

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Κ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : «ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΑΥΤΕΣ - Έρευνα και παρουσίαση των ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας στην Πάτρα.»

«OPEN MENTAL HEALTH FACILITIES AND THE SIGNIFICANCE OF SOCIAL WORK IN THEM – Research and presentation of open mental health facilities in Patra.»



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΜΟΣΧΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΒΙΔΑΛΗ ΒΙΡΓΙΝΙΑ

ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΚΛΑΟΥΝΤΙΑ

ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τους επαγγελματίες των υπηρεσιών που συμμετείχαν στην έρευνα. Το ελληνικό κέντρο ψυχικής υγιεινής και ερευνών παράρτημα Πάτρας και ειδικότερα την κοινωνική λειτουργό κυρία Τσαμπά Ευδοκία, το κέντρο ψυχικής υγείας Πάτρας, τον σύλλογο οικογενειών ψυχικής υγείας (Σ.Ο.Ψ.Υ) Πάτρας και το προστατευόμενο διαμέρισμα του οικοτροφείου «Ιρις».

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την υπεύθυνη καθηγήτρια μας, κυρία Μοσχοπούλου Ελένη για τις κατευθύνσεις που μας έδωσε κατά τη διάρκεια της συνεργασίας μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
<u>Α ΜΕΡΟΣ</u> : «ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1. ΟΡΙΣΜΟΙ	
1.1. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	9
1.2 ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	9
1.2.1 ΑΝΑΓΚΕΣ – ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	10
1.2.2. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	11
1.2.3. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ	13
2.1. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	13
2.2 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	27
2.2.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»	34
2.2.2. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΗΜΕΡΑ	36
2.3 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΛΛΑΔΑΣ – ΕΥΡΩΠΗΣ	38
2.4 ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΑ	41
3.2. ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	46
<u>Β ΜΕΡΟΣ</u> : «ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ»	
4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	55
4.1 ΣΤΟΧΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	55
4.2 ΕΙΔΟΣ – ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	55
4.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	56
4.4 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ	56
4.4.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	56
4.4.2 ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ	57
4.4.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	57
4.5 ΦΑΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	57
5. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ	58

Γ ΜΕΡΟΣ : «Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ»	
6.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ	97
6.1.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	97
6.1.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ	99
<u>7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u>	
7.1. ΣΥΓΓΡΙΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΜΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	103
7.2 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	104
7.2.1 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	107
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	112
ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ – ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	113
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	114
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	117

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία μελετά τον τρόπο λειτουργίας των ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και ειδικότερα στην πόλη της Πάτρας καθώς επίσης και τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού μέσα σε αυτές, τόσο βιβλιογραφικά όσο και με έρευνα η οποία έχει σκοπό να διερευνήσει τις απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας όσον αφορά την λειτουργία των υπηρεσιών τους αλλά και τον τρόπο συνεργασίας με τις υπόλοιπες ειδικότητες.

Στο πρώτο κεφάλαιο πραγματοποιείται μια προσπάθεια προσδιορισμού της έννοιας ψυχική υγεία, ψυχική ασθένεια, κοινοτική ψυχιατρική αλλά και η περιγραφή κάποιων ψυχικών διαταραχών. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη. Στο τρίτο κεφάλαιο επιτηρείται μια εκτενής παρουσίαση των ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και ειδικότερα στην πόλη της Πάτρας. Το τέταρτο κεφάλαιο αφορά το ερευνητικό μέρος της εργασίας ενώ στο πέμπτο πραγματοποιείται η ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και στο έκτο παρουσιάζεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού μέσα στις ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας.

Η πτυχιακή εργασία ολοκληρώνεται με την παρουσίαση της συζήτησης των συμπερασμάτων της μελέτης και των συσχετισμών με την υπάρχουσα θεωρία και τις προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

ABSTRACT :

This project studies how open mental health facilities work in Greece and particular in the city of Patras as well as the significance of social workers in these facilities. It is based both to the bibliography and to the research which intends to investigate the opinions of the professionals of mental health about the function of the facilities in which they work as well as the way they cooperate with the rest of the professionals.

In the first chapter, has been made a try to define the meaning of mental health, mental illness, community psychiatry as well as to describe some mental illnesses. The second chapter refers to psychiatric reform both in Greece and Europe. In the third chapter there is a wide presentation of open mental health facilities in Greece and particular in Patras. The fourth chapter is about the research part of the project and the fifth chapter contains a quality analysis of the research results. As for the sixth chapter, it presents the significance of social workers in open mental health facilities.

The project is completed with the presentation of the conclusions which have been discussed as well as with the comparison of the existent theory and our suggestions for more research.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η αποασυλοποίηση ήδη μετρά πάνω από δύο δεκαετίες εφαρμογής στην Ελλάδα. Με αφετηρία το ψυχιατρείο της Λέρου το '80, πραγματοποιήθηκε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση που σήμανε τη μετατόπιση της ψυχιατρικής φροντίδας από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία στην κοινότητα, π.χ. με τη δημιουργία οικοτροφείων, κινητών μονάδων και ξενώνων, εγχείρημα το οποίο ενώ κατά γενική ομολογία αναγνωρίζεται ως αναγκαιότητα, εντούτοις χαρακτηρίζεται από ασυνέχεια, υποχρηματοδότηση, υποστελέχωση και ανισότητα κατανομής υπηρεσιών σε περιοχές όπου παράλληλα παρατηρείται ανυπαρξία δικτύου έξω-νοσοκομειακών και νοσοκομειακών δομών. Το περίφημο εθνικό σχέδιο «Ψυχαργώς», καταρτίστηκε το 1997 στη βάση ενός διαρκούς και ανά δεκαετία αναθεωρητέου προγραμματισμού για την προώθηση του αποϊδρυματισμού και του εκσυγχρονισμού του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Έτσι, παρόλο που έχουν πραγματοποιηθεί σημαντικά βήματα στην αποασυλοποίηση, εντούτοις ο ασθενής που πάσχει ψυχικά, τόσο εκείνος που διέμενε σε «άσυλα» όσο και στην κοινότητα, δυσκολεύεται να κάνει χρήση υπηρεσιών.

Η παρούσα εργασία έχει σαν στόχο να προσεγγίσει το ζήτημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και την Ευρώπη, να παρουσιάσει τις ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και ειδικότερα στην Πάτρα και τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού μέσα σε αυτές, ενώ τέλος μέσα από την διεξαγωγή έρευνας να καταλήξουμε κατά πόσο συμβαδίζει η βιβλιογραφία με την πραγματικότητα όσον αφορά το παραπάνω θέμα.

Η επιλογή του θέματος έγινε εξ αιτίας του ενδιαφέροντος τη ομάδα για τον τομέα της ψυχικής υγείας και ειδικότερα για τις δομές που ιδρύθηκαν με αφορμή την ψυχιατρική μεταρρύθμιση καθώς επίσης διότι υπήρχε η επιθυμία να δούμε μέσα από τους επαγγελματίες που εργάζονται μέσα σε αυτές τις δομές την πραγματικότητα που ισχύει και κατά πόσο συμβάλλουν αυτές οι δομές στην καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ :
«ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΟΡΙΣΜΟΙ

1.1 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η ψυχική υγεία είναι μια έννοια που αναφέρεται σε μια ανθρώπινη κατάσταση, την συναισθηματική και ψυχολογική ευεξία. Η ψυχική υγεία είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα επίπεδο γνωστικής και συναισθηματικής ευεξίας, απουσίας μιας ψυχικής διαταραχής. Καθοριστικό ρόλο παίζουν και οι πολιτιστικές διαφορές, υποκειμενικές εκτιμήσεις, επαγγελματικά και ανταγωνιστικές επαγγελματικές θεωρίες που επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ορίζεται η ψυχική υγεία. Παρόλα αυτά όμως είναι απαραίτητο να υπάρχει ένας κοινός ορισμός για το τί είναι ψυχική υγεία ακόμη και αν υπάρχουν την ίδια στιγμή διαφωνίες και αποκλίσεις. Έτσι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζοντας την σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας από την ίδρυσή του, προσδίδει τον εξής ορισμό για την ψυχική υγεία, ο οποίος βρίσκεται στο καταστατικό του, «η υγεία δεν είναι "απλώς η απουσία νόσου ή ασθένειας", αλλά, "μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας"». (Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, 2001). Σε γενικές γραμμές, οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν ότι οι ορισμοί *ψυχική υγεία* και *ψυχική ασθένεια* δεν είναι αντιφατικές. Με άλλα λόγια, η απουσία μιας αναγνωρισμένης ψυχικής διαταραχής δεν είναι κατ' ανάγκην ένας δείκτης της ψυχικής υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2011).

1.2 ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Ως «ψυχική ασθένεια» θα μπορούσαμε να ορίσουμε τη διαταραχή εκείνη που επηρεάζει τις λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος (προσοχή, σκέψη, αντίληψη, συναίσθημα, κρίση κ.α) και γίνεται εμφανής κατά κύριο λόγο στην συμπεριφορά του ατόμου ενώ επιδρά και στο επίπεδο λειτουργικότητας του.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) (Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, 2001) οι ψυχικές διαταραχές δεν αφορούν συγκεκριμένα μια πληθυσμιακή ομάδα. Οι ψυχικές και συμπεριφοριστικές διαταραχές προσβάλλουν τους ανθρώπους σε όλες τις περιοχές, χώρες και κοινωνίες του κόσμου. Παρουσιάζονται σε γυναίκες και άντρες σε όλες τις φάσεις της ζωής τους. Η ιδέα ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι πρόβλημα των βιομηχανοποιημένων και σχετικά πλουσιότερων περιοχών του κόσμου είναι απλώς λανθασμένη. Το

ίδιο ισχύει και για την πεποίθηση ότι οι αγροτικές κοινωνίες, που παραμένουν σχετικά ανεπηρέαστες από τους ρυθμούς της σύγχρονης ζωής, δεν έχουν ψυχικές διαταραχές (Υπουργείο Υγείας, 2011).

1.2.1 Ανάγκες και δικαιώματα των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές

Η προστασία και βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού είναι περίπλοκο έργο, το οποίο απαιτεί τη λήψη σημαντικών αποφάσεων. Για την κεντρική υπηρεσία του Γ΄ Περιφερειακού Συστήματος Υγείας-Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π), αυτό σημαίνει το συντονισμό ενός μεγάλου αριθμού υπηρεσιών, φορέων και επαγγελματιών που σχετίζονται με το χώρο της ψυχικής υγείας. (Σκαπινάκης και Μαυρέας, 2001).

Βασικό σημείο που αναγνωρίζεται είναι ότι για το σχεδιασμό βέλτιστων πολιτικών πρέπει να τεθούν προτεραιότητες ως προς τις ανάγκες του πληθυσμού, των συνθηκών, των υπηρεσιών, των θεραπευτικών παρεμβάσεων, των στρατηγικών πρόληψης και ενημέρωσης, καθώς και να γίνουν οι σωστές επιλογές για τη χρηματοδότηση όλων αυτών των ενεργειών. (Σκαπινάκης και Μαυρέας, 2001).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι πολυδιάστατες και μεταβάλλονται ανάλογα τόσο με την ατομική πορεία της κατάστασης του ατόμου όσο και με συνθήκες του περιβάλλοντος στο οποίο το άτομο ζει και αναπτύσσεται. Το Γ΄Πε.Σ.Υ.Π. καλείται, μέσα από τις Αποκεντρωμένες Μονάδες που εποπτεύει, να παρέμβει και να θέσει προτεραιότητες και κατευθυντήριες γραμμές, με πολιτικές, αποφάσεις και ενέργειες τέτοιες με στόχο την κάλυψη αυτών καταγεγραμμένων αναγκών και λαμβάνοντας υπόψη τα ατομικά δικαιώματα του πολίτη (Σκαπινάκης και Μαυρέας, 2001).

Τα Δικαιώματα των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2011), οι πολιτικές ψυχικής υγείας και τα προγράμματα θα πρέπει να προάγουν τα ακόλουθα δικαιώματα:

- Την ισότητα και την εξάλειψη των διακρίσεων
- Το απαραβίαστο της προσωπικής ζωής
- Την αυτονομία
- Τη σωματική ακεραιότητα
- Το δικαίωμα πληροφόρησης και συμμετοχής

- Την ανεξιθρησκία
- Το δικαίωμα του συνέρχεσθε. (Σκαπινάκης και Μαυρέας, 2001).

1.2.2. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Η σχιζοφρένεια είναι μια μείζονα ψυχιατρική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από την έντονη αλλοίωση της εξωτερικής και εσωτερικής πραγματικότητας και κατά την οποία παραβλάπτεται σημαντικά η λειτουργικότητα του ατόμου. Η αλλοίωση της πραγματικότητας παρουσιάζεται με διάφορες μορφές συμπτωμάτων και χωρίζεται σε τέσσερις αναπτυξιακούς τομείς. Τον ψυχοκινητικό, τον γνωστικό, τον συναισθηματικό και τον ψυχοκοινωνικό τομέα. (Σικελλιανού, 2010)

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Σύμφωνα με τις θεωρίες διαπροσωπικών σχέσεων η κατάθλιψη είναι μια αρνητική απάντηση, μια αντίδραση προς τις δυσκολίες του ατόμου οι οποίες προέρχονται από το κοινωνικό περιβάλλον και κυρίως από το οικογενειακό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση της κατάθλιψης ως διαταραχή, η οποία παγιώνει αυτές τις δυσκολίες και έτσι δημιουργείται ένας «φαύλος κύκλος», όπου οι δυσκολίες προκαλούν την κατάθλιψη και η κατάθλιψη προκαλεί τις δυσκολίες του ατόμου στο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον. (Σικελλιανού, 2010)

ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Η ψύχωση είναι μια μείζονα ψυχιατρική διαταραχή κατά την οποία η σκέψη, το συναίσθημα, η επικοινωνία και η συμπεριφορά του ατόμου είναι σοβαρά διαταραγμένα έτσι ώστε το άτομο να μην μπορεί να λειτουργήσει κοινωνικά, επαγγελματικά και γενικότερα στις απαιτήσεις της ζωής του. Παράλληλα το άτομο που πάσχει από μια τέτοια σοβαρή διαταραχή δεν μπορεί να διαχωρίσει τι είναι πραγματικό και τι όχι, ακόμα και αν οι αποδείξεις της πραγματικότητας είναι ξεκάθαρες. (Σικελλιανού, 2010)

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι εξής : διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία, διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, αγοραφοβία χωρίς ιστορικό πανικού, ειδική φοβία, κοινωνική φοβία, ψυχαναγκαστική –καταναγκαστική διαταραχή, διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες, διαταραχή μετά από οξύ στρες, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, αγχώδης διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική

κατάσταση, αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες και τέλος η αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. (Σικελιανού, 2010)

1.2.3 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Ο όρος κοινοτική ψυχιατρική εκφράζει το είδος της ψυχιατρικής πρακτικής κατά το οποίο το άτομο δεν αντιμετωπίζεται ως ένα άτομο έξω από την κοινότητα αλλά μέσα σε αυτή τόσο προληπτικά όσο και θεραπευτικά. (Στεφανής, 1984)

Η κοινοτική ψυχιατρική ορίζεται επίσης ως ένα σύνθετο επιχειρησιακό σύνολο το οποίο στοχεύει στην αλλαγή στάσεων, στην αύξηση της επίγνωσης και την δυνατότητα θεραπείας σε όλους με κινητοποίηση των αναγκαίων δυνάμεων που εφαρμόζονται σε κοινοτικό επίπεδο. (Μαδιανός, 1989)

Επίσης η κοινοτική ψυχιατρική έχει ως στόχο την βελτίωση των προσαρμοστικών δυναμικών και των ψυχοκοινωνικών επιδεξιοτήτων, όπως και την μείωση των επιπέδων ψυχοπαθολογίας σε ομάδες πληθυσμού της κοινότητας με την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, ανίχνευσης περιπτώσεων, θεραπευτικής παρέμβασης και αποκατάστασης. Το άτομο δεν παραμένει ως ένα ατομικό πρόβλημα αλλά ως η έκφραση περισσότερο γενικής ψυχιατρικής ανάγκης μιας ομάδας πληθυσμού. (Μαδιανός, 1989)

Οι Szmukler & Thornicroft έδωσαν έναν ορισμό σύμφωνα με τον οποίο η Κοινοτική Ψυχιατρική περιλαμβάνει τις αρχές και τις πρακτικές που απαιτούνται για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε έναν τοπικό πληθυσμό, διαμέσου:

- της ανάδειξης των βασισμένων στον πληθυσμό αναγκών θεραπευτικής αγωγής και φροντίδας
- της πρόβλεψης ενός συστήματος υπηρεσιών, που συνδέουν ένα ευρύ φάσμα πόρων επαρκούς καταλληλότητας, λειτουργώντας σε προσιτούς χώρους
- της παροχής θεραπευτικών παρεμβάσεων, που είναι βασισμένες στην τεκμηρίωση (evidence based) σε ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές.

Με αυτόν τον ορισμό οι συγγραφείς προσπαθούν να επισημάνουν ορισμένα βασικά ζητήματα. Πρώτο, θέλουν να δώσουν έμφαση στο γεγονός ότι η κοινοτική ψυχιατρική πρέπει να ασχολείται με την παροχή θεραπείας και φροντίδας σε όλες τις ομάδες του πληθυσμού ανάλογα με τις ανάγκες. Δεύτερον, θεωρούν ότι η κοινοτική ψυχιατρική είναι μια προσέγγιση, που δίνει προτεραιότητα στην παροχή αποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, εκεί όπου αυτές είναι απαραίτητες: κατ'

αυτόν τον τρόπο η κοινοτική ψυχιατρική δεν ταυτίζεται με συγκεκριμένους τόπους ή χώρους.
(www.ixek.gr)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ:

Οι περισσότερες ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες χωρίζονται σε τρεις περιόδους από το 19^ο αιώνα και μετά. Η 1^η περίοδος χρονολογείται από το 1880-1950 και αφορά την άνοδο του ασύλου. Η 2^η περίοδος την παρακμή του ασύλου μεταξύ του 1950-1980 και η 3^η περίοδος αφορά την ανάπτυξη της αποκέντρωσης των υπηρεσιών με βάση την κοινότητα και η ανάπτυξή τους ξεκίνησε από το 1980 και μετά. Οι ημερομηνίες που δίδονται παραπάνω διαφέρουν με βάση τη χώρα. Σημαντικές μεταρρυθμίσεις και μεταβάσεις έγιναν λαμβάνοντας έναυσμα από κάποιο σκάνδαλο που αφορούσε κακομεταχείριση ασθενών, κακές πρακτικές, ελλιπή οργάνωση του προσωπικού κλπ κακή εκπαίδευση του προσωπικού κλπ. (Graham Thornicroft & Michele Tansella,)

1^Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ:

Την περίοδο αυτή η ανάπτυξη των ασύλων επιτεύχθηκε από το 1880 – 1950 σε χώρες οικονομικά ανεπτυγμένες. Εκείνη η περίοδος οργάνωσε μεγάλα άσυλα που απομόνωναν τους ασθενείς από τα σπίτια τους και την κοινότητα και περιορίζε την ελευθερία τους, προσφέροντάς τους τα βασικά για την επιβίωσή τους. Οι άνθρωποι που έμπαιναν λοιπόν στα άσυλα ήταν ουσιαστικά αποκλεισμένοι από κάθε είδους κοινωνική συναναστροφή. Οικονομικά χρειάστηκε να επενδυθούν τεράστια χρηματικά ποσά για την δημιουργία των ασύλων καθώς τις τελευταίες δύο δεκαετίες του 19^{ου} αιώνα σε πολλές χώρες χτίστηκαν τέτοιου είδους κτήρια. Επιλέγονταν απομονωμένες περιοχές καθώς εκείνη την περίοδο υπήρχε έντονη καχυποψία και ρατσισμός για τους ψυχικά πάσχοντες ανθρώπους καθώς θεωρούνταν απειλή για τη δημόσια ασφάλεια και επίσης υπήρχε η θεωρία πως σε περιοχές ήσυχες κοντά στη φύση ήταν ιδανικότερες. Σαν συνέπεια οι επαγγελματίες αποκόπτονταν από την κλινική πρακτική και τα κέντρα επαγγελματικής εκπαίδευσης και πρακτικής. (Graham Thornicroft & Michele Tansella,)

Είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί πως παρόλο που οι περίοδοι ήταν διαδοχικές η εξέλιξή τους διαφοροποιούνταν από χώρα σε χώρα και οι χρονικές περίοδοι αρχής και τέλους της κάθε περιόδου διαφέρουν σημαντικά. Για παράδειγμα γνωρίζουμε πως στην Ιταλία η πρώτη περίοδος άρχισε περίπου δέκα χρόνια αργότερα από την Αγγλία. Ο στιγματισμός της εποχής αποτυπώνεται με έντονο τρόπο στο παρακάτω παράδειγμα: Στην Ιταλία ως το 1968 οι ψυχικά ασθενείς οι οποίοι εισάγονταν σε άσυλα καταγράφονταν σε ένα εθνικό δικαστικό μητρώο εφ' όρου ζωής ακόμα και αν έβγαιναν από αυτά. Αυτό αποτελούσε ένα πολύ μεγάλο ατομικό και οικογενειακό στίγμα, στέρηση πολιτικών δικαιωμάτων όπως το δικαίωμα κατοχής γης και ακινήτων και άσκηση εκλογικού δικαιώματος. (Graham Thornicroft & Michele Tansella,)

2^H ΠΕΡΙΟΔΟΣ (Η παρακμή των ασύλων):

Οι προσπάθειες για την αποϊδρυματοποίηση και τη μεταφορά των χρόνιων περιστατικών από τα μεγάλα απομακρυσμένα άσυλα βασίστηκαν σε πολύ μεγάλο βαθμό στις κοινωνιολογικές, νομικές, διοικητικές αλλαγές που σημειώθηκαν την περίοδο αυτή. Από τα μέσα του 1950 μία μεγάλη κοινωνιολογική επιρροή άσκησε έντονη κριτική για τις δυσμενείς συνέπειες της μακροχρόνιας παραμονής των ασθενών στα άσυλα. Ο Wing και Brown έδωσαν τον όρο «ιδρυματισμός» για να περιγράψουν την παραπάνω κατάσταση. Από τη μελέτη που διεξήχθη σε χρόνιους ασθενείς σε μεγάλα Βρετανικά νοσοκομεία, αποδείχθηκε η αρχική υπόθεση τους, ότι δηλαδή η φτωχή κοινωνική ζωή είναι υπεύθυνες για πλήθος αρνητικών συμπτωμάτων. Επίσης ο λόγος που τα άσυλα παρήκμασαν είναι ότι τα αντιψυχωσικά φάρμακα άρχισαν να γίνονται πιο γνωστά, παρόλο που οι κοινοτικές δομές όπως ξενώνες, οικοτροφεία κλπ είναι επίσης καινοτομίες της εποχής. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα είχαν σημαντικό ρόλο στην ψυχιατρική πρακτική. Έρευνες όμως στη Βρετανία πριν και μετά την εισαγωγή των ψυχοτρόπων φαρμάκων το 1955 στα ψυχιατρικά νοσοκομεία απέδειξε ότι η βελτίωση της εικόνας των ασθενών οφείλεται και σε άλλους παράγοντες όπως η αύξηση του προσωπικού, η σχέση με τις οικογένειες των ασθενών κλπ. Για ένα μεγάλο διάστημα η αποϊδρυματοποίηση δεν είχε προσδιοριστεί. Εξαίρεση στην προσπάθεια αποτελεί η Ιταλία στην οποία τα νοσοκομεία μακράς παραμονής αποτελούν ακόμα τη λύση για τους ψυχικά ασθενείς. (Graham Thornicroft & Michele Tansella,)

3^Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ: (Ανάπτυξη της κοινοτικής φροντίδας 1980 και εξής...)

Δεν υπάρχουν σε όλη την Ευρωπαϊκή Ήπειρο ταυτόχρονες και ισότιμες αλλαγές στη διαδικασία της απόδρυματοποίησης. Στη Δυτική Ευρώπη έχει ολοκληρωθεί αυτή η διαδικασία, ενώ στην Κεντρική και Ανατολική άρχισε πολύ αργότερα. Αυτό οφείλεται κυρίως στις παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων αυτών των χωρών, όπως και στα χαμηλά επίπεδα των κονδυλίων. Η μελλοντική ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας έρχεται αντιμέτωπη με τους περιορισμούς και τις παραδοσιακές δομές του παρελθόντος. (Graham Thornicroft & Michele Tansella.)

Αναφορικά με την επανένταξη ψυχικά ασθενών σήμερα, στις χώρες της Ανατολικής και Κεντρικής Ευρώπης, όπως η Ρωσία, η Πολωνία και η Αυστρία, η ένταξη στον εργασιακό χώρο των ατόμων με ειδικές ανάγκες, κάτω από εποπτεία, θεωρούνταν υποχρεωτική μέχρι πρόσφατα. Στις Σκανδιναβικές χώρες έχουν αναπτυχθεί από τα μεταπολεμικά χρόνια οργανωμένες μονάδες προεπαγγελματικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, καθώς και στεγαστικά προγράμματα ως εναλλακτικές λύσεις για την απουσία της οικογενειακής φροντίδας. Τα τελευταία είκοσι χρόνια, η Γαλλία, η Ιταλία και η Ισπανία ανέπτυξαν ένα μεγάλο αριθμό υπηρεσιών με ιδιαίτερη έμφαση στην αυτοδιαχείριση της παραγωγής της εργασίας και την αυτόνομη στεγαστική διαμονή. Στην Μ. Βρετανία υπάρχει ένα δίκτυο υπηρεσιών για την επαγγελματική και στεγαστική αποκατάσταση. (Μαδιανός, 1994)

Σύγχρονα θεωρητικά ρεύματα της κλινικής της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Υπάρχουν τρεις τύποι διαφορετικών μοντέλων που αναπτύχθηκαν μετά τον πόλεμο στο χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Αυτά είναι το αγγλοσαξονικό, το γερμανικό και σκανδιναβικό και το λατινικό (Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία) τα οποία διακηρύττουν την προαγωγή της αυτονομίας των ψυχικά πασχόντων, και έχουν σαν κοινό τρόπο ένα κοινό παράδειγμα : η αποκατάσταση δεν έχει σαν πρωταρχικό στόχο την μείωση των συμπτωμάτων. «Η βιβλιογραφία δείχνει ότι είναι οι ικανότητες των χρηστών των υπηρεσιών και όχι τα συμπτώματα τους που καθορίζουν τα αποτελέσματα της θεραπευτικής διαδικασίας» (Στυλιανίδης Σ., 2001)

Αυτά τα ρεύματα διαφοροποιούνται όμως από τις προτεινόμενες θεραπευτικές στρατηγικές.

Το αγγλοσαξονικό μοντέλο, που σε μεγάλο βαθμό έχει επικρατήσει και στη χώρα μας επικεντρώνεται στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων των ατόμων, με απώτερο σκοπό την κοινωνική αυτονομία.

Το δεύτερο θεωρητικό ρεύμα αναπτύχθηκε στις γερμανόφωνες και σκανδιναβικές χώρες και προσαρμόστηκε περισσότερο σε έννοιες ορθοπαιδαγωγικές με έντονες αναφορές σε μια φιλοσοφία και λογική ομαλοποίησης. Στόχο έχει την ορθή δόμηση της προσωπικότητας και συναντά μια νοοτροπία επηρεασμένη από τον προτεσταντισμό. Η υποταγή στους κανόνες και η τάξη θεωρούνται δείκτες κοινωνικής επανένταξης.

Τέλος το τρίτο μοντέλο αναπτύχθηκε στις λατινικές χώρες (Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) γύρω από μια ψυχαναλυτικής εμπνεύσεως προσέγγιση του ατόμου «η αποκατάσταση δεν μπορεί να διαχωρίζεται από τον τρόπο με τον οποίο θεωρούμε ως θεραπεία των ψυχικά πασχόντων ούτε από την πολιτική, οικονομική και κοινωνική στρατηγική που θα συμπεριλάβει αυτήν την θεραπεία. Αυτό που είναι σημαντικό είναι το άτομο και ακόμα περισσότερο το υποκείμενο και ο τρόπος με τον οποίο ένα πάσχον άτομο διαγράφει την τροχιά του» (Στυλιανίδης Σ., 2001)

Το παράδειγμα της Τεργέστης

ΤΕΡΓΕΣΤΗ: «Από το ψυχιατρείο στα κέντρα ψυχικής υγείας»

Στην Τεργέστη ξεκίνησε για πρώτη φορά η κατάργηση του ψυχιατρικού ασύλου και η αντικατάστασή του από εκτός του νοσοκομείου δομών που καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες των ψυχικά πασχόντων. Εκεί κάποιος βλέπει μια εντελώς άλλη προσέγγιση απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα βλέποντας τον άνθρωπο σαν ένα υποκείμενο με πλήρη δικαιώματα και πλήρεις ανάγκες. Πρόκειται για την άρνηση του ψυχιατρείου ως μορφή περίθαλψης, η οποία αρνείται σαν θεσμός την πολιτιστική και κοινωνική πρακτική και την μετάβαση σε διαφορετικές εξωιδρυματικές εφαρμογές. Για την Ιταλία αυτή η μετάβαση πραγματοποιήθηκε ύστερα από αγώνες την δεκαετία του 60. Το πρώτο βήμα για το μεταβατικό αυτό στάδιο έγινε από τον Φράνκο Μπαζάλια ο οποίος εργαζόμενος σε ψυχιατρείο πρότεινε ριζοσπαστικές αλλαγές στον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών και προώθησε τις αρχές της «θεραπευτικής κοινότητας» καταργώντας τα ηλεκτροσόκ, παροτρύνοντας το προσωπικό να βγαίνει έξω με τους ασθενείς, κάνοντας γενικές συνελεύσεις, και ανοίγοντας γενικά τις κλειστές πόρτες. Με την κατάργηση του θεσμού των ψυχιατρείων στην Ιταλία έπεται η

ίδρυση διαφορετικών θεσμών όπως αυτός των κέντρων ψυχικής υγείας τα οποία ασχολούνται πολυπλεύρως με τον πάσχοντα δικτυώνοντας τον μέσα στον κοινωνικό ιστό.

Μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο η ομάδα του Μπαζάλια ασχολείται πλέον με την ενημέρωση και την ανάπτυξη σχέσεων με όλους τους κοινωνικούς φορείς οι οποίοι εν τέλει δραστηριοποιούνται υπερασπιζόμενοι την αποϊδρυματοποίηση. Αυτό πραγματοποιήθηκε πρώτα κατανοώντας την επιρροή της ιδρυματοποίησης στην ψυχοπαθολογία των ασθενών, έπειτα αναγνωρίζοντας την αναγκαιότητα ο ασθενής να αντιμετωπίζεται σαν υποκείμενο και όχι αντικείμενο, με δικαιώματα, που δεν πρέπει αυθαίρετα να στερείται της ελευθερίας του και τέλος αναγνωρίζοντας την ανάγκη για πολιτιστική αλλαγή φέρνοντας την κοινωνία σε επαφή με τις απάνθρωπες πρακτικές του ψυχιατρείου.

Το επόμενο βήμα της ομάδας αυτής του Μπαζάλια ήταν να κινητοποιήσει τους ασθενείς να διεκδικήσουν την παύση της εργασιοθεραπείας όπως την αποκαλούσαν όποιου παρείχαν δωρεάν υπηρεσίες, αποτέλεσμα της δράσης αυτής ήταν η δημιουργία συνεταιρισμών με στόχο την αυτοοργάνωση και την αυτόδιαχείριση. Μέσα από τους συνεταιρισμούς αργότερα καθιερώθηκαν επαγγελματικές σχολές όπου οι ωφελούμενοι δικαιούνται και ένα επίδομα.

Έτσι η δομή του ψυχιατρείου αλλάζει ακόμα και σε σχέση με τον διαχωρισμό του κτιρίου. Διακρίνοντας τους ασθενείς ανάλογα με την γεωγραφική προέλευση και όχι την βαρύτητα της ασθένειας ή τον χρόνο διαμονής στη δομή. (Τετράδια ψυχιατρικής, 1987)

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Η περιοχή της Τεργέστης αργότερα είχε στη διάθεση της επτά κέντρα ψυχικής υγείας, στο κτίριο του ψυχιατρείου ο τρόπος εξυπηρέτησης δεν χαρακτηριζόταν σαν νοσηλεία αλλά σαν φιλοξενία και κάποιοι φιλοξενούμενοι ζούσαν σε διαμερίσματα διαχωρισμένα σε βαθμίδες ανάλογα με τις περιπτώσεις. Τα κέντρα λειτουργούσαν σε εικοσιτετράωρη βάση και οι κάτοικοι είχαν τη δυνατότητα να απευθυνθούν σε αυτά όλο το χρόνο. Όφειλαν δε να αντιμετωπίζουν κάθε περιστατικό ανεξαρτήτως βαρύτητας. (Τετράδια ψυχιατρικής, 1987)

ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΤΑΛΙΑ ΣΗΜΕΡΑ

Όπως αναφέρει το άρθρο «focus on psychiatry in Italy» των Marco Piccinelli, Pierluigi Politi και Francesco Barale στο *bj psych the British journal of psychiatry*, το τμήμα της ψυχικής υγείας προωθεί και συντονίζει την πρόληψη της ψυχικής υγείας, την φροντίδα και την αποκατάσταση σε μια καθορισμένη περιοχή απορροής. Είναι βασισμένη σε μια ομάδα πολύ-πειθαρχική(ψυχίατροι, ψυχολόγοι, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, εκπαιδευτικοί, θεραπευτές, προσωπικό με ειδικευμένη εκπαίδευση στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και προσωπικό γραμματειακής υποστήριξης)και ασχολείται με την πλήρη παράταξη αναγκών της ψυχικής υγείας από τους ενήλικες. Επίσης προσφέρει μακροπρόθεσμες ολοκληρωμένες παρεμβάσεις και συνεχιζόμενη φροντίδα. Τέσσερις τύποι υπηρεσιών αναμένονται μέσα στον τομέα:

1. Το κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας
2. Το γενικό νοσοκομείο με εσω-ασθενείς πτέρυγα
3. Ημί-κατοικήσιμες δομές (νοσοκομείο ημέρας-κέντρο ημέρας)
4. Κατοικήσιμες δομές

Το κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας είναι γενικά υπεύθυνο να σχεδιάζει και να συγχρονίζει παρεμβάσεις μεταξύ διαφορετικών δομών. Είναι ανοιχτό τουλάχιστον 12 ώρες τη μέρα από την Δευτέρα μέχρι την Παρασκευή και τη μισή μέρα του Σαββάτου. Οι ασθενείς έχουν άμεση πρόσβαση και δεν χρειάζεται παραπομπή γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι ανάγκες φροντίδας κρίνονται από την πολύ-πειθαρχική ομάδα και οι ασθενείς μπορεί να λάβουν άμεσες παρεμβάσεις ή να παραπεμφθούν σε άλλες δομές ψυχικής υγείας ή σε διαφορετικό τύπο εξυπηρέτησης, όταν είναι απαραίτητο. Η ομάδα που δουλεύει στο κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας κανονίζει κατ οίκον επισκέψεις και πραγματοποιεί συμβουλευτικά προγράμματα και συνδέετε με ιατρικές και χειρουργικές πτέρυγες που βρίσκονται στο γενικό νοσοκομείο.

Το νοσοκομείο ημέρας επιτρέπει σύμπλεγμα διαγνώσεων και θεραπευτικές παρεμβάσεις σε μικρο- και μέσο- πρόθεσμη βάση. Μπορεί να βρίσκεται μέσα στο γενικό νοσοκομείο (αν και διαχωρισμένο από την πτέρυγα των εσώκλειστων) ή έξω από το νοσοκομείο και ολοκληρώνει λειτουργικά το κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας.

Το κέντρο ημέρας είναι ανοιχτό τουλάχιστον 8 ώρες την μέρα, 6 μέρες την βδομάδα και ασχολείται με προγράμματα που προωθούν την αυτοεξυπηρέτηση και τις πρακτικές διαπροσωπικές δεξιότητες που απαιτούνται από την καθημερινή ζωή.

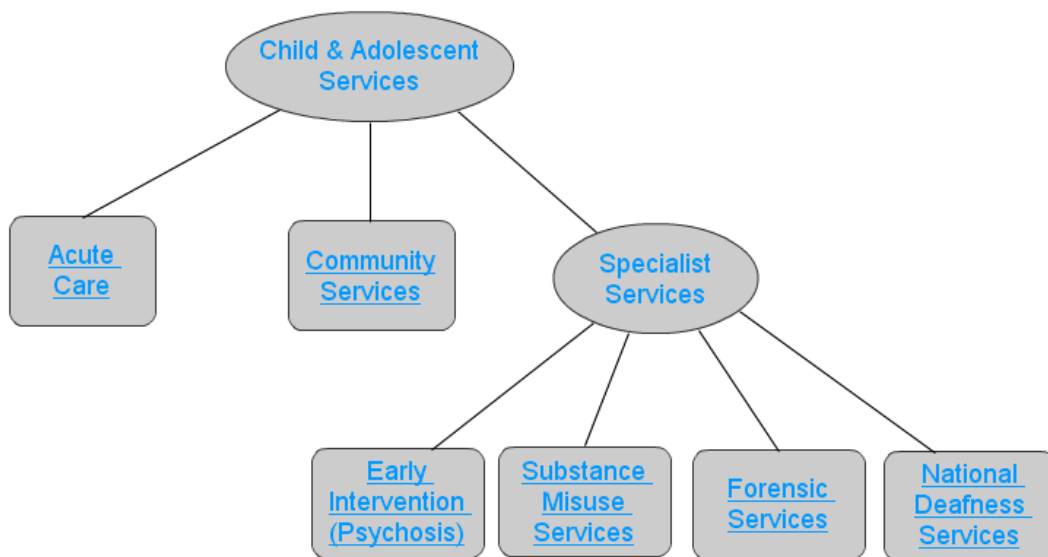
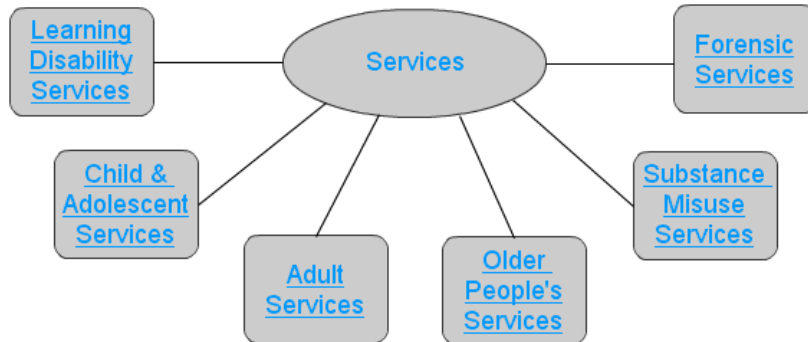
Οι κατοικήσιμες δομές προωθούν την αποκατάσταση των ασθενών με ψυχοκοινωνικά προβλήματα και μπορεί να προσφέρει διαφορετικά επίπεδα επιτήρησης από το προσωπικό και παρέχει τύπους παρέμβασης έτσι ώστε να αναγνωριστούν οι συγκεκριμένες ανάγκες των ασθενών. Από τον νόμο, αυτές οι δομές έχουν περιορισμένο αριθμό κλινών και είναι τοποθετημένες σε αστικές περιοχές με σκοπό να αποφευχθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός και να εξασφαλισθεί κοινωνική φροντίδα.

Τον Μάιο του 2000, 1370 εξωνοσοκομειακή κατοικήσιμες δομές λειτουργούσαν στην Ιταλία με ένα σύνολο 17138 κλινών. Εκ του αποτελέσματος κατά μέσο όρο αντιστοιχούσαν 2.98 κλίνες σε 10000 κατοίκους και αυτό ήταν υψηλότερο ποσοστό από το προτεινόμενο εθνικό πρότυπο (2 κλίνες για κάθε 10000 κατοίκους). Έντονες διακυμάνσεις εντοπίστηκαν σε διάφορες περιοχές. Σε κάθε περιοχή, ο αριθμός των κλινών στις κατοικήσιμες δομές ήταν αρνητικά συσχετισμένος με την διαθεσιμότητα των ψυχιατρικών υπηρεσιών που είναι βασισμένες στη κοινότητα και θετικά συσχετισμένος με τον αριθμό των κλινών στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές. Αυτό σημαίνει ότι ένα δίκτυο υπηρεσιών βασισμένων στην κοινότητα μπορεί να περιορίσει τον αριθμό των ασθενών που μένουν στις κατοικήσιμες δομές. Περίπου τα τρία τέταρτα των κατοικήσιμων δομών είχαν 24ώρη επίβλεψη από το προσωπικό, το οποίο παρείχε εντατική φροντίδα και υπήρχε χαμηλό ποσοστό υποτροπών των ασθενών. Όπως θα ήταν αναμενόμενο, η πιθανότητα εξιτηρίου ήταν χαμηλότερη σε αυτές τις δομές που παρείχαν εντατική επίβλεψη και με μια μεγάλη μερίδα ασθενών που είχε νοσηλευτεί προηγουμένως σε ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Παρά τις εθνικές κατευθυντήριες γραμμές, η ίδρυση νέων υπηρεσιών βασισμένων στην κοινότητα στη Ιταλία ήταν αργή και άνισα κατανομημένη. Αρχικά, μεγαλύτερες προσπάθειες αφιερώθηκαν στην εκτέλεση προγραμμάτων για τις πτέρυγες των εσώκλειστων στο γενικό νοσοκομείο και στις κλινικές εξωτερικών ασθενών παρά στις κατοικήσιμες δομές. Η αυξανόμενη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών για τους εξωτερικούς ασθενείς δεν συνοδεύταν από ουσιαστική μείωση των νοσοκομειακών εισαγωγών και των ψυχιατρικών κλινών. Η μεταβλητότητα της φύσης των υπηρεσιών μειώνεται με τον καιρό, με την αλλαγή από τοπική μεταβλητότητα, σε μεταβλητότητα μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών χωρίς αυστηρή σχέση της γεωγραφικής τοποθεσίας. Σήμερα, περίπου 80% των τομέων ψυχικής υγείας στη νότια και κεντρική Ιταλία περιλαμβάνουν μεγαλύτερο εύρος περιοχών από το αρχικό πλάνο (150 000 κάτοικοι) λόγω της συγχώνευσης ξεχωριστών δομών υγείας για οικονομικούς λόγους. Περίπου τα δύο τρίτα των δομών έχουν οργανωθεί σύμφωνα με αυτές τις λειτουργίες (εσωτερικοί ασθενείς, εξωτερικοί ασθενείς, δράσεις αποκατάστασης) η κάθε μία από αυτές με το κατάλληλο προσωπικό και συνεργάτες. (the british journal of psychiatry, 2002)

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

Γενικό πλάνο



Acute Care Pathway (Children's Services) - ΦΡΟΝΤΙΑΔΑ ΒΑΡΕΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

- Συμμετοχή σε ομάδες ψυχικής υγείας παιδιών κ εφήβων
- Προγράμματα για το παιδί και τον κηδεμόνα
- Κατ' οίκον επισκέψεις
- Αναγνώριση αναγκών
- Συμβουλευτική κηδεμόνων

- Εντατική υποστήριξη
- Διαχείριση αυτοκαταστροφικών τάσεων
- Παροχή βοήθειας για καθημερινά προβλήματα
- Διάγνωση με βάση το βιοψυχολογικό μοντέλο
- Λαμβάνει υπ όψιν την πιθανότητα συνταγογράφησης
- Διεπαγγελματική συνεργασία
- Προετοιμασία λήξης συνεδριών
- Συμφωνία για follow-up

Community Pathway (Children's Services) - ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Προγραμματισμός δράσης

Άμεση ανταπόκριση ανάλογα με την αναγκαιότητα

Προγράμματα με κηδεμόνες και συγγενείς

Βραχυπρόθεσμη παρέμβαση

Ψυχιατρική διάγνωση

Παραπομπή σε ομάδα ειδικών

Βοήθεια σε σχέση με την καθημερινότητα αλλά και προτάσεις για κρίσεις

Παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες

Early Intervention in Psychosis – Έγκαιρη παρέμβαση

Early intervention in psychosis teams (ομάδες)

Αυτά έχουν δημοσιευτεί το 2000 βάσει του κανονισμού ψυχικής υγείας.

Χρησιμοποιούνται οι παρακάτω αποτελεσματικές παρεμβάσεις:

- Πληροφορίες για υπηρεσίες
- Προγράμματα ψυχολογίας για την οικογένεια
- Υποστήριξη συμβουλευτική των κηδεμόνων
- Διαχείριση συνταγογραφήσεων

Τα παραπάνω στοχεύουν

- Στην μείωση του στίγματος των ψυχώσεων, και την βελτίωση της ενημερότητας των επαγγελματιών για την συμπτωματολογία των ψυχικών διαταραχών.
- Στη μείωση του χρόνου που μένουν οι νέοι χωρίς διάγνωση και θεραπεία.
- Στην προώθηση της ανάκαμψης στα πρώτα στάδια της ασθένειας.
- Αύξηση σταθερότητας στις ζωές των χρηστών των υπηρεσιών.
- Υπηρεσίες που έχουν το άτομο στο επίκεντρο.

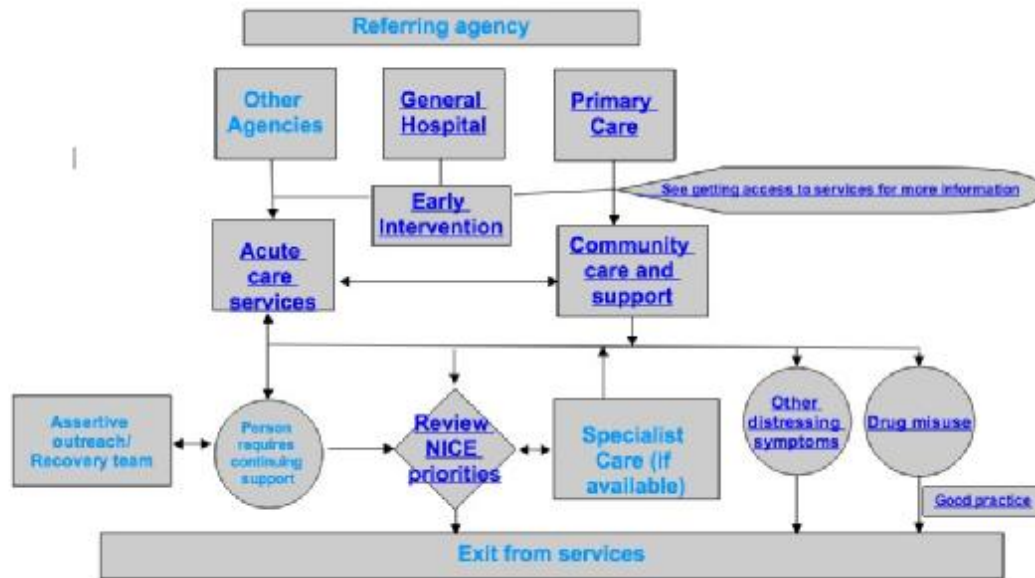
Τα βασικά αποτελέσματα από έρευνες που έχουν γίνει σε σχέση με τα αποτελέσματα της έγκαιρης διάγνωσης είναι τα εξής:

Είναι πιθανό να μειωθεί η διάρκεια των αθεράπευτων ψυχώσεων με ενημερωτικές καμπάνιες και με υπηρεσίες που είναι προσβάσιμες.

- Ασθενείς που προλαβαίνουν νωρίτερα την ανάπτυξη της ασθένειας έχουν λιγότερο χρονικό διάστημα ενεργή την ψύχωση
- Έχουν μικρότερη συμπτωματολογία
- Τείνουν να είναι λιγότερο αυτοκτονικοί

ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

- Ενημερωτικές καμπάνιες στη κοινότητα, σε καθηγητές και επαγγελματίες υγείας
- Ενεργές ομάδες προσιτές στο κοινό από το τηλέφωνο ή e-mail χωρίς παραπεμπτικό.



Forensic Mental Health – ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Οι ιατροδικαστικές υπηρεσίες προσφέρουν διαμονή με διάφορα επίπεδα ασφαλείας:

- Υψηλή
- Μέτρια
- Χαμηλή

Οι τελευταίες είναι γνωστές και ως Psychiatric Intensive Care Units (PICUs) Ψυχιατρικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και παρέχονται ως υπηρεσίες ψυχικής υγείας για ενήλικες. Παρέχουν θεραπεία και φροντίδα σε άτομα με ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζουν κινδύνους, συνήθως σε άλλους ανθρώπους.

Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει ψυχολογικές παρεμβάσεις, κοινωνική υποστήριξη και λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

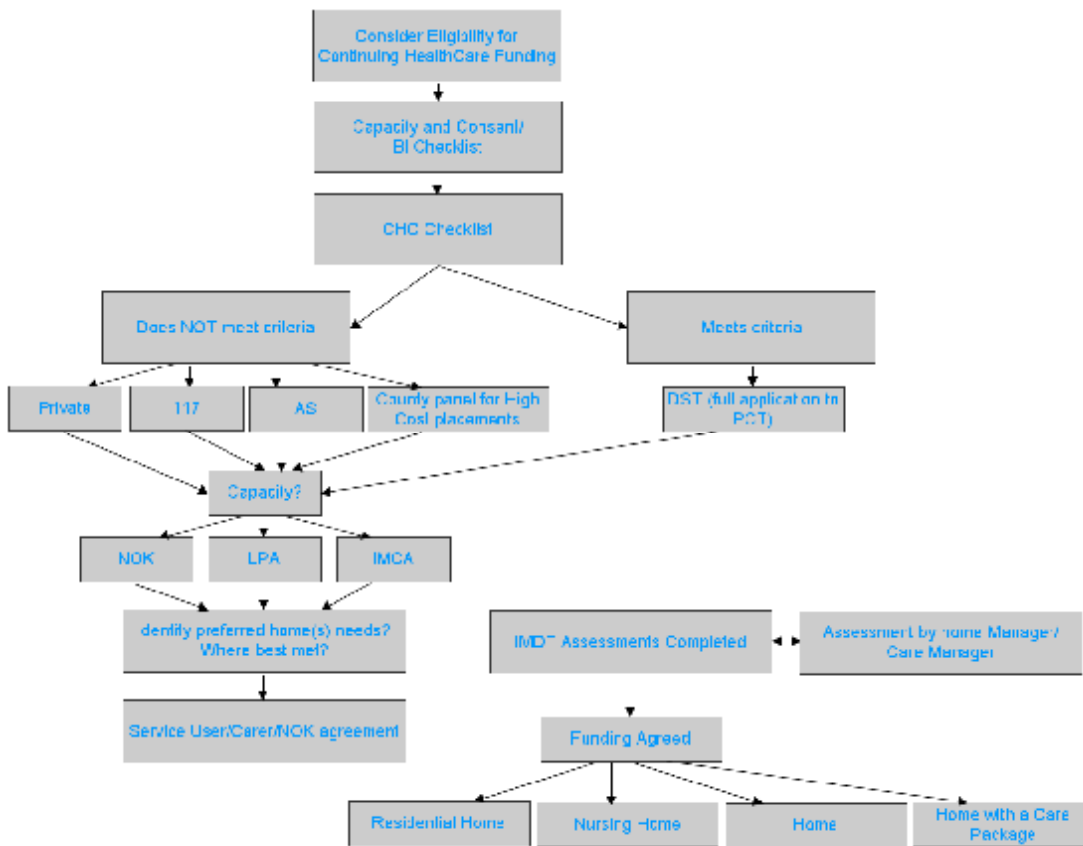
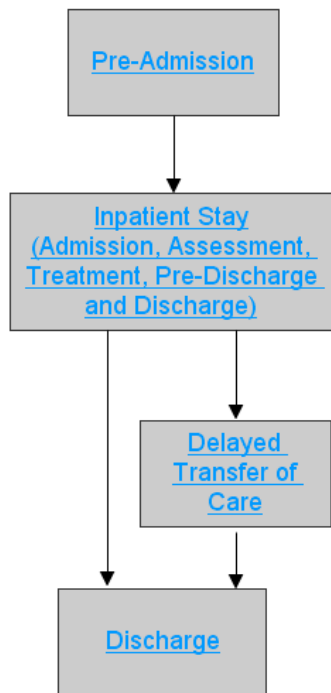
OLDER PEOPLE'S SERVICES – ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ



Community Pathway – Κοινοτικά προγράμματα

- Άμεση ανταπόκριση ανάλογα την σοβαρότητα του περιστατικού
- Προγράμματα για τον ασθενή και τον φροντιστή του
- Παραπομπή σε ομάδα ειδικών
- Διεπαγγελματική συνεργασία
- Αναγνώριση φυσικών αναγκών
- Ψυχιατρική διάγνωση
- Αυτό-κατευθυνόμενη υποστήριξη
- Οριοθετημένες συναντήσεις

ΟΡΜΗ Acute Pathway – Φροντίδα βαρέων περιστατικών



**Service Pathway (In-Patient & Outpatient) - General Hospital Liaison – ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
(ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ) ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

- Απευθύνεται σε άτομα 18-65 ετών τα οποία λαμβάνουν συμβουλευτική από το προσωπικό.
- Για τους ασθενείς ρουτίνας απαιτείται παραπεμπτικό από τον προσωπικό ιατρό του ασθενούς.
- Δεν υφίσταται η υπηρεσία για επείγοντα περιστατικά (πχ. Ασθενείς με αυτοκτονικές ιδέες)

ΚΡΙΤΗΡΙΑ –ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ

Ενδογενής διαταραχές που επηρεάζουν την φυσική, επαγγελματική ή κοινωνική λειτουργία του ατόμου, κατάθλιψη, διαταραχές διάθεσης, διαταραχές προσωπικότητας, αγχώδεις διαταραχές, αντικοινωνική διαταραχή, διαταραχές διατροφής και συμπεριφοράς.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Τα ραντεβού κλείνονται εγγράφως ή με fax

Σε περιστατικά κρίσης μπορεί να ληφθεί τηλεφωνικά ιστορικό

Η ομάδα επαγγελματιών ανταποκρίνεται για έκτακτα περιστατικά σε 1 ώρα και για περιστατικά ρουτίνας σε 3 ώρες. (Emotional wellbeing, 2013)

2.2 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μια από τις πιο ριζοσπαστικές κινήσεις σε πολιτικό-κοινωνικό επίπεδο τον περασμένο αιώνα, ήταν η «αποασυλοποίηση», για την οποία θα μιλήσουμε εκτενέστερα παρακάτω, η οποία σήμανε το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων σε ένα ευρύ φάσμα χωρών της Δύσης. (Σκαπινάκης και Μαυρέας, 2001).

Με τον όρο ψυχιατρική μεταρρύθμιση εννοούμε «το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας χωρίς να εμποδίζουν το άτομο να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη». (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία Πρόνοια 2000-2006)

ΣΤΟΧΟΙ:

- Ανάπτυξη δομών/υποδομών με βάση τις αρχές της Τομεοποίησης και της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται το συνεχές της ψυχιατρικής φροντίδας
- Αποϊδρυματισμός, Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και Κοινωνική επανένταξη των ασυλοποιημένων χρόνιων ασθενών
- Διασφάλιση πλήρους επάρκειας στην πρωτοβάθμια φροντίδα, την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου
- Κεντρικός άξονας «η ανάπτυξη των υπηρεσιών στην κοινότητα, ώστε ο ασθενής να εξυπηρετείται κοντά στο οικογενειακό του περιβάλλον και να υποστηρίζεται από αυτό, διατηρώντας με όλα τα μέσα την κοινωνική του δραστηριότητα»

Διακήρυξη για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

- Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα - με έκπτωση της λειτουργικότητας, ανίκανα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή - να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα.
- Συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των ικανοτήτων των ατόμων όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατόν περισσότερο ποιοτική για

ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχονοητική διαταραχή, ή που έχουν μια έκπτωση της ψυχονοητικής τους ικανότητας τέτοια που να έχει παράγει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας.

- Στοχεύει στο να προσφέρει το καλύτερο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας των ατόμων και των κοινωνιών, και στην ελαχιστοποίηση των ανικανοτητών και των μειονεξιών, επηρεάζοντας τις επιλογές των ατόμων για το πώς θα ζουν επιτυχώς στην κοινότητα (Στυλιανίδης Σ., 2012)

Η μεταβολή του κέντρου βάρους παρέμβασης-αντιμετώπισης, από το νοσοκομείο στην κοινότητα, συχνά αναφέρεται και στη χώρα μας ως «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση». Ο όρος αυτός συνολικά υποδηλώνει την αλλαγή αυτή που θα ικανοποιήσει τις ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές υπό το φόντο του σεβασμού και της ισότητας (Σκαπινάκης και Μαυρέας, 2001).

Το 1970 παρουσιάζονται κάποιες σημαντικές εξελίξεις στην ψυχιατρική στην Ελλάδα. Από πλευράς υπηρεσιών ιδρύεται το 1971 το πρώτο κέντρο ημέρας στο ΚΨΥ στη Θεσσαλονίκη και το 1977 το πρώτο νοσοκομείο ημέρας στο Αιγινήτειο, ενώ το 1979 ιδρύεται το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής στο Βύρωνα. Μέχρι το 1981 υπήρχε σημαντική υστέρηση στην εξέλιξη της ψυχιατρικής σε σχέση με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη (Μαδιανός 1994).

Έχει επικρατήσει η αναφορά σε δύο ορόσημα σε σχέση με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: τη θέσπιση του Κανονισμού 815 της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και τις δράσεις που υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο αυτό και τις δύο, έως τώρα, φάσεις του εθνικού σχεδίου για την ψυχική υγεία «Ψυχαργός». Η Ελλάδα, τρία έτη μετά την ένταξή της από το 1981 στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, έλαβε οικονομική και τεχνική υποστήριξη από την ΕΟΚ μέσα από τον κανονισμό 815/1984 για τον εκσυγχρονισμό της παραδοσιακής ψυχιατρικής περίθαλψης, με έμφαση στον ιδρυματισμό των χρόνιων εγκλειστών ψυχικά αρρώστων στα 9 ψυχιατρεία και ιδιαίτερα σε εκείνο της Λέρου. Η υλοποίηση του προγράμματος αυτού πράγματι επέφερε σημαντικές αλλαγές προς την αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών, τον ιδρυματισμό και την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Ο ρόλος του ψυχιατρείου μειώθηκε, ενώ η μείωση των εγκλειστών αρρώστων συνεχίστηκε, ιδιαίτερα με το πρόσφατο νέο ειδικό πρόγραμμα του «Ψυχαργός». Για τα επόμενα πέννητα χρόνια (2002-2006) έχουν προγραμματισθεί να λειτουργήσουν 467 νέες δομές, πέραν των 260 που αναπτύχθηκαν με τον Κανονισμό 815/84, ενώ προγραμματίζεται και το κλείσιμο πέννητα ψυχιατρείων στην περιφέρεια. (Μαδιανός, 2002)

Η ψήφιση του νόμου 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας άλλαξε ριζικά τον υγειονομικό χάρτη της χώρας και κατά συνέπεια τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84, Προγράμματα «Λέρος Ι» και

«Λέρος II») ξεκίνησε η διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, προετοιμασίας και μετάβασης των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. (Στηλιανίδης, Χόνδρος, Θεοχαράκης, 2007)

Δράσεις κατά τη Δεκαετία 1983-1993

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα άρχισε ουσιαστικά το 1983. Κατά τη δεκαετία 1983-1993, οι δράσεις για τη μεταρρύθμιση του τομέα υγείας που πραγματοποιήθηκαν, βασίστηκαν στις «απαιτήσεις» της Ευρωπαϊκής Ένωσης (τότε ΕΟΚ) όπως αυτές εκφράζονταν μέσω του κανονισμού ΕΟΚ αριθμ. 815/84 Συμβουλίου ΕΚ Ο Κανονισμός 815/84, ο οποίος εγκρίθηκε στις 26 Μαρτίου 1984, προέβλεπε έκτακτη οικονομική ενίσχυση για:

- Τη δημιουργία νέων εγκαταστάσεων κατάρτισης στην ευρύτερη περιφέρεια των Αθηνών (Πρόγραμμα Α).
- Τη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στο σύνολο της επικράτειας της Ελλάδας (Πρόγραμμα Β).

Στο πλαίσιο του Προγράμματος Α, η δράση εστιαζόταν στη δημιουργία υποδομής κατάρτισης στην ευρύτερη περιφέρεια Αθηνών, η οποία θα συμπλήρωνε τις ελλείψεις εκεί λόγω της εξαίρεσης της περιφέρειας από την παρέμβαση ΕΤΠΑ. Στόχος ήταν η ανέγερση, επέκταση, διαρρύθμιση και εξοπλισμός των κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης.

Η δράση στα πλαίσια του Προγράμματος Β απέβλεπε στην ανάπτυξη νέων δομών και υπηρεσιών σε ολόκληρη την επικράτεια με στόχο την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και μειονεξίες καθώς και τη βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης των ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Με τον τρόπο αυτό θα αντιμετωπίζονταν οι σοβαρές ανεπάρκειες του ελληνικού συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης. Στον ίδιο Κανονισμό προβλέπονταν η χορήγηση Κοινοτικής βοήθειας συνολικού ποσού 120 εκατομμυρίων ECU κατανεμημένης ισότιμα μεταξύ των δύο προγραμμάτων. Η Κοινοτική χρηματοδότηση κάλυπτε το 55% και στην περίπτωση τεχνικής βοήθειας μέχρι και το 100% των δημόσιων δαπανών.

Η χρηματοδότηση αυτή θα κάλυπτε:

- Την ανέγερση νέων κέντρων και την επέκταση και διαρρύθμιση υφιστάμενων κτιρίων (Προγράμματα Α και Β).

- Τον εξοπλισμό των κέντρων (Προγράμματα Α και Β).
- Δοκιμαστικά σχέδια για να αναδειχθούν οι πιο αποδοτικές μέθοδοι για την εφαρμογή του Προγράμματος Β.
- Σχέδια κατάρτισης (στην Ελλάδα και το εξωτερικό) για την αναπροσαρμογή των επαγγελματιών προσόντων του ιατρικού, θεραπευτικού και παραϊατρικού προσωπικού και των κοινωνικών λειτουργών (Πρόγραμμα Β).

Η κοινοτική οικονομική βοήθεια θα χορηγείτο με βάση:

- Την υποβολή εκ μέρους των ελληνικών αρχών συνολικών σχεδίων δράσης αντίστοιχα για τα μέρη Α και Β για την περίοδο ισχύος του Κανονισμού.
- Την ετήσια υποβολή εκ μέρους των ελληνικών αρχών και την έγκριση από την Επιτροπή συγκεκριμένων αιτημάτων για οικονομική ενίσχυση στα πλαίσια των σχεδίων αυτών.

Παρά το γεγονός ότι οι δράσεις στο πλαίσιο των δύο προγραμμάτων μπορεί να μοιάζουν παρόμοιες, οι στόχοι του Προγράμματος Β απέβλεπαν στην υποστήριξη της δημιουργίας ενός εντελώς νέου συστήματος κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές διαταραχές και μειονεξίες. Πυρήνας αυτού του νέου συστήματος ήταν η αντικατάσταση της ψυχιατρικής περίθαλψης που βασιζόταν στον παθητικό περιορισμό των ασθενών σε ψυχιατρεία από ένα σύστημα βασισμένο σε μια εντελώς διαφορετική προσέγγιση, αυτής της ενεργούς αποκατάστασης των ασθενών. Η εκτέλεση των προγραμμάτων στο πλαίσιο του Κανονισμού 815/84 είχε αρχικά προδιαγραφεί να διαρκέσει έως το τέλος του 1988. Οι δυσκολίες όμως του ελληνικού διοικητικού συστήματος να ανταποκριθεί στο απαιτούμενο έργο που απέρρευε κυρίως από τις δυσκίνητες διαδικασίες που ίσχυαν αναφορικά με τα δημόσια έργα και, εν μέρει, ιδίως στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, στη θεμελιώδη φύση της αλλαγής υπαγόρευαν την επέκταση της χρηματοδότησης. Για τους λόγους αυτούς η περίοδος επεκτάθηκε για τρία περαιτέρω χρόνια έως την 31η Δεκεμβρίου 1991 με τον Κανονισμό 4130/88 ο οποίος τροποποίησε τον Κανονισμό 815/84 και επέκτεινε το πεδίο εφαρμογής της παρέμβασης.

Πιο αναλυτικά, ο Κανονισμός 4130/88:

- Παρέτεινε τη χορήγηση Κοινοτικής βοήθειας μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 1991.
- Επέκτεινε την Κοινοτική ενίσχυση σε δαπάνες που κάλυπταν την απόκτηση κτιρίων και οικοπέδων, αποκλειστικά για το Πρόγραμμα Β.

- Επέκτεινε την Κοινοτική ενίσχυση, στο πλαίσιο ενός ορίου 2% της συνολικής εκτιμώμενης βοήθειας και μέχρι ποσοστού 100% των σχετικών δαπανών, σε ενέργειες τεχνικής βοήθειας, αξιολόγησης και παρακολούθησης.
- Όρισε τη σύσταση Επιτροπής Παρακολούθησης από τις ελληνικές αρχές σε συμφωνία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.
- Όρισε τη σύσταση ενός συστήματος παρακολούθησης από τις ελληνικές αρχές σε συμφωνία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για τη συστηματική συγκέντρωση, επεξεργασία και διάδοση πληροφοριών σχετικά με την υλοποίηση των προγραμμάτων.

Το 1989, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ενώ η υλοποίηση της δράσης στο πλαίσιο του Προγράμματος «Α» σημείωνε σταθερή πρόοδο, η υλοποίηση της δράσης στο πλαίσιο του «Β» Προγράμματος καθυστερούσε σημαντικά. Πιο συγκεκριμένα, έγιναν οι ακόλουθες διαπιστώσεις και ακολούθησαν ανάλογες τροποποιήσεις. Το Πρόγραμμα «Α», διατήρησε όπως αναφέρθηκε ένα σταθερό ρυθμό προόδου κατά την περίοδο 1984-1994. Συνολικά το Πρόγραμμα Α συμπεριλάμβανε την υλοποίηση 108 σχεδίων για την ανέγερση/διαρρύθμιση/επέκταση και τον εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης στην ευρύτερη περιφέρεια Αθήνας. Τα σχέδια αφορούσαν:

- Στην ανέγερση και τον εξοπλισμό 10 νέων κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης.
- Στη διαρρύθμιση ή/και επέκταση και τον εξοπλισμό 16 υφιστάμενων κέντρων.
- Στην προμήθεια σύγχρονου εξοπλισμού κατάρτισης σε 11 κέντρα κατάρτισης. Περίπου 10,000 θέσεις κατάρτισης δημιουργήθηκαν και 1,400 επιμορφωτές και 800 άτομα διοικητικό προσωπικό εργάστηκαν στα κέντρα κατάρτισης. Όλες οι δράσεις στο πλαίσιο του Προγράμματος Α έφτασαν στην αποτελεσματική τους ολοκλήρωση το Δεκέμβριο του 1994.

Το Πρόγραμμα Β, απέβλεπε κυρίως στη μείωση του αριθμού νέων εισαγωγών στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, στο να μη καταστούν οι ασθενείς χρόνιοι και ιδρυματοποιημένοι και στην προώθηση της επανένταξης των μακροχρόνιων ασθενών στην κοινωνία.

Οι βασικοί στόχοι του Προγράμματος Β ήταν:

- Η βαθμιαία αντικατάσταση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης ιδρυματικού χαρακτήρα από ένα αποκεντρωμένο δίκτυο ευέλικτων προληπτικών και θεραπευτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών και δομών στην κοινότητα ή σε γενικά νοσοκομεία.
- Η αποϊδρυματοποίηση και η μείωση του αριθμού των μακροχρόνιων ασθενών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, μέσω της παροχής υπηρεσιών επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων των εγκαταστάσεων κατάρτισης και στέγασης στην κοινότητα
- Η πραγματοποίηση προγραμμάτων κατάρτισης για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Στην πρώτη φάση υλοποίησης του Προγράμματος Β (1984-1988), διαπιστώθηκε ότι η σχετικά περιορισμένη δράση που είχε προβλεφθεί για τη βελτίωση της απαράδεκτης κατάστασης που επικρατούσε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Λέρου δεν είχε υλοποιηθεί όπως είχε σχεδιασθεί και οι συνθήκες που επικρατούσαν εκεί εξακολουθούσαν να είναι απαράδεκτες. Για να αντιμετωπίσει την κατάσταση αυτή η Επιτροπή αποφάσισε το 1989 την αναστολή της έγκρισης νέων δράσεων στα πλαίσια του Προγράμματος Β μέχρι να ικανοποιούνταν οι όροι που καθόρισε η Επιτροπή και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, συμπεριλαμβανομένης συγκεκριμένης δράσης για την επίλυση του προβλήματος στη Λέρο. Για το σκοπό αυτό, υπεβλήθη από τις ελληνικές αρχές νέα δράση για τη Λέρο, με τη μορφή διετούς ειδικού προγράμματος (1991-1992) με στόχο την αποκατάσταση, την αποϊδρυματοποίηση και την αναβάθμιση των συνθηκών διαβίωσης για ένα μεγάλο αριθμό ασθενών του ΨΝ Λέρου. Το ειδικό αυτό πρόγραμμα εγκρίθηκε από την Επιτροπή το Δεκέμβριο του 1990.

Μέχρι το φθινόπωρο του 1991 υπήρχαν σαφείς ενδείξεις, επιβεβαιωμένες από μια ομάδα ανεξάρτητων εμπειρογνομόνων, ότι η υλοποίηση της προβλεπόμενης δράσης στη Λέρο είχε πολύ θετικό αποτέλεσμα στην κατάσταση των ασθενών εκεί. Ως εκ τούτου, και ύστερα από την υποβολή εκ μέρους των ελληνικών αρχών ενός αναθεωρημένου προγράμματος Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και τη δημιουργία συστήματος παρακολούθησης και αξιολόγησης, η Επιτροπή αποφάσισε το 1991

να συνεχίσει την Κοινοτική χρηματοδότηση στο πλαίσιο του Προγράμματος Β του Κανονισμού. Από το 1991 και μετά σημειώθηκε πολύ σημαντική επιτάχυνση της υλοποίησης του Προγράμματος Β. Αυτό αποδίδεται εν μέρει στην πείρα που απέκτησαν οι ελληνικές αρχές κατά τη διάρκεια της πρώτης περιόδου υλοποίησης αλλά και στη συστηματοποίηση του έργου της παρακολούθησης, αξιολόγησης και ελέγχου που οργάνωσε η Επιτροπή. Το έργο αυτό περιλάμβανε τη θέσπιση συστήματος παρακολούθησης και αξιολόγησης το οποίο αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα προόδου. Το Πρόγραμμα Β ολοκληρώθηκε αποτελεσματικά τον Ιούνιο 1995, με εξαίρεση τη δραστηριότητα παρακολούθησης και αξιολόγησης η οποία περατώθηκε το Μάρτιο 1996.

Παρά την ανάγκη παράτασης της αρχικής χρηματοδότησης για μία επιπλέον τριετία (1988-1991), ο Κανονισμός 815/84, μαζί με τη αναθεώρηση βάσει του Κανονισμού 4130/88, συνέβαλε σημαντικά στην ανάπτυξη ενός δικτύου προληπτικών, θεραπευτικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών και δομών στην κοινότητα ή σε γενικά νοσοκομεία καθώς και στη μείωση των ασθενών μακράς παραμονής στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η κατάσταση άλλαξε αξιοσημείωτα κατά την περίοδο 1981-2001. Το 1981 υπήρχε μόνο μία Ψυχιατρική Μονάδα σε Γενικό Νοσοκομείο (16 κλίνες) και 6 Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Το 2000 υπήρχαν 30 μονάδες σε Γενικά Νοσοκομεία (365 κλίνες) και 28 Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Επιπροσθέτως, υπήρχαν άλλες 10 Ψυχιατρικές Μονάδες σε Γενικά Νοσοκομεία (χωρίς εγκαταστάσεις εσωτερικών ασθενών), προσφέροντας συμβουλευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων. (ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ – ΠΡΟΝΟΙΑ», 2000-2006)

2.2.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Το Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης με την ονομασία "Ψυχαργός" είναι ένα εθνικό σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με μετάθεση του κέντρου βάρους από την παρεχόμενη "ασυλικού" τύπου περίθαλψη, όπως συνέβαινε μέχρι σήμερα, στην κοινοτική φροντίδα. Στόχος της μεταρρυθμιστικής πολιτικής του προγράμματος «Ψυχαργός» είναι να δημιουργηθούν αποτελεσματικά δίκτυα κοινοτικών δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε κάθε άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας να βρίσκει απαντήσεις στα προβλήματά του, στον τόπο που ζει και εργάζεται, μέσα στην κοινότητα και όχι στο ασυλικού τύπου, αναποτελεσματικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, με τις ελάχιστες δυνατές επιπτώσεις στιγματισμού, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού (www.epipsi.gr).

Με βάση αυτούς τους στόχους το Πρόγραμμα "Ψυχαργός" δημιουργεί δομές αποκατάστασης (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Διαμερίσματα) για τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων ασυλικών ασθενών που ζούσαν στα Ψυχιατρεία και ταυτόχρονα κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Ψυχιατρικά Τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ψυχικής Υγείας κ.α.)

Είναι φανερό ότι το αίτημα για ψυχιατρική μεταρρύθμιση που διατυπώνεται στις αρχές της δεκαετίας του '80 και υφίσταται πολλά χρόνια πριν, δέχτηκε πολλές αμφισβητήσεις. Το πρόγραμμα Ψυχαργός πέρα από το γεγονός ότι αποτελεί «Στάση ζωής» όπως αναφέρει ο κ. Αντώνης Λιοδάκης, Ψυχίατρος, (Επιμελητής. Α' στο Ε.Σ.Υ), συνιστά σήμερα τη βασική γραμμή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Αποτελεί δηλαδή το κεντρικό όχημα για το πέρασμα σε μια άλλη εποχή της ψυχιατρικής περίθαλψης. Μπορεί να σχεδιάστηκε κεντρικά αλλά αντανakλά και συγκεντρώνει όλα τα συσσωρευμένα αιτήματα της ψυχιατρικής κοινότητας για ουσιαστικές αλλαγές στα ελληνικά ψυχιατρεία (www.epipsi.gr).

Στόχοι του προγράμματος «Ψυχαργός»:

Για τον ψυχικά πάσχοντα:

- Ήδη με τη λειτουργία των πρώτων ξενώνων στην Ελλάδα και με την ολοκλήρωση των υπολοίπων της Α΄ φάσης του προγράμματος θα υπάρξει ένα σημαντικό πλήγμα στο στιγματισμό του ψυχικά πάσχοντα. Ο στιγματισμός του ενισχύεται με την ύπαρξη μεγάλων ψυχιατρικών ως χώροι απομονωτισμού και περιθωριοποίησης. Υπάρχουν πολλές δυσχέρειες που προκαλεί ο στιγματισμός στο έργο της Αποκατάστασης.
- Η κοινωνική τους ενσωμάτωση ακόμη συμβάλλει στην απομυθοποίηση του μύθου της επικινδυνότητας.
- Η ποιότητα ζωής των ίδιων των ψυχικά πασχόντων θα ανέβει κατακόρυφα, σύμφωνα με όλες τις ενδείξεις και επιστημονικές μελέτες. Οι δυνατότητές τους θα αναπτυχθούν, οι δεξιότητές τους θα εκφραστούν, οι προσωπικές τους επιθυμίες θα λειτουργήσουν στους χώρους των ξενώνων (www.epipsi.gr).

Για την ψυχιατρική

- μέσα από το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» η ψυχιατρική αποδεικνύει ότι η ψυχιατρική νόσος είναι θεραπεύσιμη, στο βαθμό που η κοινωνία ενσωματώνει τη διαφορετικότητα με τη βοήθειά της και οι ψυχικά πάσχοντες ανταποκρίνονται λίγο ή πολύ στις προσδοκίες της ίδιας της κοινωνίας.
- Η ψυχιατρική διαφοροποιείται περισσότερο απέναντι στην υπόλοιπη ιατρική (www.epipsi.gr).

Για τα ψυχιατρεία

- Οι σχέσεις θεραπευτή – θεραπευομένου αλλάζουν. Παίρνουν έναν ενεργό χαρακτήρα. Ανανεώνεται η έννοια της θεραπευτικής ομάδας. Ξεκινούν κοινωνικές δραστηριότητες που ήταν αδύνατο να αναπτυχθούν σε συνθήκες ασύλου.
- Αλλάζουν οι τρόποι διοίκησης και οι διοικητικές συμπεριφορές, αναδεικνύονται μέθοδοι και στοιχεία που διαμορφώνουν ένα νέο μοντέλο διαχείρισης πόρων.
- Δίνεται η ευκαιρία στα ψυχιατρεία να αναπτύξουν τις νέες δομές ψυχικής υγείας που δεν λειτουργούν ή υπολειτουργούν για να υποστηρίξουν ακόμη περισσότερο τους ξενώνες (www.epipsi.gr).

Για την κοινωνία

- Ανάπτυξη των τοπικών κοινωνιών. Οι ξενώνες και τα εργαστήρια αναπτύσσουν κοινωνικές δραστηριότητες δημιουργούνται συναλλαγές, θέσεις εργασίας, κοινωνικό έργο και ενισχύεται η τοπική οικονομία.
- Η λειτουργία των ξενώνων ενδυναμώνει και εμπλουτίζει τις γειτονίες, προσδίδει μία θαυμαστή πολυχρωμία, εξουδετερώνει τις φοβικές συμπεριφορές και βάζει επιπλέον το ανθρώπινο στοιχείο (www.epipsi.gr).

2.2.2 Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στο Σήμερα

Το ψυχιατρικό σύστημα στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από ελλιπή αναγνώριση των προβλημάτων του. Η νέα πολιτική περί θεμάτων ψυχικής υγείας προήλθε από το εξωτερικό και τους ελεγκτικούς μηχανισμούς της Ευρωπαϊκής Επιτροπής μετά την αποκάλυψη του σκανδάλου της Λέρου. Η ουσιαστική αλλαγή δεν προήλθε από πολιτικά στελέχη που προέβαιναν σε εξαγγελίες περί ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αλλά από μέρος επαγγελματιών με τη στήριξη των Ευρωπαϊκών κανόνων και επιβαλλόμενων θεσμών στο ζήτημα, καθώς η διάθεση για αλλαγή δεν προήλθε ως κοινωνική εντολή ενός μαζικού κινήματος. Οι πελατειακές σχέσεις και η κακή διαχείριση πόρων χωρίς στόχευση με αποτέλεσμα να μην επιτευχθεί η σωστή προετοιμασία και εκπαίδευση του προσωπικού, να μην πραγματοποιηθούν οι απαραίτητες μελέτες για τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού, ελλιπής δικτύωση φορέων. Το διάστημα μεταξύ 2004 – 2009 υπήρξε περίοδος που χρειάστηκε να παρέμβει ο συνήγορος του πολίτη και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για προχειρότητες και νομικά σφάλματα. (Graham Thornicroft & Michele Tansella,)

Η ηθική και δεοντολογική βάση παρέμεναν έντονο πρόβλημα καθώς οι ετήσιες αναφορές από ανεξάρτητες αρχές προστασίας δικαιωμάτων ψυχικά ασθενών δεν έμπαιναν στο μικροσκόπιο του Υπουργείου Υγείας. Βασικό πρόβλημα παραμένει η μη εφαρμογή του νόμου για την ψυχική νομοθεσία για την ψυχική υγεία (Ν.2071/92, Ν.2716/99) και η μη εφαρμογή της τομεοποίησης που άρχισε να απασχολεί όταν έγιναν καταγγελίες από διεθνείς οργανισμούς περί καταπάτησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Επιπροσθέτως η ψυχολογική υποστήριξη του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος αλλά και του ίδιου του ασθενούς δεν εφαρμόζεται από τους επαγγελματίες ως απαραίτητο μέρος της εργασίας τους. Τέλος, προβληματισμό προκαλεί η νοσηλεία σε ψυχιατρικά τμήματα και νοσοκομεία που προέρχονται από εισαγγελική παραγγελία ποσοστό που ανέρχεται στο 53% του συνόλου των εισαγωγών. Εν κατακλείδι τα παραπάνω στοιχεία προσδιορίζουν την

εικοσαετή δυσκολία προσαρμογής της Ελλάδας στις επιταγές της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την σπουδαία ιδέα της απαραίτητης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (1989 - 2010). (Graham Thornicroft & Michele Tansella,)

Οι επιπτώσεις της φτώχειας, η ανεργία, το χαμηλό βιοτικό και μορφωτικό επίπεδο είναι διαπιστωμένοι διεθνώς ως παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν σημαντικά την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Επιβαρύνουν ακόμα την περίοδο επικράτησης της ψυχικής διαταραχής, μειώνουν την παραγωγικότητα του ατόμου και αποτελούν βάση για τη συνέχιση του κοινωνικού αποκλεισμού, που όπως γνωρίζουμε πλήττει κυρίως τις ευαίσθητες κοινωνικά ομάδες του πληθυσμού και δημιουργεί φαινόμενα όπως παραβατικότητα, αστέγους, αύξηση χρήσης ουσιών, έκπτωση κοινωνικής δικτύωσης κλπ.

Παρόλο που η ελληνική κοινωνία απαιτείται να δημιουργήσει ένα ουσιαστικό πλέγμα προστασίας του ευαίσθητου κοινωνικού ιστού της, αντιθέτως οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας της χώρας αποδομούνται σταθερά δημιουργώντας αντίθετα αποτελέσματα από τα επιθυμητά. (Graham Thornicroft & Michele Tansella,)

«Στη συσχέτιση της οικονομικής κρίσης και της κρίσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, η απάντηση πρέπει να είναι πολιτική πρώτα και μετά επιστημονική. Υπάρχει πλήθος ερευνών που υποστηρίζουν ότι η οικονομική κρίση επιβαρύνει την σωματική και ψυχική υγεία. Τα άτομα που ήδη νοσούν από ψυχικά νοσήματα, λόγω της υπάρχουσας έκπτωσης στη λειτουργικότητα, αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο όπου η φτώχεια και ο προερχόμενος απ' αυτή κοινωνικός αποκλεισμός ευνοεί τις ψυχικές διαταραχές αλλά και το αντίστροφο.», αναφέρουν οι Στέλιος Στυλιανίδης (Αν. Καθ. Κοιν. Ψυχιατρικής, Πάντειο) και Παναγιώτης Χόνδρος (Ψυχολόγος MSc., Επ. Διευθυντής Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας), στη δημοσίευσή τους στο επιστημονικό περιοδικό «Information Psychiatrique» (Στυλιανίδης και Χόνδρος, 2011).

Οι αντιφάσεις και τα κενά στο σχεδιασμό πολιτικής για την ψυχική υγεία που αντιμετωπίζουμε διαρκώς μας είχαν προετοιμάσει για τις δραματικές εξελίξεις που καταδικάζει μεγάλο μέρος των κοινοτικών δομών στην Ελλάδα. Η περικοπή 36,8 εκατ. Ευρώ από τον σχετικό κωδικό του Υπουργείου Οικονομικών την 26-8-2011 οδηγεί σε άμεσο κλείσιμο των μονάδων ψυχικής υγείας που λειτουργούν με την ευθύνη των Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) και την επιστροφή στα ψυχιατρεία 1500 ψυχικά πασχόντων που φιλοξενούνται στις στεγαστικές δομές,

αφού όλο σχεδόν το εναπομείναν ποσό του προϋπολογισμού έχει ήδη απορροφηθεί το πρώτο εξάμηνο του 2011 (Στηλιανίδης και Χόνδρος, 2011).

Συσχετισμός με τη θεραπεία στα ψυχιατρεία

Ο στόχος της παραμονής των ψυχωσικών ασθενών στα άσυλα- ψυχιατρικές κλινικές είναι η θεραπεία τους από την ψυχωσική διεργασία όμως χάνουν σταδιακά την λειτουργικότητα η οποία τους έχει απομείνει από την ήδη υπάρχουσα ψυχωσική ασθένεια. Παραμένουν όμως έτσι κλεισμένοι και αποστασιοποιημένοι και έτσι επιδεινώνεται η ασθένεια. Παράλληλα όμως ενισχύεται η ψυχωσική ομοιογένεια η παύση δηλαδή της διαφοροποίησης και των διαφορετικών ψυχωσικά ασθενειών και των διαφορετικών προσωπικοτήτων και των χώρων. Αυτό συμβαίνει κυρίως γιατί το ψυχιατρείο ασχολείται αποκλειστικά με την αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων χωρίς να δίνεται ενδιαφέρον σε οποιαδήποτε άλλη μορφή θεραπείας και αποκατάστασης, όπως για παράδειγμα την κοινωνική ή την ψυχοκοινωνική (Goffman, 1961).

2.3 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΛΛΑΔΑΣ - ΕΥΡΩΠΗΣ

Αν και η Ελλάδα έχει κάνει προσπάθειες να εξελίξει τις παροχές της στην ψυχική υγεία, αυτό φαίνεται πως δεν επαρκεί βάσει των πρόσφατων ερευνών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η έρευνα του Economist Intelligence Unit που μελέτησε την κοινωνική ένταξη των ψυχικά ασθενών και την απασχόλησή τους στις 28 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της Νορβηγίας και της Ελβετίας. Η Ελλάδα αξιολογήθηκε αρνητικά στους περισσότερους δείκτες όπως το περιβάλλον διαμονής αλλά και την ιατρική βοήθεια και υπηρεσίες. Επίσης φαίνεται πως είναι έντονη η παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αλλά και το κοινωνικό στίγμα. Αντιθέτως η Γερμανία βγήκε πρώτη στη λίστα λόγω της ισχυρής κοινωνικής πρόνοιας και του δομημένου συστήματος υγείας. Ακολουθούν στη λίστα με μικρή διαφορά το Ηνωμένο Βασίλειο και οι Σκανδιναβικές χώρες. Από την παρούσα έρευνα φαίνεται επίσης ότι θετικά βήματα δεν κάνουν μόνο οι πρωτοπόρες χώρες και οι ερευνητές προβαίνουν στο συμπέρασμα ότι βήματα ανάπτυξης πρέπει να γίνουν σε όλες τις χώρες. Σημεία σταθμός που πρέπει να δοθεί προτεραιότητα είναι παροχή καλύτερων ιατρικών υπηρεσιών, καλύτερη χρηματοδότηση για την ψυχική υγεία, ολοκλήρωση της αποϊδρυματοποίησης, παροχή καλύτερων και στοχευμένων υπηρεσιών στην κοινότητα και τέλος πρόβλεψη για απασχόληση. (www.euro.who.int, 2005)

Ο Π.Ο.Υ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) αναφέρει πως είναι πολύ δύσκολο το έργο κάθε χώρας της Ευρωπαϊκής κοινότητας καθώς τα προβλήματα ψυχικής υγείας φαίνεται να επηρεάζουν έναν στους τέσσερις πολίτες σε κάποια φάση της ζωής τους. Από τους 870 εκατομμύρια κατοίκους της Ευρώπης, οι 100 εκατομμύρια οποιαδήποτε στιγμή και αν αναφερθούμε σε αυτόν τον αριθμό πάσχουν από κατάθλιψη. Επίσης πάνω από 21εκατομμύρια πάσχουν από διαταραχές που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ, περίπου 4 εκατομμύρια Ευρωπαίοι πάσχουν από σχιζοφρένεια, 4 εκατομμύρια από διπολική διαταραχή του συναισθήματος και 4 εκατομμύρια από διαταραχή πανικού. Η κατάθλιψη αποτελεί την τρίτη αιτία στο 6,2% προσαρμοσμένων ετών ζωής με αναπηρία. Η αυτοκτονία ως αποτέλεσμα προβλήματος ψυχικής υγείας κλονίζει την Ευρώπη. Οι εννέα από τις δέκα χώρες στον κόσμο που έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών βρίσκονται στην Ευρώπη. Πρόσφατα δεδομένα κατέγραψαν αυτοκτονίες που αγγίζουν τις 150.000 εκ των οποίων το 80% διαπράττουν άνδρες.

Οι εκάστοτε κυβερνήσεις των χωρών γνωρίζουν τη σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας των πολιτών τους, καθώς αποτελεί πρωταρχικό σημείο στην καλή ποιότητα ζωής. Η βελτίωση της ψυχικής υγείας θα πρέπει να αφορά το σύνολο όλων των πολιτών και όχι μερίδα αυτού και φυσικά τους ήδη ψυχικά ασθενείς και τους φροντιστές αυτών. Ο παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ευελπιστεί ότι *«η ανάπτυξη και εφαρμογή αποτελεσματικών σχεδίων για την προώθηση της ψυχικής υγείας θα βελτιώσει την ψυχική ευημερία όλων»*. Είναι φανερό ότι η Ευρώπη αντιμετωπίζει υπερμεγέθεις προκλήσεις όσο αφορά την προαγωγή της ψυχικής υγείας στους πολίτες της, αναλογιζόμενοι τα τεράστια ποσοστά νοσηρότητας που αναφέραμε παραπάνω. (www.euro.who.int, 2005)

2.4 ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ

«Αποϊδρυματοποίηση δεν είναι, όπως συνήθως θεωρείται, η απλή διαδικασία εξιτηρίου από το άσυλο. Αποϊδρυματοποίηση σημαίνει τη διαδικασία ενός μετασχηματισμού και, ως «σημείο αναφοράς» αυτού του μετασχηματισμού, τις ανάγκες των προσώπων. Σημαίνει, δηλαδή, την κινητοποίηση υποκειμένων, θεσμικών και κοινωνικών παραγόντων, το μετασχηματισμό των σχέσεων εξουσίας, με την ανοικοδόμηση της υποκειμενικότητας, τη μετατροπή, αύξηση και διάθεση των πόρων για την προσωπική χρήση των ψυχικά πασχόντων και των αναπήρων, τη ριζική αλλαγή στις διοικητικές και στις διαχειριστικές διαδικασίες, την αναβάθμιση του θεραπευτικού δυναμικού της Ψυχιατρικής και την ανάπτυξη πραγματικών και ριζικών εναλλακτικών λύσεων στον εγκλεισμό, την υπέρβαση των κατεστημένων επαγγελματικών ρόλων, την κοινωνική αναπαραγωγή, εν τέλει, των ψυχικά πασχόντων και ΑμεΑ.» (Μαδιανός, 1994).

Το ιδεολογικό κομμάτι.

Οι βασικότερες προσεγγίσεις που έχουν καταγραφεί γύρω από την αποϊδρυματισμό είναι δύο. Η πρώτη σχετίζεται με την ιδεολογία του παραδοσιακού ιατροκεντρισμού που ουσιαστικά διέπει τη σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου και η δεύτερη σχετίζεται με την ιδεολογία της χειραφέτησης. Αντίθετα στην ιδεολογία της χειραφέτησης τίθεται ξεκάθαρα η ανατροπή της παραδοσιακής και ψυχιατρικής λογικής, προάγοντας τη χειραφέτηση του ψυχιατρικού χώρου. Γι αυτό ακριβώς τον λόγο ως απαραίτητη ορίζεται η δημιουργία ενός διαφορετικού μοντέλου τύπου σχέσεων μεταξύ των θεραπευτών και των θεραπευόμενων, όπου θεραπευόμενοι και θεραπευτές λειτουργούν χωρίς διαχωριστικά όρια μεταξύ «τρέλας» και «υγείας», καθώς και οι δύο αυτές έννοιες είναι ρευστές και μεταβλητές (Μαδιανός, 1994).

Η Διαδικασία

Η αποϊδρυματοποίηση είναι διαδικασία κοινωνικής αλλαγής, από τον ένα προσανατολισμό της μέριμνας του ασθενούς στον άλλο, κυρίως από τη μέριμνα που βασίζεται σε ψυχιατρικά ιδρύματα στη μέριμνα εντός της κοινότητας. Σημαντικό είναι να παρατηρηθεί πέρα από τη μείωση των κλινών, η εγκατάσταση νέων υπηρεσιών, με όλες τις προδιαγραφές για να στελεχώσει τις «ανάγκες» των εξυπηρετούμενων (Mounir, Ekdawi και Alison, 1998)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΑ

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟΥ «Ίρις»:

«Το προστατευόμενο διαμέρισμα αποτελεί Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (άρθρο 9 του Ν.2716/99) και δημιουργήθηκε το Νοέμβριο του 2012 με σκοπό την παροχή υπηρεσιών εξατομικευμένης θεραπευτικής υποστήριξης σε τέσσερα άτομα που ήταν χρόνιοι ψυχικά ασθενείς οι οποίοι συμμετείχαν στο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του Οικοτροφείου Ίρις και ήταν το αποτέλεσμα της εξελικτικής τους πορείας.»

Στόχος της λειτουργίας αυτής της κοινοτικής δομής είναι η όσο το δυνατό μεγαλύτερη αυτονόμηση των ατόμων που διαβιούν σε αυτή. Επίσης εστιασμένη προσπάθεια γίνεται στην κατεύθυνση της κοινωνικής δικτύωσης, η σταθεροποίηση και η ανάδειξη των θετικών πλευρών της προσωπικότητάς τους. Έρχονται σε επαφή με την κοινότητα και διαβιούν όσο το δυνατόν πιο αυτόνομα. Παρέχεται εξειδικευμένη φροντίδα των ατόμων που φιλοξενεί οι οποίοι ήταν τρόφιμοι στο οικοτροφείο Ίρις Αχαΐας. Στόχος της λειτουργίας του είναι η μεγαλύτερη δυνατή αυτονομία των ανθρώπων που φιλοξενούνται σε αυτό, η κοινωνική τους αποκατάσταση και η ενσωμάτωσή τους στην κοινότητα αλλά και η πρόληψη καθώς και η αποκατάσταση των ανθρώπων που διαβιούν στην κοινότητα.

Κατά τη διαμονή τους στο προστατευόμενο διαμέρισμα οι ένοικοι κατέκτησαν την ικανότητα να διαβιούν αυτόνομα ή ημιαυτόνομα. Φροντίζουν τους προσωπικούς τους χώρους, προετοιμάζουν οι ίδιοι τα γεύματά τους, χρησιμοποιούν οικιακές συσκευές, οργανώνουν και πραγματοποιούν τις αγορές τους και συμμετέχουν ενεργά σε ενέργειες της κοινότητας, δημιουργούν γνωριμίες και διατηρούν και ενισχύουν τις οικογενειακές τους σχέσεις. (www.psychargos.gov.gr).

Σ.Ο.Ψ.Υ



Ο σύλλογος για την ψυχική υγεία – Σ.Ο.Ψ.Υ Πάτρας ιδρύθηκε το 2003 μετά από πρωτοβουλία ευαισθητοποιημένων πολιτών κυρίως ψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των οικογενειών τους.

Οι ομάδες που πραγματοποιούνται στο Σ.Ο.Ψ.Υ είναι οι εξής:

- ü Ομάδα λόγου
- ü Ομάδα φροντιστών
- ü Ομάδα αλληλοβοήθειας
- ü Ομάδα μαγειρικής
- ü Ομάδα φωτογραφίας
- ü Ομάδα κατασκευών
- ü Ομάδα ζωγραφικής
- ü Ομάδα λογοτεχνίας
- ü Ομάδα ιστορίας κ τέχνης
- ü Ομάδα γυμναστικής
- ü Ομάδα υπολογιστών
- ü Ομάδα έκφρασης
- ü Ομάδα θεάτρου
- ü Ομάδα μουσικής
- ü Ομάδα χορού

Το Σ.Ο.Ψ.Υ επίσης έχει σημαντική δράση στην κοινότητα. Εκδίδει το τριμηνιαίο περιοδικό με τίτλο «τα ΣΟΨΥχα μας», λειτουργεί ιστοσελίδα ώστε να είναι σε επικοινωνία με την κοινότητα, διεξάγει ημερίδες με στόχο την άρση των προκαταλήψεων, συμμετέχει με εισηγήσεις στα πανελλήνια επιστημονικά συνέδρια και έχει άρθρα στον ημερήσιο και τοπικό τύπο με παρεμβάσεις σε ζητήματα προάσπισης ατομικών δικαιωμάτων ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. (www.sopsipatron.gr)

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΩΝ: (Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε.)



«Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (πρώην Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών) είναι κοινωφελής οργανισμός ιδιωτικού δικαίου. Ιδρύθηκε το 1956 στην Αθήνα από το Βασιλικό Εθνικό Ίδρυμα ως Τομέας Ψυχικής Υγιεινής. Το 1964, βάση της υπ' αριθ. 20173/17.1.64 ιδρυτικής πράξεως, θεσμοθετήθηκε ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, με την ονομασία Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών. (www.ekepsy.gr). Σήμερα το Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε. επιχορηγείται και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο οριζόμενο από το Υπουργείο.»

Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών παρέχει πληθώρα υπηρεσιών που στόχο έχουν την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Υπάρχουν Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες - μονάδες εφήβων και εξυπηρετούν παιδιά από 2-16 και εφήβους από 13- 19 ετών. Χρησιμοποιούνται ειδικά διαπιστευμένα εργαλεία διάγνωσης ψυχιατρικής και ψυχολογικής αξιολόγησης αλλά και αξιολόγησης νοημοσύνης (R. Tenan Merrill, WISC – III), αλλά και αξιολόγηση μαθησιακών δεξιοτήτων (Αθηνά test) και αξιολόγηση προσωπικότητας (CAT, MMPI). Επίσης περιλαμβάνεται θεραπευτική παρέμβαση στις οποίες πραγματοποιείται συμβουλευτική και θεραπευτική παρακολούθηση του παιδιού, εφήβου και της οικογένειας σε βραχύ ή μακρόχρονα διαστήματα. Ατομικές και ομαδικές θεραπείες και οικογενειακές θεραπείες.

Επίσης υπάρχουν συμβουλευτικά ψυχιατρικά τμήματα ενηλίκων (ΥΚΨΑ-ΣΨΤΕ) στα οποία πέρα από συμβουλευτική παρέχεται διαγνωστική και θεραπευτική παρέμβαση σε ενήλικους άνω των 19 ετών και οι οποίοι αντιμετωπίζουν ψυχολογικά ή ψυχιατρικά προβλήματα. Η συμβουλευτική που παρέχεται αφορά την οικογένεια και την κοινότητα. Για τις διαγνωστικές μεθόδους περιλαμβάνονται ψυχιατρική και ψυχολογική αξιολόγηση, αξιολόγηση νοημοσύνης (WAIS), αξιολόγηση προσωπικότητας (TAT, MMPI, Rorschach). Επίσης οι θεραπευτικές παρεμβάσεις εστιάζουν στην παρέμβαση στην κρίση, συμβουλευτική, ατομική ψυχοθεραπεία ψυχοδυναμικού τύπου και τέλος εκδίδονται ειδικές γνωματεύσεις ψυχικών παθήσεων και νοητικής υστέρησης απαιτούμενες από Δημόσιους Φορείς. Επίσης υπάρχουν μονάδες ειδικών θεραπειών όπως:

Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς: Είναι συμπεριφορικού τύπου προσέγγιση που απευθύνεται σε ενήλικα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα στα οποία πρέπει ή είναι δυνατό να εφαρμοστεί αυτή η προσέγγιση. Αφορά άτομα με κρίσεις πανικού, αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη κλπ.

Μονάδα Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών: Είναι ψυχοθεραπεία βραχείας διάρκειας και απευθύνεται σε πρόσωπα που χρήζουν ειδικής γνωσιακής ψυχοθεραπευτικής αντιμετώπισης.

Μονάδα Ψυχοθεραπείας Συστημικής Προσέγγισης: Το πρόβλημα που παρουσιάζεται απορρέει από δυσλειτουργικές σχέσεις στην κοινωνική ζωή του ατόμου και κακή αλληλεπίδραση του ίδιου με το περιβάλλον του. Αφορά ενήλικες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες με την οικογένεια, τις σχέσεις, τον εαυτό τους κλπ.

Μονάδες Ημερησίας Περιθάλψης (ΜΗΠ): Αφορά άτομα με ψυχιατρικές νόσους (κυρίως ψυχώσεις) στις οποίες παρακολουθούνται συστηματικά. Στόχος της λειτουργίας αυτών των μονάδων είναι η κινητοποίηση των μελών και η κοινωνική τους ένταξη. (www.ekepsy.gr)

Επίσης παρέχονται υπηρεσίες επαγγελματικής αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Α) οι οποίες αφορούν άτομα με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές ηλικίας από 16 – 40 ετών και εστιάζουν στην κοινωνική επανένταξη και την επαγγελματική αποκατάσταση. Τα εργαστήρια που λειτουργούν είναι το κοινωνικών δεξιοτήτων (στόχος κοινωνική επανένταξη), εργασιών γραφείου (στόχος η επαγγελματική αποκατάσταση ως βοηθοί γραμματέων), κηροπλαστικής και ειδών λαϊκής τέχνης (στόχος επαγγελματική αποκατάσταση). Επίσης στο παράρτημα της Πάτρας λειτουργεί η Κοινωνική Επιχείρηση «Φλόγα Ελπίδας» ως Αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία με σκοπό την κατασκευή κεριών (εκκλησιαστικά και καλλιτεχνικά) για διάθεση προς πώληση. Στόχος είναι η δημιουργία θέσεων εργασίας για άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα και η κοινωνική τους επανένταξη. (www.ekepsy.gr)

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΤΡΑΣ



Στο κέντρο ψυχικής υγείας Πάτρας λειτουργούν τακτικό εξωτερικό ιατρείο στο οποίο παρακολουθούνται ασθενείς που η κατάστασή τους δεν απαιτεί νοσηλεία και έχουν βιβλιάριο υγείας. Επίσης λειτουργεί τμήμα συμβουλευτικών – υποστηρικτικών υπηρεσιών που αφορούν το άτομο ή την οικογένεια του ασθενούς μέσα από πρόγραμμα ατομικής ψυχοθεραπείας. Οι υπηρεσίες παρέχονται είτε από ψυχολόγο είτε από κοινωνικό λειτουργό. Ακόμη λειτουργεί νοσοκομείο ημέρας στο οποίο απευθύνονται άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα και ασχολούνται με δημιουργική απασχόληση καθημερινά και ταυτόχρονα παρακολουθούνται από το προσωπικό. Στόχοι του προγράμματος είναι η κοινωνικοποίηση των ατόμων, η απόκτηση ενδιαφερόντων, η δημιουργική ενασχόληση στον ελεύθερο χρόνο, ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου του ατόμου και της οικογένειάς του. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε άτομα από 16 έως 45 ετών και απαιτείται η επαφή και η συνεργασία του προσωπικού με την οικογένεια. Απευθύνεται σε ανθρώπους με ψυχολογικά προβλήματα, οι οποίοι για διάφορους λόγους, δεν μπορούν να αναζητήσουν ψυχιατρικές υπηρεσίες όταν τις χρειάζονται τόσο από φορείς του δημοσίου όσο και από φορείς του ιδιωτικού τομέα. Μια υπηρεσία που προσφέρεται ακόμα είναι η παρέμβαση στο σπίτι που πραγματοποιείται από διεπιστημονική ομάδα η οποία αποτελείται από ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, εργοθεραπευτή και νοσηλεύτη. Για να εφαρμοστεί το πρόγραμμα επίσκεψη στο σπίτι είναι απαραίτητη η συγκατάθεση του ασθενούς και του περιβάλλοντός του για την παρέμβαση. Η διάρκειά του είναι ωριαία και γίνονται περίπου 15 επισκέψεις ανάλογα με τις ανάγκες και τους προκαθορισμένους στόχους. Το κέντρο ψυχικής υγείας Πάτρας οργανώνει επίσης ενημερώσεις της κοινότητας με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού και των φορέων και να δημιουργείται πρόσφορο έδαφος όσο αφορά την πρόληψη, την κατανόηση και την αποφυγή των ρατσιστικών αντιλήψεων σε θέματα ψυχικής υγείας. Για την εφαρμογή αυτού του προγράμματος συνεργάζονται

38 επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, νοσηλεύτες) οι οποίοι σύστησαν 8 πολυεπιστημονικές ομάδες δράσης. (www.agandreashosp.gr)

Θεραπευτική ομάδα εξωτερικών ασθενών: Αφορά άτομα ηλικίας 18-40 ετών τα οποία αντιμετωπίζουν χρόνια ψυχολογικά προβλήματα και βρίσκονται στη φάση που δεν χρήζουν νοσηλείας. Οι ομάδες είναι κλειστές, αποτελούνται από 8-10 άτομα βασίζονται στο αναπτυξιακό – εξελικτικό μοντέλο και έχουν υπαρξιακό και υποστηρικτικό προσανατολισμό.

Ομάδα υποστήριξης γονέων:

Αφορά τις οικογένειες των οποίων κάποιο μέλος έχει χρόνια και σοβαρή ψυχική νόσο και στοχεύει στην υποστήριξη, την ενημέρωση και την εκπαίδευση. Οι ειδικότητες που αναλαμβάνουν τις ομάδες υποστήριξης είναι κοινωνικός λειτουργός, ψυχίατρος, ψυχολόγο, εργοθεραπευτή, νοσηλεύτη. (www.agandreashosp.gr)

3.2 ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (εκτός των ανωτέρω αναφερομένων)

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ - ΞΕΝΩΝΕΣ

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται στα Προστατευόμενα Διαμερίσματα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητας των ενοίκων, ώστε να λειτουργήσουν στην Κοινότητα με επιτυχία και τελικό στόχο: ☐ την πλήρη ανεξαρτητοποίηση από τις ψυχιατρικές δομές και ☐ την ελεύθερη διαβίωση τους ως χρήστες πλέον των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τα προγράμματα των Προστατευόμενων Διαμερισμάτων απευθύνονται Σε ενήλικα άτομα που εξαιτίας ψυχολογικών προβλημάτων ή ψυχικών διαταραχών έχουν ανάγκη θεραπείας, εποπτείας και υποστήριξης για να κατακτήσουν την αυτονομία στη ζωή. Σε κάθε Προστατευόμενο Διαμέρισμα το θεραπευτικό έργο γίνεται μέσα από οργανωμένες θεραπευτικές πράξεις και δραστηριότητες, οι οποίες καθορίζονται από τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες του ατόμου. Η λειτουργία του προγράμματος στηρίζεται στην υλοποίηση των στόχων που θέτει η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα, η οποία προέρχεται από το ήδη υπάρχον προσωπικό του Οικοτροφείου «Εστία» της ΗΠΙΟΝΗ Α.Μ.Κ.Ε. και στελεγχώνεται από: Ψυχολόγο, Κοινωνική

Λειτουργό, Εργοθεραπευτή, Νοσηλευτές/τριες, που καλύπτουν τουλάχιστον ένα οκτάωρο το 24ωρο, ανάλογα με τις ανάγκες των ενοίκων, και Υπάλληλο Γενικών Καθηκόντων Συντονιστή. Την ευθύνη συντονισμού και υλοποίησης του έργου της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας έχει ο Επιστημονικά Υπεύθυνος του προγράμματος. Η Ομάδα Διοίκησης που θα απαρτίζεται από τον Επιστημονικά Υπεύθυνο του Έργου, τον Διοικητικά Υπεύθυνο, την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα έχει επιτελικές αρμοδιότητες, δηλαδή έχει την ευθύνη του γενικού συντονισμού, παρακολούθησης, διοίκησης και αξιολόγησης του Έργου. Ειδικότερα, οι αρμοδιότητες της ομάδας περιλαμβάνουν: τη διεύθυνση, οργάνωση και εποπτεία - παρακολούθηση του Έργου, την παροχή των κατευθυντήριων γραμμών και της επιστημονικής μεθοδολογίας για την υλοποίηση των δραστηριοτήτων του Έργου, την εισήγηση προτάσεων στο Διοικητικό Συμβούλιο, τη γενικότερη παροχή τεχνογνωσίας και εμπειρίας στην υλοποίηση του Έργου, την διαχείριση της καθημερινότητας του Προστατευόμενου διαμερίσματος, την αξιολόγηση της πορείας του Έργου.

Το μοντέλο θεραπείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση των ενοίκων, περιλαμβάνει: Εξατομικευμένο Πρόγραμμα παρέμβασης για τον κάθε ένοικο. Οι υπηρεσίες που παρέχονται στη διαδικασία αυτή είναι:

- Προστατευμένη κατοικία
- Εκπαίδευση στην κατανόηση και διαχείριση της ασθένειας και των συμπτωμάτων της - Φαρμακευτική αγωγή
- Πρόληψη της εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών και υποτροπών
- Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία
- Ψυχολογική στήριξη στους ίδιους και στις οικογένειες τους
- Εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης & σε κοινωνικές δεξιότητες • Ενημέρωση και ενίσχυση στον επαγγελματικό τομέα
- Πληροφόρηση – Συμβουλευτική σε Προνοιακά θέματα, θέματα υγείας κ.α
- Κοινές έξοδοι - Εκδρομές
- Συμμετοχή σε Εκδηλώσεις στην Κοινότητα Μέσα για την επίτευξη των στόχων ορίζονται τα εξής: καθημερινή εποπτεία και στήριξη των ενοίκων από τους υπαλλήλους γενικών καθηκόντων και τους νοσηλευτές, ατομικές συνεδρίες, ομαδικές συνεδρίες, οικογενειακές συνεδρίες, ομάδες κοινωνικού ενδιαφέροντος, ομάδες επαγγελματικού προσανατολισμού (www.psychargos.gov.gr).

ΚΟΙΣΠΕ

Θεσμοθετήθηκαν με το Ν. 2716/99 του Υπ. Υγείας & Πρόνοιας.

Αποβλέπουν στην κοινωνική-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Είναι ΝΠΙΔ με περιορισμένη ευθύνη των μελών και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας, η ανάπτυξη και η εποπτεία των οποίων ανήκουν στον Υπουργό Υγείας και ασκούνται απ' τη Δ/ση Ψυχικής Υγείας.

Έχουν εμπορικό χαρακτήρα και μπορούν να αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα.

Μέλη τους μπορεί να γίνουν:

- Άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα σε ποσοστό τουλάχιστον 35%
- Επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε ποσοστό έως 45%
- Νομικά πρόσωπα Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου ή άλλα φυσικά πρόσωπα σε ποσοστό έως 20% (koiupe.gr)

ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΑΣ

Κέντρο Ημέρας για Ψυχικά Ασθενείς

Το Κέντρο Ημέρας αποτελεί μια μονάδα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης που παρέχει υπηρεσίες σε ενήλικες με σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα που διαβιών στην κοινότητα. Λειτουργεί στο πλαίσιο του 5^{ου} Τομέα Ψυχικής Υγείας, συνεργαζόμενο με το Δίκτυο όλων των φορέων που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και κοινωνικής προστασίας στην περιοχή. (www.epipsi.gr)

Η λειτουργία του Κέντρου Ημέρας στοχεύει:

- Στην πρόληψη υποτροπής
- Στην αποφυγή και μείωση του χρόνου κλειστής περίθαλψης ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές
- Στην ψυχοκοινωνική διερεύνηση των δυνατοτήτων και των αναγκών των ατόμων προκειμένου να καταστεί εξατομικευμένο αποκαταστασιακό πρόγραμμα για τον καθένα
- Στην ένταξη του ατόμου σε μια ποικιλία κοινωνικοθεραπευτικών δραστηριοτήτων, παράλληλα με την ψυχιατρική και ψυχολογική υποστήριξη τόσο ατομικά όσο ομαδικά και σε επίπεδο οικογένειας
- Στην ενημέρωση – ευαισθητοποίηση της κοινότητας με στόχο την άρση του κοινωνικού στίγματος(www.epipsi.gr)

Σε ποιους απευθύνεται:

Το Κέντρο Ημέρας παρέχει υπηρεσίες σε ενήλικα άτομα (18-45 ετών) με σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα και ψυχοκοινωνική έκπτωση. Επισημαίνεται ότι δεν παρέχονται υπηρεσίες σε ενήλικες που παρουσιάζουν: οξεία ψυχιατρική συμπτωματολογία, σε περίοδο κρίσεων, των οποίων η αντιμετώπιση απαιτεί ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, μέτρια ή σοβαρή νοητική ανεπάρκεια, βαριά αυτιστική συμπτωματολογία, των οποίων η αντιμετώπιση απαιτεί εξειδικευμένο πρόγραμμα σε ειδικά πλαίσια, προβλήματα εξάρτησης από τοξικές ουσίες που χρειάζονται εξειδικευμένα προγράμματα, παραβατική συμπεριφορά σε υψηλό βαθμό. (www.epipsi.gr)

Υπηρεσίες:

- Ψυχιατρική και Ψυχολογική εκτίμηση και παρακολούθηση
- Δραστηριότητες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης:

Ατομική και Ομαδική Ψυχοθεραπεία

Εργοθεραπεία

Γυμναστική

Εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων

Εικαστικά

- Υποστήριξη και Συμβουλευτική Οικογενειών
- Ευαισθητοποίηση της κοινότητας, εκτίμηση και εκπαίδευση πολιτών σε θέματα ψυχικής υγείας
- Κοινωνική λέσχη, ο ρόλος της οποίας είναι η κοινωνικοποίηση των ψυχικά πασχόντων που διαμένουν στην κοινότητα
- Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ «Ηλιοτρόπιο»), με στόχο την επαγγελματική αποκατάσταση των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- Σύλλογος Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΦΨΥ ΒΑ Αττικής), με στόχο τη δημιουργία σχέσεων αλληλοϋποστήριξης και αλληλοβοήθειας των μελών του, καθώς και την υποστήριξη και ενίσχυση των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους
- Σύσταση Δικτύου στα Βόρεια Προάστια, με σκοπό την εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας και τη συνεργασία των φορέων για αντίστοιχα θέματα
- Παρέμβαση στα σχολεία, που αποσκοπεί στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση μαθητών και καθηγητών για θέματα ψυχικής υγείας. (www.epipsi.gr)

Το προσωπικό του Κέντρου Ημέρας:

Το προσωπικό που στελεχώνει το Κέντρο Ημέρας αποτελείται από:

- Ψυχίατρο
- Ψυχολόγο
- Κοινωνικό λειτουργό
- Εργοθεραπευτή
- Νοσηλεύτη
- Διοικητικό υπάλληλο
- Βοηθητικό προσωπικό

Η ομάδα του προσωπικού στο πλαίσιο του έργου της και ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών συνεργάζεται με οργανισμούς και επαγγελματίες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, της κοινωνικής πρόνοιας και προστασίας, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, καθώς και με οργανισμούς απασχόλησης. (www.epipsi.gr)

ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΚΙΝΗΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 7 του Ν.2716/99 μπορεί να αποτελούν μονάδες νοσοκομείων, Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας, Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, Κέντρων Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων (παρ.1 άρθρο 5 Ν2716/99). Σύμφωνα με το άρθρο 11 του Ν.2716/99 η ίδρυση και λειτουργία των ΚΜΨΥ μπορεί να γίνει κι από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα. (kmpsyelladas.wordpress.com)

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη λειτουργία της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας είναι οι ακόλουθες:

- α. Η σύσταση της ΚΜΨΥ από τον Υπουργό Υγείας μετά από πρόταση της αντίστοιχης Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας (για τις ΚΜΨΥ που ορίζονται από αρ.7 Ν2716/99).
- β. Η σύσταση των θέσεων του προσωπικού.
- γ. Ο ορισμός του επιστημονικά υπευθύνου της ΚΜΨΥ.
- δ. Ο ορισμός της Πολυκλαδικής Ομάδας
- ε. Η κατάθεση ολοκληρωμένου προγράμματος παροχής υπηρεσιών της ΚΜΨΥ από τον φορέα στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και η έγκριση του από τον Υπουργό Υγείας.
- στ. Η εξασφάλιση του απαραίτητου εξοπλισμού για τη λειτουργία της ΚΜΨΥ.
- ζ. Η λειτουργική διασύνδεση με τις άλλες Μονάδες Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν στο πλαίσιο του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής Υγείας.

Επιπρόσθετα για τις ΚΜΨΥ των οποίων η ίδρυση και λειτουργία γίνεται από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα ισχύει και το σύνολο των προϋποθέσεων όπως αυτές ορίζονται στην αριθμ.Υ5β/οικ. 1962/2000 υπουργική απόφαση για «...τον καθορισμό των προϋποθέσεων, δικαιολογητικών, διαδικασίας και κάθε άλλης λεπτομέρειας για έγκριση σκοπιμότητας και χορήγηση άδειας ίδρυσης και άδειας λειτουργίας Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον ιδιωτικό κερδοσκοπικό και μη κερδοσκοπικό τομέα». (kmpsyelladas.wordpress.com)

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας αποτελεί μια μορφή οργάνωσης της ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας που έχει ως βασικό χαρακτηριστικό την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε διασύνδεση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, και σε δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο. Βασικό χαρακτηριστικό της Κινητής Μονάδας είναι η χρήση ελάχιστης ίδιας υποδομής και η μεγιστοποίηση της χρήσης υποδομής που ανήκει σε άλλες υπηρεσίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα και σύμφωνα με το Νόμο 2716/99, η ΚΜΨΥ παρέχει υπηρεσίες:

α) σε Τομείς Ψυχικής Υγείας που η γεωγραφική τους έκταση και διαμόρφωση, η οικιστική τους διασπορά καθώς και οι κοινωνικές, οικονομικές και οι πολιτισμικές συνθήκες σε συνδυασμό με τη φύση των ψυχικών διαταραχών δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων των περιοχών αυτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και

β) σε Τομείς Ψυχικής Υγείας όταν δεν υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας» (kmpsyelladas.wordpress.com)

ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ Η ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ΚΜΨΥ απευθύνεται κατ' αρχή σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες που είτε πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και/ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα, είτε ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για εκδήλωση ψυχικής νόσου. Απευθύνεται επίσης στον υγιή πληθυσμό εφαρμόζοντας προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης, στους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τους εκπαιδευτικούς, τις τοπικές αρχές και όλους εκείνους που είναι δυνητικοί συμμετοχοί στην εφαρμογή δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την καταπολέμηση του αποκλεισμού, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. (kmpsyelladas.wordpress.com)

ΤΟΜΕΑΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

Κάθε Κινητή Μονάδα καλύπτει συγκεκριμένο τομέα ευθύνης και σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Υ5β/οικ. 1662 «...σε τομείς Ψυχικής Υγείας που η γεωγραφική τους έκταση και διαμόρφωση, η οικιστική τους διασπορά καθώς και οι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων των περιοχών αυτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας». (kmpsyelladas.wordpress.com)

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 «ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ»

4.1 ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο γενικός στόχος της έρευνας ήταν η λειτουργία των ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας στο δήμο Πάτρας και η διεπαγγελματική συνεργασία μέσα σε αυτές.

4.2 ΕΙΔΟΣ – ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το είδος της έρευνας ήταν η ποιοτική μελέτη. Η ποιοτική μελέτη σύμφωνα με τον Creswell (1998) αποτελεί διαδικασία διερεύνησης και κατανόησης που στηρίζεται σε συγκεκριμένες μεθοδολογικές παραδόσεις στρατηγικής οι οποίες εξετάζουν ένα ατομικό ή κοινωνικό ζήτημα. Ο ερευνητής δημιουργεί μία σύνθετη εικόνα, αναλύει λέξεις, περιγράφει τις λεπτομερείς θέσεις των πηγών της πληροφορίας και πραγματοποιεί τη μελέτη στο φυσικό της χώρο. Το νόημα που περιέχεται, κατά τα λεγόμενά του, σε μία ποιοτική πληροφορία, τεκμηριώνεται κοινωνικά καθώς μεμονωμένα άτομα αλληλεπιδρούν με την πραγματικότητά τους η οποία δεν αποτελεί σταθερό φαινόμενο καθώς υπάρχουν πολλαπλές δομές και ερμηνείες γι' αυτήν οι οποίες αλλάζουν συνεχώς.

Η μέθοδος ήταν η μελέτη περίπτωσης.

Η επιλογή της μεθόδου έγινε γιατί η συγκεκριμένη μέθοδος όπως υποστηρίζεται και από τους Cohen και Manion έχει αρκετά πλεονεκτήματα όπως:

- συλλογή πλούσιων και γλαφυρών περιγραφών για γεγονότα που αφορούν την περίπτωση που μελετάται.
- ανάμιξη της περιγραφής των γεγονότων με την ανάλυση τους.
- επικέντρωση σε ατομικά δρώντα και προσπάθεια κατανόησης του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνονται τα γεγονότα.
- δίνεται έμφαση σε συγκεκριμένα γεγονότα σχετικά με την περίπτωση.
- άμεση εμπλοκή του ερευνητή με το υπό μελέτη γεγονός.
- μπορεί να οριστεί από ένα άτομο σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον σε μια δοθείσα χρονική στιγμή.
- Επιτρέπει γενικεύσεις σχετικά με μια περίπτωση. (Cohen, manion, 2010)

4.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τα ερευνητικά ερωτήματα με βάση τα οποία διεξήχθη η έρευνα αυτή ήταν :

1. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των ωφελουμένων των ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας;
2. Πως λειτουργούν οι ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας;
3. Ποιοί είναι οι τομείς εργασίας των επαγγελματιών που εργάζονται στις ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας;
4. Με ποιες ειδικότητες συνεργάζονται οι επαγγελματίες στις ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας και σε ποιους τομείς εργασίας πραγματοποιείται αυτή η συνεργασία;

4.4 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ

Ο πληθυσμός σύμφωνα με Cohen και Manion είναι το ευρύ σύνολο των υποκειμένων για το οποίο εξάγονται συμπεράσματα. (Cohen, manion, 2010)

Ο πληθυσμός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν οι επαγγελματίες που εργάζονται στις ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας στην Πάτρα

Σύμφωνα με Cohen και Manion οι ερευνητές πρέπει να μπορέσουν να αποσπάσουν πληροφορίες και δεδομένα από μια μικρότερη ομάδα ή από μια υποομάδα του συνολικού πληθυσμού κατά τρόπο ώστε η γνώση που αποκομίζεται να είναι αντιπροσωπευτική του συνολικού πληθυσμού που βρίσκεται υπό μελέτη σε μια έρευνα. Αυτή η συγκεκριμένη μικρότερη ομάδα ή υποομάδα αποτελεί το δείγμα. (Cohen, manion, 2010)

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελούταν από εικοσιτέσσερα (24) άτομα. Συγκεκριμένα ήταν έξι (6) άνδρες και δεκαοχτώ (18) γυναίκες.

4.4.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Αποτελούταν από εικοσιτέσσερα (24) άτομα και συγκεκριμένα από έξι (6) άνδρες και δεκαοχτώ (18) γυναίκες. Επτά (7) εργάζονται στο κέντρο ψυχικής υγιεινής, επτά (7) στο κέντρο ψυχικής υγείας, πέντε (5) στο Σ.Ο.Ψ.Υ και πέντε (5) στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ίρις». Από τους παραπάνω εννιά (9) ήταν κοινωνικοί λειτουργοί, πέντε (5) ψυχολόγοι, τρεις (3) νοσηλευτές, δύο (2) ψυχίατροι, δύο (2) εργοθεραπευτές, ένας (1) παιδοψυχίατρος, ένας (1) γενικών καθηκόντων και ένας (1) επισκέπτης υγείας.

4.4.2 ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την συλλογή του δείγματος ήταν η βολική δειγματοληψία.

Η βολική δειγματοληψία σύμφωνα με Cohen και Manion ή όπως μερικές φορές ονομάζεται συμπτωματική ή ευκαιριακή δειγματοληψία, περιλαμβάνει την επιλογή των ατόμων που βρίσκονται πιο κοντά στον ερευνητή και την μετέπειτα λειτουργία τους ως υποκειμένων που συμμετέχουν και βοηθούν στην συνέχεια της ερευνητικής διαδικασίας. Ο ερευνητής απλά διαλέγει το δείγμα από τα άτομα στα οποία έχει εύκολη πρόσβαση. (Cohen, manion, 2010)

Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου δειγματοληψίας έγινε γιατί ήταν το πλέον προσεγγίσιμο δείγμα στην ερευνητική ομάδα.

4.4.3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το εργαλείο της έρευνας ήταν η συνέντευξη (ημιδομημένη).

Σύμφωνα με Cohen και Manion η συνέντευξη χρησιμοποιείται στις ποιοτικές μελέτες ή επισκοπήσεις γιατί είναι ένα από τα βασικότερα εργαλεία της ποιοτικής μεθόδου. Πρόκειται για την αλληλεπίδραση, την επικοινωνία μεταξύ προσώπων, που καθοδηγείται από τον ερευνητή ή ερωτώντα με στόχο την απόσπαση πληροφοριών σχετιζόμενων με το αντικείμενο της έρευνας (Cohen και Manion, 1992: 307-308)

Για την διεξαγωγή της συνέντευξης διαμορφώθηκε ένα ερωτηματολόγιο με δεκαεπτά (17) ερωτήσεις όπου οι δεκαπέντε (15) ήταν κλειστού τύπου και οι δύο (2) ανοιχτού τύπου.

4.5 ΦΑΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα χωρίστηκε σε τρεις φάσεις.

Α φάση

Αποτελείται από την συγκεκριμενοποίηση του ερευνητικού στόχου, τη διαμόρφωση των ερευνητικών ερωτημάτων, τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, τον εντοπισμό του πληθυσμού, την αναζήτηση του δείγματος και τη διαμόρφωση του ερωτηματολογίου.

Β φάση

Σε αυτή τη φάση έγινε η διανομή των ερωτηματολογίων και η συλλογή ποιοτικών δεδομένων.

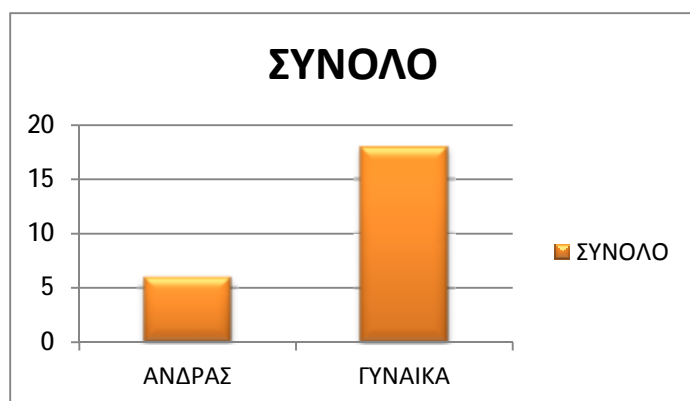
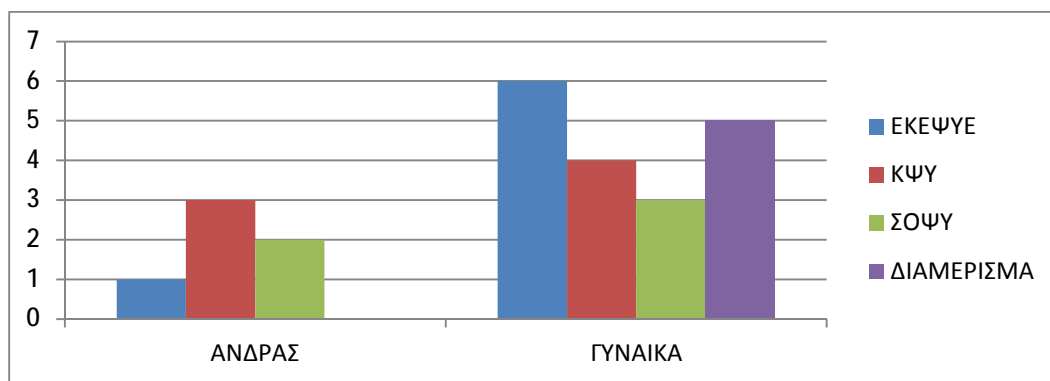
Γ φάση

Έχουμε την κωδικοποίηση – ανάλυση των ποιοτικών αποτελεσμάτων και την καταγραφή των συμπερασμάτων.

5. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Α) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

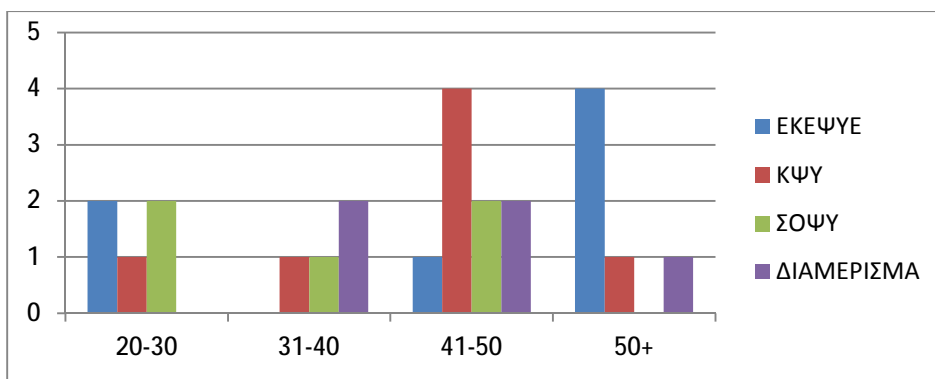
<u>1.ΦΥΛΟ</u>	<u>ΕΚΕΨΥΕ</u>	<u>ΚΨΥ</u>	<u>ΣΟΨΥ</u>	<u>ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ</u>	<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	<u>%</u>
ΑΝΔΡΑΣ	1	3	2	0	6	25%
ΓΥΝΑΙΚΑ	6	4	3	5	18	75%

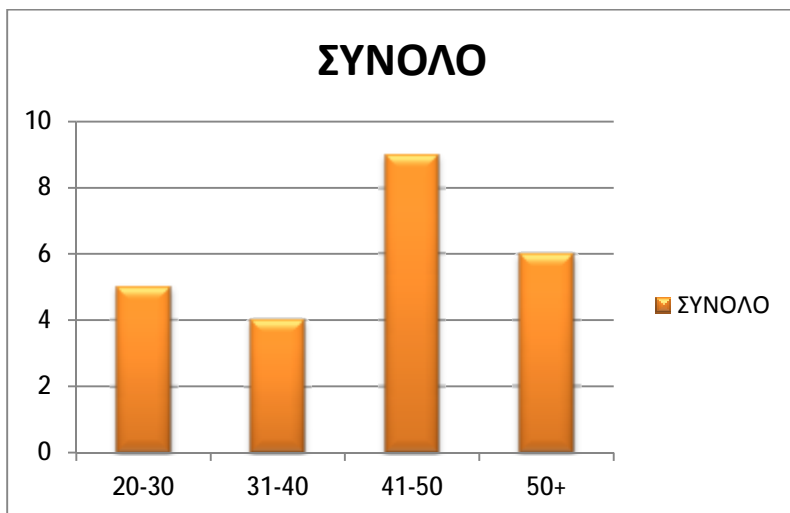


Στο σύνολο λάβαμε εικοσιτέσσερα (24) ερωτηματολόγια εκ των οποίων τα δεκαοκτώ (18) ήταν από γυναίκες επαγγελματίες και τα έξι (6) από άνδρες επαγγελματίες.

- i. Όπως φάνηκε από τα ερωτηματολόγια του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (ΕΚΕΨΥΕ), η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες (6) ενώ υπήρξε μόνο ένας άντρας (1).
- ii. Όσον αφορά το κέντρο ψυχικής υγείας, στην έρευνα συμμετείχαν τέσσερις (4) γυναίκες και τρεις άντρες (3).
- iii. Από τον Σύλλογο Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ) συμμετείχαν τρεις (3) γυναίκες ενώ οι άντρες συμμετέχοντες ήταν δύο (2).
- iv. Τέλος, από το προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ιρις», συμμετείχαν πέντε (5) γυναίκες στην έρευνα.

2. ΗΛΙΚΙΑ	20-30	31-40	41-50	50+
ΕΚΕΨΥΕ	2	0	1	4
ΚΨΥ	1	1	4	1
ΣΟΨΥ	2	1	2	0
ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	0	2	2	1
ΣΥΝΟΛΟ	5	4	9	6
%	20.8%	16.7%	37.5%	25%

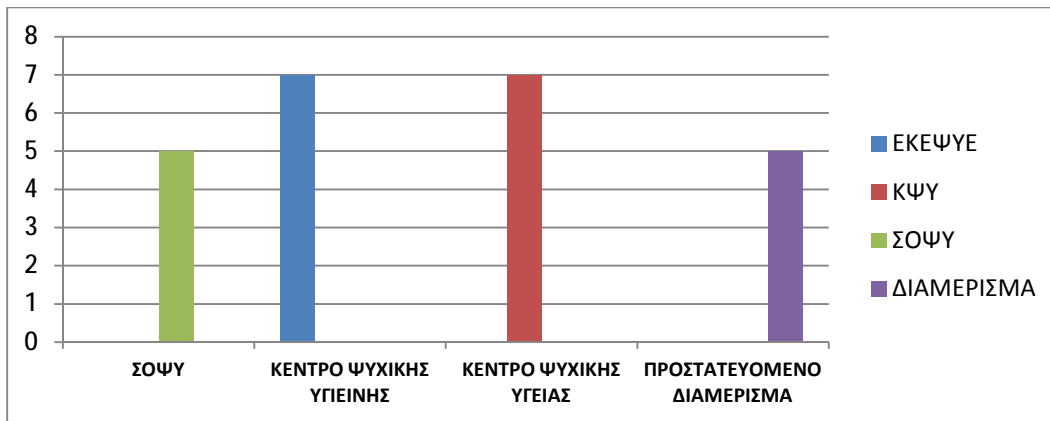




Στο σύνολο λάβαμε πέντε (5) ερωτηματολόγια από επαγγελματίες ηλικίας 20-30 ετών, τέσσερα (4) από επαγγελματίες ηλικίας 31-40 ετών, εννιά (9) από επαγγελματίες ηλικίας 41-50 ετών και έξι (6) από επαγγελματίες 50 ετών και άνω.

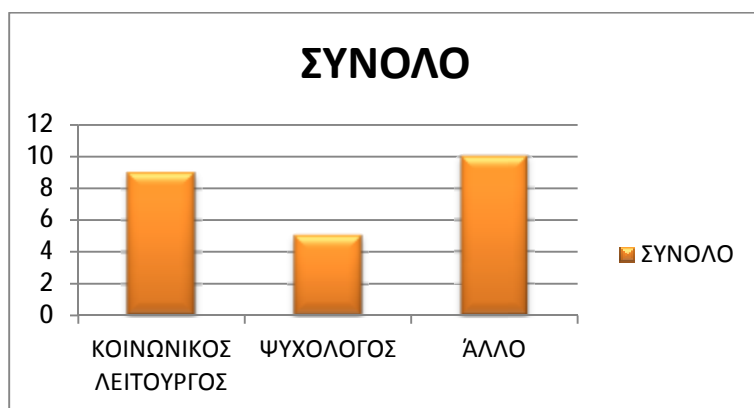
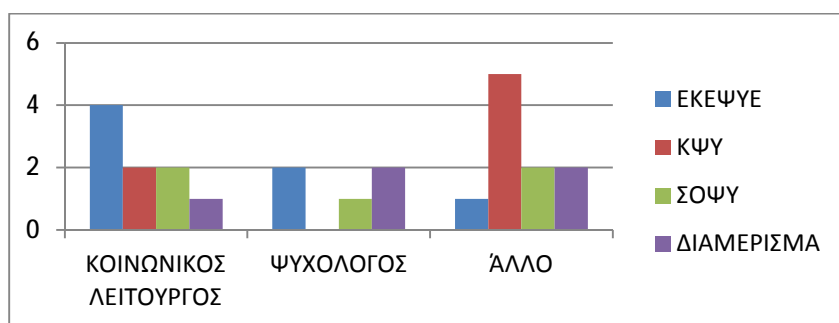
- i. Όσον αφορά την ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα από το ΕΚΕΨΥΕ, οι δύο (2) ήταν ηλικίας 20-30 ετών, ένας (1) ηλικίας 41-50 ετών και τέσσερις (4) ηλικίας 50 ετών και άνω.
- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας ένας (1) συμμετέχων ήταν ηλικίας 20-30 ετών, άλλος ένας (1) 31-40 ετών, τέσσερις (4) ήταν 41-50 ετών και ένας (1) 50 ετών και άνω.
- iii. Από το Σ.Ο.Ψ.Υ. συμμετείχαν δύο (2) άτομα ηλικίας 20-30 ετών, ένα (1) 31-40 ετών και δύο (2) 41-50 ετών.
- iv. Τέλος στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ίρις» συμμετείχαν δύο (2) επαγγελματίες ηλικίας 31-40 ετών, δύο (2) 41-50 ετών και ένας (1) ηλικίας 50 ετών και άνω.

3.ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΚΕΨΥΕ	ΚΨΥ	ΣΟΨΥ	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ
ΣΟΨΥ			5	
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	7			
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ		7		
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ				5



Στο σύνολο λάβαμε εικοσιτέσσερα (24) ερωτηματολόγια εκ των οποίων, επτά (7) ήταν από το ΕΚΕΨΥΕ, επτά (7) από το κέντρο ψυχικής υγείας, πέντε (5) από το Σ.Ο.Ψ.Υ. και πέντε (5) από το προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ιρις».

4.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΆΛΛΟ
ΕΚΕΨΥΕ	4	2	1
ΚΨΥ	2	0	5
ΣΟΨΥ	2	1	2
ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	1	2	2
ΣΥΝΟΛΟ	9	5	10
%	37.5%	20.8%	41.7%

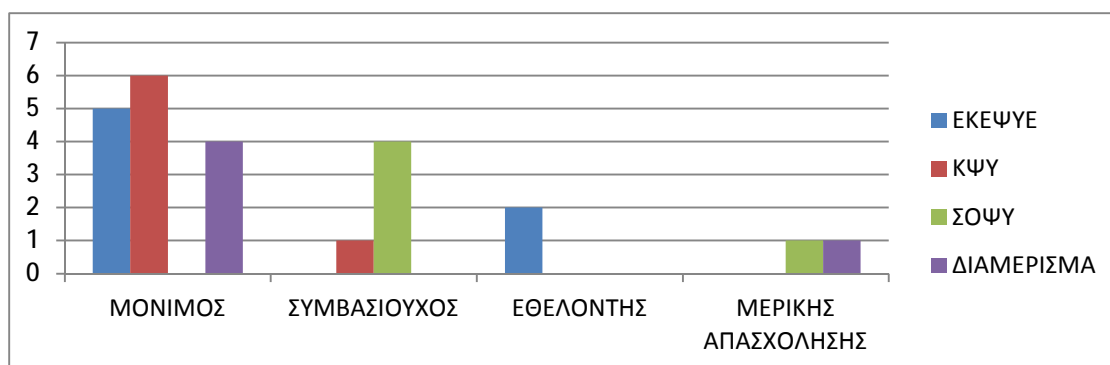


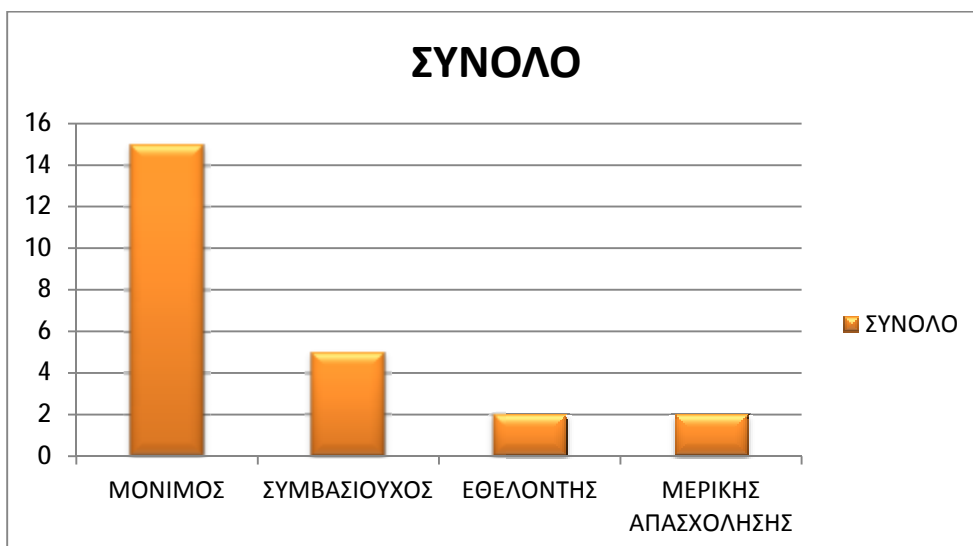
Στο σύνολο συμμετείχαν εννιά (9) κοινωνικοί λειτουργοί, πέντε (5) ψυχολόγοι και δέκα (10) με άλλη ειδικότητα (εργοθεραπευτές, νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας, ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι και γενικών καθηκόντων).

- i. Όσον αφορά το επάγγελμα των συμμετεχόντων από το ΕΚΕΨΥΕ, οι τέσσερις (4) ήταν κοινωνικοί λειτουργοί, δύο (2) ήταν ψυχολόγοι και ένας (1) είχε άλλη ειδικότητα (ψυχίατρος).

- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας οι δύο (2) επαγγελματίες ήταν κοινωνικοί λειτουργοί, ενώ πέντε (5) είχαν άλλη ειδικότητα (δύο εργοθεραπευτές, δύο νοσηλευτές και ένας επισκέπτης υγείας).
- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ. ερωτήθηκαν δύο (2) κοινωνικοί λειτουργοί, ένας (1) ψυχολόγος και δύο (2) με άλλη ειδικότητα (ένας ψυχίατρος και ένας παιδοψυχίατρος).
- iv. Από το προστατευόμενο διαμέρισμα «Ίρις» συμμετείχαν ένας (1) κοινωνικός λειτουργός, δύο (2) ψυχολόγοι και δύο (2) με άλλη ειδικότητα (ένας νοσηλευτής και ένας γενικών καθηκόντων.).

5. ΕΙΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΕΚΕΨΥΕ	ΚΨΥ	ΣΟΨΥ	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΜΟΝΙΜΟΣ	5	6	0	4	15	62.6%
ΣΥΜΒΑΣΙΟΥΧΟΣ	0	1	4	0	5	20.8%
ΕΘΕΛΟΝΤΗΣ	2	0	0	0	2	8.3%
ΜΕΡΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	0	0	1	1	2	8.3%





Στο σύνολο από τους συμμετέχοντες οι δεκαπέντε (15) είναι μόνιμοι στις υπηρεσίες τους, πέντε (5) είναι συμβασιούχοι, δύο (2) είναι εθελοντές και δύο (2) μερικής απασχόλησης.

- i. Όσον αφορά το είδος απασχόλησης στο ΕΚΕΨΥΕ, πέντε (5) από τους συμμετέχοντες είναι μόνιμοι στην υπηρεσία, ενώ δύο (2) είναι εθελοντές.
- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας έξι (6) από τους συμμετέχοντες είναι μόνιμοι στην υπηρεσία, και ένας (1) συμβασιούχος.
- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ. τέσσερις (4) συμμετέχοντες είναι συμβασιούχοι και ένας (1) μερικής απασχόλησης.
- iv. Στο προστατευόμενο διαμέρισμα «Ίρις», τέσσερις (4) από τους συμμετέχοντες είναι μόνιμοι και ένας (1) μερικής απασχόλησης.

Β) ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

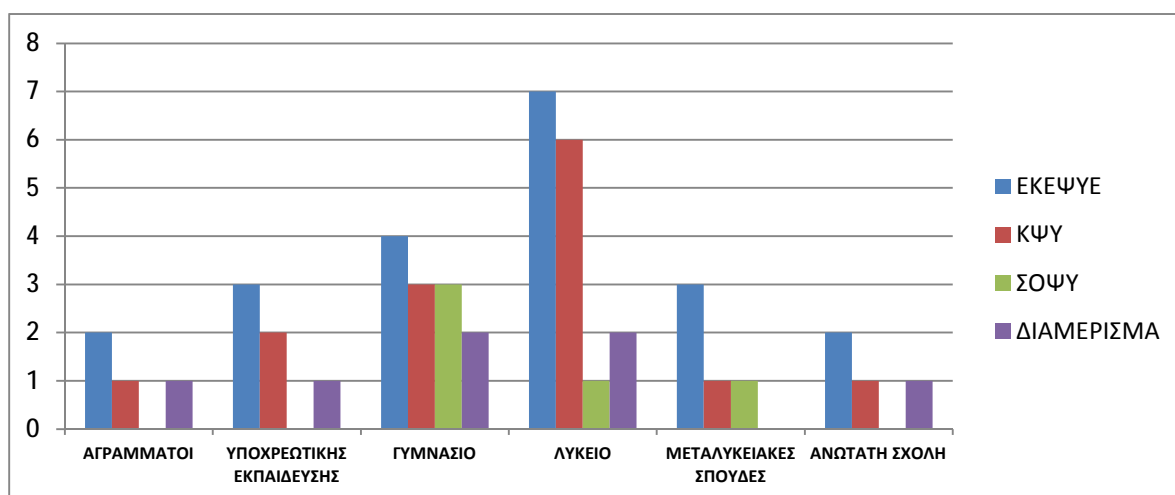
6. ΤΙ ΗΛΙΚΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ;

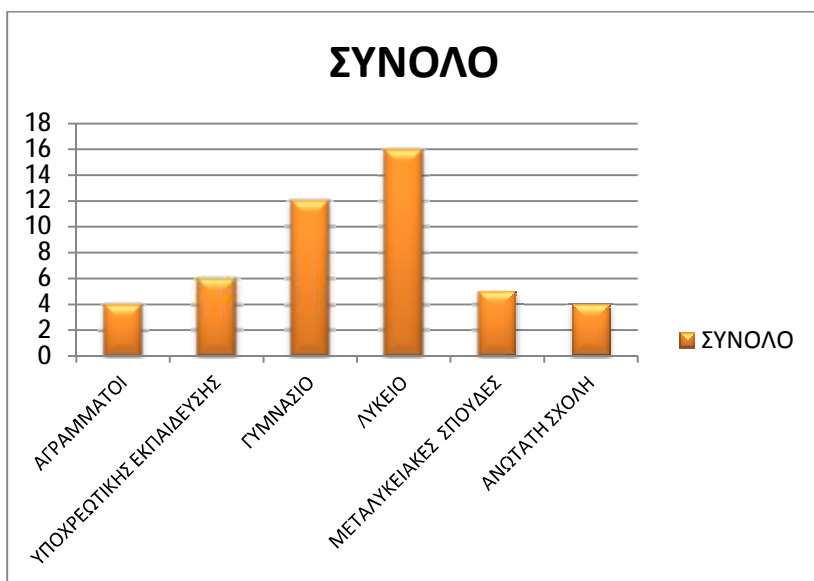
- i. Όσον αφορά την ηλικία των ωφελουμένων στο ΕΚΕΨΥΕ δύο (2) συμμετέχοντες απάντησαν ότι κυμαίνεται από 18 έως 75 και άνω ετών, δύο (2) ανέφεραν ότι είναι από 18 και άνω ετών, άλλοι δύο (2) συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η ηλικία των ωφελουμένων κυμαίνεται από 16 έως 42 ετών και ένας (1) 16-40.
- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας η ηλικία των ωφελουμένων σύμφωνα με δύο (2) συμμετέχοντες κυμαίνεται από 17 και άνω, σύμφωνα με άλλους δύο (2) από 18 και άνω, ένας (1) δήλωσε ότι

κυμαίνεται από 18 έως 50 και άλλος ένας από 18 έως 65. Τέλος ένα (1) άτομο δεν συμπλήρωσε αυτή την ερώτηση.

- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ. οι ηλικίες των ωφελουμένων σύμφωνα με τρεις (3) συμμετέχοντες κυμαίνεται από 12 έως 65 ετών, ενώ σύμφωνα με δύο συμμετέχοντες κυμαίνεται από 12 έως 65.
- iv. Στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ιρις», η ηλικία των ωφελουμένων σύμφωνα με δύο (2) συμμετέχοντες κυμαίνεται από 40 έως 77 ετών, σύμφωνα με έναν (1) από 40 έως 79 ετών και ένας (1) δήλωσε ότι η ηλικία των ωφελούμενων κυμαίνεται από 45 έως 77 ετών. Ένας (1) συμμετέχων δεν συμπλήρωσε αυτή την ερώτηση.

7. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ	ΕΚΕΨΥΕ	ΚΨΥ	ΣΟΨΥ	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΙ	2	1	0	1	4	16.7%
ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	3	2	0	1	6	25%
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	4	3	3	2	12	50%
ΛΥΚΕΙΟ	7	6	1	2	16	66.7%
ΜΕΤΑΛΥΚΕΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ	3	1	1	0	5	20.8%
ΑΝΩΤΑΤΗ ΣΧΟΛΗ	2	1	0	1	4	16.7%



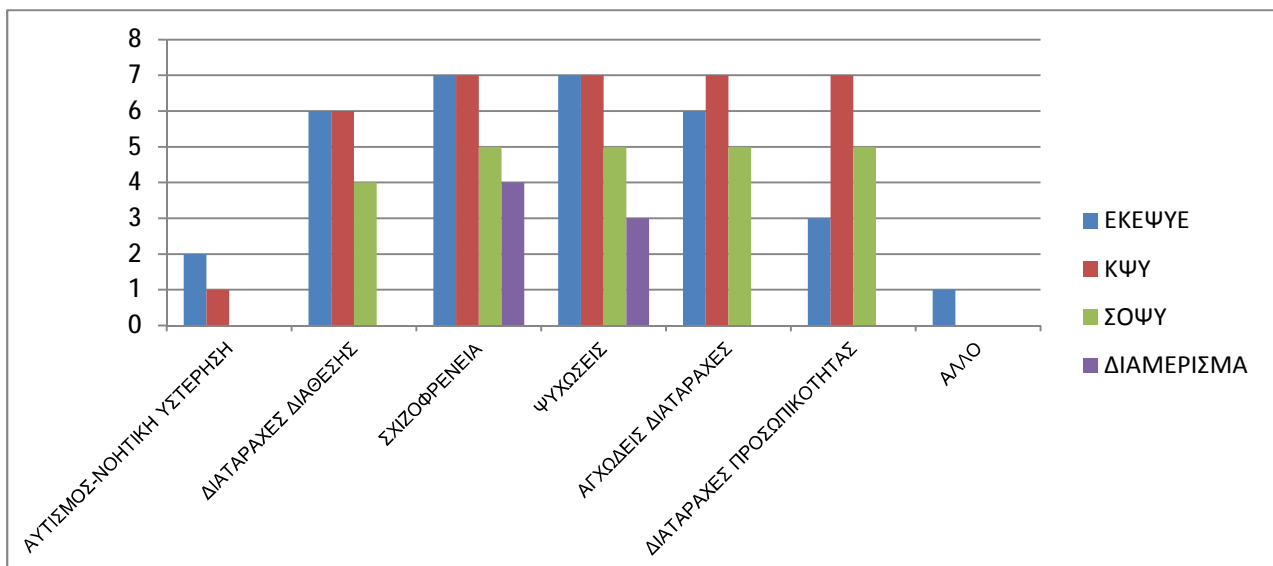


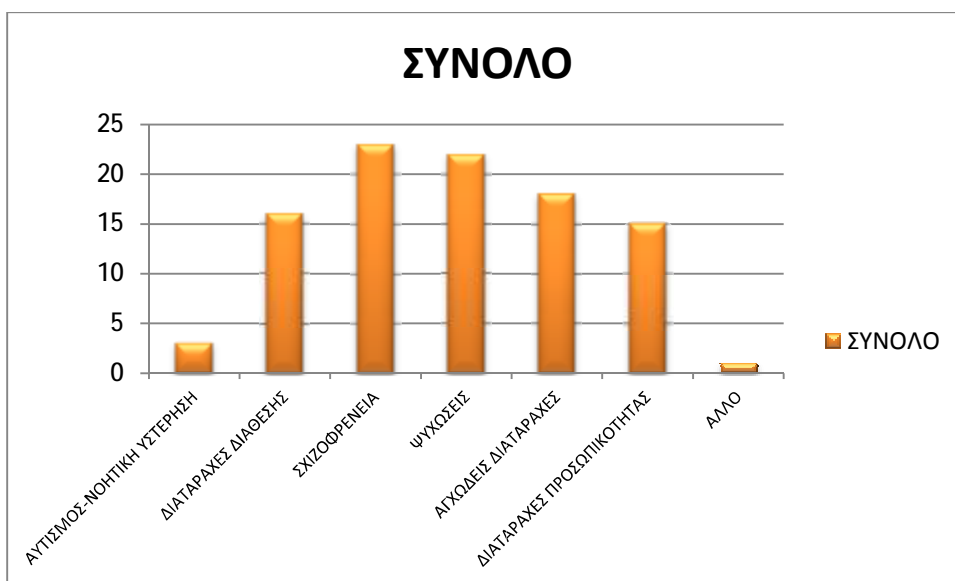
Από το σύνολο των απαντήσεων φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι απάντησαν ότι το μορφωτικό επίπεδο των ωφελούμενων των ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας Πάτρας, είναι λυκείου (16/24). Το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι το μορφωτικό επίπεδο των ωφελουμένων είναι γυμνασίου(12/24). Στη συνέχεια έξι από τους εικοσιτέσσερις (6/24) απάντησαν ότι το μορφωτικό επίπεδο των ωφελουμένων είναι η υποχρεωτική εκπαίδευση, ενώ πέντε στους εικοσιτέσσερις (5/24) έδωσαν ως απάντηση τις μεταλυκειακές σπουδές. Τέλος τέσσερις από τους εικοσιτέσσερις (4/24) επέλεξαν την απάντηση αγράμματοι και άλλοι τέσσερις (4) την απάντηση ανώτατη σχολή.

- i. Ειδικότερα από το ΕΚΕΨΥΕ η πλειοψηφία των ερωτώμενων (7) απάντησε ότι το μορφωτικό επίπεδο των ωφελουμένων της υπηρεσίας είναι λυκείου και στη συνέχεια έρχεται η απάντηση γυμνασίου (5 απαντήσεις). Τρεις (3) από τους ερωτώμενους απάντησαν ότι το μορφωτικό επίπεδο είναι υποχρεωτικής εκπαίδευσης και άλλοι τρεις (3) επέλεξαν τις μεταλυκειακές σπουδές. Τέλος δύο (2) έδωσαν την απάντηση «αγράμματοι» και άλλοι δύο (2) επέλεξαν την ανώτατη σχολή.
- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας η πλειοψηφία των ερωτώμενων (6) απάντησε ότι το μορφωτικό επίπεδο των ωφελουμένων της υπηρεσίας είναι λυκείου, ενώ στην συνέχεια έρχεται η απάντηση του γυμνασίου (3 απαντήσεις). Δύο (2) από τους ερωτώμενους απάντησαν ότι το μορφωτικό επίπεδο είναι υποχρεωτικής εκπαίδευσης ενώ από μία απάντηση (1) είχαν οι επιλογές «αγράμματοι», «μεταλυκειακές σπουδές» και «ανώτατη σχολή».

- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ. η πλειοψηφία (3) απάντησε ότι το μορφωτικό επίπεδο των ωφελουμένων της υπηρεσίας είναι γυμνασίου, ενώ από μία (1) απάντηση είχαν οι επιλογές «λύκειο», «μεταλυκειακές σπουδές».
- iv. Στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ίρις», από δύο (2) απαντήσεις είχαν οι επιλογές «γυμνάσιο» και «λύκειο» ενώ από μία (1) απάντηση είχαν οι επιλογές «αγράμματοι», «υποχρεωτική εκπαίδευση » και «ανώτατη σχολή».

8.ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ	ΕΚΕΨΥΕ	ΚΨΥ	ΣΟΨΥ	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΑΥΤΙΣΜΟΣ- ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ	2	1	0	0	3	12.5%
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	6	6	4	0	16	66.7%
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	7	7	5	4	23	95.8%
ΨΥΧΩΣΕΙΣ	7	7	5	3	22	91.7%
ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	6	7	5	0	18	75%
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	3	7	5	0	15	62.5%
ΑΛΛΟ	1	0	0	0	1	4.2%



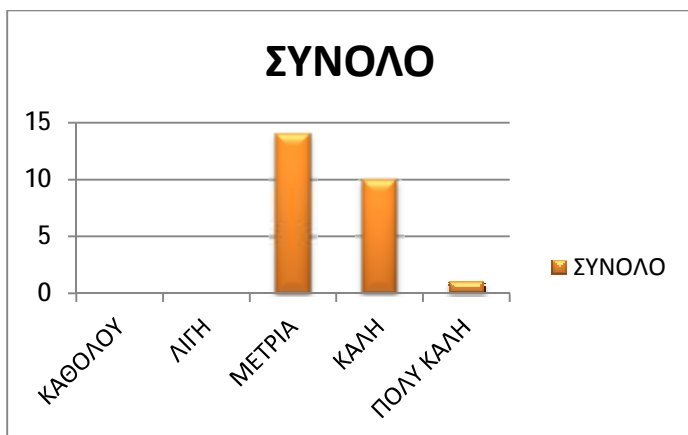
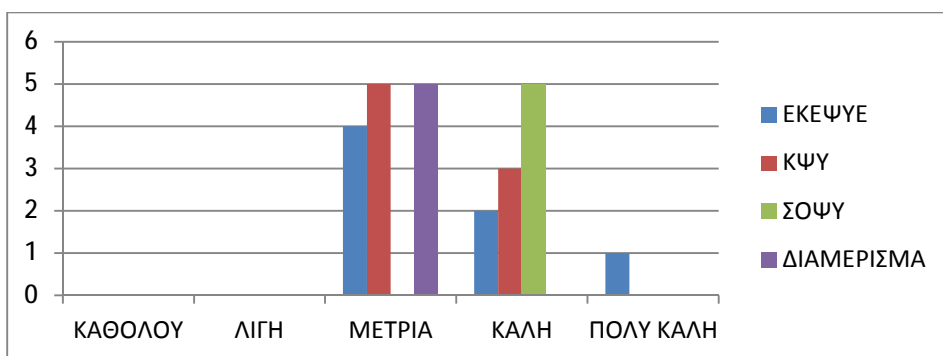


Από το σύνολο των απαντήσεων φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι απάντησαν ότι η διάγνωση που συναντάται συχνότερα στις ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας είναι η σχιζοφρένεια (23/24). Η ακόλουθη διάγνωση είναι αυτή των ψυχώσεων (22/24). Στη Τρίτη θέση έρχεται η επιλογή των αγχωδών διαταραχών (18/24). Αμέσως μετά βρίσκονται οι διαταραχές διάθεσης (16/24) και οι διαταραχές προσωπικότητας (15/24). Επόμενη διάγνωση είναι αυτή του αυτισμού (3/24) και τελευταία είναι αυτή της άλλης επιλογής («οικογενειακή κατάσταση» όπως δηλώθηκε) (1/24).

- i. Ειδικότερα στο ΕΚΕΨΥΕ, όλοι οι ερωτώμενοι (7) απάντησαν ότι στην υπηρεσία υπάρχουν ωφελούμενοι με διάγνωση σχιζοφρένειας και ψυχώσεων (7). Στη συνέχεια έξι (6) απάντησαν ότι υπάρχουν ωφελούμενοι με διαταραχές διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές (6). Επίσης όπως φαίνεται από τρεις (3) ερωτώμενους, υπάρχουν ωφελούμενοι με διαταραχές προσωπικότητας και από δύο (2) ερωτώμενους επιλέχθηκε η διάγνωση του αυτισμού. Τέλος στην υπηρεσία επιλέχθηκε μια (1) φορά και η επιλογή «άλλο» με συμπλήρωση της διάγνωσης «οικογενειακή κατάσταση».
- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας, όλοι οι ερωτώμενοι (7) απάντησαν ότι στην υπηρεσία υπάρχουν ωφελούμενοι με διάγνωση σχιζοφρένειας, ψυχώσεων (7), αγχωδών διαταραχών (7) και διαταραχών προσωπικότητας (7). Επίσης όπως φαίνεται από έξι (6) ερωτώμενους, υπάρχουν ωφελούμενοι με διαταραχές διάθεσης και ένας (1) από τους ερωτώμενους επέλεξε την διάγνωση «αυτισμός».

- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ. όλοι οι ερωτώμενοι (5) απάντησαν ότι στην υπηρεσία υπάρχουν ωφελούμενοι με διάγνωση σχιζοφρένειας, ψυχώσεων (5), αγχωδών διαταραχών (5) και διαταραχών προσωπικότητας (5). Τέλος, τέσσερις (4) από τους ερωτώμενους επέλεξαν την διάγνωση των διαταραχών διάθεσης.
- iv. Στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ιρις», τέσσερις (4) από τους ερωτώμενους απάντησαν ότι στην υπηρεσία υπάρχουν ωφελούμενοι με διάγνωση σχιζοφρένειας, επίσης τρεις (3) απάντησαν πως συναντούν τη διάγνωση των ψυχώσεων.

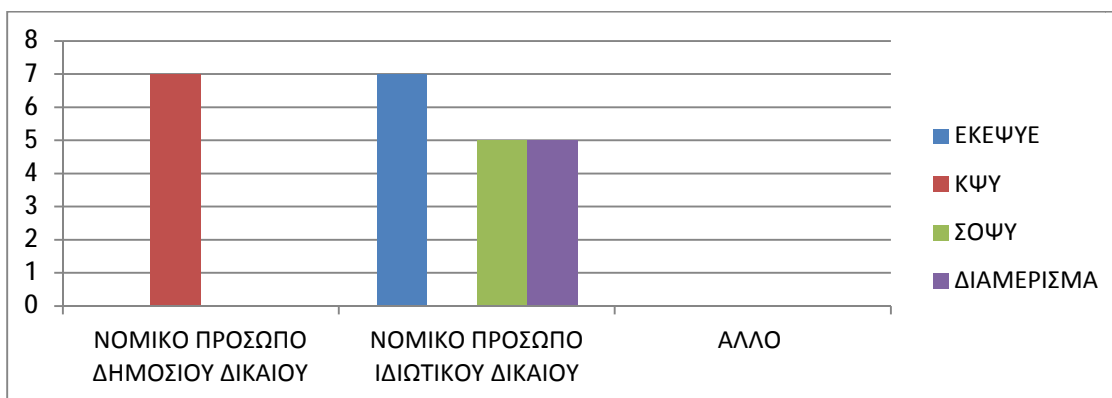
9.ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ	ΕΚΕΨΥΕ	ΚΨΥ	ΣΟΨΥ	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0	0	0	0
ΛΙΓΗ	0	0	0	0	0
ΜΕΤΡΙΑ	4	5	0	5	14
ΚΑΛΗ	2	3	5	0	10
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	1	0	0	0	1



Συνολικά σχετικά με την λειτουργικότητα των ωφελουμένων στις ανοικτές δομές ψυχικής υγείας απαντήθηκε από δεκατέσσερις (14) ερωτώμενους ότι είναι μέτρια. Στη συνέχεια δέκα (10) απάντησαν ότι είναι καλή. Τέλος ένας (1) ερωτώμενος έδωσε την απάντηση «πολύ καλή».

- i. Ειδικότερα στο ΕΚΕΨΥΕ , τέσσερις (4) από τους ερωτώμενους απάντησαν ότι η λειτουργικότητα των ωφελουμένων είναι μέτρια. Επίσης δύο (2) απάντησαν ότι είναι καλή και ένας (1) ότι είναι πολύ καλή.
- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας πέντε (5) από τους ερωτώμενους απάντησαν ότι η λειτουργικότητα των ωφελουμένων είναι μέτρια ενώ τρεις (3) απάντησαν ότι είναι καλή.
- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ. όλοι οι ερωτώμενοι (5) απάντησαν ότι η λειτουργικότητα των ωφελουμένων είναι καλή.
- iv. Στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «ίρις», όλοι οι ερωτώμενοι (5) επέλεξαν την απάντηση «μέτρια» στην ερώτηση για την λειτουργικότητα των ωφελουμένων.

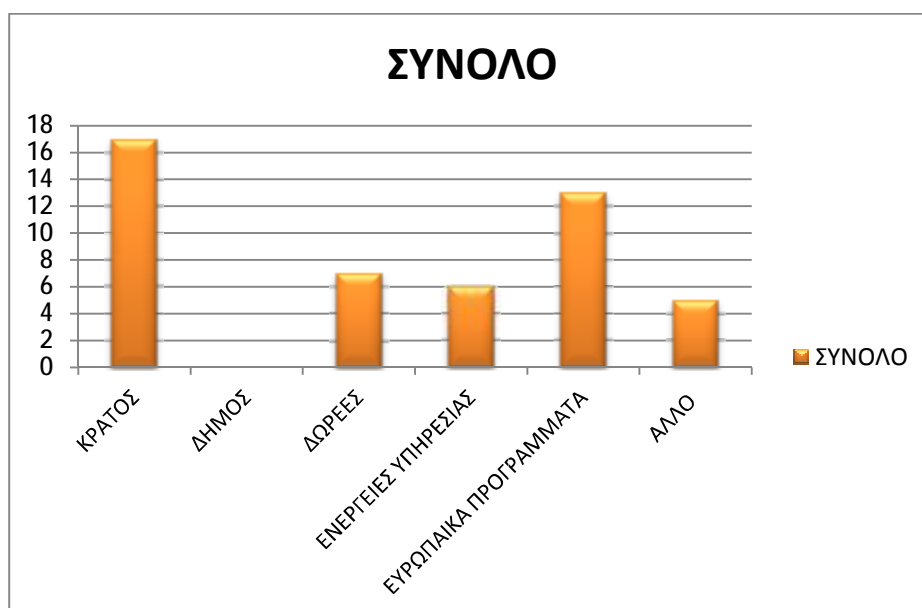
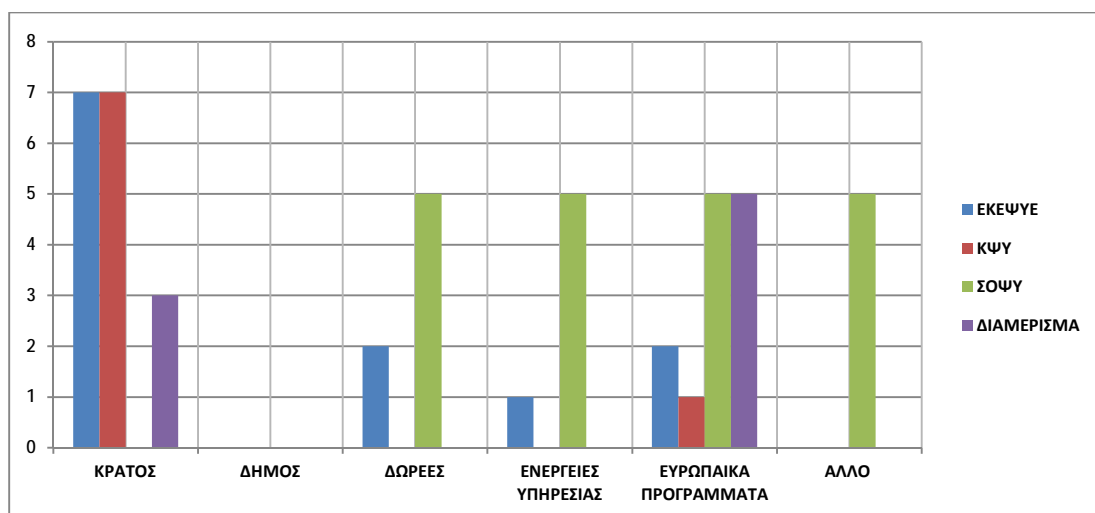
10. ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	ΕΚΕΨΥΕ	ΚΨΥ	ΣΟΨΥ	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ	0	7	0	0	7	29.2%
ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ	7	0	5	5	17	70.8%
ΑΛΛΟ	0	0	0	0	0	0%



Όσον αφορά το νομικό πλαίσιο των ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τους ερωτώμενους τρεις (3) από αυτές είναι ιδιωτικού δικαίου ενώ μία (1) είναι δημοσίου δικαίου.

- i. Κέντρο ψυχικής υγιεινής : νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου (7/7)
- ii. Κέντρο ψυχικής υγείας : νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (7/7)
- iii. Σ.Ο.Ψ.Υ.: νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου (5/5)
- iv. Προστατευόμενο διαμέρισμα «Ίρις» : νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου (5/5).

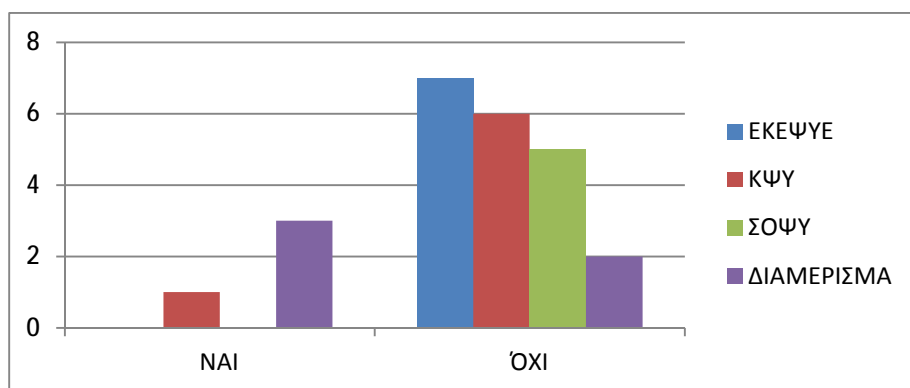
11.ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	ΕΚΕΨΥΕ	ΚΨΥ	ΣΟΨΥ	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΚΡΑΤΟΣ	7	7	0	3	17	70.8%
ΔΗΜΟΣ	0	0	0	0	0	0%
ΔΩΡΕΕΣ	2	0	5	0	7	29.2%
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	1	0	5	0	6	25%
ΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ	2	1	5	5	13	54.2%
ΆΛΛΟ	0	0	5	0	5	20.8%

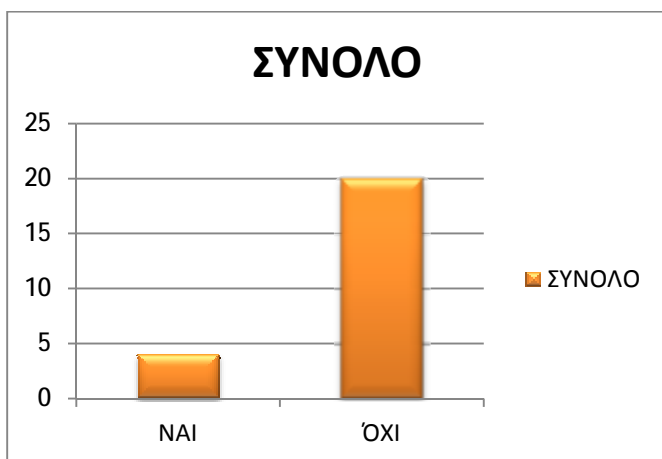


Από το σύνολο των ερωτηματολογίων φάνηκε ότι η κύρια πηγή χρηματοδότησης των περισσότερων ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας είναι το κράτος (17/24). Στη συνέχεια είναι τα ευρωπαϊκά προγράμματα (13/24) και οι δωρεές (7/24). Επίσης έξι (6) ερωτώμενοι απάντησαν ότι χρηματοδοτούνται και από ενέργειες της υπηρεσίας. Τέλος πέντε (5) από τους ερωτώμενους επέλεξαν την απάντηση «άλλο» συμπληρώνοντας τη πηγή χρηματοδότησης τις συνδρομές των μελών της υπηρεσίας τους.

- i. Ειδικότερα στο ΕΚΕΨΥΕ, όλοι οι ερωτώμενοι (7) επέλεξαν το κράτος ως πηγή χρηματοδότησης για την υπηρεσία, ενώ δύο (2) επέλεξαν και τις δωρεές και τα ευρωπαϊκά προγράμματα(2) και ένας (1) τις ενέργειες της υπηρεσίας.
- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας όλοι οι ερωτώμενοι (7) επέλεξαν το κράτος ως βασική πηγή χρηματοδότησης της υπηρεσίας και ένας (1) απάντησε και τα ευρωπαϊκά προγράμματα.
- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ όλοι οι ερωτώμενοι (5) επέλεξαν τις απαντήσεις «δωρεές», «ενέργειες υπηρεσίας» (5), «ευρωπαϊκά προγράμματα» (5) και «άλλο» (5) («συνδρομές μελών»).
- iv. Στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «ίρις», όλοι οι ερωτώμενοι (5) απάντησαν ότι η υπηρεσία χρηματοδοτείται από ευρωπαϊκά προγράμματα, και τρεις (3) από αυτούς επέλεξαν και την απάντηση «κράτος».

12. ΕΙΝΑΙ ΕΠΑΡΚΗΣ Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ;	ΕΚΕΨΥΕ	ΚΨΥ	ΣΟΨΥ	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΝΑΙ	0	1	0	3	4	16.7%
ΌΧΙ	7	6	5	2	20	83.3%

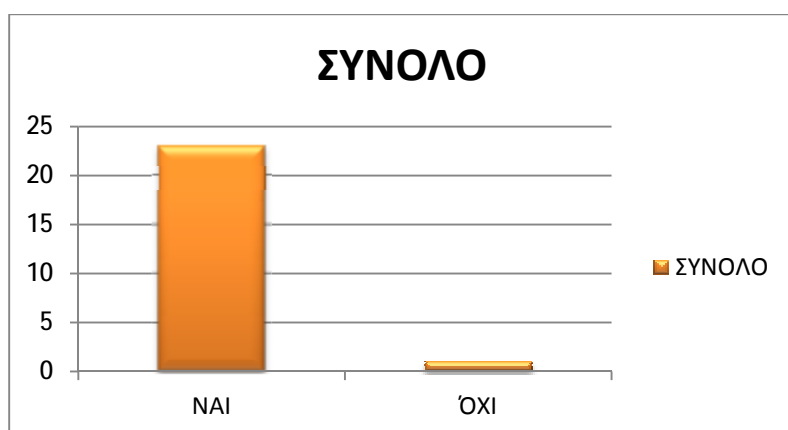
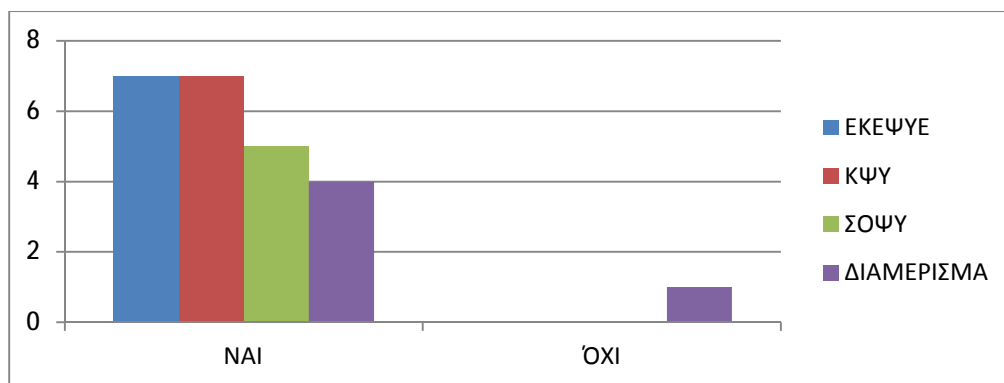




Από το σύνολο των ερωτηματολογίων, οι είκοσι (20) από τους ερωτώμενους απάντησαν ότι δεν είναι επαρκής η χρηματοδότηση που λαμβάνουν οι υπηρεσίες. Τέσσερις (4) από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι η χρηματοδότηση που λαμβάνει η υπηρεσία τους είναι επαρκής.

- i. Ειδικότερα στο ΕΚΕΨΥΕ όλοι οι ερωτώμενοι (7), απάντησαν ότι δεν είναι επαρκής η χρηματοδότηση που λαμβάνει η υπηρεσία τους.
- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας έξι (6) από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι δεν επαρκεί η χρηματοδότηση που λαμβάνει η υπηρεσία , ενώ ένας (1) από τους ερωτώμενους θεωρεί την χρηματοδότηση επαρκή για την υπηρεσία.
- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ. όλοι οι ερωτώμενοι (5), ανέφεραν ότι δεν είναι επαρκής η χρηματοδότηση που λαμβάνει η υπηρεσία τους.
- iv. Στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ίρις», τρεις (3) από τους ερωτώμενους ανέφεραν ότι είναι επαρκής η χρηματοδότηση που λαμβάνει η υπηρεσία, ενώ δύο (2) δήλωσαν ότι δεν είναι επαρκής η χρηματοδότηση που λαμβάνει η υπηρεσία.

13.ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ;	ΕΚΕΨΥΕ	ΚΨΥ	ΣΟΨΥ	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΝΑΙ	7	7	5	4	23	95.8%
ΌΧΙ	0	0	0	1	1	4.2%

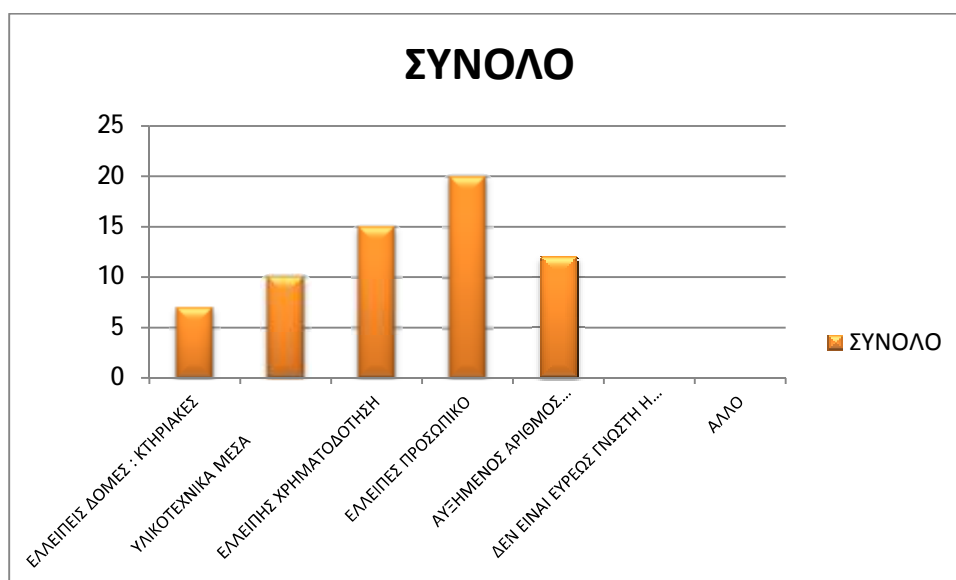
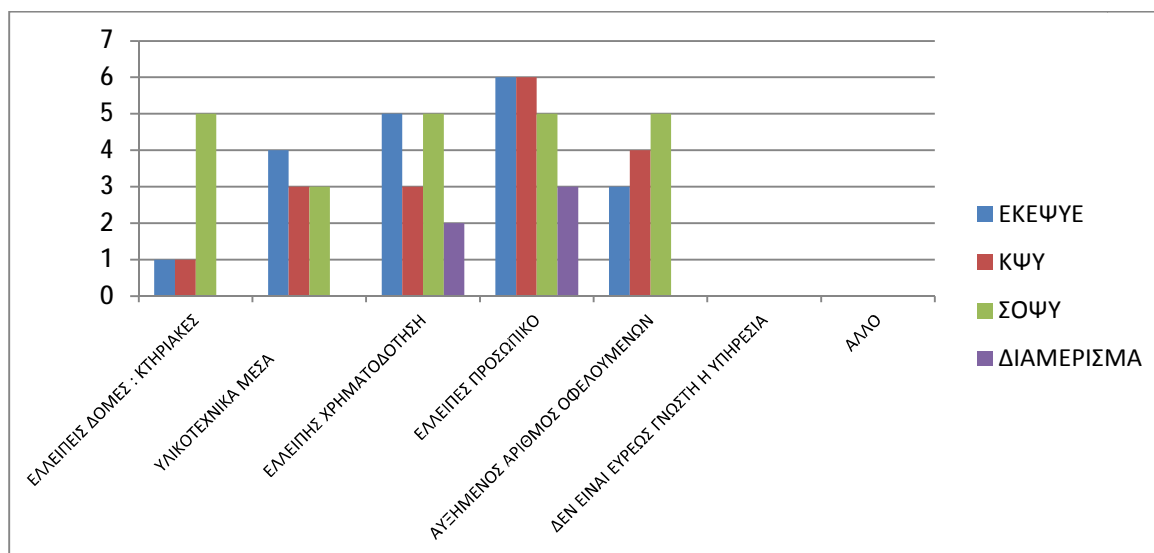


Στην ερώτηση για το αν υπάρχουν δυσκολίες που εμποδίζουν την ομαλή λειτουργία της υπηρεσίας, εικοσιτρείς (23) από τους ερωτώμενους απάντησαν ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες ενώ μόνο ένας (1) από τους ερωτώμενους θεωρεί ότι δεν υπάρχουν δυσκολίες που εμποδίζουν την ομαλή λειτουργία της υπηρεσίας.

- i. Ειδικότερα στο ΕΚΕΨΥΕ όλοι οι ερωτώμενοι (7) δήλωσαν πως αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως προς την ομαλή λειτουργία της υπηρεσίας.
- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας όλοι οι ερωτώμενοι (7) δήλωσαν πως αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως προς την ομαλή λειτουργία της υπηρεσίας.
- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ. όλοι οι ερωτώμενοι (5) δήλωσαν πως υπάρχουν δυσκολίες ως προς την ομαλή λειτουργία της υπηρεσίας.

- iv. Στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ίρις», τέσσερις από τους ερωτώμενους θεωρούν ότι υπάρχουν δυσκολίες που εμποδίζουν την ομαλή λειτουργία της υπηρεσίας ενώ ένας θεωρεί ότι δεν υπάρχουν δυσκολίες.

13.β.ΤΙ ΕΙΔΟΣ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ;	ΕΚΕΨΥΕ	ΚΨΥ	ΣΟΨΥ	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΕΛΛΕΙΠΕΙΣ ΔΟΜΕΣ ΚΤΗΡΙΑΚΕΣ :	1	1	5	0	7	29.2%
ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΑ ΜΕΣΑ	4	3	3	0	10	41.7%
ΕΛΛΕΙΠΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ	5	3	5	2	15	62.5%
ΕΛΛΕΙΠΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	6	6	5	3	20	83.3%
ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΟΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ	3	4	5	0	12	50%
ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΕΥΡΕΩΣ ΓΝΩΣΤΗ Η ΥΠΗΡΕΣΙΑ	0	0	0	0	0	0%
ΆΛΛΟ	0	0	0	0	0	0%



Από το σύνολο των ερωτηματολογίων φάνηκε ότι η μεγαλύτερη δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας Πάτρας είναι η έλλειψη προσωπικού σε αυτές (20/24). Στη συνέχεια έρχεται η έλλειψη χρηματοδότησης (15/24) ενώ ακολουθεί ο αυξημένος αριθμός ωφελουμένων σε αυτές, συγκριτικά με την πληρότητα της κάθε υπηρεσίας (12/24). Έπειτα αντιμετωπίζουν δυσκολίες όσον αφορά τα υλικοτεχνικά μέσα (10/24 απαντήσεις) και τέλος φαίνεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε σχέση με τις κτιριακές υποδομές (7/24).

- i. Στο ΕΚΕΨΥΕ έξι (6) από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι η μεγαλύτερη δυσκολία που αντιμετωπίζουν είναι η έλλειψη προσωπικού της υπηρεσίας. Πέντε (5) στάθηκαν στην έλλειψη χρηματοδότησης της υπηρεσίας και τέσσερις (4) στην έλλειψη υλικοτεχνικών

μέσων. Τέλος τρεις (3) από τους ερωτώμενους θεώρησαν ως δυσκολία τον αυξημένο αριθμό των ωφελουμένων και ένας (1) την έλλειψη κτιριακών υποδομών.

- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας έξι (6) από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι η μεγαλύτερη δυσκολία που αντιμετωπίζουν είναι η έλλειψη προσωπικού της υπηρεσίας. Τέσσερις (4) από τους ερωτώμενους θεώρησαν ως δυσκολία τον αυξημένο αριθμό των ωφελουμένων. Επίσης τρεις (3) δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως προς τη χρηματοδότηση, ενώ ακόμη τρεις (3) στάθηκαν στην έλλειψη υλικοτεχνικών μέσων. Τέλος, ένας ερωτώμενος (1) επέλεξε την έλλειψη κτιριακών υποδομών ως δυσκολία που αντιμετωπίζεται.
- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ όλοι οι ερωτώμενοι (5) επέλεξαν από κοινού τόσο την έλλειψη κτιριακών υποδομών όσο και την έλλειψη χρηματοδότησης (5) καθώς και την έλλειψη προσωπικού (5) και τον αυξημένο αριθμό ωφελουμένων (5). Τέλος τρεις από αυτούς (3) θεώρησαν ως δυσκολία και την έλλειψη υλικοτεχνικών μέσων.
- iv. Στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ιρις» τρεις (3) από τους ερωτώμενους, απάντησαν ότι η υπηρεσία αντιμετωπίζει δυσκολίες όσον αφορά την έλλειψη του προσωπικού ενώ δύο (2) ερωτώμενοι επέλεξαν την απάντηση «έλλειψη χρηματοδότησης».

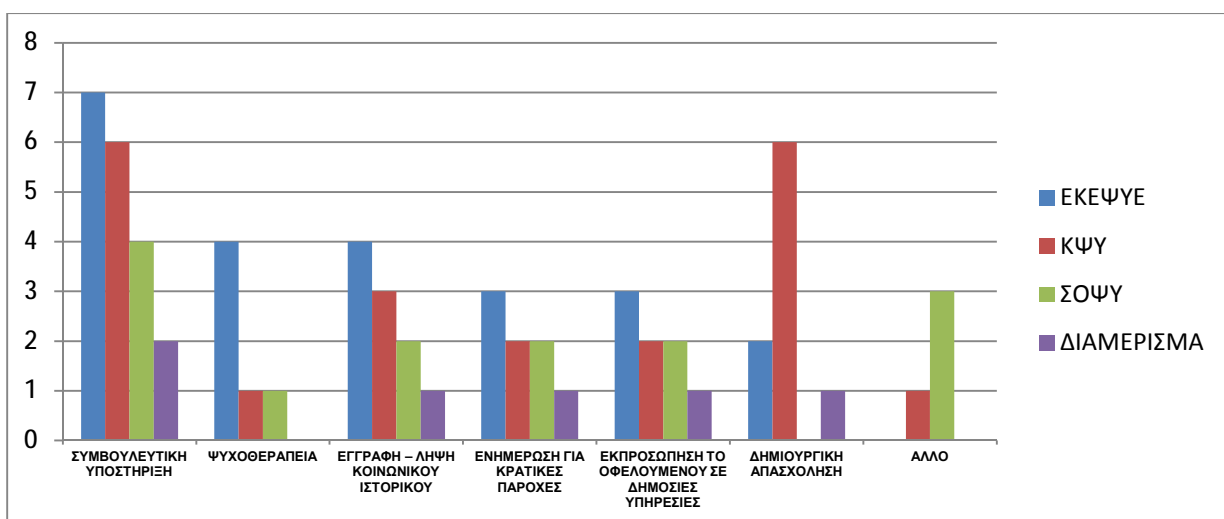
14. ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΤΙ ΠΟΥ ΘΑ ΠΡΟΤΕΙΝΑΤΕ ΓΙΑ ΝΑ ΒΕΛΤΙΩΘΕΙ Η ΔΟΜΗ;

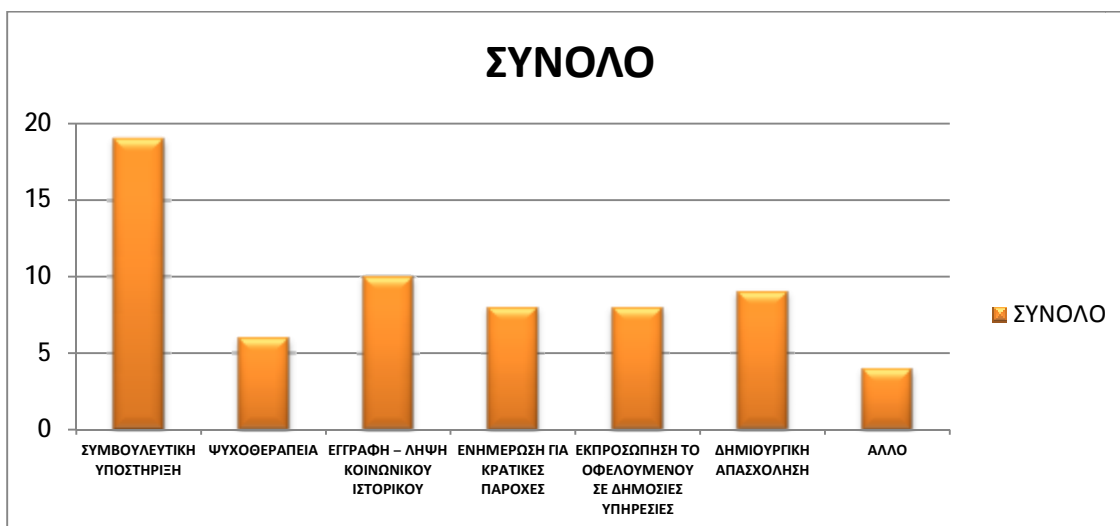
Στο σύνολο, δεκατέσσερις (14) από τους εικοσιτέσσερις ερωτώμενους πρότειναν κάποιες αλλαγές που θα βοηθούσαν στη βελτίωση της δομής. Επίσης δέκα (10) από τους εικοσιτέσσερις δεν είχαν να κάνουν κάποια πρόταση σε σχέση με την βελτίωση των δομών.

- i. Στο ΕΚΕΨΥΕ τέσσερις (4) από τους ερωτώμενους πρότειναν κάποιες αλλαγές σε σχέση με την βελτίωση της δομής, ένας (1) επαγγελματίας πρότεινε την πρόσληψη επιπλέον επιστημονικού προσωπικού στην υπηρεσία, στη συνέχεια ένας (1) πρότεινε το εξής : « χρηματοδότηση ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες για υλικοτεχνικά μέσα και πρόσληψη προσωπικού για την καλύτερη λειτουργία των προγραμμάτων και των εργαστηρίων.». Ο επόμενος επαγγελματίας (1) πρότεινε το εξής : «α. στελέχωση επιστημονικού κυρίως προσωπικού, β. καλύτερη χρηματοδότηση, γ. να δίνονται χρήματα για υλικά των διάφορων δραστηριοτήτων.». Ακόμη ένας (1) επαγγελματίας πρότεινε την «επαναλειτουργία της μονάδας εφήβων». Τέλος τρεις (3) από τους ερωτώμενους δεν είχαν να προτείνουν κάποια αλλαγή για την βελτίωση της δομής.

- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας τέσσερις (4) από τους ερωτώμενους είχαν να προτείνουν κάποια αλλαγή για την βελτίωση της δομής. Πιο συγκεκριμένα ένας (1) ερωτώμενος προτείνει την πρόσληψη προσωπικού αλλά και την συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ήδη υπάρχοντος προσωπικού. Ένας (1) ακόμη ερωτώμενος είχε να προτείνει την πρόσληψη ψυχιάτρου στην δομή. Ακόμη ένας επαγγελματίας (1) πρότεινε τον επαναπροσδιορισμό των στόχων της υπηρεσίας, ενώ ένας (1) πρότεινε το εξής «να γίνει αυτόνομη οικονομικά στην διαχείριση της, τα κονδύλια σε ετήσιο επίπεδο να διαχειρίζονται από επιτροπή, υπαλλήλους του κ.ψ.υ.». Τέλος τρεις (3) από τους ερωτώμενους δεν είχαν να προτείνουν κάποια αλλαγή για την βελτίωση της δομής.
- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ τέσσερις (4) από τους ερωτώμενους είχαν να προτείνουν κάποια αλλαγή για την βελτίωση της δομής. Συγκεκριμένα δύο (2) επαγγελματίες πρότεινε την βελτίωση των κτιριακών εγκαταστάσεων και την άμεση χρηματοδότηση, ενώ ένας (1) ακόμη πρότεινε την βελτίωση των κτιριακών εγκαταστάσεων, σταθερή χρηματοδότηση από το κράτος και προσλήψεις προσωπικού. Επιπλέον προτάθηκε από έναν (1) επαγγελματία η χρηματοδότηση από το κράτος, η καλύτερη κτιριακή υποδομή και η σταθερή μισθοδοσία. Τέλος ένας (1) από τους ερωτώμενους δεν είχε να προτείνει κάποια αλλαγή για την βελτίωση της δομής.
- iv. Στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ίρις» δύο (2) από τους ερωτώμενους είχαν να προτείνουν κάποια αλλαγή για την βελτίωση της δομής. Πιο συγκεκριμένα ένας (1) επαγγελματίας πρότεινε : «Να είχαμε ωφελούμενους με πιο καλή λειτουργικότητα.», ενώ ο δεύτερος (1) προτείνει μεγαλύτερη χρηματοδότηση και περισσότερο προσωπικό. Τέλος τρεις (3) από τους ερωτώμενους δεν είχαν να προτείνουν κάποια αλλαγή για την βελτίωση της δομής.

15.ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ						
α. ΜΕ ΑΤΟΜΑ	ΕΚΕΨΥΕ	ΚΨΥ	ΣΟΨΥ	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	7	6	4	2	19	79.2%
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	4	1	1	0	6	25%
ΕΓΓΡΑΦΗ – ΛΗΨΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ	4	3	2	1	10	41.7%
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ	3	2	2	1	8	33.3%
ΕΚΠΡΟΣΩΠΗΣΗ ΤΟ ΟΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	3	2	2	1	8	33.3%
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	2	6	0	1	9	37.5%
ΆΛΛΟ	0	1	3	0	4	16.7%





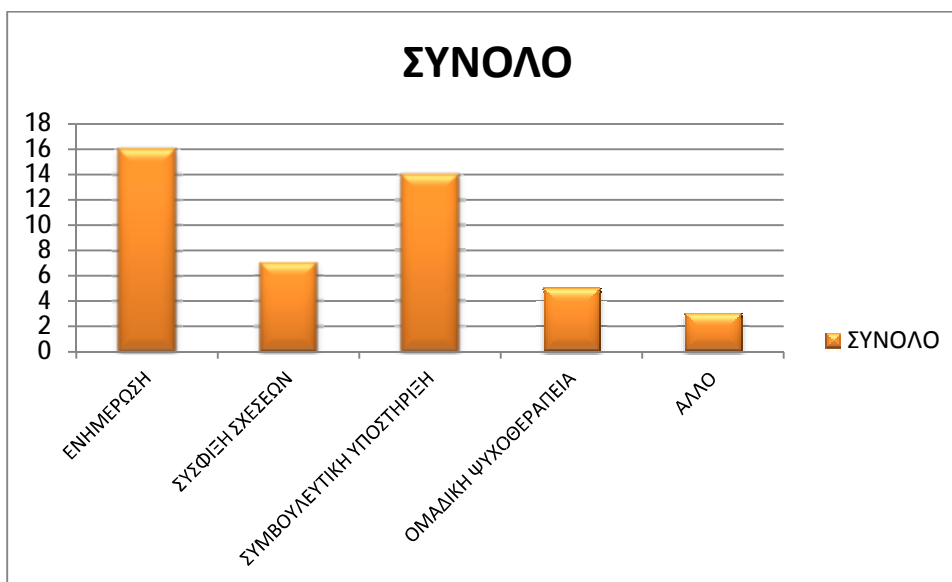
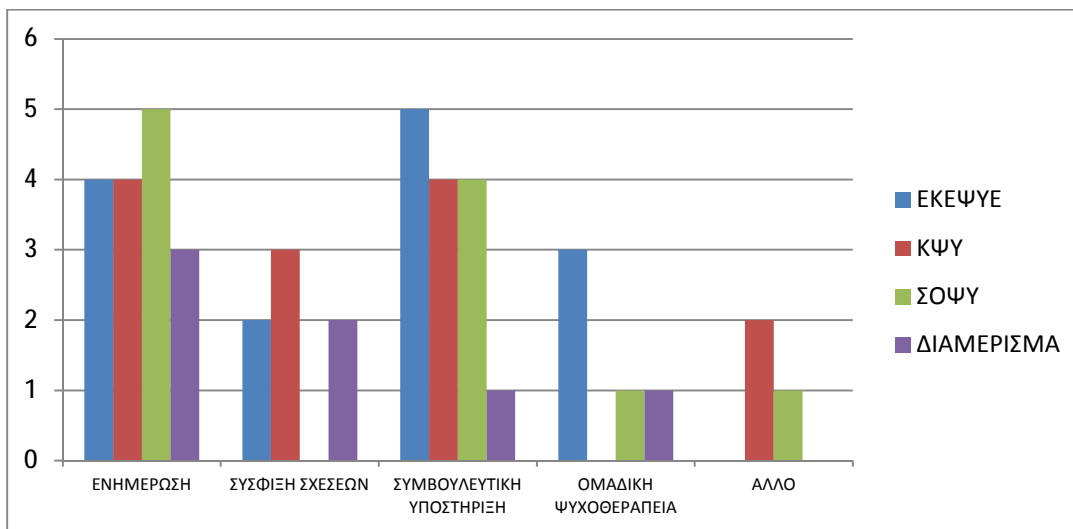
Όσον αφορά τον τομέα εργασίας των επαγγελματιών στις ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα ως προς την συνεργασία με άτομα οι ερωτώμενοι στην πλειοψηφία τους απάντησαν ότι, εκτός των άλλων, ασχολούνται με την συμβουλευτική υποστήριξη (19/24). Στη συνέχεια δέκα (10) από τους ερωτώμενους ανέφεραν ότι ασχολούνται και με την εγγραφή – λήψη κοινωνικού ιστορικού των ωφελουμένων, ενώ εννέα (9) από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι ασχολούνται με τη δημιουργική απασχόληση των ατόμων. Επίσης ασχολούνται με την εκπροσώπηση των ωφελουμένων σε δημόσιες υπηρεσίες (8/24) και με την ενημέρωσή τους για κρατικές παροχές (8/24). Τέλος, έξι (6) από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι ασχολούνται με την ψυχοθεραπεία, ενώ τέσσερις (4) επέλεξαν την απάντηση «άλλο» όπου συμπεριέλαβαν τις φαρμακευτικές θεραπείες (1), την ψυχοεκπαίδευση (1), την ψυχιατρική αξιολόγηση σε παιδιά (1) και την ψυχιατρική αξιολόγηση (1).

- i. Στο ΕΚΕΨΥΕ όλοι οι ερωτώμενοι (7) δήλωσαν ότι ασχολούνται με την συμβουλευτική υποστήριξη, ενώ τέσσερις (4) από αυτούς ασχολούνται με την ψυχοθεραπεία και ακόμη τέσσερις (4) με την εγγραφή – λήψη κοινωνικού ιστορικού. Τρεις (3) από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι ασχολούνται με την εκπροσώπηση των ωφελουμένων σε δημόσιες υπηρεσίες και ακόμη τρεις (3) με την ενημέρωση για τις κρατικές παροχές. Τέλος δύο (2) ασχολούνται με τη δημιουργική απασχόληση των ατόμων.
- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας, έξι (6) από τους ερωτώμενους ασχολούνται με τη συμβουλευτική υποστήριξη, ενώ επίσης έξι (6) με τη δημιουργική απασχόληση των ατόμων. Τρεις (3) από τους ερωτώμενους ασχολούνται με την εγγραφή – λήψη κοινωνικού ιστορικού, δύο (2) με την εκπροσώπηση των ωφελουμένων σε δημόσιες υπηρεσίες και δύο

(2) με την ενημέρωση για κρατικές παροχές. Τέλος ένας (1) ασχολείται με την ψυχοθεραπεία και άλλος ένας (1) επέλεξε την απάντηση «άλλο» συμπληρώνοντας τις φαρμακευτικές θεραπείες.

- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ τέσσερις (4) από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι ασχολούνται με την συμβουλευτική υποστήριξη, ενώ με τρεις (3) απαντήσεις επιλέχθηκε η επιλογή «άλλο» που συμπεριέλαβαν την ψυχοεκπαίδευση (1), την ψυχιατρική αξιολόγηση σε παιδιά (1) και την ψυχιατρική αξιολόγηση (1). Στην συνέχεια δύο (2) από τους ερωτώμενους έδωσαν τις απαντήσεις εγγραφή- λήψη κοινωνικού ιστορικού, ενημέρωση για κρατικές παροχές (2) και εκπροσώπηση ωφελουμένων σε δημόσιες υπηρεσίες (2). Τέλος ένας ερωτώμενος δήλωσε ότι ασχολείται με την ψυχοθεραπεία.
- iv. Στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ιρις», δύο (2) από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι ασχολούνται με την συμβουλευτική υποστήριξη, ενώ από μια (1) απάντηση είχα οι επιλογές εγγραφή- λήψη κοινωνικού ιστορικού, ενημέρωση για κρατικές παροχές (1) και εκπροσώπηση ωφελουμένων σε δημόσιες υπηρεσίες (1) και δημιουργική απασχόληση (1).

β. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΕΚΕΨΥΕ	ΚΨΥ	ΣΟΨΥ	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	4	4	5	3	16	66.7%
ΣΥΣΦΙΞΗ ΣΧΕΣΕΩΝ	2	3	0	2	7	29.2%
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚ Η ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	5	4	4	1	14	58.3%
ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	3	0	1	1	5	20.8%
ΑΛΛΟ	0	2	1	0	3	12.5%



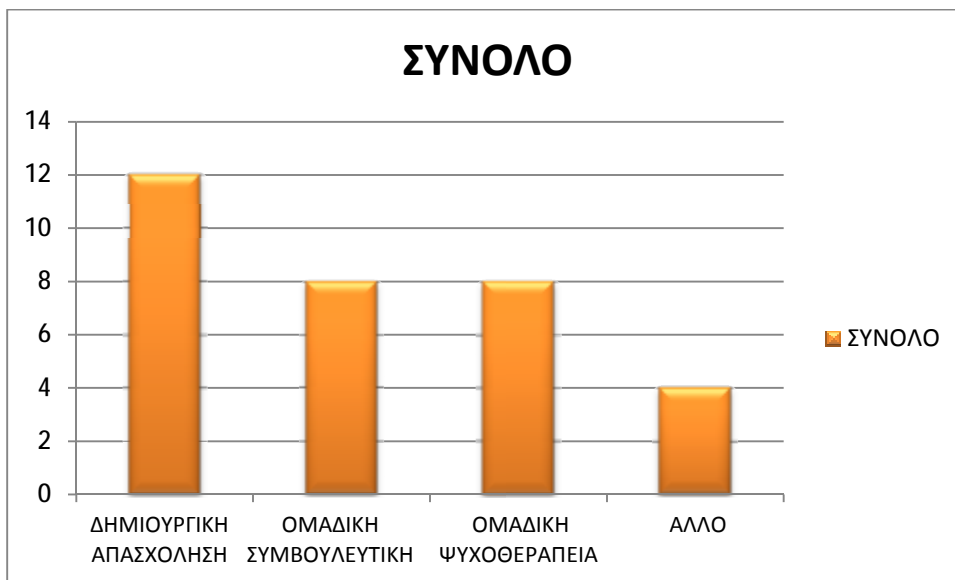
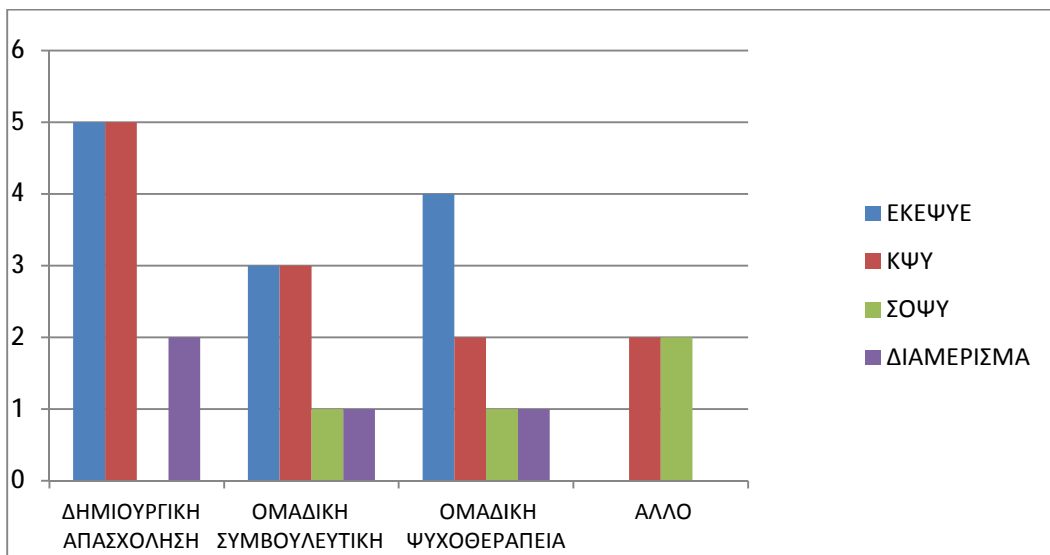
Όσον αφορά τον τομέα εργασίας των επαγγελματιών στις ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα ως προς την συνεργασία με την οικογένεια η πλειοψηφία των ερωτώμενων (16/24) απάντησε ότι ασχολείται με την ενημέρωση. Δεκατέσσερις (14) από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι ασχολούνται με την συμβουλευτική υποστήριξη των οικογενειών των ωφελουμένων, ενώ επτά (7) ασχολούνται με τη σύσφιξη σχέσεων στην οικογένεια. Επίσης πέντε (5) από τους ερωτώμενους ασχολούνται με την ομαδική ψυχοθεραπεία και τρεις (3) επέλεξαν την απάντηση «άλλο» όπου συμπεριέλαβαν την ψυχοεκπαίδευση (2 απαντήσεις) και κατ οίκον επισκέψεις (1 απάντηση). Τέλος δύο (2) δεν ασχολούνται με τον τομέα της συνεργασίας με την οικογένεια.

- i. Ειδικότερα στο ΕΚΕΨΥΕ πέντε (5) από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι ασχολούνται με την συμβουλευτική υποστήριξη όσον αφορά την συνεργασία με την οικογένεια, τέσσερις (4) δήλωσαν ότι ασχολούνται με την ενημέρωση της οικογένειας, τρεις (3) δήλωσαν ότι

ασχολούνται με την ομαδική ψυχοθεραπεία της οικογένειας ενώ δυο (2) ασχολούνται και με την σύσφιξη των σχέσεων των μελών της οικογένειας. Ένας (1) επαγγελματίας δήλωσε ότι δεν ασχολείται με την οικογένεια των ωφελουμένων της υπηρεσίας.

- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας από τέσσερις (4) απαντήσεις είχαν οι επιλογές ενημέρωση οικογένειας και συμβουλευτική υποστήριξη (4), ενώ τρεις (3) επέλεξαν και την απάντηση της σύσφιξης σχέσεων. Τέλος, δυο (2) από τους ερωτώμενους επέλεξαν την απάντηση «άλλο» συμπληρώνοντας την απάντηση «κατ' οίκον επισκέψεις», «ψυχοεκπαίδευση».
- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ. πέντε (5) από τους ερωτώμενους απάντησαν ότι σε σχέση με την οικογένεια ασχολούνται με την ενημέρωση. Έπειτα τέσσερις(4) επέλεξαν την συμβουλευτική υποστήριξη και ένας (1) ερωτώμενος την ομαδική ψυχοθεραπεία. Τέλος, μια (1) απάντηση είχε και η επιλογή «άλλο» με την συμπλήρωση «ψυχοεκπαίδευση».
- iv. Τέλος, όσον αφορά το προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ιρις» τρεις (3) από τους ερωτώμενους ασχολούνται με την ενημέρωση της οικογένειας των ωφελουμένων, ενώ δυο (2) με την σύσφιξη των σχέσεων. Τέλος, από μια (1) απάντηση είχαν οι επιλογές «συμβουλευτική υποστήριξη» και «ομαδική ψυχοθεραπεία» (1). Ένας (1) επαγγελματίας δήλωσε ότι δεν ασχολείται με την οικογένεια των ωφελουμένων της υπηρεσίας.

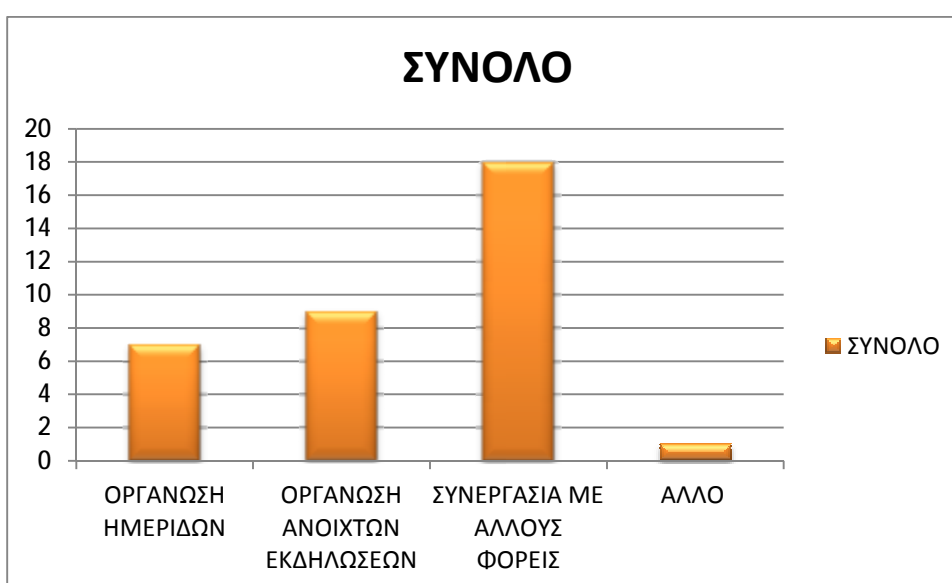
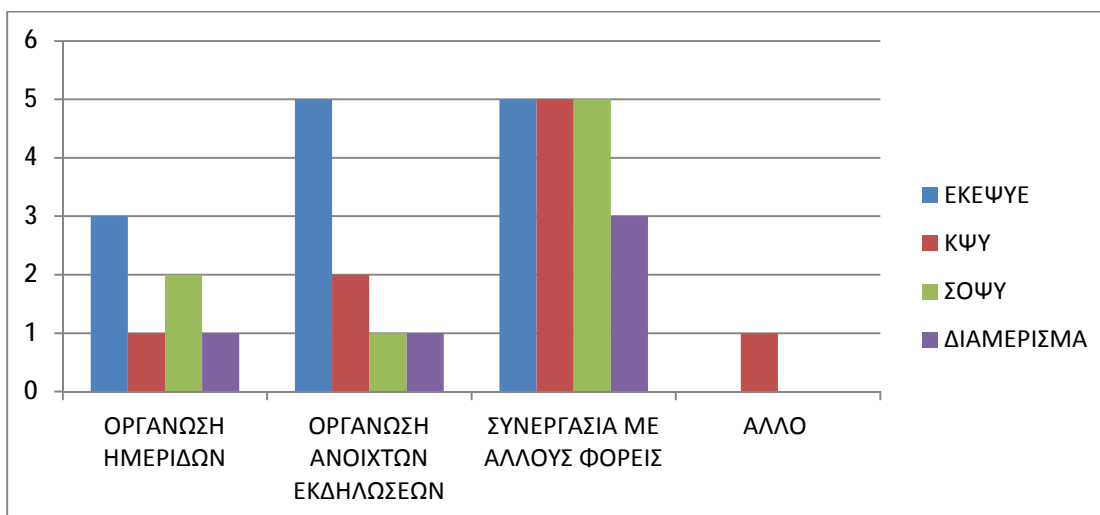
γ. ΣΥΣΤΑΣΗ ΟΜΑΔΩΝ	ΕΚΕΨΥΕ	ΚΨΥ	ΣΟΨΥ	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	5	5	0	2	12	50%
ΟΜΑΔΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ	3	3	1	1	8	33.3%
ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	4	2	1	1	8	33.3%
ΑΛΛΟ	0	2	2	0	4	16.7%



Από το σύνολο των ερωτηματολογίων φαίνεται ότι στη πλειοψηφία τους οι επαγγελματίες των ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας όσον αφορά την σύσταση ομάδων ασχολούνται με τη δημιουργική απασχόληση (12/24). Επίσης οχτώ (8) από τους ερωτώμενους ασχολούνται με την ομαδική συμβουλευτική και ακόμη οχτώ (8) δήλωσαν ότι ασχολούνται με την ομαδική ψυχοθεραπεία. Τέλος τέσσερις από τους επαγγελματίες επέλεξαν την απάντηση «άλλο» όπου συμπεριέλαβαν την «ομάδα αγωγής υγείας», την «ομάδα λόγου, ψυχοεκπαίδευσης, κοινωνικών δεξιοτήτων», την «ψυχοεκπαίδευση» και την «ψυχιατρική αξιολόγηση». Ωστόσο έξι (6) επαγγελματίες δήλωσαν ότι δεν ασχολούνται με τον τομέα της σύστασης ομάδων.

- i. Πιο συγκεκριμένα στο ΕΚΕΨΥΕ πέντε (5) από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι ως προς την σύσταση ομάδων ασχολούνται με την δημιουργική απασχόληση ενώ τέσσερις (4) δήλωσαν ότι ασχολούνται με την ομαδική ψυχοθεραπεία. Τέλος, τρεις (3) ανέφεραν και την ομαδική συμβουλευτική ως τομέα εργασίας όσον αφορά την σύσταση των ομάδων. Ωστόσο δυο (2) επαγγελματίες δήλωσαν ότι δεν ασχολούνται καθόλου με αυτόν τον τομέα.
- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας πέντε (5) επαγγελματίες εργάζονται ως προς την σύσταση ομάδας ασχολούμενοι με την δημιουργική απασχόληση ενώ τρεις (3) ασχολούνται με την ομαδική συμβουλευτική. Δυο (2) από τους επαγγελματίες πραγματοποιούν ομαδικές ψυχοθεραπείες, ενώ επίσης δυο (2) επέλεξαν την απάντηση «άλλο» όπου συμπλήρωσαν «την ομάδα αγωγής υγείας» (1) και «την ομάδα λόγου, ψυχοεκπαίδευσης, κοινωνικών δεξιοτήτων» (1).
- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ. τρεις (3) από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι δεν ασχολούνται με τον τομέα της σύστασης των ομάδων, ενώ δυο (2) επέλεξαν την απάντηση «άλλο» συμπληρώνοντας την «ψυχοεκπαίδευση» (1) και την «ψυχιατρική αξιολόγηση» (1). Τέλος, από μια απάντηση είχαν οι επιλογές της ομαδικής συμβουλευτικής (1) και ομαδική ψυχοθεραπεία (1).
- iv. Στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ίρις» δυο (2) από τους ερωτώμενους ανέφεραν ότι ασχολούνται με την δημιουργική απασχόληση ως προς την σύσταση ομάδων. Ένας (1) επαγγελματίας επέλεξε την ομαδική συμβουλευτική ενώ ο τελευταίος (1) επέλεξε την ομαδική ψυχοθεραπεία. Τέλος, ένας από τους ερωτώμενους ανέφερε ότι δεν ασχολείται καθόλου με αυτόν τον τομέα.

δ. ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	ΕΚΕΨΥΕ	ΚΨΥ	ΣΟΨΥ	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΗΜΕΡΙΔΩΝ	3	1	2	1	7	29.2%
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΑΝΟΙΧΤΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ	5	2	1	1	9	37.5%
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	5	5	5	3	18	75%
ΆΛΛΟ	0	1	0	0	1	4.2%



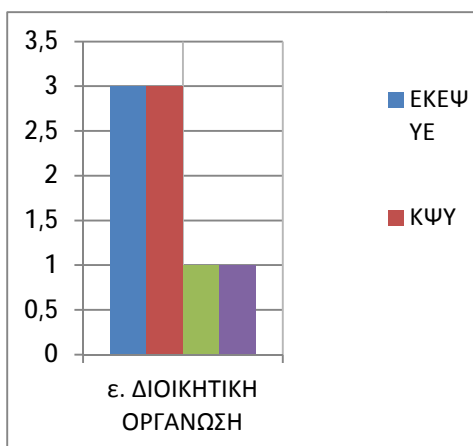
Από το σύνολο των ερωτηματολογίων φαίνεται ότι ως προς τον τομέα εργασίας «δράση στην κοινότητα» η πλειονότητα των ερωτώμενων ανέφερε ότι συνεργάζεται με άλλους φορείς (18/24). Στην συνέχεια εννέα (9) ερωτώμενοι ανέφεραν την οργάνωση ανοιχτών εκδηλώσεων ως ενασχόληση τους σε σχέση με την κοινότητα, ενώ επτά (7) δήλωσαν ότι ασχολούνται με την οργάνωση ημερίδων. Τέλος, ένας (1) επαγγελματίας συμπλήρωσε την επιλογή «άλλο» με την απάντηση «ομιλίες σε σχολεία, ενορίες κ.λ.π.». Ωστόσο τρεις (3) από τους ερωτώμενους ανέφεραν ότι δεν ασχολούνται με τον τομέα των δράσεων στην κοινότητα.

- i. Στο ΕΚΕΨΥΕ από πέντε (5) απαντήσεις είχαν οι επιλογές «οργάνωση ανοιχτών εκδηλώσεων» και «συνεργασία με άλλους φορείς» (5) στον τομέα εργασίας των δράσεων στην κοινότητα, ενώ τρεις (3) από τους ερωτώμενους ανέφεραν ότι ασχολούνται με την

οργάνωση ημερίδων. Τέλος, ένας (1) επαγγελματίας ανέφερε ότι δεν ασχολείται με αυτόν τον τομέα εργασίας.

- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας πέντε (5) από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι σε σχέση με τις δράσεις στην κοινότητα συνεργάζονται με άλλους φορείς. Δυο (2) ερωτώμενοι δήλωσαν ότι ασχολούνται με την οργάνωση ανοικτών εκδηλώσεων, ενώ ένας (1) ανέφερε ότι ασχολείται με την οργάνωση ημερίδων. Τέλος, ένας (1) επέλεξε την απάντηση «άλλο» συμπληρώνοντας την απάντηση «ομιλίες σε σχολεία, ενορίες κ.λ.π.».
- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ. όλοι οι ερωτώμενοι (5) ανέφεραν ότι ασχολούνται με την συνεργασία με άλλους φορείς όσον αφορά τις δράσεις στην κοινότητα. Δυο (2) από τους ερωτώμενους ανέφεραν ότι ασχολούνται και με την οργάνωση ημερίδων ενώ ένας (1) δήλωσε ότι ασχολείται και με την οργάνωση ανοικτών εκδηλώσεων.
- iv. Στο προστατευόμενο διαμέρισμα «ίρις» τρεις (3) επαγγελματίες δήλωσαν ότι σε σχέση με τις δράσεις στην κοινότητα συνεργάζονται με άλλους φορείς, ενώ από μια (1) απάντηση είχαν οι επιλογές «οργάνωση ημερίδων» και «οργάνωση ανοικτών εκδηλώσεων» (1). Τέλος, δυο (2) από τους ερωτώμενους δήλωσαν πως δεν ασχολούνται με αυτόν τον τομέα εργασίας.

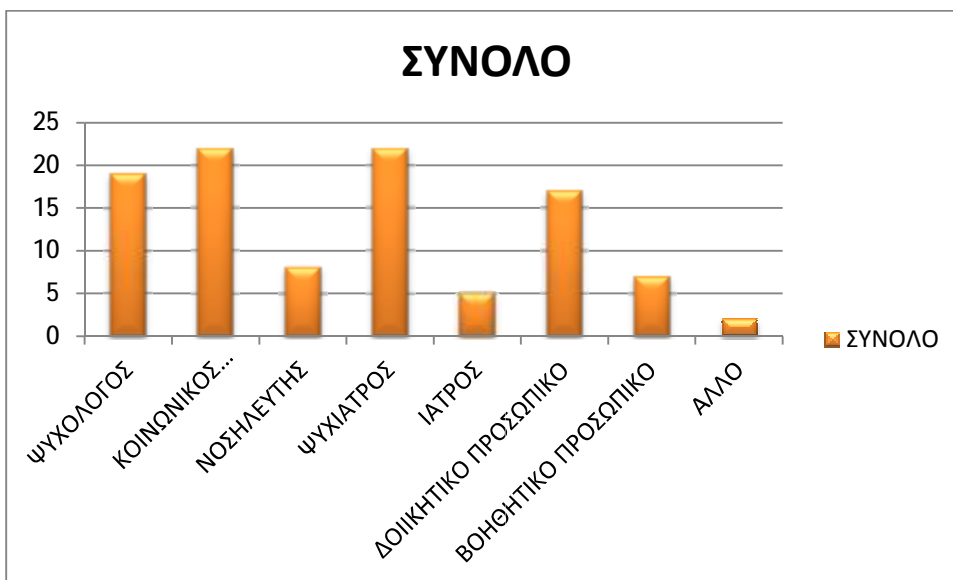
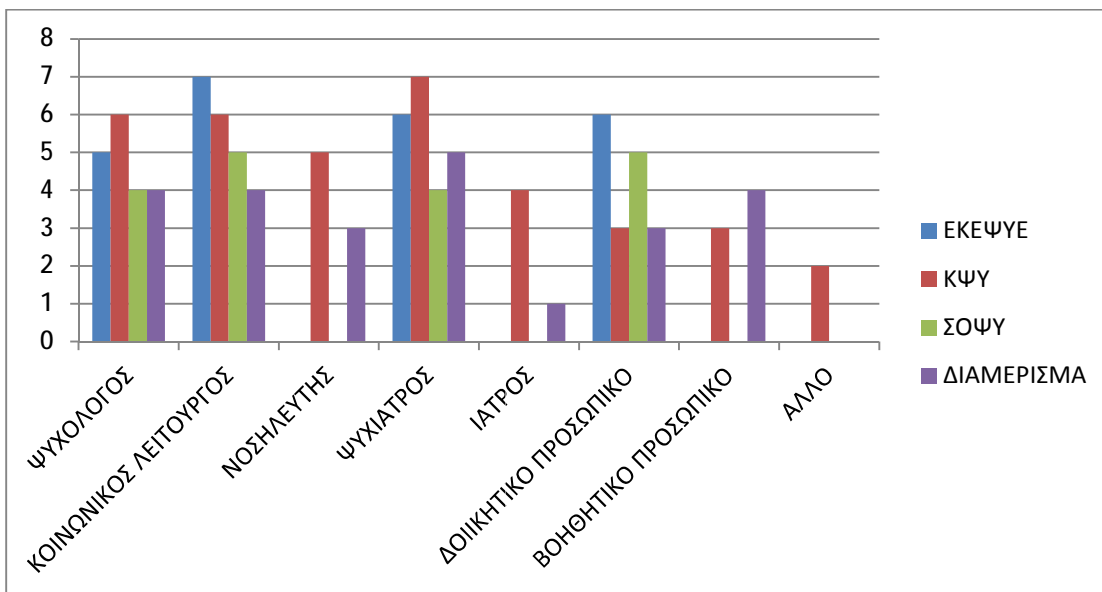
	ΕΚΕΨΥΕ	ΚΨΥ	ΣΟΨΥ	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ε. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ	3	3	1	1	8	33.3%



Όσον αφορά την διοικητική οργάνωση των ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας ως τομέα εργασίας των ερωτώμενων οκτώ (8/24) δήλωσαν ότι ασχολούνται με αυτήν ενώ η πλειοψηφία (16/24) ανέφερε ότι δεν ασχολείται με την διοικητική οργάνωση.

- i. Συγκεκριμένα στο ΕΚΕΨΥΕ (3) από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι ασχολούνται με την διοικητική οργάνωση, ενώ τέσσερις (4) ανέφεραν ότι δεν ασχολούνται με αυτήν.
- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας (3) από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι ασχολούνται με την διοικητική οργάνωση, ενώ τέσσερις (4) ανέφεραν ότι δεν ασχολούνται με αυτήν.
- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ. ένας (1) ερωτώμενος ανέφερε ότι ασχολείται με την διοικητική οργάνωση της δομής ενώ οι υπόλοιποι τέσσερις (4) ανέφεραν ότι δεν ασχολούνται με αυτήν.
- iv. Στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ιρις» ένας (1) ερωτώμενος ανέφερε ότι ασχολείται με την διοικητική οργάνωση της δομής ενώ οι υπόλοιποι τέσσερις (4) ανέφεραν ότι δεν ασχολούνται με αυτήν.

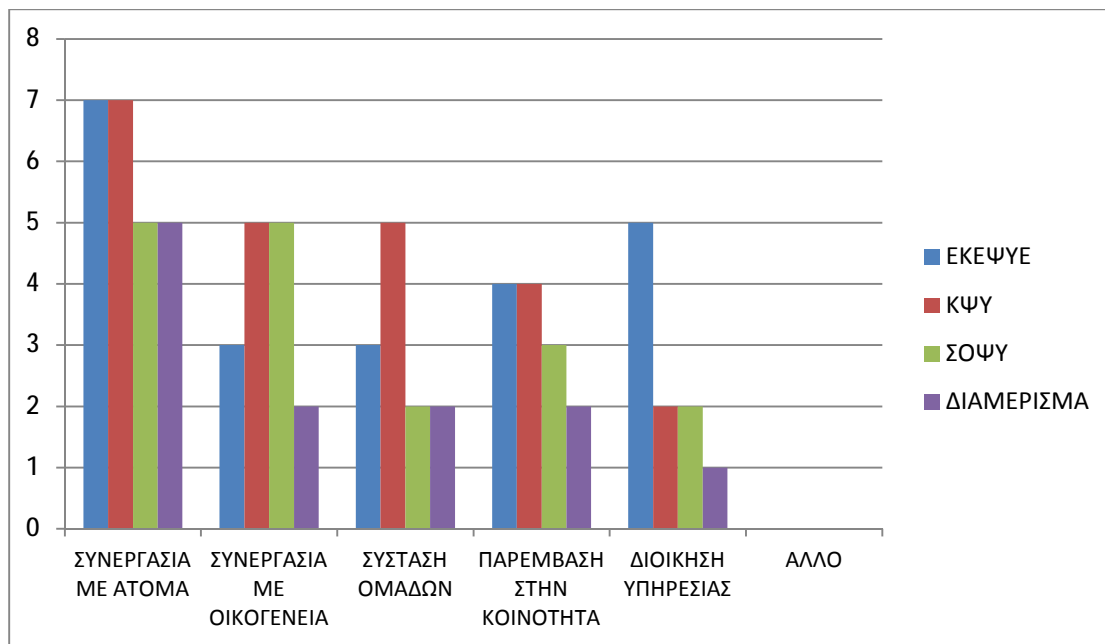
16. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΚΕΨΥΕ	ΚΨΥ	ΣΟΨΥ	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	5	6	4	4	19	79.2%
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	7	6	5	4	22	91.7%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	0	5	0	3	8	33.3%
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	6	7	4	5	22	91.7%
ΙΑΤΡΟΣ	0	4	0	1	5	20.8%
ΔΟΠΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	6	3	5	3	17	70.8%
ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	0	3	0	4	7	29.2%
ΆΛΛΟ	0	2	0	0	2	8.3%

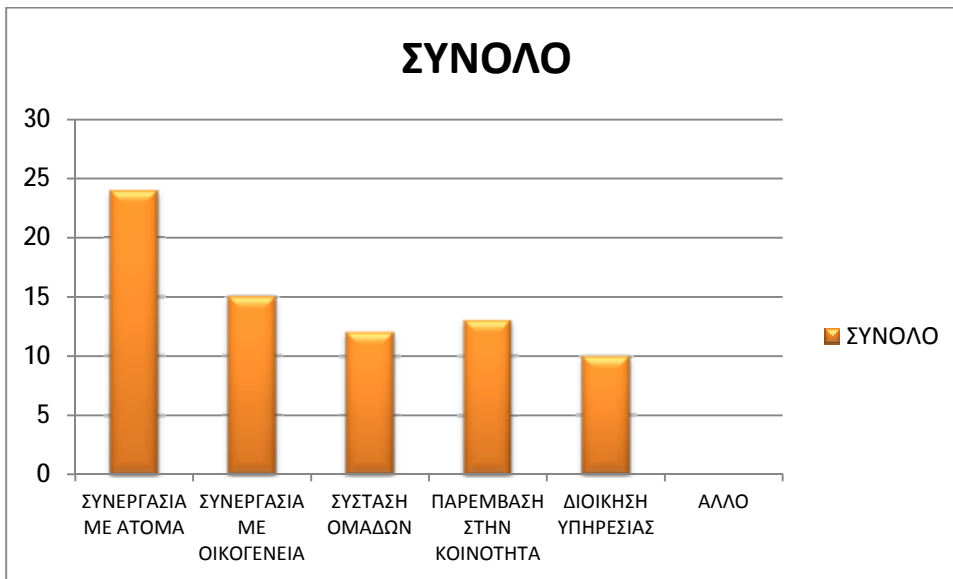


- i. Στο ΕΚΕΨΥΕ από τους επτά (7) ερωτώμενους οι τέσσερις (4) είναι κοινωνικοί λειτουργοί, οι δύο (2) ψυχολόγοι και ένας (1) ψυχίατρος. Από τους κοινωνικούς λειτουργούς οι δύο (2/4) δήλωσαν ότι συνεργάζονται με τους υπόλοιπους κοινωνικούς λειτουργούς της υπηρεσίας, με τους ψυχολόγους, με τον ψυχίατρο και με το διοικητικό προσωπικό της υπηρεσίας. Οι άλλοι δύο (2/4) κοινωνικοί λειτουργοί δήλωσαν ότι συνεργάζονται με τους υπόλοιπους κοινωνικούς λειτουργούς της υπηρεσίας, με τους ψυχολόγους, με τον ψυχίατρο, με το διοικητικό προσωπικό αλλά και με το βοηθητικό προσωπικό της υπηρεσίας. Επίσης ένας (1) από τους ψυχολόγους (1/2) συνεργάζεται με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχίατρο, το διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, ενώ ο δεύτερος (1) ψυχολόγος συνεργάζεται μόνο με τους κοινωνικούς λειτουργούς και τον ψυχίατρο. Τέλος ο ψυχίατρος (1) συνεργάζεται με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους ψυχολόγους και το διοικητικό προσωπικό.

- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας από τους επτά (7) ερωτώμενους οι δύο (2) είναι κοινωνικοί λειτουργοί, δύο (2) είναι νοσηλευτές, δύο (2) είναι εργοθεραπευτές και ένας (1) είναι επισκέπτης υγείας. Ο ένας (1/2) από τους δύο κοινωνικούς λειτουργούς συνεργάζεται με τον ψυχολόγο, τους νοσηλευτές, τον ψυχίατρο, το διοικητικό προσωπικό, τον εργοθεραπευτή και τον επισκέπτη υγείας. Ο έτερος κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με τους υπόλοιπους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχολόγο, τους νοσηλευτές, τον ψυχίατρο, τον ιατρό και το βοηθητικό προσωπικό. Και οι δύο (2) νοσηλευτές συνεργάζονται με όλες ειδικότητες που αναφέρονται στην ερώτηση. Ο ένας (1/2) εργοθεραπευτής συνεργάζεται με τους κοινωνικούς λειτουργούς και τον ψυχίατρο, ενώ ο δεύτερος (1/2) με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχολόγο, τους νοσηλευτές και τον ψυχίατρο. Τέλος η επισκέπτρια υγείας (1) συνεργάζεται με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχολόγο τους νοσηλευτές, τον ψυχίατρο, τον ιατρό και τους εργοθεραπευτές.
- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ. από τους πέντε (5) ερωτώμενους οι δύο (2) είναι κοινωνικοί λειτουργοί, ένας (1) ψυχολόγος, ένας (1) παιδοψυχίατρος και ένας (1) ψυχίατρος. Από τους δύο (2) κοινωνικούς λειτουργούς ο ένας (1) συνεργάζεται με τους άλλους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχολόγο, το διοικητικό προσωπικό και τον ψυχίατρο, ενώ ο δεύτερος (1) κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με τους άλλους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχολόγο και το διοικητικό προσωπικό. Ο ψυχολόγος (1) έρχεται σε συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχίατρο και το διοικητικό προσωπικό. Ο παιδοψυχίατρος (1) συνεργάζεται με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχολόγο, τον ψυχίατρο και το διοικητικό προσωπικό. Ο ψυχίατρος (1) συνεργάζεται επίσης με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχολόγο, τον ψυχίατρο και το διοικητικό προσωπικό.
- iv. Στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ιρις», από τους πέντε (5) ερωτώμενους οι δύο (2) είναι ψυχολόγοι, ο ένας (1) κοινωνικός λειτουργός, ο ένας (1) νοσηλευτής και ένας (1) γενικών καθηκόντων. Ο ένας (1/2) ψυχολόγος συνεργάζεται με όλες τις ειδικότητες που αναφέρονται στην ερώτηση, ενώ ο δεύτερος συνεργάζεται με τον κοινωνικό λειτουργό τον νοσηλευτή, τον ψυχίατρο, το διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό. Ο κοινωνικός λειτουργός (1) έρχεται σε συνεργασία με τον ψυχολόγο, τον ψυχίατρο, το διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό. Ο νοσηλευτής (1) συνεργάζεται με τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, τον ψυχίατρο και το βοηθητικό προσωπικό. Τέλος ο επαγγελματίας γενικών καθηκόντων συνεργάζεται με τον κοινωνικό λειτουργό, τον ψυχολόγο, τον νοσηλευτή και τον ψυχίατρο.

17. ΤΟΜΕΙΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΚΕΨΥΕ	ΚΨΥ	ΣΟΨΥ	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ	7	7	5	5	24	100%
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	3	5	5	2	15	62.5%
ΣΥΣΤΑΣΗ ΟΜΑΔΩΝ	3	5	2	2	12	50%
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	4	4	3	2	13	54.2%
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	5	2	2	1	10	41.7%
ΑΛΛΟ	0	0	0	0	0	0%





- i. Στο ΕΚΕΨΥΕ από τους κοινωνικούς λειτουργούς οι δύο (2/4) δήλωσαν ότι συνεργάζονται με τους υπόλοιπους κοινωνικούς λειτουργούς της υπηρεσίας, με τους ψυχολόγους, με τον ψυχίατρο και με το διοικητικό προσωπικό της υπηρεσίας στους τομείς «συνεργασία με άτομα», «συνεργασία με οικογένεια», «σύσταση ομάδων», «παρέμβαση στη κοινότητα» και «διοίκηση υπηρεσίας». Από τους άλλους δύο(2/4) κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι δήλωσαν ότι συνεργάζονται με τους υπόλοιπους κοινωνικούς λειτουργούς της υπηρεσίας, με τους ψυχολόγους, με τον ψυχίατρο, με το διοικητικό προσωπικό αλλά και με το βοηθητικό προσωπικό της υπηρεσίας, ο ένας (1) από τους δύο συνεργάζεται με τους παραπάνω στους τομείς «συνεργασία με άτομα», «παρέμβαση στην κοινότητα» και «διοίκηση υπηρεσίας», ενώ ο δεύτερος (1) στους τομείς «συνεργασία με άτομα», «παρέμβαση στην κοινότητα», «συνεργασία με οικογένεια» και «σύσταση ομάδων». ένας (1) από τους ψυχολόγους (1/2) ο οποίος συνεργάζεται με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχίατρο, το διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό επέλεξε τους τομείς συνεργασίας «συνεργασία με άτομα» και «διοίκηση υπηρεσίας», ενώ ο δεύτερος (1) που συνεργάζεται μόνο με τους κοινωνικούς λειτουργούς και τον ψυχίατρο επέλεξε μόνο την «συνεργασία με άτομα» ως τομέα συνεργασίας με τις άλλες ειδικότητες. Τέλος ο ψυχίατρος (1) ο οποίος συνεργάζεται με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους ψυχολόγους και το διοικητικό προσωπικό επέλεξε τους τομείς συνεργασίας «συνεργασία με άτομα» και «διοίκηση υπηρεσίας».

- ii. Στο κέντρο ψυχικής υγείας ο ένας (1/2) από τους δύο κοινωνικούς λειτουργούς συνεργάζεται με τον ψυχολόγο, τους νοσηλευτές, τον ψυχίατρο, το διοικητικό προσωπικό, τον εργοθεραπευτή και τον επισκέπτη υγείας. Ο έτερος (1/2) κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με τους υπόλοιπους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχολόγο, τους νοσηλευτές, τον ψυχίατρο, τον ιατρό και το βοηθητικό προσωπικό, ωστόσο και οι δύο (2) επέλεξαν τους ίδιους τομείς συνεργασίας με τις παραπάνω ειδικότητες: «συνεργασία με άτομα», «συνεργασία με οικογένεια», «σύσταση ομάδων» και «παρέμβαση στη κοινότητα». Από τους δύο (2) νοσηλευτές που συνεργάζονται με όλες τις ειδικότητες που αναφέρονται στην ερώτηση ο ένας (1) ασχολείται με συνεργασία με άτομα και διοίκηση υπηρεσίας με αυτές, ενώ ο δεύτερος (1) συνεργάζεται σε όλους τους τομείς που αναφέρονται στην ερώτηση. Ο ένας (1/2) εργοθεραπευτής που συνεργάζεται με τους κοινωνικούς λειτουργούς και τον ψυχίατρο επέλεξε τους τομείς «συνεργασία με άτομα» και «συνεργασία με οικογένεια», ενώ ο δεύτερος (1/2) που συνεργάζεται με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχολόγο, τους νοσηλευτές και τον ψυχίατρο επέλεξε «συνεργασία με άτομα», «συνεργασία με οικογένεια», «σύσταση ομάδων» και «παρέμβαση στη κοινότητα». Τέλος η επισκέπτρια υγείας (1) η οποία συνεργάζεται με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχολόγο τους νοσηλευτές, τον ψυχίατρο, τον ιατρό και τους εργοθεραπευτές επέλεξε την συνεργασία με άτομα και τη σύσταση ομάδων ς τομείς συνεργασίας.
- iii. Στο Σ.Ο.Ψ.Υ. ο ένας (1) κοινωνικός λειτουργός που συνεργάζεται με τους άλλους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχολόγο, το διοικητικό προσωπικό και τον ψυχίατρο ασχολείται με τους παραπάνω στους τομείς «συνεργασία με άτομα», «συνεργασία με οικογένεια», «παρέμβαση στη κοινότητα» και «διοίκηση υπηρεσίας», ενώ ο δεύτερος (1) κοινωνικός λειτουργός που συνεργάζεται με τους άλλους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχολόγο και το διοικητικό προσωπικό επέλεξε τους τομείς «συνεργασία με άτομα», «συνεργασία με οικογένεια», «παρέμβαση στη κοινότητα» και «σύσταση ομάδων». Ο ψυχολόγος (1) που έρχεται σε συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχίατρο και το διοικητικό προσωπικό συνεργάζεται σε όλους τους αναφερόμενους τομείς συνεργασίας. Ο παιδοψυχίατρος (1) ο οποίος συνεργάζεται με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχολόγο, τον ψυχίατρο και το διοικητικό προσωπικό επέλεξε ως τομείς συνεργασίας την «συνεργασία με άτομα» και την «συνεργασία με οικογένεια». Ο ψυχίατρος (1) που συνεργάζεται επίσης με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τον ψυχολόγο, τον ψυχίατρο και το διοικητικό προσωπικό επέλεξε ως τομείς συνεργασίας την «συνεργασία με άτομα» και την «συνεργασία με οικογένεια».

- iv. Στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ίρις», ο ένας (1/2) ψυχολόγος που συνεργάζεται με όλες τις ειδικότητες που αναφέρονται στην ερώτηση επέλεξε όλους τους τομείς συνεργασίας που αναφέρονται, ενώ ο δεύτερος (1) ο οποίος συνεργάζεται με τον κοινωνικό λειτουργό τον νοσηλευτή, τον ψυχίατρο, το διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό επέλεξε ως τομείς συνεργασίας με τις παραπάνω ειδικότητες τη συνεργασία με άτομα, την συνεργασία με την οικογένεια και την σύσταση ομάδων. Ο κοινωνικός λειτουργός (1) που έρχεται σε συνεργασία με τον ψυχολόγο, τον ψυχίατρο, το διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό ως τομείς συνεργασίας επέλεξε την συνεργασία με άτομα και την παρέμβαση στην κοινότητα. Ο νοσηλευτής (1) ο οποίος συνεργάζεται με τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, τον ψυχίατρο και το βοηθητικό προσωπικό καθώς και ο επαγγελματίας γενικών καθηκόντων (1) που συνεργάζεται με τον κοινωνικό λειτουργό, τον ψυχολόγο, τον νοσηλευτή και τον ψυχίατρο επέλεξαν ως τομέα συνεργασίας τη συνεργασία με άτομα.

Γ' ΜΕΡΟΣ :

**«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ ΑΝΟΙΧΤΕΣ
ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ -
ΣΥΜΠΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ »**

6.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

6.1.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Στο παρακάτω κεφάλαιο θα αναφερθούμε στον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στις ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας. Αρχικά θα παραθέσουμε τον ρόλο όπως συμπεραίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήσαμε στις ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας στη Πάτρα (Ε.Κ.Ε.Ψ.Υ.Ε, Σ.Ο.Ψ.Υ., Κ.Ψ.Υ. Προστατευόμενο διαμέρισμα «Ίρις»), έπειτα ακολουθεί η βιβλιογραφική ανασκόπηση σε σχέση με αυτό το θέμα και τέλος θα αναφερθούμε στα κοινά και τα μη κοινά σημεία ώστε να εξαχθεί ένα ολοκληρωτικό συμπέρασμα σε σχέση με τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού.

«Η κοινωνική εργασία έχει εφαρμογές σε όλα τα είδη και τις μορφές των υπηρεσιών και των προγραμμάτων υγείας και ψυχικής υγείας που υπάρχουν για κάθε ηλικιακή ομάδα και λειτουργούν σε κεντρικό, περιφερειακό, τοπικό και κοινοτικό επίπεδο. Σε όλες τις βαθμίδες έχει θεσμοθετηθεί η λειτουργία κοινωνικών υπηρεσιών οι οποίες στελεχώνονται αποκλειστικά από κοινωνικούς λειτουργούς»(καλλινικάκη,2010).

Οι βαθμίδες υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις οποίες λειτουργούν κοινωνικές υπηρεσίες είναι: τα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας, μονάδες νοσηλείας, μονάδες βραχείας νοσηλείας, νοσοκομεία ημέρας, λέσχες, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη – φροντίδα στο σπίτι, ξενώνες, προγράμματα ανάδοχων οικογενειών, ξενώνες ημιαυτόνομης διαμονής, εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης, προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού και αποκατάστασης, κέντρα προστατευμένης εργασίας (καλλινικάκη,2010).

Σύμφωνα με τον Σταθόπουλο (2005) ο κοινωνικός λειτουργός από θεωρητική πλευρά ασχολείται σε δυο επίπεδα. Το πρώτο ονομάζεται μικροεπίπεδο στο οποίο ο επαγγελματίας ασχολείται με το άτομο, τις οικογένειες και μικρές ομάδες στοχεύοντας την κοινωνικοποίηση, την κοινωνική ένταξη, την θεραπεία και την επαγγελματική αποκατάσταση. Το δεύτερο επίπεδο ονομάζεται μακροεπίπεδο και ασχολείται με την δράση του κοινωνικού λειτουργού στην κοινότητα για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων μέσω της ενημέρωσης, της ευαισθητοποίησης, και της ενεργοποίησης του ευρύτερου πληθυσμού.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι από τις κύριες ειδικότητες που ασχολούνται με την ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα καθώς αυτός είναι και ένας από τους σκοπούς του προγράμματος αποασυλοποίησης. Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν πολύ σημαντικό ρόλο στην επίτευξη αυτού του σκοπού και είναι κατεξοχήν το επάγγελμα που ασχολείται με την κοινωνική και κοινοτική ευρυθμία. (Barker, 2003)

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ασχολούνται με συγκεκριμένους τομείς.. Αρχικά, στόχος τους είναι να διαγνώσουν, να θεραπεύσουν, να σχεδιάσουν και να οργανώσουν σχέδιο παρέμβασης. Επίσης γνωρίζουν πώς να διασφαλίσουν τα δικαιώματα των ατόμων που πάσχουν από ψυχική νόσο. Στο χώρο της κοινωνικής πρόνοιας που αφορά την ψυχική υγεία, ο κοινωνικός λειτουργός εστιάζει περισσότερο στο κοινωνικό μοντέλο. Βασικό σημείο εργασίας των κοινωνικών λειτουργών επίσης πρέπει να είναι η διεπιστημονική συνεργασία με τους άλλους επαγγελματίες της εκάστοτε υπηρεσίας, αλλά οφείλει να συμμετέχει και να συνεργάζεται στις διαδικασίες που διεκδικούν και υπερασπίζονται τα δικαιώματα των ωφελουμένων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. (Golightley, 2004)

Επίσης οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι σε θέση να παρέχουν υπηρεσίες σε οικογένειες, ζευγάρια, άτομα και ομάδες με μορφή συμβουλευτικής, θεραπείας, παρέμβασης σε κρίση ανάλογα με την κατάσταση και με την εκάστοτε εξειδίκευση του επαγγελματία. Ακόμη ασχολούνται με την συνεργασία με την οικογένεια και με τους επαγγελματίες καθώς και με την κοινότητα ώστε να δημιουργηθεί υποστηρικτικό πλαίσιο για τους εξυπηρετούμενους. Ακόμη ασχολούνται με την πρόληψη διάφορων κοινωνικών παθογενειών και φροντίζουν για την έγκαιρη παρέμβαση, την επιμόρφωση και ενημέρωση σε ατομικό και κοινοτικό επίπεδο και τη βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες, πόρους και πληροφορίες (Golightley, 2004).

6.1.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Αρχικά, στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε συμμετείχαν εννιά (9) κοινωνικοί λειτουργοί , τέσσερις (4) από το ΕΚΕΨΥΕ, δύο (2) από το ΣΟΨΥ, δύο (2) από το ΚΨΥ και ένας (1) από το προστατευόμενο διαμέρισμα.

Ειδικότερα στο κέντρο ψυχικής υγιεινής οι κοινωνικοί λειτουργοί δήλωσαν ότι ασχολούνται με τους εξής τομείς εργασίας : συνεργασία με άτομα, συνεργασία με οικογένεια, σύσταση ομάδων, δράσεις στην κοινότητα, διοικητική οργάνωση. Αναλυτικότερα, ασχολούνται με την:

- συμβουλευτική υποστήριξη των ατόμων
- ψυχοθεραπεία των ατόμων (εφόσον έχει την κατάλληλη εκπαίδευση)
- εγγραφή – λήψη κοινωνικού ιστορικού
- ενημέρωση των ωφελουμένων για τις κρατικές παροχές
- εκπροσώπηση των ωφελουμένων σε δημόσιες υπηρεσίες
- δημιουργική απασχόληση των ατόμων
- ενημέρωση της οικογένειας
- συμβουλευτική υποστήριξη της οικογένειας
- σύσφιξη σχέσεων μεταξύ των ωφελουμένων και της οικογένειας
- ομαδική ψυχοθεραπεία
- ομαδική συμβουλευτική
- οργάνωση ημερίδων
- οργάνωση ανοιχτών εκδηλώσεων
- συνεργασία με άλλους φορείς .

Οι κοινωνικοί λειτουργοί στο ΕΚΕΨΥΕ συνεργάζονται με τις παρακάτω ειδικότητες μέσα στην δομή :

- Ø ψυχολόγος
- Ø ψυχίατρος
- Ø διοικητικό προσωπικό
- Ø βοηθητικό προσωπικό

Στους τομείς :

- Û συνεργασία με άτομα
- Û συνεργασία με οικογένεια

- Û σύσταση ομάδων
- Û παρέμβαση στην κοινότητα
- Û διοίκηση υπηρεσίας

Στο Σ.Ο.Ψ.Υ. οι κοινωνικοί λειτουργοί δήλωσαν ότι ασχολούνται με τους εξής τομείς εργασίας : συνεργασία με άτομα, συνεργασία με οικογένεια και δράσεις στην κοινότητα. Αναλυτικότερα, ασχολούνται με την :

- συμβουλευτική υποστήριξη των ατόμων
- ψυχοεκπαίδευση
- εγγραφή – λήψη κοινωνικού ιστορικού
- ενημέρωση των ωφελουμένων για τις κρατικές παροχές
- εκπροσώπηση των ωφελουμένων σε δημόσιες υπηρεσίες
- ενημέρωση της οικογένειας
- συμβουλευτική υποστήριξη της οικογένειας
- οργάνωση ημερίδων
- συνεργασία με άλλους φορείς

Οι κοινωνικοί λειτουργοί του ΣΟΨΥ συνεργάζονται με τις παρακάτω ειδικότητες μέσα στην δομή :

- Ø ψυχολόγος
- Ø ψυχίατρος
- Ø διοικητικό προσωπικό

Στους τομείς :

- Û συνεργασία με άτομα
- Û συνεργασία με οικογένεια
- Û σύσταση ομάδων
- Û παρέμβαση στην κοινότητα
- Û διοίκηση υπηρεσίας

Στο κέντρο ψυχικής υγείας οι τομείς εργασίας του κοινωνικού λειτουργού όπως ανέφεραν οι ερωτώμενοι είναι συνεργασία με άτομα, συνεργασία με οικογένεια, σύσταση ομάδων και δράσεις στην κοινότητα. Αναλυτικότερα, ασχολείται με την:

- συμβουλευτική υποστήριξη των ατόμων
- ψυχοθεραπεία
- εγγραφή – λήψη κοινωνικού ιστορικού
- ενημέρωση των ωφελουμένων για τις κρατικές παροχές
- εκπροσώπηση των ωφελουμένων σε δημόσιες υπηρεσίες
- δημιουργική απασχόληση
- ενημέρωση της οικογένειας
- συμβουλευτική υποστήριξη της οικογένειας
- σύσφιξη σχέσεων μεταξύ των ωφελουμένων και της οικογένειας
- ψυχοεκπαίδευση
- ομάδα λόγου, ομάδα ψυχοεκπαίδευσης, ομάδα κοινωνικών δεξιοτήτων
- οργάνωση ανοιχτών εκδηλώσεων
- συνεργασία με άλλους φορείς
- οργάνωση ομιλιών σε σχολεία κλπ.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί του ΚΨΥ συνεργάζονται με τις παρακάτω ειδικότητες μέσα στην δομή :

- Ø ψυχολόγος
- Ø ψυχίατρος
- Ø διοικητικό προσωπικό
- Ø νοσηλεύτης
- Ø εργοθεραπευτής
- Ø επισκέπτης υγείας
- Ø ιατρός
- Ø βοηθητικό προσωπικό

Στους τομείς :

- Û συνεργασία με άτομα
- Û συνεργασία με οικογένεια
- Û σύσταση ομάδων
- Û παρέμβαση στην κοινότητα

Στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ίρις» οι τομείς εργασίας του κοινωνικού λειτουργού όπως ανέφερε είναι συνεργασία με άτομα, συνεργασία με οικογένεια, σύσταση ομάδων και δράσεις στην κοινότητα. Αναλυτικότερα, ασχολείται με την:

- εγγραφή – λήψη κοινωνικού ιστορικού
- ενημέρωση των ωφελουμένων για τις κρατικές παροχές
- εκπροσώπηση των ωφελουμένων σε δημόσιες υπηρεσίες
- σύσφιξη σχέσεων μεταξύ των ωφελουμένων και της οικογένειας
- ενημέρωση της οικογένειας
- δημιουργική απασχόληση των ατόμων
- συνεργασία με άλλους φορείς

Ο κοινωνικός λειτουργός στο προστατευόμενο διαμέρισμα συνεργάζεται με τις παρακάτω ειδικότητες :

- Ø ψυχολόγος
- Ø ψυχίατρος
- Ø διοικητικό προσωπικό
- Ø βοηθητικό προσωπικό

Στους τομείς :

- Û παρέμβαση στην κοινότητα
- Û συνεργασία με άτομα

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

7.1.ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΜΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Μετά από μελέτη βιβλιογραφικών πηγών σε σχέση με τις παροχές του κοινωνικού λειτουργού στις δομές ψυχικής υγείας υπήρχαν τα εξής συμπεράσματα:

Ο κοινωνικός λειτουργός ασχολείται με τους τομείς της

- κοινωνικής εργασίας με άτομα (συμβουλευτική, παρέμβαση σε κρίση, υπεράσπιση δικαιωμάτων κ.α)
- κοινωνικής εργασίας με ομάδες (δημιουργική απασχόληση, συμβουλευτική κ.α)
- κοινωνικής εργασίας με οικογένεια (ενημέρωση, συμβουλευτική κ.α) και
- κοινωνικής εργασίας με κοινότητα (ευαισθητοποίηση, ενημέρωση, πρόληψη, ημερίδες κ.α)
- διεπαγγελματική συνεργασία

Σε σύγκριση με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υπάρχουν κοινά σημεία με τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε από την ερευνητική ομάδα, ωστόσο υπάρχουν και διαφοροποιήσεις.

Επαληθευμένα στοιχεία

Ο κοινωνικός λειτουργός στις ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας εργάζεται στους παρακάτω τομείς:

- κοινωνική εργασία με άτομα
- κοινωνική εργασία με ομάδες
- κοινωνική εργασία με οικογένεια
- κοινωνική εργασία με κοινότητα
- διεπαγγελματική συνεργασία

Μη επαληθευμένα στοιχεία

Όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται σε ακόμη έναν τομέα ο οποίος όμως δεν φαίνεται να αναφέρεται στις βιβλιογραφικές πηγές. Αυτός είναι ο τομέας της

- διοίκησης της υπηρεσίας.

7.2 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται το θέμα του τρόπου λειτουργίας των ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας που λειτουργούν στην Ελλάδα και ειδικότερα στη πόλη της Πάτρας, αλλά και τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού όπως παρουσιάζεται μέσα σε αυτές τις δομές. Προκειμένου να εκπονηθεί η εργασία πραγματοποιήθηκε έρευνα από την ομάδα καθώς επίσης και βιβλιογραφική ανασκόπηση έτσι ώστε να διεξαχθούν κάποια συμπεράσματα ως προς αυτό το θέμα.

Η έρευνα είχε σκοπό την διερεύνηση του τρόπου λειτουργίας των ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας στην Πάτρα, των χαρακτηριστικών των ατόμων που ωφελούνται από αυτές, των τομέων που εργάζεται το προσωπικό στις δομές καθώς και του τρόπου συνεργασίας των επαγγελματιών. Τόσο από την βιβλιογραφία όσο και από τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε προέκυψαν χρήσιμα συμπεράσματα που δίνουν απάντηση στα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί από την αρχή.

Στο κεφάλαιο αυτό επίσης θα αναφερθούμε στα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, από τα οποία προκύπτει ο τρόπος λειτουργίας των ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας στην Πάτρα καθώς και η διεπαγγελματική συνεργασία μέσα σε αυτές. Έπειτα θα πραγματοποιηθεί μια σύγκριση των αποτελεσμάτων αυτών σε σχέση με την βιβλιογραφία που υπάρχει και σχετίζεται με αυτό το θέμα.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Πάτρα και συγκεκριμένα σε τέσσερις ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας (Κέντρο ψυχικής υγείας, ελληνικό κέντρο ψυχικής υγιεινής και ερευνών, προστατευόμενο διαμέρισμα του οικοτροφείου «Ίρις» και στο σύλλογο οικογενειών ψυχικής υγείας). Συμμετείχαν εικοσιτέσσερις επαγγελματίες, γυναίκες και άνδρες που εργάζονται σε αυτές τις δομές οι οποίοι είναι ποικίλων ειδικοτήτων.

A. Πιο συγκεκριμένα συμμετείχαν κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι, νοσηλεύτες, εργοθεραπευτές και επαγγελματίες γενικών καθηκόντων. Οι παραπάνω συμμετέχοντες ανήκαν σε όλες τις ηλικιακές ομάδες με την πλειοψηφία να βρίσκεται στη κατηγορία 41 έως πενήντα ετών. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι ήταν μόνιμοι στην υπηρεσία τους όσον αφορά το είδος απασχόλησης ενώ ακολουθούν μικρά ποσοστά συμβασιούχων, εθελοντών και μερικής απασχόλησης.

B. Όσον αφορά τους ωφελούμενους των ανοιχτών δομών που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ηλικίες σε κάθε υπηρεσία ποικίλλουν αλλά άτομα κάθε ηλικιακής ομάδας έχει τη δυνατότητα να απευθυνθεί σε τουλάχιστον μία από τις υπηρεσίες που αναφέρονται

παραπάνω. Όπως φάνηκε από την έρευνα οι ωφελούμενοι των δομών είναι κυρίως λυκειακής και γυμνασιακής εκπαίδευσης. Επιπλέον φαίνεται να υπάρχουν και άτομα που δεν έχουν ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση, άλλα που έχουν ολοκληρώσει μόνο την υποχρεωτική εκπαίδευση αλλά και άτομα που έχουν κάνει μεταλυκειακές σπουδές ή έχουν σπουδάσει σε κάποια ανώτατη σχολή. Αναφορικά με τις διαγνώσεις που συναντούνται στις ανοιχτές δομές που συμμετείχαν στην έρευνα, ιεραρχούνται ως εξής ανάλογα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων: σχιζοφρένεια – ψυχώσεις, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές διάθεσης, διαταραχές προσωπικότητας, αυτισμός-νοητική υστέρηση και τελευταία διάγνωση η δύσκολη οικογενειακή κατάσταση. Σχετικά με τη λειτουργικότητα των ωφελουμένων στις ερωτώμενες δομές η πλειοψηφία την χαρακτήρισε ως μέτριου βαθμού ενώ ακολουθεί ο καλός και ο πολύ καλός βαθμός λειτουργικότητας.

Γ. Στη συνέχεια σε σχέση με τον τρόπο λειτουργίας των ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας, από την έρευνα φάνηκε ότι όσον αφορά το νομικό πλαίσιο της υπηρεσίας οι περισσότερες δομές χαρακτηρίζονται ως νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου ενώ μία δομή ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου. Σχετικά με την πηγή χρηματοδότησης των δομών η πλειοψηφία των ερωτώμενων αναφέρει το κράτος ως τον κύριο χρηματοδότη ενώ στη συνέχεια ακολουθούν η χρηματοδότηση από ευρωπαϊκά προγράμματα και από δωρεές, ενώ τέλος οι μικρότερες πηγές χρηματοδότησης προέρχονται από ενέργειες της ίδιας της δομής (πχ. bazaar) αλλά και από συνδρομές των μελών της υπηρεσίας. Παρόλα αυτά η πλειοψηφία των ερωτώμενων θεωρεί ότι η χρηματοδότηση δεν είναι επαρκής για την εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας και μόνο ένα μικρό ποσοστό φαίνεται να τη θεωρεί επαρκή. Επίσης κατ'εξαιρεση ενός όλου οι υπόλοιποι ερωτώμενοι θεωρούν ότι υπάρχουν δυσκολίες που εμποδίζουν την ομαλή λειτουργία της υπηρεσίας. Αυτές οι δυσκολίες φαίνεται να είναι κυρίως η έλλειψη προσωπικού και η ελλιπής χρηματοδότηση, στη συνέχεια ο αυξημένος αριθμός ωφελουμένων και η έλλειψη υλικοτεχνικών μέσων, ενώ τέλος υπάρχει η δυσκολία των κτιριακών δομών. Οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους έκαναν κάποιες προτάσεις που θεωρούν ότι θα μπορούσαν να βελτιώσουν τη δομή στην οποία εργάζονται. Οι προτάσεις αφορούσαν κυρίως την βελτίωση της χρηματοδότησης των δομών, την πρόσληψη επιπλέον προσωπικού για την στελέχωση των δομών αλλά και την παροχή υλικοτεχνικών μέσων.

Δ. Όσον αφορά τους τομείς εργασίας των επαγγελματιών στις δομές ψυχικής υγείας και πιο συγκεκριμένα στο τομέα της συνεργασίας με άτομα, οι ερωτώμενοι φαίνεται ότι ασχολούνται με τους παρακάτω τομείς : αρχικά οι περισσότεροι ασχολούνται με την συμβουλευτική υποστήριξη των ατόμων και με την εγγραφή νέων μελών που συνοδεύεται με την λήψη κοινωνικού ιστορικού. Στη συνέχεια κάποιοι ασχολούνται με την δημιουργική απασχόληση των ατόμων, την εκπροσώπηση των ωφελουμένων σε δημόσιες υπηρεσίες αλλά και την ενημέρωση των ωφελουμένων για τυχόν

κρατικές παροχές που δικαιούνται. Τέλος ένα μικρό ποσοστό ερωτώμενων ασχολούνται και με την ψυχοθεραπεία, την φαρμακευτική θεραπεία, την ψυχιατρική αξιολόγηση και την ψυχοεκπαίδευση.

Σχετικά με τον τομέα της συνεργασίας με την οικογένεια, οι επαγγελματίες κατά κύριο βαθμό ασχολούνται με την ενημέρωση και την συμβουλευτική υποστήριξη της οικογένειας των ωφελουμένων της δομής. Επίσης ασχολούνται με την ομαδική ψυχοθεραπεία και τη σύσφιξη σχέσεων μεταξύ των ωφελουμένων και της οικογένειας τους. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό από τους ερωτώμενους ασχολείται με την ψυχοεκπαίδευση και τις κατ' οίκον επισκέψεις. Κλείνοντας να επισημάνουμε ότι κάποιοι ερωτώμενοι δεν ασχολούνται καθόλου με τον τομέα αυτό της οικογένειας. Αναφορικά με τον τομέα της σύστασης ομάδων μέσα στην δομή, οι ερωτώμενοι επαγγελματίες ασχολούνται κυρίως με την δημιουργική απασχόληση και έπειτα με την ομαδική συμβουλευτική και την ομαδική ψυχοθεραπεία. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό από αυτούς ασχολείται με άλλες δραστηριότητες σε αυτόν τον τομέα όπως την ομάδα αγωγής υγείας, την ομάδα λόγου, την ομάδα ψυχοεκπαίδευσης, την ομάδα ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων, και την ψυχιατρική αξιολόγηση. Κλείνοντας να σημειώσουμε ότι ένα συγκριτικά μεγάλο ποσοστό δεν ασχολείται καθόλου με τον τομέα της σύστασης ομάδων. Στο τομέα των δράσεων στην κοινότητα (δικτύωση), οι επαγγελματίες των ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα συνεργάζονται με άλλους φορείς, οργανώνουν ανοιχτές εκδηλώσεις, ημερίδες αλλά και ομιλίες. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό δεν ασχολείται καθόλου με αυτόν τον τομέα εργασίας στη δομή. Κλείνοντας, αναφέρεται ότι το ένα τρίτο των ερωτώμενων ασχολείται στη δομή που εργάζεται και με τον τομέα της διοικητικής οργάνωσης.

Ε. Όσον αφορά την διεπαγγελματική συνεργασία μέσα στις δομές, από τις απαντήσεις των ερωτώμενων φάνηκε ότι οι περισσότερες ειδικότητες συνεργάζονται κυρίως με τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχίατρο, ενώ ακολουθεί η συνεργασία με τον ψυχολόγο και το διοικητικό προσωπικό και μετέπειτα η συνεργασία με τον γιατρό, τον νοσηλευτή και το βοηθητικό προσωπικό. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό συνεργάζεται και με τους εργοθεραπευτές μέσα στην δομή. Οι τομείς συνεργασίας των παραπάνω επαγγελματιών μεταξύ τους αφορούν κυρίως την συνεργασία με άτομα και την συνεργασία με την οικογένεια, ακολουθεί η παρέμβαση στην κοινότητα, η σύσταση ομάδων και η διοίκηση της υπηρεσίας.

Συμπερασματικά και σύμφωνα με τα παραπάνω, φαίνεται ότι οι ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας που λειτουργούν στην Πάτρα αλλά και οι επαγγελματίες που εργάζονται μέσα σε αυτές αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες, που δυσχεραίνουν το έργο τους αλλά παρόλα αυτά υπάρχει διάθεση και θέληση από όλους να κάνουν το καλύτερο δυνατό. Πιο συγκεκριμένα αυτό που εμείς αποκομίσαμε από την

έρευνα μας είναι ότι αυτές οι ανοιχτές δομές ψυχική υγείας άλλοτε έχουν ελλιπή χρηματοδότηση, άλλοτε τους λείπει το ειδικευμένο προσωπικό ενώ φαίνεται σε κάποιες περιπτώσεις να δυσκολεύονται από τον αυξημένο αριθμό των ωφελουμένων αλλά και από την έλλειψη κτηριακών υποδομών. Παρά τις δυσκολίες αυτές όμως αυτό που εκλάβαμε εμείς είναι ότι οι επαγγελματίες κάνουν ότι καλύτερο μπορούν με τις διαθέσιμες πηγές που διαθέτουν ώστε να μπορέσουν να παρέχουν όσο το δυνατόν καλύτερες υπηρεσίες στους ωφελούμενους των υπηρεσιών τους. Τέλος κάποιοι από τους επαγγελματίες προσπαθούν να διεκδικήσουν περισσότερους πόρους ώστε να εξυπηρετήσουν καλύτερα τους ωφελούμενους, είτε οργανώνοντας διάφορες εκδηλώσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας είτε επικοινωνώντας με τους αρμόδιους χρηματοδότες ενημερώνοντας τους για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν.

7.2.1. ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Τα παραπάνω συμπεράσματα διεξάγονται από τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στις ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας. Προκειμένου όμως να ελέγξουμε την εγκυρότητα τους θα πραγματοποιήσουμε μια σύγκριση αυτών των αποτελεσμάτων με βιβλιογραφικές πηγές που αναφέρονται σε αυτό το θέμα.

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΩΝ

Επαληθευμένα αποτελέσματα:

Όσον αφορά τις υπηρεσίες που παρέχονται από το κέντρο ψυχικής υγιεινής στους ωφελούμενους, τόσο από της βιβλιογραφική ανασκόπηση όσο και από τα αποτελέσματα της έρευνας, προκύπτει ότι παρέχεται

- συμβουλευτική υποστήριξη τόσο σε ενήλικες όσο και σε έφηβους και παιδιά, ατομικά και ομαδικά
- ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία
- δημιουργική απασχόληση

Μη επαληθευμένα αποτελέσματα:

Στις πηγές όπου ανατρέξαμε υπήρχαν κάποια στοιχεία που δεν αναφέρονται στις απαντήσεις των επαγγελματιών αυτό μπορεί να συνέβη είτε διότι δεν παρέχονται πλέον οι υπηρεσίες αυτές, είτε για κάποιο άλλο λόγο. Όποια και να είναι η αιτία ωστόσο παραθέτουμε τα στοιχεία που δεν αναφέρονται στην έρευνα καθώς και αυτά τα οποία αναφέρονται αλλά δεν υπάρχουν στις βιβλιογραφικές πηγές.

- Ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες
- Ψυχιατρική – ψυχολογική αξιολόγηση
- Αξιολόγηση νοημοσύνης
- Γνωματεύσεις ψυχιατρικών παθήσεων
- Επαγγελματική αποκατάσταση

Από την έρευνα ωστόσο φάνηκε ότι πρόσθετα στις υπηρεσίες που παρέχονται υπάρχουν και:

- Ενημέρωση ωφελούμενων για προγράμματα και παροχές που τους αφορούν
- Εκπροσώπηση των ωφελουμένων σε δημόσιες υπηρεσίες
- Οργάνωση ημερίδων και ανοιχτών εκδηλώσεων και
- Συνεργασία με άλλους φορείς.

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Επαληθευμένα στοιχεία

Όλες οι υπηρεσίες που αναφέρονται παραπάνω όπως προέκυψαν από τα αποτελέσματα της έρευνας, αναφέρονται και στις βιβλιογραφικές πηγές και αυτές αφορούν

- Συμβουλευτική υποστήριξη ατόμων, οικογενειών και ομάδων
- Δημιουργική απασχόληση
- Ψυχολογική υποστήριξη ατόμων, ομάδων και οικογενειών
- Ενημερώσεις στην κοινότητα

Μη επαληθευμένα στοιχεία

Στις βιβλιογραφικές πηγές μόνο υπήρχαν στοιχεία που δεν αναφέρονται στα αποτελέσματα της έρευνας όσον αφορά τις υπηρεσίες που παρέχονται και αυτά είναι

- Εξωτερικά ιατρεία
- Παρέμβαση στο σπίτι
- Θεραπευτική ομάδα εξωτερικών ασθενών που δεν χρήζουν νοσηλείας

Σ.Ο.Ψ.Υ

Επαληθευμένα στοιχεία

Όσον αφορά τις υπηρεσίες που παρέχονται από το Σ.Ο.Ψ.Υ. υπήρχαν διαφοροποιήσεις αλλά και επαληθεύσεις σε σχέση με την βιβλιογραφία και τα αποτελέσματα της έρευνας . Επομένως οι υπηρεσίες που επαληθεύονται είναι

- Ατομική συμβουλευτική
- Ομάδα λόγου
- Οργάνωση ημερίδων
- Ψυχοεκπαίδευση
- Συμβουλευτική υποστήριξη (ατομική και ομαδική)
- Ενημέρωση και συμβουλευτική υποστήριξη οικογένειας
- Εκπροσώπηση ωφελουμένων σε δημόσιες υπηρεσίες.

Μη επαληθευμένα στοιχεία

Οι υπηρεσίες που αναφέρονται στην βιβλιογραφική ανασκόπηση και δεν συμπεριλαμβάνονται στις απαντήσεις των ερωτηθέντων είναι

- Σύσταση πολλαπλών ομάδων δημιουργικής απασχόλησης

Ενώ τα παρακάτω στοιχεία αναφέρονται στα αποτελέσματα της έρευνας αλλά όχι στη βιβλιογραφία

- Συνεργασία με άλλους φορείς
- Ενημέρωση ωφελουμένων για κρατικές παροχές

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ ΤΟΥ «Ιρις»

Όσον αφορά τις υπηρεσίες που παρέχονται στο προστατευόμενο διαμέρισμα του «Ιρις» υπάρχουν διαφοροποιήσεις στη σύγκριση τις βιβλιογραφικής ανασκόπησης και των αποτελεσμάτων της έρευνας που πραγματοποιήθηκε. Πιο συγκεκριμένα στις βιβλιογραφικές πηγές αναφέρεται περισσότερο η ενασχόληση των επαγγελματιών με την ένταξη των ωφελουμένων στην κοινότητα και την εξασφάλιση της αυτονομίας τους.

Επαληθευμένα στοιχεία

- Ενημέρωση της οικογένειας
- Σύσφιξη των οικογενειακών σχέσεων

Μη επαληθευμένα στοιχεία

Στα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι οι επαγγελματίες στο χώρο του προστατευόμενου διαμερίσματος ασχολούνται με επιπλέον υπηρεσίες που δεν αναφέρονται στις βιβλιογραφικές πηγές και αυτές είναι

- Έγγραφή μέλους – λήψη κοινωνικού ιστορικού
- Ενημέρωση για κρατικές παροχές
- Εκπροσώπηση των ωφελουμένων σε δημόσιες υπηρεσίες
- Δημιουργική απασχόληση ωφελουμένων
- Συνεργασία με άλλους φορείς

Αντίστοιχα υπήρχαν στοιχεία τα οποία ενώ αναφέρονται στις βιβλιογραφικές πηγές δεν επαληθεύθηκαν από τα αποτελέσματα της έρευνας και αυτά είναι

- Η κοινωνική δικτύωση
- Η ενσωμάτωση στην κοινότητα
- Η φροντίδα και
- Η εξασφάλιση της αυτονομίας των ωφελουμένων

Κλείνοντας θα αναφερθούμε στα συμπεράσματα στα οποία καταλήξαμε ορμώμενοι από τα παραπάνω. Αρχικά, το κυρίαρχο συμπέρασμα είναι ότι στη πλειοψηφία τους οι υπηρεσίες που παρέχονται από τις δομές σύμφωνα με τη βιβλιογραφία δε φαίνεται να συμβαδίζει απόλυτα με τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στο γεγονός ότι οι υπηρεσίες έχουν αλλάξει τους στόχους τους έτσι ώστε να συμβαδίζουν με την τωρινή ελληνική πραγματικότητα και χωρίς να ανανεωθεί αυτό στη βιβλιογραφία, είτε για κάποιο άλλο λόγο ο οποίος δεν είναι γνωστός στην ομάδα.

Πιο συγκεκριμένα όσον αφορά τις υπηρεσίες που παρέχονται από τις δομές που πραγματοποιήθηκε η έρευνα άλλοτε τα αποτελέσματα της έρευνας δεν αναφέρονται στις βιβλιογραφικές πηγές και άλλοτε δεδομένα τα οποία αναφέρονται στις βιβλιογραφικές πηγές δεν προκύπτουν από τα αποτελέσματα της έρευνας. Τέλος, να επισημάνουμε ότι οι διαφοροποιήσεις αυτές που εντοπίστηκαν δεν αλλοιώνουν τον χαρακτήρα και τον γενικό σκοπό των δομών απλά φαίνεται να έχουν πραγματοποιηθεί κάποιες τροποποιήσεις για την καλύτερη λειτουργία τους.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στο κεφάλαιο αυτό, θα παραθέσουμε κάποιες προτάσεις που θεωρούμε ότι θα βοηθούσαν στη καλύτερη λειτουργία των ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας όπως προκύπτει από τις ανάγκες που περιέγραψαν οι επαγγελματίες κατά τη διεξαγωγή της έρευνας αλλά και όπως προκύπτει από τις ανάγκες και τις ελλείψεις που εντοπίσαμε όσον αφορά αυτές τις δομές.

Αυτές οι προτάσεις είναι οι εξής:

- Ø **Χρηματοδότηση :** Αύξηση της χρηματοδότησης από τους φορείς στους οποίους υπάγονται οι δομές αυτές έτσι ώστε να είναι σε θέση να καλύψουν ευκολότερα τις ανάγκες που έχουν σαν δομές αλλά και να βελτιώσουν τις υπηρεσίες που παρέχουν προς τους ωφελούμενους. Επίσης με την αύξηση της χρηματοδότησης οι δομές θα έχουν την δυνατότητα να προμηθευτούν περισσότερα υλικοτεχνικά μέσα τα οποία είναι απαραίτητα τόσο για την διεξαγωγή προγραμμάτων που αφορούν τους ωφελούμενους, όσο και για καθημερινά διαδικαστικά θέματα που αφορούν τους επαγγελματίες και την ίδια την δομή.
- Ø **Προσωπικό :** Πρόσληψη εξειδικευμένου προσωπικού όλων των απαιτούμενων ειδικοτήτων ώστε να πραγματοποιούνται όσο το δυνατόν περισσότερα προγράμματα με πιο ποιοτικό αποτέλεσμα σε όλες τις δομές. Ως προς αυτή τη πρόταση η μονιμοποίηση των βασικών ειδικοτήτων θα βοηθούσε ώστε να μην υπάρχουν ελλείψεις όσον αφορά τις υπηρεσίες που θα καλύπτει η κάθε ειδικότητα αλλά δευτερευόντως έχοντας εξασφαλίσει μόνιμη θέση οι επαγγελματίες θα απαλλαγούν από το άγχος στέρησης εργασίας και θα αποδίδουν καλύτερα προτείνοντας και καινοτόμα προγράμματα που θα είναι σε θέση να τα υλοποιήσουν οι ίδιοι.
- Ø **Κτιριακές δομές :** Μια βασική διαπίστωση, τόσο από τα λεγόμενα των ερωτηθέντων της έρευνας αλλά και από τις επισκέψεις μας σε κάποιες από τις ανοιχτές δομές, ήταν ότι κάποιες από τις δομές αντιμετωπίζουν δυσκολίες όσον αφορά την κτιριακή υποδομή όπου φιλοξενούνται. Η πρόταση μας σχετικά με αυτό είναι η παραχώρηση ανεκμετάλλετων κτιρίων από τον δήμο στις υπηρεσίες αυτές που να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες τους.
- Ø **Αύξηση δομών:** Αν και έχουν ιδρυθεί πολλές ανοιχτές δομές στα πλαίσια της αποασυλοποίησης και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, όπως προκύπτει υπάρχει ανάγκη για την δημιουργία περισσότερων δομών. Αυτό συμβαίνει διότι ο αριθμός των ωφελουμένων των ήδη υπάρχουσών υπηρεσιών είναι πολύ μεγάλος και είναι δύσκολο για τις υπηρεσίες να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις τους. Δεύτερον οι ήδη υπάρχουσες

υπηρεσίες βρίσκονται σε αστικά κέντρα και δεν είναι προσβάσιμα σε πολίτες από μικρότερες πόλεις. Επομένως, είναι απαραίτητη η δημιουργία νέων δομών κυρίως σε μικρότερες πόλεις. Τέλος θα ήταν ωφέλιμο να δημιουργηθεί σε κάποιες δομές ένα πρόγραμμα όπου επαγγελματίες ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχίατροι και νοσηλευτές να πραγματοποιούν κατ οίκον επισκέψεις σε άτομα τα όποια αντιμετωπίζουν δυσκολίες να παρευρεθούν στην δομή.

Ø Βιβλιογραφία : Μια από τις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε κατά την διεξαγωγή της εργασίας ήταν η έλλειψη βιβλιογραφικών πηγών αλλά και ότι κάποιες από αυτές έρχονταν σε αντιπαράθεση με τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη. Έτσι η πρόταση μας αρχικά η ενίσχυση της βιβλιογραφίας από άτομα που έχουν εντρυφήσει σε αυτό το θέμα και κατ επέκταση οι ίδιες οι δομές να συγχρονίσουν τις βιβλιογραφικές πηγές με την τωρινή πραγματικότητα.

ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ – ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ολοκλήρωση της ερευνητικής διαδικασίας διήρκησε δεκαπέντε (15) μέρες, και σε αυτό συνέβαλλε η καλή συνεργασία με τις υπηρεσίες που συμμετείχαν. Οι επαγγελματίες με τους οποίους ήρθαμε σε επαφή προκειμένου να τους ενημερώσουμε για την διεξαγωγή της έρευνας ήταν πρόθυμοι να συμμετέχουν και είχαν άμεση ανταπόκριση παρά τον περιορισμένο χρόνο που είχαν στη διάθεση τους.

Παρά το περιορισμένο χρονικό διάστημα που είχαμε στη διάθεσή μας σαν ερευνητική ομάδα, μέσα από την έρευνα που διεξήχθη καταφέραμε να καταλήξουμε σε χρήσιμα συμπεράσματα που μας βοήθησαν να τελειοποιήσουμε την εργασία και να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν οι ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας στην Πάτρα καθώς και τον τρόπο με τον οποίο εργάζεται ο κοινωνικός λειτουργός μέσα σε αυτές αλλά και τις διάφορες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι των δομών αυτών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Καλλινικάκη, Θ., (2010) «Κοινωνική Εργασία, Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας», εκδ. ελληνικά γράμματα, Αθήνα.

Μαδιανός, Μ., (1989) «Κοινωνία και ψυχική υγεία» τόμος α' και β' εκδ Καστανιώτη , Αθήνα

Μαδιανός Μ. (1994) Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της, από τη Θεωρία στην Πράξη. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.

Μαδιανός, Μ., (2002) «Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 21ου αιώνα», Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Ζωγράφου, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Σικελιανού Δ., (2010) «Κλινική ψυχοπαθολογία ενηλίκων» εκδ. ΔΙΟΝΙΚΟΣ, Αθήνα

Σκαπινάκης Π., Μαυρέας Β. (2001) «Ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Διαφορετικοί ασθενείς διαφορετικές ανάγκες» . Archives Of Hellenic Medicine 18(5),

Σταθόπουλος Π.,(2005) «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ Ιστορική εξέλιξη – νέες κατευθύνσεις», εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Στεφανής Κ., (1984) «Ψυχιατρική περίθαλψη και κοινωνική ψυχιατρική, ανακοίνωση στο ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνική ψυχιατρικής» εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα

Στυλιανίδης Στ., (2001) «Μοντέλα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και προβλήματα μεταφοράς τους στο χώρο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: θεωρητικές, κλινικές και πρακτικές παρατηρήσεις», Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 75, Ιούλιος, Αύγουστος, Σεπτέμβριος 2001

Στυλιανίδης, Σ., Θεοχαράκης, Ν. & Χόνδρος Π. Ν. (2007). Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα. Αρχαιολογία και Τέχνες, τχ.105. 45-54.

Στυλιανίδης, Σ., (2012) «Εισαγωγή: Βασικές Έννοιες Κοινωνικής Ψυχιατρικής», ΔΗΜΟΣΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΑΡΙΝΟ ΕΞΑΜΗΝΟ

Τετράδια Ψυχιατρικής (1987) «Συμπόσιο για το πείραμα της Τεργέστης στο ΨΝΑ» Τριμηνιαία έκδοση της επιστημονικής ένωσης του ΨΝΑ, Οκτώβριος-Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1987 σελίδες 93-99.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Barker, R., (2003), Social work dictionary. Silver Spring, MD: NASW Press.

Cohen, L. and Manion, L. (1992). Research methods in education (3rd edition). London: Routledge

Cohen, L. and Manion, L. Morrison, K., (2010), «Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας» εκδ. Μεταίχμιο

Creswell, J.W. (1998) Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions. London and Thousand Oaks, CA; Sage Publications.

Goffman, I. (1961), Asylums, New York.

Golightley, M. (2004). Social work and mental health. London: Learning Matters.

Thornicroft, G. , Tansella, M., (2010) «Για μια καλύτερη φροντίδα της ψυχικής υγείας. Ηθική και δεοντολογία, τεκμήρια και εμπειρία» εκδ. Τόπος

Mounir, Y., Ekdawi, Alison M. Conning Μτφρ. Αποστόλη Ι. (1998) Ψυχιατρική αποκατάσταση, ένας πρακτικός οδηγός. Ελλην.

Stilianidis, S., Chondros, (2011) “Crise économique, crise de la réforme psychiatrique en Grèce”, Volume 87 : 625-7 , Numéro 8, “Information Psychiatrique”

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Υπουργείο υγείας, (2011), «Παγκόσμια μέρα ψυχικής υγείας», www.moh.gov.gr, (επίσκεψη : 27 Απριλίου 2015)

Ερευνητικό πανεπιστημιακό ινστιτούτο ψυχικής υγείας, «ΚΕΝΤΡΟ-ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.», www.epipsi.gr (επίσκ. 1 Απριλίου 2015)

ψυχαργός, «Ίρις», www.psychargos.gov.gr (επίσκ. : 27 Απριλίου 2015)

Ελληνικό κέντρο ψυχικής υγιεινής κ ερευνών, «Ελληνικό κέντρο ψυχικής υγιεινής και ερευνών», www.ekepsy.gr (επίσκ. 18 Μαρτίου 2015)

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ" , «Κέντρο ψυχικής υγείας Πάτρας», www.agandreashosp.gr (επίσκ. : 18 Μαρτίου 2015)

Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης, (2006-2011) «Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης», www.koispe.gr (επίσκ.: 27 Απριλίου 2015)

www.kmpsyelladas.wordpress.com , (2014) « ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΡΕΘΥΜΝΟΥ: Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΜΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΚΙΝΗΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ», Λιοδάκης Α. – ψυχίατρος (επίσκ: 27 Απριλίου 2015)

www.euro.who.int (2005), «Mental Health: Facing Challenges, building solutions, Report from the Who European Ministerial Conference», (επίσκ: **27 Απριλίου 2015**)

bj psych the British journal of psychiatry, (2002), «focus on psychiatry in Italy», Marco Piccinelli, Pierluigi Politi, Francesco Barale, bjp.rcpsych.org/content/181/6/538, (επίσκ. 7 Μαΐου 2015)

Emotional wellbeing, (2013), «What services can I expect? », www.emotionalwellbeing.southcentral.nhs.uk, (επίσκ. 7 Μαΐου 2015)

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ – ΠΡΟΝΟΙΑ», (2000-2006), Προετοιμασία Εφαρμογής του Μέτρου 2.4 (Κατάρτιση του Προσωπικού για την Στήριξη της Αποασυλοποίησης της Κοινωνικο Οικονομικής Επανάταξης και της Συνεχούς Υποστήριξης των Ψυχικά Ασθενών), http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/meletes/8_efarmogh_m24.pdf, (επίσκ. 7 Μαΐου 2015)

ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ (2011), «Ψυχοκοινωνική παρέμβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ανάπτυξη της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Κέρκυρας/Λευκάδας», Τόμος 8 , τεύχος 1, http://www.ixek.gr/images/articles/344_psixokoinoniki%20paremvasi.pdf, (επίσκ. 19 Μαΐου 2015)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ 815

ΤΡΟΠΟΛΟΓΙΑ

Στο σχέδιο νόμου «Έλεγχος δημοσίου τομέα- Μετατάξεις- κατάταξη προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου»

Το κρατικό θεραπευτήριο Κέντρο Υγείας Λέρου , στα" πλαίσια των προγραμμάτων Λέρος Ι και Λέρος ΙΙ του κανονισμού της ΈΟΚ 815/84 για την Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα απασχολεί. 246 εργαζόμενους διαφόρων ειδικοτήτων .

Στο θεραπευτήριο υπάρχουν κενές θέσεις στις ειδικότητες που κατέχουν πολλοί από τους ανωτέρω εργαζομένους .

Ο κανονισμός 815/84 λήγει, στο τέλος του 1994 και υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να παραταθεί για έξι (6) μήνες. Προκειμένου να συνεχιστεί η ποιοτική αναβάθμιση του συντελούμενου έργου για τον οποίο οι εργαζόμενοι, που προαναφέραμε αποτελούν το σημαντικότερο παράγοντα .

Η ομάδα των ανεξαρτήτων εμπειρογνομόνων της· Ευρωπαϊκής Ένωσης στην επίσκεψη της τον Σεπτέμβριο του 1994 , διαπίστωσε την θεαματική πρόοδο που συντελέστηκε στο Κ. Θ. Λέρου και χαρακτήρισε τη δουλειά που γίνεται τώρα στο θεραπευτήριο "μοναδική στην Ευρώπη " Εξέφρασαν όμως την έντονη ανησυχία τους για την πιθανότητα παλινδρόμησης του εκπληκτικού αυτού έργου αν δεν εξασφαλιστούν οι της εφαρμογής του Κανονισμού 815/84.

Η συζήτηση στη Βουλή των Ελλήνων του Σχεδίου Νόμου "Έλεγχος Τομέα- Μετατάξεις- Κατάταξη Προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου -Άλλες ρυθμίσεις " παρέχει τη δυνατότητα να διασφαλιστεί σε κάποιο βαθμό εργασία που συντελέστηκε στο θεραπευτήριο με την αξιοποίηση μέρους του εξειδικευμένου και έμπειρου προσωπικού της κατηγορίας που προαναφέραμε

Από τους 246 εργαζόμενους οι 69 έχουν εκπληρώσει- περισσότερους από δώδεκα (12) μήνες συνεχούς υπηρεσίας ενώ οι κενές οργανικές θέσεις των αντιστοιχών ειδικοτήτων ανέρχονται σε 662.

Συμπερασματικά κρίνεται απαραίτητο να κατατεθεί για ψήφιση η παρακάτω τροπολογία:

Τροπολογία

Της παρ. 1 του άρθρου 10 του παρόντος σχεδίου νόμου

γ) Εργαζόμενοι του Κρατικού θεραπευτηρίου Κέντρου Υγείας Λέρου στα πλαίσια των προγραμμάτων του κανονισμού της ΕΟΚ 815/84 για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, που απασχολήθηκαν συνεχώς δώδεκα (12) μήνες

μετά από αξιολόγηση από το Δ/κό Σ/λιο του θεραπευτηρίου, μπορούν με τη διαδικασία του άρθρου 11 να καταταγούν σε κενές οργανικές θέσεις της αντίστοιχης ειδικότητας και κλάδου ή σε προσωποπαγείς θέσεις αορίστου χρόνου. Η κατάταξη στις κενές οργανικές θέσεις να γίνεται σύμφωνα με το χρόνο υπηρεσίας.

Αθήνα 28/11/94

Ο προτείνων βουλευτής

Σφυρίου Κοσμά

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΝΟΜΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ Ν. 1397/ 83

1) Ν. 1397 / 83 / ΦΕΚ 143 Α' / 1983

Άρθρα : 14 (Σύσταση Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων),

15 (Σκοπός),

17 (Κέντρων Υγείας αστικών περιοχών),

18 (Οργάνωση και λειτουργία Κέντρων Υγείας μη αστικών περιοχών),

19 (Σύνδεση Κέντρων Υγείας με Νοσοκομεία)

Άρθρο 09: Ρυθμίσεις Μονάδων Ψυχικής Υγείας

1. Στο τέλος του άρθρου 30 του ν. 4052/2012 (ΦΕΚ 41 Α 2012) προστίθενται παράγραφοι 7 και 8 ως ακολούθως:

«7. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας των καταργούμενων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου, όπως αυτά αναφέρονται στην παράγραφο 2, 3, 4 και 5 του παρόντος αποτελούν εφεξής, αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των αντίστοιχων Γενικών Νοσοκομείων υποδοχής. Οι λοιπές Μονάδες Ψυχικής Υγείας των καταργούμενων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου του παρόντος άρθρου, αποτελούν εφεξής αποκεντρωμένες μονάδες των ως άνω Κέντρων Ψυχικής Υγείας.

8. Τα ως άνω Κέντρα Ψυχικής Υγείας με τις λοιπές Μονάδες Ψυχικής Υγείας αποτελούν διακριτό

κέντρο κόστους στον προϋπολογισμό του νοσοκομείου υποδοχής. Τα Νοσοκομεία υποδοχής υποχρεούνται να τηρούν ξεχωριστό Κ.Α.Ε. στον προϋπολογισμό τους για τα ως άνω Κέντρα Ψυχικής Υγείας με τις λοιπές Μονάδες Ψυχικής Υγείας που υπάγονται σε αυτό. Κάθε αυξομείωση των πιστώσεων του ως άνω Κ.Α.Ε. θα διενεργείται κατόπιν έγκρισης του Υπουργού Υγείας».

2. Οι παράγραφοι 1 έως 5 του άρθρου 31 του ν. 4052/2012 (ΦΕΚ 41 Α 2012) αντικαθίστανται ως εξής:

«1. Οι οργανικές και προσωποπαγείς θέσεις του ιατρικού προσωπικού που υπηρετεί στα καταργούμενα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου μεταφέρονται στο νοσοκομείο υποδοχής για τη στελέχωση του Ψυχιατρικού Τμήματος του Ψυχιατρικού Τομέα, τη στελέχωση του αντίστοιχου Κέντρου Ψυχικής Υγείας με τις λοιπές αποκεντρωμένες Μονάδες Ψυχικής Υγείας που υπάγονται σε αυτό, σύμφωνα με την παράγραφο 7 του άρθρου 30.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας κατόπιν εισήγησης του Διοικητή της αρμόδιας Υγειονομικής Περιφέρειας, οι ιατροί που υπηρετούν στα καταργούμενα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου κατά το χρόνο ένταξης μεταφέρονται στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Ψυχιατρικού Τομέα του νοσοκομείου υποδοχής ή στο αντίστοιχο Κέντρο Ψυχικής Υγείας με τις λοιπές αποκεντρωμένες μονάδες ψυχικής υγείας που υπάγονται σε αυτό με την ίδια εργασιακή σχέση, οργανική ή προσωποπαγή θέση, βαθμό, ειδικότητα που κατέχουν.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, κατόπιν εισήγησης του Διοικητή της αρμόδιας Υγειονομικής Περιφέρειας, διενεργείται η μεταφορά των θέσεων του λοιπού προσωπικού, πλην του διοικητικού και τεχνικού, στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Ψυχιατρικού Τομέα του νοσοκομείου υποδοχής ή στο αντίστοιχο Κέντρο Ψυχικής Υγείας με τις λοιπές αποκεντρωμένες μονάδες ψυχικής υγείας που υπάγονται σε αυτό. Οι μεταφερόμενες θέσεις ως άνω θα καλυφθούν από το ήδη υπηρετούν προσωπικό με την ίδια εργασιακή σχέση, θέση, κλάδο, βαθμό και ειδικότητα που κατείχαν στο καταργούμενο νομικό πρόσωπο. Για την υπηρεσιακή κατάσταση (άδειες, αποσπάσεις, μετακινήσεις, πειθαρχικές διαδικασίες, λύση υπηρεσιακής σχέσης κ.λπ.) του ανωτέρω προσωπικού, εφαρμόζονται μετά την κατά τα άνω μεταφορά του στα νοσοκομεία υποδοχής, οι διατάξεις που διέπουν το αντίστοιχο προσωπικό των φορέων αυτών. Το ίδιο προσωπικό, μετά τη μεταφορά του, μισθοδοτείται από τα νοσοκομεία υποδοχής και λαμβάνει τις αποδοχές της αντίστοιχης κατηγορίας (μισθολόγιο, επιδόματα, αποζημιώσεις κ.λπ.) του προσωπικού αυτών. Το παραπάνω προσωπικό εξακολουθεί να διέπεται από το ασφαλιστικό και συνταξιοδοτικό καθεστώς που είχε πριν από τη μεταφορά του στους φορείς υποδοχής. Το ως άνω προσωπικό εξακολουθεί να ασκεί τα καθήκοντά του σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας απαγορευομένης κάθε εσωτερικής μετακίνησής του για οποιονδήποτε λόγο.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας κατόπιν εισήγησης του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής

Περιφέρειας, το διοικητικό και τεχνικό προσωπικό που υπηρετεί στα καταργούμενα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και κατέχει οργανικές ή προσωποπαγείς θέσεις κατά το χρόνο ένταξης, μεταφέρεται στο νοσοκομείο υποδοχής ή στο αντίστοιχο Κέντρο Ψυχικής Υγείας με τις λοιπές αποκεντρωμένες μονάδες ψυχικής υγείας που υπάγονται σε αυτό, με την ίδια εργασιακή σχέση, οργανική ή προσωποπαγή θέση, βαθμό, ειδικότητα που κατέχουν.

5. Η μεταφορά οργανικών θέσεων και προσωπικού, καθώς και προσωποπαγών θέσεων των υπ' αριθμ. ως άνω 2, 3 και 4 γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας μετά από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Διοίκησης Υγειονομικής Περιφέρειας, ο οποίος λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες που υπάρχουν από έλλειψη προσωπικού στις κατηγορίες, κλάδους και ειδικότητες στα νοσοκομεία, στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τις λοιπές Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

Η εισήγηση υποβάλλεται στο Υπουργείο Υγείας εντός προθεσμίας ενός μηνός από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου. Διαπιστωτικές πράξεις που έχουν εκδοθεί κατ' εξουσιοδότηση των υπ' αριθμ. ως άνω 1, 2, 3, 4, 5, 6 του άρθρου 31 του ν. 4052/2012, όπως ίσχυε, καταργούνται μετά την έκδοση των ως άνω αποφάσεων μεταφοράς του προσωπικού.

6. Τα δικαιώματα των εργαζομένων στα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που καταργούνται δεν θίγονται.».

3. Το δεύτερο εδάφιο της παρ. 1 του άρθρου 77 του ν. 3918/2011 (ΦΕΚ 31 Α 2011) αντικαθίσταται ως εξής: «Εξαιρούνται οι διατάξεις περί του Κεφαλαίου Κοινωνικής και Ανθρωπιστικής Αντίληψης του τετάρτου, πέμπτου, έκτου, εβδόμου και ογδού εδαφίου της περίπτωσης εε' του άρθρου 3 του ν. 3580/2007, όπως ισχύει».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Άρθρο 91

Σκοποί και αρχές

Το κράτος μεριμνά για την προώθηση και συντονισμό των λειτουργιών της πρόληψης, της περίθαλψης και της κοινωνικής αποκατάστασης των παιδιών, εφήβων και ενηλίκων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Για τον ανώτερο σκοπό εφαρμόζονται οι αρχές της διάρθρωσης σε τομείς, της προτεραιότητας της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποασυλοποίησης και της ευαισθητοποίησης και συμμετοχής της κοινωνικής ομάδας στα θέματα ψυχικής υγείας.

Άρθρο 92

Διάρθρωση σε τομείς

Σε κάθε νομό συνίσταται Τομέας Ψυχικής Υγείας. Στους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, κατ' εξαίρεση μπορούν να συσταθούν περισσότεροι του ενός τομείς. Κάθε τομέας Ψυχικής Υγείας περιλαμβάνει ψυχιατρικές υπηρεσίες που καλούνται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.). Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να είναι ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. κοινής ωφέλειας.

Η σύσταση των Τομέων Ψυχικής Υγείας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την ίδια απόφαση ορίζονται ο χώρος ευθύνης και η έδρα του κάθε τομέα, καθώς και οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε αυτόν και στις οποίες περιλαμβάνονται όλες οι ήδη υπάρχουσες Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

Με απόφαση του υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, στην έδρα κάθε τομέα Ψυχικής Υγείας, συγκροτείται Τοπική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.). Οι Τ.Ε.Ψ.Υ. έχουν τις ακόλουθες αρμοδιότητες σε τοπικό επίπεδο:

- α) Γνωμοδοτούν και εισηγούνται σε θέματα προγραμματισμού ψυχικής υγείας και καταρτίζουν ανάλογα προγράμματα.
- β) Εποπτεύουν και συντονίζουν τις δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.
- γ) Παρακολουθούν την πορεία ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των ειδικότερων προγραμμάτων για την προώθηση της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό.

Οι Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι 5μελείς και αποτελούνται από:

- α) Τον διευθυντή της διεύθυνσης υγείας του νομού στον οποίο ανήκει ο Τομέας ή άλλο ιατρό της ίδιας διεύθυνσης, με τον αναπληρωτή του. Ο διευθυντής της διεύθυνσης υγείας ή ο αναπληρωτής του ασκούν χρέη προέδρου.
- β) Έναν εκπρόσωπο του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου με τον αναπληρωτή του, που προτείνεται από αυτόν.
- γ) Τον διευθυντή Κέντρου Ψυχικής Υγείας, με τον αναπληρωτή του και εφόσον υπάρχουν περισσότεροι του ενός από τον αρχαιότερο σε θέση διευθυντή.
- δ) Το διευθυντή του Ψυχιατρικού Τομέα νομαρχιακού ή περιφερειακού νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του και

ε) Τον αρχαιότερο σε θέση ψυχιατρικής κλινικής ειδικού ψυχιατρικού νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του.

Σε περίπτωση που ελλείπουν μέλη των περιπτώσεων γ', δ' και ε' τη θέση τους καταλαμβάνουν εκπρόσωποι του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου, που προτείνονται από αυτόν. Σε πόλεις στις οποίες έχουν την έδρα τους ιατρικά τμήματα ΑΕΙ, οι Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι επταμελείς, τα δε επιπλέον μέλη είναι Δ.Ε.Π. ψυχίατροι, που ορίζονται από το αντίστοιχο ιατρικό τμήμα των ΑΕΙ με τους αναπληρωτές τους. Η θητεία των Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι τριετής και οι θέσεις τιμητικές και άμισθες.

Σε κάθε ασθενή παρέχονται υπηρεσίες από Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) του τομέα στον οποίο κατοικεί. Εξαιρέση είναι δυνατή μόνο στις περιπτώσεις: α) επείγουσας ανάγκης, β) παραπομπής από μονάδα του αρμόδιου τομέα για λόγους αρτιότερης περίθαλψης, γ) επί απουσίας ανάλογης μονάδας στον αρμόδιο Τομέα. Σε κάθε περίπτωση φροντίδας ασθενούς από μονάδα άλλου Τομέα, αυτή έχει την υποχρέωση να ενημερώνει την αρμόδια μονάδα του τομέα κατοικίας και να αναπέμπει σε αυτή τον ασθενή μετά τη λήξη της παρασχεθείσας από αυτήν φροντίδας.

Άρθρο 93

Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.)

Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ψυχιατρικοί τομείς νομαρχιακών ή περιφερειακών νοσοκομείων, οι πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές, τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι παιδοψυχιατρικές κλινικές, οι ψυχογηριατρικές κλινικές, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευτικά διαμερίσματα, οι ανάδοχες οικογένειες, οι θεραπευτικές μονάδες αποκατάστασης, οι θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες, τα νοσοκομεία ημέρας και νύχτας και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα. Στις Μ.Ψ.Υ. διενεργείται η πρόληψη και η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, η θεραπεία της και η συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής, η κοινωνική επανένταξη και η κοινωνική αποκατάσταση προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή. Οι επιμέρους λειτουργίες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και εκπαίδευσης του προσωπικού καθορίζονται εκάστοτε με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Τα κέντρα ψυχικής υγείας συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από γνώμη της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ. Στα κέντρα υγείας του άρθρου 15 του παρόντος νόμου, μπορεί και αναπτύσσονται δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

Στα κέντρα ψυχικής υγείας και στα κέντρα υγείας στα οποία αναπτύσσονται δραστηριότητες Μ.Ψ.Υ. συνιστώνται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων θέσεις παιδοψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού, που συνιστώνται ύστερα από γνώμη των Τ.Ε.Ψ.Υ., προστίθενται στις θέσεις και κλάδους που προβλέπονται από τον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στις κατά τόπους διευθύνσεις υγείας.

Οι μονάδες ψυχικής υγείας διοικούνται από διοικούσα 3μελή επιτροπή, η οποία απαρτίζεται από τον αρχαιότερο επιστημονικό διευθυντή, που υπηρετεί σε αυτά και από δυο μέλη που ορίζονται από τον νομάρχη της οικείας νομαρχίας, στην οποία υπάγεται το κέντρο ψυχικής υγείας. Με απόφαση του αρμόδιου νομάρχη ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες συγκρότησης και λειτουργίας της διοικούσας επιτροπής των κέντρων ψυχικής υγείας.

Στα κέντρα ψυχικής υγείας, τους ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων, τις ψυχιατρικές πανεπιστημιακές κλινικές, τις παιδοψυχιατρικές κλινικές και τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, υπάγονται όλες οι υπόλοιπες Μονάδες Ψυχικής Υγείας της παρ. 1 του άρθρου αυτού, οι οποίες Μ.Ψ.Υ. μπορούν να συνιστώνται και ως αυτοτελή ν.π.δ.δ. ή ν.π.δ.ι.

Για να υπάρξει συνέχεια στη θεραπευτική αγωγή και γενικότερα στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και για εκπαιδευτικούς λόγους, μπορεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας

και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να αποσπώνται στελέχη νοσοκομείων και ψυχιατρείων στις μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και αντίστροφα.

Άρθρο 94

Εκούσια νοσηλεία

Εκούσια νοσηλεία είναι η με τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

Προϋποθέσεις για την εκούσια νοσηλεία είναι: α) ο ασθενής να είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, και β) να συμφωνήσει ο επιστημονικός διευθυντής ή ο νόμιμος αναπληρωτής του για την ανάγκη θεραπείας.

Αυτός που νοσηλεύεται εκούσια έχει όλα τα δικαιώματα που συνδέονται με την άσκηση των ατομικών του ελευθεριών, τα οποία έχουν και οι ασθενείς που νοσηλεύονται για άλλη αιτία, εκτός της ψυχικής διαταραχής.

Η εκούσια νοσηλεία εντός της κλινικής περατώνεται οποτεδήποτε με αίτηση του ασθενή ή εκτίμηση του επιστημονικού διευθυντή ή του νόμιμου αναπληρωτή του ότι δεν χρειάζεται περαιτέρω νοσηλεία.

Αν ασθενής που νοσηλεύτηκε εκούσια «ζητήσει» την εκούσια νοσηλεία του, πρέπει να βεβαιωθεί από δυο ψυχιάτρους, ή επί αδυναμίας εξευρέσεως δεύτερου ψυχιάτρου, από έναν ψυχίατρο και έναν ιατρό παθολόγο, η ικανότητα του ασθενή να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του. Ο δεύτερος ψυχίατρος ή παθολόγος ιατρός δεν ανήκει στην Μονάδα Ψυχικής Υγείας, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής και υποδεικνύεται από αυτόν. Αντίγραφο της βεβαίωσης αυτής στέλνεται αμέσως, στον εισαγγελέα, οποίος έχει κινήσει τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας.

Άρθρο 95

Ακούσια νοσηλεία

Ακούσια νοσηλεία είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Από την ακούσια νοσηλεία διακρίνεται η «φύλαξη» ασθενή με το άρθρο 69 επ. του Ποιν. Κώδικα. Η αντιμετώπιση των τοξικομανών διέπεται από ειδική νομοθεσία.

Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία, είναι:

I. α. ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή.

β. να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του.

γ. η έλλειψη νοσηλείας να έχει σαν συνέπεια είτε να αποκλεισθεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, ή

II. Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου.

Η αδυναμία ή η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία, δεν αποτελεί καθ' αυτή ψυχική διαταραχή.

Άρθρο 96

Διαδικασία εισαγωγής

Την ακούσια νοσηλεία του φερομένου στην αίτηση ως ασθενή, μπορούν να ζητήσουν ο σύζυγος του ή συγγενής σε ευθεία γραμμή απεριόριστα ή συγγενής εκ πλαγίου μέχρι και τον δεύτερο βαθμό ή όποιος έχει την επιμέλεια του προσώπου του ή ο επίτροπος του δικαστικού απαγορευμένου. Εάν δεν υπάρχει κανένα από τα πρόσωπα αυτά, σε επείγουσα περίπτωση, την ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει και αυτεπάγγελα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενή.

Η αίτηση για την ακούσια νοσηλεία απευθύνεται στον εισαγγελέα πρωτοδικών του τόπου της κατοικίας ή διαμονής του προσώπου, που φέρεται στην αίτηση ως ασθενής. Την αίτηση πρέπει να συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δυο ψυχιάτρων, ή επί αδυναμίας εξεύρεσης δυο ψυχιάτρων, ενός ψυχιάτρου και ενός ιατρού παρεμφερούς ειδικότητας, που θα να αναφέρονται στις προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 95 είτε I είτε II. Οι ιατροί που συντάσσουν τις γνωματεύσεις δεν πρέπει να τελούν σε σχέση συγγενείας με τον αιτούντα ή το φερόμενο στην αίτηση ως ασθενή.

Οι ψυχίατροι ή παιδοψυχίατροι που συντάσσουν τις γνωματεύσεις προέρχονται από ειδικό κατάλογο, τον οποίο συντάσσουν, ανά διετία οι κατά τόπους ιατρικοί σύλλογοι.

Ο εισαγγελέας, αφού διαπιστώσει τη συνδρομή των τυπικών προϋποθέσεων και εφόσον και οι δύο ιατρικές γνωματεύσεις συμφωνούν για την ανάγκη ακούσιας νοσηλείας, διατάσσει τη μεταφορά του ασθενή σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας που υπάρχει στον «Τομέα» ψυχικής υγείας της κατοικίας του ασθενή, εκτός αν οι ειδικές συνθήκες επιβάλλουν τη νοσηλεία του άλλου. Εάν οι γνωματεύσεις των δυο ιατρών διαφέρουν μεταξύ τους, ο εισαγγελέας μπορεί να διατάξει τη μεταφορά του φερόμενου ως ασθενή, εισάγει την αίτηση στο πολυμελές πρωτοδικείο κατά τη διαδικασία της παρ. 6 του άρθρου αυτού. Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται αμέσως μόλις γίνει η μεταφορά του στην Μονάδα Ψυχικής Υγείας, από τον διευθυντή ή άλλο πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί το καθήκον αυτό, για τα δικαιώματά του και ειδικότερα το δικαίωμα να ασκήσει ένδικο μέσο. Για την ενημέρωση αυτή συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται, εκτός από τον υποχρεωμένο να ενημερώσει και από τον συνοδό του ασθενή.

Στην περίπτωση που τη διαδικασία κινεί αυτεπάγγελα ο εισαγγελέας ή που την αίτηση αναφέρεται ότι ήταν ανέφικτη η εξέταση του ασθενή, λόγω άρνησής του να εξεταστεί ο εισαγγελέας πρωτοδικών δικαιούται να διατάξει τη μεταφορά του ασθενή για εξέταση και σύνταξη των γνωματεύσεων, σε δημόσια ψυχιατρική κλινική. Η μεταφορά του διενεργείται υπό συνθήκες που εξασφαλίζουν το σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του ασθενή, η δε παραμονή του ασθενή εκεί για τις αναγκαίες εξετάσεις δεν μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 48 ώρες.

Σε τρεις μέρες από τότε που ο εισαγγελέας πρωτοδικών διέταξε τη μεταφορά του ασθενή, επιμελούμενος άμα για τη μεταφορά του στο πολυμελές πρωτοδικείο, ο ίδιος με αίτησή του ζητά να επιληφθεί το πολυμελές πρωτοδικείο στο οποίο υπηρετεί, που συνεδριάζει μέσα σε δέκα μέρες κατά τη κρίση του, «κεκλεισμένων των θυρών», ώστε να προστατεύεται η ιδιωτική ζωή του ασθενή. Στην συνεδρίαση καλείται πριν από 48 ώρες και ο ασθενής, ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο. Σε περίπτωση επικινδυνότητας του φερόμενου ως ασθενή οι ανωτέρω προθεσμίες δύναται να συντμηθούν.

Το δικαστήριο, που δικάζει με τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας, αν κρίνει ότι οι γνωματεύσεις των δυο ψυχιάτρων που προσάγονται διαφέρουν μεταξύ τους ή δεν είναι πειστικές ή ο επιστημονικός διευθυντής του νοσοκομείου στο οποίο έχει εισαχθεί ο ασθενής διατυπώνει αντίθετη προς τις γνωματεύσεις γνώμη, διατάζει την εξέταση του ασθενή και από άλλο ψυχίατρο εγγεγραμμένο στους καταλόγους ιατρικών συλλόγων της χώρας, κατά προτίμηση επίκουρο τουλάχιστον καθηγητή ή επιστημονικό διευθυντή δημόσιας Μονάδας Ψυχικής Υγείας ή το νόμιμο αναπληρωτή του.

Η απόφαση του πρωτοδικείου πρέπει να είναι ειδικά αιτιολογημένη. Αν ο ασθενής τον οποίο αφορά έχει προσαχθεί με διαταγή του εισαγγελέα σε ψυχιατρική κλινική, στην περίπτωση που η αίτηση αναγκαστικής νοσηλείας γίνεται δεκτή, συνεχίζεται η παραμονή του εκεί, ενώ στην περίπτωση που η

αίτηση απορρίπτεται, διατάσσεται η άμεση έξοδος.

Κατά το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την εισαγωγή του αρρώστου μέχρι την έκδοση της δικαστικής απόφασης τη θεραπευτική ευθύνη αυτού φέρει ο επιστημονικός διευθυντής της Μ.Ψ.Υ., ο οποίος και εξακολουθεί να φέρει την επιστημονική και θεραπευτική ευθύνη, εφόσον το δικαστήριο διατάξει τη συνέχιση της νοσηλείας.

Άρθρο 97

Ένδικα μέσα

Κατά την απόφαση του πρωτοδικείου χωρεί έφεση και ανακοπή κατά τις διατάξεις της πολιτικής δικονομίας. Το ένδικο μέσο της ανακοπής μπορεί να ασκήσει και ο επιστημονικός διευθυντής της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που νοσηλεύεται ο ασθενής. Τα ένδικα αυτά μέσα ασκούνται μέσα σε προθεσμία δύο (2) μηνών από τη δημοσίευση της απόφασης.

Η έφεση δικάζεται από το τριμελές εφετείο, «κεκλεισμένων των θυρών», μέσα σε 15 μέρες από την κατάθεσή της. Το εφετείο μπορεί να ζητήσει και νέα γνωμάτευση ψυχιάτρου ή ότι άλλο θεωρήσει σκόπιμο.

Άρθρο 98

Συνθήκες νοσηλείας

Οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Τα αναγκαία περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείουν απαραίτητα για τη θεραπεία μέσα, όπως οι άδειες, οι οργανωμένες έξοδοι, η διαμονή σε χώρους που εποπτεύονται έξω από τα κλειστά ιδρύματα.

Οι προϋποθέσεις και ο τρόπος εφαρμογής των θεραπευτικών αυτών μέσων καθορίζονται ειδικότερα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Σε κάθε περίπτωση και σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, πρέπει να επιδεικνύεται προς την προσωπικότητα του ασθενή.

Οι περιορισμοί που επιβάλλονται στην ατομική ελευθερία του ασθενή προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας.

Άρθρο 99

Διακοπή – Διάρκεια – Λήξη ακούσιας νοσηλείας

Η ακούσια νοσηλεία διακόπτεται όταν πάντουν να συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παρ.2 του άρθρου 95 του νόμου αυτού. Στην περίπτωση αυτή ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής, οφείλει να του χορηγήσει εξιτήριο και συγχρόνως να κοινοποιήσει σχετική έκθεση στον αρμόδιο εισαγγελέα.

Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβεί τους έξι (6) μήνες. Μετά την πάροδο των τριών πρώτων μηνών, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής και άλλος ένας ψυχίατρος του τομέα ψυχικής υγείας, υποβάλλουν έκθεση στον εισαγγελέα για την κατάσταση της υγείας του ασθενή. Ο εισαγγελέας δικαιούται να διαβιβάσει την έκθεση αυτή στο πολυμελές πρωτοδικείο τη περιφέρειας του με αίτησή του να συνεχιστεί ή να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία.

Σε όλως εξαιρετικές περιπτώσεις, κατά τις οποίες πρέπει να παρατηθεί η νοσηλεία του ασθενή πέρα των έξι μηνών, τούτο είναι δυνατόν μόνο μετά από σύμφωνη γνώμη επιτροπής εκ τριών ψυχιάτρων, εκ των οποίων ένας είναι ο θεράπων ιατρός και οι έτεροι δυο ορίζονται από τον εισαγγελέα.

Άρθρο 100

Υποτροπή ασθένειας

Σε περίπτωση υποτροπής ασθενή που είχε νοσηλευτεί ακούσια, είναι δυνατή και πάλι η εισαγωγή του σε ψυχιατρική κλινική, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις της παρ. 2 του άρθρου 94 και σύμφωνα με το άρθρο 96 του νόμου αυτού.

Άρθρο 101

Ιδιωτικοί φορείς ψυχικής υγείας

Ιδιωτικά θεραπευτήρια ή άλλα ν.π.ι.δ. τα οποία παρέχουν υπηρεσίες περίθαλψης σε ψυχικά πάσχοντες, υπόκεινται στις διατάξεις που επιβάλλει ο νόμος αυτός για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα.

Με απόφαση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται οι προϋποθέσεις. Όροι και η διαδικασία υπαγωγής στις διατάξεις των άρθρων 91 έως και 100 των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια, που αφορά στην εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 1 του άρθρου αυτού.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε στις 7 Μαΐου 2015 στο χώρο του ΕΚΕΨΥΕ με ομιλήτη την κυρία Τσαμπά Ε. κοινωνική λειτουργό

-Πείτε μας δυο λόγια για την δομή, τι ειδικότητες υπάρχουν, με τι ασχολείστε συγκεκριμένα, ποιοι απευθύνονται;

-Το ελληνικό κέντρο ψυχικής υγιεινής και ερευνών είναι μια υπηρεσία που παρέχει και συμβουλευτικό και θεραπευτικό και διαγνωστικό έργο και έρευνα είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου και επιχορηγείται από το υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και όλοι οι υπάλληλοι που ανήκουν στο κέντρο έχουν ασφαλιστικό φορέα ΙΚΑ και ανήκουμε στον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Οι ειδικότητες που έχει το παράρτημα είναι ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εκπαιδευτές, διοικητικό προσωπικό, γραμματείς και οικονομικός υπεύθυνος, αλλά δουλεύουμε ταυτόχρονα και με εθελοντές αλλά και με τους σπουδαστές που είναι αρωγοί στο έργο το δικό μας.

-Υπάρχει μια ιεράρχηση σε αυτές τις ειδικότητες δηλαδή κάποιος επικεφαλής του παραρτήματος;

-Το παράρτημα έχει τις εξής υπηρεσίες: συμβουλευτική ενηλίκων που στο τμήμα αυτό δουλεύει μια υπάλληλος που είναι ψυχολόγος και ανήκει στο μόνιμο προσωπικό και υπάρχει και μια κοινωνική λειτουργός που έχει έρθει με απόσπαση τα τελευταία χρόνια και η δεύτερη υπηρεσία είναι η μονάδα γνωστικών ψυχοθεραπειών που είναι αυτοχρηματοδοτούμενα σεμινάρια και μπορούν να το παρακολουθήσουν ειδικευόμενοι και μη ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κλινικοί ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί οι οποίοι κοινωνικοί λειτουργοί φτάνουν μέχρι το δεύτερο έτος γιατί κάνουν ατομική και οικογενειακή συμβουλευτική ενώ οι ψυχολόγοι και οι ψυχίατροι φτάνουν μέχρι το τέταρτο έτος. Η τρίτη υπηρεσία είναι αυτή που είμαι εγώ υπεύθυνη που είναι το κέντρο ημέρας απασχολεί άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα σε καθημερινή βάση για πέντε μέρες την εβδομάδα και είναι ανοιχτής περιθάλψης δηλαδή τα παιδιά έρχονται μόνα τους στον χώρο το πρωί από τις 8:00 έως τις 14:00 το μεσημέρι με ενδιάμεσα διαλείμματα εκπαιδεύονται σε διάφορες δραστηριότητες παρακολουθούν διάφορες ομάδες που κάνουμε και έχουμε ιδρύσει και έναν κοινωνικό συνεταιρισμό περιορισμένης ευθύνης (ΚΟΙ.Σ.Π.Ε.). Ο ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. έχει ιδρυθεί από τους τρεις μεγάλους φορείς: το νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας, την ψυχιατρική του νοσοκομείου του Ρίου και το κέντρο ψυχικής υγιεινής και έχει ιδρυθεί με σκοπό την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Η κάθε δραστηριότητα δουλεύεται με μεικτό πληθυσμό δηλαδή υγιείς και ασθενείς και μέσα σε ένα συνεταιρισμό τα άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα που ανήκουν στην Α κατηγορία, στην Β κατηγορία έχουν γίνει μέλη επαγγελματίες ψυχικής υγείας (νοσηλευτές, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και όποιες άλλες ειδικότητες δουλεύουν στον χώρο της ψυχικής υγείας) και στην Γ κατηγορία ανήκουν τα φυσικά πρόσωπα και οι φορείς. Για να γραφτεί κανείς στον συνεταιρισμό πρέπει να πληρώσει οπωσδήποτε μια συνεταιριστική μερίδα που είναι στα 100 ευρώ εφάπαξ και έχει δικαίωμα κάποιος έως και πέντε συνεταιριστικές μερίδες. Βεβαία θέλω να πιστεύω ότι εμείς οι επαγγελματίες μπήκαμε στην Β κατηγορία όχι για να διεκδικήσουμε κέρδη από το συνεταιρισμό αλλά για να βοηθήσουμε να γίνει ο συνεταιρισμός για να μπορούν να δουλεύουν τα άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως και η Γ κατηγορία που είναι οι φορείς μπήκαν με πολύ

μεγάλα ποσά δηλαδή, όπως και οι σύλλογοι σαν το Σ.Ο.Ψ.Υ που μπήκε με 500 ευρώ, το κέντρο μπήκε με 15.000 ευρώ, ο σύλλογος γονέων των παιδιών με 500 ευρώ, το νοσοκομείο του Ρίου με 15.000 ευρώ και ο δήμος με 5.000 ευρώ. Όλα αυτά τα χρήματα έχουν διατεθεί στον συνεταιρισμό και αυτή την στιγμή έχουμε ιδρύσει τις εξής δραστηριότητες και δουλεύουν 25 άτομα σε όλες αυτές τις δραστηριότητες που θα αναφέρω: τηλεγραμματαία που δουλεύουν άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα και κλείνουμε τα ραντεβού των γιατρών στα ιατρεία τους και όχι μόνο, έχουμε τον ομοιοπαθητικό, έχουμε αναλάβει το ψυχιατρικό κομμάτι του νοσοκομείου του Αγίου Ανδρέα, υπάρχει μετά το συνεργείο καθαριότητας που έχουμε αναλάβει το νοσοκομείο του καραμανδάνειου και το κέντρο ψυχικής υγιεινής δηλαδή η διοίκηση στέλνει τα λεφτά στον οικονομικό υπεύθυνο μου κόβει επιταγή και εγώ πληρώνω το άτομο και παίρνω τα καθαριστικά. Η τρίτη δραστηριότητα που έχει αναπτυχθεί στον συνεταιρισμό είναι ότι έχουμε αναλάβει το πλύσιμο των σεντονιών, των κουβερτών, τις ιατρικές ρόμπες από το νοσοκομείο του Αγίου Ανδρέα και έχουμε και ένα κηροπλαστείο το οποίο βγάζει εκκλησιαστικό και διακοσμητικό κερί. Το εκκλησιαστικό επειδή υπάρχει η παραφίνη που μυρίζει πρέπει να είναι λίγο προς τα έξω και είναι προς το κάστρο αυτή η μονάδα και δουλεύουν παιδιά, συνεργαζόμαστε με εκκλησίες και πάνε καλά μπορώ να πω, δηλαδή σε δύσκολους καιρούς που υπάρχει και οικονομική στέρηση αλλά και ανεργία εμείς προσπαθούμε μέσα από αυτό τον τρόπο να γίνει μια αποκατάσταση που η αξιολόγηση για να μπει κανείς στην δραστηριότητα, σε οποιαδήποτε δραστηριότητα πρέπει να είναι πάρα πολύ σοβαρή, δεν πρέπει να παίζει ρόλο το συναισθηματικό πλαίσιο (κρίμα το παιδί και τέτοια) γιατί το παιδί εκεί το βλέπεις ισότιμα, είσαι εργαζόμενος πρέπει να πας εκεί, αν δεν θέλεις να πας δεν θα πας και αν δημιουργήσεις προβλήματα στον φορέα που δουλεύεις έρχεται αμέσως η αντικατάσταση γιατί ο σκοπός μας είναι να ανοίγουμε και πόρτες εργοδοτών και όχι να τις κλείνουμε. Οπότε πρέπει να είναι πάρα πολύ σοβαρή η αξιολόγηση και πίσω από όλα αυτές τις δραστηριότητες υπάρχει το διοικητικό συμβούλιο που είναι και από τους τρεις φορείς μέσα στο διοικητικό συμβούλιο και μέλος που είναι άτομο με ψυχοκοινωνικό πρόβλημα και εγώ είμαι ταμίας εννέα χρόνια στον συνεταιρισμό. Υπάρχει και μια ομάδα πίσω από κάθε δραστηριότητα που είναι ομάδα υποστήριξης δηλαδή δεν είναι ότι τους στέλνουμε για δουλειά και εντάξει τελειώσαμε, υπάρχουν προβλήματα, υπάρχουν εποχές που επιδεινώνετε η κατάσταση των παιδιών αυτών και γι αυτό η παρακολούθηση πρέπει να είναι πιο σοβαρή, οι σχέσεις μεταξύ των παιδιών οπότε ανά δεκαπέντε μέρες έρχονται εδώ τα παιδιά συζητάμε προβλήματα, σχέσεις μεταξύ τους και οτιδήποτε τους προβληματίζει στον χώρο που δουλεύουν.

-Τα χαρακτηριστικά των ατόμων που μπορούν να γραφτούν είτε στον συνεταιρισμό είτε στο κέντρο ημέρας ποια είναι;

-Καταρχήν πρέπει να είναι άτομο με ψυχοκοινωνικό πρόβλημα και να θέλει να έρθει μόνος του. Όσον αφορά τον συνεταιρισμό όμως δεν εξυπακούεται ότι επειδή έχει γραφτεί κάποιος πρέπει να δουλέψει κιόλας. Αν αξιολογηθεί όμως ή όταν έχουμε την πληροφόρηση ή σε έχουμε δει ότι δεν είσαι τυπικός στο ωράριο σου, δεν συνεργάζεσαι καλά, ότι υπάρχει μια επιθετικότητα, αυτό δεν είναι δυνατό σε ένα εργασιακό χώρο να σταθεί και ιδιαίτερα σε τέτοιους φορείς που συνεργαζόμαστε εμείς που εκεί πέρα η ταχύτητα πρέπει να είναι πολύ γρήγορη. Η ηλικία πρέπει να είναι από 16-40 ετών, πρέπει να παίρνει τα φάρμακα του, να μην ασκεί βία, να αυτοεξυπηρετείται γιατί τα παιδιά έρχονται και φεύγουν μόνα τους και πρέπει να μάθουν να κυκλοφορούν μόνα τους στο δρόμο και για αυτό και εμείς για απλά πράγματα της υπηρεσίας στέλνουμε τα παιδιά

(πληρώνουν λογαριασμούς και συναλλάσσονται σε υπηρεσίες) γιατί ο στόχος ο δικός μας είναι όλοι πρέπει να βλέπουμε τα άτομα αυτά ότι είναι ισότιμα διότι ούτε γεννήθηκαν έτσι και όλοι είμαστε υποψήφιοι ανά πάσα στιγμή γιατί και αυτοί γεννήθηκαν και δεν ήθελαν να είναι έτσι και όπως καταλαβαίνεται η συμπεριφορά μας ακόμα και εδώ μέσα πρέπει να είναι κάτω από έναν ευγενικό τρόπο που θα ζητήσουμε κάτι δεν μπορούμε να τους μιλήσουμε άσχημα όπως και εμάς δεν μας αρέσει να μας μιλούν άσχημα, ούτε να τα χαϊδεύουμε όπως δεν μας αρέσει και εμάς να μας χαϊδεύουν και σίγουρα όταν κάποιος κάνει κάτι λάθος δεν θα βάλουμε τις φωνές, είναι παιδιά από τη μια πλευρά και πρέπει να τα δούμε ισότιμα και φεύγουν από το σπίτι τους με σκοπό να αλλάξουν παραστάσεις να αλλάξουν πρόσωπα δεν μπορούν να έρχονται εδώ και να βλέπουν πάλι το ίδιο σκηνικό, εμείς πρέπει να είμαστε πολύ καλύτερο περιβάλλον για να έρχεται κιόλας και αν δεις ότι δεν έρχεται σημαίνει ότι κάτι τον ενοχλεί, πρέπει να το συζητήσεις μαζί του γιατί μπορεί να ενοχλήθηκε με κάποιο άλλο παιδί. Εμείς έχουμε ομάδα επικαιρότητας που συζητάμε οτιδήποτε επίκαιρο αφορά εμένα, εσένα τον καθένα και καθόμαστε επειδή αφορούν και τα ίδια τα παιδιά συζητάμε για την οικονομική κρίση, την υγεία τους, για τα φάρμακα τους, για την φιλία, για την απόρριψη που έχουν δεχτεί, για πράγματα που και εμείς καθημερινά τα συναντάμε, οπότε μέσα από τις ομάδες κερδίζουν αρκετά πράγματα.

-Τις ομάδες τις κάνετε και εσείς έτσι;

-Κάποιες εγώ κάποιες η κυρία Μακρή, έχουμε βάλει και τους σπουδαστές γιατί κάποια πράγματα δεν τα προλαβαίνουμε

-Γενικά ένας κοινωνικός λειτουργός με ποιες ομάδες ασχολείται;

-Με την ομάδα επικαιρότητας και με εικαστική, υπάρχει μια κοπέλα που κάνει εικαστική ψυχοθεραπεία, είναι κοινωνιολόγος και μέσα από την ζωγραφική μαθαίνεις αρκετά πράγματα και την ομάδα την παρακολουθούσαν και οι σπουδαστές, δεν μπορούν βέβαια να την κάνουν μόνοι τους γιατί πρέπει να έχουν εξειδίκευση πάνω σε αυτό αλλά κάνουμε την ομάδα επικαιρότητας, παιχνιδιού θα πάμε έξω για καφέ, θα πάμε έξω επισκέψεις, διοργανώνουμε και διάφορες μικρό ημερίδες. Από τον Σεπτέμβριο μέχρι τώρα και μετά από έγγραφα που έχουν έρθει έχει έρθει κλιμάκιο από την πυροσβεστική υπηρεσία και μας μίλησε για την πυρασφάλεια και την αντισεισμική προστασία και ιδιαίτερα τώρα που είμαστε σε ένα καινούριο κτήριο με πολλές τζαμαρίες ήταν καλό να μας μάθει και να μας δείξει νέους τρόπους ασφαλείας. Φέραμε κλιμάκιο από την τροχαία και μας μίλησαν για την κυκλοφοριακή αγωγή, φέραμε τον κύριο Δεντοράκη για το AIDS, και οι ερωτήσεις των παιδιών ήταν πάρα πολύ λογικές, σχεδιάζουμε να φέρουμε τον ερυθρό σταυρό για πρώτες βοήθειες δηλαδή πράγματα που θα μας κάνουν καλό και δεν τα παρακολουθούν μόνο τα παιδιά αλλά και εμείς οι επαγγελματίες.

-Γενικά για να εργαστείτε εδώ χρειάζεστε κάποια ειδική εκπαίδευση κάποιο σεμινάριο;

-Επειδή οι προσλήψεις του κέντρου δεν γίνονται με μια απλή συνέντευξη τώρα πιο παλιά γινόταν μόνο με το πτυχίο επειδή δεν ήταν πολύ διαδεδομένα μεταπτυχιακά, διδακτορικά ήταν πιο απλά τα πράγματα αλλά τώρα οι προσλήψεις γίνονται μέσω ΑΣΕΠ και όποιος πληροί τα κριτήρια προσλαμβάνεται.

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΟ ΥΛΙΚΟ:





Σ.Ο.Ψ.Υ.

ΦΟΒΟΣ
 ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ
 ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ
 ΑΓΝΟΙΑ
 ΜΟΝΑΞΙΑ
 ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ

Τριήμερο Φεστιβάλ
 Ψυχικής Υγείας

«ΑΝΤΙΣΤΙΓΜΑ - ΠΑΤΡΑ»
 ΠΑΤΡΑ 8, 9 & 10 Οκτωβρίου 2011

Σ.Ο.Ψ.Υ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ



Σ.Ο.Ψ.Υ. ΠΑΤΡΑΣ
 Πρόγραμμα Φιλοξενούσων Οικογενειών
 ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Η ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ
 ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ
 ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ
 ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑσχΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.
 ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗΝ
 6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

Συνέδριο
Παρασκευή 30/05/2014
 9:00 π.μ. - 6:00 μ.μ.
 Συνεδριακό και Πολιτιστικό Κέντρο
 Πανεπιστημίου Πατρών, Πανεπιστημιούπολη

Ευρωπαϊκή Ένωση - Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης - ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ (ΕΚΣΚΑΠ) - ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ (ΕΚΣΚΑΠ)

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ (ΕΚΣΚΑΠ)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ :

Α) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

1. ΦΥΛΟ ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

2. ΗΛΙΚΙΑ :

20-30

31-40

41-50

50+

3. ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

ΣΟΨΥ

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΙΝΗΣ

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΕΚΟΙΨΥ

ΞΕΝΩΝΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΛΛΟ:.....

4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

ΑΛΛΟ:

5. ΕΙΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ:

ΜΟΝΙΜΟΣ

ΣΥΜΒΑΣΙΟΥΧΟΣ

ΕΘΕΛΟΝΤΗΣ

ΜΕΡΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

B) ΟΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:

6. ΤΙ ΗΛΙΚΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΟΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ;

ΑΠΟ ΕΩΣ

7. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΤΑ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΤΩΝ ΟΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ;

ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΙ

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΓΥΜΝΑΣΙΟ

ΛΥΚΕΙΟ

ΜΕΤΑΛΥΚΕΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ

ΑΝΩΤΑΤΗ ΣΧΟΛΗ

**8. ΠΟΙΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΟΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΣ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΑΣ;
(Μπορείτε να συμπληρώσετε παραπάνω από ένα πεδίο)**

ΑΥΤΙΣΜΟΣ-ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

ΨΥΧΩΣΕΙΣ

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΑΛΛΟ:

9. ΤΙ ΒΑΘΜΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΧΟΥΝ ΚΑΤΑ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΟΙ ΟΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ;

ΚΑΘΟΛΟΥ

ΛΙΓΗ

ΜΕΤΡΙΑ

ΚΑΛΗ

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ

Γ) Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:

10. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ;

ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ

ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ

ΑΛΛΟ :

11. ΑΠΟ ΠΟΥ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ Η ΥΠΗΡΕΣΙΑ;

ΚΡΑΤΟΣ

ΔΗΜΟΣ

ΔΩΡΕΕΣ

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (πχ. bazaar)

ΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΑΛΛΟ :

12. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΠΑΡΚΗΣ Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΡΥΘΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

13. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΕΜΠΟΔΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΟΜΑΛΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

13.β. Αν ΝΑΙ ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ;

ΕΛΛΕΙΠΕΙΣ ΔΟΜΕΣ : ΚΤΗΡΙΑΚΕΣ

ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΑ ΜΕΣΑ

ΕΛΛΕΙΠΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

ΕΛΛΕΙΠΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΟΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ

ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΕΥΡΕΩΣ ΓΝΩΣΤΗ Η ΥΠΗΡΕΣΙΑ

ΑΛΛΟ :

14. ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΤΙ ΠΟΥ ΘΑ ΠΡΟΤΕΙΝΑΤΕ ΓΙΑ ΝΑ ΒΕΛΤΙΩΘΕΙ Η ΔΟΜΗ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΤΙ;

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

Δ) ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

15. ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ; (Μπορείτε να συμπληρώσετε παραπάνω από ένα πεδίο)

α. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ :

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΕΓΓΡΑΦΗ – ΛΗΨΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ

ΕΚΠΡΟΣΩΠΗΣΗ ΤΟ ΟΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

ΑΛΛΟ:.....

β. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ:

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

ΣΥΣΦΙΞΗ ΣΧΕΣΕΩΝ

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΑΛΛΟ:.....

γ. ΣΥΣΤΑΣΗ ΟΜΑΔΩΝ:

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΟΜΑΔΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

ΑΛΛΟ:.....

δ. ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (ΔΙΚΤΥΩΣΗ):

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΗΜΕΡΙΔΩΝ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΑΝΟΙΧΤΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ

ΑΛΛΟ :

ε. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ε) ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΟΛΟΙΠΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ:

16. ΜΕ ΠΟΙΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΥΝΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ; (Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από ένα πεδίο)

ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

ΙΑΤΡΟΣ

ΔΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΑΛΛΟ:.....

17. ΣΕ ΠΟΙΟ ΤΟΜΕΑ ΣΥΝΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΜΕ ΤΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ; (Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από ένα πεδίο)

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

ΣΥΣΤΑΣΗ ΟΜΑΔΩΝ

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΑΛΛΟ:.....