

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

ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΚΙΝΗΤΩΝ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ
ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΜΑΝΙΩΤΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΜΑΝΟΥΣΑΚΗ ΧΡΥΣΟΒΑΛΑΝΤΟΥ

ΤΖΙΡΒΕΛΑΚΗ ΙΩΑΝΝΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ :

Δρ. ΣΙΚΕΛΙΑΝΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΠΑΤΡΑ
ΙΟΥΝΙΟΣ 2010

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ:

ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΚΙΝΗΤΩΝ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ
ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:
ΜΑΝΙΩΤΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
ΜΑΝΟΥΣΑΚΗ ΧΡΥΣΟΒΑΛΑΝΤΟΥ
ΤΖΙΡΒΕΛΑΚΗ ΙΩΑΝΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
Δρ. ΣΙΚΕΛΙΑΝΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.)

Πάτρα
Ιούνιος 2010

✓ © 2010 - All rights reserved
✓ © 2010 – Copyright υπό Μανιώτα Παναγιώτα, Μανουσάκη
Χρυσοβαλάντου, Τζιρβελάκη Ιωάννα

Ευχαριστίες

Αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε αρχικά την κυρία Σικελιανού Δέσποινα, επιστημονική συνεργάτης του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πάτρας, που επέβλεψε την πτυχιακή εργασία μας και κατέστησε εφικτή την ολοκλήρωσή της. Την ευχαριστούμε για την επιστημονική καθοδήγηση και την υποστήριξη που πρόσφερε για την ολοκλήρωση της ερευνητικής μελέτης. Την ευχαριστούμε επίσης γιατί αποτελεί πρότυπο ακούραστου και αφοσιωμένου επιστήμονα με υψηλές απαιτήσεις και προσδοκίες που κοσμεί τον επιστημονικό χώρο.

Ακόλουθα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, παιδοψυχιάτρους, επισκέπτες υγείας, κινησιοθεραπευτές και φυσιοθεραπευτές που με την πολύτιμη βοήθεια που μας έδωσαν κατέστησαν δυνατή την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν στη συλλογή του υλικού για την συγγραφή της πτυχιακής και ιδιαίτερα την κυρία Μπαλωμένου Μαρία ψυχιατρική νοσηλεύτρια στην Κινητή Μονάδα Υπαίθρου.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς και τους φίλους μας για την συμπαράσταση και την κατανόηση που έδειξαν σε όλες τις δύσκολες στιγμές μας κατά την επεξεργασία και μελέτη του θέματος.

Περίληψη μελέτης

Η ερευνητική αυτή μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει τις απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την αναγκαιότητα και την αποτελεσματικότητα των κινητών μονάδων ψυχιατρικής περίθαλψης των ασθενών στην κοινότητα. Η μελέτη αυτή χωρίζεται σε δυο μέρη: το Μέρος Α και το Μέρος Β. Στο Μέρος Α γίνεται μια εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος όπως, ο ρόλος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα μέχρι και σήμερα, οι βασικές αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών και ο ρόλος και η λειτουργία των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Στο Μέρος Β (ερευνητικό μέρος) παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας. Η έρευνα ήταν ποσοτική και χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της επισκόπησης. Το δείγμα αποτελούνταν από 110 επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι εργαζόταν σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής: i) Ο επαγγελματικός ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι πάρα πολύ σημαντικός, γιατί είναι πιο ξεκάθαρος και αυτό οδηγεί στη συνοχή της θεραπευτικής ομάδας, ii) Η αδυναμία των υπαρχόντων υπηρεσιών ψυχικής υγείας να παρακολουθούν τακτικά τους ψυχικά ασθενείς στην κοινότητα. Είναι ο σημαντικότερος λόγος για την άμεση ανάπτυξη των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, iii) Ο σημαντικότερος στόχος της λειτουργίας των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας είναι η κάλυψη των αναγκών των ψυχικά ασθενών που κατοικούν σε απομακρυσμένες περιοχές και iv) Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας προτείνουν ότι οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας πρέπει να υπάρχουν σε όλους τους νομούς της χώρας.

Summary

This study aimed at the opinions of mental health professionals for the necessity and the effectiveness of mobile units for psychiatric care in the community. This study is separated in two parts: part A and Part B. In Part A becomes an extensive bibliographic examination of the subject such as the role of psychiatric reform in Greece, the main beginnings of Community psychiatry and psychosocial rehabilitation of mental patients and the function of Mobile Mental Health Units in Greece and Europe. In Part B is presented the methodology of research. The research was quantitative and was used the method of review. The sample was constituted by 110 mental health professionals that worked in mental health Services.

According to the results of this research i) the role of professionals in Mobile Units is too much important, because is more evident and this leads to the cohesion of the therapeutic team, ii) the weakness of existing mental health Services to continue the treatment of community, iii) the most important aim of function of Mobile Mental Health Units is the cover of needs of mental patients that they live in removed regions and iv) the professionals of mental health propose that the Mobile Mental Health Units should exist in the all Greek prefectures.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	VI
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	I
SUMMARY	IX
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	X
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
Αναγκαιότητα μελέτης	4
Σκοπός μελέτης	4
Ορισμοί εννοιών	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ / ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΥΝΑΦΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ/ΜΕΛΕΤΩΝ.....	11
1.1. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	11
1.1.1. Η μεταβατική περίοδος της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα	16
1.1.2. Η περίοδος της ψυχιατρική μεταρρύθμιση 1981-2010	22
1.2. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ.....	31
1.2.1. Βασικές αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής	31
1.2.2. Έννοια και αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.....	35
1.2.2.1 Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των Χρόνιων Ψυχικά Ασθενών ..	40
1.2.2.2. Πεδία ψυχοκοινωνικών αποκαταστασιακών παρεμβάσεων σε ατομικό επίπεδο.....	41
1.2.3. Δομές και υπηρεσίες της ψυχιατρικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.....	42
1.3 ΟΙ ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	60
1.3.1. Το θεσμικό πλαίσιο των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας	60
1.3.2. Οι δραστηριότητες των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας.....	62
1.3.3. Μοντέλα θεραπευτικής παρέμβασης στις κινητές μονάδες ψυχικής υγείας	64
1.3.4. Ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις κινητές μονάδες ψυχικής υγείας.....	72
1.3.5. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στις κινητές μονάδες ψυχικής υγείας.....	83
1.3.6. Παρουσίαση των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.....	88
1.3.7. Παρουσίαση των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας στην Ευρώπη.....	120
ΜΕΡΟΣ Β: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	129
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	129
2.1. Μέθοδος/είδος έρευνας	129
2.2. Ερευνητικές υποθέσεις / Ερευνητικά ερωτήματα	130
2.3. Πληθυσμός – Δείγμα.....	131
2.4. Επιλογή εργαλείων έρευνας	132
2.5. Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας	133
2.6. Συλλογή δεδομένων	133
2.7. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων	133
2.8. Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας	133
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	134
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	135
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	172
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	178

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	182
7.1. Η σημασία του επαγγελματικού ρόλου των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας.....	182
7.2. Οι παράγοντες ανάπτυξης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.....	183
7.3. Οι στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης και η αποτελεσματικότητα των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.....	184
7.4. Οι προτάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη λειτουργία των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.....	184
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	186
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	195
Α. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	
Β. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	
Γ. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	

Εισαγωγή

Με τον όρο «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση» εννοούμε το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν στον ψυχικά ασθενή να παραμένει ενεργός πολίτης μέσα στην κοινότητα, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη (Βλαχάκη, 2009).

Στη χώρα μας η ψυχιατρική μεταρρύθμιση άρχισε ουσιαστικά στη δεκαετία του '80 με την είσοδο μας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, και με αφορμή και αιχμή μια διεθνή ευαισθητοποίηση που αφορούσε τις συνθήκες νοσηλείας στο ψυχιατρείο της Λέρου (Λιάκος, 2003). Σύμφωνα με τους Στυλιανίδη και Στυλιανούδη (2008), η αποϊδρυματοποίηση της Λέρου ξεκίνησε με τον πανικό που δημιουργήθηκε από άρθρα τα οποία δημοσιεύτηκαν στον διεθνή τύπο και αφορούσαν τις συνθήκες των ασθενών του ψυχιατρικού Νοσοκομείου Λέρου. Το πρόγραμμα της Λέρου αποτέλεσε παράγωγο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα που αναφέρεται στον κανονισμό 815/84 της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εισάγοντας αξιοθαύμαστη υποστήριξη και επιχορήγηση, για εκσυγχρονισμό του αρχαϊκού ιδρυματικού καθεστώτος της Ελλάδας.

Ο ρυθμός εφαρμογής όμως παρουσίαζε καθυστερήσεις σε σχέση με τα χρονοδιαγράμματα, εν μέρει λόγω διοικητικών δυσκολιών και εν μέρει λόγω της φύσης των θεμελιωδών αλλαγών που απαιτούνται για τη μετάβαση από την παραδοσιακή ψυχιατρική περίθαλψη των ασθενών, εντός του ψυχιατρικού νοσοκομειακού περιβάλλοντος, στις δομές που προβλέπονται στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου μοντέλου που στρέφεται γύρω από την κοινότητα (Τζωράκη-Χατζάκη και συν., 2005). Η δεύτερη φάση του προγράμματος «Λέρος» υλοποιήθηκε την περίοδο 1993-1995, προέβλεπε την επέκταση της παρέμβασης εξανθρωπισμού των συνθηκών διαβίωσης σε όλο το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου (<http://www.koispe.gr>).

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 την δημιουργία νέων δομών για την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με βάση την κοινότητα, σε όλη την Ελλάδα. Προσφέροντας κατ' αυτόν τον τρόπο τοπικές υπηρεσίες σε όλο τον πληθυσμό και σε όλο το εύρος ηλικιών (Τζωράκη-Χατζάκη και συν., 2005). 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 (<http://www.yyka.eu>).

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει την ανάπτυξη των ακόλουθων νέων δομών: Ολοκληρωμένα ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία, Ολοκληρωμένα παιδοψυχιατρικά τμήματα σε Γενικά νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής για ενήλικες, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους, Μονάδες άμεσης παρέμβασης στην κρίση για άτομα εξαρτημένα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, Μονάδες σε Γενικά Νοσοκομεία, Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς, Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου, που περιλαμβάνουν Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας, Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης, Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους, Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής, διασυνδεδεμένης με τα Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα, Μονάδες Επαγγελματικής Επανεκπαίδευσης και Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης (Μαδιανός,2000).

Η κρίσιμη φάση που διέρχεται η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα μας, ο ορατός κίνδυνος επώδυνης παλινδρόμησης και αναπαραγωγής ασυλικών πρακτικών, τόσο σε ενδονοσοκομειακό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο, η αποδόμηση του κράτους πρόνοιας και η αποδυνάμωση της Δημόσιας Υγείας αποτελούν το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο σηματοδοτείται η ίδρυση και λειτουργία των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

Η Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας αποτελούν ειδικά για μικρούς και απομακρυσμένους νομούς, τον ακρογωνιαίο λίθο της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αναλαμβάνει την πρόληψη, την ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας, την έγκαιρη παρέμβαση, συχνά σε περιπτώσεις κρίσης, τη θεραπευτική αντιμετώπιση καθώς και την επαφή με την οικογένεια του αρρώστου. Η κινητή μονάδα είναι αυτή που εγγυάται τη σταθερότητα και τη συνέχεια στη φροντίδα. Απευθύνεται πρωτίστως σε ψυχωτικούς και βαριά διαταραγμένους ασθενείς, χωρίς να αποκλείει ηπιότερες ψυχικές διαταραχές. Κύριος στόχος είναι

η αντιμετώπιση των ψυχιατρικών προβλημάτων μέσα στην κοινότητα, χωρίς να χρειαστεί ο ασθενής να αποκοπεί από τον κοινωνικό του περίγυρο. Ταυτόχρονα αντιμετωπίζοντας τον ψυχικά ασθενή ως βιοψυχοκοινωνικό σύνολο, προσπαθεί να διαχειριστεί κοινωνικά θέματα, ζητήματα επαγγελματικής αποκατάστασης ή ακόμα να κάνει τις απαραίτητες ενέργειες ώστε ο ασθενής να λάβει την απαιτούμενη ιατρική φροντίδα, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο (Βλαχάκη, 2009).

Οι Γιαντσελίδου - Φραγκούλη, (2003) αναφέρουν επίσης, ότι έργο της κινητής μονάδας είναι η ευαισθητοποίηση της κοινωνικής ομάδας απέναντι στην ψυχική υγεία, η πρόληψη και η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών μέσα στην κοινότητα. Έτσι η κινητή μονάδα συμβάλει στη δημιουργία ενός λιγότερο επιφυλακτικού κλίματος απέναντι στους ασθενείς, διευκολύνοντας την ένταξή τους στον κοινωνικό ιστό της πόλης. Είναι ένα παράδειγμα της αξίας και της απόδοσης μιας συνεργασίας ανάμεσα σε μια Μονάδα Πρωτοβάθμιας Περιθάλψης με μια Μονάδα Αποασυλοποίησης.

Ένας σημαντικός στόχος των εξωνοσοκομειακών δομών είναι η δευτερογενής πρόληψη των χρόνιων ψυχωτικών διαταραχών, δηλαδή ο περιορισμός της έντασης και της διάρκειας των ψυχωτικών συμπτωμάτων, η μείωση του αριθμού των υποτροπών. Προϋπόθεση για αυτό είναι η διαθεσιμότητα των θεραπειών, η συνέχεια στη φροντίδα των ασθενών. Ένα μεγάλο μέρος δραστηριοτήτων αυτού του είδους έχει αναληφθεί από τις Κινητές Ψυχιατρικές Μονάδες (Λειβαδίτης, 2003).

Η κινητή ομάδα κρίσης προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα στην κοινότητα, μερικά από τα οποία είναι:

- Η προσβασιμότητα των υπηρεσιών: Μια ειδική ομάδα από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, είναι σε θέση να αξιολογήσει τον ασθενή στο χώρο του και να αρχίσει αμέσως θεραπεία, παρακάμπτοντας αυτή η δυσκολία. Η αύξηση της προσβασιμότητας οδηγεί σε βελτιωμένη παροχή υπηρεσιών.
- Η ακρίβεια των αξιολογήσεων: Παρατηρώντας τον ασθενή στο χώρο και την στιγμή της κρίσης επιτρέπει την πιο πλήρη αξιολόγηση με το λιγότερο τραύμα στον ασθενή.
- Η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα: Η θεραπεία των ασθενών νωρίς σε αντιρρόπηση μπορεί να εμποδίσει την ανάγκη για επείγουσα νοσηλεία.

- Η συνεργασία με άλλους φορείς: Λόγω της κινητικότητας και της ορατότητας της, μία κινητή ομάδα κρίσης μπορεί να λειτουργήσει ως σύνδεσμος με όλες τις δημόσιες και ιδιωτικές κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η κινητή ομάδα κρίσης είναι εξοπλισμένη με μοναδικό τρόπο για παροχή πρώτης γραμμής φροντίδας της ψυχικής υγείας, όταν και όπου είναι περισσότερο απαραίτητη. Είναι σε θέση να παρέχει επιτόπια αξιολόγηση, τη διαχείριση κρίσεων, την επεξεργασία, την παραπομπή καθώς και εκπαιδευτικές υπηρεσίες για τους ασθενείς, τις οικογένειες τους, των υπαλλήλων επιβολής του νόμου αλλά και στην κοινότητα. Η κινητή ομάδα κρίσης παρέχει πρόσβαση σε φροντίδα ψυχικής υγείας για ακόμη πιο υποεξηγηρητούμενο πληθυσμό με αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο (<http://psychservices.psychiatryonline.org>).

Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας αποτελούν την πλέον απτή έκφραση της αντίληψης ότι ο ψυχικά πάσχων με την ανάπτυξη των κατάλληλων κοινοτικών δομών και με την περιοδική προληπτική, προνοιακή ή και θεραπευτική συνδρομή, δύναται να διαβιώνει αρμονικά και παραγωγικά στο κοινωνικό του περιβάλλον. Όσο διαχρονικά ισχυρή είναι η ανθρώπινη αξία της διατήρησης του ψυχικά πάσχοντος σε λειτουργική κατάσταση στο οικείο περιβάλλον του, τόσο δεδομένο και αποδεδειγμένο είναι και το δημοσιονομικό όφελος της πολιτείας και της κοινωνίας που την υποστηρίζει.

Αναγκαιότητα μελέτης

Η εργασία αυτή έγινε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πατρών για την απόκτηση πτυχίου.

Σκοπός μελέτης

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η μελέτη των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας. Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε τις απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την αναγκαιότητα και αποτελεσματικότητα των κινητών μονάδων ψυχιατρικής περίθαλψης των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα.

Ορισμοί εννοιών

Αποασυλοποίηση

Η γενικότερη μεταβολή στο χώρο της φροντίδας για την ψυχική υγεία, από τα παραδοσιακά ιδρυματικά (κλειστά) πλαίσια, σε υπηρεσίες βασισμένες στην κοινότητα (ανοιχτή περίθαλψη) (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, τόμος 2, σελ.662,1993).

Αποϊδρυματοποίηση

Προγράμματα, που δίνουν έμφαση στην έξω από τα νοσοκομεία θεραπεία και διαμονή στην κοινωνία των ασθενών, συνήθως, με χρόνιες ψυχασθένειες ή με σωματικά μειονεκτήματα (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, τόμος 2, σελ.662, 1993).

Σχιζοφρένεια

Νευροψυχιατρική νόσος της ομάδας των ψυχώσεων που παρατηρείται κυρίως σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες και κατά την οποία συντελείται βαθιά μεταμόρφωση και, προπάντων, διάλυση της προσωπικότητας (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, τόμος 56, σελ. 477, 1993). Είναι διαταραχή που επηρεάζει πολλές, σχεδόν όλες τις ψυχικές λειτουργίες και χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση στο βίωμα της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, εμφάνιση παράξενης συμπεριφοράς και συμπτώματα στη σκέψη και στο λόγο, στην αντίληψη, στο συναίσθημα, στην ψυχοκινητικότητα, στην προσοχή και στη συγκέντρωση (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, τόμος 8, σελ. 4619,1993).

Αποκατάσταση

Η χρησιμοποίηση ιατρικών και επαγγελματικών τεχνικών για να δοθούν σε έναν άρρωστο ή ανάπηρο άτομο οι δυνατότητες διαβίωσης στην έκταση που επιτρέπουν οι απομένουσες ικανότητές του και ο βαθμός της υγείας τους. Η έμφαση δίνεται αρχικά στην ιατρική πλευρά, εν συνεχεία στη φυσικοθεραπεία και την απασχολησιοθεραπεία και τέλος στην επαγγελματική και κοινωνική πλευρά (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, τόμος 10,σελ 189-190, 1993).

Οικογένεια

Η οικογένεια με την έννοια μιας διαρκούς οργάνωσης συγγενικών σχέσεων αίματος ή σχέσεων γονέων παιδιού με σκοπό την κοινή διαβίωση και τη

διατήρηση του είδους αποτελεί μια πρώιμη μορφή ανθρώπινης διαβίωσης (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, τόμος 6, σελ.3412, 1993).

Ψυχιατρική Αποκατάσταση

Η διαδικασία επαναφοράς των ψυχικά ασθενών στην ενεργό συμμετοχή στην κοινότητα. Σε ένα νοσοκομείο το οποίο είναι οργανωμένο ως θεραπευτική κοινότητα η διαδικασία αποκατάστασης ξεκινά κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και συνίσταται σε προγράμματα δραστηριοτήτων, διακυβέρνηση των ασθενών και ομαδικές συζητήσεις, με στόχο την προετοιμασία των ασθενών και μια δημιουργική, ανεξάρτητη διαβίωση. Μετά την νοσηλεία προβλέπεται η ένταξη σε ενδιάμεσες δομές με προγράμματα μετάβασης· η αποϊδρυματοποίηση και η επανένταξη στην κοινότητα επιτυγχάνονται με τη βοήθεια του επαγγελματικού προσανατολισμού της επαγγελματικής αποκατάστασης και των κοινωνικών υπηρεσιών (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, τόμος 9, σελ. 5186, 1993).

Ψυχική ασθένεια

Όρος που ανήκει στον Janet και δηλώνει μια γενική πτώση του ψυχικού επιπέδου. Οι ψυχασθενείς έχουν μεγάλη δυσκολία να προσαρμοστούν στο περιβάλλον και να αποδεχτούν την πραγματικότητα· παρατηρούνται επίσης αγχώδεις καταστάσεις, ψυχαναγκασμοί κλπ. Η σύγχρονη ψυχολογία αναφέρει τους «ασθενικούς ψυχοπαθείς», με χαρακτηριστικά συμπτώματα την έκδηλη τάση συχνού καμάτου και τα υποχονδριακά στοιχεία προσωπικότητας (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, τόμος 9, σελ.5182, 1993).

Ψυχιατρική Μονάδα

Μονάδα γενικού νοσοκομείου οργανωμένη για τη θεραπεία ψυχιατρικών ασθενών με οξεία διαταραχή, με βάση την εσωτερική νοσηλεία. Στις μονάδες αυτές υπάρχει συνήθως πρόβλεψη για κάλυψη και εισαγωγή επειγόντων περιστατικών, θεραπεία με ψυχοτρόπα φάρμακα ή ηλεκτροσόκ, ομαδική θεραπεία, ψυχολογικές εξετάσεις, όπου χρειάζονται, κοινωνική υπηρεσία και χρήση βοηθητικών τεχνικών, όπως η εργασιοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία, η κινησιοθεραπεία, καθώς και ομάδες συζήτησης (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, τόμος 9, σελ. 5187, 1993).

Ψυχιατρικό νοσοκομείο

Δημόσιο ή ιδιωτικό ίδρυμα, το οποίο παρέχει ευρύ φάσμα διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών σε διαταραγμένα άτομα, με βάση την εσωτερική νοσηλεία. Οι θεραπευτικές τεχνικές περιλαμβάνουν, ανάμεσα σε άλλα, την ψυχοθεραπεία, τη φαρμακοθεραπεία, την εργασιοθεραπεία, την κοινωνιοθεραπεία και την ψυχαγωγική θεραπεία (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, τόμος 9, σελ. 5187, 1993).

Ψυχική υγεία

Ο όρος υποδηλώνει τη διατήρηση ικανοποιητικής προσαρμογής της προσωπικότητας και μια σχετική απουσία ψυχικής διαταραχής (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, τόμος 9, σελ.5187, 1993).

Στίγμα

Προσωπικό χαρακτηριστικό το οποίο από πολύ νωρίς ξεχωρίζει το άτομα από τους άλλους και το οποίο αποτελεί ή πιστεύεται ότι αποτελεί ένα σωματικό, ψυχολογικό ή κοινωνικό μειονέκτημα. Δηλώνει κοινωνική αποδοκιμασία και μπορεί να έχει οικονομικές, κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, τόμος 8, σελ. 4388,1993).

Κοινωνική Ψυχιατρική

Κλάδος της ψυχιατρικής που ενδιαφέρεται για τις κοινωνιολογικές-οικολογικές και πολιτιστικές μεταβλητές που συντελούν στη γένεση, έκφραση ή ενίσχυση παθολογικών (δυσπροσαρμοστικών) τύπων συμπεριφοράς, την έρευνα και τη θεραπεία τους (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, τόμος 5,σελ. 2701, 1993).

Κοινοτική Ψυχιατρική

Κλάδος της ψυχιατρικής, ο οποίος αναφέρεται στη χρησιμοποίηση, στον ανώτατο βαθμό, των πόρων και των δυνατοτήτων της κοινότητας για την επισήμανση, τη θεραπεία ή την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών ή των νοητικά καθυστερημένων ατόμων. Στοχεύει συγχρόνως στη θεραπεία και στην πρόληψη μέσα στα πλαίσια της κοινότητας ενιαίων υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, στη συνεργασία και στο συντονισμό όλων των

μη ψυχιατρικών οργανισμών που έχουν σχέση με τη ψυχική υγεία (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, τόμος 5,σελ. 2655,1993).

Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Υπηρεσία η οποία λειτουργεί ως μια πρακτική εναλλακτική λύση για την παροχή θεραπευτικής αγωγής σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, που ζουν σε περιοχές στις οποίες δεν υπάρχουν ψυχιατρεία ή ψυχιατρικές κλινικές. Λειτουργεί ως κοινοτική βάση. Οι υπηρεσίες που προσφέρει περιλαμβάνουν μέτρα πρόληψης των ψυχικών ασθενειών, παροχή θεραπευτικής αγωγής αλλά και μέτρα επανένταξης των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην κοινωνία (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, τόμος 5, σελ. 2655,1993).

Κοινότητα

Χαρακτηρίζει ένα νέο είδος σχέσεων που, ιστορικά, κυριαρχεί πρωταρχικά στην οικογένεια και κατά δεύτερο λόγο στο χωριό μέχρι και στη μικρή επαρχιακή πόλη. Στον πρωταρχικό πυρήνα της κοινότητας, την οικογένεια, οι σχέσεις καθορίζονται από τη διαδοχή των γενεών. Στην κοινότητα έχουμε μια άμεση και πηγαία σχέση προσώπων που, ενωμένα με το χρόνο και το χώρο, νιώθουν ότι αποτελούν ένα αδιάσπαστο «εμείς», μια κοινότητα ζωής (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, τόμος 5, σελ. 2647,1993).

Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα (Κ.Ψ.Μ.)

Ομάδα ειδικών της ψυχικής υγείας που καλύπτει τις ανάγκες περίθαλψης των κατοίκων περιοχών υπαίθρου, απομακρυσμένων από τα μεγάλα αστικά κέντρα, όπου κατά κύριο λόγο είναι συγκεντρωμένες οι περισσότερες δομές παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών. Οι κινητές ψυχιατρικές μονάδες αναπτύσσονται στα πλαίσια της δημόσιας εξωνοσοκομειακής περίθαλψης κατά την τελευταία δεκαετία και σε συνεργασία ,με τους άλλους φορείς και συμπληρώνουν το έργο παροχής υπηρεσιών τόσο στους τομείς της πρόληψης όσο και της θεραπείας των ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων και της αποκατάστασης των ψυχικά πασχόντων (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, τόμος 5, σελ. 2609,1993).

Τομεοποίηση

Η δημιουργία ενός δικτύου παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών ανά γεωγραφική περιοχή (Σακελλαρόπουλος, 2003). Αποτελεί βασική οργανωτική αρχή της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας, σύμφωνα με το νόμο 2716/99. Οι πολύ μεγάλοι τομείς των 250 ή 300 χιλιάδων κατοίκων, που έχουν θεσμοθετηθεί με υπουργικές αποφάσεις είναι ένα αρχικό πλαίσιο σχεδιασμού των υπηρεσιών, καθώς το μέγεθός τους δυσχεραίνει την επαφή με τον κοινωνικό ιστό και κατά συνέπεια τις δράσεις πρόληψης και βασικής φροντίδας των ασθενών (Τριανταφύλλου, 2009).

Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 του Νόμου 2716 του 1999, αναφέρεται ότι «ορίζεται ως οργανωμένο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης το σύνολο καθημερινών, προγραμματισμένων και εξατομικευμένων δράσεων που έχουν ως σκοπό την άσκηση και υποστήριξη του αρρώστου προκειμένου να επανενταχθεί στην κοινότητα. Για όσα άτομα είναι ήδη ενταγμένα στην κοινότητα σκοποί των οργανωμένων δράσεων είναι η διεύρυνση των δεξιοτήτων τους, η βελτίωση της θέσης τους μέσα στην κοινωνία και η απελευθέρωση της δημιουργικότητάς τους. Τελικός στόχος όλων των δράσεων αυτών είναι η λειτουργική αυτονομία του ατόμου» (Μαδιανός, 2000).

Σύμφωνα με την Συνεταιριστική Διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρίας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (WHO-WAPR, 1996) «η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα -με έκπτωση λειτουργικότητας ανάικα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή- να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατόν περισσότερο ποιοτική για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχονοητική διαταραχή, ή που έχουν μια έκπτωση της ψυχονοητικής τους ικανότητας τέτοια, που να έχει παραγάγει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας» (Ζήση, 2002).

Χρόνιος ψυχικά ασθενής

Σύμφωνα με τον Goldman και συν. (1981), ως χρόνια ψυχικά άρρωστοι θεωρούνται άτομα που υποφέρουν από συγκεκριμένες ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές και από άλλες διαταραχές που μπορεί να χρονίσουν και να διαταράξουν ή να εμποδίσουν την ανάπτυξη της λειτουργικότητάς τους σε τρία ή περισσότερα επίπεδα της καθημερινής ζωής, όπως είναι η προσωπική υγιεινή και φροντίδα, η δημιουργία και διατήρηση διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, η ικανότητα μάθησης και διασκέδασης, με τελικό αποτέλεσμα την αδυναμία της οικονομικής τους αυτονομίας (Μαδιανός, 2000).

Λειτουργικότητα

Ως λειτουργικότητα ορίζεται ο βαθμός ικανοποίησης των απαιτήσεων από συγκεκριμένους ρόλους- πχ εργαζόμενου, γονέα, συζύγου, φοιτητή κτλ. Στην έννοια της λειτουργικότητας υπεισέρχονται η μειονεξία από την ψυχοπαθολογία, η επακόλουθη ανικανότητα ή και η αναπηρία (Μαδιανός, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ / ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΥΝΑΦΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ/ΜΕΛΕΤΩΝ

1.1. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στις αρχές του 20ού αιώνα, η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας περιελάμβανε το Δρομοκαϊτείο, το Αιγινήτειο, το ψυχιατρείο της Κέρκυρας ,μικρότερα άσυλα στη Θεσσαλονίκη, Σούδα, Σύρο, Χίο, Λέσβο και Κεφαλονιά. Με το τέλος της τραγικής δεκαετίας του '40, τα υπάρχοντα ψυχιατρεία βρέθηκαν να είναι υπερπλήρη (Μαδιανός,1994).

Η σύγχρονη εποχή του Δρομοκαϊτείου αρχίζει από το 1948, όταν καταργήθηκαν τα σιδερένια κλουβιά, οι μανδύες και κάθε περιοριστικός δεσμός στην Γ' Κλινική από τον καθηγητή Γ. Λυκέτσο, ενώ από το 1953 καταργήθηκαν σταδιακά, οι κλειστές πόρτες, τα σιδερένια κάγκελα των παραθύρων της κλινικής και έγιναν χωροταξικές διευθετήσεις, εξασφαλίστηκε επίσης ιδιωτικός χώρος για κάθε άρρωστο, οι δε τραπεζαρίες εξοπλίστηκαν με μικρά τραπέζια και καθίσματα αντί των πάγκων. Εφαρμόστηκαν παράλληλα κάποιες κοινωνιοθεραπευτικές μέθοδοι (ομαδική ψυχοθεραπεία, κοινωνιοθεραπεία, κοινωνική λέσχη, ποδοσφαιρικές συναντήσεις, ψυχόδραμα, παραστάσεις αρχαίου δράματος) (Μαδιανός,1994).

Η αποσυμφόρηση των ασύλων ήρθε το 1957, όταν διαμορφώθηκε η ιδέα, από κρατικούς ψυχιάτρους, να μετατραπούν τα άδεια κτίρια του ιταλικού ναυαρχείου στη Λέρο σε μια αποικία ψυχασθενών με στόχο την απασχόληση τους σε γεωργικές ασχολίες. Παρόλη τη χρονιότητα του πληθυσμού του Δρομοκαϊτείου και τις υποβαθμισμένες συνθήκες ορισμένων τμημάτων κατά τις δεκαετίες του 1960 και 1970, ελάχιστος αριθμός αρρώστων, συγκριτικά με άλλα ψυχιατρεία, μεταφέρθηκε στη Λέρο (Μαδιανός,1994).

Πρέπει να δεχτούμε ότι η ιστορική πορεία της ψυχιατρικής περίθαλψης στον ελλαδικό χώρο ακολούθησε πορεία παρόμοια με την υπόλοιπη Ευρώπη, με μόνη διαφορά την καθυστέρηση στη δημιουργία ασύλων. Ο θεσμός του ασύλου στη Δύση εδραιώθηκε κατά την Αναγέννηση (15^ο -17^ο αιώνα), για να αμφισβητηθεί η χρησιμότητα του, με τη Γαλλική Επανάσταση. Στον ελλαδικό χώρο η καθυστέρηση ίσως οφείλεται στον έντονο αγροτικό χαρακτήρα της κοινωνίας και

στην ύπαρξη της εκτεταμένης πατριαρχικής οικογένειας που κρατούσε το ψυχικά άρρωστο άτομο στο σπίτι (Μαδιανός,1994).

Στην Ελλάδα η προώθηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης καθυστέρησε αρκετές δεκαετίες (Σακελλαρόπουλος, 2003). Δεν μπορούσε να παρακολουθήσει τις μεγάλες μεταρρυθμιστικές αλλαγές που συνέβαιναν στη Δύση, μετά το 2^ο παγκόσμιο πόλεμο και να δημιουργήσει συσπειρώσεις με αξιώσεις επιστημονικού διαλόγου και μαχητικής δράσης στα ψυχιατρικά ιδρύματα (Βλαχάκη, 2009). Έτσι εμφανίστηκε το θλιβερό φαινόμενο, όταν η Γαλλία πραγματοποιούσε σημαντικές εξελίξεις στον τομέα της ψυχικής υγείας, στην Ελλάδα να ιδρύεται το Ψυχιατρείο της Λέρου (1957).

Στη χώρα μας μετά τη δεκαετία του '60, άρχισαν να εμφανίζονται ορισμένες πρωτοπόρες δραστηριότητες (Σακελλαρόπουλος, 2003). Η ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής ξεκίνησε, πειραματικά τη δεκαετία του '60 με πρωτοβουλία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Κλινικών της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης (Κονταξάκης και Χριστοδούλου, 2005). Σύμφωνα με τον Μαδιανό (1994), η ανοικτή ψυχιατρική περίθαλψη ξεκίνησε μεταξύ του 1955-1965 με την ίδρυση των εξωτερικών ιατρείων του Αιγινήτειου, του Δημόσιου Ψυχιατρείου Αθήνας και του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Το 1961, έγινε η πρώτη προσπάθεια εφαρμογής σύγχρονων μεθόδων διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης, στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης, με αποτυχία. Μια άλλη προσπάθεια με μεγαλύτερη επιτυχία πραγματοποιήθηκε λίγο αργότερα στο Ίδρυμα «Θεοτόκος». Δημιουργήθηκε ένα οικοτροφείο, αλλά το βάρος έπεσε στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Την περίοδο 1963-1967, στην Πανεπιστημιακή Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, στο χώρο των ενηλίκων, άρχισε μια προσπάθεια μεταρρύθμισης. Οι ψυχωτικοί άρρωστοι σε κρίση, νοσηλεύονταν εντατικά σε ένα πλαίσιο θεραπείας περιβάλλοντος. Στη θεραπεία τους συμμετείχε σημαντικός αριθμός φοιτητών της ιατρικής και της σχολής κοινωνικών λειτουργών, που βοηθούσαν στη διατήρηση των κοινωνικών δεσμών των αρρώστων από τις πρώτες ημέρες νοσηλείας τους. Οι θεραπευόμενοι, με έντονο ακόμη παραλήρημα και ψευδαισθήσεις, έβγαιναν στην πόλη, πραγματοποιούσαν επισκέψεις στα σπίτια τους ή σε συγγενείς, έκαναν μεγάλους περιπάτους, πήγαιναν στο θέατρο ή τον κινηματογράφο. Μέσα στο Αιγινήτειο οργανώνονταν καθημερινά ψυχοθεραπευτικές δραστηριότητες με

παιχνίδια, χορούς, σπορ. Ο αγχωμένος ψυχωτικός είχε έναν θεραπευτή δίπλα του το βράδυ, πριν κοιμηθεί. Παράλληλα «εξανθρωπίστηκαν» οι βιολογικές θεραπείες, τα κώματα ινσουλίνης και οι σπασμοθεραπείες. Οργανώθηκε ένα ευρύ θεραπευτικό πρόγραμμα που είχε και εκπαιδευτικές παραμέτρους για τα στελέχη ψυχικής υγείας: ομαδικές ψυχοθεραπείες, ψυχαναλυτικό ψυχόδραμα, εργασία με την οικογένεια (Σακελλαρόπουλος, 2003).

Σύμφωνα με την Βλαχάκη (2009), το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, ονομασία που έλαβε από την ιδρυτική πράξη του 1964 όταν ανεξαρτητοποιήθηκε από το Βασιλικό Ίδρυμα, συνιστά την πρώτη θεσμική προσπάθεια ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και εισάγει την ψυχαναλυτική σκέψη και τις αρχές της κοινωνικής ψυχιατρικής στη δημόσια περίθαλψη. Αποτέλεσε και αποτελεί το μεγαλύτερο στη χώρα μας φορέα παροχής εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με παραρτήματα σε μεγάλες πόλεις της Ελλάδας.

Από τα μέσα του 1970 άρχισαν να αναπτύσσονται ρεύματα αμφισβήτησης και κριτικής απέναντι στην παραδοσιακή ψυχιατρική στον ελλαδικό χώρο από άτομα που εργάζονται στον ψυχιατρικό τομέα, καθώς και ομάδες συμπαράστασης στους ψυχιατρικούς έγκλειστους των ασύλων. Πρέπει να αναφερθεί η ύπαρξη μικρών οργανωμένων ομάδων-κινήσεων, για τα δικαιώματα των ψυχικά αρρώστων χωρίς όμως σημαντικές ιδεολογικές επιρροές στην εξέλιξη της ψυχιατρικής, σε αντίθεση με παρόμοιες κινήσεις στη Δυτική Ευρώπη (Μαδιανός, 1994).

Στη δεκαετία του 1970 γίνεται αισθητή η ανάγκη ριζικών αλλαγών στο πλαίσιο άσκησης της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, με έμφαση στην ανάπτυξη των εξωνοσοκομειακών μονάδων. (<http://www.psych.gr>) Το 1971, ιδρύεται το πρώτο Κέντρο Ημέρας στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ.) στη Θεσσαλονίκη (Μαδιανός, 1994). Το 1979 το Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Θεσσαλονίκης ιδρύθηκε υπό τη διεύθυνση της Β' Πανεπιστημιακής κλινικής, εξυπηρετεί τις ανάγκες του πληθυσμού του κέντρου με τις ακόλουθες υπηρεσίες: διαγνωστική, ψυχοθεραπευτική (ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης), για τους φοιτητές του Πανεπιστημίου, «υπηρεσία παρακολούθησης» (για πρώην ασθενείς), καθώς και παιδοψυχιατρική. Το Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής του Δυτικού Τομέα ειδικεύεται στη συμβουλευτική και την ομαδική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Το τέταρτο Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής της πόλης βρίσκεται στη βορειοδυτική πλευρά και προσφέρει υπηρεσίες σε ενηλίκους. Σε όλα αυτά τα κέντρα το προσωπικό αποτελείται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους και

κοινωνικούς λειτουργούς, ο αριθμός των οποίων ποικίλει ανάλογα με τις υπηρεσίες που προσφέρονται σε κάθε κέντρο. Στα Χανιά, επίσης, λειτουργεί Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής και προσλαμβάνει προσωπικό μέσω του κρατικού Νοσοκομείου της πόλης, εξυπηρετώντας κυρίως τις ανάγκες για συμβουλευτική θεραπεία (Μπλού,1999).

Το 1977, στην Αθήνα το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας στο Αιγινήτειο, ενώ το 1979 ιδρύεται το πρώτο αστικού τύπου Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής που εξυπηρετεί τους δήμους Καισαριανής – Βύρωνα, που υπάγεται στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο (Μαδιανός, 1994). Αποτέλεσε σημαντική καινοτομία για τα ελληνικά δεδομένα καθώς ήταν το πρώτο Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής που λειτούργησε στην Ελλάδα και σταδιακά αναπτύχθηκε σε τέσσερις εξειδικευμένες υπηρεσίες: το Πρόγραμμα Ημερήσιας Φροντίδας, την Κοινωνική Λέσχη, τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και τη Συνεργατική Βιοτεχνική. Παράλληλα, διασυνδέθηκε με τοπικούς φορείς (ΚΑΠΗ, Κέντρο Υγείας) και με το Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας (Κ.Ε.Π.) του Αιγινήτειου (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής υγιεινής, Δεκέμβριος 2000). Επιπλέον, στο Κέντρο εκτός από τις διαγνωστικές και θεραπευτικές συναντήσεις που γίνονται στα γραφεία του, υπάρχει ομάδα για χρονίως πάσχοντες, πρόγραμμα ημέρας και εργαστήριο επαγγελματικής εκπαίδευσης για την επανένταξη των χρόνιων ασθενών. Το προσωπικό του Κέντρου αποτελείται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και εργασιοθεραπευτές (Μπλού,1999). Σύμφωνα με μελέτες, η λειτουργία του Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής οδήγησε σε σημαντική μείωση του αριθμού και της διάρκειας των ψυχιατρικών νοσηλειών, καθώς και των αναγκαστικών νοσηλειών (με εισαγγελική εντολή) που προέρχονταν από τις περιοχές αυτές (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής υγιεινής, Δεκέμβριος 2000).

Το 1978 αρχίζει η λειτουργία της 24ωρης ψυχιατρικής εφημερίας επειγόντων περιστατικών στο Αιγινήτειο για την εξυπηρέτηση της ευρείας περιοχής των Αθηνών (Μαδιανός, 1994). Στο τέλος της δεκαετίας του '70 οργανώθηκαν οι κινητές μονάδες των νομών Έβρου και Φωκίδας (<http://www.psych.gr>). Η Κινητή Μονάδα Περίθαλψης Υπαίθρου στο Νομό Φωκίδας υπό τον καθηγητή Παναγιώτη Σακελλαρόπουλο και η Κινητή Μονάδα ψυχικής υγείας στο Νομό Έβρου υπό τον καθηγητή Χ. Ιεροδιακόνου. Την επιστημονική ευθύνη της τελευταίας ανέλαβε το 1985 ο κ. Σακελλαρόπουλος ο οποίος στη δεκαετία

του '90 επέκτεινε τις δραστηριότητές της και στο Νομό Ροδόπης. Κινητές Μονάδες αναπτύχθηκαν επίσης στους Νομούς Θεσσαλονίκης, Πιερίας, Ανατολικές και Δυτικές Κυκλάδες κ.α. (<http://www.kpechios.gr>).

Σύμφωνα με τον Σακελλαροπουλο (2003), την ίδια δεκαετία δόθηκε η δυνατότητα απομάκρυνσης από τα παραδοσιακά κέντρα ψυχιατρικής και η εργασία κοντά στην κοινότητα, με εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες. Διαδοχικά ιδρύθηκαν και λειτούργησαν το Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής στο Παγκράτι, καθώς και το Κέντρο Παροχής Υπηρεσιών της Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής, στην οδό Ναυάρχου Νικοδήμου στην Αθήνα. Αργότερα δημιουργήθηκε η κινητή μονάδα και το οικοτροφείο Φωκίδας και τέλος οι δομές στο νομό Έβρου. Οι δομές αυτές περιλαμβάνουν: α) Ψυχιατρική Κλινική και Τομέα οξέων περιστατικών, β) Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής Περίθαλψης, γ) Κέντρο Ψυχικής Υγείας, δ) Οικοτροφείο, ε) Ξενώνα, στ) Προστατευμένα διαμερίσματα, ζ) Ομάδα για τη συστηματική απασχόληση των ασθενών, η) Κέντρο Ημέρας Ενηλίκων, θ) Παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες (Σακελλαρόπουλος, 2003).

Τα βασικά χαρακτηριστικά της ψυχιατρικής περίθαλψης της χώρας κατά την περίοδο 1978-1982, σύμφωνα με τον Μαδιανό (1994), είναι: α) Άνιση περιφερειακή κατανομή ψυχιάτρων στο γενικό πληθυσμό συγκριτικά με όλους τους άλλους γιατρούς. β) Συγκεντρωτισμός των υπηρεσιών (στα αστικά κέντρα). γ) Συγκεντρωτισμός των περισσότερων κρατικών ψυχιατρικών κρεβατιών σε τρία ψυχιατρεία. δ) Ανισότιμη κατανομή ψυχιάτρων και προσωπικού ανά κρεβάτι, σε σχέση με το μέγεθος των ψυχιατρικών νοσοκομειακών μονάδων, συγκριτικά με τις μονάδες γενικής ιατρικής. ε) Περιορισμένη διαθεσιμότητα των κρατικών ψυχιατρικών κρεβατιών. στ) Έλλειψη εναλλακτικού δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής, οι οποίες αποτελούν το φίλτρο για την είσοδο στο ψυχιατρείο παρέχοντας πρωτοβάθμια περίθαλψη και πρόληψη. ζ) Απουσία ανώτατου επιπέδου εκπαίδευσης ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, εργοθεραπευτών και ειδικών υγεινολόγων κοινοτικής ψυχικής υγιεινής. η) Τέλος, υπήρχαν και άλλοι παράγοντες σημαντικοί, όπως η άνιση ποιότητα υπηρεσιών των ποικίλων ασφαλιστικών ταμείων, η απουσία νομικών ασφαλιστικών μέτρων για την αποκατάσταση ή την εναλλακτική λύση διαμονής πέρα από το άσυλο (προστατευμένα διαμερίσματα, ξενώνες, κλπ.) (Μαδιανός, 1994).

1.1.1. Η μεταβατική περίοδος της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα

Η «κρίση του ψυχιατρείου» στην Ελλάδα συνέπεσε με μίαν ευρείας έκτασης διεθνή κρίση των ίδιων των μορφών ψυχιατρικής φροντίδας, που παρουσιάστηκαν ως εναλλακτικές στο ψυχιατρείο – μια κρίση που, στην περίοδο της νεοφιλελεύθερης παγκοσμιοποίησης του καπιταλισμού, αποτελεί έκφραση αφενός, της «ανεπάρκειας» και του «κατακερματισμένου» χαρακτήρα των μοντέλων που επελέγησαν για την αντικατάσταση του ψυχιατρείου και αφετέρου, της δραστηκής συρρίκνωσης του «κράτους πρόνοιας» και των κοινωνικών δικαιωμάτων, στα πλαίσια των παγκοσμιοποιημένων πολιτικών μείωσης του κόστους εργασίας και περιορισμού των ασφαλιστικών δικαιωμάτων (Διακήρυξη της Πανελλαδικής Συσπείρωσης για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, 2005).

Στη χώρα μας, το 1980 άρχισε, ως μια από τις κυριότερες δραστηριότητες της Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής, η συστηματική εφαρμογή της «Ψυχιατρικής Περίθαλψης στο Σπίτι του Αρρώστου» (Ψ.Π.Σ.Α.) (Σακελλαρόπουλος, 2003). Η τεχνική της θεραπείας από ομάδα στο σπίτι, ανάγει τις ρίζες της σε εμπειρίες της τριετίας 1964-1967, στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο Σύντομα. Τότε, στην Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, έγιναν οι πρώτες απόπειρες για τη χρησιμοποίηση της θεραπευτικής ομάδας στην προσπάθεια κινητοποίησης και κοινωνικοποίησης ψυχωτικών ασθενών (Lempetiere- Feline και συν., 2003). Η Ψ.Π.Σ.Α. άρχισε να εφαρμόζεται ως βασική θεραπευτική πρακτική από τις Κινητές Μονάδες Ψυχιατρικής Περίθαλψης των αγροτικών περιοχών Φωκίδας και Έβρου. Έγιναν μερικές τροποποιήσεις στην τεχνική τους, αναγκαίες για την προσαρμογή της στην λειτουργία των μονάδων, δεδομένου ότι οι μονάδες αυτές λειτουργούν παρέχοντας υπηρεσίες δημόσιας περίθαλψης με βάση τις αρχές της Κοινωνικής-Κοινοτικής Ψυχιατρικής (Σακελλαρόπουλος, 2003).

Πρωταρχικά κίνητρα για την ανάπτυξη της τεχνικής της περίθαλψης στο σπίτι, ήταν: α) Η αποφυγή του νοσοκομειακού ψυχιατρικού συστήματος που, έτσι όπως λειτουργούσε (άσυλο, κλινικές), προσέφερε περίθαλψη πολύ χαμηλής ποιότητας, η οποία συνοδευόταν μάλιστα από το κοινωνικό στίγμα του εγκλεισμού. β) Η επιθυμία να προληφθούν οι ενοχές, τις οποίες ένοιωθε η οικογένεια, όταν προκαλούσε τον εγκλεισμό (Lempetiere- Feline και συν., 2003).

Ο συνδυασμός περίθαλψη στο σπίτι και λειτουργίας των κινητών μονάδων στις αγροτικές περιοχές Φωκίδας και Έβρου, είχε ως αποτέλεσμα στη μεν Φωκίδα να καλύπτεται σχεδόν αποκλειστικά με εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ο πληθυσμός του νομού. Στη δε Θράκη χρησιμοποιούνται 16 ψυχιατρικά κρεβάτια στην Πανεπιστημιακή Κλινική της Αλεξανδρούπολης (Σακελλαρόπουλος, 2003).

Η ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι του αρρώστου αποτελεί μια από τις αποτελεσματικότερες μορφές αντιμετώπισης της κρίσης και περίθαλψης των οξέων περιστατικών. Η εφαρμογή της στο χώρο της δημόσιας περίθαλψης είναι ιδιαίτερα αποδοτική, η ανάπτυξη της σε χωριά και μικρές πόλεις, παρά τις πολλές δυσκολίες, είναι εφικτή, ενώ μεγάλη είναι και η συμβολή της στην αλλαγή του προσανατολισμού των υπηρεσιών, στη μεταβολή της στάσης απέναντι στο πρόβλημα της ψυχικής νόσου και του εγκλεισμού του αρρώστου και γενικότερα στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση (Lempriere- Feline και συν., 2003).

Είναι χαρακτηριστικό ότι μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '80 υπήρχε μόνο ένα Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής με τομέα, εκείνο του Βύρωνα-Καισαριανής, αν και είχαν προγραμματιστεί να λειτουργήσουν μερικά παρόμοιου τύπου Κέντρα στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Αντίθετα 7 άλλα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ.) λειτουργούσαν χωρίς την αρχή της τομεοποίησης. Την ίδια περίοδο ψυχιατρικές μονάδες στα Γενικά Νοσοκομεία είχαν είδη αρχίσει να οργανώνονται κυρίως στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη παρά τα διάφορα διοικητικά προβλήματα. Ελάχιστος παρέμενε σε σχέση με ανάγκες πληθυσμού, ο αριθμός των ξενώνων και των Μονάδων Ημερήσιας Περίθαλψης, με ένα σύνολο περίπου 150 θέσεων, στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη (Μαδιανός, 1994).

Το 1983, με την ψήφιση του Ν.1397, μπορεί να θεωρηθεί ορόσημο για τη μεταβατική φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης. Με το άρθρο 21 του νόμου 1937/1983, δεν καθορίζεται ο βαθμός τομεοποίησης, αλλά σε κάθε τομέα 90.000 έως 150.000 κατοίκων υπολογίζεται ότι περιφερειακά θα λειτουργήσουν Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ.) μαζί με τις υπόλοιπες μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, και ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί που θα αποτελούν ηθμό για τη διακίνηση των αρρώστων προς το ψυχιατρείο. Στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, που δεν προβλέπεται η ίδρυση αυτόνομων Κέντρων Ψυχικής Υγείας, θα οργανωθούν κινητές υπηρεσίες ψυχικής υγείας που θα ανήκουν στα Νομαρχιακά Νοσοκομεία όπου, παράλληλα, θα λειτουργούν και εξωτερικά ιατρεία (Μαδιανός, 1994).

Το 1984, με τον κανονισμό 815 το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο προσφέρει ειδική οικονομική ενίσχυση στην Ελλάδα, για τον τομέα της εγκατάστασης και εξοπλισμού Κέντρων Αποκατάστασης Ψυχασθενών, για την τετραετία 1984-1988. Το πρόγραμμα περιελάμβανε δυο τομείς δράσης:

α) την ανάπτυξη κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης,

β) την επέκταση των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων και τη διαμόρφωση κέντρων για την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ψυχικές και διανοητικές ασθένειες (Μαδιανός, 1994). Σύμφωνα με την Ζήση (2002), οι βασικοί στόχοι αυτής της μεταρρύθμισης ήταν: α) η αποκέντρωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης με την ανάπτυξη ενός δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας που θα προσφέρουν πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη, β) ο αποϊδρυματισμός χρόνιων ψυχιατρικών νοσηλευομένων μέσα από την ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών κοινοτικής στεγαστικής περίθαλψης και αποκαταστασιακών παρεμβάσεων, γ) η βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και δ) η εκπαίδευση του προσωπικού στις νέες προσεγγίσεις.

Το 1988, η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων τροποποίησε τον κανονισμό 815/84 με ένα νέο κανονισμό 4130/1988. Σύμφωνα με τον νέο κανονισμό, δόθηκε παράταση μέχρι τις 31-12-1994 χωρίς να μεταβληθεί η συνολική οικονομική συνδρομή της Επιτροπής, εφόσον εφαρμοστούν μέθοδοι αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου (Μαδιανός, 1994). Έχει υποστηριχθεί, ότι με το κλείσιμο του 815 έχουν υλοποιηθεί στη χώρα μας 128 μεταρρυθμιστικά προγράμματα, δηλαδή 1,6 προγράμματα ανά 100.000 κατοίκους. Παρ' ότι ο αριθμός αυτός φαίνεται πολύ ικανοποιητικός, δυστυχώς, λόγω απουσίας τομεοποίησης της χώρας, η κατανομή των προγραμμάτων δεν έγινε σύμφωνα με τις πληθυσμιακές ανάγκες (Λιάκος, 2003).

Παράλληλα, το 1986 άρχισε να λειτουργεί η Μονάδα Επανάταξης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Στα πλαίσια της επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης έχουν αναπτυχθεί Συνεταιριστικές Θεραπευτικές Μονάδες (Αγροτική Μονάδα, Ξυλουργείο, Ραφείο, Κυλικεία, Κηροποιείο, Ταβέρνα, Συνεργείο Καθαριότητας, Καλλιτεχνικό Εργαστήρι και Λογιστήριο) οι οποίες είναι λειτουργικά και διαχειριστικά αυτόνομες. Από το 1989 οι Συνεταιριστικές Μονάδες έχουν ενταχθεί στο Ευρωπαϊκό πειραματικό πρόγραμμα «AZIMOYΘIO». Στα πλαίσια της κοινωνικής επανένταξης των

ασθενών, η οποία υποστηρίζεται από τη Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης ασθενών, διακρίνονται σε τέσσερα επίπεδα:

- Επιστροφή στην οικογένεια
- Ξενώνας
- Διαμερίσματα ασθενών και
- Αυτόνομη ένταξη (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής υγιεινής, Δεκέμβριος 2000).

Η πτέρυγα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου των Ιωαννίνων στο Παλιό Χατζηκώστα εγκαινιάστηκε το 1982 και αργότερα τον Απρίλιο του 1989, μεταφέρθηκε στο νέο νοσοκομείο του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Η κλινική λειτουργεί σύμφωνα με την ανοιχτή θεραπευτική κοινοτική προσέγγιση. Οι ασθενείς με την έγκριση του ψυχιάτρου βγαίνουν από την κλινική για να πάνε στην πόλη. Η κλινική έχει επίσης εξωτερικούς/ημι-νοσηλεύομενους ασθενείς που συμμετέχουν στο κοινοτικό θεραπευτικό πρόγραμμα (συζητήσεις με μικρές ή μεγάλες ομάδες) καθώς και σε δραστηριότητες εργασιοθεραπείας (Μπλού, 1999).

Γύρω στο 1987 άρχισε να λειτουργεί και το Νοσοκομείο Ημέρας του Δημόσιου Ψυχιατρείου Θεσσαλονίκης. Σκοπός του είναι, όπως και του αντίστοιχου στην Αθήνα, να λειτουργεί ως εναλλακτικός τρόπος νοσηλείας και θεραπείας για ασθενείς που δε χρειάζεται να είναι εσωτερικοί ή που έχουν μεν φτάσει σε ικανοποιητικό επίπεδο θεραπείας ως εσωτερικοί, έχουν όμως ακόμη ανάγκη τακτικής θεραπευτικής επίβλεψης. Ο αριθμός των ατόμων που γίνονται δεκτά στο πρόγραμμα είναι δεκαοκτώ έως είκοσι περίπου. Η εισαγωγή γίνεται εκούσια και με βάση συγκεκριμένα κριτήρια: οι ασθενείς είναι ηλικίας δεκαοκτώ ετών και άνω, μπορούν εύκολα να αναπτύξουν δραστηριότητα σε ένα ανοιχτό περιβάλλον, δεν έχουν γνωστικές δυσλειτουργίες, σωματικά ή κινητικά προβλήματα, ούτε τάσεις αυτοκτονίας. Επίσης, γίνονται δεκτά άτομα με οριακή νοητική καθυστέρηση. Η συμμετοχή διαρκεί περίπου τρεις μήνες. Το πρόγραμμα είναι βασισμένο στην ιδέα της θεραπευτικής κοινότητας. Το προσωπικό παροτρύνει τους ασθενείς να συμμετέχουν με δικές τους προτάσεις και υποδείξεις, να παίρνουν τα φάρμακά τους με δική τους πρωτοβουλία και να αναλαμβάνουν την ευθύνη των εισπράξεων που γίνονται από την πώληση αναψυκτικών κ.α. Ένα άλλο στοιχείο είναι η εβδομαδιαία έξοδος. Η ομάδα πηγαίνει σε καφετέριες, στον κινηματογράφο, σε εκθέσεις τέχνης, κτλ. Η ατομική υποστηρικτική ψυχοθεραπεία,

η ομαδική θεραπεία και οι συζητήσεις με μέλη της οικογένειας αποτελούν επίσης μέρος της θεραπευτικής αγωγής (Μπλού,1999).

Μέχρι το 1989 είχαν δημιουργηθεί ψυχιατρικές πτέρυγες στις εξής πόλεις: Πάτρα, Θεσσαλονίκη (ΑΧΕΠΑ), Βόλος, Πειραιάς, Λάρισα, Αθήνα (Ευαγγελισμός και Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο). Άλλα νοσοκομεία σε πόλεις και στην επαρχία πρόσφεραν επίσης υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών με πλήρες ή μειωμένο ωράριο. Οι πτέρυγες που έχουν δημιουργηθεί σε άλλα νοσοκομεία της χώρας αναπτύσσονται με άνισους ρυθμούς· για παράδειγμα, μια πτέρυγα μπορεί να υπάρχει συχνά κατά όνομα αλλά οι υπηρεσίες που όντως προσφέρει να περιορίζονται μόνο σε επισκέψεις εξωτερικών ασθενών και σε διασυνδεδετική ψυχιατρική στο νοσοκομείο (Μπλού,1999).

Ο συνεταιρισμός «ΚΛΙΜΑΞ» ιδρύθηκε το 1996 με στόχο την επαγγελματική αποκατάσταση-επανάταξη ατόμων με ψυχικές νόσους. Εκτός από τις δραστηριότητες επαγγελματικής αποκατάστασης παρέχονται και ιατρικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες, ενώ λειτουργεί και θεραπευτική ομάδα, παράλληλα δε και ψυχοθεραπείες (ατομική, ομαδική, οικογενειακή, δραματοθεραπεία). Καινοτομία αποτελεί η παροχή υπηρεσιών υποστήριξης, ενημέρωσης και αποκατάστασης σε μειονοτικούς πληθυσμούς (Κούρδοι, Πομάκοι, Τσιγγάνοι, κλπ), καθώς και η έκδοση σχετικών εντύπων (πχ δίγλωσσο Ελληνοτουρκικό με πληροφορίες για το AIDS). Συμμετέχει επίσης σε συλλόγους-σωματεία-ομοσπονδίες των μειονοτήτων αυτών (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής υγιεινής, Δεκέμβριος 2000).

Σύμφωνα με την Ζήση (2002), η μεγαλύτερη ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας έλαβε χώρα στο διάστημα 1984-1996: α) ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών στα γενικά νοσοκομεία αυξήθηκε από 36 το 1984 σε 327 το 1996, β) ο αριθμός των κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας αυξήθηκε από 19 το 1990 σε 33 το 1996, γ) ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών στα μεγάλα ιδρύματα μειώθηκε κατά 38%, δ) το προσωπικό όλων των ειδικοτήτων αυξήθηκε δραματικά μεταξύ 1984 και 1996, ε) ο αριθμός των ψυχιατρικών εισαγωγών (1984-1996) μειώθηκε σε ένα ποσοστό 7% και, τέλος ο αριθμός των απολυμένων, από την άλλη αυξήθηκε κατά 31%.

Οι απόπειρες ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα συνέβαλαν στη σταδιακή ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στη δημιουργία και λειτουργία δομών αποκατάστασης και ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά

νοσοκομεία. Ωστόσο, είναι αξιοσημείωτο πως υπάρχουν 19 νομοί της χώρας χωρίς καμία υπηρεσία ψυχικής υγείας ενώ οι δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι ανεπαρκείς για να συναντήσουν τις ανάγκες παραπάνω των 1.000 πρώην ψυχιατρικών νοσηλευομένων. Παρά τις σημαντικές αλλαγές, κατά κύριο λόγο ποσοτικές, απομένουν πολλά ακόμη να γίνουν τα οποία δεν αφορούν, μόνο, τη μεγαλύτερη ανάπτυξη και καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών αλλά και την αλλαγή νοοτροπιών τόσο μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας όσο και στην κοινότητα ευρύτερα (Ζήση, 2002).

Ένας εθνικός σχεδιασμός στην ψυχική υγιεινή, θα πρέπει να διαθέτει τους οικονομικούς πόρους που διαθέτει για ανάπτυξη μορφών κοινοτικών υπηρεσιών, που θα χρησιμοποιηθούν στη συνέχεια σαν «αντλίες» για μεταφορά των νοσηλευομένων από τα ψυχιατρεία, σε κοινοτικές μορφές θεραπείας και αποκατάστασης. Με αυτή την επιλογή η αποασυλοποίηση μπορεί να γίνει δυνατή χωρίς να δημιουργηθούν προβλήματα στους ίδιους τους ασθενείς των ψυχιατρείων, εφ' όσον, θα έχουν δημιουργηθεί εναλλακτικές μορφές κοινοτικής περίθαλψης (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988).

Στα πλαίσια της Ελληνικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης από το 1984 έως σήμερα, το θέμα της αποασυλοποίησης έχει σχεδόν «μονοπωλήσει» την προσπάθεια Υπουργείου και στελεχών ψυχικής υγείας. Αποασυλοποίηση και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση σχεδόν ταυτίστηκαν, παρότι η μελέτη -Κανονισμός 815/1984- που θεωρείται αρχή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, προέβλεπε την παράλληλη ανάπτυξη Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και πραγματοποίηση της αποασυλοποίησης. Εάν είχε υλοποιηθεί η μελέτη, ίσως οι εξελίξεις τα τελευταία 20 χρόνια να ήταν διαφορετικές. Η παράλληλη ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με δημιουργία και λειτουργία Κέντρων Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, Κινητών Μονάδων, κλπ, θα είχε οδηγήσει σε μια σύγχρονη Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική με τουλάχιστον την εφαρμογή της αρχής της τομεοποίησης (κοινό δίκτυο παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό τομέα και πληθυσμό – 100.000 κάτοικοι ανά τομέα), καθώς και τη συνέχεια στη φροντίδα (συστηματικό follow-up) των χρόνιων ψυχωτικών, στην περιοχή τους (Σακελλαρόπουλος, 2004).

Είναι κοινή πεποίθηση ότι μια μεταρρύθμιση στην ψυχιατρική δεν μπορεί να περιορίζεται σε εξωραϊσμό των υπάρχοντων υπηρεσιών, αλλά στην δημιουργία νέων μορφών υπηρεσιών στην κοινότητα. Αυτές οι μορφές υπηρεσιών θα

δημιουργήσουν το απαραίτητο κοινοτικό δίκτυο για να είναι δυνατή μια διαφορετική ψυχιατρική περίθαλψη, με κέντρο ενδιαφέροντος το άτομο και κέντρο εξουσίας την κοινότητα. Οι νέες εναλλακτικές μορφές ψυχιατρικών υπηρεσιών θα δημιουργήσουν μια νέα ισορροπία και επικοινωνία μεταξύ κοινοτικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988).

1.1.2. Η περίοδος της ψυχιατρική μεταρρύθμιση 1981-2010

Το εγχείρημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που άρχισε πριν από δεκαπέντε περίπου χρόνια στην Ελλάδα, με μεγάλη ήδη καθυστέρηση, είχε αναχθεί σε όχημα διαχείρισης της κρίσης του ψυχιατρικού συστήματος. Έχει σε μεγάλο βαθμό μετατραπεί σε μια διαδικασία μετασχηματισμών και αναδιαρθρώσεων των αναχρονιστικών ψυχιατρικών δομών, ενταγμένη σε μια γενικότερη πολιτική συρρίκνωσης του αστικού κράτους πρόνοιας, περικοπής των κοινωνικών δαπανών και ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως εφαρμόζεται διεθνώς, σ' αυτή την περίοδο της όψιμης παγκοσμιοποίησης. Η μείωση του αριθμού των κλινών των μεγάλων Ψυχιατρείων και το σχεδιαζόμενο κλείσιμο κάποιων απ' αυτά στα επόμενα χρόνια έτσι όπως γίνονται σήμερα, χωρίς κεντρικό σχεδιασμό, χωρίς την παράλληλη ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου δικτύου κοινοτικών δομών και υπηρεσιών, εναλλακτικών στο άσυλο, χωρίς τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με τεράστιες ελλείψεις σε προσωπικό, χωρίς επαρκή εκπαίδευση των λειτουργών και χωρίς όραμα καταλήγει στη διαρκεί υποβάθμιση του δημοσίου τομέα ψυχικής υγείας και τη διαρκή πριμοδότηση άμεσα και έμμεσα του ιδιωτικού (Επιστημονική Ένωση, 2003). Σύμφωνα με τους Κουτουβίδη και Μηνογιάννη (2003) αυτό έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή μιας νέας κοινωνικής ομάδας χρόνιων ασθενών, περιφερόμενων από μονάδα σε μονάδα και περιθωριοποιούμενων κάτω από άθλιες συνθήκες διαβίωσης, ίσως και η αύξηση του αριθμού των αρρώστων αστέγων.

Στο σύνολο της η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα δε συνιστά μια ποιοτική τομή προς την κατεύθυνση της υπέρβασης του ασύλου, του σεβασμού στην πράξη των δικαιωμάτων και των αναγκών των ψυχασθενών, της ανάπτυξης

μιας άλλου τύπου Ψυχιατρικής με στόχο την εξυπηρέτηση της υγείας του λαού (Επιστημονική Ένωση ,2003).

Η αποασυλοποίηση των χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών συναρτάται με τρεις κυρίως παραμέτρους: α) με την αποκέντρωση και τομεοποίηση των ψυχιατρικών υπηρεσιών, που εμπλουτίζονται με νέες δομές πέρα από αυτή των ψυχιατρείων. β) με την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των υλικών και ανθρώπινων πόρων σε τοπικό επίπεδο (επίπεδο κοινότητας), ώστε να εξασφαλίζεται η βέλτιστη δυνατή παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η ισότητα της πρόσβασης σε αυτές των χρηστών τους. γ) με την εδραίωση και ενίσχυση της ψυχιατρικής πρόληψης (σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο), ώστε να αποτρέπεται ο επανιδρυματισμός των χρόνιων ασθενών και να επιτυγχάνεται η ομαλή επανένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο (Κουτουβίδη και Μηνογιάννη, 2003).

Σύμφωνα με τον Καλδιριμιτζιάν (2008), υπάρχει μια παράλληλη διαδικασία που κινείται από έξι άξονες: 1. την αλλαγή στάσης του πληθυσμού και την εξοικείωση του με νέες μορφές ψυχιατρικής περίθαλψης. 2. την ίδρυση και οργάνωση νοσοκομείων μέσα στην κοινότητα. 3. την εναρμόνιση της λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών μεταξύ τους ώστε να εξουδετερώνουν την ασυλοποίηση περιορίζοντας αποφασιστικά τις εισαγωγές στο ψυχιατρείο. 4. την ριζική βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων και του τρόπου διαβίωσης των αρρώστων στα ψυχιατρεία. 5. τον επαναπροσδιορισμό του κοινωνικού ρόλου των ασθενών με την ένταξη τους σε προγράμματα προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης και στους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης. 6. τέλος, την οριστική έξοδο των χρόνιων πασχόντων από το ψυχιατρείο και την εγκατάστασή τους σε ενδιάμεσες δομές. Αναφέρεται βέβαια στους ασθενείς που είναι διαπιστωμένο ότι θα ωφεληθούν από την έξοδο τους.

Η διαδικασία της συρρίκνωσης και του κλεισίματος των μεγάλων Ψυχιατρείων έτσι όπως γίνεται σήμερα, χωρίς την παράλληλη δημιουργία εναλλακτικών δομών στην κοινότητα, με τεράστια κενά στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας Ψυχικής Υγείας και χωρίς πρόβλεψη για την τύχη των νέων δομών όταν ολοκληρωθούν τα ευρωπαϊκά προγράμματα και λήξουν οι σχετικές προθεσμίες, υπονομεύει την ίδια τη διαδικασία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην ουσία της. Γιατί χωρίς την στροφή στην κοινότητα – και την ανάπτυξη μιας κουλτούρας ψυχιατρικής μεταρρύθμισης τόσο από τους λειτουργούς της ψυχικής υγείας όσο και από το γενικό πληθυσμό – το κλείσιμο

των ψυχιατρικών ασύλων ανάγεται τελικά σε μια τεχνοκρατική διαδικασία εξοικονόμησης πόρων.

Αλλά και η ίδια η στροφή στην κοινότητα δεν συνιστά από μόνη της Ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Τα μαθήματα από την αγγλική και γενικότερα την ευρωπαϊκή εμπειρία είναι πικρά. Η κοινοτική ψυχιατρική αναπτύχθηκε μεταπολεμικά στα πλαίσια του κράτους πρόνοιας. Σε μια εποχή που αυτό καταστρέφεται και οι κοινοτικές δομές υποχρηματοδοτούνται, έχουν τραγικές ελλείψεις σε εκπαιδευμένο προσωπικό και καταδικάζονται στην προνοιακή συντήρηση, όπως γίνεται σήμερα στη Μ. Βρετανία, η ίδια η Κοινοτική Ψυχιατρική ναρκοθετείται (Μάτσα, 2003).

Το ψυχιατρικό σύστημα παραμένει νοσοκομειοκεντρικό στηριζόμενο βασικά στα ψυχιατρεία και στους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων (Επιστημονική Ένωση, 2003). Η συνεχής μεταρρυθμιστική διαδικασία στοχεύει στην αναβάθμιση της ποιότητας της φροντίδας των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών δίνοντας έμφαση στην δημόσια υγεία (Στυλιανίδης, Χονδρός 2006).

Η τομεοποίηση που σχεδιάζεται από την κυβέρνηση υπολογίζεται ότι θα χρειαστεί μια εικοσαετία περίπου για να ολοκληρωθεί, ενώ οι ελλείψεις σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας αγγίζουν περί το 60% των αναγκών (λειτουργούν μόνο 31 Κέντρα Ψυχικής Υγείας σ' όλη την Ελλάδα). Εξίσου μεγάλες είναι οι ελλείψεις και σε Ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες, κινητές μονάδες, μονάδες παρέμβασης σε κρίση. Λείπουν επίσης οι αναγκαίες δομές επαγγέλματος αποκατάστασης των ψυχασθενών που βγαίνουν από τα άσυλα. Οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης (ΚΟΙ.Σ.Π.Ε.) που έχουν θεσμοθετηθεί ακόμα να λειτουργήσουν. Οι ξενώνες, τα οικοτροφεία και οι άλλες στεγαστικές δομές, που στο σύνολο τους δεν επαρκούν για την κάλυψη όλων των αναγκών έρχονται στην πλειοψηφία τους να μεταφέρουν το ασυλιακό κλίμα μέσα στην κοινότητα, ανάγοντας την όλη διαδικασία σε απλή μεταστέγαση των ασθενών (Επιστημονική Ένωση, 2003).

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην χώρα μας ξεκίνησε μέσα από το πρόγραμμα Λέρος I και II και συνεχίστηκε με το Ψυχαργός A και B φάση με τη στήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μέσα από τα προγράμματα αυτά εκσυγχρονίστηκε το ψυχιατρικό σύστημα στην Ελλάδα. Παρακάτω θα γίνει μια παρουσίαση των προγραμμάτων αυτών.

Το πρόγραμμα Λέρος I και II

Στη χώρα μας η ψυχιατρική μεταρρύθμιση άρχισε ουσιαστικά στη δεκαετία του '80 με την είσοδο μας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, και με αφορμή και αιχμή μια διεθνή ευαισθητοποίηση που αφορούσε τις συνθήκες νοσηλείας στο ψυχιατρείο της Λέρου (Λιάκος, 2003). Σύμφωνα με τους Στυλιανίδη και Στυλιανούδη (2008), η αποϊδρυματοποίηση της Λέρου ξεκίνησε με τον πανικό που δημιουργήθηκε από άρθρα τα οποία δημοσιεύτηκαν στον διεθνή τύπο και αφορούσαν τις συνθήκες των ασθενών του ψυχιατρικού Νοσοκομείου Λέρου. Το πρόγραμμα της Λέρου αποτέλεσε παράγωγο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα που αναφέρεται στον κανονισμό 815/84 της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εισάγοντας αξιοθαύμαστη υποστήριξη και επιχορήγηση, για εκσυγχρονισμό του αρχαϊκού ιδρυματικού καθεστώτος της Ελλάδας.

Σύμφωνα με ένα σχέδιο που εκπονήθηκε από έλληνες και ξένους εμπειρογνώμονες, αρχικά πενταετούς διάρκειας, άρχισε η βαθμιαία ανάπτυξη κοινοτικών μορφών ψυχιατρικής περίθαλψης και ταυτόχρονη προσπάθεια αναμόρφωσης και εκσυγχρονισμού των ψυχιατρείων της χώρας. Το πρόγραμμα περιελάμβανε την ανάπτυξη της κτιριακής υποδομής, την πειραματική λειτουργία εναλλακτικών προς το άσυλο κοινοτικών μορφών περίθαλψης και εκπαίδευση του κατάλληλου προσωπικού (Λιάκος, 2003). Σύμφωνα με τον Μαδιανό (1994), το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει: 1. γενική αναμόρφωση των θαλάμων με διευθέτηση προσωπικού χώρου για τους νοσηλευόμενους, αντικατάσταση κρεβατιών και καθισμάτων, 2. εντατικοποίηση των οικοδομικών εργασιών από τη Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων (ΔΕΠΙΑΝΟΜ), 3. παροχή θέρμανσης, αντικατάσταση σωλήνων ύδρευσης και αποθήκευσης νερού, 4. ασφαλιστική κάλυψη όλων των νοσηλευόμενων, 5. παροχή καλοκαιρινών ρούχων στους αρρώστους, 6. προετοιμασία για τη λήψη δυο αναψυκτηρίων, 7. εγκατάλειψη του 16^{ου} περιπτέρου, 8. οργάνωση κοντά στο νοσοκομείο ξενώνων, 9. τροποποίηση του συστήματος αγορών. Στο πρόγραμμα περιλαμβάνεται επίσης η προετοιμασία για την έξοδο μερικών δεκάδων ακόμη νοσηλευόμενων καθώς και η οργάνωση ομάδων παρέμβασης.

Η περίοδος δράσης του προγράμματος ήταν από τις αρχές Ιανουαρίου 1984 έως το τέλος του 1989. Ο ρυθμός εφαρμογής όμως παρουσίαζε καθυστερήσεις σε σχέση με τα χρονοδιαγράμματα, εν μέρει λόγω διοικητικών δυσκολιών και εν

μέρει λόγω της φύσης των θεμελιωδών αλλαγών που απαιτούνται για τη μετάβαση από την παραδοσιακή ψυχιατρική περίθαλψη των ασθενών, εντός του ψυχιατρικού νοσοκομειακού περιβάλλοντος, στις δομές που προβλέπονται στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου μοντέλου που στρέφεται γύρω από την κοινότητα. Ο τροποποιημένος Κανονισμός Αρ. 4130/88 του Συμβουλίου Ευρωπαϊκής Ένωσης πρόσφερε την ευκαιρία επέκτασης της περιόδου εφαρμογής και υλοποίησης του προγράμματος. Καταρτίστηκε ένα νέο, τροποποιημένο πρόγραμμα δράσης και κατόπιν της συμφωνίας της Επιτροπής, ξεκίνησε να υλοποιείται το 1991 (Τζωράκη-Χατζάκη και συν., 2005).

Η πρώτη φάση του προγράμματος «Λέρος» ξεκίνησε το 1991 και προέβλεπε αρχικά τη μεταφορά 120 εγκλείστων του Κρατικού Θεραπευτηρίου της Λέρου (ΚΘΛ) σε 13 Ξενώνες στην Ηπειρωτική Ελλάδα και έπειτα την παρέμβαση στα περίπτερα 11 και 16 στα οποία διαβίωναν 400 ασθενείς. Στο εγχείρημα αυτό σε συνεργασία με το μόνιμο προσωπικό του ΚΘΛ ομάδες Ελλήνων, Ιταλών και Ολλανδών επαγγελματιών ψυχικής υγείας επιχείρησαν τον εξανθρωπισμό των περιπτέρων αυτών στην κατεύθυνση του αποϊδρυματοποίησης. Σημαντικό πόλο αυτή την περίοδο έπαιξαν οι εθελοντές σπουδαστές από το τμήμα Φιλοσοφίας Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (<http://www.koispe.gr>).

Το 1991 αποφασίσθηκε ενεργός παρέμβαση στο ψυχιατρείο της Λέρου με τη δημιουργία 11 ξενώνων, που είχαν σαν στόχο την επανένταξη 110 τροφίμων του ψυχιατρείου στις περιοχές διαμονής τους (Λιάκος, 2003). Σκοπός του ξενώνα είναι η κοινωνική αποκατάσταση χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών (<http://epapsy.gr>).

Το 1994 εξελίχθηκε το πρόγραμμα επαγγελματικής αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών οι οποίοι παρακολουθούνται από το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας Χαλκίδας. Το πρόγραμμα παρείχε προκατάρτιση και κατάρτιση σε εργασίες καθαρισμού και το συνεργείο κατάφερε να έχει αξιόλογη επαγγελματική δραστηριότητα (<http://epapsy.gr>).

Ένα ακόμη πρόγραμμα που πραγματοποιήθηκε απευθυνόταν στο προσωπικό ενός τμήματος του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου. Στόχος του προγράμματος ήταν η αλλαγή της στάσης και της πρακτικής του προσωπικού σε ζητήματα φροντίδας χρόνιων ψυχιατρικών και νευρολογικών ασθενών (<http://epapsy.gr>).

Αποτέλεσμα των δραστηριοτήτων του «Λέρος Ι» ήταν η δημιουργία 4 εξωνοσοκομειακών δομών με 27 ενοίκους καθώς και η ίδρυση του Αγροτικού

Συνεταιρισμού της πρώτης ουσιαστικά προσπάθειας που επιχειρείται στην κατεύθυνση της επαγγελματικής αποκατάστασης με το καθεστώς της αμειβόμενης εργασίας (<http://www.koispe.gr>).

Η δεύτερη φάση του προγράμματος «Λέρος» υλοποιήθηκε την περίοδο 1993-1995, προέβλεπε την επέκταση της παρέμβασης εξανθρωπισμού των συνθηκών διαβίωσης σε όλο το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου. Αποτέλεσμα των δράσεων του Λέρος II ήταν η δημιουργία 16 εξωνοσοκομειακών δομών καθώς και 5 ακόμη νέων άτυπων συνεταιρισμών: το εργαστήριο κεραμικής, τα δυο κυλικεία, το συνεργείο καθαριότητας και τα εργαστήρια ζωγραφικής, ταπήτων και πλεκτών, που αποτέλεσαν το μετασχηματισμό του υπάρχοντος τμήματος αποσχολιοθεραπείας. Παράλληλα δημιουργήθηκαν 37 ενδονοσοκομειακές δομές και πραγματοποιήθηκαν παρεμβάσεις ποιοτικής αναβάθμισης των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών (<http://www.koispe.gr>).

Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2000), η συνολική επίπτωση του προγράμματος Β του Κανονισμού 815/84, στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα έχει ήδη γίνει εμφανής από τα ακόλουθα:

- Σημαντική ελάττωση των διαθέσιμων κρεβατιών στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία,
- Σημαντική αύξηση στα ψυχιατρικά κρεβάτια και τα εξωτερικά ιατρεία των γενικών νοσοκομείων,
- Αύξηση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα,
- Ελάττωση του μέσου χρόνου νοσηλείας στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η ελάττωση ίσως αντικατοπτρίζει την αλλαγή στη στάση των οικογενειών αλλά και των γιατρών,
- Σημαντική αύξηση στον αριθμό των κρεβατιών και θέσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης,
- Αύξηση του προσωπικού των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων.

Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» Α και Β φάση

Προκειμένου να διασφαλισθεί η συνέχιση των σημαντικών πρωτοβουλιών μεταρρύθμισης μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ευρωπαϊκή Ένωση στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέλαβε μια πιο μακροπρόθεσμη δέσμευση για την συνέχιση της μεταρρύθμισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα. Έτσι, αναπτύχθηκε ένα

δεκαετές πρόγραμμα για την περίοδο 2000-2010, με την ονομασία «Ψυχαργός», το οποίο στόχευε στην συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με μεγαλύτερη έμφαση στη σημασία της κοινωνικής επανένταξης και της εισόδου στον εργασιακό χώρο για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. 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 την δημιουργία νέων δομών για την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με βάση την κοινότητα, σε όλη την Ελλάδα. Προσφέροντας κατ' αυτόν τον τρόπο τοπικές υπηρεσίες σε όλο τον πληθυσμό και σε όλο το εύρος ηλικιών (Τζωράκη-Χατζάκη και συν.,2005).

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 (<http://www.yyka.eu>).

Στην Α Φάση του εν λόγω προγράμματος, εκτός από τη θέσπιση ενός νέου νομικού πλαισίου για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σχεδιάστηκαν και υλοποιούνται συγκεκριμένα μέτρα και ενέργειες, υπό την μορφή ολοκληρωμένων παρεμβάσεων, που αποσκοπούν στην περαιτέρω αποσυμφόρηση των ψυχιατρικών Ιδρυμάτων και στην εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικό-επαγγελματικής ένταξης ενός συγκεκριμένου αριθμού ψυχικά πασχόντων και τα οποία συμπεριλαμβάνουν ενέργειες διευκόλυνσης και στήριξης για ημι-αυτόνομη και αυτόνομη διαβίωση στην κοινότητα καθώς και ενέργειες κατάρτισης και προώθησης στην απασχόληση (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής υγιεινής, Δεκέμβριος 2000).

Κατά την τριετία 1999 – 2001, μια πρώτη φάση του σχεδίου υλοποιήθηκε στα πλαίσια του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», με χρηματοδότηση τόσο από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο όσο και από εθνικούς πόρους. Επρόκειτο κυρίως για την εφαρμογή της πρώτης δράσης του σχεδίου «Ψυχαργός» και αφορούσε στην ανάπτυξη 55 δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, με στόχο την εγκατάσταση 600 περίπου ασθενών με μακρά παραμονή σε όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το βασικό κριτήριο του τόπου εγκατάστασης των ασθενών υπήρξε αυτό της διασποράς και

του τύπου καταγωγής, με παράλληλη ανάπτυξη εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης και προσπάθεια προώθησης τους στην αγορά εργασίας (Μαυρατζώτου, 2003).

Σύμφωνα με τις Τζωράκη-Χατζάκη και συν. (2005), το πρόγραμμα ξεκίνησε με τη δημιουργία συνεργασιών μεταξύ των ψυχιατρείων και των Γενικών Περιφερειακών ή Νομαρχιακών Νοσοκομείων, προκειμένου να ενισχυθεί η συμμετοχή όλων των παραγόντων των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και Πρόνοιας. Τα ψυχιατρεία συμμετείχαν ενεργά στη διαδικασία προετοιμασίας για την Κοινωνική Επανάταξη, συμπεριλαμβανομένης της επαγγελματικής κατάρτισης για την αγορά εργασίας και την ανεξάρτητη διαβίωση τους στην κοινότητα.

Τα αποτελέσματα της Α Φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός» φαίνονται ως εξής:

- Δημιουργία 49 ξενώνων και 6 οικοτροφείων αποασυλοποίησης
- Δημιουργία 71 εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης ψυχικά ασθενών
- Προκατάρτιση, κατάρτιση 973 ασθενών, που διέμεναν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία
- Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (ξενώνες, οικοτροφεία) 769 ασθενών
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων, στελεχών των νέων δομών
- Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Επίσης, στα πλαίσια της Α Φάσης του «Ψυχαργός», έχει εγκριθεί ως πιλοτική δράση, δημιουργία και λειτουργία Μονάδας Υποστήριξης (Μ.ΥΠ.) των φορέων του προγράμματος. Στόχος της Μονάδας είναι η συμβολή στην οργάνωση της υλοποίησης των δράσεων των φορέων και η υποστήριξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επωφελήθηκαν της αποασυλοποίησης (<http://www.yyka.eu>).

Η Β' φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» συνδέεται με την περίοδο 2000-2006 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Ταμειακού Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης (Μαδιανός 2000).

Η Β' φάση «Ψυχαργός», αποτελεί εφαρμογή της πρώτης και της δεύτερης δράσης, δηλαδή της αποασυλοποίησης αφενός και της ανάπτυξης των δομών αφετέρου (Μαυρατζώτου, 2003). Η ανάπτυξη δομών και υποδομών έχει

σχεδιασθεί 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 3.500 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 Νοσοκομείου (<http://www.yyka.eu>).

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει την ανάπτυξη των ακόλουθων νέων δομών:

- 31 ολοκληρωμένα ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία
- 5 ολοκληρωμένα παιδοψυχιατρικά τμήματα σε Γενικά νοσοκομεία
- 34 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής για ενήλικες
- 32 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους
- 11 Μονάδες άμεσης παρέμβασης στην κρίση για άτομα εξαρτημένα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, σε Γενικά Νοσοκομεία
- 10 Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς
- 8 ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου, που περιλαμβάνουν Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας.
- 21 Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης
- 12 Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους
- 16 Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής, διασυνδεδεμένες με τα Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα
- 46 Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης
- 15 Ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευμένα διαμερίσματα για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου
- 211 Ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευμένα διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.000 ατόμων με μακρά διαβίωση στα ψυχιατρικά νοσοκομεία
- 15 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Μαδιανός,2000).

Στο πλαίσιο επιτάχυνσης του αποϊδρυματισμού όλων των ψυχιατρείων της χώρας, τον Ιανουάριο του 2004 κλείνει οριστικά όλα τα τμήματα των χρόνια ψυχικά ασθενών του, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Πέτρας Ολύμπου. Τον Φεβρουάριο του 2006 μετασχηματίζεται το ψυχιατρικό νοσοκομείο Χανίων και τον Οκτώβριο του ίδιου έτους κλείνει και το τελευταίο τμήμα χρόνιων στο Ψυχιατρείο της Κέρκυρας. Εντός του 2007 θα επιτευχθεί το κλείσιμο του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και ο μετασχηματισμός του σε ένα δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών (Στυλιανίδη, Γκιωνάκη και Χονδρό 2008). Υπολογίζεται ότι μέχρι το 2015 θα κλείσουν και τα υπόλοιπα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Stylianidis, Pandelidou και Chondros 2008). Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2000), σε αυτό θα βοηθήσει η ανάπτυξη ολοκληρωμένων ψυχιατρικών τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία, κοινοτικών ψυχιατρικών δομών και μονάδων αποκατάστασης (Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης, Συνεταιρισμοί).

Σύμφωνα με τους Στυλιανίδη, Γκιωνάκη και Χονδρό (2008), τα αποτελέσματα, έως το 2005, της δεύτερης φάσης η οποία βρίσκεται σε εξέλιξη, δείχνουν να έχουν δημιουργηθεί 377 μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για την αποασυλοποίηση 2.695 χρόνιων ασυλικών ασθενών από τα ψυχιατρεία. Έχουν αναπτυχθεί 29 κοινοτικές (εξωνοσοκομειακές) μονάδες ψυχικής υγείας και έχουν συσταθεί 7 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης, με σκοπό την επαγγελματική αποκατάσταση ψυχικά πασχόντων.

1.2. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

1.2.1. Βασικές αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής

Ο όρος Κοινοτική Ψυχιατρική αφορά την παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς μέσα στην κοινότητα, χωρίς να τους απομακρύνουμε από το φυσικό τους περιβάλλον και με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας (Λιάκος, 2003). Οι βασικοί στόχοι της Κοινοτικής Ψυχιατρικής είναι: 1) Η αύξηση του εύρους του αριθμού και της εξειδίκευσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών (υπηρεσίες για παιδιά, υπερήλικες, άλλα άτομα ευάλωτα). 2) Η ύπαρξη υπηρεσιών διαθέσιμων και προσεγγίσιμων από κάθε άτομο, ανεξάρτητα γεωγραφικής θέσης, οικονομικής κατάστασης και φυλής. 3) Η παροχή υπηρεσιών να είναι ανάλογη των αναγκών

της κοινότητας. 4) Η μείωση των εισαγωγών στα ψυχιατρεία. 5) Η μεγιστοποίηση της συμμετοχής των πολιτών στα προγράμματα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής. 6) Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. 7) Ο συντονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής μέσα στον τομέα (Μαδιανός, 1989).

Η Κοινοτική Ψυχιατρική υλοποιείται με τη δημιουργία εναλλακτικών προς το άσυλο μορφών περίθαλψης των ασθενών μιας συγκεκριμένης πληθυσμιακής περιοχής. Η ανάπτυξη γίνεται σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης, της συνέχειας της φροντίδας του ασθενούς και της αποτελεσματικής και πλήρους κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού (Λιάκος, 2003).

Η αρχή της τομεοποίησης, αφορά στη διαίρεση της χώρας σε πληθυσμιακές και αντίστοιχες γεωγραφικές περιοχές και στον προσδιορισμό των πληθυσμών για τους οποίους σχεδιάζεται το σύστημα παροχής υπηρεσιών, δηλαδή των τομέων. Ο πληθυσμός των τομέων σύμφωνα με διεθνείς προδιαγραφές πρέπει να κυμαίνεται από 50 έως 150 χιλιάδες κατοίκους. Το μέγεθος του τομέα καθορίζει και τις αποστάσεις που πρέπει ο ασθενής να διανύσει, ώστε να μην αναγκάζεται να απομακρύνεται για την παροχή της περίθαλψης από το κοινωνικό του περιβάλλον (Λιάκος, 2003).

Η ιδέα του τομέα εμφανίζεται το 1945, σαν επίσημη πολιτική στη Γαλλία, στο χώρο της ψυχικής υγείας. Οι πρώτες δημόσιες συζητήσεις έγιναν στα πλαίσια των «ημερών του Νοσοκομείου St Anne» όπου τίγονται για πρώτη φορά έννοιες όπως η ανάπτυξη των εξωνοσοκομειακών δραστηριοτήτων, η αδιαιρετότητα της πρόληψης, της θεραπείας και της συνέχισης της (Καρακώστας, Στυλιανίδης, 1984).

Στην Ελλάδα άμεσος νόμος για την τομεοποίηση δεν υφίσταται. Με το διάταγμα του 1953 «Περί οργάνωσης της Ιατρικής αντίληψης» προτάθηκε η διαίρεση της χώρας σε 13 υγειονομικές περιφέρειες. Στο νόμο 1397/83 για το ΕΣΥ αναφέρεται η δημιουργία υγειονομικών περιφερειών χωρίς να καθορίζεται ο αριθμός τους ούτε τα κριτήρια με τα οποία θα συσταθούν. Το 1986, με το προεδρικό διάταγμα 31, ορίζεται η διαίρεση της χώρας σε 9 υγειονομικές περιφέρειες. Ένα χρόνο αργότερα το 1987, με το προεδρικό διάταγμα 51 ορίζονται οι περιφέρειες σε 13, προκειμένου να επιτευχθεί ο «προγραμματισμός και συντονισμός της περιφερειακής ανάπτυξης». Τέλος οι εκθέσεις του Υπουργείου Υγείας-Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Υ.Υ.Π.Κ.Α.) για τον κανονισμό 815/84 αναφέρονται σε 12 περιφέρειες (Μαδιανός, 1994).

Από την τομεοποίηση αναμένεται μεγάλη πρόοδος στη δικτύωση / ενοποίηση / συντονισμό των κατά τόπους ψυχιατρικών υπηρεσιών. Όμως η επιλεκτική και ανεπαρκή εφαρμογή της καταγράφει προβλήματα και δυσλειτουργίες όπως: σε κανένα τομέα δεν λειτουργεί η διασύνδεση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών με τις μονάδες νοσηλείας. Η οριζόντια επικοινωνία των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών που ανήκουν σε διαφορετικούς τομείς και διαφορετικούς φορείς εντός των τομέων είναι ελάχιστη. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας δεν παρεμβαίνουν με κανένα τρόπο στη ρύθμιση των εφημεριών, ευθύνη που ανήκει εξ' ολοκλήρου στο Συντονιστικό Όργανο Τομέων Υγείας (<http://www.psych.gr>).

Σύμφωνα με τους Παπαδάτο και Στογιαννίδου (1988), η τομεοποίηση δεν είναι ο καθ' αυτό στόχος αλλά, η οργανωτική μορφή του πρώτου σταδίου μετάβασης από την κλειστή ιδρυματική μορφή περίθαλψης, προς το πλέγμα των ανοικτών μορφών της ανοικτής ψυχιατρικής περίθαλψης. Αποτελεί δηλαδή το πρώτο βήμα υλοποίησης της αποκεντρωτικής διαδικασίας από τα ιδρύματα – μεγαθήρια, προς ευέλικτες τοπικές μονάδες ψυχιατρικής περίθαλψης προσαρμοσμένες στις τοπικές ανάγκες. Όταν η κοινοτική δομή είναι ελάχιστη ή ανύπαρκτη, δεν είναι δυνατή προφανώς η κατάργηση των κλειστών ψυχιατρικών ιδρυμάτων, αλλά η ποσοτική μείωση του μεγέθους τους και η μετάβαση μέρους λειτουργιών τους σε μικρότερα ψυχιατρεία ή τμήματα των γενικών νοσοκομείων. Την έννοια της γεωγραφικής τομεοποίησης, θα πρέπει επομένως, να συνδυάσουμε απαραίτητα με την έννοια της καθολικής κάλυψης των αναγκών των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Η αρχή της συνέχειας της φροντίδας του ασθενούς, σημαίνει τη δυνατότητα της θεραπευτικής ομάδας να παραμένει υπεύθυνη για τον ασθενή της σε όλες τις φάσεις της νόσου και ανεξάρτητα από το είδος περίθαλψης το οποίο απαιτείται για τον ασθενή. Με αυτό τον τρόπο διατηρείται η θεραπευτική σχέση και αποφεύγονται οι υποτροπές της νόσου (Λιάκος, 2003). Σύμφωνα με τον Μαδιανό (1989), είναι ο καλύτερος τρόπος αποφυγής της υποτροπής και του εγκλεισμού στο άσυλο.

Η αρχή της αποτελεσματικής και πλήρους κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού, υπονοεί το σχεδιασμό των υπηρεσιών μετά από προσδιορισμό των αναγκών του πληθυσμού του τομέα, την πλήρη κάλυψή τους με πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων. Η οργάνωση και η κατανομή των πόρων θα πρέπει να

συμβάλει στην επίτευξη της μέγιστης αποτελεσματικότητας του συστήματος με το μικρότερο κόστος (Λιάκος, 2003) Σύμφωνα με τον Μαδιανό (1989), στην αρχή αυτή υπάγεται η έννοια της προσαρμογής της θεραπείας σε χρονικά πλαίσια εναρμονιζόμενα με τις συγκεκριμένες ανάγκες της ψυχοπαθολογίας του ατόμου.

Η αρχή της ανταποκριτικότητας. Η προέλευση του κοινού στο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Κ.Ψ.Υ.) είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών που γίνεται μέσα από τη συνεργασία του κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας (Μαδιανός, 1989).

Σύμφωνα με τον Bierer (2000), Κοινωνική Ψυχιατρική είναι η επιστήμη που έχει σκοπό την πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών του ατόμου, ή ομάδας, που υποφέρει ή είναι ελάχιστα ενσωματωμένο στο κοινωνικό σύνολο. Είναι προφανές ότι ο Bierer (2000), εννοεί την Κοινοτική Ψυχιατρική ως Κοινωνική Ψυχιατρική. Κατά τον Bierer (2000), η Κοινωνική Ψυχιατρική βασίζεται σε έξι αρχές:

1.Την αρχή της καθολικότητας, η οποία εκφράζεται μέσα από την συνολική κοινωνική δομή που περιλαμβάνει τον άνθρωπο, τον πολιτισμό, τις ιδέες. Ο άρρωστος προσεγγίζεται σφαιρικά.

2.Την αρχή της συνειδητής βούλησης, η οποία βασίζεται στην τελεολογική θεωρία του Adler, κάθε άτομο έχει μια ουσιαστική τελεολογική στάση και αγωνίζεται για αυτή.

3.Την αρχή της συσχέτισης, η οποία προϋποθέτει πως τίποτα δεν μπορεί να συμβεί στην ανθρώπινη «ψυχή», αν δεν έχει συσχετιστεί με κάτι άλλο ή κάποιο άλλο άτομο.

4.Την αλληλεπίδραση κέντρου και περιφέρειας, όπου η θεραπευτική αλλαγή γίνεται εφικτή μέσα από εξωτερικές επιρροές, δηλαδή μπορεί να προέρχεται και από την περιφέρεια, όχι μόνο από το κέντρο.

5.Την πολυδιάστατη προσέγγιση, όπου μπορεί να είναι πολυστρωματική, πολυπαραγοντική και πολυμεταβίβαση. Η πολυδιάστατη προσέγγιση αφορά το θεραπευτικό έργο στο επίπεδο του ασυνείδητου και παράλληλο έργο στο κοινωνικό σκέλος με κοινωνικές (θεραπευτικές) δραστηριότητες. Η πολυπαραγοντική προσέγγιση περιλαμβάνει τους άλλους «παράγοντες» πρόκλησης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, όπως μπορεί να είναι οι γονείς, τα παιδιά, οι εργοδότες κ.ά. στους οποίους κάθε παρέμβαση υποστηρίζει το

θεραπευτικό έργο με τον άρρωστο. Τέλος, η πολυμεταβίβαση είναι η σχέση δυο ή περισσότερων θεραπευτών στο ίδιο επίπεδο με τον θεραπευόμενο.

6. Την θεραπεία μέσα από την εμπειρία, η οποία περιλαμβάνει το ψυχόγραμμα του Moreno, την ομαδική θεραπεία με παιδιά του Slavson και κάθε εμπειρία που προέρχεται από θεραπευτικές δραστηριότητες στα πλαίσια του Νοσοκομείου Ημέρας και της Κοινωνικής Λέσχης.

1.2.2. Έννοια και αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών

Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, ως αυτόνομος τομέας που έχει αντικείμενο τον χρόνιο ψυχικά άρρωστο, είναι συμπληρωματικός και όχι ανταγωνιστικός με την κλινική ψυχιατρική θεραπευτική στο πλαίσιο συγκεκριμένων διαφορών όπως αυτές περιγράφονται από τους Anthony και συν. (1990). Στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι ευνόητο ότι τα κλινικά θέματα υπεισέρχονται άμεσα και έμμεσα και καθορίζουν το αποτέλεσμα της αποκαταστασιακής παρέμβασης. Βέβαια, το έργο της Αποκατάστασης πρέπει να είναι «αποψυχιατρισμένο», αν και η κλινική ψυχοπαθολογική πραγματικότητα είναι πάντα παρούσα.

Κατά τον Zussman (1975), η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση διέπεται από τις οκτώ ακόλουθες βασικές αρχές:

- Η ψυχική ασθένεια δεν επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της συμπεριφοράς. Είναι γνωστό από την κλινική εμπειρία ότι ακόμα και ένα σοβαρά ψυχικά διαταραγμένο άτομο μπορεί ως ένα βαθμό να φροντίζει τον εαυτό του σε βασικά θέματα για την επιβίωσή του. Είναι σοβαρό λάθος να θεωρείται ένα άτομο που υπολειτουργεί σε ένα τομέα, ότι υπολειτουργεί και στους άλλους τομείς.
- Η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι δυνατόν να ανταποκριθεί προοδευτικά σε εντελώς νέες απαιτήσεις. Το μόνο πρόβλημα είναι ο χρόνος που απαιτείται για να αποκτηθούν αυτές οι νέες ικανότητες.
- Η ανθρώπινη συμπεριφορά ανταποκρίνεται στην παρουσία ή απουσία ειδικών παραγόντων στο περιβάλλον και στην κοινότητα.

Είναι εμφανές ότι η αρχή αυτή βασίζεται στις έννοιες των θετικών ή αρνητικών ενισχύσεων όπως αυτές θεμελιώθηκαν από τον B.F. Skinner.

- Η κοινωνική πίεση μεταφέρεται αυτούσια ή τροποποιημένη στο άτομο μέσα από τις προσδοκίες της ομάδας για το άτομο αυτό. Η επιδίωξη των ψυχοθεραπευτών και εργοθεραπευτών να βοηθήσουν το άτομο να αλλάξει τη συμπεριφορά του και να δρα «φυσιολογικά», αντανακλά τα κοινωνικά στοιχεία που οριοθετούν τη συμπεριφορά.
- Η επιδίωξη της ψυχιατρικής αποκατάστασης ως διαδικασίας για την επανένταξη είναι να προσφέρει συνθήκες στο άτομο όμοιες με εκείνες που θα συναντήσει στην καθημερινή του ζωή, ώστε να εξοικειωθεί με αυτές. Εδώ καταγράφεται και το μειονέκτημα των ψυχιατρείων να δημιουργήσουν ατμόσφαιρα παρόμοια με τις κοινωνικές συνθήκες που θα ζήσει ο ασθενής έξω στην κοινότητα.
- Η κοινωνική πίεση γίνεται αισθητή στο άτομο μέσα από την αλληλεπίδραση του με τα άλλα μέλη της ομάδας. Υπάρχει μία θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού που το άτομο είναι δεμένο με την ομάδα και του βαθμού στον οποίο εκείνη το επηρεάζει.
- Η στάση και οι κοινωνικές δυνάμεις μέσα στην ομάδα είναι κρίσιμος παράγοντας που καθορίζει την συμπεριφορά των μελών της ομάδας. Σύμφωνα με την αρχή αυτή, πρέπει να αποφεύγεται η ενίσχυση των παθολογικών συμπεριφορών, γι' αυτό στην ομάδα της ψυχιατρικής αποκατάστασης συμμετέχουν άτομα χωρίς ψυχοπαθολογικό υπόβαθρο, η συμπεριφορά των οποίων μπορεί να αποτελέσει σημείο ενίσχυσης της φυσιολογικής συμπεριφοράς των ψυχωσικών μελών.
- Η πρακτική της ψυχιατρικής αποκατάστασης πάντοτε ακολουθεί μία ιεραρχημένη διαδικασία στους τρεις βασικούς τομείς (εργασία, στέγαση και κοινωνικές δραστηριότητες) (Μαδιανός 1994).

Όπως η Κοινοτική Ψυχιατρική, έτσι και η Ψυχιατρική/Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση διέπεται από εννέα βασικές αρχές, σύμφωνα με τους Anthony, Farkas και Cohen (1990). Αυτές είναι:

1. Ο πρωταρχικός στόχος είναι η βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου
2. Η ψυχιατρική αποκατάσταση είναι εκλεκτική ως προς τις τεχνικές της

3. Το όφελος από την αποκατάσταση αφορά στη βελτίωση της συμπεριφοράς του ατόμου, με έμφαση στην αντίληψη της πραγματικότητας και όχι των ενδοψυχικών παραγόντων
4. Ένας κύριος στόχος είναι η βελτίωση του επαγγελματικού αποτελέσματος των ατόμων
5. Η ελπίδα αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο στη διαδικασία της αποκατάστασης
6. Η ενεργητική συμμετοχή του ατόμου στην αποκαταστασιακή διαδικασία είναι επιθυμητή
7. Οι δύο βασικές παρεμβάσεις της αποκατάστασης είναι η ανάπτυξη των δεξιοτήτων του ατόμου και η ανάπτυξη της περιβαλλοντικής υποστήριξης
8. Η μακρόχρονη φαρμακοθεραπεία είναι αναγκαία, αλλά σπανίως επαρκεί από μόνη της για την αποκαταστασιακή παρέμβαση
9. Η εξάρτηση από περιορισμένο αριθμό υπηρεσιών αποκατάστασης ως πρώτο βήμα είναι κάτι το φυσιολογικό και είναι δυνατόν να οδηγήσει το άτομο σε μία προοδευτική αύξηση της λειτουργικότητάς του, ώστε να είναι ανεξάρτητο

Δύο ακόμα αξίες έχουν καθιερωθεί στην αποκαταστασιακή διαδικασία:

- Η ομαλοποίηση (normalization) και
- Οι ρόλοι και η επίτευξή τους (Μαδιανός,2000).

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Farkas και Anthony (1989) η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση περιλαμβάνει τις κάτωθι αναφερόμενες αξίες:

- Λειτουργικότητα: Η αποδοτικότητα του ατόμου σε καθημερινές δραστηριότητες
- Επιτυχία: Η επίτευξη των απαιτήσεων
- Ικανοποίηση: Το συναίσθημα ευτυχίας του πελάτη
- Περιβαλλοντική εξειδίκευση: Η στόχευση στο συγκεκριμένο περιβαλλοντικό περιεχόμενο
- Επιλογή: Η επικέντρωση σε περιεχόμενο καθορισμένων στόχων
- Προσανατολισμός στο αποτέλεσμα: επικέντρωση στην αξιολόγηση των επιπτώσεων της αποκατάστασης
- Υποστήριξη: Επικέντρωση στην παροχή βοήθεια όσο αυτή χρειάζεται

- Δυναμικό ανάπτυξης: Η επικέντρωση στη βελτίωση της λειτουργικότητας του πελάτη.

Τα βασικά κριτήρια για την επιλογή ενός ατόμου με χρόνια ψυχική αρρώστια σε κάποιο προηγμένο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι:

- η ύφεση της ψυχοπαθολογίας
- το ικανοποιητικό επίπεδο γενικής λειτουργικότητας και
- η ύπαρξη κινήτρων για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα για την ικανοποίηση των αναγκών (Μαδιανός,2000).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια πολυδιάστατη διαδικασία που προσφέρει ευκαιρίες σε χρόνιους ψυχικά αρρώστους με έκπτωση λειτουργικότητας, ανικανότητα ή αναπηρία, να πετύχουν όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας και ενσωμάτωσης στην κοινότητα. Και η ψυχιατρική και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ασκούνται σε συγκεκριμένο χρόνο στον συγκεκριμένο παγκοσμιοποιημένο χώρο (Μαδιανός,2000).

Η ψυχιατρική-ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελείται από τρεις τομείς, οι οποίοι είναι η διάγνωση, ο προγραμματισμός και η παρέμβαση. Οι στόχοι, συνήθως, είναι μικροπρόθεσμοι και άμεσοι, μεσοπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι με ιεραρχημένη δομή. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει συνολικά έξι στάδια:

1. την αποκαταστασιακή διάγνωση
2. την αρχική εκτίμηση των δεξιοτήτων που υπάρχουν
3. τον σχεδιασμό των στόχων
4. την πραγματοποίηση των στόχων
5. την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και
6. την τελική εργασιακή αποκατάσταση του ατόμου (Μαδιανός,2000).

Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2000), το αποτέλεσμα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης επηρεάζεται από τρεις βασικούς παράγοντες:

1. κλινικοί παράγοντες, όπως η επίπτωση της ίδιας αρρώστιας, η προϋπάρχουσα γενική λειτουργικότητα του ατόμου, η προνοσηρή προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση
2. οικογενειακοί, κοινωνικοί/πολιτιστικοί παράγοντες, όπως το φτωχό κοινωνικό/πολιτιστικό περιβάλλον και η χαμηλή κοινωνική τάξη
3. οι διαδικασίες της εφαρμογής της αποκατάστασης

Προκειμένου να αναλυθεί και να εκτιμηθεί το πρόβλημα της περίθαλψης του χρόνιου ψυχωτικού αρρώστου, στην ελληνική πραγματικότητα, είναι απαραίτητο να «ιχνογραφηθεί», η πορεία στο υπάρχον δίκτυο ψυχιατρικών δομών.

Χαρακτηριστικό του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας, είναι ότι παραμένει νοσοκομειοκεντρικό με πλημμελή ή ανύπαρκτη οργάνωση εξωνοσοκομειακών δομών και έλλειψη συνεχούς φροντίδας, μετά την έξοδο του αρρώστου από το ψυχιατρικό νοσοκομείο ή την ιδιωτική κλινική. Το πρόβλημα γίνεται οξύτερο για τις αγροτικές και νησιωτικές περιοχές, τις απομακρυσμένες από τα κέντρα παροχής των ψυχιατρικών υπηρεσιών, δηλαδή τα ψυχιατρεία των μεγάλων πόλεων. Συνήθως τα ίχνη του αρρώστου αγνοούνται στο μεσοδιάστημα των υποτροπών του, η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση έχουν ανατεθεί στις υπηρεσίες πρόνοιας και η ποιότητα ζωής του, εξαρτάται από τις ενοχές και το υπαρκτό ή ανύπαρκτο ενδιαφέρον της οικογένειας. Μια νέα επαφή με το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας πολύ συχνά γίνεται με αίτημα τον εγκλεισμό, του πραγματικά ή «εν δυνάμει» επικίνδυνου ψυχωτικού (Παναγούτσος, 2003).

Σύμφωνα με τον Παναγούτσο (2003) με την ανάλυση των επί μέρους παραγόντων που καθορίζουν τον φαύλο κύκλο της πορείας του ψυχωτικού αρρώστου και που καθένας εξ αυτών επηρεάζει τη σύνθεση της επικινδυνότητάς (άρα του εγκλεισμού) του διαπιστώνεται η συμμετοχή:

- Ø Της παθολογίας του αρρώστου
- Ø Του οικογενειακού αστερισμού
- Ø Της κοινωνικής ομάδας (κοινότητας) και της συλλογικής αναπαράστασης για την ψυχική αρρώστια
- Ø Της ψυχιατρικής ομάδας και των άλλων υπηρεσιών υγείας
- Ø Των αστυνομικών και δικαστικών αρχών και του νομικού πλαισίου που καθορίζει τη λειτουργία τους

Σε ένα μοντέλο-απάντηση στη συμπλοκότητα του προβλήματος της περίθαλψης του ψυχωτικού αρρώστου και αυτής καθαυτής της ψυχωσικής διεργασίας, πιστεύεται ότι είναι απαραίτητο να ληφθούν υπόψη οι προαναφερόμενοι παράγοντες. Θεωρείται ότι επιτυχέστερος είναι ο συνυπολογισμός τους, γεγονός που δεν αποτελεί καινοτομία στην εφαρμογή ενός κοινωνικού-κοινοτικού συστήματος περίθαλψης.

1.2.2.1 Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των Χρόνιων Ψυχικά Ασθενών

Ως τριτογενής πρόληψη θεωρείται η διαδικασία πρόληψης ή περιορισμού των φαινομένων κοινωνικό-λειτουργικής έκπτωσης που συνοδεύουν μια σοβαρή ψυχική νόσο, υλοποιείται δε στη βάση προγραμμάτων κοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης των ασθενών. Η κοινωνικο-λειτουργική μειονεκτικότητα (έκπτωση) των χρόνιων ασθενών αποδίδεται σε τρεις, κυρίως, παράγοντες:

1. Σε λειτουργικές μειονεκτικότητες, οι οποίες ήδη προϋπήρχαν πριν από την έναρξη της νόσου (πχ κινητικού τύπου διαταραχές ή μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες)
2. Σε μειονεκτικότητες που προέκυψαν ως αποτέλεσμα ή και ως συνέπεια της διαδρομής της νόσου (πχ απάθεια, ακοινωνικότητα)
3. Σε μειονεκτικότητες που προέκυψαν δευτερογενώς, ως αντίδραση του ίδιου του ασθενούς ή του κοινωνικού του περιβάλλοντος προς τη νόσο (πχ μόνωση, απόρριψη ή περιθωριοποίηση του ασθενούς)

Οι Anthony, Cohen και Farkas (1999), σε μια επαναδιατύπωση των αρχών που θα πρέπει να διατρέχουν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση της νέας χιλιετίας, προτείνουν πως οι πολιτικοί σχεδιασμοί θα πρέπει να στοχεύουν:

1. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας όπου τα άτομα με ψυχιατρικές δυσκολίες να προσεγγίζονται με έναν τρόπο ολιστικό που αναγνωρίζει όχι μόνο τις ψυχιατρικές τους μειονεξίες αλλά και τα θετικά τους χαρακτηριστικά και έτσι να αντιμετωπίζονται ανάλογα.
2. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας, το οποίο δεσμεύεται για τη βελτίωση του στεγαστικού, επαγγελματικού, εκπαιδευτικού και κοινωνικού επιπέδου του κάθε ψυχικά πάσχοντα.
3. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας, στο οποίο οι ίδιοι οι ψυχικά πάσχοντες θα μπορούν να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στο σχεδιασμό αλλά και στην παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
4. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας, το οποίο αναγνωρίζει τη σημασία της εξειδίκευσης των επαγγελματιών αποκατάστασης σε τεχνικές και τεχνογνωσίες απαραίτητες για την επίτευξη των στόχων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

5. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας, το οποίο πιστεύει στην ανάρρωση του ψυχικά πάσχοντα.

Οι βασικές αυτές αρχές αναδεικνύουν τον ψυχικά πάσχοντα σε άτομο με αυτονόητες ανάγκες και θετικά χαρακτηριστικά, το οποίο μπορεί να αναρρώσει της χρόνιας ψυχικής διαταραχής και να συμβάλει με ενεργητικό τρόπο στο σχεδιασμό και στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, υπογραμμίζουν τη σημασία της εξειδίκευσης των επαγγελματιών της αποκατάστασης σε ειδικές τεχνικές και τέλος επικεντρώνονται στη δέσμευση του συστήματος ψυχικής υγείας για κάλυψη των ατομικών, κοινωνικών, στεγαστικών και επαγγελματικών αναγκών του ψυχικά πάσχοντα. Στο σχεδιασμό και την εφαρμογή των ψυχοκοινωνικών αποκαταστασιακών παρεμβάσεων, τα ζητούμενα είναι σύνθετα καθώς εμπλέκονται πολλά και διαφορετικά επίπεδα που κάποια από αυτά σχετίζονται με τον ψυχικά πάσχοντα, ενώ κάποια άλλα με το περιβάλλον στο οποίο δρα και κινείται (Ζήση, 2002).

1.2.2.2. Πεδία ψυχοκοινωνικών αποκαταστασιακών παρεμβάσεων σε ατομικό επίπεδο

Τα κεντρικά ζητούμενα των αποκαταστασιακών παρεμβάσεων με στόχο την κοινωνική επανένταξη των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε ατομικό επίπεδο είναι τα εξής:

1. το κλινικό, το οποίο αναφέρεται στη μείωση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, στο καλύτερο χειρισμό και αντιμετώπιση της, στη συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή, στη μείωση των υποτροπών, στο καλύτερο χειρισμό των κρίσεων και στη μείωση των εισαγωγών στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
2. το λειτουργικό, το οποίο αναφέρεται στη βελτίωση της λειτουργικότητας και στην ανάδειξη των λανθανουσών δεξιοτήτων, προκειμένου να είναι σε θέση το άτομο να ανταποκριθεί σε συμπεριφορές και ρόλους και παράλληλα να αξιοποιήσει όσο το δυνατόν καλύτερα πόρους και ευκαιρίες.
3. το ψυχολογικό, το οποίο αναφέρεται στην επανασυγκρότηση της ταυτότητας με θετικούς συνειρμούς και χαρακτηριστικά ενισχύοντας

την αυτό-εικόνα μέσα από συνθήκες, διαδικασίες και ρόλους που να ενθαρρύνουν εμπειρίες και αισθήματα αυτό-ελέγχου, αυτό-αποτελεσματικότητας, αυτονομίας και ενεργούς εμπλοκής.

4. το διαπροσωπικό, το οποίο αναφέρεται στην ύπαρξη ενός υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου, μέσα από το οποίο το άτομο θα μπορεί να λαμβάνει συναισθηματική αλλά και πρακτική υποστήριξη από συγγενείς, ερωτικούς συντρόφους και φίλους.
5. το στεγαστικό, το οποίο αναφέρεται στην εξασφάλιση ενός στεγαστικού περιβάλλοντος το οποίο αντανακλά ή να προσεγγίζει όσο το δυνατόν περισσότερο τις επιθυμίες και τις προσωπικές επιλογές του ίδιου του ψυχικά πάσχοντα και τέλος,
6. το επαγγελματικό, το οποίο αναφέρεται στην εξασφάλιση επαγγελματικών συνθηκών που να αντιστοιχούν όχι μόνο στις πραγματικές ικανότητες αι δεξιότητες του ατόμου, αλλά και στις εν δυνάμει ικανότητες του καθώς και στα εργασιακά του ενδιαφέροντα (Ζήση, 2002).

1.2.3. Δομές και υπηρεσίες της ψυχιατρικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών

Διαδοχικά σε όλη την Ελλάδα δημιουργήθηκαν και αναπτύχθηκαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας για την κάλυψη των αναγκών των ψυχικά ασθενών. Αυτές είναι:

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ) αποτελεί μονάδα των νοσοκομείων ή Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και έργο της είναι η παροχή υπηρεσιών πρόληψης και νοσηλείας και ειδικής φροντίδας κατ' οίκον, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αγωγής κοινότητας σε δυσπρόσιτες περιοχές. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας χρησιμοποιεί διαθέσιμους χώρους της κοινότητας, συνήθως χώρους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αλλά και χώρους που ανήκουν σε

Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, συλλόγους, κλπ., ανάλογα με τις ανάγκες που αναδύονται. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας διαθέτει επίσης ένα δικό της χώρο ως βάση για τις δραστηριότητές της. Εκεί όπου είναι δυνατό, χρησιμοποιεί ως χώρους παρέμβασης αυτούς στους οποίους ζει και εργάζεται ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνεται (σπίτι, καφενείο, χώροι δουλειάς) (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής

Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (πρώην Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής) είναι Κοινοφελής Οργανισμός Ιδιωτικού Δικαίου του Δημοσίου. Οι κύριοι σκοποί του Κέντρου είναι:

- Η παροχή φροντίδας μέσω της οργάνωσης και λειτουργίας υπηρεσιών στην κοινότητα για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών καθώς και ενδιάμεσων δομών για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων.
- Η προαγωγή της πρόληψης μέσω της ανάπτυξης συνεργασιών με φορείς και προγραμμάτων εκπαίδευσης.
- Η ανάπτυξη ειδικών θεραπευτικών προγραμμάτων.
- Η εξειδίκευση και συνεχής επιμόρφωση στελεχών ψυχικής υγείας.
- Η ενημέρωση ειδικών επαγγελματικών ομάδων καθώς και η ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας.
- Η έρευνα και η μελέτη κοινωνικών/ψυχολογικών παραγόντων καθώς και φαινομένων που σχετίζονται με την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών.
- Η ανάπτυξη της ιδέας της εθελοντικής προσφοράς.

Το Κέντρο έχει παραρτήματα σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας και στη δομή του περιλαμβάνονται διαφορετικού τύπου μονάδες οι οποίες καλύπτουν ευρύ φάσμα αναγκών ψυχικής υγείας για όλες τις ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

Αποσκοπεί στην παροχή υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα, έτσι ώστε το άτομο να μην απομακρυνθεί από το φυσικό και κοινωνικό του χώρο. Αποτελεί πρώτο

σταθμό για την παροχή ψυχιατρικής περίθαλψης. Αν κριθεί αναγκαία η παραπομπή και εισαγωγή σε μονάδες κλειστής ψυχιατρικής περίθαλψης, αυτή γίνεται στο αντίστοιχο Ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου, ενώ καταβάλλεται προσπάθεια η εισαγωγή να έχει τη μικρότερη δυνατή διάρκεια.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής ακολουθεί την αρχή της τομεοποίησης. Η περιοχή ευθύνης του στις αστικές περιοχές αφορά πληθυσμό 90.000-160.000 κατοίκων συνήθως, τα όρια της περιοχής ευθύνης συμπίπτουν με τα όρια δήμου ή δήμων. Στην περίπτωση των τριών μεγαλύτερων δήμων της χώρας, χρησιμεύουν ως όρια τα συνοικιακά διαμερίσματα.

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες οι οποίες βρίσκονται σε λειτουργική σύνδεση με τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Σκοπός των κέντρων ορίζεται η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, πρόληψη, θεραπεία καθώς και η αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του ασθενούς (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988).

Το Νοσοκομείο ημέρας

Συνήθως είναι μικρές μονάδες 30-40 ατόμων και λειτουργούν από τις 9 το πρωί έως τις 5 το απόγευμα. Οι ασθενείς προσέρχονται μόνοι τους και επιστρέφουν στο τέλος της ημέρας είτε στα σπίτια τους είτε σε ξενώνες. Η μέση διάρκεια παραμονής είναι 2-3 μήνες αλλά υπάρχουν διαφορές μεταξύ των διαφόρων μονάδων, ανάλογες με τις ανάγκες του πληθυσμού που εξυπηρετείται.

Το νοσοκομείο ημέρας πρέπει να περιλαμβάνει μια σειρά από δραστηριότητες και υπηρεσίες οι οποίες να αποσκοπούν στην αντιμετώπιση της ίδιας της ψυχικής διαταραχής καθώς και στη μελλοντική επανένταξη των ασθενών στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Συγκεκριμένα οι παρακάτω υπηρεσίες είναι χρήσιμες αλλά και απαραίτητες για μια ολοκληρωμένη αντιμετώπιση. Υπηρεσίες:

- αξιολόγηση και διάγνωση
- ψυχοθεραπεία
- εργασιοθεραπεία
- κοινωνική υποστήριξη και φροντίδα
- διδακτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες
- επαγγελματικός προσανατολισμός και εκπαίδευση (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988).

Το νοσοκομείο ημέρας μπορεί να λειτουργεί στο νοσοκομειακό χώρο ή μπορεί να ανήκει στις δραστηριότητες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. λειτουργεί σαν υποκατάστατο της 24/ωρης νοσηλείας, σαν μεταβατικό στάδιο μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και σαν εναλλακτική λύση στην «περιπατητική» παρακολούθηση του αρρώστου (Γιαννοπούλου, 1985).

Το Κέντρο Ημέρας

Το Κέντρο Ημέρας είναι μονάδα που απευθύνεται σε άτομα, τα οποία έχουν ανάγκη από συμμετοχή σε προγράμματα, που αποσκοπούν στη βελτίωση των δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης και κοινωνικότητας. Λειτουργεί πρωί κι απόγευμα και το πρόγραμμά του περιλαμβάνει δραστηριότητες που αφορούν στην αυτοφροντίδα, στην ανάπτυξη κοινωνικών και ατομικών δεξιοτήτων, στην κοινωνικοποίηση, στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων καθώς και στην προετοιμασία του ατόμου για συμμετοχή σε εργασιακού χαρακτήρα δραστηριότητες (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

Το Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου

Το Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου είναι ένα σύνολο ψυχιατρικών υπηρεσιών νοσηλείας (ανάλογο κλινικών όπως η παθολογική, η χειρουργική, κλπ.) που σκοπό έχει την παροχή ενδονοσοκομειακής περίθαλψης σε όσους την έχουν ανάγκη καθώς και την οργάνωση της μετανοσοκομειακής φροντίδας σε συνεργασία με τις λοιπές κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το Ψυχιατρικό Τμήμα έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Εξυπηρετεί τον πληθυσμό μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής, ως υπηρεσία δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, και αποτελεί μέρος του τοπικού δικτύου μονάδων ψυχικής υγείας
- Έχει συγκεκριμένη δυναμικότητα κλινών
- Εξυπηρετεί τις ανάγκες για εκούσια και ακούσια νοσηλεία
- Συνεργάζεται με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου σε διαγνωστικά, θεραπευτικά, εκπαιδευτικά και ερευνητικά ζητήματα

- Έχει στενή συνεργασία με τις υπόλοιπες μονάδες της ψυχικής υγείας της περιοχής

Για την παροχή των υπηρεσιών το Ψυχιατρικό Τμήμα μπορεί να είναι οργανωμένο σε επιμέρους μονάδες, οι συνηθέστερες των οποίων είναι:

- Μονάδα Βραχείας ή και Μέσης Νοσηλείας
- Μονάδα Νοσηλείας Οξέων Περιστατικών
- Εξωτερικά Ιατρεία
- Μετανοσοκομειακός Ξενώνας Βραχείας Παραμονής
(<http://www.mentalhealthmap.gr>).

Έχει προγραμματισθεί η ανάπτυξη ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία, με την πεποίθηση ότι θα λειτουργήσουν ως εναλλακτικές λύσεις για περιστατικά που έχουν ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς επίσης και ότι θα μειώσουν τις εισαγωγές σε ιδιωτικές κλινικές ασθενών με χαμηλά εισοδήματα, οι οποίοι καταφεύγουν σε ιδιωτική νοσηλεία για να αποφύγουν το στίγμα της εισαγωγής στο ψυχιατρείο (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988).

Η Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων

Η Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων (Μ.Ν.Ε.) είναι μια από τις μονάδες του Ψυχιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου. Στη Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων 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 συνεδριών. Οι εκούσια νοσηλευόμενοι είναι ελεύθεροι να βγουν έξω, να δεχτούν επισκέψεις και να φύγουν από το τμήμα κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου ή των αργιών με ή χωρίς συνοδεία. Η Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων 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 το πέρας της οξείας φάσης), ενώ, τέλος, εκτός από τα ιατρικά κριτήρια σημαντικό ρόλο παίζει και ο τόπος διαμονής του ασθενή που 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 πάντως δεν ξεπερνά τους δύο μήνες. Η στενή συνεργασία των γιατρών της μονάδας με τους ιατρούς των άλλων ειδικοτήτων της ιατρικής βοηθάει στην κατάργηση των στερεότυπων απόψεων του προσωπικού του νοσοκομείου για την ψυχιατρική και προάγει την ολιστική θεώρηση του ασθενούς (<http://www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-draseis-gia-tin-ygeia>).

Η Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων

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 επείγοντα χαρακτήρα και η ασθένειά τους διέρχεται την οξεία φάση. Δέχεται επίσης επανεισαγωγές παλαιών ασθενών που είναι σε τέτοια φάση υποτροπής για την οποία χρειάζεται κλειστή νοσηλεία. Οι ασθενείς συνήθως προσέρχονται στην Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων κατά τη διάρκεια της εφημερίας του νοσοκομείου και χωρίς συγκεκριμένο ραντεβού. Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με οξέα ψυχικά προβλήματα προσέρχεται μάλιστα πρώτα στους εφημερεύοντες ιατρούς των σωματικών ειδικοτήτων και στη συνέχεια παραπέμπονται στους εφημερεύοντες ψυχιάτρους της Μονάδας Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων μέσω της διασυνδετικής του νοσοκομείου. Στη Μονάδα 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. Επίσης, νοσηλεύονται και ασθενείς που προσέρχονται με εισαγγελική εντολή (ακούσια νοσηλεία). Μετά την οξεία φάση οι ασθενείς αυτοί μπορούν να μετακινηθούν στη Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων. Για τους ακούσια νοσηλευόμενους εφαρμόζονται ειδικά μέτρα, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους (<http://www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-draseis-gia-tin-ygeia>).

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο

Πρόκειται για ειδικό νοσοκομείο, το οποίο είναι εξειδικευμένο στην περίθαλψη ατόμων με χρόνιες σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Διαθέτει μονάδες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευμένα Διαμερίσματα) και μονάδες ψυχικής υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας), καθώς επίσης και εξειδικευμένα κέντρα (Κέντρα Ημέρας, Επαγγελματικά και Προεπαγγελματικά Εργαστήρια, κλπ). Στο πλαίσιο της προσπάθειας μετασχηματισμού τους, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία βαθμιαία καταργούνται και είτε υποκαθίστανται από άλλες υπηρεσίες, είτε μετατρέπονται σε δίκτυα μονάδων ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

Το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο

Πρόκειται για ειδικό νοσοκομείο, για την περίθαλψη παιδιών και εφήβων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Διαθέτει μονάδες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευμένα Διαμερίσματα) και μονάδες ψυχικής υγείας (Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα) καθώς επίσης και εξειδικευμένα κέντρα (Κέντρα Ημέρας, Επαγγελματικά και Προεπαγγελματικά Εργαστήρια, κλπ). Στο πλαίσιο της συντελούμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, το μοναδικό Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο (στη Ραφήνα Αττικής) βαθμιαία καταργείται και υποκαθίσταται από άλλες δομές παροχής υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής νοσηλείας σε Γενικά Νοσοκομεία και Νοσοκομεία Παίδων. Ταυτόχρονα μετατρέπεται σε δίκτυο μονάδων ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

Το Οικοτροφείο

Το Οικοτροφείο είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας, στο οποίο φιλοξενούνται για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλισθεί η παραμονή

τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων των ατόμων αυτών με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας. Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενεί το Οικοτροφείο δεν ξεπερνά τους 25. Δεν υπάρχει περιορισμός στο χρόνο παραμονής τους σε αυτό. Ειδικότερα τα άτομα που διαμένουν στο Οικοτροφείο είναι:

- α) άτομα που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα
- β) άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές,
- γ) άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη στεγαστικής δομής υψηλής εποπτείας.

Διαφοροποιήσεις των Οικοτροφείων, ανάλογα με την ηλικία, δύνανται να γίνουν στην περίπτωση που αναπτυχθούν πολλά Οικοτροφεία σε έναν Τομέα Ψυχικής Υγείας, μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπευθύνου και της διοίκησης του φορέα που ανήκουν και γνώμη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας και με απόφαση του Υπουργού Υγείας-Πρόνοιας. Οι διαφοροποιήσεις των οικοτροφείων ανάλογα με την ηλικία των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά είναι:

- α. Οικοτροφείο νέων από 19-30 ετών
- β. Οικοτροφείο ενηλίκων από 31-55 ετών και
- γ. Οικοτροφείο από 56 ετών και άνω (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

Το Προστατευόμενο Διαμέρισμα

Το Προστατευόμενο Διαμέρισμα είναι χώρος 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. Ο αριθμός των ατόμων που διαμένουν στα προστατευμένα διαμερίσματα δεν υπερβαίνει τα έξι. Η Ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται στα άτομα που διαμένουν στα προστατευμένα διαμερίσματα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

Το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο

Το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο παρέχει υπηρεσίες για παιδιά, εφήβους και τις οικογένειές τους. Παρέχει 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, κοινοτικών δράσεων. Το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο 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 εκπαιδευτικών σε θέματα υγείας
- Δραστηριότητες Κέντρου Ημέρας
- Δραστηριότητες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Επίσης, το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο συντονίζει και διοργανώνει, σε συνεργασία με άλλους τοπικούς ή άλλους φορείς, δράσεις στον τομέα της προαγωγής της ψυχικής υγείας και της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών. Σημαντικό είναι το έργο του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης μέσα από την οργάνωση και εφαρμογή αντίστοιχων παρεμβάσεων σε παιδικούς σταθμούς, σχολεία, κλπ. (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

Η Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία

Οι υπηρεσίες που απευθύνονται σε παιδιά έχουν ιδιαίτερες ανάγκες και οφείλουν να αναπτύσσουν κατάλληλες στρατηγικές, ώστε να εξυπηρετούν τα προβλήματα που σχετίζονται με την παιδική ηλικία. Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνονται οι Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες αποτελείται από τα νεογέννητα έως και τα άτομα που βρίσκονται στο τέλος της εφηβείας τους.

Οι στόχοι και οι τρόποι λειτουργίας των ιατροπαιδαγωγικών κέντρων μπορούν να συνοψιστούν στους εξής:

- i. Διαγνωστική εκτίμηση και θεραπευτική παρέμβαση. Τρεις βασικές προϋποθέσεις ισχύουν εδώ για την επίτευξη αυτών των στόχων: η κατανόηση της λειτουργίας και φυσικής κατάστασης του παιδιού σε ατομική βάση, η κατανόηση της λειτουργικότητάς του σε συνάρτηση με το αναπτυξιακό του στάδιο και η κατανόηση των αλληλεπιδράσεων στο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού.

Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να περιλαμβάνει συμβουλευτική παιδιών και οικογένειας, ψυχοθεραπεία (ατομική, ομαδική και οικογένειας), θεραπεία συμπεριφοράς, φαρμακοθεραπεία, κοινωνική εργασία με άτομα, οικογένειες και ομάδες)

- ii. Κοινωνική παρέμβαση, σε σχολεία, παιδικούς σταθμούς, ιδρύματα, ιατροκοινωνικούς φορείς, συλλόγους γονέων κ.λ.π.

Η κοινωνική παρέμβαση αποσκοπεί κατ' αρχήν στην εκπαίδευση των ατόμων που απασχολούνται στους παραπάνω φορείς, ώστε να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τυχόν προβλήματα και απαιτήσεις της ηλικίας αυτής. Η εκπαίδευση και ενημέρωση ατόμων για τις ιδιαίτερες ανάγκες της παιδικής ηλικίας αποτελεί ουσιαστικότερο μέτρο πρόληψης ψυχικών διαταραχών.

Δεύτερος στόχος της κοινωνικής παρέμβασης είναι η έγκαιρη διάγνωση προβλημάτων τα οποία ίσως προειδοποιούν για την ύπαρξη σοβαρότερων διαταραχών. Στην περίπτωση αυτή, είναι απαραίτητη η ευαισθητοποίηση των ατόμων που έρχονται σε επαφή με τα παιδιά, ώστε να ενεργήσουν για την παραπομπή τους σε ειδικούς επαγγελματίες της ψυχικής υγιεινής.

- iii. Η εκπαίδευση του προσωπικού των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας ειδικότερα. Ανάλογα με τους τομείς στους οποίους απασχολείται το προσωπικό, η εκπαίδευση μπορεί να παρέχει γνώσεις για την παρέμβαση σε διάφορα επίπεδα, όπως στην έγκαιρη διάγνωση και την παραπομπή στην εξειδικευμένη ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία, αλλά και στην άμεση θεραπευτική παρέμβαση στο παιδί και στην οικογένεια του.
- iv. έρευνα στο αντικείμενο της Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988).

Το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου

Το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου (Π.Ψ.Τ.Γ.Ν.) παρέχει, κατά αντιστοιχία του Ψυχιατρικού Τμήματος Ενηλίκων και Εφήβων, υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας σε παιδιά έως 12-14 ετών. Περιλαμβάνει συνήθως μονάδες νοσηλείας, εξωτερικά ιατρεία τακτικά και έκτακτα καθώς και υπηρεσίες ημερήσιας νοσηλείας και φροντίδας. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η διασυνδεδετική υπηρεσία που παρέχεται στην παιδιατρική - παιδοπαθολογική κυρίως, κλινική. Λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες των παιδιών συνεργάζεται στενά με φορείς εκπαίδευσης, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και άλλους φορείς που ασχολούνται με την οικογένεια και το παιδί (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

Ο Ξενώνας Βραχείας Παραμονής

Ο Ξενώνας Βραχείας Παραμονής (μετανοσοκομειακός) φιλοξενεί ψυχιατρικούς ασθενείς που συνήθως έχουν παραμείνει για κάποιο χρονικό διάστημα στο τμήμα νοσηλείας ενηλίκων του Ψυχιατρικού Τομέα του νοσοκομείου. Οι ασθενείς, έπειτα από απόφαση του θεράποντα ιατρού τους και εφόσον αυτό είναι αναγκαίο, παραμένουν στον Ξενώνα για μικρό χρονικό διάστημα προκειμένου να προετοιμαστούν για την μετάβασή τους σε μονάδες και προγράμματα αποκατάστασης (Ξενώνες, Προστατευμένα Διαμερίσματα κ.λ.π.) ή για την επιστροφή τους στην κοινότητα (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

Οι Μονάδες επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης

Η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση θεωρείται ως μία από τις βασικές διαδικασίες όλων των θεραπευτικών προγραμμάτων, ενώ οι εκπαιδευόμενοι προβλέπεται να παίρνουν και κάποιο μισθό.

Τα προγράμματα επανένταξης θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την ηλικία του ασθενή, την κλινική του κατάσταση, κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία κ.λ.π. Τα προγράμματα αυτά υλοποιούνται από τα κέντρα προεπαγγελματικού προσανατολισμού και τα κέντρα επαγγελματικού προσανατολισμού (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988).

Η Συμβουλευτική ψυχιατρική υπηρεσία ενηλίκων

Στόχος της συμβουλευτικής υπηρεσίας είναι η προσφορά της δυνατότητας στο άτομο, ώστε να ανάπτυξη την προσωπική του ταυτότητα, όλες του τις δυνατότητες, καθώς και την ωριμότητα και σταθερότητα που θα του επιτρέψουν να λειτουργήσει με ένα τρόπο κοινωνικά αποδεκτό και προσωπικά ικανοποιητικό.

Η διαδικασία της συμβουλευτικής εντάσσεται στη λογική της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής και λειτουργεί σύμφωνα με τις βασικές αρχές του συστήματος αυτού. Θεωρεί δε την εμφάνιση οποιασδήποτε ψυχολογικής διαταραχής ή ανισορροπίας ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ατομικών παραγόντων και του κοινωνικού περιβάλλοντος. Άρα, το βάρος της θεραπευτικής-συμβουλευτικής παρέμβασης μετακινείται από την ατομική ολοκλήρωση στη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου.

Οι στόχοι της παρέμβασης είναι ανάλογοι με τις υπάρχουσες θεραπευτικές τεχνικές και θεωρητικές κατευθύνσεις. Οι στόχοι, δηλαδή, αυτοί εξαρτώνται από τη θεώρηση που υιοθετείται από την ομάδα ψυχικής υγιεινής της Συμβουλευτικής Υπηρεσίας, σχετικά με την ανάπτυξη του ατόμου και τις εκδηλώσεις των ανθρώπινων προβλημάτων. Οι παρεμβάσεις μπορούν να διαφέρουν ως προς την έμφαση που δίδεται σε τομείς όπως η εκπαίδευση, η ανάλυση της προσωπικότητας και αυτογνωσίας, η συναισθηματική αποφόρτιση, η τροποποίηση διαταραγμένων μορφών συμπεριφοράς ή η τροποποίηση των κοινωνικών μεταβλητών που επιδρούν στο άτομο. Τα εμπειρικά δεδομένα δεν έχουν αποδείξει την ανωτερότητα κάποιας προσέγγισης απέναντι σε άλλες. Εκείνο που μπορεί να λεχθεί με βεβαιότητα είναι ότι οι διαφορετικές προσεγγίσεις έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε διαφορετικά άτομα ή διαταραχές. Οι Συμβουλευτικές υπηρεσίες θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα εφαρμογής ενός ευρύτατου φάσματος προσεγγίσεων στις ανάγκες του κοινού που εξυπηρετούν (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988).

Η Κοινωνική ψυχιατρική λέσχη

Η κοινωνική ψυχιατρική λέσχη λειτουργεί ως πλαίσιο για την κοινωνική συνάντηση και αλληλεπίδραση ασθενών υπό την εποπτεία ειδικευμένου

προσωπικού (ψυχίατροι, ψυχολόγοι και ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί). Οι ασθενείς συναντώνται 2-3 φορές την εβδομάδα για να λάβουν μέρος σε κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988).

Η Υπηρεσία αντιμετώπισης ψυχολογικών κρίσεων

Τα προγράμματα άμεσης ψυχολογικής υποστήριξης έχουν ως στόχο την προσφορά βοήθειας σε εκείνα τα άτομα της κοινότητας τα οποία βρίσκονται σε «κρίση». Η «κρίση» δεν είναι ταυτόσημη με την ψυχική ασθένεια. Μπορεί, όμως, να αποτελέσει το αρχικό στάδιο κάποιας πιθανής μελλοντικής παθολογικής κατάστασης. Απαραίτητες συνθήκες για τη λειτουργία των υπηρεσιών του είδους αυτού είναι: α) η εγγύτητα στην κοινότητα, β) άμεση διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, γ) κινητικότητα, δ) ευελιξία και πολυμορφία των επαγγελματικών ρόλων, ε) ύπαρξη τεχνικής χειρισμού των κρίσεων.

Παρακάτω, περιγράφονται μερικοί γενικοί στόχοι της διαδικασίας της άμεσης ψυχολογικής υποστήριξης, οι οποίοι συνοπτικά περιλαμβάνουν τα εξής:

- i. άμεση ανακούφιση από τη δυσφορία που αισθάνεται το άτομο, με την καταπολέμηση κυρίως των συμπτωμάτων άγχους, σύγχυσης και αδυναμίας
- ii. επαναφορά του ατόμου στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργίας του
- iii. πληροφόρηση του ίδιου του ατόμου και της οικογένειάς του, ώστε να γίνουν γνωστές οι πιθανές λύσεις, αλλά και η ύπαρξη των κοινοτικών υπηρεσιών όπου μπορεί να προσφύγει
- iv. κατανόηση της σχέσης ανάμεσα στην παρούσα κρίση και σε προηγούμενες εμπειρίες, καθώς και σε μονιμότερα ψυχολογικά προβλήματα
- v. ανάπτυξη νέων στάσεων συμπεριφοράς και τρόπων αντιμετώπισης προβλημάτων οι οποίοι είναι δυνατό να αποδειχθούν βοηθητικοί σε μελλοντικές παρόμοιες κρίσεις (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988).

Οι Μονάδες ημερήσιας περίθαλψης

Η κύρια διαφοροποίηση μεταξύ του νοσοκομείου ημέρας και των μονάδων ημερήσιας περίθαλψης (ή «ημερήσιας φροντίδας») είναι ότι στις δεύτερες η περίθαλψη των ασθενών έχει συνήθως τη μορφή αποκατάστασης και διατήρησης των θεραπευτικών αποτελεσμάτων και όχι την παροχή νοσηλείας σε περιορισμένο χρόνο, όπως συμβαίνει στα νοσοκομεία ημέρας. Οι μονάδες ημερήσιας περίθαλψης ασχολούνται περισσότερο με ασθενείς των οποίων οι χρόνιες διαταραχές απαιτούν μακρόχρονη περίθαλψη. Η μέση διάρκεια παραμονής είναι μεγαλύτερη από αυτή του νοσοκομείου ημέρας –μπορεί να πλησιάζει τους 12 μήνες- ενώ για πολλά άτομα μπορεί να απαιτείται ακόμη πιο μακρόχρονη παραμονή. Οι δραστηριότητες που προσφέρονται έχουν ως στόχο την κοινωνική κυρίως «εκπαίδευση» των ατόμων που εξυπηρετούν και τη σταδιακή μετάβαση τους σε λιγότερο προστατευμένες και κατευθυνόμενες μορφές λειτουργιών στην κοινότητα (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988).

Η κάθε μία από τις παραπάνω δομές προσφέρει ανάλογα με τις δυνατότητές της τις παρακάτω υπηρεσίες:

i. Αγωγή - Ευαισθητοποίηση κοινότητας

Είναι ένα σύνολο παρεμβάσεων, που στοχεύουν στη βελτίωση της ψυχικής υγείας και στην πρόληψη αλλά και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, σε επίπεδο κοινωνικού συνόλου. Περιλαμβάνει παρεμβάσεις που στοχεύουν σε παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την εκδήλωση ή διατήρηση των ψυχικών διαταραχών, απευθύνονται σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού αλλά και σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα, και αποσκοπούν στην αλλαγή στάσεων και αντιλήψεων απέναντι στη ψυχική νόσο. Ακόμη, στοχεύουν στην καταπολέμηση του στίγματος, των προκαταλήψεων και των αρνητικών κοινωνικών στερεοτύπων. Ως εργαλεία χρησιμοποιεί εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης του κοινού, επιμέρους ομάδων του πληθυσμού (δασκάλων, αγροτικών ιατρών, αστυνομικών), σχετικά με τη φύση, την έκταση και τα επακόλουθα των ψυχικών διαταραχών, ώστε να διαλυθούν οι σχετικοί μύθοι και να ενθαρρυνθούν θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

ii. Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

Είναι μια διαδικασία που δίνει ευκαιρίες σε άτομα με ψυχικές διαταραχές και σημαντικού βαθμού ανικανότητα να φτάσουν στο καλύτερο δυνατό επίπεδο αυτονομίας τους στην κοινότητα. Αποτελεί ολοκληρωμένο σύνολο ενεργειών για τη βελτίωση των ατομικών δεξιοτήτων αλλά και για την επίτευξη αναγκαίων αλλαγών στο περιβάλλον των πασχόντων. Οι παρεμβάσεις της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ποικίλουν ανάλογα με τις ανάγκες των πασχόντων, το περιβάλλον τους και τις πολιτισμικές και άλλες ιδιαιτερότητές τους. Πλευρές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι η στέγαση, η απόκτηση ή η ανάκτηση πρακτικών δεξιοτήτων, η υποστήριξη για επαγγελματική αποκατάσταση και απασχόληση, τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης, η μείωση του στίγματος και των διακρίσεων, η βελτίωση της ατομικής κοινωνικής επάρκειας και η απόκτηση ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων που θα βοηθήσουν στην αύξηση της αυτοπεποίθησης και της αίσθησης συμμετοχής των ψυχικά πασχόντων. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα απ' τα στοιχεία της ολοκληρωμένης φροντίδας για τη ψυχική υγεία που εδράζεται στην κοινότητα (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

iii. Διάγνωση – Εκτίμηση

Διάγνωση είναι η διαδικασία προσδιορισμού της φύσης μιας συγκεκριμένης νόσου μέσα από ιατρικές εξετάσεις. Στην κλινική ψυχιατρική η διάγνωση προσδιορίζεται με την ατομική κλινική συνέντευξη και τη χρήση ψυχομετρικών ή άλλων εξετάσεων.

Η εκτίμηση αφορά κατά κύριο λόγο στην αξιολόγηση της λειτουργικότητας (ατομικής, κοινωνικής) ενός ατόμου με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας και αποτελεί τη βάση για την ενεργοποίηση παρεμβάσεων αποκατάστασης (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

iv. Θεραπεία

Πρόκειται για ένα σύνολο παρεμβάσεων (φαρμακολογικών, βιολογικών, ψυχοθεραπευτικών κ.ά.) που αποσκοπούν στην αποκατάσταση της υγείας ενός

ατόμου ή στην πρόληψη των υποτροπών της ασθένειάς του (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

v. Συμβουλευτική

Είναι μία διαδικασία κατά την οποία ο ενδιαφερόμενος (άτομο ή ομάδα) μπορεί να μιλήσει για ένα πρόβλημα, με κάποιον ειδικό που είναι εκπαιδευμένος να καταλάβει την κατάσταση και να βοηθήσει στην επίλυση του προβλήματος. Η συμβουλευτική αποτελεί βασικό εργαλείο βοήθειας του ατόμου με στόχο να βελτιώσει την ψυχολογική του κατάσταση, να επιλύσει τις διάφορες κρίσιμες καταστάσεις που αντιμετωπίζει και να αυξήσει την ικανότητά του για επίλυση όλων των άλλων προβλημάτων που του παρουσιάζονται (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

vi. Ψυχιατρική/ψυχολογική παρακολούθηση

Πολλές φορές ένα άτομο με πρόβλημα ψυχικής υγείας έχει ανάγκη μακρόχρονης και τακτικής συνεργασίας με μια μονάδα ψυχικής υγείας. Η τακτική συνεργασία (συνήθως ονομάζεται "παρακολούθηση") επιτρέπει τη διαπίστωση βελτίωσης ή επιδείνωσης της υγείας, την προσαρμογή της φαρμακοθεραπείας, την επίλυση προβλημάτων της καθημερινής ζωής και την ενεργοποίηση παρεμβάσεων ανάλογων με τις ανάγκες του ασθενούς, έτσι όπως αυτές διαμορφώνονται με το πέρασμα του χρόνου (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

vii. Ψυχοκοινωνική φροντίδα

Πρόκειται για ένα σύνολο παρεμβάσεων που υποστηρίζουν ένα άτομο με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας, με στόχο την ενδυνάμωσή του και την κάλυψη των ποικίλων αναγκών του. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα λαμβάνει χώρα μέσα στην κοινότητα και, ως προσέγγιση, σημαίνει:

- Υπηρεσίες κοντά στην κατοικία, συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής σε γενικό νοσοκομείο για επείγουσες καταστάσεις και δυνατότητα μονιμότερης στέγασης στην κοινότητα

- Παρέμβαση τόσο στα συμπτώματα όσο και στην προκαλούμενη από αυτά ανικανότητα
- Ευρεία ποικιλία υπηρεσιών, που υπηρετούν τις ανάγκες των πασχόντων από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές
- Συντονισμός κοινοτικών υπηρεσιών και επαγγελματιών του κλάδου
- Κινητές και όχι στατικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων και μονάδων για κατ' οίκον θεραπεία
- Συνεργασία με τους νοσηλευτές και τους φροντιστές των ασθενών, και εξυπηρέτηση των αναγκών τους
- Νομική υποστήριξη, συνηγορία και υποστήριξη για την άσκηση θεμελιωδών ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

viii. Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία

Πρόκειται για ποικίλης διάρκειας νοσηλεία σε ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου ή κλινική ψυχιατρικού νοσοκομείου. Η νοσηλεία μπορεί να είναι εκούσια (με τη συγκατάθεση του ασθενούς) ή ακούσια (κατόπιν εισαγγελικής εντολής) (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

ix. Διασυνδετική Ψυχιατρική

Η υπηρεσία που παρέχεται από την ψυχιατρική ομάδα σε νοσηλευόμενους άλλων κλινικών ενός Γενικού Νοσοκομείου (παθολογική, χειρουργική, κλπ), όταν σε ένα πρόβλημα σωματικής υγείας συνυπάρχει πρόβλημα ψυχικής υγείας. Στο πλαίσιο της διασυνδετικής ψυχιατρικής παρέχεται ψυχοκοινωνική φροντίδα και θεραπεία στον ασθενή που νοσηλεύεται στις άλλες κλινικές και την οικογένειά του (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

x. Ημερήσια Φροντίδα

Πρόκειται για την κάλυψη καθημερινών αναγκών ενός ατόμου με χρόνια και σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, στο οποίο παρέχονται υπηρεσίες σε

ημερήσια βάση, συνήθως σε Κέντρο Ημέρας ή Νοσοκομείο Ημέρας (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

xi. Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη

Πρόκειται για ένα σύνολο υπηρεσιών, οι οποίες εξυπηρετούν την ανάγκη επίλυσης διαφόρων κοινωνικών προβλημάτων και την ενίσχυση της λειτουργικότητας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, προκειμένου να αντεπεξέρχονται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Αντικείμενο επίσης της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης είναι η ενδυνάμωση των οικογενειών και του περιβάλλοντος των ψυχικά πασχόντων, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργεί η ψυχική νόσος (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

xii. Κατ' οίκον φροντίδα

Η κατ' οίκον φροντίδα αφορά σε υπηρεσίες κάλυψης ψυχοκοινωνικών αναγκών στο σπίτι του ασθενούς, ιδιαίτερα όταν η κατάστασή του δεν επιτρέπει την επίσκεψή του σε μονάδες ψυχικής υγείας. Πολλές φορές η κατ' οίκον φροντίδα αντικαθιστά την ανάγκη για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, με σοβαρές θετικές επιπτώσεις και στον ασθενή και στο σύστημα υγείας (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

xiii. Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία σε Κέντρα Υγείας

Αφορά στη λειτουργία υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που παρέχονται μεταξύ των άλλων από μέλη Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας σε Κέντρα Υγείας. Με τον τρόπο αυτό βελτιώνεται η πρόσβαση κατοίκων απομακρυσμένων περιοχών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

xiv. Ημερήσια νοσηλεία

Πρόκειται για ένα τύπο νοσηλείας που καλύπτει για ορισμένο χρονικό διάστημα τις καθημερινές ανάγκες νοσηλευτικής φροντίδας ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Η ιδιαιτερότητά του είναι ότι ο ασθενής μετά τη

μερική νοσηλεία επιστρέφει το απόγευμα ή το βράδυ στο σπίτι του και στο οικογενειακό του περιβάλλον (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

xv. Φιλοξενία

Αφορά στην παροχή προσωρινής στέγασης, σε κατάλληλες μονάδες, για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας που έχουν ανάλογη ανάγκη. Έχει περιορισμένη διάρκεια και ποικίλλει ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες (π.χ. άλλα κοινωνικά προβλήματα) ή και τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του (<http://www.mentalhealthmap.gr>).

1.3 Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας

1.3.1. Το θεσμικό πλαίσιο των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας

ΓΝΩΜΗ της Ο.Κ.Ε. επί του Σχεδίου Νόμου:

"Για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας" Αθήνα, 16 Σεπτεμβρίου 1998

Στο Α΄ Κεφάλαιο του Σ/Ν τίθενται οι γενικές αρχές που πρέπει να διέπουν την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας (άρθρο 1) και ειδικότερα ορίζεται ότι το Κράτος φέρει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας (από το στάδιο της πρόληψης ή της διάγνωσης μέχρι και την αποκατάσταση και επανένταξη) των "ενηλίκων, παιδιών και εφήβων". Η παροχή των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας διέπεται από τις αρχές "της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας."

Στο άρθρο 7 προβλέπεται η με Υπουργική Απόφαση σύσταση Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας για την εξυπηρέτηση περιοχών με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι μονάδες αυτές

προσφέρουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον.

Στην Ελλάδα, μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1980, η κλειστή και πολλές φορές ασυλική ιδρυματική περίθαλψη παρέμενε σχεδόν η μοναδική επιλογή για την φροντίδα των ανθρώπων που αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας. Το σύστημα ψυχικής υγείας χαρακτηριζόταν συγκεντρωτικό, στάσιμο και αναποτελεσματικό για την κάλυψη των αναγκών. Η κατάσταση αυτή απασχόλησε τον εθνικό και διεθνή τύπο μετά από καταγγελίες για τις συνθήκες διαβίωσης στα ψυχιατρεία, που άμεσα έθεταν και ζητήματα ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Οι καταγγελίες που αφορούσαν ειδικότερα τις μεθόδους διαχείρισης αυτών που ζούσαν στο ψυχιατρικό άσυλο της Λέρου, κινητοποίησαν την ελληνική και διεθνή επιστημονική κοινότητα. Μετά από ελληνικό αίτημα, η Ευρωπαϊκή Ένωση ενέκρινε τον Κανονισμό 815/84 για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και παρείχε γι' αυτό το σκοπό 60.000.000 ECU για χρονικό διάστημα πέντε ετών και με στόχους:

- την αποασυλοποίηση,
- τη βελτίωση των συνθηκών στα ψυχιατρεία,
- την ανάπτυξη ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία,
- την ανάπτυξη Κέντρων Ψυχικής Υγείας,
- την ανάπτυξη Παιδοψυχιατρικών Υπηρεσιών,
- την ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής φροντίδας στην κοινότητα,
- την ανάπτυξη προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας,
- την ενίσχυση προγραμμάτων υποδομής, και
- την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το ανειδίκευτο και ειδικευμένο προσωπικό ψυχικής υγείας.

Η πορεία του προγράμματος χαρακτηρίστηκε από δυσλειτουργίες και καθυστερήσεις και έληξε το 1990 με χαμηλή απορρόφηση κονδυλίων και χαμηλό βαθμό αποτελεσματικότητας. Μετά από αναστολή ενός έτους, το Συμβούλιο Υπουργών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενέκρινε την επανεργοποίηση του Κανονισμού 815/84, στη βάση ενός νέου και πιο ευέλικτου λειτουργικού προγράμματος μέχρι το 1994. Στη φάση αυτή έγιναν ουσιαστικές παρεμβάσεις στο Ψυχιατρείο και στο ΠΙΚΠΑ της Λέρου και αναπτύχθηκαν 14 ξενώνες στην κοινότητα για άτομα που ζούσαν σε αυτά τα ιδρύματα. Η Επιτροπή

Παρακολούθησης της Ευρωπαϊκής Ένωσης του προγράμματος του Κανονισμού 815/84, σε εκτίμησή της μετά τη λήξη του το 1995, επισημαίνει ότι "αν και έχει εξασφαλισθεί μία δυναμική αλλαγής, δεν έχει ακόμα εδραιωθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση".

Για την αντιμετώπιση των χρόνιων ανεπαρκειών του συστήματος φροντίδας της ψυχικής υγείας, εισήχθησαν για πρώτη φορά στην ελληνική πραγματικότητα, σε μικρή όμως έκταση, ψυχιατρικοί τομείς σε γενικά νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες και πλαίσια αποκατάστασης και αναπτύχθηκαν εκπαιδευτικά προγράμματα για το προσωπικό ψυχικής υγείας. Παρόλες τις εξελίξεις και την πορεία προς την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, σημειώνεται, ωστόσο, ότι ακόμα παρατηρούνται και καταγγέλλονται ιδρυματικά φαινόμενα στα ψυχιατρεία της χώρας.

Η πολιτική της ψυχοκοινωνικής φροντίδας των αναγκών των ατόμων με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας φαίνεται ότι ακόμα δεν έχει υιοθετηθεί σαν κοινωνική πολιτική, μέσω της ανάπτυξης του αναγκαίου αριθμού υπηρεσιών στην κοινότητα, καθώς παρατηρούνται ελλείψεις σε τέτοιου είδους υπηρεσίες. (www.oke-esc.eu).

1.3.2. Οι δραστηριότητες των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας 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, την αξιολόγηση των παρεμβάσεών της. Χρησιμοποιεί επίσης ευρείες συνεργασίες με πρόσωπα και θεσμούς της τοπικής κοινότητας στην προσπάθειά της να συγκροτήσει δίκτυα για την επίτευξη των σκοπών της.

Η Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα, στα πλαίσια της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, αποτελεί, ειδικά για μικρούς και απομακρυσμένους νομούς, τον ακρογωνιαίο λίθο της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η Κινητή Μονάδα αναλαμβάνει την πρόληψη, την ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας, την έγκαιρη παρέμβαση, συχνά σε περιπτώσεις κρίσης, τη θεραπευτική αντιμετώπιση καθώς και την επαφή με την οικογένεια του αρρώστου. Η Κινητή Μονάδα είναι αυτή που εγγυάται τη σταθερότητα και τη συνέχεια στη φροντίδα.

Απευθύνεται πρωτίστως σε ψυχωτικούς και βαριά διαταραγμένους ασθενείς, χωρίς να αποκλείει ηπιότερες ψυχικές διαταραχές. Κύριος στόχος της είναι η αντιμετώπιση των ψυχιατρικών προβλημάτων μέσα στην κοινότητα, χωρίς να χρειαστεί ο ασθενής να αποκοπεί από τον κοινωνικό του περίγυρο. Ταυτόχρονα, αντιμετωπίζοντας τον ασθενή ως βιοψυχοκοινωνικό σύνολο, προσπαθεί να διαχειριστεί κοινωνικά θέματα, ζητήματα επαγγελματικής αποκατάστασης ή ακόμα να κάνει τις απαραίτητες ενέργειες ώστε ο ασθενής να λάβει την απαιτούμενη ιατρική φροντίδα, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο. Η Κινητή Μονάδα προσφέρει τις υπηρεσίες της στον τόπο διαμονής των ασθενών. Η σοβαρότητα της παθολογίας, ιδιαίτερα όσον αφορά τις ψυχώσεις και οι δυσκολίες των ασθενών αυτών στον κοινωνικό και οικονομικό τομέα, καθιστούν το πλαίσιο της Δημόσιας Περίθαλψης απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση τέτοιου τύπου διαταραχών. Όσον αφορά τις υπόλοιπες ψυχιατρικές διαταραχές, η Κινητή Μονάδα έχει τη δυνατότητα να προσφέρει και άλλες υπηρεσίες, όπως ψυχοθεραπεία (Λαζαρίδου,2009).

Κύριο μέλημα της κινητής μονάδας ψυχικής υγείας είναι: α) η πρόληψη, η διάγνωση και έγκαιρη παρέμβαση σε παιδιά, εφήβους και στις οικογένειές τους, β) η έγκαιρη παρέμβαση σε ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, γ) η σταθεροποίηση ψυχωτικών ασθενών και δ) η σταθερή, μακροχρόνια παρακολούθηση χρόνιων ψυχωτικών ασθενών. Ανταποκρίνεται με παρέμβαση στην κρίση στο σπίτι του ασθενούς, με συνέχιση της παρακολούθησης μέσα στο νοσοκομείο, αν ο ασθενής χρειαστεί να νοσηλευτεί, και με σταθερό follow up όλων των ψυχωτικών ασθενών. Προσφέρει υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας σε όλους τους κατοίκους του κάθε νομού. Φροντίζει, ανάλογα με τις δυνατότητές της, για προνοιακά θέματα, καθώς και για την κοινωνική επαγγελματική αποκατάσταση και την επανένταξη των ασθενών της. Η κινητή μονάδα ψυχικής υγείας λειτουργεί με βάση τις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Η δραστηριότητά της ασκείται μέσα στην κοινότητα σε στενή συνεργασία με αυτήν (www.ekpse.gr).

Οι Θεραπευτικοί στόχοι που θέτουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας της Κινητής Μονάδας είναι:

- i. Η θεραπευτική ολοκλήρωση της μεταβατικής φάσης της ζωής του αρρώστου από την ψυχοπαθολογική κατάσταση στη φυσιολογική ζωή στην κοινότητα και

- ii. Η παροχή κάθε δυνατής βοήθειας για την προσαρμογή των αρρώστων στην κοινότητα μετά από μια νοσηλεία, και η μείωση της πιθανότητας υποτροπής και επανεισαγωγής. Κατά ορισμένους υπάρχει και ένας άλλος στόχος: η αποφυγή της εισαγωγής στο ψυχιατρείο με τη βοήθεια των υπηρεσιών ενός νοσοκομείου ημέρας. Ο στόχος αυτός πολλές φορές επιτυγχάνεται κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις (Μαδιανός, 1994).

1.3.3. Μοντέλα θεραπευτικής παρέμβασης στις κινητές μονάδες ψυχικής υγείας

Το σύνολο των εργαζομένων σε μια Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας αποτελούν την Πολυκλαδική Ομάδα, που ορίζεται από τη Διοίκηση του φορέα στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα μετά από εισήγηση του Επιστημονικού Υπευθύνου. Οι εργαζόμενοι στην Πολυκλαδική Ομάδα συμμετέχουν στις τακτικές μετακινήσεις εκτός έδρας έως τρεις μέρες ανά εβδομάδα (κλιμάκια). Στην περίπτωση που η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ανήκει σε νοσοκομείο, η Πολυκλαδική Ομάδα αποτελείται από εργαζόμενους στο νοσοκομείο και από άτομα που προσλαμβάνονται για εργασία αποκλειστικά στην Κινητή Μονάδα, μερικής ή πλήρους απασχόλησης. Σε κάθε περίπτωση, όλα τα μέλη της ομάδας, πέρα από τον ιδιαίτερο ρόλο και τις εξειδικευμένες παρεμβάσεις που κάνουν ανάλογα με την ιδιότητα τους, συμμετέχουν σε κοινοτική εργασία, στα πλαίσια της Κοινοτικής Ψυχιατρικής και βάση των αρχών του Μοντέλου διαχείρισης του περιστατικού (Case Management).

Το Μοντέλο Διαχείρισης του Περιστατικού (Case Management) αποτελεί ένα ολοκληρωμένο μοντέλο παροχής φροντίδας στην κοινότητα που ξεκίνησε να εφαρμόζεται στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής τη δεκαετία του 1970, σε μια εποχή που το κέντρο βάρους στη φροντίδα των ψυχιατρικών ασθενών είχε μετατοπιστεί από το ψυχιατρείο στην κοινότητα, γεγονός που δημιούργησε νέες ανάγκες και συνθήκες παροχής υπηρεσιών στον τομέα αυτό (Scott & Lehman, 2001). Η δυσκολία που αντιμετωπίζει συχνά ο ασθενής στη διατήρηση της θεραπευτικής σχέσης και στην εμπλοκή του σε πρόγραμμα θεραπείας, το ανεπαρκές υποστηρικτικό πλαίσιο, οι δυσκολίες στην επίτευξη και διατήρηση ανεξάρτητης διαβίωσης, η πολυπλοκότητα των αναγκών του και επομένως τα

πολλά επίπεδα παρεχόμενης φροντίδας και ο μεγάλος αριθμός εμπλεκόμενων φορέων, καθιστούν επιτακτική την ανάγκη συντονισμού και αποδοτικότητας του τρόπου παροχής φροντίδας, βάση ενός οργανωμένου τρόπου.

Ως απάντηση στα νέα αιτήματα και τις ανάγκες που επέφερε η αλλαγή αυτή στον τρόπο παροχής υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας, το Μοντέλο διαχείρισης του περιστατικού (Case Management) αναδύθηκε ως μοντέλο συνέχειας της φροντίδας στην κοινότητα με ιδιαίτερη έμφαση στην εξασφάλιση ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης φροντίδας, μέσα από τον αποτελεσματικότερο και συνεχή συντονισμό στην παροχή υπηρεσιών, που αναλαμβάνεται από τον Case Manager με την άμεση εμπλοκή και του χρήστη. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας αναλαμβάνει το ρόλο του Case Manager (ή Προσώπου/ Θεραπευτή Αναφοράς) με βασικά καθήκοντα την εκτίμηση των αναγκών, την ανάπτυξη και εφαρμογή του εξατομικευμένου θεραπευτικού σχεδίου, τη διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες, τη διασφάλιση και παρακολούθησης (monitoring) της συνέχειας στη φροντίδα, τη συνεργασία με την Πολυκλαδική Διεπιστημονική Ομάδα, την παροχή κλινικών υπηρεσιών σε κάποιες περιπτώσεις κ.α. Τα σημεία αυτά συνιστούν τις βασικές αρχές του Μοντέλου διαχείρισης του περιστατικού (Case Management) που περιγράφονται στους περισσότερους ορισμούς που έχουν δοθεί, με την παρατήρηση ότι δεν θα μπορούσαν να αποδοθούν με έναν τυποποιημένο τρόπο, εφόσον στις περισσότερες περιπτώσεις οι αρχές αυτές εφαρμόζονται προσαρμοσμένες στην ιδιαιτερότητα που χαρακτηρίζει κάθε πλαίσιο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και γενικότερα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Διάφορα μοντέλα Case Management έχουν περιγραφεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες, που ουσιαστικά διαφοροποιούνται βάση της φιλοσοφίας και των ιδιαίτερων στόχων τους, διατηρώντας τις βασικές αρχές. Σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση που έγινε από τους Mueser και συν (1998), περιγράφονται έξι βασικά μοντέλα Case Management:

- Το 'Αποκεντρωμένο' Μοντέλο Διαχείρισης του Περιστατικού (Brokered Case Management Model). Πρόκειται για το πρώτο μοντέλο που εφαρμόστηκε με βασικό χαρακτηριστικό ότι ο Case Manager δεν παρέχει ο ίδιος κλινικές υπηρεσίες θεραπείας, συμβουλευτικής, αποκατάστασης κλπ. Ο Case Manager δουλεύει με τον ασθενή προκειμένου να εκτιμηθούν οι ανάγκες του σε επίπεδο κλινικό και κοινωνικό, αναπτύσσει σε συνεργασία

μαζί του το θεραπευτικό πλάνο, παραπέμπει τον ασθενή σε άλλες υπηρεσίες στην κοινότητα, συνηγορεί υπέρ του και επικοινωνεί με τις υπηρεσίες, ώστε να διασφαλίζεται αποτελεσματική διασύνδεση και συνέχεια στη φροντίδα.

- Το Μοντέλο Κλινικής Διαχείρισης του Περιστατικού (Clinical Case Management). Το μοντέλο αυτό αποτελεί μια απάντηση στην ανάγκη που προκύπτει συχνά ο Case Manager να παρέχει και κλινικές υπηρεσίες. Η παρέμβαση και ο ρόλος του Case Manager περιλαμβάνει τις εξής φάσεις: υποδοχή και ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, εκτίμηση και σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης, κοινωνικές παρεμβάσεις που αφορούν στη χρήση κοινοτικών πόρων, την ανάπτυξη και διατήρηση κοινωνικών υποστηρικτικών δικτύων, την εργασία με την οικογένεια, τη συνηγορία, καθώς και παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο, όπως συμβουλευτική, ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτόνομης διαβίωσης, εκπαίδευση, παρακολούθηση και follow-up.
- Το Μοντέλο των Δυνατοτήτων (Strengths Model). Η διαφορά αυτού του μοντέλου με τα υπόλοιπα εστιάζεται στο γεγονός ότι δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάσυρση και αξιοποίηση των δυνατοτήτων, ταλέντων και δεξιοτήτων του ατόμου στο μέγιστο βαθμό, σε συνδυασμό με τα ενδιαφέροντα του, και στη σύνδεση με τους κοινοτικούς φορείς προκειμένου να επιτευχθούν θεραπευτικοί και αποκαταστασιακοί στόχοι.
- Το Μοντέλο της Αποκατάστασης (Rehabilitation Case Management Model). Το μοντέλο αυτό ουσιαστικά προσθέτει στο Μοντέλο Διαχείρισης του Περιστατικού την έννοια και τους στόχους της αποκατάστασης. Η προσέγγιση αυτή ξεκινά από την εκτίμηση της ετοιμότητας για αποκατάσταση (rehabilitation readiness), τον ορισμό στόχων, την ανάπτυξη δεξιοτήτων, την εκμετάλλευση και αξιοποίηση πόρων για τον ασθενή. Ο Case Manager ουσιαστικά στηρίζει τον ασθενή στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και υποστηρικτικού δικτύου, ενώ ταυτόχρονα κατευθύνει και διευκολύνει την πρόσβαση του σε άλλες υπηρεσίες. Οι δύο βασικοί στόχοι του συνοψίζονται στα εξής:
 - i. Διευκόλυνση της πρόσβασης σε υπηρεσίες βάση των ιδιαίτερων αναγκών και επιθυμιών του ασθενή και
 - ii. βελτίωση της λειτουργικότητας και της ικανότητας ανάληψης και επιτέλεσης ρόλων (Anthony και συν. 2002).

- Το Εντατικό Μοντέλο Διαχείρισης Περιστατικού (Intensive Case Management Model). Αναφέρεται κυρίως σε χρόνιους ασθενείς για τους οποίους παρατηρείται μεγάλη συχνότητα στη χρήση των υπηρεσιών, με βασική αρχή την παροχή υπηρεσιών στο φυσικό περιβάλλον των ασθενών και την κάλυψη πρακτικών αναγκών. Πολλά από τα χαρακτηριστικά του μοντέλου αυτού είναι κοινά και στο Ενεργητικό Υποστηρικτικό Κοινωνικό Πρόγραμμα (Assertive Community Treatment) και θα παρουσιαστούν στη συνέχεια. Η βασική διαφορά στα δύο μοντέλα είναι ότι στο ACT η παρακολούθηση και η ευθύνη για ένα περιστατικό συνήθως μοιράζεται σε όλους τους επαγγελματίες της πολυκλαδικής ομάδας (shared caseloads) και δίνεται επίσης μεγαλύτερη έμφαση στην κοινοτική εργασία.
- Το Ενεργητικό Υποστηρικτικό Κοινωνικό Πρόγραμμα (Assertive Community Treatment).

Το Assertive Community Treatment είναι ένα πρόγραμμα εξατομικευμένης ολοκληρωμένης και ενεργητικής φροντίδας ατόμων με διάγνωση ψύχωσης στην κοινότητα, που άρχισε να εφαρμόζεται πιλοτικά από τους Stein και Test την δεκαετία του '80 στο Madison του Wisconsin (Η.Π.Α.). Σύμφωνα με την Olfson (1990) «αποτελείται από μια σειρά παρεμβάσεων βασισμένων στην άμεση φροντίδα του ασθενούς, εκπαίδευση σε βασικές δεξιότητες της καθημερινότητας και κοινωνική στήριξη» (Olfson, 1990).

Το πρόγραμμα αυτό έχει ως βασική υπόθεση συγκρότησής του την παροχή πολυκλαδικών εξειδικευμένων υπηρεσιών σε κοινοτικό πλαίσιο, την ενίσχυση των δεσμών με προσβάσιμους πόρους και υπηρεσίες υγείας, ψυχικής υγείας, και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, και την προσέγγιση όλων εκείνων των πολύπλοκων παραγόντων που προκαλούν παρατεταμένη χρονιοποίηση και απώλεια στέγασης σε άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή (Lang και συν, 1999). Ο στόχος της εφαρμογής ενός τέτοιου προγράμματος είναι η «παροχή βοήθειας σε άτομα με σοβαρές και εμμένουσες ψυχικές διαταραχές να ζουν μια αξιοπρεπή, σταθερή και με νόημα ζωή στην κοινότητα» (Health και Nicholson, 1999).

Το ενεργητικό υποστηρικτικό ολοκληρωμένο κοινοτικό πρόγραμμα φροντίδας (A.C.T.), υπήρξε μια μοναδική καινοτομία στην ιστορική περίοδο που εφαρμόστηκε αρχικά στο Madison, Wisconsin των Η.Π.Α. (Drake, 1998) από τον L. Stein και τους συνεργάτες του. Οι πρώτες εμπειρίες δημιουργίας κοινοτικών

υπηρεσιών ψυχικής υγείας τη δεκαετία του '50, στο πλαίσιο του κινήματος του αποϊδρυματισμού, έδειξαν ότι η λειτουργία του δικτύου των υπηρεσιών (ιατρικής φροντίδας, ψυχιατρικής φροντίδας, θεραπείας εξαρτήσεων, στεγαστική, ψυχοκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση, άλλες υποστηρικτικές δομές ψυχοκοινωνικής υποστήριξης) ήταν εξαιρετικά πολύπλοκη και κατακερματισμένη. Επιπλέον, τα άτομα που παρουσιάζουν σοβαρές ψυχικές διαταραχές είχαν μια περιορισμένη ικανότητα να υπερασπίζονται τα δικαιώματά τους στην καθημερινότητα ως πολίτες, όπως επίσης και να έχουν ικανοποιητική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας. Συνεπώς, υπήρχε μια μεγάλη δυσκολία και αντινομία στην παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής φροντίδας στις πραγματικές ανάγκες των ατόμων με σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα (Mechanic, 1991).

Το ενεργητικό υποστηρικτικό ολοκληρωμένο κοινοτικό πρόγραμμα φροντίδας (A.C.T.) συνιστάται πέραν των δύο δεκαετιών (Test και Stein, 1976 και Test, 1992) σαν μια αποτελεσματική θεραπεία για άτομα που παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές (Drake και Burns, 1995). Το γενικό αυτό μοντέλο κοινοτικής φροντίδας προσαρμόστηκε και αξιολογήθηκε σε διαφορετικά πλαίσια και με διαφορετικές υποομάδες ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (Teague και συν, 1998). Τέτοιες ομάδες περιλαμβάνουν νέους ενήλικες με πρόσφατη έκλυση σχιζοφρένειας, άτομα με εξάρτηση από ουσίες ή αλκοόλ, βετεράνους, και άστεγους όπως επίσης και με οικογένειες (Test, 1992· Drake, Teague και Warren, 1990· Drake, Teague και Ackerson, 1995· Rosenheck και συν, 1995· Dixon και συν, 1995· Morse και συν, 1992· McFarlane και συν, 1992).

Τα Assertive Community Treatment προγράμματα βασίζονται στο μοντέλο 'Training in Community Living' (TCL) του Stein και πραγματοποιούνται από διεπιστημονική ομάδα, η οποία παρέχει ένα σύνθετο ευρύ φάσμα εξατομικευμένης και συνεχούς φροντίδας σε κοινοτικό πλαίσιο από κινητές μονάδες και απευθυνόμενο σε ψυχικά πάσχοντες με σοβαρές ψυχικές δυσκολίες. Οι διεπιστημονικές ομάδες διευθύνονται συνήθως από ψυχίατρο. Μέλη της ομάδας συναντούν τα άτομα με διάγνωση ψύχωσης στην κοινότητα και όχι στα εξωτερικά ιατρεία, τους διδάσκουν πώς να φροντίζουν και να αντιμετωπίζουν τις βασικές καθημερινές τους ανάγκες και αναλαμβάνουν να τους διασφαλίζουν τροφή, κατοικία, ένδυση και ιατρική φροντίδα. Οι ασθενείς στηρίζονται επίσης στο να εντάσσονται σε εργαστηριακό πλαίσιο και να διατηρούν τη θέση εργασίας

τους και να ενθαρρύνονται στην ανάπτυξη ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων. Όταν η θεραπευτική ομάδα εκτιμά ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν υποτροπή ή βρίσκονται σε οξεία φάση, τους προσφέρουν άμεση θεραπευτική βοήθεια στο φυσικό τους περιβάλλον ή σε υπηρεσίες ψυχιατρικής φροντίδας που λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση.

Αυτή η ολοκληρωμένη κοινοτική στήριξη και παροχή φροντίδας σε όλα τα επίπεδα, έχει σαν βασικούς στόχους τη μείωση των ποσοστών διαρροής (drop-out) από το πρόγραμμα και τη μείωση των νοσηλειών. Μια σειρά από έρευνες, έχουν αποδείξει ότι η εφαρμογή του ενεργητικού υποστηρικτικού ολοκληρωμένου κοινοτικού προγράμματος φροντίδας (A.C.T.) μειώνει τα ποσοστά νοσηλείας των ατόμων με διάγνωση ψύχωσης που ζουν σε κοινοτικό περιβάλλον, ελέγχει τα συμπτώματά τους και βελτιώνει αισθητά την απασχόληση σε μη προστατευμένη εργασία, όπως επίσης και την κοινωνική λειτουργικότητά τους και την ποιότητα ζωής τους. Το Assertive Community Treatment πρόγραμμα σχεδιάζεται προκειμένου να παρέχει υπηρεσίες σε άτομα που παρουσιάζουν σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή, τα οποία θα ήταν εξαιρετικά δύσκολο να διαπραγματευτούν τις ανάγκες τους με τον τρόπο λειτουργίας παραδοσιακών ψυχιατρικών δομών (Lang και συν, 1999). Τα βασικά χαρακτηριστικά της προσέγγισης του ενεργητικού υποστηρικτικού ολοκληρωμένου κοινοτικού προγράμματος φροντίδας (A.C.T.) είναι:

- Προσέγγιση εξατομικευμένη βασιζόμενη σε λειτουργία πολυκλαδικής ομάδας.
- Παροχή ολοκληρωμένης ψυχιατρικής και κοινωνικής φροντίδας.
- Το πλαίσιο παροχής της φροντίδας είναι το φυσικό περιβάλλον (κατοικία) ή ο χώρος εργασίας του ατόμου.
- Ενεργητική παροχή βοήθειας (assertive outreach), έμφαση στην νοηματοδότηση των επαφών με διστακτικά ή μη συνεργάσιμα άτομα.
- Έμφαση δίνεται στη συμμόρφωση και διατήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (medication compliance).
- Συνεργασία: δίνεται έμφαση στη δημιουργία ποιοτικών σχέσεων με τους χρήστες των υπηρεσιών του Assertive Community Treatment. Οι σχέσεις βασίζονται στην ενεργή συμμετοχή και εμπλοκή των χρηστών, που συμμετέχουν σαν « εταίροι» στην παροχή φροντίδας τους.

- Αρχή ολοκληρωμένης παροχής, (Comprehensiveness) με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, σε σύντομο χρονικό διάστημα και το μικρότερο δυνατό κόστος: έμφαση δίνεται στην ολιστική προσέγγιση των επιθυμιών και των αναγκών του κάθε ψυχικά πάσχοντα.
- Ελαστικότητα (Flexibility): οι παρεμβάσεις και η ένταση των επαφών πρέπει πάντοτε να προσαρμόζονται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του ψυχικά πάσχοντα.
- Συνέχεια: η εταιρικότητα στη διαδικασία παροχής φροντίδας (partnership-in-care) μεταξύ των χρηστών και των μελών της θεραπευτικής ομάδας διατηρείται καθ' όλη τη διάρκεια των φάσεων της εξέλιξης της διαταραχής συμπεριλαμβάνοντας τις περιόδους κρίσεων, υποτροπών και νοσηλείας.
- Εργασία ομάδας: μια μικρή σε αριθμό, με υψηλά κίνητρα και δέσμευση ομάδα διευκολύνει την καλή επικοινωνία και προωθεί υψηλά κλινικά κριτήρια.
- Εργασία σε δίκτυο: η παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας στην κοινότητα απαιτεί την εγκατάσταση αποτελεσματικών δεσμών συνεργασίας με άλλες δομές, επαγγελματικές δομές και κοινοτικούς πόρους, ταυτόχρονα με την ανάπτυξη κατάλληλων και ευαίσθητων δεσμών με το προσωπικό κοινωνικό δίκτυο του κάθε χρήστη ξεχωριστά (Teague και συν,1998· Santos και συν,1993· Test,1992· Test και Stein,1976).

Παρακάτω αναφέρονται οι παράγοντες που πρέπει να λάβει υπ' όψη της η θεραπευτική ομάδα, η οποία επιθυμεί να προάγει τέτοιου τύπου πρακτικές κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας.

Θετικοί παράγοντες προαγωγής:

- Ισχυρά κοινωνικά δίκτυα και υποστηρικτικά συστήματα
- Σταθερό πλαίσιο διαβίωσης και κατοικίας
- Ασφαλές και επαρκώς δομημένο μικρο-κοινωνικό περιβάλλον
- Νοηματοδότηση προσπαθειών για το πάσχον υποκείμενο για: απασχόληση και ελεύθερο χρόνο(ασχολίες, hobbies)
- Ύπαρξη θεραπευτή- αναφοράς με τον οποίο να μπορεί να συζητά και να μοιράζεται εμπειρίες και συναισθήματα και να του προσφέρεται πρακτική βοήθεια (άμεση επίλυση πρακτικών προβλημάτων και

δημιουργική διαχείριση ψυχοπιεστικών καταστάσεων της καθημερινότητας)

- Διαρκής προσπάθεια κατανόησης και νοηματοδότησης αυτού που συμβαίνει κάθε φορά στην καθημερινά, σε σύνδεση με την ψυχική και συναισθηματική πραγματικότητα του ατόμου
- Φροντίδα σε σωματικά προβλήματα υγείας και στήριξη του ατόμου στην προσπάθεια πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας
- Φροντίδα σε θέματα ατομικού χώρου, καθημερινής σωματικής υγιεινής, στήριξης ατομικών επιλογών, συμμετοχής και ανάληψης ευθυνών, όπου αυτό καθίστανται δυνατό
- Αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή με προσπάθεια περιορισμού των παρενεργειών
- Έμφαση στην επεξεργασία ρεαλιστικών προσδοκιών, και στόχων και εγγραφή τους- πραγματική και συμβολική σε μια μελλοντική προοπτική-
- Εμπλοκή της οικογένειας (όταν υπάρχει) στην ευρύτερη αποκαταστασιακή διαδικασία και διερεύνηση προαγωγής ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων

Αρνητικοί παράγοντες προαγωγής:

- Δυσκολίες και εμπόδια με όλους τους παράγοντες που προαναφέρθηκαν
- Ύπαρξη έντονου στρες
- Διαπροσωπικές σχέσεις που τείνουν διαρκώς προς έναν συγκρουσιακό χαρακτήρα- Ψυχοπαθητική- αντικοινωνική συμπεριφορά
- Χρήση ουσιών και αλκοόλ
- Εμμένοντα θετικά ή αρνητικά συμπτώματα, κατάθλιψη ή συνοσηρότητα
- Υποτροπές, ιδιαίτερα συχνές, με την επανεμφάνιση θετικών συμπτωμάτων
- Σοβαρές δυσκολίες και αδυναμίες στη συγκρότηση και λειτουργία της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας
- Αναπαραγωγή φαινομένων και μηχανισμών νέο-ιδρυματισμού στη λειτουργία της αποκαταστασιακής δομής και ευρύτερα του δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας του τομέα

- «κουλτούρα» και νοοτροπία δύσκαμπτου διαχωρισμού ή αποσύνδεσης της διαδικασίας ψυχοκοινωνική αποκατάστασης από τη θεραπευτική διαδικασία και επικράτηση πρακτικών κατακερματισμού της ολιστικής προσέγγισης του πάσχοντος ατόμου (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής υγιεινής, Δεκέμβριος 2000, ΜΥΠ)

Το ενεργητικό υποστηρικτικό ολοκληρωμένο κοινοτικό πρόγραμμα φροντίδας αποτελεί ένα από τα πιο πειστικά κλινικά προγράμματα εξατομικευμένης και συνεχούς φροντίδας που παρέχεται στο φυσικό πλαίσιο του ατόμου με ψύχωση από κινητές μονάδες που απαρτίζονται από διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών, στοχεύοντας στην εκπαίδευση του πάσχοντα σε βασικές δεξιότητες της καθημερινής ζωής και στην κοινωνική του στήριξη. Σε μια ανασκόπηση που διεξήχθη από τον Στυλιανίδη (2001) σχετικά με την αποτελεσματικότητα του προγράμματος βρέθηκε πως η εφαρμογή του συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του αριθμού των νοσηλείων, στη μείωση της διάρκειας στο ψυχιατρείο, στη μείωση των επισκέψεων στα ψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία, στην ύφεση της συμπτωματολογίας, στην αύξηση του χρόνου παραμονής στην κοινότητα, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και των επιπέδων της λειτουργικότητας (κοινωνικής και εργασιακής) και στη σταθερότητα της αυτόνομης διαβίωσης (Ζήση, 2002).

1.3.4. Ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις κινητές μονάδες ψυχικής υγείας

Η αποκατάσταση στην ψυχιατρική αφορά στις περιπτώσεις όπου υφίσταται μια δυσλειτουργία ή αναπηρία. Αν η θεραπεία απευθύνεται στην ασθένεια και στα συμπτώματα, η αποκατάσταση δίνει έμφαση στην κοινωνική προσαρμογή, στην ανάπτυξη και διατήρηση ρόλων και ικανοτήτων, καθώς και στην ενίσχυση της δύναμης του Εγώ (ego-strength) του ασθενούς για να αντιμετωπίζει τις ψυχικές και διαπροσωπικές του συγκρούσεις, τα γεγονότα ζωής και τις έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις του.

Στην αποκαταστασιακή προσπάθεια είναι αναγκαίο να συμβάλλουν όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, συνεισφέροντας με τις ιδιαίτερες γνώσεις τους, διότι ο ασθενής είναι ένα πολύπλοκο ανθρώπινο υποκείμενο, με ψυχικές,

οικογενειακές και κοινωνικές ανάγκες, αλλά και δυσλειτουργίες (Βασλαματζής,2005).

Ο νέος τρόπος λειτουργίας της αποκαταστασιακής προσπάθειας απαιτεί την περαιτέρω γνωστική κατάρτιση, καθώς και μια διαφοροποιημένη στάση και νοοτροπία των ειδικών της ψυχικής υγείας. Προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία επεξεργασίας των θέσεων και αρχών (θεωρία), καθώς και της κλινικής πράξης (πρακτική). Πρόκειται για έναν τύπο εκπαίδευσης που κατά ένα σημαντικό μέρος του αποκτάται στην πράξη, στα πλαίσια μιας βιωματικής εμπειρίας στις δομές του τομέα. Η βασική εκπαίδευση των στελεχών (ψυχιάτρων, παιδοψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, ψυχιατρικών νοσηλευτών, λογοπεδικών, ψυχοπαιδαγωγών, εργοθεραπευτών, επισκεπτών υγείας, διοικητικών, κλπ.), παλαιών και νέων, οφείλει να είναι προσανατολισμένη προς τις νέες πρακτικές και τον διαφορετικό τρόπο λειτουργίας των νέων υπηρεσιών.

Πέραν των στελεχών της θεραπευτικής ομάδας του τομέα, η εκπαίδευση αφορά στην ευαισθητοποίηση και άλλων επαγγελματιών υγείας, όπως είναι οι γιατροί άλλων ειδικοτήτων (νευρολόγοι, παιδίατροι, οδοντίατροι), οι γενικοί γιατροί, οι γιατροί εργασίας, οι αγροτικοί γιατροί, καθώς και οι φοιτητές ιατρικής, οι οποίοι οφείλουν να έχουν γνώση και να επισημαίνουν πιθανά προβλήματα στον παιδοψυχίατρο και την ομάδα του. Η εκπαίδευσή τους μπορεί να συμβάλει σημαντικότερα στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών (Σακελλαρόπουλος,2003).

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας αναφέρεται ουσιαστικά στην άσκηση της ψυχιατρικής στην κοινότητα και χαρακτηρίζεται από τους ακόλουθους στόχους:

- i. Ακολουθεί ως προς την οργανωτική αλλά και τη θεραπευτική της διάσταση τις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Ασκείται μέσα στην κοινότητα και χρησιμοποιεί τις δυνάμεις και δυνατότητες της κοινότητας
- ii. Βρίσκεται σε άμεση συνάφεια με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την πρόληψη. Η πρόληψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια. Αποτελεί προτεραιότητα η εκπαίδευση στην οργάνωση ενός δικτύου πρωτοβάθμιας πρόληψης, σε συνεργασία με γιατρούς άλλων ειδικοτήτων (παιδίατροι, μαιευτήρες, νευρολόγοι, κλπ.), τα σχολεία, τις δομές της πρόνοιας, τις διοικητικές και κοινοτικές δομές

iii. Πρόκειται για μια συλλογική και συμπληρωματική εργασία, που χαρακτηρίζεται, πέραν των ιδιαιτεροτήτων της κάθε ειδικότητας, από τη συμβολή όλων των ειδικών που συνεργάζονται στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας. Ο κάθε ειδικός συνεισφέρει τις γνώσεις του στην ομάδα και η λειτουργία του κάθε κέντρου οργανώνεται με άξονα τη λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας

iv. Προϋπόθεση για το χειρισμό κάθε περίπτωσης αποτελεί η βασική γνώση της ψυχοπαθολογίας. Η ολοκλήρωση της διάγνωσης και η θεραπευτική επιλογή αποτελεί προϊόν ομαδικής διεργασίας παρότι παραδοσιακά το βάρος πέφτει στον ψυχίατρο και στον ψυχολόγο της ομάδας.

Η εκπαίδευση διεξάγεται στα πλαίσια των κοινοτικών δομών που αναπτύχθηκαν και λειτουργούν πιλοτικά στη χώρα μας κατά τα τελευταία είκοσι χρόνια, βάσει των οποίων οργανώνεται σήμερα το νέο σύστημα. Η έννοια της εκπαίδευσης αφορά σε μια άλλου τύπου εκπαίδευση, πέραν των βασικών σπουδών κάθε ειδικού, στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών. Στην κοινότητα αποκτώνται γνώσεις για το περιβάλλον του ασθενούς, την κοινοτική ψυχιατρική, την πρόληψη, τη συνεργασία με τους διάφορους φορείς και τις επαφές με το δικαστικό σύστημα (Σακελλαρόπουλος, 2003).

Η εκπαίδευση ψυχιάτρων, ψυχολόγων και γενικότερα όλης της ψυχιατρικής ομάδας προκύπτει ως ανάγκη από το πνεύμα της μεταρρύθμισης και, συγχρόνως, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της εφαρμογής της. Η εκπαίδευση-κατάρτιση των ειδικών ψυχικής υγείας γίνεται με μεταπτυχιακά προγράμματα, μικρότερης ή μεγαλύτερης διάρκειας, με την προοπτική μιας εξειδίκευσης. Τα προγράμματα αυτά μπορούν να πραγματοποιηθούν είτε μετά το πέρας των βασικών σπουδών, είτε στα πλαίσια της ειδικότητας του κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας. Σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση κατέχει η πρακτική άσκηση, δηλαδή η θεωρητικό-κλινική δραστηριότητα του εκπαιδευόμενου μέσα στον φορέα (in service training). Τέλος, η παρακολούθηση συνεδρίων, συμποσίων και εκπαιδευτικών σεμιναρίων, κλπ, εντάσσεται και αυτή στο πλαίσιο της μετεκπαίδευσης (M. Martin-B. Jacob, 2003).

Το προσωπικό πρέπει, επίσης, να εκπαιδεύεται σε ειδικές δεξιότητες, όπως:

- Η ενσυναίσθηση (empathy)
- Η διαχείριση ειδικών προβλημάτων που σχετίζονται με την χρόνια ψυχική νόσο

- Η κατάρτιση εξατομικευμένων σχεδίων φροντίδας
- Η συνεργασία στα πλαίσια διακλαδικής θεραπευτικής ομάδας (White και Bennett, 1981, Lamb, 1988).

Είναι κεντρικής σημασίας τόσο η συγκρότησή τους σε ομάδα (ομάδα ΨΥ-θεραπευτική ομάδα) όσο και η συνεχής εκπαίδευση των εργαζομένων, καθότι περιλαμβάνει επαγγέλματα και ειδικότητες με διαφορετική αρχική εκπαίδευση και ρόλους (Πλουμπίδης,2005).

- Τα μέλη της ομάδας αποκατάστασης είναι οι κλινικοί (ψυχολόγοι, νοσηλευτές, ψυχίατροι) και μέλη των οποίων κύριο έργο είναι η αποκατάσταση, δηλαδή εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ειδικοί σύμβουλοι και ειδικοί θεραπευτές, (δραματοθεραπευτής, κινησιοθεραπευτές), καθώς και άλλοι επαγγελματίες (μουσικοί, ζωγράφοι, εθελοντές). Το θεραπευτικό έργο της ομάδας (κυρίως της εργοθεραπευτικής ομάδας) συνίσταται στην προσπάθεια να αναπτυχθεί μια θεραπευτική συμμαχία με τον άρρωστο, στην εκμάθηση των δραστηριοτήτων, στην καθοδήγηση, στη διευκόλυνση της ολοκλήρωσης του έργου του, στην ενίσχυση της ομαλοποίησης με την περιποίηση της προσωπικής εμφάνισης και υγιεινής, καθώς και με τη δημιουργία συναισθήματος αισιοδοξίας, εμπιστοσύνης, ασφάλειας αλλά και ορίων. Η θεραπευτική εργασία περιλαμβάνει και τη συναισθηματική υποστήριξη του αρρώστου με την ενίσχυση του Εγώ αλλά και την ικανοποίηση των αναγκών του, ο δε θεραπευτής αποτελεί πρότυπο για ταύτιση (www.ekpse.gr) (Πλουμπίδης,2005) (Αλεξανδρής,2003).

Η πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα καλείται να συνθέσει τις διεπιστημονικές προσεγγίσεις, μέσα από μια ολιστική θεώρηση των αναγκών του ασθενούς, να σχεδιάσει τις παρεμβάσεις της στο θεραπευτικό και αποκαταστασιακό πεδίο, να θέτει στόχους και να οργανώσει τη δράση της αξιολογώντας την πορεία της, να επαναστοχοθετεί, να αναδιαρθρώνεται, να ανανεώνεται και να προσαρμόζεται στα νέα θεωρητικά ή επιστημονικά δεδομένα.

Όσον αφορά την κοινωνία η θεραπευτική ομάδα οφείλει να αντιλαμβάνεται έγκαιρα τις ανάγκες της, να την υπηρετεί και ταυτόχρονα να την κινητοποιεί. Να την ωθεί σε δράσεις εθελοντισμού και αλληλεγγύης. Επίσης, θα πρέπει να την πληροφορεί, να την ενημερώνει και να την ευαισθητοποιεί, ώστε να αλλάξει

στάση απέναντι στην ψυχική νόσο για να αποβάλλει τον φόβο και την προκατάληψη.

Όσον αφορά τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας η θεραπευτική ομάδα οφείλει να διαμορφώνει νέα στελέχη από όλο το φάσμα των επαγγελματιών του χώρου της υγείας, αφιερώνοντας σημαντικό μέρος της εργασίας της στην εκπαίδευσή τους, τόσο στην θεωρητική όσο στην πρακτική. Επομένως, ο εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν ταυτίζεται απλά και μόνο με την παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών εκ μέρους της πολυκλαδικής ομάδας. Είναι κάτι πολύ περισσότερο και έχει να κάνει με την ανάδειξη της μονάδας ως προτύπου, προς το οποίο και άλλες μονάδες υγείας ή και άλλοι θεσμοί μπορούν να προσβλέπουν. Για να συμβεί αυτό, δεν είναι αρκετό οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να είναι καλοί στο επάγγελμά τους, αλλά θα πρέπει να έχουν όραμα, να διαθέτουν φαντασία και ευρηματικότητα, να παρουσιάζουν ικανότητες προσαρμογής. Επιπλέον, θα πρέπει να πετυχαίνουν στις κοινωνικές σχέσεις, να μπορούν να «στήνουν» υπηρεσίες και να τις διοικούν, να είναι δηλαδή συγχρόνως managers και θεραπευτές. Τέλος, να είναι ερευνητές και πρότυπα για ταύτιση.

Ένα σύγχρονο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας απαιτεί όλα αυτά από τους επαγγελματίες, για να μπορεί να είναι αποτελεσματικό στο έργο του. Για να αντεπεξέλθουν οι επαγγελματίες στις προδιαγραφόμενες δυσκολίες, πρέπει να κινηθούν σε δύο άξονες. Ο πρώτος άξονας αφορά τις ικανότητές τους σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο. Ο δεύτερος άξονας αφορά στην αναζήτηση ετέρων και στη σύμπραξη συμμαχιών. Έτεροι μπορεί να είναι άλλες μονάδες ψυχικής υγείας, που παρέχουν τις ίδιες ή συμπληρωματικές εργασίες, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, γιατροί κέντρων υγείας και αγροτικών ιατρείων, καθώς και γιατροί όλων των ειδικοτήτων που ασκούν ιδιωτικό έργο (Μαυρατζώτου,2003).

Οι θεραπευτές που απασχολούνται με την αποκατάσταση, προέρχονται από ένα ευρύ φάσμα επιστημονικών και επαγγελματικών προσανατολισμών. Ο ψυχίατρος, ο ψυχολόγος, ο Κοινωνικός Λειτουργός, ο εργοθεραπευτής, ο νοσηλεύτης και ο θεραπευτής μέσω τέχνης αποτελούν την αποκαταστασιακή ομάδα, μέσα στην οποία ο καθένας έχει ένα διακριτικό ρόλο λόγω της διαφορετικής του εκπαίδευσης, του τρόπου σκέψης και προσέγγισης των ψυχοκοινωνικών θεμάτων, αλλά και του ρόλου απέναντι στον άρρωστο και το περιβάλλον του. Ταυτόχρονα, όμως, οι διαφορετικοί ρόλοι συναρθρώνονται σε

ένα ενιαίο αποκαταστασιακό πλάνο για κάθε άρρωστο. Στην προσπάθεια κοινωνικής επανένταξης ενός αρρώστου, ο οποίος παρέμενε για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο, θα χρειαστεί τη συμβολή διαφορετικών επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, θα αναλάβει την εποπτεία της επανένταξης του ασθενούς, παρακολουθώντας την πορεία του ίδιου και ενθαρρύνοντας την οικογένειά του, αλλά και επιλύοντας θέματα όπως η χορήγηση επιδόματος, η επαφή του με υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής φροντίδας κλπ. Ο επισκέπτης νοσηλευτής θα βοηθήσει την οικογένεια να αποδεχθεί ορισμένες συνήθειες του αρρώστου, να μειώσει την κριτική της και το εκφραζόμενο συναίσθημα (expressed emotion) και, τέλος, να βρει τρόπους ώστε ο άρρωστος να φροντίζει τον εαυτό του και να εξυπηρετεί τις ανάγκες του.

Η αποκαταστασιακή ομάδα πρέπει να συνεργάζεται στενά, να συναντιέται σε τακτά χρονικά διαστήματα και να συζητά θέματα σχετικά με τις συγκρούσεις των ρόλων και την ασάφεια. Ακόμα δε, να συζητά και τις αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αντιδράσεις που συχνά οδηγούν σε μια διασπαστική συμπεριφορά στις σχέσεις τους με τον άρρωστο ή την οικογένειά του. Ο ψυχίατρος στην αποκατάσταση, εκτός από την κλινική εμπειρία αναφορικά με τις χρόνιες αναπηρίες που προκαλούν οι ψυχικές παθήσεις, πρέπει να έχει διοικητικά προσόντα και γνώσεις σχετικές με τις ομάδες και την οργανωτική ψυχολογία. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι ο ψυχίατρος θα πρέπει να είναι σε θέση να παρακολουθεί, να κατανοεί και να εποπτεύει τη δουλειά του εργοθεραπευτή (αν εργάζεται στην επαγγελματική αποκατάσταση), του ψυχολόγου και του λογοθεραπευτή, του κοινωνικού λειτουργού, του θεραπευτή μέσω τέχνης και του νοσηλευτή. Έχει σημασία όμως να είναι ευαισθητοποιημένος στις διαφορετικές προσεγγίσεις και να συντονίζει το έργο, έτσι ώστε η παροχή αποκαταστασιακής φροντίδας να είναι απαρτιωμένη και να στοχεύει στις πραγματικές ανάγκες του κάθε ξεχωριστού αρρώστου (Βασιλαματζής, 2005).

Βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τις κατευθύνσεις της ομάδας είναι: i. ο συντονισμός με άλλες υπηρεσίες, ii. η αμοιβαία και ισότιμη συνεργασία, iii. η αισιοδοξία, iv. η εξατομικευμένη προσέγγιση του προβλήματος του ατόμου-πελάτη, v. η θεώρηση της σημασίας της οικογένειας και της κοινότητας ως υποστηρικτικών συστημάτων, vi. ο σχεδιασμός πάντα εναλλακτικών προτάσεων,

λύσεων, vii. ο σχεδιασμός μίνιμουμ ρεαλιστικών στόχων, viii. η διακριτικότητα, ix. η συνεχής ενίσχυση κάθε προσπάθειας του πελάτη και των θετικών στοιχείων του, x. η ενημέρωση-υποστήριξη της οικογένειας και η ευαισθητοποίηση των φορέων κοινότητας και άλλων φορέων, xi. η διερεύνηση των εργασιακών ευκαιριών στην ελεύθερη αγορά και η προσαρμογή των προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης σε αυτές τις συνθήκες (Μαδιανός,2000).

Ο ρόλος του Ψυχιάτρου

Έχει υποστηριχθεί ότι ο ρόλος του ψυχιάτρου είναι να κάνει τη διάγνωση, να δίνει τη φαρμακευτική αγωγή στο άτομο και να παρακολουθεί την πορεία της υγείας του (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988).

Ο ρόλος όμως του ψυχιάτρου σήμερα, είναι πιο σύνθετος δεν περιορίζεται στη νοσολογική προσέγγιση αλλά επεκτείνεται τόσο στη συμμετοχή του στη διαδικασία της πρόληψης αλλά και της αποκατάστασης. Εκτός από την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς, ο ψυχίατρος μπορεί να αναγνωρίσει και να αξιολογήσει τις κοινωνικές παραμέτρους της νόσου. Πέρα λοιπόν από τον προσδιορισμό των ιατρικών συνδρόμων ή των ιατρικών πλευρών μιας νόσου, ο ψυχίατρος εμπλέκεται στην κοινότητα, ενημερώνοντας, ευαισθητοποιώντας και κινητοποιώντας την. Εργάζεται κατά συνέπεια ο ψυχίατρος σε δύο επίπεδα σε αυτό του ατόμου που χρειάζεται βοήθεια και σε αυτό της κοινότητας (Μαδιανός 2000).

Τον ρόλο και τη δράση του ψυχιάτρου μπορούν να ενισχύσουν ή να ατονήσουν διάφοροι παράμετροι και παράγοντες. Κάποιοι από αυτούς είναι η γενικότερη πολιτική ψυχικής υγείας που ισχύει στη χώρα στην οποία δρα ο επαγγελματίας υγείας, το ποσοστό των διαθέσιμων πόρων, ο ορισμός της νόσου και η ιδεολογία, στάσεις που υπάρχουν μέσα στην κοινότητα για τη νόσο, καθώς και άλλοι παράγοντες (Μαδιανός 2000).

Το έργο και ο ρόλος του ψυχιάτρου στο χώρο της αποκατάστασης είναι πολύπλευρος, πολυδιάστατος με την εμφάνιση ποικίλων προβλημάτων, αλλά και θετικών ενισχύσεων (Μαδιανός 2000).

Ο ρόλος του Ψυχολόγου

Ο ρόλος του ψυχολόγου στο χώρο της ψυχικής υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως πολύπλευρος. Αφορά τόσο τη συμμετοχή του στη διάγνωση της ψυχικής νόσου, όσο και στη θεραπεία αυτής καθώς και στην αποκατάσταση του ψυχικά ασθενούς. Επιπλέον ένα ακόμα μέρος που καλύπτει η συμμετοχή του ψυχολόγου στον τομέα της ψυχικής υγείας είναι η διατήρηση, η προαγωγή αυτής αλλά και η αντιμετώπισή της (πρόληψη).

Ο ψυχολόγος συμμετέχει στη διατήρηση και την προαγωγή της ψυχικής υγείας τόσο σε μικροεπίπεδο όσο και σε μακροεπίπεδο. Το επίπεδο της παρέμβασης σε μικροεπίπεδο αφορά το άτομο και την οικογένεια. Προσπαθεί δηλαδή ο ψυχολόγος να επιτύχει την ύπαρξη σωστής επικοινωνίας μεταξύ των γονέων και των παιδιών μέσα από την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση κυρίως των γονέων.

Η παρέμβαση του ψυχολόγου σε μακροεπίπεδο αφορά την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την εφαρμογή προγραμμάτων ενημέρωσης, συμβουλευτικής υποστήριξης τόσο στα σχολεία, όσο σε ομάδες της κοινότητας που χρήζουν τέτοιου είδους παροχές.

Τα παραπάνω είδη παρέμβασης έχουν σαν σκοπό την έγκυρη αντιμετώπιση προβλημάτων και την αποφυγή εκδήλωσης ψυχοκοινωνικών δυσλειτουργιών καθώς και την όσο το δυνατόν ομαλότερη προσαρμογή των μελών μιας κοινότητας στον κοινωνικό τους ρόλο.

Στον τομέα ο οποίος αφορά τη διάγνωση της ψυχικής νόσου, ο ρόλος του ψυχολόγου είναι η αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς μέσω των διαφόρων ψυχολογικών δοκιμασιών (τεστ). Μέσω του ελέγχου των γνωσιακών λειτουργιών και της προσωπικότητας του ατόμου επιτυγχάνεται πλην της αξιολόγησης του ατόμου, η διαφορική διάγνωση της περίπτωσης απαραίτητη για το «σχεδιασμό» της παρέμβασης. Όσον αφορά τον τομέα της θεραπευτικής αντιμετώπισης ο ρόλος του ψυχολόγου έγκειται στη παροχή ψυχολογικής υποστήριξης τόσο στο ίδιο το άτομο που νοσεί όσο και στο οικογενειακό τους περιβάλλον, μέσω της ψυχοθεραπευτικής ή συμβουλευτικής παρέμβασης (Χριστοδούλου, Αλεβίζος και Μαυρέας, 1999). Τέλος, στη διαδικασία της αποκατάστασης ο ψυχολόγος βοηθά το άτομο μέσα από τη συνεχή υποστήριξη να ενταχθεί όσο το δυνατόν καλύτερα στο κοινωνικό περιβάλλον.

Ο ψυχολόγος έχει τη δυνατότητα, εφόσον ο ίδιος έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα, να παρέχει εκπαιδευτικού χαρακτήρα μαθήματα πάνω στις βασικές αρχές της Ψυχολογίας ή μαθήματα με στόχο την καλύτερη κατανόηση των αντιδράσεων, της συμπεριφοράς τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειάς του στους επαγγελματίες υγείας. Επιπρόσθετα η συμβολή του ψυχολόγου στην έρευνα είναι σημαντική. Ο ψυχολόγος μπορεί να κατασκευάσει μεθόδους ψυχολογικών δοκιμασιών που εφαρμόζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας και βοηθούν στην αξιολόγηση του ατόμου, π.χ. δημιουργία ερωτηματολογίων, τεστ κλιμάκων μετρήσεων, κ.λ.π. Μπορεί επίσης να πραγματοποιήσει έρευνες που αφορούν την αποτελεσματικότητα των διαφόρων θεραπειών που εφαρμόζονται, να εντοπίσει ελλείψεις και να προτείνει λύσεις (Burns,2004).

Ο ρόλος του Νοσηλευτή

Τα τελευταία χρόνια ο ρόλος του νοσηλευτή έχει διαφοροποιηθεί στον ψυχιατρικό χώρο. Έχει πάψει πλέον ο νοσηλευτής να έχει τον παραδοσιακό ρόλο που κατείχε μέχρι τώρα του «φύλακα» ασθενών και του «εκτελεστή» των ιατρικών οδηγιών και απέκτησε μέσω της συνεχούς εκπαίδευσης και εξειδίκευσης ενεργό ρόλο στη θεραπευτική ομάδα.

Το έργο του νοσηλευτή αφορά την προσφορά και ανάπτυξη του τόσο μέσα στην κλινική όσο και στην κοινότητα. Ο νοσηλευτής μπορεί να αποτελέσει το συνδετικό κρίκο μεταξύ του ασθενούς και της θεραπευτικής ομάδας μιας και βρίσκεται σε καθημερινή και τακτική επαφή με τον ασθενή. Μπορεί έτσι να συγκεντρώσει πληροφορίες τόσο για τον ασθενή, τη συμπεριφορά του αλλά και για το οικογενειακό περιβάλλον αυτού, χρήσιμες για τον προγραμματισμό του πλάνου της θεραπείας του κάθε ασθενή. Ο ρόλος του μπορεί να αφορά ποικίλα αντικείμενα και το ενδιαφέρον του να εστιάζεται τόσο στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας, στην παροχή φροντίδας όσο και στην αποκατάσταση. Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας του ρόλου διαφαίνεται μέσα από τις δραστηριότητες που αναπτύσσει στους παραπάνω τομείς.

Μπορεί έτσι ο νοσηλευτής να συμβάλλει στη θεραπεία του ασθενούς μέσα από τους παρακάτω ρόλους που αναπτύσσει κάθε φορά:

- i. Θεραπευτικός. Μέσα από τη δημιουργία και τη διατήρηση μιας ειλικρινής διαπροσωπικής σχέσης η οποία υποστηρίζει και ενισχύει

τον ασθενή, η παρουσία του νοσηλευτή έχει θεραπευτικό χαρακτήρα. Ο νοσηλευτής δημιουργεί ένα σταθερό, ασφαλές περιβάλλον στον ασθενή με έντονη την ύπαρξη σεβασμού και αποδοχής ώστε να διασφαλίζεται η αξιοπρέπειά της.

- ii. Συμβουλευτικός. Ο νοσηλευτής παρέχει συμβουλευτική τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του με σκοπό την ενίσχυση υγιών συμπεριφορών, την κατανόηση της νόσου και την αναγνώριση των συμπτωμάτων ώστε να υπάρχει έγκαιρη παρέμβαση.
- iii. Εκπαιδευτικός – Ερευνητικός. Μέσα από το ρόλο αυτό ο νοσηλευτής οργανώνει προγράμματα εκπαιδευτικού χαρακτήρα με σκοπό την ενημέρωση, ευαισθητοποίηση, κινητοποίηση των μελών της κοινότητας αλλά και των άλλων επαγγελματιών υγείας σε θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία.

Επιπρόσθετα, σχεδιάζει, οργανώνει, προγραμματίζει και λαμβάνει μέρος σε προγράμματα διερευνητικού χαρακτήρα (Χριστοδούλου, Αλεβίζος και Μαυρέας, 1999).

Για να μπορέσει ο νοσηλευτής να πραγματοποιήσει τους στόχους του και να είναι επαρκής στο ρόλο του θα πρέπει να έχει τις απαραίτητες αρχές και γνώσεις. Επίσης θα πρέπει να διαθέτει οργανωτικές και διοικητικές ικανότητες, ευελιξία, δυνατότητα επικοινωνίας, παρατηρητικότητα, συνέπεια και να έχει ευκαιρίες συνεχούς ενημέρωσης και επιμόρφωσης.

Ο ρόλος του Εργοθεραπευτή

Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην αποκατάσταση του ψυχικά ασθενούς είναι επίσης σημαντικός. Η δραστηριότητα του εργοθεραπευτή ξεκινά μέσα από την αξιολόγηση του ασθενούς κάνοντας μια εκτίμηση των καθημερινών και προσωπικών του δεξιοτήτων. Μέσα από την εκτίμηση αυτή ο εργοθεραπευτής προσπαθεί να αντιληφθεί το γενικό επίπεδο συμπεριφοράς του ασθενούς, τις κινητικές γνωστικές δεξιότητες, τις εργασιακές και κοινωνικές δεξιότητες καθώς και τις συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω στοιχεία ο εργοθεραπευτής ανάλογα με το επίπεδο και τις δυνατότητες του ατόμου θέτει μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους, οι οποίοι θα πραγματοποιηθούν μέσα από κάποιες δραστηριότητες. Οι δραστηριότητες αυτές μπορεί να είναι: i. σωματικές

(γυμναστική, σπορ), ii. καθημερινής επιβίωσης (προσωπική φροντίδα, οικιακές ασχολίες), iii. κοινωνικές (εκμάθηση τέχνης, π.χ. ζωγραφικής, θεάτρου, κλπ.), iv. εργασιακές (εκμάθηση Υπολογιστών, κηπουρική, κλπ.)

Η επιλογή των παραπάνω δραστηριοτήτων γίνεται με βάση τη δομή, τη φιλοσοφία και τους στόχους της υπηρεσίας στην οποία εργάζεται ο εργοθεραπευτής.

Βασικός στόχος του έργου του εργοθεραπευτή είναι να επιτύχει: i. την ατομική ανεξαρτητοποίηση του ατόμου ώστε λειτουργικά να φροντίζει τον εαυτό του, να κινείται στην κοινότητα και γενικά να αυτοεξυπηρετείται, ii. στην εργασιακή αποκατάστασή του και iii. στην κοινωνικοποίησή του μέσα από κοινωνικοθεραπευτικές δραστηριότητες (Μαδιανός, 2000).

Τέλος, η εργασιακή απασχόληση των ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο έχει σημαντική συμβολή στις θεραπευτικές προσπάθειες, καθώς προσφέρει ευκαιρίες για τη βελτίωση της αυτό-αντίληψης, των μηχανισμών λήψης αποφάσεων και των ικανοτήτων αυτοπειθαρχίας και υγιούς αλληλεπίδρασης με τους υπόλοιπους εκπαιδευόμενους (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988).

Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας

Ο επισκέπτης υγείας εργάζεται τόσο με τον ασθενή όσο και με την κοινότητα. Μπορούμε να πούμε ότι αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ της κλινικής – ιατρού – ασθενούς – οικογένειας. Η δράση του επισκέπτη υγείας κινείται σε τρία επίπεδα.

Στο πρώτο επίπεδο το οποίο αναφέρεται στην πρόληψη συνεργάζεται με τις τοπικές αρχές, τους φορείς και οργανώνει προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης, με στόχο την έγκαιρη αντιμετώπιση της ασθένειας.

Στο δεύτερο επίπεδο έχει τη δυνατότητα να ελέγχει το χώρο διαβίωσης του ασθενούς, ο οποίος βρίσκεται πλέον στην κλινική και παρακολουθείται. Επίσης συντονίζει και ελέγχει υπηρεσίες τις οποίες μπορεί να χρησιμοποιεί ο ασθενής σε συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας.

Τέλος, στο τρίτο επίπεδο ο ρόλος του αφορά την παρακολούθηση του ασθενούς από πλευράς συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και των πιθανών παρενεργειών τους. Σε συνεργασία επίσης με το γιατρό του ασθενούς και την

οικογένεια οργανώνουν την οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση (Μαδιανός, 2000). Βασικός στόχος στο στάδιο αυτό είναι η καλύτερη δυνατή και ομαλή αποκατάσταση του ασθενούς και επανένταξή του.

Ο ρόλος του ειδικού παιδαγωγού

Συμμετέχει στη θεραπευτική ομάδα με τις παρατηρήσεις του πάνω στις γνώσεις, ικανότητες και τη σχολική συμπεριφορά του παιδιού. Ασχολείται με τη θεραπευτική αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών / δυσλεξίας. Συμμετέχει ενεργά στις λοιπές δράσεις της μονάδας (Burns, 2004).

Ο ρόλος του λογοθεραπευτή

Ασχολείται με τη διάγνωση και θεραπεία διαταραχών της φωνής, της εκφοράς και της δομής του λόγου, αλλά και της γραφής. Συμμετέχει στις κοινοτικές δράσεις, το συγγραφικό έργο και τις δράσεις έρευνας και αξιολόγησης της μονάδας (Burns, 2004).

Ο ρόλος του διοικητικού προσωπικού

Υποστηρίζει από διοικητική και διαχειριστική σκοπιά το κλινικό και κοινοτικό έργο της μονάδας. Ο υπεύθυνος της γραμματείας ανήκει στο διοικητικό προσωπικό και ουσιαστικά είναι ο πρώτος επαγγελματίας που έρχεται σε επικοινωνία μέσω του τηλεφωνήματος με τους «πελάτες» και για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να διαθέτει εκτός από κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία, επικοινωνιακές δεξιότητες και ευελιξία (Burns, 2004).

1.3.5. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στις κινητές μονάδες ψυχικής υγείας

Η κοινωνική εργασία ορίζεται ως η εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη που αποσκοπεί στη διερεύνηση, μελέτη και αντιμετώπιση ενός ευρέως φάσματος προσωπικών και κοινωνικών προβλημάτων, που η διαπλοκή τους επηρεάζει δυσμενώς άτομα ή σύνολο ατόμων (Χριστοδούλου, Αλεβίζος και Μαυρέας, 1999).

Ο χώρος της ψυχικής υγείας προσφέρει ένα ευρύ πεδίο δράσης και εφαρμογής των μεθόδων της Κοινωνικής Εργασίας. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της ψυχικής υγείας αφορά κυρίως τη συλλογή και αξιολόγηση στοιχείων σχετικές με την κοινωνική πλευρά του ασθενούς, την οικογένεια και να προσφέρει στη θεραπευτική διαδικασία μέσα από μεθόδους και τεχνικές εναρμονισμένες στις αρχές της κοινωνικής εργασίας (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988).

Για την επίτευξη των παραπάνω ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί όλες εκείνες τις παραδεκτές μεθόδους προσέγγισης της κοινωνικής εργασίας οι οποίες είναι οι εξής:

- α. Κοινωνική εργασία με άτομο.
- β. Κοινωνική εργασία με ομάδα, οικογένεια.
- γ. Κοινωνική εργασία με κοινότητα.
- δ. Κοινωνική έρευνα.
- ε. Κοινωνικός σχεδιασμός.

Με τη χρήση των μεθόδων αυτών, ο κοινωνικός λειτουργός επιτυγχάνει τη συμμετοχή και δράση του και στα τρία επίπεδα περίθαλψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια).

Στο πρώτο επίπεδο περίθαλψης που αφορά την πρόληψη ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού έχει να κάνει κυρίως με την προαγωγή της πρόληψης και την ενημέρωση της κοινότητας. Ο κοινωνικός λειτουργός στο στάδιο αυτό συμμετέχει σε διάφορα ερευνητικά προγράμματα με σκοπό να εντοπίσει τα ανεπιθύμητα κοινωνικά φαινόμενα. Στη συνέχεια, προτείνει λύσεις για τη δημιουργία, οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης με στόχο τη διασφάλιση της ψυχικής υγείας της κοινότητας.

Επιπρόσθετα, τα παραπάνω προάγονται και με τη συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού, αλλά και ολόκληρης της διεπιστημονικής ομάδας, με φορείς της κοινότητας. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν τη δυνατότητα να παρέμβουν στους θεσμούς και τους φορείς με σκοπό την προαγωγή της πρόληψης. Οι φορείς με τους οποίους μπορεί να συνεργαστεί ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να είναι δημόσιοι οργανισμοί, εκκλησία, υγειονομικές υπηρεσίες, σχολεία, εργοδότες, κλπ. Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει σε προγράμματα τα οποία αφορούν την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση για την έγκαιρη αποτροπή, εκδήλωση της νόσου.

Στο δεύτερο επίπεδο περίθαλψης ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει στη διαδικασία παρακολούθησης του ασθενούς στα εξωτερικά ιατρεία και στη διαδικασία εισαγωγής του στο νοσοκομείο. Στο στάδιο αυτό ο κοινωνικός λειτουργός είναι το μέλος της διεπιστημονικής ομάδας που θα μπορεί να παρέχει ψυχοκοινωνική στήριξη, φροντίδα στον ασθενή και θα αναζητήσει λύσεις στα πρακτικά προβλήματα του ασθενούς. Οι παρεμβάσεις του κοινωνικού λειτουργού στο στάδιο αυτό επικεντρώνονται τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στην υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος στο οποίο λόγω της ασθένειας θα υπάρχει έντονη πίεση και ένταση. Με την εισαγωγή του ασθενούς στο ψυχιατρικό νοσοκομείο ο κοινωνικός λειτουργός θα προβεί σε μια σειρά ενεργειών, με σκοπό την ανίχνευση και συγκέντρωση πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή, την έναρξη και την πορεία της νόσου με σκοπό το σχεδιασμό της παρέμβασης.

Οι ενέργειες στις οποίες θα προβεί ο κοινωνικός λειτουργός είναι οι ακόλουθες. Αρχικά, ο κοινωνικός λειτουργός θα προβεί στη λήψη του κοινωνικού ιστορικού, είτε από τον ίδιο τον ασθενή, εάν υπάρχει η δυνατότητα αυτή, ή από το οικογενειακό του περιβάλλον. Στη συνέχεια, εμπλέκει τον ασθενή με βασικό συνεργάτη την οικογένεια, σε ένα σχέδιο δράσης – θεραπείας. Το σχέδιο δράσης αυτό διαμορφώνεται με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενή και τις παρεμβάσεις οι οποίες απορρέουν από τη μοναδικότητα της κάθε περίπτωσης. Αναγνωρίζοντας τα παραπάνω ο κοινωνικός λειτουργός, δουλεύει με τον ασθενή και τον βοηθά να αναπτύξει τους μηχανισμούς του ώστε να κατορθώσει να ανταποκριθεί στην καθημερινότητά του. Πραγματοποιείται επίσης παρέμβαση και στο οικογενειακό περιβάλλον με σκοπό την τροποποίηση και ελαχιστοποίηση των συνθηκών που προκαλούν το πρόβλημα.

Ακόμα, ο κοινωνικός λειτουργός με τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού οδηγείται στην ιεράρχηση των προβλημάτων του ασθενούς και στην επικέντρωση για την άμεση αντιμετώπισή τους, ώστε να μειωθούν οι παράγοντες εκείνοι που εμποδίζουν την υγιή λειτουργία του ατόμου και του προκαλούν έντονο άγχος (Χριστοδούλου, Αλεβίζος και Μαυρέας, 1999).

Βασικό «σύμμαχο» στις παραπάνω ενέργειες ο κοινωνικός λειτουργός έχει την οικογένεια του ασθενούς. Η συνεργασία με την οικογένεια υπήρξε πάντα ένα από τα κύρια μελήματα του κοινωνικού λειτουργού. Η οικογένεια αποτελεί το πρώτο περιβάλλον μέσα στο οποίο το άτομο αναπτύσσεται, υιοθετεί συμπεριφορές, αρχές, στάσεις και πολλές φορές τα αισθήματα και οι

συμπεριφορές των ατόμων είναι αποτέλεσμα είτε της πίεσης από τις άσχημες ενδοοικογενειακές σχέσεις είτε της υποστήριξης που προκύπτει από καλές ενδοοικογενειακές σχέσεις.

Ο κοινωνικός λειτουργός, λοιπόν μαζί με την οικογένεια και σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς οργανώνει τη θεραπευτική διαδικασία που θα ακολουθήσει. Ταυτόχρονα, λόγω του ότι και για την οικογένεια η ασθένεια αποτελεί ένα ισχυρό σοκ που ίσως την αποδιοργανώσει, ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει να ενημερώσει, να υποστηρίξει, να ευαισθητοποιήσει, να κάνει κατανοητή την ασθένεια και να βοηθήσει το οικογενειακό περιβάλλον να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες. Επιπρόσθετα ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να εργαστεί στο στάδιο αυτό και με τις μεθόδους κοινωνικής εργασίας με ομάδα.

Ο σκοπός, το είδος και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού καθορίζεται κυρίως από τη φιλοσοφία και τους στόχους της υπηρεσίας στην οποία εργάζεται. Μπορεί έτσι ο κοινωνικός λειτουργός να οργανώσει ομάδες επικοινωνίας κατά θάλαμο ή ανάπτυξης δεξιοτήτων ή ομάδες αυτοβοήθειας, κλπ. Με την ένταξη του ατόμου στην ομάδα ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να επιτύχει την ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του ατόμου με την ανάπτυξη των υπάρχοντων δεξιοτήτων ή την απόκτηση νέων. Ενισχύεται επίσης η διαπροσωπική επικοινωνία και η δημιουργία σχέσεων μεταξύ των μελών, ενθαρρύνεται η συνύπαρξη, η συνεργασία, η ανάληψη προσωπικής ευθύνης, η ανάληψη πρωτοβουλιών και η ανάδειξη ικανοτήτων (Καλλινικάκη, 1998).

Τέλος και στο στάδιο αυτό ο κοινωνικός λειτουργός κάνει χρήση των πόρων και πηγών της κοινότητας με σκοπό την επίλυση των πρακτικών θεμάτων του ατόμου. Έρχεται έτσι σε επαφή με οργανισμούς χορήγησης επιδομάτων, στεγαστικά προγράμματα, κέντρα ημερήσιας φροντίδας και γενικά με δίκτυα υπηρεσιών που αφορούν τη παροχή βοήθειας στο άτομο και την οικογένειά του.

Στο τρίτο στάδιο, ο κοινωνικός λειτουργός ασχολείται με την έξοδο του ασθενούς από το ψυχιατρικό νοσοκομείο και με την ένταξή του στην κοινότητα. Η εργασία του κοινωνικού λειτουργού για την αποκατάσταση του ατόμου είναι δύσκολη. Βασικό μέλημα του κοινωνικού λειτουργού είναι η διατήρηση του ασθενή αλλά και η θεμελίωση και διατήρηση από τον ασθενή μιας σειράς δεξιοτήτων που θα τους προσφέρουν ένα ικανοποιητικό και αξιοπρεπές επίπεδο ζωής (Χριστοδούλου, Αλεβίζος και Μαυρέας, 1999).

Στόχος του κοινωνικού λειτουργού είναι η στήριξη και η διατήρηση του ασθενή και της οικογένειάς του μέσα στον κοινωνικό ιστό. Έτσι ο κοινωνικός λειτουργός ευαισθητοποιεί σε θέματα πρόληψης της υποτροπής την οικογένεια, αναλαμβάνει επίσης για ένα χρονικό διάστημα την παρακολούθηση του ασθενή (follow-up) και την παροχή ψυχοκοινωνικής φροντίδας. Ενθαρρύνει την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου και τη δημιουργία κοινωνικών δεσμών. Σε επίπεδο συνεργασίας με τους φορείς της κοινότητας αναζητά πηγές βοήθειας, υποστηρίζει φορείς που ασχολούνται με την αποκατάσταση και εργάζεται για τον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου (Burns, 2004).

Η συμβολή – συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού στην αποκατάσταση έγκειται και στα εξής:

- i. στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας για την ψυχική νόσο και τον ασθενή. Η αγωγή της κοινότητας είναι απαραίτητη γιατί αν τα μέλη της κοινότητας δεν είναι έτοιμα να αποδεχθούν το άτομο όσα προγράμματα αποκατάστασης και να γίνουν δεν θα έχουν επιτυχία. Σημαντική είναι επίσης, εκτός από την αποδοχή των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, και η ενεργός συμμετοχή της κοινότητας και των μελών της στη παραμονή και αποκατάσταση των ατόμων αυτών.
- ii. στην κινητοποίηση και ευαισθητοποίηση του πολιτικού κόσμου για τη δημιουργία περισσότερων ενδιάμεσων δομών που θα προετοιμάζουν κατάλληλα τον ασθενή, αναπτύσσοντας τη λειτουργικότητα, ώστε να ενταχθεί στην κοινότητα. προσπάθεια για τη βελτίωση των υπαρχόντων δομών και τη συνεχή βελτίωση και ενημέρωσή τους για νέες θεραπευτικές μεθόδους και για καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, βασισμένες στην αρχή του σεβασμού, της προσωπικότητας του ατόμου (Χριστοδούλου, Αλεβίζος και Μαυρέας, 1999).

1.3.6. Παρουσίαση των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας στην Ελλάδα

Νέες δομές που καλύπτουν τις ανάγκες μιας τομεοποιημένης περιοχής είναι και οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ).

Οι δραστηριότητές της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας συνοπτικά είναι:

- i. Πρόληψη, ευαισθητοποίηση της κοινότητας με συζητήσεις, διαλέξεις, σεμινάρια επαγγελματιών, πχ ιατρών, με σκοπό την αλλαγή της στάσης της απέναντι στην ψυχική αρρώστια.
- ii. Αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης, ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι του αρρώστου, συνέχεια στην φροντίδα (follow-up), ψυχιατρικές συνεντεύξεις.
- iii. Εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Τις πιο πάνω βασικές αρχές περίθαλψης στην κοινότητα καλείται να φέρει σε πέρας μια διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται από ψυχίατρο, ψυχιατρικό νοσηλεύτη, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό (Αντωνιάδης, 2003). Τα μέλη της κινητής μονάδας ψυχικής υγείας λειτουργούν ως ομάδα και ενώ διατηρούν τις επαγγελματικές τους ταυτότητες, αλληλοσυμπληρώνουν τους επαγγελματικούς τους ρόλους. Η κινητή μονάδα ψυχικής υγείας είναι, φύσει και θέσει, ανοικτή στη σύμπραξη με άλλους επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας, τοπικούς κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες (<http://www.mohaw.gr>). Λόγω των ιδιομορφιών της, συχνά, η ομάδα περιλαμβάνει θεραπευτές διαφορετικού επιπέδου, εμπειρίας και κατάρτισης, που θα συνεργαστούν μεταξύ τους, συχνά, για μικρό χρονικό διάστημα. Το γεγονός ότι το έργο της Κινητής Μονάδας είναι πολύπλοκο, ασκείται υπό αντίξοες συνθήκες και απαιτεί τη συνεργασία πολλών ανθρώπων, καθιστά απαραίτητη την ύπαρξη μιας κοινής θεωρίας και πρακτικής, τόσο για τη παροχή υπηρεσιών όσο και για τη συνοχή και τη λειτουργία της ομάδας καθαυτής (Λαζαρίδου, 2009).

Σκοπός αυτής της προσπάθειας είναι η αλλαγή στάσης του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική αρρώστια, η καταγραφή των προβλημάτων και των αναγκών της κοινότητας, η αποδοχή της ψυχιατρικής ομάδας από τον πληθυσμό ώστε αυτή να αποτελέσει ένα ενεργό κομμάτι του. Η αγωγή κοινότητας παράλληλα με την αλλαγή της στάσης του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική

αρρώστια συντελεί και στην έγκαιρη παρέμβαση. Με αυτόν τον τρόπο το αίτημα για ψυχιατρική βοήθεια φτάνει έγκαιρα, τα περιστατικά παραπέμπονται ή έρχονται για παρακολούθηση πριν την όξυνση και κλιμάκωση της συμπτωματολογίας τους (Αντωνιάδης, 2003).

Αναμφισβήτητα, η προσπάθεια επανένταξης χρόνιων ψυχικά πασχόντων από το Άσυλο στην Κοινότητα αποτελεί έργο σημαντικό από κάθε άποψη. Η προσπάθεια παροχής ενός χώρου κατοίκησης μέσα στην κοινότητα, η κατά το δυνατόν περισσότερο ολοκληρωμένη ψυχιατρική παρέμβαση σύμφωνα με τις αρχές της Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής, η προσπάθεια ελαχιστοποίησης ή και απάλειψης του κοινωνικού στίγματος που συνοδεύει τους ασθενείς, η αναδιαμόρφωση της λειτουργίας ή και το κλείσιμο των υπαρχόντων ιδρυμάτων και σε τελευταία ανάλυση η ανθρώπινη αντιμετώπιση του θέματος, δεν μπορεί παρά να συνιστούν τουλάχιστον επαρκείς λόγους για την αναγκαιότητα περαιτέρω ανάπτυξης και επέκτασης των προγραμμάτων αποκατάστασης και για τη στήριξή τους σε κάθε επίπεδο (Υφαντής, 2003).

Η κινητή μονάδα ψυχικής υγείας αποτελεί μονάδα των νοσοκομείων ή άλλων φορέων και Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η κινητή μονάδα ψυχικής υγείας παρέχει υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον: i. σε τομείς ψυχικής υγείας που η γεωγραφική τους έκταση και διαμόρφωση, η οικιστική τους διασπορά καθώς και οι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες σε συνδυασμό με τη φύση των ψυχικών διαταραχών δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων των περιοχών αυτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ii. σε όμορους τομείς ψυχικής υγείας όταν δεν υπάρχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Έργο της κινητής μονάδας ψυχικής υγείας είναι η παροχή υπηρεσιών πρόληψης και νοσηλείας και ειδικής φροντίδας κατ' οίκον, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αγωγής κοινότητας σε δυσπρόσιτες περιοχές και ειδικότερα: i. η έγκαιρη διάγνωση - παρέμβαση για την πρόληψη της έναρξης της νόσου ή της υποτροπής της ii. η κατ' οίκον παρέμβαση για την αντιμετώπιση και διαχείριση της κρίσης iii. 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 iv. 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 v. η συμβουλευτική - υποστηρικτική παρέμβαση στην οικογένεια του ασθενούς με στόχο την καλύτερη επικοινωνία τους και τη μείωση του άγχους της οικογένειας και του ίδιου του ασθενούς, vi. η εκπαίδευση εθελοντών, vii. Η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος μέσω των προγραμμάτων αγωγής κοινότητας

Οι Γιαντσελίδου- Φραγκούλη, (2003) αναφέρουν επίσης, ότι έργο της κινητής μονάδας είναι η ευαισθητοποίηση της κοινωνικής ομάδας απέναντι στην ψυχική υγεία, η πρόληψη και η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών μέσα στην κοινότητα. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο η κινητή μονάδα οργάνωσε συγκεντρώσεις, συζητήσεις και διαλέξεις: α) με φορείς της Δημόσιας Διοίκησης και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, με την Αστυνομία, την Εκκλησία, την Εκπαίδευση, το Δικαστικό Σώμα, β) με ανθρώπους που έχουν ως αντικείμενο στην εργασία τους την ψυχική υγεία και γενικότερα την υγεία (ιατροί άλλων ειδικοτήτων, νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων και των αγροτικών ιατρείων, κοινωνικοί λειτουργοί, διοικητικοί υπάλληλοι), γ) με τον γενικό πληθυσμό: στα καφενεία, σε άλλους κοινόχρηστους χώρους, σε χώρους εργασίας ή σε συνεργασία με διάφορους συλλόγους, σωματεία, οργανώσεις. Έτσι η κινητή μονάδα συνέβαλε στη δημιουργία ενός λιγότερο επιφυλακτικού κλίματος απέναντι στους ασθενείς, διευκολύνοντας την ένταξή τους στον κοινωνικό ιστό της πόλης. Είναι ένα παράδειγμα της αξίας και της απόδοσης μιας συνεργασίας ανάμεσα σε μια Μονάδα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης με μια Μονάδα Αποασυλοποίησης.

Στο πλαίσιο της Κοινοτικής Ψυχιατρικής πρωταρχική σημασία έχει η οργάνωση και η λειτουργία των εξωνοσοκομειακών δομών. Ένας σημαντικός στόχος των υπηρεσιών αυτών είναι η δευτερογενής πρόληψη των χρόνιων ψυχωσικών διαταραχών, δηλαδή ο περιορισμός της έντασης και της διάρκειας των ψυχωσικών συμπτωμάτων, η μείωση του αριθμού των υποτροπών. Προϋπόθεση για αυτό είναι η διαθεσιμότητα των θεραπειών, η συνέχεια στη φροντίδα των ασθενών. Ένα μεγάλο μέρος δραστηριοτήτων αυτού του είδους έχει αναληφθεί από τις Κινητές Ψυχιατρικές Μονάδες (Λειβαδίτης,2003).

Με τις κινητές μονάδες οι ψυχιατρικές υπηρεσίες γίνονται διαθέσιμες αφενός στα Κοινοτικά Κέντρα Υγείας-Νοσοκομεία και αφετέρου στα σπίτια των ασθενών που βρίσκονται σε διάφορες περιοχές της επαρχίας (Μπλού,1999).

Παρακάτω γίνεται μια αναφορά στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας οι οποίες δημιουργήθηκαν κατά τόπους σε όλη την Ελλάδα όλα αυτά τα χρόνια:

1.Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νομού Φωκίδας.

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νομού Φωκίδας λειτουργεί από το 1981. Δέχεται αιτήματα και παρέχει υπηρεσίες όλες τις ημέρες της εβδομάδας. Προσφέρει τις υπηρεσίες της όσο το δυνατόν, πιο κοντά στον τόπο κατοικίας του ασθενούς και όταν είναι απαραίτητο μεταβαίνει στο σπίτι του ή στον χώρο εργασίας του. Κύριο μέλημά της είναι:

- i.η πρόληψη, η διάγνωση και η έγκαιρη παρέμβαση σε παιδιά, εφήβους και στις οικογένειές τους,
- ii.η έγκαιρη παρέμβαση σε ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο,
- iii.η σταθεροποίηση ψυχωτικών ασθενών,
- iv.η σταθερή, μακροχρόνια παρακολούθηση χρόνιων ψυχωτικών ασθενών.

Προσφέρει υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας σε όλους τους κατοίκους του νομού. Φροντίζει, ανάλογα με τις δυνατότητές της για προνοιακά θέματα, καθώς και για την κοινωνική επαγγελματική αποκατάσταση και την επανένταξη των ασθενών της. Παρέχει, όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν, ειδικές θεραπείες όπως ψυχοθεραπεία, ομαδικές θεραπείες, λογοθεραπεία, ειδική αγωγή, εργοθεραπεία και εικαστική θεραπεία (art therapy). Ανταποκρίνεται με παρέμβαση στην κρίση στο σπίτι του ασθενούς, με συνέχιση της παρακολούθησης μέσα στο νοσοκομείο, αν ο ασθενής χρειαστεί να νοσηλευτεί, και με σταθερό follow up όλων των ψυχωτικών ασθενών.

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας λειτουργεί με βάση τις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Η δραστηριότητά της ασκείται μέσα στην κοινότητα σε στενή συνεργασία με αυτή. Έτσι, η Αγωγή Κοινότητας είναι η εργασία που γίνεται με τον πληθυσμό για την ευαισθητοποίησή του απέναντι στην ψυχική νόσο. Με τη συστηματική Αγωγή Κοινότητας η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας έχει καταφέρει να αποτελεί ζωντανό κομμάτι της κοινωνίας στο νομό.

Η Αγωγή Κοινότητας περιλαμβάνει:

- Εκπαίδευση του πληθυσμού σε γενικότερα, αλλά και ειδικότερα θέματα. Αυτή επιτυγχάνεται με ομιλίες, ημερίδες, σεμινάρια, συμμετοχή σε

εκδηλώσεις τοπικών φορέων, αλλά και με την καθημερινή επαφή θεραπευτών και ασθενών με την κοινότητα.

- Συνεχής συνεργασία με τα πρόσωπα κύρους και με ειδικές ομάδες όπως ιατρούς και αστυνομικούς.
- Σταθερή συνεργασία με τα σχολεία του νομού.
- Ομάδες εφήβων, γονέων, εκπαιδευτικών.
- Οργάνωση Δικτύου Υπηρεσιών Υγείας στο νομό με στόχο την έγκαιρη εκτίμηση των αιτημάτων και την από κοινού αντιμετώπισή τους.

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας συνεργάζεται στενά με τις υπόλοιπες υπηρεσίες ψυχικής υγείας της Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, όπως τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, το Κέντρο Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης, τη Λέσχη Ψυχαγωγίας και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο νομό. Τα κλιμάκια της μονάδας αποτελούνται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς, λειτουργούς, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και νοσηλευτές, οι οποίοι επισκέπτονται σε σταθερές ημέρες δώδεκα σημεία της περιοχής για να καλύψουν επί τόπου τις ανάγκες του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας. Τα κλιμάκια που λειτουργούν στο νομό είναι τα εξής: i. στην Άμφισσα, ii. στους Δελφούς, iii. στο Χρισσό, iv. στη Γραβιά, v. στο Πολύδροσο, vi. στην Αμφίκλεια, vii. στην Ιτέα, viii. στο Λιδορίκι, ix. στη Δεσφίνα, x. στο Γαλαξείδι, και xi. στο Ευάλιο.

Η Κινητή Μονάδα προσπαθεί να αναπροσαρμόζει τη λειτουργία της, χωρίς να θίγονται οι βασικές αρχές της, ανάλογα με τα νέα κοινωνικά, επιστημονικά και οικονομικά δεδομένα. Αυτοαξιολογείται με τη μέθοδο της ομαδικής μελέτης και της εξαγωγής συμπερασμάτων από τα στατιστικά στοιχεία της λειτουργίας της ανά εξάμηνο. Εφαρμόζει εργαλεία αξιολόγησης όπως ερωτηματολόγια, που δίνουν την ευκαιρία στον πληθυσμό του νομού να βοηθήσει στην αξιολόγηση των υπηρεσιών της και άρα στη βελτίωσή τους.

Η Κινητή Μονάδα στο Νομό Φωκίδας ιδρύθηκε το 1981 με κύριους στόχους:

- Πρόληψη – Προαγωγή Ψυχικής Υγείας
- Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψυχωτική Κρίση

Σταθεροποίηση Ψυχωτικών Ασθενών – Συνέχεια στην Φροντίδα – Αποφυγή Υποτροπών, Ακούσιων Εγκλεισμών (www.ekpse.gr).

Σκοπός της Κινητής Μονάδας είναι η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού του Νομού Φωκίδας με την παροχή των εξής υπηρεσιών:

i. Υπηρεσίες πρόληψης:

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νομού Φωκίδας με το πρόγραμμα Αγωγής Κοινότητας αποσκοπεί στην εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση των πολιτών έτσι ώστε να αλλάζουν θέσεις, στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στην ψυχική νόσο, να αποδεχθούν τον ψυχικά ασθενή και να συνεργαστούν στις θεραπευτικές παρεμβάσεις προκειμένου να αντιμετωπιστούν, έγκαιρα, έγκυρα και αποτελεσματικότερα οι νοσογόνες συνθήκες και να μειωθεί η εκδήλωση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Η αγωγή κοινότητας αναδεικνύεται στη σημαντικότερη δραστηριότητα υπηρεσιών κοινωνικής –κοινοτικής ψυχιατρικής, είναι συνεχής και αλληλεπιδρά δυναμικά καθορίζοντας τόσο την εκδήλωση και την πρόγνωση των ψυχικών νόσων όσο και την ουσιαστική απόδοση της πολυκλαδικής ομάδας. Πρόσωπα-κλειδιά του πληθυσμού αποτελούν τα όργανα της τοπικής αυτοδιοίκησης, η αστυνομία, η σχολική κοινότητα, οι σύλλογοι γονέων, οι πολιτιστικοί σύλλογοι κ.α.

Στις υπηρεσίες πρόληψης πέρα από τη λογοθεραπεία, την αντιμετώπιση μαθησιακών δυσκολιών, συμπεριφοράς και προσαρμογής περιλαμβάνεται επίσης η λειτουργία παιδότοπων. Πρόκειται για δραστηριότητα που απευθύνεται σε παιδιά, κυρίως της σχολικής ηλικίας, και αποσκοπεί στην ελεύθερη δραστηριότητα αυτών, στην προαγωγή του αυτοσχεδιασμού και της ελεύθερης έκφρασης, στην δημιουργική απασχόληση και κυρίως στην καλλιέργεια του ομαδικού πνεύματος, της αλληλοϋποστήριξης και της συνεργατικότητας. Η λειτουργία παιδότοπων δημιουργεί άριστες συνθήκες πρόληψης διαταραχών και έγκαιρης παρέμβασης με τη συνεργασία της οικογένειας και των σχολείων. Οι ομάδες εφήβων, γονέων και εξειδικευμένων ομάδων της κοινότητας εμπίπτουν στις υπηρεσίες πρόληψης.

ii. Υπηρεσίες Περίθαλψης:

Στις υπηρεσίες περίθαλψης περιλαμβάνεται η έγκαιρη ανίχνευση- διάγνωση και αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου ιδιαίτερα στις οξείες φάσεις της έτσι ώστε να αποφεύγεται η βαριά υποτροπή και να αποσοβείται η εκδήλωση βίαιων καταστροφικών και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Περιλαμβάνεται επίσης η αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής στο περιβάλλον του ασθενούς με τη

βοήθεια της οικογένειας και της κοινότητας, ώστε να αίρεται ο στιγματισμός και η κοινωνική περιθωριοποίηση και ταυτόχρονα να εξασφαλίζεται η συνέχιση της θεραπευτικής φροντίδας. Στις υπηρεσίες περίθαλψης περιλαμβάνονται οι ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες.

Για την επίτευξη του στόχου αυτού είναι απαραίτητη η συστηματική και οργανωμένη παρουσία κλιμακίων θεραπευτικών ομάδων σε τακτική βάση σε όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες του Νομού (Αγροτικά Ιατρεία, Κέντρα Υγείας, Νοσοκομείο Άμφισσας) και η στενή συνεργασία με τους Υγειονομικούς φορείς, τις Δημόσιες Αρχές και άλλους δημοτικούς και ευρύτερους κρατικούς παράγοντες.

iii. Υπηρεσίες αποκατάστασης των χρόνιων ασθενών και των αποθεραπευθέντων :

Οι υπηρεσίες αποκατάστασης περιλαμβάνουν την ενθάρρυνση για ενεργό κοινωνική ζωή καθώς και την θεραπευτική και συμβουλευτική στήριξη για αυτόνομη, κατά το δυνατόν, διαβίωση των ψυχικά ασθενών, επαγγελματική διερεύνηση και υποστήριξη για την ενίσχυση τόσο της αυτοαπασχόλησης όσο και της απορρόφησής τους στην ελεύθερη αγορά εργασίας. Απευθύνονται στους ψυχικά ασθενείς των κλιμακίων της Κινητής Μονάδας αλλά και στους αποθεραπευόμενους ασθενείς που εξήλθαν πρόσφατα από Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Ψυχιατρικούς τομείς Γενικών Νοσοκομείων και ιδιωτικές κλινικές και βοηθούν στην αποφυγή της υποτροπής και κατά συνέπεια στην αποφυγή επανεισαγωγών. Σημειώνεται ότι στο σύνολο της ιατρικής φροντίδας των ψυχικά ασθενών οι τομείς της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης εμπλέκονται και αλληλοκαλύπτονται επηρεάζοντας ο ένας την εξέλιξη του άλλου.

iv. Παρέμβαση στην Κρίση:

Σε περιόδους μεταναστευτικού κύματος, κρίσεων και καταστροφών, οι υπηρεσίες της Κινητής Μονάδας προσφέρονται με τη συνεργασία των σχολείων, της τοπικής διοίκησης και αυτοδιοίκησης.

v. Εκπαίδευση επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας και άλλων ειδικοτήτων που αφορούν γενικά την υγεία στην ανάπτυξη κοινοτικών παρεμβάσεων και στις πρακτικές της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

vi. Συνέχεια της φροντίδας του ασθενούς με την δυνατότητα της θεραπευτικής ομάδας να παραμένει υπεύθυνη για τον ασθενή της σε

όλες τις φάσεις της νόσου και ανεξάρτητα από το είδος περίθαλψης το οποίο απαιτείται για τον ασθενή.

- vii. Επαφή με άλλους φορείς (νοσοκομεία ,σχολεία αστυνομικές αρχές κ.τ.λ.), στα πλαίσια αγωγής κοινότητας, με σκοπό την απομυθοποίηση και την ανακούφιση του πληθυσμού όσον αφορά την ψυχική νόσο (<http://www.ekpse.gr>).

Στον παρόντα χρόνο η Κινητή Μονάδα Φωκίδας περιλαμβάνει υπηρεσίες που αφορούν δώδεκα κλιμάκια που καλύπτουν όλο το Νομό και συγκεκριμένα: στην Άμφισσα, Ιτέα, Χρισσό, Δελφούς, Δεσφίνα, Γραβιά, Πολύδροσο, Αμφίκλεια, Γαλαξίδι, Ερατεινή, Ευπάλιο, Λιδωρίκι, καθώς και ένα κλιμάκιο στο Νομό Αιτωλοακαρνανίας στην Ναύπακτο. Σε κάθε κλιμάκιο μεταβαίνει μια διεπιστημονική ομάδα, η οποία απαρτίζεται από Ψυχιάτρους, Παιδοψυχιάτρους, Ψυχολόγους, Κοινωνικούς λειτουργούς, Ψυχιατρικούς Νοσηλευτές, Λογοθεραπευτές και Ειδικούς Παιδαγωγούς οι οποίοι καλούνται να παρακολουθήσουν άτομα με ψυχικές επιβαρύνσεις στα Αγροτικά ιατρεία, στα Κέντρα Υγείας, σε χώρους ειδικά διαμορφωμένους και ενίοτε στην οικία των ασθενών εάν αυτό κριθεί απαραίτητο.

Η υποστήριξη της οικογένειας θεωρείται απαραίτητη για την πρόληψη-αντιμετώπιση τυχόν κρίσεων ή υποτροπών. Γενικότερα, οι δραστηριότητες που αναπτύσσει η Κινητή Μονάδα στα πλαίσια υποστήριξης και προσέγγισης του αρρώστου αφορούν :

- Τον τομέα της πρόληψης με την ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας και την ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας ενηλίκων και παιδιών.
- Τον τομέα της περίθαλψης που περιλαμβάνει συμβουλευτικό έργο, διάγνωση, αντιμετώπιση οξέων περιστατικών, παρακολούθηση μετά την κρίση , συμμετοχή στη φάση αποκατάστασης και υποστήριξη των χρόνιων περιστατικών καθώς και τον τομέα παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών που περιλαμβάνει λογοθεραπεία, εργοθεραπεία, ειδική αγωγή, ψυχοθεραπεία, αποκατάσταση μαθησιακών δυσκολιών και συμβουλευτική γονέων.
- Τον τομέα κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, που περιλαμβάνει συμβουλευτική παρέμβαση, ανάπτυξη δεξιοτήτων των ασθενών με σκοπό την υπευθυνοποίησή τους, βελτίωση της επικοινωνίας τους με το κοινωνικό περιβάλλον και ενθάρρυνση για ενεργό συμμετοχή στην κοινωνική ζωή. Όσον αφορά την επαγγελματική τους αποκατάσταση,

επιτυγχάνεται με ενίσχυση της αυτοαπασχόλησης και ήπιας παρέμβαση στους χώρους εργασίας προκειμένου να ενσωματωθεί ο ασθενής στην ελεύθερη αγορά.

- Στην εκπαίδευση, διοργανώνοντας σεμινάρια και ημερίδες που απευθύνονται σε εκπαιδευτικούς, ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, δημοτικές, αστυνομικές αρχές κτλ, έτσι ώστε με την αρωγή τους να ενισχυθεί το έργο της πρόληψης και της αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών.

Σε πολύ έντονες κρίσεις η Κινητή Μονάδα χρειάζεται να εφαρμόσει την τεχνική της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στο Σπίτι του Αρρώστου. Η τεχνική αυτή ανάγει τις ρίζες της στην Πανεπιστημιακή Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, την χρονική περίοδο 1964-1967 και αφορά την εικοσιτετράωρη παρακολούθηση του ασθενούς από ειδικούς ψυχικής υγείας στο σπίτι του. Η εφαρμογή της τεχνικής αυτής χρειάζεται ιδιαίτερη εκπαίδευση. Βασικός στόχος είναι η αποφυγή του εγκλεισμού στο ψυχιατρείο και η εναισθησία του αρρώστου και της οικογένειάς του στην αναγκαιότητα της θεραπείας του.

Η ομάδα συγκροτείται από έναν έμπειρο ψυχίατρο ο οποίος έχει το ρόλο συντονιστή-εποπτεύοντα και από τους θεραπευτές (ψυχολόγους, νοσηλευτές ή και κοινωνικούς λειτουργούς. Όπου είναι αναγκαίο, η ομάδα βρίσκεται στο σπίτι του αρρώστου αρχικά επί εικοσιτετράωρης βάσης. Υποστηρίζει τον ασθενή, χορηγεί μόλις έχει τη συναίνεση του ασθενούς φαρμακευτική αγωγή και «κερδίζει» παράλληλα την οικογένεια. Είναι σημαντικό από τις πρώτες ακόμα μέρες ο ασθενής να κινητοποιείται να βγαίνει με τη συνοδεία θεραπευτή. Καθώς η επικινδυνότητα μειώνεται, ο χρόνος παρουσίας των θεραπειών στο σπίτι ελαττώνεται. Τέλος, μετά την έξοδο του αρρώστου και της οικογένειάς του από την κρίση και με σταθερό άξονα τη συναισθηματική μεταβίβαση που έχει εγκατασταθεί και την υπευθυνοποίηση του αρρώστου, η θεραπεία συνεχίζεται, είτε με μια μορφή σταθερών εβδομαδιαίων ή δεκαπενθήμερων συναντήσεων.

Στις συναντήσεις της θεραπευτικής ομάδας συζητούνται και τα αιτήματα της κοινότητας, καθώς και οι δυσκολίες που δημιουργούνται στην συνεργασία μ' αυτή. Στο πρόγραμμα των θεραπειών, με στόχο τη σωστή λειτουργία τους, περιλαμβάνονται ατομικές και ομαδικές εποπτείες όπου εναρμονίζονται το θεραπευτικό σχήμα με τα συναισθήματα των θεραπειών. Προάγεται η συνεργασία μεταξύ θεραπειών. Παράλληλα, κατανοούνται οι ψυχολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση και τη θεραπεία των διαταραχών

των ασθενών μας. Εκπονείται εκπαιδευτικό πρόγραμμα με στόχο την δημιουργία στελεχών υψηλής εξειδίκευσης που συμβάλλουν στην εξέλιξη της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Η Κινητή Μονάδα στα πλαίσια της επαγγελματικής αποκατάστασης των ασθενών και την ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους συνεργάζεται με τη Λέσχη Ψυχαγωγίας και τον Κοινωνικό Συνεταιρισμό Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙ.Σ.Π.Ε Νομού Φωκίδας, «Γιάννης Βολίκας»).

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νομού Φωκίδας, είναι η πρώτη Κινητή Μονάδα, που δημιουργήθηκε στη χώρα μας. Λειτουργεί με βάση τις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Εφαρμόζοντας το ψυχαναλυτικό πρίσμα, είναι από τους πρωτοπόρους στην σύνδεση της ψυχανάλυσης με τη δημόσια περίθαλψη. Η πρώτη της υποχρέωση είναι η πρόληψη και η εξασφάλιση της συνέχειας στην φροντίδα των ψυχωτικών αρρώστων. Ταυτόχρονα επιτελεί σημαντικό εκπαιδευτικό έργο, τόσο για τους συνεργάτες της, όσο και για επαγγελματίες ψυχικής υγείας άλλων οργανισμών. Στο μέτρο των δυνατοτήτων της παρέχει και εξειδικευμένες θεραπείες σε παθολογίες άλλες, εκτός των ψυχώσεων. Οι δυσκολίες, είτε αυτές προέρχονται από την ιδιαιτερότητα της δουλειάς, είτε από την αστάθεια, πολιτική ή κοινωνική, αλλά κυρίως οικονομική, δεν την πτόησαν. Προσαρμόζεται, αφουγκράζεται τις νέες ανάγκες και προτείνει νέους τρόπους δουλειάς και αξιολόγησης του έργου της. Με την επιμονή στην αγωγή κοινότητας και τη συνεισφορά της σε θέματα γενικότερου ενδιαφέροντος για την κοινωνία του Νομού κατάφερε να αποτελεί ζωντανό κομμάτι του κοινωνικού ιστού του. Η Κινητή Μονάδα συνεχίζει να είναι ο κινητήριος μοχλός και βασικός αρωγός της προσπάθειας επέκτασης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Η αποασυλοποίηση, ο Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης και τα κέντρα ημέρας στη Φωκίδα έχουν την αμέριστη συνδρομή της Κινητής Μονάδας. Άλλοι φορείς, σχετικοί με την ψυχική υγεία στον Νομό (Ιατροκοινωνικό Κέντρο, Κέντρο Πρόληψης Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών, Βοήθεια στο σπίτι, κ.τ.λ.), υποστηρίζονται έμπρακτα από την Κινητή Μονάδα. Μπροστά μας υπάρχει πολύς δρόμος να διανύσουμε. Η ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, η βεβαιότητα ότι οι ασθενείς μας θα έχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα, είναι ο στόχος. Απέναντι στις σημερινές δυσκολίες και δεδομένου ότι το έργο μιας Κινητής Μονάδας είναι συχνά πού μεγάλο, η συνεργασία με τις άλλες Κινητές Μονάδες αποτελεί όχι μόνο λύση αλλά και ελπίδα (<http://www.ekpse.gr>).

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νομού Έβρου

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας λειτουργεί από το 1989 και εξυπηρετεί:

- i. Μέρος της περιοχής του Τομέα Ψυχικής Υγείας Έβρου με τα κλιμάκια για τις πόλεις της Αλεξανδρούπολης, Ορεστιάδας-Δικαίων, Σουφλίου-Τυχερού και Διδυμοτείχου. Ειδικότερα οι περιοχές Ορεστιάδας-Δικαίων και Διδυμοτείχου καλύπτονται σε συνεργασία με την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης, δηλαδή από κοινού αντιμετώπιση αριθμού ασθενών. Οι περιοχές Σουφλίου-Τυχερού και Αλεξανδρούπολης καλύπτονται κατά ένα μέρος μόνον από την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας της Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, δεδομένου ότι στις ίδιες πόλεις μεταβαίνει και κλιμάκιο της Κινητής Μονάδας του Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης.
- ii. Περιοχή του Τομέα Ψυχικής Υγείας Ροδόπης με τα κλιμάκια Κομοτηνής και Σαπών.

Το έργο αυτό εντάσσεται στο πλαίσιο του Νόμου 2716/99 “Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας” ο οποίος καλύπτει θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές στο χώρο της ψυχικής υγείας και προσδίδει μια νέα δυναμική στη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, η οποία αφορά στο πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική (με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια), σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην Κοινωνική–Κοινοτική Ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (με την ανάπτυξη ενός συνολικού Συστήματος Κοινοτικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας). Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας υπάγεται στον Ψυχιατρικό Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου και συνεργάζεται στενά με τις υπόλοιπες μονάδες του (Ψυχιατρικό Τμήμα, Κέντρο Ψυχικής Υγείας).

Στα όρια του Τομέα Ψυχικής Υγείας μεγάλος αριθμός αιτημάτων σχετικών με τη φροντίδα της ψυχικής υγείας καθώς και αντίστοιχες ανάγκες προέρχονται από κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών. Επίσης υπολογίζεται πως μεγάλος αριθμός αναγκών ψυχικής υγείας παραμένουν αναπάντητες ή ικανοποιούνται ανεπαρκώς από μη ειδικές υπηρεσίες και αυτό συμβαίνει λόγω της δυσκολίας που έχουν οι κάτοικοι στην πρόσβαση των υπηρεσιών λόγω της γεωγραφικής απόστασης. Οι υφιστάμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας αδυνατούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες αυτού του πληθυσμού καθώς, λόγω της οργάνωσής τους, έχουν περιορισμένη εμβέλεια παρέμβασης. Με βάση τα παραπάνω, η

λειτουργία της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης φαίνεται επιβεβλημένη για την εξυπηρέτηση του πληθυσμού που δεν έχει εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, κυρίως λόγω της γεωγραφικής απόστασης από αυτές.

Κύριος στόχος είναι η έγκαιρη παρέμβαση, διάγνωση και θεραπεία όλου του φάσματος των ψυχιατρικών και ψυχολογικών προβλημάτων με παράλληλο σχεδιασμό εξατομικευμένης ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, ώστε το άτομο να μη φύγει από την κοινότητα και να μην απομακρυνθεί από το φυσικό του περιβάλλον (οικογένεια, εκπαίδευση, εργασία κλπ).

Επιμέρους στόχοι είναι:

- i. Η δημιουργία μηχανισμού Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας σε απομακρυσμένες περιοχές,
- ii. Η εξασφάλιση υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης σε κατοίκους που διαβιούν μακριά από αστικά κέντρα, και
- iii. Η δημιουργία προϋποθέσεων κατ' οίκον περίθαλψης για πάσχοντες που έχουν ανάλογη ανάγκη.

Οι στόχοι του προγράμματος εξειδικεύονται στο πλαίσιο των ειδικών ομάδων στόχου που επιλέγονται και αυτοί είναι : α) οι κάτοικοι της υπαίθρου, β) οι ψυχικά πάσχοντες της υπαίθρου.

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας παρέχει τις εξής υπηρεσίες:

Υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας, ειδική φροντίδα κατ' οίκον, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και αγωγή κοινότητας στις πόλεις που περιγράφονται ανωτέρω και σε δυσπρόσιτες περιοχές και ειδικότερα:

- Έγκαιρη διάγνωση – παρέμβαση για την πρόληψη της έναρξης της νόσου ή της υποτροπής της
- Κατ' οίκον παρέμβαση για την αντιμετώπιση και διαχείριση της κρίσης
- Κατ' οίκον νοσηλεία για την παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου και της διασφάλισης της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας του ασθενούς
- Βοήθεια και στήριξη του ασθενούς στις πρακτικές του ανάγκες, όπως λήψη φαρμακευτικής αγωγής και ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες, με τελικό στόχο την αυτόνομη διαβίωση

- Διευκόλυνση του ασθενούς για την πρόσβασή του σε άλλες υπηρεσίες υγείας, πρόνοιας και διοίκησης, συμπεριλαμβανομένων και των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Η λειτουργία αυτή βασίζεται στη στενή συνεργασία με τις πανεπιστημιακές κλινικές (ψυχιατρική, παιδιατρική, κλπ) του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης, του Νοσοκομείου Κομοτηνής και τις αντίστοιχες μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας
- Συμβουλευτική-υποστηρικτική παρέμβαση στην οικογένεια του ασθενούς με στόχο την καλύτερη λειτουργία της
- Συμβουλευτική παρέμβαση στους χώρους όπου κινείται ο ασθενής (π.χ. γειτονιά και εργοδότες)
- Υλοποίηση προγραμμάτων στέγασης, κατάρτισης, και προώθησης στην απασχόληση. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη διατήρηση και επιστροφή στη θέση εργασίας, όσων ασθενών εργάζονταν πριν από την εκδήλωση της νόσου, συμπεριλαμβανομένων και των ασθενών, που η συνήθης ενασχόλησή τους είναι σε γεωργικές και κτηνοτροφικές εργασίες
- Διεξαγωγή προγραμμάτων αγωγής κοινότητας σχετικά με την ψυχική διαταραχή προκειμένου να διασφαλιστεί η ενεργός συμμετοχή του πληθυσμού στην παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως περιγράφονται παραπάνω.

Η διεπιστημονική ομάδα της Κινητής Μονάδας αποτελείται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές (<http://www.ekpse.gr>).

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Τρικάλων

Η Κινητή Μονάδα ψυχικής Υγείας στο Νομό Τρικάλων με έδρα την πόλη των Τρικάλων δημιουργήθηκε από την ΑμΚΕ «ΣΥΝ-ΕΙΡΜΟΣ», η οποία είναι και ο φορέας υλοποίησης του έργου. Το έργο αυτό εντάσσεται στο πλαίσιο του Νόμου 2716/99 “Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας”, ο οποίος καλύπτει θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές στο χώρο της ψυχικής υγείας και προσδίδει νέα δυναμική στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Δυναμική, η

οποία αφορά στο πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική (με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία), σε μια ριζικά διαφορετική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην Κοινωνική–Κοινοτική Ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (με την ανάπτυξη ενός συνολικού Συστήματος Κοινοτικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας). Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας υπάγεται στον Τομέα Ψυχικής Υγείας Τρικάλων και συνεργάζεται στενά με τις υπόλοιπες μονάδες του (Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου, Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του Γενικού Νοσοκομείου και Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου).

Ο Νομός Τρικάλων έχει πληθυσμό 139.548 κατοίκους (απογραφή 2001) και αποτελείται από είκοσι τρεις Δήμους και τρεις Κοινότητες. Ο μεγαλύτερος Δήμος είναι αυτός των Τρικάλων με 51.672 κατοίκους, όπου υπάρχει και το Γενικό Νοσοκομείο του Νομού. Σε αυτό προβλέπεται να λειτουργήσει Ψυχιατρικό Τμήμα με Τμήμα νοσηλείας με δεκαπέντε κλίνες, ενώ αυτή τη στιγμή λειτουργούν μόνο Εξωτερικά Ιατρεία. Παράλληλα σε όλο τον νομό υπάρχουν τρία Κέντρα Υγείας (Φαρκαδόνας, Καλαμπάκας, Πύλης) και τριάντα τέσσερα Περιφερειακά Ιατρεία. Τέλος, στο νομό λειτουργούν ήδη πέντε Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης: ένας Ξενώνας («Ψυχαργός-Α φάση»), δύο Οικοτροφεία (Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου–«Ψυχαργός-Β φάση»), δύο Προστατευμένα Διαμερίσματα («Ψυχαργός-Β φάση»). Στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας λειτουργούν τρεις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές.

Η Κινητή Μονάδα, στο πλαίσιο του δημοσίου συστήματος υγείας, παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε ενήλικες που διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή του νομού Τρικάλων, στις απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές. Οι υπηρεσίες που παρέχει δωρεάν είναι: πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, παρακολούθηση και φροντίδα, αγωγή κοινότητας, συμβουλευτική σε άτομα, οικογένειες και ομάδες, ψυχοκοινωνική μέριμνα, εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας, καταπολέμηση των διακρίσεων, του στίγματος και των προκαταλήψεων. Σε συνεργασία με άλλους τοπικούς φορείς επεκτείνει τη δράση της για την αντιμετώπιση σοβαρών κοινωνικών προβλημάτων, όπως η αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας, η παροχή συμβουλευτικής σε διάφορες κατηγορίες του τοπικού πληθυσμού, η εξυπηρέτηση των τσιγγάνικων πληθυσμών της περιοχής σε ζητήματα υγείας και ψυχικής υγείας κ.α. Στην Κινητή Μονάδα μπορούν να απευθύνονται άτομα, ομάδες και φορείς που επιθυμούν να συνεργαστούν μαζί της για την ανάπτυξη

ενός ευρύτερου δικτύου πρόληψης των ψυχικών διαταραχών και προαγωγής της ψυχικής υγείας στην περιοχή (<http://www.syn-eirmos.gr>).

Ειδικότερα, οι υπηρεσίες που παρέχει η Κινητή Μονάδα περιλαμβάνουν:

- i. την πρόληψη και έγκαιρη εκτίμηση της ψυχικής διαταραχής
- ii. την παρέμβαση σε περίπτωση κρίσης ή υποτροπής
- iii. τη χορήγηση και παρακολούθηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής
- iv. την παρακολούθηση του ασθενούς σε τακτά χρονικά διαστήματα
- v. την προώθηση του ασθενούς, όταν κρίνεται αναγκαίο, στις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης καθώς και σε άλλες μονάδες ψυχικής υγείας
- vi. τη βοήθεια και στήριξη του ασθενούς για την αντιμετώπιση των πρακτικών αναγκών του και προβλημάτων με έμφαση στην εκμάθηση δεξιοτήτων
- vii. παρεμβάσεις προς τα μέλη της οικογένειας με στόχο τη βελτίωση της επικοινωνίας και τη μείωση του άγχους της οικογένειας και του ίδιου του ασθενούς
- viii. προγράμματα αγωγής κοινότητας
- ix. εκπαίδευση ιατρικού και λοιπού προσωπικού της ΠΦΥ σε θέματα ψυχικής υγείας.

Στην Κινητή Μονάδα απασχολούνται: Ψυχίατροι, Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Νοσηλευτές, Επισκέπτες Υγείας, Διοικητικό Προσωπικό, υπάλληλος Γενικών Καθηκόντων, Παιδοψυχίατρος, ενώ συνεργάζεται με πλήθος εθελοντών από διάφορες ειδικότητες για την κάλυψη των αναγκών σε τοπικό επίπεδο. Η δράση της Κινητής Μονάδας συμπληρώνεται από τη λειτουργία ενός Κέντρου Ημέρας –“Ρόπτρο”- για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας στην πόλη των Τρικάλων, το οποίο στεγάζεται σε χώρο που έχει παραχωρηθεί για το σκοπό αυτό από το Δήμο Τρικκαίων. Η Πολυκλαδική Ομάδα Παρέμβασης παρέχει τις υπηρεσίες της από τις 8:00 έως τις 20:00 (συμπεριλαμβάνεται ο χρόνος μετακίνησής της) σε πενήμερη βάση. Σε ειδικές και έκτακτες περιπτώσεις παρέχει τις υπηρεσίες της Σαββατοκύριακα και αργίες.

Κύριος στόχος του έργου είναι η έγκαιρη παρέμβαση, διάγνωση και θεραπεία όλου του φάσματος των ψυχιατρικών και ψυχολογικών προβλημάτων

με παράλληλο σχεδιασμό εξατομικευμένης ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, ώστε το άτομο να παραμείνει στην κοινότητα και να μην απομακρυνθεί από το φυσικό του περιβάλλον (οικογένεια, εκπαίδευση, εργασία κλπ). Επιμέρους στόχοι είναι:

- i. Η δημιουργία μηχανισμού Ψυχιατρικής Περίθαλψης σε απομακρυσμένες περιοχές,
- ii. Η εξασφάλιση υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης σε κατοίκους που διαβιούν μακριά από αστικά κέντρα, και
- iii. Η δημιουργία προϋποθέσεων κατ' οίκον περίθαλψης και κατ' οίκον βοήθειες για πάσχοντες που έχουν ανάλογη ανάγκη.

Οι στόχοι του προγράμματος εξειδικεύονται στο πλαίσιο των ειδικών ομάδων στόχου που επιλέγονται και αυτοί είναι : α) οι κάτοικοι της υπαίθρου, β) οι ψυχικά πάσχοντες της υπαίθρου.

Άμεσα επωφελούμενοι του έργου είναι

- i. Άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας που απαιτούν παρεμβάσεις και στα τρία επίπεδα πρόληψης
- ii. Άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας που απαιτούν ειδική ψυχιατρική φροντίδα και κατ' οίκον περίθαλψη ή βοήθεια
- iii. Οικογένειες ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας οι οποίες έχουν ανάγκη παρεμβάσεων σε αυτό το επίπεδο (ψυχοεκπαίδευση, ψυχοκοινωνική στήριξη, οικογενειακή ψυχοθεραπεία)

Έμμεσα επωφελούμενοι του έργου είναι

- i. Άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς, ως προς τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχικής διαταραχής, ομάδες πληθυσμού
- ii. Το προσωπικό των υπηρεσιών της ΠΦΥ, μέσω των εκπαιδευτικών υπηρεσιών και της γενικότερης συνεργασίας
- iii. Η ίδια η κοινότητα της περιοχής με τη διάσταση της προαγωγής της ψυχικής υγείας (<http://www.syn-eirmos.gr>).

Κινητή Μονάδα Νοτιοανατολικών Κυκλάδων

Το έργο αφορά στην ίδρυση και λειτουργία Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας στις Νοτιοανατολικές Κυκλάδες με έδρα τη Νάξο, που απασχολεί δέκα εργαζόμενους και εξυπηρετεί σε ετήσια βάση περίπου διακόσια άτομα. Η λειτουργία της Κινητής Μονάδας, που υλοποιήθηκε από τον Φορέα Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού και Κοινωνικού Κεφαλαίου «ΚΛΙΜΑΚΑ», στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην εφαρμογή ενός πρωτοποριακού προγράμματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσω της χρήσης προηγμένου συστήματος τεχνολογίας και τηλεπικοινωνιών, με αποτέλεσμα να γίνεται εφικτή η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές (ακτίνα δράσης της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας: Νάξος, Σαντορίνη, Τος, Φολέγανδρος, Σίκινος, Αμοργός, Ανάφη, Δονούσα, Σχοινούσα, Ηρακλειά, Κουφονήσι, Θηρασιά). Στις περιοχές αυτές δεν υπάρχει μόνιμη παρουσία ψυχιάτρου σε πλαίσιο Δημόσιου Νοσοκομείου ή άλλου φορέα και αξίζει να σημειωθεί ότι για ψυχιατρική συνδρομή στις Νοτιοανατολικές Κυκλάδες χρειάζεται να απευθυνθεί κάποιος είτε στο Γενικό Νοσοκομείο της Σύρου είτε στην Αθήνα.

Τα μέσα με τα οποία παρέχονται οι ψυχιατρικές υπηρεσίες είναι η τηλεδιάσκεψη και ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς (PsychFile). Μέσω της τηλεδιάσκεψης πραγματοποιούνται υπηρεσίες όπως θεραπευτικές συνεδρίες, εκτίμηση περιστατικών, συνταγογράφηση φαρμάκων, εκδόσεις πιστοποιητικών, εκπαίδευση του προσωπικού και άλλων στελεχών υγείας, εποπτεία ομάδων, διεκπεραίωση καθημερινών λειτουργικών και διοικητικών ζητημάτων.

Ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς εφαρμόστηκε πιλοτικά από το 2005. Είναι ένα σύστημα που αξιοποιήθηκε με επιτυχία σε ορισμένα Γενικά Νοσοκομεία για την οργάνωση των ιατρικών φακέλων των ασθενών. Προσφέρει τη δυνατότητα οργάνωσης και πρόσβασης στα στοιχεία του ιατρικού φακέλου των ασθενών μέσω του διαδικτύου (Ιούνιος, Αύγουστος, 2006, <http://www.ygeiaproioia.gr/>).

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Βορειοανατολικών και Δυτικών Κυκλάδων

Η Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ) έχει την επιστημονική και διοικητική ευθύνη δυο Κινητών Μονάδων στις Κυκλάδες (συνολικός εκτιμώμενος πραγματικός πληθυσμός τομέα ευθύνης 87.000). Η έναρξη λειτουργίας της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Βορειοανατολικών Κυκλάδων έγινε τον Ιούνιο του 2003 και της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Δυτικών Κυκλάδων τον Ιανουάριο του 2004. Η χρηματοδότηση για τη λειτουργία των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας προήλθε για τους πρώτους δώδεκα μήνες από το Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο κατά 75% και από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κατά 25%, ενώ μετά το πρώτο έτος η χρηματοδότηση προέρχεται αποκλειστικά από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ο τομέας ευθύνης για την Κινητή Μονάδα Βορειοανατολικών Κυκλάδων με έδρα τη Σύρο περιλαμβάνει τα νησιά Σύρο, Άνδρο, Μύκονο, Τήνο, Πάρο και Αντίπαρο (εκτιμώμενος πραγματικός πληθυσμός 70.000-75.000). Ο τομέας ευθύνης της Κινητής Μονάδας Δυτικών Κυκλάδων με έδρα τη Μήλο περιλαμβάνει τα νησιά Μήλο, Κίμωλο, Σίφνο, Σέριφο, Κύθνο και Κέα (εκτιμώμενος πραγματικός πληθυσμός 12.000).

Οι συνεδρίες γίνονται στην έδρα των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην Σύρο και Μήλο και στα υπόλοιπα νησιά πραγματοποιούνται σε χώρους που παραχωρούνται από τα Κέντρα Υγείας και τα νηπιαγωγεία (για παιδοψυχιατρικά περιστατικά). Σε κάποια νησιά παραχωρούνται κι άλλοι χώροι που ανήκουν στο Δήμο, αν υπάρχει ανάγκη. Συχνά γίνονται επίσης κατ' οίκον επισκέψεις από τους ειδικούς, σε περιπτώσεις που υπάρχει σημαντική δυσκολία μετακίνησης των ασθενών.

Συνοπτικά η βασική υπόθεση εργασίας των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας είναι:

- i. η παροχή υπηρεσιών διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης προβλημάτων ψυχικής υγείας και/ή ψυχοκοινωνικών προβλημάτων σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες σε συνεργασία με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (με εξαίρεση τα περιστατικά που σχετίζονται με χρήση ουσιών και παραπέμπονται σε εξειδικευμένες υπηρεσίες),
- ii. η εκτίμηση και καταγραφή των ψυχιατρικών αναγκών στον τομέα ευθύνης,

- iii. η αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας μέσα από προγράμματα ενημέρωσης, πρόληψης, εκπαίδευσης σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού (π.χ. μαθητές, γονείς, ηλικιωμένοι, επαγγελματίες υγείας, εκπαιδευτικοί, ιερείς κλπ),
- iv. η διασύνδεση τόσο με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όσο και με κοινωνικούς φορείς στην κοινότητα και
- v. η κινητοποίηση των τοπικών αρχών για τη στήριξη των δράσεων της Κινητής Μονάδας και ευρύτερα δράσεων προαγωγής ψυχικής υγείας και η απαρτίωση τους στην κοινωνική πολιτική του δήμου και της κοινότητας κάθε νησιού.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι η ιδιαιτερότητα των Κινητών Μονάδων έγκειται στο γεγονός ότι καλύπτουν περιοχές απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες σε ορισμένες περιπτώσεις, όπου δεν υπάρχουν άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας για την εξυπηρέτηση ψυχιατρικών και παιδοψυχιατρικών περιστατικών, πέρα από το Γενικό Νοσοκομείο Σύρου όπου υπάρχει ψυχίατρος και παιδοψυχίατρος.

Η διεπιστημονική ομάδα της Μονάδας αποτελείται από επτά άτομα: Την επιστημονική υπεύθυνη που είναι παιδοψυχίατρος, μία ψυχίατρο ενηλίκων, έναν κλινικό ψυχολόγο, μία σχολική ψυχολόγο, μία ψυχολόγο και μία διοικητική υπάλληλο. Κάθε νησί αποτελεί ξεχωριστό κλιμάκιο και καλύπτεται από ειδικούς ανά δεκαπέντε ημέρες. Η Μήλος καλύπτεται καθημερινά, διότι εκεί βρίσκεται η έδρα της Μονάδας και η Κίμωλος σε εβδομαδιαία βάση. Κάθε δεκαπέντε ημέρες γίνεται συνάντηση όλων των κλιμακίων, μαζί με την επιστημονική υπεύθυνη στην έδρα της Μήλου. Κατά τη συνάντηση αυτή συζητιέται η δράση όλων των κλιμακίων για το προηγούμενο δεκαπενθήμερο και προγραμματίζεται η δράση για το επόμενο. Γίνεται επίσης εποπτεία της κλινικής δουλειάς από τους δύο ειδικευμένους ψυχιάτρους για παιδιά και ενήλικες.

Η δράση της Μονάδας αναφέρεται σε δύο άξονες: Θεσμικές κοινοτικές δράσεις, παρέμβαση στην κοινότητα και θεραπευτικές δράσεις. Η Κινητή Μονάδα έχει μέχρι τώρα αντιμετωπίσει τρακόσια εξήντα πέντε νέα περιστατικά, σε πληθυσμό 11.000 κατοίκων, τα οποία αφορούν παιδιά και ενήλικες. Αφορούν επίσης, όλο το φάσμα της ψυχοπαθολογίας. Παρέχεται διαγνωστική εκτίμηση και θεραπευτική αντιμετώπιση όπως: Ψυχιατρική και παιδοψυχιατρική παρακολούθηση, συμβουλευτική και βραχείες ψυχοθεραπείες.

Ο κύριος όγκος των περιστατικών που εξυπηρετούνται από τις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας παραπέμπεται από τους ιατρούς των Κέντρων Υγείας,

εφόσον βασικός στόχος της λειτουργίας των Κινητών Μονάδων είναι η καλή διασύνδεση με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και κατ' επέκταση με τους κοινωνικούς φορείς του κάθε νησιού. Παραπομπές γίνονται επίσης από Κοινωνικούς Λειτουργούς της Πρόνοιας, το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, τους Κοινωνικούς Λειτουργούς των Κέντρων Υγείας, από Ειδικά Κέντρα για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες, φορείς πρόληψης χρήσης ουσιών π.χ. ΘΗΣΕΑΣ, από ιδιώτες ιατρούς και ιδιωτικά ιατρικά κέντρα κι από εκπαιδευτικούς φορείς.

Σε όλα τα νησιά που προσφέρονται υπηρεσίες από τις δυο Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας Βορειοανατολικών και Δυτικών Κυκλάδων έχουν πραγματοποιηθεί και προγραμματίζονται δράσεις στην κοινότητα (κάθε κλιμάκιο επεξεργάζεται ένα ετήσιο σχέδιο κοινοτικής δράσης για κάθε νησί). Στόχος των δράσεων αυτών είναι η αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας, η ενημέρωση για τη λειτουργία και το έργο της Κινητής Μονάδας, η εκπαίδευση επαγγελματιών σε θέματα ψυχικής υγείας, η διασύνδεση με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), τους κοινωνικούς φορείς κάθε νησιού, την τοπική αυτοδιοίκηση. Οι δράσεις αυτές σε γενικές γραμμές περιλαμβάνουν ημερίδες-ανοικτές εκδηλώσεις που απευθύνονται στους κατοίκους του κάθε νησιού με θέματα ενημερωτικού χαρακτήρα για την ψυχική υγεία παιδιών, εφήβων και ενηλίκων, ομιλίες ή ομάδες με θεωρητικό και βιωματικό χαρακτήρα σε συλλόγους (π.χ. σύλλογοι γυναικών, πολιτιστικοί σύλλογοι), σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού π.χ. Τρίτη ηλικία (ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ), μαθητές και γονείς (σχολεία), άτομα με σωματικές ασθένειες ή αναπηρίες κ.α. Επιπρόσθετα πραγματοποιούνται δράσεις για την ενημέρωση και εκπαίδευση συγκεκριμένων επαγγελματιών στην κοινότητα: ομάδες εκπαιδευτικών για ενημέρωση σε βασικά θέματα ψυχοπαθολογίας παιδιών και εφήβων, θέματα χειρισμού προβλημάτων συμπεριφοράς κλπ, ομιλίες σε γενικούς ιατρούς για θέματα χειρισμού ψυχιατρικών περιστατικών (π.χ. αναγνωρισιμότητα, χειρισμός επειγόντων ψυχιατρικών περιστατικών, ψυχοφαρμακολογία), εκπαίδευση αστυνομικών σε θέματα χειρισμού δύσκολων περιστατικών σε περιπτώσεις εισαγγελικών εντολών, ομάδες ιερέων για ενημέρωση σε βασικά θέματα ψυχικής υγείας. Επιπλέον στις κοινοτικές δράσεις περιλαμβάνονται οι θεσμικές συναντήσεις που γίνονται τακτικά με άλλους φορείς (π.χ. Βοήθεια στο Σπίτι, Πρόνοια, Κέντρο Υγείας) με στόχο την καλύτερη διασύνδεση και τη συνεργασία για αντιμετώπιση περιστατικών. Επίσης, δημοσιεύονται ενημερωτικά άρθρα για θέματα ψυχικής υγείας στον τοπικό τύπο (περισσότερες από 100

δημοσιεύσεις από την έναρξη λειτουργίας τους). Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι έχει πραγματοποιηθεί σε συνεργασία με τη Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Έργου «Ψυχαργός Β Φάση » ημερίδα με θέμα «Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας: Εμπειρία από την Ελλάδα και το εξωτερικό» (Αθήνα, 2005).

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σχεδόν σε όλα τα νησιά που καλύπτονται από την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Δυτικών Κυκλάδων παρέχεται δωρεάν διαμονή από τους Δήμους. Στις Βορειοανατολικές Κυκλάδες στην Τήνο και στην Πάρο καλύπτονται τα έξοδα διαμονής και μετακίνησης από τους Δήμους και την Εκκλησία, στη Μύκονο ο Φιλανθρωπικός Σύλλογος Μυκονιάτικη Αλληλεγγύη καλύπτει επίσης τα λειτουργικά έξοδα του Κλιμακίου, και τέλος στην Άνδρο δίνεται οικονομική στήριξη για διαμονή και μετακίνηση στο νησί από το Επαρχείο και τους Δήμους (<http://www.syn-eirmos.gr>).

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Χανίων

Βρίσκεται στο χώρο του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Χανίων. Στόχος της είναι η παρέμβασή της σε επίπεδο Νομού στους τομείς της πρόληψης, της διαγνωστικής εκτίμησης και θεραπείας, ενώ ένα πολύ σημαντικό αντικείμενο εργασίας της αναφέρεται στην υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής της κοινότητας. Έργο της είναι η διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες και φορείς της κοινότητας όπως είναι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τα Κέντρα Υγείας του Νομού, τα αγροτικά ιατρεία, τα προγράμματα «Βοήθεια Κατ' Οίκον» των Δήμων, εκπαιδευτικοί φορείς και οργανισμοί., με στόχο την από κοινού εκπόνηση προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής ψυχικής υγείας για το σύνολο του πληθυσμού και προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης για τις οικογένειες των εξυπηρετούμενων και δράσεων για την καταπολέμηση του στίγματος και τέλος, η ανάπτυξη δικτύων ψυχοκοινωνικής στήριξης και αλληλεγγύης.

Υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας που προέρχεται από την επαρχία και από απομακρυσμένες περιοχές. Πολλές ανάγκες ως τώρα παρέμεναν αναπάντητες η ικανοποιούνταν μερικώς λόγω της δυσκολίας πρόσβασης στις υπηρεσίες. Το κενό αυτό στοχεύει να καλύψει η Κινητή Μονάδα, παρέχοντας :

- Πρόληψη και έγκαιρη εκτίμηση της ψυχικής διαταραχής

- Παρέμβαση στην κρίση ή στην υποτροπή
- Προγράμματα αγωγής κοινότητας
- Εκπαίδευση προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε θέματα ψυχικής υγείας

Η θεραπευτική ομάδα της κινητής μονάδας, που απαρτίζεται από Ψυχίατρο, Επισκέπτη Υγείας, Κοινωνικό Λειτουργό, Νοσηλεύτη, επισκέπτεται όλα τα Κέντρα Υγείας του νομού, τα Περιφερειακά Ιατρεία ενώ υλοποιεί και κατ'οίκον επισκέψεις. Είναι ένα πρόγραμμα που προλαμβάνει την κρίση και τη νοσηλεία, επομένως δίνει καλύτερη ποιότητα ζωής στον ασθενή, ανιχνεύει νέες περιπτώσεις, δίνει βοήθεια σε ανθρώπους που δε θα επισκέπτονταν τις δομές αυτές ποτέ. Μπορεί, να πραγματοποιήσει πρόληψη αλλά και επιστημονική έρευνα (<http://www.psycrete.gr>).

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Χίου

Με απόφαση του Υπουργείου Υγείας βασισμένη στο άρθρο 7 του Νόμου 2716/99 δόθηκε το 2006 έγκριση σκοπιμότητας λειτουργίας Κινητής Μονάδας Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής στη Χίο με φορέα υλοποίησης το Κέντρο Παιδιού και Εφήβου. Η Κινητή Μονάδα είναι μέρος του προγράμματος «Ψυχαργός» που στοχεύει στην αποασυλοποίηση στην Ελλάδα και που πραγματοποιείται στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης (Κ.Π.Σ), με συγχρηματοδότηση 75% από το Ευρωπαϊκό Ταμείο και 25% από Εθνική Συμμετοχή.

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ) είναι μέρος του προγράμματος "Ψυχαργός" που στοχεύει στη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Φορέας Υλοποίησης της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας στη Χίο είναι το Κέντρο Παιδιού και Εφήβου, Αστική μη κερδοσκοπική Εταιρεία η οποία ιδρύθηκε στη Χίο το Μάρτιο του 1996.

Κάθε Κινητή Μονάδα καλύπτει συγκεκριμένο τομέα ευθύνης· στην περίπτωση της Μονάδας της Χίου η οποία αποτελείται από τα νησιά Χίος, Ψαρά, Οινούσες, σκοπός της είναι η προαγωγή της ψυχικής υγείας σε περιοχές που η γεωγραφική τους διαμόρφωση και οι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων τους στις κατάλληλες υπηρεσίες .

Οργάνωση και λειτουργία της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας στη Χίο:

Η έδρα της είναι στα γραφεία του Κέντρου Παιδιού και Εφήβου στη Χώρα της Χίου και οι δραστηριότητές της στην περιφέρεια με κλιμάκια τα οποία φιλοξενούνται στα Κέντρα Υγείας και στα Αγροτικά Ιατρεία. Το προσωπικό αποτελείται από έναν ψυχίατρο πλήρους απασχόλησης, δύο παιδοψυχιάτρους μερικής απασχόλησης, δύο κοινωνικούς λειτουργούς πλήρους απασχόλησης, δύο ψυχολόγους πλήρους απασχόλησης, δύο νοσηλευτές πλήρους απασχόλησης και έναν διοικητικό υπάλληλο πλήρους απασχόλησης.

Η θεραπευτική ομάδα της Κινητής Μονάδας στελεχώνεται από έναν ψυχίατρο, δύο Επισκέπτριες Υγείας, έναν νοσηλευτή, τέσσερις κοινωνικούς λειτουργούς μερικής απασχόλησης και έναν οδηγό (μόνο την ημέρα εξόδου της Κινητής Μονάδας).

Η Κινητή Μονάδα απευθύνεται:

- i. Σε παιδιά , εφήβους και ενήλικες και ενήλικες που παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα και στις οικογένειές τους.
- ii. Σε άτομα και ομάδες υψηλού κινδύνου για εκδήλωση ψυχικής νόσου.
- iii. Στον υγιή πληθυσμό εφαρμόζοντας προγράμματα πρόληψης.

Μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερα επίπεδα πρόληψης:

- Πρωτογενής πρόληψη: Λήψη μέτρων προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση της νόσου ή της διαταραχής.
- Δευτερογενής πρόληψη: Έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία με σκοπό τη μείωση της διάρκειας και βαρύτητας της νόσου και τον περιορισμό των επακόλουθων της νόσου.
- Τριτογενής πρόληψη: Μακροχρόνια φροντίδα και αποκατάσταση με σκοπό τον περιορισμό της ανικανότητας και μειονεξίας λόγω της βλάβης που προκαλεί η νόσος ανεξάρτητα από το αν είναι θεραπεύσιμη ή όχι.
- Τεταρτογενής πρόληψη: Εξάλειψη του στίγματος λόγω της ψυχικής νόσου.

Οι δραστηριότητες της Κινητής Μονάδας είναι οι κλινικές, εκπαιδευτικές και ερευνητικές.

Ø Κλινικές δραστηριότητες: Βασική αρχή λειτουργίας της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας είναι η ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών, και αναλυτικότερα:

- Η πρόληψη μέσα από δραστηριότητες ευαισθητοποίησης και κινητοποίησης της κοινότητας για θέματα ψυχικής υγείας (Αγωγή Κοινότητας) και τη συνεργασία με τους φορείς της.
- Η διάγνωση από τη διεπιστημονική θεραπευτική ομάδα.
- Η θεραπευτική αποκατάσταση. Εδώ ισχύει η αρχή της εξατομικευμένης θεραπευτικής προσέγγισης, όπου κρίνεται απαραίτητο και ανάλογα με τη περίπτωση μπορεί να εφαρμοστεί ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία ή θεραπεία οικογένειας.
- Η επανένταξη στην πυρηνική ή ευρύτερη οικογένεια και στην κοινότητα.

Ø Εκπαιδευτικές δραστηριότητες:

- Συνεχής εκπαίδευση των στελεχών τις Κινητής Μονάδας
- Εκπαίδευση άλλων επαγγελματιών που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας κ. ά.

Ø Ερευνητικές δραστηριότητες: μέσα στις οποίες περιλαμβάνεται και η απαραίτητη για τη συνεχιζόμενη λειτουργία της Κινητής Μονάδας, αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών της και η αναπροσαρμογή ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού.

Τέλος, είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί για άλλη μια φορά η σημασία της αρμονικής συνεργασίας με όλους τους φορείς της κοινότητας: την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, την Πρόνοια, όλα τα Εκπαιδευτικά Πλαίσια, τους συλλόγους Γονέων και Κηδεμόνων, την Εισαγγελία, την Εκκλησία, την Αστυνομία, οργανώσεις πολιτών, εθελοντές κ. ά. (<http://www.kpechios.gr>).

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νομού Καρδίτσας

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας της Καρδίτσας συγκροτείται από μια διεπιστημονική ομάδα που περιλαμβάνει δύο ψυχιάτρους, δύο ψυχολόγους, μια κοινωνική λειτουργό, μια λογοθεραπεύτρια, τρεις νοσηλεύτριες, ένα διοικητικό μέλος, έναν υπάλληλο γενικών καθηκόντων και ένα βοηθητικό προσωπικό. Ο χώρος δράσης της είναι το σύνολο του Νομού Καρδίτσας που περιλαμβάνει τους Δήμους καθώς και τα Κέντρα Υγείας Παλαμά, Σοφάδων και Μουζακίου, τα αγροτικά και περιφερειακά ιατρεία και τις επισκέψεις κατ' οίκον σε απομακρυσμένες περιοχές σε άτομα που δεν δύνανται να μετακινηθούν λόγω δυσμενών οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών.

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας έρχεται στην περιοχή της Καρδίτσας με σκοπό να καλύψει το κενό που υπήρχε στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια φροντίδα. Οι δράσεις της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας της Καρδίτσας, οι οποίες καθορίζονται από την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών καθώς και την αποφυγή επαναλαμβανόμενης ανάγκης για νοσηλεία περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

- i. Αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης:
 - Προγράμματα πρόληψης σε θέματα ψυχικής υγείας σε σχολεία, χώρους εργασίας και γειτονιές. Σ' αυτά τα πλαίσια έχει ξεκινήσει συνεργασία με το ΤΕΙ Θεσσαλίας για την εξυπηρέτηση των σπουδαστών ενώ προβλέπεται να ξεκινήσει και αντίστοιχη δράση και με το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας – Τμήμα Κτηνιατρικής.
 - Στήριξη σε άτομα ευάλωτα σε ψυχικές διαταραχές ή σε ομάδες υπό κοινωνικό αποκλεισμό, όπως άστεγοι, μετανάστες και αθίγγανοι. Πραγματοποιείται συστηματικά παρέμβαση στην κοινότητα αθιγγάνων σε συνεργασία με το Ιατροκοινωνικό Κέντρο Σοφάδων. Ορμητήριο της Μονάδας σε πρώτη φάση είναι το Δημοτικό Σχολείο του οικισμού τους.
- ii. Αύξηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και αποφυγή υποτροπών:
 - Έγκαιρη εκτίμηση, διάγνωση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών μέσα από τακτική συνεργασία με τους ιατρούς των Κέντρων Υγείας αλλά

και με άλλους φορείς όπως η Μητρόπολη Θεσσαλιώτιδος και Φαναριοφερσάλλων.

- Συστηματική θεραπεία και παρακολούθηση.
- Ψυχολογική στήριξη σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο.
- iii. Φροντίδα και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές και συνοδά ψυχοκοινωνικά προβλήματα:
 - Μετανοσοκομειακή παρακολούθηση ατόμων με ψυχική διαταραχή σε συνεργασία με το τμήμα Οξέων Περιστατικών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Κατερίνης.
 - Κοινωνική και εργασιακή κινητοποίηση και αποκατάσταση με τη συνεργασία επιχειρηματικών φορέων της πόλης.
 - Ενδυνάμωση οικογενειών με πάσχοντα μέλη και παροχή οικογενειακής θεραπείας και συμβουλευτικής.
 - Διευκόλυνση στη χρήση των υπηρεσιών υγείας & πρόνοιας.
- iv. Ευαισθητοποίηση κοινότητας :
 - Ενημέρωση της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας με την διενέργεια περιπτέρων με αφορμή τις Παγκόσμιες Ημέρες καθώς και την διοργάνωση Ημερίδων, ενώ παράλληλα υπάρχει τακτική παρέμβαση στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης του Νομού.
 - Αντιμετώπιση του κοινωνικού στίγματος.
 - Προστασία των δικαιωμάτων του ασθενή.
- v. Έρευνα των αναγκών της κοινότητας :
 - Καταγραφή τοπικών αναγκών, καθώς και αναγκών των ειδικών πληθυσμιακών ή εθελοντικών ομάδων.
 - Διερεύνηση αιτιοπαθολογικών παραγόντων, με εστιασμό σε θέματα επιθετικότητας, ανήλικης παραβατικότητας και κακοποίησης.
- vi. Στα πλαίσια της κοινοτικής αντίληψης σε θέματα ψυχικής υγείας, το Κέντρο Ημέρας συνεργάζεται με :
 - Ψυχιατρικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα
 - Ψυχιατρικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων
 - Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής
 - Ενδιάμεσες δομές αποκατάστασης όπως:
 - Ø Ξενώνες και Οικοτροφεία
 - Ø Κέντρα Ημέρας

- Ø Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανεξέταξης
 - Ø Τοπική Αυτοδιοίκηση
 - Ø Αστυνομικά Τμήματα της περιοχής
 - Ø Συλλόγους Γονέων
 - Ø Δίκτυα Εθελοντών
 - Ø Πανεπιστημιακά Ιδρύματα
 - Ø Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
- Κοινωνικές Δομές (Βοήθεια στο Σπίτι, Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας) (<http://www.ekpse.gr>) .

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Λακωνίας

Σύμφωνα με τις Κωνσταντοπούλου Κατερίνα- ψυχολόγος, Κοντραφούρη Σταυρούλα- νοσηλεύτρια η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Λακωνίας παρέχει υπηρεσίες αντιμετώπισης και αποκατάστασης προβλημάτων ψυχικής υγείας σε χρόνιους ψυχικά πάσχοντες. Λειτουργεί στα πλαίσια του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία Πρόνοια 2000-2006» με την απόφαση έγκρισης σκοπιμότητας Αρ. Πρωτ. Υ5β/Π.οικ 7261/19-1-2006 του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης από την αστική μη κερδοσκοπική εταιρία ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ : Μη Κυβερνητική Οργάνωση της Εκκλησίας της Ελλάδος.

Το έργο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο κατά 75% και από το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης κατά 25% στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία Πρόνοια 2000-2006» στον Άξονα Προτεραιότητας 2, «Ψυχική Υγεία» Μέτρο 2.3 που αφορά : «ενέργειες πρόληψης και ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικοοικονομικής (επαν)ένταξης».

Στα πλαίσια της κοινοτικής αντίληψης σε θέματα ψυχικής υγείας, η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Λακωνίας συνεργάζεται :

- Με τα Γενικά Νοσοκομεία Σπάρτης και Μολάων (μετάβαση με κλιμάκιο στους Μολάους) και με τα Κέντρα Υγείας του Νομού
- Με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης
- Ενδιάμεσες Δομές Αποκατάστασης (Ξενώνας , Κέντρο Αποκατάστασης)
- Δομές της Μητροπόλεως
- Άλλες Κινητές Μονάδες

- Τοπική Αυτοδιοίκηση
- Αστυνομικά τμήματα και Εισαγγελικές Αρχές
- Συλλόγους Γονέων και Κηδεμόνων
- Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας

Είναι μία νεοσύστατη υπηρεσία παροχής ψυχιατρικής φροντίδας και προαγωγής της ψυχικής υγείας σε περιοχές της περιφέρειας. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας απευθύνεται σε ενήλικες που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές ή που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Απευθύνεται επίσης στον υγιή πληθυσμό προωθώντας προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης και αναλαμβάνοντας δράσεις για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας προσβλέπει σε συνεργασία με τους επαγγελματίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τους εκπαιδευτικούς, τις τοπικές αρχές και με όλους τους φορείς και τα μέλη της κοινότητας που είναι δυνητικοί συμμετοχοί στις παραπάνω δραστηριότητες.

Βασικοί στόχοι της Κινητής Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας είναι οι εξής:

- i. Παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσω της συνεργασίας της με τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Έμφαση δίνεται στην έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση, τόσο κατά την έναρξη της νόσου όσο και για την πρόληψη της υποτροπής, στην παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής και της εξέλιξης της νόσου και στη βοήθεια και στήριξη του ασθενούς για την αντιμετώπιση των πρακτικών του αναγκών και προβλημάτων. Στους στόχους επίσης συμπεριλαμβάνεται η παροχή συμβουλευτικής και υποστηρικτικής βοήθειας στην οικογένεια του ασθενούς, με στόχο την καλύτερη επικοινωνία και τη μείωση του άγχους της οικογένειας και του ίδιου του ασθενούς.
- ii. Η συνεχής εκπαίδευση των ιατρών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την αναγνώριση και διάγνωση των ψυχικών διαταραχών και η στήριξή τους στην αντιμετώπιση των ασθενών στην κοινότητα.

- iii. Η παροχή συμβουλευτικής στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η ψυχιατρική κάλυψη των περιπτώσεων που ήδη αυτές παρακολουθούν.
- iv. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας. Τα προγράμματα αγωγής κοινότητας που γίνονται από την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας περιλαμβάνουν δράσεις ενημέρωσης-επιμόρφωσης που απευθύνονται τόσο στην κοινότητα όσο και σε επιλεγμένες ομάδες-στόχους, όπως ενδεικτικά σύλλογοι γονέων, εκπαιδευτικοί, στελέχη της τοπικής αυτοδιοίκησης, επαγγελματίες υγείας, τοπικοί σύλλογοι και λοιπές οργανωμένες ομάδες. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν ομιλίες, συζητήσεις, σεμινάρια, δημοσιεύσεις και εκπομπές στα τοπικά Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, παραγωγή και διανομή έντυπου υλικού, οργάνωση ομάδων εθελοντών, ομάδων οικογενειών ασθενών, ομάδων αυτοβοήθειας και ομάδων ασθενών. Κύριος σκοπός των παραπάνω δράσεων είναι η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος που βαραίνει τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του.

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας αποτελείται από έναν ψυχίατρο, δύο ψυχολόγους, δύο κοινωνικούς λειτουργούς, μια νοσηλεύτρια, τρεις επισκέπτες υγείας και έναν διοικητικό υπεύθυνο. Μέλη της πολυκλαδικής ομάδας θεωρούνται επίσης και δύο επαγγελματίες οδηγοί που συμμετέχουν στα κλιμάκια, καθώς επίσης και άλλοι ιατροί, ειδικευόμενοι ιατροί αλλά και προπτυχιακοί και μεταπτυχιακοί φοιτητές της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων που εκπαιδεύονται στην Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ή που διεξάγουν ερευνητικές μελέτες σχετικά με την Μονάδα. Τα παραπάνω μέλη χωρίζονται σε δύο κλιμάκια. Το κλιμάκιο Α αποτελείται από ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτρια και επισκέπτη υγείας. Το κλιμάκιο Β αποτελείται από ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό και δύο επισκέπτες υγείας. Τα δύο αυτά κλιμάκια επισκέπτονται σε σταθερές μέρες της εβδομάδας οκτώ Κέντρα υγείας του Νομού Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας. Ο ψυχίατρος ακολουθεί αλληλοδιαδόχως κάθε εβδομάδα ένα από τα δύο κλιμάκια καλύπτοντας έτσι τα οκτώ Κέντρα υγείας ανά δεκαπενθήμερο.

Το κλιμάκιο Α περιλαμβάνει τα Κέντρα Υγείας Κόνιτσας, Βουτσαρά, Πραμάντων, Ιωαννίνων και Παραμυθιάς. Το κλιμάκιο Β περιλαμβάνει τα Κέντρα Υγείας Δερβίζιανων, Δελβινακίου, Μετσόβου και Φιλιάτων.

Σκοποί της Κινητής Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι:

- Παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσω της έγκαιρης διάγνωσης και παρέμβασης τόσο στην έναρξη της νόσου όσο και κατά τη διάρκεια των υποτροπών
- Η πρόληψη της υποτροπής
- Η παροχή κατά το δυνατόν ολοκληρωμένης ψυχιατρικής και ψυχολογικής βοήθειας στον φυσικό χώρο του ασθενούς, δηλαδή στην κοινότητα
- Η αποφυγή του εγκλεισμού
- Η παροχή συμβουλευτικής και υποστηρικτικής βοήθειας στην οικογένεια του ασθενούς
- Η βοήθεια και στήριξη του ασθενούς για την αντιμετώπιση των πρακτικών του αναγκών και προβλημάτων
- Η συνεργασία με τους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, με στόχο την παροχή συνεχούς εκπαίδευσης σε θέματα ψυχικής υγείας και τη συμβουλευτική του στήριξη στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των ψυχιατρικά ασθενών στην κοινότητα
- Η προαγωγή της ψυχικής υγείας μέσω προγραμμάτων αγωγής κοινότητας με πρωταρχικό σκοπό την ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας και την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος (<http://www.ekpse.gr>).

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Λέρου

Το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου έχει μια μακρόχρονη ιστορική διαδρομή και εμπειρία, όσον αφορά τα θέματα ψυχικής υγείας καθώς και έναν πρωταγωνιστικό ρόλο στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην χώρα συμβάλλοντας ενεργά στην κοινωνική επανένταξη και αποκατάσταση σημαντικού αριθμού χρόνιων ασθενών. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας αποτελεί μια υπηρεσία ψυχικής υγείας, η οποία παρέχει υπηρεσίες σε άτομα και οικογένειες στο χώρο της κοινότητας που αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο Νομό Δωδεκανήσου, ενώ αδυνατούν πολλές φορές να χρησιμοποιήσουν τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη Ρόδο και

στη Λέρο, τις έχουν ιδιαίτερη ανάγκη, λόγω κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων, έλλειψης μέσων μεταφοράς και δυσμενών καιρικών συνθηκών.

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας απευθύνεται σε ενήλικες που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές ή/και ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Επίσης, απευθύνεται σε ενήλικες που ανήκουν σε πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου για εκδήλωση ψυχικής νόσου, σε χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας της Δωδεκανήσου, σε οικογένειες των ασθενών και σε κατοίκους του Νομού Δωδεκανήσου.

Η Κινητή Μονάδα αποτελείται από εξειδικευμένο προσωπικό (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικό λειτουργό, εργοθεραπευτή και νοσηλευτές ψυχικής υγείας). Η διεπιστημονική ομάδα, παρέχει τις υπηρεσίες της δωρεάν με ειδικά κλιμάκια σε κάθε νησί του Νομού Δωδεκανήσου, πραγματοποιώντας κατ' οίκον προγραμματισμένες επισκέψεις και εξωτερικά ιατρεία στα κατά τόπους Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, σε χώρους που παρέχονται από τους Δήμους ή από άλλους κοινωφελείς φορείς του Νομού Δωδεκανήσου.

Η Μονάδα παρέχει δωρεάν τις υπηρεσίες της:

- i. Σε άτομα και οικογένειες
 - Στην παρακολούθηση ατόμων που είχαν νοσηλευτεί στα Τμήματα Οξέων Περιστατικών και των οποίων η ανάγκη για εξωνοσοκομειακή στήριξη κρίνεται απαραίτητη.
 - Στην προετοιμασία του κατάλληλου υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος και στη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των μελών της οικογένειας
 - Στην εκπαίδευση της οικογένειας για την κατανόηση του προβλήματος
 - Στη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης και όπου είναι δυνατό της επαγγελματικής αποκατάστασης
- ii. Στην κοινότητα
 - Αγωγή και ευαισθητοποίηση της κοινότητας για την στήριξη των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας και της καλύτερης ενσωμάτωσής του στον κοινωνικό ιστό
 - Επιμόρφωση σε θέματα ψυχικής υγείας σε εκπαιδευτικούς, εργαζόμενους και επαγγελματίες στον τομέα ψυχικής υγείας, καθώς και σε γενικούς και αγροτικούς ιατρούς

- Διασύνδεση με υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Πρόνοιας για την καλύτερη αντιμετώπιση και πρόληψη των προβλημάτων που σχετίζονται με τα θέματα της ψυχικής υγείας (www.leros-hospital.gr/).

Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας υπάρχουν και σε πολλές άλλες πόλεις της χώρας όπως είναι:

- i. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Αιτωλοακαρνανίας, στο Γενικό Νοσοκομείο Μεσολογγίου «Χατζηκώστα»
- ii. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Αργολίδας στο Γενικό Νοσοκομείο Άργους
- iii. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Αχαΐας στο Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Ανδρέας»
- iv. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Αρκαδίας στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης
- v. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Θεσσαλονίκης στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- vi. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Κέρκυρας στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας
- vii. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Γρεβενών- Κοζάνης, Σέρβια Κοζάνης στο Ε. Ψ. Υ. Κ. Α. Α
- viii. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Λέσβου στο Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης «Βοστάνειο»
- ix. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Μαγνησίας στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»
- x. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Πιερίας στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου στην Κατερίνη
- xi. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Λασιθίου στον Άγιο Νικόλαο από το ΑμΚΕ Ψυχοκοινωνικής Στήριξης «Αρωγή»

1.3.7. Παρουσίαση των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας στην Ευρώπη

Η κινητή ομάδα κρίσης δημιουργήθηκε μετά από μια προσπάθεια από τους φίλους και τις οικογένειες των ασθενών και από τους ίδιους τους ασθενείς οι οποίοι ήλπιζαν ότι ένα τέτοιο πρόγραμμα μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή περιττών νοσηλειών σε νοσοκομεία. Η ομάδα αποτελείται από κοινωνικούς θεραπευτές που ταξιδεύουν στο χώρο κρίσης σε ζευγάρια. Μπορούν να ζητήσουν την υποστήριξη της αστυνομίας, εάν είναι απαραίτητο, αν και η υποστήριξη αυτή δεν είναι συνήθως απαραίτητη. Όπως και οι ψυχιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, η κινητή υπηρεσία έχει τη δυνατότητα για εικοσιτετράωρη ανταπόκριση. Η ομάδα θα αξιολογήσει επιτόπου ένα πρόσωπο σε κρίση, που δεν μπορεί ή δεν θέλει να έρθει στο νοσοκομείο και έχει μια πιθανή ψυχική ασθένεια ή σημαντική κατάσταση στρες, και θα αποφασίσει αν είναι απαραίτητη η είσοδος του. Η κινητή ομάδα κρίσης δεν εξυπηρετεί τα άτομα που είναι έντονα μεθυσμένα, ιατρικά ασταθή, ή επικείμενα αυτοκτονίας ή ανθρωποκτονίας. Οι βίαιες συγκρούσεις αποφεύγονται συνήθως, αλλά η συμβολή της αστυνομίας είναι πολλές φορές απαραίτητη (<http://ps.psychiatryonline.org>).

Η ομάδα παρέχει άμεσες υπηρεσίες κρίσης στο χώρο του ξενοδοχείου, 24 ώρες την ημέρα, σε ολόκληρη την κοινότητα, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης κάθε περιοχής. Οι υπηρεσίες παρέχονται από μια πολυκλαδική ομάδα η οποία ανταποκρίνεται σε αιτήματα για ψυχιατρική φροντίδα έκτακτης ανάγκης από τον ασθενή, υπαλλήλους επιβολής του νόμου, μέλη της οικογένειας του, τους εργοδότες, ιατρούς και επαγγελματίες ψυχικής υγείας και από κοινωνικούς φορείς.

Οφέλη των κινητών ομάδων: σε σύγκριση με τη συνήθη διαδικασία της κράτησης από τους υπαλλήλους επιβολής του νόμου και της μεταφοράς τους προς τα τοπικά δημόσια τμήματα επειγόντων περιστατικών για την αξιολόγηση και την ιατρική αγωγή, η κινητή ομάδα κρίσης προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα στην κοινότητα, μερικά από τα οποία είναι:

- Η προσβασιμότητα των υπηρεσιών: Για πολλούς ασθενείς με περιορισμένα οικονομικά, ένα ταξίδι στο κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας δεν είναι εύκολη διαδικασία, ιδίως σε περιοχές όπου τα μέσα μαζικής

μεταφοράς προβλέπονται ως μια σποραδική υπηρεσία ή είναι ανύπαρκτη. Μια ειδική ομάδα από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, είναι σε θέση να αξιολογήσει τον ασθενή στο χώρο του και να αρχίσει αμέσως θεραπεία, παρακάμπτοντας αυτή η δυσκολία. Η αύξηση της προσβασιμότητας οδηγεί σε βελτιωμένη παροχή υπηρεσιών.

- Η ακρίβεια των αξιολογήσεων: Παρατηρώντας τον ασθενή στο χώρο και την στιγμή της κρίσης επιτρέπει την πιο πλήρη αξιολόγηση με το λιγότερο τραύμα στον ασθενή. Σημαντικές ενδείξεις μπορούν να βρεθούν στο αυτόχθονα περιβάλλον του ασθενούς, όπως η παρουσία των σημειώσεων αυτοκτονίας, μπουκάλια φαρμάκων, ή τις βελόνες. Συχνά η παρατήρηση των γειτόνων, των παρευρισκομένων, ή των συναδέλφων χάνονται ή καθυστερούν όταν ο ασθενής εξάγεται από το σπίτι του με την επιβολή του νόμου. Με κατοίκων επίσκεψη μπορεί να αποφευχθούν συμπεριφοριστικές εξάρσεις και να εκτιμηθεί πόσο καλά λειτουργεί ο ασθενείς στον «πραγματικό κόσμο».
- Η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα: Η θεραπεία των ασθενών νωρίς σε αντιρρόπηση μπορεί να εμποδίσει την ανάγκη για επείγουσα νοσηλεία. Πολλοί ασθενείς διστάζουν να πάνε σε ένα κέντρο ψυχικής υγείας ή στο τμήμα επειγόντων περιστατικών νωρίς κατά τη διάρκεια της έξαρσης, συχνά λόγω των προηγούμενων άτυχων εμπειριών. Οι ασθενείς γενικά είναι πιο δεκτικοί σε εκτιμήσεις στο σπίτι τους ή σε ουδέτερο έδαφος. Η απάντηση προβολή της κινητής ομάδας κρίσης, είναι να επιτρέψει η θεραπεία να ξεκινήσει νωρίς, ώστε να μπορεί να αποκαταστήσει σύνδεση του ασθενούς με το τοπικό σύστημα υγείας, και να μπορεί να διαβεβαιώσει τον ασθενή και την οικογένεια του για το σύστημα υποστήριξης και πρόληψη της έκτακτης νοσηλείας.
- Η συνεργασία με άλλους φορείς: Λόγω της κινητικότητας και της ορατότητας της, μία κινητή ομάδα κρίσης μπορεί να λειτουργήσει ως σύνδεσμος με όλες τις δημόσιες και ιδιωτικές κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Έτσι η ομάδα μπορεί να διευκολύνει την καθιέρωση κατάλληλων παραπομπών για την κοινωνική, ιατρική και νομική βοήθεια. Τα πρόσωπα επιβολής του νόμου συχνά έχουν ελάχιστη κατάρτιση σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες, και οι τεχνικές που αναπτύχθηκαν για χρήση με εγκληματίες συχνά δεν ισχύουν με ψυχωτικούς ασθενείς. Εκτός

από την άμεση παρέμβαση στον ασθενή, η κινητή ομάδα κρίσης μπορεί να ανακουφίσει την ανησυχία των προσώπων επιβολής του νόμου και μπορεί να εμποδίσει την υπερβολική αντίδραση της αστυνομίας με τις συνεπακόλουθες τραγικές συνέπειές της. Οι ασθενείς είναι πολλές φορές προτιμότερο να μιλήσουν με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας από ότι με την αστυνομία, και αυτή η ψυχική επαφή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εκτονωθεί γρήγορα μια δυνητικά θανατηφόρα κατάσταση.

- Οι δημόσιες σχέσεις και η εκπαίδευση: "Κανένας άνθρωπος δεν είναι νησί" είναι μια παροιμία που ισχύει ακόμη και για τα πιο απομονωμένο άτομο με ψυχική ασθένεια. Ένα άτομο που βρίσκεται σε κρίση έχει κρούση για τη ζωή των άλλων στην κοινότητα, είτε πρόκειται για τους φίλους, την οικογένεια, τους γείτονες, τους συναδέλφους ή τους αγοραστές σε ένα εμπορικό κέντρο. Μια κινητή ομάδα κρίσης προσανατολισμένη στην κοινότητα είναι σε θέση να αξιολογεί τους πληγέντες και να μεταδίδει αίσθημα προστασίας. Λόγω της συνεχούς λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με ψυχικές ασθένειες, τα άτομα γύρω από τον ασθενή μπορεί να φοβούνται, να απορρίπτουν, ακόμη και να είναι εχθρικοί προς αυτόν που είναι άρρωστος. Η αντιμετώπιση αυτών των ανησυχιών αμέσως μπορεί να εμποδίσουν την επιζήμια μεταχείριση, από εκείνους, του ασθενούς. Η διαβεβαίωση είναι πιο αποτελεσματική όταν παραδίδεται στο σημείο της κρίσης. Τέτοιες διαβεβαιώσεις συχνά αποτρέπουν την απόρριψη των ασθενών από τα μέλη του συστήματος στήριξης τους, ένα συχνό πρόβλημα για το τμήμα επειγόντων περιστατικών. Οι κινητές ομάδες κρίσης είναι συχνά πολύ ορατές λόγω της φύσης της εργασίας τους με τον ασθενή σε κρίση στην κοινότητα. Η προκύπτουσα δημοσιότητα επιτρέπει την καλύτερη δημόσια εκπαίδευση για θέματα ψυχικής υγείας και τους πόρους. Η κινητή ομάδα κρίσης είναι προφανώς καλύτερα προσαρμοσμένη σε αυτό το έργο από ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών.

Η κινητή ομάδα κρίσης είναι εξοπλισμένη με μοναδικό τρόπο για παροχή πρώτης γραμμής φροντίδας της ψυχικής υγείας, όταν και όπου είναι περισσότερο απαραίτητη. Είναι σε θέση να παρέχει επιτόπια αξιολόγηση, τη διαχείριση κρίσεων, την επεξεργασία, την παραπομπή καθώς και εκπαιδευτικές υπηρεσίες για τους ασθενείς, τις οικογένειες τους, των υπαλλήλων επιβολής του νόμου αλλά

και στην κοινότητα. Η κινητή ομάδα κρίσης παρέχει πρόσβαση σε φροντίδα ψυχικής υγείας για ακόμη πιο υποεξηγηρητούμενο πληθυσμό με αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο (<http://psychservices.psychiatryonline.org>).

Στην Πολωνία η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές από τις κρατικές δομές φροντίδας υγείας καθώς επίσης και από τους κοινωνικούς φορείς βοήθειας. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται συνήθως από τις δομές ψυχικής υγείας και εν μέρει από τις πρωτοβάθμιες μονάδες φροντίδας. Τα εξωτερικά ιατρεία, χωριστά για ψυχιατρικούς ασθενείς και χρήστες ουσιών, είναι οι πιο πολλές μονάδες ψυχικής υγείας, που ανέρχονται συνολικά σε 1120. Οι ενδιάμεσες δομές φροντίδας περιλαμβάνουν 110 Νοσοκομεία Ημέρας, 23 κοινοτικές Κινητές Μονάδες και 10 Ξενώνες. Ο αριθμός κρεβατιών νοσοκομείων ανέρχεται σε 31913, δηλαδή 8,3 κρεβάτια ανά πληθυσμό 10000. Το 80% των κρεβατιών βρίσκονται σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

Οι τάσεις ανάπτυξης στον τομέα της ψυχικής υγείας που περιγράφονται στο Πρόγραμμα Ψυχικής Υγείας και τα συνοδευτικά έγγραφα έγιναν αποδεκτά από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας. Το πρόγραμμα καθορίζει συγκεκριμένους στόχους που πρέπει να επιτευχθούν έως το έτος 2005 στην Πρωτογενή, Δευτερογενή και Τριτογενή πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Στον τομέα της προσβασιμότητας ψυχικής υγείας από τους σημαντικότερους στόχους είναι τα ακόλουθα: μια σημαντική μείωση του αριθμού των κλινών στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, μια αισθητή (σχεδόν τριπλασιάστηκαν) αύξηση του αριθμού των κλινών σε ψυχιατρικές πτέρυγες στα γενικά νοσοκομεία καθώς και μια σημαντική αύξηση του αριθμού βασισμένων στην κοινότητα μορφές περίθαλψης (π.χ. τετραπλάσια αύξηση του αριθμού των Νοσοκομείων Ημέρας).

Η Δημοκρατία της Πολωνίας έχει περίπου 39 εκατομμύρια κατοίκους, το 62% των οποίων ζει σε πόλεις. Από το 1999 η Πολωνία έχει χωριστεί σε 16 διοικητικές επαρχίες. Η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές από τις κρατικές δομές φροντίδας υγείας, κυρίως υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας (μέχρι το 1999 το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας), καθώς και από φορείς κοινωνικής βοήθειας, που ανήκουν στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Πολιτικής. Η ιδιωτική πρακτική στην ψυχιατρική, μέχρι τώρα πολύ περιορισμένη, έχει επεκταθεί σημαντικά κατά την τελευταία δεκαετία. Η συνεισφορά των κοινωνικών οργανώσεων και ομάδων αυτοβοήθειας για την παροχή φροντίδας είναι μάλλον μικρή, με εξαίρεση το θέμα

του αλκοολισμού και των εξαρτημένων ατόμων από ναρκωτικές ουσίες και των ψυχικά διαταραγμένων ατόμων. Οι ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους μόλις πρόσφατα έχουν αρχίσει να συγκροτούν δικές τους οργανώσεις. Τα νομικά διατάγματα για την παροχή φροντίδας στην ψυχική υγεία περιλαμβάνουν τους ακόλουθους Νόμους: το Νόμο για τα Ιδρύματα Υγειονομικής Περίθαλψης, το Νόμο για την Ψυχική Υγεία, το Νόμο για την Αγωγή της Κοινότητας και την αντιμετώπιση του αλκοολισμού και το Νόμο για την πρόληψη της χρήσης και κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών. Οι τάσεις για την ανάπτυξη της ψυχικής υγείας περιγράφονται στο Πρόγραμμα Ψυχικής Υγείας και σε συνοδευτικά έγγραφα. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται κυρίως από τις δομές ψυχικής υγείας. Οι Πρωτοβάθμιες Μονάδες Φροντίδας παρέχουν υπηρεσίες σε ένα μεγάλο αριθμό ασθενών που πάσχουν από μη-ψυχωτικές ψυχικές διαταραχές και προς το παρόν η ποιότητα αυτών των υπηρεσιών δεν είναι αρκετά ικανοποιητική. Αυτό είναι αποτέλεσμα κυρίως της ανεπαρκούς εκπαίδευσης των ιατρών που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η πλειονότητά τους είναι ειδικοί στην εσωτερική ιατρική, όπως η ειδικότητα του οικογενειακού ιατρού μόλις πρόσφατα έχει παρουσιαστεί.

Η πιο πολυάριθμη κατηγορία δομών ψυχικής υγείας είναι τα Εξωτερικά Ιατρεία τα οποία ανέρχονται συνολικά στα 1.120. υπάρχουν τέσσερις τύποι Εξωτερικών Κλινικών: Ψυχιατρικές Κλινικές για ενήλικες, Ψυχιατρικές Κλινικές για παιδιά, Κλινικές για άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ και τις Κλινικές για τη θεραπεία των χρηστών ναρκωτικών. Αυτές οι κλινικές συνήθως λειτουργούν σε καθημερινή βάση, αλλά περίπου το 30% των μονάδων λειτουργούν για κάποιες μέρες μόνο. Σχεδόν όλα Εξωτερικά Ιατρεία αποτελούν μέρος των Κέντρων Υγείας, συμπεριλαμβάνονται όμως και σε Γενικά Νοσοκομεία. Τα τελευταία χρόνια σχεδόν το 2% των Πολωνών πολιτών έχουν επισκεφθεί εξωτερικές κλινικές Ψυχικής Υγείας.

Οι ενδιάμεσες μονάδες φροντίδας υγείας αποτελούν μέρος είτε των Κέντρων Υγειονομικής Περίθαλψης ή των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Περιλαμβάνουν εκατόν δέκα Νοσοκομεία Ημέρας, είκοσι τρεις κοινοτικές Κινητές Μονάδες, δέκα Ξενώνες και τέσσερις μονάδες που ασχολούνται με την αναδοχή οικογένειας.

Ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών ανέρχεται σε 31.913, δηλαδή 8,3 κλίνες ανά δέκα χιλιάδες πληθυσμού. Αν και ο αριθμός κλινών σε ψυχιατρεία

μειώνεται συνεχώς τα τελευταία χρόνια, εξακολουθεί η συντριπτική πλειοψηφία των κλινών να βρίσκεται σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και μόνο το 12% σε ψυχιατρικά πτέρυγες των Γενικών Νοσοκομείων. Χάρη στην άνιση κατανομή των ενδονοσοκομειακών πόρων και τη συγκέντρωση των κλινών σε μεγάλα νοσοκομεία, το μεγαλύτερο μέρος του γενικού πληθυσμού δεν μπορεί να κάνουν εισαγωγή σε κάποια κλινική. Κατά τα τελευταία τέσσερα χρόνια ο αριθμός των ατόμων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικές ενδονοσοκομειακές δομές ήταν αρκετά σταθερή, που ανέρχεται σε 3,68 ανά 1000 κατοίκους.

Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες και οι υπηρεσίες για την πρόληψη και καταπολέμηση του αλκοολισμού αλλά και των δομών απεξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες στελεχώνονται από περίπου 2.200 ψυχιάτρους, 1.500 ψυχολόγους, 400 θεραπευτές με πανεπιστημιακή εκπαίδευση και περίπου 400 κοινωνικούς λειτουργούς. Η βιολογική προσέγγιση υπερτερεί σε θεραπεία, και η ψυχοθεραπεία και άλλες ψυχοκοινωνικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται εκτενώς στην μεταχείριση ορισμένων κατηγοριών ασθενών, κυρίως εκείνων με νευρωτικές διαταραχές και εξάρτηση από το αλκοόλ.

Η Ψυχιατρική, καθώς και ορισμένες άλλες ιατρικές ειδικότητες, υπόκεινται στην εποπτεία κάποιου ειδικού. Το εποπτικό σύστημα χρησιμεύει για την εφαρμογή ιατρικών επιστημονικών επιτευγμάτων στην ψυχιατρική πρακτική, στο να αξιολογεί το επίπεδο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να συντάσσει εκθέσεις και συμπεράσματα για τις επόμενες εφαρμογές στην πράξη, έτσι ώστε να βελτιώσει το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης. Εξειδικευμένες ψυχιατρικές εποπτείες έχουν οργανωθεί τόσο σε εθνικό όσο και σε επαρχιακό επίπεδο.

Οι τάσεις ανάπτυξης στον τομέα της ψυχικής υγείας περιγράφονται στο Πρόγραμμα Ψυχικής Υγείας. Το πρόγραμμα, καταρτίστηκε το 1994 και εγκρίθηκε για την εφαρμογή του από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας το 1995. Ας ελπίσουμε ότι, το έγγραφο θα γίνει σύντομα αποδεκτό ως ένα κυβερνητικό πρόγραμμα. Το πρόγραμμα αποτελείται από τα ακόλουθα πέντε μέρη:

- i. Η διάγνωση της τρέχουσας κατάστασης και των κινδύνων στον τομέα της ψυχικής υγείας στην Πολωνία. Μια κοινωνικοιατρική ανάλυση.

- ii. Η τρέχουσα κατάσταση της Πρωτογενούς, Δευτερογενούς και Τριτογενούς Πρόληψης.
- iii. Την προώθηση της ψυχικής υγείας και των προγραμμάτων Πρωτογενούς Πρόληψης.
- iv. Πρόγραμμα φροντίδας υγείας και άλλες μορφές παροχής βοήθειας για άτομα με ψυχικές διαταραχές (Δευτερογενής και Τριτογενής Πρόληψη).
- v. Τεταρτογενές επίπεδο πρόληψης. Η επιστημονική έρευνα και ανάπτυξη των συστημάτων πληροφοριών υγείας.

Το μεγαλύτερο μέρος του προγράμματος αφορά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης και βοήθειας σε άτομα με ψυχικές διαταραχές. Ο κύριος στόχος του προγράμματος αυτού είναι η ανάπτυξη ενός μοντέλου ψυχιατρικής με βάση την κοινότητα, όπου η βασική μορφή φροντίδας θα πρέπει να είναι τα Εξωτερικά Ιατρεία και ενδιάμεσες δομές φροντίδας, ενώ η νοσοκομειακή φροντίδα να παρέχεται ως επί το πλείστον στις ψυχιατρικές πτέρυγες των Γενικών Νοσοκομείων. Προκειμένου να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι θα πρέπει να πληρούνται διάφορα κριτήρια. Για κάθε κριτήριο απαιτούνται συγκεκριμένα και λεπτομερή μέτρα. Στο μέρος με το οποίο ασχολούνται με τη βελτίωση της προσβασιμότητας και της διαφοροποίησης της ψυχιατρικής φροντίδας, μια ελάχιστη προσβασιμότητα καθορίζεται για συγκεκριμένους τύπους ρυθμίσεων. Π.χ. οι κοινοτικές Κινητές Ψυχιατρικές Ομάδες για ενήλικες αναμένεται να παρέχουν εντατική περίθαλψη σε ένα άτομο ανά 10.000 πληθυσμού. Όσον αφορά την ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική φροντίδα για τους ενήλικες, πρέπει να υπάρχουν τέσσερις κλίνες ανά 10.000 πληθυσμού, και η απόσταση μεταξύ του σπιτιού του ασθενούς και της ενδονοσοκομειακής μονάδας θα πρέπει να είναι μικρότερη από 50-60 χιλιόμετρα. Οι δείκτες της ελάχιστης δυνατότητας πρόσβασης με βάση την εμπειρία των σύγχρονων Πολωνικών Κέντρων που παρέχουν ενδιάμεση φροντίδα και στοιχεία σχετικά με τη χρησιμοποίηση ψυχιατρικών δομών σε συγκεκριμένες διοικητικές περιφέρειες, καθώς και απόψεις των εμπειρογνομόνων της Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) και εμπειρογνώμονες από τη Δυτική Ευρώπη.

Μαζί με τις αρχές της προσβασιμότητας και της διαφοροποίησης της περίθαλψης που περιγράφονται στο πρόγραμμα, ένα έγγραφο, « Ο κύριος στόχος του δικτύου των δημόσιων δομών ψυχικής υγείας», εκπονήθηκε ως έργο

στο διάταγμα του Νόμου για τη Ψυχική Υγεία. Το έγγραφο αναφέρει τον αριθμό, το μέγεθος και τη θέση των ειδικών κοινοτήτων και των ενδονοσοκομειακών δομών που θα πρέπει να υπάρχουν ιδίως στις επαρχίες κατά το έτος 2005.

Χρηματοδότηση της φροντίδας:

Η μελλοντική μορφή της ψυχιατρικής εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό στην προσέγγιση των κεφαλαίων ασθένειας στις υποθέσεις και οδηγίες που περιγράφονται στο Πρόγραμμα Ψυχικής Υγείας, που συζητήθηκε νωρίτερα. Τρία βασικά προγράμματα δράσης θα πρέπει να λαμβάνονται από τα ταμεία αν θέλουν την πολιτική τους να είναι σύμφωνη με το πρόγραμμα:

- i. Κατανομή των μεγαλύτερων κονδυλίων για την αγορά των ψυχιατρικών υπηρεσιών που παρέχονται από τα Εξωτερικά Ιατρεία, τα Νοσοκομεία Ημέρας, τους Ξενώνες και τις Κινητές Ομάδες στην κοινότητα, δηλαδή υπηρεσίες κοντά στα σπίτια των ασθενών και να μειωθεί η ανάγκη για νοσοκομειακή περίθαλψη.
- ii. Προσφορά για την αγορά ψυχιατρικών υπηρεσιών σε Γενικά Νοσοκομεία που βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές (πάνω από 50-60 km) από ψυχιατρικά κέντρα, ενθαρρύνοντας έτσι τα Γενικά Νοσοκομεία να δημιουργήσουν ψυχιατρικές πτέρυγες.
- iii. Η προσφορά για την αγορά υπηρεσιών αποκατάστασης και περιοριστικών θαλάμων για τους χρόνιους ασθενείς σε μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, ώστε να ενθαρρύνονται τα νοσοκομεία για τη δημιουργία τέτοιων πτερυγών (<http://www.icmpe.org>).

Αν και έχουν γίνει αποδεκτές, οι κινητές υπηρεσίες κρίσης, ευρέως ως αποτελεσματική προσέγγιση για την παροχή υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης, συστηματικές μελέτες δεν έχουν τεκμηριώσει την επικράτηση ή την αποτελεσματικότητα των εν λόγω υπηρεσιών. Αυτό που συγκέντρωσαν τα εθνικά στοιχεία σχετικά με τη χρήση και την αξιολόγηση των κινητών υπηρεσιών κρίσης είναι ότι η χρήση των κινητών υπηρεσιών κρίσης που συνδέονται με ευνοϊκά αποτελέσματα για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και με τα χαμηλότερα ποσοστά νοσηλείας (<http://psychservices.psychiatryonline.org>).

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην Αυστραλία οι ψυχιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης οι οποίες περιλαμβάνουν ένα κινητό στοιχείο και παρέχουν μια εξατομικευμένη προσέγγιση από τη διεπιστημονική ομάδα φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικές για την παροχή υπηρεσιών σε λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον και την αποφυγή της νοσηλείας (<http://informahealthcare.com>).

ΜΕΡΟΣ Β: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1. Μέθοδος/είδος έρευνας

Η μέθοδος της έρευνας ήταν η επισκόπηση και είχε ως στόχο τη συλλογή δεδομένων σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, καθώς και την περιγραφή των απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την αναγκαιότητα και την αποτελεσματικότητα των Κινητών Μονάδων Ψυχιατρικής Περίθαλψης των ασθενών στην κοινότητα.

Για την συλλογή πληροφοριών με τη μέθοδο της επισκόπησης χρησιμοποιείται συνήθως μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες τεχνικές συγκέντρωσης δεδομένων: δομημένες ή ημι-δομημένες συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται επιτόπου ή ερωτηματολόγια μέσω ταχυδρομείου, σταθμισμένα τεστ επίδοσης ή γνώσεων και κλίμακες στάσεων. Κατά κανόνα οι επισκοπήσεις προχωρούν μέσα από στάδια που είναι ορισμένα με σαφήνεια. Τρία προαπαιτούμενα στοιχεία για το σχεδιασμό οποιασδήποτε επισκόπησης είναι i) ο προσδιορισμός του ακριβούς σκοπού της έρευνας, ii) ο προσδιορισμός του πληθυσμού στον οποίο πρόκειται να επικεντρωθεί και iii) ο προσδιορισμός των πόρων που είναι διαθέσιμοι. (Cohen και Manion 2000)

Ο γενικός σκοπός μιας επισκόπησης πρέπει να μεταφραστεί σε έναν ειδικό κεντρικό στόχο. Αφού έχει αποφασιστεί και αποσαφηνιστεί ο πρωταρχικός στόχος της επισκόπησης, η δεύτερη φάση του προγραμματισμού αφορά τον εντοπισμό και το διαχωρισμό των δευτερογενών ζητημάτων τα οποία σχετίζονται με τον κεντρικό στόχο. Η τρίτη φάση αφορά τον προσδιορισμό των πληροφοριών που απαιτούνται σχετικά με το κάθε ένα από αυτά τα θέματα. Το δεύτερο προαπαιτούμενο στοιχείο, ο προσδιορισμός του πληθυσμού τον οποίο αφορά η έρευνα, επηρεάζει τις αποφάσεις που θα πρέπει να πάρουν οι ερευνητές όσον αφορά τη δειγματοληψία αλλά και τους πόρους. Ο τρίτος σημαντικός παράγοντας στο σχεδιασμό και τον προγραμματισμό μιας επισκόπησης είναι το οικονομικό κόστος. (Cohen και Manion 2000)

Το είδος της έρευνας είναι η ποσοτική έρευνα η οποία είχε ως στόχο να εξάγει στατιστικά αποτελέσματα. Σύμφωνα με την Κυριαζή (1999), η ποσοτική έρευνα εκθέτει τα θετικιστικά της στοιχεία στην αναγκαιότητα μέτρησης και

εμπειρικής υπόστασης των θεωρητικών εννοιών, στη σημασία ανεύρεσης αιτιωδών συνδέσεων των μεταβλητών, καθώς και στην έμφαση στις εμπειρικές γενικεύσεις και συνεπώς στις κανονικότητες των κοινωνικών φαινομένων.

Τα στάδια που ακολουθούνται στις ποσοτικές ερευνητικές πρακτικές με σκοπό τον έλεγχο των θεωρητικών υποθέσεων είναι τα εξής:

- Η επιλογή της θεωρίας που αποτελεί το εννοιολογικό πλαίσιο για την ανάλυση του υπό έρευνα κοινωνικού φαινομένου.
- 1. Η διατύπωση συγκεκριμένων ελεγχόμενων υποθέσεων που απορρέουν από τη θεωρία.
- Η κατάστρωση του σχεδίου έρευνας (αποφάσεις σχετικά με τη μετάφραση των θεωρητικών εννοιών σε εμπειρικές μεταβλητές και δείκτες, τον τρόπο επιλογής του δείγματος, την τεχνική για την συγκέντρωση στοιχείων).
- Η εφαρμογή του σχεδίου έρευνας και η συγκέντρωση των στοιχείων.
- Η ανάλυση των στοιχείων με στατιστικές μεθόδους.
- Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της ανάλυσης και αναλόγως, η επαλήθευση, η τροποποίηση ή η απόρριψη της θεωρίας. (Κυριαζή, 1999)

2.2. Ερευνητικές υποθέσεις / Ερευνητικά ερωτήματα

Οι ερευνητικές υποθέσεις στις οποίες βασίστηκε η έρευνα αυτή είναι οι εξής:

- i. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας θεωρείται ότι αποσκοπεί στην πρόληψη, την ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας, την έγκαιρη παρέμβαση σε περιπτώσεις κρίσης, τη θεραπευτική αντιμετώπιση, καθώς και την επαφή με την οικογένεια του αρρώστου (Λαζαρίδου,2009).
- ii. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας αποτελεί για μικρούς και απομακρυσμένους νομούς, τον ακρογωνιαίο λίθο της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Λαζαρίδου,2009).
- iii. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας αντιμετωπίζει το ψυχιατρικό πρόβλημα μέσα στην κοινότητα, χωρίς να αποκόπτει τον ασθενή από τον κοινωνικό του περίγυρο (www.ekpse.gr).

- iv. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας παρέχει κάθε δυνατή βοήθεια για την προσαρμογή του αρρώστου στην κοινότητα μετά από μια νοσηλεία και την μείωση της πιθανότητας υποτροπής και επανεισαγωγής (Μαδιανός, 1994).

Τα **ερευνητικά ερωτήματα** τα οποία πηγάζουν από τις παραπάνω ερευνητικές υποθέσεις είναι τα εξής:

1. Ποια η σημασία του επαγγελματικού ρόλου των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας;
2. Ποιοι είναι οι παράγοντες εκείνοι που συντελούν στην ανάπτυξη των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας;
3. Ποιοι είναι οι στόχοι της παρέμβασης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην κοινότητα και ποια η αποτελεσματικότητα των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας;
4. Ποιες είναι οι προτάσεις των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας σχετικά με την λειτουργία των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

2.3. Πληθυσμός – Δείγμα

Πληθυσμός είναι το σύνολο των υποκειμένων της έρευνας που έχουν όμοια και κοινά χαρακτηριστικά. Στην συγκεκριμένη έρευνα ο πληθυσμός μας είναι όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Δείγμα είναι το υποσύνολο του πληθυσμού που έχει επιλεγεί με μια συγκεκριμένη δειγματοληψία. Δειγματοληψία είναι ο τρόπος με τον οποίο επιλέγουμε το δείγμα μας.

Το είδος δειγματοληψίας της συγκεκριμένης έρευνας είναι “σταδιακή δειγματοληψία”, η οποία είναι προέκταση της δειγματοληψίας κατά δεσμίδες. Στο πλαίσιο της, το δείγμα επιλέγεται σταδιακά, δηλαδή λαμβάνονται δείγματα από δείγματα (Cohen και Manion 2000). Συγκεκριμένα, αναζητήθηκαν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που λειτουργούν στις αντίστοιχες περιοχές (Αχαΐας, Θεσσαλονίκης, Λασιθίου, Ρόδου και Σερρών). Κατόπιν πραγματοποιήθηκε η τηλεφωνική επικοινωνία με τους προϊσταμένους των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Ψυχιατρικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων, Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Ξενώνες, Οικοτροφεία, Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας και Κέντρα Ψυχικής Υγείας), προκειμένου να ενημερωθούν για το σκοπό της έρευνας και τον τόπο και χρόνο

διεξαγωγής. Παράλληλα ζητήσαμε την έγκριση των προϊσταμένων για να έρθουμε σε διαπροσωπική επαφή με τους υποψήφιους συμμετέχοντες του δείγματος.

Με την έγκριση των προϊσταμένων προχωρήσαμε σε καθορισμένες συναντήσεις με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας των αντίστοιχων υπηρεσιών, οι οποίοι ερωτήθηκαν για την ενδεχόμενη συμμετοχή τους, ως υποκείμενα του δείγματος.

2.4. Επιλογή εργαλείων έρευνας

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι το ερωτηματολόγιο. Ένα ιδανικό ερωτηματολόγιο σύμφωνα με τις Cohen και Manion (2000), πρέπει να είναι σαφές, απαλλαγμένο από αοριστίες και δεκτικό ομοιόμορφου χειρισμού. Ο σχεδιασμός του θα πρέπει να ελαχιστοποιεί τα πιθανά σφάλματα εκ μέρους των απαντώντων και αυτών που θα κάνουν την κωδικοποίηση. Και εφόσον η συμμετοχή των ανθρώπων στις επισκοπήσεις είναι εθελοντική, ένα ερωτηματολόγιο πρέπει να κεντρίζει το ενδιαφέρον τους, να ενθαρρύνει τη συνεργασία τους και να εκμαιεύει απαντήσεις όσο το δυνατόν πλησιέστερα στην αλήθεια.

Το είδος του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήσαμε είναι το ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται επιτόπου και παραδίδεται ιδιοχείρως. Οι ερωτήσεις που περιέχονται στο ερωτηματολόγιο απορρέουν από τα ερευνητικά ερωτήματα. Στο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις με καθορισμένες εναλλακτικές απαντήσεις, οι οποίες επιτρέπουν στον ερωτώμενο να επιλέξει μεταξύ δύο ή περισσότερων εναλλακτικών απαντήσεων. Οι ερωτήσεις αυτές επιτυγχάνουν τη μεγαλύτερη ομοιομορφία στις μετρήσεις και κατά συνέπεια μεγαλύτερη αξιοπιστία. Τα είδη των ερωτήσεων που περιέχονται στο ερωτηματολόγιο είναι:

- Ερωτήσεις άμεσης ή έμμεσης μορφής.
- Ερωτήσεις με γενικό ή εξειδικευμένο θέμα.
- Ερωτήσεις που ζητούν απαντήσεις στηριζόμενες σε γεγονότα και εκείνων που ζητούν γνώμες.
- Ερωτήσεις που ζητούν απάντηση με επιλογή από έναν κατάλογο.
- Ερωτήσεις διαβάθμισης.

2.5. Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας

Η έρευνα διεξήχθη στους Νομούς Αχαΐας, Θεσσαλονίκης, Λασιθίου, Ρόδου και Σερρών. Η διάρκεια της έρευνας ήταν περίπου 4 εβδομάδες. Ξεκίνησε από 15 Μαρτίου και τελείωσε στις 10 Απριλίου.

2.6. Συλλογή δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων μας χρησιμοποιήσαμε το διαδίκτυο για να εντοπίσουμε τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στους νομούς Αχαΐας, Θεσσαλονίκης, Λασιθίου, Ρόδου και Σερρών. Επικοινωνήσαμε μαζί τους και ενημερώσαμε για την έρευνά μας και το σκοπό της. Ζητήσαμε να έρθουμε σε επαφή με ειδικούς και ορίσαμε ραντεβού προκειμένου να διανέμουμε τα ερωτηματολόγια. Σε πρώτη φάση μοιράσαμε τα ερωτηματολόγια στις υπηρεσίες. Διανεμήθηκαν 140 ερωτηματολόγια, επεστράφησαν 118 ερωτηματολόγια εκ των οποίων τα 8 ήταν άκυρα. Συνολικά χρησιμοποιήθηκαν 110 ερωτηματολόγια.

2.7. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Τα κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν οι συμμετέχοντες να είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η ιδιότητα των συμμετεχόντων περιοριζόταν στις εξής κατηγορίες: ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, παιδοψυχίατροι, επισκέπτες υγείας, κινησιοθεραπευτές και φυσιοθεραπευτές. Άλλο ένα κριτήριο εισαγωγής ήταν ο χώρος εργασίας τους, ο οποίος περιοριζόταν σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων, σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, σε ξενώνες, σε οικοτροφεία, σε κινητές μονάδες ψυχικής υγείας και τέλος, σε κέντρα ψυχικής υγείας. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

2.8. Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Σύμφωνα με τις Cohen και Manion (2000) μεγάλο μέρος της κοινωνικής έρευνας απαιτεί την εξασφάλιση της συναίνεσης και της συνεργασίας των ατόμων που θα βοηθήσουν στην έρευνα. Η συνειδητή συναίνεση εξασφαλίζεται με πολύ καλή ενημέρωση για τον σκοπό και τους στόχους της έρευνας. Η σπουδαιότητα της αρχής της συνειδητής συναίνεσης γίνεται εμφανής στο αρχικό

στάδιο του ερευνητικού προγράμματος, που αφορά την πρόσβαση στο ίδρυμα ή τον οργανισμό όπου πρόκειται να διεξαχθεί η έρευνα και την αποδοχή του προγράμματος από αυτούς των οποίων απαιτείται η άδεια πριν από την έναρξη των εργασιών. Σχετικά με τη διεξαγωγή της μελέτης αυτής, ελάχιστοι ήταν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που αναρωτήθηκαν για την τήρηση του απορρήτου. Όλοι σχεδόν οι υπεύθυνοι στους οποίους απευθυνθήκαμε για να πάρουμε άδεια ώστε να διεξάγουμε την έρευνα στην υπηρεσία αρκέστηκαν στην προφορική ενημέρωση για την έρευνα και το σκοπό της και στην υπόδειξη του πρωτόκολλου έρευνας το οποίο είχαμε πάρει από την γραμματεία του τμήματος. Μία δυσκολία που αντιμετωπίσαμε σε μία από τις υπηρεσίες είχε να κάνει με χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες (όπως π.χ. χρονοβόρες διαδικασίες έγκρισης της έρευνας σε κάποιες από τις υπηρεσίες). Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο σύνολο τους ήταν πρόθυμοι να μας βοηθήσουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στα πλαίσια της έρευνας που πραγματοποιήθηκε για την επίτευξη του σκοπού της παρούσας μελέτης μία διαδικασία που βοήθησε στην διατύπωση των στοιχείων που αποκομίσαμε ήταν η κωδικοποίηση και η στατιστική ανάλυση. Κάθε πιθανή απάντηση σε μια ερώτηση κωδικοποιήθηκε με έναν ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον Ηλεκτρονική Υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μια αντιπροσώπευε μια ερώτηση. Η στατιστική ανάλυση δεδομένων έγινε με το Στατιστικό Πακέτο Κοινωνικών Επιστημών (Statistical Package for the Social Sciences –SPSS). Στο επόμενο κεφάλαιο παραθέτουμε τα αποτελέσματα της έρευνας όπως διαφαίνονται μέσα από τους στατιστικούς πίνακες και τα διαγράμματα και σύμφωνα πάντα με το πρότυπο ερωτηματολόγιο που δόθηκε σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

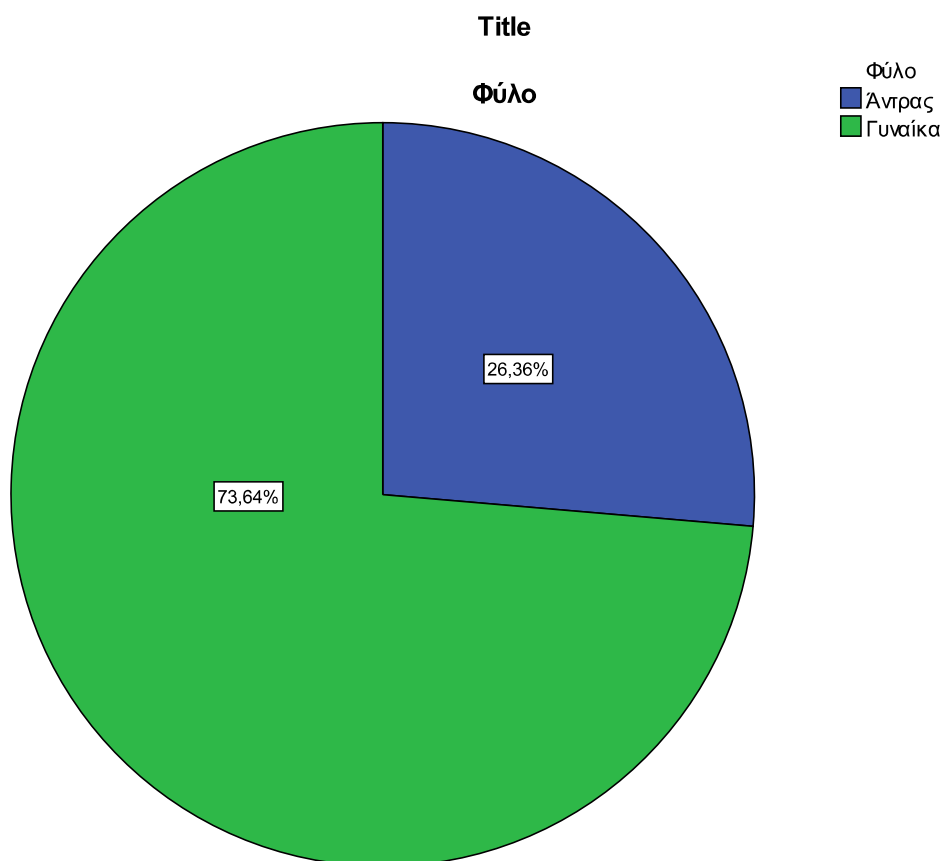
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ

Ερ.1 Φύλο

		Frequency	Percent
Valid	Άντρας	29	26,4
	Γυναίκα	81	73,6
	Total	110	100,0

Σχήμα 1^ο

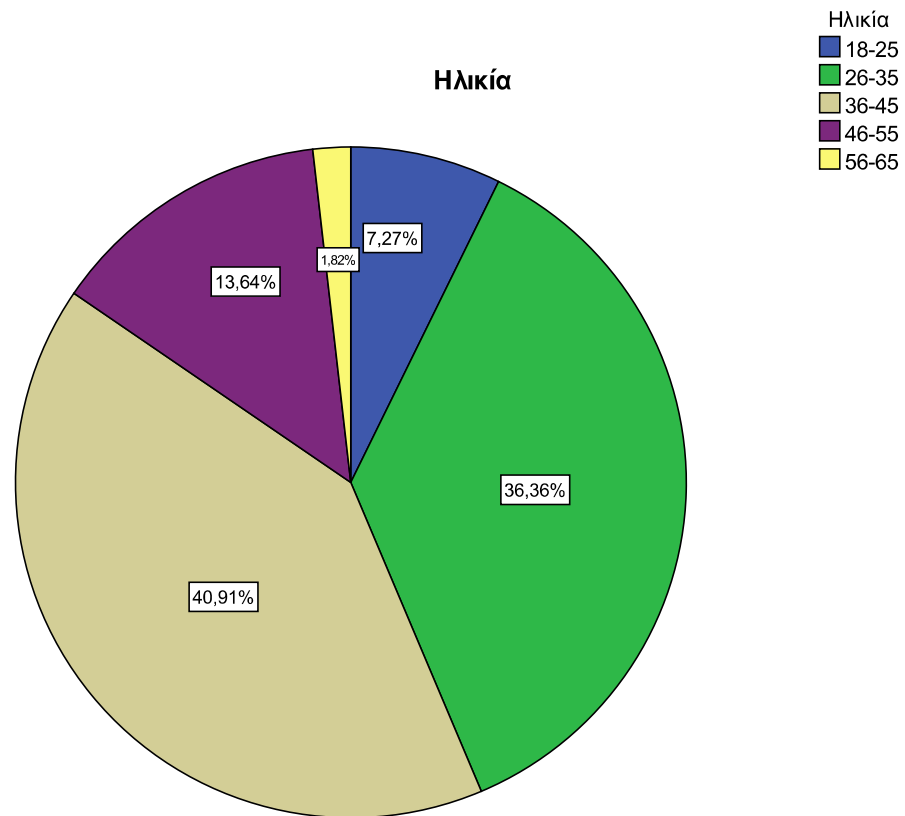


Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 73,6% των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες και το 26,4% άντρες.

Ερ.2 Ηλικία

		Frequency	Percent
Valid	18-25	8	7,3
	26-35	40	36,4
	36-45	45	40,9
	46-55	15	13,6
	56-65	2	1,8
	Total	110	100,0

Σχήμα 2

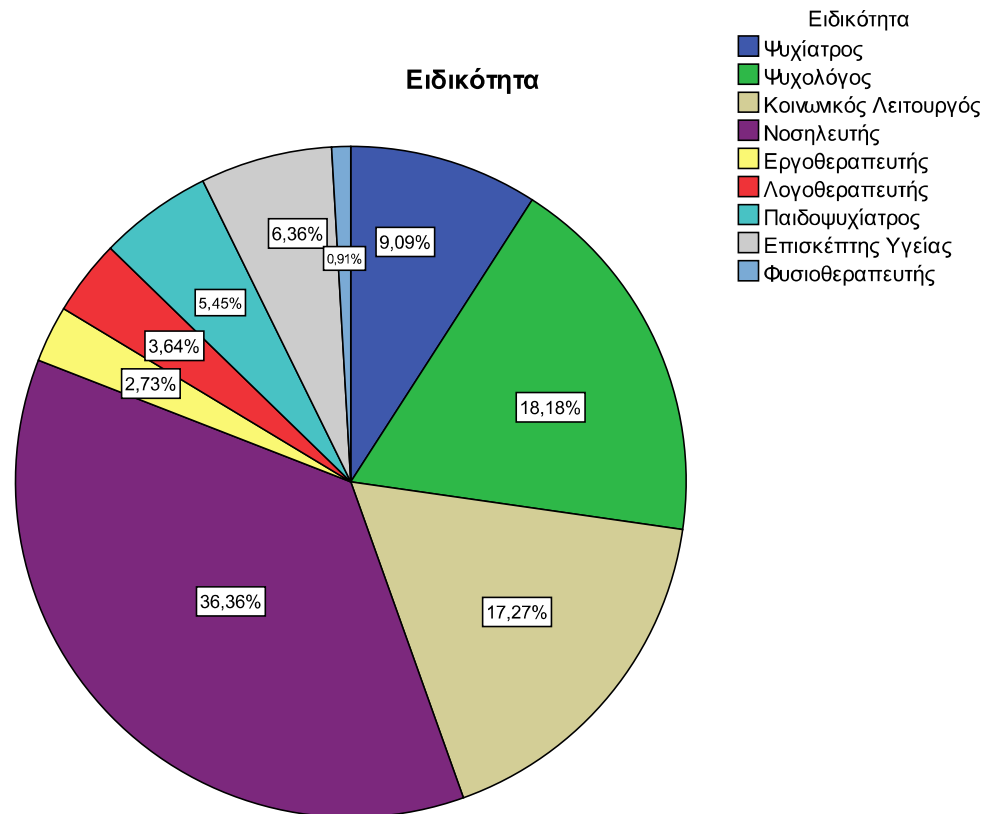


Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό 40,9% των ερωτηθέντων έχουν ηλικία μεταξύ 36-45, το 36,4% 26-35, το 13,6% 46-55, το 7,3% 18-25 και το 1,8% έχουν ηλικία μεταξύ 56-65.

Ερ.3 Ειδικότητα

		Frequency	Percent
Valid	Ψυχίατρος	10	9,1
	Ψυχολόγος	20	18,2
	Κοινωνικός Λειτουργός	19	17,3
	Νοσηλεύτης	40	36,4
	Εργοθεραπευτής	3	2,7
	Λογοθεραπευτής	4	3,6
	Παιδοψυχίατρος	6	5,5
	Επισκέπτης Υγείας	7	6,4
	Φυσιοθεραπευτής	1	,9
Total		110	100,0

Σχήμα 3



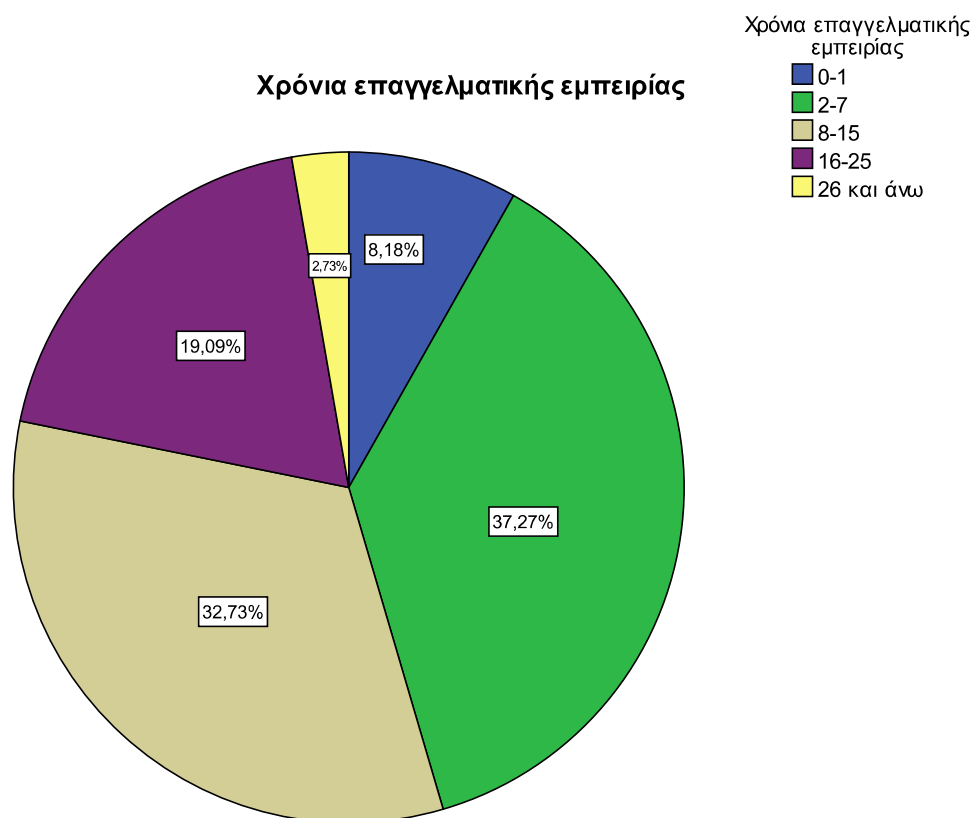
Στον παραπάνω πίνακα αναφέρονται οι ειδικότητες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Από το σύνολο των ερωτηθέντων προκύπτει ότι το 36,4% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι Νοσηλεύτες, το 18,2% είναι Ψυχολόγοι, το 17,3% είναι Κοινωνικοί Λειτουργοί, το 9,1% είναι Ψυχίατροι, το 6,4% είναι

Επισκέπτες Υγείας, το 5,5% είναι Παιδοψυχίατροι, το 3,6% είναι Λογοθεραπευτές, το 2,7% είναι Εργοθεραπευτές και το 0,9% είναι Φυσιοθεραπευτές.

Ερ.4 Χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας

		Frequency	Percent
Valid	0-1	9	8,2
	2-7	41	37,3
	8-15	36	32,7
	16-25	21	19,1
	26 και άνω	3	2,7
	Total		110

Σχήμα 4

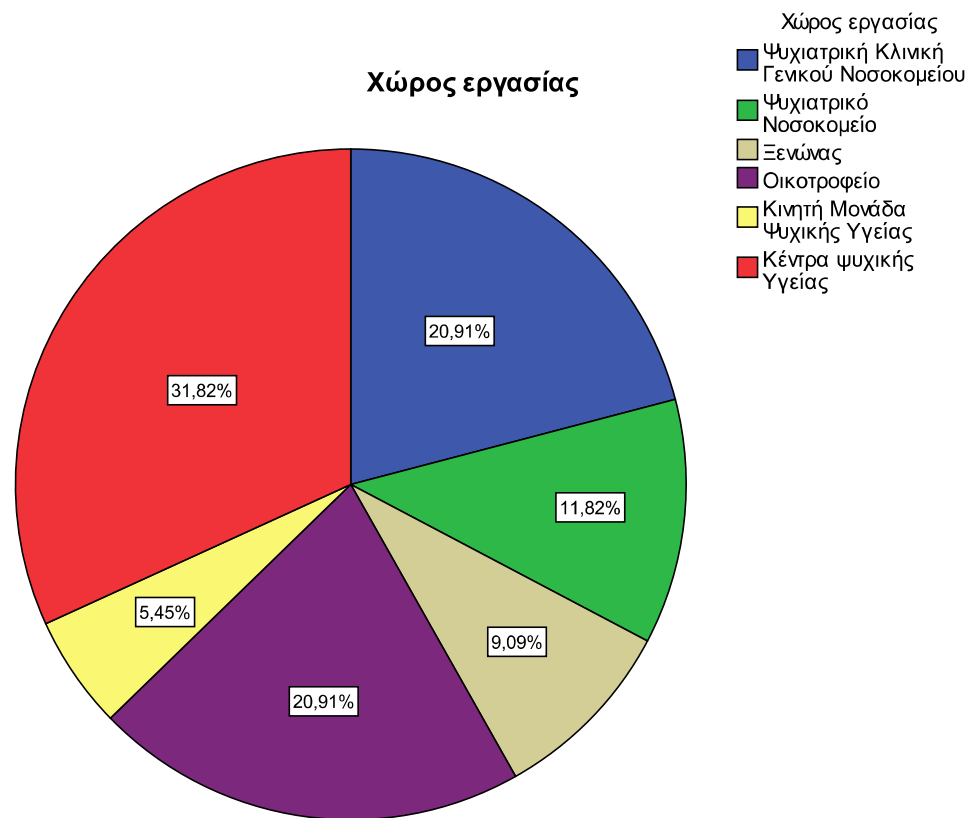


Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα για τα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας των ερωτηθέντων προκύπτει ότι το 37,3% των ερωτηθέντων κυμαίνεται στα 2-7 χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας, το 32,7% κυμαίνεται στα 8-15 χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας, το 19,1% κυμαίνεται 16-25 χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας, το 8,2% έχει 0-1 χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας και το 2,7% κυμαίνεται στα 26 και άνω χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας.

Ερ.5 Χώρος εργασίας

		Frequency	Percent
Valid	Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	23	20,9
	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο	13	11,8
	Ξενώνας	10	9,1
	Οικοτροφείο	23	20,9
	Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας	6	5,5
	Κέντρα ψυχικής Υγείας	35	31,8
	Total	110	100,0

Σχήμα 5



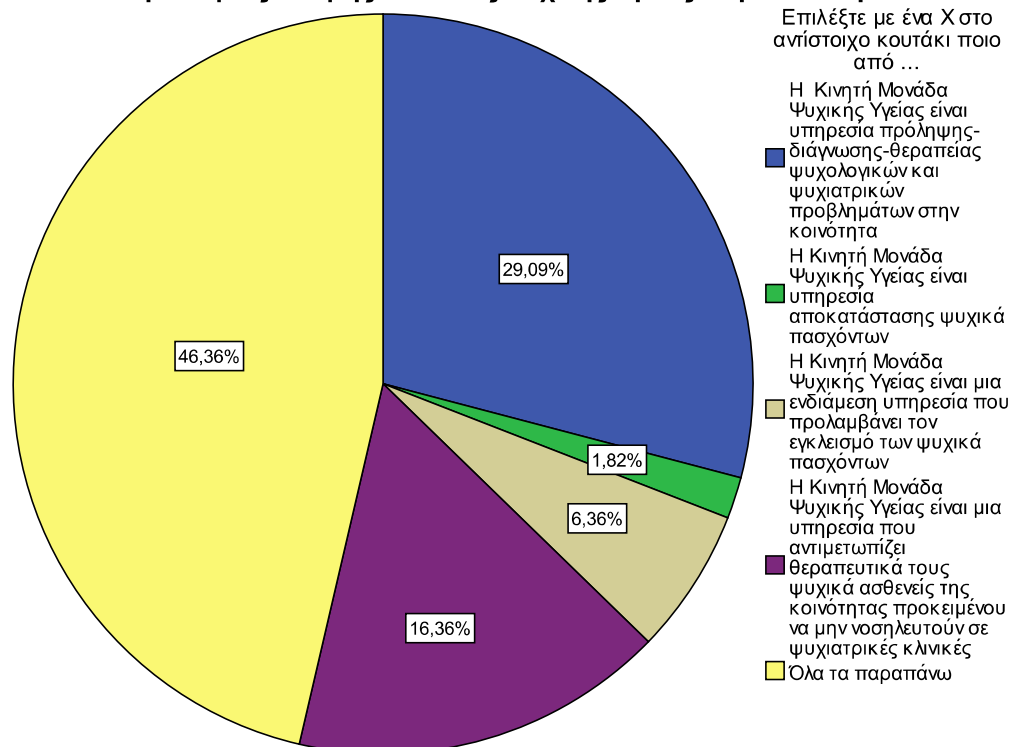
Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει τον χώρο εργασίας των ερωτηθέντων. Το 31,8% εργάζεται σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας, το 20,9% σε Ψυχιατρική κλινική Γενικού Νοσοκομείου, το ίδιο ποσοστό ερωτηθέντων εργάζεται σε οικοτροφείο, το 11,8% σε Ψυχιατρικό νοσοκομείο, το 9,1% εργάζεται σε Ξενώνες και το 5,5% των ερωτηθέντων εργάζεται σε Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

Ερ. 6 Επιλέξτε με ένα X στο αντίστοιχο κουτάκι, ποιο από τα παρακάτω προσδιορίζει το ρόλο μιας Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας στην κοινότητα

		Frequency	Percent
Valid	Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία πρόληψης- διάγνωσης-θεραπείας ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων στην κοινότητα	32	29,1
	Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων	2	1,8
	Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι μια ενδιάμεση υπηρεσία που προλαμβάνει τον εγκλεισμό των ψυχικά πασχόντων	7	6,4
	Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι μια υπηρεσία που αντιμετωπίζει θεραπευτικά τους ψυχικά ασθενείς της κοινότητας προκειμένου να μην νοσηλευτούν σε ψυχιατρικές κλινικές	18	16,4
	Όλα τα παραπάνω	51	46,4
	Total	110	100,0

Σχήμα 6

Επιλέξτε με ένα X στο αντίστοιχο κουτάκι ποιο από τα παρακάτω προσδιορίζει το ρόλο μιας Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας στην κοινότητα



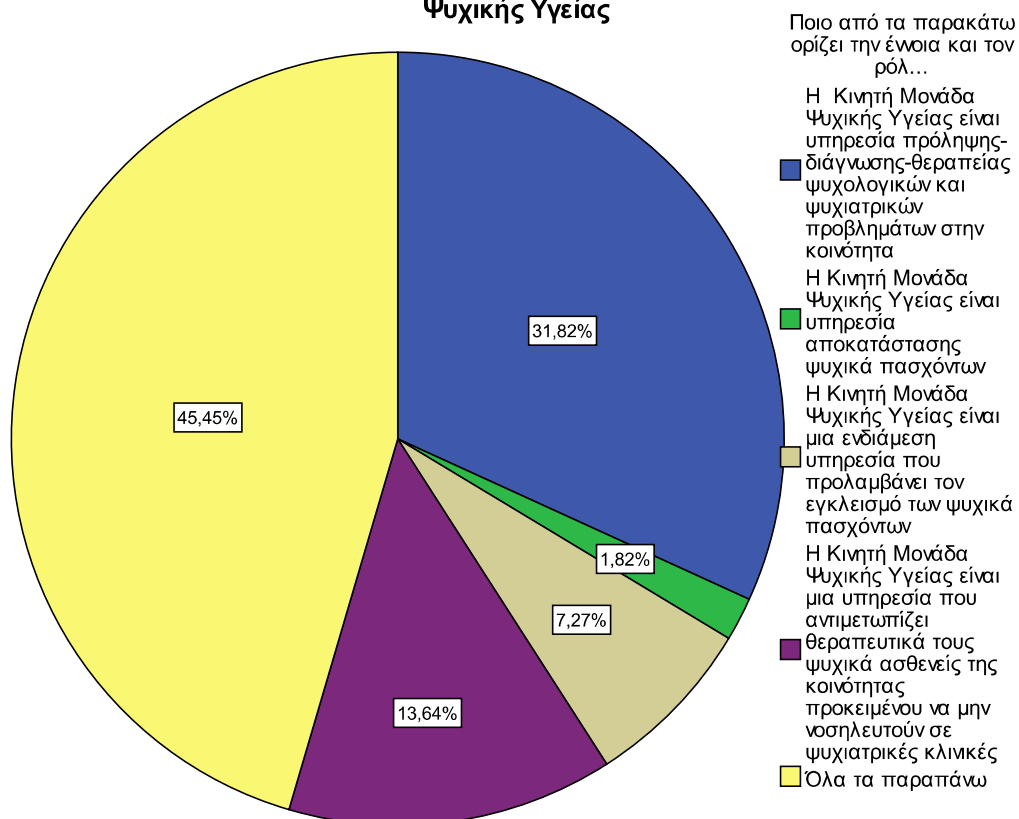
Στον παραπάνω πίνακα προσδιορίζεται ο ρόλος των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Το 46,4% υποστηρίζει ότι η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία πρόληψης- διάγνωσης-θεραπείας ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων στην κοινότητα, υπηρεσία αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων, ενδιάμεση υπηρεσία που προλαμβάνει τον εγκλεισμό των ψυχικά πασχόντων και υπηρεσία που αντιμετωπίζει θεραπευτικά τους ψυχικά ασθενείς της κοινότητας προκειμένου να μην νοσηλευτούν σε ψυχιατρικές κλινικές. Το 29,1% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία πρόληψης- διάγνωσης-θεραπείας ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων στην κοινότητα. Το 16,4% πιστεύουν ότι είναι μια υπηρεσία που αντιμετωπίζει θεραπευτικά τους ψυχικά ασθενείς της κοινότητας προκειμένου να μην νοσηλευτούν σε ψυχιατρικές κλινικές. Το 6,4% θεωρεί ότι η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι μια ενδιάμεση υπηρεσία που προλαμβάνει τον εγκλεισμό των ψυχικά πασχόντων και ένα ποσοστό 1,8% πιστεύει ότι η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων.

Ερ. 7 Ποιο από τα παρακάτω ορίζει την έννοια και τον ρόλο των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας

		Frequency	Percent
Valid	Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία πρόληψης- διάγνωσης-θεραπείας ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων στην κοινότητα	35	31,8
	Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων	2	1,8
	Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι μια ενδιάμεση υπηρεσία που προλαμβάνει τον εγκλεισμό των ψυχικά πασχόντων	8	7,3
	Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι μια υπηρεσία που αντιμετωπίζει θεραπευτικά τους ψυχικά ασθενείς της κοινότητας προκειμένου να μην νοσηλευτούν σε ψυχιατρικές κλινικές	15	13,6
	Όλα τα παραπάνω	50	45,5
	Total	110	100,0

Σχήμα 7

Ποιο από τα παρακάτω ορίζει την έννοια και τον ρόλο των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας



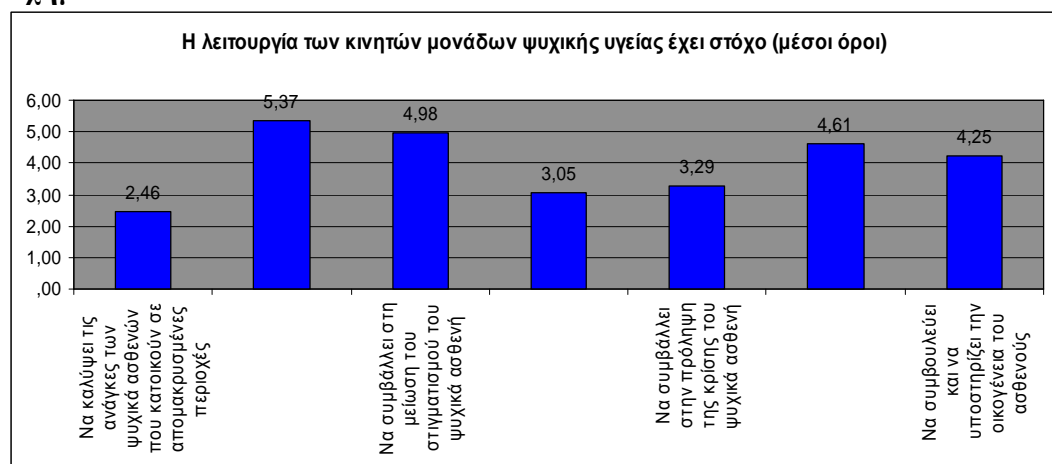
Όσον αφορά την έννοια και το ρόλο των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι το 45,5% υποστηρίζει ότι η Κινητή Μονάδα

Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία πρόληψης- διάγνωσης-θεραπείας ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων στην κοινότητα, υπηρεσία αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων, ενδιάμεση υπηρεσία που προλαμβάνει τον εγκλεισμό των ψυχικά πασχόντων και υπηρεσία που αντιμετωπίζει θεραπευτικά τους ψυχικά ασθενείς της κοινότητας προκειμένου να μην νοσηλευτούν σε ψυχιατρικές κλινικές. Το 31,8% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία πρόληψης- διάγνωσης-θεραπείας ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων στην κοινότητα. Το 13,6% πιστεύουν ότι είναι μια υπηρεσία που αντιμετωπίζει θεραπευτικά τους ψυχικά ασθενείς της κοινότητας προκειμένου να μην νοσηλευτούν σε ψυχιατρικές κλινικές. Το 7,3% θεωρεί ότι η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι μια ενδιάμεση υπηρεσία που προλαμβάνει τον εγκλεισμό των ψυχικά πασχόντων και ένα ποσοστό 1,8% πιστεύει ότι η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων.

Ερ.8 Παρακαλώ δηλώστε τις προτεραιότητές σας συμπληρώνοντας τους αντίστοιχους αριθμούς στα κουτάκια που δηλώνουν την κατάταξη των απόψεών σας, 1= βασική προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ. Η λειτουργία των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας έχει στόχο.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Να καλύψει τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών που κατοικούν σε απομακρυσμένες περιοχές	110	1	7	2,46	1,811
Να βοηθήσει στην αποσυμφόρηση των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Ψυχιατρικών Κλινικών	110	1	7	5,37	1,981
Να συμβάλει στη μείωση του στιγματισμού του ψυχικά ασθενή	110	1	7	4,98	1,692
Να παρέχει εξατομικευμένη ψυχοκοινωνική υποστήριξη και κατ' οίκον ψυχιατρική νοσηλεία	110	1	7	3,05	1,721
Να συμβάλει στην πρόληψη της κρίσης του ψυχικά ασθενή	110	1	7	3,29	1,599
Να ενημερώνει και να ευαισθητοποιεί την κοινότητα για θέματα ψυχικής υγείας	110	1	7	4,61	1,843
Να συμβουλευεί και να υποστηρίζει την οικογένεια του ασθενούς	110	1	7	4,25	1,485
Valid N (listwise)	110				

Σχήμα 8



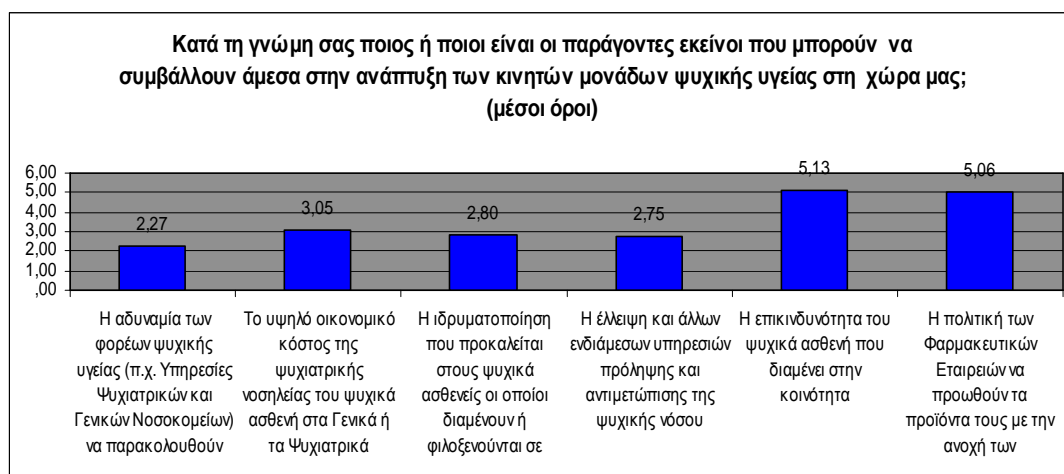
Σύμφωνα με την κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε γίνεται αντιληπτό ότι ο χαμηλότερος μέσος όρος δηλώνει την βασικότερη προτεραιότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα. Έτσι, ο σημαντικότερος στόχος της λειτουργίας των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον πίνακα, αναδεικνύεται η

κάλυψη των αναγκών των ψυχικά ασθενών που κατοικούν σε απομακρυσμένες περιοχές με μέσο όρο 2,46 και τυπική απόκλιση 1,811. έπειτα η παροχή εξατομικευμένης ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και κατ' οίκον ψυχιατρική νοσηλεία με μέσο όρο 3,05 και τυπική απόκλιση 1,721. η συμβολή στην πρόληψη της κρίσης του ψυχικά ασθενή με μέσο όρο 3,29 και τυπική απόκλιση 1,599. η συμβουλευτική και υποστήριξη στην οικογένεια του ψυχικά ασθενούς με μέσο όρο 4,25 και τυπική απόκλιση 1,485. Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας για θέματα ψυχικής υγείας με μέσο όρο 4,61 και τυπική απόκλιση 1,843. ακολουθεί η συμβολή στη μείωση του στιγματισμού του ψυχικά ασθενή με μέσο όρο 4,98 και τυπική απόκλιση 1,692 και τέλος η αποσυμφόρηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των ψυχιατρικών κλινικών με μέσο όρο 5,37 και τυπική απόκλιση 1,981.

Ερ.9 Κατά τη γνώμη σας ποιος ή ποιοι είναι οι παράγοντες εκείνοι που μπορούν να συμβάλλουν άμεσα στην ανάπτυξη των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας στη χώρα μας; Τοποθετήστε κατά σειρά προτεραιότητας τον αριθμό που αντιστοιχεί στην άποψή σας π.χ. 1= βασική προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Η αδυναμία των φορέων ψυχικής υγείας (π.χ. Υπηρεσίες Ψυχιατρικών και Γενικών Νοσοκομείων) να παρακολουθούν τακτικά τη θεραπεία των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα	110	1	6	2,27	1,226
Το υψηλό οικονομικό κόστος της ψυχιατρικής νοσηλείας του ψυχικά ασθενή στα Γενικά ή τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	110	1	7	3,05	1,553
Η ιδρυματοποίηση που προκαλείται στους ψυχικά ασθενείς οι οποίοι διαμένουν ή φιλοξενούνται σε μεταβατικούς Ξενώνες ή Οικοτροφεία	110	1	6	2,80	1,276
Η έλλειψη και άλλων ενδιάμεσων υπηρεσιών πρόληψης και αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου	110	1	6	2,75	1,267
Η επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή που διαμένει στην κοινότητα	110	1	7	5,13	1,085
Η πολιτική των Φαρμακευτικών Εταιρειών να προωθούν τα προϊόντα τους με την ανοχή των υπάρχοντων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με απώτερο σκοπό το κέρδος και όχι την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών	110	1	6	5,06	1,265
Valid N (listwise)	110				

Σχήμα 9



Σύμφωνα με την κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε γίνεται αντιληπτό ότι ο χαμηλότερος μέσος όρος δηλώνει την βασικότερη προτεραιότητα των

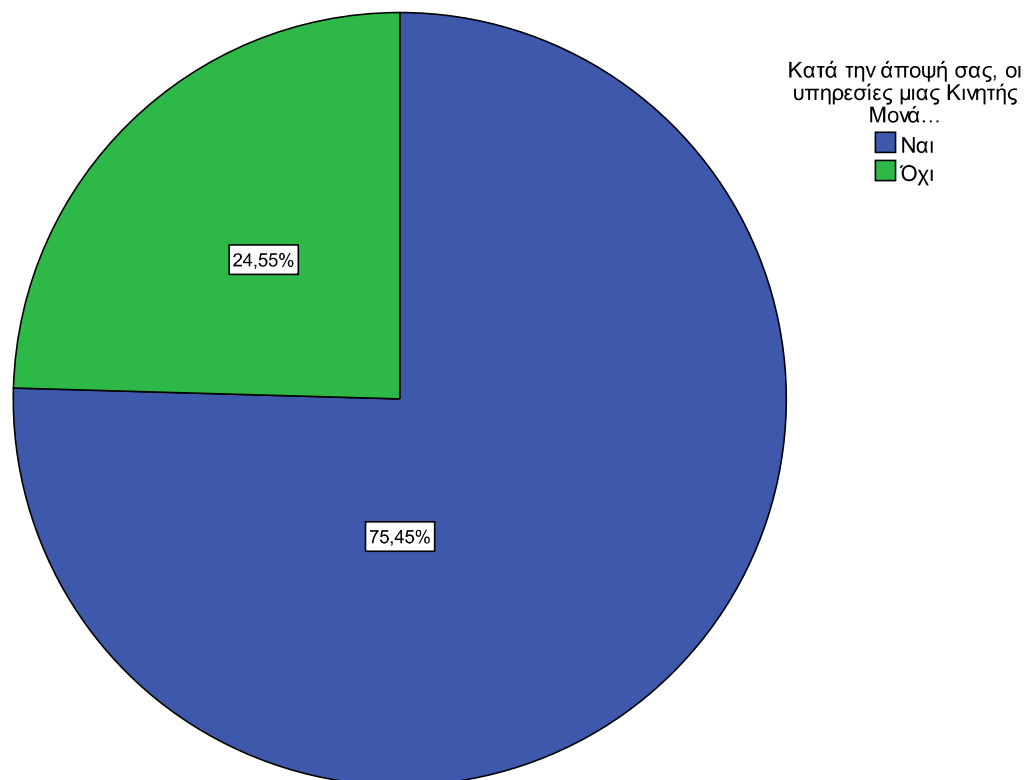
συμμετεχόντων στην έρευνα. Έτσι, ως σημαντικότερος παράγοντας που μπορεί να συμβάλλει άμεσα στην ανάπτυξη των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας στη χώρα μας, σύμφωνα με τον πίνακα, αναδεικνύεται η αδυναμία των φορέων ψυχικής υγείας (π.χ. Υπηρεσίες Ψυχιατρικών και Γενικών Νοσοκομείων) να παρακολουθούν τακτικά τη θεραπεία των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα με μέσο όρο 2,27 και τυπική απόκλιση 1,226. Ακολουθεί η έλλειψη και άλλων ενδιάμεσων υπηρεσιών πρόληψης και αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου με μέσο όρο 2,75 και τυπική απόκλιση 1,267. Η ιδρυματοποίηση που προκαλείται στους ψυχικά ασθενείς οι οποίοι διαμένουν ή φιλοξενούνται σε μεταβατικούς Ξενώνες ή Οικοτροφεία με μέσο όρο 2,80 και τυπική απόκλιση 1,276. Το υψηλό οικονομικό κόστος της ψυχιατρικής νοσηλείας του ψυχικά ασθενή στα Γενικά ή τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία με μέσο όρο 3,05 και τυπική απόκλιση 1,553. Έπειτα η πολιτική των Φαρμακευτικών Εταιρειών να προωθούν τα προϊόντα τους με την ανοχή των υπαρχόντων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με απώτερο σκοπό το κέρδος και όχι την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών με μέσο όρο 5,06 και τυπική απόκλιση 1,265 και τέλος Η επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή που διαμένει στην κοινότητα με μέσο όρο 5,13 και τυπική απόκλιση 1,085.

Ερ.10 Κατά την άποψή σας, οι υπηρεσίες μιας Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	83	75,5
	Όχι	27	24,5
Total		110	100,0

Σχήμα 10

Κατά την άποψή σας, οι υπηρεσίες μιας Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών;

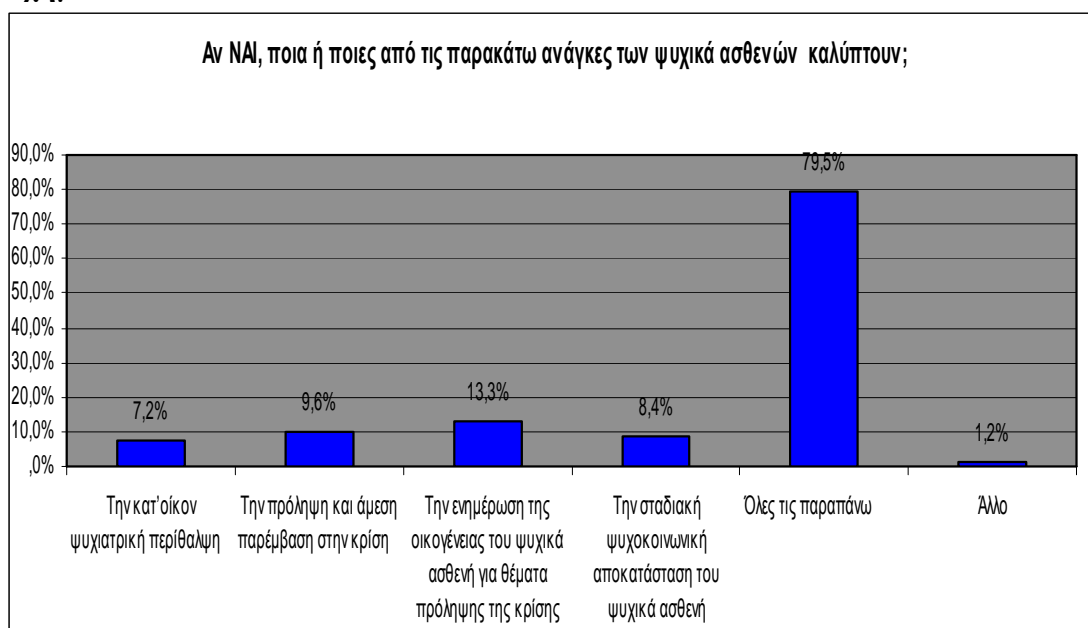


Έχοντας υπόψη την ερώτηση που αναφέρεται στο αν μπορούν οι υπηρεσίες της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας να καλύψουν τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών το 75,5% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών, αντίθετο ήταν το 24,5%.

ΕΡ.10α) Αν ΝΑΙ, ποια ή ποιες από τις παρακάτω ανάγκες των ψυχικά ασθενών καλύπτουν;

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
Την κατ'οίκον ψυχιατρική περίθαλψη	6	6,1%	7,2%
Την πρόληψη και άμεση παρέμβαση στην κρίση	8	8,1%	9,6%
Την ενημέρωση της οικογένειας του ψυχικά ασθενή για θέματα πρόληψης της κρίσης	11	11,1%	13,3%
Την σταδιακή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή	7	7,1%	8,4%
Όλες τις παραπάνω	66	66,7%	79,5%
Άλλο	1	1,0%	1,2%
Total	99	100,0%	119,3%

Σχήμα 10α



Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα το 79,5% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας πιστεύουν ότι καλύπτουν τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών όπως την κατ'οίκον ψυχιατρική περίθαλψη, την πρόληψη και άμεση παρέμβαση στην κρίση, την ενημέρωση της οικογένειας του ψυχικά ασθενή για θέματα πρόληψης της κρίσης και την σταδιακή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή. Το 13,3% θεωρεί ότι καλύπτει την ανάγκη για ενημέρωση της οικογένειας του ψυχικά ασθενή για θέματα πρόληψης της κρίσης, το 9,6% την πρόληψη και άμεση παρέμβαση στην κρίση, το 8,4% την σταδιακή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή, το 7,2% την κατ'οίκον ψυχιατρική

περίθαλψη και ένα ποσοστό 1,2% απάντησε ότι η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας μπορεί να καλύψει άλλες ανάγκες.

Ερ.10β) Αν ΟΧΙ,για ποιον ή ποιους από τους παρακάτω λόγους δεν καλύπτονται οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών;

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
Η κοινότητα δεν έχει θετική στάση απέναντι σε τέτοιου είδους παρεμβάσεις	4	12,9%	14,8%
Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας δεν αποτελούν επαρκείς υπηρεσίες για την ψυχιατρική περίθαλψη των ασθενών	25	80,6%	92,6%
Οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών καλύπτονται μόνο από τις ψυχιατρικές κλινικές	2	6,5%	7,4%

Σχήμα 10β

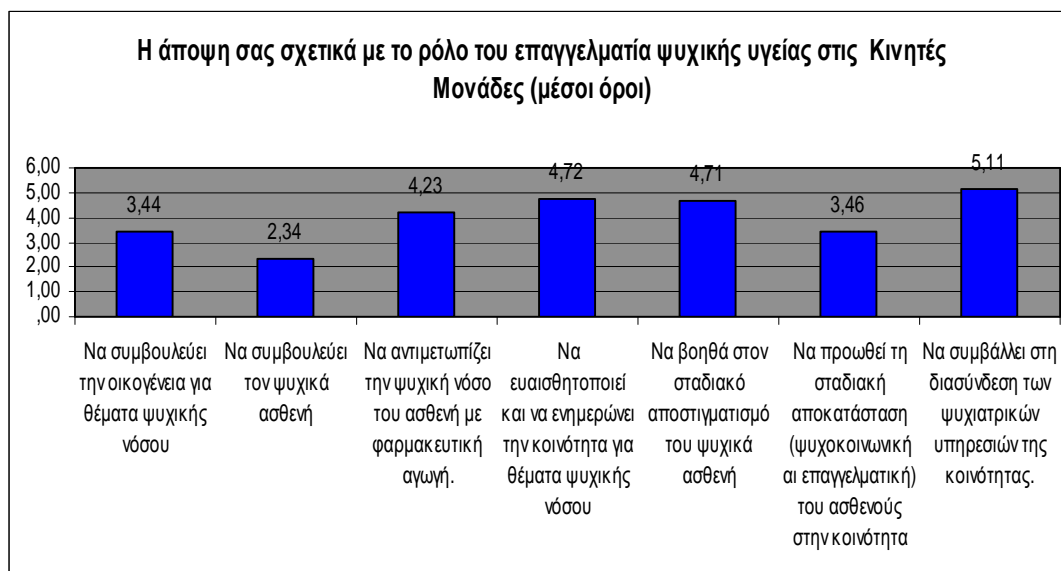


Στην ερώτηση για ποιους από τους παρακάτω λόγους δεν καλύπτονται οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών, από το ποσοστό που απάντησαν αρνητικά το 92,6% πιστεύει ότι οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας δεν αποτελούν επαρκείς υπηρεσίες για την ψυχιατρική περίθαλψη των ασθενών, το 14,8% πιστεύει ότι η κοινότητα δεν έχει θετική στάση απέναντι σε τέτοιου είδους παρεμβάσεις και ένα ποσοστό 7,4% πιστεύει ότι οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών καλύπτονται μόνο από τις ψυχιατρικές κλινικές.

Ερ.11 Τοποθετήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το 1 έως το 7 (1= βασική προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.) την άποψή σας σχετικά με το ρόλο του επαγγελματία ψυχικής υγείας στις Κινητές Μονάδες. Ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας είναι:

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Να συμβουλευεί την οικογένεια για θέματα ψυχικής νόσου	110	1	7	3,44	1,468
Να συμβουλευεί τον ψυχικά ασθενή	110	1	6	2,34	1,435
Να αντιμετωπίζει την ψυχική νόσο του ασθενή με φαρμακευτική αγωγή.	110	1	7	4,23	2,444
Να ευαισθητοποιεί και να ενημερώνει την κοινότητα για θέματα ψυχικής νόσου	110	1	7	4,72	1,527
Να βοηθά στον σταδιακό αποστιγματισμό του ψυχικά ασθενή	110	1	7	4,71	1,627
Να προωθεί τη σταδιακή αποκατάσταση (ψυχοκοινωνική αι επαγγελματική) του ασθενούς στην κοινότητα	110	1	7	3,46	1,851
Να συμβάλλει στη διασύνδεση των ψυχιατρικών υπηρεσιών της κοινότητας.	110	1	7	5,11	1,983
Valid N (listwise)	110				

Σχήμα 11



Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας απασχολούν επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε διάφορες ειδικότητες οι οποίες χαρακτηρίζουν το ρόλο τους μέσα σε αυτές. Αν παρατηρήσουμε τον πίνακα και τα διαγράμματα, σύμφωνα με την κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε γίνεται αντιληπτό ότι ο χαμηλότερος μέσος όρος δηλώνει την βασικότερη προτεραιότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα. Έτσι, ως

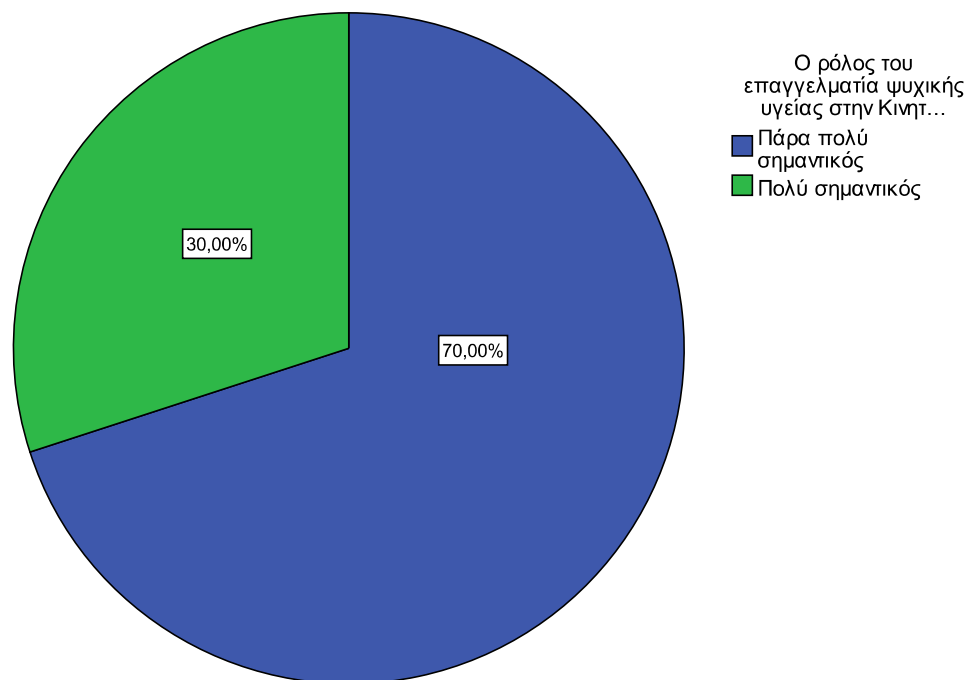
σημαντικότερος ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας αναδεικνύεται να συμβουλεύει τον ψυχικά ασθενή με μέσο όρο 2,34 και τυπική απόκλιση 1,435, να συμβουλεύει την οικογένεια για θέματα ψυχικής νόσου με μέσο όρο 3,44 και τυπική απόκλιση 1,468, να προωθεί τη σταδιακή αποκατάσταση (ψυχοκοινωνική και επαγγελματική) του ασθενούς στην κοινότητα με μέσο όρο 3,46 και τυπική απόκλιση 1,851. Να αντιμετωπίζει τη νόσο του ψυχικά ασθενή με φαρμακευτική αγωγή με μέσο όρο 4,23 και τυπική απόκλιση 2,444, να βοηθάει στον σταδιακό αποστιγματισμό του ψυχικά ασθενή με μέσο όρο 4,71 και τυπική απόκλιση 1,627. Να ενημερώνει κ να ευαισθητοποιεί την κοινότητα για θέματα ψυχικής νόσου με μέσο όρο 4,72 και τυπική απόκλιση 1,527 και τέλος να συμβάλει στη διασύνδεση των ψυχιατρικών υπηρεσιών της κοινότητας με μέσο όρο 5,11 και τυπική απόκλιση 1,983.

Ερ. 12 Ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας στην Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι

		Frequency	Percent
Valid	Πάρα πολύ σημαντικός	77	70,0
	Πολύ σημαντικός	33	30,0
	Total	110	100,0

Σχήμα 12

Ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας στην Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι



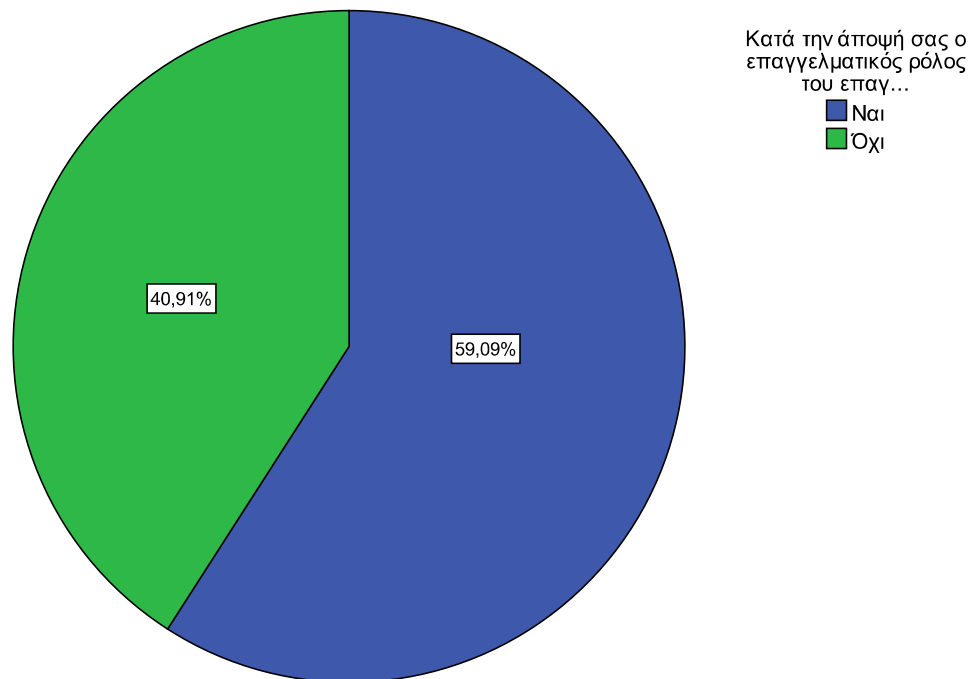
Ο παραπάνω πίνακας σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας δίνει ένα ποσοστό 70% των ερωτηθέντων οι οποίοι θεωρούν ότι ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι πάρα πολύ σημαντικός και ένα ποσοστό 30% θεωρούν ότι είναι πολύ σημαντικός. Αξίζει να σημειωθεί ότι κανείς δεν απάντησε τις επιλογές λίγο σημαντικός, πολύ λίγο σημαντικός και καθόλου σημαντικός κ γι' αυτό και δεν εμφανίζονται στον πίνακα και στο διάγραμμα.

Ερ. 13 Κατά την άποψή σας ο επαγγελματικός ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας, που εργάζεται σε Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας λειτουργεί καλύτερα από ότι λειτουργεί σε άλλες δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	65	59,1
	Όχι	45	40,9
Total		110	100,0

Σχήμα 13

Κατά την άποψή σας ο επαγγελματικός ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας, που εργάζεται σε Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας λειτουργεί καλύτερα από ότι λειτουργεί σε άλλες δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας;

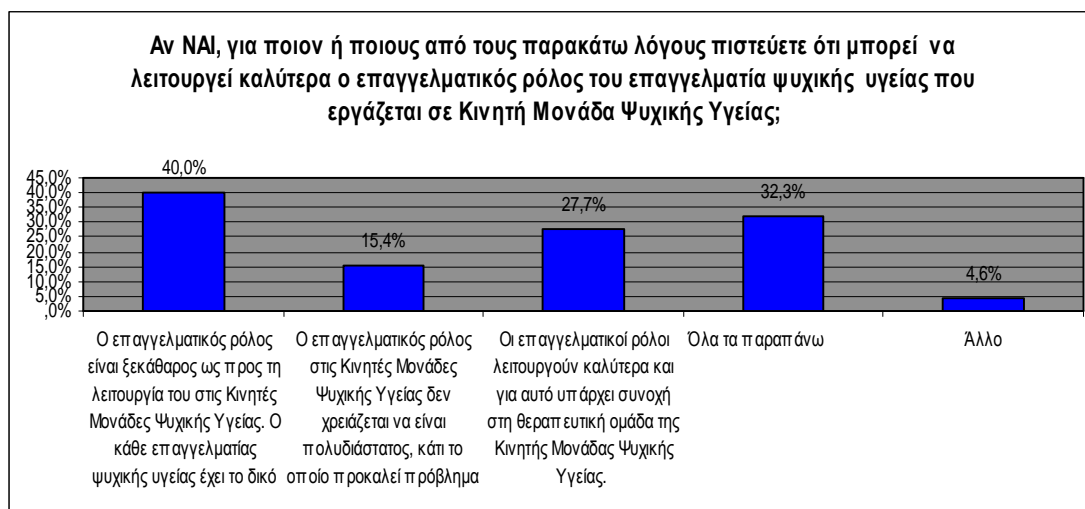


Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ένα ποσοστό 59,1% θετικών απαντήσεων που δόθηκαν από τους ερωτηθέντες στην ερώτηση, κατά την άποψή σας ο επαγγελματικός ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας, που εργάζεται σε Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας λειτουργεί καλύτερα από ότι λειτουργεί σε άλλες δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αντίθετα το ποσοστό 40,9% απάντησε αρνητικά στην ερώτηση.

Ερ.13α) Αν ΝΑΙ, για ποιον ή ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι μπορεί να λειτουργεί καλύτερα ο επαγγελματικός ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας που εργάζεται σε Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας;

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
Ο επαγγελματικός ρόλος είναι ξεκάθαρος ως προς τη λειτουργία του στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Ο κάθε επαγγελματίας ψυχικής υγείας έχει το δικό του ρόλο μέσα στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας	26	33,3%	40,0%
Ο επαγγελματικός ρόλος στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας δεν χρειάζεται να είναι πολυδιάστατος, κάτι το οποίο προκαλεί πρόβλημα σε άλλες δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας	10	12,8%	15,4%
Οι επαγγελματικοί ρόλοι λειτουργούν καλύτερα και για αυτό υπάρχει συνοχή στη θεραπευτική ομάδα της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας.	18	23,1%	27,7%
Όλα τα παραπάνω	21	26,9%	32,3%
Άλλο	3	3,8%	4,6%
Total	78	100,0%	120,0%

Σχήμα 13α



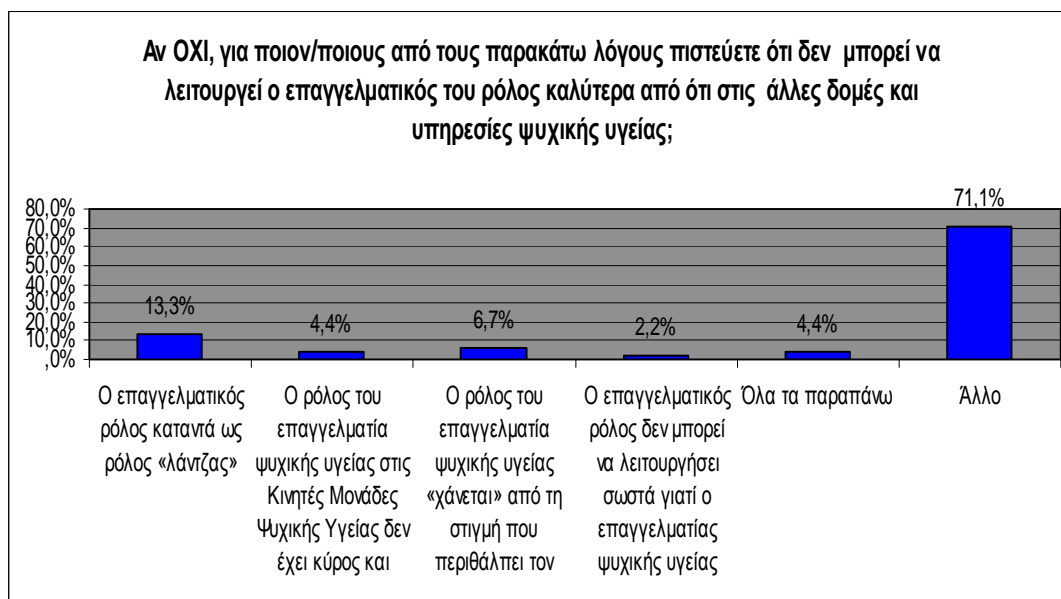
Στην ερώτηση αν ΝΑΙ, για ποιον ή ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι μπορεί να λειτουργεί καλύτερα ο επαγγελματικός ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας που εργάζεται σε Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, το ποσοστό 40% θεωρεί ότι ο επαγγελματικός ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας που εργάζεται σε Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας λειτουργεί καλύτερα διότι Ο επαγγελματικός ρόλος είναι ξεκάθαρος ως προς τη λειτουργία του στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Ο κάθε επαγγελματίας ψυχικής υγείας έχει το δικό του ρόλο μέσα στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Το 27,7% πιστεύει ότι οι

επαγγελματικοί ρόλοι λειτουργούν καλύτερα και για αυτό υπάρχει συνοχή στη θεραπευτική ομάδα της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας. Το 15,4% ο επαγγελματικός ρόλος στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας δεν χρειάζεται να είναι πολυδιάστατος, κάτι το οποίο προκαλεί πρόβλημα σε άλλες δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το 32,3% θεωρεί ότι συμβάλουν όλα τα παραπάνω. Ένα ποσοστό 4,6% απάντησε άλλο.

Ερ.13β) Αν ΟΧΙ, για ποιον/ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν μπορεί να λειτουργεί ο επαγγελματικός του ρόλος καλύτερα από ότι στις άλλες δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας;

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
Ο επαγγελματικός ρόλος καταντά ως ρόλος «λάντζας»	6	13,0%	13,3%
Ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας δεν έχει κύρος και αίγλη	2	4,3%	4,4%
Ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας «χάνεται» από τη στιγμή που περιθάλλει τον ασθενή στο σπίτι του	3	6,5%	6,7%
Ο επαγγελματικός ρόλος δεν μπορεί να λειτουργήσει σωστά γιατί ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας «στιγματίζεται» περισσότερο όταν εργάζεται στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας	1	2,2%	2,2%
Όλα τα παραπάνω	2	4,3%	4,4%
Άλλο	32	69,6%	71,1%
Total	46	100,0%	102,2%

Σχήμα 13β



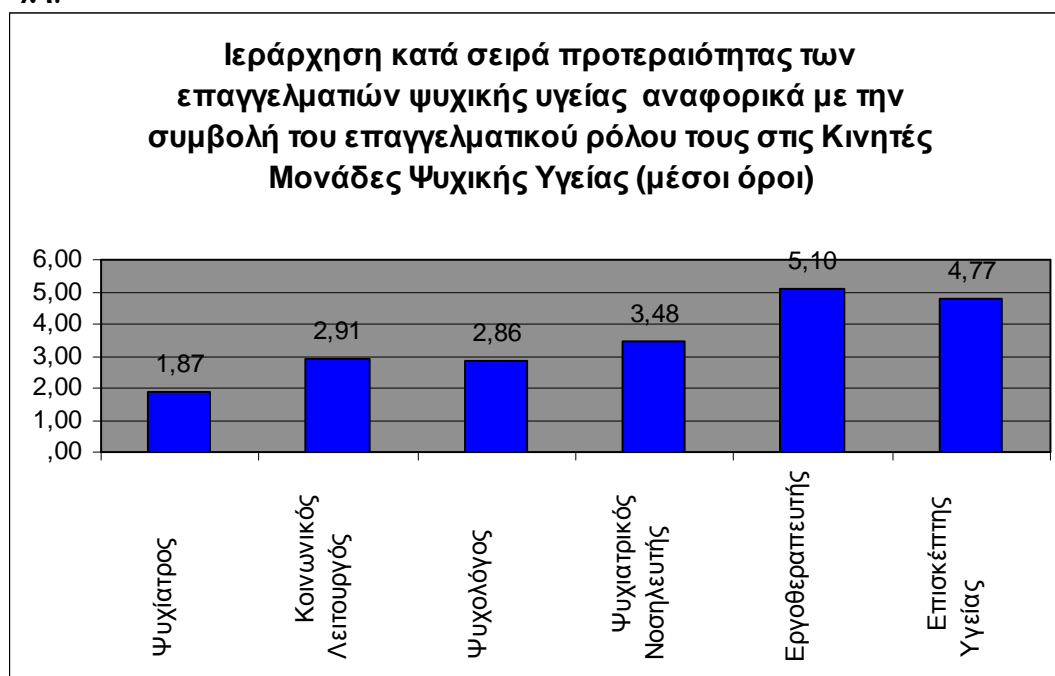
Στον παραπάνω πίνακα φαίνονται οι απαντήσεις στην ερώτηση για ποιον/ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν μπορεί να λειτουργεί ο επαγγελματικός του ρόλος καλύτερα από ότι στις άλλες δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας το ποσοστό 71,1% απάντησε άλλο. Το 13,3% απάντησε ότι ο επαγγελματικός ρόλος καταντά ως ρόλος «λάντζας», το 6,7% ότι ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας «χάνεται» από τη στιγμή που περιθάλλει τον ασθενή στο σπίτι του, το 4,4% απάντησαν ότι ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής

υγείας στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας δεν έχει κύρος και αίγλη το ίδιο ποσοστό θεώρησε πιθανά και όλα τα παραπάνω και ένα ποσοστό 2,2% πιστεύει ότι ο επαγγελματικός ρόλος δεν μπορεί να λειτουργήσει σωστά γιατί ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας «στιγματίζεται» περισσότερο όταν εργάζεται στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

Ερ.14 Ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το 1 έως το 5 τους παρακάτω επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναφορικά με τη μεγαλύτερη συμβολή του επαγγελματικού ρόλου τους στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας. (1= βασική προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.).

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ψυχίατρος	110	1	6	1,87	1,369
Κοινωνικός Λειτουργός	110	1	6	2,91	1,162
Ψυχολόγος	110	1	6	2,86	1,296
Ψυχιατρικός Νοσηλεύτης	110	1	6	3,48	1,283
Εργοθεραπευτής	110	1	6	5,10	,938
Επισκέπτης Υγείας	110	1	6	4,77	1,607
Valid N (listwise)	110				

Σχήμα 14

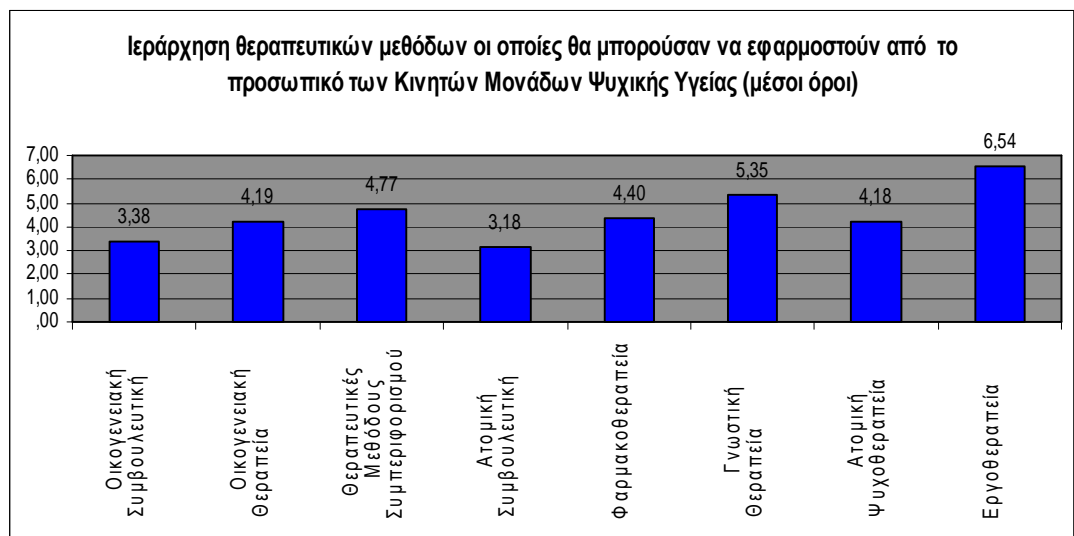


Αν παρατηρήσουμε τον πίνακα και τα διαγράμματα, σύμφωνα με την κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε γίνεται αντιληπτό ότι ο χαμηλότερος μέσος όρος δηλώνει την βασικότερη προτεραιότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα. Έτσι, ως σημαντικότερος ρόλος σε μια Κινητή Μονάδα έχει ο Ψυχίατρος με μέσο όρο 1,87 και τυπική απόκλιση 1,369 ακολουθεί ο Ψυχολόγος με μέσο όρο 2,86 και τυπική απόκλιση 1,296, ο Κοινωνικός Λειτουργός με μέσο όρο 2,91 και τυπική απόκλιση 1,162, ο Ψυχιατρικός Νοσηλεύτης με μέσο όρο 3,48 και τυπική απόκλιση 1,283, ο Επισκέπτης Υγείας με μέσο όρο 4,77 και τυπική απόκλιση 1,607 και τέλος ο Εργοθεραπευτής με μέσο όρο 5,10 και τυπική απόκλιση 0,938.

Ερ.15 Ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το 1 έως το 8 (1= βασική προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.) τις παρακάτω θεραπευτικές μεθόδους, οι οποίες θα μπορούσαν να εφαρμοστούν από το προσωπικό των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Οικογενειακή Συμβουλευτική	110	1	8	3,38	2,171
Οικογενειακή Θεραπεία	110	1	8	4,19	2,052
Θεραπευτικές Μεθόδους Συμπεριφορισμού	110	1	8	4,77	1,640
Ατομική Συμβουλευτική	110	1	8	3,18	1,868
Φαρμακοθεραπεία	110	1	8	4,40	2,700
Γνωστική Θεραπεία	110	1	8	5,35	1,899
Ατομική Ψυχοθεραπεία	110	1	8	4,18	2,288
Εργοθεραπεία	110	1	8	6,54	1,712
Valid N (listwise)	110				

Σχήμα 15



Σύμφωνα με την κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε γίνεται αντιληπτό ότι ο χαμηλότερος μέσος όρος δηλώνει την βασικότερη προτεραιότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα. Παρατηρώντας τον πίνακα διαπιστώνουμε ως σημαντικότερη μέθοδος που εφαρμόζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας για την υλοποίηση των προγραμμάτων της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας είναι ατομική συμβουλευτική με μέσο όρο 3,18 και τυπική απόκλιση 1,868, οικογενειακή συμβουλευτική με μέσο όρο 3,38 και τυπική απόκλιση 2,171, ατομική ψυχοθεραπεία με μέσο όρο 4,18 και τυπική απόκλιση 2,288, οικογενειακή θεραπεία με μέσο όρο 4,19 και τυπική απόκλιση 2,052, φαρμακοθεραπεία με μέσο όρο 4,40 και τυπική απόκλιση 2,700, θεραπευτικές

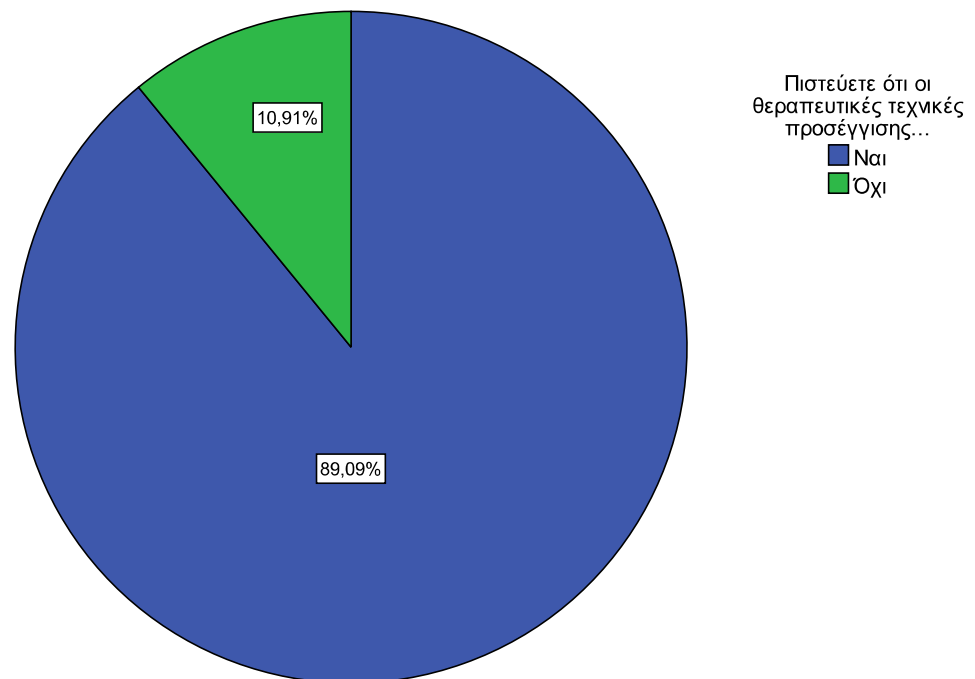
μεθόδους συμπεριφορισμού με μέσο όρο 4,77 και τυπική απόκλιση 1,640, γνωστική θεραπεία με μέσο όρο 5,35 και τυπική απόκλιση 1,899 και εργοθεραπεία με μέσο όρο 6,54 και τυπική απόκλιση 1,712.

Ερ. 16 Πιστεύετε ότι οι θεραπευτικές τεχνικές προσέγγισης και αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από τις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι αποτελεσματικές

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	98	89,1
	Όχι	12	10,9
Total		110	100,0

Σχήμα 16

Πιστεύετε ότι οι θεραπευτικές τεχνικές προσέγγισης και αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από τις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι αποτελεσματικές;

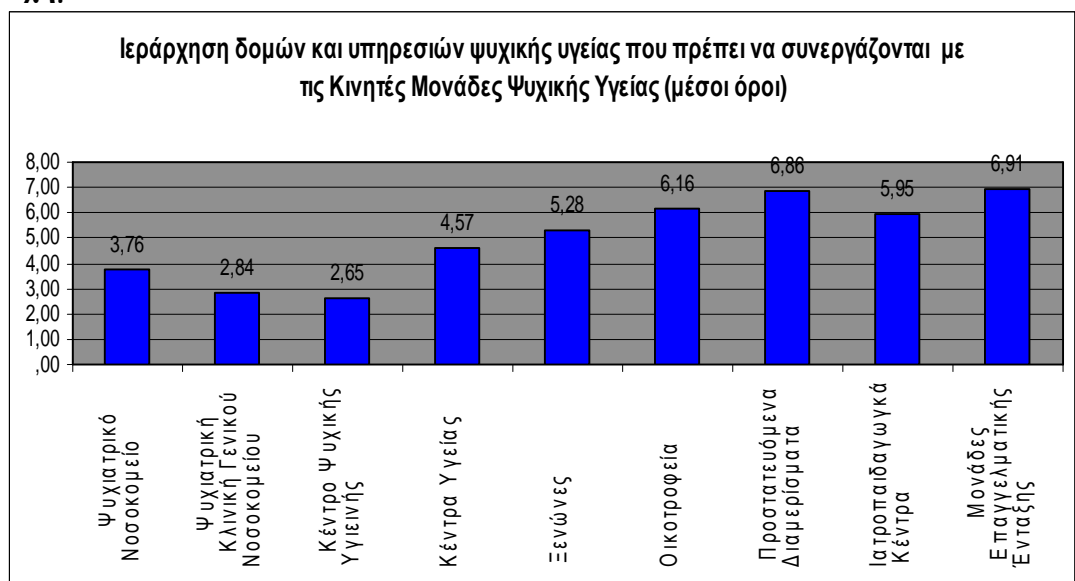


Οι θεραπευτικές τεχνικές προσέγγισης και αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από τις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, όπως συμπεραίνουμε από τον πίνακα, είναι αποτελεσματικές κατά το μεγαλύτερο ποσοστό 81,1%, αντίθετη άποψη έχει το 10,9% των ερωτηθέντων.

Ερ.17 Ιεραρχήστε από το 1 έως το 9 (1= βασική προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα, κ.ο.κ.) τις παρακάτω δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας που πρέπει να συνεργάζονται με τις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο	110	1	9	3,76	2,692
Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	110	1	8	2,84	1,993
Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής	110	1	8	2,65	1,505
Κέντρα Υγείας	110	1	9	4,57	2,532
Ξενώνες	110	1	9	5,28	1,793
Οικοτροφεία	110	1	9	6,16	1,989
Προστατευόμενα Διαμερίσματα	110	1	9	6,86	1,865
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	110	1	9	5,95	2,135
Μονάδες Επαγγελματικής Ένταξης	110	2	9	6,91	1,975
Valid N (listwise)	110				

Σχήμα 17



Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα και σύμφωνα με την κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε γίνεται αντιληπτό ότι ο χαμηλότερος μέσος όρος δηλώνει την βασικότερη προτεραιότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα. Έτσι, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δηλώνουν ότι οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας θα πρέπει να συνεργάζονται με ένα ευρύ φάσμα δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας θέτοντας πιο σημαντικά τα κέντρα ψυχικής υγείας με μέσο όρο 2,65 και

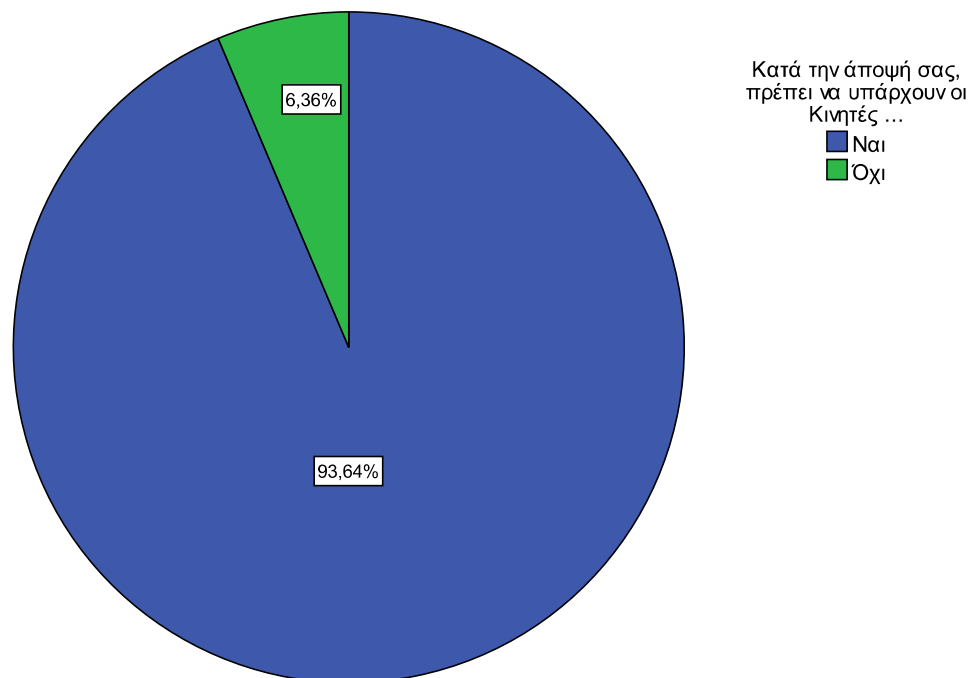
τυπική απόκλιση 1,505 έπονται οι ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων με μέσο όρο 2,84 και τυπική απόκλιση 1,993, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία με μέσο όρο 3,76 και τυπική απόκλιση 2,692, τα κέντρα υγείας με μέσο όρο 4,57 και τυπική απόκλιση 2,532, τους ξενώνες με μέσο όρο 5,28 και τυπική απόκλιση 1,793 τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα με μέσο όρο 5,95 και τυπική απόκλιση 2,135, τα οικοτροφεία με μέσο όρο 6,16 και τυπική απόκλιση 1,989, τα προστατευμένα διαμερίσματα με μέσο όρο 6,86 και τυπική απόκλιση 1,865 και τέλος τις μονάδες επαγγελματικής ένταξης με μέσο όρο 6,91 και τυπική απόκλιση 1,975.

Ερ.18 Κατά την άποψή σας, πρέπει να υπάρχουν οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όλους τους Νομούς της χώρας μας

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	103	93,6
	Όχι	7	6,4
Total		110	100,0

Σχήμα 18

Κατά την άποψή σας, πρέπει να υπάρχουν οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όλους τους Νομούς της χώρας μας;

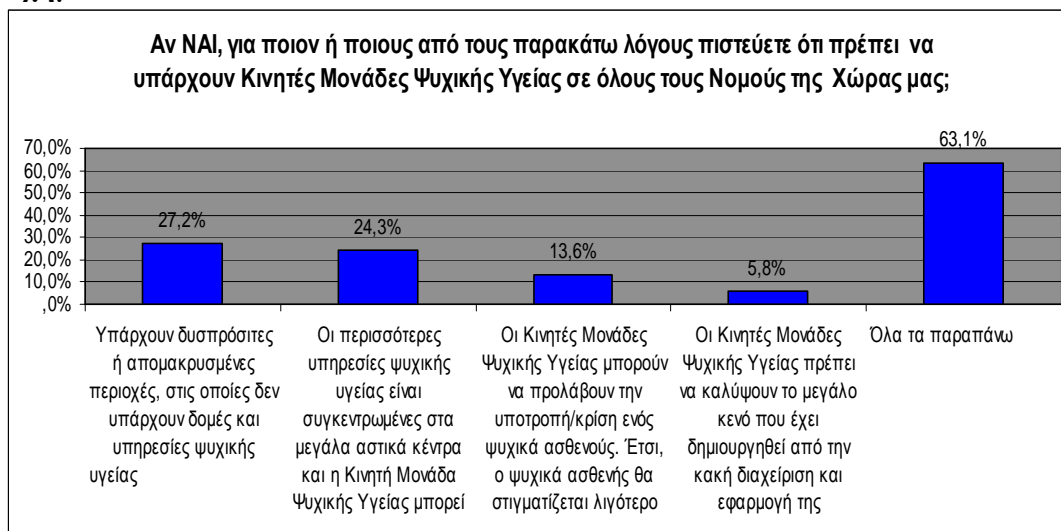


Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα 93,6% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας πιστεύουν ότι πρέπει να υπάρχουν Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όλους τους νομούς της χώρας. Το 6,4% πιστεύει ότι δεν είναι αναγκαίο.

Ερ.18α) Αν ΝΑΙ, για ποιον ή ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι πρέπει να υπάρχουν Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όλους τους Νομούς της Χώρας μας;

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
Υπάρχουν δυσπρόσιτες ή απομακρυσμένες περιοχές, στις οποίες δεν υπάρχουν δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας	28	20,3%	27,2%
Οι περισσότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι συγκεντρωμένες στα μεγάλα αστικά κέντρα και η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας μπορεί να καλύψει τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών που κατοικούν στην περιφέρεια	25	18,1%	24,3%
Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας μπορούν να προλάβουν την υποτροπή/κρίση ενός ψυχικά ασθενούς. Έτσι, ο ψυχικά ασθενής θα στιγματίζεται λιγότερο από την κοινότητα.	14	10,1%	13,6%
Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας πρέπει να καλύψουν το μεγάλο κενό που έχει δημιουργηθεί από την κακή διαχείριση και εφαρμογή της τομεοποίησης ανά Νομό	6	4,3%	5,8%
Όλα τα παραπάνω	65	47,1%	63,1%
Total	138	100,0%	134,0%

Σχήμα 18α



Από τον πίνακα διαπιστώνουμε ότι το 27,2% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι πρέπει να υπάρχουν Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όλους τους νομούς της χώρας διότι Υπάρχουν δυσπρόσιτες ή απομακρυσμένες περιοχές, στις οποίες δεν υπάρχουν δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το 24,3% επειδή οι περισσότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι συγκεντρωμένες στα μεγάλα αστικά κέντρα και η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας μπορεί να καλύψει τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών που κατοικούν στην περιφέρεια. Το 13,6% επειδή οι Κινητές Μονάδες

Ψυχικής Υγείας μπορούν να προλάβουν την υποτροπή/κρίση ενός ψυχικά ασθενούς. Έτσι, ο ψυχικά ασθενής θα στιγματίζεται λιγότερο από την κοινότητα. Ένα ποσοστό 5,8% θεωρεί ότι πρέπει να υπάρχουν διότι Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας πρέπει να καλύψουν το μεγάλο κενό που έχει δημιουργηθεί από την κακή διαχείριση και εφαρμογή της τομεοποίησης ανά Νομό και ένα μεγάλο ποσοστό 63,1% πιστεύει ότι για όλα τα παραπάνω είναι αναγκαία η ύπαρξη των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας σε όλους τους νομούς.

Ερ.18β) Αν ΟΧΙ, για ποιον ή ποιους από τους παρακάτω λόγους δεν πρέπει να υπάρχουν Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όλους τους Νομούς της χώρας μας;

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
Η ανάπτυξη μιας Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας κοστίζει ακριβά στην Ελληνική πολιτεία	2	25,0%	28,6%
Δεν υπάρχει επαρκές προσωπικό, το οποίο να μπορεί να καλύπτει τις ανάγκες των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας	3	37,5%	42,9%
Δεν υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό, που να μπορεί να εργαστεί σε μια τέτοια μονάδα.	2	25,0%	28,6%
Δεν συμφέρει οικονομικά το Εθνικό Σύστημα Υγείας να πληρώνει με «έξτρα ποσά» το δανεισμένο προσωπικό των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.	1	12,5%	14,3%
Total	8	100,0%	114,3%

Σχήμα 18β



Στην ερώτηση για ποιους λόγους δεν πρέπει να υπάρχουν Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όλους του νομούς σύμφωνα με τον πίνακα, το 42,9% πιστεύει ότι δεν υπάρχει επαρκές προσωπικό, το οποίο να μπορεί να καλύπτει τις ανάγκες των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, το 28,6% πιστεύει ότι η ανάπτυξη μιας Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας κοστίζει ακριβά στην Ελληνική πολιτεία, το ίδιο ποσοστό θεωρεί ότι Δεν υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό, που να μπορεί να εργαστεί σε μια τέτοια μονάδα και ένα ποσοστό 14,3% θεωρεί ότι δεν συμφέρει

οικονομικά το Εθνικό Σύστημα Υγείας να πληρώνει με «έξτρα ποσά» το δανεισμένο προσωπικό των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Αρχίζοντας αναφέρουμε ότι το 73,6% των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες και το 26,4% άντρες. Το μεγαλύτερο ποσοστό 40,9% των ερωτηθέντων έχουν ηλικία μεταξύ 36-45, η ειδικότητά τους είναι αυτή του Νοσηλευτή (18,2%), το 37,3% των ερωτηθέντων κυμαίνεται στα 2-7 χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας και εργάζονται σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας (31,8%).

Στην ερώτηση με θέμα τον προσδιορισμό του ρόλου μιας Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας το 46,4% υποστηρίζει ότι η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία πρόληψης- διάγνωσης-θεραπείας ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων στην κοινότητα, υπηρεσία αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων, ενδιάμεση υπηρεσία που προλαμβάνει τον εγκλεισμό των ψυχικά πασχόντων και υπηρεσία που αντιμετωπίζει θεραπευτικά τους ψυχικά ασθενείς της κοινότητας προκειμένου να μην νοσηλευτούν σε ψυχιατρικές κλινικές. Το 29,1% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία πρόληψης- διάγνωσης-θεραπείας ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων στην κοινότητα. Το 16,4% πιστεύουν ότι είναι μια υπηρεσία που αντιμετωπίζει θεραπευτικά τους ψυχικά ασθενείς της κοινότητας προκειμένου να μην νοσηλευτούν σε ψυχιατρικές κλινικές. Το 6,4% θεωρεί ότι η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι μια ενδιάμεση υπηρεσία που προλαμβάνει τον εγκλεισμό των ψυχικά πασχόντων και ένα ποσοστό 1,8% πιστεύει ότι η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων.

Αντίστοιχα στην ερώτηση για την έννοια και το ρόλο των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας δείχνει ότι το 45,5% υποστηρίζει ότι η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία πρόληψης- διάγνωσης-θεραπείας ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων στην κοινότητα, υπηρεσία αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων, ενδιάμεση υπηρεσία που προλαμβάνει τον εγκλεισμό των ψυχικά πασχόντων και υπηρεσία που αντιμετωπίζει θεραπευτικά τους ψυχικά ασθενείς της κοινότητας προκειμένου να μην νοσηλευτούν σε ψυχιατρικές κλινικές. Το 31,8% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία πρόληψης- διάγνωσης-θεραπείας ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων στην κοινότητα. Το 13,6% πιστεύουν ότι είναι μια υπηρεσία που αντιμετωπίζει θεραπευτικά τους ψυχικά ασθενείς της κοινότητας

προκειμένου να μην νοσηλευτούν σε ψυχιατρικές κλινικές. Το 7,3% θεωρεί ότι η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι μια ενδιάμεση υπηρεσία που προλαμβάνει τον εγκλεισμό των ψυχικά πασχόντων και ένα ποσοστό 1,8% πιστεύει ότι η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων.

Στην ερώτηση για το στόχο της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας, ως σημαντικότερος στόχος της λειτουργίας των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, αναδεικνύεται η κάλυψη των αναγκών των ψυχικά ασθενών που κατοικούν σε απομακρυσμένες περιοχές με μέσο όρο 2,46 και τυπική απόκλιση 1,811. έπειτα η παροχή εξατομικευμένης ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και κατ' οίκον ψυχιατρική νοσηλεία με μέσο όρο 3,05 και τυπική απόκλιση 1,721. η συμβολή στην πρόληψη της κρίσης του ψυχικά ασθενή με μέσο όρο 3,29 και τυπική απόκλιση 1,599. η συμβουλευτική και υποστήριξη στην οικογένεια του ψυχικά ασθενούς με μέσο όρο 4,25 και τυπική απόκλιση 1,485. Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας για θέματα ψυχικής υγείας με μέσο όρο 4,61 και τυπική απόκλιση 1,843. ακολουθεί η συμβολή στη μείωση του στιγματισμού του ψυχικά ασθενή με μέσο όρο 4,98 και τυπική απόκλιση 1,692 και τέλος η αποσυμφόρηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των ψυχιατρικών κλινικών με μέσο όρο 5,37 και τυπική απόκλιση 1,981.

Όσον αφορά τους παράγοντες που συμβάλλουν άμεσα στην ανάπτυξη των Κινητών Μονάδων στη χώρα μας σημαντικότερος παράγοντας αναδεικνύεται η αδυναμία των φορέων ψυχικής υγείας (π.χ. Υπηρεσίες Ψυχιατρικών και Γενικών Νοσοκομείων) να παρακολουθούν τακτικά τη θεραπεία των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα με μέσο όρο 2,27 και τυπική απόκλιση 1,226. Ακολουθεί η έλλειψη και άλλων ενδιάμεσων υπηρεσιών πρόληψης και αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου με μέσο όρο 2,75 και τυπική απόκλιση 1,267. Η ιδρυματοποίηση που προκαλείται στους ψυχικά ασθενείς οι οποίοι διαμένουν ή φιλοξενούνται σε μεταβατικούς Ξενώνες ή Οικοτροφεία με μέσο όρο 2,80 και τυπική απόκλιση 1,276. Το υψηλό οικονομικό κόστος της ψυχιατρικής νοσηλείας του ψυχικά ασθενή στα Γενικά ή τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία με μέσο όρο 3,05 και τυπική απόκλιση 1,553. Έπειτα η πολιτική των Φαρμακευτικών Εταιρειών να προωθούν τα προϊόντα τους με την ανοχή των υπάρχοντων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με απώτερο σκοπό το κέρδος και όχι την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά

ασθενών με μέσο όρο 5,06 και τυπική απόκλιση 1,265 και τέλος Η επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή που διαμένει στην κοινότητα με μέσο όρο 5,13 και τυπική απόκλιση 1,085.

Έχοντας υπόψη την ερώτηση που αναφέρεται στο αν μπορούν οι υπηρεσίες της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας να καλύψουν τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών το 75,5% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών, αντίθετο ήταν το 24,5%. Από αυτούς που απάντησαν ΝΑΙ σημειώνεται ότι το 79,5% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας πιστεύουν ότι καλύπτουν τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών όπως την κατ' οίκον ψυχιατρική περίθαλψη, την πρόληψη και άμεση παρέμβαση στην κρίση, την ενημέρωση της οικογένειας του ψυχικά ασθενή για θέματα πρόληψης της κρίσης και την σταδιακή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή. Το 13,3% θεωρεί ότι καλύπτει την ανάγκη για ενημέρωση της οικογένειας του ψυχικά ασθενή για θέματα πρόληψης της κρίσης, το 9,6% την πρόληψη και άμεση παρέμβαση στην κρίση, το 8,4% την σταδιακή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή, το 7,2% την κατ' οίκον ψυχιατρική περίθαλψη και ένα ποσοστό 1,2% απάντησε ότι η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας μπορεί να καλύψει άλλες ανάγκες. Από αυτούς που απάντησαν ότι δεν μπορούν να καλυφθούν οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών από μια Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, το 92,6% πιστεύει ότι οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας δεν αποτελούν επαρκείς υπηρεσίες για την ψυχιατρική περίθαλψη των ασθενών, το 14,8% πιστεύει ότι η κοινότητα δεν έχει θετική στάση απέναντι σε τέτοιου είδους παρεμβάσεις και ένα ποσοστό 7,4% πιστεύει ότι οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών καλύπτονται μόνο από τις ψυχιατρικές κλινικές.

Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας απασχολούν επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε διάφορες ειδικότητες οι οποίες χαρακτηρίζουν το ρόλο τους μέσα σε αυτές. Σύμφωνα με την κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε γίνεται αντιληπτό ότι ο χαμηλότερος μέσος όρος δηλώνει την βασικότερη προτεραιότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα. Έτσι, ως σημαντικότερος ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας αναδεικνύεται να συμβουλεύει τον ψυχικά ασθενή με μέσο όρο 2,34 και τυπική απόκλιση 1,435, να συμβουλεύει την οικογένεια για θέματα ψυχικής νόσου με μέσο όρο 3,44 και τυπική απόκλιση 1,468, να προωθεί τη σταδιακή αποκατάσταση (ψυχοκοινωνική και επαγγελματική) του ασθενούς στην κοινότητα με μέσο όρο 3,46 και τυπική απόκλιση 1,851. Να αντιμετωπίζει τη νόσο του ψυχικά ασθενή με φαρμακευτική

αγωγή με μέσο όρο 4,23 και τυπική απόκλιση 2,444, να βοηθάει στον σταδιακό αποστιγματισμό του ψυχικά ασθενή με μέσο όρο 4,71 και τυπική απόκλιση 1,627. Να ενημερώνει κ να ευαισθητοποιεί την κοινότητα για θέματα ψυχικής νόσου με μέσο όρο 4,72 και τυπική απόκλιση 1,527 και τέλος να συμβάλει στη διασύνδεση των ψυχιατρικών υπηρεσιών της κοινότητας με μέσο όρο 5,11 και τυπική απόκλιση 1,983.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας δίνει ένα ποσοστό 70% των ερωτηθέντων οι οποίοι θεωρούν ότι ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι πάρα πολύ σημαντικός και ένα ποσοστό 30% θεωρούν ότι είναι πολύ σημαντικός. Αξίζει να σημειωθεί ότι κανείς δεν απάντησε τις επιλογές λίγο σημαντικός, πολύ λίγο σημαντικός και καθόλου σημαντικός.

Στην ερώτηση 13 για το αν ο επαγγελματικός ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας που εργάζεται σε μια Κινητή Μονάδα λειτουργεί καλύτερα από ότι λειτουργεί σε άλλες δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας το 59,1% απάντησαν ΝΑΙ και το 40,9% απάντησαν ΟΧΙ. Στην ερώτηση αν ΝΑΙ, για ποιον ή ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι μπορεί να λειτουργεί καλύτερα ο επαγγελματικός ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας που εργάζεται σε Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, το ποσοστό 40% θεωρεί ότι ο επαγγελματικός ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας που εργάζεται σε Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας λειτουργεί καλύτερα διότι ο επαγγελματικός ρόλος είναι ξεκάθαρος ως προς τη λειτουργία του στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Ο κάθε επαγγελματίας ψυχικής υγείας έχει το δικό του ρόλο μέσα στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Το 27,7% πιστεύει ότι οι επαγγελματικοί ρόλοι λειτουργούν καλύτερα και για αυτό υπάρχει συνοχή στη θεραπευτική ομάδα της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας. Το 15,4% ο επαγγελματικός ρόλος στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας δεν χρειάζεται να είναι πολυδιάστατος, κάτι το οποίο προκαλεί πρόβλημα σε άλλες δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας Το 32,3% θεωρεί ότι συμβάλουν όλα τα παραπάνω. Ένα ποσοστό 4,6% απάντησε άλλο. Στην ερώτηση αν ΟΧΙ, για ποιον ή ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι μπορεί να λειτουργεί καλύτερα ο επαγγελματικός ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας που εργάζεται σε Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, το ποσοστό 71,1% απάντησε άλλο. Το 13,3% απάντησε ότι ο επαγγελματικός ρόλος καταντά ως ρόλος «λάντζας», το 6,7% ότι ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας «χάνεται» από τη στιγμή που περιθάλπει τον ασθενή στο σπίτι του,

το 4,4% απάντησαν ότι ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας δεν έχει κύρος και αίγλη το ίδιο ποσοστό θεώρησε πιθανά και όλα τα παραπάνω και ένα ποσοστό 2,2% πιστεύει ότι ο επαγγελματικός ρόλος δεν μπορεί να λειτουργήσει σωστά γιατί ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας «στιγματίζεται» περισσότερο όταν εργάζεται στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

Σύμφωνα με τα ποσοστά της ερώτησης 14 ως σημαντικότερος ρόλος σε μια Κινητή Μονάδα θεωρείται ο Ψυχίατρος με μέσο όρο 1,87 και τυπική απόκλιση 1,369 ακολουθεί ο Ψυχολόγος με μέσο όρο 2,86 και τυπική απόκλιση 1,296, ο Κοινωνικός Λειτουργός με μέσο όρο 2,91 και τυπική απόκλιση 1,162, ο Ψυχιατρικός Νοσηλευτής με μέσο όρο 3,48 και τυπική απόκλιση 1,283, ο Επισκέπτης Υγείας με μέσο όρο 4,77 και τυπική απόκλιση 1,607 και τέλος ο Εργοθεραπευτής με μέσο όρο 5,10 και τυπική απόκλιση 0,938.

Η σημαντικότερη μέθοδος που εφαρμόζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας για την υλοποίηση των προγραμμάτων της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας είναι ατομική συμβουλευτική με μέσο όρο 3,18 και τυπική απόκλιση 1,868, οικογενειακή συμβουλευτική με μέσο όρο 3,38 και τυπική απόκλιση 2,171, ατομική ψυχοθεραπεία με μέσο όρο 4,18 και τυπική απόκλιση 2,288, οικογενειακή θεραπεία με μέσο όρο 4,19 και τυπική απόκλιση 2,052, φαρμακοθεραπεία με μέσο όρο 4,40 και τυπική απόκλιση 2,700, θεραπευτικές μεθόδους συμπεριφορισμού με μέσο όρο 4,77 και τυπική απόκλιση 1,640, γνωστική θεραπεία με μέσο όρο 5,35 και τυπική απόκλιση 1,899 και εργοθεραπεία με μέσο όρο 6,54 και τυπική απόκλιση 1,712.

Το 81,1% των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι οι θεραπευτικές τεχνικές προσέγγισης και αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από τις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι αποτελεσματικές ενώ αντίθετη άποψη έχει το 10,9%.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δηλώνουν ότι οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας θα πρέπει να συνεργάζονται με ένα ευρύ φάσμα δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας θέτοντας πιο σημαντικά τα κέντρα ψυχικής υγείας με μέσο όρο 2,65 και τυπική απόκλιση 1,505 έπονται οι ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων με μέσο όρο 2,84 και τυπική απόκλιση 1,993, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία με μέσο όρο 3,76 και τυπική απόκλιση 2,692, τα κέντρα υγείας με μέσο όρο 4,57 και τυπική απόκλιση 2,532, τους ξενώνες με μέσο όρο 5,28 και τυπική απόκλιση 1,793 τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα με μέσο όρο 5,95 και τυπική

απόκλιση 2,135, τα οικοτροφεία με μέσο όρο 6,16 και τυπική απόκλιση 1,989, τα προστατευμένα διαμερίσματα με μέσο όρο 6,86 και τυπική απόκλιση 1,865 και τέλος τις μονάδες επαγγελματικής ένταξης με μέσο όρο 6,91 και τυπική απόκλιση 1,975.

Στην ερώτηση για το αν πρέπει να υπάρχουν οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όλους τους Νομούς της χώρας μας, το 93,6% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απάντησε ΝΑΙ και το 6,4% ΟΧΙ. Στο υποερώτημα αν ΝΑΙ, για ποιον ή ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι πρέπει να υπάρχουν Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όλους τους Νομούς της χώρας μας το 27,2% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι πρέπει να υπάρχουν Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όλους τους νομούς της χώρας διότι Υπάρχουν δυσπρόσιτες ή απομακρυσμένες περιοχές, στις οποίες δεν υπάρχουν δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το 24,3% επειδή οι περισσότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι συγκεντρωμένες στα μεγάλα αστικά κέντρα και η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας μπορεί να καλύψει τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών που κατοικούν στην περιφέρεια. Το 13,6% επειδή οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας μπορούν να προλάβουν την υποτροπή/κρίση ενός ψυχικά ασθενούς. Έτσι, ο ψυχικά ασθενής θα στιγματίζεται λιγότερο από την κοινότητα. Ένα ποσοστό 5,8% θεωρεί ότι πρέπει να υπάρχουν διότι Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας πρέπει να καλύψουν το μεγάλο κενό που έχει δημιουργηθεί από την κακή διαχείριση και εφαρμογή της τομεοποίησης ανά Νομό και ένα μεγάλο ποσοστό 63,1% πιστεύει ότι για όλα τα παραπάνω είναι αναγκαία η ύπαρξη των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας σε όλους τους νομούς. Στο υποερώτημα αν ΟΧΙ, το 42,9% πιστεύει ότι δεν υπάρχει επαρκές προσωπικό, το οποίο να μπορεί να καλύπτει τις ανάγκες των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, το 28,6% πιστεύει ότι η ανάπτυξη μιας Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας κοστίζει ακριβά στην Ελληνική πολιτεία, το ίδιο ποσοστό θεωρεί ότι Δεν υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό, που να μπορεί να εργαστεί σε μια τέτοια μονάδα και ένα ποσοστό 14,3% θεωρεί ότι δεν συμφέρει οικονομικά το Εθνικό Σύστημα Υγείας να πληρώνει με «έξτρα ποσά» το δανεισμένο προσωπικό των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας μπορούν να λειτουργήσουν καλύτερα διότι ο επαγγελματικός τους ρόλος είναι ξεκάθαρος και σημαντικός και αυτό μπορεί να συμβάλλει στη συνοχή της θεραπευτικής ομάδας. Βασικό ρόλο φαίνεται να έχει ο ψυχίατρος σε μία Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

Σύμφωνα με τον Βασιλαμαντζή (2005), η πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα καλείται να συνθέσει τις διεπιστημονικές προσεγγίσεις, μέσα από μια ολιστική θεώρηση των αναγκών του ασθενούς, να σχεδιάσει τις παρεμβάσεις της στο θεραπευτικό και αποκαταστασιακό πεδίο, να θέτει στόχους και να οργανώσει τη δράση της αξιολογώντας την πορεία της, να αναδιαρθρώνεται, να ανανεώνεται και να προσαρμόζεται στα νέα θεωρητικά ή επιστημονικά δεδομένα.

Οι θεραπευτές που απασχολούνται με την αποκατάσταση, προέρχονται από ένα ευρύ φάσμα επιστημονικών και επαγγελματικών προσανατολισμών. Ο ψυχίατρος, ο ψυχολόγος, ο Κοινωνικός Λειτουργός, ο εργοθεραπευτής, ο νοσηλεύτης και ο θεραπευτής μέσω τέχνης αποτελούν την αποκαταστασιακή ομάδα, μέσα στην οποία ο καθένας έχει ένα διακριτικό ρόλο, λόγω της διαφορετικής του εκπαίδευσης, του τρόπου σκέψης και προσέγγισης των ψυχοκοινωνικών θεμάτων, αλλά και του ρόλου απέναντι στον άρρωστο και το περιβάλλον του. Ταυτόχρονα, όμως, οι διαφορετικοί ρόλοι συναρθρώνονται σε ένα ενιαίο αποκαταστασιακό πλάνο για κάθε άρρωστο. Στην προσπάθεια κοινωνικής επανένταξης ενός αρρώστου, ο οποίος παρέμενε για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο, θα χρειαστεί τη συμβολή διαφορετικών επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Βασιλαμαντζής, 2005).

Η αποκαταστασιακή ομάδα πρέπει να συνεργάζεται στενά, να συναντιέται σε τακτά χρονικά διαστήματα και να συζητά θέματα σχετικά με τις συγκρούσεις των ρόλων και την ασάφεια. Ακόμα δε, να συζητά και τις αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αντιδράσεις που συχνά οδηγούν σε μια διασπαστική συμπεριφορά στις σχέσεις τους με τον άρρωστο ή την οικογένειά του. Ο ψυχίατρος στην αποκατάσταση, εκτός από την κλινική εμπειρία αναφορικά με τις χρόνιες αναπηρίες που προκαλούν οι ψυχικές παθήσεις, πρέπει να έχει διοικητικά προσόντα και γνώσεις σχετικές με τις ομάδες και την οργανωτική ψυχολογία. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι ο ψυχίατρος θα πρέπει

να είναι σε θέση να παρακολουθεί, να κατανοεί και να εποπτεύει τη δουλειά του εργοθεραπευτή (αν εργάζεται στην επαγγελματική αποκατάσταση), του ψυχολόγου και του λογοθεραπευτή, του κοινωνικού λειτουργού, του θεραπευτή μέσω τέχνης και του νοσηλευτή. Έχει σημασία όμως να είναι ευαισθητοποιημένος στις διαφορετικές προσεγγίσεις και να συντονίζει το έργο, έτσι ώστε η παροχή αποκαταστασιακής φροντίδας να είναι απαρτιωμένη και να στοχεύει στις πραγματικές ανάγκες του κάθε ξεχωριστού αρρώστου (Βασλαματζής,2005).

Βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τις κατευθύνσεις της ομάδας είναι:

i. ο συντονισμός με άλλες υπηρεσίες, ii. η αμοιβαία και ισότιμη συνεργασία, iii. η αισιοδοξία, iv. η εξατομικευμένη προσέγγιση του προβλήματος του ατόμου-πελάτη, v. η θεώρηση της σημασίας της οικογένειας και της κοινότητας ως υποστηρικτικών συστημάτων, vi. ο σχεδιασμός πάντα εναλλακτικών προτάσεων, λύσεων, vii. ο σχεδιασμός μίνιμουμ ρεαλιστικών στόχων, viii. η διακριτικότητα, ix. η συνεχής ενίσχυση κάθε προσπάθειας του πελάτη και των θετικών στοιχείων του, x. η ενημέρωση-υποστήριξη της οικογένειας και η ευαισθητοποίηση των φορέων κοινότητας και άλλων φορέων, xi. η διερεύνηση των εργασιακών ευκαιριών στην ελεύθερη αγορά και η προσαρμογή των προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης σε αυτές τις συνθήκες (Μαδιανός,2000).

Ένα ακόμα ζήτημα που προκύπτει από την έρευνα είναι η ανάγκη εκπαίδευσης και εξειδίκευσης των επαγγελματιών που εργάζονται στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Σύμφωνα με τον Σακελλαρόπουλο (2003), ο νέος τρόπος λειτουργίας της αποκαταστασιακής προσπάθειας απαιτεί την περαιτέρω γνωστική κατάρτιση, καθώς και μια διαφοροποιημένη στάση και νοοτροπία των ειδικών της ψυχικής υγείας. Προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία επεξεργασίας των θέσεων και αρχών (θεωρία), καθώς και της κλινικής πράξης (πρακτική). Πρόκειται για έναν τύπο εκπαίδευσης που κατά ένα σημαντικό μέρος του αποκτάται στην πράξη, στα πλαίσια μιας βιωματικής εμπειρίας στις δομές του τομέα. Η βασική εκπαίδευση των στελεχών (ψυχιάτρων, παιδοψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, ψυχιατρικών νοσηλευτών, λογοπεδικών, ψυχοπαιδαγωγών, εργοθεραπευτών, επισκεπτών υγείας, διοικητικών, κλπ.), παλαιών και νέων, οφείλει να είναι προσανατολισμένη προς τις νέες πρακτικές και τον διαφορετικό τρόπο λειτουργίας των νέων υπηρεσιών.

Η εκπαίδευση ψυχιάτρων, ψυχολόγων και γενικότερα όλης της ψυχιατρικής ομάδας προκύπτει ως ανάγκη από το πνεύμα της μεταρρύθμισης και, συγχρόνως, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της εφαρμογής της. Η εκπαίδευση-κατάρτιση των ειδικών ψυχικής υγείας γίνεται με μεταπτυχιακά προγράμματα, μικρότερης ή μεγαλύτερης διάρκειας, με την προοπτική μιας εξειδίκευσης. Τα προγράμματα αυτά μπορούν να πραγματοποιηθούν είτε μετά το πέρας των βασικών σπουδών, είτε στα πλαίσια της ειδικότητας του κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας. Σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση κατέχει η πρακτική άσκηση, δηλαδή η θεωρητικό-κλινική δραστηριότητα του εκπαιδευόμενου μέσα στον φορέα (in service training). Τέλος, η παρακολούθηση συνεδρίων, συμποσίων και εκπαιδευτικών σεμιναρίων, κλπ, εντάσσεται και αυτή στο πλαίσιο της μετεκπαίδευσης (Martin- Jacob, 2003).

Το προσωπικό πρέπει, επίσης, να εκπαιδεύεται σε ειδικές δεξιότητες, όπως: i. Η ενσυναίσθηση (empathy), ii. Η διαχείριση ειδικών προβλημάτων που σχετίζονται με την χρόνια ψυχική νόσο, iii. Η κατάρτιση εξατομικευμένων σχεδίων φροντίδας, iv. Η συνεργασία στα πλαίσια διακλαδικής θεραπευτικής ομάδας (White και Bennett, 1981, Lamb, 1982).

Είναι κεντρικής σημασίας τόσο η συγκρότησή τους σε ομάδα (ομάδα ΨΥ- θεραπευτική ομάδα) όσο και η συνεχής εκπαίδευση των εργαζομένων, καθότι περιλαμβάνει επαγγέλματα και ειδικότητες με διαφορετική αρχική εκπαίδευση και ρόλους (Χριστοδούλου, 2005).

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θεωρούν αναγκαία την ύπαρξη των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας σε όλου τους νομούς διότι έρχονται για να καλύψουν τα κενά που αφήνει η τομεοποίηση. Σύμφωνα με την Λαζαρίδου (2009) η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας στα πλαίσια της Κοινοτικής Ψυχιατρικής αποτελεί ειδικά για μικρούς και απομακρυσμένους νομούς, τον ακρογωνιαίο λίθο της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, η θεραπευτική ομάδα οφείλει να ενημερώνει και να ευαισθητοποιεί την κοινότητα. Πρέπει να αποσκοπεί στην αλλαγή στάσης του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική αρρώστια, στην καταγραφή των προβλημάτων και των αναγκών της κοινότητας, στην αποδοχή της ψυχιατρικής ομάδας από τον πληθυσμό ώστε αυτή να αποτελέσει ένα ενεργό κομμάτι του. Η αγωγή κοινότητας παράλληλα με την αλλαγή της στάσης του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική αρρώστια συντελεί και στην έγκαιρη παρέμβαση. Με

αυτόν τον τρόπο το αίτημα για ψυχιατρική βοήθεια φτάνει έγκαιρα, τα περιστατικά παραπέμπονται ή έρχονται για παρακολούθηση πριν την όξυνση και κλιμάκωση της συμπτωματολογίας τους (Αντωνιάδης,2003).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας παρέχει υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον: i. σε τομείς ψυχικής υγείας που η γεωγραφική τους έκταση και διαμόρφωση, η οικιστική τους διασπορά καθώς και οι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες σε συνδυασμό με τη φύση των ψυχικών διαταραχών δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων των περιοχών αυτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ii. σε όμορους τομείς ψυχικής υγείας όταν δεν υπάρχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Έργο της κινητής μονάδας ψυχικής υγείας είναι η παροχή υπηρεσιών πρόληψης και νοσηλείας και ειδικής φροντίδας κατ' οίκον, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αγωγής κοινότητας σε δυσπρόσιτες περιοχές και ειδικότερα: i. η έγκαιρη διάγνωση - παρέμβαση για την πρόληψη της έναρξης της νόσου ή της υποτροπής της, ii. η κατ' οίκον παρέμβαση για την αντιμετώπιση και διαχείριση της κρίσης, iii. 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, iv. 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, v. η συμβουλευτική - υποστηρικτική παρέμβαση στην οικογένεια του ασθενούς με στόχο την καλύτερη επικοινωνία τους και τη μείωση του άγχους της οικογένειας και του ίδιου του ασθενούς, vi. η εκπαίδευση εθελοντών και vii. Η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος μέσω των προγραμμάτων αγωγής κοινότητας (www.mohaw.gr).

Οι δραστηριότητές της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας συνοπτικά είναι: i. η πρόληψη, ευαισθητοποίηση της κοινότητας με συζητήσεις, διαλέξεις, σεμινάρια επαγγελματιών, πχ ιατρών, με σκοπό την αλλαγή της στάσης της απέναντι στην ψυχική αρρώστια, ii. η αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης, ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι του αρρώστου, συνέχεια στην φροντίδα (follow-up), ψυχιατρικές συνεντεύξεις και iii. η εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας (www.mohaw.gr).

Το γεγονός ότι το έργο της Κινητής Μονάδας είναι πολύπλοκο, ασκείται υπό αντίξοες συνθήκες και απαιτεί τη συνεργασία πολλών ανθρώπων τόσο για τη παροχή υπηρεσιών όσο και για τη συνοχή και τη λειτουργία της ομάδας καθαυτής (Λαζαρίδου,2009). Προϋπόθεση για αυτό είναι η διαθεσιμότητα των θεραπειών, η συνέχεια στη φροντίδα των ασθενών (Λειβαδίτης,2003).

Με τις κινητές μονάδες οι ψυχιατρικές υπηρεσίες γίνονται διαθέσιμες αφενός στα Κοινοτικά Κέντρα Υγείας-Νοσοκομεία και αφετέρου στα σπίτια των ασθενών που βρίσκονται σε διάφορες περιοχές της επαρχίας (Μπλού,1999).

Οι Θεραπευτικοί στόχοι που θέτουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας της Κινητής Μονάδας είναι: i. η θεραπευτική ολοκλήρωση της μεταβατικής φάσης της ζωής του αρρώστου από την ψυχοπαθολογική κατάσταση στη φυσιολογική ζωή στην κοινότητα και ii. η παροχή κάθε δυνατής βοήθειας για την προσαρμογή των αρρώστων στην κοινότητα μετά από μια νοσηλεία, και η μείωση της πιθανότητας υποτροπής και επανεισαγωγής. Κατά ορισμένους υπάρχει και ένας άλλος στόχος: η αποφυγή της εισαγωγής στο ψυχιατρείο με τη βοήθεια των υπηρεσιών ενός νοσοκομείου ημέρας. Ο στόχος αυτός πολλές φορές επιτυγχάνεται κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις (Μαδιανός, 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

7.1. Η σημασία του επαγγελματικού ρόλου των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας

Σύμφωνα με την έρευνα, ο σημαντικότερος ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι να συμβουλευεί τον ψυχικά ασθενή, να συμβουλευεί την οικογένεια για θέματα ψυχικής νόσου, να προωθεί τη σταδιακή αποκατάσταση (ψυχοκοινωνική και επαγγελματική) του ασθενούς στην κοινότητα. Ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι πάρα πολύ σημαντικός. Ο επαγγελματικός ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας που εργάζεται σε μια Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι πιο ξεκάθαρος από ότι σε άλλες δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπου εκεί χρειάζεται να είναι πολυδιάστατος. Κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας έχει τον δικό του ξεκάθαρο ρόλο στις Κινητές

Μονάδες Ψυχικής Υγείας και κατά συνέπεια υπάρχει συνοχή στη θεραπευτική ομάδα. Το σημαντικότερο ρόλο σε μια Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας έχει ο ψυχίατρος, ακολουθούν ο ψυχολόγος, ο κοινωνικός λειτουργός, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής, ο επισκέπτης υγείας και τέλος ο εργοθεραπευτής.

7.2. Οι παράγοντες ανάπτυξης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας

Ο σημαντικότερος παράγοντας που συμβάλλει άμεσα στην ανάπτυξη των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας είναι η αδυναμία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας να παρακολουθούν τακτικά τη θεραπεία των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα. Ακολουθεί η έλλειψη και άλλων ενδιάμεσων υπηρεσιών πρόληψης και αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου, ένας ακόμα σημαντικός λόγος είναι η ιδρυματοποίηση που προκαλείται στους ψυχικά ασθενείς οι οποίοι διαμένουν ή φιλοξενούνται σε μεταβατικούς Ξενώνες ή Οικοτροφεία. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας πρέπει να υπάρχουν σε όλους τους νομούς της χώρας, διότι υπάρχουν δυσπρόσιτες ή απομακρυσμένες περιοχές, στις οποίες δεν υπάρχουν δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς οι περισσότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι συγκεντρωμένες στα μεγάλα αστικά κέντρα και η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας μπορεί να καλύψει τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών που κατοικούν στην περιφέρεια. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας μπορούν να προλάβουν την υποτροπή/κρίση ενός ψυχικά ασθενούς. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας καλούνται να καλύψουν το μεγάλο κενό που έχει δημιουργηθεί από την κακή διαχείριση και εφαρμογή της τομεοποίησης ανά Νομό.

7.3. Οι στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης και η αποτελεσματικότητα των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας

Ο σημαντικότερος στόχος της λειτουργίας των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας είναι η κάλυψη των αναγκών των ψυχικά ασθενών που κατοικούν σε απομακρυσμένες περιοχές, η παροχή εξατομικευμένης ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και κατ' οίκον ψυχιατρική νοσηλεία, η συμβολή στην πρόληψη της κρίσης του ψυχικά ασθενή, η συμβουλευτική και υποστήριξη στην οικογένεια του ψυχικά ασθενούς, η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας για θέματα ψυχικής υγείας, ακολουθεί η συμβολή στη μείωση του στιγματισμού του ψυχικά ασθενή και τέλος η αποσυμφόρηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των ψυχιατρικών κλινικών.

Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας καλύπτουν τις εξής ανάγκες των ψυχικά ασθενών: την κατ' οίκον ψυχιατρική περίθαλψη, την πρόληψη και άμεση παρέμβαση στην κρίση, την ενημέρωση της οικογένειας του ψυχικά ασθενή για θέματα πρόληψης της κρίσης και την σταδιακή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή.

Οι θεραπευτικές τεχνικές προσέγγισης και αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από τις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι αποτελεσματικές. Οι σημαντικότερες μέθοδοι που εφαρμόζονται για την υλοποίηση των προγραμμάτων της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας είναι ατομική συμβουλευτική, οικογενειακή συμβουλευτική, ατομική ψυχοθεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, φαρμακοθεραπεία, θεραπευτικές μεθόδους συμπεριφορισμού, γνωστική θεραπεία και εργοθεραπεία.

7.4. Οι προτάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη λειτουργία των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας προτείνουν ότι οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας πρέπει να υπάρχουν σε όλους τους νομούς της χώρας. Πρέπει να

στελεχώνονται με περισσότερους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ώστε να μπορούν να καλύπτουν όλες τις απομακρυσμένες περιοχές του κάθε νομού. Πρέπει να προσφέρεται εξειδίκευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Θα πρέπει να δοθούν κίνητρα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ώστε να επιθυμούν να εργαστούν στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Να δημιουργηθούν οικονομικά κίνητρα σε σχέση με το φόρτο εργασίας. Την κρατική χρηματοδότηση διότι υπάρχει έλλειψη πόρων που συνεπάγεται χαμηλούς μισθούς και περικοπές στο προσωπικό.

Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας θα πρέπει να συνεργάζονται με ένα ευρύ φάσμα δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατά προτεραιότητα πρώτα με τα κέντρα ψυχικής υγείας, τις ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τους ξενώνες, τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα, τα οικοτροφεία, τα προστατευμένα διαμερίσματα και τέλος τις μονάδες επαγγελματικής ένταξης. Θα πρέπει να δημιουργηθούν κατάλληλες υποδομές προκειμένου να μπορεί να δημιουργηθεί ένα ευέλικτο και λειτουργικό σύστημα διασύνδεσης ψυχιατρικών υπηρεσιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Μαδιανός, Μ. (1989). Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική, Αθήνα, εκδόσεις Καστανιώτης, σελ. 40-42.
- Μαδιανός, Μ. (1994). Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της Από τη θεωρία στην πράξη, Αθήνα, εκδόσεις ελληνικά γράμματα, σελ. 178-188,199,221-228,248.
- Μαδιανός, Μ. (2000). Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική, Εκδόσεις Καστανιώτης, σελ. 19-25,419-421,465-478.
- Μαδιανός, Μ. (2000). Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή, Αθήνα, εκδόσεις Καστανιώτη.
- Μαδιανός, Μ. (2005). Ψυχιατρική και Αποκατάσταση, Αθήνα, εκδόσεις Καστανιώτη, σελ.413.
- Στυλιανίδης, Σ., Γκιωνάκης, Ν. και Χονδρός, Π. (2008). Ανάμεσα στην προσωπική και τη θεσμική Ιστορία: Η διαδρομή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Εύβοια. Στο βιβλίο: Κοινότητα και ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Η εμπειρία της Εύβοιας 1998-2008, Επιμέλεια Σ. Στυλιανίδης, Μ. Στυλιανούδη, εκδόσεις Τόπος, σελ. 307-308.
- Στυλιανίδης, Σ., Στυλιανούδη, Α. (2008). Για την Ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση και το πρόγραμμα της Λέρου. Στο βιβλίο: Κοινότητα και ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Η εμπειρία της Εύβοιας 1998-2008, Επιμέλεια Σ. Στυλιανίδης, Α. Στυλιανούδη, εκδόσεις Τόπος, σελ. 352-355.
- Σακελλαρόπουλος, Π. (2003). Εισαγωγή στις εφαρμογές μια σύγχρονης ψυχιατρικής. Στο βιβλίο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Επιμέλεια Δ. Δαμίγος, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, σελ. 44-54.
- Σακελλαρόπουλος, Π. (2003). Βραχεία παρουσίαση της ψυχιατρικής περίθαλψης στο σπίτι του αρρώστου. Στο βιβλίο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Επιμέλεια Δ. Δαμίγος, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, σελ. 201-204.
- Λιάκος Α. (2003). Κοινωνική και κοινοτική ψυχιατρική. Στο βιβλίο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Επιμέλεια Δ. Δαμίγος, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, σελ. 55-69.

- Αλεξανδρής, Β. (2003). Ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι του αρρώστου. Στο βιβλίο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Επιμέλεια Δ. Δαμίγος, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, σελ. 81-85.
- Μαυρατζώτου, Κ. (2003). Ο σύνθετος ρόλος των φορέων ψυχικής υγείας στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Στο βιβλίο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Επιμέλεια Δ. Δαμίγος, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, σελ. 95-99.
- Martin, M., Jacob, B. (2003). Η πολιτική για την ψυχική υγεία στο Βέλγιο(1975-2002), Η πρώτη μεταρρύθμιση της νοσοκομειακής περίθαλψης. Στο βιβλίο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Επιμέλεια Δ. Δαμίγος, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, σελ. 106-115.
- Λαζαρίδου, Μ. (2009). Από την ψυχαναλυτική τεχνική στη λειτουργία μιας ψυχιατρικής Κινητής Μονάδας στα πλαίσια της κοινωνικής ψυχιατρικής. Στο βιβλίο: Η συμβολή της ψυχανάλυσης στην Ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση, Επιμέλεια Ε. Ζέικου, Ν. Κοντοστεργίου, Ε. Κοράλλη, Γ. Χατζησταυράκης, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 111-116.
- Σκαπινάκης, Π., Μαυρέας, Β. (2003). Ψυχιατρική μεταρρύθμιση: διαφορετικοί ασθενείς, διαφορετικές ανάγκες. Στο βιβλίο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Επιμέλεια Δ. Δαμίγος, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, σελ. 316-321.
- Δαμίγος, Δ., Μαυρέας, Β. (2003). Μια κλινική θεώρηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και τις αποασυλοποίησης. Στο βιβλίο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Επιμέλεια Δ. Δαμίγος, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, σελ. 476-483.
- Μαυρατζώτου, Κ. (2003). Σχεδιασμός και ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στο βιβλίο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Επιμέλεια Δ. Δαμίγος, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, σελ. 136-145.
- Καρακώστας, Α., Στυλιανίδης, Σ. (1984). Ενδιάμεσες δομές: θεωρία και πρακτική. Μια κριτική προσέγγιση. Στο βιβλίο: Ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής, S. Lebonici - Π. Σακελλαροπουλος, Εκδόσεις Καστανιώτης, σελ. 172-193.

- Βλαχάκη, Ε. (2009). Από τη φρενοπάθεια στην ψυχική Υγιεινή. Το πείραμα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. Στο βιβλίο: Η συμβολή της ψυχανάλυσης στην Ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση, Επιμέλεια Ε. Ζέικου, Ν. Κοντοστεργίου, Ε. Κοράλλη, Γ. Χατζησταυράκης, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 39-42.
- Τζωράκη-Χατζάκη, Α., Τζανάκη-Μελισσάρη, Μ. και Καστανάκη, Α. (2005). Μετάβαση στο πρόγραμμα «ψυχαργώς». Στο βιβλίο: 2^η Πανελλήνια διημερίδα, Σύγχρονες ανάγκες κοινωνικής φροντίδας Δομές και Προγράμματα στην τοπική κοινωνία, Ηράκλειο Κρήτης: Σ.Κ.Λ.Ε. 2005.
- Κονταξάκης, Β.,Π. και Χριστοδούλου, Γ.,Ν. (2005). Κοινωνική και κοινοτική ψυχιατρική. Στο βιβλίο: Προληπτική Ψυχιατρική & Ψυχική Υγιεινή, Αθήνα, εκδόσεις, Βήτα, σελ.49-52.
- Lempriere, T., Feline, A. και συν. (2003). Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογή της στην Ελλάδα. Στο βιβλίο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Επιμέλεια Δ. Δαμίγος, εκδόσεις Παπαζήσης, σελ.44-50.
- Παπαδάτος, Γ. και Στογιαννίδου, Α. (1988). Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή. Η εναλλακτική πρόταση στην παραδοσιακή ψυχιατρική, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, σελ. 25-35, 85-102, 115-158.
- Ζήση, Α. (2002). Επανένταξη Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων εμπειρικά ευρήματα νέες προσεγγίσεις και προοπτικές, Αθήνα, εκδόσεις Τυπωθήτω, σελ.116-118.
- Υφαντής, Θ. (2003). Η κοινή λειτουργία μιας κινητής μονάδας με ένα οικοτροφείο-ξενώνα σε αγροτική περιοχή: Παρελθόν και παρόν συνομιλούν. Στο βιβλίο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Επιμέλεια Δ. Δαμίγος, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, σελ. 116-181.
- Παναγούτσος, Π. (2003). Περίθαλψη στο σπίτι, κρίση και επικινδυνότητα. Στο βιβλίο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Επιμέλεια Δ. Δαμίγος, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, σελ. 205-208.
- Δαμίγος, Δ. (2003). Ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας ξενώνων ατόμων με ειδικές ανάγκες. Στο βιβλίο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με

την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Επιμέλεια Δ. Δαμίγος, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, σελ. 373.

- Μπλου, Ε. (1999). Η δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής, Αθήνα, Εκδόσεις Εξάντας Τριαπής Λόγος, σελ. 125-132, 141-144.
- Βασλαματζής, Γ. (2005). Ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Στο βιβλίο: Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, Αθήνα, εκδόσεις Βήτα σελ. 573-576.
- Οικονόμου, Μ.,Π. (2005). Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Στο βιβλίο: Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, Επιμέλεια: Κονταξάκης, Β.,Π., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ.,Ι. και Χριστοδούλου Γ.,Μ. Αθήνα, εκδόσεις Βήτα σελ. 559-563.
- Πλουμπίδης, Δ.,Ν. (2005). Το κέντρο ψυχικής υγείας. Στο βιβλίο: Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, Επιμέλεια: Κονταξάκης, Β.,Π., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ.,Ι. και Χριστοδούλου Γ.,Μ. Αθήνα, εκδόσεις Βήτα σελ. 55-63.
- Λειβαδίτης, Μ. (2003). Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες στο νομό Εύβοιας. Στο βιβλίο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Επιμέλεια Δ. Δαμίγος, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, σελ. 154-163.
- Γιαντσελίδου, Α., Φραγκούλη, Α. (2003). Προστατευμένα διαμερίσματα: Ένα βήμα πιο κοντά στην κοινότητα. Στο βιβλίο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Επιμέλεια Δ. Δαμίγος, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, σελ. 401-403.
- Αντωνιάδης, Χ. (2003). Ο ρόλος του ψυχιατρικού νοσηλευτή στην κοινότητα. Στο βιβλίο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Επιμέλεια Δ. Δαμίγος, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, σελ. 270.
- Zussman (1975). Οι βασικές αρχές της ψυχιατρικής – ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Στο βιβλίο: Ψυχιατρική και αποκατάσταση, Μ. Μαδιανός, 2005, Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη, σελ. 51.
- Anthony και συν. (1990). Στο βιβλίο: Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της από τη θεωρία στην πράξη, Μ. Μαδιανός, 1994, Αθήνα, εκδόσεις ελληνικά γράμματα, σελ. 178-188,199,221-228,248.

- Farkas & Anthony (1989). Η διαδικασία εφαρμογής της ψυχιατρικής-ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Στο βιβλίο: Ψυχιατρική και αποκατάσταση, Μ. Μαδιανός, 2005, Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη, σελ. 97-101
- Anthony, Farkas & Cohen (1990), Farkas & Anthony (1989). Οι αξίες στην ψυχιατρική- ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Στο βιβλίο: Ψυχιατρική και αποκατάσταση, Μ. Μαδιανός, 2005, Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη, σελ. 52-54.
- Καλλινικάκη, Θ. (1998). Στο βιβλίο: Εισαγωγή στην Κοινωνική Εργασία, Αθήνα, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, σελ. 89-92.
- Χριστοδούλου, Γ.,Ν., Αλεβίζος, Β., Μαυρέας, Β. (1999). Οι ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Οδηγίες για την διάγνωση και την αντιμετώπιση, (icd10 κεφ. ν), Αθήνα, εκδόσεις Βήτα.
- Pilgrim, D., Rogers, A. (2004). Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και οι άλλοι κοινωνικοί πρωταγωνιστές. Στο βιβλίο: Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας, επιμέλεια: Δ. Αγραφιώτης, εκδόσεις: Τυπωθήτω - Γ. Δαρδάνος, Αθήνα, σελ. 198-200.
- Goldman και συν. (1981). Οι ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και αποκατάσταση. Στο βιβλίο: Ψυχιατρική και αποκατάσταση, Μ. Μαδιανός, 2005, Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη, σελ.54-59.
- Cohen, L., Manion, L. (2000). Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας, εκδόσεις Μεταίχμιο, σελ. 122-152
- Υπουργείο υγείας και κοινωνικών ασφαλίσεων- Υπουργείο υγείας πρόνοιας, ερευνητικό παν/κό ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής, Μονάδα Υποστήριξης Εμπύχωσης & Παρακολούθησης, Οδηγός Καινοτόμων Δράσεων Στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Κοινωνικοοικονομική Ενσωμάτωση των Ψυχικά Πασχόντων, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» (2003).
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής υγιεινής, Μονάδα υποστήριξης εμπύχωσης και παρακολούθησης, Οδηγός καινοτόμων δράσεων πρακτικών στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», Δεκέμβριος 2000, ΜΥΠΕΠ.

Άρθρα

- Κουτουβίδης, Ν., Μηνογιάννη, Α. (2003). Μερικές σκέψεις για ένα νέο σύστημα ψυχιατρικής φροντίδας (ή για μια μεταρρύθμιση μέσα στη μεταρρύθμιση), Τετράδια ψυχιατρικής, τεύχος 81, 44-47.
- Επιστημονική Ένωση (2003). Επιστημονικό Συμπόσιο «Πρωτοβάθμια φροντίδα Ψυχικής Υγείας και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση-Η γύμνια του συστήματος Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα», Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος 83, 18-20.
- Μάτσα, Κ. (2003). «Το εγχείρημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Το πολιτικό πλαίσιο», Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος 83, 21-24.
- Καλδεριμιτζιάν, Ν. (2008). «Οι διαμαρτυρίες πολιτών για την εγκατάσταση δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ως το σημείο συνάντησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με το στίγμα για την ψυχική ασθένεια», Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος 101, 31-33.
- Στυλιανίδης, Σ., Χονδρός, Π.Χ. (2006). Ποιότητα φροντίδας, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Κρίσιμα και επίκαιρα ερωτήματα., Τετράδια ψυχιατρικής, τεύχος 93, σελ. 85-89.
- Διακήρυξη της Πανελλαδικής Συσπείρωσης για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση ,(2005). Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος 91, 9-13.
- Πανέττας, Χ., Μπούκουρα, Ε., Παπαδοπούλου, Δ., Μπεναρδής, Ι., Αγιώτη, Σ., Κατσαρός, Π. (2004). Αξιολόγηση των εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης του Ψ.Ν.Α. στα πλαίσια της Α φάσης του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩ», Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος 87, 46-54.
- Μοσχονάς, Δ. (2009). Το στίγμα για την ψυχική διαταραχή και οι διαφορετικές απόψεις για αυτό. Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος 105, 11-15.
- Μαδιανός, Μ. (2002). Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 21^{ου} αιώνα, Ψυχιατρική 13, 297-300.
- Stylianidis, Pandelidou και Chondros (2008), Evaluation of the rehabilitation process in Greek Community Residential homes: resettlement from Greek Psychiatric Hospitals, International Journal of Psychosocial Rehabilitation. 13(1), 31-38.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ

- Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα (1993), σελίδες 189-190, 477

- Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό (1993), τόμοι: 2,5,6,9

Ξένη βιβλιογραφία

- Bierer, J. (2000). *International Journal of social psychiatry*, Vol. 46: pp.11
- Burns, T. (2004). *Community Mental Health Teams*, New York, Oxford University Press
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation
- Scott, J., Lehman, A. (2001). *Case Management and Assertive Community Treatment*, In. Thornicroft G., et Szmukler G. (eds.), *Textbook Of Community Psychiatry*, New York: Oxford University Press (pages 253-263)
- Burns, B.J., Santos, A.B. (1995). *Assertive Community Treatment: An update of randomized trials*. *Psychiatric Services*, 46, 669-675.
- Dixon, L.B., Krauss, N. & Kernan, E. (1995). *Modifying the PACT model to serve homeless persons with severe mental illness*. *Psychiatric Services*, 46, 684-688.
- Drake, R. (1998). *Brief history, current status and future place of assertive community treatment*. *American Journal of Orth psychiatry*, 68 (2), April 1998.
- Drake, R.E., & Burns, B.J. (1995). *Special section on assertive community treatment: An introduction*. *Psychiatric Services*, 46, 667-668.
- Drake, R.E., Teague, G.B., & Warren, R.S. (1990). *New Hampshire's dual diagnosis program for people with severe mental illness and substance abuse*. *Addiction and Recovery*, 10, 35-39.
- Health, T., Nicholson, G. (1999). *Outreach care: A sensitive approach*. *Nursing Times*, Feb. 3, vol. 95, No 5.
- Lang, A.M. et al (1999). *Clinicians' and clients' perspectives on the impact of assertive community treatment*. *Psychiatric Services*, Oct. 1999, vol. 50, No 10.
- McFarlane, W.R., Stastny, P., & Deakinns, S. (1992). *Family-aided assertive community treatment: A comprehensive rehabilitation and*

intensive case management approach for persons with schizophrenic disorders. *New Directions for Mental Health Services*, 53,43-54.

- Mechanic, D. (1991). Strategies for integrating public mental health services. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 797-801.
- Morse, G.A., Calsyn, R.J., Allen, G. (1992). Experimental comparison of the effects of three treatment programs for homeless mentally ill people. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 1005-1010.
- Olfson, M. (1990). Assertive Community Treatment: An evaluation of the experimental evidence. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 634-641.
- Rosenheck, R. A., Neale, M., Leaf, P., Milstein, R., & Frisman, L. (1995). Multi-site experimental cost study of intensive psychiatric community care. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 129-140.
- Santos, A.B., Deci, P.A., Lachance, K.R., (1993). Providing assertive community treatment for severely mentally ill patients in rural area. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 34-39.
- Santos, A.B., Hawkins, G.D., Julius, B. et al (1993). A pilot study of assertive community treatment for patients with chronic psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150, 501-504.
- Teague, B.G. et al (1998). Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68 (2), April 1998.
- Teague, G.B., Drake, R.E., & Ackerson, T. (1995). Evaluating use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse. *Psychiatric Services*, 46, 689-695.
- Test, M.A. (1992). Training in community living. In R.P. Liberman (Ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation* (153-170). Boston: Allyn and Bacon.
- Test, M.A., & Stein, L.I. (1976). Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Mental Health Journal*, 12, 72-82.
- Lamb, H.,R. 1988. *Treating the long term mentally ill*. San Francisco, Jossey-Bass.
- White, H.,S. και Bennet D,M.,B. 1981. Training psychiatric resident in chronic care. *Hospital and community psychiatry*, 32, 339-343.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- www.mohaw.gr
- www.epapsy.gr
- www.oke-esc.eu
- www.yyka.gov.gr
- www.epapsy.bogspot.com
- www.mpuioa.gr
- www.ekpse.gr
- www.ygeia-pronoia.gr
- www.lerosho-hospital.gr
- <http://www.ygeiaprnoia.gr>
- <http://www.mentalhealthmap.gr>
- <http://www.syn-eirmos.gr>
- <http://www.psycrete.gr>
- <http://www.kpechios.gr>
- www.leros-hospital.gr
- <http://www.psych.gr>: Έκθεση της επιτροπής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης της ελληνικής ψυχιατρικής εταιρίας 2006-2008, Συντονιστής Δ. Πλουμπίδης
- <http://www.inpsy.gr> : Π. Σακελλαρόπουλος, 2004, Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη.
- <http://www.koispe.gr>
- <http://www.psychotes.gr>
- <http://arcadia.ceid.upatras>
- <http://www.psynk.ondsl.gr/ph1.html>
- <http://www.psychservices.psychiatryonline.org> Άρθρα: Μια εθνική έρευνα των κινητών υπηρεσιών κρίσης και η αξιολόγηση τους
- <http://informahealthcare.com> A comparison in hospitalization rates between a community-based mobile emergency service and a hospital-based emergency service
- <http://ps.psychiatryonline.org>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Α. Ερωτηματολόγιο

Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα: Κοινωνικής Εργασίας

Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας – Απόψεις των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας για την αναγκαιότητα και αποτελεσματικότητα των Κινητών Μονάδων Ψυχιατρικής Περίθαλψης των ασθενών στην κοινότητα.

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποστέλλεται για τη συμπλήρωσή του, με σκοπό να μελετηθούν οι απόψεις των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας για την αναγκαιότητα και αποτελεσματικότητα των Κινητών Μονάδων Ψυχιατρικής Περίθαλψης των ασθενών στην κοινότητα. Η έρευνα αυτή γίνεται στο πλαίσιο διεξαγωγής της πτυχιακής εργασίας για την απόκτηση του πτυχίου. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας στη διεξαγωγή της έρευνας αυτής.

Υπεύθυνη καθηγήτρια: Δρ. Σικελιανού Δέσποινα

Ερευνητική ομάδα: Μανιώτα Παναγιώτα

Μανουσάκη Χρυσοβαλάντου

Τζιρβελάκη Ιωάννα

Πάτρα, 2010

1. Φύλο:

- 1. Άντρας
- 2. Γυναίκα

2. Ηλικία:

- 1. 18-25
- 2. 26-35
- 3. 36-45
- 4. 46-55
- 5. 56-65
- 6. 66 και άνω

3. Ειδικότητα:

- 1. Ψυχίατρος
- 2. Ψυχολόγος
- 3. Κοινωνικός Λειτουργός
- 4. Νοσηλεύτης
- 5. Εργοθεραπευτής
- 6. Λογοθεραπευτής
- 7. Παιδοψυχίατρος
- 8. Επισκέπτης Υγείας
- 9. Κινησιοθεραπευτής
- 10. Φυσιοθεραπευτής

4. Χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας:

- 1. 0-1 έτος
- 2. 2-7 έτη
- 3. 8-15 έτη
- 4. 16-25 έτη
- 5. 26 και άνω έτη

5. Χώρος εργασίας:

- 1. Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου
- 2. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο

- 3. Ξενώνας
- 4. Οικοτροφείο
- 5. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας
- 6. Κέντρα Ψυχικής Υγείας

6. Επιλέξτε με ένα X στο αντίστοιχο κουτάκι ποιο από τα παρακάτω προσδιορίζει το ρόλο μιας Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας στην κοινότητα:

- 1. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία πρόληψης-διάγνωσης-θεραπείας ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων στην κοινότητα.
- 2. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων.
- 3. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι μια ενδιάμεση υπηρεσία που προλαμβάνει τον εγκλεισμό των ψυχικά πασχόντων.
- 4. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι μια υπηρεσία που αντιμετωπίζει θεραπευτικά τους ψυχικά ασθενείς της κοινότητας προκειμένου να μην νοσηλευτούν σε ψυχιατρικές κλινικές.
- 5. Όλα τα παραπάνω
- 6. Άλλο.....
.....
.....

7. Ποιο από τα παρακάτω ορίζει την έννοια και τον ρόλο των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας:

- 1. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία πρόληψης-διάγνωσης-θεραπείας ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων στην κοινότητα
- 2. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι υπηρεσία αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων.
- 3. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι μια ενδιάμεση υπηρεσία που προλαμβάνει τον εγκλεισμό των ψυχικά πασχόντων.

4. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι μια υπηρεσία που αντιμετωπίζει θεραπευτικά τους ψυχικά ασθενείς της κοινότητας προκειμένου να μην νοσηλευτούν σε ψυχιατρικές κλινικές.
5. Όλα τα παραπάνω
6. Άλλο.....
.....
.....

8. Παρακαλώ δηλώστε τις προτεραιότητές σας συμπληρώνοντας τους αντίστοιχους αριθμούς στα κουτάκια που δηλώνουν την κατάταξη των απόψεών σας, 1= βασική προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.

Η λειτουργία των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας έχει στόχο:

1. Να καλύψει τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών που κατοικούν σε απομακρυσμένες περιοχές.
2. Να βοηθήσει στην αποσυμφόρηση των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Ψυχιατρικών Κλινικών.
3. Να συμβάλλει στη μείωση του στιγματισμού του ψυχικά ασθενή.
4. Να παρέχει εξατομικευμένη ψυχοκοινωνική υποστήριξη και κατ'οίκον ψυχιατρική νοσηλεία.
5. Να συμβάλλει στην πρόληψη της κρίσης του ψυχικά ασθενή.
6. Να ενημερώνει και να ευαισθητοποιεί την κοινότητα για θέματα ψυχικής υγείας.
7. Να συμβουλεύει και να υποστηρίζει την οικογένεια του ασθενούς.

9. Κατά τη γνώμη σας ποιος ή ποιοι είναι οι παράγοντες εκείνοι που μπορούν να συμβάλλουν άμεσα στην ανάπτυξη των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας στη χώρα μας;

Τοποθετήστε κατά σειρά προτεραιότητας τον αριθμό που αντιστοιχεί στην άποψή σας π.χ. 1= βασική προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.

1. Η αδυναμία των φορέων ψυχικής υγείας (π.χ. Υπηρεσίες Ψυχιατρικών και Γενικών Νοσοκομείων) να παρακολουθούν τακτικά τη θεραπεία των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα.
2. Το υψηλό οικονομικό κόστος της ψυχιατρικής νοσηλείας του ψυχικά ασθενή στα Γενικά ή τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

3. Η ιδρυματοποίηση που προκαλείται στους ψυχικά ασθενείς οι οποίοι διαμένουν ή φιλοξενούνται σε μεταβατικούς Ξενώνες ή Οικοτροφεία.
4. Η έλλειψη και άλλων ενδιάμεσων υπηρεσιών πρόληψης και αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου.
5. Η επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή που διαμένει στην κοινότητα.
6. Η πολιτική των Φαρμακευτικών Εταιρειών να προωθούν τα προϊόντα τους με την ανοχή των υπαρχόντων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με απώτερο σκοπό το κέρδος και όχι την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

10. Κατά την άποψή σας, οι υπηρεσίες μιας Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών;

1. Ναι
2. Όχι

10.α) Αν ΝΑΙ, ποια ή ποιες από τις παρακάτω ανάγκες των ψυχικά ασθενών καλύπτουν;

1. την κατ'οίκον ψυχιατρική περίθαλψη
2. Την πρόληψη και άμεση παρέμβαση στην κρίση
3. Την ενημέρωση της οικογένειας του ψυχικά ασθενή για θέματα πρόληψης της κρίσης.
4. Την σταδιακή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή.
5. Όλες τις παραπάνω
6. Άλλο.....

10.β) Αν ΟΧΙ, για ποιόν ή ποιους από τους παρακάτω λόγους δεν καλύπτονται οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών;

1. Η κοινότητα δεν έχει θετική στάση απέναντι σε τέτοιου είδους παρεμβάσεις.
2. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας δεν αποτελούν επαρκείς υπηρεσίες για την ψυχιατρική περίθαλψη των ασθενών.
3. Οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών καλύπτονται μόνο από τα ψυχιατρικά άσυλα

4. Οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών καλύπτονται μόνο από τις ψυχιατρικές κλινικές.
5. Οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών καλύπτονται μόνο από τις ενδιάμεσες-μεταβατικές δομές, π.χ Ξενώνες, Οικοτροφεία κ.λ.π.
6. Άλλο.....
.....
.....

11. Τοποθετήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το 1 έως το 7 (1= βασική προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.) την άποψή σας σχετικά με το ρόλο του επαγγελματία ψυχικής υγείας στις Κινητές Μονάδες.

Ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας είναι:

1. Να συμβουλεύει την οικογένεια για θέματα ψυχικής νόσου.
2. Να συμβουλεύει τον ψυχικά ασθενή.
3. Να αντιμετωπίζει την ψυχική νόσο του ασθενή με φαρμακευτική αγωγή.
4. Να ευαισθητοποιεί και να ενημερώνει την κοινότητα για θέματα ψυχικής νόσου.
5. Να βοηθά στον σταδιακό αποστιγματισμό του ψυχικά ασθενή.
6. Να προωθεί τη σταδιακή αποκατάσταση (ψυχοκοινωνική και επαγγελματική) του ασθενούς στην κοινότητα.
7. Να συμβάλλει στη διασύνδεση των ψυχιατρικών υπηρεσιών της κοινότητας.

12. Ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας στην Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι:

1. Πάρα πολύ σημαντικός
2. Πολύ σημαντικός
3. Λίγο σημαντικός
4. Πολύ λίγο σημαντικός
5. Καθόλου σημαντικός

13. Κατά την άποψή σας ο επαγγελματικός ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας, που εργάζεται σε Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας λειτουργεί καλύτερα από ότι λειτουργεί σε άλλες δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας;

1. Ναι
2. Όχι

13.α) Αν ΝΑΙ, για ποιόν ή ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι μπορεί να λειτουργεί καλύτερα ο επαγγελματικός ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας που εργάζεται σε Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας;

1. Ο επαγγελματικός ρόλος είναι ξεκάθαρος ως προς τη λειτουργία του στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Ο κάθε επαγγελματίας ψυχικής υγείας έχει το δικό του ρόλο μέσα στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας.
2. Ο επαγγελματικός ρόλος στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας δεν χρειάζεται να είναι πολυδιάστατος, κάτι το οποίο προκαλεί πρόβλημα σε άλλες δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
3. Ο επαγγελματικός ρόλος αποκτά περισσότερο κύρος και αίγλη όταν ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας εργάζεται στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας.
4. Οι επαγγελματικοί ρόλοι λειτουργούν καλύτερα και για αυτό υπάρχει συνοχή στη θεραπευτική ομάδα της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας.
5. Όλα τα παραπάνω
6. Άλλο.....
.....
.....

13.β) Αν ΟΧΙ, για ποιόν/ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν μπορεί να λειτουργεί ο επαγγελματικός του ρόλος καλύτερα από ότι στις άλλες δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας;

1. Ο επαγγελματικός ρόλος καταντά ως ρόλος «λάντζας».
2. Ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας δεν έχει κύρος και αίγλη.
3. Ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας «χάνεται» από τη στιγμή που περιθάλλει τον ασθενή στο σπίτι του.
4. Ο επαγγελματικός ρόλος δεν μπορεί να λειτουργήσει σωστά γιατί ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας «στιγματίζεται» περισσότερο όταν εργάζεται στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

5. Όλα τα παραπάνω

6. Άλλο.....

.....

14. Ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το 1 έως το 5 τους παρακάτω επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναφορικά με τη μεγαλύτερη συμβολή του επαγγελματικού ρόλου τους στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας. (1= βασική προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.).

1. Ψυχίατρος

2. Κοινωνικός Λειτουργός

3. Ψυχολόγος

4. Ψυχιατρικός Νοσηλευτής

5. Εργοθεραπευτής

6. Επισκέπτης Υγείας

15. Ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το 1 έως το 8 (1= βασική προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.) τις παρακάτω θεραπευτικές μεθόδους, οι οποίες θα μπορούσαν να εφαρμοστούν από το προσωπικό των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

1. Οικογενειακή Συμβουλευτική

2. Οικογενειακή Θεραπεία

3. Θεραπευτικές Μεθόδους Συμπεριφορισμού

4. Ατομική Συμβουλευτική

5. Φαρμακοθεραπεία

6. Γνωστική Θεραπεία

7. Ατομική Ψυχοθεραπεία

8. Εργοθεραπεία

16. Πιστεύετε ότι οι θεραπευτικές τεχνικές προσέγγισης και αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από τις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι αποτελεσματικές;

1. Ναι

2. Όχι

17. Ιεραρχήστε από το 1 έως το 9 (1= βασική προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα, κ.ο.κ.) τις παρακάτω δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας που πρέπει να συνεργάζονται με τις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας:

1. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο
2. Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου
3. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής
4. Κέντρα Υγείας
5. Ξενώνες
6. Οικοτροφεία
7. Προστατευόμενα Διαμερίσματα
8. Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
9. Μονάδες Επαγγελματικής Ένταξης

18. Κατά την άποψή σας, πρέπει να υπάρχουν οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όλους τους Νομούς της χώρας μας;

1. Ναι
2. Όχι

18.α) Αν ΝΑΙ, για ποιον ή ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι πρέπει να υπάρχουν Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όλους τους Νομούς της χώρας μας;

1. Υπάρχουν δυσπρόσιτες ή απομακρυσμένες περιοχές, στις οποίες δεν υπάρχουν δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας
2. Οι περισσότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι συγκεντρωμένες στα μεγάλα αστικά κέντρα και η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας μπορεί να καλύψει τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών που κατοικούν στην περιφέρεια.
3. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας μπορούν να προλάβουν την υποτροπή/κρίση ενός ψυχικά ασθενούς. Έτσι, ο ψυχικά ασθενής θα στιγματίζεται λιγότερο από την κοινότητα.
4. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας πρέπει να καλύψουν το μεγάλο κενό που έχει δημιουργηθεί από την κακή διαχείριση και εφαρμογή της τομεοποίησης ανά Νομό
5. Όλα τα παραπάνω

6. Άλλο.....
.....

18.β) Αν ΌΧΙ, για ποιον ή ποιους από τους παρακάτω λόγους δεν πρέπει να υπάρχουν Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όλους τους Νομούς της χώρας μας;

1. Η ανάπτυξη μιας Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας κοστίζει ακριβά στην Ελληνική πολιτεία.
2. Δεν υπάρχει επαρκές προσωπικό, το οποίο να μπορεί να καλύπτει τις ανάγκες των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.
3. Δεν υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό, που να μπορεί να εργαστεί σε μια τέτοια μονάδα.
4. Δεν συμφέρει οικονομικά το Εθνικό Σύστημα Υγείας να πληρώνει με «έξτρα ποσά» το δανεισμένο προσωπικό των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.
5. Η θεραπεία ενός ψυχικά ασθενή κοστίζει λιγότερο στην ελληνική πολιτεία από ότι τα προγράμματα πρόληψης, ευαισθητοποίησης της κοινότητας και θεραπείας της ψυχικής νόσου που προωθούνται από τις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

Β. Πρωτόκολλο έρευνας



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Κουκούλι Πάτρας
263 34 Πάτρα

Πληροφορίες : Μπεκαρία Γεωργία
Τηλέφωνο. 2610369126
FAX . 2610369174

Βοθμός Ασφαλείας

Πάτρα 22-2-2010

Αριθμ.Πρωτ. 460

ΠΡΟΣ: Οιονόηποτε αφορά

ΘΕΜΑ:

Παρακαλούμε να διευκολύνετε τις: **Μανιώτα Παναγιώτα, Μανουσάκη Χρυσοβαλάντου και Τζιββελάκη Ιωάννα**, σπουδάστριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, της Σ.Ε.Υ.Π., του Τ.Ε.Ι. Πάτρας στην διεξαγωγή της Πτυχιακής τους Εργασίας με θέμα « Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας. Απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την αναγκαιότητα και αποτελεσματικότητα των κινητών μονάδων ψυχιατρικής περίθαλψης των ασθενών στην κοινότητα» .

Υπεύθυνη της ανωτέρω εργασίας είναι η κ. Σικελιανού Δέσποινα, Εργαστηριακός Συνεργάτης του Τμήματός μας.

Η Ανώτατη Προϊσταμένη Γραμματείας Τμήματος



ΔΥΚΟΥΔΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ
Δ/κος Α' Βαθ.

Γ. Νομοθεσία

ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Υιοθετήθηκε με το ψήφισμα 46/119 από τη Γενική Σύνοδο του Οργανισμού
Ηνωμένων Εθνών της 17ης Δεκεμβρίου 1991

Εφαρμογή

Οι αρχές αυτές εφαρμόζονται χωρίς κανένος είδους διάκριση με βάση την αναπηρία, την εθνικότητα, το φύλο, το χρώμα, τη γλώσσα, τη θρησκεία, πολιτικές ή άλλες απόψεις, εθνική, νομική ή κοινωνική υπόσταση, ηλικία ή περιουσία.

Ορισμοί

Σε αυτές τις Αρχές:

«Συνήγορος» είναι ένας νομικός ή άλλος ειδικευμένος εκπρόσωπος.

«Ανεξάρτητη αρχή» είναι μια ικανή και ανεξάρτητη αρχή που περιγράφεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

Η «Φροντίδα για την ψυχική υγεία» περιλαμβάνει ανάλυση και διάγνωση της κατάστασης ενός ατόμου και τη θεραπεία, φροντίδα και αποκατάσταση για μια ψυχική ασθένεια ή πιθανή ψυχική ασθένεια.

«Υπηρεσία ψυχικής υγείας» είναι οποιαδήποτε υπηρεσία ή τμήμα υπηρεσίας, που σαν πρωταρχική του λειτουργία έχει να παρέχει φροντίδα για την ψυχική υγεία.

«Επαγγελματίας ψυχικής υγείας» μπορεί να είναι ένας γιατρός, κλινικός ψυχολόγος, νοσηλευτής, κοινωνικός λειτουργός ή άλλο κατάλληλα εκπαιδευμένο και ειδικευμένο άτομο εφοδιασμένο με τα απαραίτητα προσόντα για την παροχή φροντίδας για την ψυχική υγεία.

«Ασθενής» είναι ένα άτομο που λαμβάνει φροντίδα για την ψυχική υγεία και περιλαμβάνει όλα τα άτομα που εισάγονται σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

«Νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας» σημαίνει ένα άτομο που του έχει ανατεθεί από το νόμο, το καθήκον της εκπροσώπησης των συμφερόντων ενός ασθενή με οποιαδήποτε καθορισμένη άποψη ή την άσκηση καθορισμένων δικαιωμάτων εκ μέρους των ασθενών, και περιλαμβάνει το γονέα ή νόμιμο κηδεμόνα ανηλίκου,

εκτός από τις περιπτώσεις που καθορίζει διαφορετικά η εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

«Σώμα ελέγχου» είναι το σώμα που θεμελιώθηκε βάση της Αρχής 17 για τον έλεγχο της αναγκαστικής νοσηλείας ή κράτησης ενός ασθενή σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Περιορισμοί/ Γενική περιοριστική ρήτρα

Η εφαρμογή αυτών των δικαιωμάτων υπόκεινται μόνο σε περιορισμούς της νομοθεσίας για την προστασία της υγείας ή της ασφάλειας του ίδιου του ατόμου ή τρίτων ή για την προστασία της δημόσιας ασφάλειας, τάξης, υγείας ή ηθικής και των βασικών δικαιωμάτων και ελευθεριών των άλλων.

Αρχή 1^η

Θεμελιώδεις ελευθερίες και βασικά δικαιώματα

1. Όλα τα άτομα έχουν δικαίωμα στην καλύτερη δυνατή φροντίδα, που παρέχεται ως τμήμα του συστήματος υγείας και κοινωνική φροντίδας.
2. Όλα τα άτομα με ψυχικές παθήσεις ή όσα νοσηλεύονται για ψυχικό νόσημα, θα τους παρέχεται φροντίδα με την ανθρωπιά και το σεβασμό που αρμόζει στην έμφυτη αξιοπρέπεια του ανθρώπου.
3. Όλα τα άτομα με ψυχικές παθήσεις ή όσα νοσηλεύονται για ψυχικό νόσημα, έχουν το δικαίωμα της προστασίας από οικονομική, σεξουαλική και άλλους τύπους εκμετάλλευσης, από φυσική ή άλλη κακοποίηση και από υποτιμητική/ εξευτελιστική συμπεριφορά.
4. Δεν θα γίνεται καμία διάκριση λόγω της ψυχικής νόσου. Ο όρος «διάκριση» σημαίνει οποιαδήποτε άνιση μεταχείριση, αποκλεισμό ή προνομιακή μεταχείριση που έχει ως αποτέλεσμα την ακύρωση ή εξαφάνιση της ισότιμης απόλαυσης των δικαιωμάτων. Ειδικά μέτρα που λαμβάνονται αποκλειστικά για την προστασία ή τη διασφάλιση της προαγωγής των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικά νοσήματα δεν θα θεωρούνται μεροληπτικά. Η διάκριση δεν περιλαμβάνει καμία άνιση μεταχείριση, αποκλεισμό ή προνομιακή μεταχείριση που γίνεται σύμφωνα με τις παροχές αυτών των Αρχών και είναι αναγκαίες για την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικό νόσημα ή άλλων ατόμων.

5. Κάθε άτομο με ψυχική ασθένεια θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να ασκεί όλα τα πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα που του έχουν αναγνωρισθεί από την Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, τη Διεθνή Συνθήκη για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, τη Διεθνή Συνθήκη για τα Πολιτικά και Πολιτειακά Δικαιώματα και από άλλα αρμόδια όργανα, όπως η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ανάπηρων Ατόμων και το Σώμα των Αρχών για την Προστασία Όλων των Ατόμων από Οποιαδήποτε Μορφή Κράτησης ή Φυλάκισης.
6. Οποιαδήποτε απόφαση ανάθεσης κηδεμονίας ή νομικής εκπροσώπησης σε τρίτο πρόσωπο, λόγω ψυχικής νόσου εξαιτίας της οποίας το άτομο στερείται νομικής ικανότητας, θα γίνεται μόνο έπειτα από δίκαιη ακροαματική διαδικασία από ένα ανεξάρτητο και αμερόληπτο δικαστήριο σύμφωνα με την εσωτερική νομοθεσία του κράτους. Το άτομο του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται δικαιούται να εκπροσωπείται από συνήγορο, ενώ σε περίπτωση που το ίδιο δεν μπορεί να εξασφαλίσει μια τέτοια εκπροσώπηση, θα διατίθεται άνευ πληρωμής από τη στιγμή που δεν διαθέτει επαρκή μέσα να πληρώσει για αυτήν. Δεν είναι δυνατόν να εκπροσωπούνται από τον ίδιο συνήγορο και στην ίδια ακροαματική διαδικασία η υπηρεσία ψυχικής υγείας ή το προσωπικό της ή ακόμα και άλλα μέλη της οικογένειας του ατόμου του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται παρά μόνον αν το δικαστήριο αποφασίσει ότι δεν υπάρχει σύγκρουση συμφέροντος. Τέτοιου τύπου αποφάσεις θα πρέπει να αναθεωρούνται σε τακτικά και λογικά χρονικά διαστήματα που καθορίζονται από την εσωτερική νομοθεσία. Το άτομο του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται, το άτομο που αναλαμβάνει τη νομική εκπροσώπηση και κάθε άλλος ενδιαφερόμενος, θα έχει το δικαίωμα να κάνει έφεση σε ανώτατο δικαστήριο ενάντια οποιασδήποτε τέτοιας απόφασης.
7. Σε περίπτωση που το δικαστήριο ή άλλο αρμόδιο δικαστήριο κρίνει ότι το άτομο με πρόβλημα ψυχικής υγείας δεν είναι σε θέση να χειριστεί τις υποθέσεις του/ της, θα αναλαμβάνονται τα αναγκαία και κατάλληλα για την περίσταση μέτρα για τη διασφάλιση των συμφερόντων του/ της.

Αρχή 2^η

Προστασία ανηλίκων

Ειδική φροντίδα θα δίδεται σύμφωνα με τη σκοπιμότητα αυτών των Αρχών και στα πλαίσια της εσωτερικής νομοθεσίας που αφορά την προστασία ανηλίκων σχετικά με την προστασία των δικαιωμάτων τους, που περιλαμβάνει όταν αυτό κριθεί αναγκαίο την ανάθεση της νομικής εκπροσώπησης σε άτομο εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Αρχή 3^η

Ζωή στην κοινότητα

1. Κάθε άτομο με ψυχική ασθένεια έχει το δικαίωμα να ζει και να εργάζεται, όσο αυτό είναι δυνατό, στην κοινότητα.

Αρχή 4^η

Καθορισμός/ προσδιορισμός/ διάγνωση της ψυχικής νόσου

1. Ο διαγνωστικός καθορισμός ότι ένα άτομο έχει ψυχική νόσο θα γίνεται σύμφωνα με διεθνώς αναγνωρισμένες προδιαγραφές.
2. Ο καθορισμός/ Η διάγνωση της ψυχικής νόσου δεν θα πρέπει να γίνεται ποτέ με βάση κριτήρια πολιτικά, οικονομικά ή κοινωνικής υπόστασης, ή λόγω συμμετοχής σε φυλετικές, πολιτιστικές ή θρησκευτικές ομάδες ή για οποιονδήποτε άλλο λόγο που δεν σχετίζεται άμεσα με την κατάσταση ψυχικής υγείας του ατόμου.
3. Οικογενειακές ή επαγγελματικές συγκρούσεις, ή η μη συμμόρφωση με ηθικές, κοινωνικές, πολιτιστικές ή πολιτικές αξίες ή με την κυρίαρχη θρησκευτική πίστη της κοινότητας στην οποία υπάγεται το άτομο, δεν θα πρέπει ποτέ να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διάγνωση της ψυχικής νόσου.
4. Τυχόν ιστορικό προηγούμενης θεραπείας ή νοσηλείας δεν θα πρέπει από μόνο του να δικαιολογεί παρούσα ή μελλοντική διάγνωση ψυχικής νόσου.
5. Κανένα άτομο ή φορέας εξουσίας δεν θα πρέπει να ταξινομεί ή με οποιονδήποτε άλλο τρόπο να αναφέρει ότι ένα άτομο έχει ψυχική νόσο,

παρά μόνο για λόγους που σχετίζονται άμεσα με την ψυχική νόσο ή με τις συνέπειές της.

Αρχή 5^η

Ιατρική εξέταση

Κανένα άτομο δεν θα πρέπει να υποχρεώνεται να υποβληθεί σε ιατρική εξέταση με την προοπτική καθορισμού αν έχει ή δεν έχει ψυχική νόσο, παρά μόνο σύμφωνα με την διαδικασία που προβλέπει και ορίζει η εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

Αρχή 6^η

Εμπιστευτικότητα/ Απόρρητο

Το δικαίωμα της εμπιστευτικότητας της πληροφόρησης, που αφορά όλα τα άτομα για τα οποία ισχύουν οι Αρχές αυτές, θα πρέπει να γίνεται σεβαστό. / Θα πρέπει να είναι σεβαστό το δικαίωμα του απόρρητου των προσωπικών δεδομένων όλων των ατόμων στα οποία απευθύνονται αυτές οι Αρχές.

Αρχή 7^η

Ο ρόλος της κοινότητας και του πολιτισμού

1. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται και να του παρέχεται φροντίδα, όσο αυτό είναι δυνατό, στην κοινότητα όπου αυτός ή αυτή διαμένει.
2. Όταν η θεραπεία λαμβάνει χώρα σε έναν οργανισμό ψυχικής υγείας, ο ασθενής θα έχει το δικαίωμα, όταν αυτό είναι δυνατό, να νοσηλεύεται κοντά στο σπίτι του/ της ή κοντά στον συγγενών ή φίλων του/ της και θα έχει το δικαίωμα να επιστρέψει στην κοινότητα όσο το δυνατόν γρηγορότερα.
3. Κάθε ασθενής θα έχει δικαίωμα σε θεραπεία κατάλληλη για το δικό του/ της πολιτιστικό υπόβαθρο.

Αρχή 8^η

Επίπεδα φροντίδας

1. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να λαμβάνει τόση φροντίδα υγείας και κοινωνική φροντίδα, όση χρειάζεται για τις ανάγκες υγείας του/ της και

δικαιούται φροντίδα και θεραπεία με τις ίδιες προδιαγραφές που τη δικαιούνται και άτομα που νοσούν από άλλες παθήσεις.

2. Κάθε ασθενής θα προστατεύεται από βλάβη, συμπεριλαμβανομένης της αδικαιολόγητης λήψης φαρμάκων, της κακοποίησης από άλλους ασθενείς, προσωπικό ή άλλα άτομα και πράξεις που του προκαλούν ψυχικό άγχος ή σωματική δυσφορία.

Αρχή 9^η

Θεραπεία

1. Κάθε ασθενής θα έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται σε ελάχιστα περιοριστικό περιβάλλον και με τη λιγότερο περιοριστική ή παρεμβατική θεραπεία που είναι κατάλληλη για τις ανάγκες υγείας του ασθενή και την ανάγκη προστασίας της φυσικής ασφάλειας των άλλων.
2. Η θεραπεία και φροντίδα κάθε ασθενή θα βασίζεται σε ένα εξατομικευμένο σχέδιο, έπειτα από συζήτηση με τον ασθενή, που θα αξιολογείται σε τακτά χρονικά διαστήματα, θα αναθεωρείται σύμφωνα με τις ανάγκες και θα παρέχεται από ειδικευμένο επαγγελματικό προσωπικό.
3. Η φροντίδα ψυχικής υγείας θα παρέχεται πάντοτε σύμφωνα με τις κατάλληλες προδιαγραφές ηθικής και δεοντολογίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων διεθνώς αποδεκτών προδιαγραφών, όπως οι Αρχές Ιατρικής Ηθικής που υιοθετήθηκαν από τον ΟΗΕ. Η γνώση για την ψυχική υγεία και οι δεξιότητες δεν θα γίνονται ποτέ αντικείμενο εκμετάλλευσης.
4. Η θεραπεία κάθε ασθενή θα κατευθύνεται προς τη διατήρηση και ενδυνάμωση της προσωπικής του αυτονομίας.

Αρχή 10^η

Φαρμακευτική αγωγή

1. Η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να ανταποκρίνεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις ανάγκες υγείας του ασθενή, να χορηγείται στον ασθενή μόνο για θεραπευτικούς ή διαγνωστικούς λόγους και ποτέ να μην χρησιμοποιείται σαν τιμωρία ή για τη διευκόλυνση τρίτων. Σύμφωνα με την παράγραφο 15 της Αρχής 11, οι γιατροί θα χορηγούν μόνο φάρμακα με γνωστή ή αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα.

2. Όλα τα φάρμακα θα συνταγογραφούνται από γιατρό ή επαγγελματία ψυχικής υγείας που διαθέτει άδεια για αυτό και θα καταγράφονται στο φάκελο του ασθενή.

Αρχή 11^η

Συναίνεση για θεραπεία

1. Καμία θεραπεία δεν θα γίνεται σε ασθενή αν δεν υπάρχει συναίνεση μετά από ενημέρωση παρά μόνο στις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 6, 7, 8, 13 και 15 παρακάτω.
2. Η μετά από ενημέρωση συναίνεση είναι συναίνεση που παραχωρείται ελεύθερα, χωρίς απειλές ή ακατάλληλα κίνητρα, και μετά από την αντίστοιχη αποκάλυψη στον ασθενή επαρκούς και κατανοητής πληροφόρησης, με μορφή και γλώσσα κατανοητή από τον ασθενή στα εξής θέματα:
 - i. Τη διαγνωστική αξιολόγηση.
 - ii. Το λόγο, τη μέθοδο, την πιθανή διάρκεια και τα αναμενόμενα οφέλη από την προτεινόμενη θεραπεία.
 - iii. Εναλλακτικούς τρόπους θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που είναι λιγότερο παρεμβατικές.
 - iv. Πιθανό πόνο ή δυσφορία, κινδύνους και παρενέργειες από την προτεινόμενη θεραπεία.
3. Ο ασθενής μπορεί να ζητήσει την παρουσία ατόμου ή ατόμων της επιλογής του κατά τη διάρκεια της διαδικασίας παραχώρησης συναίνεσης.
4. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί ή να σταματήσει τη θεραπεία, εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 6, 7, 8, 13 και 15 παρακάτω. Οι συνέπειες της άρνησης ή διακοπής της θεραπείας θα πρέπει να εξηγούνται στον ασθενή.
5. Ο ασθενής δεν θα πρέπει ποτέ να καλείται ή να παρακινείται του δικαιώματος της μετά από ενημέρωση συναίνεσης. Αν ο ασθενής επιθυμεί κάτι τέτοιο, θα πρέπει να εξηγείται στον ασθενή ότι η θεραπεία δεν μπορεί να δίνεται χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεση.
6. Εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 7, 8, 12, 13, 14 και 15 παρακάτω, θα μπορεί να εφαρμόζεται ένα προτεινόμενο

πλάνο θεραπείας χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεση του ασθενή, αν ισχύουν οι εξής προϋποθέσεις:

- i. Ο ασθενής, τη δεδομένη στιγμή κρατείται παρά τη θέλησή του.
 - ii. Μια ανεξάρτητη αρχή, που θα έχει στην κατοχή της όλη τη σχετική πληροφόρηση, συμπεριλαμβανομένης της πληροφόρησης που καθορίζει η παράγραφος 2 παραπάνω, θα ικανοποιείται ότι τη δεδομένη στιγμή, ο ασθενής δεν έχει την ικανότητα να δώσει ή να αρνηθεί την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της στο προτεινόμενο πλάνο θεραπείας ή αν προβλέπεται από τη νομοθεσία, στις περιπτώσεις που απειλείται η ασφάλεια του ίδιου του ασθενή ή τρίτων, ότι ο ασθενής χωρίς λόγο αρνείται να δώσει αυτή τη συναίνεση, και
 - iii. Η ανεξάρτητη αρχή θα πρέπει να ικανοποιείται ότι το προτεινόμενο πλάνο θεραπείας ανταποκρίνεται με τον καλύτερο τρόπο στις ανάγκες υγείας του ασθενή.
7. Η παράγραφος 6 παραπάνω δεν ισχύει στις περιπτώσεις που ο ασθενής έχει νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα για να δώσει συναίνεση στη θεραπεία του ασθενή, αλλά εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 12, 13, 14 και 15 παρακάτω, η θεραπεία μπορεί να δοθεί σε έναν τέτοιο ασθενή χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της, αν ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας, έχοντας λάβει όλη την πληροφόρηση που αναφέρεται στην παράγραφο 2 παραπάνω, συναινέσει εκ μέρους του ασθενή.
8. Εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 12, 13, 14 και 15 παρακάτω, η θεραπεία μπορεί, επίσης, να παρέχεται σε έναν ασθενή χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της, αν ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας που έχει άδεια από το κράτος, κρίνει ότι είναι επείγουσα ανάγκη, προκειμένου να εμποδιστεί άμεση ή επικείμενη βλάβη στον ίδιο τον ασθενή ή σε άλλα άτομα. Τέτοιου είδους θεραπεία δεν θα επιμηκύνεται πέραν της περιόδου που είναι αυστηρά αναγκαία για αυτό το λόγο.
9. Στις περιπτώσεις που δίνεται εντολή για οποιαδήποτε θεραπεία χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεση του ασθενή, θα πρέπει παρ' όλα αυτά να γίνεται κάθε προσπάθεια ενημέρωσης του ασθενή για τη φύση της

θεραπείας και για οποιαδήποτε εναλλακτική θεραπεία και να εμπλέκεται ο ασθενής, όσο αυτό είναι εφικτό, στη δημιουργία του πλάνου θεραπείας του.

10. Οποιαδήποτε θεραπεία θα καταγράφεται αμέσως στον ιατρικό φάκελο του ασθενή, καθώς και ένδειξη του αν δόθηκε εθελοντικά ή αναγκαστικά.
11. Ο φυσικός περιορισμός ή η αναγκαστική απομόνωση ενός ασθενή δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται παρά μόνο σύμφωνα με τις επίσημα αποδεκτές διαδικασίες για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και μόνο όταν είναι το μοναδικό διαθέσιμο μέσο παρεμπόδισης άμεσης ή επικείμενης βλάβης για τον ίδιο τον ασθενή ή για άλλους. Δεν θα πρέπει να επιμηκύνεται πέραν της περιόδου που είναι αυστηρά αναγκαία για αυτό το λόγο. Όλες οι περιπτώσεις φυσικού περιορισμού ή αναγκαστικής απομόνωσης, οι λόγοι που τα προκάλεσαν και η φύση και διάρκειά τους, θα πρέπει να καταγράφονται στον ιατρικό φάκελο του ασθενή. Ένας ασθενής που περιορίζεται ή απομονώνεται θα πρέπει να κρατείται κάτω από ανθρώπινες συνθήκες και με τη φροντίδα και στενή και τακτική εποπτεία ειδικευμένων επαγγελματιών – μελών του προσωπικού. Ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας, αν υπάρχει και αν σχετίζεται, θα ενημερώνεται άμεσα για οποιοδήποτε φυσικό περιορισμό ή αναγκαστική απομόνωση του ασθενή.
12. Η στέρηση δεν μπορεί, σε καμία περίπτωση, να αποτελέσει θεραπεία για τη ψυχική νόσο.
13. Ένας ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε μια μεγάλη ιατρική ή χειρουργική επέμβαση μόνο όταν επιτρέπεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους, στις περιπτώσεις που θεωρείται ως ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης των αναγκών υγείας του και που ο ασθενής μπορεί να δώσει την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της, ενώ στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν μπορεί να δώσει συναίνεση, μόνο ένα ανεξάρτητο σώμα θα μπορεί να δώσει εντολή για μια τέτοια διαδικασία.
14. Ψυχοχειρουργική και άλλες παρεμβατικές και αμετάκλητες θεραπείες για ψυχικά νοσήματα δεν θα πρέπει ποτέ να γίνονται σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας με αναγκαστική νοσηλεία και στο μέτρο που η εσωτερική νομοθεσία επιτρέπει κάτι τέτοιο, μπορούν να γίνονται σε ασθενείς που έδωσαν την μετά από ενημέρωση συναίνεσή

τους και ένα ανεξάρτητο σώμα αποδέχεται ότι πρόκειται για γνήσια συναίνεση και ότι η θεραπεία αυτή εξυπηρετεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις ανάγκες υγείας του ασθενή.

15. Κλινικές δοκιμές και πειραματικές θεραπείες δεν θα γίνονται ποτέ σε κανέναν ασθενή χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της, με εξαίρεση τις περιπτώσεις ασθενών που δεν είναι σε θέση να τη δώσουν και οι οποίοι μπορούν να μετέχουν σε κλινικές δοκιμές και συγκεκριμένες πειραματικές θεραπείες, αλλά μόνο με την έγκριση ενός αρμόδιου και ανεξάρτητου σώματος ελέγχου που έχει ιδρυθεί για αυτό το λόγο.
16. Στις περιπτώσεις που περιγράφονται στις παραγράφους 6, 7, 8, 13, 14 και 15 παραπάνω, ο ασθενής ή ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας, ή οποιοδήποτε άλλο ενδιαφερόμενο άτομο, θα έχει το δικαίωμα να προσφύγει σε δικαστική ή άλλη ανεξάρτητη αρχή για θέμα που αφορά οποιαδήποτε θεραπεία του/ της δόθηκε.

Αρχή 12^η

Γνωστοποίηση δικαιωμάτων

1. Ένας ασθενής που βρίσκεται σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενημερώνεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα μετά την εισαγωγή, με τρόπο και γλώσσα κατανοητή για τον ασθενή, για όλα του/ της τα δικαιώματα σύμφωνα με αυτές τις βασικές αρχές και τη νομοθεσία του κράτους και επιπλέον να παρέχεται εξήγηση αυτών των δικαιωμάτων και του τρόπου που μπορεί να τα εξασκήσει.
2. Εάν και για όσο διάστημα ένας ασθενής δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τέτοιες πληροφορίες, τα δικαιώματά του θα διαβιβάζονται μέσω του νομίμου εκπροσώπου ή κηδεμόνα του, αν υπάρχει και αν σχετίζεται, και μέσω του ατόμου ή ατόμων που είναι με τον καλύτερο δυνατό τρόπο σε θέση να εκπροσωπήσουν τα συμφέροντα του ασθενή και είναι πρόθυμοι να το κάνουν.
3. Ένας ασθενής που έχει την απαιτούμενη ικανότητα έχει το δικαίωμα να διορίσει το άτομο που θεωρεί ότι θα πρέπει να ενημερώνεται για λογαριασμό του, καθώς επίσης και το άτομο που θεωρεί ότι θα πρέπει να εκπροσωπεί τα συμφέροντά του/ της στις αρχές της υπηρεσίας.

Αρχή 13^η

Δικαιώματα και συνθήκες στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

1. Κάθε ασθενής σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας, έχει δικαίωμα σε πλήρη σεβασμό, στα εξής:
 - (α) αναγνώριση ενώπιον του νόμου της ιδιότητας ως ατόμου
 - (β) της προσωπικής του/ της ζωής
 - (γ) ελευθερία στην επικοινωνία του με άλλα άτομα εντός και εκτός της υπηρεσίας, ελευθερία να στέλνει και να λαμβάνει μη λογοκριμένα προσωπικά έγγραφα, ελευθερία να λαμβάνει ιδιωτικές επισκέψεις από συνήγορο ή νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα και σε λογικές ώρες και από άλλους επισκέπτες και ελευθερία πρόσβασης σε ταχυδρομικές και τηλεφωνικές υπηρεσίες και σε εφημερίδες, ραδιόφωνο και τηλεόραση.
 - (δ) ελευθερία θρησκευματος ή πίστης
2. Το περιβάλλον και οι συνθήκες διαβίωσης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει, όσο το δυνατόν, να προσομοιάζουν στη φυσιολογική ζωή ατόμων παρόμοιας ηλικίας και ειδικότερα θα πρέπει να περιλαμβάνουν:
 - (α) εγκαταστάσεις για ψυχαγωγικές δραστηριότητες και ασχολίες ελεύθερου χρόνου
 - (β) εγκαταστάσεις για εκπαίδευση
 - (γ) εγκαταστάσεις για την αγορά και παραλαβή αντικειμένων καθημερινής χρήσης, ψυχαγωγίας και επικοινωνίας
 - (δ) εγκαταστάσεις και ενθάρρυνση για τη χρήση τέτοιων εγκαταστάσεων, για την εμπλοκή του ασθενή σε δραστηριότητες ανάλογες με το κοινωνικό και πολιτιστικό του/ της υπόβαθρο και παρελθόν και για κατάλληλα μέτρα επαγγελματικής αποκατάστασης για την προαγωγή της επανένταξης στη κοινότητα. Αυτά τα μέτρα θα πρέπει να περιλαμβάνουν επαγγελματική καθοδήγηση, επαγγελματική εκπαίδευση και υπηρεσίες τοποθέτησης σε εργασίες προκειμένου να μπορέσουν οι ασθενείς να διασφαλίσουν ή να διατηρήσουν απασχόληση στην κοινότητα.
3. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει ένας ασθενής να εξαναγκάζεται να εργαστεί. Μέσα στα όρια των αναγκών του ασθενή και με τις προδιαγραφές της διοίκησης της υπηρεσίας, ένας ασθενής θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να επιλέξει το είδος της εργασίας που αυτός/ ή επιθυμεί να εκτελεί.

4. Η εργασία ενός ασθενή μέσα σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας δεν θα πρέπει να γίνεται αντικείμενο εκμετάλλευσης. Κάθε τέτοιος ασθενής θα έχει το δικαίωμα να λαμβάνει την ίδια αμοιβή για κάθε εργασία που αυτός ή αυτή ασκεί, όπως θα αμειβόταν, σύμφωνα με την εσωτερική νομοθεσία του κράτους, για την ίδια εργασία οποιοσδήποτε μη ασθενής. Κάθε τέτοιος ασθενής και σε κάθε περίπτωση, θα έχει το δικαίωμα να λαμβάνει δίκαιο μερίδιο από οποιαδήποτε αμοιβή που πληρώνεται η υπηρεσία ψυχικής υγείας για τη δουλειά του/ της.

Αρχή 14^η

Πόροι για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

1. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στα ίδια επίπεδα πόρων με οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία υγείας και ειδικότερα:
 - i. Ειδικευμένο ιατρικό και λοιπό επαγγελματικό προσωπικό σε επαρκή αριθμό και με αρκετό χώρο ώστε να εξασφαλίσουν σε κάθε ασθενή τον ανάλογο προσωπικό του χώρο και ένα πρόγραμμα κατάλληλης και ενεργούς θεραπείας
 - ii. Διαγνωστικό και θεραπευτικό εξοπλισμό για τον ασθενή
 - iii. Κατάλληλη επαγγελματική φροντίδα, και
 - iv. Κατάλληλη, τακτική και περιεκτική θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της προμήθειας φαρμάκων.
2. Κάθε υπηρεσία ψυχικής υγείας θα πρέπει να επιθεωρείται από τις αρμόδιες αρχές με τακτική συχνότητα, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι συνθήκες, η θεραπεία και η φροντίδα των ασθενών συμμορφώνεται με αυτές τις Αρχές.

Αρχή 15^η

Αρχές εισαγωγής

1. Στις περιπτώσεις που ένα άτομο χρειάζεται θεραπεία σε υπηρεσία ψυχικής υγείας, θα γίνεται κάθε προσπάθεια προκειμένου να αποφευχθεί η αναγκαστική νοσηλεία.
2. Η πρόσβαση σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας θα γίνεται με τον ίδιο τρόπο όπως η πρόσβαση σε οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία υγείας.

3. Οποιοσδήποτε ασθενής δεν έχει εισαχθεί με αναγκαστική νοσηλεία θα έχει το δικαίωμα να φύγει από τις εγκαταστάσεις της υπηρεσίας ψυχικής υγείας, οποιαδήποτε στιγμή, εκτός και ισχύουν τα κριτήρια κράτησής του/ της ως ασθενής σε αναγκαστική νοσηλεία, όπως έχουν καθοριστεί στην Αρχή 16 παραπάνω, και αυτός/ ή θα ενημερώνονται γι' αυτό το δικαίωμά τους.

Αρχή 16^η

Αναγκαστική εισαγωγή/ νοσηλεία

1. Ένα άτομο μπορεί (i) να εισαχθεί αναγκαστικά σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας ως ασθενής ή (ii) ενώ έχει ήδη εισαχθεί με τη θέλησή του ως ασθενής, να κρατείται στη συνέχεια αναγκαστικά, εάν, και μόνο εάν, ένας ειδικευμένος ψυχίατρος εξουσιοδοτημένος από το νόμο επ' αυτού αποφασίζει, σύμφωνα με την Αρχή 4, ότι το άτομο έχει ψυχικό νόσημα και εξετάζει τα εξής:

- i. Ότι, λόγω της ψυχικής νόσου, υπάρχει σοβαρή πιθανότητα άμεσης ή επικείμενης βλάβης για τον ίδιο ή για άλλα άτομα
- ii. Στην περίπτωση ατόμου που η ψυχική νόσος του είναι πολύ βαριά και η κρίση του έχει εξασθενήσει, η αποτυχία να εισαχθεί ή να κρατηθεί μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή επιδείνωση της κατάστασής του/ της ή μπορεί να παρεμποδίσει τη λήψη κατάλληλης θεραπείας που θα μπορούσε να παρασχεθεί μόνο με την εισαγωγή ή νοσηλεία σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας, σύμφωνα με την αρχή της λιγότερο περιοριστικής εναλλακτικής λύσης.

Στην περίπτωση ατόμου που αναφέρεται στην υποπαράγραφο (ii), θα πρέπει να ζητείται η γνώμη ενός δεύτερου ψυχιάτρου, ανεξάρτητου από τον πρώτο, όπου αυτό είναι δυνατό. Αν μια τέτοια δεύτερη γνώμη ή συμβουλή δοθεί, τότε η αναγκαστική νοσηλεία ή κράτηση δεν θα γίνει παρά μόνο αν και ο δεύτερος ψυχίατρος συμφωνήσει.

2. Η αναγκαστική νοσηλεία ή κράτηση θα γίνεται αρχικά για ένα σύντομο χρονικό διάστημα, σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους, για παρακολούθηση και μια προκαταρκτική θεραπεία εν αναμονή της

αναθεώρησης της εισαγωγής ή της κράτησης από το σώμα ελέγχου. Οι συνθήκες της εισαγωγής θα πρέπει να μεταβιβαστούν στον ασθενή χωρίς καθυστέρηση και το γεγονός και το «σκεπτικό» της εισαγωγής θα μεταβιβάζονται επίσης άμεσα και λεπτομερώς στο σώμα ελέγχου, στο νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του ασθενή, αν υπάρχει, και στην οικογένεια του ασθενή, εφόσον αυτός/ή δεν έχει αντίρρηση.

3. Μια υπηρεσία ψυχικής υγείας μπορεί να δέχεται ασθενείς που εισάγονται με αναγκαστική νοσηλεία, μόνο αν η υπηρεσία έχει οριστεί για αυτό το λόγο από μια αρμόδια αρχή, σύμφωνα με την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

Αρχή 17^η

Σώμα ελέγχου

1. Το σώμα ελέγχου θα πρέπει να είναι δικαστικό ή άλλο ανεξάρτητο και αμερόληπτο σώμα θεμελιωμένο από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους και το οποίο θα λειτουργεί σύμφωνα με τις διαδικασίες που ορίζονται από την εσωτερική νομοθεσία. Στη διαμόρφωση των αποφάσεών του θα συμβάλλουν ένας ή περισσότεροι ειδικευμένοι και ανεξάρτητοι ψυχιάτρους, των οποίων η γνώμη θα λαμβάνεται υπόψη.
2. Ο αρχικός έλεγχος του σώματος ελέγχου της απόφασης για την αναγκαστική νοσηλεία ή κράτηση ενός ατόμου, όπως απαιτείται από την παράγραφο 2 της Αρχής 16, θα γίνεται όσο το δυνατόν συντομότερα μετά την απόφαση και θα διεξάγεται σύμφωνα με απλές και σκόπιμες διαδικασίες, οι οποίες καθορίζονται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.
3. Το σώμα ελέγχου θα επαναξιολογεί περιοδικά τις περιπτώσεις αναγκαστικής νοσηλείας ασθενών σε τακτά χρονικά διαστήματα, όπως καθορίζεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.
4. Ένας ασθενής που νοσηλεύεται με αναγκαστική νοσηλεία θα μπορεί να αιτείται στο σώμα ελέγχου για την εξαγωγή του ή για να βρίσκεται σε κατάσταση εκούσιας νοσηλείας, σε λογικά χρονικά διαστήματα, όπως καθορίζεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.
5. Σε κάθε έλεγχο, το σώμα ελέγχου θα εξετάζει αν τα κριτήρια αναγκαστικής εισαγωγής που καθορίζονται από την παράγραφο 1 της

Αρχής 16, εξακολουθούν να πληρούνται, και αν δεν πληρούνται, τότε ο ασθενής θα εξέρχεται ως αναγκαστικής νοσηλείας ασθενής.

6. Αν σε οποιαδήποτε στιγμή ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας που είναι υπεύθυνος για την περίπτωση πιστεύει ότι οι λόγοι κράτησης ενός ατόμου με αναγκαστική νοσηλεία, δεν πληρούνται πλέον, αυτός ή αυτή θα πρέπει να διατάσσει την έξοδό του ως τέτοιου ασθενή.
7. Ένας ασθενής ή ο νόμιμος εκπρόσωπός του ή κηδεμόνας θα έχει το δικαίωμα να προσβάλλει σε ανώτερο δικαστήριο την απόφαση της εισαγωγής ή κράτησής του σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Αρχή 18^η

Διαδικαστικές εγγυήσεις/ ασφαλιστικές δικλείδες

1. Ο ασθενής θα έχει το δικαίωμα να επιλέξει και να ορίσει ένα συνήγορο για να τον εκπροσωπήσει, συμπεριλαμβανομένης της εκπροσώπησης σε οποιαδήποτε διαδικασία παραπόνων ή έφεσης. Αν ο ασθενής δεν διασφαλίσει τέτοιες υπηρεσίες για τον εαυτό του, τότε θα του διατεθεί ένας συνήγορος δωρεάν, εφόσον ο ασθενής δε διαθέτει επαρκή μέσα για να τον πληρώσει.
2. Ο ασθενής θα έχει, επίσης, το δικαίωμα, αν είναι αναγκαίο, σε υπηρεσίες διερμηνείας. Στις περιπτώσεις όπου τέτοιες υπηρεσίες είναι αναγκαίες και ο ασθενής δεν μπορεί να τις διασφαλίσει για τον εαυτό του, τότε θα του διατίθενται δωρεάν, εφόσον ο ασθενής δε διαθέτει επαρκή μέσα για να τις πληρώσει.
3. Ο ασθενής και ο συνήγορός του μπορούν να ζητήσουν και να παρουσιάσουν μια ανεξάρτητη έκθεση ψυχικής υγείας και οποιεσδήποτε άλλες αναφορές, και προφορικά, γραπτά και άλλα αποδεικτικά στοιχεία που είναι σχετικά και αποδεκτά.
4. Αντίγραφα του φακέλου του ασθενή και οποιεσδήποτε εκθέσεις και έγγραφα πρόκειται να υποβληθούν θα πρέπει να παραδίδονται στον ασθενή και το συνήγορό του, με εξαίρεση κάποιες ειδικές περιπτώσεις όπου καθορίζεται ότι κάποια συγκεκριμένη αποκάλυψη στον ασθενή θα προκαλούσε σοβαρή βλάβη στην υγεία του ή θα έθετε σε κίνδυνο την ασφάλεια τρίτων. Σύμφωνα με όσα ορίζει η νομοθεσία του κράτους, οποιοδήποτε έγγραφο δεν παραδίδεται στον ασθενή, θα πρέπει, όταν αυτό

μπορεί να γίνει με εμπιστευτικότητα, να παραδίδεται στον νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του και στο συνήγορό του. Όταν οποιοδήποτε τμήμα ενός εγγράφου αποκρύπτεται από τον ασθενή, ο ασθενής ή ο συνήγορός του/ της, αν υπάρχει, θα πρέπει να λαμβάνει γνώση αυτής της απόκρυψης και των λόγων για τους οποίους γίνεται και η απόκρυψη θα αποτελεί αντικείμενο δικαστικού ελέγχου.

5. Ο ασθενής και ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας του και ο συνήγορός του θα έχουν το δικαίωμα να παρακολουθήσουν, να συμμετάσχουν και να ακουστούν ατομικά σε οποιαδήποτε ακροαματική διαδικασία.
6. Αν ο ασθενής ή ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας του ή ο συνήγορός του ζητήσουν ένα συγκεκριμένο άτομο να είναι παρών σε οποιαδήποτε ακροαματική διαδικασία, αυτό το άτομο θα γίνεται δεκτό, με εξαίρεση τις περιπτώσεις όπου καθορίζεται ότι η παρουσία του ατόμου, θα μπορούσε να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στην υγεία του ασθενή ή να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια τρίτων.
7. Οποιαδήποτε απόφαση σχετικά με το αν η ακροαματική διαδικασία ή οποιοδήποτε τμήμα της θα γίνει δημόσια ή ιδιωτικά και δημοσιευτεί έπειτα, θα γίνει με πλήρη εξέταση των επιθυμιών του ίδιου του ασθενή, της ανάγκης για σεβασμό της εμπιστευτικότητάς του ασθενή και άλλων ατόμων και της ανάγκης για προστασία από σοβαρή βλάβη της υγείας του ασθενή ή αποφυγής κινδύνου της ασφάλειας των άλλων.
8. Η απόφαση που θα προκύψει από την ακροαματική διαδικασία και οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτήν θα πρέπει να εκφράζονται γραπτώς. Αντίγραφα της θα δίνονται στον ασθενή, στο νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του/ της και στο συνήγορό του/ της. Σχετικά με το ζήτημα αν η απόφαση θα δημοσιευτεί ολόκληρη ή κάποιο τμήμα της, θα γίνεται με πλήρη εξέταση των επιθυμιών του ίδιου του ασθενή, της ανάγκης για σεβασμό της εμπιστευτικότητάς του ασθενή και άλλων ατόμων, του δημοσίου ενδιαφέροντος για την ανοιχτή/ διαφανή διαχείριση της δικαιοσύνης και της ανάγκης για προστασία από σοβαρή βλάβη της υγείας του ασθενή ή αποφυγής κινδύνου της ασφάλειας των άλλων.

Αρχή 19^η

Πρόσβαση σε πληροφορίες

1. Ο ασθενής (όρος που σε αυτή την Αρχή συμπεριλαμβάνει έναν πρώην ασθενή) θα έχει δικαίωμα πρόσβασης στις πληροφορίες που σχετίζονται με την υγεία του/ της, και στους προσωπικούς φακέλους που τηρεί η υπηρεσία υγείας. Αυτό το δικαίωμα γίνεται αντικείμενο περιορισμών προκειμένου να αποφευχθεί σοβαρή βλάβη στην υγεία του ασθενή και να αποφευχθεί σοβαρός κίνδυνος της ασφάλειας των άλλων. Σύμφωνα με όσα ορίζει η νομοθεσία του κράτους, οποιαδήποτε πληροφορία δεν δίνεται στον/ στην ασθενή, θα πρέπει να δίνεται στο νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του/ της και στο συνήγορό του/ της, εφόσον αυτό μπορεί να γίνει με εμπιστευτικότητα. Όταν οποιαδήποτε πληροφορία αποκρύπτεται από τον ασθενή, ο ασθενής ή ο συνήγορός του/ της, αν υπάρχει, θα πρέπει να λαμβάνει γνώση αυτής της απόκρυψης και των λόγων για τους οποίους γίνεται και η απόκρυψη θα αποτελεί αντικείμενο δικαστικού ελέγχου.
2. Οποιαδήποτε γραπτά σχόλια από τον ασθενή ή το νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του/ της ή το συνήγορό του/ της θα πρέπει, αν ζητηθεί, να περιληφθούν στο φάκελό του/ της.

Αρχή 20^η

Ποινικοί παραβάτες

1. Αυτή η Αρχή αφορά άτομα που εκτίουν ποινές φυλάκισης για ποινικά αδικήματα, ή που με κάποιο τρόπο εμπλέκονται σε ποινικές διαδικασίες ή σε έρευνες σε βάρος τους, και που έχει εξακριβωθεί ότι πάσχουν από ψυχικό νόσημα ή που πιστεύεται ότι ίσως πάσχουν από ένα τέτοιο νόσημα.
2. Όλα αυτά τα άτομα δικαιούνται να λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα για την ψυχική τους υγεία, όπως καθορίζεται από την Αρχή 1. Αυτές οι Αρχές θα ισχύουν για αυτούς στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό, και μόνο με τόσες περιορισμένες τροποποιήσεις και προσδοκίες όσες είναι αναγκαίες βάση των δεδομένων συνθηκών. Καμία τέτοιου είδους τροποποίηση και προσδοκία δεν θα πρέπει να δημιουργεί προκατάληψη σε βάρος των δικαιωμάτων των ατόμων ενώπιον των οργάνων που αναφέρονται στην παράγραφο 5 της 1^{ης} Αρχής.

3. Η εσωτερική νομοθεσία ενός κράτους μπορεί να αναθέτει τη δικαιοδοσία σε ένα δικαστήριο ή άλλη αρμόδια αρχή, που ενεργεί στη βάση αρμοδιότητας και ανεξαρτησίας της ιατρικής γνωμοδότησης, να διατάξει τον εγκλεισμό τέτοιων ατόμων σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.
4. Η θεραπεία ατόμων που έχει εξακριβωθεί ότι πάσχουν από ψυχικό νόσημα θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να είναι σύμφωνη με την Αρχή 11.

Αρχή 21 "

Καταγγελίες

1. Κάθε ασθενής και πρώην ασθενής έχει το δικαίωμα να κάνει μία καταγγελία μέσα από διαδικασίες που καθορίζονται από τη νομοθεσία του κράτους.

Αρχή 22 "

Έλεγχος και βελτιώσεις/ διορθώσεις/ αποκατάσταση

Τα κράτη θα πρέπει να διασφαλίσουν ότι λειτουργούν οι κατάλληλοι μηχανισμοί που προωθούν τη συμμόρφωση σε αυτές τις Αρχές, για τον έλεγχο των εγκαταστάσεων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, για τον ισχυρισμό, τη διερεύνηση και την κατάληξη της διεξαγωγής μιας έρευνας για καταγγελίες και για την εγκαθίδρυση κατάλληλων πειθαρχικών και δικαστικών διαδικασιών για τα παραπτώματα ή την παραβίαση των δικαιωμάτων των ασθενών από τους επαγγελματίες.

Αρχή 23 "

Εφαρμογή

1. Τα κράτη θα πρέπει να εφαρμόζουν αυτές τις Αρχές μέσα από κατάλληλους νομοθετικούς, δικαστικούς, διοικητικούς, εκπαιδευτικούς, και άλλους μηχανισμούς και μέτρα, τα οποία θα επανεξετάζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.
2. Τα κράτη θα πρέπει να καταστήσουν τις Αρχές αυτές, ευρέως γνωστές με κατάλληλα και ενεργητικά μέσα.

Αρχή 24 "

Πεδίο εφαρμογής των αρχών που αφορούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Αυτές οι Αρχές εφαρμόζονται σε όλα τα άτομα που εισάγονται σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Αρχή 25 "

Διασφάλιση υπαρχόντων δικαιωμάτων

Δε θα υπάρξει κανένας περιορισμός ή υποτίμηση σε βάρος οποιουδήποτε υπάρχοντος δικαιώματος των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων δικαιωμάτων που αναγνωρίζονται από διεθνή ή κρατική νομοθεσία που εφαρμόζεται, με την πρόφαση ότι αυτές οι Αρχές δεν αναγνωρίζουν εκείνα τα δικαιώματα ή ότι τα αναγνωρίζουν σε μικρότερη έκταση.

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2071/92

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Άρθρο 91

Σκοποί και αρχές

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

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

Άρθρο 92

Διάρθρωση σε τομείς

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

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

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

α) Γνωμοδοτούν και εισηγούνται σε θέματα προγραμματισμού ψυχικής υγείας και καταρτίζουν ανάλογα προγράμματα.

β) Εποπτεύουν και συντονίζουν τις δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

γ) Παρακολουθούν την πορεία ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των ειδικότερων προγραμμάτων για την προώθηση της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό.

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

α) Τον διευθυντή της διεύθυνσης υγείας του νομού στον οποίο ανήκει ο Τομέας ή άλλο ιατρό της ίδιας διεύθυνσης, με τον αναπληρωτή του. Ο διευθυντής της διεύθυνσης υγείας ή ο αναπληρωτής του ασκούν χρέη προέδρου.

β) Έναν εκπρόσωπο του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου με τον αναπληρωτή του, που προτείνεται από αυτόν.

γ) Τον διευθυντή Κέντρου Ψυχικής Υγείας, με τον αναπληρωτή του και εφόσον υπάρχουν περισσότεροι του ενός από τον αρχαιότερο σε θέση διευθυντή.

δ) Το διευθυντή του Ψυχιατρικού Τομέα νομαρχιακού ή περιφερειακού νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του και

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

Σε περίπτωση που ελλείπουν μέλη των περιπτώσεων γ', δ' και ε' τη θέση τους καταλαμβάνουν εκπρόσωποι του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου, που προτείνονται από αυτόν. Σε πόλεις στις οποίες έχουν την έδρα τους ιατρικά τμήματα ΑΕΙ, οι Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι επταμελείς, τα δε επιπλέον μέλη είναι Δ.Ε.Π. ψυχίατροι, που

ορίζονται από το αντίστοιχο ιατρικό τμήμα των ΑΕΙ με τους αναπληρωτές τους. Η θητεία των Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι τριετής και οι θέσεις τιμητικές και άμισθες. Σε κάθε ασθενή παρέχονται υπηρεσίες από Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) του τομέα στον οποίο κατοικεί. Εξαιρέση είναι δυνατή μόνο στις περιπτώσεις: α) επείγουσας ανάγκης, β) παραπομπής από μονάδα του αρμόδιου τομέα για λόγους αρτιότερης περίθαλψης, γ) επί απουσίας ανάλογης μονάδας στον αρμόδιο Τομέα. Σε κάθε περίπτωση φροντίδας ασθενούς από μονάδα άλλου Τομέα, αυτή έχει την υποχρέωση να ενημερώνει την αρμόδια μονάδα του τομέα κατοικίας και να αναπέμπει σε αυτή τον ασθενή μετά τη λήξη της παρασχεθείσας από αυτήν φροντίδας.

Άρθρο 93

Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.)

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

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

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

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

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

Για να υπάρχει συνέχεια στη θεραπευτική αγωγή και γενικότερα στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και για εκπαιδευτικούς λόγους, μπορεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να αποσπώνται στελέχη νοσοκομείων και ψυχιατρείων στις μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και αντίστροφα.

Άρθρο 94

Εκούσια νοσηλεία

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

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

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

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

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

Άρθρο 95

Ακούσια νοσηλεία

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

Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία, είναι:

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

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

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

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

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

Άρθρο 96

Διαδικασία εισαγωγής

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

ζητήσει και αυτεπάγγελτα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενή.

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

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

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

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

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

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

τουλάχιστον καθηγητή ή επιστημονικό διευθυντή δημόσιας Μονάδας Ψυχικής Υγείας ή το νόμιμο αναπληρωτή του.

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

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

Άρθρο 97

Ένδικα μέσα

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

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

Άρθρο 98

Συνθήκες νοσηλείας

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

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

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

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

Άρθρο 99

Διακοπή – Διάρκεια – Λήξη ακούσιας νοσηλείας

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

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

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

Άρθρο 100

Υποτροπή ασθένειας

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

Άρθρο 101

Ιδιωτικοί φορείς ψυχικής υγείας

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

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



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 691

5 Ιουλίου 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

- 1 Οργανισμοί και λειτουργία Κέντρων Υποβοήθησης Μελέτης για τα μαθητήματα της Τριτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης των σπουδών Αποκέντρωσης των Κοινωνιών Αττικής.....
- 2 Κοινωνικές και υγιεινές λειτουργίες και της σπαταράς των Κεντρικών Μονάδων Ελέγχου Υγείας του αρθρου 7 του Ν. 2716/88, καθώς και κάθε άλλο μέτρο που αφορά τον ίδιο άρθρο.....
- 3 Σύσταση και λειτουργία στο Δήμο Νάυσης Ν. Κορινθίας μη τυπικών «δημοτικών» παιδικών κέντρων.....

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

- 1) Αριθ. 2/3438 Οργανισμοί και λειτουργία Κέντρων Υποβοήθησης Μελέτης για τα μαθητήματα της Τριτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης των σπουδών Αποκέντρωσης των Κοινωνιών Αττικής

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

- Έχοντας υπόψη:
- α) Την ΚΥΑ ΥΠΕΠΘ και Π.Δ.Κ. 2658/19/22.2002 (ΦΕΚ 226 / 11.26.22.2002).
- β) Την ΚΥΑ ΥΠΕΠΘ και Π.Δ.Κ. 277/86/0297/11.8.2002.
- γ) Τις κοινές αποφάσεις των Υπουργείων Παιδείας και Θρησκευμάτων και Βιολογίας και Βιολογίας, όπως αυτές ισχύουν, ειδικά Αναρτηθείσα στο Υπουργείο Παιδείας με Αρ.Πρωτ. ΚΑ/650/22.8.06 (ΦΕΚ 276/5) και ΚΑ/1149/22.2.2000 (ΦΕΚ 405/176.4.2000).
- δ) Τα λειτουργικά Τεχνικά Δελτία υπηρεσιών ΚΑ/4384/18.10.1995 (Κύριο αποδοτέο) και τη μεθόδευση σε πισμοδότηχτες παροχές. Πρωτ.Αριθ.Πα.Κα.Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.
- ε) Τις γενικές σε από τις σπόμενες της παρούσης απόφασης λειτουργικά Δελτία αποδοτέου των κεντρικών παιδικών κέντρων.

πικρο προϋπολογισμού, δεδομένου ότι η χρηματοδότηση των κεντρικών παιδικών κέντρων αποτελεί εξειδικευμένη ανάγκη και απαιτούμενη διακριτική ευχέρεια Υπουργείου (1.681.000.000) Δρχ. Επικυρώθηκε από το Ελεγκτικό Πρωτόκολλο Κοινωνικών Αποκέντρωσης του Υπουργείου Οικονομικών Β. Κοινωνικών Υποθέσεων Στήριξης στο πλαίσιο του Τεχνικού Δελτίου με αριθμ. Πρωτ. 11.693/3.10.1999 (Κέντρα επιβίβασης μελέτης) μετέπειτα σε κεντρικά κέντρα με αριθμ. Πρωτοβόθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και τη μεθόδευση με αριθμ. Πρωτ. Διαβ.Πρωτ.Κα.Ε.Π.ΚΑ/205/20.12.99 όπου στο Υπουργείο Παιδείας συντάχθηκε το αντίστοιχο.

1) Τις εκτελεστές πράξεις που έχουν ήδη δημοσιευθεί στην παρούσα του Κοινωνικών Αποκέντρωσης με αριθμ. Πρωτ. 11.693/3.10.1999 και δεν έχουν ακόμη εκδοθεί.

2) Το υπ' αριθμ. Πρωτ. Γ/5480/20.12.2000 έγγραφο του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων με αριθμ. Πρωτ. 116707/24.12.1999 και με τίτλο «Παράθεση και έγκριση της σύστασης σπουδών».

3) Την Υ.Α. 107528/10/3/2001 του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που διαφέρει, προσαύξησε την Υ.Α. του Υπουργείου Εργασίας με αριθμ. Πρωτ. 116707/24.12.1999 και με τίτλο «Παράθεση και έγκριση της σύστασης σπουδών».

4) Την απόφαση και λειτουργία Κέντρων Υποβοήθησης Μελέτης (ΚΥΜ) των σπουδών Τριτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης των σπουδών Αποκέντρωσης των Κοινωνιών Αττικής.

Αρθρο 1

1) Οργανισμοί και λειτουργία Κέντρων Υποβοήθησης Μελέτης (ΚΥΜ) για την Τριτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση.

2) Στο πεδίο των Κοινωνιών Αττικής που έχουν τριάντη (30) κεντρικά και τριάντα (30) περιφερειακά κέντρα από το 2007, από τις 25 Σεπτεμβρίου και μετά τους μήνες των Διευκρινιστικών Διαδικασιών ΤΕΕ, να κεντρικών σπουδών μεθόδευση σπόμενων Κεντρικών Υποβοήθησης Μελέτης (ΚΥΜ), κατόπιν πισμοδότηχτες των Διευκρινιστικών Σπουδών Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και ΥΠΕΠΘ. Στο κέντρο των ΚΥΜ είναι να παρέρχονται οι σπόμενες των σπουδών κατοικίες ή κεντρα.

πλήρως από τους σεσμούς, καταλλήλα περιβάλλον μελέτης των μαθημάτων και σχολείου τους.

β) Η συνολική διάρκεια λειτουργίας κάθε ΚΥΜ είναι 16 εβδομάδες και η εβδομαδιαία διάρκεια της λειτουργίας τους πιστοποιείται από τον αρμόδιο Πρότυπο/όμοιο ΛΓ και ΠΕ.

γ) Οι Στους μαθητές των Δημοτικών σχολείων θα παρέχεται ο χώρος για καθημερινή μελέτη των μαθημάτων τους και υποβοήθηση στα εξής μαθήματα: Γλώσσα, Μαθηματικά, Μελέτη περιβάλλοντος, Φυσική.

δ) Στους μαθητές των Γυμνασίων, Λυκείων και ΤΕΕ θα παρέχεται ο χώρος για καθημερινή μελέτη των μαθημάτων τους και η υποβοήθηση στα βασικά μαθήματα: Αρχαία Ελληνικά, Νέα Ελληνικά, Μαθηματικά, Φυσική, Χημεία, Αγγλικά και Γαλλικά.

ε) Κάθε ΚΥΜ αποτελείται από 4-8 τμήματα, με 10 έως 30 μαθητές στο κάθε τμήμα.

ς) Τα ΚΥΜ θα λειτουργούν για τρεις ώρες την ημέρα, επί πέντε ημέρες την εβδομάδα. Η κατανομή των ωρών εξάγεται ως εξής:

α) Για τους μαθητές των Δημοτικών σχολείων: Γλώσσα: 7 ώρες, Μαθηματικά: 4 ώρες, Μελέτη περιβάλλοντος - Φυσική: 4 ώρες.

β) Για τους μαθητές των Γυμνασίων, Λυκείων και ΤΕΕ: Αρχαία/Νέα Ελληνικά: 4 ώρες, Μαθηματικά: 4 ώρες, Ουσιαστικά: 4 ώρες, Αγγλικά/Γαλλικά: 3 ώρες.

ζ) Η συμμετοχή των μαθητών στα τμήματα των ΚΥΜ είναι προαιρετική.

Άρθρο 2

Οργάνωση των ΚΥΜ

1. α) Συστήνουμε και καταθέτουμε το Κέντρο Υποβοήθησης Μελέτης (ΚΥΜ) ανά Δίνοση Εκπαίδευσης των νομών και νομαρχιών ΑΤτικής ως ακολούθως:

Α) Προϊστάμενος Εκπαιδευτής:

1. Α' Δίνοση Αθήνας	2 ΚΥΜ
2. Β' Δίνοση Αθήνας	3 ΚΥΜ
3. Γ' Δίνοση Αθήνας	43 ΚΥΜ
4. Δ' Δίνοση Αθήνας
5. Δίνοση Ανατολικής Αττικής	9 ΚΥΜ
6. Δίνοση Δυτικής Αττικής	9 ΚΥΜ
7. Δίνοση Πελοπόννησος	6 ΚΥΜ
ΣΥΝΟΛΟ	79 ΚΥΜ

Β) Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση:

1. Α' Δίνοση Αθήνας	5 ΚΥΜ
2. Β' Δίνοση Αθήνας	2 ΚΥΜ
3. Γ' Δίνοση Αθήνας	8 ΚΥΜ
4. Δ' Δίνοση Αθήνας	0 ΚΥΜ
5. Δίνοση Ανατολικής Αττικής	7 ΚΥΜ
6. Δίνοση Δυτικής Αττικής	8 ΚΥΜ
7. Δίνοση Πελοπόννησος	0 ΚΥΜ
ΣΥΝΟΛΟ	23 ΚΥΜ

β) Με απόφαση του Προϊστάμενου Δίνοσης ΠΕ ή ΔΕ καταθέτουμε τα Κ.Υ.Μ. στους δήμους της περιοχής τους και εφόσον οι χώροι λειτουργίας και οι Υπεύθυνοι των Κ.Υ.Μ. όπως και η έναρξη λειτουργίας των προγραμμάτων ΚΥΜ.

γ) Τα κάθε Κ.Υ.Μ. λειτουργεί ως ένα ή περισσότερους

χώρους και καλύπτει ένα ή περισσότερα σχολεία, αρκεί να έχει σχηματίσει 4-8 τμήματα, με έναν Υπεύθυνο. Κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος και σε περίπτωση μείωσης των τμημάτων ή μαθητών, ο Προϊστάμενος της Δίνοσης ή του Γραφείου Εκπαίδευσης μπορεί να αποφασίσει τη σύμπτυξη και αναδιάρθρωση των Κ.Υ.Μ.

δ) α) Στα Δημοτικά σχολεία το πρόγραμμα θα εφαρμόζεται με έναν δάσκαλο σε κάθε τμήμα.

β) Στα σχολεία της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, σε κάθε τμήμα θα αναλαμβάνεται καθημερινά από μία ώρα καθηγητές διαφορετικής ειδικότητας. Κατά τη διάρκεια της καθημερινής τριώρας μελέτης, οι εκπαιδευτικοί της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης θα ενισχύονται με τη βοήθεια των χωρίς έ.ά.ω.ω.ω.

1. Ο ακριβής προγραμματισμός της μελέτης γίνεται από τον Υπεύθυνο του κάθε ΚΥΜ.

2. Τα τμήματα των ΚΥΜ λειτουργούν σε αντίθετη βάρδια υπό το κανονικό πρόγραμμα και για 9 ώρες την ημέρα.

3. Οι ειδικές διδασκαλίες χρησιμοποιούνται οι ειδικότητες της ίδιας σχολικής μονάδας ή γειτονικής. Σε περίπτωση αδυναμίας εξεύσεως ειδικών Δημοτικών Σχολείων, Γυμνασίων ή Λυκείων μπορεί να χρησιμοποιηθούν ειδικότητες του Δήμου ή της Νομαρχίας ή άλλων φορέων του δημόσιου τομέα, ύστερα από σχετική αξιολόγηση του Προϊστάμενου Δευτεροβάθμιας ή Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης, αφού ληφθεί υπόψη η γνώμη του αρμοδίου εκπαιδευτικού υπεύθυνου των οποίων τα σχολεία ευρισκόμενα εντός του προγράμματος Κ.Υ.Μ. Με την ίδια διαδικασία μπορεί να αποφασιστεί και η ενσκίαση ειδικών ή η εγκατάσταση προσωρινών χώρων, εάν δεν υπάρχουν διαθέσιμες κατάλληλες ειδικότητες του δημόσιου τομέα.

Άρθρο 3

Όργανα συντονισμού και προγραμματισμού των ΚΥΜ

1. α) Οι Προϊστάμενοι Διευθύνσεων ή Γραφείων επαπειλούν το διοικητικό μέρος του προγράμματος των ΚΥΜ της αρμοδιότητάς τους. Σε κάθε περίπτωση οι Προϊστάμενοι Διευθύνσεων έχουν τη συνολική διοικητική ευθύνη.

β) Ο Προϊστάμενος Διευθύνσεως ή Γραφείου Α/βάθμιας ή Β/βάθμιας Εκπαίδευσης για τα ΚΥΜ σε κάθε Δίνοση υποβιβάζει στοιχεία λειτουργίας των Κ.Υ.Μ. στις αντίστοιχες Δίνοσης Σπυδαιών και ΥΠΕΠΘ.

γ) α) Υπεύθυνος του κάθε ΚΥΜ μπορεί να είναι μόνιμος εκπαιδευτικός ή ο Διευθυντής του Δημοτικού, Γυμνασίου ή Λυκείου στο πλαίσιο του οποίου οι τμήματα λειτουργούν. Σε περίπτωση λειτουργίας κοινού προγράμματος ΚΥΜ ως Υπεύθυνος ορίζεται με απόφαση του αντίστοιχου Προϊστάμενου Διευθύνσεως ή Γραφείου ο Διευθυντής του Δημοτικού, Τηλεσκόπου ή Λυκείου που διαθέτει τους απαραίτητους χώρους για τη λειτουργία των ΚΥΜ. Σε περίπτωση κατά την οποία κάποιος Διευθυντής δεν αποδέχεται τον ορισμό του, υπεύθυνος ορίζεται ο Υπεύθυνος του Διευθύνσεως Σχολείου. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει Υπεύθυνος Διευθυντής ή δεν αποδέχεται και ορισμό του, ή σε περίπτωση που κανένα σχολείο δεν διαθέτει ως αναγκαίες ειδικότητες και τα μαθήματα διδασκούνται σε άλλο χώρο, ως Υπεύθυνος ορίζεται εκπαιδευτικός με απόφαση του Προϊστάμενου της αντίστοιχης Διευθύνσεως ή Γραφείου.

β) Ο Υπεύθυνος του ΚΥΜ αναλαμβάνει την οργάνωση και την επίβλεψη του κάθε Κέντρου. Ο Υπεύθυνος έχει ως έργο:

η) το σχεδιασμό, την προετοιμασία και την παρακολούθηση των τημάτων εκπαιδευτικής στήριξης του ΚΥΜ. Με την έναρξη του κάθε ΚΥΜ ο Υπεύθυνος έχει την υποχρέωση να καταρτίσει το πρόγραμμα της εβδομαδιαίας μελέτης του Κέντρου και να το υποβάλει στη Δίσηση που ανήκει. Εντός 10 ημερών από την έναρξη του κάθε ΚΥΜ υποβάλλει, επίσης, κατάλληλα, με τα ονόματα των μαθητών που συμμετέχουν σε κάθε τμήμα καθώς και το ποσοστό συμμετοχής των μαθητών στα ΚΥΜ σε σχέση με το συνολικό αριθμό των μορίων του σχολείου ή σχολείου από τα οποία προέρχονται.

β) Μεταξύ άλλων, για την ουσιαστική εφαρμογή των σχεδιασμένων δράσεων, τη συγκέντρωση και την αποστολή των αναγκαίων στοιχείων στην αντίστοιχη οικεία Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας ή Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ή Γραφείο και τη γενικότερη επικοινωνία με τους συμμετέχοντες φορείς.

γ) Λαμβάνει υπόψη του τις αντικείμενες δυσκολίες, τις δυνατότητες του συγκεκριμένου προγράμματος ΚΥΜ και τις ανάγκες των συγκεκριμένων μαθητών.

δ) Εντός 10 ημερών από τη λήξη της λειτουργίας των ΚΥΜ υποβάλλει Έκθεση αξιολόγησης του εκπαιδευτικού έργου των Κέντρων στη Δίσηση Αθήνας ή Βιόμιας Εκπαίδευσης ή Γραφείο στο οποίο ανήκει. Η υποβολή των τελικών εκθέσεων στις Δίσεις Κ.Π.Σ. και Σπε.Ιών Αθήνας και Βιόμιας Εκπαίδευσης του ΥΠΕΠΘ γίνεται να έχει ολοκληρωθεί μετά σε 20 ημέρες από τη λήξη του προγράμματος.

Άρθρο 4

Παιδαγωγικό εκπαιδευτική υποστήριξη των ΚΥΜ

1. Ο Προϊστάμενος της Δίσης Δ.Ε. και Γ.Ε. μετά από ανακρίσεις που αναρτά σε εμφανές σημείο στη Δίση, θεσπίζει αιτήσεις με δήλωση ενδιαφέροντος από άνεργους εκπαιδευτικούς, για συμμετοχή στα προγράμματα των ΚΥΜ.

2. Προτεραιότητα έχουν οι εκπαιδευτικοί που διαμένουν στις περιοχές αυτές. Σε περίπτωση που υπάρχουν περισσότεροι υποψήφιοι εκπαιδευτικοί για την ίδια θέση, προλαμβάνεται ο αρχαιότερος σύμφωνα με τη χρονολογία απόκτησης του πτυχίου του.

3. Η προσληψή ωρεομισθίων εκπαιδευτικών για τις ανάγκες ΚΥΜ γίνεται με απόφαση του αρμοδίου Προϊσταμένου Διεύθυνσης Π.Δ. ή Α.Ε. Για το σκοπό αυτό συντάσσεται και υπογράφονται από τον Προϊστάμενο και τους συμβόλλομενους εκπαιδευτικούς οι σχετικές συμβάσεις.

4. Οι ωρομίσθια εκπαιδευτικοί που έχουν προσληφθεί μπορούν να απασχοληθούν ως δεκαπέντε ημέρες συνολικά εβδομαδιαίως σε τμήματα ΚΥΜ.

Άρθρο 5

Αμοιβές και κάλυψη δαπανών

1. Η οικονομική διαχείριση γίνεται από τον Υπεύθυνο του κάθε ΚΥΜ, υπό την επίβλεψη της οικείας Διεύθυνσης ή Γραφείου Εκπαίδευσης. Η συνολική ετήσια και εμπίπτουσα οικονομική διαχείριση ανήκει στον Εθνικό Λογαριασμό του Κ.Π.Σ. του ΥΠΕΠΘ, (στον οποίο και θα υποβληθεί η τελική υπολογιστική Έκθεση παραγόμενων οικονομικά στοιχεία από τον Υπεύθυνο του κάθε ΚΥΜ).

2. Για τους άεργους εκπαιδευτικούς που προσλαμβάνονται να διδάξουν στο πρόγραμμα, τα ύψος της ωρι-

σας αντιμίσθια ορίζεται στο ποσό των 4.300 δρχ. μετά κάθε εκπαιδευτικές δικαιούται την αναλογία δώρων Χριστουγέννων, Πάσχα, εντάξματος και αποζημίωσης άδειας, ενώ δεν δικαιούται την αποζημίωση ετήσιων.

3. Ο κάθε Υπεύθυνος του ΚΥΜ και ο Προϊστάμενος της Δίσης ή Γραφείου Εκπαίδευσης, αμείβεται με 100.000 δρχ. το μήνα μετά. Ο Προϊστάμενος Γραφείου θα αμείβεται με την προϋπόθεση ότι στο Γραφείο αρμοδιότητάς του έχουν δημιουργηθεί τολάχιστον 3 ΚΥΜ. Σε αντίθετη περίπτωση θα αμείβεται μόνον ο Προϊστάμενος Διεύθυνσης Γ.Ε. ή Δ.Ε.

4. Οι αμοιβές άλλων των παραπάνω κατηγοριών υπακούονται από την έναρξη του προγράμματος σε κάθε ΚΥΜ και τελειώνουν με τη λήξη τους. Οι αμοιβές που ορίζονται με τις ανωτέρω παραγράφους 2, 3 του άρθρου η παρ. 1 εφαρμόζονται μειωμένα αν υπάρχουν μεταβολές στον αριθμό των τμημάτων Π.Δ. Επίσης οι αμοιβές αυτές περικλείονται αναλόγως της πείρας των ωριάνων.

5. Για την πλήρωση των οφειλών δαπανών αποστέλλεται αιτιολογημένο στο ΥΠΕΠΘ των προγραμμάτων έναρξης λειτουργίας των ΚΥΜ και η έκδοση σχετικής απόφασης του αρμοδίου Προϊσταμένου Διεύθυνσης Π.Ε. ή Δ.Ε.

6. Το κόστος κεντρικής διαχείρισης του έργου ανέρχεται στο ποσό των 15.916.000 δραχμών.

7. Η παρούσα τίθεται σε ισχύ από την 1η Φεβρουαρίου 2001.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 22 Μαΐου 2001

Υπογραφή
ΠΕΤΡΟΣ ΕΥΘΥΜΙΟΥ

Αρ. Πρωτ. 1562

(β)

Καθορισμός του τρόπου λειτουργίας και της υλοποίησης των Κέντρων Μονάδων Ψυχικής Υγείας του έτους 2001. Ν. 2716/00 καθώς και κάθε λειτουργία εφαρμογής του ίδιου άρθρου.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. τις διατάξεις του Ν. 2/16-1000 (ΦΕΚ 98/Α/17.5.2000) -Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις.

2. τις διατάξεις του Π.Δ. 95/2000 (ΦΕΚ 75/Α/20.3.2000) -Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όπως συμπληρώθηκε στο ΟΛΚ 10/1/Τ. 4/24.4.2000.

3. την αρ. 1180/18.4.2000 κοινή Απόφαση του Προϊσταμένου και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υπουργούς Υγείας και Πρόνοιας Χριστίνα Σιμεδάκη και Δημήτριο Θανάσο (Ο.Π.Κ. 365/Τ.Β.2.4.2000)

4. Την αρ. Δ16/οικ.11442/7.8.99 απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας με την οποία συγκροτήθηκε ομάδα εργασίας για τον καθορισμό του τρόπου λειτουργίας και της υλοποίησης των Κέντρων Μονάδων Ψυχικής Υγείας του έτους 2001. Ν. 2716/00 καθώς και κάθε λειτουργία εφαρμογής του ίδιου άρθρου.

5. Τις διατάξεις της παρ 2 του άρθρου 1 του Ν. 2469/97 (ΦΕΚ 36/Α/97) και τα γεγονότα από τις διατάξεις της απόφασης αυτής δεν προκαλείται πρόσθετη δυνάμει, αποφασίζουμε:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

Άρθρο 1 Αρχές

Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 7 του Ν. 2716/99 διέπτονται από τις κάτωθι αρχές:

1. Τις αρχές που ορίζονται στην παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν. 2716/99

2. Την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές όπως αυτά αναφέρονται στο άρθρο 2 παρ. 3 του Ν. 2716/99, καθώς και κάθε άλλου συνταγματικού της δικαιώματος ως πολιτών.

3. Τις αρχές και τους στόχους της Στρατηγικής Διακήρυξης για την Ψυχικολογική Αποκατάσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας Ψυχολογικής Αποκατάστασης, όπως αυτή δημοσιεύθηκε στην WHO/MNH/UMND/ 96.2 έκδοση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Άρθρο 2

Σκοπός των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας

Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας αποτελούν μονάδες των νοσοκομείων του Ν.Δ. 2592/1953 και του Ν. 1397/58, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας, των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία και των μονάδων της παρ. 1 του άρθρου 5 του Ν. 2716/99. Επιτρέπεται η λειτουργία Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας και από νοσηρικά πρότυπα παιδιατρικού είδους μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα σύμφωνα με την παρ. 1 του άρθρου 11 του Ν. 2716/99

Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας και/ή άλλων:

α) σε ταμεία Ψυχικής Υγείας που η γεωγραφική τους έκταση και διαμορφωση, η οικιστική τους διασπορά καθώς και οι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες σε σύγκριση με τη φύση των ψυχικών διαταραχών δυσχεραίνουν την πρόβουλη των καιρίων των πασχόντων αυτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και

β) σε όμορους τομείς Ψυχικής Υγείας όταν δεν υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Άρθρο 3

Προϋποθέσεις

Α. Για τις Κινητές Μονάδες που συνστάθηκαν σύμφωνα με την παρ. 1 του άρθρου 7 του Ν. 2716/99 απαραίτητες προϋποθέσεις για τη λειτουργία τους είναι οι ακόλουθες:

α. Η σύσταση της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μετά από πρόταση της αντίστοιχης Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας

β. Η σύσταση των θέσεων του προσωπικού.

γ. Ο ορισμός του επιστημονικά υπεύθυνου της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας.

δ. Ο ορισμός της Πολυκλιμακτικής Ομάδας Παρέμβασης.

ε. Η κλήρωση ολοκληρωμένου προγράμματος παρε-

χών υπηρεσιών της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας από τον φορέα στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα ο.η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και η έγκριση του από τον Υπουργό Υγείας & Πρόνοιας.

στ. Η εξοφώληση του απαραίτητου εξοπλισμού για την λειτουργία της Κινητής Μονάδας.

ζ. Η λειτουργική διασύνδεση με τις άλλες Μονάδες Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν στο πλαίσιο του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής Υγείας.

Β. Για τις Κινητές Μονάδες της παρ. 1 του άρθρου 11 του Ν. 2716/99 απαραίτητες προϋποθέσεις για τη λειτουργία τους είναι οι ακόλουθες:

α. Ο ορισμός του επιστημονικά υπεύθυνου της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας

β. Ο ορισμός της Πολυκλιμακτικής Ομάδας Παρέμβασης.

γ. Η εξοφώληση του απαραίτητου εξοπλισμού για την λειτουργία της Κινητής Μονάδας.

δ. Η λειτουργική διασύνδεση με τις άλλες Μονάδες Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν στο πλαίσιο του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής Υγείας

ε. Η κλήρωση ολοκληρωμένου προγράμματος παρεχόμενων υπηρεσιών της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας από τον φορέα στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και η έγκριση του από τον Υπουργό Υγείας & Πρόνοιας.

στ. Το σύνολο των προϋποθέσεων όπως αυτές ορίζονται στην αριθ. ΥΦ/οικ.1902/21.9.2000 (ΦΕΚ 1784/τ.Β' 19.10.2000) υπουργική απόφαση για τον καθυστάθιση των προϋποθέσεων, δικαιολογητικών, διαδικασιών και κάθε άλλης λεπτομέρειας για έγκριση σκοπότητας και χορήγηση άδειας ίδρυσης και άδειας λειτουργίας Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον ιδιωτικό κερδοσκοπικό και τη κερδοσκοπικό τομέα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Άρθρο 4

Πολυκλιμακτική Ομάδα Παρέμβασης

1. Το σύνολο των εργαζομένων σε κάθε Κινητή Μονάδα αποτελούν την Πολυκλιμακτική Ομάδα Παρέμβασης. Η Πολυκλιμακτική Ομάδα Παρέμβασης εκάστη από την Διεύθυνση του φορέα στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα μετά από εισήγηση του Επιστημονικού Υπευθύνου. Η σύνθεση του προσωπικού που απαρτίζει την Πολυκλιμακτική Ομάδα Παρέμβασης περιλαμβάνει ενδεικτικά: ψυχίατρο, ειδικό λόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτρια, εργαθέρωτη, ειδικότητα υγείας, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό κατάλληλα εκπαιδευμένο και κατά περίπτωση παιδοψυχίατρο, ειδικό παιδαγωγό, λογοθεραπευτή ή άλλα επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Για την βασική λειτουργία της Κινητής Μονάδας απαιτείται η στελέχωση της τουλάχιστον με έναν (1) ψυχίατρο, έναν (1) ψυχολόγο, τρεις (3) νοσηλεύτριες ή και ειδικότητες υγείας και ένα (1) διοικητικό υπάλληλο. Για την κάλυψη των στρατηγικών αναγκών της περιοχής ευθύνης της Κινητής Μονάδας στην βασική σύνθεση της συμπεριλαμβάνεται και παιδοψυχίατρος. Στην πλήρη σύνθεση της και ανάλογα με τις ανάγκες της περιοχής η Κινητή Μονάδα δύναται να στελεχώνεται από άλλες τις προαναφερμένες ειδικότητες.

ρ. Έργο της Πολυκλιδικής Ομάδας Παρέμβασης είναι η παροχή πιμμορών πρόληψης και νοσηλείας και ειδικής φροντίδας κατ' οίκον, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αγωγής κοινωνίας σε δικαιρρόστες περιπτώσεις και ειδικότερα:

α. η έγκαιρη διάγνωση, παρέμβαση για την πρόληψη της έναρξης της νόσου, ή της υποτροπής της

β. η κατ' οίκον παρέμβαση για την αντιμετώπιση και την διαχείριση της κρίσης

γ. η κατ' οίκον νοσηλεία, και περιεχομένη της φαρμακευτικής αγωγής, η παρακολούθηση σε τακτά χρονικά διαστήματα της εξέλιξης της νόσου και η συνέχιση της ψυχιατρικής φροντίδας του ασθενούς

δ. η βοήθεια και η στηρίξη του ασθενούς για την αντιμετώπιση των ηρωτικών του ανανών και ημόβλητων με έμφαση στην εκμάθηση δεξιοτήτων και η πρόταμοση του για εντελέκο στόχο που είναι η αυτόνομη διαβίωση

ε. η επίμελλει, κη-υποστηρικτική παρέμβαση στην οικογένεια του ασθενούς με στόχο την καλύτερη επικοινωνία τους και την μείωση του άγχους της οικογένειας και του ίδιου του ασθενούς

στ. η εκπαίδευση των Εθελοντικών Τοπικών Υποστηρικτικών Ομάδων

ζ. η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και διαρκεί των ίδιων του ασθενή και την οικογένεια του μέσω τσραχηρήτων αγωγής καινοτομίας.

8. Η σύνθεση της Πολυκλιδικής Ομάδας Παρέμβασης δεν μεταβάλλεται τουλάχιστον για μια διετία παρά μόνο με αιτιολογημένη εισήγηση του Επιστημονικού Υπευθύνου ή αιτήμα του ενδιαφερόμενου μέλους ή αποχώρηση του από την Κινητή Μονάδα. Η σταθερότητα της σύνθεσης της Πολυκλιδικής Ομάδας Παρέμβασης στις ειδικότητες και στα άτομα που έχουν οριστεί αποτελεί ευθύνη της διοίκησης του φορέα στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα. Αποαιολόγητη αλλαγή μελών της Πολυκλιδικής Ομάδας Παρέμβασης αποτελεί παράβαση των διατάξεων της μερούσης απόφασης

4. Ο εργαζόμενος στην Πολυκλιδική Ομάδα Παρέμβασης δύνανται να αποσχολούνται μερικώς σε αυτήν, συμπληρώνοντας τον χρόνο αποσχόλησης τους σε άλλες υπηρεσίες του φορέα στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα συμβάλλοντας στην συνέχεια της φροντίδας των ασθενών. Το εβδομαδιαίο πρόγραμμα αποσχόλησης καθώς και το πρόγραμμα των μετακινήσεων των εργαζομένων στην Πολυκλιδική Ομάδα Παρέμβασης καθορίζεται από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο της Κινητής Μονάδας για τις μεν τακτικές μετακινήσεις στην αρχή κάθε μήνα, για δε τα έκτακτες μετακινήσεις όποτε προκύψει ανάγκη.

Οι εργαζόμενοι στην Πολυκλιδική Ομάδα Παρέμβασης συμμετέχουν στις προγραμμιτισμένες τακτικές μετακινήσεις εκτός ήδρας έως τρεις ημερες ανά εβδομάδα. Τα πρόγραμμα λοιποργίας της Κινητής Μονάδας εκτός των μετακινήσεων περιλαμβάνει και δραστηριότητες που επιτελούνται στην έδρα της Κινητής Μονάδας όπως ενδεικτικά παρακολούθηση εκπαιδευτικού προγράμματος και διακίνηση με τις άλλες μονάδες του Τομέα Ψυχικής Υγείας στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα.

Τα μέλη της Πολυκλιδικής Ομάδας Παρέμβασης συμμετέχουν στο πρόγραμμα σεμινάρων που εφαρμόζεται στον Τομέα Ψυχικής Υγείας στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα, μετά από εισήγηση της αντίστοιχης Τομεακής

Επιτροπής Ψυχικής Υγείας για την εικοσπεπράωση κάλυψη των αναγκών της περιοχής ευθύνης της.

Με απόφαση της διοίκησης του φορέα στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα και μετά από εισήγηση του Επιστημονικού Υπευθύνου ορίζεται ετήσιος στόχος με ετήσια έκθεση και εμπειρία σε θέματα διανομής της ομάδας για την ετήσια ειοπεία του έργου της Πολυκλιδικής Ομάδας Παρέμβασης. Για τις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Ν.Π.Δ.Δ. με κορδοσκοπικό χαρακτήρα ο αριθμός των εργαζομένων στην Πολυκλιδική Ομάδα Παρέμβασης ο έβδομαδιαίος χρόνος της αποσχόλησης (μερική ή πλήρης) κάθε μέλους της και η καινομη του χρόνου αυτού μέσα στο εκκοσπεπράωρο εγκρίνεται από την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Ε.Π.Ε.Ψ.Υ. Ομάδας στον οποίο ανήκει. Η επιμελλει της η Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών & Εφήβων. Στην περίπτωση που η Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας δεν έχει συσταθεί ή για αποαιολόγητο λόγο αυτή δε λειτουργεί ή άγκριση δίνεται από την Διοση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας & Γρόνιας.

Β) Εθελοντικοί Τοπικοί Υποστηρικτικοί Ομάδες
Η Πολυκλιδική Ομάδα Παρέμβασης οργανώνει και εκπαιδώνει πολίτες από τα οικονικό ή κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς σε ομάδες που ονομάζονται Εθελοντικοί Τοπικοί Υποστηρικτικοί Ομάδες με στόχο την αποτελεσματική λειτουργία της.

Οι πολίτες που σπαστούν τις Εθελοντικούς Τοπικούς Υποστηρικτικούς Ομάδες είναι τα λιχίστιον δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, δεν ξεπερνούν σε αριθμό τα πέντε (5) άτομα και προέρχονται από την τοπική κοινωνία στην οποία ζει ο ασθενής. Ένα από τα μέλη ορίζεται από την Πολυκλιδική Ομάδα Παρέμβασης ως συντονιστής του έργου του Εθελοντικού Τοπικού Υποστηρικτικού Ομάδας.

Έργο των Εθελοντικών Τοπικών Υποστηρικτικών Ομάδων είναι η επίμελλει και φροντίδα του ασθενούς η αντιμετώπιση πρακτικών προβλημάτων του ασθενούς, η συνεργασία με την Πολυκλιδική Ομάδα Παρέμβασης για την αποτελεσματικότερη πρόληψη της έναρξης της κρίσης του ασθενούς, η κοινωνική αλληλεγγύη και η εκπαιδευτική της τοπικής κοινωνίας σε ζητήματα ψυχικής υγείας.

Τα μέλη των Εθελοντικών Τοπικών Υποστηρικτικών Ομάδων εκπαιδούνται από την Πολυκλιδική Ομάδα Παρέμβασης ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν στο προαναφερόμενο έργο τους αλλά και στις ανάγκες στήριξης προγραμμάτων ημερίων, η και οτιδήποτε διαβίωσης των ασθενών (Προστατευμένο Διαμερίσμα).

Άρθρο 5 Επιστημονικός Υπεύθυνος

1. Με απόφαση του διοικούτος οργάνου του φορέα, στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα, ορίζεται ο Επιστημονικός Υπεύθυνος της Κινητής Μονάδας. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος είναι ψυχίατρος και επιλέγεται με κριτήρια την κλινική εμπειρία και την αντιμετώπιση των κρίσεων, την γνώση και την αποδοχή των αρχών που διαπαιώνονται στο έργο της παρούσης απόφασης αποδεικνυόμενων κυρίως από την ενεργό συμμετοχή του σε αντίστοιχες δράσεις.

2. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος έχει την ευθύνη συντονισμού, υλοποίησης και παρακολούθησης του έργου της Πολυκλιδικής Ομάδας Παρέμβασης, όπως αυτό περιγράφεται στην παρ. 2 του άρθρου 4 της παρούσας απόφασης, την εποπτική ευθύνη για την ποιότητα παροχής των υπηρεσιών της Κινητής Μονάδας, την ευθύνη για την αποτελεσματική λειτουργία και σύνδεση της Πολυκλιδικής Ομάδας Παρέμβασης και των Εθελοντικών Τοπικών Υπόστηρικτων Περιών και την ευθύνη για την διασύνδεση της Κινητής Μονάδας με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα.

Άρθρο 6

Οργάνωση και λειτουργία των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας

Α1. Οι υπηρεσίες των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας παρέχονται σε:

- α) Παιδιά, εφήβους και ενήλικες ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.
- β) Παιδιά, εφήβους κ.ι. ενήλικες ασθενείς με διαταραχές συμπεριφοράς.
- γ) Παιδιά, εφήβους και ενήλικες ασθενείς με διαταραχές αυτιστικού τύπου.

Α2. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, διανοητικής εκτίμησης - θεραπείας, νοσηλείας - περιποίησης κ.τ.ότιον, υπηρεσίες ψυχολογικής αποκατάστασης και επανένταξης και υλοποιούν προγράμματα αγωγής κοινότητας. Ειδικότερα οι υπηρεσίες που παρέχουν οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας ενδεικτικά περιλαμβάνουν:

- α) την ποσότητα και την άκαη εκτίμηση της διαταραχής του ασθενούς.
- β) την παρέμβαση σε κρίσιμη κρίση ή υποτροπή της νόσου.
- γ) την χορήγηση και παρακολούθηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής.
- δ) την παρακολούθηση του ασθενούς σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- ε) την εξυπηρέτηση του ασθενούς, όταν κρίνεται αναγκαίο, από ως διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας συμπεριλαμβανομένων και των ψυχιατρικών υπηρεσιών.
- στ) την βοήθεια καιστήριξη του ασθενούς για την αντιμετώπιση των πρακτικών του αναγκών και προβλημάτων με έμφαση στην εκμάθηση δεξιοτήτων.
- ζ) παρεμβάσεις προς τα μέλη της οικογένειας με στόχο την καλύτερη επικοινωνία τους και τη μείωση του άγχους της οικογένειας και του ίδιου του ασθενούς.
- η) την υλοποίηση προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων και προγραμμάτων κατάρτισης και προώθησης στην απασχόληση.

θ) προγράμματα αγωγής κοινότητας. Η αγωγή κοινότητας γίνεται με δράσεις ενημέρωσης- επιμόρφωσης τόσο του κοινού γενικά όσο και ειδικών ομάδων στόχων, όπως ενδεικτικά συλλογών γονέων, εκπαιδευτικοί, σπλιγκ της τοπικής αυτοδιοίκησης, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, λειτουργοί υγείας και κοινωνίας, τοπικοί σύλλογοι και λοιπές οργανωμένες ομάδες. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν σεμινάρια, συζητήσεις, σεμινάρια δημοσιεύσεις και εκπομπές στα τοπικά μέσα μαζικής ενημέρωσης, παραγωγή και διανομή έντυπου υλικού, οργάνωση

τολών σε ομάδες εθελοντών, ομάδες οικογενειών ασθενών, ομάδες αυτομόρφωσης και ομάδες ασθενών. Οι ανωτέρω δράσεις έχουν ως στόχο τη διαμόρφωση θετικής στάσης του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική διαταραχή, στην ψυχική ασθένεια, στις κοινωνικές ψυχιατρικές υπηρεσίες και στην προσανατολή της ψυχικής υγείας της κοινωνίας. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας αναπτύσσεται μέσω των δράσεων στην δίκτυο ανίχνευσης και παρηγορητικών, οργανώνει κοινοτικά υποστηρικτικά σποτήματα για ομάδες υψηλού κινδύνου και συνεργάζεται με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τις υπηρεσίες πρόνοιας, το δικαστήριο ανήλικων, το σχολείο, την εκκλησία, τον Ο.Α.Ε.Δ ή άλλους δημόσιους φορείς.

Α3. Η Κινητή Μονάδα καλείται να παράσχει τις υπηρεσίες της:

α) Όταν πρόκειται για ασθενή που ζητά τις υπηρεσίες της για πρώτη φορά:

- α) Από τον ίδιο τον ασθενή,
- β) Από την οικογένεια του ασθενούς,
- γ) Από το φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς, όταν τα άτομα των ανωτέρω περιπτώσεων α) και β) βρίσκονται σε αδυναμία.

δ) Από τον Εθελοντικό Τοπικό Υπόστηρικτικό Περιών.

Β. Όταν πρόκειται για ασθενή που βρίσκεται σε επεξεργασία, οι υπηρεσίες του άσκονται σύμφωνα με το εβδομαδιαίο πρόγραμμα μετακινήσεων που εκπονεί ο Επιστημονικός Υπεύθυνος.

Β. Η Πολυκλιδική Ομάδα Παρέμβασης παρέχει τις υπηρεσίες της από τις 7 π.μ. έως τις 8 π.μ. αμπεριλαμβανομένου και του χρόνου μετακίνησης της, σε πρώτη προτεραιότητα. Σε ειδικές και έκτακτες περιπτώσεις παρέχει τις υπηρεσίες της Σάββατο-κύριακα και αργίες. Όταν πρόκειται για ειδικές και έκτακτες περιπτώσεις η Πολυκλιδική Ομάδα Παρέμβασης παρέχει τις υπηρεσίες της σε εκκοσμητική βάση καθ' όλη την εβδομάδα.

Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος καθορίζει το εβδομαδιαίο πρόγραμμα των μετακινήσεων της Πολυκλιδικής Ομάδας Παρέμβασης συμπεριλαμβανομένων των Σάββατο-κύριακων και των αργιών και την σε εκκοσμητική βάση παροχή υπηρεσιών επ' όσον υπάρχουν ειδικές και έκτακτες περιπτώσεις.

α) Όταν η μετακίνηση της Κινητής Μονάδας είναι προγραμματισμένη κατά ασθενή ο Επιστημονικός Υπεύθυνος ορίζει την σύνθεση του τακτικού κλιμακίου της Πολυκλιδικής Ομάδας Παρέμβασης που θα επισκεφθεί τον ασθενή.

β) Όταν η Πολυκλιδική Ομάδα Παρέμβασης καλείται να επισκεφθεί τον ασθενή του για πρώτη φορά ζητά της υπηρεσίες της ή εκτός ημέρας ή ωραρίου λειτουργίας της τότε ο Επιστημονικός Υπεύθυνος ορίζει την σύνθεση και τον αριθμό των ατόμων του έκτακτου κλιμακίου που θα επισκεφθεί τον ασθενή και προσαρμόζει το πρόγραμμα μετακινήσεων αναλόγως. γ) Εάν το μέσο που διαθέτει η Κινητή Μονάδα ή οι καιρικές συνθήκες δεν επιτρέπουν την επίστροφή των μελών της Πολυκλιδικής Ομάδας Παρέμβασης ή η κατάσταση του ασθενούς το επιβάλλει τότε μπορούν να ανακτερευθούν σε συνεχείς διανυκτερεύσεις μετά από απόφαση του φορέα στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα. Τυχόν πρόσθετη διανυκτερεύση, ύστερα από την εκκρίμηση είναι δυνατή μετά από απόφαση του Επιστημονικού Υπευθύνου και έγκριση του Διοικητικού

ντας ορνάνου του φορέα στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

Β1. Οι υπηρεσίες διαγνωστικής εκτίμησης και θεραπείας, περίθαλψης και νοσηλείας παρέχονται σε ημερησίως μπισημένη ή έκτακτη βάση ως εξής:

ι. κατά όσον
 ιι. σε διαθέσιμους χώρους της κοινότητας όπως ενδεικτικά σε Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, Δημοτικά Ιατρεία, Κοινωνικά κέντρα, σχολεία ή οποιονδήποτε χώρο που διατίθεται στην Κινητή Μονάδα για χρήση από την Τοπική Αυτοδιοίκηση ή άλλους δημόσιους φορείς.

Η γραμμάτεια της Κινητής Μονάδας τηρεί βιβλίο φροντιστικής ασθενών, ημερολόγιο παρατηρησιακών ραφησιών και ημερήσια φακέλων των ασθενών, και τηρεί τον τύπο στον οποίο παρασχεθήκαν οι υπηρεσίες ως κύβη ασθενή και κάθε σωματιά, συγκαταρκτών τα απαραίτητα στοιχεία των δραστηριοτήτων της Κινητής Μονάδας.

Β2. Έδρα της Κινητής Μονάδας είναι η έδρα που φέρει στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα εντός των ορίων του Τομέα Ψυχικής Υγείας στον οποίο παρέχεται οι υπηρεσίες της.

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας με ελεγχθεί του φορέα στον οποίο ανήκει διατέτα στην έδρα της κατάλληλα εξοπλισμένους χώρους γραφείων όπως ενδεικτικά χώρο συσκέψεων και αρχείου με ελεγχθεί ηλεκτρονικό εξοπλισμό (fax, τηλεφώνο, ηλεκτρονικό υπολογιστή) συμπεριλαμβανόμενων και ειδικών συστημάτων επικοινωνίας όπως ενδεικτικά επιρρητική επικοινωνία όπου αυτή χρειάζεται.

Για την επιρρηθεί των στόχων της, η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας διαθέτα ελεγχθεί χωρία τα δικριτικά στοιχεία του φορέα (όπως ενδεικτικά Ψυχιατρικό Νοσοκομείο). Η ελεγχθεί των ελεγχθείτων της Κινητής Μονάδας αντήθετα κατά τριτομηθεί σε μέλη της Πολυκελεδικής Ομάδας Παρέμβασης που έχουν υπό το νόμο τις προβλεπόμενες προϋποθεσεις.

Τέλος η Πολυκελεδική Ομάδα Παρέμβασης ελεγχθεί και από τα δικριτικά, ΕΚΑΒ, όταν αυτό είναι αναγκαίο.

Άρθρο 7

Δομή του προγράμματος παροχής υπηρεσιών της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας

Το πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας που καταθέτα ο φορέας, στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα στην Δύση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας και εγκριταται από τον Υπουργό Υγείας & Πρόνοιας, έχει την εξής δομή:

1. Περιγραφή του έργου και του είδους (γεωγραφική έκταση, πληθυσμιακό δομοκόνα και αιθιμολογικά δεδομένο της ψυχικής ασθένειας στην περιοχή) των παρεχόμενων από την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας υπηρεσιών.
2. Αναλυτική περιγραφή του έργου της Πολυκελεδικής Ομάδας Παρέμβασης.
3. Πραγματοποιήσεις της διαρκούς παρακολούθησης της εξέλιξης του ασθενούς και της αξιολόγησης των ελεγχθεί δομών ψυχικής υγείας προς αδελφ του ασθενούς.
4. Μεθοδολογία οργάνωσης και ανάπτυξης των Ελεγχθεί Τεχνικών Υποστηρικτικών Γυρήνων.
5. Εκπαίδευση της οικογένειας και της σε θέματα που αφορούν στην ελεγχθεί των υποκειμένων και την εξέλιξη του ασθενούς.

6. Περιγραφή της μεθοδολογίας ελεγχθεί των δικαιωμάτων του ασθενούς.

7. Περιγραφή των διαθέσιμων υποστηρίξης της οργάνωσης του ελεγχθεί.

8. Ορισμός από τον φορέα των μέσων και των χείρων με τα οποία υποστηρίξει το έργο της Πολυκελεδικής Ομάδας Παρέμβασης και του Επιστημονικού Υπευθύνου για την απροσκοπη λειτουργία και την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών κατά όσον νοσηλείας και ελεγχθεί φροντιστικής όπως ασθενείς.

9. Προβλεπόμενες και αναφορές των πηγών χρηματοδότησης που ο φορέας ελεγχθεί για τη λειτουργία της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας.

Άρθρο 8

Πιστοποίηση των υπηρεσιών που παρέχεται η Κινητή Μονάδα

Η πιστοποίηση των παρεχόμενων από την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας υπηρεσιών γίνεται ως εξής:

α) Με την ελεγχθεί καταγραφή του ιστορικού του ασθενούς, στο οποίο ελεγχθεί αναλυτικά τα στοιχεία του ασθενούς και οικογενειακό ιστορικό του, την ταξινόμηση κλινική - λειτουργική κατάσταση του ασθενούς και τα στοιχεία αξιολόγησης της πορείας του ασθενούς. β) Με την ελεγχθεί έκθεση της εξέλιξης του ασθενούς κάθε ελεγχθεί, η οποία κατατέτα στη Διοίκηση του φορέα στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα.

γ) Με το ελεγχθεί του φύλλου του βιβλαρίου του ασθενούς στο οποίο ελεγχθεί παρέχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας καθώς και ο τόπος, η ημερομηνία και η ώρα που παρεχθεί και οι προαναφερόμενες υπηρεσίες.

Η παροχή απόφαση να τηροσπειθεί στην Ελεγχθεί της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 21 Μαίου 2001

ΕΥΧΕΤΟΡΑΤΗΣ
 Χ. ΣΠΥΡΑΚΗ

Αριθ. 5814

(3)

Συσταση Νομικού Προσώπου στο Δέμο Νεμεας Ν. Κορινθίας με την επωνυμία «Δέμοκω ατάδω Νεμεας».

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 219 του Ν.Δ. 410/95 και τις διατάξεις του Ν. 2503/97 Δέση, Οργάνωση, στελέχωση της Περιφέρειας, ρύθμιση θεμάτων για την τοπική αυτοτέτα και άλλες διατάξεις.

2. Την αριθ. ΣΓ-19750/98 (ΦΕΚ 1042/98 τ.Β) κοινή απόφαση των Υπουργών Ε.Λ.Δ.Α.Οικ.κίων και Πολ.τιμ.ού, με την οποία έχει χαρακτηριστεί το ελεγχθεί στάδιο Κελεδάς ως δημοτική σημασία.

3. Τις διατάξεις του άρθρου 14 του Ν. 2880/01 (ΦΕΚ 9/30.1.01 τ.Α) Πράγματο Πηλοπία για τη μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό της δημοτικής διοίκησης και άλλες διατάξεις.

4. Την αριθ. 5/94/7.3.01 νόμιμη λιχνική επιείκεια του δημοτικού συμβουλίου Καμείας περί απόλυτης νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Δημοτικό Στάδιο Νεμεός».

5. Για διατάξεις του άρθρου 27 Ν. 2081/92 με τις οποίες ηριεπρόθηκε νέο άρθρο στο Ν. 1558/86, το οποίο ρυθμίζει τον έλεγχο των δαπάνων που προκαλούν οι κοινωνικές δίκτες πράξεις, αιωφουούδημα:

1. Συνιστά με υ.α Δίηλο Ηερίεας του Ν. Κορυόλιας νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία Δημοτικό Στάδιο Καμείας με όλη την πόλη της Νεμεός.

2. Σκοπός του Νομικού Προσώπου είναι: α) η υλοποίηση

της του μούζικού και σωματεωμικού αθλητισμού β) η υλοποίηση και ανάπτυξη του σχολικού αθλητισμού γ) η προσγωγή και διάδοση του αθλητισμού στην ευρύτερη περιοχή του Δήμου δ) η οργάνωση και η συνδιοργάνωση αγώνων, αθλητικών συσνήσεων και εκδηλώσεων καθώς και συνεργασία με τα αρμόδια Υπουργεία, μητρώα υπηρεσίες, συνομοσπονδίες, αρμοσπονδίες, αθλημάτων, τεχνικούς αθλητές, διαιτητές κ.λ.π; η αξιολόγηση και η υποστηρίωση των νέων μέσω των οργανωμένων χώρων αθλητισμού του νομικού προσώπου (γήπεδα, κούρσες, εργατών, στάδια, υπόθαλασσόβραχια, τεχνολογικά κέντρα, γυμναστήρια κ.λ.π) η η υποστήριξη ψυχολογικών πολιτιστικών, επιστημονικών, παιδαγωγικών εκδηλώσεων διαφόρων εθνικού και εθνικού χαρακτήρα κ.λπ.

3. Περιορισία του Ν.Π. είναι όλη η κινητή, ακίνητη περιουσία η κυριότητα και κάθε άλλο εμπύροχισια δικαιώματα επί των κινήτων και ακινήτων του Δημοσίου τα οποία χρησιμοποιούνται από το Εθνικό Στάδιο Νεμεός.

4. Πόροι του Ν.Π. είναι:

α) Η ετήσια επιχορήγηση του ΥΠΕΣΔΔΑ β) η ετήσια επιχορήγηση της Γεν. Γραμματείας Αθλητισμού του Υπ. Πολιτισμού, γ) η ετήσια επιχορήγηση του Δήμου 100.000 δρχ., δ) κάθε ποροχή του δημοσίου ή άλλη νόμιμη πρόσδοος ε) οι επιπράξεις από το αντίτιμο των μηχανημάτων ή μηχανοεών που παρέχονται από το Ν.Π., στ) κάθε είδους συνδρομές, εισφορές, δωρεές, κληρονομίες και κληροδοσίες.

Το Ν.Π. θα εκπροσωπείται ενόμιον των δικαστηρίων και κάθε άλλης αρχής από τον πρόεδρο και τα περίτυπηα κώλυτα ή αποστάτες από τον αντιπρόεδρο.

Από τις διατάξεις της απόφασης αυτής ηρκαλείται επί του δικαιωούσ βάρους του προβλεπόμενου Δήμου Νεμεός ύψους 100.000 δρχ.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως:

Κάτωθος, 30 Μαρτίου 2001

Ο Γενικός Γραμματείας Περιφέρειας
ΑΝΙΩΝΗΣ ΜΑΤΣΙΓΚΟΣ