

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΓΟΥΡΛΩΝΗ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- Ο ΣΚΟΠΟΣ.....	4
- ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ.....	5
- ΜΕΡΟΣ Α΄	6
- ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
- ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
- ΜΕΡΟΣ Β΄	8
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
- 1.1 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ .ΤΟ ΞΕΚΙΝΗΜΑ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ.....	8
- 1.2 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ « ΨΥΧΑΡΓΩΣ ».....	13

- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	27
-2.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ...	27
- ΜΕΡΟΣ Γ΄	43
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	43
- 1.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ – Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	43
- 2.2 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	46
- ΜΕΡΟΣ Δ΄	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	49
-1.1. ΞΕΝΩΝΑΣ ΧΕΪΔΕΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ	49
-1.2 ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΣ ΞΕΝΩΝΑΣ (Μ.Ν.Ε.) ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	55
- 1.3. ΞΕΝΩΝΑΣ « ΑΝΟΔΟΣ » ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ.....	64
- ΜΙΑ ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	67
Α. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	67
Β ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	71
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	73

Ο ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπος του θέματος της πτυχιακής μου είναι να δοθεί η σημασία και ο κεντρικός ρόλος που πρέπει να έχει το σύστημα υπηρεσιών υγείας μέσα απο τη μελέτη του συστήματος αυτού. Να γίνει κατανοητή η σημασία της επαρκούς δικτύωσης των υπηρεσιών υγείας μέσα απο την παρατήρηση των δομών του κεντρικού σχεδιασμού των υπηρεσιών και η τομεοποίηση τους βάσει των αναγκών του κοινωνικού συνόλου.

ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ

Η ευαισθητοποίηση σε ότι αφορά την ψυχική νόσο η ενημέρωση των πολιτών όσο αφορά το θέμα αυτό και κατα συνέπεια οι εκτεταμένες εκστρατείες για την αντιμετώπιση της νόσου.Ο διοικητικός κανονισμός και η ευελιξία ως βασικοί παράγοντες για την ατομική και κοινωνική ευμάρεια.

Η ψυχική νόσος είναι μια ασθένεια που αφορά άτομα και των δυο φύλων,ανεξάρτητα από την κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση, βιοτικό επίπεδο ή τάξη.Παρουσιάζεται δε,μία διαχρονική και διαπολιτισμική σταθερότητα που αφορά το 1% του πληθυσμού παγκοσμίως(το ποσοστό αυτό, αφορά τις ψυχώσεις και όχι τις διαταραχέςνευρωτικού τύπου).

Παρά τον αταξικό χαρακτήρα της ασθένειας,τα άτομα που κατα κύριο λόγο εξυπηρετούνται από δημόσια ή κοινοτικά πλαίσια προέρχονται στην συντριπτική τους πλειοψηφία απο μικροαστικές οικογένειες ή κοινοτικά πλαίσια προέρχονται στην συντριπτική τους πλειοψηφία απο μικροαστικές οικογένειεςήκαι ακόμη χαμηλότερα στρώματα..Αυτό συμβαίνει διότι τα άτομα απο μεσαίες και ανώτερες κοινωνικές τάξεις καταφεύγουν σε ιδιωτικούς φορείς (ιδιώτες ψυχιάτρους,ιδιωτικές κλινικές,Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής που είναι ημιδημόσιοι φορείς κ.α.).Το φαινόμενο αυτό έχει διαφοροποιηθείτα τελευταία χρόνια μιας και οι υπηρεσίες (π.χ.Δαφνί Ψ.Ν.Α.,Δρομοκαίτειο κ.α.),οχι μόνο περισσότεροι άνθρωποι αλλά και νεωτέρων ηλικιών απο ότι στο παρελθόν και με καλύτερη κοινωνική και οικονομική κατάσταση.

ΜΕΡΟΣ Α

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

A1.

Η εργασία μου αναφέρεται αποκλειστικά στις εξελίξεις που έχουν συμβεί στην Ελλάδα. Ας μην ξεχνάμε ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ξεκίνησε από το εξωτερικό πολύ πριν έρθει στην Ελλάδα.

Είναι χωρισμένη σε 5 μέρη. Το καθένα εξετάζει ένα διαφορετικό θέμα.

Το πρώτο μέρος είναι καθαρά ιστορικό.

Στο κομμάτι της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο δεύτερο μέρος περιλαμβάνεται η αφετηρία της και οι πρώτες προσπάθειες που έγιναν και την εξέλιξή της.

Αναλύεται το πρόγραμμα Ψυχαργός και τα προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης και επανένταξης. Ακόμη ο ρόλος και η λειτουργία της Κ.Υ. οι αρμοδιότητες των Κ.Λ.

Στο τέταρτο μέρος εξετάζεται η λειτουργία μιας συγκεκριμένης εξωνοσοκομειακής δομής, των ξενώνων ανάλογα με το φορέα όπου ανήκουν.

Τέλος υπάρχουν κάποια συμπεράσματα και προτάσεις όπου ο επίλογος της εργασίας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

A2

Αφητηρία για επιλογή του θέματός μου ήταν το ενδιαφέρον μου για την ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα όπως λειτουργεί σήμερα και όπως εξελίσσεται.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι μια αρκετά πρόσφατη αλλαγή στο χώρο της ψυχικής υγείας, η οποία πιστεύουμε πως πρέπει να ερευνηθεί σε όλα τα στάδια της εξέλιξής της.

Επιπρόσθετα, εκτός από τη διεπιστημονική συνεργασία της κοινωνικής εργασίας και της ψυχιατρικής, η ψυχική νόσος αποτελεί ένα μείζον κοινωνικό θέμα, στο οποίο, οι κοινωνικοί λειτουργοί καλούνται να επέμβουν δραστικά και αποτελεσματικά έτσι ώστε να προσφέρουν ουσιαστική αρωγή.

Το ενδιαφέρον μου προσανατολίζεται στην παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα και ιδιαίτερα στη λειτουργία των ξενώνων τους σκοπούς που υπηρετούν ανάλογα με το φορέα που αυτοί ανήκουν και το ρόλο των Κ.Λ. σε αυτό το πλαίσιο.

ΜΕΡΟΣ Β' : ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ¹. ΤΟ ΞΕΚΙΝΗΜΑ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ

Έναυσμα για την έναρξη του συστηματικού έργου της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης², ήταν η υποβολή υπομνήματος από την Ελλάδα, στις 19 Μαρτίου 1982, μετά από την προσχώρηση της στην Ε Ο Κ Το υπόμνημα αναφερόταν στα προβλήματα που απορρέουν από αυτή την ένταξη Με αφορμή το μνημόνιο, η Επιτροπή σημείωσε τις διαρθρωτικές ανεπάρκειες στον τομέα της επαγγελματικής κατάρτισης και κυρίως της έλλειψης εγκαταστάσεων κατάρτισης, που εμπόδιζε την πρόσβαση της Ελλάδας στην κοινοτική χρηματοδότηση της επαγγελματικής κατάρτισης από το Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο. (Μαντωνάκης Ι, Κώστας Στεφανής, Τιμητικός τόμος για τον ακαδημαϊκό Επιστημονική και Κοινωνική διαδρομή)

Αποτέλεσμα αυτής της ενέργειας ήταν η ανάθεση σε μία ομάδα ανεξάρτητων εμπειρογνομόνων, το Δεκέμβριο του 1982, να εξετάσει την διαδικασία της αποκατάστασης και της κατάρτισης των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην Ελλάδα και να προβεί σε συστάσεις Η ομάδα των εμπειρογνομόνων έκανε επισκέψεις σε όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας, καθώς και στις λιγότερες υπάρχουσες εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, οι οποίες αποτελούσαν περισσότερο ατομικές πρωτοβουλίες των επαγγελματιών στον χώρο (ιατρών, κοινωνικών λειτουργών ή οργανισμών).

Μεταξύ άλλων διαπιστώθηκε από την ομάδα εμπειρογνομόνων, η έμφαση που είχε δοθεί στην θεραπεία στα ψυχιατρεία, η μικρή ανάπτυξη των Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, η έλλειψη προγραμμάτων αποκατάστασης, ο υπερκορεσμός των ασθενών στα ψυχιατρεία, η ακατάλληλη και παλαιά κτιριακή υποδομή των ψυχιατρείων, οι ανεπαρκείς υπηρεσίες που προσέφεραν, η παθητικότητα και η έλλειψη ελπίδας των ασθενών και τέλος το χαμηλό ηθικό και ο μικρός αριθμός των εργαζομένων.

Η επιτροπή κατέθεσε έκθεση επισημαίνοντας την επείγουσα ανάγκη για μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, κάνοντας ιδιαίτερη αναφορά στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Λέρου και Δαφνιού.

ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ

ΝΟΜΟΣ 1397/83 ΓΙΑ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ(άρθρο 21 παράγραφος 1-6)

Τα συμπεράσματα της παραπάνω έκθεσης αποτυπώθηκαν στο Νόμο του 1983 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Πρόκειται για τον νόμο 1397 που θεωρείται ως ορόσημο για την μετάβαση στη φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης με το άρθρο 21 του Ν. 1397/83 του Ε.Σ.Υ. για την ψυχική υγεία. Σύμφωνα με το άρθρο αυτό η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται από:

- Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- Τους Ψυχιατρικούς Τομείς των Γενικών Νοσοκομείων
- Τα ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας σύμφωνα με το άρθρο 21 του νόμου, συνίστανται με Προεδρικά Διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, ως αυτοτελείς αποκεντρωμένες ομάδες ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων ή Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου, στο οποίο λειτουργεί Ψυχιατρικός Τομέας. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το Νοσοκομείο που υπάγονται, καθώς και με το ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Υγειονομικής Περιφέρειας. Ως σκοπός του Κέντρου Ψυχικής Υγείας καθορίστηκε η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, η

¹ Μαντωνάκης Ι, Κώστας Στεφανής: Τιμητικός τόμος.

πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνικοποίηση του αρρώστου. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας μπορεί να συμπεριλαμβάνουν και ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής).

Στους Ψυχιατρικούς Τομείς των Γενικών Νοσοκομείων που δημιουργήθηκαν και θεσμοθετήθηκαν με το Νόμο αυτό, παρέχεται ολιγοήμερη νοσηλεία. Οι άρρωστοι που έχουν ανάγκη από μακρόχρονη νοσηλεία παραπέμπονται σε Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Οι Ψυχιατρικοί Τομείς των Γενικών Νοσοκομείων βρίσκονται σε επιστημονική και κοινωνική διασύνδεση με Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Υγειονομικής Περιφέρειας τους. Επιπλέον-με το νόμο-αυτό τα Ιδρύματα Ψυχικών-Παθήσεων μετονομάζονται σε Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και μετά από σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), ορίζεται ο τρόπος αναδιοργάνωσης τους με στόχο την αποασυλοποίηση των ασθενών.

Επιπλέον προβλέπεται στο Νόμο αυτό η σύσταση επιτροπής του ΚΕ.Σ.Υ. για τη μελέτη και την διατύπωση προτάσεων, πάνω σε κάθε θέμα που αφορά τον προγραμματισμό, την οργάνωση και την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Τέλος, το άρθρο 21 του Ν. 1397 συνιστά και προσθέτει σε ιδιαίτερους κλάδους των Νοσοκομείων, στα οποία υπάγονται τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, θέσεις ψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και άλλων παραϊατρικών ειδικοτήτων, καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και άλλου βοηθητικού προσωπικού. Οι δαπάνες για την λειτουργία των Κέντρων καλύπτονται από το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται. Ο εσωτερικός κανονισμός των Κέντρων, καθώς και ο τρόπος διασύνδεσης τους με το νοσοκομείο που υπάγονται, καθορίζονται από απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και από το ΚΕ.Σ.Υ.

Με τη νομοθετική θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας τέθηκαν οι προϋποθέσεις για την υλοποίηση του, ώστε οι υπηρεσίες του συστήματος να παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση μέσα από ένα ενιαίο και

αποκεντρωμένο σύστημα υγείας Με το άρθρο 21 του Νόμου 1397/1983 αναμορφώθηκε όλο το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην χώρα μας Όμως όχι σε ικανοποιητικό βαθμό, καθώς μια γενικότερη κριτική του άρθρου 21 αποκαλύπτει ότι

- Απουσιάζει η ιδεολογική κατεύθυνση.
- Εμφανίζει ένα νοσοκομειοκεντρικό σχεδιασμό και ιατροκεντρισμό
- Δεν εμπεριέχει την έννοια του συντονισμού περιφέρειας- κέντρου
- Αποκλείει την συμμετοχή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης/ Κοινότητας
- Δεν διασφαλίζει την αποδοτικότητα των υπηρεσιών
- Απουσιάζουν οι σύγχρονοι μέθοδοι οικονομικής διαχείρισης
- Διατηρεί την πολυμορφία του νομικού καθεστώτος των υπηρεσιών και των ασφαλιστικών φορέων

Από το περιεχόμενο του άρθρου φαίνεται πως ο πυρήνας του συστήματος, το οποίο οργανώνεται σε αποκεντρωμένη βάση, είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Στο άρθρο δεν καθορίζεται ο βαθμός της τομεοποίησης, αλλά σε κάθε τομέα 90.000 έως 150.000 κατοίκων υπολογίζεται ότι περιφερειακά θα λειτουργήσουν Κ.Ψ.Υ. μαζί με τις υπόλοιπες μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί που θα αποτελούν τον «ηθμό»³ για την διακίνηση των αρρώστων προς το ψυχιατρείο Στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, που δεν προβλέπεται η ίδρυση αυτόνομων Κέντρων Ψυχικής Υγείας, οργανώθηκαν κινητές υπηρεσίες ψυχικής υγείας που ανήκαν στα Νομαρχιακά Νοσοκομεία όπου, παράλληλα, λειτούργησαν και εξωτερικά ιατρεία Από το άρθρο 21 απουσιάζει η αναφορά στη διασύνδεση του Κ.Ψ.Υ. με την κοινότητα, καθώς και στο ρόλο της τοπικής αυτοδιοίκησης.

³ Εργαλείο κάθαρσης Μεταφορικά το φίλτρο.

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ 815/84 ΤΗΣ Ε.Ο.Κ.(Ειδική έκθεση αρ.5/90 για την εκτέλεση κανονισμού της Ε.Ο.Κ αριθμ.815/84 του συμβουλίου για έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδος)

Μετά την ψήφιση του Νόμου αυτού, η Ελληνική Κυβέρνηση ζήτησε κοινοτική οικονομική βοήθεια για να πραγματοποιήσει το έργο της μεταρρύθμισης. Η σοβαρότητα της κατάστασης οδήγησε την Επιτροπή να προτείνει ειδική οικονομική ενίσχυση για την Ελλάδα στον κοινωνικό τομέα που απέβλεπε στην αντιμετώπιση (α) της έλλειψης δομών κατάρτισης στην περιφέρεια των Αθηνών και (β) της επείγουσας ανάγκης για μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης σε ολόκληρη την Ελλάδα. Στις 26 Μαρτίου 1984, το Συμβούλιο, ύστερα από τη γνώμη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής, ενέκρινε τον κανονισμό (Ε.Ο.Κ.) αριθ. 815/84, με τον οποίο χορηγούνταν 120 εκατομμύρια ECU ως «έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα». Ο κανονισμός προέβλεπε δράση για τα εξής:

1. τη βελτίωση και την επέκταση της υποδομής κατάρτισης στην περιφέρεια των Αθηνών (Πρόγραμμα «Α»).
2. τη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στο σύνολο της επικράτειας της Ελλάδας (Πρόγραμμα «Β»).

Ουσιαστικά τα δύο αυτά προγράμματα αλληλοσυμπληρώνονταν, χωροταξικά και λειτουργικά και είχαν τρεις παραμέτρους:

- κτιριακά προγράμματα
- πειραματικά προγράμματα (πιλότοι)
- υποτροφίες

Η κοινοτική χρηματοδότηση κάλυπτε το 55% των δημοσίων δαπανών για:

- την ανέγερση νέων κέντρων και την επέκταση και μεταρρύθμιση υφιστάμενων κτιρίων (Πρόγραμμα «Α» και «Β»).
- τον εξοπλισμό των κέντρων (Πρόγραμμα «Α» και «Β»).
- δοκιμαστικά σχέδια για να αναδειχθούν οι πιο αποδοτικές μέθοδοι για την εφαρμογή του προγράμματος «Β».
- σχέδια κατάρτισης (στην Ελλάδα και το εξωτερικό) για την αναπροσαρμογή των επαγγελματιών προσόντων του ιατρικού θεραπευτικού και παραϊατρικού προσωπικού και των κοινωνικών λειτουργών.

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τον νόμο 815/84 έγινε τομεοποίηση στον χώρο της υγείας. Αντίθετα με το παλιό πρότυπο, στη νέα μορφή περίθαλψης θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα γεωγραφικά, οικονομικά, επιδημιολογικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού που εξυπηρετεί. Ο τομέας της ψυχικής υγείας έπρεπε να περιλαμβάνει τις παρακάτω υπηρεσίες:

Για τους ενήλικες:

- Ø Κέντρο Ψυχικής Υγείας
- Ø Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου
- Ø Ξενώνες
- Ø Κέντρα Προεπαγγελματικής και Επαγγελματικής αποκατάστασης

Για τα παιδιά και τους εφήβους:

- Ø Ιατροπαιδαγωγικές μονάδες
- Ø Υπηρεσίες Φροντίδας Ημέρας
- Ø Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Παιδιατρικού Νοσοκομείου και Παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες σε Γενικό Νοσοκομείο
- Ø Ξενώνες
- Ø Κέντρα Προεπαγγελματικής Κατάρτισης

Έτσι λοιπόν τα ψυχιατρεία έπρεπε να πλαισιωθούν με κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης, προστατευμένα εργαστήρια καθώς και ξενώνες. Επιπλέον αναπροσαρμοζόταν η λειτουργία των

υπαρχουσών μονάδων κοινωνικής ψυχιατρικής, ώστε να ενταχθούν στο πενταετές πρόγραμμα που καθόριζε ο νόμος.

ΤΟ ΠΕΝΤΑΕΤΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Το 1984 συγκροτήθηκε μία δεύτερη επιτροπή του ΚΕ.Σ.Υ. (με πρόεδρο τον καθηγητή Κ. Στεφανή), που νομοθετικά είχε κατοχυρωθεί με το άρθρο 21 του Νόμου Ν. 1397, η οποία σχεδίασε ένα πενταετές πρόγραμμα ψυχικής υγείας με δύο φάσεις στα πλαίσια της ειδικής χρηματοδότησης της Ε.Ο.Κ. (κανονισμός 815/84). Ο κανονισμός αυτός του Ευρωπαϊκού Κοινοτικού Ταμείου προσέφερε ειδική οικονομική ενίσχυση στην Ελλάδα, για τον τομέα της εγκατάστασης και του εξοπλισμού Κέντρων Αποκατάστασης ψυχοπαθών, για την τετραετία 1984-1988, με το ποσό των 60 εκατομμυρίων μονάδων ECU (9 δις. 840 εκατομμύρια δραχμές). Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό επρόκειτο μέχρι το 1988, να ιδρυθούν 135 μονάδες (Κ.Ψ.Υ.), Μονάδες σε Γενικά Νοσοκομεία, Ξενώνες, Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης), στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ. (Εθνικό Σύστημα Υγείας). Επίσης προβλεπόταν η παροχή υποτροφιών και ταχύρυθμης εκπαίδευσης, ενώ τα υπάρχοντα ψυχιατρεία θα τροποποιούσαν την οργάνωση των υπηρεσιών τους, με την δημιουργία νέων ή την κατάργηση των παλαιών.

Μέχρι το 1988 είχε υπολογιστεί ότι θα είχαν μειωθεί τα ψυχιατρικά κρεβάτια περίπου 25%, ενώ αντίστοιχα θα είχαν προστεθεί 598 κρεβάτια σε 28 μονάδες Γενικών Νοσοκομείων⁴.

Το πενταετές πρόγραμμα για την ψυχική υγεία περιελάμβανε τις πρώτες δραστηριότητες στο χώρο της ψυχικής υγείας, που σκοπό είχαν την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών. Στα πλαίσια της δημιουργίας των υπηρεσιών που έπρεπε να περιλαμβάνει ο Τομέας Ψυχικής Υγείας, δημιουργήθηκαν Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικοί τομείς ενηλίκων, Μονάδες εφήβων. Ξενώνες και Κέντρα Προεπαγγελματικής Κατάρτισης⁵.

Στις 7/7/1990, μετά το θόρυβο που ξέσπασε από την κατάσταση στο Ψυχιατρείο της Λέρου και τις συζητήσεις για την κακή διαχείριση των πόρων, το Συμβούλιο Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αποφάσισε την προσωρινή αναστολή του κανονισμού 815/84 και κατά παρέκκλιση την καταβολή των ποσών για πρόγραμμα που ήταν σε εξέλιξη. Μετά από την αξιολόγηση και την καταβολή σχετικών εκθέσεων στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή, της μέχρι τότε πορείας του προγράμματος, εγκρίθηκε από την διαχειριστική επιτροπή του Κανονισμού 815 η συνέχιση των προγραμμάτων στις 8-10-1991. Σύμφωνα με την παράταση του Κανονισμού, εγκρίθηκαν 64 νέα προγράμματα (25 στην Αθήνα, 8 στην Θεσσαλονίκη και 31 στην υπόλοιπη χώρα). Από τα 64 αυτά προγράμματα τα 28 ήταν παλαιότερα που δεν είχαν αρχίσει να υλοποιούνται.

Ανάμεσα σε αυτές τις σημαντικές εξελίξεις της δεκαετίας του 1980 πρέπει να αναφερθούν και οι ακόλουθες:

- Η ολοκλήρωση ενός συστήματος υπηρεσιών από το Αιγινήτειο Νοσοκομείο, όπως το Νοσοκομείο Ημέρας, Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καισαριανής, τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης του Κέντρου, το Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας (1986), Ξενώνας (1984) Οικοτροφείο (1986), Συνεργατικές (1986) και τέλος τα νέα Εξωτερικά Ιατρεία (1986).
- Η λειτουργία Ψυχιατρικών Κλινικών στα Πανεπιστήμια Πατρών (1982), Ιωαννίνων, Θράκης (στην Αλεξανδρούπολη) και Κρήτης, στις οποίες περιλαμβάνονται μονάδες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, στα εκεί Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ημέρας, Ξενώνες και Εργαστήρια.
- Η ανάπτυξη από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Ν.Π.Ι.Δ.) νέων υπηρεσιών (Κ.Ψ.Υ Αιγάλεω, Βόλου, Πατρών, Ηρακλείου, Εργαστηρίων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης κ.τ.λ.).
- Τα ειδικά προγράμματα του Ο.Α.Ε.Δ. (Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης), που

4

5

ιδρύθηκαν σε διάφορες πόλεις.

Επιπλέον σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα είχαν, ο νόμος 963/79 για την προστασία των ψυχικά και σωματικά ανάπηρων και ο νόμος Ν. 1648/1986 για την προστασία και αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων. Αργότερα ακολούθησαν και άλλοι νόμοι σε διεθνές και εθνικό επίπεδο που αφορούσαν την προστασία των ψυχικά πασχόντων. Τον Οκτώβριο του 1989 η Διεθνής Ομοσπονδία Ψυχικής Υγείας κοινοποιεί «την διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων που αφορούν την ψυχική υγεία», που περιλαμβάνει 8 άρθρα. Η χώρα μας το 1992 διατυπώνει σε Νόμο (20717 άρθρο 47)⁶ «τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς» και είναι τυπικά η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που ψήφισε τέτοια διάταξη σε νομό

Σημαντικό σημείο του νόμου αυτού είναι ότι καθορίζει τις προϋποθέσεις, τις συνθήκες, την διαδικασία και τη διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας για τους ψυχικά πάσχοντες, καθώς και τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία του εξιτηρίου στην περίπτωση αυτή. Το 1997 με τον νόμο 2519 καθιερώνονται τα Όργανα Προστασίας Δικαιωμάτων των ασθενών και αρχίζει η προώθηση και η διάδοση του θεσμού

ΜΙΑ ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ 815/84

Μία κριτική θεώρηση του πενταετούς προγράμματος για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, δείχνει πως ο προγραμματισμός του, έγινε με βάση:

- Ø Το κριτήριο της διαθεσιμότητας των προϋπαρχουσών δομών Έτσι
- Ø δημιουργήθηκε στην Αθήνα πληθώρα υπηρεσιών
- Ø Το κριτήριο της συμπληρωματικότητας Ένας φορέας απαιτούσε να έχει
- Ø κάθε τύπο υπηρεσιών τ» ου πιθανόν να μη χρειαζόταν Το κριτήριο της διεκδίκησης (lobbyism)

Γενικότερα τα προβλήματα που ανέκυψαν, μέσα από το πενταετές πρόγραμμα ήταν τα εξής:

§ Η σταδιακή μείωση των κρατικών ψυχιατρικών κρεβατιών που δημιουργεί πρόβλημα στην κάλυψη ίου τομέα αυτού, αφού μεγάλο μέρος των υπάρχόντων κρεβατιών ήταν κατειλημμένα από χρόνιους αρρώστους, μειώνοντας έτσι την αναλογία κρεβατιών-πληθυσμού

§ Τα ψυχιατρεία έτειναν να απομονώνονται, αποτελώντας την κατάληξη της πορείας των ασθενών μέσα από τα Κ.Ψ.Υ. και τις ψυχιατρικές μονάδες των Γενικών Νοσοκομείων

§ Μερικές περιοχές δεν καλύπτονταν παρά στο ελάχιστο από κρατικά κρεβάτια στα Γενικά Νοσοκομεία.

§ Υπήρξε υπερβολικός αριθμός πληθυσμού σε κάθε τομέα ευθύνης των Κ Ψ Υ , και ανεπαρκής στελέχωσή τους.

§ Δεν θεσμοθετήθηκε η συμμετοχή της κοινότητας και των φορέων της στη λειτουργία των Κ.Ψ.Υ.

§ Δεν είχε προταθεί κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα εξειδίκευσης στην Κοινωνική - Κοινοτική Ψυχιατρική μέσα από τις υπάρχουσες δομές και εμπειρίες Σε μερικούς κλάδους, όπως των κοινωνικών λειτουργών, δεν προβλέφθηκε το δικαίωμα της εκπαίδευσης σε πανεπιστημιακό επίπεδο.

§ Τέλος πρέπει να σημειωθεί ο αργός ρυθμός της υλοποίησης των στόχων στη χώρα μας

Μια εκτίμηση της κατάστασης που προέκυψε, αποκάλυψε τέσσερις ομάδες εμποδίων - λαθών στην πραγμάτωση της μεταρρύθμισης Όσον αφορά τα ιδεολογικά θέματα, υπήρξε απουσία συγκεκριμένης ιδεολογίας για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Επιπλέον η επιθυμητή «μεταρρύθμιση» ήταν προϊόν της κεντρικής εξουσίας και δεν ξεκίνησε από την βάση Όσον αφορά τα διοικητικά θέματα, υπήρξε διάσταση μεταξύ της ιεράρχησης των στόχων και των πραγματικών αναγκών Έτσι παρουσιάστηκαν φαινόμενα όπως η δημιουργία δομών σε περιοχές που δεν υπήρχε

6

ανάγκη και απουσία σε άλλες που οι ανάγκες ήταν αυξημένες Επιπρόσθετα προβλήματα σε αυτόν το τομέα αποτελούσαν η απουσία διοικητικής και διαχειριστικής υποστήριξης των δομών, η ιατροκεντρική εικόνα του Ε.Σ.Υ. και η απουσία της Τοπικής Αυτοδιοίκησης ο διοικητικός κατακερματισμός των υπαρχουσών υπηρεσιών (υπηρεσίες Ε.Σ.Υ. Πανεπιστημίων, Ι.Κ.Α. Ν.Π.Ι.Δ.) και τέλος η ανάθεση θέσεων «κλειδιά» από το Υπουργείο Υγείας, σε μη ειδικούς

Δύο επίσης σημαντικά λάθη εντοπίστηκαν στο νομοθετικό και στον εκπαιδευτικό τομέα, αφού απουσίαζε η ειδική νομοθεσία για ψυχιατρικά θέματα, όπως η εισαγωγή στο ψυχιατρείο, για την τομεοποίηση και για τον εσωτερικό κανονισμό του Κ.Ψ.Υ., αλλά και η εκπαιδευτική πολιτική για τη στελέχωση των νέων δομών, στελεχώνοντας τες, έτσι με ανέτοιμο προσωπικό

Το 1994 όπου έληξε η παράταση του πενταετούς προγράμματος, προέκυψε η ανάγκη για την αξιολόγησή του.

1.2 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Η ΑΦΕΤΗΡΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΕ

Το πέρασμα από την ασυλιακή Ψυχιατρική (με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία και συχνά από την ίδια την ζωή), σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική⁷ και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (με την ανάπτυξη ενός συνολικού Συστήματος Κοινοτικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας), αποτελεί σήμερα γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στον χώρο της Ψυχικής Υγείας Η ριζική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας, όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, ξεκίνησε στη χώρα μας με την ψήφιση του νόμου για το εθνικό σύστημα υγείας (Ν 1397/83)

Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την Ε Ο Κ (Κανονισμός 815/84) άρχισε μια διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, προετοιμασίας και μεταφοράς των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ο νόμος 2716/99 για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» ήρθε να καλύψει και θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στη Μεταρρύθμιση.

Τα τελευταία χρόνια μιλάμε για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, εννοώντας το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας χωρίς να εμποδίζουν το άτομο να παραμείνει ενεργός πολίτης μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη.

Για να εξασφαλιστεί η οργάνωση της φροντίδας με τον τρόπο αυτό, η χώρα έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, όπου ο κάθε νομός της χώρας είναι και ένας Τομέας (εκτός μερικών νομών με μικρό πληθυσμό, που εντάσσονται στον ίδιο Τομέα με όμορους νομούς) Εξαιρέσεις επίσης αποτελούν οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι διαιρούνται σε περισσότερους του ενός Τομείς και σε Τομείς εξειδικευμένους για παιδιά και εφήβους.(πρόγραμμα ψυχαργός.Ψυχιατρική μεταρρύθμιση Υπ.Υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης)

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ευρωπαϊκή Ένωση στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός».

Συγκεκριμένα καταρτίστηκε το 1999 ένα δεκαετές πρόγραμμα, το οποίο στοχεύει στην συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και την είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας

⁷ Βλ. παράρτημα.

Το «Ψυχαργός» συνέχισε την πολιτική του δομημένου μεταρρυθμιστικού προγράμματος, με συγκεκριμένες παρεμβάσεις που στοχεύουν στην κοινωνικό-οικονομική ένταξη των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες. Συνέχισε τη δημιουργία νέων δομών για την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με βάση την κοινότητα, σε όλη την Ελλάδα, προσφέροντας με αυτόν τον τρόπο τοπικές υπηρεσίες σε όλο τον πληθυσμό και σε όλο το εύρος των ηλικιών.

Το πρόγραμμα αποτελεί τον επιχειρησιακό βραχίονα της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας.

Η ΠΡΩΤΗ ΦΑΣΗ ΤΟΥ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Η Α΄ φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2000-2001, στο πλαίσιο ενός προγράμματος συγχρηματοδοτούμενου από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσω του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με στόχο την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Επικεντρώθηκε στην συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της Ελλάδας. Η Φάση αυτή εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» ως «ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα» και χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και το Ελληνικό Δημόσιο.

Το πρόγραμμα ξεκίνησε με την δημιουργία συνεργασίας μεταξύ των ψυχιατρείων και των γενικών περιφερειακών ή νομαρχιακών νοσοκομείων, προκειμένου να ενισχυθεί η συμμετοχή όλων των αρχών υγείας και πρόνοιας. Τα ψυχιατρεία συμμετείχαν ενεργά στη διαδικασία προετοιμασίας των ασθενών για την κοινωνική επανένταξη, συμπεριλαμβανομένης της επαγγελματικής κατάρτισης στην αγορά εργασίας και την ανεξάρτητη διαβίωση τους στην κοινότητα. Οι ομάδες-στόχοι στα ψυχιατρεία, αποτελούνταν από ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές παθήσεις και ασθενείς με νοητική καθυστέρηση.

Τα γενικά νοσοκομεία έλαβαν μετρά για την πρόσληψη πρόσθετου προσωπικού, για το πρόγραμμα αποϊδρυματισμού και την ενοικίαση κτιρίων για την επαρκή κάλυψη των απαιτούμενων παρεμβάσεων. Το Ε.Κ.Τ. (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) είχε αναλάβει τα έξοδα για τις νέες δομές για ένα χρόνο. Τα γενικά νοσοκομεία επρόκειτο να ενσωματώσουν τις δαπάνες αυτές στους γενικούς τους προϋπολογισμούς τον Ιανουάριο 2002. Στο τέλος του 2001 έγινε η πρώτη αναθεώρηση του «Ψυχαργός», ώστε να ισχύει πλέον για τη δεκαετία 2001 - 2010. Η δεύτερη αναθεώρηση του πραγματοποιήθηκε το 2004, οπότε και θα ισχύει για μια νέα δεκαετία.

Στα επιτεύγματα, στο τέλος του 2001, συγκαταλέγονται οι 55 εγκεκριμένες μονάδες στέγασης, η πρόσληψη προσωπικού (περίπου 650 ατόμων) και η μεταφορά ποσοστού περίπου 80% του αρχικού αριθμού ασθενών, προκειμένου να κατοικήσουν στις εναλλακτικές δομές διαμονής. Η Α΄ φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» ανέλαβε μια σημαντική δέσμευση για τη βασική εκπαίδευση του νέου προσωπικού στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τη συνεχή επαγγελματική επιμόρφωση για όλους τους επαγγελματίες στις υπηρεσίες αυτές (Θεραπευτήριο ψυχικών παθήσεων Χανίων, ψυχιατρική μεταρρύθμιση επιτεύγματα ψυχαργός φάση Α (2η παράγραφος).

Θέσπιση του νέου νόμου περί ψυχικής υγείας, τον Μάιο του 1999, συνέβαλλε σημαντικά στην εφαρμογή και υλοποίηση του προγράμματος. Επίσης διευκόλυνε την ευρύτερη δυνατή συμμετοχή δημόσιων, κυβερνητικών και ιδιωτικών φορέων, στην αλλαγή νοοτροπίας της κοινωνίας, ενθαρρύνοντας την κατανόηση και την πιο ευνοϊκή αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών με προβλήματα ψυχικής υγείας. Ο νέος νόμος του 2001 για την υγεία ενίσχυσε περαιτέρω τη δέσμευση για επαρκείς και κατάλληλες δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, με την δημιουργία των 17 προτεινόμενων Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας στη χώρα.

Η Α΄ Φάση του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιελάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών από όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Τα αποτελέσματα της Α΄ Φάσης του προγράμματος «Ψυχαργώς» υπήρξαν τα εξής:

- ✓ Δημιουργία 49 ξενώνων και 6 οικοτροφείων.
- ✓ Δημιουργία 71 εργαστηρίων κατάρτισης.
- ✓ Προκατάρτιση, κατάρτιση, απασχόληση 973 ασθενών.
- ✓ Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (ξενώνες, οικοτροφεία) 796 ασθενών.
- ✓ Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων. (Υγεία δομές και δράσεις για την υγεία)
- ✓ Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Στο πλαίσιο της Α΄ Φάσης του «Ψυχαργώς», είχε εγκριθεί (πilotικά), η δημιουργία και λειτουργία της «Μονάδας Υποστήριξης, Εμψύχωσης και Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) των Φορέων υλοποίησης» του προγράμματος Ο στόχος της Μονάδας (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) ήταν η συμβολή στην οργάνωση της υλοποίησης των δράσεων των Φορέων και η υποστήριξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επωφελήθηκαν από την αποασυλοποίηση

Το έργο της σύστασης, συγκρότησης και λειτουργίας της Μονάδας, ανατέθηκε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι. Ψ.Υ.) έπειτα από σχετική προκήρυξη και ανοικτό διαγωνισμό Η δραστηριότητα της Μονάδας αναπτύχθηκε στους ακόλουθους τομείς:

- ✓ Συλλογή, επεξεργασία και κωδικοποίηση πληροφοριών και στοιχείων.
- ✓ Σχεδιασμός και λειτουργία Βάσεων Δεδομένων και Τηλεματικού Συστήματος.
- ✓ Εντοπισμός, ανάλυση κα, επικύρωση της καινοτομίας.
- ✓ Ενέργειες διάδοσης – ευαισθητοποίησης.
- ✓ Σεμινάρια και συσκέψεις εργασίας.
- ✓ Εμψύχωση και ενεργός τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
- ✓ Οργάνωση Ελληνικού Δικτύου Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη σχεδίων διακρατικών συνεργασιών.

Η μονάδα Υποστήριξης, Παρακολούθησης και Εμψύχωσης (Μ ΥΠ Ε Π) ενίσχυσε σημαντικά και εστίασε στην τεχνική, διοικητική και επιστημονική υποστήριξη από πολλούς επιστημονικούς κλάδους που συμμετέχουν στις διαδικασίες σχεδιασμού και υλοποίησης του προγράμματος της μεταρρύθμισης Η πρόσληψη Περιφερειακών Εμψυχωτών από τη Μ ΥΠ Ε Π έχει παράσχει ένα μοναδικό και καινοτόμο μέσο τοπικής υποστήριξης, για την υλοποίηση του προγράμματος «Ψυχαργώς» καθώς και σημαντική συμβολή στο έργο του προγράμματος.

Το έργο της Μ.Υ.Π.Ε.Π. ολοκληρώθηκε με επιτυχία και αξιολογήθηκε θετικά από Ομάδα Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων - Αξιολογητών, αλλά και από το σύνολο των εμπλεκόμενων στο Πρόγραμμα Φορέων.

ΤΑ ΘΕΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΦΑΣΗΣ ΤΟΥ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Ο γενικός αντίκτυπος της Α΄ φάσης του προγράμματος «Ψυχαργώς» στη διαδικασία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι πολύ θετικός. Πιο συγκεκριμένα.

- ✓ Η συνεχιζόμενη τομεοποίηση του συστήματος ψυχικής υγείας είναι καίριας σημασίας προκειμένου να γίνουν τα ακόλουθα 1) καθορισμός της περιοχής αρμοδιότητας του τομέα και υπολογισμός της σωστής αναλογίας μεταξύ του αριθμού των κατοίκων και ενός πλήρους φάσματος δράσης και υπηρεσιών για την περίθαλψη, την αποκατάσταση και την ενσωμάτωση ανθρώπων που πάσχουν από ψυχιατρικές διαταραχές, 2) διατήρηση των ασθενών στην αρχική τους περιοχή, αποφεύγοντας τον ξεριζωμό και την περαιτέρω απομόνωση που συχνά αποτελούν προοίμιο χρονιότητας, 3) πρόληψη της «τεχνητής» διόγκωσης νέων εισαγωγών στα νοσοκομεία με τους τομείς να δρουν ως φίλτρο για τη διαδικασία εισαγωγής.

✓Οι αρχικές κινήσεις ανάπτυξης ενός πρωτοβάθμιου συστήματος περίθαλψης και ενός δικτύου αποκεντρωμένων υπηρεσιών και δομών ψυχικής υγείας στην κοινότητα αποτελούν τα θεμέλια πάνω στα οποία οι προσπάθειες στα πλαίσια του «Ψυχαργώς» θα δώσουν τα καλύτερα αποτελέσματα.

✓Η δημιουργία ξενώνων και οικοτροφείων, σωστά κατανομημένων σε όλη τη χώρα, έχει αρχίσει να έχει αντίκτυπο στις αντιλήψεις του πληθυσμού, ως προς την κατανόηση, την αποδοχή και τη στήριξη των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές.

✓Η συνεχής ανάπτυξη του δικτύου ξενώνων έχει οδηγήσει σε αναλογική μείωση του αριθμού κλινών στα παραδοσιακά μεγάλα ιδρύματα, μειώνοντας το μέγεθος τους σε περισσότερο αποδεκτό επίπεδο και καθιστώντας πιο εύκολη την επίτευξη του στόχου της ριζικής μετατροπής της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, σε εύλογο χρονικό διάστημα.

✓Η δημιουργία ευρείας ζώνης εργαστηρίων, παράλληλα με τους ξενώνες, αποτελεί την βάση μιας «δυναμικής» και κατάλληλης (ως προς τον αποϊδρυματισμό) προσέγγισης στην διαδικασία πλήρους ένταξης ή και επανένταξης στην κοινότητα.

✓Η φροντίδα και η προσοχή που έχουν δοθεί στις περισσότερες δομές είναι κάτι περισσότερο από το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Στις περισσότερες από αυτές έχουν αντιμετωπιστεί ενεργά τα ακόλουθα ζητήματα 1) επιλογή της θέσης της δομής στην περιοχή της τοπικής κοινότητας, 2) επιλογή κτιρίου με βάση τον κατάλογο δεικτών ποιότητας που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία π.χ. μονόκλινα ή δίκλινα υπνοδωμάτια, κοινός χώρος για κοινωνικές επαφές, -ποιότητα επίπλων, εγκαταστάσεις λουτρών, εξοπλισμός κ.τ.λ., 3) οργανωτική προσέγγιση (τακτικές συναντήσεις προσωπικού, εποπτεία δραστηριοτήτων προσωπικού από εξωτερικό επόπτη, τακτικές συναντήσεις του προσωπικού με τους ενοίκους, εξατομικευμένος σχεδιασμός, αποκατάσταση οικογενειακών σχέσεων και προσοχή στις μελλοντικές προοπτικές των ενοίκων).

Η ΔΕΥΤΕΡΗ ΦΑΣΗ ΤΟΥ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Η Β' φάση του προγράμματος «Ψυχαργώς» καλύπτει την περίοδο 2001- 2009 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία - Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης. Αφορά δε, στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα.

Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται, η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη και απευθύνονται σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους

Η ανάπτυξη δομών και υποδομών έχει σχεδιαστεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου⁸.

Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία αντικαθιστά βαθμιαία το μοντέλο νοσηλείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ενώ η παράλληλη δράση της αποασυλοποίησης επιτρέπει τη μείωση μεγέθους και του ρόλου των ψυχιατρικών νοσοκομείων με στόχο την οριστική κατάργησή τους. Συγχρόνως:

✓Η συμπλήρωση του δικτύου με Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης, Κινητές Μονάδες, Ειδικές Μονάδες για τον αυτισμό, Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης, που λειτουργούν με βάση την τομεοποίηση της χώρας, με ταυτόχρονη ανάδειξη

του ρόλου των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.)

✓ Η ουσιαστική βασική και συνεχιζόμενη Εκπαίδευση του προσωπικού των αντίστοιχων δομών.

✓ Αγωγή της κοινότητας και κινητοποίηση κοινωνικών δυνάμεων προς την κατεύθυνση της αποδοχής της ιδιαιτερότητας του ασθενούς, της καταπολέμησης του στίγματος και της υποστήριξης των ενεργειών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, εξασφαλίζουν την εδραίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας και την παγίωση των μέχρι τώρα αποτελεσμάτων.

Επιπρόσθετα, η ανάπτυξη ειδικών μονάδων που ιδρύονται και λειτουργούν στο πλαίσιο των γενικών νοσοκομείων για την παροχή υπηρεσιών στους ψυχικά ασθενείς χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, είτε κατά τη φάση της κρίσης, είτε κατά το στάδιο υποστήριξης, διαμορφώνει τις κατάλληλες συνθήκες για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του προβλήματος, την απεξάρτηση και την κοινωνική επανένταξη των ατόμων αυτών. (β φάση προγράμματος ψυχαργώσ(2002-2009)_ αρχική σελίδα, υγεία, δομές και δράσεις για την υγεία)

Για την υποστήριξη και παρακολούθηση του προγράμματος «Ψυχαργώσ Β' Φάση», το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας διενήργησε Δημόσιο Ανοικτό Διαγωνισμό για την ανάδειξη Αναδόχου που ανέλαβε το έργο «Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β' ΦΑΣΗ».

Στην προκήρυξη συμμετείχε και αξιολογήθηκε θετικά από την επιτροπή αξιολόγησης του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, η Ένωση Φορέων στην οποία συμμετέχουν το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής με ποσοστό 60,3% το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών με ποσοστό 7%, το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων με ποσοστό 3.1% και ο Όμιλος Μελετών και Αναπτυξιακού Σχεδιασμού (Ο.Μ.Α.Σ.) με ποσοστό 29,6%.

Το έργο της «Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης του προγράμματος Ψυχαργώσ Β' Φάση» συνίσταται στην παροχή ενός ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών, μέσω του οποίου θα επιτευχθεί η βελτιστοποίηση των διαδικασιών του προγράμματος, η μεταφορά της πλέον σύγχρονης και αναγνωρισμένης τεχνογνωσίας στις μονάδες ψυχικής υγείας και η εξασφάλιση συστηματικής παρακολούθησης έργων και ενεργειών.

Η πανάδα θα αναλάβει σε πρώτη βάση την τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης ώστε να εξασφαλιστούν οι αναγκαίοι όροι αξιοποίησης, έγκαιρης και εντός των οικονομικών περιορισμών, εκτέλεσης των έργων Η μονάδα πέραν της υποστήριξης για τη διαμόρφωση προτάσεων, θα αναλάβει να προσφέρει λύσεις και υπηρεσίες σε θέματα συνολικού σχεδιασμού και προγραμματισμού δράσης Επιτυγχάνεται με τον τρόπο αυτό βελτίωση των λειτουργιών των Φορέων έναντι των υποχρεώσεων εκτέλεσης των έργων και των συνθηκών ελέγχου σε κανονιστικό και χρηματοοικονομικό επίπεδο.

Σημαντική διάσταση στη λειτουργία της Μονάδας αποτελεί η υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης του προγράμματος Ψυχαργώσ Β' Φάση, ώστε να ενσωματώσουν την οπτική και τις προτεραιότητες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της κοινοτικής ψυχιατρικής Πρακτικά τούτο επιτυγχάνεται με την υποστήριξη και εμπύχωση του προσωπικού των νέων δομών με εξειδικευμένα στελέχη και προγράμματα «on the job training» Η αξιοποίηση της πλέον έγκυρης και αναγνωρισμένης τεχνογνωσίας από την Ελλάδα και το εξωτερικό σχετικής με την κοινοτική ψυχιατρική, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την επαγγελματική αποκατάσταση, την αντιμετώπιση των κρίσεων από τη χρήση ουσιών και την αντιμετώπιση του αυτισμού, αναμένεται να συμβάλει στην ανάπτυξη ευελιξίας και προσαρμοστικότητας των φορέων του δημοσίου τομέα σε σχέση με τις μεθόδους υλοποίησης έργων και τις τεχνολογικές εξελίξεις

Η μονάδα αναλαμβάνοντας την υποστήριξη για την δημιουργία και λειτουργία Δικτύων των εμπλεκόμενων Φορέων θα συμβάλει στη μεγιστοποίηση των ωφελειών και την ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ Φορέων και τομέων ψυχικής υγείας

Με την λειτουργία της Μονάδας⁹ θα εξασφαλιστεί η τακτική απογραφή, ανάλυση και παρουσίαση στατιστικών στοιχείων και δείκτες από την εφαρμογή των δράσεων για την αποασυλοποίηση και κοινωνικό-οικονομική αποκατάσταση Επιτυγχάνεται με τον τρόπο αυτό η συστηματοποίηση των αναγκών σε σχέση με την διαδικασία προγραμματισμού έργων και ενεργειών από δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, ιδιαίτερα ενόψει της διαδικασίας συνεχούς, (10ετές πρόγραμμα) όσο και προγραμματικής, (αρχές 2004) αναθεώρησης του προγράμματος

Για την εξασφάλιση της επιτυχούς υλοποίησης του έργου της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης των Φορέων υλοποίησης του προγράμματος «Ψυχαργός Β' Φάση» και τον πλήρη έλεγχο της πορείας του, η Ένωση Φορέων «Ε.Π.Ι.Ψ.Υ¹⁰ - Ε.Κ.Κ.Ε. - ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ –Ο.Μ.Α.Σ.» έχει προχωρήσει στην απαραίτητη οργάνωση, στελέχωση και υιοθέτηση διαδικασιών διοίκησης του συνολικού έργου.

Για το σκοπό αυτό έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερη οργανωτική δομή, βάσει της οποίας γίνεται καταμερισμός των ρόλων και των πεδίων δράσης των εμπλεκόμενων στελεχών στις επιμέρους θέσεις εργασίας, ανάλογα με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του έργου σε όλα τα στάδια και τις φάσεις αυτού και ανάλογα με την εξειδίκευση κάθε στελέχους.

Η Ένωση των συνεργαζόμενων Εταιριών «Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., Ε.Κ.Κ.Ε., ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, Ο.Μ.Α.Σ.» διαθέτει ανθρώπινο δυναμικό με άριστη επιστημονική κατάρτιση και εξειδίκευση, ενώ έχει εξασφαλισμένη και τη συνεργασία με μια πλούσια Ομάδα Εμπειρογνομόνων, που καλύπτουν με επάρκεια το σύνολο των απαιτήσεων του έργου της Μονάδας.

Η προτεινόμενη συγκρότηση και διάρθρωση της Ομάδας έργου και εκείνη της Ομάδας των Εμπειρογνομόνων, σε συνδυασμό με την αποτελεσματική κατανομή και διάρθρωση των στελεχών που σε περιφερειακό επίπεδο, θα αναλάβουν το έργο της επιτόπιας υποστήριξης των Φορέων υλοποίησης του προγράμματος «Ψυχαργός Β' Φάση», διασφαλίζουν την ομαλή και απρόσκοπτη εκτέλεση όλων των επιμέρους φάσεων του έργου.

Το έργο της Μονάδας, αναπτύσσεται σε πέντε άξονες, άρρηκτα συνδεδεμένους με τις ανάγκες του σύνθετου προγράμματος «Ψυχαργός Β' Φάση».

- ✓ Διοίκηση συνολικού και επιμέρους έργου
- ✓ Διαχείριση προγραμμάτων
- ✓ Υποστήριξη σε θέματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής
- ✓ Αποκατάστασης
- ✓ Ανάπτυξη δικτύων και διακίνηση πληροφοριών
- ✓ Δημοσιότητα - ευαισθητοποίηση - επικοινωνιακή στρατηγική

Σε κάθε επίπεδο η μονάδα στελεχώνεται από εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό, ικανό να διαχειριστεί τα ζητήματα εξειδίκευσης του και να διατυπώσει λύσεις για αυτά Ταυτόχρονα η υψηλή ετοιμότητα των στελεχών της Ομάδας Έργου, των Περιφερειακών Συνεργατών και των Εμπειρογνομόνων, που έχει εξασφαλίσει η Ένωση, παρέχει τα εχέγγυα για την αποδοτική υλοποίηση του έργου σε ομαδικό επίπεδο

Ο αριθμός, οι ειδικότητες και τα προσόντα του ανθρώπινου δυναμικού της Μονάδας εξασφαλίζει κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο την πλήρη εξυπηρέτηση των υποχρεώσεων που αναλαμβάνει η Μονάδα, έναντι τόσο των Φορέων υλοποίησης, όσο και της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας

Αναλυτικότερα, το Οργανωτικό Σχήμα της Μονάδας έχει ως εξής:

- ✓ **Επιτροπή πλοήγησης (STEERING COMMITTEE):** έχει την ευθύνη παρακολούθησης του έργου της Μονάδας, της οργάνωσης, της κατεύθυνσης, του ελέγχου, της διαχείρισης και της εποπτείας της προόδου.

⁹

¹⁰

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

✓Τομέας Αποασυλοποίησης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης: ο τομέας αποασυλοποίησης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης δραστηριοποιείται σε αντικείμενα του προγράμματος «Ψυχαργός» σχετικά με την ανάπτυξη στεγαστικών αποκαταστασιακών δομών και διαδικασιών, σε αντικείμενα μετασχηματισμού των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, σε ότι αφορά τη συρρίκνωση του ασυλιακού μοντέλου ψυχιατρικής περίθαλψης.

✓Τομέας Ανάπτυξης Δομών στην Κοινότητα: ο τομέας Ανάπτυξης Δομών στην Κοινότητα δραστηριοποιείται σε αντικείμενα του προγράμματος «Ψυχαργός» σχετικά με την ανάπτυξη δικτύων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, που διασφαλίζουν σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας λειτουργική επάρκεια ως προς τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού.

✓Τομέας Διοίκησης - Διαχείρισης Προγραμμάτων & Υποστήριξης της Ειδικής Δράσης του Ψ.Ν.Α: ο τομέας αυτός δραστηριοποιείται αφενός μεν σε αντικείμενα που έχουν να κάνουν με τη διοίκηση τόσο του συνολικού, όσο και των επιμέρους υλοποιούμενων προγραμμάτων και αφετέρου σε αντικείμενα εξειδικευμένης υποστήριξης του Ψ.Ν.Α., προκειμένου να υποβοηθηθεί στην ανάπτυξη των δραστηριοτήτων του.

✓Οριζόντιο - Διατομεακό Τμήμα (Task Force) της Ομάδας Έργου: η ομάδα έργου της Μονάδας συμπληρώνεται από ένα Οριζόντιο Διατομεακό Τμήμα (Task Force) το οποίο δραστηριοποιείται στην υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας, κυρίως για το σχεδιασμό, την προετοιμασία και την παρακολούθηση δράσεων που σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική επανένταξη των ψυχικά ασθενών.

✓Η Ομάδα Έργου: Υπεύθυνος Έργου της Μονάδας - Υπεύθυνος του Τομέα Αποασυλοποίησης & Αποκατάστασης - Υπεύθυνος του Τομέα Ανάπτυξης Δομών στην Κοινότητα - Υπεύθυνος του Τομέα Διοίκησης & Διαχείρισης Προγραμμάτων - Υπεύθυνος του Διατομεακού Τμήματος & εννιά Μέλη.

✓Ομάδα Εμπειρογνομόνων: η μονάδα πλαισιώνεται από ένα σύνολο 59 εμπειρογνομόνων με καταμερισμό στους άξονες του έργου. Οι ειδικότητες των Εμπειρογνομόνων της Μονάδας είναι Καθηγητές Ψυχιατρικής - Λέκτορες Ψυχιατρικής - Dr Ψυχίατροι - Επίκουροι Καθηγητές Ψυχιατρικής - PhD ψυχίατροι - Ψυχίατροι - Καθηγητές Οικονομικών - Dr Οικονομολόγοι - Επίκουροι Καθηγητές Ψυχολογίας - Ψυχολόγοι - Αναπληρωτής Καθηγητής Αρχιτεκτονικής - Πολιτικοί Μηχανικοί - Dr. Νομικοί - Κοινωνιολόγοι - Επικοινωνιολόγοι - Κοινωνικοί Λειτουργοί - Κλινικοί Νοσηλευτές - PhD Οικονομολόγοι - Οικονομολόγοι - Dr Ψυχολόγοι - Dr Εκπαιδευτικοί - Αρχιτέκτονες - Μηχανολόγοι - Μηχανικοί - Νομικοί - Πολιτικοί Επιστήμονες - Προγραμματιστές - Εργοθεραπευτές - Μέλη Διοίκησης Συλλόγων.

✓Ομάδα Εμπειρογνομόνων Διαρκούς Υποστήριξης της Ομάδας Έργου: από το σύνολο των Εμπειρογνομόνων της Μονάδας ένα μέρος πλαισιώνει διαρκώς την Ομάδα Έργου και αποτελεί μια ομάδα άμεσης και διαρκούς υποστήριξης του έργου της Μονάδας και της υποστήριξης των Φορέων υλοποίησης του προγράμματος.

✓Ομάδα Περιφερειακών Συνεργατών: για τις ανάγκες του έργου της Μονάδας συγκροτείται Ομάδα Περιφερειακών Συνεργατών για την επιτόπια υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και την ανάπτυξη δικτύου υπηρεσιών της Μονάδας. Η Ομάδα των Περιφερειακών Συνεργατών υποστηρίζεται από την Ομάδα Έργου και υποστηρίζει αμφίδρομα αυτή σε τοπικό και ευρύτερο περιφερειακό επίπεδο (Κεντρική Μακεδονία & Ανατολική Μακεδονία - Θράκη, Κεντρική Μακεδονία & Δυτική Μακεδονία, Θεσσαλία, Ήπειρος και Ιόνια Νησιά, Δυτική Ελλάδα, Πελοπόννησος, Αιγαίο, Κρήτη, Αττική & Στερεά Ελλάδα) Τη συνολική ευθύνη περιφερειακής οργάνωσης της Μονάδας και το συντονισμό του έργου των Περιφερειακών Συνεργατών έχει ο υπεύθυνος Περιφερειακός Συνεργάτης του τομέα «Αττικής & Στερεάς Ελλάδας», ο οποίος με την ιδιότητα αυτή μετέχει και στην Ομάδα Έργου.

✓Διοικητική Υποστήριξη: Η Μονάδα υποστηρίζεται διοικητικά από δυο στελέχη, μια

Γραμματέα & μια Οικονομολόγο Οι Δραστηριότητες της Μονάδας κατηγοριοποιούνται σε τρία είδη:

- ΎΕργαστήρια (Workshops)
- ΎΣεμινάρια
- ΎΣύνοδοι - Συνέδρια-Ημερίδες

ΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ (THE WORKSHOPS)

Τα εργαστήρια (workshops) που έχουν πραγματοποιηθεί είναι τα εξής:

✓Οργάνωση διακοπών ενοίκων δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης: το εργαστήριο αυτό πραγματοποιήθηκε στο ψ Ν Α, στις 19 Μαΐου 2005 Στόχος του ήταν η ανταλλαγή εμπειριών αναφορικά με τη διαδικασία και την οργάνωση διακοπών, για άτομα που διαμένουν σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης καθώς και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι δομές στον σχεδιασμό και την υλοποίηση τέτοιας μορφής δραστηριοτήτων

✓Το «σχετίζεσθαι» της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας με τον ασθενή, την οικογένεια και την κοινότητα: πραγματοποιήθηκαν οχτώ εργαστήρια στα οποία συμμετείχαν εργαζόμενοι σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Αθήνα 29-30/3/2005, Αθήνα 5-6/4/2005, Αθήνα 12-13-17-18/5/2005 Συντονιστές της εκπαιδευτικής διεργασίας ήταν εξειδικευμένοι θεραπευτές οικογένειας.

✓Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας - ανταλλαγή εμπειριών από τον ελληνικό και τον ευρωπαϊκό χώρο: το εργαστήριο πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, στις 5 Μαρτίου 2005 Επίσημος καλεσμένος ήταν ο Δρ Fabnzio Asioh, Καθηγητής Κοινωνικής Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου της Bologna Στο εργαστήριο παρουσίασαν και συζήτησαν τις δράσεις τους φορείς που έχουν ανάλογη εμπειρία από όλη την Ελλάδα Το εργαστήριο απευθύνθηκε κατά κύριο λόγο σε επαγγελματίες που εργάζονται σε κινητές μονάδες ψυχικής υγείας καθώς και σε φορείς που πρόκειται να αναπτύξουν τέτοιες μονάδες στο μέλλον.

✓Η σεξουαλική λειτουργία σε άτομα με ψυχικές ασθένειες.

✓Ακούσια νοσηλεία ατόμων με ψυχικές διαταραχές: η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, σε συνεργασία με τη Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Προγράμματος «Ψυχαργώς Β' Φάση», έχει αναλάβει πρωτοβουλία προκειμένου να επιλυθούν τα προβλήματα που παρουσιάζονται στη διαδικασία εφαρμογής των διατάξεων για την ακούσια νοσηλεία ατόμων με ψυχικές διαταραχές (ν 2071/92) Η πρώτη συνάντηση εργασίας πραγματοποιήθηκε στις 27/1/2005 στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συμμετείχαν εκπρόσωποι των εμπλεκόμενων υπηρεσιών (ψυχιατρικά νοσοκομεία, γενικά νοσοκομεία, ΕΚΑΒ, ΕΛΑΣ, δικαστικές αρχές κλπ), φορείς χρηστών και των οικογενειών τους, καθώς και εποπτεύοντες οργανισμοί (Συνήγορος του Πολίτη, Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου).

✓Οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα και αξιολόγησή τους: το εργαστήριο πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα στις 16/12/2004 και εισηγητής ήταν ο Prof. Δρ. Norman Sartorius, Ψυχίατρος, Πρόεδρος της Παγκοσμίας Ψυχιατρικής Εταιρείας και Διευθυντής της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

✓Το στίγμα γύρω από την ψυχική διαταραχή και η καταπολέμησή του: πραγματοποιήθηκαν συνολικά οχτώ εργαστήρια στα οποία συμμετείχαν εργαζόμενοι σε Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, σε στεγαστικές Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης καθώς και σε Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων.

✓Διαχείριση και παρακολούθηση των έργων του Ε.Π. «Υγεία -Πρόνοια» μέσω των τυποποιημένων εντύπων του Γ' Κ.Π.Σ. (Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης) - Μηνιαία και Τριμηνιαία Δελτία Παρακολούθησης: πραγματοποιήθηκαν τέσσερα εργαστήρια στα οποία συμμετείχαν διοικητικά στελέχη των Φορέων που υλοποιούν έργα του Προγράμματος

«Ψυχαργός Β' Φάση». Αθήνα 11/11/2004 και 13-14&15/12/2004.

✓Ολοκληρωμένη φροντίδα για την ψυχική υγεία - Βέλτιστες θεραπευτικές προσεγγίσεις για τον ψυχικά ασθενή στην κοινότητα: πραγματοποιήθηκαν δυο εργαστήρια στην Αθήνα (2 & 3/12/2004) και εισηγητές ήταν ο Ian R. H. Falloon, Καθηγητής Ψυχιατρικής, ειδικός σε θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας στην κοινότητα και η Μαρίνα Οικονόμου, Επ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Επιστημονικά Υπεύθυνη του Προγράμματος κατά του στίγματος των ψυχικών διαταραχών.

✓Διαχείριση σεξουαλικής συμπεριφοράς σε άτομα με νοητική καθυστέρηση & ψυχική ασθένεια: το εργαστήριο πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα στις 22/12/2004 και εκπαιδευτρια ήταν η κα Μπάτη Μαριάντζελα, Ψυχολόγος PhD , Αναλύτρια Συμπεριφοράς, Ειδικευμένη στην ανάλυση προκλητικής συμπεριφοράς.

✓Δράσεις ευαισθητοποίησης τοπικών κοινοτήτων -Κινητοποίηση κοινοτικών πόρων: πραγματοποιήθηκαν τέσσερα εργαστήρια στα οποία συμμετείχαν εργαζόμενοι σε μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ΚΡΗΤΗ 22,23/7/2004 Εισηγήτρια Κοινωνική Λειτουργός Π Νικολάου -ΚΑΒΑΛΑ 5/11/2004 Εισηγήτρια Επισκέπτρια Υγείας Α Παπαγεωργίου - ΙΩΑΝΝΙΝΑ 8/11/2004 Εισηγήτρια Κοινωνική Λειτουργός Π Νικολάου).

✓Ο θεσμός της δικαστικής συμπαράστασης ως εργαλείο υποστήριξης της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης -προβλήματα εφαρμογής: το εργαστήριο πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα στις 2/7/2004 με εκπαιδευτές τους Νομικούς Εμπειρογνώμονες της Μονάδας

Η ΤΡΙΤΗ ΦΑΣΗ ΤΟΥ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Σύμφωνα με την συνέχεια του προγράμματος «Ψυχαργός Γ' Φάση (2010 - 2015)», τα λεγόμενα «μεγάλα ψυχιατρεία» θα κλείσουν και οι ψυχικά ασθενείς θα εξυπηρετούνται από «Δομές Διαμονής» και από τα «Ψυχιατρικά Τμήματα» των Γενικών Νοσοκομείων.

Οι «Μονάδες», οι «Δομές διαμονής» και γενικά τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης θα είναι υπηρεσίες που διασφαλίζουν το βασικό δικαίωμα του κάθε ανθρώπου στην αξιοπρεπή διαβίωση στην κοινότητα. Οι «Δομές Διαμονής» διακρίνονται, ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες των ατόμων που φιλοξενούνται σε αυτές, σε Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα.

Ο Ξενώνας είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Σε ένα Ξενώνα φιλοξενούνται άτομα που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα για τα οποία κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνση τους από το περιβάλλον της οικογένειας τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα. Η δυναμικότητα ενός Ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα.

Οι ξενώνες διαβαθμίζονται, ανάλογα με το χρόνο παραμονής των ενοίκων, σε βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής. Η υποστήριξη των ξενώνων διαβαθμίζεται ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού σε αυτούς σε υψηλό (εικοσιτετράωρη παρουσία προσωπικού), μέσου (κατώτερη του εικοσιτετράωρου παρουσία προσωπικού) και χαμηλού βαθμού (περιοδική παρακολούθηση και υποστήριξη των ενοίκων).

Η λειτουργία του ξενώνα είναι ανοικτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον. Για αυτό το λόγο επιβάλλεται η παρουσία τους σε περιοχές κατοικήσιμες.

Τα Οικοτροφεία είναι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας, στα οποία φιλοξενούνται για διαβίωση, υποστήριξη και θεραπεία άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλιστεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων τους με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας.

Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενούνται σε ένα Οικοτροφείο δεν μπορεί να ξεπερνά τα 25

άτομα και μπορούν να είναι είτε άτομα που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα είτε άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές είτε άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη από μια στεγαστική δομή υψηλής προστασίας.

Τα **Προστατευόμενα Διαμερίσματα** είναι χώροι στέγασης - σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες - ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς-ψυχικές διαταραχές-τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης Σε ένα προστατευόμενο διαμέρισμα δεν μπορούν να διαμένουν περισσότερα από έξι άτομα.

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται σε αυτά τα άτομα, έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και δυνατότητα για πλήρη αυτόνομη διαβίωση Δυνατότητες εξυπηρέτησης παρέχουν και:

Το **Ολοκληρωμένο Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου** είναι ένα σύνολο ψυχιατρικών μονάδων νοσηλείας (ανάλογο της παθολογικής, χειρουργικής κλπ κλινικών) 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.

Οι Γενικές Λειτουργίες του Ολοκληρωμένου Ψυχιατρικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου είναι οι εξής:

✓Εξυπηρετεί τον πληθυσμό μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής, ως υπηρεσία δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας και αποτελεί μέρος του τοπικού δικτύου υπηρεσιών υγείας

✓Έχει περιορισμένη δυναμικότητα κλινών

✓Δέχεται και εκούσιες και ακούσιες νοσηλείες

✓Νοσηλεύει συνήθως ασθενείς με οξέα παρά με χρόνια συμπτώματα.

✓Συνεργάζεται με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου σε διαγνωστικά, θεραπευτικά, εκπαιδευτικά και ερευνητικά ζητήματα.

✓Έχει στενή συνεργασία με τις υπόλοιπες μονάδες του Το.Ψ.Υ. (Τομέας Ψυχικής Υγείας).

Η Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων (Μ.Ν.Ε.) είναι μια από τις μονάδες του Ψυχιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου. Στη Μ.Ν.Ε. δεν υπάρχουν δωμάτια απομόνωσης, τα παράθυρα και οι πόρτες είναι ανοιχτά και δεν υπάρχει διαχωρισμός σε σχέση με το φύλο όπως συμβαίνει στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Έχει δωμάτια ομαδικών δραστηριοτήτων, δωμάτιο σεμιναρίων, εστιατόριο και δωμάτια συνεδρίων. Οι εκούσια νοσηλευόμενοι είναι ελεύθεροι να βγουν έξω, να δεχτούν επισκέψεις και να φύγουν από το τμήμα κατά την διάρκεια του Σαββατοκύριακου ή των αργιών, με ή χωρίς συνοδεία.

Η Μ.Ν.Ε. μπορεί να βοηθήσει ασθενείς με ένα μεγάλο εύρος διαταραχών όπως: ψυχώσεις, νευρώσεις, διαταραχές προσωπικότητας, απόπειρες αυτοκτονίας, κ.α. Δεν γίνονται δεκτά άτομα με προβλήματα τοξικοεξαρτήσεων και αλκοολισμού Γίνονται δεκτές τόσο εκούσιες όσο και ακούσιες εισαγωγές (οι τελευταίες μετά από το πέραςμα της οξείας φάσης), ενώ τέλος εκτός από τα ιατρικά κριτήρια, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και ο τόπος διαμονής του ασθενή, ο οποίος πρέπει να ανήκει στην περιοχή ευθύνης του νοσοκομείου

Η διάρκεια νοσηλείας του κάθε ασθενούς εξαρτάται κυρίως από την ψυχιατρική του κατάσταση, όμως επηρεάζεται και από πολλούς άλλους παράγοντες Γενικά, δεν ξεπερνά τους δύο μήνες Η στενή συνεργασία των γιατρών της μονάδας με τους ιατρούς των άλλων ειδικοτήτων, βοηθάει στην κατάργηση των στερεότυπων απόψεων του προσωπικού του νοσοκομείου για τη ψυχική νόσο και προάγει την ολιστική θεώρηση του ασθενούς.

Η **Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας Ενηλίκων (Μ.Β.Ν.Ε.)** βρίσκεται μέσα στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Διαφέρει από τη Μ.Ν.Ε. ως προς το διάστημα νοσηλείας των ασθενών που είναι πιο περιορισμένο και δεν υπερβαίνει τις δέκα με δεκαπέντε ημέρες Η χρονική

διάρκεια νοσηλείας καθορίζεται από τη φύση της ασθένειας, την ενεργό παρουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος (οικογενειακό και κοινωνικό) και από την δυνατότητα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών και από άλλες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Η **Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων (Μ.Ο.Π.Ε.)** βρίσκεται μέσα στο χώρο του Ψυχιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου και δέχεται κυρίως περιστατικά τα οποία αιτούνται για πρώτη φορά ψυχιατρικών υπηρεσιών, έχουν επιθετικό χαρακτήρα και η ασθένεια τους διέρχεται την οξεία φάση Δέχεται επίσης επανεισαγωγές παλαιών ασθενών που είναι σε φάση υποτροπής, η οποία χρειάζεται κλειστή νοσηλεία

Οι ασθενείς συνήθως προσέρχονται στην Μ.Ο.Π.Ε. κατά την διάρκεια της εφημερίας του νοσοκομείου και χωρίς συγκεκριμένο ραντεβού. Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με οξεία ψυχικά προβλήματα προσέρχεται πρώτα στους εφημερεύοντες ιατρούς των «σωματικών» ειδικοτήτων και στη συνέχεια παραπέμπεται στους εφημερεύοντες ψυχιάτρους της Μ Ο Π Ε μέσω της διασυνδετικής του νοσοκομείου

Στη Μ.Ο.Π.Ε. γίνεται αξιολόγηση του περιστατικού και εκτίμηση του προβλήματος από τον εφημερεύοντα ψυχίατρο και αποφασίζεται η περαιτέρω αντιμετώπιση του, σε συνεργασία με τον ασθενή ή και τους συγγενείς Στη Μ.Ο.Π.Ε. νοσηλεύονται και ασθενείς που προσέρχονται με εισαγγελική εντολή (ακούσια νοσηλεία) Μετά την οξεία φάση οι ασθενείς αυτοί μπορούν να μετακινηθούν στη Μ.Ν.Ε. Για τους ακούσια νοσηλευόμενους εφαρμόζονται ειδικά μέτρα, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασή τους.

Ο **Δορυφορικός Ξενώνας Ενηλίκων** βρίσκεται μέσα στην κτιριακή υποδομή του Γενικού Νοσοκομείου και είναι περιορισμένης δυναμικότητας Φιλοξενεί ψυχιατρικούς ασθενείς στην τελευταία φάση της νοσηλείας τους και αφού συνήθως έχουν παραμείνει για κάποιο χρονικό διάστημα στο τμήμα νοσηλείας ενηλίκων του Ψυχιατρικού Τομέα του νοσοκομείου.

Οι ασθενείς παραμένουν στον Ξενώνα για μικρό χρονικό διάστημα προκειμένου να προετοιμαστούν για την μετάβαση τους σε μονάδες και προγράμματα αποκατάστασης (ξενώνες, οικοτροφεία κλπ) ή για την επιστροφή τους στην κοινότητα.

Εκτός από τις παραπάνω μονάδες, στο Ψ.Τ.Γ.Ν. (Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου) λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία, όπως και στις άλλες κλινικές του Γ.Ν., τα οποία διακρίνονται σε Τακτικά και Έκτακτα Σημαντική επίσης είναι η διασυνδετική εργασία (παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών στις άλλες κλινικές του νοσοκομείου).

Το Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου περιλαμβάνει μονάδες αντίστοιχες με αυτές των ενηλίκων, οι οποίες αφορούν εφήβους. Συγκεκριμένα το τμήμα εφήβων του ψυχιατρικού τομέα παρέχει διαγνωστικές, συμβουλευτικές, θεραπευτικές υπηρεσίες και νοσηλεία σε εφήβους με ψυχιατρικά προβλήματα και σε ασθενείς εφηβικής ηλικίας όλων των άλλων κλινικών και τμημάτων του νοσοκομείου, που έχουν ανάγκη ψυχιατρικής παρακολούθησης (π.χ. απόπειρες αυτοκτονίας, διατροφικές διαταραχές κ.λ.π.).

Η ηλικία των εφήβων που προσέρχονται στο τμήμα αυτό είναι 14-18 ετών. Αυτοί, πρέπει πάντα να συνοδεύονται από τουλάχιστον έναν από τους δυο γονείς ή από τον κηδεμόνα τους, για να γίνουν δεκτοί στο τμήμα. Οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση ή νοσηλεία του εφήβου απαιτεί την σύμφωνη γνώμη της οικογένειας καθώς και την συμμετοχή της σε αυτή. Το τμήμα εφήβων περιλαμβάνει:

- ✓ Μονάδα Νοσηλείας Εφήβων
- ✓ Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας Εφήβων
- ✓ Μονάδα Οξέων Περιστατικών Εφήβων
- ✓ Δορυφορικό Ξενώνα Εφήβων

Οι μονάδες αυτές λειτουργούν με τρόπο αντίστοιχο εκείνου του τμήματος ενηλίκων, λαμβάνοντας βέβαια υπόψη και τις ιδιαιτερότητες των εφήβων.

Ιδιαίτερο ρόλο στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση, έχουν παίξει επίσης τα **Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.)**. Οι κύριοι στόχοι των Κ Ψ Υ. είναι:

- ✓ Ψυχοκοινωνική φροντίδα, Κοινωνική Συμβουλευτική, Παρέμβαση και Ευαισθητοποίηση,

Πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση.

✓ Παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε κοινοτικό πλαίσιο

✓ Εφαρμογή της αρχής της τομεοποίησης.

✓ Ο πρώτος «ηθμός» στην νοσηλεία

Σε γενικές γραμμές η λειτουργία των Κ.Ψ.Υ. περιλαμβάνει:

✓ Πρόληψη, πρώιμη διάγνωση και θεραπεία όλων των ψυχικών διαταραχών. Παρέμβαση στην κρίση, συμπεριλαμβανομένων των κατ' οίκον επισκέψεων, ψυχιατρικές υπηρεσίες για ενήλικες, βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, εφαρμογή ψυχοθεραπειών, ολοκληρωμένη-συνθετική προσέγγιση.

✓ Συνεχιζόμενη φροντίδα των ασθενών και συνεχής στενή συνεργασία με άλλες υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα ψυχικής υγείας, που αποσκοπούν σε βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών, πρόληψη της επανεισαγωγής σε νοσοκομείο, κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση Το Κ.Ψ.Υ. μπορεί επίσης να αναπτύξει μονάδα μερικής νοσηλείας.

✓ Ευαισθητοποίηση και «Αγωγή» της κοινότητας σε ζητήματα που αφορούν την ψυχική υγεία Ειδικά προγράμματα τόσο για νομικούς όσο και για ειδικές κατηγορίες (εκπαιδευτικούς, επαγγελματίες υγείας, ομάδες υψηλού κινδύνου, κλπ) Στενή συνεργασία με κοινοτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες Π.Φ.Υ.

✓ Εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες ψυχικής υγείας

✓ Έρευνα και περιοδική αξιολόγηση της λειτουργίας του

Μια άλλη δομή εξίσου σημαντική στον τομέα της «αποκατάστασης» είναι και το **Κέντρο Ψυχικής Υγείας για Ημιαστικές ή Αγροτικές Περιοχές** Τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι:

✓ Στενότερη συνεργασία με Κέντρα Υγείας, τα οποία μπορούν να αναλάβουν μερικώς την ευθύνη της θεραπευτικής παρακολούθησης ασθενών, αφού το προσωπικό τους, εκπαιδευτεί κατάλληλα

✓ Ανάπτυξη Κινητών Μονάδων, όταν οι γεωγραφικές ιδιαιτερότητα ή η παροχή της φροντίδας, το απαιτεί.

✓ Οι ειδικές τοπικές συνθήκες και ανάγκες επηρεάζουν την ανάπτυξη του Κέντρου, τη συνεργασία του με άλλες υπηρεσίες, τον τρόπο λειτουργίας του, τον αριθμό και το προφίλ του προσωπικού

Το **Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο (Ι.Κ.)** παρέχει υπηρεσίες για παιδιά, εφήβους και τις οικογένειες τους Περιλαμβάνονται υπηρεσίες πρώιμης διάγνωσης και θεραπείας, συμβουλευτική και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στις οικογένειες καθώς και ψυχοκοινωνική βοήθεια. Η φροντίδα παρέχεται μέσω παρεμβάσεων σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου, κατ'οίκον επισκέψεων και κοινοτικών δράσεων Συνήθως η λειτουργία του είναι πρωινή και απογευματινή, επί καθημερινής βάσης

Το Ι.Κ. έχει την ευθύνη παροχής ή συντονισμού των ακόλουθων δραστηριοτήτων:

✓ Διαγνωστική εκτίμηση παιδιών, εφήβων και των οικογενειών τους

✓ Συμβουλευτική και υποστηρικτική αντιμετώπιση

✓ Εξειδικευμένες παιδοψυχιατρικές και ψυχολογικές υπηρεσίες

✓ Υπηρεσίες λογοθεραπείας, εργοθεραπείας και ειδική διαπαιδαγώγηση

✓ Σχεδιασμός παρεμβάσεων στην κοινότητα

✓ Εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση εκπαιδευτών σε θέματα υγείας

✓ Δραστηριότητες Κέντρου Ημέρας

✓ Δραστηριότητες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Επίσης το Ι.Κ. συντονίζει και διοργανώνει, σε συνεργασία με τοπικούς ή άλλους φορείς, δράσεις στον τομέα της προαγωγής της ψυχικής υγείας και της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών. Σημαντικό είναι το έργο του Ι.Κ. στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης, μέσα από την οργάνωση και εφαρμογή αντίστοιχων παρεμβάσεων σε παιδικούς σταθμούς, σχολεία, κλπ.

Η **Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας (Κ.Μ.Ψ.Υ.)** αποτελεί μονάδα των νοσοκομείων ή άλλων φορέων και είναι Ν.Π.Ι.Δ., μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η Κ.Μ.Ψ.Υ. παρέχει υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδική φροντίδα ψυχικής υγείας κατ' οίκον: 1) σε τομέα ψυχικής υγείας που η γεωγραφική του έκταση και διαμόρφωση, η οικιστική του διασπορά καθώς και οι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες σε συνδυασμό με την φύση των ψυχικών διαταραχών δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων των περιοχών του, σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και 2) σε όμορους τομείς ψυχικής υγείας όταν δεν υπάρχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Έργο της Κ.Μ.Ψ.Υ. είναι η παροχή υπηρεσιών πρόληψης, νοσηλείας και ειδικής φροντίδας κατ' οίκον, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και αγωγή κοινότητας σε δυσπρόσιτες περιοχές.

Ειδικότερα:

✓ Η έγκαιρη διάγνωση - παρέμβαση για την πρόληψη της έναρξης της νόσου ή της υποτροπής της

✓ Η κατ' οίκον παρέμβαση για την αντιμετώπιση και διαχείριση της κρίσης

✓ Η κατ' οίκον νοσηλεία και παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής. Η παρακολούθηση σε τακτά χρονικά διαστήματα της εξέλιξης της νόσου και η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας του ασθενούς.

✓ Η βοήθεια και η στήριξη του ασθενούς για την αντιμετώπιση των πρακτικών του αναγκών και προβλημάτων, με έμφαση στην εκμάθηση δεξιοτήτων και η προετοιμασία του για τον τελικό στόχο που είναι η αυτόνομη διαβίωση

✓ Η συμβουλευτική - υποστηρικτική παρέμβαση στην οικογένεια του ασθενούς με στόχο την καλύτερη επικοινωνία και τη μείωση του άγχους της οικογένειας και του ίδιου του ασθενούς

✓ Η εκπαίδευση εθελοντών

✓ Η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος μέσω των προγραμμάτων αγωγής κοινότητας

Η Κ.Μ.Ψ.Υ. χρησιμοποιεί ως μέσα για την επίτευξη των σκοπών της, το διαγνωστικό και κλινικό της έργο, την εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, την αγωγή της κοινότητας, την έρευνα αναγκών και την αξιολόγηση των παρεμβάσεων της. Χρησιμοποιεί επίσης ευρείες συνεργασίες με πρόσωπα και θεσμούς της τοπικής κοινότητας, στην προσπάθειά της να συγκροτήσει δίκτυα για την επίτευξη των σκοπών της.

Συνήθως μια Κ.Μ.Ψ.Υ. αποτελείται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη/τρια, διοικητικούς υπαλλήλους). Τα μέλη της Κ.Μ.Ψ.Υ. λειτουργούν ως ομάδα και ενώ διατηρούν τις επαγγελματικές τους ταυτότητες, αλληλοσυμπληρώνουν τους επαγγελματικούς τους ρόλους. Η Κ.Μ.Ψ.Υ. είναι φύσει και θέσει

ανοικτή στη σύμπραξη με άλλους επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας, τοπικούς κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες.

Το **Κέντρο Ημέρας** είναι μια υπηρεσία που απευθύνεται σε άτομα τα οποία έχουν ανάγκη από συμμετοχή σε προγράμματα που αποσκοπούν στη βελτίωση των δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης και κοινωνικότητας. Λειτουργεί πρωί και απόγευμα, συμμετέχουν στις δραστηριότητες της, επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων, που συγκροτούν μια διεπιστημονική ομάδα και μέσα από ένα δομημένο πρόγραμμα βοηθούν το άτομο να αντιμετωπίσει πολλές από τις δυσκολίες της καθημερινής ζωής. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει δραστηριότητες που αφορούν την αυτοφροντίδα, την κοινωνικοποίηση, την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων καθώς και την προετοιμασία του ατόμου για συμμετοχή σε εργασιακού χαρακτήρα δραστηριότητες.

Οι **Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.)** είναι Ν.Π.Ι.Δ. με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, έχουν εμπορική ιδιότητα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τον νόμο, οι Κοι.Σ.Π.Ε. αποβλέπουν στην κοινωνικό-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των . ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλουν στη θεραπεία τους και στην όσο το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια. Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να είναι άτομα με ψυχικές διαταραχές (σε ποσοστό έως 35%), επαγγελματίες ψυχικής υγείας (σε ποσοστό έως 45%), Δήμοι, κοινότητες ή άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου (σε ποσοστό όχι υψηλότερο του 20%). Αναλυτικότερη προσέγγιση τους, ακολουθεί στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο που αφορά στην επαγγελματική αποκατάσταση και επανένταξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

2.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ

Εισαγωγικά: Η Έννοια της Αποκατάστασης

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, είχε προβλεφθεί, ότι κατά την χρονική περίοδο 1975-2000, ο αριθμός των αναπήρων ατόμων σ' ολόκληρο τον κόσμο θα έφτανε περίπου τα 200 εκατομμύρια - πράγμα το οποίο συνέβη - από τα οποία το ένα τέταρτο θα είναι άτομα ψυχικά ανάπηρα. Στην ψυχιατρική νοσολογία δύο ομάδες νόσων ενέχονται στην πρόκληση σημαντικής έκπτωσης λειτουργικότητας, ανικανότητας και αναπηρίας: η ομάδα των σχιζοφρενικών διαταραχών και η ομάδα των οργανικών ψυχοσυνδρόμων. Από τις δύο αυτές ομάδες εκείνη των σχιζοφρενικών διαταραχών αποτελεί το πιο εκτεταμένο πεδίο εφαρμογής των μεθόδων αποκατάστασης.

Αποκατάσταση είναι μία δυναμική διαδικασία μέσα από την συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων που έχει στόχο να υποβοηθήσει το ανάπηρο άτομο να φτάσει στο μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία (Π.Ο.Υ. 1981). Είναι όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν τα ψυχικά ή σωματικά ανάπηρα άτομα να διεκδικήσουν μία φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται ως μία συνεχής διαδικασία, που αρχίζει με την έναρξη και την διάγνωση της νόσου ή του τραύματος και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής. Στη διαδικασία αυτή, η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας (ορισμός που δόθηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης το 1958).

Η διαδικασία της αποκατάστασης είναι ένα πολυδιάστατο «συνεχές» που αρχίζει με τη διάγνωση-αξιολόγηση-αρχική εκτίμηση του προβλήματος, κατά τον χρόνο της παραπομπής του πελάτη και λήγει με την τοποθέτηση του σε εργασία. Οι στόχοι είναι συνήθως μικροπρόθεσμοι και άμεσοι, μέσο και μακροπρόθεσμοι με ιεραρχημένη δομή. Η διαδικασία περιλαμβάνει συνολικά πέντε στάδια, δηλαδή την αρχική εκτίμηση των επιδεξιοτήτων που υπάρχουν, το σχεδιασμό των στόχων, την πραγματοποίησή τους, την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και την τελική εργασιακή αποκατάσταση του ατόμου.

Οι φάσεις της αποκατάστασης⁴⁹ διακρίνονται στη μεταβατική φάση με την μορφή της μερικής νοσηλείας σε Νοσοκομείο ή Κέντρο Ημέρας, με κύριο μέλημα την ψυχιατρική εργοθεραπεία και

την ομαδική διεργασία και στην κύρια φάση της αποκατάστασης. Η επαγγελματική αποκατάσταση (προεπαγγελματική εργασία, επαγγελματική αποκατάσταση ή προστατευμένη εργασία) ανήκει στην κύρια φάση μαζί με την κοινωνική αποκατάσταση (έξω από το ψυχιατρείο, στην κοινότητα, ξενώνας, προστατευμένο διαμέρισμα, θετή οικογένεια).

Η Επαγγελματική Αποκατάσταση

Ιστορική Αναδρομή: Η Διεθνής Εμπειρία

Η εργασία έχει περιγραφεί κατά καιρούς άλλοτε σαν δραστηριότητα, άλλοτε σαν παραγωγή και άλλοτε σαν επάγγελμα. Άλλοι την αντιλαμβάνονται σαν κάτι ανεπιθύμητο και επίπονο, άλλοι σαν αναγκαίο κακό και άλλοι σαν κάτι ευχάριστο και δημιουργικό. Αυτό που αφορά εμάς στο συγκεκριμένο κομμάτι είναι η χρήση της σαν θεραπευτικό μέσον, στην διαδικασία της επαγγελματικής και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Για να κατανοηθούν καλύτερα οι τρέχοντες παρεμβάσεις στους παραπάνω τομείς δεν θα πρέπει να ξεχνάμε τους κοινωνικούς, πολιτικούς, οικονομικούς και τεχνολογικούς παράγοντες που επηρέασαν θετικά ή αρνητικά την εξέλιξή τους.

Η φύση της εργασίας έχει αλλάξει δραματικά τους τελευταίους δύο αιώνες, κυρίως από γεγονότα που αφορούν την Βιομηχανική Επανάσταση, την Επιστημονική Διαχείριση, την Τεχνολογία της Πληροφορικής, τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και την Πρόοδο στην Ιατρική Επιστήμη. Παρόλες όμως τις δραματικές αλλαγές ορισμένες βασικές αρχές της σχέσης εργασίας και υγείας παραμένουν αναλλοίωτες:

- Πρώτη αρχή, είναι η διαπίστωση ότι οι φτωχές εργασιακές συνθήκες μπορούν να προκαλέσουν ασθένειες και τραυματισμούς.
- Δεύτερη, ότι η εργασία συμβάλει στην ανθρώπινη ευτυχία όταν έχει νόημα για το άτομο, παρέχει ανταμοιβή και δεν είναι εξουθενωτική.
- Τρίτη, ότι η εργασία μπορεί να είναι τόσο το μέσον όσο και ο σκοπός της αποκαταστασιακής διαδικασίας.
- Τελευταία, είναι ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της ψυχοκοινωνικής και σωματικής υγείας.

Τα πρώτα γεγονότα αφορούν χώρες του εξωτερικού και συγκεκριμένα τις Ηνωμένες Πολιτείες, τη Μεγάλη Βρετανία, το Καναδά και τις Βόρειες Ευρωπαϊκές Χώρες. Στις χώρες αυτές άρχισαν να δημιουργούνται τα πρώτα μοντέλα εργασιακής αποκατάστασης στην ψυχική υγεία, τα οποία δεν κρίνονται σκόπιμο να αναφερθούν στην συγκεκριμένη μελέτη. Από τότε μέχρι σήμερα έχουν σημειωθεί σημαντικές αλλαγές, τόσο στην θεωρία, όσο και στην πρακτική των αποκαταστασιακών προγραμμάτων. Αυτές οι καινούργιες αντιλήψεις έχουν επηρεάσει σημαντικά

την διαμόρφωση, κυρίως των επαγγελματικών προγραμμάτων αποκατάστασης ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Παλαιότερα οι ψυχικά ασθενείς δούλευαν σε χαμηλών δεξιοτήτων εργασίες, σε προστατευμένα εργαστήρια που ήταν συνήθως μέσα στο Νοσοκομείο και έμεναν μόνιμα εκεί χωρίς να υπάρχει οποιαδήποτε προσπάθεια να αποκτήσουν κάποιο βαθμό οικονομικής ανεξαρτησίας ή κοινωνικής επανένταξης. Έρευνα όμως απέδειξε ότι για την επιτυχή αποκατάσταση ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, η ικανότητα να χειρίζονται κοινωνικές σχέσεις είναι πιο σημαντική από την απόκτηση εργασιακών δεξιοτήτων. Οι ψυχικά ασθενείς δεν μπορούν να εξασφαλίσουν ή

να διατηρήσουν μία δουλειά, περισσότερο λόγω των φτωχών κοινωνικών σχέσεων με τους συναδέλφους τους και του χαμηλού επιπέδου κινήτρου και πρωτοβουλίας, παρά λόγω των φτωχών εργασιακών επιδόσεων τους. Έτσι η εργασία σε αυτή την περίπτωση, ορίζεται περισσότερο ως κοινωνική δραστηριότητα. Πρέπει να βοηθήσει τους ανθρώπους να φτάσουν το μέγιστο δυναμικό τους μέσα από την κάλυψη όλων των αναγκών τους. Εργασιακών κοινωνικών και πρόνοιας.

Η Κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα

Πριν από περίπου είκοσι χρόνια δεν γινόταν καμία αναφορά στην αναγκαιότητα της αποκατάστασης, πόσο μάλλον επαγγελματικής των ψυχικά ασθενών, αφού ο προσανατολισμός σε θέματα ψυχικής υγείας τους οδηγούσε στην απομόνωση, στον εγκλεισμό στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, με αποτέλεσμα την δημιουργία ασύλων. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι αυτή που έφερε στο προσκήνιο προβληματισμούς αλλά και δράσεις που αφορούν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, συμπεριλαμβανομένης και της επαγγελματικής.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί και παραπάνω, η εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας ξεκίνησε με την ψήφιση του Νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), διευρύνθηκε με το Ν.2091/92 και το Ν.2716/99 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις». Συγκεκριμένα την 1/6/1984 κατατεθεί από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ένα συνολικό πρόγραμμα για να χρηματοδοτηθεί από το Κοινωνικό Ταμείο της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών κοινοτήτων στα πλαίσια του κανονισμού 815/84. Ο Κανονισμός 815/84 με το άρθρο 1 προέβλεπε ότι μεταξύ 1/1/1984 και 31/12/1988 θα δινόταν έκτακτη οικονομική ενίσχυση στη Ελλάδα για:

- 1 .** την ανέγερση, την διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης
- 2.** την ανέγερση, την διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό Κέντρων για την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές

ασθένειες και αναπηρίες, με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Έτσι μιλάμε για ένα νέο προσανατολισμό της ψυχιατρικής, που αποβλέπει στην έξοδο των ψυχικά ασθενών από τα άσυλα, στην εγκατάσταση τους στην κοινότητα και στη προσπάθεια κοινωνικής ένταξης και οικονομικής δράσης, με σκοπό την όσο δυνατό αυτόνομη διαβίωσή τους.

Μιλώντας για επαγγελματική αποκατάσταση, αναφερόμαστε στον μακροπρόθεσμο στόχο της πλήρους αποκατάστασης ενός ψυχικά αρρώστου, μέσα από την έκθεση του σε επαγγελματικού τύπου εργασιακά πλαίσια και προκαταρκτική εκπαίδευση σε διάφορες επαγγελματικές περιοχές, για την ανάπτυξη ή απόκτηση νέων επαγγελματικών επιδεξιοτήτων. Στον τομέα αυτό ανήκουν (α)το Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης, (β)το Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και (γ)η Προστατευμένη Εργασία σε διάφορα εργασιακά πλαίσια. Ο τομέας της επαγγελματικής αποκατάστασης παλαιότερα είχε την ονομασία «Βιομηχανική Θεραπεία ή Αποκατάσταση».

Βασική της προϋπόθεση είναι ο (Α)επαγγελματικός προσανατολισμός του ατόμου:

(Α) Επαγγελματικός προσανατολισμός: Η διεύρυνση των κλίσεων και των δυνατοτήτων ενός ατόμου με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες για την επαγγελματική του αποκατάσταση, γίνεται μέσα από την διαδικασία του επαγγελματικού προσανατολισμού. Η διαδικασία αυτή, γίνεται από τον ειδικό επαγγελματικό σύμβουλο και αρχίζει με την πρώτη συνέντευξη του με το άτομο. Ο σύμβουλος συνεργάζεται με το Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης ή με άλλα ειδικά ψυχολογικά εργαστήρια για την διεξαγωγή ειδικών ψυχοτεχνικών δοκιμασιών. Ο επαγγελματικός σύμβουλος συνεργάζεται με τον εργοδότη (άτομο ή εταιρία) του ατόμου που έχει εκπαιδευτεί, ο οποίος έχει αρκετές ιδιαιτερότητες. Με βάση την νομοθεσία (Ν. 1648/1986) ο εργοδότης γνωρίζει ότι προσλαμβάνει ένα άτομο με ειδικές ανάγκες, αφού ο μισθός της θέσης του επιδοτείται. Στην πληροφόρηση αυτή πρέπει να τεθούν όρια και να ενημερώνεται μόνο ως το σημείο που θα διασφαλίζεται η ασφαλής και απρόσκοπτη εργασία του ατόμου, π.χ. να πληροφορηθεί το γεγονός ότι παίρνει κάποια ψυχοφάρμακα (όχι ποια παίρνει).

(α) Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης: Βασικός στόχος της Προεπαγγελματικής Αποκατάστασης είναι ο έλεγχος, κυρίως από τον εργοθεραπευτή, των ικανοτήτων και επιδεξιοτήτων του ατόμου με το ειδικό πρόβλημα και η προσαρμογή του σε συνθήκες εργασίας (ωράριο, αμοιβή, παραγωγική εργασία). Ελέγχεται η ικανότητα και η αποδοτικότητα του ατόμου σε κάθε διαφορετικό στάδιο, ώστε να παραπεμφθεί στο Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης ή σε άλλη επαγγελματική μονάδα. **(β) Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης:** Ένα ποσοστό ατόμων που ακολούθησαν την προεπαγγελματική εκπαίδευση, αλλά

δεν βρέθηκαν ικανά ώστε να απορροφηθούν από την ελεύθερη αγορά εργασίας παραπέμπονται στο Κ.Ε.Ε. όπου η εκπαίδευση επικεντρώνεται σε ένα επαγγελματικό αντικείμενο. Συνήθως ένα Κ.Ε.Ε. περιλαμβάνει 2 ή 3 επαγγελματικά αντικείμενα και η χρονική διάρκεια εκπαίδευσης είναι μεγαλύτερη (από 12 μέχρι 18 μήνες περίπου). Το μεγαλύτερο βάρος της εκπαίδευσης πέφτει στους ειδικούς τεχνίτες που εισάγουν τον εκπαιδευόμενο στα μυστικά του επαγγέλματος. Το διάστημα της εκπαίδευσης διατηρείται 1) στο προκαταρκτικό στάδιο, κατά το οποίο το άτομο εξοικειώνεται με το αντικείμενο της εκπαίδευσης του και 2) στο κύριο στάδιο όπου το άτομο εξειδικεύεται στην παραγωγική εργασία μέσα στα πλαίσια του εκπαιδευτικού αντικειμένου.

Μετά το τέλος της εκπαίδευσης, οι εκπαιδευόμενοι τοποθετούνται σε εργασίες παρόμοιες με εκείνες που εκπαιδεύτηκαν, εκτός αν υπάρχει κάποια δυσκολία στην προσαρμογή οπότε γίνεται προώθηση στην προστατευμένη εργασία.

(γ) Η **Προστατευμένη** Εργασία: Πρόκειται για παραγωγική εργασία που επιχορηγείται, ενώ η αμοιβή του εργαζομένου είναι ανάλογη με την παραγωγή του. Η προστατευόμενη εργασία μπορεί να είναι στο σπίτι, σε προστατευόμενο Εργαστήριο ή ακόμη και μέσα στο Εργοστάσιο σε ειδικό τμήμα, όπως γίνεται σε διάφορες χώρες του εξωτερικού.

Πριν αναφερθούμε στην διαδικασία προώθησης στην εργασία αξίζει να σημειώσουμε ότι εδώ και χρόνια τοπικές πρωτοβουλίες και εταιρίες από όλη την Ευρώπη έχουν ενώσει τις δυνάμεις τους στον CEFEC (Συνομοσπονδία ευρωπαϊκών εταιριών απασχόλησης, πρωτοβουλιών και συνεταιρισμών για ψυχικά μειονεκτούντες) σε μία κοινή έρευνα για τρόπους βελτίωσης της επαγγελματικής και κοινωνικής ενσωμάτωσης. Οι αρχές αυτών των κοινών δραστηριοτήτων μπορούν να συνοψιστούν σε τρία σημεία, τα οποία είναι επίσης χαρακτηριστικά που επικρατούν στην Ευρώπη:

1. Η αποασυλοποίηση, καθιστά αναγκαία την δημιουργία κατάλληλων δομών στην κοινότητα. Καθώς τα μεγάλα ιδρύματα εξαφανίζονται πρέπει να δημιουργηθούν ευκολίες μέσα στην κοινότητα οι οποίες όχι μόνο να περιλαμβάνουν την κάλυψη του ελεύθερου χρόνου, των ατόμων με ψυχιατρικά μειονεκτήματα, ή την διαμονή τους μέσα σε αυτές τις δομές, αλλά ιδιαίτερα να λαμβάνουν υπόψιν τους το πεδίο της επαγγελματικής εκπαίδευσης και απασχόλησης.

2. Οποσδήποτε είμαστε αντιμέτωποι σε όλη την Ευρώπη με το πρόβλημα της ανεργίας, το οποίο επηρεάζει ιδιαίτερα τα άτομα με ψυχιατρικά μειονεκτήματα και κυρίως τους ασθενείς που πήραν εξιτήριο πρόσφατα.

3. Η όλη εμπειρία δείχνει ότι τα άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα εξαρτώνται ιδιαίτερα από την εργασιοθεραπεία και την απασχόληση. Ενώ, πολλά άτομα σωματικώς μειονεκτούντα, μπορούν να αντισταθμίσουν πλήρως την αναπηρία τους με την βοήθεια της κατάλληλης επαγγελματικής εκπαίδευσης, αυτό δεν ισχύει για τα περισσότερα από τα άτομα με ψυχιατρικές μειονεξίες, όπου η εργασία αυτή καθαυτή ενέχει ρόλο αποκατάστασης. Έτσι η εργασία γίνεται για τα ψυχικά ασθενή άτομα ένα βήμα προς την κοινωνία.

Διαδικασία προώθησης στην Εργασία

Ένα άτομο με ψυχική διαταραχή βοηθιέται από τους ακόλουθους προστατευτικούς παράγοντες:

A. Θεραπείας και αποκατάστασης

Ø Φαρμακευτική αγωγή

Ø Ψυχο-εκπαίδευση

Ø Οικογενειακή θεραπεία

Ø Γνωσιακές θεραπείες

Ø Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (καθημερινή εργασία στήριξης από ψυχίατρο/επαγγελματίες ψυχικής υγείας)

Ø **Επαγγελματική Αποκατάσταση**

B. Προγράμματα Κοινωνικής Στήριξης

Ø Εξατομικευμένη διαχείριση κάθε περίπτωσης

Ø Εξωνοσοκομειακές μονάδες

Ø Προγράμματα στέγασης

Ø Υποστηριζόμενη εργασία

Ø (Ψυχο)κοινωνικές λέσχες

Ø Σύλλογοι χρηστών ψυχικής υγείας

Η εργασία, αποτελεί έναν από τους κυριότερους άξονες και τις πλέον ευαίσθητες μεταβλητές στο πεδίο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ατόμων με χρόνιες και σοβαρές ψυχιατρικές δυσκολίες. Εκτός από την εξασφάλιση ενός σταθερού εισοδήματος μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην ανάκτηση της χαμένης αυτό-εικόνας και γενικότερα στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, η οποία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την εξάσκηση του δικαιώματος στην εργασία.

Δεν υπάρχει ωστόσο αμφιβολία, πως τα άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως οι ψυχικά πάσχοντες, έχουν ελάχιστες ευκαιρίες απασχόλησης και είναι αντιμέτωπα με την ανεργία. Επομένως η επαγγελματική τους αποκατάσταση, αποτελεί ένα πεδίο καίριας σημασίας για την κοινωνική τους επανένταξη. Βασικά ερωτήματα που διατρέχουν το συγκεκριμένο πεδίο αφορούν: την αξιολόγηση των διαφορετικών μοντέλων ή προσεγγίσεων επαγγελματικής κατάρτισης και απασχόλησης, τον εντοπισμό εκείνων των παραγόντων που μπορούν να προγνώσουν το εργασιακό αποτέλεσμα και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων που μπορεί να επιφέρουν οι επαγγελματικές αποκαταστασιακές παρεμβάσεις.

Δυνατότητες, προσεγγίσεις ή μοντέλα επαγγελματικής κατάρτισης και απασχόλησης, είναι:

- Ø Διορισμός, στο Δημόσιο, ΑΜΕΑ σύμφωνα με τον Ν.2643/98
- Ø Νέες θέσεις εργασίας (Ν.Θ.Ε. - Ο.Α.Ε.Δ.)
- Ø Νέοι ελεύθεροι επαγγελματίες (Ν.Ε.Ε. - Ο.Α.Ε.Δ.)
- Ø Επιδοτούμενα σεμινάρια κατάρτισης για ΑΜΕΑ
- Ø Ευρωπαϊκά προγράμματα (π.χ. Ψυχαργός) - προστατευμένα εργαστήρια
- Ø Υποστηριζόμενη εργασία (π.χ. HORIZON)
- Ø Συνεταιρισμοί
- Ø Κοι.Σ.Π.Ε.
- Ø Ελεύθερη αγορά εργασίας
- Ø Υποστηριζόμενη εργασία (π.χ. HORIZON)
- Ø Συνεταιρισμοί
- Ø Κοι.Σ.Π.Ε.
- Ø Ελεύθερη αγορά εργασίας

1. ΟΑΕΔ (Νέες θέσεις εργασίας)

Διαρκεί τρία χρόνια με επιδότηση συν ένα χρόνο χωρίς επιδότηση. Η επιχορήγηση ανέρχεται στα 22 ευρώ την ημέρα, για πλήρη απασχόληση και σε 12 ευρώ για τετράωρη απασχόληση.

Επιπλέον κατόπιν του πρώτου δωδεκαμήνου απασχόλησης του ατόμου, η επιχείρηση επιδοτείται με το ποσό των 300 ευρώ εφάπαξ, για την ομαλή προσαρμογή του στον εργασιακό χώρο. Οι κοινωνικές ομάδες στις οποίες απευθύνεται είναι:

ΰΑΜΕΑ

ΰΑπεξαρτημένους

ΰΑποφυλακισμένους

ΰΝεαρά παραβατικά άτομα

ΰΑΜΕΑ/ Απεξαρτημένους

Η εμπειρία έχει δείξει ότι όλα αυτά τα προγράμματα του Ο.Α.Ε.Δ., αφορούν λειτουργικούς ασθενείς και η κατηγορία των ατόμων με ψυχιατρικό πρόβλημα αποτελεί την τελευταία επιλογή για εργασιακή τοποθέτηση. Με τις υπάρχουσες συνθήκες είναι αμφισβητούμενο, αν θα ήταν βοηθητικό για την ψυχική υγεία του ασθενούς να εργάζεται στην ελεύθερη αγορά εργασίας: το ειδικό καθεστώς με το οποίο προσλαμβάνεται (ως ψυχικά ασθενής), το στίγμα, η αμφισβήτηση των δυνατοτήτων του από τον ίδιο ή τους συναδέλφους τους, η ένταξη του σε εργασίες τελευταίας επιλογής για άλλους, έχουν σαν αποτέλεσμα, ακόμα και όταν υπάρχουν κίνητρα στον ασθενή, πολλές φορές να του επιβεβαιώνουν την διαφορετικότητα του και τον αποκλεισμό του.

Τέλος, λόγω της συρρίκνωσης της αγοράς εργασίας και της ανταγωνιστικότητας, τα προγράμματα του Ο.Α.Ε.Δ. έχουν οδηγηθεί συνήθως στην αποτυχία. 2.

Υποστηριζόμενη Απασχόληση

Πρόκειται για απασχόληση στην ελεύθερη αγορά εργασίας, όπου διασφαλίζεται η υποστήριξη του εργοδότη αλλά και του απασχολούμενου, στον οποίο παρέχεται εξατομικευμένη επαγγελματική κατάρτιση και ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες υποστήριξης.

Από το 1990 έως το 1998 Ευρωπαϊκά Προγράμματα όπως το HORIZON ήταν η κυριότερη πηγή χρηματοδότησης υποστηριζόμενης απασχόλησης για τα Ελληνικά Ψυχιατρεία (Ν.Π.Δ.Δ.), μέσω της δραστηριοποίησης τους στον τομέα της αποασυλοποίησης. Η υποστηριζόμενη απασχόληση παρέχει:

- «Κανονική» αμειβόμενη εργασία
- «Κανονικό» περιβάλλον εργασίας
- Μισθό σύμφωνα με την εκτελούμενη εργασία
- Κανονικό συμβόλαιο εργασίας
- Υποστήριξη στο περιβάλλον εργασίας ή έξω από αυτό

Οι βασικές της αρχές για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι:

- Μεγαλύτερη έμφαση στις προσωπικές εργασιακές αξίες και στη θετική επίδραση στην αυτοεκτίμηση, όταν επιλέγεται το επάγγελμα
- Επιθυμία για εργασία
- Μεγαλύτερη φάση απασχόλησης για την επιλογή επαγγέλματος
- Μεγαλύτερη ποικιλία τύπων εργασίας
- Μεγαλύτερη έμφαση στην ενημέρωση - ευαισθητοποίηση των εργοδοτών
- Έμφαση στις υπηρεσίες υποστήριξης και εκτός εργασίας

Η δυσκολία στην τοποθέτηση ψυχικά πασχόντων (αλλά και άλλων αναπήρων) σε θέσεις στην ελεύθερη αγορά εργασίας, έχει φέρει και στην Ελλάδα την «δειλή» εισαγωγή του «τοποθετητή εργασίας» στην λογική της δημιουργίας μιας σειράς τεχνητών αναγκών και αντίστοιχων επαγγελμαμάτων για να τις καλύψουν.

3. Η κατάρτιση των ασθενών στα πλαίσια της πρώτης φάσης του προγράμματος Ψυχαργός στο Ψ.Ν.Α. (Προστατευμένα εργαστήρια)

Το 1999 - 2001 με σχεδιασμό της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας ΥΥΠ, έγινε ένας συνδυασμός εφαρμογής και χρηματοδότησης, μέσω της καταπολέμησης του Αποκλεισμού από την αγορά εργασίας. Σκοπός ήταν η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ψυχικά πασχόντων στα Ελληνικά ψυχιατρεία, με την δημιουργία Ξενώνων και Οικοτροφείων, παράλληλα με την βελτίωση των επαγγελματικών δεξιοτήτων τους, με την ίδρυση αντίστοιχων με τους Ξενώνες\Οικοτροφεία νέων εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης. Το πρόγραμμα αυτό γνωστό ως Ψυχαργός ξεκίνησε τον Δεκέμβρη του 2000 και ολοκληρώθηκε τον Ιούλιο του 2001. Τα εργαστήρια ήταν πέντε:

- Ξυλουργείο — 6 ένοικοι
- Αρτοποιείο - Ζαχαροπλαστείο - 3 ένοικοι
- Κοπτική
- Τυπογραφείο - 2 ένοικοι
- Γραμματειακή υποστήριξη (εκτός χώρου Ψ.Ν.Α) - 1 ένοικος

Η κατάρτιση είναι το στάδιο που οι ασθενείς εκπαιδεύονται σε συγκεκριμένο

αντικείμενο εργασίας, με στόχο να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και εμπειρία, ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της ελεύθερης αγοράς και γενικότερα στην ομαλή επανένταξη στην κοινωνία. Η κατάρτιση του προγράμματος Ψυχαργός, ξεκίνησε στις 10/12/2000 μέσα στο χώρο του Ψ.Ν.Α., όπου νοσηλεύονταν οι ένοικοι των δομών.

Ο λόγος που ξεκίνησε μέσα στο χώρο του Ψ.Ν.Α. ήταν ότι ο εξοπλισμός υπήρχε ήδη και τα εργαστήρια λειτουργούσαν σε καθημερινή βάση, με συγκεκριμένες ώρες εργασίας, βάση πρότασης που είχε εγκριθεί από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας για το κάθε εργαστήριο.

Ο Εργοθεραπευτής μαζί με τους επιβλέποντες των εργαστηρίων, αναλάμβανε τον συντονισμό και την εποπτεία της κατάρτισης, για την διασφάλιση της καλής λειτουργίας και εξέλιξης. Έτσι οι ένοικοι - εργαζόμενοι αντιμετωπίζονταν σφαιρικά και υπήρχε μία συνολική εικόνα της δράσης τους στη μονάδα. Κάθε 15 μέρες γίνονταν συναντήσεις της πολυκλαδικής -θεραπευτικής ομάδας και συζητήτο η πορεία των εργαστηρίων.

Η λειτουργία των εργαστηρίων στους χώρους του νοσοκομείου, ξεκίνησε λίγες μέρες μετά την εγκατάσταση των ασθενών στις νέες δομές. Αφού δόθηκε ο απαραίτητος χρόνος προσαρμογής στους εργαζομένους - ενοίκους, τα εργαστήρια άρχισαν να λειτουργούν σε πενήμερη βάση και καθημερινά οι υπεύθυνοι συζητούσαν με τα μέλη, το πλάνο δουλειάς της ημέρας. Κατά την διάρκεια της κατάρτισης, θεωρήθηκε ότι ο αρχικός στόχος, ήταν εφικτός και υλοποιήσιμος στο χρόνο που είχε οριστεί από το πρόγραμμα. Αυτό όμως τελικά δεν φάνηκε στην πράξη διότι:

- Συχνά έλλειπαν υλικά για διάφορες δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται αρκετά προβλήματα καθημερινής πρακτικής. Ο ενθουσιασμός αντικαταστάθηκε από την ανασφάλεια και την έλλειψη εμπιστοσύνης.

- Αρνητικές συνέπειες στην ομαλή λειτουργία της κατάρτισης είχε και η καθυστέρηση της πληρωμής των ενοίκων - εργαζομένων, με αποτέλεσμα να πάψει η εμπιστοσύνη στο πρόσωπο των υπευθύνων και να γίνει δύσκολη η θεραπευτική σχέση. Η πληρωμή είχε λειτουργήσει σαν κίνητρο, για την συμμετοχή στα εργαστήρια και την ομαλή διαβίωση στην κοινότητα. Στην πορεία, τα προβλήματα αυτά ρυθμίστηκαν αρκετά, με μεγάλη προσπάθεια.

- Η στήριξη της πολυκλαδικής - θεραπευτικής ομάδας σε αυτή την κατεύθυνση, ήταν ουσιαστική και απαραίτητη, δημιουργώντας ένα

υποστηρικτικό πλαίσιο που οι ένοικοι το είχαν ανάγκη από την αρχή.

■ Το ότι τα εργαστήρια λειτουργούσαν ως επί το πλείστον «μέσα στο χώρο του ασύλου» είχε μάλλον αρνητικά αποτελέσματα, μιας και δεν ήταν ευδιάκριτος ο διαχωρισμός τόπου εργασίας και ασύλου και οι εργαζόμενοι δεν είχαν συνειδητοποιήσει ότι πλέον «ζούσαν έξω».

■ Τα αντικείμενα των εργαστηρίων δεν συμβάδιζαν με τις ανάγκες, τα ενδιαφέροντα και την λειτουργικότητα ενός μεγάλου αριθμού ενοίκων. Αυτό, κατά κάποιο τρόπο, ξεπεράστηκε με την κατανομή της δουλειάς σε στάδια ανάλογα με την λειτουργικότητα. Ένα ποσοστό εργαζόμενων ενοίκων, που δεν μπόρεσαν να ενταχθούν, έγινε μεγάλη προσπάθεια να ενσωματωθούν, βρίσκοντας για αυτούς δουλειές δορυφορικές με το αντικείμενο ή άλλες ψυχαγωγικές δραστηριότητες (βόλτα).

■ Η μεγαλύτερη τροχοπέδη όμως ήταν η πραγματικότητα ότι, τα εργαστήρια δεν φαινόταν να έχουν αύριο. Το γεγονός ότι δεν έχουν μακρόπνοο σχεδιασμό, λειτουργούν σε μη πραγματικές συνθήκες, δεν είναι βιώσιμα και δεν μπορούν να σταθούν στην ελεύθερη αγορά εργασίας, τα καθιστά σαφώς ανήμπορα να αντιμετωπίσουν το μεγάλο πρόβλημα της επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικώς πασχόντων.

4. Συνεταιρισμοί

Αποτέλεσαν την απάντηση στα αναποτελεσματικά «επαγγελματικά» εργαστήρια, τα οποία αφού «καταρτίσουν» τον ψυχικά ασθενή, τον εγκαταλείπουν προς αναζήτηση εργασίας στην ελεύθερη αγορά και έτσι έρχεται η ματαίωση.

Σχεδιάστηκαν και λειτούργησαν σαν χώροι μόνιμης, παραγωγικής και αμειβόμενης εργασίας για συγκεκριμένους ψυχικά ασθενείς. Για την δημιουργία τους δούλεψε μια ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας, με μεγάλη διαθεσιμότητα, με προσπάθειες πέρα από τις συμβατικές υποχρεώσεις που απορρέουν από το δημοσιούπαλληλικό καθηκοντολόγιο και διέθεσε πολύ χρόνο και εργασία.

Δίνουν μόνιμη θέση στους ασθενείς και έτσι απάντησαν στην «μαύρη» εργασία του ασύλου και στην ιδρυματική απασχολησιοθεραπεία και αποτέλεσαν απόδειξη πολιτισμού, αφού μία κοινωνία χαρακτηρίζεται από την αντιμετώπιση των ασθενέστερων πολιτών της. (το Ψ.Ν.Α. δεν είχε συστήσει συνεταιρισμό).

5. Κοι.Σ.Π.Ε. (Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης)

Μέχρι τώρα δεν υπήρχε το κατάλληλο νομικό πλαίσιο που να νομιμοποιεί και να λύνει τις δυσκολίες και τα προβλήματα που είχαν προκύψει στις διάφορες απόπειρες επαγγελματικής αποκατάστασης. Ως απάντηση των δυσκολιών αυτών, δημιουργήθηκε ο νόμος 2716/99, αρ.12, που ορίζει τους Κοι.Σ.Π.Ε., που αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας και εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας. Οι Κοι.Σ.Π.Ε.:

- Θεσμοθετήθηκαν με τον ν. 2716/99 του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
 - Είναι Ν.Π.Ι.Δ. με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους
 - Αποβλέπουν στην κοινωνικό-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική επανένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, συμβάλλοντας στην θεραπεία τους και στην όσο το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια
 - Είναι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, η ανάπτυξη και η εποπτεία των οποίων ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και ασκούνται από την Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας
 - Έχουν εργασιακό, εκπαιδευτικό, πολιτιστικό και θεραπευτικό χαρακτήρα
 - Έχουν εμπορική ιδιότητα
 - Μπορούν να αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, αλιευτική, δασική, βιομηχανική, βιοτεχνική, ξενοδοχειακή, εμπορική, παροχής υπηρεσιών, κοινωνικής ανάπτυξης)
 - Σε κάθε τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) μπορεί να ιδρυθεί μόνο ένας Κοι.Σ.Π.Ε.
- Όμως όταν μιλάμε για πραγματική αποκατάσταση, χρειάζεται να εργασθούμε σε δύο επίπεδα:

- I. Το δικαίωμα του να είναι κανείς πολίτης, πολιτικό - νομικό δικαίωμα. Για να καταφέρουμε να αλλάξουμε την νομοθεσία, πρέπει να δώσουμε νομική και πολιτική υπόσταση στα άτομα. Να καταφέρουμε να δώσουμε δικαιώματα με νομική κατοχύρωση.
- II. Από την άλλη πρέπει να εργαστούμε για κοινωνικά δικαιώματα. Δικαίωμα στην εκπαίδευση, στη στέγαση, στη δουλειά, στο εισόδημα, στην ελεύθερη έκφραση σεξουαλικότητας.

Εάν και οι δύο αυτές πλευρές δεν ικανοποιηθούν, δεν υπάρχει αποκατάσταση. Πρώτα από όλα, θα πρέπει να γίνει κατανοητό γιατί πρέπει να δημιουργηθεί ένας

συνεταιρισμός. Ο «Τομέας» διαθέτει άτομα με ψυχικές δυσκολίες που διψούν για επαγγελματική αποκατάσταση και αξιοπρέπεια. Το «εργαλείο» συνεταιρισμός - γιατί είναι εργαλείο της αποκατάστασης και όχι αυτοσκοπός - πως μπορεί να αξιοποιηθεί και αν μπορεί να ξαναδώσει αξία στα άτομα (που θα εργαστούν).

Οι Κοι.Σ.Π.Ε., δεν είναι μία επιχείρηση που έχει κάτι λιγότερο από οποιαδήποτε άλλη επιχείρηση, που βρίσκεται έξω στην ελεύθερη αγορά αλλά έχει κάτι παραπάνω. Έχει κοινωνικό ρόλο, γιατί εδώ η εργασία δεν είναι θεραπεία, αλλά δικαίωμα και το έδαφος του Κοι.Σ.Π.Ε. είναι πρόσφορο για την προαγωγή υγείας, κινήτρων, νοήματος και σχέσεων με τον κόσμο.

Μερικά από τα γνωρίσματα που θα έπρεπε να διέπουν τους Κοι.Σ.Π.Ε. και είναι αναγκαία, ώστε να εκπληρώνουν τον θεραπευτικό και παραγωγικό τους ρόλο είναι:

- Ο συνδυασμός της κατάρτισης με την διαδικασία της εργασίας
- Η διάφορο οίηση και ο πολλαπλασιασμός των δραστηριοτήτων, η ποικιλία των αντικειμένων - έτσι ώστε να δίνεται έδαφος στην υποκειμενική κλίση και το ενδιαφέρον
- Η μικρή διάσταση των επιχειρήσεων δίνει περισσότερη δυνατότητα αυτοδιαχείρισης, απόφασης και εκπαίδευσης καθώς επίσης και μικρότερους οικονομικούς κινδύνους

■ Η ποιότητα που έχει να κάνει κυρίως με το περιβάλλον και τα περιεχόμενα της εργασίας.

■ Η παραγωγικότητα σαν βασικό μέλημα της Μονάδας, πρέπει να γίνεται ανταγωνιστική διότι διαφορετικά δεν μπορεί να επιτελέσει τον ρόλο της στην προαγωγή της ψυχικής υγείας. Σε αντίθετη περίπτωση αυτό που παράγεται είναι εργασιακή ανασφάλεια, παθητικότητα, έλλειψη πρωτοβουλίας.

■ Τέλος, σημασία έχει στα πλαίσια της γενναίας χρηματοδότησης, η μετακύλιση στους Συνεταιρισμούς, πόρων του τομέα της ψυχικής υγείας, να γίνεται με διασφάλιση του δημόσιου χαρακτήρα τους.

Οι ενέργειες του Πανεπιστημιακού Αιγινήτειου Νοσοκομείου, σε συνδυασμό με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

Οι πρώτες εμπειρίες από την λειτουργία των ιδιαίτερων υπηρεσιών Κοινωνικής Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Κατάρτισης που δημιουργήθηκαν στο Αιγινήτειο από τον Καθηγητή Κ. Στεφανή, δικαίωσαν το κλινικό του αισθητήριο και απέδειξαν ότι, η λειτουργία δικτύου υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης και επαγγελματικής κατάρτισης, θα αποτελούσε πράγματι εναλλακτική λύση στο θέμα του ιδρυματισμού.

Το σύστημα υπηρεσιών Επαγγελματικής Κατάρτισης και Κοινωνικής Αποκατάστασης λειτούργησε μέσω της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και εν συνεχεία με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

- Ίδρυση Κέντρου Επαγγελματικής Προεργασίας (1984)
- Ίδρυση - Έναρξη λειτουργίας Εργαστηρίων Κατάρτισης - Εννέα Εργαστήρια (1985)
- Δημιουργία του πρώτου συλλόγου ασθενών στην Ελλάδα «Η ΣΥΝΕΧΕΙΑ» (1986)
- Έναρξη λειτουργίας ειδικού ιατρείου ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (1987)
- Ίδρυση - Έναρξη λειτουργίας Αγροτικής Συνεργατικής (1988)

Οι καινοτομίες στο πεδίο ψυχικής υγείας που εισήγαγε ο Καθηγητής, συνιστούν ένθ σύνολο εναρμονισμένων νέων δράσεων, στάσεων και παρεμβάσεων, που έχουν πάντα ως αποτέλεσμα την πολλαπλασιαστικότητα σε εθνικό επίπεδο. Η ίδρυση του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής διευκόλυνε και υποστήριξε την ανάπτυξη

των προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης και κοινωνικής αποκατάστασης και έδωσε την δυνατότητα μιας άμεσης και απρόσκοπτης συνεργασίας με επιστήμονες και με ερευνητικά και πανεπιστημιακά ιδρύματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο αυτονομικός του ρόλος στο Ευρωπαϊκό δίκτυο που έχει αναπτυχθεί, οδήγησε στην εκπόνηση και στην υλοποίηση μιας σειράς ερευνητικών Ευρωπαϊκών προγραμμάτων που προώθησαν την σύγχρονη αντίληψη για την λειτουργία και την ανάπτυξη δομών και υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας στην κοινότητα.

Προγράμματα που η εφαρμογή τους είχε σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη δομών και υπηρεσιών:

Ø Δημιουργία και λειτουργία καταστήματος στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών από τους ασθενείς των προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής. Το κατάστημα δημιουργήθηκε μετά από πρόταση του Συλλόγου φοιτητών της Ιατρικής και θεωρήθηκε πιλοτικό σαν ενέργεια ευαισθητοποίησης νέων γιατρών απέναντι στην ψυχική νόσο (Κοινοτικές πρωτοβουλίες HORIZON 1993 και 1999).

Ø Οργάνωση Υπηρεσίας follow up εργαζόμενων ασθενών που έχουν ενταχθεί στην ελεύθερη αγορά εργασίας, μέσα από προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης και επανένταξης Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. (Κοινοτική πρωτοβουλία HORIZON 1999).

Ø Δημιουργία αγροτοβιομηχανικού Συνεταιρισμού «Η ΖΩΗ» με συμμετοχή ασθενών και προσωπικού των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Εφάρμοσε ένα πολύ καλό κύκλο εργασιών που υποστήριξε οικονομικά τους εργαζόμενους ασθενείς.

Ø Ίδρυση Σωματείου Ενάντια στην Προκατάληψη για τις ψυχικές διαταραχές «Η ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ». Το 1994, το Σωματείο διευρύνεται με συμμετοχή εργαζομένων, φίλων και εθελοντών, με κύριο στόχο την καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού και του αυτοστιγματισμού.

Ø Ίδρυση Υπηρεσίας Υποστήριξης της Εργασίας και της Ένταξης. Πρόκειται για υπηρεσία διερεύνησης νέων καινοτόμων λύσεων - τρόπων εργασιακής ένταξης των ψυχιατρικά ασθενών, σε συνεργασία με Δήμους της Αττικής και δημοτικές επιχειρήσεις.

Ø Ίδρυση Υπηρεσίας διερεύνησης κοινωνικών αντιδράσεων και μέτρησης

του αυτοστιγματισμού των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές για την εκπόνηση μελετών του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.

ØΙδρυση Κοινωνικής Επιχείρησης HORIZON - KOSMOS. Πρόκειται για μία μη κερδοσκοπική εταιρία η οποία ιδρύθηκε από τα άτομα που εκπαιδεύτηκαν στα εργαστήρια του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. Μέσω της επιχείρησης προωθούνταν τα προϊόντα των παραγωγικών εργαστηρίων.

ØΑνάπτυξη δομής Απασχόλησης διακρατικού τύπου (Ευρωπαϊκό μαγαζί). Η καινοτόμος αυτή δομή λειτούργησε ως εκθετήριο των προϊόντων των εργαστηρίων κατάρτισης.

ØΔομή - Κατάρτιση ειδικότητες για άτομα με ψυχικές διαταραχές - Εργαστήρια Κατάρτισης Ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Τα εργαστήρια που λειτούργησαν εξοπλήστηκαν πλήρως από αυτό το πρόγραμμα και είναι: Εργαστήριο φωτογραφίας - slides, Βυζαντινής και Λαϊκής Τέχνης, Αγροτικών Καλλιιεργειών και Κατασκευών.

ØΕυρωπαϊκό Πρόγραμμα «Skills training in Mental Health». Πρόκειται για πρόγραμμα ανταλλαγής επαγγελματιών ψυχικής υγείας με στόχο την εκπαίδευση στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και στο σύστημα καινοτόμων δομών.

Το σύστημα αυτών των υπηρεσιών, διαπνέεται από την θεραπευτική προσέγγιση που ο Καθηγητής Κ. Στεφανής δίδαξε, μέσα σε ατμόσφαιρα θεραπευτικής συνεργασίας και φροντίδας για όλες τις πτυχές της ζωής των αρρώστων.

**ΜΕΡΟΣ Γ΄: ΟΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1⁰

**1.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ - Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ**

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η κοινωνική εργασία, θεωρείται πλέον εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη, με κλινική γνώση και προσέγγιση, η οποία συνδέεται άμεσα με τον χώρο της ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα μετά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Είναι γεγονός, πως η εξέλιξη αυτή στην χώρα μας, σηματοδότησε την εμφάνιση της οργανωμένης ψυχιατρικής κοινωνικής εργασίας. Το ιδεολογικό υπόβαθρο, η φύση και η δεοντολογία της κοινωνικής εργασίας, συνδυαστικά με τις κλινικές μεθόδους που χρησιμοποιεί, της παρέχουν την δυνατότητα άμεσης και ουσιαστικής προσέγγισης του ψυχικά πάσχοντα και των προβλημάτων του. Σήμερα, οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί, προσφέρουν έργο σε όλα τα επίπεδα και τις βαθμίδες στην παροχή φροντίδας για τον ψυχικά πάσχοντα, χρησιμοποιώντας όλες τις μεθόδους κοινωνικής εργασίας. Το έργο τους διαφοροποιείται σημαντικά, ανάλογα με το πλαίσιο και τη θέση, στα οποία οι επαγγελματίες καλούνται να παρέχουν τις υπηρεσίες τους.

Σε νομικό επίπεδο, το αντικείμενο εργασίας των κοινωνικών λειτουργών καθορίζεται από:

- Τον Οργανισμό λειτουργίας του κάθε Φορέα, μέσα από την περιγραφή των αρμοδιοτήτων της Κοινωνικής Υπηρεσίας.
- Την Υπουργική Εγκύκλιο της 14/2/1956 που αφορά την εργασία των Κοινωνικών Λειτουργών στα νοσοκομεία.
- Το Π.Δ. 891, ΦΕΚ 213, τεύχος Α' της 7/12/1978, στο Ν.Δ. 4018/59 και ιδιαίτερα στο άρθρο 3 του Π.Δ. που καθορίζει το αντικείμενο εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών στον τομέα της Υγείας.
- Το Π.Δ. 23, ΦΕΚ 6 τεύχος Α' της 30/1/1992 που αφορά της άσκηση του

επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού.

Οι τομείς δράσης των κοινωνικών λειτουργών στο " χώρο της υγείας και κατεπέκταση της ψυχικής υγείας, είναι οι εξής:

- 1 . Προληπτικής Ιατρικής - Αγωγής Κοινότητας: εισηγείται και συμμετέχει σε προγράμματα αγωγής υγείας (ατομικά, ομαδικά, κοινοτικά), σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας του ίδιου ή άλλων φορέων, στοχεύοντας στην ενημέρωση-ευαισθητοποίηση των πολιτών, αλλά και εν γένει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής, διαμέσου της ανάδειξης των κοινωνικών παραμέτρων των προβλημάτων υγείας.
2. Επείγουσας Ιατρικής: όπου συμβάλλει, στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων σε καταστάσεις κρίσης, παρεμβαίνοντας άμεσα και παρέχοντας υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης (συμβουλευτική, πληροφόρηση, παραπομπή) στην οικογένεια του ασθενή.
3. Κλινικής Ιατρικής: παρέχει υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης στον ίδιο τον ασθενή, ενώ ταυτόχρονα σε συνεργασία με την οικογένεια του αντιμετωπίζει τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούνται ως επακόλουθο της ασθένειας του. Επιπλέον συμπαρίσταται και φροντίζει για την κοινωνική επανένταξη και αποκατάσταση των ασθενών ή των μοναχικών ατόμων.
4. Μεταθεραπευτικής παρακολούθησης: όπου διατηρεί επαφή με τον ασθενή και το περιβάλλον του στα πλαίσια παρακολούθησης στα εξωτερικά ιατρεία ή και κατ¹ οίκον, με συναίνεση του ασθενή.
5. Έρευνας και εκπαίδευσης: όπου διερευνά τους κοινωνικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην εκδήλωση και πορεία των νόσων, συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας στην διεξαγωγή ερευνητικών προγραμμάτων, εκπονεί προγράμματα κατάρτισης στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και μεριμνά για την εκπαίδευση και πρακτική άσκηση των σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας.
6. Ανάπτυξης Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών.
7. Ανάπτυξη Δικτύου σχέσεων - συνεργασιών: με Φορείς, Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου και Εταιρείες για την εξυπηρέτηση των στόχων της μεταρρύθμισης, στον τομέα της Υγείας και κατεπέκταση των συμφερόντων των εξυπηρετούμενων.
8. Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων εθελοντισμού και

συλλογικού πνεύματος για ασθενείς και οικογένειες με κοινούς στόχους και ανάγκες.

Κάνοντας μια γενική προσέγγιση των υπηρεσιών που παρέχονται από πλευράς εφαρμοσμένης Κοινωνικής Εργασίας στα σύγχρονα ψυχιατρικά πλαίσια όλων των τύπων, τις κατατάσσουμε σε Κύριες Υπηρεσίες οι οποίες απευθύνονται τόσο στον πάσχοντα-χρήστη, όσο και στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Η παροχή των Υπηρεσιών αυτών είναι πολυεπίπεδη και διαχέεται σε όλα τα στάδια και τις μορφές Φροντίδας στην Ψυχική Υγεία, τόσο στα πλαίσια κλειστής περίθαλψης, όσο και στις ενδοκοινοτικές δομές.

Το είδος των παρεχόμενων από πλευράς κοινωνικής εργασίας υπηρεσιών σε κάθε φάση-στάδιο ροής τους, καθορίζεται από τις ανάγκες του ίδιου του χρήστη και του περιβάλλοντος του, όπως και από τη Δομή-Πλαίσιο μέσα στα οποία οι υπηρεσίες αυτές προσφέρονται. Σε όλες τις περιπτώσεις και, όπως η σύγχρονη αντίληψη για την Ψυχική Υγεία επιτάσσει, οι υπηρεσίες αυτές απευθύνονται στους χρήστες μέσα από την λειτουργική διαπλοκή της Θεραπευτικής Ομάδας, στην οποία ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει ως ισότιμο μέλος, συνδυαστικά με τις υπηρεσίες και το έργο των άλλων επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας. Αυτό συμβαίνει, χωρίς οι προσφερόμενες κάθε φορά υπηρεσίες να χάνουν την ιδιαίτερη υφή και των χαρακτήρα τους, όπως αυτά καθορίζονται από τους τρόπους και τις μεθόδους εφαρμογής της Κοινωνικής Εργασίας, αλλά και την δεοντολογία του επαγγέλματος¹¹.

Όσον αφορά τις υπηρεσίες που παρέχονται από πλευράς κοινωνικής εργασίας στα πλαίσια της θεραπευτικής ομάδας, αυτές κατά κύριο λόγο λειτουργούν σε δύο επίπεδα:

A. Το επίπεδο της άμεσης κατεύθυνσης προς τον πάσχοντα - χρήστη και το περιβάλλον του. Οι υπηρεσίες αυτές δεν αφορούν άμεσα ή έμμεσα τον τρόπο και τον ρυθμό ροής τους σε όλο το φάσμα του συστήματος παροχής φροντίδας στον πάσχοντα ή στη λειτουργία του συστήματος, (π.χ. συμβουλευτική, ψυχοϋποστηρικτική, ενημέρωση-καθοδήγηση κ.λ.π.),.

B. Στο επίπεδο της παρεμβατικής-διορθωτικής λειτουργίας με σκοπό την απεμπλοκή της ροής των υπηρεσιών και πάλι σε όλο το φάσμα του συστήματος παροχής φροντίδας στον πάσχοντα, καθώς και στην απεμπλοκή της λειτουργίας της Θεραπευτικής Ομάδας μέσα σ¹ αυτό. (π.χ. άμεση συλλογή στοιχείων, παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες και

11

διασυνδετική με αυτές).

Όλες όμως οι παραπάνω ενέργειες των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών στον χώρο της ψυχικής υγείας, πρέπει να κατοχυρώνονται από την δεοντολογία του επαγγέλματος, που διαμορφώνει την θέση και κοινωνική στάση- συμπεριφορά του επαγγελματία.

2.2 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ψυχική νόσος είναι μια ασθένεια που αφορά άτομα και των δύο φύλων, ανεξάρτητα από την κοινωνικό-οικονομική τους κατάσταση, βιοτικό επίπεδο ή τάξη. Παρουσιάζεται δε, μία διαχρονική και διαπολιτισμική σταθερότητα που αφορά το 1% του πληθυσμού παγκοσμίως (το ποσοστό αυτό, αφορά τις ψυχώσεις και όχι τις διαταραχές νευρωτικού τύπου).

Παρά τον αταξικό χαρακτήρα της ασθένειας, τα άτομα που κατά κύριο λόγο εξυπηρετούνται από δημόσια ή κοινοτικά πλαίσια προέρχονται στην συντριπτική τους πλειοψηφία από μικροαστικές οικογένειες ή και ακόμη χαμηλότερα στρώματα. Αρκετοί από αυτούς ανήκουν στην κατηγορία των απόρων με χαμηλό κοινωνικό, πολιτισμικό και βιοτικό επίπεδο. Αυτό συμβαίνει διότι τα άτομα από μεσαίες και ανώτερες κοινωνικές τάξεις καταφεύγουν σε ιδιωτικούς φορείς (ιδιώτες ψυχιάτρους, ιδιωτικές κλινικές, Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής που είναι ημιδημόσιοι φορείς κ.α.). Το φαινόμενο αυτό έχει διαφοροποιηθεί τα τελευταία χρόνια μιας και οι υπηρεσίες των δημόσιων ψυχιατρικών έχουν βελτιωθεί και επεκταθεί, ενώ επιπλέον έχει αλλάξει η υλικοτεχνική υποδομή των στεγαστικών υπηρεσιών (κτίρια νοσηλείας). Η αλλαγή αυτή έχει ως αποτέλεσμα να χρησιμοποιούν τις δημόσιες υπηρεσίες (π.χ. Δαφνί Ψ.Ν.Α., Δρομοκαΐτειο κ.α.), όχι μόνο περισσότεροι άνθρωποι αλλά και νεότερων ηλικιών από ότι στο παρελθόν και με καλύτερη κοινωνική και οικονομική κατάσταση. Μέχρι το 17^ο έτος της ηλικίας, τα παιδιά και οι έφηβοι εξυπηρετούνται από τα παιδοψυχιατρικά πλαίσια.

Οι εξυπηρετούμενοι που απευθύνονται σε δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία (π.χ. Ψ.Ν.Α.) χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: 1) Σε αυτούς που ασθενούν για πρώτη φορά και 2) σε εκείνους που έχουν κατά καιρούς νοσηλείες σαν χρόνια περιστατικά. Υπάρχουν βέβαια και οι χρόνιοι νοσηλεύόμενοι που είναι κατά κανόνα άτομα που προέρχονται από οικογένειες με χαμηλό βιοτικό επίπεδο, οι οποίες δεν μπορούν να τους κρατήσουν, από μικρές επαρχιακές κοινότητες που επικρατεί έντονο κοινωνικό στίγμα. Υπάρχουν και άτομα που η κατάσταση της υγείας τους (βαριά περιστατικά) δεν επιτρέπει την παραμονή

τους στο σπίτι.

Ένας πολύ σημαντικός λόγος που οι εύπορες και γενικά ανεξάρτητες οικονομικά οικογένειες προτιμούν τους ιδιωτικούς φορείς, είναι ο κοινωνικός στιγματισμός, που η νοσηλεία σε ένα δημόσιο ψυχιατρείο επιφέρει. Ο ιδιωτικός φορέας διευκολύνει την κοινωνική κάλυψη της ψυχικής νόσου. Επιπλέον οι συγγενείς των ασθενών θεωρούν ότι ένα μη δημόσιο πλαίσιο, προσφέρει καλύτερες υπηρεσίες υγείας και έχει καλύτερη υλικοτεχνική υποδομή από τον δημόσιο τομέα. Τα πλαίσια αυτά είναι ιδιαίτερα ακριβά παρόλο που υπάρχουν και αρκετά συμβεβλημένα με ασφαλιστικά ταμεία και το δημόσιο.

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΑΣ ΣΗΜΕΡΑ

Είναι γενικά παραδεκτό, ότι η ψυχική νόσος παρουσιάζει κάποια σταθερά πολιτισμικά και κοινωνικά στοιχεία, ανεξάρτητα από εθνολογικές ή γεωγραφικές συνισταμένες. Κατά κύριο λόγο τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, είναι άνθρωποι που δεν συνειδητοποιούν την νοσηρότητα της κατάστασης τους, αναπτύσσουν αντικοινωνική συμπεριφορά, έχουν κακές σχέσεις με το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον, δεν έχουν σταθερή εργασία και παρουσιάζουν εξαιρετικά χαμηλή παραγωγικότητα. Συχνά, τους χαρακτηρίζει η κοινωνική απόσυρση, αδυναμία ή δυσκολία κοινωνικής συνδιαλλαγής και πολιτισμική-κοινωνική «έκπτωση».

Με τον όρο «έκπτωση» χαρακτηρίζεται η σταδιακή απομάκρυνση του πάσχοντα από διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες, αλλά και απλές καθημερινές πράξεις. Έτσι για παράδειγμα, ο άρρωστος μπορεί να παραμελήσει την προσωπική του καθαριότητα και φροντίδα (λούσιμο, μπάνιο, ντύσιμο κ.α.), την οικιακή καθαριότητα και την οργανωμένη συστηματική διατροφή, καθώς επίσης και θέματα οργανωτικής και οικονομικής φύσης (αλόγιστη υπερκατανάλωση, απλήρωτοι λογαριασμοί, δανεισμός, χρέη στην εφορία, ασφαλιστικές εκκρεμότητες κ.λ.π.).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό των ψυχικά ασθενών, είναι η αδυναμία να ακολουθήσουν κάποιο οργανωμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης και για αυτό στην συντριπτική τους πλειοψηφία εγκαταλείπουν την εκπαίδευση, μετά την εμφάνιση της νόσου. Στα πλαίσια της ασθένειας τους, δεν συμμορφώνονται με την φαρμακευτική αγωγή, αδυνατούν να αντιμετωπίσουν την ασθένεια στ πλαίσια της χρονιότητας της (όπως π.χ. κάνει ένας διαβητικός) και αυτό δημιουργεί ποικίλα προβλήματα στους συγγενείς, στο φιλικό περιβάλλον και στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Πολύ σημαντικός παράγοντας είναι ο χώρος και το περιβάλλον στο οποίο διαβιώνει

ένας άνθρωπος, με ψυχική ασθένεια και τα πρότυπα που υπάρχουν σε αυτό. Το στοιχείο αυτό, έχει ιδιαίτερη βαρύτητα και καθορίζει το κοινωνικό και επαγγελματικό προσδοκώμενο. Για παράδειγμα, άλλες είναι οι κοινωνικές και επαγγελματικές προσδοκίες σε μία κτηνοτροφική ή αγροτική κοινωνία και διαφορετικές σε ένα αστικό ή ημιαστικό περιβάλλον. Έχει παρατηρηθεί ότι σε μικρές αγροτικές κοινωνίες, με εκτεταμένες οικογένειες, η αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων είναι λιγότερο επιβαρυντική για την οικογένεια αλλά και την κοινωνία, καθώς υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες ένταξης στην παραγωγική διαδικασία. Ένας ψυχικά ασθενής μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της ζωής ενός βοσκού και στην «κοινωνική απομόνωση» που αυτό το επάγγελμα συνεπάγεται, παρά να ενταχθεί σε μία εξειδικευμένη εργασία.

Αντίθετα η κατάσταση είναι τελείως διαφορετική στις αστικές κοινωνίες, όπου οι οικογένειες είναι ολιγομελής και οι κοινωνικοί-συναισθηματικοί δεσμοί πιο χαλαροί. Ο αυξημένος ανταγωνισμός και οι δύσκολοι ρυθμοί ζωής μπορούν να οξύνουν την κατάσταση του ασθενούς.

ΜΕΡΟΣ Δ': ΔΟΜΕΣ ΞΕΝΩΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1° ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Έχοντας ολοκληρώσει, κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο, το θεωρητικό κομμάτι αυτής της πτυχιακής εργασίας, επιλέξαμε όσον αφορά το ερευνητικό μέρος¹², να μελετήσουμε την εξωνοσοκομειακή δομή των ξενώνων, που ίσως θεωρείται και η πιο διαδεδομένη. Παρακάτω θα αναφερθεί η δομή και η λειτουργία τριών ξενώνων, οι οποίοι ανήκουν σε διαφορετικούς φορείς. Ο πρώτος υπάγεται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί), ο δεύτερος στο Πανεπιστημιακό Αιγινήτειο Νοσοκομείο και ο τρίτος σε ιδιωτικό φορέα υπό την αιγίδα του Υπουργείου.

Στόχος αυτής της προσέγγισης, είναι η διαπίστωση τυχόν διαφορών και ομοιοτήτων μεταξύ τους, αλλά και η σύγκριση τους με το ιδεατό-θεωρητικό πλαίσιο που έχει προαναφερθεί.

1.1 ΞΕΝΩΝΑΣ «ΧΕΪΔΕΝ» ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ

Ο Ξενώνας Χέυδεν - όπως έχει επικρατήσει να λέγεται¹³ - είναι Ν.Π.Δ.Δ. και ανήκει, ως δομή, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί Ψ.Ν.Α.). Δηλαδή είναι μια από τις ενδιάμεσες δομές αποκατάστασης του Ψ.Ν.Α, η οποία δημιουργήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργώς». Ο Ξενώνας ανήκει στο 10ο Τμήμα Οξέων του Ψ.Ν.Α. και οι ένοικοι του, είναι ψυχικά ασθενείς που νοσηλεύονται στην συγκεκριμένη κλινική. Έτσι η ομάδα της Ιατρικής Υπηρεσίας του 10ου Τμήματος Οξέων (ψυχίατρος, προϊστάμενος νοσηλευτών, κοινωνικός λειτουργός και ψυχολόγος) κρίνουν ποια άτομα είναι πιο λειτουργικά και τα παραπέμπουν στον Ξενώνα.

Α) ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ

Όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή, ο Ξενώνας «Χέυδεν» είναι μια ενδιάμεση δομή αποκατάστασης. Έτσι γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι ο βασικός σκοπός του, είναι η κοινωνική επανένταξη και στη συνέχεια η επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων που φιλοξενούνται σ' αυτόν. Για να επιτευχθεί όμως αυτό, απαιτείται οι ένοικοι, με

¹² Βλ. παράρτημα: «Ερωτηματολόγιο έρευνας».

¹³ Το όνομα του Ξενώνα έχει επικρατήσει λόγω της οδού στην οποία βρίσκεται, δηλαδή Χέυδεν 29, Πλατεία Βικτωρίας.

την πολύτιμη αρωγή όλου του προσωπικού, ιατρικού και μη, να κάνουν προσπάθειες για να αυξήσουν τις δεξιότητες τους σε όλους τους τομείς. Το πιο σημαντικό από όλα, είναι να ξεφύγουν από την νοοτροπία του νοσοκομείου και να αισθάνονται τον ξενώνα, αν όχι σαν το σπίτι τους, τουλάχιστον σαν έναν δικό τους χώρο, που τους προσφέρει την δυνατότητα να αναπτύξουν νέους κοινωνικούς δεσμούς και παράλληλα να εξελιχθούν, τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και σε κοινωνικό, όσο βέβαια επιτρέπει στον καθένα η κατάσταση της υγείας του.

Β) ΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΔΟΜΕΣ - ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Πολύ σημαντικό λειτουργικό στοιχείο του Ξενώνα είναι να αναπτύσσει πλήθος από «διασυνδετικές» σχέσεις, με διάφορες υπηρεσίες και δομές:

1. Πρωταρχικά θα πρέπει να αναφερθεί η συνεργασία που αναπτύσσεται με τα δυο διαμερίσματα που ανήκουν στον Ξενώνα. Βέβαια αυτή την περίοδο λειτουργεί μόνο το ένα διαμέρισμα στο οποίο μένουν δυο παλιοί ένοικοι του Ξενώνα.

2. Αξιοσημείωτη είναι η συνεργασία, με τα Γενικά Νοσοκομεία στα οποία απευθύνεται για οτιδήποτε έχει σχέση με παθολογικές ασθένειες, οι οποίες δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με τα μέσα που διαθέτει το Ψ.Ν.Α.

3. Άρκετές είναι και οι περιπτώσεις συνεργασίας, με ιδιώτες γιατρούς σε έκτακτα περιστατικά.

4. Η πιο συχνή επαφή είναι με τις δημόσιες υπηρεσίες, όπως εφορίες, Διευθύνσεις ή Τμήματα Πρόνοιας, το Δήμο Αθηναίων, την υπηρεσία του Ο.Α.Ε.Δ., πρεσβείες, υπουργεία, το αστυνομικό τμήμα της περιοχής, και όχι μόνο, την Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης κτλ.

Βέβαια, οι συνεργασίες αυτές προκύπτουν ανάλογα με τις ανάγκες και τα ζητήματα που αφορούν τους ασθενείς. Π.χ. όταν ένας ένοικος εκδηλώσει ενδιαφέρον να συνεχίσει το σχολείο, γίνεται επικοινωνία με το Γραφείο της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, έτσι ώστε να βρεθεί η καλύτερη λύση (το σχολείο να είναι όσον το δυνατό κοντά στον Ξενώνα, να διευκολύνουν οι συγκατοικίες κτλ.).

Γ) ΟΙ ΕΝΟΙΚΟΙ

Ο Ξενώνας, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, δέχεται άτομα μόνο από το 10^ο Τμήμα Οξέων του Ψ.Ν.Α. Είναι μεικτός και αυτή την περίοδο, αποτελείται από

έξι άντρες και έξι γυναίκες. Ο αριθμός των ενοίκων δεν μπορεί να ξεπεράσει τα δεκατρία άτομα. Η ηλικία των ατόμων που διαμένουν στον Ξενώνα, είναι τριανταπέντε έως πενήντα ετών.

Όσον αφορά τα άτομα που δέχεται, δεν υπάρχει περιορισμός, σχετικά με τις διαγνώσεις. Αρχικά βέβαια, δεν δεχόταν ενοίκους που έκαναν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, αλλά σιγά - σιγά αυτός ο όρος εξαλείφθηκε.

Δ) ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Ο Ξενώνας αποτελείται από το νοσηλευτικό προσωπικό (15 άτομα περίπου), μια ψυχολόγο, μια κοινωνική λειτουργό (ο ρόλος της οποίας αναφέρεται αναλυτικότερα παρακάτω), μια εργοθεραπεύτρια, η οποία είναι και η υπεύθυνη, και μια ψυχίατρο. Σε τακτά χρονικά διαστήματα έρχονται να προστεθούν και οι ειδικευόμενοι σε κάθε ειδικότητα. Αυτή την στιγμή υπάρχει . ένας ειδικευόμενος ψυχίατρος.

v

ΟΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

1.Όπως γίνεται εύκολα κατανοητό, οι νοσηλευτές έχουν ως κύρια αρμοδιότητα τους να δίνουν τα φάρμακα στους ενοίκους και μάλιστα να ελέγχουν, αν όντως τα λαμβάνουν τις καθορισμένες χρονικές στιγμές που πρέπει.

2.Οφείλουν επίσης, να ελέγχουν τους ασθενείς στον τομέα της προσωπικής τους καθαριότητας. Αυτά γίνονται πάντα, σε συνεργασία με την ψυχίατρο του Ξενώνα, η οποία σε αντίθεση με το υπόλοιπο προσωπικό που βρίσκεται καθημερινά στον ξενώνα - εξαιρείται η κοινωνική λειτουργός, η οποία βρίσκεται τρεις φορές την βδομάδα - έρχεται δύο φορές την εβδομάδα.

ΟΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑΣ - ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑΣ

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η διευθύντρια - εργοθεραπεύτρια, η οποία είναι αυτή που καθορίζει το πρόγραμμα του ξενώνα. Πέρα από το καθημερινό πρόγραμμα οργανώνει και τις εκδηλώσεις που λαμβάνουν χώρα, τόσο μέσα στα πλαίσια του Ξενώνα, όσο και έξω από αυτόν. Οργανώνονται εκδηλώσεις στις μεγάλες γιορτές, ομάδες δημιουργικής απασχόλησης, εκδρομές, επισκέψεις σε θέατρα, κινηματογράφους κτλ. Κανονίζει επίσης, τις άδειες των ενοίκων καθώς και τις επισκέψεις

στον Ξενώνα. Ο ρόλος της πολλές φορές ταυτίζεται με αυτόν της κοινωνικής λειτουργού, διότι η τελευταία βρίσκεται στον Ξενώνα τρεις φορές την βδομάδα.

ΟΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ

Η ψυχολόγος πέρα από τις ατομικές ψυχοθεραπείες, που πραγματοποιεί με τον κάθε ένοικο χωριστά, οργανώνει και ομάδες, κάθε δεκαπέντε ημέρες, που έχουν ως βασικό στόχο τα προβλήματα των διαπροσωπικών σχέσεων.

Τέλος κάθε 15 μέρες πραγματοποιούνται οι ομάδες προσωπικού. Σε αυτές αναφέρονται και συζητιούνται τα προβλήματα που αναφέρονται στον Ξενώνα, όσο αφορά το οργανωτικό τμήμα αλλά και τα προβλήματα των ενοίκων. Σε αυτό, ιδιαίτερη βοήθεια προσφέρει ο θεσμός του προσώπου αναφοράς. Κάθε μέλος του προσωπικού είναι άτυπα υπεύθυνο για έναν ένοικο, για τον οποίο πρέπει να γνωρίζει τα πάντα και οφείλει να τα μεταφέρει στην θεραπευτική ομάδα.

Ε) ΚΑΝΟΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ

Οι ένοικοι καθημερινά, ακολουθούν το πρόγραμμα το οποίο είναι εβδομαδιαίο. Ξυπνούν κατά τις οχτώ, παίρνουν το πρωινό τους και στη συνέχεια κάνουν τις πρωινές δουλειές που έχουν οριστεί για τον καθένα. Πιο συγκεκριμένα:

Όλοι στρώνουν τα κρεβάτια τους και τακτοποιούν τα προσωπικά τους πράγματα στα δωμάτια τους, έτσι ώστε να επικρατεί τάξη. Μαθαίνουν να φροντίζουν τον προσωπικό τους χώρο, αλλά και τον ίδιο τους τον εαυτό. Η καθαριότητα είναι ένα από τα πρώτα πράγματα που οι ένοικοι οφείλουν να μάθουν. (Φυσικά λαμβάνεται υπόψη η λειτουργικότητα του κάθε ενοίκου).

Όταν τελειώσουν τις πρωινές υποχρεώσεις τους, μπορεί να βγουν έξω με άδεια για εξωτερικές δουλειές ή απλά για χαλάρωση. Άλλοι πάλι προτιμούν να παραμένουν στον Ξενώνα και να ασχολούνται με πράγματα που τους ευχαριστούν.

Το μεσημέρι οφείλουν να τρώνε όλοι μαζί, αφού πρώτα ετοιμάσουν το τραπέζι. Ο μεσημεριανός ύπνος δεν είναι υποχρεωτικός, αλλά υποχρέωση όλων είναι να σέβονται την ώρα κοινής ησυχίας, που έχει οριστεί από της δύομισι μέχρι της πέντε.

Το απόγευμα, πέρα από τις δραστηριότητες και τις ομάδες που

μπορούν να απασχοληθούν — οι οποίες λαμβάνουν χώρα μέσα στον Ξενώνα - και πάλι μπορούν να βγουν με άδεια. Επίσης μπορεί να τους χορηγηθεί διήμερη άδεια το Σαββατοκύριακο, για να μείνουν στις οικογένειες τους.

∅Υπάρχουν ένοικοι, κυρίως γυναίκες, που βοηθούν μέλη του προσωπικού στην δουλειά τους π.χ. βοηθούν τις μαγείρισσες.

Οι ένοικοι οφείλουν να σέβονται τους κανόνες του Ξενώνα και να τους ακολουθούν. Ιδιαίτερες δυσκολίες παρουσιάζονται όσον αφορά στο θέμα της συνέπειας. Π.χ. πολλοί ένοικοι δεν μπορούν να δεχτούν το γεγονός ότι οι άδειες που τους δίνονται είναι το πολύ τριώρες και ειδικά το βράδυ θα πρέπει να είναι πίσω στον Ξενώνα μέχρι τις δέκα (το χειμώνα) και μέχρι τις έντεκα (το καλοκαίρι).

Ευχάριστο είναι το γεγονός των επισκέψεων στον -ενώνα. Ήνθίολις μάθουν οι ένοικοι, ότι θα έρθει κάποιο συγγενικό πρόσωπο ή φίλος τους, φοράνε «τα καλά τους» και περιμένουν με αγωνία. Προσπαθούν τότε να δείξουν τον καλύτερο τους εαυτό.

Δυστυχώς όμως υπάρχουν και οι τσακωμοί, οι αντιπάθειες και οι έντονες διαμάχες μεταξύ των ατόμων που φιλοξενούνται στον ξενώνα, με αποτέλεσμα να διαταράσσεται, η ήρεμη και ευχάριστη καθημερινή ζωή. Αυτό βέβαια, οφείλεται στα προβλήματα συμπεριφοράς που αντιμετωπίζουν οι ένοικοι, λόγω της ασθένειάς τους, η οποία τους δημιουργεί και ιδιαίτερες ανάγκες και επιθυμίες.

ΣΤ) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Η κοινωνική λειτουργός βρίσκεται τρεις φορές την εβδομάδα στο χώρο του ξενώνα:

- 1 .** Μια από τις βασικές της αρμοδιότητες είναι η καταγραφή των κοινωνικών ιστορικών όλων των ενοίκων.
- 2.** Στη συνέχεια ελέγχει αν όλοι είναι ασφαλισμένοι και ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα που ανήκουν, αν παίρνουν κάποιο επίδομα. Γενικά, είναι η μόνη που είναι υπεύθυνη για όλα τα γραφειοκρατικά ζητήματα που αφορούν τους ενοίκους (πρόνοιες, επιτροπές, συντάξεις, βιβλιάρια ασθένειας, βιβλιάρια καταθέσεων κτλ.). Αναλαμβάνει όλες τις συνεργασίες με τις δημόσιες υπηρεσίες καθώς επίσης και με τον Δήμο.
- 3.** Βλέπει τους ενοίκους του Ξενώνα ατομικά και συζητά μαζί τους για οποιοδήποτε πρόβλημα τους απασχολεί.
- 4.** Ερευνά, τόσο το οικογενειακό τους περιβάλλον, όσο και το συγγενικό -

κοινωνικό και προσπαθεί να καλλιεργεί τις διαπροσωπικές σχέσεις τους.

5. Προσπαθεί, όσο αυτό βέβαια είναι εφικτό, οι ένοικοι να έλθουν σε επαφή με την κοινότητα και ιδιαίτερα με τους γείτονες.

6. Τέλος μια ακόμη αρμοδιότητα της είναι η κυκλοφοριακή αγωγή των ενοίκων, έτσι ώστε να μάθουν, αυτοί που είναι αρκετά λειτουργικοί, να μετακινούνται μόνοι τους.

1.2 «ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΣ ΞΕΝΩΝΑΣ» (Μ.Ν.Ξ.) ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ο Μετανοσοκομειακός Ξενώνας είναι Ν.Π.Δ.Δ. και ανήκει στο Αιγινήτειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Άρχισε να λειτουργεί το 1984 και ήταν ο πρώτος στον νομό Αττικής, μέσα στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Πρόκειται για μία ενδιάμεση - μεταβατική δομή, ανάμεσα στην ψυχιατρική νοσηλεία και την αυτόνομη ζωή μέσα στην κοινότητα. Απευθύνεται σε όλη την «ψυχιατρική γκάμα» των πασχόντων, ηλικίας από 18 έως 50 ετών, εκτός από τοξικομανείς, αλκοολικούς και άτομα με σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας. Σε αυτόν, μπορούν να απευθυνθούν άτομα και των δύο φύλων (αυτή την στιγμή ο ξενώνας φιλοξενεί έξι γυναίκες και 8 άνδρες και η συνολική του δύναμη είναι 14 άτομα) από όλες τις περιοχές της Ελλάδας. Βρίσκεται στους Αμπελοκήπους στη διεύθυνση Σούτσου και Αθανασιάδη 1, με τηλέφωνο επικοινωνίας 210 - 7289311.

Α) ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ

Ο Μ.Ν.Ξ. έχει ως σκοπό την αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ψυχικά αρρώστων, μέσα από μία ενδιάμεση δομή, και απευθύνεται σε άτομα με ειδικά εργασιακά και οικογενειακά προβλήματα. Οι στόχοι του Μ.Ν.Ξ., αν και εξειδικεύονται συνεχώς, για να ταιριάζουν στις ιδιαίτερες ανάγκες και προτεραιότητες του ψυχιατρικού συστήματος, δεν μπορεί παρά να συμπυκνώνονται, σε δύο τουλάχιστον:

1. Αποτελεί προσωρινή κατοικία, για όσους αρρώστους βγαίνουν από το ψυχιατρικό νοσοκομείο και δεν έχουν δική τους κατοικία ή εργασία, ή επιλέγεται η (προσωρινή ή μόνιμη) απομάκρυνση τους από την οικογένεια, με συμφωνία οικογένειας και γιατρών. Επίσης μπορούν για ένα διάστημα να φιλοξενηθούν άτομα από την επαρχία, προκειμένου να παρακολουθήσουν κάποια προγράμματα επαγγελματικής και . κοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης.
2. Βοηθά στην εργασιακή αποκατάσταση των ασθενών και στην αποκατάσταση δεσμών με τον ευρύτερο κοινωνικό χώρο. Όσον αφορά την εργασία οι ένοικοι ως επί το πλείστον απασχολούνται σε προγράμματα του Ο.Α.Ε.Δ. Τα προγράμματα αυτά μέχρι και το 1994 είχαν ένα κίνητρο για τους ενοίκους, λόγω της χρηματικής αμοιβής. Από το 1994 όμως η αμοιβή αυτή καταργήθηκε, με αποτέλεσμα πολλές φορές οι ένοικοι να δυσανασχετούν και να μη θέλουν να πάνε.

Ο γενικός στόχος που διέπει την λειτουργία του, είναι η κατά το δυνατόν από-ψυχιατρικοποιημένη λειτουργία του Ξενώνα, ώστε να αποτελέσει ένα σπίτι για τους ενοίκους και όχι ένα ίδρυμα.

B) ΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΔΟΜΕΣ - ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Οι στόχοι της λειτουργίας του Μ.Ν.Ξ. προσδιορίζουν και τον τρόπο με τον οποίο θα συνδέεται με άλλες δομές:

- 1 .** Με το νοσοκομείο Αιγινήτειο, με το οποίο υπάρχει αμφίδρομη σχέση: παραπομπή προς τον ξενώνα, παρακολούθηση στα Εξωτερικά Ιατρεία και επιστροφή στο νοσοκομείο, αν χρειαστεί.
- 2.** Με την εργασία. Αφ' ενός τοποθέτηση ενός ενοίκου σε κανονική εργασία ή σε ειδικό πρόγραμμα του Ο.Α.Ε.Δ. και αφετέρου επικοινωνία με τον εργοδότη. (Είναι κάτι το οποίο συμβαίνει σχετικά σπάνια, κυρίως λόγω της έλλειψης προσωπικού).
- 3.** Με την οικογένεια, για εργασιακά και οικονομικά κυρίως θέματα.

Γ) ΟΙ ΕΝΟΙΚΟΙ

1. α) Παραπέμπονται από το Αιγινήτειο, άρρωστοι που συμπλήρωσαν την ψυχιατρική τους νοσηλεία, αλλά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να έχουν δική τους κατοικία και εργασία, ή κρίνεται αναγκαία η απομάκρυνση τους από την οικογένεια, όταν αυτή αδυνατεί να παίξει έναν «καθησυχαστικό» ρόλο.
β) Παραπομπή μπορεί να γίνει και από τα . Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία για αρρώστους με τέτοια προβλήματα και με την προϋπόθεση ότι παρακολουθούνται ψυχιατρικά. Εξάλλου όλοι οι ενοίκιοι του Ξενώνα έχουν τον δικό τους προσωπικό ιατρό, είτε ιδιωτικά, είτε σε κάποιο νοσοκομείο, ο οποίος τους ρυθμίζει και τους γράφει την φαρμακευτική αγωγή. Δυστυχώς όμως οι περισσότεροι αδιαφορούν για τους ασθενείς και δεν επιδιώκουν να έχουν συνεργασία με το προσωπικό του Ξενώνα ακόμη και όταν αυτό επιδιώκεται.
γ) Τέλος, το ίδιο ισχύει και για το Νοσοκομείο Ημέρας, στη φάση της εργασιακής αποκατάστασης.
- 2.** Η έγκριση για την διαμονή ενός αρρώστου, δίνεται μετά από συνεννόηση του παραπέμποντα ψυχιάτρου και επόπτη ψυχιάτρου, εφ' όσον ο άρρωστος αποδεχθεί τους όρους διαμονής⁶³.

3. Η παραμονή, είναι προσωρινή και σύντομη, ενώ διαρκεί από έξι έως και δεκαοκτώ μήνες. Βέβαια υπάρχουν και εξατομικευμένες περιπτώσεις, ανάλογα με την κατάσταση του ενοίκου, όπου μπορεί να παραταθεί η διαμονή, όπως αυτό άλλωστε συμβαίνει και με τους αρχικούς στόχους που θέτονται και οι οποίοι μπορούν να τροποποιηθούν στο πέρασμα του χρόνου.

Δ) ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

1. Υπεύθυνος του Μ.Ν.Ξ. είναι ο προϊστάμενος του Ξενώνα (στην παρούσα περίπτωση είναι νοσηλεύτης), που τα καθήκοντα του είναι:

I. Να ενημερώνει και να παρακολουθεί όλα τα θέματα που αφορούν τη ζωή των ενοίκων.

II. Να ενθαρρύνει τους ενοίκους για μία σωστή διαβίωση (στην έγερση, τα γεύματα, τη φροντίδα του εαυτού τους και του χώρου) και στην δραστηριοποίηση τους, αποφεύγοντας την επικριτική και αυστηρή στάση.

III. Να συμμετέχει στη διαδικασία εισόδου στον Ξενώνα, στη δεκαπενθήμερη διοικητική συνάντηση, όπου είναι εισηγητής και στη διαδικασία εκλογής προέδρου των ενοίκων.

Ις. Να ενημερώνει τον επόπτη ψυχίατρο και τον Κοινωνικό Λειτουργό για θέματα της αρμοδιότητάς τους.

2. Το υπόλοιπο μόνιμο προσωπικό αποτελούν επτά νοσοκόμοι - νοσηλεύτες (ενώ θα έπρεπε να ήταν δέκα), που καλύπτουν σε εικοσιτετράωρη βάση την ανάγκη συνεχούς παρουσίας προσωπικού στον Ξενώνα.

3. Ένας καθαριστής, με καθήκον τον καθαρισμό του Ξενώνα, δύο φορές την εβδομάδα. Επίσης ενισχύει τους ενοίκους σε θέματα καθαριότητας και ενημερώνει τον υπεύθυνο για αυτά.

4. Μία κοινωνική λειτουργός, με μία ημέρα απασχόλησης την εβδομάδα, και ένας ασκούμενος Κοινωνικός Λειτουργός, που βοηθά στις ψυχαγωγικές δραστηριότητες και στα εργασιακά προβλήματα των ενοίκων.

5. Ένας επόπτης - ψυχίατρος, με μία μέρα απασχόλησης, που έχει καθήκον:

- I. Να συμμετέχει στην διαδικασία εισόδου των ενοίκων.
- II. Να ενημερώνεται από τον υπεύθυνο και την Κ.Λ.
- III. Να εποπτεύει την ομαδική δραστηριότητα και να προεδρεύει στη δεκαπενθήμερη διοικητική συνάντηση.
- IV. Να λύνει ορισμένα προβλήματα της φαρμακευτικής αγωγής, ενθαρρύνοντας τους ενοίκους σε συστηματική παρακολούθηση, στα Εξωτερικά Ιατρεία του Αιγινήτειου.

Στη θέση του επόπτη ψυχιάτρου εναλλάσσονται εθελοντικά οι ψυχίατροι της Πανεπιστημιακής κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, με διάρκεια θητείας ενός έτους.

Ε) ΚΑΝΟΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ Μ.Ν.Ξ.

1. ΤΙ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ Ο Μ.Ν.Ξ.

- Στέγη και κατοικία
- Φαγητό (πρωινό και γεύμα)
- Φάρμακα
- Είδη ιματισμού (σεντόνια, κουβέρτες, πιζάμες)
- Εργαστηριακές εξετάσεις
- Ψυχαγωγία (τηλεόραση, διάφορα παιχνίδια κ.α.)

2. ΤΙ ΕΥΘΥΝΕΣ ΕΧΟΥΝ ΟΙ-ΕΝΟΙΚΟΙ

- Να διατηρούν καθαρό το δωμάτιο τους και τους κοινόχρηστους χώρους, να στρώνουν και να έχουν καθαρό το κρεβάτι τους
 - Να πλένουν οι ίδιοι τα ρούχα τους στο πλυντήριο του Ξενώνα
 - Να σιδερώνουν οι ίδιοι τα ρούχα τους
 - Να φροντίζουν για το βραδινό γεύμα τους
 - Να ετοιμάζουν μόνοι τους καφέ ή τσάι
- Να πλένουν τα σκευή που χρησιμοποιούν, τις ώρες που δεν υπάρχει καθαριστής, ενώ ορίζεται τριμελής ομάδα ενοίκων (εβδομαδιαίως) που βοηθά στον καθαρισμό των σκευών φαγητού.

3. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

- Το ωράριο λειτουργίας του Ξενώνα είναι από 07.00π.μ. με 12.00μ.μ.,

οπότε η εξωτερική πόρτα κλείνει. Μετά από αυτή την ώρα, κανείς ένοικος ή επισκέπτης δεν μπορεί να μπει, παρά μόνο αν έχει υπάρξει συνεννόηση με κάποιον από το προσωπικό και υπάρχει ιδιαίτερος λόγος.

■ Οι επισκέψεις είναι ελεύθερες, καθημερινά, από τις 05.00μ.μ. μέχρι τις 09.00μ.μ., μόνο στο σαλόνι του Ξενώνα.

■ Δεν επιτρέπεται η χρήση των υπνοδωματίων για συναντήσεις με επισκέπτες, για φαγητό, κάπνισμα και χρήση οινοπνευματωδών ποτών.

■ Κάθε ένοικος έχει κλειδί του δωματίου του (τα δωμάτια είναι δίκλινα), το οποίο παραδίδει στο μόνιμο προσωπικό, όταν φεύγει από τον Μ.Ν.Ξ. Κανείς ένοικος δεν έχει κλειδί της εξωτερικής πόρτας.

■ Η τηλεόραση κλείνει στο τέλος του προγράμματος.

■ Το φαγητό μεταφέρεται από το Αιγινήτειο και σερβίρεται στους ενοίκους, το πρωί μεταξύ 07.00 και 08.00π.μ. και το μεσημέρι μεταξύ 01.30 και 03.30μ.μ.

■ Μία φορά κάθε δεκαπέντε ημέρες, γίνεται διοικητική συνάντηση όλων των ενοίκων και του προσωπικού. Προεδρεύει ο επόπτης ψυχίατρος και εισηγείται ο υπεύθυνος, που έχει καθορίσει τον κατάλογο των θεμάτων, μετά από συνεννόηση με τον πρόεδρο των ενοίκων, την Κ.Λ. και το υπόλοιπο προσωπικό.

Κατά την διάρκεια αυτών των συναντήσεων εκλέγεται ο πρόεδρος των ενοίκων, από κατάλογο που ετοιμάζει ο υπεύθυνος και γίνεται η ψηφοφορία. Στον κατάλογο περιλαμβάνονται όσοι εργάζονται και η ζωή τους στον Μ.Ν.Ξ. δεν είναι «προβληματική».

- Τέλος η Κ.Λ. και ένας νοσηλευτής, κανονίζουν ξεχωριστά να έχουν από μία συνάντηση την εβδομάδα ο καθένας τους, με όλους τους ενοίκους, όπου συζητούνται διάφορα θέματα ή γίνονται βόλτες και έξοδοι για σινεμά, θέατρο, καφέ κ.α.

ΣΤ) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ Κ.Λ. ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ Μ.Ν.Ξ.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού και του νοσηλευτή, κατά κάποιο τρόπο ταυτίζονται στον Ξενώνα. Ο λόγος είναι, ότι δεν υπάρχει μόνιμη θέση του πρώτου στο

πλαίσιο, με αποτέλεσμα, η μία ημέρα την εβδομάδα να μην είναι αρκετή για να ασκήσει τα καθήκοντα του. Παρόλα αυτά, οι δύο αυτές ειδικότητες, μαζί με τον επόπτη ψυχίατρο, αποτελούν την θεραπευτική ομάδα που στόχο έχει την αποκατάσταση και επανένταξη των ατόμων, που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά προβλήματα.

ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Καταρχάς ο ρόλος του νοσηλευτή - τριας στον Ξενώνα Μ.Ν.Ξ. είναι πολύπλευρος, λόγω της 24ωρης παρουσίας του στο χώρο αυτό. Αποτελεί το πλαίσιο αναφοράς για τον ένοικο, αναπάσα στιγμή.

Εξαιτίας της χρονιότητας της νόσου και των δυσκολιών που προκύπτουν από αυτή, η πλειοψηφία των αρρώστων είτε έχουν χάσει τις βασικές δεξιότητες της καθημερινής τους ζωής, που είχαν αποκτήσει πριν νοσήσουν, είτε δεν απέκτησαν ποτέ. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει τον ένοικο μέσα από την εκμάθηση, να αποκτήσει ή επαναποκτήσει τις δεξιότητες αυτές, οι οποίες αφορούν:

- Στην ατομική του υγιεινή (λούσιμο, μπάνιο, καθαριότητα στοματικής κοιλότητας, χτένισμα, κόψιμο μαλλιών, αλλαγή ρούχων, εσωρούχων, χρήση πυτζάμας κατά τον ύπνο)
- Στην καθαριότητα του προσωπικού τους χώρου και των κοινόχρηστων (αλλαγή σεντονιών, στρώσιμο κρεβατιού, τακτοποίηση κομοδίνου και ντουλάπας, χρήση πλυντηρίου, πλύσιμο ρούχων, σιδέρωμα)
- Στην διατροφή τους (γίνεται εκμάθηση για τις σωστές ποσότητες φαγητού, προετοιμασία του φαγητού, σωστή χρήση των σκευών κουζίνας, καθαριότητα τους, χρήση κατάλληλου διαιτολογίου σε περιπτώσεις παθολογικών προβλημάτων)
- Στην σωστή διαχείριση των χρημάτων τους. Προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες τους και να κατανοήσουν την αξία των χρημάτων, ο νοσηλευτής τους εκπαιδεύει στον προγραμματισμό καθημερινών εξόδων και της αποταμίευσης. Αρκετές φορές, τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του Ξενώνα, είχαν παρατηρηθεί φαινόμενα εκμετάλλευσης από άτομα που έχουν μικροκαταστήματα στην γειτονιά. Έτσι τα τελευταία, τα χρήματα των ενοίκων, τα κρατά ο προϊστάμενος και σε καθημερινή βάση γράφει σε συγκεκριμένες καταστάσεις τα έξοδα του κάθε ενοίκου. Τα έσοδα των ενοίκων μπορεί να προέρχονται από κάποια σύνταξη ή επίδομα πρόνοιας

ή ακόμη και από συγγενείς.

• Στην εκπαίδευση, όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή, η οποία περιλαμβάνει:

I. Την σωστή λήψη φαρμάκων (ώρες και δόσεις)

II. Την χρησιμότητα και αναγκαιότητά τους

III. Την αναγνώριση των ανεπιθύμητων ενεργειών και αναζήτηση βοήθειας

IV. Αναγνώριση των συμπτωμάτων υποτροπής και έγκαιρη αντιμετώπιση τους

V. Προγραμματισμό των επισκέψεων τους στο γιατρό

VI. Επισήμανση της αναγκαιότητας εξετάσεων που σχετίζονται με παρενέργειες φαρμάκων

• Στην εκμάθηση κυκλοφοριακής αγωγής για την καθημερινή μετακίνηση.

ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Δυστυχώς όπως προαναφέρθηκε, μόνιμη θέση κοινωνικού λειτουργού στον Ξενώνα, δεν υπάρχει. Η αρμόδια κοινωνική λειτουργός, εργάζεται στο Αιγινήτειο, είναι υπεύθυνη για τους ξενώνες του Νοσοκομείου και στον Μ.Ν.-, έρχεται μία φορά την εβδομάδα. Επίσης υπάρχει και ένας εκπαιδευόμενος κοινωνικός λειτουργός, ο οποίος έρχεται δύο φορές την εβδομάδα. Μέσα στις πολύ σημαντικές τους δραστηριότητες, σε συνεργασία με τον νοσηλευτή, είναι η ενίσχυση και η υποστήριξη της κοινωνικοποίησης του ενοίκου με:

Ø Οργάνωση εκδηλώσεων, διακοπών, ημερήσιων εκδρομών, εξόδους

Ø Οργάνωση ψυχαγωγικής λέσχης σε εβδομαδιαία βάση, κατά την οποία πραγματοποιείται έξοδος σε μουσεία, εκθέσεις, καφέ, καθώς επίσης συζητούνται διάφορα πράγματα, που απασχολούν τους ενοίκους

Ø Παρότρυνση για παραμονή του τα Σαββατοκύριακα εκτός Ξενώνα, με στόχο να διατηρήσει επαφή με την οικογένεια, καθώς και σε περίοδο εορτών – διακοπών

Ø Κινητοποίηση για συναλλαγές με την κοινότητα (αγορές, υπηρεσίες)

Ø Συζητήσεις και προτάσεις για την ομαλή συμβίωση τους και

επίλυση τυχόν προβλημάτων που προκύπτουν

Ακόμη μέσα στις αρμοδιότητες του Κ.Λ. είναι και γραφειοκρατικά θέματα, καθώς επίσης, η σχέση με την οικογένεια και η προσωπική στήριξη και ενθάρρυνση. Στα πλαίσια αυτά ο Κ.Λ.:

Ø Παίρνει κοινωνικό ιστορικό από τον ασθενή, όταν απευθύνεται στον Ξενώνα

Ø Ερχεται σε επαφή με την οικογένεια ή καλεί τις οικογένειες σε περίπτωση που δημιουργηθεί κάποιο θέμα

Ø Βλέπει ατομικά τους ενοίκους εφόσον το θελήσουν ή το ζητήσουν οι ίδιοι ή εάν προκύψει κάποιο θέμα που τους αφορά προσωπικά

Ø Επιμελείται για την έκδοση ή ανανέωση βιβλιαρίων, συντάξεων ή επιδομάτων πρόνοιας (ίσως χρειαστεί πολλές φορές ο ίδιος ή κάποιος από τους νοσηλευτές να πάει στην Πρόνοια κ.α.)

Ø Οργανώνει εβδομαδιαία ψυχαγωγική ομάδα (εκτός αυτής που πραγματοποιείται με τον νοσηλευτή)

Όλα τα παραπάνω, αρκετές φορές γίνονται μετά από τηλεφωνική συνεννόηση με τον νοσηλευτή ή τον προϊστάμενο.

1.3 ΞΕΝΩΝΑΣ «ΑΝΟΔΟΣ» ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Ο Ξενώνας «Ανοδος» είναι μία αστική, μη κερδοσκοπική δομή. Δημιουργήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργός» το 2003. Είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.), αλλά βρίσκεται κάτω από την εποπτεία της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας, του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Το πρώτο δεκαεκάμηνο της λειτουργίας του, χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση και στη συνέχεια από τον ειδικό λογαριασμό του Υπουργείου. Βρίσκεται στην περιοχή του Αγ. Δημητρίου, στην οδό 25^{ης} Μαρτίου και Πυλαίος 15, με τηλέφωνο επικοινωνίας 210 - 9761454.

A) ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ

Ο Ξενώνας «Ανοδος» φιλοξενεί άτομα, για τα οποία η ψυχιατρική νόσος είναι δευτερογενές νόσημα. Το πρωτογενές νόσημα για τα άτομα αυτά, είναι η νοητική καθυστέρηση. Είναι μεικτός ξενώνας, ο οποίος φιλοξενεί δεκαπέντε τροφίμους, με σκοπό την ένταξη τους στην κοινότητα, μέσα σε ένα προστατευμένο περιβάλλον. Η επανασύνδεση με τις οικογένειες, είναι επίσης ένας πολύ σημαντικός στόχος. Αποτελεί, συνήθως, μόνιμη κατοικία για τους ασθενείς, αφού δεν υπάρχει κάποια προοπτική αυτονομίας, λόγω του νοητικού προβλήματος.

B) ΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΔΟΜΕΣ - ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Μια από τις σημαντικές λειτουργίες του Ξενώνα, είναι η σύνδεση του με τοπικούς φορείς (Δήμους, Κ.Α.Π.Η., την εκκλησία), για την ευαισθητοποίηση της κοινότητας και φυσικά με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Δαφνί, σε περίπτωση που κάποιος ένοικος θα πρέπει να επιστρέψει εκεί.

Επίσης υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία με άλλους ξενώνες της περιοχής για την οργάνωση δραστηριοτήτων, οι οποίες ως επί το πλείστον περιλαμβάνουν την γνωριμία των τροφίμων, ίσως κάποιες κοινές εξόδους που μπορούν να κάνουν και σε αρκετές περιπτώσεις την διοργάνωση θεατρικών παραστάσεων, κυρίως σε περιόδους γιορτών.

Γ) ΟΙ ΕΝΟΙΚΟΙ

Όλα τα περιστατικά που δέχεται ο ξενώνας, έχουν παραπεμφθεί από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί). Η επιλογή τους γίνεται από την Ιατρική Επιτροπή του Ψ.Ν.Α., χωρίς ο ξενώνας να έχει κάποια ανάμιξη στην διαδικασία. Η διαμονή των ασθενών στον ξενώνα θεωρείται μόνιμη, καθώς πρόκειται για χρόνια περιστατικά, με νοητική στέρηση και ψυχιατρικό πρόβλημα, που έχουν χάσει την επαφή με την οικογένεια τους, σε κάποιες περιπτώσεις ολοκληρωτικά. Έτσι δεν υπάρχει η δυνατότητα αυτονομίας.

Σε περίπτωση που κάποιος ασθενής αδυνατεί να προσαρμοστεί, επιστρέφει στο Ψ.Ν.Α., μετά

από συνεννόηση με την Ιατρική επιτροπή (αν και τέτοια περιστατικά είναι σπάνια).

Όσον αφορά την ηλικία των ενοίκων που μπορεί να δεχθεί ο ξενώνας, η μοναδική προϋπόθεση είναι τα άτομα να έχουν κλείσει το δέκατο όγδοο έτος της ηλικίας τους. Αυτή τη στιγμή, φιλοξενούνται ασθενείς ηλικίας από 32 έως 60 ετών.

Δ) ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ Η ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ

Ο Ξενώνας διοικείται από το Διοικητικό Συμβούλιο, που αποτελείται από πέντε άτομα. Έπειτα υπάρχει μία διοικητική και μία επιστημονική υπεύθυνη και αμέσως μετά η πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα που αποτελείται από ισότιμα μέλη. Την πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα απαρτίζουν:

- δύο διοικητικοί υπάλληλοι
- μία ψυχολόγος
- μία κοινωνική λειτουργός
- δύο εργοθεραπεύτριες
- μία φυσιοθεραπεύτρια
- έξι νοσηλευτές
- οκτώ υπάλληλοι γενικών καθηκόντων
 - επιπλέον με τον ξενώνα συνεργάζονται σε εβδομαδιαία βάση, ως εξωτερικοί συνεργάτες, ένας παθολόγος και ένας ψυχίατρος, οι οποίοι είναι διορισμένοι μόνιμα.

Ε) ΚΑΝΟΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ

Ο ξενώνας διαθέτει έναν εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας, που πρέπει να τηρείται από όλους τους τροφίμους και το προσωπικό. Επιπλέον υπάρχει για όλους τους ασθενείς ένα ημερήσιο πρόγραμμα δραστηριοτήτων, το οποίο μπορεί να τροποποιείται, ανάλογα με τις επιθυμίες και τις δυνατότητες του καθενός. Στο πρόγραμμα αυτό εντάσσεται η εργοθεραπεία και η φυσικοθεραπεία, σε καθημερινή βάση. Η εργοθεραπεία περιλαμβάνει τις εξής δραστηριότητες:

- Δουλειές (φροντίδα του προσωπικού χώρου)
- Ψώνια
- Καθημερινές υποχρεώσεις
- Εξόδους
- Διακοπές
- Εκδρομές
- Επαφή με την οικογένεια (όταν υπάρχει).

Για κάθε ασθενή, όλες οι δραστηριότητες, προσαρμόζονται βάσει ενός εξαμηνιαίου πλάνου, που προγραμματίζεται από την ψυχολόγο και την κοινωνική λειτουργό. Με αυτό το πλάνο καθορίζονται συγκεκριμένοι στόχοι για κάθε ασθενή, για αυτό το διάστημα. Στο τέλος αυτής της περιόδου, γίνεται αξιολόγηση του περιστατικού και καθορίζεται νέο πλάνο.

Κάθε ένα άτομο από το προσωπικό του ξενώνα, είναι «πρόσωπο αναφοράς» ενός ασθενή. Η επιλογή του προσώπου αυτού γίνεται από την ιδιαίτερη σχέση που χτίζεται ανάμεσα στους ασθενείς και τους φροντιστές τους. Σκοπός του προσώπου αναφοράς είναι να παρακολουθεί στενά την πορεία και την συμπεριφορά του ασθενούς, αλλά και να μπορεί να επικοινωνεί μαζί του για πράγματα που τον απασχολούν, μέσω της καλής σχέσης που υπάρχει μεταξύ τους. Αυτό το πρόσωπο, κρατά ενημέρους την κοινωνική λειτουργό και την ψυχολόγο, για την πορεία του ατόμου. Είναι ευνόητο πως η κοινωνική λειτουργός δεν μπορεί να οριστεί ως πρόσωπο αναφοράς κάποιου ασθενούς, καθώς σκοπός της είναι να χτίζει την ίδια σχέση με όλους τους τροφίμους.

ΣΤ) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Στον Ξενώνα «Άνοδος» η κοινωνική λειτουργός έχει τις εξής δραστηριότητες:

- Διοικητικές διεκπεραιώσεις. Μεσολαβεί για την κάλυψη των παροχών που δικαιούνται οι ασθενείς από το κράτος.
- Εφαρμόζει Κ.Ε.Α. : σε ό,τι αφορά την επίλυση των προσωπικών προβλημάτων και των αιτημάτων των ενοίκων.
- Εφαρμόζει Κ.Ε.Μ.Ο.: οργανώνει προγράμματα επισκέψεων στα σπίτια των οικογενειών των ασθενών και των οικογενειών στον ξενώνα. Το κομμάτι αυτό της εργασίας του, είναι πολύ σημαντικό, καθώς σε πολλές περιπτώσεις, μετά από χρόνια νοσηλεία στο Ψ.Ν.Α., δεν υπήρχε καμία επαφή των ασθενών με τις οικογένειες τους. Η αποκατάσταση των οικογενειακών σχέσεων είναι αρμοδιότητα του κοινωνικού λειτουργού.
- Διοργανώνει δραστηριότητες.
- Δουλεύει με την κοινότητα: Πριν ακόμα ο ξενώνας αρχίσει να λειτουργεί, αρμοδιότητα του κοινωνικού λειτουργού ήταν να ενημερώσει την κοινότητα και να την προετοιμάσει, για την αποδοχή του ξενώνα. Επιπλέον, είναι στην ευθύνη του η δημιουργία διασυνδέσεων του ξενώνα με τοπικούς φορείς, όπως την εκκλησία, τον Δήμο και τα Κ.Α.Π.Η. Επιπρόσθετα κάνει προσπάθειες διασύνδεσης του Ξενώνα με άλλους ξενώνες, για την οργάνωση δραστηριοτήτων.
- Ο κοινωνικός λειτουργός συντάσσει τα κοινωνικά ιστορικά των ενοίκων.

•Τέλος ο κοινωνικός λειτουργός, μαζί με την ψυχολόγο, φτιάχνει για κάθε ασθενή μία κλίμακα αξιολόγησης δεξιοτήτων.

Στον ξενώνα αυτό δεν γίνονται ομάδες, γιατί φιλοξενεί άτομα με νοητική καθυστέρηση και είναι δύσκολο να δημιουργήσουν μία ομάδα με δυναμική. Βέβαια, η νοημοσύνη των τροφίμων δεν βρίσκεται σε οριακό επίπεδο, αλλά παρόλα αυτά είναι δύσκολη η μεταξύ τους συνεργασία.

ΜΙΑ ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Α. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Έπειτα από την θεωρητική μελέτη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, κρίνεται σκόπιμη, η αναφορά κάποιων συμπερασμάτων για την πορεία της και την σημερινή φάση της εξέλιξης της. Αναφέρθηκε και στην αρχή της μελέτης μας, ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, ξεκίνησε αρκετά καθυστερημένα, σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης. Επιπλέον η πορεία της ήταν και εξακολουθεί να είναι αργή, αφού ακόμα, ουσιαστικά βρίσκεται στην αρχή.

Μετά από είκοσι δύο χρόνια ύπαρξης στη χώρα μας, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση παρουσιάζει κενά και ατέλειες:

- Τα μεγάλα ψυχιατρεία - άσυλα εξακολουθούν να υπάρχουν και κατέχουν μάλιστα κεντρικό ρόλο στο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Δεν υπάρχει επαρκής δικτύωση των υπηρεσιών υγείας.
- Σε αρκετές από τις δομές παρατηρούνται φαινόμενα ασυλιακού τύπου.
- Το σύστημα περίθαλψης και φροντίδας εξακολουθεί να είναι ιατροκεντρικό.
- Ο κεντρικός σχεδιασμός των υπηρεσιών και η τομεοποίηση με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού, παρουσιάζει σοβαρές ελλείψεις.
- Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία παρουσιάζει ελλείψεις και ασάφειες και σε ό,τι αφορά τον πάσχοντα, αλλά και σε ό,τι αφορά το σχεδιασμό των υπηρεσιών.
- Απουσία του ρόλου των χρηστών των δομών και της τοπικής αυτοδιοίκησης στην παροχή ψυχιατρικής φροντίδας σε πρακτικό, αλλά και σε νομικό επίπεδο.
- Οι δομές που υπάρχουν δεν επαρκούν και δεν στελεχώνονται επαρκώς. Σε πολλές από αυτές, παρουσιάζονται σοβαρές ελλείψεις τόσο σε ιατρικό, όσο και σε νοσηλευτικό. Εντονότερες δε, είναι οι ελλείψεις σε ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς.
- Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας είναι ανεπαρκής. Δεν υπάρχουν στην Ελλάδα, επαρκή προγράμματα εξειδίκευσης και κατάρτισης των επαγγελματιών στον τομέα της ψυχικής υγείας.
- Απουσία κάποιου είδους αξιολόγησης των υπηρεσιών φροντίδας, παρόλο που με την έναρξη της μεταρρύθμισης είχε προβλεφθεί.
- Πολυδιάσπαση των φορέων παροχής υπηρεσιών και της ασφάλισης (Ν.Π.Ι.Δ., Ν.Π.Δ.Δ. κ.τ.λ.)
- Δεν έχουν γίνει εκτεταμένες εκστρατείες για την ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση των πολιτών, σε ό,τι αφορά τη ψυχική νόσο. Υπάρχει ακόμα το

κοινωνικό «στίγμα» για τους ψυχικά πάσχοντες.

■Ο τομέας της εκπαίδευσης και της επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά πασχόντων παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις. Η επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι σχεδόν ανύπαρκτη ή ακόμη και όταν υπάρχει, βρίσκεται μπροστά σε δυσκολίες. Όταν δε, γίνεται επαγγελματική αποκατάσταση, είναι ελλιπής η εποπτεία και η στήριξη των εργαζομένων καθώς και η ευαισθητοποίηση και συνεργασία με τους εργοδότες.

■Ανεπάρκεια υπάρχει και στον τομέα της ημερήσιας φροντίδας και στον τομέα στήριξης της οικογένειας.

■Ελλιπέστατη (με γνώμονα και την προσωπική μας εμπειρία) είναι η ελληνική βιβλιογραφία για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Έτσι δυσκολεύεται η ενημέρωση και η εκπαίδευση των νέων επαγγελματιών.

Όλα τα παραπάνω, αποτελούν τα προβλήματα που παρουσιάζει η προσπάθεια για ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην χώρα μας. Παρ' όλα αυτά, είναι κοινά αποδεκτό πως ήδη έχουν γίνει μεγάλες και σημαντικές αλλαγές στον χώρο της ψυχικής υγείας. Πέρα από τα έργα υποδομών που έχουν δημιουργηθεί, από την βελτίωση των συνθηκών για την νοσηλεία των πασχόντων και από την νομική πλαισίωση της ψυχιατρικής περίθαλψης και του ψυχικά πάσχοντα (έστω και αν υπάρχουν κάποιες ελλείψεις στον τομέα αυτό), η μεταρρύθμιση μάς βοήθησε να συνειδητοποιήσουμε ότι χρειαζόμαστε μία καινούρια ψυχιατρική «κουλτούρα», νέους σχεδιασμούς στην αποασυλοποίηση, στην αποκατάσταση, στην διαχείριση πόρων, στη στοχοθεσία, στην αξιολόγηση και τέλος στο κριτήριο της ποιότητας.

Το ρόλο της κάλυψης των κενών που υπάρχουν σήμερα στην ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα, έχει αναλάβει, τα τελευταία χρόνια, το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Η συρρίκνωση των ψυχιατρείων, μέχρι και η κατάργησή τους, δεν αποτελεί πλέον φαντασίωση των επαγγελματιών στον τομέα της ψυχικής υγείας, αλλά προσδιορίζεται σήμερα, περισσότερο από ποτέ. Το πρόγραμμα αυτό, φιλοδοξεί να εισαγάγει αλλαγές τόσο για τον ψυχικά πάσχοντα, για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και τα ψυχιατρεία, όσο και για την κοινωνία γενικότερα. Μέχρι ένα βαθμό, το έχει καταφέρει και μπορούμε να υποστηρίξουμε πως έχουν γίνει βελτιώσεις σε νομικό και οργανωτικό πλαίσιο, έχουν δημιουργηθεί εξωνοσοκομειακές δομές (κυρίως ξενώνες) και συνεχίζουν να δημιουργούνται, και τέλος, γίνονται προσπάθειες για την ευαισθητοποίηση της κοινότητας, τουλάχιστον σε τοπικό επίπεδο (από τους επαγγελματίες των εξωνοσοκομειακών δομών). Έτσι λοιπόν μπορούμε να πούμε, πως αυτή η προσπάθεια μπορεί να έχει μία θετική προοπτική, μέχρι την ολοκλήρωσή της.

B. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Πέρα από τις θετικές αλλαγές που έφερε στην κοινωνία η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, από τα προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί στην πορεία και από τις προοπτικές που υπάρχουν για το μέλλον της, είναι αναγκαίο κατά τη γνώμη μας να υπάρξει ιδιαίτερη μέριμνα για τους παρακάτω τομείς:

- Τη δημιουργία μεγάλου αριθμού εναλλακτικών δομών, δηλαδή κοινοτικών ψυχιατρικών δομών. Οι δομές αυτές λειτουργούν ως «φίλτρα» στα ψυχιατρεία και έτσι αποφεύγεται η εισαγωγή μεγάλου όγκου ασθενών σε αυτά.
- Την οργάνωση ψυχιατρικών κλινικών σε όλα τα γενικά νοσοκομεία; ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες για ψυχιατρική νοσηλεία σε όλη την χώρα.
- Τη δημιουργία περισσότερων δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
- Την οργάνωση προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών και την προσφορά θέσεων εργασίας σε αυτά.
- Την απαγόρευση των εισαγωγών στα μεγάλα ψυχιατρεία και την αποϊδρυματοποίηση των χρόνιων περιστατικών που εξακολουθούν να νοσηλεύονται σε αυτά.
- Την απαλλαγή του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας από τον ιατροκεντρισμό των υπηρεσιών.
- Την πλήρη στελέχωση των δομών. Είναι ενδεικτική η παρουσία κοινωνικού λειτουργού σε ξενώνες, μόνο μία φορά την εβδομάδα, αφού είναι υπεύθυνος για δύο ή τρεις ταυτόχρονα.
- Την αξιολόγηση των υπηρεσιών, ώστε να υπάρχει κάποιος δείκτης αποδοτικότητας και η δυνατότητα βελτίωσης των παροχών τους.
- Την ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε πανελλαδικό επίπεδο, σε ό,τι αφορά την ψυχική νόσο.
- Την αποκέντρωση των υπηρεσιών και την ανάπτυξη περισσότερων δομών στην επαρχία.
- Την εκπαίδευση και την εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας για την ψυχιατρική περίθαλψη. Είναι ανάγκη να δημιουργηθούν στη χώρα μας προγράμματα μετεκπαίδευσης για τους επαγγελματίες που ασχολούνται με τον τομέα της ψυχικής υγείας αλλά και με άλλους τομείς.
- Επιπλέον, σημαντική είναι η δημιουργία ελληνικής βιβλιογραφίας για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και για την κατάρτιση των επαγγελματιών.

Με αυτό τον τρόπο θα είναι δυνατό να υποστηρίξουμε πως έχει συντελεστεί η μεταρρύθμιση.

Αν και στην εποχή μας αυτοί οι στόχοι φαίνονται εφικτοί, είναι δύσκολη και αργή η υλοποίηση τους, εξαιτίας της μικρής χρηματοδότησης, της λανθασμένης διαχείρισης των πόρων και της κακής οργάνωσης του συστήματος υγείας.

Κλείνοντας, θα θέλαμε να τονίσουμε πως η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι ουσιαστικά μία κοινωνική αλλαγή και αποτελεί μία στάση ζωής, όχι μόνο για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και τους θεραπευτές της, αλλά και για την κοινωνία γενικότερα. Για την επίτευξη της λοιπόν, δε χρειάζονται μόνο θεσμικές αλλαγές, αλλά και απόκτηση κοινωνικής ευθύνης που διαμορφώνει ιστούς ή δεσμούς κοινωνικής αλληλεγγύης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Κασδαγλή Λίνα, Πρώτον Πανελλήνιον Εκπαιδευτικόν Συνέδριον Κοινωνικών Λειτουργιών, Εκδόσεις Γεωργίου Μπιζούνη, Αθήναι 1961
- Μαδιανός Γ. Μιχάλης, Η ψυγοκοινωνική αποκατάσταση: Από το Άσυλο στην κοινότητα, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994
- Μαδιανός Γ. Μιχάλης, Η ψυγιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της: Από την θεωρία στη πράξη, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994
- Μαντωνάκης Ι., Κώστας Στεφανής: Τιμητικός ΤΟΥΟC για τον καθηγητή και ακαδημαϊκό, Επιστημονική και Κοινωνική Διαδρομή - Αφιέρωμα των συνεργατών του, Εκδόσεις Αρσενίδη, Αθήνα 2004.
- Παπαδάτος Γιάννης - Στογιαννίδου Αριάννα, Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή: Η εναλλακτική πρόταση στην παραδοσιακή ψυγιατρική, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Νοέμβριος 1988
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας - Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Έκθεση για την παγκόσμια υγεία 2001, Ψυχική Υγεία : Νέα αντίληψη - Νέα ελπίδα, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας -Γενεύη Χ. Ε.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ - ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΑ - ΗΜΕΡΙΔΕΣ - ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ:

- Επιστημονική Ένωση του Ψ.Ν.Α., Τετράδια Ψυγιατρικής: «Κοινωνική - Κοινοτική Ψυγιατρική» Νο. 5, Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος 1985
- Επιστημονική Ένωση του Ψ.Ν.Α., Τετράδια Ψυγιατρικής: «Άσυλο - Αποασυλοποίηση» Νο. 17, Ιούλιος - Αύγουστος - Σεπτέμβριος 1987
- Επιστημονική Ένωση του Ψ.Ν.Α., Τετράδια Ψυγιατρική: «Ψυγιατρική Μεταρρύθμιση - 18 και Άνω» Νο 64, Οκτώβριος - Νοέμβριος - Δεκέμβριος 1999
- Επιστημονική Ένωση του Ψ.Ν.Α., Τετράδια Ψυγιατρική: «Αποϊδρυματοποίηση και Κοινότητα» Νο 89, Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος 2005
- Επιστημονική Επιτροπή Ψ.Ν.Α., Απόφαση του Πρώτου Πανελλαδικού Συνεδρίου για την Ψυχική Υγεία: Ψυγιατρική Μεταρρύθμιση και Κοινωνική Χειραφέτηση, 18 Ιουνίου 1988
- Κοινωνική Υπηρεσία Ψ.Ν.Α. Δαφνί, Εκπαιδευτικό Υλικό (αδημοσίευτο)

- Σ.Κ.Λ.Ε., 2° Πανελλήνιο Συνέδριο (εισηγήσεις - συμπεράσματα), Αθήνα 1981
- Σ.Κ.Λ.Ε., 3° Πανελλήνιο Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργιών (πρακτικά), Αθήνα 1987
- Σ.Κ.Λ.Ε., Κοινωνική Υπηρεσία και Κοινωνική Εργασία στην Υγεία και Πρόνοια: Ανανγκαιότητα και όχι πολυτέλεια, Αθήνα 1996
- Χριστοδούλου Γ.Ν. - Κονταξάκης Β.Π., Θέματα Προληπτικής Ψυγιατρικής (Β' Τόμος), Αθήνα 1994
- DR. Bob Grove - DR. John Henderson - DR. Stefano Μθΐμμηΐ, Τελική έκθεση αξιολόνησης Της Ψυγικης Υγείας, Μάρτιος 2002

■

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1

τερες χρονολογίες στην εξέλιξη της ψυχιατρικής στην Ελλάδα ως το 1981

1838	Ίδρυση του Ψυχιατρείου στην Κέρκυρα από τους Άγγλους
1862	Νόμος ΨΜΒ «Περί συστάσεως φρενοκομείων»
1887	Ίδρυση Δρομοκαϊτείου
1905	Ίδρυση του Αιγινήτειου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου
1915	Πρώτη διάλεξη για την ψυχανάλυση από τον Μανόλη Τριανταφυλλίδη
1934	Ίδρυση του Κ.Θ.Ψ.ΠΑ στο Δαφνί.
1936	Ίδρυση της Νευρολογικής- Ψυχιατρικής Εταιρείας Αθηνών
1946	Πρώτη εφαρμογή Ηλεκτροσόκ, ECT
1948	Πρώτη έγχυση λοβοτομής στο Δαφνί
1954	Εισαγωγή των ψυχοφαρμάκων
1956	Ίδρυση του Τμήματος Ψυχικής Υγιεινής του Βασιλικού Εθνικού Ιδρύματος (Ν.Π.Ι.Δ.)
1958	Ίδρυση του Ασύλου στη Λέρο και μεταφορά χρόνιων αρρώστων, από τα άλλα Άσυλα εκεί.

Πίνακας 2

Χρονολογικός πίνακας ίδρυσης των ψυχιατρικών ιδρυμάτων

Ίδρυμα	Περιοχή	Χρόνος
Ψυχιατρείο	Μέσα στην πόλη	1838
Κέρκυρας Άσυλο	Αργοστόλι	1840
Κεφαλονιάς Σκυλίτσειο	Μέσα στην πόλη	1886
Νοσοκομείο Τμήμα Ψυχοπαθών Δρομοκαϊτείο	Στο Χαϊδάρι Αθηνών (12 χλμ)	1887
Αιγινήτειο	Έξω από το κέντρο της Αθήνας	1905
Άσυλο Φρενοπαθών Σύρου	Ερμούπολη Σύρου	1906
Η πρώτη	Αθήνα, Πατήσια	1904

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα

(1980)

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Συγκεντρωτισμός υπηρεσιών
2. Ανισοκατανομή ψυχιάτρων, αδελφών νοσοκόμων, κοινωνικών λειτουργών και αρρώστων.
3. Ανισοκατανομή ψυχιατρικού προσωπικού σε σύγκριση με το προσωπικό δημόσιας υγείας. Ανεπαρκής κατανομή χρηματοδότησης.
4. Απουσία ειδικού απογραφικού συστήματος αρρώστων.
5. Έλλειψη εθνικού ασφαλιστικού φορέα υγείας. Πολυδιάσταση των ασφαλιστικών φορέων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. Ολιγάριθμα άσυλα με μεγάλο αριθμό κρεβατιών.
2. Μακρύς χρόνος νοσηλείας.
3. Ανεπάρκεια αποτελεσματικότητας.
4. Απουσία εναλλακτικών λύσεων στην εισαγωγή στο άσυλο.
5. Έλλειψη υπηρεσιών κοινοτικής ψυχικής υγιεινής και αποκατάστασης.
6. Απουσία ψυχιατρικών μονάδων στα Γενικά Νοσοκομεία.

Πίνακας 4

Τα αναγκαία στοιχεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Νομικό πλαίσιο	Αναγκαστική νοσηλεία	Προστασία και αποκατάσταση	Υποστήριξη της οικογένειας
	+	+/-	-
Οργανωτικό πλαίσιο	Τομεοποίηση	Αποκέντρωση και ανάπτυξη συστήματος υπηρεσιών	Αποϊδρυματισμός
	-	+/-	+/-
Διοικητικό πλαίσιο	Συντονισμός του συστήματος	Στελέχωση- μετεκπαίδευση	Διοικητικός κανονισμός και ευελιξία
Διαχειριστικό πλαίσιο	Προγραμματισμός μετά από ιεράρχηση αναγκών	Αποτελεσματικοί μέθοδοι διαχείρισης των πόρων	Παρακολούθηση και αξιολόγηση
	-	-	-

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘΜΟΝ 87

Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

«Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παραγράφου 4 του άρθρου 10 του Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ Α' 143/83), όπως συμπληρώθηκε με την παράγραφο 10 του άρθρου 28 του νόμου 1579585 «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 217/Δ783).

2. Τις διατάξεις της παραγράφου 5 του άρθρου 24 του νόμου 1558 583 «Κυβέρνηση και Κυβερνητικά όργανα» (ΦΕΚ 137/Δ783).

3. Τη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, όπως διατυπώνεται στην 1/28^{ης} ολομ./8 και 12.11.85 απόφαση της ολομέλειας του και

4. Τη γνώμη 133/86 του Συμβουλίου της Επικρατείας με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Με τις διατάξεις του παρόντος, ορίζεται ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων που υπάγονται στις διατάξεις του νόμου 1397/83 και θεσπίζονται συντελεστές καθορισμού του αριθμού θέσεων προσωπικού συνολικά και κατά υπηρεσία σε αναλογία με την δύναμη των κρεβατιών τους. ΣΤΟ πλαίσιο αυτό και σύμφωνα με όσα ορίζονται με τις διατάξεις των άρθρων 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 21 και 25 του νόμου 1397/83 εξειδικεύεται ο οργανισμός κάθε Νοσοκομείου.

Άρθρο 2

Διάκριση Υπηρεσιών

1. Κάθε Νοσοκομείο απαρτίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 2 του άρθρου 10 του νόμου 1397/83 από τρεις υπηρεσίες: α) την Ιατρική, β) τη Νοσηλευτική, γ) τη Διοικητική.

2. Κάθε υπηρεσία έχει την δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση.

Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ιεραρχικά ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου.

3. Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε άλλη υπηρεσία από αυτή που υπάγεται κατά κλάδο και κατηγορία σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος, υπάγεται ιεραρχικά στην υπηρεσία που υπηρετεί.

Άρθρο 3

Διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας

1. Η ιατρική υπηρεσία κάθε Νοσοκομείου Διαρθρώνεται σε τομείς. Οι τομείς σύμφωνα με το άρθρο 11 του νόμου 1397/1983 είναι:

- α) Παθολογικός, β) Χειρουργικός, γ) Εργαστηριακός,
- δ) Ψυχιατρικός και ε) Κοινωνικής ιατρικής.

2. Η δύναμη κρεβατιών κάθε κλινικού τομέα ορίζεται σε σχέση με τη συνολική δύναμη κρεβατιών του Νοσοκομείου ως εξής:

A) Στα Γενικά Νοσοκομεία:

- Παθολογικός τομέας: μέχρι το 60% της συνολικής δύναμης
- Χειρουργικός τομέας: μέχρι το 60% της συνολικής δύναμης
- Ψυχιατρικός τομέας: μέχρι το 10% της συνολικής δύναμης.

B) Στα Ειδικά Νοσοκομεία:

- Ο τομέας της κύριας ειδικότητας του Νοσοκομείου: το 65-90% της συνολικής δαπάνης, εφόσον υπάρχει και άλλος τομέας
- Εάν υπάρχουν περισσότεροι από έναν τομείς, η υπόλοιπη δύναμη κρεβατιών κατανέμεται μεταξύ τους κατά την αναλογία των τομέων των Γενικών Νοσοκομείων.

Γ) Εάν υπάρχουν περισσότερα από ένα Νοσοκομεία στην πόλη ή και στην υγειονομική περιφέρεια της ίδιας ειδικότητας, η κατανομή κατά ειδικότητα σε κάθε νοσοκομείο μπορεί να διαφοροποιείται από τα παραπάνω ποσοστά στο πλαίσιο της κατανομής κατά ειδικότητα της συνολικής δύναμης κρεβατιών των Νοσοκομείων αυτών.

3. Εάν υπάρχουν περισσότεροι από έναν τομείς της ίδιας ειδικότητας, ο αριθμός των κρεβατιών που αντιστοιχεί σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο στον τομέα

της ειδικότητας αυτής κατανέμεται μεταξύ των τομέων αυτών.

4 Σε κάθε τομέα λειτουργούν τμήματα κατά ειδικότητα καθώς και ειδικές μονάδες που υπάγονται οργανικά σε τμήματα, όπως ενδεικτικά ορίζονται.

Άρθρο 9 Συντελεστές καθορισμού δύναμης προσωπικού

Ο αριθμός των θέσεων προσωπικού κάθε Νοσοκομείου ορίζεται κατά υπηρεσία σε ποσοστό:

A) 6-15% για την Ιατρική υπηρεσία

B) 35-45% για τη Νοσηλευτική υπηρεσία

Γ) 35-40% για τη Διοικητική Υπηρεσία, επί της συνολικής δύναμης κρεβατιών του Νοσοκομείου, πολλαπλασιαζόμενης με τον συντελεστή: A) για τα Γενικά Νοσοκομεία από 2-3 B) για τα Ειδικά Νοσοκομεία, πλην Ψυχιατρικών 1,8-2,8 και Γ) για τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία από 0,5-2.

Άρθρο 14

Προσωπικό Κέντρων Υγείας

ΣΤΟ σύνολο των θέσεων κάθε υπηρεσίας, που καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του παρόντος, δεν συμπεριλαμβάνονται οι θέσεις των γιατρών των Κέντρων Υγείας, που υπηρετούν μόνιμα σε αυτά και τα περιφερειακά ιατρεία, καθώς και οι θέσεις των άλλων κλάδων προσωπικού που υπηρετεί σε αυτά.

Ο συνολικός αριθμός των θέσεων του κατά υπηρεσία προσωπικού, που καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του παρόντος, κατανέμεται αντίστοιχα μεταξύ των κλάδων κάθε υπηρεσίας με τον οργανισμό του Νοσοκομείου.

ΤΟ ΠΕΝΤΑΕΤΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΡΧΙΚΑ ΠΡΟΕΒΛΕΠΕ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΘΟΥΝ:

1. 6 Κέντρα Ψυχικής Υγείας στον Νομό Αττικής (λαμβάνοντας ιδιαίτερα υπόψη τις ανάγκες των υποβαθμισμένων δυτικών περιοχών). Στα Κέντρα αυτά προβλέφθηκε και η εκπαίδευση του προσωπικού.
2. 2 Κέντρα Ψυχικής Υγείας στη Θεσσαλονίκη, ένα για την κάλυψη του Δυτικού Τομέα

και ένα του Κεντρικού Τομέα και 15 για την λοιπή χώρα.

3. 3 Ψυχιατρικοί Τομείς ενηλίκων σε γενικά νοσοκομεία της Αθήνας.
 4. 2 Ψυχιατρικοί Τομείς ενηλίκων σε γενικά νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης.
 5. 1 Ψυχιατρικός Τομέας ενηλίκων στο γενικό νοσοκομείο Πάτρας.
 6. 1 Ψυχιατρικός Τομέας σε γενικό παιδιατρικό νοσοκομείο στην Αθήνα.
 7. 1 Ψυχιατρικός Τομέας παιδών και εφήβων σε γενικό νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης.
 8. Μία μονάδα εφήβων που παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές και είχαν ανάγκη για θεραπεία σε κατάλληλο πλαίσιο σε νοσοκομείο των Αθηνών (πilotικό πρόγραμμα).
 9. 2 ξενώνες, ένας στην Αθήνα σε σύνδεση με το Κ.Θ.Ψ.Π.Α., και ένας στην Θεσσαλονίκη σε σύνδεση με το Ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης. Επιπλέον δημιουργήθηκαν άλλοι 15 ξενώνες σε διάφορες επαρχιακές πόλεις.
- 10.3 Κέντρα Προεπαγγελματικής Κατάρτισης, 2 στην Αθήνα και 1 στην Θεσσαλονίκη. Το Κέντρο της Αθήνας λειτούργησε ως πρόγραμμα πιλότος σε συνδυασμό με τη λειτουργία ξενώνα.

Επιπλέον το πενταετές πρόγραμμα περιελάμβανε:

- 1 1 . την επισκευή και την αναμόρφωση των κτιριακών εγκαταστάσεων στο Ψυχιατρείο της Λέρου.
- 1 2. Προγράμματα ταχύρυθμης εκπαίδευσης του προσωπικού (νοσηλεύτες, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, και άλλοι επιστήμονες στον χώρο της ψυχικής υγείας). Η εξειδίκευση έγινε στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες της Ε.Ο.Κ.
 - 1 3. Μονάδες αξιολόγησης στα ψυχιατρεία.
 - 1 4. Μονάδες οξέων περιστατικών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
 - 1 5. Μονάδες πιλότοι (πειραματικά προγράμματα).

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ 15 ΙΟΥΛΙΟΥ 1992

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 123

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2071 15/7/92

ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Άρθρο 13

Ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

1. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται και από:

- α) Ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία
- β) Ιδιωτικά πολυϊατρεία
- γ) Ιδιωτικά οδοντιατρικά κέντρα
- δ) Ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια
- ε) Πολυδύναμα διαγνωστικά κέντρα
- στ) Ιδιωτικά εργαστήρια φυσιοθεραπείας

2. Οι όροι, προϋποθέσεις και προδιαγραφές εν γένει ίδρυσης και λειτουργίας των παραπάνω ιδιωτικών φορέων, η εποπτεία επ' αυτών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Τα άρθρα του Νόμου 2071 για την Ψυχική Υγεία (1992)

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

1. Άρθρο 91	Σκοποί και αρχές που διέπουν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση
2. Άρθρο 92	Τομεοποίηση της ψυχικής υγείας
3. Άρθρο 93	Μονάδες ψυχικής υγείας
4. Άρθρο 94	Εκούσια νοσηλεία
5. Άρθρο 95	Ακούσια νοσηλεία
6. Άρθρο 96	Διαδικασία εισαγωγής
7. Άρθρο 97	Ένδικα μέσα
8. Άρθρο 98	Συνθήκες νοσηλείας
9. Άρθρο 99	Διακοπή - διάρκεια - λήξη ακούσιας νοσηλείας
10. Άρθρο 100	Υποτροπή ασθένειας
11. Άρθρο 101	Ιδιωτικοί φορείς ψυχικής υγείας

Η διάρθρωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο Νόμο 2071/1992

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

1. Άρθρο 12	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
2. Άρθρο 13	Ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
3. Άρθρο 14	Κινητές μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
4. Άρθρο 15	Κέντρα Υγείας και Υγειονομικοί Σταθμοί
5. Άρθρο 16	Σκοπός των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Πρόληψης
6. Άρθρο 17	Οργάνωση και λειτουργία Κέντρων Υγείας
7. Άρθρο 18	Διοίκηση Κέντρων Υγείας
8. Άρθρο 19	Λειτουργική και επιστημονική διασύνδεση των Κέντρων Υγείας με τα Νοσοκομεία