



**Εθνική Σχολή
Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης**

Σημειώσεις Μαθήματος

2020

**Εθνική Σχολή
Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης**

**Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Ψυχικής
Υγείας στην Ελλάδα**

**Γεώργιος Αβραμίδης
Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας, Ψ.Ν.Α. ΔΑΦΝΙ**

**Επιμέλεια: Δρ. Γεώργιος Ίντας
Νοσηλευτής, MSC, MHSc, PhD**

Οι παρανοϊκοί είναι κι αυτοί άνθρωποι, απλά έχουν τα προβλήματά τους. Είναι εύκολο να τους κριτικάρεις, αλλά αν σε μισούσαν και σένα όλοι, θα ήσουν κι εσύ παρανοϊκός.

D.J. Hicks

Περιεχόμενα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
Επιδημιολογία και Ψυχικές Διαταραχές	7
Ψυχιατρική / Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση.....	8
Δικαιώματα Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.....	11
Εισαγωγή στον Ορισμό του Δικτύου και τα χαρακτηριστικά του.....	12
Κοινά χαρακτηριστικά των δικτύων	13
Δίκτυο Ψυχικής Υγείας.....	14
Βασικές Μεθοδολογικές Παρατηρήσεις για τη συγκρότηση Δικτύου	15
Μονάδες Δικτύου Ψυχικής Υγείας	19
1. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας	20
2. Τα Ευρωπαϊκά Προγράμματα.....	23
3. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης & Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (Υ.Υ.Κ.Α.)	26
4. Υγειονομική Περιφέρεια (Υ.Πε.)	31
5. Ειδικά ψυχιατρικά Νοσοκομεία δυναμικότητας έως 500 κλινών	40
6. Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου (Ψ.Τ.Γ.Ν.)	41
7. Εξωτερικά Ψυχιατρικά Ιατρεία.....	42
8. Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας (Κ.Κ.Ψ.Υ.).....	42
9. Ιατροπαιδαγωγικός σταθμός.....	44
10. Διασυνδετική υπηρεσία	45
11. Νοσοκομείο ημέρας ή κέντρο ημέρας ή μονάδα ημερήσιας περίθαλψης	46
12. Νοσοκομείο νύχτας.....	50
13. Κινητή μονάδα ψυχικής υγείας (Κ.Μ.Ψ.Υ.).....	51
14. Μονάδες στέγασης.....	52
15. Οικογένειες «υιοθεσίας» ή μονάδες ανάδοχων οικογενειών.....	61
16. Μονάδες αποκατάστασης	63
17. Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ).....	67
18. Σύλλογοι συγγενών, ασθενών, πολιτών ή ομάδες ευαισθητοποιημένων ατόμων.....	69
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	71

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναγνωρίσει την σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας από την ίδρυσή του, και αυτό αντικατοπτρίζεται στον ορισμό της υγείας που υπάρχει στο καταστατικό του, και ο οποίος αναφέρει ότι η υγεία δεν είναι "απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας", αλλά, "μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας" (Έκθεση για την Παγκόσμια Υγείας, 2001).

Τα τελευταία χρόνια η ψυχιατρική αναπτύσσεται με ταχείς ρυθμούς. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση προώθησε κατά πολύ τη βελτίωση της υγείας των πασχόντων, την αποκατάσταση και την αποασυλοποίησή τους. Σε αυτό συνέβαλλε και η ανάπτυξη της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, η οποία έχει σκοπό να εντάξει και πάλι τους ασθενείς στην κοινότητα, να τους κάνει ενεργά μέλη και να παρακολουθεί την πορεία τους.

Η ανάπτυξη των μονάδων Κοινωνικής Ψυχιατρικής, που συνετέλεσε στη συρρίκνωση των ψυχιατρείων, βοηθά στην παροχή εξατομικευμένης φροντίδας και θεραπείας του ασθενούς ή της οικογένειας και είναι προσανατολισμένες στην κάλυψη των αναγκών των ασθενών σε όλες τις φάσεις της νόσου. Οι μονάδες αυτές λοιπόν λειτουργούν ως φίλτρα ανάμεσα στους ασθενείς της κοινότητας και του ψυχιατρείου, μειώνοντας έτσι σημαντικά την ανάγκη για διαρκείς επανεισαγωγές στα νοσοκομεία.

Στόχος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι το κλείσιμο των ασύλων και η αποφυγή ιδρυματοποιημένων ασθενών. Σε αυτό συμβάλει η δημιουργία ενός δικτύου ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Η προστασία και βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού είναι περίπλοκο έργο, το οποίο απαιτεί τη λήψη σημαντικών αποφάσεων. Αυτό σημαίνει το συντονισμό ενός μεγάλου αριθμού υπηρεσιών, φορέων και επαγγελματιών που σχετίζονται ή άπτονται στο χώρο της ψυχικής υγείας. Βασικό σημείο που αναγνωρίζεται είναι ότι για το σχεδιασμό βέλτιστων πολιτικών πρέπει να τεθούν προτεραιότητες ως προς τις ανάγκες του πληθυσμού, των συνθηκών, των υπηρεσιών, των θεραπευτικών παρεμβάσεων, των στρατηγικών πρόληψης και ενημέρωσης, καθώς και να γίνουν οι σωστές επιλογές για τη χρηματοδότηση όλων αυτών των ενεργειών.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι πολυδιάστατες και μεταβάλλονται ανάλογα τόσο με την ατομική πορεία της κατάστασης του ατόμου όσο και με συνθήκες του περιβάλλοντος στο οποίο το άτομο ζει και αναπτύσσεται. Έτσι μέσα από τις Αποκεντρωμένες Μονάδες πρέπει να γίνονται

παρεμβάσεις και να τίθενται προτεραιότητες και κατευθυντήριες γραμμές, με πολιτικές, αποφάσεις και ενέργειες τέτοιες που να στοχεύουν στην κάλυψη των καταγεγραμμένων αναγκών, λαμβάνοντας υπόψη τα ατομικά δικαιώματα του πολίτη.

Η αναγκαιότητα συνέχισης και ολοκλήρωσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αλλά και της αλλαγής κουλτούρας στον τρόπο με τον οποίο παράγεται η φροντίδα ψυχικής υγείας στην κοινότητα, απαιτεί μεθόδους που θα επιτρέψουν τη διάδοση των δράσεων, των καινοτόμων δράσεων, τον πολλαπλασιασμό των πόρων, ιδίως των κοινοτικών και την απρόσκοπτη διασύνδεση των υπηρεσιών.

Τα δίκτυα οργάνωσης και επικοινωνίας, με την προϋπόθεση της επιστημονικής τεκμηρίωσης των αποφάσεων που λαμβάνονται σε αυτά, τη συνεχή αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας τους και την τήρηση δεοντολογικών κανόνων σχετικά με τις αρχές της διατομεακής συνεργασίας, αποτελούν μεθόδους που η διεθνής αλλά και η ελληνική εμπειρία έχουν δείξει ότι προάγουν την ψυχική υγεία -βοηθώντας τους επαγγελματίες, τους χρήστες και οικογένειες- και συντελούν στην αποδοτικότερη αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας.

Επιδημιολογία και Ψυχικές Διαταραχές

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) (Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, 2001) οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι αποκλειστικότητα μιας πληθυσμιακής ομάδας. Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές προσβάλλουν ανθρώπους σε όλες τις περιοχές, χώρες και κοινωνίες. Παρουσιάζονται σε γυναίκες και άντρες σε όλες τις φάσεις της ζωής τους. Είναι παρούσες μεταξύ πλουσίων και φτωχών και μεταξύ όσων ζουν σε αστικές και αγροτικές περιοχές. Η ιδέα ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι πρόβλημα των βιομηχανοποιημένων και σχετικά πλουσιότερων περιοχών του κόσμου είναι απλώς λανθασμένη. Το ίδιο ισχύει και για την πεποίθηση ότι οι αγροτικές κοινωνίες, που παραμένουν σχετικά ανεπηρέαστες από τους ρυθμούς της σύγχρονης ζωής, δεν έχουν ψυχικές διαταραχές.

Πρόσφατες αναλύσεις που έγιναν από τον Π.Ο.Υ. δείχνουν ότι οι νευροψυχιατρικές καταστάσεις, οι οποίες περιελάμβαναν μία επιλογή αυτών των διαταραχών, είχαν συνολικό επιπολασμό σημείου 10% στους ενήλικες (GBD 2000). Υπολογίστηκε ότι περίπου 450 εκατομμύρια άνθρωποι υπέφεραν από νευροψυχιατρικές καταστάσεις. Αυτές συμπεριλάμβαναν τις μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές, την διπολική συναισθηματική διαταραχή, τη σχιζοφρένεια, την επιληψία, διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση οινόπνευματος και ορισμένων ουσιών, άνοιες, μετατραυματικές αγχώδεις διαταραχές, ψυχαναγκαστική διαταραχή, πανικό και πρωτογενή αϋπνία.

Τα ποσοστά επιπολασμού διαφέρουν κατά το εάν αναφέρονται σε ανθρώπους που έχουν μία κατάσταση σε ένα χρονικό σημείο (επιπολασμό σημείου) ή σε οποιοδήποτε χρονικό σημείο μίας περιόδου (επιπολασμό περιόδου) ή σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους (διαχρονικό επιπολασμό). Αν και αριθμοί που αναφέρονται σε επιπολασμό σημείου παρουσιάζονται συχνά, η αναφορά επιπολασμού περιόδου ενός έτους είναι χρησιμότερη, ώστε να υπάρξει μία ένδειξη του πόσοι άνθρωποι θα χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες σε ένα έτος. Επισκοπήσεις που έχουν γίνει σε αναπτυγμένες αλλά και σε αναπτυσσόμενες χώρες έχουν δείξει ότι, κατά τη διάρκεια της ζωής τους, περισσότερο από το 25% των ατόμων αναπτύσσουν μία ή περισσότερες ψυχικές ή συμπεριφορικές διαταραχές.

Οι περισσότερες μελέτες καταλήγουν στο ότι ο εν γένει ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών είναι περίπου ίδιος μεταξύ αντρών και γυναικών. Οποιοσδήποτε διαφορές υπάρχουν, εξηγούνται από την διαφοροποιημένη κατανομή των διαταραχών. Οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές είναι περίπου εξίσου κοινές, με την εξαίρεση της κατάθλιψης, η οποία είναι συχνότερη μεταξύ των γυναικών, και των διαταραχών από χρήση ουσιών, οι οποίες είναι συχνότερες μεταξύ των αντρών.

Επιδημιολογικές μελέτες που έχουν γίνει στον γενικό πληθυσμό έχουν δείξει ότι 14-16% των Ελλήνων πάσχει από μια ψυχιατρική διαταραχή, με πιο συχνές τις αγχώδεις διαταραχές. Συχνές είναι και οι ψυχιατρικές διαταραχές μεταξύ εκείνων που απευθύνονται σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (π.χ. εξωτερικά ιατρεία Ι.Κ.Α., νοσοκομείων, κέντρων υγείας κ.λπ.). Σε μια μελέτη της Παγκόσμιας Οργάνωση Υγείας στην οποία συμμετείχε και η χώρα μας, βρέθηκε ότι 22% αυτών που επισκέπτονται τέτοιες υπηρεσίες πάσχουν από μια ψυχιατρική διαταραχή κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα. Οι πιο συχνές διαγνώσεις ήταν η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (14.9%), η κατάθλιψη (6.4%), το αίσθημα ανεξήγητης κόπωσης και καταβολής (4.6%) και η κατάχρηση αλκοόλ (3.5%). Η αναγνώριση των διαταραχών αυτών από τους Έλληνες γιατρούς θεωρείται ιδιαίτερα χαμηλή (μόλις 17%).

Ψυχιατρική / Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (1981), με τον όρο «Αποκατάσταση», εννοούμε, «μια δυναμική διαδικασία μέσα από την συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων που έχει ως στόχο να υποβοηθήσει το ανάπηρο άτομο να φτάσει στο μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία».

Συνεπώς με τον όρο «αποκατάσταση», εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν τα ψυχικά ή σωματικά ανάπηρα άτομα ώστε να διεκδικήσουν μια φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι.

Σύμφωνα με τον ορισμό που δόθηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης το 1958, η «αποκατάσταση» πρέπει να θεωρείται ως μια συνεχής διαδικασία, που αρχίζει με την έναρξη και διάγνωση της νόσου ή του τραύματος και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής. Σ' αυτή

τη διαδικασία η ενεργός και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας.

Ο όρος «Ψυχιατρική Αποκατάσταση», αναφέρεται στη βοήθεια που παρέχεται σε άτομα με χρόνια ψυχική νόσο ώστε να αυξήσουν τη λειτουργικότητά τους έτσι ώστε να είναι ικανοποιημένα μέσα στο περιβάλλον όπου επιλέγουν να ζουν με την όσο το δυνατόν λιγότερη ειδική παρέμβαση.

Σύμφωνα με τον Douglas Bennet, «**Ψυχιατρική Αποκατάσταση**» είναι:

- α. κάθε προσπάθεια να μειωθεί η ψυχιατρική αναπηρία με την αποκατάστασή της, αναπτύσσοντας δεξιότητες και με την τοποθέτηση του ατόμου σε περιβάλλον στο οποίο να εφαρμόζει τις δεξιότητες αυτές.
- β. η επαναφορά των ψυχικά αρρώστων στην προηγούμενη λειτουργική κατάστασή τους.
- γ. η επιστροφή και επανένταξη του ψυχικά αρρώστου στο σπίτι, στο σχολείο, στον κοινωνικό χώρο και η ανάπτυξη των δεξιοτήτων του.
- δ. η αποκατάσταση του αρρώστου σε εργασιακή απασχόληση.
- ε. η βελτίωση των δυνατοτήτων του ψυχικά αρρώστου.
- στ. η διαδικασία βοήθειας του ψυχικά αρρώστου για καλύτερη δυνατή χρήση των υπολοίπων δυνατοτήτων, με τις οποίες θα μπορέσει να λειτουργήσει όσο το δυνατόν ως φυσιολογικό άτομο σε ένα κοινωνικό χώρο.

Σύμφωνα με το Κέντρο Ψυχιατρικής Αποκατάστασης της Βοστώνης των Η.Π.Α, η «Ψυχιατρική Αποκατάσταση», έχει ως στόχο να αυξήσει με επιτυχία την λειτουργικότητα του ατόμου στο στεγαστικό, επαγγελματικό ή εκπαιδευτικό χώρο της επιλογής του, με τη μικρότερη δυνατή παρέμβαση από τους ειδικούς. Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει τρεις φάσεις, την αποκαταστασιακή διάγνωση, τον προγραμματισμό και την παρέμβαση.

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 του Ν. 2716 του 1999, «ψυχιατρική αποκατάσταση» ορίζεται ως, ένα οργανωμένο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όσο και το σύνολο καθημερινών, προγραμματισμένων και εξατομικευμένων δράσεων που ως σκοπό έχουν την άσκηση και υποστήριξη του αρρώστου, προκειμένου να επανενταχθεί στην κοινότητα. Για όσα άτομα είναι ήδη ενταγμένα στην κοινότητα, σκοποί των οργανωμένων δράσεων είναι η διερεύνηση των δεξιοτήτων τους, η βελτίωση της θέσης τους μέσα στην κοινωνία και

η απελευθέρωση της δημιουργικότητας τους. Τελικός στόχος όλων των δράσεων αυτών είναι η λειτουργική αυτονομία του ατόμου.

Σύμφωνα με τη Συναινετική Διακήρυξη της ΠΟΥ και της Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, «Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία που προσφέρει τις ευκαιρίες σε άτομα με έκπτωση λειτουργικότητας, ανάκανα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή, να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στη κοινότητα».

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των δεξιοτήτων του ατόμου, όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών, ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατόν πιο ποιοτική για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχοκοινωνική διαταραχή ή παρουσιάζουν έκπτωση της ψυχοκοινωνικής τους ικανότητας τέτοια ώστε να προκύψει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, συνεκτιμά το σύνολο των παραγόντων στη ζωή ενός ατόμου και ενεργοποιεί διάφορες στρατηγικές που επιχειρούν να καλύψουν τις ανάγκες του ατόμου σε όλους τους τομείς, με στόχο την ενσωμάτωση του στην κοινότητα, την ανεξαρτησία του στο μέγιστο δυνατό βαθμό, καθώς και την επίτευξη ενός ικανοποιητικού βιοτικού επιπέδου. Για να μπορέσουν να πραγματοποιηθούν όλα τα παραπάνω και να υπάρχει ανταπόκριση στις ανάγκες του ατόμου, είναι αναγκαίο να εστιάζεται στους στόχους και τις ιδιαιτερότητες του ατόμου, παρά στις δυνατότητες της υπηρεσίας που πρέπει να έχει την απαιτούμενη ευλυγισία ώστε να αυξομειώνει την παρουσία της ανάλογα με την πορεία του. Τέλος το αποτέλεσμα της διαδικασίας δεν πρέπει να κρίνεται από τα ίδια τα συμπτώματα ή την ψυχική νόσο, αλλά από το βαθμό στον οποίο καταφέρνει το άτομο να διαβίει στην κοινότητα και να διατηρεί με πολλούς τρόπους σχέσεις μαζί της, σχέσεις που του εξασφαλίζουν ένα ικανοποιητικό βιοτικό επίπεδο.

Οι **βασικές αρχές** ψυχιατρικής / ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σύμφωνα με τους Antony, Farkas και Kohen (1990) είναι:

- α.** Η ψυχιατρική αποκατάσταση να είναι εκλεκτική ως προς τις τεχνικές της.
- β.** Ο πρωταρχικός στόχος να είναι η βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου.
- γ.** Το όφελος από την αποκατάσταση να αφορά στη βελτίωση της συμπεριφοράς του ατόμου, με έμφαση στην αντίληψη της πραγματικότητας και όχι των ενδοψυχικών παραγόντων.

- δ. Στόχος της να είναι και η βελτίωση του επαγγελματικού αποτελέσματος των ατόμων.
- ε. Η ενεργητική συμμετοχή του ατόμου στην αποκαταστασιακή διαδικασία να είναι επιθυμητή.
- στ. Η ελπίδα να αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο στη διαδικασία της αποκατάστασης.
- ζ. Οι δύο βασικές παρεμβάσεις της αποκατάστασης να είναι η ανάπτυξη των δεξιοτήτων του ατόμου και η ανάπτυξη της περιβαλλοντικής υποστήριξης.
- η. Η ανεξάρτητη από περιορισμένο αριθμό υπηρεσιών αποκατάσταση ως πρώτο βήμα, να είναι κάτι το φυσιολογικό και να είναι δυνατόν να οδηγήσει το άτομο σε μια προοδευτική αύξηση της λειτουργικότητας του, ώστε να είναι ανεξάρτητο.
- θ. Η μακρόχρονη φαρμακοθεραπεία μπορεί να είναι αναγκαία, αλλά σπανίως επαρκεί από μόνη της για την αποκαταστασιακή παρέμβαση.

Δικαιώματα Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας, 2001), οι πολιτικές ψυχικής υγείας και τα προγράμματα θα πρέπει να προάγουν τα ακόλουθα δικαιώματα:

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

Η προώθηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων μέσω του σχεδιασμού προγραμμάτων και πολιτικών για την ψυχική υγεία οδηγεί στην ένταξη εκεί ευπαθών ομάδων ανθρώπων, όπως αυτόχθονες πληθυσμοί και φυλές, εθνικές, θρησκευτικές και

γλωσσικές μειονότητες, μετακινούμενοι εργάτες, πρόσφυγες και άτομα χωρίς υπηκοότητα, παιδιά, έφηβοι και ηλικιωμένοι.

Από τις 160 χώρες που έδωσαν πληροφορίες για τη νομοθεσία στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, 2001), σχεδόν το ένα τέταρτο δεν έχει νομοθεσία για την ψυχική υγεία. Περίπου το ήμισυ της υπάρχουσας νομοθεσίας δημιουργήθηκε την περασμένη δεκαετία, αλλά σχεδόν κατά το ένα πέμπτο δημιουργήθηκε πριν 40 χρόνια, σε εποχές δηλαδή στις οποίες δεν υπήρχαν οι σημερινές διαθέσιμες θεραπευτικές πρακτικές.

Στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη σύγχρονης εθνικής νομοθεσίας σχετικά με την ψυχική υγεία.

Εισαγωγή στον Ορισμό του Δικτύου και τα χαρακτηριστικά του

Ο όρος «**δίκτυο**», σε μια γενική προσέγγιση αφορά:

- Αφενός την πραγματικότητα συγκεκριμένων χώρων (υδρευτικό, αποχετευτικό δίκτυο, ηλεκτρικό δίκτυο, διαδίκτυο, σιδηροδρομικό δίκτυο κ.λπ.)
- Αφετέρου το σύνολο των σχέσεων μεταξύ ατόμων που συναντώνται κατά συνθήκη την ίδια περίοδο στον ίδιο χώρο

Το δίκτυο σχηματίζεται από πολλαπλούς κόμβους (πολλαπλότητα κόμβων). Οι κόμβοι του συνδέονται μεταξύ τους μέσα από πολλαπλές διακλαδώσεις - διαδρομές (πολλαπλότητα διακλαδώσεων) που όμως, κανένας κόμβος δεν θεωρείται προνομιακός σε σύγκριση με άλλον και κανένα σημείο δεν είναι κατώτερο του άλλου

Οι σύγχρονες μελέτες πολύπλοκων συστημάτων έχουν μελετήσει και αποτυπώσει μια σειρά από χαρακτηριστικά των δικτύων, που επιτρέπουν τη μελέτη του τρόπου δημιουργίας τους, την εξέλιξη τους, τις μεταξύ τους συγκρίσεις αλλά και τους πιθανούς τρόπους κατάρρευσης τους

Στο πλαίσιο μιας κοινοτικής πρακτικής ψυχικής υγείας μπορούμε να διακρίνουμε **3 επίπεδα δικτύου** που έχουν λειτουργίες, τυπολογία, σχέσεις και περιεχόμενο.

- **Πρωτοβάθμιο δίκτυο:** (οικογένεια, φίλοι, γείτονες, συγγενείς). Η λειτουργία του έγκειται στην στήριξη και επανένταξη του ατόμου
- **Τυπικό δευτεροβάθμιο δίκτυο:** (θεσμοί και υπηρεσίες) που δημιουργείται από επαγγελματικές και «ασύμμετρες» σχέσεις

➤ **Άτυπο δευτεροβάθμιο δίκτυο:** Οργανισμοί, Σύλλογοι εθελοντών, δομημένες ομάδες πρωτοβουλιών, με δράσεις που στοχεύουν σε αντιμετώπιση συγκεκριμένων αναγκών των ατόμων.

Συχνά ερχόμαστε αντιμέτωποι με ένα ιδιόμορφο τύπο δικτύων, τα άτυπα δίκτυα οργάνωσης και επικοινωνίας που οργανώνονται παράλληλα με τον τυπικό τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών με σκοπό την διευκόλυνση της επικοινωνίας και της διοικητικής λειτουργίας. Τέτοια δίκτυα βλέπουμε σε μεγάλους οργανισμούς με έντονα γραφειοκρατικά στοιχεία (έντονη γραφειοκρατική λειτουργία) όπως είναι π.χ τα ψυχιατρεία.

Από τα παραπάνω διαπιστώνουμε ότι τα δίκτυα λαμβάνουν διαφορετικές μορφές και εξυπηρετούν διαφορετικές ανάγκες. Κατά συνέπεια δημιουργούν και θέτουν σημαντικές μεθοδολογικές δυσκολίες στη μελέτη τους. Κάθε διαφορετική έκφανση του δικτύου εξυπηρετεί διαφορετικές ανάγκες ανάλογα με την σοβαρότητα της νόσου και ύπαρξη ή μη εξατομικευμένου σχεδίου θεραπείας και τα πολιτισμικά μορφώματα που αφορούν στις κοινωνικές σχέσεις.

Ο επαγγελματίας υγείας καλείται να επιλέξει σε ποιο επίπεδο οργάνωσης και επικοινωνίας πρέπει να κινηθεί βάσει των πόρων που παρέχονται στο πλαίσιο που καλείται να δράσει.

Κοινά χαρακτηριστικά των δικτύων

Το δίκτυο απεικονίζεται από μια πραγματικότητα και συγκροτείται από δεσμούς αναγνωρίσιμους από όλους τους συμμετέχοντες. Η λειτουργικότητά του καθορίζεται από ανταλλαγές ποικίλης φύσης που δομούνται μέσα από τους κανόνες του οικονομικού συστήματος και του συστήματος δικαίου αλλά και μέσα από σύμβολα και κοινωνικές νοηματοδοτήσεις.

Το δίκτυο παρέχει υποστηρικτικό πλαίσιο στα άτομα που το αποτελούν. Έχει ορατά αποτελέσματα σε υλικό επίπεδο, σε επίπεδο πληροφόρησης, σε συναισθηματικό επίπεδο και σε επίπεδο ψυχικής και κοινωνικής εγγραφής σε μια τοπική πραγματικότητα.

Τέλος, το δίκτυο έχει χαρακτήρα αμοιβαιότητας στις συναλλαγές, τις διαδράσεις και τις πολλαπλές στηρίξεις που παράγει.

Δίκτυο Ψυχικής Υγείας

Μία παρέμβαση ψυχικής υγείας ορίζεται ως «παρέμβαση δικτύου», όταν ο επαγγελματίας προσεγγίζει το πάσχων άτομο ως άτομο του οποίου το πρόβλημα για να λυθεί - θεραπευτεί πρέπει να συνδεθεί με ένα δίκτυο σχέσεων και διαδράσεων (όχι να προσεγγίζει το πάσχων άτομο ως μια μονάδα απομονωμένη από το σύνολο μέσω κλινικής, παιδαγωγικής, προνοιακής, αποκαταστασιακής προσέγγισης).

Στο δίκτυο, ο επαγγελματίας διαχειρίζεται την πολυπλοκότητα του προβλήματος διαπραγματευόμενος την επαγγελματική του τεχνογνωσία και ιδιαιτερότητα στο εσωτερικό του δικτύου, των σχέσεων με άλλους ετέρους, τυπικούς ή άτυπους συνομιλητές (επαγγελματίες και μη). Έτσι γίνεται «παραγωγός» κοινωνικών πόρων και «καταλύτης» συγκρότησης δεσμών.

Το δίκτυο, σε τοπικό επίπεδο, μπορεί να προστατεύσει την ψυχιατρική θεωρεία και πρακτική από δύο συχνές παρεκκλίσεις της. Αυτή της «ψυχιατρικοποίησης των κοινωνικών προβλημάτων και αντιθέσεων και την «κοινωνιολογική» προσέγγιση σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών μέσω από μια αντι-ψυχιατρική, κριτική προσέγγιση της λεγόμενης «κατασταλτικής» λειτουργίας της παραδοσιακής ψυχιατρικής.

Το δίκτυο ψυχικής υγείας μπορεί εν δυνάμει να λειτουργήσει ως το «4^ο επιστημονικό υπόδειγμα» της Ψυχιατρικής στο βαθμό που αυτό δημιουργεί πλαίσιο συνεργασίας, επιτρέπει την επαλήθευση, συγκρίνει την αποτελεσματικότητα των διαφόρων πρακτικών και τεχνικών (ομοιογένεια θεωρητικής σύλληψης και σφαιρικό πρότυπο φροντίδας).

Η λειτουργία του δικτύου θα πρέπει απεμπλακεί από τις θεωρητικές διαμάχες και τις δογματικές τοποθετήσεις και οφείλει να είναι πραγματική και σε εγγύτητα με την κλινική πρακτική. Άρα αν πειραματισθούμε στο να συγκροτήσουμε μια θεωρεία της πρακτικής, αυτή θα έχει περισσότερες δυνατότητες να δομήσει πραγματικό διάλογο μεταξύ των εταίρων-πρωταγωνιστών σε τοπικό πλαίσιο, που διασφαλίζει εύκολα την αναγνωσιμότητα, την καλύτερη προσαρμογή και την πραγμάτωση των αποφάσεων.

Το πρότυπο λειτουργίας που προτείνεται εδώ στηρίζεται σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο ικανό να απαρτιώνει τις βασικές αρχές της εθνικής πολιτικής για την ψυχική υγεία και τις προτεραιότητες και πολιτικές υγείας σε περιφερειακό επίπεδο (Δ.Υ.ΠΕ.) με βασικό – στρατηγικό στόχο την προσαρμογή των μέσων/στόχων, την καλύτερη δυνατή απάντηση στις πραγματικές ανάγκες της ψυχικής υγείας ενός συγκεκριμένου πληθυσμού.

Βασικές Μεθοδολογικές Παρατηρήσεις για τη συγκρότηση Δικτύου

● Κριτική μεταφορά αρχών και κατευθυντηρίων γραμμών

Η αποτελεσματικότητα των δικτύων στο χώρο της ψυχικής υγείας τεκμηριώνεται μέσω των επισημάνσεων των σημαντικότερων διεθνών οργανισμών (Π.Ο.Υ, Υπουργεία Υγείας) και στις διακηρύξεις των κατευθυντηρίων γραμμών στις οποίες προβαίνουν.

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να διατηρούν την κριτική τους ικανότητα όταν αναζητούν στο εξωτερικό πρότυπα οργάνωσης και τεχνογνωσία και να αναπτύσσουν μια «κριτική επαγρύπνηση» απέναντι στην επεξεργασία και ανάλυση του μοντέλου.

Ορισμένα **κρίσιμα στοιχεία** στην εφαρμογή και στην πράξη των αρχών σχεδιασμού της πολιτικής ψυχικής υγείας είναι:

α. Η ηθική του δικτύου: μια προϋπόθεση για την αρμονική λειτουργία των φορέων του δικτύου είναι η παραδοχή ότι κάθε επαγγελματίας ψυχικής υγείας και κάθε συλλογικός φορέας νομιμοποιείται για την εκπαίδευση του και την ιδιαιτερότητα του επαγγελματικού του ρόλου. Η ταυτότητα του κάθε εταίρου πρέπει να διασαφηνίζεται επαρκώς ώστε στην ερώτηση «ποιος κάνει τι» να μπορούν να απαντήσει το κάθε μέλος του δικτύου.

β. Η αποδοχή της ιδιαιτερότητας της Ψυχιατρικής πηγάζει από την ίδια την πολυπλοκότητα του αντικειμένου της «το άτομο» που εμπεριέχει την υποκειμενικότητα – ατομικότητα. Η γενική διατύπωση του «βίο-ψυχο-κοινωνικού» μοντέλου δεν είναι δυνατόν να καλύψει τις ανάγκες των επαγγελματιών και κατ' επέκταση των εταίρων αν δεν αντιμετωπιστεί σαν ένα ενιαίο process με feet back προς τον εαυτό του, του περιβάλλοντος που ζει και των εταίρων του. Αν αυτό δεν κατανοηθεί δίνεται η δυνατότητα στον ψυχίατρο, ψυχολόγο, νοσηλεύτη, κοινωνικό λειτουργό κ.λπ. να αναφέρεται στο μοντέλο με ιδιότυπο εκλεπτυσμό και εμπειρισμό να ερμηνεύσει τις επιλογές του στις συγκεκριμένες ανάγκες της πρακτικής.

Είναι σημαντικό να σκεφτούμε ότι η ιδιαιτερότητα του ψυχιάτρου ως επαγγελματία – ιατρού που ασχολείται με το ψυχοπαθολογικό φαινόμενο μπορεί

(και ίσως επιβάλλεται) να γίνει *αντικείμενο διαπραγμάτευσης* με την επιστημονική κοινότητα, *υπό την προϋπόθεση* ότι θα του αναγνωρίζεται η *βασική εκπαίδευση* και η δυνατότητα *χρήσης των βασικών και συγχρόνων γνώσεων* σχετικά με την διάγνωση και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

Το πλαίσιο λειτουργίας του δικτύου *πρέπει να επιτρέπει* έναν *οργανωμένο διάλογο*, ώστε να κατανοηθεί από όλους το ψυχοπαθολογικό φαινόμενο που με την σειρά του να αποτελέσει πόλο συγκλίσεων, συμπληρωματικότητας, επεξεργασίας νέων σχεδίων φροντίδας και πρόληψης υπερβαίνοντας έτσι τα στενά όρια της θεωρίας και της πρακτικής κάθε εταίρου

γ. Ο σεβασμός της διαφορετικότητας του κάθε εταίρου στο δίκτυο.

Στο πλαίσιο λειτουργίας ενός δικτύου ο συντονισμός δεν θα πρέπει να αποφεύγει ή να συσκοτίζει συγκρούσεις ή αντιθέσεις που πηγάζουν από διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις αλλά να στοχεύει στην σύνθεση μέσα από την κοινή πρακτική και το κοινό σχέδιο δράσης.

Η επιτυχία αυτής της πολυφωνίας βασίζεται σε τρεις μεθοδολογικές προϋποθέσεις:

- ✚ Την ανάγκη επικέντρωσης του διαλόγου στην ανάλυση και κατανόηση των πραγματικών αναγκών.
- ✚ Την ανάγκη υιοθέτησης της αρχής ότι κάθε εταίρος μιλάει εξ ονόματος του φορέα που προέρχεται με την ιδιαιτερότητα της δικής του ιστορίας, πρακτικής και θεωρίας.
- ✚ Η πρόκληση για το δίκτυο είναι να πείσει τους εταίρους ότι η προαγωγή ενός «νέου κλινικού αντικειμένου και ενός νέου «άτυπου θεσμού» που το στηρίζει μπορεί να προέλθει από τη συγκρότηση δικτύου ως νέου «ψυχονοητικού θεσμού» (institution mentale), οι εταίροι και ιδιαιτέρως ο συντονιστής, θα πρέπει να έχει την ικανότητα σεβασμού της ιδιαιτερότητας του κάθε ενός και την δυνατότητα επεξεργασίας και αν είναι δυνατόν της αναγωγής σε ένα θεωρητικό πλαίσιο των αντιθέσεων να δομεί και να διαχειρίζεται τις σχέσεις με οριζόντια διάρθρωση των εταίρων ώστε να αναδεικνύονται φυσικοί ηγέτες και έτσι να διασφαλίζεται η εξελικτική πορεία.

δ. Η μείωση των αντιστάσεων στην αλλαγή

Όπως είναι αντιληπτό μέχρι τώρα η λειτουργία του δικτύου προϋποθέτει σε μεγάλο βαθμό, *αλλαγή της στάσης* των επαγγελματιών απέναντι στην άσκηση της ειδικότητας τους που πρακτικά στην συνέχεια θα επιφέρει μεγάλες αλλαγές στην καθημερινή πρακτική. Οι αλλαγές αυτές είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπιστούν με *προκατάληψη* και να *εγείρουν αντιστάσεις* που πρέπει να καμφθούν. Τα *άτυπα δίκτυα* για παράδειγμα, παρά την χρησιμότητα τους που προαναφέρθηκε, πολλές φορές πρέπει να εγκαταλειφθούν ή να τροποποιηθούν ριζικά, επειδή δεν μπορούν να *αξιολογηθούν* ή να *λειτουργήσουν* με τις αρχές της τεκμηριωμένης φροντίδας.

Η μείωση της προκατάληψης εκτός από την συναίνεση των εμπλεκομένων μερών απαιτεί την τακτική επαφή και συνδιαλλαγή μεταξύ αντιπροσωπευτικών μελών με βάση συγκεκριμένους όρους, όπως είναι η ισοτιμία, η αναγνώριση των κοινών στόχων και συμφερόντων αλλά και των διαφορών.

● Η διερεύνηση του πεδίου

Η διερεύνηση του πεδίου γίνεται μέσω της επιστημονικής έρευνας της ετοιμότητας (readiness) και της ικανότητας (capacity) των υπηρεσιών υγείας να υιοθετήσουν τις αρχές της λειτουργίας σε δίκτυο. Η έννοια της ετοιμότητας αφορά τον βαθμό στον οποίο ένα άτομο είναι πρόθυμο να συνεργαστεί σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης. Η ετοιμότητα μπορεί να εκτιμηθεί βάσει της στάσης του απέναντι στις πρακτικές της τεκμηριωμένης φροντίδας υγείας και την αξιολόγηση των δεξιοτήτων τους και των πόρων που έχουν στην διάθεση τους.

Η διερεύνηση του πεδίου προϋποθέτει καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης και συστηματική αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, καταγραφή των καινοτόμων δράσεων από το εσωτερικό και εξωτερικό. Τέλος η έρευνα θα συντελέσει στην ανάπτυξη νέων δικτύων και την αποτελεσματική λειτουργικότητα των ήδη δομημένων, αλλά δεν είναι δυνατόν να παραλείψουμε την διαδικασία συνεχούς αυτό-αξιολόγησης και αξιολόγησης.

Στοιχεία που είναι **απαραίτητα** για τη διαχείριση του δικτύου είναι τα ακόλουθα:

- ✧ Αξιοποιούμε την δύναμη της **αποτελεσματικής επικοινωνίας** και **επικοινωνούμε αποτελεσματικά**.
- ✧ Παρουσιάζουμε σωστά τον «εαυτό» μας (τι είμαι, τι ξέρω να κάνω, τι θέλω, που μπορώ να είμαι χρήσιμος).
- ✧ Γνωρίζουμε πολύ καλά να οργανώνουμε τη δουλειά.
- ✧ Δουλεύουμε μέσω άλλων - για άλλους.
- ✧ Αξιοποιούμε την δημιουργική δύναμη της πραότητας
- ✧ Δεν δίνουμε μη επιβεβαιωμένες πληροφορίες .
- ✧ Επιβεβαιώνουμε συνεχώς την αξία της άριστης σχέσης με τους άλλους παρόχους.
- ✧ Καταλαβαίνουμε το λάθος μας, το προσδιορίζουμε και το επιλύουμε - διορθώνουμε.
- ✧ Επιλύουμε άμεσα κάθε επαγγελματική διάσπαση.
- ✧ Παραμένουμε διαρκώς ενήμεροι για την δουλειά μας και την δουλειά των άλλων.
- ✧ Αξιοποιούμε συνεχώς τις αλλαγές (μέθοδοι, τεχνολογία).
- ✧ Δίνουμε μεγάλη έμφαση στην ακεραιότητα και την αξιοπιστία.
- ✧ Αξιοποιούμε την δουλειά του καθενός
- ✧ Κάνουμε τα πράγματα συνεχώς καλύτερα, για τους εξυπηρετούμενους, τους συνεργάτες, τους προμηθευτές, τις διοικήσεις, για μας.

Αντίθετα υπάρχουν και κάποιες συμπεριφορές που πρέπει να **αποφεύγονται** από τα άτομα που εμπλέκονται σε ένα δίκτυο. Αυτές είναι:

- ✧ Δεν θέλουμε να ξέρουμε τι ακριβώς κάνει καθένας κάθε στιγμή.
- ✧ Δεν μιλάμε, με τους συνεργάτες και τους εργαζόμενους στο τηλέφωνο ασταμάτητα και συνεχώς.
- ✧ Δεν θέλουμε να τα ξέρουμε όλα, χωρίς λόγο και αιτία.
- ✧ Δεν είμαστε εγωιστές αναίτια.
- ✧ Δεν πιέζουμε κανένα.

Οι λόγοι για τους οποίους θέλουμε να συμμετέχουμε στη διαχείριση του δικτύου είναι οι ακόλουθοι:

1. Λύνουμε προβλήματα των άλλων, διακόπτουμε τις αρνητικές καταστάσεις και συμβάντα.
2. Υπάρχει ψυχο-πνευματική πρόκληση, η πρόκληση της διαμόρφωσης-ολοκλήρωσης του κοινωνικού παζλ.
3. Κάθε μέρα έχει κα κάτι νέο για γνώση και δράση).
4. Υπάρχουν επίσης παράπλευρες προσφορές.
5. Δουλεύουμε για κάθε έναν που έχει ανάγκη τη δουλειά μας και όχι απλά για την υπηρεσία.

Μονάδες Δικτύου Ψυχικής Υγείας

Το δίκτυο της ψυχικής υγείας είναι αρκετά διευρυμένο και περιλαμβάνει τις ακόλουθες μονάδες:

1. Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)
2. Ευρωπαϊκά Προγράμματα
3. Υ.Υ.Κ.Α. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης)
4. Υ.Πε. (Υγειονομική Περιφέρεια)
5. «Παραδοσιακά» ή ειδικά ψυχιατρεία δυναμικότητας έως 500 κλινών
6. ΨΤΓΝ (Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου)
7. Εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία
8. ΚΚΨΥ (Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας)
9. Ιατροπαιδαγωγικός σταθμός
10. Διασυνδετική υπηρεσία
11. Νοσοκομείο ημέρας ή κέντρο ημέρας ή μονάδα ημερήσιας περίθαλψης
12. Νοσοκομείο νύχτας

13. Κινητή μονάδα ψυχικής υγείας
14. Μονάδες στέγασης
15. Οικογένειες «υιοθεσίας» ή μονάδες ανάδοχων οικογενειών
16. Μονάδες αποκατάστασης
17. ΚοιΣΠΕ (Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης)
18. Σύλλογοι συγγενών, ασθενών, πολιτών ή ομάδες ευαισθητοποιημένων ατόμων

Ο τρόπος με τον οποίο οι διάφορες μονάδες που περιλαμβάνονται σε ένα δίκτυο ψυχικής υγείας λειτουργούν το έργο που παράγουν και οι στόχοι που ικανοποιούν αναφέρονται αναλυτικά παρακάτω.

1. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Ο Π.Ο.Υ. τα τελευταία χρόνια τονίζει την ανάγκη της συνεργασίας του με όλα τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης δίνοντας έμφαση στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και στην πρόληψη. Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι η αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής, η καταπολέμηση του στίγματος, η προώθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης μέσω της ανάπτυξης της Κοινοτικής Ψυχιατρικής και η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και των οικογενειών τους αποτελούν βασικές προτεραιότητές του.

Ο Π.Ο.Υ. λοιπόν τονίζει την ανάγκη για την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας παγκοσμίως, προκειμένου να επιτύχουν την καλύτερη δυνατή κάλυψη σε κάθε τομέα. Τεκμηριώνει, λοιπόν, ότι στην προσπάθεια δημιουργίας του καλύτερου μίγματος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι κύριες αρχές είναι η ενσωμάτωσή τους στο σύστημα γενικής υγείας, η δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ο περιορισμός των κλασικών ψυχιατρείων. Θέτει λοιπόν πολλά ζητήματα για την οργάνωση των υπηρεσιών που περιλαμβάνουν:

- την αδιάλειπτη και ολοκληρωμένη φροντίδα, η οποία δεν πρέπει να παρέχεται μόνο στη φάση ενός οξέος επεισοδίου αλλά καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ψυχικά ασθενούς,

- την αντιμετώπιση των δυσχερειών και ανισοτήτων που προκύπτουν από τη γεωγραφική θέση (περιφέρεια, αγροτικές περιοχές),
- την καθιέρωση της αναζήτησης βοήθειας μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, των παραπομπών μέσω των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων ιατρικών υπηρεσιών καθώς και από άλλες πηγές όπως τα σχολεία, οι κοινωνικές υπηρεσίες κ.λπ.,
- την ενδοτομεακή και διατομεακή συνεργασία.

Σύμφωνα με το πακέτο οδηγιών του Π.Ο.Υ. του 2003 για την πολιτική και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μεταξύ άλλων αναφέρονται τα εξής:

1. Όσοι σχεδιάζουν τις υπηρεσίες πρέπει να στοχεύουν στη δημιουργία ενός φάσματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας,
2. Η απόλυτη ανάγκη διαφόρων υπηρεσιών ποικίλει από χώρα σε χώρα, αλλά οι σχετικές ανάγκες σε διάφορες υπηρεσίες είναι παρόμοιες σε πολλές χώρες.
3. Η ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι μια στρατηγική που ενδυναμώνει την πρόσβαση στη φροντίδα ψυχικής υγείας σε πολλές χώρες.
4. Η ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία χρειάζεται ειδικούς στον τομέα ψυχικής υγείας που θα εργάζονται στα νοσοκομεία αυτά, καθώς και υποδομή και άλλες διευκολύνσεις.
5. Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ήδη υπάρχοντα προγράμματα γενικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας που στοχεύουν ευπαθείς πληθυσμούς είναι μια αποτελεσματική στρατηγική, προκειμένου να παρακαμφθεί το πρόβλημα της έλλειψης πόρων και να διευρυνθεί η εμβέλεια των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
6. Προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της ένταξης και του αποϊδρυματισμού πρέπει να δημιουργηθούν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
7. Οι χώρες πρέπει να μελετήσουν την αξιοποίηση των υπάρχοντων δικτύων υπηρεσιών και ιδιαίτερα εκείνων των μη κυβερνητικών οργανώσεων.
8. Το κόστος, η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία δε δικαιώνουν την ύπαρξή τους.

9. Αποϊδρυματισμός δε σημαίνει απλώς οι ασθενείς να λάβουν εξιτήριο από τα νοσοκομεία που παρέχουν νοσηλεία μακράς διάρκειας, αλλά πρόκειται για μια διαδικασία που αναδομεί την παροχή υπηρεσιών, ώστε αυτή να γίνεται σε κοινοτικό και όχι σε ιδρυματικό επίπεδο.
10. Ο αποϊδρυματισμός πρέπει να έπεται και όχι να προηγείται της ίδρυσης εναλλακτικών κοινοτικών υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τα πληθυσμιακά δεδομένα και τα κριτήρια του Π.Ο.Υ. οδηγούν στην ανάγκη για τη δημιουργία στην Ελλάδα 90 Κέντρων Ψυχικής Υγείας, ενώ σήμερα λειτουργούν πολύ λιγότερα. Επίσης φαίνεται ότι η ελλείπουσα υποδομή κυμαίνεται από το 81% που αφορά κρεβάτια στα Γενικά Νοσοκομεία, στο 80,6% για θέσεις αποκατάστασης, στο 73.8% για θέσεις μερικής νοσηλείας και το 62,2% για Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Άρα η λεγόμενη «ολοκλήρωση» της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης καλύπτει περίπου το 25% των πραγματικών αναγκών.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. το μέλλον της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και της ανάπτυξης της Κοινοτικής Ψυχιατρικής είναι αβέβαιο, αφού η αύξηση των ψυχοκοινωνικών αναγκών του πληθυσμού μέσω των διαρκών κοινωνικών και οικονομικών αναγκών (φτώχεια, μετανάστευση) δεν μπορούν να καλυφθούν από τις υπάρχουσες μονάδες ψυχικής υγείας.

Σύμφωνα με την Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία το 2001: «Ψυχική Υγεία, Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα» (Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, 2001), οι δράσεις που θα πρέπει να αναληφθούν σε κάθε χώρα για την μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας εξαρτώνται από τους διαθέσιμους πόρους και την τρέχουσα κατάσταση της ψυχιατρικής φροντίδας. Σε γενικές γραμμές, η έκθεση συστήνει:

1. Η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών να γίνεται στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
2. Τα ψυχοτρόπα φάρμακα να είναι διαθέσιμα σε όλους
3. Τα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα να αντικατασταθούν από κατάλληλα αναπτυγμένες κοινοτικές δομές με διαθέσιμες κλίνες σε ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων καθώς και υποστήριξη των ασθενών κατ' οίκον
4. Έναρξη ενημερωτικών εκστρατειών ενάντια στο στίγμα και τον αποκλεισμό

5. Οι κοινότητες, οι οικογένειες και οι χρήστες των υπηρεσιών να εμπλακούν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων για τις ακολουθητέες πολιτικές και τις υπηρεσίες
6. Να υπάρξουν σε εθνικό επίπεδο πολιτικές, προγράμματα και νομοθεσία
7. Να εκπαιδεύονται κατάλληλα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας
8. Να συνδεθεί η ψυχική υγεία με άλλους κοινωνικούς τομείς
9. Έλεγχος και καταγραφή της ψυχικής υγείας
10. Υποστήριξη της έρευνας

2. Τα Ευρωπαϊκά Προγράμματα

Το πρόγραμμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε) για τη δημόσια υγεία (2008-2013) περιλαμβάνει δράσεις που στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση του κοινού στα θέματα υγείας, μέσω της αντιμετώπισης των παραγόντων που βλάπτουν την υγεία και συνδέονται με τη νοσηρότητα και την πρόωγη θνησιμότητα. Για τον σκοπό αυτό έχουν σχεδιαστεί ειδικές δράσεις και πρωτοβουλίες που αποσκοπούν στη μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση, πληροφόρηση και ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών. Η Ε.Ε. έχει ξεκινήσει ενημερωτικές εκστρατείες και πρωτοβουλίες για αύξηση της ευαισθητοποίησης.

Η συνεργασία και ο συντονισμός ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες και στους διεθνείς οργανισμούς συμβάλλουν στη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των πολιτικών πρόληψης. Η Ε.Ε. στηρίζει την ανταλλαγή πληροφοριών και βέλτιστων πρακτικών, η οποία οδηγεί στη βελτίωση του επιπέδου προστασίας της υγείας σε όλη την Κοινότητα.

Στόχος της Ε.Ε. είναι να βελτιώσει την ποιότητα ζωής στην Ευρώπη, προωθώντας την καλή υγεία. Το πρόγραμμα 2008-2013 για την υγεία επικεντρώνεται στα ακόλουθα:

- βελτιωμένη ασφάλεια της υγείας των πολιτών
- προώθηση της υγείας και μείωση των ανισοτήτων στον τομέα αυτό
- συλλογή και διάδοση γνώσεων και πληροφοριών για θέματα υγείας.

Η Ε.Ε. λαμβάνει μέτρα ώστε τα προγράμματα που αφορούν την κοινωνική προστασία και την ενσωμάτωση, το περιβάλλον, την έρευνα και την ανάπτυξη και την τεχνολογική καινοτομία να αντιμετωπίζονται ως ενιαίο σύνολο, με σκοπό τη μεγαλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητά τους.

Σύμφωνα με τη Συνθήκη, η πρωτοβουλίες της Ε.Ε. πρέπει να αποβλέπουν στη βελτίωση της δημόσιας υγείας, στην πρόληψη των ασθενειών και επιδημιών του ανθρώπου και στον εντοπισμό των κινδύνων που απειλούν την ανθρώπινη υγεία. Η αρχή αυτή οδήγησε σε μια ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της υγείας σε επίπεδο Ε.Ε. ώστε να συνεκτιμώνται όλοι οι συναφείς τομείς πολιτικής. Μέσω της στρατηγικής της για την υγεία, η Ε.Ε., συμμετέχει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας στην Ευρώπη και στηρίζει τα μέτρα των κρατών μελών, σεβόμενη ταυτόχρονα τις αρμοδιότητές τους σε θέματα οργάνωσης και παροχής υγειονομικών υπηρεσιών και υγειονομικής περίθαλψης.

Η στρατηγική της Ε.Ε. για την υγεία επικεντρώνεται κυρίως στην ενίσχυση της συνεργασίας και του συντονισμού, στην ανταλλαγή τεκμηριωμένων πληροφοριών και γνώσεων, καθώς και στη συνδρομή κατά τη λήψη αποφάσεων σε εθνικό επίπεδο. Για το σκοπό αυτό, η Ε.Ε. αναπτύσσει ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής πληροφοριών για την υγεία, ώστε να εξασφαλίζει τη διάδοση, σε όλη την Ευρώπη, αξιόπιστων και ενημερωμένων πληροφοριών σε θέματα υγείας, και κατά συνέπεια, μια βάση για κοινή ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν τη δημόσια υγεία.

Η Ε.Ε. επιθυμεί επίσης να ενισχύσει την ικανότητα ταχείας αντιμετώπισης των απειλών κατά της υγείας. Για το σκοπό αυτό, ενισχύει την επιδημιολογική επιτήρηση και τον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων. Επιπλέον, περιφρουρεί την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης ώστε να διευκολύνεται η διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη αλλά και η κινητικότητα τόσο των εργαζομένων στον τομέα της υγείας όσο και των ασθενών.

Οι πολιτικές για την υγεία και την προστασία των καταναλωτών συνδέονται στενά μεταξύ τους. Η ασφάλεια των προϊόντων και των υπηρεσιών, όπως η ασφάλεια τροφίμων, αλλά και η έγκαιρη προειδοποίηση σε περίπτωση προβλήματος, αποτελούν κύριες προτεραιότητες. Υπάρχουν όμως και άλλοι τομείς πολιτικής με ιδιαίτερη σημασία για την προστασία της υγείας.

Η υγεία και η ασφάλεια στο χώρο εργασίας αποσκοπούν στην προστασία από κινδύνους στο χώρο εργασίας, από εργατικά ατυχήματα και από επαγγελματικές ασθένειες. Για να επιτύχουμε υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας, πρέπει επίσης να συνδυάζουμε την πολιτική για την υγεία με την πολιτική για το περιβάλλον. Παράλληλα, οι τεχνολογικές εξελίξεις και τα προγράμματα για την κοινωνία της πληροφορίας ασχολούνται με τα συστήματα υγείας και τη δημόσια υγεία.

Οι περιφερειακές επενδύσεις στον τομέα της υγείας στηρίζονται από τα διαρθρωτικά ταμεία με απώτερο στόχο να μειωθούν οι ανισότητες που παρατηρούνται στον τομέα αυτό μεταξύ των κρατών μελών, αλλά και στο εσωτερικό των ίδιων των κρατών μελών, και με τον τρόπο αυτό να αυξηθεί η κοινωνική και οικονομική συνοχή στην Ευρώπη.

Ορισμένα μάλιστα ερευνητικά προγράμματα, έχουν σχεδιαστεί ειδικά για να εξασφαλίζουν επιστημονική στήριξη σε θέματα σχετικά με την υγεία. Τέλος, η αξιολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων και η έγκριση της κυκλοφορίας τους αποτελεί ακόμα ένα σημαντικό ζήτημα

Η ψυχική υγεία του ευρωπαϊκού πληθυσμού αποτελεί μέσο για την επίτευξη ορισμένων από τους στρατηγικούς πολιτικούς στόχους της ΕΕ, όπως να ξαναμπεί η Ευρώπη στην πορεία προς τη μακροπρόθεσμη ευημερία και να διατηρήσει τη δέσμευσή της για αλληλεγγύη και κοινωνική δικαιοσύνη, και η ποιότητα ζωής των ευρωπαίων πολιτών να αποκτήσει συγκεκριμένα πρακτικά οφέλη.

Ωστόσο, η ψυχική υγεία του πληθυσμού της ΕΕ μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά. Η κακή ψυχική υγεία πλήττει έναν στους τέσσερις πολίτες και μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία, που αποτελεί αιτία υπερβολικά πολλών θανάτων. Η κακή ψυχική υγεία προκαλεί σημαντικές απώλειες και επιβαρύνσεις στα οικονομικά, κοινωνικά και εκπαιδευτικά συστήματα, καθώς και στα ποινικά και τα δικαστικά συστήματα. Ο στιγματισμός, οι διακρίσεις και η έλλειψη σεβασμού για τα ανθρώπινα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των ψυχικά ασθενών και των ατόμων με αναπηρία εξακολουθούν να υφίστανται και να προκαλούν θεμελιώδεις ευρωπαϊκές αξίες.

Έχουν ήδη αναληφθεί πολλές πρωτοβουλίες. Απαιτείται, ωστόσο περαιτέρω ανάπτυξη και εδραίωση των υφιστάμενων ενεργειών. Τον Ιανουάριο του 2005 η ευρωπαϊκή υπουργική διάσκεψη της ΠΟΥ σχετικά με την ψυχική υγεία θέσπισε πλαίσιο για ολοκληρωμένη δράση και δρομολόγησε την ισχυρή πολιτική δέσμευση για την ψυχική υγεία. Κάλεσε την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, έταίρο της διάσκεψης, να συμβάλει στην εφαρμογή του εν λόγω πλαισίου δράσης, σύμφωνα με τις αρμοδιότητές της και τις προσδοκίες του Συμβουλίου, και σε συνεργασία με την ΠΟΥ.

Η Πράσινη Βίβλος αποτελεί την πρώτη απάντηση στην εν λόγω πρόσκληση. Προτείνει τη θέσπιση στρατηγικής για την ψυχική υγεία σε επίπεδο Ε.Ε. Αυτό συνεπάγεται προστιθέμενη αξία με τη θέσπιση πλαισίου ανταλλαγής και συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών, με τη συμβολή στην αύξηση της συνεκτικότητας των ενεργειών στους τομείς της πολιτικής για την υγεία και άλλων πολιτικών στα κράτη

μέλη και σε κοινοτικό επίπεδο, και με τη δυνατότητα της συμμετοχής μεγάλου φάσματος ενδιαφερομένων φορέων για την εξεύρεση λύσεων.

Σκοπός της παρούσας Πράσινης Βίβλου είναι η δρομολόγηση δημόσιας συζήτησης με τα ευρωπαϊκά θεσμικά όργανα, τις κυβερνήσεις, τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, τους φορείς από άλλους τομείς, την κοινωνία των πολιτών συμπεριλαμβανομένων των οργανώσεων πασχόντων, και την ερευνητική κοινότητα, όσον αφορά τη σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας για την ΕΕ, την ανάγκη για στρατηγική σε επίπεδο ΕΕ και τις πιθανές προτεραιότητές της.

Ποτέ άλλοτε οι πολίτες της ΕΕ δεν ζούσαν περισσότερο, το δε προσδόκιμο ζωής αυξάνεται συνεχώς. Η υγεία όμως του πληθυσμού της ΕΕ θα μπορούσε να είναι πολύ καλύτερη, ενώ πολλά θα μπορούσαν να γίνουν για την πρόληψη της νοσηρότητας και της πρόωρης θνησιμότητας. Οι σημαντικότεροι καθοριστικοί για την υγεία παράγοντες είναι οι επικρατούσες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες και οι απορρέουσες από αυτές συνθήκες εργασίας και διαβίωσης. Στη βελτίωση αυτών των συνθηκών στοχεύουν οι οικονομικές και κοινωνικές πολιτικές της Ε.Ε.

Άλλοι καθοριστικοί παράγοντες για την υγεία είναι το κάπνισμα, η διατροφή, η σωματική άσκηση, το διαιτολόγιο, το αλκοόλ, καθώς και οι τρόποι με τους οποίους τα άτομα συμπεριφέρονται προς τον εαυτό τους και προς τους άλλους. Οι πρόωροι θάνατοι και οι αναπηρίες οφείλονται κυρίως σε ατυχήματα και τραυματισμούς, ψυχικές διαταραχές, καρκίνους, παθήσεις του κυκλοφοριακού και ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος. Σ' αυτό μπορούν να συμβάλουν αποφασιστικά οι χώροι εργασίας, τα σχολεία αλλά και άλλα μέρη όπου οι άνθρωποι περνούν μεγάλο μέρος του χρόνου τους (όπως π.χ. οι φυλακές).

3. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης & Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας

Το πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική, με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία και -συνχά- από την ίδια τη ζωή, σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (με την ανάπτυξη ενός συνολικού Συστήματος Κοινοτικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας), αποτελεί σήμερα γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στον χώρο της Ψυχικής Υγείας.

Το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ευρωπαϊκή Ένωση στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία "Ψυχαργός".

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

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

Α' φάση του προγράμματος "Ψυχαργός" (2000-2001)

Μέρος της Α' Φάσης του προγράμματος εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα: «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», ως «Ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα» και χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

Αυτό το μέρος της Α' φάσης του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιελάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών απ' όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της φάσης αυτής ήταν το γεγονός ότι για πρώτη φορά σε τέτοια έκταση, τις παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ανέλαβαν Γενικά Νοσοκομεία, σε μια εταιρικής μορφής σχέση με τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

Τα αποτελέσματα αυτού του μέρους της Α' φάσης του προγράμματος "Ψυχαργός" ήταν η δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων αποασυλοποίησης η δημιουργία 71 Εργαστηρίων Επαγγελματικής Κατάρτισης ψυχικά ασθενών, η Προκατάρτιση/Κατάρτιση 973 ασθενών, που διέμεναν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, ο Αποϊδρυματισμός και η διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία)

769 ασθενών, η πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων, στελεχών των νέων δομών, η κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Άλλες δράσεις της Α΄ φάσης του προγράμματος υλοποιήθηκαν με εθνικούς πόρους. Αυτές αφορούσαν την αποασυλοποίηση στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών «Δρομοκαΐτειο» (Πρόγραμμα Άμεσης Υποστήριξης «Δρομοκαΐτειού»), την έναρξη λειτουργίας μικρού αριθμού μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ειδικές ομάδες πληθυσμού (ρομά, μουσουλμάνους, πρόσφυγες) καθώς και μικρού αριθμού Κέντρων Ημέρας.

Επίσης, συμπεριελήφθησαν υποδομές για την εγκατάσταση ψυχιατρικών τμημάτων σε 6 νοσοκομεία που κατασκευάστηκαν την περίοδο 1997-2001. Μέχρι το τέλος του 2001, που συμπίπτει με το τέλος της Α΄ φάσης του Προγράμματος “Ψυχαργός” οι Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που λειτουργούσαν στη χώρα μας ήταν 92 Ξενώνες αποασυλοποίησης/αποκατάστασης, 13 Οικοτροφεία αποασυλοποίησης /αποκατάστασης, 94 Προστατευόμενα διαμερίσματα και 3 ενδονοσοκομειακοί Ξενώνες αποκατάστασης.

Στο πλαίσιο της Α΄ φάσης του «Ψυχαργός», είχε εγκριθεί, ως πιλοτική δράση, η δημιουργία και λειτουργία Μονάδας Υποστήριξης, Εμπύκωσης και Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) των Φορέων του προγράμματος.

Ο στόχος της Μονάδας (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) ήταν η συμβολή στην οργάνωση της υλοποίησης των δράσεων των Φορέων και η υποστήριξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επωφελήθηκαν της αποασυλοποίησης.

Β' φάση του Προγράμματος "Ψυχαργός" (2002-2009)

Η Β' Φάση του προγράμματος "Ψυχαργός" αναφέρεται στην περίοδο 2000 – 2009 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία – Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, αφορά δε στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα. Η αρχική πρόβλεψη διάρκειας της φάσης ήταν μέχρι το 2007, διάρκεια η οποία παρατάθηκε και για λόγους παράτασης του Γ' ΚΠΣ και των συγχρηματοδοτήσεων για τις πυρόπληκτες περιοχές της 5ης, 6ης και 1ης ΥΠΕ. Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται, η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη και απευθύνονται σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους.

Η ανάπτυξη δομών και υποδομών έχει σχεδιασθεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου.

Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που προβλέπεται να αναπτυχθούν ώστε να επιτευχθεί η κάλυψη των αναγκών όλης της χώρας, είναι ενδεικτικά οι κατωτέρω:

- Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα και Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία. Περιλαμβάνουν κλασικό Τμήμα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων. Άλλα πρόκειται να δημιουργηθούν εξ' αρχής και άλλων πρόκειται να συμπληρωθεί η υπάρχουσα δομή και υποδομή.
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας για ενήλικες και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους.
- Προκατάρτιση, Κατάρτιση, Απασχόληση 973 ασθενών.
- Μονάδες Άμεσης Παρέμβασης στην κρίση των χρηστών ναρκωτικών ουσιών σε Γενικά Νοσοκομεία.
- Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς.
- Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου. Περιλαμβάνουν Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας.
- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης (νησιά κυρίως και απομακρυσμένες ορεινές περιοχές).
- Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους.
- Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής διασυνδεδεμένοι με τα ολοκληρωμένα ψυχιατρικά τμήματα.
- Μονάδες Επαγγελματικής Επανένταξης.
- Ειδικές Μονάδες παροχής υπηρεσιών προς την Οικογένεια.
- Ξενώνες-Οικοτροφεία για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου.

- Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευόμενα Διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.500 περίπου ατόμων με μακρά διαβίωση στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Μονάδες για φύλαξη και νοσηλεία ατόμων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.
- Μονάδες για απεξάρτηση από ουσίες φυλακισμένων σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.
- Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης ισάριθμοι προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.).

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

Συγχρόνως η συμπλήρωση του δικτύου με Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης, Κινητές Μονάδες, Ειδικές Μονάδες για τον αυτισμό, Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης, που λειτουργούν με βάση την τομεοποίηση της χώρας, με ταυτόχρονη ανάδειξη του ρόλου των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.), η ουσιαστική βασική και συνεχιζόμενη Εκπαίδευση του προσωπικού των αντίστοιχων δομών, καθώς και αγωγή της κοινότητας και η κινητοποίηση κοινωνικών δυνάμεων προς την κατεύθυνση της αποδοχής της ιδιαιτερότητας του ασθενούς, της καταπολέμησης του στίγματος και της υποστήριξης των ενεργειών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, εξασφαλίζουν την εδραίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας και την παγίωση των μέχρι τώρα αποτελεσμάτων.

Επιπρόσθετα, η ανάπτυξη ειδικών μονάδων που ιδρύονται και λειτουργούν στο πλαίσιο των γενικών νοσοκομείων για την παροχή υπηρεσιών στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, είτε κατά τη φάση της κρίσης είτε κατά το στάδιο υποστήριξης, διαμορφώνει τις κατάλληλες συνθήκες για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του προβλήματος, την απεξάρτηση και την κοινωνική επανένταξη των ατόμων αυτών.

4. Υγειονομική Περιφέρεια (Υ.Πε.)

Τόσο για τη χώρα μας όσο και για τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, η αποκεντρωμένη διοίκηση σε περιφερειακό επίπεδο αποτελεί το μοναδικό και κατά κανόνα επιτυχημένο μοντέλο διοίκησης.

Ο Νόμος 2889/2001 σε κάθε υγειονομική περιφέρεια επιτρέπεται η σύσταση ολοκληρωμένων Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ), που επιτρέπουν:

- την άσκηση ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας, αποτελεσματική διοίκηση και πραγματικούς ελέγχους.
- την πλήρη αποτύπωση των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού και
- τον σχεδιασμό και την ολοκλήρωση των υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο.

Τα Πε.Σ.Υ., αποτελούν τη βασική υπηρεσία, που εποπτεύει, ελέγχει, καθοδηγεί και συντονίζει, όλες τις μονάδες υγείας που ανήκουν στη γεωγραφική του περιοχή εξειδικεύοντας την εθνική πολιτική του Υπουργείου στην Περιφέρεια.

Για την κεντρική υπηρεσία του Γ' Πε.Σ.Υ.Π., η προστασία και βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού είναι περίπλοκο έργο, το οποίο απαιτεί τη λήψη σημαντικών αποφάσεων. Για το σκοπό αυτό απαιτείται ο συντονισμός ενός μεγάλου αριθμού υπηρεσιών, φορέων και επαγγελματιών που σχετίζονται ή άπτονται στο χώρο της ψυχικής υγείας. Για το σχεδιασμό βέλτιστων πολιτικών πρέπει να τεθούν προτεραιότητες ως προς τις ανάγκες του πληθυσμού, των συνθηκών, των υπηρεσιών, των θεραπευτικών παρεμβάσεων, των στρατηγικών πρόληψης και ενημέρωσης, καθώς και να γίνουν οι σωστές επιλογές για τη χρηματοδότηση όλων αυτών των ενεργειών.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι πολυδιάστατες και μεταβάλλονται ανάλογα με την ατομική πορεία της κατάστασης του ατόμου καθώς και με συνθήκες του περιβάλλοντος στο οποίο το άτομο ζει και αναπτύσσεται.

Το Γ' Πε.Σ.Υ.Π. καλείται, μέσα από τις Αποκεντρωμένες Μονάδες που εποπτεύει, να παρέμβει και να θέσει προτεραιότητες και κατευθυντήριες γραμμές, με πολιτικές, αποφάσεις και ενέργειες τέτοιες με στόχο την κάλυψη αυτών καταγεγραμμένων αναγκών και λαμβάνοντας υπόψη τα ατομικά δικαιώματα του πολίτη.

Ακρογωνιαίος λίθος του κοινοτικού συστήματος ψυχικής υγείας είναι ο Τομέας Ψυχικής Υγείας (ΤοΨΥ). Σύμφωνα με το ν. 2716/99, οι Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας μας διαιρούνται σε ΤοΨΥ, με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά.

Στους ΤοΨΥ εντάσσονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές που κατοικούν ή διαμένουν στην περιοχή αρμοδιότητας του Τομέα. Ο ΤοΨΥ λειτουργεί σύμφωνα με τις γενικές αρχές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας που, σύμφωνα με τον ως άνω νόμο, έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε πως η ανταπόκριση του ΤοΨΥ στις ανάγκες ψυχικής υγείας του πληθυσμού του οποίου έχει την ευθύνη συναρτάται άμεσα από την ποσότητα και την ποιότητα των σχέσεων συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων μονάδων που τον συγκροτούν. Με άλλα λόγια, οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας του ΤοΨΥ θα πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες στον πληθυσμό. Για να καταστεί αυτό δυνατό οι Μονάδες του ΤοΨΥ θα πρέπει να λειτουργούν σε δίκτυο. Ο ΤοΨΥ εννοείται ως δίκτυο υπηρεσιών που εξυπηρετεί ένα συγκεκριμένο πληθυσμό μιας οριοθετημένης γεωγραφικής περιοχής (π.χ., ένα νομό).

Οι υπηρεσίες που θα παρέχει το δίκτυο των Μονάδων του ΤοΨΥ περιλαμβάνουν:

- πρόληψη και πρόωπη παρέμβαση
- διαγνωστική εκτίμηση και εκτίμηση αναγκών
- συμβουλευτική και θεραπευτικές παρεμβάσεις
- ημερήσια φροντίδα και ψυχοκοινωνική στήριξη
- υποστήριξη των οικογενειών
- στεγαστικές λύσεις στην κοινότητα
- επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση
- ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας και καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας
- προαγωγή της ψυχικής υγείας

Η λειτουργία των Μονάδων του ΤοΨΥ σε δίκτυο απαιτεί το συντονισμό του έργου τους, την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, τον σχεδιασμό / προγραμματισμό νέων μονάδων. Υπεύθυνη για αυτά είναι η Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ).

Ο ρόλος των ΤΕΨΥ περιγράφεται στο ν. 2716/99 και είναι οι ακόλουθες.

- α)** Εποπτεύουν και συντονίζουν την ενδοτομεακή ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, επιστημονική εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς 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 εικοσιτετράωρη 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 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 αποϊδρυματοποίηση, 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 αρμοδιότητάς 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 αρμοδιότητάς 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 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 αρμοδιότητάς τους.
- θ) Υποβάλλουν ετήσιες εκθέσεις για το έργο τους στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Είναι αυτονόητο πως όλες οι υπηρεσίες παρέχονται στην κοινότητα. Οι κοινοτικά προσανατολισμένες υπηρεσίες δίνουν έμφαση στην καθημερινή φροντίδα έτσι ώστε οι ψυχικά πάσχοντες να μπορούν να συνεχίσουν να ζουν ενταγμένοι στον κοινωνικό ιστό.

Στην περίπτωση που απαιτείται ενδονοσοκομειακή νοσηλεία αυτή γίνεται στο Γενικό Νοσοκομείο. Η λειτουργία κοινοτικών Μονάδων Ψυχικής Υγείας επιτρέπει σε πολλές περιπτώσεις τη μείωση της διάρκειας της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και τη συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής σε κοινοτικό επίπεδο.

Η ψυχιατρική φροντίδα στην κοινότητα είναι συνδεδεμένη με ορισμένες έννοιες, όπως:

- **Ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών**

Με αυτόν τον όρο εννοείται η διαδικασία επίτευξης μιας σειράς στόχων, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, η επίτευξη της προσβασιμότητάς τους από τον πληθυσμό, η διασφάλιση ότι σε όλους τους πολίτες θα παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα, κ.ά.

- **Πολυδιάστατη προσέγγιση**

Η συμμετοχή επαγγελματιών από διαφορετικούς κλάδους είναι απαραίτητη για την παροχή διαφοροποιημένων υπηρεσιών στις διαφοροποιημένες και πολύπλοκες ανάγκες ενός ψυχικά πάσχοντα και της οικογένειάς του. Η εργασία σε ομάδα είναι απαραίτητη συνθήκη της κοινοτικής φροντίδας.

- **Συνέχεια της φροντίδας**

Θα πρέπει να διασφαλίζεται, όπου είναι δυνατή, η συνέχεια της επαγγελματικής ευθύνης για όλες τις παρεμβάσεις οι οποίες υλοποιούνται, για το ίδιο άτομο, από διαφορετικές μονάδες ψυχικής υγείας.

- **Συντονισμός των μονάδων**

Οι μονάδες που συγκροτούν τον ΤοΨΥ πρέπει να συντονίζονται αποτελεσματικά ώστε να εξυπηρετούνται οι ανάγκες των ασθενών ολοκληρωμένα. Αυτό σημαίνει ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες πρέπει να είναι οργανωμένες κατά τρόπο ώστε να είναι προσιτές σε όλους όσους τις έχουν ανάγκη. Ο συντονισμός των μονάδων ενός ΤοΨΥ αφορά σε δύο επίπεδα: εντός του ΤοΨΥ και μεταξύ των μονάδων του ΤοΨΥ και της κοινότητας, ιδιαίτερα εκείνων των υπηρεσιών που στον ένα ή τον άλλο βαθμό έχουν σχέση με την ψυχική υγεία (εκπαίδευση, απασχόληση, πρόνοια, κλπ.).

Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ) σύμφωνα με το Ν. 2716/99 (Άρθρο 4) είναι:

1. Κέντρα Ψυχικής Υγείας
2. Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
3. Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία
4. Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία
5. Κινητές Μονάδες
6. Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων Γενικών,
7. Νομαρχιακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων
8. Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων
9. Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
10. Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας
11. Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την Ψυχική Υγεία

12. Ψυχιατρικά ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία
13. Ιδιωτικές Κλινικές
14. Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης
15. Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης
16. Ειδικά Κέντρα ή Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανένταξης
17. Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης

Στη συνέχεια θα περιγράψουμε τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης των οποίων η λειτουργία είναι ικανή και να υποκαταστήσει την ανάγκη του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου και να παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες στην κοινότητα. Οι Μονάδες που περιγράφονται είναι αυτές που δημιουργούνται σταδιακά στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαργός»:

i) **Μονάδες στέγασης**

Πρόκειται για μονάδες που διασφαλίζουν το βασικό δικαίωμα του κάθε ανθρώπου στην αξιοπρεπή διαβίωση στην κοινότητα. Οι δομές διαμονής διακρίνονται, ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες των ατόμων που φιλοξενούνται σε αυτές, σε Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα. Η περιγραφή τους στην παρούσα έκδοση προέρχεται από την σχετική υπουργική απόφαση για την οργάνωση και λειτουργία τέτοιων μονάδων από το δημόσιο, τον ιδιωτικό και τον μη κερδοσκοπικό τομέα.

ii) **Κέντρο / Μονάδα Κοινωνικής Επαγγελματικής Επανένταξης / Εργαστήρια**

Πρόκειται για μονάδες που έχουν ως στόχο στην προετοιμασία ψυχικά ασθενών με μειωμένη λειτουργικότητα για την ένταξή τους στην κοινωνία και ιδιαίτερα στον κόσμο της εργασίας.

Η επίτευξη του στόχου των μονάδων αυτών κατορθώνεται διαμέσου της εφαρμογής προγραμμάτων αποκατάστασης σε ατομική και ομαδική βάση. Επίσης, παρέχουν τη δυνατότητα για μόνιμη απασχόληση σε ασθενείς οι οποίοι δύσκολα θα μπορούσαν να προωθηθούν στην εργασία.

Οι μονάδες αυτές λειτουργούν με ασθενείς οι οποίοι παραπέμπονται από άλλες μονάδες ψυχικής υγείας του ΤοΨΥ και εφαρμόζουν μέρος του Ατομικού Θεραπευτικού Προγράμματος που έχει εκπονηθεί για τον καθένα.

iii) **Δορυφορικός Ξενώνας Ενηλίκων**

Ο Δορυφορικός Ξενώνας Ενηλίκων φιλοξενεί ψυχιατρικούς ασθενείς στην τελευταία φάση της νοσηλείας τους και αφού συνήθως έχουν παραμείνει για κάποιο χρονικό διάστημα στο τμήμα νοσηλείας ενηλίκων του Ψυχιατρικού Τομέα του νοσοκομείου.

Οι ασθενείς παραμένουν στον Ξενώνα για μικρό χρονικό διάστημα προκειμένου να προετοιμαστούν για την μετάβαση τους σε μονάδες και προγράμματα αποκατάστασης (Ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα κ.λπ.) ή για την επιστροφή τους στην κοινότητα.

Εκτός από τις προαναφερθείσες μονάδες, το ΨΤΓΝ λειτουργεί εξωτερικά ιατρεία, όπως και οι άλλες κλινικές του ΓΝ, τα οποία διακρίνονται σε Τακτικά (ΤΕΙ) και Έκτακτα (ΕΕΙ). Σημαντική επίσης είναι η διασυνδετική εργασία (παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών στις άλλες κλινικές του νοσοκομείου).

iv) **Ψυχιατρικό Τμήμα Εφήβων Γενικού Νοσοκομείου**

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

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

Το τμήμα εφήβων περιλαμβάνει μονάδες, όπως Μονάδα Νοσηλείας Εφήβων, Μονάδα Οξέων Περιστατικών Εφήβων, Νοσοκομείο Ημέρας, Δορυφορικό Ξενώνα Εφήβων. Οι μονάδες αυτές λειτουργούν με τρόπο αντίστοιχο εκείνου του τμήματος ενηλίκων, λαμβάνοντας βέβαια υπόψη και τις ιδιαιτερότητες των εφήβων.

v) Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου

Το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου (ΠΨΤΓΝ) παρέχει, κατ' αντιστοιχία του Ψ.Τ. Ενηλίκων και εφήβων, υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας σε παιδιά έως 12 ετών.

Περιλαμβάνει, όπως και τα τμήματα για ενήλικες και έφηβους, μονάδες νοσηλείας, νοσοκομείο ημέρας και δορυφορικό ξενώνα καθώς και εξωτερικά ιατρεία, τακτικά και έκτακτα. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η διασυνδεδετική υπηρεσία που παρέχεται στην παιδιατρική, κυρίως, κλινική.

Λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες των παιδιών, το ΠΨΤΓΝ συνεργάζεται στενά με φορείς εκπαίδευσης, ιατροπαιδαγωγικά κέντρα και άλλους φορείς που ασχολούνται με την οικογένεια και το παιδί.

vi) Εξειδικευμένα κέντρα

☞ Κέντρο Παρέμβασης στην κρίση

Το Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση (ΚΠΚ) είναι συνήθως εγκατεστημένο εκτός του Γενικού Νοσοκομείου και δέχεται κυρίως ψυχιατρικούς ασθενείς οι οποίοι έχουν νοσήσει στο παρελθόν ή/και βρίσκονται σε συνεχή ψυχιατρική παρακολούθηση μέσω των τακτικών εξωτερικών ιατρείων οι οποίοι είναι σε κρίση χωρίς όμως να χρειάζονται ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Δέχεται επίσης νέα περιστατικά για τα οποία απαιτείται η παροχή υπηρεσιών λόγω μιας κρίσης που διέρχονται (για παράδειγμα, έντονες ενδοοικογενειακές συγκρούσεις).

Οι ασθενείς απευθύνονται στο ΚΠΚ κυρίως σε περιπτώσεις υποτροπών είτε με δική τους πρωτοβουλία είτε από το συγγενικό τους περιβάλλον. Λόγω της φύσης των προβλημάτων τα οποία διαχειρίζεται, το ΚΠΚ λειτουργεί σε 24ωρη βάση.

Το ΚΠΚ αποτελεί τον ενδιάμεσο κρίκο για την πρόληψη και τη θεραπεία ψυχιατρικών διαταραχών και στόχος του είναι η βραχυπρόθεσμη θεραπευτική παρέμβαση του λεγόμενου «επείγοντος ψυχιατρικού περιστατικού».

☞ Ολοκληρωμένο Κέντρο Παρέμβασης για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου

Το Ολοκληρωμένο Κέντρο παρέμβασης για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου είναι ένα σύνολο εξειδικευμένων τμημάτων, που σκοπό έχει τη παροχή υπηρεσιών σε άτομα με αυτισμό και τις οικογένειες τους. Τα Κέντρο αυτά

διακρίνονται, ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα στην οποία παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά, εφήβων και ενηλίκων.

Τα τμήματα που συγκροτούν το Ολοκληρωμένο Κέντρο Παρέμβασης για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου είναι

- Κέντρο Ημέρας
- Μονάδα Παρέμβασης στην Κρίση
- Ξενώνας
- Οικοτροφείο
- Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας

Στο σύνολό τους, οι παρεμβάσεις ενός ολοκληρωμένου Κέντρου αποσκοπούν στην παροχή κατάλληλων υπηρεσιών στα άτομα με αυτισμό (εκπαίδευση, θεραπεία, αποκατάσταση, φιλοξενία, διαμονή) και στις οικογένειές τους.

☞ **Κέντρο για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer**

Βασικοί στόχοι του Κέντρου για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer είναι η παρακολούθηση ασθενών που μένουν με την οικογένειά τους, η παροχή κατάλληλης περίθαλψης του ασθενή σε μονάδες διαμονής, η ψυχολογική στήριξη και η εκπαίδευση φροντιστών.

Για την επίτευξη των στόχων του, ένα Κέντρο μπορεί να παρέχει τις ακόλουθες υπηρεσίες:

- Φιλοξενία (βραχύχρονη ή μακρόχρονη)
- Εκπαίδευση και υποστήριξη όσων φροντίζουν άτομα που πάσχουν από τη νόσο.

Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται μέσα από την ανάπτυξη μονάδας διαμονής (π.χ. οικοτροφείο) και ημιδιαμονής (π.χ., Κέντρο Ημέρας), μονάδας κατ' οίκον περίθαλψης καθώς και μονάδας υποστήριξης και εκπαίδευσης των φροντιστών, είτε αυτοί είναι μέλη της οικογένειας είτε επαγγελματίες.

☞ **Κέντρο αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών και αλκοολικών**

Το Κέντρο είναι ενταγμένο μέσα στη συνολική δομή ενός Νοσοκομείου και να υποστηρίζεται από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, και τις κλινικές και τα εργαστήρια του Νοσοκομείου.

Το Κέντρο Αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών όπως και το αντίστοιχο για τους αλκοολικούς μπορεί να παρέχει υπηρεσίες:

- Σε οξείες καταστάσεις, όπως κώμα, πνευμονικό οίδημα, σύνδρομο στέρησης
- Στην διαφορική διάγνωση και αντιμετώπιση εξωγενών ψυχώσεων, από την λήψη ουσιών, όταν συνυπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία, ιδίως περιστατικά που δεν αναλαμβάνουν εύκολα άλλες υπηρεσίες.
- Σε όλα τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι χρήστες (οδοντιατρικά προβλήματα, ηπατίτιδες, κλπ) με τη διασύνδεση των λοιπών υπηρεσιών και ειδικοτήτων του Νοσοκομείου.

Το Κέντρο αποτελείται συνήθως από τις ακόλουθες μονάδες:

- ✧ Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών, διασυνδεδεμένο με το ΤΕΠ του Νοσοκομείου, με σκοπό την συνολική αντιμετώπιση κάθε ασθενούς με επείγοντα προβλήματα υγείας λόγω της χρήσης ναρκωτικών ή της χρήσης/κατάχρησης αλκοόλ
- ✧ Συμβουλευτικό Κέντρο, με σκοπό να δέχεται τα αιτήματα των ασθενών για αποτοξίνωση, να πραγματοποιεί την πρώτη αξιολόγηση των ασθενών και να καθορίζει το ενδεικνυόμενο θεραπευτικό μοντέλο που πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής. Επίσης στο Συμβουλευτικό Κέντρο δίνονται πληροφορίες και για τα προγράμματα αποκατάστασης
- ✧ Τμήμα για κλειστού τύπου αποτοξίνωση (δηλαδή θαλάμους νοσηλείας)
- ✧ Στο Κέντρο για τη διαχείρισης της κρίσης αλκοολικών μπορεί να λειτουργεί Μονάδα Αποκατάστασης με σκοπό τη διατήρηση της αποχής από το αλκοόλ και τον προγραμματισμό ενεργειών για την πρόληψη της υποτροπής.

5. Ειδικά ψυχιατρικά Νοσοκομεία δυναμικότητας έως 500 κλινών

Τη δεκαετία του '60 στην Ελλάδα ξεκίνησε σε πειραματική βάση η ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Αυτό συνέβη με πρωτοβουλία του κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών κλινικών της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Από τη δεκαετία του '80 και μετά, στα πλαίσια της ευρύτερης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αναπτύχθηκαν μονάδες ανοικτής ψυχιατρικής περίθαλψης στη κοινότητα χωρίς όμως τον ενδεδειγμένο προγραμματισμό.

Παρά το γεγονός ότι στα τέλη της δεκαετίας του '80 στη Βρετανία οι επίσημες απόπειρες των ψυχιάτρων να διαπραγματευτούν τις σχετικές με την αναγκαστική

κοινοτική παρέμβαση εξουσίες απέτυχαν, το ζήτημα επανεξετάσθηκε από τους πολιτικούς στα μέσα της δεκαετίας του '90, όταν μια σειρά ενοχλητικών γεγονότων στα οποία εμπλέκονταν ψυχιατρικοί ασθενείς, έλαβε χώρα δημόσια. Αποτέλεσμα αυτού ήταν να εισαχθεί νέα νομοθεσία, προκειμένου να εξασφαλίσει την ενεργό παρακολούθηση της επανένταξης στην κοινότητα με την εξουσία να επανεισάγονται στο νοσοκομείο οι ασθενείς που δε συμμορφώνονται. Έτσι ο νόμος του 1983 για την εποπτευόμενη έξοδο του τροποποιήθηκε με το νόμο του 1995.

Αυτή η νομική προσαρμογή του νόμου του 1983 ενισχύθηκε από διάφορες διαδικασίες ανάμεσα στις οποίες περιλαμβάνονται ένα μητρώο «επισφαλών» ασθενών και η προσέγγιση του προγράμματος φροντίδας. Έτσι δημιουργήθηκαν τα ειδικά Ψυχιατρεία δυναμικότητας έως 500 κλίνες ώστε να διασφαλιστούν οι ψυχικά πάσχοντες ασθενείς. Κατά τη νοσηλεία των αρρώστων σε αυτά τα τμήματα τους παρέχονται υπηρεσίες με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα σε σύντομο χρονικό διάστημα και με το μικρότερο δυνατό κόστος. Στην αρχή αυτή υπάγεται η έννοια της προσαρμογής της θεραπείας σε χρονικά όρια εναρμονισμένα με τις συγκεκριμένες ανάγκες της ψυχοπαθολογίας του ατόμου.

6. Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου (Ψ.Τ.Γ.Ν.)

Ως θεσμός, ψυχιατρικός τομέας των Γενικών νοσοκομείων είναι ένας θεσμός που καθιερώθηκε μετά το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο. Στην Ελλάδα ο πρώτος ψυχιατρικός τομέας ιδρύθηκε το 1978 στην Αλεξανδρούπολη. Έχει την έδρα του στο Γενικό Νοσοκομείο και είναι δυναμικότητας 20 κλινών περίπου.

Ο θεσμός του Ψ.Τ.Γ.Ν. αρχικά δημιουργήθηκε για να αποτραπεί ο «ιδρυματισμός» των ψυχικά πασχόντων που προκαλείται από τη νοσηλεία τους στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία. Αργότερα παρά τη βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης σ' αυτά και τη στελέχωσή τους με αρτιότερα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας παρατηρήθηκε ότι τόσο ο ασθενής όσο και οι συγγενείς του αποδέχονται πιο εύκολα τη νοσηλεία στο ψυχιατρικό τμήμα ενός γενικού νοσοκομείου απ' ότι στο ψυχιατρείο.

Η αρχή της συνεχούς παροχής υπηρεσιών από τον ίδιο θεραπευτή -που για ορισμένες ψυχικές παθήσεις αποτελεί τον καλύτερο τρόπο αποφυγής της υποτροπής και του εγκλεισμού στο ειδικό νοσοκομείο (ψυχιατρείο) - σημαίνει τη δυνατότητα της

θεραπευτικής ομάδας να παραμένει υπεύθυνη για τον ασθενή σε όλες τις φάσεις της νόσου και ανεξάρτητα από το είδος της περίθαλψης που απαιτείται για αυτόν. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της παροχής υπηρεσιών αιτιολογούνται συνεχώς.

7. Εξωτερικά Ψυχιατρικά Ιατρεία

Τα εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία θα πρέπει να είναι έτοιμα για παρεμβάσεις προληπτικού χαρακτήρα με αποδέκτες τα άτομα και τις ομάδες υψηλού κινδύνου. Λειτουργούν σε ειδικό ή γενικό νοσοκομείο και εξυπηρετούν ασθενείς ολόκληρου του ψυχιατρικού φάσματος. Σε ένα μεγάλο ποσοστό οι ασθενείς που απευθύνονται σε αυτά αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα των αναγκών της πρωτοβάθμιας ψυχιατρικής περίθαλψης.

Τα άτομα που θεωρούνται ως άτομα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα είναι άτομα χήρα, άνεργα, σε μεγάλη ανέχεια ή κοινωνική απομόνωση, πρόσφατα μετανάστες, άτομα που υφίστανται έντονα ψυχοπρεστικά γεγονότα ή καταστάσεις ζωής, άτομα με σοβαρά και χρόνια προβλήματα υγείας που συνεπάγονται δυσλειτουργία, άτομα ηλικιωμένα που ζουν μόνα, μονογονεϊκές οικογένειες ή παιδιά με γονική αποστέρηση, οικογένειες με γονείς αλκοολικούς ή χρήστες ουσιών ή ψυχικά πάσχοντες κα.

8. Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας (Κ.Κ.Ψ.Υ.)

Το Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας (Κ.Κ.Ψ.Υ.), είναι ένας καθιερωμένος θεσμός, μέσα από τον οποίο επιτεύχθηκε η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στο πλαίσιο των αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

Ένα αποκεντρωμένο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας προσφέρει την δυνατότητα εφαρμογής όλων των προγραμμάτων που προάγουν την ψυχική υγεία των κατοίκων μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής (πρωτοβάθμια πρόληψη). Επιπλέον, μέσα από την αποκέντρωση αυτή είναι δυνατή η έγκαιρη επισημάνση και άμεση παρέμβαση στο άτομο που νοσεί (δευτεροβάθμια πρόληψη) ή η διατήρηση της λειτουργικότητας ενός χρόνιου ψυχικά αρρώστου σε ικανοποιητικό επίπεδο, ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή του στην κοινότητα και η αποδοχή του απ' αυτήν (τριτοβάθμια πρόληψη).

Τα Κ.Κ.Ψ.Υ. θεωρούνται ως το βασικότερο στοιχείο της αποκέντρωσης. Λειτουργεί εναρμονισμένο με το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που αποτελείται από την ψυχιατρική μονάδα στο γενικό νοσοκομείο, το κέντρο ημερήσιας φροντίδας, το κέντρο αποκατάστασης, το μετανοσοκομειακό ξενώνα και σε μερικές περιπτώσεις το κρατικό ψυχιατρείο, του οποίου η δύναμη δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 500 κλίνες.

Το Κ.Κ.Ψ.Υ., αποτελεί μέρος του συστήματος υπηρεσιών υγείας και ικανοποιεί βασικές ανάγκες των αρρώστων. Συνήθως είναι ο πυρήνας της ενεργοποίησης και του συντονισμού των σχετικών διαδικασιών, έτσι ώστε να προαχθεί η ψυχική υγεία της κοινότητας, με την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου, την θεραπεία και την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών. Αποφεύγει να είναι ένα στατικό εξωτερικό ιατρείο ή χώρος αποκλειστικής άσκησης εξειδικευμένων ψυχοθεραπειών ή μια απλή λέσχη κοινωνικοποίησης.

Το Κ.Κ.Ψ.Υ. περιλαμβάνει τις παρακάτω υπηρεσίες:

- Υπηρεσία εξωτερικών ασθενών
- Μικρό αριθμό κλινών
- Υπηρεσίες μερικής φροντίδας
- Επείγουσα φροντίδα
- Συμβουλευτική υπηρεσία και εκπαίδευση
- Παιδοψυχιατρική υπηρεσία
- Ψυχογηριατρική υπηρεσία
- Υπηρεσία για αλκοολικούς
- Υπηρεσία για χρήστες ουσιών
- Υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας
- Προληπτικές υπηρεσίες
- Υπηρεσίες στέγασης.

Το κάθε Κέντρο μπορεί να αναπτύξει όλες αυτές τις υπηρεσίες ή και μέρος αυτών. Όσον αφορά την ανάπτυξη κλινών και τις υπηρεσίες μερικής νοσηλείας, τα Κ.Κ.Ψ.Υ. δεν ανέπτυξαν στην χώρα μας τις παραπάνω υπηρεσίες, οι οποίες παρέμειναν οργανικό κομμάτι των νοσοκομείων με τα οποία τα Κέντρα αυτά είναι συνδεδεμένα.

9. Ιατροπαιδαγωγικός σταθμός

Τελευταία, οι ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί, τείνουν να λειτουργούν ως μονάδες της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και ιδιαίτερα ως υπηρεσίες των Κ.Κ.Ψ.Υ. με την γενική ονομασία παιδοψυχιατρικά τμήματα ή υπηρεσίες. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχουν διαγνωστικές, συμβουλευτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες. Στην Ελλάδα οι ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί άρχισαν να λειτουργούν ως τακτικά εξωτερικά ιατρεία παιδιών.

Ο ιατροπαιδαγωγικός σταθμός προσφέρει υπηρεσίες σε άτομα, οικογένειες και σχολεία. Η προσέγγιση είναι ολιστική και διεπιστημονική και προσφέρονται αναλυτικά οι παρακάτω υπηρεσίες:

- Παιδοψυχιατρική Διερεύνηση
- Ψυχολογική Εκτίμηση
- Λογοθεραπεία
- Αντιμετώπιση Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών
- Εργοθεραπεία
- Συμβουλευτική Γονέων
- Σεμινάρια Εκπαιδευτικών

Συνήθως, όταν λέμε Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικές Μονάδες, αναφερόμαστε σε υπηρεσίες που στεγάζονται σε ένα κτίριο στο οποίο οι διάφορες ειδικότητες έχουν το γραφείο τους και βλέπουν τα περιστατικά, τις οικογένειες, τα παιδιά που χρήζουν ενημέρωσης. Καμιά φορά μπορεί να υπάρχει η συνεργασία με τα σχολεία κι αυτό συνήθως επειδή απαιτείται από τις ανάγκες του παιδιού που φοιτά στο σχολείο.

Αυτές οι υπηρεσίες ονομάζονται Ιατροπαιδαγωγικά ή Παιδοψυχιατρικά Κέντρα ή Ιατροπαιδαγωγικοί Σταθμοί και προσφέρουν υπηρεσίες για το ζευγάρι, το παιδί, και τον έφηβο. Οι Ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες μπορεί να προσφέρονται με την μορφή Κινητής Μονάδας, Κέντρα Ημέρας, Ξενώνες, Παιδοψυχιατρικός τομέας στα γενικά νοσοκομεία και υπηρεσίες για τον έφηβο.

Όταν ξεκίνησε η Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα, στόχος ήταν να σταματήσει την εισαγωγή ατόμων με οξείες ψυχιατρικές καταστάσεις, στα δημόσια ή ιδιωτικά Ψυχιατρεία της χώρας.

10. Διασυνδεδετική υπηρεσία

Η Ψυχιατρική επιστήμη, στην πορεία της εξέλιξής της, απεγκλωβίστηκε από το άσυλο και το ψυχιατρικό νοσοκομείο, αποκαθιστώντας την επαφή της με το σώμα της Ιατρικής. Με τον τρόπο αυτό αναγνώρισε της ανάγκες του «καθημερινού» ανθρώπου, του θεωρούμενου ως «υγιούς» ή σωματικά ασθενούς, αλλά και του θεράποντος ιατρού και νοσηλευτικού προσωπικού. Έτσι γεννήθηκε ένας νέος κλάδος, που έγινε γνωστός ως Διασυνδεδετική Ψυχιατρική.

Η Διασυνδεδετική είναι η ομαδική προσέγγιση που στοχεύει στην αποτελεσματικότερη συνεργασία, η οποία περιλαμβάνει ερμηνεία και μεσολάβηση συμβούλου μεταξύ των λειτουργών ψυχικής υγείας αφενός και των άλλων λειτουργών υγείας αφετέρου.

Η διασυνδεδετική υπηρεσία απαρτίζεται από ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας που «διασυνδέει» τη μονάδα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής (π.χ. τον ψυχιατρικό τομέα) με τις υπόλοιπες μη ψυχιατρικές κλινικές. Κυρίως αναλαμβάνει ασθενείς που - ταυτόχρονα με το οποιοδήποτε παθολογικό τους πρόβλημα - εμφανίζουν και ψυχιατρική συμπτωματολογία και το αντίστροφο.

Αναμφίβολα, η σωστή διασυνδεδετική εργασία ανάμεσα τους επαγγελματίες υγείας μπορεί να προάγει την ολιστική αντιμετώπιση του ασθενούς. Οι σκοποί στα πλαίσια εφαρμογών της Διασυνδεδετικής στο γενικό νοσοκομείο είναι:

- Η συμβολή στη βελτίωση της ποιότητας της ψυχοκοινωνικής φροντίδας του σωματικά πάσχοντα για ταχύτερη θεραπεία και ανάρρωση, καθώς και μείωση του κόστους νοσηλείας
- Η μετάδοση ειδικών γνώσεων νοσηλευτική ψυχικής υγείας στο νοσηλευτικό προσωπικό των γενικών νοσοκομείων, ώστε να τις ενσωματώσει στην καθημερινή τους εργασία.
- Η προσφορά ψυχικής ενίσχυσης και βοήθειας στο νοσηλευτικό προσωπικό όταν αντιμετωπίζουν στρεσογόνες περιστάσεις κατά τη νοσηλεία των ασθενών ή προσωπικά και επαγγελματικά προβλήματα και συγκρούσεις.
- Η παροχή εξειδικευμένης ψυχολογικής υποστήριξης και νοσηλευτικής φροντίδας σε νοσηλευόμενους με οξεία ή χρόνια οργανικά ψυχοσύνδρομα, με ψυχωσικές διαταραχές ή νευρωτικές διαταραχές, σε ψυχολογική κρίση ή με απόπειρα αυτοκτονίας, καθώς και σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μονάδα

Εντατική Θεραπείας, σε άτομα που πρόκειται να υποστούν σοβαρή χειρουργική επέμβαση ή βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους.

- Η ψυχολογική υποστήριξη των μελών της οικογένειας των ασθενών σε περιπτώσεις που δοκιμάζουν έντονο στρές λόγω της αρρώστιας του αγαπημένου τους προσώπου και των εσωτερικών απειλών που τους δημιουργεί.

Ο τόπος άσκησης της Διασυνδετικής Ψυχιατρικής είναι:

- Τα Γενικά Νοσοκομεία,
- Τα Ιδρύματα χρόνιων νοσημάτων
- Τα Ιδρύματα αποκαταστάσεως
- Τα πρωτοβάθμια Κέντρα και Κλινικές
- Οι Ξενώνες
- Τα σπίτια των ασθενών, κ.α

Η Διασυνδετική ψυχιατρική συνεργάζεται με:

1. Ψυχιάτρους και γιατρούς όλων των ειδικοτήτων
2. Νοσηλευτές όλων των τμημάτων
3. Ψυχολόγους
4. Κοινωνικούς λειτουργούς
5. Ασθενείς και τις οικογένειές τους
6. Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και την Διοίκηση του νοσοκομείου
7. Εξωτερικά ιατρεία
8. Κέντρα Ψυχικής Υγείας
9. Κοινωνικά Ιδρύματα όλων των ειδών, κ.α

11. Νοσοκομείο ημέρας ή κέντρο ημέρας ή μονάδα ημερήσιας περίθαλψης

Οι φάσεις αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών διακρίνονται στην κύρια φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και στην μεταβατική φάση με τη μορφή της

μερικής νοσηλείας στο Νοσοκομείο Ημέρας ή στο Κέντρο Ημέρας, όπου πυρήνας της αποκατάστασης είναι η ψυχιατρική εργοθεραπεία και οι ομαδικές διεργασίες.

Ως **μεταβατική φάση** (μερική νοσηλεία στο Νοσοκομείο – Κέντρο Ημέρας) θεωρείται η περίοδος από την έξοδο ενός ατόμου από το ψυχιατρείο ή την κλινική μέχρι και την πλήρη επάνοδό του στο μόνιμο χώρο διαμονής τους. Ο χρόνος αυτός μπορεί να καλύπτεται με τη μορφή της ημερήσιας ή νυχτερινής νοσηλείας, σε ειδική υπηρεσία, το Νοσοκομείο Ημέρας ή Νύχτας ή το Κέντρο Ημέρας.

Ιστορικά το πρώτο Νοσοκομείο ημέρας λειτούργησε το 1933 στην πρώην Ε.Σ.Σ.Δ. Το πρώτο νοσοκομείο ημέρας στο Μόντρεαλ του Καναδά δημιουργήθηκε το 1946 και δύο χρόνια αργότερα αυτό της Αγγλίας και των Η.Π.Α.

Το πρώτο Ελληνικό Νοσοκομείο Ημέρας λειτούργησε στο Αιγινήτειο νοσοκομείο το 1978, ενώ από το 1971 είχε οργανωθεί και λειτουργήσει το πρώτο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής της Θεσσαλονίκης. Σήμερα υπάρχουν 940 διαθέσιμες θέσεις μερικής νοσηλείας.

Σύμφωνα με τον ορισμό, τα Κέντρα ημέρας αποτελούν μια ενδιάμεση δομή με στόχο την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ψυχικά αρρώστων με έμφαση κυρίως σε εργοθεραπευτικές δραστηριότητες και κοινωνικές δεξιότητες σε χρόνιους ψυχωσικούς ασθενείς, με σκοπό την επανένταξη του ψυχικά πάσχοντα στο κοινωνικό περιβάλλον. Εντάσσονται στο Επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια», στο Μέτρο που αφορά «Ενέργειες πρόληψης - ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικοοικονομικής επανένταξης».

Στο νοσοκομείο Ημέρας οι θεραπευτικές διεργασίες είναι πιο σύνθετες (ομαδική – ατομική ψυχοθεραπεία, εργοθεραπεία, άλλες κοινωνιοθεραπείες) και απευθύνονται σε ευρύτερο νοσολογικό φάσμα αρρώστων με υψηλότερο βαθμό προσδοκιών.

Οι θεραπευτικοί **στόχοι** της μερικής νοσηλείας είναι :

- ✚ Η παροχή κάθε δυνατής βοήθειας για την προσαρμογή των αρρώστων στην κοινότητα μετά από μια νοσηλεία, και η μείωση της πιθανότητας υποτροπής και επανεισαγωγής.
- ✚ Η θεραπευτική ολοκλήρωση της μεταβατικής φάσης της ζωής του αρρώστου από την ψυχοπαθολογική κατάσταση στην φυσιολογική ζωή στην κοινότητα.

Τα **πλεονεκτήματα** από τη μερική νοσηλεία είναι :

1. Η αποφυγή στιγματισμού.
2. Η εκμάθηση κοινωνικών και επαγγελματικών ρόλων.

3. Η αποφυγή αποχωρισμού από την οικογένεια και τους φίλους.
4. Η αποφυγή τυχόν ιδρυματικής συμπεριφοράς.
5. Η αποφυγή επανειλημμένων εισαγωγών.
6. Η οικογένεια για αρκετές ώρες μένει χωρίς τον άρρωστο ώστε να ξεκουράζεται το άτομο που έχει αναλάβει τη φροντίδα του.
7. Μικρότερο κόστος σε σχέση με την ενδονοσηλεία.
8. Η προετοιμασία του αρρώστου για την κοινοτική (μετανοσοκομειακή νοσηλεία.
9. Η κοινότητα αναγνωρίζει ότι η ψυχική ασθένεια θεραπεύεται στην κοινότητα.

Τα **μειονεκτήματα** από τη μερική νοσηλεία είναι:

1. Δεν είναι δυνατή η εκτίμηση της οικογένειας που είναι σε κρίση.
2. Είναι αδύνατος ο έλεγχος παρορμητικών συμπεριφορών.
3. Εμφανίζεται μεγάλος κίνδυνος εγκατάλειψης του προγράμματος.

Το Κέντρο Ημέρας **απευθύνεται σε:**

- Ενήλικους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας που διαβιούν στο οικογενειακό τους περιβάλλον.
- Ενήλικους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας που διαβιούν σε στεγαστικές δομές στην κοινότητα.
- Μέλη οικογενειών χρηστών ψυχικής υγείας

Το Κέντρο Ημέρας στελεχώνουν: ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνική λειτουργός, εργοθεραπεύτρια, νοσηλεύτρια, επισκέπτρια υγείας, διοικητικός, βοηθητικό προσωπικό. Επιπλέον παρέχουν υπηρεσίες Ειδικοί Συνεργάτες (στους τομείς Προώθησης Απασχόλησης, Εκπαίδευσης, Εναλλακτικών Θεραπευτικών Παρεμβάσεων), καθώς και ομάδα εθελοντών.

Το Κέντρο Ημέρας λειτουργεί Δευτέρα ως Παρασκευή, πρωινές και απογευματινές ώρες (καθημερινά 8.30 - 20.30). Στο πλαίσιο της λειτουργίας του εντάσσεται το Ημερήσιο Πρόγραμμα και η Απογευματινή Λέσχη (club house). Οι παρεχόμενες υπηρεσίες κατανέμονται σε τέσσερις τομείς :

1. Θεραπεία - Υποστήριξη (χρηστών και οικογενειών),
2. Απασχόληση και Ποιότητα Ζωής,
3. Επιστημονικό & εκπαιδευτικό Έργο,

4. Δράσεις Αποστιγματισμού - Αγωγή Κοινότητας.

Αναλυτικά το έργο που παρέχεται σε κάθε τομέα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι το ακόλουθο:

1. Στον τομέα Θεραπείας & Υποστήριξης:

- Υποδοχή - Αξιολόγηση - Θεραπευτικό σχέδιο
- Ατομική υποστήριξη.
- Ψυχοθεραπευτικές ομάδες υποστηρικτικού τύπου.
- Συμβουλευτική Οικογένειας.
- Εκπαιδευτικές & Κοινωνικές Δραστηριότητες (δράσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης).
- Ομάδες προ-επαγγελματικής εκπαίδευσης.
- Τομέας Απασχόλησης & Ποιότητας ζωής

2. Στην Υπηρεσία Προώθησης στην Απασχόληση χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας:

- Προώθηση στην απασχόληση
- Υποστηριζόμενη Απασχόληση
- Εμφύχωση και υποστήριξη της συμμετοχής των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε δομές επαγγελματικής αποκατάστασης όπως αυτές των ΚοιΣΠΕ και των κοινωνικών επιχειρήσεων
- Εκπαίδευση στελεχών υποστηριζόμενης απασχόλησης και κοινωνικής επιχειρηματικότητας.
- Δημιουργία ευκαιριών απασχόλησης - θέσεων εργασίας, στα πλαίσια του προγράμματος του Κέντρου Ημέρας.
- Διασύνδεση και συμπληρωματικότητα με τις δράσεις για την απασχόληση που πραγματοποιεί η Μονάδα Υποστήριξης της Απασχόλησης του Κέντρου Κοινωνικού Διαλόγου
- Λειτουργία 'club house' (απογευματινής Λέσχης Δραστηριοτήτων) Οι δραστηριότητες της Λέσχης επιλέγονται με γνώμονα τα ενδιαφέροντα, τη συμμετοχή και τις ανάγκες που διατυπώνουν οι ίδιοι οι χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οργανώνονται γύρω από ένα σταθερό πυρήνα και μια δέσμη εναλλασσόμενων δράσεων.

3. Στον Τομέα Επιστημονικού και Εκπαιδευτικού Έργου:

- Διοργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τη διαρκή εκπαίδευση στελεχών ψυχικής υγείας
- Συνεργασία με Φορείς στο χώρο της ανώτατης εκπαίδευσης και της έρευνας με αντικείμενο την εκπαίδευση φοιτητών και τη διεξαγωγή ερευνητικού έργου
- Διοργάνωση ετήσιων επιστημονικών εκδηλώσεων (Ημερίδα, Διεπιστημονική Συνάντηση Ψυχικής Υγείας)
- Διαμόρφωση συστήματος αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

4. Στον Τομέα Αποστιγματισμού - Αγωγής κοινότητας:

- Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση τοπικών φορέων (Δημοτική Αρχή, Αστυνομία, Εκκλησία, Σχολική κοινότητα, Σύλλογοι Γονέων, κοινωνικές οργανώσεις, σύλλογοι μεταναστών και λοιπών ευπαθών κοινωνικά ομάδων)
- Ενημέρωση και συνεργασία με κοινωνικές υπηρεσίες φορέων, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, κέντρα ψυχικής υγείας, τον ΟΑΕΔ.
- Διασύνδεση του Κέντρου Ημέρας με άλλους φορείς Ψυχικής Υγείας - ανάπτυξη δικτύου.
- Συνεργασία με Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας για την καταπολέμηση του στίγματος που αφορά τον ψυχικά ασθενή.
- Ανάπτυξη κοινών καλλιτεχνικών, πολιτιστικών και αθλητικών εκδηλώσεων και άλλων δραστηριοτήτων με τους συλλογικούς φορείς και τις κοινωνικές οργανώσεις που δραστηριοποιούνται στην περιοχή με στόχο την ανάπτυξη συμμαχιών για τον αποστιγματισμό και την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού.

12. Νοσοκομείο νύχτας

Στο νοσοκομείο νύχτας, όπως δηλώνει και η ονομασία του, οι ασθενείς παραμένουν μόνο τη νύχτα. Την ημέρα μπορούν να πηγαίνουν στην εργασία, στο σχολείο ή στο σπίτι τους. Η μονάδα αυτή έχει ως στόχο την ομαλή μετάβαση των ασθενών από το νοσοκομείο στην κοινότητα.

Νοσοκομείο νύχτας δεν λειτουργεί ακόμα στη χώρα μας.

13. Κινητή μονάδα ψυχικής υγείας (Κ.Μ.Ψ.Υ.)

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας (Κ.Μ.Ψ.Υ.) αποτελεί μονάδα των νοσοκομείων ή ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Η Κ.Μ.Ψ.Υ. παρέχει υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον:

- A)** σε ΤοΨΥ που η γεωγραφική τους έκταση και διαμόρφωση, η οικιστική τους διασπορά καθώς και οι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες σε συνδυασμό με τη φύση των ψυχικών διαταραχών δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων των περιοχών αυτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και
- B)** σε όμορους ΤοΨΥ όταν δεν υπάρχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Έργο της Κ.Μ.Ψ.Υ. είναι η παροχή υπηρεσιών πρόληψης και νοσηλείας και ειδικής φροντίδας κατ' οίκον, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αγωγής κοινότητας σε δυσπρόσιτες περιοχές. Πιο αναλυτικά περιλαμβάνει:

- Την έγκαιρη διάγνωση – παρέμβαση για την πρόληψη της έναρξης της νόσου ή της υποτροπής της
- Την κατ' οίκον παρέμβαση για την αντιμετώπιση και διαχείριση της κρίσης
- Την κατ' οίκον νοσηλεία και παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής, η παρακολούθηση σε τακτά χρονικά διαστήματα της εξέλιξης της νόσου και η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας του ασθενούς
- Τη βοήθεια και τη στήριξη του ασθενούς για την αντιμετώπιση των πρακτικών του αναγκών και προβλημάτων με έμφαση στην εκμάθηση δεξιοτήτων και η προετοιμασία του για τον τελικό στόχο που είναι η αυτόνομη διαβίωση
- Τη συμβουλευτική – υποστηρικτική παρέμβαση στην οικογένεια του ασθενούς με στόχο την καλύτερη επικοινωνία τους και τη μείωση του άγχους της οικογένειας και του ίδιου του ασθενούς
- Την εκπαίδευση εθελοντών
- Την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος μέσω των προγραμμάτων αγωγής κοινότητας

Η Κ.Μ.Ψ.Υ. χρησιμοποιεί ως μέσα για την επίτευξη των σκοπών της, το διαγνωστικό και κλινικό της έργο, την εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας,

την αγωγή της κοινότητας, την έρευνα αναγκών, την αξιολόγηση των παρεμβάσεων της. Χρησιμοποιεί επίσης ευρείες συνεργασίες με πρόσωπα και θεσμούς της τοπικής κοινότητας στην προσπάθειά της να συγκροτήσει δίκτυα για την επίτευξη των σκοπών της.

Συνήθως μια Κ.Μ.Ψ.Υ. αποτελείται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας όπως ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη/τρια, διοικητικούς υπαλλήλους. Τα μέλη της λειτουργούν ως ομάδα και ενώ διατηρούν τις επαγγελματικές τους ταυτότητες, αλληλοσυμπληρώνουν τους επαγγελματικούς τους ρόλους. Η Κ.Μ.Ψ.Υ. είναι, φύσει και θέσει, ανοικτή στη σύμπραξη με άλλους επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας, τοπικούς κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες.

Η Κ.Μ.Ψ.Υ. χρησιμοποιεί διαθέσιμους χώρους της κοινότητας, συνήθως χώρους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), αλλά όχι μόνο, εκεί που χρειάζεται χρησιμοποιεί χώρους που ανήκουν στους ΟΤΑ, σε συλλόγους, κλπ., ανάλογα με τις ανάγκες που αναδύονται αλλά και τους στόχους που κάθε φορά τίθενται.

Η Κ.Μ.Ψ.Υ. χρειάζεται επίσης ένα δικό της χώρο, σε αστική περιοχή (συνήθως στην πρωτεύουσα του νομού στον οποίο λειτουργεί) ως βάση για τις δραστηριότητές της. Εκεί όπου είναι δυνατό, η ΚΜΨΥ χρησιμοποιεί ως χώρους παρέμβασης αυτούς στους οποίους ζει και εργάζεται ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνεται (σπίτι, καφενείο, χώροι δουλειάς).

14. Μονάδες στέγασης

Οι μονάδες στέγασης εντάσσονται στις προσπάθειες που γίνονται για την αποασυλοποίηση και την ένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα. Βασικοί στόχοι της στεγαστικής αποκατάστασης είναι η μείωση του χρόνου νοσηλείας των ψυχικά αρρώστων στο ψυχιατρείο και η υποκατάσταση του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Οι ξενώνες, τα οικοτροφεία και τα προστατευόμενα διαμερίσματα είναι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και λειτουργούν στα πλαίσια του προγράμματος αποασυλοποίησης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει μέριμνα για τη στέγαση των ψυχικά ασθενών. Η κίνηση αποϊδρυματοποίησης των ψυχικά ασθενών στις περιπτώσεις που οπου δε συνοδεύτηκε από παράλληλη στεγαστική και ψυχιατρική κάλυψη των ασθενών στην κοινότητα

οδήγησε σε μεγάλο αριθμό αστέγων ή ακόμα σε σημαντικό αριθμό ασθενών που βρέθηκαν στις φυλακές για διάφορα αδικήματα.

Στις μονάδες αυτές δίνεται έμφαση στη νοσηλεία, στην εκπαίδευση, στην απασχόληση και στην προσωπική ανάπτυξη των ενοίκων, με σκοπό τη σταδιακή επανένταξή τους στον κοινωνικό ιστό και τη συμμετοχή τους στο κοινωνικό γίγνεσθαι. Πρέπει να γίνει σαφές πως δεν πρόκειται για στατικά ιδρύματα που λειτουργούν απλώς για να αποφορτίσουν τον όγκο των δημόσιων ψυχιατρείων. Πρόκειται για δυναμικά μοντέλα που αξιοποιούν κατάλληλα το ανθρώπινο κεφάλαιο, τον ελεύθερο χρόνο, τις δυνατότητες και τις ικανότητες του κάθε ενοίκου ξεχωριστά. Η λειτουργία των μονάδων στέγασης στοχεύουν στην αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής των ενοίκων τους, παρακάμπτοντας και αποφεύγοντας φαινόμενα ιδρυματοποίησης και στιγματισμού που δυσχεραίνουν την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση και επανένταξη.

Οι τύποι των εναλλακτικών στεγαστικών δομών που υπάρχουν στην κοινότητα είναι:

1. Ξενώνες 24ωρης φύλαξης.
2. Ξενώνες 12ωρης φύλαξης.
3. Διαμερίσματα ομαδικής διαβίωσης με εποπτεία.
4. Διαμερίσματα ατομικής διαβίωσης με εποπτεία.
5. Θετή οικογένεια.
6. Οικοτροφείο μακράς παραμονής εποπτευόμενο.
7. Ξενοδοχείο (ειδικά οργανωμένο) με παροχή φαγητού.
8. Διαμονή με την οικογένεια.
9. Διαμονή σε ατομικό διαμέρισμα.
10. Καταφύγιο για αστέγους.

Οι απαραίτητες **προϋποθέσεις** για την λειτουργία μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Ξενώνων, Οικοτροφείων) είναι οι ακόλουθες :

1. Σύσταση της μονάδας.
2. Σύσταση των θέσεων του προσωπικού.
3. Εξασφάλιση της κτηριακής υποδομής και του απαραίτητου εξοπλισμού.
4. Ορισμός του επιστημονικά υπευθύνου.
5. Διορισμός του προσωπικού ή εξασφάλιση της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας από το προσωπικό που ήδη υπηρετεί τον φορέα, για τον οποίο

συστήνεται ο ξενώνας ή το οικοτροφείο ή εγκρίνεται το πρόγραμμα προστατευομένων διαμερισμάτων.

6. Λειτουργική διασύνδεση της μονάδας ή των προστατευομένων διαμερισμάτων με άλλες υπηρεσίες του τομέα.

Οι μονάδες στέγασης κατάρτιζον το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα των ενοίκων, το οποίο έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Εμπεριέχει την καταγραφή των αναγκών και των χαρακτηριστικών συμπεριφοράς των ενοίκων, καθώς και τη συγκέντρωση πληροφοριών που αφορούν στο κοινωνικό, στο ιατρικό και στο ψυχιατρικό ιστορικό, σε παλαιές φαρμακευτικές αγωγές και σε ενδείξεις υποτροπής
- Καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας και συμπεριφοράς ως προς τον ένοικο
- Κατάρτιζεται από την επιστημονική ομάδα και τα πρόσωπα αναφοράς
- Οι στόχοι καθορίζονται και επαναπροσδιορίζονται κάθε τρίμηνο
- Χρησιμοποιείται σε συνάρτηση με τις αξιολογήσεις του επιστημονικού προσωπικού και το πρόγραμμα απασχόλησης
- Η τήρηση και η ευελιξία του ελέγχεται μέσω του καθημερινού ημερολογίου του κάθε ενοίκου
- Η ευθύνη για την κατάρτιση και τήρηση του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος είναι συλλογική (www.klimaka.org.gr).

Λέγοντας «Αποκατάσταση», εννοούμε την προσπάθεια που γίνεται ώστε να βρει ο ασθενής τον καλύτερο γι' αυτόν κοινωνικό ρόλο, γεγονός που θα του επιτρέψει να συμμετέχει στο μέγιστο βαθμό δραστηριοτήτων που είναι σύντονες με την προσωπικότητά του και στα ενδιαφέροντά του. Έτσι λοιπόν κρίνεται απαραίτητο οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις μονάδες στέγασης να ενεργούν μαζί με τον ασθενή, να φροντίσουν για την ύπαρξη ισορροπίας ανάμεσα στην ψυχιατρική φροντίδα και στην ένταξή τους στην κοινότητα και να προωθήσουν τα υγιή στοιχεία της προσωπικότητάς τους και τη λειτουργικότητά τους με τις λιγότερες ψυχιατρικές παρεμβάσεις, ώστε να ενσωματωθούν στην κοινότητα.

Αναλυτικότερα τα χαρακτηριστικά των κύριων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην κοινότητα είναι:

Ο **ξενώνας** ως μονάδα Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης φιλοξενεί άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη, ύστερα από αίτηση τους και με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας, με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα.

Ειδικότερα στους ξενώνες φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον, ή κρίνεται αναγκαία η προσωρινή απομάκρυνση τους από το περιβάλλον της οικογένειάς τους για θεραπευτικούς λόγους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα. Επίσης μπορούν να φιλοξενηθούν και να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα του ξενώνα άτομα με προβλήματα αλκοολισμού ή τοξικομανίας, με διπλή διάγνωση και τα οποία έχουν ήδη ολοκληρώσει επιτυχώς τη διαδικασία απεξάρτησης και είναι στο στάδιο της κοινωνικής επανένταξης.

Η λειτουργία του ξενώνα είναι ανοικτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον. Η δυναμικότητα του ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα.

Ανάλογα με το **χρόνο παραμονής** των ψυχικά ασθενών στους ξενώνες, αυτοί διακρίνονται σε:

- Ξενώνες βραχείας διάρκειας παραμονής: Παρέχεται φιλοξενία μέχρι 8 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού βαθμού στήριξης
- Ξενώνες μέσης διάρκειας παραμονής: Παρέχεται φιλοξενία μέχρι 20 μήνες και εφαρμόζεται υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξη.
- Ξενώνες μακράς διάρκειας παραμονής: Παρέχεται φιλοξενία μέχρι 36 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα μέσου έως χαμηλού βαθμού υποστήριξης.

Ανάλογα με το **χώρο εγκατάστασης** τους οι Ξενώνες διακρίνονται σε:

- Ενδονοσοκομειακούς ξενώνες: που βρίσκονται μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, είναι βραχείας διάρκειας παραμονής και εκεί γίνεται η προετοιμασία, για την μετάβαση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά τμήματα ψυχιατρικών ή γενικών νοσοκομείων.
- Εξωνοσοκομειακούς ξενώνες: που βρίσκονται στην κοινότητα και είναι βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής.

Τέλος ανάλογα με την **παρουσία προσωπικού**, η υποστήριξη των ξενώνων διαβαθμίζεται σε :

- Ξενώνες υψηλού βαθμού υποστήριξης: Υπάρχει 24ωρη παρουσία προσωπικού.
- Ξενώνες μέσου βαθμού υποστήριξης: Υπάρχει παρουσία προσωπικού χρονικής διάρκειας μικρότερης του 24ώρου.
- Ξενώνες χαμηλού βαθμού υποστήριξης: Υπάρχει η κατά περίπτωση περιοδική παρουσία προσωπικού, για την παρακολούθηση και υποστήριξη των ατόμων.

Ως μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ο ξενώνας είναι ανοικτός στην κοινότητα. Η πόρτα είναι ανοικτή και κάθε τροποποίηση της ελεύθερης εισόδου και εξόδου των ενοίκων, προέρχεται μόνο κατόπιν συμφωνίας που προκύπτει από την διαπραγμάτευση του προσωπικού μαζί τους. Λειτουργεί δηλαδή ως εστία κοινωνικοποίησης και κοινωνικότητας. Κινητοποιείται έτσι κάθε μέσο και γενικά κάθε ενέργεια προκειμένου να προαχθεί η ομαλή ενσωμάτωση των ατόμων στο κοινωνικό σύνολο.

Ο ενδιαμέσος χαρακτήρας του ξενώνα, ως δομή, δεν πηγάζει απλώς από το γεγονός ότι βρίσκεται μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον, αλλά από το είδος της πρακτικής που τελείται μέσα σε αυτόν, η οποία θα πρέπει να είναι μια λειτουργία διαμεσολάβησης της σχέσης των ενοίκων με την κοινωνία και τους θεσμούς της.

Οι αρχές λειτουργίας του ξενώνα για να είναι θεραπευτικό το αποτέλεσμα από τη διαβίωση ψυχικά πασχόντων σ' αυτούς, πρέπει να αναδεικνύει το θεραπευτικό/ αποκαταστασιακό στοιχείο οικοδόμησης της προσωπικότητας του ατόμου, καθώς και την κατοχύρωση των δικαιωμάτων του και την ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο.

Αυτές οι αρχές λειτουργίας είναι οι ακόλουθες:

1. Η δυνατότητα και το δικαίωμα κάθε ενοίκου να έχει το δικό του «προσωπικό χώρο» (αντικείμενα, δωμάτιο κ.λπ.) και να κινείται ελεύθερα σε όλο τον «κοινόχρηστο χώρο» του ξενώνα, δηλαδή να γίνεται προσπάθεια ώστε το άτομο να κατοικεί στον χώρο και όχι απλά να διαμένει σ' αυτόν.
2. Ο ξενώνας να παρέχει όρους διαβίωσης κατάλληλους για τις πολύπλοκες ανάγκες των ενοίκων (ευρυχωρία, υλικοτεχνικός εξοπλισμός κ.α.). Δηλαδή η διαμονή των ενοίκων να γίνεται σε μονόκλινο ή δίκλινο δωμάτιο, όπου παρέχονται τα αναγκαία μέσα αξιοπρεπούς διαβίωσης από πλευράς ευρυχωρίας, επίπλωσης και

υλικοτεχνικού εξοπλισμού. Σε εντελώς εξαιρετικές περιπτώσεις επιτρέπεται η διαμονή σε τρίκλινο δωμάτιο, που να πληρεί όμως τους απαραίτητους αξιοπρεπείς όρους. Οι κοινόχρηστοι χώροι, οι χώροι υγιεινής και γενικότερα όλοι οι χώροι που χρησιμοποιούν οι ένοικοι πρέπει να είναι ευρύχωροι, καθαροί και με τον αναγκαίο υλικοτεχνικό εξοπλισμό, στην λογική του «χώρου κατοικίας».

3. Η δυνατότητα και το δικαίωμα κάθε ενοίκου να έχει το δικό του «προσωπικό χρόνο» στην επιδίωξη και την ικανοποίηση των προσωπικών αναγκών και επιθυμιών του, στον κύκλο της καθημερινής τους ζωής. Όλα τα προβλήματα και οι κανόνες που έχουν σχέση με τις απαιτήσεις της ομαδικής συμβίωσης, συζητούνται και αποφασίζονται από κοινού με τους ενοίκους, μέσα από διεργασία ομάδας και διαδικασία διαπραγμάτευσης, λαμβάνοντας πάντα υπόψη την ιδιαιτερότητα του κάθε ενοίκου. Η σχέση ανάμεσα στην ομάδα και την προσωπική ιδιαιτερότητα δεν είναι κάτι εκ των προτέρων δεδομένο, αλλά πρέπει διαρκώς να επανεγκαθιδρύεται και να γίνεται μέσω προσωπικής ανάπτυξης.
4. Η διαχείριση του χώρου, του χρόνου και των αναγκών, όπως και το είδος των σχέσεων που συνάπτονται στον ξενώνα, ώστε να σχετίζονται με τη εξουσία που βοηθούνται να αποκτήσουν οι ένοικοι για επιλογή, απόφαση, αυτοκαθορισμό και διεκδίκηση δικαιωμάτων.
5. Η ισοτιμία στη σχέση προσωπικού - ενοίκων, η αναγνώριση των δικαιωμάτων και ο σεβασμός της προσωπικής τους αξιοπρέπειας ως θεμελιακές προϋποθέσεις για κάθε θεραπευτική παρέμβαση. Έτσι δεν επιτρέπεται η επιβολή και υποκατάσταση του ενοίκου, αλλά η διαπραγμάτευση, στήριξη και συνοδεία, η ανάπτυξη εμπιστοσύνης, ζεστασιάς, επιτρεπτικής ατμόσφαιρας και ρεαλιστικής αισιοδοξίας, θεμελιωμένης στην πεποίθηση για το δυναμικό ανάπτυξης του κάθε ανθρώπου.
6. Σε κάθε άτομο πρέπει να επιβραβεύεται θετικά η επιτέλεση κάθε χρήσιμης ενέργειας, να ανιχνεύεται οποιαδήποτε συμπεριφορά, να αναγνωρίζεται το δικαίωμα της διαφωνίας του, να γίνεται σεβαστή η διαφορετικότητά του καθώς και η ελεύθερη έκφραση και άσκηση της σεξουαλικής ιδιαιτερότητας.
7. Ο κάθε ένοικος να παροτρύνεται στην ανάληψη της προσωπικής του φροντίδας καθώς και του προσωπικού του χώρου, όλων των υποθέσεων του και

δραστηριοτήτων που αφορούν στα πλαίσια του ατομικού τους θεραπευτικού του προγράμματος. Η υποχρεωτική εργασία των ενοίκων δεν είναι επιτρεπτή.

8. Όλα τα ζητήματα που αφορούν στα δικαιώματα και υποχρεώσεις των ενοίκων, στα προβλήματα σχέσεων μεταξύ τους και με το προσωπικό, πρέπει να συζητούνται, να διαπραγματεύονται και να αποφασίζεται μέσα από τις ομάδες «κοινότητας» μεταξύ των ενοίκων και του προσωπικού για να περάσουν στο στάδιο εφαρμογής.
9. Οι χώροι που χρησιμοποιεί το προσωπικό για τις θεραπευτικές και διοικητικές/διαχειριστικές λειτουργίες της δομής (π.χ. γραφεία διαφόρων ειδικοτήτων ή ιεραρχιών) να είναι τα απολύτως απαραίτητα σε έκταση και αριθμό και να είναι ανοικτοί και προσβάσιμοι για όλο το προσωπικό και τους ενοίκους, εκτός από τις περιπτώσεις που λαμβάνει χώρα μια ειδική εργασία (θεραπευτική συνεδρία, συνάντηση ομάδας, ειδική διοικητική εργασία κ.λπ.).
10. Η λειτουργία του Ξενώνα να διέπεται από την αρχή «Η ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΕΙΝΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ», με την προσθήκη ότι η ελευθερία είναι πράγματι θεραπευτική στο βαθμό που υποστηρίζεται από την κατάλληλη θεραπευτική δραστηριότητα και τυγχάνει της αναγκαίας θεσμικής, υλικής και συναισθηματικής στήριξης.

Τα **Οικοτροφεία** είναι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας στα οποία φιλοξενούνται για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλιστεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων των ατόμων αυτών με τη ζωή και τη δράση της τυπικής κοινωνίας.

Τα άτομα που διαμένουν στο οικοτροφείο είναι:

- ✚ Άτομα που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα
- ✚ Άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές
- ✚ Άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα, αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτονομίας, έχουν ανάγκη στεγαστικής δομής υψηλής εποπτείας.

Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενεί ένα οικοτροφείο δεν ξεπερνά τους 25 και δεν υπάρχει περιορισμός στο χρόνο παραμονής σ' αυτό.

Ανάλογα με την ηλικία των ατόμων που φιλοξενούν τα Οικοτροφεία διακρίνονται σε:

- ✚ Οικοτροφεία νέων: από 19 έως 30 ετών
- ✚ Οικοτροφεία ενηλίκων: από 31 έως 55 ετών και
- ✚ Οικοτροφεία ηλικιών από 56 ετών και άνω.

Επειδή η παραμονή είναι μακρόχρονη, η λειτουργία ενός οικοτροφείου διέπεται από τις αρχές της θεραπευτικής κοινότητας οι οποίες είναι :

1. Κάθε δραστηριότητα και κάθε σχέση που αναπτύσσεται στην κοινότητα είναι ευκαιρία για προσωπική αλλαγή του ενοίκου.
2. Η ζωή στο οικοτροφείο βοηθά στην εξέλιξη της προσωπικότητας, στην προσαρμογή του στο κοινωνικό σύστημα και γενικότερα στην καθημερινή ζωή έξω από αυτό.
3. Όλοι οι ένοικοι έχουν το δικαίωμα ίσης μεταχείρισης και προσωπικής ανάπτυξης
4. Η αρχή του εκδημοκρατισμού είναι αναγκαία και έτσι όλα τα μέλη του οικοτροφείου διαμοιράζονται τις θεραπευτικές και διαχειριστικές αποφάσεις.
5. Η ανεκτικότητα είναι απαραίτητη ώστε τα μέλη της μονάδας σε μεγάλο βαθμό να ανέχονται την προβληματική συμπεριφορά του άλλου.
6. Η ελεύθερη επικοινωνία είναι ουσιαστική ώστε να δίνεται έμφαση στις αμέσως φιλικές σχέσεις.
7. Η αντιμετώπιση της πραγματικότητας με συνεχή ερμηνεία της συμπεριφοράς όλων των μελών, καθώς παρατηρείται από τους άλλους, ώστε τελικά ο καθένας να περιορίζει τη χρήση αμυντικών μηχανισμών.

Κάθε οικοτροφείο λειτουργεί με καθημερινό δομημένο πρόγραμμα. Οι τελικοί στόχοι του προσωπικού που εργάζεται σε ένα Οικοτροφείο είναι οι εξής:

1. Η ενδυνάμωση της επιθυμίας του ενοίκου για ενσωμάτωση στην κοινότητα.
2. Η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων επιβίωσης στην κοινότητα.
3. Η ανάπτυξη εργασιακής συμπεριφοράς και συνείδησης.
4. Η συμμετοχή σε κοινωνικές καθημερινές δραστηριότητες.
5. Η δημιουργία και ανάπτυξη σχέσεων με την κοινότητα.
6. Η έκφραση των συναισθημάτων.
7. Η ικανότητα λήψης αποφάσεων.
8. Η αυτονομία.

9. Η ευαισθητοποίηση της κοινότητας για εξάλειψη του στίγματος των στερεοτύπων και διακρίσεων.

Ιστορικά, το πρώτο Οικοτροφείο 12 θέσεων στην Ελλάδα λειτούργησε στην Αθήνα το 1987, από το Αιγινήτειο Νοσοκομείο.

Τα **Προστατευόμενα Διαμερίσματα** είναι χώροι στέγασης, σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες, ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, που έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης.

Σ' αυτά τα διαμερίσματα διαμένουν 3-6 ψυχικά πάσχοντες με περιορισμένη εποπτεία ανά διήμερο ή έως μια φορά την εβδομάδα. Τα διαμερίσματα μισθώνονται από τις ψυχιατρικές μονάδες ή τα νοσοκομεία στα οποία υπάγονται, ή μπορεί να έχουν παραχωρηθεί από οποιοδήποτε νομικό ή φυσικό πρόσωπο ή να μπορεί να έχουν δωριστεί/κληροδοτηθεί.

Οι ένοικοι που διαμένουν σε ένα διαμέρισμα μπορούν να στηριχθούν στις δικές τους δυνάμεις και να φροντίσουν αυτοδύναμα τη ζωή και την υγεία τους, να μελετούν τον κανονισμό λειτουργίας των διαμερισμάτων και αφού συμφωνήσουν υποβάλλουν μια αίτηση συμμετοχής τους σε ένα τέτοιο πρόγραμμα.

Τα διαμερίσματα είναι ευρύχωρα, με δίκλινα υπνοδωμάτια και επαρκείς κοινόχρηστους χώρους. Οι ένοικοι κυκλοφορούν ελεύθερα μέσα και έξω από το διαμέρισμα, ρυθμίζουν οι ίδιοι το χρόνο τους, αποκτούν φιλικές σχέσεις με τους γείτονες και ψωνίζουν ότι θεωρούν αναγκαίο για τον εαυτό τους. Οι περισσότεροι συνήθως εργάζονται σε άτυπες συνεταιριστικές δραστηριότητες, με αμοιβή ή συμμετέχουν σε άλλα προγράμματα ή σπάνια εργάζονται στην ελεύθερη αγορά εργασίας.

Οι βασικές αρχές λειτουργίας ενός εποπτευομένου διαμερίσματος είναι οι ακόλουθες:

1. Απαιτείται συναίνεση του ενοίκου με τις οδηγίες του θεράποντα ψυχιάτρου ως προς τη θεραπευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθηθεί.
2. Ο ένοικος δεν παίρνει αποφάσεις, ούτε αναλαμβάνει δεσμεύσεις για σοβαρά ζητήματα της διαμονής του χωρίς τη σύμφωνη γνώμη της θεραπευτικής ομάδας.

3. Ο ένοικος φροντίζει την ατομική του εμφάνιση και καθαριότητα και την τακτοποίηση και φύλαξη των προσωπικών του αντικειμένων.
4. Ο ένοικος συμμετέχει στην καθαριότητα του υπνοδωματίου και των κοινόχρηστων χώρων του Διαμερίσματος.
5. Ο ένοικος είναι οπωσδήποτε στην ώρα του μεσημεριανού και του βραδινού φαγητού, ενώ αν απουσιάζει θα πρέπει να έχει ενημερώσει εγκαίρως.
6. Ο ένοικος σέβεται όλους τους κανόνες της κοινής ζωής
7. Ο ένοικος συμμετέχει σε όλες τις κοινωνικές εκδηλώσεις και συμβάλει με τη συμμετοχή του, τις προσωπικές οικονομίες του, τις ιδέες του και την δουλειά του στην επιτυχία τους.
8. Δεν επιτρέπεται η χρήση οиноπνευματωδών ή καπνού που μπορεί να βλάψουν σοβαρά την υγεία τους.
9. Δεν επιτρέπεται η διανυκτέρευση άλλου προσώπου χωρίς ενημέρωση και άδεια της θεραπευτικής ομάδας.
10. Πρέπει να αποφεύγονται οι διενέξεις με ενοίκους της πολυκατοικίας ή άλλους γείτονες. Όταν οι ένοικοι δεν μπορούν να επιλύσουν μόνοι τα προβλήματά τους ενημερώνουν κάποιους από τους υπεύθυνους.
11. Δεν επιτρέπεται η διανυκτέρευση ενός ενοίκου εκτός σπιτιού, χωρίς προηγούμενη άδεια.
12. Κάθε ένοικος απαγορεύεται να συμμετέχει σε τυχερά παιχνίδια (με χρήματα) είτε εντός, είτε εκτός του διαμερίσματος.

Ιστορικά το πρώτο Προστατευόμενο Διαμέρισμα ιδρύθηκε στη Λέρο το 1991 και σ' αυτό διέμεναν 5 ένοικοι.

15. Οικογένειες «υιοθεσίας» ή μονάδες ανάδοχων οικογενειών

Βάσει του Νόμου 2716/1999, οι οικογένειες «υιοθεσίας» ή φιλοξενούσες οικογένειες, όπως αποκαλούνται, ανήκουν στις μονάδες Κοινωνικής Ψυχιατρικής και, συγκεκριμένα, στις μονάδες προστατευμένης στέγασης, κοινωνικής επανένταξης και αποκατάστασης ψυχικά ασθενών. Επιχειρείται η «υιοθεσία» ή «αναδοχή» των χρόνιων ψυχωσικών, οι οποίοι στερούνται φυσικής οικογένειας ή απορρίπτονται από αυτή ή δεν κρίνεται κατάλληλη από τους θεραπευτές, από άλλες επιλεγόμενες

οικογένειες, έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών, να μειωθεί η ένταση των υποτροπών, ο αριθμός και οι ημέρες νοσηλείας των ασθενών και να αυξηθεί η λειτουργικότητα και η αυτονομία των ασθενών, για να μπορούν στο μέλλον να ζουν με μειωμένη βοήθεια ή και χωρίς αυτή.

Οι ψυχικά ασθενείς που επιλέγονται για τα προγράμματα αυτά συνήθως είναι νέοι σε ηλικία, συνεργάσιμοι και ικανοί να αυτοϋπηρετούνται. Η αναδοχή όμως αποφεύγεται να γίνει από άτομα με συγγένεια πρώτου βαθμού. Στις οικογένειες αυτές παρέχεται συνεχής θεραπευτική μέριμνα και χρηματοδότηση από το κράτος (για την κάλυψη συνήθως των βασικών αναγκών αναδοχής).

Ο ρόλος των φιλοξενουσών οικογενειών είναι πολύ σημαντικός, διότι παρέχουν στους ασθενείς τα πλεονεκτήματα της οικογενειακής ζωής (οικειότητα, υποστήριξη, ζεστασιά), τα οποία στερούνταν όσοι από αυτούς δεν είχαν οικογένεια ή η φυσική τους οικογένεια δεν τους τα παρείχε, για ποικίλους λόγους.

Στην Ελλάδα, η πρώτη μονάδα ιδρύθηκε το 1989, από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Αθήνας, με την επωνυμία «Επανένταξη ψυχικά αρρώστων στην κοινωνική ζωή - ανάδοχες οικογένειες».

Η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, το 1997, επεκτείνοντας τα προγράμματα αποκατάστασης ψυχικά ασθενών, σχεδίασε και λειτούργησε τη Μονάδα Ανάδοχων Οικογενειών. Η μονάδα αναδόχων οικογενειών (ΜΑΟ) της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών σχεδιάστηκε πιλοτικά για 10 θέσεις αναδοχής χρονίων ψυχιατρικών αρρώστων και έχει ήδη υπερβεί τα πέντε έτη λειτουργίας της. Ο ανάδοχος, ο οποίος αποκλείεται να είναι πρώτου βαθμού συγγενής με τον ασθενή, αναλαμβάνει την παροχή στέγης και τροφής και εποπτεύει την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής του τελευταίου. Το προσωπικό της ΜΑΟ εποπτεύει την τήρηση των όρων με επιτόπιες επισκέψεις και αξιολογεί την πορεία με όργανα κλινικής και λειτουργικής εκτίμησης.

Η εξέλιξη των τεσσάρων από τους πέντε ασθενείς που έχουν ενταχθεί μέχρι σήμερα στο πιλοτικό πρόγραμμα κρίνεται ως πολύ ενθαρρυντική. Αξιοσημείωτη είναι η δυσχέρεια εξεύρεσης αναδόχων, τουλάχιστον υπό τις προϋποθέσεις του συγκεκριμένου προγράμματος. Οι συγγραφείς θεωρούν ότι το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για τις «φιλοξενούσες οικογένειες», παρά τα συζητήσιμα σημεία του, παρέχει την ευκαιρία εκτεταμένης εφαρμογής αυτού του σχήματος στεγαστικής αποκατάστασης, στα πλαίσια της συντελούμενης αποασυλοποίησης στη χώρα μας.

Επιπλέον το Πρόγραμμα Αναδόχων Οικογενειών Λέρου-Αθήνας υλοποιείται από το Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε. από το τέλος του 1989. Το Πρόγραμμα αυτό αναπτύχθηκε σε τρεις φάσεις. Στην πρώτη φάση τοποθετήθηκαν 10 ασθενείς σε ανάδοχες οικογένειες. Ένα χρόνο περίπου αργότερα εντάχθηκε στο πρόγραμμα μια δεύτερη ομάδα 10 ασθενών. Η μεγάλη πλειονότητα των παραπάνω ασθενών προέρχονταν από τα μεγάλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της Αττικής. Το 1991, στα πλαίσια αποϊδρυματοποίησης του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου, άλλοι 8 ασθενείς εντάχθηκαν σε αναδοχή μετά από προηγούμενη διαδικασία προετοιμασίας τους με την λειτουργία ομάδας «παρέμβασης» στο Κ.Θ.Λ.

Σκοπός του Προγράμματος είναι να βοηθήσει ψυχιατρικούς ασθενείς, που για οποιονδήποτε λόγο στερούνται την φυσική τους οικογένεια, τοποθετώντας τους σε Ανάδοχη ώστε να ζουν σε περιβάλλον πιο υγιές και βέβαια πιο θεραπευτικό. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ανεύρεση και ευαισθητοποίηση οικογενειών που κρίνονται κατάλληλες για την Αναδοχή των ασθενών, καθώς και η προσέγγιση και ευαισθητοποίηση των φυσικών οικογενειών των ασθενών.

16. Μονάδες αποκατάστασης

Η αποκατάσταση και η επαγγελματική επανένταξη στοχεύει στην ενεργοποίηση ενός νέου μοντέλου επανένταξης των ψυχικά ασθενών. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση έχει πλέον καθιερωθεί ως συμπληρωματική προσέγγιση στην θεραπεία της σχιζοφρένειας.

Οι βασικές λειτουργίες των μονάδων αποκατάστασης είναι:

1. Η παροχή υπηρεσιών ψυχιατρικής και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στο πλαίσιο της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης. Το πρόγραμμα στηρίζεται στην τακτή και εξατομικευμένη κλινική και ψυχοκοινωνική διερεύνηση των δυνατοτήτων και των αναγκών του ασθενούς. Το θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει συνεδρίες ατομικής και ομαδικής υποστήριξης, λειτουργία ομάδων ψυχοεκπαίδευσης οικογενειών, λειτουργία ομάδων καταπολέμησης του αυτοστιγματισμού, κοινωνική εργασία με ομάδες, λειτουργία κοινότητας ασθενών κ.α.

2. Η εφαρμογή δομημένων προγραμμάτων εξάσκησης εργασιακών και κοινωνικών δραστηριοτήτων που διαθέτει εξελικτικότητα και αναπτύσσεται ανά φάσεις. Η 1^η φάση περιλαμβάνει την εξατομικευμένη φροντίδα και αξιολόγηση. Η 2^η φάση περιλαμβάνει την επαγγελματική εκπαίδευση και εξειδίκευση. Για το σκοπό αυτό λειτουργούν εργαστήρια καλλιτεχνικής βιβλιοδεσίας, χρυσοτυπίας, βυζαντινής και λαϊκής τέχνης, κεραμικής και εικαστικών τεχνών. Η δύναμη των ασθενών που συμμετέχουν είναι 70 άτομα σε 5ωρο καθημερινό πρόγραμμα κατάρτισης. Η 3^η φάση περιλαμβάνει την εκτίμηση των κοινωνικών αντιδράσεων για την ψυχική νόσο, δηλαδή όλες τις ενέργειες αντιμετώπισης του κοινωνικού στίγματος και καταπολέμησης του αυτοστιγματισμού των ασθενών.
3. Συνεχής ευαισθητοποίηση της κοινότητας με δραστηριότητες πολιτισμικού χαρακτήρα όπως εκθέσεις ζωγραφικής των ασθενών, εκδόσεις περιοδικού, εκδόσεις ποιητικών συλλογών, οργάνωση ημερίδων σε δήμους για τη φύση και την πρόληψη της ψυχικής νόσου.
4. Υποστήριξη της εργασίας και της ένταξης ασθενών. Γίνεται πολυεπίπεδη υποστήριξη των ασθενών στον τομέα της απασχόλησης μέσω ποικίλων τρόπων προώθησης της εργασίας όπως η τοποθέτηση στην ελεύθερη αγορά εργασίας, η προστατευόμενη απασχόληση μέσω της Κοινωνικής Επιχείρησης Kosmos-Horizon και του Ευρωπαϊκού Εκθετηρίου Τέχνης, οργάνωση εικαστικών εκθέσεων, κ.α.
5. Τοποθέτηση στην ελεύθερη αγορά εργασίας μέσω του ισχύοντος νομοθετικού πλαισίου για Α.Μ.Ε.Α.
6. Δημιουργία Κοινωνικής Επιχείρησης Kosmos-Horizon (1999-προϊόν κοινοτικής πρωτοβουλίας Horizon που υλοποιήθηκε από το ΕΠΠΥΥ). Πρόκειται για αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία της οποίας τα ιδρυτικά μέλη είναι 23 ασθενείς που εκπαιδεύτηκαν στο πρόγραμμα της μονάδας και η οποία αναπτύσσει επιχειρηματικές δραστηριότητες.
7. Ανάπτυξη και λειτουργία ευρωπαϊκού εκθετηρίου έργων τέχνης ασθενών σε συνεργασία με εθνικούς εταίρους όπως ο Δήμος Αθηναίων, το Κέντρο

Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής, τα Hellenic Duty Free) και ευρωπαίους εταίρους όπως η Σουηδία και η Αγγλία.

8. Αναθέσεις έργων, μικρές εργολαβίες, οργάνωση εικαστικών εκθέσεων.
9. Υποστήριξη αυτοδιαχειριζόμενων δομών. Η εφαρμογή προγράμματος κατάρτισης σε ασθενείς του Σωματείου ενάντια στην προκατάληψη για τις ψυχικές διαταραχές «Η Αναγέννηση» για την ανάπτυξη επιχειρηματικότητας προκειμένου να συμμετέχουν στην οργάνωση επαγγελματικού εργαστηρίου καλλιτεχνικής βιβλιοδεσίας. (Ο σύλλογος αριθμεί 350 μέλη που είναι εκπαιδευθέντες ασθενείς σε προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης και υποστηρίζεται θεραπευτικά από τριμελή επιστημονική επιτροπή της EMAEE). Από τον Αύγουστο του 2008 ο Σύλλογος είναι εγγεγραμμένο μέλος της ΕΣΑμεΑ. και συγκροτεί δίκτυο συλλόγων ασθενών σε εθνικό επίπεδο. Η εθελοντική προσφορά των ασθενών της EMAEE που είναι και μέλη του Σωματείου ενάντια στην προκατάληψη για τις ψυχικές διαταραχές «Η Αναγέννηση» οι οποίοι προσέφεραν συμβουλευτικά την εμπειρία τους επί ένα έτος για τη δημιουργία του Συλλόγου «Αλκυονίδες» του Δημόσιου Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και του Σωματείου Ασθενών στην Κύπρο μετά από πρόσκληση της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου.
10. Εκπαιδευτικό έργο που περιλαμβάνει την εκπαίδευση στην ψυχιατρική αποκατάσταση και κλινική άσκηση σπουδαστών των τμημάτων Κοινωνικής εργασίας και Εργοθεραπείας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων Αθήνας. Επίσης εφαρμογή προγράμματος εκπαίδευσης εθελοντών στην ψυχική υγεία καθώς και πρόγραμμα πρακτικής άσκησης σπουδαστών του τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου. Η εφαρμογή προγραμμάτων εθελοντών για την ψυχική υγεία προκειμένου να αποκτήσουν εμπειρία για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Επίσης η οργάνωση προγραμμάτων εκπαίδευσης εθελοντών για επαγγελματίες υγείας που θέλουν να προσφέρουν εθελοντικά υποστήριξη στους ασθενείς, σε εξωνοσοκομειακές δομές και στις πολιτιστικές εκδηλώσεις. Τέλος συνέβαλε στην οργάνωση και εφαρμογή 2ετούς Μετεκπαιδευτικού Σεμιναρίου στην «Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση» για επαγγελματίες υγείας από όλη την Ελλάδα.

- 11.** Ερευνητικό έργο. Η πλήρης και τακτική κλινική και λειτουργική αξιολόγηση των ασθενών με εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας, ψυχομετρικές δοκιμασίες, εκτίμηση των γνωστικών λειτουργιών Cogtest, νευροψυχολογικές δοκιμασίες, αξιολογήσεις εργασιακής και κοινωνικής λειτουργικότητας έχουν εξασφαλίσει την δυνατότητα δημιουργίας μιας ευρείας βάσης δεδομένων. Στο πλαίσιο του ερευνητικού έργου της μονάδας δόθηκε βαρύτητα στη διεξαγωγή μελετών διερεύνησης παραγόντων που επιδρούν στην αποκαταστασιακή δυνατότητα σχιζοφρενών ασθενών, στην κατασκευή Κλίμακας αξιολόγησης εργασιακών δυνατοτήτων και εργασιακής προσαρμογής (Κ.Ε.Ι.Ε.Π) και στον έλεγχο αξιοπιστίας, εγκυρότητας και στην πολυπαραγοντική ανάλυση, στην κατασκευή ερωτηματολογίου αξιολόγησης του αυτοστιγματισμού, στην κατασκευή κλίμακας αξιολόγησης αυτοστιγματισμού (υπό στάθμιση), στην πιλοτική μελέτη αξιολόγησης του αυτοστιγματισμού σε δείγμα σχιζοφρενών ασθενών και στην διερεύνηση συσχέτισης με κλινικές και δημογραφικές μεταβλητές.
- 12.** Ενέργειες πληροφόρησης για την παροχή επιστημονικής γνώσης και την βελτίωση της κοινωνικής ευαισθησίας απέναντι στην ψυχική νόσο, (κατάρτιση προγραμμάτων και ενεργειών ευαισθητοποίησης, έκδοση περιοδικού εντύπου, εκθέσεις σε συνέδρια κ.α.) .
- 13.** Παροχή τεχνογνωσίας για την οργάνωση και λειτουργία μονάδων επαγγελματικής αποκατάστασης ψυχιατρικά ασθενών στην Κύπρο.
- 14.** Παροχή επιστημονικής πληροφόρησης σε ιατροκοινωνικές υπηρεσίες για την οργάνωση συλλόγων ασθενών σε δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία στην Ελλάδα και στην Κύπρο.
- 15.** Επιστημονική και λειτουργική διασύνδεση με δομές και προγράμματα του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ (Ξενώνες μακράς παραμονής, Ελληνικό Πρόγραμμα καταπολέμησης του στίγματος της σχιζοφρένειας, κέντρο Επαγγελματικής κατάρτισης, Κ.Π. Equal, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Νοσοκομείο Ημέρας) και με άλλες δομές (Σωματείο Ενάντια στην Προκατάληψη για τις Ψυχικές Διαταραχές «Η Αναγέννηση», Κοινωνική Επιχείρηση Kosmos-Horizon).

Στόχοι των μονάδων είναι κυρίως η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών και η πλήρης και ισότιμη ένταξή τους στην κοινότητα. Παρέχεται ένα ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών επαγγελματικής αποκατάστασης σε άτομα με χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή.

17. Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ)

Οι ΚοιΣΠΕ έχουν εμπορική δραστηριότητα και ανήκουν στις μονάδες ψυχικής υγείας. Είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΙΔ) με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους. Θεσμοθετήθηκαν με το άρθρο 12, παράγραφος 1 του νόμου 2716/99. Η δημιουργία και η ανάπτυξη των ΚοιΣΠΕ αποτελεί κορυφαία στιγμή για την κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη των ψυχικά ασθενών καθώς και για την οικονομική τους αποκατάσταση.

Οι συνεταιρισμοί αυτοί λειτουργούν με βάση μια πρωτοποριακή εταιρική σχέση μεταξύ των ψυχικά ασθενών, των εργαζόμενων στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και των φορέων της κοινότητας. Η συμμετοχή των ασθενών στους συνεταιρισμούς αυτούς πρέπει να είναι τουλάχιστον 35%, γεγονός που καθιστά τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη των αποφάσεων απαραίτητη, βαρύνουσα και υποχρεωτική. Η συμμετοχή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι 45%. Το 20% καταλαμβάνουν οι δήμοι, οι κοινότητες, άλλα φυσικά πρόσωπα και ιδιώτες, εφόσον προβλέπεται από το καταστατικό τους.

Σκοπός των ΚοιΣΠΕ είναι να δημιουργήσουν βιώσιμες κοινωνικές επιχειρήσεις. Εντάσσονται στον τομέα της κοινωνικής οικονομίας και διοικητικά υπάγονται στις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας. Συνιστούν δομές θεραπευτικών μονάδων, οι οποίες παρέχουν την αναγκαία στήριξη στα άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Οι πόροι τους προέρχονται από επιχορήγηση, από τον τακτικό κρατικό προϋπολογισμό ή το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων, από την Ευρωπαϊκή Ένωση, από διεθνείς οργανισμούς καθώς επίσης από δωρεές, κληροδοτήματα και παραχωρήσεις.

Τα είδη των Κοινωνικών Συνεταιρισμών που υπάρχουν είναι:

- **Οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί τύπου Α:** είναι συνεταιρισμοί που έχουν σκοπό την παροχή αγαθών και υπηρεσιών στους τομείς της πρόνοιας και της υγείας, σε άτομα ή ομάδες που βρίσκονται σε μη προνομιακή θέση. Οι κοινωνικοί

συνεταιρισμοί τύπου Α αναπτύσσουν κυρίως μη εμπορικές δραστηριότητες σε τομείς που υπάγονταν παλαιότερα στην αρμοδιότητα του δημοσίου συστήματος. Στόχος τους είναι να καλύψουν κοινωνικές ανάγκες. Οι αποδέκτες των αγαθών και υπηρεσιών είναι εταίροι από την τοπική κοινωνία, οι κάτοικοι της περιοχής και κυρίως αυτοί που είναι κοινωνικά αποκλεισμένοι και βρίσκονται σε δυσκολία. Διαχειρίζονται κέντρα κοινωνικής φροντίδας, ξενώνες, υπηρεσίες κατ' οίκον βοήθειας, φροντίδα ηλικιωμένων κ.α. Οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί τύπου Α έχουν τις ρίζες τους στην παράδοση του κοινωνικού καθολικισμού, πριν τη συγκρότηση του Κράτους Πρόνοιας. Στηρίζονται σε μια φιλοσοφία δώρου χωρίς αντίδωρο (επιστροφή).

➤ **Οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί τύπου Β:** είναι κατεξοχήν κοινωνικές επιχειρήσεις ένταξης (ESI) και έχουν οικονομικό σκοπό. Οι συνεταιρισμοί αυτοί καλούνται επίσης, συνεταιρισμοί κοινωνικής αλληλεγγύης ένταξης δια μέσου της εργασίας και αποσκοπούν στην κοινωνική και επαγγελματική ένταξη προσώπων που βρίσκονται σε μειονεκτική ή περιθωριακή θέση. Έχουν μια διπλή σκοπιμότητα. Αφενός επιτελούν μια κοινωνική λειτουργία, με την ενσωμάτωση των περιθωριοποιημένων ατόμων στην αγορά εργασίας, αφετέρου μια οικονομική παραγωγή μέσα από αγροτικές, βιομηχανικές, βιοτεχνικές εργασίες και δραστηριότητες υπηρεσιών. Παρέχουν τόσο κατάρτιση όσο και απασχόληση σε πρόσωπα μέσα από συνεταιριστικές επιχειρήσεις που είναι οργανωμένες σε δίκτυα και υποστηρίζονται από το κράτος και άλλες δημόσιες αρχές, καθώς και από την εθελοντική συνεισφορά των κατοίκων.

Οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί τύπου Β επιδιώκουν την ένταξη προσώπων διαμέσου της ανάπτυξης της επιχειρηματικότητας και της οικονομικής οδού και πρέπει να προβλέπουν στο καταστατικό τους ένα ποσοστό 30% εργαζομένων, που είναι πρόσωπα περιθωριοποιημένα, ταξινομημένα κατά διακριτές κατηγορίες, και τα οποία αναφέρονται περιοριστικά στο νόμο. Αυτά τα πρόσωπα μπορεί είναι τοξικομανείς, αλκοολικοί, κρατούμενοι, ανάπηροι, ψυχιατρικοί ασθενείς και ανήλικοι με αποκλίνουσα συμπεριφορά.

Οι ΚοιΣΠΕ αποτελούν ένα στοιχείο εξέλιξης, ανανέωσης και αναμόρφωσης της Ψυχικής Υγείας και εντάσσονται στην προσπάθεια τόσο για την αναβάθμιση της

ψυχιατρικής μεταρρύθμισης όσο και για την ένταξη των κοινωνικά αποκλεισμένων ατόμων.

18. Σύλλογοι συγγενών, ασθενών, πολιτών ή ομάδες ευαισθητοποιημένων

ατόμων

Τα μέλη των συλλόγων αυτών είναι συγγενείς και φίλοι ατόμων με ψυχικά προβλήματα καθώς και πρώην ασθενείς. Είναι μία μη κυβερνητική, μη κερδοσκοπική εθελοντική οργάνωση. Τακτικά μέλη του είναι οικογένειες με άτομα που έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας, πρώην ασθενείς και φίλοι, ενώ πρόεδρα μέλη είναι άτομα που εργάζονται στον χώρο της ψυχικής υγείας.

Ο σύλλογος αυτός δημιουργήθηκε από την ανάγκη πολλών οικογενειών, συγγενών και φίλων που ένα μέλος τους πάσχει από ψυχική ασθένεια με στόχους να στηρίζουν ο ένας τον άλλο, να υπερασπιστούν τα δικαιώματά τους, να μοιραστούν τις κοινές τους εμπειρίες και αγωνιστούν για το μέλλον

Οι κυριότεροι σκοποί του Συλλόγου είναι η αλληλοϋποστήριξη των μελών του, η διεκδίκηση της υποστήριξης των οικογενειών με μέλη ψυχικά ασθενείς και των ψυχικά ασθενών, η οργάνωση δραστηριοτήτων προαγωγής της ψυχικής υγείας, η ενημέρωση του κοινού για τον αποστιγματισμό της ψυχικής ασθένειας, η καταπολέμηση των διακρίσεων εις βάρος των ψυχικά ασθενών, η αλλαγή της αντίληψης για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και η κοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση και η συνεργασία με διεθνείς και ημεδαπούς φορείς

Τα μέσα με τα οποία θα υλοποιηθούν οι σκοποί του Συλλόγου είναι με:

- Τη διοργάνωση διαλέξεων, σεμιναρίων, συνεδρίων.
- Τη σύσταση ταμείου αρωγής μελών.
- Τη διοργάνωση εκδηλώσεων αξιοποίησης ελεύθερου χρόνου.
- Τη συνεργασία με συλλόγους ατόμων του εσωτερικού και εξωτερικού.
- Τη σύσταση και λειτουργία διαφόρων ομάδων απασχόλησης και ψυχοκοινωνικής στήριξης

Στα πλαίσια αυτά δημιουργήθηκε και στην Ελλάδα ο Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ.).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με τον νόμο 2716/1999 τέθηκαν οι βάσεις για την περιφερειακή οργάνωση της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Τομεοποίησης, Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας κτλ.). Έτσι, η έλευση του εικοστού πρώτου αιώνα βρίσκει την ψυχιατρική περίθαλψη να εισέρχεται στη φάση του εκσυγχρονισμού της. Η Ελλάδα έχει ήδη τομεοποιηθεί σε 60 τομείς, ενώ παράλληλα έχουν καθοριστεί και οι αντίστοιχες ΤΕΨΥ.

Με βάση ελληνικά επιδημιολογικά δεδομένα, περίπου 1.500.000 πάσχουν από κάποια συγκεκριμένη νόσο. Από τα άτομα αυτά 105.000 πάσχουν από σχιζοφρένεια, ενώ αυξάνεται ραγδαία ο αριθμός των εξαρτημένων ατόμων από ουσίες. Στον αριθμό αυτό πρέπει να προσθέσουμε και άλλες νοσολογικές οντότητες, όπως οι συναισθηματικές ψυχώσεις και οι οργανικές και οι αναπτυξιακές διαταραχές, η νοητική καθυστέρηση, καταστάσεις με χρόνια διαδρομή.

Όλες αυτές οι νοσολογικές οντότητες απαιτούν σε μικρό ή μεγάλο βαθμό, παρεμβάσεις στο άτομο ή στην οικογένεια του για την ψυχοκοινωνική αποκατάστασή του και την ισότιμη ένταξη του στην κοινότητα.

Είναι αναγκαίο να γνωρίζουμε ότι βρισκόμαστε σε στάδιο ουσιαστικών αλλαγών όσον αφορά τόσο τις ψυχιατρικές δομές όσο και τη γενικότερη ψυχιατρική αντιμετώπιση.

Οι σύγχρονες ψυχιατρικές αντιλήψεις θέλουν τον ψυχικά ασθενή να παραμένει στην κοινότητα και στην οικογένεια του, ενώ για τον ασθενή που δεν έχει την δυνατότητα να ζει με την οικογένεια του προτείνεται η εγκατάσταση του σε σύγχρονες μονάδες στέγασης.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και ειδικά των νοσηλευτών πρέπει να επικεντρώνεται στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των ψυχικά αρρώστων, στην προσπάθεια εξάλειψης αρνητικών συναισθημάτων που προέκυψαν από τον ιδρυματισμό και στην βελτίωση της αυτοεκτίμησης και γενικά της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών με τελικό στόχο την ομαλή ένταξη και αυτόνομη διαβίωσή τους στην κοινότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.** Antony W., Cohen M., Cohen B. The philosophy treatment process and principles of the psychiatric rehabilitation approach. New directions in Mental health 1983, 17:67-69.
- 2.** Bachiach L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia – what are the boundaries? Acta. Psychiatric. 2000, 102:6-10.
- 3.** Μαδιανός Μ. Εισαγωγή στην Κοινοτική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτης. Αθήνα 2000.
- 4.** Μαδιανός Μ. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 2004.
- 5.** Μεταξά Μ. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Στεγαστικές Μονάδες και Θεραπευτικό Πλάνο. Τετράδια ψυχιατρικής «20 χρόνια αγώνων στο χώρο της Ψυχιατρικής και της Κοινωνίας», Τριήμερο Συνέδριο 15,16,17 Δεκέμβρη 2004:189-193.
- 6.** Antai-Otong D. Psychosocial Rehabilitation. Nurse Clinic 2003, 38:151-160.
- 7.** Βασιλοπούλου Παπαγεωργίου Α., Κοινωνική – Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Εκδόσεις Βήτα, 2005
- 8.** Φραγκούλη Α.- Θεοχαράκης Ν.- Σινάνη Δ.- Λιοδάκης Α., Οι κοινωνικές επιχειρήσεις στην ψυχική υγεία, Εκδόσεις ΠΕΨΑΕΕ, ΕΠΕΚΕΙΝΑ, 2006
- 9.** Χριστοδούλου Γ. Ν.- Κονταξάκης Β. Π.- Οικονόμου Μ.Π., Πρόληπτική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Βήτα, 2000
- 10.** Μεταξά Μ. Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση : Στεγαστικές Μονάδες και Θεραπευτικό Πλάνο. Τετράδια Ψυχιατρικής 2004, 86:193-197.
- 11.** Παπαδόπουλος Δ. Η δραστηριότητες Κοινωνικοποίησης των χρόνιων Ψυχικά ασθενών στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση : Ένα μοντέλο πρόληψης, εκπαίδευσης και διαχείρισης δύσκολων συμπεριφορών. Τετράδια Ψυχιατρικής 2008, 101:23-30.
- 12.** Antony W.A, Cohen M., Farkas M. Psychiatric Rehabilitation. Center for psychiatric Rehabilitation. Boston 1990.

13. Lamiceli P., Strengthening the development of social entrepreneurship. Comparing international experience, Paris: AVICE – OECD LEED Program 2006
14. Latimer A. The cost of High-Fidelity Supported Employment Programs for people with severe mental illness. *Psychiatric services* 2004. 55:401-406.
15. Ιστίκογλου Χ. Κέντρο Ημέρας Παλαιού Φαλήρου: Μια σύγχρονη Ψυχιατρική Δομή του Γ.Ν. Ασκληπείου Βούλας. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 2006, 96:55-57.
16. Dickerson B. Association between cognitive, functioning and employment status of person with bipolar disorder. *Psychiatric Services* 2004. 55:54-58.
17. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής : Κανονισμός λειτουργίας Ξενώνα Γλυφάδας «Ιθάκη» Εκδόσεις Δημιουργικό Τμήμα Εργοθεραπείας Ψ.Ν.Α. Αθήνα 2004.
18. Μπαϊρακτάρης Κ. Ψυχική Υγεία και Κοινωνική παρέμβαση. Εναλλακτικές εκδόσεις. Αθήνα 1994.
19. Bellack A. Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2004. 27:375-391.
20. Τομαράς Β. Αντι-ιδρυματικά στεγαστικά σχήματα στην αποκατάσταση: Το παράδειγμα ενός Μεταβατικού Εποπτευόμενου Διαμερίσματος. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 2006, 94:73-80.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

21. <http://psi-action.blogspot.com>
22. <http://portal.kathimerini.gr>
23. <http://whqlibdoc.who.int> (Οργανισμός Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας)
24. www.klimaka.org.gr