	-	1 (12,5)	3 (37,5)	1 (12,5)	2 (25)
Θύματα εμπορίας ανθρώπων (trafficking)	-	1 (12,5)	7 (87,5)	-	-	-
Αποφυλακισμένοι	-	-	6 (75)	2 (25)	-	-
Άστεγοι	-	-	2 (25)	1 (12,5)	3 (37,5)	2 (25)
LGBTQI+ κοινότητα (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Questioning, Intersex, +)	1 (12,5)	2 (25)	4 (50)	-	1 (12,5)	-
Ρομά/Αθίγγανοι	-	-	-	1 (12,5)	4 (50)	3 (37,5)
Άλλο:						
• Μοναχικά άτομα-ηλικιωμένοι	-	-	-	1 (12,5)	1 (12,5)	1 (12,5)
• Νεφροπαθείς	-	-	-	-	-	1 (12,5)
• Παιδιά που έχουν εγκαταλειφτεί, ↑ συνδρόμου down λόγω κόστους προγεννητικού ελέγχου	-	-	-	-	1 (12,5)	-

Πίνακας Π13. Προσέλευση ΕΚΟ στα ΤΕΠ του Νοσοκομείου τα τελευταία έτη				
Κοινωνική Υπηρεσία	Μεγάλη αύξηση	Μικρή αύξηση	Ίδια επίπεδα	Μείωση
Ευαγγελισμού	√			
Λαϊκού	√			
Αγ.Σοφία	√			
Αττικόν		Μεσαία αύξηση		
Αλεξάνδρα	√			
Ελ.Βενιζέλου	√			
Θριασίου		Μεσαία αύξηση		
Ασκληπιείου Βούλας	√			

Πίνακας Π14. Συνεργασία Νομικής Υπηρεσίας και Κοινωνικής Υπηρεσίας	
Νοσοκομείο	
Ευαγγελισμός	Υπάρχει για όλο το Νοσοκομείο. Κατά περιπτώσεις βοηθάει και επεμβαίνει άμεσα.
Λαϊκό	Υπάρχει κυρίως για όλο το Νοσοκομείο. Επαφή σε λίγες περιπτώσεις (π.χ. επαφή με συγγενή ασθενούς για μεταφορά του).
Αγ.Σοφία	Υπάρχει για όλο το Νοσοκομείο. Χρηζει βελτίωσης η συνεργασία.
Αττικόν	Υπάρχει για όλο το Νοσοκομείο. Διασύνδεση χρειάζεται σπάνια, κατά περίπτωση βοηθάει και στηρίζει.
Αλεξάνδρα	Υπάρχει για όλο το Νοσοκομείο. Λειτουργεί περισσότερο συμβουλευτικά, αν χρειαστεί κάνει τις απαραίτητες ενέργειες.
Ελ.Βενιζέλου	Υπάρχει για όλο το Νοσοκομείο. Απευθύνονται κυρίως για περιπτώσεις εισαγγελίας.
Θριάσιο	Υπάρχει για όλο το Νοσοκομείο. Δεν έχει αναπτυχθεί καλή συνεργασία, με λανθασμένες κινήσεις στο παρελθόν. Ασχολείται κυρίως με ζητήματα του Δ.Σ., προμηθειών, επιτροπές. Ανάγκη για νομική ασυλία επαγγελματιών υγείας και όχι να έγκειται στην προσωπική ευαισθησία του εκάστοτε νομικού.
Ασκληπιείο Βούλας	Υπάρχει για όλο το Νοσοκομείο. Διευκολύνει όταν χρειάζεται. Θα έπρεπε να είναι τακτική η διαχείριση υποθέσεων σε πάγια/μόνιμη βάση και όχι με μορφή «διευκόλυνσης».

**Αξιολόγηση προσέλευσης ΕΚΟ πλειοψηφίας ανά Νοσοκομείο Ιατρών vs. Κοινωνικής Υπηρεσίας
Διαβάθμιση: «0-δεν γνωρίζω, 1-καθόλου, 2-σπάνια, 3-μέτρια, 4-συχνά, 5-πολύ συχνά»**

Πίνακας Π15

	Ευαγγελισμός	Λαϊκό	Αγ.Σοφία	Αττικόν	Αλεξάνδρα	Ελ.Βενιζέλου	Θριάσιο	Ασκληπιείο Βούλας
Πρόσφυγες	4 vs. 4	3 vs. 5	5 vs. 5	3 vs. 4	5 vs. 5	5 vs. 5	3 vs. 3	3 vs. 5
Μετανάστες	4 vs. 3	4 vs. 5	4 vs. 5	3 vs. 4	5 vs. 5	5 vs. 5	3/5 vs. 3	4 vs. 5
Θύματα κακοποίησης-βίας/βασανιστηρίων	2 vs. 2	1 vs. 1	2 vs. 3	1 vs. 3	1 vs. 2	1 vs. 3	1 vs. 2	2 vs. 2/3
Ασυνόδευτα ανήλικα	0 vs. 1	1 vs. 1	2 vs. 3	1 vs. 2	1 vs. 1	2 vs. 2	1 vs. 2	0/1 vs. 1
Άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ)	2/3 vs. 2	2 vs. 2	2 vs. 3	2 vs. 3	2 vs. 3	1 vs. 2	3 vs. 4	2 vs. 5
Μακροχρόνια άνεργοι	4 vs. 4	4 vs. 5	4 vs. 3	4 vs. 4	4 vs. 4	4 vs. 5	5 vs. 4	5 vs. 4
Χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών	4 vs. 4	3 vs. 5	1/2 vs. 3	4 vs. 3	2 vs. 4	3 vs. 5	3/4 vs. 3	3 vs. 3
Εξαρτημένα άτομα (π.χ. αλκοόλ, internet, τζόγος κ.α.)	3 vs. 3	3 vs. 5	1 vs. 3	4 vs. 3	3 vs. 2	2 vs. 1	4 vs. 3	3 vs. 4
Άτομα που ζουν με HIV/AIDS	2 vs. 4	2 vs. 5	1 vs. 2	3 vs. 4	2 vs. 3	2 vs. 5	1 vs. 2	2 vs. 3
Εκδιδόμενα άτομα (sex workers)	1 vs. 2	0/2 vs. 2	1 vs. 1	1 vs. 1	2 vs. 2	2 vs. 3	1 vs. 1	1 vs. 2
Ψυχικά ασθενείς	4 vs. 4	3 vs. 3	2 vs. 3	4 vs. 0	4 vs. 2	3 vs. 3	4 vs. 5	4 vs. 5
Θύματα εμπορίας ανθρώπων (trafficking)	0 vs. 2	0 vs. 1	1 vs. 2	0 vs. 2	0 vs. 2	0 vs. 2	0 vs. 2	0 vs. 2
Αποφυλακισμένοι	2 vs. 3	2 vs. 2	1 vs. 3	2 vs. 2	1 vs. 2	0 vs. 2	1 vs. 2	0 vs. 2
Άστεγοι	3 vs. 4	2 vs. 5	2 vs. 2	3/4 vs. 4	3 vs. 3	1/3 vs. 2	4 vs. 4	2/3 vs. 5
LGBTQI+ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersex, +)	1/2 vs. 2	2 vs. 4	0/1 vs. 2	0/4 vs. 2	2 vs. 0	2 vs. 1	1/2 vs. 1	0/2 vs. 2
Ρομά/Αθίγγανοι	3 vs. 3	2 vs. 4	5 vs. 5	5 vs. 5	5 vs. 4	5 vs. 5	5 vs. 4	2 vs. 4
Άλλο								