

**Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ :

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ ΔΑΝΑΗ

ΒΑΡΔΑΡΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΖΩΤΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ – ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΚΛΩΝΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΠΑΤΡΑ ΙΟΥΛΙΟΣ 2015

© 2015, copyright υπό Αγγελοπούλου Δανάη, Βαρδάρη Ευαγγελία και Ζώτο Αλέξανδρο- Αναστάσιο

Η πτυχιακή εργασία της Αγγελοπούλου Δανάη, Βαρδάρη Ευαγγελία και Ζώτου Αλέξανδρου – Αναστάσιου εγκρίνεται :

Υπογραφές :

1.Κλωνή Παναγιώτα (επιβλέπουσα καθηγήτρια)

Μέλη εξεταστικής επιτροπής :

2.

3.

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

*Στους δικούς μας ανθρώπους που
στάθηκαν δίπλα μας...*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η υλοποίηση της πτυχιακής εργασίας πραγματοποιήθηκε σε διάστημα λιγότερο 4 μήνων. Ξεκινήσε το Μάρτιο του 2015 και ολοκληρώσαμε τον Ιούνιο του ίδιου έτους. Αποφασίσαμε να διερευνήσουμε ένα πρωτότυπο θέμα που έχουν γίνει ελάχιστες προσπάθειες διερεύνησης του τόσο στα εκπαιδευτικά πλαίσια όσο και στα εργασιακά. Αρχικά θέλουμε να ευχαριστήσουμε την εποπτεύουσα καθηγήτρια Κλωνή Παναγιώτα για τη στήριξη της και τις κατευθυντήριες γραμμές που μας έδωσε τόσο στη βιβλιογραφική ανασκόπηση όσο και στη ερευνητική διαδικασία. Αν και τα χρονικά περιθώρια ήταν πολύ στενά και το φόρτο εργασίας της πολύ μεγάλο, εκείνη ήταν δίπλα μας να υποστηρίξει και να μας συμβουλέψει όποτε συναντούσαμε δυσκολίες τόσο σε πρακτικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Επιπλέον θέλουμε να ευχαριστήσουμε όλους τους ανθρώπους που μας βοήθησαν δίνοντας μας υλικό για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	v
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ	xi
ABSTRACT	xii
ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ	xiii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	xiv
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	xv
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	1
ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	1
1.1 Εισαγωγή.....	1
1.2. Εννοιολόγηση για τη ψυχική υγεία.....	1
1.3 Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών	3
1.3.1. Λόγοι διάγνωσης ψυχικών διαταραχών	4
1.3.2. Γιατί είναι απαραίτητη η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών	5
1.4 Ιστορική αναδρομή Ψυχικής Υγείας.....	5
1.5 Το Ψυχιατρείο της Λέρου	9
1.6 Αποϊδρυματοποίηση	10
1.7. Κανονισμός {ΕΟΚ} 815/84.....	11
1.7.1. Το πρόγραμμα «Λέρος II»	11
1.8. Αρχικές πολιτικές Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης	12
1.8.1 «Ψυχαργός»	15
1.8.2 Α΄ φάση «Ψυχαργός».....	15
1.8.3 Β΄ Φάση «Ψυχαργός».....	16
1.8.4 Γ΄ Φάση «Ψυχαργός».....	22
1.9 Οι ψυχικές διαταραχές και η ψυχοκοινωνική διάσταση τους.....	24
1.10. Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση	25
1.11 Μοντέλα Καθοδήγησης	26
1.11.1. Το Ιατρικό - Θεραπευτικό Μοντέλο	26
1.11.2 Μοντέλο αναπηρίας.....	27
1.11.3 Μοντέλο δεξιοτήτων.....	28
1.11.4. Μοντέλο αναγκών.....	28
1.11.5 Ρόλοι.....	29

1.12. Στόχοι – Βασικές Αρχές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	29
1.13 Εργασία και επαγγελματική αποκατάσταση ψυχικά ασθενών	31
1.13.1. Τρεις φάσεις μοντέλου εργασίας.....	31
1.13.2 Το μοντέλο η « Επιλογή –Αποκατάσταση – Διατήρηση».....	32
1.13.3 Το μοντέλο: « Μετάβαση στην Εργασία».....	33
1.13.4 Το μοντέλο « Μικρής Επιχείρησης».....	34
1.14 Ζητήματα Αξιολόγησης στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση	34
1.15 Το σύστημα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα.....	35
1.16. Προκατάληψη/Στιγματισμός/Κοινωνικός Αποκλεισμός και Ψυχική Υγεία	37
1.16.1 Οικογένεια και στίγμα	38
1.16.2 Η αντιμετώπιση του στίγματος	38
1.17 Κοινοτική και Κοινωνική Ψυχιατρική.....	39
1.17.1 Ορισμοί Κοινοτικής Ψυχιατρικής.....	40
1.17.2 Αρχές Κοινοτικής Ψυχιατρικής.....	41
1.17.3 Στόχοι Κοινοτικής Ψυχιατρικής.....	42
1.17.4 Τρόποι εφαρμογής των κλινικών παρεμβάσεων βάση κοινοτικής ψυχιατρικής. Από την εκδήλωση της ασθένειας μέχρι τη παρέμβαση	42
1.17.5 Ορισμός Κοινωνικής Ψυχιατρικής.....	44
1.17.6 Αρχές Κοινωνικής Ψυχιατρικής.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	46
ΟΙ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΕΣ (ΑΝΑΔΟΧΕΣ) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ	46
2.1. Ιστορική Αναδρομή	46
2.2. Νομικό πλαίσιο Φιλοξενουσών Οικογενειών στη Ελλάδα.....	47
ΑΡΘΡΟ 4.....	49
2.2.1. Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα	49
ΑΡΘΡΟ 7.....	50
2.2.2. Δικαιώματα του ασθενούς που έχει τοποθετηθεί σε πρόγραμμα Φιλοξενουσών οικογενειών.....	50
ΑΡΘΡΟ 9.....	50
2.2.3. Διαδικασία Εκπαίδευσης της Φιλοξενούσας Οικογένειας	50
ΑΡΘΡΟ 10.....	50
2.2.4. Εποπτεία Φιλοξενούσας Οικογένειας	50
ΑΡΘΡΟ 13.....	50
2.2.5. Διακοπή της σύμβασης Φιλοξενουσών Οικογενειών.....	50
ΑΡΘΡΟ 16.....	51

2.2.6. Διακοπή του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών	51
2.3. Αρχές και Προϋποθέσεις Φιλοξενουσών Οικογενειών	51
2.4. Πριν την τοποθέτηση ενός ψυχικά αρρώστου σε μια ανάδοχη οικογένεια θα πρέπει να υπάρξει:	52
2.5. Αναγκαιότητα Δημιουργίας Προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών.....	53
2.6. Αναγκαιότητα Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας του Προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών	55
2.7 Διαδικασία Επιλογής Ασθενούς για τοποθέτηση στις φιλοξενούσες οικογένειες..	58
2.8 Διαδικασία Επιλογής – Φάσεις πριν την Ένταξη του ασθενούς στο Πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών	58
2.9 Διαδικασία Επιλογής Φιλοξενούσας Οικογένειας.....	59
2.10 Δομή του Προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών.....	60
2.11 Υποχρεώσεις και δικαιώματα Φιλοξενούσας Οικογένειας	60
2.12 Τεχνικές Προσέγγισης Υποψηφίων Φιλοξενουσών (ανάδοχων) οικογενειών και τεχνικές ευαισθητοποίησης της κοινότητας	61
2.13 Η επικοινωνιακή πολιτική της Θ.Υ.Δ.Ο. μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής:	61
2.14. Κινητοποιητικές Τεχνικές της οικογένειας με μέλος που αντιμετωπίζει ψυχική διαταραχή	62
2.14.1 Συστημική Προσέγγιση Η οικογένεια ως «σύστημα»	63
2.14.2. Θεραπευτικές τεχνικές	63
2.14.3. Το πλαίσιο και οι κανόνες.....	64
2.14.4. Θεραπευτικοί Στόχοι.....	64
2.15. Τεχνικές Ενθάρρυνσης και Κινητοποίησης του Ατόμου με Ψυχική Ασθένεια και της Οικογένειας	65
2.16. Παροχή επιλογών και εστίαση στην ύπαρξη ενός συμπτώματος.....	65
2.17 Στρατηγικές επιβίωσης για οικογένειες - Εντοπισμός και αντιμετώπιση καταστάσεων :	67
2.18. Ψυχοεκπαίδευση	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ..... 70

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΑΣ (ΑΝΑΔΟΧΗΣ) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (FOSTER FAMILY CARE) ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ..... 70

3.1 Εισαγωγή.....	70
3.2. Ιστορική Αναδρομή	71

3.3 Αποτελεσματικότητα του θεσμού.....	72
3.4 Εφαρμογή θεσμού Φιλοξενουσών οικογενειών στο Βέλγιο.....	73
3.5 Εφαρμογή θεσμού Φιλοξενουσών οικογενειών στις Η.Π.Α.....	75
3.6 Εφαρμογή θεσμού Φιλοξενουσών Οικογενειών στον Καναδά.....	78
3.7 Εφαρμογή του θεσμού Φιλοξενουσών Οικογενειών στη Γαλλία.....	80
3.8 Εφαρμογή θεσμού Φιλοξενουσών οικογενειών στην Ελλάδα.....	82
3.8.1 Εφαρμογή του θεσμού από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.....	82
3.8.2 Εφαρμογή του θεσμού από τη Μονάδα Αναδόχων Οικογενειών της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.....	84
3.9. Συμπεράσματα.....	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	88
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	88
4.1 Σκοπός της έρευνας.....	88
4.2 Είδος έρευνας.....	88
4.3 Ερευνητικά ερωτήματα.....	88
4.4 Πληθυσμός – Δείγμα.....	88
4.5 Επιλογή δείγματος.....	88
4.6 Επιλογή εργαλείων έρευνας.....	89
4.7 Τόπος και χρόνος έρευνας.....	89
4.8 Συλλογή δεδομένων.....	89
4.9 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.....	89
4.10 Κωδικοποίηση, εισαγωγή δεδομένων στον Η/Υ και στατιστική επεξεργασία.....	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	90
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕΛΕΤΗΣ / ΕΡΕΥΝΑΣ / ΣΥΖΗΤΗΣΗ..	90
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	90
Συζήτηση.....	131
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	133
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	135
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	141
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	142

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ (Ν. 2716/99 αρθ.9).....	164
ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΘΕΣΜΟ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ	172

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ

Η παρούσα εργασία μελετά το Θεσμό Φιλοξενουσών Οικογενειών και τις προϋποθέσεις υλοποίησης του, τόσο βιβλιογραφικά όσο και με έρευνα η οποία έχει σκοπό να διερευνήσει τις στάσεις και τις απόψεις των πολιτών της Πάτρας, του Πύργου και του Μεσολογγίου.

Στο πρώτο μέρος της πτυχιακής, στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας γίνεται ανάλυση της έννοιας της ψυχικής υγείας. Γίνεται λόγος για τη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα με το Εθνικό Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (Α΄- Β΄- Γ΄ φάση) καθώς και για σύστημα παροχής ψυχικών υπηρεσιών όπως διαμορφώθηκε. Τέλος γίνεται αναφορά στην κοινωνική-κοινωνική ψυχιατρική και στο καθοριστικό ρόλο που διαδραματίζουν για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή. Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται μια εκτενής ανασκόπηση του Θεσμού Φιλοξενουσών Οικογενειών. Εστιάζει σε σημεία όπως το νομοθετικό πλαίσιο, σε όλες τις διαδικασίες που πρέπει να συντελεστούν για την υλοποίηση του, στην αναγκαιότητα λειτουργίας του προγράμματος και συγκεκριμένα στις τεχνικές ενθάρρυνσης, κινητοποίησης και εμπύχωσης που γίνονται από την Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα στην Ανάδοξη Οικογένεια τους Λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τη φυσική οικογένεια. Στο τρίτο κεφάλαιο και τελευταίο θεωρητικό κομμάτι του πρώτους μέρους, γίνεται ιστορική αναδρομή του θεσμού των Φιλοξενουσών Οικογενειών, παρουσίαση υλοποίησης καλών πρακτικών στο εξωτερικό και αναφορά στις προσπάθειες υλοποίησης στην Ελλάδα από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής το 1989 και από την Μονάδα Ανάδοχων Οικογενειών της Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών το 1998.

Στο δεύτερος μέρος της πτυχιακής παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διερευνητικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε από τις 27 Μαΐου μέχρι τις 12 Ιουνίου 2015 με δείγμα (600) πολίτες των πόλεων της Πάτρας, του Πύργου και του Μεσολογγίου. Από την έρευνα προέκυψε πως οι περισσότεροι πολίτες δεν γνωρίζουν την έννοια και το περιεχόμενο του όρου «Φιλοξενούσα Οικογένεια», ωστόσο αντιλαμβάνονται θετικά την ύπαρξη του. Επίσης, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως αν και ο θεσμός μπορεί να υλοποιηθεί από τη χώρα μας λόγω του αισθήματος προσφοράς προς τους ψυχικά ασθενείς, παρόλα αυτά η ελληνική κοινωνία δεν είναι προετοιμασμένη λόγω μέτριας ευαισθητοποίησης που έχει υιοθετηθεί και οφείλεται στην έλλειψη συνεργασίας από τους φορείς (ειδικούς) καθώς και στην προκατάληψη – στίγμα προς την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Επιπλέον η έρευνα ανέδειξε την αναγκαιότητα ευαισθητοποίησης της κοινότητας για τη λειτουργία προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες τόσο στο επίπεδο της ενημέρωσης για τα πλεονεκτήματα του θεσμού όσο και στο επίπεδο της άρσης προκατάληψης και στίγματος για τους ψυχικά ασθενείς.

Τέλος, μετά την παράθεση των συμπερασμάτων και την παρουσίαση της συζήτησης, η πτυχιακή ολοκληρώνεται με τις προτάσεις για τη βελτίωση, προαγωγή και εφαρμογή του θεσμού Φιλοξενουσών Οικογενειών.

ABSTRACT

This study occupies with The Institution of Family Hosting and the conditions under which its realisation is viable, not only by the book but also through a research aiming to identify the tendencies and the points of view of the citizens in Patras, Pyrgos and Mesologgi.

In the first part of the thesis, in the first chapter of the research there is an analysis of the meaning of the mental capacity and health. There is a reference to the Psychiatric Reform in Greece and the National Programme of "PSYCHARGOS"(A-B-C PHASES) and the system of psychiatric health provisions as it is structured. Finally there is a reference to the psychiatric social-community and to the crucial role which has to the psycho-social rehabilitation of the patient. In the second chapter it is tried to extensively represent a thorough review to the Institution of Family Hosting. It focuses on specific aspects and details such as the legislative framework ,during all the procedures which must be fulfilled for its realisation,the need of the function of the programme and specifically to the techniques of encouraging, mobilization and animation which are conducted by the Interdisciplinary Therapeutic Support Team to the Foster Family and the Receivers of the psychiatric health services and of course the natural family. In the third chapter and final theoretical segment of the first part ,there is a historical recursion of the Institution of Family Hosting, a presentation of the realisation of the good practises abroad and a reference to the efforts of realisation by the Unit of Foster Families in the Clinic of the University of Athens in 1998.

In the second part of the thesis they are presented the results of the exploratory survey which was conducted from May the 27th to the June the 12th with a sample of six hundred(600) people in the cities of Patras, Pyrgos and Mesologgi. From the survey it came up to the light that most citizens are not familiar with the term and the essence of "Hosting Family", whatsoever they were able to identify and recognise positively its existence. What is more, the results of the survey illustrated that the institution can be formulated by our country, however, the greek society is not well prepared due to its modest awareness which has been adopted and it lies in the lack of cooperation by the specialised institutions and certainly by the bias and prejudices which stigmatise the specific group population. Furthermore, the survey brought up the urge of raising the awareness of the greek society for the operation of Family Hosting Programmes for the mentally ill not only to the level of awareness of the institution benefits but also to the level of the lifting of the prejudice and stigma for the mentally ill patients.

Finally, after the quotation of the conclusions and the presentation of the discussion, the thesis is completed with the suggestions for the improvement, promotion and application of the institution of Family Hosting both in local and national territory.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Ψ.Μ= Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Κ.Ψ.Υ= Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής

Ψ.Α= Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

Μ.ΥΠ.Ε.Π= Μονάδα Υποστήριξης Εμπύκωσης και Παρακολούθησης

Το.ΨΥ= Τομέας Ψυχικής Υγείας

Μ.Ψ.Υ= Μονάδα Ψυχικής Υγείας

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

Θ.Α.Ο= Θεραπευτική Ανάδοχη Οικογένεια

Μ.Α.Ο= Μονάδα Ανάδοχων Οικογενειών

Π.Φ.Ο= Πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών

Λέξεις κλειδιά: Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, Κοινωνική και Κοινοτική Ψυχιατρική, Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, Θεσμός Φιλοξενούσες Οικογένειες, Εφαρμογή του Θεσμού στο εξωτερικό/εσωτερικό

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αναγκαιότητα της μελέτης

Η πτυχιακή εργασία σχετίζεται με τη διερεύνηση του θεσμού των προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών και οι προϋποθέσεις υλοποίησης του, τόσο σε επίπεδο βιβλιογραφικό όσο και σε ερευνητικό (απόψεις και στάσεις για το θεσμό Φιλοξενουσών Οικογενειών στους της Πάτρας, του Πύργου και του Μεσολογγίου)

Ερέθισμα και κίνητρο για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος στάθηκε το γεγονός ότι τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν μια σημαντική αύξηση ψυχικών ασθενειών στη χώρα μας αλλά και γενικότερα στο κόσμο. Η ψυχική υγεία αποτελεί έναν από τους βασικούς κλάδους δραστηριοποίησης και επιστημονικού ενδιαφέροντος των κοινωνικών λειτουργών. Επιπρόσθετα αν και έχει δημιουργηθεί συγκεκριμένος νόμος (Ν.2716/99) δεν έχει εφαρμοσθεί στην εμβέλεια που θα έπρεπε παρά μόνο σε πιλοτική βάση και πλην ελαχίστων περιπτώσεων (Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής). Τέλος αποτελεί ένα πρωτότυπο θέμα που δεν έχει αναλυθεί και διερευνηθεί συγκριτικά με άλλες ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες.

Ενδιαφέρον από πλευράς έρευνας στο κομμάτι της Κοινωνικής Εργασίας είναι τα εξής :

- Η δομή, η οργάνωση και η λειτουργία προγράμματος αναδοχής για ψυχικά πάσχοντες καθώς και οι προϋποθέσεις και οι θεραπευτικοί στόχοι
- Το νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα που αφορά τους ψυχικά πάσχοντες και η σύγκριση με χώρες του εξωτερικού
- Τεχνικές προσέλευσης υποψηφίων ανάδοχων οικογενειών και διερεύνηση για τα κίνητρα τους
- Συνεχόμενη εποπτεία, ο ρόλος και η αναγκαιότητα της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας προς τους ωφελούμενους
- Το σύστημα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην Ελλάδα

Πιο συγκεκριμένα στο κομμάτι του συστήματος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην Ελλάδα ενδιαφέρει κατά προτεραιότητα τους κοινωνικούς λειτουργούς καθώς ελεύθερες θέσεις σε ξενώνες ή οικοτροφεία στην πράξη δεν υπάρχουν και μετατρέπονται σε ξενώνες μακράς φιλοξενίας διότι τα άτομα με πρόβλημα ψυχικής ασθένειας έχουν μεγάλο ιστορικό νοσηλείας. Χαρακτηριστική είναι η διαπίστωση του αναθεωρημένου προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ που αναφέρεται στο περιορισμό νέων θέσεων κυρίως λόγω της ιδρυματοποίησης ή της έλλειψης κοινοτικών δομών χωρίς τη δημιουργία ενός πραγματικού συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Συνιστώσα στην κατάσταση αποτελεί η συσσώρευση νέων ληπτών ψυχικής υγείας σε συνδυασμό με σημαντικές αναπηρίες στις οποίες υπάρχουσες υπηρεσίες δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν επαρκώς. Για όλους τους παραπάνω λόγους υπάρχει κίνδυνος προς κατεύθυνση στο ιδιωτικό σύστημα ψυχικής υγείας (Ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές). Για αυτούς τους λόγους πρέπει να αλλάξει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη πραγματεύεται το Θεσμό των Φιλοξενουσών Οικογενειών και τις προϋποθέσεις υλοποίησης του. Αν και η βιβλιογραφία σχετικά με το θεσμό είναι περιορισμένες σε ερευνητικό πλαίσιο υπάρχουν δημοσιεύσεις που αναφέρουν την αναγκαιότητα ενημέρωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού ψυχικής υγείας (Δράσεις υποστήριξης για την υλοποίηση προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών στην 6^η Υγειονομική Περιφέρεια για την εδραίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης). Για το παραπάνω λόγω επιλέξαμε να ασχοληθούμε ερευνητικά με την άλλη σημαντική συνιστώσα της κατάστασης που αποτελεί η κοινότητα. Σκοπός είναι να συγκεντρώσουμε όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για την οργάνωση και την λειτουργία των Προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών, για το προφίλ των υποψήφιων ανάδοχων και για τις στάσεις και απόψεις των πολιτών σχετικά με το πώς αντιλαμβάνονται το θεσμό (ενημέρωση – ευαισθητοποίηση). Πιο συγκεκριμένα εξετάζονται οι απόψεις των πολιτών σχετικά με :

- Αντίληψη – πεποίθηση πολιτών για τους ψυχικά ασθενείς
- Ενημέρωση και γνώση του περιεχομένου του θεσμού των Φιλοξενουσών Οικογενειών
- Άποψη για τα κίνητρα συμμετοχής στο θεσμό Φιλοξενουσών Οικογενειών
- Λόγοι απόρριψης ή ανάληψης λήψης φροντίδας ενός ψυχικά ασθενή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Εισαγωγή

Η έννοια της ψυχικής ασθένειας είναι κυρίαρχη στον κλάδο της Ψυχιατρικής, της Ψυχολογίας, της Κοινωνιολογίας, της Νομικής και άλλων επιστημών και είναι σημαντικό να κατανοήσουμε πώς ορίζεται. Δεν ισχύουν όμως τα ίδια για κάθε επιστήμη, ούτε για κάθε χώρα, ούτε για κάθε χρονική περίοδο, ούτε για κάθε πολιτισμό, ούτε καν για κάθε οικογένεια. Η σχετικότητα της έννοιας της ψυχικής ασθένειας, δεν πρέπει να μας κάνει να πιστέψουμε πως δεν συλλαμβάνεται νοητικά ή ακόμα χειρότερα πως δεν υπάρχει αντικειμενικά.

Το κάθε άτομο με ψυχική διαταραχή βιώνει το δικό του πρόβλημα ως ξεχωριστό, καθιστώντας ιδιαίτερα προσεκτικούς όσους ασχολούνται επαγγελματικά με την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλεί η ψυχική ασθένεια. Προβλήματα που απασχολούν τόσο τον ψυχικά πάσχοντα όσο και στον κοινωνικό περίγυρό του. Παρόλα αυτά υπάρχει μια δυσκολία ως προς την ερμηνεία της έννοιας της ψυχικής ασθένειας, λόγω της αδυναμίας των λέξεων να περιγράψουν με ακρίβεια όλο το φάσμα της ανθρώπινης ύπαρξης. (<http://www.e-psychology.gr/>, πρόσβαση στις 19/4/2015)

Σύμφωνα με το Κέντρο Πληροφόρησης για θέματα Εθισμού και Ψυχικής Υγείας, η ψυχική υγεία ορίζεται ως η αναζήτηση της ισορροπίας όλων των πτυχών της ανθρώπινης ζωής, είτε πρόκειται για τη σωματική, τη διανοητική και την συναισθηματική, είτε για την πνευματική πτυχή του ανθρώπινου βίου. Η ψυχική υγεία είναι η ικανότητα μας να απολαμβάνουμε τη ζωή και να αντιμετωπίζουμε τις καθημερινές τις προκλήσεις. (http://www.who.int/mental_health/policy/mh_context_greek.pdf, πρόσβαση στις 27 Απριλίου 2015)

Στο βιβλίο του Παπαγεωργίου (2004), επισημαίνει πως τα βασικά χαρακτηριστικά της φυσιολογικής συμπεριφοράς του ιδανικού ατόμου είναι η οργάνωση, η συστηματικότητα, η αισιοδοξία, η περιέργεια, η ταυτότητα του ρόλου, η ανεξαρτησία, η συναγωνιστικότητα και η ικανότητα συνεργασίας με άλλους ανθρώπους. Επίσης, η ικανότητα σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων, η ικανότητα λήψης αποφάσεων, η έκφραση, ο έλεγχος των συγκινήσεων, η αυτοεκτίμηση και η ασφάλεια.

Τέλος, είναι φυσιολογικό να τους κυριεύουν αισθήματα θλίψης, ανησυχίας, φόβου αλλά και καχυποψίας. Τα αισθήματα αυτά μπορεί ωστόσο να αποτελέσουν πρόβλημα, εάν παρέμβουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες και να επηρεαστούν για μεγάλο χρονικό διάστημα (Χριστοδούλου και Κονταξάκης, 1994)

1.2. Εννοιολόγηση για τη ψυχική υγεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1948), ορίζει την ψυχική υγεία ως «η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα». (Μαδιανός, 2000)

Επίσης, σύμφωνα με τον Μαδιανό (2000) το 1958 η Jahoda M. της οποίας η άποψη θεωρείται αντιπροσωπευτική, έθεσε τον ορισμό της «θετικής» ψυχικής υγείας ως «μια κατάσταση ισορροπίας» η οποία αποτελείται από οκτώ χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Εκείνα είναι:

1. Η δυνατότητα του ατόμου να έχει επίγνωση της ταυτότητας του
2. Η ικανότητα του να διατηρεί την αυτονομία του
3. Η αντοχή του ως προς την αποφυγή ενός ψυχοπιεστικού γεγονότος. (επιθυμητό αποτέλεσμα από τα δύο παραπάνω χαρακτηριστικά)
4. Η μη επιρροή και η ταύτιση από τις κοινωνικές επιδράσεις
5. Ο έλεγχος του περιβάλλοντος
6. Το συναίσθημα αγάπης και διασκέδασης
7. Η δυνατότητα εργασίας και τέλος
8. Η αντιμετώπιση των προβλημάτων του (Μαδιανός, 2000)

Η οικοδόμηση ενός ισχυρού Εγώ το οποίο ανταποκρίνεται όσο το δυνατόν πιο θετικά σε στρεσογόνες καταστάσεις, δεν οδηγεί στην ενεργοποίηση και στην ενίσχυση μηχανισμών άμυνας όπως η άρνηση, η μόνωση, η απώθηση και η προβολή. Οι παραπάνω μηχανισμοί αποτελούν εμπόδιο, καθώς το άτομο δημιουργεί σκέψεις με βασικό στοιχείο την διαστρέβλωση της πραγματικότητας και δεν προβαίνει σε ανάλογες ενέργειες, έτσι ώστε να την διαχειριστεί προς όφελος του. Έτσι το Εγώ αποδυναμώνεται, χωρίς να αποτελεί εργαλείο επίτευξης ψυχικής υγείας και με αυτό τον τρόπο επέρχεται η ψυχική διαταραχή. (Μαδιανός, 2000)

Επιπροσθέτως, η ύπαρξη κάποιων στοιχείων καθορίζει με αρνητικό τρόπο την διαμόρφωση της «ψυχικής υγείας». *Τα στοιχεία αυτά είναι:*

- 1) Το κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς ή το στατιστικό κριτήριο
- 2) Η παραγκώνιση της διάγνωσης της ψυχικής νόσου σε κλινικό επίπεδο ενισχύει την ψυχική υγεία αρνητικά καθώς δεν λαμβάνονται και δεν αναπτύσσονται οι δεξιότητες του ατόμου ώστε να δρα περισσότερο λειτουργικά σε κάποιους τομείς
- 3) Η μη κοινωνική αποδοχή
- 4) Δημιουργία αίσθησης δυσφορίας σε ατομικό επίπεδο (Μαδιανός, 1994)

Η έννοια της «ψυχικής διαταραχής» έχει τροποποιηθεί σε μεγάλο βαθμό κατά το πέρασμα του χρόνου. Από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, οι εννοιολογικές αυτές αλλαγές επέφεραν και τα ανάλογα πρακτικά αποτελέσματα ως προς τον τρόπο με τον οποίο το κοινωνικό περιβάλλον προσεγγίζει τα άτομα, τα οποία αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική διαταραχή και τους προσφέρει αντίστοιχα βοήθεια. Υπήρχαν χρονικοί περίοδοι κατά τις οποίες ο ψυχικά πάσχων χαρακτηριζόταν ως «δαιμονισμένος» και την ιδανικότερη λύση αποτελούσε η εκδίωξη του κακού. Η παραπάνω αντίληψη ενίσχυε την αξία της προστασίας της κοινωνίας στο σύνολο της και όχι του ατόμου που βίωνε την συγκεκριμένη κατάσταση. (Κακούρος και Μανιαδάκη, 2006).

Όπως διατυπώθηκε από τον Μαδιανό (2005:29), σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία, το 1994 στο ταξινομικό σύστημα DSM-III και IV «ψυχική διαταραχή είναι ένα κλινικά σημαντικό συμπεριφορικό ή ψυχολογικό σύνδρομο ή χαρακτηριστικά συμπεριφοράς που εμφανίζονται σε ένα άτομο και τα

οποία συνοδεύονται με μια παρούσα ψυχοπίεση (π.χ. ένα επώδυνο σύμπτωμα) ή ανικανότητα (π.χ. έκπτωση σε μία ή περισσότερες σημαντικές περιοχές της λειτουργικότητας) ή με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο, να υποφέρει από επικείμενο θάνατο, πόνο, ανικανότητα ή απώλεια της ελευθερίας του». Ακόμη, ύπαρξη «αποκλείουσας» συμπεριφοράς υποδηλώνει κάποια ένδειξη ψυχικής διαταραχής όταν:

- Αποτελεί αντίκτυπο «λανθασμένων» ψυχικών διεργασιών
- Επιφέρει το αίσθημα δυσφορίας και δυσκολίες στην λειτουργικότητα
- Εκδηλώνεται ένας μη συνηθισμένος τρόπος συμπεριφοράς σε συγκεκριμένες περιπτώσεις
- Υπάρχει πιθανότητα το άτομο να θέσει τον εαυτό του σε κίνδυνο λόγω του τρόπου που εκλαμβάνει την πραγματικότητα (Bennet, 2010)

Ακόμη, αποδίδονται δύο κριτήρια ώστε να δοθεί ο ορισμός του «ψυχικά πάσχοντος». Τα κριτήρια αυτά είναι η εξακρίβωση και η επιβεβαίωση ότι το άτομο διακατέχεται από συναισθηματικές και σχιζοφρενικές διαταραχές και εξαρτάται οικονομικά από την οικογένεια του ή την κοινωνική πρόνοια. (Μαδιανός, 2005). Ακόμη ένας άλλος ορισμός «διακρίνει τον «ψυχικά άρρωστο», σε σοβαρά «ψυχικά άρρωστο», σε «ψυχοκοινωνικά ανάπηρο» και σε σοβαρά «ψυχικά άρρωστο» και « ψυχοκοινωνικά ανάπηρο » συγχρόνως». (Μαδιανός, 2005:21).

Επιπλέον, η σωστή επιλογή της ορολογίας, όπου ανταποκρίνεται και στη διεθνή τάση σήμερα είναι «*άτομο με ψυχική διαταραχή*» και όχι τους καθιερωμένους χαρακτηρισμούς «ψυχικά άρρωστος», «ψυχικά πάσχων» και «ψυχιατρικός ασθενής». Αυτό δεν οφείλεται στην υποκριτική υιοθέτηση του «πολιτικώς ορθόν», αλλά στην πεποίθηση ότι η διαταραχή δε μπορεί να ορίζει την ταυτότητα του υποκειμένου. (Μαδιανός, 2000)

Αθροίζοντας τις παραπάνω παραγράφους είναι φανερό ότι δεν είναι εύκολο να τραβήξει κανείς μια διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στο τι είναι ακριβώς φυσιολογικό και τι είναι ψυχική ασθένεια. Έτσι η Ψυχιατρική έχει αναπτύξει διαγνωστικά εργαλεία όπως εξειδικευμένες κλίμακες μέτρησης ψυχικών παθήσεων και ταξινομικά συστήματα.

1.3 Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών

Οι διαγνώσεις και οι ταξινομήσεις στην ψυχιατρική εξυπηρετούν μία ποικιλία σημαντικών λόγων και δεν συνιστούν απλώς «ταμπέλα». Οι ειδικοί κάνουν διάγνωση εξετάζοντας τα "συμπτώματα" και τα "σημεία" που παρουσιάζει το άτομο. Τα συμπτώματα προσδιορίζονται από το άτομο, ενώ τα σημεία αποτελούν ανεξάρτητες παρατηρήσεις που κάνουν οι άνθρωποι του περιβάλλοντός του και ο ειδικός. (Κονταξάκης, Χαβάκη – Κονταξάκη, Χριστοδούλου, 2005)

Για να μπορέσει να φτάσει ο ειδικός σε ασφαλή διάγνωση, έχει την δυνατότητα να χρησιμοποιήσει μια σειρά από μέσα:

A) Συνέντευξη με τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο ή και την οικογένεια του.

Στη συνέντευξη ο ειδικός θα διερευνήσει τα παρακάτω:

- Πηγή παραπομπής

- Αίτημα
- Κύρια ενοχλήματα και προβλήματα
- Ιστορικό παρόντων προβλημάτων
- Αναπτυξιακό (προηγούμενο) ιστορικό
- Οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό
- Ιατρικό ιστορικό.
- Ιστορικό χρήσης ουσιών και αλκοόλ
- Εξέταση ψυχικών λειτουργιών (εμφάνιση και συμπεριφορά, ομιλία, συγκινησιακή κατάσταση, σκέψη, αντίληψη, αισθητηριακή κατάσταση και γνωστικές λειτουργίες)

B) Ψυχολογικές δοκιμασίες ή ερωτηματολόγια.

- Προβολικά τεστ προσωπικότητας τεστ (Rorschach, TAT)
- Τεστ προσωπικότητας όπως το M.M.P.I
- Δομημένες συνεντεύξεις Ψυχιατρικές κλίμακες
- Ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης

Γ) Εργαστηριακές εξετάσεις (για τον αποκλεισμό της πιθανότητας ύπαρξης των συμπτωμάτων λόγω μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (Μαδιανός, 2006)

1.3.1. Λόγοι διάγνωσης ψυχικών διαταραχών

- Η διάγνωση εισάγει τάξη και δομή στον τρόπο σκέψης και μειώνει την πολυπλοκότητα των κλινικών φαινομένων στην ψυχιατρική
- Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις εξυπηρετούν σκοπούς επικοινωνίας μεταξύ των ψυχιάτρων
- Οι διαγνώσεις βοηθούν στο να προβλεφθεί η έκβαση της διαταραχής
- Οι διαγνώσεις χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό της κατάλληλης θεραπείας
- Οι διαγνώσεις χρησιμοποιούνται ως βοήθεια στη διερεύνηση της παθοφυσιολογίας και της αιτιολογίας
- Οι διαγνώσεις χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση της πορείας της θεραπείας καθώς και για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με αποζημιώσεις
- Οι διαγνώσεις χρησιμοποιούνται από δικηγόρους σε περιπτώσεις μηνύσεων λόγω κακής ιατρικής άσκησης
- Οι διαγνώσεις χρησιμοποιούνται από επιδημιολόγους προκειμένου να καθοριστεί η επίπτωση και ο επιπολασμός των διαφόρων ασθενών ανά τον κόσμο
- Οι διαγνώσεις χρησιμοποιούνται σε λήψη αποφάσεων που αφορούν ασφαλιστικές καλύψεις. (Ζέρβης, 1996)

1.3.2. Γιατί είναι απαραίτητη η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών

- Διευκόλυνση της καταγραφής των ψυχιατρικών διαταραχών και κατά συνέπεια της δυνατότητας λήψης ορθολογικών αποφάσεων στην φροντίδα της ψυχικής υγείας.
- Δημιουργία ερευνητικού πλαισίου για την αιτιολογία, τη φύση και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.
- Απλοποίηση και βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και αυτών και άλλων που εμπλέκονται στην παροχή και αξιολόγηση της φροντίδας υγείας (Στεφάνης και συν, 1993)

Για την καλύτερη διευκόλυνση των ειδικών ψυχικής υγείας, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των ποικίλων διαταραχών συμπεριφοράς, χρησιμοποιούνται παγκοσμίως *δύο βασικά σχήματα* ταξινόμησης. Το ICD - 10 (International Classification of Diseases) και το DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Το ICD - 10 αποτελεί την 10η αναθεωρημένη έκδοση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας. Πρόκειται για μια κωδικοποιημένη λίστα νοσημάτων από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η οποία ξεκίνησε το 1983 και ολοκληρώθηκε το 1992.

Περιλαμβάνει μια λίστα ασθενειών, συμπτωμάτων, παθολογικών ευρημάτων, κοινωνικών συνθηκών και εξωτερικών αιτιών των τραυματισμών ή ασθενειών. Περιέχει περισσότερους από 14,400 κωδικούς και επιτρέπει την ανίχνευση πολλών νέων διαγνώσεων. Σκοπός της ταξινόμησης είναι η όσο το δυνατόν καλύτερη ανάλυση και επεξεργασία των ιατρικών διαγνώσεων παγκοσμίως. (Παπαγεωργίου, 2004)

Το DSM - V είναι η 5η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας. Δημοσιεύθηκε στις 18 Μαΐου του 2013, αντικαθιστώντας το DSM - IV - TR και περιλαμβάνει μια ποικιλία νέων ταξινομήσεων. Συμπεριλαμβάνει διαγνωστικές κατατάξεις, κριτήρια και περιγραφή για κάθε διάγνωση. Περιγράφει τα συμπτώματα που πρέπει να είναι παρόντα για συγκεκριμένη χρονική περίοδο, ώστε να μπορέσει ο κλινικός να διαγνώσει μια ψυχική νόσο. Χρησιμοποιείται ως διαγνωστικό εργαλείο και σκοπός του είναι αυτή η ταξινόμηση να είναι εφαρμόσιμη σε ένα ευρύ φάσμα πλαισίων και να χρησιμοποιείται από τους κλινικούς ιατρούς και ερευνητές από πολλές διαφορετικές κατευθύνσεις. Το DSM και το ICD αποτελείται από τρία βασικά συστατικά: (1) τη διαγνωστική ταξινόμηση, (2) τα διαγνωστικά σύνολα κριτηρίων και (3) το περιγραφικό κείμενο. (Μαδιανός, 2006)

1.4 Ιστορική αναδρομή Ψυχικής Υγείας

Από την χρονική στιγμή που γίνεται λόγος για την ύπαρξη του ανθρώπινου είδους πραγματοποιούνται προσπάθειες ώστε να δοθεί αιτιολογία για την κατάσταση, αποκαλούμενη τότε ως «τρέλα». Κατά το πέρασμα του χρόνου διατυπώθηκαν πολλές και διαφορετικές απόψεις. Οι Κινέζοι, οι Εβραίοι και οι Αιγύπτιοι, όπως επιβεβαιώνεται από αναφορές σε αρχαία κείμενα θεωρούσαν πως το άτομο είχε κυριευτεί από κάποιο πνεύμα. (Bennet P, 2010)

Τον 4^ο αιώνα π.Χ ο Ιπποκράτης αντιτίθεται στην παραπάνω άποψη και αποδίδει την εμφάνιση της ψυχικής ασθένειας στην συνύπαρξη τεσσάρων σωματικών χυμών (του αίματος, της μαύρης και κίτρινης χολής και του φλέματος). Υπήρξαν τα πρώτα δείγματα πράξης όπου αποσκοπούσαν στην θεραπεία όπως, η ερμηνεία των ονείρων, η λογοθεραπεία και η διαμονή σε ιερά (π.χ. του Απόλλωνα και των Δελφών). Ορίζονται αριθμητικά τετρακόσιοι είκοσι τέτοιοι χώροι (420) στον ελλαδικό χώρο.

Ο Αριστοτέλης βασισμένος στην ιδεολογία του Ιπποκράτη (μελανά χολή) έθεσε την εμπειρική παρατήρηση και την έννοια «κάθαρση». Ακόμα και ο Weyer (1515-1588), ήταν ένας από τους πρωτοπόρους που εναντιώθηκε στην ιδεολογία που βασιζόταν στις δεισιδαιμονίες ως αιτιολογία για τον τρόπο συμπεριφοράς των ψυχικά πασχόντων και προώθησε το ιατρικό μοντέλο μέσω του έργου του *De Praestigiis Daemonium*. (Μαδιανός, 1994α)

Ακόμη, αξίζει να αναφερθεί πως η πρώτη αναφορά στην έννοια του «εγκλεισμού» γίνεται από τον Πλάτωνα μέσω των «Νόμων». Έτσι κάποιο άτομο που παρουσίαζε στοιχεία διαταραχής δεν του επιβαλλόταν θανατική ποινή κατευθείαν, αλλά πρώτα υποβαλλόταν σε πέντε χρόνια στέρησης της ελευθερίας του με κύρια προϋπόθεση τον αποκλεισμό του από την κοινότητα μέχρι να εμφανίσει στοιχεία βελτίωσης στην συμπεριφορά του. Ωστόσο, στην Αθήνα τα άτομα αυτά δέχονταν την φροντίδα των συγγενών τους στο σπίτι και όταν τα παραγκώνιζαν ή τα εγκατέλειπαν εφαρμόζονταν και οι ανάλογες κυρώσεις. (Μαδιανός, 1994α)

Στην Ρωμαϊκή εποχή γίνεται πρώτη φορά υποτυπώδης συσχέτιση ψυχικής ασθένειας και θεμάτων που αφορούν τον νόμο. Τον 3^ο αιώνα μ.Χ. πραγματοποιούνται βοηθητικές αλλαγές για τα άτομα που έπασχαν από κάποια ασθένεια και διέμεναν αποκλεισμένα σε ένα δωμάτιο. Αναπτύχθηκε ένα είδος θεραπείας σαν το σημερινό ψυχόδραμα στο οποίο τα άτομα καλούνταν να συζητήσουν και να λάβουν μέρος σε κωμωδίες και τραγωδίες. Την παραπάνω θετική συμπεριφορά ενίσχυσε ο Σωράνος, ο οποίος διατύπωσε «οδηγίες» για την φροντίδα των ατόμων αυτών και κατήργησε την χρήση αλυσίδων. Σύμφωνα με εκείνον οι «ψυχικά ασθενείς» θα πρέπει να τους παρέχονται ευνοϊκές συνθήκες διαβίωσης όπως, χώροι με φως, μέση θερμοκρασία και πλήρη ασφάλεια.

Κατά την βυζαντινή περίοδο δείγματα λειτουργίας ενός ασύλου υποδηλώνονται το 372 μ.Χ. μέσω του έργου του Μεγάλου Βασιλείου, η «Βασιλείας». Το 1247 εισήχθη στο μοναστήρι της Αγίας Μαρίνας της Βηθλεέμ το πρώτο άτομο με γνωρίσματα ψυχικής διαταραχής. Η έναρξη λειτουργίας του σαν νοσοκομείο τοποθετείται στο 1330. (Μαδιανός, 1994α)

Τον 14^ο αιώνα υπήρχαν κάποια άσυλα όπως στο Metz (1100), στην Ουψάλα (1305), στο Bergamo (1325) και στην Φλωρεντία (1385). Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως την ίδια χρονική περίοδο εφαρμόστηκε στην Φλαμανδία ο *θεσμός της αναδοχής*.

Στην Ευρώπη το πρώτο άσυλο για ψυχικά ασθενείς χτίστηκε το 1409. Στην συνέχεια το διάστημα μεταξύ του 1412 και του 1489 χτίστηκαν στην Ισπανία άλλα πέντε παρόμοια ιδρύματα. Το 1486 ξεκίνησε να λειτουργεί το πρώτο νοσοκομείο για την αντιμετώπιση της επιληψίας.

Τον 17^ο αιώνα παρατηρείται η δημιουργία ασύλων για τα άτομα τα οποία υφίστανται κάθε είδους αποκλεισμού όπως το Zuchthaus στο Αμβούργο (1620), στο

St.Lzar (1632) το Hotel – Dieu στο Παρίσι (1656) και στο Senlis. Το 1744 συντάχθηκε ένας νόμος από το κοινοβούλιο της Αγγλίας όπου συμπεριλάμβανε τους κανόνες για την λειτουργία των παραπάνω ιδρυμάτων. (Μαδιανός, 1994α)

Το 18^ο αιώνα δημιουργήθηκαν και άλλα άσυλα στην Γαλλία, την Γερμανία και την Αγγλία. Επιπροσθέτως, το 1751 οργανώθηκε το Νοσοκομείο του Αγίου Λουκά στο Moorsfield της Αγγλίας και το ψυχιατρείο της Πενσυλβανίας. Στην τσαρική Ρωσία λειτουργεί το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο στο Νοβγκόροντ και λίγο αργότερα το 1776 χτίζονται άσυλα στην Μόσχα και την Αγία Πετρούπολη. Το 1796 ιδρύεται το ησυχαστήριο της Υόρκης από τον Ουίλλιαμ Τιούκ.

Αυτός ο αιώνας διακατέχεται από μεταρρυθμίσεις με επαναστατικό τόνο καθώς κύριος αντιπρόσωπος του ήταν ο Pinel. Εφάρμοσε την ηθική θεραπεία «Κίνημα της Αναμόρφωσης» κατά την οποία «αντιμετώπιζε τους ψυχικά πάσχοντες ως ανθρώπινα όντα» και τους ενίσχυε το συναίσθημα της ελπίδας και της αυτοπεποίθησης. (Thio, 2007)

Εκεί οι ασθενείς δούλευαν, προσεύχονταν και μιλούσαν για τα προβλήματά τους. Τους έβγαλε της αλυσίδες, τους έβαλε σε φωτεινά δωμάτια, τους πρότρεπε να γυμνάζονται στην εξοχή και τους φέρονταν με ευγένεια και καλοσύνη. Στην Αγγλία ο Ουίλλιαμ Τιούκ ίδρυσε ένα ίδρυμα «ηθικής θεραπείας» στην εξοχή, σε αντίθεση με τον 18^ο αιώνα, όπου οι ψυχικά ασθενείς έμεναν «στοιβαγμένοι» σε μεγάλους ή μικρούς χώρους, κοιμόνταν στο δάπεδο, τους παρέχονταν ελάχιστη ποσότητα τροφής σε βαθμό πρόκλησης αστίας, ήταν λερωμένοι από ακαθαρσίες και δεμένοι με αλυσίδες, έχοντας ως αποτέλεσμα την αύξηση της θνησιμότητας των ατόμων αυτών.

Ταυτόχρονα, Στις ΗΠΑ οι Ρας, Ντιξ και Μπηρς δημιούργησαν ανάλογες δομές ηθικής θεραπείας και άλλαξαν τη στάση του κόσμου, της πολιτείας και της εκκλησίας προς τους ασθενείς. Αξίζει να αναφερθούμε ιδιαίτερα στην περίπτωση του Clifford Berrς όπου το 1908 λόγω προσωπικών του βιωμάτων συνέγραψε το βιογραφικό έργο «A mind that found itsself» (=ένα μυαλό που βρέθηκε μόνο του), σχετικά με την προσωπική του περιπέτεια, όταν κατέρρευσε ψυχολογικά. Το βιβλίο του περιγράφει την απαίσια μεταχείριση που είχε μαζί με τους άλλους ασθενείς σε τρία ψυχιατρικά ιδρύματα. Εκεί τους χτυπούσαν, τους έδεναν, τους ταπεινωναν και τους φορούσαν ζουρλομανδύες. Η περιγραφική του αναφορά προκάλεσε μεγάλη συμπάθεια στο ευρύ κοινό και προσέλκυσε το ενδιαφέρον και την υποστήριξη των ψυχιατρικών υπηρεσιών. (Thio, 2007)

Ίδρυσε, λοιπόν, το 1910 την Εθνική Επιτροπή για την Ψυχική Υγεία, ένα οργανισμό αφιερωμένο στην εκπαίδευση του κόσμου για τις ψυχικές διαταραχές και στην ευαισθητοποίηση του πάνω στην ανάγκη της θεραπείας αντί της τιμωρίας των ασυνήθιστων συμπεριφορών και μετέπειτα και στην Ευρώπη υιοθετώντας το Ιατροπαιδικό Κίνημα. Επίσης, λειτούργησε από τον Mosler η ψυχιατρική Κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο.

Στις 21 Σεπτεμβρίου του 1839 ο γιατρός Connally από την Αγγλία στο άσυλο Hanwell, 41 χρόνια αργότερα από τον Pinel, κατάργησε κάθε μέσο που επιφέρει καθήλωση ή καταστολή όπως αλυσίδες, κλωβούς, μεταλλικούς μανδύες. Τέλος το 1912 ο Meyer ίδρυσε την ψυχιατρική Κλινική στη Βαλτιμόρη. (Μαδιανός, 1994α)

Την περίοδο της βιομηχανικής επανάστασης (19^ο αιώνας) ξεκίνησαν να χτίζονται τα πρώτα άσυλα το 1817 στην Πενσυλαβανία, το 1817 στην Νέα Υόρκη και

το 1818 το Mc Lean στη Μασσαχουσέτη. Κατά την χρονική διάρκεια μεταξύ του 1825 και 1865 οικοδομήθηκαν 18 νοσοκομεία και 62 άσυλα. Το πρώτο ίδρυμα το οποίο έθεσε σε εφαρμογή την ανθρωπιστική θεραπευτική ήταν το Worcester στην Μασσαχουσέτη το 1833 και στην Νέα Υόρκη, όπου υπήρχαν δύο ιδρύματα με τον ίδιο τρόπο θεραπευτικής προσέγγισης.

Για την κατασκευή 32 ψυχιατρικών ιδρυμάτων τα οποία ακολουθούν τον συγκεκριμένο τρόπο θεραπείας οφείλεται στην Dorothea Lynde Dix, η οποία διοργάνωσε εκστρατείες σε όλη την Βόρεια Αμερική για να την προωθήσει.

Τον Ιανουάριο του 1833 στην Ελλάδα, τελεί υπό λειτουργία η πρώτη Υγειονομική υπηρεσία ή Υγειονομικό τμήμα ή Αστυνομία η οποία υπαγόταν στην Γραμματεία του Υπουργείου Εσωτερικών όπως προβλεπόταν από το Βασιλικό Διάταγμα του Όθωνα το οποίο διαμορφώθηκε στις 3 Απρίλη του 1883. Το 1914 το τμήμα αυτό μετονομάστηκε σε «Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Δημόσιας Αντίληψης», σύμφωνα με τον νόμο 516. Η ονομασία τροποποιήθηκε πάλι το 1917 όπου αποκαλούνταν αυτοτελές «Υπουργείο Περιθάλψεως και Δημόσιας Αντίληψεως». Η τελική ονομασία του διαμορφώθηκε ως «Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψεως. (Μαδιανός, 1994α)

Το 1838 ιδρύθηκε το ψυχιατρείο της Κέρκυρας. Το 1840 το άσυλο στην Κεφαλονιά. Το 1886 το Σκυλίτσειο Νοσοκομείο-Τμήμα ψυχοπαθών. Στην Αθήνα το ένα χρόνο αργότερα το Δρομοκαΐτειο, το 1904 η πρώτη ιδιωτική κλινική Βλαβιανού και μετέπειτα το 1905 το Αιγηνίτιο. Επακολούθησε η δημιουργία του ασύλου φρενοβλαβών στην Σύρο (1906), το εβραϊκό νοσοκομείο-Τμήμα Ψυχοπαθών στην Θεσσαλονίκη (1908), το 1910 το άσυλο φρενοβλαβών και το Βέγιο άσυλο Κεφαλονιάς. Το 1914 το κρατικό άσυλο φρενοβλαβών, το 1919 το άσυλο Αγίας Ελεούσας και το 1934 το Ψυχιατρικό νοσοκομείο Δαφνί στην Αθήνα. (Μαδιανός, 1994α)

Το 1946 άρχισε να λειτουργεί το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και το 1950 η Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου στην Θεσσαλονίκη. Στην συνέχεια, το 1958 οικοδομήθηκαν το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο στην Λέρο. Είναι σημαντικό να ειπωθεί πως 19 Μαΐου του 1962 τίθεται σε ισχύ ο πρώτος νόμος περί ψυχικής υγείας (Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση Βιοηθικής -Ψ.Μ.Β «Περί συστάσεως Φρενοκομιών»). Πιο συγκεκριμένα όριζε τις προαπαιτούμενες ενέργειες για την εισαγωγή του ατόμου με ψυχική διαταραχή ύστερα από υποβολή αίτησης των συγγενών ή του κηδεμόνα ή του επιτρόπου. Στο πλαίσιο της διοίκησης για ότι αφορούσε τα διαδικαστικά της ένταξης του ατόμου στο ίδρυμα, υπεύθυνοι ήταν ο Νομάρχης, ο Δήμαρχος και ο Αστυνομικός Διευθυντής όπου, δρούσαν σύμφωνα με την εκαστοτε απόφαση του Πρωτοδικείου.

Στις 6 Ιουλίου του 1872 συντάσσεται ο νόμος για την ίδρυση λωβοκομιών ή λεπροκομιών στην Σπιναλόγκα. Το 1967 πραγματοποιείται η σύσταση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης και τέλος, το 1971 το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου και αντίστοιχα την ίδια χρονική περίοδο και των Χανίων. (Μαδιανός, 1994α)

Η επιβολή φροντίδας στα ψυχιατρικά ιδρύματα επέφερε μη θεραπευτικές συνέπειες στους ψυχικά ασθενείς. Η διαμονή τους στο ψυχιατρείο συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση και ενίσχυση του στιγματισμού, του περιορισμού των προσδοκιών τους, την άρνηση λήψης των ρόλων τους στην κοινωνία και κατά επέκταση την

δημιουργία του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού, εξάρτησης και αποπροσωποποίησης.

Επιπροσθέτως, παρατηρείται κατά την ιδρυματική πορεία τους αποδυνάμωση του δεσμού τόσο με την οικογένεια όσο και με το κοινωνικό δίκτυο. Αποδείχτηκε πως οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών δεν ήταν κατάλληλες καθώς υπήρξαν καταγγελίες για φαινόμενα εξαθλίωσης και κακοποίησης των ασθενών.

Στην Ελλάδα χαρακτηριστικό παράδειγμα για την επιβεβαίωση των παραπάνω λεγομένων ήταν την δεκαετία του 90 στο ψυχιατρείο της Λέρου (περίπου γυμνών ανθρώπων και δεμένων με αλυσίδες). (Μαδιανός, 1994α)

Αποτέλεσμα όλων αυτών ήταν η εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Ψ.Μ). Για την εξισορρόπηση των μη αποτελεσματικών πράξεων από τα ψυχιατρεία δοκιμάζεται η παροχή υποστήριξης από υπηρεσίες στην κοινότητα. Το κοινοτικό μοντέλο που προωθείται από την εφαρμογή της Ψ.Μ έχει ως στόχο την σταδιακή βελτίωση του κοινωνικού αποκλεισμού, της ανάπτυξης φροντίδας εκτός νοσοκομείου, της κοινωνικής ψυχιατρικής, της τομεοποίησης, της ψυχικής αποκατάστασης και της κοινωνικής επανένταξης. (Ασημακόπουλος, 2006)

Από τις παραπάνω παραγράφους γρήγορα γίνεται αντιληπτό πως η γνωστοποίηση των συνθηκών διαβίωσης και ο τρόπος λειτουργίας του ψυχιατρείου της Λέρου, κυρίως τις δεκαετίες 80' και 90', όπου άρχισε ο εξανθρωπισμός των ψυχιατρείων και η πολιτεία έδειξε ενδιαφέρον για τους ψυχικά ασθενείς αποτελεί «σταθμό» για την μετέπειτα ροή των γεγονότων κατά το πέρασμα των χρόνων. Για αυτό κρίνεται αναγκαία η περεταίρω παροχή πληροφοριών για το ψυχιατρείο της Λέρου.

Ταυτόχρονα με το ψυχιατρείο της Λέρου ακολούθησε μια σειρά νομοθετικών ρυθμίσεων για το σύστημα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών. Το 1992 με τη ψήφιση του νόμου Ν.2071/92 γίνονται πολλές επισημάνσεις για την άσκηση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα. «Ο εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας επικυρώνει ο νόμος Ν. 2716/99». Ο νόμος αυτός θεσμοθετεί την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ενώ για την εξασφάλιση της καλύτερης παροχής φροντίδας διαιρεί τη χώρα σε τομείς ψυχικής υγείας. (Χριστοδούλου, 2000)

1.5 Το Ψυχιατρείο της Λέρου

Μετά το πέρασμα της δεκαετίας του 40' τα ψυχιατρεία που υπήρχαν τότε δεν διέθεταν τον αντίστοιχο χώρο για την στέγαση του πληθυσμού των ασθενών και οι συνθήκες διαβίωσης δεν προωθούσαν την βελτίωση ποιότητας της ζωής τους. Δημιουργήθηκε συμφόρηση και κρίθηκε απαραίτητη η ανάγκη για την μετατροπή της κατάστασης άμεσα. Έτσι, το 1957 επικράτησε η ιδέα ιατρών του κράτους, οι οποίοι διαμόρφωσαν τα άδεια κτίρια του Ιταλικού Ναυαρχείου στην Λέρο, σε μια αποικία όπου οι διαμένοντες είχαν ως κύρια την γεωργική απασχόληση. Την ιδέα αυτή συμερίστηκε και ο Ελβετός ψυχίατρος Repond, ο οποίος ανέλαβε διευθυντικά καθήκοντα. (Μαδιανός, 1994β)

Η οικοδόμηση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Λέρου επικυρώνεται δια μέσου των Βασιλικών Διαταγμάτων 28-3-57 και 7-5-57 ΦΕΚ 76/57Α και η υποδοχή των πρώτων 300 ατόμων, τα οποία προήλθαν από το Δαφνί, λαμβάνει χώρο στις 2 Ιανουαρίου του 1958 στο νησί του Αγίου Γεωργίου Σαλαμίνας. Βασικό στοιχείο για

την επιλογή των συγκεκριμένων ανθρώπων ήταν η μη επισκεψιμότητα συγγενών για περισσότερο από ένα χρόνο. (Μαδιανός, 1994β)

Όπως προαναφέρθηκε η δημοσιοποίηση των ακατάλληλων συνθηκών διαβίωσης στην Λέρο ήταν η αφορμή για την εύρεση νέου τρόπου προσέγγισης στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας. Υπήρξε σταδιακά η εμφάνιση του στοιχείου του εξανθρωπισμού, η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση (Κέντρα ψυχικής υγείας, Κινητές Μονάδες Ψυχιατρικής Περίθαλψης Υπαίθρου, Ξενώνες, Μονάδες Επαγγελματικής Αποκατάστασης) με την χρηματοδότηση και την υποστήριξη της κοινότητας.

Χωρίς αμφιβολία κύριο χαρακτηριστικό του 20^{ου} αιώνα θεωρείται η αποϊδρυματοποίηση. Πρωτού όμως παρατεθούν περισσότερα στοιχεία που περιγράφουν την αλλαγή του θεσμού της ιδρυματοποίησης σε αποϊδρυματοποίηση θα ήταν ωφέλιμο να οριστεί η έννοια της αποϊδρυματοποίησης. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

1.6 Αποϊδρυματοποίηση

Η έννοια της αποϊδρυματοποίησης αποδίδεται ως «η συρρίκνωση του έγκλειστου περιβάλλοντος με την ταυτόχρονη επέκταση των κοινωνικά βασιζόμενων υπηρεσιών». Η διατύπωση του ορισμού αυτού έχει επιφέρει αλλαγές στον τρόπο αντιμετώπισης της νοητικής ασθένειας τα τελευταία χρόνια. (Ekdawi & Conning, 1998)

Σύμφωνα με τον Bachrach, όπως μελετήθηκε από τους Ekdawi & Conning, το 1998 αναπτύσσονται τρεις διαφορετικές αντιλήψεις για την αποϊδρυματοποίηση. «Σαν γεγονός, σαν διαδικασία και σαν φιλοσοφία».

- Γεγονός: Η απομάκρυνση από το ίδρυμα αποτελεί ένα γεγονός και συνεχίζει να λαμβάνει χώρο συνεχώς όπως διαφαίνεται από μία σειρά άλλων γεγονότων με αντικειμενικό υπόβαθρο
- Διαδικασία: Η αποϊδρυματοποίηση είναι «μια διαδικασία κοινωνικής αλλαγής, από ένα προσανατολισμό μέριμνας του ασθενούς στον άλλο, κυρίως από την μέριμνα που βασίζεται σε ψυχιατρικά ιδρύματα στη μέριμνα εντός της κοινότητας»
- Φιλοσοφία: Η ιδρυματοποίηση παρουσιάζεται σαν μια φιλοσοφία που ξεκινά από την αντιψυχιατρική κίνηση του 1950 και 1960. Ο άνθρωπος ο οποίος αντιμετωπίζει δυσκολίες σε νοητικό επίπεδο τον αντιλαμβάνονται ως «θύμα», που θα τον φροντίσει ο περίγυρος του. Η απομάκρυνση από τα ιδρύματα θεωρούνταν ότι ήταν ακατάλληλη ιδέα για άτομα που παρουσίαζαν σε μεγάλο βαθμό λειτουργικότητα. Διατυπώθηκε η άποψη πως η απομάκρυνση από τα ιδρύματα ήταν αποτέλεσμα της υπερβολικής συμφοράς (Μαδιανός, 2005)

Στην συνέχεια, σχετικά με την εξέλιξη της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, στις αρχές του 1980 το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης είχε τα εξής χαρακτηριστικά:

- Συγκεντρωτισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μη ύπαρξη υπηρεσιών που να ενεργούν προς όφελος της ψυχικής υγείας στην κοινότητα, απουσία ψυχιατρικών τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία και στη μη επιβολή τομεοποίησης

- Μη ισομερής κατανομή του προσωπικού σε γεωγραφικό επίπεδο και πιο συγκεκριμένα των ψυχιάτρων και των νοσηλευτών
- Παροχή επιχορηγήσεων με άνισο τρόπο στα ψυχιατρικά νοσοκομεία
- Αναποτελεσματική διαχείριση των οικονομικών πόρων και ανεπαρκής αριθμός εργαζομένων

Η ανάγκη για μεταρρύθμιση της δομής και του τρόπου λειτουργίας του συστήματος οδήγησε στην δημιουργία του Νόμου 1897/1983 και συγκεκριμένα το άρθρο 21. στο οποίο επιβεβαιώνεται η προσπάθεια διαμόρφωσης ενός ολοκληρωμένου συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης. (Μαδιανός, 2005)

1.7. Κανονισμός{ΕΟΚ} 815/84

Το 1984 συγκροτήθηκε μια επιτροπή ψυχικής υγείας από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και δημιούργησε ένα πενταετές σχέδιο με σκοπό την ανασύσταση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι στόχοι ήταν οι εξής:

- Αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αποϊδρυματισμός
- Οργάνωση Κέντρων Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ) και ψυχιατρικών τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία
- Επαγγελματική και Κοινωνική Αποκατάσταση
- Κατάλληλη κατάρτιση για το προσωπικό (εκπαιδευτικά προγράμματα και παροχή μετεκπαιδευτικών υποτροφιών) (Μαδιανός, 2005)

1.7.1. Το πρόγραμμα «Λέρος II»

Το πρόγραμμα αυτό συμπεριλαμβάνει ενέργειες όπως: την γενική διαρρύθμιση των θαλάμων με παροχή προσωπικού χώρου για τους νοσηλευόμενους, αλλαγή κρεβατιών και καθισμάτων, επιτάχυνση των οικονομικών εργασιών, παροχή ενδυμάτων, ασφαλιστική κάλυψη, αποφυγή του 16^ο περιπτέρου, οικοδόμηση ξενώνων κοντά στο νοσοκομείο, αλλαγή στην διαδικασία αγορών. Επιπροσθέτως, συγχωνεύεται το Κέντρο Περιθαλψής Παιδιών του ΠΙΚΠΑ Λέρου στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου καθώς πραγματοποιείται στην Αθήνα πρόγραμμα αποϊδρυματισμού. (Μαδιανός, 1994β)

Κατά το χρονικό διάστημα 1985-1995 έγιναν πολλές σημαντικές προσπάθειες στον τομέα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής οι οποίες οδηγούν στην αποϊδρυματοποίηση και προαγωγή της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Ψ.Α) μέσω της οργάνωσης υπηρεσιών. Υλοποιήθηκαν πολλά από τα αιτήματα του Νόμου 815/84, όπως υπηρεσίες αποκεντρωμένες και πιο προσιτές στο κοινό, μετανοσοκομειακή περίθαλψη όταν κριθεί απαραίτητο. Υπήρξε σημαντική αύξηση κρεβατιών και θέσεων Ψ.Α.

Επιπλέον, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός δημιουργίας και ύπαρξης ψυχικών υπηρεσιών με αντίστοιχα τμήματα (Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία, Εξωτερικά Ιατρεία, Κ.Ψ.Υ για ενήλικες, παιδιά και εφήβους, κέντρα ημέρας και υπηρεσίες ημερήσιας περίθαλψης, Μονάδα Οξέων και Βραχείας Νοσηλείας, Μονάδες Αποκατάστασης, Εργαστήρια Προ - και Επαγγελματικής εκπαίδευσης, Συνεργατικές, Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευόμενα Διαμερίσματα και εξειδικευμένες υπηρεσίες

για εξαρτημένα άτομα) στους Νομούς σε ποσοστό 60,8% καθώς και η αξιολόγηση της δομής, η οποία ανέδειξε το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Λέρου ως πρώτο. (Στυλιανίδης, 1992)

Ωστόσο, δεν μπορεί να ειπωθεί ως έγκυρο συμπέρασμα παρόλο τα θετικά, πως η μεταρρύθμιση είχε επιτευχθεί καθώς υπήρχαν Νομοί που είχαν ελλείψεις τόσο στην ύπαρξη υπηρεσιών όσο και στο προσωπικό. Οι ασθενείς με ψυχωτικά σύνδρομα θα έπρεπε να μεταφερθούν από τα ψυχιατρεία σε ειδικά οικοτροφεία. Θα έπρεπε να υποβληθεί η τομεοποίηση τόσο στην πρωτεύουσα όσο και σε ολόκληρη την Ελλάδα και τέλος θα αποτελούσε απαραίτητη προϋπόθεση η συνέχεια της εκπαίδευσης του προσωπικού και η ευαισθητοποίηση του κοινού. (Μαδιανός, 2005)

Επίσης, τα χρόνια που ακολουθούν διατυπώνονται δύο μείζονος σημασίας Νόμοι για την ψυχική υγεία, όπου συντάχθηκαν το 1922 και το 1999 αντίστοιχα, οι οποίοι αναφέρονται στις προϋποθέσεις και τις συνθήκες σχετικά με την νοσηλεία του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα αναφέρονται, στην ένταξή του σε κάποια ψυχιατρική μονάδα χωρίς την θέληση του, καθώς και στον τρόπο παροχής της ψυχικής υγείας στη χώρα μας, ορίζοντάς την ως «ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό». (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Οι ψυχιατρικές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες εδραιώνονται με το πρόγραμμα «Ψυχαργός», το οποίο θεωρείται κατευθυντήρια γραμμή για την ψυχική υγεία στην εποχή μας.

1.8. Αρχικές πολιτικές Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Τις τελευταίες δεκαετίες η Ελλάδα βρίσκεται σε μια σταθερή τροχιά ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Όλο και περισσότερες ενέργειες γίνονται με σκοπό την ριζική αλλαγή στο τρόπο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. (Πλουμπίδης, 2009). Πολύ εύστοχα ο Μαδιανός (2003) εντοπίζει τους παράγοντες που διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο στην εφαρμογή τέτοιων πολιτικών. Χαρακτηριστικά αναφέρει, την ανεπάρκεια των μέχρι τότε υπηρεσιών, τις ριζικές αλλαγές που γινόντουσαν ή είχαν γίνει σε άλλα Ευρωπαϊκά Κράτη το 1970 και την αναγκαιότητα της Ελλάδας να ακολουθήσει ως μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε) και τέλος η διεθνής αντίδραση που είχε προκαλέσει η δημοσιοποίηση της κατάστασης στο Ψυχιατρείο της Λέρου.

Αναλογιζόμενοι τα παραπάνω στοιχεία η διαμόρφωση της κατευθυντήριας πολιτικής γραμμής ήταν η υλοποίηση ενός συστήματος όπου θα παρείχε ολοκληρωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα. Στόχος της ήταν η αποδυνάμωση των Ιδρυμάτων όπως τα γνωρίζαμε μέχρι στιγμής. Συμπερασματικά οι στόχοι ήταν οι εξής :

- Δομές σε όλη τη χώρα που θα κάλυπταν τις ανάγκες
- Κοινωνική επανένταξη των χρόνιων ασθενών
- Λιγότερες εισαγωγές στα ψυχιατρεία μέσω των κοινοτικών δομών
- Εξειδίκευση προσωπικού

Σημαντική χρονική στιγμή αποτελεί το 1984 κατά την οποία η Ευρωπαϊκή Κοινότητα επιβάλλει τον Κανονισμό 815, όπου η Ελλάδα εισχωρούσε αυτόματα σε μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα 5ετής διάρκειας. Η χρηματοδότηση έφτανε τα 120 εκ. ECU. Οι κύριοι στόχοι τέθηκαν μέσω 2 προγραμμάτων. Συμπερασματικά το πρόγραμμα Α έκανε λόγο για υλοποίηση 108 σχεδίων για την ανέργεση –

διαρρύθμιση ή επέκταση του εξοπλισμού των Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ) στην ευρύτερη περιφέρεια της Αθήνας. Ειδικότερα επιμέρους στόχος ήταν η ανέργεια και ο εξοπλισμός 10 νέων ΚΕΚ. Η διαρρύθμιση αφορούσε 16 υφιστάμενα κέντρα. Τέλος, 11 κέντρα χρειαζόντουσαν σύγχρονο εξοπλισμό και η προμήθεια τους ήταν μέσα στους επιμέρους στόχους.

Το πρόγραμμα Β, από την άλλη αφορούσε στην σταδιακή μείωση των ατόμων που έκαναν εισαγωγή στα ψυχιατρεία με απώτερο σκοπό να μην γίνουν χρόνια ασθενείς. Επιπλέον, οι ήδη χρόνια ασθενείς θα προωθούνταν προς επανένταξη. Οι επιμέρους στόχοι του προγράμματος ήταν οι εξής: Η σταδιακή αλλαγή του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης από ιδρυματικού χαρακτήρα σε ένα αποκεντρωμένο δίκτυο με προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες από δομές μέσα στη κοινότητα ή Γενικά Νοσοκομεία. Επιπλέον, η αποιδρυματοποίηση των χρόνιων ασθενών μέσω παροχής υπηρεσιών κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης σε συνδυασμό με τις εγκαταστάσεις στέγασης μέσα στη κοινότητα. Τέλος, η υλοποίηση προγραμμάτων εξειδίκευσης για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. (Μαδιανός, 2003)

Το ελληνικό σύστημα δυσκολεύτηκε να ανταποκριθεί στα απαιτούμενα χρονικά όρια. Οι δυσκολίες εντοπίζονταν κυρίως από τις καθυστερήσεις των διαδικασιών, κατάσταση που επέφερε την επέκταση της χρηματοδότησης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα καθυστέρησης αποτελεί το Ψυχιατρείο της Λέρου όπου οι συνθήκες παρέμεναν άθλιες σε γενικές γραμμές. Εν συνεχεία, όπως προαναφέρθηκε έχουμε την επέκταση του προγράμματος για τρία χρόνια μέχρι τις 31/12/1991 με τον *Κανονισμό 4130/88* τροποποιώντας τον προηγούμενο κανονισμό στα εξής σημεία:

- Επέκταση της χορήγησης της κοινοτικής βοήθειας μέχρι τις 31/12/1991
- Ενίσχυση κοινοτικών δαπανών για την απόκτηση κτιρίων και οικοπέδων
- Η κοινοτική ενίσχυση αυξήθηκε στα πλαίσια ενός ορίου 2% της συνολικής εκτιμώμενης βοήθειας και μέχρι ποσοστού 100% των σχετικών δαπανών για ενέργειες που αφορούσαν τεχνική βοήθεια, παρακολούθηση και αξιολόγηση
- Ορίστηκε η Επιτροπή παρακολούθησης από τις Ελληνικές Αρχές σε συνεννόηση με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Στόχος ήταν η συστηματική συγκέντρωση πληροφοριών για την εξέλιξη των μεταρρυθμίσεων

Στα πλαίσια της επέκτασης εκπονήθηκε νέα δράση για την Λέρο, διετούς διάρκειας (1991-1992) με στόχο την αποιδρυματοποίηση, την αποκατάσταση και την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης. Η έγκριση του προγράμματος δόθηκε το Δεκέμβριο του 1990 με τα αποτελέσματα της δράσης να είναι αρκετά ενθαρρυντικά. Από το 1991 σημειώθηκε μεγάλη πρόοδος και σημαντική επιτάχυνση του προγράμματος Β. Η επιτάχυνση οφείλεται αφενός στην εμπειρία που αποκόμισαν οι αρχές κατά τις αρχικές προσπάθειες υλοποίησης των προγραμμάτων και αφετέρου στη πολύ καλή δουλειά που εκπονούσε η Επιτροπή Παρακολούθησης.

Το πρόγραμμα Β ολοκληρώθηκε τον Ιούνιο του 1995. Κατά την αξιολόγηση αξίζει να αναφερθεί πως ο Κανονισμός 815/84 σε συνδυασμό με την τροποποίηση του 4130/88 διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο στη ριζική αλλαγή των παρεχόμενων ψυχικών υπηρεσιών. Τέθηκαν οι βάσεις για ένα δίκτυο υπηρεσιών (προληπτικών – θεραπευτικών) και δομών μέσα στη κοινότητα ή σε Γενικά Νοσοκομεία. Σημαντικό ήταν επίσης και η ελάττωση του αριθμού των ασθενών μακράς παραμονής στα Δημόσια Ψυχιατρεία.

Επιπρόσθετα, σε αυτό το χρονικό διάστημα υλοποιήθηκαν 161 προγράμματα που επικεντρώνονταν στην ανάπτυξη των υφιστάμενων υποδομών, σε πιλοτικές δράσεις καθώς και σε επαγγελματική κατάρτιση του προσωπικού ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων προγραμμάτων (1984-1996) είναι τα εξής :

- Μείωση του αριθμού των κλεινών: Η συνολική μείωση έφτασε στο 0.96/1000 κατοίκους. Οι εξωτερικές υπηρεσίες αυξήθηκαν σε όλες τις Περιφέρειες της χώρας
- Αύξηση προσωπικού: Υπήρξε αύξηση του προσωπικού που εργαζόταν σε κοινοτικές δομές ψυχιατρικής στο σύνολο της χώρας. Ανά 100.000 κατοίκους από 41.2 που ήταν το '90, το '96 ήταν 55.0. Ωστόσο η γεωγραφική κατανομή ήταν άνιση. Στη περιοχή της Πελοποννήσου και των νησιών του Αιγαίου η αναλογία παρέμενε σταθερά χαμηλή σε αντίθεση με την περιοχή της Αττικής, της Κεντρικής Μακεδονίας και της Θεσσαλίας φτάνοντας μέχρι και 75.0/100.000 κατοίκους.
- Ενσωμάτωση με Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Η ενσωμάτωση των επαγγελματιών σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας φροντίδας φαίνεται να είναι άνιση για την συγκεκριμένη χρονική περίοδο.
- Αύξηση ποσοστού εξιτηρίων: Σε περιοχές όπου υπήρχαν Ψυχιατρικά νοσοκομεία αυξήθηκαν τα ποσοστά εξιτηρίων όχι ωστόσο σε σημαντικό βαθμό. (ΕΚΘΕΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ 2000-2009)

Επιπρόσθετα, άλλα σημαντικά στατιστικά στοιχεία αποτελούν τα εξής:

- Η μείωση των κλινών στα ψυχιατρικά Δημόσια Νοσοκομεία μειώθηκε κατά 40%
- Η μείωση των κλινών στα ψυχιατρικά Ιδιωτικά Νοσοκομείων μειώθηκε κατά 26%
- Αύξηση ψυχιάτρων κατά 84%
- Αύξηση επαγγελματιών ψυχικής υγείας κατά 36%
- Τέλος, έγιναν προσπάθειες μείωσης του χρόνου παραμονής στα Δημόσια Ψυχιατρικά Νοσοκομεία από 207 ημέρες που ήταν ο μέσος όρος το 1983 σε 117 ημέρες το 1994. Αντίθετα στο ίδιο χρονικό διάστημα παρατηρείται αύξηση στον ιδιωτικό τομέα από 66,1 ημέρες σε 97.

Από την έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης υπάρχει ένας ενδεικτικός πίνακας που αναγράφει ποσοτικά τις αλλαγές που συντελέστηκαν το διάστημα 1980 – 2000.

Παροχές Υπηρεσιών Υγείας	1980	2000
Χρόνιοι Ασθενείς στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία (διαθέσιμες κλίνες)	5.677	2.922
Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία. (κλίνες)	16	361
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	6	28
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	8	36
Κέντρα Ημέρας / Εργαστήρια/ Συνεταιρισμοί/ Ξενώνες/ Οικοτροφεία	40	4.317

(ΕΚΘΕΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ 2000-2009)

1.8.1 «Ψυχαργός»

Μετά το πέρας των πρώτων σημαντικών ενεργειών προς την Ψ.Μ στην Ελλάδα που χρηματοδοτούνταν από την Ε.Ε ήταν φανερό ότι οι προσπάθειες έπρεπε να συνεχιστούν. Για αυτό το λόγο στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέλαβε το μεταρρυθμιστικό έργο των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα. Δημιουργήθηκε ένα δεκαετές πρόγραμμα 2000-2009 με την ονομασία «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Κύριος στόχος ήταν η συνέχεια των μεταρρυθμίσεων σε ίδιο βαθμό και δυναμική, δίνοντας έμφαση στην επαγγελματική και κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχική διαταραχή. (<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>, πρόσβαση 25 Απριλίου 2015)

Οι αρχικοί στόχοι του προγράμματος τέθηκαν το 1997 και ήταν διττοί. Αφορούσαν την αποασυλοποίηση των ασθενών από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και την επιστροφή τους στους τόπους από τους οποίους είχαν καταγωγή. Επιπρόσθετα, στόχευαν στην ανέργεση δομών μέσα στην κοινότητα ώστε να παρέχονται ικανοποιητικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το δίκτυο υπηρεσιών διαμορφωνόταν σε Περιφερειακή βάση και εξειδικευόταν σε επίπεδο Νομού και Τομέα. Σημαντικό είναι επίσης να αναφερθεί πως ο δεύτερος στόχος αναδιαμορφώθηκε μετά το μεγάλο σεισμό του 1999 δαπανώντας ένα μεγάλο μέρος των κονδυλίων για την αποκατάσταση των υποδομών στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Αττικής. Για την υλοποίηση των παραπάνω βοήθησε πολύ ο *Νόμος 2716/99* που έκανε λόγο για την τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και τη δημιουργία μονάδων ψυχικής υγείας. (ΦΕΚ 96α)

1.8.2 Α' φάση «Ψυχαργός»

Η πρώτη φάση του προγράμματος υλοποιήθηκε την περίοδο 2000-2001. Ως ενέργεια συμπεριλήφθηκε στο επιχειρησιακό πρόγραμμα « Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» ως « ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικό – οικονομική ένταξη των ψυχικά ασθενών και των ατόμων με νοητικά προβλήματα» Η χρηματοδότηση προήλθε από την Ευρωπαϊκή επιτροπή (80%) μέσω του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και από το Ελληνικό Δημόσιο (20%). (<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>, Πρόσβαση στις 25 Απριλίου 2015)

Η πρώτη φάση του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιλάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών από όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι ενέργειες που έγιναν στην πρώτη φάση είχαν ως αποτέλεσμα τη βελτίωση των δομών, βελτίωση υποδομών με αναβάθμιση των κτιρίων και του εξοπλισμού και την ανάπτυξη των δεξιοτήτων των χρηστών με εκπαιδευτικές ενέργειες εργασιακής προκατάρτισης – κατάρτισης και τελικώς με απασχόληση. (Μαδιανός, 2005) *Αναλυτικά τα αποτελέσματα ήταν :*

- Δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 οικοτροφείων
- Δημιουργία 71 Εργαστηρίων κατάρτισης
- Προκατάρτιση, Κατάρτιση, Απασχόληση 973 Ασθενών
- Αποιδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες – οικοτροφεία) 769 ασθενών
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων

- Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Μαδιανός, 2005)

Τέλος, κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης δημιουργήθηκε η Μονάδα Υποστήριξης, Εμφύκωσης και Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π) των φορέων υλοποίησης. Είχαν πιλοτικό χαρακτήρα και διάρκεια δύο χρόνων. Η εργασία της δημιουργίας, του σχεδιασμού και της λειτουργίας της μονάδας ανατέθηκε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ) (ΕΚΘΕΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ 2000-2009)

1.8.3 Β' Φάση «Ψυχαργός»

Η δεύτερη φάση σχεδιάστηκε με βάση τα ευρήματα από την πρώτη αναθεώρηση που έγινε στο πρόγραμμα. Η πρώτη αναθεώρηση έγινε για την τετραετία 02-06 και περιγράφεται αναλυτικά στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας. Οι αδυναμίες που αναδύθηκαν από την αναθεώρηση είναι οι εξής :

- Ήταν πολύ δύσκολη η μετάβαση από το μοντέλο κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης σε κοινοτική – κοινωνική αλλαγή.
- Η έλλειψη αρκετών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας κοινοτικής φροντίδας δημιουργούσαν ελλείμματα στην κάλυψη των αναγκών με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να οδηγούνται σε κλειστές ψυχιατρικές δομές
- Οι υποδομές σε ορισμένα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ήταν παλιές
- Και τέλος, ο κλάδος της ψυχικής υγείας δεν είχε επαρκές εξειδικευμένο προσωπικό για να ολοκληρωθεί η αποασυλοποίηση. (Χριστοδούλου, Τομαράς και Οικονόμου 2002)

Αναλογιζόμενοι σοβαρά τις παραπάνω αδυναμίες έγινε ο σχεδιασμός της επόμενης φάσης. Ο σχεδιασμός αφορούσε τρεις βασικές κατευθυντήριες γραμμές που θα διαδραμάτιζαν σπουδαίο ρόλο για τη συνέχεια του προγράμματος.

Αποασυλοποίηση

Στόχος ήταν η έξοδος ενός μεγάλου ποσοστού των χρόνιων ασθενών των ψυχιατρικών. Η ενέργεια αυτή θα μπορούσε να υλοποιηθεί μόνο από τη διαδικασία της αποκατάστασης με εργασιακή και κοινωνική ένταξη. Επιπλέον, η ανάπτυξη ειδικών δράσεων κυρίως στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (Ψ.Ν.Α) στο Δαφνί, καθώς και σε άλλους φορείς με συναφή προβλήματα στη συνέχιση της ειδικής δράσης στο Ψυχιατρείο της Λέρου και η ολοκληρωμένη προετοιμασία για την έξοδο των ασθενών στην κοινότητα.

Ανάπτυξη υποδομών στην κοινότητα

Με τον όρο υποδομές μέσα στη κοινότητα αναφερόμαστε στην ανάπτυξη εξωνοσοκομειακών δομών για την πρόληψη και τον περιορισμό των εισαγωγών στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Επιπρόσθετα, πολύ σημαντικός παράγοντας αποτελεί και η αναβάθμιση των υποδομών για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και η εξασφάλιση ποιοτικών χαρακτηριστικών και αποτελεσματικότητας κατά τη φάση της εξόδου των ασθενών στη κοινότητα. Πέρα από την αναβάθμιση προγραμματίστηκε

και η κατάργηση ορισμένων δομών με παράλληλη υποκατάσταση τους από τομεοποιημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Από την αξιολόγηση της Β' ΦΑΣΗΣ υπάρχει ένας κατατοπιστικός πίνακας με τις υπηρεσίες που θα έπρεπε να υπάρχουν μέχρι το 2010.

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	2001	2010
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	9	4
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά-Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων		75
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	28	80
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	22	73
Κινητές μονάδες	6	40
Κέντρα Ημέρας	18	42
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	196	407
Ξενώνες	95	107
Οικοτροφεία	16	130
Προστατευμένα Διαμερίσματα	85	107
Κέντρα/ Μονάδες Κοινωνικής Επαγγελματικής Επανάταξης	102	148
Κέντρα για άτομα με διαταραχές αντιστικού Τύπου		18
Κέντρα Ημέρας		23
Κέντρα Παρέμβασης στη Κρίση		18
Ξενώνες/ Οικοτροφεία		34
Κέντρα Εκπαίδευσης και Έρευνας		17
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ		5
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		35
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης των χρηστών αλκοόλικών		15
Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί – ΚΟΙ.Σ.Π.Ε		55
Ξενώνες βραχύχρονης παραμονής	3	55
Νοσοκομείο Ημέρας		
Κατ' οίκον Νοσηλεία		
Μονάδα αντισμού για τα παιδιά		

Για τις αντίστοιχες υπηρεσίες προβλεπόταν και το ανάλογο προσωπικό.

Ειδικότητα	Θέσεις απασχόλησης των νέων δομών μέχρι το 2010
Ψυχίατροι	886
Παιδοψυχίατροι	197
Ψυχολόγοι	922
Κοινωνικοί Λειτουργοί	635
Νοσηλεύτες	4589
Άλλοι Επαγγελματίες Υγείας	615
Παιδαγωγοί	175
Διοικητικό Προσωπικό	283
Λοιπό Βοηθητικό Προσωπικό	2498

Κατάρτιση

Η τρίτη και τελευταία πολύ σημαντική κατευθυντήρια γραμμή του σχεδιασμού αποτελούσε η κατάρτιση του προσωπικού. Κατάρτιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με βάση των απαιτήσεων της μεταρρύθμισης και της λειτουργίας των νέων δομών ψυχικής υγείας αλλά και με την καλλιέργεια μιας ανθρωποκεντρικής αντίληψης για τον ψυχικά ασθενή. Όπως ήταν αναμενόμενο έπρεπε να συντελεστούν σημαντικές αλλαγές στην εκπαίδευση, τη δια βίου κατάρτιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, στις μεθόδους και τις διαδικασίες τεχνογνωσίας. Με βάση τα παραπάνω δημιουργήθηκε ομάδα κατάρτισης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που λειτούργησε εκπαιδευτικά για την αντίστοιχη εκπαίδευση των επαγγελματιών για τις νέες κοινοτικές δομές. Επιπλέον αντίστοιχη δουλειά συντελέστηκε και για τους επαγγελματίες που θα στελέχωναν τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Σημαντικός παράγοντας ήταν η διαμόρφωση εναλλακτικού τρόπου διδασκαλίας με διδακτικό υλικό για την εκπαίδευση των ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα.

Η χρηματοδότηση του ΨΥΧΑΡΓΩΣ μέχρι το 2010 κοστολογήθηκε στα 250 δις δραχμές από διάφορες πηγές χρηματοδότησης. Οι πηγές αυτές ήταν το Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης, το Εθνικό Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, ο Τακτικός Προϋπολογισμός και η κοινωνική Ασφάλιση. Πιο αναλυτικά τα ποσά στον παρακάτω πίνακα.

Πηγές Χρηματοδότησης	Προϋπολογισμός
Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης	72 δις
Εθνικό Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων	25 δις
Τακτικός Προϋπολογισμός	108 δις
Κοινωνική Ασφάλιση	45 δις
Σύνολο	250 δις

(ΕΚΘΕΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ Ψ.Μ για την περίοδο 2000-2009)

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα « ΥΓΕΙΑ – ΠΡΟΝΟΙΑ»

Η στρατηγική και οι στόχοι της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτσι όπως διαμορφώθηκαν από το Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» ταυτίζονταν με το επιχειρησιακό πρόγραμμα « ΥΓΕΙΑ – ΠΡΟΝΟΙΑ» του Γ' ΚΠΣ. Για του λόγου το αληθές οι στόχοι του Ε.Π «Υγεία – Πρόνοια» ήταν οι ακόλουθοι :

- Ανάπτυξη της δημόσιας υγείας και βελτίωση της υγείας και της Κοινωνικής Προστασίας του πληθυσμού.
- Αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας.
- Ενίσχυση της αυτοδυναμίας των Υγειονομικών Περιφερειών με την άρση των περιφερειακών ανισοτήτων στην κατανομή και παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας.
- Μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων και καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες.
- Τελευταίο μα εξίσου σημαντικό η βελτίωση του επιπέδου ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που θα πρέπει να είναι υψηλών προδιαγραφών και προσιτές σε όλους. ([http://www.iatrikionline.gr/IB_102/EPIXEIR %20PROGRAMMA.pdf](http://www.iatrikionline.gr/IB_102/EPIXEIR_%20PROGRAMMA.pdf), πρόσβαση στις 20 Απριλίου 2015)

Με βάση τα παραπάνω οι παρεμβάσεις που θα γίνονταν σε επίπεδο υγείας και πρόνοιας είναι οι παρακάτω:

ΥΓΕΙΑ	ΠΡΟΝΟΙΑ
Ανάπτυξη Δημόσιας Υγείας	Εκσυγχρονισμό της λειτουργίας των φορέων που παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας
Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Πρόληψη της περιθωριοποίησης και του κοινωνικού αποκλεισμού ατόμων και ομάδων του πληθυσμού
Εκσυγχρονισμό των νοσοκομείων	Ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού
Σχεδιασμό και ανάπτυξη νέων υπηρεσιών	
Δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας (ΟΣΥ) ανά Περιφέρεια	
Εισαγωγή σύγχρονων μορφών διοίκησης και οικονομικής διαχείρισης	
Θέσπιση ενός σύγχρονου νομοθετικού πλαισίου λειτουργίας του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας	
Άσκηση αποτελεσματικού ελέγχου στην παροχή υπηρεσιών υγείας	
Ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού	

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων οι δράσεις κατηγοριοποιήθηκαν σε 4 άξονες ενεργειών. Ο πρώτος άξονας ονομάστηκε «Υγεία», ο δεύτερος «Ψυχική Υγεία», ο τρίτος «Πρόνοια» και ο τέταρτος «Ανθρώπινοι πόροι». Η αναφορά σε αυτούς τους άξονες γίνεται για να επισημανθεί πως οι δράσεις για την ψυχική υγεία κατευθύνθηκαν από την υλοποίηση της πρώτης φάσης του ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Δηλαδή είχε πάρει στοιχεία όπως η τεχνογνωσία, οι ελλείψεις που είχαν επισημανθεί (π.χ

εξειδικευμένες υπηρεσίες σε ειδικούς πληθυσμούς) και την εμπειρία της όλης διαδικασίας.

Επίσης σχετικά με την χρηματοδότηση των ενεργειών προϋπόθεση ήταν η κατάρτιση του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Με βάση το διάταγμα Υ5β/οικ. 975/29.3.2001 «Έγκριση από άποψη σκοπιμότητας της ένταξης μέρους του 10ετούς προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ στο Γ' ΚΠΣ με τον τίτλο « Β'ΦΑΣΗ ΨΥΧΑΡΓΩΣ», εντάχθηκε ο άξονας της ψυχικής υγείας στο Ε.Π. «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006» καθώς απώτερος σκοπός ήταν η εδραίωση της Ψ.Μ σε επίπεδο αποασυλοποίησης ασθενών των μεγάλων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων όσο και σε επίπεδο πρόληψης. Έτσι ο άξονας 2 του Ε.Π που αφορούσε τη Ψυχική Υγεία κάνει λόγο για τα εξής:

- Τομεοποίηση υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
- Λειτουργική αναβάθμιση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής με σκοπό την αναβάθμιση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών κατά την περίοδο της διαμονής τους αλλά και της ολοκληρωμένης εξόδου τους προς την κοινότητα
- Λειτουργική αναβάθμιση υπηρεσιών υγείας
- Ανάπτυξη κοινοτικών δομών, προγραμμάτων Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας στη ψυχική υγεία και στη διασύνδεση των υπηρεσιών για ένα ολοκληρωμένο δίκτυο και πλαίσιο ψυχικής υγείας
- Ανάπτυξη μοντέλου συνεχιζόμενης φροντίδας ασθενών για τους πληθυσμικούς στόχους σε επίπεδο κοινότητας
- Πρόληψη και φροντίδα για την ψυχική υγεία
- Ενέργειες που έχουν ως στόχο την κοινωνική αλληλεγγύη και ενισχύουν της δράσεις ένταξης των πληθυσμών-στόχου στην αγορά εργασίας
- Υλοποίηση απαραίτητων ενεργειών για την μελέτη και αξιολόγηση της πολιτικής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με σκοπό την αναπροσαρμογή του ΨΥΧΑΡΓΩΣ στα εκάστοτε δεδομένα
- Ως τελευταίο στόχος όπου δεν υπήρχε στην αρχική διαμόρφωση του σχεδίου τέθηκε η ενίσχυση υπηρεσιών πρόληψης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των περιοχών που επλήγησαν με πυρκαγιές το 2007. (Εκθεση Αξιολόγηση των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψ.Μ για την περίοδο 2000-2009)

Η συνάφεια των στόχων του « ΨΥΧΑΡΓΩΣ» και του Ε.Π « ΥΓΕΙΑ – ΠΡΟΝΟΙΑ» διακρίνεται ξεκάθαρα στον παρακάτω πίνακα:

ΔΕΙΚΤΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β'ΦΑΣΗ	ΑΞΟΝΑ 2 ΤΟΥ Ε.Π. ΥΓΕΙΑ – ΠΡΟΝΟΙΑ
Αποασυλοποίηση χρόνιων ασθενών	Αποασυλοποίηση 3.500 ασθενών	Αποασυλοποίηση του 50% των διαβιούντων σε Ψ.Ν ασθενών
Μείωση κλινών των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων		Μείωση κατά 50%
Αναμόρφωση των κλινών των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων που θα συνεχίσουν την λειτουργία τους	100%	100%
Ίδρυση και λειτουργία κοινοτικών δομών	249 δομές για κάλυψη των αναγκών του γενικού πληθυσμού	Κάλυψη του 20% του πληθυσμού

Οι στρατηγικοί στόχοι του άξονα Ψυχική Υγεία διαμορφώνονται και υλοποιούνται μέσα από 4 κατηγορίες μέτρων.

Μέτρο 2.1: «Αποασυλοποίηση και κοινωνικό – οικονομική επανένταξη ψυχικά ασθενών» Οι στόχοι και ο τρόπος εφαρμογής είναι ίδιος με τη Β ΦΑΣΗ του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ και όπως αναγράφεται στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Μέτρο 2.2: «Ανάπτυξη/ συμπλήρωση/ επέκταση δομών στην κοινότητα για την ολοκληρωμένη εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.» Το μέτρο και η διαδικασία υλοποίησης του είναι ίδιο όπως και στη Β΄ Φάση του ΨΥΧΑΡΓΩΣ όπου αναγράφεται στο προηγούμενο κεφάλαιο

Μέτρο 2.3: «Ενέργειες πρόληψης, ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικό – οικονομικής επανένταξης.» Βασικοί στόχοι ήταν η ανάπτυξη παρεμβάσεων πρόληψης, η μέριμνα για την πρόληψη της υποτροπής, ο συνδυασμός δράσεων για την προληπτική παρέμβαση και η κοινωνική και εργασιακή επανένταξη των ψυχικά ασθενών.

- Ανάπτυξη ενεργειών με προληπτικό χαρακτήρα, έγκαιρης διάγνωσης, συμβουλευτικού χαρακτήρα, υπηρεσίες για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση με στόχο την κοινωνικοοικονομική ένταξη των αποασυλοποιημένων ασθενών.
- Η διαδικασία της επανένταξης έχει ελπίδες μόνο αν βασιστεί σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών και εργασιακών ευκαιριών. Για να γίνει αυτό θα πρέπει να θεσπιστούν τα κατάλληλα πολιτικά μέτρα, μέτρα κοινωνικής πολιτικής, μέτρα εκπαιδευτικής κατάρτισης και ενεργητικών πρωτοβουλιών για απασχόληση πέρα από το δίκτυο της ψυχικής υγείας.
- Μέσω της κοινωνικής οικονομίας θα αναπτυχθούν νέες πηγές απασχόλησης. Θα προωθηθεί η δημιουργία κοινωνικών επιχειρήσεων και συνεταιρισμών (πχ. Κοι.ΣΠΕ) με παράλληλη στήριξη της σχετικής δραστηριότητας.
- Στήριξη και ενίσχυση του εθελοντισμού, των μη κυβερνητικών οργανώσεων (Μ.Κ.Ο) και των οργανώσεων που έχουν ως πληθυσμό –στόχο ομάδες ατόμων που απειλούνται με κοινωνικό αποκλεισμό.

Μέτρο 2.4: «Κατάρτιση του προσωπικού για την στήριξη της αποασυλοποίησης, της κοινωνικό-οικονομικής επανένταξης και της συνεχούς υποστήριξης των ψυχικά ασθενών» Στόχοι του μέτρου ήταν οι λειτουργική αναβάθμιση των δομών αλλά και των υπηρεσιών και των προγραμμάτων που προβλέπονταν για την διεκπεραίωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης για την εξασφάλιση του ποιοτικού και αποτελεσματικού χαρακτήρα των παρεμβάσεων.

Δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε την πολύ σημαντική εργασία της Μ.ΥΠ.Ε.Π. Για την υλοποίηση των παραπάνω στόχων δημιούργησε έναν εκτενή οδηγό, ο οποίος εμπεριείχε συγκεκριμένες δράσεις που θα αναλάμβαναν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας καθώς γίνεται και μια αναλυτική περιγραφή για της ομάδες-στόχους. Πιο συγκεκριμένα οι δράσεις περιλάμβαναν τρεις ομάδες στόχους. Αρχικά ήταν το προσωπικό των Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων που ενδεχομένως να πρόβαλαν αντιστάσεις στην αλλαγή του συστήματος παροχής υπηρεσιών και στη μεταφορά της φροντίδας από το άσυλο στην κοινότητα. Άλλη ομάδα στόχου ήταν οι νέοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που θα στελέχωναν τις υπηρεσίες. Τέλος και πολύ σημαντική ομάδα η κοινότητα. (<http://www.hellaskps.gr/Details.asp?L1=2&L2=1&L3=1&L4=10>, πρόσβαση στις 22 Απριλίου 2014)

Επιπρόσθετα η Μ.ΥΠ.Ε.Π είχε προγραμματισμένες δράσεις για την υποστήριξη των φορέων αλλά και την καταπολέμηση του στίγματος ως διαδικασία ευαισθητοποίησης. Για την επιβεβαίωση των παραπάνω υλοποιούσε:

- Επισκέψεις στους τοπικούς συνεργάτες της Μ.ΥΠ.Ε.Π στο κάθε φορέα
- Σεμινάρια – Εργαστήρια (workshops)
- Εκπόνηση μεθοδολογικών οδηγιών
- Τεχνικές συσκέψεις σε επίπεδο Το.Ψ.Υ και Περιφέρειας
- Εκπόνηση ειδικών ενημερωτικών οδηγιών
- Έντυπη και on line υποστήριξη
- Διασύνδεση με τις υπόλοιπες υπηρεσίες και φορείς

Τέλος, υπεύθυνος υλοποίησης του προγράμματος ήταν το Υπουργείο Υγείας με τον προϋπολογισμό να φτάνει τις 146.560 εκ. €. Το 75% καλύφθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο. Ο άξονας 2 απέσπασε το μεγαλύτερο μέρος του προϋπολογισμού δείχνοντας έτσι την σπουδαιότητα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και τη δέσμευση του Υπουργείου για την υλοποίηση της. (ΕΚΘΕΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ 2000-2009)

1.8.4 Γ Φάση «Ψυχαργός»

Τον Μάιο του 2012 εγκρίθηκε από το Υπουργείο Υγείας «Δεκαετής πρόγραμμα ανάπτυξης μονάδων και δράσεων ψυχικής υγείας, ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ (2011-2020). Μέσα από το ΦΕΚ έγκρισης διακρίνεται ξεκάθαρα η πρόθεση του Υπουργείου Υγείας να συνεχίσει την Ψ.Μ με ότι συνεπάγεται αυτό – εκσυγχρονισμός, αποιδρυματοποίηση, δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών ψυχικής υγείας προσανατολισμένες στην κοινότητα με την κοινότητα. Η τρίτη φάση διακρίνεται σε 5 άξονες.

1. Κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών.
2. Προαγωγή – πρόληψη ψυχικής υγείας.
3. Οργάνωση συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας
4. Προάσπιση δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και συνηγορία για την ψυχική υγεία. Προαγωγή της αυτό-εκπροσώπησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των οικογενειών τους.
5. Εκπαίδευση, Έρευνα, Νομοθεσία
(<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>, πρόσβαση στις 19 Απριλίου), (ΦΕΚ 1433/22.10.2001)

Οι επιμέρους δράσεις ανάπτυξης του κάθε άξονα φαίνονται αναλυτικά στο παρακάτω πίνακα:

ΑΞΟΝΑΣ	ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΑΞΟΝΑ
1. Κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών	<p>1.1 Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων: Δράσεις για την πλήρη κάλυψη των αναγκών του ενήλικου πληθυσμού σε κάθε ΤΟΨΥ.</p> <p>1.2 Κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων: Δράσεις στους τομείς της Πρόληψης, Νοσηλείας, Αποασυλοποίησης και Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.</p> <p>1.3 Υπηρεσίες για την ψυχική υγεία της παιδικής και εφηβικής ηλικίας: Δράσεις για την πλήρη κάλυψη των αναγκών των παιδιών και εφήβων.</p> <p>1.4 Υπηρεσίες για την ψυχική υγεία της τρίτης ηλικίας: Δράσεις για την κάλυψη των αναγκών της τρίτης ηλικίας.</p>

	<p>1.5 Υπηρεσίες ψυχικής υγείας για ειδικές ομάδες ατόμων με ψυχικές διαταραχές:</p> <p>Δράσεις για άτομα με διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού και υπηρεσίες ψυχικής υγείας για άστεγους, άνεργους, μετανάστες.</p> <p>1.6 Ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας</p> <p>(ΠΦΥ): Δράσεις κατάρτισης και υποστήριξης επαγγελματιών ΠΦΥ και προώθηση της διασύνδεσης των μονάδων με την ΠΦΥ.</p>
2. Προαγωγή – πρόληψη ψυχικής υγείας	<p>2.1 Δράσεις πρόληψης της κατάθλιψης</p> <p>2.2 Δράσεις πρόληψης και πρόωξης ανίχνευσης των ψυχωτικών διαταραχών</p> <p>2.3 Δράσεις έγκαιρης διάγνωσης και παρέμβασης στον αυτισμό</p> <p>2.4 Δράσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας στην παιδική και εφηβική ηλικία και την εκπαίδευση</p> <p>2.5 Δράσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας στο πεδίο της απασχόλησης και της επαγγελματικής ένταξης των ψυχικά πασχόντων</p> <p>2.6 Δράσεις προαγωγής ψυχικής υγείας ηλικιωμένων</p> <p>2.7 Δράσεις αγωγής της κοινότητας και καταπολέμησης του στίγματος</p>
3. Οργάνωση συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας	<p>3.1. Τομεοποίηση και Οργάνωση Συστήματος Ψυχιατρικής Περίθαλψης: Δράσεις για τη διασφάλιση πόρων μετά την κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και για την ενσωμάτωση της περιφερειακής και τομεακής διοίκησης στο σύστημα διοίκησης του ΕΣΥ.</p> <p>3.2. Παρακολούθηση του Συστήματος Ψυχικής Υγείας: Δράσεις για ανάπτυξη συστήματος παρακολούθησης, αξιοποίηση Χάρτη Ψυχικής Υγείας, διασύνδεση με Υγειονομικό Χάρτη, αξιοποίηση στατιστικών δεδομένων και εκπόνηση εκθέσεων για την υποβοήθηση του σχεδιασμού.</p> <p>3.3. Αξιολόγηση του συστήματος ψυχικής υγείας, Κοινωνική Λογοδοσία και Βελτίωση της Ποιότητας: Δράσεις για τη θέσπιση και καθιέρωση θεραπευτικών πρωτοκόλλων, κλινικών οδηγιών, προτύπων ποιότητας, πιστοποίησης υπηρεσιών και αξιολόγηση των μονάδων ψυχικής υγείας.</p> <p>3.4. Ηλεκτρονικός Ψυχιατρικός Φάκελος Ασθενή: Δράσεις για την απόκτηση υποδομής πληροφορικής, καθορισμού των βασικών αξόνων του ηλεκτρονικού ψυχιατρικού φακέλου και την κατάρτιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.</p>
4. Προάσπιση δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και συνηγορία για την ψυχική υγείας. Προαγωγή της αυτό- εκπροσώπησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των οικογενειών τους.	<p>4.1 Προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών: Δράσεις σχετικά με το νομικό πλαίσιο, την ενίσχυση της Ειδικής Επιτροπής, την προώθηση της συνεργασίας με το Συνήγορο του Πολίτη, ΣΕΥΥΠ και ΤΕΨΥ.</p> <p>4.2 Προαγωγή της αυτοεκπροσώπησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των οικογενειών τους: Δράσεις σχετικά με την ενίσχυση των σωματείων, της συμμετοχής τους στο σύστημα ψυχικής υγείας και της συνεργασίας τους με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.</p>
5. Εκπαίδευση – έρευνα -	<p>5.1 Εκπαίδευση: Δράσεις για τη συνεργασία με Υπουργείο Παιδείας</p>

νομοθεσία	<p>για ειδικά προγράμματα εκπαίδευσης (προπτυχιακό, μεταπτυχιακό επίπεδο, και συνεχιζόμενη εκπαίδευση), για την κατάρτιση εργαζομένων (αντιμετώπιση κρίσεων, πρόληψη και διαχείριση συμπεριφορών, τεχνικές ψυχοθεραπείας και συμβουλευτικής και on the job training), για την κατάρτιση επαγγελματιών ΠΦΥ,</p> <p>5.2 Προαγωγή της έρευνας στην ψυχική υγεία: Δράσεις για τη συστηματική διενέργεια επιδημιολογικών ερευνών (για ενήλικους, παιδιά – εφήβους, επί μέρους ομάδες), για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των κοινοτικών παρεμβάσεων και δράσεων και την οικονομική αξιολόγησή τους και για έρευνα σχετικά με τα χαρακτηριστικά των νοσηλευόμενων σε ΨΤ.</p> <p>5.3 Νομοθετικές αλλαγές και παρεμβάσεις: Δράσεις και συνεργασία για την επικαιροποίηση των Ν.2071/92 και Ν.2716/99, τροποποίηση του ποινικού κώδικα (Υπ. Δικαιοσύνης), τροποποίηση του νόμου για τη δικαστική συμπαράσταση (Υπουργείο Εσωτερικών), τροποποίηση της νομοθεσίας για την ιδιωτική ψυχιατρική περίθαλψη.</p>
-----------	---

(Συμπεράσματα & προτάσεις On going Αξιολόγηση 2010-2015)

1.9 Οι ψυχικές διαταραχές και η ψυχοκοινωνική διάσταση τους

Στις σοβαρές ψυχικές διαταραχές, εκτός από τα συμπτώματά που κάνουν το άτομο να υποφέρει, εκπίπτει και η λειτουργικότητά του. Αποτελεί μια βασική έννοια που αφορά κυρίως την διάρκεια της ψυχικής ασθένειας. Ως λειτουργικότητα ορίζεται ο βαθμός ικανοποίησης των απαιτήσεων από συγκεκριμένους ρόλους. Στην έννοια της λειτουργικότητας συμπεριλαμβάνονται και το στοιχείο της μειονεξίας ή της ανικανότητας καθώς και η αναπηρία λόγω της ψυχικής ασθένειας. (Μαδιανός, 2005)

Ειδικά στις ψυχώσεις και ιδιαίτερα στη σχιζοφρένεια, αλλά και στο φάσμα των διαταραχών που την περιβάλλει, η έκπτωση αυτή τείνει να μονιμοποιηθεί ή και να επιδεινωθεί. Το άτομο χάνει τα προηγούμενα ενδιαφέροντά του και το κίνητρο για δραστηριότητες, η βούληση και οι πρωτοβουλίες του εξασθενούν. (Μαδιανός, 1994)

Σταδιακά απομονώνεται από τον κοινωνικό του κύκλο και δυσκολεύεται να συνάψει καινούργιες σχέσεις. Κλείνεται στο σπίτι και απομονώνεται στο δωμάτιό του. Δεν περιποιείται τον εαυτό του, δεν φροντίζει την καθαριότητα και υγιεινή του. Επίσης, η αλλόκοτη εμφάνιση και συμπεριφορά, ο ιδιόμορφος λόγος, οι μονόλογοι και τα χαμόγελα χωρίς εμφανή αίτια. (Μαδιανός, 2005) Πρόκειται για το «αρνητικό σύνδρομο» της σχιζοφρένειας το οποίο έχει περισσότερες από μία αιτίες:

A) Τα αρνητικά συμπτώματα συνοδεύεται από ελλείμματα του εγκεφάλου. Τα ελλείμματα αυτά επηρεάζουν τις γνωστικές λειτουργίες. Παραδείγματος χάρη, το άτομο που πάσχει, λόγω ατελούς επεξεργασίας των πληροφοριών που εισρέουν στον εγκέφαλό του, δυσκολεύεται να ανταποκριθεί σε σύνθετες δράσεις και να επιλύσει προβλήματα.

B) Το δυσμενές περιβάλλον και ο στιγματισμός κάνουν το άτομο να αποφεύγει την κοινωνική έκθεση και να αποσύρεται στον χώρο του και στον εαυτό του. Παραδείγματος χάρη, άτομα που έχουν υποστεί μακρόχρονη νοσηλεία σε ψυχιατρεία με χαρακτηριστικά ασύλου έχουν χάσει τη λειτουργικότητά τους και περιορίζονται σε στερεότυπες συμπεριφορές (ιδρυματισμός). Αλλά και άτομα τα οποία ζουν εκτός

ψυχιατρείου, δηλαδή στην κοινότητα, έχουν δυσμενή πορεία και πρόγνωση, εφόσον στερούνται υποστηρικτικού συστήματος.

Γ) Το ίδιο το άτομο συγκρίνοντας και έχοντας επίγνωση της μειονεκτικής τους θέσης καταλαμβάνεται από αποθάρρυνση, παραιτείται από επιδιώξεις, όνειρα για το μέλλον και σχέδιο ζωής και υποεκτιμά τον εαυτό του. Αντιδρώντας στα βιώματα αυτά, αποσύρεται ακόμη περισσότερο (αυτοστιγματισμός/περιθωριοποίηση).

Δ) Τα ψυχοφάρμακα, τα οποία οι ψυχίατροι συνιστούν να λαμβάνονται, προστατεύουν από τις υποτροπές, που συχνά οδηγούν σε νοσηλείες. Ωστόσο, δεν ανακουφίζουν τα αρνητικά συμπτώματα και αρκετά από αυτά τα επιδεινώνουν (ψυχοκινητική επιβράδυνση, φαρμακευτικός ναρκισσισμός, κ.α.) (Γκούβα και συν, 2013)

1.10. Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

Αρχικά είναι σημαντική η εννοιολόγηση του όρου «αποκατάσταση». Ο όρος αυτός προέρχεται από τον κλάδο της φυσικοθεραπείας και εμπερικλείει την διαδικασία δύο σταδίων. Πρώτον την διαχείριση των συμπτωμάτων κάποιου ατόμου που αντιμετωπίζει κάποια μορφή αναπηρίας όπως με φάρμακα ή φυσιοθεραπεία και δεύτερον παροχή καθοδήγησης και φροντίδας του ατόμου για την μόνιμη προσαρμογή του στο περιβάλλον χρησιμοποιώντας κάποια βοηθήματα. Όπως μελετήθηκε από τον Bennett το 1978 υπάρχουν έξι στάδια από την οποία διαφαίνεται η ανάπτυξη της έννοια αυτής.

Αυτά είναι τα εξής:

- Καταβολή προσπάθειας για την βελτίωση της αναπηρίας που προέρχεται από την ψυχική διαταραχή. Η διαδικασία της βελτίωσης της ψυχικής υγείας εμπεριέχει την ενθάρρυνση για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων του και την προσαρμογή του σε ένα περιβάλλον το οποίο θα προάγει την εφαρμογή τους
- Ύπαρξη του στοιχείου της απασχόλησης
- Επιστροφή των ατόμων με ψυχική ασθένεια στην κατάσταση πριν την παρουσία του συμπτώματος η οποία επιβεβαιώνει την ύπαρξη της
- Ένταξη του ατόμου σπίτι, στο σχολείο και γενικότερα σε χώρους με σκοπό την κοινωνικοποίηση του και ενίσχυση των θετικών γνωρισμάτων του
- Η παροχή βοήθειας για την εκμάθηση άλλων δεξιοτήτων μέσω των οποίων θα ενισχυθεί ο βαθμός λειτουργικότητας του σε κοινωνικό επίπεδο (Ekdawi & Conning, 1998)

Επιπλέον, είναι γεγονός πως οι ενέργειες με σκοπό την επανένταξη συνδέονται άμεσα με τους τομείς της Ψ.Α. Σύμφωνα με τον Ζήση (2002) όπως διατυπώθηκε από την Συναινετική Διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και Παγκόσμιας Εταιρίας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, η οποία ορίζεται ως «η διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα με έκπτωση λειτουργικότητας ή χωρίς ανεπτυγμένες ικανότητες ή με κάποια μορφή αναπηρίας από κάποια διαταραχή να επιτύχουν όσο το δυνατόν καλύτερη και ανεξάρτητη λειτουργία στην κοινότητα».

Η Ψ.Α συνεπάγεται τόσο στη βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου όσο και στην εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών. Έχει στόχο να δημιουργήσει μια ζωή όσο

το δυνατόν περισσότερο ποιοτική για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχονοητική διαταραχή, ή που έχουν έκπτωση της ψυχονοητικής τους ικανότητας τέτοια, που να έχει παραγάγει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας. (Ekdawi και Conning, 1998)

Με βάση τα παραπάνω που προαναφέρθηκαν για την αποσαφήνιση της έννοιας «Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση» θεωρούνται πλήρης καθώς εμπεριέχουν δύο άξονες οι οποίοι αφορούν την ενίσχυση της λειτουργικότητας του ατόμου και την ύπαρξη ατόμων ώστε να το φροντίζουν και να έχουν στην κατοχή τους πόρους, τους οποίους μπορούν να διαθέσουν για το άτομο. Από τα παραπάνω συμπεραίνεται πως από την βιοϊατρική προσέγγιση το κέντρο βάρους μετατοπίζεται στην ψυχοκοινωνική κατά την οποία δεν αποδίδονται στο άτομο με ψυχική ασθένεια μόνο συμπτώματα και κοινωνικές μειονεξίες αλλά γίνεται εστίαση στις ικανότητες και τις ανάγκες του. (Ζήση, 2002)

1.11 Μοντέλα Καθοδήγησης

Τα μοντέλα καθοδήγησης είναι χρήσιμα καθώς από την υποστήριξη ενός μοντέλου διαμορφώνεται το πλαίσιο της σκέψης για ένα γεγονός ή την ενδεχόμενη παρουσία δυσκολίας. Λαμβάνοντας υπόψη κάποιο διατυπώνονται υποθέσεις μέσω των οποίων ελέγχεται το αποτέλεσμα της παρέμβασης. Χαρακτηρίζεται μοντέλο με θετικές προοπτικές εκείνο που θα έχει ως επακόλουθο την αποκατάσταση. Τα μοντέλα είναι πέντε : 1) Το ιατρικό- θεραπευτικό 2) Το μοντέλο αναπηρίας 3) Το μοντέλο δεξιοτήτων 4) Το μοντέλο αναγκών και 5) Οι Ρόλοι. (Ekdawi και Conning, 1998)

1.11.1. Το Ιατρικό - Θεραπευτικό Μοντέλο

Το ιατρικό θεραπευτικό μοντέλο εφαρμόστηκε από τη φυσιατρική στην πιο κλασσική της μορφή και θεωρεί ότι η ενδεχόμενη παρατήρηση ενός συνόλου συμπτωμάτων οδηγεί στην διάγνωση και έπειτα στην παρέμβαση με ενδεδειγμένο τρόπο με σκοπό την εκπόνηση της θεραπείας. Το μοντέλο αυτό δεν χρησιμεύει σε πολλές καταστάσεις καθώς επιφέρει αρνητικές συνέπειες. Επικεντρώνεται στην ύπαρξη μόνο του σωματικού προβλήματος το οποίο μπορεί να θεραπευτεί δια μέσου της σωματικής παρέμβασης (φαρμακευτική αγωγή) χωρίς να λαμβάνονται υπόψη και οι υπόλοιποι παράγοντες που ασκούν επιρροή, οι οποίοι προέρχονται από τους διάφορους τομείς στην ζωή (κοινωνικοί και επαγγελματικοί) και συσχετίζονται άμεσα με τον βαθμό λειτουργικότητας τους. Είναι απαραίτητο να γίνει εστίαση στις σταδιακές ενέργειες οι οποίες προάγουν την ενίσχυση της λειτουργίας παρόλο τις διακυμάνσεις που υφίσταται κατά χρονικές περιόδους.

Επιπροσθέτως, έχει αναπτυχθεί το στοιχείο ταύτισης του μοντέλου αυτού με την έννοια της ίασης. Υποστηρίζεται πως όταν ο ασθενής συμμετέχει στην διαδικασία μιας επανορθωτικής θεραπείας, η οποία διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα αποδεικνύεται πως όλες οι προηγούμενες προσπάθειες βελτίωσης δεν επέφεραν κάποιο θετικό αποτέλεσμα. Κατά το συγκεκριμένο μοντέλο το άτομο εγκαταλείπει το στοιχείο της ενεργητικότητας του, τους ρόλους του και παθητικά δέχεται την θεραπεία. Αν και μερικές φορές είναι βοηθητικό το παθητικό στοιχείο κατά την ένταξη του ασθενή στο νοσοκομείο άλλες φορές οδηγεί στην επιδείνωση των συμπτωμάτων. Ωστόσο, για την επίτευξη της αποκατάστασης είναι απαραίτητο το

στοιχείο της συνεργασίας. Θετικό στοιχείο του μοντέλου αυτού είναι ότι μέσω της επίγνωσης της κατάστασης αποδίδεται αιτιολόγηση της προέλευσης των συμπτωμάτων και ενισχύεται η διαδικασία της αντιμετώπισης, παρόλο που μέσω της διάγνωσης δεν καθορίζεται η πρόγνωση, τα συμπτώματα και οι παρεμβάσεις κατά την διάρκεια της μακροχρόνιας θεραπείας. (Ekdawi και Conning, 1998)

1.11.2 Μοντέλο αναπηρίας

Όπως διατυπώθηκε από τον Bennett το άτομο χαρακτηρίζεται σαν «ψυχικά ανάπηρο». Έτσι μέσω της αποκατάστασης τα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν κάποια αναπηρία προσπαθούν να επιτύχουν την προσαρμογή ή την αναπροσαρμογή. Στην περίπτωση όπου δεν υπάρχουν προοπτικές μετατροπής της κατάστασης, στόχος είναι η αποκατάσταση μέσω της δραστηριοποίησης του περιγύρου του ατόμου. Ο Wing πρότεινε ένα μοντέλο μέσω του οποίου αναφέρονται τρία επίπεδα τα οποία αφορούν την ψυχική αναπηρία, τα οποία είναι τα εξής :

1. Πρωτογενής ή ενδογενής αναπηρία δηλαδή η άμεση εμφάνιση της συνέπειας. Για παράδειγμα στην σχιζοφρένεια θετικό συναίσθημα αποτελούν οι παραισθήσεις ενώ αρνητικό η κοινωνική απόσυρση, η παρουσία του στοιχείου της επιβράδυνσης στην σκέψη, το επίπεδο συναίσθημα και η ελαχιστοποίηση δραστηριοτήτων
2. Δευτερογενής αναπηρία η οποία αποτελεί τη διαμόρφωση προσωπικής άποψης ατόμου όσο και σε φιλικό οικογενειακό και κοινωνικό για τον τρόπο που αντιμετωπίζεται. Επιπλέον σημαντική αντίληψη θεωρείται και εκείνη των ειδικών. Από τις παραπάνω αντιλήψεις το άτομο διαμορφώνει μια αυτοεικόνα. Συνήθως το άτομο διακατέχεται από μειωμένη ή καθόλου αυτοπεποίθηση, υποβαθμισμένα κίνητρα, λανθασμένες στρατηγικές για αντιμετώπιση, μη αποδοχή ύπαρξης ασθένειας ή υιοθέτηση του ρόλου της συγκεκριμένης κατάστασης.
3. Τριτογενείς ή εξωγενείς παράγοντες οι οποίοι θεωρούνται ότι έχουν αποκλειστικά αρνητική επιρροή και η προέλευση τους είναι συνδυασμός των αρχικών και δευτερευουσών αναπηριών, όπως μη κατάλληλες συνθήκες για διατήρηση ποιότητας της ζωής, φτώχεια, ανεργία, κοινωνικά δίκτυα τα οποία δεν έχουν την δυνατότητα να προσφέρουν τους απαραίτητους πόρους, ανάπτυξη οικογενειακών σχέσεων με στοιχεία έντασης. Το στοιχείο αυτό είναι ωφέλιμο καθώς δεν εξετάζονται μόνο τα βιολογικά στοιχεία τα οποία παρουσιάζονται στον οργανισμό για την απόδοση της κατάστασης αλλά παρατίθεται πως οφείλεται τόσο στον τρόπο συμπεριφοράς του ίδιου του ατόμου όσο και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Έτσι όλα αποτελούν επιρροές σχετικά με τον βαθμό λειτουργικότητας.
4. Η εφαρμογή του παραπάνω μοντέλου δεν αφορά μεμονωμένα το άτομο άλλα και την κοινωνία ευρύτερα. Δίνεται ενδιαφέρον στην έκφραση αναγκών του πληθυσμού και έπειτα στην σχεδίαση ενός προγράμματος για την υλοποίησή τους. Επιπλέον, το μειονέκτημα του είναι ότι βασίζεται στο ιατρικό μοντέλο. Επίσης, μέσω αυτού του μοντέλου πραγματοποιείται η διαδικασία της διαφοροποίησης ανάμεσα στην «αναπηρία» και την «ανικανότητα». Οι αναπηρίες – εμπόδια έχουν χαρακτηριστεί ως συνέπειες της ανικανότητας στο περιβάλλον του ατόμου και στην κοινωνία. Ωστόσο ένα άτομο μπορεί να είναι ανίκανο αλλά να μην αντιμετωπίζει κάποια μορφή αναπηρίας. Η αναπηρία υφίσταται όταν προσδίδει στο άτομο μειονεκτικά στοιχεία σε

σχέση με τα υπόλοιπα άτομα στο κοινωνικό επίπεδο και ενισχύεται όταν η κοινωνία δεν λαμβάνει αρμοδιότητες έτσι ώστε να δημιουργηθούν κατάλληλα πλαίσια μέσω των οποίων θα αναπτυχθούν προοπτικές για την βελτίωση της κατάστασης που βιώνει κάθε άνθρωπος. (Ekdawi και Conning, 1998)

1.11.3 Μοντέλο δεξιοτήτων

Το μοντέλο αυτό δημιουργήθηκε από τον Anthony και τους συνεργάτες του στις Η.Π.Α. Αυτό το μοντέλο στοχεύει στην ανάπτυξη γνωρισμάτων του ατόμου σε σωματικό, νοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, έτσι ώστε να έχει την ικανότητα να ανταπεξέρχεται στις προσδοκίες της καθημερινότητας και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του με την αποδοχή θεραπευτικής παρέμβασης στο μικρότερο βαθμό. Στην συγκεκριμένη περίπτωση το άτομο διακατέχεται από στοιχεία ιδρυματισμού και δεν θεωρεί πως κατέχει τις κατάλληλες δεξιότητες, ώστε να ενταχθεί στην κοινωνία. Ωστόσο, μέσω της διδασκαλίας θα ενισχυθούν οι τρόποι που αποσκοπούν στην επιβίωση. Ο Anthony αναφέρει τρία στάδια για την δημιουργία και ενίσχυση των ικανοτήτων. Αυτά είναι τα εξής:

- ❖ Εντοπισμός των ικανοτήτων εκείνων που ενισχύουν την λειτουργικότητα
- ❖ Εκτίμηση του βαθμού λειτουργίας κάθε ικανότητας
- ❖ Παρέμβαση για τον εντοπισμό ανάπτυξης ή όχι της ικανότητας ανάμεσα στο παρόν και το αντίστοιχο επίπεδο ανάπτυξης της ικανότητας το οποίο έχει προσδιοριστεί χρονικά. Είναι ωφέλιμο έπειτα από την εκμάθηση να δίνεται η δυνατότητα στο άτομο να αλληλεπιδράσει με το περιβάλλον και να δέχεται την αντίστοιχη στήριξη αφού έχει ληφθεί υπόψιν ο βαθμός επίδοσης του (Μαδιανός, 1994)

Επιπροσθέτως, οι αντιπρόσωποι του συγκεκριμένου μοντέλου θεωρούν, πως η ενίσχυση της ικανότητας είναι απαραίτητο να συνυπάρχει με την δημιουργία των απαιτούμενων πηγών του περιβάλλοντος. Δηλαδή, είναι αναγκαία η αλλαγή συνθηκών για την στήριξη των παρόντων, εάν αποδειχθεί πως δεν είναι βοηθητικές, καθώς επιτυγχάνεται σε μικρότερο βαθμό η εκμάθηση συγκριτικά με το προσδοκώμενο.

Τέλος, τα πλεονεκτήματα αυτού του μοντέλου είναι πως πραγματοποιείται εμπάθυνση σε ένα ευρύτερο φάσμα για την εύρεση λειτουργιών παρέχοντας θεραπεία σε πρακτικό επίπεδο. Τα μειονεκτήματα είναι ότι οι λόγοι οι οποίοι δεν επιτυγχάνεται μια δεξιότητα από το άτομο αγνοούνται και δίνεται ιδιαίτερη προσοχή μόνο στις περιβαλλοντικές συνθήκες. Για παράδειγμα μπορεί το άτομο να θεωρεί ακατάλληλη μια δεξιότητα για τον ίδιο του τον εαυτό. (Ekdawi και Conning, 1998)

1.11.4. Μοντέλο αναγκών

Το μοντέλο αυτό υποστηρίζεται και τα ενστερνίζονται σε μεγάλο βαθμό. Κύρια ιδέα του είναι η παροχή μέριμνας κάθε πολίτη η οποία, να βασίζεται στις κλινικές του ανάγκες. Έπειτα από την αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου και την γνωστοποίηση των αναγκών του, εφαρμόζεται μια εξατομικευμένη και στοχοκατευθυνόμενη θεραπεία. Δεν συνιστάται η θεραπεία η οποία εφαρμόζεται στα ιδρύματα. Όπως προαναφέρθηκε, στόχος του συγκεκριμένου μοντέλου αποτελεί η συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με την λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς, η

εξακρίβωση αναγκών και η διαμόρφωση ενός προγράμματος θεραπείας που να βασίζονται σε αυτές. Όπως η επίτευξη της παραπάνω διαδικασίας δεν είναι εύκολη, καθώς διαπιστώθηκε ότι διαφέρει η σημασία που αποδίδεται στους τομείς αναγκών, ανάμεσα στο προσωπικό και τους ασθενείς, καθώς και ο μετέπειτα τρόπος παρέμβασης όπου επηρεάζεται από τις στάσεις του προσωπικού για τις μεθόδους εφαρμογής ως προς την θεραπεία τους.

Έτσι, δεν τίθενται με σωστό τρόπο οι προτεραιότητες και δεν εκπονείται ορθά η θεραπευτική παρέμβαση και η αντιμετώπιση. Τέλος, λόγω της έλλειψης γνώσης του θεωρητικού υπόβαθρου (τι σημαίνει «ανάγκη», μερικές φορές δηλώνει «απαίτηση» ή επιθυμία ή ταυτίζεται με το πρόβλημα) δημιουργήθηκαν δυσκολίες και στην αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών που επιδέχονται φροντίδα σε βάθος χρόνου. (Ekdawi και Conning, 1998)

1.11.5 Ρόλοι

Το συγκεκριμένο μοντέλο αποτελεί μία διαδικασία, η οποία συμπεριλαμβάνει την διερεύνηση, την εύρεση, την εξάλειψη των αιτιών που προκαλούν την έλλειψη λειτουργικότητας σε κοινωνικό επίπεδο. Οι ρόλοι που αναλαμβάνονται στο οικογενειακό, εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον οικοδομούν την κοινωνική τους θέση. Μέσω των ρόλων ενισχύεται η αυτοπεποίθηση του. Έτσι, μέσω της αποκατάστασης ο ψυχικά πάσχων αναπτύσσει τις δεξιότητες του, τις χρησιμοποιεί για την ανάκτηση της αυτοπεποίθησης του διαμέσου της κατάκτησης του κοινωνικού του ρόλου.

Είναι αναγκαίο να αναλυθούν η δομή, τα καθήκοντα που ορίζουν τον κάθε ρόλο και έπειτα από την ολοκλήρωση της αποκατάστασης, την εξακρίβωση των στοιχείων που τους καθιστούν ικανούς να ασχοληθούν, σε ποιο τομέα μπορεί να κατανοήσει περισσότερες πληροφορίες σε ποιον όχι, και σε ποιον από αυτούς θα χρειαστεί παροχή βοήθειας από την οικογένεια και τους ειδικούς.

Τέλος, υπάρχουν κάποια στοιχεία τα οποία εντάσσονται σαν «προσδοκίες» στο ρόλο του ατόμου, ώστε να μην επιβαρύνεται από αρμοδιότητες και ευθύνες. Από έλλειψη πίστης για την βελτίωση της υγείας του, αίσθημα επιβάρυνσης του ως προς τον περίγυρο του και αίτημα του ατόμου για παροχή φροντίδας και υποστήριξης. Από την άλλη πλευρά, κυριαρχεί το αίσθημα της απογοήτευσης στο περιβάλλον του όταν ο ασθενής δεν επιθυμεί να επισκεφτεί το νοσοκομείο, άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή να λάβει την φαρμακευτική αγωγή του. Οπότε είναι σημαντικό να υπάρχει μια σταθερή διαδικασία αξιολόγησης της κατάστασης του, ώστε να αποφασιστεί ποιες αρμοδιότητες ποιου ρόλου μπορεί να εκπονήσει κάποιος και ποιες όχι. (Ekdawi και Conning, 1998)

1.12. Στόχοι – Βασικές Αρχές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Αρχικά, σύμφωνα με την Ζήση (2002), ο Anthony και οι συνεργάτες του προτείνουν και θέτουν ως στόχους:

1. Την δημιουργία ενός συστήματος, όπου ο τρόπος προσέγγισης των ψυχικά πασχόντων θα είναι ολιστικός, μέσω του οποίου δεν θα αναγνωρίζεται μόνο η δυσλειτουργία που παρουσιάζουν αλλά και τα θετικά τους γνωρίσματα, ώστε να αντιμετωπίζονται ανάλογα

2. Την οργάνωση ενός συστήματος ψυχικής υγείας, το οποίο έχει ως μέλημα την βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου που αντιμετωπίζει κάποια ψυχική, διαταραχή μέσω της παροχής στέγης, εργασίας και εκπαίδευσης
3. Την λειτουργία ενός συστήματος, το οποίο θα λαμβάνει υπόψη του τον ψυχικά ασθενή για το σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών
4. Την αναγνώριση της εξειδίκευσης των επαγγελματιών και
5. Τέλος την υλοποίηση ενός συστήματος που να έχει ως βασική του αρχή το αίσθημα της πίστης σχετικά με την βελτίωση και τη σταδιακή εξάλειψη της ψυχικής ασθένειας. (Κονταξάκης, 2005)

Ακόμη, η Ψ.Α θεωρείται μια διαδοχική διαδικασία με τρία στοιχεία: την διάγνωση, τον προγραμματισμό και την παρέμβαση. Στο στάδιο της παρέμβασης τίθεται η επίτευξη των παρακάτω ενεργειών:

- Ο καθορισμός των στόχων από κοινού (άτομο/θεραπευτή) λαμβάνοντας υπόψη τις δεξιότητες και ανάγκες του δεύτερου
- Η αξιολόγηση του βαθμού ύπαρξης ψυχικής διαταραχής (ψυχοπαθολογία), της λειτουργικότητας, την διαθεσιμότητα των πόρων ποσοτικά και την συχνότητα προσφοράς τους κατά το πέρασμα του χρόνου

Κατά το στάδιο του υλοποιούνται τα εξής:

- ❖ Ταξινομούνται οι στόχοι σχετικά με την ενίσχυση των δεξιοτήτων και των πόρων με ιεραρχικό τρόπο. Η σειρά προτεραιότητας των στόχων βασίζεται στην συλλογή πληροφοριών από το άτομο
- ❖ Καθορισμός του χρόνου
- ❖ Ανάθεση αρμοδιοτήτων και ευθυνών

Κατά το στάδια της παρέμβασης αναμένονται να λάβουν υπόσταση οι εξής στόχοι:

- ❖ Ενίσχυση των ήδη κατεκτημένων δεξιοτήτων
- ❖ Η εκμάθηση νέων δεξιοτήτων
- ❖ Η διαθεσιμότητα των πόρων που ήδη υπάρχουν και η ενίσχυση με νέους και
- ❖ Η εξέταση του τρόπου παρέμβασης και του βαθμού επίτευξης των στόχων
Τροποποίηση των μεθόδων παρέμβασης αν κριθεί αναγκαίο (Κονταξάκης, 2005)

Επιπλέον, η επίτευξη της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης επιτυγχάνεται διαμέσου κάποιων προγραμμάτων όπως : (α) Μονάδες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, ιατροπαιδικές υπηρεσίες, κέντρα ημέρας ή νύχτας, κοινωνικές λέσχες, υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας και ψυχιατρικές μονάδες σε γενικά νοσοκομεία (β) Μονάδες στέγασης (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα, ανάδοχες οικογένειες). Τα προγράμματα αυτά πρέπει να αποτελούνται από τα εξής γνωρίσματα:

- α) Εστίαση στο άτομο με κάποια ψυχική ασθένεια
- β) Ενίσχυση των λειτουργικών δεξιοτήτων και αναγκών του (π.χ κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση) στο βαθμό που εκείνο δύναται
- γ) Επιλογή με βάση την κοινωνικοπολιτισμική ιδεολογία
- δ) Προσαρμογή στις ανάγκες και στα στοιχεία που μπορεί να διαθέσει η κοινότητα

ε) Ειδίκευση και ευαισθητοποίηση του προσωπικού

στ) Συνεργασία με άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες στα πλαίσια της κοινότητας ή ψυχιατρικό τομέα του νοσοκομείου, ώστε να μπορεί να γίνει εισαγωγή ξανά σε περίπτωση «κρίσης» ή υποτροπής του ασθενούς. (Κονταξάκης, 2005)

Ως προς το άτομο που αντιμετωπίζει κάποια ψυχική διαταραχή οι οδηγίες αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης εμπεριέχουν τα παρακάτω:

- ο Εκμάθηση του να συμβιώνει με την οικογένεια του
- ο Να μην χρησιμοποιεί τον ρόλο του «εύθραυστου»
- ο Συνεργασία κατά την θεραπευτική διαδικασία («θεραπευτική συμμόρφωση») και με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες («συμμαχία»)
- ο Ενθάρρυνση για την δημιουργία σχέσεων και ενεργοποίηση σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο (Κονταξάκης, 2005)

Τέλος, ως προς την οικογένεια οι κατευθυντήριες γραμμές για την στήριξη του ψυχικά πάσχοντος είναι:

- ο Η εκμάθηση του να συμβιώνει με το ψυχωσικό μέλος
- ο Η αποφυγή «λανθασμένων συμπεριφορών», οι οποίες ενισχύουν τον ρόλο του «εύθραυστου» (υπερπροστασία) ή η άρνηση, απόρριψη της ύπαρξης της διαταραχής και η απομόνωση από την κοινότητα.
- ο Εξοικείωση της οικογένειας με την ψυχική ασθένεια και παροχή υποστήριξης κατά την διάρκεια της θεραπείας του
- ο Προσπάθεια αποφόρτισης της οικογένειας τόσο σε συναισθηματικό, κοινωνικό όσο και οικονομικό επίπεδο (Κονταξάκης, 2005)

1.13 Εργασία και επαγγελματική αποκατάσταση ψυχικά ασθενών

Για την επίτευξη της Ψ.Α των ατόμων, οι οποίοι αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική διαταραχή, σταδιακά κύριο εργαλείο αποτελεί η εργασία η οποία ενθάρρυνε την ένταξη του στην κοινωνία. Παλιότερα, οι ψυχικά ασθενείς εργάζονταν στα πλαίσια προστατευόμενων εργαστηρίων και αναλάμβαναν πόστα με μικρό αριθμό αρμοδιοτήτων και ευθυνών, χωρίς να αναπτύσσονται προοπτικές για αυτονομία. Η επίτευξη της Ψ. Α οδηγεί στην μείωση συμπτωμάτων της διαταραχής και στην αύξηση της αυτοεκτίμησής τους, η οποία οφείλεται στην απολαβή υπηρεσιών αποκατάστασης και των οικονομικών παροχών (εργασία με αμοιβή).

Ωστόσο, οι δείκτες εργασιακής αποκατάστασης για τα άτομα αυτά είναι ιδιαίτερα χαμηλοί και επωφελούνται στο ελάχιστον (0 έως 30 %). Αυτό οφείλεται στην έλλειψη ανάπτυξης κοινωνικών σχέσεων παρά στην ανάπτυξη εργασιακών δεξιοτήτων. Έτσι, η εργασία μετατρέπεται περισσότερο σε κοινωνική δραστηριότητα. Η παραπάνω άποψη υποστηρίζεται από το μοντέλο Ψ.Α που διαμόρφωσε ο Anthony και οι συνεργάτες του. Εκείνος θεωρούσε ότι η απόδοση ενός ψυχικά πάσχον στον εργασιακό τομέα δεν εξαρτάται μόνο από την διάγνωση αλλά και από την εκμάθηση και ανάπτυξη με ορθό τρόπο κοινωνικών και εργασιακών δεξιοτήτων. (Κονταξάκης, 2005)

1.13.1. Τρεις φάσεις μοντέλου εργασίας

- ο Στην πρώτη φάση, συμπεριλαμβάνεται το στοιχείο της διάγνωσης. Αναπτύσσεται συνεργασία μεταξύ του ειδικού και του ατόμου που

αντιμετωπίζει κάποια δυσκολία, λόγω της ψυχικής διαταραχής έτσι ώστε να διερευνηθεί εάν ο βαθμός λειτουργικότητας του και η υποστήριξη από την οικογένεια του αποτελούν κατάλληλοι και βοηθητικοί παράγοντες για την εργασία που έχει επιλέξει.

- ο Στην δεύτερη φάση σχεδιάζεται το πρόγραμμα. Ο ειδικός από κοινού με τον ασθενή αφού λάβει υπόψη τις ανάγκες, τις επιθυμίες, τα ενδιαφέροντα του, κατασκευάζουν ένα σχέδιο μέσω του οποίου θέτουν στόχους.
- ο Κατά την τρίτη φάση ολοκληρώνεται το σχέδιο αποκατάστασης και αξιολογείται ο τρόπος παρέμβασης (Κονταξάκης, 2005).

Σε μακροχρόνια βάση κατά την εξέλιξη της Ψ.Α σχεδιάστηκαν, αναπτύχθηκαν και απορρίφθηκαν διάφορα μοντέλα. Ο σχηματισμός αυτών των μοντέλων βασίζεται σε δύο σχήματα. Στο σχήμα της «Εκπαίδευσης και Τοποθέτησης» και σε αυτό της «Τοποθέτησης και της Εργασίας». (Κονταξάκης, 2005)

Σχήμα : «Εκπαίδευση και Τοποθέτηση»

Βασική προϋπόθεση αυτού του σχήματος είναι η ιδέα πως προτού την διεκδίκηση μιας συγκεκριμένης εργασίας από το άτομο με ψυχική ασθένεια είναι βοηθητικό να υποβάλλεται σε αξιολόγηση και εκπαίδευση. Τα πλεονεκτήματα της παραπάνω άποψης είναι:

- Η διερεύνηση των επαγγελματικών δεξιοτήτων μέσω πράξης σε προστατευμένο χώρο πριν την ένταξη στο χώρο εργασίας
- Η ένταξη του ατόμου σε ένα περιβάλλον το οποίο να δημιουργεί αίσθημα προστασίας ώστε εκείνο να μπορεί να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε δυσκολία που προκύπτει από την νόσο με μεγαλύτερη ευελιξία. Στην συγκεκριμένη περίπτωση το προσωπικό έχει την δυνατότητα να εποπτεύει περισσότερο από ένα άτομο με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση χρόνου
- Τέλος τα στάδια που ακολουθούνται κατά την εφαρμογή του σχήματος είναι: η αξιολόγηση, η προσαρμογή στην εργασία σε ένα προστατευόμενο πλαίσιο, η συμβουλευτική επαγγελματιών και η τοποθέτηση σε εργασία. (Κονταξάκης, 2005)

Σχήμα : «Τοποθέτηση και Εργασία»

Το μοντέλο αυτό θεωρεί αποτελεσματικότερη την τοποθέτηση του ψυχικά πάσχον στο χώρο εργασίας απευθείας και την αποδοχή εκπαίδευσης δια μέσου αυτής. Τα τρία πιο διαδεδομένα μοντέλα τα οποία στηρίζονται σε αυτή την προσέγγιση είναι τα εξής : Η «Επιλογή –Αποκατάσταση – Διατήρηση», η «Μετάβαση στην Εργασία» και της «Μικρής Επιχειρήσης». Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά στα μοντέλα.(Κονταξάκης, 2005)

1.13.2 Το μοντέλο η « Επιλογή –Αποκατάσταση – Διατήρηση»

Το μοντέλο αυτό επικεντρώνεται στην επιλογή, στην απόκτηση και την διατήρηση μιας εργασίας. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στους ευδιάκριτους στόχους. Αυτό αποτελείται από τρεις φάσεις: Την φάση της «επιλογής», όπου μέσα από την συνεργασία με τον ειδικό το άτομο ανακαλύπτει τα ενδιαφέροντα του, τις αξίες του, τις δεξιότητες του και κατανοεί πραγματικά που επιθυμεί να εργαστεί. Την φάση της «απόκτησης» κατά την οποία παρέχεται βοήθεια με σκοπό την κατάκτηση της εργασίας (δημιουργία βιογραφικού, πρόβες για μια επιτυχημένη συνέντευξη). Τέλος την φάση της «διατήρησης». Όπως υποδηλώνεται και από την λέξη, ο ειδικός

στηρίζει το άτομο για να ανταπεξέλθει σε οποιαδήποτε δυσκολία του παρουσιαστεί στον εργασιακό του χώρο μέσω ταυτόχρονης συνεννόησης και με τον εργοδότη του ατόμου (Κονταξάκης, 2005).

Πλεονεκτήματα

Το μοντέλο αυτό γίνεται εύκολα κατανοητό τόσο από τα ίδια τα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική ασθένεια όσο και από τους επαγγελματίες. Δημιουργούν σχέση εμπιστοσύνης τόσο με τους ψυχικά ασθενείς όσο και με τους εργοδότες λαμβάνοντας ταυτόχρονα γνώση για τις διαθέσιμες εργασιακές θέσεις, όπου η ύπαρξή τους ή μη όχι οφείλεται σε κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. (Κονταξάκης, 2005)

Μειονεκτήματα

Γίνεται λόγος για την αντιμετώπιση του ατόμου από τον ειδικό. Υποστηρίζεται πώς με βάση τα λεγόμενα του επαγγελματία, ο «ασθενής εργαζόμενος» διαφοροποιείται από τους υπόλοιπους. Έτσι είναι καλό οι ευθύνες να μεταφέρονται στους ειδικούς του εκάστοτε εργασιακού πλαισίου και να μειωθούν οι παρεμβάσεις του προηγούμενου ειδικού, ώστε να διαμορφωθεί η πιο κατάλληλη στήριξη για το άτομο το οποίο του παρέχονται οι υπηρεσίες. (Κονταξάκης, 2005)

1.13.3 Το μοντέλο: « Μετάβαση στην Εργασία»

Το μοντέλο αυτό δημιουργήθηκε από το κίνημα της «κοινωνικής λέσχης» στη Νέα Υόρκη. Προωθεί την ανάπτυξη του αισθήματος ανταγωνιστικότητας και την παροχή αμοιβής στον επαγγελματικό χώρο. Σε αυτό συμπεριλαμβάνεται ένα προ-επαγγελματικό πρόγραμμα μέσω των ατόμων που συμμετέχουν σε αυτό στελεχώνεται και υποστηρίζεται η «λέσχη». Έτσι, τα άτομα προετοιμάζονται, ώστε να ανταπεξέλθουν στις μελλοντικές ευκαιρίες για εργασία που θα τους παρουσιαστούν. Ύστερα ακολουθεί το πρόγραμμα «μετάβασης στην εργασία», μέσω του οποίου επιτυγχάνεται η ενίσχυση των δεξιοτήτων μέσω της πράξης κάτω από τις εργασιακές συνθήκες της καθημερινότητας και η παροχή μερικής απασχόλησης. (Κονταξάκης, 2005) Το πρόγραμμα σε πρακτικό επίπεδο διαμορφώνεται από τα εξής στοιχεία:

- Εργασίες με μεγάλο βαθμό ευκολίας. Ανάθεση αρμοδιοτήτων που απαιτούν για την εκπόνηση τους τα κύρια στοιχεία εκπαίδευσης
- Οι εργοδότες παρέχουν μισθό στο άτομο
- Οι περισσότερες θέσεις είναι σχεδιασμένες για την εφαρμογή μερικής απασχόλησης. Κατά αυτό τον τρόπο καλύπτονται οι ανάγκες περισσότερων ατόμων καθώς και μία θέση αντιστοιχεί σε δύο πόστα
- Η πλειοψηφία των θέσεων είναι σχεδιασμένη με ατομικές προδιαγραφές παρά με ομαδικές
- Το άτομο μπορεί να αναλάβει τις αρμοδιότητες μίας θέσης χρονικά, από τρεις μήνες έως ένα χρόνο. Οι ασθενείς έχουν την δυνατότητα πρόσβασης σε πολλές θέσεις. Υπάρχει το στοιχείο της μετάβασης και της τοποθέτησης διαδοχικά με ενδεχόμενο την επίτευξη του σταδίου που προωθεί την ελεύθερη εργασία έως ένα βαθμό
- Σε περίπτωση που το άτομο δεν ανταπεξέλθει στις εργασιακές του υποχρεώσεις εκλαμβάνεται σαν ένα μέρος μιας εμπειρίας από την οποία επωφελήθηκε

- Το προσωπικό είναι εξειδικευμένο και εκπαιδεύει κατάλληλα τα άτομα για την επίτευξη των στόχων. Εκείνο δεσμεύεται στον εργοδότη την διαρκή κάλυψη των θέσεων. Για την διατήρηση μιας θέσης απαιτείται η κάλυψη των αντίστοιχων απαιτήσεων και προϋποθέσεων (Κονταξάκης, 2005)

Πλεονεκτήματα

Μέσω του μοντέλου αυτού έχουν αποδοθεί παροχές σε μεγαλύτερο βαθμό στα άτομα που πάσχουν από κάποια μακροχρόνια ψυχική διαταραχή. Βασίζεται στην ολιστική προσέγγιση και στην άποψη ότι η επαγγελματική αποκατάσταση επέρχεται έπειτα από την εξασφάλιση στέγης και των αναγκών σε κοινωνικό επίπεδο. Η συμμετοχή των εργοδοτών σε αυτά τα προγράμματα αυξάνεται καθώς υπάρχει συνεργασία με τους ειδικούς, η οποία επιφέρει το παραπάνω θετικό αποτέλεσμα. (Κονταξάκης, 2005)

Μειονεκτήματα

Το προσωπικό αντιμετωπίζει δυσκολία στην εύρεση θέσεων με κατάλληλες προϋποθέσεις. Αιτία για αυτό είναι οι παρούσες συνθήκες που επικρατούν στην αγορά εργασίας και η έλλειψη γνώσεων και εξειδίκευσης. Ένα ακόμα στοιχείο που εμποδίζει την ορθή λειτουργία του προσωπικού είναι ότι έρχεται αντιμέτωπο με το βίωμα του φαινομένου «burn out» (επαγγελματική εξουθένωση). Ακόμη, οι πιο συνήθεις θέσεις για να τις αναλάβουν, προϋποθέτουν τις βασικές δεξιότητες με αποτέλεσμα κάποιο άτομο που έχει περισσότερο ανεπτυγμένες δεξιότητες να μην δημιουργούνται προοπτικές για περαιτέρω βελτίωση. Τέλος, η προσπάθεια που καταβάλλει το προσωπικό ώστε να διατηρήσουν τα άτομα την θέση της μεταβατικής, το αποπροσανατολίζουν από την εύρεση ενός σταθερού – ανεξαρτήτου επαγγέλματος (Κονταξάκης, 2005)

1.13.4 Το μοντέλο « Μικρής Επιχείρησης»

Το μοντέλο αυτό περιέχει στοιχεία από τα μοντέλα που αναφέρθηκαν. Δημιουργήθηκε βάση της παραδοσιακής προσέγγισης αλλά στην συνέχεια άλλαξε προσανατολισμό. Οι εργασιακές δραστηριότητες λαμβάνουν χώρο στα πλαίσια μιας μικρής επιχείρησης, μέσω της οποίας παρέχονται αγαθά και υπηρεσίες. Εκείνο συνδυάζει προσφορά παροχών για την μακροχρόνια ψυχική υγεία και την προαγωγή της ελεύθερης αγοράς εργασίας. Οι εργαζόμενοι αμείβονται τις περισσότερες φορές όπως ορίζεται από τους κανόνες του μισθωτηρίου. Υπάρχουν όμως και μεγάλες αποκλείσεις, για αυτό προτιμούν να απασχολούνται μερικώς. Οι μικρές αυτές επιχειρήσεις συνεργάζονται και με άλλες υπηρεσίες που επιζητούν την αποκατάσταση. Τέλος, λόγω του υψηλού επιπέδου συμμετοχής των εργαζομένων λειτουργεί μερικές φορές όπως ένας συνεταιρισμός (Κονταξάκης, 2005)

1.14 Ζητήματα Αξιολόγησης στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

Η αξιολόγηση, όπως μελετήθηκε από τον Weiss διαφέρει από την απλή επίβλεψη εφαρμογής ενεργειών με σκοπό την εφαρμογή ενός προγράμματος. Είναι αναγκαίο να καθοριστεί τόσο το επίπεδο θετικής ή αρνητικής εξέλιξης, επιτυχίας ή αποτυχίας όσο και οι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν και διαμορφώνουν την κατάληξη της κατάστασης. Τα στάδια της αξιολόγησης είναι τα ακόλουθα:

- Η αναφορά των στόχων του προγράμματος
- Η επιλογή των κριτηρίων αξιολόγησης
- Η δημιουργία της υπόθεσης για την περαιτέρω ανάλυση
- Ο σχηματισμός της μεθοδολογίας που θα ακολουθηθεί
- Η αναφορά των στοιχείων που διαμορφώνουν την επιτυχία και την ερμηνεία της
- Η αξιολόγηση των επιπτώσεων σε περίπτωση αλλαγής στο πρόγραμμα. Ακόμα κατά την αξιολόγηση λαμβάνεται υπόψη η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας σε συνδυασμό με τον παράγοντα κόστος (Καρύδη, 2007)

Τέλος, άλλοι ερευνητές αποδίδουν την αξιολόγηση στη χρησιμοποίηση των εξής δεικτών:

- Δείκτες πολιτικής: Σχετίζονται με τους στόχους και της στρατηγικές των υπηρεσιών
- Δείκτες πλαισίου: Εμπεριέχονται τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και δείκτες ψυχικής υγείας και νοσηρότητας
- Δείκτες πόρων: Περιγραφή χαρακτηριστικών ανθρώπινου δυναμικού, με στόχο την φροντίδα και τους οικονομικούς πόρους. Αναφορά και στους μη ορατούς πόρους (π.χ. ικανοποίηση και προσδοκίες)
- Δείκτες προγράμματος: Αφορά τη διαθεσιμότητα των πόρων και στον τρόπο οργάνωσης τους
- Δείκτες μεγέθους των δραστηριοτήτων: Αξιολόγηση των δραστηριοτήτων ποσοτικά
- Δείκτες κόστους: Ταυτίζονται με την οικονομική περιγραφή των δαπανών (Καρύδη, 2007)

1.15 Το σύστημα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα

Κεντρικός φορέας υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα είναι το Υπουργείο και πιο συγκεκριμένα η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες διαιρούνται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.), με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά, στους οποίους εντάσσονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) που οργανώνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του Νόμου 2716/99.

Οι Μ.Ψ.Υ ανήκουν στα Νοσοκομεία, σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, σε Κοι.Σ.Π.Ε, σε Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή σε οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Πιο αναλυτικά Μ.Ψ.Υ περιλαμβάνουν:

- Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας

Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδών Γενικών Νομαρχιακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων :

- Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων
- Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία

- Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας
- Πανεπιστημιακές Μονάδες με αντικείμενο την ψυχική υγεία
- Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Ιδιωτικές Κλινικές
- Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης: Μπορεί να είναι Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία Ημέρας, Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους.
- Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης: Είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες, τα Προστατευόμενα Διαμερίσματα και οι *Φιλοξενούσες Οικογένειες*. Έχουν σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον μετά από αίτησή τους, τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας. Ειδικότερα, τα Οικοτροφεία και οι Ξενώνες αναπτύσσουν δραστηριότητες Ψ.Α και συμμετέχουν από κοινού, με άλλα νομικά πρόσωπα της περιοχής τους σε δραστηριότητες πολιτιστικές, και εκπαιδευτικές, καθώς και κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.
- Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης ή Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης: Πρόκειται για τις υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικό-επαγγελματικής επανένταξης που παρέχονται από ένα ή περισσότερα τμήματα ή μονάδες των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Νοσοκομείων του Νομικού Διατάγματος 2592/53 και του Ν. 1397/1983.

Τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης μπορεί να είναι:

- Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης και Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους.
- Κέντρα Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Κατάρτισης για ενήλικους και εφήβους.
- Οι Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης είναι
- Τα Προστατευμένα Εργαστήρια, τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης για ενήλικες ή εφήβους ηλικίας 15 ετών και άνω με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.
- Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.): Αποβλέπουν στην κοινωνικό-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλουν στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατό οικονομική τους αυτάρκεια. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους και έχουν εμπορική ιδιότητα. Μπορούν να είναι ταυτόχρονα παραγωγικές, καταναλωτικές, εμπορικές, προμηθευτικές μεταφορικές, τουριστικές, οικοδομικές, πιστωτικές, αναπτυξιακές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές και πολιτιστικές μονάδες και να αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα.

1.16. Προκατάληψη/Στιγματισμός/Κοινωνικός Αποκλεισμός και Ψυχική Υγεία

Ο στιγματισμός που υφίστανται οι άνθρωποι οι οποίοι αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική διαταραχή και η αντιμετώπιση του αποτελεί αντικείμενο μελέτης της παγκόσμιας ψυχιατρικής στην κοινότητα.

Αποδίδοντας στην ψυχική ασθένεια τον χαρακτηρισμό «νόσος» παρουσιάζονται σχετικά με αυτήν συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με την σκέψη, το συναίσθημα και την συμπεριφορά του ατόμου. Παρά τις εξελίξεις που έχουν σημειωθεί κατά την πορεία της εξέλιξης της ψυχικής υγείας, η ψυχική ασθένεια στις μέρες μας ακόμα χαρακτηρίζεται ως «τρέλα» ένα γεγονός, το οποίο ενισχύει τον στιγματισμό με αποτέλεσμα την στέρηση της κοινωνικής υπόστασης, της ταυτότητας του ατόμου και την έλλειψη του στοιχείου της κοινωνικής αποδοχής (κοινωνικός αποκλεισμός). (Ρούκας, Κονταξάκης και Χριστοδούλου, 2005)

Στην συνέχεια, οι στάσεις αυτές που διαμορφώνονται σε κοινωνικό επίπεδο εκλαμβάνονται και σε ατομικό επίπεδο (αυτοστιγματισμός). Ωστόσο τον στιγματισμό δεν τον υφίστανται μόνο το άτομο αλλά τόσο η οικογένεια όσο και το ευρύτερο περιβάλλον που έχει αναπτύξει σχέσεις με αυτό το άτομο.

Ο στιγματισμός ορίζεται ως «η ανεπιθύμητη και βαθιά επιλήψιμη στάση, που μειώνει την θέση και την αξία ενός ατόμου στην κοινωνία». Με τον όρο του στίγματος συσχετίζονται τέσσερα στοιχεία τα οποία είναι: (α) η περιθωριοποίηση και η ετικετοποίηση (εφαρμογή «ταμπέλας»), (β) ο συσχετισμός των ανθρωπίνων ενεργειών που διαφέρουν από το μέσο όρο ως κάτι αρνητικό, (γ) η διαφοροποίηση των ανθρώπων σε «εμάς» και σε «αυτούς», (δ) η στέρηση οικονομικής και κοινωνικής θέσης. (Ρούκας, Κονταξάκης και Χριστοδούλου, 2005)

Επιπλέον, ο κοινωνικός αποκλεισμός ορίζεται ως η «αδυναμία» ή «παρεμπόδιση» των ατόμων ή των ομάδων να δραστηριοποιηθούν στην κοινωνία και να επιφέρουν ανάπτυξη με αποτέλεσμα την μη ικανοποιητική απολαβή αγαθών. Τα αίτια εμφάνισης του κοινωνικού αποκλεισμού είναι η έλλειψη ή η μη προσβασιμότητα σε υπηρεσίες και πόρους. Κυρίαρχο στοιχείο του είναι η περιθωριοποίηση. Ο κοινωνικός αποκλεισμός συνδέεται άμεσα με την φτώχεια, την ανεργία, την εκπαίδευση, την υγεία και την παροχή ίσων ευκαιριών. Σήμερα τουλάχιστον το 1/3 της ευρωπαϊκής κοινωνίας παραγκωνίζεται από την διαδικασία της συμμετοχής του στα κοινά ώστε να έχει ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης. (Ρούκας, Κονταξάκης και Χριστοδούλου, 2005)

Τόσο ο στιγματισμός σε κοινωνικό επίπεδο όσο και σε ατομικό συνδέονται άμεσα με τα στερεότυπα την προκατάληψη και τις διακρίσεις. Τα στερεότυπα ορίζονται ως «οι υπεραπλουστευμένες, συχνά παραπλανητικές και παρερμηνευμένες πεποιθήσεις που γίνονται αποδεκτές συλλογικά και οδηγούν σε άκριτες γενικεύσεις για τα άτομα και τις ομάδες στις οποίες αποδίδονται». Η προκατάληψη είναι «η συναισθηματική αντίδραση που απορρέει από ένα στερεότυπο, αποκαλύπτοντας την προδιάθεση του ανθρώπου να ενεργήσει θετικά ή αρνητικά απέναντι στο αντικείμενο της προκατάληψης».

Ένας άλλος ορισμός της προκατάληψης, αναφέρεται «στις στάσεις αποστροφής και εχθρότητας που νοιώθει κάποιος για τα μέλη μιας άλλης ομάδας μόνο και μόνο επειδή ανήκει σε αυτήν την ομάδα, καθώς θεωρεί ότι διαθέτουν εξ

ορισμού τις μη αποδεκτές ιδιότητες που αποδίδονται σε αυτήν την ομάδα.» (Huges and Kroehler, 2007)

Έτσι παραγκωνίζεται η αρχή της ισότητας σε μια κοινωνία και τα άτομα προβαίνουν στην στέρηση ελευθερίας και δικαιωμάτων άλλων ατόμων.

1.16.1 Οικογένεια και στίγμα

Τα τελευταία χρόνια έπειτα από το κίνημα του αποϊδρυματισμού η οικογένεια αποτελεί το σύστημα υποστήριξης και πηγή φροντίδας για το άτομο. Εκείνη φροντίζει για την διαθεσιμότητα πόρων και βιώνει την συναισθηματική φόρτιση που επιφέρει η κατάσταση καθημερινά. Όπως προαναφέρθηκε δέχεται τις συνέπειες του στιγματισμού και της προκατάληψης.

Όσον αφορά τις απόψεις των οικογενειών σχετικά με το στίγμα σε μια πρόσφατη έρευνα η οποία διεξάχθηκε σε 20 διαφορετικές πολιτείες των Η.Π.Α. με ταχυδρομική δημοσκόπηση με δείγμα 487 άτομα, γυναίκες - μητέρες όπου ήταν και η πλειοψηφία, συζύγους και αδέρφια αποδείχθηκε πως η ψυχική υγεία συσχετίζεται άμεσα με το στίγμα και ότι από αυτό προκύπτουν αρνητικές συνέπειες τόσο για τους ίδιους όσο και για τους ψυχικά πάσχοντες.

Σύμφωνα με τα λεγόμενα τους αρνητικές συνέπειες είναι η ύπαρξη χαμηλής αυτοεικόνας, η μη ανάπτυξη και διατήρηση σχέσεων με ευκολία, η δυσκολία στην εύρεση εργασίας και η μη αποδοχή ύπαρξης της ψυχικής διαταραχής. Ως αρνητικές συνέπειες οι οποίες προκύπτουν από την οικογένεια είναι οι ενδοοικογενειακές σχέσεις η οποίες χαρακτηρίζονται από ένταση και η χαμηλή αυτοεικόνα. Επιπλέον, ως αρνητική επίδραση λειτουργούν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, οι κινηματογραφικές ταινίες οι οποίες παρουσιάζουν ως πρότυπο τον «ψυχοπαθή» δολοφόνο ενισχύοντας τον στιγματισμό. Τέλος η συμμετοχή στα προγράμματα ψυχικής αγωγής και η συνομιλία με μέλη οικογενειών με κοινό βίωμα είναι βοηθητικά για την εξισορρόπηση των αντιδράσεων από την κοινωνία. (Ζήση, 2002)

1.16.2 Η αντιμετώπιση του στίγματος

Σχετικά με την εξάλειψη του στίγματος η παρέμβαση η οποία είναι ωφέλιμο να πραγματοποιηθεί κινείται σε τρεις άξονες οι οποίοι είναι η κοινωνία, οι ασθενείς και οι οικογένειες τους και τα μέλη της ευρύτερης ψυχιατρικής κοινότητας.

Αρχικά ως προς την κοινωνία θα ήταν βοηθητικό να πραγματοποιηθούν οι εξής ενέργειες :

- Ενημέρωση του πληθυσμού της κοινότητας σχετικά με την έννοια, τα χαρακτηριστικά και την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής
- Αύξηση προσπαθειών με σκοπό την κοινωνική προσέγγιση των ατόμων με κάποια ψυχική διαταραχή
- Υποστήριξη των ατόμων αυτών και της ενίσχυσης της προστασίας των δικαιωμάτων τους μέσω νομικού πλαισίου
- Παροχή εκπαίδευσης τόσο των ατόμων που εργάζονται στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης όσο και των ιερωμένων και των αστυνομικών με σκοπό την εξάλειψη του στιγματισμού και την άμεση παρέμβαση αν θεωρηθεί αναγκαίο (Ρούκας, Κονταξάκης και Χριστοδούλου, 2005)

Όσο αφορά τους ασθενείς και τις οικογένειές τους θα ήταν ωφέλιμες οι παρακάτω ενέργειες:

- Βελτίωση του ατόμου και της οικογένειας μέσω ψυχοεκπαίδευσης
- Ευαισθητοποίηση, αναγνώριση και αντιμετώπιση της διάκρισης τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και μέσω της συμμετοχής των μελών των οικογενειών και του ψυχικά πάσχοντα, σε συλλόγους με ανάλογη δραστηριότητα (Ρούκας, Κονταξάκης και Χριστοδούλου, 2005)

Σχετικά με τα μέλη της ευρύτερης ψυχιατρικής κοινότητας θα ήταν εποικοδομητικές οι εξής δράσεις:

- Προσπάθειες εξισορρόπησης του αισθήματος βάρους, το οποίο έχει αρνητικές επιπτώσεις κατά την διάρκεια της θεραπείας και δημιουργείται από την καθημερινή συναναστροφή και από τη φροντίδα ενός ατόμου που αντιμετωπίζει κάποια ψυχική διαταραχή
- Διατήρηση υψηλού επιπέδου γνώσεων και εξειδίκευσης
- Εφαρμογή της τεχνικής της ακοής τόσο στο άτομο όσο και στην οικογένεια. Στην αναφορά που επιβεβαιώνει την ύπαρξη του στιγματισμού σημαντική είναι η απενοχοποίηση
- Στόχος των θεραπειών είναι η στήριξη της θεραπευτικής τους προσέγγισης, η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ψυχικά πάσχοντα και όχι η εξάλειψη των κλινικών συμπτωμάτων του
- Τέλος, οι θεραπευτές θα ήταν καλό να μην ενεργοποιούνται μόνο στο επαγγελματικό τους πλαίσιο αλλά και ως πολίτες να υπερασπίζονται τα δικαιώματα των συμπολιτών τους (Ασημακόπουλος, 2006)

1.17 Κοινοτική και Κοινωνική Ψυχιατρική

Αρχικά η κοινοτική και κοινωνική ψυχιατρική αποτελούν τις προσεγγίσεις εκείνες της ψυχιατρικής σε θεωρητικό και εν συνεχεία σε πρακτικό επίπεδο που διαμορφώνουν τις εξελίξεις στην ιστορία της ψυχικής υγείας από την στιγμή της ένταξης του στοιχείου του αποϊδρυματισμού σε αυτή.

Η κοινωνική - κοινοτική ψυχιατρική θέτει τη παροχή υπηρεσιών πέρα από το παραδοσιακό ψυχιατρικό σύστημα, αναλύει και διευρύνει τους τρόπους και τις μεθόδους προσέγγισης των ψυχικά διαταραγμένων ατόμων δίνοντας έμφαση στη θεραπεία του περιβάλλοντος και εισάγοντας μια σφαιρική θεώρηση των αιτιολογικών παραγόντων. Η ανάπτυξη του συγκεκριμένου κλάδου εντοπίζεται στην ανάγκη για νέες και αποδοτικότερες μορφές θεραπείας και έρευνας της ανθρώπινης συμπεριφοράς. (Μαδιανός, 2000β)

Ο άνθρωπος δρα σε κοινωνικό επίπεδο, δημιουργεί σχέσεις και καταπιάνεται με πολιτιστικά δρώμενα. Το άτομο οικοδομείται και ορίζεται από τις κοινωνικές του σχέσεις. Έτσι κρίνεται αναγκαίο να δοθεί ο ορισμός της κοινότητας καθώς στο πλαίσιο της το άτομο πραγματοποιεί τις παραπάνω ενέργειες.

Ένας ορισμός ο οποίος βασίζεται στα σύγχρονα δεδομένα είναι ο εξής: «ένα σχετικά περιορισμένο σε μέγεθος κοινωνικό σύνολο ατόμων που συνδέονται με κοινούς συναισθηματικούς δεσμούς, οι οποίοι πηγάζουν από την αίσθηση ότι τα

άτομα αυτά μοιράζονται ένα στοιχείο της ζωής τους, τον ίδιο βιοτικό χώρο, έχουν κοινές παραδόσεις και αντιμετωπίζουν κοινές συνθήκες και προβλήματα διαβίωσης, ενώ έχουν ως βάση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους την περιοχή όπου διαμένουν και αναπτύσσουν όλες τις κοινωνικές τους σχέσεις» Υπάρχουν δύο μορφές κοινότητας η μία αφορά την γεωγραφική έκταση (γεωγραφική) και η άλλη το συναίσθημα (συναισθηματική). (Μαδιανός, 2002β)

1.17.1 Ορισμοί Κοινοτικής Ψυχιατρικής

Όπως καταγράφεται στο Ψυχιατρικό Γλωσσάριο της ΑΨΕ το 1954 η Κοινοτική Ψυχιατρική συμπεριλαμβάνει την ενεργοποίηση όλων των διαθέσιμων πόρων και τεχνικών μέσων που προωθούν την εκπόνηση της θεραπείας του ατόμου, το οποίο αντιμετωπίζει κάποια ψυχική διαταραχή σε οικονομικό επίπεδο στα πλαίσια της κοινότητας. (Μαδιανός, 2002β)

Όπως διατυπώθηκε και από τον Ruesch μέσω της ενεργοποίησης των απαιτούμενων δυνάμεων – πόρων στην κοινότητα θα δημιουργηθεί ένα «επιχειρησιακό σύνολο», η χαρακτηριζόμενη Κοινοτική Ψυχιατρική, η οποία έχει ως κύριο στόχο την τροποποίηση των στάσεων, την ενίσχυση της επίγνωσης και την παροχή θεραπείας σε όλους όσους κρίνεται απαραίτητο. (Μαδιανός, 2002β)

Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2000α) η κοινοτική ψυχιατρική ορίζεται ο κλάδος που ασχολείται με τη διερεύνηση των κοινωνικών – πολιτιστικών αιτιών της ασθένειας, την επιδημιολογία, την πρόληψη και την αποκατάσταση των ψυχικών διαταραχών. Στην ουσία της είναι η σύγχρονη ψυχιατρική, η οποία αναγνωρίζει την κοινωνική διάσταση της νόσου και υιοθετεί πρακτικές και υπηρεσίες περίθαλψης ανάλογα (Lemperiere Feline et all, 1995).

Ο όρος Κοινοτική Ψυχιατρική παρουσιάζεται σε μεταφορικό επίπεδο ως παρακλάδι, ως μια ευρύτερη κατηγορία της ψυχιατρικής και πιο συγκεκριμένα βασίζεται στην Κλινική Ψυχιατρική. Στηρίζεται στο στοιχείο της πολυπλοκότητας που παρατηρείται κατά την ανάπτυξη των σχέσεων μεταξύ των ανθρώπων μέσω της διερεύνησης των προγραμμάτων και την αξιολόγηση των υπηρεσιών. Έχει ως στόχο, την εφαρμογή στοιχείων τα οποία προάγουν την πρόληψη, την σταδιακή εξάλειψη και εξαφάνιση της ψυχικής ασθένειας. (Μαδιανός, 2002β)

Μιλώντας για κοινοτική ψυχιατρική θα ήταν σφάλμα να μην αναφέρουμε την ανάπτυξη του όρου Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή. Αναπτύχθηκε στη δεκαετία του '60 παράλληλα με την κοινοτική ψυχιατρική και απευθυνόταν σε υγιείς πληθυσμούς με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής υγείας χωρίς να ψυχιατρικοποιεί τις ψυχοκοινωνικές τους δυσκολίες. Πρόκειται για πολύ-διακλαδικό τομέα που περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που ασκούνται έξω από τις ψυχιατρικές δομές και προάγουν την ψυχική υγεία των μελών μιας συγκεκριμένης ομάδας. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την παραδοσιακή προσέγγιση που εστιάζει στο άτομο όταν βρίσκεται σε κρίση. Δίνεται έμφαση στην σημασία του περιβάλλοντος και της κοινωνίας που παίζει καθοριστικό ρόλο στην έναρξη, τη πορεία και τη θεραπεία της ψυχικής διαταραχής. (Μαδιανός, 2000β)

1.17.2 Αρχές Κοινωνικής Ψυχιατρικής

Πραγματοποιείται διαχωρισμός των αρχών σε δύο κατηγορίες. Με παρεμβατικά στοιχεία και διοικητικής υφής. Αρχικά οι αρχές με παρεμβατικό χαρακτήρα είναι τέσσερις και είναι οι εξής:

- Η αρχή της διαλλακτικής αλληλεπίδρασης. Ο θεραπευτής εντάσσεται στην κοινότητα με τα υπόλοιπα μέλη και η αλλαγή συμβαίνει ταυτόχρονα και από τις δύο πλευρές. Στο εσωτερικό της κοινότητας λαμβάνουν χώρο διεργασίες. Το αποτέλεσμα αυτών των διεργασιών αποτελεί μέρος της εξέλιξης των σχέσεων στην κοινότητα η εμφάνιση «αποκλίνουσας συμπεριφοράς» όπως βία, έγκλημα, κατάχρηση εξουσίας, «τρέλα»
- Από κάθε ερέθισμα - ενέργεια που υλοποιείται επιφέρει στα πλαίσια της κοινότητας και την αντίστοιχη συνέπεια (αποτέλεσμα). Οποιαδήποτε μετατροπή γίνεται επηρεάζει της απόδοση υπηρεσιών από την κοινότητα
- Η επίδραση η οποία οδηγεί στην θεραπεία επιφέρεται τόσο από την περιφέρεια όσο και από τον εξυπηρετούμενο
- Η αρχή της πολιτιστικής συμβατότητας με σκοπό την θεραπεία κλινικού γνωρίσματος σε πρακτικό επίπεδο. Κάθε ενέργεια η οποία πραγματοποιείται πρέπει να είναι σύμφωνη, να μην αντιπαρατίθεται στα στοιχεία τα οποία σκιαγραφούν τον πολιτισμό της κάθε κοινότητας
- Η αρχή της εκλεκτικής θεραπευτικής προσέγγισης. Στην προσέγγιση αυτή γίνεται αναφορά στις θεραπευτικές λειτουργίες που έχουν ήδη δοκιμαστεί και στην επικράτηση εκείνων που παρουσίασαν τον μεγαλύτερο βαθμό απόδοσης
- Η αρχή της θεραπευτικής αυτοπεριοριστικότητας. Κάθε κοινότητα προνοεί μόνη για την θεραπεία της θέτοντας σε λειτουργία τους αντίστοιχους μηχανισμούς (Μαδιανός, 2000β).

Οι αρχές οι οποίες συμπεριλαμβάνονται στην διοικητική υφή είναι :

- Η αρχή της διαρκούς προσαρμογής ή και αμφισβήτησης της οργανωτικής δομής
- Η υπηρεσία η οποία αφορά την αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα διακατέχεται από στοιχεία οργάνωσης έτσι προωθείται και έχει τη δυνατότητα να αναπροσαρμόζεται ως προς τους στόχους και τα τεχνικά ζητήματα. Η παραπάνω αρχή επηρεάζεται από την αρχή της αξιολόγησης η οποία χρησιμοποιείται από τους επιστήμονες
- Η αρχή της δημιουργικής αξιολόγησης: Κάθε πράξη που αποσκοπεί στην θεραπεία υποβάλλεται στην διαδικασία της αξιολόγησης μέσω κριτηρίων, τα οποία επικυρώνουν την ύπαρξη στοιχείων, όπως η αξιοπιστία και η εγκυρότητα
- Η αρχή της αλληλοσυμπλήρωσης: Μία υπηρεσία που απευθύνεται στα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική διαταραχή στα πλαίσια της κοινότητας δεν δύναται να καλύψει πάντοτε όλες τις ανάγκες που παρουσιάζονται και έτσι είτε διαχειρίζεται τους πόρους που είναι διαθέσιμοι από την ίδια την

κοινότητα είτε συνεργάζεται με υπηρεσίες που διεκπεραιώνουν παρόμοιες δραστηριότητες

- Τέλος, η αρχή της συλλογικότητας: Οι δραστηριότητες εκπονούνται μέσω ομάδων, τις Ομάδες Ψυχικής Υγείας. Με αυτό τον τρόπο τα άτομα διακατέχονται από στοιχεία ομαδικότητας και σταδιακά αποκτούν κοινές απόψεις - ιδεολογία (Μαδιανός, 2000β)

1.17.3 Στόχοι Κοινοτικής Ψυχιατρικής

Αρχικά, ανώτατος στόχος της κοινοτικής ψυχιατρικής είναι η υποβάθμιση του σκεπτικού διαχωρισμού φυσιολογικού – μη φυσιολογικού. Οι ψυχικές διαταραχές θεωρούνται σαν όλες τις αρρώστιες με διάφορα στάδια μεταξύ ισορροπίας και ανισορροπίας με εναλλαγή διάφορων συναισθημάτων, ενώ η αναζήτηση της απόλυτης ψυχικής υγείας ανάγεται σε ουτοπική συζήτηση. Επιπλέον, δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην αύξηση του εύρους των υπηρεσιών προς κάθε πληθυσμιακή ομάδα με ιδιαίτερη έμφαση σε αυτούς που είναι πιο ευάλωτοι. Οι υπηρεσίες πρέπει να είναι διαθέσιμες και προσεγγίσιμες σε κάθε άτομο, να είναι ανάλογες στις ανάγκες της κοινότητας, να υπάρξει μείωση εισαγωγών στα ψυχιατρεία και να υπάρξει συμμετοχή των πολιτών σε θέματα πρόληψης, ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης όσον αφορά την ψυχική υγεία. (Μαδιανός, 2000β)

1.17.4 Τρόποι εφαρμογής των κλινικών παρεμβάσεων βάση κοινοτικής ψυχιατρικής. Από την εκδήλωση της ασθένειας μέχρι τη παρέμβαση

Αρχικά υπάρχουν τα στάδια της αρρώστιας που συγκαταλέγονται στα εξής :

Το στάδιο της προνοσηρής κατάστασης

Στο συγκεκριμένο στάδιο αναφερόμαστε σε καταστάσεις προψυχωτικές, υπομανιακές, εμφάνιση καταθλιπτικών ή φοβικών στοιχείων. Στο στάδιο αυτό οι υποστηρικτικές διευθετήσεις στο περιβάλλον του ψυχικά ασθενή ή η ψυχοθεραπευτική δουλειά βοηθούν στην επιβράδυνση ή και την αποφυγή της εμφάνισης της νόσου.

Το στάδιο της εκδήλωσης της διαταραχής

Σε στάδιο αυτό η ψυχολογική λειτουργία του ψυχικά ασθενή παλινδρομεί περισσότερο ή λιγότερο με μεγάλη ποικιλία στην έκφραση της ψυχοπαθολογίας (συμπτώματα). Το περιβάλλον του ασθενούς υφίστανται ένα σοκ. Η υποστήριξη ως προς το περιβάλλον αλλά και ως προς τον ασθενή πρέπει να είναι άμεση και επαρκής. Η ενημέρωση γρήγορη. Η διάγνωση και η θεραπευτικές παρεμβάσεις προσαρμοσμένες στο πρόβλημα, την ιδιοσυγκρασία, τα τυχόν προβλήματα σωματικής υγείας και τη κοινωνική κατάσταση του ασθενούς.

Το στάδιο της χρονιότητας

Η ψυχική διαταραχή όταν εκδηλωθεί μπαίνει σε μια χρόνια κατάσταση. Η χρόνια φάση μπορεί να έχει τη μορφή υποτροπών με καθαρά διαλείμματα, την συνεχή ενεργό μορφή ή και να υποπέσει στο στάδιο της υπολειμματικής κατάστασης όπου επικρατούν τα αρνητικά συμπτώματα. Ο κίνδυνος της ιδρυματοποίησης, αποξένωσης και απομόνωσης είναι μεγάλος, με αποτέλεσμα ο ίδιος ο ασθενής αλλά

και η οικογένειά του πρέπει να προετοιμαστούν για την μακροχρόνια προσπάθεια που χρειάζεται. (Μαδιανός,2000)

Η Διαφορετικότητα στις Κλινικές Παρεμβάσεις της Κοινοτικής Ψυχιατρικής

Στην εφαρμογή της Κοινοτικής Ψυχιατρικής σε κλινικό επίπεδο υπάρχουν κάποιες βασικές διαφοροποιήσεις έναντι του κλασσικού τρόπου παρέμβασης κι θεραπείας.

Αρχικά στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν πηγαίνει ο ασθενής στον θεραπευτή αλλά το αντίστροφο. (Σε αντίθεση με ότι συμβαίνει σε άλλου είδους υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας). Ο θεραπευτής καλείται από τον ασθενή, την οικογένεια ή τη γειτονιά και η συνάντηση γίνεται στο χώρο διαμονής του ασθενούς. Είναι απαραίτητη η συγκατάθεση του ασθενούς πριν από οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση. Μπορεί να είναι το πιο κοπιαστικό και χρονοβόρο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας, αλλά ταυτόχρονα και το πιο σημαντικό βήμα του ασθενούς. Η οικογένεια γίνεται αντικείμενο μελέτης ως προς τα δυναμικά που επικρατούν. Ενημερώνεται και εκπαιδεύεται ώστε να συμμετέχει ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία. Σημαντικό στοιχείο είναι η αποενοχοποίηση, η υποστήριξη και ο καθησυχασμός των φόβων των μελών της οικογένειας. Τέλος, δίνεται κυρίως έμφαση στον διαπροσωπικό και κοινωνικό άξονα της θεραπευτικής παρέμβασης. Γίνεται μια χαρτογράφηση των σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινωνικό-επαγγελματικής κατάστασης του ασθενούς, ώστε με προσεκτικές παρεμβάσεις να διευθετηθούν νοσογόνοι παράγοντες ή να εξομαλυνθούν επιπτώσεις από τη νόσο (Μαδιανός, 2000)

Τα οφέλη για τον ασθενή από την Κοινοτικού τύπου Κλινική Παρέμβαση είναι τα παρακάτω:

- Η βαρύτητα της ψυχικής διαταραχής συμβαδίζει με το βάθος της ψυχολογικής παλινδρόμησης του ασθενούς. Το βάθος της παλινδρόμησης μεγαλώνει εφόσον ο ευαίσθητος ψυχισμός του ασθενούς βρίσκεται σε «λάθος» περιβάλλον. Ο εγκλεισμός, οι ασυλικές συνθήκες νοσηλείας, η καταστολή επιτείνουν την ψυχολογική παλινδρόμηση. Ο θεραπευτής πρέπει να εξαντλεί όλες τις δυνατότητες θεραπείας στο χώρο κατοικίας με σωστό τρόπο πριν καταλήξει στην απόφαση για αναγκαστική νοσηλεία
- Η αποκατάσταση της ψυχικής υγείας γίνεται πιο γρήγορα καθώς ο ασθενής κρατάει μια αυξανόμενη υπευθυνότητα για την κατάσταση της υγείας του και δεν τα περιμένει όλα από τους θεραπευτές
- Η κατανάλωση φαρμάκων προβλέπεται μικρότερη, καθώς η ανάγκη για καλύτερη λειτουργικότητα και ανοχή στα φάρμακα έχει μεγάλη προτεραιότητα στις κοινοτικού τύπου παρεμβάσεις
- Η έμφαση στο ανθρωπιστικό κομμάτι της θεραπευτικής παρέμβασης, η γρηγορότερη ανάκαμψη, η σωστή εκπαίδευση ασθενούς – οικογένειας, έχουν ως αποτέλεσμα την καλύτερη συμμόρφωση των ασθενών στα μακροχρόνια follow-up που απαιτούνται
- Οι στεγαστικές δομές ψυχικής υγείας βοηθούν στην άμεση λειτουργική αποκατάσταση, αποφεύγοντας έτσι την ιδρυματοποίηση, την απομόνωση, την αποξένωση ενός μακροχρόνιου εγκλεισμού σε ίδρυμα

- Με την ενεργό συμμετοχή της οικογένειας αλλά και της κοινωνίας, αλλάζει η στάση απέναντι στον ψυχικά ασθενή και ελαχιστοποιείται το «στίγμα» που τον καταδιώκει (Παπαπαδάτου και Στογιαννίδου, 1988)

Οι τρόποι Υλοποίησης Κοινωνικού Τύπου Κλινικές Παρεμβάσεις:

- Η Πολυεπιστημονική θεραπευτική ομάδα: Η έννοια του θεραπευτή αντικαθίσταται από την Πολυεπιστημονική Θεραπευτική Ομάδα (Π.Θ.Ο), η οποία αποτελείται απαραίτητα από ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη, ψυχολόγο και εργοθεραπευτή. Η κάθε περίπτωση αντιμετωπίζεται συνολικά από την ομάδα. Σε κάθε περίπτωση υπάρχει ο υπεύθυνος, που οργανώνει τις δραστηριότητες της ομάδας, όπου η ομάδα συναποφασίζει και συνεκτιμά καταστάσεις και τύπους παρεμβάσεων. Η ίδια ομάδα έχει διαφορετικό υπεύθυνο και διαφορετικές περιπτώσεις. Οι ειδικότητες των θεραπειών κατά τη λειτουργία της Π.Θ.Ο δεν συγχέονται, αλλά βοηθά την πολύπλευρη θεραπευτική παρέμβαση που απαιτείται.
- Για την καλύτερη λειτουργία της Π.Θ.Ο είναι αναγκαία η ύπαρξη «κινητής μονάδας», αντιμετώπιση δηλαδή ψυχολογικών κρίσεων σοβαρού τύπου, όπου απαιτείται πολύωρη παραμονή δίπλα στον ασθενή.
- Η ύπαρξη σωστά προσανατολισμένης και εκπαιδευμένης γραμματειακής μονάδας.
- Η αντιμετώπιση της χρόνιας φάσης της νόσου απαιτεί την ύπαρξη των λεγόμενων «ενδιάμεσων δομών», δηλαδή Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευόμενα Εργαστήρια. Με αυτό τον τρόπο οι κλινικές παρεμβάσεις θα μπορέσουν να ολοκληρωθούν με επιτυχία (ΚΕ.ΚΟΙ.ΨΥ, 1994)

1.17.5 Ορισμός Κοινωνικής Ψυχιατρικής

Η ψυχική ζωή των ανθρώπων δε δημιουργείται σε αντίθεση με την κοινωνική ζωή αλλά αποτελεί συστατικό στοιχείο της, στοιχείο που αναπτύσσεται στα πλαίσια του «ζω μαζί». Η ψυχική υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με αυτή την αντίληψη της συλλογικότητας. (Μάτσα, 2006)

Η κοινωνική ψυχιατρική έρχεται να τοποθετήσει εκ νέου την ψυχιατρική μέσα στο φυσικό της πλαίσιο, δηλαδή την κοινότητα. Η αναγκαιότητα αυτής της ενέργειας πηγάζει από την άποψη ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά δεν μπορεί να κατανοηθεί έξω από το φυσικό της περιβάλλον στο οποίο διαμορφώνεται και εκδηλώνεται. Οφείλεται να μελετάται η αλληλεπίδραση του συνόλου στην ατομική συμπεριφορά καθώς αποτελεί μέρος του όλου. Εκεί ακριβώς στοχεύει η κοινωνική ψυχιατρική, στη δράση της σε συγκεκριμένο πλαίσιο – την κοινότητα – εξετάζοντας και λαμβάνοντας υπόψη όλους τους παράγοντες. (Μαδιανός, 2000β)

Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2000α) όπως μελετήθηκε από τον Southard ο οποίος είναι ο πρώτος που όρισε την Κοινωνική Ψυχιατρική, ανέφερε πως είναι αποτέλεσμα της συνένωσης των εννοιών «κοινωνικού» και της «Ψυχιατρικής». Χρησιμοποιούνται σύγχρονες τεχνικές για την εύρεση του τρόπου κατά τον οποίο θα αποδίδονται οι κοινωνικές υπηρεσίες και βασίζεται στον ήδη υπάρχων διαχωρισμό των χαρακτηριστικών και ηθολογικών γνωρισμάτων του συμπεριφορισμού της

επαγγελματικής ψυχολογίας και των υπόλοιπων κλάδων με παρόμοιο αντικείμενο μελέτης.

Τέλος, ένας ακόμα ορισμός όπως διατυπώθηκε από τον Ruesch είναι ότι η Κοινωνική Ψυχιατρική αποτελεί ένα σύνολο ενεργειών που εμπεριέχουν στοιχεία από την κοινωνιολογία και ανθρωπολογία, τη διερεύνηση των κοινωνικών φαινομένων, αξιών, θεσμών και συμπεριφορών που αφορούν τις συναλλαγές στο πλαίσιο ύπαρξης ψυχοπαθολογίας, την επιδημιολογία, την οικολογική προσέγγιση, τη μελέτη κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, την προληπτική άποψη μέσω της δημιουργίας νόμων, κοινωνικής οντότητας και προσωπικής ιδεολογίας και την θεραπεία των ατόμων που αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική διαταραχή. (Μαδιανός, 2000α)

1.17.6 Αρχές Κοινωνικής Ψυχιατρικής

Κατά τον Bierer, η Κοινωνική Ψυχιατρική δέχεται την επιρροή έξι αρχών οι οποίες είναι οι εξής:

- Η αρχή της συσχέτισης: Οποιοδήποτε γεγονός συμβαίνει στην ζωή του ατόμου αποτελεί αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης με μία κατάσταση ή ένα άλλο άτομο
- Η αρχή της καθολικότητας: Διερευνάται η κοινωνική οντότητα του ατόμου ολόπλευρα
- Η αρχή της συνειδητής βούλησης: Σύμφωνα με τον Adler τα άτομα θεωρούν ότι η δημιουργία ενός πράγματος ή μιας κατάστασης βασίζεται σε συγκεκριμένους σκοπούς ή αιτίες (τελεολογική αντίληψη)
- Την αλληλεπίδραση κέντρου και περιφέρειας: Η θεραπεία δεν προέρχεται από το άτομο που αντιμετωπίζει μία δυσκολία, όπως υποστηρίζεται από την ψυχαναλυτική θεώρηση, αλλά από εξωτερικούς παράγοντες (θεραπευτική επίδραση)
- Η πολυδιάστατη προσέγγιση: Αφορά την διαδικασία κατά την θεραπευτική πράξη, τις διεργασίες που λαμβάνουν χώρα στο ασυνείδητο σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες στην κοινωνία
- Τέλος, η θεραπεία μέσω εμπειρίας: Σχετίζεται με τις δραστηριότητες που εκπονούνται στα Νοσοκομεία Ημέρας και στην Κοινωνική Λέσχη (π.ψ Ψυχόδραμα)

Κλείνοντας αξίζει να αναφερθεί πως η κοινοτική ψυχιατρική αποτελεί την πρακτική πλευρά της κοινωνικής ψυχιατρικής. Η παραπάνω πρόταση στηρίζεται στο γεγονός πως η πρώτη δίδει μεγαλύτερη προσοχή στην εφαρμογή και στο πλαίσιο της κοινότητας των διάφορων υπηρεσιών και στην αξιολόγηση τους, ενώ η δεύτερη δίνει έμφαση στη θεωρία και στην έρευνα των παραγόντων που επηρεάζουν την εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών (Goldston, 1956)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΟΙ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΕΣ (ΑΝΑΔΟΧΕΣ) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ

2.1. Ιστορική Αναδρομή

«Οι Φιλοξενούσες Οικογένειες είναι οικογένειες στις οποίες ανατίθεται η φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ή και διαταραχές αυτιστικού τύπου και μπορεί να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς υπό την προϋπόθεση ότι δεν τελούν σε πρώτο βαθμό συγγένειας με τον ασθενή». (<http://www.floxenouses.gr>, πρόσβαση στις 31 Μαΐου 2015)

Στην Ευρώπη, ο όρος «Φιλοξενούσες Οικογένειες» αντικαθίσταται με τον όρο «θεραπευτική αναδοχή οικογένειας» (Θ.Α.Ο). (Rosso, Debord και συν, 2008) Η φιλοξενία ψυχικά αρρώστων και συγκεκριμένα ο θεσμός της ανάδοχης οικογένειας χρονολογείται από τον Μεσαίωνα στην Ευρώπη, θεωρώντας πως η ψυχική ασθένεια θεραπεύονταν από κάποιους άγιους, προσδίδοντας με αυτόν τον τρόπο οι κάτοικοι έντονη θρησκευτική διάσταση. (Sans, 1997)

Συγκεκριμένα, ο πιο φημισμένος τόπος θεραπείας της τρέλας ήταν η περιοχή Gheel του Βελγίου, όπου οι χωρικοί φιλοξενούσαν ψυχικά αρρώστους και τους απασχολούσαν σε αγροτικές εργασίες, αναπληρώνοντας την πραγματική οικογένεια και το κράτος αντίστοιχα βοηθούσε οικονομικά τη διαβίωση του αρρώστου. (Μαδιανός, 2005)

Η πρακτική της αναδοχής ψυχιατρικών ασθενών στα τέλη του 19^{ου} αιώνα αρχές 20^{ου} άρχισε να χάνει τη θρησκευτική σημασία δίνοντας βαρύτητα σε οικονομικούς και θεραπευτικούς λόγους. Εκτός από τον κορεσμό των ασύλων λόγω υπέρ-συσσώρευσης και την οικονομική επιβάρυνση του κράτους, αναπτύσσονται οι επιστήμες που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, αναζητώντας νέες θεραπείες, ψυχοφάρμακα και εφαρμόζοντας εναλλακτικές δομές περίθαλψης της ψυχικής ασθένειας. (Χαβάκη, Κονταξάκη και συν, 1994)

Κατά τη δεκαετία του 1970 στην Ευρώπη η Θ.Α.Ο για ψυχικά πάσχοντες μαζί με τις «μεταβατικές δομές», δηλαδή ξενώνες και διαμερίσματα υποστηριζόμενης διαμονής, προσέλαβαν μεγάλες διαστάσεις στα προγράμματα αποασυλοποίησης των χρόνιων ψυχικά ασθενών. Αποτέλεσμα των παραπάνω ενεργειών είναι ο θεσμός των Φιλοξενουσών Οικογενειών να αποτελεί τη συνέχεια μιας παράδοσης αιώνων για την ελληνική κοινωνία με ενδιαφέροντα ευρήματα, δημοσιεύσεις για την κλινική και ψυχοκοινωνική έκβαση ομάδων ασθενών υπό αναδοχή και για τους παράγοντες που την επηρεάζουν. (Καλλινικάκη, 2001)

Όσο αφορά την *ανάδοχη φροντίδα ανηλίκων στην Ελλάδα*, ξεκίνησε η εφαρμογή της το 1998, έπειτα από την ανάθεση στον Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας (ΠΙΚΠΑ, Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας και το Κέντρο Βρεφών ΜΗΤΕΡΑ), όπου έχει καταργηθεί σήμερα. Το 2000 δημοσιεύτηκαν στοιχεία από τους τρεις προαναφερόμενους φορείς (585 παιδιά/450 οικογένειες) με θετικά αποτελέσματα ως προς την εξέλιξη των παιδιών με την μείωση της ιδρυματοποίησης καθώς και την ενίσχυση της πρόληψης. Η μόνη επισήμανση όπου παρατηρήθηκε

ήταν η έλλειψη προσφοράς ανάδοχων οικογενειών για εφήβους συγκριτικά με την προσφορά για βρέφη, νήπια και παιδιά (από τα 162 παιδιά) (Γκούβα και συν, 2013)

Ένα άλλο επιχείρημα αναδοχής ξεκίνησε από το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής το 1989 ως πειραματικό πρόγραμμα επιδοτούμενο από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Κανονισμός 815/84). Στόχος του προγράμματος ήταν η ένταξη παιδιών και εφήβων με ειδικές ανάγκες σε ξένες ή συγγενικές οικογένειες, όπου μετά από μακροχρόνια νοσηλεία θα επέστρεφαν στην φυσική τους οικογένεια. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα εφαρμόστηκε για δέκα χρόνια σε έντεκα παιδιά και εφήβους με μερική βελτίωση (Γκούβα και συν, 2013)

Σχετικά με την ανάδοχη φροντίδα ενηλίκων στην Ελλάδα, ιδρύθηκε το 1989 στη χώρα μας το πρώτο πρόγραμμα ανάδοχων οικογενειών για ψυχιατρικούς ασθενείς το Κ.Ψ.Υ που μετονομάστηκε σε Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, στους οποίους συμπεριέλαβε και πρώην τροφίμους του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου. Ακολούθησε το 1998 η Μονάδα Αναδόχων Οικογενειών (ΜΑΟ) της ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών - Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Ο κανονισμός λειτουργίας των συγκεκριμένων προγραμμάτων θα αναλυθεί στο κεφάλαιο που θα ακολουθήσει. (Μαδιανός, 2005)

Οι Φιλοξενούσες Οικογένειες αποτελούν Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για ψυχικά πάσχοντες, που θεσμοθετήθηκε με το Ν.2716/99 και δίνουν τη δυνατότητα σε οικογένειες που δεν έχουν συγγένεια πρώτου βαθμού με τον ψυχικά πάσχοντα να τον «φιλοξενήσουν» για χρονικό διάστημα που προσδιορίζεται στη σύμβαση της φιλοξενούσας οικογένειας και της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που λειτουργεί το πρόγραμμα αυτό. Μπορεί να φιλοξενήσουν και μεμονωμένα άτομα εφόσον πληρούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις. (παρ.5 του άρθρου 9 του Ν.2716/99) (<http://www.filoxenouses.gr>, πρόσβαση στις 31 Μαΐου 2015)

2.2. Νομικό πλαίσιο Φιλοξενουσών Οικογενειών στη Ελλάδα

Η ανάδοχη φροντίδα στην Ελλάδα έχει συνδυαστεί με το κομμάτι της παιδικής προστασίας, λαμβάνοντας παιδοκεντρικό χαρακτήρα, με σκοπό να διαφυλάξει τα παιδιά από της συνέπειες της ιδρυματικής περίθαλψης. Η αναδοχή βάση της Σίνδρου Μ. (2001), είναι το μέσο πρόληψης για την κατάργηση του ιδρυματισμού. Βάση του Νομικού Πλαισίου των Φιλοξενουσών Οικογενειών υπάρχουν διάφοροι τύποι αναδοχής ανάλογοι της διάρκειας και των στόχων που εξυπηρετούν και αυτοί είναι:

- Η Μακροχρόνια αναδοχή: Διαρκεί πολλά χρόνια ή είναι μόνιμη
- Η Μεσοπρόθεσμη αναδοχή: Διαρκεί από ένα έως δύο χρόνια με την προοπτική ο φιλοξενούμενος να επιστρέψει στη φυσική του οικογένεια
- Η Βραχυπρόθεσμη αναδοχή: Διαρκεί μερικές βδομάδες ή μήνες και εφαρμόζεται για ανήλικους που έχουν απομακρυνθεί προσωρινά από την οικογένεια τους λόγω οικογενειακής κρίσης
- Η Επείγουσα αναδοχή: Διαρκεί για λίγες ημέρες με άμεση απομάκρυνση από την οικογένεια του

- Η Αναδοχή ημέρας: Διαρκεί μέχρι το τέλος της ημέρας όπου τα παιδιά επιστρέφουν στο σπίτι τους
- Η Αναδοχή Φιλοξενίας: Αυτός ο τύπος αναδοχής προσφέρεται τα Σαββατοκύριακα και τις καθιερωμένες διακοπές Χριστουγέννων, Πάσχα και καλοκαιριού
- Η Ανακουφιστική αναδοχή: Μικρής διάρκειας φιλοξενία, συγκεκριμένα παιδιών με ειδικές ανάγκες, προκειμένου να ξεκουραστούν και να ανακουφιστούν για λίγο οι φυσικοί ή και οι ανάδοχοι γονείς
- Η Εγκλείουσα αναδοχή: Στη συγκεκριμένη περίπτωση η φυσική οικογένεια έχει προγραμματισμένες επαφές με την ανάδοχη οικογένεια με σκοπό το παιδί να επιστρέψει στη βιολογική του οικογένεια
- Η Αποκλείουσα αναδοχή: Σε αυτή την περίπτωση οι ανάδοχοι γονείς θέτουν φραγμούς στην επικοινωνία του παιδιού με τους φυσικούς τους γονείς
- Η Θεραπευτική επαγγελματική αναδοχή: Οι ανάδοχες οικογένειες προορίζονται να αναλάβουν έπειτα από εκπαίδευση και καθοδήγηση τα «δύσκολα» παιδιά» (Σίνδρου, 2001)

Ο όρος «Φιλοξενούσα Οικογένεια» παρουσιάζεται για πρώτη φορά το 1983 ως φορέας ψυχιατρικής περίθαλψης χωρίς την απόδοση των σημερινών της γνωρισμάτων. Ο Νόμος 2071/1991 αποτελεί προέκταση και εξέλιξη του 1397/1983.

Η πρώτη αναφορά στον όρο «Φιλοξενούσες Οικογένειες» πραγματοποιήθηκε το 1990, λόγω των συνθηκών που επέβαλλαν τον ερχομό μεταρρυθμίσεων στο πλαίσιο ψυχικής υγείας. Έτσι δημιουργείται ο Νόμος 2716/1999, ο οποίος σχετίζεται με την παροχή υπηρεσιών, οι οποίες εντάσσονται στο φάσμα της ψυχικής υγείας. Το γενικό πλαίσιο παρεχόμενων υπηρεσιών όσο αφορά τις Φιλοξενούσες Οικογένειες διατυπώνεται στο άρθρο 14 της ΚΥΑ 19353/19-10/2001.(ΦΕΚ 1433/22-10-2001)

Πιο συγκεκριμένα, «οι ενέργειες για την αποκατάσταση σχετικά με τα προγράμματα που αφορούν τις φιλοξενούσες οικογένειες υλοποιούνται από τα Νοσοκομεία, (Ν. 2592/1953 και του Ν. 1397/1983), τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας, τις Πανεπιστημιακές Μονάδες και τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας». Εκείνα έχουν ως αντικείμενο μελέτης και παρατήρησης, την διαβίωση και την ένταξη των ατόμων που αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική διαταραχή και διανύουν την ενήλικη περίοδο της ζωής τους, όσο αφορά το φάσμα του χρόνου, σε οικογένειες οι οποίες να πληρούν κάποιες προϋποθέσεις.

Επιπλέον, σύμφωνα με τον παραπάνω Νόμο (2716/1999), τα άτομα τα οποία συμμετέχουν σε αυτήν την διαδικασία συνδέονται με σχέση συγγένειας (με εξαίρεση πρώτου βαθμού) ή αποτελούν μέρος του ευρύτερου περιβάλλοντος. Ακόμη, η λήψη των υποχρεώσεων από την δημιουργία μιας «φιλοξενούσας οικογένειας» μπορεί να συμβεί από ένα και μόνο άτομο .(ΦΕΚ 1433/22-10-2001)

Ο Νόμος 2716/1999 επιπροσθέτως, εμπεριείχε την πληροφορία δημιουργίας του επόμενου Νόμου που είναι ο 19353/12.10.2001. Προκαθόριζε τον ερχομό του σε διάστημα εννέα μηνών. Ωστόσο, ο Νόμος εφαρμόστηκε έπειτα από δύο χρόνια. Ο Νόμος αυτός επικεντρώνεται στην ανάλυση κάθε παραμέτρου που αφορά την

λειτουργία του προγράμματος (Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα, Προϋποθέσεις, Αρχές, Δικαιώματα Ασθενών, Εκπαίδευση Οικογενειών και την Εποπτεία του προγράμματος) (Γκούβα και συν, 2013) Ακολουθεί ανάλυση των άρθρων του νομικού πλαισίου των «Φιλοξενουσών Οικογενειών».

ΑΡΘΡΟ 4

2.2.1. Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα

Η υπόσταση και ο ρόλος της *Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας* (Θ.Υ.Δ.Ο) ορίζεται από το Άρθρο 4 του παραπάνω Νόμου, παράγραφος 1. «Τα άτομα τα οποία απαρτίζουν την Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα επιλέγονται από το διοικητικό όργανο έπειτα από την ενέργεια εισήγησης του επιστημονικά υπεύθυνου. Η Θ.Υ.Δ.Ο αναλαμβάνει αρμοδιότητες οι οποίες αφορούν το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών. Εκείνη αποτελείται από ψυχίατρο, παιδοψυχίατρο, παιδοψυχολόγο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας και ειδικό παιδαγωγό αν κριθεί απαραίτητο».

Στην παράγραφο 2 του ίδιου άρθρου, «γίνεται λόγος στον ρόλο της Θ.Υ.Δ.Ο ο οποίος συμπεριλαμβάνει την εκμάθηση του ασθενούς σε ατομικό επίπεδο με σκοπό την ένταξη του στο παραπάνω πρόγραμμα, την παροχή ψυχολογικής στήριξης και εκπαίδευσης κατά την περίοδο προετοιμασίας της Φιλοξενούσας οικογένειας, στοιχεία αξιολόγησης του προγράμματος, στοιχεία συνεργασίας με τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, διατήρηση των προκαθορισμένων κανόνων του συμβολαίου που έχει δημιουργηθεί από τα άτομα τα οποία συμμετέχουν σε αυτή τη διαδικασία και τέλος υλοποίηση κάθε άλλης ενέργειας η οποία ενισχύει θετικά το πρόγραμμα». (Μαδιανός, 2005)

Στο συγκεκριμένο άρθρο στην παράγραφο 3, τίθεται η επιπλέον πληροφορία πως η Θ.Υ.Δ.Ο αναλαμβάνει και την επιτήρηση για την πραγματοποίηση της σύμβασης με καθοδηγητή τον Επιστημονικά Υπεύθυνο δημιουργώντας «φάκελο» φιλοξενίας, ο οποίος περιέχει την κλινική κατάσταση που αφορά τόσο το ίδιο το άτομο από το παρελθόν μέχρι και την παρούσα περίοδο (ψυχιατρικό και οικογενειακό ιστορικό) όσο και για την υποψήφια οικογένεια. Για την υλοποίηση της παραπάνω διάγνωσης καταθέτονται δομημένα εργαλεία εκτίμησης (Ερωτηματολόγια εκτίμησης της συμπεριφοράς και ιδιαίτερα με στοιχεία που επιβεβαιώνουν την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας)

Ακόμη, όπως αναγράφεται στην παράγραφο 4, η παραπάνω ομάδα συνεργάζεται τόσο με τον ψυχολόγο, ο οποίος εξετάζει και πρωτίτερα τον ασθενή από την ένταξη του στο πρόγραμμα, αλλά και ασκώντας έλεγχο επικοινωνώντας με τους αρμόδιους, οι οποίοι φροντίζουν τα άτομα αυτά καθημερινά ή με τους δασκάλους και τους καθηγητές όταν πρόκειται για άτομα που διανύουν την παιδική ή εφηβική περίοδο. (Μαδιανός, 2005)

Η παράγραφος 5, αναφέρει πως παρέχονται συμβουλευτικές υπηρεσίες στην φιλοξενούσα οικογένεια για την βελτίωση της ποιότητας του ατόμου που θα ενταχθεί τόσο σε οικογενειακό επίπεδο όσο και για την αποδοχή του από το ευρύτερο περιβάλλον (ευαισθητοποίηση). Αποδίδεται στήριξη και λόγω εμφάνισης εκτάκτων γεγονότων όπως προβλήματα υγείας μέλους της οικογένειας ή θάνατο (παράγραφος 6).

Τέλος, ορίζεται ειδικός ο οποίος εξειδικεύεται σε θέματα δυναμικής της ομάδας έτσι ώστε να εποπτεύει την Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα (παράγραφος 7) (Μαδιανός, 2005)

ΑΡΘΡΟ 7

2.2.2. Δικαιώματα του ασθενούς που έχει τοποθετηθεί σε πρόγραμμα Φιλοξενουσών οικογενειών

Σε αυτό το άρθρο δίνεται η πληροφορία πως την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν στα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών έχει αναλάβει η Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα, η Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας και η Επιτροπή Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (τα δικαιώματα ορίζονται στο άρθρο 2 του Ν. 2716/99). (Μαδιανός, 2005)

ΑΡΘΡΟ 9

2.2.3. Διαδικασία Εκπαίδευσης της Φιλοξενούσας Οικογένειας

Σύμφωνα με το άρθρο 9, παράγραφος 1 του νόμου 1953/2001 για την εκπόνηση της διαδικασίας της εκπαίδευσης της Φιλοξενούσας οικογένειας πραγματοποιούνται προγράμματα τα οποία διαρκούν μικρό χρονικό διάστημα και διοργανώνονται από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο σε συνεργασία με την Θ.Υ.Δ.Ο και άλλους αντίστοιχους φορείς. Έτσι, στην παράγραφο 2 του ίδιου άρθρου επικυρώνεται η υλοποίηση εκπαιδευτικών διαδικασιών και προτού και κατά την διάρκεια της τοποθέτησης των ατόμων στην οικογένεια όταν κρίνεται αναγκαίο. (Μαδιανός, 2005)

ΑΡΘΡΟ 10

2.2.4. Εποπτεία Φιλοξενούσας Οικογένειας

Τα μέλη από τα οποία απαρτίζεται η Θεραπευτική Υποστηρικτική Ομάδα καθορίζονται από τον Επιστημονικά Υπεύθυνο και λαμβάνουν την αρμοδιότητα να εξετάζουν την ποιότητα των συνθηκών διαβίωσης του ατόμου που έχει ενταχθεί σε κάποια Φιλοξενούσα Οικογένεια (κλινική κατάσταση, κοινωνική και οικονομική αποκατάσταση, επίτευξη ή μη Ψ.Α, σχολική επίδοση - παροχή πληροφοριών επαγγελματικού προσανατολισμού εάν πρόκειται για παιδιά (παράγραφος 1). Έπειτα, συντάσσεται έκθεση από την Θεραπευτική Υποστηρικτική Ομάδα, η οποία περιέχει τα παραπάνω στοιχεία και δίνεται στη Διοίκηση του φορέα (παράγραφος 2). (Μαδιανός, 2005)

ΑΡΘΡΟ 13

2.2.5. Διακοπή της σύμβασης Φιλοξενουσών Οικογενειών

Αρχικά, σύμφωνα με τη παράγραφο 1 του παραπάνω άρθρου την δικαιοδοσία για τη διακοπή της σύμβασης κατέχουν ο Επιστημονικός Υπεύθυνος και η Θεραπευτική Διεπιστημονική Ομάδα ύστερα από την διαπίστωση ότι δεν τηρούνται

τα στοιχεία τα οποία προάγουν την αξιοπρεπή διαβίωση του ατόμου που θα ενταχθεί στην οικογένεια.

Επιπλέον, σε περίπτωση που ο ασθενής ο οποίος διανύει την ενήλικη περίοδο της ζωής του, ζητήσει την απομάκρυνση από την οικογένεια και την μη συμμετοχή πλέον στο πρόγραμμα, πραγματοποιείται έρευνα με σκοπό την διερεύνηση των λόγων για τρεις μήνες (παράγραφος 2). Εάν η Φιλοξενούσα οικογένεια επιθυμήσει την αποχώρηση της από το πρόγραμμα, πραγματοποιεί την αίτηση και ύστερα από δύο μήνες εκείνη γίνεται δεκτή. Στο διάστημα αυτό ο Υπεύθυνος και η Διεπιστημονική Ομάδα υποχρεούνται να έχουν βρει κάποια αντίστοιχη δομή η οποία να καλύπτει τις ανάγκες του ατόμου. (παράγραφος 3). (Μαδιανός, 2005)

ΑΡΘΡΟ 16

2.2.6. Διακοπή του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών

Πραγματοποιείται μόνο σε περίπτωση όπου έχουν λάβει υπόσταση οι στόχοι και ο σκοπός του προγράμματος ο οποίος είναι η αυτονομία των ασθενών. Είναι απαραίτητη η διασφάλιση της παροχής φροντίδας ύστερα από την ολοκλήρωση του προγράμματος. (Μαδιανός, 2005)

Τέλος, από τον Νόμο 19353/2001, προκύπτει η δημιουργία της απόφασης Υ5β/ΓΠ/οικ.35724/02 (ΦΕΚ Β 485/19-4-02), η οποία αφορά το *ειδικό ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο*, δηλαδή το χρηματικό ποσό που παρέχεται στην οικογένεια κάθε μήνα το οποίο ορίζεται από την υπουργική απόφαση του Ν. 2592/1953 και του Ν. 1397/1983.

Πιο συγκεκριμένα, στη παράγραφο 2 του άρθρου 13 του Ν. 2716/99 γνωστοποιείται πως αποδίδεται στις φιλοξενούσες οικογένειες που φροντίζουν παιδιά ή εφήβους μέχρι και 18 ετών, το ποσό των 29,00 ευρώ για κάθε άτομο και ημέρα. Το 85% παρέχεται στην οικογένεια για την πληρότητα της διαμονής, της διατροφής, της ένδυσης, της φαρμακευτικής αγωγής και της ψυχαγωγίας και το 15% δίνεται στην διοίκηση για την κάλυψη των ειδικών παιδαγωγών που εποπτεύουν τα παιδιά. Για τους ενήλικες οι οποίοι αντιμετωπίζουν ψυχικές διαταραχές, στοιχεία που σκιαγραφούν την ύπαρξη αυτισμού, νοητική υστέρηση και δευτερογενής ψυχικές διαταραχές αντιστοιχούν 18,00 ευρώ ανά άτομο και μέρα (90%), ενώ το υπόλοιπο 10% αντιστοιχεί στην διοίκηση. (ΦΕΚ 1433/22-10-2001)

2.3. Αρχές και Προϋποθέσεις Φιλοξενουσών Οικογενειών

Βάση του Άρθρου 1 και Άρθρου 2 του Ν. 2716/99 έχουν καθοριστεί συγκεκριμένες αρχές και προϋποθέσεις για την σωστή λειτουργία του προγράμματος Φιλοξενουσών οικογενειών και είναι οι εξής:

Αρχές (Άρθρο 1)

Τα Προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών (Π.Φ.Ο) που παρέχουν υπηρεσίες Ψ.Α σε ενήλικες σύμφωνα με την παρ. 5 του άρθρου 9 του Ν.2716/99 διέπονται από τις παρακάτω 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, δευτερογενής ψυχικές διαταραχές ή διαταραχές αυτιστικού τύπου, όπως ορίζονται στο άρθρο 2 παρ.3 του Ν.2716/99. Μέσω του άρθρο 2 του Ν. 2716/99 δημοσιοποιούνται τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων και είναι τα εξής:
- Περίθαλψη (εκούσια ή ακούσια) διατηρώντας αρχές και στοιχεία που προάγουν την βελτίωση της διαβίωσης του. Με τον όρο «εκούσια περίθαλψη» υποδηλώνεται το στοιχείο γνώσης της κατάστασης από τον ίδιο τον ασθενή και η ηθελημένη απολαβή υπηρεσιών. Με τον όρο «ακούσια» όταν δεν υπάρχει η δυνατότητα κρίσης για τον ασθενή
 - Ισότητα
 - Διαφύλαξη προσωπικών δεδομένων
 - Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση.
 - Κοινωνική ένταξη και δραστηριοποίηση στην κοινότητα
 - Διεκδίκηση και πληρότητα του αισθήματος της καταξίωσης
- 3) Τις αρχές και τους στόχους της Συναινετικής Διακήρυξης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, όπως δημοσιεύτηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.
- 4) Τις διατάξεις του Ν.2101/92 (ΦΕΚ 192Α'/2-12-1992) «Κύρωση της Διεθνούς Σύμβασης για τα δικαιώματα του παιδιού» (Μαδιανός, 2005)

Προϋποθέσεις (Άρθρο 2)

«Απαραίτητες προϋποθέσεις για την σωστή λειτουργία του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών είναι οι εξής:

α) Η κατάθεση ολοκληρωμένου προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών από το φορέα υλοποίησης στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και η έγκρισή του από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

β) Ο ορισμός του Επιστημονικού Υπεύθυνου του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών από τη Διοίκηση του φορέα που αναλαμβάνει την υλοποίηση του προγράμματος.

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

δ) Η λειτουργική διασύνδεση του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν στο πλαίσιο του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής Υγείας» (Μαδιανός, 2005)

2.4. Πριν την τοποθέτηση ενός ψυχικά αρρώστου σε μια ανάδοχη οικογένεια θα πρέπει να υπάρξει:

- Πληροφόρηση της ανάδοχης οικογένειας με ειλικρίνεια για την βαρύτητα της κατάστασής του και δέσμευση από πλευράς οικογένειας για συνεργασία με σκοπό την ομαλή ένταξη του μέλους στην κοινότητα

- Εκτίμηση του επιπέδου λειτουργίας της οικογένειας πριν και μετά την τοποθέτηση του ψυχικά ασθενή στην θετή οικογένεια
- Εκτίμηση της ετοιμότητας της οικογένειας να συμμετέχει στη φροντίδα του μέλους
- Εκπαίδευση των μελών της οικογένειας για τυχόν συμπτώματα (υποτροπές) του ασθενή κατά τη παραμονή του, καθώς και για τους τρόπους αντιμετώπισής τους
- Εκμάθηση νέων τρόπων χειρισμού των προβλημάτων που πιθανότατα να παρουσιαστούν από πλευράς ανάδοχης οικογένειας, καθώς και δέσμευση να συμμετέχει και να συνεργάζεται με τη διεπιστημονική ομάδα
- Ψυχολογική υποστήριξη (Μαδιανός, 2005)

2.5. Αναγκαιότητα Δημιουργίας Προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών

Όταν αναφερόμαστε στην λέξη «αναγκαιότητα», εννοούμε την έλευση του διαφορετικού και του καινούργιου, καθώς και μια νέα μεταρρύθμιση που μπορεί να επιτελέσει το ρόλο του καταλύτη στη δημιουργία προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών, αποφεύγοντας με αυτό τον τρόπο τα εξής:

- 1) Κατάχρηση εισαγγελικών εντολών
- 2) Παραβίαση ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας
- 3) Επέκταση του φαινομένου της περιστρεφόμενης πόρτας σε νέους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- 4) Απουσία οργανωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος πρώιμης διάγνωσης και παρέμβασης
- 5) Έλλειψη συνέχειας της φροντίδας μεταξύ των δομών
- 6) Νέου είδος ιδρυματισμό στην Κοινότητα για τις ενδιάμεσες δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Γκούβα και συν, 2013)

Σύμφωνα με τον Σύλλογο για την Ψυχική Υγεία – Σ.Ο.Ψ.Υ. ΠΑΤΡΑΣ στα πλαίσια της πράξης «Δράσεις υποστήριξης για την υλοποίηση προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών στην 6^η Υγειονομική Περιφέρεια για την εδραίωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης», η αναγκαιότητα δημιουργίας και λειτουργίας Π.Φ.Ο οφείλεται στους παρακάτω λόγους:

- Οι δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης δεν επαρκούν να καλύψουν τις ανάγκες των ληπτών υπηρεσιών υγείας από την στιγμή που κάθε μέρα παρουσιάζονται καινούργιοι λήπτες με τις ίδιες ανάγκες, με αποτέλεσμα οι ξενώνες να έχουν μετατραπεί σε ξενώνες μακράς νοσηλείας για τους ήδη πάσχοντες, χωρίς την δημιουργία ενός πραγματικού συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ακυρώνοντας κατά αυτό τον τρόπο την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και ενισχύοντας την ιδρυματοποίηση και όχι την ικανότητα αυτόνομης διαβίωσης.

- Τα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών έχουν μικρότερο κόστος συγκριτικά με στεγαστικές δομές ή παραμένοντας ο ψυχικά ασθενής σε μια ψυχιατρική κλινική.
- Με τη δημιουργία του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών ο προϋπολογισμός κατανέμεται εξολοκλήρου με κριτήριο την τοποθέτηση ενός ωφελούμενου σε φιλοξενία (ανάδοχη) οικογένεια, σε αντίθεση με τις υπηρεσίες (ξενώνες) που οι περισσότερες δαπάνες είναι για ενοίκιο και μισθοδοσίες.
- Στα Προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών ο χρόνος παραμονής προσδιορίζεται βάση της σύμβασης (συμβόλαιο) αποφεύγοντας με αυτό τον τρόπο την ανάπτυξη της συναισθηματικής εξάρτησης, την μόνιμη προσωρινότητα καθώς και την ιδρυματοποίηση, συγκριτικά με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που παρατηρείται η μη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς καθώς και η μη αποτελεσματικότητα που σχετίζεται με την λειτουργική και κλινική του κατάσταση.
- Με την δημιουργία των προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπαίνουν στην διαδικασία να σχεδιάσουν, να αξιολογήσουν, να συνεργαστούν και να αποκτήσουν μια φιλοσοφία που ξεπερνάει απλά την επαγγελματική ικανοποίησή τους.
- Η ένταξη του ψυχικά ασθενή στην Φιλοξενούσα Οικογένεια γίνεται έπειτα από την αντικειμενική αξιολόγηση της διεπιστημονικής ομάδας με την χρήση οργάνων εκτίμησης και όχι βάση διοικητικών ή οικονομικών κριτηρίων.
- Κατά την παραμονή του ψυχικά αρρώστου στη ανάδοχη οικογένεια παρακολουθείται συνεχώς από την διεπιστημονική ομάδα, ελέγχοντας την ομαλοποίηση του οικογενειακού κλίματος, την μείωση του οικογενειακού φόρτου, την τροποποίηση στάσεων απέναντι στον άρρωστο, την εφαρμογή τεχνικών επίλυσης προβλήματος καθώς και την ανάπτυξη δυσλειτουργικών πλευρών επικοινωνίας. Κατά αυτό τον τρόπο υπάρχει μια εγρήγορση με τους επαγγελματίες του χώρου και συγκεκριμένα με το περιεχόμενο της δουλειάς τους, καθώς και με τον ωφελούμενο του προγράμματος ως προς την επίτευξη των στόχων τους (κινητοποίηση) χωρίς να υπάρχει κίνδυνος διακοπής της φιλοξενίας.
- Το περιβάλλον και η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ωφελούμενου και ανάδοχης οικογένειας είναι φυσική και όχι τεχνητή, όπως συμβαίνει σε ξενώνες ή οικοτροφεία. Η φιλοξενούσα Οικογένεια δίνει την δυνατότητα διαβίωσης σε μια πραγματική οικογένεια και ταυτίζεται με υγιή πρότυπα και συμπεριφορές (εξατομίκευση).
- Ο ρόλος των ειδικών (Κοινωνικός Λειτουργός, Ψυχίατρος, Ψυχολόγος, Νοσηλεύτης) είναι ουσιαστικά εποπτικός, συμβουλευτικός και παρεμβατικός, με αποτέλεσμα να έχουν τα χρονικά περιθώρια να διαχειριστούν και εν συνεχεία να καταπολεμήσουν το στίγμα και την προκατάληψη ως προς τους ωφελούμενους, αλλά και στο να συμβάλλουν θετικά ως προς την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της κοινότητας.

Τα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών εξασφαλίζουν το συνεχές της φροντίδας, καθώς ο ωφελούμενος μετά τη λήξη της σύμβασης (συμβολαίου) είτε

επιστρέφει στην φυσική οικογένεια στα πλαίσια της ψυχοεκπαίδευσης, ώστε να αποκτήσουν περισσότερες γνώσεις για τη φύση του προβλήματος, είτε προωθούνται σε άλλες μορφές προστατευόμενης διαβίωσης. (<http://www.filoxenouses.gr>, πρόσβαση στις 31 Μαΐου 2015)

Τέλος, αποφεύγεται ο «ιδρυματισμός, καθώς ο ωφελούμενος γνωρίζει εξαρχής πως η Φιλοξενούσα Οικογένεια είναι ένας προσωρινός σταθμός μέχρι να επιτύχει τους στόχους που αναφέρεται αναλυτικώς στη σύμβαση (συμβόλαιο)

Για όλους τους παραπάνω λόγους συντάχθηκε *Σχέδιο Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας*, που αποσκοπεί στην διευκρίνιση και στον προσδιορισμό του σκοπού και των στόχων του Π.Φ.Ο, στη σωστή οργάνωση και λειτουργία του προγράμματος, καθώς και στα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των εμπλεκόμενων μερών.

Ο Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών, στοχεύει στην ομαλή συμβίωση και συνεργασία μεταξύ του ωφελούμενου, της διεπιστημονικής ομάδας, της ανάδοχης οικογένειας και της φυσικής. (Γκούβα και συν, 2013)

Συγκεκριμένοι στόχοι του κανονισμού λειτουργίας είναι:

- Η αποσαφήνιση των ρόλων
- Η συγκροτημένη δόμηση λειτουργίας της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας
- Καθορισμός υπευθυνότητας
- Ευελιξία με στοιχεία οργάνωσης
- Η αλληλεπίδραση και η συμπληρωματικότητα των καθηκόντων
- Σεβασμός στα δικαιώματα των ωφελούμενων
- Εξασφάλιση ενός αρμονικού και ασφαλούς περιβάλλοντος στην Φιλοξενούσα Οικογένεια
- Αποφυγή επαγγελματικής εξουθένωσης από πλευράς διεπιστημονικής ομάδας

Στο συγκεκριμένο σημείο αξίζει να αναφέρουμε πως το σχέδιο εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας αποσκοπεί στην έξοδο από τους Ξενώνες ατόμων με υψηλή κλινική και λειτουργική κατάσταση, τα οποία λόγω της απουσίας κατάλληλου περιβάλλοντος, φιλοξενούνται στους Ξενώνες περισσότερο από δύο έτη (Τομαράς και συν, 2005).

2.6. Αναγκαιότητα Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας του Προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών

Ο συγκεκριμένος εσωτερικός κανονισμός στηρίζεται στην υπουργική απόφαση 19353/19-10/2001 (ΦΕΚ 1433/22-10-2001) με θέμα «Καθορισμός των προϋποθέσεων, της οργάνωσης, της λειτουργίας, των αρχών καθώς και τα επιμέρους στοιχεία του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών του άρθρου 9 του Ν.2716/99».

Η Μονάδα Ψυχικής Υγείας (φορέας υλοποίησης), η διεπιστημονική ομάδα, οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας που φιλοξενούνται, η φιλοξενούσα οικογένεια και

η φυσική οικογένεια είναι οι εμπλεκόμενοι φορείς στο πλαίσιο της λειτουργίας και οργάνωσης του προγράμματος.

Απώτερος στόχος τους είναι η οριοθέτηση των καθηκόντων και αρμοδιοτήτων τους για την αποφυγή συγκρούσεων, την αποφυγή γραφειοκρατίας με συντονισμένες και άμεσες διαδικασίες οργάνωσης, την ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών, την προσήλωση στην εξατομίκευση αλλά και στην αυτονόμηση του ωφελούμενου, σεβασμός στα δικαιώματα των ληπτών υπηρεσιών υγείας καθώς και στην αποδοχή αξιολόγησης του προγράμματος βάση επιστημονικών κριτηρίων και εργαλείων. (Γκούβα και συν, 2013). Ακολουθεί ανάλυση του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας του Προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών

Σκοπός του Προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα σχετίζεται με την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ενηλίκων ατόμων με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας σε υποστηρικτικό και κατάλληλο διαμορφωμένο οικογενειακό περιβάλλον αναδοχής με ειδικότερο στόχο την αυτόνομη διαβίωση και ανεξαρτησία τους στην κοινότητα

Στόχοι του Προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών

Όσο αφορά τα φορέα λειτουργίας:

- Διασφάλιση των συμφερόντων του κοινωνικού συνόλου έπειτα από την κάλυψη των αναγκών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με το μικρότερο κόστος
- Δημιουργία νέων θέσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
- Διασφάλιση παροχής ποιοτικών υπηρεσιών προς τους ωφελούμενους (λήπτες ψυχικής υγείας)

Όσο αφορά το προσωπικό:

- Υποκίνηση και δημιουργία υποστηρικτικών δικτύων στην κοινότητα αναδεικνύοντας το κοινωνικό προφίλ του φορέα υλοποίησης και αποφεύγοντας από την άλλη τον ιδρυματισμό μέσω ενδιάμεσων δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
- Αποφυγή και ταυτόχρονα αντιμετώπιση επαγγελματικής εξουθένωσης με τη ενεργή συμμετοχή τους σε ένα πρόγραμμα, αντλώντας τους επαγγελματική ικανοποίηση με ένα πιο δημιουργικό τρόπο
- Συμμετοχή της διεπιστημονικής ομάδας στο πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών, εφόσον πληρούν αξιοκρατικά τις προϋποθέσεις ένταξης, δηλαδή τα προσόντα, ικανότητες και δεξιότητες

Όσο αφορά τους ωφελούμενους:

- Παροχή στέγης και φροντίδας ικανή να διασφαλίζει την αξιοπρεπή και ευχάριστη διαμονή του.
- Ατομική και ομαδική ψυχοεκπαίδευση για ενδυνάμωση και κινητοποίηση ως προς την επίτευξη των στόχων του.

- Ομαλοποίηση του οικογενειακού κλίματος με τη βοήθεια της διεπιστημονικής ομάδας για την αρμονική συμβίωση με την Φιλοξενούσα Οικογένεια με εφαρμογή τεχνικών, με αποτέλεσμα την μείωση υποτροπών και την σταθεροποίηση της κλινικής και λειτουργικής του κατάστασης
- Συνεχόμενη εποπτεία και στήριξη στο κομμάτι της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, της θεραπευτικής υποστήριξης και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης όπου αποσκοπεί στην δημιουργική απασχόληση, την εκπαίδευση και την κατάρτιση ή επανακατάρτιση
- Πλήρη συμμετοχή του ωφελούμενου ύστερα από συγκατάθεση του ιδίου στη διαδικασία λήσεων αποφάσεων που αφορούν τη ζωή του και κινητοποίηση προς τη συμμετοχή του σε δράσεις της κοινότητας για διεκδίκηση δικαιωμάτων ισότιμα τόσο ως πολίτης όσο και ως λήπτης υπηρεσιών υγείας

Όσο αφορά την ανάδοχη οικογένεια:

- Ολοκληρωμένη εκπαίδευση της Φιλοξενούσας Οικογένειας, ώστε να είναι ενημερωμένοι για το μέγεθος του προβλήματος αλλά και προετοιμασμένοι για τις αλλαγές που θα επιφέρει στο οικογενειακό περιβάλλον
- Η ουσιαστική αξιολόγηση από πλευράς διεπιστημονικής ομάδας για τα πραγματικά κίνητρα της Φιλοξενούσας Οικογένειας για αναδοχή και κατά πόσο θα λειτουργήσει θεραπευτικά και υποστηρικτικά ως προς τον ωφελούμενο
- Η πρόοδος της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας όσο αφορά την επιστήμη τους και η εφαρμογή του στην κοινότητα μέσω ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης πολιτών για την προσέλκυση νέων υποψηφίων ανάδοχων οικογενειών

Όσο αφορά την φυσική οικογένεια:

- Προσφέρει προσωρινή «ανακούφιση» και ανακτά δυνάμεις αναθεωρώντας στόχους και συμπεριφορές με το μέλος
- Ομαδικές και οικογενειακές συνεδρίες (συστηματική ψυχοεκπαίδευση) για εναλλακτικούς τρόπους μείωσης υποτροπών
- Συνεργασία με την Φιλοξενούσα Οικογένεια προς όφελος του μέλους
- Συλλογικές δράσεις με την Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα, ώστε να ξεπεράσει το φόβο του κοινωνικού στίγματος προς το μέλος καθώς και την ενδυνάμωση της φυσικής οικογένειας για την προστασία των δικαιωμάτων του μέλους

Όσο αφορά την κοινότητα:

- Πρόσκληση κοινωνικού ενδιαφέροντος για το θεσμό των Προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών μέσω προβολής και ενημέρωσης για την καταπολέμηση των διακρίσεων και του στίγματος, αποφεύγοντας κατά αυτό τον τρόπο τα εμπόδια ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Γκούβα και συν, 2015)

2.7 Διαδικασία Επιλογής Ασθενούς για τοποθέτηση στις φιλοξενούσες οικογένειες

Ωφελούμενοι του Προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών είναι ενήλικα άτομα άνω των 15 ετών τα οποία αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας όπως ορίζεται από το νόμο (άρθρο 6, ΚΥΑ 19353/19-10/2001, ΦΕΚ 1433/22-10-2001). (Μαδιανός, 2005)

Δεκτοί στο Πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών γίνονται ενήλικοι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τα εξής χαρακτηριστικά:

- 1) Σοβαρή και χρόνια ψυχική νόσο (ψυχώσεις ή διπολική διαταραχή) με σοβαρά προβλήματα ψυχοκοινωνικά
- 2) Πριν την ένταξή τους στο πρόγραμμα η κλινική τους κατάσταση πρέπει να είναι σταθερή για τουλάχιστον έξι μήνες
- 3) Το οικογενειακό τους περιβάλλον αδυνατεί προσωρινά ή μόνιμα να αναλάβει τη φροντίδα τους ή στερούνται ολοκληρωτικά την υποστήριξη του οικογενειακού τους περιβάλλοντος
- 4) Η ένταξή τους είναι έπειτα από συγκατάθεση του ωφελούμενου (ελεύθερης βούλησης)

Από το Πρόγραμμα αποκλείονται οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας που για λειτουργικούς λόγους έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- 1) Προβλήματα με το νόμο
- 2) Βρίσκονται υπό το καθεστώς μερικής ή ολικής συμπαράστασης ή στερούνται δικαιοπρακτικής ικανότητας
- 3) Λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας που παράλληλα με την ψυχική ασθένεια παρουσιάζουν παράλληλα εξάρτησης (αλκοόλ και χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών)
- 4) Με ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς
- 5) Λειτουργούν σε καθεστώς ακούσιας νοσηλείας (Μαδιανός, 2005)

2.8 Διαδικασία Επιλογής – Φάσεις πριν την Ένταξη του ασθενούς στο Πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών

Η επιλογή του ασθενούς γίνεται με επιστημονικά κριτήρια και περιλαμβάνει τρεις φάσεις, την αρχική, την φάση αξιολόγησης καθώς και την φάση προετοιμασίας του ασθενούς στην Φιλοξενούσα Οικογένεια.

Στην *αρχική φάση*, ο ωφελούμενος προσκομίζει τα απαραίτητα δικαιολογητικά (αίτηση συμμετοχής, πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, γνωμάτευση δημοσίου νοσοκομείου και την φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει, βεβαίωση υγειονομικής περίθαλψης καθώς και παραπεμπτικό από θεράποντα ιατρό πως μπορεί να ανταποκριθεί σε στόχους ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης) και από την στιγμή που πληρεί όλα τα παραπάνω περνάει στην επόμενη φάση.

Στην *φάση αξιολόγησης*, ο ωφελούμενος μέσω της Θ.Υ.Δ.Ο (Ψυχίατρος, Ψυχολόγος, Κοινωνικός Λειτουργός, Νοσηλεύτης) προσπαθεί να αξιοποιήσει και να προσαρμοστεί σε ένα προστατευόμενο οικογενειακό περιβάλλον αναδοχής. Η

διαδικασία αξιολόγησης διαρκεί για ένα μήνα ώσπου και ολοκληρώνεται, έπειτα όμως από την αρχική φάση.

Τέλος, η *φάση προετοιμασίας* στοχεύει στη βελτίωση των ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων του ωφελούμενου (άρθρο 11, ΚΥΑ 19353/19-10/2001, ΦΕΚ 1433/22-10-2001), όπου και διαρκεί τρεις μήνες, όπως ορίζει στο άρθρο 9. Κατά την διάρκεια αυτού του τριμήνου η Θ.Υ.Δ.Ο. μαζί με τον ωφελούμενο κάνουν τακτικές επισκέψεις στο σπίτι φιλοξενίας, ώστε το μελλοντικό μέλος να αποκτήσει μια εικόνα με το χώρο φιλοξενίας, διοργανώνοντας από κοινού ομαδικές συνεδρίες ψυχοεκπαίδευσης και σχεδιάζοντας ημερήσιο πρόγραμμα δραστηριοτήτων προς όφελος του ψυχικά πάσχοντα. Στη συγκεκριμένη διαδικασία ο ωφελούμενος συνοδεύεται από δύο μέλη της Θ.Υ.Δ.Ο. (Κοινωνικός Λειτουργός και Νοσηλεύτης) τουλάχιστον όσο αφορά την πρώτη επίσκεψη.

Στόχος της προετοιμασίας της Φιλοξενούσας Οικογένειας είναι η ενημέρωσή της σε σχέση με τις ανάγκες του υπό φιλοξενία ασθενούς και στην ευαισθητοποίηση – εκπαίδευσή της σε σχέση με τους χειρισμούς του ασθενή με την αλλαγή στάσεων και πεποιθήσεων σε θέματα ψυχικής διαταραχής (Γκούβα και συν, 2013)

2.9 Διαδικασία Επιλογής Φιλοξενούσας Οικογένειας

Η διαδικασία επιλογής των υποψήφιων ανάδοχων οικογενειών πραγματοποιείται από την Θ.Υ.Δ.Ο. όπως ορίζεται από την διοίκηση του φορέα που αναλαμβάνει την υλοποίηση του συγκεκριμένου προγράμματος. Καταρτίζεται από πλευράς τους χρονοδιάγραμμα με επισκέψεις στην οικία τους (συνεντεύξεις) με σκοπό την καταλληλότητα της υποψήφιας Φιλοξενούσας Οικογένειας με βασικό κριτήριο τη διασφάλιση της θεραπείας και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του προς τον ασθενή.

Στην συνέχεια, η Θ.Υ.Δ.Ο. έχοντας σχηματίσει μια γνώμη για τα πρόσωπα φιλοξενίας και το χώρο, ερευνούν τη δομή της προσωπικότητας των μελών της Φιλοξενούσας Οικογένειας, τους όρους και τις συνθήκες διαβίωσής τους, την υγιεινή της οικίας τους, εάν επαρκούν οι οικονομικοί πόροι καθώς και κατά πόσο υπάρχει αποδοχή από τα συνοικούντα μέλη της οικογένειας. (<http://www.filoxenouses.gr>, πρόσβαση στις 31 Μαΐου 2015)

Τα δικαιολογητικά που πρέπει να υποβάλλουν στον αρμόδιο φορέα για να ξεκινήσει η διαδικασία της επιλογής τους ως Φιλοξενούσα Οικογένεια είναι τα εξής:

1. Αίτηση με τα στοιχεία των αιτούντων (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση κατοικίας, ηλικία)
2. Πιστοποιητικό οικογενειακής και περιουσιακής κατάστασης όλων των μελών της υποψήφιας Φιλοξενούσας Οικογένειας
3. Πιστοποιητικό υγείας όλων των μελών της υποψήφιας Φιλοξενούσας Οικογένειας
4. Υπεύθυνη δήλωση για τους λόγους που επιθυμούν να αναλάβουν καθήκοντα Φιλοξενούσας Οικογένειας

Η όλη διαδικασία επιλογής των υποψήφιων Φιλοξενουσών Οικογενειών δεν μπορεί να ξεπερνάει το τρίμηνο από τη στιγμή έναρξης της διαδικασίας (έλεγχος πληρότητας δικαιολογητικών) (<http://www.filoxenouses.gr>, πρόσβαση στις 31 Μαΐου 2015)

2.10 Δομή του Προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών

Για να λειτουργήσει σωστά και ολοκληρωμένα το Π.Φ.Ο πρέπει να έχει μια συγκεκριμένη δομή όπου έχει κατατεθεί από το φορέα υλοποίησης της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και είναι η εξής:

- 1) Την περιγραφή του έργου της Φιλοξενούσας Οικογένειας
- 2) Την περιγραφή του έργου της Θ.Υ.Δ.Ο
- 3) Την χρονική διάρκεια του Π.Φ.Ο
- 4) Τον προϋπολογισμό του Π.Φ.Ο
- 5) Τον προγραμματισμό παρακολούθησης και εποπτείας της Φιλοξενούσας Οικογένειας και του ασθενούς
- 6) Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα
- 7) Την προετοιμασία του ασθενούς για την τοποθέτησή του
- 8) Την παρακολούθηση σχολικών δραστηριοτήτων (όταν πρόκειται για παιδιά και εφήβους) και τον προγραμματισμό δράσεων υποστήριξης - επαγγελματικής κατάρτισης (όταν πρόκειται για εφήβους και ενήλικους)
- 9) Τις διαδικασίες προετοιμασίας της αυτόνομης διαβίωσης του ασθενούς (Γκούβα και συν, 2013)

2.11 Υποχρεώσεις και δικαιώματα Φιλοξενούσας Οικογένειας

Η Φιλοξενούσα Οικογένεια η οποία αναλαμβάνει τη φροντίδα του ασθενούς έχει τις εξής υποχρεώσεις:

- Παροχή στέγης ικανής να διασφαλίζει την αξιοπρεπή και ευχάριστη διαμονή του
- Παροχή επαρκούς και υγιεινής διατροφής
- Κάλυψη εξόδων καθημερινής αστικής μετακίνησης και ατομικών μικροεξόδων
- Εποπτεία της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής (Πανελλήνιος Ψυχολογικός Σύλλογος (2004). <http://www.psy.gr> [πρόσβαση στις 31 Μαΐου 2015])

Όσο διάστημα διαρκεί η φιλοξενία του ασθενούς, η Φιλοξενούσα Οικογένεια δικαιούνται:

- Δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του ασθενούς με δαπάνη και ευθύνη από το φορέα που υλοποιεί το πρόγραμμα είτε πρόκειται για ανασφάλιστους είτε το ασφαλιστικό ταμείο του ασθενή δεν καλύπτεται εξ' ολοκλήρου
- Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης του ασθενούς να υπάρχει προστασία από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας
- Σταθερή παροχή χρηματικού ποσού μηνιαίως για την κάλυψη καθημερινών αναγκών του ασθενή
- Να βρίσκεται σε ετοιμότητα από την Θ.Υ.Δ.Ο. για τυχόν υποτροπές καθώς και για την ομαλή επαναφορά του κρατώντας ισορροπίες με τα υπόλοιπα μέλη της Φιλοξενούσας Οικογένειας

- Οι φυσικοί γονείς έχουν το δικαίωμα να επισκέπτονται το φιλοξενούμενο ασθενή ύστερα από έγκριση και τεκμηριωμένη αιτιολόγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου (Τομαράς και συν 2005)

2.12 Τεχνικές Προσέγγισης Υποψηφίων Φιλοξενουσών (ανάδοχων) οικογενειών και τεχνικές ευαισθητοποίησης της κοινότητας

Η Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» Β' ΦΑΣΗ (2004) περιγράφουν αναλυτικά τις τεχνικές που γίνεται η ευαισθητοποίηση της Κοινότητας, θεωρώντας πώς είναι απαραίτητη πριν την πρόσκληση και την δημοσιοποίηση εκδήλωσης κοινωνικού ενδιαφέροντος.

Ο φορέας λειτουργίας του Προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών συγκροτεί τριμελή επιτροπή επιλογής Φ.Ο. από τη Θ.Υ.Δ.Ο. του Π.Φ.Ο (ψυχίατρο, ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό), όπου σ

υνεδριάζουν και χαράζουν επικοινωνιακή στρατηγική για την προβολή του θεσμού στην κοινότητα (Γκούβα και συν, 2013)

2.13 Η επικοινωνιακή πολιτική της Θ.Υ.Δ.Ο. μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής:

- Δημιουργία ενημερωτικού και επικοινωνιακού υλικού για το θεσμό των Π.Φ.Ο (αφίσες, φυλλάδια, δελτία τύπου, τηλεοπτικά ή ραδιοφωνικά μηνύματα, μπλούζες, καπέλα κ.λ.π.). Η ενημέρωση, η ευαισθητοποίηση και πρόσκληση πρέπει να δημοσιευτεί τουλάχιστον σε δύο τοπικές εφημερίδες, καθώς και στην ιστοσελίδα του φορέα της Υγειονομικής Περιφέρειας
- Οργάνωση ημερίδων και εκδηλώσεων για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινότητας, αναδεικνύοντας τα πλεονεκτήματα του θεσμού και τα οφέλη που θα προκύψουν για το κοινωνικό σύνολο. Επίσης, οι ημερίδες αυτές θα πρέπει να ενισχύουν θετικά τη γυναικεία απασχόληση, καθώς ενισχύουν το οικογενειακό εισόδημα σε συνδυασμό με την κοινωνική προσφορά. Τέλος, θα πρέπει να ενισχύουν τη διάθεση του χρόνου συνδυασμένο με την θρησκευτική τους πεποίθηση (γυναίκες ηλικίας 50 ετών και άνω, χήρες που οι οικογενειακές υποχρεώσεις τους δεν είναι αυξημένες και με έντονο το θρησκευτικό τους συναίσθημα)
- Διεξαγωγή εμπειρικών ερευνών για τη διερεύνηση των απόψεων μέρος του τοπικού πληθυσμού για τα Π.Φ.Ο
- Διεξαγωγή ενημερωτικής εκστρατείας σε συνεργασία με άλλους φορείς της Κοινότητας και την Τοπική Αυτοδιοίκηση.
- Λειτουργία τηλεφωνικής γραμμής ενημέρωσης, όπου δίνονται πληροφορίες για το θεσμό των Π.Φ.Ο σε ενδιαφερόμενους όλο το 24ωρο.
- Προγραμματισμένες καλλιτεχνικές εκδηλώσεις (θεατρικές, μουσικές, εικαστικές κ.λ.π.).
- Αξιοποίηση μέσων κοινωνικής δικτύωσης, ώστε η κοινότητα να πληροφορηθεί ολοκληρωμένα με κάθε τρόπο για το συγκεκριμένο θεσμό (Γκούβα και συν, 2013)

Μετά την ολοκλήρωση της προσπάθειας ευαισθητοποίησης και από την στιγμή που η Θ.Υ.Δ.Ο., πείστηκε πως ο τοπικός πληθυσμός έχει ενημερωθεί και έχει κατανοήσει πλήρως το Π.Φ.Ο, αποτυπώνοντας μια γενική εικόνα, έπειτα ο φορέας υλοποίησης του Προγράμματος δημοσιεύει πρόσκληση ενδιαφέροντος στον Τύπο και στην ιστοσελίδα του για υποψήφιες ανάδοχες οικογένειες

Αν γίνουν σωστά όλα τα παραπάνω βήματα, διαδικασίες και ενέργειες που έχουν αναφερθεί στο δεύτερο κεφάλαιο, τότε θα εξασφαλιστεί η επιτυχημένη λειτουργία του Π.Φ.Ο. με τα ακόλουθα:

- Συμπληρωματικότητα των ρόλων
- Ισότιμη συμμετοχή των εμπλεκόμενων
- Διαφάνεια στη λήψη αποφάσεων
- Η υπέρβαση των παραδοσιακών νοοτροπιών ασυλικού και νοσοκομειακού τύπου, καθώς και η ανάδειξη ενός καινούργιου επαγγελματικού προτύπου
- Ομαλή και λειτουργική διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες του Τομέα Ψυχικής Υγείας.
- Εξασφάλιση κτιριακής υποδομής και κατάλληλου εξοπλισμού (Γκούβα και συν, 2013)

2.14. Κινητοποιητικές Τεχνικές της οικογένειας με μέλος που αντιμετωπίζει ψυχική διαταραχή

Η έναρξη της μελέτης του φαινομένου της επιρροής της οικογένειας όσο αφορά την ενίσχυση της ψυχικής νόσου πραγματοποιήθηκε την δεκαετία του 60 και συνέχισε να λαμβάνει χώρο και το 1970. Την φροντίδα των ψυχικά ασθενών, λόγω των ενεργειών για αποασυλοποίηση, ανέλαβε το οικογενειακό τους περιβάλλον. Δια μέσου ερευνών διαπιστώθηκε πως το οικογενειακό περιβάλλον το οποίο διακατέχεται από στοιχεία που ενισχύουν το στοιχείο της αστάθειας, (συναισθηματική εμπλοκή σε υπερβολικό βαθμό, σύγχυση στους ρόλους, επικριτική στάση προς το άτομο με ψυχική ασθένεια από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας), επηρεάζουν αρνητικά και επιβραδύνουν τον βαθμό ανάπτυξης της λειτουργικότητας στο ψυχοκοινωνικό πλαίσιο. Η ύπαρξη δυσμενών στοιχείων που αφορούν τόσο το παραπάνω πλαίσιο όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο προσδίδουν αρνητικά στοιχεία στην διαμόρφωση της ψυχικής υγείας (αίσθημα επιβάρυνσης). (Μαρτινάκη και συν,2009)

Στο αίσθημα αυτό αποδίδεται το υποκειμενικό και το αντικειμενικό γνώρισμα και έτσι αντίστοιχα πραγματοποιείται και ο ανάλογος διαχωρισμός. Ως αντικειμενική επιβάρυνση θεωρείται «το σύνολο των αρνητικών συνεπειών που επέρχονται στην οικογένεια όπως η οικονομική δυσχέρεια, η διαχείριση του χρόνου για την κάλυψη αναγκών του ατόμου με ψυχική διαταραχή καθώς και η κοινωνική και επαγγελματική έκπτωση».

Ως υποκειμενική ορίζεται «η αίσθηση της επιβάρυνσης και κατά πόσο αυτή είναι υπαρκτή». Σε αυτή συμπεριλαμβάνονται το αίσθημα θλίψης για την κατάσταση, πόνος για την μη ύπαρξη της οντότητας του ατόμου με τα γνωρίσματα από τα οποία την αποτελούσαν πριν την εμφάνιση της διαταραχής, η ματαίωση λόγω της μη πραγματοποίησης των προσδοκιών, το στίγμα, οι ενοχές, η πικρία και η μη

ικανοποίηση από τις απολαβές και την μέριμνα που αποδέχονται από τους αντίστοιχους φορείς. (αίσθημα επιβάρυνσης). (Μαρτινάκη και συν,2009)

2.14.1 Συστημική Προσέγγιση Η οικογένεια ως «σύστημα»

Σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικών Λειτουργιών των Η.Π.Α., η οικογένεια ορίζεται ως «μια ομάδα δύο ή περισσότερων ατόμων όπου τα ίδια τα μέλη αποδίδουν τον χαρακτηρισμό «οικογένεια», και κατά το πέρασμα της ζωής τους λαμβάνουν την εκπόνηση ενεργειών και αρμοδιοτήτων, οι οποίες είναι σύμφωνες με τον τρόπο διαβίωσης του μέσου όρου και συνιστούν σημαντικά στοιχεία των οικογενειακών συστημάτων». Επιπλέον, σύμφωνα με τη Virginia Satir, «η οικογένεια συνδέεται με συνεκτικούς δεσμούς και βασίζεται σε δράσεις οι οποίες αλληλεπιδρούν με σκοπό την αμοιβαία στήριξη, την κάλυψη σεξουαλικών και γενετήσιων αναγκών και την μετάδοση αξιών που προβάλλουν τον πολιτισμό. Εμπεριέχει καθοδηγητικά στοιχεία που συμβάλλουν στην ανατροφή και την υποστήριξη των μελών της».

Οι ειδικοί παρατηρούν μέσω της συστημικής θεραπείας τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί η οικογένεια. Η οικογένεια αποτελεί ένα «σύστημα», το οποίο εμπεριέχει κάποια γνωρίσματα όπως οι κανόνες συμπεριφοράς, αξίες και οι πολλαπλοί ρόλοι. Αποδίδοντας τον χαρακτηρισμό «ανοιχτό σύστημα» στην οικογένεια προστίθενται στοιχεία όπως η έννοια των ορίων, η προσπάθεια οργάνωσης και ταξινόμησης των νέων δεδομένων και η μεταβολή που υφίσταται από αυτά. Η μεταφορά πληροφοριών ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας αποτελεί μείζονος σημασία για την λειτουργία της οικογένειας (ανατροφοδότηση).

Παρουσιάζεται η αντίστοιχη δυναμική και το στοιχείο της αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της. Όπως γίνεται αντιληπτό από την Θεωρία των Γενικών Συστημάτων η αλληλεπίδραση λαμβάνει χώρο με σταθερό τρόπο και με επαναλαμβανόμενες πράξεις οι οποίες εμπεριέχουν παθολογικά και όχι στοιχεία. (Γκούβα και συν, 2013)

2.14.2. Θεραπευτικές τεχνικές

Με το πέρασμα του χρόνου καθώς η συστημική προσέγγιση αναπτυσσόταν διάφορες σχολές όπως η Δομολειτουργική, η Στρατηγική Σχολή Θεραπείας, ή του Μιλάνου εφάρμοσαν πολλές τεχνικές («κυκλικές ερωτήσεις», το «αντιπαράδοξο», η «αναπλαισίωση», «η συγκράτηση αλλαγής» και άλλα)

Στη σημερινή εποχή στο μοντέλο το οποίο χρησιμοποιείται στα πλαίσια της συστημικής προσέγγισης, ο θεραπευτής χρησιμοποιεί την τεχνική της αφήγησης γεγονότων από όλη την ζωή του ατόμου σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές οι οποίες προέρχονται και υποστηρίζονται από όλες τις παραπάνω σχολές, με σκοπό την συλλογή όσο περισσότερων πληροφοριών για αυτό. Πιο συγκεκριμένα, η σύνθεση του μοντέλου πραγματοποιείται με τρεις τεχνικές. Αυτές είναι «Το Γενεόγραμμα», «Η Δημιουργία της Οικογενειακής Φωτογραφίας» και οι «Θεραπευτικές Εργασίες». Πιο αναλυτικά :

- ❖ *Το Γενεόγραμμα:* Απεικονίζεται η δομή της οικογένειας. Παρέχεται η δυνατότητα διερεύνησης προϊστορίας όσο αφορά την ανάπτυξη των γενεών. Από αυτή την ανασκόπηση προκύπτουν πολύ σημαντικά στοιχεία καθώς

- μπορεί να επιβεβαιώνεται ότι κάποια γνωρίσματα προϋπάρχουν από το παρελθόν και έτσι κάποιες καταστάσεις να επαναλαμβάνονται στο παρόν
- ❖ *Δημιουργία της Οικογενειακής Φωτογραφίας*: Αποτυπώνονται οι εκδήλωσης συμπεριφοράς και το είδος της αλληλεπίδρασης που αναπτύσσεται μεταξύ των ατόμων (εντάσεις, συμμαχίες, σχέσεις εξουσίας)
 - ❖ «*Θεραπευτικές Εργασίες*»: Παρέχονται από τον θεραπευτή είτε κατά την υλοποίηση της συνεδρίας είτε εκτός αυτής (Γκούβα και συν, 2013)

2.14.3. Το πλαίσιο και οι κανόνες

Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στον κώδικα επικοινωνίας (γνωρίσματα συμπεριφοράς τα οποία υποδηλώνονται με λεκτικό και εξωλεκτικό τρόπο). Κατά την διάρκεια της θεραπείας, ώστε να εκπονηθεί με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα η τεχνική της παρατήρησης, χρησιμοποιείται ένας μονόδρομος καθρέφτης. Αναπτύσσεται αίσθημα συνεργασίας μεταξύ δύο θεραπευτών οι οποίοι συμμετέχουν σε αυτό το είδος θεραπείας και της οικογένειας. Ο ένας θεραπευτής βρίσκεται στο χώρο και βιώνει τις αλλαγές σε συναισθηματικό επίπεδο του ατόμου και ο άλλος διατηρεί πιο αντικειμενικό στοιχείο.

Επιπλέον, ο αριθμός των συνεδριών καθορίζεται από τον βαθμό δυσκολίας ο οποίος διαμορφώνεται από τα εμπόδια που αντιμετωπίζει κάθε οικογένεια. Οι συνεδρίες λαμβάνουν χώρο τρεις η τέσσερις φορές την εβδομάδα και διαρκούν μία ή μιάμιση ώρα. Επιτυγχάνεται ο σκοπός της θεραπευτικής διαδικασίας όταν το κάθε άτομο έχει διαμορφώσει την δική του προσωπική δυναμική.

Η θεραπευτική διαδικασία συμπεριλαμβάνει τα εξής βήματα:

1. Τα μέλη της οικογένειας αναπτύσσουν σχέση εμπιστοσύνης με τον θεραπευτή και του επιτρέπουν να διερευνήσει εις βάθος το περιεχόμενο των προσωπικών τους εννοιών
2. Προδιάθεση αισθήματος για αλλαγή τόσο από τον θεραπευτή όσο και από την οικογένεια
3. Ο θεραπευτής συλλέγει επιπλέον πληροφορίες για τα μέλη της οικογένειας και προτείνει με κατευθυντικό τρόπο ότι σχετίζεται με την εξέλιξη της συνεδρίας
4. Επικοινωνία μεταξύ του θεραπευτή και της οικογένειας, αναφορά σε νέα δεδομένα και επεξεργασία αυτών
5. Η οικογένεια αναγνωρίζει και συνειδητοποιεί πως είναι απαραίτητη αλλαγή και προσπαθεί να μειώσει την εμφάνιση της συμπεριφοράς με παθολογική χροιά (Γκούβα και συν, 2013)

2.14.4. Θεραπευτικοί Στόχοι

Η βασική ιδεολογία είναι ότι την δυσκολία η οποία προέρχεται από την οικογένεια, δεν γίνεται ένα άτομο να την αντιμετωπίσει με αποτελεσματικό τρόπο μόνο του. Η θεραπεία στοχεύει στην γνωστοποίηση των συναισθημάτων, στην διαχείριση τους με ωφέλιμο τρόπο έτσι ώστε να επιτευχθεί η ανάπτυξη των σχέσεων της οικογένειας και στην επιβολή ορίων μέσω κανόνων οι οποίοι είναι απαραίτητο να τηρούνται από τα μέλη. Τέλος, ο θεραπευτής είναι αναγκαίο να γίνει κομμάτι του συστήματος, να διαμορφώσει σχέση εμπιστοσύνης με το κάθε μέλος ώστε στην

συνέχεια να γίνει σταδιακά αποδεκτά και ύστερα πράξη το μοντέλο και οι τεχνικές συμπεριφοράς τα οποία προάγει (Γκούβα και συν, 2014)

2.15. Τεχνικές Ενθάρρυνσης και Κινητοποίησης του Ατόμου με Ψυχική Ασθένεια και της Οικογένειας

Το αίσθημα που δημιουργείται από το βίωμα της κατάστασης που επιφέρει η ψυχική νόσος είναι οδυνηρό. Ωστόσο, η μεγαλύτερη δυσφορία παρουσιάζεται όταν το κοντινό περιβάλλον του ατόμου δεν δύναται να κατανοήσει τι συμβαίνει και έτσι να αποτελέσει ικανό υποστηρικτικό δίκτυο. Κατά επέκταση το άτομο με κάποια ψυχική διαταραχή νοιώθει πως δεν έχει κανέναν να του παρέχει την απαραίτητη στήριξη και φροντίδα (αίσθημα μοναξιάς – παραμέλησης). Τα παραπάνω λεγόμενα επιβεβαιώνονται από κάποιον με ψυχική νόσο με την εξής έκφραση: «Ο μεγαλύτερος φόβος μου είναι το ίδιο το μυαλό μου, αυτό που ελέγχει όλα όσα είμαστε και όλα όσα κάνουμε και νοιώθουμε».

Επιπλέον, συχνά εκδηλώνει στοιχεία που παγιώνουν την ύπαρξη κοινωνικής απόσυρσης τα οποία μπορούν να οξυνθούν ή να κατευναστούν από τον τρόπο διαχείρισης της οικογένειας. Λαμβάνοντας υπόψη τις πληροφορίες οι οποίες γνωστοποιήθηκαν, κρίνεται σημαντικό να γίνει αναφορά στις τεχνικές ενθάρρυνσης και κινητοποίησης τόσο της οικογένειας όσο και του ατόμου που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια.

Αρχικά, ένας από τους κυριότερους τρόπους παροχής στήριξης της οικογένειας και δια μέσω αυτού την βελτίωση ποιότητας του μέλους με ψυχική νόσο, είναι η παρότρυνση για ιατρική παρακολούθηση. Το μέλος το οποίο χρήζει ιατρικής βοήθειας αρνείται πολλές φορές να το αποδεχτεί. Σε περίπτωση όπου τα άτομα παρουσιάζουν συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις η άρνηση αυτή γίνεται εντονότερη καθώς θεωρείται από τα ίδιους τους ανθρώπους πως εκείνα είναι υπαρκτά. Ωστόσο, χρήσιμες θα ήταν οι ακόλουθες στρατηγικές όπου θεωρείται ότι η εφαρμογή τους θα είναι αποτελεσματική, αναλόγως και τον βαθμό λειτουργικότητας. (Γκούβα και συν, 2013)

2.16. Παροχή επιλογών και εστίαση στην ύπαρξη ενός συμπτώματος

Το άτομο αν έχει την δυνατότητα θα ήταν καλό να επιλέξει μόνο του ποιον ειδικό θα επισκεφτεί. Ωστόσο, για να το ενθαρρύνει η οικογένεια να λάβει αυτή την απόφαση, επειδή διακατέχεται από το αίσθημα φόβου μήπως θεωρηθεί «τρελό» θα ήταν βοηθητικό να γίνει εστίαση σε ένα σύμπτωμα του όπως η έλλειψη μνήμη ή η μειωμένη ενεργητικότητα.

Παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής

Συμπεριλαμβάνει την παρακολούθηση για ενδεχόμενη εμφάνιση αρνητικών επιπτώσεων που προκαλεί το φάρμακο στον οργανισμό, ενθάρρυνση του ψυχικά πάσχοντα για την λήψη των φαρμάκων τακτικά και παρακολούθηση της προόδου στο οικογενειακό περιβάλλον (καταγραφή αλλαγής συμπεριφοράς, στην διάθεση, στην επικοινωνία, τον βαθμό ενεργητικότητας, των παρενεργειών του φαρμάκου σε ένα ημερολόγιο).

Διαχείριση υποτροπών

Η παράλειψη φαρμακευτικής αγωγής οδηγεί στην εμφάνιση κάποιων συμπτωμάτων. Συστήνεται η γνώση αυτών για την άμεση αναγνώρισή τους (πρόληψη). Εκείνα είναι η αϋπνία, η κοινωνική απομόνωση, ιδέες παρανοϊκού τύπου, παραγκώνιση υγιεινής, επιθετική τάση, λόγος χωρίς ροή, τάσεις φυγής και ψευδαισθήσεις. Εάν έχουν εφαρμοστεί όλες οι δραστηριότητες που αφορούν την πρόληψη αλλά η κατάσταση δεν βελτιώνεται τα μέλη της οικογένειας είναι απαραίτητο να έχουν δημιουργήσει ένα πλάνο ενεργειών το οποίο θα χρησιμοποιηθεί σε περίπτωση που κριθεί αναγκαίο.

Αυτό συμπεριλαμβάνει τηλέφωνα έκτακτης ανάγκης τα οποία είναι του ειδικού, του εφημερεύοντος νοσοκομείου και της αστυνομίας και η συνεννόηση πριν την εμφάνιση κρίσης με κοντινά πρόσωπα, τα οποία θα χρειαστεί να φροντίσουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Τέλος, κατά την διάρκεια αντιμετώπισης της κρίσης είναι βοηθητικό να γίνονται πράξη οι εξής δέκα κανόνες:

- ❖ Μη εφαρμογή ορθολογικών επιχειρημάτων καθώς το άτομο διανύει την οξεία φάση
- ❖ Προσπάθεια διατήρησης ηρεμίας κατά την δημιουργία αισθήματος τρόμου και απώλειας ελέγχου του ψυχικά πάσχοντος
- ❖ Αποφυγή έκφραση θυμού
- ❖ Αποφυγή έντασης φωνής
- ❖ Αποφυγή ειρωνείας
- ❖ Διακοπή κάθε ερεθίσματος που προκαλεί διάσπαση (ραδιόφωνο, τηλεόραση, έντονος φωτισμός)
- ❖ Μη διατήρηση συνεχόμενης και έντονης επαφής
- ❖ Αποφυγή αγγίγματος.
- ❖ Αποχώρηση οποιουδήποτε επισκέπτη - όσο λιγότερα άτομα υπάρχουν στο χώρο τόσο καλύτερο είναι
- ❖ Ενέργεια καθίσματος σε καρέκλα και μετέπειτα αίτημα για την ίδια ενέργεια από το άτομο το οποίο βρίσκεται σε κρίση (Γκούβα και συν, 2013)

Μείωση προσδοκιών για σύναψη κοινωνικών σχέσεων

Προτιμάται η παρουσία μικρού αριθμού ατόμων στο χώρο, επίσκεψη χώρων που προάγουν το αίσθημα της ηρεμίας, μη συμμετοχή σε δραστηριότητες οι οποίες απαιτούν μεγάλο αριθμό μελών ώστε να μην δημιουργηθεί αίσθημα σύγχυσης (Γκούβα και συν, 2013)

Ανάπτυξη σχέσης αποδοχής σεβασμού και αυτονομίας

Η λήψη πρωτοβουλιών και η ανάπτυξη δραστηριοτήτων εξαρτούνται από τον βαθμό λειτουργικότητας του ατόμου. Εκείνο έχει την ανάγκη να αισθάνεται ότι ελέγχει την καθημερινότητά του, ότι τον σέβονται και τον εμπιστεύονται. Έτσι μειώνονται και τα στοιχεία υποτροπής, (Γκούβα και συν, 2013)

Διαχείριση άγχους των ατόμων με ψυχική νόσο και των οικογενειών τους

Η εκδήλωση μιας μορφής ψυχικής αρρώστιας στο άτομο έχει ως αντίκτυπο μεταβολές στην καθημερινότητα τόσο του ψυχικά πάσχοντος όσο και στα άτομα που έχουν αναλάβει την φροντίδα του. Την έκβαση της κατάστασης ενισχύουν αρνητικά ο

βαθμός δυσκολίας, η μη ύπαρξη ολοκληρωμένης θεραπείας, η μεγάλη χρονική διάρκεια της διαταραχής, το κοινωνικό στίγμα, η απουσία χρόνου για προσωπική ευχαρίστηση των μελών που φροντίζουν το άτομο που αντιμετωπίζει κάποια ψυχική ασθένεια, η έλλειψη κοινωνικών συναναστροφών. Επίσης, η εμφάνιση ασθενειών στο σώμα, η οικονομική δυσχέρεια η οποία παρουσιάζεται λόγω της εγκατάλειψης της εργασίας του ενός μέλους για την παροχή φροντίδας του ψυχικά ασθενή, δυσκολία στον τρόπο προσέγγισης λόγω της συμπεριφοράς, στην διατήρηση της υγιεινής και την λήψη φαρμάκων, δημιουργία αισθήματος φόβου για πιθανό ενδεχόμενο υποτροπής και φόβος για μελλοντική κατάληξη του ατόμου, στην που η οικογένεια δεν θα δύναται να το στηρίξει.

Επιπλέον, το αίσθημα δυσφορίας στην οικογένεια προκαλείται λόγω της νεαρής περιόδου που διανύει ο ψυχικά πάσχων, της εμφάνισης συμπτωμάτων τα οποία ενισχύουν αρνητικά την κατάσταση, η υποτροπή, η συχνή νοσηλεία, ύπαρξη αρνητικής στάσης από την οικογένεια (έλλειψη συναισθηματικής στήριξης, αισιοδοξίας και παθητική στάση), η πληροφορία για ενδεχόμενη αυτοκτονία και η χρήση ουσιών σε υπερβολικό βαθμό.

Τέλος, από την άλλη πλευρά βάσει ερευνών έχει αποδειχτεί ότι το αίσθημα του στρες στην οικογένεια κατευνάζεται όταν:

- ❖ Πραγματοποιείται ενημέρωση σχετικά με την νόσο (αίτια και τρόποι διαχείρισης)
- ❖ Οι οικογένειες δεν παραγκωνίζουν το άτομο που αντιμετωπίζει κάποια ψυχική διαταραχή αλλά διατηρούν θετική στάση
- ❖ Παρέχεται βοήθεια μέσω του κοινωνικού δικτύου και έτσι βελτιώνεται η λειτουργικότητα του ατόμου στην κοινωνία (Γκούβα και συν, 2013)

2.17 Στρατηγικές επιβίωσης για οικογένειες - Εντοπισμός και αντιμετώπιση καταστάσεων :

Η προσέγγιση ενός ατόμου με ψυχική νόσο φέρει μεγαλύτερο βαθμό επιτυχίας όταν προϋπάρχει η αντίληψη και η δεκτικότητα σχετικά με τον τρόπο συμπεριφοράς του, σε καταστάσεις στις οποίες επικρατεί το αίσθημα άγχους. Η εξάλειψη τέτοιων καταστάσεων υλοποιείται με την μείωση γεγονότων που επιφέρουν αισθήματα δυσφορίας και μέσω της διατήρησης της φυσικής μας κατάστασης (Γκούβα και συν, 2013)

Συμβουλές για ενίσχυση της επικοινωνίας με ψυχικά πάσχοντα και εξάλειψη του στρες

Αρχικά, κατά την επικοινωνία είναι σημαντικό να διατηρούνται αρχές όπως ο σεβασμός και η αξιοπρέπεια. Σύμφωνα με τα λεγόμενα γονιών θα ήταν χρήσιμο να ακολουθηθούν οι παρακάτω συμβουλές κατά την ομιλία με ένα άτομο το οποίο αντιμετωπίζει κάποια ψυχική διαταραχή:

- ❖ Εστίαση σε συγκεκριμένο περιεχόμενο συζήτησης (σύντομες φράσεις, χωρίς αναφορά σε εναλλακτικές λύσεις και βλεμματική επαφή)
- ❖ Αποφυγή διαφωνίας κατά την διάρκεια έκφρασης παραληρητικών ιδεών
- ❖ Αποφυγή επιβολής, επίμονου στοιχείου και προσωπικής ενοχοποίησης σε περίπτωση που το άτομο δεν επιθυμεί να συμμετέχει στην συζήτηση
- ❖ Διατήρηση ψυχραιμίας και υπομονής
- ❖ Εφαρμογή κανόνων

- ❖ Κατανόηση σχετικά με την όχι σε μεγάλο βαθμό έκφραση του συναισθήματος
Για να ανάπτυξη της παραπάνω ικανότητας θα ήταν χρήσιμη η ύπαρξη ενός κατοικίδιου
- ❖ Μη ταύτιση όλων των αρνητικών συμπεριφορών με την ασθένεια. Κάθε άνθρωπος διακατέχεται από θετικά και αρνητικά γνωρίσματα
- ❖ Διατήρηση αισθήματος προοπτικής: Τα μέλη της οικογένειας αναπτύσσουν τους ψυχολογικούς μηχανισμούς άμυνας (χιούμορ και ανοχή στο παράλογο) και αποκτούν αντοχές σε περιπτώσεις κατά τις οποίες παρουσιάζονται υποτροπές και παλινδρομήσεις
- ❖ Αποδοχή της ασθένειας και ρεαλιστικοί στόχοι
- ❖ Διατήρηση Ισορροπίας μεταξύ των μελών της οικογένειας
- ❖ Η παροχή ολοκληρωτικής φροντίδας και ιδιαίτερα από την μητέρα, στο άτομο με ψυχική ασθένεια. Καλό θα ήταν να τίθενται προτεραιότητες λαμβάνοντας υπόψη και ανάγκες και των υπόλοιπων μελών και όχι αποκλειστικά και μόνο του ενός. Για αυτό θα ήταν ωφέλιμη η διαχείριση κάθε υποστηρικτικού δικτύου το είναι διαθέσιμο

Έλεγχος του Εκφραζόμενου συναισθήματος

Όπως προαναφέρθηκε, τα μέλη της οικογένειας των οποίων τους γνωστοποιείται ότι συγγενικό τους άτομο πάσχει από ψυχική διαταραχή εμφανίζουν συναισθήματα όπως άρνηση (ακόμα και αν η ύπαρξη της πιστοποιείται από τους ειδικούς), θυμό, ντροπή, απόγνωση, απογοήτευση με αποτέλεσμα να φέρονται με απορριπτικό τρόπο ως προς τους ψυχικά πάσχοντες. Για να υποδηλωθούν τα συναισθήματα τα οποία αναπτύσσονται τόσο μεταξύ των μελών με τον ψυχικά πάσχοντα όσο και των μελών μεταξύ τους, χρησιμοποιείται ο όρος «*Εκφραζόμενο Συναίσθημα*».

Όσο αφορά το «Εκφραζόμενο Συναίσθημα», κρίνεται απαραίτητο να αναφερθεί ότι βοηθητικές προτάσεις αποτελούν, η αποφυγή της ενοχοποίησης του ψυχικά πάσχοντα από τα υπόλοιπα μέλη αλλά και στα μέλη μεταξύ τους, εστιάζοντας στο παρόν και μετέπειτα στο μέλλον και στην διαμόρφωση ενός περιβάλλοντος που θα παρέχει στήριξη με σκοπό την αποκατάσταση, η διατήρηση ψυχική και σωματικής υγείας, η αντίληψη ότι όλα τα μέλη επηρεάζονται από την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής και τέλος, η ενημέρωση σχετικά με την ψυχική ασθένεια και την ύπαρξη διαθέσιμων υποστηρικτικών δικτύων. (Γκούβα και συν, 2013)

2.18. Ψυχοεκπαίδευση

Οι νεότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις θεωρούν σημαντική την τεχνική της ψυχοεκπαίδευσης, η οποία συμβάλλει στην προαγωγή της ενδυνάμωσης τόσο του ίδιου του ατόμου που αντιμετωπίζει ψυχική νόσο όσο και της οικογένειας του. Σε αυτήν εμπεριέχεται η «*πληροφόρηση*», «*η ενδυνάμωση*» και «*η βελτίωση του τρόπου επικοινωνίας*».

- *Πληροφόρηση* σχετικά με τον ορισμό της ψυχικής ασθένεια σε πρακτικό επίπεδο, τα αίτια και την αντιμετώπιση της. Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση εκπονείται μέσω έγγραφου υλικού
- *Ενδυνάμωση* για την αντιμετώπιση των δυσκολιών, οι οποίες προκύπτουν από την συμβίωση με έναν ψυχικά πάσχον. Οι οικογένειες λαμβάνουν τις εξής αρμοδιότητες:

- Να παρέχουν φροντίδα στον ασθενή έτσι για την εύρεση και ολοκλήρωση της θεραπείας του
- Εκμάθηση σχετικά με την ασθένεια (προειδοποιητικά σημάδια, διαχείριση συμπτωμάτων και κρίσης και παρενέργεια φαρμάκων)
- Λήψη ρόλου συνθαρραπευτή στο βαθμό που ο ασθενής το επιτρέπει
- *Βελτίωση του τρόπου επικοινωνίας* μεταξύ όλων των μελών της οικογένειας και έτσι την εξάλειψη των ψυχοπιεστικών γεγονότων και του άγχους. (Γκούβα και συν, 2013)

Τέλος, το πιο ολοκληρωμένο μοντέλο το οποίο περιγράφει την διαδικασία εφαρμογής της ψυχοεκπαίδευσης, δημιουργήθηκε από τους Falloon & Liberman (1983), όπου συμπεριλαμβάνει την διαμόρφωση σχέσης εμπιστοσύνης με τον θεραπευτή, παροχή πληροφοριών σχετικά με την ασθένεια, συμμετοχή στην εκπαιδευτική διαδικασία για την εκμάθηση και ανάπτυξη δεξιοτήτων (ισορρόπηση αισθήματος άγχους, αποτελεσματική αντιμετώπιση δυσκολιών και θετική ενίσχυση των τρόπων επικοινωνίας) και διαχείριση της κοινωνικής απόσυρσης. Η θεραπευτική διαδικασία που στηρίζεται στο μοντέλο αυτό διαρκεί περίπου δύο χρόνια. Οι πρώτες 12 με 15 συνεδρίες συμβαίνουν ανά βδομάδα και επακολουθούν μια ανά 15 μέρες σε διάστημα 6 με 9 μηνών. (Γκούβα και συν, 2013)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΑΣ (ΑΝΑΔΟΧΗΣ) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (FOSTER FAMILY CARE) ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Εισαγωγή

Η δυνατότητα των ατόμων με ψυχική διαταραχή να ζουν καλά μέσα στην κοινότητα αντιμετωπίζοντας την πραγματικότητα της ψυχικής νόσου αποτελεί σημαντικό μέρος του μοντέλου ανάρρωσης - ανάκαμψης (recovery model). Η επιτυχημένη διαδικασία ανάρρωσης συνδέεται άρρηκτα με την διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης στην κοινότητα. (Drake et all, 2003)

Με βάση την παραπάνω εισαγωγική παράγραφο γρήγορα γίνεται αντιληπτό πως ο σωστός σχεδιασμός παροχής αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης για τα άτομα με ψυχικά προβλήματα αποτελεί ουσιαστική συνιστώσα στην διαδικασία ανάκαμψης και επανένταξης. Τις τελευταίες πέντε δεκαετίες έχουν δημιουργηθεί διαφορετικά μοντέλα συνεχούς στέγασης και διαμονής για τα άτομα με ψυχικό πρόβλημα. Αναφορικά με τα μοντέλα, διαφέρουν μεταξύ τους από πολύ καλά οριοθετημένες δομές με εξειδικευμένο προσωπικό ψυχικής υγείας μέχρι δομές με αυτόνομες συνθήκες διαβίωσης όπως είναι οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, οι κατοικίες των ανάδοχων οικογενειών και τα προστατευμένα διαμερίσματα. Άξιο αναφοράς για τα άτομα με ψυχικό πρόβλημα είναι ότι η τοποθέτηση τους σε τέτοιες δομές συνδέεται άμεσα με το ενδεχόμενο και τον τελικό σκοπό που είναι η ανεξάρτητη διαβίωση στην κοινότητα μέσω της σταδιακής πορείας του από τις δομές αποκατάστασης. (Ridgway and Zippel, 1990)

Η φιλοξενία/αναδοχή των ατόμων με ψυχικά προβλήματα αποτελεί όπως αναφέρθηκε σημαντικός παράγοντας του συνεχούς μοντέλου. Αποτελεί την παλαιότερη μορφή στέγασης ατόμων με ψυχικά προβλήματα. Για το συγκεκριμένο μοντέλο στέγασης έχουν επικρατήσει οι όροι *θεραπευτική ανάδοχη οικογένεια* και *θεσμός φιλοξενουσών οικογενειών*. Οι συγκεκριμένοι όροι περιγράφουν οικογένειες οι οποίες αναλαμβάνουν την φροντίδα ατόμων με ψυχική διαταραχή, σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή νοητική στέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ή και αυτιστικού φάσματος. Οι οικογένειες αυτές δεν ανήκουν σε πρώτο βαθμό συγγένειας αλλά μπορεί να είναι από το κοντινό περιβάλλον του ασθενή.

Το συγκεκριμένο μοντέλο στέγασης έχει κατηγορηθεί και έχει υποστεί μια επικριτική στάση σε σχέση με καθιερωμένα μοντέλα στέγασης υποστηρίζοντας πως η ανάδοχη οικογένεια δημιουργεί συνθήκες εξάρτησης για τα άτομα με ψυχικά προβλήματα χωρίς να καλλιεργεί τις συνθήκες της αυτόνομης διαβίωσης. Χωρίς να είναι απόλυτα λανθασμένη η παραπάνω πρόταση δεν επαρκεί για την ολοκληρωτική απόρριψη του θεσμού. Στις επόμενες ενότητες θα δοθούν επιχειρήματα υπέρ του θεσμού από αντίστοιχες καλές εφαρμογές του σε δυτικές χώρες καθώς θα γίνει αναφορά στο έχει δείξει η μέχρι τώρα εμπειρία από την εφαρμογή του θεσμού στη χώρα μας. Πρώτα όμως θα γίνει μια σύντομη ιστορική αναδρομή του θεσμού.

3.2. Ιστορική Αναδρομή

Οι ρίζες του θεσμού χρονολογούνται 600 χρόνια πίσω στην χώρα του Βελγίου και πιο συγκεκριμένα στο Geel, όπου οι κάτοικοι της περιοχής φιλοξενούσαν και φρόντιζαν άτομα με ψυχικά προβλήματα στο σπίτι τους. Η ιστορία του Geel είναι συνδεδεμένη με την Dimphna, κόρη του βασιλιά της Ιρλανδίας Damon. Αναφορικά με το θρύλο, όταν ο βασιλιάς έχασε την γυναίκα του στην προσπάθεια του να ξεπεράσει το πένθος του έψαξε πάρα πολύ την αντικαταστάτρια του. Πιθανότατα η πολύ μεγάλη επιθυμία του σε συνδυασμό με το πένθος, του ανέπτυξε την παραληρητική πεποίθηση ότι η κόρη του θα την αντικαταστήσει. Τότε η Dimphna απέδρασε με τον πνευματικό της στο δάσος έξω από την περιοχή του Geel. Όταν ο πατέρας της την βρήκε στην εκκλησία του St Maarten, εκείνη προτίμησε να αποκεφαλισθεί από το να υποκύψει. Ο μαρτυρικός αυτός τόπος στη συνέχεια συνδέθηκε με τη θαυματουργή ίαση ψυχικά ασθενών. Πολύ γρήγορα χτίστηκε μεγαλύτερη εκκλησία και η περιοχή ήταν φάρος πολλών πιστών. Στη συνέχεια κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα η ψυχική νόσος συνδέθηκε με δαιμόνια. Για αυτό το λόγο πολλοί κατέφυγαν στην περιοχή του Geel για να λάβουν την θρησκευτική θεραπεία. Η ροή ήταν τόσο μεγάλη που οι κάτοικοι της περιοχής άνοιξαν τα σπίτια τους για να τους φιλοξενήσουν καθώς η διαμονή τους κρατούσε αρκετές ημέρες. Συνεπώς διαπιστώνει κανείς πως από μια ανθρώπινη πράξης χωρίς απώτερους σκοπούς διαμορφώνει σημερινούς θεσμούς αποκατάστασης ψυχικά ασθενών. (Roosens, 1979)

Έπειτα, το 19^ο αιώνα η έννοια της φροντίδας ενός ψυχικά ασθενή σε οικογενειακό περιβάλλον επεκτάθηκε σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες. Το 1809 έκανε για πρώτη φορά την εμφάνιση του ο θεσμός και στην Αμερική έπειτα από ένα ταξίδι της Dorothea Dix στη Σκωτία (Linn, 1981). Σταδιακά ο θεσμός της φιλοξενίας έφυγε από την θρησκευτική έννοια που είχε λόγω της ιστορικής του σύνδεσης και άρχισε να εφαρμόζεται για οικονομικούς και θεραπευτικούς λόγους. Επιπλέον, χρησίμευσε για την αποσυμφόρηση των ασύλων, με χρόνιους ασθενείς να μεταφέρονται σε απομονωμένες περιοχές με στόχο τη πρακτική βοήθεια φτωχών αγροτικών οικογενειών. (Sans, 1997)

Επιπρόσθετα, εκείνη τη χρονική περίοδο είχαμε και τις ιδέες του Ρουσώ και άλλων σημαντικών φιλοσόφων που τόνιζαν την ευεργετική σημασία του καθαρού αέρα και της φύσης γενικά. Με το σκεπτικό αυτό εγκαταστάθηκαν ασθενείς σε αγροτικές περιοχές όπου τους φιλοξενούσαν οι οικογένειες και τους παρείχαν διαμονή και φύλαξη. Αν και η παραπάνω ενέργεια αποτελεί μια προσπάθεια υλοποίησης του θεσμού οι ασθενείς παρέμεναν στο περιθώριο από τις οικογένειες και την κοινότητα στο σύνολο της καθώς υπήρχε ο φόβος της μετάδοσης της νόσου. Για παράδειγμα δεν έπρεπε να παρευρίσκονται σε συγκεκριμένους χώρους. (Sans, 1997)

Το 1960 έχουμε την πρόοδο της Ψυχιατρικής με την ανακάλυψη και την αναζήτηση εναλλακτικών μεθόδων ψυχιατρικής περίθαλψης. Έτσι άρχισε να εφαρμόζεται η τοποθέτηση ψυχικά ασθενών σε μια άλλη οικογένεια για θεραπευτικούς σκοπούς επί αμοιβής. Ο φορέας υλοποίησης ήταν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία που ήταν υπεύθυνα για την οργάνωση και ομαλή λειτουργία του θεσμού. Σταδιακά θεσπίστηκαν οι αντίστοιχες νομοθετικές διατάξεις (Pandelon et al, 2005). Ενώ υπάρχει μεγάλη χρονική εφαρμογή του θεσμού και είναι διαδεδομένος στη ψυχιατρική φροντίδα, βιβλιογραφικά δεν υπάρχουν επαρκής αναφορές σε μελέτες που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά του. (Linn, Klett, and Caffey, 1980)

3.3 Αποτελεσματικότητα του θεσμού

Η έλλειψη επαρκών βιβλιογραφικών αναφορών για την αποτελεσματικότητα του θεσμού πιθανότατα συνδέεται με τις διαφορετικές μορφές που έχει λάβει με το πέρασμα του καιρού, με την διαφορετικότητα αυτή να μην επιτρέπει στην εξαγωγή συμπερασμάτων. Οι πρώτες αναλυτικές μελέτες για τον εν λόγω θεσμό ήταν ιδιαίτερα αρνητικές με τη συγκεκριμένη πρακτική. Οι μελετητές υποστήριξαν για το αντίστοιχο μοντέλο στον Καναδά, βασιζόμενοι σε προσωπικές παρατηρήσεις, πως πρακτικά γινόταν η μεταφορά του ασύλου μέσα στη κοινότητα ελέω απουσίας καθημερινών δραστηριοτήτων από την οικογένεια. (Murphy, Penne, and Luchins, 1972)

Άσχετα από τη μεγάλη βαρύτητα που δόθηκε στη συγκεκριμένη μελέτη δεν βασίζονταν σε συστηματική αξιολόγηση. Λίγα χρόνια αργότερα ο Murphy και άλλοι προχώρησαν σε μια τέτοια ενέργεια. Έκανα συστηματική διερεύνηση της έκβασης της φιλοξενούσας οικογένειας. Εξέτασαν διαφορετικούς δείκτες αποτελεσματικότητας σε τρεις διαφορετικές χρονικές στιγμές εντός συνολικού διαστήματος 18 μηνών. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 106 ασθενείς με διάγνωση ψυχική συνδρομής, με τα 2 τελευταία χρόνια τουλάχιστον μια ψυχιατρική νοσηλεία μεγαλύτερης των 6 μηνών και οι οποίοι είχαν μεταφερθεί μετά το πέρας της νοσηλείας τους σε ανάδοχες οικογένειες. Ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν ασθενείς με αντίστοιχα χαρακτηριστικά και βρισκόντουσαν σε λίστα αναμονής για την τοποθέτησή τους σε ανάδοχη οικογένεια, ενώ κατά της διάρκεια συλλογής στοιχείων παρέμεναν σε νοσοκομείο. (Murphy, Engelsmann, and Tchong - Laroche, 1976)

Εν συνεχεία, οι κατοικίες των υποψήφιων φιλοξενουσών οικογενειών χωρίζονται σε δυο τύπους: ο πρώτος τύπος ήταν οικίες με λιγότερους από 5 ασθενείς και ο δεύτερος τύπος ήταν οικίες με 10-30 ασθενείς. Σε κανένα από τους δύο τύπους κατοικιών δεν υπήρχε εργαζόμενη νοσοκόμα ή κάποιος επαγγελματίας υγείας πλήρους απασχόλησης. Από την άλλη μεριά υπήρχε διαθέσιμος επαγγελματίας που μπορούσαν οι οικογένειες να καλέσουν σε περίπτωση ανάγκης. (Murphy, Engelsmann, and Tchong - Laroche, 1976)

Προχωρώντας στα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας διαπιστώθηκε από τους μελετητές πως η ανάδοχη οικογένεια λειτουργεί εξίσου αποτελεσματικά με την διαμονή σε νοσοκομείο σχετικά με την μείωση της ενεργής συμπτωματολογίας, χωρίς βέβαια να λειτουργεί θετικά στη βελτίωση της κοινωνικής προσαρμογής. Πιο συγκεκριμένα η ανάδοχη οικογένεια επιτύγχανε με αποτελεσματικό τρόπο τη μείωση της συμπτωματολογίας και θα έπρεπε να προτιμάται καθώς είναι λιγότερο δαπανηρή. Ωστόσο, δεν λειτουργούσε το ίδιο αποτελεσματικά στη διαδικασία της επαναπροσαρμογής και της ανάκτησης πρότερων λειτουργιών.

Μια εξήγηση ήταν η έλλειψη ουσιαστικής ενασχόλησης με τους ψυχικά ασθενείς από τις οικογένειες, σε συνδυασμό με την έλλειψη ανοχής. Δεν υπήρχε σπουδαία δραστηριοποίηση, δεν τους προέτρεπαν να ασχοληθούν με κάτι, δεν υπήρχε ενθάρρυνση, δεν υπήρχε επικοινωνία και στη παρουσίαση αρχικών προβλημάτων η λύση ήταν η απομάκρυνση και όχι η διαμόρφωση και αντιμετώπιση. Επιπλέον υπήρξαν δυο αρκετά σημαντικά αποτελέσματα. Δεν υπήρχε σημαντική στατιστική διαφορά σχετικά με την καλύτερευση κοινωνικών μεταβλητών ανάμεσα σε αυτούς που έλαβαν μέρος και είχαν τοποθετηθεί σε οικίες με λιγότερους από 5 ασθενείς και σε αυτούς που είχαν τοποθετηθεί σε 10-30 ασθενείς. Επιπλέον η συχνότητα των επισκέψεων από το προσωπικό βρέθηκε να είναι σχετική με την ανάδειξη αρνητικής συμπτωματολογίας. Πιο επεξηγηματικά στις οικογένειες που δεν υπήρξε μεγάλη

συχνότητα επισκέψεων από το προσωπικό, υπήρξε και μεγαλύτερη βελτίωση. (Murphy, Engelsmann, and Tcheng - Laroche, 1976)

Όπως διαφαίνεται από την παραπάνω ανάλυση, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας σχετικά με την αποτελεσματικότητα του θεσμού είναι αρνητικά. Ωστόσο, θα πρέπει να ερμηνευθούν με μεγάλη επιφυλακτικότητα. Αρχικά, δεν είναι εμφανές αν υπήρξε χειρισμός των ασθενών που διέμεναν στην οικία της φιλοξενούσας οικογένειας, στοιχείο που λαμβάνεται ως συγγενικός παράγοντας. Επιπρόσθετα, αναφορικά με τις οικίες, μια οικία με 10-30 ασθενείς παραπέμπει σε νοσοκομειακού-ιδρυματικού τύπου περίθαλψη παρά σε οικογένεια.

Το μέγεθος των ασθενών είναι εξαιρετικά μεγάλο για μια μόνο οικογένεια και θεωρείται αν όχι σίγουρο τότε σχεδόν αναμενόμενο να χαθεί στη πορεία η θεραπευτική σχέση μεταξύ οικογένειας και ασθενή αποκτώντας σιγά-σιγά διεκπεραιωτικό χαρακτήρα. Ένα άλλο στοιχείο που απουσιάζει είναι η σύγκριση και ανάλυση των χαρακτηριστικών των ασθενών ανά ομάδα αλλά και των μελών της φιλοξενούσας οικογένειας. Συνεπώς εστιάζεται περισσότερο η ανάγκη για περισσότερη διερεύνηση των χαρακτηριστικών του θεσμού, που θα αναδειχθεί η αποτελεσματικότητά του, παρά στην αρνητική κριτική. (Murphy, Engelsmann, and Tcheng - Laroche, 1976)

3.4 Εφαρμογή θεσμού Φιλοξενουσών οικογενειών στο Βέλγιο

Ο θεσμός των φιλοξενουσών οικογενειών ξεκίνησε από ένα χωριό στο Βέλγιο όπως προαναφέρθηκε. Καθώς ο καιρός περνούσε υπέστη σημαντικές τροποποιήσεις. Αρχικά το 1850, η Βέλγικη νομοθεσία συμπεριέλαβε για την ψυχική υγεία θέματα που αφορούσαν την ελλειπή φροντίδα των ασθενών. Το Geel καθιερώθηκε ως *ξεχωριστή περιοχή* και συνέχισε να λειτουργεί κατά κάποιο τρόπο σαν έναν ψυχιατρικό νοσοκομείο χωρίς τείχη με την κυβέρνηση να έχει αναλάβει τις διοικητικές ευθύνες. Σήμερα, το Δημόσιο Νοσοκομείο του Geel, με την ονομασία *Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis (OPZ)*, έχει τη καθολική εποπτεία της οικογενειακής φροντίδας. Το 1991 μάλιστα απέκτησε αυτόνομο καθεστώς, με τις αποφάσεις για το νοσοκομείο να λαμβάνονται από το Geel και όχι από τις Βρυξέλες. (Goldstein, and Godemont, 2003)

Αναφορικά με το σύστημα του Geel, υπάρχουν 4 ομάδες οικογενειακής φροντίδας, με την κάθε μια να έχει στην επίβλεψη τις 100 κατοικίες. Τις ομάδες αυτές απαρτίζουν εξειδικευμένες ειδικότητες όπως ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, επαγγελματίας γενικών καθηκόντων και τρεις νοσηλεύτες. Βασικό γρανάζι του συστήματος έχει ο νοσηλευτής της περιφέρειας πραγματοποιώντας επισκέψεις στην κάθε οικογένεια τουλάχιστον 1 φορά στις 2 βδομάδες ή όποτε κρίνεται απαραίτητο. Κατά την επίσκεψη γίνεται η χορήγηση της συνταγογράφησης για την φαρμακευτική αγωγή και διασφαλίζει κατά αυτό τον τρόπο την ομαλότητα του συστήματος. (Goldstein and Godemont 2003) Σε περιπτώσεις βίαιων συμπεριφορών από τον ασθενή λόγω διέγερσης επιχειρείτε σε αρχικό στάδιο προσπάθεια σταθεροποίησης από την οικογένεια. Οι περισσότερες περιπτώσεις διαχειρίζονται από την ίδια την οικογένεια. Ωστόσο αν το πρόβλημα είναι μεγάλο υπάρχει το κατάλληλο υποστηρικτικό δίκτυο που παρεμβαίνει. Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών παραπέμπεται στο Geel από άλλα ψυχιατρικά νοσοκομεία με μια ακτίνα 50 χιλιομέτρων εκτός του Geel. Τα κριτήρια των υποψήφιων ασθενών είναι τα εξής :

- Εξέταση της ψυχικής ασθένειας με βάση το DSM
- Δυσκολίες στην καθημερινή λειτουργικότητα
- Ανάγκη για εξάρτηση και δημιουργία συναισθηματικού δεσμού

Συνήθως δεν δέχονται επιθετικούς ασθενείς, ωστόσο πάντα υπάρχουν εξαιρέσεις.

Αναφορικά με την διαδικασία, διαρκεί μερικές εβδομάδες μέχρι μήνες και έχει τα εξής στάδια:

- Υποβολή γραπτής αίτησης από το ίδρυμα που πραγματοποιεί την παραπομπή
- Ενδελεχής εξέταση του φακέλου του ασθενή από την ομάδα υποδοχής (intake team)
- Επίσκεψη του ιδρύματος που βρίσκεται ο ασθενής, εφόσον πληροί τα συγκεκριμένα κριτήρια
- Με την προϋπόθεση ότι η επίσκεψη ήταν επιτυχής, ο ασθενής μεταφέρεται σε σπίτι παρατήρησης στο Geel. Υπάρχουν κανονικές συνθήκες διαβίωσης και εξετάζονται οι δυνατότητες του ασθενή να ζήσει σε οικογενειακό περιβάλλον. Αν κριθεί απαραίτητο γίνεται εκμάθηση λειτουργικών δεξιοτήτων ώστε να υπάρξει επιτυχημένη διαδικασία προσαρμογής
- Έπειτα γίνεται η επιλογή της οικογένειας από τη λίστα με τις διαθέσιμες οικογένειες. Η αξιολόγηση τους αφορά την κοινωνική τους συμπεριφορά, την ύπαρξη κάποιας ασθένειας, την σταθερότητα, και τις συνθήκες στέγασης. Στα κριτήρια της στέγασης υπάρχει η επιλογή ο ασθενής να έχει το δικό του δωμάτιο μέσα στην ανάδοχη οικογένεια
- Πραγματοποίηση επαρκών συναντήσεων με την υποψήφια φιλοξενούσα οικογένεια στο χώρο διαβίωσης της
- Προς τα τελευταία στάδια υπάρχει η μεταφορά του ασθενή στην οικογένεια με την προϋπόθεση ότι αισθάνονται έτοιμοι και ότι μπορεί να λειτουργήσει μεταξύ τους
- Λαμβάνεται η τελική απόφαση από επιτροπή αξιολόγησης προσεγγίζοντας τη συμβατότητα των επιθυμιών και των αναγκών των οικογενειών και του ασθενούς.
- Τακτική παρακολούθηση της συνεργασίας της φροντίδας με παράλληλη αναφορά στο ίδρυμα που έχει κάνει την παραπομπή στους 4 μήνες από την έναρξη της φιλοξενίας και στο ένα έτος.

Αξίζει να αναφερθεί πως πολλοί ασθενείς μένουν με την ανάδοχη οικογένεια για χρόνια. Το 2005, το 31% των 509 ασθενών διέμεναν με την ανάδοχη οικογένεια για περισσότερα από 50 χρόνια. (Goldstein, 2006)

Πρόσφατη έρευνα της Geel Research Project, προχώρησε σε συνεντεύξεις 108 φιλοξενουσών οικογενειών με σκοπό την διερεύνηση του τρόπου που αντιλαμβάνονται τον θεσμό και την έννοια της κοινότητας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι ασθενείς αντιμετωπίζονται με ισότητα και αξιοπρέπεια από την κοινότητα όσο και από την ανάδοχη οικογένεια. Υπάρχει αναγνώριση της φυσιολογικής και μη συμπεριφοράς ωστόσο δεν υπάρχει απόρριψη του ατόμου στο σύνολο του. Επιπλέον, στα μέλη της ανάδοχης οικογένειας υπάρχει μεγάλο αίσθημα σεβασμού από το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης. (Roosens and Leuven, 2005)

Επιπρόσθετα, ο κοινωνιολόγος Leo Srole (1975) βασιζόμενος στη μελέτη του Geel Research Project παρατήρησε ότι η φιλοξενούσα οικογένεια προβαίνει σε μια πράξη φροντίδας ενός αγνώστου που σιγά – σιγά γίνεται μέλος της λειτουργίας της. Η

συνεργασία μεταξύ των δυο μερών (οικογένειας – ασθενή) σε συνδυασμό με το συμπεριφορικό μοντέλο θεραπείας που εφαρμόζεται επιτρέπει στον ασθενή να λειτουργεί με φυσιολογικό τρόπο παρά τη δυσκολία της ψυχικής ασθένειας του.

Η επιτυχία του ψυχιατρικού συστήματος φροντίδας του Geel εντοπίζεται στις εξής παραμέτρους από τον Marc Godemont, ψυχολόγο με μεγάλη εμπειρία στο σύστημα φροντίδας του Geel :

- Υπάρχει αναγνώριση των ανθρώπινων αναγκών των ασθενών από την κοινότητα
- Υπάρχει ανταπόκριση στις ανάγκες αυτές με κοινωνικές ευκαιρίες και δυνατότητες εργασίας
- Τα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι ταυτόχρονα μέλη ανάδοχης οικογένειας αλλά και της κοινότητας του Geel

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως η θεραπευτική ανάδοχη οικογένεια στο Geel έχει τη μορφή ανάδοχης κοινότητας και εκεί εντοπίζεται η δυσκολία εφαρμογής σε άλλα πλαίσια και περιβάλλοντα. Βέβαια θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας ότι η επιτυχία του μοντέλου βασίζεται στην κοινωνική ενσωμάτωση του ασθενή που γίνεται λόγω του αποστιγματισμού της ψυχικής νόσου. Επιπρόσθετα η φροντίδα των ασθενών γίνεται με ευελιξία και προσαρμοστικότητα τόσο ως προς τη συμπτωματολογία όσο και προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες. (Goldstein J and Godemont M 2003)

3.5 Εφαρμογή θεσμού Φιλοξενουσών οικογενειών στις Η.Π.Α

Το 1844 το αντίστοιχο παράδειγμα του Geel πυροδότησε το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας της Αμερικής, με αποτέλεσμα το 1885 να γίνει υλοποίηση αντίστοιχου σχεδίου των ψυχικά ασθενών στην Μασαχουσέτη. Στόχος ήταν η διαμόρφωση φυσιολογικών συνθηκών διαβίωσης σε έναν επιλεγμένο αριθμό χρόνιων και μη επικίνδυνων ασθενών, οι οποίοι δεν είχαν ανάγκη πλέον την ιδρυματική καθημερινότητα. Η φιλοξενούσα οικογένεια της Μασαχουσέτης ήταν υπό κρατική εποπτεία με στόχο την ελάφρυνση των ιδρυμάτων από τον υπερβολικό αριθμό ασθενών δίνοντας έτσι την ευκαιρία στο ψυχιατρικό σύστημα να επικεντρωθεί στους ασθενείς που είχαν πραγματικές πιθανότητες βελτίωσης και ίασης. (Stedman, 1890)

Οι πρώτες αξιολογήσεις που έγιναν έδειξαν πως υπήρξε επικέντρωση σε οικονομικές παραμέτρους καθώς ήταν εμφανώς πιο χαμηλό το κόστος από κάθε άλλη μορφή φροντίδας αντίστοιχου τύπου. Αρχικά υπήρξαν έντονες αντιδράσεις από ψυχιάτρους στηριζόμενοι στα αδιευκρίνιστα κίνητρα των ανάδοχων, το χαμηλό οικονομικό κίνητρο που δινόταν, την πιθανότητα παραμέλησης ή ακόμα και κακοποίησης του ασθενή και σε μια γενικότερη καχυποψία για το θεσμό που ωστόσο δεν είχε βάση κατά την υλοποίηση του σχεδίου. (Stedman, 1890) Η προσπάθεια είχε ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα ακόμα και για ασθενείς που δεν σημείωναν καμία βελτίωση για χρόνια. Οι ασθενείς που είχαν βιώσει και την ιδρυματική φιλοξενία και τη φιλοξενία της οικογένειας προτιμούσαν τη δεύτερη μορφή. Η επιτυχία ολοκληρώθηκε από την εξοικονόμηση οικονομικών πόρων, την ανεκτικότητα της κοινότητας προς τα άτομα με ψυχική νόσο αλλά και την των ασθενών να προσεγγίζουν την απόλυτη αυτάρκεια και αυτονομία μετά την ολοκλήρωση της αναδοχής (1/10 ασθενείς). (Copp, 1902)

Άξιο αναφοράς του συστήματος της Μασαχουσέτης είναι ο τρόπος προσέγγισης των υποψήφιων ανάδοχων οικογενειών. Αρχικά έγινε διαφήμιση από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Κατά την εφαρμογή του προγράμματος η ενημέρωση έγινε με πολύ γρήγορους ρυθμούς στη κοινότητα με 500 οικογένειες να υποβάλλουν αίτημα, παρά το χαμηλό οικονομικό κίνητρο (4 δολάρια την βδομάδα). Υπήρχε το ενδεχόμενο απόρριψης της οικογένειας από τους υπεύθυνους σε περίπτωση που η οικογένεια δεν είχε τα απαραίτητα χαρακτηριστικά (συνθήκες διαβίωσης, δυνατότητα κάλυψης των αναγκών του ασθενούς, χαρακτηριστικά της οικογένειας). Πολύ σημαντική παρατήρηση πως 1/5 οικογένειες είχαν μικρά παιδιά στη σύσταση τους αν λάβει κανείς υπ' όψιν του το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια. (Corr, 1902)

Επίσης, ο θεσμός των φιλοξενουσών οικογενειών στην Αμερική επεκτάθηκε σταδιακά και σε άλλες πολιτείες. Το 1963, 23 πολιτείες εφάρμοζαν αντίστοιχα προγράμματα οικογενειακής φιλοξενίας, με τον αριθμό των ασθενών που βρισκόταν σε αναδοχή να φτάνει τις 13.000. Το 1951 η Διοίκηση Βετεράνων ξεκίνησε να εφαρμόζει αντίστοιχο μοντέλο φροντίδας σε 4000 ασθενείς σε κατοικίες. Το αποτέλεσμα αυτής της ενέργειας ήταν 60.000 ασθενείς να λάβουν τη συγκεκριμένη φροντίδα μέσα σε 25 χρόνια διάρκειας υλοποίησης. (Linn, Klett and Caffey, 1980)

Με αυτό τον τρόπο σιγά –σιγά δημιουργήθηκε ένας επαρκής αριθμός που θα μπορούσε να στοιχειοθετήσει εμπειρικά την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Το 1997 δημοσιεύθηκε μια πολύ καλή συστηματική μελέτη για την αποτελεσματικότητα της Φιλοξενούσας οικογένειας. Στα πλαίσια υλοποίησης του προγράμματος Βετεράνων, για το δείγμα, επιλέχθηκαν 5 νοσοκομεία που τους άνηκαν και επιλέχθηκαν τόσο με γεωγραφική κατανομή όσο και ενεργητική συμμετοχή στη φιλοξενούσα οικογένεια.

Τα κριτήρια εισαγωγής ασθενών στη μελέτη ήταν τα εξής:

1. Αρσενικό φύλο
2. Διάγνωση ψυχιατρικής ασθένειας
3. Να μην υπήρχε προηγουμένως άλλη εμπειρία από φιλοξενούσα οικογένεια
4. Να γίνει σωστή επιλογή υποψήφιων φιλοξενουσών οικογενειών από κοινωνικούς λειτουργούς

Η κατανομή των ασθενών σε ομάδα ελέγχου και παρέμβασης έγινε με τυχαίο τρόπο. Η μορφή της θεραπευτικής αναδοχής οικογένειας που αξιολογήθηκε είχε τα παρακάτω χαρακτηριστικά: το 73% των κατοικιών που τοποθετήθηκαν οι ασθενείς βρισκόταν σε αστικές περιοχές και υπήρχε τουλάχιστον ένας άνδρας φροντιστής μέσα σε αυτές. Το 1/5 ασθενείς είχε το δικό του δωμάτιο, 2/5 ασθενείς μοιράζονταν το δωμάτιο με ένα άλλο άτομο, ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς μοιράζονταν το δωμάτιο με περισσότερα άτομα. Το 43% των σχέσεων μεταξύ κηδεμόνα και ασθενή χαρακτηρίστηκε αμφιθυμική και απόμακρη ενώ για το υπόλοιπο 57% χαρακτηρίστηκε στενή. Οι περισσότεροι κηδεμόνες χαρακτηρίστηκαν σχετικά ανεκτικοί απέναντι στη ψυχική ασθένεια και το επίδομα ανερχόταν στα 211 δολάρια μηνιαίως. Η εποπτεία των κατοικιών γινόταν από κοινωνικούς λειτουργούς. (Linn et al 1980)

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως στη φάση προετοιμασίας των ασθενών για τη μετάβαση τους στην οικογένεια, ο δυο ομάδες δεν παρουσίασαν

στατιστικά μεγάλες διαφοροποιήσεις ως προς την λειτουργικότητα, τη διάθεση, τα επίπεδα δραστηριότητας και τη συνολική προσαρμογή των ασθενών. Στη συνέχεια όμως, σε μέτρηση που έγινε 4 μήνες μετά την τοποθέτηση των ασθενών στις φιλοξενούσες οικογένειες, οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης σημείωσαν σημαντική βελτίωση σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, στην συνολική προσαρμογή.

Επιπρόσθετα, η θεραπευτική αναδοχή οικογένειας είχε μικρότερο αριθμό υποτροπών συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (Linn et al, 1977). Τα αποτελέσματα παρουσίασαν ομοιογένεια και στα 5 διαφορετικά σημεία που υλοποιήθηκε η μελέτη, ισχυροποιώντας την αποτελεσματικότητα του θεσμού για την Αμερική.

Η ίδια ομάδα έρευνας πραγματοποιεί μελέτη για τα χαρακτηριστικά της ανάδοχης οικογένειας που μπορεί να την καθιστούν πιο αποτελεσματική στη φροντίδα και τη θεραπεία των ασθενών. Ένα από τα ενδιαφέροντα ευρήματα της μελέτης ήταν η απουσία σύνδεσης ανάμεσα σε χαρακτηριστικά των ασθενών και τη βελτίωση στην κοινωνική τους προσαρμογή. Δηλαδή η βελτίωση της κοινωνικής προσαρμογής τους συνδέεται περισσότερο με τα χαρακτηριστικά της ανάδοχης οικογένειας παρά των ίδιων των ασθενών. Οι ασθενείς που παρουσίαζαν βελτίωση επιθυμούσαν να παραμείνουν με τη φιλοξενούσα οικογένεια (Linn et al, 1977). Επιπλέον, οι ασθενείς που είχαν βελτίωση διέμεναν σε σπίτια που υπήρχαν μικρά παιδιά, ο αριθμός των ασθενών δεν ξεπερνούσε τα 2 άτομα και γενικά ο αριθμός των ατόμων στο σπίτι ήταν 7-10 άτομα. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί πως όσο περισσότερα άτομα ζουν στην ίδια κατοικία με τους ασθενείς τόσο η ατμόσφαιρα παραπέμπει σε ίδρυμα παρά οικογένεια. Για αυτό δεν ξεπερνούσαν την τοποθέτηση 2 ασθενών στην ίδια κατοικία γιατί το ιδανικό σύνολο ήταν 7-10 άτομα ανά κατοικία. Να σημειωθεί πως τα μικρά παιδιά διαδραμάτιζαν καθοριστικό και σπουδαίο ρόλο στην καλλιέργεια οικογενειακής καθημερινότητας με τους ασθενείς να αισθάνονται πιο αποδεκτοί. (Aging, 1974)

Παράλληλα, σχετικά με την επίδραση των δραστηριοτήτων εντός του σπιτιού για τη βελτίωση των ασθενών, τα αποτελέσματα διαφοροποιούνται σε σχέση με τη διάγνωση. Ενώ φαίνεται να επιδρά θετικά η μεγαλύτερη δραστηριότητα εντός σπιτιού για ασθενείς με διάγνωση διαφορετικής της ψυχωσικής συνδρομής, δεν ισχύει το ίδιο για τα άτομα με σχιζοφρένεια. Παρομοίως κάτι αντίστοιχο ισχύει και για τη συχνότητα της εποπτείας είτε από το κηδεμόνα είτε από το κοινωνικό λειτουργό, βρέθηκε να υπάρχει σύνδεση με τη βελτίωση του ασθενή χωρίς ψύχωση αλλά επιδείνωση με ψύχωση.

Υπάρχει συμφωνία με το εύρημα της έρευνας του Murphy και συν (Murphy, Engelsmann and Tchong-Laroche, 1976). Μια πιθανή εξήγηση αναφορικά με το έλλειμμα που παρουσιάζουν κάποιοι ασθενείς με σχιζοφρένεια ίσως συνδέεται με τη δυνατότητα φιλτραρίσματος ερεθισμάτων μέσα στο σπίτι. Η υψηλή δραστηριότητα μέσα σε ένα σπίτι κατακλύζει από ερεθίσματα των ασθενών με σχιζοφρένεια και τον οδηγεί σε υποτροπή. Για αυτό το λόγο για τους ασθενείς που έχουν ψυχωσική συνδρομή πρέπει να υπάρχει ισορροπία για να μην οδηγηθεί ούτε στην υποτροπή ούτε στην απόσυρση.

Τέλος, αναφορικά με τη δεύτερη δημοσίευση σημειώθηκε πως η ανεκτικότητα της οικογένειας στην αποκλίνουσα συμπεριφορά, οι προσδοκίες του ασθενούς από τη συνεργασία, η γεωγραφική απόσταση από το νοσοκομείο, η γεωγραφική τοποθεσία της ανάδοχης οικογένειας, η συνολική αξιολόγηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δεν βρέθηκαν να διατηρούν σχέση με τη βελτίωση των ασθενών. Τα

συγκεκριμένα στοιχεία θα πρέπει να λαμβάνοντα υπόψη κατά την αξιολόγηση των συνθηκών στέγασης και διαβίωσης. Αναφορικά με το παράδειγμα της Αμερικής συνοψίζουμε τα εξής :

- Η φιλοξενούσα οικογένεια είναι περισσότερο αποτελεσματική από τη συνεχιζόμενη νοσηλεία αναφορικά με τη λειτουργικότητα και τη προσαρμοστικότητα του ασθενή στη κοινότητα
- Η φιλοξενούσα οικογένεια στοιχίζει λιγότερο από τη συνεχιζόμενη νοσηλεία.
- Η φιλοξενούσα οικογένεια συμβάλει στην άρση του στίγματος
- Οι αιτήσεις βασίζονται σε ανθρωπιστικό ενδιαφέρον
- Οι ασθενείς με άνοια δεν είναι κατάλληλη για το θεσμό
- Η επιδείνωση της συμπτωματολογίας συνδέεται με τις εξής συνθήκες διαβίωσης : ο αριθμός των ατόμων που ζουν στο σπίτι δεν πρέπει να ξεπερνά τα 10 μέλη, πρέπει να είναι μεγαλύτερος από 2 και δεν υπάρχουν παιδιά στη σύσταση της οικογένειας
- Η επιδείνωση της συμπτωματολογίας και υποτροπής στα άτομα με σχιζοφρένεια συνδέεται με την ανισορροπία μεταξύ των ερεθισμάτων
- Δραστηριότητες εντός του σπιτιού βοηθούν στην αποφυγή υποτροπής
- Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της φιλοξενούσας οικογένειας δεν μπορεί να είναι μονοδιάστατη
- Τέλος, δείκτες όπως οικογενειακή λειτουργικότητα, οικογενειακή ατμόσφαιρα, προσωπικότητα μελών της ανάδοχης οικογένειας, έκφραση συναισθημάτων της οικογένειας οφείλουν να αποτυπωθούν με κλίμακες για συντελεστεί η σωστή διερεύνηση και συσχέτιση τους με τη έκβαση της φιλοξενούσας οικογένειας

3.6 Εφαρμογή θεσμού Φιλοξενουσών Οικογενειών στον Καναδά

Το 1960 στον Καναδά ο θεσμός Φιλοξενουσών οικογενειών είχε μεγάλη εφαρμογή. Η πλειοψηφία των ασθενών που λάμβανε εξιτήριο από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία τοποθετούνταν σε ανάδοχες οικογένειες. Οι συγκεκριμένες κατοικίες χαρακτηρίζονται και ως συνηθισμένες κατοικίες στην κοινότητα. Σε αντίθεση με άλλες μορφές ψυχιατρικής φροντίδας η λειτουργία της φιλοξενούσας οικογένειας βασίζεται σε φροντιστές και όχι σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Αυτοί οι φροντιστές δεν έχουν λάβει κάποια εκπαίδευση, είναι γυναίκες και μπορούν να φιλοξενήσουν μέχρι 9 ασθενείς. Αν και δεν υπάρχει συγκεκριμένος τύπος εκπαίδευσης πριν ενταχθούν στο πρόγραμμα, προσφέρονται ομάδες υποστήριξης και εκπαίδευσης εφόσον το επιθυμούν. Υπάρχει πολύ καλή συνεργασία φροντιστών με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Δυο επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν την ευθύνη κάθε φιλοξενούσας οικογένειας. Η πολυκλαδική ομάδα εποπτεύει συνολικά την κατάσταση και επεμβαίνει σε περιπτώσεις κρίσης. Στον Καναδά η φιλοξενούσα οικογένεια αποτελεί το πρώτο βήμα στέγασης μετά από νοσοκομειακή περίθαλψη προς την αυτόνομη διαβίωση. (Piat et all 2007)

Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί στον Καναδά για τις φιλοξενούσες οικογένειες επικεντρώνονται στο ρόλο και την οπτική των μελών της οικογένειας. Η Piat και συν έχουν καταγράψει πως οι φροντιστές της φιλοξενούσας οικογένειας έχουν το δικό τους προσανατολισμό. Έχουν πολύ υψηλό το αίσθημα του δικαιώματος για αξιοπρεπή ζωή. Οι προθέσεις τους και οι ενέργειες τους είναι ανθρώπινες με

μεγάλη δόση αλτρουισμού. Οι ίδιοι οι φροντιστές αναφέρουν πως διατηρούν μια ισορροπία μεταξύ εξουσίας και ισονομίας και πως διακατέχονται από λογική, ετοιμότητα και ευελιξία.(Piat et all, 2007)

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα τα χαρακτηριστικά των φροντιστών διαδραματίζουν ρόλο στην έκβαση της αποτελεσματικότητας. Συνεπώς τα άτομα που εμπλέκονται ως φροντιστές θα πρέπει να ενθαρρύνονται να διατηρούν τέτοιου είδους χαρακτηριστικά. Έχει διαπιστωθεί πως το μεγαλύτερο μέρος των ανθρώπων που εμπλέκονται δεν το κάνουν για οικονομικούς λόγους αλλά για ανθρωπιστικούς.(Blaustien and Viek, 1987)

Επιπλέον, άλλο ένα σημείο που έχει αναλυθεί είναι η συνεργασία μεταξύ φροντιστών και επαγγελματιών ψυχικής υγείας.(Piatt and Sabetti, 2010) Αντίστοιχη μελέτη με σκοπό τη διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων των φροντιστών ως προς το μετασχηματισμό του συστήματος της ψυχικής υγείας με κατεύθυνσή ένα πιο επαγγελματικό μοντέλο έχει δείξει πως τα μέλη της οικογένειας έχουν γνώση των αυξημένων προσδοκιών που συνοδεύουν το ρόλο τους. Για παράδειγμα, αναφέρουν πως αναμένουν από τους φροντιστές να συμβάλλουν στην αυτονόμηση των ασθενών στις κατοικίες τους. Οι φροντιστές σταδιακά αναλαμβάνουν πιο ενεργό ρόλο στην πολυκλαδική ομάδα συνδιαμορφώντας τις κατευθύνσεις και τις θεραπευτικές κινήσεις, καθώς ασχολούνται πιο ενεργά με τις αποκαταστασιακές δραστηριότητες.

Οι αντιδράσεις των φροντιστών εντοπίζονται στα εξής σημεία. Από την μια αναγνωρίζουν την μεγαλύτερη ευθύνη, αισθανόμενοι παράλληλα μεγαλύτερη εκτίμηση από το ψυχιατρικό σύστημα, εντούτοις αισθάνονται άγχος λόγω των αυξημένων προσδοκιών και υποχρεώσεων. Εξάλλου έχει σημειωθεί πως πολλές φορές λόγω απουσίας αντικρίσματος προσδοκιών του ψυχιατρικού προσωπικού με τις ικανότητες των φροντιστών υπάρχει έλλειψη επικοινωνίας και συγκρούσεις. (Piat et all, 2005) Για να αποφεύγονται τέτοιου είδους συγκρούσεις καλό θα είναι να υπάρχει ένα πλαίσιο συνεργασίας, που θα είναι σαφές επεξηγημένο και στις 2 πλευρές, που θα γνωρίζουν τα δικαιώματα τους και τις υποχρεώσεις τους.

Το μοντέλο φιλοξενούσας οικογένειας στον Καναδά, δίνει την ευκαιρία στους συνεργαζόμενους να διατυπώσουν οι ίδιοι τις συνθήκες στέγασης που προτιμούν και έχουν ενεργό ρόλο στη διαμόρφωση και στο σχεδιασμό. Αν και η πλειοψηφία των ασθενών (102) άτομα δεν επέλεξαν την φιλοξενούσα οικογένεια χαρακτηριστικά αναφέρουν πως αισθάνονται καλύτερα από όταν πήγαν. Η πλειοψηφία επιθυμεί να ζήσει μόνιμα και το συστήνουν και σε άλλους ασθενείς. Ωστόσο υπήρξαν και αντιδράσεις δυσαρέσκειας λόγω της επιβολής κανόνων μέσα στο σπίτι. (Piat et all, 2005) Αναφορικά με το ζήτημα των κανόνων γίνεται λόγος ως προς το αν επηρεάζουν την αυτονομία του ασθενή ή αν είναι όντως χρήσιμοι για αυτούς.

Ένας από τους πιο αμφιλεγόμενους κανόνες αποτελεί το δικαίωμα του φροντιστή να εισέρχεται στο δωμάτιο του ασθενή ανά πάσα στιγμή. Παράλληλα εντοπίστηκε πως δραστηριότητες καλλιέργειας δεξιοτήτων δεν γινόντουσαν από όλους τους φροντιστές. Αν και τα αποτελέσματα ήταν θετικά ως προς την ικανοποίηση των ασθενών παράλληλα αναδεικνύουν την ανάγκη για διαρκή επιμόρφωση των φροντιστών.

Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του θεσμού στον Καναδά μας συνοψίζονται τα
εξής :

- Οι υποψήφιες φιλοξενούσες οικογένειες πρέπει να επιλέγονται με βάση το σύστημα αξιών τους
- Πρέπει να υπάρχει σαφές πεδίο συνεργασίας μεταξύ πολυκλαδικής ομάδας και φροντιστών. Η ευελιξία που θεωρείται «δεδομένη» από τους φροντιστές για τους ασθενείς θα πρέπει να υπάρχει και από το προσωπικό προς τους φροντιστές
- Οι ασθενείς πρέπει να συνδιαμορφώνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες που λαμβάνουν
- Οι ασθενείς πρέπει να συμμετέχουν στις αποφάσεις που λαμβάνονται για τις συνθήκες στέγασης τους
- Πρέπει να υπάρχει σταδιακή επιμόρφωση προς τους φροντιστές με βάση το μοντέλο της ανάκαμψης – ανάρρωσης, προκειμένου να συντελούν θετικά προς την αυτονομία του ασθενή

3.7 Εφαρμογή του θεσμού Φιλοξενουσών Οικογενειών στη Γαλλία

Στη Γαλλία ο θεσμός των φιλοξενουσών οικογενειών ξεκίνησε το β' μισό του 20 αιώνα στο 13^ο διαμέρισμα του Παρισιού. Το 1985 στη Γαλλία λειτουργούσαν συνολικά 28 δομές που οργάνωναν την τοποθέτηση ασθενών σε ανάδοχες οικογένειες για την ελάφρυνση των ιδρυμάτων. Ωστόσο, σταδιακά θεσμοθετήθηκε και έλαβε τυπική μορφή και πλέον θεωρείται ως εναλλακτική μορφή φροντίδας. Ένα από τα πιο γνωστά μοντέλα φιλοξενούσας οικογένειας θεωρείται αυτό που εφαρμόζεται στο Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy. (Collard, 2003)

Αρχικά, από το 1987 λειτουργεί στο Κέντρο Ψυχοθεραπείας της Nancy υπηρεσία για φιλοξενούσα οικογένεια. Αναλαμβάνει την οργάνωση της θεραπείας ατόμων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο ώστε να γίνει επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο. Διαθέσιμοι υποψήφιοι ασθενείς είναι όσοι νοσηλεύονται στο Κέντρο, όσοι είναι στα εξωτερικά ιατρεία αλλά απαγορεύεται για αυτούς που νοσηλεύονται κατόπιν εισαγγελικής εντολής.

Ο Διευθυντής του Κέντρου είναι υπεύθυνος για όλη την λειτουργία του προγράμματος καθώς συνεργάζεται με τον συντονιστή της Επιτροπής Θεραπευτικής Ανάδοξης Οικογένειας. Από την επιτροπή ορίζεται ψυχίατρος συντονιστής που αναλαμβάνει την ιατρική ευθύνη. Κάθε χρόνο γίνεται αναλυτική παρουσίαση από τον ψυχίατρο για το πρόγραμμα της φιλοξενούσας οικογένειας. Η επιτροπή αποτελείται από διάφορες ειδικότητες του τομέα της ψυχιατρικής τόσο για ενήλικες όσο και για παιδιά – εφήβους. Η επιτροπή συνεδριάζει 2 φορές το χρόνο. (Pandelon, 2005)

Η επιτροπή αναλαμβάνει την υλοποίηση και το σχεδιασμό του προγράμματος της ανάδοξης φροντίδας. Αποτελείται από 2 τεχνικές διεπιστημονικές επιτροπές. Μια είναι υπεύθυνη για τους ενήλικες και μία για τα παιδιά- εφήβους. Οι 2 αυτές επιτροπές συνεδριάζουν ανά δεκαπενθήμερο για να εξετάσουν τις αιτήσεις των ασθενών αλλά και των υποψήφιων ανάδοχων, να εποπτεύουν, να κάνουν εκτιμήσεις και να επιλέγουν φιλοξενούσες οικογένειες. (Collard, 2003)

Ανά ψυχιατρικό τμήμα υπάρχει εξειδικευμένη ομάδα που αναλαμβάνει την παρακολούθηση της φιλοξενούσας οικογένειας. Τα μέλη αυτής είναι : ιατρός,

ψυχολόγος, ειδικός παιδαγωγός και νοσηλεύτης. Η θεραπευτική ομάδα επισκέπτεται τον ασθενή μια φορά το μήνα και παρακολουθεί την συνεργασία του με την οικογένεια. Επιπλέον πραγματοποιεί συναντήσεις ανά δεκαπέντε ημέρες με την εξής θεματολογία :

- Πρόσληψη φιλοξενουσών οικογενειών
- Εξέταση αιτημάτων αναδοχής από τους ασθενείς
- Προτάσεις αναδοχής
- Διασύνδεση των εμπλεκόμενων μερών για την αναδοχή (οικογένεια – ασθενής – Κέντρο Ψυχοθεραπείας)
- Εκπαίδευση αναδόχων οικογενειών
- Παρακολούθηση αναδόχων οικογενειών

Υπεύθυνος για τις προσλήψεις των οικογενειών είναι ο Διευθυντής αφού λάβει την απαραίτητη αναφορά αξιολόγησης από τον ιατρό της επιτροπής της θεραπευτικής ανάδοχης οικογένειας. Οι υποψήφιες ανάδοχες οικογένειες περνούν στο σύνολο τους από 2 συνεντεύξεις. Η πρώτη συνέντευξη εμπεριέχει εκτιμήσεις σχετικά με τα κίνητρα της οικογένειας, εξετάζεται η δυναμική της, οι γνώσεις της καθώς και κοινωνικού τύπου πληροφορίες. Η δεύτερη γίνεται στη κατοικία της οικογένειας από 2 άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Η επιλογή βασίζεται στα εξής κριτήρια: Η κατοικία να βρίσκεται εντός της γεωγραφικής κάλυψης του Κέντρου, να μην αποτελεί η αναδοχή την κύρια πηγή εισοδήματος και το σπίτι μαζί με το δωμάτιο του ασθενή να συνάδουν με τους κανόνες της Δημόσιας Υγιεινής της Γαλλίας.

Τη στιγμή της πρόσληψης αυτόματα δημιουργείται και η συμβατική σχέση μεταξύ της οικογένειας και του Κέντρου. Η σύμβαση εργασίας μεταξύ του Κέντρου και της ανάδοχης οικογένειας ρυθμίζεται από τα εξής :

- Τη διάρκεια
- Το χρονοδιάγραμμα και της φάσεις της συμβατικής σχέσης
- Τη πρόσληψη για κάθε υπεύθυνο άτομο
- Τα δικαιώματα και την οργάνωση τους
- Τις υποχρεώσεις κάθε ατόμου ξεχωριστά (εκπαίδευση, απόρρητο κ.α)
- Τις διαδικασίες της σύμβασης και τα αμοιβαία οφειλόμενα επιδόματα

Στη σύμβαση εργασία δίνονται μαζί χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την αναδοχή. Στη σύμβαση καθορίζεται με ακρίβεια ο χρόνος και το ωράριο. Η διακοπή μπορεί να γίνει ομόφωνα ή και απροειδοποίητα σε περίπτωση που το κρίνει η εξειδικευμένη ομάδα.

Ο ασθενής μέσα στην φιλοξενούσα οικογένεια συχνά αναφέρεται και θεωρείται ως νοσηλευόμενος. Το υπεύθυνο άτομο της αναδοχής πρέπει να ενημερώνει άμεσα για τυχόν συνθήκες που επηρεάζουν την αναδοχή (αλλαγές στην κατοικία, αλλαγή στην κατάσταση υγείας του ασθενούς κ.α). Μέσα στη σύμβαση αναφέρονται τα άτομα με τα οποία μπορεί να επικοινωνεί η οικογένεια. Η θεραπευτική ομάδα μπορεί να συναντήσει όποτε επιθυμεί τον ασθενή. Επιπλέον η οικογένεια οφείλει να σέβεται τα δικαιώματα του ασθενή σύμφωνα με τα νομικά πλαίσια που προστατεύουν τους ψυχιατρικά ασθενείς στη Γαλλία. Το ψυχιατρικό κέντρο της Nancy αναλαμβάνει τα έξοδα φροντίδας του ασθενή, ενώ ενημερώνει την οικογένεια τη διαδικασία προμήθειας της φαρμακευτικής αγωγής του.

Τέλος, τα μέλη των φιλοξενουσών οικογενειών οφείλουν να σέβονται τον ασθενή σχετικά με την ιδιωτική του ζωή και να υπάρχει τήρηση του απορρήτου. Να ακολουθούν τον θεραπευτικό σχεδιασμό, να δέχονται επισκέψεις από την θεραπευτική ομάδα, να δέχονται ο ασθενής να έχει συναντήσεις με την φυσική του οικογένεια, να συμπληρώνουν τις αναφορές με ακρίβεια τη συνεργασία και τη διαμονή του ασθενή και να καλούν άμεσα τον υπεύθυνο ιατρό σε περίπτωση ανάγκης ή κρίσης. Επιπλέον απαγορεύεται να έχουν στην επίβλεψη του ασθενή που είναι υπεύθυνη άλλη οικογένεια, να παρακρατούν το χρηματικό ποσό που δίνεται για την κάλυψη αναγκών του ασθενή, να λάβουν την κληρονομιά του ασθενή και να πιέζουν τον ασθενή να προβαίνει σε ενέργειες χωρίς τη συγκατάθεση από την θεραπευτική ομάδα. Η μη τήρηση των παραπάνω γραμμών διακόπτει τη σύμβαση. (Pandelon, 2005)

Αναφορικά με την αποτελεσματικότητα του θεσμού εντοπίστηκε πως αποτελεί μια πολύ καλή εναλλακτική επιλογή για τη χρόνια νοσηλεία και έχει περισσότερες πιθανότητες για τον ασθενή να έχει αυτόνομη ζωή. Τα οφέλη είναι τόσο θεραπευτικά όσο και κοινωνικά.

3.8 Εφαρμογή θεσμού Φιλοξενουσών οικογενειών στην Ελλάδα

Αν και στην Ευρώπη όπως αναφέρθηκε ο θεσμός των φιλοξενουσών οικογενειών έχει εφαρμοσθεί και καρποφορήσει με αποτέλεσμα να εξαπλωθεί, στη χώρα μας η πρώτη προσπάθεια υλοποίησης έγινε το 1989 από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ). Στη συνέχεια υπήρξε και η Μονάδα Αναδόχων Οικογενειών (Μ.Α.Ο) της ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. (Τομαράς και συν, 2005)

3.8.1 Εφαρμογή του θεσμού από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω το Κ.Ψ.Υ με τη σημερινή ονομασία Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (Ε.Κε.Ψ.Υ.Ε) εφάρμοσε το 1989 για πρώτη φορά στον ελληνικό χώρο το θεσμό των Φιλοξενουσών Οικογενειών. Ο σχεδιασμός του προγράμματος είχε τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση είχε ως στόχο την ένταξη δέκα ασθενών για αναδοχή. Με το πέρας ενός χρόνου θα γινόταν η ένταξη άλλων δέκα ασθενών. Η πλειονότητα των διαθέσιμων ασθενών για αναδοχή προέρχονταν από μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής. Το 1991 εντάχθηκαν άλλοι οκτώ ασθενείς στα πλαίσια της αποϊδρυματοποίησης του Κρατικού Θεραπευτηρίου της Λέρου. Οι σκοποί του προγράμματος ήταν οι εξής : (Χαβάκη, Κονταξάκη 1994)

- Η κατάλληλη στέγαση σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει οικογένεια ή όταν αυτή κρίνεται ακατάλληλη
- Καλύτερες συνθήκες ζωής σε σχέση με ένα θάλαμο σε συνδυασμό με το μικρότερο κόστος
- Η δυνατότητα προσαρμογής στην Κοινότητα

Να σημειωθεί πως οι συγγραφείς τονίζουν το χαμηλό κόστος του θεσμού ως ένα από τα σημαντικά πλεονεκτήματα του. Το κόστος περίθαλψης στα δεδομένα του 1991-1992 ήταν 3.700 δρχ. στο πρόγραμμα της αναδοχής. Το αντίστοιχο κόστος για τη φροντίδα στους Ξενώνες του Κ.Ψ.Υ ήταν 9.500 με 13.000 δρχ.

Οι προϋποθέσεις ένταξης των ασθενών σε φιλοξενούσα οικογένεια ήταν οι παρακάτω :

- Η οικογένεια να μην είναι δική του
- Η οικογένεια να παίρνει μισθό
- Η τοποθέτηση γινόταν ως εξής: ένας ασθενής ανά οικογένεια
- Η ανάδοχη οικογένεια να βρίσκεται κοντά στο φυσικό χώρο του ασθενή
- Στην ανάδοχη οικογένεια να υπάρχει το κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον
- Να επιλέγεται ο κατάλληλος ασθενής
- Να υπάρχει η δυνατότητα σύνδεσης ασθενούς και ανάδοχης οικογένειας
- Να καλύπτονται οι στεγαστικές ανάγκες
- Να υπάρχει ενδεχόμενο απασχόλησης του ασθενούς
- Να υπάρχει υποστηρικτικό δίκτυο υπηρεσιών στην Κοινότητα (Χαβάκη, Κονταξάκη, 1994)

Οι περισσότεροι ασθενείς εντάχθηκαν σε ανάδοχες οικογένειες που αποτελούνταν από συγγενικά πρόσωπα. Η αμοιβή των ανάδοχων οικογενειών ήταν από 80.000 με 100.000δρχ μηνιαίως. Το 70% των ασθενών βρισκόταν κοντά στην περιοχή καταγωγής τους. Οι ανάδοχες οικογένειες που επιλέχθηκαν ήταν ως επί των πλείστων με λίγα άτομα (65%) αποτελούμενες από ζευγάρι καθώς οι μέχρι τότε μελέτες έδειχναν πως οι πολυμελείς οικογένειες οδηγούσαν τον ασθενή σε υποτροπή. Για την επιμέρους διερεύνηση της καταλληλότητας του ασθενή εξετάστηκε ιδιαίτερα η έλλειψη επικινδυνότητας και ο βαθμός των κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων. Εν συνεχεία έχουμε τα στάδια ένταξης που περιλάμβαναν τα εξής :

- Η επιλογή του ασθενή αλλά και της οικογένειας. Υπήρχε λίστα υποψήφιων ασθενών για αναδοχή και υποψήφιων αναδόχων οικογενειών
- Η προετοιμασία του ασθενή. Με άλλα λόγια η προσπάθεια βελτίωσης όλων των δεξιοτήτων του (π.χ η βελτίωση της ατομικής φροντίδας του και υγιεινής), αλλά και της κλινικής εικόνας του. Η διάρκεια προετοιμασίας διαφέρει ανά περίπτωση.
- Η προετοιμασία της οικογένειας. Υλοποιούνται ενέργειες ως προς την ενημέρωση της οικογένειας σχετικά με τις ανάγκες του αρρώστου. Παράλληλα γίνεται εκπαίδευση της οικογένειας για χειρισμό του ασθενή αλλά και ευαισθητοποίηση με σκοπό την αλλαγή των στάσεων για τα θέματα της ψυχικής υγείας γενικότερα.
- Η δοκιμαστική περίοδος ένταξης. Γίνονται οι πρώτες δοκιμαστικές επισκέψεις του ασθενή στην ανάδοχο οικογένεια με τη συνοδεία μελών από την υπεύθυνη ομάδα. Σε δεύτερη φάση ο ασθενής μπορεί να είναι μόνος ή να τον συνοδεύει ο ανάδοχος. Προς το τέλος της δοκιμαστικής περιόδου ο ασθενής διανυκτερεύει στην υποψήφια ανάδοχη οικογένεια. Μέσος όρος διάρκειας της περιόδου ήταν τρεις μήνες
- Η οριστική ένταξη του ασθενή. Δημιουργείται το συμβόλαιο που ορίζει τη διάρκεια, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις όλων των εμπλεκόμενων μερών για να επιτευχθεί η αναδοχή. (ασθενή – οικογένεια αλλά και υπεύθυνη ομάδα) Σημαντική συνιστώσα στην δημιουργία ενός συμβολαίου αλλά και γενικότερα της επίτευξης της αναδοχής είναι να αντιληφθεί η οικογένεια πως ο στόχος δεν είναι η συνεχιζόμενη επιδοματική ενίσχυση της οικογένειας αλλά η

ενίσχυση της όσο ο ασθενής είναι κοντά της. Στόχος είναι η πλήρης κοινωνική και επαγγελματική ένταξη του ασθενή

- Η παρακολούθηση και συνεχής αξιολόγηση. Σε όλη τη διάρκεια της αναδοχής πραγματοποιείται συστηματική παρακολούθηση. Ανά δύο μήνες υλοποιούνται επισκέψεις στο σπίτι από την ψυχιατρική ομάδα καθώς και όποτε κρίνεται αναγκαίο. Από τις επισκέψεις, συντάσσονται εκθέσεις αναφορικά με την εξέλιξη του ασθενή, της οικογένεια και της σχέσης τους
- Η διαρκής εκπαίδευση και ενημέρωση των οικογενειών. Σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος υπάρχει συνεχής παρέμβαση εκπαιδευτικού χαρακτήρα προς τις οικογένειες
- Τέλος, το στάδιο του σχεδιασμού προγράμματος για τη πλήρη κοινωνική και εργασιακή επανένταξη του ασθενή. Για κάθε ασθενή υπήρχε εξατομικευμένο πλάνο δράσης για την έξοδο του από το πρόγραμμα με επιτυχία που ήταν η πλήρης κοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη του (Χαβάκη, Κονταξάκη, 1994)

Τα αποτελέσματα και η εμπειρία του προγράμματος ανέδειξαν παράγοντες για την επιτυχία του προγράμματος. Οι παράγοντες ήταν οι εξής :

- Η ανάγκη σύνδεσης με άλλες υπηρεσίες σε κοινοτικό πλαίσιο
- Η συνεχής παρακολούθηση της αναδοχής
- Η συνεχής επαφή με την οικογένεια
- Η σταδιακή αξιολόγηση του προγράμματος

3.8.2 Εφαρμογή του θεσμού από τη Μονάδα Αναδόχων Οικογενειών της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Αρχικά, ο σχεδιασμός του προγράμματος προέβλεπε τη ένταξη 10 ασθενών στο πρόγραμμα και την αξιολόγηση του αποτελέσματος μετά από 2 χρόνια παραμονής με την φιλοξενούσα οικογένεια. Δείκτες αξιολόγησης ήταν η κλινική εικόνα, η λειτουργική κατάσταση, η ποιότητα ζωής, η επιβάρυνση του κηδεμόνα και της οικογένειας στο σύνολο της με και το κόστος παρέμβασης. (Τομαράς και συν, 2005)

Κριτήρια εισαγωγής των ασθενών ήταν τα ακόλουθα :

- Ηλικία μέχρι 50 ετών
- Σταθερή φαρμακευτική κάλυψη
- Σταθερή κλινική

Αντίστοιχα κριτήρια αποκλεισμού ήταν :

- Παρουσία νοητικής υστέρησης
- Παρουσία ουσιο – εξάρτησης
- Παρουσία διαταραχών συμπεριφοράς

Αντίθετα, με τα κριτήρια αποκλεισμού και εισαγωγής για τους ασθενείς που ήταν αυστηρά για τις υποψήφιες ανάδοχες οικογένειες μοναδικός ανασταλτικός παράγοντας αποτελούσε η συγγένεια πρώτου βαθμού. Αρχικά, έγιναν προσπάθειες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης στην περιοχή που κάλυπτε το Κ.Ψ.Υ Βύρωνα – Καισαριανής. Κύριο κίνητρο για την επιλογή αποτέλεσε το ενδιαφέρον για καλύτερες συνθήκες στέγασης και διαβίωσης γενικότερα. (Τομαράς και συν, 2005)

Αναφορικά με τους όρους της αναδοχής αυτοί αφορούσαν την παροχή στέγασης στον ασθενή με την δυνατότητα να ζει ικανοποιητικά και με αξιοπρέπεια. Την παροχή τροφής, την κάλυψη των καθημερινών μικροεξόδων του (π.χ εισιτήρια για μεταφορά) και τέλος και πιο σημαντικό την εποπτεία της φαρμακευτικής αγωγής του. Η σύμβαση υπογράφηκε από τον Διευθυντή της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών όπου όριζε τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα και των 2 πλευρών. Μετά το πέρας του 1 έτους υπήρχε το ενδεχόμενο ανανέωσης. Για την υλοποίηση του έργου υπήρξε οικονομική ενίσχυση στη μορφή επιδόματος 412,25 €. Ο Διευθυντής είχε το δικαίωμα να σταματήσει την σύμβαση εφόσον υπήρχαν στοιχεία που αποδείκνυαν πως η θεραπευτική σχέση μεταξύ ασθενή και οικογένειας δεν ήταν η αρμόζουσα. (Τομαράς και συν, 2005)

Η διεπιστημονική ομάδα επόπτευε τη συνεργασία της φιλοξενούσας οικογένειας και του ασθενή. Η ομάδα απαρτιζόταν από ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη/επισκέπτη υγείας, εργοθεραπευτή οι οποίοι απασχολούνταν με όρους μερικής απασχόλησης. Οι επισκέψεις γινόντουσαν σε μηνιαία βάση και είχε και τη δυνατότητα της έκτακτης επίσκεψης. Επιπλέον ήταν υπεύθυνη για τη διατήρηση και τον εμπλουτισμό του φακέλου του ασθενή καθώς και για την επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό του ασθενούς. Πραγματοποιούσε υποστηρικτική παρέμβαση στην οικογένεια ώστε να τη βοηθάει να φέρει εις πέρας το έργο της, να βελτιώνει τις δεξιότητες της οικογένειας για την διαχείριση του ασθενή και να βρίσκει τρόπους επικοινωνίας για την αποτελεσματική επίλυση των δυσκολιών. (Τομαράς και συν, 2005)

Η πρώτη προσπάθεια εφαρμογής άφησε ενθαρρυντικά στοιχεία κατά την αξιολόγηση από τους υπευθύνους του προγράμματος. Βέβαια το δείγμα ήταν μικρό και κατ' επέκταση δεν είναι ασφαλές να γίνουν γενικεύσεις. Κύρια δυσκολία αποτελεί η εύρεση ανάδοχων οικογενειών. Οι συγγραφείς της μελέτης αναφέρουν πως κατάλληλες φιλοξενούσες οικογένειες αποτελούν άτομα που έχουν εργασθεί (επαγγελματικά – εθελοντικά) στο χώρο της ψυχικής υγείας, άτομα που είναι ήδη ευαισθητοποιημένα για τα ζητήματα της ψυχικής υγείας λόγω προσωπικού βιώματος ή κάποιου ατόμου από το κοντινό περιβάλλον τους που πάσχει από ψυχική ασθένεια. (Τομαράς και συν, 2005)

Τέλος, οι συγγραφείς της συγκεκριμένης μελέτης, αναφέρουν ως σημαντική παρατήρηση της συναισθηματική υπερεμπλοκή της φιλοξενούσας οικογένειας που αποτελεί εμπόδιο για την θεραπευτική σχέση. Η διεπιστημονική ομάδα οφείλει να παρέμβει και να εξασφαλίσει την καλή θεραπευτική σχέση. Επιπλέον λόγω του πιλοτικού χαρακτήρα δεν μπορούν να προκύψουν ασφαλή συμπεράσματα για την εφαρμογή του θεσμού στην Ελλάδα. Μπορούν μόνο να ληφθούν σοβαρά οι δυσκολίες εύρεσης αναδόχων οικογενειών που υπογράμμισαν οι υπεύθυνοι. (Τομαράς και συν, 2005)

3.9. Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τις παραπάνω παραγράφους και την εφαρμογή του θεσμού σε αντίστοιχα πλαίσια γρήγορα γίνεται αντιληπτή η μακρά παράδοση που έχει ο θεσμός των φιλοξενουσών οικογενειών. Ωστόσο, η βιβλιογραφία σχετικά με την αποτελεσματικότητα του θεσμού είναι ελαφρώς περιορισμένη, σχετικά με τα

επιμέρους χαρακτηριστικά. Υπάρχει ετερογένεια στην εφαρμογή διεθνώς, η οποία αποτελεί έναν επιπλέον ανασταλτικό παράγοντα διεξαγωγής ασφαλών συμπερασμάτων.

Η ετερογένεια στην εφαρμογή αναφέρεται στους στόχους που θέτει η φιλοξενούσα οικογένεια. Βάση τη βιβλιογραφία υπάρχουν δύο τύποι φιλοξενούσας οικογένειας. Ο πρώτος έχει την αποκαταστασιακή λειτουργία με τελικό στόχο την αυτόνομη διαβίωση, λειτουργεί δηλαδή σε ένα στεγαστικό συνεχές. Ο δεύτερος επικεντρώνεται στις σταθεροποιητικές λειτουργίες της φιλοξενούσας οικογένειας και στοχεύει στην βελτίωση της νόσου. Συνεπώς, πριν την υλοποίηση του προγράμματος κατά το σχεδιασμό πρέπει να προσδιορισθούν με ακρίβεια οι επιμέρους στόχοι. Στόχοι όπως πολύ σωστά αναφέρονται και στο Αμερικάνικο μοντέλο, που λαμβάνουν διαφορετικές οπτικές και να μην στηρίζονται σε μια μόνο προσέγγιση.

Οι στόχοι πρέπει να περιλαμβάνουν την βελτίωση της κλινικής εικόνας, την κοινωνική ενσωμάτωση, την πρόληψη των επανεισαγωγών, την εξοικονόμηση των οικονομικών πόρων, τη καλύτερη των συνθηκών διαβίωσης αλλά και γενικά τη βελτίωση συνολικά της ζωής τους. Αν θα ενσωματωθούν στους στόχους, αποκαταστασιακοί στόχοι όπως ανεύρεση εργασίας και αυτόνομη διαβίωση σχετίζεται με τι θα επιλεγθεί για το εκάστοτε πρόγραμμα.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η φιλοξενούσα οικογένεια έχει λάβει σταθεροποιητικό χαρακτήρα, γεγονός που φαίνεται από τη μακρά χρονική διάρκεια της φιλοξενίας αλλά και από το μικρό ποσοστό των ασθενών που κατάφεραν επιτυχώς να περάσουν στο επόμενο στάδιο της αυτόνομης διαβίωσης. Ο χαρακτήρας που θα υιοθετήσει η φιλοξενούσα οικογένεια επηρεάζεται από στόχους και τη μεθοδολογία που θα επιλέξει για να τους πετύχει. Αντίστοιχη σύνδεση γίνεται στο μοντέλο του Καναδά που στη πορεία μετασηματίστηκε ο θεσμός με επιμέρους αλλαγές στη μεθοδολογία. (π.χ συνεχής εκπαίδευση των οικογενειών για τις πρακτικές αποκατάστασης και του μοντέλου ανάκαμψης)

Στα θετικά αποτελεσματικότητα του θεσμού συνηγορούν η πρόληψη των υποτροπών, η ενίσχυση θετικών συμπεριφορών που βοηθούν για τη λειτουργικότητα του ασθενή και τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη συνθήκη στέγασης των οικογενειών. Βέβαια, μεγάλο ποσοστό των ασθενών δέρονται συναισθηματικά και ενσωματώνονται στη λειτουργία της οικογένειας με αποτέλεσμα να είναι επιφυλακτικοί έως αρνητικοί στο ενδεχόμενο νέων συνθηκών διαβίωσης ακόμα και αν είναι πιο ανεξάρτητοι. Όπως φαίνεται από τη βιβλιογραφία, δεν μπορεί να υποδείξει τρόπους όπου επιτυγχάνεται ισορροπία μεταξύ των δυο, δηλαδή των καλών σχέσεων μέσα στην οικογένεια και την ετοιμότητα του ατόμου να προχωρήσει σε αυτόνομη μορφή διαβίωσης.

Άλλη μια αξιοσημείωτη παρατήρηση με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία αποτελεί η διαφορετική αντιμετώπιση των ασθενών ανάλογα με τη διάγνωση τους. Τα άτομα με ψυχωσική συνδρομή και αδυναμία στο φιλτράρισμα των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος δεν μπορούν να ανταποκριθούν σε σπίτι με υψηλή δραστηριότητα.

Επιπλέον, η συχνή παρουσία της εξειδικευμένης ομάδας φαίνεται πως διαταράσσει την ηρεμία του ασθενή και πυροδοτεί υποτροπή. Σύμφωνα με το μοντέλο της Αμερικής για τα συγκεκριμένα άτομα τα επίπεδα διέγερσης πρέπει να είναι μέτριας έντασης.

Επιπρόσθετα, σημαντικό παράγοντα για την επιτυχημένη θεραπευτική αναδοχή διαδραματίζουν οι συνθήκες διαβίωσης του ασθενή. Όπως υπογραμμίζεται πολύ σωστά από το μοντέλο της Αμερικής να μην τοποθετούνται πάνω από 2 ασθενείς σε μια φιλοξενούσα οικογένεια, να μην ξεπερνά το συνολικό αριθμό 10 ατόμων ανά κατοικία και τέλος να υπάρχουν παιδιά στη σύσταση της φιλοξενούσας οικογένειας.

Εκτός από τις συνθήκες και οι ίδιοι οι ανάδοχοι θα πρέπει να κατέχουν κάποια χαρακτηριστικά. Το σύστημα αξιών τους και ο τρόπος συμπεριφοράς τους να συνάδει με αυτό των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Το οικογενειακό κλίμα να είναι ευχάριστο, να υπάρχει λειτουργικότητα και το πρόσφορο έδαφος εκφραστικότητας. Τα μέλη της φιλοξενούσας οικογένειας να δέχονται την εποπτεία και την εκπαίδευση σύμφωνα με τις αρχές του μοντέλου ανάρρωσης και ανάκαμψης.

Σημαντική συνιστώσα στις προϋποθέσεις για την επιτυχή έκβαση των φιλοξενουσών οικογενειών έχουν και οι ίδιοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι και μορφωμένοι να αναλάβουν το έργο τους. Πρέπει να λειτουργούν ώστε να λύνονται τα προβλήματα με την ανάδοχη οικογένεια, να προκαθορίζονται και να γνωστοποιούνται οι υποχρεώσεις κάθε μεριάς και να γίνονται κατανοητές. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει παράλληλα να συνεχίζουν να αγωνίζονται για την ευαισθητοποίηση της κοινότητας και τη δημιουργία των προϋποθέσεων να επιτευχθεί η κοινωνική ενσωμάτωση των ασθενών. Το παράδειγμα του Βελγίου αντικατοπτρίζει σε μεγάλο βαθμό την παραπάνω φράση. Από την ανασκόπηση των παραπάνω ενοτήτων δεν φαίνεται να παίζει σπουδαίο ρόλο το χρηματικό επίδομα για την αποτελεσματικότητα του θεσμού. Πρέπει να τηρείται η ισορροπία μεταξύ του κινήτρου χωρίς όμως να ευνοείται η αισχροκέρδεια.

Τέλος, πολύ σημαντική λεπτομέρεια αποτελεί η εμπλοκή όλων των μερών της φιλοξενούσας οικογένειας στο σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων. Πρέπει ο ασθενής να έχει ισότιμη ισχύ στο σχεδιασμό για τη δημιουργία αποδοτικότερων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Και αν όχι για τις πιο εξειδικευμένες αποφάσεις όπως τη θεραπεία και τη φαρμακευτική αγωγή που δεν έχει την απαραίτητη γνώση τότε σίγουρα σε επιμέρους στοιχεία όπως οι συνθήκες διαβίωσης και στέγασης.

Συνυπολογίζοντας όλα τα παραπάνω στοιχεία η φιλοξενούσα οικογένεια μπορεί να αποτελέσει μια αποτελεσματική με μειωμένο κόστος παρέμβαση στο χώρο της ψυχιατρικής φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας αποτελεί η διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων των πολιτών σχετικά με το θεσμό των Φιλοξενουσών (Ανάδοχων) Οικογενειών και οι προϋποθέσεις υλοποίησης και εφαρμογής του.

4.2 Είδος έρευνας

Η μελέτη αυτή ήταν μια διερευνητική έρευνα η οποία είχε ως στόχο να εξάγει ποσοτικά αποτελέσματα (ποσοτική έρευνα). Οι διερευνητικές έρευνες δίνουν την δυνατότητα στον ερευνητή να εξοικειωθεί με ένα νέο ζήτημα που τον ενδιαφέρει θερμά καθώς ασχολείται με αυτό. Επιπλέον διεξάγονται για να ικανοποιηθούν τα ερωτήματα του ερευνητή, να ελεγχθεί η δυνατότητα μιας πιο εκτεταμένης μελέτης και τέλος για να διαμορφωθούν μέθοδοι που θα χρησιμοποιηθούν σε επόμενη μελέτη. (Babbie, 2011) Οι ποσοτικές έρευνες αποτυπώνουν στάσεις, απόψεις ή άλλες μετρήσεις σε ένα πληθυσμό μια δεδομένη χρονική στιγμή. (Robson, 2007)

4.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Η συγκεκριμένη έρευνα στηρίχτηκε στα εξής ερευνητικά ερωτήματα :

- Διερεύνηση στάσεων και απόψεων των πολιτών για τη ψυχική υγεία
- Διερεύνηση στάσεων και απόψεων των πολιτών για το θεσμό των φιλοξενουσών οικογενειών
- Διερεύνηση των κινήτρων των πολιτών για την ενεργή συμμετοχή τους στην υλοποίηση του θεσμού και συσχέτιση με τις προϋποθέσεις υλοποίησης

4.4 Πληθυσμός – Δείγμα

Πληθυσμός της έρευνας ήταν οι πολίτες της Πάτρας, του Πύργου και του Μεσολογγίου και το δείγμα είχε τα εξής χαρακτηριστικά: (1) Πολίτες και των δύο φύλων, (2) Πολίτες ενήλικι, (3) Πολίτες ανεξαρτήτου επιπέδου μόρφωσης και επαγγέλματος

4.5 Επιλογή δείγματος

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την επιλογή του δείγματος ήταν η Δειγματοληψία βασισμένη σε διαθέσιμα υποκείμενα. Η συγκεκριμένη δειγματοληψία ονομάζεται και «συγκυριακή», καθώς δίνει τη δυνατότητα στον ερευνητή να δώσει ερωτηματολόγια στο δρόμο τυχαία. Λόγω πιεστικών χρονικών περιθωρίων διεξαγωγής της έρευνας επιλέχθηκε η συγκεκριμένη δειγματοληψία και μη πιθανότητας εφαρμογής των άλλων δειγματοληπτικών μεθόδων. Οφείλουμε να αναφέρουμε ότι είμαστε συγκρατημένοι ως προς την γενίκευση των συμπερασμάτων μας.

4.6 Επιλογή εργαλείων έρευνας

Για την εκπόνηση της έρευνας δημιουργήθηκε ένα γραπτό ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε δέκα εφτά (17) ερωτήσεις κλειστού τύπου. Πιο συγκεκριμένα οι ερωτήσεις κάλυπταν :

- Κοινωνικό – Δημογραφικά χαρακτηριστικά
- Ερωτήσεις για την ψυχική υγείας
- Ερωτήσεις για το Θεσμό Φιλοξενουσών Οικογενειών
- Ερωτήσεις για τα κίνητρα συμμετοχής των πολιτών

4.7 Τόπος και χρόνος έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε πολίτες των περιοχών της Πάτρας, του Πύργου και του Μεσολογγίου. Η διεξαγωγή της έρευνας διήρκησε από τις 27 Μαΐου 2015 μέχρι τις 12 Ιουνίου 2015.

4.8 Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με βάση τη χρήση γραπτού ερωτηματολογίου. Για τον εντοπισμό των υποκειμένων που θα μπορούσαν να συμμετέχουν στην ερευνητική διαδικασία, προηγήθηκαν οι παρακάτω ενέργειες:

- ✓ Επίσκεψη κεντρικών περιοχών των προαναφερθέντων πόλεων
- ✓ Διανομή ερωτηματολογίων στα διαθέσιμα υποκείμενα (πληθυσμός – στόχος)
- ✓ Συλλογή συμπληρωμένων ερωτηματολογίων (600)
- ✓ Διανομή ενημερωτικού φυλλαδίου (ευαισθητοποίηση – ενημέρωση) (600)

4.9 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Η έρευνα σχεδιάστηκε σύμφωνα με τις δεοντολογικές αρχές η οποία στηρίζεται στην ανωνυμία. Προσκομίστηκε έγγραφο (πρωτόκολλο έρευνας) από την εποπτεύουσα καθηγήτρια για τη διεξαγωγή της έρευνας προκειμένου να μην δημιουργηθεί θέμα αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Τέλος, βάση της δεοντολογίας τα αποτελέσματα της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς πληροφoρία που αναγραφόταν και στο ερωτηματολόγιο.

4.10 Κωδικοποίηση, εισαγωγή δεδομένων στον Η/Υ και στατιστική επεξεργασία

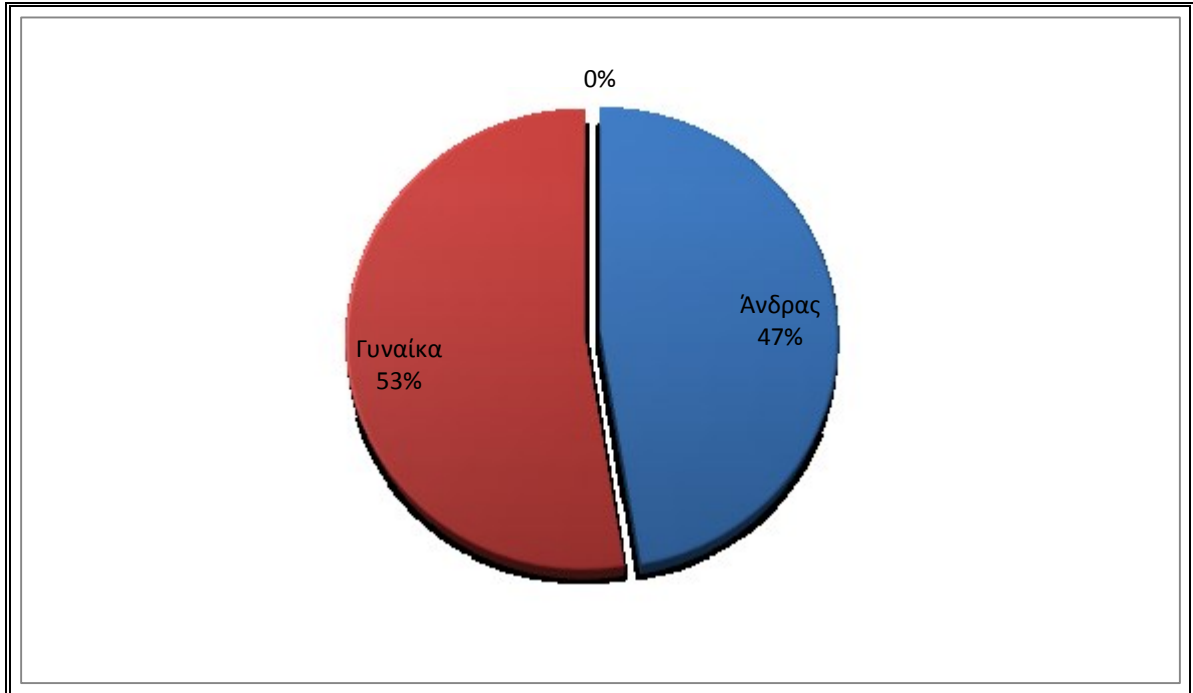
Μετά τη συγκέντρωση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε ανάλυση των ερωτηματολογίων μέσω του στατιστικού προγράμματος Statistical Package for the Social Sciences (SPSS

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕΛΕΤΗΣ / ΕΡΕΥΝΑΣ / ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

ΕΡΩΤΗΣΗ 1: ΦΥΛΟ:

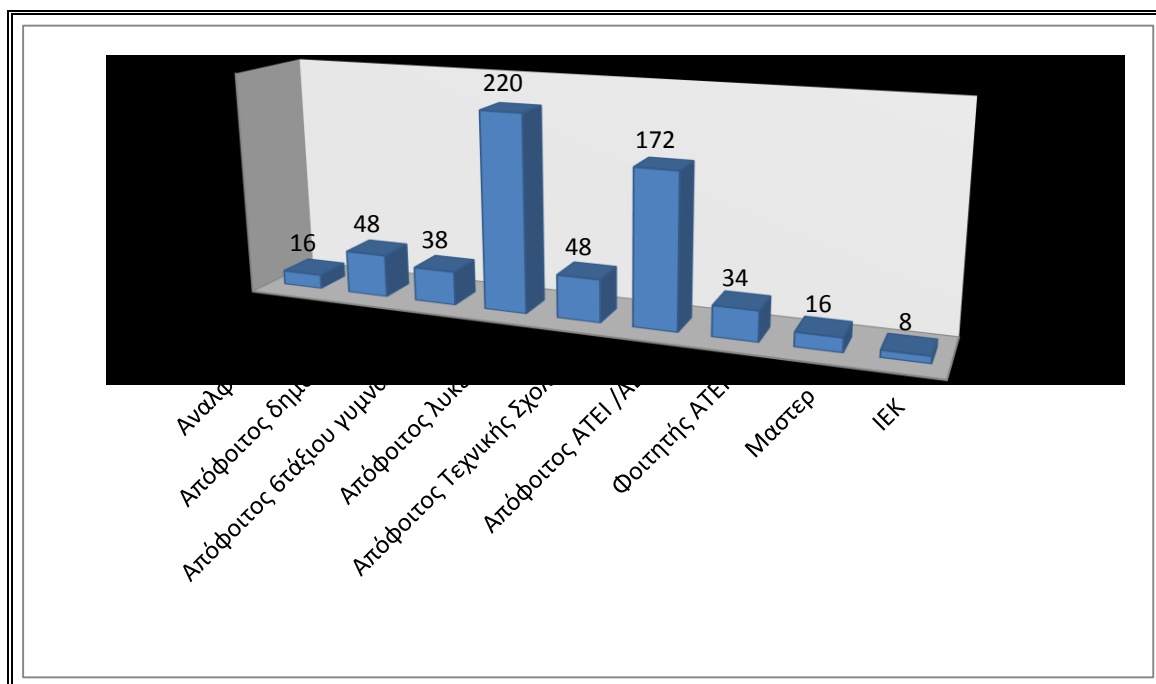


Πίνακας 1.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Άνδρας	284	47,3
Γυναίκα	316	52,7
Σύνολο	600	100,0

Σχετικά με τον πίνακα 1, η οποία σχετίζεται με το φύλο οι άνδρες που συμμετείχαν στην έρευνα αποτελούσαν το 47,3% ενώ οι γυναίκες το 52,7% του συνολικού δείγματος.

ΕΡΩΤΗΣΗ 2: ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

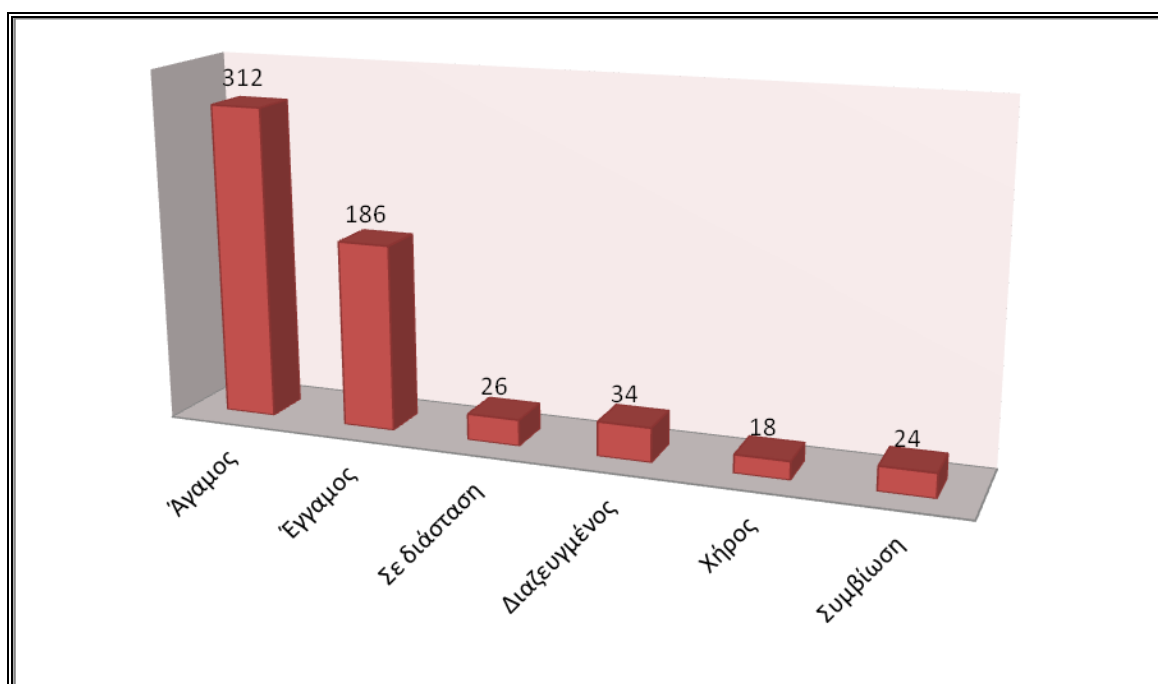


Πίνακας 2.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Αναλφάβητος	16	2,7
Απόφοιτος δημοτικού	48	8,0
Απόφοιτος δττάξιου γυμνασίου	38	6,3
Απόφοιτος λυκείου	220	36,7
Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	48	8,0
Απόφοιτος ΑΤΕΙ / ΑΕΙ	172	28,7
Φοιτητής ΑΤΕΙ	34	5,7
Μάστερ	16	2,7
ΙΕΚ	8	1,3
Σύνολο	600	100,0

Όπως διαφαίνεται από τον πίνακα 2 όσον αφορά το μορφωτικό τους επίπεδο, το 36.7% είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 28,7% έχουν πτυχίο από κάποιο Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΑΤΕΙ) ή Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΑΕΙ), το 8,0% είναι απόφοιτοι δημοτικού και ο ίδιος αριθμός αποδίδεται και στους αποφοίτους κάποιας Τεχνικής Σχολής. Επιπλέον, το 6,3% ανήκει στους αποφοίτους του παλιού Εξατάξιου Γυμνασίου, το 5,7% σπουδάζει κατά την παρούσα περίοδο σε κάποιο ΑΤΕΙ, το 2,7% αντιστοιχεί σε αναλφάβητους αλλά και σε εκείνους που έχουν στην κατοχή τους κάποιο Μάστερ και τέλος το 1,3% σε αποφοίτους κάποιων Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης. (ΙΕΚ)

ΕΡΩΤΗΣΗ 3 : ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:



Πίνακας 3.

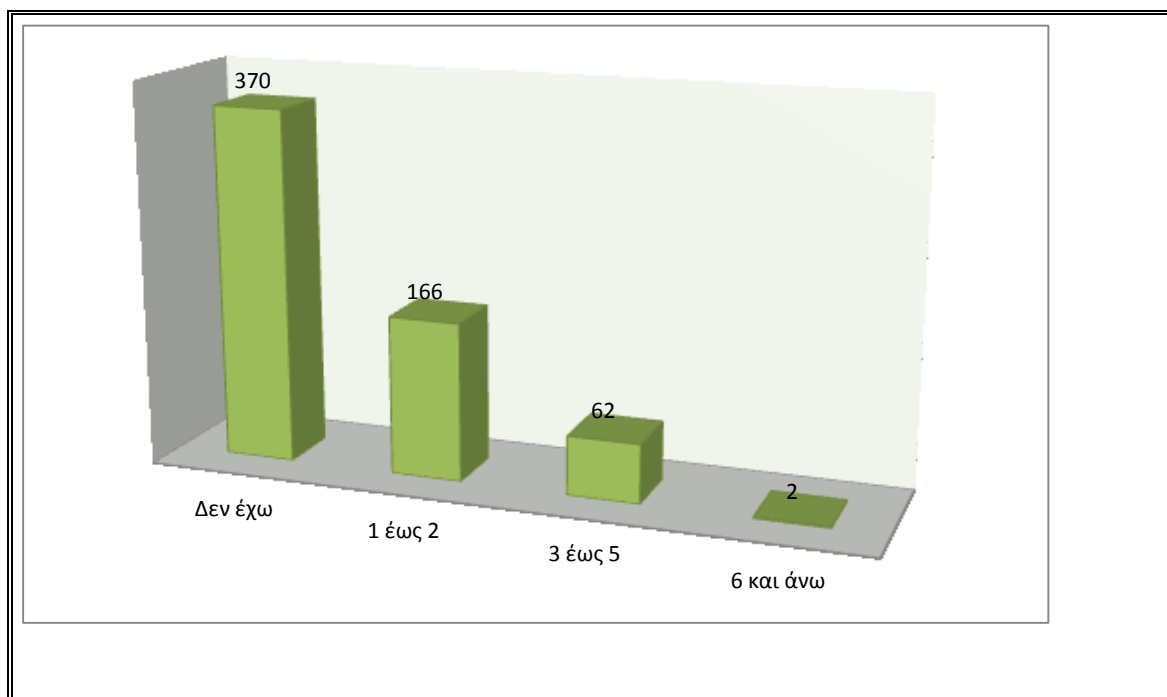
Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Άγαμος	312	52,0
Έγγαμος	186	31,0
Σε διάσταση	26	4,3
Διαζευγμένος	34	5,7
Χήρος	18	3,0
Συμβίωση	24	4,0
Σύνολο	600	100,0

Σύμφωνα

με το

παραπάνω πίνακα(3) απεικονίζεται πως ο μεγαλύτερος αριθμός ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 52% είναι άγαμοι, επακολουθεί το 31% οι οποίοι έχουν συνάψει γάμο ενώ το 5,7% είναι διαζευγμένοι. Ακόμα το 4,3% βρίσκεται σε διάσταση, το 4% σε συμβίωση και το 3% υποδηλώνει την απώλεια του συντρόφου του εξαιτίας θανάτου.

ΕΡΩΤΗΣΗ 4Α: ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ:

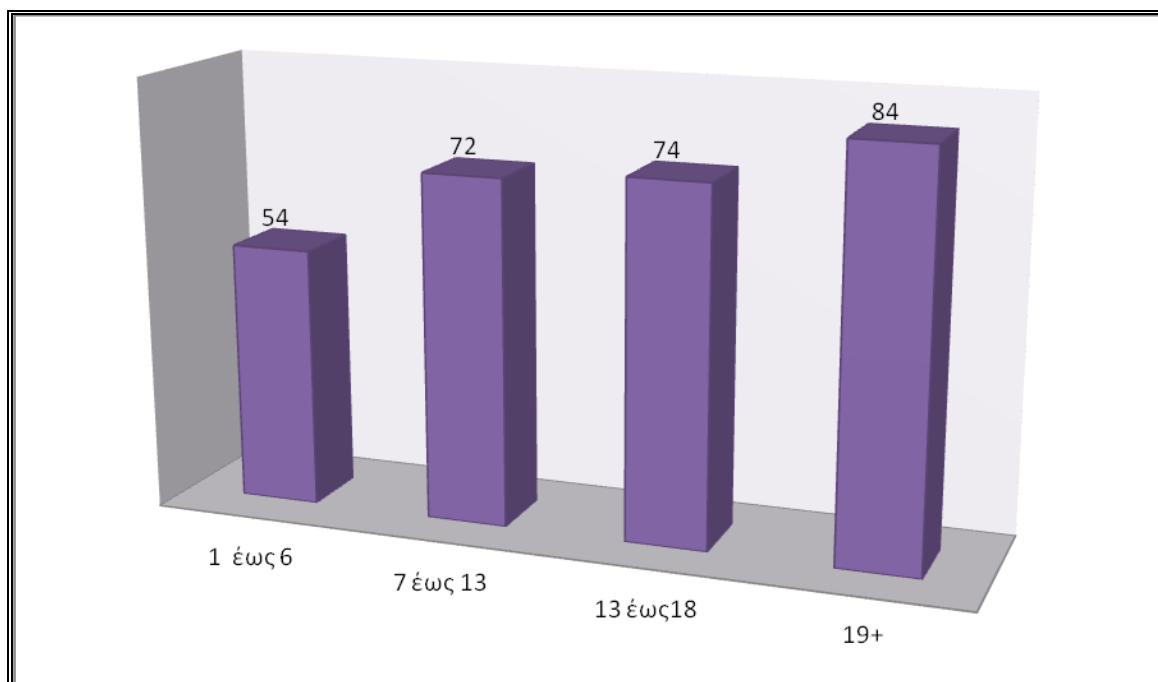


Πίνακας 4.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν έχω	370	61,7
1-2	166	27,7
3-5	62	10,3
6+	2	0,3
Σύνολο	600	100,0

Από τον πίνακα 4 προκύπτει πως από τα άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο το 61,7% δεν έχουν παιδιά, το 27,7% έχουν ένα 1 ή 2, το 10,3% δηλώνουν ότι ανήκουν στην κατηγορία των τρίτεκνων ή πολυτέκνων ενώ δύο άτομα μόνο έχουν 6 ή περισσότερα παιδιά.

ΕΡΩΤΗΣΗ 4B : ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ:

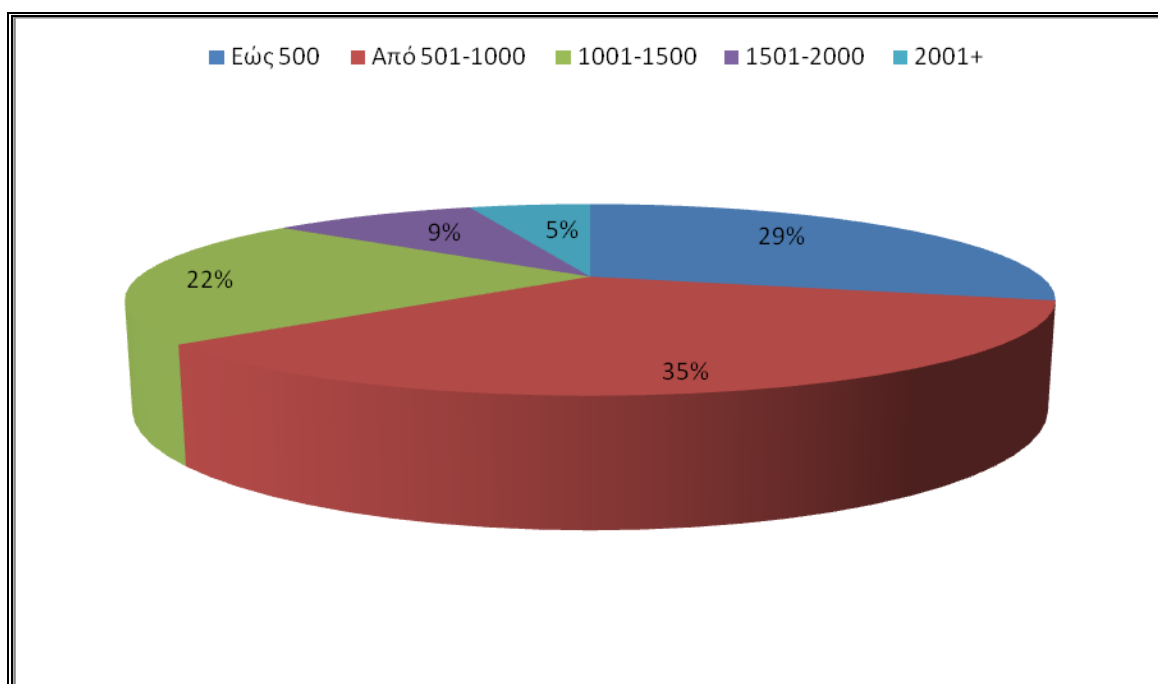


Πίνακας 5.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό(%)
1-6	54	19,0%
7-13	72	25,4%
13-18	74	26,1%
19+	84	29,6%
Σύνολο	284	100,0%

Στον πίνακα 5 το δείγμα το οποίο ανέφερε στην προηγούμενη ερώτηση ότι έχει παιδιά, προσθέτει στην αντίστοιχη ερώτηση που αφορά την ηλικία τους, πως το 29,6% έχει παιδιά τα οποία έχουν ήδη ενηλικιωθεί, το 26,1% έχει παιδιά που είτε τοποθετείται χρονικά στην έναρξη της εφηβικής περιόδου ή την διανύουν είτε βρίσκονται στην λήξη της, το 25,4% από 7 έως 13 ετών ενώ το 19% από 1 έως 6 ετών.

ΕΡΩΤΗΣΗ 5: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

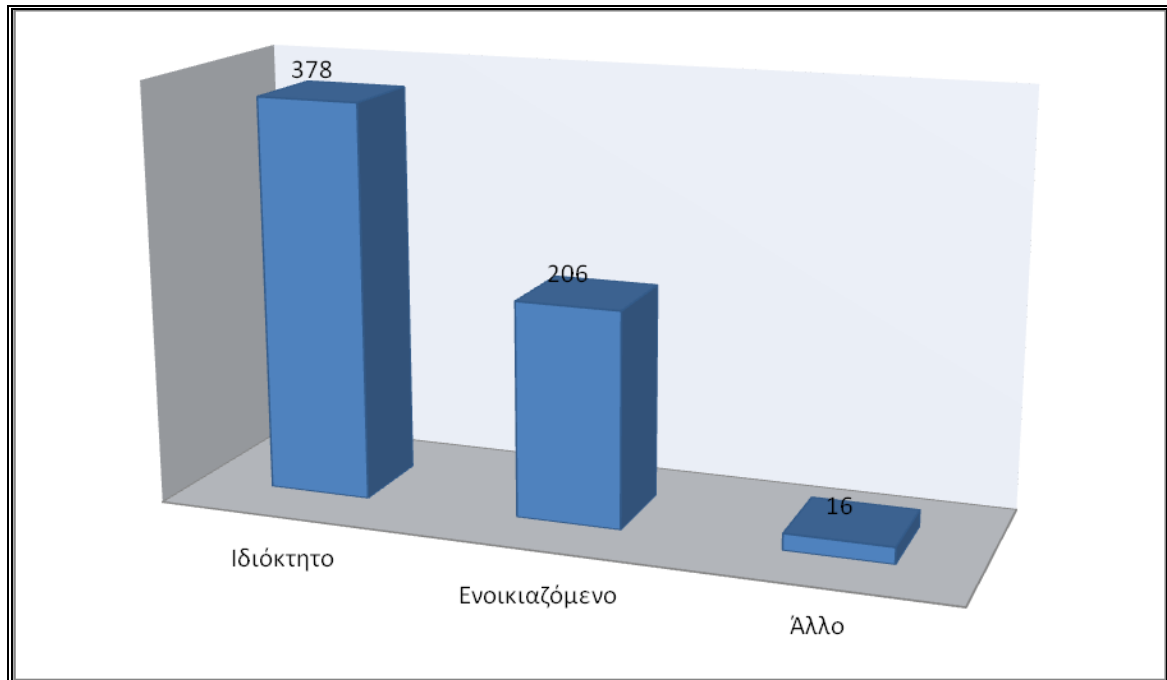


Πίνακας 6.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Εώς 500	174	29,0
Από 501-1000	210	35,0
1001-1500	130	21,7
1501-2000	54	9,0
2001+	32	5,3
Σύνολο	600	100,0

Στο πίνακα 6 αναγράφεται η οικονομική κατάσταση του δείγματος. Το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα στο ποσοστό του 35% του πληθυσμού από τον οποίο συλλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια κυμαίνεται από 501-1000 ευρώ. Το 29% ανέρχεται περίπου στα 500, το 21,7% στα 1001 με 1500 ευρώ το 9% στα 1501-2000 ενώ το 5,3% στα 2001+.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6: ΚΑΤΟΙΚΕΙΤΑΙ ΣΕ ΣΠΙΤΙ:

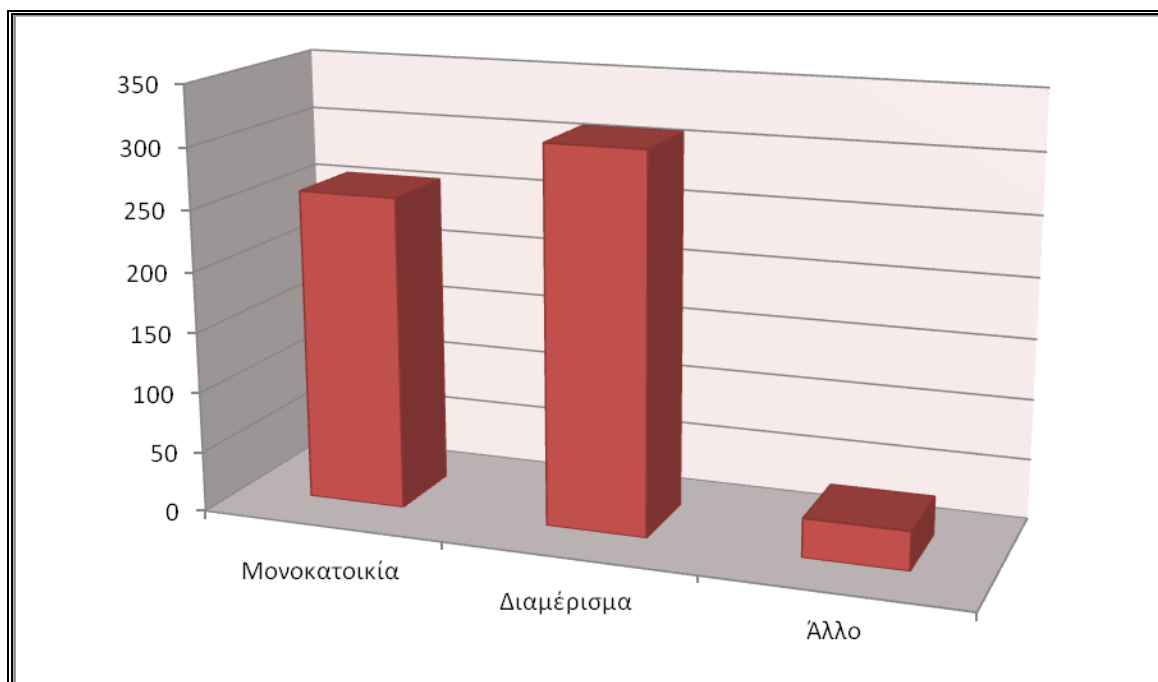


Πίνακας 7.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ιδιόκτητο	378	63,0
Ενοικιαζόμενο	206	34,3
Άλλο	16	2,7
Σύνολο	600	100,0

Όπως αναφέρεται από το πίνακα 7, το 63% των ερωτηθέντων διαμένει σε ιδιόκτητο σπίτι, το 34,3% σε ενοικιαζόμενο και το 2,7% επέλεξε την επιλογή “άλλο” το οποίο δεν διευκρινίζεται.

ΕΡΩΤΗΣΗ 7: ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ :

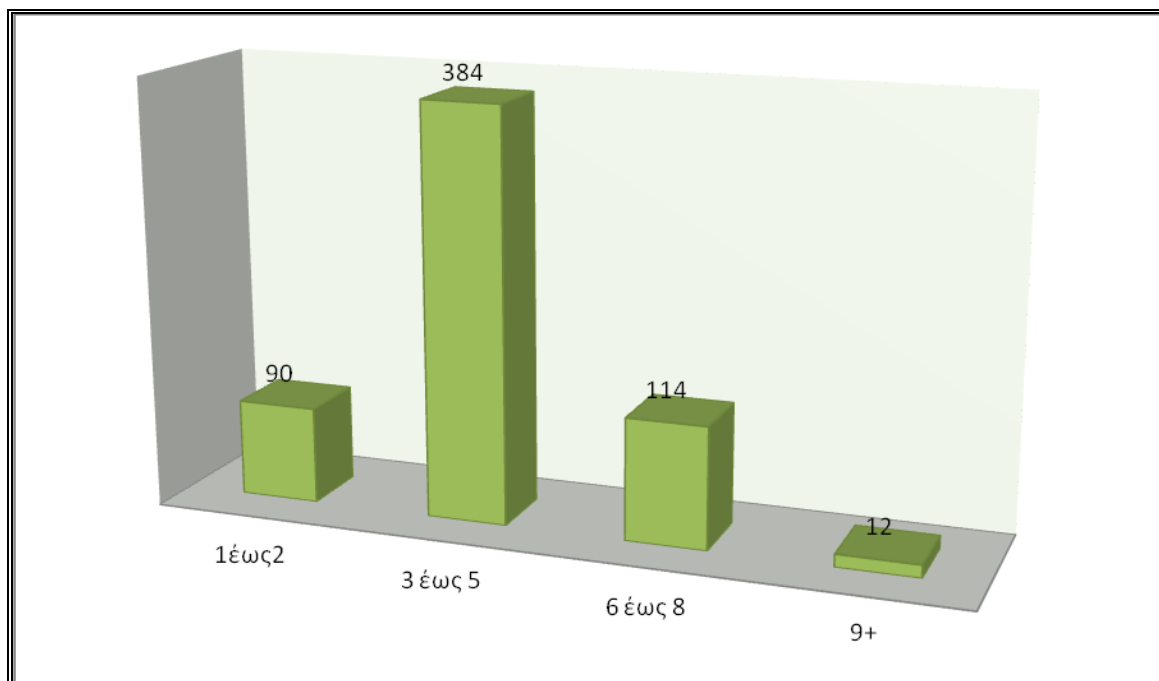


Πίνακας 8.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Μονοκατοικία	258	43,0
Διαμέρισμα	310	51,7
Άλλο	32	5,3
Σύνολο	600	100,0

Ο πίνακας 8 υποδηλώνει ότι 51,7% διαμένει σε διαμέρισμα, το 43% σε μονοκατοικία και το 5,3% σε κάποια άλλη μορφή δομής η οποία δεν αναφέρεται.

ΕΡΩΤΗΣΗ 8: ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ ΣΠΙΤΙΟΥ :

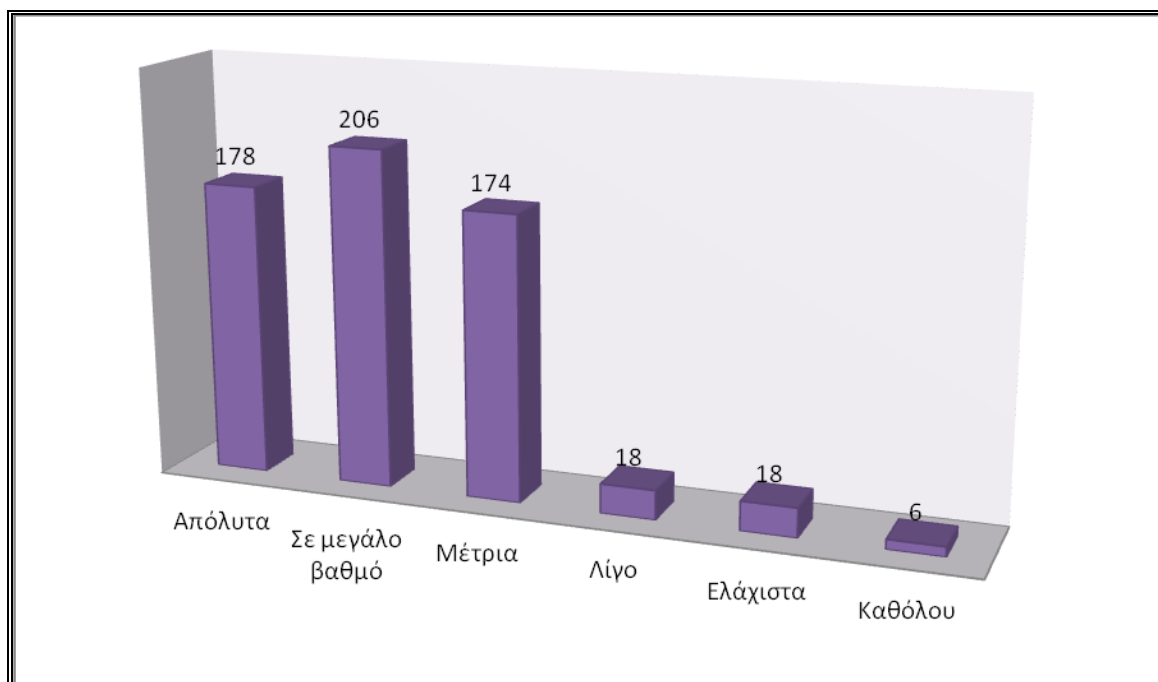


Πίνακας 9.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσότητα(%)
1-2	90	15,0
3-5	384	64,0
6-8	114	19,0
9+	12	2,0
Σύνολο	600	100,0

Από το πίνακα 9 δόθηκε η επιπλέον πληροφορία ότι το σπίτι του 64% του πληθυσμού που δόθηκαν ερωτηματολόγια, αποτελείται από 3 έως 5 δωμάτια, το 19% από 6 έως 8 δωμάτια και το 15% από 1 με 2. Τέλος 9+ δωμάτια δήλωσε μόνο το 2% του δείγματος

ΕΡΩΤΗΣΗ 9: ΔΙΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΠΙΤΙΟΥ- ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ ΑΝΑΓΚΩΝ :



Πίνακας 10.

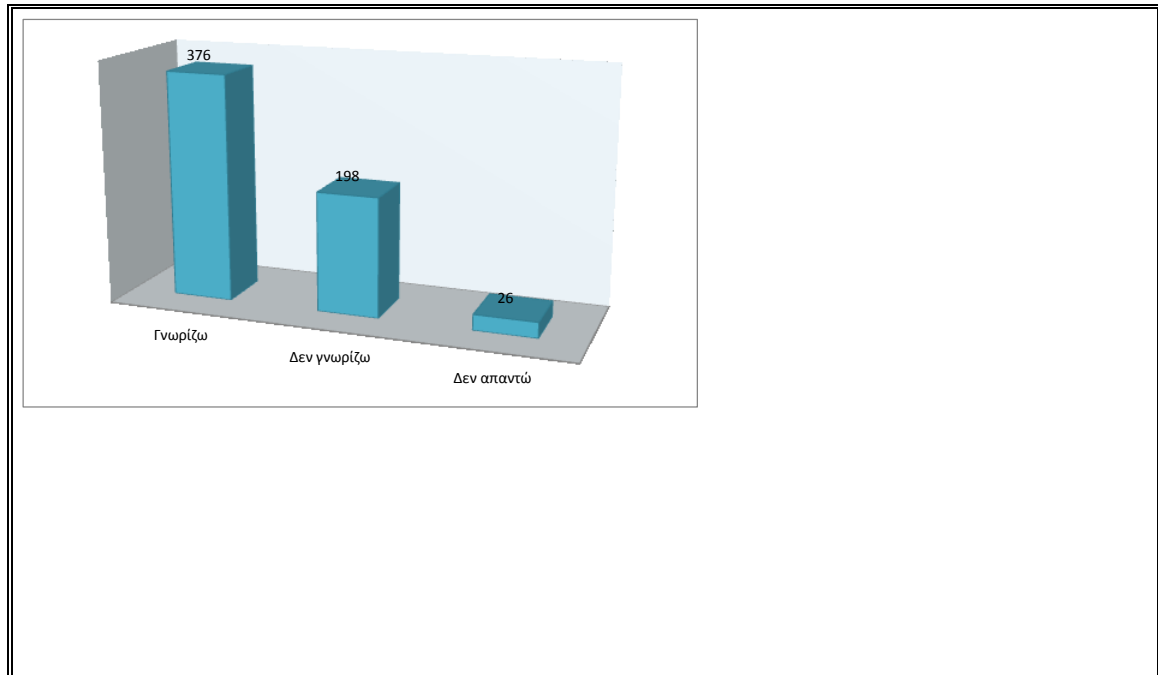
Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Απόλυτα	178	29,7
Σε μεγάλο βαθμό	206	34,3
Μέτρια	174	29,0
Λίγο	18	3,0
Ελάχιστα	18	3,0
Καθόλου	6	1,0
Σύνολο	600	100,0

Από το
10

πίνακα

γνωστοποιείται η πληροφορία σχετικά με τον βαθμό κάλυψης αναγκών και ικανοποίησης του δείγματος από την χωρητικότητα και την διαρρύθμιση του σπιτιού του. Το 34,3% δηλώνει πως η διαρρύθμιση του σπιτιού του καλύπτει σε μεγάλο βαθμό τις ανάγκες στέγασης, το 29,7% είναι απόλυτα ικανοποιημένο, το 29% εκφράζει πως είναι μέτρια ικανοποιημένο, το 3% εμφανίζεται ελάχιστα ικανοποιημένο. Το ίδιο ποσοστό 3% υποδηλώνει πως είναι ελάχιστα ικανοποιημένο ενώ μόλις το 1% είναι δυσαρεστημένο.

ΕΡΩΤΗΣΗ 10Α: ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ:

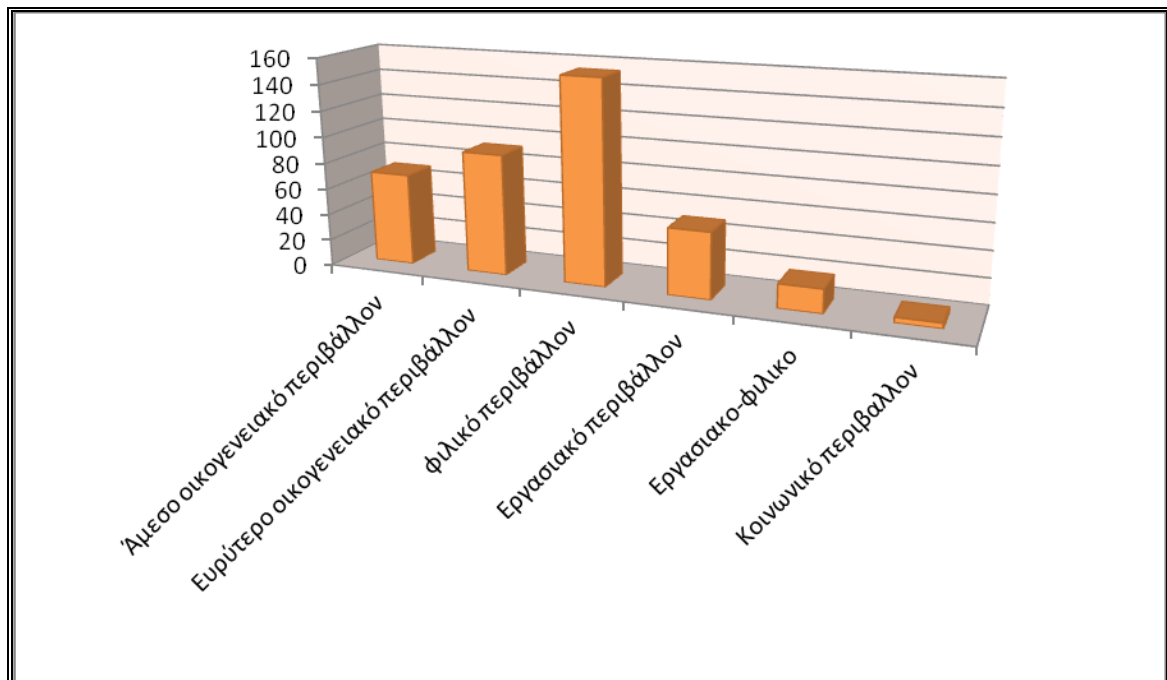


Πίνακας 11.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Γνωρίζω	376	62,7
Δεν γνωρίζω	198	33,0
Δεν απαντώ	26	4,3
Σύνολο	600	100,0

Από τον πίνακα 11 προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 62,7% του δείγματος ότι γνωρίζει κάποιον ψυχικά ασθενή σε αντίθεση με το 33% το οποίο δεν γνωρίζει, ενώ μόλις το 4,3% δεν θέλησε να απαντήσει

ΕΡΩΤΗΣΗ 10B: ΕΑΝ ΝΑΙ ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΑΠΟ ΠΙΟ ΧΩΡΟ ΠΡΟΕΡΧΕΤΑΙ ΑΥΤΟ ΤΟ ΑΤΟΜΟ:

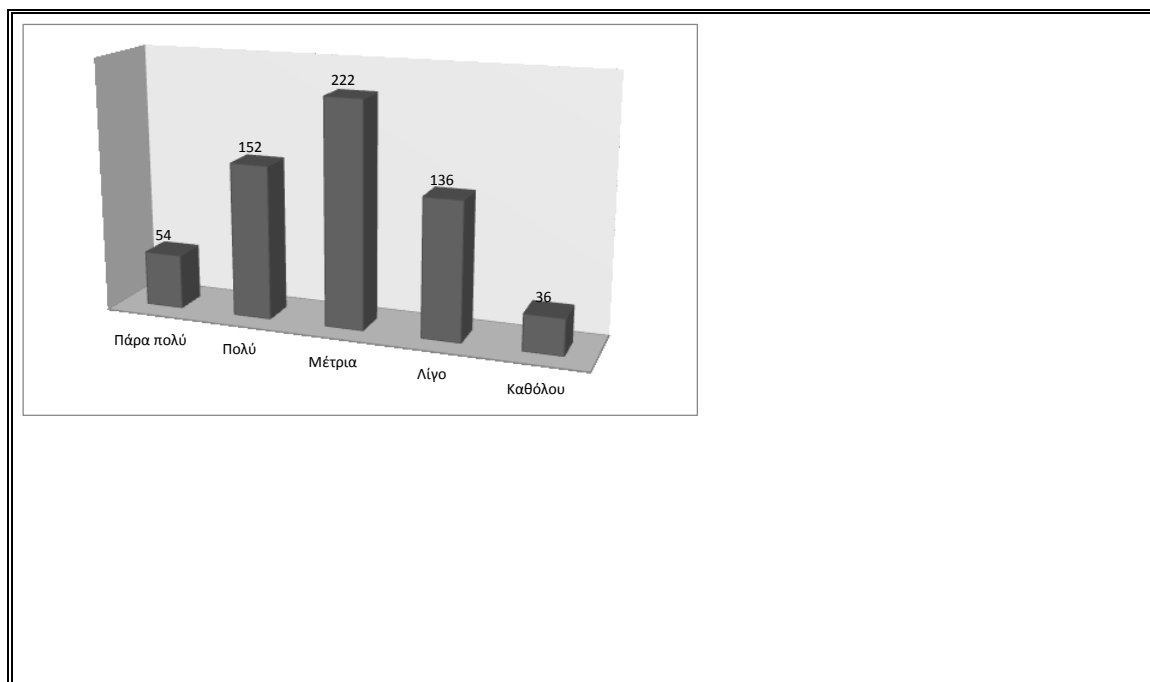


Πίνακας 12.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Άμεσο οικογενειακό περιβάλλον	70	11,7
Ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον	92	15,3
φιλικό περιβάλλον	154	25,7
Εργασιακό περιβάλλον	50	8,3
Εργασιακό -φιλικό	18	3,0
Κοινωνικό περιβάλλον	4	0,7
Σύνολο	600	100,0

Σε προηγούμενη ερώτηση έγινε αντιληπτό πως το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 62,7% γνωρίζει κάποιον ψυχικά πάσχων. Στο πίνακα 12 από το ποσοστό που προαναφέρθηκε το 25,7% δηλώνει σε αντίστοιχη ερώτηση ότι το άτομο αυτό προέρχεται από το φιλικό περιβάλλον, το 15,3% από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον, το 11,7% από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, το 8,3% από το εργασιακό περιβάλλον, το 0,7% από το κοινωνικό περιβάλλον ενώ το 3% από το εργασιακό σε συνδυασμό με το φιλικό περιβάλλον.

ΕΡΩΤΗΣΗ 11: ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΕΙΣΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ/Η:

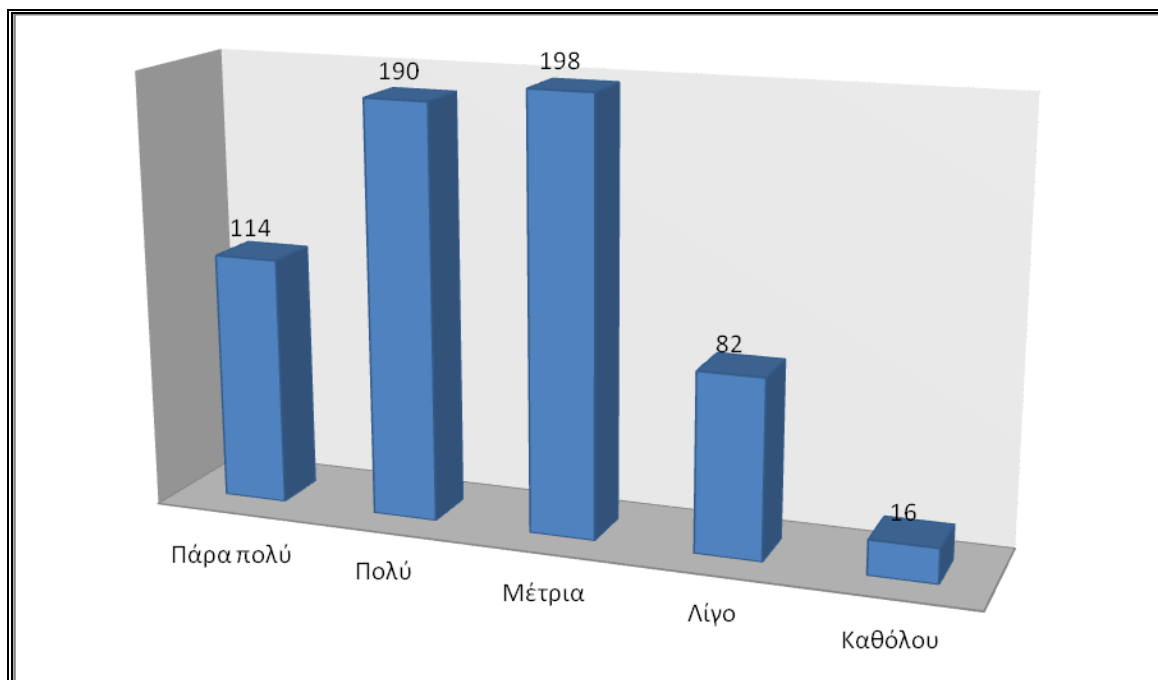


Πίνακας 13

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πάρα πολύ	54	9,0
Πολύ	152	25,3
Μέτρια	222	37,0
Λίγο	136	22,7
Καθόλου	36	6,0
Σύνολο	600	100,0

Από τον πίνακα 13, παρέχονται στοιχεία που αφορούν την γνώση ή όχι των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά πάσχοντες. Το 37% του πληθυσμού το οποίο απάντησαν στο ερωτηματολόγιο διαφαίνεται ότι γνωρίζουν σε μικρό βαθμό και πιο συγκεκριμένα μέτρια. Το 25,3% θεωρούν ότι είναι ενημερωμένοι πολύ σε αντίθεση με το 22,7% το οποίο δηλώνει λίγο και το 9% το οποίο υποστηρίζει πως είναι πάρα πολύ ενημερωμένος σε αντιπαράθεση με το μικρότερο ποσοστό 6% το οποίο αντιπροσωπεύει την επιλογή καθόλου.

ΕΡΩΤΗΣΗ 12: ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΕΙΣΤΕ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η:

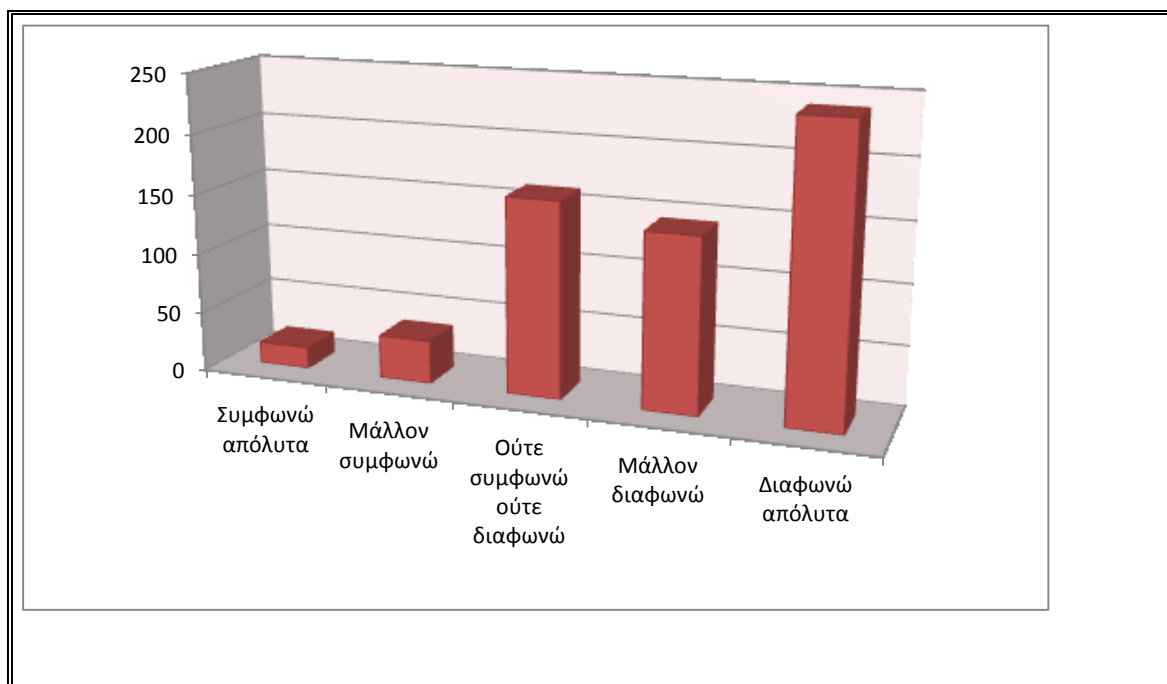


Πίνακας 14.

	Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
	Πάρα πολύ	114	19,0
	Πολύ	190	31,7
	Μέτρια	198	33,0
	Λίγο	82	13,7
	Καθόλου	16	2,7
	Σύνολοι	600	100,0

Όπως παρατηρείται από το πίνακα 14 το 33% αναφέρει πως είναι μέτρια ευαισθητοποιημένοι σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ψυχική ασθένεια, το 31,7% δηλώνουν πολύ ευαισθητοποιημένοι, το 19% υποστηρίζουν ότι παρουσιάζουν σε υπερβολικό βαθμό ευαισθησία, το 13,7% λίγο ενώ το 2,7% καθόλου

ΕΡΩΤΗΣΗ 13Α :ΟΙ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΕΙΝΑΙ ΤΡΕΛΟΙ:

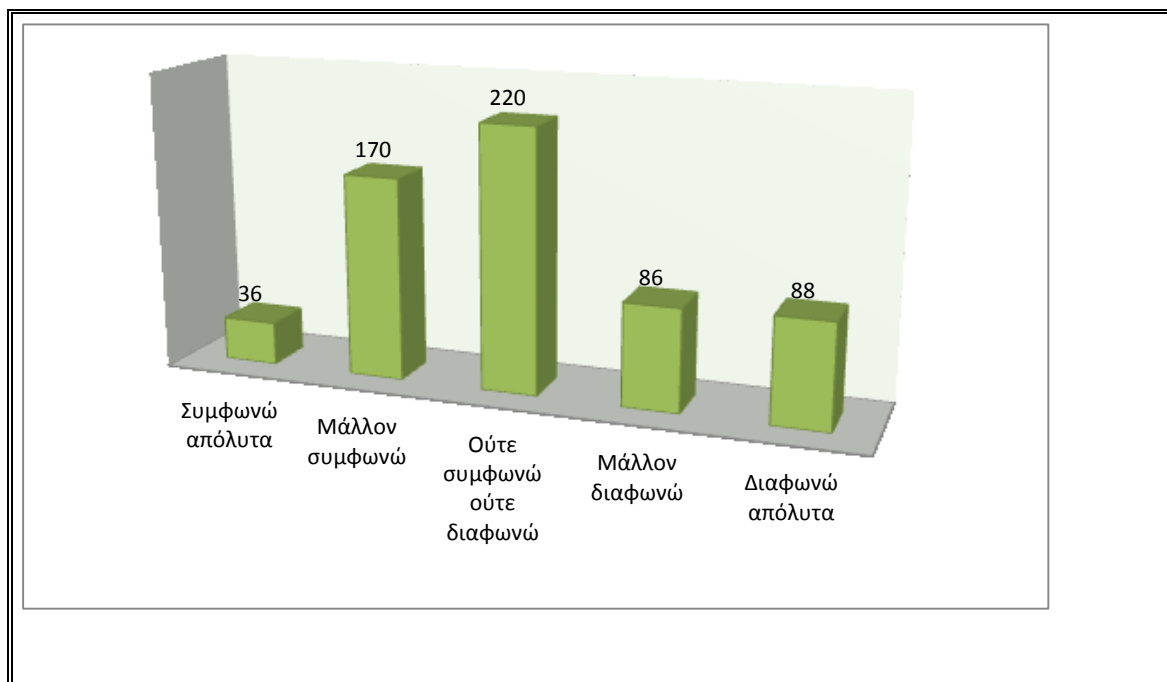


Πίνακας 15.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστά(%)
Συμφωνώ απόλυτα	18	3,0
Μάλλον συμφωνώ	36	6,0
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	162	27,0
Μάλλον διαφωνώ	144	24,0
Διαφωνώ απόλυτα	240	40,0
	600	100,0

Με βάση το πίνακα 15 είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το 40% διαφωνεί απόλυτα με την αντίληψη της ψυχικής ασθένειας ως τρέλα. Το 27% παρουσιάζει ουδέτερη στάση, ούτε διαφωνεί ούτε συμφωνεί, το 24% μάλλον διαφωνεί, το 6% μάλλον συμφωνεί και το 3% συμφωνεί απόλυτα

ΕΡΩΤΗΣΗ 13B: ΟΙ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΑΥΤΟΥΣ ΤΟΥΣ ΚΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ:

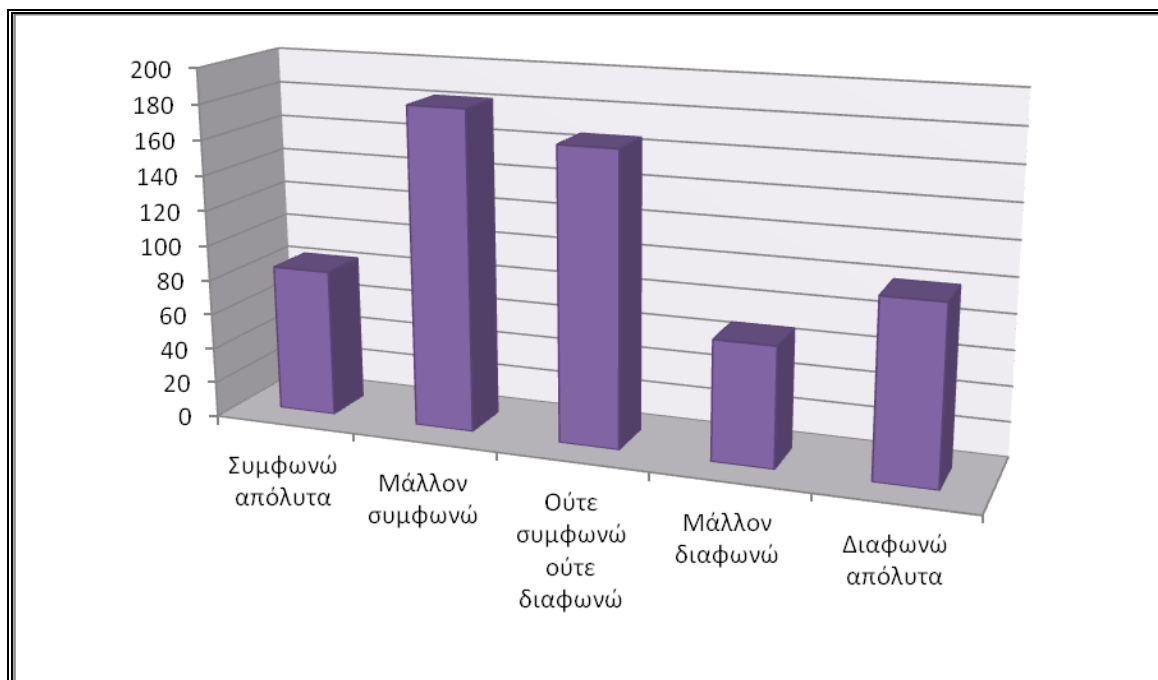


Πίνακας 16.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστά(%)
Συμφωνώ απόλυτα	36	6,0
Μάλλον συμφωνώ	170	28,3
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	220	36,7
Μάλλον διαφωνώ	86	14,3
Διαφωνώ απόλυτα	88	14,7
Σύνολο	600	100,0

Στον πίνακα 16, όσο αφορά την αντίληψη για την ύπαρξη βαθμού επικινδυνότητας για τόσο για τους ίδιους τους ψυχικά πάσχοντες όσο και για τους άλλους, το 36,7% του δείγματος παρουσίασε ουδέτερη στάση απαντώντας την επιλογή ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, το 28,3 % μάλλον διαφωνώ , το 14,7% διαφωνώ απόλυτα, με μικρή αριθμητική διαφορά 14,3% μάλλον διαφωνώ ενώ είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το 6% συμφωνεί απόλυτα

ΕΡΩΤΗΣΗ 13Γ: ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝΤΑΙ ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΛΥΠΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΤΟΥ:

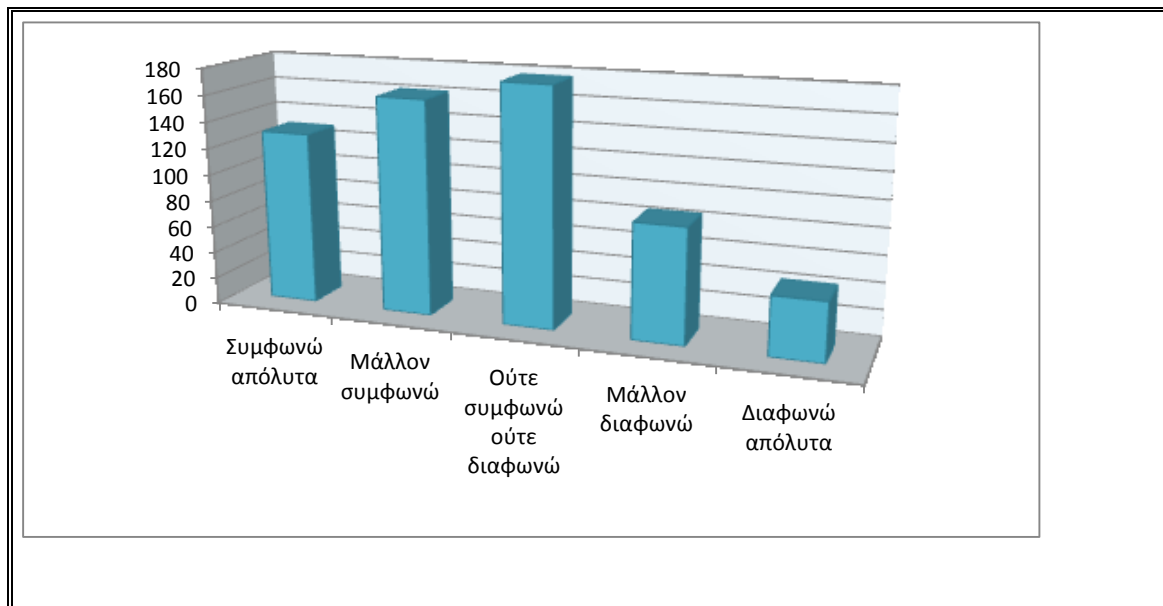


Πίνακας 17.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστά (%)
Συμφωνώ απόλυτα	84	14,0
Μάλλον συμφωνώ	182	30,3
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	166	27,7
Μάλλον διαφωνώ	68	11,3
Διαφωνώ απόλυτα	100	16,7
Σύνολο	600	100,0

Από τον πίνακα 17 παρουσιάζεται ότι το ποσοστό 30,3% απάντησε μάλλον συμφωνώ σχετικά με την δημιουργία αισθήματος λύπης και οίκτου ως προς τους ψυχικά πάσχοντες, το 27,7% ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, το 16,7% διαφωνώ απόλυτα, το 14% συμφώνησε και το 11,3% μάλλον διαφωνώ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 13Δ: ΟΙ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΕΧΟΥΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΟΥΝ ΤΗΝ ΔΙΚΗ ΤΟΥΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ:

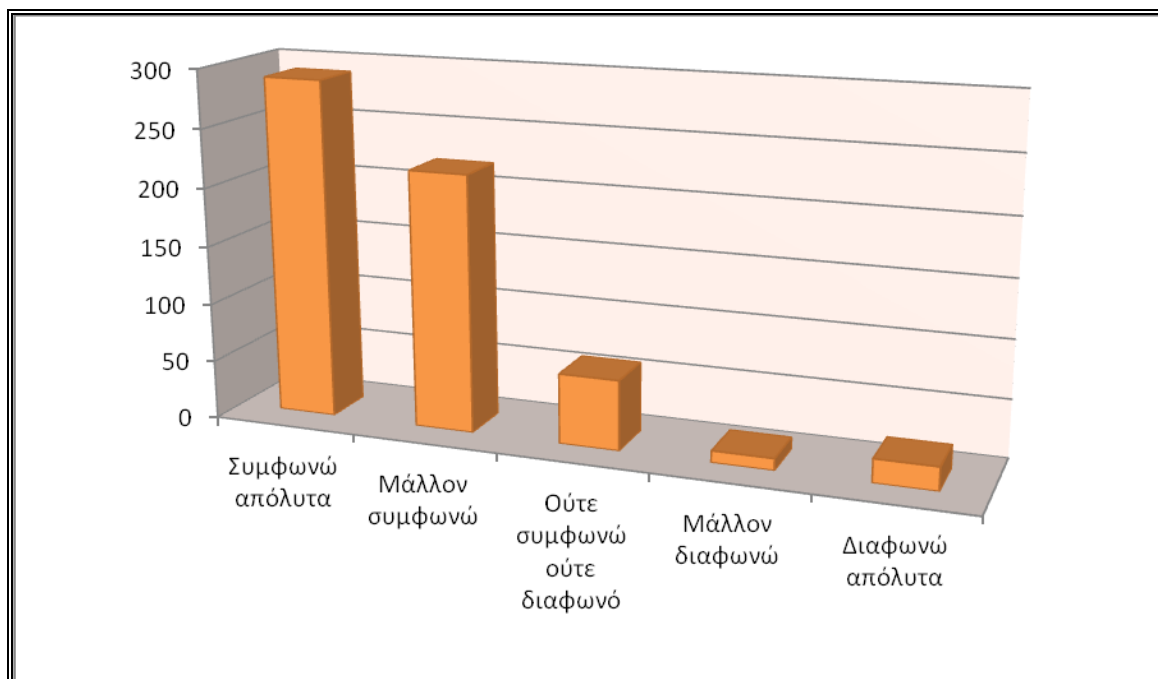


Πίνακας 18.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστά (%)
Συμφωνώ απόλυτα	130	21,7
Μάλλον συμφωνώ	162	27,0
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	178	29,7
Μάλλον διαφωνώ	86	14,3
Διαφωνώ απόλυτα	44	7,3
Σύνολο	600	100,0

Από τον πίνακα 18 το οποίο αφορά την αντίληψη ότι οι ψυχικά πάσχοντες έχουν το δικαίωμα να δημιουργήσουν την δική τους οικογένεια, το 29,7% διατήρησε ουδέτερη στάση, το 27% μάλλον διαφωνώ, το 21,7% απάντησε συμφωνώ απόλυτα, το 14,3% μάλλον διαφωνώ ενώ το 7,3% διαφώνησε απόλυτα.

ΠΡΟΤΑΣΗ 13Ε: ΜΕ ΤΗ ΣΩΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΕΧΟΥΝ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΖΩΗ:

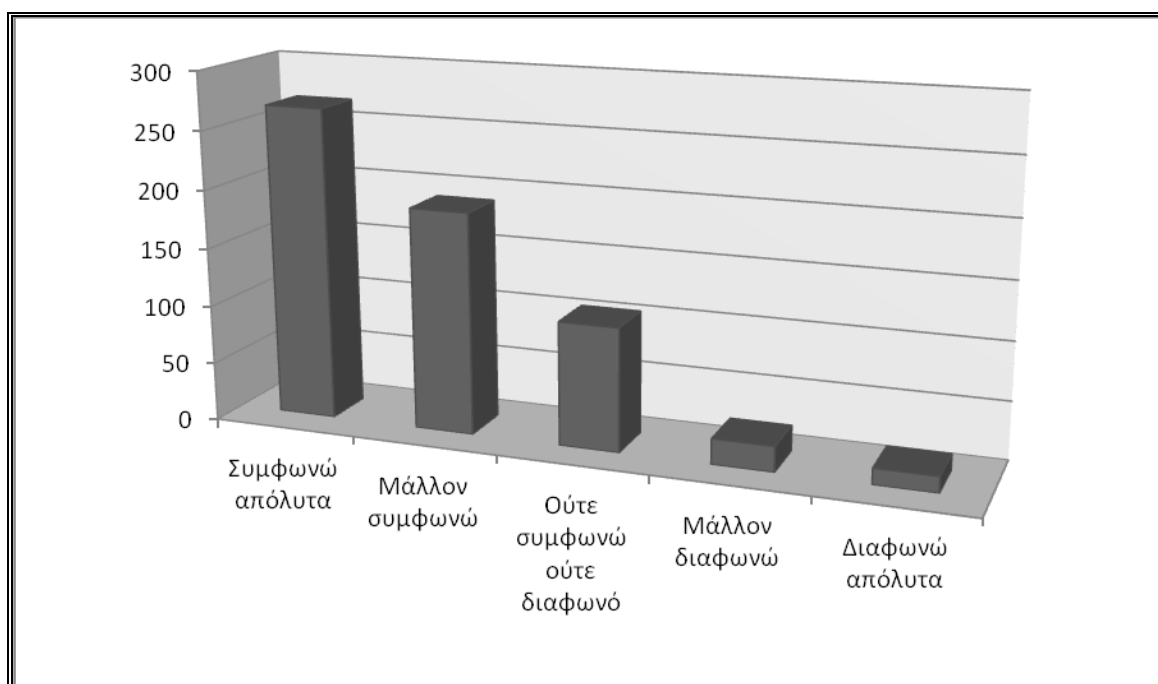


Πίνακας 19.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	290	48,3
Μάλλον συμφωνώ	220	36,7
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	60	10,0
Μάλλον διαφωνώ	10	1,7
Διαφωνώ απόλυτα	20	3,3
Σύνολο	600	100,0

Σύμφωνα με το πίνακα 19 από τα άτομα τα οποία συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο το 48,3% συμφωνεί απόλυτα με την αντίληψη ότι οι ψυχικά πάσχοντες με την λήψη σωστής φαρμακευτικής αγωγής και την υποστήριξη από εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν την δυνατότητα να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις και στις δραστηριότητες που επιτάσσει η καθημερινότητα, το 36,7% απάντησε μάλλον συμφωνώ, το 10% υποστήριξε ουδέτερη στάση, το 3,3% διαφωνώ απόλυτα ενώ το 1,7% μάλλον διαφωνώ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 13ΣΤ: ΟΙ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΕΧΟΥΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

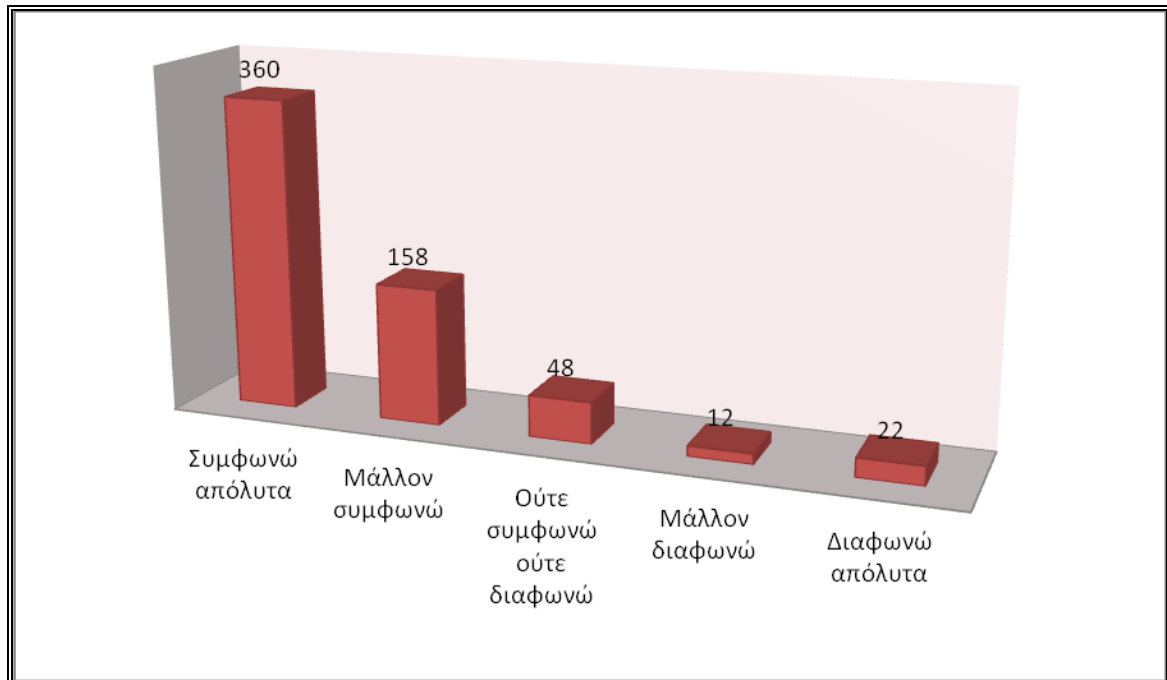


Πίνακας 20.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	268	44,7
Μάλλον συμφωνώ	190	31,7
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	106	17,7
Μάλλον διαφωνώ	22	3,7
Διαφωνώ απόλυτα	14	2,3
Σύνολο	600	100,0

Από τον πίνακα 20 όσον αφορά την αντίληψη για το δικαίωμα του ψυχικά ασθενή στην εργασία είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 44,7% συμφώνησε απόλυτα, το 31,7% μάλλον διαφωνώ, το 17,7% ούτε συμφωνώ ούτε συμφωνώ, το 3,7% μάλλον διαφωνώ ενώ το 2,3% διαφώνησε απόλυτα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 13Ζ: ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΠΑΡΚΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΠΡΕΠΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΑ:

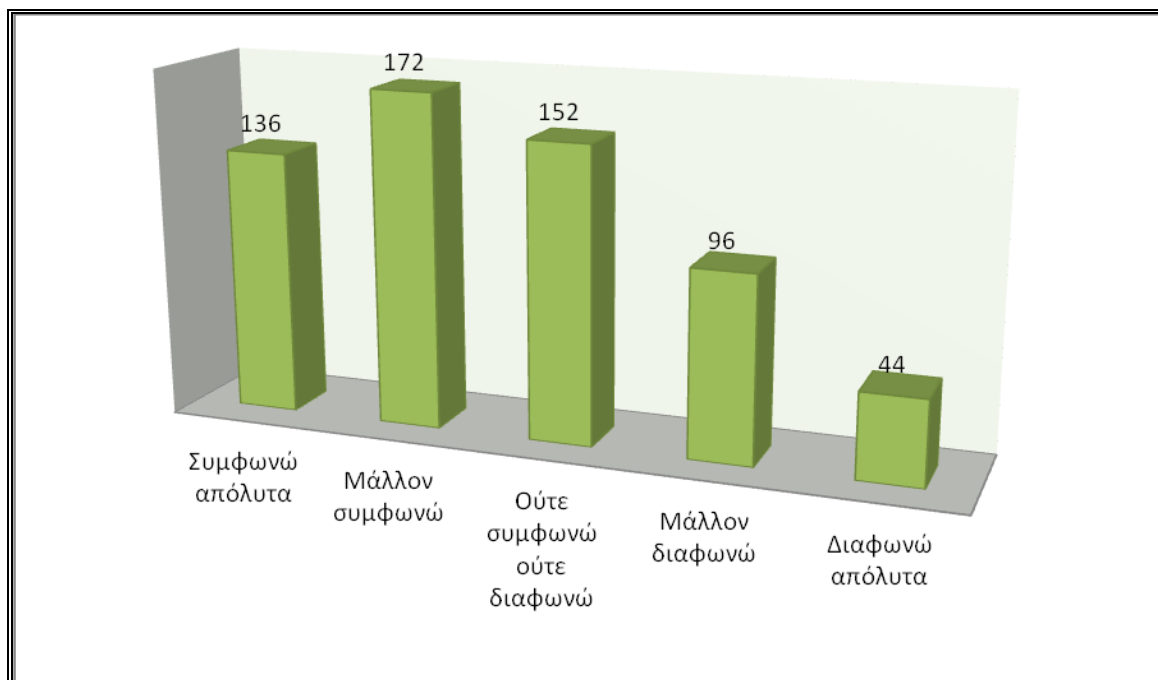


Πίνακας 21.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	360	60,0
Μάλλον συμφωνώ	158	26,3
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	48	8,0
Μάλλον διαφωνώ	12	2,0
Διαφωνώ απόλυτα	22	3,7
Σύνολο	600	100,0

Από το πίνακα 21, σχετικά με το αν το κράτος έχει την υποχρέωση να παρέχει οικονομική στήριξη ώστε με αυτόν τον τρόπο να διασφαλιστούν οι αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης για τους ψυχικά πάσχοντες είναι ενδιαφέρον να τονιστεί ότι το 60% του δείγματος συμφώνησε απόλυτα. Το 26,3% υποστήριξε το μάλλον συμφωνώ, το 8% απάντησε ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, το 2% μάλλον διαφωνώ ενώ το 3,7% διαφωνώ απόλυτα

ΕΡΩΤΗΣΗ 13Η: Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΦΕΡΕΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΤΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΑ:

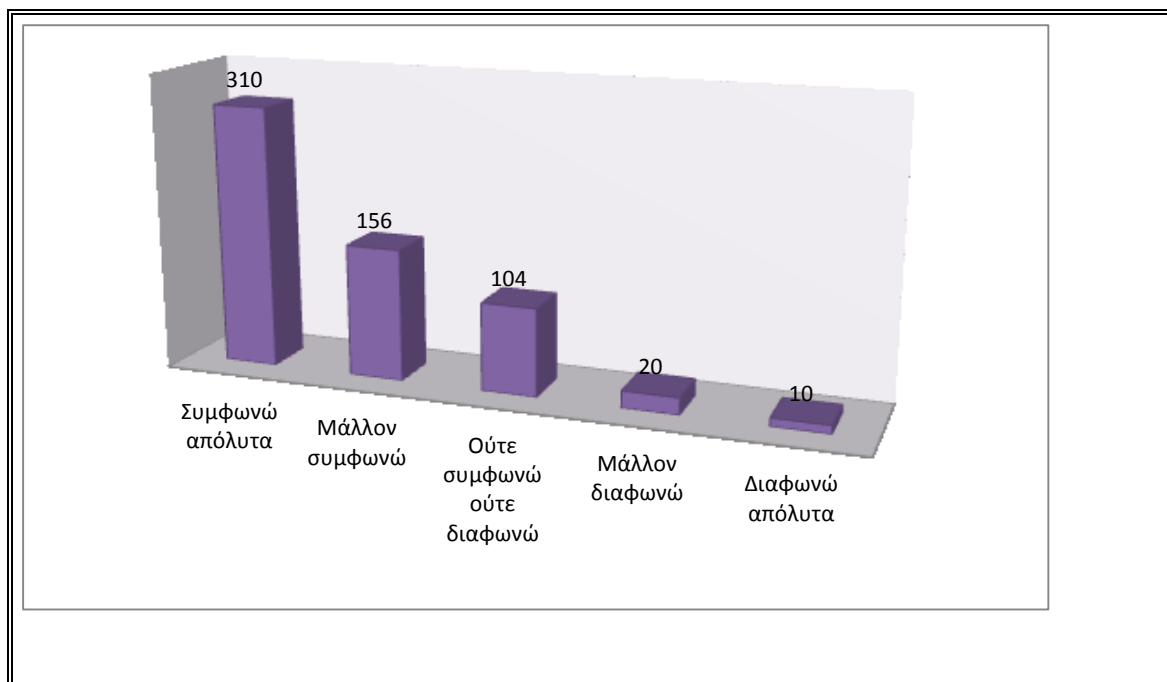


Πίνακας 22.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	136	22,7
Μάλλον συμφωνώ	172	28,7
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	152	25,3
Μάλλον διαφωνώ	96	16,0
Διαφωνώ απόλυτα	44	7,3
Σύνολο	600	100,0

Από το πίνακα 22 από το οποίο μελετάται η γνώμη για τον βαθμό ευθύνης που φέρει οι οικογένεια για την φροντίδα του ατόμου με κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής το 28,7% απάντησε μάλλον διαφωνώ, το 28,7% συμφώνησε απόλυτα στο ότι η οικογένεια φέρει την αποκλειστική ευθύνη φροντίδας του, το 25,3% διατήρησε ουδέτερη στάση, το 16% υποστήριξε την επιλογή μάλλον διαφωνώ ενώ το 7,3 % διαφώνησε απόλυτα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 13Θ: ΟΛΟΙ ΦΕΡΟΥΜΕ ΕΥΘΥΝΗ ΝΑ ΕΝΕΡΓΟΥΜΕ ΘΕΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗΣ:

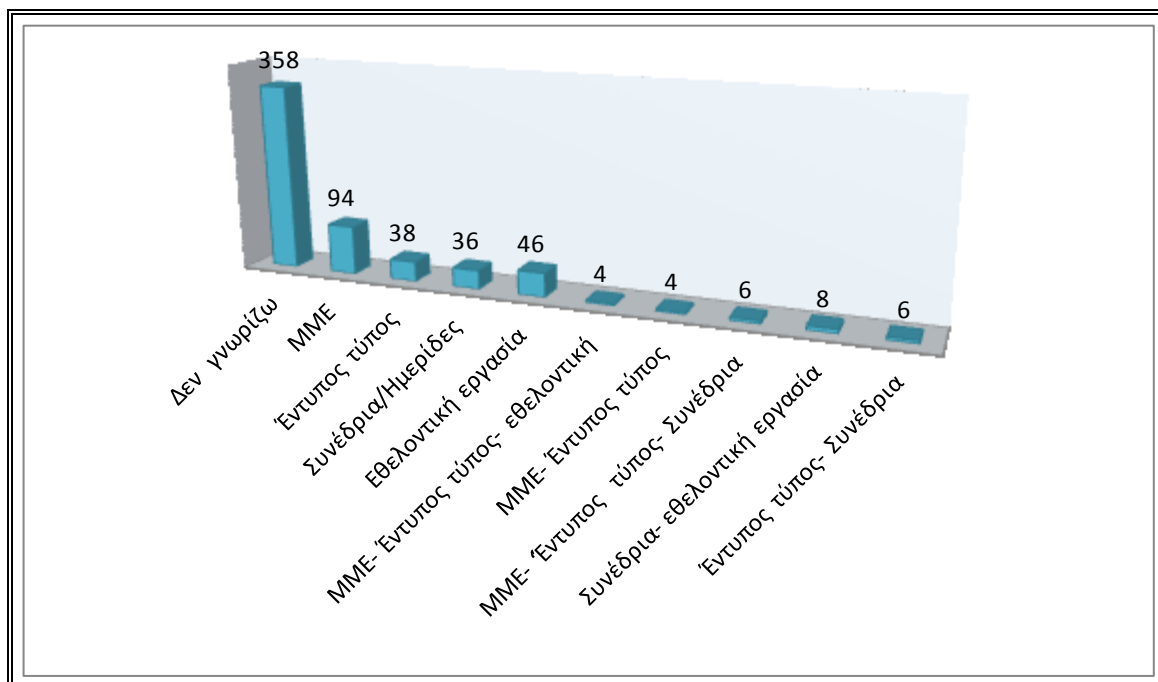


Πίνακας 23.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό(%)
Συμφωνώ απόλυτα	310	51,7
Μάλλον συμφωνώ	156	26,0
Ούτε συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	104	17,3
Μάλλον διαφωνώ	20	3,3
Διαφωνώ απόλυτα	10	1,7
Σύνολο	600	100,0

Από τον πίνακα 23 αξίζει να αναφέρουμε πως το 51,7% του δείγματος θεωρεί πως όλοι φέρουμε την ευθύνη να ενεργούμε θετικά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων φροντίδας ατόμων που είναι ψυχικά ασθενής. Το 26% υποστήριξε την επιλογή μάλλον συμφωνώ, το 17,3% ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, το 3,3% μάλλον διαφωνώ ενώ το 1,7% διαφωνώ απόλυτα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 14: ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΟΡΟΥ «ΦΙΛΕΞΟΥΣΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ»; ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΑ ΗΤΑΝ Η ΠΗΓΗ:(ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΕΠΙΛΟΓΗ)

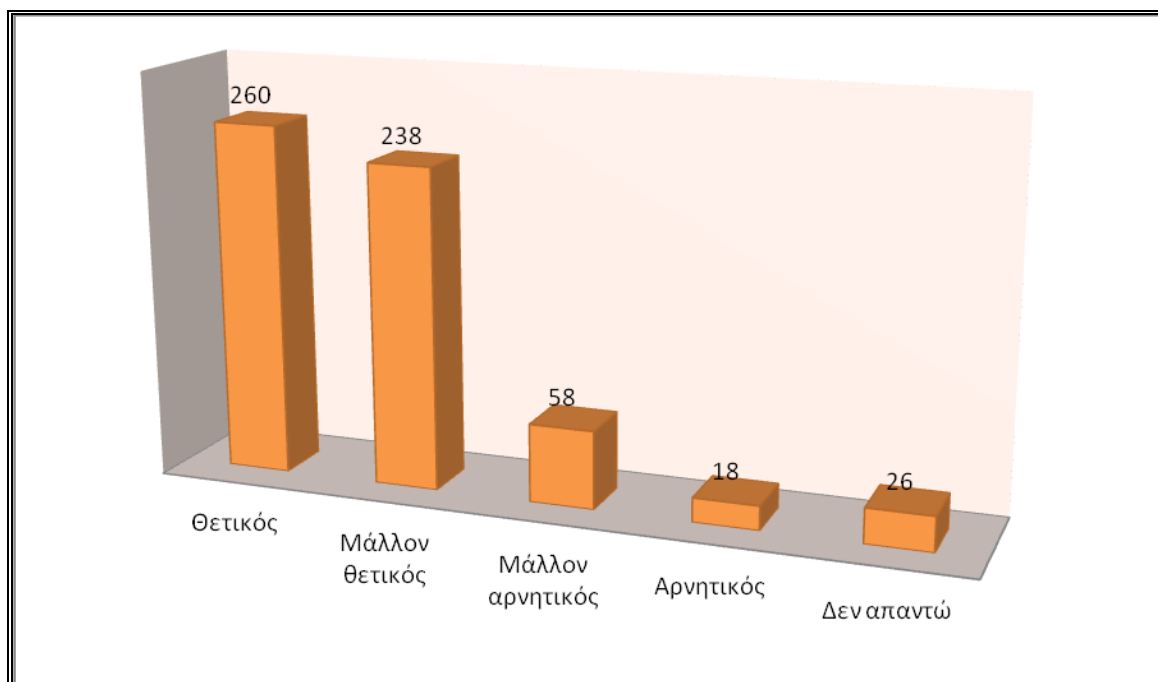


Πίνακας 24.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό(%)
Δεν γνωρίζω	358	59,7
MME	94	15,7
Έντυπος τύπος	38	6,3
Συνέδρια/Ημερίδες	36	6,0
Εθελοντική εργασία	46	7,7
MME- Έντυπος τύπος- εθελοντική	4	,7
MME- Έντυπος τύπος	4	,7
MME- Έντυπος τύπος- Συνέδρια	6	1,0
Συνέδρια- εθελοντική εργασία	8	1,3
Έντυπος τύπος- Συνέδρια	6	1,0
Σύνολο	600	100,0

Από το γράφημα 24 δίνονται αριθμητικά τα αποτελέσματα ότι το ποσοστό 59,7 % του δείγματος δεν γνωρίζει την έννοια και το περιεχόμενο του όρου «φιλοξενούσα οικογένεια». Το υπόλοιπο δείγμα το οποίο ανέρχεται σε ποσοστό 40,3% το οποίο υποστηρίζει πως έχει γνώση του όρου, απάντησε πως πηγή πληροφόρησης αποτέλεσαν κατά 15,7%, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, κατά 6,3 % ο έντυπος τύπος, με μικρή απόκλιση απαντήσεων κατά 6% τα συνέδρια και η ημερίδες και κατά 7% η ενημέρωση από τον συνδυασμό των παραπάνω. Μείζονος σημασίας αποτελεί η εμφάνιση του ποσοστού 7,7% που αντιστοιχεί στην ενημέρωση μέσω της εκπόνησης εθελοντικής εργασίας.

ΕΡΩΤΗΣΗ 15: ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ:

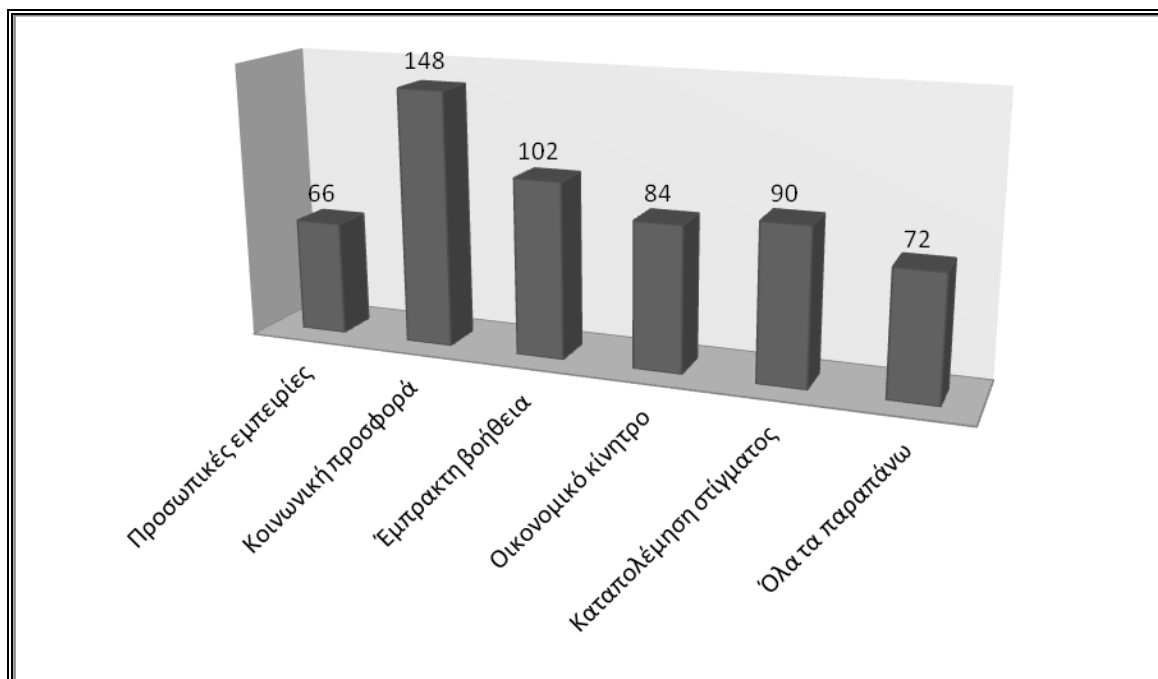


Πίνακας 25.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστά(%)
Θετικός	260	43,3
Μάλλον θετικός	238	39,7
Μάλλον αρνητικός	58	9,7
Αρνητικός	18	3,0
Σύνολο	574	95,7
Δεν απαντώ	26	4,3
Σύνολο	600	100,0

Από το πίνακα 25 για την αξιολόγηση του θεσμού έπειτα από την παροχή γραπτής εννοιολόγησης του είναι αξιοσημείωτο ότι το 43,3% του πληθυσμού των συμμετεχόντων απάντησαν θετικά. Το 39,7% απάντησε πως ο θεσμός είναι μάλλον θετικός σε αντίθεση με το 9,7% που υποστήριξε ότι είναι μάλλον αρνητικός, το 3% έχει διαμορφώσει αρνητική στάση ενώ το 4,3% είχε την επιθυμία να μην απαντήσει

ΕΡΩΤΗΣΗ 16Α: ΕΑΝ ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ ΜΕ ΤΟ ΟΤΙ Η ΧΩΡΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΕΙ ΤΟΝ ΘΕΣΜΟ ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΜΙΑ Η ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΠΙΛΟΓΕΣ (ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΕΠΙΛΟΓΗ):

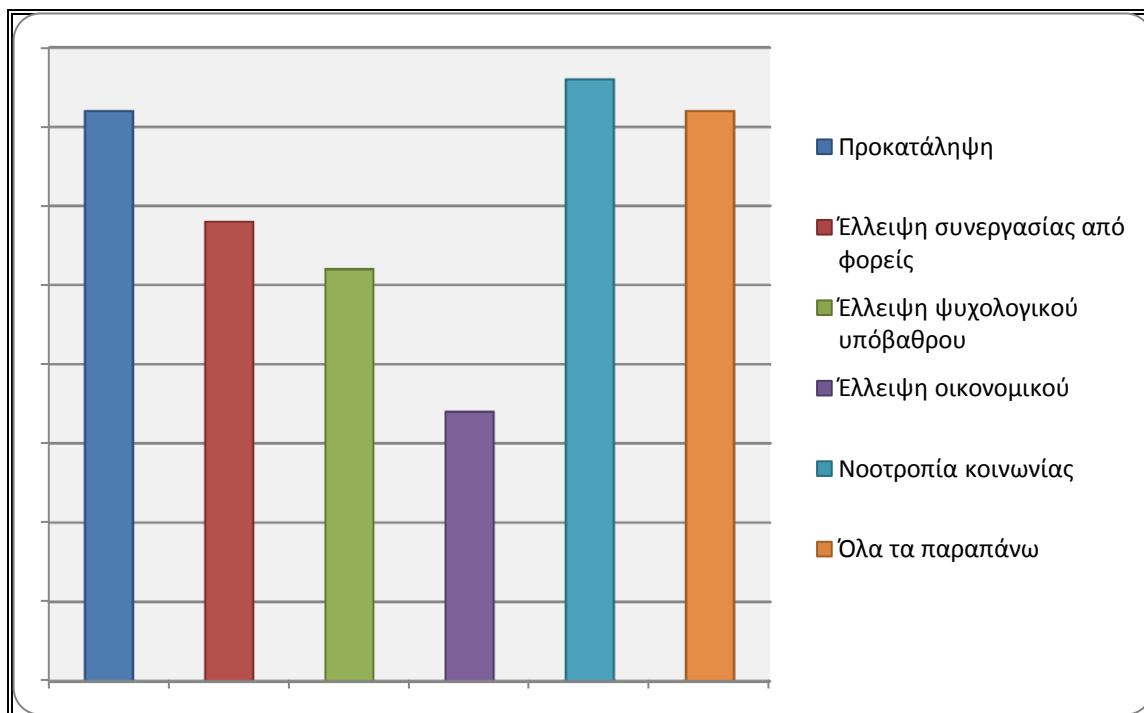


Πίνακας 26.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστά (%)
Προσωπικές εμπειρίες	66	11,7%
Κοινωνική προσφορά	148	26,3%
Έμπρακτη βοήθεια	102	18,1%
Οικονομικό κίνητρο	84	14,9%
Καταπολέμηση στίγματος	90	16,0%
Όλα τα παραπάνω	72	12,8%
Σύνολο	562	100,0%

Από τον πίνακα 26 παρουσιάζεται πως από το δείγμα που θεωρεί ότι ο θεσμός μπορεί να στηριχτεί και να υλοποιηθεί από την χώρα μας, διαμόρφωσε την παραπάνω άποψη κατά ποσοστό 26,3% λόγω του στοιχείου προσφοράς στην κοινωνία, κατά 18,1% το θεωρεί έμπρακτη βοήθεια, κατά 16% μια τέτοια ενέργεια συμβάλλει στην καταπολέμηση του στίγματος, κατά 11,7% προέρχεται από προσωπική εμπειρία ενώ το 12,8% αποτελεί συνδυασμό όλων των πιθανών απαντήσεων. Θεωρείται απαραίτητο να τονιστεί ότι το 14,9% θεωρεί ως σημαντικό κίνητρο την παροχή επιδόματος.

ΕΡΩΤΗΣΗ 16B: ΕΑΝ ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ ΜΕ ΤΟ ΟΤΙ Η ΧΩΡΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΕΙ ΤΟΝ ΘΕΣΜΟ ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΜΙΑ Η ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΠΙΛΟΓΕΣ (ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΕΠΙΛΟΓΗ):

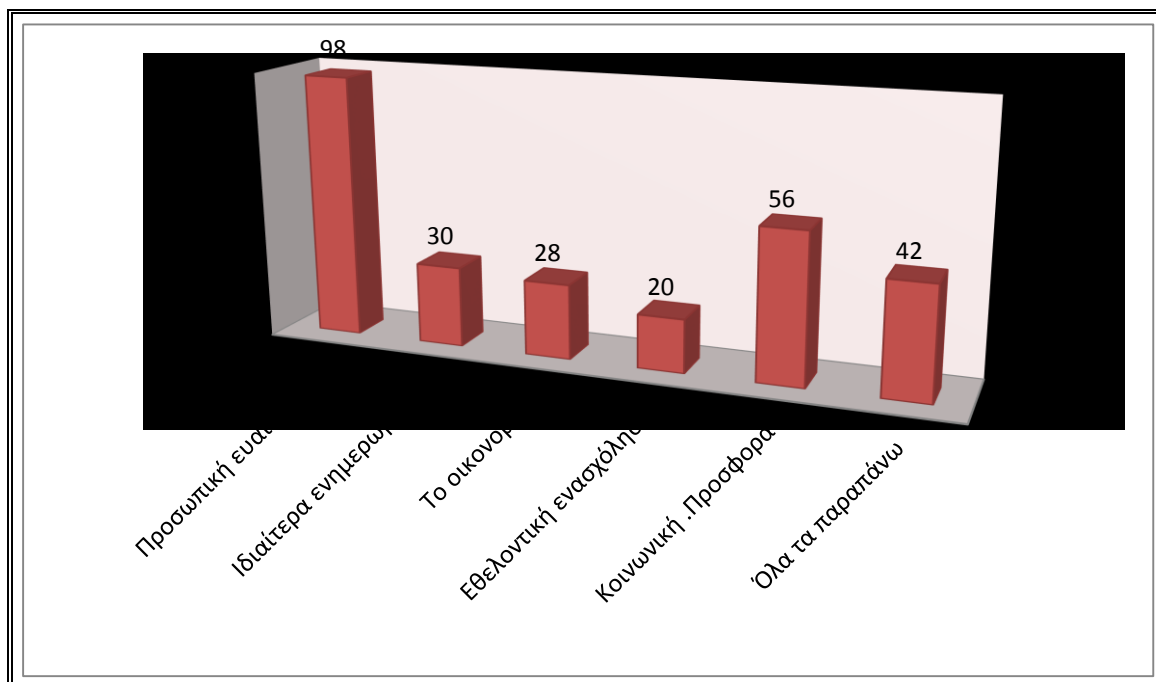


Πίνακας 27.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Προκατάληψη	72	19,8%
Έλλειψη συνεργασίας από φορείς	58	15,9%
Έλλειψη ψυχολογικού υπόβαθρου	52	14,3%
Έλλειψη οικονομικού	34	9,3%
Νοοτροπία κοινωνίας	76	20,9%
Όλα τα παραπάνω	72	19,8%
Σύνολο	364	100,0%

Από τον πίνακα 27 παρουσιάζεται πως από το δείγμα που θεωρεί ότι ο θεσμός δεν μπορεί να στηριχτεί και να υλοποιηθεί από την χώρα μας, διαμόρφωσε την παραπάνω άποψη κατά ποσοστό 20,9% λόγω των αντιλήψεων που έχει υιοθετήσει η ελληνική κοινωνία, 19,8% λόγω ύπαρξης προκατάληψης, το 15,9% λόγω έλλειψης συνεργασίας από τους φορείς, το 14,3% λόγω έλλειψης αντοχών στην ψυχολογία, το 9,3% εξαιτίας οικονομικής δυσχέρειας

ΕΡΩΤΗΣΗ 17Α: ΕΑΝ ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ ΜΕ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ (ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΕΠΙΛΟΓΗ):

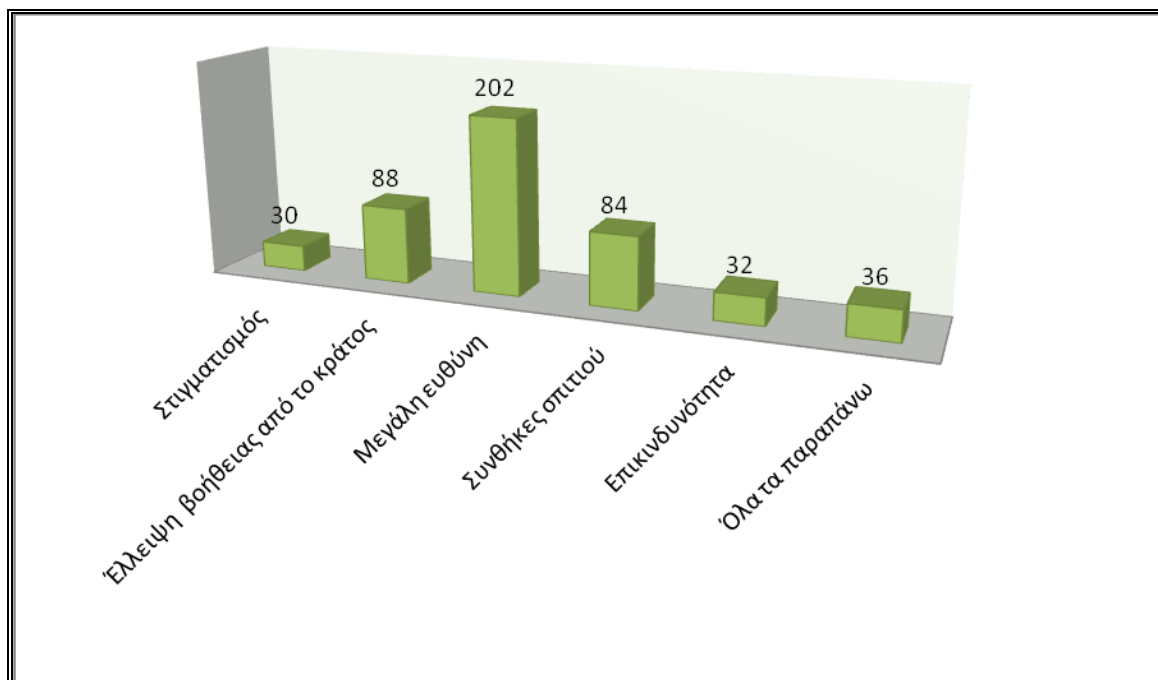


Πίνακας 28.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστά(%)
Προσωπική ευαισθησία	98	35,8%
Ιδιαίτερα ενημερωμένος	30	10,9%
Το οικονομικό	28	10,2%
Εθελοντική ενασχόληση	20	7,3%
Κοινωνική Προσφορά	56	20,4%
Όλα τα παραπάνω	42	15,3%
Σύνολο	274	100,0%

Από το πίνακα 28 παρατίθενται τα εξής στοιχεία τα οποία αφορούν τους ερωτηθέντες οι οποίοι, έχουν διαμορφώσει θετική στάση ως προς την λήψη φροντίδας ενός ψυχικά ασθενή. Επιβεβαιώνουν την παραπάνω άποψη τους με την επιλογή κατά ποσοστό 35,8% του στοιχείου της προσωπικής ευαισθησίας, το 20,4% βασίζεται στην παροχή κοινωνικής προσφοράς και το 10,9% δηλώνει ότι αποτελεί δείγμα μελλοντικού ανάδοχου γονέα επειδή είναι ιδιαίτερα ενημερωμένο. Επακολουθεί με μικρή απόκλιση με το ποσοστό 10,2% το οποίο αντιστοιχεί στο οικονομικό κίνητρο και το 15,3% το οποίο αποτελεί συνδυασμό όλων των πιθανών απαντήσεων.

ΕΡΩΤΗΣΗ 17B: ΕΑΝ ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ ΜΕ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ (ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΕΠΙΛΟΓΗ):



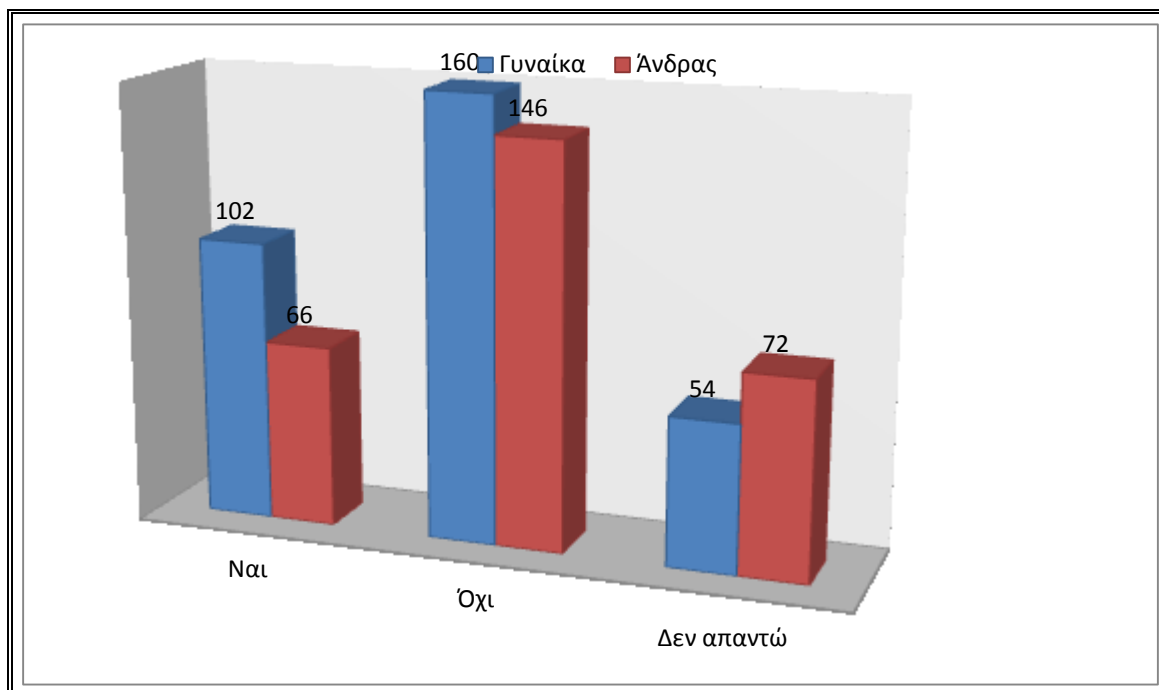
Πίνακας 29.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστο(%)
Στιγματισμός	30	6,4%
Έλλειψη βοήθειας από το κράτος	88	18,6%
Μεγάλη ευθύνη	202	42,8%
Συνθήκες σπιτιού	84	17,8%
Επικινδυνότητα	32	6,8%
Όλα τα παραπάνω	36	7,6%
Σύνολο	472	100,0%

Από τον πίνακα 29 παρατίθενται τα εξής στοιχεία τα οποία αφορούν τους ερωτηθέντες οι οποίοι έχουν διαμορφώσει θετική στάση ως προς την λήψη φροντίδας ενός ψυχικά ασθενή. Επιβεβαιώνουν την παραπάνω άποψη τους με την επιλογή κατά ποσοστό 42,8% ότι μία τέτοια ενέργεια αποτελεί μεγάλη ευθύνη, το 18,6% εξαιτίας έλλειψης βοήθειας από το κράτος, το 17,8% λόγω των συνθηκών του σπιτιού, το 6,8% λόγω ύπαρξης του αισθήματος της επικινδυνότητας και το 6,4% λόγω ενδεχόμενου στιγματισμού που μπορεί να υποστούν. Το 7,6% εμπεριέχει το σύνολο των παραπάνω πιθανών απαντήσεων.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ (ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΕΣ)

(ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ) ΦΥΛΟ – ΛΗΨΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

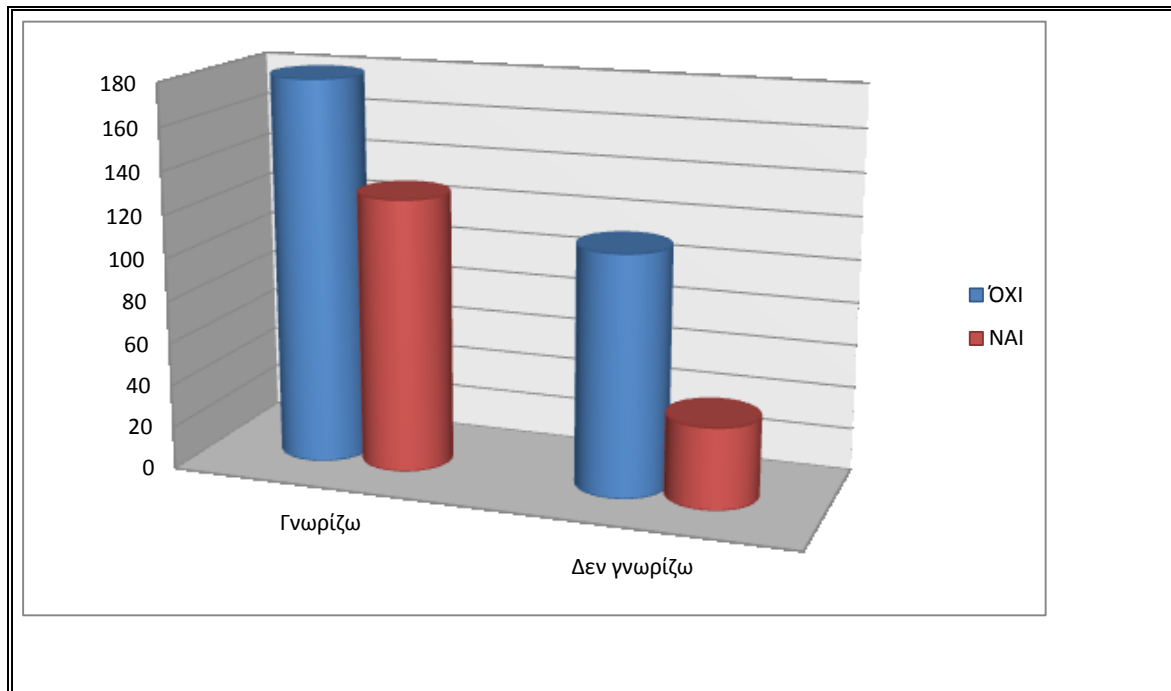


Πίνακας 30.

Φύλο	Ναι	Όχι	Δεν απαντώ
Γυναίκα	102	160	54
Άνδρας	66	146	72

Από τον παραπάνω πίνακα(30) διαφαίνεται ότι από το δείγμα 316 γυναικών που συμμετείχαν με σκοπό την διεξαγωγή της έρευνας οι 102 είναι θετικές ώστε να γίνουν μελλοντικές ανάδοχες μητέρες, οι 160 έχουν διαμορφώσει αρνητική στάση και οι 54 δεν θέλησαν να απαντήσουν. Αντίστοιχα από τους 248 άνδρες οι 66 είναι δεκτικοί ώστε να κάνουν πράξη τον θεσμό αντίθετα οι 146 είναι αρνητικοί ενώ οι 72 δεν απάντησαν.

(ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ) ΓΝΩΣΗ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ- ΛΗΨΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

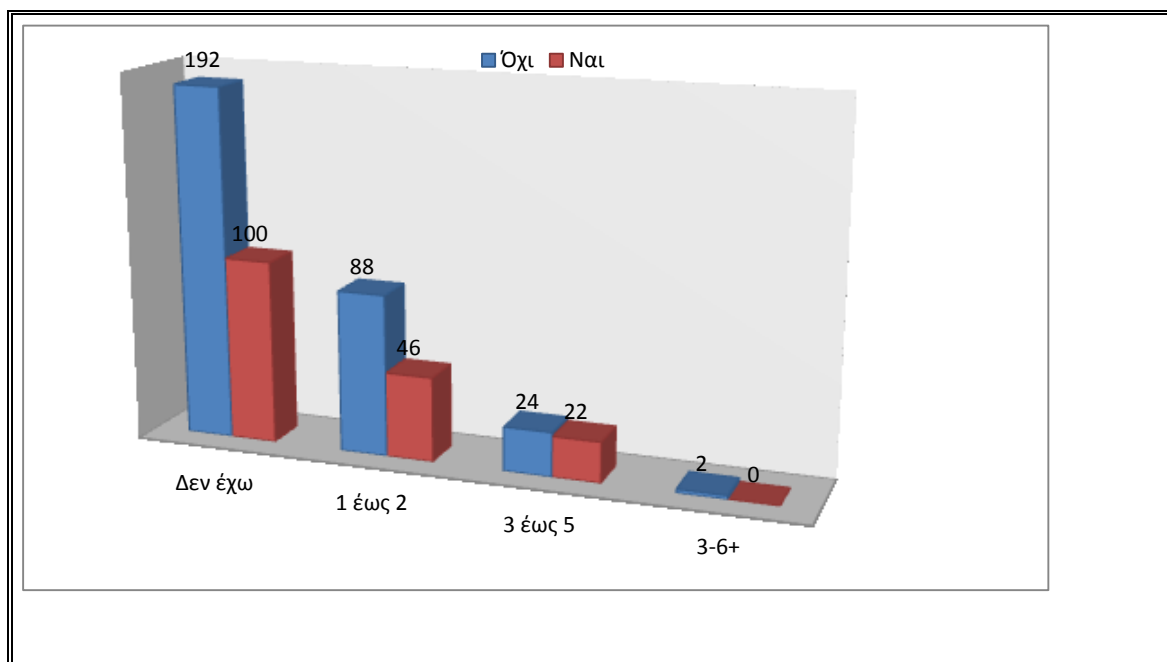


Πίνακας 31.

Γνωρίζω ψυχικά ασθενή		Λήψη φροντίδας	
		Οχι	Ναι
Από τον	Ναι	180	128
	Όχι	112	38

Από τον παραπάνω πίνακα αποδίδονται τα αποτελέσματα ότι από το δείγμα 458 ατόμων, οι 308 είναι ενημερωμένοι και μόνο οι 128 θα πρόβαιναν στην λήψη φροντίδας ψυχικά πασχόντων ενώ οι υπόλοιποι 180 όχι. Επιπλέον από τα υπόλοιπα 150 άτομα τα οποία δεν γνώριζαν για το θεσμό τα 112 θα απέφευγαν να εκπονήσουν τη διαδικασία του θεσμού ενώ τα 38 παρόλο που δεν γνωρίζουν θα πρόβαιναν σε αυτήν.

(ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ) ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ-ΛΗΨΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

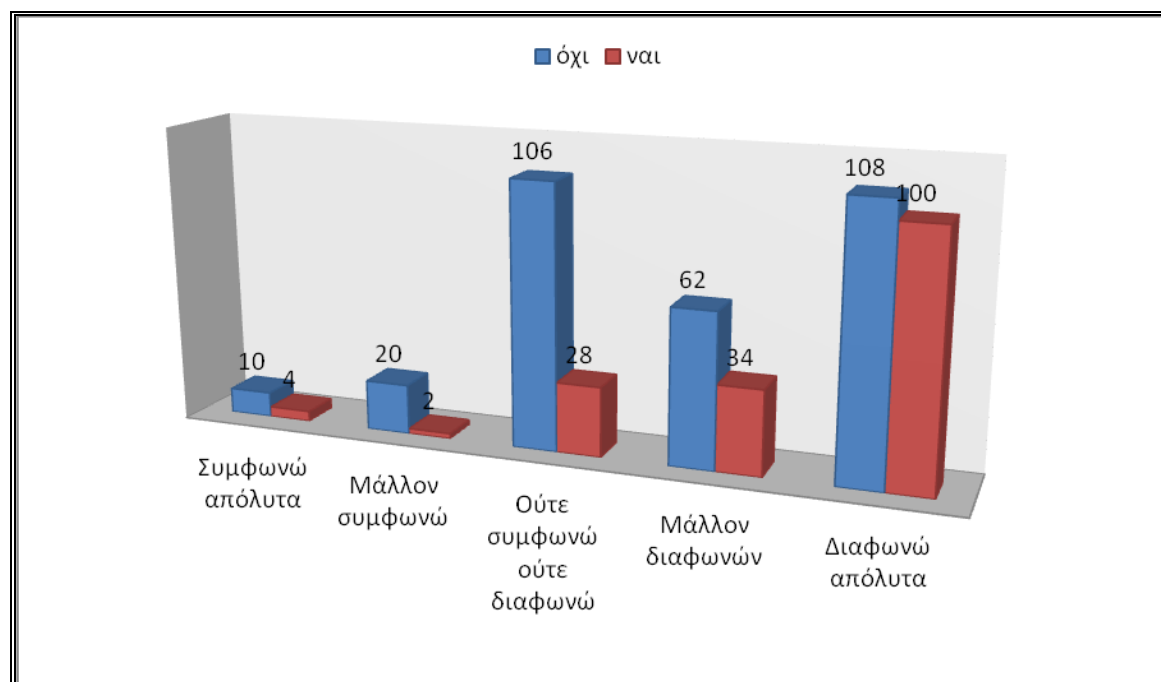


Πίνακας 32.

Παιδιά		Λήψη Φροντίδας	
		Όχι	Ναι
Δεν έχω		192	100
1-2		88	46
3-5		24	22
3-6+		2	0

Από την παρατήρηση του πίνακα(32) ο οποίος σχετίζεται με την ύπαρξη παιδιών σε μια οικογένεια και την λήψη φροντίδας ψυχικά ασθενών προκύπτουν τα εξής: Από εκείνους που δεν έχουν παιδιά οι οποίοι είναι συνολικά 292, οι 100 θα αναλάμβαναν την φροντίδα ενός ψυχικά ασθενή ενώ οι υπόλοιποι 192 όχι. Οι γονείς οι οποίοι έχουν 1-2 παιδιά είναι 134 εκ των οποίων οι 88 ήταν αρνητικοί ενώ οι 46 συμφωνούσαν. Οι γονείς οι οποίοι ανατρέφουν 3-5 παιδιά είναι 46, οι 24 διαφωνούσαν ενώ οι 22 συμφωνούσαν. Ακόμα οι δύο γονείς οι οποίοι έχουν από 3 -6 + παιδιά διαφώνησαν.

(ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ) ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΩΣ «ΤΡΕΛΟΣ» - ΛΗΨΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

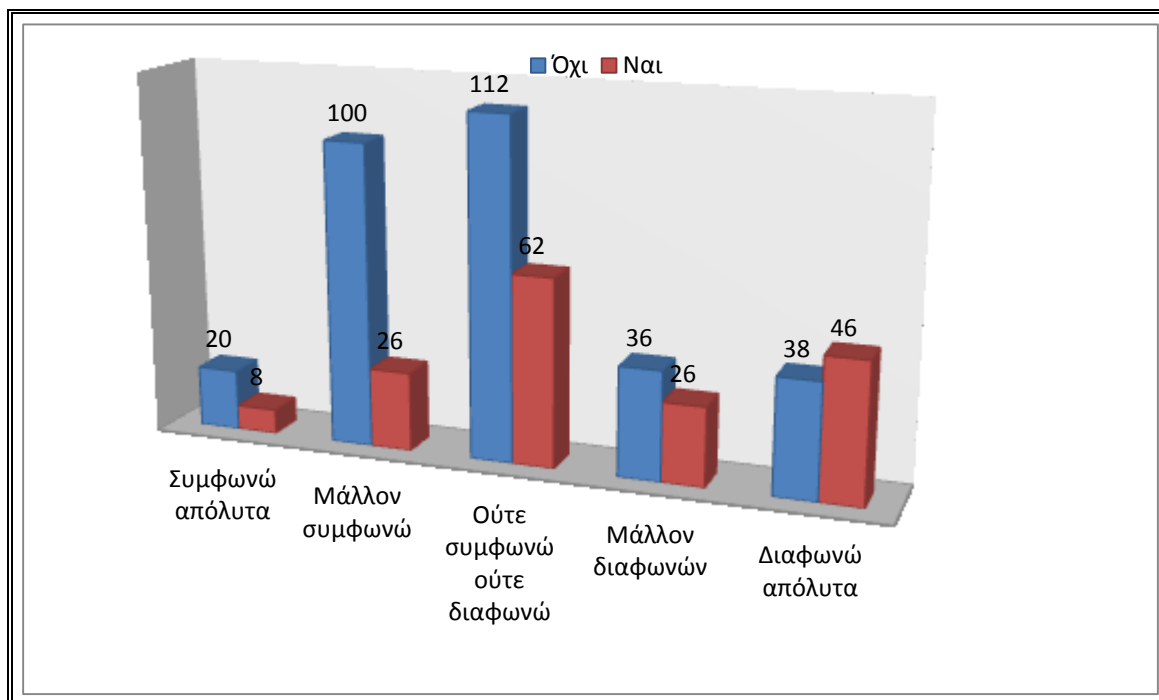


Πίνακας 33.

		Ψυχικά ασθενής ως «τρελός»				
		Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Λήψης Φροντίδας	Όχι	10	20	106	62	108
	Ναι	4	2	28	34	100

Από το δείγμα στο οποίο εκπονήθηκε η έρευνα, στον πίνακα 33, τα 306 άτομα εκ των οποίων 10 θεωρούν ότι οι ψυχικά πάσχοντες είναι «τρελοί», 20 μάλλον συμφωνούν, 106 έχουν διαμορφώσει ουδέτερη στάση, 62 μάλλον διαφωνούν και 108 είναι εντελώς αρνητικοί δεν θα αναλάμβαναν την φροντίδα ενός ψυχικά πάσχοντα. Ενώ από τα 168 άτομα τα οποία υποστηρίζουν ότι θα συμμετείχαν στον θεσμό τα 4 θεωρούν ότι ένα άτομο με ψυχική ασθένεια είναι «τρελό», τα 2 μάλλον συμφωνούν, τα 28 ούτε διαφωνούν ούτε συμφωνούν, τα 34 μάλλον διαφωνούν και τα 100 διαφωνούν απόλυτα

(ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ) ΑΙΣΘΗΜΑ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ – ΛΗΨΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

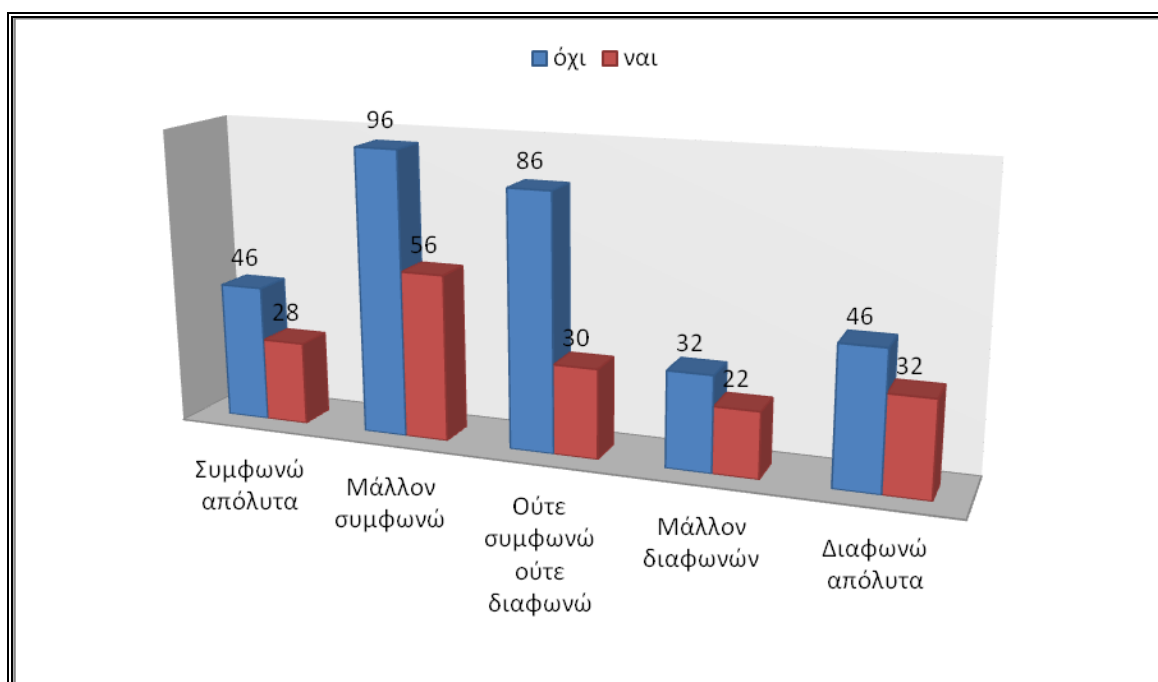


Πίνακας 34.

		Αίσθημα επικινδυνότητας				
		Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Λήψη Φροντίδας	Όχι	20	100	112	36	38
	Ναι	8	26	62	26	46

Σχετικά με την ανάπτυξη αισθήματος επικινδυνότητας και την συμμετοχή ή όχι στον θεσμό στον πίνακα 34 φαίνεται ότι από τα 306 άτομα που δεν θα συμμετείχαν στον θεσμό, τα 20 ένιωθαν αίσθημα επικινδυνότητας, τα 100 μάλλον συμφωνούσαν, τα 112 ούτε διαφωνούσαν ούτε συμφωνούσαν και τα 38 απάντησαν διαφωνώ απόλυτα. Από τα 168 άτομα που θα αναλάμβαναν την φροντίδα ενός ψυχικά πάσχοντα τα 8 έχουν αναπτύξει το αίσθημα της επικινδυνότητας, τα 26 μάλλον διαφωνούσαν με την ύπαρξη επικινδυνότητας στους ψυχικά ασθενής τόσο για τους εαυτούς τους όσο και για τους άλλους, τα 62 ούτε διαφωνούσαν ούτε συμφωνούσαν, τα 26 μάλλον διαφωνούσαν ενώ τα 46 δεν διακατέχονταν από αυτού του είδους το συναίσθημα

(ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ) ΑΙΣΘΗΜΑ ΛΥΠΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΤΟΥ – ΛΗΨΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

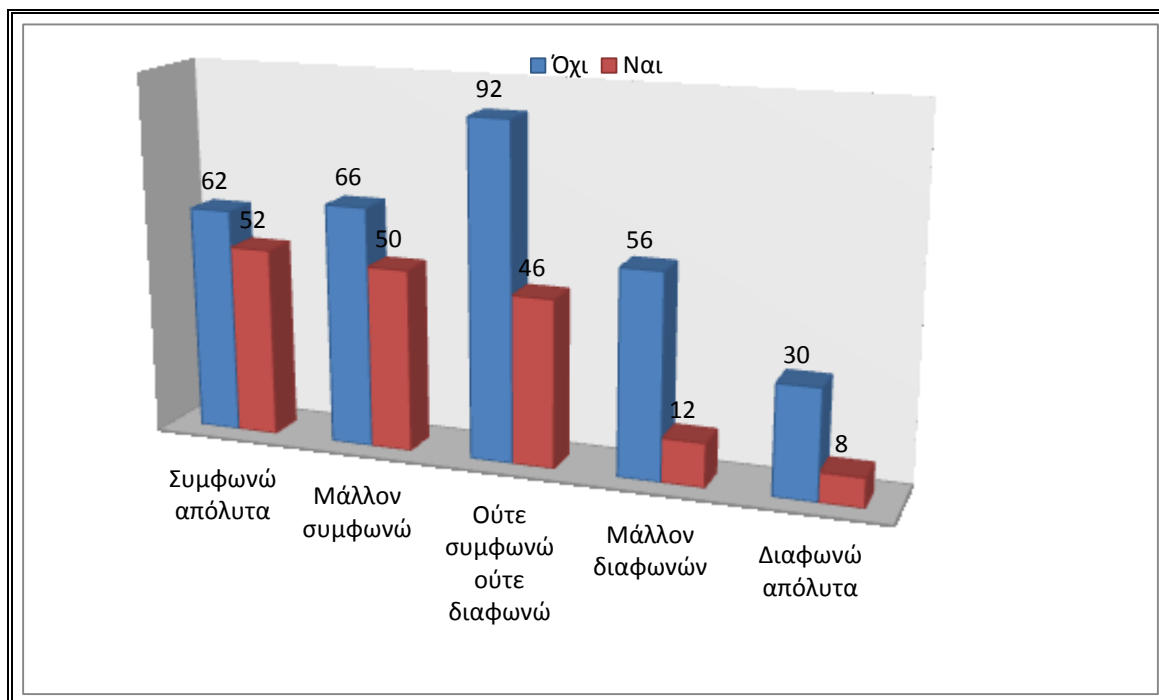


Πίνακας 35.

		Αίσθημα λύπης - οίκτου				
		Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Λήψη φροντίδας	Όχι	46	96	86	32	46
	Ναι	28	56	30	22	32

Από την μελέτη του παραπάνω πίνακα(35) στον οποίο συσχετίζεται η λήψη φροντίδας ή όχι ενός ψυχικά πάσχοντα και η ανάπτυξη του αισθήματος λύπης παρέχεται η πληροφορία ότι από τα 277 άτομα τα οποία δεν θα υλοποιούσαν τον θεσμό τα 46 έχουν αναπτύξει αίσθημα οίκτου και λύπης, τα 96 μάλλον συμφωνούν, τα 86 έχουν διαμορφώσει ουδέτερη στάση, τα 32 μάλλον διαφωνούν και τα 46 δεν νοιώθουν αυτό το αίσθημα. Από τα 168 άτομα τα οποία θα προβαίναν στην πραγματοποίηση του θεσμού 28 νοιώθουν λύπη και οίκτο, 56 μάλλον συμφωνούν, 30 ούτε διαφωνούν ούτε συμφωνούν, 22 μάλλον διαφωνούν ενώ 32 αποκρίθηκαν πως δεν έχουν διαμορφώσει αυτό το αίσθημα.

(ΣΥΧΣΕΤΙΣΗ) ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ – ΛΗΨΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

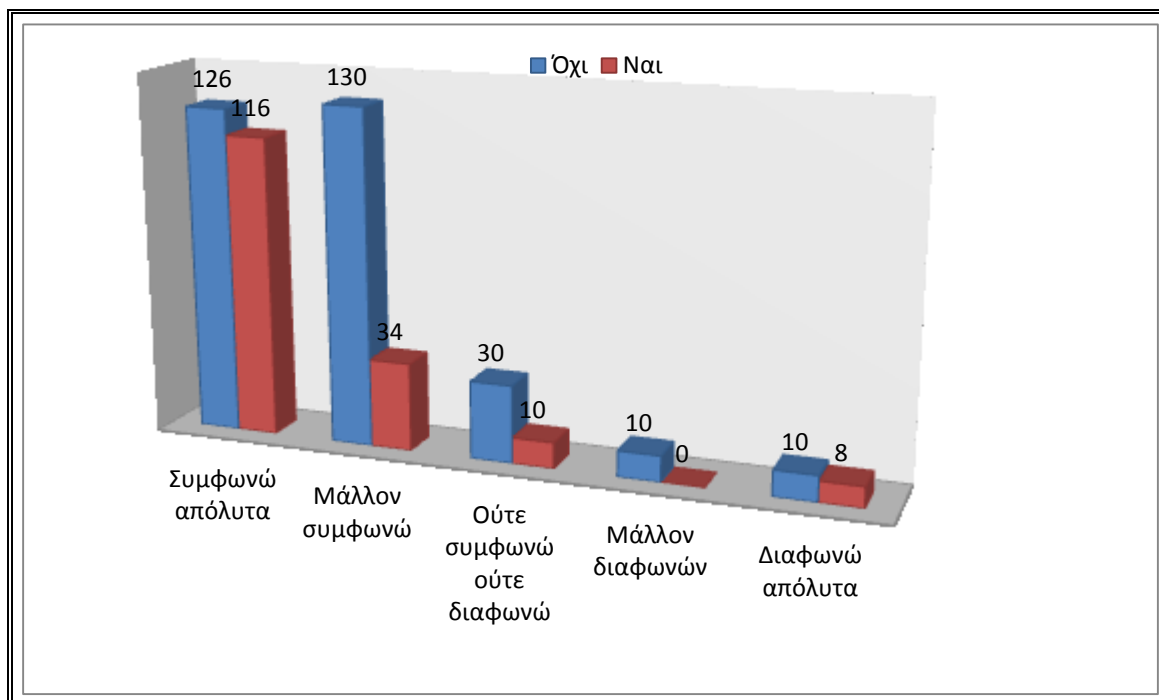


Πίνακας 36.

		Δικαίωμα δημιουργίας οικογένειας				
		Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Λήψη φροντίδας	Όχι	62	66	92	56	30
	Ναι	52	50	46	12	8

Από τον παραπάνω πίνακα(36) διαφαίνεται πως από το δείγμα της έρευνας τα 306 άτομα τα οποία δεν θα πραγματοποιούσαν αναδοχή σε ψυχικά πάσχοντα τα 62 συμφωνούν απόλυτα ότι έχουν το δικαίωμα να δημιουργήσουν την δική τους οικογένεια, τα 66 μάλλον συμφωνούν, τα 92 αποκρίθηκαν ότι ούτε διαφωνούν ούτε συμφωνούν, τα 56 μάλλον διαφωνούν ενώ τα 30 έχουν σχηματίσει αρνητική στάση ως προς αυτό. Αντίθετα από τα 168 άτομα που θα αναλάμβαναν τον ρόλο του γονέα για έναν ψυχικά πάσχοντα τα 52 συμφωνούν απόλυτα, τα 50 μάλλον συμφωνούν, τα 46 έχουν διαμορφώσει ουδέτερη στάση, τα 12 μάλλον διαφωνούν και τα 8 διαφωνούν εντελώς.

(ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ) ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΖΩΗ –
ΛΗΨΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

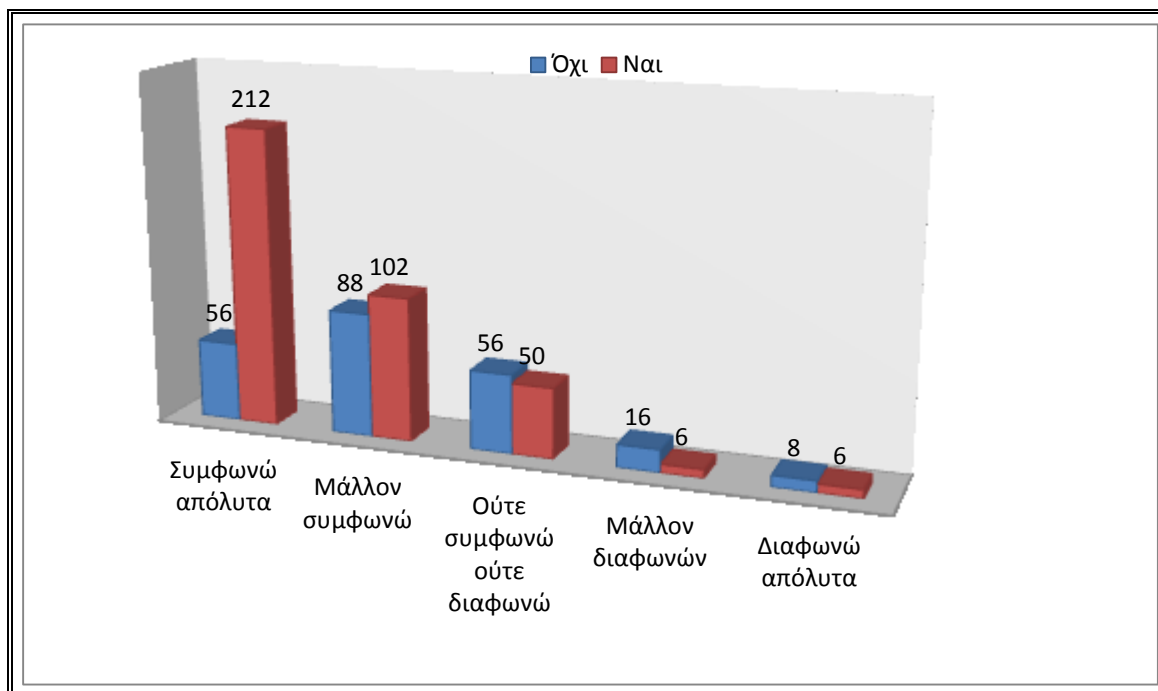


Πίνακας 37.

		Δικαίωμα στη φυσιολογική ζωή				
		Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Λήψη φροντίδας	Όχι	126	130	30	10	10
	Ναι	116	34	10	0	8

Από τον παραπάνω πίνακα(37) ο οποίος σχετίζεται με την λήψη φροντίδας ατόμου με ψυχική υγεία και την αντίληψη σχετικά με τον βαθμό λειτουργικότητας του ώστε να ανταπεξέλθει στις καθημερινές υποχρεώσεις έπειτα από την λήψη σωστής φαρμακευτικής αγωγής και την επίβλεψη ειδικών, από τα 306 που απάντησαν αρνητικά όσο αφορά την λήψη φροντίδας τα 126 συμφωνούν απόλυτα, τα 130 μάλλον συμφωνούν, 30 διατηρούν ουδέτερη στάση, τα 10 μάλλον διαφωνούν ενώ τα 10 έχουν σχηματίσει αρνητική στάση ως προς αυτό. Αντίθετα τα άτομα τα οποία θα αναλάμβαναν να παρέχουν οικογενειακό περιβάλλον σε ένα ψυχικά ασθενή είναι 168 άτομα εκ των οποίων τα 116 συμφωνούν απόλυτα, τα 34 μάλλον συμφωνούν, τα 10 έχουν διαμορφώσει ουδέτερη στάση και τα 8 διαφωνούν εντελώς.

(ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ) ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ – ΛΗΨΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

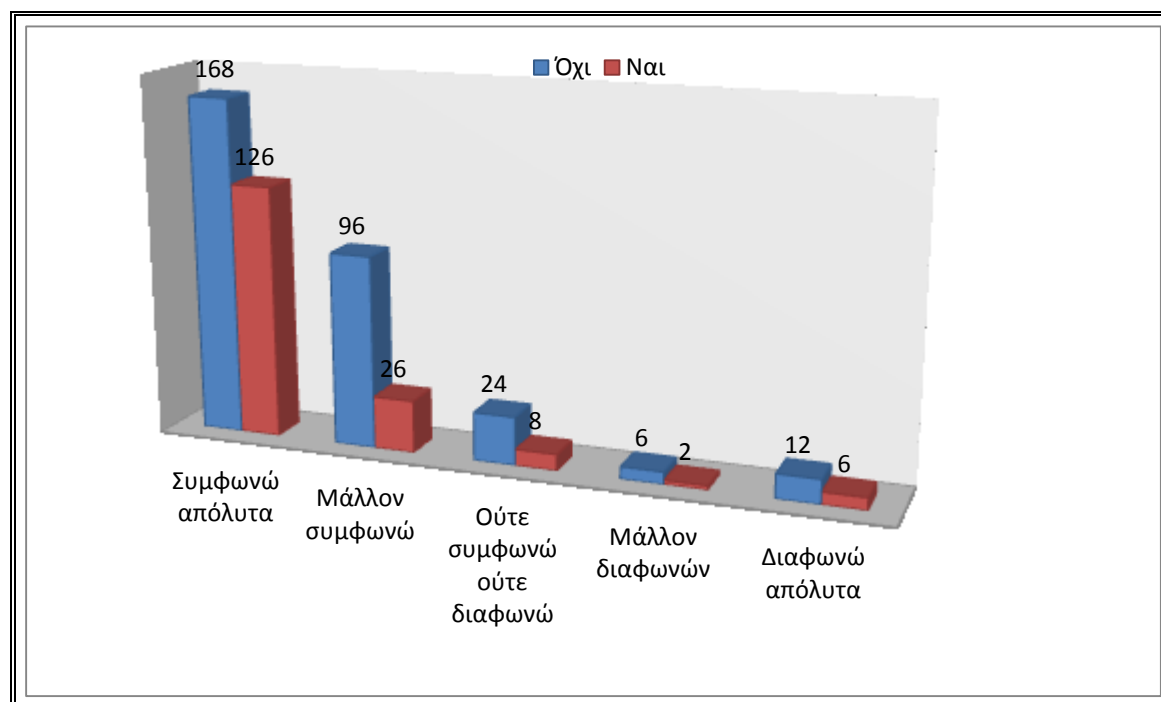


Πίνακας 38.

		Δικαίωμα στην Εργασία				
		Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Λήψη φροντίδας	Όχι	104	98	60	14	8
	Ναι	90	58	12	4	4

Από τον παραπάνω πίνακα(38) διαφαίνεται πως από το δείγμα της έρευνας τα 276 άτομα τα οποία δεν θα πραγματοποιούσαν αναδοχή σε ψυχικά πάσχοντα τα 104 συμφωνούν απόλυτα ότι έχουν το δικαίωμα να εργαστούν, τα 98 μάλλον συμφωνούν, τα 60 αποκρίθηκαν ότι ούτε διαφωνούν ούτε συμφωνούν, τα 14 μάλλον διαφωνούν ενώ τα 8 έχουν σχηματίσει αρνητική στάση ως προς αυτό. Αντίθετα από τα 168 άτομα που θα αναλάμβαναν τον ρόλο του γονέα για έναν ψυχικά πάσχοντα τα 90 συμφωνούν απόλυτα, τα 58 μάλλον συμφωνούν, τα 12 έχουν διαμορφώσει ουδέτερη στάση, τα 4 μάλλον διαφωνούν και τα 4 διαφωνούν εντελώς.

(ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ) ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ – ΛΗΨΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

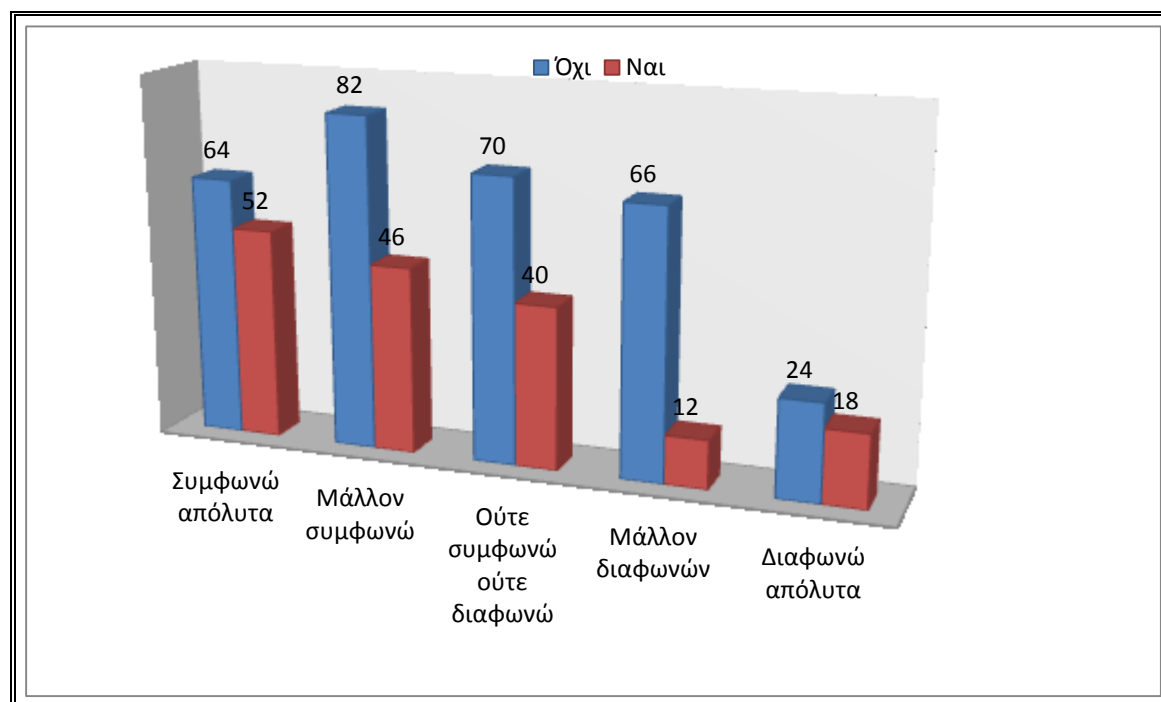


Πίνακας 39.

		Χρηματοδότηση από το κράτος				
		Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Λήψη Φροντίδας	Όχι	168	96	24	6	12
	Ναι	126	26	8	2	6

Από τον παραπάνω πίνακα(39) ο οποίος σκιαγραφεί την λήψη φροντίδας ατόμου με ψυχική υγεία σε σχέση με την αντίληψη ότι το κράτος είναι υποχρεωμένο να παρέχει επαρκή και διαρκή χρηματοδότηση για την αξιοπρεπή διαβίωση των ψυχικά πασχόντων, από τα 306 που απάντησαν αρνητικά όσο αφορά την λήψη φροντίδας τα 168 συμφωνούν απόλυτα , τα 96 μάλλον συμφωνούν, τα 24 διατηρούν ουδέτερη στάση, τα 6 μάλλον διαφωνούν ενώ τα 12 έχουν σχηματίσει αρνητική στάση ως προς αυτό. Αντίθετα τα άτομα τα οποία θα αναλάμβαναν να παρέχουν οικογενειακό περιβάλλον σε ένα ψυχικά ασθενή είναι 168 άτομα εκ των οποίων τα 126 συμφωνούν απόλυτα, τα 26 μάλλον συμφωνούν, τα 8 έχουν διαμορφώσει ουδέτερη στάση, τα 2 επέλεξαν να απαντήσουν μάλλον διαφωνώ και τα 6 διαφωνούν εντελώς.

(ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ) ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΑ – ΛΗΨΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

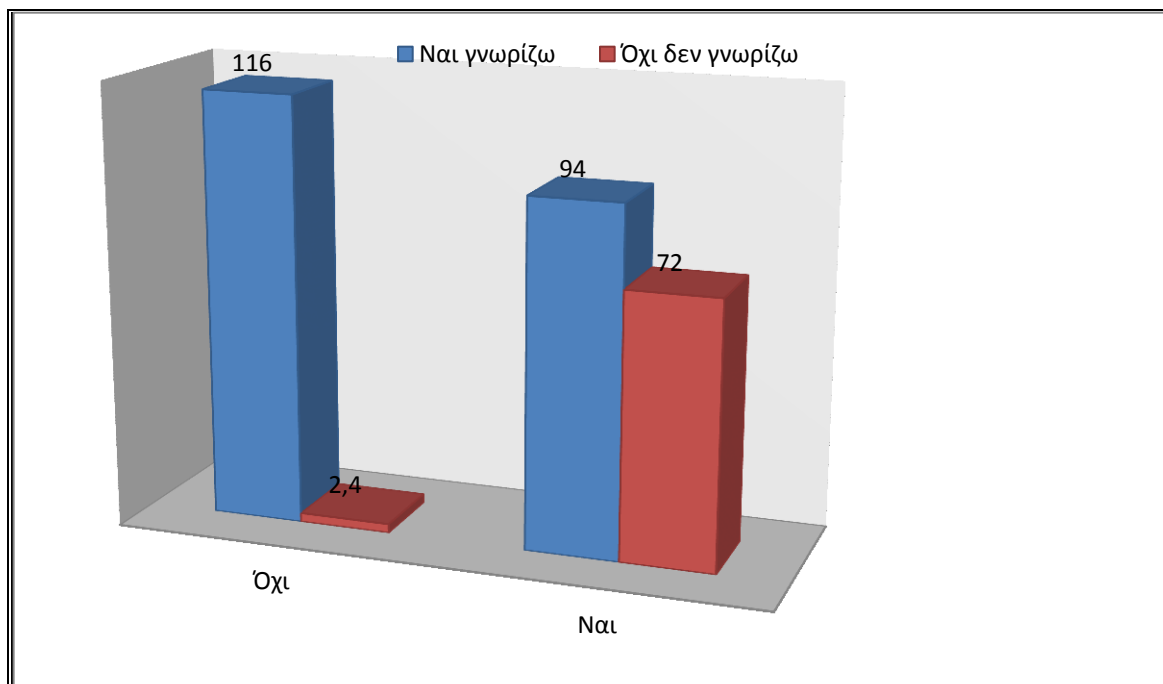


Πίνακας 40.

		Αποκλειστική ευθύνη οικογένεια ψυχικά πάσχοντα				
		Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Λήψη φροντίδας	Όχι	64	82	70	66	24
	Ναι	52	46	40	12	18

Από την μελέτη του παραπάνω πίνακα(40) στον οποίο συσχετίζεται η λήψη φροντίδας ή όχι ενός ψυχικά πάσχοντα και η αντίληψη ότι η οικογένεια φέρει αποκλειστική ευθύνη για την φροντίδα του, προκύπτει η πληροφορία ότι από τα 277 άτομα τα οποία δεν θα υλοποιούσαν τον θεσμό τα 64 συμφωνούν απόλυτα, τα 82 μάλλον συμφωνούν, τα 70 έχουν διαμορφώσει ουδέτερη στάση, τα 66 μάλλον διαφωνούν και τα 24 δεν συμμερίζονται την παραπάνω άποψη. Από τα 168 άτομα τα οποία θα προχωρούσαν στην πραγματοποίηση του θεσμού 52 εξέφρασαν ότι συμφωνούν απόλυτα, τα 46 μάλλον συμφωνούν, τα 40 ούτε διαφωνούν ούτε συμφωνούν, τα 12 μάλλον διαφωνούν ενώ 18 αποκρίθηκαν πως δεν έχουν διαφωνούν απόλυτα

(ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ) ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ – ΛΗΨΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ



Πίνακας 41.

		Γνώση όρου Φιλοξενούσα Οικογένεια	
		Ναι	Όχι
Λήψη φροντίδας	Όχι	116	186
	Ναι	94	72

Βάση του πίνακα από τον οποίο απεικονίζονται ο αριθμός των ατόμων που γνωρίζουν ή όχι την έννοια φιλοξενούσα οικογένεια σε συνάρτηση με το αν θα αναλαμβανόταν να φροντίσουν έναν ψυχικά ασθενή, γνωστοποιείται πως από τα 302 άτομα που είναι μέρους του δείγματος τα 116 τα οποία γνωρίζουν για τον θεσμό της φιλοξενούσα οικογένειας, θα τον εφάρμοζαν ενώ τα 186 δεν γνωρίζουν και έτσι δεν θα συμμετείχαν σε αυτήν την διαδικασία. Από τα υπόλοιπα 166 άτομα που αποτελούν το δείγμα, τα 94 δήλωσαν πως έχουν πληροφορηθεί για τον θεσμό και θα πραγματοποιούσαν αναδοχή σε άτομο που αντιμετωπίζει κάποια ψυχική ασθένεια ενώ τα υπόλοιπα 42 όχι.

Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν γνωρίζει το θεσμό των προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά ασθενείς ωστόσο θεωρεί πως είναι ιδιαίτερα θετικός. Από το δείγμα που απάντησε ότι γνωρίζει το περιεχόμενο και την έννοια του όρου Φιλοξενούσα Οικογένεια έδειξε ως πηγή ενημέρωσης τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε). Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, και πιο συγκεκριμένα την εφαρμογή του θεσμού στις Η.Π.Α χρησιμοποιήθηκε συνεχόμενη έκθεση του θεσμού από τα Μ.Μ.Ε για την προσέλκυση υποψήφιων αναδόχων. (Copp,1902) Ίσως η απουσία και η προβολή του θεσμού από τα ελληνικά Μ.Μ.Ε αλλά και γενικότερα για θέματα της ψυχικής υγείας να αποτελεί ένα ισχυρό λόγο για την άγνοια του δείγματος. Θετικό στοιχείο αποτελεί όπως προαναφέρθηκε ότι αναγνωρίζουν την σημαντικότητα του.

Επιπλέον, αξιοσημείωτο στοιχείο αποτελεί ότι βάση βιβλιογραφίας ο θεσμός ξεκίνησε από την περιοχή του Βελγίου μέσα από τις θρησκευτικές παραδόσεις, εντούτοις εξελίχθηκε για να καλύπτει ιατρό-κοινωνικές ανάγκες (αποσυμφόρηση των ιδρυμάτων και οικονομική βοήθεια προς το κράτος μιας και ήταν πιο οικονομικός ως θεσμός. (Goldstein and Godemont, 2003) Για τους ίδιους λόγους χρησιμοποιήθηκε και από το μοντέλο της Η.Π.Α μιας και πέρα από το λιγότερο κόστος του θεσμού αναδείχθηκε και η πραγματική πιθανότητα βελτίωσης των ψυχικά ασθενών μέσα στην κοινότητα. (Aging C.D., 1974) Στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας και το εθνικό πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» θα μπορούσε η Φιλοξενούσα Οικογένεια να αποτελέσει την ενδιάμεση δομή στο συνεχόμενο συνεχές φροντίδας των ψυχικά ασθενών, λειτουργώντας θετικά ως προς την αποσυμφόρηση των ιδρυμάτων και δίνοντας μια πολύ καλή εναλλακτική μορφή φροντίδας στο Εθνικό Σύστημα Ψυχικής Υγείας. (<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>, πρόσβαση στις 19 Απριλίου) Ωστόσο μέχρι σήμερα δεν έχει τύχει ευρείας εφαρμογής παρά σε πιλοτική βάση και πλην εξαιρουμένων ελαχίστων περιπτώσεων.

Δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε πως σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί στον Καναδά, έχουν δείξει πως για την θετική έκβαση της Φιλοξενούσας Οικογένειας αποτελούν τα χαρακτηριστικά των ατόμων της Ανάδοχης Οικογένειας και τι πιστεύουν για τον ψυχικά ασθενή που επιβλέπουν. (Blaustien and Viek, 1987) Επιπρόσθετα από την εφαρμογή του θεσμού στο Βέλγιο οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζονται με πλήρη σεβασμό και ισότητα, χαρακτηριστικά που βοηθούν τόσο στην υλοποίηση του θεσμού αλλά και στην άρση των προκαταλήψεων. (Goldstein J, and Godemont M, 2003) Οι παραπάνω άποψεις σε συσχέτιση με την έρευνα μας και τις απαντήσεις που λάβαμε σε ερωτήσεις που εξάγουν τη στάση του ερωτώμενου δείχνουν πως έχουν θετικές στάσεις προς τους ψυχικά ασθενείς αφήνοντας μια πιθανότητα να αποτελούν σωστό δείγμα υποψήφιων ανάδοχων. Πολύ περιληπτικά αναφέρουμε πως οι απαντήσεις που λάβαμε ήταν εντελώς αρνητικές προς στερεοτυπικές αντιλήψεις όπως «τρελός» και «επικίνδυνος» και αντίστοιχα ήταν θετικοί προς την άσκηση και διεκδίκηση όλων των δικαιωμάτων τους π.χ εργασία.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι η νοοτροπία της ελληνικής κοινωνίας αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για την υλοποίηση του θεσμού από τη χώρα μας. Επιπλέον δεν θα αναλάμβαναν την φροντίδα ενός ψυχικά ασθενή επειδή θεωρούν πως ως ενέργεια φέρει μεγάλη ευθύνη.

Ωστόσο ένα σημείο στο οποίο υπάρχει απόλυτη ταύτιση βιβλιογραφικής ανασκόπησης και αποτελεσμάτων της έρευνας αποτελεί το κίνητρο συμμετοχής στο θεσμό. Στο Βέλγιο η εφαρμογή του θεσμού γίνεται για αλτρουιστικούς και ανθρωπιστικούς λόγους έχοντας πολύ υψηλό το αίσθημα της κοινωνικής προσφοράς. (Goldstein and Godemont, 2003) Τα ίδια κίνητρα υπερισχύουν και για τις Φιλοξενούσες Οικογένειες του Καναδά (Piat et al, 2007) Από το δείγμα της έρευνας μας που είναι θετικά προσκείμενο για να αναλάβει τη φροντίδα ενός ψυχικά ασθενή το αίσθημα της κοινωνικής προσφοράς και η προσωπική ευαισθησία αποτελούν βασικά κίνητρα. Η λήψη οικονομικού επιδόματος συγκαταλέγεται πιο μετά.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι προτάσεις που ακολουθούν στοχεύουν στην βελτίωση και την εδραίωση του θεσμού των Φιλοξενουσών Οικογενειών. Αρχικά θα πρέπει να γίνουν εντατικές ενέργειες ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης προς την κοινότητα. Η κοινότητα αποτελεί βασική συνιστώσα στην υλοποίηση του θεσμού για αυτό θα πρέπει να υπάρξουν ενημερωτικές και εκπαιδευτικές ενέργειες σε θέματα ψυχικής υγείας μέσω συλλογικής προσπάθειας και συνεργασίας των αρμόδιων φορέων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και των Συλλόγων προαγωγής της ψυχικής υγείας. Αντίστοιχες ενέργειες μπορούν να αποτελέσουν ενημερωτικά σεμινάρια, φυλλάδια, προβολή από με Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

Εν συνεχεία, για τις οικογένειες ή τα άτομα που δηλώνουν υποψηφιότητα θα πρέπει να υπάρχει κατάλληλη εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα για το σκοπό και το θεσμό Φιλοξενουσών Οικογενειών. Θα πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα τηλεφωνικής επικοινωνίας για την Φιλοξενούσα Οικογένεια σε 24ωρη βάση για την επίλυση τυχόν ζητημάτων. Επιπλέον, προτείνεται η δημιουργία ενός διαδικτυακού ιστότοπου όπου θα υπάρχει επικοινωνία μεταξύ των ανάδοχων οικογενειών, των υποψήφιων ανάδοχων οικογενειών και των επαγγελματιών.

Για την επιτυχή λειτουργία του θεσμού οφείλει και η Πολιτεία να προβεί σε ενέργειες παρέχοντας ισχυρά κίνητρα στη κοινότητα για να συμμετέχει. Τα κίνητρα αυτά επιγραμματικά θα μπορούσαν να είναι: Ισχυρό οικονομικό κίνητρο που να μην αγγίζει τα όρια της αισχροκέρδειας, Φοροαπαλλαγές και η εκπαίδευση που γίνεται για την οικογένεια να δίδεται ως βεβαίωση η οποία θα μπορεί να χρησιμοποιείται για μοριοδότηση.

Επιπρόσθετα, πολύ σημαντική είναι η μετεκπαίδευση των επαγγελματιών σε θέματα ψυχικής υγείας, να υπάρχει σωστή επαγγελματική σχέση μεταξύ της Θ.Υ.Δ.Ο και να υπάρχει επίσκεψη των επαγγελματιών σε αντίστοιχες δομές στο εξωτερικό που υλοποιούν το θεσμό για την υιοθέτηση καλών στοιχείων. Σχετικά με τις εσωτερικές λειτουργίες του θεσμού προτείνεται να παρέχεται η δυνατότητα μετάβασης του ανάδοχου σε άλλη φιλοξενούσα οικογένεια ή αντίστοιχη δομή φιλοξενίας όταν υπάρχει πρόβλημα της Φιλοξενούσας Οικογένειας ή για να ξεκουράζεται αντίστοιχα. Αξίζει να σημειωθεί ότι πρέπει να υπάρχει σταθερής και συνεχής αξιολόγηση από την Θ.Υ.Δ.Ο προς την Φιλοξενούσα οικογένεια και σε περίπτωση που δεν καλύπτονται οι στεγαστικές αλλά και οι συναισθηματικές ανάγκες του ασθενή θα προωθείται η απομάκρυνση του. Θα πρέπει να προωθείται συνεχώς η εργασιακή δυνατότητα του ασθενή για την ολική μετάβαση του στην αυτονομία.

Καλό θα ήταν να γίνει ενέργεια στρατολόγησης υποψηφίων Φιλοξενουσών Οικογενειών μέσω ενημερωτικής εκστρατείας. Αποτέλεσμα αυτής της ενέργειας να είναι η δημιουργία ενός Μητρώου Υποψηφίων Φιλοξενουσών Οικογενειών όπου θα πραγματοποιούνται προγράμματα κατάρτισης και ψυχοεκπαίδευσης.

Χρήσιμο θα ήταν η σταδιακή αξιολόγηση του θεσμού των Φιλοξενουσών Οικογενειών καθώς και η αξιοποίηση των ήδη υπάρχουσας εμπειρίας. Η αξιολόγηση θα βοηθήσει στον εντοπισμό των μη αποτελεσματικών σημείων με στόχο τη βελτίωση τους

Ο θεσμός των Φιλοξενουσών Οικογενειών στην Ελλάδα είναι σε θέση να δώσει αποτελεσματικές λύσεις μειωμένους κόστους στο σύστημα παροχής υπηρεσιών

Ψυχικής Υγείας. Η επιτυχία η μη του θεσμού θα βασιστεί στο σωστό σχεδιασμό, μελέτη και έρευνα με τη συμβολή και την εμπλοκή όλων των αρμόδιων φορέων και μερών όπως οι ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων, οι Κοινωνικές Υπηρεσίες των Δήμων, τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, οι ασθενείς, οι υποψήφιοι Φιλοξενούσες Οικογένειες, η Κοινότητα, η Τοπική Αυτοδιοίκηση κ.α. Σε όλη αυτή τη διαδικασία και ενέργεια ο κοινωνικός λειτουργός με τα εργαλεία του και την εξειδικευμένη εκπαίδευση μπορεί να προσφέρει τα μέγιστα προς την υλοποίηση του Θεσμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ασημακόπουλος, Χ. (2006) «Από την προκατάληψη στον κοινωνικό αποκλεισμό Οι αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση», *Κοινωνική Εργασία* (84^ο): σελ: 227-228.
- Bennett, P. (2010) *Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία*, Αθήνα: Πεδίο.
- Babbie, E. (2011) *Εισαγωγή στην κοινωνική έρευνα*, Αθήνα: Κριτική
- Γκούβα, Μ., Κοτρώτσιου, Ε., Τομαράς, Β., Τσιουρή, Ι., (2013) *Βασικό εκπαιδευτικό υλικό στο πεδίο της ψυχικής υγείας για υποψήφιας φιλοξενούσες οικογένειες ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας*
- Colin, R. (2007) *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου*, Αθήνα: Gutenberg
- Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (2001) «Από την προκατάληψη στην συμβίωση», Αθήνα.
- Ekdawi M.& Conning A. (1998) *Ψυχιατρική Αποκατάσταση: Ένας πρακτικός οδηγός*, Αθήνα: Έλλην.
- Hughes, M.& Kroehler, C. J. (2007) *Κοινωνιολογία: Οι βασικές έννοιες*, Αθήνα: Κρητικοί.
- Ζερβής, Χ. (1996) *Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα*, Αθήνα: Ηλεκτρονικές Τέχνες.
- Ζήση, Α. (2002) *Επανένταξη χρόνιων ψυχικά πασχόντων: Εμπειρικά Ευρήματα, Νέες προσεγγίσεις και Προοπτικές*, Αθήνα.
- Κακούρος, Ε. και Μανιαδάκη, Κ. (2006) *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων – Αναπτυξιακή προσέγγιση*, Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Καλλινικάκη, Θ. (2001) *Ανάδοχη Φροντίδα, Εθνικός Οργανισμός Κοινωνικής Φροντίδας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κονταξάκης, Β. Π., Χαβάκη, Μ. Ι., Κονταξάκη/Χριστοδούλου Γ. Ν. (2005) *Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*, Αθήνα: Βήτα.
- Καρύδη, Μ. Β. (2007) *Στοιχεία ψυχοκοινωνικής προσέγγισης στην επαγγελματική αποκατάσταση ψυχωσικών ασθενών*, Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Οικονομικών 19353/12.10.2001: «Καθορισμός των προϋποθέσεων, της οργάνωσης, της λειτουργίας, των αρχών καθώς και κάθε λεπτομέρειας των Προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών του άρθρου 9 του Ν.2716/99».
- Lempetiere, T. και Feline, A. (1995) *Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων. Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα* (Β' Τόμος) Μτφρ: Αλούπης, Π.
- Μαδιανός, Γ. Μ. (1994α) *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της: Από τη θεωρία στην πράξη*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Μαδιανός, Γ. Μ. (1994β) *Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση - Από το άσυλο στην κοινότητα*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Μαδιανός, Γ. Μ. (2000α) *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, Αθήνα: Καστανιώτη.
- Μαδιανός, Γ. Μ. (2000β) *Κοινοτική Ψυχιατρική και κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*, Αθήνα: Καστανιώτη.
- Μαδιανός, Μ. (2003) «*Η πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας ως βασικός άξονας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Τι έγινε; Ποιο είναι το μέλλον*», *Κοινωνική Εργασία* (84^ο), σελ: 94-100.
- Μαδιανός, Γ.Μ. (2005) *Ψυχιατρική και αποκατάσταση*, Αθήνα: Καστανιώτη.
- Μαρτινάκη Σ., Τσοπέλας Χ., Πλουμίδης Δ., Μαυρέας Β. (2009) *Μεταβολή της οικογενειακής ατμόσφαιρας θεραπευόμενων σε αποκαταστασιακές δομές Ψυχιατρική* (20^ο), σελ:145- 146.
- Μάτσα, Κ. (2006) Το μέλλον της Δημόσιας Ψυχιατρικής, *Τετράδια Ψυχιατρικής* (94), σελ: 19-28
- Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β ΦΑΣΗ» (2004) *Μεθοδολογία κοινωνικής εναισθητοποίησης και καταπολέμησης των προκαταλήψεων για τη ψυχική νόσο*, Αθήνα.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (2001) *Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία*, Αθήνα.
- Παπαγεωργίου, Ε. Γ. (2004) *Ψυχιατρική*, Αθήνα: Παρισιάνου.
- Παπαπαδάτου Γ., Στογιαννίδου Α. (1988) *Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή* Αθήνα: Λίτσας.
- Πηλήσης Θ. (2010) *Συστημική θεραπεία και εφαρμογή της στην κοινωνική εργασία - Περιοδικό επιστήμης και Τεχνολογίας* (5^ο). σελ: 45-46, στο <http://e-ijst.teiath.gr/> (πρόσβαση στις 9 Ιουνίου 2015).
- Πλουμπίδης, Δ. (2009) «*Αποτίμηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα*», *Κοινωνική Εργασία* (15^ο), σελ:22-27.
- Πρόγραμμα Ψυχαργός (2000-2009) *Έκθεση αξιολόγησης παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχοκοινωνικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο*, Αθήνα.
- Στυλιανίδης, Σ. (1992) «*Προβλήματα σχετικά με την αποϊδρυματοποίηση – Ψυχοκοινωνική και Επαγγελματική αποκατάσταση στην Ευρώπη. Η κοινοτική πρωτοβουλία Horizon και η περίπτωση Λέρος*». *Κοινωνική Εργασία* (25^ο) σελ: 27-39.
- *Ταξινόμηση ICD/10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς Π.Ο.Υ.* (Απόδοση στα Ελληνικά και επιμέλεια Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ. Β., Μαυρέας Κ., (1993) Αθήνα: Βήτα
- Τομαράς Β., Παπαγεωργίου Α., Σολδάτου Μ., Γουρνέλλης Ρ., Χριστοδούλου Γ.Χ. (2005) *Προς την επανένταξη του χρόνιου ψυχικά αρρώστου – ένα πιλοτικό πρόγραμμα αναδοχής*, *Ψυχιατρική* (16^ο) σελ: 217-225.
- Thio, A. (2007) *Παρεκκλίνουσα συμπεριφορά*, Αθήνα: Έλλην.
- Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας – Διεύθυνση Υγείας και Πρόνοιας (1999) *Νόμος 2716/1999: «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις*». Αθήνα : Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας – Διεύθυνση Υγείας και Πρόνοιας (2001) *Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία /Ψυχική Υγεία – Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

- Χαβάκη – Κονταξάκης Μ., Κονταξάκης Τ., Χριστοδούλου Γ. (1994) *Ο Θεσμός των ανάδοχων οικογενειών για χρόνιους ψυχιατρικούς ασθενείς: Προϋποθέσεις και προβληματισμοί – Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής*. Επιμέλεια Χριστοδούλου Γ., Κονταξάκης Β., τ.β., Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα.
- Χαρτοκόλλης, Π. (1991) *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*, (2^η έκδοση) Αθήνα: Θεμέλιο).
- Χριστοδούλου, Γ. Ν., Κονταξάκης, Β. Π. (1994) *Θέματα προληπτικής ψυχιατρικής* Τόμος Β', Αθήνα: Κέντρο ψυχικής υγιεινής, σελ.: 512.
- Χριστοδούλου, Γ. Μ., Τομαράς Β., Δ., Οικονόμου Μ.Π. (2000) *Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα*, Αθήνα: Βήτα.
- Χριστοδούλου, Γ. Μ., Τομαράς, Β., Δ., Οικονόμου, Μ. Π. (2002) *Από το ψυχιατρείο στη κοινότητα*, Αθήνα: Βήτα.
- Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2000) *Ψυχιατρική*, Αθήνα: Βήτα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aring, C.D., 1974. The Geel experience: external spirit of the chainless mind. *JAMA*, 230, pp.998-1002.
- Bell, N. και Spiegel, J. (1996) *Social psychiatry vagaries of a term*. Archives of General Psychiatry, (14^ο) pp: 337 – 345.
- Blaustein, M., and Viek, C., 1987. Problems and needs of operators of board-and-care homes: a survey. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, pp. 750-754.
- Collard, L., 2003. *A la recherche des limites et l'anti-therapeutique*. 6eme congres duGREPFAFrance,Annency.<http://grefpa.free.fr/texyescongress/Congres2003/PDF/2003%20Axe%20b/grefpaaxebcollard2003.pdf> (Προσπελάστηκε 20.5.15)
- Copp, O., 1902. Some results and possibilities in family care if the insane in Massachusetts.*American Journal of Insanity*, 59, pp. 299-313.
- Drake, R.E., Green, A.I., Mueser, K.T., and Goldman, H.H., 2003. The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 39 (5), pp. 427-440.
- Goldston, S. E. (1956) *Concepts of Community Psychiatry. A Framework for training*. Washington USD: National Institute of Mental Health
- Goldstein, J., and Godemont, M., 2003. The legend and lessons of Geel, Belgium: a 1500- year-old legend, a 21st century model. *Community Mental Health Journal*, 39, pp. 441-458.
- Malians, M. G., Zacharakis, C., Tsitsa, C. and Stefanis, C. (1999) «*Geographical vantage in Mental Health dischaver in Greece and socioeconomic correlater – a nationwide study*», Social Psychiatry Epidemiology, (94^ο), pp: 477-483.

- Linn, M.W, Caffey E.M., Klett, J., and Hogarty, G., 1977. Hospital vs community (foster) care for psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 34, pp 78-83.
- Linn, M.W., Klett, J., and Caffey, E.M., 1980. Foster home characteristics and psychiatric patient outcome. The wisdom of Geel confirmed. *Archives of General Psychiatry*, 37, pp. 129-132.
- Linn, MW., 1981. Can foster care survive? In: B. Budson, ed., *New Directions for Mental Health Services: Issues in Community Residential Care*. San Francisco: Josey-Bass, pp. 35-47.
- Murphy, H.B.M., Engelsmann, F., and Tchong-Laroche, F., 1976. The influence of foster home care on psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 33, pp. 179-183.
- Murphy, H.B.M., Penne, B., and Luchins, D.J., 1972. Foster homes: the new backwards? *Canadian Mental Health*, 71.
- Pandelon, R., Grasset, M., Pauly, H., et Perrier, C., 2005. Du therapeutique dans l'accueil familial therapeutique. *Soins Psychiatrie*, 225. <http://www.famidac.fr.st> (Προσπελάστηκε 3.5.15)
- Piat, M., Ricard, N., Lesage, A., and Trottier, S., 2005. Le point de vue de responsables des ressources de type familial sur les transformations des services de santé mentale au Quebec *Sante mentale au Quebec*, 30, pp. 209-231.
- Piat, M., Ricard, N., Sabetti, J., and Beauvais, L., 2007. The values and qualities of being a good helper: a qualitative study of adult foster home caregivers for persons with serious mental illness. *International Journal of Nursing Study* 44, pp. 1418-1429.
- Piat, M., and Sabetti, J., 2010. *Residential housing for persons with serious mental illness: the fifty years of experience with foster homes in Canada*. Buffalo: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE).
- Ridgway, P., and Zipple, A., 1990. The paradigm shift in residential services: from the linear continuum to supported housing approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(4), pp.11-31.
- Roosens, E., 1979. *Mental patients in town life: Geel- Europe's first therapeutic community*. Beverly Hills/London: Sage Publications.
- Sans, P. (1997) *Le placement familial ses secrets et ses paradoxes*, ed. Harmattan, France.
- Srole, L., 1975. *The Geel family care research project: Introduction*. Paper presented at the International Symposium on Foster Family Care, Geel, Belgium.
- Stedman, H.R., 1890. The family of boarding-out system, its uses and limits as a provision for the insane. *American Journal of Insanity*, 46, pp. 327-338.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Διαθέσιμο στο <http://www.psychargos.gov.gr>, (πρόσβαση στις 19 Απριλίου 2015).
- Διαθέσιμο στο <http://www.protagon.gr/?i=protagon.el.article&id=24925>, (πρόσβαση στις 19 Απριλίου 2015).
- Διαθέσιμο στο http://www.iatrikionline.gr/IB_102/EPIXEIR%20PROGRAMMA.pdf, πρόσβαση στις 20 Απριλίου 2015
- Rosso – Debord V., Bertrand X., Letard V. (2008) *Vers un nouvel accueil familial des personnes agees et des personees hardi capees* Assemblee Nationale, στο <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000724/0000.pdf> (πρόσβαση στις 30 Μαρτίου 2015).
- Διαθέσιμο στο <http://www.hellaskps.gr/Details.asp?L1=2&L2=1&L3=1&L4=10>, πρόσβαση στις 22 Απριλίου 2014
- Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.klimaka.org.gr/js/index.php/h-klimaka/what-we-do/koinonikos-apokleismos>, (πρόσβαση στις 25 Απριλίου 2015).
- Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.diaplasi.org>, (πρόσβαση στις 25 Απριλίου 2015).
- Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>, (πρόσβαση στις 25 Απριλίου 2015).
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2004) «Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας», στο http://www.who.int/mental_health/policy/mh_context_greek.pdf (πρόσβαση στις 27 Απριλίου 2015).
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2000-2006) «Προετοιμασία Εφαρμογής του Μέτρου (2.4) - Κατάρτιση του Προσωπικού για την Στήριξη της Αποασυλοποίησης της Κοινωνικο Οικονομικής Επανένταξης και της Συνεχούς Υποστήριξης των Ψυχικά Ασθενών», στο https://www.espa.gr/el/Pages/staticMAHealthAndSocialSolidaritySector.aspx?leftmenu_id=staticOSHHumanResourceDevelopment.aspx (πρόσβαση στις 27 Απριλίου 2015).
- (χ.χ.) <http://www.europarl.europa.eu> – 6, (πρόσβαση στις 27 Απριλίου 2015).
- Πανελλήνιος Ψυχολογικός Σύλλογος (2004). Τα δικαιώματα του ψυχικά πάσχοντος, στο <http://www.psy.gr> (πρόσβαση στις 31 Μαΐου 2015).

- Εφημερίδα Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, στο: <http://www.filoxenouses.gr>, (πρόσβαση στις 31 Μαΐου 2015).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΟΝΗΣΗ
ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΛΩΝΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ ΔΑΝΑΗ
ΒΑΡΔΑΡΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ
ΖΩΤΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ – ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ
ΠΑΤΡΑ ΙΟΥΛΙΟΣ 2015

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αξιότιμε κύριε/α,

Είμαστε φοιτητές του τμήματος της Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας και υλοποιούμε την πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου. Διεξάγουμε έρευνα με σκοπό τη διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των πολιτών της Πάτρας, του Μεσολογγίου και του Πύργου σχετικά με τις προϋποθέσεις υλοποίησης των προγραμμάτων των «Φιλοξενουσών οικογενειών». Η συμμετοχή σας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Στα πλαίσια της δεοντολογίας της έρευνας δεσμευόμαστε πως θα τηρηθεί η ανωνυμία και πως τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Υπεύθυνη Καθηγήτρια : Κλωνή Παναγιώτα.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.Φύλο : 1. Άνδρας 2. Γυναίκα

2. Εκπαιδευτική κατάσταση :

1. Αναλφάβητος/η

4. Απόφοιτος/η Λυκείου

2. Απόφοιτος/η Δημοτικού

5. Απόφοιτος/η Τεχνικής Σχολής

3. Απόφοιτος/η Εξατάξιου Γυμνασίου

6. Απόφοιτος/η Α.Ε.Ι / Α.Τ.Ε.Ι

7. Άλλο.....

3. Οικογενειακή κατάσταση :

1. Άγαμος

4. Διαζευγμένος

2. Έγγαμος

5. Χήρος

3. Σε διάσταση

6. Συμβίωση

4. Έχετε παιδιά :

1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

4^α) Αν ΝΑΙ πόσα παιδιά :

1. 1-2

2. 3-5

3. 6+

4β) Ηλικία παιδιών :

1. 1-6

2. 7-13

3. 13-18

4. 19+

5. Οικονομική κατάσταση :

1. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα έως 500

2. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα από 501 έως 1000

3. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα από 1001 έως 1500

4. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα από 1501 έως 2000

5. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 2001 +

6. Κατοικείται σε σπίτι :

1. Ιδιόκτητο

2. Ενοικιαζόμενο

3. Άλλο.

7. Το σπίτι σας είναι :

1. Μονοκατοικία

2. Διαμέρισμα

3. Άλλο

8. Από πόσα δωμάτια αποτελείται το σπίτι σας ; (Με τους κοινόχρηστους χώρους)

1-2

3-5

6-8

9+

9 Η χωρητικότητα και η διαρρύθμιση του σπιτιού σας καλύπτει τις ανάγκες στέγασης σας :

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

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

10. Γνωρίζετε άτομο που να αντιμετωπίζει ψυχική διαταραχή :

1. Ναι

2. Όχι

3. Δεν απαντώ

10^α. Εάν ΝΑΙ αναφέρετε από ποιο χώρο προέρχεται αυτό το άτομο :

1. Άμεσο οικογενειακό περιβάλλον

2. Ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον

3. Φιλικό περιβάλλον

4. Εργασικό περιβάλλον

5. Άλλο.....

11. Σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά πάσχοντες είστε ενημερωμένος/η;

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

12. Σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά πάσχοντες είστε ευαισθητοποιημένος/η;

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

13. Παρακάτω αναφέρονται κάποιες προτάσεις. Σημειώστε (X) στο αντίστοιχο κουτάκι συμφωνίας ή διαφωνίας ανάλογα με εκείνο που σας εκφράζει :

		Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1.	Οι ψυχικά πάσχοντες είναι τρελοί					
2.	Οι ψυχικά πάσχοντες είναι					

	επικίνδunami για τους εαυτούς τους αλλά και για τους άλλους.					
3.	Για τους ψυχικά πάσχοντες σας δημιουργούνται αισθήματα λύπης και οίκτου.					
4.	Οι ψυχικά πάσχοντες έχουν δικαίωμα να δημιουργήσουν την δική τους οικογένεια.					
5.	Με τη σωστή φαρμακευτική αγωγή και την υποστήριξη από εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι σε θέση να έχουν φυσιολογική ζωή.					
6.	Οι ψυχικά πάσχοντες έχουν δικαίωμα στην εργασία.					
7.	Πρέπει να υπάρχει επαρκής και διαρκής χρηματοδότηση από τον προϋπολογισμό του κράτους για την αξιοπρεπή διαβίωση των ψυχικά πασχόντων					
8.	Η οικογένεια του ψυχικά ασθενή φέρει αποκλειστική ευθύνη για τα ζητήματα της φροντίδας του					
9.	Όλοι φέρουμε ευθύνη να ενεργούμε θετικά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων φροντίδας ατόμων που είναι ψυχικά ασθενείς					

14. Γνωρίζετε το περιεχόμενο και την έννοια του όρου «φιλοξενούσα οικογένεια» :

- 1.Ναι 2.Όχι 3.Δεν απαντώ

14^α) Αν ΝΑΙ ποια ήταν η πηγή που λάβατε την αντίστοιχη ενημέρωση :

1. Μ.Μ.Ε. (Τηλεόραση, Ραδιόφωνο, διαδίκτυο, Διαφημιστικά σποτ).
2. Έντυπος τύπος (Εφημερίδες, περιοδικά).
3. Συνέδρια/Ημερίδες.
4. Εθελοντική εργασία.
5. Άλλο.....

15. Η Πολιτεία με υπουργική απόφαση έχει θεσπίσει προγράμματα Φιλοξενουσών οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες. Ο Θεσμός αυτός δίνει τη δυνατότητα σε οικογένειες που δεν έχουν συγγένεια 1^{ου} βαθμού με ψυχικά πάσχοντες να επιδοτηθούν προκειμένου να αναλάβουν την ευθύνη της φροντίδας ενός ψυχικά πάσχοντα σπίτι του. Παράλληλα υπάρχει στήριξη και παρακολούθηση από εξειδικευμένο προσωπικό για την αντιμετώπιση τυχόν δυσκολιών. Πως σας ακούγεται ο παραπάνω θεσμός :

- 1.Θετικός 2. Μάλλον θετικός 3. Μάλλον Αρνητικός 4. Αρνητικός 5. Δεν απαντώ

16.θεωρείται πως ο παραπάνω θεσμός θα μπορούσε να υποστηριχθεί από τη χώρα μας :

- 1.Ναι 2.Όχι 3.Δεν απαντώ

16^α) Αν ΝΑΙ ποιος/ποιοι λόγοι επιβεβαιώνουν αυτή την άποψη :

1. Προσωπικές εμπειρίες από το οικογενειακό-κοινωνικό-εργασιακό περιβάλλον.
2. Αίσθημα κοινωνικής προσφοράς προς τους ψυχικά ασθενείς.
3. Έμπρακτη βοήθεια προς τους ψυχικά ασθενείς.
4. Οικονομικό κίνητρο (λήψη επιδόματος) από τη συμμετοχή στο θεσμό.
5. Καταπολέμηση στίγματος και κοινωνικών προκαταλήψεων προς τους ψυχικά ασθενείς.
6. Όλα τα παραπάνω.
7. Άλλο

16β) Αν ΟΧΙ ποιος/ποιοι λόγοι επιβεβαιώνουν αυτή την άποψη :

1. Προκατάληψη/κοινωνικός στιγματισμός που υπάρχει για τους ψυχικά ασθενείς.
2. Έλλειψη συνεργασίας από τους φορείς. (ειδικούς επιστήμονες) κατά την υλοποίηση του θεσμού.

3. Δεν έχω ψυχολογικό υπόβαθρο να στηρίξω ένα άτομο που αντιμετωπίζει ψυχική διαταραχή.
4. Δεν έχω το οικονομικό υπόβαθρο να στηρίξω ένα άτομο που αντιμετωπίζει ψυχική διαταραχή.
5. Δεν θεωρώ πως η νοοτροπία της ελληνικής κοινωνίας μπορεί να το δεχτεί ακόμα.
6. Όλα τα παραπάνω.
7. Άλλο

17. Εσείς θα αναλαμβάνατε την φροντίδα ενός ψυχικά ασθενή:

- 1.Ναι 2.Όχι 3.Δεν απαντώ

17^α) Αν ΝΑΙ, ποιος/ποιοι από τους παρακάτω λόγους θα οδηγούσαν σε αυτό:

- 1.Προσωπική ευαισθησία.
- 2.Είμαι ιδιαίτερα ενημερωμένος.
3. Το οικονομικό κίνητρο.
4. Εθελοντική μου ενασχόληση με την αντίστοιχη πληθυσμιακή ομάδα.
5. Το αίσθημα της κοινωνικής προσφοράς.
6. Όλα τα παραπάνω.
7. Άλλο

17β) Αν ΟΧΙ, ποιος/ποιοι από τους παρακάτω λόγους θα οδηγούσαν σε αυτό :

1. Θεωρώ πως θα στιγματιστώ από αυτή τη πράξη.
2. Θεωρώ πως δεν θα υπάρχει η κατάλληλη συνεργασία με το κράτος (καθυστέρηση απολαβή επιδόματος/ απουσία ειδικών)
3. Γιατί η ευθύνη είναι μεγάλη.
4. Οι συνθήκες στο σπίτι μου θεωρώ πως δεν είναι κατάλληλες.
5. Θεωρώ πως είναι επικίνδυνοι.
6. Όλα τα παραπάνω.
7. Άλλο

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ !!!



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 96

17 Μαΐου 1999

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2716

Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ**

Άρθρο 1

Γενικές Αρχές Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

1. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περιθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα.

2. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση 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 θελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Άρθρο 2

Γραφείο και Επιτροπή Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές

1. Συστήνεται, στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, στην αυτοτελή υπηρεσία προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.

2. Συστήνεται Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α'/21.8.1997).

Με απόφαση της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν. 2519/1997 ορίζεται πενταμελής Εκτελεστική Γραμματεία της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

Η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές είναι επταμελής και αποτελείται από:

- έναν ψυχίατρο και έναν παιδοψυχίατρο,
- δύο κοινωνικούς λειτουργούς,
- έναν από τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας και
- δύο νομικούς.

Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, καθώς και οι αναπληρωτές τους, ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν. 2519/1997. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται μέσα σε διάστημα τριών (3) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, ορίζονται τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη της Ειδικής Επιτροπής. Ένα εκ των μελών ορίζεται ως Πρόεδρος με την ίδια απόφαση. Η θητεία της Επιτροπής είναι πενταετής.

3. Η Ειδική Επιτροπή εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί κατ' ιδίαν με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περιοχή του, το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης.

Ειδικότερα η Ειδική Επιτροπή:

- δέχεται παράπονα, αναφορές ή καταγγελίες από κάθε πολίτη, οργάνωση, φορέα ή οποιαδήποτε Επιτροπή ή Αρχή.
- Επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- Πραγματοποιεί αυτεπαγγέλτως ή μετά από καταγγελία έκτακτες επισκέψεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- Ενημερώνει τους πολίτες για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών με κάθε πρόσφορο μέσο, όπως έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων, καταχωρίσεις στον Τύπο ή τηλεοπτικά μηνύματα.

ε) Δέχεται και διερευνά περαιτέρω τις ετήσιες υποχρεωτικές εκθέσεις των υπευθύνων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή των νόμιμων αναπληρωτών τους, καθώς και των τριμελών επιτροπών προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών του άρθρου 1 παρ. 4 εδ. 2 του ν. 2519/1997.

στ) Υποβάλλει ετήσιες εκθέσεις για το έργο της στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

ζ) Υποβάλλει έκθεση κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν. 2519/1997, η οποία προβαίνει στις περαιτέρω νόμιμες ενέργειες, όταν κρίνεται απαραίτητο.

η) Παρεμβάλει κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, προβαίνει σε συστάσεις και αποστέλλει αναφορά στο αρμόδιο όργανο για την ποινική ή πειθαρχική δίωξη.

θ) Οργανώνει, εποπτεύει και συντονίζει σε συνεργασία με τους Δικηγορικούς Συλλόγους του τόπου κατοικίας ή διαμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές την εθελοντική δικηγορική αρωγή σε θέματα προστασίας των δικαιωμάτων τους, σύμφωνα με τις αρχές οργάνωσης του τμήματος δικηγορικής αρωγής του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του Προέδρου της Ολομέλειας των Προέδρων των Δικηγορικών Συλλόγων, ορίζονται οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια, ο τρόπος οργάνωσης και παροχής της δικηγορικής αρωγής για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός τεσσάρων (4) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος, ορίζονται το ύψος της αμοιβής ή αποζημίωσης του Προέδρου και των μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν. 2519/1997 και της ανωτέρω Ειδικής Επιτροπής κατά τις κείμενες διατάξεις, η γραμματειακή υποστήριξη, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Για τις δαπάνες κίνησης των μετακινούμενων μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών και της Ειδικής Επιτροπής ισχύουν οι κείμενες διατάξεις για τη μετακίνηση με εντολή του Δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας. Οι Πρόεδροι εκδίδουν τις σχετικές εντολές μετακίνησης. Το αυτό ισχύει και για τα μέλη της Εκτελεστικής Γραμματείας της Επιτροπής Ελέγχου των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν. 2519/1997.

6. Στην παρ. 1 εδ. β' του άρθρου 1 του ν. 2519/1997 προστίθεται και ένας εκπρόσωπος της Ολομέλειας των Προέδρων των Δικηγορικών Συλλόγων που προτείνεται από αυτήν με το νόμιμο αναπληρωτή του. Ομοίως ορίζονται οι αναπληρωτές των μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ

Άρθρο 3

Τομείς Ψυχικής Υγείας - Ένταξη των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στους Τομείς Ψυχικής Υγείας

1. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες διαρύνονται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το. Ψ.Υ.), με κριτήρια γεωγραφικά και

πληθυσμικά, στους οποίους εντάσσονται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) που οργανώνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζονται τα όρια, η περιοχή και η έδρα κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας εντός έξι (6) μηνών από τη δημοσίευσή του παρόντος. Με την ίδια ή όμοια απόφαση γίνεται:

α) Η σύσταση Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) σε κάθε νομό ή σε ευρύτερη περιοχή.

β) Η σύσταση στην Αττική και το Νομό Θεσσαλονίκης, καθώς και σε όποιο νομό απαιτούν οι συνθήκες, περισσότερων του ενός Τομέων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων. Στην Αττική, στο Νομό Θεσσαλονίκης και σε όποιο νομό απαιτούν οι συνθήκες, συστήνονται και Τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Το.Ψ.Υ.Π.Ε.).

γ) Η υπαγωγή των Τομέων Ψυχικής Υγείας που δεν διαθέτουν επαρκείς Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όμορους ή μη Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής Υγειονομικής Περιφέρειας.

δ) Η υπαγωγή των Τομέων Ψυχικής Υγείας που δεν διαθέτουν επαρκείς Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όμορους ή μη Τομείς Ψυχικής Υγείας διαφορετικής Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που εντάσσονται και λειτουργούν σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας. Οι Μονάδες αυτές είναι:

α) Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 (ΦΕΚ 254 Α') και του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α'), οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης, που ιδρύονται με τον παρόντα νόμο.

β) Τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή σε οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός ενnea (9) μηνών από τη δημοσίευσή, ορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος επιστημονικής, εκπαιδευτικής, νοσηλευτικής και λειτουργικής διασύνδεσης των υπηρεσιών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Τομέων Ψυχικής Υγείας που υπάγονται σε διαφορετικές Υγειονομικές Περιφέρειες, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής της παρ. 2 εδ. δ' του παρόντος άρθρου.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, Μονάδες Ψυχικής Υγείας αιτιολογημένα μπορεί να εξυμνετούν τις ανάγκες περισσότερων του ενός Τομέων Ψυχικής Υγείας όπου κρίνεται αναγκαίο.

6. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας είναι πενταμελείς και συγκροτούνται εντός πέντε (5) μηνών από της δημοσίευσής της απόφασης σύστασης του Τομέα, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., από:

α) Επιστημονικούς Διευθυντές ή Υπεύθυνους των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 του Τομέα (Το.Ψ.Υ.) με τους νόμιμους αναπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Ένας τουλάχιστον είναι Επιστημονικός Διευθυντής ή Υπεύθυνος των Μ.Ψ.Υ. του άρθρου 5 παρ. 1 με το νόμιμο αναπληρωτή του.

β) Λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές με ψυχιατρική ειδικότητα, παιδαγωγούς, εκπαιδευτικούς) που υπηρετούν στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 με τους νόμους αναπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

γ) Ψυχίατρους ή παιδοψυχίατρους ή λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι υπηρετούν σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα του άρθρου 11 του παρόντος νόμου, οι οποίες ανήκουν στο συγκεκριμένο Τομέα.

7. Τρία (3) μέλη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, μεταξύ των οποίων ο Πρόεδρος, είναι από τα οριζόμενα στην παρ. 6 εδ. α'. Τα λοιπά μέλη, μεταξύ των οποίων ο Αντιπρόεδρος, από τα οριζόμενα στην παρ. 6 εδ. β' και γ'. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει επαρκής αριθμός μελών για τη συγκρότηση των ανωτέρω Τομεακών Επιτροπών, ο Υπουργός ορίζει ως μέλη, πρόσωπα κύρους και με εμπειρία στην ψυχική υγεία. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας είναι ελεύθερα ανακλητά με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Η θητεία των ανωτέρω Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) είναι τριετής και οι θέσεις τμητικές και άμισθες.

8. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) προσφέρουν τις υπηρεσίες τους παράλληλα με τα κύρια καθήκοντά τους. Η Τ.Ε.Ψ.Υ. συνεδριάζει στην έδρα της Μονάδας Ψυχικής Υγείας από την οποία προέρχεται ο Πρόεδρος και υποστηρίζεται γραμματειακά από διοικητικό υπάλληλο της Μονάδας. Στα πρακτικά των συνεδριάσεων αναφέρεται αναλυτικά τόσο η απόφαση της πλειοψηφίας όσο και η γνώμη της μειοψηφίας. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταβάλλεται στον Πρόεδρο, Αντιπρόεδρο και μέλη της Τ.Ε.Ψ.Υ. αποζημίωση κατά συνεδρίαση σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ο Πρόεδρος της Τ.Ε.Ψ.Υ. δύναται να αναπληρώνεται, κατά τη διάρκεια της τριετούς θητείας του, στο ιατρικά του καθήκοντα εν όλω ή εν μέρει κατ' ανάλογη εφαρμογή της διάταξης της παραγράφου 3 του άρθρου 18 του ν. 2519/1997. Για τις δαπάνες κινήσεως των μετακινούμενων μελών της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) ισχύουν οι κείμενες διατάξεις για τη μετακίνηση με εντολή του Δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας. Ο Πρόεδρος εκδίδει τις σχετικές εντολές μετακίνησης. Οι δαπάνες λειτουργίας της Τ.Ε.Ψ.Υ. βαρύνουν τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου από το οποίο προέρχεται ο Πρόεδρος της μετά από έγκριση του Διοικητικού Συμβουλίου του.

9. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) έχουν τις εξής αρμοδιότητες:

α) Επισπεύδουν και συντονίζουν την ενδοτομεακή ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, επιστημονική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιοτήτάς τους με κριτήριο την ποιοτική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Εισηγούνται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας προς έγκριση τον κατάλογο των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που εφημερεύουν και το πρόγραμμα εφημεριών αυτών, με σκοπό σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, καθώς και Παιδιών

και Εφήβων, να εφημερεύουν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε εικοσατετράωρη βάση.

β) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη των επιστημονικών υπευθύνων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή στα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και των επιστημονικών υπευθύνων των λοιπών Μονάδων Ψυχικής Υγείας της περιοχής αρμοδιότητάς τους, δράσεις για την πρόληψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Ομοίως γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της Επιστημονικής Επιτροπής των ψυχιατρικών νοσοκομείων για την ανάπτυξη και οργάνωση εντός της κοινότητας Μονάδων Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 8, 9, 10 και 11 του παρόντος με σκοπό την αποιδρωματοποίηση, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, καθώς και κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

γ) Παρακολουθούν και αξιολογούν, ετησίως, στην περιοχή αρμοδιοτήτάς τους την αποδοτικότητα των δραστηριοτήτων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

δ) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για την τροποποίηση των Οργανισμών των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των γενικών νοσοκομείων ως προς τις Μονάδες τους Ψυχικής Υγείας.

ε) Προτείνουν, εισηγούνται ή γνωμοδοτούν, κατά περίπτωση, στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για τη σύσταση Μονάδων Ψυχικής Υγείας στο δημόσιο τομέα, καθώς και για την έκδοση της άδειας ίδρυσης Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

στ) Διαμορφώνουν προτάσεις προς τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την ανάπτυξη κατάλληλων Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιοτήτάς τους.

ζ) Γνωμοδοτούν σε θέματα που αφορούν την πολιτική ψυχικής υγείας, όταν τους ζητηθεί από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, το ΚΕ.Σ.Υ., το ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ. και το Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας.

η) Διαμορφώνουν και προάγουν διατομεακές συνεργασίες ή συνεργασίες με άλλες υπηρεσίες και φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της Πρόνοιας και της Κοινωνικής Προστασίας, σε επίπεδο περιφερειών. Επίσης διαμορφώνουν και προάγουν συνεργασίες με υπηρεσίες των νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων, οι δραστηριότητες των οποίων έχουν επιδράσεις στην ψυχική υγεία του πληθυσμού της περιοχής αρμοδιοτήτάς τους.

θ) Υποβάλλουν ετήσιες εκθέσεις για το έργο τους στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

10. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής των διατάξεων του παρόντος άρθρου που αφορούν τη λειτουργία των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας.

Σε περίπτωση σύστασης Τομέων Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων, σύμφωνα με την παρ. 2, εδ. β' περ. β' ισχύουν τα αυτά και για τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Τ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.).

11. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που εκδίδεται με πρόταση των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. και εισήγηση των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, κάθε τμήμα τους αναλαμβάνει την ευθύνη να παρέχει νοσηλεία και

υπηρεσίες αποκατάστασης σε έναν ή περισσότερους Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης Περιφέρειας στο πλαίσιο των αντίστοιχων Τομέων Ψυχικής Υγείας. Το αυτό ισχύει για τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, εφόσον ενταχθούν στους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

12. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται η οργάνωση και λειτουργία κοινών υπηρεσιών στο αντικείμενο της ψυχικής υγείας ή η συγχώνευση, η μεταφορά και η ένταξη αυτών που ήδη υπάρχουν ή η συνεργασία για την εκτέλεση κοινών προγραμμάτων λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που αναλαμβάνουν να παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στους αντίστοιχους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

13. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές που κατοικούν ή διαμένουν στην περιοχή αρμοδιότητας του Τομέα. Το αυτό ισχύει και στην περίπτωση ακούσιας νοσηλείας. Η διάταξη αυτή δεν ισχύει στις περιπτώσεις: α) επείγουσας ανάγκης, β) απουσίας ανάλογης Μονάδας Ψυχικής Υγείας στον αρμόδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας. Σε κάθε περίπτωση φροντίδας ατόμου με ψυχικές διαταραχές από Μονάδα Ψυχικής Υγείας άλλου Τομέα Ψυχικής Υγείας, αυτή έχει την υποχρέωση να ενημερώνει την αρμόδια Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας της κατοικίας και να αποπέμπει σε αυτήν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μετά τη λήξη της φροντίδας που τους παρασχέθηκε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ' ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 4 Γενικές διατάξεις

1. Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) είναι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, οι Κινητές Μονάδες, τα Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων Γενικών Νοσοκομείων ή Περιφερειακών Νοσοκομείων, οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία, οι Ιδιωτικές Κλινικές, τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιβαλψής, οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τα Ειδικά Κέντρα ή οι Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανεκπαίδευσης και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. μπορεί να ορίζονται και λοιπές μορφές Μ.Ψ.Υ. για την καταλληλότερη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού, σύμφωνα με το άρθρο 1 του παρόντος νόμου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης, λειτουργίας και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής.

3. Με όμοια απόφαση, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής της απόφασης σύστασης του Τομέα, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, οι αρχές και ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων, οργα-

νισμών τοπικής αυτοδιοίκησης ή άλλων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου και υπηρεσιών του Δημοσίου, που ήδη λειτουργούν και παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και όσων θα αναπτυχθούν για το σκοπό αυτόν.

4. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οποιασδήποτε νομικής μορφής, υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ως προς τον τρόπο παροχής ψυχιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας τους.

5. Για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που έχουν συσταθεί από νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή από μονάδες ψυχικής υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που επιχορηγούνται εν όλω ή εν μέρει, άμεσα ή έμμεσα από το Δημόσιο, η εποπτεία εκτείνεται και στον τρόπο διοίκησης και στην οικονομική τους διαχείριση. Η διάταξη της παραγράφου αυτής δεν ισχύει για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Ενόπλων Δυνάμεων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

6. Η χρήση των όρων "Κέντρα Ψυχικής Υγείας", "Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα", "Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία", "Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία", "Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' Όικον", "Φιλοξενούσες Οικογένειες", "Κέντρα Εξειδικευμένης Περιβαλψής" σε συνδυασμό ή όχι με οποιονδήποτε άλλο τίτλο ή επωνυμία γίνεται αποκλειστικά για υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από το Δημόσιο, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου. Η χρήση των όρων σε τίτλο ή επωνυμία από κάθε τρίτο, φυσικό ή νομικό πρόσωπο, απαγορεύεται. Στην απαγόρευση υπάγονται όλα τα φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, που εποπτεύονται ή όχι από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Τα ανωτέρω νομικά πρόσωπα, εφόσον έχουν ήδη χρησιμοποιήσει τίτλους με τους συγκεκριμένους όρους, υποχρεούνται σε διάστημα έξι (6) μηνών από τη δημοσίευσή του παρόντος νόμου να αφαιρέσουν τους όρους από τον τίτλο τους. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, οι παραβιάστες τιμωρούνται με πρόστιμο και σε περίπτωση μη συμμόρφωσής τους σε νέα προθεσμία με αφαίρεση της άδειας λειτουργίας.

Άρθρο 5 Κέντρα Ψυχικής Υγείας - Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία

1. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. και πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983. Με την αυτή ή όμοια απόφαση συνιστώνται και οι θέσεις προσωπικού των Μονάδων αυτών. Τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία δύνανται να αναπτύξουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα οποία συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

2. Με απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας

Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, στις περιοχές που δεν λειτουργούν Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, μπορεί να συνιστώνται Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία ή Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Ψυχικής Υγείας ή των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής Υγείας και οι θέσεις προσωπικού τους.

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθορίζεται ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, ανάλογα με τον εξοπλισμένο πληθυσμό και τις τυχόν γεωγραφικές ιδιαιτερότητες του Τομέα Ψυχικής Υγείας.

4. Σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία και Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, τα οποία είναι εγκατεστημένα σε περιοχές που ο πληθυσμός που εξυπηρετούν έχει ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης σε άλλες Μ.Ψ.Υ. παροχής νοσηλείας, μπορεί να λειτουργούν περιμετρικά τμήματα βραχείας ή μερικής νοσηλείας (ημερησίας ή νυκτερινής). Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται οι μονάδες που αναπτύσσουν τμήματα βραχείας ή μερικής νοσηλείας, τα κριτήρια, οι συνθήκες, οι προϋποθέσεις λειτουργίας και η στελέχωση των τμημάτων αυτών.

Άρθρο 6 **Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας** **Ψυχικής Υγείας κατ' Οίκον**

Παρέχονται υπηρεσίες νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, οι κατηγορίες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών αυτών, καθώς και κάθε λεπτομέρεια για την εφαρμογή του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 7 **Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας**

1. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας συνιστώνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, που εκδίδεται μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας ως μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, ή ως μονάδες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 παρ. 1 του παρόντος νόμου για την εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας των περιοχών με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

2. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον σε συγκεκριμένο Τομέα Ψυ-

χικής Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας μπορεί να εξυπηρετούν ημερισμένους του ενός Τομέα Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται, εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής, ο τρόπος λειτουργίας, η στελέχωση, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

Άρθρο 8 **Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής**

Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής μπορεί να είναι Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία Ημέρας και Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση για Ενήλικες, Παιδιά ή Εφήβους. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομικών και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και κάθε συναρμόδιου Υπουργού κατά περίπτωση, μετά από πρόταση των αντίστοιχων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, ορίζονται τα τμήματα, οι Μονάδες ή οι υπηρεσίες των αποκεντρωμένων μονάδων των Γενικών Νοσοκομείων, των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, οι οποίες λειτουργούν ως Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, μετά από πρόταση της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ., μετατρέπονται τμήμα ή τμήματα ή υπηρεσίες των αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων και Ψυχιατρικών Νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 σε Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής. Με απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, μετά από γνώμη της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ. και της οικείας Ιατρικής Σχολής, μετατρέπονται τμήμα ή τμήματα ή μονάδες των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, σε Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι προϋποθέσεις και οι όροι, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

Άρθρο 9 **Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής** **Αποκατάστασης**

1. Οι Μονάδες ή προγράμματα όπου παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες, τα Προστατευμένα Διαμερίσματα και οι Φιλοξενούσες Οικογένειες.

2. Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, καθώς και τα προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων και Φιλοξενουσών Οικογενειών έχουν σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον, μετά από αίτησή τους, με σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυ-

χιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας.

3. Τα Οικοτροφεία και οι Ξενώνες συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου με σκοπό την παροχή ιδίως στεγαστικών, θεραπευτικών, κοινωνικών και πολιτιστικών υπηρεσιών.

Ειδικότερα, τα Οικοτροφεία και οι Ξενώνες αναπτύσσονται δραστηριότητες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και συμμετέχουν από κοινού με άλλα νομικά πρόσωπα της περιοχής τους σε δραστηριότητες πολιτιστικές και εκπαιδευτικές, καθώς και κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται και οι θέσεις προσωπικού των μονάδων αυτών.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι αρχές, η στελέχωση, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος, εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής.

Η τοποθέτηση στις Μονάδες και τα Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και η ψυχιατρική παρακολούθηση σε αυτά παιδιών ή εφήβων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα παρέχεται μετά από απόφαση του αρμόδιου δικαστηρίου. Στις περιπτώσεις αυτές λαμβάνεται υπόψη και η γνώμη του ανηλίκου.

4. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα προγράμματα των Προστατευμένων Διαμερισμάτων παρέχονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου, με απόφαση των Διοικητικών Συμβουλίων τους, μετά από πρόταση των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, με σκοπό την εγκατάσταση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενηλίκων ατόμων με ψυχικές διαταραχές, σε διαμερίσματα ή άλλης μορφής κατοικία στην κοινότητα.

Στα Προστατευμένα Διαμερίσματα εγκαθίσταται ορισμός ατόμων με ψυχικές διαταραχές, μέχρι έξι (6), με περιορισμένη εποπτεία και παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το προσωπικό της Μονάδας Ψυχικής Υγείας στην οποία υπάγονται.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα Προστατευμένα Διαμερίσματα παρέχονται σε χώρους που ανήκουν ή μισθώνονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, καθώς και από τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή από τα ίδια τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, όπως επίσης σε χώρους που παραχωρείται η χρήση τους από οποιοδήποτε νομικό ή φυσικό πρόσωπο ή δωρίζονται ή κληροδοτούνται, στην αντίστοιχη Μονάδα Ψυχικής Υ-

γείας γι' αυτόν το συγκεκριμένο σκοπό.

Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, η οποία εκδίδεται μέσα σε έξι (6) μήνες από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου καθορίζονται οι προϋποθέσεις εφαρμογής των προγραμμάτων αυτών ως και οι προϋποθέσεις καταβολής χρηματικών ποσών που χορηγεί το νοσοκομείο στον ασθενή για την αντιμετώπιση των δαπανών διαβίωσης στο πλαίσιο της θεραπευτικής-εκπαιδευτικής διαδικασίας κοινωνικής τους επανένταξης, τα της επιλογής του υπολόγου διαχείρισης από τη θεραπευτική μονάδα, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

5. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών παρέχονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, καθώς και από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 παρ. 1 του παρόντος νόμου και έχουν ως σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενηλίκων με ψυχικές διαταραχές σε κατάλληλες οικογένειες.

Οι Φιλοξενούσες Οικογένειες μπορεί να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον του ασθενή, υπό την προϋπόθεση ότι δεν τελούν σε πρώτο βαθμό συγγένειας με τον ασθενή. Τα καθήκοντα της Φιλοξενούσας Οικογένειας μπορεί να ανατεθούν και σε μεμονωμένα άτομα.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, η οργάνωση, η λειτουργία, οι αρχές και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

Τα αυτά ισχύουν και για τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 που λειτουργούν ψυχιατρικά τμήματα ή Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές παιδιών και εφήβων και για τις μονάδες αυτών του άρθρου 5 του παρόντος νόμου, ως προς την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση σε Φιλοξενούσες Οικογένειες παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές μετά από απόφαση του αρμόδιου δικαστηρίου. Στις περιπτώσεις αυτές λαμβάνεται υπόψη και η γνώμη του ανηλίκου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των Υπηρεσιών Φιλοξενουσών Οικογενειών, τα κριτήρια και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

Άρθρο 10

Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης

1. Υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής-επαγγελματικής επανένταξης παρέχονται από ένα ή περισσότερα τμήματα ή μονάδες των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983. Τα τμήματα αυτά ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση των αντίστοιχων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, ως Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης.

Τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης μπορεί να είναι Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης και

Κέντρα Κοινωνικής Επανεξέτασης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους και Κέντρα Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Κατάρτισης για ενήλικες και εφήβους.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι προϋποθέσεις και οι όροι, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

2. Οι Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανεξέτασης είναι τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης για ενήλικες ή εφήβους ηλικίας δεκαπέντε (15) ετών και άνω, με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης συστάονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων κατά περίπτωση μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και ως Μονάδες των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο τους την ψυχική υγεία. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκεντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συστάονται και οι θέσεις προσωπικού αυτών.

Τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης λειτουργούν σε χώρους που ανήκουν ή μισθώνονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν.1397/1983, καθώς και από τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, ως και σε χώρους που τους παραχωρούνται δωρεάν κατά χρήση γι αυτόν το συγκεκριμένο σκοπό.

Στα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης παρέχονται υπηρεσίες για την απόκτηση λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων στα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα από το κατάλληλο προσωπικό με σκοπό τη θεραπεία, την κοινωνική επανένταξη και την τοποθέτησή τους στην ελεύθερη ή προστατευμένη αγορά εργασίας ή σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης ή άλλες μορφές κοινωνικών ή δημοτικών επιχειρήσεων.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, η οποία εκδίδεται εντός έτους από της δημοσίευσής του παρόντος, καθορίζονται η οργάνωση και λειτουργία των Προστατευμένων Εργαστηρίων και των Εργαστηρίων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, οι προϋποθέσεις και τα κριτήρια επιλογής, η στελέχωσή τους, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 11
Μονάδες Ψυχικής Υγείας στον Ιδιωτικό
Κερδοσκοπικό και μη Κερδοσκοπικό Τομέα

1. Επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, πέραν των όσων προβλέπονται από τις διατάξεις του π.δ. 247/1991 (ΦΕΚ 93 Α') και του π.δ. 517/1991 (ΦΕΚ 202 Α') αποκλειστικά Κέντρων Ημέρας,

Προστατευμένων Διαμερισμάτων, Οικοτροφείων, Ξενώνων, Ειδικών Κέντρων Κοινωνικής Επανεξέτασης και Ειδικών Μονάδων Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανεξέτασης. Από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα επιτρέπεται η λειτουργία και Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

Το αυτό φυσικό ή νομικό πρόσωπο μπορεί να λειτουργεί περισσότερες από μία Μ.Ψ.Υ.. Οι μονάδες αυτές των φυσικών και νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου εντάσσονται στον αντίστοιχο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.).

2. Η άδεια ίδρυσης χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας εντός τριών (3) μηνών από την απόφαση σκοπιμότητας, η οποία εκδίδεται μετά από γνώμη της αρμόδιας Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται για την έγκριση σκοπιμότητας.

3. Με όμοια απόφαση, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης των Μ.Ψ.Υ. του παρόντος άρθρου.

4. Τα φυσικά και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα υποβάλλουν εντός έτους, από τότε που έλαβαν τη σχετική άδεια ίδρυσης των Μ.Ψ.Υ. της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου, τα σχετικά δικαιολογητικά για να λάβουν την άδεια λειτουργίας, η οποία χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Σε αντίθετη περίπτωση η άδεια ίδρυσης που χορηγήθηκε ανακαλείται αμέσως και επιβάλλονται κυρώσεις οι οποίες προβλέπονται από τις διατάξεις των άρθρων 20 και 21 του π.δ. 247/1991 όπως κάθε φορά ισχύει.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι διαδικασίες ελέγχου, τα δικαιολογητικά, οι προϋποθέσεις και κάθε άλλη λεπτομέρεια για την έκδοση της άδειας λειτουργίας Μονάδων Ψυχικής Υγείας από φυσικά και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα.

5. Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας σε νομικά πρόσωπα των οποίων οι νόμιμοι εκπρόσωποι, οι διαχειριστές ή τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου έχουν καταδικαστεί για παράβαση των διατάξεων του ποινικού νόμου, που συνιστά κώλυμα διορισμού στο Δημόσιο ή για παράβαση που αφορά το νόμο για τα ποινικά ή για εγκλήματα κατά γενετήσιας ελευθερίας.

Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας σε νομικά πρόσωπα των οποίων οι νόμιμοι εκπρόσωποι ή διαχειριστές είναι γιατροί ή ψυχολόγοι κλάδου Ε.Σ.Υ. ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας που έχουν τη διμοισιούπαλληλική ιδιότητα.

Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης, εφόσον δεν υπάρχει σκοπιμότητα.

6. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ήδη λειτουργούν υποχρεούνται να προσαρμοστούν στις διατάξεις του παρόντος και των αποφάσεων που θα εκδοθούν εντός προθεσμίας έτους από τη δημοσίευσή τους.

Άρθρο 12
Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης
(Κοι.Σ.Π.Ε.)

1. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης

(Κοι.Σ.Π.Ε.) αποβλέπουν στην κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλουν στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτόρκεια. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, έχουν εμπορική ιδιότητα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας. Η μέριμνα για την ανάπτυξη τους και η εποπτεία τους ανήκουν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και ασκούνται μέσω της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας.

2. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης μπορούν να είναι ταυτόχρονα παραγωγικές, καταναλωτικές, εμπορικές, προμηθευτικές, μεταφορικές, τουριστικές, οικοδομικές, πιστωτικές, αναπτυξιακές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές και πολιτιστικές μονάδες και να αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, αλιευτική, δασική, βιομηχανική, βιοτεχνική, ξενοδοχειακή, εμπορική, παροχής υπηρεσιών, κοινωνικής ανάπτυξης).

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης μπορεί:

α) Να ιδρύσουν και να διατηρούν καταστήματα πώλησης και υποκαταστήματα οπουδήποτε.

β) Να συμμετέχουν σε επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας εφόσον η συμμετοχή αυτή επιτρέπεται από τις ειδικές κατά περίπτωση διατάξεις. Ειδικότερα, μπορεί να συμμετέχουν σε Ευρωπαϊκούς Ομίλους Οικονομικού Σκοπού (Ε.Ο.Ο.Σ.), Κοινοπραξίες, Εταιρείες Περιορισμένης Ευθύνης (Ε.Π.Ε.), Ανώνυμες Εταιρείες (Α.Ε.) και Δημοτικές Επιχειρήσεις.

γ) Να συμμετέχουν σε αναπτυξιακά προγράμματα ή να συμμετέχουν με άλλες επιχειρήσεις ή εταιρείες στην πραγματοποίησή τους και να συνεργάζονται μέσω κοινοπραξιών ή προγραμματικών συμβάσεων με άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, εταιρείες ή άλλες ενώσεις κάθε τύπου, οι οποίες έχουν ως αντικείμενο την ανάπτυξη δραστηριοτήτων, από αυτές που προβλέπονται στον παρόντα νόμο.

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης έχουν έδρα τους το δήμο στον οποίο εδρεύει η διοίκησή τους. Η επωνυμία τους περιλαμβάνει υποχρεωτικά τον όρο Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης και την έδρα. Μπορεί να περιλαμβάνει και διακριτικό τίτλο. Σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας συστήνεται και λειτουργεί αποκλειστικά ένας Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης. Η επωνυμία των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης διακρίνεται από την επωνυμία άλλων συνεταιρισμών, οι οποίοι εδρεύουν στον ίδιο δήμο, αναπτύσσουν τις δραστηριότητές τους στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας και έχουν τον ίδιο ή παρεμφερή σκοπό. Στην επωνυμία δεν επιτρέπεται να περιλαμβάνονται ονόματα φυσικών προσώπων ή επωνυμίες άλλων νομικών προσώπων.

3. Η σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε. ρυθμίζεται από τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 1 του ν.1667/1986 (ΦΕΚ 196 Α') χωρίς τον περιορισμό για υπογραφή του καταστατικού από εκατό (100) τουλάχιστον πρόσωπα αν πρόκειται για καταναλωτικό συνεταιρισμό. Απαιτείται άδεια σκοπιμότητας, η οποία χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μετά από εξέταση του προτεινόμενου καταστατικού και αφού ληφθούν υπόψη οι δυνατότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, τα αναπτυξιακά δεδομένα της περιοχής δράσης και η γνώμη του Τομέα Ψυχικής Υγείας. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των παρ. 4 έως 8 του άρθρου 1 του ν.1667/1986 εκτός από τα εδάφια δ' και ε' της παρ. 4.

4. Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να γίνουν:

α) Φυσικά πρόσωπα, ενήλικες ή ανήλικοι τουλάχιστον δεκαπέντε (15) ετών, οι οποίοι λόγω ψυχικής διαταραχής έχουν ανάγκη αποκατάστασης, όπως αυτή προσδιορίζεται από την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας, ανεξάρτητα από τη διαγνωστική κατηγορία, το στάδιο της νόσου και τη διαμονή (Προσωπική Κατοικία, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του παρόντος νόμου, νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., κυρίως ψυχιατρικά, Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή άλλες Μ.Ψ.Υ.), χωρίς να απαιτείται να έχουν την ικανότητα για δικαιοπραξία, κατά παρέκκλιση των διατάξεων του Αστικού Κώδικα και των νόμων Περί Συνεταιρισμών. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας αποτελούν τουλάχιστον το 35% του συνόλου των μελών.

β) Ενήλικες που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας, όπως εργοθεραπευτές, εκπαιδευτές και άλλες κατηγορίες επαγγελματιών της ψυχικής υγείας. Επιτρέπεται η συμμετοχή των δημοσίων υπαλλήλων ή ψυχιάτρων ή ψυχολόγων κλάδου Ε.Σ.Υ.. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν είναι δυνατόν να υπερβαίνουν το 45% του συνόλου των μελών.

γ) Δήμοι, κοινότητες ή άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, εφόσον προβλέπεται από το καταστατικό των συνεταιρισμών, και ειδικότερα τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., κυρίως τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Γενικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Ν.Π.Ι.Δ. τα οποία έχουν αναπτύξει Μονάδες Ψυχικής Υγείας και υπάγονται στον κατά περίπτωση Τομέα Ψυχικής Υγείας. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν είναι δυνατόν να υπερβαίνουν το 20% του συνόλου των μελών.

Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. δεν μπορεί να γίνουν νομικά ή φυσικά πρόσωπα τα οποία μετέχουν σε άλλο συνεταιρισμό, ο οποίος έχει τον ίδιο ή παρεμφερή σκοπό και έχει την έδρα του στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας.

5. Τα μέλη των συνεταιρισμών μπορεί να απασχολούνται στους Κοι.Σ.Π.Ε. ως εξής:

α) Τα μέλη της πρώτης κατηγορίας μπορεί να παρέχουν εργασία στους Κοι.Σ.Π.Ε. και να αμειβονται ανάλογα με την παραγωγικότητά τους και το χρόνο της εργασίας τους, όπως προβλέπεται από τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας του κατά περίπτωση Κοι.Σ.Π.Ε. Αν τα απασχολούμενα μέλη της κατηγορίας αυτής έχουν σύνταξη γήρατος ή αναπηρίας ή επίδομα πρόνοιας ή επιδόματα επανένταξης ή οποιασδήποτε μορφής νοσήλιο ή παροχή, δεν χάνουν αυτές τις παροχές, αλλά συνεχίζουν να τις εισπράττουν ταυτόχρονα και αθροιστικά με την αμοιβή τους από το συνεταιρισμό. Αν τα απασχολούμενα μέλη της πρώτης κατηγορίας της παρ. 6 εδ. α' δεν είναι ασφαλισμένα, ούτε καλύπτονται από τις διατάξεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 18 του ν.2072/1992 ασφαλιζονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε. στους αντίστοιχους ασφαλιστικούς οργανισμούς των κλάδων τους.

β) Τα μέλη της δεύτερης κατηγορίας μπορεί να παρέχουν εργασία στους συνεταιρισμούς, με πλήρη ή μερική απασχόληση, σύμφωνα με τους όρους που προβλέπονται από το καταστατικό και τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας τους. Ειδικότερα, εργαζόμενοι σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας με την οποία οι συνεταιρισμοί συνεργάζονται για επιστημονικούς, εκπαιδευτικούς και θεραπευτικούς σκοπούς μπορεί να απασχολούνται παράλληλα, να μετακινούνται ή να αποσπώνται με τη συναίνεσή τους στους Κοι.Σ.Π.Ε. Τα απασχολούμενα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν αμειβονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε.. Οι συνεταιρισμοί σφειλούν μόνο να καταβάλουν σε αυτά τις

δαπάνες στις οποίες υποβλήθηκαν λόγω της εργασίας τους σε αυτούς.

6. Τα ιδρυτικά μέλη γίνονται μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. με την υπογραφή του καταστατικού. Η εγγραφή νέων μελών είναι πάντοτε ελεύθερη σε νομικά και φυσικά πρόσωπα που συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις του νόμου και του καταστατικού. Η διαδικασία εγγραφής διέπεται από τις διατάξεις του ν.1667/1986 άρθρα 2 παραγράφους 4-6. Τα μέλη μπορεί να αποχωρήσουν από τους Κοι.Σ.Π.Ε. με γραπτή δήλωσή τους, που υποβάλλεται στο Δ.Σ. τρεις (3) μήνες τουλάχιστον πριν από το τέλος της οικονομικής χρήσης. Το Δ.Σ. μπορεί σε εξαιρετικές περιπτώσεις να επιτρέψει την αποχώρηση μελών πριν από τη συμπλήρωση του παραπάνω χρονικού διαστήματος. Το μέλος διαγράφεται από τους συνεταιρισμούς στις περιπτώσεις που προβλέπει το καταστατικό ή αν λόγω μη εκπλήρωσης των υποχρεώσεών τους βλάπτονται τα συμφέροντα των Κοι.Σ.Π.Ε.. Στα μέλη που αποχωρούν ή διαγράφονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε. αποδίδεται η συνεταιριστική μερίδα που εισέφεραν το αργότερο τρεις (3) μήνες από την έγκριση του ισολογισμού της χρήσης μέσα στην οποία έγινε η αποχώρηση ή η διαγραφή.

7. Κάθε μέλος εγγράφεται με μια υποχρεωτική συνεταιριστική μερίδα που καθορίζεται στο καταστατικό. Αν το καταστατικό δεν ορίζει διαφορετικά, η εισφορά της συνεταιριστικής μερίδας γίνεται μέσα σε ένα (1) μήνα από την καταχώριση του συνεταιρισμού ή από την εγγραφή του μέλους. Η συνεταιριστική μερίδα είναι αδιαίρετη και ίση για όλα τα μέλη.

Το καταστατικό μπορεί να επιτρέπει την απόκτηση από κάθε μέλος έως 5 προαιρετικών μεριδών, εκτός από την υποχρεωτική μερίδα και να ορίζει χωρίς περιορισμό τον αριθμό προαιρετικών μεριδών που μπορούν να αποκτήσουν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που υπάγονται στον ευρύτερο δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα. Η αξία κάθε προαιρετικής μερίδας είναι ίση με την αξία της υποχρεωτικής. Για την απόκτηση της υποχρεωτικής ή των προαιρετικών μεριδών τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου εγγράφουν στον προϋπολογισμό τους ανάλογη πίστωση για το σκοπό αυτόν. Η μεταβίβαση της συνεταιριστικής μερίδας σε τρίτο γίνεται εγγράφως ύστερα από συναίνεση του Δ.Σ., εφόσον στο πρόσωπο του τρίτου συντρέχουν οι όροι που απαιτούνται για την είσοδό του ως μέλους.

Η προαιρετική συνεταιριστική μερίδα μπορεί να μεταβιβάζεται χωρίς προηγούμενη άδεια του Δ.Σ. σε άλλο μέλος του Κοι.Σ.Π.Ε.. Ισχύουν οι διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 3 του ν. 1667/1986. Η συνεταιριστική ιδιότητα δεν κληρονομείται ούτε κληροδοτείται. Στους κληρονόμους αποδίδεται η συνεταιριστική μερίδα.

8. Τα δικαιώματα των μελών διέπονται από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 4 του ν. 1667/1986. Κάθε νέο μέλος υποχρεούται να καταβάλει, εκτός από το ποσό της μερίδας του και εισφορά ανάλογη προς την καθαρή περιουσία του συνεταιρισμού, όπως αυτή προκύπτει από τον ισολογισμό της τελευταίας χρήσης. Η εισφορά αυτή φέρεται σε ειδικό αποθεματικό. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει καταβολή μικρότερης εισφοράς ή συμβολικής αξίας εισφοράς για τα μέλη της πρώτης και δεύτερης κατηγορίας. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει ότι τα μέλη υποχρεούνται να καταβάλουν ορισμένο χρηματικό ποσό για την κάλυψη ζημιών των συνεταιρισμών και μόνο ύστερα από απόφαση της Γ.Σ.. Τα μέλη ευθύνονται για τα χρέη των συνεταιρισμών σε τρίτους μέχρι το ποσό της συνεταιριστικής τους μερίδας.

Η ευθύνη των μελών υφίσταται και για χρέη που είχαν δημιουργηθεί πριν γίνουν μέλη και δεν περιλαμβάνει τα χρέη που δημιουργήθηκαν μετά την έξοδό τους. Η σχετική αξίωση παραγράφεται μετά την παρέλευση ενός (1) έτους από την έξοδο του μέλους ή από την περάτωση της πτώχευσης ή της εκκαθάρισης. Δεν απαγγέλλεται ποτέ προσωπική κράτηση κατά των μελών των οργάνων των συνεταιρισμών για χρέη προς τρίτους και προς το Δημόσιο, καθώς και για χρέη μεταξύ μελών και συνεταιρισμών.

9. Το Δ.Σ. αποτελείται από επτά (7) τακτικά μέλη και ισάριθμα αναπληρωματικά που εκλέγονται από τη Γ.Σ.. Η σύνθεση του Δ.Σ. είναι η ακόλουθη: Πέντε (5) μέλη της δεύτερης και τρίτης κατηγορίας, καθώς και δύο (2) μέλη της πρώτης κατηγορίας του παρόντος άρθρου εφόσον δεν τελούν σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση.

Το Δ.Σ., με πρόκληση του συμβούλου που πλειοψήφησε, συνέρχεται και εκλέγει με φανερή ψηφοφορία πρόεδρο, ταμία και γραμματέα. Δεν μπορεί να εκλεγούν στη θέση του προέδρου, γραμματέα και ταμία μέλη της πρώτης κατηγορίας. Το Δ.Σ. μέσα σε τρεις (3) μήνες πρέπει να δηλώσει την εκλογή του για καταχώριση στο μητρώο συνεταιρισμών του αρμόδιου Ειρηνοδικείου. Η διάρκεια της θητείας του Δ.Σ. είναι τριετής και παρατείνεται μέχρι την εκλογή νέου Δ.Σ. το πολύ για τρεις (3) μήνες. Το Δ.Σ. συνέρχεται σε τακτική συνεδρίαση μία φορά το μήνα και σε έκτακτη, όταν το συγκαλέσει ο πρόεδρος ή το ζητήσουν τρία (3) από τα μέλη του. Βρίσκεται σε απαρτία και συνεδριάζει έγκυρα, όταν παρίστανται πέντε (5) τουλάχιστον μέλη του. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με πλειοψηφία των παρόντων μελών. Σε περίπτωση άρτιου αριθμού, υπερικχύει η ψήφος του προέδρου. Εκπροσώπηση μελών δεν επιτρέπεται.

Οι αποφάσεις καταχωρούνται από το γραμματέα στο βιβλίο πρακτικών του Δ.Σ.. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των παραγράφων 4 και 5 του άρθρου 7 του ν. 1667/1986.

10. Το Εποπτικό Συμβούλιο αποτελείται από τρία (3) μέλη που εκλέγονται από τη Γ.Σ.. Το ίδιο μέλος δεν μπορεί να μετέχει στο Ε.Σ. και στο Δ.Σ.. Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. της πρώτης κατηγορίας δεν μετέχουν στο Ε.Σ.. Το μέλη του Ε.Σ. και του Δ.Σ. δεν επιτρέπεται να έχουν μεταξύ τους συγγένεια μέχρι δεύτερο βαθμό ή να είναι συζυγοί. Αν τα μέλη του συνεταιρισμού είναι λιγότερα από είκοσι (20) δεν απαιτείται η εκλογή Ε.Σ., εκτός αν ορίζει διαφορετικά το καταστατικό. Μείωση των μελών κάτω των πενήντα (50) δεν θίγει τη σύνθεση και τη λειτουργία του Ε.Σ. μέχρι τη λήξη της θητείας του. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται ανάλογα οι διατάξεις της παρ. 9. Το Ε.Σ. ελέγχει τις πράξεις του Δ.Σ., καθώς και την τήρηση των αποφάσεων της Γ.Σ. από το Δ.Σ.. Το Ε.Σ. έχει δικαίωμα και καθήκον να λαμβάνει γνώση οποιουδήποτε βιβλίου, εγγράφου ή στοιχείων των συνεταιρισμών, να διενεργεί λογιστικό και διαχειριστικό έλεγχο και να παρακολουθεί την πορεία των υποθέσεων του συνεταιρισμού. Για τη διενέργεια λογιστικού και διαχειριστικού ελέγχου μπορεί να διορίσει έναν ειδικό συμβούλο ή εμπειρογνώμονα. Το Ε.Σ. αν διαπιστώσει παραβάσεις του νόμου, του καταστατικού ή των αποφάσεων της Γ.Σ. εκ μέρους του Δ.Σ. ή παρατυπίες ως προς τη διαχείριση, που βλάπτουν τα συμφέροντα των συνεταιρισμών, υποδεικνύει εγγράφως την επανόρθωσή τους και ζητεί εκτάκτως από το Δ.Σ. τη σύγκληση της Γ.Σ..

11. Η Γενική Συνέλευση των μελών είναι το ανώτατο όργανο του Κοι.Σ.Π.Ε., αποφασίζει για κάθε υπόθεση

που δεν υπάγεται στην αρμοδιότητα άλλου οργάνου και έχει την εποπτεία και τον έλεγχο των οργάνων της Διοίκησης. Στην αποκλειστική αρμοδιότητα της Γ.Σ. εκτός από τις προβλέψεις της παρ. 2 του άρθρου 6 του ν.1667/1986, υπάγονται:

α) Η έγκριση για συμμετοχή σε Ευρωπαϊκούς Ομίλους Οικονομικού Σκοπού (Ε.Ο.Ο.Σ.), σε Εταιρείες ή Επιχειρήσεις δημόσιου συμφέροντος, καθώς και η αποχώρηση από αυτές.

β) Η έγκριση για συμμετοχή των συνεταιρισμών σε Κοινοπραξίες ή Ενώσεις συνεταιριστικές ανώτερου βαθμού και η αποχώρησή τους από αυτές.

γ) Η παυση των μελών των οργάνων της Διοίκησης, οποτεδήποτε, για σπουδαίο λόγο και κυρίως για παραβίαση καθήκοντος ή για ανικανότητα να ασκήσουν την τακτική διαχείριση.

Η Γ.Σ. απαρτίζεται από όλα τα μέλη, που ανέρχονται σε τακτική ή έκτακτη συνεδρίαση όπως ορίζει ο παρών νόμος. Όλα τα μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε., ανεξάρτητα από κατηγορία, μετέχουν και ψηφίζουν αυτοπροσώπως, εκτός αν το καταστατικό προβλέπει την αντιπροσωπεία διαμέσου άλλου μέλους εξουσιοδοτούμενου από αυτό. Ειδικότερα τα μέλη της πρώτης κατηγορίας παρέχουν έγκυρη εξουσιοδότηση κατά παρέκκλιση των διατάξεων του Αστικού Κώδικα για δικαιοπρακτική ικανότητα. Η εξουσιοδότηση γενικά παρέχεται με απλό έγγραφο. Κάθε παριστάμενο μέλος μπορεί να αντιπροσωπεύει μόνο ένα απόν μέλος.

Θέματα σύγκλησης, λειτουργίας και εγκυρότητας των αποφάσεων της Γ.Σ. ρυθμίζονται από τις διατάξεις των παραγράφων 2-6 και 8 του άρθρου 5 του ν.1667/1986. Η σύγκληση της Γ.Σ. γνωστοποιείται και στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Αιτήματα για σύγκληση έκτακτης Γ.Σ. υποβάλλονται από τουλάχιστον πέντε (5) μέλη στα οποία περιλαμβάνονται και μέλη του εδαφίου α' της παρ. 4 του παρόντος άρθρου.

12. Οι πόροι των συνεταιρισμών προέρχονται από:

α) Επιχορήγηση από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό ή το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων αποκλειστικά για συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή Διεθνείς Οργανισμούς.

β) Χρηματοδότηση από Εθνικούς Οργανισμούς, το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, Αναπτυξιακά Προγράμματα, καθώς και από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή Διεθνείς Οργανισμούς.

γ) Κληροδοτήματα, δωρεές και παραχωρήσεις της χρήσης περιουσιακών στοιχείων.

δ) Έσοδα από την άσκηση των δραστηριοτήτων των Κοι.Σ.Π.Ε.

ε) Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών τους στοιχείων.

Το κεφάλαιο των Κοι.Σ.Π.Ε. απαρτίζεται από:

α) τις συνεταιριστικές μερίδες,

β) το τακτικό αποθεματικό,

γ) το έκτακτο αποθεματικό,

δ) τα ειδικά αποθεματικά του παρόντος άρθρου και τα ειδικά αποθεματικά που τυχόν αποφασίζει η Γ.Σ..

Τακτικό αποθεματικό σχηματίζεται από την παρακράτηση τουλάχιστον του ενός εικοστού (1/20) των καθαρών κερδών χρήσης. Η συγκεκριμένη παρακράτηση δεν είναι υποχρεωτική όταν το ύψος του αποθεματικού έχει εξισωθεί με τη συνολική αξία των συνεταιριστικών μεριδών. Επιπλέον περιέρχεται στο τακτικό αποθεματικό κάθε άλλο έσοδο για το οποίο δεν υπάρχει ειδική πρόβλεψη στον παρόντα νόμο και στο καταστατικό.

Ειδικό αποθεματικό σχηματίζεται από την εισφορά νέων μελών ανάλογη προς την καθαρή περιουσία των Κοι.Σ.Π.Ε., όπως αυτή προκύπτει από τον ισολογισμό

της τελευταίας χρήσης. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει την καταβολή μικρότερης εισφοράς.

Τα μέλη που είναι Ν.Π.Δ.Α. ή μη κερδοσκοπικά Ν.Π.Ι.Δ. του ευρύτερου δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μπορεί να μην εισπράττουν τα καθαρά κέρδη χρήσης, με απόφαση του διοικούστος οργάνου τους, για το σχηματισμό ειδικού αποθεματικού. Το ποσό αυτό χρησιμοποιείται όταν το αποθεματικό είναι ανεπαρκές για την κάλυψη ζημιών των Κοι.Σ.Π.Ε. και κυρίως για την απαλλογή από έκτακτη εισφορά των συγκεκριμένων μελών που δεν εισέπραξαν τα διανεμηθέντα καθαρά κέρδη.

Οι επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό, τα Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, τα Αναπτυξιακά Προγράμματα, την Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς και τα έσοδα από χαρακτηριστή αιτία, εφόσον ο σκοπός τους δεν ορίζεται ειδικά, αποτελούν ειδικό αποθεματικό για την κάλυψη των προγραμμάτων, των εργασιών, των δαπανών και των αναγκών των Κοι.Σ.Π.Ε.. Σε περίπτωση διάλυσης των συνεταιρισμών το ειδικό αυτό αποθεματικό δεν διανέμεται εξίσου στα μέλη του, αλλά διατίθεται για παρεμφερείς σκοπούς. Εκτός από τα αποθεματικά που προβλέπονται στον παρόντα νόμο και στο καταστατικό, η Γ.Σ. μπορεί να αποφασίζει για το σχηματισμό έκτακτων και ειδικών αποθεματικών.

Μετά την αφαίρεση των αποθεματικών, το υπόλοιπο των καθαρών κερδών διανέμεται μεταξύ των μελών. Ειδικότερα, αν το καταστατικό δεν ορίζει διαφορετικά, τα μισά καθαρά κέρδη διανέμονται ανάλογα με τις συνεταιριστικές μερίδες, με την επιφύλαξη των διατάξεων του παρόντος άρθρου και του καταστατικού και τα άλλα μισά ανάλογα με την ποσοστιαία συμμετοχή τους στις εργασίες του συνεταιρισμού. Το καταστατικό καθορίζει τον τρόπο υπολογισμού της ποσοστιαίας συμμετοχής.

13. Πέραν των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου 9 του ν. 1667/1986, οι οποίες ρυθμίζουν θέμα διαχείρισης, οι Κοι.Σ.Π.Ε. υποχρεούνται να δημοσιεύσουν περιλήψη του ισολογισμού τους στον αθηναϊκό ή επαρχιακό τύπο, αναλόγως της έδρας τους.

Οι Κοι.Σ.Π.Ε. τηρούν τα εξής βιβλία:

α) βιβλίο Εσόδων-Εξόδων, που προβλέπει η φορολογική νομοθεσία,

β) ημερολόγιο, βιβλίο απογραφών κινητής και ακίνητης περιουσίας και βιβλίο επιστολών που προβλέπει η εμπορική νομοθεσία,

γ) βιβλίο πρακτικών Δ.Σ.,

δ) βιβλίο πρακτικών Ε.Σ.,

ε) βιβλίο πρακτικών Γ.Σ.,

στα οποία καταχωρούνται τα πρακτικά των αντίστοιχων οργάνων,

στ) βιβλίο μητρώου μελών Κοι.Σ.Π.Ε., στο οποίο καταχωρούνται με χρονολογική σειρά η ημερομηνία εγγραφής, τα στοιχεία ταυτότητας του μέλους, ο αριθμός των μεριδών και η αξία τους, η εισφορά νέων μελών και η χρονολογία τυχόν αποχώρησης ή διαγραφής των μελών. Τα βιβλία υπο στοιχεία (γ) έως (στ) θεωρούνται πριν από τη χρήση τους από το Ειρηνοδίκη στην περιφέρεια του οποίου εδρεύουν οι συνεταιρισμοί.

14. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. διαλύονται:

α) Αν τα μέλη τους μειωθούν κάτω των δέκα (10).

β) Όταν λήξει ο χρόνος διάρκειάς τους, όπως ορίζεται στο καταστατικό.

γ) Αν αποφασίσει η Γ.Σ..

δ) Αν κηρυχθούν σε πτώχευση, μόνο αφού αποτύχει η διαδικασία για έκτακτη εισφορά κατά τις διατάξεις του παρόντος άρθρου.

Η σχετική διαπιστωτική πράξη καταχωρείται, με μέριμνα του Δ.Σ., στο μητρώο συνεταιρισμών του Ειρη-

νοδικείου στην περιφέρεια του οποίου εδρεύουν οι Κοι.Σ.Π.Ε..

Κατά τα λοιπά, ισχύουν οι διατάξεις των παραγράφων 2 - 4 του άρθρου 10 και της παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 1667/1986.

Αν αποτυχει η διαδικασία η οποία προβλέπεται στην παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 1667/1986, οι Κοι.Σ.Π.Ε. κηρύσσονται σε πτώχευση με απόφαση του αρμόδιου Ειρηνοδίκου, ύστερα από δήλωση του Δ.Σ. των συνεταιρισμών ή αίτηση οποιουδήποτε δανειστή.

Μέσα σε τρεις (3) μήνες από την υποβολή της δήλωσης ή αίτησης για την κήρυξη σε πτώχευση των συνεταιρισμών, το Δ.Σ. είναι υποχρεωμένο να δηλώσει στο Ειρηνοδικείο αν θα καταβληθούν τα χρέη των συνεταιρισμών ή αν η διαφορά μεταξύ παθητικού και ενεργητικού μειώθηκε κάτω από το ένα τρίτο (1/3).

Μετά την πάροδο του τριμήνου, πριν από τη λήψη οποιουδήποτε άλλου μέτρου, ο Ειρηνοδίκης συγκάλει τους δανειστές για συμβιβασμό. Κατά το συμβιβασμό, στη συνέλευση των δανειστών προεδρεύει ο Ειρηνοδίκης. Ο συμβιβασμός, εφόσον επιτευχθεί, επικυρώνεται από το Ειρηνοδικείο. Μετά την επικύρωση οι συνεταιρισμοί συνεχίζουν τις εργασίες τους. Η απόφαση αυτή κοινοποιείται στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας με φροντίδα του Δ.Σ. του Κοι.Σ.Π.Ε..

Σε περίπτωση που αποτύχει ο συμβιβασμός, το Ειρηνοδικείο κηρύσσει σε πτώχευση τους συνεταιρισμούς. Από την κήρυξη τους σε πτώχευση οι συνεταιρισμοί διαλύονται.

Αρμόδιο δικαστήριο για την πτώχευση είναι το Ειρηνοδικείο της έδρας των συνεταιρισμών. Καθίκοντα εισηγητή δικαστή εκτελεί ο Ειρηνοδίκης. Σύνδικος διορίζεται αυτός που υποδεικνύει η πλειοψηφία των δανειστών, εκτός αν σπουδαίος λόγος δεν το επιτρέπει.

15. Πέντε (5) τουλάχιστον Κοι.Σ.Π.Ε. που διέπονται από αυτό το άρθρο μπορεί να συστήσουν Ένωση Κοι.Σ.Π.Ε. με σκοπό το συντονισμό και την προώθηση των δραστηριοτήτων τους. Η Γ.Σ. της Ένωσης απαρτίζεται από τους αντιπροσώπους των συνεταιρισμών-μελών. Οι αντιπρόσωποι εκλέγονται από τη Γ.Σ. κάθε Κοι.Σ.Π.Ε. σε αναλογία ένας ανά δέκα (10) μέλη. Κάθε αντιπρόσωπος έχει μία ψήφο.

Οι Ενώσεις Κοι.Σ.Π.Ε. και οι Κοι.Σ.Π.Ε. που διέπονται από αυτό το άρθρο μπορεί να συστήσουν την Πανελλήνια Ομοσπονδία Ενώσεων Κοινωνικών Συνεταιρισμών. Η Π.Ο.Ε.Κοι.Σ.Π.Ε. έχει ως σκοπό τη γενικότερη εκπροσώπηση και το συντονισμό των δραστηριοτήτων της κοινωνικο-οικονομικής ενσωμάτωσης, της επαγγελματικής ένταξης ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Κάθε Ένωση Κοι.Σ.Π.Ε. και κάθε Κοι.Σ.Π.Ε. συμμετέχει στη Γ.Σ. της Πανελληνιας Ομοσπονδίας Κοι.Σ.Π.Ε. με δύο (2) αντιπροσώπους. Κάθε αντιπρόσωπος διαθέτει μία ψήφο. Οι αντιπρόσωποι εκλέγονται από τη Γ.Σ. της Ένωσης Κοι.Σ.Π.Ε. ή των Κοι.Σ.Π.Ε.. Στις Ενώσεις Κοι.Σ.Π.Ε. και στην Πανελλήνια Ομοσπονδία Κοι.Σ.Π.Ε. εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις του παρόντος άρθρου.

16. Το Δ.Σ. μπορεί να προσλάβει εργαζομένους που δεν είναι μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε.. Οι εργαζόμενοι που δεν είναι μέλη των συνεταιρισμών μπορεί να παρίστανται στη Γ.Σ. και να εκφέρουν τη γνώμη τους χωρίς δικαίωμα ψήφου, εφόσον προβλέπεται στο καταστατικό.

17. Το Δημόσιο, οι Δημόσιοι Οργανισμοί, οι Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού και τα νομικά τους πρόσωπα προμηθεύονται αγαθά και δέχονται υπηρεσίες από τους Κοι.Σ.Π.Ε.. Η προμήθεια αγαθών και η παροχή υπηρεσιών της παραγράφου αυτής απαλλάσσεται από κάθε κράτηση υπέρ τρίτου.

Το Δημόσιο, οι Δημόσιοι Οργανισμοί, οι Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού και τα νομικά τους πρόσωπα επιτρέπεται να παραχωρούν κατά χρήση στους Κοι.Σ.Π.Ε. πράγματα κινητά ή ακίνητα και κάθε μορφής εγκαταστάσεις. Ειδικότερα, το ίδιο ισχύει για νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν.1397/1983, τα Πανεπιστημικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και λοιπές Μ.Ψ.Υ. που λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.. Παραχώρηση κατά χρήση πραγμάτων κινητών ή ακινήτων και κάθε μορφής εγκαταστάσεων, που έχει πραγματοποιηθεί μέχρι τη θέση σε ισχύ του παρόντος σε άτυπες συνεταιριστικές δραστηριότητες ή σε μονάδες επανένταξης ή αποκατάστασης που δημιουργήθηκαν με τον Καν. 815/1984, διατηρούνται μέχρι τη σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε.. Μετά τη σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε. επιτρέπεται η κατά παραχώρηση χρήση.

Τα καταστατικά ή τροποποιήσεις των καταστατικών των Κοι.Σ.Π.Ε., πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων, δεν υπόκεινται στο τέλος χαρτοσήμου ή άλλη επιβάρυνση υπέρ του Δημοσίου. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. απαλλάσσονται από κάθε φόρο άμεσο, έμμεσο ή υπέρ τρίτων εκτός του φόρου Προσπόμενης Αξίας όπου εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν.1642/1986 όπως ισχύει.

18. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. διέπονται από τις διατάξεις του παρόντος και συμπληρωματικά από τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα, από το νόμο για τους αστικούς συνεταιρισμούς και από κανόνες δικαίου που ρυθμίζουν ημυχιστικά θέματα.

19. Στο ν. 1892/1990, όπως κάθε φορά ισχύει, υπόγονται και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται το ίδιο κεφάλαιο συμμετοχής, το ποσοστό επιχορήγησης και επιδότησης των Κοι.Σ.Π.Ε., οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια, οι όροι, ο τρόπος και η διαδικασία καταβολής, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του ν. 1892/1990, όπως κάθε φορά ισχύει, και ως προς τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

Άρθρο 13

Πόροι των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται μέσα σε τρεις (3) μήνες από της δημοσίευσής του παρόντος, καθορίζεται ειδικό νοσήλιο, για τις μονάδες και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τις υπηρεσίες νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον και τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής, των άρθρων 6, 7, 8, 9, 10 και 11.

2. Με την αυτή ή όμοια απόφαση καθορίζεται το ποσοστό του ειδικού νοσηλίου το οποίο αποδίδεται στη Φιλοξενούσα Οικογένεια και στον ασθενή του Προστατευμένου Διαμερίσματος.

3. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας παρέχεται οικονομική ενίσχυση στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας για τα ανασφάλιστα, οικονομικά αδύνατα άτομα με ψυχικές διαταραχές, που βαρύνει τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

4. Οι δαπάνες λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου

νοσοκομείου, στον οποίο εγγράφονται κάθε χρόνο αντιστοιχικές πιστώσεις σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό.

5. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας δικαιούνται του ειδικού νοσηλίου της παρ. 1 του παρόντος και των πόρων της παρ. α' του άρθρου 28 του ν. 2519/1997 για την παροχή των υπηρεσιών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές.

6. Στο άρθρο 28 του ν. 2519/1997 το τελευταίο εδάφιο της παρ. δ' αριθμείται ως παρ. ε' και οι λοιπές παράγραφοι αναριθμούνται αναλόγως.

7. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγιεινής και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες, καθώς και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, μπορούν να επιχορηγούνται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την ανάπτυξη ερευνών και μελετών του Τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις και κάθε λεπτομέρεια που αφορά την εφαρμογή της παραγράφου αυτής.

Άρθρο 14

Κίνητρα επανένταξης

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός οκταμήνου από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις έγκρισης οργανωμένων προγραμμάτων αποκατάστασης, στα οποία προβλέπεται και χορήγηση χρηματικού ποσού σε βάρος του προϋπολογισμού του προγράμματος είτε ως θεραπευτικού κινήτρου για άτομα με ψυχικές διαταραχές που έχουν μακρά παραμονή για νοσηλεία σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας είτε ως κινήτρου επανένταξης για άτομα που διαμένουν στην κοινότητα.

Άρθρο 15

Μετακίνηση του προσωπικού των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται μετά από εισήγηση της Τ.Ε.Ψ.Υ., το προσωπικό των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που υπάγονται στον Τομέα Ψυχικής Υγείας μπορεί να απασχολείται εκ περιτροπής σε οποιαδήποτε Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα, με πλήρη ή μερική απασχόληση εντός του κανονικού ωραρίου εργασίας του ή και για την πραγματοποίηση εφημεριών κατ' εξαίρεση των διατάξεων του Υπαλληλικού Κώδικα και των διατάξεων του άρθρου 75 του ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/τ.Α'/15.7.1992) και του άρθρου 25 του ν. 2519/1997 για την εξυπηρέτηση των αναγκών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. του ευρύτερου δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα των Τομέων Ψυχικής Υγείας.

2. Με όμοια απόφαση το προσωπικό των Μονάδων Ψυχικής Υγείας κάθε τομέα μπορεί να απασχολείται κατά τα οριζόμενα στην παρ.1 του παρόντος άρθρου στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας όμορου ή μη Τομέα Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 2 εδάφια γ', δ' του παρόντος νόμου. Η απασχόλησή του αυτή δεν μπορεί να υπερβαίνει συνολικά τους τρεις (3) μήνες κατ' έτος.

Άρθρο 16

Ακούσια νοσηλεία

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι ιδιωτικές κλινικές, προκειμένου να δέχονται ασθενείς με ψυχικές διαταραχές για ακούσια νοσηλεία και ορίζεται ο τρόπος διασύνδεσης αυτών των ιδιωτικών κλινικών με την Ειδική Επιτροπή προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και η παρακολούθηση των ασθενών από τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

Άρθρο 17

Μεταδοτικές διατάξεις

1. Τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που ανέπτυξαν μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης για άτομα με ψυχικές διαταραχές ή και άλλες ειδικές ανάγκες, σύμφωνα με τον Κανονισμό (Ε.Ο.Κ.) 815/1984, οι οποίες εξακολουθούν να λειτουργούν με κρατική επιχορήγηση, υποχρεούνται εντός δύο (2) μηνών από τη δημοσίευση του νόμου να δηλώσουν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας αν θα συνεχίσουν τουλάχιστον επί διετία ή όχι την παροχή των ανωτέρω υπηρεσιών στον Τομέα Ψυχικής Υγείας.

Εφόσον δηλώσουν ότι επιθυμούν τη συνέχιση, υποχρεούνται κατά τις προϋποθέσεις των παραγράφων 4 και 6 του άρθρου 11 να προσαρμοστούν στις διατάξεις του παρόντος νόμου και να λάβουν την άδεια λειτουργίας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, οι μονάδες μεταφέρονται σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν.1397/1983 ή των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων σε περίπτωση μη υποβολής της δήλωσης, δήλωσης περί μη συνέχισης λειτουργίας ή μη προσαρμογής στις διατάξεις του παρόντος νόμου κατά τα ανωτέρω. Η διάταξη αυτή δεν αφορά το προσωπικό.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας του Κοινωνικού Ιδρύματος του ν.δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125 Α/2.6.1970) με την επωνυμία Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής εντάσσονται στις λειτουργίες του Τομέα Ψυχικής Υγείας της περιοχής τους.

Σε Τομείς Ψυχικής Υγείας στους οποίους λειτουργούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου δίνονται, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου, που εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, να καταργούνται οι αντίστοιχες μονάδες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Το προσωπικό των Μονάδων που καταργούνται και που υπηρετεί με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου οριστού χρόνου τοποθετείται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομικών και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης σε νοσοκομεία ή Μονάδες Ψυχικής Υγείας αυτών στον αντίστοιχο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) μετά από αιτήσή του και ύστερα από κρίση του υπηρεσιακού συμβουλίου και εφόσον συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα καταλαμβάνει κενές οργανικές θέσεις με την ίδια σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου οριστού χρόνου. Σε περίπτωση έλλειψης κενών οργανικών θέσεων καταλαμβάνει προσωποπαγείς θέσεις οι οποίες καταρ-

γούνται με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση των υπαλλήλων από την υπηρεσία.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Δίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι διαδικασίες και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής της παραγράφου αυτής, καθώς και η αποκλειστική προέσβαση για την υποβολή της σχετικής αίτησης.

3. Οι προβλεπόμενες υπουργικές και κοινές υπουργικές αποφάσεις μπορούν να τροποποιούνται μετά την πρώτη έκδοσή τους με όμοιες αποφάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 18

1. Οι διατάξεις της παρ. 8 του άρθρου 26 του ν. 2519/1997 έχουν εφαρμογή και για τους γιατρούς κλάδου Ε.Σ.Υ. που έχουν συμπληρώσει συνεχή υπηρεσία πέντε (5) ετών σε θέσεις επιμελητών Γ'.

2. Στην παράγραφο 3 του άρθρου 26 του ν. 2166/1993 (ΦΕΚ 137 Α') προστίθεται δεύτερο εδάφιο, που έχει ως ακολούθως:

«Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου και σε περίπτωση κωλύματός του το, από το Διοικητικό Συμβούλιο, οριζόμενο μέλος του, των ανωνύμων εταιρειών στις οποίες παρασχέθηκε η εν λόγω άδεια ίδρυσης, έχει το δικαίωμα να μετέχει με δικαίωμα ψήφου και ανεξάρτητα από το εάν έχει ή όχι την ιδιότητα του φαρμακοποιού, στις τακτικές και έκτακτες γενικές συνελεύσεις του Πανελληνίου Συλλόγου Φαρμακοποθηκάρων ως ισότιμο μέλος αυτού και δικαιούται να εκλέγεται και να εκλέγεται ως τακτικό και αναπληρωματικό μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου και του Πειθαρχικού Συμβουλίου τούτου, υπό τους λοιπούς όρους και προϋποθέσεις, που ορίζουν οι διατάξεις των παρ. 2, 3 και 4 του άρθρου 11, του π.δ. 613/1977 (ΦΕΚ 199 Α'). Τα ανωτέρω ισχύουν και για τον οριζόμενο κατά νόμο ως εκπρόσωπο των εταιρειών περιορισμένης ευθύνης, στις οποίες παρασχέθηκε η εν λόγω άδεια ίδρυσης.

Άρθρο 19

Η παρ. 2 του άρθρου 7 του ν. 1729/1987 (ΦΕΚ 144 Α'), η οποία αντικαταστάθηκε με το άρθρο 12 του ν. 2161/1993 (ΦΕΚ 19 Α'), αντικαθίσταται ως εξής:

«2. Η χορήγηση ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης και των ανταγωνιστικών ουσιών που αδρανικοποιούν τους υποδοχείς των οπιοειδών, απαγορεύεται. Κατ' εξαίρεση η χορήγηση των ουσιών αυτών επιτρέπεται από:

α. Ειδικές προς τούτο δημόσιες μονάδες στις οποίες χορηγείται η σχετική άδεια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Ο.Κ.Α.ΝΑ..

β. Τον Ο.Κ.Α.ΝΑ. μετά από σχετική άδεια που χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Στις ανωτέρω αποφάσεις καθορίζονται ειδικώς οι ουσίες των οποίων επιτρέπεται η χορήγηση και οι όροι κάτω από τους οποίους θα χορηγούνται. Όποιος χορηγεί ουσίες για υποκατάσταση της εξάρτησης ή ανταγωνιστικές ουσίες κατά παράβαση αυτής της διάταξης τιμωρείται σύμφωνα με το άρθρο 10 του ν. 2161/1993. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να καθορίζονται γενικοί όροι, προϋποθέσεις και άλλες λεπτομέρειες εφαρμογής προγραμμάτων υποκατάστασης και χορήγησης ανταγωνιστικών ουσιών.

Άρθρο 20

1. Το προσωπικό της παρ. 3 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α') με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου του Π.Ι.Κ.Π.Α., του Ε.Ο.Π. και του Κ.Β. «Η ΜΗΤΕΡΑ», που επιλέγεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας να ενταχθεί στο νέο φορέα «Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας» και μετά από δήλωσή του εντάσσεται σε μόνιμες θέσεις δημοσίου δικαίου, κατατάσσεται σε βαθμό και μισθολογικά κλιμάκια ανάλογα με το χρόνο υπηρεσίας που έχει διανυθεί στο νομικό πρόσωπο από το οποίο προέρχεται, με τα τυπικά προσόντα του κλάδου στον οποίο κατατάσσεται. Ο χρόνος που τυχόν πλεονάζει στο βαθμό κατάταξης του υπαλλήλου θεωρείται ότι έχει διανυθεί στο βαθμό αυτόν, για την προαγωγή στον επόμενο βαθμό και την επιλογή του ως Προϊσταμένου οργανικής μονάδας. Ο συνολικός χρόνος υπηρεσίας, που έχει διανυθεί στο νομικό πρόσωπο από το οποίο προέρχεται ο υπάλληλος, θεωρείται ως πραγματική υπηρεσία για θέματα υπηρεσιακής του κατάστασης.

2. Η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου έχει εφαρμογή και στους υπαλλήλους με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου της παρ. 5 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α') των καταργούμενων νομικών προσώπων Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π. και Κ.Β. «Η ΜΗΤΕΡΑ» που μετά τη συγχώνευσή τους στο νέο φορέα «Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας» μετατάσσονται σε εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Ν.Π.Δ.Δ. ή σε υπηρεσίες της Περιφέρειας, της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και της Οργανισμής Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' βαθμού και εντάσσονται, μετά από δήλωσή τους, σε μόνιμες θέσεις δημοσίου δικαίου. Οι διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α'), καθώς και η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου, έχουν εφαρμογή και στο προσωπικό των εξοχών του Π.Ι.Κ.Π.Α., των βρεφικών - παιδικών σταθμών, βρεφονηπιοκομιών και νηπιαγωγείων του Π.Ι.Κ.Π.Α., του Κ.Β. «Η ΜΗΤΕΡΑ» και αντίστοιχων προγραμμάτων βρεφονηπιακής φροντίδας, που λειτουργούν στο πλαίσιο άλλων δραστηριοτήτων του Ε.Ο.Π., των ταπητουργείων, κλιμοποιείων, εργαστηρίων και γενικά των υπηρεσιών ομοιοτεχνίας του Ε.Ο.Π., των Ιατροκοινωνικών Κέντρων και της Παιδικής Πολυκλινικής του Π.Ι.Κ.Π.Α. ως και του προσωπικού των Βρεφονηπιακών Σταθμών Αθηνών (Ι.Β.Σ.Α.), Θεσσαλονίκης (Ι.Β.Σ.Θ.) και Λάρισας (Ι.Β.Σ.Λ.), του Κοινωνικού Κέντρου Οικογένειας και Νεότητας (Κ.Κ.Ο.Ν.) και των κατασκήνωσεων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που μεταφέρεται και μετατάσσεται στις υπηρεσίες πρόνοιας των οικείων οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού, στις υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ., σε Δημοτικά Νομικά Πρόσωπα των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α' βαθμού και σε Ν.Π.Δ.Δ. εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 21

Τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που συστάθηκαν α) με το από 7 Φεβρουαρίου 1925 προεδρικό διάταγμα (ΦΕΚ 33 Α'/1925) «Νοσοκομείο Φυματιώντων νομού Ηρακλείου», περιοχής Μονής Ιερουσαλήμ Μαλεβιζίου, β) με το π.δ. 608/1985 (ΦΕΚ 221 Α'/1985) «Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Παιδιών Ηρακλείου Κρήτης», καταργούνται ως αυτοτελή νομικά πρόσωπα και συγχωνεύονται σε ένα Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία «Κέντρο Προστασίας και Αποκατάστασης Παιδιών - Ενηλίκων Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες Ηρακλείου Κρήτης», το οποίο υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας

και Πρόνοιας με έδρα το Λουτράκι Μαλεβιζίου Ηρακλείου.

Η κινητή και ακίνητη περιουσία των συνγγυνησόμενων Ν.Π.Δ.Δ. μεταφέρεται στο νέο Ν.Π.Δ.Δ., το οποίο υποκαθίσταται αυτοδικαίως σε όλα τα δικαιώματα και υποχρεώσεις τους.

Το Κέντρο διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο διορίζεται με ισόριθμο αναπληρωματικά μέλη, για τρία χρόνια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αποτελείται από:

α. έναν εκπρόσωπο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας,

β. έναν αιρετό εκπρόσωπο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης της έδρας του Κέντρου,

γ. έναν εκπρόσωπο της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Κρήτης,

δ. τέσσερα πρόσωπα με επιστημονικό κύρος ή εξειδίκευση ή εμπειρία στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομικών, καθορίζεται ο σκοπός, ο τρόπος οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας αυτού.

Άρθρο 22

Η παρ. 3 του άρθρου 18 του ν. 2072/1992 (ΦΕΚ 125 Α') αντικαθίσταται ως ακολούθως:

3. Άτομα με ειδικές ανάγκες με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%, που επιδοτούνται με προνοιακό ή άλλο επίδομα, διατηρούν το επίδομά τους αυτό και όταν υποβάλλονται σε φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, απασχολοθεραπεία, λογοθεραπεία, ημερήσια φύλαξη και ψυχολογική στήριξη.

Άρθρο 23

Στο άρθρο 7 του ν. 2646/1998 προστίθεται παράγραφος 9, ως ακολούθως:

9. Οι προϋπολογισμοί των καταργούμενων φορέων Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π., Κ.Β. "ΜΗΤΕΡΑ", αποτελούν προϋπολογισμό του Ε.Ο.Κ.Φ. από το οικονομικό έτος 1999 και μέχρι την υλοποίησή των διατάξεων της προηγούμενης παραγράφου.

Για την πληρωμή των πάσης φύσεως δαπανών των εγγεγραμμένων πιστώσεων στους προϋπολογισμούς των καταργούμενων φορέων Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π., Κ.Β. "ΜΗΤΕΡΑ", επιχορηγείται ο Ε.Ο.Κ.Φ. Η εκκαθάριση των δαπανών γίνεται σύμφωνα με τις επί μέρους διατάξεις που διέπουν τους ως άνω φορείς.

Πληρωμές που έχουν γίνει στους επί μέρους φορείς μέχρι της δημοσίευσής του παρόντος νόμου θεωρούνται νόμιμες.

Άρθρο 24

1. Η παρ. 1 του άρθρου 1 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

1. Άδεια ίδρυσης φαρμακείου χορηγείται μετά γνώμη του οικείου φαρμακευτικού συλλόγου με απόφαση του αρμόδιου νομόρχη: α) Για δήμο ή κοινότητα της χώρας στον οποίο δεν επήλθε μεταβολή με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α') και β) για συγκεκριμένο δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα δήμου ή κοινότητας που συνεστήθη με τις διατάξεις του ίδιου ως άνω άρθρου.

Οι διατάξεις του άρθρου 2 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α') εφαρμόζονται ανάλογα και στις περιπτώσεις των καταργηθέντων δήμων και κοινοτήτων, όπου δε σε

αυτές αναφέρεται ο όρος δήμος ή κοινότητα, νοείται το οικείο δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα στο οποίο αντιστοιχεί ο καταργηθείς με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α') Ο.Τ.Α.. Όπου στις διατάξεις των άρθρων 3 και 6 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α') αναφέρεται ο όρος 'δήμο ή κοινότητα' αυτός συμπληρώνεται ως εξής: 'δήμο ή κοινότητα ή κοινοτικό διαμέρισμα, των δήμων και κοινοτήτων που συστάθηκαν με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α').'

Η παρ. 1 του άρθρου 14 του ν. 5607/1932 (ΦΕΚ 300 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

1. Η μεταφορά φαρμακείων επιτρέπεται μόνο:

α) εντός των ορίων των δήμων και κοινοτήτων στους οποίους δεν επήλθε μεταβολή με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α') και β) εντός των ορίων των εδαφικών περιφερειών των δημοτικών ή κοινοτικών διαμερισμάτων των δήμων και κοινοτήτων που συνεστήθησαν με τις διατάξεις του ίδιου ως άνω άρθρου.

Οι διατάξεις της παρούσας παραγράφου ισχύουν από 1.1.1999.

2. Η προκήρυξη για την πρόσληψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων, παρσκευαστών, ραδιολογίας - ακτινολογίας και χειριστών - εμφανιστών σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας και το Ε.Κ.Α.Β. γίνεται μέσα στο ίδιο έτος κατά το οποίο η θέση κενώθηκε, για οποιοδήποτε λόγο, πλην της μετάταξης, με απόφαση του Δ.Σ. του Ν.Π.Δ.Δ. μετά από έγκριση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας χωρίς να απαιτείται Πρόξη Υπουργικού Συμβουλίου (Π.Υ.Σ.). Η πρόσληψη του ιατρικού προσωπικού γίνεται με βάση το ν. 1397/1993, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει. Η πρόσληψη του λοιπού προσωπικού διενεργείται σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 18 του ν. 2190/1994, όπως τροποποιήθηκε μεταγενέστερα. Η επιλογή και κατάρτιση του πίνακα επιλογής και κατάταξης των υποψηφίων γίνεται από τριμελή επιτροπή που συγκροτεί ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας, στην οποία υπάγεται το νοσοκομείο και αποτελείται από δύο τακτικούς υπαλλήλους της Διεύθυνσης Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης της Περιφέρειας και έναν τακτικό υπάλληλο του νοσοκομείου.

Η σχετική προκήρυξη δημοσιεύεται ολόκληρη στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (Τεύχος Προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.) και περιληψή της σε δύο (2) τουλάχιστον ημερήσιες εφημερίδες Αθηνών. Η προκήρυξη αποστέλλεται πριν τη δημοσίευσή της στο Α.Σ.Ε.Π. το οποίο οφείλει να την ελέγξει από άποψη νομιμότητας εντός δέκα (10) ημερών. Αν παρέλθει άπρακτη η προθεσμία των δέκα (10) ημερών τεκμαίρεται η συμφωνη γνώμη του Α.Σ.Ε.Π.. Οι σχετικοί πίνακες κατάταξης των υποψηφίων αποστέλλονται στο Α.Σ.Ε.Π. το οποίο ασκεί έλεγχο αυτεπαγγέλτως ή κατ' ένοταση υποψηφίων. Μετά τον έλεγχο η επιτροπή του οικείου φορέα καταρτίζει τους οριστικούς πίνακες κατάταξης, καθώς και τους πίνακες διοριστών, τους οποίους αποστέλλει για δημοσίευση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (τεύχος προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.). Η πρόσληψη του προσωπικού γίνεται αμέσως μετά την κατάρτιση των πινάκων κατάταξης των υποψηφίων και πριν το αυτεπάγγελτο ή κατ' ένοταση έλεγχο του Α.Σ.Ε.Π.. Μετά τη δημοσίευση των οριστικών πινάκων διοριστών οι τυχόν ήδη προσληφθέντες που δεν περιλαμβάνονται σε αυτούς απολυθούνται. Οι απολυόμενοι λαμβάνουν αποδοχές που προβλέπονται για την απασχόλησή τους έως την ημέρα της απόλυσης, χωρίς οποιαδήποτε αποζημίωση από την αιτία αυτή.

3. Το πρώτο εδάφιο της παρ. 6 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α/21.8.1997) "Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις" αντικαθίσταται ως εξής:

Για την κατάληψη θέσης γιατρού δημόσιας υγείας απαιτείται, στο βαθμό Β ηλικία μέχρι 40 ετών και κατοχή τίτλου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού τίτλου ή πενταετής τουλάχιστον αποδεδειγμένη εμπειρία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος, στο βαθμό Α, που προκηρύσσεται, ηλικία μέχρι 45 ετών και πενταετής κατοχή του τίτλου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού τίτλου ή ε-πταετής προϋπηρεσία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος και στο βαθμό Διευθυντή, που προκηρύσσεται, ηλικία μέχρι 50 ετών και οκταετής κατοχή του τίτλου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού τίτλου ή δεκαετής τουλάχιστον προϋπηρεσία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος.

4. Στις ειδικές Επιτροπές της παραγράφου 12 του άρθρου 37 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α') που εκδικάζουν ενστάσεις για ιατρικές θέσεις στις οποίες δικαιούνται να διορισθούν γιατροί περισσότερων της μιας ειδικότητας ως μέλη των Επιτροπών και εισηγητές, μετέχουν γιατροί όλων αυτών των ειδικοτήτων που προτείνονται αντιστοίχως από τους φορείς των περιπτώσεων β, γ, δ. Ο Πανελληνιος Ιατρικός Σύλλογος με την πρότασή του ορίζει το μέλος της επιτροπής που προεδρεύει.

5. Πιστοποιητικό εξειδίκευσης στη Λοιμωξιολογία μπορεί επίσης να λάβουν με τις προϋποθέσεις, τα δικαιολογητικά και τη διαδικασία του άρθρου 4 του π.δ. 386/1995 "Καθορισμός της εξειδίκευσης στη Λοιμωξιολογία και της εξειδίκευσης στη Μικροβιολογία" (ΦΕΚ 216 Α/25.10.1995), ιατροί εφόσον μετά την κτήση του τίτλου της ειδικότητας Παθολογίας ή Παιδιατρικής έχουν μετεκπαιδευθεί στο εξωτερικό για δύο (2) τουλάχιστον χρόνια στο αντικείμενο των λοιμώξεων σε Κέντρα Λοιμώξεων (Κρατικών ή Πανεπιστημιακών Κλινικών) τα οποία, κατά την κρίση της Επιτροπής της παρ. 1 III του άρθρου 3 του προαναφερόμενου 386/1995 προεδρικού διατάγματος, είναι κατάλληλα για εξειδίκευση γιατρών στη Λοιμωξιολογία.

Η υποβολή της σχετικής αίτησης γίνεται μέσα σε τρία (3) χρόνια από την περάτωση της εξειδίκευσής τους.

Σε κάθε περίπτωση η παραπάνω Επιτροπή προκειμένου να διαμορφώσει γνώμη για τη χορήγηση ή μη πιστοποιητικού Λοιμωξιολογίας μπορεί και να καλέσει τον αιτούντα σε προφορική συνέντευξη.

6. Ιατροί που κατέχουν με τη δημοσίευσή του παρόντος θέσεις Δ.Ε.Π. σε Τμήματα Πανεπιστημίων τα οποία είναι αναγνωρισμένα να παρέχουν άσκηση στην ειδικότητα της Ιατροδικαστικής, μπορούν να αναγνωρισούν το χρόνο της προϋπηρεσίας τους ως χρόνο άσκησης στην ειδικότητα της Ιατροδικαστικής, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ..

Η απόκτηση της ειδικότητας γίνεται κατόπιν εξετάσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

7. Στο Υπηρεσιακό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όταν κρίνει επί θεμάτων που αφορούν σε υπαλλήλους των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., ως αρετά μέλη κατά το εδάφιο (β) της παραγράφου 2 του άρθρου 160 του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α') συμμετέχουν εκπρόσωποι των εργαζομένων των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. με βαθμό τουλάχιστον Α', που προτείνονται από την ΠΟΕΔΗΝ. Μέχρι τον ορισμό εκπροσώπων από την

ΠΟΕΔΗΝ, το υπάρχον Υπηρεσιακό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας εξακολουθεί να κρίνει επί θεμάτων που αφορούν στους υπαλλήλους των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.. Η ισχύς της παραγράφου αυτής αρχίζει από την ημερομηνία ισχύος του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α').

8. Το πρώτο εδάφιο της τελευταίας παραγράφου του άρθρου 40 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

"Χρέη Διευθυντή Φαρμακείου εκτελούν, μέχρι την προκήρυξη και πλήρωση των θέσεων κλάδου Φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., οι ήδη υπηρετούντες προϊστάμενοι τμημάτων."

9. Οι έχοντες προσληφθεί και όσοι θα προσληφθούν σε θέσεις του κλάδου ΠΕ Φαρμακοποιών στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., μετά την ισχύ του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α'/21.8.97) κατατάσσονται σε ανιστάμενες προσωρινές θέσεις κλάδου Νοσοκομειακών Φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 40 του αναφερόμενου νόμου, μέχρι την έκδοση του προεδρικού διατάγματος που προβλέπεται στη διάταξη του άρθρου 44 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α'/21.8.1997).

10. Η παρ. 1 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α/20.10.1998) μετά τις λέξεις "περιφερειακών ιατρικών", συμπληρώνεται ως εξής:

"Η διάταξη της παρ. 1 του άρθρου 54 του ν. 1759/1988, όπως τροποποιήθηκε από τη διάταξη της παρ. 1 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 εφαρμόζεται για τα κέντρα υγείας νησιών στα οποία δεν λειτουργούν νοσοκομεία."

Άρθρο 25

1. Στο πρώτο εδάφιο της παρ. 7 του άρθρου 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α') μετά τη λέξη "Νοσοκομείων" προστίθεται η φράση "Κέντρων Υγείας, Κέντρων Ψυχικής Υγείας".

2. Στην περίπτωση α' της παρ. 7 του άρθρου 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α'), μετά τη λέξη "Εργαστηρίων", προστίθεται η φράση "των κλάδων ΤΕ Φυσιοκοθεραπειών και ΔΕ Βοηθών Φαρμακείου".

3. Στο άρθρο 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α'), προστίθεται παρ. 13 που έχει ως εξής:

"13. Επίδομα τριτοβάθμιας του προσωπικού (πλην Ιατρικού) των Κέντρων Ψυχικής Υγείας".

4. Στην περίπτωση γ' της παρ. 1 του άρθρου 10 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α') μετά τη λέξη "Νοσοκομείων", προστίθεται η φράση "Κέντρων Υγείας".

5. Για τις εφημερίες που έχουν πραγματοποιήσει οι γιατροί σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2606/1998 και της 2032993/342/0022/20.5.98 ερμηνευτικής εγκυκλίου, μέσα στην αναλογία του 1/3, 1/5, της Α' Ζώνης και 1/2 της Β' και Γ' Ζώνης επί του συνόλου αντίστοιχα, από 1.1.1998 μέχρι την έκδοση των κανονιστικών αποφάσεων για κάθε Νοσοκομείο, θα καταβληθούν τα αναλογούντα σε αυτούς ποσά που θα καθοριστούν με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Ποσά τα οποία μετά την εκκαθάριση των τακτικών αποδοχών και των εφημεριών μέχρι 31.12.1998 πρέπει να επιστραφούν από γιατρούς δεν είναι απαιτητά, εφόσον δεν έχουν εισπραχθεί καθ' υπέρβαση ορίων που προβλέπονται από το άρθρο 7 παρ. 8 του ν. 2606/1998 και του άρθρου 104 του Συντάγματος.

6. Διατηρείται από της ισχύος του ν. 2470/1997 το επίδομα ετοιμότητας της παρ. 2, εδ. α' του άρθρου 3 του ν. 828/1978, που διατηρήθηκε με το άρθρο 12 παρ. 1 του ν. 1643/1986, και επίσης με το άρθρο 20 παρ. 1 του ν. 1963/1991 και καταβάλλεται σε όλους τους αγροτικούς γιατρούς (υπόχρεους με παράταση, με θη-

τεια, μόνιμους), που υπηρετούν σε περιφερειακά Ιατρεία, Κέντρα Υγείας και στους αγροτικούς γιατρούς που υπηρετούν με οποιονδήποτε τρόπο σε Νοσοκομεία, λόγω ειδικών συνθηκών άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Επίσης διατηρούνται οι πρόσθετες αποδοχές των εδαφίων α' και γ' της παρ. 2 της Α3α/οικ. 15230/89 (ΦΕΚ 732 Β/2.10.1989) κοινής υπουργικής απόφασης των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, όπως κυρώθηκε με το ν. 1881/1990 (ΦΕΚ 42 Α/23.3.1990) και διατηρήθηκε με το άρθρο 20 παρ. 2 του ν. 1963/1991 και καταβάλλονται στους γιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου για όσο χρονικό διάστημα αυτοί υπηρετούν σε περιφερειακά Ιατρεία που έχουν χαρακτηριστεί ως άγωνα με τις Α3α/οικ.15230/89 (ΦΕΚ 732 /τ. Β/2.10.89), Α/ οικ.62876 /19.12.91/ΦΕΚ 771 τ.Β'/31.12.92 και ΔΥ1α/33202/2.9.93/ ΦΕΚ 703/τ.Β/10.9.93 κοινές υπουργικές αποφάσεις των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Τα ανωτέρω δεν ισχύουν: α) για τους οπλίτες γιατρούς υπόχρεους υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968 που διατίθενται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και β) για τους γιατρούς του κλάδου Ε.Σ.Υ..

7. Συμβάσεις εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου προσωπικού, που έχει προσληφθεί στο Ψ.Ν.Α. για το πρόγραμμα Απεξάρτησης από τα Ναρκωτικά σύμφωνα: α) με την αριθμ. 334/11.9.1995 Π.Υ.Σ., όπως τροποποιήθηκε με την αριθμ. 413/2.11.1995 Π.Υ.Σ., β) με την αριθμ. 124/20.5.1997 Π.Υ.Σ., όπως τροποποιήθηκε με την αριθμ. 200/28.7.1997 Π.Υ.Σ. και έληξαν, παρατείνοντας έως τη δημοσίευση του παρόντος νόμου κατά παρέκκλιση των διατάξεων που καθορίζουν την ανώτατη διάρκεια της σύμβασης και η σχέση μετατρέπεται αυτοδικαία σε σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου.

Το προσωπικό αυτό κατατάσσεται σε θέσεις ειδικότητας αντίστοιχης των τυπικών προσόντων ή ειδικότητας που καθορίζεται με την πράξη κατάταξης σε θέσεις που συνιστώνται αυτοδικαίως με την ίδια πράξη. Οι συνιστώμενες θέσεις είναι προσωποπαγείς και καταργούνται με την έναρξη ται προσωπικού αυτού σε θέσεις που θα συσταθούν με τον οργανισμό του Ψ.Ν.Α..

8. Γιατροί ή οδοντίατροι που έχουν ενταχθεί σύμφωνα με τη διάταξη της παραγράφου 11 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997 και υπηρετούν κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου σε θέσεις του κλάδου γιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, επανεξετάζονται, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, μετά από κρίση από το Συμβούλιο της παραγράφου 4 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997, στον κλάδο που υπηρετούν και σε βαθμό αναλογως με τα χρόνια συνολικής προϋπηρεσίας τους, όπως αυτά αναφέρονται στην παράγραφο 11 του άρθρου 6 του ανωτέρω νόμου.

Ο χρόνος προϋπηρεσίας που διανύθηκε μετά την απόκτηση των τυπικών προσόντων της παρ. 2 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997, προκειμένου για τους γιατρούς που θα επανεξεταθούν στο βαθμό Α', θεωρείται ως πλεονάζων χρόνος παραμονής στο βαθμό που θα επανεξεταθούν και προσμετράται στο χρόνο που απαιτείται για την προαγωγή τους στον επόμενο βαθμό.

Άρθρο 26

1. Οι παράγραφοι 1 και 2 του άρθρου 5 του ν. 1316/1983 (ΦΕΚ 3 Α'), όπως αντικαταστάθηκαν με το άρθρο 2 του ν. 1965/1991 (ΦΕΚ 146 Α'), αντικαθίστανται ως ακολούθως:

"1. Ο Ε.Ο.Φ. διοικείται από θμελής Διοικητικό Συμβούλιο που αποτελείται από τον πρόεδρο, τον αντιπρόεδρο και επτά (7) μέλη. Ως μέλη του Δ.Σ. ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας φαρμακοποιοί, γιατροί, οδοντίατροι, κτηνίατροι, χημικοί, οικονομολόγοι και ειδικοί στην πληροφορική, με ειδικές γνώσεις και εμπειρία στο αντικείμενο του Ε.Ο.Φ., ένας Διευθυντής Ελεγκτικού Συνεδρίου και ένας πρόεδρος Νομικού Συμβουλίου του Κράτους.

2. Ως πρόεδρος και αντιπρόεδρος του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. ορίζονται με απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου, μετά από πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, πρόσωπα που έχουν γνώση οργάνωσης και διοίκησης. Ο πρόεδρος και αντιπρόεδρος έχουν πλήρη και αποκλειστική απασχόληση.

Με την απόφαση διορισμού του προέδρου και αντιπρόεδρου του Ε.Ο.Φ. καθορίζονται και οι αμοιβές τους."

2. Η παρ. 3 του άρθρου 2 του ν. 1965/1991, που προστέθηκε με το άρθρο 36 του ν. 2161/1993 (ΦΕΚ 119 Α'), καταργείται.

3. Η θητεία των μελών του υφιστάμενου κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. λήγει από το διορισμό του νέου Δ.Σ., με βση την παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 27

1. Για τη νοσηλεία στο εξωτερικό των ασφαλισμένων του Οίκου Ναυτου εφαρμόζονται οι εκάστοτε υπουργικές αποφάσεις που εκδίδονται κατ' εξουσιοδότηση των διατάξεων του άρθρου 39 του ν. 1759/1988 (ΦΕΚ 50 Α').

2. Η νομοθεσία του Οίκου Ναυτου εξακολουθεί να ισχύει για όλα τα θέματα που δεν ρυθμίζονται με τις διατάξεις της παρ.1 του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 28

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζουν διαφορετικά οι επί μέρους διατάξεις.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως Νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 14 Μαΐου 1999

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜ. ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ
ΒΑΣ. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΓΙΑΝ. ΠΑΠΑΓΑΝΝΙΟΥ

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΕΥΑΓ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΓΕΡΑΣ. ΑΡΣΕΝΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΑΣ
ΓΕΩΡΓ. ΑΝΩΜΕΡΙΤΗΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΜΙΛΤ. ΠΑΠΑΓΑΝΝΟΥ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΛΑΜΠΡ. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ
ΕΥΑΓ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ
ΣΤΑΥΡ. ΣΟΥΜΑΚΗΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους

Αθήνα, 14 Μαΐου 1999

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΕΥΑΓ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ (Ν. 2716/99 αρθ.9)



20269

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 1433

22 Οκτωβρίου 2001

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Κανονισμός λειτουργίας των Περιφερειακών Επιτροπών Ισότητας.....	1
Καθορισμός των προϋποθέσεων, της οργάνωσης, της λειτουργίας, των αρχών καθώς και κάθε λεπτομέρειας των προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών του άρθρου 9 του Ν. 2716/99.....	2

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. 2717/12.10.2001 Κανονισμός λειτουργίας των Περιφερειακών Επιτροπών Ισότητας.....	(1)
---	-----

Η ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ,
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 2839/2000 (ΦΕΚ 196Α) άρθρο 6 παρ. 2, 3, 4, «Ρυθμίσεις θεμάτων του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και άλλες διατάξεις».
2. Τις διατάξεις του Ν. 2690/1999 (ΦΕΚ 45Α) άρθρα 13, 14 και 15 «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις».
3. Τη διάταξη του άρθρου 27 του Ν. 2081/1992 (ΦΕΚ 154Α/ 1992), με το οποίο προστέθηκε άρθρο 29 Α στον Ν. 1558/1985 (ΦΕΚ 137/Α/1985), όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 του Ν. 2469/1997 (ΦΕΚ 38Α/1997)
4. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού του ΥΠΕΣΣΔΔΑ, αποφασίζουμε:

Ο κανονισμός λειτουργίας των Περιφερειακών Επιτροπών Ισότητας έχει ως εξής:

Άρθρο 1

– Σε κάθε περιφέρεια συγκροτείται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα, Περιφερειακή Επιτροπή Ισότητας, όπως προβλέπεται από τις διατάξεις του άρθρου 6 παρ. 2, 3 και 4 του Νόμου 2839/2000 (ΦΕΚ196Α/12.9.2000).

Άρθρο 2
Αρμοδιότητες

Στις αρμοδιότητες των Περιφερειακών Επιτροπών Ισότητας περιλαμβάνονται τα ακόλουθα θέματα:

1. Η εισήγηση προτάσεων προς τα αρμόδια όργανα της Περιφέρειας, καθώς και στη Γενική Γραμματεία Ισότητας του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης για τη λήψη των αναγκαίων μέτρων για την προώθηση και κατοχύρωση της ισότητας των δύο φύλων σε όλους τους τομείς.
2. Η διοργάνωση εκδηλώσεων, ελεύθερων συζητήσεων, συνεδρίων και επιμορφωτικών προγραμμάτων, με στόχο την ισότητα των δύο φύλων στην Περιφέρεια και τη συμμετοχή των γυναικών στην κοινωνική και οικονομική ζωή.
3. Η καταγραφή σε περιφερειακό επίπεδο των φορέων και δομών που προωθούν θέματα Ισότητας των δύο φύλων.
4. Η επικοινωνία με τους Ο.Τ.Α, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και τους κοινωνικούς φορείς της Περιφέρειας και ο συντονισμός δράσεων που αναφέρονται σε θέματα Ισότητας των δύο φύλων.
5. Η εισήγηση προτάσεων προς το Περιφερειακό Συμβούλιο της Περιφέρειας για την ένταξη έργων στα Προγράμματα της Περιφέρειας, των Νομαρχιών και των Δήμων με αντικείμενο την κατοχύρωση των ίσων ευκαιριών και για τα δύο φύλα.
6. Η ενημέρωση και πληροφόρηση των πολιτών της Περιφέρειας σε θέματα που αφορούν την ισότητα των δύο φύλων.
7. Η συμμετοχή σε Προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε συνεργασία με το Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης της Περιφέρειας
8. Η συμμετοχή σε κάθε είδους προγράμματα που διασφαλίζουν την μείωση της ανεργίας και την αύξηση της επιχειρηματικότητας των γυναικών.

Άρθρο 3
Αρμοδιότητες Προέδρου

Ο Πρόεδρος της της Περιφερειακής Επιτροπής Ισότητας έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

- α) Συγκαλεί την Επιτροπή σε τακτικές και έκτακτες συνεδριάσεις και καταρτίζει την ημερήσια διάταξη των συνεδριάσεων είτε με δικιά του πρωτοβουλία, είτε ύστερα

από αίτηση μέλους της επιτροπής και ορίζει ως αναπληρωτή του έναν από τους εκπροσώπους της Γενικής Γραμματείας Ισότητας σε περιπτώσεις που αυτός κωλύεται.

β) Διευθύνει τις συνεδριάσεις.

γ) Μεριμνά για την εκτέλεση των αποφάσεων, την εφαρμογή του νόμου και την εύρυθμη λειτουργία του συλλογικού οργάνου.

Άρθρο 4 Σύγκληση

1. Η Περιφερειακή Επιτροπή Ισότητας συνεδριάζει τακτικά δύο φορές το μήνα και όσες φορές συγκαλείται από τον Πρόεδρο ή ελλείποντος αυτού, για οποιοδήποτε λόγο, από τον νόμιμο αναπληρωτή του.

2. Η Περιφερειακή Επιτροπή Ισότητας συγκαλείται με πρόσκληση που κοινοποιείται αποδεδειγμένα στα μέλη του, τακτικά και αναπληρωματικά τουλάχιστον τρεις (3) ημέρες πριν από την συνεδρίαση και περιλαμβάνει τα θέματα της ημερήσιας διάταξης. Η πρόσκληση μπορεί να γίνει και με τηλεφώνημα ή τηλεγράφημα. Στην περίπτωση αυτή επισημειώνεται επί της έγγραφης πρόσκλησης προς τα συγκεκριμένα μέλη ο ακριβής χρόνος και υπογράφεται από τον Γραμματέα, καταχωρούμενη στα πρακτικά της συνεδρίασης. Πρόσκληση δεν απαιτείται στην περίπτωση τακτά προκαθορισμένων συνεδριάσεων ή αυτών που έχουν ορισθεί σε προηγούμενη συνεδρίαση.

3. Σε περίπτωση που κωλύεται κάποιο μέλος, ειδοποιεί έγκαιρα τον Γραμματέα της Επιτροπής, από τον οποίο καλείται τηλεφωνικά ο αναπληρωτής του.

Σε κατεπείγουσες περιπτώσεις η πρόσκληση μπορεί να επιδοθεί την ημέρα της συνεδρίασης.

Άρθρο 5 Απαρτία

Οι Περιφερειακές Επιτροπές Ισότητας συνεδριάζουν νομίμως όταν μετέχουν τρία τουλάχιστον μέλη από αυτά που έχουν ορισθεί.

Η απαρτία πρέπει να υπάρχει σε όλη τη διάρκεια της συνεδρίασης.

Αν, κατά την πρώτη συνεδρίαση, διαπιστωθεί έλλειψη απαρτίας, η Επιτροπή καλείται εκ νέου σε συνεδρίαση, η οποία πραγματοποιείται το νωρίτερο σε είκοσι τέσσερις (24) ώρες.

Άρθρο 6 Συνεδριάσεις - Συζητήσεις

Οι συνεδριάσεις των Περιφερειακών Επιτροπών Ισότητας γίνονται στα γραφεία της Περιφέρειας ή άλλο χώρο, ο οποίος θα πρέπει να αναφέρεται στη σχετική πρόσκληση ή να γνωστοποιείται με άλλη προβλεπόμενη μορφή ενημέρωσης.

Οι συνεδριάσεις είναι δημόσιες. Μπορεί όμως η Περιφερειακή Επιτροπή Ισότητας με απόφασή της που λαμβάνεται στην αρχή της συνεδρίασης με πλειοψηφία των παρόντων μελών να μην είναι δημόσια.

Σε κάθε συνεδρίαση συντάσσεται πρακτικό, στο οποίο μνημονεύονται, ιδίως, τα ονόματα και η ιδιότητα των παρισταμένων μελών, ο τόπος και ο χρόνος της συνεδρίασης, τα θέματα που συζητήθηκαν με συνοπτική αλλά περιεκτική αναφορά στο περιεχόμενό τους, η μορφή και τα αποτελέσματα της ψηφοφορίας και οι αποφάσεις που λήφθηκαν. Στο πρακτικό καταχωρίζονται και οι γνώμες των μελών που μειοψήφισαν.

Το πρακτικό των συνεδριάσεων συντάσσεται από τον γραμματέα και επικυρώνεται από τον Πρόεδρο.

Στις αρχές κάθε έτους ο Πρόεδρος της Επιτροπής συντάσσει αναλυτική έκθεση για τη δράση της Επιτροπής κατά το προηγούμενο έτος, την οποία υποβάλλει στη Γενική Γραμματεία Ισότητας, του Υπουργείου Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.

Άρθρο 7 Αποφάσεις

Οι αποφάσεις των Περιφερειακών Επιτροπών Ισότητας λαμβάνονται με την απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων μελών σε απαρτία. Σε περίπτωση ισοψηφίας υπερσχύει η ψήφος του Προέδρου ή του Προεδρευόντος.

Η ψηφοφορία είναι φανερή και γίνεται με ονομαστική κλήση.

Η Περιφερειακή Επιτροπή Ισότητας συζητεί τα θέματα που προβλέπονται στην ημερήσια διάταξη. Είναι δυνατόν να τεθεί για συζήτηση θέμα εκτός ημερήσιας διάταξης, μετά από απόφαση της Περιφερειακής Επιτροπής Ισότητας που λαμβάνεται στην αρχή της συνεδρίασης με απόλυτη πλειοψηφία του συνολικού αριθμού των παρόντων μελών της.

Άρθρο 8

Γραμματέας της Περιφερειακής Επιτροπής Ισότητας

Η Περιφερειακή Επιτροπή Ισότητας έχει μόνιμη γραμματειακή υποστήριξη από υπάλληλο της Περιφέρειας, ο οποίος ορίζεται από τον Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 6 του Ν. 2839/12.9.2000 (ΦΕΚ Α/196).

Ο Γραμματέας της Περιφερειακής Επιτροπής Ισότητας μεριμνά για την κοινοποίηση των προσκλήσεων προς τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη της και τα καλούμενα σε συνεδριάσεις πρόσωπα.

Συντάσσει τα πρακτικά των συνεδριάσεων, φροντίζει για την υπογραφή τους και τηρεί τα βιβλία πρακτικών των συνεδριάσεων της Περιφερειακής Επιτροπής Ισότητας καθώς και όλα τα έγγραφα αυτής τηρώντας ιδιαίτερο πρωτόκολλο, βεβαιώνει αντίγραφα ή αποσπάσματα των αποφάσεων και κάθε είδους εγγράφων που αφορούν την Περιφερειακή Επιτροπή Ισότητας.

Τέλος, συλλέγει στοιχεία από διάφορες υπηρεσίες, χειρίζεται υπολογιστή και τροφοδοτεί με στοιχεία την ιστοσελίδα και γενικά διεκπεραιώνει κάθε αναγκαία και επιβαλλόμενη εργασία για την υλοποίηση των σκοπών της Περιφερειακής Επιτροπής Ισότητας.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 9

Η έγκριση του προγράμματος των Περιφερειακών Επιτροπών Ισότητας γίνεται στις συνεδριάσεις των μηνών Μαρτίου και Σεπτεμβρίου, εκτός από τις μεμονωμένες εκδηλώσεις που μπορεί να εγκρίνεται σε κάθε τακτική ή έκτακτη συνεδρίαση.

Στις συνεδριάσεις των μηνών Μαρτίου και Σεπτεμβρίου καλούνται να εκφέρουν γνώμη εκπρόσωποι κοινωνικών φορέων, Γυναικείων Οργανώσεων, Δημοτικών και Νομαρχιακών Συμβουλίων.

Άρθρο 10

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομικών καθορίζεται η αποζημίωση των μελών των Περιφερειακών Επιτροπών Ισότητας.

Άρθρο 11

Η ισχύς των διατάξεων αυτής της απόφασης αρχίζει από τη δημοσίευσή της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 10 Σεπτεμβρίου 2001

Η ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΒΑΣΩ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

Αριθ. Γ.Π. οικ. 19353

(2)

Καθορισμός των προϋποθέσεων, της οργάνωσης, της λειτουργίας, των αρχών καθώς και κάθε λεπτομέρειας των προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών του άρθρου 9 του Ν. 2716/99.

**ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ - ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν.2716/1999 (ΦΕΚ 96Α/17.5.2000) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις».
2. Τις διατάξεις του Π.Δ. 95/2000 (Φ.Ε.Κ. 76Α/20.3.2000) «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας», όπως διορθώθηκε στο ΦΕΚ 123/τ.Α/24.4.2000.
3. Την αρ. 1039386/Α006/21.4.2000 κοινή Απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών Γεώργιο Δρυ» (ΦΕΚ 571Β/21.2.2000).
4. Την αρ. 2850/18.4.2000 κοινή Απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας Χριστίνα Σπυράκη και Δημήτριο Θάνο (Φ.Ε.Κ. 565/τ.Β/2.4.2000).
5. Την αρ. Δ1α/οικ. 11620/10.6.99 απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας με την οποία συγκροτήθηκε ομάδα εργασίας για τον καθορισμό των προϋποθέσεων της οργάνωσης, της λειτουργίας, των κριτηρίων ή των αρχών υπηρεσιών των Φιλοξενουσών Οικογενειών.
6. Τις διατάξεις της παρ.2 του άρθρου 1 του Ν. 2469/97 (ΦΕΚ 38Α/97) και το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής προκαλείται απροσδιόριστη πρόσθετη δαπάνη, η οποία εξαρτάται από τα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών που εγκρίνονται κάθε φορά, αποφασίζουμε:

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α
ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ**

**Άρθρο 1
Αρχές**

Τα Προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών που παρέχουν υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε ενήλικες, εφήβους και παιδιά σύμφωνα με την παρ. 5 του άρθρου 9 του Ν. 2716/99 διέπονται από τις κατωτέρω 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 ή νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ή ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου όπως αυτά αναφέρονται στο άρθρο 2 παρ.3 του Ν. 2716/99 καθώς και κάθε άλλου συνταγματικού τους δικαιώματος ως πολιτών.

3. Τις αρχές και τους στόχους της Συναινετικής Διακήρυξης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, όπως αυτή δημοσιεύθηκε στην WHO/MNH/MND/ 96.2 έκδοση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

4. Τις διατάξεις του Ν.2101/92 (ΦΕΚ 192Α/2-12-1992) «Κύρωση της Διεθνούς Σύμβασης για τα δικαιώματα του παιδιού».

**Άρθρο 2
Προϋποθέσεις**

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

α. Η κατάθεση ολοκληρωμένου προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών από τον φορέα υλοποίησης στην Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και η έγκρισή του από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

β. Ο ορισμός του Επιστημονικού Υπευθύνου του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών από την Διοίκηση του φορέα που αναλαμβάνει την υλοποίηση του προγράμματος.

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

δ. Η λειτουργική διασύνδεση του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν στο πλαίσιο του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής Υγείας.

**Άρθρο 3
Ορισμός του Προγράμματος
Φιλοξενουσών Οικογενειών**

Το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών υλοποιείται από τους φορείς της παρ.5 του άρθρου 9 του Ν. 2716/99 και της παρ. 1 του άρθρου 5 του Ν. 2716/99 με σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση παιδιών, εφήβων και ενηλίκων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ή και διαταραχές αυτιστικού τύπου σε κατάλληλες οικογένειες, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον. Η τοποθέτηση του ασθενούς πραγματοποιείται μετά από αίτησή του όταν πρόκειται για ενήλικο άτομο ή μετά από απόφαση του δικαστηρίου όταν πρόκειται για ανήλικο άτομο και με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής υποστηρικτικής διεπιστημονικής ομάδας. Ασθενείς με συνυπάρχοντα προβλήματα χρήσης ουσιών ή με συνυπάρχουσα διαταραχή προσωπικότητας δύνανται να τεθούν υπό φιλοξενία κατά την κρίση της θεραπευτικής υποστηρικτικής διεπιστημονικής ομάδας.

Οι φιλοξενούσες οικογένειες είναι οικογένειες στις οποίες ανατίθεται η φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ή και διαταραχές αυτιστικού τύπου και μπορεί να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς, υπό την προϋπόθεση ότι δεν τελούν σε πρώτο βαθμό συγγένειας με τον ασθενή, σύμφωνα με την παρ. 5 του άρθρου 9 του Ν. 2716/99. Τα καθήκοντα της φιλοξενούσας οικογένειας μπορεί να ανατεθούν και σε μεμονωμένα άτομα σύμφωνα με την παρ. 5 του άρθρου 9 του Ν. 2716/99.

Οι Φιλοξενούσες Οικογένειες οφείλουν να διαμορφώνουν οικογενειακό περιβάλλον για τα φιλοξενούμενα άτομα και να εξαντλούν όλες τις δυνατότητες ώστε τα άτομα που φιλοξενούν να αποκτήσουν την ικανότητα της αυτόνομης διαβίωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Άρθρο 4

Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα

1. Το σύνολο των εργαζομένων στη Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα (ΘΥΔΟ) προέρχεται από το προσωπικό του φορέα που υλοποιεί το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών. Η Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα ορίζεται με απόφαση του διοικούντος οργάνου του φορέα στον οποίο ανήκει το πρόγραμμα μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπευθύνου. Η σύνθεση του προσωπικού που απαρτίζει τη Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα περιλαμβάνει ενδεικτικά ψυχίατρο ή παιδοψυχίατρο κατά περίπτωση, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας και ειδικό παιδαγωγό όπου απαιτείται.

2. Έργο της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας είναι:

α. η προετοιμασία του ασθενούς για την ένταξή του στο πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών και η εκπαίδευσή του σε ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες και δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης.

β. η προετοιμασία της Φιλοξενούσας Οικογένειας για την φιλοξενία του ασθενούς και η συνεχιζόμενη ψυχολογική υποστήριξη και εκπαιδευτική παρέμβαση της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας προς την οικογένεια καθ' όλη την διάρκεια του προγράμματος.

γ. η συνεχής και συστηματική υποστήριξη, παρακολούθηση και αξιολόγηση του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών.

δ. η λειτουργική διασύνδεση του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν στο πλαίσιο του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής Υγείας.

ε. η τήρηση των όρων της σύμβασης από τα συμβαλλόμενα μέρη.

στ. κάθε άλλη ενέργεια που απαιτείται για την πλήρη και αποτελεσματική εφαρμογή του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών.

3. Η Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα έχει την ευθύνη της εποπτείας της εκτέλεσης της σύμβασης όπως αυτή περιγράφεται στο άρθρο 12 της παρούσας. Διενεργεί μηνιαίες κατ'οίκον επισκέψεις ή και έκτακτες, απροειδοποίητες, αν κριθεί αναγκαίο από τον επιστημονικό υπεύθυνο του προγράμματος. Με ευθύνη

του επιστημονικού υπεύθυνου καταρτίζει και συμπληρώνει φάκελο φιλοξενίας με αναλυτικά στοιχεία που αφορούν το ψυχιατρικό και οικογενειακό ιστορικό, την τρέχουσα κλινική - λειτουργική κατάσταση του ασθενούς και την προγραμματική ευθύνη της Φιλοξενούσας Οικογένειας. Στο φάκελο αυτό προσαρτώνται τα στοιχεία εξαμηνιαίας αξιολόγησης της φιλοξενίας καθώς και τα συμπληρωμένα δομημένα εργαλεία εκτίμησης τόσο του ασθενούς όσο και της φιλοξενούσας οικογένειας όπως ενδεικτικά, τα ερωτηματολόγια εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας και της συμπεριφοράς M.M.P.I (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) καθώς και της κοινωνικολειτουργικής κατάστασης των ασθενών.

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

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

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

7. Με απόφαση της διοίκησης του φορέα στον οποίο ανήκει το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών και μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπευθύνου ορίζεται εξωτερικός επόπτης με εξειδίκευση και εμπειρία σε θέματα δυναμικής της ομάδας για την επίσημη εποπτεία του έργου της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας.

Άρθρο 5

Επιστημονικός Υπεύθυνος

1. Με απόφαση του διοικούντος οργάνου του φορέα που υλοποιεί το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών ορίζεται ο Επιστημονικός Υπεύθυνος του προγράμματος. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος ορίζεται με κριτήρια τη γνώση και την εμπειρία του και την αποδοχή των αρχών που διατυπώνονται στο Κεφάλαιο Α' της παρούσας, αποδεικνυομένων κυρίως από την ενεργό συμμετοχή του σε αντίστοιχα προγράμματα και δράσεις Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος προέρχεται από τις ειδικότητες που συνθέτουν και στελεχώνουν την Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα.

2. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος έχει την ευθύνη συντονισμού και υλοποίησης του έργου της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας, όπως αυτό περιγράφεται ανωτέρω, την επιστημονική ευθύνη για την υλοποίηση του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών

και την ευθύνη για την διασύνδεση του προγράμματος με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας στον οποίο ανήκει ο φορέας που υλοποιεί το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών.

3 Το αυτό πρόσωπο μπορεί να ορίζεται Επιστημονικός Υπεύθυνος σε περισσότερα από ένα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών του ίδιου φορέα.

Άρθρο 6
Διαδικασία επιλογής ασθενούς
για τοποθέτηση στις Φιλοξενούσες Οικογένειες

Οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ή και διαταραχές αυτιστικού τύπου του άρθρου 3 της παρούσας που πρόκειται να ενταχθούν σε πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών είναι ενήλικες, παιδιά ή έφηβοι, και των δύο φύλων και τελούν υπό σταθερή ιατροφαρμακευτική κάλυψη. Η κλινική τους κατάσταση πρέπει να είναι σταθεροποιημένη κατά το τελευταίο εξάμηνο πριν την διαδικασία επιλογής για την τοποθέτησή τους σε πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών. Οι υποψήφιοι για φιλοξενία ασθενείς μπορούν να προέρχονται από ασθενείς που διαμένουν σε μονάδες ψυχικής υγείας ή προστατευμένες στεγαστικές δομές (ξενώνες, οικτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα). Ασθενείς που διαμένουν με συγγενικά τους ή άλλα πρόσωπα δύνανται να τοποθετηθούν σε προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών όταν κρίνεται αναγκαίο από τη Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα για τη βελτίωση των όρων και των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών αυτών. Οι ασθενείς που τοποθετούνται σε Φιλοξενούσα Οικογένεια δύνανται να έχουν κάποια μορφή εργασίας, προστατευμένη ή μη.

Οι ενήλικοι ασθενείς τοποθετούνται σε φιλοξενούσα οικογένεια μετά από αίτηση τους και με σύμφωνη γνώμη του Θεράποντος ψυχιάτρου και της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας, σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 9 του Ν. 2716/99. Για τοποθέτηση παιδιών ή εφήβων σε φιλοξενούσα οικογένεια απαιτείται πρωτίστως η απόφαση του αρμόδιου δικαστηρίου καθώς και η γνώμη του ανηλίκου, σύμφωνα με τις παρ. 3 και 5 του άρθρου 9 του Ν. 2716/99.

Άρθρο 7
Δικαιώματα του ασθενούς που έχει τοποθετηθεί
σε πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών

Η προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς που τοποθετείται σε πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών αποτελεί ευθύνη του Επιστημονικού Υπεύθυνου και της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας σε συνεργασία με την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας καθώς και με το Γραφείο και την Επιτροπή Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές του άρθρου 2 του Ν.2716/99.

Άρθρο 8
Διαδικασία επιλογής φιλοξενούσας οικογένειας

Η Διοίκηση του φορέα που αναλαμβάνει την υλοποίηση του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών ορίζει τριμελή επιτροπή από την Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα του προγράμματος αποτελούμενη από έναν ψυχίατρο, έναν ψυχολόγο και έναν κοινωνικό

λεειτουργό η οποία διενεργεί έρευνα για την καταλληλότητα της υποψήφιας Φιλοξενούσας Οικογένειας με κύριο γνώμονα τη διασφάλιση της θεραπείας και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του προς τοποθέτηση ασθενούς.

Ειδικότερα η επιτροπή ερευνά την εν γένει δομή της προσωπικότητας των μελών των φιλοξενουσών οικογενειών, τους όρους διαβίωσής τους όπως ενδεικτικά την επαρκή και υγιεινή κατοικία τους, τους επαρκείς οικονομικούς πόρους, το μορφωτικό επίπεδο, την ηρεμία του οικογενειακού περιβάλλοντος καθώς και την αποδοχή του προς φιλοξενία ατόμου από τα τυχόν συναικούντα μέλη της οικογένειας.

Δεν επιλέγεται η υποψήφια Φιλοξενούσα Οικογένεια όταν κάποιο από τα μέλη της έχει καταδικαστεί αμετακλήτως σε οποιαδήποτε ποινή για αδίκημα που μπορεί να επιφέρει την έκπτωση από το λειτούργημα του δημοσίου υπαλλήλου ή για παράβαση του Νόμου περί ναρκωτικών.

Η υποψήφια Φιλοξενούσα Οικογένεια επιλέγεται από πίνακα που έχει διαμορφώσει ο φορέας που υλοποιεί το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών ύστερα από αίτηση κάθε υποψήφιας οικογένειας. Οι υποψήφιες Φιλοξενούσες Οικογένειες οφείλουν να υποβάλλουν στον αρμόδιο φορέα τα εξής:

- α) Αίτηση στην οποία να εμφανίζεται το ονοματεπώνυμο, η διεύθυνση κατοικίας και η ηλικία τους.
- β) Πιστοποιητικό οικογενειακής και περιουσιακής κατάστασης των γονέων και των συναικούντων μελών της υποψήφιας Φιλοξενούσας Οικογένειας.
- γ) Πιστοποιητικό υγείας των ιδίων και των συναικούντων με αυτών μελών.
- δ) Αντίγραφο ποινικού μητρώου των ιδίων και των συναικούντων με αυτούς ενηλίκων μελών.
- ε) Υπεύθυνη δήλωση για τους λόγους που τους ωθούν να αναλάβουν καθήκοντα Φιλοξενούσας Οικογένειας.
- στ) Οποιοδήποτε άλλο στοιχείο κριθεί αναγκαίο εκ μέρους της διενεργούσης την έρευνα τριμελούς επιτροπής του εδαφίου 1 του παρόντος άρθρου, που να έχει αιτιώδη συνάφεια για την απόδειξη της καταλληλότητας του μεμονωμένου ατόμου ή των γονέων που επιθυμούν να αναλάβουν καθήκοντα Φιλοξενούσας Οικογένειας.

Δεν υπάρχει χρονικός περιορισμός για την κατάθεση αίτησης από υποψήφια Φιλοξενούσα Οικογένεια.

Οι προϋποθέσεις αυτές ισχύουν καθ' όλο το χρονικό διάστημα της διαβίωσης του ασθενούς στην φιλοξενούσα οικογένεια.

Άρθρο 9
Διαδικασία εκπαίδευσης
της φιλοξενούσας οικογένειας

1. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος και η Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα οι οποίοι έχουν την ευθύνη της τοποθέτησης ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ή και διαταραχές αυτιστικού τύπου σε φιλοξενούσες οικογένειες οργανώνουν και εκτελούν ταχύρυθμα προγράμματα εκπαίδευσης των μελών των υποψηφίων Φιλοξενουσών Οικογενειών στις οποίες θα φιλοξενηθούν οι ασθενείς. Η Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα μπορεί να υποστηρίζεται ή να διοργανώνει από κοινού προγράμματα εκπαίδευσης και με άλλους αρμόδιους φορείς.

2. Η Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα οργανώνει και εκτελεί προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των φιλοξενουμένων οικογενειών στις οποίες έχουν ήδη τοποθετηθεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ή και διαταραχές αυτιστικού τύπου καθ' όλη τη διάρκεια της φιλοξενίας, και όποτε κρίνεται αναγκαίο από τον Επιστημονικά Υπεύθυνο του προγράμματος.

Άρθρο 10

Εποπτεία της Φιλοξενούσας Οικογένειας

1. Μέλη της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας, τα οποία ορίζει ο Επιστημονικός Υπεύθυνος του προγράμματος, επισκέπτονται τακτικά μία φορά το μήνα και εκτάκτως, όποτε ο Επιστημονικός Υπεύθυνος κρίνει ότι είναι σκόπιμο, την φιλοξενούσα οικογένεια για να διαπιστώσει τους όρους διαβίωσης του φιλοξενούμενου ατόμου, την κλινική κατάστασή του, το βαθμό αποδοχής του από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον της φιλοξενούσας οικογένειας, τον βαθμό εξέλιξης της κοινωνικοοικονομικής αποκατάστασής του, την σχολική πρόοδο όταν πρόκειται για παιδιά και εφήβους, την επαγγελματική κατάρτιση όταν πρόκειται για εφήβους και νέους, τον βαθμό συμμετοχής τους σε δράσεις και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, την τήρηση των όρων της σύμβασης της παρούσας απόφασης και τον βαθμό αφομοίωσης του εκπαιδευτικού προγράμματος από τη φιλοξενούσα οικογένεια.

2. Ανά εξάμηνο συντάσσεται έκθεση από την Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα για την εξέλιξη της φιλοξενίας η οποία κατατίθεται στη Διοίκηση του φορέα που υλοποιεί το πρόγραμμα.

Άρθρο 11

Φάσεις ένταξης σε πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών

1. Η περίοδος προετοιμασίας του ασθενούς συνίσταται στην προσπάθεια βελτίωσης των ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων και της ψυχοπαθολογικής του κατάστασης του προς φιλοξενία ασθενούς.

Η προετοιμασία της οικογένειας συνίσταται στην ενημέρωσή της σε σχέση με τις ανάγκες του υπό φιλοξενία ασθενούς και στην ευαισθητοποίηση-εκπαίδευσή της σε σχέση με χειρισμούς του ασθενούς, με αλλαγή στάσεων και πεποιθήσεων σε θέματα ψυχικής διαταραχής.

2. Η δοκιμαστική περίοδος ένταξης του ασθενούς στην Φιλοξενούσα Οικογένεια διαρκεί έως τρεις μήνες.

Δοκιμαστικές επισκέψεις του ασθενούς στην υποψήφια Φιλοξενούσα Οικογένεια γίνονται με τη συνοδεία μέλους της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας.

Όταν πρόκειται για παιδί ή έφηβο πραγματοποιούνται δοκιμαστικές διανυκτερεύσεις πάντα με τη συνοδεία μέλους της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας.

Μετά την πάροδο της δοκιμαστικής περιόδου και εφόσον εξελιχθούν όλα ομαλά, οριστικοποιείται η φιλοξενία από την Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα.

Άρθρο 12

Πρότυπο σύμβασης μεταξύ του φορέα υλοποίησης του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών, της Φιλοξενούσας Οικογένειας και του ασθενούς.

1. Η Διοίκηση του φορέα υλοποίησης του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών μετά από πρόταση του Επιστημονικού Υπεύθυνου του προγράμματος, υπογράφει αρχικά ετήσια σύμβαση με την Φιλοξενούσα Οικογένεια στην οποία περιγράφονται οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματά της, όπως αυτά αναφέρονται στην παρούσα απόφαση. Η σύμβαση από πλευράς της Φιλοξενούσας Οικογένειας υπογράφεται από το σύζυγο και τη σύζυγο όταν πρόκειται για οικογένεια ή από το άτομο σε περίπτωση μεμονωμένου ατόμου που αναλαμβάνει την φιλοξενία του ασθενούς και από τον ασθενή στην περίπτωση που είναι ενήλικος.

Η σύμβαση ανανεώνεται στη συνέχεια μετά από απολογημένη πρόταση του επιστημονικού υπευθύνου του προγράμματος και την σύμφωνη γνώμη της Φιλοξενούσας Οικογένειας και του ασθενούς, για όσο χρονικό διάστημα συμφωνηθεί από κοινού.

2. Ο φορέας φέρει να πληρώνει στην Φιλοξενούσα Οικογένεια μηνιαίως ποσό εκ του προϋπολογισμού του προγράμματος ισόποσο με αυτό που προβλέπει η αντίστοιχη κοινή υπουργική απόφαση για το ειδικό ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο, τόσο για τους ασφαλισμένους όσο και για τους ανασφάλιστους ασθενείς. Από το ποσό αυτό ο φορέας υλοποίησης του προγράμματος, αποδίδει στην φιλοξενούσα οικογένεια το 90% όταν πρόκειται για πρόγραμμα ενηλίκων και το 85% όταν πρόκειται για πρόγραμμα παιδιών ή εφήβων, σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 13 του Ν. 2716/99.

Το υπόλοιπο ποσοστό του ειδικού ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου παραμένει στον φορέα για τις υπηρεσίες που παρέχει στην Φιλοξενούσα Οικογένεια όπως ενδεικτικά ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της Φιλοξενούσας Οικογένειας καθώς και εκπαίδευση της οικογένειας σε θέματα πρόληψης της υποτροπής και αντιμετώπισης της κρίσης, θεραπευτική αγωγή και υποστήριξη του ασθενούς.

3. Στην ανωτέρω σύμβαση, ο φορέας αναλαμβάνει να καταβάλει ανελλιπώς το ποσό του ειδικού ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου που ορίζεται στην παρ.2 του παρόντος άρθρου και η Φιλοξενούσα Οικογένεια να επιμελείται και να φροντίζει τον φιλοξενούμενο ασθενή δεσμευμένη για όλες τις υποχρεώσεις που αναφέρονται στην σύμβαση και στην παρούσα απόφαση. Οι όροι της σύμβασης εξειδικεύονται κατά περίπτωση, συμφωνούνται με την Φιλοξενούσα Οικογένεια προ της τοποθέτησης του ασθενούς και καταγράφονται από την Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα του προγράμματος στον φάκελο φιλοξενίας.

Στην σύμβαση γίνεται ρητή μνεία ότι η Φιλοξενούσα Οικογένεια έλαβε γνώση του περιεχομένου της παρούσας απόφασης και ότι αποδέχεται ανεπιφύλακτα τους όρους και τις προϋποθέσεις αυτής και τις δεσμεύσεις που απορρέουν από αυτήν.

4. Στην σύμβαση περιλαμβάνεται ρητά η ποσοτική εξειδικευμένη ανάλυση των περιπτώσεων α, β, γ και δ του άρθρου 14 Α της παρούσας απόφασης, η λεπτομερής εξειδικευμένη ανάλυση των περιπτώσεων στ και ι του άρθρου

14 Α της παρούσας απόφασης καθώς και η χρονική διάρκεια του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών που υλοποιείται από τον φορέα. Οι αναφερόμενες στο άρθρο 14 Α της παρούσας παροχές δεν μπορεί να είναι κατώτερες του ποσού που μεταβιβάζεται από τον φορέα υλοποίησης του προγράμματος στην Φιλοξενούσα Οικογένεια.

5. Εάν διαπιστωθεί από την Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα του προγράμματος ότι η Φιλοξενούσα Οικογένεια δεν τηρεί τους όρους της σύμβασης θεωρείται ότι έχει διακόψει μονομερώς και με ευθύνη της την σύμβαση.

Σε περίπτωση διακοπής της σύμβασης για τους ανωτέρω λόγους η Φιλοξενούσα Οικογένεια δεν δικαιούται οποιασδήποτε αξίωσης.

6. Στην προαναφερθείσα σύμβαση περιλαμβάνονται τα ανωτέρω και κάθε άλλος όρος που εξασφαλίζει πλήρως την ολοκλήρωση του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών για τα συμβαλλόμενα μέρη.

Άρθρο 13

Διακοπή της σύμβασης Φιλοξενουσών Οικογενειών

Α. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος και η Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα έχουν την ευθύνη της άμεσης διακοπής της φιλοξενίας του ασθενούς από την Φιλοξενούσα Οικογένεια, όταν εκτιμήσουν ότι επιβάλλεται η διακοπή αυτής εφόσον δεν ικανοποιούνται οι όροι της σύμβασης ή εφόσον διαπιστώσουν ότι δεν βελτιώνεται η θεραπευτική και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς. Πριν την διακοπή διατυπώνονται έγγραφες παρατηρήσεις - υποδείξεις της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας στις οποίες οφείλει να προσαρμοστεί η Φιλοξενούσα Οικογένεια εντός ενός μηνός. Αν η Φιλοξενούσα Οικογένεια δεν προσαρμοστεί με τις υποδείξεις υπάρχει δεύτερη πρόταση της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας προς την Φιλοξενούσα Οικογένεια για την άμεση ή το αργότερο εντός 10 ημερών εφαρμογή των όρων της σύμβασης από αυτή. Εάν μετά την παρέλευση και της δεύτερης προθεσμίας η Φιλοξενούσα Οικογένεια δεν εφαρμόσει τις υποδείξεις της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας και τους όρους της σύμβασης ο Επιστημονικός Υπεύθυνος εισηγείται στον αρμόδιο φορέα την έκδοση πράξης μονομερούς διακοπής της σύμβασης με ευθύνη της Φιλοξενούσας Οικογένειας και κινεί όλες τις διαδικασίες μεταφοράς του ασθενούς σε άλλη οικογένεια ή σε προσωρινή στεγαστική δομή μέχρι την εξεύρεση νέας Φιλοξενούσας Οικογένειας.

Β. Μετά από αίτηση του ασθενούς, όταν πρόκειται για ενήλικα άτομα, για διακοπή της φιλοξενίας, ο Επιστημονικός Υπεύθυνος και η Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα εντός τριμήνου ερευνά και αποφασίζει για την συνέχιση ή την διακοπή της σύμβασης.

Γ. Η διακοπή της σύμβασης μπορεί να γίνει και από την Φιλοξενούσα Οικογένεια μετά από αίτησή της και την παρέλευση ενός διμήνου από την ημερομηνία υποβολής της αίτησής της. Μέσα σε αυτό το διάστημα ο Επιστημονικός Υπεύθυνος και η Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα οφείλουν να έχουν εξασφαλίσει την τοποθέτηση του ασθενούς σε άλλη Φιλοξενούσα Οικογένεια ή σε στεγαστική δομή κοινωνικής αποκατάστασης του φορέα τους ή άλλου συναφούς φορέα.

Άρθρο 14

Λειτουργία Φιλοξενούσας Οικογένειας

Α. Υποχρεώσεις της Φιλοξενούσας Οικογένειας

Η φιλοξενούσα οικογένεια αναλαμβάνει την φροντίδα του ασθενούς η οποία συνίσταται τουλάχιστον στα εξής :

α. παροχή στέγης ικανής να διασφαλίσει την αξιοπρεπή και ευχάριστη διαμονή του ασθενούς
β. παροχή επαρκούς και υγιεινής τροφής προς αυτόν
γ. κάλυψη εξόδων καθημερινής αστικής μετακίνησης και ατομικών μικροεξόδων του ασθενούς
δ. παροχή επαρκούς ένδυσης-υπόδησης του ασθενούς
ε. εποπτεία της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής
στ. εξασφάλιση της ολοκλήρωσης της σχολικής εκπαίδευσης όταν πρόκειται για παιδιά και εφήβους και της επαγγελματικής κατάρτισης όταν πρόκειται για εφήβους και νέους ενήλικες.

ζ. επιμέλεια της ομαλής σωματικής και ψυχικής ανάπτυξης του ασθενούς

η. εξασφάλιση ήρεμου και ομαλού οικογενειακού περιβάλλοντος

θ. εξασφάλιση της συμμετοχής του ασθενούς στις δρασεις της οικογένειας

ι. ψυχοκοινωνική επανένταξη και προετοιμασία του ασθενούς για αυτόνομη διαβίωση.

ια. διασφάλιση της αυτοτελούς διάθεσης από τον ασθενή τυχόν άλλων ιδίων εσόδων.

Β. Δικαιώματα της Φιλοξενούσας Οικογένειας

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

α. δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του ασθενούς με ευθύνη και δαπάνες του φορέα που υλοποιεί το πρόγραμμα όταν πρόκειται για ανασφάλιστο ασθενή και επίσης με δαπάνες του φορέα κατά το μέρος που δεν καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία όταν πρόκειται για ασφαλισμένο ασθενή.

β. να ζητήσει εκτάκτως και να λάβει από την Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα την κοινωνική προστασία του ασθενούς από υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή την συνδρομή άλλων κρατικών φορέων σε περίπτωση ανάγκης.

γ. την έγκαιρη και σταθερή παροχή χρηματικού ποσού, η οποία σύμφωνα με την σύμβαση, καταβάλλεται από τον φορέα μηνιαίως και προκαταβολικά την 27η του προηγούμενου μήνα και μέσω κοινού τραπεζικού λογαριασμού των συζύγων της Φιλοξενούσας Οικογένειας ή ατομικού τραπεζικού λογαριασμού του μεμονωμένου ατόμου που έχει αναλάβει τον ασθενή. Τυχόν άλλα έσοδα του ασθενούς που τοποθετήθηκε στην Φιλοξενούσα Οικογένεια παραμένουν στην πλήρη δικαιοδοσία του εκτός εάν ορίζεται διαφορετική διαδικασία από την ισχύουσα νομοθεσία κατά περίπτωση.

Όλα τα ανωτέρω αναφέρονται ρητά στην σύμβαση.

δ. να λαμβάνει τα προσφερότερα κατά την κρίση του μέτρα για την ομαλή ανατροφή και διαπαιδαγώγηση του φιλοξενούμενου παιδιού ή εφήβου.

ε. οι φυσικοί γονείς και οι συγγενείς του φιλοξενούμενου ασθενούς καθ' όλο το διάστημα της φιλοξενίας δεν δικαιούνται να παρενοχλούν την Φιλοξενούσα Οικογένεια ή να παρεμβαίνουν στο έργο της. Επισκέψεις των φυσικών γονέων ή λοιπών συγγενών στο φιλοξενούμενο ασθενή πραγματοποιούνται μόνο μετά από έγκριση του Επι-

στημονικού Υπευθύνου. Παντελής απαγόρευση στους φυσικούς γονείς να επισκέπτονται τον φιλοξενούμενο ασθενή πρέπει να είναι ειδικά αιτιολογημένη από τον Επισημονικό Υπεύθυνο.

στ. την διακοπή της σύμβασης σύμφωνα με την περίπτωση Γ. του άρθρου 13 της παρούσας.

Άρθρο ΑΡΘΡΟ 15
Δομή και Λειτουργία

του Προγράμματος Φιλοξενοσών Οικογενειών
Α. Δομή του Προγράμματος Φιλοξενοσών Οικογενειών

Το πρόγραμμα Φιλοξενοσών Οικογενειών που καταθέτει ο φορέας υλοποίησης στην Δ/ση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας έχει την εξής δομή:

1. Την περιγραφή του έργου της Φιλοξενούσας οικογένειας.
2. Την περιγραφή του έργου της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας.
3. Την χρονική διάρκεια του προγράμματος Φιλοξενοσών Οικογενειών.
4. Τον προϋπολογισμό του προγράμματος Φιλοξενοσών Οικογενειών ο οποίος συντίθεται από τα έσοδα από το εκάστοτε ειδικό ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο και από τον τακτικό προϋπολογισμό του φορέα.
5. Τον προγραμματισμό παρακολούθησης και εποπτείας της Φιλοξενούσας οικογένειας και του ασθενούς.
6. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Φιλοξενούσας οικογένειας.
7. Την προετοιμασία του ασθενούς για τοποθέτηση στην Φιλοξενούσα Οικογένεια.
8. Τη διαδικασία παρακολούθησης των σχολικών δραστηριοτήτων για τα παιδιά και τους εφήβους που θα τοποθετηθούν στην Φιλοξενούσα Οικογένεια.
9. Τον προγραμματισμό και τις δράσεις υποστήριξης-επαγγελματικής κατάρτισης εφήβων και ενηλίκων που θα τοποθετηθούν στην Φιλοξενούσα Οικογένεια.
10. Τις δράσεις για την προώθηση στην απασχόληση του ασθενούς, όπου είναι δυνατό.
11. Τις διαδικασίες διασφάλισης των δικαιωμάτων του ασθενούς.
12. Τις διαδικασίες υποστήριξης της οικογένειας σε μείζονα γεγονότα ή προβλήματα υγείας μέλους της φιλοξενούσας οικογένειας.
13. Τις διαδικασίες προετοιμασίας της αυτόνομης διαβίωσης του ασθενούς.

Β. Λειτουργία του προγράμματος
Φιλοξενοσών Οικογενειών

Το πρόγραμμα Φιλοξενοσών Οικογενειών που καταθέτει ο φορέας υλοποίησης στην Δ/ση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας περιλαμβάνει τις εξής λειτουργίες:

1. την επίσκεψη τακτικά, μια φορά το μήνα, και εκτάκτως, όπου ο Επισημονικός Υπεύθυνος κρίνει τούτο σκόπιμο, στην Φιλοξενούσα Οικογένεια για να διαπιστώσει τους όρους διαβίωσης του φιλοξενούμενου ατόμου. Οι επισκέψεις μπορεί να είναι και χωρίς προειδοποίηση.
2. την επιλογή της φιλοξενούσας οικογένειας με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς.

3. την ανελλιπή καταβολή του ποσοστού του ειδικού νοσηλίου σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 12 της παρούσας.

4. την εποικοδομητική συνεργασία με την φιλοξενούσα οικογένεια και την διευκόλυνσή της κατά το μέτρο του δυνατού στην άσκηση των καθηκόντων της ως φιλοξενούσα οικογένεια.

5. την άμεση αντιμετώπιση των επειγουσών περιπτώσεων που αφορούν το φιλοξενούμενο άτομο ευθύς ως ειδοποιηθεί από τη φιλοξενούσα οικογένεια.

6. την παροχή των αναγκαίων συμβουλών και της αναγκαίας υποστήριξης στη φιλοξενούσα οικογένεια για θέματα που αφορούν την όλη λειτουργία του οικογενειακού περιβάλλοντος και που μπορεί να επηρεάσουν την ομαλή διαβίωση του ασθενούς.

7. την οργάνωση και εκτέλεση προγραμμάτων επιμόρφωσης των Φιλοξενοσών Οικογενειών.

8. την διακοπή της φιλοξενίας του ασθενούς όταν το συμφέρον του επιβάλλει τη διακοπή αυτή και την εξασφάλιση της μεταφοράς του σε προσωρινή στεγαστική δομή έως την έναρξη του σε άλλη Φιλοξενούσα Οικογένεια.

9. την συνέχιση της φιλοξενίας σε περίπτωση που η Φιλοξενούσα Οικογένεια για διάφορους λόγους μετακομίσει σε άλλη περιοχή που δεν καλύπτεται από τον φορέα που υλοποιεί το πρόγραμμα. Η Φιλοξενούσα Οικογένεια συνεχίζει να φιλοξενεί τον ασθενή στην καινούρια κατοικία μετά από σύμφωνη γνώμη του ασθενούς, του Επισημονικού Υπευθύνου και της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας. Μέσω των αντίστοιχων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας προτείνεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και εγκρίνεται από την Δ/ση Ψυχικής Υγείας η υλοποίηση της συνέχειας του προγράμματος που αφορά τον ασθενή αυτό από άλλο φορέα, ο οποίος καλύπτει την περιοχή μετεγκατάστασης της Φιλοξενούσας Οικογένειας και έχει τις απαιτούμενες προϋποθέσεις λειτουργίας του προγράμματος Φιλοξενοσών Οικογενειών μέχρι την έγκριση νέου προγράμματος από τον φορέα στην περιοχή ευθύνης του οποίου μετεγκαταστάθηκε η Φιλοξενούσα Οικογένεια.

Άρθρο 16

Διακοπή του προγράμματος
Φιλοξενοσών Οικογενειών

Ο φορέας ο οποίος υλοποιεί πρόγραμμα Φιλοξενοσών Οικογενειών δύναται να διακόψει το πρόγραμμα αυτό πριν την ολοκλήρωσή του μόνο εφόσον έχει επιτευχθεί ο τελικός στόχος του προγράμματος που είναι η αυτόνομη διαβίωση των ασθενών, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα την συνέχιση της θεραπευτικής φροντίδας των ασθενών αυτών.

Η παρούσα απόφαση να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 19 Οκτωβρίου 2001

ΟΙ ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
Γ. ΔΡΥΣ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Χ. ΣΠΥΡΑΚΗ

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΘΕΣΜΟ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ

Οι φιλοξενούσες οικογένειες είναι οικογένειες στις οποίες ανατίθεται η φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή και διαταραχές αυτιστικού τύπου και μπορεί να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον υπό την προϋπόθεση ότι δεν τελούν σε πρώτο βαθμό συγγένειας με τον ασθενή. Ο αντίστοιχος όρος στο εξωτερικό είναι <-θεραπευτική αναδοχή οικογένειας>-

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Υποχρεώσεις:

- Παροχή στέγης
- Αξιοπρεπή και ευχάριστη διαμονή
- Παροχή επαρκούς και υγιεινής διατροφής.
- Κάλυψη εξόδων καθημερινής αστικής μετακίνησης και ατομικών μικροεξόδων.
- Εποπτεία της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής.

Δικαιώματα:

- Δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του ασθενούς με δαπάνη του φορέα που υλοποιεί το πρόγραμμα είτε πρόκειται για ανασφάλιστους είτε το ασφαλιστικό ταμείο του ασθενή δεν καλύπτει εξ' ολοκλήρου.
- Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης του ασθενούς να υπάρχει προστασία από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Σταθερή παροχή χρηματικού ποσού μηνιαίας για την κάλυψη καθημερινών αναγκών του ασθενή.
- Συνεργασία με Διεπιστημονική Ομάδα σε περίπτωση υποτροπών
- Οι φυσικοί γονείς δικαιούνται να επισκέπτονται τον ψυχικά πάσχοντα έπειτα από έγκριση του Επιστημονικά Υπεύθυνου

ΘΕΣΜΟΣ ΑΝΑΔΟΧΗΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ

ΓΝΩΡΙΖΕΣ ΟΤΙ...

Ζούμε τις «λήψ13ς»!

Ελευθέρωσε τη σκέψη σου και Πράξε!

«Μαζί Σχ1 Προκατα

ΓΙΑΤΙ ΕΙΝΑΙ ΧΡΗΣΙΜΟ ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ....

- Η αποσαφήνιση των ρόλων.
- Η συγκροτημένη δόση λειτουργίας της Πολυκλιδικής Θεραπευτικής Ομάδας.
- Καθορισμός υπευθυνότητας.
- Ευεμία με στοιχεία οργάνωσης.
- Η αλληλεπίδραση και η συμπληρωματικότητα των καθηκόντων
- Σεβασμός στα δικαιώματα των ωφελούμενων.
- Εξασφάλιση ενός αρμονικού και ασφαούς περιβάλλοντος στην Φιλοξενούσα Οικογένεια.
- Αποφυγή επαγγελματικής εξουθένωσης από πλευράς διεπιστημονικής ομάδας.

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΙΣΘΕΙΑΣ

- Υπαρξη σοβαρής και χρόνιας ψυχικής νόσου (ψυχώσεις ή διπολική διαταραχή)
- Σταθερός βαθμός λειτουργικότητας για 6-8 μήνες τουλάχιστον
- Απουσία οικογενειακού υποστηρικτικού περιβάλλοντος προσοριανά ή μόνιμα
- Συγκάθεση του ατόμου για ένταξη στην οικογένεια

Από το Πρόγραμμα αποκλείονται οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας που για λειτουργικούς λόγους έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- Προβλήματα με το νόμο.
- Βρίσκονται υπό το καθεστώς μερικής ή ολικής συμπαράστασης ή στερούνται δικαστηριακής ικανότητας.
- Λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας που παράλληλα με την ψυχική ασθένεια παρουσιάζουν παράλληλα εξάρτησης (αλκοόλ και χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών).
- Με ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς.

Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε:

www.floxenouses.gr

Η ιστορία του Geel

Οι ρίζες του θεσμού χρονολογούνται 600 χρόνια πίσω στην χώρα του Βελγίου και πιο συγκεκριμένα στο Geel, όπου οι κάτοικοι της περιοχής φιλοξενούσαν και φροντίζαν άτομα με ψυχικά προβλήματα στο σπίτι τους. Η ιστορία του Geel είναι συνδεδεμένη με την Διμηρσία, κόρη του βασιλιά της Ιρλανδίας Damon. Αναφορικά με το θρόνο, όταν ο βασιλιάς έχασε την γυναίκα του στην προσπάθειά του να ξεπεράσει το πένθος του έμαζε πάρα πολύ την αντικαταστάριά του. Πιθανότατα η πολύ μεγάλη επιθυμία του σε συνδυασμό με το πένθος του ανέπτυξε την παραληρητική πεποίθηση ότι η κόρη του θα την αντικαταστήσει. Τότε η Διμηρσία απέδρασε με τον πνευματικό της στο δάσος έξω από την περιοχή του Geel. Όταν ο πατέρας της την βρήκε στην εκκλησία του St' Μερσέλ, εκείνη προτίμησε να αποκεφαλισθεί από το να υποκύψει. Ο μαρτυρικός αυτός τύπος στη συνέχεια συνδέθηκε με τη θαυματουργή ίαση ψυχικά ασθενών. Παύλ γρήγορα χτίστηκε μεγαλύτερη εκκλησία και η περιοχή ήταν φάρος πολλών πιστών. Στη συνέχεια κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα η ψυχική νόσος συνδέθηκε με δαιμόνια. Για αυτό το λόγο πολλοί κατέφυγαν στην περιοχή του Geel για να λάβουν την θρησκευτική θεραπεία. Η ροή ήταν τόσο μεγάλη που οι κάτοικοι της περιοχής άνοιξαν τα σπίτια τους για να τους φιλοξενήσουν καθώς η διαμονή τους κρατούσε αρκετές ημέρες. Συνεπώς διαπιστώνει κανείς πως από μια ανθρώπινη πράξη χωρίς απώτερους σκοπούς διαμορφώθηκε σημερινός θεσμός αποκατάστασης ψυχικά ασθενών.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

- Σκοπός του προγράμματος είναι η ανεξαρτησία των ψυχικά πασχόντων στην κοινωνία καθώς και η ενίσχυση του βαθμού λειτουργικότητας ώστε να καταστούν στο μέλλον ικανοί για μετάβαση σε περισσότερες αυτόνομες μορφές διαβίωσης χωρίς να επιβαρυνθούν τα μέλη της ανάδοξης οικογένειας.

Υπολογίζονται:

- Όσο αφορά τα άτομα που φιλοξενούνται σε μια ανάδοξη οικογένεια:
- Παροχή στέγης και φροντίδας ικανή να διασφαλίζει την αξιοπρεπή και ευχάριστη διαμονή του.
- Ατομική κι ομαδική ψυχοαγωγή για ενδυνάμωση και κινητοποίηση ως προς την επίτευξη των στόχων του.
- Ομαλοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος για τη σταθεροποίηση της κλινικής και λειτουργικής του κατάστασης.
- Συνεχόμενη εποπτεία για την λήψη φαρμακευτικής του αγωγής.

Όσο αφορά την ανάδοξη οικογένεια:

- Ολοκληρωμένη εκπαίδευση της Φιλοξενούσας Οικογένειας, ώστε να είναι ενημερωμένοι για το μέγεθος του προβλήματος αλλά και προετοιμασμένοι για τις αλλαγές που θα επιφέρει στο οικογενειακό περιβάλλον.
- Η ουσιαστική αβελόνη από πλευράς διεπιστημονικής ομάδας για τα πραγματικά κίνητρα της Φιλοξενούσας Οικογένειας για ανάδοξη και κατά πόσο

θα λειτουργήσει θεραπευτικά και υποστηρικτικά ως προς τον ωφελούμενο.

- Η πρόβδος της Θεραπευτικής Υποστηρικτικής Διεπιστημονικής Ομάδας όσο αφορά την επιστήμη τους και η εφαρμογή του στην κοινότητα μέσω ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης πολιτών για την προσέκλυση νέων υποψηφίων ανάδοχων οικογενειών
- Τεχνικές ενθάρρυνσης, κινητοποίησης και εμπύωσης των μελών της οικογένειας.

Όσο αφορά την κοινότητα:

- Πρόσκληση κοινωνικού ενδιαφέροντος για το θεσμό των Προγραμμάτων Φιλοξενούσων Οικογενειών μέσω προβολής και ενημέρωσης για την καταπολέμηση των διακρίσεων και του στίγματος

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

- Την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, δευτερογενής ψυχικές διαταραχές ή διαταραχές αυτιστικού τύπου
- **Περίθαλψη** (εκούσια ή ακούσια) διατηρώντας αρχές και στοιχεία που προάγουν την βελτίωση της διαβίωσης του.
- **Ισότητα.**
- **Διαφύλαξη προσωπικών δεδομένων.**
- **Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση.**
- **Κοινωνική ένταξη** και **δραστηριοποίηση** στην κοινότητα.
- **Διεκδίκηση και πληρότητα** του αίσθηματός της κατάβωσης