

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΔΟΧΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ
ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ -
ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ ΠΑΓΩΝΑ
ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΗ ΟΛΓΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΣΙΚΕΛΙΑΝΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΠΑΤΡΑ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2010

Η πτυχιακή εργασία της Αναγνώστου Παγώνας και της Όλγας Βλαχογιάννη εγκρίνεται:

Υπογραφές:

1. Δέσποινα Σικελιανού (επιβλέπων καθηγητής)

Μέλη εξεταστικής επιτροπής:

- 2.
- 3.

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Στους γονείς μας για όλα όσα έκαναν για εμάς ...

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση αυτής της εργασίας διήρκεσε περισσότερο από ενάμιση έτος. Ξεκινήσαμε τον Απρίλιο του 2009 οπότε και αποφασίσαμε να διερευνήσουμε ένα πρωτότυπο θέμα, ένα θέμα που δεν έχει ερευνηθεί από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας και απ' ό, τι είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε από κανένα άλλο ερευνητικό ίδρυμα στην Ελλάδα. Στην αναζήτησή μας αυτή η συνδρομή της εποπτεύουσας καθηγήτριας μας Δρ. Δέσποινας Σικελιανού ήταν πολύτιμη. Οι γνώσεις της στην ερευνητική μεθοδολογία, όπως και εκείνες από το χώρο της Ψυχικής Υγείας, που αποτελεί και το βασικό πεδίο των ενδιαφερόντων της, μας βοήθησαν καθοριστικά στην ολοκλήρωση αυτής της μελέτης. Επίσης, θέλουμε να την ευχαριστήσουμε για το ενδιαφέρον της, καθώς ήταν πάντοτε δίπλα μας να μας υποστηρίξει και να μας συμβουλευσει κάθε φορά που συναντούσαμε δυσκολίες.

Επίσης, θέλουμε να εκφράσουμε τις θερμές ευχαριστίες μας σε μια σειρά ανθρώπων, που μας βοήθησαν δίνοντας μας υλικό για την εκπόνηση της Πτυχιακής μας εργασίας και οι οποίοι ασχολούνται συστηματικά με το θεσμό των Φιλοξενουσών Οικογενειών. Ανάμεσα σ' αυτούς ξεχωρίσαμε τους: Δρ. Βλάσση Τομαρά, τ. αναπληρωτή Καθηγητή του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Δρ. Κωνσταντίνο Ασημακόπουλο. Επίκουρο Καθηγητή του Πανεπιστημίου Πατρών, Μανόλη Μέντη, Κοινωνικό Λειτουργό στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πάτρας και την Ευδοκία Τσαμπά, Κοινωνική Λειτουργό στο Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής & Ερευνών.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΦΙΕΡΩΣΗ	iii
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	iv
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ	viii
ABSTRACT	x
ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ	xi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	4
Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	4
1.1. Έννοια και περιεχόμενο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης	4
1.2 Αποϊδρυματισμός	5
1.3. Η Κοινωνική Ψυχιατρική	8
1.4 Η Κοινοτική Ψυχιατρική	9
1.4.1. Το μοντέλο της αποϊδρυματοποίησης	11
1.4.2. Το μοντέλο της απονοσοκομειοποίησης	13
1.4.3. Το «μεικτό» μοντέλο	15
1.5. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα	16
1.5.1. Η πρώτη περίοδος της Ψυχιατρικής Περίθαλψης (1945-1982)	18
1.5.2. Η περίοδος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης (1983-1998)	19
1.5.3. Η σύγχρονη περίοδος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης – Το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»	20
1.6. Ανάπτυξη κοινοτικών δομών περίθαλψης	23
1.6.1. Το Ψυχιατρικό νοσοκομείο	23
1.6.2. Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας	24
1.6.3. Το Νοσοκομείο Ημέρας	26
1.6.4. Ο ψυχιατρικός τομέας στο Γενικό Νοσοκομείο	26
1.6.5. Ξενώνας	29
1.6.6. Οικοτροφεία	30
1.6.7. Προστατευμένα Διαμερίσματα	31
1.6.8. Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης	32
1.6.9. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	34
Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΔΟΧΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (FOSTER FAMILY CARE) ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	34
2.1. Ιστορική αναδρομή	34
2.2. Το μοντέλο θεραπευτικής αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες στη Nancy της Γαλλίας	39
2.3. Η διαδικασία της πρόσληψης της ανάδοχης οικογένειας	41
2.3.1.Κριτήρια επιλογής της ανάδοχης οικογένειας	41
2.3.1.1. Ο Εσωτερικός Κανονισμός	48
2.3.1.2. Η Σύμβαση	48
2.3.2. Η εκπαίδευση της ανάδοχης οικογένειας	49
2.3.3. Κριτήρια επιλογής των ασθενών	50
2.3.3.1. Προετοιμασία ασθενούς για την τοποθέτηση σε ανάδοχη οικογένεια	51
2.3.4.Εποπτεία και παρακολούθηση της ανάδοχης οικογένειας και του φιλοξενούμενου ασθενούς	53

2.4. Το νομικό πλαίσιο για τις ανάδοχες οικογένειες στην Ελλάδα	59
2.4.1. Προϋποθέσεις λειτουργίας των προγραμμάτων ανάδοχης Οικογένειας για ψυχικά ασθενείς	61
2.4.2. Ο ρόλος της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας	64
2.4.3. Ο ρόλος του επιστημονικά υπεύθυνου	66
2.4.4. Διαδικασία επιλογής της ανάδοχης οικογένειας	67
2.4.5. Διαδικασία εκπαίδευσης και εποπτείας της ανάδοχης οικογένειας	68
2.4.6. Διαδικασία επιλογής των ασθενών για τοποθέτηση στις ανάδοχες Οικογένειες	70
2.4.7. Τα δικαιώματα των αναδόχων οικογενειών – Τα δικαιώματα των ασθενών	71
2.4.8. Πρότυπο σύμβασης με το φορέα υλοποίησης του προγράμματος αναδόχων οικογενειών – Διακοπή της σύμβασης	72
2.5. Εμπειρίες προγραμμάτων αναδοχής για ψυχικά ασθενείς στην Ελλάδα	74
2.5.1. Το πρόγραμμα αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών	75
2.5.2. Το πρόγραμμα αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες της Μονάδας Αναδόχων Οικογενειών της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών	78
ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	83
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΝΑΔΟΧΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	83
3.1. Λειτουργία προγραμμάτων αναδοχής από δομές ψυχικής υγείας	83
3.2. Ερευνητικά δεδομένα από τη λειτουργία προγραμμάτων θεραπευτικής αναδοχής στη Γαλλία	84
3.3. Προτάσεις δομών ψυχικής υγείας στη Γαλλία για τη καλύτερη λειτουργία του θεσμού της θεραπευτικής αναδοχής	86
3.4. Ερευνητικά δεδομένα για τις απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται σε προγράμματα θεραπευτικής αναδοχής	86
3.5. Ερευνητικά δεδομένα για τις απόψεις των οικογενειών που συμμετέχουν σε προγράμματα θεραπευτικής αναδοχής	88
3.6. Ερευνητικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα και τις προοπτικές κοινωνικής επανένταξης της θεραπευτικής αναδοχής	91
ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	93
Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ	93
4. Η αναγκαιότητα θεσμοθέτησης των Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες στην Ελλάδα	93
4.1. Προβληματισμοί για την ανάπτυξη του θεσμού των Προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών	94
4.2. Ζητήματα που σχετίζονται με τον ασθενή	96
ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ:	97
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	97
5. 1 Σκοπός της έρευνας	97
5.2 Είδος έρευνας	97
5.3 Ερευνητικές υποθέσεις – Ερευνητικά ερωτήματα	97
5.4 Πληθυσμός – Δείγμα	98
5.5 Επιλογή του δείγματος	98
5.6 Επιλογή εργαλείων έρευνας	100
5.7 Τόπος και χρόνος έρευνας	100
5.8 Συλλογή δεδομένων	100
5.9 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας	101
5.10 Κωδικοποίηση, εισαγωγή των δεδομένων στον Η/Υ και στατιστική επεξεργασία	101
ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	102

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕΛΕΤΗΣ/ΕΡΕΥΝΑΣ/ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	102
Συζήτηση.....	149
ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	152
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ.....	152
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	152
3.1.Απόψεις για τα Προγράμματα Αναδοχής για Ψυχικά Πάσχοντες.....	152
3.2 Απόψεις σχετικά με την εφαρμογή του θεσμού των Αναδοχών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες από την Ελληνική Πολιτεία.....	152
3.3. Κίνητρα της ελληνικής οικογένειας για τη συμμετοχή της σε προγράμματα αναδοχής των ψυχικά ασθενών.....	153
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	154
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	158
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	167
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	170

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ

Το περιεχόμενο της μελέτης αφορά το θεσμό των Προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών για Ψυχικά πάσχοντες. Ο παραπάνω θεσμός εξετάζεται τόσο βιβλιογραφικά όσο και με έρευνα η οποία είχε σκοπό να διερευνήσει τις απόψεις / στάσεις έναντι των προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών γονέων μαθητών της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, οι οποίοι ανήκουν σε ενεργούς συλλόγους γονέων & κηδεμόνων.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζεται η ιστορία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, καθώς και οι δομές ψυχικής υγείας που δημιουργήθηκαν με το πρόγραμμα «Ψυχαργός» α' και β' φάση. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται ιστορική αναδρομή στην αναδοχή για ψυχικά πάσχοντες και παρουσιάζεται αναλυτικά το πλαίσιο οργάνωσης αντίστοιχων προγραμμάτων με επίκεντρο τη Γαλλία (Nancy, Lille), όπως επίσης και το αντίστοιχο νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα. Ξεχωριστή αναφορά γίνεται στο πρόγραμμα αναδόχων οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής & Ερευνών και της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται ερευνητικά δεδομένα για τις απόψεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας και ανάδοχων οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες για την οργάνωση και λειτουργία προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών, ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι λόγοι για τους οποίους η λειτουργία των προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες είναι επιβεβλημένη προκειμένου να καλυφθούν οι πολυδιάστατες ανάγκες υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρουσιάζονται τα αποτελέσματα περιγραφικής έρευνας που διενεργήθηκε το χρονικό διάστημα από 12 έως 30 Απριλίου 2010 σε τυχαίο δείγμα 322 γονέων, που ήταν εγγεγραμμένοι σε ενεργούς συλλόγους γονέων και κηδεμόνων της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στην Παλλήνη και τη Λαμία. Από την έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότεροι γονείς δεν γνωρίζουν το περιεχόμενο του όρου «Φιλοξενούσες Οικογένειες», ωστόσο αντιλαμβάνονται θετικά την ύπαρξη του. Επίσης, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι επτά στους δέκα γονείς δεν θεωρούν έτοιμη την ελληνική κοινωνία να δεχτεί το θεσμό αυτό, κυρίως γιατί δεν υπάρχει υποστήριξη από ειδικούς, ενώ η ελληνική κοινωνία δεν είναι προετοιμασμένη, καθώς δεν υπάρχει

ευαισθητοποίηση της Κοινότητας για το θεσμό. Η έρευνα ανέδειξε την αναγκαιότητα ευαισθητοποίησης της Κοινότητας για τη λειτουργία προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες τόσο στο επίπεδο της ενημέρωσης για τα πλεονεκτήματα του θεσμού όσο και στο επίπεδο της άρσης των προκαταλήψεων και του «στίγματος» για τους ψυχικά πάσχοντες. Τέλος, μετά από την παράθεση των συμπερασμάτων και την παρουσίαση της συζήτησης η εργασία ολοκληρώνεται με τις προτάσεις, όπου επισημαίνεται η αναγκαιότητα υποστήριξης του θεσμού από επαγγελματίες ψυχικής υγείας καθώς και η ανάγκη ευαισθητοποίησης της κοινότητας .

ABSTRACT

The content of the study concerns the institution of the host family programs for the mentally ill. The above institution examined both in literature as well as within a survey which aimed to explore the views / attitudes towards the host family programs by parents of pupils in primary and secondary schools, been active in the “parents and guardians clubs”.

The first chapter presents the history of psychiatric reform in Greece, and the structures of mental health created by the "Psychargos" program, in alpha and beta phase. The second chapter concerns a historical background in foster for mentally ill and presents in detail the organization context within their respective programs with a focus on France (Nancy, Lille), as well as the relevant legal framework in Greece. A special mention has been made in foster families program for the mentally ill of the Greek Centre: “Mental Health & Research” as well as the first Psychiatric clinic of “Aiginitio” University Hospital. The third section presents research data on the views of mental health by professionals and foster families for the mentally ill the organization and operation of the host family program while the fourth chapter presents, the reasons in which the operation of the foster family program for the mentally ill is essential in order to cover the multidimensional needs of psychosocial rehabilitation services for people with mental health problems.

The second part presents the descriptive results of research conducted in the period from 12 to 30 April 2010 in a random sample of 322 parents who were enrolled in active “parents' and guardians clubs” of Primary and Secondary Education in Pallini and Lamia. The investigation revealed that most parents do not know the contents of "host families", however perceived positive existence. Furthermore, the results showed that seven out of ten parents do not feel prepared in Greek society to accept this institution, mainly because there is no specific support, while Greek society is not prepared, as there is no awareness in the Community about the program. The survey highlighted the need for awareness of the Community for the operation of the host family program for the mentally ill both at the level of awareness about the benefits of the institution, as well as in terms of removing prejudices and the "stigma" for the mentally ill. Finally, after a statement of findings and presentation of the debate, the thesis concludes with the proposals, where is been highlighted the need to support the institution by mental health professionals as well as the need of awareness by Community.

Λέξεις κλειδιά: Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, αναδοχή για ψυχικά πάσχοντες, Προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών, Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

ΨΚΑ= Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

Ψ.Μ.= Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Μ.ΥΠ.Ε.Π. «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»= Μονάδα Υποστήριξης Εμφύχωσης και Παρακολούθησης για το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Θ.Α.Ο. = Θεραπευτική Αναδοχή Οικογένειας

Κ.Ψ.Υ. = Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Το.Ψ.Υ. = Τομέας Ψυχικής Υγείας

Θ.Υ.Δ.Ο. = Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα

Μ.Α.Ο. = Μονάδα Αναδόχων Οικογενειών

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αναγκαιότητα της μελέτης

Η εργασία αφορά τη διερεύνηση του θεσμού των προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες τόσο στο επίπεδο της ανασκόπησης βιβλιογραφίας όσο και σε ερευνητικό επίπεδο από τη σκοπιά διερεύνησης της κοινής γνώμης (απόψεις και στάσεις για την αναδοχή ψυχικά πασχόντων γονέων που είναι ενταγμένοι σε συλλόγους γονέων & κηδεμόνων της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης της Παλλήνης και της Λαμίας).

Ερέθισμα για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος στάθηκε το γεγονός ότι ο θεσμός των προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών και γενικά της αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες μολονότι δημιουργήθηκε το 1999 (ν.2716/1999) εντούτοις δεν έτυχε εκτεταμένης εφαρμογής από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας παρά μόνο λειτούργησε σε πιλοτική βάση (Μονάδα Αναδόχων Οικογενειών της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου). Επίσης, στην επιλογή του συγκεκριμένου θέματος συνέτεινε και το γεγονός ότι γενικότερα ο χώρος της αναδοχής αποτελεί βασικό πεδίο επιστημονικού ενδιαφέροντος και απασχόλησης των κοινωνικών λειτουργών, όπως άλλωστε και ο χώρος της Ψυχικής Υγείας. Με αυτήν την έννοια υπάρχει τεράστιο ερευνητικό ενδιαφέρον για το θεσμό αυτό, καθώς έχουν ωριμάσει πλέον οι συνθήκες για την εφαρμογή προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών από Μονάδες Ψυχικής Υγείας, ενώ ταυτόχρονα υπάρχουν πλέον και οι πόροι για τη χρηματοδότηση αυτών των προγραμμάτων από το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (Ε.Σ.Π.Α.). Συνεπώς, υπάρχει μεγάλη ανάγκη ενημέρωσης και εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών, ιδιαίτερα των νέων, οι οποίοι θα κληθούν να οργανώσουν τα προγράμματα αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες, αλλά και να εργαστούν σε αυτά.

Στα παραπάνω πλαίσια ξεχωριστό ενδιαφέρον για διερεύνηση από τη σκοπιά της έρευνας στην Κοινωνική Εργασία έχουν τα παρακάτω θέματα;

- Ιστορική καταβολή των προγραμμάτων αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες
- Τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας τους

- Προϋποθέσεις λειτουργίας τους και θεραπευτικοί στόχοι
- Εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας και ο ρόλος της πολυδύναμης θεραπευτικής ομάδας
- Κίνητρα για τη στρατολόγηση υποψήφιων αναδόχων οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες
- Παρακολούθηση και εποπτεία ανάδοχης οικογένειας
- Λόγοι διακοπής της συνεργασίας
- Εμπειρία και ερευνητικά δεδομένα από τη λειτουργία προγραμμάτων αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες σε χώρες του εξωτερικού (Γαλλία, Ιταλία)
- Νομικό πλαίσιο για την οργάνωση και λειτουργία αντίστοιχων προγραμμάτων στην Ελλάδα
- Εμπειρικά δεδομένα από την πιλοτική λειτουργία προγραμμάτων αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες στην Ελλάδα
- Το σύστημα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην Ελλάδα και οι ανάγκες σε θέσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Ιδιαίτερα το τελευταίο θέμα, οι θέσεις, δηλαδή, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας σε Ξενώνες και Οικοτροφεία ενδιαφέρει κατά προτεραιότητα τους κοινωνικούς λειτουργούς, καθώς σήμερα τείνει να διαμορφωθεί ένα αδιέξοδο. Υπάρχει κορεσμός κυρίως των Ξενώνων, καθώς οι λίγες θέσεις ενοίκων έχουν καταληφθεί από χρόνιους ψυχιατρικά ασθενείς, που νοσηλεύονταν για μεγάλο χρονικό διάστημα στα Ψυχιατρεία και οι οποίοι, ενώ θα έπρεπε μετά από φιλοξενία λίγων μηνών να επιστρέφουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον, παραμένουν επ' αόριστο στους Ξενώνες. Έτσι, οι νέοι ασθενείς που πραγματικά έχουν ανάγκη από προσωρινή φιλοξενία μετά την έξοδό τους από τη ψυχιατρική κλινική, αναγκάζονται να επιστρέφουν μετά τη νοσηλεία τους στην οικογένειά τους, χωρίς να γίνουν οι απαραίτητες ψυχοεκπαιδευτικές διαδικασίες τόσο στους ασθενείς όσο κυρίως και στις οικογένειές τους. Το πρόβλημα αυτό το χειρίζονται κατά βάση οι κοινωνικοί λειτουργοί και για το λόγο αυτό η λειτουργία προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών θα μπορούσε να «αποφορτίσει» το σύστημα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, δημιουργώντας νέες θέσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ψυχικά πάσχοντες και μάλιστα προσφέροντας πιο ποιοτικές και οικονομικότερες υπηρεσίες.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη πραγματεύεται το θεσμό των Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες, θέμα το οποίο δεν έχει απασχολήσει συστηματικά την έρευνα στην Κοινωνική Εργασία, καθώς στην ελληνική βιβλιογραφία υπάρχουν αποσπασματικές αναφορές. Πολύ περισσότερο δεν έχει απασχολήσει την έρευνα γενικότερα των επιστημών υγείας και ιδιαίτερα ψυχικής υγείας (ψυχολόγοι, ψυχίατροι κλπ.) το κατά πόσο θα μπορούσαν να λειτουργήσουν προγράμματα αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες στην Ελλάδα και ποιες είναι οι απόψεις ελληνικών οικογενειών. Σκοπός, λοιπόν, της εργασίας είναι να καλύψει αυτά τα κενά από τη μια μεριά να συγκεντρώσει πληροφορίες για την οργάνωση και λειτουργία προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών στην Ελλάδα και το εξωτερικό και από την άλλη να καταγράψει τις απόψεις γονέων για το πώς αντιλαμβάνονται αυτό το θεσμό. Πιο συγκεκριμένα, διερευνώνται οι απόψεις των γονέων αναφορικά με τα παρακάτω θέματα:

- Στάσεις και πεποιθήσεις για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας
- Γνώση του περιεχομένου και της έννοιας της αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες
- Άποψη για το πώς βλέπουν την προοπτική των προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών στην Ελλάδα και για το κατά πόσο μπορούν να εφαρμοστούν με επιτυχία στην ελληνική πραγματικότητα
- Άποψη για τα κίνητρα προσέλκυσης υποψήφιων αναδόχων οικογενειών.

Τα αποτελέσματα της μελέτης θα προσφέρουν πολύτιμες γνώσεις για την προετοιμασία κοινωνικών λειτουργών και άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι πολύ σύντομα στα πλαίσια ευρωπαϊκών προγραμμάτων (Ε.Σ.Π.Α.) θα κληθούν να οργανώσουν και να λειτουργήσουν προγράμματα αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1. Έννοια και περιεχόμενο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Σύμφωνα με τη συναινετική Διακήρυξη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας για τη Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (ΨΚΑ), «η *ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα, με έκπτωση λειτουργικότητας ανάκαμα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή, να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην Κοινότητα*» (WHO – WARP, 1996:9).

Στη διαδικασία ΨΚΑ αναπτύχθηκαν δύο μοντέλα υποστήριξης των ατόμων, που χρήζουν υπηρεσιών ΨΚΑ., το Κοινοτικό μοντέλο φροντίδας (Community Care) που βασίζεται στις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής και το μοντέλο της ανάδοχης φροντίδας (Foster Care). Στη χώρα μας εφαρμόζεται το πρώτο μοντέλο, που στηρίζεται στη δημιουργία ενός δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας κοινοτικά προσανατολισμένων, όπως είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, το Κέντρο Ημέρας, ο Ξενώνας, το Οικοτροφείο κλπ, με τελικό στόχο την όσο το δυνατό αυτόνομη διαβίωση του χρήστη αυτών των υπηρεσιών στην Κοινότητα (Μ.ΥΠ.Ε.Π., 2004β). Το μοντέλο της ανάδοχης φροντίδας, της φιλοξενίας, δηλαδή, με αμοιβή ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας σε σπίτια οικογενειών, υπό τον έλεγχο και παρακολούθηση από δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, λειτούργησε και λειτουργεί πιλοτικά στην Ελλάδα και θα παρουσιαστεί αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο (Τομαράς και συν., 2005).

Η έννοια της «μεταρρύθμισης» αφορά την αλλαγή, τη μετάβαση από ένα οργανωτικό σχήμα σ' ένα άλλο. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση (Ψ.Μ.) σηματοδοτεί την «αποδόμηση» του παλιού μοντέλου οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που στηριζόταν στη λειτουργία του ψυχιατρείου, και τη δόμηση μιας νέας προσέγγισης στη ψυχική υγεία με βάση τις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής (Μ.Υ.Π.Ε.Π., 2004α). Η μεταρρύθμιση αφορά:

- το νομικό πλαίσιο (εκσυγχρονισμός της νομοθεσίας)
- το οργανωτικό πλαίσιο (πηγές χρηματοδότησης, νέες μονάδες ψυχικής υγείας στα πλαίσια της Κοινοτικής Ψυχιατρικής)

- το διοικητικό πλαίσιο
- το διαχειριστικό πλαίσιο του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών (Μαδιανός, 1994).

Με τον όρο «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση» εννοούμε το σύνολο των πολιτικών παρεμβάσεων για τη ψυχική υγεία που επιτρέπουν στον ψυχικά ασθενή να συμμετέχει ενεργά στην Κοινότητα ζώντας σε προστατευμένο περιβάλλον ή στην οικογένειά του και συμμετέχοντας αυτόνομα στην κοινωνική και οικονομική ζωή της Κοινότητας. (Χριστοδούλου και συν., 2000).

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση δεν προέκυψε τυχαία. Σύμφωνα με το Λειβαδίτη (1994) καθορίστηκε από κοινωνικές και επιστημονικές εξελίξεις. Σύμφωνα με την Δεπάστα και συν. 2006 οι κοινωνικές και επιστημονικές εξελίξεις αφορούν: *«α) την εξάπλωση των σοσιαλιστικών ιδεών και προτύπων, τα οποία προβάλλουν την κοινωνική διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης. Δεν είναι τυχαίο ότι από τις πρώτες χώρες που προώθησαν, πριν από αρκετές δεκαετίες, πρωτοπόρα για την εποχή τους προγράμματα κοινωνικής Ψυχιατρικής, ήταν η Σοβιετική ένωση, β) την ευαισθητοποίηση της παγκόσμιας κοινής γνώμης, για τα δικαιώματα των ανθρώπων, ιδίως των κοινωνικών μειονοτήτων, των μειονεκτούντων ατόμων, αυτών που παρουσιάζουν εκδηλώσεις αποκλίνουσας συμπεριφορά, γ) τη βελτίωση του βιοτικού και του πολιτιστικού επιπέδου μεγάλων στρωμάτων του πληθυσμού, δ) την ανακάλυψη μετά των 1950 διαφορετικών κατηγοριών ψυχοφαρμάκων, τα οποία άλλαξαν ριζικά την κλινική εικόνα και την πρόγνωση αρκετών ψυχικών διαταραχών».*

1.2 Αποϊδρυματισμός

Ο αποϊδρυματισμός ή αποασυλοποίηση αφορά την έξοδο χρόνιων ψυχωτικών ασθενών από τα ψυχιατρεία (άσυλα) μετά από κατάλληλη προετοιμασία και την όσον το δυνατόν αυτόνομη διαβίωσή τους στην Κοινότητα. Η αποασυλοποίηση αποτελεί τον πυρήνα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και εκφράζει πολιτικές ψυχικής υγείας, που διαπνέονται από την ιδεολογία της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Η φιλοσοφία της αποασυλοποίησης στοχεύει στη μεταφορά του ψυχικά πάσχοντα από το ψυχιατρείο σε ενδιάμεσες στεγαστικές δομές και την υποστήριξη του τοπικά μέσα από ένα πλέγμα κοινοτικών υπηρεσιών, όπως είναι το Κέντρο Ημέρας ή το Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Μακροπρόθεσμος στόχος των πολιτικών αυτών είναι το κλείσιμο των ψυχιατρείων και η αντικατάστασή τους από ψυχιατρικές κλινικές στα Γενικά Νοσοκομεία. Πέρα όμως από την ύπαρξη κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας στην κοινότητα η επιτυχία των προγραμμάτων αποασυλοποίησης εξαρτάται και από

το βαθμό αυτονομίας και λειτουργικότητας των ίδιων των ασθενών. Προς την κατεύθυνση αυτή είναι σημαντικό οι ασθενείς που προορίζονται για να ζήσουν στην Κοινότητα να διαθέτουν υποστηρικτικά συστήματα, όπως κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, εναισθησία, κοινωνικές δεξιότητες και οπωσδήποτε απουσία επιθετικών ή αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (Χριστοδούλου και συν., 2000, Κανδύλης / Καπρίνης, 2005).

Η φροντίδα ψυχικής υγείας στην Κοινότητα στην κοινότητα στηρίζεται στις εξής αρχές:

- της αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού
- της εξωνοσοκομειακής φροντίδας
- της κοινωνικής ψυχιατρικής
- της τομεοποίησης
- της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
- της κοινωνικής ενσωμάτωσης (Μ.ΥΠ.Ε.Π., 2004α).

Η λειτουργία και συνεργασία δομών επανένταξης και αποκατάστασης σε κοινοτικό πλαίσιο θεωρείται όρος *sine qua non* για την επιτυχία ενός προγράμματος αποϊδρυματισμού. Όπως αναφέρουν οι Χριστοδούλου / Κονταξιάκης (2005) οι δομές που συμβάλλουν στην αποασυλοποίηση χρόνιων ψυχωτικών ασθενών μπορούν να χωριστούν σε τέσσερις κατηγορίες:

- «Τις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και συμβουλευτικής (Κέντρα Ημέρας, ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες κλπ.)
- Τις υπηρεσίες στεγαστικής αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες)
- Τις υπηρεσίες επαγγελματικής αποκατάστασης (εργαστήρια προεπαγγελματικής εκπαίδευσης, προστατευμένα παραγωγικά εργαστήρια, κοινωνικές επιχειρήσεις, Κοι.Σ.Π.Ε.) και
- Τις ψυχιατρικές υπηρεσίες (μονάδες) του γενικού νοσοκομείου» (Χριστοδούλου / Κονταξιάκης, 2005: 554).

Τα προγράμματα αποασυλοποίησης στο σκέλος της αποκατάστασης πρέπει να εμπεριέχουν τα παρακάτω στοιχεία:

- i. Το εξατομικευμένο σχέδιο αποκατάστασης και επανένταξης για τον κάθε ασθενή.

- ii. Τους βραχυπρόθεσμους στόχους, οι οποίοι μπορούν εύκολα να επιτευχθούν (π.χ. πρώτα ασχολούμαστε με το να επανακτήσουν οι ασυλοποιημένοι ασθενείς βασικές δεξιότητες, όπως π.χ. να χρησιμοποιούν κουτάλι και πηρούνι την ώρα του φαγητού).
- iii. Το πρόγραμμα σταδιακής «απεξάρτησης» από πρόσωπα τα οποία καλύπτουν βασικές ανάγκες του ασθενή, ώστε αυτός να κινητοποιηθεί για να κατακτήσει μεγαλύτερα επίπεδα αυτονομίας.
- iv. Η έμφαση στην ανάπτυξη «θεραπευτικής σχέσης» και στην καλλιέργεια ενός κλίματος εμπιστοσύνης και συνεργασίας με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που αποτελούν τη διεπιστημονική ομάδα
- v. Η ανάπτυξη της εναισθησίας, δηλαδή η αναγνώριση από την πλευρά του ασθενή ότι πάσχει από ψυχική νόσο και πρέπει να λαμβάνει τα φάρμακα του, ακόμα και όταν τα συμπτώματα της νόσου δεν είναι πλέον ορατά.
- vi. Η ανάπτυξη πρωτοβουλιών και κοινωνικών σχέσεων στο περιβάλλον που ζει αρχικά και μετέπειτα στην Κοινότητα.
- vii. Η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας του ασθενή, αν υπάρχει. Στα πλαίσια αυτά η οικογένεια πρέπει να μάθει να «ξαναζεί» με το άρρωστο μέλος της, αποφεύγοντας λανθασμένες συμπεριφορές προς τον ασθενή (υπερπροστασία ή απόρριψη) ή προς την Κοινότητα (απομόνωση του ασθενούς, φόβος στιγματισμού κλπ.)
- viii. Η προσπάθεια για εκπαίδευση του ασθενή και η εργασιακή ένταξή του σε προστατευμένο ή μη περιβάλλον (Χριστοδούλου / Κονταξάκης, 2005: 554).

Έρευνες που αναφέρονταν στη διερεύνηση της ποιότητας ζωής χρόνιων ψυχικά ασθενών που από τα ψυχιατρεία μετακόμισαν σε κοινοτικές στεγαστικές δομές έδειξαν ότι παρουσίασαν βελτίωση στην κοινωνική τους δραστηριότητα, στο εύρος του κοινωνικού τους δικτύου, σε δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης και γενικά ανέπτυξαν ένα καλύτερο επίπεδο αυτονομίας και αυτοεκτίμησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π., 2004α). Επιπλέον, από αναφορές των ίδιων των ασθενών προκύπτει ότι οι ασθενείς στην Κοινότητα έχουν περισσότερο ιδιωτικό χώρο, αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια, βιώνουν αυξημένο αίσθημα ελευθέριας και γενικά είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους στην Κοινότητα σε σχέση με τη ζωή στο ψυχιατρείο (Δεπάστα / Περάκη / Χατζάκη, 2006).

1.3. Η Κοινωνική Ψυχιατρική

Ο πρώτος ορισμός για την Κοινωνική Ψυχιατρική δόθηκε από τον Southard το 1917 ως εξής: « η Κοινωνική Ψυχιατρική προκύπτει από τη σύζευξη των εννοιών του κοινωνικού και της Ψυχιατρικής, χρησιμοποιεί σύγχρονες μεθόδους για τη διερεύνηση της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών κι έχει σκοπό να χρησιμοποιήσει τις χαρακτηριστικές και ηθολογικές ταξινομήσεις και τα δεδομένα της ψυχολογίας των ενστίκτων και του μιχεβιορισμού, της επαγγελματικής ψυχολογίας και των συναφών κλάδων» (Μαδιανός, 1989:21).

Ο ορισμός της έννοιας «Κοινωνική Ψυχιατρική» απασχόλησε πολλούς μελετητές που ο καθένας από τη σκοπιά του επιχείρησε να δώσει έναν ορισμό (Brown, 1934, Cornel, 1955, Rennie, 1955, Bell & Spiegel, 1966 κ.α.). Η δυσκολία ορισμού της έννοιας της Κοινωνικής Ψυχιατρικής εδράζεται στο γεγονός ότι το ιδεολογικό της υπόβαθρο στηρίζεται στη διεπιστημονική συμμετοχή πολλών επιστημών του ανθρώπου (Μαδιανός, 1989).

Σήμερα είναι κοινά αποδεκτό ότι η Κοινωνική Ψυχιατρική βασίζεται σε έξι αρχές:

- την αρχή της καθολικότητας, σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος προσεγγίζεται ολιστικά και σε σχέση με τον πολιτισμό και τις ιδέες του
- την αρχή της συσχέτισης, που αντιλαμβάνεται όλες τις διεργασίες της ανθρώπινης ψυχής ως προϊόν συσχέτισης του ανθρώπου με το εξωτερικό περιβάλλον ή με άλλα πρόσωπα
- την αρχή της συνειδητής βούλησης, ότι δηλαδή οι ενέργειες και πράξεις του ανθρώπου είναι συνειδητές και υπαγορεύονται από «ένα σχέδιο ζωής» που κάθε άνθρωπος διαμορφώνει στην πορεία της ζωής του και που αγωνίζεται να το κατακτήσει
- την αλληλεπίδραση κέντρου και περιφέρειας, ότι δηλαδή οι θεραπευτικές αλλαγές δεν προέρχονται μόνο από το άτομο (ασθενή) αλλά και από δομικές αλλαγές στο εξωτερικό περιβάλλον (θεσμοί, νοοτροπίες, αντιλήψεις κλπ.)
- την πολυδιάστατη προσέγγιση, ότι δηλαδή επίκεντρο της θεραπείας δεν είναι μόνο ο ασθενής αλλά και θεσμοί (οικογένεια, σχολείο) ή το περιβάλλον του ασθενή (φίλοι, εργοδότες, γειτονιά, συγγενείς κλπ.)
- τη θεραπεία μέσα από την εμπειρία, ότι δηλαδή η θεραπεία στηρίζεται και σε άλλες τεχνικές θεραπείας, όπως το ψυχόδραμα, οι ομαδικές δραστηριότητες, η ομαδική θεραπεία, πέρα από την κλασική θεραπεία που βασίζεται στη σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου (Μαδιανός, 1989, Lempriere & Feline, 1995, Μωρογιάννης, 2000).

1.4 Η Κοινοτική Ψυχιατρική

Η Κοινοτική Ψυχιατρική βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με την Κοινωνική Ψυχιατρική. Η Κοινοτική Ψυχιατρική είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων (resources) και τεχνικών που αποσκοπούν στην οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχιατρικού ασθενούς στην κοινότητά του. Επιπλέον, η Κοινοτική Ψυχιατρική στοχεύει στην ανίχνευση, πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών σε ομάδες πληθυσμού. Ειδική έμφαση δίδεται στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που συσχετίζονται με την εκδήλωση της ψυχικής ασθένειας, με στόχους την αλλαγή στάσεων και τη μείωση του στίγματος των ψυχικών διαταραχών (Μ.ΥΠ.Ε.Π., 2004β).

Σύμφωνα με τη Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» η Κοινοτική Ψυχιατρική:

- i. «Δεν αναπαράγει το status quo, όπως η παραδοσιακή ψυχιατρική.
- ii. Είναι μια διαδικασία με υποκείμενα από τις σωρεύσεις των κοινωνικών αντιφάσεων και των ψυχοκοινωνικών καταστάσεων.
- iii. Δεν είναι στατική, αλλά αναπτύσσεται διαρκώς ανάλογα με τις διαπιστούμενες ανάγκες της κοινότητας στο συγκεκριμένο χρόνο.
- iv. Πραγματώνει τους στόχους της και τις κατευθύνσεις μέσα από το εφικτό και την πραγματικότητα.
- v. Δεν εξωραΐζει τις αντιφάσεις.
- vi. Έχει άποψη για το χαρακτήρα της κοινωνιογένεσης της ψυχικής αρρώστιας.
- vii. Δέχεται τη διαλεκτική σχέση αρρώστιας (αντίθεση)- υγείας (θέση) με στόχο την εξάλειψη της αρρώστιας.
- viii. Η ατομική προσέγγιση γίνεται στο μέτρο που αυτή οδηγεί στην καθολική προσέγγιση με τον έναν ή τον άλλο τρόπο.
- ix. Η καθολική προσέγγιση υπάρχει μόνο μέσα από την ατομική και διαμέσου αυτής.
- x. Κάθε προσέγγιση της κοινότητας υπάρχει μέσα από την προσέγγιση των ατόμων» (Μ.ΥΠ.Ε.Π., 2005β:4).

Η Κοινοτική Ψυχιατρική στηρίζεται σε τέσσερις αρχές, όπως αυτές διατυπώθηκαν από τον Caplan (1964) και είναι οι ακόλουθες:

I. Η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής (comprehensiveness)

Στόχος είναι ο συνδυασμός της ολοκληρωμένης παροχής και του μέγιστου δυνατού αποτελέσματος, σε σύντομο χρονικό διάστημα με το μικρότερο δυνατό κόστος. Στην αρχή αυτή υπάγεται η έννοια της προσαρμογής της θεραπείας σε χρονικό πλαίσιο βασισμένο στις συγκεκριμένες ανάγκες της ψυχοπαθολογίας του ατόμου.

II. Η αρχή της τομεοποίησης (catchmentation- sectorization)

Η αρχή αυτή δηλώνει την παροχή ενός ευρέως φάσματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο και πληθυσμό. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ο πληθυσμός που πρέπει να περιλαμβάνει κάθε τομές κυμαίνεται από 70.000 έως 150.000 άτομα (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2004)

III. Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς (continuity of care)

Αναφέρεται στη σταθερότητα του θεραπευτή σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας, καθώς με τον τρόπο αυτό μειώνεται ο κίνδυνος υποτροπής και η πιθανότητα νοσηλείας σε ψυχιατρείο ή ψυχιατρική κλινική. Είναι ερευνητικά αποδεδειγμένο ότι η διάσπαση της θεραπευτικής σχέσης έχει αρνητικά αποτελέσματα στην εξέλιξη του θεραπευτικού αποτελέσματος. Επίσης, στην έννοια του «θεραπευτικού συνεχούς» εμπεριέχεται και η ανάγκη για συνεχή αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

IV. Η αρχή της ανταποκριτικότητας

Αναφέρεται στη δικτύωση και λειτουργική διασύνδεση των Κοινοτικών Υπηρεσιών μεταξύ τους μέσα από ένα σύστημα παραπομπών, που σε πρακτικό επίπεδο μεταφράζεται και στην άμεση ανταπόκριση των υπηρεσιών αυτών στα αιτήματα θεραπευτικής βοήθειας .

Η ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής άρχισε μεταπολεμικά να λαμβάνει χώρα. Στην ανάπτυξή της συνετέλεσε και η ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων κατά τη δεκαετία του '50, καθώς τα ψυχοφάρμακα βελτίωσαν δραστικά την κλινική εικόνα των χρόνιων ψυχωτικών ασθενών, αλλά κυρίως τη λειτουργικότητά τους, την ικανότητα δηλαδή να συμβιώσουν με άλλους ανθρώπους στα πλαίσια της κοινότητας. Έτσι, σιγά – σιγά ξεκίνησε στις Η.Π.Α. πρώτα μια συζήτηση για τη σκοπιμότητα ύπαρξης των ασύλων, συζήτηση που τροφοτήθηκε από κοινωνιολογικές μελέτες για τις συνθήκες ζωής στα άσυλα και που τελικά κατέληξε

στην αμφισβήτηση του ασυλικού μοντέλου περίθαλψης ως αντιθεραπευτικού και αντιπαραγωγικού (Τζανάκης, 2003).

Σύμφωνα με τον Μπαϊρακτάρη (1994) υπάρχουν τρία γενικά μοντέλα πολιτικών αποασυλοποίησης στα ευρύτερα πλαίσια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Αυτά είναι: α) το μοντέλο της αποϊδρυματοποίησης, β) το μοντέλο της απονοσοκομειοποίησης και γ) το μεικτό μοντέλο, το οποίο αποτελεί σύνθεση των δύο προηγούμενων. Τα μοντέλα αυτά παρουσιάζονται αναλυτικά παρακάτω:

1.4.1. Το μοντέλο της αποϊδρυματοποίησης

Σύμφωνα με τον Μπαϊρακτάρη, (1994) το μοντέλο της αποϊδρυματοποίησης σηματοδοτεί τη διαδικασία εξόδου χρόνιων ψυχικά ασθενών από τα ψυχιατρικά ιδρύματα (ψυχιατρεία) και την ένταξή τους στη κοινότητα μετά από κατάλληλη προετοιμασία. Το μοντέλο αυτό στηρίζεται σε τρεις άξονες: i) στην κατανόηση της ψυχικής νόσου και της επίδρασης που αυτή ασκεί στη ζωή του ατόμου, ii) στη διάρθρωση των θεσμών που απευθύνονται στην εξυπηρέτηση ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις και iii) στο ρόλο των επαγγελματιών.

Σύμφωνα με τη φιλοσοφία αυτού του μοντέλου απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης και αποκατάστασης χρόνιων ψυχωσικών ασθενών είναι η σωστή επιλογή των ασθενών και η λειτουργία πλέγματος υπηρεσιών κοινωνικής και ψυχιατρικής μέριμνας στη κοινότητα. Το μοντέλο αυτό εφαρμόστηκε κυρίως στην Ιταλία, στους χώρους όπου αναπτύχθηκαν και υλοποιήθηκαν οι ιδέες του κινήματος της Δημοκρατικής Ψυχιατρικής, που ξεκίνησε από τους Basaglia, Jervis, Locale. Βασικό χαρακτηριστικό αυτού του κινήματος ήταν η άρνηση της ψυχανάλυσης ως κυρίαρχης ψυχιατρικής ιδεολογίας, καθώς η ψυχική ασθένεια εκλαμβάνεται ως απόκλιση από την εκάστοτε κοινωνική νόρμα. Με αυτή την έννοια στη φιλοσοφία του αποϊδρυματισμού η ψυχική νόσος λαμβάνει έντονα κοινωνικά και πολιτικά χαρακτηριστικά (Μαδιανός, 1989, Μπαϊρακτάρης, 1994, Δαμίγος & Μαυρέας, 2003).

Μια καλή πρακτική μοντέλου αποϊδρυματοποίησης στην Ιταλία αποτελούν τα οικοτροφεία του Molise. Ουσιαστικά πρόκειται για κατοικίες μέσα στον αστικό ιστό πόλεων του Molise (είναι νομός της Ιταλίας). Το πρότυπο λειτουργίας είναι μη ιατρικό, το προσωπικό αποτελείται και από μη επαγγελματίες, ενώ απουσιάζει η ιεραρχία και η διαφοροποίηση των ρόλων. Τα σπίτια αυτά προσομοιάζουν πάρα πολύ την οικογενειακή

ατμόσφαιρα, ενώ μια φορά την εβδομάδα γίνεται εποπτεία από ειδικό επαγγελματία ψυχικής υγείας (Μ.ΥΠ.Ε.Π., 2000β).

Μια άλλη πολύ καλή πρακτική στα πλαίσια πολιτικών αποϊδρυματισμού αποτελεί το Ενεργητικό Υποστηρικτικό Ολοκληρωμένο Κοινοτικό Πρόγραμμα Φροντίδας, γνωστό ως Α.Σ.Τ. (Assertive Community Treatment). «Το Α.Σ.Τ. είναι ένα πρόγραμμα εξατομικευμένης ολοκληρωμένης και ενεργητικής φροντίδας ατόμων με διάγνωση ψύχωσης στην κοινότητα, που άρχισε να εφαρμόζεται πιλοτικά από τους Stein και Test τη δεκαετία του '80 στο Madison του Wisconsin (Η.Π.Α.). Το Α.Σ.Τ έχει ως βασική υπόθεση συγκρότησής του την παροχή πολυκλαδικών εξειδικευμένων υπηρεσιών σε κοινοτικό πλαίσιο, την ενίσχυση των δεσμών με προσβάσιμους πόρους και υπηρεσίες υγείας, ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και την προσέγγιση όλων εκείνων των πολύπλοκων παραγόντων που προκαλούν παρατεταμένη χρονιοποίηση και απώλεια στέγασης σε άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή» (Μ.ΥΠ.Ε.Π., 2000β:37).

Τα βασικά χαρακτηριστικά του προγράμματος Α.Σ.Τ είναι τα ακόλουθα:

- ΑΕ** «Εξατομικευμένη προσέγγιση στα πλαίσια λειτουργίας πολυκλαδικής ομάδας
- ΑΕ** Παροχή ολοκληρωμένης ψυχιατρικής και κοινωνικής φροντίδας
- ΑΕ** Παροχή υπηρεσιών φροντίδας στο φυσικό (σπίτι) ή εργασιακό περιβάλλον του ατόμου
- ΑΕ** Ενεργητική παροχή βοήθειας στα πλαίσια νοηματοδότησης της συνεργασίας ειδικών με διστακτικά ή μη συνεργάσιμα άτομα
- ΑΕ** Συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή και συστηματική εργασία για την ανάπτυξη εναισθησίας
- ΑΕ** Συνεργασία, δηλαδή, ενεργητική συμμετοχή των χρηστών του προγράμματος στα πλαίσια εταιρικής σχέσης στην παροχή φροντίδας
- ΑΕ** Αρχή της ολοκληρωμένης παροχής, δηλαδή, προσανατολισμός στην ολιστική προσέγγιση του ατόμου και έμφαση στην επίτευξη του μεγαλύτερου δυνατού οφέλους σε όσον το δυνατό μικρότερο χρονικό διάστημα και με το λιγότερο δυνατό κόστος
- ΑΕ** Ελαστικότητα, ύπαρξη ,δηλαδή, ευελιξίας στο θεραπευτικό πλαίσιο έτσι ώστε αυτό να προσαρμόζεται κάθε φορά στις εκάστοτε ανάγκες του ψυχικά πάσχοντα
- ΑΕ** Συνέχεια, η συνεργασία, δηλαδή, στην παροχή φροντίδας μεταξύ των χρηστών του προγράμματος και της θεραπευτικής ομάδας δεν διακόπτεται ανεξάρτητα από την κλινική πορεία του ψυχικά πάσχοντα (περίοδοι υποτροπής ή και νοσηλείας)

- Æ** *Εργασία ομάδας, δηλαδή, η συνεργασία και συνοχή μεταξύ των μελών της πολυκλαδικής ομάδας, που πρέπει να αντικατοπτρίζεται στην καλή επικοινωνία με τους χρήστες του προγράμματος, τη λειτουργικότητά τους και την καλή κλινική τους πορεία*
- Æ** *Εργασία σε δίκτυο, δηλαδή, η συνεργασία της πολυκλαδικής ομάδας τόσο με υποστηρικτικά δίκτυα της Κοινότητας όσο και με το περιβάλλον (κοινωνικό, οικογενειακό, εργασιακό) του ψυχικά πάσχοντα με στόχο την ενεργοποίησή τους για την επίτευξη ενός ποιοτικού περιβάλλοντος φροντίδας» (Μ.ΥΠ.Ε.Π, 2000β:38-39).*

Ωστόσο, τα προγράμματα και οι πολιτικές αποϊδρυματισμού έτυχαν συστηματικής αξιολόγησης και έρευνας στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Οι μελέτες αυτές κατέληξαν σε ένα βασικό συμπέρασμα ότι η κοινωνική επανένταξη των «αποϊδρυματισμένων» ασθενών είναι περισσότερο τυπική παρά ουσιαστική, καθώς ζουν μέσα στην κοινότητα αλλά σε καμία περίπτωση δεν συμμετέχουν στο κοινωνικό γίγνεσθαι, καθώς εξακολουθούν να βιώνουν συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού (Pilgrim & Rogers, 2004).

1.4.2. Το μοντέλο της απονοσοκομειοποίησης

Το μοντέλο αυτό αναπτύχθηκε στις Η.Π.Α. και υπαγορεύτηκε από την ανάγκη μείωσης του κόστους υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά και βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δομικό στοιχείο αυτού του μοντέλου είναι το κλείσιμο των ψυχιατρείων και η ανάπτυξη ενός δικτύου ανοικτών κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (κυρίως Κέντρα Ημέρας και Κέντρα Ψυχικής Υγείας). Οι υπηρεσίες αυτές δεν ήταν απαραίτητα κρατικές, αλλά χρηματοδοτούνταν από επιχορηγήσεις της Κυβέρνησης ή από τον ιδιωτικό τομέα (ασφαλιστικά ταμεία). Στο μοντέλο αυτό σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι εθελοντικές οργανώσεις (ανθρωπιστικού ή φιλανθρωπικού χαρακτήρα) και οι υπηρεσίες πρόνοιας, οι οποίες λειτουργούν συμπληρωματικά στις νέες κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας. (Τζανάκης, 2003, Μπαϊρακτάρης, 1994).

Μερικά παραδείγματα πολιτικών απονοσοκομειοποίησης αποτελούν τα παρακάτω:

Το πρόγραμμα του Fairweather Lodge. Το πρόγραμμα αυτό λειτούργησε στην Καλιφόρνια στις αρχές του 1960 και στη συνέχεια εφαρμόστηκε και σε άλλες έξι (6) Πολιτείες. Το πρόγραμμα αυτό αφορά την εκπαίδευση των ασθενών αρχικά μέσα στο ψυχιατρείο και ουσιαστικά περιλαμβάνει διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα στο λεγόμενο «μεταβατικό» ή «δορυφορικό» ξενώνα μιας σύγχρονης ψυχιατρικής κλινικής. Οι ασθενείς,

δηλαδή, στους θαλάμους τους (δύο ή το πολύ τέσσερα άτομα) εκπαιδεύονται σε δεξιότητες αυτοφροντίδας, σε κοινωνικές δεξιότητες κ.ο.κ.. Στη συνέχεια μεταφέρονται σε κατοικίες εκτός του ψυχιατρείου και εντάσσονται σε μικρές ομάδες 10-15 ατόμων, όπου παρακολουθούν ένα μεταβατικό πρόγραμμα εκπαίδευσης σε δεξιότητες, που απαιτούνται για τη ζωή έξω από το ψυχιατρείο, όπως την αναζήτηση εργασίας, τη συνεργασία, τη συμβίωση σε ομάδα κλπ (Μ.ΥΠ.Ε.Π., 2000β). Ο Μαδιανός (2005) αναφέρει ότι η αξιολόγηση του προγράμματος έδειξε εξαιρετική αποτελεσματικότητα του προγράμματος, καθώς οι ασθενείς που εντάχθηκαν σ' αυτό το πρόγραμμα κατάφεραν σε ποσοστό που κυμαινόταν από 80% έως 100% να επιστρέψουν στην Κοινότητα στα πλαίσια αυτόνομης ή ημιαυτόνομης διαβίωσης

- i. Το πρότυπο Soteria House. Το πρόγραμμα αυτό ξεκίνησε το 1971 στο San Francisco με το σκεπτικό να αποτελέσει εναλλακτική λύση της νοσηλείας σε ψυχιατρείο. Τα βασικά χαρακτηριστικά αυτού του προγράμματος είναι τα εξής:
- ii. το προσωπικό δεν αποτελείται από ειδικούς και η αναλογία είναι περίπου ένας ασθενής προς ένα άτομο προσωπικό περίπου
- iii. γίνεται περιορισμένη χρήση ψυχοφαρμάκων (γίνεται περιορισμένη χρήση Χλωροπρομαζίνης σε εξαιρετικές περιπτώσεις)
- iv. δεν υπάρχει δομημένο πρόγραμμα. Το πρόγραμμα είναι ελαστικό και περιλαμβάνει ποικιλία κοινωνικών ή θεραπευτικών δραστηριοτήτων
- v. δεν υπάρχουν ιεραρχικές σχέσεις και οι ένοικοι λειτουργούν σαν μια οικογένεια
- vi. δεν υπάρχει πίεση για συμμετοχή σε δραστηριότητες
- vii. επικρατεί η αντίληψη ότι η ψύχωση είναι μια σημαντική εμπειρία από την οποία το άτομο ωριμάζει, μαθαίνει και εξελίσσεται
- viii. οι υποτροπές γίνονται αποδεκτές από τα μέλη του σπιτιού
- ix. υπάρχει έντονη συναισθηματική επαφή μεταξύ των μελών και επικρατεί πνεύμα κατανόησης (empathy), (Μ.ΥΠ.Ε.Π., 2000β).

Για το πρότυπο αυτό που εφαρμόστηκε πειραματικά, ο Μαδιανός αναφέρει ότι έδειξε πολύ καλά αποτελέσματα, καθώς σε σχετική συγκριτική έρευνα με ομάδα ασθενών με τα ίδια κλινικά και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι ασθενείς του προγράμματος «Soteria» υποτροπίασαν λιγότερες φορές σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου των ασθενών, που δεν παρακολούθησαν το αντίστοιχο πρόγραμμα (Μαδιανός, 2005).

- Το πρότυπο του Πανεπιστημίου της Βοστώνης. Περικλείει τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο αξιολογείται η δυνατότητα αποκατάστασης του ασθενούς με τη συμμετοχή του ίδιου

στον προσδιορισμό των στόχων του (π.χ. θέτει ως στόχο την εύρεση εργασίας ή την εύρεση τόπου κατοικίας). Στο δεύτερο στάδιο διαμορφώνεται ένα συγκεκριμένο σχέδιο όπου ο ασθενής συνεργάζεται με τον σύμβουλο αποκατάστασης και καθορίζονται στρατηγικές για την επίτευξη των στόχων μέσα από συγκεκριμένες τεχνικές και μεθόδους. Στο τρίτο στάδιο υλοποιείται το σχέδιο αποκατάστασης βάση συγκεκριμένων τεχνικών που προέρχονται από τη συμπεριφορική θεωρία και τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης. (Μ.ΥΠ.Ε.Π., 2000β).

Η κριτική που ασκείται στα προγράμματα απονοσοκομειοποίησης σχετίζεται ότι οι ασθενείς από την «ασφάλεια» του ψυχιατρείου βρίσκονται ξαφνικά άστεγοι και άνεργοι να ζουν σε συνθήκες εξαθλίωσης, καθώς οι ενδιάμεσες στεγαστικές δομές δεν επαρκούν για να καλύψουν τις υπάρχουσες ανάγκες. Επιπλέον, τα προγράμματα αυτά χρηματοδοτούνται κυρίως από ιδιωτικές δομές, οι οποίες μόλις σταματήσουν οι κρατικές επιχορηγήσεις κλείνουν αφήνοντας τους ασθενείς στην τύχη τους. Έτσι, οι ψυχικά πάσχοντες προσπαθούν να καλύψουν τις ανάγκες τους ζητώντας βοήθεια από τις κοινωνικές υπηρεσίες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, την Εκκλησία και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Μπαϊρακτάρης, 1994, Μαδιανός, 2000).

1.4.3. Το «μεικτό» μοντέλο

Το μεικτό μοντέλο συνδυάζει την παράλληλη ύπαρξη «εκσυγχρονισμένων» ψυχιατρείων και κοινοτικών δομών (π.χ. Ξενώνες, Κέντρα Ψυχικής Υγείας κλπ.). Η έμφαση δίνεται στην ανάπτυξη των κοινοτικών δομών, αλλά αναγνωρίζεται και ο ρόλος των ψυχιατρείων στην αντιμετώπιση ιδιαίτερα των υποτροπών ή περιστατικών στα οποία η φαρμακευτική αγωγή δεν έχει άμεσα αποτελέσματα. Σε καμία όμως περίπτωση δεν μιλάμε για άσυλα παλαιού τύπου. Στο μεικτό μοντέλο συνυπάρχουν συμπληρωματικά τόσο η φιλοσοφία της Κοινοτικής Ψυχιατρικής όσο και η κλασική Ψυχιατρική που επικεντρώνεται στη φαρμακοθεραπεία. Σήμερα, το μοντέλο αυτό επικρατεί στις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης (Μπαϊρακτάρης, 1994).

1.5. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

Μελετώντας κανείς την ελληνική βιβλιογραφία για τη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση διαπιστώνει ότι οι εκάστοτε ψυχίατροι συγγραφείς την προσεγγίζουν σαν το κλασικό παράδειγμα με το ποτήρι νερού, που άλλοι το βλέπουν μισογεμάτο και άλλοι μισοάδειο. Όλοι βέβαια διαπιστώνουν κενά, αλλά η συνολική τους τοποθέτηση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ιδεολογία τους και τη σχολή ψυχιατρικής σκέψης, που εκφράζουν. Έτσι, υπάρχουν εκείνοι που δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στα θετικά σημεία αναγνωρίζοντας ότι βελτιώθηκαν σημαντικά οι συνθήκες ζωής των ψυχικά πασχόντων, ενώ παράλληλα περιορίστηκε ο ρόλος των ψυχιατρείων (Χριστοδούλου, 2000, Μαδιανός, 2005, Κανδύλης / Καπρίνης, 2005). Υπάρχουν όμως και άλλοι που εστιάζουν την κριτική τους στην έλλειψη ενός αξιόπιστου συστήματος υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχιατρικής Φροντίδας στην Κοινότητα και της μη προσήλωσης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στο σκέλος της αποασυλοποίησης των χρόνιων τροφίμων των ψυχιατρείων (Δαμίγος / Μαυρέας, 2003, Σακελλαρόπουλος, 2005 κα.).

Ο εθνικός στρατηγικός σχεδιασμός για τη Ψυχική Υγεία για την περίοδο 2000 μέχρι σήμερα περιλαμβάνει τους ακόλουθους στόχους:

- Την ανάπτυξη πρωτοβάθμιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- Την αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων στα Γενικά Νοσοκομεία
- Τη σταδιακή, αλλά πλήρης κατάργηση των ασύλων
- Τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- Την ανάπτυξη και την ανίχνευση του ψυχικού προβλήματος στον χώρο της Κοινότητας, της μειονότητας, του σχολείου και της οικογένειας
- Την ανάπτυξη επιχειρηματικών δραστηριοτήτων από τους ψυχικά ασθενείς και την ένταξή τους στην αγορά εργασίας (Κατσάνου και συν, 2009).

Κατά γενική παραδοχή οι παραπάνω στόχοι δεν έχουν επιτευχθεί. Ακόμα και σήμερα διαπιστώνονται ελλείψεις που παρεμποδίζουν τη διαδικασία ολοκλήρωσης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Τα πιο σημαντικά προβλήματα εντοπίζονται στους παρακάτω τομείς:

Στο επίπεδο ανθρώπινου δυναμικού: εδώ συναντάμε σοβαρό πρόβλημα αριθμητικής επάρκειας και καταλληλότητας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Καινοτόμες δράσεις, όπως τα προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας ψυχικά πασχόντων ή υπηρεσίες παρέμβασης στην κρίση παρακωλύουν εξαιτίας της οικονομικής κατάστασης της χώρας και της άσκησης περιοριστικών πολιτικών στο χώρο της υγείας. Επιπλέον, τα προγράμματα σπουδών στα

περισσότερα επαγγέλματα υγείας, δεν συνδέονται με την πραγματικότητα στους χώρους εργασίας, επικεντρώνονται περισσότερο στη σωματική υγεία και λιγότερο στη ψυχική υγεία και τέλος δεν έχουν συμπεριλάβει μαθήματα για τη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και την Κοινωνική Ψυχιατρική. Με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να μην αντιλαμβάνονται την Κοινωνική φιλοσοφία, να μην δραστηριοποιούνται και πολύ περισσότερο να μην αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες. Ωστόσο, οφείλει κανείς να επισημάνει την ύπαρξη πια μεταπτυχιακών προγραμμάτων στην Ελλάδα (π.χ Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, ΕΠΨΥ κλπ.) που δίνει τη δυνατότητα σε κάποιους επαγγελματίες να συμπληρώσουν τα γνωστικά τους κενά .

- Στο επίπεδο της κουλτούρας: το πρόβλημα εδώ σχετίζεται με το διαφορετικό τρόπο αντίληψης της ψυχικής υγείας ανάμεσα στις δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τους Μη Κερδοσκοπικούς Οργανισμούς, που δραστηριοποιούνται στον ευρύτερο χώρο της ψυχικής υγείας. Έτσι, δράσεις και προγράμματα, που υποτίθεται ότι δρουν συμπληρωματικά, στην πράξη λειτουργούν αποσπασματικά, δεν συνδέονται μεταξύ τους και δεν συνεργάζονται.

- Στο επίπεδο της Τομεοποίησης: το πρόβλημα αναφορικά με την Τομεοποίηση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας βρίσκεται στο γεγονός ότι εξαιτίας της έλλειψης Ψυχιατρικών Τμημάτων στα περισσότερα Γενικά Νοσοκομεία, δεν εφαρμόζεται. Έτσι, ένας ασθενής που κατοικεί στον Πύργο και χρήζει νοσηλείας σε Ψυχιατρικό Τμήμα εξαιτίας απουσίας δομών και υπερπληρότητας των ήδη υπάρχουσών, μπορεί να χρειαστεί να νοσηλευτεί στην Αθήνα ή τα Ιωάννινα.

- Στο κοινωνικό επίπεδο: παρά το γεγονός ότι φορείς, όπως το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) ανέπτυξαν δράσεις (π.χ. πρόγραμμα «ΑΝΤΙΣΤΙΓΜΑ», κυνηγοί στίγματος) για την καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων, που συνοδεύουν τη ψυχική νόσο , ωστόσο τα αποτελέσματα στο πεδίο αυτό είναι σχεδόν ανύπαρκτα. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, εκτός ελάχιστων εξαιρέσεων, αναπαράγουν αρνητικά στερεότυπα και καλλιεργούν το μύθο της επικινδυνότητας των ψυχικά πασχόντων .Τέλος δεν υπάρχουν τα κατάλληλα κίνητρα για την προσέλκυση πληθυσμού σε εθελοντικές δράσεις.

- Στο επίπεδο των πληροφοριακών συστημάτων: το πρόβλημα εστιάζεται στην απουσία μηχανογράφησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά και ηλεκτρονικής διασύνδεσης μεταξύ τους. Δεν υπάρχει ψηφιακός ηλεκτρονικός φάκελος ψυχιατρικά ασθενών, που θα επιτάχυνε τη συνεργασία και δικτύωση των παραδοσιακών δομών (ψυχιατρεία) με τις Κοινωνικές δομές (π.χ. Κέντρα Ψυχικής Υγείας) στα πλαίσια της

διασύνδεσης των Μονάδων Ψυχικής Υγείας μεταξύ τους. Επίσης οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που πρέπει να προσφέρονται στο λιγότερο δυνατό κόστος με την απουσία συστήματος μηχανογράφησης είναι πολύ δύσκολο να υπολογιστεί το κόστος, πολύ περισσότερο δε να εκπονηθούν μελέτες κόστους / οφέλους (cost / benefit)

- Στο Οικονομικό επίπεδο: οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας υποχρηματοδοτούνται γεγονός που έχει αντίκτυπο στα προγράμματα και τις δράσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Το πρόβλημα είναι μεγαλύτερο στους Μη Κερδοσκοπικούς Φορείς, καθώς η χρηματοδότηση των φορέων αυτών εξαρτάται ως επί το πλείστον από ευρωπαϊκούς πόρους. Έτσι, κάθε φορά που σταματάει ή λήγει η ευρωπαϊκή χρηματοδότηση, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μένουν απλήρωτοι με ό,τι αυτό συνεπάγεται στο επίπεδο ποιότητας φροντίδας για τους ψυχικά πάσχοντες.

- Στο διοικητικό επίπεδο: ο χώρος της δημόσιας ψυχικής υγείας καθορίζεται από τον δημοσιούπαλληλικό κώδικα, όπως γενικά ισχύει σ' όλες τις δημόσιες υπηρεσίες. Ωστόσο, στο δημοσιούπαλληλικό κώδικα εκλείπουν τα κατάλληλα κίνητρα που θα υποκινήσουν και θα δραστηριοποιήσουν θετικά το προσωπικό, έτσι είναι εξαιρετικά δύσκολο και στο χώρο της ψυχικής υγείας να αναπτυχθούν νέες ιδέες, καινοτόμες λύσεις και διάθεση πειραματισμού και αναζήτησης καλών πρακτικών. (Κατσάνου και συνεργάτες, 2009).

1.5.1. Η πρώτη περίοδος της Ψυχιατρικής Περίθαλψης (1945-1982)

Η πρώτη περίοδος καλύπτει την χρονική περίοδο από τη λήξη του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου έως τις αρχές της δεκαετίας του 1980 (1982). Κατά την περίοδο αυτή η Ψυχιατρική Περίθαλψη στηρίζεται στα μεγάλα ψυχιατρεία – άσυλα, τα οποία λειτουργούν ως επί το πλείστον από δωρεές μεγάλων ευεργετών. Η οργάνωση των ψυχιατρείων χαρακτηρίζεται από όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά που διέπουν τα άσυλα (έλλειψη ιδιωτικού χώρου, απόσταση από τις πόλεις, αποπροσωποποίηση κλπ.). Ωστόσο, μέσα σ' αυτό το περιβάλλον εκδηλώνονται μεμονωμένες προσπάθειες μεταρρύθμισης από ψυχιάτρους, που έχουν εκπαιδευτεί σε χώρες του εξωτερικού και διαπνέονται από ένα Κοινοτικό πνεύμα (Τζανάκης, 2003).

Τρία είναι τα σημαντικά γεγονότα αυτής της περιόδου. Το πρώτο αφορά τη δημιουργία νέων ψυχιατρείων, όπως της «Αποικίας Ψυχοπαθών Λέρου» (1957), του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης (1967) και του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου (1972) προκειμένου να επιτευχθεί η αποσυμφόρηση των μεγάλων ψυχιατρείων της Αθήνας και της

Θεσσαλονίκης. Το δεύτερο γεγονός αφορά τη δημιουργία ψυχοθεραπευτικών σχολών και το τρίτο την ανάπτυξη εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής & Ερευνών (1956), (Τζανάκης, 2003).

1.5.2. Η περίοδος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης (1983-1998)

Η περίοδος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης καλύπτει τη χρονική περίοδο 1983-1998). Η περίοδος αυτή ξεκινάει με τη ψήφιση του Ν.1397/83, που έθεσε τις βάσεις για τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ορόσημο όμως αυτής της περιόδου είναι το λεγόμενο σκάνδαλο του Ψυχιατρείου της Λέρου, που οδήγησε σε παρέμβαση της τότε Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (Ε.Ο.Κ.) με τη ψήφιση του κανονισμού 815/84. Πολλοί μελετητές θεωρούν αυτό το χρονικό σημείο ως την αφετηρία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Ο κανονισμός προέβλεπε τη δημιουργία εναλλακτικών θεσμών, την εκπαίδευση του προσωπικού και άλλες δράσεις που αποσκοπούσαν στην μεταστροφή της λειτουργίας των ψυχιατρικών υπηρεσιών προς το κοινοτικό μοντέλο (Μαδιανός, 1989, Μαδιανός, 1994).

Στα παραπάνω πλαίσια και με την αξιοποίηση των ευρωπαϊκών πόρων δημιουργήθηκαν κατά την παραπάνω περίοδο ψυχιατρικές κλινικές στα Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ξενώνες και Οικοτροφεία, καθώς και εργαστήρια προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης. Επίσης, μειώθηκε σημαντικά και ο αριθμός των χρόνιων νοσηλεύμενων στα ψυχιατρεία. Έκθεση της Commission το Νοέμβριο του 2005 για την αξιολόγηση της παραπάνω περιόδου ανέφερε: *«οι στόχοι του κανονισμού επιτεύχθηκαν και τα αποτελέσματα ήταν πολύ σημαντικά (...) το ισχυρό ρεύμα αλλαγής, που είναι εμφανές σ' όλες τις υπηρεσίες ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα αναμένεται να διαδραματίσει αποφασιστικό ρόλο στην εξασφάλιση της παγίωσης και της περαιτέρω ανάπτυξης της μεταρρύθμισης»* (Κανδύλης, 2005: 27)

1.5.3. Η σύγχρονη περίοδος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης – Το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Η Πολιτεία προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ευρωπαϊκή Ένωση στα τέλη του 1995 εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο σχέδιο με την κωδική ονομασία «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Η ονομασία του προγράμματος αποτελεί γλωσσολογικό νεολογισμό με ποιητική διάσταση και παραπέμπει στο συνειρμό για το ταξίδι από το χώρο του ασύλου προς το χώρο της οικειότητας (Κοινότητα) μέσα από τη μυθοπλασία αναζήτησης του «Χρυσόμαλλου Δέρατος».

Το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» καλύπτει τη χρονική περίοδο (1999 -2009). Συγκεκριμένα, το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» στόχευε στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη ψυχικά πασχόντων, που διαβιούσαν στα ψυχιατρεία της χώρας (www.msu.gr, προσπελάστηκε 14/7/2009).

Το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» περιλάμβανε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση αφορούσε τη χρονική περίοδο 2000-2001. Αυτό το μέρος της Α΄ φάσης του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιλάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών σ' όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Η καινοτομία αυτής της περιόδου βρίσκεται ότι για πρώτη φορά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και Γενικά Νοσοκομεία συνεργάζονται στα πλαίσια εταιρικής σχέσης προκειμένου να λειτουργήσουν από κοινού Ξενώνες και Οικοτροφεία. Τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία υπέδειξαν και εκπαίδευσαν τους ασθενείς για τη μετάβασή τους στις ενδιάμεσες στεγαστικές δομές, ενώ τα Γενικά Νοσοκομεία ανέλαβαν τη λειτουργία και υποστήριξη των δομών αυτών (www.msu.gr, προσπελάστηκε 14/7/2009).

Κατά τη πρώτη φάση του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» δημιουργήθηκαν οι παρακάτω ψυχιατρικές δομές:

- Δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων αποασυλοποίησης
- Δημιουργία 71 Εργαστηρίων Επαγγελματικής Κατάρτισης ψυχικά ασθενών
- Προκατάρτιση, Κατάρτιση 973 ασθενών, που διέμεναν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία) 769 ασθενών
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων, στελεχών των νέων δομών (www.mohaw.gr, προσπελάστηκε 14/7/2009).

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται οι στεγαστικές δομές που λειτουργούσαν στην Ελλάδα στο τέλος του 2001.

Πίνακας 1: Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που λειτουργούσαν στην Ελλάδα στο τέλος του 2001	
Ξενώνες αποασυλοποίησης / αποκατάστασης	92
Οικοτροφεία αποασυλοποίησης / αποκατάστασης	13
Προστατευμένα Διαμερίσματα	94
Ενδονοσοκομειακοί Ξενώνας αποκατάστασης	3

Πηγή: ΥΥΚΑ, www.mohaw.gr,

Η Β' Φάση του προγράμματος "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" αναφέρεται στην περίοδο 2000 - 2009 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος "Υγεία - Πρόνοια" του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, αφορά δε στην ανάπτυξη δομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα. Αρχικά, η Β Φάση του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» προβλεπόταν να διαρκέσει μέχρι το 2007, ωστόσο σημειώθηκε παράταση εξαιτίας παράτασης του Γ' ΚΠΣ και των συγχρηματοδοτήσεων για τις πυρόπληκτες περιοχές της 5^{ης}, 6^{ης} και 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας (το 2007 σημειώθηκαν καταστροφικές πυρκαγιές στην Αττική, Πελοπόννησο, Ήπειρο και Θεσσαλία, γεγονός που αξιοποιήθηκε για την επιμήκυνση του Γ Πλαισίου Στήριξης στο οποίο συμπεριλαμβάνεται και το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»). Στα πλαίσια της Β' Φάσης του προγράμματος "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" επίκεντρο της πολιτικής για τη ψυχική υγεία ήταν η ανάπτυξη νέων δομών με βάση τις αρχές της Τομεοποίησης και της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Η έμφαση δόθηκε στην αποασυλοποίηση 3.500 χρόνιων ψυχικά ασθενών, που διαβιούσαν στα Ψυχιατρεία για μεγάλα χρονικά διαστήματα και στη ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. Επίσης, τέθηκε στόχος για το κλείσιμο των Ψυχιατρείων με την προηγούμενη ασυλική τους μορφή και την αντικατάστασή τους από Τμήματα Οξέων και Βραχείας. Στα πλαίσια αυτών των πολιτικών υπήρξε πρόβλεψη για δημιουργία των παρακάτω δομών στην Κοινότητα:

- Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα και Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία, που περιλαμβάνουν κλασικό Τμήμα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων.
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας για ενήλικες και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους.
- Προκατάρτιση, κατάρτιση και απασχόληση 973 ασθενών

- Μονάδες Άμεσης Παρέμβασης στην κρίση των χρηστών ναρκωτικών ουσιών σε Γενικά Νοσοκομεία.
- Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς.
- Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου, που περιλαμβάνουν Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας
- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης (νησιά κυρίως και απομακρυσμένες ορεινές περιοχές).
- Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους.
- Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής διασυνδεδεμένοι με τα ολοκληρωμένα ψυχιατρικά τμήματα.
- Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης.
- Ειδικές Μονάδες παροχής υπηρεσιών προς την Οικογένεια.
- Ξενώνες-Οικοτροφεία για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου
- Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευόμενα Διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.500 περίπου ατόμων με μακρά διαβίωση στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Μονάδες για φύλαξη και νοσηλεία ατόμων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.
- Μονάδες για απεξάρτηση από ουσίες φυλακισμένων σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.
- Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης ισάριθμοι προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ) (www.mohaw.gr, προσπελάστηκε 14/7/2009).

Στα πλαίσια της Β΄ Φάσης του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» υπήρξε πρόβλεψη για κλείσιμο πέντε ψυχιατρείων μέχρι το 2009, τα οποία προβλεπόταν να αντικατασταθούν από ολοκληρωμένα δίκτυα κοινοτικών ψυχιατρικών δομών. Επίσης, είχε γίνει πρόβλεψη για κλείσιμο όλων των ψυχιατρείων έως το 2015. Μετά το 2015 τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία προβλεπόταν να λειτουργήσουν ως «Μονάδες Οξέων Περιστατικών» και «Βραχείας Νοσηλείας». Η πρόβλεψη για τις συνολικές εξελίξεις μεταξύ των ετών 2002 (ολοκλήρωση της πρώτης φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός») και 2010 (ολοκλήρωση του προγράμματος), δίνονται από τον παρακάτω πίνακα: (www.mohaw.gr, προσπελάστηκε 14/7/2009).

Πίνακας 2: Μονάδες ψυχικής υγείας 2002-2010 (πρόβλεψη)

Μονάδες ψυχικής υγείας	2002	2006	2010
Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	21 (+10)	34	69
Παιδοψυχιατρική Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	2	5	6
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	22	34	52
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	20	32	51
Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης	70	76	96
Ξενώνες	72	172	1/2
Οικοτροφεία	11	161	161
Προστατευμένα Διαμερίσματα	106	195	230
Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας	4	21	31
Κέντρα Ημέρας	4	22	28
Ειδικές μονάδες για αυτιστικά άτομα	-	8	21
Μονάδες παρέμβασης στην κρίση για χρήστες ναρκωτικών ουσιών	-	11	32
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών	-	6	15

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Ήδη στα πλαίσια υλοποίησης αυτών των πολιτικών σταμάτησε η λειτουργία με την ασυκλική μορφή των ψυχιατρείων Πέτρας Ολύμπου, Χανίων και Κέρκυρας (www.msu.gr, προσπελάστηκε 14/7/2009).

1.6. Ανάπτυξη κοινοτικών δομών περίθαλψης

Στα πλαίσια λειτουργίας του Κοινοτικού Μοντέλου φροντίδας προβλέπεται η λειτουργία μιας σειράς δομών ψυχικής υγείας με κοινοτικό προσανατολισμό. Στις δομές αυτές περιλαμβάνονται: Ψυχιατρικά νοσοκομεία με έναν νέο διαφορετικό ρόλο, Μονάδες Νοσηλείας στα Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Αποκατάστασης, Οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευμένα Διαμερίσματα, Νοσοκομεία Ημέρας, Εξωτερικά Ιατρεία, Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς περιορισμένης ευθύνης κι Επαγγελματική Εκπαίδευση, Κινητές μονάδες και παρεμβάσεις στον γενικό πληθυσμό (Μ.ΥΠ.Ε.Π., 2004α).

1.6.1. Το Ψυχιατρικό νοσοκομείο

Η ονομασία «Ψυχιατρικό Νοσοκομείο» διαφέρει μακράν σε σχέση με την ονομασία «Ψυχιατρείο». Το «Ψυχιατρείο» ως έννοια παραπέμπει στο άσυλο, ενώ ο όρος Ψυχιατρικό Νοσοκομείο παραπέμπει στην έννοια της θεραπείας. Ουσιαστικά ο τρόπος λειτουργίας του

Ψυχιατρικού Νοσοκομείου είναι παρεμφερής με το Τμήμα Ψυχιατρικής του Γενικού Νοσοκομείου. Στους χώρους των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων αναπτύσσονται πλέον Μονάδες Οξέων και Βραχείας Θεραπείας και σε καμιά περίπτωση οι ασθενείς δεν εγκαταλείπονται στην τύχη τους μέσα από μακρές νοσηλείες. Αντίθετα, μετά την αντιμετώπιση της κρίσης ή της υποτροπής ο ασθενής τοποθετείται σε κοινοτικές δομές ή επιστρέφει στην οικογένειά του. Επιπλέον, καθ' όλο το διάστημα της νοσηλείας τους στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, οι ασθενείς έχουν εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας, ενώ παράλληλα εκπαιδεύονται σε δεξιότητες αυτοφροντίδας και κοινωνικές δεξιότητες. Μια άλλη αλλαγή σε σχέση με την ασυλική λειτουργία είναι ότι ο ασθενής στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο παρακολουθείται, όχι μόνο από το ψυχίατρο, αλλά από την θεραπευτική ομάδα (ψυχολόγος, νοσηλευτής, κοινωνικός λειτουργός, εργοθεραπευτής), την οποία ο ψυχίατρος συντονίζει. Συνεπώς το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο δεν έχει κανένα κοινό σημείο με το άσυλο. (Πολίτης, 2005).

1.6.2. Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) είναι η πιο στρατηγική από πλευράς αξίας και σημασίας Κοινοτική δομή. Είναι κατά κάποιο τρόπο «η ψυχή» των Κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ένα Κ.Ψ.Υ. συνήθως περιλαμβάνει ένα πλήρες φάσμα Υπηρεσιών, όπως η Υπηρεσία Ανοικτής Ψυχοκοινωνικής Περίθαλψης και Επανεξετάσεων, Υπηρεσία Άμεσης Ψυχολογικής Παρέμβασης (Crisis Intervention), Τμήμα Συμβουλευτικής, Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης (Day Care) και Αποκατάστασης, Παιδοψυχιατρική Υπηρεσία. Σε μερικές μάλιστα περιπτώσεις μπορεί να διαθέτει μικρό αριθμό κρεβατιών. Είναι διασυνδεδεμένο με ενδονοσοκομειακή μονάδα Γενικού Νοσοκομείου και άλλες υπηρεσίες, όπως ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα εργαστήρια ή διαμερίσματα, που συνήθως καλύπτουν τις ανάγκες χρόνιων ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα (Μ.ΥΠ.Ε.Π., 2005β). Σκοπός των Κέντρων ορίζεται η «ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, πρόληψη, θεραπεία καθώς και η αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του ασθενούς». (Άρθρο 21 του Ν. 1397/1983).

Ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας εξυπηρετεί ένα πληθυσμό 80.000 έως 150.000 κατοίκων. Πρόκειται για ανοικτή κοινοτική δομή, που λειτουργεί στην Κοινότητα για αποφυγή του στίγματος, που συνοδεύει τη ψυχική νόσο και καλύπτει ανάγκες μιας συγκεκριμένης

περιοχής , απευθύνεται σ' όλο τον πληθυσμό και όχι μόνο στους ψυχικά πάσχοντες. Στοχεύει στην θεραπεία του ασθενή ακόμα και μέσα από την συμμετοχή της ίδιας του της οικογένειας στην θεραπευτική διαδικασία. Ευαισθητοποιεί και ενημερώνει τον πληθυσμό για την αποφυγή του στιγματισμού και εξασφαλίζει για τους ασθενείς εύκολη πρόσβαση στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας για την καλύτερη διευκόλυνση τους. Ακόμα παρέχει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών όπως: αντιμετώπιση περιστατικών σε κρίση, κλινική παρακολούθηση, φαρμακευτική θεραπεία, ψυχοθεραπευτικές / συμβουλευτικές / οικογενειακές παρεμβάσεις, ψυχολογική υποστήριξη, υπηρεσίες Νοσοκομείου Ημέρας ή Κέντρου Ημέρας ,υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Επιπρόσθετα το Κέντρο Ψυχικής Υγείας συντονίζει και συντελεί στην συνεργασία των διαφόρων ψυχιατρικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση πολυπροβληματικών καταστάσεων και για την παροχή ενός ολοκληρωμένου δικτύου υπηρεσιών Ψυχιατρικής Αποκατάστασης .Παρέχει την ουσιαστική λειτουργία μιας θεραπευτικής ομάδας με επαγγελματίες ψυχικής Υγείας διαφόρων ειδικοτήτων όπως : Ο ψυχίατρος, Ο ψυχολόγος, Ο κοινωνικός λειτουργός, Ο νοσηλευτής, Ο επισκέπτης υγείας,(το διοικητικό και τεχνικό προσωπικό). Οι παραπάνω επαγγελματίες ψυχικής υγείας συγκροτούν μία ομάδα ψυχικής υγείας που αφορά τις δραστηριότητες στην κοινότητα και τη θεραπευτική ομάδα που αφορά την παρακολούθηση του κλινικού έργου. Η επιτυχής λειτουργία αυτών των ομάδων προϋποθέτει τη συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού. Ακόμα περιλαμβάνονται δράσεις, όπως η ευαισθητοποίηση της Κοινότητας, η πρόληψη και προαγωγή της ψυχικής υγείας, η συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, η συνεργασία με τις οικογένειες των ψυχικά πασχόντων κ.α.. Καθοριστικό ρόλο για την παραγωγή αυτού του έργου και τη σωστή λειτουργία των ομάδων έχει ο επιστημονικά υπεύθυνος, ο οποίος συντονίζει όλες τις δράσεις και το πλαίσιο οργάνωσης. Όσον αναφορά την συνεργασία με την Κοινότητα, εδώ περιλαμβάνονται δράσεις όπως η πρόληψη των ψυχικών νόσων, η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τον αποστιγματισμό των ασθενών, η ψυχιατρική κάλυψη κοινοτικών ιδρυμάτων ή υπηρεσιών (π.χ. γηροκομεία, Κ.Α.Π.Η. κ.α.) ή παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών. Το έργο αυτό είναι τεράστιο και απαιτεί τη συνεργασία και με άλλους φορείς, ιδιαίτερα με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τους Συλλόγους για τη Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ.), τις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) κ.α.. Πολύ σημαντική αποστολή του Κέντρου Ψυχικής Υγείας για να μπορέσει να φέρει σε πέρας το έργο της αγωγής Κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας είναι και η προσέλκυση και εκπαίδευση εθελοντών, επαγγελματιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι συνεργάζονται σε εθελοντική βάση με το Κ.Ψ.Υ. και αναλαμβάνουν συγκεκριμένους ρόλους. Τέλος είναι σημαντικό να τονιστεί πως κάθε δράση ή λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής Υγείας επιβάλλεται να αξιολογείται. (Πλουμπίδης, 2005).

1.6.3. Το Νοσοκομείο Ημέρας

Το Νοσοκομείο Ημέρας (Ν.Η.) απευθύνεται σε ασθενείς που έχουν κατά κανόνα οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Στο Ν.Η. ο ασθενής περνά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας του απελευθερώνοντας έτσι την οικογένειά του από την ευθύνη φροντίδας του για όλο το διάστημα παρουσίας του στο Ν.Η.. Στη διάρκεια της παρουσίας του στο Ν.Η. ο ασθενής συμμετέχει σε ατομικές (ψυχοθεραπεία) και ομαδικές δραστηριότητες (π.χ. ομαδική ψυχοθεραπεία, εργοθεραπεία, εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες), που είναι δομημένες στη βάση καθορισμένου προγράμματος (Μαδιανός, 2005)

1.6.4. Ο ψυχιατρικός τομέας στο Γενικό Νοσοκομείο

Σύμφωνα με τον Ιεροδιακόνου (1997) ο Ψυχιατρικός Τομέας στο Γενικό Νοσοκομείο περιλαμβάνει ένα σύνολο ψυχιατρικών μονάδων νοσηλείας (ανάλογο του παθολογικού και χειρουργικού τομέα των Γενικών Νοσοκομείων), που σκοπό έχει την παροχή ενδονοσοκομειακής περίθαλψης σε όσους την έχουν ανάγκη, καθώς και την οργάνωση της μετανοσοκομειακής φροντίδας σε συνεργασία με τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Τα βασικά γνωρίσματα του είναι:

- i. Η εξυπηρέτηση κυρίως του πληθυσμού μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής(συνήθως νομού) και η ενσωμάτωση του στο τοπικό δίκτυο υπηρεσιών υγείας, ως υπηρεσία δευτεροβάθμιου επιπέδου υγείας (δηλαδή παροχή κλειστής νοσηλείας).
- ii. Η περιορισμένη δυναμικότητα κλινών για νοσηλεία(συνήθως 15 κλίνες, αλλά μπορούν να αναπτυχθούν και μέχρι 20 κλίνες)
- iii. Οι εκούσιες και ακούσιες νοσηλείες.(περιστατικά που προσέρχονται ηθελημένα, αλλά και ασθενείς που προσέρχονται κατόπιν εισαγγελικής εντολής)
- iv. Η νοσηλεία των ασθενών αφορά κατά κανόνα ασθενείς σε οξεία φάση (πρώτη νοσηλεία ή υποτροπή λόγω κρίσης)
- v. Η συνεργασία με άλλα τμήματα (κλινικές) του Γενικού Νοσοκομείου στα πλαίσια της διασυνδετικής, αλλά και σε διαγνωστικά, θεραπευτικά, εκπαιδευτικά και ερευνητικά ζητήματα.

- vi. Η συνεργασία με τις κοινοτικές δομές του Το.Ψ.Υ(Τομέα Ψυχικής Υγείας) στον οποίο ανήκει στα πλαίσια παραπομπών προκειμένου να διατηρηθεί σταθερό το θεραπευτικό περιβάλλον, αλλά και για να υπάρχει συνέχεια της φροντίδας μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο (Μ.ΥΠ.Ε.Π., 2004α)

Το ολοκληρωμένο Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου περιλαμβάνει τις ακόλουθες μονάδες:

i) Η Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων:

Στη Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων νοσηλεύονται ασθενείς, που αντιμετωπίζουν ένα ευρύ φάσμα ψυχικών διαταραχών, όπως ψυχώσεις, νευρώσεις, διαταραχές προσωπικότητας, απόπειρες αυτοκτονίας, κ.α.. Η Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων νοσηλεύει περιστατικά εκούσιας και ακούσιας νοσηλείας. Ο χώρος της Μονάδας δεν διαφέρει από τις άλλες κλινικές του νοσοκομείου, καθώς οι ασθενείς νοσηλεύονται σε δίκλινα ή τετράκλινα δωμάτια με το δικό τους μπάνιο, υπάρχουν παράθυρα και οι πόρτες είναι ανοικτές. Στη Μονάδα Ενηλίκων νοσηλεύονται τόσο άνδρες όσο και γυναίκες, η διαμονή τους ωστόσο είναι σε ξεχωριστά δωμάτια (δωμάτια ανδρών και δωμάτια γυναικών). Επίσης υπάρχει αίθουσα ομαδικών δραστηριοτήτων και ομαδικής θεραπείας (π.χ. ομάδα πρωινού καφέ κ.ο.κ.), αίθουσα ψυχαγωγίας, αίθουσα σεμιναρίων, γραφεία συνεδριών και εστιατόριο. Οι ασθενείς της Μονάδας Ενηλίκων είναι ελεύθεροι να κινούνται στους χώρους του υπόλοιπου νοσοκομείου (π.χ. κυλικείο, προαύλιος χώρος νοσοκομείου), όπως οι ασθενείς των άλλων κλινικών, τις ώρες που δεν υπάρχει κάποια οργανωμένη δραστηριότητα. Μόνο οι ασθενείς που νοσηλεύονται με εισαγγελική εντολή για να βγουν εκτός της Μονάδας απαιτείται η σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ιατρού. Τα Σαββατοκύριακα ή τις αργίες οι ασθενείς που νοσηλεύονται στα πλαίσια εκούσιας νοσηλείας έχουν το δικαίωμα να πάρουν άδεια από τον θεράποντα ιατρό τους και να μείνουν με την οικογένειά τους. Τέλος, η διάρκεια νοσηλείας στη Μονάδα Ενηλίκων δεν πρέπει να ξεπερνά τους δύο (2) μήνες, ώστε να αποφεύγονται κατά το δυνατό μακρές νοσηλείες, που παραπέμπουν στο ασυλικό μοντέλο των ψυχιατρικών

ii) Η Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων

Η Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων νοσηλεύει ως επί το πλείστον ασθενείς που νοσούν για πρώτη φορά ή βρίσκονται σε φάση υποτροπής και χρήζουν κλειστής νοσηλείας. Τα κριτήρια, δηλαδή, εισαγωγής είναι το αν ασθενής νοσεί ή νόσησε για πρώτη φορά, καθώς και η σοβαρότητα της υποτροπής για χρόνιους ασθενείς (το κατά πόσο υπάρχει κίνδυνος ο ασθενής να βλάψει τον εαυτό του ή να προξενήσει βλάβες στο περιβάλλον του). Με αυτή την έννοια στη Μονάδα Οξέων και Βραχείας γίνεται και η πρώτη διάγνωση σοβαρών ψυχικών

νόσων, όπως η σχιζοφρένεια . Στη Μονάδα Οξέων οδηγούνται και οι ασθενείς που η νοσηλεία τους έγινε στα πλαίσια εισαγγελικής εντολής. Όσον αφορά το χώρο της Μονάδας Οξέων δεν διαφέρει από τη Μονάδα Ενηλίκων (στην πράξη στα περισσότερα Γενικά Νοσοκομεία μέσα στην ίδια τη Ψυχιατρική Κλινική ή Τμήμα Ενηλίκων αναπτύσσουν δύο – τρία δίκλινα δωμάτια Οξέων με δυναμικότητα 5-6 κλινών). Στη Μονάδα Οξέων, αν ο θεράπων ιατρός κρίνει ότι υπάρχει κίνδυνος για τον ασθενή, αλλά και για την ασφάλεια του προσωπικού, μπορεί να εφαρμόσει «ειδικά θεραπευτικά μέτρα» και να καθλώσει για κάποιο χρονικό διάστημα τον ασθενή με χρήση ειδικού μάντα. Στο Τμήμα Οξέων τηρείται βιβλίο καθηλώσεων στο οποίο ο ψυχίατρος αιτιολογεί την απόφαση καθήλωσης, καθώς και το χρόνο καθήλωσης ή άλλες λεπτομέρειες που σχετίζονται με τη φροντίδα του καθλωμένου ασθενή (π.χ. επιτήρηση, σίτιση, λήψη φαρμακευτικής αγωγής κλπ.). Μετά την αντιμετώπιση της κρίσης και εφόσον οι ασθενείς έχουν ανταποκριθεί στη φαρμακευτική αγωγή και έχει σταθεροποιηθεί η κατάστασή τους μεταφέρονται ανεξάρτητα από τον τρόπο νοσηλείας τους (εκούσια ή ακούσια) στη Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων.

iii) Ο Δορυφορικός Ξενώνας Ενηλίκων

Ο Δορυφορικός Ξενώνας Ενηλίκων βρίσκεται μέσα στο Γενικό Νοσοκομείο και η ένταξη των ασθενών σ' αυτόν σηματοδοτεί την τελευταία φάση της νοσηλείας τους προκειμένου να προετοιμαστούν για την επιστροφή τους είτε στο οικογενειακό τους περιβάλλον είτε σε ενδιάμεσες στεγαστικές δομές σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει οικογενειακό περιβάλλον ή το περιβάλλον που υπάρχει δεν κρίνεται για θεραπευτικούς λόγους κατάλληλο. Η έμφαση στο Δορυφορικό Ξενώνα Ενηλίκων δίνεται στην εκπαίδευση σε θέματα αυτοφροντίδας και σε θέματα κοινωνικών δεξιοτήτων. Ουσιαστικά ο Δορυφορικός Ξενώνας προετοιμάζει τους ασθενείς για τη μετάβασή τους στην Κοινότητα. Το διάστημα παραμονής στο Δορυφορικό Ξενώνα είναι μικρό.

iv) Το Ψυχιατρικό Τμήμα Εφήβων Γενικού Νοσοκομείου

Το Ψυχιατρικό Τμήμα Εφήβων Γενικού Νοσοκομείου είναι όπως ακριβώς και το αντίστοιχο Τμήμα Ενηλίκων, με τη διαφορά ότι στο Τμήμα Εφήβων νοσηλεύονται έφηβοι ηλικίας από 14 έως 18 ετών. Στο επίπεδο των υπηρεσιών υγείας το Τμήμα Εφήβων αποτελεί δευτεροβάθμια υπηρεσία (παρέχει δηλαδή κλειστή νοσοκομειακή περίθαλψη), η οποία εκτός από τη νοσηλεία παρέχει και υπηρεσίες διάγνωσης, συμβουλευτικής, και ψυχοθεραπείας σε εφήβους με προβλήματα ψυχικής υγείας. Προϋπόθεση για την εισαγωγή των εφήβων είναι να συνοδεύονται τουλάχιστον από τον ένα γονέα τους ή από το άτομο που έχει την επιμέλειά τους. Επίσης, επειδή οι έφηβοι δεν έχουν από το νόμο δικαίωμα δικαιοπραξίας, οποιαδήποτε

θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να έχει την έγγραφη συναίνεση των γονιών του εφήβου ή του προσώπου που έχει την επιμέλειά του στα πλαίσια μερικής ή ολικής δικαστικής συμπαράστασης. Το Τμήμα Εφήβων συνεργάζεται και με τις άλλες κλινικές του Γενικού Νοσοκομείου στα πλαίσια της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής προκειμένου να αντιμετωπίσει περιστατικά εφήβων, που νοσηλεύονται σε άλλες κλινικές εξαιτίας ψυχολογικών προβλημάτων, όπως είναι οι απόπειρες αυτοκτονίας, οι διαταραχές διατροφής ή περιστατικά εφήβων με διπλή διάγνωση (εκτός από το σωματικό πρόβλημα υγείας συνυπάρχει και ψυχιατρικό πρόβλημα).

ν) Το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου.

Το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου ομοιάζει με το Τμήμα Ενηλίκων και Εφήβων. Απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας έως 12 ετών και παρέχει υπηρεσίες νοσηλείας (δευτεροβάθμια φροντίδα), συμβουλευτικής, ψυχοθεραπείας και οικογενειακής θεραπείας σε παιδιά ηλικίας έως 12 ετών. Ισχύει και στην περίπτωση των παιδιών ότι ισχύει και για τους εφήβους ότι δηλαδή για την εισαγωγή τους επιβάλλεται η παρουσία γονέα και συναίνεση των γονιών ή του προσώπου που έχει την επιμέλεια για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα συνεργάζεται στενά με την Παιδιατρική κλινική του νοσοκομείου στα πλαίσια της διασυνδεδετικής.

Στα πλαίσια του Ψυχιατρικού Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου λειτουργούν επίσης εξωτερικά ιατρεία, τα οποία διακρίνονται σε Τακτικά (Τ.Ε.Ι.) και Έκτακτα (Ε.Ε.Ι.). Τέλος, το προσωπικό του Ψυχιατρικού Τομέα παρέχει υπηρεσίες διασυνδεδετικής στις άλλες κλινικές του νοσοκομείου (Μαδιανός, 1989, Μ.ΥΠ.Ε.Π., 2004α).

1.6.5. Ξενώνας

Η λειτουργία των Ξενώνων θεσπίζεται με το Ν.2716/99 και το πλαίσιο λειτουργίας τους από την υπουργική απόφαση υπ' αριθμ. 876 (ΦΕΚ 661/23-5-2000). Ο Ξενώνας είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό την προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση στην Κοινότητα ή τουλάχιστον ενός ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους σ' αυτήν. Σ' έναν ξενώνα φιλοξενούνται άτομα που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα για τα οποία κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειάς

τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα. Στον Ξενώνα μπορούν να φιλοξενηθούν μέχρι 15 άτομα, (Μαδιανός 2005).

Οι Ξενώνες, όπως και όλες οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας έχουν υποχρεωτικά εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας, διεπιστημονική ομάδα και επιστημονικά υπεύθυνο. Ο κανονισμός εσωτερικής λειτουργίας του Ξενώνα ρυθμίζει όλα τα θέματα που σχετίζονται με τη λειτουργία του, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ενοίκων, τα καθήκοντα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας κλπ. (Δαμίγος, 2003). Οι Ξενώνες, ανάλογα με το χρόνο παραμονής των ενοίκων σε αυτούς, διακρίνονται σε Βραχείας, Μέσης και Μακράς διάρκειας παραμονής. Οι Ξενώνες διακρίνονται πάλι, ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού σε αυτούς, σε υψηλού βαθμού (24ωρη παρουσία προσωπικού), μέσου βαθμού (κατώτερη του 24ωρου παρουσία προσωπικού) και χαμηλού βαθμού εποπτείας (περιοδική παρακολούθηση και υποστήριξη των ενοίκων). Η λειτουργία του Ξενώνα είναι ανοικτή στην κοινωνία (από το νόμο επιβάλλεται οι Ξενώνες να βρίσκονται εντός του κεντρικού αστικού ιστού των πόλεων) και πρέπει να προσομοιάζει στο οικογενειακό περιβάλλον (Μαδιανός 2005).

1.6.6. Οικοτροφεία

Το καθεστώς λειτουργίας των Οικοτροφείων είναι ίδιο με αυτό του Ξενώνα, καθώς διέπονται από το ίδιο νομικό πλαίσιο. Οι διαφορές μεταξύ Ξενώνα και Οικοτροφείου έγκειται στο ότι το Οικοτροφείο είναι στεγαστική δομή υψηλού βαθμού προστασίας, δύναται να φιλοξενήσει μεγαλύτερο αριθμό ενοίκων (μέχρι 25 άτομα) και απευθύνεται σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (ψηχογηριατρικά περιστατικά) ή χαμηλού βαθμού αυτονομίας (οι δεξιότητες δηλαδή αυτοφροντίδας, καθώς και οι κοινωνικές τους δεξιότητες δεν τους επιτρέπουν να ζήσουν αυτοδύναμα στην Κοινότητα). Στα οικοτροφεία φιλοξενούνται και άτομα μεγάλης ηλικίας, τα οποία στερούνται υποστηρικτικού περιβάλλοντος, οικογενειακού ή κοινωνικού. Στόχος των οικοτροφείων είναι η διαβίωση, υποστήριξη και θεραπεία των φιλοξενουμένων έτσι ώστε να διασφαλιστεί η παραμονή τους στην κοινότητα και να αποφευχθεί η νοσηλεία τους σε ψυχιατρείο ή ψυχιατρική κλινική (δημόσια ή ιδιωτική), η οποία πέρα από την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών συνεπάγεται και μεγαλύτερο κόστος για την Πολιτεία (Μαδιανός, 2005).

1.6.7. Προστατευμένα Διαμερίσματα

Τα προστατευμένα διαμερίσματα αποτελούν τη στεγαστική δομή με τη χαμηλότερη εποπτεία και απευθύνονται σε λειτουργικούς ασθενείς, οι οποίοι διαθέτουν μεγάλη ικανότητα αυτονομίας τόσο σε δεξιότητες αυτοφροντίδας όσο και σε κοινωνικές δεξιότητες ή μπορεί και να εργάζονται σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης. Κατά τα άλλα λειτουργούν όπως και οι άλλες ενδιάμεσες στεγαστικές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία) με εσωτερικό κανονισμό και εποπτεύουσα διεπιστημονική ομάδα (κοινωνικός λειτουργός, επισκέπτης υγείας ή νοσηλεύτης). Τουλάχιστον, μια φορά την εβδομάδα επισκέπτονται τα προστατευμένα διαμερίσματα μέλη της θεραπευτικής ομάδας προκειμένου να εξετάσουν το κατά πόσο τηρείται ο εσωτερικός κανονισμός, αλλά κυρίως για να διαπιστώσουν το επίπεδο της λειτουργικότητας και της κλινικής κατάστασης των ασθενών (Μαδιανός, 2005)

Στα προστατευμένα διαμερίσματα φιλοξενούνται από τρία έως έξι άτομα. Τα προστατευμένα διαμερίσματα είτε είναι ιδιόκτητα (συνήθως σ' αυτή την περίπτωση περιήλθαν στην κατοχή Ψυχιατρικών Νοσοκομείων ή Γενικών Νοσοκομείων μετά από δωρεά) ή ενοικιάζονται. Προστατευμένα διαμερίσματα μπορεί να είναι μονοκατοικίες ή διαμερίσματα σε πολυκατοικίες, αλλά σε κάθε περίπτωση πρέπει να είναι στο κεντρικό αστικό ιστό των πόλεων και να υπάρχει υψηλή προσβασιμότητα σε σχέση με τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς. Επόμενο βήμα μετά τα προστατευμένα διαμερίσματα για τους ενοίκους είναι πλέον η εντελώς αυτόνομη διαβίωση στην Κοινότητα, που είναι και το τελικό ζητούμενο και της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Τέλος, σύμφωνα με τον Μαδιανό (2005) ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των προστατευμένων διαμερισμάτων περιλαμβάνει ορισμένες βασικές αρχές, όπως είναι: η συμμόρφωση του ασθενή με τη φαρμακευτική αγωγή (ουσιαστικά ο ασθενής να έχει επίγνωση της νοσηρής κατάστασής του και να αποδέχεται την αναγκαιότητα λήψης φαρμακευτικής αγωγής, «εναισθησία»), η λήψη των αποφάσεων με τη σύμφωνη γνώμη της θεραπευτικής ομάδας, η συμμετοχή στην καθαριότητα, η φροντίδα της ατομικής εμφάνισης, η τήρηση ωραρίου και κανόνων κοινής ζωής (π.χ. ώρες κοινής ησυχίας), η συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις, η αποφυγή διενέξεων με ενοίκους της πολυκατοικίας ή γείτονες, η απαγόρευση διανυκτέρευσης εκτός σπιτιού χωρίς άδεια και η απαγόρευση κατανάλωσης οινοπνευματωδών ή άλλων ουσιών, καθώς και η οργάνωση ή συμμετοχή σε τυχερά παιχνίδια. (Μαδιανός, 2005).

1.6.8. Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης

Ο Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε) είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, με περιορισμένη ευθύνη των μελών του βάσει του νόμου 2716/99 Αποτελεί μία ιδιαίτερη μορφή συνεταιρισμού, αφού παράλληλα είναι παραγωγική και εμπορική μονάδα αλλά και Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Η ανάπτυξη και η εποπτεία του Κοι.Σ.Π.Ε ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και ασκείται από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Οι Κοι.Σ.Π.Ε ιδρύονται από 15 τουλάχιστον άτομα εκ των οποίων το 35% τουλάχιστον είναι άτομα με ψυχικές διαταραχές που χρίζουν κοινωνικής αποκατάστασης. Τέτοια μέλη μπορούν να είναι, κατά παρέκκλιση του αστικού δικαίου, ακόμη και άτομα που δεν διαθέτουν δικαιοπρακτική ικανότητα. Επίσης, ένα ποσοστό μελών που δεν υπερβαίνει το 45%, προέρχεται από άτομα που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας και ένα 20% (επίσης ως ανώτατο όριο) μπορεί να είναι άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα. Οι ψυχικά ασθενείς απασχολούνται και αμείβονται ανάλογα με την παραγωγικότητα τους και το χρόνο απασχόλησης τους. Η αμοιβή αυτή προστίθεται στα όποια επιδόματα ή συντάξεις παίρνουν. Αν είναι ανασφάλιστοι τους ασφαλίζει ο Κοι.Σ.Π.Ε στον αντίστοιχο ασφαλιστικό φορέα. Στα υπόλοιπα μέλη καλύπτονται μόνο οι δαπάνες που αυτά πραγματοποιούν κατά την άσκηση της δραστηριότητάς τους (Νικολάου, 2003, Μαδιανός 2005).

1.6.9. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας (Κ.Μ.Ψ.Υ.) απευθύνεται κατ' αρχή σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες που είτε πάσχουν από ψυχικές διαταραχές ή και 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 κλπ. (ΦΕΚ 691/2001). Η Κ.Μ.Ψ.Υ. ανήκει σε Γενικά Νοσοκομεία ή σε ιδιωτικούς φορείς Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα και αναπτύσσει τις δράσεις σε Τ.Ο.Ψ.Υ. που δεν έχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή σε Τ.Ο.Ψ.Υ. που έχουν για διάφορους λόγους (π.χ. γεωγραφικούς, οικιστικούς κλπ.) δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το βασικό έργο της Κ.Μ.Ψ.Υ. περιλαμβάνει:

- i. Τις υπηρεσίες έγκαιρης διάγνωσης και παρέμβασης με στόχο την παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και μείωσης της βλάβης εξαιτίας της έγκαιρης παρέμβασης για την πρόληψη της έναρξης της νόσου ή της υποτροπής της
- ii. Την κατ' οίκον παρέμβαση στα πλαίσια αντιμετώπισης κρίσης ή υποτροπής
- iii. Τη θεραπευτική παρακολούθηση ασθενών κατ' οίκον, που μπορεί να περιλαμβάνει ακόμα και κατ' οίκον νοσηλεία
- iv. Την υποστήριξη του ασθενή στην αντιμετώπιση πρακτικών προβλημάτων και διευκόλυνση του στην πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες Πρόνοιας ή υπηρεσίες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, καθώς και εκπαίδευση σε δεξιότητες και κοινωνική υποστήριξη προκειμένου να αποκτήσει ή να εξελίξει τρόπους αυτόνομης διαβίωσης στην κοινότητά του
- v. Τη συμβουλευτική παρέμβαση στην οικογένεια του ασθενή στα πλαίσια βελτίωσης της επικοινωνίας και αντιμετώπισης θεμάτων που σχετίζονται με τη διαχείριση του στρες και του «εκφραζόμενου συναισθήματος»
- vi. Την εκπαίδευση εθελοντών
- vii. Την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος μέσω των προγραμμάτων αγωγής κοινότητας (Μ.ΥΠ.Ε.Π., 2004α, Μαδιανός, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΔΟΧΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (FOSTER FAMILY CARE) ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1. Ιστορική αναδρομή

«Οι Φιλοξενούσες Οικογένειες είναι οικογένειες στις οποίες ανατίθεται η φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ή και διαταραχές αυτιστικού τύπου και μπορεί να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς υπό την προϋπόθεση ότι δεν τελούν σε πρώτο βαθμό συγγένειας με τον ασθενή» (ΦΕΚ 1433/22-10-2001). Στο εξωτερικό και ιδιαίτερα στις γαλλόφωνες χώρες απ' όπου προέρχεται και ο θεσμός των φιλοξενουσών οικογενειών, ο αντίστοιχος όρος είναι «θεραπευτική αναδοχή οικογένειας» (Rosso- Debord και συν., 2008). Στα επόμενα υποκεφάλαια θα χρησιμοποιείται ο όρος «θεραπευτική αναδοχή οικογένειας» ως αντίστοιχος του όρου «Φιλοξενούσες Οικογένειες».

Η θεραπευτική αναδοχή οικογένειας έχει τις ρίζες της στο Μεσαίωνα και αποτελούσε μέρος της θρησκευτικής και αγροτικής παράδοσης κάποιων περιοχών στο Βέλγιο και τη Γαλλία. Το Μεσαίωνα, με την έντονη θρησκευτική διάσταση που αποδιδόταν σε διάφορες ασθένειες, ο κόσμος θεωρούσε ότι κάποιοι άγιοι θεραπεύουν με θαύματα την τρέλα. Γι' αυτό το λόγο, προς τιμή των αγίων αυτών, γινόταν ιερά προσκυνήματα.. Τον 17^ο και 18^ο αι. τα τρία πιο γνωστά προσκυνήματα στην Ευρώπη για τη θεραπεία τρέλας ήταν στο Larchant, Haspres και στο Geel (Gheel). Στο Larchant, στη Gâtinais, λατρευόταν ο Άγιος Mathurin, που είχε θεραπεύσει τη Θεοδώρα, κόρη του αυτοκράτορα Maximien. Στη Haspres, στη βόρεια Γαλλία, ο θαυματουργός άγιος Acaire θεράπευε τα δαιμόνια που κυριεύαν τους τρελούς, οπότε και το 1218 δημιουργήθηκε ένα νοσοκομείο με τροφίμους τρελούς (Sans, 1997).

Ο πιο φημισμένος τόπος προσκυνήματος για τη θεραπεία της τρέλας ήταν η περιοχή Geel στο Βέλγιο, όπου και λατρευόταν η αγία Dymphne. Ο θρύλος λέει ότι η Dymphne γεννήθηκε το 6^ο αι. στην Ιρλανδία. από πατέρα βασιλιά και μια πανέμορφη μάνα που όμως πέθανε στη γέννα της. Όταν η Dymphne μεγάλωσε, για να ξεφύγει από τον έρωτα και τις αιμομικτικές διαθέσεις του πατέρα της, δραπέτευσε με τον πνευματικό της, με προορισμό τη Ρώμη. Κάνοντας στάση στην Αμβέρσα σταμάτησαν σε ένα ξωκλήσι. Ωστόσο, ο βασιλιάς

που τους κυνηγούσε, τους βρήκε, σκότωσε τον πνευματικό και, μετά την άρνηση της κόρης του να τον ακολουθήσει, κυριευμένος από το πάθος, την αποκεφαλίζει. Δυο άγγελοι που είδαν τη σκηνή κατέβηκαν και ένωσαν πάλι το κεφάλι με το σώμα. Ένας τρελός που βρισκόταν στην περιοχή, επανακτά το κεφάλι του και γιατρεύεται από την παραφροσύνη του. Το κεφάλι της Dymphne κολλήθηκε από το θεό στο σώμα του τρελού. Οι κάτοικοι έθαψαν τα σώματα των μαρτύρων έχτισαν προς τιμήν τους ένα νέο ξωκλήσι. Από τότε η Dymphe έγινε προστάτιδα αγία των τρελών και η περιοχή¹ φημίζεται για τη θεραπεία τρέλας (Sans, 1997, Dupont, 2007).

Τις περιοχές αυτές επισκέπτονταν, όχι μόνο τρελοί, αλλά και οι οικογένειες τους. Τα προσκυνήματα διαρκούσαν επτά ημέρες. Συμμετείχαν σε διάφορες ιερές τελετουργίες, όπως 1) άγγιγμα λειψάνων, 2) νίψιμο από νερό της πηγής, 3) διανυκτέρευση δίπλα στον τάφο και 4) πέρασμα σώματος από μια τρύπα ιερή. Σε περίπτωση αποτυχίας ίασης έπρεπε να επαναληφθεί η επίσκεψη και να γίνουν σωστά οι τελετουργίες όλων των ημερών. Κάποιοι προσκυνητές έμεναν σε ξενώνες της εκκλησίας, αλλά καθώς πλήθαιναν, φιλοξενούνταν σε σπίτια εύπλαχτων ντόπιων. Μετά την λήξη των ιερών τελετών, κάποιοι ψυχικά ασθενείς παρέμεναν στα σπίτια των χωρικών και βοηθούσαν στις αγροτικές εργασίες. Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα ο θεσμός της φιλοξενίας ψυχικά ασθενών χάνει τη θρησκευτική σημασία και αρχίζει να εφαρμόζεται για οικονομικούς και θεραπευτικούς λόγους. Με την υπερσυσσώρευση τροφίμων στα άσυλα αρχίζουν να μεταφέρονται από ανάγκη αποσυμφόρησης κάποιοι τρόφιμοι εκτός ασύλου (Sans, 1997, Grolleau-Vallet, 2003, Pandelon και συν., 2005). Προτιμάται η τοποθέτησή τους σε απομονωμένες περιοχές μακριά από τις πόλεις, όπου θα μπορούν να βοηθούν και φτωχές αγροτικές οικογένειες (Sans, 1997). Παράλληλα, στην εξοχή θα μπορούν να επωφεληθούν από τον καθαρό αέρα βάσει ιδεών του Ρουσσώ και άλλων φιλοσόφων της εποχής περί ίασης στη φύση (Grolleau-Vallet, 2003, Lacour, 2005).

Από το 1884 μέχρι το 1900, με τη συγκέντρωση πρώην εγκλείστων σε αγροτικές περιοχές ιδρύονται οι πρώτες οικογενειακές παροικίες, όπως κοντά στο Lierneux στη Wallonie Βελγίου και σε γαλλικές περιοχές (Sans, 1997). Το 1892 στη Γαλλία αρχίζουν οι πρώτες τοποθετήσεις σε οικογένειες στην περιοχή Dun-sur-Auron (Cher) και 1898 στην Ainay-le-Château (Allier). Στην πορεία, το Dun δεχόταν μόνο γυναίκες που απασχολούνταν με νοικοκυριό, ενώ η δεύτερη οικογενειακή παροικία άνδρες που ασχολούνταν με βαριές

¹ Στην περιοχή αυτή χτίστηκε το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο (Χαβάκη-Κονταξάκη και συνεργάτες, 1994).

αγροτικές δουλειές. Οι φιλοξενούμενοι ασθενείς εργάζονταν στις οικογένειες, ενώ η οικογένεια προσέφερε διαμονή και φύλαξη στον ασθενή (Grolleau- Vallet, 2003)

Ωστόσο, οι ασθενείς παρέμεναν στο περιθώριο του σπιτιού και της κοινότητας. Ο οικότροφος έπρεπε να σέβεται τους κανόνες του σπιτιού και της κοινωνίας, πχ. να μη βγαίνει εκτός φράχτη σπιτιού, να μην αγγίζει κάποια αντικείμενα, να τρώει μόνο από δικά του σερβίτσια, να περιορίζεται σε συγκεκριμένους χώρους του σπιτιού, ώστε να αποφευχθεί η μετάδοση της τρέλας στους άλλους (Sans, 1997, Dupont, 2007). Το έθιμο της φιλοξενίας ψυχωσικών ασθενών εισήχθη από τη βόρεια Ευρώπη στην Αμερική το 1809. Παράλληλα, άρχισε να εξαπλώνεται και στην υπόλοιπη Ευρώπη (Γαλλία 1893, Ελβετία 1901, Ουγγαρία 1905, Δανία 1909, Τσεχοσλοβακία και Σουηδία 1913, Γερμανία 1960). Το 1885 η πολιτεία της Μασσαχουσέτης άρχισε πρόγραμμα για ανάδοχες οικογένειες και ακολούθησαν και άλλες πολιτείες των Η.Π.Α. (Χαβάκη – Κονταξάκη και συν., 1994).

Τον 20^ο αι. επίσης εκτός από τον κορεσμό των ασύλων και την οικονομική επιβάρυνση του κράτους από τη λειτουργία τους, έρχεται να προστεθεί η ανάπτυξη των επιστημών σχετικών με την ψυχική υγεία. Αναζητούνται νέες θεραπείες, ανακαλύπτονται τα ψυχοφάρμακα, εφαρμόζονται εναλλακτικές δομές περίθαλψης της ψυχικής ασθένειας (Pandelon και συν., 2005). Η τοποθέτηση ενός ασθενούς σε μια άλλη οικογένεια με θεραπευτικό χαρακτήρα πλέον, ως εναλλακτική μορφή περίθαλψης, και επί αμοιβής, εφαρμόζεται από τη δεκαετία 1960 στη Γαλλία. Φορέας είναι κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο ή άλλη δομή, που επινοεί και αναλαμβάνει την όλη οργάνωση λόγω έλλειψης αντίστοιχης νομοθεσίας (Grolleau- Vallet, 2003).

Στη Γαλλία οι πρώτες θεραπευτικές αναδοχές ξεκίνησαν σε περιοχές, όπως το 13^ο διαμέρισμα του Παρισιού, στη Nantes, Corbeil, Poissy (Lacour και συν., 2005). Ενδεικτικά, ξεκίνησαν αναδοχές από το 1965 στο ψυχιατρικό νοσοκομείο της Clermont de l'Oise (Clerget, 2000- 2001), από το 1973 στο Κέντρο Ψυχοθεραπείας Ainay (Grolleau- Vallet, 2003), στην Annecy από το 1975, με φιλοξενία ασθενών του νοσοκομείου Savoie σε οικογένειες υπό παρακολούθηση νοσηλευτών αναφοράς (Bernard, 2003), το 1980 στη Nantes (Dupont, 2007). Το 1985 στη Γαλλία 28 δομές οργανώνουν οικογενειακή τοποθέτηση (Grolleau- Vallet, 2003). Αρχικά οι τοποθετήσεις ψυχιατρικών ασθενών σε οικογένειες γινόταν άτυπα για να ελευθερωθούν κρεβάτια από ψυχιατρικά νοσοκομεία, ωστόσο στη συνέχεια η τακτική θεσμοθετήθηκε σε οργανωμένη βάση αποτελώντας μια εναλλακτική λύση φροντίδας για τους ψυχικά πάσχοντες (Collard, 2003).

Στη Γαλλία το 1963 ψηφίστηκε ο πρώτος νόμος που αναγνωρίζει το θεσμό ως «τοποθέτηση σε οικογένεια υπό εποπτεία». Νέος νόμος το 1986 επιβεβαίωσε την ανάγκη του θεσμού. (Clerget, 2000- 2001). Ο νόμος της 10^{ης} Ιουλίου 1989 αναφέρεται στην οργάνωση της αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες, δίνει επαγγελματική χροιά στην αναδοχή και προβλέπει και την εμπλοκή της θεραπευτικής ομάδας. Ο νόμος αυτός ουσιαστικά αποτελεί θεμέλιο της θεραπευτικής αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες στη Γαλλία. Νέες διατάξεις προστέθηκαν στο νόμο 01/2002, ενώ ανανεωμένες διατάξεις εμπεριέχονται στο νόμο 01/ 2005 για την οργάνωση της διαδικασίας (Blog DéDIé, 2009). Την εμπειρία του Βελγίου και της Γαλλίας μιμήθηκαν κι άλλες χώρες, όπως η Ιταλία είτε για θεραπευτικούς είτε για οικονομικούς λόγους. Ο κύριος φορέας του θεσμού στις Η.Π.Α. από το 1951 έως και σήμερα είναι τα Veterans Administration Hospitals με μερικές χιλιάδες ασθενών σε αναδοχή (Χαβάκη – Κονταξάκη, 1994).

Ο Serafino Biffi είναι πρωτοπόρος της αναδοχής στην Ιταλία.. Ήδη από το 1854, πίστευε ότι το άσυλο δε προσφέρει θεραπεία, αλλά ότι πρέπει να βγουν οι τρόφιμοι, ώστε να ξεφύγουν από τη μονοτονία της καθημερινότητας. Εντυπωσιασμένος από μια επίσκεψη στη βελγική πόλη Geel, υποστήριζε ότι η φιλοξενία ψυχικά ασθενών αποτελεί το δρόμο προς τη θεραπεία. Η «ηθική» αυτή θεραπεία περιελάμβανε ανεκτικότητα, υπομονή, αγάπη, ηρεμία, συναισθηματική επαφή, όπως του γονέα- παιδιού. Ο Giulio Cesare Ferrari διευθυντής του ασύλου της Imola και πρωτοπόρος ιταλός ψυχολόγος, εμπνευσμένος από το γαλλικό μοντέλο (Dun-sur-Auron, Ainay-le-Château), θεώρησε ότι η τοποθέτηση σε οικογένειες είναι μια μορφή περίθαλψης και προτείνει να δημιουργηθούν παροικίες σε περιοχές εγκαταλελειμμένες, όπου θα μεταφερθούν οι τρόφιμοι του ασύλου, το οποίο θα παρέχει νοσηλευτική φροντίδα (Aluffi, 2003).

Στην Ιταλία η θεραπευτική αναδοχή οικογένειας άρχισε να εφαρμόζεται περίπου το 1890. Το 1902 τοποθετήθηκαν από επτά ψυχιατρικά νοσοκομεία 268 φιλοξενούμενοι ασθενείς σε ανάδοχες οικογένειες (Aluffi, 2006). Οι τοποθετήσεις μάλιστα αυτές κατοχυρώθηκαν νομοθετικά από πολύ νωρίς. Μετά το νόμο του 1904, που ανέφερε ότι η περίθαλψη μπορεί να δοθεί εκτός ασύλου σε ένα ιδιωτικό σπίτι, έρχεται ο νόμος 615 του 1909 που αφορά τη θεραπευτική αναδοχή ενηλίκων. Μια από τις πρώτες θεραπευτικές αναδοχές που εφαρμόστηκαν στην Ιταλία και η καλύτερα οργανωμένη ήταν του ασύλου της Emilie. Το μοντέλο του ασύλου της Emilie - ο διευθυντής του, Augusto Tamburini, είχε προτείνει μάλιστα ο κανονισμός να θεσμοθετηθεί και νομικά.- θεωρείται το πιο αποτελεσματικό και λειτουργικό. Οι προϋποθέσεις ήταν οι ακόλουθες:

- Θ η κατοικία της ανάδοχης οικογένειας πρέπει να είναι κοντά με το άσυλο για να μπορεί το προσωπικό να κάνει επισκέψεις και να εποπτεύει
- Θ πριν την φιλοξενία να γίνεται έλεγχος υγιεινής και συνθηκών διαβίωσης σπίτι
- Θ ο νοσηλευτής του ασύλου πρέπει να δίνει στους ανάδοχους οδηγίες για τους ασθενείς
- Θ ο ανάδοχος πρέπει να υπογράψει υπεύθυνη δήλωση
- Θ Υπάρχει καθορισμένο ενοίκιο
- Θ σημειώνονται τα έξοδα φιλοξενίας και οι έλεγχοι που πραγματοποιούνταν σε κάθε σπίτι
- Θ η ανάδοχη οικογένεια έπαιρνε ένα κρεβάτι, σεντόνια, κουβέρτες και δεχόταν το μέγιστο δυο ασθενείς.

Στο μοντέλο του ασύλου της Emilie ο ασθενής έμενε στην ανάδοχη οικογένεια, αλλά μπορούσε να συμμετέχει στις ψυχαγωγικές δραστηριότητες του ασύλου πχ. εκδηλώσεις, εορτές και λάμβανε ιατρική περίθαλψη από το άσυλο. Το 1902 το άσυλο έδινε στην ανάδοχη οικογένεια ημερησίως 1,25 λίρες. Σε τέσσερα χρόνια έγιναν 33 φιλοξενίες εκ των οποίων έξι ασθενείς γύρισαν σπίτια τους, ενώ έξι επέστρεψαν εγκλειστοί εγκλεισμό στο άσυλο. Τέλος το 1917 έγιναν ενενήντα φιλοξενίες (Aluffi, 2003).

Κατά τη δεκαετία του 1970 στην Ευρώπη η θεραπευτική αναδοχή οικογένειας για ψυχικά πάσχοντες μαζί με τις λεγόμενες «μεταβατικές δομές», όπως είναι οι ξενώνες και τα διαμερίσματα υποστηριζόμενης διαμονής προσέλαβαν μεγάλες διαστάσεις στα προγράμματα αποασυλοποίησης των χρόνιων ψυχικά ασθενών (Καλλινικάκη, 2001).

Συμπερασματικά, λοιπόν, στην Ευρώπη η αναδοχή για ψυχικά πάσχοντες ξεκίνησε για θρησκευτικούς λόγους, συνεχίστηκε για κοινωνικο-οικονομικούς και θεραπευτικούς. Στην αρχή εφαρμόστηκε άτυπα και στη συνέχεια διαμορφώθηκε το πλαίσιο φιλοξενίας μέσα από εσωτερικούς κανονισμούς των ιδρυμάτων (ασύλων ή ψυχιατρείων) και τελικά σε κάποιες χώρες θεσμοθετήθηκε και νομοθετικά. Επιπλέον, τις τελευταίες δεκαετίες δημιουργήθηκαν και σχετικοί σύνδεσμοι και οργανώσεις, όπως ο GREPFA (<http://www.grepfa.free.fr/anciencongres.htm/>) ευρωπαϊκός σύνδεσμος για την έρευνα, εκπαίδευση, θεραπευτικό σχεδιασμό, τη λειτουργία και γενικά την προώθηση θεμάτων σχετικών με τη θεραπευτική αναδοχή, και ο FAMIDAC (<http://www.famidac.fr.st/>) γαλλικός σύνδεσμος για τις ανάδοχες οικογένειες.

2.2. Το μοντέλο θεραπευτικής αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες στη Nancy της Γαλλίας

Παρακάτω παρουσιάζεται το μοντέλο εφαρμογής θεραπευτικής αναδοχής οικογενειών της Nancy στη Γαλλία. Τα στοιχεία που παρατίθενται στη συνέχεια προέρχονται από υλικό που είναι υπό δημοσίευση.

Από το 1987, λειτουργεί στο Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy μια διεπιστημονική υπηρεσία θεραπευτικής αναδοχής για ενήλικες ασθενείς. Ο θεσμός της θεραπευτικής ανάδοξης οικογένειας αποτελεί είτε μια μεσολαβητική δομή είτε μια εναλλακτική λύση της νοσηλείας και εντάσσεται στο πλαίσιο των δομών ψυχικής υγείας για τη διαμονή. Επίσης, επιτρέπει την απομάκρυνση από το ίδρυμα για ορισμένο χρόνο (σύντομες παραμονές στην ίδια οικογένεια, με επιστροφές στο ίδρυμα). Ο στόχος της θεραπευτικής αναδοχής είναι η θεραπεία σε σταθερό οικογενειακό περιβάλλον, που θα αποκαθιστά τις κοινωνικές δεξιότητες και την αυτονομία. Υπό αυτή την έννοια, η αναδοχή προτείνεται συχνότερα σε νοσηλεύομενους ασθενείς που νοσηλεύονται για μεγάλο χρονικό διάστημα, περισσότερο των δέκα ετών νοσηλείας, με συμπτώματα αναπηρίας ή ανεπάρκειες που απαιτούν συνεχή συνοδεία. Για αυτούς τους ασθενείς η αναδοχή αναπαριστά μια μοναδική πιθανότητα ζωής εκτός ψυχιατρικού νοσοκομείου (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, υπό δημοσίευση).

Οι υπηρεσίες της Θεραπευτικής Ανάδοξης Οικογένειας (Θ.Α.Ο.) οργανώνουν τη θεραπεία ατόμων που πάσχουν από προβλήματα ψυχικής υγείας όλων των ηλικιών, ώστε μέσα σε ένα νέο σταθερό υποκατάστατο οικογενειακό περιβάλλον, τα άτομα να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο. Τα άτομα που μπορούν να ωφεληθούν από τις υπηρεσίες της Θ.Α.Ο. είναι:

- Οι ασθενείς σε φάση θεραπείας στο Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy λόγω κατάστασης υγείας
- Οι ασθενείς που παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία του κέντρου (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, υπό δημοσίευση).

Οι ανήλικοι μπορούν να εξυπηρετηθούν από το θεσμό κατόπιν νόμιμης έγκρισης. Όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύονται στα πλαίσια ακούσιας νοσηλείας δεν μπορούν να συμμετέχουν στη Θ.Α.Ο. Ο Διευθυντής του Κέντρου Ψυχοθεραπείας της Nancy είναι υπεύθυνος της διοικητικής οργάνωσης και της λειτουργίας της Θ.Α.Ο. Εκείνος προσλαμβάνει υπεύθυνα άτομα των ανάδοχων οικογενειών, μπορεί να διακόψει τις συμβάσεις εργασίας και εξασφαλίζει τη συνέχιση της περίθαλψης των ασθενών στην ανάδοχη οικογένεια. Επίσης,

συνεργάζεται με έναν ιατρό συντονιστή της Επιτροπής Θ.Α.Ο. και με επιτροπές διακλαδικές ανάλογα με τις ανάγκες.

Η Επιτροπή της Θ.Α.Ο. ορίζει ένα ψυχίατρο συντονιστή που έχει την ιατρική και τεχνική ευθύνη της Θ.Α.Ο. Μπορεί να λάβει ως βοηθό ενδεχομένως κι άλλον ψυχίατρο. Κάθε έτος ο συντονιστής ψυχίατρος παρουσιάζει μια αναφορά για το έργο της Θ.Α.Ο. στο Κέντρο Ψυχοθεραπείας. Ο συντονιστής ιατρός συνεργάζεται με την επιτροπή της Θ.Α.Ο. που αποτελείται από ειδικότητες διαφόρων τομέων της ψυχιατρικής ενηλίκων και παιδιών-εφήβων. Η επιτροπή συνεδριάζει τουλάχιστον δύο φορές ανά έτος με πρωτοβουλία του Διευθυντή ή του συντονιστή Ψυχιάτρου ή με αίτημα του Προέδρου της ιατρικής επιτροπής του ιδρύματος. Πρόεδρος της επιτροπής είναι ο συντονιστής ψυχίατρος. Μέλη είναι πιθανόν ο συνεργάτης του ψυχιάτρου, ο πρόεδρος της ιατρικής επιτροπής του ιδρύματος ή ο εκπρόσωπός του, οι επικεφαλές ιατροί του τμήματος, ο Διευθυντής συνοδευόμενος από τα αρμόδια μέλη της ομάδας, ένα μέλος τουλάχιστον κάθε διεπιστημονικής ομάδας περίθαλψης και δυο αντιπρόσωποι των υπεύθυνων ατόμων μιας ανάδοχης οικογένειας.

Στην επιτροπή διατυπώνονται ερωτήσεις για την θεραπευτική αναδοχή. Η επιτροπή είναι αρμόδια να διατυπώνει όλες τις διατάξεις της πολιτική του ιδρύματος σχετικά με θεραπευτική αναδοχή και αναλαμβάνει τη διαδικασία υλοποίησης του σχεδιασμού του ιδρύματος. Αποτελείται από δυο τεχνικές διεπιστημονικές επιτροπές για τη διαχείριση και την παρακολούθηση της Θ.Α.Ο., μια επιτροπή που αφορά την αναδοχή ενηλίκων και μια άλλη την αναδοχή παιδιών-εφήβων.

Οι επιτροπές αυτές είναι αρμόδιες για όλα τα θέματα σχετικά με την οργάνωση, τη διαχείριση και την παρακολούθηση της Θ.Α.Ο. Συνεδριάζουν κάθε δεκαπέντε ημέρες και συζητούν θέματα, όπως:

- ⊖ Εξετάζουν τις αιτήσεις των ασθενών και προτείνουν τις αναδοχές
- ⊖ Εποπτεύουν και διατυπώνουν εκτιμήσεις
- ⊖ Επιλέγουν τις ανάδοχες οικογένειες (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, υπό δημοσίευση).

Οι επιτροπές αυτές αποτελούνται από εκπροσώπους των ιατρικών ομάδων και των διεπιστημονικών ομάδων περίθαλψης που ασχολούνται με την Θ.Α.Ο. Ex officio μέλη είναι ο συντονιστής ψυχίατρος και ο Διευθυντής της Νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Σε κάθε ψυχιατρικό τμήμα υπάρχει μια διεπιστημονική και εξειδικευμένη ομάδα περίθαλψης, που είναι αρμόδια για την θεραπευτική παρακολούθηση της αναδοχής. Η ομάδα

αυτή αποτελείται από έναν ιατρό, ένα ψυχολόγο, ειδικό παιδαγωγό και ένα νοσηλεύτη. Παρακολουθεί τους ασθενείς της Θ.Α.Ο. υπό την εποπτεία του επικεφαλής ιατρού του αρμόδιου τμήματος. Η θεραπευτική ομάδα επισκέπτεται τον ασθενή κατ' οίκον τουλάχιστον μια φορά το μήνα. Η ψυχιατρική παρακολούθηση γίνεται τουλάχιστον μια φορά ανά τρίμηνο. Η θεραπευτική ομάδα συνεδριάζει σε δεκαπενθήμερη βάση και έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

- Θ Την πρόσληψη ανάδοχων οικογενειών
- Θ Την εξέταση των αιτημάτων αναδοχής των ασθενών
- Θ Τις προτάσεις αναδοχής
- Θ Τη διασύνδεση οικογενειών, ασθενών, διοίκησης του Κέντρου Ψυχοθεραπείας της Nancy
- Θ Την επιμόρφωση των ανάδοχων οικογενειών
- Θ Τη βοήθεια στην παρακολούθηση των αναδοχών (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, υπό δημοσίευση).

2.3. Η διαδικασία της πρόσληψης της ανάδοχης οικογένειας

2.3.1.Κριτήρια επιλογής της ανάδοχης οικογένειας

Ο Διευθυντής προσλαμβάνει τις ανάδοχες οικογένειες μετά από πρόταση του συντονιστή ιατρού της Θ.Α.Ο. κατόπιν γνωμοδότησης της αρμόδιας διεπιστημονικής τεχνικής επιτροπής.

Οι οικογένειες που μπορούν να προσληφθούν πρέπει να κατοικούν στην περιοχή ευθύνης του Κέντρου Ψυχοθεραπείας της Nancy. Κάθε ανάδοχη οικογένεια μπορεί να φιλοξενήσει έως δύο ασθενείς, εκτός από εξαιρετικές περιπτώσεις που μπορεί να προτείνει ο Διευθυντής κατόπιν πρότασης του επόπτη ιατρού υγείας.

Κάθε υποψήφιο άτομο περνά από συνέντευξη στο Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy από δυο μέλη της Επιτροπής. Η συνέντευξη:

- Θ Εξετάζει το κίνητρο του υποψηφίου ατόμου και τη δυναμική της οικογένειας
- Θ Ενημερώνει την οικογένεια για τις ιδιαιτερότητες της αναδοχής
- Θ Λαμβάνει πληροφορίες κοινωνικού χαρακτήρα (Μέντης/Ασημακόπουλος /Γιαννάκη, υπό δημοσίευση).

Κάθε υποψήφια οικογένεια πρέπει να παρουσιάσει ένα ντοσιέ υποψηφιότητας που περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- Θ Μια συμπληρωμένη αίτηση από το υπεύθυνο άτομο της οικογένειας, όπου παρουσιάζει τα κίνητρα και την επαγγελματική εμπειρία
- Θ Βεβαιώσεις και τίτλους του υπεύθυνου ατόμου σχετικά με τη πρόνοια ή για την ανάδοχη οικογένεια από την τοπική αυτοδιοίκηση (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, υπό δημοσίευση).

Μια δεύτερη συνέντευξη πραγματοποιείται στο σπίτι της ανάδοχης οικογένειας από άλλα δυο μέλη της επιτροπής. Η αρμόδια επιτροπή συνεδριάζει για να ακούσει τα πορίσματα των δυο συνεντεύξεων. Η επιλογή βασίζεται στα παρακάτω κριτήρια:

- Θ Η αναδοχή δεν αποτελεί την κύρια πηγή εισοδήματος της οικογένειας
- Θ Οι ανάδοχες οικογένειες πρέπει να κατοικούν μέσα στην περιοχή ευθύνης του Ψυχοθεραπευτικού Κέντρου της Nancy
- Θ Το σπίτι της οικογένειας καθώς και το δωμάτιο που θα μείνει ο ασθενής πρέπει να πληρούν τα κριτήρια υγιεινής του Κώδικα Δημόσιας Υγείας της Γαλλίας (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, υπό δημοσίευση).

Αν εγκριθεί η υποψηφιότητα, ο συντονιστής ιατρός εξετάζει με τους άλλους ιατρούς του ιδρύματος, μετά από πρόταση της αρμόδιας διεπιστημονικής επιτροπής, τους ασθενείς που θα μπορούσαν να προτείνουν για αναδοχή. Η σύμβαση εργασίας ξεκινά να ισχύει την πρώτη ημέρα αναδοχής. Τη στιγμή της πρόσληψης δημιουργείται μια σύμβαση εργασίας ανάμεσα στο Κέντρο Ψυχοθεραπείας Nancy και στο υπεύθυνο άτομο, που ρυθμίζει:

- i. Τη διάρκεια της συμβατικής σχέσης
- ii. Χρονοδιάγραμμα και φάσεις της συμβατικής σχέσης
- iii. Την οργάνωση της πρόσληψης για κάθε υπεύθυνο άτομο
- iv. Τα δικαιώματα αργιών και την οργάνωσή τους
- v. Τις υποχρεώσεις κάθε υπεύθυνου ατόμου αναδοχής, οι οποίες περιλαμβάνουν: επιμόρφωση, επαγγελματικό απόρρητο, σχέσεις με Κέντρο Ψυχοθεραπείας Nancy
- vi. Τρόποι διακοπής της σύμβασης και τα αμοιβαία οφειλόμενα επιδόματα
- vii. Στη σύμβαση εργασίας συνάπτονται μια σύμβαση περίθαλψης ή θεραπευτικής οικογενειακής αναδοχής που παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για κάθε αναδοχή. Η σύμβαση καθορίζει με ακρίβεια το χρόνο της αναδοχής: ημερήσιο, εβδομαδιαίο, μηνιαίο ή και ετήσιο ωράριο. Μετά από πρόταση του συντονιστή ιατρού ή άλλου αρμόδιου ιατρού που παρακολουθεί τον ασθενή, ενδεχομένως δίχως προειδοποίηση,

ο διευθυντής του Κέντρου Ψυχοθεραπείας της Nancy μπορεί να αποφασίσει τη διακοπή της αναδοχής σύμφωνα με τη διαδικασία που ορίζεται στη σύμβαση (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, υπό δημοσίευση).

Ο ασθενής που φιλοξενείται στην ανάδοχη οικογένεια θεωρείται ως νοσηλευόμενος. Με αυτήν την έννοια, το υπεύθυνο άτομο της αναδοχής πρέπει να ενημερώνει δίχως καθυστέρηση το Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy για κάθε γεγονός που επηρεάζει τις συνθήκες αναδοχής, όπως αλλαγές στην κατοικία, στην κατάσταση της υγείας του, στην κοινωνική του κατάσταση κ.ά. Η σύμβαση περίθαλψης ή θεραπευτικής οικογενειακής αναδοχής υποδεικνύει τα διάφορα πρόσωπα του Κέντρου, ιατρούς, φροντιστές και διοικητικούς υπαλλήλους, με τα οποία η οικογένεια μπορεί να έρχεται σε επαφή για τυχόν ερωτήσεις καθώς και τις απαραίτητες διαδικασίες. Επιπλέον, το Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy οργανώνει τη συνέχιση της θεραπείας μεταξύ των διαφόρων θεραπειών που παρακολουθούν τον ασθενή: ψυχίατρος αναφοράς, γενικοί ιατροί και εξειδικευμένοι ιατροί, θεράπων ιατρός τη στιγμή της αναδοχής. Έτσι ο θεράπων ιατρός διαθέτει τις σημαντικές ιατρικές πληροφορίες στη φάση της αναδοχής. Η οικογένεια μπορεί ανά πάσα στιγμή να καλέσει τους θεράποντες ιατρούς του Κέντρου Ψυχοθεραπείας της Nancy, αλλά και η θεραπευτική ομάδα του Κέντρου να ζητήσει να συναντήσει τον ασθενή της ανάδοχης οικογένειας. Τέλος, η ανάδοχη οικογένεια οφείλει να σέβεται τα δικαιώματα του ασθενούς σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο που διέπει την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχιατρικών ασθενών στη Γαλλία (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, υπό δημοσίευση).

Το Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy αναλαμβάνει έξοδα περίθαλψης όπως: συνεδρίες, φαρμακευτική αγωγή, τεχνικά εξαρτήματα και διευκρινίζει στις οικογένειες την ακριβή διαδικασία για την προμήθεια τους.

Οι μονάδες (οικογένειες) αναδοχής πρέπει για κάθε ασθενή:

- i. Να σέβονται τον ασθενή: τα μέλη της μονάδας αναδοχής είναι διακριτικά ως προς την ιδιωτική ζωή των ασθενών και τηρούν το επαγγελματικό απόρρητο
- ii. Σέβονται το θεραπευτικό σχεδιασμό που ορίστηκε από την θεραπευτική ομάδα και τον εφαρμόζουν
- iii. Δέχονται επισκέψεις και ελέγχονται από τη θεραπευτική ομάδα
- iv. Επιτρέπουν στον ασθενή να διατηρεί επαφή με την οικογένεια καταγωγής και να δέχονται επισκέψεις από αυτήν

- v. Χορηγούν βεβαιώσεις σχετικά με τη διαμονή του ατόμου, που περιγράφουν με ακρίβεια την κατοικία, διατροφή, θέρμανση, πλύσιμο, φύλαγμα ρουχισμού
- vi. Καλούν τον ιατρό σε περίπτωση σωματικής ασθένειας, σεβόμενοι την προτίμηση του ασθενούς

Απαγορεύεται στις μονάδες αναδοχής:

- i. Να φιλοξενούν ασθενή του οποίου την κηδεμονία έχει ένα μέλος της ανάδοχης οικογένειας
- ii. Να παρακρατούν χρήματα του ασθενούς, δίχως έγκριση της υπηρεσίας Θεραπευτικής οικογενειακής αναδοχής, μέσα στα πλαίσια του θεραπευτικού σχεδιασμού
- iii. Να λαμβάνουν την κληρονομιά του ασθενούς
- iv. Να πιέζουν τον ασθενή να εργαστεί στοχεύοντας σε επανένταξη, δίχως όμως τη συγκατάθεση του ψυχιάτρου. Οι εργασίες που μπορεί ο ασθενής να κάνει προσδιορίζονται με ακρίβεια στη σύμβαση αναδοχής.

Η μη τήρηση αυτών των υποχρεώσεων μπορεί να επιφέρει ακύρωση της σύμβασης αναδοχής (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, υπό δημοσίευση)

Μια αποτίμηση του κλινικού έργου στον τομέα της θεραπευτικής αναδοχής οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες του παραπάνω κέντρου κατά τη δεκαετία 1987-1997 έδειξε ότι η θεραπευτική αναδοχή αποτελεί:

- i. Μια εναλλαγή της χρόνιας νοσηλείας
- ii. Ένα πέρασμα από το ίδρυμα σε μια πιο αυτόνομη κοινωνική ζωή
- iii. Ένα πλαίσιο κοινωνικό και θεραπευτικό.

Κατά την παραπάνω δεκαετία το εν λόγω Κέντρο πραγματοποίησε 118 αναδοχές ενήλικων ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Από αυτούς οι μισοί (59 άτομα) είναι ακόμη σε οικογένεια, ενώ οι άλλοι μισοί εγκατέλειψαν την αναδοχή. Ορισμένοι ασθενείς έζησαν σε οικογένειες για λίγο χρονικό διάστημα, ενώ άλλοι για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Πιο συγκεκριμένα:

- ☐ Δέκα (10) αποχώρησαν από το σπίτι
- ☐ Δεκαπέντε (15) νοσηλεύθηκαν στο Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy. Πολλοί από αυτούς μετά από τη νοσηλεία ξαναέκαναν αίτηση για αναδοχή
- ☐ Οι δέκα (10) ζουν σε διαμέρισμα επωφελούμενοι από παρακολούθηση του τομέα
- ☐ Οι έξι (6) ζουν σε προστατευόμενο διαμέρισμα

- ⊖ Οι επτά (7) πέθαναν ενώ ζούσαν στις ανάδοχες οικογένειες
- ⊖ Οι πέντε (5) ζουν σε άλλες δομές του Γαλλικού συστήματος Ψυχιατρικής Φροντίδας
- ⊖ Ο ένας (1) ζει με την οικογένεια καταγωγής (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, υπό δημοσίευση).

Η εμπειρία από τη θεραπευτική αναδοχή έδειξε ευεργετικά θεραπευτικά αποτελέσματα στους φιλοξενούμενους, όπως:

- ⊖ Η Αποκατάσταση ή η ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων
- ⊖ Η Ανάδυση κρυμμένων δυνατοτήτων σε επίπεδο διανοητικό, αναφορικά ως προς τη μνήμη, την κατανόηση, την ανάληψη πρωτοβουλιών και το συναίσθημα
- ⊖ Η ενίσχυση της αυτονομίας, σε βασικές καθημερινές συνήθειες (π.χ. ντύσιμο, χρήση τουαλέτας, μετακίνηση κλπ.)

Εντούτοις, η ανάπτυξη της κοινωνικότητας παραμένει κάποιες φορές περιορισμένη και καταλήγει περισσότερο σε τροποποίηση της εξάρτησης παρά σε εξάλειψή της (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, υπό δημοσίευση).

.Ο απολογισμός του έργου κατά την παραπάνω δεκαετία ανέδειξε τις ακόλουθες διαπιστώσεις. Συγκεκριμένα:

- ⊖ Οι προσλήψεις δυσκολεύουν και ο αριθμός των οικογενειών που απαντούν στις αγγελίες μειώνεται (η πλειοψηφία των οικογενειών γνωρίζουν για το θεσμό της θεραπευτικής αναδοχής από τις μικρές αγγελίες με εξαίρεση κάποιες υποψήφιες οικογένειες που ζουν στην ίδια γειτονιά με τις ήδη ανάδοχες).
- ⊖ Οι ανάδοχες οικογένειες φαίνεται να αξιοποιούν με θετικό τρόπο την αμοιβή τους, ενώ θετικό κίνητρο για αυτές αποτελεί και η φοροαπαλλαγή που έχουν ως ανάδοχες οικογένειες.
- ⊖ Επιμόρφωση γίνεται καθ' όλη τη διάρκεια της αναδοχής, στα πλαίσια συχνών επαφών της ανάδοχης οικογένειας με τη θεραπευτική ομάδα.
- ⊖ Η θεραπευτική αναδοχή ενηλίκων είναι μια νέα σχετικά μορφή περίθαλψης και η επιστημονική βιβλιογραφία είναι σχεδόν ανύπαρκτη, αντίθετα προς την αναδοχή παιδιών. Επομένως τα μέλη της επιτροπής της θεραπευτικής αναδοχής είναι εμπειρικά εκπαιδευμένα, συγκριτικά προς την αναδοχή παιδιών, πράγμα που καθιστά αναγκαία την διεπιστημονικότητα και τη συνεχή εκπαίδευσή τους.

Θ Οι υποψήφιες ανάδοχες οικογένειες δεν μπορούν να καλύψουν τα αιτήματα ένταξης σε αυτές από άτομα, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, υπό δημοσίευση).

Η ανάδοχη οικογένεια έχει θεραπευτικό ρόλο, δίχως να απαρτίζεται από εμπειρογνώμονες στον τομέα της ψυχικής υγείας. Τα μέλη της οικογένειας γίνονται «συν-θεραπευτές» συμμετέχοντας ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία προσπαθώντας να εκπληρωθούν οι θεραπευτικοί στόχοι που έχουν τεθεί για τον συγκεκριμένο ψυχικά ασθενή. Η ανάδοχη οικογένεια βοηθά στην ανάπτυξη αυτονομίας και στην κοινωνική επανένταξη του ψυχικά πάσχοντα. Ο ασθενής οπλίζεται με τα απαραίτητα εφόδια για να μπορέσει να ζήσει αυτόνομα τη ζωή του και μαθαίνει να ικανοποιεί τις καθημερινές του ανάγκες (π.χ. διατροφή, ντύσιμο, διαχείριση ελεύθερου χρόνου, καθαριότητα). Παράλληλα, συναναστρέφεται τα μέλη της ανάδοχης οικογένειας και τον περίγυρό της. Συμμετέχει σε κοινωνικές, πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες (Pandelon και συν., 2005).

Μέσα στην οικογένεια, η απόσταση στις σχέσεις των μελών διατηρείται σε υγιή όρια. Παραμένει αρκετά κοντινή, ώστε να νιώθει ο φιλοξενούμενος αποδεκτός και σεβαστός, ενώ αποτρέπεται «ο πάγος» από την υπερβολική απόσταση με τη μη έκφραση συναισθημάτων. Η υγιής αλληλεπίδραση στην οικογένεια εξασφαλίζεται με την εποπτεία από τη θεραπευτική ομάδα. (Pandelon και συν., 2005). Η οικογένεια συμπαραστέκεται και ακούει το νέο μέλος (Quille, 2004). Η ατμόσφαιρα είναι φιλική και ζεστή με άνεση και αυθορμητισμό στην επικοινωνία με τον φιλοξενούμενο (Aluffi, 2003).

Ειδικότερα, ο ανάδοχος κυρίως, αλλά και τα άλλα μέλη της οικογένειας συνοδεύουν τον φιλοξενούμενο στις καθημερινές δραστηριότητες και φροντίζουν για την ψυχική υγεία του φιλοξενούμενου (Picart & Rzepa, 2003). Μοιράζουν την καθημερινή και κοινωνική τους ζωή με τον φιλοξενούμενο και είναι διαθέσιμοι χρονικά και συναισθηματικά να τον ακούνε και να του δίνουν προσοχή. Η σχέση του ανάδοχου ατόμου με τον φιλοξενούμενο μπορεί να πάρει διάφορες μορφές: να μοιάζει με τη σχέση γονέα παιδιού από συναισθηματικής πλευράς, να χαρακτηρίζεται από εμπιστοσύνη, ευγένεια, να είναι φιλική με όρια (Dupont, 2007).

Ο ασθενής δημιουργώντας νέες στενές και σταθερές διαπροσωπικές σχέσεις, μαθαίνει να ελπίζει, να δένεται συναισθηματικά, να εμπιστεύεται, αλλά καμιά φορά μπορεί να βιώσει και απογοητεύσεις, καθώς και τα αρνητικά συναισθήματα αποτελούν μέρος της

καθημερινότητας. Οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια, αλλά και εκτός, με γείτονες, φίλους της οικογένειας, γνωστούς βοηθούν τον ασθενή να ξαναχτίζει την οικογενειακή και κοινωνική ιστορία του επουλώνοντας τραύματά (Goux & Suhani, 2000).

Ως αποτέλεσμα, παρατηρείται βελτίωση σε ό, τι αφορά την πορεία της νόσου και μείωση των υποτροπών. Οι υποτροπές συνδέονται με παράγοντες από το περιβάλλον του ασθενούς και η τοποθέτηση σε νέο υγιές οικογενειακό περιβάλλον σημαίνει και ύφεση των υποτροπών. Ο ασθενής βιώνει ασφάλεια, προστασία, αποδοχή. Δε χρειάζεται να αποδράσει για να κλειστεί στον κόσμο των παραληρημάτων του. Αποκτά εμπιστοσύνη στον εαυτό του, έχει ενδιαφέροντα και βρίσκει νέο νόημα στη ζωή του (Pandelon και συν., 2005, Aluffi, 2006, Dupont, 2007). Επιπλέον, η ενθάρρυνση της οικογένειας για συμμετοχή του φιλοξενούμενου σε δρώμενα συμβάλλει στη μείωση συμπεριφορών ιδρυματοποίησης χρόνιων ασθενών, όπως επιθετικότητα, απάθεια, απραξία, ρουτίνα, κάπνισμα, συναισθηματική επαιτεία. (Frommelt, 1998, Pandelon και συν., 2005).

Εκτός από θεραπευτικό και συνοδευτικό ρόλο, η οικογένεια είναι και φορέας νέων κοινωνικών μηνυμάτων. Η φιλοξενία συντελεί και στην καταπολέμηση του στίγματος. Το άτομο σε μια οικογένεια παύει να είναι ο ασθενής-τρόφιμος ενός ιδρύματος, αλλά αποκτά ταυτότητα σύμφωνα με την οικογένεια που ανήκει. Από «ασθενής» γίνεται «φιλοξενούμενος». Η οικογένεια κι ο περίγυρος μαθαίνουν να μη φοβούνται, αλλά να κατανοούν τη συμπεριφορά του νέου μέλους (Aluffi, 2006).

Φορέας της θεραπευτικής αναδοχής είναι μια δομή ψυχικής υγείας. Η δομή δημιουργεί μια υπηρεσία θεραπευτικής αναδοχής αρμόδια για τη σύμβαση, την επιλογή ασθενών και των ανάδοχων οικογενειών, την αξιολόγηση και τον απολογισμό. Η δομή συνήθως είναι ψυχιατρικό νοσοκομείο ή ψυχιατρικό τμήμα νοσοκομείου, στο οποίο ήδη νοσηλεύεται ο ασθενής, καθώς η Διεπιστημονική Θεραπευτική Ομάδα ήδη έχει οργανώσει το θεραπευτικό σχεδιασμό και κρίνει απαραίτητη αυτού του είδους την περίθαλψη. (Picart & Rzepa, 2003, Aluffi, 2003, Dupont, 2007). Εκτός από νοσοκομείο, μπορεί να είναι φορέας ένα Κέντρο Ψυχοθεραπείας όπως στη Nancy, είτε το τμήμα νοσηλείας είτε το τμήμα εξωτερικών ιατρείων (F.Boquel, F. Scherer, M. Leclerc, 2002).

Η υπηρεσία αναδοχής του φορέα συνεργάζεται με τα άλλα εμπλεκόμενα μέρη που είναι ο φιλοξενούμενος ασθενής, η θεραπευτική ομάδα, η ανάδοχη οικογένεια και κάποιες φορές και η φυσική βιολογική οικογένεια (Bernard, 2003). Ο φορέας διαφέρει στην Ιταλία. Ενώ σε άλλες χώρες φορέας είναι μια δομή, όπως νοσοκομείο, ή κλινικές ή Κέντρα Ψυχική Υγείας,

στην Ιταλία ο φορέας είναι ο Τομέας Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ). Ο φορέας συνεργάζεται με τις Διεπιστημονικές Θεραπευτικές Ομάδες των δομών ψυχικής υγείας που παρακολουθείται ο ασθενής (Aluffi, 2003).

2.3.1.1. Ο Εσωτερικός Κανονισμός

Ο φορέας, και συγκριμένα ο διευθυντής της δομής με τη Διεπιστημονική Θεραπευτική Ομάδα δημιουργεί τον εσωτερικό κανονισμό της αναδοχής, που υποβάλλεται στο Διοικητικό Συμβούλιο και εγκρίνεται από τον Πρόεδρο. Ο κανονισμός γνωστοποιείται στον ασθενή, στην ανάδοχη οικογένεια και πιθανόν τη φυσική οικογένεια.. Καθορίζει τις σχέσεις των εμπλεκόμενων μερών και τους στόχους της θεραπευτικής αναδοχής, την οργάνωση, τη λειτουργία της υπηρεσίας, τα δικαιώματα και υποχρεώσεις των εμπλεκόμενων μελών. Περιέχει λοιπόν τα κριτήρια πρόσληψης ανάδοχων οικογενειών, την προετοιμασία και εκπαίδευση των ανάδοχων οικογενειών από τη θεραπευτική ομάδα, αλλά και θέματα σχετικά με άδειες, ρεπό, αργίες, την ασφάλιση για ενδεχόμενες υλικές ζημιές από τον φιλοξενούμενο και τους λόγους διακοπής της σύμβασης (Dupont, 2007).

2.3.1.2. Η Σύμβαση

Η σύμβαση που συμφωνεί με τον εσωτερικό κανονισμό της δομής, υπογράφεται από τον διευθυντή της υπηρεσίας αναδοχής, τη Διεπιστημονική Θεραπευτική Ομάδα (Δ.Θ.Ο.), τον ασθενή και την ανάδοχη οικογένεια. Προσδιορίζει τους συμβαλλόμενους, τη χρονική διάρκεια, τους στόχους, τον υλικό εξοπλισμό, δικαιώματα και υποχρεώσεις της οικογένειας, την αξιολόγηση, διαδικασίες εκπαίδευσης και εποπτείας της ανάδοχης οικογένειας, την αμοιβή και τον θεραπευτικό σχεδιασμό (Pandelon et al, 2005; Dupont, 2007). Η σύμβαση, επίσης, ορίζει τη χρονική διάρκεια της αναδοχής. Η αναδοχή μπορεί να διαρκεί κάποιες μέρες/ ανά βδομάδα ή να είναι πλήρης και να είναι προσωρινή ή μόνιμη (Frommelt, 1998, Nizincourt, 2009). Δεν υπάρχει προκαθορισμένη χρονική διάρκεια, αλλά η διάρκεια εξαρτάται από τις ανάγκες κάθε ασθενούς σύμφωνα με τον θεραπευτικό σχεδιασμό. Μπορεί να γίνει μια αναδοχή σύντομης διάρκειας ή μακράς. Φιλοξενία 8ωρη ή μερικού χρόνου (Dupont, 2007).

Ειδικότερα η σύμβαση εργασίας μπορεί να είναι: Μερικής απασχόλησης δηλαδή κάποιες ώρες/μέρα ή σαββατοκύριακα. ή πλήρους απασχόλησης. Ακόμα, μπορεί να είναι i)

βραχυπρόθεσμη, δηλαδή για μια σύντομη περίοδο κρίσης, μερικές μέρες ή έναν-δύο μήνες ή για μείωση συμπτωμάτων ή λόγω ανάγκης νέου πλαισίου, ii) μεσοπρόθεσμη ως δύο έτη για ανάπτυξη αυτονομίας νέων εργαζόμενων ασθενών με στόχο να ζήσει σε προστατευόμενη κατοικία ή στο δικό του σπίτι, iii) μακροπρόθεσμη περισσότερο από δύο έτη για χρόνιους ασθενείς με λίγα περιθώρια αυτονομίας (Aluffi, 2003).

Για παράδειγμα στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας της Lille στη Γαλλία η φιλοξενία για ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές διάθεσης διαρκεί 2- 3 βδομάδες (Quille, 2004). Στο Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy υπάρχει σύμβαση αορίστου χρόνου ή ορισμένου χρόνου διάρκειας 6 μηνών, ενώ πριν την υπογραφή της σύμβασης υπάρχει μια δοκιμαστική περίοδος 15 ημερών (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, υπό δημοσίευση). Πάντως, ο αριθμός των εργασιμων ημερών δεν μπορεί να ξεπερνά 258 ημέρες ετησίως. Η ανάδοχη οικογένεια ως εργαζόμενη δικαιούται αργίες, κανονικές ή εκπαιδευτικές άδειες, άδειες ασθένειας. Σε τέτοιες περιπτώσεις ενημερώνει τον εργοδότη φορέα. Όταν πάει διακοπές τότε το νοσοκομείο βρίσκει προσωρινά μια άλλη ανάδοχη οικογένεια ή τοποθετεί τον ασθενή σε μια δομή (famidac, 2008, Nizincourt, 2009). Η σύμβαση μπορεί να διακοπεί έκτακτα λόγω σοβαρού παραπτώματος της οικογένειας ή λόγω έκτακτης νοσηλείας του ασθενούς.

2.3.2. Η εκπαίδευση της ανάδοχης οικογένειας

Η σημασία της επιμόρφωσης είναι να διασφαλισθεί η ποιότητα της αναδοχής κι ο θεραπευτικός της ρόλος (Collard, 2003). Για τη θεραπευτική αναδοχή ενηλίκων δεν υπάρχει εκπαιδευτικό πρόγραμμα κοινά οργανωμένο για όλες τις δομές. Για την εκπαίδευση της ανάδοχης οικογένειας, εμπλέκονται η Διεπιστημονική Θεραπευτική Ομάδα και η υπηρεσία αναδοχής, αλλά και ειδικοί οργανισμοί όπως ο σύνδεσμος για την εκπαίδευση, την έρευνα και την προαγωγή θεραπευτικής αναδοχής, που είναι αρμόδιος για εκπαίδευση των οικογενειών και του προσωπικού βάσει γαλλικής νομοθεσίας (Grolleau- Vallet, 2003, AFORPA, 2008,).

Η επιμόρφωση γίνεται αρχικά πριν την έναρξη της σύμβασης σε ομάδες. Οι οικογένειες μαθαίνουν νομοθεσία και δικαιώματα εργασίας, ενημερώνονται για τη δομή, συνεργασία, και το ρόλο τους (Grolleau- Vallet, 2003). Ακόμη η εκπαίδευση περιλαμβάνει και ψυχοεκπαίδευση, η οποία γίνεται ομαδικά πριν την έναρξη της σύμβασης, αλλά και μετά

καθ' όλο το διάστημα της συνεργασίας σε τακτά διαστήματα. Η εκπαίδευση αφορά, επίσης, και την κάθε ανάδοχη οικογένεια ξεχωριστά, ώστε να ενημερωθεί για το θεραπευτικό σχεδιασμό και τη ψυχική κατάσταση του ασθενούς. Εξηγώντας την παθολογία, τα μέλη των οικογενειών κατανοούν ότι κάποιες συμπεριφορές των φιλοξενούμενων ασθενών οφείλονται στην ασθένεια, οπότε μπορούν να αντιληφθούν καλύτερα ότι δεν πρόκειται για προσωπική επίθεση (Dumontet, 2003).

Συχνά δημιουργούνται και ομάδες υποστήριξης ανάδοχων οικογενειών, ώστε να μπορούν να ανταλλάσσουν εμπειρίες και ερωτήματα υπό το συντονισμό ενός θεραπευτή (Goux & Suhani, 2000, Grolleau- Vallet, 2003). Πάντως στην θεραπευτική αναδοχή παιδιών και εφήβων, όπως και στα άλλα είδη αναδοχής ανηλίκων, η ανάδοχη οικογένεια υποχρεώνεται να επιμορφωθεί με την απόκτηση διπλώματος οικογενειακού βοηθού ορισμένου επιπέδου (AFPE, 2009). Στόχος της εκπαίδευσης είναι η ενημέρωση των ανάδοχων οικογενειών για την ψυχολογία παιδιών- εφήβων και για τις φυσικές και ψυχικές ανάγκες, δυσκολίες και τρόποι παρέμβασης, συνεργασία με τη Διεπιστημονική Θεραπευτική Ομάδα. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα διαρκεί 18- 24 μήνες με διάρκεια 240 ώρες θεωρία και πρακτική (AFPE, 2009).

2.3.3. Κριτήρια επιλογής των ασθενών

Η θεραπευτική αναδοχή απευθύνεται σε ασθενείς που πάσχουν από σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς και κυρίως ψυχώσεις (Clerget, 2000- 01). Αφορά είτε ασθενείς με χρόνιες διαταραχές που παρουσιάζουν έλλειψη αυτονομίας και έκπτωση λειτουργικότητας σε διάφορους τομείς της καθημερινής ζωής τους, είτε ασθενείς σε οξεία ψυχωτική φάση (Goux & Suhani, 2000, Picart & Rzepa, 2003).

Εκτός από ψυχώσεις, ελάχιστες δομές εφαρμόζουν το θεσμό σε ασθενείς που πάσχουν από νευρώσεις. Για παράδειγμα, το δημόσιο ίδρυμα ψυχικής υγείας της Lille είναι το πρώτο στη Γαλλία που εφαρμόζει από το 1999 αναδοχές σε ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές διάθεσης. Πρόκειται ουσιαστικά για ευρωπαϊκό πιλοτικό καινοτόμο πρόγραμμα που εφαρμόζεται επίσης στις πόλεις Oviedo, Stockholm, Trieste et Birmingham (Quille, 2004).

Εκτός από τη συμπτωματολογία, για την επιλογή ασθενών λαμβάνεται υπόψη και η φυσική οικογένεια. Οι ασθενείς προέρχονται από δύσκολο και ακατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον (Goux & Suhani, 2000, Picart & Rzepa, 2003). Η φυσική οικογένεια μπορεί να είναι απύσχα είτε συναισθηματικά είτε πρακτικά λόγω γεωγραφικής απόστασης ή εξαιτίας δυσκολίας επικοινωνίας (Lamantowicz & Guiraud, 2003).

Σε γενικές γραμμές, προτιμούνται ασθενείς που έχουν περιθώρια εξέλιξης. Αν και οι ασθενείς μπορεί να είναι οποιασδήποτε ηλικίας, παιδιά, έφηβοι, ενήλικες, ηλικιωμένοι (Picart & Rzepa, 2003), ωστόσο όσο μικρότερη η ηλικία τόσο μεγαλύτερα είναι τα περιθώρια βελτίωσης. Ακόμη, λαμβάνεται υπόψη η διάρκεια και συχνότητα προηγούμενων νοσηλείων, συμπεριφορές ιδρυματοποίησης και η ικανότητα επικοινωνίας και αυτονομίας (Dupont, 2007).

Από τη θεραπευτική αναδοχή αποκλείονται ασθενείς με κάποια είδη αυτισμού και άνοιας, λόγω ανικανότητας επικοινωνίας, άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ και ναρκωτικά, λόγω εξειδικευμένης θεραπευτικής παρέμβασης και αδυναμίας συνεχούς επιτήρησης της οικογένειας (εκτός εξαιρέσεων σε περιπτώσεις αλκοόλ) (Dupont, 2007), ασθενείς με τάση αυτοκτονίας ή επιθετικότητας ή ιστορικό σεξουαλικών παρενοχλήσεων (Quille, 2004) ή άλλες συμπεριφορές, όπως κλοπές ή τάσεις φυγής (Lamantowicz & Guiraud, 2003). Απαραίτητη, επίσης, προϋπόθεση είναι, να έχει προηγηθεί εκούσια νοσηλεία του ασθενούς στο ψυχιατρικό τμήμα νοσοκομείου, κι όχι με εισαγγελική εντολή ή μεσολάβηση τρίτου (Dupont, 2007).

2.3.3.1. Προετοιμασία ασθενούς για την τοποθέτηση σε ανάδοχη οικογένεια

Τον πρώτο μήνα πριν την τοποθέτηση σε μια ανάδοχη οικογένεια υπάρχουν περίοδοι δοκιμασίας και μετά ακολουθούν μηνιαίες επισκέψεις (Galison, 2003). Ο ασθενής φιλοξενείται δοκιμαστικά για δύο μέρες ή και περισσότερο στην ανάδοχη οικογένεια. Έτσι, μπορεί να διαπιστωθεί αν μπορεί να είναι αυτόνομος σε καθημερινότητα ή υπερβολικά εξαρτώμενος από τον ανάδοχο, αλλά και να ελεγχθεί η προσαρμοστικότητα του ασθενούς και η επαφή του με τα μέλη της οικογένειας (Dupont, 2007). Στο Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy μεσολαβεί μια δοκιμαστική περίοδος δεκαπέντε ημερών μέχρι την υπογραφή της σύμβασης (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, υπό δημοσίευση).

Οι φιλοξενούμενοι ασθενείς είτε παίρνουν επίδομα αναπηρίας και δε δουλεύουν λόγω έλλειψης αυτονομίας, είτε εργάζονται ή προετοιμάζονται να εργασθούν (Dupont, 2007). Γι' αυτό το λόγο εξάλλου μπορεί να συνεχίσουν να πηγαίνουν σε δομές, όπως είναι τα Κέντρα Ημέρας (Aluffi, 2003). Με τον τερματισμό της φιλοξενίας και εφόσον έχουν επιτευχθεί οι θεραπευτικοί στόχοι, οι ασθενείς επιστρέφουν είτε στην οικογένεια καταγωγής, είτε σε προστατευόμενο διαμέρισμα ή σε κατοικία δική τους (Brunier, 2002)

Ανάδοχη οικογένεια μπορεί να είναι μια παραδοσιακή οικογένεια ή και μια θεραπευτική οικογένεια, δηλαδή οικογένεια που δομείται γι' αυτό το σκοπό και αποτελείται τουλάχιστον από δυο ενήλικες διαφορετικού φύλου. Συνήθως 98% σχεδόν πρόκειται για παραδοσιακές οικογένειες (Roche, 2002).

Για να γίνει μια οικογένεια ανάδοχη πρέπει να πληρεί κάποιες προϋποθέσεις: να αποτελείται από τουλάχιστον 2 ενήλικες δυο διαφορετικών φύλων, να μην υπάρχει μεταξύ της ανάδοχης οικογένειας και του φιλοξενούμενου συγγένεια ως 4^ο βαθμό, οι φιλοξενούμενοι ασθενείς να μην ξεπερνούν τους δυο στην ίδια οικογένεια (Dupont, 2007). Η οικογένεια να προσφέρει ένα σταθερό και ασφαλές περιβάλλον, να συμφωνούν όλα τα μέλη για την αναδοχή, να υπάρχει διάθεση για συζήτηση, αφιέρωση χρόνου και μοίρασμα δραστηριοτήτων με τον φιλοξενούμενο και ικανότητα συνεργασίας με την θεραπευτική ομάδα (Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie, 2009). Ακόμη, να υπάρχει διαθέσιμο ένα δωμάτιο, με ελάχιστες διαστάσεις 9 m², ευήλιο και με θέρμανση, ενώ το σπίτι να πληρεί κανόνες υγιεινής (Aluffi, 2003, Dupont, 2007). Επιπροσθέτως, η οικογένεια πρέπει να διαθέτει ένα εισόδημα, ώστε να μη στηρίζονται τα έσοδα αποκλειστικά στην αναδοχή. Η κατοικία της οικογένειας πρέπει να βρίσκεται κοντά με τη θεραπευτική ομάδα, περίπου 30 λεπτά με αυτοκίνητο (Pandelon και συν., 2005).

Ο υπεύθυνος αναδοχής στην οικογένεια πρέπει να έχει οργανωτική ικανότητα, προσαρμοστικότητα σε διάφορες καταστάσεις, επικοινωνιακές δεξιότητες, ικανότητα παρατήρησης και κριτικής ανάλυσης (Centre Hospitalier de Valenciennes, 2008). Τα κίνητρα υποψηφιότητας να είναι κυρίως ανθρωπιστικά, όπως η ανάγκη για προσφορά στην κοινωνία, η βοήθεια στο συνάνθρωπο, η συντροφικότητα, και επαγγελματικά, και ακολουθούν η ανάγκη για εργασίας και η οικονομική ενίσχυση (Dupont, 2007).

Η ενδιαφερόμενη οικογένεια υποβάλλει υποψηφιότητα, στέλνοντας ένα γράμμα κινήτρων και ένα βιογραφικό σημείωμα στον φορέα αναδοχής (Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie, 2009). Η υπηρεσία αναδοχής του φορέα εξετάζει την υποψηφιότητα και ακολουθεί

συνέντευξη με τον διευθυντή του φορέα και τον υπεύθυνο αναδοχής της οικογένειας, για διερεύνηση των παραπάνω κριτηρίων. Ακολουθεί η έγκριση από τον πρόεδρο του Γενικού Συμβουλίου του φορέα. Η πρόσληψη αφορά συνήθως ένα μέλος της ανάδοχης οικογένειας αλλά και περισσότερα μέλη της ανάδοχης οικογένειας, συχνά το ζευγάρι (Dupont, 2007).

Στην Ιταλία μετά την επιλογή και την παρακολούθηση εκπαιδευτικού προγράμματος, η ανάδοχη οικογένεια εισάγεται σε λίστα αναμονής για δύο χρόνια. Αυτό γίνεται ώστε πριν την φιλοξενία ασθενούς να επιτευχθεί η προετοιμασία της ανάδοχης οικογένειας για να μην υπάρχουν προβλήματα συγκατοίκησης. Επίσης, η πρόνοια αυτή υπάρχει γιατί εμπειρικά έχει διαπιστωθεί ότι μέσα σε δυο χρόνια, μια οικογένεια να έχει αλλάξει συνθήκες ζωής και να θεωρείται λιγότερο ιδανική για αναδοχή, οπότε ξεκινά διαδικασία να βρεθεί άλλη (Aluffi, 2003).

2.3.4.Εποπτεία και παρακολούθηση της ανάδοχης οικογένειας και του φιλοξενούμενου ασθενούς

Γενικά, η υπηρεσία θεραπευτικής αναδοχής ελέγχει την τήρηση της σύμβασης που έχει υπογραφεί από τα εμπλεκόμενα μέρη, το διευθυντή της υπηρεσίας αναδοχής της δομής, την ανάδοχη οικογένεια, τη θεραπευτική ομάδα, και τον ασθενή ή το νόμιμο εκπρόσωπό του (Dupont, 2007).

Ελέγχει και τον υλικό εξοπλισμό όπως ορίστηκε στη σύμβαση, αν δηλαδή ο φιλοξενούμενος χρησιμοποιεί κανονικά όλα τα πράγματα του σπιτιού ως μέλος της οικογένειας (Pandelon και συν., 2005). Αξιολογεί συνεχώς, ώστε να αποφεύγεται ενδεχόμενο κερδοφορίας παρά την αρχική επιλογή (Goux & Suhani, 2000). Σε περίπτωση παραπτώματος της ανάδοχης οικογένειας, κακούς χειρισμούς του ασθενή, η υπηρεσία διακόπτει τη σύμβαση (Dupont, 2007). Η υπηρεσία θεραπευτικής αναδοχής οργανώνει κάποιες συναντήσεις ανά έτος, όπου συζητούνται τρόποι βελτίωσης της αναδοχής. Θέματα συζήτησης συνήθως είναι η οργάνωση αναδοχής, απολογισμός επαγγελματιών, αξιολόγηση της αναδοχής, συνεδρίες με φυσική οικογένεια, ασθενή ή ανάδοχη οικογένεια. Επίσης, σε ετήσια βάση διενεργείται ετήσιος απολογισμός της οικογένειας, όπως αμοιβή, έξοδα, υλικά, σχέση με φιλοξενούμενο κλπ. (Flipo & Dehem, 2003).

Η Διεπιστημονική Θεραπευτική Ομάδα (Δ.Θ.Ο.) ανήκει στο νοσοκομείο ή σε άλλη δομή ψυχικής υγείας, που αναλαμβάνει την υπηρεσία θεραπευτικής αναδοχής. Απαρτίζεται από

διάφορες ειδικότητες, όπως ψυχίατρο, ψυχολόγο, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ειδικούς παιδαγωγούς. Συντονιστής της ομάδας είναι ο ψυχίατρος που έχει τη συνολική επιστημονική και πρακτική διοικητική εποπτεία της υπηρεσίας (Dupont, 2007). Ο αριθμός των μελών της δεν είναι σταθερός, αλλά αποφασίζεται από την κάθε δομή. Για παράδειγμα, στο Centre Hospitalier Marchant της Τουλούζης συμμετέχουν 6 νοσηλευτές, 1 ψυχίατρος, 1 ψυχολόγος, 1 κοινωνικός λειτουργός με μερική απασχόληση (Goux & Suhani, 2000), ενώ στο νοσοκομείο Savoie δυο νοσηλευτές (Bernard Madeleine, 2003).

Η Διεπιστημονική Θεραπευτική Ομάδα (Δ.Θ.Ο.) εποπτεύει το έργο με συνεδρίες μελών της, όπως του ψυχίατρο με τον ασθενή, συνεδρίες των μελών της οικογένειας με τον Ψυχολόγο ή Κοινωνικό Λειτουργό και κατ' οίκον επισκέψεις νοσηλευτών στο σπίτι. Οι συνεδρίες μελών της ομάδας μπορεί να γίνουν στη δομή αναδοχής ή στο σπίτι. Η συχνότητα των συνεδριών ορίζεται στη σύμβαση, αν και μπορεί να γίνουν και πρόσθετες αν χρειαστεί (Picart & Rzepa, 2003).

Η Διεπιστημονική Θεραπευτική Ομάδα (Δ.Θ.Ο.) αναλαμβάνει όλη την οργάνωση και τη λειτουργία, καθώς και την εποπτεία και παρακολούθηση του έργου. Επιλέγει τον ασθενή και την ανάδοχη οικογένεια. Δημιουργεί τον θεραπευτικό σχεδιασμό που εξαρτάται από τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ασθενούς και τα χαρακτηριστικά της οικογένειας. Προετοιμάζει την ανάδοχη οικογένεια και τον ασθενή και παρακολουθεί την παρέμβαση (Goux & Suhani, 2000, Picart & Rzepa, 2003, Pandelon et al, 2005). Συνεργάζεται στενά με τα άλλα εμπλεκόμενα μέλη της αναδοχής έχοντας μεσολαβητικό και εμπυχωτικό ρόλο. Υποστηρίζει ψυχολογικά τόσο τον ασθενή όσο και την οικογένεια, ανάδοχη και φυσική. Θέτει όρια στους ρόλους αποτρέποντας αντιπαραθέσεις (Lamantowicz & Guiraud, 2003, Dupont, 2007).

Επίσης, συνεργάζεται με τη φυσική οικογένεια τόσο για τη λήψη πληροφοριών του ιστορικού όσο και στα πλαίσια της θεραπευτικής παρέμβασης. Εάν είναι εφικτό, φροντίζει ο ασθενής να διατηρεί επαφές με την οικογένεια και βοηθά την αποκατάσταση των σχέσεων τους (Brunier, 2002, Aluffi, 2003).

Αναφορικά με τον ασθενή, η ομάδα τον προετοιμάζει για την τοποθέτηση. Βοηθά την αποκατάσταση των σχέσεων του ασθενούς με τη φυσική οικογένεια, εάν είναι εφικτό. Ενημερώνει τον ασθενή για το έργο αναδοχής και δέχεται τη συμφωνία του ασθενούς ή του προσώπου αναφοράς που τον εκπροσωπεί. Ελέγχει την ψυχική υγεία του ασθενούς και την πορεία της νόσου (Dupont, 2007). Αν χρειαστεί, προτείνει διακοπή φιλοξενίας και νοσηλεία (Picart & Rzepa, 2003). Στις συνεδρίες με τον ασθενή, πιθανόν να εμφανιστούν και

δυσκολίες από τον πρώτο καιρό της παραμονής π.χ. μη σεβασμός των οικογενειακών κανόνων από τον φιλοξενούμενο ή ο ασθενής να αντιλαμβάνεται με λάθος τρόπο την προσοχή από μέλη της οικογένειας π.χ. ως καταδίωξη, οπότε η ομάδα παρεμβαίνει για την επίλυση αυτών ή ανάλογων ζητημάτων (Picart & Rzepa, 2003).

Σε ό,τι αφορά την ανάδοχη οικογένεια, η Διεπιστημονική Θεραπευτική Ομάδα (Δ.Θ.Ο.) την ενημερώνει για τους θεραπευτικούς στόχους και ελέγχει αν εκπληρώνονται. Επισημαίνει στην οικογένεια το ρόλο και το έργο της (Dupont, 2007, Picart & Rzepa, 2003). Συνήθως γίνονται εβδομαδιαίες συνεδρίες με την οικογένεια. Επίσης, η ομάδα συνεργάζεται με κάποιους θεραπευτές που ήδη παρακολουθούν τον ασθενή στο νοσοκομείο για το θεραπευτικό σχεδιασμό, αλλά και για την αξιολόγηση της τοποθέτησης (Aluffi, 2003).

Στις συνεδρίες των μελών της οικογένειας με τον Ψυχολόγο ή Κοινωνικό Λειτουργό ή θεραπευτή γίνεται η ψυχοεκπαίδευση, δηλαδή η οικογένεια ενημερώνεται για τη ψυχική διαταραχή. Ο ρόλος του συντονιστή στην ομάδα αυτή είναι θεραπευτικός κι όχι επικριτικός. Τα θέματα που συζητιούνται μπορεί να είναι τα συμπτώματα της ασθένειας, η λειτουργικότητα, πρακτικά θέματα της καθημερινότητας, όπως τήρηση κανόνων υγιεινής, διατροφή, απάθεια ή άρνηση, απουσία αυτονομίας, επιθετικότητα, απουσία κοινωνικής ζωής, διαχείριση χρημάτων, κάπνισμα, οι σχέσεις του ασθενούς κλπ.. Γίνεται ανταλλαγή απόψεων, προτείνονται ιδέες για την ομαλή ένταξη του φιλοξενούμενου στις καθημερινές λειτουργίες της οικογένειας, λύνονται απορίες ειδικά στην αρχή της αναδοχής, που η οικογένεια έρχεται σε επαφή με ένα κόσμο άγνωστο και παράξενο. Τα μέλη των οικογενειών μαθαίνουν να ακούν τον ασθενή και να αλλάζουν στάση τους. Ο ρόλος επίσης της ομάδας είναι και εμπνευστικός. Κάθε μέλος της οικογένειας μοιράζεται στην ομάδα τα συναισθήματα και το βίωμα από την επαφή με τον φιλοξενούμενο. Αποφορτίζεται και επεξεργάζεται τραύματα, συναισθήματα ντροπής ή απογοήτευσης που βιώνει. Επίσης, νιώθει ασφάλεια γνωρίζοντας ότι υπάρχει η εποπτεία (Radiguet, 2005). Η ψυχολογική υποστήριξη στην οικογένεια είναι σημαντική ειδικά τις πρώτες ημέρες, που τα άτομα βιώνουν αμηχανία, και αυτό είναι πιθανόν να επιτείνει το άγχος των ασθενών. Έτσι, η οικογένεια ανακουφίζεται να συνεχίσει το έργο της και είναι πιο λειτουργική στην προσαρμογή του ασθενούς στο νέο περιβάλλον (Pandelon και συν., 2005).

Εκτός από τις συνεδρίες της οικογένειας με το θεραπευτή, γίνεται και παρέμβαση κατ' οίκον. Στόχος είναι η υποστήριξη του ασθενούς στην αρχή με το πέρασμα από το νοσοκομείο στο σπίτι, η εκτίμηση της συμπεριφοράς του, της οικογένειας και του φιλοξενούμενου. Η συχνότητα των επισκέψεων κατ' οίκον διαφέρει σε κάθε φορέα. Για

παράδειγμα, στο νοσοκομείο Savoie δυο νοσηλευτές κάνουν μια μηνιαία επίσκεψη στο σπίτι ή και συχνότερα, ενώ ζητούν την παρέμβαση του ψυχολόγου αν χρειαστεί (Bernard, 2003). Στο Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy δυο νοσηλευτές αναφοράς πραγματοποιούν επίσκεψη κατ' οίκον τρεις φορές ανά μήνα. Επίσης, γίνεται και συνεδρία ασθενούς με τον ψυχίατρο. Ο ασθενής μπορεί να εκφραστεί εν όψει της κατάστασης αναδοχής και να συζητηθεί η θεραπεία του. Ο ιατρός εκτιμά το ενδιαφέρον και το θεραπευτικό πλαίσιο της αναδοχής για τον συγκεκριμένο ασθενή (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, υπό δημοσίευση).

Η Διεπιστημονική Θεραπευτική Ομάδα (Δ.Θ.Ο.), επίσης, ορίζει ένα άτομο αναφοράς που καλείται σε έκτακτη περίπτωση από την οικογένεια εικοσιτέσσερις ώρες το εικοσιτετράωρο, είτε τη νύκτα είτε σε αργίες. (Goux & Suhani, 2000, Centre Hospitalier de Valenciennes, 2008).

Στον εσωτερικό κανονισμό κάθε φορέα ρυθμίζεται ο μισθός και τα επιδόματα της ανάδοχης οικογένειας, το επίδομα συνέντευξης για τον ασθενή, και πιθανόν το επίδομα για προσωπικά έξοδα του ασθενούς (Frommelt, 1998). Το χρηματικό ποσό που δίνεται σε μια οικογένεια διαφέρει μεταξύ δομών και μεταξύ περιοχών στην ίδια χώρα. Για παράδειγμα το 2005 στη Γαλλία η αμοιβή για το μισθό και επίδομα ενοικίου και συνέντευξης κυμαίνεται από 1.962€ έως 2.400€ (Frommelt, 2006). Επίσης, αξιοσημείωτο είναι ότι η ανάδοχη οικογένεια απαλλάσσεται από συνδρομή κοινωνικής ασφάλισης και ατυχημάτων εργασίας (Famidac, 2008)

Η αμοιβή για τη φιλοξενία δίνεται στην ανάδοχη οικογένεια με μορφή μισθού, που προστίθεται στο ήδη υπάρχον εισόδημα της οικογένειας και φορολογείται (service-public, 2009). Ενδεικτικά στη δομή της Lille ο μισθός είναι 1.100€ ανά μήνα (Quille, 2004). Στην Ιταλία το 2003 ο μισθός ήταν 930€ και το 2006 ήταν 1.030€ (Aluffi, 2003, Aluffi, 2006).

Στην ανάδοχη οικογένεια καταβάλλονται και διάφορα επιδόματα, όπως:

- Το επίδομα ενοικίασης δωματίου (Pandelon et al, 2005, Dupont, 2007, service-public, 2009)
- Το επίδομα άδειας ίσο με 10% καθαρού μισθού μηνιαίως (Dupont, 2007)
- Το επίδομα για τυχόν έκτακτη διακοπή αναδοχής. Αν ο ασθενής νοσηλευθεί έκτακτα στο νοσοκομείο ή γυρίσει σε φυσική οικογένεια., τότε ο εργοδότης πρέπει να τοποθετήσει άλλον ασθενή στην ανάδοχη οικογένεια. Αν όμως δε βρεθεί ασθενής μέσα σε τρεις μήνες, τότε είτε πρέπει να καταβάλει αποζημίωση όλο το μισθό είτε να γίνει τερματισμός

ή αλλαγή της σύμβασης. Αν δε βρεθεί νέος ασθενής, τότε ο ανάδοχος μπορεί να θεωρηθεί άνεργος και το νοσοκομείο δίνει βεβαίωση ανεργίας (Famidac, 2008).

- ο Το επίδομα για έξοδα συνέντευξης συνεδριών με τον ασθενή (Dupont, 2007)

Ο φορέας αναδοχής δίνει στην οικογένεια ένα χρηματικό ποσό για τον φιλοξενούμενο ασθενή για να πληρώνει ο ίδιος προσωπικά έξοδα. Στην Ιταλία το 2003 ήταν 150€ ενώ το 2006 ήταν 220€ το μήνα (Aluffi, 2003, Aluffi, 2006). Το ποσό αυτό δίνεται για ρουχισμό, μετακινήσεις, αγορά φαρμάκων, δραστηριότητες σε ελεύθερο χρόνο (Dupont, 2007).

Σε γενικές γραμμές, ο θεσμός της θεραπευτικής αναδοχής θεωρείται γενικά οικονομικός σε σύγκριση με άλλες δομές, όπως τη νοσηλεία ασθενών. Αυτό συμβαίνει διότι σχεδόν μια ώρα την ημέρα εμπλέκεται ένας επαγγελματίας, αν και πρόσωπο αναφοράς της Δ.Θ.Ο. είναι διαθέσιμο για τηλεφωνική επικοινωνία 24 ώρες το εικοσιτεράωρο. Για παράδειγμα στην Ιταλία το 2006, η θεραπευτική παρακολούθηση κόστιζε 20- 60€ την μέρα , μισθός με επιδόματα και χρηματικό ποσό για προσωπικά έξοδα ασθενούς ήταν 1.250€ το μήνα. Μαζί με το κόστος διοίκησης, το συνολικό μηνιαίο κόστος της θεραπευτικής αναδοχής ήταν 2.100€(Aluffi, 2006).

Αντίστοιχα το οικονομικό κόστος στο Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy βάσει της σύμβασης εργασίας ορισμένου χρόνου για το έτος 2004 περιλάμβανε τα παρακάτω:

- ο Το μισθό: για καθεμιά εργάσιμη ημέρα τουλάχιστον 8 ωρών, το υπεύθυνο της αναδοχής άτομο λάμβανε μικτό μισθό αντίστοιχο με 3 ώρες ωραρίου του κατώτατου ημερομισθίου. Για μια εργάσιμη ημέρα με λιγότερες των 8 ωρών, η αμοιβή ανά αναδοχή και ώρα ισοδυναμεί με ένα όγδοο της αμοιβής. Αυτή η ημερήσια αμοιβή συμπληρώνεται και με προσαυξήσεις (50% σε περίπτωση εργασίας τις Κυριακές ή τις αργίες, 100% σε περίπτωση εργασίας την Πρωτομαγιά).
- ο Το επίδομα περίθαλψης: βάσει της κατάστασης υγείας του ασθενούς και το οποίο ορίζεται από τον ψυχίατρο που παρακολουθεί τον ασθενή.
- ο Το αντισταθμιστικό επίδομα: εάν ο ασθενής απουσιάζει από την ανάδοχη οικογένεια για κάποιον λόγο, όπως ασθένεια, βραχεία νοσηλεία, διακοπές, τότε αποδίδεται για καθεμιά ημέρα που ο ασθενής θα ήταν στην ανάδοχη οικογένεια ένα αντισταθμιστικό επίδομα ισοδύναμο με 1,125% του κατώτατου ημερομισθίου. Αυτό το επίδομα καταβάλλεται με μέγιστη διάρκεια 3 μηνών. Κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής, εάν οι συνθήκες το επιτρέπουν, το Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy μπορεί να θέσει ένα όρο αναδοχής σύμφωνα με την προβλεπόμενη διαδικασία του εσωτερικού κανονισμού.

- Το επίδομα αναμονής: εάν το Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy δεν είναι σε θέση να προτείνει μια νέα αναδοχή, καταβάλλεται για καθεμιά χαμένη ημέρα αναδοχής ένα επίδομα αναμονής έως και τρεις μήνες υπό τις εξής συνθήκες: Στη διάρκεια των πρώτων δύο μηνών το επίδομα αντιστοιχεί σε δύο ώρες αμοιβής σύμφωνα με το κατώτατο ημερομίσθιο για καθεμιά ημέρα που θα εργαζόταν σύμφωνα με τη σύμβαση αναδοχής. Στη διάρκεια του 3^{ου} μήνα, αυτό το επίδομα αντιστοιχεί σε μια ώρα του κατώτατου ημερομισθίου για καθεμιά ημέρα που θα εργαζόταν. Όταν η αρχική αναδοχή προέβλεπε ωράριο λιγότερο από 8 ώρες, το ποσό του επιδόματος αναμονής μειώνεται ανάλογα προς τη διάρκεια της ημερήσιας εργασίας. Στη διάρκεια αυτής της περιόδου, το Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy μπορεί να προτείνει νέες αναδοχές. Η οικογένεια μπορεί να αρνηθεί δύο φορές τις προτάσεις. Από τη δεύτερη φορά και μετά, η καταβολή επιδόματος αναμονής διακόπτεται. Στη διάρκεια καταβολής επιδόματος αναμονής, το υπεύθυνο άτομο της Θεραπευτικής Ανάδοξης Οικογένειας απαγορεύεται να αναλάβει αναδοχή άλλων ατόμων πέρα αυτών που προτείνονται από το Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy για την κάλυψη της κενής θέσης. Πριν την προθεσμία 3 μηνών, εάν το Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy θεωρεί ότι δεν είναι σε θέση να προτείνει νέα αναδοχή, οπότε το υπεύθυνο άτομο απαλλάσσεται και διακόπτεται το επίδομα προσωρινής αναμονής. Η ειδοποίηση γίνεται γραπτά εντός 15 ημερών.
- Το προσωρινό επίδομα μειωμένης δραστηριότητας: αφού ολοκληρωθεί η περίοδος αναδοχής, το Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy δεν είναι σε θέση να προτείνει μια νέα αναδοχή της οποίας η μηνιαία μικτή αμοιβή αντιστοιχεί τουλάχιστον στην τελευταία θέση εργασίας. Οπότε καταβάλλεται μέχρι και 3 μήνες ένα προσωρινό επίδομα μειωμένης δραστηριότητας, που ισούται με το ήμισυ της διαφοράς ανάμεσα στην οφειλόμενη αμοιβή επί της τελευταίας αναδοχής και αυτή που καταβάλλεται επί της νέας αναδοχής.
- Το επίδομα αργιών: κάθε μήνα, καταβάλλεται ένα επίδομα αργίας που ισοδυναμεί με 10% του συνολικού ποσού της μικτής αμοιβής, που συμπεριλαμβάνει το βασικό μισθό, τις αυξήσεις για εργασία την Κυριακή, αργίες ή την 1^η Μαΐου, το επίδομα περίθαλψης και ενδεχομένως τα αντισταθμιστικά επιδόματα ή προσωρινής αναμονής ή μειωμένης δραστηριότητας.
- Το επίδομα διαμονής: για κάθε μέρα αναδοχής και για κάθε ασθενή καταβάλλεται ένα επίδομα για τα έξοδα διαμονής εφάπαξ, που αντισταθμίζει τα έξοδα της ανάδοξης οικογένειας, κυρίως για τη διατροφή, πλύσιμο, φιλοξενία. Το ποσό ήταν 16,37 €την 1/1/

2004. Το ποσό επανεκτιμάται κάθε έτος από το Διοικητικό Συμβούλιο του Κέντρου Ψυχοθεραπείας της Nancy. Όταν η αναδοχή διακόπτεται από τον ασθενή λόγω π.χ. ασθένειας ή διακοπών, το εφάπαξ επίδομα ισούται με 30% του προβλεπόμενου ποσού της προηγούμενης παραγράφου. Το επίδομα για τα έξοδα διαμονής διακόπτεται να καταβάλλεται όταν η αναδοχή σταματά εντελώς είτε με πρωτοβουλία της οικογένειας, είτε με πρωτοβουλία του Κέντρου Ψυχοθεραπείας της Nancy.

- ο Το επίδομα οδοιπορικών: το υπεύθυνο άτομο της αναδοχής λαμβάνει εξόφληση των οδοιπορικών για την κάλυψη των ιατρικών και κοινωνικών αναγκών των ασθενών (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, υπό δημοσίευση).

Ο ασθενής που φιλοξενείται στην ανάδοχη οικογένεια θεωρείται ως νοσηλευόμενος, επομένως η ανάδοχη οικογένεια πρέπει να ενημερώνει τη Διεπιστημονική Θεραπευτική Ομάδα για την κατοικία, την κατάσταση υγείας του ασθενούς, την κοινωνική κατάσταση και άλλα. Επιπλέον, υπάρχει συνέχιση της θεραπείας του ασθενούς. Αυτό σημαίνει ότι ο φιλοξενούμενος ασθενής, εκτός από τη θεραπευτική παρακολούθηση από κάποια νέα μέλη της Διεπιστημονικής Θεραπευτικής Ομάδας της αναδοχής, μπορεί να παρακολουθείται θεραπευτικά και από τους θεραπευτές που είχε στη δομή ψυχικής υγείας, που ήταν πριν. Από υλικής και οικονομικής πλευράς, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιεί και να μοιράζεται τον υλικό εξοπλισμό του σπιτιού. Η ανάδοχη οικογένεια πρέπει να σέβεται τα δικαιώματα του ασθενούς, που περιγράφονται στον Χάρτη του νοσηλευόμενου ασθενή, στο παράρτημα του εσωτερικού κανονισμού. Η μη τήρηση τους, που εποπτεύεται από την υπηρεσία αναδοχής θεωρείται παράπτωμα της ανάδοχης οικογένειας (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, υπό δημοσίευση).

2.4. Το νομικό πλαίσιο για τις ανάδοχες οικογένειες στην Ελλάδα

Η ανάδοχη φροντίδα στη χώρα μας έχει συνδεθεί με το χώρο της παιδικής προστασίας. Έτσι, ο θεσμός της αναδοχής έχει λάβει παιδοκεντρικό χαρακτήρα που έχει σκοπό να διαφυλάξει τα παιδιά από τις συνέπειες της ιδρυματικής περίθαλψης. Η αναδοχή επομένως είναι το μέσο πρόληψης για την κατάργηση του ιδρυματισμού (Σίνδρου, 2001)

Υπάρχουν διάφοροι τύποι αναδοχής που είναι ανάλογοι της διάρκειας και των στόχων που εξυπηρετούν. Αυτοί είναι:

Θ Η Μακροχρόνια αναδοχή: αυτός ο τύπος αναδοχής διαρκεί για πολλά χρόνια ή είναι μόνιμος.

Θ Η Μεσοπρόθεσμη αναδοχή: αυτός ο τύπος αναδοχής διαρκεί από ένα έως δύο χρόνια με την προοπτική ο φιλοξενούμενος να επιστρέψει στη φυσική του οικογένεια

Θ Η Βραχυπρόθεσμη αναδοχή: διαρκεί συνήθως από μερικές εβδομάδες έως μερικούς μήνες και εφαρμόζεται για παιδιά που έχουν απομακρυνθεί προσωρινά από την οικογένειά τους λόγω οικογενειακής κρίσης

Θ Η Επείγουσα αναδοχή: αυτός ο τύπος επιβάλλει την άμεση απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια του για λίγες ημέρες

Θ Η Αναδοχή ημέρας: σύμφωνα με αυτό τον τύπο αναδοχής τα παιδιά επιστρέφουν στο σπίτι τους το βράδυ

Θ Η Αναδοχή φιλοξενίας: αυτός ο τύπος αναδοχής προσφέρεται τα Σαββατοκύριακα και τις καθιερωμένες διακοπές Χριστουγέννων, Πάσχα και καλοκαιριού

Θ Η Ανακουφιστική αναδοχή: αναφέρεται σε μικρής διάρκειας φιλοξενία, κυρίως παιδιών με ειδικές ανάγκες, προκειμένου να ξεκουραστούν και να ανακουφιστούν για λίγο ή φυσικοί ή και οι ανάδοχοι γονείς τους

Θ Η Εγκλείουσα αναδοχή: σύμφωνα με αυτό τον τύπο, η ανάδοχη οικογένεια «εγκλείει» τη βιολογική. Στην περίπτωση αυτή η φυσική οικογένεια έχει προγραμματισμένες επαφές με την ανάδοχη οικογένεια με σκοπό το παιδί να επιστρέψει στη βιολογική του οικογένεια.

Θ Η Αποκλείουσα αναδοχή: σε αυτήν την περίπτωση οι ανάδοχοι γονείς θέτουν φραγμούς στην επικοινωνία του παιδιού με τους φυσικούς τους γονείς.

Θ Η Θεραπευτική επαγγελματική αναδοχή: σύμφωνα με αυτό τον τύπο αναδοχής, οι ανάδοχες οικογένειες προορίζονται να αναλάβουν τα «δύσκολα» παιδιά έπειτα από εκπαίδευση και καθοδήγηση (Σίνδρου , 2001)

Ο νόμος που θέτει τις βάσεις για τη δημιουργία προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών είναι ο Ν. 2716/99 για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 96/17-05-1999). Στο άρθρο 9 του παραπάνω νόμου και στην παράγραφο 5 αναφέρεται: «Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών παρέχονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα

Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο τη ψυχική υγεία, καθώς και από τις Μονάδες που έχουν αντικείμενο τη ψυχική υγεία, καθώς και από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 παρ. 1 του παρόντος νόμου και έχουν ως σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενηλίκων με ψυχικές διαταραχές σε κατάλληλες οικογένειες. Οι Φιλοξενούσες Οικογένειες μπορεί να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον του ασθενή, υπό την προϋπόθεση ότι δεν τελούν σε πρώτο βαθμό συγγένειας με τον ασθενή. Τα καθήκοντα της Φιλοξενούσας Οικογένειας μπορεί να ανατεθούν και σε μεμονωμένα άτομα. Με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, η οργάνωση, η λειτουργία, οι αρχές και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής». Η υπουργική απόφαση οικ. 19353/ΦΕΚ 1433/22-10-2001 του υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας αναφέρεται στον «Καθορισμό των προϋποθέσεων, της οργάνωσης, της λειτουργίας, των αρχών καθώς και κάθε λεπτομέρειας των Προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών του άρθρου 9 του Ν.2716/99». Η υπουργική αυτή απόφαση θέτει τις βάσεις και το πλαίσιο λειτουργίας των Φιλοξενουσών Οικογενειών. Παρακάτω, παρουσιάζονται αναλυτικά, σύμφωνα με την παραπάνω υπουργική απόφαση, ζητήματα οργάνωσης και λειτουργίας προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών.

2.4.1. Προϋποθέσεις λειτουργίας των προγραμμάτων ανάδοξης Οικογένειας για ψυχικά ασθενείς

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη λειτουργία των προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών είναι οι ακόλουθες:

Α Η κατάθεση ολοκληρωμένου προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών από το φορέα υλοποίησης στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και η έγκρισή του από το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Β Ο ορισμός του Επιστημονικά Υπευθύνου του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών από τη Διοίκηση του φορέα που αναλαμβάνει την υλοποίηση του προγράμματος

Æ Ο ορισμός της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας από τη Διοίκηση του φορέα που αναλαμβάνει την υλοποίηση του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών

Æ Η λειτουργική διασύνδεση του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν στο πλαίσιο του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής Υγείας (άρθρο 2, υπουργική απόφαση οικ. 19353/ΦΕΚ 1433/22-10-2001).

«Το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών υλοποιείται με σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση παιδιών, εφήβων και ενηλίκων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ή και διαταραχές αυτιστικού τύπου σε κατάλληλες οικογένειες για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον. Η τοποθέτηση του ασθενούς πραγματοποιείται μετά από αίτηση του, όταν πρόκειται για ενήλικο άτομο ή μετά από απόφαση του δικαστηρίου, όταν πρόκειται για ανήλικο άτομο και με σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής υποστηρικτικής διεπιστημονικής ομάδας. Ασθενείς με συνυπάρχοντα προβλήματα χρήσης ουσιών ή με συνυπάρχουσα διαταραχή προσωπικότητας δύνανται να τεθούν υπό φιλοξενία κατά την κρίση της θεραπευτικής υποστηρικτικής διεπιστημονικής ομάδας. Οι Φιλοξενούσες Οικογένειες οφείλουν να διαμορφώνουν οικογενειακό περιβάλλον για τα φιλοξενούμενα άτομα και να εξαντλούν όλες τις δυνατότητες, ώστε τα άτομα που φιλοξενούν να αποκτήσουν την ικανότητα αυτόνομης διαβίωσης» (άρθρο 3, υπουργική απόφαση οικ. 19353/ΦΕΚ 1433/22-10-2001).

«Το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών που καταθέτει ο φορέας υλοποίησης στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας έχει την εξής δομή:

- i. Την περιγραφή του έργου της Φιλοξενούσας Οικογένειας
- ii. Την περιγραφή του έργου της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας (Θ.Υ.Δ.Ο).
- iii. Την χρονική διάρκεια του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών
- iv. Τον προϋπολογισμό του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών, ο οποίος συντίθεται από τα έσοδα από το εκάστοτε ειδικό ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο και από τον τακτικό προϋπολογισμό του φορέα

- v. Τον προγραμματισμό παρακολούθησης και εποπτείας της Φιλοξενούσας Οικογένειας και του ασθενούς
- vi. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Φιλοξενούσας Οικογένειας
- vii. Την προετοιμασία του ασθενούς για τοποθέτηση στη Φιλοξενούσα Οικογένεια
- viii. Τη διαδικασία παρακολούθησης των σχολικών δραστηριοτήτων για τα παιδιά και τους εφήβους που θα τοποθετηθούν στη Φιλοξενούσα Οικογένεια
- ix. Τον προγραμματισμό και τις δράσεις υποστήριξης επαγγελματικής κατάρτισης εφήβων και ενηλίκων που θα τοποθετηθούν στη Φιλοξενούσα Οικογένεια
- x. Τις δράσεις για την προώθηση στην απασχόληση του ασθενούς, όπου είναι δυνατό
- xi. Τις διαδικασίες διασφάλισης των δικαιωμάτων του ασθενούς
- xii. Τις διαδικασίες υποστήριξης της οικογένειας σε μείζονα γεγονότα ή προβλήματα υγείας μέλους της φιλοξενούσας οικογένειας
- xiii. Τις διαδικασίες προετοιμασίας της αυτόνομης διαβίωσης του ασθενούς» (άρθρο 15, υπουργική απόφαση οικ. 19353/ΦΕΚ 1433/22-10-2001).

«Το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών που καταθέτει ο φορέας υλοποίησης στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας περιλαμβάνει τις εξής λειτουργίες:

- Θ την επίσκεψη τακτικά, μια φορά το μήνα, και εκτάκτως, όποτε ο Επιστημονικά υπεύθυνος κρίνει τούτο σκόπιμο, στην Φιλοξενούσα Οικογένεια για να διαπιστώσει τους όρους διαβίωσης του φιλοξενούμενου ατόμου. Οι επισκέψεις μπορεί να είναι και χωρίς προειδοποίηση.
- Θ την επιλογή της Φιλοξενούσας Οικογένειας με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς
- Θ την ανελλιπή καταβολή του ποσοστού του ειδικού νοσηλίου σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 12 της παρούσας
- Θ την επικοινωνιακή συνεργασία με τη Φιλοξενούσα Οικογένεια και τη διευκόλυνση της κατά το μέτρο του δυνατού στην άσκηση των καθηκόντων της ως Φιλοξενούσα Οικογένεια

- Θ την άμεση αντιμετώπιση των επειγουσών περιπτώσεων που αφορούν το φιλοξενούμενο άτομο ευθύς ως ειδοποιηθεί από τη Φιλοξενούσα Οικογένεια
- Θ την παροχή των αναγκαίων συμβουλών και της αναγκαίας υποστήριξης στη Φιλοξενούσα Οικογένεια για θέματα που αφορούν την όλη λειτουργία του οικογενειακού περιβάλλοντος και που μπορεί να επηρεάσουν την ομαλή διαβίωση του ασθενούς
- Θ την οργάνωση και εκτέλεση προγραμμάτων επιμόρφωσης των Φιλοξενουσών Οικογενειών
- Θ τη διακοπή της φιλοξενίας του ασθενούς όταν το συμφέρον του επιβάλλει τη διακοπή αυτή και την εξασφάλιση της μεταφοράς του σε προσωρινή στεγαστική δομή έως την ένταξη του σε άλλη Φιλοξενούσα Οικογένεια
- Θ τη συνέχιση της φιλοξενίας σε περίπτωση που η Φιλοξενούσα Οικογένεια για διάφορους λόγους μετακομίσει σε άλλη περιοχή που δεν καλύπτεται από τον φορέα που υλοποιεί το πρόγραμμα. Η Φιλοξενούσα Οικογένεια συνεχίζει να φιλοξενεί τον ασθενή στην καινούργια κατοικία μετά από σύμφωνη γνώμη του ασθενούς, του Επιστημονικά υπεύθυνου και της Θ.Υ.Δ.Ο. Μέσω των αντίστοιχων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας προτείνεται στο υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και εγκρίνεται από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας η υλοποίηση της συνέχειας του προγράμματος που αφορά τον ασθενή αυτό από άλλο φορέα, ο οποίος καλύπτει την περιοχή μετεγκατάστασης της Φιλοξενούσας Οικογένειας και έχει τις απαιτούμενες προϋποθέσεις λειτουργίας του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών μέχρι την έγκριση νέου προγράμματος από τον φορέα στην περιοχή ευθύνης του οποίου μετεγκαταστάθηκε η Φιλοξενούσα Οικογένεια» (άρθρο 15, υπουργική απόφαση οικ. 19353/ΦΕΚ 1433/22-10-2001).

2.4.2. Ο ρόλος της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας

«Το σύνολο των εργαζομένων στη Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα (Θ.Υ.Δ.Ο.) προέρχεται από το προσωπικό του φορέα που υλοποιεί το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών. Η θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα ορίζεται με απόφαση του διοικούντος οργάνου του φορέα στον οποίο ανήκει το πρόγραμμα μετά από

εισήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου. Η σύνθεση του προσωπικού που απαρτίζει τη Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα περιλαμβάνει ενδεικτικά ψυχίατρο ή παιδοψυχίατρο κατά περίπτωση, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας και ειδικό παιδαγωγό, όπου απαιτείται. Έργο της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας είναι:

Θ Η προετοιμασία του ασθενούς για την ένταξη του στα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών και η εκπαίδευσή του σε ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες και δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης

Θ Η προετοιμασία της Φιλοξενούσας Οικογένειας για τη φιλοξενία του ασθενούς και η συνεχιζόμενη ψυχολογική υποστήριξη και εκπαιδευτική παρέμβαση της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής ομάδας προς την οικογένεια καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος

Θ Η συνεχής και συστηματική υποστήριξη, παρακολούθηση και αξιολόγηση του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών

Θ Η λειτουργική διασύνδεση του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν στα πλαίσια του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής υγείας

Θ Η τήρηση των όρων της σύμβασης από τα συμβαλλόμενα μέρη

Θ Κάθε άλλη ενέργεια που απαιτείται για την πλήρη και αποτελεσματική εφαρμογή του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών

Θ Η Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα έχει την ευθύνη της εποπτείας της εκτέλεσης της σύμβασης, όπως αυτή περιγράφεται στο άρθρο 12 της παρούσης. Διενεργεί μηνιαίες κατ' οίκον επισκέψεις ή και έκτακτες απροειδοποίητες, αν κριθεί αναγκαίο από τον επιστημονικά υπεύθυνο του προγράμματος. Με ευθύνη του επιστημονικά υπεύθυνου καταρτίζεται και συμπληρώνεται φάκελο φιλοξενίας με αναλυτικά στοιχεία που αφορούν το ψυχιατρικό και οικογενειακό ιστορικό, την τρέχουσα κλινική-λειτουργική κατάσταση του ασθενούς και την προγραμματική ευθύνη της Φιλοξενούσας Οικογένειας. Στο φάκελο αυτό προσαρτώνται τα στοιχεία εξαμηνιαίας αξιολόγησης της φιλοξενίας, καθώς και τα συμπληρωμένα δομημένα εργαλεία εκτίμησης τόσο του ασθενούς όσο και της φιλοξενούσας οικογένειας, όπως ενδεικτικά, τα ερωτηματολόγια εκτίμησης της προσωπικότητας M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), καθώς και της κοινωνικολειτουργικής κατάστασης των ασθενών.

Θ Η Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα διατηρεί συνεργασία με τον θεράποντα ψυχίατρο που παρακολουθούσε τον ασθενή πριν την ένταξη του στο πρόγραμμα Φιλοξενούσας Οικογένειας, καθώς και με τους υπεύθυνους των προγραμμάτων ημερήσιας αποκατάστασης, που τυχόν ο ασθενής παρακολουθεί και με τους δασκάλους ή τους καθηγητές του σχολείου, όταν πρόκειται για παιδιά ή εφήβους και υφίστανται η δυνατότητα παρακολούθησης σχολικού προγράμματος.

Θ Η Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα αναλαμβάνει σε κάθε περίπτωση υποστηρικτικές – συμβουλευτικές παρεμβάσεις στη φιλοξενούσα οικογένεια με στόχους την ομαλοποίηση του οικογενειακού πλαισίου σε σχέση με τον φιλοξενούμενο ασθενή, τη βελτίωση των στάσεων του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος της Φιλοξενούσας Οικογένειας και την ενίσχυση των προσπαθειών της για την ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο ζει και δρα η Φιλοξενούσα Οικογένεια.

Θ Η Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα λαμβάνει ειδικά υποστηρικτικά μέτρα για τη στήριξη της Φιλοξενούσας Οικογένειας σε περίπτωση έκτακτων γεγονότων, όπως ενδεικτικά ο θάνατος ή προβλήματα υγείας μέλους της οικογένειας.

Θ Με απόφαση της διοίκησης του φορέα στον οποίο ανήκει το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών και μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου ορίζεται εξωτερικός επόπτης με εξειδίκευση και εμπειρία σε θέματα δυναμικής της ομάδας για την ετήσια εποπτεία του έργου της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας» (άρθρο 4, υπουργική απόφαση οικ. 19353/ΦΕΚ 1433/22-10-2001).

2.4.3. Ο ρόλος του επιστημονικά υπεύθυνου

«Με απόφαση του διοικούντος οργάνου του φορέα που υλοποιεί το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών ορίζεται ο επιστημονικός υπεύθυνος του προγράμματος. Ο επιστημονικά υπεύθυνος ορίζεται με κριτήρια τη γνώση και την εμπειρία του και την αποδοχή των αρχών που διατυπώνονται στο Κεφάλαιο Α της παρούσας, αποδεικνυομένων κυρίως από την ενεργητική συμμετοχή του σε αντίστοιχα προγράμματα και δράσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Ο επιστημονικά υπεύθυνος προέρχεται από τις ειδικότητες που συνθέτουν και στελεχώνουν τη Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα. Ο Επιστημονικά υπεύθυνος έχει την ευθύνη συντονισμού και υλοποίησης του έργου της

Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας, όπως αυτό περιγράφεται ανωτέρω, την επιστημονική ευθύνη για την υλοποίηση του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών και την ευθύνη για τη διασύνδεση του προγράμματος με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας στον οποίο ανήκει ο φορέας που υλοποιεί το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών και την ευθύνη για τη διασύνδεση του προγράμματος με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας στον οποίο ανήκει ο φορέας που υλοποιεί το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών. Το αυτό πρόσωπο μπορεί να ορίζεται Επιστημονικά υπεύθυνος σε περισσότερα από ένα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών του ίδιου φορέα» (άρθρο 4, υπουργική απόφαση οικ. 19353/ΦΕΚ 1433/22-10-2001).

2.4.4. Διαδικασία επιλογής της ανάδοξης οικογένειας

«Η Διοίκηση του φορέα που αναλαμβάνει την υλοποίηση του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών ορίζει τριμελή επιτροπή από τη Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα του προγράμματος αποτελούμενη από ένα ψυχίατρο, ένα ψυχολόγο και ένα κοινωνικό λειτουργό, η οποία διενεργεί έρευνα για την καταλληλότητα της υποψήφιας Φιλοξενούσας Οικογένειας με κύριο γνώμονα τη διασφάλιση της θεραπείας και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του προς τοποθέτηση ασθενούς. Ειδικότερα, η επιτροπή ερευνά την εν γένει δομή της προσωπικότητας των μελών των φιλοξενουσών οικογενειών, τους όρους διαβίωσης τους, όπως ενδεικτικά την επαρκή και υγιεινή κατοικία τους, τους επαρκείς οικονομικούς πόρους, το μορφωτικό επίπεδο, την ηρεμία του οικογενειακού περιβάλλοντος, καθώς και την αποδοχή του προς φιλοξενία ατόμου από τα τυχόν συννοικούντα μέλη της οικογένειας. Δεν επιλέγεται η υποψήφια Φιλοξενούσα Οικογένεια όταν κάποιο από τα μέλη της έχει καταδικαστεί αμετακλήτως σε οποιαδήποτε ποινή για αδίκημα που μπορεί να επιφέρει την έκπτωση από το λειτούργημα του δημοσίου υπαλλήλου ή για παράβαση του Νόμου περί ναρκωτικών. Η υποψήφια Φιλοξενούσα Οικογένεια επιλέγεται από πίνακα που έχει διαμορφώσει ο φορέας που υλοποιεί το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών ύστερα από αίτηση κάθε υποψήφιας οικογένειας. Οι υποψήφιες Φιλοξενούσες Οικογένειες οφείλουν να υποβάλλουν στον αρμόδιο φορέα τα εξής:

- i. Αίτηση στην οποία να εμφανίζεται το ονοματεπώνυμο, η διεύθυνση κατοικίας και η ηλικία τους

- ii. Πιστοποιητικό οικογενειακής και περιουσιακής κατάστασης των γονέων και των συνοικούντων μελών της υποψήφιας Φιλοξενούσας Οικογένειας
- iii. Πιστοποιητικό υγείας των ιδίων και των συνοικούντων με αυτούς μελών
- iv. Αντίγραφο ποινικού μητρώου των ιδίων και των συνοικούντων με αυτούς ενηλίκων μελών
- v. Υπεύθυνη δήλωση για λόγους που τους ωθούν να αναλάβουν καθήκοντα Φιλοξενούσας Οικογένειας
- vi. Ο,τιδήποτε άλλο στοιχείο κριθεί αναγκαίο εκ μέρους της διενεργούσης την έρευνα τριμελούς επιτροπής του εδαφίου 1 του παρόντος άρθρου, που να έχει αιτιώδη συνάφεια για την απόδειξη της καταλληλότητας του μεμονωμένου ατόμου ή των γονέων που επιθυμούν να αναλάβουν καθήκοντα Φιλοξενούσας Οικογένειας. Δεν υπάρχει χρονικός προσδιορισμός για την κατάθεση αίτησης από υποψήφια Φιλοξενούσα Οικογένεια. Οι προϋποθέσεις αυτές ισχύουν καθ' όλο το χρονικό διάστημα της διαβίωσης του ασθενούς στη φιλοξενούσα οικογένεια» (άρθρο 8, υπουργική απόφαση οικ. 19353/ΦΕΚ 1433/22-10-2001).

2.4.5. Διαδικασία εκπαίδευσης και εποπτείας της ανάδοξης οικογένειας

«Η Φιλοξενούσα Οικογένεια αναλαμβάνει τη φροντίδα του ασθενούς η οποία συνίσταται τουλάχιστον στα εξής:

- Θ Στην παροχή στέγης ικανής να διασφαλίσει την αξιοπρεπή και ευχάριστη διαμονή του ασθενούς
- Θ Στην παροχή επαρκούς και υγιεινής τροφής προς αυτόν
- Θ κάλυψη εξόδων καθημερινής αστικής μετακίνησης και ατομικών μικροεξόδων του ασθενή
- Θ Στην παροχή επαρκούς ένδυσης – υπόδησης του ασθενή
- Θ Στην εποπτεία της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής

- Θ Στην εξασφάλιση της ολοκλήρωσης της σχολικής εκπαίδευσης, όταν πρόκειται για παιδιά και εφήβους και της επαγγελματικής κατάρτισης, όταν πρόκειται για εφήβους και νέους ενήλικες
- Θ Στην επιμέλεια της ομαλής σωματικής και ψυχικής ανάπτυξης του ασθενούς
- Θ Στην εξασφάλιση ήρεμου και ομαλού οικογενειακού περιβάλλοντος
- Θ Στην εξασφάλιση συμμετοχής του ασθενούς στις δράσεις της οικογένειας
- Θ Στην ψυχοκοινωνική επανένταξη και προετοιμασία του ασθενούς για την αυτόνομη διαβίωση
- Θ Στην διασφάλιση της αυτοτελούς διάθεσης από τον ασθενή τυχόν και άλλων ιδίων εσόδων» (άρθρο 14, υπουργική απόφαση οικ. 19353/ΦΕΚ 1433/22-10-2001).

«Ο Επιστημονικός υπεύθυνος και η Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα, οι οποίοι έχουν την ευθύνη της τοποθέτησης ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ή και διαταραχές αυτιστικού τύπου σε φιλοξενούσες οικογένειες οργανώνουν και ταχύρρυθμα προγράμματα εκπαίδευσης των μελών των υποψηφίων Φιλοξενουσών οικογενειών στις οποίες θα φιλοξενηθούν οι ασθενείς. Η Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα μπορεί να υποστηρίζεται ή να διοργανώνει από κοινού προγράμματα εκπαίδευσης και με άλλους αρμόδιους φορείς. Η Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα οργανώνει και εκτελεί προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωση των φιλοξενουσών οικογενειών στις οποίες έχουν ήδη τοποθετηθεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ή και διαταραχές αυτιστικού τύπου καθ' όλη τη διάρκεια της φιλοξενίας και οπότε κρίνεται αναγκαίο από τον επιστημονικά υπεύθυνο του προγράμματος» (άρθρο 9, υπουργική απόφαση οικ. 19353/ΦΕΚ 1433/22-10-2001).

«Η προετοιμασία της οικογένειας συνίστανται στην ενημέρωση της σε σχέση με τις ανάγκες του υπό φιλοξενία ασθενούς και στην ευαισθητοποίηση – εκπαίδευση της σε σχέση με χειρισμούς του ασθενή με αλλαγή στάσεων και πεποιθήσεων σε θέματα ψυχικής διαταραχής. Η δοκιμαστική περίοδος ένταξης του ασθενούς στη Φιλοξενούσα Οικογένεια διαρκεί έως τρεις μήνες. Δοκιμαστικές επισκέψεις του ασθενούς στην υποψήφια Φιλοξενούσα Οικογένεια γίνονται με συνοδεία μέλους της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας. Όταν πρόκειται για παιδί ή έφηβο πραγματοποιούνται δοκιμαστικές διανυκτερεύσεις πάντα με τη συνοδεία μέλους της Θεραπευτικής

Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας. Μετά την πάροδο της δοκιμαστικής περιόδου και εφ' όσον εξελιχθούν όλα ομαλά, οριστικοποιείται η φιλοξενία από τη Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα» (άρθρο 11, υπουργική απόφαση οικ. 19353/ΦΕΚ 1433/22-10-2001).

«Μέλη της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας, τα οποία ορίζει ο επιστημονικός υπεύθυνος του προγράμματος επισκέπτονται τακτικά μια φορά το μήνα και εκτάκτως, όποτε ο επιστημονικός υπεύθυνος κρίνει ότι είναι σκόπιμο, την φιλοξενούσα οικογένεια για να διαπιστώσει τους όρους διαβίωσης του φιλοξενούμενου ατόμου, την κλινική κατάσταση του, το βαθμό αποδοχής του από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον της φιλοξενούσας οικογένειας, τον βαθμό εξέλιξης της κοινωνικο-οικονομικής αποκατάστασης του, τη σχολική πρόοδο όταν πρόκειται για παιδιά και εφήβους, την επαγγελματική κατάρτιση όταν πρόκειται για εφήβους και νέους, τον βαθμό συμμετοχής τους σε δράσεις και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, την τήρηση των όρων της σύμβασης της παρούσας απόφασης και τον βαθμό αφομοίωσης του εκπαιδευτικού προγράμματος από τη φιλοξενούσα οικογένεια. Ανά εξάμηνο συντάσσεται έκθεση από τη Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα για την εξέλιξη της φιλοσοφίας η οποία κατατίθεται στη Διοίκηση του φορέα που υλοποιεί το πρόγραμμα» (άρθρο 10, υπουργική απόφαση οικ. 19353/ΦΕΚ 1433/22-10-2001).

2.4.6. Διαδικασία επιλογής των ασθενών για τοποθέτηση στις ανάδοχες Οικογένειες

«Οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ή και διαταραχές αυτιστικού τύπου του άρθρου 3 της παρούσας που πρόκειται να ενταχθούν σε προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών είναι ενήλικες, παιδιά ή έφηβοι, και των δύο φύλων και τελούν υπό σταθερή ιατροφαρμακευτική κάλυψη. Η κλινική τους κατάσταση πρέπει να είναι σταθεροποιημένη κατά το τελευταίο εξάμηνο πριν τη διαδικασία επιλογής για την τοποθέτησή τους σε πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών. Οι υποψήφιοι για φιλοξενία ασθενείς μπορούν να προέρχονται από ασθενείς που διαμένουν σε μονάδες ψυχικής υγείας ή προστατευμένες στεγαστικές δομές (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα). Ασθενείς που διαμένουν σε συγγενικά τους ή άλλα πρόσωπα δύνανται να τοποθετηθούν σε προγράμματα

Φιλοξενουσών Οικογενειών, όταν κρίνεται αναγκαίο από τη Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα για τη βελτίωση των όρων και των συνθηκών διαβίωσης αυτών των ασθενών. Οι ασθενείς που τοποθετούνται σε Φιλοξενούσα Οικογένεια δύνανται να έχουν κάποιας μορφής εργασία, προστατευμένη ή μη» (άρθρο 6, υπουργική απόφαση οικ. 19353/ΦΕΚ 1433/22-10-2001).

2.4.7. Τα δικαιώματα των αναδόχων οικογενειών – Τα δικαιώματα των ασθενών

«Όσο διάστημα διαρκεί η φιλοξενία του ασθενούς, η Φιλοξενούσα Οικογένεια δικαιούται:

- Τη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του ασθενούς με ευθύνη και δαπάνες του φορέα που υλοποιεί το πρόγραμμα, όταν πρόκειται για ανασφάλιστο ασθενή και επίσης με δαπάνες του φορέα κατά το μέρος που δεν καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, όταν πρόκειται για ασφαλισμένο ασθενή
- Να ζητήσει εκτάκτως και να λάβει από τη Θ.Υ.Δ.Ο. την κοινωνική προστασία του ασθενούς από υπηρεσίες του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή τη συνδρομή άλλων κρατικών φορέων σε περίπτωση ανάγκης
- Την έγκαιρη και σταθερή παροχή χρηματικού ποσού, η οποία σύμφωνα με τη σύμβαση καταβάλλεται από το φορέα μηνιαίως και προκαταβολικά την 27^η του προηγούμενου μήνα και μέσω τραπεζικού λογαριασμού των συζύγων της Φιλοξενούσας Οικογένειας ή ατομικού τραπεζικού λογαριασμού του μεμονωμένου ατόμου που έχει αναλάβει τον ασθενή. Τυχόν άλλα έσοδα του ασθενή που τοποθετήθηκε στη Φιλοξενούσα Οικογένεια παραμένουν στην πλήρη δικαιοδοσία του εκτός εάν ορίζεται διαφορετική διαδικασία από την ισχύουσα νομοθεσία κατά περίπτωση. Όλα τα ανωτέρω αναφέρονται ρητά στη σύμβαση.
- Οι φυσικοί γονείς και οι συγγενείς του φιλοξενούμενου ασθενούς καθ' όλο το διάστημα της φιλοξενίας δεν δικαιούνται να παρενοχλούν τη Φιλοξενούσα Οικογένεια ή να παρεμβαίνουν στο έργο της. Επισκέψεις των φυσικών γονέων ή λοιπών συγγενών στο φιλοξενούμενο ασθενή πραγματοποιούνται μόνο μετά από έγκριση του Επιστημονικά υπεύθυνου. Παντελής απαγόρευση στους φυσικούς γονείς να επισκέπτονται τον

φιλοξενούμενο ασθενή πρέπει να είναι ειδικά αιτιολογημένη από τον Επιστημονικά υπεύθυνο.

- Την διακοπή της σύμβασης σύμφωνα με την περίπτωση Γ του άρθρου 13 της παρούσας» (άρθρο 14, υπουργική απόφαση οικ. 19353/ΦΕΚ 1433/22-10-2001).

«Η προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς που τοποθετείται σε πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών αποτελεί ευθύνη του Επιστημονικού υπεύθυνου και της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας σε συνεργασία με την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας, καθώς και την Επιτροπή Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές του άρθρου 2 του Ν.2716/99» (άρθρο 7, υπουργική απόφαση οικ. 19353/ΦΕΚ 1433/22-10-2001).

2.4.8. Πρότυπο σύμβασης με το φορέα υλοποίησης του προγράμματος αναδόχων οικογενειών – Διακοπή της σύμβασης

«Η Διοίκηση του φορέα υλοποίησης του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών μετά από πρόταση του επιστημονικά υπεύθυνου του προγράμματος υπογράφει αρχικά ετήσια σύμβαση με τη Φιλοξενούσα Οικογένεια στην οποία περιγράφονται οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα της, όπως αυτά αναφέρονται στην παρούσα απόφαση. Η σύμβαση από πλευράς της Φιλοξενούσας Οικογένειας υπογράφεται από το σύζυγο και τη σύζυγο, όταν πρόκειται για οικογένεια, ή από το άτομο σε περίπτωση μεμονωμένου ατόμου που αναλαμβάνει τη φιλοξενία του ασθενούς και από τον ασθενή στην περίπτωση που είναι ενήλικας. Η σύμβαση ανανεώνεται στη συνέχεια μετά από αιτιολογημένη πρόταση του επιστημονικά υπεύθυνου του προγράμματος και τη σύμφωνη γνώμη της Φιλοξενούσας Οικογένειας και του ασθενούς για όσο χρονικό διάστημα συμφωνηθεί από κοινού. Ο φορέας οφείλει να πληρώνει στη Φιλοξενούσα Οικογένεια μηνιαίως ποσό εκ του προϋπολογισμού του προγράμματος ισόποσο με αυτό που προβλέπει η αντίστοιχη κοινή υπουργική απόφαση για το ειδικό ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο, τόσο για τους ασφαλισμένους όσο και για τους ανασφάλιστους ασθενείς. Από το ποσό αυτό ο φορέας υλοποίησης του προγράμματος αποδίδει στη φιλοξενούσα οικογένεια το 90% όταν πρόκειται για πρόγραμμα ενηλίκων και το 85% όταν πρόκειται για πρόγραμμα παιδιών ή εφήβων, σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 13 του Ν. 2716/99. Το υπόλοιπο ποσοστό του ειδικού ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου παραμένει στον φορέα για

τις υπηρεσίες που παρέχει στη Φιλοξενούσα Οικογένεια, όπως ενδεικτικά ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της Φιλοξενούσας Οικογένειας, καθώς και εκπαίδευση της οικογένειας σε θέματα πρόληψης της υποτροπής και αντιμετώπισης της κρίσης, θεραπευτική αγωγή και υποστήριξη του ασθενούς. Στην ανωτέρω σύμβαση ο φορέας αναλαμβάνει να καταβάλλει ανελλιπώς το ποσό του ειδικού ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου, που ορίζεται στην παρ. 2 του παρόντος άρθρου και η Φιλοξενούσα Οικογένεια να επιμελείται και να φροντίζει τον φιλοξενούμενο ασθενή δεσμευόμενη για όλες τις υποχρεώσεις που αναφέρονται στη σύμβαση στην παρούσα απόφαση. Οι όροι της σύμβασης εξειδικεύονται κατά περίπτωση, συμφωνούνται με τη Φιλοξενούσα Οικογένεια προ της τοποθέτησης του ασθενούς και καταγράφονται από τη Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα του προγράμματος στο φάκελο φιλοξενίας. Στη σύμβαση γίνεται ρητή μνεία ότι η Φιλοξενούσα Οικογένεια έλαβε γνώση του περιεχομένου της παρούσας απόφασης και ότι αποδέχεται ανεπιφύλακτα τους όρους και τις προϋποθέσεις αυτής και τις δεσμεύσεις που απορρέουν από αυτήν. Στη σύμβαση περιλαμβάνεται ρητά η ποσοτική εξειδικευμένη ανάλυση των περιπτώσεων α, β, γ και δ του άρθρου 14 Α της παρούσας απόφασης, η λεπτομερής εξειδικευμένη ανάλυση των περιπτώσεων στ και ι του άρθρου 14^Α της παρούσας απόφασης, καθώς και η χρονική διάρκεια του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών, που υλοποιείται από τον φορέα. Οι αναφερόμενες στο άρθρο 14^Α της παρούσας παροχές δεν μπορεί να είναι κατώτερες του ποσού που μεταβιβάζεται από τον φορέα υλοποίησης του προγράμματος στη Φιλοξενούσα Οικογένεια. Εάν διαπιστωθεί από τη Θεραπευτική Υποστηρικτική Ομάδα του Προγράμματος ότι η Φιλοξενούσα Οικογένεια δεν τηρεί τους όρους της σύμβασης θεωρείται ότι έχει διακόψει μονομερώς και με ευθύνη της τη σύμβαση. Σε περίπτωση διακοπής της σύμβασης για τους ανωτέρω λόγους η Φιλοξενούσα Οικογένεια δεν δικαιούται οποιασδήποτε αξίωσης. Στην προαναφερόμενη σύμβαση περιλαμβάνονται τα ανωτέρω και κάθε άλλος όρος που εξασφαλίζει πλήρως την ολοκλήρωση του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών για τα συμβαλλόμενα μέρη» (άρθρο 12, υπουργική απόφαση οικ. 19353/ΦΕΚ 1433/22-10-2001).

«Ο επιστημονικά υπεύθυνος και η Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα έχουν την ευθύνη της άμεσης διακοπής της φιλοξενίας του ασθενούς από τη φιλοξενούσα οικογένεια, όταν εκτιμήσουν ότι επιβάλλεται η διακοπή αυτής εφόσον δεν ικανοποιούνται οι όροι της σύμβασης ή εφόσον διαπιστώσουν ότι δεν βελτιώνεται η θεραπευτική και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς. Πριν τη διακοπή διατυπώνονται έγγραφες παρατηρήσεις – υποδείξεις της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Επιστημονικής Ομάδας στις

οποίες οφείλει να προσαρμοστεί η Φιλοξενούσα Οικογένεια εντός ενός μηνός. Αν η Φιλοξενούσα Οικογένεια δεν προσαρμοστεί με τις υποδείξεις υπάρχει δεύτερη πρόταση της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας προς τη Φιλοξενούσα Οικογένεια για την άμεση ή το αργότερο εντός δέκα ημερών εφαρμογή των όρων της σύμβασης από αυτή. Εάν μετά την παρέλευση και της δεύτερης προθεσμίας η Φιλοξενούσα Οικογένεια δεν εφαρμόσει τις υποδείξεις της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας και τους όρους της σύμβασης ο Επιστημονικά υπεύθυνος εισηγείται στον αρμόδιο φορέα την έκδοση πράξης μονομερούς διακοπής της σύμβασης με ευθύνη της Φιλοξενούσας Οικογένειας και κινεί όλες τις διαδικασίες μεταφοράς του ασθενούς σε άλλη οικογένεια ή σε προσωρινή στεγαστική δομή μέχρι την εξεύρεση νέας Φιλοξενούσας Οικογένειας. Μετά από αίτηση του ασθενούς, όταν πρόκειται για ενήλικα άτομα, για διακοπή της φιλοξενίας, ο επιστημονικά υπεύθυνος και η Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα εντός τριμήνου ερευνά και αποφασίζει για τη συνέχιση ή τη διακοπή της σύμβασης. Η διακοπή της σύμβασης μπορεί να γίνει και από τη Φιλοξενούσα Οικογένεια μετά από αίτησή της και την παρέλευση διμήνου από την ημερομηνία υποβολής της αίτησής της. Μέσα σε αυτό το διάστημα ο επιστημονικά υπεύθυνος και η Θεραπευτική Υποστηρικτική Ομάδα(Θ.Υ.Δ.Ο). οφείλουν να έχουν εξασφαλίσει την τοποθέτηση του ασθενούς σε άλλη Φιλοξενούσα Οικογένεια ή σε στεγαστική δομή κοινωνικής αποκατάστασης του φορέα ή άλλου συναφούς φορέα» (άρθρο 13, υπουργική απόφαση οικ. 19353/ΦΕΚ 1433/22-10-2001).

2.5. Εμπειρίες προγραμμάτων αναδοχής για ψυχικά ασθενείς στην Ελλάδα

Οι εμπειρίες οργάνωσης προγραμμάτων αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες στην Ελλάδα περιλαμβάνουν δύο προσπάθειες. Μια του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (1989) και μια της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών (1998). Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά θέματα οργάνωσης των δύο προγραμμάτων αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες.

2.5.1. Το πρόγραμμα αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ.) ξεκίνησε πρόγραμμα αναδοχής (το πρώτο στον ελληνικό χώρο) το 1989. Το πρόγραμμα αυτό αναπτύχθηκε σε τρεις φάσεις. Στην πρώτη φάση εντάχθηκαν δέκα ασθενείς σε αναδοχή. Ένα χρόνο μετά μια δεύτερη ομάδα δέκα ασθενών συμπλήρωσαν το πρόγραμμα. Η μεγάλη πλειονότητα των ασθενών προέρχονταν από τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής. Το 1991 άλλοι οκτώ ασθενείς εντάχθηκαν σε πρόγραμμα αναδοχής στα πλαίσια αποϊδρυματοποίησης του Κρατικού Θεραπευτηρίου της Λέρου (Χαβάκη – Κονταξάκη και συνεργάτες, 1994).

Οι σκοποί του προγράμματος αναδοχής του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής² ήταν οι ακόλουθοι:

- Θ Η κατάλληλη στέγαση όταν δεν υπάρχει οικογένεια ή όταν η οικογένεια είναι ακατάλληλη
- Θ Η πιο «φυσιολογική» ζωή σε σχέση με ένα θάλαμο νοσοκομείου και με λιγότερο κόστος
- Θ Η δυνατότητα πιο εύκολης προσαρμογής στην Κοινότητα (Χαβάκη – Κονταξάκη και συνεργάτες, 1994).

Μια σημαντική παράμετρος που προσμετράται, κατά τους παραπάνω συγγραφείς, στα πλεονεκτήματα του θεσμού ήταν το χαμηλό κόστος περίθαλψης του ασθενούς. Να σημειωθεί ότι το κόστος περίθαλψης του ασθενή ανά ημέρα (με τα δεδομένα του 1991-1992) ήταν 3.700δρχ. στο πρόγραμμα αναδοχής, ενώ το αντίστοιχο σε ξενώνες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής ήταν 9.500-13.000δρχ. (Χαβάκη – Κονταξάκη και συνεργάτες, 1994).

Οι προϋποθέσεις ένταξης των ασθενών σε ανάδοχη οικογένεια ήταν:

- ΑΕ η οικογένεια να είναι άλλη από τη δική του
- ΑΕ η οικογένεια να παίρνει μισθό
- ΑΕ να τοποθετείται ένας ασθενής ανά οικογένεια
- ΑΕ η οικογένεια να είναι κοντά στο φυσικό χώρο του ασθενή
- ΑΕ να υπάρχει το κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον

² Σήμερα η ονομασία του φορέα είναι Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών

- Α** να υπάρχει ο κατάλληλος ασθενής
- Α** να υπάρχει η δυνατότητα σύνδεσης ασθενούς και ανάδοχης οικογένειας
- Α** να υπάρχουν προδιαγραφές στεγαστικής κάλυψης
- Α** να υπάρχουν δυνατότητες απασχόλησης του ασθενούς
- Α** να υπάρχει δίκτυο υποστηρικτικών υπηρεσιών στην Κοινότητα (Χαβάκη – Κονταξάκη και συνεργάτες, 1994).

Το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών που τοποθετήθηκε στο παραπάνω πρόγραμμα αναδοχής είχαν ως ανάδοχη οικογένεια συγγενικά τους πρόσωπα, τα οποία αμείβονταν με 80.000 -100.000 δρχ. το μήνα. Οι ασθενείς βρίσκονταν ως επι το πλείστον (70%) στην περιοχή καταγωγής τους. Για ανάδοχες οικογένειες επιλέγονταν κατά κανόνα ολιγομελείς οικογένειες (65%), που αποτελούνταν μόνο από το ζευγάρι, καθώς πολλές μελέτες στο εξωτερικό είχαν καταλήξει στο συμπέρασμα πως οι περισσότεροι ασθενείς που τοποθετούνταν σε πολυμελείς ανάδοχες οικογένειες υποτροπιάζαν. Για τη διερεύνηση της καταλληλότητας του ασθενή βάρυναν κύρια δύο παράγοντες: η έλλειψη επικινδυνότητας και οι κάποιου βαθμού κοινωνικολειτουργικές δυνατότητες (Χαβάκη – Κονταξάκη και συνεργάτες, 1994).

Τα στάδια ένταξης στο παραπάνω πρόγραμμα αναδοχής περιλάμβαναν τα ακόλουθα:

Θ Το στάδιο επιλογής ασθενούς και οικογένειας. Στα πλαίσια αυτά τηρούνταν λίστα υποψηφίων για αναδοχή και υποψηφίων αναδόχων οικογενειών

Θ Το στάδιο προετοιμασίας του ασθενούς. Συνίσταται κυρίως στην προσπάθεια βελτίωσης των κοινωνικών και κοινοτικών του δεξιοτήτων, τη βελτίωση της ατομικής του υγιεινής και φροντίδας, καθώς και τη βελτίωση της ψυχοπαθολογικής του εικόνας. Η διάρκεια προετοιμασίας του κάθε ασθενούς κυμαινόταν κατά περίπτωση. Στη διεθνή βιβλιογραφία το στάδιο αυτό κυμαίνεται από μισό έως δύο μήνες

Θ Το στάδιο προετοιμασίας οικογένειας. Κατά το στάδιο αυτό δίνεται έμφαση στην ενημέρωση σε σχέση με τις ανάγκες του αρρώστου και στην ευαισθητοποίηση – εκπαίδευση της οικογένειας σε σχέση με χειρισμούς του ασθενή, αλλαγή στάσεων και πεποιθήσεων σε θέματα ψυχικής διαταραχής κλπ.

Θ Το στάδιο δοκιμαστικής περιόδου ένταξης. Οι δοκιμαστικές επισκέψεις του ασθενή στην ανάδοχο οικογένεια γίνονται αρχικά με τη συνοδεία μελών της ψυχιατρικής ομάδας, ενώ σε δεύτερη φάση ο ασθενής μπορεί να είναι και μόνος ή να τον συνοδεύει ο

υποψήφιος ανάδοχος. Στο τελευταίο στάδιο των δοκιμαστικών επισκέψεων προστίθενται και διανυκτερεύσεις του ασθενή στην ανάδοχη οικογένεια. Η δοκιμαστική περίοδος διαρκούσε περίπου τρεις μήνες.

Θ Το στάδιο οριστικοποίησης της ένταξης. Στο στάδιο αυτό συντάσσεται ένα είδος συμβολαίου ορισμένης διάρκειας σε σχέση με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του ασθενή και της ανάδοχης οικογένειας με την εγγύηση του φορέα που υλοποιεί το πρόγραμμα αναδοχής. Στη φάση αυτή είναι σημαντικό η ανάδοχη οικογένεια να αντιληφθεί πως στόχος της αναδοχής δεν είναι η επ' άπειρον επιδοματική ενίσχυση της οικογένειας, αλλά η ενίσχυση για όσο διάστημα χρειαστεί να παραμείνει ο ασθενής κοντά στην οικογένεια, μέχρις ότου επιτευχθεί η πλήρης και αυτοδύναμη κοινωνική – επαγγελματική του επανένταξη

Θ Το στάδιο παρακολούθησης – επανεκτίμησης των προϋποθέσεων αναδοχής. Σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος αναδοχής γίνεται συστηματική παρακολούθηση, τόσο του ασθενούς όσο και της αναδόχου οικογένειας. Ανά δίμηνο γίνονται επισκέψεις στο σπίτι από τη ψυχιατρική ομάδα και όποτε εκτάκτως κριθεί αναγκαίο. Επίσης, συντάσσεται έκθεση ανά δίμηνο σε σχέση με την εξέλιξη της αναδοχής, ενώ υπάρχει συνεχής επικοινωνία ανάμεσα στην ανάδοχο οικογένεια, τον ασθενή και την ψυχιατρική ομάδα που παρακολουθεί το πρόγραμμα.

Θ Το στάδιο διαρκούς ενημέρωσης – εκπαίδευσης των οικογενειών. Σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος υπάρχει συνεχιζόμενη εκπαιδευτική παρέμβαση προς τις οικογένειες (λειτουργία Λέσχης με ψυχοεκπαιδευτικό και κοινωνικό χαρακτήρα).

Θ Το στάδιο σχεδιασμού προγράμματος (εξατομικευμένου) πλήρους κοινωνικής και εργασιακής επανένταξης – αποκατάστασης. Για κάθε ασθενή εκπονείται ένα βήμα προς βήμα πρόγραμμα προνοιακής κάλυψης και εργασιακής αποκατάστασης, πράγμα που θα βοηθήσει στην έξοδό τους από το πρόγραμμα και την επιτυχία του αιώτερου στόχου που είναι η πλήρης κοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη των ασθενών (Χαβάκη – Κονταξάκη και συνεργάτες, 1994).

Η εμπειρία από τη λειτουργία του προγράμματος αναδοχής του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής ανέδειξε ως πολύ σημαντικούς παράγοντες για την επιτυχία αντίστοιχων δράσεων τους παρακάτω παράγοντες:

- i. Η ανάγκη διασύνδεσης με άλλες δομές παροχής υπηρεσιών σε Κοινοτικό πλαίσιο
- ii. Η συνεχής και συστηματική παρακολούθηση της αναδοχής

- iii. Η συνεχής επαφή με την οικογένεια
- iv. Η συστηματική αξιολόγηση του προγράμματος αναδοχής ((Χαβάκη – Κονταξάκη και συνεργάτες, 1994).

Συμπερασματικά, οι οργανωτές του προγράμματος αναδοχής επισημαίνουν τη χρησιμότητα αντίστοιχων προγραμμάτων αναδόχων οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες, ιδιαίτερα για χρόνιους ιδρυματοποιημένους ασθενείς, αλλά τονίζουν και την αναγκαιότητα αξιολόγησης αυτών των προγραμμάτων με χρήση αξιόπιστων ερευνητικών εργαλείων (Χαβάκη – Κονταξάκη και συνεργάτες, 1994).

2.5.2. Το πρόγραμμα αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες της Μονάδας Αναδόχων Οικογενειών της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Το 1998 η Μονάδα Αναδόχων Οικογενειών της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών σχεδίασε και υλοποίησε πιλοτικό πρόγραμμα αναδοχής για δέκα ψυχικά πάσχοντες. Το πρόγραμμα στηρίχτηκε στις παρακάτω αρχές

- i. η τοποθέτηση χρόνιων ασθενών σε ανάδοχες οικογένειες εξασφαλίζει συνεχές και σταθερό περιβάλλον φροντίδας και μέσα σ' αυτό το οικογενειακό περιβάλλον είναι δυνατή η αποφυγή των υποτροπών, η σωστή φροντίδα του ασθενούς σε θέματα καθημερινότητας, αλλά και νοσηλείας (λήψη φαρμακευτικής αγωγής). Μέσα σ' αυτό το περιβάλλον ο ασθενής μπορεί να διατηρήσει τη λειτουργικότητά του
- ii. η τοποθέτηση ασθενών μετά από κριτήρια αξιολόγησης τους σε ανάδοχες οικογένειες αφ' ενός εξασφαλίζει καλύτερες συνθήκες διαβίωσης για τον ασθενή αφ' ετέρου επιτυγχάνεται μείωση του κόστους φροντίδας, ενώ παράλληλα υπάρχει και η δυνατότητα μετά τη λήξη της αναδοχής για περισσότερες λύσεις αποκατάστασης (π.χ. επιστροφή στη φυσική οικογένεια, επιστροφή σε Ξενώνα ή στην ιδανική περίπτωση αυτόνομη διαβίωση στην κοινότητα) διαβίωσης (Τομαράς και συν., 2005).

Τα κριτήρια αποτελεσματικότητας του προγράμματος αναδοχής ορίστηκαν τα παρακάτω: «η κλινική και λειτουργική κατάσταση, η χρήση υπηρεσιών, η ποιότητα ζωής του ασθενούς, η επιβάρυνση του αναδόχου και της οικογένειας του, καθώς και το συγκριτικό κόστος της αναδοχής» (Τομαράς και συν., 2005:218).

Ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας του προγράμματος αναδοχής έθετε τους ακόλουθους όρους:

i. **Όσον αφορά την επιλογή ασθενών:** στο πρόγραμμα αναδοχής μπορούν να συμμετέχουν ασθενείς και των δύο φύλων, αρκεί να μην έχουν υπερβεί τα 50 έτη. Προϋπόθεση για την ένταξη στο πρόγραμμα ήταν οι ασθενείς να έχουν εναισθησία και να μην έχουν υποτροπιάσει κατά το τελευταίο εξάμηνο. Για την ένταξη στο πρόγραμμα συνεκτιμήθηκε θετικά τυχόν εργασιακή απασχόληση του ασθενή. Προτεραιότητα για την ένταξη στο πρόγραμμα είχαν ασθενείς που διαβίωναν σε προστατευμένες στεγαστικές δομές (Ξενώνες ή Προστατευμένα διαμερίσματα) ή ασθενείς που ζούσαν με τις οικογένειες τους, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οι οικογένειες αυτές ήταν και το κατάλληλο περιβάλλον. Τέλος, δεν γίνονταν δεκτοί στο πρόγραμμα ασθενείς με νοητική υστέρηση, ουσιοεξάρτηση και διαταραχές συμπεριφοράς.

ii. **Όσον αφορά την επιλογή αναδόχων οικογενειών:** δεν επιτρέπεται στο πρόγραμμα αναδοχής η υποψήφια ανάδοχη οικογένεια να έχει σχέση πρώτου βαθμού συγγένειας με τον ασθενή. Ο σχεδιασμός για την προσέλκυση υποψήφιων αναδόχων οικογενειών στηρίχτηκε στην προετοιμασία της Κοινότητας, που είχε γίνει στην περιοχή ευθύνης του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα – Καισαριανής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Μια δεύτερη ομάδα στόχου υποψηφίων αναδόχων οικογενειών ήταν ευαισθητοποιημένες οικογένειες, που κατοικούσαν στην Αθήνα. Σύμφωνα, με τον εσωτερικό κανονισμό του προγράμματος αναδοχής και μεμονωμένα άτομα μπορούσαν να αξιολογηθούν ως υποψήφιες ανάδοχες οικογένειες και να ενταχθούν στο πρόγραμμα αναδοχής. Τέλος, η ομάδα αξιολόγησης εξέταζε ως βασικό κριτήριο επιλογής των αναδόχων οικογενειών τα κίνητρα τους, ιδιαίτερα το κατά πόσο η υποψήφια ανάδοχη οικογένεια ενδιαφερόταν πραγματικά για την καλύτερη φροντίδα του ασθενούς.

iii. **Όσον αφορά τους όρους αναδοχής:** υπογράφεται σύμβαση μεταξύ του προγράμματος αναδοχής και της ανάδοχης οικογένειας. Οι όροι της σύμβασης είναι προϊόν διαπραγμάτευσης της εκάστοτε ανάδοχης οικογένειας με τη Μονάδα Αναδόχων Οικογενειών. Αξιοσημείωτο είναι ότι στα πλαίσια αυτής της διαπραγμάτευσης η ανάδοχη οικογένεια μπορεί να ενταχθεί στο πρόγραμμα, ακόμα και σε περίπτωση που ο ασθενής δεν συγκατοικεί μαζί της, αλλά κατοικεί σε ανεξάρτητο χώρο δίπλα στην κατοικία της ανάδοχης οικογένειας. Είναι φυσικό ότι και σ' αυτήν την περίπτωση την εποπτεία και φροντίδα του ασθενή έχει η ανάδοχη οικογένεια. Σε κάθε περίπτωση πάντως η σύμβαση αναδοχής προέβλεπε υποχρεώσεις για την ανάδοχη οικογένεια αναφορικά με : «(α) την παροχή στέγης

που να καλύπτει τις ανάγκες του ασθενή, (β) την επαρκή και υγιεινή σίτιση του ασθενή, (γ) την κάλυψη των εξόδων μετακίνησης με αστική συγκοινωνία και διάφορα μικροέξοδα (π.χ. εφημερίδα, τσιγάρα κλπ.), (δ) τον έλεγχο λήψης της φαρμακευτικής αγωγής

iv. **Όσον αφορά τη σύμβαση με την ανάδοχη οικογένεια:** ο διευθυντής της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του Πανεπιστημίου Αθηνών υπογράφει ετήσια σύμβαση μίσθωσης έργου με την ανάδοχη οικογένεια, στην οποία περιγράφονται οι υποχρεώσεις και των δύο μερών. Η σύμβαση ανανεώνεται κάθε χρόνο μετά από έκθεση αξιολόγησης της Μονάδας Αναδόχων Οικογενειών, η οποία εισηγείται την ανανέωση ή μη της σύμβασης. Η αμοιβή της εκάστοτε ανάδοχης οικογένειας ήταν για το 2004 το καθαρό ποσό των 412,45€ Στη σύμβαση υπήρχε όρος που έδινε το δικαίωμα στον διευθυντή της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του Πανεπιστημίου Αθηνών να διακόψει τη σύμβαση εφόσον το προσωπικό της Μονάδας Αναδοχής διαπίστωνε παραβάσεις στην τήρηση των όρων

v. **Όσον αφορά το προσωπικό:** Την διεπιστημονική ομάδα της Μονάδας Αναδόχων Οικογενειών (Μ.Α.Ο.) αποτελούσαν ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνική λειτουργός, νοσηλεύτης, επισκέπτης υγείας και εργοθεραπευτής, οι οποίοι απασχολούνταν εξ ολοκλήρου σε καθεστώς μερικής απασχόλησης (part time work). Στα πλαίσια των καθηκόντων της η διεπιστημονική ομάδα είχε την επίβλεψη και εποπτεία των αναδόχων οικογενειών, όπως επίσης και τον έλεγχο τήρησης της σύμβασης. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιούσε κάθε μήνα τακτικές και έκτακτες επισκέψεις προκειμένου να διερευνήσει το κατά πόσο τηρείται η σύμβαση, αλλά και για να εκτιμήσει την κατάσταση του ασθενή και την ικανοποίησή του από τη ζωή στο νέο του περιβάλλον. Στα πλαίσια αυτά με ευθύνη της διεπιστημονικής ομάδας τηρείται ιατρικός φάκελος για τον κάθε ασθενή, στον οποίο καταγράφονται όλες οι επισκέψεις, καθώς και τα αποτελέσματά τους. Στο φάκελο αναδοχής του ασθενή καταχωρούνται και τα αποτελέσματα ειδικών δοκιμασιών (test) ή άλλα εργαλεία αξιολόγησης, όπως αυτά έχουν περιγραφεί στον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας της Μονάδας Αναδόχων Οικογενειών. Στα καθήκοντα της διεπιστημονικής ομάδας είναι και η συμβουλευτική υποστήριξη (εποπτεία) της ανάδοχης οικογένειας, ώστε να επικρατεί μέσα στην οικογένεια ένα σταθερό (ήρεμο) περιβάλλον, χωρίς συγκρούσεις και αντιπαραθέσεις, που μπορούν να διαταράξουν την ισορροπία του ασθενή

vi. **Όσον αφορά την αξιολόγηση:** Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας συμπλήρωναν κατά την αρχική φάση ένταξη του ασθενούς και στη λήξη της σύμβασης τα παρακάτω «εργαλεία» εκτίμησης:

- BPRS (Βραχεία Κλίμακα Ψυχιατρικής Εκτίμησης)
- PANSS (Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου)
- GAS (Κλίμακα Σφαιρικής Εκτίμησης)
- DAS (Σχέδιο Εκτίμησης Αναπηρίας)
- WAIS (Κλίμακα Νοημοσύνης Ενηλίκων Wechsler), υποδοκιμασίες λεξιλογίου και κύβων
- WHOQOL-BREF (Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής – σύντομη μορφή)
- Κλίμακα Οικογενειακής Επιβάρυνσης
- CFI/EE (Συνέντευξη Οικογένειας Camberwell / Εκφραζόμενο Συναίσθημα)

Από τα παραπάνω ερευνητικά εργαλεία τα πρώτα έξι αφορούν τον ασθενή, το έβδομο συμπληρώνεται από την ανάδοχη οικογένεια, ενώ το τελευταίο που μετρά το εκφραζόμενο συναίσθημα συμπληρωνόταν από κάθε μέλος της ανάδοχης οικογένειας, το οποίο διέμενε στην ίδια στέγη με τον ασθενή εφόσον συναναστρεφόταν μαζί του περισσότερες από δύο ώρες την ημέρα (Τομαράς και συνεργάτες, 2005).

Η αποτίμηση του προγράμματος από τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας της Μονάδας Αναδόχων Οικογενειών οδήγησε στη διατύπωση των παρακάτω διαπιστώσεων: (i) από τις δέκα θέσεις αναδοχής μόνο οι πέντε θέσεις καλύφθηκαν εντός του προβλεπόμενου χρονοδιαγράμματος (ii) η «πηγή» άντλησης υποψηφίων αναδόχων οικογενειών επικεντρώθηκε στο Σύλλογο Οικογενειών για τη Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ.), στην ενημέρωση κληρικών προκειμένου να ευαισθητοποιήσουν οικογένειες που έχουν στενή σχέση με την Εκκλησία και υψηλό αίσθημα αλληλεγγύης, στην ενημέρωση σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας κλπ., (iii) οι περισσότερες υποψήφιες ανάδοχες που εκδήλωσαν ενδιαφέρον για το πρόγραμμα απορρίφθηκαν, καθώς ήταν συγγενείς πρώτου ή δεύτερου βαθμού με τον ασθενή. Κατά την εκτίμηση της διεπιστημονικής ομάδας, η αποτυχία προσέλευσης κατάλληλων οικογενειών οφειλόταν στα χαρακτηριστικά της ελληνικής οικογένειας, (iv) εκτίμηση της διεπιστημονικής ομάδας της Μονάδας Αναδόχων Οικογενειών ήταν ότι η ομάδα στόχος για την προσέλευση κατάλληλων υποψηφίων αναδόχων οικογενειών πρέπει να είναι άτομα, που έχουν γνώσεις και εμπειρίες στο χώρο της ψυχικής υγείας, όπως είναι οι εθελοντές ή οι συνταξιούχοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ή άτομα από το κοινωνικό περιβάλλον του υποψηφίου προς αναδοχή, (v) σε περιπτώσεις που η ανάδοχη οικογένεια προέρχεται από το ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον του ασθενή ή από το φιλικό του περιβάλλον, η

διεπιστημονική ομάδα πρέπει να ελέγξει τυχόν συναισθηματικής υπερεμπλοκής της ανάδοχης οικογένειας, καθώς αυτή μπορεί να περιορίσει την αυτονομία του ασθενή και τελικά να οδηγήσει στα αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα, (vi) η διεπιστημονική ομάδα της Μονάδας Αναδόχων Οικογενειών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου διαπίστωσε ότι το υπάρχον νομικό πλαίσιο που υποχρεώνει την ανάδοχη οικογένεια να συμβιώνει με τον ασθενή δημιουργεί προβλήματα στην εφαρμογή του θεσμού και διατυπώνει την άποψη ότι αυτή είναι η κύρια αιτία μη εφαρμογής του θεσμού από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, (vii) η διεπιστημονική ομάδα του προγράμματος θεωρεί υψηλό το οικονομικό κίνητρο και επισημαίνει τον κίνδυνο προσέλευσης ακατάλληλων οικογενειών και (viii) επισημαίνεται η αναγκαιότητα εφαρμογής του θεσμού των προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών (Τομαράς και συν., 2005).

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΝΑΔΟΧΗΣ

ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

3.1. Λειτουργία προγραμμάτων αναδοχής από δομές ψυχικής υγείας

Έρευνα το 2001 του GREPFA (ευρωπαϊκός σύνδεσμος για την τοποθέτηση σε ανάδοχη οικογένεια) [και του ADESM](#) (γαλλικός σύνδεσμος δομών ψυχικής υγείας) για τη λειτουργία προγραμμάτων αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες από κρατικές δομές ψυχικής υγείας το 2001, έδειξε ότι θεραπευτική αναδοχή εφαρμόζεται από το 67,19% των δομών ψυχικής υγείας (Brunier, 2002).

Στο Παρίσι οι υπηρεσίες θεραπευτικής αναδοχής σε δομές ψυχικής υγείας δημιουργήθηκαν κυρίως τη χρονική περίοδο 1992- 1998. Το 1996 το 75% των δομών ψυχικής υγείας στο Παρίσι διέθεταν υπηρεσία θεραπευτικής αναδοχής, η πλειοψηφία των οποίων αναλαμβάνει 5- 10 ασθενείς. Ωστόσο, τα επόμενα χρόνια το κράτος για τη μείωση των εξόδων της υγείας, μείωσε και τις θέσεις ανάδοχων και υπεύθυνων στις υπηρεσίες με αποτέλεσμα τη μείωση των αναδοχών (Auger, 2003). Έτσι τα τελευταία χρόνια στη Γαλλία 0,015% (47/ 3000) δομές υγείας εφαρμόζουν το θεσμό της θεραπευτικής αναδοχής (Michel, 2009). Ωστόσο, πολλές δομές ψυχικής υγείας αποφεύγουν τις θεραπευτικές αναδοχές ιδιαίτερα σε επαρχιακές πόλεις της Γαλλίας, λόγω δυσκολίας ανεύρεσης οικογενειών, προσέγγισης του θεσμού ευκαιριακά ως μορφής επαγγελματικής αποκατάστασης και παντελούς έλλειψης ευαισθησίας για τη ψυχική νόσο και εξαιτίας έλλειψη εκπαίδευσης των υποψηφίων ανάδοχων οικογενειών (A.F.P.E., 1996).

Αντίθετα, στην Ιταλία τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση συμμετοχής στο θεσμό. Οι υπηρεσίες που ασχολούνται με τη θεραπευτική αναδοχή αυξήθηκαν από 11 το 1999 σε 24 το 2002. Η αύξηση του ενδιαφέροντος των δομών οφείλεται στην ενημέρωση, με την πραγματοποίηση συνεδρίων και τη δημοσίευση βιβλίων και εντύπων, αλλά και στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας και αποκατάστασης με ελάχιστο κόστος (Allufi, 2003). Στην Ιταλία, από το 1999 ως το 2003, 54 οικογένειες υπέβαλαν αίτηση για αναδοχή και επιμορφώθηκαν, αλλά από αυτές παραιτήθηκαν εξαιτίας της παραμονής τους σε λίστα αναμονής για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενάμιση έτους (Allufi, 2003).

3.2 Ερευνητικά δεδομένα από τη λειτουργία προγραμμάτων θεραπευτικής αναδοχής στη Γαλλία

Ως πλεονέκτημα της θεραπευτικής αναδοχής θεωρείται η ένταξη του ασθενούς στην κοινότητα και η αποφυγή της χρονιότητας. Από οικονομικής πλευράς, η συντριπτική πλειοψηφία των δομών (¾) δηλώνει ικανοποιημένη για τον τρόπο αμοιβής των ανάδοχων οικογενειών (Brunier, 2002). Σε επίπεδο κράτους, η κοινωνική ασφάλιση εξοικονομεί κατά μέσο όρο 135 με 200 € ημερησίως όταν ένας ασθενής δε νοσηλεύεται, αλλά φιλοξενείται σε ανάδοχη οικογένεια (Dupont, 2007).

Στη Γαλλία 32,81 % των δομών ψυχικής υγείας αρνούνται να εφαρμόσουν το θεσμό. Ο κυρίαρχος λόγος είναι η πολυπλοκότητα από οικονομικής πλευράς και το κόστος, αλλά και η προτίμηση άλλων καταλληλότερων παρεμβάσεων για τα προβλήματα του ασθενούς (42%). Επίσης, η αναδοχή δεν εφαρμόζεται λόγω μεγάλης θεραπευτικής ευθύνης και έλλειψης ανάδοχων οικογενειών (23%), λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (9%). Ένα ποσοστό 23,8% των δομών δεν εφαρμόζουν τη θεραπευτική αναδοχή λόγω εφαρμογής της κοινωνικής (για άτομα με αναπηρίες). Πάντως 19% των δομών δεν έχουν αποκλείσει την εφαρμογή του θεσμού, αλλά είναι υπό σκέψη ή σε αρχική φάση υλοποίησης του σχεδίου. Πάντως, το αυξημένο ποσοστό άρνησης εφαρμογής του θεσμού πιθανόν εκφράζει ένα σκεπτικισμό σχετικά με την οργάνωση και τη λειτουργία (Michel, 2009).

Έρευνες στη Γαλλία έδειξαν ότι οι δομές ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν προβλήματα αναφορικά με το θεραπευτικό σχεδιασμό προγραμμάτων αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες. Το 24,41% των δομών που λειτουργούν προγράμματα αναδοχής επισημαίνουν ότι η οικογένεια δεν εφαρμόζει πάντα το σχεδιασμό και υπάρχει μια δυσκολία συνεργασίας. Παρά την επιλογή τους, ορισμένες οικογένειες δεν έχουν συνειδητοποιήσει το μέγεθος των υποχρεώσεων και δεν είναι έτοιμες να αναλάβουν την ευθύνη δύσκολων περιπτώσεων. Από την άλλη, ορισμένες οικογένειες προχωρούν πέρα από το θεραπευτικό σχεδιασμό ανησυχώντας υπερβολικά για την πρόοδο του φιλοξενούμενου και φέρνοντάς τον σε δύσκολη θέση. Επίσης, ο ίδιος ο θεραπευτικός σχεδιασμός μπορεί να φέρει προβλήματα είτε υποτιμώντας είτε υπερεκτιμώντας τις δυνατότητες του ασθενούς, οπότε χρειάζεται βελτίωση του περιεχομένου του σχετικά με την παθολογία του ασθενούς και το είδος της φροντίδας (Michel, 2009).

Σημαντικά προβλήματα παρουσιάζονται σχετικά με τον κανονισμό και τις συμβάσεις, όπως δηλώνει το 52,32% των δομών ψυχικής υγείας που λειτουργούν προγράμματα

αναδοχής. Στη θεραπευτική αναδοχή δεν υπάρχει ένας ενιαίος κανονισμός από όλες τις δομές για τις ανάδοχες οικογένειες. Έτσι υπάρχει αβεβαιότητα για βασικά θέματα, όπως η ιατρική περίθαλψη των ανάδοχων οικογενειών, τα ρεπό, οι αναρρωτικές άδειες, η σύνταξη, η αποζημίωση σε απουσία του ασθενούς. Μάλιστα, 3,48% δομές κρίνουν το σύστημα αποζημίωσης πολύπλοκο (Michel, 2009).

Ένα ποσοστό 22,09% των δομών υποστηρίζουν ότι μεγάλη δυσκολία προκύπτει στη σχέση οικογένειας και ασθενούς. Παρά την παθολογία ενός ασθενούς και τους στόχους που τέθηκαν από τη θεραπευτική ομάδα, όταν οι οικογένειες έχουν υπερβολικές προσδοκίες για την πρόοδο του φιλοξενούμενου, τότε ενεργούν σε πολύ στενά πλαίσια και με υπερβολικούς κανόνες με δυσμενείς συνέπειες για την ψυχική κατάσταση του ασθενούς (Michel, 2009).

Σε σχετική έρευνα στη Γαλλία σε δομές ψυχικής υγείας, που λειτουργούν προγράμματα αναδοχής, αναφορικά με τα οικονομικά δεδομένα των προγραμμάτων αναδοχής, το 26,74% των δομών ψυχικής υγείας απάντησε ότι θεωρούν ανεπαρκή την ημερήσια αμοιβή των ανάδοχων οικογενειών. Πιο συγκεκριμένα τρεις (3) δομές ψυχικής υγείας δήλωσαν ότι το επίδομα για τα έξοδα συντήρησης του φιλοξενούμενου αναστέλλεται, αν λείπει ο ασθενής, παρ' όλο που με την επιστροφή του αυξάνονται τα έξοδα π.χ. περισσότερα πλυντήρια. Επτά (7) δομές (8,13%) ανέφεραν ότι θεωρούν άδικη τη φορολόγηση των ανάδοχων οικογενειών. Έξι (6) δομές ψυχικής υγείας δήλωσαν ως πρόβλημα σε σχετική έρευνα το γεγονός ότι δε λαμβάνονται υπόψη, αν και θα έπρεπε, οι διάφορες μορφές αναδοχής (πχ. διαρκείας ή διακεκομμένη) για το επίδομα που δίνεται στους ασθενείς (Brunier, 2002).

Άλλα προβλήματα που σχετίζονται με τη λειτουργία προγραμμάτων αναδοχής στη Γαλλία και που προέκυψαν μέσα από έρευνα είναι:

- Α** η παρακολούθησή της ανάδοχης οικογένειας από τη θεραπευτική ομάδα
- Α** η ψυχολογική φθορά και η κούραση των οικογενειών σε περιπτώσεις που δε δίνεται ρεπό
- Α** οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των αναδόχων οικογενειών αναφέρθηκε ως πρόβλημα σε μια αναλογία 1/11 δομών ψυχικής υγείας, που λειτουργούν προγράμματα θεραπευτικής αναδοχής
- Α** το 30% των δομών ψυχικής υγείας που λειτουργούν προγράμματα θεραπευτικής αναδοχής ανέφερε ως σημαντικό πρόβλημα την έλλειψη επαγγελματισμού και επιμόρφωση των οικογενειών

Α η δυσκολία ανεύρεσης οικογενειών ή αντικατάστασης τους στη διάρκεια των διακοπών αποτελεί πρόβλημα για το 53% των δομών που λειτουργούν προγράμματα θεραπευτικής αναδοχής

Α ενώ ως πρόβλημα αναφέρεται και τα διαφορετικά είδη συμβάσεων μεταξύ των δομών (Brunier, 2002).

3.3 Προτάσεις δομών ψυχικής υγείας στη Γαλλία για τη καλύτερη λειτουργία του θεσμού της θεραπευτικής αναδοχής

Σε σχετική έρευνα, η πλειοψηφία των δομών ψυχικής υγείας (43/128), που λειτουργούν προγράμματα θεραπευτικής αναδοχής ζητούν την αναγνώριση του θεσμού ως εναλλακτική μορφής νοσηλείας, με ό, τι νομικές συνέπειες έχει αυτό για τον ασθενή, αλλά και οικονομικές για την αμοιβή της οικογένειας. Στα πλαίσια αυτά προτείνουν την αναπροσαρμογή του νόμου σχετικά με την κοινωνική ασφάλιση βάσει του κώδικα εργασίας, ώστε να μην εξαρτάται η ασφάλιση και η αμοιβή από το εκάστοτε ίδρυμα. Προτείνεται, επίσης, η εφαρμογή ενός συστήματος με πληρωμένες άδειες, με ή χωρίς τον ασθενή, και μερική αμοιβή σε απουσία του ασθενούς, πράγμα που ήδη εφαρμόστηκε από κάποιες δομές, οι οποίες όρισαν την αμοιβή σε 50% για απουσία δυο μηνών (Brunier, 2002).

3.4 Ερευνητικά δεδομένα για τις απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται σε προγράμματα θεραπευτικής αναδοχής

Όπως σημειώνει ο Auger, κοινωνικός λειτουργός που ασχολείται με τη θεραπευτική αναδοχή, η θεραπευτική αναδοχή παραμένει ακόμα στο περιθώριο στη Γαλλία, παρά τις αρχικές προσδοκίες. Από τους 3.500 ασθενείς που φιλοξενούνται στα πλαίσια προγραμμάτων θεραπευτικής αναδοχής στη Γαλλία, οι 1.450 δέχθηκαν περίθαλψη στις παλιές οικογενειακές αποικίες του Dun sur Auron et Ainay le Château. Αυτό σημαίνει ότι λιγότερο από 1% των ασθενών στη Γαλλία συμμετέχουν στη θεραπευτική αναδοχή (Auger, 2003). Στη Γαλλία το 2006 το νοσοκομείο (CHS) του Ainay le Chateau ήταν η δομή με τις περισσότερες αναδοχές (220 οικογένειες, 440 ασθενείς), (Michel, 2009).

Σε σχετικές έρευνες, πολλοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας θετικά προσκείμενοι προς το θεσμό, επισημαίνουν τα οφέλη της θεραπευτικής αναδοχής. Σύμφωνα με τον Allufi, ψυχολόγο και συντονιστή υπηρεσίας θεραπευτικής αναδοχής σε δομή στο Τορίνο, όπως επισημαίνει στο 6^ο συνέδριο του GREPFA στη Γαλλία, ο ασθενής του ψυχιατρικού νοσοκομείου γίνεται πλέον πολίτης με προσωπική ζωή, όνομα, σπίτι, σχετίζεται με πρόσωπα αναφοράς κι όχι με επαγγελματίες με άنيση σχέση. Ο ασθενής έχει τη δυνατότητα για μια «ωρίμανση σε δεύτερο χρόνο», να σκεφθεί ότι δεν χάθηκαν όλα, να μη γίνει χρόνιος ασθενής, να μη δεχθεί μόνο ιατρικές θεραπείες, συχνά μη αποτελεσματικές, αλλά και κοινωνικές (Allufi, 2003). Επιπλέον υπάρχει οικονομικό όφελος για το κράτος, αφού μειώνονται οι νοσηλείες στα νοσοκομεία και το προσωπικό (Quille, 2004, Collard, 2003).

Παρά την θερμή υποστήριξη του θεσμού από πολλούς επαγγελματίες, έρευνες έδειξαν ότι συχνά ορισμένοι διατηρούν επιφυλακτική στάση. Στη Lille από το 2000- 2004 εφαρμόστηκε πιλοτικά ο θεσμός της αναδοχής ως εναλλακτική μορφή νοσηλείας για ασθενείς με διαταραχή διάθεσης και αγχώδη διαταραχή σε οξεία φάση. Συμμετείχαν 300 ασθενείς που φιλοξενήθηκαν για 2-3 βδομάδες σε ανάδοχη οικογένεια.. Πριν δοθεί άδεια από το νοσοκομείο, υπήρξε σκεπτικισμός αρχικά από τη δομή και τους νοσηλευτές που πίστευαν ότι η περίθαλψη από μη ειδικούς υποτιμά το επάγγελμά τους (Quille, 2004).

Άλλοι επισημαίνουν ότι η θεραπευτική αναδοχή εφαρμόζεται δίχως ενιαίο πλαίσιο, αλλά αυτοσχέδια από κάθε δομή στη λειτουργία και οργάνωση (Allufi, 2003, Auger, 2003). Η κατάσταση με την αμοιβή των οικογενειών σύμφωνα με τον Auger επιδεινώθηκε λόγω αμοιβής των οικογενειών όχι πλέον από τη δομή, αλλά από την υπηρεσία θεραπευτικής αναδοχής της δομής (Auger, 2003).

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της αναδοχής ερευνητικά δεδομένα που αφορούν τις απόψεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας ανέδειξαν τις ακόλουθες προτάσεις:

- Α** την αποσαφήνιση του πλαισίου αναδοχής
- Α** τη βελτίωση των αποδοχών
- Α** την αύξηση των προσλήψεων
- Α** την κοινωνικής ασφάλιση και συνταξιοδότηση των αναδόχων οικογενειών
- Α** τη θεσμοθέτηση αδειών για τις ανάδοχες οικογένειες
- Α** την επιμόρφωση των οικογενειών (Allufi, 2003, A.F.P.E., 1996).

Α το σωστό θεραπευτικό σχεδιασμό για την αναδοχή ασθενούς σε οικογένεια (Collard, 2003).

Άλλη έρευνα σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας έδειξε ότι θεωρούν ως βασικά κίνητρα αναδοχής από οικογένειες την εξασφάλιση εισοδήματος και μάλιστα στα πλαίσια κατ' οίκον εργασίας και το αίσθημα προσφοράς στον πλησίον (Dupont, 2007).

3.5 Ερευνητικά δεδομένα για τις απόψεις των οικογενειών που συμμετέχουν σε προγράμματα θεραπευτικής αναδοχής

Σε σχετική έρευνα 5 στους 11 ανάδοχους ανέφεραν σε συνέντευξη ότι η θεραπευτική αναδοχή είναι ένα επάγγελμα που τους επιτρέπει να μείνουν σπίτι ανατρέφοντας τα παιδιά τους. Επίσης, το αίσθημα μοναξιάς σε ένα μεγάλο σπίτι και άδειο μετά από αναχώρηση των παιδιών, η δυσκολία ανεύρεσης εργασίας και η ανεργία, είναι λόγοι που τους οδήγησαν στην επιλογή του συγκεκριμένου επαγγέλματος (Dupont, 2007, Allufi, 2003).

Σε άλλη έρευνα έγινε φανερό ότι όσο πιο μεγάλη ήταν η επιθυμία για προσφορά στο συνάνθρωπο, τόσο οι ανάδοχοι είχαν και υψηλότερες προσδοκίες για την πρόοδο των ψυχικά πασχόντων. Επίσης οι ανάδοχοι φάνηκε να προτιμούν για φιλοξενία ασθενείς με νευρώσεις και λιγότερο με εξάρτηση από αλκοόλ (Beatty & Seeley, 1980).

Αναφορικά με την πηγή ενημέρωσης των αναδόχων οικογενειών προέκυψε, από έρευνα του Dupont, ότι οι περισσότεροι έμαθαν για το επάγγελμα και για τη ζήτηση ανάδοχων οικογενειών από φίλους που είχαν προσωπική εμπειρία, ενώ λιγότεροι ήταν εκείνοι που ενημερώθηκαν από μικρές αγγελίες (Dupont, 2007). Στη Lille από το 2000- 2004 με την εφαρμογή της εναλλακτικής μορφής νοσηλείας για περιστατικά σε οξεία φάση η αναζήτηση οικογενειών γνωστοποιήθηκε μέσω τοπικού τύπου και προέκυψε πλήθος υποψήφιων οικογενειών (Quille, 2004).

Σε έρευνα του Brunier (2002) αναφορικά με τη μορφή της ανάδοχης οικογένειας, η συντριπτική πλειοψηφία των αναδόχων οικογενειών (98 οικογένειες ή 80%) ήταν πυρηνικές οικογένειες, που αποτελούνταν δηλαδή από δύο ενήλικες και των δυο φύλων. Μόνο το 7% των αναδοχών οικογενειών αποτελούνταν από οικογένειες με παιδιά, ενώ το 13% των οικογενειών ήταν μονογονεϊκές (Brunier, 2002).

Σε ό, τι αφορά των αριθμό των φιλοξενούμενων, το 77% των ανάδοχων οικογενειών φιλοξενούν έναν (1) ασθενή, το 15% δύο (2) ασθενείς και το 8% φιλοξενούν περισσότερους από δύο (2) ασθενείς. Ακόμη, δύο (2) δομές από τις 128 του δείγματος εφαρμόζουν σύγχρονη αναδοχή δυο ασθενών σε μια οικογένεια σε περίοδο διακοπών, ενώ σε 4 δομές υπήρξαν περιπτώσεις άρνησης επιπλέον φιλοξενούμενων λόγω ανεπαρκούς χώρου, λόγω ήδη αυξημένου αριθμού ασθενών, ταυτόχρονων συμβάσεων και με άλλους οργανισμούς και για άλλους λόγους απροσδιόριστους. (Brunier, 2002).

Έρευνα του Dupont (2007) αναφορικά με το είδος της σχέσης μεταξύ αναδόχων οικογενειών και φιλοξενούμενων, έδειξε ότι από τις έντεκα ανάδοχες οικογένειες που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν στις συνεντεύξεις ότι η σχέση τους με τους φιλοξενούμενους χαρακτηρίζεται από:

- ΑΕ Τη φιλική επαφή με σεβασμό (5/11).
- ΑΕ Τη σχέση γονέα - παιδιού με μεγαλύτερο μάλιστα συναισθηματικό δέσιμο από τη φυσική σχέση (2/11)
- ΑΕ Την επαφή «ίσος προς ίσον»(1/11), με τη λογική να μην κάνεις στον άλλον όσα δε θες να σου κάνει
- ΑΕ Την επαγγελματική σχέση (2/11). Πάντως σε όλα τα είδη επαφής υπάρχει εμπιστοσύνη, ευγένεια, διάθεση του να «ακούσεις» (Dupont, 2007).

Αναφορικά με τα κίνητρα της θεραπευτικής αναδοχής από την άποψη των ίδιων των αναδόχων οικογενειών έρευνες ανέδειξαν ως θετικά σημεία της αναδοχής το γεγονός ότι οι οικογένειες μέσω της θεραπευτικής αναδοχής κερδίζουν κοινωνική αναγνώριση, ενώ καλύπτουν και την ανάγκη τους για προσφορά στο συνάνθρωπο. Επίσης, όλοι οι ανάδοχοι βιώνουν ευχαρίστηση με την πρόοδο του ασθενούς και το αίσθημα ότι είναι χρήσιμοι και αξίζουν. Τέλος, ορισμένοι ανέφεραν ότι μέσω της αναδοχής ικανοποιούν το πάθος τους για τη ψυχολογία (Michel, 2009, Dupont, 2007).

Σε άλλη έρευνα της ψυχολόγου Radiguet διαπιστώνεται ότι οι οικογένειες όταν αποφασίζουν μια αναδοχή συνήθως δεν έχουν συνειδητοποιήσει τις δυσκολίες που θα προκύψουν. Όμως με τον ερχομό του ασθενούς ξαφνικά ανακαλύπτουν έναν παράξενο, περίεργο, διαφορετικό κόσμο που τους αποδιοργανώνει και τους αναστατώνει. Αλλά και στη συνέχεια συμβαίνει να υποτιμούν ή να υπερεκτικούν τις δυνατότητες του φιλοξενούμενου (Radiguet, 2005).

Στην πορεία η οικογένεια βιώνει ποικίλα συναισθήματα. Όλοι οι ανάδοχοι αναφέρουν ως βασικό πρόβλημα στη σχέση τους με τον ασθενή τη ματαιώση και απογοήτευση σε περίπτωση αποτυχίας ή σε δύσκολη φάση του ασθενούς. Επίσης, μπορεί να βιώνουν σωματική και ψυχική εξάντληση, λόγω διαφορετικού ρυθμού ζωής, πχ. συνεχής επιτήρηση, πράγμα που εξαρτάται από την ηλικία και την παθολογία του ασθενούς. Δυσκολίες ακόμη πιθανόν προκύπτουν με την εκμάθηση υγιεινής, λόγω διαφορετικής αίσθησης χιούμορ, ρουτίνας λόγω στασιμότητας σε χρόνιους ασθενείς. Υπάρχουν και περιπτώσεις ζήλιας των φιλοξενούμενων προς άλλα μέλη και κυρίως σε παιδιά (Dupont, 2007, Radiguet, 2005).

Εκτός από την εναλλαγή ελπίδας και ηρεμίας με περιόδους απογοήτευσης, η οικογένεια πιθανόν βιώνει φόβο πιθανής επιθετικότητας από τον ασθενή. Βιώνει ντροπή και ενοχές όταν σκέφτεται ότι ο φιλοξενούμενος «είναι τρελός». Νιώθει σε απόγνωση και αμφιβάλλει για την επιλογή του επαγγέλματος της αναδοχής (Michel, 2009).

Σε ό, τι αφορά την επικοινωνία, κάποιες φορές η οικογένεια δυσκολεύεται να θέσει όρια, πιθανόν επειδή θεωρεί ότι ο φιλοξενούμενος είναι ασθενής. Ακόμη κάποιες οικογένειες επιθυμούν να συμμορφώσουν τον φιλοξενούμενο στα δικά τους κριτήρια συμπεριφοράς, δίχως σεβασμό στη διαφορετικότητα. Ανησυχούν για τον πάσχοντα και αναρωτιούνται ποια η κατάλληλη στάση που θα έπρεπε να υιοθετήσουν. Καμιά φορά βιώνουν μοναξιά λόγω απόστασης του ασθενή. Έτσι, συχνά προκύπτουν παρεξηγήσεις και συγκρούσεις στην επικοινωνία. (Radiguet, 2005, Quille, 2004).

Αναφορικά με τη συνεργασία με την θεραπευτική ομάδα, υπάρχουν οικογένειες που έχουν καλή συνεργασία, ενώ κάποιες παραπονιούνται ότι δεν εισακούγονται, ή ότι έχουν ανεπαρκή εκπαίδευση, ή ότι νιώθουν μόνες στην προσπάθειά τους, ή ότι δεν είναι σαφείς οι ρόλοι των μελών της οικογένειας (Radiguet, 2005).

Εκτός από την επαφή με τον ασθενή και τη θεραπευτική ομάδα, πρακτικά ζητήματα που αφορούν τις συνθήκες εργασίας εγείρουν αντιδράσεις. Κατ' αρχάς, περισσότερες από τις μισές οικογένειες στη Γαλλία είναι δυσαρεστημένες με την αμοιβή και την κοινωνική ασφάλιση, καθώς και με την απουσία κοινών αποδοχών από όλες τις δομές. Ακόμη, παρατηρείται καθυστέρηση και ασυνεπής καταβολή του μισθού κάθε μήνα, και μετά την ξαφνική διακοπή ή και επίσημη λήξη της σύμβασης πρόβλημα με τη χορήγηση επιδόματος ή αποζημίωσης (Dupont, 2007, Radiguet, 2005, Auger, 2003, Brunier, 2002, Virideau, 2002).

Τα συναισθήματα, όπως ο φόβος, τα όρια στην επαφή, οι απορίες για τη συμπεριφορά του φιλοξενούμενου και οποιαδήποτε άλλη δυσκολία γίνονται αντικείμενο ανάλυσης στα πλαίσια

της θεραπευτικής ομάδας (Radiguet, 2005, Lemaître, 2001). Πάντως, οι δυσκολίες στην καθημερινότητα και η έλλειψη ικανοποίησης από τις παροχές οδηγούν και κάποιες φορές στη διακοπή της σύμβασης (Dupont, 2007).

Χαρακτηριστικές για τα βιώματα των οικογενειών είναι οι απόψεις της Dumontet, η οποία ασκεί το επάγγελμα της «αναδοχής» πέντε χρόνια, στη διάρκεια των οποίων έχει φιλοξενήσει 3 άτομα (ένα άτομο για 3 χρόνια, το δεύτερο για 1, 5 χρόνο και το τρίτο για 1 χρόνο). Η ίδια αναφέρει ότι η ανάδοχη οικογένεια αποτελεί ένα πρότυπο οικογένειας για τον ασθενή. Ρόλος της είναι όχι η υιοθεσία, αλλά η κάλυψη βασικών αναγκών όπως ασφάλεια, τροφή, πλύσιμο, εκπαίδευση στην αυτονομία, κοινωνικοποίηση, εκμάθηση κανόνων, ορίων, συμπεριφορών. Σημασία έχει η σχέση που θα αναπτυχθεί μετά την αρχική φάση της γνωριμίας, τα όρια στη σχέση και η αποδοχή του άλλου. Στην αποσαφήνιση των ορίων συντελεί η χρήση ενικού ή πληθυντικού αριθμού στην καθημερινή επικοινωνία, η σωματική απόσταση, η άδεια της οικογένειας, ο εσωτερικός κανονισμός, η σύμβαση, η εποπτεία από τη θεραπευτική ομάδα (Dumontet, 2003).

3.6 Ερευνητικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα και τις προοπτικές κοινωνικής επανένταξης της θεραπευτικής αναδοχής

Στη Γαλλία 3.500 ασθενείς φιλοξενούνται σε ανάδοχες οικογένειες, παρ' όλο που ο θεσμός είναι λιγότερο γνωστός από την κοινωνική αναδοχή (Dupont, 2007). Όπως αναφέρει η Lemaître, ψυχολόγος και εμπλεκόμενη στη θεραπευτική αναδοχή, ο ασθενής μέσα στην οικογένεια νιώθει ότι ακούγεται. Νιώθει ασφάλεια, αγάπη, ενδιαφέρον, αποδοχή, σεβασμό, υποστήριξη στην προσπάθειά του να βγει στον κόσμο (Lemaître, 2001).

Ακόμη, ορισμένοι ασθενείς που πάσχουν από νευρώσεις αρνούνται νοσηλεία για να αποφύγουν τον στιγματισμό, οπότε επωφελούνται από την αναδοχή ως εναλλακτική μορφή νοσηλείας σε οξεία φάση (Quille, 2004).

Ωστόσο, αρχικά ένας ασθενής που ζει σε μια δομή ψυχικής υγείας χρειάζεται χρόνο να συνηθίσει στην ιδέα της ζωής στην κοινότητα και να κατανοήσει την πρόταση της αναδοχής, να συμφωνήσει και να ξεπεράσει τυχόν φόβους (Lemaître, 2001). Αλλά και στην πορεία, μέσα στην σχέση μπορεί τα παιδικά τραύματα να αναβιωθούν ενώ κάποιες φορές οι

φιλοξενούμενοι αντιλαμβάνονται εχθρικότητα ή καχυποψία από τη γειτονιά (A.F.P.E., 1996).

Σύμφωνα με έρευνα στη Γαλλία σε 31 περιπτώσεις αναδοχής, το 6,5% των ασθενών μεταφέρθηκε σε άλλη οικογένεια ή σε οικογένεια με κοινωνική αναδοχή, το 9,6% επέστρεψε στη φυσική οικογένεια (με ή χωρίς νοσοκομείο ημέρας), το 12,9% χρειάστηκε επανανοσηλεία στο ψυχιατρείο, το 16,1% μετέβη σε διαμέρισμα αυτόνομης διαβίωσης, το 19,4% κατέληξε σε γηροκομείο ή οικοτροφείο, το 29% οδηγήθηκε σε «foyer de vie» (προστατευόμενη κατοικία για ενήλικες με αναπηρίες που διαθέτουν ορισμένη αυτονομία, δίχως όμως να μπορούν να εργαστούν ούτε και σε προστατευόμενη εργασία.). Η επιλογή των αποκαταστασιακών λύσεων μετά τη θεραπευτική αναδοχή εξαρτάται από την επιθυμία του ασθενούς και τις δεξιότητές του. Πάντως, τις περισσότερες φορές η θεραπεία αναδοχής δεν καταφέρνει την αρχική προσδοκία για μια εντελώς αυτόνομη διαβίωση. Οι λύσεις αποκατάστασης μετά την αναδοχή δείχνουν ότι, παρά τον αρχικό σκοπό, συχνά ο θεσμός εφαρμόζεται ως μοναδική λύση διαρκείας για χρόνιους ασθενείς με ιστορικό σε ιδρύματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο κύριος θεραπευτικός στόχος είναι η διατήρηση της διαχρονικότητας της αναδοχής (Dupont, 2007).

Πιθανόν για την επιτυχή έκβαση έχει σημασία ο ρυθμός ζωής και οι κανόνες του σπιτιού σε συνδυασμό με την προσωπικότητα του φιλοξενούμενου. Υπάρχουν και περιπτώσεις που η αναδοχή δεν ωφελεί καθόλου ορισμένους ασθενείς. Είναι αδύνατον να γίνει εκτίμηση προκαταβολικά για την αποτελεσματικότητα της αναδοχής σε έναν ασθενή (Dupont, 2007). Αντίθετα, τα αποτελέσματα είναι θετικά για τη θεραπευτική αναδοχή περιστατικών σε οξεία φάση ως εναλλακτική μορφή νοσηλείας. Σημαντική βελτίωση παρατηρείται στο 98% των περιπτώσεων, ενώ 2% των ασθενών νοσηλεύονται ξανά ή διακόπτουν τη φιλοξενία (Quille, 2004).

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ

4. Η αναγκαιότητα θεσμοθέτησης των Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες στην Ελλάδα

Με βάση τα προηγούμενα κεφάλαια υπάρχει πλέον η δυνατότητα τοποθέτησης και κριτικής προσέγγισης στο θεσμό των Φιλοξενουσών Οικογενειών, καθώς μέχρι τώρα έχει γίνει μια ολοκληρωμένη παρουσίαση του πλαισίου για τη Ψυχική Υγείας (Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση), του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας αντίστοιχων προγραμμάτων στο εξωτερικό και τη πιλοτική εφαρμογή στην Ελλάδα (κεφάλαιο δεύτερο και τρίτο), όπως επίσης και του νομικού πλαισίου. Είναι σαφές πλέον ότι η υλοποίηση Προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών είναι αναγκαία για τους ακόλουθους λόγους:

i) Οι στεγαστικές δομές αποκατάστασης δεν επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες.

Οι Ξενώνες στην πράξη έχουν μετατραπεί σε Οικοτροφεία, καθώς οι ένοικοι (φιλοξενούμενοι) διαμένουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τις προϋποθέσεις που υπάρχουν σήμερα για την ένταξη σε Ξενώνες του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ, μια εκ των οποίων είναι η συμπλήρωση τουλάχιστον ενός έτους νοσηλείας σε Ψυχιατρείο της χώρας, θέτει φραγμούς στη φιλοξενία νέων ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, τα οποία χρήζουν φροντίδας. Έτσι, συχνά νέα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, επιστρέφουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον, όπου το πλαίσιο αρκετές φορές λόγω της απουσίας της συστηματικής ψυχοεκπαίδευσης των οικογενειών ή και εξαιτίας διαταραγμένου οικογενειακού περιβάλλοντος δεν είναι καθόλου υποστηρικτικό, οπότε η επιστροφή αυτή συντελεί στη γρήγορη υποτροπή και την ανάγκη νέας νοσηλείας. Έτσι, αναπαράγονται φαύλοι – κύκλοι εισιτηρίων – εξιτηρίων στις ψυχιατρικές κλινικές, δημιουργούνται οργανωτικά προβλήματα (π.χ. ράντζα σε ψυχιατρικές κλινικές), ενώ επιτείνεται και η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού (Κονταξάκης και συν., 2005, Δαμίγος & Μαυρέας, 2003)

ii) **Κανένας θεσμός δεν μπορεί να προσομοιάσει καλύτερα το οικογενειακό περιβάλλον απ' ότι μια πραγματική οικογένεια.**

Η φιλοξενία σε μια ανάδοχη οικογένεια, καθώς αυτή η λύση προσφέρει εξατομικευμένη προσέγγιση και καλύτερη ποιότητα ζωής (Τομαράς και συν., 2005)

iii) **Το μικρότερο οικονομικό κόστος.** Όλες οι μελέτες τόσο στο εξωτερικό όσο και οι προσπάθειες αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες στην Ελλάδα έχουν αναδείξει ότι τα προγράμματα αυτά έχουν μικρότερο κόστος σε σύγκριση με τις άλλες στεγαστικές δομές ή την παραμονή του ατόμου με προβλήματα ψυχικής υγείας σε ψυχιατρική κλινική (Τομαράς και συν., 2005)

4.1. Προβληματισμοί για την ανάπτυξη του θεσμού των Προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών

Ο βασικός προβληματισμός από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας συμφωνεί με τις διαπιστώσεις της ερευνητικής ομάδας του Τομαρά ότι δηλαδή τα χαρακτηριστικά της σύγχρονης μέσης αστικής ελληνικής οικογένειας είναι τέτοια, που δεν επιτρέπουν αισιοδοξία αναφορικά με την προσέλκυση υποψήφιων Φιλοξενουσών Οικογενειών, τέτοιων που πραγματικά να αποτελούν ένα κατάλληλο θεραπευτικό και υποστηρικτικό περιβάλλον. Τα προβλήματα δεν είναι μόνο νοοτροπίας, που έγκειται στο φόβο, τις προκαταλήψεις και την άγνοια για τη ψυχική νόσο. Γενικά, η σύγχρονη ελληνική κοινωνία δεν είναι εκπαιδευμένη και ευαισθητοποιημένη σε θέματα που σχετίζονται με τη ψυχική νόσο ή γενικότερα για την αναπηρία. Ευαισθητοποιημένοι είναι περισσότερο άτομα που βιώνουν προβλήματα αναπηρίας είτε άμεσα είτε στο ευρύτερο οικογενειακό τους περιβάλλον (Τομαράς και συν., 2005).

Εκτός όμως από ζήτημα νοοτροπίας η προσέλκυση κατάλληλων υποψήφιων αναδόχων οικογενειών έχει να αντιμετωπίσει και συγκεκριμένα πρακτικά προβλήματα. Ένα από αυτά είναι ο χώρος και η διαμόρφωση του. Η φιλοξενία ενός ψυχικά πάσχοντα σημαίνει και αλλαγές στο χώρο διαβίωσης, αλλαγές που δεν είναι εύκολο να κάνει μια οικογένεια (Τομαράς και συν., 2005).

Ένα άλλο πρακτικό ζήτημα είναι τα κίνητρα. Ιδιαίτερα, το οικονομικό κίνητρο στην Ελλάδα (στα δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάστηκε το αντίστοιχο κίνητρο σε Γαλλία και Ιταλία,

όπου είναι σταθερά πάνω από 1.300€ σε τιμές 2006), είναι ιδιαίτερα χαμηλό. Η κοινή υπουργική απόφαση των υπουργείων Οικονομίας, Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας & Πρόνοιας υπ' αριθμ. Υ5β/ΓΠ/οικ.35724/02 (ΦΕΚ Β 485/19-4-02) «Περί ορισμού κατά το άρθρο 13 του Ν. 2716/99 ειδικού ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου και τροποποίηση της αριθμ. Υ4α/οικ.1320/98 κοινής υπουργικής απόφασης περί Ορισμού νοσηλίου Νοσοκομείων» αναφέρει συγκεκριμένα: « Στις Φιλοξενούσες Οικογένειες που φιλοξενούν ενήλικα άτομα με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές το ειδικό (κλειστό) νοσήλιο ορίζεται σε 18,00€ανά άτομο την ημέρα. Από το ποσό αυτό ο φορέας, ο οποίος υλοποιεί το πρόγραμμα των Φιλοξενουσών Οικογενειών, αποδίδει στη Φιλοξενούσα Οικογένεια το 90% σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 13 του Ν. 2716/99. Στις Φιλοξενούσες Οικογένειες που φιλοξενούν παιδιά ή εφήβους μέχρι και 18 ετών με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, το ειδικό ενοποιημένο (νοσήλιο) ορίζεται σε 29,00€ ανά άτομο την ημέρα. Από το ποσό αυτό ο φορέας, ο οποίος υλοποιεί το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών, αποδίδει στη Φιλοξενούσα Οικογένεια το 85%, σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 13 του Ν. 2716/99. Το ειδικό ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο περιλαμβάνει ενδεικτικά τη διαμονή, διατροφή, ένδυση, φάρμακα, έξοδα διασκέδασης». Με βάση αυτή την απόφαση η μηνιαία αμοιβή της υποψήφιας ανάδοχης οικογένειας ανέρχεται σε 486€για ενήλικες ψυχικά πάσχοντες και σε 740€για παιδιά ή έφηβους με προβλήματα ψυχικής υγείας. Σε αντίθεση με το εξωτερικό δεν προβλέπεται επιπλέον αμοιβή για τις Κυριακές, τις αργίες ή άλλα επιπλέον ειδικά επιδόματα για τη στήριξη της υποψήφιας Φιλοξενούσας Οικογένειας. Συνεπώς, η οικονομική αποζημίωση είναι τόσο χαμηλή που από μόνη της λειτουργεί ουσιαστικά ως αντικίνητρο για την υποψήφια ανάδοχη οικογένεια, ειδικά για εκείνη που δεν έχει συναισθηματικούς δεσμούς με τον ασθενή (βλ. Aluffi, 2003, Alluffi, 2006).

Μεγάλο ζήτημα είναι και η υποστήριξη της υποψήφιας ανάδοχης οικογένειας. Στο εξωτερικό (Ιταλία) υπάρχει η δυνατότητα τηλεφωνικής επικοινωνίας με το φορέα που έχει το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών 24 ώρες το εικοσιτετράωρο. Έτσι, η Οικογένεια αισθάνεται ασφάλεια, καθώς αν παραστεί ανάγκη άμεσα θα της προσφερθεί βοήθεια στα πλαίσια των προγραμμάτων αναδοχής από νοσηλευτές, που είναι ειδικά εκπαιδευμένοι γι' αυτό το σκοπό. Στην Ελλάδα ο σχεδιασμός δεν λαμβάνει καμία μέριμνα για κάτι αντίστοιχο. Επίσης, στο εξωτερικό υπάρχει η δυνατότητα μετάβασης του φιλοξενούμενου σε άλλη ανάδοχη οικογένεια ή σε άλλη δομή για μικρό χρονικό διάστημα, προκειμένου να ξεκουραστεί η ανάδοχη οικογένεια ή για άλλους λόγους. Στην Ελλάδα πάλι το νομικό

πλαίσιο δεν λαμβάνει καμία αντίστοιχη μέριμνα. Τέλος, στο εξωτερικό οι ανάδοχες οικογένειες θεωρούνται άνεργες για όσο χρονικό διάστημα δεν φιλοξενούν ασθενή μετά την έξοδο του τελευταίου ασθενή για χρονικό διάστημα τουλάχιστον τριών μηνών, ενώ στην ελληνική πραγματικότητα δεν υπάρχει καμία αντίστοιχη μέριμνα (Dupont, 2008, Famidas, 2008).

Συγκρίνοντας, λοιπόν, το υπάρχον πλαίσιο για Φιλοξενούσες Οικογένειες με το αντίστοιχο άλλων ευρωπαϊκών χωρών, εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι το ελληνικό μοντέλο υπολείπεται κατά πολύ σε σχέση με μοντέλα ευρωπαϊκών χωρών. Με αυτή την έννοια κάτω από τις παρούσες συνθήκες η εφαρμογή του στον ελληνικό χώρο καθίσταται εξαιρετικά δυσχερής (Τομαράς, 2005).

4.2 Ζητήματα που σχετίζονται με τον ασθενή

Στόχος των Προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών πρέπει να είναι, όπως και στο εξωτερικό, η προσωρινή φιλοξενία των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Το επόμενο στάδιο μετά τη Φιλοξενούσα Οικογένεια πρέπει να είναι η αυτόνομη διαβίωση. Συνεπώς, είναι απαραίτητο οι ασθενείς που τοποθετούνται σε Φιλοξενούσες Οικογένειες να έχουν επαγγελματική απασχόληση ή να βρίσκονται σε διαδικασίες εκπαίδευσης προκειμένου να ενταχθούν στην αγορά εργασίας. Για να γίνουν αυτά πρέπει η Διεπιστημονική Ομάδα να είναι σε θέση να αξιολογήσει με μετρήσιμα εργαλεία και την ικανότητα του εκάστοτε ασθενή για τοποθέτηση για εργασιακή ένταξη. Αυτό σημαίνει ότι στο ατομικό φάκελο φιλοξενίας πρέπει να εμπεριέχονται δοκιμασίες με αξιόπιστα ερευνητικά εργαλεία, που να τεκμηριώνουν την ικανότητα του ασθενή για επαγγελματική ένταξη, αλλά πολύ περισσότερο να έχει καταστρωθεί και να βρίσκεται στη φάση της υλοποίησης ατομικό σχέδιο εργασιακής ένταξης στη βάση του case management, πριν την τοποθέτηση του ασθενή σε Φιλοξενούσα Οικογένεια. Στη λογική αυτή ο θεσμός των Φιλοξενουσών Οικογενειών βρίσκεται σε άμεση σύνδεση με την απασχόληση του ασθενή και αποτελεί τον τελευταίο σταθμό πριν την ουσιαστικά αυτόνομη διαβίωση στην Κοινότητα (Τομαράς, 2005).

ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5. 1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι απόψεις των γονέων σχετικά με το θεσμό των Φιλοξενουσών Οικογενειών.

5.2 Είδος έρευνας

Η μελέτη αυτή ήταν μία περιγραφική έρευνα η οποία είχε ως στόχο να εξάγει ποσοτικά αποτελέσματα (ποσοτική έρευνα). Οι περιγραφικές έρευνες δίνουν έμφαση στην περιγραφή των ειδικών χαρακτηριστικών δεδομένων περιπτώσεων. Οι ποσοτικές έρευνες αποτυπώνουν στάσεις, απόψεις ή άλλες μετρήσεις σ' ένα πληθυσμό μια δεδομένη χρονική στιγμή (Cohen & Manion, 1994, Φίλιας 1996). Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα ήταν η επισκόπηση. Σύμφωνα με τους (Cohen & Manion, 1994), <<... οι επισκοπήσεις συλλέγουν δεδομένα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, αποσκοπώντας να περιγράψουν τη φύση των υπαρχουσών συνθηκών ή να εντοπίσουν σταθερές με βάση τις οποίες μπορούν να συγκριθούν οι υπάρχουσες συνθήκες ή να προσδιορίσουν τις σχέσεις που υπάρχουν σε συγκεκριμένα γεγονότα...>>.

5.3 Ερευνητικές υποθέσεις – Ερευνητικά ερωτήματα

Η έρευνα αυτή βασίστηκε σε τρία (3) ερευνητικά ερωτήματα. Ειδικότερα, τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- i. Ποιες είναι οι απόψεις και οι γνώσεις των γονέων για το θεσμό των Φιλοξενουσών Οικογενειών
- ii. Ποιες είναι οι απόψεις των γονέων σχετικά με την εφαρμογή του θεσμού των Φιλοξενουσών Οικογενειών από την ελληνική Πολιτεία

- iii. Ποιοι είναι οι λόγοι και τα κίνητρα για τα οποία η εκάστοτε ελληνική οικογένεια θα αποφάσιζε να φιλοξενήσει στους κόλπους της έναν ψυχικά ασθενή.

5.4 Πληθυσμός – Δείγμα

Πληθυσμός της έρευνας ήταν όλοι οι γονείς και το δείγμα της έρευνας ήταν οι γονείς, οι οποίοι ανήκαν σε ενεργούς συλλόγους γονέων και κηδεμόνων των σχολείων (Δημοτικών, Γυμνασίων, Λυκείων) των Δήμων Παλλήνης και Λαμίας. Τα χαρακτηριστικά των υποκειμένων του δείγματος ήταν τα εξής:

- i. Γονείς και των δύο φύλων
- ii. Γονείς ανεξαρτήτου ηλικίας, μόρφωσης και επαγγέλματος
- iii. Γονείς που ήταν εγγεγραμμένοι σε Συλλόγους Γονέων και Κηδεμόνων των σχολείων (Δημοτικών, Γυμνασίων, Λυκείων) του Δήμου Παλλήνης και του Δήμου Λαμίας

5.5 Επιλογή του δείγματος

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την επιλογή του δείγματος ήταν η Ποσοστιαία Δειγματοληψία . Στην ποσοστιαία δειγματοληψία (quota sampling) ο ερευνητής επιλέγει ένα δείγμα όμοιο προς τον πληθυσμό με βάση διάφορα προκαθορισμένα χαρακτηριστικά ελέγχου. Αυτά τα χαρακτηριστικά ελέγχου είναι συνήθως δημογραφικά (Cohen & Manion, 1994). Ειδικότερα, στη μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε η ανεύρεση των σχολείων Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης των Δήμων Λαμίας και Παλλήνης σε συνεργασία με τις Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης των νομών Ανατολικής Αττικής και Φθιώτιδας.

Στο Δήμο Λαμίας τα σχολεία ήταν συνολικά 55 (31 Δημοτικά, 12 Γυμνάσια και 12 Λύκεια), ενώ στο Δήμο Παλλήνης ήταν 15 (7 Δημοτικά, 4 Γυμνάσια και 4 Λύκεια). Με βάση την ποσοστιαία δειγματοληψία επιλέξαμε το 50% των σχολείων που αντιστοιχούσε στο σύνολό τους αντίστοιχα, ανά βαθμίδα εκπαίδευσης.

Ειδικότερα:

- i) Από το Δήμο Λαμίας επιλέχθηκαν : Δώδεκα(12) Δημοτικά σχολεία, από τα τριάντα ένα (31), έξι (6) Γυμνάσια από τα οκτώ, τα οποία είχαν ενεργούς συλλόγους Γονέων &

Κηδεμόνων και έξι (6) Λύκεια από τα εννέα (9) στα οποία λειτουργούσαν ενεργοί Σύλλογοι Γονέων και Κηδεμόνων.

ii) Από το Δήμο Παλλήνης: τέσσερα (4) Δημοτικά σχολεία από τα επτά (7) που ήταν συνολικά, δύο (2) Γυμνάσια από τα τέσσερα (4) που ήταν συνολικά και δύο (2) Λύκεια από τα τέσσερα (4) που ήταν συνολικά.

Κατόπιν, πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με τους προέδρους των συλλόγων γονέων και κηδεμόνων των αντίστοιχων σχολείων. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε η ενημέρωση για το στόχο της έρευνας και στους Διευθυντές των σχολείων, όπου λειτουργούσαν οι Σύλλογοι Γονέων. Στόχος ήταν η ενημέρωση για το σκοπό της έρευνας αυτής και για την αναζήτηση των υποκειμένων που θα συμμετείχαν στην έρευνα. Μετά από προφορική απάντηση των Προέδρων για τη συμμετοχή των ενεργών μελών των συλλόγων Γονέων και Κηδεμόνων, τα μέλη των Συλλόγων Γονέων που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στη διεξαγωγή της έρευνας αφορούσαν τους συλλόγους γονέων δύο (2) δημοτικών Σχολείων και ενός (1) Γενικού Λυκείου από το Δήμο Λαμίας και από το Δήμο Παλλήνης ένα (1) Δημοτικό σχολείο, δύο (2) Γυμνάσια και ένα (1) Γενικό Λύκειο. Η αρνητική απάντηση των μελών των υπολοίπων Συλλόγων γονέων και κηδεμόνων των αντίστοιχων σχολείων και των Διευθυντών των σχολείων αυτών συνέβη γιατί έθεσαν το θέμα της σχετικής άδειας της έρευνας από το Υπουργείο Παιδείας. Είναι κατανοητό ότι μία τέτοια κατά τα άλλα σύνηθες και τυπική διαδικασία θα αποτελούσε τροχοπέδη για την πραγματοποίηση μιας έρευνας σε επίπεδο πτυχιακών σπουδών, καθώς είναι γνωστό ότι η έκδοση της σχετικής άδειας από το αρμόδιο Υπουργείο θα πραγματοποιούνταν το λιγότερο σε ένα μήνα, συμπεριλαμβανομένων και των γραφειοκρατικών διαδικασιών.

Έτσι, πραγματοποιήθηκε η διαδικασία της χορήγησης των ερωτηματολογίων στους γονείς των προαναφερθέντων συλλόγων γονέων των αντίστοιχων σχολείων των δήμων διαμέσου των μαθητών, οι οποίοι θα τα επέστρεφαν μετά από μία εβδομάδα. Μοιράστηκαν συνολικά οκτακόσια ενενήντα οχτώ (898) ερωτηματολόγια, εκ των οποίων τα τετρακόσια ενενήντα οχτώ (498) μοιράστηκαν στους γονείς των σχολείων στη Λαμία και τα τετρακόσια (400) στους γονείς των σχολείων στην Παλλήνη. Από το σύνολο των ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν, επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα τριακόσια είκοσι δύο (322).

5.6 Επιλογή εργαλείων έρευνας

Για τη διεξαγωγή της έρευνας κατασκευάστηκε ένα γραπτό ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε τριάντα (30) ερωτήσεις κλειστού τύπου. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις αφορούσαν:

Α Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Α Θέματα ψυχικής υγείας

Α Γνώσεις για το θεσμό των Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες

Α Προτάσεις για την επιτυχή εφαρμογή του θεσμού των Φιλοξενουσών Οικογενειών

Σχετικά με τα είδη των ερωτήσεων, χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις Διαβάθμισης με κλιμακούμενες απαντήσεις και ερωτήσεις Πολλαπλών Επιλογών .

5.7 Τόπος και χρόνος έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ενεργούς Συλλόγους Γονέων & Κηδεμόνων σχολείων Α/βάθμιας και Β/βάθμιας εκπαίδευσης οι οποίοι βρίσκονται στα όρια ευθύνης του Δήμου Παλλήνης και του Δήμου Λαμίας. Το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της έρευνας ήταν τον Απρίλιο του 2010 (12-30 Απριλίου 2010).

5.8 Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με βάση τη χρήση γραπτού ερωτηματολογίου. Για την ανεύρεση των υποκειμένων που θα μπορούσαν να συμμετάσχουν στην ερευνητική διαδικασία έγιναν τα παρακάτω βήματα:

- i. Συνεργασία με τις Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης των νομών Ανατολικής Αττικής και Φθιώτιδας
- ii. Προσδιορισμός του αριθμού των σχολείων (Δημοτικών, Γυμνασίων και Λυκείων) που βρίσκονται στα όρια των Δήμων Παλλήνης και Λαμίας.
- iii. Επιλογή των σχολείων εκείνων που έχουν ενεργούς συλλόγους Γονέων και Κηδεμόνων, με βάση τη μέθοδο της ποσοστιαίας δειγματοληψίας.
- iv. Συνεργασία με τους Πρόεδρους των Συλλόγων Γονέων με σκοπό την ενημέρωση και τη διανομή ερωτηματολογίων

- v. Διανομή των ερωτηματολογίων
- vi. Συγκέντρωση των ερωτηματολογίων

5.9 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Η έρευνα ήταν ανώνυμη σύμφωνα με τις δεοντολογικές αρχές της ερευνητικής διαδικασίας. Επιπλέον, υπήρξε σχετική βεβαίωση για τη διεξαγωγή της έρευνας από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας προκειμένου να αξιοποιηθεί κατά τη συνεργασία με φορείς (π.χ. Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης κλπ.). Τέλος, στο ίδιο το ερωτηματολόγιο προβλεπόταν με γραπτή δήλωση των ερευνητών ότι θα τηρήσουν την επιστημονική δεοντολογία και πως τα αποτελέσματα της έρευνας θα αξιοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

5.10 Κωδικοποίηση, εισαγωγή των δεδομένων στον Η/Υ και στατιστική επεξεργασία

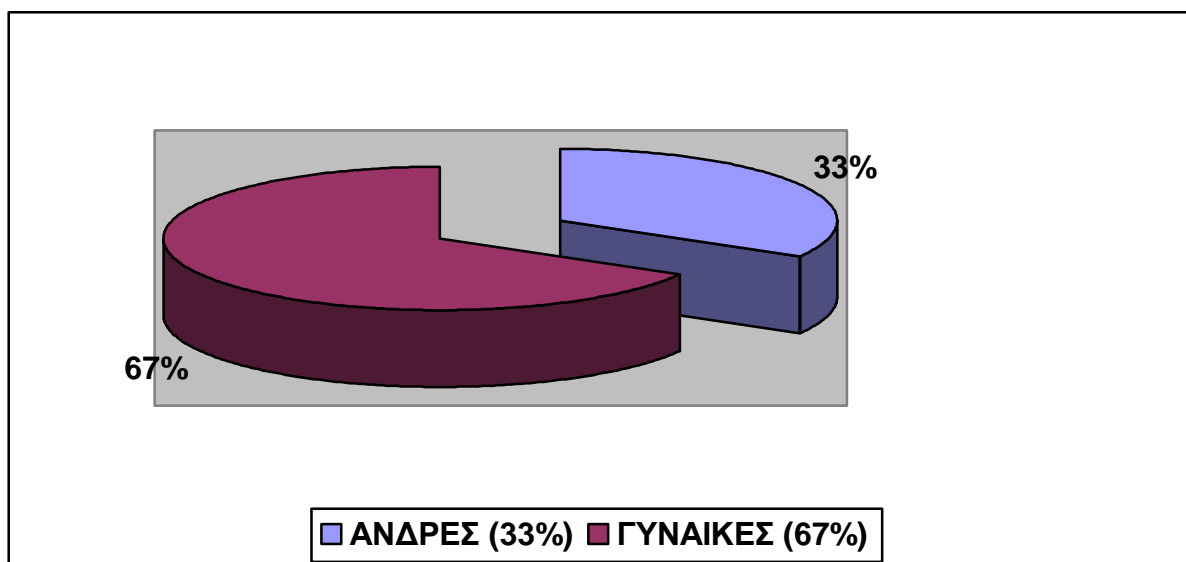
Μετά τη συγκέντρωση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε η κωδικοποίηση των πληροφοριών κι εισαγωγή τους σε βάση δεδομένων στο **Excell 03** .

ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
ΜΕΛΕΤΗΣ/ΕΡΕΥΝΑΣ/ΣΥΖΗΤΗΣΗ

.Ερώτηση 1 : ΦΥΛΟ

Πίνακας 1: Φύλο	(N)	(%)
Άνδρες	107	(33,2)
Γυναίκες	215	(66,8)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 1:

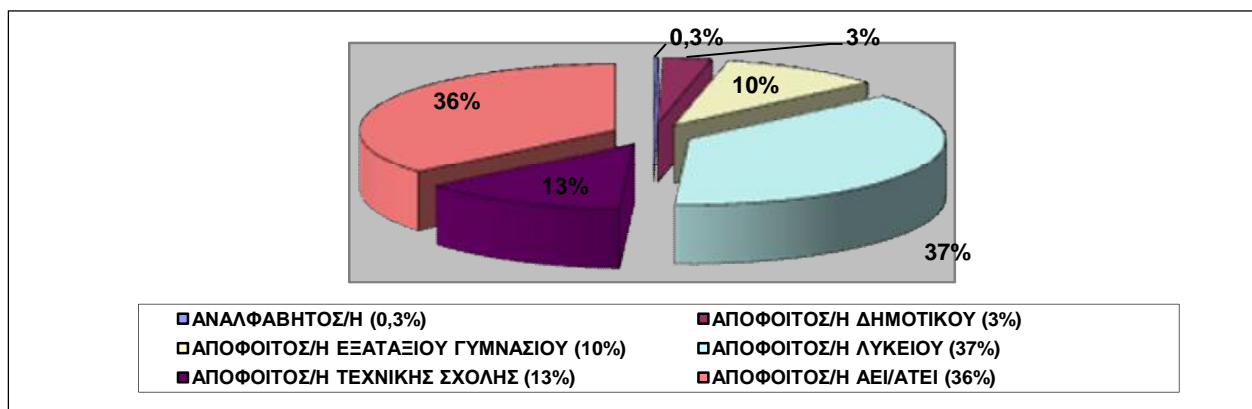


Σύμφωνα με την αντίστοιχη **ερώτηση 1** για το φύλο οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα αποτελούσαν το 67% του συνολικού δείγματος και οι και άνδρες το 33%.

Ερώτηση 2: ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Πίνακας 2: Μορφωτικό επίπεδο	(N)	(%)
Αναλφάβητος/η	1	(0,3)
Απόφοιτος/η Δημοτικού	10	(3,1)
Απόφοιτος/η Εξατάξιου Γυμνασίου	33	(10,2)
Απόφοιτος/η Λυκείου	120	(37,4)
Απόφοιτος/η Τεχνικής Σχολής	42	(13,0)
Πτυχιούχος ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	116	(36,0)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 2:

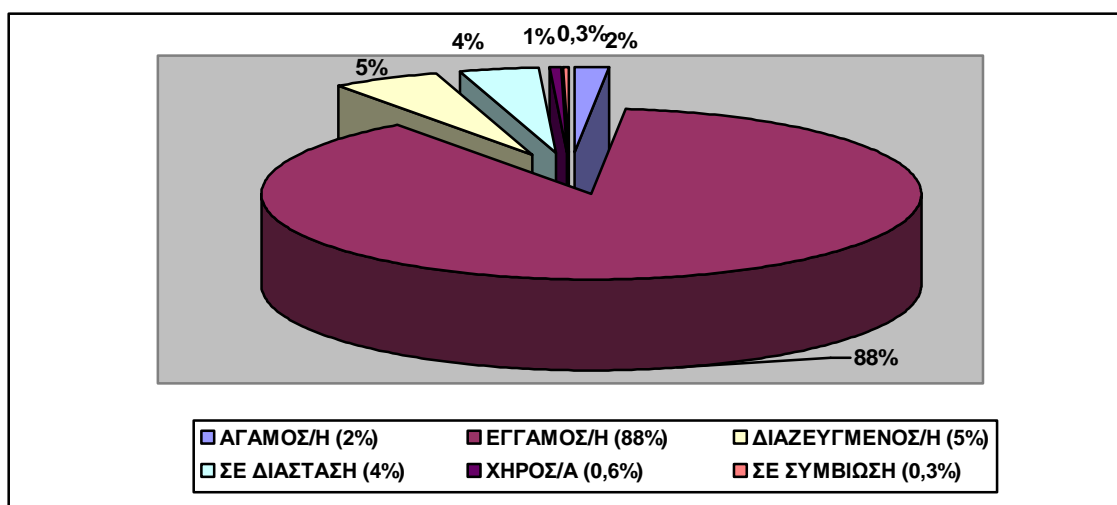


Όπως φαίνεται από το παραπάνω **γράφημα 2** το 37% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 36% ήταν πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ, το 13% ήταν απόφοιτοι Τεχνικής Σχολής και το 10% ήταν απόφοιτοι Εξατάξιου Γυμνασίου. Οι απόφοιτοι Δημοτικού αποτελούσαν το 3% του δείγματος, ενώ μόνο ένα (1) άτομο δήλωσε αναλφάβητος.

Ερώτηση 3: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Πίνακας 3: Οικογενειακή κατάσταση	(N)	(%)
Άγαμος/η	5	(1,6)
Έγγαμος/η	285	(88,5)
Διαζευγμένος/η	17	(5,3)
Σε διάσταση	12	(3,7)
Χήρος/α	2	(0,6)
Σε συμβίωση	1	(0,3)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 3:

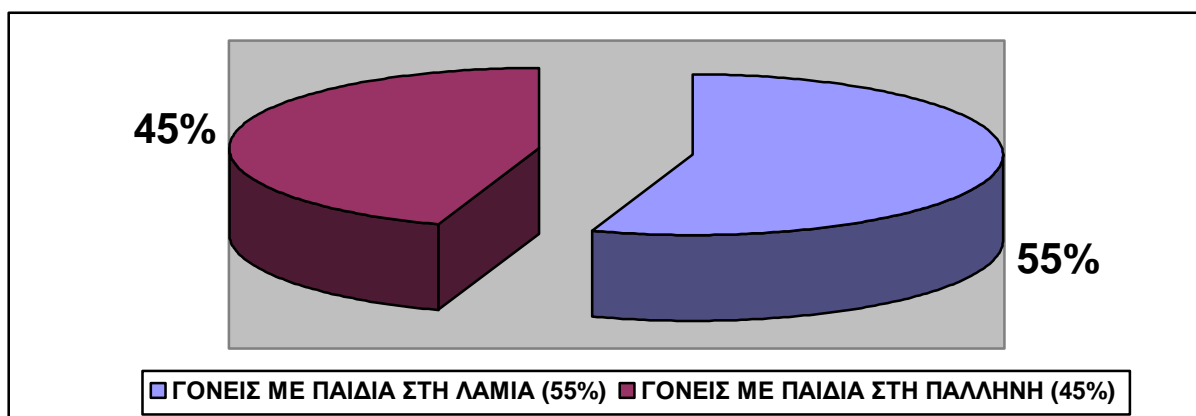


Με βάση το **γράφημα 3**, το 88% ήταν έγγαμοι, το 5% ήταν διαζευγμένοι, το 4% ήταν σε διάσταση με τον/την σύζυγό τους, το 2% των γονέων ήταν άγαμοι. Τέλος, το 1% του δείγματος ήταν χήροι/χήρες.

Ερώτηση 4 ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;

Πίνακας 4: Έχετε παιδιά;	(N)	(%)
Στην Λαμία έχουν παιδιά	177	(54,9)
Στην Παλλήνη έχουν παιδιά	145	(45,0)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 4 :

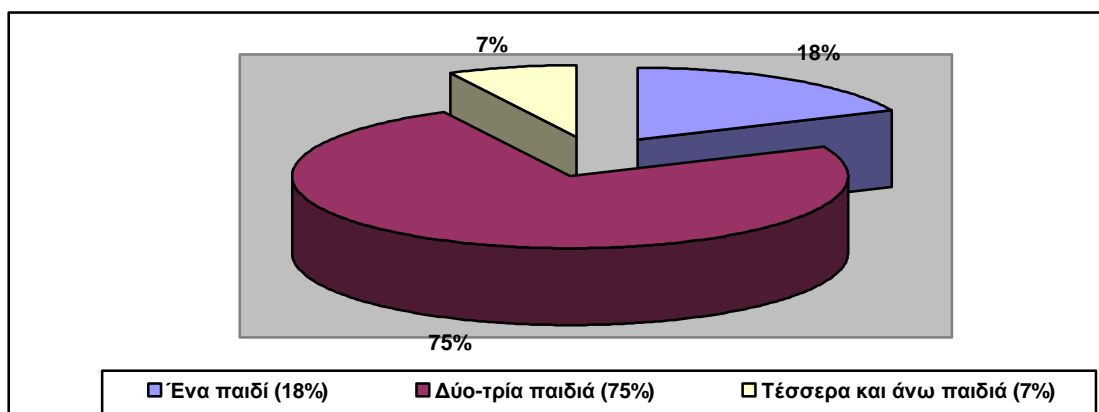


Όπως φαίνεται από το **γράφημα 4**, από την Λαμία το 55% του δείγματος είχε παιδιά και από την Παλλήνη το 45% του δείγματος είχε παιδιά. Όλο το δείγμα των γονέων είχε παιδιά στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση σε ποσοστό 100% εφόσον αυτό ήταν απαραίτητη προϋπόθεση για την συμμετοχή τους στην έρευνα.

Ερώτηση 4α: Αν, ναι πόσα παιδιά;

Πίνακας 4α: Κατανομή δείγματος ως προς τον αριθμό παιδιών		
	(N)	(%)
Ένα παιδί	59	(18,3)
Δύο – τρία παιδιά	239	(75,0)
Περισσότερα από 4 παιδιά	24	(7,4)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 4α:

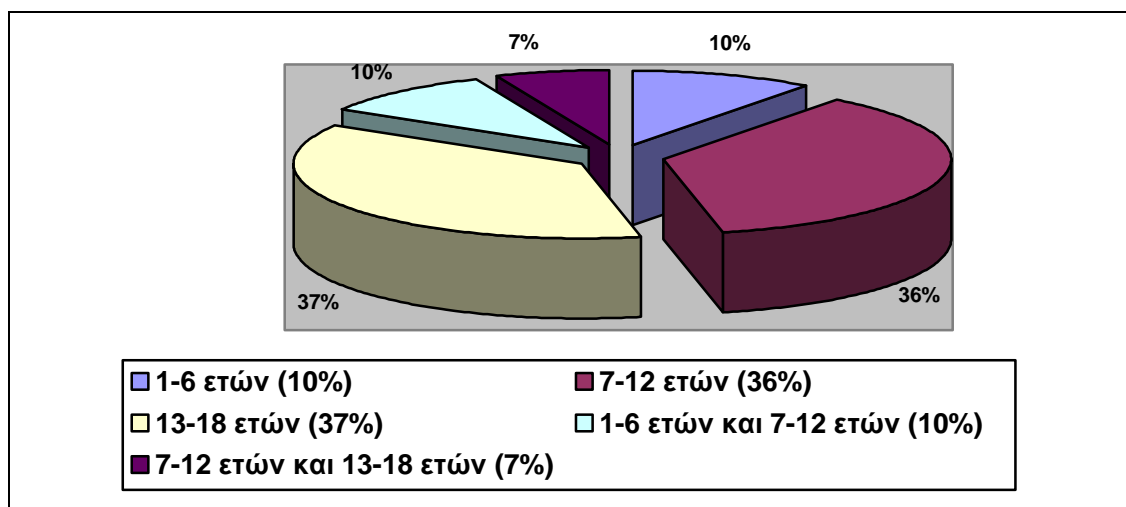


Όπως φαίνεται στο **γράφημα 4^α**, το 75% του δείγματος, είχαν δύο με τρία παιδιά, το 18% είχαν ένα παιδί, ενώ το 7% ήταν πολύτεκνοι γονείς και είχαν περισσότερα από τέσσερα παιδιά.

Ερώτηση 4β: ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ

Πίνακας 4β: Ηλικία παιδιών		
	(N)	(%)
1-6 ετών	33	(10,2)
7-12 ετών	117	(36,3)
13-18 ετών	119	(37,0)
1-6 ετών & 7-12 ετών	32	(9,9)
7-12 ετών & 13-18 ετών	21	(6,6)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 4β:

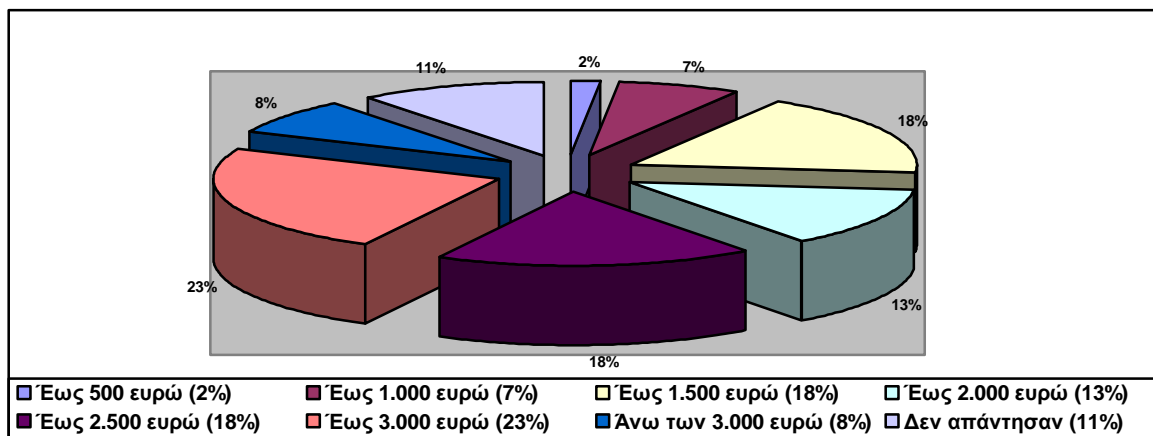


Από το **γράφημα 4β** προκύπτει ότι τα περισσότερα παιδιά των συμμετεχόντων στην έρευνα ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 13 έως 18ετών (37%), ενώ πολύ κοντά στατιστικά βρίσκεται κι η ηλικιακή ομάδα από 7 έως 12 ετών (36%). Το 10% του δείγματος είχε παιδιά στην ηλικιακή ομάδα από 1 έως 6 ετών. Όπως επίσης το 10% είχε παιδιά και στις δυο ηλικιακές ομάδες 1-6 & 7-12 ετών. Τέλος το 7% είχε παιδιά και στις δύο ηλικιακές ομάδες 7-12 & 13-18.

Ερώτηση 5: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Πίνακας 5: Οικονομική κατάσταση		
	(N)	(%)
Έως 500€	5	(1,8)
Έως 1.000€	23	(7,1)
Έως 1.500€	58	(18,0)
Έως 2.000€	42	(13,0)
Έως 2.500€	58	(18,0)
Έως 3.000€	76	(23,3)
Άνω των 3.000€	25	(7,9)
Δεν απάντησαν	35	(10,9)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 5:

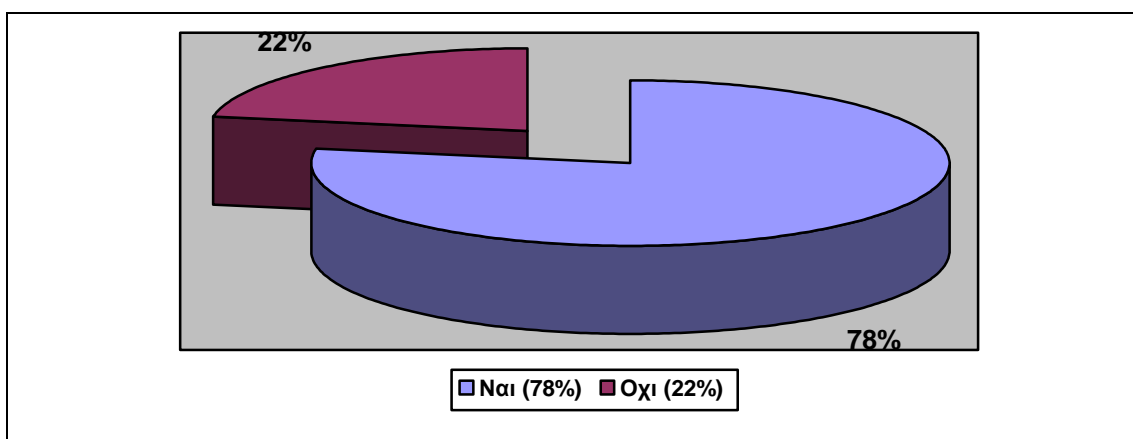


Όσον αναφορά το **γράφημα 5** το 23% των γονέων είχαν μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα έως 3.000€ το 18% έως 2.500€ το 18% έως 1.500€ Το 13% του δείγματος ανέφερε μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα έως 2.000€ ενώ το 8% άνω των 3.000€ Τέλος, το 7% δήλωσε μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα έως 1.000€ και το 2% έως 500€, ενώ το 11% αρνήθηκε να απαντήσει στη σχετική ερώτηση.

Ερώτηση 6: Κατοικείται σε ιδιόκτητο σπίτι;

Πίνακας 6:	(N)	(%)
Ναι	250	(77,6)
Όχι	72	(22,4)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 6:

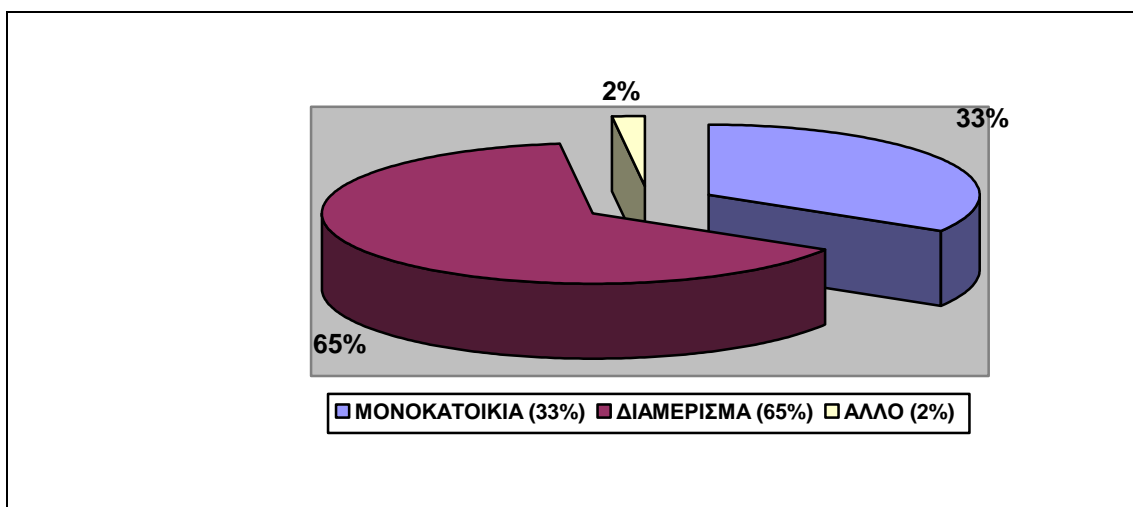


Με βάση το **γράφημα 6** το 78% του δείγματος κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία, ενώ το 22% του δείγματος δεν κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία.

Ερώτηση 7: Το σπίτι σας είναι:

Πίνακας 7: Είδος κατοικίας	(N)	(%)
Μονοκατοικία	108	(33,5)
Διαμέρισμα	208	(64,6)
Άλλο	6	(1,9)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 7:

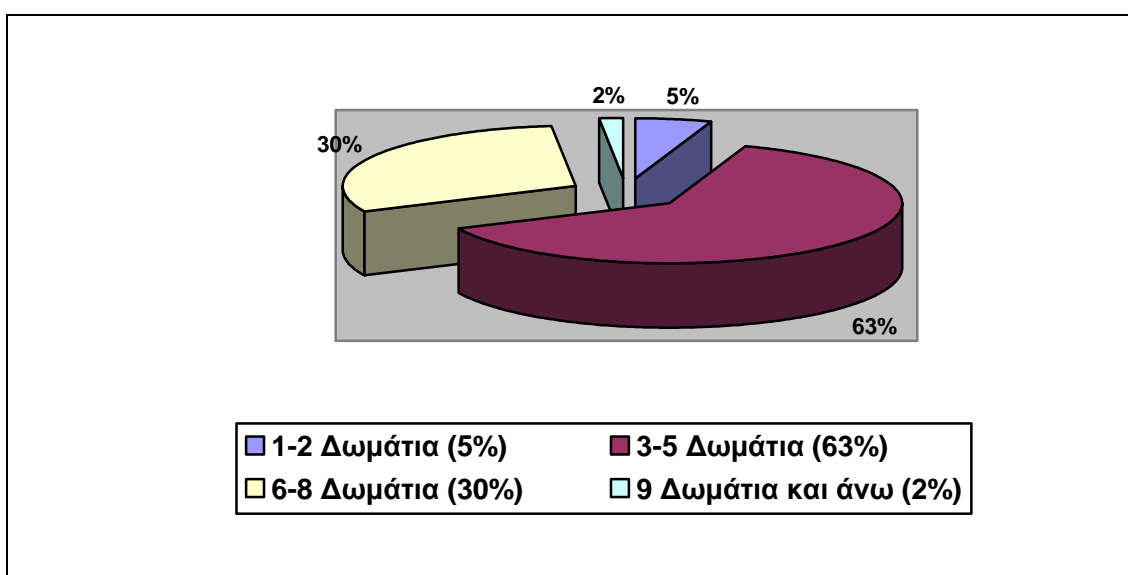


Σύμφωνα με το **γράφημα 7**, το 65% των γονέων κατοικούσαν σε διαμέρισμα, το 33% του δείγματος σε μονοκατοικία, ενώ το 2% δήλωσε «άλλο είδος κατοικίας», χωρίς να προσδιορίζει ακριβώς το είδος αυτής της κατοικίας.

Ερώτηση 8: ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ

Πίνακας 8: Αριθμός δωματίων	(N)	(%)
1-2 δωμάτια	17	(5,3)
3-5 δωμάτια	202	(62,7)
6-8 δωμάτια	98	(30,4)
9 δωμάτια και άνω	5	(1,6)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 8:

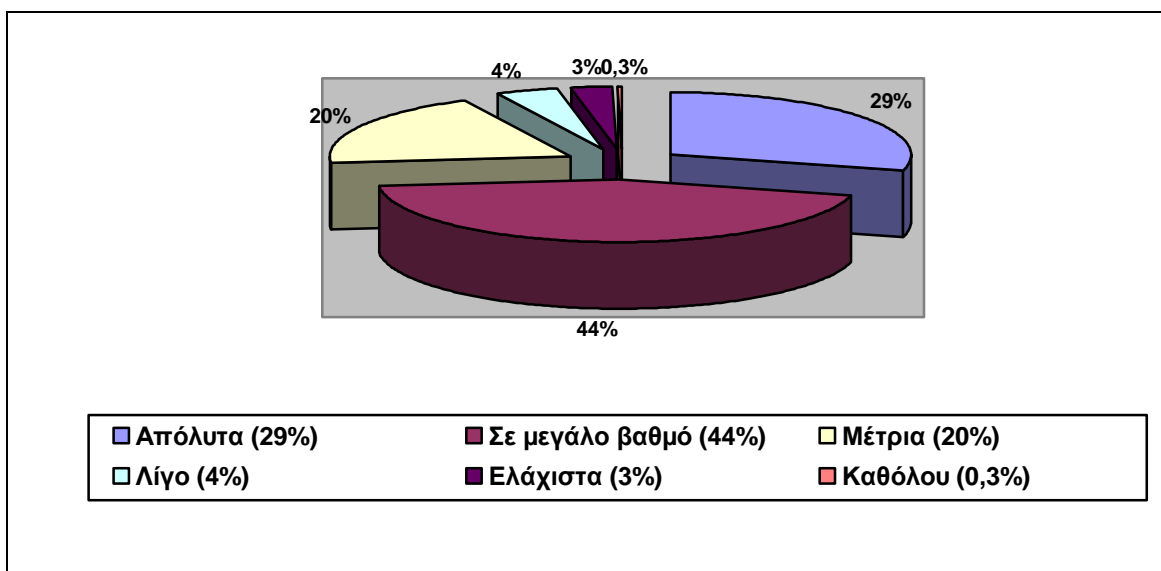


Όπως φαίνεται στο **γράφημα 8**, το 63% του δείγματος διέμενε σε κατοικία με 3-5 δωμάτια, το 30% διέμενε σε κατοικία με 6-8 δωμάτια, το 5% σε κατοικία με 1-2 δωμάτια και το 2% σε κατοικία με περισσότερα από 9 δωμάτια.

Ερώτηση 9: Πιστεύετε ότι το σπίτι σας καλύπτει τις στεγαστικές σας ανάγκες;

Πίνακας 9:	(N)	(%)
Απόλυτα	94	(29,2)
Σε μεγάλο βαθμό	142	(44,1)
Μέτρια	63	(19,6)
Λίγο	13	(4,0)
Ελάχιστα	9	(2,8)
Καθόλου	1	(0,3)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 9:

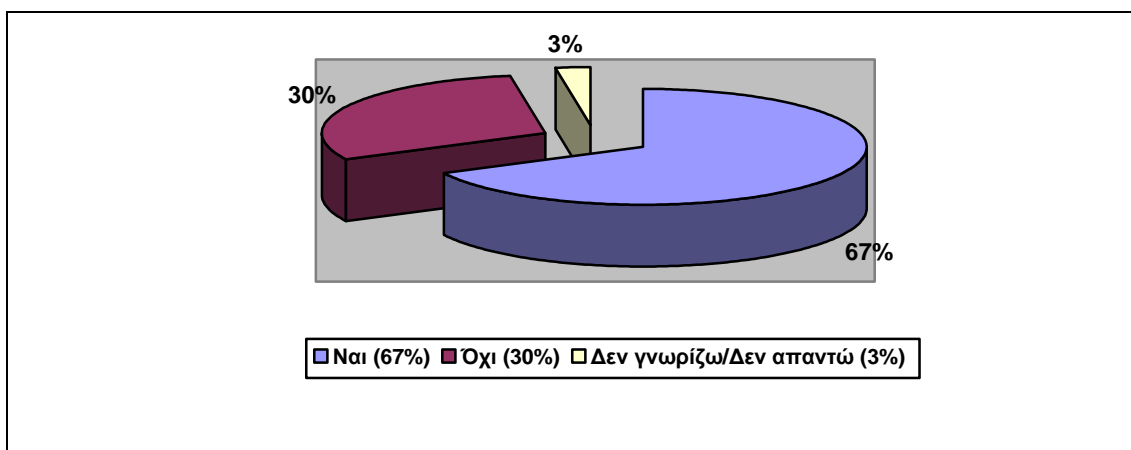


Σύμφωνα με το **γράφημα 9** διαπιστώθηκε ότι το 44% του δείγματος είναι σε μεγάλο βαθμό ικανοποιημένο από τις συνθήκες στέγασης, το 29% απόλυτα ικανοποιημένο, το 20% μέτρια ικανοποιημένο, το 4% λίγο ικανοποιημένο, το 3% ελάχιστα ικανοποιημένο και καθόλου ευχαριστημένο δήλωσε ένα μόνο άτομο (0,3%).

Ερώτηση 10: Έχει τύχει να γνωρίσετε άτομο με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας;

Πίνακας 10:	(N)	(%)
Ναι	217	(67,4)
Όχι	96	(29,8)
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	9	(2,8)
Σύνολο	322	(100,0)

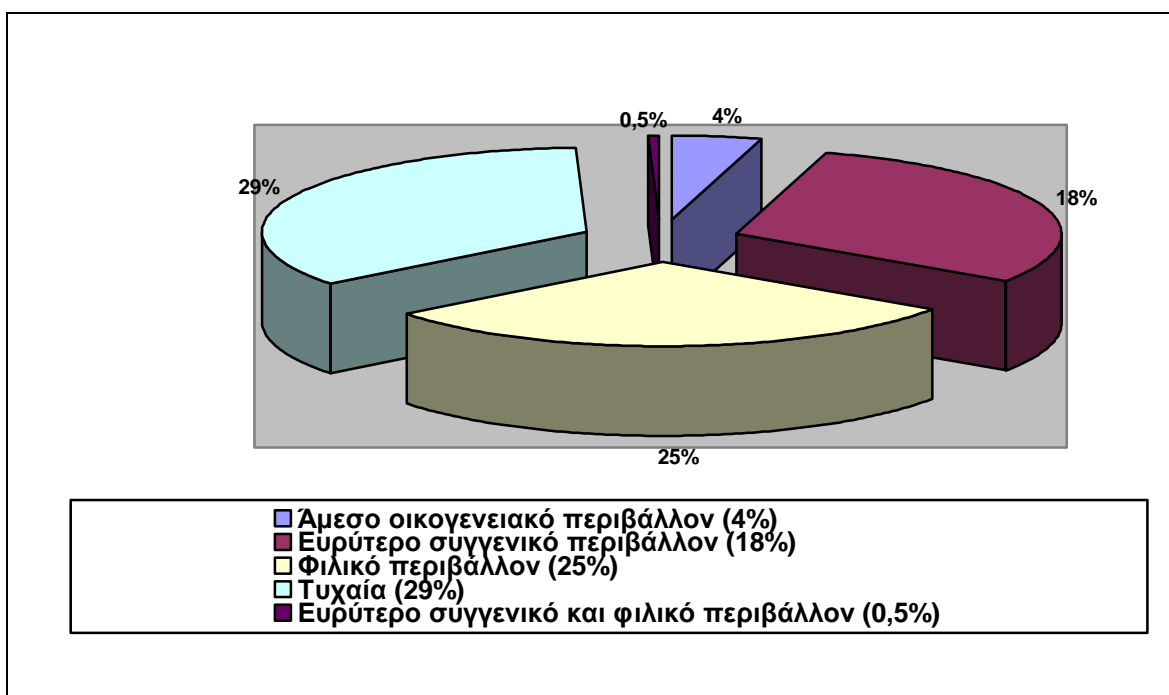
Γράφημα 10:



Σύμφωνα με το **γράφημα 10**, το 67% του δείγματος έχει γνωρίσει άτομο με σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας, ενώ το 30% δήλωσε πως δεν έχει γνωρίσει. Τέλος, υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξης του 3%, που δεν γνώρισε ή δεν απάντησε στη σχετική ερώτηση.

Ερώτηση 10α: Αν ναι, αναφέρεται από ποιό χώρο προέρχεται το άτομο αυτό;

Πίνακας 10α:	(N)	(%)
Από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον	8	(3,7)
Από το ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον	39	(18,0)
Από το φιλικό περιβάλλον	54	(24,8)
Τυχαία	63	(29,0)
Από το ευρύτερο συγγενικό & φιλικό περιβάλλον	1	(0,5)
Σύνολο	165	(76)

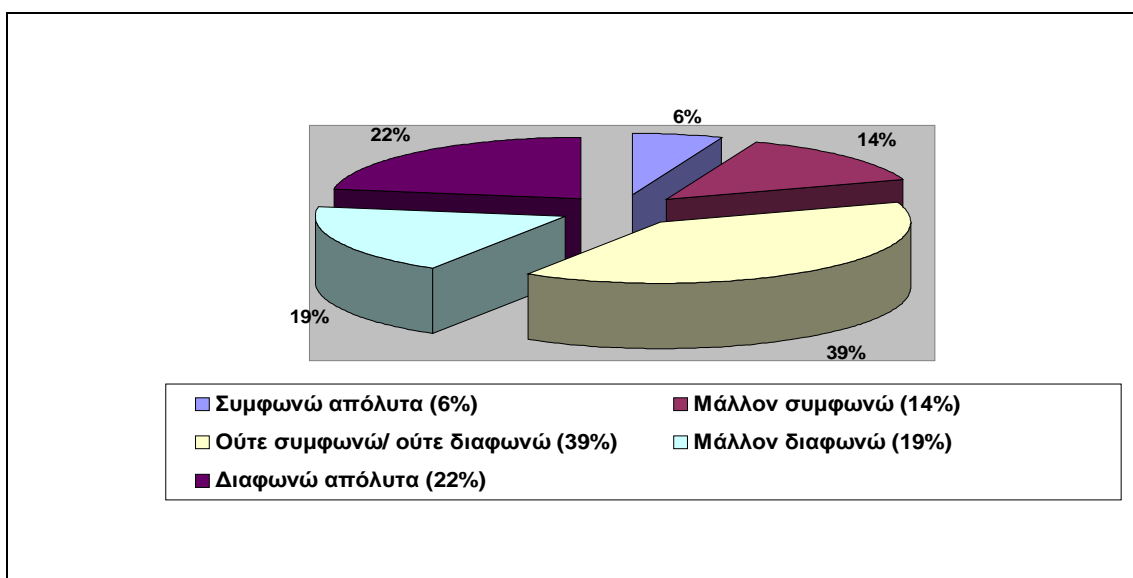
Γράφημα 10α:

Με βάση το **γράφημα 10α** φαίνεται ότι το 67% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι γνωρίζουν άτομο που αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, το 29% έχει γνωρίσει τυχαία άτομο με πρόβλημα ψυχικής υγείας, το 25% γνώρισε άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας που προέρχεται από το φιλικό του περιβάλλον, το 18% δήλωσε ότι γνώρισε άτομο με πρόβλημα ψυχικής υγείας στο ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον, το 4% στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον. Ένα άτομο (0,5%) δήλωσε ότι είχε γνωρίσει άτομα με πρόβλημα στην ψυχική του υγεία τόσο από το ευρύτερο συγγενικό όσο και από το φιλικό περιβάλλον και τέλος το 24% δεν δέχτηκε να απαντήσει στην σχετική ερώτηση.

Ερώτηση 11.1: Οι ψυχικά πάσχοντες είναι επικίνδυνοι:

Πίνακας 11.1:	(N)	(%)
Συμφωνώ απόλυτα	19	(5,9)
Μάλλον συμφωνώ	44	(13,8)
Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	127	(39)
Μάλλον διαφωνώ	60	(18,8)
Διαφωνώ απόλυτα	72	(22,5)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 11.1:

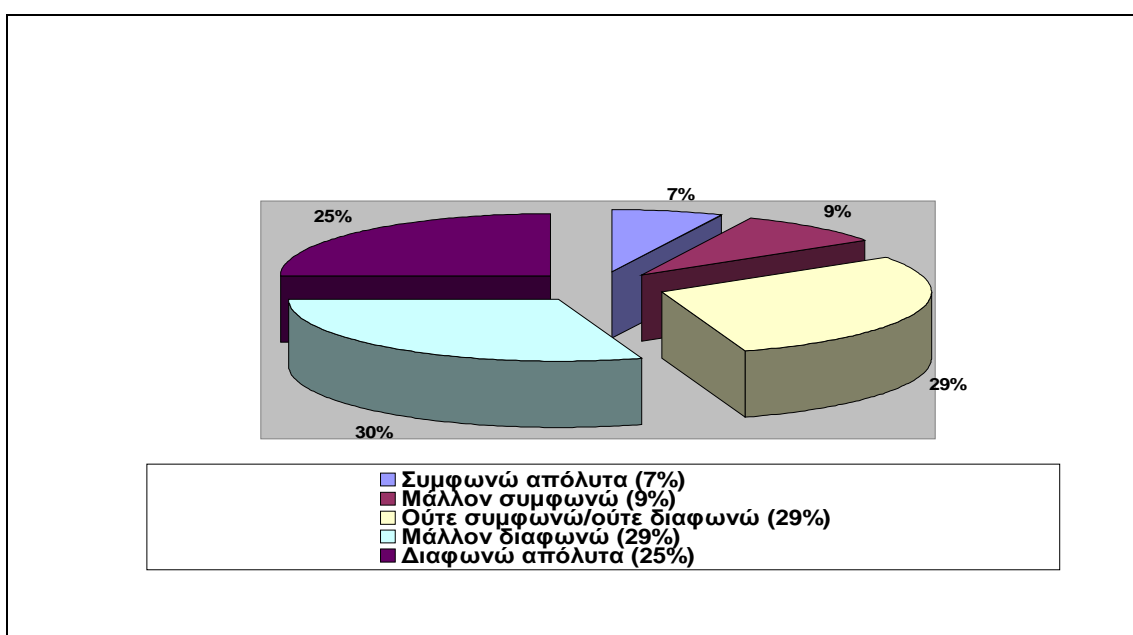


Όπως φαίνεται στο **γράφημα 11.1**, το 39% του δείγματος δήλωσαν ότι ούτε συμφωνούν, ούτε διαφωνούν με την άποψη ότι οι ψυχικά πάσχοντες είναι επικίνδυνοι, το 22% διαφωνούν απόλυτα με την άποψη αυτή, το 19% μάλλον διαφωνούν, το 14% μάλλον συμφωνούν και το 6% συμφωνεί απόλυτα.

Ερώτηση 11.2.: Οι ψυχικά πάσχοντες πρέπει να είναι έγκλειστοι στα ψυχιατρεία:

Πίνακας 11.2	(N)	(%)
Συμφωνώ απόλυτα	21	(6,6)
Μάλλον συμφωνώ	29	(9,1)
Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	94	(28,7)
Μάλλον διαφωνώ	96	(30,0)
Διαφωνώ απόλυτα	82	(25,4)
Σύνολο	322	(100)

Γράφημα 11.2:

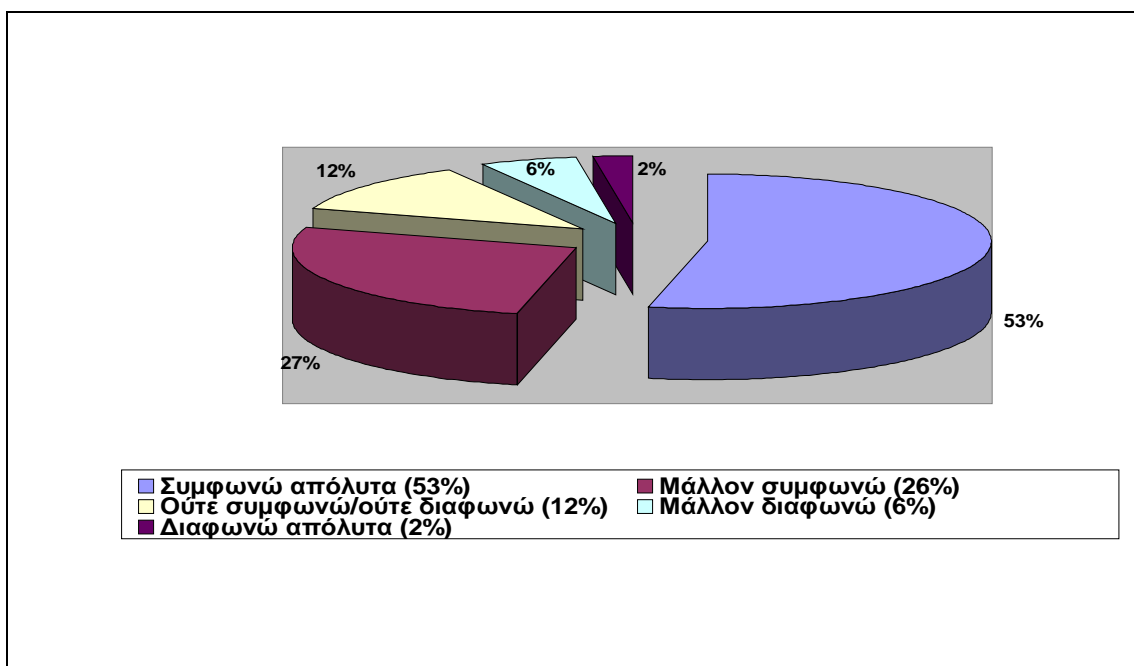


Όπως φαίνεται στο **γράφημα 11.2**, το 29% του δείγματος «ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί» με την παραπάνω άποψη, το 29% μάλλον διαφωνεί, το 25% διαφωνεί απόλυτα, το 9% μάλλον συμφωνεί, το 7% συμφωνεί απόλυτα.

Ερώτηση 11.3: Οι ψυχικά πάσχοντες έχουν τα ίδια δικαιώματα με όλους τους υπόλοιπους ανθρώπους:

Πίνακας 11.3:	(N)	(%)
Συμφωνώ απόλυτα	171	(53,0)
Μάλλον συμφωνώ	85	(26,3)
Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	39	(12,2)
Μάλλον διαφωνώ	20	(6,2)
Διαφωνώ απόλυτα	7	(2,2)
Σύνολο	322	(100)

Γράφημα 11.3:

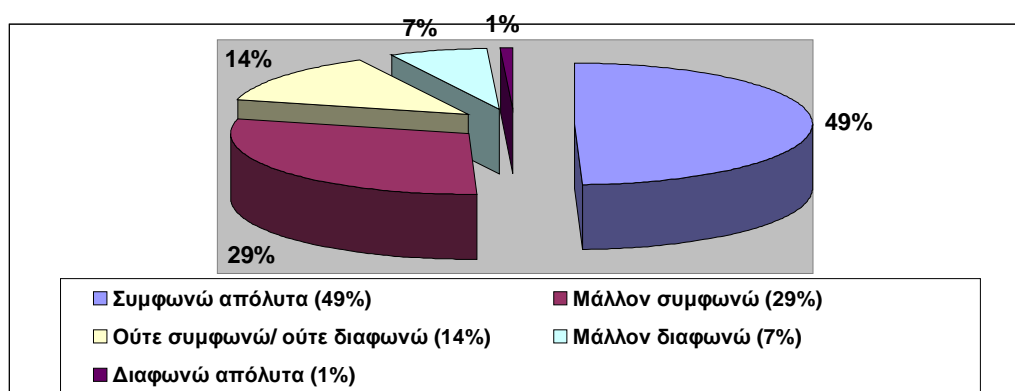


Με βάση το **γράφημα 11.3**, προκύπτει ότι το 53% του δείγματος συμφωνεί απόλυτα με την παραπάνω άποψη, το 26% μάλλον συμφωνεί, το 12% ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί, το 6% μάλλον διαφωνεί, το 2% διαφωνεί απόλυτα.

Ερώτηση 11.4: Οι ψυχικά πάσχοντες μπορούν να έχουν μια κανονική ζωή, όπως όλοι μας, αρκεί να λαμβάνουν σωστά τα φάρμακά τους:

Πίνακας 11.4:	(N)	(%)
Συμφωνώ απόλυτα	158	(49,1)
Μάλλον συμφωνώ	94	(29,0)
Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	45	(13,9)
Μάλλον διαφωνώ	22	(6,8)
Διαφωνώ απόλυτα	3	(0,9)
Σύνολο	322	(100)

Γράφημα 11.4:

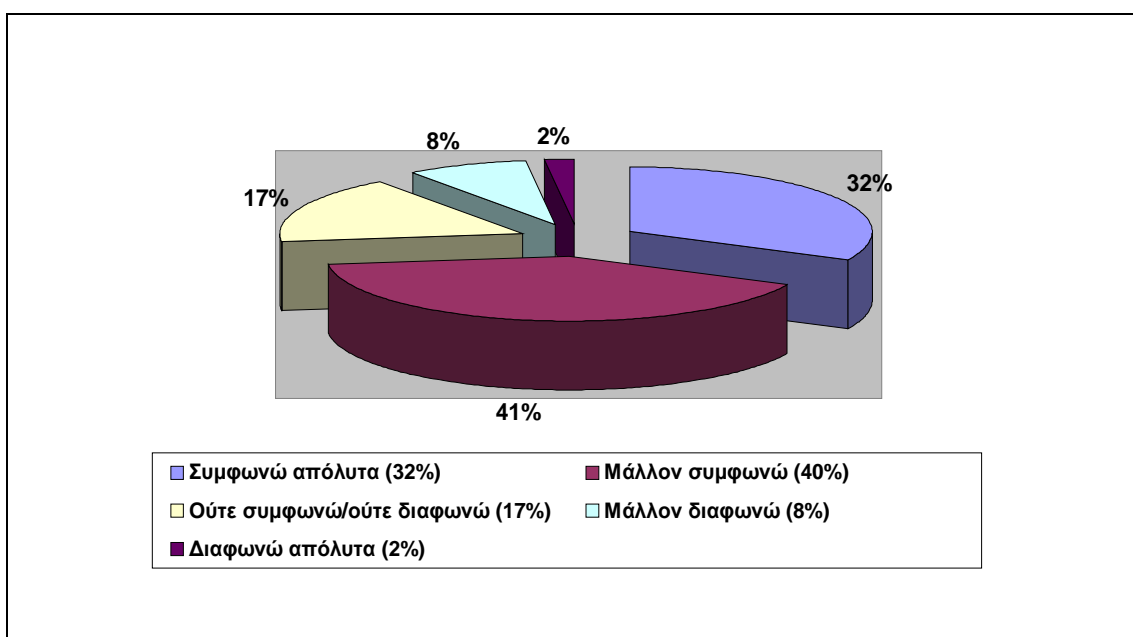


Όπως φαίνεται στο **γράφημα 11.4**, το 49% του δείγματος συμφωνεί απόλυτα με την παραπάνω άποψη, το 29% μάλλον συμφωνεί, το 14% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 7% μάλλον διαφωνεί, το 1% διαφωνεί απόλυτα.

Ερώτηση 11.5: Οι ψυχικά πάσχοντες μπορούν να εργαστούν με την κατάλληλη υποστήριξη;

Πίνακας 11.5:	(N)	(%)
Συμφωνώ απόλυτα	103	(32,2)
Μάλλον συμφωνώ	132	(41)
Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	55	(16,9)
Μάλλον διαφωνώ	26	(8)
Διαφωνώ απόλυτα	6	(1,9)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 11.5:

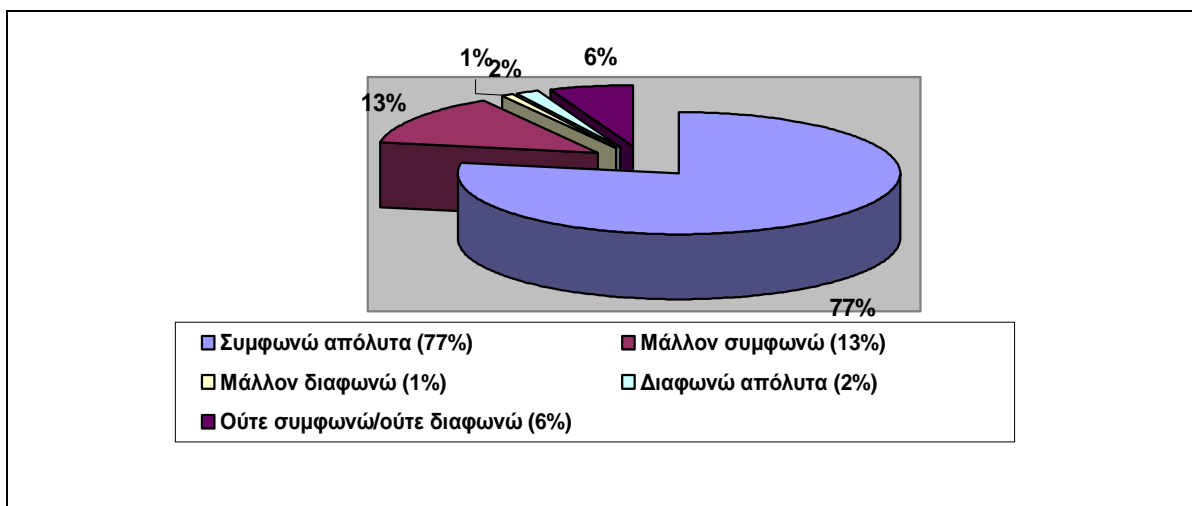


Με βάση τον **γράφημα 11.5**, το 40% του δείγματος μάλλον συμφωνεί με την παραπάνω άποψη, το 32% συμφωνεί απόλυτα, το 17% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 8% μάλλον διαφωνεί, 2% διαφωνεί απόλυτα.

Ερώτηση 11.6: Το κράτος πρέπει να φροντίσει και να εξασφαλίσει τις βασικές συνθήκες διαβίωσης για τους ψυχικά πάσχοντες δίνοντας τα απαραίτητα κονδύλια από τον κρατικό προϋπολογισμό για την αξιοπρεπή διαβίωσή τους;

Πίνακας 11.6:	(N)	(%)
Συμφωνώ απόλυτα	249	(77,3)
Μάλλον συμφωνώ	43	(13,4)
Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	20	(6,2)
Μάλλον διαφωνώ	3	(0,9)
Διαφωνώ απόλυτα	5	(1,6)
Δεν απάντησαν	2	(0,6)
Σύνολο	322	(100)

Γράφημα 11.6:

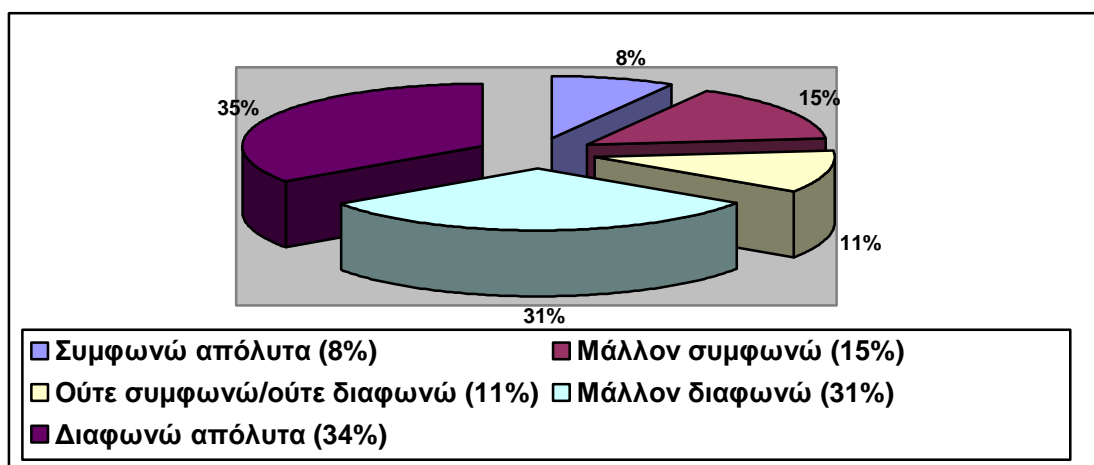


Σύμφωνα με το **γράφημα 11.6**, το 77% του δείγματος συμφωνεί απόλυτα με την παραπάνω άποψη, το 13% μάλλον συμφωνεί, το 6% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 2% διαφωνεί απόλυτα, το 1% μάλλον διαφωνεί .

Ερώτηση 11.7: Η οικογένεια που έχει μέλος της με ψυχικά προβλήματα πρέπει να λύσει μόνη της τα ζητήματα φροντίδας και να αναλάβει τις ευθύνες της;

Πίνακας 11.7:	(N)	(%)
Συμφωνώ απόλυτα	27	(8,4)
Μάλλον συμφωνώ	48	(15,0)
Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	36	(11,1)
Μάλλον διαφωνώ	99	(30,7)
Διαφωνώ απόλυτα	112	(34,8)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 11.7:

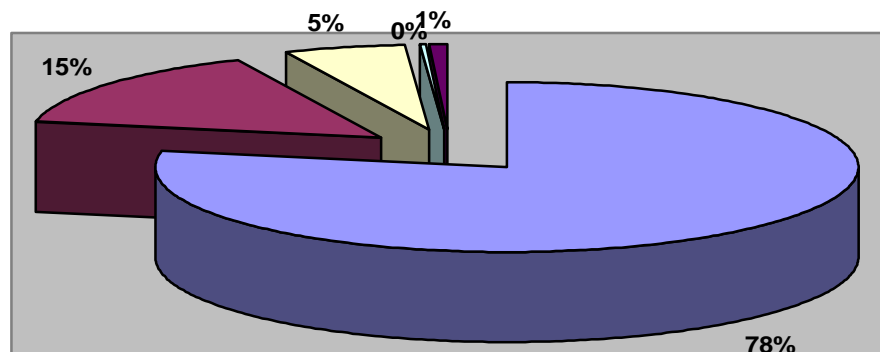


Σύμφωνα με το γράφημα 11.7, το 34% του δείγματος διαφωνεί απόλυτα με την άποψη αυτή, το 31% μάλλον διαφωνεί, το 15% μάλλον συμφωνεί, το 11% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 8% συμφωνεί απόλυτα.

Ερώτηση 11.8: Η οικογένεια που έχει μέλος με προβλήματα ψυχικής υγείας πρέπει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα φροντίδας που συνεπάγεται η ψυχική νόσος, αλλά με την ουσιαστική συμπαράσταση της Πολιτείας, τόσο σε υλικό (οικονομικό) επίπεδο, όσο και σε επίπεδο υποστήριξης (βοήθεια από ειδικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο σπίτι ή αλλού);

Πίνακας 11.8:	(N)	(%)
Συμφωνώ απόλυτα	252	(78,2)
Μάλλον συμφωνώ	49	(15,3)
Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	17	(5,3)
Μάλλον διαφωνώ	1	(0,3)
Διαφωνώ απόλυτα	3	(0,9)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 11.8:



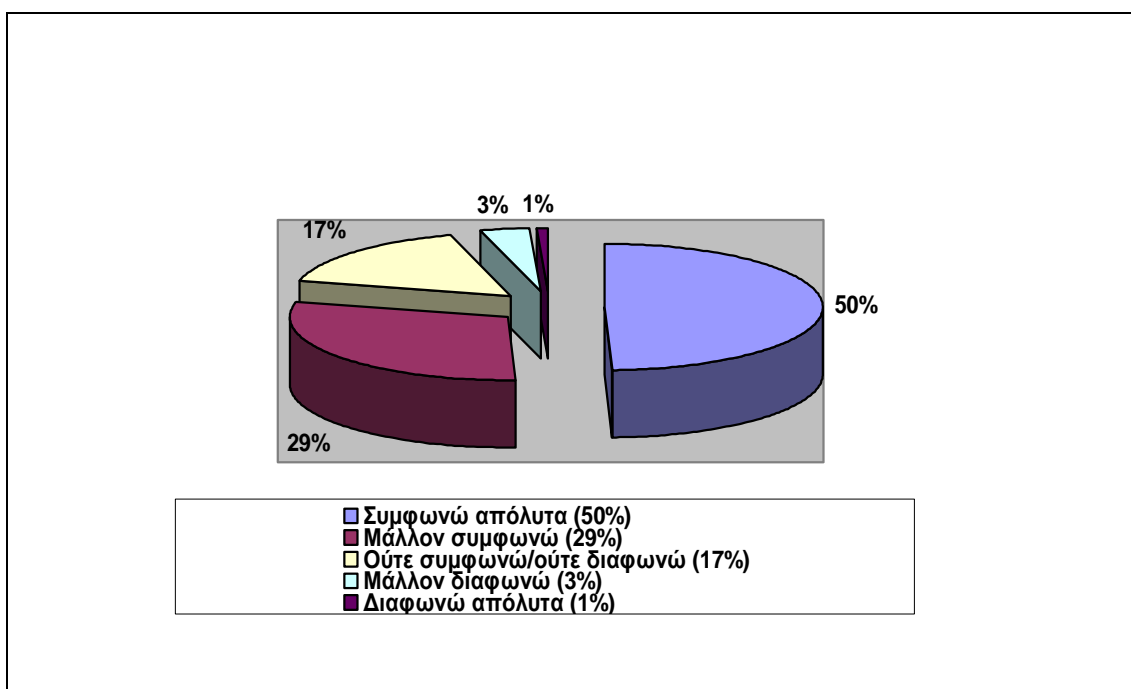
■ Συμφωνώ απόλυτα (78%)	■ Μάλλον συμφωνώ (15%)
■ Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ (5%)	■ Μάλλον διαφωνώ (0,3%)
■ Διαφωνώ απόλυτα (1%)	

Με βάση το **γράφημα 11.8**, το 78% του δείγματος συμφωνεί απόλυτα με την παραπάνω άποψη, το 15% μάλλον συμφωνεί, το 5% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 1% διαφωνεί απόλυτα, το 0,3% μάλλον διαφωνεί.

Ερώτηση 11.9: Όλοι μας έχουμε την υποχρέωση να βοηθήσουμε ενεργά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων φροντίδας ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα αναπηρίας ή προβλήματα ψυχικής υγείας;

Πίνακας 11.9:	(N)	(%)
Συμφωνώ απόλυτα	160	(49,6)
Μάλλον συμφωνώ	94	(29,2)
Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	54	(16,7)
Μάλλον διαφωνώ	11	(3,4)
Διαφωνώ απόλυτα	3	(0,9)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 11.9:

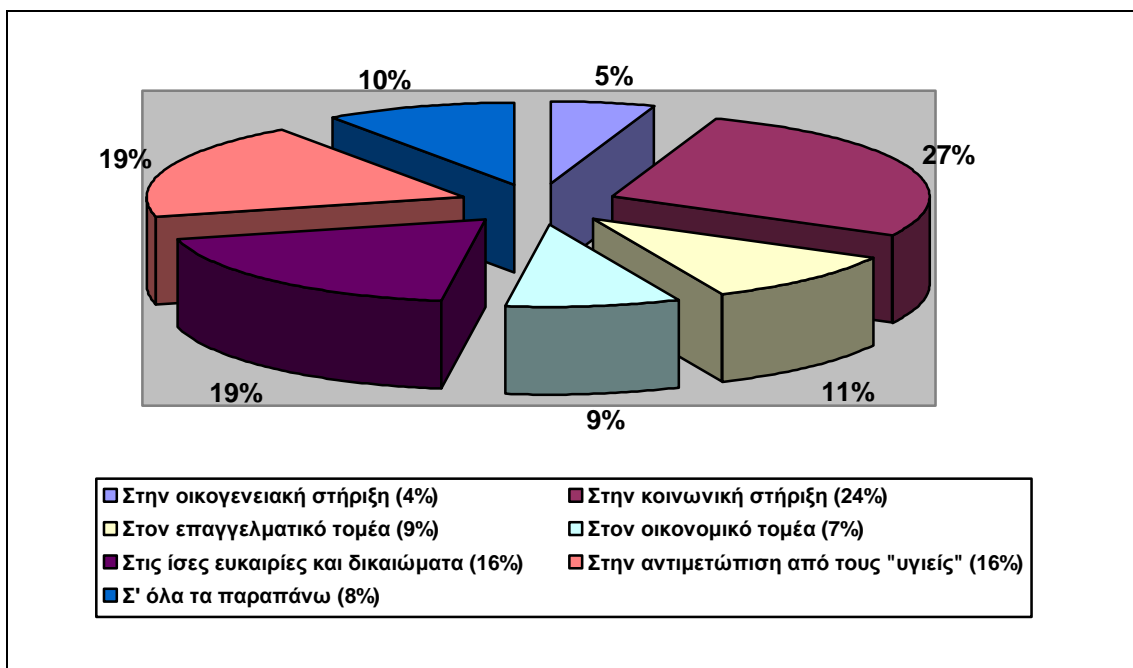


Σύμφωνα με το **γράφημα 11.9** προκύπτει ότι το 50% του δείγματος συμφωνεί απόλυτα με την παραπάνω άποψη, το 29% μάλλον συμφωνεί, το 17% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 3% μάλλον διαφωνεί, το 1% διαφωνεί απόλυτα.

Ερώτηση 12: Σε ποιους τομείς αντιμετωπίζουν προβλήματα οι ψυχικά ασθενείς;

Πίνακας 12:	(N)	(%)
Στην κοινωνική στήριξη και υποστήριξη	77	(24,0)
Στις ίσες ευκαιρίες & δικαιώματα	52	(16,0)
Στον τρόπο αντιμετώπισης από τους «υγιείς»	51	(16,0)
Στον επαγγελματικό τομέα	29	(9,0)
Στον οικονομικό τομέα	23	(7,0)
Στην οικογενειακή στήριξη	13	(4,0)
Σε όλους τομείς	26	(8,0)
Σύνολο	271	(84,0)

Γράφημα 12:

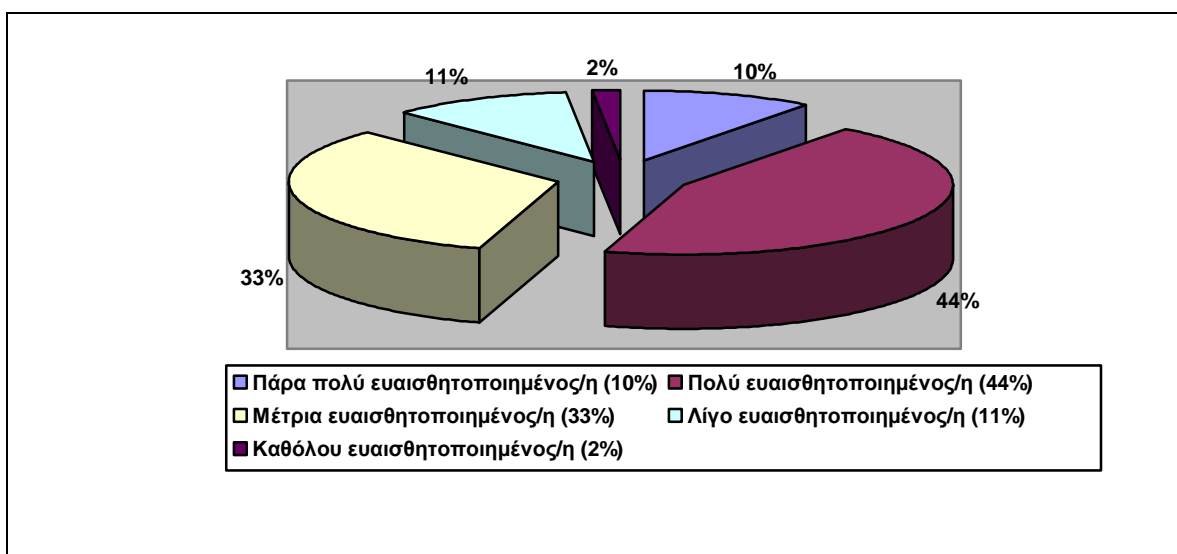


Σύμφωνα με το παραπάνω **γράφημα**, το 24% των συμμετεχόντων θεωρούν ότι οι ψυχικά πάσχοντες αντιμετωπίζουν τα περισσότερα προβλήματα στον τομέα της κοινωνικής στήριξης, το 16% πιστεύουν ότι δεν υπάρχουν ίσες ευκαιρίες και δικαιώματα, το 16% πιστεύουν ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα στον τρόπο με τον οποίο τους αντιμετωπίζουν «οι υγιείς», το 9% θεωρεί ότι τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά πάσχοντες σχετίζονται με τον επαγγελματικό τομέα, το 8% πιστεύουν ότι οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα σ' όλους τους τομείς, το 7% πιστεύουν ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα στον οικονομικό τομέα, το 4% στον τομέα της οικογενειακής στήριξης, ενώ το 16% των γονέων απέφυγαν να απαντήσουν στη σχετική ερώτηση.

Ερώτηση 13: Αναφορικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά πάσχοντες θεωρείτε ότι είστε ευαισθητοποιημένος/η;

Πίνακας 13:	(N)	(%)
Πάρα πολύ ευαισθητοποιημένος/η	33	(10,2)
Πολύ ευαισθητοποιημένος/η	143	(44,4)
Μέτρια ευαισθητοποιημένος/η	106	(32,9)
Λίγο ευαισθητοποιημένος/η	35	(10,9)
Καθόλου ευαισθητοποιημένος/η	5	(1,6)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 13:

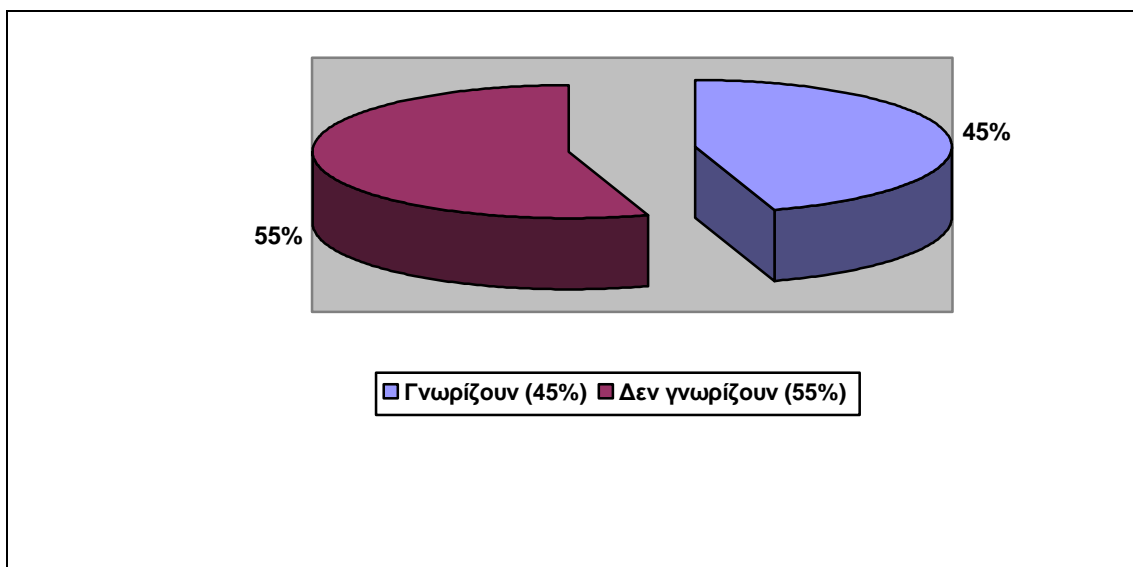


Με βάση το **γράφημα 13**, το 44% του δείγματος χαρακτηρίζονταν ως πολύ ευαισθητοποιημένοι, το 33% ως μέτρια ευαισθητοποιημένοι, το 11% ως λίγο ευαισθητοποιημένοι, το 10% ως πάρα πολύ ευαισθητοποιημένοι και το 2% ως καθόλου ευαισθητοποιημένοι.

Ερώτηση 14: Γνωρίζετε το περιεχόμενο και την έννοια του όρου «ανάδοχη» ή «φιλοξενούσα οικογένεια» για τους ψυχικά πάσχοντες;

Πίνακας 14:	(N)	(%)
Γνωρίζω	145	(45,0)
Δεν γνωρίζω	177	(55,0)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 14:

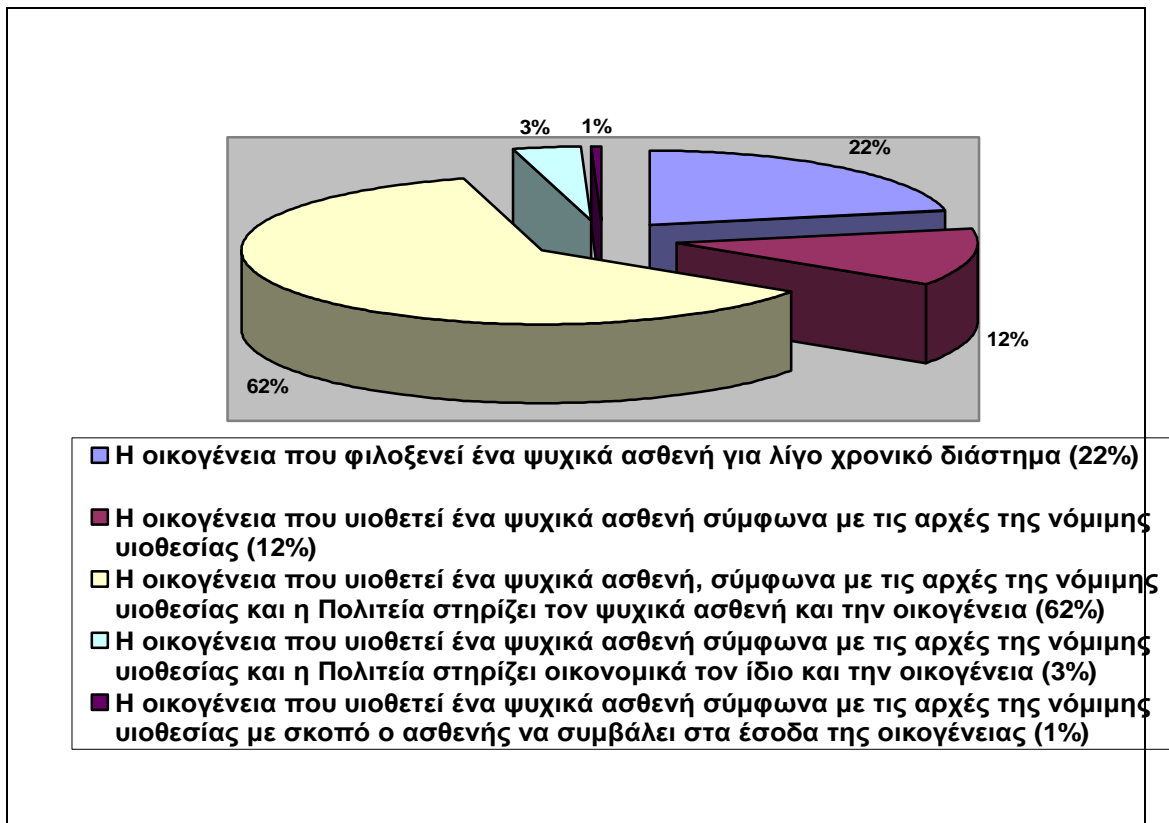


Σύμφωνα με το **γράφημα 14**, το 55% του δείγματος δεν γνωρίζει τον όρο «αναδοχή» ή «φιλοξενούσα οικογένεια» για ψυχικά πάσχοντες, ενώ αντίθετα το 45% του δείγματος δήλωσε πως γνωρίζει .

Ερώτηση 14α:Αν ναι, τι πιστεύετε ότι είναι η φιλοξενούσα ή ανάδοχη οικογένεια;

Πίνακας 14^α	(N)	(%)
Η οικογένεια που φιλοξενεί ένα ψυχικά ασθενή για λίγο χρονικό διάστημα	32	(22,10)
Η οικογένεια που υιοθετεί ένα ψυχικά ασθενή , σύμφωνα με τις αρχές της νόμιμης υιοθεσίας.	18	(12,4)
Η οικογένεια που υιοθετεί έναν ψυχικά ασθενή , σύμφωνα με τις αρχές της νόμιμης υιοθεσίας και η Πολιτεία στηρίζει τον ψυχικά ασθενή και την οικογένεια.	89	(61,4)
Η οικογένεια που υιοθετεί έναν ψυχικά ασθενή, σύμφωνα με τις αρχές της νόμιμης υιοθεσίας και η Πολιτεία στηρίζει οικονομικά τον ίδιο και την οικογένεια.	5	(3,4)
Η οικογένεια που υιοθετεί έναν ψυχικά ασθενή, σύμφωνα με τις αρχές της νόμιμης υιοθεσίας με σκοπό ο ασθενής να συμβάλλει στα έσοδα της οικογενείας.	1	(0,7)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 14α:

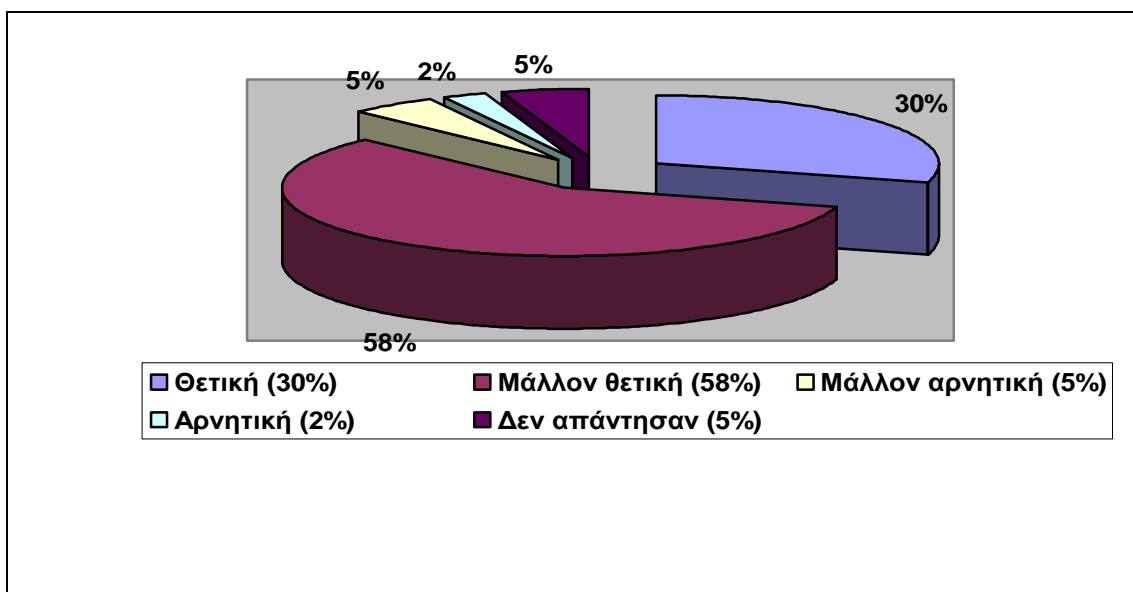


Στο **γράφημα 14^α**, από το 45% των ερωτηθέντων που απάντησαν ότι γνωρίζουν την ύπαρξη προγραμμάτων φιλοξενουσών οικογενειών για το περιεχόμενο αυτών των προγραμμάτων στην ερώτηση 14, το 62% δήλωσε ότι είναι «η οικογένεια που υιοθετεί ένα ψυχικά ασθενή, σύμφωνα με τις αρχές της νόμιμης υιοθεσίας και η Πολιτεία στηρίζει τον ψυχικά ασθενή και την οικογένεια», ενώ το 22% ανέφερε ότι είναι η οικογένεια που φιλοξενεί έναν ασθενή για λίγο χρονικό διάστημα. Το 12% δήλωσε ότι είναι η οικογένεια που υιοθετεί έναν ψυχικά ασθενή σύμφωνα με τις αρχές της νόμιμης υιοθεσίας. Το 3% δήλωσε ότι είναι η οικογένεια που υιοθετεί έναν ψυχικά ασθενή σύμφωνα με τις αρχές της νόμιμης υιοθεσίας και η Πολιτεία στηρίζει οικονομικά τον ίδιο και την οικογένεια. Τέλος το 1% δήλωσε ότι είναι η οικογένεια που υιοθετεί έναν ψυχικά ασθενή σύμφωνα με τις αρχές της νόμιμης υιοθεσίας με σκοπό ο ασθενής να συμβάλει στα έσοδα της οικογενείας.

Ερώτηση 15: Η Πολιτεία με υπουργική απόφαση έχει θεσπίσει προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες. Ο θεσμός αυτός δίνει τη δυνατότητα σε οικογένειες που δεν έχουν συγγένεια πρώτου βαθμού με ψυχικά πάσχοντες να επιδοτηθούν με χρήματα προκειμένου να αναλάβουν την ευθύνη φροντίδας ψυχικά πασχόντων στο σπίτι τους. Παράλληλα, θα έχουν την υποστήριξη και παρακολούθηση ειδικών για την αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων. Πως θα χαρακτηρίζατε την παραπάνω θέση;

Πίνακας 15	(N)	(%)
Θετική	95	(29,5)
Μάλλον θετική	187	(58,1)
Μάλλον αρνητική	16	(5,0)
Αρνητική	8	(2,5)
Δεν απάντησαν	16	(5,0)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 15

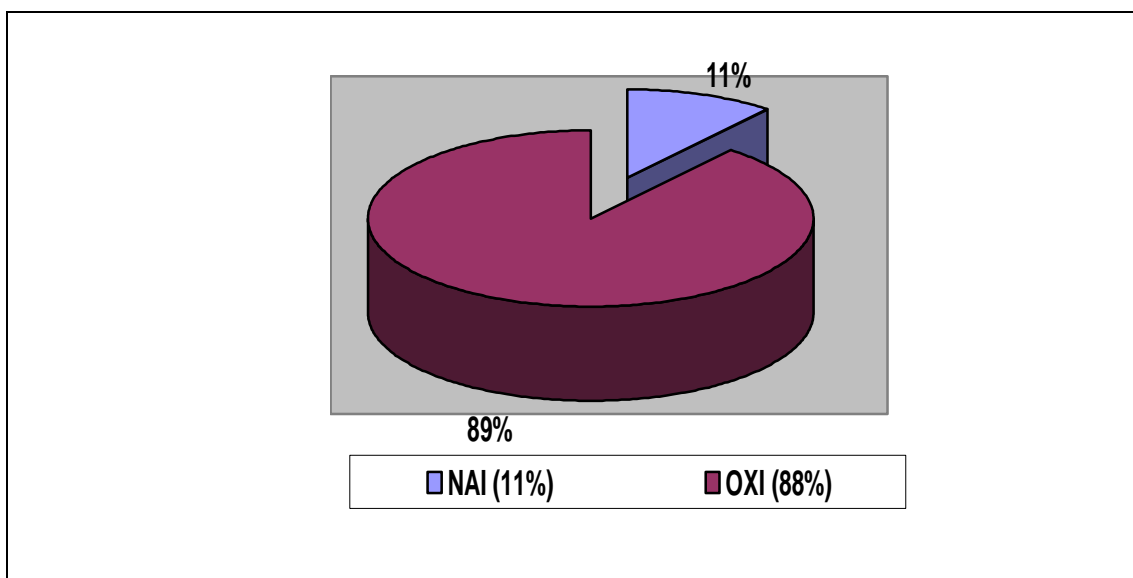


Σύμφωνα με το **γράφημα 15**, το 58% του δείγματος έχει μάλλον θετική άποψη για τα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών, το 30% θετική, το 5% μάλλον αρνητική, το 2% αρνητική, ενώ το 5% του δείγματος δεν απάντησε στη σχετική ερώτηση.

Ερώτηση 16: Εσείς έχετε ενημερωθεί για τα προγράμματα περί Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες;

Πίνακας 16 :	(N)	(%)
ΝΑΙ	35	(10,9)
ΟΧΙ	285	(88,5)
Δεν απαντώ	2	(0,6)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 16:

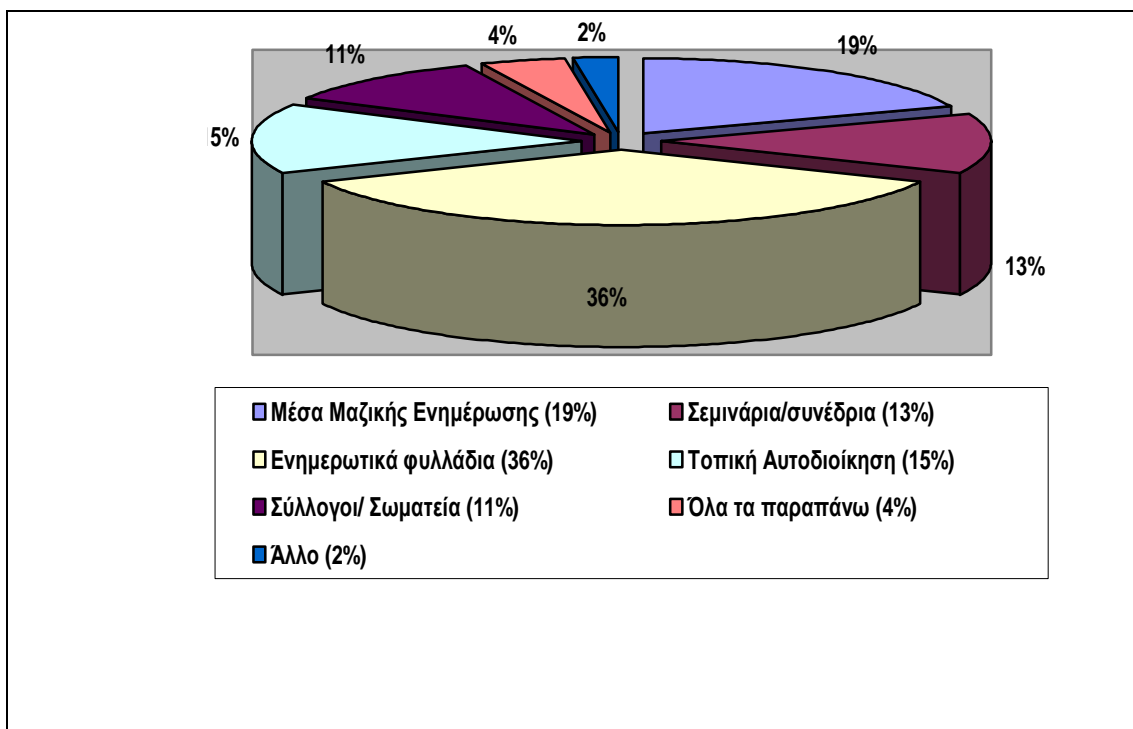


Σύμφωνα με το **γράφημα 16**, το 88% του δείγματος δεν έχουν ενημερωθεί για τα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών, σε αντίθεση με το 11%, που δήλωσαν ότι έχουν ενημερωθεί. Τέλος, 1% του δείγματος δεν απάντησε στη σχετική ερώτηση.

Ερώτηση 16α: Αν ναι, από ποιόν/ποιούς από τους παρακάτω φορείς έχετε ενημερωθεί;

Πίνακας 16α:	(N)	(%)
Ενημερωτικά φυλλάδια	13	(36,0)
Μ.Μ.Ε.	7	(19,0)
Τοπική Αυτοδιοίκηση	5	(15,0)
Σεμινάρια/Συνέδρια	4	(13,0)
Σύλλογοι/Σωματεία	3	(11,0)
Όλα τα παραπάνω	2	(4,0)
Άλλη πηγή	1	(2,0)
Σύνολο	35	(100,0)

Γράφημα 16^α:

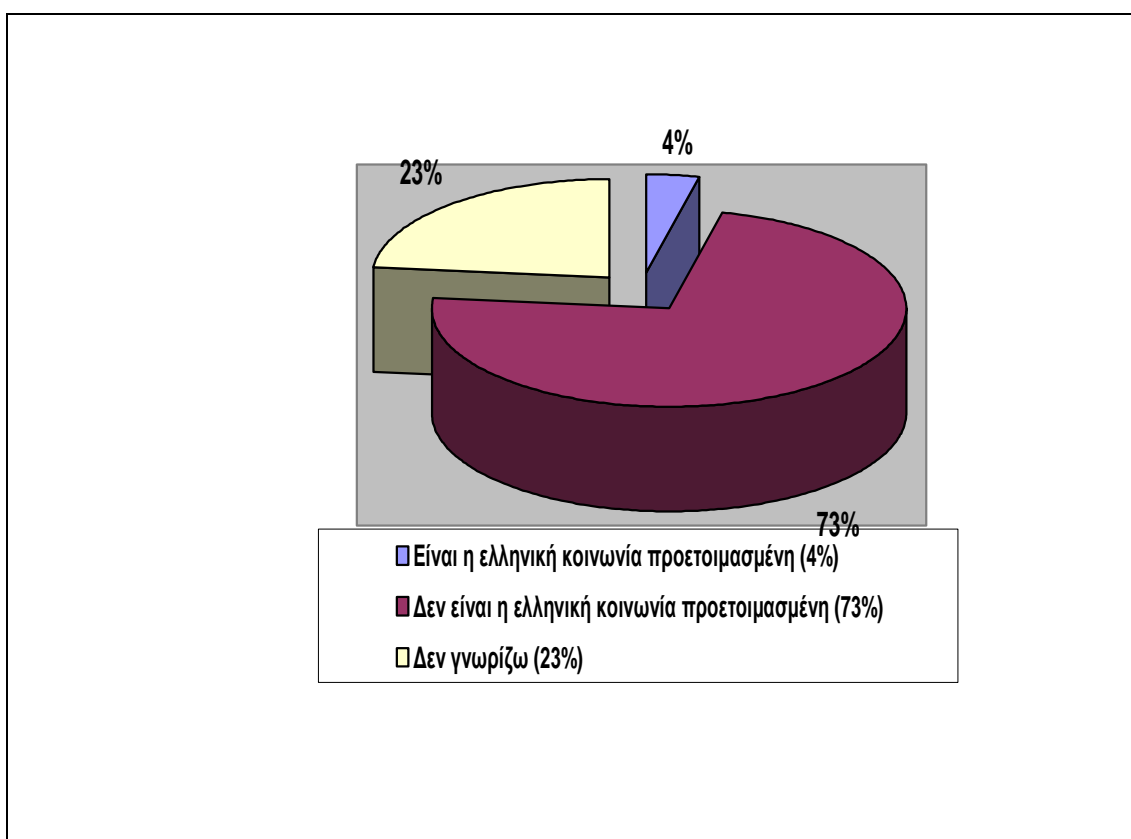


Από το 11% των γονέων που απάντησαν στην προηγούμενη **ερώτηση 16** ότι έχουν ενημερωθεί για τα προγράμματα των Φιλοξενουσών οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες , το 36% δήλωσαν ότι ενημερώθηκαν από τα ενημερωτικά φυλλάδια, το 19% από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, το 15% από την Τοπική Αυτοδιοίκηση, το 13% από τα σεμινάρια/συνέδρια, το 11% από τους συλλόγους και τα σωματεία, το 4% ενημερώθηκαν από όλους τους φορείς και το 2% ανέφεραν άλλη πηγή ενημέρωσης, χωρίς να προσδιορίζουν ακριβώς το είδος της πηγής.

Ερώτηση 17: Πιστεύετε ότι η σύγχρονη ελληνική κοινωνία είναι έτοιμη να δεχθεί και να συμμετάσχει ενεργά στο θεσμό των Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες;

Πίνακας 17 :	(N)	(%)
Ναι, είναι προετοιμασμένη	12	(3,7)
Όχι, δεν είναι προετοιμασμένη	235	(73,0)
Δεν γνωρίζω	75	(23,3)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 17:

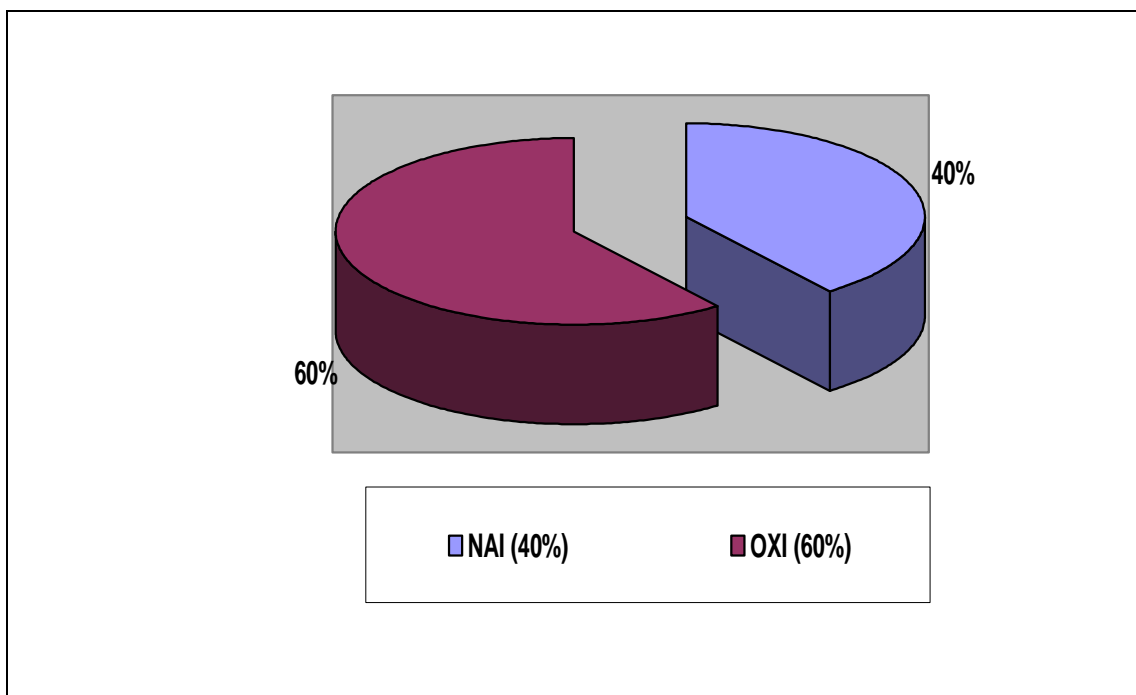


Σύμφωνα με το **γράφημα 17**, το 73% του δείγματος θεωρούν πως η ελληνική κοινωνία δεν είναι προετοιμασμένη να δεχθεί και να συμμετάσχει ενεργά στο θεσμό, ενώ το 23% πιστεύει το αντίθετο. Το 4% του δείγματος δήλωσε πως δεν γνωρίζει.

Ερώτηση 18: Πιστεύετε ότι μπορεί να εφαρμοστεί ένας τέτοιος θεσμός στη χώρα μας;

Πίνακας 18:	(N)	(%)
ΝΑΙ	128	(39,8)
ΟΧΙ	194	(60,2)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 18:

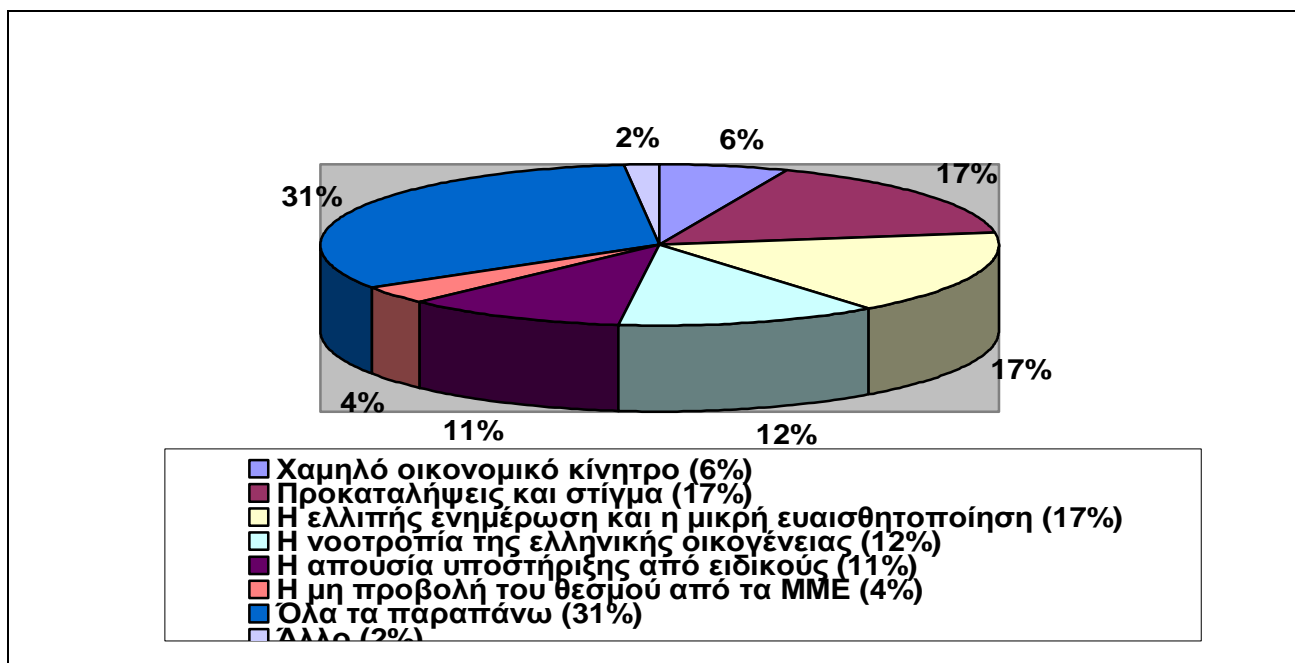


Σύμφωνα με το **γράφημα 18** , το 60% του δείγματος δεν πιστεύει ότι μπορούν να εφαρμοστούν στην Ελλάδα προγράμματα αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες, ενώ το υπόλοιπο 40% πιστεύει ότι υπάρχει η δυνατότητα εφαρμογής τους.

Ερώτηση 18α: Αν όχι, ποιός ή ποιοί είναι κατά τη γνώμη σας οι λόγοι που δεν μπορεί να εφαρμοστεί ο θεσμός αυτός στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία;

Πίνακας 18α:	(N)	(%)
Οι Προκαταλήψεις και το στίγμα που συνοδεύει τους ψυχικά πάσχοντες	55	(17,0)
Η Μικρή ενημέρωση/ ευαισθητοποίηση της ελληνικής κοινής γνώμης σε ζητήματα ψυχικής υγείας	55	(17,0)
Η Νοοτροπία της ελληνικής οικογένειας	39	(12,0)
Η Απουσία υποστήριξης από ειδικούς	35	(11,0)
Το Χαμηλό οικονομικό κίνητρο	19	(6,0)
Η Απουσία συστηματικής ενημέρωσης και προβολής του θεσμού από τα Μ.Μ.Ε.	13	(4,0)
Όλα τα παραπάνω	100	(31,0)
Άλλο	6	(2,0)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 18^α:

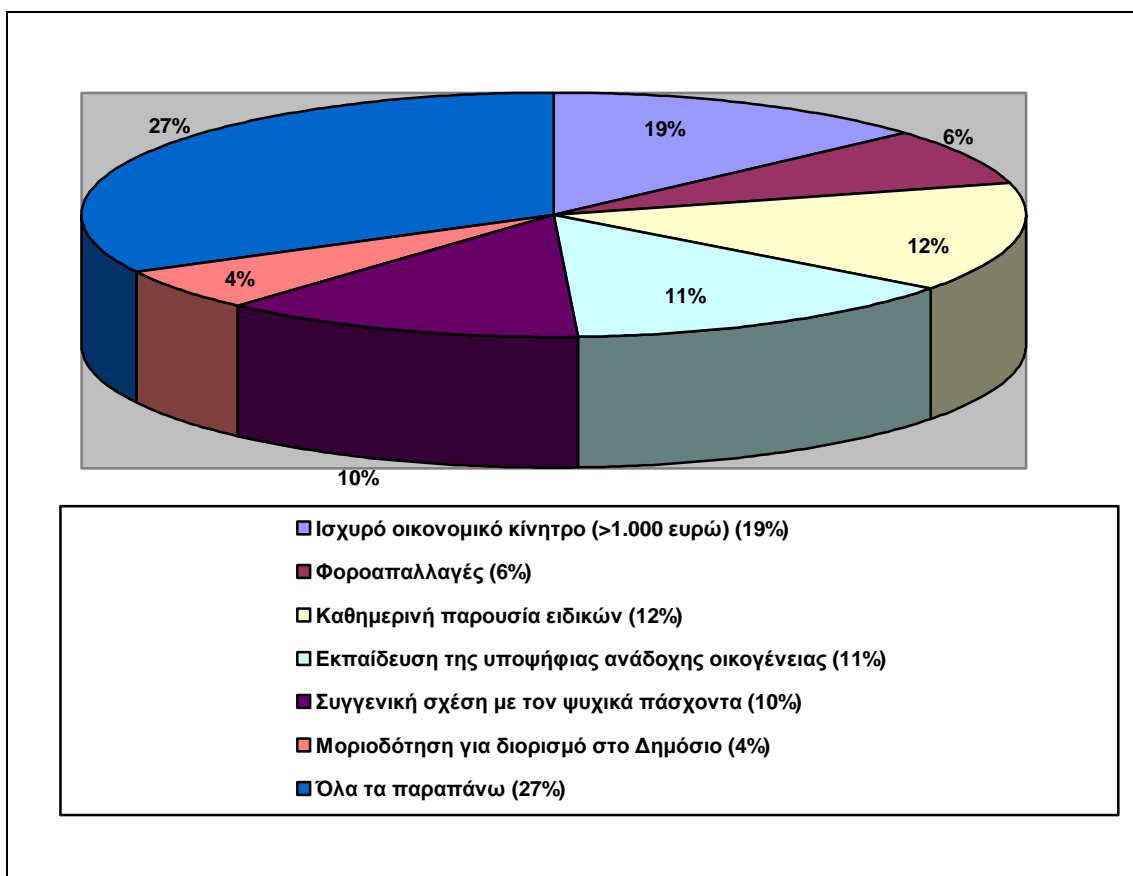


Σύμφωνα με το **γράφημα 18^α**, από το (60%) των γονέων που απάντησαν **αρνητικά** στην προοπτική της εφαρμογής του θεσμού των Φιλοξενουσών Οικογενειών στην Ελλάδα, το 31% ανέφερε ως βασική αιτία τη δράση όλων των παραγόντων που αναφέρονται στη συγκεκριμένη ερώτηση, το 17% ανέφερε τις προκαταλήψεις και το στίγμα, το 17% ανέφερε ως βασική αιτία μη εφαρμογής των προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών στην Ελλάδα την ελλιπή ενημέρωση και τη μικρή ευαισθητοποίηση της ελληνικής κοινωνίας, το 12% των γονέων ανέφερε ως βασικό λόγο μη εφαρμογής του θεσμού τη νοοτροπία της ελληνικής οικογένειας, το 11% ανέφερε τη μη υποστήριξη από ειδικούς, το 6% το χαμηλό οικονομικό κίνητρο, το 4% τη μη προβολή του θεσμού από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και τέλος το 2% ανέφερε άλλους λόγους.

Ερώτηση 19: Ποιά είναι κατά τη γνώμη σας τα κίνητρα για τη σύγχρονη ελληνική οικογένεια προκειμένου να συμμετάσχει ενεργητικά ως ανάδοχη οικογένεια για τη φιλοξενία ψυχικά πάσχοντα;

Πίνακας 19:	(N)	(%)
Η Εκπαίδευση υποψήφιας ανάδοχης οικογένειας	61	(19,0)
Η Καθημερινή παρουσία ειδικών και απασχόληση του ψυχικά πάσχοντα καθημερινά σε ψυχιατρικές δομές στην Κοινότητα	39	(12,0)
Το Ισχυρό οικονομικό κίνητρο (>1000Euro)	35	(11,0)
Η Συγγενική σχέση με τον ψυχικά πάσχοντα	32	(10,0)
Οι Φοροαπαλλαγές	19	(6,0)
Η Μοριοδότηση για διορισμό στο δημόσιο μέλους της φιλοξενούσας οικογένειας	13	(4,0)
Όλα τα παραπάνω	87	(27,0)
Σύνολο	286	(89,0)

Γράφημα 19:

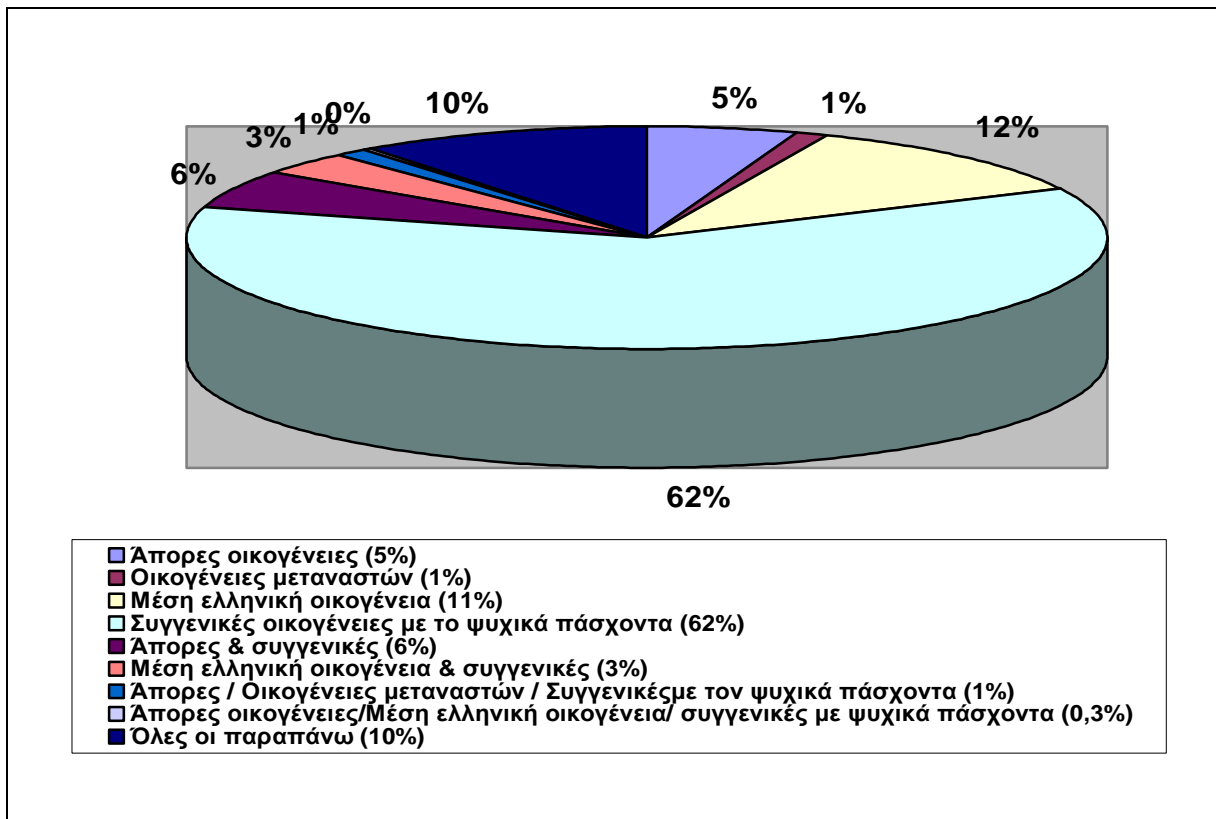


Σύμφωνα με το **γράφημα 19** παρουσιάζονται το 27% των γονέων απάντησαν ότι όλα τα κίνητρα που αναφέρονται πρέπει να συνυπάρχουν για να αποφασίσει μία οικογένεια να γίνει ανάδοχη οικογένεια σε ψυχικά πάσχοντα, το 11% αναφέρουν την εκπαίδευση της υποψήφιας ανάδοχης οικογένειας, το 12% την καθημερινή παρουσία ειδικών, το 19% αναφέρουν το ισχυρό οικονομικό κίνητρο (>1.000€), το 10% τη συγγενική σχέση με τον ψυχικά πάσχοντα, το 6% τις φοροαπαλλαγές, το 4% τη μοριοδότηση για διορισμό στο Δημόσιο και ένα σημαντικό ποσοστό της τάξης του δείγματος 11% δεν απάντησαν στη σχετική ερώτηση.

Ερώτηση 20: Ποιά /ποιές από τις παρακάτω κατηγορίες κοινωνικών ομάδων ενδεχομένως να συγκεντρώνουν περισσότερες πιθανότητες για τη συμμετοχή τους σε προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών;

Πίνακας 20:	(N)	(%)
Άπορες οικογένειες	17	(5,3)
Οικογένειες μεταναστών	03	(0,9)
Η Μέση ελληνική οικογένεια	37	(11,4)
Οι Συγγενικές οικογένειες με τον πάσχοντα	197	(61,3)
Οι Άπορες & συγγενικές οικογένειες με τον πάσχοντα	20	(6,2)
Η Μέση ελληνική οικογένεια & συγγενικές οικογένειες με τον πάσχοντα	11	(3,4)
Οι Άπορες οικογένειες & η μέση ελληνική οικογένεια & συγγενικές οικογένειες με τον πάσχοντα	1	(0,3)
Όλα τα παραπάνω	33	(10,3)
Σύνολο	319	(99,1)

Γράφημα 20:

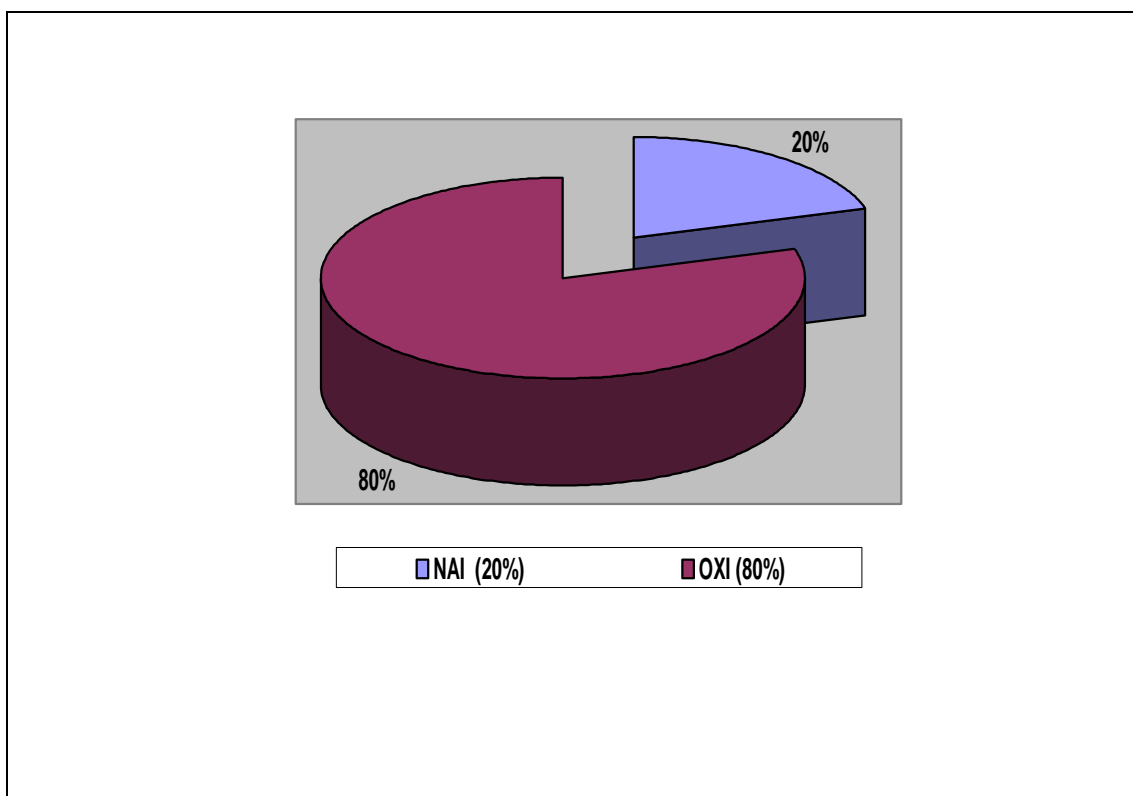


Σύμφωνα με το **γράφημα 20**, συνάγεται το συμπέρασμα ότι το 62% του δείγματος θεωρεί ότι οι συγγενικές οικογένειες με τον ψυχικά πάσχοντα έχουν τις περισσότερες πιθανότητες να συμμετάσχουν σε προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών ως υποψήφιας ανάδοχες οικογένειες, το 11% θεωρεί ότι βασική ομάδα στόχου για την στρατολόγηση υποψήφιων αναδόχων οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες πρέπει να είναι η μέση ελληνική οικογένεια, ενώ το 10% του δείγματος προτείνει την ταυτόχρονη επικέντρωση στις άπορες οικογένειες, στις οικογένειες μεταναστών, στη μέση ελληνική οικογένεια και σε συγγενικές οικογένειες με τον ψυχικά πάσχοντα. Το 3 % θεωρεί ως βασική ομάδα στόχου την μέση ελληνική οικογένεια και τις συγγενικές οικογένειες προς τον ψυχικά πάσχοντα. Το 1% θεωρεί ως κατάλληλες ομάδες στόχου τις άπορες οικογένειες, τις οικογένειες μεταναστών και τις συγγενικές οικογένειες με τον ψυχικά πάσχοντα. Το 0,3% θεωρεί ως κατάλληλες ομάδες στόχου τις άπορες οικογένειες, την μέση ελληνική οικογένεια και τις συγγενικές οικογένειες με τον ψυχικά πάσχοντα. Τέλος το 1% δεν απάντησε στην σχετική ερώτηση.

Ερώτηση 21: Εσείς θα δεχόσαστε να συμμετάσχετε σε ένα πρόγραμμα αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες;

Πίνακας 21:	(N)	(%)
ΝΑΙ	65	(20,2)
ΟΧΙ	257	(79,8)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 21:

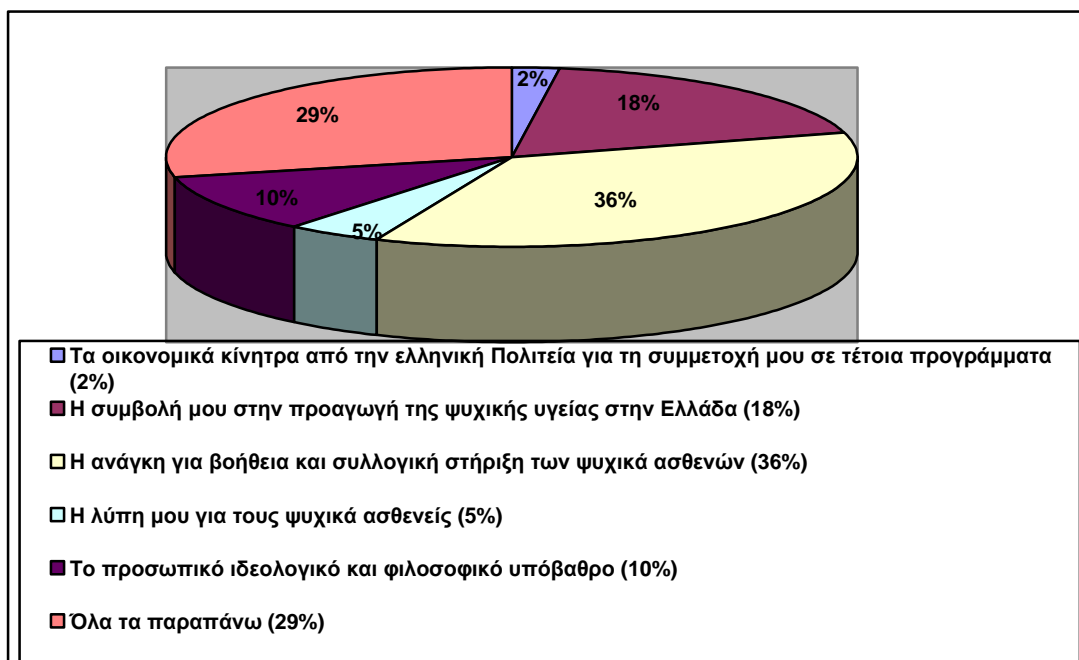


Σύμφωνα με το **γράφημα 21**, προκύπτει ότι το 80% δεν θα δέχονταν να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα αναδοχής ενώ το 20% απάντησε πως θα δέχονταν να συμμετάσχουν σε πρόγραμμα αναδοχής .

Ερώτηση 21α: Αν ναι, ποιος ή ποιοί λόγοι θα σας οδηγούσαν σε μια τέτοια απόφαση/επιλογή (συμμετοχή σε φιλοξενούσες οικογένειες);

Πίνακας 21α:	(N)	(%)
Η Ανάγκη για βοήθεια και συλλογική στήριξη των ψυχικά ασθενών	23	(36,0)
Η Συμβολή στην προαγωγή της Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα	12	(18,0)
Το προσωπικό ιδεολογικό και φιλοσοφικό Υπόβαθρο	7	(10,0)
Η λύπη μου για τους Ψυχικά ασθενείς	3	(5,0)
Τα οικονομικά κίνητρα από την πολιτεία για την συμμετοχή μου σε τέτοια προγράμματα	1	(2,0)
Όλα τα παραπάνω	19	(29,0)
Σύνολο	65	(100,0)

Γράφημα 21^α:

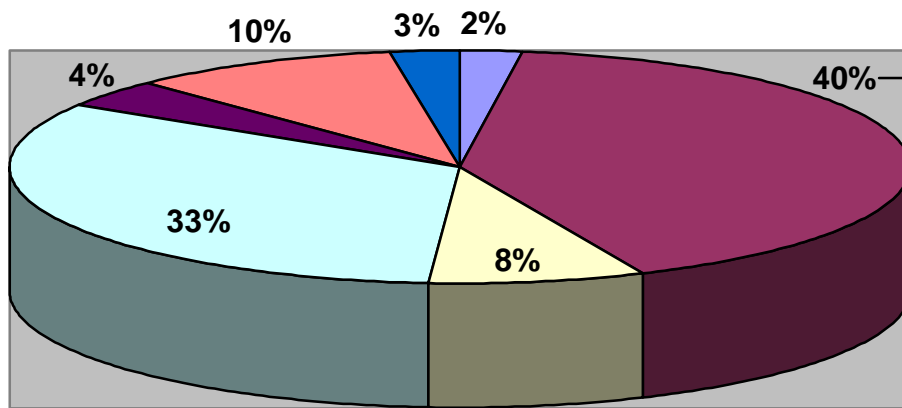


Σύμφωνα με το **γράφημα 21^α**, από το (20%) του συνολικού δείγματος που απάντησαν θετικά για την απόφασή τους να συμμετάσχουν σε προγράμματα φιλοξενίας των ψυχικά πασχόντων στην προηγούμενη **ερώτηση 21**, το 36% έχει ως κύριο λόγο για την απόφασή του να συμμετάσχει ενεργά στο θεσμό της αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες την ανάγκη για βοήθεια και συλλογική στήριξη των ψυχικά ασθενών, το 29% του δείγματος ανέφερε όλους των παραπάνω λόγους που θα τους οδηγούσαν στην απόφασή να συμμετάσχουν ενεργά σε προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών, το 18% ανέφερε ως κύριο λόγο τη συμβολή του στην προαγωγή της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Το 10% θα συμμετείχε λόγω του προσωπικού ιδεολογικού και φιλοσοφικού του υπόβαθρου. Το 5 % λόγω της λύπης του για τους ψυχικά ασθενείς. Τέλος το 2% λόγω των οικονομικών κινήτρων που θα είχε για την συμμετοχή του σε τέτοια προγράμματα.

Ερώτηση 21β: Αν όχι, για ποιόν ή ποιους λόγους δε θα συμμετείχατε σε ένα τέτοιο πρόγραμμα (Φιλοξενουσών Οικογενειών);

Πίνακας 21β:	(N)	(%)
Γιατί είναι μεγάλη ευθύνη της οικογένειας που φιλοξενεί τον ψυχικά πάσχοντα.	129	(40,0)
Γιατί δεν υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές από την Πολιτεία(π.χ. στήριξη της οικογένειας από ειδικούς, ειδικές υπηρεσίες ψυχιατρικής περίθαλψης στο σπίτι).	106	(33,0)
Γιατί ενδεχομένως να μην υπάρξει η κατάλληλη οικονομική υποστήριξη της οικογένειας.	26	(8,0)
Λόγω του στιγματισμού της οικογένειας μου από την ελληνική κοινωνία.	13	(4,0)
Γιατί οι ψυχικά ασθενείς είναι επικίνδυνοι	6	(2,0)
Όλα τα παραπάνω	32	(10,0)
Άλλο	10	(3,0)
Σύνολο	322	(100,0)

Γράφημα 21β:



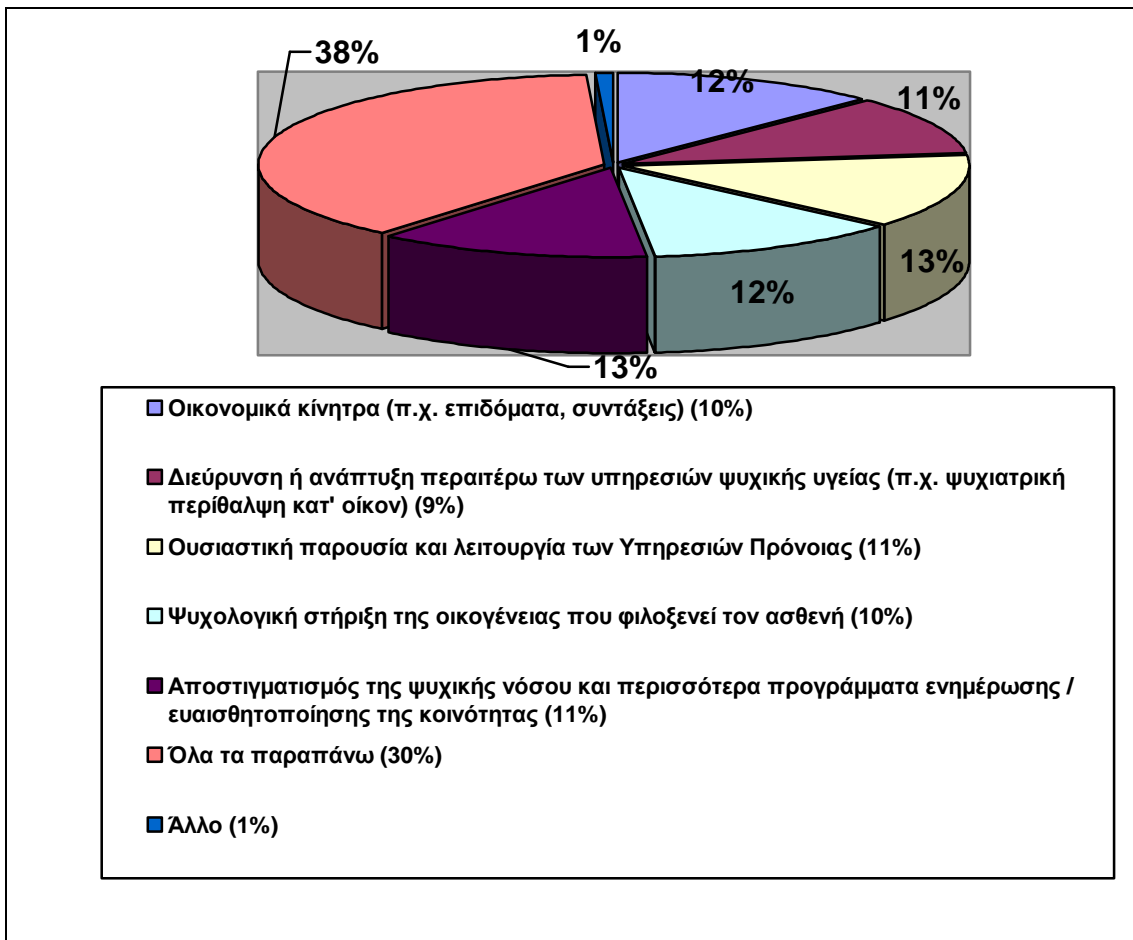
- Γιατί οι ψυχικά ασθενείς είναι επικίνδυνοι (2%)
- Γιατί είναι μεγάλη η ευθύνη της οικογένειας που φιλοξενεί τον ψυχικά πάσχοντα (40%)
- Γιατί ενδεχομένως να μην υπάρξει η κατάλληλη οικονομική στήριξη της οικογένειας (8%)
- Γιατί δεν υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές από την Πολιτεία (π.χ. στήριξη της οικογένειας από ειδικούς, ειδικές υπηρεσίες ψυχιατρικής περίθαλψης στο σπίτι κλπ.) (33%)
- Λόγω του στιγματισμού της οικογένειας μου από την ελληνική κοινωνία (4%)
- Όλα τα παραπάνω (10%)
- Άλλο (3%)

Σύμφωνα με το γράφημα **21β** από το 80% των γονέων που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν σε προγράμματα φιλοξενουσών οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες στην ερώτηση 21, το 40% αυτών υποστηρίζουν ότι είναι η μεγάλη ευθύνη της οικογένειας που φιλοξενεί τον ψυχικά πάσχοντα», ως κύριο λόγο της άρνησης τους. Το 33% πιστεύει ότι δεν υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές από την Πολιτεία, το 10% δεν θα δεχόταν εξαιτίας όλων των παραπάνω λόγων. Το 8% γιατί πιστεύει ότι ενδεχομένως να μην υπάρξει η κατάλληλη οικονομική στήριξη της οικογένειας, το 4% δεν θα δεχόταν λόγω του στιγματισμού της οικογένειας του. Το 3% δεν θα δεχόταν για άλλους λόγους και τέλος το 2% αρνήθηκε γιατί πιστεύει ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι επικίνδυνοι.

Ερώτηση 22: Ποιό/ποιά από τα παρακάτω πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να αποτελέσουν ισχυρά κίνητρα προκειμένου οι ελληνικές οικογένειες να συμμετάσχουν σε προγράμματα φιλοξενίας ψυχικά ασθενών;

Πίνακας 22:	(N)	(%)
Ουσιαστική παρουσία και λειτουργία των υπηρεσιών πρόνοιας	35	(11,0)
Αποστιγματισμός της ψυχικής νόσου και περισσότερα προγράμματα ενημέρωσης κι ευαισθητοποίησης της κοινότητας	36	(11,0)
Οικονομικά κίνητρα	32	(10,0)
Ψυχολογική στήριξη της οικογένειας που φιλοξενεί τον ασθενή	32	(10,0)
Διεύρυνση ή περαιτέρω ανάπτυξη των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	29	(9,0)
Όλα τα παραπάνω	97	(30,0)
Άλλο	3	(1,0)
Σύνολο	264	(82,0)

Γράφημα 22:



Σύμφωνα με το **γράφημα 22**, το 30% του δείγματος εκτιμά ότι όλα τα κίνητρα είναι απαραίτητα προκειμένου να υπάρξουν υποψήφιες ανάδοχες οικογένειες για τα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες, το 11% πιστεύει ότι κίνητρο για την προσέλκυση υποψήφιων αναδόχων οικογενειών είναι η ουσιαστική παρουσία και λειτουργία των υπηρεσιών Πρόνοιας, ενώ το 11% του δείγματος θεωρεί ως ισχυρό κίνητρο τον αστιγματισμό της ψυχικής νόσου και περισσότερα προγράμματα ενημέρωσης/ ευαισθητοποίησης της κοινότητας». Το 10% θεωρεί ως κίνητρο για την συμμετοχή τους την ψυχολογική στήριξη της οικογένειας που φιλοξενεί τον ασθενή, το 9% θεωρεί ως κίνητρο την διεύρυνση ή την περαιτέρω ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας(π.χ. κατοίκων ψυχιατρική περίθαλψη). Το 18% δεν απάντησε στην σχετική ερώτηση, ενώ το 1% ανέφερε άλλους λόγους .

Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν γνωρίζουν το θεσμό των προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες ούτε πιστεύουν στην εφαρμογή του στην Ελλάδα. Από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας είναι γνωστό ότι ο θεσμός της αναδοχής γενικότερα, ο οποίος κυρίως έχει εφαρμοστεί στο χώρο της παιδικής προστασίας, δεν έτυχε ποτέ ευρείας προβολής από την Ελληνική Πολιτεία (Καλλινικάκη, 2001). Επομένως, η απουσία προβολής και η έλλειψη ενημέρωσης της κοινότητας για το θεσμό της αναδοχής γενικά και ειδικότερα για τους ψυχικά πάσχοντες, είναι ένας σοβαρός λόγος, που δικαιολογεί την άποψη των ερωτώμενων ότι ο θεσμός μολονότι είναι καλός δεν φαίνεται να γνωρίζουν οι περισσότεροι γι' αυτόν. .

Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας μας ο θεσμός της ανάδοχης οικογένειας για ψυχικά πάσχοντες προέρχεται από τις γαλλόφωνες χώρες και προέκυψε μέσα από τη θρησκευτική παράδοση και φαίνεται ότι κάλυψε τις ιατροκοινωνικές ανάγκες (αποσυμφόρηση των ιδρυμάτων και ελάφρυνση από την οικονομική επιβάρυνση του κράτους) των χωρών αυτών (Βέλγιο, Γαλλία).

Η εφαρμογή του θεσμού αυτού στις χώρες αυτές είναι περιορισμένη κι αφορά κυρίως τις περιοχές όπου δημιουργήθηκαν «αποικίες φιλοξενίας ψυχικά πασχόντων», όπως η Λίλ στη Γαλλία και η Geal στο Βέλγιο. Στις υπόλοιπες περιοχές των χωρών αυτών ο θεσμός της αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες δεν γνώρισε μεγάλη ανάπτυξη. Οι λόγοι που αναφέρονται για την περιορισμένη εφαρμογή του θεσμού στις παραπάνω χώρες σχετίζονται σύμφωνα με τον Michel (2009) με τους εξής παράγοντες :

1. η αναδοχή προϋποθέτει μεγάλη θεραπευτική ευθύνη
2. η έλλειψη ανάδοχων οικογενειών και
3. η έλλειψη ενδιαφέροντος από επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Η έρευνα του Michel (2009) πραγματοποιήθηκε σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονταν σε ψυχιατρικές δομές. Ο κύριος λόγος της μη συμμετοχής των οικογενειών σε προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας εκείνης ήταν η μεγάλη ευθύνη της φροντίδας των ψυχικά πασχόντων. Ο ίδιος λόγος φαίνεται να συμβάλλει στη αρνητική διάθεση των συμμετεχόντων της παρούσας έρευνας να συμμετάσχουν σε αντίστοιχα προγράμματα αναδοχής .

Σε άλλη έρευνα που διεξήγαγε ο Brunier (2002) στη Γαλλία σε οικογένειες που συμμετείχαν σε προγράμματα αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες προέκυψε ότι το βασικό τους πρόβλημα ήταν η παρακολούθηση και η υποστήριξη της ανάδοχης οικογένειας από το φορέα λειτουργίας του προγράμματος και από τη θεραπευτική ομάδα.

Ο προβληματισμός αυτός διαπιστώθηκε και στην παρούσα έρευνα, καθώς οι συμμετέχοντες θεωρούσαν ως πρώτο κίνητρο για τη συμμετοχή των υποψήφιων ανάδοχων οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες την ουσιαστική παρουσία και λειτουργία των Ελληνικών Υπηρεσιών Πρόνοιας.

Άλλες έρευνες, όπως του Michel (2009) και του Dupont (2007) που αφορούσαν ανάδοχες οικογένειες για ψυχικά πάσχοντες στη Γαλλία διαπιστώθηκε ότι το βασικό κίνητρο για τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα αναδοχής ήταν ότι οι οικογένειες μέσω της θεραπευτικής αναδοχής κερδίζουν κοινωνική αναγνώριση, ενώ καλύπτουν και την ανάγκη τους για προσφορά στο συνάνθρωπο. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν απόλυτα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, καθώς τα άτομα που θα συμμετείχαν σε προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες, πίστευαν ότι το βασικό κίνητρο για τη συμμετοχή τους ήταν η ανάγκη βοήθειας και συλλογικής στήριξης των ψυχικά ασθενών.

Σύμφωνα με την έρευνα του Dupont (2007), η ενημέρωση για τα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες, σε ανάδοχες οικογένειες έδειξε ότι προέρχεται **κυρίως από φίλους** που είχαν προσωπική εμπειρία και **λιγότερο από άλλα μέσα** όπως π.χ. από τα ΜΜΕ. Αντίθετα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, διαπιστώθηκε ότι οι βασικές πηγές ενημέρωσης για τα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών είναι κυρίως τα ενημερωτικά φυλλάδια και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Η διαφοροποίηση αυτή πιθανόν συμβαίνει γιατί ο θεσμός της αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες στην Ελλάδα **λειτουργεί μόνο σε πιλοτική βάση** (π.χ. Προγράμματα Αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες από τη Μονάδα Ανάδοχων Οικογενειών της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών) και δεν υπήρχε μια ευρεία πληροφόρηση για τη συμμετοχή περισσότερων υποψήφιων ανάδοχων οικογενειών στην ελληνική κοινότητα .

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι ερωτώμενοι δεν φαίνεται να ενδιαφέρονται για το θέμα της αμοιβής ως βασικό κίνητρο για την πιθανή συμμετοχή τους σε προγράμματα αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες . Ειδικότερα, αυτό που διαπιστώθηκε είναι ότι θέτουν σε δεύτερη μοίρα τα υλικά κίνητρα, είτε αυτά σχετίζονται με άμεσα υλικά κίνητρα , όπως π.χ. το οικονομικό όφελος είτε με

έμμεσα υλικά κίνητρα όπως π.χ. ο διορισμός των μελών της ανάδοχης οικογένειας στο Δημόσιο τομέα. Τα κύρια βασικά κίνητρα για τη συμμετοχή τους σε προγράμματα αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες ήταν κυρίως η ανάγκη για βοήθεια και συλλογική στήριξη των ψυχικά ασθενών καθώς και η συμβολή στην προαγωγή της Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα.

Αντίθετα, σύμφωνα με έρευνες του Dupont (2007), του Radiguet (2005), του Auger (2003), του Brunier (2002), του Virideau (2002), διαπιστώθηκε ότι τα οικονομικά κίνητρα είναι η βασική προϋπόθεση για τη συμμετοχή των οικογενειών σε προγράμματα αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες, δηλαδή το ύψος της αμοιβής της ανάδοχης οικογένειας την Πολιτεία, η μείωση της φορολογίας τους, οι περισσότερες άδειες και τα ρεπό, η καλύτερη κοινωνική ασφάλιση. Οι λόγοι για τους οποίους συμβαίνει αυτή η διαφοροποίηση πιθανόν έχουν σχέση με την διαφορετική νοοτροπία μεταξύ των Ευρωπαϊκών λαών όπου έχουν πραγματοποιηθεί οι έρευνες συμπεριλαμβανομένης και της παρούσας έρευνας και γιατί οι ξενόγλωσσες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί σε υποκείμενα, τα οποία είχαν ήδη αποκτήσει προσωπική εμπειρία στα προγράμματα αυτά και είχαν πιθανόν αξιολογήσει τις ανάγκες που έπρεπε να καλυφθούν κατά την υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων.

ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ
ΕΡΕΥΝΕΣ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

3.1. Απόψεις για τα Προγράμματα Αναδοχής για Ψυχικά Πάσχοντες

- Η μεγάλη πλειοψηφία των γονέων πιστεύουν ότι η Πολιτεία έχει την ευθύνη και την υποχρέωση για τη φροντίδα των ψυχικά πασχόντων και δεν πρέπει να αφήνει τη φροντίδα αυτή μόνο στα χέρια των οικογενειών των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, η Πολιτεία οφείλει να προστατεύει και να στηρίζει την οικογένεια με ψυχικά ασθενή, σε όλα τα επίπεδα, όπως την κάλυψη των οικονομικών αναγκών και της ψυχοκοινωνικής στήριξης με την παρουσία ειδικών κοντά στην οικογένεια. Αρκετοί μάλιστα πιστεύουν ότι **οι ψυχικά ασθενείς μπορούν να εργαστούν** με την κατάλληλη υποστήριξη της Πολιτείας . Επίσης, μεγάλος αριθμός των γονέων υποστηρίζουν ότι **όλοι οι Έλληνες πολίτες έχουν την υποχρέωση να συμπαρασταθούν στους ψυχικά πάσχοντες και στις οικογένειές τους**, στο πλαίσιο της κοινωνικής αλληλεγγύης και της συλλογικής ευθύνης.

- Μικρός αριθμός ατόμων φαίνεται να διατηρεί αρνητικά στερεότυπα και προκαταλήψεις προς τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας .

- Οι περισσότεροι γονείς δε γνωρίζουν την έννοια της ανάδοχης οικογένειας για ψυχικά πάσχοντες. Αυτοί που δήλωσαν ότι γνωρίζουν την έννοια της ανάδοχης οικογένειας για ψυχικά πάσχοντες. , πιστεύουν ότι ο θεσμός αναφέρεται στην οικογένεια που υιοθετεί έναν ψυχικά ασθενή σύμφωνα με τις αρχές της νόμιμης υιοθεσίας και η Πολιτεία στηρίζει τον ψυχικά ασθενή και την οικογένεια.

- Οι περισσότεροι γονείς αντιμετωπίζουν θετικά το θεσμό των προγραμμάτων Αναδοχών Οικογενειών για Ψυχικά πάσχοντες αν και δεν έχουν ενημερωθεί για το θεσμό. Από αυτούς που δήλωσαν πως έχουν ενημερωθεί για τον θεσμό, οι περισσότεροι ανέφεραν ότι ενημερώθηκαν για τα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών από τα ενημερωτικά φυλλάδια και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

3.2 Απόψεις σχετικά με την εφαρμογή του θεσμού των Αναδοχών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες από την Ελληνική Πολιτεία

Ø Η μεγάλη πλειοψηφία των γονέων πιστεύουν ότι η ελληνική κοινωνία δεν είναι προετοιμασμένη για την εφαρμογή του θεσμού και πολλοί υποστήριξαν ότι ο θεσμός δε μπορεί να εφαρμοστεί στην Ελλάδα κυρίως για τους εξής λόγους:

Τη μικρή ενημέρωση της ελληνικής κοινής γνώμης σε ζητήματα ψυχικής υγείας, την απουσία συστηματικής ενημέρωσης από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης ,το στίγμα που συνοδεύει τη ψυχική νόσο, τη νοοτροπία της ελληνικής οικογένειας, τα χαμηλά οικονομικά κίνητρα και τέλος την απουσία υποστήριξης από ειδικούς.

3.3. Κίνητρα της ελληνικής οικογένειας για τη συμμετοχή της σε προγράμματα αναδοχής των ψυχικά ασθενών

Ø Τα κύρια κίνητρα για τη συμμετοχή των ελληνικών οικογενειών σε προγράμματα αναδοχής ψυχικά ασθενών είναι τα εξής:

Η καθημερινή παρουσία ειδικών επαγγελματιών ψυχικής υγείας ,η εκπαίδευση της οικογένειας για την προετοιμασία της να δεχτεί τον ψυχικά ασθενή στο σπίτι ,η συγγενική σχέση της οικογένειας με τον ψυχικά ασθενή και η παροχή ισχυρών οικονομικών κινήτρων.

Ø Οι οικογένειες που θα μπορούσαν να συμμετάσχουν σε προγράμματα ανάδοχης για ψυχικά ασθενείς είναι, κατά σειρά προτεραιότητας, οι εξής:

Πρώτα οι οικογένειες που έχουν συγγενική σχέση με τον ψυχικά ασθενή, μετά η μέση ελληνική οικογένεια. Ακολουθούν οι άπορες οικογένειες και τέλος οι οικογένειες μεταναστών.

Ø Ελάχιστοι είναι οι γονείς οι οποίοι θα δέχονταν να συμμετάσχουν σε προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά ασθενείς. Οι λόγοι είναι κυρίως :

Η ανάγκη για βοήθεια και στήριξη των ψυχικά ασθενών και η συμβολή τους στην προαγωγή της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Ø Η πλειοψηφία των γονέων που δεν συμφωνούν με τη συμμετοχή τους σε προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά ασθενείς ανέφεραν ως κύριο λόγο τη μεγάλη ευθύνη που εμπεριέχει η φροντίδα ενός ψυχικά ασθενή, η οποία λειτουργεί ως αντικίνητρο για τη συμμετοχή τους στα προγράμματα αναδοχής.

Ø Τα κίνητρα που πρέπει να παρέχει η Ελληνική Πολιτεία για την προσέλκυση υποψήφιων αναδόχων οικογενειών για ψυχικά ασθενείς, είναι τα εξής:

Η ουσιαστική παρουσία και λειτουργία των υπηρεσιών Κοινωνικής Πρόνοιας, ο αποστιγματισμός της ψυχικής νόσου και η ψυχολογική υποστήριξη της ανάδοχης οικογένειας.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η Ελληνική Πολιτεία φαίνεται να έχει αποφασίσει να ενεργοποιήσει το θεσμό αξιοποιώντας πόρους από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Σε πρόσφατη προκήρυξη (2116/ΕΠΑΝΑΔ. ΕΣΠΑ/21/05/2010) της Μονάδας Α2 Συντονισμού Εφαρμογής & Υποστήριξης της Υλοποίησης του υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης για το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013 αναφέρεται ρητά «η ανάπτυξη, ενίσχυση και επέκταση του θεσμού των Φιλοξενουσών Οικογενειών – Αναδόχων Οικογενειών»

Με βάση την παραπάνω διαπίστωση **η παρούσα έρευνα αποκτά μεγάλη σημασία για τους κοινωνικούς λειτουργούς, αφ' ενός μεν γιατί φαίνεται να δημιουργούνται νέες θέσεις απασχόλησης, αφ' ετέρου δε γιατί δημιουργούνται μεγάλες ευθύνες στο σκέλος της εργασίας με την κοινότητα, ώστε αυτή να ενημερωθεί και να προετοιμαστεί για τη λειτουργία του θεσμού.**

Πρώτα από όλα όμως, είναι εξαιρετικά σημαντικό να προηγηθεί μια **συστηματική εκστρατεία όλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, προκειμένου να μειωθούν οι προκαταλήψεις της κοινότητας για την ψυχική νόσο**, γεγονός το οποίο προκαλεί τις αρνητικές στάσεις απέναντι στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Επομένως, **η συστηματική εργασία με την Κοινότητα αποτελεί προϋπόθεση για την εφαρμογή προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών.** Η ενημέρωση της κοινότητας θα έχει ως στόχο την ευαισθητοποίηση και την εκπαίδευση της Κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας. Η ευαισθητοποίηση-εκπαίδευση της κοινότητας θα πρέπει να πραγματοποιηθεί μέσα από μια συλλογική προσπάθεια και συνεργασία των αρμόδιων φορέων της τοπικής αυτοδιοίκησης και των Συλλόγων και Σωματείων Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας, καθώς και με ενημερωτικά σεμινάρια, φυλλάδια, ακόμα και με την προβολή του θεσμού από τα Μ.Μ.Ε.

Επίσης **η Ελληνική Πολιτεία θα πρέπει να εξετάσει το ενδεχόμενο παροχής ισχυρών οικονομικών ή άλλων κινήτρων** για την προσέλκυση του πληθυσμού στο θεσμό, όπως π.χ. η παροχή ενός μηνιαίου εισοδήματος ως οικονομικό βοήθημα για την Φιλοξενούσα οικογένεια, φοροαπαλλαγές κ.ά.. Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να υπάρχουν τα κίνητρα εκείνα που θα προσελκύσουν την ελληνική οικογένεια, προκειμένου να συμμετάσχει σε προγράμματα αναδοχής για ψυχικά ασθενείς.

Ένα άλλο σημαντικό θέμα που θα πρέπει να εξετάσει η Ελληνική Πολιτεία είναι η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα των κοινωνικών λειτουργών, καθώς ένα από τα πεδία δράσης του Κοινωνικού Λειτουργού αφορά και την αναδοχή είτε για ενήλικες είτε για παιδιά.

Επίσης, **η εκπαίδευση των υποψήφιων ανάδοχων οικογενειών σε θέματα ψυχικής υγείας και ο σχεδιασμός συνεχιζόμενων εκπαιδευτικών προγραμμάτων θα πρέπει να είναι ένας από τις βασικές προϋποθέσεις για να λειτουργήσει καλά ο θεσμός της ανάδοχης οικογένειας για ψυχικά ασθενείς στην Ελλάδα.**

Η επίλυση πρακτικών ζητημάτων από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κυρίως από τους κοινωνικούς λειτουργούς για τη φιλοξενία των ψυχικά ασθενών σε ανάδοχες οικογένειες είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την ουσιαστική λειτουργία του θεσμού . Συγκεκριμένα, όπου είναι αναγκαίο θα πρέπει ο κοινωνικός λειτουργός να συμβάλλει στην διαρρύθμιση των χώρων του σπιτιού που θα φιλοξενήσει τον ψυχικά ασθενή, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί ένα άνετο και λειτουργικό περιβάλλον για τον ψυχικά πάσχοντα και για τα μέλη της ανάδοχης οικογένειας. Ακόμη, κρίνεται αναγκαία η εξασφάλιση και η κάλυψη των βασικών αναγκών του ψυχικά ασθενή όπως π.χ. η διατροφή, η ένδυση, τα φάρμακα, τα καθημερινά του έξοδα , που θα πρέπει να καλύπτονται από τη μηνιαία αμοιβή της υποψήφιας ανάδοχης οικογένειας.

Η ανάδοχη οικογένεια θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να επικοινωνεί άμεσα με το φορέα που είναι υπεύθυνος για το πρόγραμμα Φιλοξενουσών οικογενειών, διαμέσου ενός τηλεφωνικού κέντρου που θα λειτουργεί είκοσι τέσσερις ώρες το εικοσιτετράωρο, προκειμένου να επιλύει άμεσα κάποια προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει.

Το τηλεφωνικό κέντρο θα πρέπει να αποτελείται από έμπειρους ή εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όπως π.χ. νοσηλευτές, ψυχολόγους, ψυχιάτρους και κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι θα είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν κάθε πρόβλημα ή ενδεχόμενη κρίση στην οικογένεια.

Τέλος, θα πρέπει να παρέχεται η δυνατότητα της μετάβασης του φιλοξενούμενου σε άλλη ανάδοχη οικογένεια ή σε στεγαστική δομή για μικρό χρονικό διάστημα, σε περίπτωση που η ανάδοχη οικογένεια αντιμετωπίζει ένα σοβαρό πρόβλημα. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι σε περίπτωση που ο κοινωνικός λειτουργός κρίνει ότι η ανάδοχη οικογένεια δεν μπορεί να προσαρμοστεί ή να καλύψει όχι μόνο τις υλικές

αλλά και τις συναισθηματικές ανάγκες του ασθενή, τότε θα πρέπει ο ασθενής άμεσα να απομακρυνθεί από το περιβάλλον αυτό.

Η Διεπιστημονική Ομάδα του φορέα υλοποίησης των προγραμμάτων αναδοχής των ψυχικά ασθενών θα πρέπει να είναι σε θέση να αξιολογήσει την ικανότητα του φιλοξενούμενου ασθενή για εργασία .

Επιπρόσθετα ανεξάρτητα από τις προτάσεις που προέκυψαν ως αποτελέσματα της έρευνας μας, από την μελέτη της σχετικής ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας προκύπτουν και οι παρακάτω προτάσεις που θεωρούμε ότι είναι σημαντικές για την επιτυχία του θεσμού των προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών για Ψυχικά πάσχοντες .Πιο συγκεκριμένα:

Προτάσεις για τη λειτουργία των Προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών

Με βάση τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας θεωρούμε ότι για να έχει πιθανότητες επιτυχίας ο θεσμός των Φιλοξενουσών Οικογενειών πρέπει να αλλάξουν πολλά σημεία του σχεδιασμού. Κατά τη γνώμη μας λοιπόν πρέπει να γίνουν τα ακόλουθα:

Α Ισχυρό οικονομικό κίνητρο στις υποψήφιες Φιλοξενούμενες Οικογένειες, τουλάχιστον 1.000€ συνοδευόμενο και με άλλα υποστηρικτικά μέτρα, όπως φοροαπαλλαγές κλπ. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει τέτοια οικονομική δυνατότητα θα μπορούσε η Φιλοξενούσα Οικογένεια να αποκτά το δικαίωμα μοριοδότησης άνεργων μελών της για διορισμό στο Δημόσιο. Σε κάθε περίπτωση πάντως πρέπει να βρεθούν κίνητρα που θα προσελκύσουν μια μέση ελληνική οικογένεια, ώστε να εμπλακεί στη διαδικασία υποβολής φακέλου ως υποψήφιας Φιλοξενούσας Οικογένειας σύμφωνα πάντα με τις προδιαγραφές του νόμου

Α Δημιουργία Μητρώου υποψήφιων Φιλοξενουσών Οικογενειών. Η ένταξη στο Μητρώο θα προϋποθέτει ψυχοεκπαίδευση των υποψήφιων Οικογενειών και πιστοποίησή τους μέσα από προγράμματα κατάρτισης

Α Εκπαίδευση των επαγγελματιών Υγείας για τη λειτουργία του θεσμού των Φιλοξενουσών Οικογενειών, που θα περιλαμβάνει απαραίτητα εκπαιδευτικό ταξίδι σε αντίστοιχες δομές στο εξωτερικό και πιστοποίησή τους μέσα από ειδικά προγράμματα κατάρτισης

Α Δυνατότητα στη Φιλοξενούσα Οικογένεια να μην διαμένει απαραίτητα ο ασθενής μαζί της, αλλά να κατοικεί κοντά της σύμφωνα με το μοντέλο της ερευνητικής του Τομαρά

Æ Στρατολόγηση υποψήφιων Φιλοξενουσών Οικογενειών μέσα από ενημερωτική εκστρατεία την ειδικής γραμματείας Ψυχικής Υγείας του υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και με την αξιοποίηση ευρωπαϊκών πόρων

Æ Στρατολόγηση υποψήφιων Φιλοξενουσών Οικογενειών από ειδικές ομάδες στόχου και κατά προτίμηση από οικογένειες που αποτελούνται από ζευγάρια και τα οποία ήδη έχουν ένα σταθερό εισόδημα και δεν θα εξαρτώνται αποκλειστικά από την επιδότηση ως Φιλοξενούσα Οικογένεια

Æ Δημιουργία προγραμμάτων επαγγελματικής ένταξης για ψυχικά πάσχοντες πέρα από τους Κοι.Σ.Π.Ε., ώστε να είναι εφικτή η τελική επανένταξη του ψυχικά πάσχοντα στην Κοινότητα

Æ Συνεχής υποστήριξη των Φιλοξενουσών Οικογενειών και μέριμνα για χρονικά διαστήματα προσωρινής διακοπής της φιλοξενίας, ώστε να μπορεί και εκείνη με τη σειρά της να ξεκουραστεί

Æ Συνεχής αξιολόγηση του θεσμού και αξιοποίηση των πορισμάτων πιλοτικών προγραμμάτων που ήδη έχουν εφαρμοστεί στην Ελλάδα, ιδιαίτερα εκείνα της ερευνητικής ομάδας του Τομαρά. (Μέντης/Ασημακόπουλος/Γιαννάκη, 2005)

Ο θεσμός των Φιλοξενουσών Οικογενειών στην Ελλάδα μπορεί να δώσει αποτελεσματικές λύσεις σε υπαρκτά προβλήματα που ταλανίζουν το χώρο της Ψυχικής Υγείας και ταλαιπωρούν εκατοντάδες ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η επιτυχία του θεσμού απαιτεί πολύ προσεκτική μελέτη, σωστό σχεδιασμό, έρευνα και εκπαίδευση με τη συμβολή και τη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων και προσώπων όπως: οι ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων, οι Κοινωνικές Υπηρεσίες των Δήμων, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι ασθενείς, υποψήφιες Φιλοξενούσες Οικογένειες, η Κοινότητα κ.ά.. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εμπλέκονται στις διαδικασίες αναδοχής, έχουν μετά από κατάλληλη εκπαίδευση πολλά να προσφέρουν στην επιτυχή εφαρμογή αυτού του θεσμού.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1.Δαμίγος, Δ. (2003): «Εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας ξενώνων ατόμων με ειδικές ανάγκες. Τυπική υποχρέωση ή πυξίδα για την επίτευξη στόχων», στο «Αποασυλοποίηση» επιμέλεια Δαμίγος, Δ., Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 371-400

2.Δαμίγος, Δ., Μαυρέας, Β. (2003): «Μια κλινική θεώρηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και της αποασυλοποίησης». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(3), 43-48

3.Δεπάστα, Θ., Περάκη, Ε., Χατζάκη, Μ. (2006): « Στεγαστικές ψυχιατρικές δομές κοινοτικού τύπου. Συγκριτική προσέγγιση αστικού και ημιαστικού χώρου. Οι περιπτώσεις του ξενώνα Αγίου Νικολάου και Χαλανδρίου», Πτυχιακή Εργασία, Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Ηράκλειο

4. Ζαχαριάς, Β., Πασαντωνόπουλος, Γ. (2004): «Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας», Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

5. Ιεροδιακόνου, Χ. Σ. (1997): «Η Ψυχιατρική στο Γενικό Νοσοκομείο», Ιακωβίδης Α. Ι. (επιμ), εκδόσεις Μαστορίδης, Θεσσαλονίκη

6. Καλλινικάκη, Θ. (2001): « Ανάδοχη Φροντίδα», Εθνικός Οργανισμός Κοινωνικής Φροντίδας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

7.Κανδύλης, Δ., Καπρίνης, Γ. (2005): «Ο χρόνιος ψυχωτικός. Αποϊδρυματοποίηση, ενδιάμεσες δομές, ψυχοκοινωνική επανένταξη», Θεσσαλική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας Περίθαλψης και Αποκατάστασης & Εταιρεία Ψυχικής Υγείας Κοινωνικής Αποκατάστασης, Λάρισα

8.Κατσάνου, Μ-Ν., Μούγια, Β., Καραχάλιου, Ε. (2009): « Εθνικοί στρατηγικοί στόχοι για τη Ψυχική Υγεία» στο « Γκρεμίζοντας τα τείχη του ασύλου – Χτίζοντας γέφυρες στην κοινωνία», 2^η Υγειονομική Περιφέρεια – Ε.Π. Υγεία – Πρόνοια 2000-2008, Αθήνα, 32-34

9.Κονταξάκης, Β.Π., Χριστοδούλου, Γ.Ν., (2005): « Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ασθενών», στο «Προληπτική Ψυχιατρική & Ψυχική Υγιεινή», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

10.Κονταξάκης, Β., Χαβάκη – Κονταξάκη, Μ., Χριστοδούλου, Γ. (2005): «Ποιότητα ζωής και Ψυχικές διαταχές», στο «Προληπτική Ψυχιατρική & Ψυχική Υγιεινή», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

11. Λιάκος, Α. (1995): «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση», στο Lemprière T., Féline A. et al, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

12. Λυκέτσος, Γ. (1998): «Το μυθιστόρημα της ζωής μου», εκδόσεις: Γαβριηλίδης Αθήνα

- 13.Μαδιανός, Μ. (1989): «Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική», εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα
- 14.Μαδιανός, Μ. (1994): «Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: από το άσυλο στην Κοινότητα», εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα
15. Μαδιανός, Μ. (1994): «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της θεωρίας στην πράξη», εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα
16. Μαδιανός, Μ. (2000): «Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή», εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα
17. Μαδιανός, Μ. (2005): «Ψυχιατρική και αποκατάσταση», εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα
18. Μέντης, Ε., Ασημακόπουλος, Κ. Γιαννάκη, Ρ (2009): «Η πρόκληση της εφαρμογής του θεσμού των Φιλοξενουσών Οικογενειών στην Ελλάδα – Οργανωτικές προτάσεις» (υλικό υπό δημοσίευση), Πάτρα
19. Μονάδα Υποστήριξης, Εμφύκωσης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης Ψυχαργώς (2000α): «Οδηγός Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης» Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλισεων, - Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα
20. Μονάδα Υποστήριξης, Εμφύκωσης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης Ψυχαργώς (2000β): «Οδηγός Καινοτόμων Δράσεων Πρακτικών στη Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Κοινωνικο-οινομική ενσωμάτωση ψυχικά πασχόντων» Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλισεων, - Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα
21. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» Β' ΦΑΣΗ (2004α): «Από το άσυλο στην Κοινότητα: Νέες δομές Ψυχικής Υγείας», υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα
22. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» Β' ΦΑΣΗ (2004β): «Μύθοι και πραγματικότητα για τις Ψυχικές Διαταραχές», υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα
23. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» Β' ΦΑΣΗ (2004γ): «Ψυχική Διαταραχή – Πώς να την αντιμετωπίσετε», υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα
24. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» Β' ΦΑΣΗ (2004δ): «Δικαιώματα Ψυχικώς Πασχόντων», υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα

- 25. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» Β' ΦΑΣΗ (2004ε):** «Μέθοδοι κοινωνικής ευαισθητοποίησης και καταπολέμησης των προκαταλήψεων για τη ψυχική νόσο», Αθήνα
- 26. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» Β' ΦΑΣΗ (2005):** «Ψυχικές διαταραχές σε παιδιά και εφήβους», υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα
- 27. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» Β' ΦΑΣΗ (2005β):** «Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας», υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα
- 28. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» Β' ΦΑΣΗ (2006):** «Πώς να φροντίσετε την υγεία σας: ενημέρωση για οικογένειες με άτομα με ψυχικά προβλήματα», υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα
- 29. Μπαϊρακτάρης, Κ. (1994):** «Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση», Εναλλακτικές Εκδόσεις, Αθήνα
- 30. Μωρογιάννης, Φ. (2000):** «Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Παρελθόν, Παρόν, Μέλλον» Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος 71, Αθήνα 47-56
- 31. Νικολάου, Π. (2003):** « Η υποστηριζόμενη απασχόληση και η εφαρμογή της στις κοινωνικές επιχειρήσεις και τους συνεταιρισμούς», στο «Αποασυλοποίηση» επιμέλεια Δαμίγος, Δ., Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 523-531
- 32. Παρίσης, Ν., Τζανακάκη- Μελισσάρη, Μ., Χατζάκη- Τζωράκη Α. (2003):** «Στεγαστικές δομές αποασυλοποίησης στην Κρήτη- Ανάλυση παρούσας κατάστασης και προοπτική», Πανεπιστήμιο Κρήτης, Χανιά
- 33. Πλουμπίδης, Δ. Ν. (2000):** «Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας», στο Χριστοδούλου Γ. Ν., Κονταξάκης Β. Π., Οικονόμου Μ. Π. (επιμ.), Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 67-77
- 34. Πολίτης, Α.Μ. (2005):** « Καταστάσεις κρίσης και παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών», στο «Προληπτική Ψυχιατρική & Ψυχική Υγιεινή», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 201-205
- 35. Σακελλαρόπουλος, Π. (2005):** « Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη», Ψυχιατρική, 16 (4), Αθήνα, 298-301
- 36. Σίνδρου, Μ. (2001):** «Προγράμματα αναδοχής ανηλίκων στην Ελλάδα: Διαπιστώσεις – Προτάσεις», στο «Ανάδοχη Φροντίδα», επιμέλεια Καλλινικάκη, Θ., Εθνικός Οργανισμός Κοινωνικής Φροντίδας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 113-126
- 37. Τζανάκης, Μ. (2003):** «Μετασχηματισμοί της υποκειμενικότητας και καθημερινότητα - Μια κοινωνιολογική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα», Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο

38. Τομαράς, Β., Παπαγεωργίου, Α., Σολδάτου, Μ., Γουρνέλλης, Ρ. (2005): « Προς την επανένταξη του χρόνια ψυχικά αρρώστου: ένα πιλοτικό πρόγραμμα αναδοχής», Ψυχιατρική, τ. 16 (3), 217-225

39. Χαβιάρα –Κονταξάκη, Μ., Κονταξάκης, Τ., Χριστοδούλου, Γ. (1994): « Ο θεσμός των αναδόχων οικογενειών για χρόνιους ψυχιατρικούς ασθενείς: προϋποθέσεις και προβληματισμοί», Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής, επιμέλεια Χριστοδούλου, Γ., Κονταξάκης, Β., τ. β, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα

40. Χριστοδούλου, Γ., Κονταξάκης, Β., Οικονόμου, Μ. (2000): «ΠροληπτικήΨυχιατρική», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. AFORPA (Association pour la formation, la recherche et la promotion en Accueil Familial Thérapeutique) (2008): « Le journal officiel, Direction des Journeaux officiels», Republique francais, Aveyron (Midi Pyrénées), προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://www.journal-officiel.gouv.fr/>

2. A.F.P.E. (1996): «l'accueil à caractère social ou thérapeutique en milieu rural», προσπελάστηκε 17 Ιανουαρίου 2010 από <http://www.abris-de-coeur.com/unafa/accueil-milieu-rural.html>

3. AFPE (Association pour les formations aux professions educatives et sociales): «Diplome d' etat d' assistant familia»l, προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από www.afpe.org/upload/formation_paragraphe/fichier/104fichier.pdf/

4. AFPE (Association pour les formations aux professions educatives et sociales) : «Assistant Familial L'Assistant familial accueille à son domicile les enfants dans le cadre de la protection de l'enfanc», προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://www.afpe.org/afpe/index.php>

5. Aluffi, G. (2003): «Placement familial et soins en Italie», 6ème congrès du GREPFA France, Annecy, προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://grepfa.free.fr/textescongres/Congres2003PDF/2003%20Plenieres/grepfaaluffi2003.pdf/>

6. Aluffi, G. (2006): « La diffusion de l'Accueil Familial Thérapeutique en Italie»,7 ème Congres du GREPFA France « Enveloppes familiales thérapeutiques», Les Sables d'Olonne, προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://grepfa.free.fr/textescongres/Congres2006PDF/axe%20d/grepfaaxedaluffi2006.pdf/>

7. Auger, É. (2003): « Les accueils familiaux : originalité et diversité», Pratiques en santé mentale N° 2/2003, προσπελάστηκε 29 Απριλίου 2009 από <http://www.famidac.fr/rubrique144.html/>

8. Beatty LS, Seeley M. (1980): «Characteristics of operators of adult psychiatric foster homes», Hospital Community Psychiatry, 31(11):774-6

9. Bernard, M. (2003): «Introduction au congrès d' Annecy», 6ème congrès du GREPFA France, Annecy, προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://grepfa.free.fr/textescongres/Congres2003PDF/2003%20Plenieres/grepfabernard2003.pdf/>

10. Brunier, J. (2002): «L'accueil familial thérapeutique», Enquête GREPFA/ADESM VST n° 73, (extraits) προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://www.famidac.fr/article139.html/>

11. Centre Hospitalier de Valenciennes (2008): «De l'hôpital à la Famille d'Accueil Thérapeutique», προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από http://www.valenciennes.fr/fileadmin/PORTAIL/VA/news/pdf/accueil_therapeutique.pdf/

12. Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de la Savoie (2009): «Recrutement», Chambéry προσπελάστηκε 4 Αυγούστου 2009 από, http://www.chs-savoie.fr/france/DT1145032140/emploietail/FAMILLE-D-ACCUEIL-THERAPEUTIQUE.html/typeid-_scategid-_catetid-_indice-8/

13. Clerget, Fr. (2000/2001): «Accueil Familial Thérapeutique : l' interaction familiale comme vecteur de sante», Directeur de recherche J-C. MANDERSCHIED, Mémoire, UNIVERSITÉ DE FRANCHE – COMTÉ I.U.T. DE BELFORT – MONTBELIARD, France, προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://epsse.univ-fcomte.fr/ressources/bibliotheque/memoires/clerget/MEMOIRE.pdf/>

14. Collard, L. (2003): «A la recherche des limites et de l'anti-thérapeutique», 6ème congrès du GREPFA France, Annecy, προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://grepfa.free.fr/textescongres/Congres2003PDF/2003%20Axe%20b/grepfaaxebcollard2003.pdf/>

15. DÉDIÉ Blog à l' accueil familial (2009): «Histoire de l' accueil familial, de l'origine à nos jours», Publié dans SOCIETE, INFORMATIONS GENERALES, HISTOIRE, SOLIDARITE, L'ACCUEIL/LÉS ACCUEILLANTS FAMILIAUX et

ACCUEIL FAMILIAL ICI où là, προσπελάστηκε 4 Αυγούστου 2009 από <http://accueilfamilleaht22.unblog.fr/tag/accueil-familial-en-cotes-darmor/>

16. Dumontet, J. (2003). «Travailler n'est pas adopter - Distance et attachement», 6ème congrès du GREPFA France, Annecy, προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://grefpa.free.fr/anciencongres.htm/>

17. Dupont, A. (2007): «La réinsertion sociale des adultes malades psychiatriques par l' Accueil Familial Thérapeutique», mémoire, DCESF, France, προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://www.famidac.fr/article1744.html/>

18. Famidac (l'association des accueillants familiaux et de leurs partenaires) (2007): «L'accueil familial thérapeutique», προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από www.famidac.fr/IMG/pdf/Senat-Famidac-AFT.pdf

19. Famidac (2008): «Accueillants familiaux employés par des personnes morales», Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007, Article 5, προσπελάστηκε 04 Αυγούστου 2009 από <http://www.famidac.fr/article1085.html>

20. Famidac (2009): «Accueil familial salarié, une loi inapplicable», προσπελάστηκε 29 Απριλίου 2009 από <http://www.famidac.fr/article1536.html/>

21. Flipo, M.D. & Dehem, D., (2003): «L'accueillant(e) familial(e) partie intégrante du soin», 6ème congrès du GREPFA France, Annecy, προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://grefpa.free.fr/anciencongres.htm/>

22. Frommelt, E.(1998): «L'accueil familial thérapeutique» προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από http://www.serpsy.org/psy_levons_voile/hopital/accueil_familial.html

23. Frommelt, E. (2006): «Une rallonge budgétaire pour l'accueil familial thérapeutique» προσπελάστηκε 03 Αυγούστου 2009 από www.famidac.fr/forum/read.php?14,7491

24. Galisson, P., (2003): «Un accueil familial social ...thérapeutique ?», 6ème congrès du GREPFA France, Annecy προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://grefpa.free.fr/anciencongres.htm/>

25. Goux, B. & Suhani, G. (2005): «Évolution d'un dispositif thérapeutique de famille d'accueil», La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale n°36 (extraits), Toulouse, προσπελάστηκε 29 Απριλίου 2009 από <http://www.famidac.fr.st/>

26. Grolleau-Vallet Ch. (2003): «De la colonie familiale à l'accueil familial thérapeutique», 6ème congrès du GREPFA France, Annecy προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://grepfa.free.fr/anciencongres.htm/>

27. Gruny, P. (2008): «Accueillants familiaux therapeutiques», Groupe UMP, Assemblée nationale, προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από http://www.ump.assemblee.nationale.fr/article.php?id_article=7372&var_recherche=accueil+familial/

28. Lacour, M., Jaoul, M., Kettaf, A., (2005): «Du placement familial spécialisé actuel à l'accueil familial», προσπελάστηκε 29 Απριλίου 2009 από <http://www.famidac.fr.st/>

29. Lamantowicz, L. & Guiraud P. (1993): «Placement familial thérapeutique d'adultes : indications, aléa», Actualités psychiatriques n°2-3, (extraits), προσπελάστηκε 29 Απριλίου 2009 από <http://www.famidac.fr.st/>

30. Langrand, P. (2003): «L'espace de l'enfant en AFT à temps partiel», 6ème congrès du GREPFA France, Annecy, προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://grepfa.free.fr/anciencongres.htm>

31. Lemaître, Marie-France, (2001): «Le patient en accueil familial thérapeutique», Le journal des psychologues, 191, προσπελάστηκε 17 Ιανουαρίου 2010 από www.famidac.fr

Lemperiere, T., Feline, A. (1995): «Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων. Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα», επιμέλεια Σακελλαρόπουλος, Π., Τόμος β', εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα

32. Ministère des affaires sociales et de la solidarité, Direction des hôpitaux (1991): «Placement familial therapeutique, Psychiatrie infirmiere, Guide du service infirmier», προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/infirmier/officiel/guide-service/structures-soins/placement-familial.htm>

33. Michel, A. (2009):. «These, Accueil Familial Therapeutique en Psychiatrie. A risques specifiques», evaluation specifique, ei.cesi ecole d'ingenieurs

34. Nizincourt, C. (2009): «Des malades dans la ville», MACSF, προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από www.laparoleauxhospitaliers.macsf.fr/experience/des-malades-dans-la-ville.html

35. Pandelon et al, R., Grasset, M., Pauly, H., Perrier, Ch., (2005): «Du thérapeutique dans l'accueil familial thérapeutique», Soins Psychiatrie N° 225, προσπελάστηκε 29 Απριλίου 2009 από <http://www.famidac.fr.st/>

36. Picart, J. & Rzepa, J. (2003): «L' accueil familial thérapeutique, Du placement à l'accueil thérapeutique», "Souffles" n° 168, προσπελάστηκε 29 Απριλίου 2009 από <http://www.famidac.fr.st/>

Pilgim, D., Rogers, A. (2004): « Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και ασθένειας», Επιμέλεια Δ. Αγραφιώτης, ΤΥΠΩΘΗΤΩ – Γιώργος Δάρδανος, Αθήνα

37. Radiguet, Ch. (2005): «La supervision de Familles d'Accueil Thérapeutique», Paris (75), προσπελάστηκε 29 Απριλίου 2009 από <http://www.famidac.fr.st/>

38. Reveillaud, M. (2003): «L'accueil séquentiel pour restaurer les relations parents – enfants», 6ème congrès du GREPFA France, Annecy, προσπελάστηκε 29 Απριλίου 2009 από <http://grefpa.free.fr/anciencongres.htm>

39. Roche, Ch. (2002): «L'accueil familial thérapeutique (introduction)», REPFA/ADESM προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://www.famidac.fr.st/>

40. Rosso- Debord, V., Bertrand, X., Letard, V. (2008): «Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées», Assemblée Nationale, προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000724/0000.pdf>

41. Quille, Fl. (2004): «Patients psy en famille d'accueil : une expérience concluante à Lille», dans "Le quotidien du Médecin" du 15 Octobre, προσπελάστηκε 29 Απριλίου, 2009 από www.famidac.fr

42. Virideau, C. (2002) : «Accueil thérapeutique et chômage», La famille d'accueil et les siens, 13, προσπελάστηκε 1 Ιανουαρίου 2010 από www.famidac.fr/article213.ht

43. Sans, P. (1997): «Le placement familial ; ses secrets et ses paradoxes», ed. Harmattan, France

44. Service Public (2009): «Revenus imposables ou non : accueillant familial», προσπελάστηκε 17 Ιουλίου 2009 από <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1246.xhtml?&n=Argent&l=N19803&n=Imp%C3%B4ts,%20taxes%20et%20douane&l=N20073&n=Imp%C3%B4ts%20sur%20le%20revenu%20:%20montants%20%C3%A0%20d%C3%A9clarer%20&l=N224&n=Salaires%20et%20principales%20r%C3%A9mun%C3%A9rations%20imposables&l=N241>

Ελληνικές Ιστοσελίδες, που χρησιμοποιήθηκαν:

1. www.mohaw.gr
2. www.msu.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΟΝΗΣΗ
ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΣΙΚΕΛΙΑΝΟΥ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

ΠΑΓΩΝΑ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ
ΟΛΓΑ ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2010

Αξιότιμε κύριε / κυρία

Είμαστε σπουδάστριες Κοινωνικής Εργασίας στο Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας και πραγματοποιούμε μια έρευνα στα πλαίσια της Πτυχιακής μας Εργασίας. Η έρευνα αφορά τη διερεύνηση απόψεων των ελληνικών οικογενειών για το θεσμό της φιλοξενίας των ψυχικά ασθενών σε «ανάδοχες οικογένειες» (foster family care). Η συμμετοχή σας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και δεσμευόμαστε να διασφαλίσουμε το απόρρητο των πληροφοριών και των προσωπικών σας δεδομένων, καθώς και ότι τα στοιχεία που θα συγκεντρωθούν θα αξιοποιηθούν καθαρά για ερευνητικούς σκοπούς στα πλαίσια της δεοντολογίας διεξαγωγής εμπειρικών ερευνών. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι απλή και θα χρειαστούμε είκοσι (20) λεπτά περίπου από το χρόνο σας. Σημασία έχει μόνο η αυθόρμητη και ειλικρινής απάντησή σας στις ερωτήσεις. Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας στη διεξαγωγή της έρευνας αυτής.

Με εκτίμηση
Η ερευνητική ομάδα των σπουδαστών

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ -ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: 1. Άνδρας 2. Γυναίκα

2. Μορφωτικό επίπεδο

1. Αναλφάβητος/η
2. Απόφοιτος / η Δημοτικού
3. Απόφοιτος/ η εξατάξιου
Γυμνασίου
4. Απόφοιτος / η Λυκείου
5. Απόφοιτος / η Τεχνικής Σχολής
6. Απόφοιτος / η ΑΤΕΙ / ΑΕΙ

3. Οικογενειακή κατάσταση:

1. Άγαμος/η
2. Έγγαμος/η
3. Σε διάσταση
4. Διαζευγμένος/η
5. Χήρος/α
6. Σε συμβίωση

4. Έχετε παιδιά;

1. Ναι 2. Όχι

4α. Αν Ναι, πόσα παιδιά:

1. 1
2. 2-3
3. 4 και άνω

4β. Ηλικία των παιδιών:

1. 1 -6 ετών
2. 7-12
3. 13 έως 18

5. Οικονομική κατάσταση της οικογένειας:

1. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα έως 500€
2. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα έως 1.000€
3. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα έως 1.500€
4. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα έως 2.000€
5. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα έως 2.500€
6. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα έως 3.000€
7. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα από 3.000€ και άνω
8. Δεν απαντώ

6. Κατοικείται σε ιδιόκτητο σπίτι :

1. Ναι 2. Όχι 3. Άλλο

7. Το σπίτι σας είναι:

1. Μονοκατοικία 2. Διαμέρισμα 3. Άλλο
-

8. Από πόσα δωμάτια αποτελείται το σπίτι σας (μαζί και οι κοινόχρηστοι χώροι):

1. 1-2 δωμάτια
2. 3-5 δωμάτια
3. 6-8 δωμάτια
4. 9 δωμάτια και άνω

9. Πιστεύετε ότι το σπίτι σας καλύπτει τις στεγαστικές σας ανάγκες:

1. Απόλυτα 2. Σε μεγάλο βαθμό 3. Μέτρια 4. Λίγο 5. Ελάχιστα
6. Καθόλου

10. Έχει τύχει να γνωρίσετε άτομο με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας;

1. Ναι 2. Όχι 3. Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

10^α. Εάν **Ναι**, αναφέρατε από ποιο χώρο προέρχεται το άτομο αυτό:

1. Από το άμεσο Οικογενειακό περιβάλλον
2. Από το ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον
3. Από το φιλικό περιβάλλον
4. Τυχαία

11. Παρακάτω αναφέρονται εννέα (9) προτάσεις που αφορούν την άποψη - θέση σας σε θέματα ψυχικής υγείας. Σημειώστε με ένα (X) στο αντίστοιχο κουτάκι το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας ανάλογα με την απάντησή που σας εκφράζει:

		1=Συμφωνώ απόλυτα	2=Μάλλον συμφωνώ	3=Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	4=Μάλλον διαφωνώ	5=Διαφωνώ απόλυτα
1.	Οι ψυχικά πάσχοντες είναι επικίνδυνοι					
2.	Οι ψυχικά πάσχοντες πρέπει να είναι έγκλειστοι στα ψυχιατρεία					
3.	Οι ψυχικά πάσχοντες έχουν τα ίδια δικαιώματα με όλους τους υπόλοιπους ανθρώπους					
4.	Οι ψυχικά πάσχοντες μπορούν να έχουν μια κανονική ζωή, όπως όλοι μας, αρκεί να λαμβάνουν σωστά τα φάρμακά τους					
5.	Οι ψυχικά πάσχοντες μπορούν να εργαστούν με την κατάλληλη υποστήριξη					
6.	Το κράτος πρέπει να φροντίσει και να εξασφαλίσει τις βασικές συνθήκες διαβίωσης για τους ψυχικά πάσχοντες δίνοντας τα απαραίτητα κονδύλια από τον κρατικό προϋπολογισμό για την αξιοπρεπή διαβίωση τους					
7.	Η οικογένεια που έχει μέλος της με ψυχικά προβλήματα πρέπει να λύσει μόνη της τα ζητήματα φροντίδας και να αναλάβει τις ευθύνες της					
8.	Η οικογένεια που έχει μέλος με προβλήματα ψυχικής υγείας πρέπει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα φροντίδας που συνεπάγεται η ψυχική νόσος, αλλά με τη ουσιαστική συμπαράσταση της Πολιτείας τόσο σε υλικό (οικονομικό) επίπεδο όσο και σε επίπεδο υποστήριξης (βοήθεια από ειδικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο σπίτι ή αλλού)					
9.	Όλοι μας έχουμε την υποχρέωση να βοηθήσουμε ενεργά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων φροντίδας ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα αναπηρίας ή προβλήματα ψυχικής υγείας					

12. Οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα στους παρακάτω τομείς. Σημειώστε αντίστοιχα με ένα (X) στο ανάλογο κουτάκι την άποψη σας:

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 1 | Στον τομέα της οικογενειακής στήριξης | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Στον τομέα της κοινωνικής στήριξης και υποστήριξης | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Στον επαγγελματικό τομέα | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Στον οικονομικό τομέα | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Στον τομέα των ίσων ευκαιριών των πολιτών και των ίσων δικαιωμάτων | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Στο τρόπο που τους αντιμετωπίζουν οι «υγιείς» | <input type="checkbox"/> |

13. Αναφορικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά πάσχοντες θεωρείτε ότι είστε ευαισθητοποιημένος /η:

1. Πάρα πολύ 2. Πολύ 3. Μέτρια 4. Λίγο 5. Καθόλου

14. Γνωρίζετε το περιεχόμενο και την έννοια του όρου «ανάδοχη» ή «φιλοξενούσα» οικογένεια για τους ψυχικά πάσχοντες;

1. Ναι 2. Όχι

14^α. Αν **ΝΑΙ**, ποιο από τα παρακάτω πιστεύετε ότι είναι φιλοξενούσα ή ανάδοχη οικογένεια;

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Η οικογένεια που φιλοξενεί έναν ψυχικά ασθενή για λίγο χρονικό διάστημα | <input type="checkbox"/> |
| 2. Η οικογένεια που υιοθετεί έναν ψυχικά ασθενή, σύμφωνα με τις αρχές της νόμιμης υιοθεσίας | <input type="checkbox"/> |
| 3. Η οικογένεια που υιοθετεί έναν ψυχικά ασθενή, σύμφωνα με τις αρχές της νόμιμης υιοθεσίας και η Πολιτεία στηρίζει τον ψυχικά ασθενή και την οικογένεια | <input type="checkbox"/> |
| 4. Η οικογένεια που υιοθετεί έναν ψυχικά ασθενή, σύμφωνα με τις αρχές νόμιμης υιοθεσίας και η Πολιτεία στηρίζει οικονομικά τον ίδιο και την οικογένεια | <input type="checkbox"/> |
| 5. Η οικογένεια που υιοθετεί έναν ψυχικά ασθενή, σύμφωνα με τις αρχές της νόμιμης υιοθεσίας με σκοπό ο ασθενής να συμβάλλει στα έσοδα της οικογένειας | <input type="checkbox"/> |

15. Η Πολιτεία με υπουργική απόφαση έχει θεσπίσει προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες. Ο θεσμός αυτός δίνει τη δυνατότητα σε οικογένειες που δεν έχουν συγγένεια πρώτου βαθμού με ψυχικά πάσχοντες να επιδοτηθούν με χρήματα προκειμένου να αναλάβουν την ευθύνη φροντίδας ψυχικά πάσχοντα στο σπίτι τους. Παράλληλα, θα έχουν την υποστήριξη και παρακολούθηση ειδικών για την αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων. Πώς θα χαρακτηρίζατε την παραπάνω θέση:

- 1.Θετική 2.Μάλλον θετική 3.Μάλλον αρνητική 4.Αρνητική
5. Δεν απαντώ

16. Εσείς έχετε ενημερωθεί για τα προγράμματα περί Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες;

1. Ναι 2.Όχι

16^α . Αν ΝΑΙ στην 16, από ποιον / ποιους από τους παρακάτω φορείς έχετε ενημερωθεί;

1. Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
2. Σεμινάρια / Συνέδρια
3. Ενημερωτικά φυλλάδια
4. Τοπική Αυτοδιοίκηση
5. Συλλόγους / Σωματεία
6. Όλα τα παραπάνω
7. Άλλο

17. Πιστεύετε ότι η σύγχρονη ελληνική κοινωνία είναι έτοιμη να δεχθεί και να συμμετάσχει ενεργά στο θεσμό των Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες;

1. Ναι 2.Όχι 3.Δεν γνωρίζω

18. Πιστεύετε ότι μπορεί να εφαρμοστεί ένας τέτοιος θεσμός στη χώρα μας;

1. Ναι 2. Όχι

18^α Αν ΟΧΙ, ποιος ή ποιοι είναι κατά τη γνώμη σας οι λόγοι που δεν μπορεί να εφαρμοστεί ο θεσμός αυτός στην σύγχρονη ελληνική κοινωνία;:

1. Το χαμηλό οικονομικό κίνητρο
2. Οι προκαταλήψεις και το στίγμα που συνοδεύει τους ψυχικά πάσχοντες
3. Η μικρή ενημέρωση / ευαισθητοποίηση της ελληνικής κοινής γνώμης σε ζητήματα ψυχικής υγείας
4. Η νοοτροπία της ελληνικής οικογένειας
5. Η απουσία υποστήριξης από ειδικούς
6. Η απουσία συστηματικής ενημέρωσης και προβολής του θεσμού από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
7. Όλα τα παραπάνω
8. Άλλο

.....

19. Ποια είναι κατά τη γνώμη σας τα κίνητρα για τη σύγχρονη ελληνική οικογένεια προκειμένου να συμμετάσχει ενεργητικά ως ανάδοχη οικογένεια για τη φιλοξενία ψυχικά πάσχοντα. Σημειώστε με ένα (X) στο αντίστοιχο κουτάκι την απάντηση που σας εκφράζει:

1. Ισχυρό οικονομικό κίνητρο (π.χ. από 1.000€το μήνα και άνω)
2. Φοροαπαλλαγές
3. Καθημερινή παρουσία ειδικών και απασχόληση του ψυχικά πάσχοντα καθημερινά σε ψυχιατρικές δομές στην Κοινότητα
4. Εκπαίδευση της οικογένειας για τη φιλοξενία
5. Συγγενική σχέση με τον ψυχικά πάσχοντα
6. Μοριοδότηση για διορισμό στο Δημόσιο μέλους της Φιλοξενούσας Οικογένειας
7. Όλα τα παραπάνω

20. Ποια / ποιες από τις παρακάτω κατηγορίες κοινωνικών ομάδων ενδεχομένως να συγκεντρώνουν περισσότερες πιθανότητες για τη συμμετοχή τους σε προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών.

1. Οι άπορες οικογένειες
2. Οι οικογένειες μεταναστών
3. Η μέση ελληνική Οικογένεια
4. Οι συγγενικές οικογένειες προς τον ψυχικά πάσχοντα
5. Όλα τα παραπάνω

21. Εσείς θα δεχόσαστε να συμμετάσχετε σε ένα πρόγραμμα αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες:

1. Ναι 2. Όχι

21^α. Αν ΝΑΙ στην 21, ποιος ή ποιοι από τους παρακάτω λόγους θα σας οδηγούσαν σε μια τέτοια απόφαση / επιλογή;

1. Τα οικονομικά κίνητρα από την ελληνική Πολιτεία για τη συμμετοχή μου σε τέτοια προγράμματα
2. Η συμβολή μου στην προαγωγή της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα
3. Η ανάγκη για βοήθεια και συλλογική στήριξη των ψυχικά ασθενών
4. Η λύπη μου για τους ψυχικά ασθενείς
5. Το προσωπικό ιδεολογικό και φιλοσοφικό υπόβαθρο
6. Όλα τα παραπάνω
7. Άλλο

21^β . Αν ΟΧΙ στην 21, για ποιον ή ποιους από τους παρακάτω λόγους δεν θα συμμετείχατε σε ένα τέτοιο πρόγραμμα;

1. Γιατί οι ψυχικά ασθενείς είναι επικίνδunami
2. Γιατί είναι μεγάλη η ευθύνη της οικογένειας που φιλοξενεί τον ψυχικά πάσχοντα
3. Γιατί ενδεχομένως να μην υπάρξει η κατάλληλη οικονομική στήριξη της οικογένειας
4. Γιατί δεν υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές από την Πολιτεία (π.χ. στήριξη της οικογένειας από ειδικούς, ειδικές υπηρεσίες ψυχιατρικής περίθαλψης στο σπίτι κλπ.
5. Λόγω του στιγματισμού της οικογένειάς μου από την ελληνική κοινωνία
6. Όλα τα παραπάνω
7. Άλλο

22. Ποιο / ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να αποτελέσουν ισχυρά κίνητρα προκειμένου οι ελληνικές οικογένειες να συμμετάσχουν σε προγράμματα φιλοξενίας ψυχικά ασθενών

1. Τα οικονομικά κίνητρα (π.χ. επιδόματα, συντάξεις)
2. Η διεύρυνση ή η ανάπτυξη περαιτέρω των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (π.χ. ψυχιατρική περίθαλψη κατ' οίκον)
3. Η ουσιαστική παρουσία και λειτουργία των Υπηρεσιών Πρόνοιας
4. Η ψυχολογική στήριξη της οικογένειας που φιλοξενεί έναν ψυχικά ασθενή
5. Ο αποστιγματισμός της ψυχικής νόσου και περισσότερα προγράμματα ενημέρωσης / ευαισθητοποίησης της κοινότητας
6. Όλα τα παραπάνω
7. Άλλο.....

Ευχαριστούμε πολύ για το χρόνο που μας διαθέσατε