



# Ετήσια Έκθεση για τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και τις Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Ελλάδα

Κοινωνικοί Λειτουργοί σε Διαθεσιμότητα  
Κοινωνικές Υπηρεσίες σε Έλλειψη



18 Μαρτίου 2014 Διεθνής Ημέρα Δράσης για την Κοινωνική Εργασία  
19 Μαρτίου 2014 Ημέρα Δράσης για την Κοινωνική Εργασία στην Ελλάδα



Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος

Τοσίτσα 19, 10683 Αθήνα  
2108834818 fax : 2108827071

[skle@otenet.gr](mailto:skle@otenet.gr)

<http://skle.gr>

ΑΘΗΝΑ 2014

© Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος 2014

## Κοινωνική Εργασία.



Η κοινωνική εργασία είναι επάγγελμα και κοινωνική επιστήμη που έχει σκοπό την βελτίωση της ποιότητας ζωής και ευημερίας ενός ατόμου, ομάδας ή κοινότητας παρεμβαίνοντας για την ενίσχυση ή αποκατάσταση των δυνατοτήτων τους για κοινωνική λειτουργικότητα και δημιουργώντας τις κοινωνικές συνθήκες προς αυτή την κατεύθυνση. Καλείται να υπερασπιστεί δικαιώματα και ελευθερίες ανθρώπων που έχουν πληγεί από τη φτώχεια, την κοινωνική αδικία και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Αποσκοπεί στο να βοηθήσει τους ανθρώπους να αναπτύξουν τις δεξιότητές τους και την ικανότητά τους να αξιοποιούν πόρους, δικούς τους ή της κοινότητας για να επιλύουν προβλήματα

Οι παρεμβάσεις της κοινωνικής εργασίας αφορούν τόσο ατομικά και προσωπικά προβλήματα ατόμων όσο και ευρύτερα κοινωνικά ζητήματα όπως η φτώχεια η ανεργία ή η ενδοοικογενειακή βία. Οι παρεμβάσεις της κοινωνικής εργασίας καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα δράσεων που περιλαμβάνει την συμβουλευτική και την ψυχοθεραπεία έως την αξιολόγηση και το σχεδιασμό προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας και τη διαμόρφωση εθνικής κοινωνικής πολιτικής.

Η κοινωνική εργασία γεννήθηκε σε κρίσεις: έχει τις ρίζες της στις κοινωνικές και οικονομικές ανακατατάξεις που προκάλεσε η Βιομηχανική Επανάσταση, και κυρίως στην προσπάθεια της κοινωνίας για την αντιμετώπιση της φτώχειας και των προβλημάτων επιβίωσης που αντιμετώπιζαν άτομα και ομάδες εξαιτίας πολέμων, οικολογικών καταστροφών, αστικοποίησης. Επειδή η αντιμετώπιση της φτώχειας ήταν το επίκεντρο της πρώιμης κοινωνικής εργασίας, συχνά την συγχέουν με την ιδέα της φιλανθρωπίας Στην εξέλιξη της και μέχρι σήμερα η κοινωνική εργασία αναφέρεται σε πλήθος προβλημάτων κοινωνικού αποκλεισμού πέραν της φτώχειας όπως ο ρατσισμός, ο σεξισμός, η ομοφοβία οι διακρίσεις με βάση την ηλικία ή τη φυσική ή διανοητική ικανότητα κ.α. Οι κοινωνικοί λειτουργοί καλούνται σήμερα να εκπληρώσουν το ρόλο τους σε πολλούς τομείς παρέχοντας εξειδικευμένες υπηρεσίες; στις δομές κοινωνικής φροντίδας, στην εκπαίδευση, στην υγεία, στην τοπική αυτοδιοίκηση, στο σωφρονιστικό σύστημα, στον κοινωνικό σχεδιασμό και αλλού.

Η ενημερωμένη διατύπωση του παγκόσμιου ορισμού της κοινωνικής εργασίας από τη Διεθνή Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών (International Federation of Social Workers – IFSW, 2013) δείχνει τη σύνδεση της εφαρμογής της κοινωνικής εργασίας με ηθικές αξίες και ανθρωπιστικά ιδεώδη :

*Το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας διευκολύνει την κοινωνική αλλαγή και ανάπτυξη, την κοινωνική συνοχή, και τη χειραφέτηση και απελευθέρωση των ανθρώπων. Οι αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της συλλογικής ευθύνης και του σεβασμού απέναντι στη διαφορετικότητα είναι κεντρικής σημασίας για την κοινωνική εργασία.*

Τα ανθρώπινα δικαιώματα και η κοινωνική δικαιοσύνη λειτουργούν ως κίνητρο και ως επιχειρηματολογία για το έργο της κοινωνικής εργασίας. Ως αλληλεγγύη σε εκείνους που μειονεκτούν, το επάγγελμα προσπαθεί να αντιμετωπίσει τη φτώχεια και να χειραφετήσει ευάλωτους και καταπιεσμένους ανθρώπους προωθώντας την κοινωνική ένταξη.

Στην Ελλάδα το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού είναι αναγνωρισμένο επάγγελμα με ορισμένες από το νόμο επαγγελματικές υποχρεώσεις και δικαιώματα (ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΝ ΔΙΑΤΑΓΜΑ 4018/59, ΠΔ 50/1989, ΠΔ 23/92). Οι κοινωνικοί λειτουργοί (ΠΔ 50/89 ) προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε πολλούς τομείς : Κοινωνικής Πρόνοιας, Υγείας, Ψυχικής Υγείας, Κοινωνικής Ασφάλισης, επαγγελματικού προσανατολισμού, εκπαίδευσης, παραβατικότητας, κοινωνικής οργάνωσης και ανάπτυξης. Σήμερα στην Ελλάδα, οι εν ενεργεία κοινωνικοί λειτουργοί υπολογίζονται στους 6000-6500 (Πηγή: Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, 2013). Οι κοινωνικοί λειτουργοί στην Ελλάδα εργάζονται κυρίως σε Δημόσιες/Δημοτικές Κοινωνικές Υπηρεσίες και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, ενώ λιγότερο συχνά παρέχουν υπηρεσίες αυτοαπασχολούμενοι ή εργαζόμενοι στον Ιδιωτικό (Κερδοσκοπικό) Τομέα.

## **Ο Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος**

Ο Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (Σ.Κ.Λ.Ε.), είναι το επιστημονικό και επαγγελματικό όργανο των Κοινωνικών Λειτουργών της χώρας. Ιδρύθηκε το 1955, προκειμένου να υπερασπιστεί τα επαγγελματικά και επιστημονικά δικαιώματα των Κοινωνικών Λειτουργών. και να αποτελέσει έναν ανεξάρτητο και ισχυρό φορέα προώθησης των ζητημάτων κοινωνικής πολιτικής. Σήμερα ο Σ.Κ.Λ.Ε. έχει περισσότερα από 5.000 εγγεγραμμένα μέλη και αριθμεί 20 Περιφερειακά και Τοπικά Τμήματα σε ολόκληρη τη χώρα από τον Έβρο μέχρι την Κρήτη.

Ο Σύνδεσμος αγωνίζεται για την προστασία και την προάσπιση των ανθρωπίνων και κοινωνικών δικαιωμάτων, την αποδυνάμωση των κοινωνικών προκαταλήψεων και την καταπολέμηση των διακρίσεων. Επιδιώκει την εξίσωση των ευκαιριών για όλους, σε όλους τους τομείς της ζωής και τη διασφάλιση συνθηκών αξιοπρεπούς διαβίωσης και πλήρους ένταξης στην κοινωνία.

Ο Σ.Κ.Λ.Ε., ως η πλέον αντιπροσωπευτική οργάνωση των Κοινωνικών Λειτουργών της χώρας, συμμετέχει στα κέντρα λήψης αποφάσεων και εκπροσωπεί τους Κοινωνικούς Λειτουργούς στο διάλογο με την ελληνική Πολιτεία. Ο Σύνδεσμος καταρτίζει σχέδιο δράσης, ασκεί συστηματικό έλεγχο των νομοθετικών ρυθμίσεων και διατάξεων, μελετά τα κοινωνικά προβλήματα της χώρας μας, γνωμοδοτεί για αυτά και ευαισθητοποιεί την κοινή γνώμη. Μέσα από αυτή του τη δράση συμβάλλει στη διαμόρφωση της κοινωνικής πολιτικής της χώρας μας, καταθέτει προτάσεις προς την ελληνική Πολιτεία για θέματα όπως: η εκπαίδευση, η επαγγελματική κατάρτιση, η απασχόληση, η κοινωνία της πληροφορίας, η καθολική πρόσβαση.

Ο Σύνδεσμος, συναισθανόμενος τη μεγάλη σημασία των αποφάσεων που παίρνονται σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης και τον αντίκτυπο αυτών στο σύστημα της κοινωνικής φροντίδας της χώρας μας, συμμετέχει ενεργά στη Διεθνή Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών και συνεργάζεται με την Ένωση Κοινωνικών Λειτουργών των Εθνικών Συνδέσμων των μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενώ συνεργάστηκε και συνεργάζεται με το Συμβούλιο της Ευρώπης για θέματα της Κοινωνικής Εργασίας.

## Η Οικονομική Κρίση

Η χώρα έχει ήδη διανύσει 22 συνεχόμενα τρίμηνα (2ο τρίμηνο 2008- 4ο τρίμηνο 2013) και μπήκε στο 7ο έτος οικονομικής δυσπραγίας με ραγδαία αύξηση της ανεργίας. Η μείωση του ΑΕΠ (σε σταθερές τιμές του 2005) ξεκίνησε από το 0,2% το 2008 για να φτάσει στο 7,1% το 2011 και στο 6% το 2012, με σωρευτική συρρίκνωση του ΑΕΠ της χώρας περίπου 20% την περίοδο 2008-2012 και αντίστοιχη υποχώρηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ έναντι των εταίρων μας στην ΕΕ<sup>1</sup>.

## Η Ανεργία

Η εκρηκτική αύξηση των ανέργων μετά το 2009 είχε ως αποτέλεσμα την εκτίναξη του ποσοστού ανεργίας το Δ' τρίμηνο του 2013 στο 27,5% του εργατικού δυναμικού και οι άνεργοι να ξεπερνούν το 1.363.137. Το ποσοστό ανεργίας σε σχέση με το Δ' τρίμηνο του 2012 αυξήθηκε κατά 1,5 ποσοστιαίες μονάδες.

**Το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στους νέους ηλικίας 15-24 ετών (57%), το οποίο στις νέες γυναίκες φθάνει στο 62,5%. Οι μακροχρόνια άνεργοι αναλογούν στα 2/3 περίπου των ανέργων (65,6%) έναντι 56,5% που αναλογούσαν το προηγούμενο έτος. Η αναλογία των νεοεισερχόμενων ανέργων, δηλαδή όσων εισέρχονται για πρώτη φορά στην αγορά εργασίας, αναζητώντας απασχόληση, μειώθηκε κατά μία ποσοστιαία μονάδα σε σχέση με το 2012, και ανέρχεται σε 22,8% ή σε 309.100 ανέργους. Αντίθετα, η αναλογία των ανέργων που έχουν εργαστεί στο παρελθόν αυξήθηκε κατά μία ποσοστιαία μονάδα σε σχέση με το 2012, και ανέρχεται σε 77,2% ή σε 1.046.100 ανέργους.**

Τα στοιχεία της εγγεγραμμένης ανεργίας του ΟΑΕΔ, επίσης, είναι χαρακτηριστικά της εκρηκτικής ανόδου αλλά και δηλωτικά της έλλειψης κοινωνικής προστασίας της πλειοψηφίας των ανέργων. Σύμφωνα με τα στοιχεία της περιόδου 2010-2014, οι εγγεγραμμένοι άνεργοι αυξήθηκαν από 804.597 το 2010 στους 1.062.509 το 2014 (ΟΑΕΔ, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014). Το ποσοστό των μακροχρόνια ανέργων (εγγεγραμμένοι 12 μήνες και άνω) ανήλθε από το 33,7% το 2010 στο 29,81% το 2014, ποσοστό που αγγίζει το 49,50% μεταξύ των εγγεγραμμένων που δηλώνουν ότι αναζητούν εργασία (ΟΑΕΔ, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014).

---

<sup>1</sup> European Commission (2012), Statistical Annex to European Economy. Autumn 2012, Brussels: EC  
([http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2012/pdf/2012-11-07-stat-annex\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/2012-11-07-stat-annex_en.pdf))

Η σύγκριση των στοιχείων μεταξύ εγγεγραμμένων ανέργων στον ΟΑΕΔ που τυγχάνουν επιδοματικής στήριξης και του συνόλου των ανέργων της έρευνας της ΕΛΣΤΑΤ αποκαλύπτει την ύπαρξη ενός αυξανόμενου πληθυσμού που μένει άνεργο και στερείται επιδοματικής στήριξης. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι σε σύνολο 1.062509 ανέργων τον Ιανουάριο του 2014 , τυγχάνουν επιδόματος ανεργίας από τον ΟΑΕΔ μόλις 174.178 άνεργοι, δηλαδή το 16,2% περίπου των ανέργων. Το συγκεκριμένο έλλειμμα κοινωνικής προστασίας των ανέργων αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία λόγω της ανυπαρξίας ενός καθολικού προγράμματος εγγυημένου/αξιοπρεπούς εισοδήματος στη χώρα μας και είναι ενδεικτικό του κινδύνου επιβίωσης μεγάλων τμημάτων των ανέργων.

### **Η Φτώχεια**

Η κοινωνική όψη της κρίσης αποτυπώνεται, επίσης, στην εξέλιξη της σχετικής φτώχειας και της στέρησης βασικών αγαθών και υπηρεσιών, όπως προκύπτει από την έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών από την ΕΛΣΤΑΤ. Σύμφωνα με τα στοιχεία της περιόδου 2007-2013, διαφαίνεται μια ενισχυμένη τάση αύξησης τόσο της σχετικής φτώχειας όσο και της στέρησης.

Όσον αφορά τον δείκτη της σχετικής φτώχειας (ποσοστό του πληθυσμού κάτω από το κατώφλι του 60% του διάμεσου ισοδύναμου εισοδήματος συνολικού διαθέσιμου εισοδήματος του νοικοκυριού), από το 2009 αρχίζει μια ανοδική πορεία. Συγκεκριμένα, ο σχετικός δείκτης από 19,7% το 2009, αυξήθηκε στο 23,1% το 2011. , περίπου 900.000 νοικοκυριά και 2,3 εκατ. μέλη νοικοκυριών. Η άνοδος αυτή, πιθανότατα είναι υποτιμημένη δεδομένης της μεροληψίας της έρευνας λόγω της μη συμπερίληψης ή υποαντιπροσώπευσης ομάδων του πληθυσμού που μάλλον συγκαταλέγονται μεταξύ των λιγότερο οικονομικά εύπορων (οικονομικοί μετανάστες, άστεγοι, διαβιούντες σε ιδρύματα και συλλογικές κατοικίες, ή Ρομά).

Πιο ενδεικτικό της κατάστασης είναι ότι ο πληθυσμός που ζει σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό ( δηλαδή πληθυσμός που στερείται τουλάχιστον 4 από ένα κατάλογο 9 αγαθών και υπηρεσιών) ή που διαβιεί σε νοικοκυριά με χαμηλή ένταση εργασίας, ανέρχεται σε 3.795.100 άτομα ή σε 34,6% του συνόλου του πληθυσμού (το έτος 2011 ήταν 3.403.300 άτομα).

Το ποσοστό του πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας για το έτος 2012 υπολογιζόμενο με το κατώφλι φτώχειας του έτους 2005 (60% της διαμέσου του ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος του 2005 εκφρασμένου σε τιμές

του 2012 με βάση τον Εναρμονισμένο Δείκτη Τιμών Καταναλωτή), εκτιμάται σε 32,3%. Ο σκοπός αυτής της σύγκρισης είναι να καταγράψει πώς μεταβάλλεται ο κίνδυνος φτώχειας σε απόλυτους και όχι σε σχετικούς όρους, δηλαδή όταν το κατώφλι φτώχειας παραμένει διαχρονικά σταθερό σε όρους πραγματικής αγοραστικής δύναμης. Με άλλα λόγια, 32,3% του πληθυσμού του 2012 θα κατατασσόταν ως εκτεθειμένο στον κίνδυνο φτώχειας με βάση τις συνθήκες του 2005.

Τα παιδιά και οι άνεργοι αντιμετωπίζουν συστηματικά υψηλότερο κίνδυνο φτώχειας από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Τα παιδιά ηλικίας μέχρι 17 ετών αντιμετωπίζουν σε ποσοστό περίπου 26,9% τον κίνδυνο φτώχειας έναντι 48% των ανέργων (εισοδήματα 2012).

Το ποσοστό του πληθυσμού που απειλείται από τη φτώχεια ως προς το σύνολο του πληθυσμού για κάθε μία από τις παρακάτω ομάδες είναι:

- Μονογονεϊκά νοικοκυριά με, τουλάχιστον, ένα εξαρτώμενο παιδί (66,0%)
- Άνδρες άνεργοι (52,1%)
- Λοιποί μη οικονομικά ενεργοί (εκτός συνταξιούχων) (33,3%)
- Παιδιά ηλικίας 0-17 ετών (26,9%)
- Μονοπρόσωπα νοικοκυριά με μέλος θήλυ (24,1%)
- Νοικοκυριά με έναν ενήλικα ηλικίας 65 ετών και άνω (23,5%)

Το 2012, το 31% του πληθυσμού αντιμετώπιζε κίνδυνο φτώχειας ή και κοινωνικό αποκλεισμό (δηλ. σχετική φτώχεια και υλική στέρηση), δηλαδή περίπου 3,4 εκατομμύρια άνθρωποι. Όσον αφορά στοιχεία για την υλική αποστέρηση βασικών αγαθών και υπηρεσιών, τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν, επίσης, αύξηση της στέρησης αλλά και διεύρυνσή της σε μεσαία εισοδηματικά στρώματα (μη φτωχοί), ενδεικτικό στοιχείο της λεγόμενης «φτωχοποίησης» της μεσαίας τάξης στη χώρα μας.

Κατά τη διάρκεια των 5 τελευταίων ετών (2008-2012), υπάρχει αύξηση της υλικής στέρησης, τουλάχιστον σε τέσσερις (4) από τις εννέα (9) κατηγορίες των βασικών αγαθών και υπηρεσιών. Η αύξηση αυτή είναι μεγαλύτερη στα άτομα ηλικίας 0-17 ετών και 0-64 ετών, από ότι στα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες με αποτέλεσμα να στερείται, τουλάχιστον, τέσσερις (4) από τις εννέα (9), συνολικά, διαστάσεις της υλικής στέρησης ανέρχεται σε 19,5% το 2012, ενώ το ποσοστό αυτό ήταν 15,2% το 2011, 11,6% το 2010, 11% το 2009 και 11,2% το 2008

Μερικά χαρακτηριστικά παραδείγματα:



- Το ποσοστό πληθυσμού που δηλώνει οικονομική αδυναμία ικανοποίησης διατροφής συγκεκριμένης θρεπτικής αξίας αυξήθηκε από 7,9% το 2007 στο 13,3% το 2012 με το αντίστοιχο ποσοστό για τους φτωχούς από το 33,5% στο 50,3%,
- Το ποσοστό πληθυσμού που δηλώνει οικονομική αδυναμία για ικανοποιητική θέρμανση αυξήθηκε από 15,6% το 2008 στο 26,7% το 2013 με το αντίστοιχο ποσοστό για τους φτωχούς από 10,6% στο 47,6%! και
- Το 51,1% των φτωχών και το 24,2% των μη φτωχών δηλώνει δυσκολία ανταπόκρισης στην πληρωμή πάγιων λογαριασμών, όπως ηλεκτρικό ρεύμα, νερό και αέριο (ΕΛΣΤΑΤ, 2010α, 2010β, 2012α, 2012β).

Δεδομένης της έλλειψης ενός καθολικού ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος (δικτυού προστασίας), προβάλλει εύλογα το ερώτημα της αντιμετώπισης των αυξημένων κοινωνικών αναγκών ολόενα και διευρυμένων ομάδων του πληθυσμού σε συνθήκες δημοσιονομικής προσαρμογής και συρρίκνωσης των κοινωνικών δαπανών. Τα στοιχεία αυτά, είναι ενδεικτικά τάσης προς διεύρυνση των πληθυσμιακών ομάδων που αντιμετωπίζουν αδυναμία κάλυψης αναγκών που σχετίζονται με την έλλειψη κοινωνικών δομών και προγραμμάτων.

### **Πρόσβαση σε τροφή**

Η επίπτωση της οικονομικής κρίσης αποτυπώνεται και σε στοιχεία τόσο προνοιακών οργανισμών, υγειονομικών ερευνητικών ινστιτούτων, όσο και μη κυβερνητικών οργανισμών. Αναλυτικότερα:

Η αναφορά σε προβλήματα επιβίωσης των ατόμων που απευθύνονται στην τηλεφωνική γραμμή έκτακτης κοινωνικής βοήθειας στο εθνικό κέντρο κοινωνικής αλληλεγγύης αυξήθηκε από το 14% το 2009 στο 19,4% το 2011. (απολογισμοί Εθνικού Κέντρου Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τα έτη 2009, 2010 και 2011 [www.ekka.gr](http://www.ekka.gr)).

Η ΜΚΟ Αποστολή (της Εκκλησίας της Ελλάδος) κάνει λόγο για ραγδαία αύξηση των ανθρώπων που απευθύνθηκαν στα κέντρα ενοριακής αγάπης των ιερών ναών στην Αθήνα για να εξασφαλίσουν την ημερήσια μερίδα φαγητού τους, φθάνοντας τον Απρίλιο του 2011 τους 5000 ωφελούμενους, εκ των οποίων το 60% ήταν Έλληνες<sup>2</sup>

Οι λιανοπωλητές και παραγωγοί των λαϊκών αγορών αναφέρουν σημαντική

<sup>2</sup> ΜΚΟ Αποστολή (2011), Έκθεση Διανομής Συσσιτίων 2010-2011, Αθήνα: ΜΚΟ Αποστολή

αύξηση των ανθρώπων που αναζητούν δωρεάν τροφή από υπολείμματα και σάπια τρόφιμα, ενώ οι επαγγελματικοί σύλλογοι και οι ομοσπονδίες τους προχωρούν σε τακτικές διανομές τροφίμων ως ένδειξη αλληλεγγύης.

### Άστεγοι



Σε σχέση με τον αριθμό των αστέγων που ζουν σήμερα στην Ελλάδα, σύμφωνα με την ΚΛΙΜΑΚΑ, δεν υπάρχει καμία επίσημη καταγραφή. Οι εκτιμήσεις κάνουν λόγο για περίπου 20.000 ανθρώπους, οι μισοί εκ των οποίων στην Αθήνα, που διαβιούν στον δρόμο ή σε ακατάλληλες συνθήκες στέγασης, ενώ πολλοί περισσότεροι είναι εκείνοι που βρίσκονται σε κίνδυνο έλλειψης στέγης. Λόγω της οικονομικής κρίσης και της ανεργίας, το τελευταίο διάστημα διαπιστώνεται ότι υπάρχει σαφής αυξητική τάση, περίπου στο 25%. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας Η έλλειψη στέγης στην Ελλάδα του 2012, που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της συμμετοχής της ΚΛΙΜΑΚΑ στο Ευρωπαϊκό Δίκτυο Feantsa για την καταγραφή και την ανάλυση του φαινομένου των αστέγων στην χώρα μας και διαπιστώνονται ποσοτικές και ποιοτικές διαφοροποιήσεις στην Ελλάδα της κρίσης. Αυξάνεται με μεγάλους ρυθμούς ο πληθυσμός των αστέγων με αποτέλεσμα ένα σχετικά πολύ περιορισμένο φαινόμενο στη χώρα μας αφενός να συγκλίνει με το υψηλότερο μέσο ευρωπαϊκό επίπεδο και αφετέρου να διευρύνεται περιλαμβάνοντας όχι συγκεκριμένες ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες (ουσιοεξαρτημένοι, μετανάστες χωρίς χαρτιά) αλλά και νεόπτωχα υπερχρεωμένα νοικοκυριά<sup>3</sup>.

### Ψυχική Υγεία

Δηλωτικά των επιπτώσεων της κρίσης είναι τα στοιχεία από τη χρήση της γραμμής βοήθειας για την κατάθλιψη του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής: Το ποσοστό κλήσεων με άμεση ή έμμεση αναφορά στην οικονομική κρίση αυξήθηκε από 1,8% την περίοδο Ιούλιος-Δεκέμβριος 2008 στο 8,4% και 26,9% την ίδια περίοδο το 2009 και το 2010, αντίστοιχα (Οικονόμου, Μ. κ.ά., 2012).

Σημαντικές είναι οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και στην ψυχική υγεία. Έχουν γίνει αρκετές μελέτες στο παρελθόν του υψηλού δείκτη συσχετισμού μεταξύ ανεργίας και ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Σε μεγάλο ποσοστό που φθάνει 50% των ανέργων, παρουσιάζονται

<sup>3</sup> Συνοπτική περιγραφή και βασικά συμπεράσματα για την εξέλιξη του φαινομένου των αστέγων, [http://www.klimaka.org.gr/newsite/downloads/astegoi\\_apotyposi\\_2011.pdf](http://www.klimaka.org.gr/newsite/downloads/astegoi_apotyposi_2011.pdf). και ΜΚΟ ΚΛΙΜΑΚΑ (2012), Η έλλειψη στέγης στην Ελλάδα του 2012»

συμπτώματα ψυχικής διαταραχής. Όσο περισσότερο διαρκεί η ανεργία, διαπιστώνεται άγχος, αϋπνία, ψυχοσωματικά ενοχλήματα, κεφαλαλγίες, καταθλιπτικά συμπτώματα, λύπη, μειωμένη αυτοεκτίμηση και εκφράζονται ιδέες αναξιότητας, ενοχής και απαισιοδοξίας.

Συνεχίζεται η υποχρηματοδότηση των Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που λειτουργούν στα πλαίσια του Σχεδίου Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης «Ψυχαργός». Οι Δομές πλέον συντηρούνται από τα ασφαλιστικά ταμεία αποκλείοντας σε πολλές περιπτώσεις από την αποκατάσταση, ψυχικά ασθενείς, κατόχους βιβλιαρίου ανασφαλιστού.

Τα μεγάλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (Δαφνί, Δρομοκαίτειο) απειλούνται με άμεση κατάργηση, εκτός του προγραμματισμού που προέβλεπε το «Ψυχαργός», όχι μόνο χωρίς να έχουν αναπτυχθεί οι δομές που προβλέπονταν αλλά με ταυτόχρονη «διαθεσιμότητα» του προσωπικού με κίνδυνο για την ψυχική υγεία των φιλοξενούμενων των Ψυχιατρικών Ξενώνων και Οικοτροφείων.

### **Αυτοκτονίες**

Μελέτες που έχουν γίνει στο παρελθόν επιβεβαιώνουν ότι οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πολύ πιο συχνές στους άνεργους, παρά στους εργαζόμενους. Σύμφωνα με τον Stuckler (2009), σε ευρωπαϊκό επίπεδο 1% αύξηση της ανεργίας συνδέεται με 0,79% αύξηση των αυτοκτονιών σε ηλικίες μικρότερες των 65 ετών και κάθε 3% αύξηση της ανεργίας συνδέεται με 4,45% αύξηση των αυτοκτονιών.

Πρόσφατες έρευνες στη Ελλάδα (Giotakos et al., 2011, Economou et al., 2011, Madianos et al., 2011, Stuckler et al., 2009) δείχνουν ότι υπάρχει ισχυρή σύνδεση της ανεργίας και της αύξησης των ανθρωποκτονιών αλλά και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Σε απόλυτους αριθμούς, που προέρχονται από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, τεκμηριώνεται ότι από το 2007 έως το 2009, περίοδο κατά την οποία η κρίση ξεκινούσε, παρουσιάστηκε 19% αύξηση των αυτοκτονιών.

Τα αιτήματα για ψυχολογική βοήθεια που λαμβάνουν οι γραμμές τηλεφωνικής βοήθειας για κατάθλιψη και αυτοκτονίες έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια κατά μέσο όρο 27% (ΕΠΙΨΥ, 2010).

### **Χρήση ουσιών**

Σε επίπεδο των ψυχοπαθολογικών συμπεριφορών έχουμε έξαρση της διάδοσης των ναρκωτικών σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού και σημαντική αύξηση στην κατανάλωση αλκοόλ, ιδιαίτερα σε μικρές ηλικίες, όπως δείχνουν τα αποτελέσματα ερευνών στο πληθυσμό των νέων. Νέες ουσίες

όπως το σισα (μία μορφή κρυσταλλικής μεθαμφεταμίνης) με καταστροφικές παρενέργειες για τους χρήστες διαδίδονται γρήγορα στους κύκλους των χρηστών λόγω χαμηλής τιμής. Διαπιστώνονται συχνές παραβατικές συμπεριφορές, βία και μορφές εγκληματικότητας. Η χρήση των ψυχοφαρμάκων, αγχολυτικών, αντικαταθλιπτικών συνεχώς αυξάνεται. Πριν την οικονομική κρίση η παγκόσμια οργάνωση ψυχικής υγείας προειδοποιούσε ότι στην δεκαετία μας η κατάθλιψη θα καταγράφεται σε υψηλό ποσοστό του πληθυσμού.

Συνεχίζεται η υποχρηματοδότηση των ΟΚΑΝΑ και ΚΕΘΕΑ με συνέπεια τον περιορισμό των δράσεών τους. Οι λίστες ανθρώπων που περιμένουν για θεραπεία στον ΟΚΑΝΑ παραμένει μεγάλη . Η αναλογία θεραπευτή προς θεραπευόμενους έχει μειωθεί σε ένα προς 40 από ένα προς 25 θεραπευόμενους που ήταν πριν την κρίση. Λόγω υποστελέχωσης του ΟΚΑΝΑ, μειώθηκε ο αριθμός των ουροληψιών από 1 την εβδομάδα σε 1 το μήνα.

Οι χρήστες με HIV έχουν αυξηθεί κατά 30% αλλά οι λοιμοξιολόγοι στα νοσοκομεία δεν επαρκούν για την θεραπευτική τους αντιμετώπιση.

### **Παιδιά**

Σύμφωνα με έρευνα του Ιδρύματος Σ. Νιάρχου σε 88 σχολεία της χώρας κατά την τρέχουσα σχολική χρονιά (δείγμα 9.500 ερωτηματολογίων), σχεδόν τρεις στους δέκα (29,32%) μαθητές δηλώνουν ότι αισθάνονται επισιτιστική ανασφάλεια με ύπαρξη πείνας<sup>4</sup>.

Τα Παιδικά Χωριά SOS καταγράφουν αύξηση 120% των περιστατικών οικογενειών που υποστηρίζονται στα Κέντρα Στήριξης λόγω οικονομικής κρίσης λαμβάνοντας τρόφιμα, συμβουλευτική και άλλες υπηρεσίες'.

Η πρόσβαση των παιδιών στις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από την ασφαλιστική ικανότητα των γονιών, με αποτέλεσμα πολλά παιδιά να μην φτάνουν εγκαίρως σε υπηρεσίες υγείας εξαιτίας του φόβου του γονέα ότι θα πρέπει να επιβαρυνθεί με το κόστος νοσηλίων.

Ο χώρος της παιδικής προστασίας, της κάλυψης δηλαδή των αναγκών παιδιών που βρίσκονται σε κίνδυνο (χωρίς οικογενειακό περιβάλλον, κακοποίηση, εγκατάλειψη), χαρακτηρίζεται από ανεπάρκεια υπηρεσιών λόγω έλλειψης προσωπικού προκειμένου να υλοποιηθούν σε μεγαλύτερο εύρος προγράμματα από-ιδυματοποίησης (επαγγελματική αναδοχή, προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης, στήριξης της οικογένειας με ΑμεΑ προκειμένου να αποφευχθεί η ιδρυματοποίηση αλλά και να συνεχίσει

---

<sup>4</sup> Το Βήμα της Κυριακής (2013), Χωρίς φαγητό ένας στους τρεις μαθητές, 17η Φεβρουαρίου, σελ. Α39



η οικογένεια να είναι κοινωνικά και οικονομικά ενεργή).

Τα εγκαταλελειμμένα παιδιά παραμένουν στα νοσοκομεία για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα μέχρι να μεταφερθούν σε ιδρύματα παιδικής προστασίας αφού οι ελλείψεις των ιδρυμάτων σε προσωπικό δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη όλων των κλινών τους. Το χρόνο αναμονής για την τοποθέτηση σε οικογένεια διογκώνει και το γεγονός ότι οι κατά τόπους κοινωνικές υπηρεσίες δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν άμεσα σε αιτήματα για κοινωνική έρευνα των υποψήφιων γονέων λόγω της υποστελέχωσης και της αυξημένης, λόγω κρίσης, εργασίας τους. Πολύ περισσότερο δεν είναι δυνατόν η εκ των προτέρων αξιολόγηση υποψήφιων θετών γονέων ώστε να περιοριστεί ο χρόνος παραμονής του παιδιού στο ίδρυμα.

### **Υγεία**

Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία, την καθυστέρηση της θεραπείας και συχνά τη μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, η οικονομική ύφεση και τα συνοδά φαινόμενα αυτής συνεπάγονται σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των πολιτών ακόμα και στο προσδοκώμενο επιβίωσης. Αρκεί να αναφερθεί ότι η ανεργία συνδέεται με αύξηση της θνησιμότητας από 20% έως 25% της μέσης τιμής σε ισοδύναμες κοινωνικές τάξεις (Bethune 1997). Προβλήματα εθισμού, εξαρτήσεις, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφίμων χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινόπνευματος, καθώς επίσης και η πλημμελής διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυνόμενες υπηρεσίες υγείας είναι κάποιες από τις αρνητικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία.

Με την αναδιοργάνωση του Συστήματος Υγείας που επιχειρείται, όλο και μεγαλύτερο μέρος του κόστους της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μεταφέρεται στους ασθενείς, με συνέπεια, σύμφωνα με τις στατιστικές της ΕΕ, σχεδόν οι μισοί Έλληνες (το 47%) να αισθάνονται πως δεν λαμβάνουν την αναγκαία περίθαλψη.

Σύμφωνα με μελέτη ομάδας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας <sup>5</sup> οι χρονίως

---

<sup>5</sup> Μελέτη των Γ. Κυριόπουλος, Ε. Πάβη, Κ. Μυλωνά, Δ. Ζάβρας, Α. Σκρουμπέλος (Φεβρουάριος Μάρτιος 2013) σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη χρήση υπηρεσιών υγείας του γενικού πληθυσμού για τέσσερα χρόνια νοσήματα (Υπέρταση, Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου II, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και Άνοια τύπου Alzheimer) σε 11 πόλεις (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Λάρισα, Ηράκλειο, Ιωάννινα, Αλεξανδρούπολη, Λαμία, Τρίπολη, Βόλο και Κοζάνη)

πάσχοντες αποτελούν το 38% του γενικού πληθυσμού της χώρας μας:

- Το επίπεδο της αυτοεκτίμησης της υγείας των χρονίως πασχόντων έχει μειωθεί κατά 60% από το 2012.
- Οι χρονίως πάσχοντες έχουν μειώσει κατά 30% τις επισκέψεις τους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κατά την τριετία 2011 – 2013.
- Οι χρονίως πάσχοντες έχουν μειώσει κατά 50% τις δαπάνες τους για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, κατά την τριετία 2011 – 2013.
- Το 60% των χρονίως πασχόντων αντιμετωπίζουν οικονομικούς περιορισμούς ή λίστες αναμονής στην πρόσβασή τους σε υπηρεσίες Υγείας.
- Το 30% των χρονίως πασχόντων αξιολογούν αρνητικά τις δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και τις τριτοβάθμιες νοσοκομειακές δομές.

Μελέτη, του Αλέξανδρου Κεντικελένη και άλλων, η οποία δημοσιεύτηκε στο Επιστημονικό Περιοδικό Lancet επιβεβαιώνει τις τραγικές συνέπειες στην υγεία των πολιτών<sup>6</sup> :

- Τα περιστατικά AIDS μεταξύ των χρηστών ναρκωτικών υπερδιπλασιάστηκαν κατά την περίοδο 2009-2012 (από 15 σε 484).
- Τα περιστατικά φυματίωσης μεταξύ των χρηστών ναρκωτικών υπερδιπλασιάστηκαν το 2013 σε σχέση με το 2012 (με βάση προκαταρκτικά στοιχεία).
- Η κρατική χρηματοδότηση για την ψυχική υγεία μειώθηκε κατά 55%, μεταξύ 2011 και 2012.
- Η κατάθλιψη αυξήθηκε περίπου δύομισή φορές μεταξύ 2008-2011 (από 3,3% του πληθυσμού το 2008 σε 8,2% το 2011).
- Οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 45% μεταξύ 2007-2011.
- Η βρεφική θνησιμότητα, που προηγουμένως εμφάνιζε πτωτική τάση, αυξήθηκε κατά 43% μεταξύ 2008-2010, ενώ κατά 19% αυξήθηκαν την ίδια περίοδο οι γεννήσεις παιδιών χαμηλού βάρους.
- Επανεμφανίστηκε η ελονοσία μετά από 40 χρόνια.

Με τις νέες ρυθμίσεις, όλοι οι πολίτες, ασφαλισμένοι και μη, για να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα πρέπει να

---

<sup>6</sup> <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2962291-6/abstract>

πληρώνουν 5 € εισιτήριο ανά επίσκεψη σε γιατρό. Το εισιτήριο των 5€ επεκτείνεται και στις υπηρεσίες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΠΕΔΥ, του μετά-ΕΟΠΥΥ φορέα

Νέες επιβαρύνσεις για τους ασφαλισμένους στην πρόσβαση στο φάρμακο καθώς υποχρεούνται σε πληρωμή ενός ευρώ ανά συνταγή (μέχρι περίπου 3 φαρμακευτικά σκευάσματα ανά διάγνωση). Συμμετοχή 25% στην αγορά των φαρμάκων.

Η πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά και την κατάργηση των υπηρεσιών ΕΟΠΥΥ, και χωρίς να έχει οργανωθεί διάδοχη κατάσταση, οδηγεί τους πολίτες στον ιδιωτικό τομέα και στα ήδη επιβαρυνόμενα νοσοκομεία με μεγάλες καθυστερήσεις και κινδύνους για την υγεία των πολιτών.

Η κατάργηση υγειονομικών υπηρεσιών του ΕΟΠΥΥ είχε ως αποτέλεσμα και την κατάργηση Σταθμών Προστασίας Μάνας, Παιδιού και Εφήβου που παρείχαν σημαντικές ιατροκοινωνικές υπηρεσίες.

Τρομακτική αύξηση των ανασφαλιστών πολιτών. Σύμφωνα με τον Υπουργό Υγείας υπολογίζονται σε 2,5 εκατομμύρια . Εκατομμύρια πολίτες στερούνται πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (εξωτερικά ιατρεία, εργαστηριακές εξετάσεις, εμβολιασμούς, τακτικές χειρουργικές επεμβάσεις). Εισαγωγές ανασφάλιστων είναι δυνατές στα Δημόσια Νοσοκομεία μόνο με τη διαδικασία του επείγοντος, εφόσον κινδυνεύει η ζωή του πολίτη, χωρίς να είναι δωρεάν (το κόστος νοσηλείας βεβαιώνεται στον ασθενή για εξόφληση σε μεταγενέστερο χρόνο). Πολλά Νοσοκομεία υποχρεώνουν τον ίδιο τον ασθενή ή το συνοδό του να υπογράψει «Δήλωση Αναδοχής Χρέους».

Ανάμεσα στους πολίτες που δεν έχουν δωρεάν πρόσβαση στο σύστημα υγείας περιλαμβάνονται και τα παιδιά παραβιάζοντας τη Συνθήκη για τα Δικαιώματα του Παιδιού που έχει υπογράψει και η Ελλάδα.

Αδικίες στην έκδοση βιβλιαρίων ανασφαλιστών. Με την ολοκλήρωση της μεταφοράς αρμοδιότητας έκδοσης βιβλιαρίων ανασφαλιστών στους Δήμους, παρουσιάζεται μεγάλη ανομοιομορφία στην αξιολόγηση και χορήγηση των βιβλιαρίων και συντηρούνται αδικίες εις βάρος των δικαιούχων:

Χαμηλά όρια στα εισοδήματα των υποψήφιων δικαιούχων (6000 € +20% για σύζυγο +20% για κάθε τέκνο +50% για ανάπηρους 67% και άνω, δηλαδή οικογένεια με 2 παιδιά πρέπει να έχει εισόδημα 10.500 ευρώ ετήσιο εισόδημα)

Έλληνες πολίτες που έχουν αποκλειστεί από το σύστημα υγείας,

απευθύνονται σε ΜΚΟ για την πραγματοποίηση ιατρικών εξετάσεων, εμβολιασμούς, φάρμακα, υγειονομικό υλικό. Οι Οργανώσεις αυτές που λειτουργούσαν συμπληρωματικά για την κάλυψη συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού (πχ πρόσφυγες, μετανάστες χωρίς χαρτιά) σηκώνουν το μεγαλύτερο βάρος κάλυψης ανασφαλιστών πολιτών αποδεικνύοντας την αναποτελεσματικότητα πρόχειρων λύσεων τύπου voucher.



### **Αναπηρία και Ηλικιωμένοι**

Ανασφάλιστοι πολίτες αποκλείονται όχι μόνο από το σύστημα υγείας αλλά και από όλες τις δομές, προγράμματα και ιδρύματα αποκατάστασης χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα κάλυψης αναγκών τους από άλλο φορέα ή ΜΚΟ.

Οι ιδιωτικές κλινικές μετανοσοκομειακής φροντίδας και χρονίως πασχόντων που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, απαιτούν πλέον οικονομική συμμετοχή κάνοντας απαγορευτική τη χρήση τους από πολλές ομάδες συνταξιούχων με αποτέλεσμα να αυξάνοντας τα διαστήματα νοσηλείας τους στα Δημόσια Νοσοκομεία.

Η υποχρηματοδότηση και υποστελέχωση των ΚΑΠΗ έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό και την υποβάθμιση των παρεχομένων προς τους ηλικιωμένους υπηρεσιών, τη στιγμή, μάλιστα, που όλο και μεγαλύτερος αριθμός ηλικιωμένων απευθύνεται σε αυτά. Η προ-υπάρχουσα ελλιπής στελέχωση τους σε επιστημονικό προσωπικό σε συνδυασμό με την απαγόρευση πρόσληψης μόνιμου και εποχικού προσωπικού έχει ως συνέπεια την περικοπή βασικών υπηρεσιών όπως: η φυσικοθεραπεία, η πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα, τα προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης. Χαρακτηριστική των περικοπών η απουσία Ιατρού από τα περισσότερα ΚΑΠΗ της χώρας.

Ασαφής παραμένει η συνέχιση των δομών «Βοήθεια στο Σπίτι» καθώς μετασηματίζεται σε πρόγραμμα «κατ οικον φροντίδα ηλικιωμένων» που θα καλύπτει συνταξιούχους με υψηλό ποσοστό αναπηρίας αποκλείοντας ανασφάλιστους και κατόχους βιβλιαρίου κοινωνικής προστασίας.

### **Επιδόματα**

Ο αριθμός των δικαιούχων των επιδομάτων Κοινωνικής Πρόνοιας έχει περιοριστεί. Χαρακτηριστική είναι η διακοπή της χορήγησης σύνταξης ανασφαλιστών σε υπερήλικες όταν αυτοί δικαιούνται σύνταξη ή οικονομικό βοήθημα από οποιονδήποτε φορέα του εξωτερικού ή του εσωτερικού ή δε διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα τα τελευταία είκοσι (20) έτη πριν την υποβολή της αίτησης για συνταξιοδότηση τους. Με τον τρόπο αυτό, τα μέλη μιας κατεξοχήν ευπαθούς κοινωνικής ομάδας που πλήττεται πολλαπλά από



κοινωνικό αποκλεισμό χάνουν την κύρια ή και αποκλειστική πηγή εισοδήματός τους, κινδυνεύοντας να χάσουν την υγειονομική τους περίθαλψη, με συνέπεια να τίθεται υπό αμφισβήτηση ακόμα και η καθημερινή τους επιβίωση

### **Επιτροπές – Αναπηρία**

Καταγράφονται τραγικές καθυστερήσεις στη λειτουργία των Επιτροπών εξέτασης και καθορισμού του ποσοστού αναπηρίας (ΚΕΠΑ), με αποτέλεσμα την αναστολή χορήγησης του επιδόματος ή της σύνταξης. Επιπλέον, με τον καθορισμό ενός αυστηρότερου συστήματος κατηγοριοποίησης έχει καταγραφεί σημαντικός περιορισμός του αριθμού των δικαιούχων.

Στον τομέα της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, ειδικής αγωγής, επαγγελματικής κατάρτισης και ημερήσιας φροντίδας Ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους, καταγράφεται συρρίκνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών σαν αποτέλεσμα της υποχρηματοδότησης – υποστελέχωσης των φορέων που δραστηριοποιούνταν στον τομέα και που κατά κύριο λόγο είχαν την μορφή συλλόγων των ιδίων των ωφελούμενων και των οικογενειών τους.

### **Μετανάστες Ξενοφοβία και Ρατσισμός**

Τεράστιο ρατσιστικό κύμα κατακλύζει τη χώρα κυρίως εναντίον των μεταναστών (με χαρτιά ή χωρίς). Ο ρατσισμός εκφράζεται με διάφορες μορφές βίας και για πρώτη φορά καταγράφονται δολοφονικές επιθέσεις ή ακόμα και δολοφονίες εναντίον μεταναστών. Η φασιστική λαίλαπα στρέφεται πλέον εναντίον υποστηρικτών αριστερών κομμάτων και εναντίον άλλων μειονοτήτων (Ρομα, Gay) και εκπροσωπείται στη Βουλή των Ελλήνων με το κόμμα της Χρυσής Αυγής. Παρά την παρέμβαση της Δικαιοσύνης και το χαρακτηρισμό της Χρυσής Αυγής ως «εγκληματικής οργάνωσης», οι ρατσιστικές και φασιστικές απόψεις φαίνεται πως έχουν έρεισμα στην Ελληνική κοινωνία, πρώτο σύμπτωμα διαρραγής της κοινωνικής συνοχής.

Ως κυρίαρχο μέτρο καταπολέμησης της λαθρομετανάστευσης ακολουθούνται κατασταλτικά μέτρα που τη χειρότερη έκφρασή τους είδαμε στο Φαρμακονήσι : Μαζικές συλλήψεις μεταναστών και εγκλεισμός τους σε «Κέντρα Υποδοχής Μεταναστών»..

Η ΜΚΟ «Γιατροί Χωρίς Σύνορα» αξιολογεί ότι οι συνθήκες «φιλοξενίας» των μεταναστών στα συνοριακά αστυνομικά τμήματα σε Σουφλί, Τυχερό και Φέρες, και στο κέντρο κράτησης στο Φυλάκιο προσβάλλουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> <http://www.e-forologia.gr/cms/viewContents.aspx?id=88369>

Η Διεθνής Αμνηστία εκφράζει την ανησυχία της ότι παραβιάζονται ανθρώπινα δικαιώματα : αναφέρει ότι κατά τις επισκέψεις της στο κέντρο κράτησης της Αμυγδαλέζας, τον Απρίλιο και τον Ιούλιο του 2013 οι κρατούμενοι εξέφρασαν την απελπισία τους για την παρατεταμένη κράτησή τους και ανέφεραν, μεταξύ άλλων, κακή ποιότητα του φαγητού, κακές συνθήκες υγιεινής και δυσκολίες να μιλήσουν με τις οικογένειές τους λόγω περιορισμένης πρόσβασης σε τηλέφωνα. Γίνονται επιπλέον αναφορές για κακή υγιεινή λόγω της έλλειψης χρηματοδότησης για την παροχή υπηρεσιών καθαρισμού στο κέντρο κράτησης. Τους τελευταίους μήνες, η οργάνωση έλαβε επίσης καταγγελίες για κακομεταχείριση ορισμένων κρατουμένων που μεταφέρθηκαν από την Αμυγδαλέζα στο αεροδρόμιο Ελευθέριος Βενιζέλος για να απελαθούν<sup>8</sup>

### **Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις**

Μείωση ή και διακοπή της χρηματοδότησης των Μη Κυβερνητικών φορέων παροχής κοινωνικής φροντίδας έχει ως αποτέλεσμα το περιορισμό των δράσεών τους. Αντίθετα, οι ΜΚΟ αντί να υποστηρίζουν συμπληρωματικά τις κρατικές δομές του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας, φτάνουν να τις αντικαθιστούν, παρέχοντας τρόφιμα και καύσιμα σε μεγάλα κρατικά ιδρύματα ή καλύπτοντας ανάγκες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μεγάλου μέρους του πληθυσμού.

Ο Κρατικός μηχανισμός δεν διευκολύνει την ροή της Ευρωπαϊκής Χρηματοδότησης στην έγκαιρη πληρωμή των ήδη ανειλημμένων συγχρηματοδοτούμενων προγραμμάτων προκαλώντας επιπλέον δυσλειτουργίες

### **Παραβατικότητα – Κρατούμενοι**

Άθλιες συνθήκες κράτησης, αντίστοιχες του Νοσοκομείου Κρατουμένων του Κορυδαλλού, που πρόσφατα βγήκαν στη δημοσιότητα, χαρακτηρίζουν το σωφρονιστικό σύστημα και τα καταστήματα κράτησης σύμφωνα και με τις εκθέσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Βασανιστηρίων-CPT<sup>9</sup>. Σε συνδυασμό με την υποστελέχωση σε κοινωνικούς λειτουργούς, και την ανυπαρξία δικτύου δομών υποστήριξης αποφυλακισθέντων, το σωφρονιστικό σύστημα γίνεται κακοποιητικό για τους κρατούμενους, τις οικογένειές τους και το προσωπικό των φυλακών

Ακόμα και στην πρόληψη της παραβατικότητας των ανηλίκων, οι Εταιρείες

---

<sup>8</sup>[http://news247.gr/eidiseis/koinonia/diethnhs\\_amnhstia\\_anhsyxia\\_gia\\_tis\\_synthhkes\\_krathshs\\_hs\\_metanastwn\\_ti\\_anaferei\\_gia\\_thn\\_amygdaleza.2370396.html](http://news247.gr/eidiseis/koinonia/diethnhs_amnhstia_anhsyxia_gia_tis_synthhkes_krathshs_hs_metanastwn_ti_anaferei_gia_thn_amygdaleza.2370396.html)

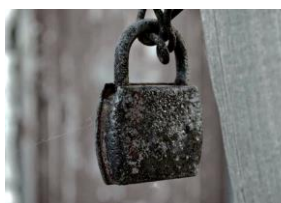
<sup>9</sup> <http://www.cpt.coe.int/documents/grc/2011-10-inf-grc.pdf>

Προστασίας Ανηλίκων του ΥΔΔΑΔ δεν μπορούν να ανταποκριθούν στο ρόλο τους στη πρόληψη της θυματοποίησης και της εγκληματικότητας των ανηλίκων εξαιτίας της υποστελέχωσής τους σε προσωπικό κοινωνικών λειτουργιών.

## Η συρρίκνωση των κοινωνικών υπηρεσιών και οι ανάγκες για στελέχωση

Οι προσπάθειες της Κυβέρνησης να περιορίσει το Δημόσιο Τομέα σύμφωνα με τις μνημονιακές της δεσμεύσεις, είχαν ως αποτέλεσμα την υποστελέχωση όλων των Δημόσιων Υπηρεσιών. Η διακοπή των προσλήψεων και της εφαρμογής του μέτρου «μία πρόσληψη ανά δέκα αποχωρήσεις», και η συνταξιοδότηση χιλιάδων υπαλλήλων είχε ως αποτέλεσμα την αποδυνάμωση μεταξύ άλλων, και των κοινωνικών υπηρεσιών.

Τη χαριστική βολή φαίνεται να δίνουν τα μέτρα της «διαθεσιμότητας» και «κινητικότητας» που κινδυνεύουν να στερήσουν από τις κοινωνικές υπηρεσίες πολύτιμο επιστημονικό προσωπικό σε μια εποχή που οι ανάγκες ολοένα αυξάνονται.



Αυτή τη στιγμή βρίσκονται σε διαθεσιμότητα, και με κίνδυνο να απομακρυνθούν οριστικά, 41 κοινωνικοί λειτουργοί από την Τεχνική Εκπαίδευση και το ΙΚΑ όταν οι διαπιστωμένες ανάγκες είναι τεράστιες. Παραθέτουμε μερικά παραδείγματα:

### Εθνικό Σύστημα Υγείας

Σύμφωνα με απογραφή/έρευνα του ΣΚΛΕ το Φθινόπωρο 2013<sup>10</sup>, οι ελλείψεις σε προσωπικό κοινωνικών λειτουργιών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι τεράστιες σε όλη τη χώρα, ακόμα και μετά την κατάργηση κενών οργανικών θέσεων:

- Από τα 125 Νοσοκομεία του Συστήματος Υγείας, τα 24 δεν έχουν κοινωνικό λειτουργό στο προσωπικό τους παρόλο που προβλέπονται οργανικές θέσεις στους οργανισμούς τους.
- Υπό τις οδηγίες για κατάργηση κενών οργανικών θέσεων, ένα Νοσοκομείο του ΕΣΥ (Γενικό Νοσοκομείο Καλαβρύτων) δεν έχει ούτε μία οργανική θέση κοινωνικού λειτουργού!
- Ο ΣΚΛΕ έχει καταγράψει σημαντική υποστελέχωση των νοσοκομείων σε κοινωνικούς λειτουργούς που διαρκώς διογκώνεται από τις αποχωρήσεις εργαζομένων : από τις 650 περίπου οργανικές θέσεις κοινωνικών λειτουργιών των νοσοκομείων έχουν καταμετρηθεί 221 κενές οργανικές θέσεις (πάνω από το ένα τρίτο). Το πρόβλημα είναι τόσο μεγάλο που σε Νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης που ανήκουν στην 3η ΥΠΕ ( ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ", ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ", ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

<sup>10</sup> <http://goo.gl/R6opxM>

"ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ") καλείται ένας κοινωνικός λειτουργός να καλύψει ανάγκες 325, 228, και 267 κλινών αντίστοιχα.

- Αντίστοιχα στα 204 Κέντρα Υγείας που λειτουργούν σε όλη την Ελλάδα, καλύπτοντας τις ιατροκοινωνικές ανάγκες αγροτικών κυρίως περιοχών υπολογίζουμε ότι οι κενές οργανικές θέσεις ξεπερνούν τις 200, ενώ ένας μεγάλος αριθμός (αν όχι η πλειοψηφία) λειτουργεί χωρίς κοινωνικό λειτουργό.

### **Τοπική Αυτοδιοίκηση**

Οι Κοινωνικές Υπηρεσίες των ΟΤΑ αποτελούν τις κατεξοχήν υπηρεσίες παροχής πρωτοβάθμιας και επείγουσας κοινωνικής φροντίδας. Η αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης λόγω της οικονομικής κρίσης συνδυάστηκε με την μεταφορά στις Κοινωνικές Υπηρεσίες των Δήμων, (Πρόγραμμα «Καλλικράτης»), όλων των υπηρεσιών πρόνοιας της πρώην Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, χωρίς όμως την απαραίτητη ενίσχυση τους σε προσωπικό. (Βιβλιαριο Ανασφαλιστών, Επιδόματα βαρειάς αναπηρίας, επιδόματα ομογενών, επιδόματα παιδικής προστασίας κλπ)

Επιπλέον στις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων απευθύνονται όλοι οι πολίτες με αιτήματα που αφορούν: ένταξη σε κοινωνικά φαρμακεία, κοινωνικά ιατρεία, κοινωνικά παντοπωλεία και προγράμματα ιματισμού.

Αυξημένες είναι οι εντολές από τις Εισαγγελίες ανηλίκων για έρευνα συνθηκών διαβίωσης σε οικογένειες με ανήλικα τέκνα.

Χαρακτηριστικό της υποστελέχωσης των κοινοτικών κοινωνικών υπηρεσιών είναι ότι υπάρχουν Δήμοι ανά τη Χώρα που δεν έχουν ούτε ένα κοινωνικό λειτουργό στο προσωπικό τους (Δήμος Ιστιαίας Ευβοίας, Δήμος Ζευγολατιού κλπ). Ο Δήμος Αλεξανδρούπολης με 73.000 κατοίκους πληθυσμό έχει μόνο μία κοινωνική λειτουργό, ενώ ο Δήμος Κορωπίου στην Αττική με πληθυσμό συνεχώς αυξανόμενο δεν έχει κανέναν Κοινωνικό Λειτουργό. Ακόμα και σε μεγάλους Δήμους, οι κοινωνικοί λειτουργοί καλούνται να καλύψουν ανάγκες πολιτών σε αναλογία ενός κοινωνικού λειτουργού ανά 50.000 κατοίκους (Δήμος Περιστερίου – 10 κοινωνικοί λειτουργοί).

Επιπλέον, δυσχέρειες στην αποτελεσματική άσκηση του ρόλου τους δημιουργεί και ο κατακερματισμός των δράσεων, δομών, και προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής που λειτουργούν ή υλοποιούνται σε ένα Δήμο σε διάφορα Νομικά Πρόσωπα ή Οργανικές Μονάδες με άμεση συνέπεια την απουσία κεντρικού σχεδιασμού, την αλληλοεπικάλυψη σε υπηρεσίες, το αυξημένο διοικητικό κόστος και την κατασπατάληση των ανθρωπίνων πόρων.

## **Παιδική Προστασία**

Ενδεικτικά αναφέρονται οι μεγάλες ελλείψεις στα ιδρύματα παιδικής προστασίας του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Αττικής:

- Στο Κέντρο Βρεφών «η Μητέρα» το 2008 υπηρετούσαν 18 κοινωνικοί λειτουργοί ενώ σήμερα υπηρετούν μόνον 8
- Στη παιδόπολη «Αγία Βαρβάρα» υπηρετούσαν 4 ενώ σήμερα μόνο 2 και αντίστοιχα
- στον « Άγιο Ανδρέα» υπηρετεί σήμερα ένας κοινωνικός λειτουργός από 2 το 2008.

Η ανεπάρκεια σε προσωπικό κοινωνικών λειτουργιών αυξάνει τους χρόνους νομικής «απελευθέρωσης» των παιδιών που τοποθετούνται σε οικογένειες και κάνει αδύνατη την προετοιμασία των φυσικών γονέων που αποχωρίζονται το παιδί.

## **Φυλακές**

Στα 33 καταστήματα κράτησης της Χώρας υπηρετούν στο σύνολό τους περίπου 35 Κοινωνικοί Λειτουργοί. Οκτώ καταστήματα δεν διαθέτουν ούτε ένα Κοινωνικό Λειτουργό. Στα Κατάστημα κράτησης Κορυδαλλού υπηρετούν μόνο 5 Κοινωνικοί Λειτουργοί για να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες 2.100 κρατούμενων. Αντίστοιχα στο Γεν. Κατάστημα Κράτησης Θεσσαλονίκης με περίπου 650 κρατούμενους , υπηρετούν 3 Κοινωνικοί Λειτουργοί (σε 7 οργανικές θέσεις). Η αναλογία κοινωνικών λειτουργών προς εξυπηρετούμενους κρατούμενους κυμαίνεται από 1:500 έως 1:250.

## **Εταιρείες Προστασίας Ανηλίκων**

Οι Εταιρείες Προστασίας Ανηλίκων του ΥΔΔΑΔ που υπάγονται διοικητικά στα κατά τόπους Εφετεία έχουν ως κύριο σκοπό τους τη πρόληψη θυματοποίησης και εγκληματικότητας των ανηλίκων και τη κοινωνική τους ένταξη και αποκατάσταση όσων ανηλίκων στερούνται κατάλληλου οικογενειακού περιβάλλοντος (κακοποίηση, παραμέληση). Τμήμα των Εταιριών αποτελούν οι Στέγες Φιλοξενίας Ανηλίκων.

Σύμφωνα με ΚΥΑ <sup>11</sup>, σε συνθήκες που αναμένεται αύξηση και της παραβατικότητας ανηλίκων, μειώνονται δραστικά οι οργανικές θέσεις κοινωνικών λειτουργών στις ΕΠΑ της Αθήνας (από 14 σε 6) και συνολικά στις ΕΠΑ σε όλη τη χώρα (οι οργανικές θέσεις των κοινωνικών λειτουργών μειώθηκαν σε 32 από 44). Η υποστελέχωση είναι τόσο μεγάλη που πρακτικά δεν παρέχονται υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας σε πολλές από αυτές:

<sup>11</sup> <http://static.diavgeia.gov.gr/doc/%CE%92%CE%95%CE%9D8%CE%A9-%CE%A6%CE%93%CE%A9> ΚΥΑ των ΥΔΜΗΔ και ΥΔΔΑΔ με αρ.πρωτ 36359 οικ/20-5-13

- Υπηρετούν μόνο 5 κοινωνικοί λειτουργοί σε 32 οργανικές θέσεις
- Οι ΕΠΑ Καρδίτσας, Σερρών, Ναυπλίου, Ηρακλείου Κρήτης, Βόλου και Κοζάνης δεν έχουν ούτε ένα κοινωνικό λειτουργό.

## ΟΚΑΝΑ

Στελεχωμένος με προσωπικό με σχέση εργασίας Ιδιωτικού Δικαίου Αορίστου Χρόνου γίνεται εύκολος στόχος σε σχέδια απολύσεων παρά τις μεγάλες ανάγκες που έχει να καλύψει. Αρκεί να αναφερθεί ότι σήμερα σε κάθε μονάδα του ΟΚΑΝΑ η αναλογία είναι 1 κοινωνικός λειτουργός ανά 120 ασθενείς. Ορισμένες μονάδες του ΟΚΑΝΑ δεν έχουν κοινωνικό λειτουργό και "δανείζονται" από τα νοσοκομεία που τις φιλοξενούν.

## Η Πρόταση των Κοινωνικών Λειτουργών και της Κοινωνικής Εργασίας



Σήμερα στην Ελλάδα που η βαθιά οικονομική ύφεση έχει πλήξει σε μεγάλο βαθμό όχι μόνο τα παραδοσιακά ασθενέστερα και πιο ευάλωτα στρώματα της κοινωνίας μας αλλά και νέες ομάδες του πληθυσμού που εξωθούνται στα όρια της επιβίωσης, δοκιμάζοντας τα όρια της κοινωνικής συνοχής.

Μένοντας αβοήθητοι από το υπάρχον σύστημα Κοινωνικής Πρόνοιας, τα μέλη ευπαθών κοινωνικών ομάδων, απευθύνονται στον Κοινωνικό Λειτουργό προσβλέποντας σε υποστήριξη και βοήθεια.

Αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι οι δράσεις της κοινωνικής εργασίας δεν είναι μια πολυτέλεια για τους «αναξιοπαθούντες» πολίτες που κοστίζει στο Κρατικό Προϋπολογισμό. Στην πραγματικότητα η εφαρμογή της κοινωνικής εργασίας, επενδύοντας στην ευημερία των πολιτών, συμβάλει στη κοινωνική ανάπτυξη και την εξοικονόμηση πόρων.

Προγράμματα πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας (προγράμματα βοήθεια στο σπίτι) και ανεπτυγμένες κοινοτικές κοινωνικές υπηρεσίες είναι δυνατόν να προλάβουν επιβαρύνσεις του πολύ ακριβότερου συστήματος υγείας.

Η κοινωνική εργασία με τη διασύνδεση υπηρεσιών/παροχών προς όφελος του πολίτη σε ανάγκη κάνει αποτελεσματικότερο και αποδοτικότερο το σύστημα για τον πολίτη.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί, παρέχοντας υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στοχεύουν στην πλήρη λειτουργικότητα των ατόμων και των ομάδων και στην επιστροφή τους στην παραγωγική διαδικασία με όφελος για όλη την κοινωνία.

Σε αυτές τις συνθήκες, ο διεκδικητικός ρόλος του ΣΚΛΕ για κοινωνική αλλαγή, κοινωνική δικαιοσύνη και κοινωνική πρόνοια γίνεται πιο επίκαιρος από ποτέ.

Ο ΣΚΛΕ στέκεται δίπλα στον πολίτη, όπου και αν αυτός βρίσκεται, στην πρώτη γραμμή για την αντιμετώπιση των τραγικών κοινωνικών συνεπειών της οικονομικής κρίσης. Καθήκον του είναι να αναδείξει επιστημονικά τις νέες κοινωνικές ανάγκες, τις νέες ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, να απαιτήσει και να διεκδικήσει μαζί με τους πολίτες την άμεση λήψη μέτρων για την προστασία τους από τις δυσμενείς συνέπειες της οικονομικής κρίσης και να διασφαλίσει τα δικαιώματά τους.

Οι βασικότερες παρεμβάσεις - διεκδικήσεις του ΣΚΛΕ σε αυτή την περίοδο αφορούν σε:

- Εξασφάλιση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για όλους με πρώτη προτεραιότητα τα παιδιά και τις ευπαθείς ομάδες,
- Λήψη επειγόντων μέτρων για την υποστήριξη των μελών των ευπαθών κοινωνικών ομάδων και την αντιμετώπιση όλων των συνεπειών της κρίσης,
- Διασφάλιση των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων με έμφαση στην τροφή, τη στέγαση για όλους όσους πλήττονται από την κρίση με μέτρα καθολικού χαρακτήρα που να ανταποκρίνονται στις σημερινές επείγουσες συνθήκες,
- Ενίσχυση όλων των δομών παροχής κοινωνικής φροντίδας με προσωπικό και πόρους για να ανταπεξέλθουν στις σημερινές πιεστικές κοινωνικές ανάγκες και στον αυξημένο σημερινό τους ρόλο. Όπως ενισχύθηκαν οι Τράπεζες με οικονομικούς πόρους και προσλήφθηκαν Εφοριακοί, τώρα πρέπει να ενισχυθούν οι Κοινωνικές Υπηρεσίες με σκοπό τη διασφάλιση της κοινωνικής συνοχής,